



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



42^e CONSEIL DIRECTEUR

52^e SESSION DU COMITE REGIONAL

Washington, D.C., 25-29 septembre 2000

Point 4.7 de l'ordre du jour provisoire

CD42/11 (Fr.)

18 juillet 2000

ORIGINAL : ESPAGNOL

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES, ET NOTAMMENT L'HYPERTENSION ARTERIELLE

Lors de sa 125^e session, le Comité exécutif a invité le Sous-Comité de planification et de programmation (SPP) à réexaminer le sujet des maladies cardio-vasculaires en mettant l'accent sur l'hypertension artérielle. Le Sous-Comité a examiné la situation du problème dans la Région, ainsi que les opportunités et les obstacles au développement de programmes visant à réduire la mortalité prématurée imputable à des causes cardio-vasculaires. Ensuite, au cours de sa 126^e session, le Comité exécutif a étudié l'analyse et les recommandations du SPP et a préparé une proposition de résolution à soumettre au Conseil directeur (voir résolution CE126.R6 en annexe).

Sur la base des débats au sein du Comité exécutif, on estime qu'il est pleinement justifié d'appuyer le renforcement des programmes de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle puisqu'ils sont capables d'avoir un impact à moyen terme. L'accent est mis sur l'examen des iniquités, sur le plan de la position sociale autant que sur le plan de la dynamique hommes-femmes, dans la mise en œuvre de ces programmes.

Le Programme des maladies non transmissibles de l'OPS, conformément à la résolution CE120.R11 du Comité exécutif (1997), qui recommande le renforcement de l'appui technique aux initiatives concrètes de prévention et de contrôle des maladies non transmissibles, s'inscrit dans un cadre qui inclut la promotion de la santé, la prévention primaire et l'administration des maladies non transmissibles. Cette démarche est justifiée par le fait que ces problèmes de santé ont en commun des facteurs de risques et des stratégies de contrôle et que leurs actions doivent être destinées aux mêmes groupes de population. C'est dans ce contexte que s'inscrit l'initiative pour le contrôle de l'hypertension artérielle.

Le Comité directeur est prié d'analyser la nécessité de soutenir l'élargissement de la surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risques de même que le renforcement des programmes de prévention et de contrôle et de formuler ses recommandations à ce sujet.

TABLES DES MATIERES

	<i>Page</i>
1. Introduction.....	3
2. Le poids de la maladie	3
2.1 L'ampleur du problème	3
2.2 Tendances	5
3. Il est difficile de résoudre un problème lorsqu'on n'a qu'une connaissance partielle de son ampleur et de sa répartition	6
3.1 Surveillance de l'hypertension et facteurs de risques associés.....	6
3.2 Inégalités dans les maladies cardio-vasculaires.....	7
4. Le contrôle de l'hypertension artérielle est possible, mais les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont des difficultés à le mettre en œuvre	8
4.1 Réponses nationales à l'hypertension artérielle.....	8
4.2 Intégration de la gestion de l'hypertension dans les soins primaires.....	9
4.3 Conséquences économiques	11
5. La prévention primaire de l'hypertension artérielle signifie une action simultanée sur les facteurs de risques pour l'ensemble des maladies non transmissibles	11
5.1 Le rôle du régime, de l'activité physique et du tabagisme	11
5.2 Les projets d'intervention communautaire (CARMEN)	12
6. Dans de nombreux pays de la Région, des ressources sont disponibles pour traiter le problème des maladies cardio-vasculaires, mais il convient d'optimiser l'organisation pour en améliorer l'efficacité	13
6.1 Initiative panaméricaine d'hypertension artérielle	13
6.2 Six raisons pour renforcer et développer des programmes de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle	13
7. Points de discussion	14

1. Introduction

L'hypertension artérielle est l'un des facteurs de risques les plus importants pour les principales maladies cardio-vasculaires telles que la maladie cérébro-vasculaire et l'ischémie coronarienne. Celles-ci sont les principales causes de décès prématuré chez les adultes de la Région des Amériques, notamment chez les femmes. Néanmoins, il n'existe pas actuellement suffisamment d'actions concertées et viables qui permettent aux systèmes et aux services de santé, notamment en Amérique latine et dans les Caraïbes, d'élaborer des stratégies et des programmes efficaces et efficients. On analyse plus loin l'ampleur du problème, les difficultés que cause l'absence d'informations adéquates pour prendre des décisions et organiser des programmes de même que les obstacles à la mise en œuvre de ces derniers. Toutefois, il convient de souligner que les faits et l'infrastructure de santé des Etats Membres sont de nature à justifier une démarche intégrée de la prévention et du contrôle des maladies cardio-vasculaires en général et de l'hypertension artérielle en particulier sous la forme d'une stratégie visant à réduire le nombre de décès prématurés chez les adultes et à améliorer la qualité de la vie.

