Tableau de bord

Tableau de bord

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

Les maladies cardiovasculaires

à La Réunion

Décembre 2009

Introduction

Contexte

- La connaissance de l'état de santé de la population est une nécessité dans l'élaboration d'une politique de santé comme dans son évaluation et l'observation en représente aujourd'hui une dimension essentielle.
- Le tableau de bord régional présenté ici a été réalisé dans le cadre de la convention entre le GRSP et l'ORS Réunion concernant sa mission d'observation et de suivi du Plan Régional de Santé Publique de La Réunion (PRSP).
- Plusieurs objectifs du PRSP concernent directement ou indirectement les maladies cardiovasculaires, en terme notamment de réduction des facteurs de risques, de réduction de la prévalence des pathologies, d'amélioration de la qualité de vie, ...

Objectifs

- Ce tableau de bord a pour objectif général de faire un état des lieux sur les maladies cardiovasculaires, à La Réunion, à un moment donné, et à partir des données disponibles.
- L'objectif final est de guider les actions de prévention.

Méthodologie

- Ce travail repose sur la mise à jour d'indicateurs sur les maladies cardiovasculaires : morbidité, mortalité, déterminants et facteurs de risque, offre de soins et prises en charge, ...
- Les principales sources de données utilisées sont :
  - **les admissions en affection de longue durée (ALD) prononcées par les 3 principaux régimes d'assurance maladie (CNAMTS, CCMSA, RSI)**

  En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la sécurité sociale prévoit la suppression d'un ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de longue durée est établie par décret et comporte 30 affections ou groupes d'affections. L'information sur la maladie connue dans les fichiers médicaux ne reflète pas totalement la réalité pour cette pathologie. En effet, les personnes atteintes d'une maladie chroniques ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux. Les maladies cardiovasculaires regroupent les groupes ALD n°1, 3, 5, 12 et 13.

  - **les diagnostics principaux d'hospitalisation en établissements de soins de courte durée**

  Les données d'hospitalisation sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ces données permettent de dénombrer les maladies ou événements morbides « aigus » à l'origine d'un séjour hospitalier (indiqués comme motif principal). Elles concernent les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés. Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient : il s'agit de données domiciliées. Des séjours hospitaliers au cours d'une année peuvent concerner la même personne, tandis que tous les patients atteints d'une maladie chronique n'ont pas nécessairement recours à des soins hospitaliers chaque année.

  - **les statistiques de mortalité établies par l'INSERM CépiDC.**

  Les données sont issues de la base de données nationale sur les causes médicales de décès. Les statistiques annuellement élaborées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc) sont établies à partir des données recueillies sur le certificat médical rempli par le médecin ayant constaté le décès. Ce certificat comporte des données démographiques et une description du processus pathologique ayant conduit à la mort avec une cause initiale de décès notée sur la dernière ligne et définie comme étant la pathologie à l'origine du processus morbide ayant conduit au décès. L'analyse de ces données permet de suivre l'évolution des causes de décès, d'élaborer des indicateurs de mortalité contribuant à la définition des priorités de santé publique et d'évaluer l'impact des actions de santé. Les causes de mortalité sont codées selon la Classification internationale des maladies, 10ème révision, qui catégorise les maladies et définit les règles de sélection de la cause initiale de décès (code CIM 10).

  - **les effectifs de population de l'INSEE (pour les calculs de taux).**

  Les données sont issues des estimations régionales de la population. Les effectifs de population par sexe et tranche d'âge quinquennal sont estimés au 1er janvier de chaque année.

Définitions

- **ALD**, Affection Longue Durée : 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. La liste de ces affections ALD est établie par décret et comporte 30 affections ou groupes d'affections. Les maladies cardiovasculaires correspondent aux groupes ALD suivants :

  - Accident vasculaire cérébral invalidant *Groupe ALD n°1*
  - Arthériopathies chroniques avec manifestations ischémiques *Groupe ALD n°3*
  - Insuf. Cardiaque, tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves *Groupe ALD n°5*
  - Hypertension artérielle sévère *Groupe ALD n°12*
  - Maladie coronaire *Groupe ALD n°13*

- **Indice de surmortalité** : rapport entre deux taux de mortalité.

- **Maladies cardiovasculaires ou maladies de l'appareil circulatoire** : elles constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Elles regroupent les maladies du muscle cardiaque et des artères coronaires, les maladies cérébrovasculaires, les pathologies de l'aorte et les artériopathies périphériques. Elles peuvent également consister en malformations congénitales du coeur et de ses vaisseaux. Leurs principales manifestations sont l'hypertension ; les cardiopathies ischémiques (angine de poitrine, infarctus) ; les accidents vasculaires cérébraux ; et l'insuffisance cardiaque.

  Pour les données de mortalité et d'hospitalisation, les maladies cardiovasculaires correspondent aux codes CIM10 I00-I99. Les pathologies prises en compte sont :

  - cardiopathie ischémique *Code CIM 10 : I20-I25*
  - Insuffisance cardiaque *Code CIM 10 : I50*
  - Maladie cérébrovasculaire ou accident vasculaire cérébral *Code CIM 10 : I60-I69*
  - Maladie des veines, et des vaisseaux *Code CIM 10 : I80-I89*
  - Maladie des artères *Code CIM 10 : I70-79*
  - Trouble de la conduction et du rythme cardiaque *Code CIM 10 : I44, I45, I47, I48, I49*
  - Maladie hypertensive *Code CIM 10 : I10-I15*

  Les malformations cardiaques congénitales (code CIM 10 Q20-Q28) ne sont pas prises en compte dans ces données de mortalité et d'hospitalisation (à la différence des données ALD).

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

- **Mortalité évitable :** certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme « évitables », c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte-tenu des capacités de prises en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans. Les « décès évitables » peuvent se subdiviser en 2 sous-groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence : les décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire (décès évitables par une action sur les facteurs de risque individuels) et les décès évitables grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (décès évitables par des actions sur le système de soins).

- **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 RP90). 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.

Sommaire

Contexte national 4
Morbidité par maladies cardiovasculaires 5
Mortalité par maladies cardiovasculaire 10
Facteurs de risques et déterminants 13
Politiques régionales et stratégies de prévention 14
Offre de soins et de prise en charge 16
Adresses utiles 18
Références bibliographiques et sources 19
Synthèse 20

Contexte national [1]

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 dans le monde et sont également reconnues pour leur rôle dans la mortalité « prématurée » (avant 65 ans) chez les hommes.

En 2005, les affections cardiovasculaires ont provoqué près de 150 000 décès [2,3]. Les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires ont entraîné ensemble près de la moitié de ces décès. Ces décès surviennent majoritairement après 65 ans (9 cas sur 10) et concernent plus fréquemment des femmes (53%). Depuis 2004, ces pathologies constituent la 2ème cause de mortalité en France après les cancers (28% contre 30%), loin devant les autres causes de décès représentant chacune moins de 10% de la mortalité générale. Mais elles restent la première cause de décès chez les femmes et les plus de 65 ans.
La mortalité par maladies cardiovasculaires varie considérablement selon les pays et à l'échelle nationale selon les régions. Au sein de l'Europe, la France présente l'un des plus faibles taux de mortalité (146 décès pour 100 000 habitants en 2004 contre un taux moyen de 265/100 000 en Europe) [2].
Depuis les années quatre-vingt, la mortalité due à ces affections connaît une forte décroissance. Les taux de décès standardisés par âge sont passés de 444,9/100 000 en 1980 à 211,1 en 2005 (-53%). La baisse la plus nette a été constatée pour les maladies cérébrovasculaires (-68%). La très forte diminution des décès entre 1980 et 2005 est probablement liée à un meilleur contrôle des facteurs de risque permettant de prendre des mesures préventives, mais aussi à l'amélioration de la prise en charge et à une plus large application des modalités de traitement.

