



DÉCLARATION D'OSAKA

UNE INTERVENTION AU NIVEAU SANITAIRE,
ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE : ENDIGUER LA
LAME DE FOND PLANÉTAIRE DES MALADIES
CARDIOVASCULAIRES

DÉCLARATION DU COMITÉ CONSULTATIF DE LA QUATRIÈME CONFÉRENCE
INTERNATIONALE SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE, OSAKA (JAPON) ~ MAI 2001



Santé
Canada Health
Canada



WORLD HEART
FEDERATION



ISBN H39-600/2002F0-662-86675-4



DÉCLARATION D'OSAKA

UNE INTERVENTION AU NIVEAU SANITAIRE,
ÉCONOMIQUE ET POLITIQUE : ENDIGUER LA
LAME DE FOND PLANÉTAIRE DES MALADIES
CARDIOVASCULAIRES

DÉCLARATION DU COMITÉ CONSULTATIF DE LA QUATRIÈME CONFÉRENCE
INTERNATIONALE SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE, OSAKA (JAPON) ~ MAI 2001

TABLE DES MATIÈRES

HOMMAGE À ANDRÉS PETRASOVITS	3
AVANT-PROPOS	4
MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF INTERNATIONAL.....	5 - 6
ALLOCUTION DE BIENVENUE	7
DÉCLARATION	8
PRÉFACE	9 - 10
CHAPITRE 1 ~ LA LAME DE FOND PLANÉTAIRE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES : ÉVOLUTION DU FARDEAU ET URGENCE CROISSANTE DES MESURES DE LUTTE	11 - 16
Vue globale des maladies cardiovasculaires.....	11
Les enseignements récents tirés de l'expérience de différentes régions du monde au sujet des maladies cardiovasculaires.....	14
CHAPITRE 2 ~ LES FORCES POLITIQUES, SOCIALES ET ÉCONOMIQUES EXERÇANT UNE INFLUENCE SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE MONDIALE	17 - 26
La mondialisation.....	17
Le paradigme médical clinique	21
L'industrie des biotechnologies et de la génétique.....	22
L'éthique et le droit à la santé	23
Le financement de la santé cardiovasculaire	24
Un programme de recherche déséquilibré	25
CHAPITRE 3 ~ LES OBSTACLES SYSTÉMIQUES À LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE	27 - 30
Les obstacles systémiques	27
La priorité insuffisante accordée à la promotion de la santé et à la prévention des maladies cardiovasculaires	27
L'absence de politiques visant les déterminants généraux de la santé.....	28



Manque de capacité institutionnelle de promotion et de prévention dans la gouvernance et l'administration des systèmes de santé29

Manque de financement durable pour la santé cardiovasculaire29

Le fossé existant entre les connaissances et la pratique30

CHAPITRE 4 ~ CONSÉQUENCES POUR LA PRISE DE MESURES31 - 36

Gouvernance et politique31

Une perspective d'économie politique pour l'élaboration de stratégies en santé cardiovasculaire33

Vers un système de santé équilibré et intégré.....33

Action politique et défense des intérêts34

Chefs de file et porte-parole.....34

La mobilisation des ressources35

L'évaluation des progrès : la fiche de rapport36

Recommandations.....37 - 38

Bibliographie.....39 - 42

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1 : Taux de mortalité selon l'âge pour les coronoropathies, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies cardiovasculaires totales et toutes les causes dans certains pays12

FIGURE 2 : Taux de mortalité ajustés pour l'âge (population standard de 2000) pour les principales maladies cardiovasculaires aux États-Unis de 1900 à 199712

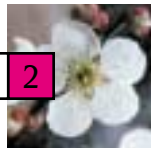
FIGURE 3 : Pourcentage de l'énergie alimentaire totale provenant des graisses dans certains pays de 1972 à 1997.....22

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : Les dix principales causes de décès en 199013

TABLEAU 2 : Décès causés par une maladie cardiovasculaire à quatre différents stades de la transition épidémiologique16

TABLEAU 3 : Comparaison des approches individuelles et communautaires pour la prévention des maladies cardiovasculaires19





*« Il s'est éteint,
mais sa flamme brûle toujours,
comblant le vide
par la lumière de son leadership*

*Ce présent qu'il nous a fait,
En ouvrant la voie,
Empreint d'humilité,
Mais aussi de grâce, de sagesse et de douceur.*

*Nous comblons cet espace vide
Inspirés par notre mission
Avec tout ce qu'il nous a donné.
Nous n'oublierons jamais, nous garderons toujours en mémoire
Andrés, notre plus cher ami, estimé collègue, loin d'ici mais pas absent. »*

Le présent document est dédié à Andrés Petrasovits, décédé le 24 juillet 2001. Dans ces pages se retrouve la sagesse de cet être si extraordinaire. Il était l'inspiration, la conscience, l'énergie, le leader tranquille, le père d'un mouvement international en faveur de la santé cardiovasculaire. Il n'aurait jamais accepté de recevoir de telles louanges de son vivant, mais nous ne faisons que dire la vérité. Notre dette envers lui est considérable. Pour lui rendre hommage, nous ferons en sorte que sa vision devienne réalité.

AVANT-PROPOS

La 4^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire (CISC) s'inscrit dans le processus qui s'est enclenché avec la tenue de la 1^{ière} CISC à Victoria (Canada) en juin 1992, à l'issue de laquelle avait été publiée la Déclaration de Victoria sur la santé cardiovasculaire. Ce document unique décrivait le fardeau planétaire que représentent les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux, et exprimait pour la première fois un consensus scientifique international quant au fait que les maladies cardiovasculaires sont évitables et qu'on en sait suffisamment pour prendre des mesures exhaustives à leur égard.

La 2^e CISC s'est tenue à Barcelone en 1995 et a permis de réunir à nouveau l'ensemble de la communauté mondiale des maladies cardiovasculaires. À l'issue de cette rencontre a été produite la Déclaration de la Catalogne, qui expliquait, avec à l'appui des exemples assez détaillés, comment les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux pouvaient être évités et pris en charge. La publication de cette déclaration a été rapidement suivie par celle d'un document d'accompagnement produit par les Centers for Disease Control d'Atlanta (États-Unis) qui y faisaient part de leur expérience à l'échelle mondiale à cet égard.

En 1998, c'est Singapour qui a accueilli la 3^e CISC. À l'issue de cette réunion a été publiée la Déclaration de Singapour, dont le titre était *Forging the Will for Heart Health*. Dans ce document, le Comité consultatif international cernait la nature et la portée des ressources qu'il faudra déployer si l'on veut que les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux ne soient plus que des mauvais souvenirs du XX^e siècle. Cette déclaration soulignait la nécessité d'un leadership à tous les paliers de la société, et en particulier d'une volonté politique de prendre les mesures requises pour atteindre cet objectif ambitieux. En mai 2000, à l'issue de la Conférence internationale sur les femmes, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux a été publiée la Déclaration de Victoria sur les femmes, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux. Dans ce document, on indiquait que les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux sont une des premières causes de décès et d'invalidité chez les femmes du monde entier et on présentait les aspects de la question intéressant les femmes.

À l'évidence, il y a beaucoup à faire si l'on veut concrétiser la vision et les buts formulés dans les déclarations antérieures sur la santé cardiovasculaire. La Déclaration d'Osaka vise à faciliter ce processus en passant en revue les facteurs trouvant leur origine à l'extérieur du secteur de la santé qui contribuent à la stagnation de la promotion de la santé et de la prévention des maladies cardiovasculaires dans le monde. Ces facteurs contribuent à façonner les politiques, les environnements, les comportements et les priorités des systèmes de santé sur lesquels reposent l'élaboration et la mise en œuvre ou non de politiques de promotion et de prévention en santé cardiovasculaire à tous les niveaux. Nous espérons que le présent document aidera les décideurs à influencer sur les stratégies favorisant la santé par un renforcement de la capacité des systèmes de santé à offrir des services de prévention et par l'établissement de liens judicieux avec les intervenants des milieux social, économique et politique.

David R. MacLean, M.D.
Président, Comité consultatif
Quatrième conférence internationale
sur la santé cardiovasculaire

Kazunori Kodama, M.D. et Thomas A. Pearson, M.D.
Vice-présidents, Comité consultatif
Quatrième conférence internationale
sur la santé cardiovasculaire



MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF INTERNAT

PRÉSIDENT :

D^r David R. MacLean
Canada

VICE-PRÉSIDENTS :

D^r Kazunori Kodama
Japon

D^r Thomas A. Pearson
États-Unis

MEMBRES DU COMITÉ EXÉCUTIF :

M^{me} Virginia Shankle Bales
États-Unis

D^r John W. Farquhar
États-Unis

D^r Darwin Labarthe
États-Unis

D^r Lip-Ping Low
Singapour

D^r Brian O'Connor
Canada

D^r Helios Pardell
Espagne

D^r Andrés Petrasovits
Canada

D^r Pekka Puska
Suisse

D^{re} Sylvie Stachenko
Danemark

MEMBRES :

D^r Ala Alwan
Suisse

D^r John Catford
Australie

D^{re} Beatrix Champagne
États-Unis

D^r Arun Chockalingam
Canada

D^r Domenico Cianflone
Italie

D^{re} Ruth L. Collins-Nakai
Canada

D^r Fernando de Padua
Portugal

D^r John Elder
États-Unis

D^r Shanta C. Emmanuel
Singapour

D^{re} María Cristina Escobar
Chili

D^r Bartolome Finizola
Venezuela

D^r Hassen Ghannem
Tunisie

D^r Igor S. Glasunov
Russie

D^r Vilius Grabauskas
Lituanie

D^r Lawrence W. Green
États-Unis

D^r E. Greiser
Allemagne

D^r Dean T. Jamison
États-Unis

D^r Lumir Komarek
République Tchèque

D^r Jeffrey P. Koplan
États-Unis

D^r Thomas Lasater
États-Unis

D^r Richard Lessard
Canada

D^{re} Judith Mackay
Hong Kong

D^{re} Sania Nishtar
Pakistan

D^r Rafael G. Oganov
Russie

D^r Teruo Omae
Japon

D^r Armando Peruga
États-Unis

D^r K. Srinath Reddy
Inde

D^r Aushra Shatchkute
Danemark

D^{re} Elaine Stone
États-Unis

D^r Gregory Taylor
Canada

D^r Richard Tresserras
Espagne

D^r Kazuo Ueda
Japon

D^r Hirotsugu Ueshima
Japon

D^r Elinor Wilson
Canada

D^r Yukio Yamori
Japon

D^r Hiroshi Yanagawa
Japon

D^r Lars Weinehall
Suède

ALLOCUTION DE BIENVENUE

Osaka a été honorée d'accueillir la 4^e Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire qui se tenait parallèlement à la 5^e Conférence internationale de cardiologie préventive.

Comme ce fut le cas pour les conférences antérieures, la rencontre d'Osaka a servi de toile de fond à la publication d'un document de politique sanitaire internationale important. La Déclaration d'Osaka, intitulée *Une intervention sur le plan sanitaire, économique et politique : endiguer la lame de fond planétaire des maladies cardiovasculaires*, examine les facteurs sanitaires, économiques et politiques qui exercent une influence sur la santé cardiovasculaire. Elle sort du cadre du système de santé pour examiner les forces qui façonnent, à l'échelle mondiale, la sensibilisation, la compréhension et l'engagement à l'égard de la prise de mesures planétaires pour la prévention des maladies cardiovasculaires. Elle tente en outre d'expliquer pourquoi on n'intervient pas au niveau international face à cette cause importante et évitable de décès et d'invalidité. Le rapport se termine par une série de recommandations qui, espère le Comité consultatif international, serviront de catalyseurs pour l'intervention sanitaire publique requise à tous les paliers si l'on veut juguler cette épidémie des temps modernes.

Nous souhaitons exprimer notre sincère gratitude aux nombreux organismes de la santé et des secteurs connexes qui ont contribué à faire de la Conférence d'Osaka un succès.

Yutaka Takasugi, M.D.
Directeur général
Ministère du Bien-être social et de la Santé publique
Gouvernement préfectoral d'Osaka

DÉCLARATION

Reconnaissant que les maladies cardiovasculaires ont atteint des proportions épidémiques et ont connu une expansion rapide pour devenir la principale cause de décès, d'invalidité et d'augmentation des coûts des soins de santé dans le monde, et constatant qu'elles seraient en grande partie évitables par la prise de mesures de santé publique en la matière, si les ressources et la volonté d'agir étaient présentes, le Comité consultatif de la Conférence internationale sur la santé cardiovasculaire appelle :

- les professionnels de la santé, des médias, du milieu de l'éducation et des sciences sociales et leurs associations;
- le milieu de la recherche scientifique;
- les organismes gouvernementaux, en particulier dans les secteurs de la santé, de l'éducation, du commerce, des finances, de la culture et des loisirs, du commerce et de l'agriculture;
- le secteur privé;
- les agences et les organisations internationales de développement sanitaire et économique;
- les regroupements communautaires dans le domaine de la santé;
- les organisations bénévoles dans le domaine de la santé;
- les employeurs et leurs organisations;

à unir leurs forces pour juguler cette épidémie des temps modernes en prenant les mesures nécessaires relativement aux facteurs sociaux, économiques et politiques qui contribuent à cette épidémie.

LE COMITÉ CONSULTATIF

Quatrième conférence internationale sur la santé cardiovasculaire

Osaka

27 mai 2001

PRÉFACE

Nous sommes en 2001. Imaginez que l'on vient de signaler cinq cas de poliomyélite dans une ville nord-américaine de trois millions d'habitants. La réaction est prompte; les ressources cliniques sont mobilisées pour traiter les cas et des cliniques de vaccination d'urgence sont mises sur pied par le réseau de santé publique. Les gouvernements régionaux et nationaux offrent immédiatement une aide additionnelle. Cette éclosion de poliomyélite fait la « une » dans tous les médias. Le public est alarmé et paniqué et espère que la réponse du système sanitaire sera appropriée et suffisante pour juguler l'épidémie. La poliomyélite est évitable; en théorie, on ne devrait pas contracter cette maladie.

Dans la même ville, le même jour, plus de 100 000 individus souffriront d'une cardiopathie ou des séquelles d'un accident vasculaire cérébral; environ deux millions d'individus présenteront des facteurs de risque de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral et, au cours de l'année, 30 000 décès seront imputables aux maladies cardiovasculaires. Les maladies cardiovasculaires sont évitables; en principe, on ne devrait pas souffrir de maladies cardiovasculaires.

La perception et la réaction de la population, des professionnels de la santé et des gouvernements sont diamétralement opposées dans ces deux scénarios: complaisance et sentiment d'inévitabilité et d'acceptabilité à l'égard des maladies cardiovasculaires, alors que tout cas de poliomyélite dans une collectivité est jugé inacceptable.

La Déclaration d'Osaka est un appel à l'action relativement aux facteurs dont le mécanisme d'action déborde le cadre

du paradigme médical, qui relèvent plutôt de l'ordre politique, social et économique et qui expliquent pourquoi la poliomyélite est jugée inacceptable alors que les maladies cardiovasculaires ne le sont pas.

Les interventions visant les facteurs sociaux, politiques et économiques débordent le mandat des professionnels de la santé. De fait, ce sont les individus et les organismes responsables de ces vastes champs d'action qui peuvent prendre des mesures visant ces facteurs. La Déclaration plaide en faveur du rôle important que les professionnels de la santé et leurs organisations doivent jouer dans la défense des intérêts et l'action politique afin d'influencer la gouvernance du système de santé et de lever les obstacles systémiques à la santé.

La Déclaration d'Osaka, quatrième de la série, s'inscrit dans le processus

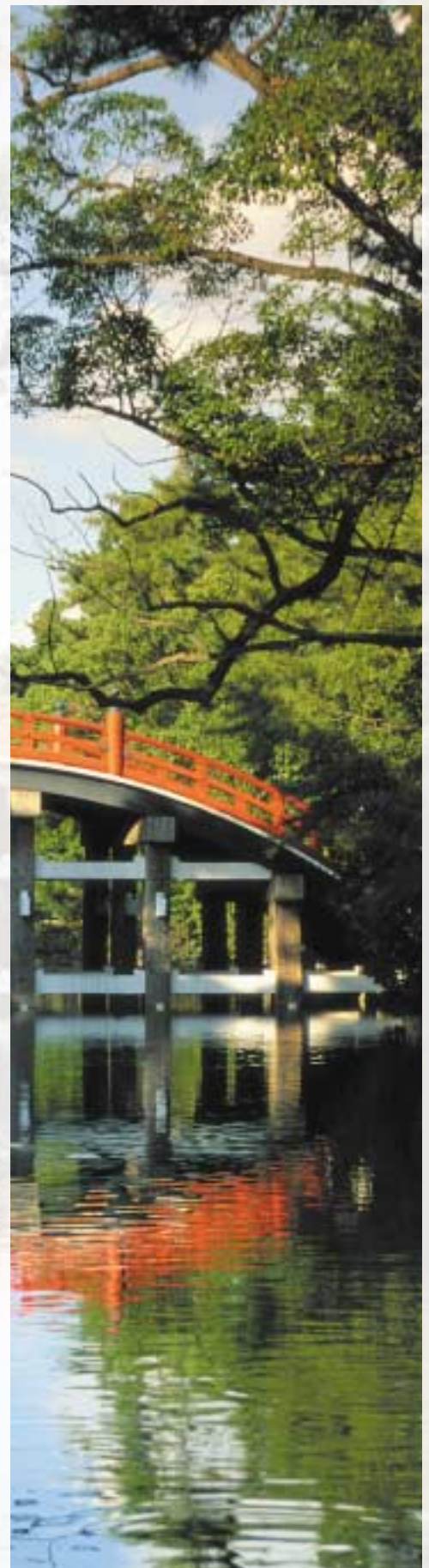
de réflexion qui a débuté à Victoria, au Canada, en 1992. Nous disposons à présent de connaissances suffisantes pour prévenir les maladies cardiovasculaires et nous savons que la prévention sera rentable (Déclaration de la Catalogne, 1996). La Déclaration de Singapour (1998) examinait la capacité requise de la part des systèmes de santé et attirait l'attention sur la volonté politique qui doit accompagner cette capacité pour que les efforts portent fruit. La Déclaration d'Osaka va au-delà du système de santé et examine les forces planétaires qui déterminent la sensibilisation, la compréhension et l'engagement vis-à-vis d'une action à l'échelle mondiale pour la prévention des maladies cardiovasculaires. Les enseignements tirés s'appliquent aux questions de promotion de la santé et de prévention des maladies en général.

