

CONTEXTE NATIONAL

En France, comme dans tous les pays industrialisés, les affections cardiovasculaires occupent une place prépondérante dans la mortalité et la morbidité : elles constituent la première cause de décès, le premier motif d'admission en affection de longue durée et le troisième motif d'hospitalisation. En 1999, les affections cardiovasculaires ont provoqué environ 165 000 décès. La mortalité par maladie cardio-vasculaire varie considérablement selon les pays et à l'échelle nationale selon les régions.

Actuellement, la France se situe parmi les pays qui ont les plus faibles taux de mortalité pour les cardiopathies ischémiques, pour les maladies vasculaires cérébrales et pour l'ensemble des affections cardiovasculaires. La France et les régions françaises s'inscrivent dans la continuité du gradient décroissant Nord-Sud de mortalité et de morbidité cardio-vasculaire. Les données de morbidité cardio-vasculaire sont, en France, très parcellaires, mais différentes sources permettent néanmoins d'approcher l'ampleur de ce problème. Environ 235 000 admissions en affection de longue durée pour une pathologie cardio-vasculaire ont été prononcées en 1999. D'autre part, les données hospitalières de 1998 montrent que ces maladies ont représenté 1 355 033 séjours dans les services de soins de courte durée, soit 9,2 % de l'ensemble des séjours.

Au cours des dix dernières années, la mortalité due à ces affections a continué de diminuer régulièrement. Cette baisse a été plus importante pour les décès par maladies vasculaires cérébrales (40 000 décès en 1999, soit une réduction de 18 % depuis 1990) que pour les décès par cardiopathies ischémiques (45 000 décès en 1999, soit une réduction de 9 %).

Le vieillissement de la population, l'amélioration du pronostic vital de l'infarctus du myocarde et l'absence d'un contrôle efficace de l'hypertension artérielle chez un tiers des hypertendus peut laisser penser que la morbi-mortalité par insuffisance cardiaque va s'accroître dans les prochaines années. En effet, l'incidence de l'insuffisance cardiaque double pratiquement tous les dix ans d'âge. Les travaux réalisés en milieu hospitalier font état d'une augmentation des admissions hospitalières pour insuffisance cardiaque et d'une proportion élevée de réadmissions dans les douze mois qui suivent la première admission. Par un effet mécanique lié à l'âge, la prévalence de la fibrillation auriculaire a également tendance à augmenter. De la fin des années soixante au début des années quatre vingt dix la prévalence a pratiquement triplé (étude de Framingham).

Plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux influencent l'incidence des pathologies cardiovasculaires, et sont souvent associés : hypercholestérolémie, hypertension artérielle, diabète, tabagisme, alimentation et modes de vie. La réduction de ces facteurs de risque passe non seulement par des actions d'information collective auprès du grand public, par une action spécifique auprès des patients, mais aussi par une mobilisation de tous les professionnels de santé en matière de dépistage et de prise en charge de la maladie. Un grand nombre de décès par affections cardiovasculaires sont considérés comme prématurés car ils surviennent chez des personnes de moins de 65 ans : un peu plus de 16 000 personnes de cette tranche d'âge sont ainsi décédées en France en 1999. Une partie de ces décès pourrait être évitée grâce à des actions sur les facteurs de risque ou par une meilleure prise en charge par les différents acteurs du système de soins.

Un programme national triennal de réduction des risques cardiovasculaires a été annoncé en février 2002 par le ministère chargé de la santé. Il prévoit 5 composantes :

- action sur les facteurs de risque cardio-vasculaire (réduction du tabagisme, de l'incidence de l'obésité et des dyslipidémies, ...),
- éducation thérapeutique ciblée et spécifique afin d'encourager les patients à être acteurs de leur santé,

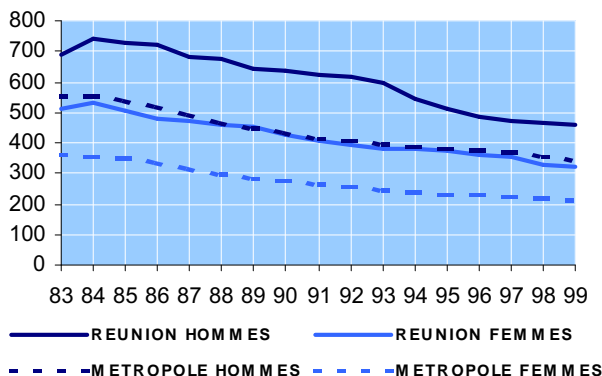
- promotion des recommandations de bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques,
- réflexion sur l'organisation des soins et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux,
- volet épidémiologique consistant à renforcer le système de surveillance spécifique des maladies cardiovasculaires.

