

CONTEXTE NATIONAL

Les maladies vasculaires cérébrales regroupent l'ensemble des pathologies qui entraînent une altération de la circulation cérébrale. Environ 80% de ces maladies sont de nature ischémique c'est à dire dues à l'obstruction ou au rétrécissement d'un vaisseau, ce qui entraîne une souffrance du tissu cérébral situé en aval, les autres maladies vasculaires cérébrales étant la conséquence d'hémorragies cérébrales.

Ces maladies sont responsables d'une part importante de la mortalité et des handicaps moteurs. Elles peuvent être à l'origine des démences vasculaires qui représentent une part non négligeable de l'ensemble des démences.

Les coûts sociaux et économiques liés à cette pathologie sont très élevés du fait du retentissement fréquent sur l'autonomie de la personne atteinte. Les études internationales montrent que dans les pays développés, 20% des patients décèdent dans le mois qui suit un premier accident vasculaire cérébral et 5% des survivants récidivent dans l'année. A 6 mois, environ un tiers des survivants reste dépendant pour les actes de la vie courante.

En France, les maladies vasculaires cérébrales ont été responsables de près de 40 000 décès en 1999. La mortalité diminue depuis les années soixante dix comme dans la plupart des pays industrialisés, ainsi durant la dernière décennie, elle a chuté de 18% en France. Les données hospitalières de 1999 montrent que ces maladies sont la cause principale de plus de 118 000 séjours (soit moins de 1% de l'ensemble des séjours d'hospitalisation dans les services de soins de courte durée en France métropolitaine). Elles représentaient plus de 31 000 admissions en affections de longue durée pour les 3 principaux régimes en 1999 soit environ 4% de l'ensemble des admissions pour la même période.

Il existe un seul registre des maladies vasculaires cérébrales en France, basé sur la population de la ville de Dijon. Cet outil permet d'estimer les taux d'incidence, d'étudier les différents types de maladies vasculaires cérébrales, leurs facteurs de risques et d'établir des comparaisons avec d'autres registres internationaux.

A Dijon, sur la période 1985-2000, l'incidence globale reste stable et est parmi les plus faibles d'Europe. Seuls ont varié les mécanismes et les sous types de maladies vasculaires cérébrales ischémiques. Les accidents vasculaires cérébraux hémorragiques et les accidents ischémiques cérébraux par athérosclérose des gros troncs artériels sont en diminution. Par contre, les accidents ischémiques cérébraux par atteinte des artères de petit calibre et ceux d'origine cardio-embolique sont en augmentation. Cette évolution suggère un effet possible des modifications de prise en charge des facteurs de risque.

Le vieillissement est une cause importante de survenue des maladies vasculaires cérébrales : après 55 ans, pour chaque tranche d'âge de 10 ans, les taux d'incidence sont multipliés par deux quel que soit le sexe. L'incidence des accidents vasculaires cérébraux est plus élevée chez l'homme (25 % en plus).

Parmi les facteurs de risque, le plus fréquent est l'hypertension artérielle. Les maladies cardiaques génératrices d'embolies vasculaires (arythmie cardiaque par fibrillation auriculaire, calcification des valves

cardiaques...) sont aussi des causes importantes de pathologies vasculaires cérébrales. Les comportements nutritionnels, les troubles métaboliques et le tabagisme représentent les autres grands facteurs de risques.

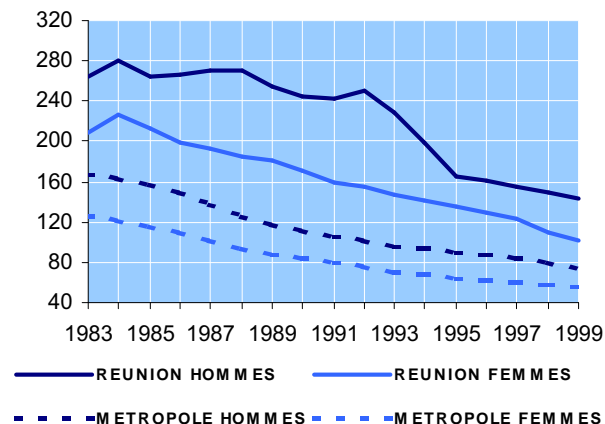
Un programme national de réduction des risques cardiovasculaires a été mis en place par le ministère chargé de la Santé pour la période 2002-2005. Il comprend des axes communs à l'ensemble des maladies cardiovasculaires, notamment concernant la réduction des facteurs de risques, mais aussi des recommandations plus spécifiques quant à l'amélioration de l'organisation et la prise en charge globale des accidents vasculaires cérébraux sur l'ensemble de la filière de soins.