Les données de morbidité cardiovasculaire sont, en France, très parcellaires, mais différentes sources permettent néanmoins d'approcher l'ampleur de ce problème. D'une part, les données du PMSI comptabilisent pour l'année 2005 plus de 1,3 millions de séjours dans des unités de soins de courte durée en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique (MCO) pour maladie de l'appareil circulatoire (représentant 9% de l'ensemble des séjours) [2]. Ces affections représentent ainsi la 3ème cause d'hospitalisation. D'autre part, avec plus de 370 000 admissions en affection de longue durée (ALD) prononcées en 2007 par le régime général d'Assurance Maladie, les maladies cardiovasculaires constituent le 1er motif d'admission en ALD [4].
Plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux influencent l'incidence des pathologies cardiovasculaires, et y sont souvent associés, comme l'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 et 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. De nombreux décès par affections cardiovasculaires sont considérés comme prématurés car ils surviennent chez des personnes âgées de moins de 65 ans : près de 14 500 personnes de cette tranche d'âge sont ainsi décédées en France en 2005. 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. D'ailleurs, les effets des mesures préventives telles que la suppression du tabagisme et le contrôle de l'hypertension sur la baisse des maladies cardiovasculaires ont largement été démontrés par l'étude Monica menée dans différents pays [5-8].

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 peuvent laisser penser que la morbidité et la mortalité par insuffisance cardiaque vont 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 hausse des admissions hospitalières pour insuffisance cardiaque et d'une proportion élevée de réadmissions dans les 12 mois qui suivent la première admission.

Le plan national triennal de réduction des risques cardiovasculaires en 2002 avait défini une stratégie en 5 axes au niveau de la population : actions sur les facteurs de risque, promotion des recommandations de bonnes pratiques, éducation thérapeutique, organisation des soins et de la prise en charge et renforcement de la surveillance [9].
Une nouvelle stratégie « individuelle » vient renforcer la prévention cardiovasculaire, celle du dépistage et du traitement des sujets « à haut risque cardiovasculaire » ayant une probabilité 3 à 4 fois plus élevée que la normale d'accident cardiovasculaire [2]. L'instauration d'un traitement de réduction de risque intensif devrait permettre de lutter plus efficacement contre les accidents cardiovasculaires, notamment coronaires, qui frappent, souvent de façon brutale et imprévue, des sujets jusqu'alors indemnes de tout symptôme et maladie clinique cardiovasculaire.
La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique avait également fixé des objectifs concernant directement ou indirectement les maladies cardiovasculaires [10], en terme d'abaissement des facteurs de risque (tabagisme, diabète et complications, hypercholestérolémie, surpoids/obésité, …), de réduction de la fréquence et de la mortalité de ces maladies, mais aussi des complications fonctionnelles liées aux AVC.

Morbidité par maladies cardiovasculaires à La Réunion

► *Maladies cardiovasculaires : 1er motif d'admission en Affection de Longue Durée à La Réunion*

- Entre 2004 et 2006, plus de 4 100 Réunionnais ont été admis en ALD pour maladie cardiovasculaire chronique, ce qui correspond à un taux brut de 5,3 pour 1 000 habitants.
- Les maladies cardiovasculaires constituent le 1er motif d'admission en ALD (38%) devant le diabète (28%) et les cancers (13%).
- Le nombre d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires chroniques a doublé en 6 ans.
- Les admissions concernent plus fréquemment les femmes (52%) sur la période 2004-2006.

Nombre d'admissions en Affection de Longue Durée (ALD) pour maladies cardiovasculaires, La Réunion, 2000 à 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Moyenne 2004-2006	Evolution 2000-2006
Hommes	1 059	1 244	1 518	1 668	2 083	1 756	2 122	1 987	**100%**
Femmes	1 013	1 181	1 470	1 445	2 472	1 943	1 992	2 136	**97%**
Ensemble	**2 072**	**2 425**	**2 988**	**3 113**	**4 555**	**3 699**	**4 114**	**4 123**	**99%**

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, FNORS — Exploitation ORS Réunion

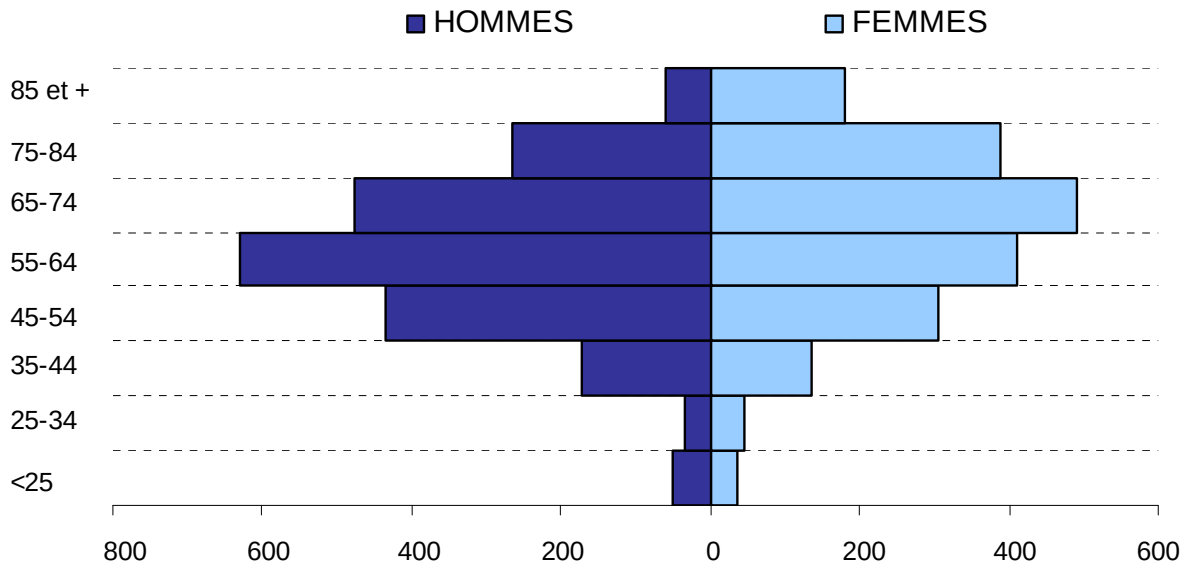
► *Des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires principalement entre 45 et 74 ans*

- En 2006, les nouvelles admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires chroniques étaient majoritairement prononcées pour des personnes âgées de 45 à 74 ans.

► *Des admissions plus précoces chez les hommes*

- Dans 62% des cas, les ALD sont prononcées avant l'âge de 65 ans chez les hommes. A l'inverse, les Réunionnaises sont admises en ALD majoritairement après l'âge de 65 ans (53%).

Nombre d'admissions en affection de longue durée (ALD) pour maladies cardiovasculaires selon le sexe et l'âge, La Réunion, 2006



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, FNORS — Exploitation ORS Réunion

Morbidité par maladies cardiovasculaires à La Réunion

► *Maladies hypertensives : principal motif d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires*

- En 2006, l'hypertension artérielle sévère a motivé plus de 2 200 nouvelles admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires (soit 53% des admissions).
- Les motifs d'admissions diffèrent selon le sexe : 65% des admissions féminines sont motivées par les maladies hypertensives, contre 42% pour les hommes. En contrepartie, les maladies coronaires (Infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois) représentent 21% des admissions chez les hommes contre 9% pour les femmes.

Nombre d'admissions en ALD pour maladie cardiovasculaire selon le motif principal et le sexe, La Réunion, 2006

Motif d'admission	Homme		Femme		Ensemble	
	Total	*dont< 65 ans*	Total	*dont < 65 ans*	Total	*dont < 65 ans*
Accident vasculaire cérébral invalidant	265	*175*	187	*82*	452	257
Arthériopathie chronique avec manifestation ischémique	208	*107*	103	*37*	311	144
Insuf. Cardiaque, Tr. du rythme, cardiopathie valvulaire, congénitale grave	283	*155*	*228*	*95*	511	250
Hypertension artérielle sévère	911	*566*	1 299	*640*	2 210	1206
Maladie coronaire*	455	*316*	175	*74*	630	390
Total	**2 122**	**1 319**	**1 992**	**928**	**4 114**	**2 247**

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, FNORS — Exploitation ORS Réunion

* appartient au groupe des cardiopathies ischémiques et représente les infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois.

