Tableau de bord

Les cardiopathies ischémiques *à La Réunion*

CONTEXTE NATIONAL

Les cardiopathies ischémiques regroupent l'ensemble des troubles ou maladies engendrés par la souffrance du muscle cardiaque lorsqu'il est privé d'oxygène, en raison de l'obstruction plus ou moins complète d'une artère coronaire le plus souvent par des phénomènes d'athérosclérose. Selon l'importance, la brutalité et la durée de la privation d'oxygène, la souffrance du myocarde se manifeste de différentes façons : douleurs d'angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde (ou syndrome coronarien aigu), atteinte ischémique chronique avec insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, voire mort subite.

Les cardiopathies ischémiques ont constitué le diagnostic principal de 309 000 séjours en services hospitaliers de court séjour en 2008 (2 % de l'ensemble des séjours). L'augmentation de 0,6 % en moyenne chaque année de ce nombre de séjours depuis 1998 résulte de l'accroissement et du vieillissement de la population puisque, sur la même période, le taux standardisé d'hospitalisation a diminué en moyenne de 1% par an [1]. En 2007, 96 700 admissions en affection de longue durée pour maladie coronaire (ALD 13) ont été prononcées dans la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie, ce qui représente 7 % du nombre total d'admissions [2]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour maladie coronaire atteint, en France, 871 000 en 2009 et 906 000 en 2010 [3, 4].

Les cardiopathies ischémiques ont provoqué 37 100 décès en 2009, soit 7 % du nombre total des décès. Entre 1991 et 2007, la mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué en moyenne de 4 % par an dans l'ensemble de la population comme chez les moins de 65 ans [5]. Au sein des pays de l'Union européenne, la France présente les plus faibles taux de mortalité tous âges et de mortalité prématurée [6].

Les trois registres de cardiopathies ischémiques (Bas-Rhin, Haute-Garonne, Lille) apportent des informations précises sur la morbi-mortalité coronaire. Selon les derniers résultats publiés, qui portent sur les années 1997-2002, le taux annuel moyen d'évènements coronaires entre 35 et 64 ans est 5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le gradient décroissant de morbi-mortalité Nord-Sud observé entre les trois registres s'est réduit par rapport aux années 1985-1994, mais reste marqué. Entre ces deux périodes, la mortalité coronaire globale a continué à décroître sur les trois sites pour les hommes, et s'est stabilisée pour les femmes. La létalité à 28 jours des personnes hospitalisées pour épisodes coronaires aigus a baissé de 4 % par an sur la période 1997-2002, mais reste très différente selon les sites. Enfin, la forte létalité des femmes de 35 à 44 ans interroge sur les conditions de diagnostic et de prise en charge des cardiopathies ischémiques dans ce groupe de population [7]. Les tendances récentes montrent une stabilisation de l'incidence en Haute-Garonne pour les hommes comme pour les femmes, alors qu'elle poursuit son recul sur les deux autres sites.

Des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières décennies dans la prise en charge des malades. C'est notamment le cas en phase aigue, avec la diffusion des traitements de reperfusion des artères coronaires, médicamenteux (thrombolyse) et mécanique (angioplastie). La prévention secondaire s'est également développée, avec la réadaptation et les programmes d'éducation thérapeutique des patients coronariens [8, 9]. Ces progrès ont permis une amélioration significative du pronostic vital et fonctionnel des patients, et ont contribué à la réduction du nombre de récidives. L'enjeu actuel réside dans la sensibilisation du public à l'identification des signes évocateurs de syndrome coronaire aigu et à l'alerte directe du Samu en appelant le 15, afin d'améliorer l'accès aux traitements de désobstruction [10]. L'implantation de défibrillateurs automatisés externes en de nombreux points du territoire, et la possibilité de leur usage par des non-médecins vise à réduire le nombre de morts subites cardiaques, qui chez l'adulte, sont d'origine coronaire dans plus de la moitié des cas [11-14].

