

Prévention des maladies cardio-vasculaires : multifactorielle et multisectorielle ?

Mieux maîtriser la réduction des risques cardio-vasculaires est un objectif. Mais on ne peut ignorer d'autres facteurs liés à l'environnement social : travail, inégalité, niveau socioprofessionnel...

Les chiffres entre crochets renvoient aux références p. 55.

Thierry Lang

PU-PH, département d'épidémiologie et de santé publique, Inserm U558, Faculté de Médecine, Toulouse

Aborder la prévention des maladies cardio-vasculaires suppose de préciser le cadre dans lequel on se situe. La prévention primaire d'une maladie implique que l'on réduise le niveau de ses facteurs de risque. L'approche la plus connue consiste à identifier les patients à haut risque de pathologie cardio-vasculaire et à réduire, voire supprimer le niveau de leurs facteurs de risque, tels qu'une hypertension artérielle, une hypercholestérolémie ou un tabagisme. Cette approche ne devrait pas, d'un point de vue collectif, masquer deux autres approches.

D'une part, la prévention primaire des maladies cardio-vasculaires par le traitement des patients à haut niveau de facteurs de risque ne devrait pas occulter le fait que ces facteurs de risque peuvent eux-mêmes faire l'objet d'une prévention primaire dans l'ensemble de la population. La prévalence de l'hypertension artérielle ou des hyperlipémies sont des valeurs qui peuvent évoluer et faire l'objet de politiques de santé publique. L'augmentation de la fréquence de l'obésité est un exemple dans un sens défavorable de ces évolutions historiques, liées aux évolutions sociétales. Cette prévention primaire des maladies cardio-vasculaires, par la prévention primaire de leurs facteurs de risque est une stratégie de long terme.

D'autre part, de nouveaux facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires ont été identifiés durant ces deux dernières décennies, qui concernent des secteurs extérieurs au système de santé *stricto sensu*. Ils s'agit du travail, de l'emploi ou encore des relations sociales, ce qui pose la question de l'intersectorialité de la prévention des maladies, notamment cardio-vasculaires.

Pathologies cardio-vasculaires et facteurs de risque : un ensemble hétéroclite **Les pathologies cardio-vasculaires**

Les maladies cardio-vasculaires concernent surtout les personnes âgées, mais elles sont également en France, chez les hommes et chez les femmes, la troisième cause de mortalité prématurée, avant 65 ans. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent la première cause de handicap en France. Un traitement efficace de ces AVC est donc une activité de prévention secondaire et tertiaire importante du point de vue de la collectivité, mais nous nous limiterons dans ce texte à la prévention primaire. Un préalable pour analyser la consommation dans le domaine des maladies cardio-vasculaires est de préciser l'ensemble auquel il est fait référence. Cardiopathies ischémiques, maladies cérébrovasculaires et insuffisance cardiaque, qui représentent les trois quarts des décès d'origine cardio-vasculaire dominant le paysage de ces maladies qui comprennent l'ensemble des cardiopathies auxquelles s'ajoutent les maladies cérébrovasculaires. Elles ne représentent pas l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, puisqu'il faut y ajouter les artérites des membres inférieurs et maladies veineuses dont l'épidémiologie et la prise en charge sont mal connues. Le terme de cardiopathies ischémiques inclut les malformations congénitales à l'origine de l'ischémie cardiaque, mais correspond principalement aux maladies coronariennes (infarctus du myocarde, angine de poitrine et angor instable). En pratique, maladies coronariennes et cardiopathies ischémiques s'emploient indifféremment.



