

HYPERTENSION ARTERIELLE EN MILIEU URBAIN : UNE APPROCHE COMMUNAUTAIRE

Thierry LANG

MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET DEVELOPPEMENT : LE POIDS DE LA DEMOGRAPHIE

En Afrique, près d'un décès sur deux (49 %) est dû aux maladies infectieuses ou parasitaires⁽¹⁾. Ce pourcentage n'est que de 3,6 % en Amérique du Nord. Dans ce contexte, les maladies cardiovasculaires, dont l'image traditionnelle est celle de maladies de surcharge, typiques de pays riches, peuvent ne pas apparaître prioritaires dans le programme de santé d'un pays en voie de développement. La réalité est plus nuancée. Certes, globalement les taux de mortalité par maladies cardiovasculaires sont plus élevés dans les pays développés, mais ce résultat global reflète surtout les différences démographiques entre ces deux types de pays. En effet, à l'intérieur de chaque classe d'âge, les taux de mortalité sont peu différents (Tableau 1). La mortalité cardiovasculaire élevée des pays développés témoigne donc surtout d'une structure démographique marquée par le poids des personnes âgées, parmi lesquelles les taux de mortalité cardiovasculaires sont élevés. Entre 15 et 64 ans, il est intéressant de noter que l'affirmation initiale s'inverse. La mortalité cardiovasculaire est plus élevée dans les pays en voie de développement. Dès lors, on voit qu'il s'agit, dans les pays en voie de développement d'un problème de santé réel, responsable d'une mortalité précoce importante, chez des sujets jeunes.

Tableau 1 - Taux de mortalité annuel par maladies cardiovasculaires pour 1000 habitants.

(Hakulinen, d'après les données OMS pour 1980)

	Pays développés	Pays en voie de développement
<i>Tous âges :</i>		
Hommes	4,9	2,4
Femmes	5,2	2,2
<i>Par classe d'âge :</i>		
0-14 ans	0,1	0,3
15-44 ans	0,3	0,5
45-64 ans	4,1	5,7
> 64 ans	35,3	32,5

Parmi ces pathologies de l'appareil circulatoire, le rhumatisme articulaire aigu peut se ranger parmi les maladies d'origine infectieuse. Il compte pour environ 20 % des maladies cardiovasculaires en Afrique Noire⁽²⁾. La plupart des autres pathologies, maladies coronariennes, cérébrovasculaires, insuffisance cardiaque ont pour dénominateur commun d'être favorisées par l'hypertension artérielle (HTA). L'importance de celle-ci en termes de santé communautaire vient d'une part de sa fréquence, d'autre part des possibilités de prévention primaire et secondaire qu'elle permet. Fréquence élevée, puisque dans certaines populations, une personne sur quatre ou sur cinq est concernée par ce problème. Intérêt pragmatique, puisque de très nombreux travaux ont bien montré l'efficacité du traitement de l'HTA dans la prévention des maladies cardiovasculaires, que celui-ci soit médicamenteux ou non. Il s'agit donc d'un problème de santé fréquent et accessible à un contrôle communautaire efficace.

SITUATION EN AFRIQUE

Malgré la rareté des données dans ce domaine et l'intérêt relativement récent porté à ce problème, la fréquence croissante de l'HTA en Afrique dans les dernières décennies en Afrique, semble un phénomène réel⁽³⁾. Utilisant malheureusement des critères différents pour définir l'HTA, les enquêtes récentes fournissent des chiffres de prévalence élevés, de 8,2 à 13,1 % au Ghana, de 16,6 à 17 % au Nigeria, 13,8 % en Côte d'Ivoire, de 5 à 15 % au Sénégal^(4,5).

