

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET LA TRANSITION ÉPIDÉMIologique DU MONDE TROPICAL

J.E. TOUZE

Professeur agrégé du Service de santé des armées, Directeur de l'Ecole du Val de Grâce

Med Trop 2007 ; 67 : 541-542

Avec près de 17 millions de décès chaque année, les maladies cardiovasculaires restent la première cause de mortalité dans le monde. Ce chiffre est inexorablement appelé à augmenter avec le vieillissement de la population, l'urbanisation et de nouveaux comportements alimentaires. Les pays les moins avancés d'Afrique subsaharienne, d'Asie du Sud Est et d'Amérique du Sud ne sont pas épargnés par cette évolution. Dans ces régions la mortalité par maladie cardio-vasculaire représente plus de 20 pour cent de la mortalité générale et le taux de prévalence de la maladie coronaire et des accidents vasculaires cérébraux rejoint celui des maladies infectieuses et nutritionnelles (1). Derrière ces données, des disparités dans la répartition des maladies se dégagent :

- les maladies post streptococciques restent importantes dans les pays du sud avec plus de 15 millions de sujets atteints. Mais ces chiffres sont probablement sous estimés car ils s'appuient dans la plupart des cas sur des enquêtes cliniques et non sur une évaluation échocardiographique plus précise pour le diagnostic d'une cardiopathie rhumatismale (2).

- l'hypertension artérielle reste préoccupante dans tous les pays d'Afrique où elle représente 20 à 30 % des admissions hospitalières. Elle touche une population souvent jeune arrivant tardivement au diagnostic avec des chiffres tensionnels très élevés et des complications des organes cibles. Surtout, la prise en charge thérapeutique est défailante avec près de 20 % de patients traités et moins de 5 % d'entre eux contrôlés.

- la maladie coronaire longtemps considérée comme rarissime au sein des populations noires d'Afrique a connu une progression régulière avec l'occidentalisation du mode de vie et l'influence des facteurs de risque cardiovasculaires. Sa prévalence doublera probablement d'ici 2020 avec une augmentation de 140 % de la mortalité par infarctus du myocarde alors que la progression attendue dans des pays du nord sera inférieure à 30 % (3, 4).

- les cardiomyopathies primitives occupent une place importante avec une responsabilité croissante de l'infection VIH et une stabilité de la prévalence des cardiomyopathies nutritionnelles et du *post partum*.

Ce profil épidémiologique a de nombreuses explications :

- L'urbanisation rapide et mal contrôlée des pays tropicaux a induit une modification du mode de vie des populations jusque là peu confrontées aux facteurs de risque.

Ainsi, le triptyque obésité, syndrome métabolique, diabète est aujourd'hui en pleine expansion. En 2020, plus de 300 millions de sujets dans le monde seront peu ou prou concernés par cette entité dont deux tiers seront originaires d'Afrique ou d'Asie. Le changement du comportement alimentaire avec une augmentation des apports sodés et caloriques en est la principale explication. Il est aussi dans les pays d'Afrique subsaharienne largement conditionné par des impératifs sociaux ou culturels.

Les autres facteurs de risque cardiovasculaire sont aussi en progression régulière. C'est le cas du tabagisme dont la consommation a augmenté de 40 % en 20 ans en Afrique et en Asie. Cette progression a été facilitée par les industriels qui ont ciblé les pays à faibles revenus pour combler leurs pertes sur les marchés du Nord. Ils ont été aidés dans leur politique commerciale par la publicité et une contrebande bien structurée.

Tous ces facteurs expliquent en partie la prévalence élevée de l'hypertension artérielle qui a la particularité d'avoir un profil pathogénique spécifique dans les populations noires. On incrimine ainsi une sensibilité accrue à la charge sodée, une activité rénine plasmatique basse et l'intervention du génome pour expliquer la fréquence de l'hypertension artérielle et ses échecs thérapeutiques (5).

- l'accès aux structures de soins est difficile dans la plupart des pays. L'insuffisance des revenus, une protection sociale souvent absente et le sous-équipement hospitalier ne permettent pas une prise en charge efficace, notamment des maladies coronaires.