Les facteurs de risque

Du point de vue des méthodes de prévention, trois approches des facteurs de risque peuvent être distinguées. Un premier groupe de facteurs de risque cardio-vasculaire est classique. Il fait l'objet d'une activité identifiable par le système de soins, comprenant dépistage, prise en charge thérapeutique au long cours et prescription médicamenteuse. Ces facteurs de risque définissent une prévention que l'on pourrait qualifier de médicale, qui porte pour l'essentiel sur les sujets à haut risque de maladies cardio-vasculaires. Dans ce cadre, on peut regrouper l'hypertension artérielle (HTA), l'hypercholestérolémie, l'obésité, le tabagisme, le diabète sucré et la sédentarité [1]. Elle consiste à dépister des personnes dont le niveau de facteurs de risque est suffisamment élevé pour justifier une intervention, le plus souvent médicamenteuse, et tenter de réduire le niveau de risque (HTA, hyperlipémies) ou le supprimer (dépendance à la nicotine). Cette première approche, dite du haut risque, est la plus développée dans notre pays, malgré ses limites. Face aux mêmes facteurs de risque, une approche alternative consiste à utiliser le fait que la relation entre la morbidité et la mortalité des maladies cardio-vasculaires et le niveau des facteurs de risque est de type dose-effet, sans effet seuil, dans les limites de la courbe connue. Dans ces conditions, il est utile de réduire, même très modestement, le niveau de risque de chaque individu de la population, même si son risque cardio-vasculaire est peu élevé. Le bénéfice pour un individu est faible, mais réduire modestement le risque dans la population générale produit un effet collectif important. Cette approche, dite « de population générale », est bien illustrée par le PNNS, qui propose de compléter le traitement des hypertendus dépistés par une intervention sur l'ensemble de la population, hypertendue ou non, visant à réduire de 20 % la consommation de sel de chacun d'entre nous. On peut enfin ajouter une prévention non médicalisée, qui porte sur des facteurs de risque qui sortent du champ de la santé et des comportements de santé. Ces facteurs de risque, d'ordre psychosocial, pourtant considérés comme des cibles d'une politique de santé publique dans d'autres pays (Suède, Grande-Bretagne), sont documentés dans la littérature scientifique et peu connus en France. Ils concernent les conditions de travail, les revenus, les conditions de socialisation, d'isolement social. Pourtant, ces facteurs jouent un rôle considérable dans la

prévention des maladies cardio-vasculaires, puisque l'élévation du risque dont ils sont responsables est du même ordre de grandeur que celle des risques plus conventionnels tels que l'HTA, le tabagisme ou l'hyperlipémie, comme le souligne dans une revue de la littérature la National Heart Foundation of Australia [2].

Particularités de la consommation de soins

Les maladies cardio-vasculaires représentent 11 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Elles se caractérisent par leur prise en charge à moitié hospitalière à moitié ambulatoire. C'est ainsi qu'elles rendent compte de 12 % des dépenses hospitalières. Leur spécificité est le poids qu'occupent les dépenses médicamenteuses, puisque ce groupe de pathologies explique 17 % des dépenses de médicament en 1998 (Commission des comptes de la santé, 2002). Le coût de la prévention cardio-vasculaire au sein de cette dépense totale est extrêmement lourd puisque la vente de médicaments cardio-vasculaires représente 24 % du chiffre d'affaires en officine. Surtout, il faut souligner que ces médicaments sont coûteux. Parmi les dix premiers produits remboursables en 2002, lorsqu'ils sont classés par quantité on ne trouve qu'un médicament cardio-vasculaire. Mais lorsqu'il s'agit de valeur, cinq des dix produits sont des médicaments cardio-vasculaires et quatre parmi eux sont des médicaments hypolipémiants, qui concernent donc la prévention primaire des maladies cardio-vasculaires [3]. Cette activité est un poste important de dépenses. Les médicaments cardio-vasculaires sont coûteux et en expansion. Pour la Cnamts, les catégories des médicaments anticholestérolémiques et ceux du traitement de l'HTA représentent 26 % des dépenses en 2002, en croissance annuelle forte (+4 % par rapport à 2001). Encore cette évaluation des coûts est-elle sous-estimée puisqu'elle ne prend en compte que les coûts directs.

