



ÉDITORIAL

LA SURVEILLANCE DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

A. LELLOUCH (1), É. BOUVET (2)

C'est devenu un truisme que de souligner le problème majeur de santé publique que posent aujourd'hui, dans les pays industrialisés vieillissants, les maladies chroniques non transmissibles. Tenant compte de ce point de vue, le BEH a déjà accueilli dans ces colonnes plusieurs mises au point ayant trait à la politique de promotion de la santé ou à la prévention bucco-dentaire (1). Il paraît aujourd'hui indispensable d'ouvrir encore plus largement notre Bulletin aux problèmes spécifiques posés par l'épidémiologie des maladies chroniques non transmissibles. Les maladies cardio et cérébrovasculaires occupent le devant de la scène de ces pathologies chroniques non transmissibles. Ainsi, les affections coronariennes, par exemple, constituent la première cause de morbidité générale; outre leurs effets médicaux, elles entraînent d'importantes conséquences socio-économiques; certains de leurs facteurs de risque (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, tabagisme) sont évitables; enfin, nombre de ces facteurs sont susceptibles d'induire l'apparition d'autres maladies chroniques (diabète, obésité, dyslipoprotéinémies, cancers, bronchite chronique).

A ces différents titres, les maladies cardiaques ischémiques par athérosclérose coronarienne constituent un modèle privilégié pour la mise en œuvre de programmes adaptés de surveillance épidémiologique et de prévention. MONICA (« Multinational Monitoring of trends and determinants of cardiovascular diseases ») est un programme de monitoring des maladies cardiovasculaires et de leurs facteurs de risque. Depuis 1984, la France participe à cette enquête épidémiologique internationale menée sous l'égide de l'OMS. MONICA est un exemple de mise sous surveillance des maladies chroniques non transmissibles. Faire le point sur ce projet paraît constituer une bonne introduction à l'étude épidémiologique de ces affections.

(1) Direction générale de la Santé, bureau : Épidémiologie; Prévention; Education pour la santé.

(2) Direction générale de la Santé, bureau des maladies transmissibles.

MONICA: UN MODÈLE POUR UNE MISE SOUS SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES NON TRANSMISSIBLES?

A. LELLOUCH

On rappellera d'abord l'historique du projet MONICA, ses bases scientifiques et ses objectifs. On donnera ensuite une présentation d'ensemble du projet, de sa méthodologie et du mode de recueil des données. On insistera enfin sur les moyens mis en œuvre et sur les retombées escomptées de MONICA-FRANCE puisque ce projet est devenu désormais opérationnel dans notre pays depuis l'année 1984.

1. HISTORIQUE :

Depuis une trentaine d'années, l'épidémiologie des maladies coronariennes s'est enrichie d'une somme considérable de travaux dans les domaines descriptif (1), analytique et d'intervention.

Durant les années 1970-1975, une première étude coopérative internationale, impulsée par l'OMS avait abouti à la mise en place, dans divers pays, de registres de l'infarctus du myocarde (1). Cette enquête avait permis :

1° De bien décrire l'histoire naturelle des accidents coronariens (infarctus aigu du myocarde; ischémie myocardique aiguë; arythmies cardiaques; mort subite coronarienne d'origine rythmique).

2° D'objectiver d'importantes variations géographiques inter-pays des taux d'incidence des maladies coronariennes.

3° D'établir une indiscutable corrélation entre ces taux d'incidence et les taux nationaux correspondants de mortalité coronarienne.

Cette étude avait pu montrer, grâce aux registres de l'infarctus du myocarde (1), l'existence d'un gradient croissant en Europe des taux standardisés de mortalité coronarienne depuis les pays méditerranéens latins jusqu'aux pays nordiques (anglo-saxons et scandinaves).

En France, diverses estimations de la morbidité coronarienne avaient été effectuées principalement par l'équipe de recherche

« Cardiologie » de l'I.N.S.E.R.M. à partir de trois sources d'information : les statistiques nationales de mortalité, l'enquête prospective parisienne du Groupe de Recherche sur l'Épidémiologie de l'Athérosclérose (G.R.E.A.) et les registres français des cardiopathies ischémiques de Boulogne-sur-Seine (1972-1973), de Rouen et de Montpellier (1975-1979), de l'Hérault et de la Seine-Maritime (1979). Ces données concordantes suggéraient que la France bénéficiait d'une morbidité coronarienne relativement modérée.

L'analyse des tendances de mortalité générale, cardiovasculaire et coronarienne entreprise par l'O.M.S. de 1972 à 1982 a révélé des modifications parfois importantes des taux standardisés de décès par maladie cardiaque ischémique. Si la mortalité coronarienne est restée à peu près stable ou a présenté une légère augmentation en France, au Royaume-Uni et en Allemagne, elle a fortement décru en Finlande, aux États-Unis, en Australie et en Nouvelle-Zélande, tous pays qui détiennent un triste record en matière de pathologie coronarienne; dans certains pays de l'Europe de l'Est (Hongrie, Pologne, Roumanie) enfin, la mortalité coronarienne a nettement augmenté.

Les raisons précises de ces variations temporo-spatiales de la mortalité et de la mortalité coronariennes des pays industrialisés sont, pour l'instant, mal expliquées. On ignore en particulier la part respective de responsabilité imputable à l'évolution naturelle spontanée de l'« épidémie » des coronaropathies, à une modification éventuelle des facteurs de risque sous l'effet des mesures de prévention déjà mis en œuvre (mais dont l'efficacité est encore mal évaluée) ou à une modification des conditions d'accès aux soins et de traitement. C'est pour tenter de répondre à ces questions qu'a été élaboré par l'O.M.S. (Genève) le projet MONICA.

(1) Registres de l'infarctus du myocarde, résultats d'une étude coopérative internationale de l'OMS, coordonnée par le bureau régional de l'Europe, Copenhague, 1977.