



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITE REGIONAL DE L'AFRIQUE

AFR/RC52/RT/2 Rév.1
21 avril 2002

Cinquante-deuxième session
Brazzaville, Congo, 19-23 août 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 9.2 de l'ordre du jour provisoire

LUTTE CONTRE LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES PAR
LA REDUCTINO DE FACTEURS DE RISQUE

Table ronde n° 2

SOMMAIRE

	Paragraphes
CONTEXTE	1 - 15
CADRE D'ACTION	16 - 23
DEFIS A RELEVER	24 - 28
POINTS DE DISCUSSION	29 - 33
RESULTATS ESCOMPTES	34 - 38

CONTEXTE

1. La charge des affections cardiovasculaires augmente rapidement en Afrique et ce groupe de maladies commence à poser un problème de santé publique dans toute la Région africaine de l'OMS. Selon le Rapport sur la santé dans le monde 2001, les maladies cardiovasculaires représentent 9,2 % de l'ensemble des décès dans la Région en 2000 (une mortalité plus importante que celle imputable au paludisme) contre 8,15 % en 1990. Cependant, l'ampleur du problème et le potentiel de prévention restent mal connus.
2. Par définition, les maladies cardiovasculaires affectent le cœur et les vaisseaux sanguins. Elles peuvent être congénitales ou acquises. Les principales maladies cardiovasculaires acquises sont l'hypertension¹, l'accident vasculaire cérébral, les cardiomyopathies et la cardiopathie ischémique.
3. L'accident vasculaire cérébral et l'insuffisance cardiaque, habituellement associés à l'hypertension, sont les formes les plus communes de cardiopathie dans la Région africaine. Le nombre de cas de cardiopathie ischémique augmente, bien qu'à un rythme plus lent que dans les pays occidentaux. La cardite rhumatismale demeure une préoccupation sanitaire majeure dans la Région.
4. L'augmentation de l'incidence des maladies cardiovasculaires en Afrique est liée à l'adoption de modes de vie qui, combinés avec d'autres facteurs, accroissent le risque d'être touché par ces maladies. C'est ce qu'on appelle les facteurs de risque. Le premier ensemble de facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires, dans lequel figurent les *antécédents familiaux ou personnels de maladie cardiovasculaire, la race², le sexe³ et l'âge⁴*, ne peut être modifié par des interventions.
5. Les autres facteurs de risque certains pour les maladies cardiovasculaires sont *l'hypertension, le tabagisme, l'obésité, l'inactivité physique, les mauvaises habitudes alimentaires, un taux de cholestérol élevé, la consommation excessive d'alcool et le diabète⁵*⁶. Ils se prêtent à des mesures de prévention ou de lutte, notamment par la mise en oeuvre de politiques publiques appropriées qui encouragent l'adoption de modes de vie sains.

¹ L'hypertension est un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires et constitue elle-même une maladie cardiovasculaire. Selon le contexte, elle est mentionnée dans le présent document comme un facteur de risque ou comme une maladie.

² Les personnes de race noire sont plus exposées à l'hypertension grave et à l'accident vasculaire cérébral que les personnes de race blanche.

³ Les hommes ont tendance à développer la cardiopathie plus tôt que les femmes.

⁴ Plus on est âgé, plus la probabilité d'être victime d'une cardiopathie ou d'un accident vasculaire cérébral est élevée.

⁵ Le diabète touche plusieurs organes du corps et constitue un facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires.

⁶ D'autres facteurs de risque, certains ou probables, ont été identifiés. Il est apparu, par exemple, que la croissance du fœtus et du nourrisson a un rapport avec l'incidence de la cardiopathie ischémique à l'âge adulte et que le VIH/SIDA fait augmenter le nombre de cardiomyopathies dans les pays les plus affectés par l'épidémie. Quant au rôle du stress en tant que facteur prédictif de l'hypertension, il demeure sujet à controverse. Toutefois, ces facteurs sont soit déjà traités par d'autres initiatives ou programmes (santé génésique, prévention et lutte contre le VIH/SIDA) ou doivent faire l'objet de recherches plus poussées ou encore ne se prêtent pas à des interventions préventives d'un bon rapport coût/efficacité. En conséquence, l'accent n'est mis que sur les "principaux" facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, qui font l'objet du présent document.