SITUATION A LA REUNION

- En 2000, les maladies vasculaires cérébrales représentent 32% des décès par maladies de l'appareil circulatoire (33% pour les hommes, 31 pour les femmes).
- Entre 1998 et 2000, plus de 350 personnes sont décédées par maladies vasculaires cérébrales (179 hommes et 183 femmes). Près des ¾ de ces décès surviennent après 65 ans (72,6%).
- Comme en métropole, la mortalité par maladies vasculaires cérébrales a fortement chuté au cours des 2 dernières décennies : -51% chez les femmes et -46% chez les hommes entre 1983 et 1999.
- Mais, la Réunion connaît toujours une situation de surmortalité significative quelque soit le sexe (+119% pour les hommes et 87% pour les femmes par rapport à la moyenne nationale). A structure d'âge comparable, notre région se situe loin devant les autres régions métropolitaines en terme de surmortalité.
- La surmortalité masculine est présente à tous les âges, de manière plus marquée entre 45 et 74 ans.
- La mortalité prématurée (avant 65 ans) est 3 fois supérieure à la situation métropolitaine.
- Les maladies cérébro-vasculaires sont à l'origine de 293 admissions en affections de longue durée (ALD) en moyenne chaque année sur la période 2000-2002. Ces admissions concernent des hommes dans 60% des cas.
- Les maladies vasculaires cérébrales ont constitué, en 2000, le diagnostic principal de 1 354 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée de l'île. Entre 1998 et 2000, on note une augmentation des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) à La Réunion (+13%) alors qu'ils sont en diminution en métropole (-2%).
- L'âge moyen de survenue d'un AVC à La Réunion est inférieur de 7 ans par rapport à la métropole. Et la fréquence des recours hospitaliers pour ces maladies est nettement supérieure à celle observée en métropole. Cette situation peut résulter de pratiques de soins ou de modalités de prises en charges différentes mais plus vraisemblablement d'une plus forte morbidité cardio-vasculaires à La Réunion, ce qui est cohérent avec les autres indicateurs épidémiologiques régionaux qui font apparaître une nette surmortalité et surmobilité réunionnaise.

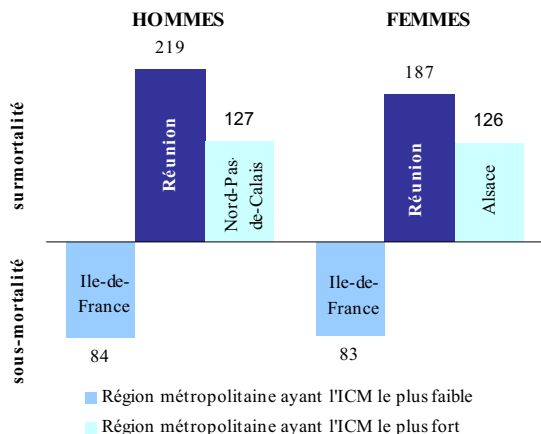
MALADIES VASCULAIRES CEREBRALES

EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE



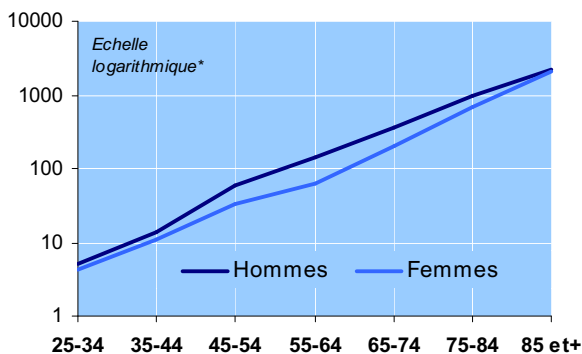
Source : INSERM CépiDc, FNORS, INSEE – Données lissées sur 3 ans, l'année figurant sur le graphe est l'année centrale de la période triennale. Unité : pour 100 000

INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR MALADIES VASCULAIRES CEREBRALES (MOYENNE 1998-2000)



Source : INSERM CépiDc, FNORS, INSEE

TAUX DE MORTALITE PAR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE SELON L'AGE ET LE SEXE A LA REUNION (MOYENNE 1998-2000)



Source : INSERM CépiDc, FNORS, INSEE
* Log des taux de mortalité (pour 100 000 habitants)

TAUX COMPARATIF DE MORTALITE (POUR 100 000 HABITANTS) PAR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE (MOYENNE 1998-2000)