Ceux qui se préoccupent de prévention des maladies cardiovasculaires (MCV) sont en meilleure position pour apporter une contribution majeure au programme mondial en matière de santé, car nous disposons des connaissances scientifiques et des données probantes, des outils, des plates-formes et des réseaux qui pourraient être mis à l'échelle pour améliorer la santé de manière appréciable.

Les déclarations antérieures faisaient référence à l'occasion qui s'offre à nous de mettre en œuvre des politiques et des stratégies de prévention des maladies cardiovasculaires ainsi qu'à l'intérêt, aux effets positifs et aux conditions préalables de cette mise en œuvre. Tout en reconnaissant les progrès réalisés dans certains pays, le présent document tente d'expliquer l'inaction à l'échelle mondiale à l'égard de la cause la plus importante et la plus facilement évitable de décès et de morbidité.

À l'évidence, les possibilités de prévention doivent être définies sur la base de l'état de santé actuel et de l'infrastructure existante dans les différents pays et régions du monde. Ceux qui se préoccupent de prévention des MCV sont en excellente position pour apporter une contribution majeure au programme mondial en matière de santé, car nous disposons des connaissances scientifiques et des données probantes, des outils, des plates-formes et des réseaux qui pourraient être mis à l'échelle pour améliorer la santé de manière appréciable.

Dans la présente Déclaration, on incite les professionnels de la santé à envisager de contribuer aux programmes d'ordre politique, économique et social plus larges. Toutefois, la Déclaration ne s'adresse pas uniquement aux professionnels de la santé. De fait, par cette déclaration, le Comité consultatif souhaite sensibiliser à cette question les décideurs responsables des programmes politiques, sociaux et économiques et les amener à réaliser la contribution que peut avoir la prévention des MCV au développement durable en matière de santé.



CHAPITRE 1

LA LAME DE FOND PLANÉTAIRE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES : ÉVOLUTION DU FARDEAU ET URGENCE CROISSANTE DES MESURES DE LUTTE

VUE GLOBALE DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

On affirme souvent que les maladies cardiovasculaires deviendront la première cause de décès au cours du XXI^e siècle. Un examen plus attentif des estimations mondiales de la mortalité selon la cause révèle que cette prévision s'est réalisée depuis au moins deux décennies. En 1990, d'après la *Global Burden of Disease Study* (Murray et Lopez, 1996), la cardiopathie ischémique était la principale cause de décès dans les pays industrialisés et la deuxième cause dans les pays en développement (tableau 1). Les accidents vasculaires cérébraux arrivaient au deuxième et au troisième rang, respectivement, dans les pays industrialisés et en développement. En 1990, on estimait que 14,3 millions de décès étaient attribuables aux maladies cardiovasculaires dans le monde, comparativement à 9,3 millions pour les maladies infectieuses et parasitaires (Murray et Lopez, 1997). Ainsi, les MCV ont probablement déjà été la première cause de décès au monde pendant au moins les deux dernières décennies du XX^e siècle. Murray et Lopez (1996) ont fait une prédiction plus précise : [traduction] « Selon toute vraisemblance, les maladies cardiovasculaires sont devenues la principale cause de décès dans les pays en développement dans les années 1990. »

Pour comprendre les tendances mondiales en matière de MCV, il est utile de classer en sous-catégories les différentes régions du monde selon les maladies qui y prédominent. Les maladies cardiovasculaires ont été citées comme exemples des affections caractéristiques de l'évolution de la prédominance des maladies infectieuses à celle des maladies chroniques, phénomène appelé transition épidémiologique. On pense que la transition épidémiologique se décompose en quatre phases, dont chacune est caractérisée par

différents profils de maladies cardiovasculaires (tableau 2) (Omram, 1971; Olshansky et Ault, 1986; Pearson et coll., 1993). Le premier stade, celui de la peste et de la famine, ne subsiste aujourd'hui que dans des poches de régions sous-développées, souvent rurales, d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Le second stade est caractérisé par la présence résiduelle du rhumatisme articulaire aigu ainsi que par une augmentation des maladies liées à l'hypertension, comme c'est le cas en Chine et dans les régions urbaines d'Afrique. Le stade des maladies dégénératives et imputables à l'humain est la « forme épidémique » des MCV, où la cardiopathie ischémique et les accidents vasculaires cérébraux deviennent les principales causes de décès, notamment dans les groupes d'âge productifs sur les plans social et économique, c.-à-d. entre 45 et 65 ans. Ce stade s'est installé dans les régions urbaines d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine et persiste dans les anciens pays socialistes d'Europe de l'Est. Le stade final de la transition épidémiologique était, selon les théories, celui où les maladies cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux demeuraient les principales causes de décès, mais seulement dans les tranches d'âge supérieures. On retrouve de telles tendances en Europe occidentale, en Amérique du Nord, au Japon et en Australie/Nouvelle-Zélande. Ces régions sont généralement caractérisées par un déclin des taux de mortalité imputable aux MCV depuis les années 1970 et 1980.

Ainsi, la planète est une mosaïque de pays et de régions à différents stades d'évolution de leur épidémie cardiovasculaire. Un examen récent des taux par pays, ajustés selon l'âge (selon la population standard européenne) met en lumière une hétérogénéité considérable de la mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires, qui varie d'un facteur multiplicateur de près de cinq entre le Japon et la Fédération de Russie (figure 1) (American Heart Association, 1999).



TABLEAU 1 : LES DIX PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS EN 1990

RANG	RÉGIONS INDUSTRIALISÉES	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS (MILLIERS)	RÉGIONS EN DÉVELOPPEMENT	NOMBRE TOTAL DE DÉCÈS (MILLIERS)
1	Cardiopathie ischémique	2 695	Infections des voies respiratoires inférieures	3 915
2	Accidents vasculaires cérébraux	1 427	Insuffisance cardiaque ischémique	3 565
3	Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	523	Maladies vasculaires cérébrales	2 954
4	Infections des voies respiratoires inférieures	385	Maladies diarrhéiques	2 940
5	Maladies pulmonaires obstructives chroniques	324	Affections survenant durant la période périnatale	2 361
6	Cancer du côlon et du rectum	277	Tuberculose	1 922
7	Cancer de l'estomac	241	Maladies pulmonaires obstructives chroniques	1 887
8	Accidents de la route	222	Rougeole	1 058
9	Blessures auto-infligées	193	Paludisme	856
10	Diabète sucré	176	Accidents de la route	777
Nombre total de décès		10 912		39 554

Source : Murray et Lopez, 1996

TABLEAU 2 : DÉCÈS CAUSÉS PAR UNE MALADIE CARDIOVASCULAIRE À QUATRE DIFFÉRENTS STADES DE LA TRANSITION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

STADE DE DÉVELOPPEMENT	DÉCÈS PAR MCV (% DU TOTAL)	MCV PRÉDOMINANTES	EXEMPLES RÉGIONAUX
Peste et famine	5-10	Rhumatisme cardiaque, infections et cardiomyopathies d'origine nutritionnelle	Régions rurales d'Afrique subsaharienne, d'Inde et d'Amérique du Sud
Recul de la pandémie	10-35	Comme ci-dessus plus cardiopathie hypertensive et attaque d'apoplexie hémorragique	Chine et Afrique urbaine
Maladies dégénératives et imputables à l'humain	35-55	Toutes les formes d'accidents vasculaires cérébraux : cardiopathie ischémique à un âge relativement jeune	Asie urbaine, Amérique latine et Europe de l'Est
Maladies dégénératives retardées	<50	accidents vasculaires cérébraux et cardiopathie ischémique à un âge plus avancé	Europe de l'Ouest, Amérique du Nord, Australie, Nouvelle-Zélande et Japon

Source : Pearson et coll., 1993; Howson et coll., 1998

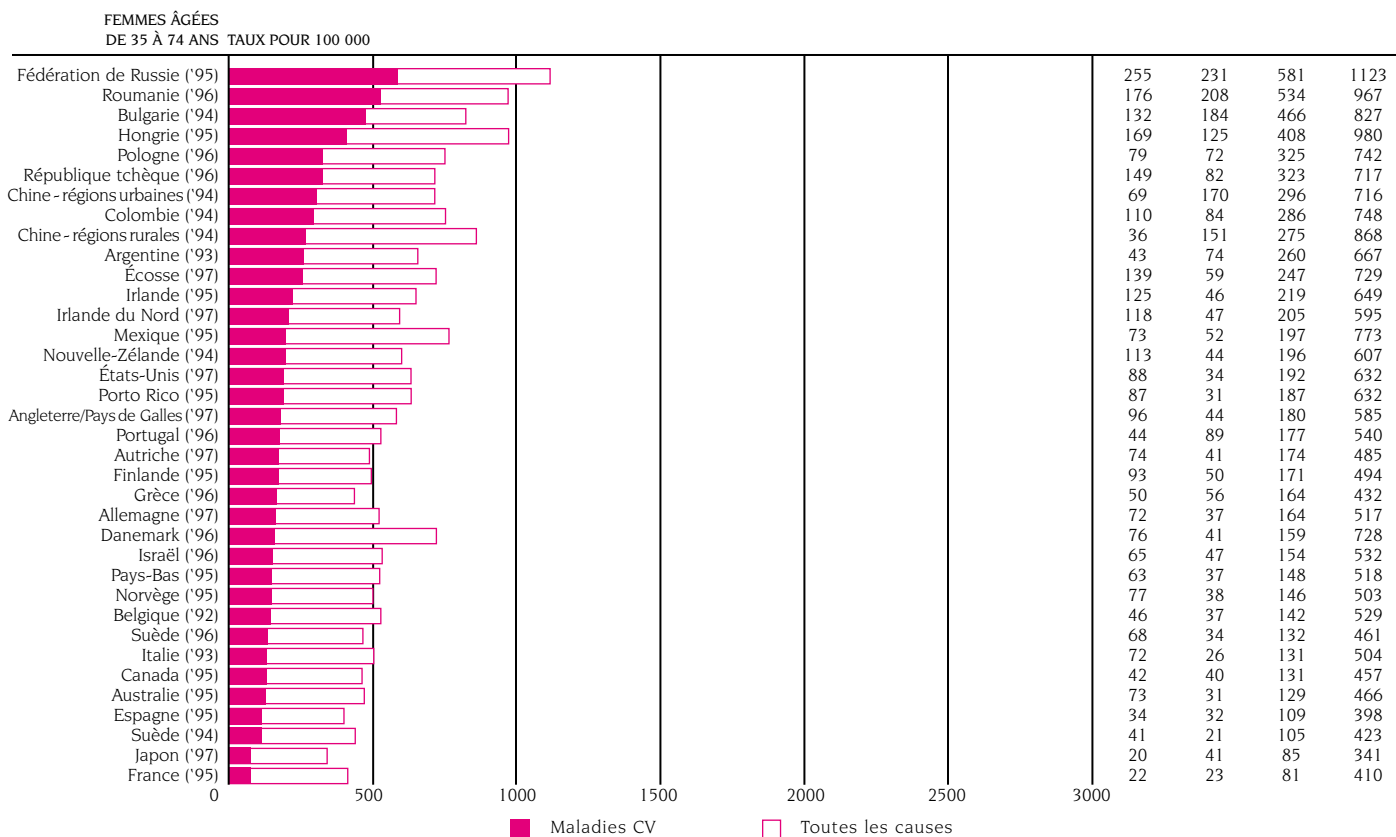
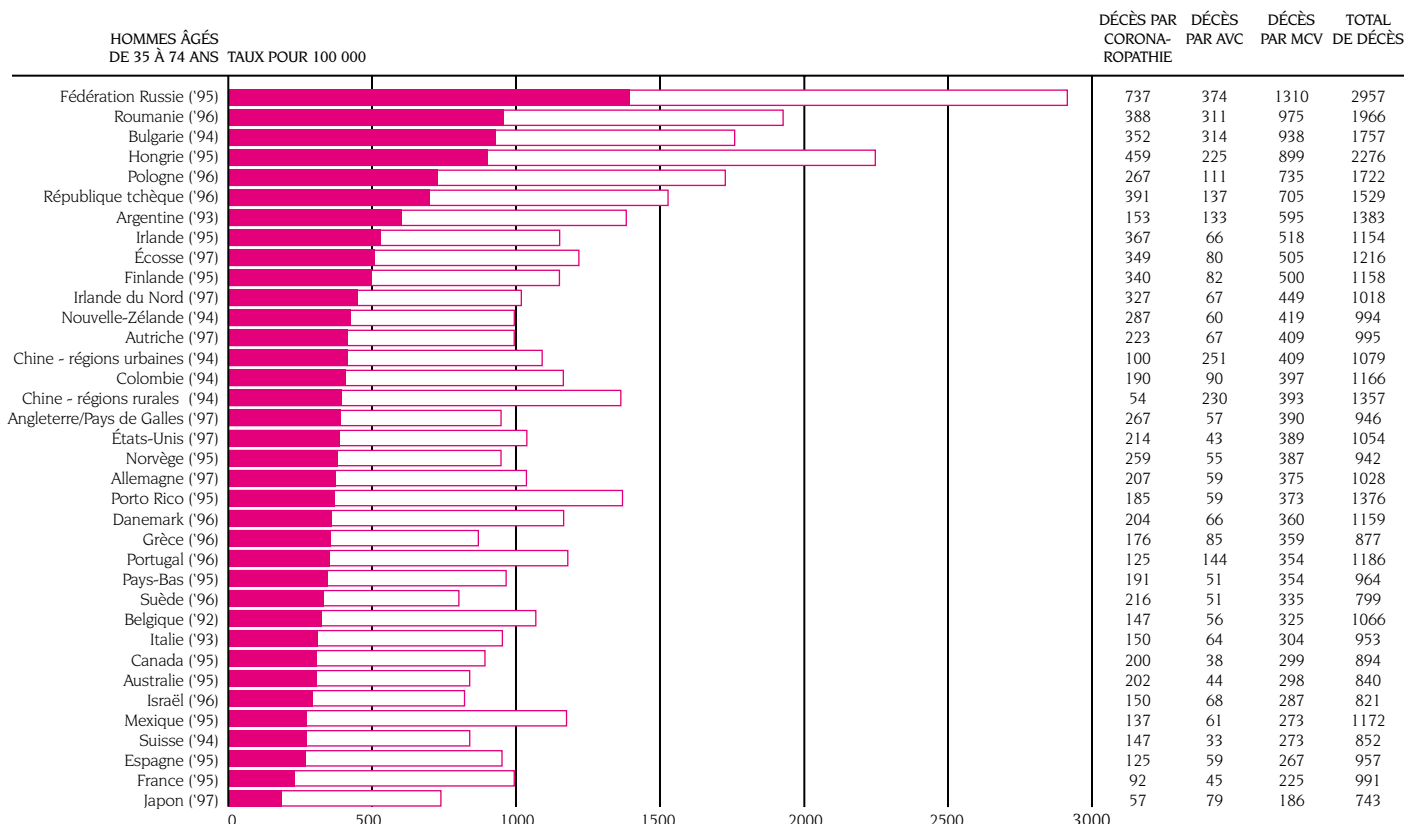


FIGURE 1 : TAUX DE MORTALITÉ SELON L'ÂGE POUR LES CORONAROPATHIES, LES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX, LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES TOTALES ET TOUTES LES CAUSES DANS CERTAINS PAYS. Taux ajustés en fonction de la population standard européenne.

CIM-9, 390-459 pour les maladies cardiovasculaires; 410-414 pour les coronaropathies et 430-438 pour les accidents vasculaires cérébraux. Les exceptions comprennent la République tchèque, le Japon et le Danemark, qui sont selon la CIM-10, et la Suisse, qui est selon la CIM-8. Les codes de la CIM-10 sont 100-199 pour les maladies cardiovasculaires; 120-125 pour les coronaropathies et 160-169 pour les accidents vasculaires cérébraux. Les codes de la CIM-8 sont 390-458 pour les maladies cardiovasculaires; 410-414 pour les coronaropathies et 430-438 pour les accidents vasculaires cérébraux.