Outre la prévalence globalement élevée en Afrique, le deuxième fait notable est la différence observée entre milieu rural et milieu urbain. L'HTA paraît plus fréquente en milieu urbain, 23 % contre 8,7 % en milieu rural, dans une étude portant sur les Zoulou⁽⁶⁾, 10 à 15 % versus 5,5% en milieu rural sénégalais⁽⁵⁾. Plus démonstratives, certaines

études longitudinales ont permis de suivre des populations nomades, dont le niveau de pression artérielle était bas, lors de modifications de leur style de vie. La pression artérielle d'un groupe de Samburu, au Kenya, s'est ainsi élevée dans les années suivant leur enrôlement dans l'armée. Cette modification lors du passage vers un mode de vie occidental comporte plusieurs facettes. L'une d'entre elles est nutritionnelle, avec une augmentation des consommations de sel, de graisses et de carbohydrates, mais ne résume sans doute pas les transformations sociales, culturelles, psychologiques qu'implique une telle transformation du style de vie⁽⁷⁾. Au Ghana, la relation positive entre niveau de pression artérielle et ancienneté de résidence urbaine suggère les mêmes phénomènes⁽⁸⁾.

LE PROGRAMME DE RECHERCHE A PIKINE

Dans ce contexte, l'équipe de recherche ORSTOM «Urbanisation et Santé» et le projet de soins de santé primaire belgo-sénégalais de Pikine s'attachent à répondre à deux types de préoccupations. L'une est d'individualiser les éléments constitutifs du milieu urbain qui contribuent à y rendre l'HTA plus fréquente. L'autre aspect est pragmatique et concerne la prise en charge de ce problème dans le contexte du milieu urbain de Pikine.

Certains aspects de cette pathologie posent des problèmes nouveaux à résoudre dans le cadre des soins de santé primaire. Il s'agit d'une maladie chronique, définie par un paramètre physique, la pression intra-artérielle, qu'il s'agit de maintenir dans des limites «raisonnables», tirées d'études statistiques. Les implications sont multiples. Le traitement n'a pas pour but de restaurer un état de santé menacé et perçu comme tel. Il s'agit d'une maladie le plus souvent asymptomatique, pour laquelle le passage à l'état de malade est déclaré unilatéralement par le personnel soignant, au vu de la mesure d'un paramètre biologique. Le traitement n'apportera donc aucun soulagement perceptible, pouvant même au contraire être à l'origine d'effets secondaires, premières manifestations perceptibles par le malade de son état. Ce traitement est chronique, et en l'état actuel doit être quotidien, et pris durant la vie entière. On mesure les difficultés de cette approche, qui consiste à proposer un traitement dont le seul objectif est la réduction de la probabilité statistique de la survenue d'un ensemble de maladies.

Cet aspect de prise en charge communautaire suppose dans un premier temps d'identifier des groupes à risque dans la population de Pikine d'une part, et parmi les consultants d'autre part. Il est nécessaire également de décrire le fonctionnement du système de soins et les différentes filières de soins pour cette pathologie, tant au niveau des postes de santé de Pikine que du secteur des tradipraticiens. Cette pathologie, quoique récente en Afrique, est connue et il importe de préciser les comportements de soins, les traitements utilisés, les discours sur la maladie, tant au niveau des agents de santé que des tradipraticiens.

Ces différentes étapes sont conçues comme des préalables à la prise en charge communautaire de l'HTA à Pikine, dans le cadre des soins de santé primaire. Celle-ci, dans un premier temps concernera les problèmes de suivi et d'observance des traitements, condition indispensable de l'utilité de ceux-ci.

UN ELEMENT URBAIN : LE TRAVAIL INDUSTRIEL - QUELQUES RESULTATS

Des relations étroites ont été observées dans les pays occidentaux entre l'environnement socio-professionnel, les conditions de travail et l'HTA. Dans la mesure où le travail industriel est un des éléments caractéristiques de l'urbanisation, un premier travail a concerné une population de salariés de Dakar, travaillant pour 95 % d'entre eux dans l'industrie. Les résultats détaillés font l'objet d'une autre publication⁽⁶⁾. Parmi les 1310 hommes et 554 femmes examinées, dans six entreprises, la prévalence de l'HTA (définition de l'OMS), est de 7,4 % chez les hommes et 10,2% chez les femmes. Trois facteurs principaux apparaissent liés à l'HTA, le poids, les conditions de travail, et le niveau socio-culturel, évalué par la catégorie professionnelle et le niveau d'éducation.

