Tableau de bord

Les maladies vasculaires cérébrales *à La Réunion*

CONTEXTE NATIONAL

Les maladies vasculaires cérébrales regroupent l'ensemble des maladies qui provoquent une altération de la circulation cérébrale. Elles se manifestent le plus souvent subitement, sous forme d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Entre 80 et 90% des AVC sont de nature ischémique, résultant de l'obstruction ou du rétrécissement d'un vaisseau, les autres sont liés à une hémorragie. La souffrance cérébrale va se traduire par un déficit neurologique en fonction de la zone atteinte. Il peut s'agir de déficiences motrices, sensitives, sensorielles, de troubles cognitifs... Les suites de l'AVC sont souvent graves, avec une forte létalité initiale, une proportion importante de survivants gardant des séquelles, parfois très invalidantes. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont des AVC d'origine ischémique caractérisés par une régression précoce et complète des déficits neurologiques, et l'absence d'image d'atteinte cérébrale.

Le nombre de nouveaux cas d'AVC survenant chaque année en France n'est pas connu avec précision. Selon le registre des AVC de Dijon, les taux d'incidence de ces nouveaux accidents, standardisés sur la population européenne pour 100 000 habitants, est de 124 chez les hommes et 80 chez les femmes entre 2000 et 2004 [1]. L'âge moyen de survenue dépasse 71 ans chez les hommes et 76 ans chez les femmes pour la période 1985-2004 [2]. Mais près de 30% des cas incidents surviennent chez des personnes de moins de 65 ans [3]. Entre 1985 et 2004, le taux d'incidence global des AVC est resté stable, l'âge moyen de survenue d'un premier AVC a augmenté de plus de 5 ans et le taux de mortalité à 1 mois a diminué [1, 2].

Les maladies vasculaires cérébrales ont provoqué 33 200 décès en 2008, soit 6% du total des décès et 22% des décès cardiovasculaires [4], avec d'importantes disparités entre les régions françaises [4, 5]. Entre 1991 et 2007, le taux de mortalité cérébrovasculaire a été divisé par deux.

En 2007, 41 800 admissions en affection de longue durée (ALD) pour accident vasculaire cérébral invalidant (ALD 1) ont été prononcées pour la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie, ce qui représente 3% de l'ensemble des admissions [6]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD 1 est estimé, en France, à 244 000 en 2008 et 265 000 en 2009 [7, 8].

L'AVC est une urgence qui doit être prise en charge au sein d'une filière de soins organisée, afin d'assurer un traitement global du patient, en phase précoce, comme à moyen et à long terme. Environ 133 000 hospitalisations en court séjour avec une maladie vasculaire cérébrale pour diagnostic principal ont été dénombrées en 2008. Ce nombre, qui ne prend pas en compte les AIT mais qui inclut les premiers AVC et les récidives, a augmenté de 1% en moyenne chaque année entre 1998 et 2008 [9]. Cette progression résulte de la croissance et du vieillissement de la population, puisque sur la même période le taux standardisé d'hospitalisation a diminué de 1% en moyenne par an [9].

Au cours des années récentes, l'usage de la thrombolyse dans les AVC d'origine ischémique et le développement d'unités neurovasculaires (UNV) ont transformé la prise en charge précoce des AVC [10]. Toutefois, alors que l'hospitalisation en UNV améliore le pronostic vital et fonctionnel, seuls 20% des patients victimes d'AVC étaient accueillis dans les 78 UNV existantes en mars 2009, avec d'importantes disparités entre régions [11, 12]. Le développement des UNV et la structuration de filières de prise en charge coordonnées avec les UNV, mais aussi l'information du grand public sur les signes d'alerte font partie des mesures du plan "accidents vasculaires cérébraux 2010-2014" [13, 14].

La rééducation, à domicile ou en service de soins de suite et de réadaptation (SSR), constitue une étape essentielle de la prise en charge des AVC. En 2007, près de 31% des patients hospitalisés en court séjour pour AVC ont bénéficié d'une hospitalisation en SSR [15].