Morbidité par maladies cardiovasculaires à La Réunion

► *Plus de 10 700 séjours hospitaliers liés aux pathologies cardiovasculaires en moyenne chaque année à La Réunion*

- Sur la période 2005-2007, les pathologies cardiovasculaires ont entraîné un nombre important d'hospitalisations sur l'île : 10 711 en moyenne chaque année, soit un taux brut régional de 13,7 séjours pour 1 000 Réunionnais.
- Ils représentent 5% de l'ensemble des séjours.

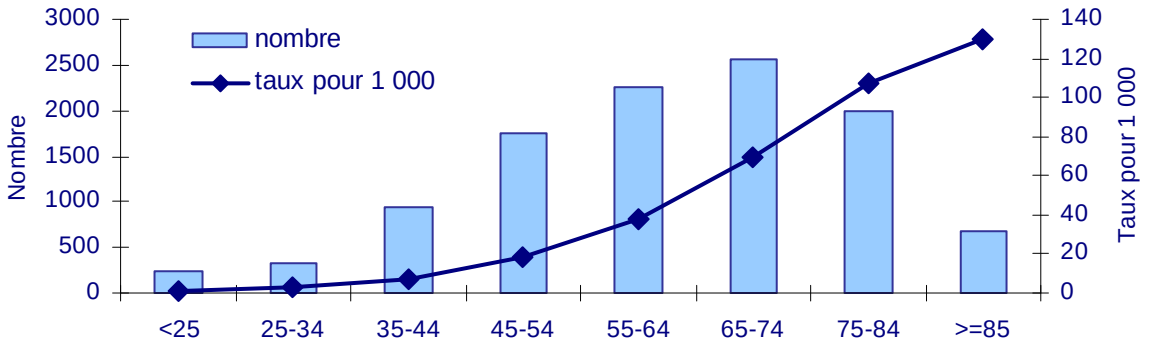
► *Des recours hospitaliers plus fréquents chez les hommes*

- Les séjours hospitaliers ayant pour diagnostic principal une pathologie cardiovasculaire concernent plus fréquemment les hommes (55%).

► *Des recours hospitaliers nettement plus fréquents avec l'âge*

- Les recours aux soins hospitaliers se concentrent dans la tranche d'âge allant de 45 à 84 ans (80% des hospitalisations).
- Le taux brut d'hospitalisation augmente considérablement avec l'âge : de 3 pour 1 000 habitants pour les moins de 45 ans, le taux passe à 70 chez les 65-74 ans et à 130 chez les plus de 85 ans.

Nombre et taux* brut d'hospitalisation pour maladies cardiovasculaires selon l'âge à La Réunion, 2005-2007**

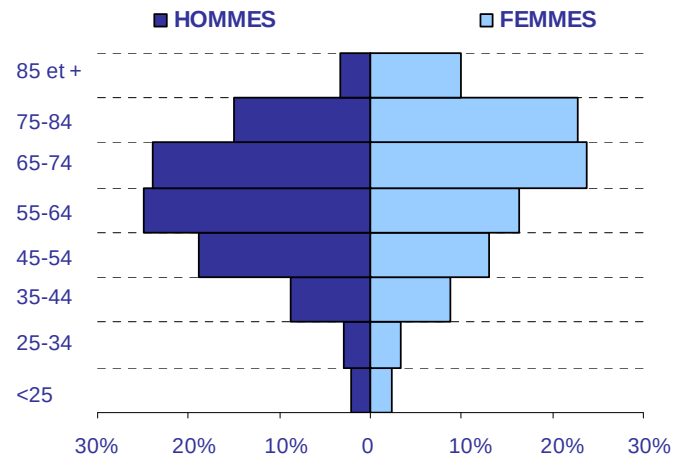


Sources : données PMSI (ATIH, FNORS), données INSEE — Exploitation ORS Réunion
* taux pour 1 000 habitants — ** Moyenne sur la période triennale 2005-2007

► *Des hospitalisations plus précoces chez les hommes*

- Les hospitalisations avant 65 ans sont plus fréquentes chez les hommes : 58% des hospitalisations masculines surviennent avant cet âge contre 44% pour les femmes.
- En particulier, 44% des séjours hospitaliers surviennent entre 45 et 64 ans chez les hommes contre seulement 29% chez les femmes.

Répartition des hospitalisations pour maladies cardiovasculaires selon le sexe et l'âge (en %), La Réunion, 2005-2007*



Sources : données PMSI (ATIH, FNORS), données INSEE — Exploitation ORS Réunion
* Moyenne sur la période triennale 2005-2007

Morbidité par maladies cardiovasculaires à La Réunion

► *Cardiopathies ischémiques et insuffisance cardiaque : un tiers des hospitalisations pour maladies cardiovasculaires*

- Les cardiopathies ischémiques et les insuffisances cardiaques représentent les 2 premiers motifs d'hospitalisation pour maladies cardiovasculaires (16% chacun), devant les maladies cérébrovasculaires (13%) et les maladies des veines et vaisseaux (varices des membres inférieurs notamment, 12%).
- Les diagnostics d'hospitalisation diffèrent selon les sexes : 18% des hospitalisations masculines sont motivées par des cardiopathies ischémiques ; chez les femmes, le premier motif d'hospitalisation est l'insuffisance cardiaque (20%).
- Avant 65 ans, ce sont les maladies des veines et des vaisseaux qui suscitent le maximum d'hospitalisations liées aux pathologies cardiovasculaires (20%).

Nombre de séjours hospitaliers pour maladies cardiovasculaires selon le sexe et la pathologie, La Réunion, 2005-2007*

Pathologies	Hommes		Femmes		Ensemble	
	total	*dont < 65 ans*	**total**	*dont < 65 ans*	**total**	*dont < 65 ans*
Cardiopathies ischémiques	1 077	*690*	654	281	1 732	971
Insuffisances cardiaques	748	*273*	981	201	1 730	473
Maladies cérébrovasculaires	764	*405*	641	253	1 404	658
Maladies des veines, et des vaisseaux	592	*531*	650	583	1 242	1 114
Maladies des artères	705	*352*	303	113	1 007	465
Troubles de la conduction et du rythme cardiaque	299	*154*	245	79	544	233
Maladies hypertensives	167	*89*	279	120	445	209
Autres	1 499	*905*	1 107	526	2 607	1 431
Total	**5 851**	***3 399***	**4 860**	**2155**	**10 711**	**5553**

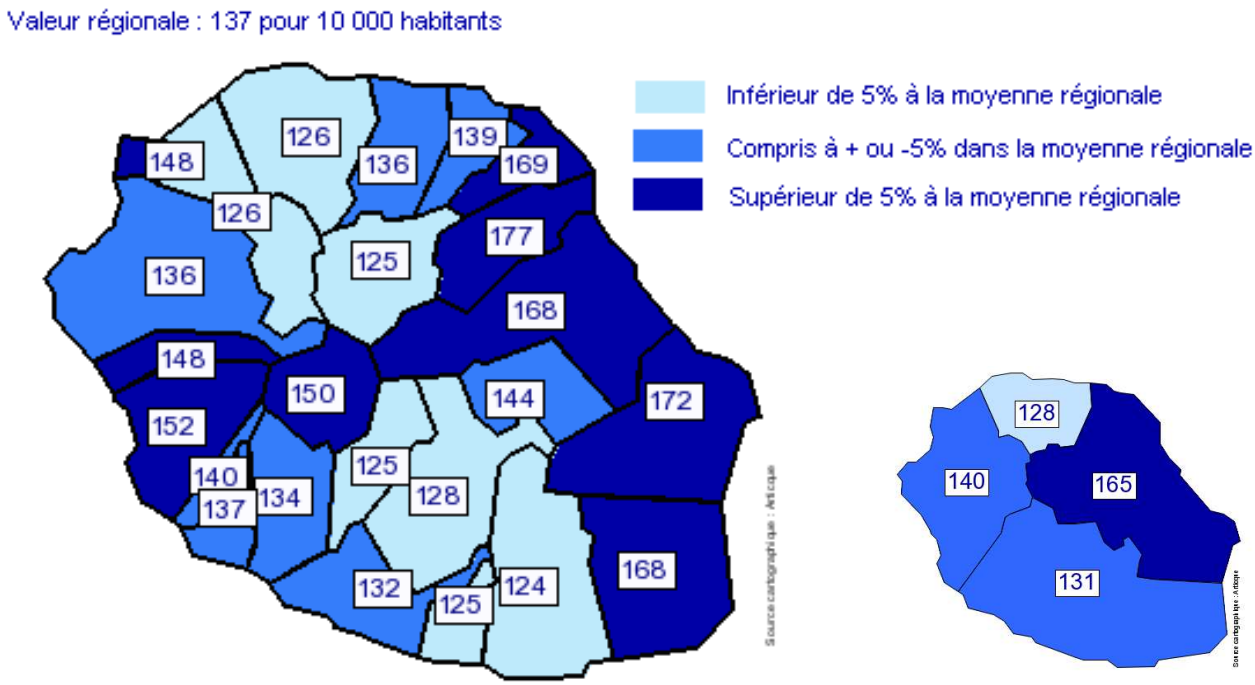
Sources : données PMSI (ATIH, FNORS) Exploitation ORS Réunion
* Moyenne sur la période triennale 2005-2007 ** autres que les codes mentionnés