2. Le poids de la maladie

2.1 *L'ampleur du problème*

On estime qu'au cours des 10 prochaines années, on enregistrera dans la Région des Amériques 20,7 millions de décès imputables aux maladies cardio-vasculaires.¹ Il a été évalué que 2,4 millions de ces décès pouvaient être attribués à l'hypertension artérielle. En Amérique latine et aux Caraïbes, les maladies cardio-vasculaires sont à l'origine de 31% de tous les décès. En 2000, 180 000 décès chez les femmes de 15 à 69 ans seront dus à des maladies cardio-vasculaires qui seront la première cause de décès pour ce groupe d'âge. En revanche, ces maladies ne sont qu'à la deuxième place pour les 253 000 décès qui se produisent chaque année chez les hommes, après les causes extérieures. Les taux de mortalité par maladie cardio-vasculaire varient de 413,3 pour 100 000 habitants chez les hommes et 352,8 pour 100 000 chez les femmes au Paraguay à 178,1 pour 100 000 habitants chez les hommes au Mexique et 149,0 pour 100 000 chez les femmes au Canada.² Les taux de mortalité ajustés par âge selon le sexe pour les pays de la Région sont présentés au Tableau 1.

¹ Murray CJL, Lopez AD, *The Global Burden of Disease*, Organisation mondiale de la Santé, Harvard School of Public Health, Banque mondiale, Harvard University Press, 1996.

² Organización Panamericana de la Salud, *Situación de salud en las Américas: Indicadores básicos de salud 1999*, Programa Especial de Análisis de Salud, OPS/OMS, 1999.

Tableau 1. Taux de mortalité pour les maladies cardio-vasculaires selon le sexe, 1990-1994 (ajustés par âge, pour 100 000 habitants)

	Hommes	Femmes
Argentine	369,5	246,1
Bahamas	226,2	191,3
Barbade	290,9	236,2
Brésil	381,0	293,3
Canada	217,1	149,0
Chili	208,5	165,6
Colombie	284,8	272,2
Costa Rica	195,5	153,3
Cuba	263,9	219,8
Equateur	211,3	185,4
El Salvador	192,7	190,7
Etats-Unis	264,3	197,7
Iles Turques et Caïques	237,7	220,5
Mexique	178,1	160,2
Nicaragua	246,5	240,7
Paraguay	413,3	352,8
Porto Rico	225,6	162,2
Suriname	285,9	223,6
Trinité et Tobago	345,7	293,8
Venezuela	293,0	225,5

Parmi les maladies cardio-vasculaires, les deux maladies les plus importantes sont l'ischémie coronarienne et la maladie cérébro-vasculaire. Il a été établi qu'il était possible de prévenir ces deux maladies par le biais du contrôle et de la prévention des facteurs de risques primaires, les plus importants étant le tabagisme, les régimes inadéquats et le manque d'activité physique. Le contrôle de ces facteurs de risques se traduit à son tour par une réduction des facteurs de risques secondaires tels que l'hypertension artérielle. En soi, l'hypertension artérielle est un important facteur de risques pour ces maladies. Il a été démontré, dans le cadre d'études contrôlées, que la réduction de la pression artérielle, de 5-6 millimètres de mercure en moyenne, pouvait faire chuter la mortalité due aux maladies cérébro-vasculaires de près de 35%-40% et due à l'ischémie coronarienne de 15%-20%.³ On observe aussi une réduction très sensible de la mortalité chez les personnes de 65 ans et plus qui ont été soumises à un traitement pharmacologique pour

³ Psaty BM, Smith NL, Siscovick DS, et al. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents: a systematic review and meta-analysis, *JAMA* 1997; 277:739-745.

l'hypertension artérielle. Dans ce groupe, il est possible de réduire la maladie cérébro-vasculaire de 34% et l'ischémie coronarienne de 19% ce qui impliquerait une diminution de 23% de tous les décès imputables à des causes cardio-vasculaires.⁴