Le rôle du poids est particulièrement net chez les femmes, pour lesquelles il représente le facteur prédictif le plus important du niveau de PA. L'obésité, définie par un index pondéral supérieur à 27 kg/m² est observée chez 30 % d'entre elles, et chez 8 % seulement des hommes, confirmant ainsi la place des facteurs nutritionnels dans cette pathologie.

Parmi les conditions de travail, l'exposition professionnelle chronique au bruit et des horaires de travail irréguliers (nocturnes, ou diurnes alternés) sont associés à une PA élevée. Ces relations entre travail et maladies cardiovasculaires sont cohérentes avec les travaux menés hors d'Afrique. La responsabilité du bruit dans l'HTA a déjà été observée dans d'autres pays⁽⁹⁾. Le rôle pathogène d'horaires de travail variables a été soulevé dans de nombreux troubles, dont les cardiopathies coronariennes⁽¹⁰⁾.

Enfin, niveau de PA et prévalence de l'HTA varient considérablement selon le niveau socio-culturel. Si l'indicateur utilisé est la catégorie socio-professionnelle, ce sont les ouvriers, qualifiés ou non, qui ont les niveaux de PA les plus élevés, les employés ayant les plus bas. Les différences sont plus nettes encore si l'indicateur utilisé est le niveau d'éducation. Ainsi, la prévalence de l'HTA est de 15 % chez les analphabètes et de 5 % dans les autres catégories. Ce résultat est à rapprocher du niveau de PA plus élevé observé, dans le groupe des salariés déclarant être wolof, parmi ceux ne parlant pas français, comparés aux sujets bilingues.

Confrontées aux données de la littérature, ces résultats permettent de souligner le rôle majeur des facteurs nutritionnels, notamment chez les femmes, dans la genèse de l'HTA. Cette constatation débouche en pratique sur des possibilités de prévention et de contrôle du développement de ces pathologies, liées aux modifications des habitudes alimentaires en milieu urbain. La nature et l'amplitude de ces modifications restent cependant à préciser. Certaines conditions de travail, spécifiques du milieu industriel, semblent être un élément de l'environnement urbain qui contribue au développement de l'HTA. Enfin, comme cela a été démontré dans les pays occidentaux, l'HTA n'est pas une maladie de sujets riches qui atteindrait les couches aisées de la population. Les groupes à risque sont les ouvriers, les analphabètes, vers lesquels doivent porter les efforts de prévention et de dépistage. Dans ce milieu industriel, l'HTA n'est pas un phénomène marginal, puisqu'elle atteint, après 45 ans, une femme sur cinq et un homme sur sept.

NECESSITE D'ENRICHIR LE MODELE EPIDEMIOLOGIQUE

L'étude des interactions

Les différences observées dans un très grand nombre de travaux entre milieu urbain et milieu rural sont mal expliquées. Un large accord s'établit autour de la responsabilité de modifications de l'alimentation, encore que la nature de celles-ci soit encore débattue (rôle du sodium, du potassium, des lipides, des calories totales...). Celles-ci n'expliquent cependant pas l'ampleur des différences observées et le «stress» lié à l'environnement urbain est souvent évoqué. Le terme de stress défini par Selyé se réfère à l'état réactionnel physiologique ou pathologique d'un organisme soumis à un excitant quelconque. L'environnement urbain, est alors compris comme hostile, bruyant, agressif pour l'individu, donc générateur de stress, en opposition au milieu rural, paisible et non-stressant. Il serait sans doute fructueux de considérer les relations entre environnement et santé en termes d'adéquation, bonne ou mauvaise entre l'individu et son milieu de vie, un mauvais «ajustement» étant alors l'élément pathogène plus que l'élément environnemental envisagé seul. Dans le cas des maladies chroniques, l'hypertension en particulier, il a bien été montré que de nombreux types de stress, plus ou moins spécifiques, tels que le calcul mental, le froid, le bruit étaient susceptibles de modifier le niveau tensionnel. L'inventaire de ce qui, dans l'environnement urbain, constitue un «excitant» au sens de Selyé, relève d'une approche multidisciplinaire, prenant en compte ses aspects physiques, sociaux et spatiaux. D'autres facteurs, qui caractérisent l'individu, vont moduler la réaction de l'organisme, dans le cas particulier l'élévation tensionnelle, face à ces excitants. A titre d'hypothèse, pour tenter d'expliquer les faits observés parmi les salariés de Dakar, on pourrait ainsi évoquer le schéma suivant. La taille d'une ville, la complexité des circuits géographiques, hiérarchiques, administratifs imposent des trajets compliqués. Face à cet élément «excitant», on peut suggérer que la réaction de l'organisme est modulée par les capacités de l'individu à résoudre ce problème. Parmi les facteurs qui améliorent cette capacité, et contribuent à mieux armer l'individu, se trouvent les aptitudes à comprendre les messages écrits, ou les possibilités de communiquer. Cette hypothèse permettrait de comprendre pourquoi l'HTA est plus fréquente chez les analphabètes que chez les autres sujets, et parmi les wolof, chez les sujets ne parlant pas le français, comparés aux bilingues. Cette hypothèse rejoint les observations faites en France sur les statistiques de mortalité⁽¹¹⁾. Les taux de mortalité les plus bas sont observés dans les catégories qui semblent les mieux adaptées à leur milieu, agriculteurs en milieu rural, cadres supérieurs dans les très grandes villes.