Morbidité par maladies cardiovasculaires à La Réunion

► *Des hospitalisations fréquentes dans la région Est*

- Les données d'hospitalisation présentées ici sont analysées selon le lieu de domicile des patients.
- Le recours hospitalier pour maladies cardiovasculaires montre des disparités fortes selon les communes de l'île. Entre 2005 et 2007, le taux régional moyen d'hospitalisation est de 137 pour 10 000 habitants.
- Les communes de l'Est et les communes « rurales » présentent les taux d'hospitalisation les plus élevés.
- Ce sont les villes de Ste-Rose, St-Philippe et de Bras-Panon qui enregistrent les plus forts taux, se situant largement au dessus de la moyenne régionale (+27%). Puis viennent d'autres communes comme Cilaos, La Plaine des Palmistes, Les Avirons, Trois-Bassins.
- Les régions Nord et Sud sont les zones les moins concernées, avec des taux de recours aux soins hospitaliers inférieurs au taux régional (respectivement 128 et 131 pour 10 000 habitants).

Taux comparatif* d'hospitalisation pour maladie cardiovasculaire selon la commune, La Réunion, 2005-2007*****
Taux pour 10 000 habitants



Sources : données PMSI (ATIH, FNORS), INSEE Réunion (données du Recensement de la population 2006) Exploitation ORS Réunion
* Standardisé sur la population régionale (Recensement de la population de 2006) pour les maladies cardiovasculaires ** commune de résidence du patient
*** Moyenne sur la période triennale 2005-2007

Mortalité par maladies cardiovasculaires à La Réunion

► *Près de 1 300 décès liés aux maladies cardiovasculaires en moyenne chaque année à La Réunion*

- A La Réunion, les maladies cardiovasculaires sont été responsables de 1 266 décès en moyenne chaque année entre 2004 et 2006.
- Les effectifs de décès sont comparables selon le sexe : 635 hommes et 631 femmes. Le taux brut de mortalité correspondant est de 164 décès pour 100 000 habitants.

► *Maladies cardiovasculaires : 1ère cause de mortalité sur l'île*

Avec 32% de l'ensemble des décès, les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité à La Réunion, et ce quel que soit le sexe (respectivement 36% des décès féminins et 29% des décès masculins). En métropole, depuis 2005, les décès par cancers sont plus nombreux que les décès par maladies cardiovasculaires.

► *Maladies cérébrovasculaires et cardiopathies ischémiques : principaux motifs de décès par maladies cardiovasculaires*

Les maladies cérébrovasculaires et les cardiopathies ischémiques regroupent près de 60% de l'ensemble des décès imputables aux affections cardiovasculaires (respectivement 30 et 27% des décès).

► *Des décès prématurés dans 1 cas sur 4*

- 300 Réunionnais meurent en moyenne chaque année prématurément en raison de pathologies cardiovasculaires.
- A La Réunion, sur la période 2004-2006, 1 décès par maladies cardiovasculaires sur 4 survient avant 65 ans. En métropole, 1 décès sur 10 est constaté avant cet âge [2].

Nombre de décès par maladies cardiovasculaires selon le sexe et la pathologie, La Réunion, 2004-2006*

Pathologies	Hommes		Femmes		Ensemble	
	total	*dont < 65 ans*	total	*dont < 65 ans*	total	*dont < 65 ans*
Maladies cérébrovasculaires	191	*59*	183	21	374	80
Cardiopathies ischémiques	189	*73*	150	26	340	99
Autres cardiopathies	140	*42*	152	14	291	56
Autres	116	*35*	146	29	261	64
Total	635	*201*	631	99	1 266	300

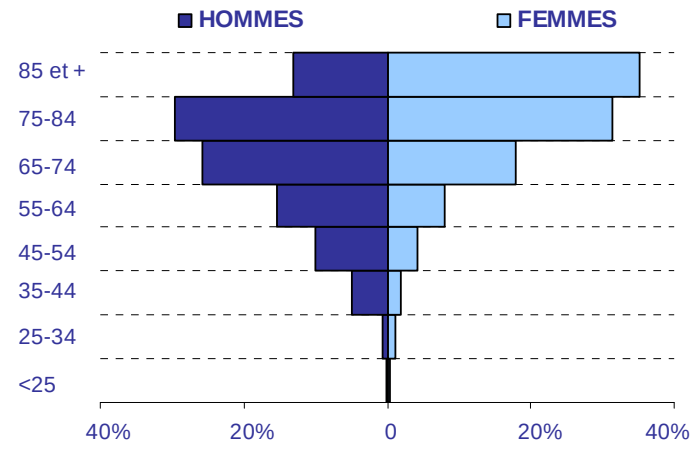
Sources : données PMSI (ATIH, FNORS) Exploitation ORS Réunion

* Moyenne sur la période triennale 2004-2006 ** autres que les pathologies mentionnées

► *Mortalité prématurée : des hommes essentiellement*

- Près de 70% des décès survenant avant l'âge de 65 ans concernent des hommes.
- La mortalité par maladies cardiovasculaires survient de manière plus précoce chez les hommes : un tiers des décès masculins survient avant 65 ans contre seulement 16% des décès féminins.

Répartition des décès par maladies cardiovasculaires selon le sexe et l'âge (en %), à La Réunion, 2004-2006*



Sources : Cépidc – INSERM, INSEE Réunion, FNORS Exploitation ORS Réunion

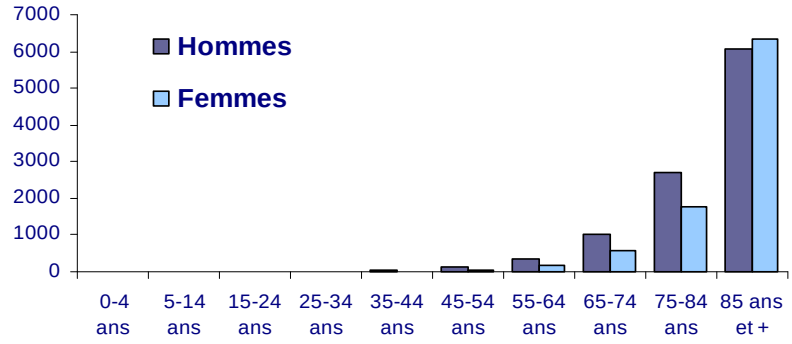
* valeurs moyennes sur la période 2004-2006

Mortalité par maladies cardiovasculaires à La Réunion

► *Une mortalité par maladies cardiovasculaires qui augmente avec l'âge*

- Le taux brut de mortalité augmente considérablement avec l'âge : de 11 pour 100 000 habitants pour les moins de 45 ans, le taux passe à 788 chez les 65-74 ans et à 6 255 chez les plus de 85 ans.
- Les taux masculins sont supérieurs aux taux féminins jusqu'à l'âge de 85 ; au-delà, la situation est inversée.