La prévention primaire des cardiopathies ischémiques n'en demeure pas moins essentielle, avec comme cibles prioritaires le tabagisme actif ou passif, la nutrition et la sédentarité et, de façon liée, le surpoids dont la prévalence est en augmentation. Enfin, le dépistage et le contrôle de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies et du diabète, facteurs de risque associés entre eux et souvent liés aux facteurs nutritionnels, restent insuffisants ou insuffisamment efficaces et doivent être améliorés [15, 16].

(Contexte mis à jour par : ORS Pays de la Loire)

SITUATION A LA REUNION

- Près de 800 Réunionnais ont été nouvellement admis en Affection de Longue Durée (ALD 13) pour maladie coronaire (cardiopathies ischémiques) en moyenne chaque année sur la période 2007-2009.
- Sur la période 2007-2009, pour 7 admissions sur 10, il s'agit d'hommes et 61% des admissions concernent des Réunionnais de moins de 65 ans.
- Les admissions en ALD pour maladie coronaire surviennent de manière plus précoce chez les hommes : 69% des admissions avant 65 ans pour les hommes contre 43% pour les femmes.
- Pour le seul régime général, le nombre total de Réunionnais en ALD pour maladie coronaire atteint près de 5 800 en 2010 [4].
- Dans notre région, plus de 310 décès sont directement liés aux cardiopathies ischémiques en moyenne chaque année sur la période 2007-2009.
- Près d'un tiers des décès par cardiopathies ischémiques est prématuré (survenant avant 65 ans) : ces décès prématurés sont plus fréquents chez les hommes que les femmes (39% contre 19%).
- Le taux standardisé de mortalité par cardiopathies ischémiques suit de nouveau une tendance à la baisse (soit -15% entre les périodes 2002-2004 et 2007-2009).
- La mortalité masculine est près de 2 fois supérieure à celle des femmes. Et le différentiel hommes/femmes s'accentue pour la mortalité prématurée.
- On observe également une surmortalité régionale par cardiopathies ischémiques. Le taux standardisé de mortalité est de 74 décès pour 100 000 habitants à La Réunion contre une moyenne métropolitaine de 54 pour 100 000 habitants sur la période 2007-2009.
- L'écart Réunion/métropole augmente en particulier pour les femmes et les moins de 65 ans.

Nombre d'admissions en Affections de Longue Durée (ALD) pour maladies coronaires (ALD 13) à La Réunion, selon le sexe et l'âge sur la période 2007-2009

	2007	2008	2009	Moyenne 2007-2009	Evol.(%) 2007-2009
Hommes	563	573	555	564	➔ (-1%)
Femmes	246	220	218	228	↘ (-11%)
Total	809	793	773	792	↘ (-4%)
Part des femmes (%)	*30%*	*28%*	*28%*	*29%*	↘
Part des moins de 65 ans	*60%*	*63%*	*62%*	*61%*	↗
Part dans total ALD (%)	*6%*	*6%*	*6%*	*6%*	➔

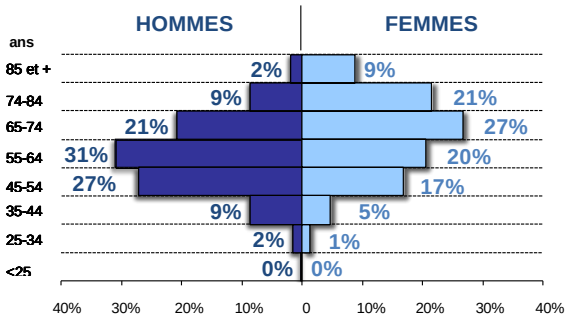
Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS Exploitation ORS

Nombre de décès par cardiopathies ischémiques à La Réunion, selon le sexe et l'âge sur la période 2007-2009