2.2 Tendances

Bien que la mortalité due aux maladies cardio-vasculaires augmente avec l'âge, il est important de connaître la mortalité prématurée qui pourrait en théorie être prévenue. Dans le but d'évaluer les changements dans la mortalité prématurée, on a estimé les années potentielles de vies perdues (APVP) sur la base de la mortalité enregistrée et des changements survenus de 1960 à 1994 dans 11 pays qui disposaient d'informations pour cette période⁵ de même que d'une sous-notification des décès inférieur à 15% (Tableau 2). On constate une baisse importante du nombre d'APVP du fait de l'ischémie coronarienne en Argentine, au Canada, au Chili et aux Etats-Unis. Dans les autres pays, cette cause ne fait pas l'objet de changements significatifs, à l'exception du Mexique qui note une augmentation du taux d'années potentielles de vie perdues. Au cours de la même période, la maladie cérébro-vasculaire baisse très sensiblement dans la majorité des pays, à l'exception de Cuba et du Venezuela.

En dépit de la diminution observée des années potentielles de vie perdues du fait des maladies cardio-vasculaires, il est vrai que compte tenu des changements dans la pyramide des âges dans tous les pays de la Région, le nombre de cas continue de progresser ce qui pèse lourdement sur les services de santé. En outre, les pays de la Région dont les taux sont les plus élevés ont une mortalité prématurée quatre fois supérieure à ceux des pays dont les taux sont les plus faibles et cet écart se creuse pour ce qui est des maladies cérébro-vasculaires.

⁴ MacMahon S, Rodgers A, The effects of blood pressure reduction in older patients: an overview of the randomized control trials in elderly hypertension. *Clin Exp Hypertens* 1993;15:967-978.

⁵ Organización Panamericana de la Salud, *La salud en las Américas*, Edición 1998. Publication scientifique No. 569, Vol. I, Washington D.C. 1998.

Tableau 2. Changement moyen des taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) sur 5 ans, 1960-1994

	Ischémie coronarienne	Maladie cérébro-vasculaire
Les taux d'APVP diminuent	Argentine Canada Chili Etats-Unis	Argentine Barbade Canada Chili Colombie Costa Rica Etats-Unis Mexique Trinité et Tobago
Les taux d'APVP ne présentent pas de changements significatifs	Barbade Colombie Costa Rica Cuba Trinité et Tobago Venezuela	Cuba Venezuela
Les taux d'APVP augmentent	Mexique	

3. Il est difficile de résoudre un problème lorsqu'on n'a qu'une connaissance partielle de son ampleur et de sa répartition

3.1 Surveillance de l'hypertension et facteurs de risques associés

Bien qu'il ait été démontré que le maintien de la pression artérielle à un niveau normal pouvait largement contribuer à la réduction de la mortalité cardio-vasculaire, il n'en reste pas moins que cela reste un défi important pour la santé publique. L'un des obstacles à la mise au point de programmes efficaces est que les informations sur l'ampleur du problème dans les pays de la Région ne sont que partielles. Il serait nécessaire de mettre en place des systèmes de surveillance des facteurs de risques qui pourraient rendre compte de leur répartition dans la population et identifier ainsi les groupes sur lesquels axer les actions.

En Amérique latine et aux Caraïbes, diverses enquêtes sur les facteurs de risques ont été réalisées. Deux pays d'Amérique latine, Cuba et la Colombie, ont été couverts dans leur totalité. Dans les Caraïbes, des enquêtes ont été faites à la Barbade, à la

Jamaïque, à Saint-Vincent et aux Grenadines et à Trinité et Tobago.⁶ Toutefois, il est impossible de comparer les résultats en raison de l'absence de normalisation de la méthodologie et des différences dans les informations recueillies. Qui plus est, ces enquêtes transversales n'ont pour la plupart été réalisées qu'une seule fois ce qui rend impossible l'évaluation des tendances et l'identification de groupes de population dans lesquels se sont produits des changements dans la prévalence des facteurs de risques et d'autres conditions comme l'hypertension.