6. L'*hypertension* a un rapport étroit avec le risque d'accident vasculaire cérébral, de cardiopathie ischémique et d'insuffisance cardiaque et rénale. Sa prévalence est très élevée dans certains pays⁷. Certaines études menées dans la Région établissent clairement le lien entre le niveau de tension artérielle, la consommation de sel et de matières grasses et le poids corporel. Des études réalisées au Ghana, en Afrique du Sud et au Zimbabwe ont révélé que l'augmentation de la prévalence de l'accident vasculaire cérébral et de la mortalité qui y est associée correspondait à une augmentation des facteurs de risque, en particulier l'hypertension, l'obésité, le tabagisme et le diabète⁸.

7. Le *tabac*, dont la consommation est en augmentation dans la Région africaine, est l'une des principales causes de crise cardiaque et de maladie vasculaire périphérique; il augmente également le risque d'accident vasculaire cérébral.

8. L'*obésité*, en particulier lorsqu'elle est associée à l'inactivité physique, est un déterminant majeur du diabète, du taux élevé de cholestérol et de l'hypertension. Les *mauvaises habitudes alimentaires*, c'est-à-dire une forte consommation de nourriture et/ou un régime alimentaire déséquilibré constitué d'importantes quantités de sel, de sucre et de graisses saturées et une faible consommation de fruits et de légumes, augmentent le cholestérol et le poids corporel, entraînant l'hypertension, le diabète et la cardiopathie ischémique.

9. Le risque de cardiopathie ischémique et d'accident vasculaire cérébral augmente à mesure que le niveau de *cholestérol* sérique s'accroît. Les facteurs responsables de l'augmentation des taux de cholestérol sont les anomalies d'origine génétique entraînant le métabolisme du cholestérol, la consommation de graisses alimentaires, l'inactivité physique, l'obésité et le tabagisme.

10. La *consommation excessive d'alcool*, qui est un facteur de risque majeur pour l'hypertension et le diabète, peut aussi provoquer des changements dégénératifs du cœur.

11. Le *diabète*, dont l'incidence augmente dans la Région, est un facteur de risque majeur pour la cardiopathie ischémique, l'accident vasculaire cérébral, la maladie vasculaire périphérique et l'insuffisance cardiaque et rénale.

12. Les personnes présentant un ou plusieurs facteurs de risque sont plus exposées aux maladies cardiovasculaires que celles qui n'en présentent aucun. Dans la plupart des cas, les facteurs de risque ne surviennent pas isolément; ils sont habituellement associés et agissent l'un sur l'autre d'une manière qui accroît fortement la probabilité de contracter la maladie. Cette réalité constitue le fondement sur lequel on bâtira une approche globale de réduction des facteurs de risque.

⁷ La prévalence varie de 15/100 à 30/100 dans certaines zones urbaines du Ghana, de Maurice, du Nigéria et du Zimbabwe, tandis que dans les zones rurales des mêmes pays la prévalence est largement inférieure, allant de 3/100 à 9/100.

⁸ Nyame P.K., Jumah K.B., Adjei S. CT Scan of the head in evaluation of stroke in Ghanaians. *East Afr Med J* 1998; 75(11):637-9; Bam WJ, Yako PM. Correlation between hypertension and cardiovascular accidents in black patients. *S Afr Med J* 1984; 65(16):638-41; Matenga J., Kitai I., Levy L. Strokes among black people in Harare, Zimbabwe. *Br Med J* 1986(21)292:1649-51.

13. Il existe un rapport étroit entre la pauvreté et l'exposition aux facteurs de risque de maladie cardiovasculaire. Deux exemples peuvent illustrer ce constat : l'augmentation rapide de la consommation de tabac et son rapport avec le faible niveau d'instruction parmi les fumeurs; et l'augmentation de la consommation d'aliments à forte teneur en matières grasses et à faible teneur en fibres en remplacement de fruits et légumes chez les pauvres.

14. L'incapacité et la mortalité causées par les maladies cardiovasculaires sont plus fréquentes chez les pauvres et se produisent plus prématurément dans la Région africaine que dans les pays occidentaux, ce qui entretient le cercle vicieux mauvaise santé/pauvreté/mauvaise santé.