	2007	2008	2009	Moyenne 2007-2009	Evol. (%) 2007-2009
Hommes	170	177	188	178	↗ (+8%)
Femmes	138	141	122	134	↘ (-11%)
Total	308	318	310	314	➔ (-1%)
Part des femmes (%)	*45%*	*44%*	*40%*	*43%*	↘
Part des moins de 65 ans	*30%*	*30%*	*33%*	*31%*	↗
Part dans total décès (%)	*8%*	*8%*	*8%*	*8%*	➔

Sources : INSERM Cépidc, FNORS Exploitation ORS

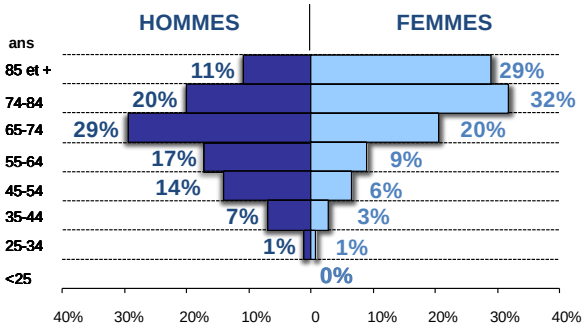
Répartition des admissions en Affections de Longue Durée pour maladies coronaires (ALD 13) à La Réunion, selon l'âge et le sexe (moyenne 2007-2009)



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS Exploitation ORS

Guide de lecture : 31% des hommes admis en ALD 13 pour maladies coronaires ont entre 55 et 64 ans, contre 20% des femmes.

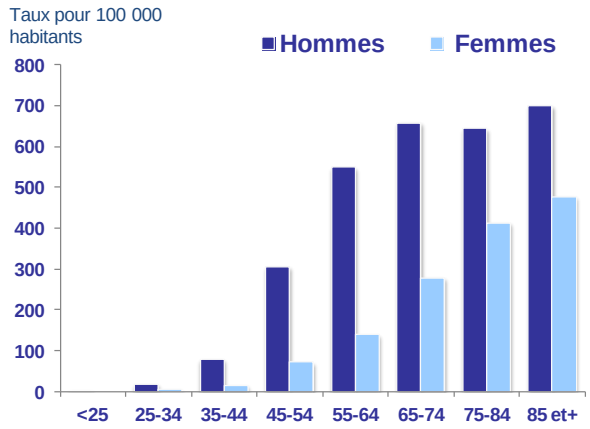
Répartition des décès par cardiopathies ischémiques à La Réunion, selon l'âge et le sexe (moyenne 2007-2009)



Sources : INSERM Cépidc, FNORS Exploitation ORS

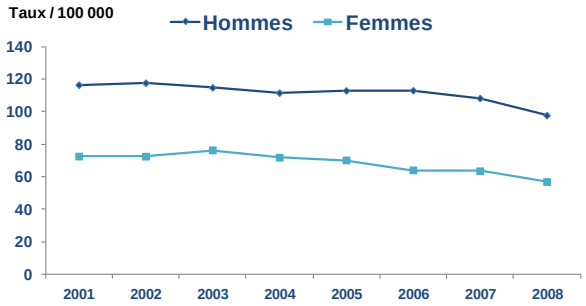
Guide de lecture : 29% des décès par cardiopathies ischémiques chez les hommes surviennent entre 65 et 74 ans, contre 20% des décès chez les femmes.

Taux brut d'admission en ALD pour maladies coronaires selon le sexe et l'âge, La Réunion, moyenne 2007-2009 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS Exploitation ORS

Taux standardisé de décès par cardiopathies ischémiques à La Réunion, selon le sexe sur la période 2001-2008*



Sources : INSERM Cépidc, FNORS, INSEE Exploitation ORS

* Taux moyens calculés sur une période de 3 ans, l'année figurant sur la graphique est l'année centrale de la période triennale

Taux standardisé (pour 100 000 habitants) d'admission en ALD 13 pour maladies coronaires à La Réunion et en métropole, selon le sexe (moyenne 2007-2009*)

	Réunion	Métropole	Ratio Réunion/Métropole
Hommes	*221*	*235*	*0,9*
Femmes	*85*	*79*	*1,1*
Ensemble	*148*	*151*	*1,0*