Sur la base des données de ces enquêtes, on a estimé que la prévalence de l'hypertension artérielle en Amérique latine et aux Caraïbes oscillait entre 8% et 30%.⁷

3.2 Inégalités dans les maladies cardio-vasculaires

Par ailleurs, la qualité de l'enregistrement des décès constitue aussi un obstacle à l'évaluation de la présence d'un gradient social de la mortalité cardio-vasculaire et de différences selon le sexe qui contribueraient à faire apparaître les écarts tant dans leur existence que dans l'accès aux moyens pour résoudre le problème. Non seulement la sous-évaluation de la mortalité est importante dans différents pays mais celle-ci est inégalement répartie entre les différents groupes de population; elle est en général plus élevée chez ceux dont les revenus et le niveau d'éducation sont moindres. Le Chili est un des pays qui fait état des meilleures statistiques de mortalité. Dans ce pays, les taux de mortalité par ischémie coronarienne sont de 101,1 pour 100 000 habitants chez les hommes et de 74,4 pour 100 000 habitants chez les femmes; les taux de mortalité imputables aux maladies cérébro-vasculaires sont de 71,2 pour 100 000 habitants chez les hommes et de 69,5 pour 100 000 habitants chez les femmes pour la période qui va de 1994 à 1996. Ces moyennes nationales cachent des différences importantes entre les personnes de différents niveaux d'éducation. On trouvera dans le Tableau 3 les taux de mortalité ajustés par âge pour les hommes et les femmes selon leur niveau de scolarité. On constate chez les femmes un gradient très net avec des taux inférieurs dans les groupes les plus éduqués pour l'ischémie coronarienne autant que pour la maladie cérébro-vasculaire. Chez les hommes, le gradient est évident pour la maladie cérébro-vasculaire. La cause du risque indique l'écart qui existe entre le groupe dont la mortalité est plus élevée et celui où elle est inférieure. Pour les deux maladies, l'écart selon la scolarité est plus important chez les femmes que chez les hommes et il se creuse pour la maladie cérébro-vasculaire. La mortalité imputable à cette cause est plus élevée chez les hommes que chez les femmes dans les groupes plus éduqués mais cette relation s'inverse

⁶ Organización Panamericana de la Salud, Programa de Enfermedades no Transmisibles, Networking for the Surveillance of Risk Factors for Noncommunicable Diseases in Latin America and the Caribbean, Washington, D.C., septembre 1999 (PAHO/HCP/HCN/99.08).

⁷ Orduñez PO, Espinosa A, Cooper R, Kaufman J, Nieto J. Hypertension in Cuba: Evidence of narrow black-white difference. *J Hum Hyperten*, 12:111-116, 1998.

dans les groupes moins éduqués dans lesquels les femmes présentent des taux de mortalité plus élevés.

Comme on l'a décrit plus haut, c'est sur la maladie cérébro-vasculaire qu'on peut avoir l'impact le plus important par le biais d'un contrôle adéquat de la pression artérielle puisque les études contrôlées font apparaître des réductions de la mortalité de près de 40% chez les adultes. Il conviendrait de savoir s'il en est de même dans les autres pays de la Région, si ces inégalités sont dues à des différences dans l'incidence de la maladie, à des différences dans la prévalence des facteurs de risques primaires ou s'il existe des inégalités dans l'accès au contrôle et à la prévention de ces facteurs de risques et aux services de santé.

Tableau 3. Mortalité imputable à des maladies cardio-vasculaires selon l'éducation et le sexe au Chili, 1994-1996
(taux pour 100 000 habitants de 20 ans et plus, ajustés par âge)

	Hommes		Femmes	
	Taux	Cause du risque	Taux	Cause du risque
Ischémie coronarienne				
<i>Années de scolarisation</i>				
Aucune	85,5	1,2	78,8	2,3
1 – 8	99,8	1,4	79,9	2,3
9 – 12	129,4	1,8	69,5	2,0
13 et plus	73,9	1,0	34,3	1,0
Maladie cérébro-vasculaire				
<i>Années de scolarisation</i>				
Aucune	84,5	2,6	93,6	3,4
1 – 8	75,4	2,3	72,4	2,7
9 – 12	70,5	2,1	59,3	2,2
13 et plus	32,9	1,0	27,4	1,0

4. Le contrôle de l'hypertension artérielle est possible, mais les pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont des difficultés à le mettre en œuvre

4.1 Réponses nationales à l'hypertension artérielle

Entre 1997 et 1998, le Programme des maladies non transmissibles de l'OPS a réalisé une étude dans les pays de la Région en vue de prendre connaissance de l'organisation et du développement des activités de prévention et de contrôle de

l'hypertension artérielle. Vingt-et-un pays ont participé dans lesquels vit 88% de la population de la Région. Tous les pays, sauf un, ont déclaré avoir un programme national de prévention et de contrôle de l'hypertension. Quatre pays ont un programme qui lui est exclusivement consacré. Dans les seize autres, les activités relatives à l'hypertension s'inscrivent dans le cadre des programmes axés sur la santé de l'adulte ou sur la prévention des maladies chroniques sans claire priorité (10 pays) ou dans le cadre d'un programme exclusivement structuré autour des services de santé (6 pays). Six des pays avec des programmes nationaux disposent d'un budget spécifique alloué à l'hypertension.