Taux bruts de mortalité* par maladies cardiovasculaires selon le sexe et l'âge, à La Réunion, 2004-2006



Sources : Cépidc – INSERM, INSEE Réunion, FNORS, INSEE Réunion Exploitation ORS Réunion
* Taux de mortalité moyen sur la période 2004-2006. Taux pour 100 000 habitants

► *Surmortalité masculine pour les maladies cardiovasculaires*

- Le taux de décès standardisé global est de 334 pour 100 000 habitants sur la période 2004-2006. Il est plus élevé chez les hommes (396 contre 285 chez les femmes), ce qui correspond à un indice de surmortalité masculine de 1,4 (rapport entre le taux de mortalité masculin et le taux féminin).
- L'écart Hommes/Femmes est moins marqué dans notre région par rapport à la situation métropolitaine où l'indice de surmortalité est de 1,7 en 2005 [2].

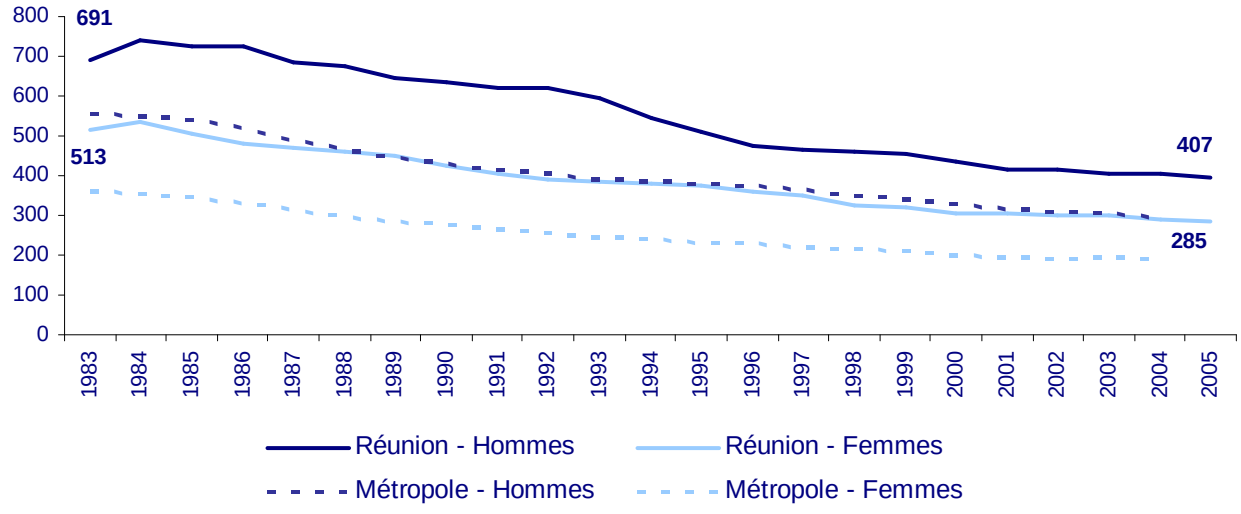
► *Une mortalité régionale supérieure à celle de la métropole*

La mortalité par maladies cardiovasculaires est plus élevée à La Réunion qu'en métropole (343 décès pour 100 000 habitants contre 233 pour 100 000 en métropole sur la période 2003-2005), ce qui correspond à un indice de surmortalité de 1,5 (rapport entre le taux de mortalité réunionnais et le taux métropolitain). La surmortalité régionale est observée quel que soit le sexe.

► *Une mortalité en net recul*

On observe à La Réunion comme en métropole, une forte diminution des décès par maladies cardiovasculaires depuis le début des années 80, et ce quel que soit le sexe (-41% chez les hommes et -44% chez les femmes).

Taux standardisé de mortalité* par maladies cardiovasculaires, La Réunion et France métropolitaine, 1983-2006



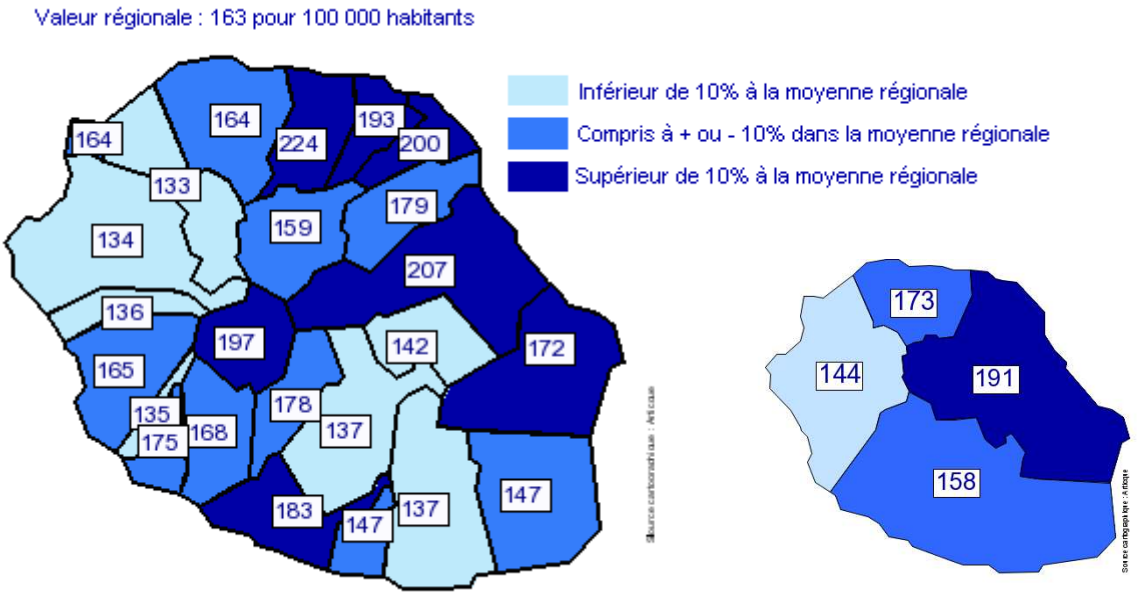
Sources : Cépidc – INSERM, INSEE Réunion, FNORS, INSEE Réunion Exploitation ORS Réunion
* Taux de mortalité lissés sur 3 années. L'année figurant sur le graphique est l'année centrale de la période triennale. Taux pour 100 000 habitants

Mortalité par maladies cardiovasculaires à La Réunion

► *Une mortalité élevée dans l'Est de l'île*

- Les données de mortalité présentées ici sont analysées selon le lieu de domicile des personnes.
- A La Réunion, le taux de mortalité par maladies cardiovasculaires est de 163 décès pour 100 000 habitants sur la période 2004-2006. Ce taux régional de mortalité masque des disparités fortes selon les communes de l'île.
- Les communes de Cilaos, l'Entre-Deux, Saint-Benoît, Ste-Marie, Ste-Suzanne, St-André, St-Pierre et Ste-Rose enregistrent les plus forts taux de mortalité par maladies cardiovasculaires, avec des taux supérieurs de 10% à la moyenne régionale.
- La région Est affiche le taux le plus élevé, soit un taux comparatif de mortalité de 191 décès pour 100 000 habitants. A contrario, les communes de la côte Ouest présentent les taux les plus faibles de l'île : 144 décès pour 100 000 habitants en moyenne dans la région Ouest.

Taux comparatif* de mortalité par maladies cardiovasculaires à La Réunion selon la commune, en 2004-2006*****
(Taux pour 100 000 habitants)



Sources : Cépidc – INSERM, INSEE Réunion, FNORS, INSEE Réunion — Exploitation ORS Réunion
* Standardisé sur la population régionale (Recensement de la population de 2006) pour les maladies cardiovasculaires
** commune de résidence de la personne
*** Moyenne sur la période triennale 2004-2006

Facteurs de risques et déterminants

► *Un risque d'augmentation dans les années à venir*

- Le vieillissement de la population, l'amélioration du pronostic vital de l'infarctus du myocarde et l'absence de contrôle efficace de l'hypertension artérielle chez un tiers des personnes hypertendues laissent supposer que la morbidité et la mortalité par insuffisance cardiaque vont s'accroître dans les prochaines années.
- La population de La Réunion est jeune comparativement à celle de la métropole : seulement 11% de plus de 60 ans contre 21% en métropole. Néanmoins, à l'horizon 2030, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus aura triplé et elles représenteront un quart de la population réunionnaise [11].
- Le vieillissement prévisible de la population ainsi que la précocité de la survenue des maladies cardiovasculaires dans notre île renforcent la nécessité de la prévention et d'une amélioration de la prise en charge de cette maladie.