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE, FNORS Exploitation ORS

* Moyenne sur la période triennale

Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de décès par cardiopathies ischémiques à La Réunion et en métropole, selon le sexe (moyenne 2007-2009*)

	Réunion	Métropole	Ratio Réunion/Métropole
Hommes	*98*	*83*	*1,2*
Femmes	*57*	*34*	*1,7*
Ensemble	*74*	*54*	*1,4*

Sources : INSERM Cépidc, INSEE, FNORS Exploitation ORS

* Moyenne sur la période triennale

Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de décès prématurés* par cardiopathies ischémiques à La Réunion et en métropole, selon le sexe (moyenne 2007-2009**)

	Réunion	Métropole	Radio Réunion/Métropole
Hommes	*25*	*16*	*1,6*
Femmes	*8*	*3*	*2,7*
Ensemble	*16*	*9*	*1,8*

Sources : INSERM Cépidc, INSEE, FNORS Exploitation FNORS

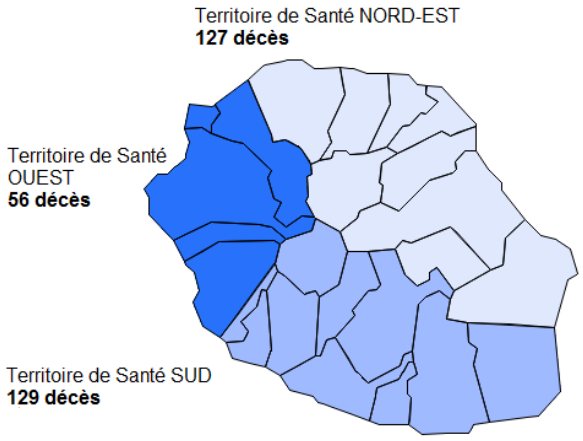
* Avant 65 ans

** Moyenne sur la période triennale

Mortalité et territoires de santé

- Sur la période 2007-2009, le taux standardisé de mortalité par cardiopathies ischémiques est plus élevé dans les territoires de santé Nord-Est et Sud, avec près de 80 décès pour 100 000 habitants, en moyenne chaque année. Mais c'est dans le bassin Est de l'île que le taux est le plus élevé avec 93 décès pour 100 000 habitants.
- Le territoire de santé Ouest présente le taux standardisé de mortalité le plus faible. Dans ce territoire de santé, le ratio standardisé de mortalité (RSM) significativement inférieur à 1 indique une sous-mortalité régionale par cardiopathies ischémiques (p<0,05).

Effectifs de décès par cardiopathies ischémiques par territoire de santé à La Réunion sur la période 2007-2009*



Sources : INSERM Cépidc, FNORS Exploitation ORS
* effectifs annuels moyens sur la période

Ratio standardisé de mortalité (RSM) et taux standardisé* annuel moyen de mortalité par cardiopathies ischémiques selon le territoire de santé, La Réunion, 2007-2009

Territoire de Santé	RSM**	Taux standardisé pour 100 000
Nord-Est	1,08	79,9
Dont bassin Est	*1,28***	*92,9*
Sud	1,07	79,1
Ouest	0,75***	58,4

Sources : INSERM Cépidc, INSEE, FNORS Exploitation ORS

* Taux calculés sur les effectifs moyens sur la période 2007-2009 avec standardisation sur la population française au recensement 2006.