Dans la majorité des pays, les programmes nationaux ont été créés récemment, pour la plupart au cours des dix dernières années. Dans la quasi-totalité des pays, les buts programmatiques sont similaires et leurs critères fondamentaux sont semblables. Néanmoins, seuls huit pays ont indiqué que l'objectif du programme était intégral, c'est-à-dire axé à la fois sur la prévention, le contrôle et la gestion de l'hypertension. Dans sept autres pays, les programmes sont à vocation uniquement préventive et dans cinq autres, ils sont orientés uniquement sur le contrôle et la gestion clinique des cas. Il est indicatif que tous les programmes nationaux s'appuient sur l'infrastructure des services de santé du pays mais que peu réalisent des activités en dehors de ces services. Dans 15 pays, on dispose de Manuels de gestion clinique et dix parmi ceux-ci les ont élaboré de manière consensuelle; sept d'entre eux tiennent des réunions périodiques de travail pour l'examen et la planification des activités.

Bien que le contrôle efficace de l'hypertension exige la participation de la communauté et des organisations professionnelles, moins de la moitié des programmes nationaux incluent le secteur non gouvernemental. Seuls six des vingt pays ont des groupes de travail auxquels collaborent activement le secteur non gouvernemental.

4.2 *Intégration de la gestion de l'hypertension dans les soins primaires*

Eu égard à l'ampleur présente et future de l'hypertension artérielle, son intégration dans la stratégie des soins de santé primaires devient un défi et une nécessité. Le traitement des patients, souvent diagnostiqués tardivement, ne résout qu'une partie du problème. Pour concrétiser l'objectif qui consiste à réduire sa prévalence, minimiser les risques cardio-vasculaires, reconnaître à temps les cas d'hypertension artérielle et améliorer les possibilités de traitement, il est nécessaire d'activer les mécanismes des soins de santé primaires déjà utilisés pour d'autres types de problèmes.

Il est vrai que cette proposition a déjà été formulée il y a quelques années mais il semble que le succès de ces programmes soit limité. On trouvera dans le Tableau 4 les résultats des enquêtes démographiques dans trois pays de la Région, aux Etats-Unis, au Chili et à Cuba; les questions portaient sur les antécédents d'hypertension artérielle et s'accompagnaient d'une prise de la tension artérielle. Il convient de noter que sur le total

des personnes souffrant d'hypertension artérielle, 32%, 37% et 39% respectivement ne savaient pas qu'elles étaient hypertendues; plus grave encore, un pourcentage élevé (entre 15% et 19% des hypertendus) connaissaient leur état mais ne suivaient pas de traitement. Parmi les hypertendus traités, environ la moitié ne faisaient pas l'objet d'un contrôle. Ce qui précède signifie qu'aux Etats-Unis, au Chili et à Cuba, seulement 24%, 22% et 21% respectivement des personnes souffrant d'hypertension artérielle font l'objet d'un contrôle.

Tableau 4. Pourcentage d'hypertension détecté selon l'état de traitement et de contrôle aux Etats-Unis, au Chili (Valparaíso) et à Cuba

	Etats-Unis %	Chili %	Cuba %
Ne savent pas qu'ils sont hypertendus	32	37	39
Savent qu'ils sont hypertendus			
Ne sont pas traités	16	19	15
Sont traités			
- ne sont pas contrôlés	19	22	25
- sont contrôlés	24	22	21
Total	100	100	100

Source: Enquête CARMEN à Valparaíso, Chili (adultes de 25 à 64 ans, 1997), Enquête nationale sur les facteurs de risques (adultes 18+, 1997), NHANES III aux Etats-Unis (adultes de 18+ ans, 1991-1994).

Toute action visant à créer ou à revitaliser des programmes de contrôle de l'hypertension artérielle et des facteurs de risque qui leur sont associés doit commencer par reconnaître le potentiel des services de santé. Il existe aujourd'hui une infrastructure importante puisqu'on estime que 75% de la population de la Région des Amériques a un accès d'une nature ou d'une autre aux services de santé.⁸ Dans de nombreux pays, le traitement et le contrôle de l'hypertension artérielle sont déjà en place. En général, le personnel de santé a des connaissances de base qu'il est simplement nécessaire d'actualiser et il considère que ces activités font partie de ses fonctions; elles ne sont pas perçues comme une demande extérieure supplémentaire. En conséquence, une stratégie dont le but consisterait à intensifier la détection et améliorer la gestion de l'hypertension artérielle serait tout à fait justifiée.