► *Des décès prématurés évitables*

D'autres facteurs constitutionnels et comportementaux influencent l'incidence des pathologies cardiovasculaires : hypercholestérolémie, diabète, tabagisme, nutrition. Une partie des décès prématurés par affections cardiovasculaires pourrait être évitée grâce à des actions menées sur les facteurs de risque et une meilleure prise en charge par les différents acteurs du dispositif de soins et de prévention.

► *Des risques liés à une prévalence élevée du diabète sur l'île*

- La Réunion est la région où le taux de prévalence du diabète traité est le plus élevé, 2 fois plus que sur le territoire métropolitain [12]. La dernière enquête en population générale sur l'île avait estimé à 11,2% la prévalence de personnes diabétiques, contre une prévalence de 3% en métropole [13].
- Le diabète est d'ailleurs le 2ème motif d'admission en ALD chaque année, derrière les maladies cardiovasculaires [11].

► *Des facteurs comportementaux propices au développement des maladies cardiovasculaires*

- Les dernières données disponibles sur les prévalences de la surcharge pondérale à La Réunion mettaient en évidence des proportions en population générale plus élevées dans notre région que par rapport à la moyenne métropolitaine [13, 14]. La dernière estimation de la prévalence de la surcharge pondérale à La Réunion était de 50% contre 41% en métropole.
- Les dernières enquêtes locales sur l'alimentation et l'activité physique révélaient également une pratique insuffisante d'activité physique régulière au sein de la population [14, 15]. En 2004, une enquête en population générale montrait des comportements à risque en terme d'alimentation [15]. Des écarts entre pratiques et recommandations hygiéno-diététiques du PNNS étaient ainsi observés, principalement pour les fruits/légumes, les produits laitiers et l'activité physique. Selon les résultats de cette même enquête, plus de 60% des personnes étaient en dessous des recommandations en ce qui concerne l'activité physique, à savoir une activité physique journalière représentant l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour.
- S'agissant du tabagisme, La Réunion présente une proportion de fumeurs en population générale (18-75 ans) inférieure à la moyenne métropolitaine. Cette situation régionale favorable est également observée chez les plus jeunes.

Prévalence des principaux facteurs de risques à La Réunion et en métropole

DIABETE	Réunion 2007	Métropole 2007
Taux de prévalence standardisé du diabète traité en 2007 (%)*	7,8	3,9
SURPOIDS/OBESITE	**Réunion 2001**	**Métropole 2003**
Prévalence de la surcharge pondérale (%) ** (population 30-69 ans)	50	41
Surpoids	35	30
Obésité	15	11
TABAGISME	**Réunion 2003**	**Métropole 2005**
Prévalence du tabagisme (%) *** (population 18 ans et +)	20	33

Sources : * CNAMTS [ ] ** REDIA 2004 pour la Réunion, Obépi 2003 pour la métropole – taux de prévalence ajusté sur l'âge
*** DRASS Réunion (Etude « Baromètre Toxicomanie 2003 »), INPES (Etude « Baromètre Santé 2005 ») - pourcentage de personnes de 15 à 75 ans déclarant fumer du tabac, que ce soit de manière régulière ou occasionnelle

Politiques régionales et stratégies de prévention

► *Des objectifs du Plan Régional de Santé Publique (PRSP)*

- Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) est le cadre de référence de la politique de santé publique en région. Il comporte un ensemble de programmes d'actions pluriannuels [16].
- A La Réunion, plusieurs objectifs du PRSP concernent directement ou indirectement les maladies cardiovasculaires.
- Les différentes stratégies de lutte contre les maladies cardiovasculaires combinent prévention et soins et se traduisent par l'articulation entre les objectifs suivants :
  - l'objectif 2 pour la lutte contre les conduites à risques ;
  - l'objectif 3 pour prévenir les troubles nutritionnels et le risque cardiovasculaire ;
  - l'objectif 7 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.
- Les actions visant à agir sur les facteurs de risques concernent plus spécifiquement le tabagisme, les actions sur les comportements alimentaires, l'activité physique, le diabète, le surpoids et l'obésité.
- D'autres mesures sont axées sur la sensibilisation des professionnels au dépistage du diabète, à l'éducation nutritionnelle et à l'éducation thérapeutique du patient et sur l'amélioration de la prise en charge du patient.

► *Le Plan Départemental de Lutte contre l'Obésité (PDLO)*

- Le Département de La Réunion a mis en place en 2005, le Plan Départemental de Lutte contre l'Obésité (PDLO). Ce plan a pour but de favoriser la déclinaison locale et coordonnée d'actions de prévention nutritionnelle, émanant du Programme National de Nutrition Santé (PNNS).
- Ce plan d'actions mené sur la période 2005-2008 concernait particulièrement la petite enfance, les personnes en situation de précarité et les personnes âgées.

► *Le Schéma Régional d'organisation sanitaire (SROS)*

- Le schéma régional d'organisation sanitaire a pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.
- A La Réunion, le SROS 3ème génération a défini pour la période 2005-2010, l'organisation de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux comme une des orientations spécifiques à notre région. Le SROS prévoit la mise en place de filières de prise en charge selon les préconisations actuellement en vigueur.
- Une des orientations 2005-2010 fixée par le schéma régional d'organisation sanitaire 3ème génération est de mettre en place une unité neuro-vasculaire (UNV), au sein de chacun des deux établissements de santé dotés d'un SAU (CHR Félix Guyon et GHSR).

Politiques régionales et stratégies de prévention

► *Une diversité d'acteurs dans le domaine de la prévention*

- Il est difficile de recenser les acteurs de la prévention des maladies cardiovasculaires, car cette prévention peut être abordée sous différentes approches : facteurs de risque, éducation du patient, éducation à la santé, …
- De nombreux acteurs existent dans le domaine de la prévention primaire des facteurs de risque cardiovasculaire. Selon le répertoire des acteurs de l'IREPS :
  - 79 structures acteurs de l'éducation pour la santé dans le champ de l'alimentation, de la nutrition ou de l'obésité,
  - 70 structures acteurs de l'éducation pour la santé dans le champ des conduites addictives.
- En dehors des associations thématiques intervenant sur un ou plusieurs facteurs de risques cardiovasculaires (tabac, obésité, …), des associations spécialisées mènent des actions de prévention des maladies cardiovasculaires : Association Cardio Run, APERF «Prenez la vie à cœur» (Association pour la Prévention l'Education la Recherche et la Formation), …
- Plusieurs acteurs sont également concernés par des thématiques généralistes :
  - 33 structures acteurs de l'éduction pour la santé dans le champ des maladies chroniques,
  - 33 structures comme acteurs de l'éducation du patient.

L'annuaire de ces acteurs est disponible sur le site internet de l'IREPS (http://www.irepsreunion.org).

Offre de soins et de prise en charge

► *L'offre en médecins, spécialistes ou généralistes, moins élevée à La Réunion*

- Les professionnels de santé concernés par les maladies cardiovasculaires sont divers : médecins spécialistes et libéraux (cardiologie, neurologie, rééducation fonctionnelle), médecins généralistes, infirmiers, diététiciens, orthophonistes, …
- Globalement, la région est moins dotée en professionnels de santé qu'en moyenne générale sur la métropole.
- S'agissant des médecins spécialistes, on compte 60 cardiologues, 14 neurologues, 21 spécialistes en rééducation fonctionnelle à La Réunion. Les densités associées sont inférieures à la moyenne nationale.
- Le constat est le même pour les médecins généralistes libéraux : une densité plus faible est observée sur l'île. En revanche, pour les 3 autres professions de santé, les densités régionales se situent au-dessus des valeurs métropolitaines.