SITUATION A LA REUNION

- En 2000, les maladies de l'appareil circulatoire ont été responsables de près d'un tiers des décès, constituant ainsi la première cause de mortalité sur l'île (26% pour les hommes et 35% pour les femmes).
- Entre 1998 et 2000, près de 1 200 personnes sont décédées en moyenne chaque année de maladies de l'appareil circulatoire à La Réunion (570 femmes et 591 hommes). Ces décès concernent majoritairement des personnes âgées : 72% surviennent après 65 ans.
- Comme en métropole, la mortalité cardio-vasculaire dans la région a fortement chuté au cours des 2 dernières décennies : -34% chez les hommes et -38% chez les femmes.
- Mais, la mortalité régionale reste significativement supérieure à la moyenne nationale, de 52% chez les hommes et 56% chez les femmes en 1998-2000.
- La mortalité prématurée (avant 65 ans) concerne 2 fois plus les hommes que les femmes à La Réunion. En outre, cet indicateur place notre île loin devant les régions métropolitaines en terme de surmortalité (la mortalité prématurée des réunionnaises est 3 fois plus importante que celle des métropolitaines, pour les hommes l'indice de surmortalité est égal à 2).
- Les maladies de l'appareil circulatoire constituent le premier motif d'admission en affection de longue durée sur l'île (31% de l'ensemble des ALD). Elles sont à l'origine de près de 2 500 admissions annuelles en moyenne sur 2000-2002. Les maladies hypertensives et les artériopathies représentent 68% de ces admissions. A structure d'âge comparable, la fréquence de ces admissions a légèrement dépassé la moyenne nationale de 2% sur la période 2000-2002 (-12% en 2000, -2% en 2001 et +18% en 2002).
- Les pathologies cardio-vasculaires ont constitué, en 2000, le diagnostic principal de 10 322 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée dans notre région (correspondant à 7,2% de l'ensemble des séjours). Le nombre de recours pour motif cardio-vasculaire a augmenté de 8% entre 1998 et 2000 (notamment pour les affections cérébro-vasculaires : +13%). A structure d'âge comparable, la fréquence de ces séjours est supérieure de 12% à la moyenne nationale (18% chez les femmes contre seulement 7% chez les hommes). Cette situation peut résulter de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge différentes mais aussi vraisemblablement d'une plus forte morbidité cardio-vasculaire à La Réunion, ce qui est cohérent avec les autres indicateurs épidémiologiques régionaux qui font apparaître une nette surmortalité et surmorbidity réunionnaise.

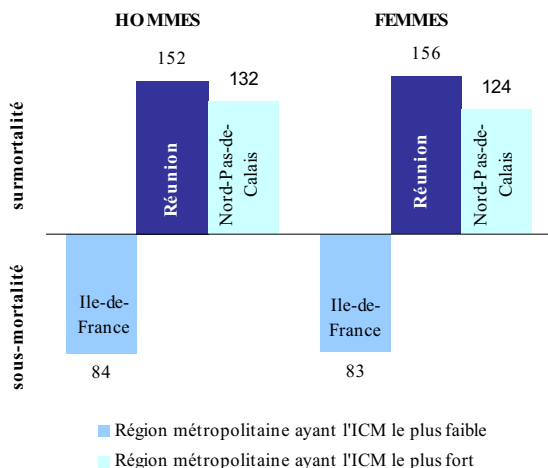
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE



Source : INSERM CépiDc, FNORS, INSEE – Données lissées sur 3 ans, l'année figurant sur le graphe est l'année centrale de la période triennale. Unité : pour 100 000

INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (MOYENNE 1998-2000)



Source : INSERM CépiDc, FNORS, INSEE

ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DUREE POUR MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE POUR 100 000 HABITANTS (MOYENNE 2000-2002)

Motifs d'admission	HOMMES		FEMMES	
	n	dont <65 ans	n	dont <65 ans
Hypertension artérielle	511	63%	831	58%
Artériopathies	280	61%	88	41%
Insuffisance cardiaque, cardiopathies congénitales	182	64%	146	58%
Accident vasculaire cérébral	175	54%	117	44%
Infarctus du myocarde	126	75%	39	49%
TOTAL	1274	63%	1221	55%

Source : CNAMTS, CANAM, CCMSA

TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PREMATUREE PAR MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (MOYENNE 1998-2000)

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE	REUNION	METROPOLE	Valeur maximale parmi les régions métropolitaines
HOMMES	94	48	73
FEMMES	44	15	24

Source : INSERM CépiDc, FNORS, INSEE

SEJOURS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS DE COURTE DUREE POUR MALADIE DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE A LA REUNION DE 1998 A 2000

Diagnostic d'hospitalisation	1998	1999	2000	Evolution 1998-2000
Maladies hypertensives	602	578	570	-5%
Cardiopathies ischémiques	1784	1920	1971	+10%
Angine de poitrine	880	904	1007	+14%
Infarctus aigu du myocarde	529	622	624	+18%
Autres cardiopat. ischémiques aiguës	375	394	340	-9%
Insuffisance cardiaque	1504	1537	1652	+10%
Maladies cérébrovasculaires	1200	1262	1354	+13%
Hémor. méningée, céréb., intracrânien	225	236	254	+13%
Thrombose artères céréb. et précéréb.	468	559	686	+47%
Accident vascul. céréb. Mal défini	507	467	414	-18%
ENSEMBLE	9517	9749	10322	+8%