Le principal facteur de risque d'AVC est l'hypertension artérielle. Le diabète, les dyslipidémies, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, ainsi que la contraception orale ou le traitement hormonal substitutif chez les femmes favorisent également la survenue d'AVC. La prise en compte de ces facteurs de risque est donc essentielle, en prévention primaire mais aussi pour lutter contre les récidives dont le taux varie de 6 à 12% par an selon les études [16, 17]. La prévention primaire n'en demeure pas moins essentielle, avec comme cibles prioritaires le tabagisme (actif/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, sont insuffisants ou insuffisamment efficaces et doivent être améliorés [15, 16]. *(Contexte mis à jour par : ORS Pays de la Loire)*

SITUATION A LA REUNION

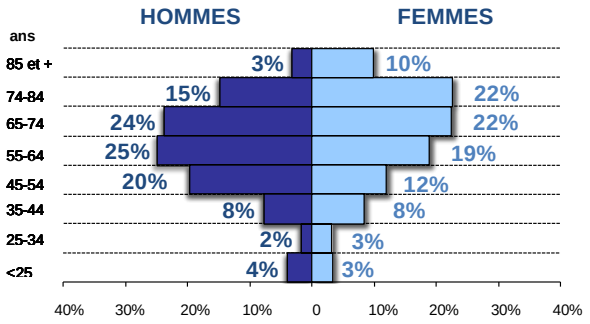
- Près de 600 Réunionnais ont été nouvellement admis en Affection de Longue Durée (ALD) pour accident vasculaire invalidant (ALD 1) en moyenne chaque année sur la période 2007-2009.
- Sur la période 2007-2009, près de 6 admissions sur 10 concernent des hommes et la moitié des admissions surviennent avant 65 ans.
- Les admissions en ALD pour accident vasculaire invalidant surviennent de manière plus précoce chez les hommes : 58% des admissions avant 65 ans pour les hommes contre 45% pour les femmes.
- Le taux standardisé régional d'admission en ALD 1 pour AVC invalidant est près de 2 fois supérieur au taux national.
- Pour le seul régime général, le nombre total de Réunionnais en ALD pour accident vasculaire cérébral atteint près de 3 800 en 2010.
- Dans notre région, près de 330 décès ont pour cause principale les maladies vasculaires cérébrales en moyenne chaque année sur la période 2007-2009 [8].
- Près de 20% des décès par maladies cérébrovasculaires sont prématurés (survenant avant 65 ans) : ces décès prématurés sont plus fréquents chez les hommes (25% contre 12%).
- Le taux standardisé de mortalité par maladies vasculaires cérébrales poursuit sa nette baisse (-31% depuis les années 2000 et -64% en 2 décennies).
- La mortalité masculine est près de 1,6 fois supérieure à celle des femmes. Et le différentiel hommes/femmes s'accentue pour la mortalité prématurée.
- On observe également une surmortalité régionale par AVC. Le taux standardisé de mortalité régional est près de 2 fois supérieur à la moyenne métropolitaine.
- L'écart Réunion/métropole augmente en particulier pour les hommes et les moins de 65 ans.

Nombre d'admissions en Affections de Longue Durée (ALD) pour accident vasculaire invalidant (ALD 1) à La Réunion, selon le sexe et l'âge sur la période 2007-2009

	2007	2008	2009	Moyenne 2007-2009	Evol.(%) 2007-2009
Hommes	307	306	334	316	↗ (+9%)
Femmes	224	256	277	252	↗ (+24%)
Total	531	562	611	568	↗ (+15%)
Part des femmes (%)	*42%*	*46%*	*45%*	*44%*	↗
Part des moins de 65 ans	*53%*	*50%*	*55%*	*53%*	↗
Part dans total ALD (%)	*4%*	*4%*	*5%*	*4%*	→