Réseau et support social

Parmi les facteurs psychosociaux susceptibles de moduler la santé d'un individu en réponse à un environnement, les notions de réseau et de support social sont sans doute essentielles⁽¹²⁾. Le réseau social, défini par le tissu de relations autour du sujet, peut être subjectif (combien le sujet se compte-t-il d'amis ou de relations), ou comportemental (combien de personnes rencontre-t-il réellement chaque jour...). Le concept de support social ajoute à la notion de réseau, la qualité de celui-ci, c'est à dire les possibilités de soutien affectif, émotionnel, pratique, financier... que ce réseau est susceptible d'appor-

ter. Ce support social peut être apprécié de façon subjective (si vous aviez besoin d'aide, pourriez-vous en demander à quelqu'un ?), ou comportementale (parlez-vous effectivement de vos problèmes à quelqu'un ?). Des travaux épidémiologiques récents ont montré l'importance de ces notions, non comme facteurs de santé en soi, mais comme élément capable «d'amortir» le retentissement d'un événement grave et stressant sur la santé de l'individu. Ainsi, dans un groupe de 117 femmes, le support social n'était pas prédicteur en soi des complications durant la grossesse et pour l'enfant, mais l'interaction entre celui-ci et les événements vitaux stressants durant la grossesse était significative, témoignant d'un effet protecteur du support social dans des situations difficiles⁽¹³⁾. Cette notion de réseau de soutien social, qui a démontré son intérêt dans les pays développés, pourrait être très importante en Afrique, pour les travaux épidémiologiques. L'insuffisance des indicateurs classiques de pauvreté/richeesse a été soulignée lors de ce colloque pour d'autres types de pathologie⁽¹⁴⁾. Ceci souligne sans doute le rôle capital des réseaux de solidarité et d'entraide existant dans les villes africaines. Il est possible que leur soutien soit plus déterminant pour la santé d'un individu ou de son enfant que le niveau économique tel qu'il est traditionnellement mesuré.

ETAPES ET OBJECTIFS DU PROGRAMME EN COURS A PIKINE

Une enquête au niveau des postes de santé est en cours d'analyse. Elle permettra de décrire le point actuel de la prise en charge de l'HTA à Pikine, et la charge humaine et financière prévisible d'un futur programme de prise en charge de l'HTA à ce niveau. Il est important par ailleurs d'identifier parmi les consultants les groupes à risque afin de donner à l'infirmier les critères qui lui permettront de mieux cibler les quelques prises tensionnelles qu'il peut effectuer chaque jour.

En 1987, une enquête à domicile, sur un échantillon représentatif, permettra de préciser la prévalence réelle de l'HTA à Pikine, et les facteurs de risque de celle-ci.

Un travail de type anthropologique s'attachera à préciser les conceptions et les comportements relatifs à l'HTA dans le secteur des tradipraticiens.