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées) – DRASS

INDICES COMPARATIFS DE RECOURS AUX ETABLISSEMENTS DE SOINS DE COURTE DUREE SELON LE SEXE EN 2000

Diagnostic d'hospitalisation	Hommes		Femmes	
	n	ICR	n	ICR
Maladies hypertensives	211	130	359	190
Angine de poitrine	607	102	400	170
Infarctus aigu du myocarde	418	117	206	169
Autres cardiopat. ischémiques aiguës	206	241	134	544
Insuffisance cardiaque	706	159	946	273
Hémor. méningée, céréb. intracrânien	155	158	99	122
Thrombose artère céréb. & précéréb.	398	177	288	189
Accident vascul. céréb. mal défini	219	331	195	318
ENSEMBLE	5559	107	4763	118

Source : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées) – DRASS

Définitions

Maladies de l'appareil circulatoire : Code CIM9 : 390-459 ; code CIM10 : I00-199. Elles regroupent les 7 catégories suivantes : les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales, les insuffisances cardiaques, les maladies des artères, artérioles et capillaires, les rhumatismes articulaires aigus et cardiopathies rhumatismales chroniques, les maladies hypertensives et d'autres maladies pas définies.

Indice comparatif de mortalité (ICM) : cet indice permet de comparer globalement ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans la région ou dans le département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de décès dans une zone géographique au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de la France métropolitaine.

L'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 152 signifie une mortalité supérieure de 52% à la moyenne nationale et un ICM de 84 une sous-mortalité de 16% par rapport à la moyenne nationale.

Indice comparatif de recours aux établissements de soins (ICR) : (mode de calcul équivalent à l'ICM appliqué aux séjours hospitaliers) Il permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers dans la région ou département, avec la moyenne nationale. Un indice de 130 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 30% à la moyenne nationale.

Taux comparatif de mortalité ou taux standardisé (sur l'âge) : taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France métropolitaine au RP99). Un taux comparatif permet de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

ALD : Affection de Longue Durée

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Repères bibliographiques et sources

Contribution of trends in survival and coronary-event rates to changes in coronary heart disease mortality: 10-year results from 37 WHO MONICA project populations. Monitoring trends and determinants in cardiovascular disease.

H. Tunstall-Pedoe, K. Kuulasmaa, M. Mahonen, H. Tolonen, E. Ruokokoski, P. Amouyel, *Lancet* 1999 May 8 ; 353 (9164) : 1547-57.

Stroke incidence, case fatality, and mortality in the WHO MONICA project. World Health Organization Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease.

P. Thorvaldsen, K. Asplund, K. Kuulasmaa, AM. Rajakangas, M. Schroll, *Stroke* 1995 Mar, 26(3) : 361-7.

Stroke trends in the WHO MONICA project.

P. Thorvaldsen, K. Kuulasmaa, AM. Rajakangas, D. Rastenyte, C. Sarti, L. Wilhelmsen, *Stroke* 1997 Mar ; 28 (3) : 500-6.

Stroke incidence and mortality correlated to stroke risk factors in the WHO MONICA Project. An ecological study of 18 populations.

B. Stegmayr, K. Asplund, K. Kuulasmaa, AM. Rajakangas, P. Thorvaldsen, J. Tuomilehto, *Stroke* 1997 Jul, 28 (7).

Epidemiology, aetiology, and prognosis of heart failure.

JJ. McMurray, S. Stewart, *Heart* 2000 May ; 83 (5) : 596-602.

Epidemiology and economic impact of heart failure in France.

F. Delahaye, G. De Gevigney, S. Gaillard, E. Cheneau, *Arch Mal Coeur Vaiss* 1998 Nov ; 91 (11) : 1307-14.

A national survey of heart failure in French hospitals.

A. Cohen-Solal, M. Desnos, F. Delahaye, JP. Emeriau, G. Hanania, The Myocardiopathy and Heart Failure Working Group of the French Society of Cardiology, the National College of General Hospital Cardiologists and the French Geriatrics Society. *Eur Heart J* 2000 May ; 21 (9) : 763-9.

Epidemiology and natural history of atrial fibrillation: clinical implications.

SS. Chugh, JL. Blackshear, WK. Shen, SC. Hammil, BJ. Gersh, *J Am Coll Cardiol* 2001 Feb ; 37 (2) : 371-8.

Epidemiology and significance of atrial fibrillation.

KM. Ryder, EJ. Benjamin, *Am J Cardiol* 1999 Nov 4 ; 84 (9A) : 131R-138R.

Characterization of different subsets of atrial fibrillation in general practice in France: the ALFA study.

S. Levy, M. Maarek, P. Coumel, L. Guize, J. Lekieffre, JL. Medvedowsky, A. Sebaoun, The College of French Cardiologists. *Circulation* 1999 Jun, 15 ; 99 (23) : 3028-35.

Programme national de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère délégué à la Santé : (www.sante.gouv.fr/html/actu/cardio.pdf).