Principaux professionnels de santé concernés par les maladies cardiovasculaires à La Réunion, effectifs et densité (pour 100 000 habitants) au 01/01/2008

	Réunion		Métropole
	Effectifs	Densité	Densité
Médecins spécialistes, libéraux et salariés			
Cardiologues	60	7,5	9,9
Neurologues	14	1,8	3,1
Rééducation fonctionnelle	21	2,6	3,0
Professionnels de santé libéraux			
Médecins généralistes	859	107	111
Infirmiers	1 189	148	110
Masseurs-kinésithérapeutes	797	99	80
Orthophonistes	298	35	22

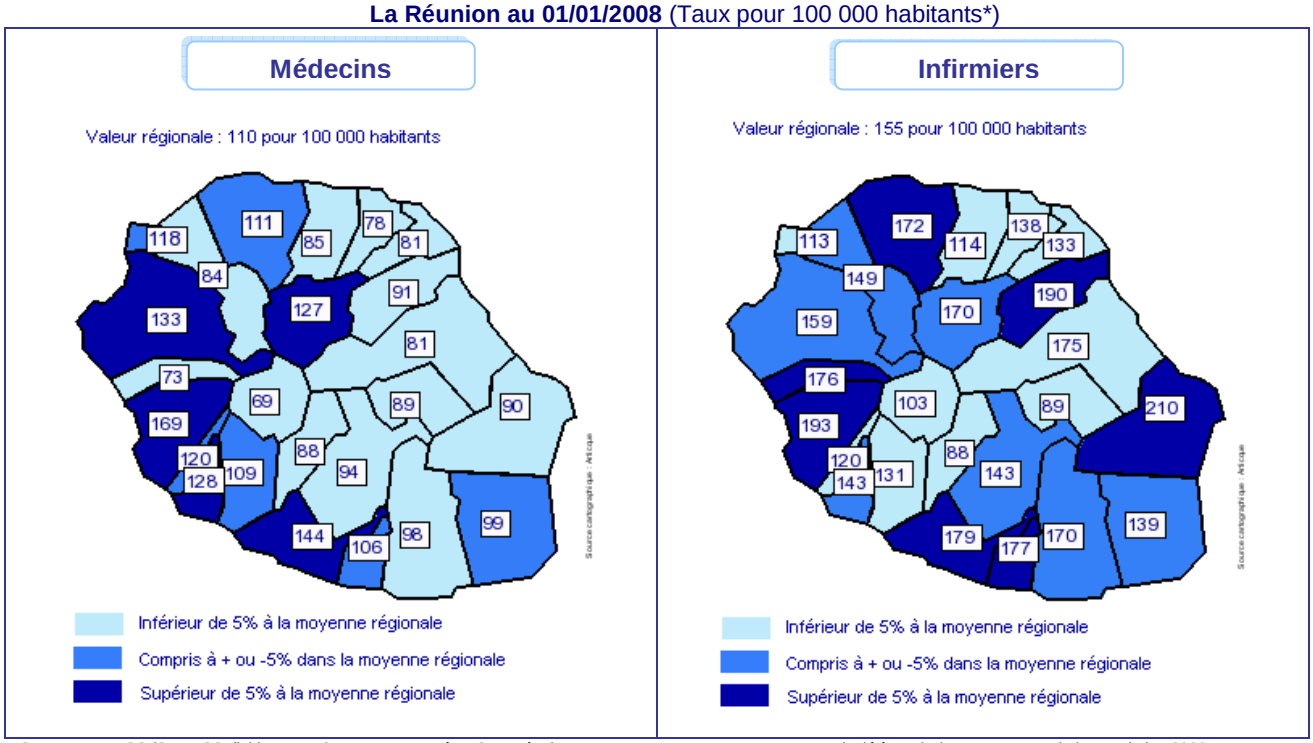
Sources : DRASS (STATISS, fichier ADELI), Base eco-santé — Exploitation ORS Réunion

► *Des professionnels de santé libéraux moins présents dans l'Est de l'île*

- Les densités de professionnels de santé masquent des disparités communales fortes.
- La densité des médecins généralistes et des infirmiers libéraux est globalement plus faible dans la région Est de l'île, tout particulièrement pour les médecins, alors même que cette région présente les taux d'hospitalisation et de mortalité les plus élevés.
- Les communes du Nord-Est (Ste-Marie, Ste-Suzanne et St-André) ainsi que les villes de St-Benoît, Cilaos, La Plaine des Palmistes ou l'Entre-deux sont marquées par les densités les plus faibles de l'île.

Offre de soins et de prise en charge

Densité des médecins généralistes libéraux et des infirmiers libéraux selon la commune, La Réunion au 01/01/2008 (Taux pour 100 000 habitants*)



Sources : DRASS (STATISS, fichier ADELI), Base eco-santé, INSEE Réunion

* Taux calculé à partir du recensement de la population 2006

► *L'offre en soins hospitaliers*

- A La Réunion, on compte 8 services de cardiologie ou à orientation cardiologique, présents dans les établissements des zones Nord, Sud et Ouest, la région Est en est totalement dépourvue. En outre, un service de chirurgie cardiaque et vasculaire est autorisé au site Nord du CHR.
- Il existe 4 unités de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle :
  - 2 au Centre hospitalier Régional (site nord et sud) et,
  - 2 autres dans les 2 centres de rééducation fonctionnelle existants sur l'île (Ste-Clotilde et le Port).
- S'agissant des maladies cérébrovasculaires, la prise en charge est répartie principalement entre les 4 structures autorisées à recevoir des urgences. Les deux SAU (service d'accueil des urgences) de La Réunion accueillent près de 70% des séjours pour AVC [17].
- Pour la prise en charge en court séjour, seul le site sud du CHR est autorisé pour l'ouverture d'un service de neuro-chirurgie. Il existe deux services de neurologie dans la région (CHR Nord et Sud).
- Il existe 3 structures de soins de suite (Maison des Oliviers, CHI Saint André – Saint Benoît, clinique des Tamarins) et 4 structures de médecine physique et de réadaptation adulte citées plus haut. Les services de médecine physique et de réadaptation de la région ont développé une prise en charge en direction des patients victimes d'AVC (accidents vasculaires cérébraux) et requérant de la rééducation neurologique, d'une part en mettant en œuvre des plateaux techniques spécialisés, d'autre part en recrutant du personnel spécialisé de rééducation.

► *Un réseau de santé*

Un réseau de soins cardiovasculaires existe à La Réunion : le réseau Réucare (Réunion Cœur, Artère, Rein, Education). C'est un réseau régional de professionnels (médecins généralistes et spécialistes, infirmiers, diététiciens, podologue, pharmaciens, spécialistes de l'éducation en santé, éducateurs médico-sportifs …) constitué et coordonné autour du dépistage et de la prise en charge du diabète, de ses complications, et des maladies cardiovasculaires et rénales. Son objectif est de réduire l'incidence des pathologies coronariennes, ischémiques cérébrales, rénales, artérielles périphériques, par l'éducation du patient dépisté et par la structuration de son accompagnement au long cours.

Adresses utiles

Vous trouverez dans la liste ci-dessous (liste non exhaustive), quelques-uns des acteurs intervenant dans le dépistage et/ou la prise en charge et/ou la prévention des maladies cardiovasculaires.

Vous pouvez consulter par ailleurs la liste des acteurs de l'éducation pour la santé sur la thématique des maladies chroniques sur le site de l'IREPS.