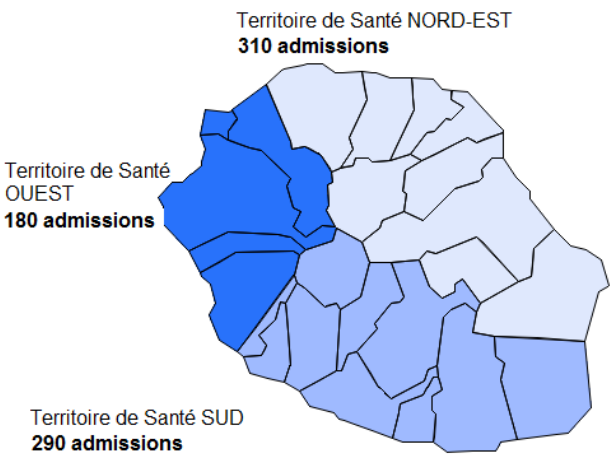
** Note de lecture : Le RSM Réunion étant égal à 1, un RSM supérieur à 1 signifie une mortalité supérieure à la moyenne régionale et un RSM inférieur à 1 une mortalité inférieure à cette moyenne.

*** Test significatif (p<0,05)

Affections de Longue Durée et territoires de santé

- Sur la période 2007-2009, le taux standardisé d'admission en ALD est plus élevé dans les territoires de santé Nord-Est et Sud, avec 150 admissions pour 100 000 habitants, en moyenne chaque année.
- A l'inverse, le territoire de santé Ouest présente le taux d'admission le plus faible, avec 138 admissions pour 100 000 habitants sur la période 2007-2009.

Nombre d'admissions en Affection de Longue Durée pour maladies coronaires (ALD 13) par territoire de santé à La Réunion sur la période 2007-2009*



Sources : CNAMTS, RSI, MSA, FNORS Exploitation ORS
* effectifs annuels moyens sur la période
Note de lecture : la somme des effectifs par territoire de Santé peut ne pas correspondre au nombre total moyen sur la période en raison des données manquantes par commune.

Ratio standardisé d'admission en ALD et taux standardisé* annuel moyen d'admission en ALD pour maladies coronaires selon le territoire de santé, La Réunion, 2007-2009

Territoire de Santé	Ratio standardisé**	Taux standardisé pour 100 000
Nord-Est	1,03	149,6
Dont bassin Est	*0,95*	*133,1*
Sud	0,98	149,8
Ouest	0,93	137,5

Sources : CNAMTS, RSI, MSA, FNORS Exploitation ORS

* Taux calculés sur les effectifs moyens sur la période 2007-2009 avec standardisation sur la population française au recensement 2006.

** Le Ratio standardisé Réunion étant égal à 1, un ratio supérieur à 1 signifie une sur-admission en ALD par rapport à la moyenne régionale et un ratio inférieur à 1 une sous-admission en ALD par rapport à cette moyenne.

Définitions

Affection de Longue Durée, ALD : Il s'agit des affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé.

Cardiopathies ischémiques : Terme générique regroupant tous les troubles et maladies cardiaques consécutifs à un arrêt ou à une réduction de l'irrigation sanguine du cœur, quel qu'en soit le mécanisme, mais généralement liés à l'athérosclérose coronarienne. Les cardiopathies ischémiques sont également connues sous les noms suivants « maladies coronaires » ou maladies « coronariennes ». Les cardiopathies ischémiques correspondent :

- aux codes CIM 10 I20-I25
- au groupe ALD 13. **Pour les ALD, le terme utilisé est « maladie coronaire ».**

Incidence : nombre de nouveaux cas sur une période donnée.

Mortalité prématurée : ensemble des décès qui surviennent avant l'âge de 65 ans.

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Ratio Standardisé de Mortalité (RSM) ou Indice Comparatif de Mortalité (ICM) : Cet indice permet de comparer, globalement ou pour une cause médicale de décès donnée (ici les cardiopathies ischémiques), la mortalité dans la région ou dans un département (ici le territoire de santé ou le bassin), à la moyenne nationale (ici la moyenne régionale). Il s'agit du rapport du nombre de décès observé dans chaque territoire de santé (ou bassin) sur le 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 Réunion. Le RSM Réunion étant égal à 1, un RSM de 1,07 signifie une mortalité supérieure de 7% à la moyenne régionale et un RSM de 0,75 une sous-mortalité de 25% par rapport à cette moyenne.
Même définition pour le ratio standardisé d'admission en ALD.