Source : American Heart Association, 1999

LES ENSEIGNEMENTS RÉCENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE DE DIFFÉRENTES RÉGIONS DU MONDE AU SUJET DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Actualisation de l'épidémie de MCV dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

On s'attend depuis au moins dix ans à une épidémie de maladies cardiovasculaires dans les pays en développement, compte tenu du recul de la mortalité imputable aux maladies infectieuses, de l'augmentation qui en résulte de l'espérance de vie jusqu'à la tranche d'âge où les maladies cardiovasculaires deviennent apparentes, et de l'adoption des comportements à risque pour les maladies cardiovasculaires dans ces pays (Pearson et coll., 1993; Whelton et coll., 1995; Reddy et Yusuf, 1998; Howson et coll., 1998; World Heart Federation, 1999). Toutefois, l'ampleur de l'épidémie et la rapidité de sa propagation n'ont pu être réalisées que récemment. Le premier enseignement pour les pays en développement est qu'ils sont capables de produire des épidémies de maladies cardiovasculaires d'une ampleur comparable à celle des anciens pays socialistes et des économies occidentales. On constate, à la figure 1, qu'au milieu des années 1990, trois des taux de maladies cardiovasculaires les plus élevés concernaient des pays considérés « en développement », à savoir l'Argentine, la Chine et la Colombie (American Heart Association, 1999). Ainsi, les taux de l'Argentine surpassent ceux de la plupart des pays d'Europe de l'Ouest et d'Amérique du Nord. Ces pays peuvent être considérés comme ayant à présent atteint le troisième stade de la transition épidémiologique, une transition rapide qui a apparemment commencé au cours de la dernière décennie.

Un deuxième enseignement tiré de l'expérience des pays en développement est qu'il existe apparemment une hétérogénéité considérable sur le plan des tendances, puisque plusieurs pays à revenu intermédiaire semblent ne pas être entrés dans cette phase et pourraient même afficher un recul de leurs taux. Le Chili et Cuba sont des pays où les taux de mortalité attribuables aux maladies cardiovasculaires déclinent. De même, l'île Maurice affiche une diminution

des taux de cholestérol sérique, de la tension artérielle et du tabagisme entre 1987 et 1992 (Dowse et coll., 1995). Il semble donc que l'épidémie de maladies cardiovasculaires, particulièrement si elle est de forte amplitude, ne constitue pas une étape obligée.

Les anciennes économies socialistes d'Europe sont les pays du monde où le fardeau des MCV est le plus lourd

Comme le montre la figure 1, les anciens pays socialistes d'Europe de l'Est continuent d'afficher les taux de mortalité imputables aux MCV les plus élevés au monde. Un enseignement important tiré de l'expérience de la Fédération de Russie est que les maladies cardiovasculaires peuvent être un déterminant majeur de l'espérance de vie (Bobadilla et coll., 1997; Notzon et coll., 1998). On pense souvent que, comme la plupart des décès imputables aux maladies cardiovasculaires surviennent à un âge plus avancé, la lutte contre cette affection ne permettra pas d'augmenter l'espérance de vie. Entre 1990 et 1994, l'espérance de vie en Russie a diminué de cinq ans. Bien que des facteurs

La mortalité par cardiopathie ischémique en Pologne, qui a diminué de 25 p. 100 en trois ans de 1991 à 1993, a été imputée au virage des priorités nationales en matière de nutrition et à la libéralisation des marchés vendant des aliments sains (Zatonski et coll., 1998). Ce recul rapide laisse croire que les interventions de santé publique efficaces peuvent permettre de freiner rapidement la progression des taux de mortalité par MCV.

sociaux, comportementaux et économiques soient en partie responsables de ce déclin, les statistiques démographiques révèlent que les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux expliquent 36 p. 100 de ce recul, ce qui est de loin la proportion la plus élevée de l'espérance de vie imputée à une seule maladie.

Le dernier enseignement tiré de l'expérience des pays d'Europe de l'Est est que l'on y fait des progrès pour ralentir, voire pour juguler l'épidémie. Une variabilité considérable a été observée dans d'autres anciens pays socialistes (Chenet et coll., 1996). Ainsi, la mortalité par cardiopathie ischémique en Pologne, qui a diminué de 25 p. 100 en trois ans de 1991 à 1993, a été imputée au virage des priorités nationales en matière de nutrition et à la libéralisation des marchés vendant des aliments sains (Zatonski et coll., 1998). Ce recul rapide laisse croire que les interventions de santé publique efficaces peuvent permettre de freiner rapidement la progression des taux de mortalité par MCV. Néanmoins, cette mortalité continue de constituer un défi de taille dans les anciennes économies socialistes.



Les économies de marché établies : les nouvelles sont-elles toutes bonnes?

Le déclin de la mortalité imputable aux maladies cardiovasculaires en Europe occidentale, en Amérique du Nord et en Australie/Nouvelle-Zélande est tangible depuis 1970, l'année du début de ce déclin variant quelque peu (Thom, 1989).

On a beaucoup écrit au sujet des causes de ce déclin, que les études les plus équilibrées imputent à l'effet conjugué de la prise de mesures de santé publique (politiques sur le tabac, éducation sanitaire, programmes de nutrition) (Epstein, 1989) et de l'amélioration des soins (Goldman et Cook, 1984; Pearson, 1989). Ces tendances ont été citées à juste titre comme des preuves du caractère évitable des maladies cardiovasculaires à l'échelle de la population.

Les données récentes de certains pays en développement sont plus pessimistes et semblent indiquer un ralentissement du déclin de la mortalité par MCV, voire une inversion du phénomène. Ainsi, un examen des tendances des MCV aux États-Unis révèle un aplanissement de la courbe de diminution de la mortalité par MCV depuis 1990 et une absence bien documentée de déclin de la mortalité par AVC depuis 1990 (figure 2) (Cooper et coll., 2000). Ces phénomènes sont couplés à une augmentation de la mortalité par insuffisance cardiaque congestive et à une

hausse graduelle, d'une année à l'autre, du nombre de congés de l'hôpital après une MCV. Aux États-Unis, on observe également une hétérogénéité considérable du déclin selon la race et le groupe ethnique, les couches socio-économiques et les régions géographiques du pays. Des études effectuées dans deux États (Massachusetts et Minnesota) mettent en lumière une très faible diminution de l'incidence de la cardiopathie ischémique et de l'accident vasculaire cérébral depuis 1990, ce qui laisse croire que tout déclin additionnel pourrait s'expliquer uniquement par la réduction du taux de létalité après la survenue d'une MCV (McGovern et coll., 1996; Goldberg et coll. 1999). Ce phénomène pourrait expliquer la hausse de la prévalence des MCV aux États-Unis, estimée aujourd'hui à 12 p. 100 chez les hommes et à 8 p. 100 chez les femmes adultes de 45 ans et plus. L'absence de réduction de l'incidence est en accord avec d'autres données montrant peu de changements sur le plan de la consommation de tabac et de graisses alimentaires, de l'activité physique ou de la maîtrise de la tension artérielle depuis 1990 (Cooper et coll., 2000). Plus inquiétantes encore sont les données laissant croire à une hausse de l'apport calorique suivie d'une épidémie d'obésité et de diabète (Cooper et coll., 2000). Au vu de ces données, il semblerait que la tendance au recul des MCV dans au moins un pays industrialisé, les États-Unis, pourrait tirer à sa fin.

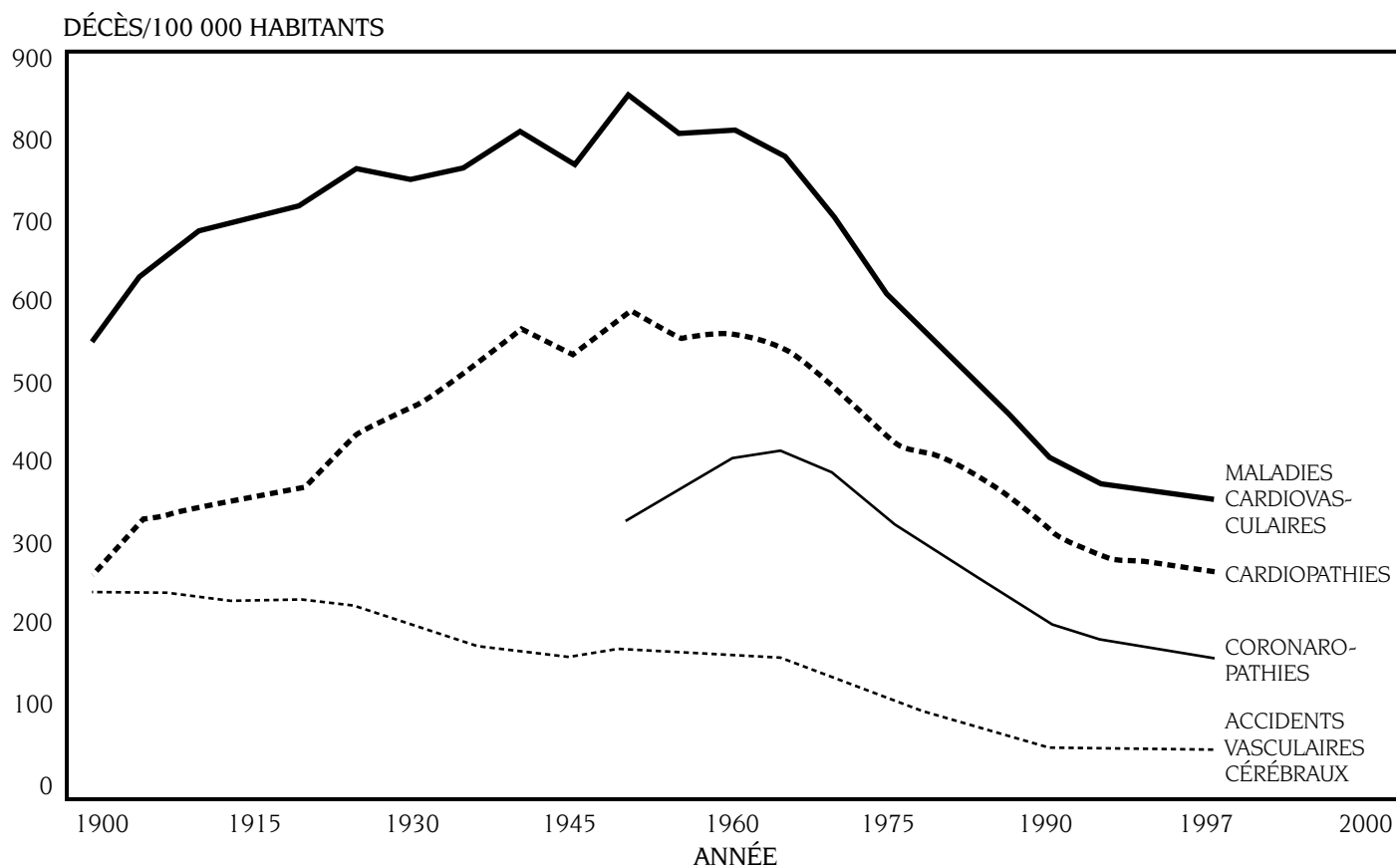


FIGURE 2 : TAUX DE MORTALITÉ AJUSTÉS POUR L'ÂGE (POPULATION STANDARD DE 2000) POUR LES PRINCIPALES MALADIES CARDIOVASCULAIRES AUX ÉTATS-UNIS DE 1900 À 1997

Source : Cooper et coll., 2000



CHAPITRE 2

LES FORCES POLITIQUES, SOCIALES ET ÉCONOMIQUES EXERÇANT UNE INFLUENCE SUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE MONDIALE

Dans ce chapitre, on a choisi d'examiner sous l'angle de l'économie politique les interrelations entre les aspects politiques, économiques et sociaux de la prévention des maladies cardiovasculaires qui trouvent principalement leur origine à l'extérieur du secteur de la santé. On y discute des aspects de l'élaboration et de la mise en œuvre ou non des politiques de prévention et de promotion au macro-niveau, y compris l'élaboration, la gouvernance, le financement, l'économie et les tendances planétaires en matière de systèmes de santé.

Certains facteurs qui débordent le cadre du secteur de la santé et qui échappent à son contrôle façonnent les environnements, les comportements et les systèmes de santé du monde entier. Les mouvements de mondialisation, les obstacles systémiques, les questions professionnelles, l'éthique et les droits, la biotechnologie et la génétique, le financement et la recherche, sont autant de questions qui doivent être prises en considération pour élaborer des stratégies favorisant la santé par le renforcement de la capacité des systèmes de santé à offrir des services de prévention et par l'établissement de liens judicieux avec les intervenants des sphères sociales, économiques et politiques.

LA MONDIALISATION

Pour les fins du présent document, la mondialisation est définie comme étant un processus d'accroissement de l'interdépendance mondiale et d'intégration de secteurs tels que l'économie et le commerce, les voyages, l'information et les technologies connexes ainsi que les valeurs culturelles d'une part et, d'autre part, d'accentuation des divergences et de dislocation. Tous ces aspects ont des conséquences importantes pour la gouvernance en général et pour la santé et les politiques sanitaires en particulier. Dans une certaine

mesure, et pour certains individus, la mondialisation présente des aspects positifs et ouvre des perspectives sans précédent de croissance économique, d'échanges culturels et de transferts de connaissance. Pourtant, pour de nombreux autres, la mondialisation a des effets dommageables, voire potentiellement dévastateurs (Wyplosz, 1999).

Si la restructuration mondiale de la production, la déréglementation des marchés financiers et l'essor du commerce international ont entraîné globalement une augmentation de la croissance économique, les gains associés à cette croissance ont été inégalement répartis tant entre les sociétés qu'au sein de chacune d'elles. On s'inquiète en particulier des contraintes imposées par la mondialisation à la responsabilité traditionnellement assumée par les gouvernements nationaux d'arbitrer la distribution de la richesse dans la société, avec ses répercussions sur la relation entre statut socio-économique et santé.

La réforme de la santé

La mondialisation a été accompagnée de réformes importantes des systèmes de santé dans de nombreux pays du monde. Très souvent, la réforme est caractérisée par la nécessité de redéfinir le rôle des gouvernements nationaux et locaux relativement à la santé, en privilégiant l'élaboration de systèmes faisant une plus large place à la participation des collectivités et des citoyens. Ces changements visent principalement à assurer à tous, notamment aux groupes défavorisés, un accès équitable aux services de santé (European Health Care Reform, 1997).

À divers degrés, la réforme de la santé est catalysée par un processus de privatisation visant à réduire les dépenses en soins de santé du secteur public. Le processus est souvent mené à bien sous le couvert de la rationalisation de la



participation des secteurs public et privé à la prestation des soins de santé dans le but de privilégier davantage l'efficacité et la rentabilité des programmes et des services.

Selon certains opposants, ce changement est motivé partiellement (et dans certaines régions) par la volonté de transférer la responsabilité de la santé à des paliers administratifs inférieurs. Le problème est que ces paliers ne disposent généralement pas de la capacité matérielle ou humaine adéquate pour mener à bien ces réformes. Cette situation nuit à la capacité des systèmes de santé d'instaurer et de maintenir des programmes de santé cardiovasculaire à tous les niveaux.

La nécessité d'une action mondiale

Une considération importante pour la réforme de la santé est que, dans un monde en cours de globalisation, les modes de vie et les environnements nocifs pour la santé qui constituent la racine de l'épidémie mondiale de maladies cardiovasculaires peuvent se transmettre aussi facilement que des agents infectieux. Cette situation résulte souvent de l'adoption par les individus et les collectivités de pratiques et d'habitudes socio-culturelles nuisibles pour la santé que leur société ne connaissait généralement pas par le passé, sous l'influence de la publicité de nouveaux produits. Ce phénomène touche davantage les jeunes dans toutes les sociétés ce qui explique que l'on parle de « l'adolescent global » (Schwartz, 1996).

Ces exemples illustrent la mondialisation des problèmes de santé, qui exige de trouver des solutions à l'échelle mondiale. Il sera probablement insuffisant ou impossible de s'appuyer uniquement sur un ensemble de lois et de politiques de santé nationales, à une époque de changements si radicaux à l'échelle mondiale. Par conséquent, il faut élaborer des

politiques mondiales en matière de santé et de MCV. La communauté internationale, si elle se préoccupe des questions de santé, doit non seulement penser globalement, mais aussi agir globalement.

Le marketing et l'adoption à l'échelle mondiale des produits du tabac sont un exemple éloquent de cette situation. Dans ce contexte, le projet de la Convention-cadre internationale pour la lutte antitabac mis de l'avant par l'OMS est un bon exemple du type de leadership et d'initiative requis pour élaborer des stratégies globales afin de contrer les menaces majeures pour la santé constituées par les MNT telles les maladies cardiovasculaires.

Le traité sur le tabac constituera le cadre international requis pour élaborer des politiques de santé nationales et pour limiter le rayon d'action mondial des compagnies de tabac transnationales. Il définit les normes que les pays peuvent adopter pour réglementer la publicité et prévenir le trafic illicite de produits du tabac et pour faciliter l'échange mondial de connaissances sur l'épidémie de tabagisme. Cette initiative démontre que, lorsque la communauté internationale s'unit en faveur de la santé, elle s'engage aussi concrètement en faveur de la justice, de l'équité et de la solidarité.