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS Exploitation ORS

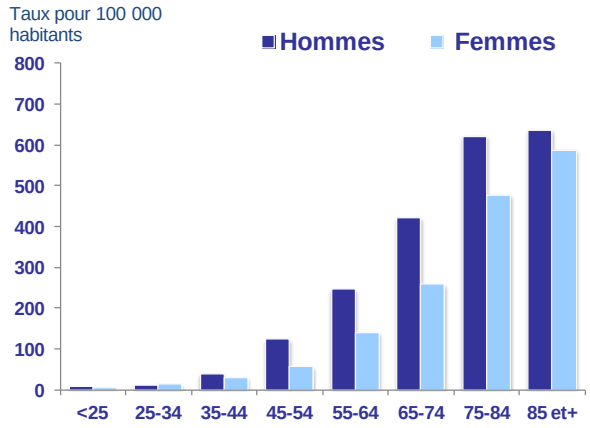
Répartition des admissions en Affections de Longue Durée pour accident vasculaire invalidant (ALD 1) à La Réunion, selon l'âge et le sexe (moyenne 2007-2009)



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS Exploitation ORS

Guide de lecture : 25% des hommes admis en ALD 1 pour accident vasculaire invalidant ont entre 55 et 64 ans, contre 19% des femmes.

Taux brut d'admission en ALD pour accident vasculaire invalidant 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 (pour 100 000 habitants) d'admission en ALD 1 pour accident vasculaire invalidant à La Réunion et en métropole, selon le sexe (moyenne 2007-2009*)

	Réunion	Métropole	Ratio Réunion/Métropole
Hommes	*139*	*82*	*1,7*
Femmes	*92*	*56*	*1,6*
Ensemble	*113*	*68*	*1,7*

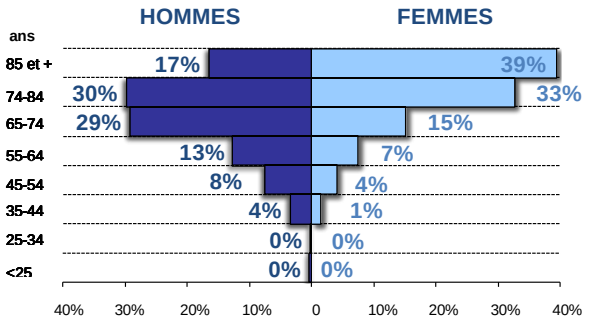
Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, INSEE, FNORS Exploitation ORS
* Moyenne sur la période triennale

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

	2007	2008	2009	Moyenne 2007-2009	Evol. (%) 2007-2009
Hommes	178	151	185	171	↗ (+4%)
Femmes	145	142	183	157	↗ (+26%)
Total	323	293	368	328	↗ (+14%)
Part des femmes (%)	*45%*	*48%*	*50%*	*48%*	↗
Part des moins de 65 ans	*18%*	*21%*	*18%*	*19%*	→
Part dans total décès (%)	*8%*	*7%*	*9%*	*8%*	→

Sources : INSERM Cépidc, FNORS Exploitation ORS

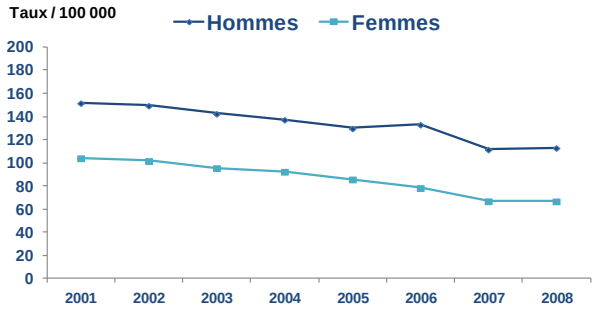
Répartition des décès par maladies cérébrovasculaires à La Réunion, selon l'âge et le sexe (moyenne 2007-2009)



Sources : INSERM Cépidc, FNORS Exploitation ORS

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

Taux standardisé de décès par maladies cérébrovasculaires à La Réunion, selon le sexe sur la période 2000-2009*