Taux comparatif ou taux standardisé (sur l'âge) : taux que l'on observerait dans la région (commune, territoire de santé, …) si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France entière au RP2006). Un taux standardisé permet de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.

Territoires de Santé (TS) : La Réunion est découpée en 3 territoires de santé :

- Territoire de santé Nord-Est comprenant le bassin Nord (Saint-Denis, Sainte-Marie) et le bassin Est (Sainte-Suzanne, Saint-Benoît, Saint-André, Bras-Panon, Plaine des Palmistes, Sainte-Rose, Salazie),
- Territoire de santé Ouest : Le Port, La Possession, Saint-Leu, Saint-Paul, Trois-Bassins,
- Territoire de santé Sud : Saint-Pierre, Les Avirons, L'Entre-Deux, L'Etang-Salé, Petite-Ile, Saint-Joseph, Saint-Louis, Saint-Philippe, Cilaos, Le Tampon.

Repères bibliographiques et sources

[1] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 1998-2008, exploitation Drees.

[2] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2007, exploitation Fnors.

[3] Païta M, Weill A. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. Points de repère. Cnamts. n° 27. 12 p.

[4] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. www.ameli.fr

[5] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2009.

[6] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. http://epp.eurostat.ec.europa.eu

[7] InVS. (2006). Numéro thématique : Surveillance de la pathologie coronaire en France : l'après Monica. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. n° 8-9. 61-68.

[8] Monpère C, Sellier P, Meurin P et al. (2002). Recommandations de la Société française de cardiologie concernant la pratique de la réadaptation cardiovasculaire chez l'adulte. Version 2. Archives des maladies du cœur et des vaisseaux. tome 95, n° 10. 963-997.

[9] Denolle T, Dib M, Revault d'Allonnes F. (2008). La réadaptation post-infarctus et l'éducation thérapeutique. Actualité et dossier en santé publique. HCSP. n° 63. 68-71.

[10] HAS. (2007). Prise en charge de l'infarctus du myocarde à la phase aiguë en dehors des services de cardiologie. Conférence de consensus. 23 novembre 2006, Paris. Texte des recommandations. 45 p.

[11] Instruction n° 09-033 du 26 février 2009 du Ministère de la santé et des sports sur la mise en place de défibrillateurs automatisés externes.

[12] Décret n° 2007-705 du 4 mai 2007 relatif à l'utilisation des défibrillateurs automatisés externes par des personnes non médecins et modifiant le code de la santé publique.

[13] Arrêté du 16 juillet 2010 relatif à l'initiation du grand public à la prise en charge de l'arrêt cardiaque et à l'utilisation de défibrillateurs automatisés externes.

[14] Ahmad M, Afzal S, Malik IA et al. (2005). An autopsie study of sudden cardiac death. Journal of the pakistan medical association. vol. 55, n° 4. 149-152.

[15] InVS. (2007). Etude nationale nutrition santé ENNS 2006 : situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectifs et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). Premiers résultats. 74 p.

[16] Wagner A, Arveiler D, Ruidavets JB et al. (2008). Etat des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude Mona Lisa. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 49-50. 483-486.

Nous tenons à remercier l'ensemble de nos fournisseurs de données : CCMSA, CNAMTS, FNORS, INSEE, INSERM CepiDC, RSI. Pour toute utilisation des données et indicateurs de ce document, merci d'indiquer les sources de données telles qu'elles figurent pour chaque illustration (graphique ou tableau).

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

Directrice de la publication
Dr Irène STOJCIC
Responsable de rédaction
Dr Emmanuelle RACHOU
Auteure
Monique RICQUEBOURG

Observatoire Régional de La Santé
12, rue Colbert – 97400 Saint-Denis
Tél : 02.62.94.38.13 / Fax : 02.62.94.38.14
Site : http://www.ors-reunion.org / Courriel : orsrun@orsrun.net
Centre de documentation : documentation@orsrun.net

Financement ARS OI

ars Agence de Santé Océan Indien