Prévention des maladies cardio-vasculaires par la prise en charge des facteurs de risque « classiques »

Si l'efficacité de ces médicaments est bien démontrée dans les essais thérapeutiques, ils posent aujourd'hui des difficultés sérieuses de prise en charge au niveau de la population. Deux exemples, la prise en charge de l'hyperlipémie et de l'HTA, permettront d'illustrer les difficultés de la prévention cardio-vasculaire dans la pratique quotidienne.

Sous-traitement ou sur-traitement des facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires ?

Dans les essais cliniques contrôlés de prévention cardio-vasculaire, primaire ou secondaire, basée sur la diminution du LDL cholestérol, les statines se sont montrées capables d'entraîner une réduction significative de la morbidité et de la mortalité coronaire ainsi que de la mortalité totale. En 2002, une enquête nationale inter-régimes (Cnamts, Canam, MSA) a porté sur l'application en pratique quotidienne des recommandations sur la prescription de statines. Les résultats font apparaître une distance considérable entre les pratiques et les recommandations de l'Anaes et de l'Afssaps sur les hypolipémiants. Au stade de la mise sous traitement, une absence de détermination du LDL cholestérol était notée dans 32 % des cas, l'absence de traitement diététique préalable dans 53 % des cas et une valeur de LDL-cholestérol inférieure au seuil recommandé dans 34 % des cas. Dans une enquête de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie d'Île-de-France, parmi les patients suivis depuis un an, 72 % des nouvelles prescriptions n'étaient pas conformes aux recommandations, et après un an de suivi, les valeurs cibles n'étaient pas atteintes dans 24 % des cas.

Les difficultés ne sont pas moindres en matière d'hypertension artérielle

Le pourcentage d'HTA connues reste encore insuffisant : une sur deux chez les hommes, trois sur quatre chez les femmes dans une population de salariés (enquête IHPAF). L'interprétation n'est pas univoque. Ce résultat peut refléter l'absence de prise de la PA, mais aussi l'oubli de cette information par le patient, voire le fait que le diagnostic n'est pas donné en tant que tel au patient devant des chiffres modérément élevés. La proportion d'hypertendus sous traitement médicamenteux est en revanche élevée. Trois hommes sur quatre et presque quatre femmes sur cinq sont ainsi traités dans une population de salariés, au seuil 140/90 mmHg; des chiffres de 50 à 80 % ont été rapportés dans la population générale et parmi des consultants de médecine générale. Au seuil 160/95 mmHg, ce pourcentage dépasse 90 %.

Cependant l'objectif est d'obtenir, grâce au traitement, un contrôle thérapeutique utile au patient. Défini comme un niveau de PA <140/90 mmHg sous traitement, le contrôle thérapeutique n'est atteint que chez 34 % des hommes et 52 % des femmes dans une popu-

lation de salariés (IHPAF). Selon les régions, dans les enquêtes Monica, ce pourcentage varie, pour un seuil à 160/95 mmHg, de 25 à 41 % chez les hommes et de 43 à 60 % chez les femmes. En médecine générale, il a été évalué à 31 % en 1999 au seuil 140/90 mmHg (enquête PHARE2). Sur cent hypertendus dont les chiffres de PA sont très élevés et dépassent 180/110 mmHg, 48 % chez les hommes et 62 % chez les femmes sont des hypertendus traités mais insuffisamment contrôlés par le traitement (enquête IHPAF). Plus que l'absence de dépistage et de traitement, c'est donc un contrôle thérapeutique insuffisant qui est la première situation dans laquelle des chiffres élevés sont observés. Ces limites mettent en cause non seulement les patients, par l'observance des traitements, les médecins responsables du suivi, mais peut-être surtout la relation entre ces deux acteurs. La relation médecin-malade est en effet aussi essentielle pour le suivi au long cours que mal connue et explorée. Les travaux de recherche qui lui sont consacrés restent rares.