15. Une autre maladie cardiovasculaire particulièrement préoccupante pour la santé publique est la cardite rhumatismale. La cardite rhumatismale touche essentiellement les valvules cardiaques et est causée par un rhumatisme articulaire consécutif à une infection streptococcique. C'est la cause la plus commune de cardiopathie acquise chez les enfants et les adolescents. La cardite rhumatismale est une maladie typique de la pauvreté et une cause majeure d'incapacité et de décès en Afrique, malgré la mise en oeuvre d'interventions préventives d'un bon rapport coût/efficacité.

CADRE D'ACTION

16. Parmi les principales mesures permettant de prévenir et de lutter contre les maladies cardiovasculaires par la réduction des facteurs de risque figure l'adoption des stratégies régionales de promotion de la santé et de lutte contre les maladies non-transmissibles (MNT). Ces deux stratégies recommandent une approche globale de lutte contre les facteurs de risque, qui sont intimement liés⁹.

17. On peut prévenir l'exposition aux facteurs de risque par des mesures relativement peu onéreuses axées sur les populations telles que des actions législatives et financières susceptibles de créer un environnement propice à l'adoption de modes de vie favorables à la santé. Ces décisions de fond peuvent être appuyées par des initiatives d'éducation sanitaire visant à encourager l'activité physique tout au long de la vie, à prévenir le tabagisme et à promouvoir l'adoption de régimes alimentaires qui limitent la consommation de graisses saturées et de sel. C'est la **prévention primordiale**.¹⁰

18. A la suite d'une vaste étude réalisée aux Etats-Unis, il est apparu que de modestes changements de modes de vie dans les groupes à risque - réduction de la consommation de matières grasses, exercice physique deux heures et demie par semaine et perte de poids modérée - pouvaient réduire de plus de moitié l'incidence du diabète¹¹. Un système de surveillance bien adapté peut identifier les personnes présentant des facteurs de risque bien avant la survenue de maladies cardiovasculaires et permettre leur prise en charge.

⁹ Ces documents sont conformes aux recommandations pertinentes de l'OMS contenues dans la Charte d'Ottawa et les Déclarations d'Adélaïde et de Djakarta (documents WHO/HPR/HEP/95.2, WHO/HPR/HEP/95.1 et WHO/HPR/HEP/41CHP/BR/97.4).

¹⁰ Comme exemple de réussite dans la Région, on peut citer le cas de Maurice. Le Gouvernement mauricien a modifié, par voie législative, la composition de l'huile de cuisine en faisant remplacer l'huile de palme (riche en acides gras saturés) par de l'huile de soja, plus saine. Cette mesure a permis de faire baisser les taux de cholestérol sanguin dans la population (Ebrahim S., Davey Smith G., Exporting failure, Coronary heart disease and stroke in developing countries. *Int J Epidemiol* 2001;30:201-205).

¹¹ Nombre de nouveaux cas d'une maladie.

C'est la **prévention primaire**. Certaines interventions telles que les mesures visant à aider les gens à arrêter de fumer ou la prise en charge de l'hypertension et de l'obésité (alimentation et activité physique) peuvent réduire considérablement le risque de maladie cardiovasculaire.

19. Grâce au dépistage systématique, il est possible de détecter très tôt les maladies cardiovasculaires et les facteurs de risque qui y sont associés. A ce stade, la lutte contre les facteurs de risque combinée à une prise en charge appropriée des cas peut contribuer à prévenir des complications telles que la mort subite, l'accident vasculaire cérébral et l'insuffisance cardiaque. C'est la **prévention secondaire**.

20. Les préventions primordiale et primaire sont des approches centrées sur la population et constituent les moyens les plus économiques de réduire la prévalence¹² des facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires ; ce qui permet, entre autres, de réduire la charge globale des maladies cardiovasculaires dans la communauté. La prévention secondaire concerne les groupes à haut risque et vise à réduire les complications liées aux maladies cardiovasculaires mais ne réduit pas l'incidence de la maladie.

21. La mise en place d'un système de surveillance reposant sur l'approche associée aux facteurs de risque est indispensable au succès des programmes de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires dans la mesure où elle permet d'identifier les groupes à haut risque et de suivre les tendances sur une certaine période de temps.