- les carences de la médecine préventive sont évidentes. Les acteurs de la santé ont des priorités diagnostiques et thérapeutiques plus gratifiantes et mieux perçues par les populations. Leur comportement, parfois dicté par des impératifs alimentaires ou culturels, ne leur permet pas de percevoir les bénéfices à long terme de la prévention. Celle-ci se heurte aussi dans de nombreux pays aux intérêts économiques comme le montre la difficulté de la lutte contre le tabagisme. Tous ces facteurs nous permettent de comprendre la progression des maladies métaboliques et cardiovasculaires dans des pays longtemps épargnés par ces maladies. Ainsi, l'hypertension artérielle et les maladies coronaires qui ont été longtemps l'apanage des classes socio-économiques « riches » touchent désormais toutes les classes sociales, même celles plus défavorisées des zones rurales.

Dans un tel contexte, peut-on envisager une transition épidémiologique dans les pays du monde tropical ? Cette hypothèse qui avait été envisagée dans un passé récent serait caractérisée par une diminution de la mortalité globale et un croisement des courbes de mortalité des maladies transmissibles et nutritionnelles et de celle due aux maladies cardio-vasculaires (6, 7). Ce scénario a pu se réaliser dans les pays du pourtour méditerranéen, d'Amérique latine et quelques pays d'Asie et d'Afrique grâce à l'amélioration des conditions de vie, le contrôle des maladies transmissibles et le programme élargi de vaccinations. En revanche, cette théorie est loin d'être validée dans de nombreux pays du sud. En effet, le rapport du PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement) nous apprend que l'espérance de vie ne dépasse pas 46 ans dans les pays d'Afrique subsaharienne alors qu'elle est de 76 ans en Europe et en Amérique du Nord. Cette disparité avec les pays les plus riches est expliquée par l'expansion des maladies transmissibles (VIH, paludisme, tuberculose...), le réveil des grandes endémies et une progression simultanée et régulière des facteurs de risque cardio-vasculaires. Les populations des pays du sud sont ainsi prises en tenaille entre les maladies infectieuses qui restent tout aussi prégnantes qu'autrefois et les conséquences d'un «mal développement». Cette situation est difficilement gérable pour les pouvoirs publics contraints avec des budgets limités à faire des choix sanitaires draconiens. Même si les perspectives ne sont guère optimistes, un tel scénario n'est pas inéluctable. Des efforts conséquents sont réalisés dans le contrôle des maladies infectieuses. L'OMS, les pays du Nord et la Fondation Melinda & Bill Gates soutiennent activement la recherche sur les maladies transmissibles et facilitent l'accès des populations aux médicaments essentiels. Mais ce soutien financier considérable doit être expliqué et accompagné

d'une politique intensive d'éducation sanitaire. Le contrôle des maladies infectieuses et la prévention des maladies cardio-vasculaires ne pourront être envisagés que si les pays concernés mettent en place une politique de sensibilisation des populations et de tous les acteurs de la santé. Elle doit porter sur l'hygiène, la prévention des grandes maladies infectieuses transmissibles et sur une lutte active contre les facteurs de risque cardio-vasculaires. Ils devront aussi tirer profit des politiques instaurées dans les pays industrialisés pour réduire la mortalité liée aux maladies coronaires (8).

RÉFÉRENCES

- 1 - MENDIS S, LINDHOLM L.H, MANCIA G *et Coll* - World Health Organization (WHO) and International Society of Hypertension (ISH) risk prediction charts: assessment of cardiovascular risk for prevention and control of cardiovascular disease in low and middle-income countries. *J.Hypertens* 2007; **25** : 1578-82.
- 2 - MARIJON E, OU P, CELERMAJER DS *et Coll* - Prevalence of rheumatic heart disease detected by echocardiographic screening. *N Engl J Med* 2007; **237** : 470-6.
- 3 - GAZIANO TA - Cardiovascular disease in the developing world and its cost-effective management. *Circulation* 2005; **112** : 3547-53.
- 4 - OKRAINEC K, BANERJEE DK, EISENBERG MJ - Coronary artery disease in the developing world. *Am Heart J* 2004; **148** : 7-15.
- 5 - TURNER S.T, BOERWINKLE E. Genetics of hypertension, target-organ complications and response to therapy. *Circulation* 2000; **102** **20 Suppl 4** : IV-40-5.
- 6 - HARPAM T - Urbanisation and health in transition. *Lancet* 1997; **349** **Suppl 3** : 11-13.
- 7 - WALKER ARP, SARELLI P - South Africa : paradox of coronary heart disease. *Lancet* 1997; **349** **Suppl III** : 14.
- 8 - LINDHOLM L.H, MENDIS S. Prevention of cardiovascular disease in developing countries. *Lancet* 2007; **370** : 720-2.