Pourtant, malgré ces initiatives positives, on craint que les forces de la globalisation, notamment l'économie et le commerce, puissent faire obstacle à l'intervention des gouvernements à l'intérieur même de leurs propres frontières.

Technologies, information et marketing

La révolution de la technologie de l'information, dans le cadre du processus de mondialisation, ouvre la voie à un monde plus instruit, où l'information sur la prévention et la promotion serait plus accessible. Toutefois, les technologies



de l'information peuvent aussi étouffer les cultures traditionnelles et accélérer le phénomène d'évolution vers une culture et un mode de vie universels qui ne sont pas particulièrement favorables à la santé.

Cette situation, conjuguée au fait que les politiques générales, sociales et économiques échappent de plus en plus au contrôle des gouvernements nationaux, limite la capacité des systèmes de santé de freiner la propagation des facteurs de risque des MCV, tels les régimes alimentaires nuisibles pour la santé et le tabagisme.

L'un des exemples les plus évidents de la nature bipolaire de la mondialisation est probablement la convergence

mondiale observée sur le plan de l'alimentation (European Cardiovascular Disease Statistics, 2000). Ainsi, en Europe, la variabilité d'un pays à l'autre de la consommation de graisses alimentaires semble décliner (Figure 3). Certains pays, comme le Royaume-Uni, ont modérément réduit leur consommation de graisses saturées (en pourcentage de l'apport calorique) de 1972 à aujourd'hui (European Cardiovascular Disease Statistics, 2000). Au cours de la même période, les pays qui consommaient peu de graisses saturées, notamment la Bulgarie, ont augmenté leur consommation. Ce phénomène a amené une convergence des habitudes alimentaires au cours des 30 dernières années.

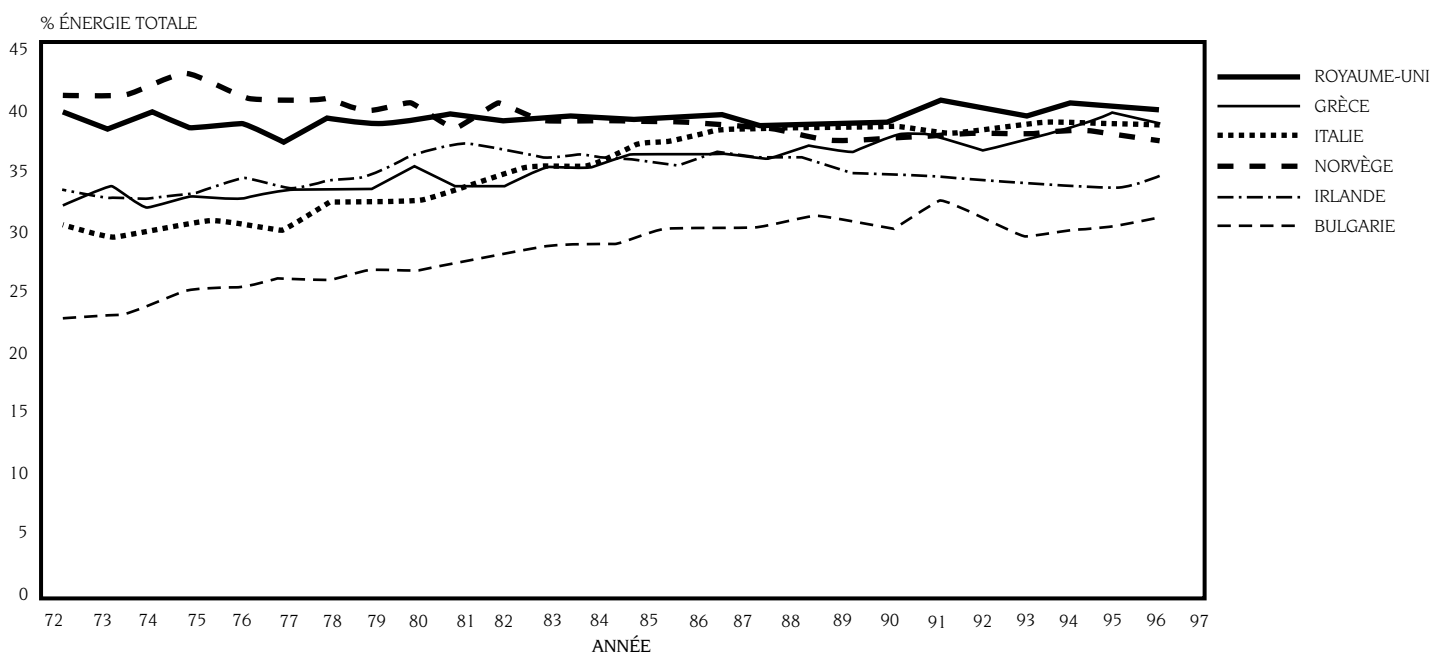
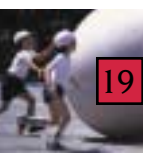


FIGURE 3 : POURCENTAGE DE L'ÉNERGIE ALIMENTAIRE TOTALE PROVENANT DES GRAISSES DANS CERTAINS PAYS DE 1972 À 1997

Source : European Cardiovascular Disease Statistics, 2000

En revanche, en Pologne, la levée des restrictions sur l'importation de margarine à faible teneur en graisses saturées, de fruits et de légumes a contribué à une réduction récente de la coronaropathie dans ce pays (Zatonski et coll., 1998). La libéralisation du marketing et du commerce des aliments est une force en plein essor. Le défi consiste à exploiter ces forces du marché pour promouvoir des habitudes et des schémas alimentaires plus souhaitables.

La mondialisation de l'éducation du public et de l'information peut en principe avoir un impact positif appréciable sur la santé. Toutefois, l'opposé se produit lorsque les messages véhiculés à l'échelle planétaire ne tiennent pas compte des impératifs propres à chaque culture. Ces messages sont généralement motivés par des facteurs économiques, p. ex., le marketing des services de restauration rapide (« fast foods »), des produits pharmaceutiques et du tabac. Ces efforts sont généralement bien financés et la mise en



marché s'effectue de manière très professionnelle, avec le profit comme seul objectif. Il n'existe pratiquement aucune stratégie mondiale pour faire échec à de telles mesures. Les messages éducatifs sont généralement locaux et leur communication est le plus souvent sous-financée et n'est pas appuyée par des activités de marketing professionnel. Dans de telles circonstances, il est presque impossible de déployer ces efforts éducatifs sur une échelle assez large ou pendant assez longtemps pour obtenir des changements significatifs et administrer une « dose préventive ».

En outre, la facilité accrue des communications mondiales a ouvert des possibilités importantes de publicité directe au consommateur pour les industries susmentionnées, notamment les firmes pharmaceutiques multinationales.

La capacité des compagnies pharmaceutiques d'utiliser les technologies de communication à l'échelle mondiale pour vendre directement leurs produits aux consommateurs en ignorant les frontières a, dans certains pays, rendu la consommation de médicaments plus intéressante sur le plan économique. Par contre, alors que les possibilités de marketing mondial des produits pharmaceutiques s'élargissent, il n'existe aucun élan parallèle pour mondialiser les mesures favorisant la santé cardiovasculaire.

Les technologies médicales

Une autre influence à l'échelle mondiale est celle de la profession médicale et de l'industrie des produits pharmaceutiques et des instruments médicaux. L'éducation médicale, l'information médicale et les hautes technologies, tels les secteurs des produits pharmaceutiques et des instruments, font de plus en plus l'objet d'un marketing à l'échelle mondiale. Plusieurs leaders d'opinion en médecine ont suivi une formation dans différents pays. Les entreprises de produits pharmaceutiques et d'instruments médicaux sont généralement transnationales et les technologies les plus sophistiquées sont présentées comme les meilleures technologies, l'efficacité étant souvent privilégiée par rapport à la rentabilité. La formation médicale continue, de plus en plus disponible par Internet, façonne les attitudes et la pratique des professionnels qui en bénéficient, que cette formation convienne ou non à leur environnement de pratique.

Toutefois, la mondialisation risque d'entraver la capacité des gouvernements nationaux d'élaborer des politiques générales de promotion de la santé et de prévention des maladies. Les politiques élaborées par les intérêts transnationaux, corporatifs et autres peuvent nuire à la capacité

des États d'agir pour modifier la conjoncture à l'intérieur de leurs propres frontières. Le secteur industriel mondial, qui a un intérêt financier direct pour la santé et la maladie, fait généralement pencher la balance des politiques nationales de santé vers les solutions à visée curative et l'investissement dans des technologies onéreuses (Morgan et coll., 2000).

L'investissement dans la technologie est un coût de substitution qui impose une limite non seulement à la capacité des systèmes de santé de financer la promotion de la santé et la prévention des maladies, mais aussi à leur capacité d'investir dans d'autres secteurs importants de la société qui ont des répercussions sur la santé, notamment l'éducation. À l'évidence, le concept de coût de substitution doit être pris en considération, en gardant à l'esprit le contexte différent de l'infrastructure et du stade de développement dans les pays industrialisés et en développement. Toutefois, il s'agit d'un concept utile qui peut être employé pour prendre des décisions relatives aux options stratégiques.

Les nouvelles données épidémiologiques et le futur

Enfin, la privatisation ou l'individualisation du risque remplace de plus en plus les approches populationnelles de la lutte contre les MCV; la privatisation du risque rend l'individu responsable du risque d'être atteint d'une MCV auquel il est exposé et les mesures préventives sont de plus en plus axées sur l'évaluation du risque individuel et le traitement des individus à plus haut risque (Rockhill, 2001). Cet abandon des interventions populationnelles a été considéré comme une preuve de l'incapacité des services sanitaires publics de trouver des solutions aux problèmes de santé contemporains, notamment les MCV (Beaglehole et coll., 1997; Schwartz et coll., 1999). La réduction de la mortalité imputable aux MCV dans les pays industrialisés depuis 1970 semble pouvoir s'expliquer, du moins en partie, par l'adoption de stratégies populationnelles axées sur le tabagisme, la nutrition et l'exercice physique. Au moins aux États-Unis et en Finlande, il semble exister une bonne corrélation entre d'une part l'arrêt du déclin du tabagisme, de la consommation de graisses alimentaires et de la sédentarité et, d'autre part, la fin du recul de l'incidence des MCV. La poursuite du déclin (à un rythme moindre) de la mortalité par maladies cardiovasculaires est corrélée à l'utilisation de technologies de plus en plus sophistiquées pour les groupes à haut risque. La privatisation du risque semble avoir favorisé les strates plus instruites et les plus riches de la population, et avoir créé



des gradients élevés de la mortalité attribuable aux MCV où les taux de mortalité les plus élevés s'observent chez les individus les moins armés pour comprendre et réduire leurs propres risques.

Quel est le stade ultime de l'épidémie de MCV? D'après le modèle actuel (tableau 1), les MCV continueront de reculer, touchant des individus de plus en plus vieux et un nombre moindre de personnes dans les tranches d'âge socialement et économiquement productives. Le tableau récemment modifié des MCV dans les pays industrialisés comme les États-Unis suggère un autre scénario, où serait atteint un état d'équilibre dépendant de la capacité de chaque pays et de sa volonté d'instituer des changements au niveau de la population. Ce stade, ou stade de mondialisation et de privatisation du risque, sous-entend que les MCV se répandront dans l'ensemble du monde et que les taux de cardiopathie et d'accident vasculaire cérébral seront déterminés non par le pays de résidence, mais par l'ensemble des produits, de l'information et de l'éducation reçus par chaque individu. Ainsi, les taux de MCV varieront davantage selon le niveau d'éducation et de revenu qu'en fonction du pays d'origine et les MCV acquerront une dimension endémique et pandémique.

La rapidité avec laquelle les MCV se sont implantées dans les pays en développement, l'ampleur de l'épidémie de maladies cardiovasculaires en Europe de l'Est et le ralentissement possible du déclin des MCV aux États-Unis, voire dans d'autres pays occidentaux, pourraient avoir une explication commune : les maladies cardiovasculaires, à titre de pandémie globale, ont maintenant des facteurs étiologiques agissant à l'échelle de la planète. Les mêmes facteurs peuvent instaurer, stimuler ou soutenir l'épidémie, selon les conditions locales. Ces facteurs ne sont pas nécessairement nouveaux, car le tabagisme, l'hypertension, l'hypercholestérolémie et le diabète sont des caractères communs des patients souffrant de MCV dans le monde entier. Le résultat final est la mondialisation de l'épidémie de maladies cardiovasculaires qui devient la première cause de décès pour l'humanité, dans toutes les régions du monde.

LE PARADIGME MÉDICAL CLINIQUE

En matière de promotion et de prévention, le secteur privé et l'industrie n'ont aucun intérêt commercial direct dans la prévention primaire des maladies cardiovasculaires.

Par opposition, le secteur des soins de santé est appuyé par une base industrielle importante qui exerce une grande influence sur la création de la demande, la formulation des politiques et la détermination des ressources affectées aux systèmes de santé, en privilégiant naturellement les soins curatifs. Les politiques gouvernementales de prévention primaire doivent veiller à l'atteinte d'un équilibre plus approprié entre les ressources allouées à la promotion et à la prévention et celles destinées aux services curatifs. En bout de ligne, le soutien du programme de prévention doit provenir du secteur public, car il est peu probable qu'il soit assuré par

d'autres intervenants, notamment l'industrie, du fait de l'absence de possibilité de profit.

La mise en œuvre des initiatives de promotion et de prévention est entravée par l'application inappropriée du paradigme clinique qui cible les individus, contrairement aux politiques et aux stratégies qui ciblent les populations et les communautés dans leur ensemble. Dans le dernier cas, la question critique est la capacité d'intervenir lorsque, bien entendu, il existe des preuves d'efficacité suffisantes. Les interventions communautaires doivent en premier lieu avoir une capacité suffisante pour administrer une « dose d'intervention » adéquate; en d'autres termes, il faut intervenir de la manière appropriée, avec une intensité suffisante sur une fraction de la population assez importante.

Dans de nombreux pays, l'affectation des ressources à la recherche est influencée de manière disproportionnée par les chercheurs des secteurs clinique et biomédical. Souvent, les propositions de recherches sur la prévention et la promotion au niveau communautaire sont freinées par l'adhésion excessive au modèle de l'essai randomisé et contrôlé, qui n'est pas applicable aux approches communautaires et populationnelles. La recherche et la mise en œuvre de programmes de promotion et de prévention continuent d'être entravées par des contraintes imposées

La rapidité avec laquelle les MCV se sont implantées dans les pays en développement, l'ampleur de l'épidémie de maladies cardiovasculaires en Europe de l'Est et le ralentissement possible du déclin de ces maladies aux États-Unis, voire dans d'autres pays occidentaux, pourraient avoir une explication commune : les MCV, à titre de pandémie mondiale, ont maintenant des facteurs étiologiques agissant à l'échelle de la planète.

TABEAU 3 : COMPARAISON DES APPROCHES INDIVIDUELLES ET COMMUNAUTAIRES POUR LA PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

INDIVIDU - PRATIQUE CLINIQUE	COLLECTIVITÉ - APPROCHES POPULATIONNELLES ET PROMOTION DE LA SANTÉ
<p>Les normes sont des essais randomisés contrôlés</p> <p>Les patients sont des individus</p> <p>Une dose inférieure à la dose thérapeutique est inacceptable</p> <p>Traitement plus facile d'un individu</p> <p>Les résultats des interventions sont des changements au niveau individuel</p> <p>Les interventions peuvent cibler la plupart des facteurs pertinents pour le résultat</p>	<p>Les normes sont le résultat et l'évaluation du processus; on utilise des méthodes quantitatives et qualitatives</p> <p>Le client est la collectivité</p> <p>La dose préventive est rarement administrée</p> <p>Difficile d'augmenter les programmes de promotion de la santé qui touchent toute la population</p> <p>Le résultat est un changement des normes sociales, des environnements et du comportement de l'ensemble des populations</p> <p>Les interventions prennent rarement en charge les déterminants sociaux externes à la collectivité</p>

par le paradigme de l'évaluation de la recherche clinique. Le milieu de la santé cardiovasculaire devrait reconnaître d'autres méthodes bien établies pour évaluer l'efficacité des interventions de promotion et de prévention. À titre de mesure proactive, il sera important d'élaborer d'autres critères acceptables pour évaluer les interventions de promotion et de prévention.

Les autres différences entre ces deux approches sont illustrées au tableau 3. Alors que, dans les interventions cliniques, le client est le patient lui-même, dans un paradigme de promotion et de prévention, le client est la collectivité ou une population donnée. De même, le résultat d'une intervention dans un contexte clinique est l'obtention d'un changement au niveau individuel, tandis que pour les interventions de promotion et de prévention, c'est le changement des normes et des valeurs sociales et environnementales qui amène des changements dans l'ensemble de la population.