Certains groupes cibles sont particulièrement concernés par ces difficultés de la prise en charge. Cette situation de contrôle tensionnel insuffisant s'observe plus fréquemment chez les hommes. Une consommation d'alcool excessive, un surpoids sont des facteurs de risque pour cette situation, qui s'observe également plus souvent dans les catégories sociales peu favorisées ou à faible niveau d'études. Dans plusieurs enquêtes, on peut relever que les hypertendus les plus âgés sont plus souvent sous traitement antihypertenseur que les plus jeunes, mais, à l'inverse, leur contrôle tensionnel sous traitement est plus médiocre, surtout en ce qui concerne la pression artérielle systolique.

Ces résultats soulignent la distance qui existe entre les recommandations proposées par les agences et l'impact modéré qu'elles ont dans la pratique clinique quotidienne. Les travaux de recherche sont nécessaires pour étudier les facteurs qui influencent la mise en œuvre des recommandations, en s'interrogeant non seulement sur le transfert à la pratique des recommandations, mais aussi sur leur contenu et leur applicabilité à la pratique quotidienne et à un patient au singulier.

Ces résultats ne sont pas spécifiques à notre pays. Les données de la dernière vague de l'enquête NHANES, portant sur les années 1999-2000 témoignent des difficultés à progresser dans ce domaine. Par rapport aux vagues précédentes de NHANES, la pro-

portion d'hypertendus dépistés est stable, le pourcentage d'hypertendus dépistés traités n'a augmenté que très légèrement. Mais seulement 60 % des hommes hypertendus traités et 48 % des femmes ont des chiffres tensionnels <140/90 mmHg, ce qui est un résultat plus satisfaisant que l'équivalent français. Les groupes dans lesquels le contrôle thérapeutique est plus faible sont, comme en France les groupes socialement défavorisés (hispaniques aux États-Unis) et les catégories les plus âgées.

Éviter le sur-traitement des facteurs de risque

L'objectif à atteindre est que tous les sujets à risque, et seulement eux, soient sous traitement préventif. L'augmentation du nombre de sujets sous traitement porte en soi le risque d'accroître le nombre de personnes traitées à tort. Dans le cas des traitements hypolipémisants et de l'hypertension artérielle, la possibilité d'un sur-traitement par non-respect du processus de prescription risque d'aboutir à la mise sous traitement chronique d'un nombre considérable de patients, qui seraient alors amenés à suivre des traitements de façon injustifiée. Il n'y a pas d'autre possibilité de mettre en évidence ces traitements injustifiés que l'arrêt thérapeutique, dans la mesure où, par définition, leurs niveaux de pression artérielle et de lipides est parfaitement bien contrôlée sous traitement.

Les difficultés de la mesure de la PA, l'évolution des chiffres de PA selon les conditions de vie des personnes laissent penser qu'un certain nombre d'hypertendus pourraient être traités à tort, soit que l'indication initiale ait été portée à tort, soit que le traitement soit devenu inutile (réduction du poids, de la consommation d'alcool, modifications du style de vie...). Ce risque n'est pas théorique, il est évalué à 20-25 % des hypertendus traités. Dans une revue systématique de la littérature, 42 % des patients diagnostiqués initialement ayant une HTA légère ou modérée gardaient ainsi une pression artérielle normale douze mois et plus après l'arrêt du traitement, en l'absence d'intervention particulière de type non pharmacologique. Certes, il est possible que ces traitements contribuent à abaisser le niveau de pression artérielle dans l'ensemble de la population, mais les conséquences de ce sur-traitement sont potentiellement multiples et lourdes, tant pour le patient qui suit un traitement inutile, à vie, avec le risque d'effets secondaires et d'impact sur sa qualité de vie, que pour la collectivité par le coût considé-

rable de ces traitements. Un optimum de qualité des soins reste donc à atteindre pour traiter tous les patients qui le nécessitent, sans pour autant médicaliser des personnes de façon injustifiée.

L'utilisation du risque cardio-vasculaires global, un concept ou un outil ?

La prévention des maladies cardio-vasculaires est une prévention multifactorielle, qui implique aussi bien l'hyperlipémie que l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'exercice physique ou le diabète. Dans une optique de stratégie du haut risque, la notion de risque cardio-vasculaire global a été développée. Cette approche souligne que la meilleure appréciation du risque cardio-vasculaire d'un individu repose sur la prise en considération de l'ensemble de ses facteurs de risque et que la décision de mise sous traitement au long cours doit reposer au mieux sur l'appréciation de l'ensemble de ces facteurs, attitude plus logique qu'une prise de décision sur la base d'un facteur de risque isolé. L'estimation de ce risque cardio-vasculaire global, en utilisant les équations issues des études de cohortes épidémiologiques, a été proposée. Si le concept de l'estimation globale du risque cardio-vasculaire n'est pas discuté, son estimation pratique, les seuils à considérer, la prise en compte de l'âge et, enfin, le risque acceptable sont des notions qui apparaissent aujourd'hui encore insuffisamment explorées. Il faut également souligner que ces estimations quantitatives du risque ne tiennent aucun compte des facteurs de risque psychosociaux des patients et de leurs conditions de vie socio-économiques. Il reste à mettre en évidence un « bénéfice » sanitaire de la mise en œuvre d'une stratégie basée sur l'estimation de risques cardio-vasculaires par des équations de risque issues de cohortes épidémiologiques. L'adoption du concept supposera enfin de reformuler des recommandations.

Une prévention peut en cacher une autre

Si le traitement des facteurs de risque constitue une prévention primaire des maladies cardio-vasculaires, ces facteurs de risque peuvent eux-mêmes faire l'objet d'une prévention primaire. La prévalence de l'hypertension artérielle, des hyperlipémies sont des valeurs qui peuvent évoluer et faire l'objet de politiques de santé publique.

Une prévention primaire des facteurs de risque ?

La stratégie évoquée ci-dessus à propos de



l'HTA ou des hyperlipémies est une approche basée sur le risque cardio-vasculaire élevé. Les hypertendus qu'il est recommandé de traiter sont personnellement à haut risque cardio-vasculaire et le traitement médicamenteux qu'ils reçoivent est susceptible de leur apporter un bénéfice individuel élevé.

En réalité, le risque cardio-vasculaire associé au niveau de pression artérielle est continu et la majorité de la population est en dessous du seuil thérapeutique. Paradoxalement, la majorité des pathologies cardio-vasculaires surviennent dans la population à « risque cardio-vasculaire faible » pour la simple raison que ce risque minime s'applique à une population nombreuse. Promouvoir une prévention primaire des facteurs de risque (HTA, hyperlipémie) répond donc à deux impératifs. En réduisant de quelques mmHg le niveau de PA de l'ensemble de la population, le gain collectif est important ; sur les données de l'enquête étaguennienne NHANES, chez les hommes d'âge moyen, la baisse de 4 mmHg de l'ensemble de la population réduirait autant le nombre de maladies cardio-vasculaires que le traitement efficace de l'ensemble des patients avec une PA ≥ 160 mmHg.

En conclusion d'une méta-analyse sur un million de sujets, les auteurs estiment qu'une baisse modeste de 2 mmHg réduirait de 10 % la mortalité par accidents vasculaires cérébraux et de 7 % la mortalité coronarienne. Une baisse de 10 mmHg (objectif très ambitieux fixé par PNNS) serait liée à une réduction de 40 % et 30 % respectivement (*Lancet*, 2003).

Prévenir l'HTA est une stratégie qui est rendue d'autant plus nécessaire que celle-ci concerne une proportion très importante de la population française — par exemple un homme sur trois entre 50 et 65 ans —, et plus encore chez les personnes âgées. Les données sur ce sujet font défaut en France, mais les récents résultats de NHANES, qui suggèrent une augmentation de la prévalence de l'HTA, sont inquiétantes car ces niveaux déjà élevés de prévalence pourraient encore croître, ce que l'élévation progressive de la fréquence du surpoids et de l'obésité en France rend vraisemblable. Le traitement des sujets à haut risque pourrait donc à terme concerner une proportion très élevée de la population. C'est dire toute l'importance de l'identification de facteurs de risque d'HTA, évitables ou réversibles. La réduction de la consommation de sel, qui fait partie du programme national de réduction des risques cardio-vasculaires 2002-2005 [1], est un pas en ce sens. La littérature souligne l'importance d'autres fac-

teurs de risque, tels que l'index pondéral ou la consommation d'alcool. Dans un travail récent, l'existence d'un surpoids multipliait le risque d'être hypertendu par 1,9 chez les hommes et 1,5 chez les femmes, l'obésité les multipliait par 5,5 et 2,8 respectivement. Une consommation d'alcool > 3 verres par jour la multipliait par 1,9. La lutte contre le surpoids et l'obésité est donc un élément clé de la prévention cardio-vasculaire. Il est clair aussi que le délai entre la mise en œuvre de cette politique de prévention des maladies cardio-vasculaires et les résultats éventuels est très long, puisque l'élévation de la prévalence du surpoids chez les enfants en 2004 annonce des évolutions de la prévalence dans deux ou trois décennies et des maladies cardio-vasculaires à plus long terme encore... Mais ces facteurs de risque concernent des segments importants de la population française et constituent donc des cibles privilégiées d'une politique de prévention primaire de l'hypertension artérielle. La même complémentarité se retrouve en matière de tabagisme. La France est en position moyenne à cet égard : 27 % des adultes fument, ils sont 35 % en Grèce, mais 19 % aux États-Unis (source Eco Santé. OCDE 2003). Une politique de prévention est indispensable, en direction des non (encore) fumeurs, les jeunes particulièrement, en complément des efforts déployés pour la cessation du tabagisme chez les fumeurs dépendant de la nicotine.

Les autres facteurs de risque

Aujourd'hui, la prévention des maladies cardio-vasculaires demeure donc encore axée sur le changement des comportements individuels à risque. Pourtant, ces dernières années, la littérature scientifique a montré l'importance des conditions socio-économiques comme des facteurs de risque à part entière. Une réalité méconnue, qui devrait être mieux prise en compte.

Le travail et l'emploi

Aujourd'hui, en dehors d'intoxications accidentelles massives, quelques expositions professionnelles chimiques (plomb, cadmium, solvants) ou physiques (bruit) sont connues ou suspectées d'être à l'origine de maladies cardio-vasculaires. Cependant, l'exposition à ces risques étant faible dans la population salariée, ils contribuent pour bien moins de 1 % aux pathologies cardio-vasculaires observées. En revanche, certaines contraintes de l'environnement de travail peuvent avoir un impact bien plus important. Prenons, par exemple, le cas du travail posté (trois-huit,

travail de nuit, etc.). L'analyse récente des résultats de dix-sept études épidémiologiques a permis d'estimer à 40 % l'augmentation du risque cardio-vasculaire lié au travail posté. Ces vingt dernières années, de nombreuses études épidémiologiques ont permis de mieux décrire le lien entre l'exposition à certaines contraintes de travail et la survenue de maladies cardio-vasculaires. Ces études ont utilisé deux modèles qui, à partir de questionnaires validés, ont permis de quantifier l'exposition à ces contraintes et de progresser dans l'analyse des relations entre santé et travail. Le premier modèle (de Karasek) est le plus utilisé en épidémiologie du stress professionnel. Ce dernier part de l'hypothèse suivante : une situation de forte contrainte professionnelle se caractérise par une demande ou une activité de travail forte, combinée à une faible capacité pour le salarié de décider comment y faire face, comment organiser son travail, comment mobiliser ses compétences. De telles situations de travail sont à l'origine d'un stress professionnel. Le travail à la chaîne ou celui de caissière de supermarché illustrent parfaitement ces situations à fortes contraintes organisationnelles dans lesquelles le salarié subit un rythme imposé, mais ne décide pas de son travail. L'autre modèle utilisé, celui de Siegrist, postule qu'un travail se caractérise par l'effort, l'intensité de travail, l'investissement personnel, d'une part, et la reconnaissance professionnelle, d'autre part. Cette reconnaissance peut être sociale, *via* la valorisation du métier, une promotion, mais aussi financière, par le biais d'une meilleure rémunération. Les travaux épidémiologiques montrent qu'un salarié dont la charge de travail est forte et qui n'a pas de reconnaissance sociale ou salariale se trouve dans une situation de déséquilibre entre « efforts et récompenses », nuisible à sa santé. Ces deux modèles sont indépendants : le fait de travailler sous contrainte et sans latitude de décision peut s'ajouter à un manque de reconnaissance pour un travail pénible. Les travaux scientifiques utilisant ces deux modèles de description des contraintes organisationnelles témoignent avec une grande cohérence de leur impact sur la santé cardio-vasculaire. Le fait d'être dans une de ces situations organisationnelles « stressantes » multiplie par 2 à 4 le risque de maladie cardio-vasculaire, selon les études, les méthodes de mesure et le type de maladies cardio-vasculaires.