⁸ Organización Panamericana de la Salud, *Las condiciones de salud en las Américas*, Publication scientifique No. 549, OPS/OMS, Washington DC, 1994.

4.3 *Conséquences économiques*

Il a été démontré dans différents pays que la prévalence de l'hypertension artérielle est de trois à six fois supérieure chez les groupes qui n'ont pas été scolarisés lorsqu'on les compare à ceux qui ont une éducation supérieure.⁹ Le faible niveau de revenus de ces groupes est un sérieux obstacle à l'achat des médicaments aux doses prescrites. Dans certains cas, les médicaments peuvent coûter jusqu'à US\$ 100 par mois et sont donc hors de portée dans des pays où le revenu mensuel est de l'ordre de \$50 à \$200.

Les études dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes qui pourraient offrir des informations sur les conséquences économiques des maladies cardio-vasculaires sont actuellement insuffisantes. On sait néanmoins qu'aux États-Unis le coût total de ce groupe de maladies représente 2% du produit intérieur brut.¹⁰ Au Canada, dans une étude sur les coûts des maladies, on a constaté que 21% de ces coûts sont imputables à des maladies cardio-vasculaires, ce qui correspond à 12 milliards de dollars canadiens par an. Ces coûts incluent le traitement, les soins et les coûts indirects, tels que les pertes de revenus du fait de l'invalidité ou de la mort. Il est également estimé que les maladies cardio-vasculaires seraient à l'origine du pourcentage le plus élevé (32%) de revenus non perçus à cause de décès prématurés.¹¹

5. **La prévention primaire de l'hypertension artérielle signifie une action simultanée sur les facteurs de risques pour l'ensemble des maladies non transmissibles**

5.1 *Le rôle du régime, de l'activité physique et du tabagisme*

Les modifications du mode de vie sont particulièrement importantes dans la prévention de l'hypertension. Les patients doivent être motivés à adopter ces modifications surtout s'ils ont des facteurs de risques supplémentaires tels que la dyslipémie ou le diabète sucré. Dans les cas où les modifications du mode de vie ne suffisent pas, l'adoption d'un régime adéquat, l'activité physique de même que la cessation du tabagisme peuvent permettre une réduction de la quantité et des doses des médicaments contre l'hypertension. Il est reconnu que changer son mode de vie et s'y tenir ne sont pas choses faciles; cela doit s'inscrire dans une perspective de promotion de la santé et de la prévention des maladies qui englobe également la détection et le contrôle de facteurs de risques précis.

⁹ Banco Mundial. *Invertir en salud. Indicadores de desarrollo mundial*. 1993 (p. 45).

¹⁰ American Heart Association, *Heart and Stroke Facts Statistics*, Dallas, AHA, 1993.

¹¹ Health Canada, *Cost of Illness*. Health Canada, 1996.

L'étude des facteurs de risques est en général associée à des groupes de population précis. C'est le cas non seulement dans les pays industrialisés mais aussi dans les pays où les revenus sont plus faibles ainsi qu'en témoignent les données d'une récente enquête appuyée par le Programme des maladies non transmissibles dans trois villes de Bolivie. On verra dans le Tableau 5 que la prévalence de tous les facteurs de risques cardio-vasculaires est plus élevée chez les personnes qui souffrent d'hypertension que chez les personnes qui ne sont pas touchées par ce problème.

Tableau 5. Présence de risques cardio-vasculaires chez les personnes avec et sans hypertension artérielle dans trois villes de Bolivie, 1999

Facteur	Hypertendus	Sans hypertension
Excédent pondéral IMC ≥ 25 *	80,0 %	55,3 %
Obésité tronculaire **	48,5 %	38,9 %
Inactivité physique	60,3 %	49,8 %

* IMC (Indice de masse de l'organisme) ≥ 25 = excédent pondéral et obésité

** Indice taille-hanche $> 1,0$ chez les hommes et $>0,85$ chez les femmes

5.2 Les projets d'intervention communautaire (CARMEN)

Au cours des dernières décennies, des programmes d'intervention communautaire ont été élaborés en vue de prévenir les facteurs de risques pour les maladies non transmissibles. Parmi ces initiatives, deux ont commencé à former un réseau mondial, le CINDI (Countrywide Integrated Non-communicable Disease Intervention) qui s'est organisé dans la région européenne et auquel participent 24 pays et CARMEN (Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No Transmisibles) qui s'organise dans les Amériques et auquel appartiennent actuellement cinq pays. Ces deux réseaux sont coordonnés sous l'égide de l'Organisation panaméricaine de la Santé et le fonctionnement du réseau CARMEN est coordonné dans les Amériques par l'Organisation panaméricaine de la Santé.