Il existe des exemples d'initiatives de promotion et de prévention où des programmes de santé des populations exhaustifs ont été mis en œuvre. Des études bien connues aux États-Unis et en Finlande ont démontré le potentiel qu'ont les interventions communautaires d'améliorer la santé, notamment cardiovasculaire (Schooler et coll., 1997, Puska et coll., 1995). Les résultats de ces études ont montré que les approches préventives doivent être exhaustives et recourir à plusieurs canaux d'intervention, privilégier les liens avec les systèmes de santé locaux et viser à amener des changements environnementaux et politiques. Ces enseignements ont été mis en pratique dans la récente Cardiovascular Health Initiative des

CDC des États-Unis, qui accorde un financement prioritaire aux mesures de changement au niveau politique et environnemental.

Parmi les autres exemples de mise en application réussie des approches de promotion et de prévention, citons la US initiative on High Blood Pressure Detection and Education (National High Blood Pressure Detection and Education Program, 1980) et le National Cholesterol Education Program (1985). Il semblerait que si l'on a réussi à réduire les taux de cholestérol, c'est parce qu'on a associé des stratégies d'éducation et de changement comportemental à un changement environnemental dans lequel l'industrie a proposé au public des aliments à teneur moindre en graisses.

L'accident vasculaire cérébral et le cancer de l'estomac sont deux exemples remarquables de l'importance que peut avoir un changement environnemental sur l'incidence des principales maladies. La mortalité imputable à ces causes a connu un déclin significatif depuis les années 1950. Ce déclin coïncide avec l'avènement et l'introduction généralisée de la réfrigération et en est probablement la conséquence. Ce progrès a rendu moins nécessaires la salaison et la fumaison des aliments, procédés qui ont été mis en cause tant dans le cancer de l'estomac que dans l'hypertension et l'accident vasculaire cérébral.

L'INDUSTRIE DES BIOTECHNOLOGIES ET DE LA GÉNÉTIQUE

La biotechnologie et la génétique sont devenues un secteur majeur d'investissement pour les systèmes de santé et pour l'affectation des fonds destinés à la recherche. Leur potentiel





de procurer des gains réels en matière de santé a suscité une « exubérance irrationnelle ». Mentionnons par exemple l'optimisme des D^{rs} Brown et Goldstein (1996), qui écrivaient que les maladies cardiovasculaires ne seraient plus un problème de prévention dès la première décennie du XXI^e siècle, grâce à l'application de la thérapie génique. À l'évidence, cet optimisme n'était pas justifié. Les MCV étant multifactorielles, il demeure très peu probable qu'il n'y ait qu'un seul gène à cibler pour les traiter. D'après les recherches épidémiologiques, le niveau actuel d'optimisme à l'égard de la solution du gène unique n'est pas justifié et les interactions gène-environnement sont le déterminant clé de l'expression d'une maladie dans une population (Landers et coll., 1994; Landers, 1996). Plus que jamais, il est nécessaire pour les intervenants en santé cardiovasculaire de prôner l'atteinte d'un équilibre entre la recherche en biotechnologie et en génétique et l'adoption d'approches populationnelles plus larges pour améliorer de manière tangible la santé de la population.

L'ÉTHIQUE ET LE DROIT À LA SANTÉ

Les sociétés, les gouvernements et les systèmes de santé reconnaissent qu'il est nécessaire et souhaitable que leurs citoyens aient accès aux traitements et aux autres services

de santé, dans la mesure autorisée par les ressources sociétales. De fait, certains pays ont érigé le droit à la santé en droit humain fondamental, directement lié aux questions d'équité, de solidarité, de droits des patients et de qualité des soins. Cette perspective est de plus en plus admise par la communauté internationale et est activement défendue par les politiques de l'OMS, par plusieurs pays et par des organisations et des réseaux internationaux. Sur le plan pratique, cette reconnaissance, ou acceptation, du « droit à la santé » s'applique principalement aux services de soins de santé diagnostiques et thérapeutiques et ignore généralement le droit éthique à la promotion de la santé et à la prévention de la maladie.

Dans les paragraphes qui précèdent sont soulevées plusieurs questions d'ordre éthique concernant la prise de décisions par les professionnels de la santé et ceux chargés de la gouvernance des systèmes de santé. Les MCV représentent un secteur où des gains significatifs peuvent être réalisés sur le plan de la santé, aussi les questions éthiques de promotion et de prévention devraient-elles revêtir une importance particulière pour les intervenants du milieu.

Les professionnels de la santé, notamment les cliniciens spécialistes tels les cardiologues et les chirurgiens cardiovasculaires, influencent considérablement la détermination des politiques de santé. Collectivement, ils ont non seulement la capacité, mais aussi la responsabilité éthique de prôner l'adoption aussi bien de politiques axées sur les traitements, que de politiques, de programmes et de services à visée préventive. Cette responsabilité devrait être d'une importance primordiale pour les praticiens et les spécialistes dans un contexte où les ressources limitées rendent peu probable la possibilité de faire des gains majeurs en mettant l'accent sur le traitement des maladies.

Ce fardeau ne doit cependant pas reposer uniquement sur les professionnels de la santé. La capacité du système de santé d'assurer la prévention et la promotion est tributaire des choix politiques faits par les responsables de la gouvernance de ce système. La gouvernance inclut les paliers de l'élaboration des politiques et de la haute direction du gouvernement et leurs décisions stratégiques, lesquelles devraient également être guidées par des considérations éthiques. Cette situation se répercute sur les questions de prévention et de promotion, car de nombreux gouvernements, au mieux, n'affectent pas à ces services les ressources qui sembleraient justifiées au vu des données scientifiques les plus récentes et, au pire, ne leur affectent aucune ressource.

Le volet éthique est maintenant bien intégré aux aspects cliniques des soins de santé. Les droits des patients ont été consacrés dans la *Charte de Lubljana* (Organisation mondiale de la santé, 1996) et sont en train d'être enchâssés dans les pratiques des systèmes de santé et dans les cadres législatifs de nombreux pays. Les droits des patients couvrent un large éventail de questions telles que le droit à la confidentialité, le consentement éclairé, la divulgation complète et le droit de recevoir les soins de santé adaptés à ses besoins. Ils concernent principalement les soins cliniques. L'attention accordée récemment dans le monde aux réformes des soins de santé fournit l'occasion soit d'élargir ces droits, soit de créer un ensemble parallèle de droits des citoyens à la santé, à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Par conséquent, les droits des patients doivent être situés dans le contexte de la fourniture de services de prévention et de promotion de qualité et du droit des individus à la santé, et non pas seulement aux soins de santé.

Les pratiques des professionnels de la santé, notamment les médecins, sont universellement régies par un code d'éthique en vertu duquel ils doivent prodiguer les meilleurs soins possibles à leurs patients. Compte tenu des progrès réalisés dans la prévention des maladies cardiovasculaires au cours des 50 dernières années et de la pléthore d'interventions ayant démontré leur efficacité, la fourniture de services de prévention et de promotion par les professionnels de la santé devrait être considérée comme faisant partie intégrante du code d'éthique des soins aux patients et on devrait lui accorder une importance égale à celle du droit aux traitements.

Toutefois, les politiciens et les décideurs doivent également réaliser que les décisions qu'ils prennent quant à la répartition des ressources entre la prévention, la promotion de la santé et les soins de santé ont un fondement éthique important. Les ressources et les politiques qui régissent le système de santé conditionnent et façonnent à leur tour le comportement des professionnels de la santé et la mesure dans laquelle ils s'acquittent de leurs responsabilités éthiques pour adopter les meilleures pratiques médicales, y compris pour la fourniture de services de prévention et de promotion. D'un point de vue pratique, cela signifie que la législation sur l'assurance santé doit financer tant la fourniture de services préventifs que l'infrastructure de base des soins de santé primaires. À ce titre, il faut notamment prévoir le remboursement des services de prévention des professionnels de la santé et des programmes de formation appropriés leur permettant d'acquiescer la capacité d'offrir de tels services.

Une dimension éthique majeure de la promotion et la prévention concerne la mise en œuvre des politiques et des interventions qui touchent des communautés et des groupes entiers de la population. En vertu des pratiques actuelles, pratiquement n'importe quel groupe de professionnels ou de non-professionnels et n'importe quelle organisation, quelles que soient ses compétences, peut lancer des programmes de prévention et de promotion ayant des conséquences sur le mode de vie et le degré de sensibilisation des individus. Cela se produit souvent en l'absence de tout examen éthique ou scientifique, sans égard aux questions d'équité ou sans évaluer si la dose d'intervention est adéquate pour justifier une espérance de gain pour la santé chez les individus ou les communautés visés.

Les interventions communautaires doivent être examinées d'un point de vue éthique. Bien souvent, elles sont mises en œuvre avec l'appui de politiques de financement à court terme qui voient en fait les communautés comme des laboratoires ou des groupes d'expérimentation où les interventions sont offertes à l'intérieur d'une période définie et qui sont laissées à elles-mêmes lorsque les services ou les programmes s'achèvent. Les gouvernements et les autres organisations qui appuient les interventions communautaires doivent examiner les propositions devant être financées en gardant à l'esprit ces considérations éthiques.

LE FINANCEMENT DE LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

L'argument selon lequel « la prévention paie » est rarement efficace pour accroître les montants affectés. Le fait que la prévention soit défavorisée par rapport aux soins cliniques s'explique davantage par des raisons d'économie politique que par une question d'efficacité. Le financement est un problème à tous les niveaux (local, national et international).

Dans les systèmes où les soins de santé sont gérés par des organismes, qui sont très courants aux États-Unis, on privilégie la « rentabilisation de l'investissement ». À l'évidence, la prévention et la promotion, dont les bénéfices ne surviennent qu'à plus long terme et qui se mesurent par l'absence d'événements cliniques (p. ex., crises cardiaques ou accidents vasculaires cérébraux), présentent des difficultés pour les tenants du paradigme de l'investissement. Il est également plus difficile de convaincre le secteur privé de financer des stratégies de changement du comportement à long terme plutôt que de financer des technologies. Aux États-Unis, la promotion de la santé et la prévention des maladies sont financées



et assurées dans une certaine mesure par le secteur privé (p. ex., programmes en milieu de travail, etc.). Toutefois, alors que les populations assurées couvertes par ces programmes vieillissent et dépensent davantage en soins de santé, les fonds disponibles pour la prévention et la promotion, notamment pour la tâche primordiale de diffusion, s'amenuisent (Farquhar, 1996). Il existe certains modèles de financement, tels les impôts spécialement affectés utilisés dans le programme de lutte contre le tabagisme en Californie, qui sont des options efficaces pour financer la santé cardiovasculaire et qui ont démontré leur impact sur les résultats cliniques. (Sly et coll., 2001; Pierce et coll., 1994)

Il est frappant de constater l'absence de politiques permettant de financer l'infrastructure et le renforcement des capacités à l'échelle internationale pour la santé cardiovasculaire. Le financement pourrait être défini en termes économiques comme un bien public global¹. La lutte contre les maladies transmissibles est considérée comme un bien public global depuis la peste d'Athènes en 430 av. J.-C. Cette vision est appuyée à notre époque par des organisations internationales telles que l'OMS. Le changement d'attitude face aux maladies chroniques, qui passent du statut de questions revêtant un intérêt principalement national à celui de bien public global, est catalysé par les forces du nouvel ordre économique mondial déjà évoquées dans le présent chapitre.

Ceux qui se préoccupent de promotion de la santé cardiovasculaire au niveau international devraient prôner l'élaboration de mécanismes propres à donner à la prévention des maladies chroniques le statut de bien de santé publique. Ils pourraient demander la création de l'infrastructure requise afin de définir des priorités pour la recherche et la mise en œuvre, d'élaborer des propositions et d'administrer les fonds susceptibles d'être octroyés par les gouvernements et les organismes œuvrant pour le développement sanitaire, social et économique.

L'épidémie de maladies cardiovasculaires s'explique par l'adoption de comportements et de modes de vie nocifs pour la santé, lesquels se propagent en raison de la mondialisation des communications, du marketing et du commerce. Compte tenu des déterminants de cette épidémie mondiale, il est impossible pour un seul pays ou groupe de pays de la juguler. Il s'agit d'un défi de taille pour les organismes internationaux tels que l'OMS, la Banque mondiale et les ONG internationales qui doivent assurer le

leadership et prévoir le financement et les cadres politiques et organisationnels qui fourniront les mécanismes requis pour financer la santé à titre de bien public international.

UN PROGRAMME DE RECHERCHE DÉSÉQUILIBRÉ

L'essentiel du financement de la recherche va à l'acquisition de nouvelles connaissances sur les processus pathologiques, aux nouvelles modalités thérapeutiques et à l'élaboration de nouvelles technologies. Une fraction infime des fonds est octroyée à la recherche sur les programmes de santé cardiovasculaire favorisant la promotion de la santé et la prévention des maladies (Farquhar, 1996). Il n'y a que très peu de fonds disponibles pour la recherche sur les maladies cardiovasculaires dans les pays en développement et pour la recherche sur les maladies cardiovasculaires ayant une portée internationale. D'après les données du Forum mondial pour la recherche en santé (2000), 90 p. 100 des fonds de recherche sont consacrés à 10 p. 100 de la population des pays industrialisés. Il est alarmant de réaliser que l'épidémiologie de maladies telles que les maladies cardiovasculaires s'appuie sur des études qui n'ont été réalisées que sur quelque 20 p. 100 de la population du globe, et ce presque exclusivement dans le monde occidental.

La recherche communautaire est coûteuse, prend du temps et fait souvent appel à une combinaison de méthodes qualitatives et quantitatives, ce qui requiert un paradigme d'évaluation différent de celui utilisé généralement en recherche expérimentale. L'insuffisance du financement de la recherche concerne également des priorités telles que la diffusion, la mise en application des découvertes scientifiques, la recherche sur la mise en œuvre ainsi que les méthodes de formation des chercheurs et de renforcement des capacités en ressources humaines en vue d'instaurer des programmes multidisciplinaires et des politiques de santé cardiovasculaire (Déclaration de la Catalogne, 1996).

La recherche devrait également s'intéresser aux questions liées à l'économie politique de la santé cardiovasculaire, notamment la surveillance de l'impact de la mondialisation sur la santé et les maladies cardiovasculaires. Cette

¹ Pour les fins de la présente Déclaration, un bien public est défini comme étant un bien possédant des caractéristiques de non-concurrence pour la consommation et de non-excluabilité. Un bien de santé publique « global » est défini comme étant un bien public dont les avantages ont un caractère fortement universel sur le plan des pays, des individus et des générations (Global Public Goods, 1999).





démarche pourrait être facilitée par l'établissement de véhicules, tel l'observatoire mondial sur la prévention et le contrôle des maladies cardiovasculaires, dont la mise sur pied a été préconisée dans la *Déclaration de Singapour* pour la santé cardiovasculaire (1998).

L'efficacité, aux États-Unis, de la campagne de lutte contre le tabagisme et d'incitation du public à adhérer à des politiques générales de changement des habitudes alimentaires s'explique en partie par l'existence dans ce pays d'organes scientifiques solidement établis (National Institutes of Health et Centers for Disease Control and Prevention) pour contrer les forces du marché du secteur privé. Le processus a aussi été grandement facilité par l'existence de groupes de consommateurs qui ont joué un rôle très actif dans l'éducation du public américain au sujet d'un large éventail de questions de santé. Le National Public Health Institute de la Finlande est un autre exemple d'établissement jouissant d'une grande crédibilité publique et scientifique et fournissant des renseignements objectifs pour faciliter la prise de décisions par les pouvoirs publics et les politiciens.

En résumé, le besoin à l'échelle mondiale de lutter contre les maladies chroniques telles les maladies cardiovasculaires constitue un défi de taille sur le plan de la gouvernance et des institutions, en raison de l'évolution du contexte mondial et des changements radicaux apportés aux structures et aux formes internationales régissant le commerce. La mondialisation des finances et du commerce a conduit à l'adoption d'un système de règles, telles celles de l'Organisation mondiale du commerce et de régimes multilatéraux de commerce qui pourraient avoir des répercussions sur la santé des populations ainsi que sur l'organisation et la fourniture des services de santé. Il faut trouver de nouveaux systèmes institutionnels qui permettent de contrer ces perturbations. Il faut notamment que les organisations gouvernementales internationales (p. ex., l'OMS) jouent un rôle accru en matière de gouvernance globale. Une initiative porteuse de beaucoup plus d'espoirs pour l'avenir serait le développement de coalitions mixtes autour de questions telles que la lutte antitabac, le VIH/sida et la lutte contre les armes légères auxquelles participeraient les ONG, les mouvements sociaux, le milieu universitaire, les OGI, les gouvernements nationaux et, de plus en plus, le secteur privé.

CHAPITRE 3

LES OBSTACLES SYSTÉMIQUES À LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

LES OBSTACLES SYSTÉMIQUES

Dans la *Déclaration de la Catalogne* (1996), on faisait état des obstacles à l'intervention concrète (en santé cardiovasculaire) qui « sont en bout de ligne les pensées, les actions et le comportement d'individus à tous les niveaux de la société et ceux de l'organisation et des systèmes auxquels ils appartiennent ». Parmi ces obstacles figurent la réticence ou la résistance au changement, le fossé entre les connaissances scientifiques et leur application, les intérêts conflictuels du commerce et du marketing et le manque de collaboration.