22. La recherche est aussi une priorité vu l'absence de données concernant les maladies cardiovasculaires, leurs facteurs de risque et leurs déterminants et la nécessité de s'assurer de l'efficacité de certaines interventions dans la Région.

23. La prévention du rhumatisme articulaire et de la cardite rhumatismale s'appuie sur un dépistage et un traitement systématiques des infections streptococciques de la gorge dans les groupes les plus vulnérables, à savoir les pauvres et les enfants et adolescents démunis.

DEFIS A RELEVER

24. Dans la plupart des pays, les maladies cardiovasculaires ne reçoivent pas encore toute l'attention requise. Il convient de renforcer les actions de plaidoyer pour garantir l'engagement politique des gouvernements et intensifier le rôle de chef de file des ministères de la Santé dans l'approche multisectorielle de la réduction/élimination des facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires.

25. L'ampleur réelle des facteurs de risque pour les maladies cardiovasculaires (et des maladies cardiovasculaires elles-mêmes) dans la Région n'est pas connue et il faut approfondir les recherches et établir des systèmes de surveillance afin de mieux connaître le problème et suivre les tendances.

26. Pour lutter efficacement contre les maladies cardiovasculaires, il est nécessaire d'adopter une approche intégrée de la prévention et de la lutte contre les facteurs de risque liés à ces maladies à tous les niveaux du système de santé, surtout au niveau des soins de santé primaires.

¹² Nombre total de cas d'une maladie.

27. Dans beaucoup de pays où l'incidence de la maladie est forte, les programmes nationaux de prévention et de lutte contre le rhumatisme articulaire et la cardite rhumatismale ne sont pas mis en œuvre de manière adéquate.

28. La mobilisation de ressources supplémentaires et la réaffectation de certains fonds alloués pour les soins tertiaires aux activités de réduction des facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires - dans le cadre d'un programme complet de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles - seront des indicateurs importants d'une politique visant à réduire le fardeau des maladies cardiovasculaires.

POINTS DE DISCUSSION

29. Comment renforcer les capacités des ministères de la Santé pour qu'ils jouent leur rôle d'administration générale qui leur incombe dans la mise en application d'une approche multisectorielle de réduction des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires ?

30. Comment obtenir des données plus fiables sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires dans la Région ? Comment tirer parti de l'approche par étapes (" STEPS")¹³ de l'OMS pour la surveillance des MNT ?

31. Comment garantir l'existence d'installations de soins de santé et d'agents de santé en quantité suffisante pour relever le défi posé par les MNT en général et les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires en particulier ?

32. Comment assurer une allocation/réaffectation appropriée des ressources pour mener à bien l'approche axée sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires ?

33. Comment assurer la mise en œuvre ou le renforcement des programmes nationaux de prévention et de lutte contre le rhumatisme articulaire et la cardite rhumatismale ?

RESULTATS ESCOMPTES

34. Recommandations aux Etats Membres et à l'OMS sur l'emploi des méthodes les plus efficaces pour améliorer la prévention et la lutte contre les maladies cardiovasculaires sur la base d'une approche de réduction des facteurs de risque.

35. Propositions concernant les mécanismes destinés à obtenir des informations supplémentaires et fiables sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires dans la Région.

¹³ STEPS : Nouvelle initiative basée sur une méthodologie standardisée élaborée par l'OMS pour aider les pays en développement à faire face au problème de l'absence de données et de la surveillance des MNT en général et des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires en particulier. Pour plus d'informations, consulter le site Internet de l'OMS (www.who.ch).

36. Propositions sur la manière de garantir l'existence d'installations de soins et d'agents de santé en nombre suffisant pour faire face à la situation actuelle sur le plan des maladies cardiovasculaires, notamment en ce qui concerne les facteurs de risque.

37. Recommandations concernant les moyens d'accroître les ressources allouées à la mise en oeuvre de programmes de prévention et de lutte contre les maladies cardiovasculaires par le biais de la prévention et de la lutte contre les facteurs de risque.

38. Recommandations sur la manière de lancer ou renforcer la mise en oeuvre de programmes nationaux de prévention et de lutte contre le rhumatisme articulaire et la cardite rhumatismale.