• **A.P.E.R.F** Association pour la prévention, l'éducation, la recherche et la formation en rééducation et réadaptation	Adresse : 19 bis, chemin de la clinique – BP 157 – 97490 Ste Clotilde Tél : 0262 23 83 27 Fax : 0262 44 91 86 Site internet : www.aperf.fr
• **Cardio Run production**	Adresse : 22 bis uman ylang ylang – 97460 St-Paul Tél : 0262 48 29 23 Fax : 0262 48 29 18 Site internet : cardiorun@wanadoo.fr
• **CHR – site Félix Guyon** Centre Hospitalier Régional Félix Guyon Service cardiologie	Adresse : route bellepierre 97405 St-Denis Cedex Tél : 0262 90 50 50 Fax : 0262 90 50 51 Site internet : www.chd-fguyon.fr
• **CHR – site GHSR** Centre Hospitalier Régional - Groupe Hospitalier sud Réunion Service cardiologie	Adresse : terre sainte, BP 350 – 97448 St-Pierre CEDEX Tél : 0262 35 90 00 Fax : 0262 35 90 04 Site internet : www.chd-fguyon.fr
• **C.R.F de Sainte Clotilde** Centre de rééducation fonctionnelle	Adresse : 19 bis, chemin de la clinique – BP 93 – 97490 Ste Clotilde Tél : 0262 48 29 00 Fax : 0262 48 29 30 Email : administration@cmp.clinirun.com
• **C.R.F Ylang-Ylang, Le Port** Centre de rééducation fonctionnelle	Adresse : Rue Alsace-Lorraine – BP 325 – 97828 Le Port Tél : 0262 42 89 89 Fax: 0262 42 89 88 Email : sec.direction@crf-jdarc.com
• **Club cœur et santé** Groupement Hospitalier Sud Réunion	Adresse : GHSR - BP 350 – 97448 St-Pierre Tél : 0262 35 92 74 Email : club-coeur-sante@wanadoo.fr
• **REUCARE** Réseau Régional de prévention du risque cardiovasculaire et rénal par l'éducation du patient dépisté	Adresse : 97, rue Bois de Nèfles – 97400 St-Denis Tél : 0262 20 26 32 Fax: 0262 20 12 69 Email : contact@reucare.org Site internet : http://www.reucare.org

Repères bibliographiques et sources

[1] Les maladies cardiovasculaires dans les régions de France.
FNORS, mai 2006, 84p.
http://www.fnors.org/fnors/ors/travaux/synthesecardio.pdf

[2] Prise en charge des maladies cardiaques.
Dossier coordonné par Y. Lecarpentier, ADSP, n°63, juin 2008, 74p.

[3] Base nationale des causes médicales de décès 1980-2005, Inserm CépiDc.
http//:www.cepidc.vesinet.inserm.fr

[4] Statistiques des affections de longue durée du régime général de l'Assurance Maladie.
http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/index.php

[5] 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 et al., Lancet 1999 May 8;353(9164):1547-57.

[6] Stroke incidence, case fatality, and mortality in the WHO MONICA project. World Health Organization Monitoring Trends and Determinants.
P. Thorlvaldsen, K. Asplund, K. Kuulasmaa, et al., Cardiovascular Disease. Stroke 1995 Mar, 26(3):361-7.

[7] Stroke trends in the WHO MONICA project.
P. Thorlvaldsen, K. Kuulasmaa,AM. Rajakangas, et al., Stroke 1997 Mar;28(3):500-6.

[8] 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, et al., Stroke 1997 Jul, 28(7).

[9] Programme national de réduction des risques cardiovasculaires 2002-2005.
Ministère de l'emploi et de la solidarité, Ministère chargé de la santé, 2002 ; 30p.
(www.sante.gouv.fr/htm/actu/cardio.pdf)

[10] Loi relative à la politique de de santé publique du 9 août 2004 – Objectifs et enjeux.
Ministère la santé ; 30p.
http://www.sante.gouv.fr/cdrom_lpsp/pdf/Brochure_dgs.pdf

[11] Etat de la santé de la population de la réunion – Indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique – rapport 2008.
ORS Réunion – DRASS Réunion, décembre 2008, 157p.

[12] Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4% et des disparités géographiques croissantes.
O. Kusnik-Joinville, A. Weill, P. Ricordeau, H.t Allemand, CNAMTS, BEH, n°48, 12 novembre 2008, pp : 409-416.

[13] Prevalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Réunion Island - Etude REDIA.
Favier F., Jaussent I., Le Moullec N. et al. Diabetes Res Clin Pract, 2005 ; 67(3) :234-42.

[14] Comportements alimentaires et activité physique des Réunionnais. Etude RECONSAL.
F. Favier, E. Rachou, M. Ricquebourg., A. Fianu. Saint-Denis de La Réunion, INSERM-ORS, 2002.

[15] Pratique et connaissance des Réunionnais vis-à-vis du diabète, de l'alimentation et de l'activité physique.
ORS, INSERM, septembre 2004, 39p.

[16] Plan régional de santé publique 2006-2008
DRASS Réunion, 42p. http://www.reunion.sante.gouv.fr/

[17] Schéma régional d'organisation sanitaire 2005-2010.
ARH la Réunion – Mayotte, décembre 2005, 186p.

[18] Maladies cardiovasculaires – Tableau de bord sur les maladies chroniques en Bourgogne – chapitre 6 – maladies cardiovasculaires.
ORS Bourgogne, 2006-2007,16p.

Pour en savoir plus

La santé observée dans les Pays de La Loire : « Maladies de l'appareil circulatoire ».
Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire ; Tableau de Bord ; juin 2007 ; 3p.
http//:www.sante-pays-de-la-loire.com

Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France.
F. Annie, Y. Geffroy, C. Minc *et al. Questions d'Economie de la santé*, Dress, Irdes, n°111 juillet 2006, 8p.

Le risque cardiovasculaire : un nouvel outil de décision dans la prévention cardiovasculaire.
P. Giral, X. Girerd. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, HCSP, 2004 : 47 ; 46-50.

Des pistes pour réduire le risque cardiovasculaire. Editorial
I. Durand-Zaleski. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, HCSP, 2004: 47; 1.

Prévention des maladies cardiovasculaires : multifactorielle et multisectorielle ?
T. Lang. *Actualité et Dossier en Santé Publique*, HCSP, 2004: 47 ; 51-55.

OMS Europe - Health for all : European mortality database - juin 2005.
(www.euro.who.int/InformationSources/Data/20011017_1)
Sites resources

Synthèse

- **Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en affection de longue chaque année : plus de 4 100 nouvelles admissions sur la période 2004-2006.**

  Ces nouvelles admissions surviennent en majorité entre 45 et 74 ans (67%).

  Les maladies hypertensives représentent le principal motif d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires en 2006 (53%).

- **Plus de 10 700 séjours hospitaliers liés aux pathologies cardiovasculaires en moyenne chaque année à La Réunion, entre 2005 et 2007 (5% de l'ensemble des hospitalisations).**

  Les hospitalisations surviennent plus précocement chez les hommes.

  Les cardiopathies ischémiques et les insuffisances cardiaques suscitent un tiers des hospitalisations.

  Les séjours hospitaliers liés aux maladies cardiovasculaires sont plus fréquents dans la région Est.

- **Les maladies cardiovasculaires constituent la première cause de mortalité sur l'île : plus de 1 300 décès en moyenne chaque année sur la période 2004-2006.**

  Les cardiopathies ischémiques et les maladies cérébrovasculaires sont les principales causes de mortalité (près de 60% des décès).

  Un décès sur 4 survient avant 65 ans (1 sur 10 en métropole).

  La mortalité prématurée concernent 300 décès en moyenne chaque année : principalement des hommes (70%).

  La mortalité régionale est en nette décroissance mais reste supérieure à celle de la métropole.

  La mortalité par pathologies cardiovasculaires est inégalement répartie sur les communes de l'île : la région Est est particulièrement concernée.

- **La Réunion est particulièrement concernée par les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (diabète, obésité/surpoids).**

- **Les maladies cardiovasculaires constituent une priorité régionale de Santé Publique.**

- **Une diversité d'acteurs intervient dans la prévention des maladies cardiovasculaires.**

- **La répartition des professionnels de santé libéraux susceptibles de prendre en charge les maladies cardiovasculaires est inégale sur l'île.**

  Les médecins généralistes et infirmiers libéraux sont moins représentés sur la région Est, où les taux d'hospitalisation et de mortalité liées aux maladies cardiovasculaires sont les plus élevés.

Ce tableau de bord n'aurait pu être réalisé sans la participation de nos différents partenaires et producteurs de données. Nous tenons en particulier à remercier : la DRASS, la CNAMTS, la CCMSA, l'IREPS, la FNORS, l'INSEE, l'INSERM – CépiDc, le RSI.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

Directrice de la publication
Dr Irène STOJCIC

Responsable de rédaction
Dr Emmanuelle RACHOU

Auteurs
Monique RICQUEBOURG, Pascal VILAIN

Observatoire Régional de La Sante
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 GRSP

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE