

Les actions et programmes de prévention

Plusieurs programmes nationaux concourent à la prévention des maladies cardio-vasculaires. Ils concernent en grande partie la promotion de comportements favorables à la santé, notamment l'alimentation, l'activité physique, la lutte contre le tabagisme et l'amélioration des soins.

Cécile Anglade
Carole Crétin
Médecins inspecteurs
de santé publique,
Bureau SD5D,
direction générale de
la Santé

Les références
entre crochets
renvoient à la
bibliographie p. 59.

Les maladies cardio-vasculaires comprennent notamment l'hypertension artérielle (HTA), les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et l'insuffisance cardiaque. Elles représentent la première cause de mortalité en France [39]. L'hypertension artérielle est la pathologie cardio-vasculaire la plus fréquente. Elle constitue un facteur de risque majeur de nombreuses maladies, notamment les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque et rénale.

La prévention consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé. La prévention est l'ensemble des actions mises en place pour éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents. On distingue trois stades de prévention.

La prévention primaire, qui consiste à lutter contre des risques avant l'apparition de tout problème, risques en termes de conduite individuelle à risque, d'environnement ou encore de risque sociétal.

La prévention secondaire, dont le synonyme pourrait être le mot dépistage. La prévention secondaire cherche à révéler une atteinte pour prévenir une maladie ou un désordre psychologique ou social.

La prévention tertiaire, qui vise à prévenir les rechutes ou les complications. Il s'agit d'une réadaptation médicale, psychologique ou sociale.

Globalement, trois méthodes sont utilisées dans le champ de la prévention :

- l'information, à propos de laquelle on citera les grandes campagnes de santé publique ;

- la formation en santé publique, thématique et méthodologique ;

- l'éducation pour la santé, qui se caractérise par la mise en place de projets aux démarches parfois très différentes.

L'information, la formation ou l'éducation pour la santé peuvent être employées dans un même projet à des étapes différentes ou constituer à elles seules un projet de santé publique.

À chaque stade de prévention, primaire, secondaire et tertiaire, ces trois moyens peuvent être employés.

Lorsque la prévention est exclusivement bio-médicale, il s'agit le plus souvent d'actes médicaux dont la vaccination et le dépistage font partie.

Les facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires sont multiples.

Concernant l'hypertension artérielle, une des difficultés de la prévention vient de l'absence fréquente d'étiologie. Ainsi, dans plus de 90 % des cas, l'hypertension artérielle est dite « essentielle ». Différents facteurs associés à l'apparition d'une HTA ont été cependant identifiés et le développement d'actions visant à limiter ces facteurs de risque est aujourd'hui recommandé par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) [6]. De nombreux facteurs de risque ou indicateurs constitutionnels influencent le pronostic lié aux seuls chiffres tensionnels : le sexe masculin, l'âge supérieur à 45 ans chez l'homme et 55 ans chez la femme, les antécédents familiaux de maladie cardio-vasculaire à un âge précoce (avant 55 ans chez le père et 65 ans chez la mère), le tabagisme, le diabète, le taux de



HDL-cholestérol <0,35 g/l (0,9 mmol/l), LDL >1,90 g/l (4,9 mmol/l), la consommation excessive d'alcool, les catégories à risque particulier (notamment groupes socio-économiques défavorisés), l'absence d'activité physique régulière, l'obésité abdominale, l'atteinte d'un organe cible [62].

Les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et l'insuffisance cardiaque résultent de l'atteinte de l'appareil vasculaire et partagent de nombreux facteurs de risque.

Grâce aux travaux développés depuis plus d'un demi-siècle, notamment par les Américains dans l'étude de Framingham, la nature multifactorielle des cardiopathies ischémiques est clairement établie [16, 18]. Plus de 300 facteurs de risque de toute nature, constitutionnels, comportementaux ou environnementaux, ont été identifiés. Néanmoins la fraction de risque attribuable à ces facteurs varie de façon importante, et certains facteurs, par leur caractère rapidement modifiable et par leur impact, doivent faire l'objet de priorités de prise en charge et de prévention, qu'elle soit primaire ou secondaire. Parmi les facteurs majeurs, on peut distinguer :

- les facteurs de risque qui peuvent faire l'objet d'actions de prévention : consommation de tabac, concentration des lipides sanguins, hypertension artérielle, diabète, sédentarité, surcharge pondérale et obésité (associés à d'autres facteurs de risque) ;
- des marqueurs de risque qui permettent d'identifier des groupes particulièrement exposés : l'âge, le sexe ou les antécédents familiaux contribuent ainsi de façon indépendante au risque de survenue des maladies cardio-vasculaires ; la catégorie socioprofessionnelle est associée à plusieurs facteurs de risque.

Le risque relatif associé à chaque déterminant pris individuellement est le même dans toutes les populations. La prévalence et l'intensité de chacun de ces déterminants varient toutefois selon les régions, ce qui explique les différences observées en termes d'incidence et de gravité des maladies. Le risque attribuable à chaque déterminant varie de plus en fonction de la présence des autres facteurs de risque.

Plusieurs programmes nationaux de lutte contre les facteurs de risque

La lutte contre les maladies cardio-vasculaires repose à la fois sur la prévention et les soins. Plusieurs programmes nationaux concourent à la prévention globale des maladies cardio-vasculaires et à l'amélioration des soins : le Programme national nutrition santé (PNNS), les actions nationales de lutte contre le tabagisme et le Programme national de prévention des risques cardio-vasculaires.

Le Programme national nutrition santé, initié en 2001 et qui doit se poursuivre, vise à améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur deux déterminants majeurs : l'alimentation et l'activité physique [40] (lire page 28).

Les actions nationales de lutte contre le tabagisme sont nombreuses (lire page 26).

Le Programme national de réduction des risques cardio-vasculaires a été annoncé le 5 février 2002. Il est articulé autour de 6 axes : affiner le suivi épidémiologique des facteurs de risque et des pathologies cardio-vasculaires, promouvoir la prévention cardio-vasculaire en agissant sur les facteurs de risque, encourager les patients à être acteurs de leur santé, apprendre à porter secours, améliorer l'organisation des soins et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, inciter au respect des bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques.

Le suivi épidémiologique des facteurs de risque et des pathologies cardio-vasculaires est assuré notamment par l'Institut national de veille sanitaire (InVS), au sein de son département maladies chroniques. Le programme cardio-vasculaire de l'InVS comprend :

- un plan de soutien aux trois registres français de cardiopathies ischémiques (Lille, Bas-Rhin et Haute-Garonne),
- un programme de surveillance de la mort subite chez l'adulte (en lien avec le CépiDC de l'Inserm),
- une étude sur l'utilisation des données du PMSI dans la surveillance de l'infarctus du myocarde et des AVC,
- l'extension du seul registre français sur les AVC, couvrant la ville de Dijon, à l'ensemble du département de la Côte-d'Or.

Dans le cadre de la deuxième enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires qui s'est déroulée en 2003 (INCA2), l'InVS va étudier les relations entre les habitudes alimentaires et la présence de facteurs de risque cardio-vasculaire comme l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète.

La loi relative à la politique de santé publique

La loi relative à la politique de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004 fixe, parmi les 100 objectifs de son rapport annexé, 5 objectifs relatifs aux maladies cardio-vasculaires à atteindre d'ici 2008 :

- réduire de 5 mm de mercure la pression artérielle systolique moyenne dans la population hypertendue et de 2 mm dans la population normotendue,
- réduire de 13 % la mortalité associée aux cardiopathies ischémiques chez les hommes et de 10 % chez les femmes,
- réduire la fréquence et la sévérité des séquelles fonctionnelles associées aux AVC,
- diminuer la mortalité et la fréquence des décompensations aiguës des personnes atteintes d'insuffisance cardiaque,
- réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne dans la population adulte dans le cadre d'une prévention globale du risque cardio-vasculaire.

Pour atteindre ces objectifs, des stratégies d'actions ont été déclinées par type de population et par pathologie.

Les stratégies d'actions

L'hypertension artérielle [38]

Dans la population générale

Développer la prévention primaire de l'HTA par la mise en œuvre de mesures hygiéno-diététiques, la réduction des apports sodés et l'exercice physique.

Les recommandations élaborées par le groupe de travail réuni par l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) en 2002 envisagent¹ :

- l'optimisation de la teneur en sel des produits, c'est-à-dire une réduction de la teneur en sodium des aliments principaux vecteurs de sodium qui soit acceptable sur le plan gustatif, technologique et sécuritaire,
- l'éducation et l'information du consommateur pour le responsabiliser dans le contrôle et la gestion de ses apports sodés.

Pour les personnes présentant des facteurs de risque

Mise en place de consultations de prévention à l'âge de 45 ans avec l'objectif de rechercher notamment des facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires, dont l'HTA.

Le dépistage de l'HTA devrait ainsi être amélioré.

Pour les personnes hypertendues

Améliorer la prise en charge thérapeutique (médicamenteuse et non médicamenteuse) et l'observance des patients.

Renforcer l'éducation thérapeutique des patients sous traitement.

Mise à jour régulière et synthétique des différentes recommandations de pratiques cliniques validées, claires et lisibles.

Les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux et les insuffisances cardiaques²

Dans la population générale

Réduire la consommation de tabac, notamment chez les jeunes (lire page 26).

Diminuer la pression artérielle de la population.

Diminuer la prévalence des dyslipémies et de l'obésité.

Pour les personnes présentant des facteurs de risque

Améliorer le dépistage des principaux facteurs de risque :

- en proposant un dépistage systématique (suivi d'une orientation appropriée), par exemple lors des visites médicales au travail,
- en développant la prise en charge multifactorielle des facteurs de risque et en améliorant le suivi des traitements.

L'athérosclérose est une maladie chronique multifactorielle qui nécessite une prise en charge de l'ensemble

des facteurs de risque cardio-vasculaire modifiables : tabagisme, hypercholestérolémie, hypertension artérielle, diabète et obésité. Cette complexité génère des problèmes particuliers de prise en charge, liés à la nécessité d'apprécier le niveau de risque global, à la confrontation de priorités thérapeutiques multiples, à la part importante des règles hygiéno-diététiques, à la gestion de la durée du traitement, à l'importance de la motivation du patient et de son adhésion aux mesures proposées.

Une partie de ces difficultés peut être résolue par l'éducation thérapeutique des patients et par la mise en œuvre de relations durables entre le patient et le médecin traitant.

L'amélioration des pratiques doit à la fois viser à l'amélioration des traitements utiles et à la réduction des traitements superflus. Les travaux menés par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) ont mis en évidence le dépistage insuffisant des facteurs de risque, la prise en charge insuffisante des patients dépistés, et l'atteinte partielle des objectifs thérapeutiques pour les patients pris en charge³. L'identification précise des individus pouvant effectivement bénéficier d'une prise en charge compte tenu de leur niveau de risque global permet de réduire le nombre de sujets à traiter en population pour obtenir un bénéfice significatif au meilleur coût.

Pour les malades

Améliorer la prise en charge des événements coronariens sévères et des accidents vasculaires cérébraux

Les actions à mettre en œuvre doivent d'abord viser à diminuer les délais entre les premiers symptômes et la mise en œuvre d'une réponse thérapeutique adaptée.

Ces actions doivent viser plusieurs cibles :

- Améliorer la diffusion des capacités de secours immédiat (Samu ou équivalent) aux personnes présentant un événement coronarien sévère ;
- Améliorer l'information du public sur les symptômes coronariens et sur les symptômes d'AVC afin de réduire au maximum les délais d'appel ;
- Assurer l'accessibilité des services cliniques et des plateaux techniques susceptibles de délivrer les traitements dont la précocité conditionne l'efficacité.

Des actions complémentaires doivent permettre d'assurer l'accès aux soins de suite et aux services permettant la réadaptation à domicile des personnes présentant des séquelles d'AVC.

Améliorer la prise en charge des patients en insuffisance cardiaque

Les interventions doivent d'abord viser à améliorer le diagnostic et le traitement des personnes âgées en insuffisance cardiaque : reconnaissance des symptômes et des facteurs déclenchants, prise en charge précoce, adaptation des traitements.

Des expériences locales sont en cours en France,

3. Cnamts. Programme national de santé publique Hypertension artérielle sévère exonérée. Résultats de l'enquête de prise en charge médicale des malades. Mai 2000.

www.urcamif.assurance-maladie.fr/gestionRisque/hta.pdf

1. Afssa. Rapport du groupe de travail sur le sel. Janvier 2002. www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nutrition/pol_nutri332.htm

2. Hanon O, Legrain S. « Insuffisance cardiaque après 75 ans ». Rainfray M, Legrain S. « Accidents vasculaires cérébraux ». Dallongeville J, Amouyel P. « Analyse des maladies cardio-vasculaires et de leurs déterminants, propositions d'actions, de résultats à atteindre et d'indicateurs de suivi ». Contributions au GTNDO. Mars 2003. www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/index.htm