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) de décès par maladies cérébrovasculaires à La Réunion et en métropole, selon le sexe (moyenne 2007-2009*)

	Réunion	Métropole	Ratio Réunion/Métropole
Hommes	*113*	*54*	*2,1*
Femmes	*67*	*40*	*1,7*
Ensemble	*85*	*46*	*2,0*

Sources : INSERM Cépidc, INSEE, FNORS Exploitation ORS
* Moyenne sur la période triennale

Taux standardisé (pour 100 000 habitants) de décès prématurés (avant 65 ans) par maladies cérébrovasculaires à La Réunion et en métropole (moyenne 2007-2009*)

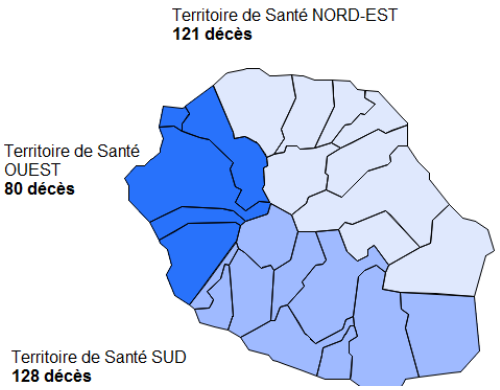
	Réunion	Métropole	Ratio Réunion/Métropole
Hommes	*15*	*7*	*2,1*
Femmes	*7*	*4*	*1,8*
Ensemble	*11*	*5*	*2,2*

Sources : INSERM Cépidc, INSEE, FNORS Exploitation FNORS
* Moyenne sur la période triennale

Mortalité et territoires de santé

- Sur la période 2007-2009, le taux standardisé de mortalité par maladies cérébrovasculaires varie entre 86 et 92 décès pour 100 000 habitants selon les territoires de santé, sans différence significative par rapport à la moyenne régionale.

Effectifs annuels moyens de décès par maladies vasculaires cérébrales 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 maladies vasculaires cérébrales selon le territoire de santé, La Réunion, 2007-2009

Territoire de Santé	RSM**	Taux standardisé pour 100 000
Nord-Est	0,98	85,1
Dont bassin Est	*1,08*	*92,4*
Sud	1,00	90,0
Ouest	1,03	86,4

Sources : INSERM Cépidc, INSEE, FNORS Exploitation ORS

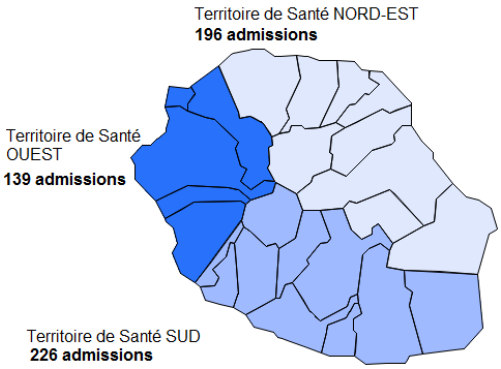
* Taux calculés sur les effectifs moyens sur la période 2007-2009 avec standardisation sur la population française au recensement 2006.

** 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.

Affections de Longue Durée et territoires de santé

- Sur la période 2007-2009, le taux standardisé d'admission en ALD 1 pour AVC invalidant est plus élevé dans le territoire de santé Sud, avec 120 admissions pour 100 000 habitants, en moyenne chaque année.
- C'est le territoire de santé Nord-Est qui présente le taux standardisé d'admission en ALD le plus faible : 102 admissions pour 100 000 habitants. Ce territoire se caractérise ainsi par une sous-admission en ALD 1 pour AVC par rapport à l'ensemble régional (p<0,05).