Taux comparatif de mortalité par maladie vasculaire cérébrale	REUNION	METROPOLE	Valeur maximale parmi les régions métropolitaines
HOMMES	143	75	95*
FEMMES	102	56	71**
ENSEMBLE	119	63	79**
Taux comparatif de mortalité prématurée par maladie vasculaire cérébrale	REUNION	METROPOLE	
HOMMES	27	9	
FEMMES	15	5	

Source : INSERM CépiDc, FNORS, INSEE
* Bretagne, ** Alsace

ADMISSIONS EN AFFECTION DE LONGUE DUREE POUR MALADIES VASCULAIRES CEREBRALES SELON LE SEXE ET L'AGE A LA REUNION (MOYENNE 2000-2002)

MALADIES VASCULAIRES CEREBRALES	HOMMES		FEMMES		ENSEMBLE	
	n	%	n	%	N	%
0-44 ans	23	13,1	13	11,0	36	12,3
45-64 ans	70	40,0	39	33,1	109	37,2
65-74 ans	44	25,1	24	20,3	68	23,2
75-84 ans	31	17,7	26	22,2	57	19,1
85 ans et +	7	4,0	16	13,6	23	7,8
TOTAL	175	100,0	118	100,0	293	100,0

Source : FNORS, URCAM

SEJOURS DANS LES ETABLISSEMENTS DE SOINS DE COURTE DUREE POUR MALADIES VASCULAIRES CEREBRALES SELON LE SEXE A LA REUNION EN 2000

MALADIES VASCULAIRES CEREBRALES	Hommes		Femmes		Total	
	n	ICR	n	ICR	n	ICR
Hémorragie méningée, cérébrale, intracrânienne	155	158	99	122	254	141
Thrombose artères cérébrales et précérébrales	398	177	288	189	686	181
Accident vasculaire cérébral mal défini	219	331	195	318	414	324
ENSEMBLE	772		582		1354	

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

AGE MOYEN DES PATIENTS ADMIS DANS LES ETABLISSEMENTS DE COURTE DUREE POUR MALADIES VASCULAIRES CEREBRALES SELON LE SEXE, EN 2000

	REUNION	METROPOLE
HOMMES	63 ans	70 ans
FEMMES	69 ans	75 ans

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

Définitions

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 127 signifie une mortalité supérieure de 27% à la moyenne nationale et un ICM de 83 une sous-mortalité de 17% 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 158 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 58% 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 VASCULAIRES CEREBRALES

Repères bibliographiques et sources

Estimation of contribution of changes in classic risk factors to trends in coronary-event rates across the WHO MONICA Project populations.

K. Kuulasmaa, H. Tunstall-Pedoe, A. Dobson, S. Fortmann, S. Sans, *Lancet* 2000 Feb 26 ; 355 (9205) : 675 -687.

Incidence trends of ischemic stroke and transient ischemic attacks in a well defined french population from 1985 through 1994.

M. Lemesle, C. Milan, J. Faivre, T. Moreau, M. Giroud, R. Dumas, *Stroke* 1999 ; 30 (2) : 371-377.

Maladies vasculaires cérébrales; Épidémiologie actualisée.

D. Minier, G.V. Osseby, G. Couvreur, T. Moreau, M. Giroud, *Neurologies* Mai 2002 (5) : 222-231.

International trends in mortality from stroke, 1968 to 1994.

C. Sarti, D. Rastenytr, Z. Cepaitis, J. Tuomilehto, *Stroke* 2000 (7) : 1588 - 1601.

Coronary heart disease epidemiology in the 21st century.

HA. Tyroler, *Epidemiol Rev* 2000 ; 22 (1):7-13.

Estimation of contribution of changes in coronary care to improving survival, event rates, and coronary heart disease mortality across the WHO MONICA Project populations.

H. Tunstall-Pedoe, D. Vanuzzo, M. Hobbs, M. Mahonen, Z. Cepaitis, K. Kuulasmaa, U. Keil, *Lancet* 2000 Feb 26 ; 355 (9205) : 688 -700

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.

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

Epidemiology of stroke.

CP. Warlow : *Lancet* 1998 ; 352 (suppl III) : 1 -4.

Variations in stroke incidence and survival in 3 areas of Europe.

C. Wolfe, M. Giroud, P. Kolominsky -Rabas, R. Dundas, M. Lemesle, P. Heuschmann, A. Rudd, *Stroke* 2000 ; 31 (9) : 2074

Variations in case fatality and dependency from stroke in Western and Central Europe.

C. Wolfe, K. Tilling, R. Beech, A. Rudd, *Stroke* 1999; 30 (2) : 350 -356.

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/htm/actu/cardio.pdf)