Enfin, à l'issue de cette phase de diagnostic communautaire, un programme de prise en charge de l'HTA dans le cadre des soins de santé primaire à Pikine, représente l'étape ultérieure d'intervention, qui aura à étudier les problèmes de suivi d'un traitement chronique, ce qui pose des problèmes difficiles, tant financiers qu'humains. Un volet spécifique consacré à l'HTA de la grossesse est justifié par la mortalité maternelle et infantile, probablement élevée qu'elle entraîne.

CONCLUSION

Le programme de recherche présenté ici, se donne pour objectif de mieux connaître les déterminants d'une pathologie croissante et de proposer des solutions communautaires acceptables, dans le cadre des soins de santé primaires en milieu urbain. Les premiers

résultats de ce travail suggèrent qu'il est important d'étudier les relations entre environnement urbain et santé en incluant dans le modèle épidémiologique l'étude des termes d'interaction. Les notions de réseau social et le soutien que ce dernier peut apporter à un individu nous semblent particulièrement intéressantes, notamment en milieu urbain, où l'on connaît la richesse du tissu familial et associatif au sens le plus large⁽¹⁵⁾. Cet abord n'est possible que dans un cadre pluridisciplinaire, associant géographes, praticiens, anthropologues et épidémiologistes. L'abord et la réflexion sur la prise en charge de maladies chroniques, caractéristiques de la transition épidémiologique que l'on observe dans les villes du tiers-monde est en effet à entreprendre dès maintenant.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAKULINENT., HANSLUWKA, LOPEZ AD., NAKADA T. - Global and regional mortality patterns by cause of death in 1980. *Int. J. Epidemiol.* 1986. 15 : 227-233.
2. BERTRAND E. - Cardiopathies rhumatismales. in *Précis de pathologie cardiovasculaire tropicale*. Sandoz Ed., paris 1979. 225-234.
3. MUGAMBI M. - Epidemiological report from East Africa. in «Mild Hypertension : recent Advances», F. Gross et T. Strasser, ed. New-York, 1983.
4. Pobe JOM : Epidemiological report from West Africa in «Mild Hypertension : recent Advances», F. Gross et T. Strasser, Ed. New-York, 1983.
5. KOATE P. - L'hypertension artérielle en Afrique Noire. *Bull. OMS* 1978. 56 : 841-848.
6. AKINKUGBE OO. - Hypertension in developing countries. in *Arterial hypertension*, Gross FH et Robertson JIS Ed., pitman Press, Kent, 1979. 51-59.
7. SEEDAT YK., SEEDAT MA., HACKLAND DBT. - Prevalence of hypertension in the urban and rural Zulu. *J. Epidemiol. Community Hlth.* 1982. 36 : 256-261.
8. LANG T., PARIENTE P., SALEM G., TAP D. - Social, occupational factors and arterial hypertension in a population of workers in Dakar. *Hypertension* (sous presse).
9. LANG T., FOURIAUD C., DEGOULET P. - Exposition professionnelle au bruit, déficit auditif et hypertension artérielle. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique.* 1986 ; 34 : 318-323.
10. KNUTSSON A., AKERSTEDT T. JONSSON BG. ORTH-GOMER K. - Increased risk of ischaemic heart disease in shift workers. *Lancet* 1986. ii : 89-92.
11. BOUVIER-COLLE MH., BARBARENA A., HATTON F. - Mortalité par catégo-

ries socio-professionnelles en milieu urbain et rural. *Rev. Epidemiol. Santé Publique*. 1983. 31 : 115-128.

12. Measuring psychosocial variables in epidemiologic studies of cardiovascular diseases. Proceedings of a workshop. OSTFELD AM., EAKER ED Ed. NIH-Publication No 85-2270, Atlanta, 1985.

13. NORBECK J., TILDEN V. - Life stress, social support and emotional disequilibrium in complications of pregnancy : a prospective multivariate study. *J. Hlth Soc. Behav.* 1983. 24 : 30-46.

14. RAYNAUT C. - Disparités socio-économiques et santé à Maradi. In : Gérard Salem et Emile Jeannée eds. *Pikine*, 2-6 décembre 1986.

15. Urbanization and Social change in West Africa. Urbanization in developing countries. J. GUGLER, FLANAGAN WG. Cambridge University Press. 1978.