notamment dans la région de Nantes, avec pour objectif l'évaluation du nombre et de la durée des ré-hospitalisations, et à Grenoble, avec la mise en place en 2001 d'un réseau ville hôpital « insuffisance cardiaque ». Ce réseau bâti autour de l'hospitalisation à domicile et coordonné par un gériatre fait intervenir des professionnels libéraux, généralistes et cardiologues, des cardiologues hospitaliers, un infirmier du réseau HAD référent en cardiologie qui assure un suivi éducatif des malades. Des conseils diététiques, un suivi social, une kinésithérapie adaptée et des soins infirmiers peuvent être assurés. Environ 65 % des 72 premiers sujets inclus n'ont bénéficié que de l'infirmier référent sans autre intervention, soit 7 visites à domicile sur les trois

semaines de prise en charge. Les résultats obtenus à 3 mois auprès des 100 premiers patients montrent une optimisation des traitements de l'insuffisance cardiaque et un impact favorable sur la qualité de vie.

Conclusion

La prévention des maladies cardio-vasculaires doit être globale. Certains facteurs de risques des maladies cardio-vasculaires sont communs au diabète et aux cancers : sédentarité, tabagisme (complications du diabète), alimentation riche en graisses... L'action sur les déterminants de santé est essentielle dans la population générale, chez les sujets à risque et chez les malades. 

Maladies cardio-vasculaires : l'autre enjeu de la lutte contre le tabac

Bernard Basset
Sous-directeur,
sous-direction Santé
et Société, direction
générale de la Santé

Il y a un an, à l'occasion de la célébration de la Journée mondiale sans tabac, les grandes orientations de la politique de lutte contre le tabac du gouvernement ont été présentées. Portée par la dynamique du Plan de mobilisation nationale contre le cancer présenté par le président de la République en mars 2003, cette « offensive » a été d'une ampleur sans précédent, tant dans ses réalisations que par ses résultats. Cependant, le portage par le plan cancer de la lutte contre le tabac ne doit pas faire oublier les bénéfices en termes de morbidité et mortalité cardio-vasculaires. Les conséquences dramatiques de la consommation de tabac pour le cœur et les vaisseaux sont, en effet, connues depuis longtemps.

Les enjeux sanitaires pour les fumeurs et les non-fumeurs

En France, le tabac est responsable de 66 000 décès par an, dont 14 000 par maladies cardio-vasculaires [27].

La surmortalité due au tabac existe chez les hommes comme chez les femmes et même chez les personnes âgées de plus de 65 ans : elle est pour moitié due aux maladies cardio-vasculaires.

C'est le facteur de risque essentiel et souvent isolé des accidents coronariens aigus du sujet jeune : entre 30 et 50 ans, le risque d'infarctus du myocarde est multiplié par cinq chez les fumeurs et la quasi-totalité des malades présentant un infarctus du myocarde avant 45 ans sont fumeurs.

Le tabagisme doit donc être reconnu comme un puissant facteur de risque de survenue d'infarctus du myocarde chez l'homme et la femme d'âge moyen. Ce risque augmente avec le nombre de cigarettes fumées.

Il existe pour des consommations même modérées ou faibles. Dans l'étude finlandaise Finmark study qui a suivi plus de 800 hommes et femmes pendant douze ans, le risque d'infarctus du myocarde apparaît plus important chez les femmes fumeuses d'âge moyen que chez les hommes. Le risque de mort subite cardiaque est multiplié par 10 chez les fumeurs par rapport aux non-fumeurs.

Le tabac est le facteur de risque dominant et toujours présent de l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs. Son rôle est démontré dans la survenue des accidents vasculaires cérébraux.

Les méfaits du tabac ne concernent pas uniquement les fumeurs, mais aussi leur entourage. Le rapport sur le tabagisme passif réalisé en 2001 par le groupe de travail présidé par le Pr Bertrand Dautzenberg pour la DGS a notamment montré que chez les non-fumeurs, l'exposition passive à la fumée du tabac augmente le risque d'accidents coronariens de 25 % [17]. Mais, en raison de l'incidence élevée des maladies cardio-vasculaires, l'impact de santé publique du tabagisme passif devrait être bien plus élevé qu'en termes de cancers.

Dans ces conditions, le bénéfice de l'arrêt de l'exposition active ou passive à la fumée du tabac peut être aisément mesuré.

L'arrêt du tabac permet en prévention secondaire de sauver 16 vies humaines sur 1 000 patients traités. En effet, à l'arrêt du tabac, la mortalité des fumeurs par cardiopathie diminue rapidement : à un an, le risque diminue de 50 % et il disparaît complètement au bout de cinq ans d'abstinence. Ce résultat est lié à la diminution des accidents coronariens aigus et des accidents vasculaires cérébraux, et s'explique par la régression