Si l'intérêt de la prévention n'est plus à démontrer, il existe toujours des obstacles systémiques considérables à la santé cardiovasculaire. Ces obstacles ne sont pas propres à la santé cardiovasculaire, mais s'appliquent d'une manière générale à tous les aspects de la promotion de la santé et de la prévention des maladies. Le présent chapitre porte sur ces obstacles, qui sont indissociables des systèmes de santé du monde entier.

LA PRIORITÉ INSUFFISANTE ACCORDÉE À LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET À LA PRÉVENTION DES MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Les gouvernements et les sociétés ne réalisent pas vraiment les gains tant sanitaires qu'économiques que peut engendrer l'investissement dans la prévention (*Déclaration de la Catalogne*, 1996). Aucune formule exacte n'existe pour trouver l'équilibre approprié dans l'affectation des ressources entre les volets curatif et préventif du système de santé. Toutefois, les gains que pourrait procurer la prévention des maladies cardiovasculaires sur le plan de la qualité de vie, du nombre d'années de vie sans invalidité, de la productivité accrue et de la réduction du coût des soins de santé témoignent de l'urgence de corriger ce déséquilibre.

Le financement de la santé cardiovasculaire fait défaut. Cette situation s'explique notamment par les doutes

entretenus quant à l'efficacité de la prévention et par les priorités conflictuelles des systèmes de santé, qui doivent à la fois satisfaire aux impératifs des soins curatifs et de la lutte contre les maladies transmissibles. En outre, les effets bénéfiques de la prévention des MNT ne sont généralement observables qu'après plusieurs années, au-delà de l'horizon temporel des décisions politiques, et il est difficile d'obtenir du financement pour un programme durable auprès du secteur privé, en raison du potentiel limité de gain économique que l'industrie peut tirer de la promotion et de la prévention.

Ces réalités illustrent les perceptions générales concernant l'intérêt de la promotion et de la prévention. Les gouvernements ont tendance à assimiler « politique de soins de santé » et « politique de santé ». Étant donné que la prévention et la promotion sont associées aux modes de vie qui, croit-on, résultent exclusivement de choix personnels, on considère souvent qu'elles sont la responsabilité des individus, sans tenir compte de la complexité des déterminants du comportement humain. Par exemple, les influences environnementales sur le mode de vie sont rarement reconnues et, partant, ne sont pas intégrées aux politiques de santé.

Aux obstacles susmentionnés s'ajoute le fait que, dans de nombreux systèmes de santé, la collaboration fait défaut entre ceux qui pratiquent la promotion et ceux qui travaillent en prévention. Certaines formulations des politiques de promotion de la santé ne reconnaissent pas l'importance des activités et des questions de prévention. En termes pratiques, il devient alors difficile de recruter des ressources en promotion de la santé à l'appui des stratégies de prévention des maladies.

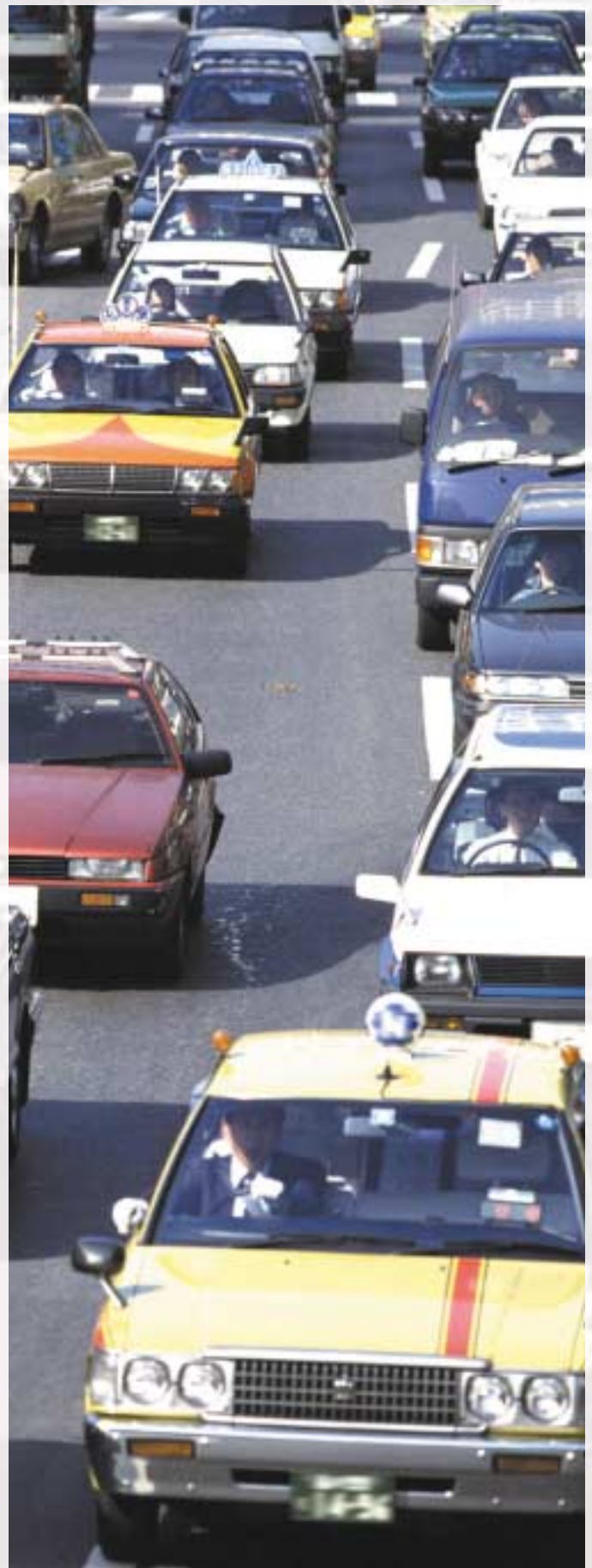
Une autre raison explique l'absence de priorité de la prévention et de la promotion : le concept de continuité de la santé, englobant promotion, prévention, traitement, réadaptation et soins, n'est pas bien compris par les systèmes de santé; il n'y a donc pas de stratégies ou de fonds disponibles pour mettre le concept en application.

Par contraste, au niveau du patient lui-même, la nécessité de la continuité des soins est bien acceptée. Dans la pratique, les services de soins de santé, la santé publique et la promotion sont souvent vus comme des éléments disparates du système de santé ayant des orientations, une gestion et des principes d'affectation des ressources différents. Trop souvent, ces éléments interagissent peu et deviennent même antagonistes, se disputant la reconnaissance, l'influence et les ressources.

Santé 21, le document d'orientation clé du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, [traduction]« attire l'attention sur les résultats ultimes pour la santé, et considère la promotion de la santé, la prévention des maladies, le diagnostic, le traitement, la réadaptation et les soins non comme des entités distinctes, mais comme un continuum de mesures visant à améliorer la santé ». Selon *Santé 21*, [traduction] « le système de gestion (devrait) s'assurer que les différents éléments du système soient dotés de ressources selon leur importance relative, qu'ils fonctionnent de manière à optimiser leurs actions individuelles et combinées et qu'ils soient surveillés/évalués en fonction de leur impact sur les indicateurs de la santé désignés » (Organisation mondiale de la santé, 1999).

L'ABSENCE DE POLITIQUES VISANT LES DÉTERMINANTS GÉNÉRAUX DE LA SANTÉ

L'élaboration de politiques gouvernementales visant les déterminants de la santé n'a pas dépassé le stade de la rhétorique. Les ministères de la Santé se sont attaqués avec un succès relatif aux déterminants du programme de la santé (p. ex. revenu, chômage, équité en matière de santé), car ils ne disposent pas des instruments politiques nécessaires pour faire face à cette question. Les déterminants de la santé concernent le gouvernement et tous ses ministères et organismes, et non pas seulement le ministère de la Santé. La Suède a récemment promulgué des objectifs nationaux relativement aux déterminants de la santé.



Ces objectifs ont été établis en faisant appel à un processus intersectoriel auquel ont participé des scientifiques, des représentants des ministères et des membres du Parlement. Cette initiative pourrait servir de modèle à d'autres ainsi que de base pour l'élaboration d'une stratégie mondiale en matière de santé (Equity in Health, 1999).

Dans le contexte de la santé cardiovasculaire, les politiques sur les déterminants de la santé devraient viser en premier lieu la prévention de la survenue des facteurs de risque. Le concept de «prévention primordiale» élaboré par Strasser (1978) vise à créer, ou plutôt à recréer, des «sociétés sans facteur de risque» et à préserver «les conditions sociales fondamentales dans lesquelles n'apparaissent pas de facteurs de risque» (Labarthe, 1999). Pratiquement, cela signifie que les intervenants en santé cardiovasculaire doivent «sortir de leur tour d'ivoire professionnelle» et utiliser leur influence pour persuader les gouvernements d'élaborer des politiques sociales, économiques et environnementales favorables aux déterminants plus larges de la santé, lesquels influent sur les facteurs de risque des MCV (Déclaration de Victoria, 1992; Déclaration de la Catalogne, 1996; Déclaration de Singapour, 1998).

De même, les organismes de développement social et économique ont là l'occasion de démontrer que leurs actions et leurs politiques peuvent avoir des répercussions appréciables sur la santé et sur l'économie des maladies. [traduction] «L'alternative est de continuer indéfiniment à s'appuyer sur les stratégies tardives et incomplètement efficaces, avec leurs coûts connexes, pour dépister et traiter des facteurs de risque déjà établis qui sont à l'origine de la progression de l'athérosclérose depuis l'enfance» (Labarthe, 1999).

MANQUE DE CAPACITÉ INSTITUTIONNELLE DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION DANS LA GOUVERNANCE ET L'ADMINISTRATION DES SYSTÈMES DE SANTÉ

La plupart des systèmes de santé publique et de soins primaires disposent d'une infrastructure et de fonds insuffisants pour mettre en œuvre des politiques complètes de prévention des MNT et des MCV (Forum mondial pour la recherche en santé, 1999; Les soins de santé primaires au 21^e siècle seront l'affaire de tous, 2000). Dans les pays industrialisés, si l'infrastructure des services de santé est présente, la volonté de les appliquer à la prévention et les politiques connexes font souvent défaut (Déclaration de

Singapour, 1998). Par opposition, dans les pays en développement, l'infrastructure du système de santé est souvent insuffisante, ce qui empêche ces pays de mettre en place des programmes de prévention sur une échelle assez grande pour produire un impact significatif sur la maladie dans la population.

L'amélioration de la capacité institutionnelle passe par les étapes suivantes : élaboration de politiques et atteinte d'un consensus; conception et mise en œuvre de stratégies; approches intersectorielles; bonne collaboration entre tous les volets du système de santé; gestion de l'efficacité et de la qualité des ressources humaines et autres. Les autres exigences sont les suivantes : imputabilité des dirigeants des systèmes de santé relativement aux résultats pour la santé (allant au-delà de la seule gestion de bons processus administratifs) et atteinte d'un équilibre approprié entre l'expertise en gestion et la connaissance du contenu. Les intervenants en santé cardiovasculaire peuvent faire part de leurs expériences et adopter des approches interdisciplinaires, militer, faire preuve de leadership et désigner des porte-parole de la prévention des MCV.

L'OMS a pris des mesures pour aider les États membres à accroître leur capacité de prévention des MNT. La *Résolution de l'Assemblée mondiale sur la prévention des maladies non transmissibles* (1999) a reconnu la place prioritaire de la prévention des MNT et a appelé à l'élaboration d'une stratégie mondiale. L'OMS assure à présent un leadership international et développe sa capacité de lutte contre l'épidémie de MNT en émergence. Cette évolution témoigne de la priorité accordée aux MNT et aux MCV.

MANQUE DE FINANCEMENT DURABLE POUR LA SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

Les ressources allouées aux programmes de santé publique, de soins primaires et de prévention des MNT sont totalement inadéquates comparativement à celles dont bénéficient les services curatifs. Dans les pays industrialisés, on estime que 3 à 5 p. 100 des dépenses totales en soins de santé vont aux programmes de santé publique et de promotion (World Health Report, 1997). Ce déséquilibre s'explique apparemment par la demande illimitée en services curatifs, notamment en nouvelles technologies médicales. Une autre raison est l'importance supérieure accordée aux effets bénéfiques des soins actifs et l'énorme sous-estimation des effets bénéfiques de la prévention, observables plusieurs décennies plus tard.

L'obtention d'un financement durable pour la santé cardiovasculaire constitue un défi de taille. L'essentiel du financement de la promotion et de la prévention vise les interventions à petite échelle, tels les programmes de démonstration ayant une durée déterminée. Les organismes subventionnaires adoptent souvent une approche de « fonds de démarrage » et privilégient la recherche plutôt que la mise en œuvre. Cette situation contraste avec le financement des systèmes de soins de santé où, dans la mesure des ressources disponibles, les établissements de santé bénéficient généralement d'un financement à long terme. Soulignons qu'il n'existe pas d'« hôpitaux de démonstration »!

Le financement des interventions à grande échelle en matière de prévention des MNT et des MCV est limité, notamment au niveau communautaire. Il convient de prôner l'adoption de politiques et de plans stratégiques qui prévoient un financement adéquat, afin que les interventions appropriées puissent atteindre un nombre suffisant d'individus avec une intensité et durant une période convenables. Tout aussi important que le financement est l'engagement politique des ministères de la Santé vis-à-vis de l'utilisation des ressources existantes du système de santé (p. ex., soins primaires, santé publique) pour multiplier les interventions en santé cardiovasculaire.

LE FOSSÉ EXISTANT ENTRE LES CONNAISSANCES ET LA PRATIQUE

Les études démontrent que l'application de nouvelles connaissances peut être un déterminant majeur de la santé des populations (World Health Report, 1997). La mise en application de nos connaissances sur la prévention des MCV présente deux difficultés fondamentales. La première est le fait que les connaissances tirées de 50 ans de recherche en prévention et en promotion n'ont pas été pleinement appliquées ou diffusées dans la mesure nécessaire pour produire un impact observable au niveau populationnel, p. ex. en endiguant l'épidémie dans les pays en développement. La responsabilité de cette situation doit être assumée en partie par les scientifiques et les professionnels de la santé qui, à titre de détenteurs du savoir en matière de prévention, ont échoué dans la traduction de la science en options stratégiques et dans la communication

efficace aux gouvernements, aux décideurs et au public du potentiel de la prévention des MCV (Déclaration de Victoria, 1992; Déclaration de la Catalogne, 1996; Déclaration de Singapour, 1998). En outre, les gouvernements et les organismes de santé négligent souvent d'associer les scientifiques et les professionnels aux décisions clés en matière de politiques, de programmes et d'affectation des ressources, qui facilitent la mise en application des connaissances scientifiques.

La nécessité de combler la pénurie de ressources consacrées à la recherche sur la diffusion et la mise en œuvre constitue la deuxième difficulté (Farquhar, 1996). Le financement de la recherche est fortement concentré dans les secteurs biomédical et clinique. Ce déséquilibre peut s'expliquer en partie par le fait que le financement de la recherche sur les approches de prévention et de promotion de la santé communautaire a pour l'essentiel été consacré à des projets de démonstration limités sur le plan temporel et géographique. La diffusion et les défis de la mise en œuvre à grande échelle ne figurent pas encore à l'agenda des politiques de santé et les priorités et les méthodologies de recherche nécessaires pour ces stratégies en sont encore à leurs premiers balbutiements. Il s'agit d'un type de recherche complexe, car il exige de collaborer avec différents paliers du système de santé ainsi qu'avec les collectivités et il requiert l'élaboration de nouveaux systèmes et de nouvelles données pour la surveillance de la mise en œuvre (p. ex., données sur les coûts). Il faut néanmoins entreprendre ce type de recherche, malgré ses coûts, pour faire ressortir le potentiel réel de la promotion et de la prévention.

Plusieurs interventions en santé cardiovasculaire sont actuellement mises en œuvre dans le monde, et on peut en tirer de nombreux enseignements (Déclaration de la Catalogne, 1996; Schooler et coll., 1997; Grabowsky et coll., 1997). Au niveau international, les comités techniques de l'OMS ont élaboré et diffusé de nombreux rapports techniques de référence et des directives sur la prévention des maladies cardiovasculaires. Toutefois, les enseignements tirés, souvent après l'investissement de ressources considérables, n'ont pas encore été adéquatement diffusés ou mis en application.



CHAPITRE 4

CONSÉQUENCES POUR LA PRISE DE MESURES

Face à l'émergence de cette épidémie mondiale, les décideurs doivent s'engager immédiatement à prendre des mesures audacieuses et décisives. Il est à l'évidence nécessaire de faire de la prévention des maladies cardiovasculaires et de la promotion de la santé cardiovasculaire un pilier du système de santé dans les pays tant industrialisés qu'en développement. Dans les sections précédentes, on a vu que les systèmes de santé en place ont négligé, pour diverses raisons, la prévention des maladies chroniques et que tous les pays, aujourd'hui ou dans l'avenir, subiront les conséquences de cette négligence. La mondialisation pose des défis et ouvre des possibilités pour la prévention des MCV. Il est temps d'agir.

GOUVERNANCE ET POLITIQUE

Les forces sociales, économiques et politiques qui sous-tendent les enjeux de la prévention des maladies cardiovasculaires appellent à une réponse politique mondiale. Traditionnellement, les programmes de la santé relevaient des gouvernements nationaux et des ministères de la Santé. Le nouvel ordre économique mondial impose des contraintes à la capacité des gouvernements de piloter les programmes sociaux et sanitaires. Les gouvernements nationaux, les ministères de la Santé, les professionnels de la santé, les scientifiques et leurs organisations professionnelles doivent adopter une attitude plus proactive pour relever les défis de la mondialisation.

Au niveau international en particulier, l'OMS peut jouer un rôle actif pour faire avancer la cause de la santé cardiovasculaire. Les MCV ne connaissant aucune frontière nationale, l'OMS peut organiser et faciliter ce dialogue sur une échelle mondiale et le traduire en actions. La Convention cadre sur

la lutte contre le tabagisme, mentionnée plus haut, est un exemple tant de collaboration internationale que de mécanisme de renforcement des capacités nationales pour atteindre leurs objectifs sanitaires. Le fait que la convention se traduira par des ententes exécutoires et par un traité de lutte antitabac porte la promesse de l'élaboration de politiques sanitaires mondiales dans d'autres secteurs, notamment la nutrition. Le succès de la mise en œuvre de la convention passera par une infrastructure favorable et par la prise en considération de nouveaux modèles de gouvernance mondiale pour gérer les programmes de la santé (Jamison DT et coll., 1998).

Recommandation :

Que l'OMS continue de renforcer la capacité de promotion de la santé cardiovasculaire dans toutes ses régions et dans tous ses États membres.

D'autres organismes internationaux de développement social et économique, comme la Banque mondiale et le Fonds monétaire international, les ONG internationales et le secteur privé, disposent d'expertises et de ressources et devraient jouer un rôle important en ajoutant la santé à leur programme de développement et en appuyant l'intervention mondiale dans des secteurs tels que l'équité en matière de santé et de développement humain.

Recommandation :

Que les ministères de la Santé et les membres de la société civile fassent savoir aux gouvernements que les déterminants du programme de la santé intéressent les gouvernements et tous leurs ministères, et non pas uniquement le ministère de la Santé.

Les organisations gouvernementales internationales (p. ex. l’OMS), les ONG internationales et, plus particulièrement, les coalitions horizontales regroupées autour d’un enjeu particulier (p. ex. lutte contre le tabagisme, sida) ont un rôle plus important à jouer en tant qu’institutions pour la gouvernance mondiale.

Aux paliers tant mondial que régional de l’OMS, il existe d’importantes possibilités de créer des forums et des partenariats de hauts représentants des États membres et donateurs ayant la compréhension, l’engagement et la volonté nécessaires pour agir à l’échelle mondiale. Outre les réseaux politiques et stratégiques, il faut implanter des réseaux techniques pour la mise en commun des expériences et le renforcement des capacités en matière de prévention des MCV et des MNT. À l’heure actuelle, deux réseaux régionaux de l’OMS jouent un rôle important : le Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles (CINDI) pour la Région européenne et le Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CARMEN) dans la Région des Amériques. Ces deux réseaux servent déjà de mécanismes pour la mise en commun des meilleures pratiques et le renforcement des compétences en matière de politiques et de pratiques de prévention des MNT. À l’évidence, ces réseaux qui élaborent des politiques, génèrent des données probantes et créent des outils de prévention pourraient être étendus à d’autres régions et être interreliés pour favoriser l’action et la gouvernance au niveau mondial.

Recommandation :

Que l’OMS et les États membres établissent des réseaux régionaux chargés de mettre en œuvre et de diffuser des approches intégrées de prévention des MNT, en tablant sur l’expérience et les connaissances acquises grâce au

Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles (CINDI) dans la Région européenne et au Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CARMEN) dans la région des Amériques.

Il existe de nombreux exemples de coalitions et de partenariats qui ont été mis sur pied à titre d’instruments pour l’élaboration de stratégies et de programmes de prévention des MNT et des MCV (Déclaration de la Catalogne, 1996). Ces partenariats ont connu certains succès et présentent des aspects positifs, mais ne parviennent pas à démontrer leur potentiel véritable (Kreuter, 2000). Toutefois, on ne doit pas sous-estimer la difficulté de créer et de bien gérer les partenariats et les coalitions. L’apprentissage à partir des expériences de création de coalitions est un investissement utile d’efforts, car les partenariats et les coalitions sont des mécanismes importants de gouvernance à différents niveaux pour faire face au large éventail d’intervenants et de défis créés par la réforme et la décentralisation des systèmes de santé.

Les professionnels de la santé et les groupes et les organisations intéressés par la santé cardiovasculaire doivent déployer des efforts particuliers pour élargir les partenariats au-delà du secteur des soins de santé et mettre à contribution les représentants du secteur plus large du développement social et économique. Il importe de forger des coalitions et des réseaux forts qui deviendront plus que des véhicules pour l’échange des données scientifiques et de l’information sur les programmes.

Ces coalitions devront produire un programme « d’entreprise » pratique, axé sur les tâches à accomplir, aboutissant à une intervention de type « politique », à savoir diffusion publique de l’information, réponses publiques aux questions critiques,

lobbying, défense des intérêts et entretien de relations, d'alliances et de partenariats avec les individus influents, les politiciens et les autres personnes susceptibles d'influencer les politiques publiques.

Recommandation :

Que les ministères de la Santé, les organisations bénévoles et les associations professionnelles préoccupés par la santé cardiovasculaire élargissent les partenariats et les coalitions pour y inclure des partenaires issus d'autres secteurs qui sont en mesure d'influencer les facteurs sociaux, économiques et politiques jouant un rôle dans la santé cardiovasculaire.

UNE PERSPECTIVE D'ÉCONOMIE POLITIQUE POUR L'ÉLABORATION DE STRATÉGIES EN SANTÉ CARDIOVASCULAIRE

Les intervenants en santé cardiovasculaire peuvent tirer de nombreux enseignements de l'analyse et du suivi sous l'angle de l'économie politique de l'expérience mondiale de la lutte antitabac. De nombreux pays ont des stratégies efficaces de lutte contre le tabagisme. L'expérience internationale dans ce domaine démontre que le fait de privilégier la législation, les politiques et la sensibilisation de la population est une stratégie non seulement efficace, mais également peu coûteuse sur le plan des ressources financières et humaines, comparativement aux programmes de changement comportemental visant l'individu ou des petits groupes.

Le fait que l'expérience probante de la lutte antitabac dans certains pays n'ait pas été appliquée à l'échelle mondiale est une question d'économie politique. Le tabac continue d'être une industrie prospère en croissance dans le monde entier et les taux de tabagisme sont en hausse dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire ainsi que chez les jeunes. Il est nécessaire d'effectuer des recherches et des études de cas qui utilisent l'angle de l'économie politique pour analyser les forces – principaux acteurs, organismes et politiques – qui ont une incidence tant positive que négative sur la lutte antitabac. Les approches efficaces de la lutte antitabac peuvent être appliquées aux aspects et aux déterminants environnementaux d'autres facteurs de maladies cardiovasculaires, tels que la nutrition et les régimes alimentaires nuisibles pour la santé, la sédentarité, le poids excessif, l'hypertension et le diabète.

Les résultats de ces études devraient servir à éclairer l'élaboration, par les décideurs, de stratégies pratiques pour la santé cardiovasculaire. La capacité et les possibilités sur

le plan politique d'effectuer ce type d'études et d'en faire le suivi varieront considérablement d'un pays à l'autre. Les organisations internationales de santé et de développement social ont là l'occasion de militer en faveur de ces études et de ces recherches et de les appuyer, notamment dans les pays en développement.

Recommandation :

Que l'OMS, les ministères de la Santé, les organisations de développement social et économique et les ONG internationales fassent la promotion et assurent le financement des études visant à examiner l'économie politique de la santé cardiovasculaire et ses répercussions pour les mesures de prévention.

VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ ÉQUILIBRÉ ET INTÉGRÉ

Pour que les stratégies de santé cardiovasculaire soient durables et constamment améliorées, elles doivent être ancrées dans un système de santé équilibré et intégré et dans une infrastructure de recherche qui accorde la même importance à la prévention qu'aux soins et à la réadaptation. Les programmes de santé cardiovasculaire qui ne sont pas intégrés au système de santé officiel ont peu de chance d'être durables. Un système de santé équilibré et intégré fondé sur les soins primaires doit répondre aux besoins de la population selon un continuum qui englobe la promotion de la santé, la prévention des maladies et les services de soins de santé (Les soins de santé primaires au 21^e siècle seront l'affaire de tous, 2000). Les gouvernements doivent financer un système de santé intégré et équilibré à un niveau adapté à leur conjoncture économique et à leur développement.

Dans le cas des pays en développement, les stratégies préventives constituent la seule option réaliste pour endiguer le flot des MNT au sein de leurs populations. Il est urgent de reconnaître que la prévention des MCV fait partie intégrante des soins de santé primaires. Il faut également modifier la polarisation traditionnelle des soins de santé primaires autour des maladies transmissibles et de la santé périnatale et génésique. Cette polarisation fait partie intégrante des politiques de nombreuses organisations internationales qui fournissent des fonds et du soutien aux pays en développement.

En principe, l'élaboration de cette approche exhaustive des soins primaires devrait être pleinement mise en œuvre avant l'établissement d'un système de soins et de réadapt-

tation très coûteux, s'appuyant sur des technologies sophistiquées et doté de ressources importantes. (Rapport sur le développement dans le monde, 1993).

Recommandation :

Que les gouvernements financent des systèmes de santé équilibrés et intégrés qui prévoient des ressources suffisantes pour les programmes et la recherche sur les interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies ayant un impact sur l'état de santé de leurs populations.

Recommandation :

Que l'OMS, les ministères de la Santé, les organisations de développement social et économique, les ONG internationales, les professionnels de la santé et les scientifiques aident les pays en développement à élaborer une capacité de mise en œuvre d'interventions en santé cardiovasculaire et de recherche sur l'économie politique des MNT.

Recommandation :

Que les gouvernements, les organismes subventionnaires de la recherche nationaux et internationaux et les organisations non gouvernementales qui financent la recherche s'engagent en faveur d'un programme de recherche plus équilibré en augmentant les fonds affectés à la recherche sur la diffusion et le déploiement des politiques et des interventions en santé cardiovasculaire.

ACTION POLITIQUE ET DÉFENSE DES INTÉRÊTS

Le cadre d'économie politique établit un lien de causalité direct et solide entre les forces économiques, comme l'industrie du tabac notamment, et les MCV. Ces industries utilisent leur énorme puissance économique pour exercer des pressions et influencer l'élaboration de lois qui favorisent la consommation de leurs produits. Les professionnels de la santé et les scientifiques se consacrent avant tout aux soins de santé et à la recherche scientifique. Ils supposent que l'adoption de bonnes pratiques professionnelles et la recherche de la vérité scientifique suffiront pour surmonter les obstacles à la santé cardiovasculaire. Ces professionnels n'ont aucune formation en défense des intérêts et en marketing et ont une vision naïve de la « vraie politique ». Ils représentent cependant un contre-pouvoir potentiel contre les pressions exercées par les industries de la maladie, mais uniquement s'ils se mobilisent en faveur d'une action politique.

Une telle action politique doit reposer principalement sur l'éducation du public et la défense des intérêts en vue d'informer le public tant des paramètres scientifiques définissant la bonne santé que des réalités des campagnes de désinformation lancées par les forces commerciales. Ainsi, tous les scientifiques et les professionnels de la santé, ainsi que les dirigeants de leurs associations professionnelles, ont clairement et impérativement l'obligation de s'engager dans des campagnes novatrices et durables d'information du public, de défense des intérêts et de lobbying. Ils devront faire preuve de conviction, car ces étapes ont une importance vitale; ils devront en outre recevoir de la formation en matière de méthodes de marketing social et faire preuve de détermination pour mener à bien ces tâches.

Recommandation :

Que les scientifiques, les professionnels de la santé et les autres intervenants préoccupés par la santé cardiovasculaire contribuent activement, à titre de chefs de file ou de participants, à des campagnes d'information du public, de marketing du programme de la santé cardiovasculaire, de défense des intérêts et de lobbying.

CHEFS DE FILE ET PORTE-PAROLE

Le mouvement en faveur d'un système de santé équilibré et intégré qui accorde de l'importance à la prévention dépend avant tout de l'existence d'un leadership au sein des institutions chargées de la gestion de la santé ainsi que de l'engagement des individus et de l'existence de porte-parole. Lorsque la société accordera de l'importance à la prévention, des demandes seront formulées et des pressions seront exercées au niveau politique pour que la prévention soit jugée prioritaire.

Si les scientifiques, les professionnels de la santé et les membres de la société civile veulent jouer un rôle dans l'action politique et la défense des intérêts, ils doivent développer des compétences qui ne sont pas traditionnellement associées à la formation médicale, p. ex. en matière de lobbying, de défense des intérêts, de développement de consensus et de stratégies, de construction de liens institutionnels et interpersonnels et de création de partenariats avec les donateurs et les organisations du secteur public, des ONG et du secteur privé ayant un large programme de développement sanitaire et social.

Les chefs de file doivent également s'assurer qu'un processus est en place pour permettre le renforcement des capacités de leadership dans d'autres secteurs par le biais du mentorat, du développement des connaissances et des compétences et de la défense des intérêts. Cette formation de « porte-parole » ne doit pas être considérée comme un processus aléatoire, mais plutôt comme un effort systématique de création de ressources spécialisées.

Recommandation :

Que les écoles de formation des professionnels de la santé et leurs programmes d'éducation continue dispensent de la formation sur les méthodes d'organisation communautaire, de marketing social et de défense des intérêts.

Le leadership en matière de systèmes a besoin de décideurs à différents niveaux qui agiront comme coordonnateurs et comme facilitateurs. Le système de santé officiel doit accueillir à la table de négociation les responsables des secteurs de la santé publique, des soins primaires, les cliniciens, les chercheurs, les ONG, les autres ministères et paliers de gouvernement et le secteur privé. Au niveau international, l'Organisation mondiale de la santé est en excellente position pour faire office de maître d'œuvre pour la prévention des MCV.

La taille réduite du milieu de la santé cardiovasculaire rend difficile l'action politique au niveau individuel. Les intervenants de ce milieu doivent forger des coalitions et des réseaux nationaux et internationaux solides, qui permettront de développer les capacités requises pour entreprendre une action politique.

En résumé, le leadership au niveau des décisions est crucial car, [traduction] « à défaut d'un tel leadership, ni l'infrastructure ni la volonté de l'utiliser ne seront possibles et, sans cette capacité, l'épidémie cardiovasculaire continuera sa progression » (Déclaration de Singapour, 1998).

Recommandation :

Que les organisations internationales de développement sanitaire et social, les ONG et les gouvernements offrent des programmes de formation pour créer un leadership politique en matière de prévention et de promotion, en mettant l'accent sur la santé cardiovasculaire.

LA MOBILISATION DES RESSOURCES

Les intervenants en santé cardiovasculaire doivent militer en faveur non seulement du financement adéquat des stratégies de prévention, mais également de l'élaboration de stratégies novatrices de financement. La plupart des programmes de promotion et de prévention des MNT ont un horizon temporel limité et prennent fin à l'issue de la phase de démonstration. Les décideurs doivent être sensibilisés à la nécessité d'investir à long terme dans la promotion et la prévention et accepter que le financement adéquat sous-entende la fourniture de ressources suffisantes pour administrer la « dose préventive », c.-à-d. un programme soutenu, ayant fait ses preuves, ayant une portée et une intensité suffisantes pour produire un impact observable sur les indicateurs cliniques.

Les stratégies créatives de financement peuvent inclure l'adoption d'un système d'impôts affectés à une fin particulière, c.-à-d. la taxation du comportement (tabac) pour financer les programmes de prévention et de cessation. Cet exemple a fait les preuves de son efficacité dans les États de Californie (Pierce et coll., 1994; Fichtenberg et Glantz, 2000; Morbidity and Mortality Weekly Report, 2000) et de Floride (Sly et coll., 2001). Parmi les autres modèles envisageables figure la mise en œuvre de programmes et de stratégies de promotion de la santé par le secteur privé, même si le financement continue de relever principalement du secteur public. Les organisations internationales de développement sanitaire, social et économique ont un rôle clé à jouer en fournissant des fonds ou en rassemblant les donateurs et en mettant sur pied des systèmes d'imputabilité pour l'utilisation des ressources.

Recommandation :

Que les ministères de la Santé, les ONG et les organisations professionnelles élaborent des plans s'appuyant sur les meilleures preuves disponibles pour faire avancer la cause du financement de la santé cardiovasculaire au niveau politique.

Recommandation :

Que les organisations internationales de développement sanitaire, social et économique appuient la mise en œuvre de la santé cardiovasculaire dans les pays en développement en fournissant les fonds, en réunissant les donateurs et en établissant des systèmes d'imputabilité pour l'utilisation des ressources.