Nombre annuel moyen d'admissions en Affection de Longue Durée pour AVC invalidant (ALD 1) 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 1 et taux standardisé* annuel moyen d'admission en ALD1 pour AVC invalidant selon le territoire de santé, La Réunion, 2007-2009

Territoire de Santé	Ratio standardisé**	Taux standardisé pour 100 000
Nord-Est	0,91***	102,0
Dont bassin Est	*1,08*	*117,9*
Sud	1,05	120,3
Ouest	1,01	115,9

Sources : CNAMTS, RSI, MSA, INSEE, 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.

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

Recours aux urgences pour Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)

Les AVC représentent la première cause de handicap moteur de l'adulte, la deuxième cause de démence, la troisième cause de mortalité et l'une des causes d'hospitalisation en urgence qui mobilisent le plus de ressources.
A La Réunion, les données d'activités des 4 services hospitaliers des urgences montrent que les AVC (code CIM 10 I60-I64) constituent un motif cardiovasculaire fréquent de recours aux urgences.

En 2011, 1 145 passages aux urgences avaient pour diagnostic principal un AVC (+20% par rapport à 2010) :

- 53% des passages concernaient des hommes
- 46% des patients avaient moins de 65 ans.
- 42% des passages étaient liés à un infarctus cérébral.

Sources : Réseau OSCOUR® : services des urgences du CHR, CHGM et GHER / Cire OI , Exploitation ORS

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.

Maladies vasculaires cérébrales (ou cérébrovasculaires) : Les maladies cardiovasculaires regroupent l'ensemble des maladies du cœur et des vaisseaux sanguins. Elles concernent le muscle cardiaque, les artères, les valves, les vaisseaux cérébraux et les vaisseaux des membres inférieurs et de l'aorte. Les maladies vasculaires cérébrales correspondent aux codes CIM 10 I60-I69.
Les accidents vasculaires cérébraux (manifestation la plus fréquente de ces maladies vasculaires cérébrales) invalidants correspondent au groupe ALD 1.

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 maladies vasculaires cérébrales), 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] Benatru I, Rouaud O, Durier J et al. (2006). Stable stroke incidence rates but improvised case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004. Stroke. vol. 37, n° 7. 1674-1679.

[2] Béjot Y, Durier J, Binquet C et al. (2007). Evolution des taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux à Dijon, France, 1985-2004. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 17. 140-142.

[3] The european Registers of stroke (EROS) Investigators. (2009). Incidence of stroke in Europe at the beginning of the 21st century. Stroke. vol. 40, n° 3. 1557-1563.

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

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

[6] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2007-2009, exploitation Fnors.

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

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

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

[10] HAS. (2009). Accident vasculaire cérébral : prise en charge précoce (alerte, phase préhospitalière, phase hospitalière initiale, indications de la thrombolyse). Recommandations. 19 p.

[11] Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. (2009). Les chiffres clés de l'AVC. [page internet]. www.sante-sports.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-avc.html
[12] Woimant F, Hommel M. (2001). Recommandations pour la création d'Unités neuro-vasculaires. Revue neurologique. vol. 157, n° 11. 1447-1456.

[13] Ministère de la santé et des sports, Ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche. (2010). Plan d'actions national accidents vasculaires cérébraux 2010-2014. 77 p.

[14] Fery-Lemonnier E. (2009). La prévention et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux en France. Ministère de la santé et des sports. 162 p.

[15] De Peretti C. (2010). Hospitalisation en soins de suite et de réadaptation en France après un accident vasculaire cérébral survenu en 2007. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. InVS. n° 49-50. 501-506.

[16] Béjot Y, Touzé E, Jacquin A et al. (2009). Epidémiologie des accidents vasculaires cérébraux. Médecine sciences. vol. 25, n° 8-9. 727-732.

[17] HAS. (2008). Prévention vasculaire après un infarctus cérébral ou un accident ischémique transitoire. Recommandations. 16 p.

Nous tenons à remercier l'ensemble de nos fournisseurs de données : CCMSA, CHGM, CHR, Cire OI, CNAMTS, FNORS, GHER, 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

Financement ARS OI

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