Isolement social

Une surmortalité totale et cardio-vascu-

laire a été notée en l'absence de réseau et de soutien social, de façon plus constante chez les hommes que chez les femmes. L'isolement social augmente considérablement le risque de décès après un infarctus du myocarde. Les mécanismes évoqués sont multiples, faisant intervenir un soutien instrumental (argent, aides diverses), un soutien émotionnel, une incitation à l'utilisation des soins médicaux et de prévention, et enfin un effet direct, neuro-hormonal.

Les inégalités sociales de santé : place de la prévention cardio-vasculaire

La réduction des inégalités sociales de santé fait partie des objectifs annoncés par le Haut Comité de la santé publique. Les maladies cardio-vasculaires participent aux gradients de mortalité observés entre, par exemple, les cadres-professions libérales et le groupe des ouvriers-cadres, la probabilité de décéder entre 35 et 65 ans étant deux fois plus élevée dans le groupe des ouvriers par rapport aux cadres (HCSP janvier 2002). Bien que les maladies cardio-vasculaires concernent plutôt le groupe des personnes âgées, elles participent à la mortalité prématurée et aux inégalités sociales de santé observées très précocement. C'est ainsi que dans un groupe de 100 000 hommes ouvriers et employés âgés de 25 à 54 ans, 34 décès en maladies cardio-vasculaires pourraient être évités si leur mortalité était équivalente à celle des cadres et professions libérales. Même précocement, la prévention des maladies cardio-vasculaires reste un objectif important dans l'enjeu qu'est la lutte contre les inégalités sociales de santé. En ce qui concerne l'infarctus du myocarde, le gradient de mortalité est aussi marqué que dans les autres pathologies cardio-vasculaires (HCSP). La surmortalité par infarctus du myocarde et maladie coronarienne n'est pas liée uniquement à une létalité plus élevée dans les groupes des ouvriers-employés. L'analyse des données des registres des cardiopathies ischémiques a montré que les différences concernaient aussi l'incidence entre ces groupes et donc la prévention primaire.

Ce que nous apprennent les inégalités sociales de santé sur la prévention cardio-vasculaire

Il existe des disparités sociales de prévalence et de traitement des facteurs de risque cardio-vasculaire

Des travaux français avaient montré il y a une vingtaine d'années des disparités sociales dans le traitement de l'HTA. Les

différences portaient alors sur la mise sous traitement des hypertendus, les catégories les plus socialement favorisées étant plus fréquemment sous traitement que les autres. Les données actuelles montrent une évolution de ces disparités, les différences ne portant plus sur la mise sous traitement antihypertenseur. En revanche, un gradient social net apparaît, le contrôle étant d'autant meilleur que la catégorie sociale est favorisée. Au-delà de l'accès primaire aux soins repéré par les statistiques de consommation médicale, c'est l'accès secondaire qui est ainsi posé, autrement dit l'ensemble des événements, contacts et traitements qui suivent le premier contact avec le système de soins, ce qui détermine le suivi au long cours et l'adhésion au traitement chronique [4].