L'ÉVALUATION DES PROGRÈS : LA FICHE DE RAPPORT

Il est important que les programmes de santé cardiovasculaire et de prévention des maladies cardiovasculaires s'appuient sur des données probantes. Bon nombre de programmes communautaires en santé cardiovasculaire (Finlande, États-Unis) ont recherché et validé des approches de prévention ayant fait leurs preuves (Puska P. et coll., 1995; Farquhar et coll., 1990; Schooler et coll., 1997). Une littérature abondante peut servir de guide à l'élaboration de programmes dans les pays qui se lancent dans la prévention des maladies cardiovasculaires (Déclaration de la Catalogne, 1996; Grabowsky et coll., 1997). Le site Web de la base de données mondiales sur les meilleures pratiques du G7-G8 fournit des renseignements additionnels à cet égard (www.med.mun.ca/g8hearthealth).

Les intervenants en santé cardiovasculaire pourraient militer en faveur de l'élaboration d'une fiche de rapport qui pourrait être utilisée pour évaluer la performance des systèmes de santé nationaux quant à leurs progrès dans la prévention des maladies cardiovasculaires. Il faudrait pour cela s'entendre sur un large éventail d'indicateurs de résultats et de processus couvrant la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'utilisation du système de santé et les résultats pour la santé de la population. La création d'un observatoire mondial pour la prévention des maladies cardiovasculaires, préconisée par la

Déclaration de Singapour (1998), pourrait être un véhicule pour l'élaboration d'instruments et de systèmes, la cueillette et l'analyse de l'information et la préparation de fiches périodiques de rapport. Ce système serait un instrument de sensibilisation à la nécessité de l'action préventive au niveau des politiciens, des professionnels et des citoyens et servirait de plate-forme à la recherche sur la mise en œuvre.

Recommandation :

Que les professionnels de la santé et les scientifiques utilisent les données de surveillance des maladies cardiovasculaires pour sensibiliser les décideurs, les intervenants en santé cardiovasculaire, les praticiens et le public à la question du fardeau des maladies cardiovasculaires.

Recommandation :

Que l'OMS, les États membres et la Banque mondiale créent, financent et soutiennent un observatoire mondial pour la santé cardiovasculaire chargé de surveiller les tendances des maladies cardiovasculaires et leurs déterminants, les indicateurs de l'élaboration de politiques, le renforcement des capacités et l'impact sur les indicateurs cliniques.

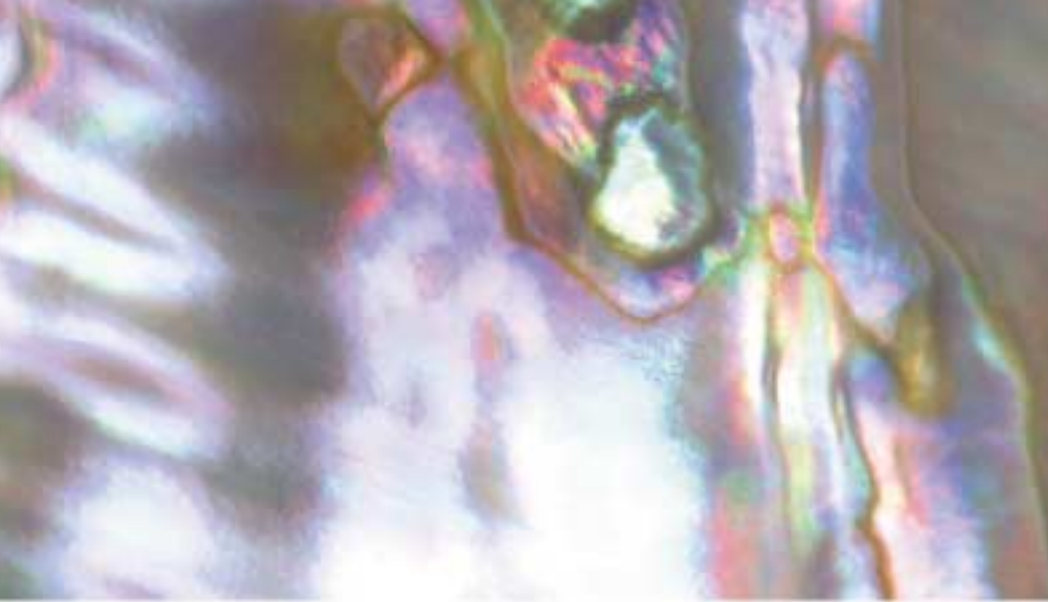
Recommandation :

Que soit élaborée et émise une fiche de rapport sur la performance des systèmes de santé relativement à la prévention des maladies cardiovasculaires au nom de l'OMS, des États membres et de la Banque mondiale.



RECOMMANDATIONS

1. Que l’OMS continue de renforcer la capacité de promotion de la santé cardiovasculaire dans toutes ses régions et dans tous ses États membres.
2. Que les ministères de la Santé et les membres de la société civile fassent savoir aux gouvernements que les déterminants du programme de la santé intéressent les gouvernements et tous leurs ministères, et non pas uniquement le ministère de la Santé.
3. Que l’OMS et les États membres établissent des réseaux régionaux chargés de mettre en œuvre et de diffuser des approches intégrées de prévention des MNT, en tablant sur l’expérience et les connaissances acquises grâce au Programme national intégré de prévention des maladies non transmissibles (CINDI) dans la Région européenne et au Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades no Transmisibles (CARMEN) dans la région des Amériques.
4. Que les ministères de la Santé, les organisations bénévoles et les associations professionnelles préoccupés par la santé cardiovasculaire élargissent les partenariats et les coalitions pour y inclure des partenaires issus d’autres secteurs qui sont en mesure d’influencer les facteurs sociaux, économiques et politiques jouant un rôle dans la santé cardiovasculaire.
5. Que l’OMS, les ministères de la Santé, les organisations de développement social et économique et les ONG internationales fassent la promotion et assurent le financement des études visant à examiner l’économie politique de la santé cardiovasculaire et ses répercussions pour les mesures de prévention.
6. Que les gouvernements financent des systèmes de santé équilibrés et intégrés qui prévoient des ressources suffisantes pour les programmes et la recherche sur les interventions de promotion et de prévention ayant un impact sur l’état de santé de leurs populations.
7. Que l’OMS, les ministères de la Santé, les organisations de développement social et économique et les ONG internationales fassent la promotion et assurent le financement des études visant à examiner l’économie politique de la santé cardiovasculaire et ses répercussions pour les mesures de prévention.



8. Que les gouvernements, les organismes subventionnaires de la recherche nationaux et internationaux et les organisations non gouvernementales qui financent la recherche s'engagent en faveur d'un programme de recherche plus équilibré en augmentant les fonds affectés à la recherche sur la diffusion et le déploiement des politiques et des interventions en santé cardiovasculaire.
9. Que les scientifiques, les professionnels de la santé et les autres intervenants préoccupés par la santé cardiovasculaire contribuent activement, à titre de chefs de file ou de participants, à des campagnes d'information du public, de marketing du programme de la santé cardiovasculaire, de défense des intérêts et de lobbying.
10. Que les écoles de formation des professionnels de la santé et leurs programmes d'éducation continue dispensent de la formation sur les méthodes d'organisation communautaire, de marketing social et de défense des intérêts.
11. Que les organisations internationales de développement sanitaire et social, les ONG et les gouvernements offrent des programmes de formation pour créer un leadership politique en matière de prévention et de promotion, en mettant l'accent sur la santé cardiovasculaire.
12. Que les ministères de la Santé, les ONG et les organisations professionnelles élaborent des plans s'appuyant sur les meilleures preuves disponibles pour faire avancer la cause du financement de la santé cardiovasculaire au niveau politique.
13. Que les organisations internationales de développement sanitaire, social et économique appuient la mise en œuvre de la santé cardiovasculaire dans les pays en développement en fournissant les fonds, en réunissant les donateurs et en établissant des systèmes d'imputabilité pour l'utilisation des ressources.
14. Que les professionnels de la santé et les scientifiques utilisent les données de surveillance des maladies cardiovasculaires pour sensibiliser les décideurs, les intervenants en santé cardiovasculaire, les praticiens et le public à la question du fardeau des maladies cardiovasculaires.
15. Que l'OMS, les États membres et la Banque mondiale créent, financent et soutiennent un observatoire mondial pour la santé cardiovasculaire chargé de surveiller les tendances des maladies cardiovasculaires et leurs déterminants, les indicateurs de l'élaboration de politiques, le renforcement des capacités et l'impact sur les indicateurs cliniques.
16. Que soit élaborée et émise une fiche de rapport sur la performance des systèmes de santé relativement à la prévention des maladies cardiovasculaires au nom de l'OMS, des États membres et de la Banque mondiale.



BIBLIOGRAPHIE

American Heart Association. (1999). 2000 Heart and Stroke Statistical Update. Dallas, TX: American Heart Association.

Beaglehole R, Bonita R. (1997). Public health at the crossroads: Achievements and prospects. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Bobadilla JL, Costello CA, Mitchell F, (Eds.) (1997). Premature death in the new independent States. Washington, D.C. National Academy Press.

Brown MS, Goldstein JL, (1996). Heart Attacks: Gone with the Century. Editorial. Science, May 3; 272: 629-0.

Chenet L, McKee M, Fulop N, et al. (1996). Changing life expectancy in central Europe: Is there a single reason? J Public Health Med.18: 329-336.

Cooper, Cutler J, Desvigne-Nickens P, et al. (2000). Trends and disparities in coronary heart disease in the United States. Findings of the National Conference on Cardiovascular Disease Prevention. Circulation; 102: 3137-3147.

Dowse GK, Gareeboo W, Alberti KG, et al. (1995). Changes in population cholesterol concentrations and other cardiovascular risk factor levels after five years of the non-communicable disease intervention programme in Mauritius. Brit Med J. 1995; 311: 125-1259.

Epstein FH. (1989). The relationship of lifestyle to international trends in CHD. Int J Epidemiology, 18(Supp. 1): S203-S209.

Equity in health – The second step towards National Health targets. (1999). Stockholm, National Public Health Commissions, (SOU 1999:137).

European Cardiovascular Disease Statistics. (2000). London: British Heart Foundation, p. 60.

European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies. (1997) WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Farquhar JW, Fortmann SP, Flora HA, Taylor CV, Haskell WL, Williams PT, Maccoby N, Wood PD. (1990). Effects of community wide education on cardiovascular disease risk factors. The Stanford Five-City Project. JAMA, 264:359-365.

Farquhar JW. (1996). The case for dissemination research in health promotion and disease prevention. Can J of Public Health, 87:S44-S49.

Fichtenberg CM, Glantz SA. (2000). Association of the California Tobacco Control Program with declines in cigarette consumption and mortality from heart disease. N Engl J Med, 343:1772-7.

Global Forum for Health Research. (2000). The 10/90 Report on health research 2000: World Health Organization, Geneva, Switzerland.

"Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century". (1999). Kaul I, Grunberg I, Stern MA, (Eds). The United Nations Development Programme (UNDP) New York.



Goldberg RJ, Yarzebski J, Lessard D, Gore JM. (1999). A two-decade (1975-1995) long experience in the incidence, in-hospital and long-term case fatality, rates of acute myocardial infarction: A community wide perspective. *J Amer Col Cardiol*, 33: 1533-9.

Goldman L, Cook F. (1984). Reduction in ischemic heart disease mortality rates. *Ann Int Med*, 101: 825-36.

Grabowsky TA, Farquhar JW, Sunnarborg KR, Bales VS (Eds). (1997). *Worldwide efforts to improve heart health. A follow-up to the Catalonia Declaration 6 selected program descriptions*. Atlanta (Georgia): Center for Disease Control and Prevention, USDHHS.

Howson CP, Reddy KS, Ryan TJ, Bale JR (Eds.). (1998). *Control of cardiovascular disease in developing countries. Research, development, and institutional strengthening*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Jamison DT, Frenk J, Knaul F. (1998). International collective action in health: Objectives, functions, and rationale. *Lancet*, 351(9101): 514-17.

Kreuter MW, Lezin NA, Young LA. (2000). Evaluating community-based collaborative mechanisms: Implications for practitioners. *Health Promotion Practice*, 1: 49-65.

La Déclaration de la Catalogne sur l'investissement dans la santé cardiovasculaire. (1996). *Gouvernement autonome de la Catalogne*, Barcelone.

La Déclaration de Singapour, Forging the will for heart health in the next millennium. (1998). *Singapore National Heart Association*.

La Déclaration de Victoria sur la santé cardio-vasculaire. (1992). *Santé et Bien-être social Canada*, Ottawa, Canada.

Labarthe DR. Prevention of cardiovascular risk factors in the first place. (1999). *Preventive Medicine*, 29: S72-S79.

Landers ES, Schork NJ. Genetic dissection of complex traits. (1994). *Science*, 265:2037-48.

Landers ES. The new genomics: global views of biology. (1996). *Science*, 274:536-39.

McGovern PG, Pankow JS, Shahar E, et al. (1996). Recent trends in acute myocardial infarction: mortality, morbidity, medical care, and risk factors. *The Minnesota Heart Survey investigators*. *N Engl J Med*, 334: 884-90.

Morbidity and Mortality Weekly Report. (2000). Declines in lung cancer rates- California, 1988 – 1997. *MMWR*, 49:1066-1070.

Morgan S, Barer M, Evans R, (2000). Health economists meet the fourth temper: Drug dependency and scientific discourse. *Health Economics*. 9:(8);659-667. Guest editorial.

Murray CJL, Lopez AD. (1996). *The Global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University Press.

Murray CJL, Lopez AD. (1997). Alternate projections of mortality and disability by cause, 1990-2020: *Global Burden of Disease Study*. *Lancet*, 349: 1498-1504.



National Cholesterol Education Program. (1985). National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA.

National High Blood Pressure Detection and Education Program. (1980). National Heart, Lung and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland, USA.

Notzon FC, Komarov YM, Ermakov SP, et al. (1998). Causes of declining life expectancy in Russia. *JAMA*, 279: 793-800.

Olshansky SJ, Ault AB. (1986). The fourth stage of the epidemiology transition: The age of delayed degenerative diseases. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 64: 355-391.

Omram AR. (1971). The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change. *Millbank Memorial Fund Quarterly*, 49: 509-538.

Organisation mondiale de la santé. (1999). Santé 21 : la politique-cadre de la santé pour tous pour la Région européenne de l'OMS. Copenhague: OMS, Bureau régional de l'Europe.

Pearson TA, Jamison DT, Trejo-Gutierrez J. (1993). Cardiovascular disease. In disease control priorities in developing countries. New York: Oxford University Press, 577-594.

Pearson TA. (1989). Influences on CHD incidence and case fatality: Medical management of risk factors. *Int J Epidemiology*, 18(Supp. 1): S217-S222.

Pierce JP, Evans N, Farkas AJ, et al. (1994). Tobacco use in California: An evaluation of the tobacco control program 1989-1993. La Jolla (California): University of California, San Diego.

Primary Health Care 21 "Everybody's Business". (2000). An International Meeting To Celebrate 20 Years after Alma-Ata. Jointly organized by WHO Headquarters, Geneva, and the WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. World Health Organization.

Puska P. et al., Ed. (1995). The North Karelia Project: 20 Years of Results and Experiences. Helsinki, National Public Health Institute.

Rapport sur la santé dans le monde. (1997). Vaincre la souffrance, enrichir l'humanité. Organisation mondiale de la santé. Genève, Suisse.

Rapport sur le développement dans le monde. (1993). Investir dans la santé. Banque mondiale.

Reddy KS, Yusuf S. (1998). The emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. *Circulation*, 97: 596-601.

Rockhill B. (2001). The privatization of risk. *Amer J Public Health*, 91: 365-368.

Schooler C, Farquhar JW, Fortmann SP, Flora JA. (1997). Synthesis of findings and issues from community prevention trials. *Ann Epidemiol*, S7: S54-S68.

Schwartz P. (1996). The Art of the Long View. Planning for the Future in an Uncertain World. Business Development Network. New York, USA.

Schwartz S, Susser E, Susser M. (1999). A future for epidemiology? *Annu Rev Public Health*, 20: 15-33.



Sly DF, Hopkins RS, Trapido E, Ray S. (2001). Influence of a counteradvertising media campaign on initiation of smoking: The Florida "truth" campaign. *Am J Public Health*, 91(2): 233-238.

Strasser T. (1978). Reflections on cardiovascular diseases. *Interdisc Sci Rev* 3:225-230.

Thom TJ. (1989). International mortality from heart disease: Rates and trends. *Int J Epidemiology*, 18(Supp. 1): S20-S28.

Whelton PK, Brancoti FC, Appel LJ, Klag MJ. (1995). The challenge of hypertension and atherosclerotic cardiovascular disease in economically developing countries. *High Blood Pressure*, 4: 36-45.

World Health Organization (1996). Proceedings of the WHO Conference on European Health Care Reforms, Ljubljana, Slovenia, June 1996. Geneva: World Health Organization Regional Office for Europe, p 4.

World Heart Federation. (1999). Impending global pandemic of cardiovascular diseases. World Health Organization. Geneva, Switzerland.

Wyplosz C. (1999). International Financial Instability, in "Global Public Goods: International Cooperation in the 21st Century". Kaul I, Grunberg I, Stern MA, (Eds). The United Nations Development Programme (UNDP) New York.

Zatonski WA, McMichael J, Powles J. (1998). Ecological study of reasons for sharp decline in mortality from ischemic heart disease in Poland since 1991. *BMJ*, 316: 1047-1051.





Conception graphique : Creative Wonders Communications Inc.
www.crwonders.com