L'objectif du projet CARMEN consiste à réduire la prévalence des facteurs de risques associés aux maladies non transmissibles par le biais d'actions combinées et coordonnées de promotion de la santé et de prévention de la maladie dans le cadre de la communauté et de ses services de santé.

Les actions axées sur la réduction de facteurs de risques spécifiques reposent sur les principes généraux d'intégration et d'intersectorialité. L'action intégrée inclut les

interventions destinées à réduire simultanément un ensemble de facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles tant au niveau individuel qu'au niveau de la communauté moyennant les efforts combinés des services de soins de santé préventifs et les interventions de promotion de la santé destinées à la population en général. CARMEN, en conséquence, reconnaît la nécessité de faire intervenir diverses institutions et organisations sociales qui font partie ou non du secteur santé et de coordonner leurs efforts. Le secteur santé offre un cadre d'intégration des actions de prévention et de contrôle de l'hypertension.

6. Dans de nombreux pays de la Région, des ressources sont disponibles pour traiter le problème des maladies cardio-vasculaires, mais il convient d'optimiser l'organisation pour en améliorer l'efficacité

6.1 *Initiative panaméricaine d'hypertension artérielle*

Dans le but d'encourager un effort organisé, l'Institut national du cœur, du poumon et du sang des Etats-Unis, conjointement à l'Organisation panaméricaine de la Santé ont proposé la création d'une Initiative panaméricaine de l'hypertension artérielle à laquelle se sont associées la Fondation interaméricaine du cœur, la Société interaméricaine de cardiologie, la Société interaméricaine de l'hypertension, la Ligue mondiale de lutte contre l'hypertension et le Réseau panaméricain des programmes CARMEN. Cette initiative a pour objectif d'intensifier la détection des personnes qui souffrent d'une pression artérielle élevée dans tous les services de santé et d'améliorer l'adoption et le maintien du traitement chez toutes les personnes chez qui on a détecté une hypertension artérielle (voir la décision ci-jointe). Il conviendra d'adapter et d'adopter des principes cliniques adéquats, former du personnel de santé et évaluer l'efficacité de l'éducation du patient. Cette initiative doit s'inscrire dans le cadre de l'élaboration des politiques publiques et de la mise au point de systèmes de santé qui permettent la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles dans leur ensemble et d'une décision claire d'aborder le thème de la santé chez les adultes.

6.2 *Six raisons pour renforcer et développer des programmes de prévention et de contrôle de l'hypertension artérielle*

En 1998, l'Institut de médecine des Etats-Unis a publié une étude réalisée par une équipe d'experts internationaux sur le contrôle des maladies cardio-vasculaires dans les pays en développement.¹² Le rapport conclut que dans les pays en développement les programmes de contrôle de l'hypertension artérielle constituent un point de départ

¹² Howson CP, Reddy S, Ryan TJ, Bale JR. (Eds), Institute of Medicine, *Control of Cardiovascular Diseases in Developing Countries: Research, Development and Institutional Strengthening*. National Academy Press, Washington DC, 1998.

efficace pour la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires pour les raisons suivantes:

- L'hypertension est un facteur de risque pour l'ischémie coronarienne autant que pour la maladie cérébro-vasculaire;
- Ces programmes offrent des avantages intéressants pour tous les fournisseurs de santé de même que pour la communauté;
- Les objectifs sont facilement mesurables;
- L'impact de la sensibilisation à l'hypertension, l'amélioration du traitement du niveau de contrôle peuvent être évalués à court terme (5 ans);
- Les programmes se révèlent un terrain fertile pour une coalition de diverses catégories de fournisseurs de soins de santé qui ont chacune un rôle important à jouer dans la détection et la gestion de l'hypertension et de ses séquelles;
- Le concept de réduction intégrée des problèmes cardio-vasculaires dans le cadre de la gestion de l'hypertension permet l'incorporation de stratégies destinées à modifier d'autres facteurs de risques cardio-vasculaire tels que l'usage du tabac, les hyperlipémies, le diabète et l'obésité.