Les comportements de santé ne sont pas seulement « individuels »

Si les consommations de tabac, d'alcool ou l'alimentation sont en cause, il est trop rapide d'en faire peser la responsabilité entière sur l'individu, en ignorant que cet individu fait partie d'un groupe social, professionnel, avec une culture et des contraintes, et notamment des contraintes professionnelles. La consommation de sel ne se résume pas à la maîtrise de l'individu sur la salière qui est sur la table. En effet, 34 % de l'apport en sel provient d'un seul aliment, le pain... En outre, les comportements ne sont pas répartis socialement au hasard dans la population, ils sont plus fréquents dans une partie des catégories socioprofessionnelles et même dans certaines situations de travail. Le fait que des situations sociales, économiques ou familiales favorisent certaines habitudes ou rendent difficile leur arrêt n'a pas été suffisamment exploré et souligné. Dans un essai d'intervention randomisé chez les Indiens Pima, au Nouveau Mexique, l'amélioration du niveau des facteurs de risque cardio-vasculaire, très élevés dans cette population, a été plus importante dans celui des deux groupes qui, en plus des séances d'éducation pour la santé, participait à des séances de travail sur sa propre culture, la valorisant ainsi à ses propres yeux [5]. Certains auteurs soulignent le rôle de « l'estime de soi » dans l'évolution de ces comportements. Cette réflexion semble devoir être poursuivie, si la prévention cardio-vasculaire se donne pour objectif de réduire des inégalités liées en partie à des comportements plus fréquents dans les milieux défavorisés.

Enfin, l'élargissement de la réflexion sur le rôle des « nouveaux » facteurs de risque,

de nature psychosociale, est stimulé par les inégalités sociales de santé en France, puisque ces facteurs, contraintes organisationnelles, isolement social, chômage, sont plus souvent observés dans les catégories socioprofessionnelles à forte mortalité. Comment ne pas intégrer dans la réflexion sur la prévention cardio-vasculaire des facteurs de risque qui multiplient par deux à cinq la mortalité ? Dans une étude récente, les salariés travaillant dans une entreprise dont l'effectif avait été réduit avaient une mortalité cardio-vasculaire cinq fois plus élevée que ceux dont l'entreprise avait conservé le même effectif [6]. À terme, la prévention cardio-vasculaire ne devrait plus seulement être conçue pour s'appliquer « dans » l'environnement familial et professionnel, mais « sur » cet environnement.

Conclusions

La prévention cardio-vasculaire a été jusqu'à présent orientée vers la prise en charge des patients à haut risque cardio-vasculaire, grâce à des traitements efficaces, mais aussi coûteux pour la collectivité. À moyen et long terme, les enjeux pour le système de soins sont de mieux maîtriser ces moyens de prévention médicamenteux. À moyen et long terme, réduire le niveau de ces facteurs de risque dans la population est l'enjeu majeur. Enfin, les maladies cardio-vasculaires sont multifactorielles et à long terme, de nouveaux champs de prévention méritent d'être explorés, ce qui implique que la prévention puisse devenir intersectorielle. 

Références

1. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Programme national de réduction des risques cardio-vasculaires 2002-2005.
2. Bunker SJ, Colquhoun DM, Esler MD, et al. Stress and coronary heart disease : psychosocial risk factors. National Heart Foundation of Australia position statement update. Med J Aust. 2003 ; 178 : 272-6.
3. Sermet C. Les Français et le médicament. 3^{es} rencontres parlementaires sur le médicament. Paris, 30 octobre 2003.
4. Lombrail P. Accès aux soins, in Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T (éd.). Inégalités sociales de santé. La Découverte/Inserm. Paris : 2000.
5. Marmot M. Self esteem and health. BMJ 2003 ; 327 : 574-575.
6. Vahtera J, Kivimäki M, Pentti J, Linna A, Virtanen M, Virtanen P, Ferrie JE. Organisational downsizing, sickness absence, and mortality : 10-town prospective cohort study. BMJ 2004 ; 328 : 555-60.