S'agissant du dernier point, l'expérience dans la Région a démontré que le programme CARMEN qui inclut les stratégies de prévention primaire des divers facteurs de risques va plus loin encore puisqu'il est axé sur la réduction des risques non seulement de maladies cardio-vasculaires mais aussi de toutes autres maladies non transmissibles.

Pour résumer, la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires et plus particulièrement de l'hypertension artérielle peut tirer parti d'un cadre intégré qui combine les interventions communautaires de prévention primordiale et primaire accompagnées d'interventions de prévention clinique pour les personnes qui présentent des risques élevés.

7. Points de discussion

Les propositions suivantes sont soumises au Conseil directeur :

- Appuyer le développement de la surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risques, y compris de l'hypertension artérielle.

- Réaliser des projets d'intervention contrôlés qui permettent:
 - relever la sensibilisation au problème dans la communauté;
 - évaluer le développement et la mise en œuvre de principes de gestion d'hypertension de même que leur coût;
 - améliorer l'éducation des personnes qui souffrent d'hypertension;
 - disséminer les pratiques modèles.
- Favoriser les alliances avec différents acteurs au niveau régional et national en vue de soutenir l'incorporation de stratégies de contrôle de l'hypertension artérielle dans les programmes de maladies non transmissibles. L'Organisation panaméricaine de la Santé assurerait la coordination afin que son infrastructure soit utilisée pour favoriser la pleine participation des Etats Membres à cette initiative.
- Créer et appuyer un groupe de travail sur l'hypertension artérielle dans le cadre du Réseau panaméricain des programmes CARMEN.
- Renforcer le développement de programmes de prévention et de contrôle intégré des maladies non transmissibles.

Annexe



ORGANISATION PANAMERICAINE DE LA SANTE
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE



126^e SESSION DU COMITE EXECUTIF

Washington, D.C., 26-30 juin 2000

CD42/11 (Fr.)

Annexe

RESOLUTION

CE126.R16

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES, ET NOTAMMENT L'HYPERTENSION

LA 126^e SESSION DU COMITE EXECUTIF,

Ayant examiné le rapport sur les maladies cardio-vasculaires, et notamment l'hypertension (document CE126/13);

Au vu de l'ampleur du problème lié aux maladies cardio-vasculaires et connaissant le coût-efficacité des interventions pour la prévention et la lutte contre ces maladies, surtout les interventions en vue de lutter contre l'hypertension; et

Sachant que le Sous-Comité de planification et de programmation a examiné les diverses options en vue d'améliorer la prévention et la lutte contre l'hypertension et a indiqué qu'il soutenait les approches proposées pour traiter ce problème,

DECIDE :

De recommander que le Conseil directeur adopte une résolution formulée dans les termes suivants :

LE 42^e CONSEIL DIRECTEUR,

Tenant compte de l'information sur les maladies cardio-vasculaires, et notamment l'hypertension, donnée dans le document CD42/11;

Au regard de l'ampleur des maladies cardiovasculaires, principale cause de mortalité et d'invalidité dans tous les pays des Amériques;

Connaissant le coût-efficacité des interventions pour la prévention et le contrôle de ces maladies, surtout les interventions en vue de lutter contre l'hypertension; et

Reconnaissant le besoin d'adopter des mesures pour la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires, en général, et l'hypertension en particulier,

DECIDE :

1. De prier instamment les Etats Membres de :
 - a) mettre en place des systèmes de surveillance des facteurs-risques des maladies cardiovasculaires et des maladies non transmissibles en général;
 - b) mettre à jour leurs politiques sanitaires pour renforcer et accorder la priorité aux interventions aux niveaux communautaire et de la prestation de services de santé, surtout dans le domaine des soins primaires, qui favoriseront la prévention et le contrôle des maladies cardio-vasculaires et de l'hypertension en particulier;
 - c) établir ou renforcer des plans nationaux pour la prévention et le contrôle de l'hypertension.
2. De demander au Directeur de :
 - a) prendre les mesures nécessaires pour la mobilisation des ressources de coopération technique qui permettront d'établir ou de renforcer des plans nationaux pour la prévention et le contrôle de l'hypertension dans le cadre d'une stratégie intégrée pour la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles;
 - b) d'encourager les partenariats avec des sociétés scientifiques et professionnelles, des organisations communautaires et des organismes de développement et de coopération bilatéraux et multilatéraux pour qu'ils puissent soutenir les approches proposées et effectuer de recherches pour améliorer la prévention et le contrôle de l'hypertension.

(Septième séance, 29 juin 2000)