

CONTEXTE NATIONAL [1]

Les maladies vasculaires cérébrales regroupent l'ensemble des maladies qui provoquent une altération de la circulation cérébrale. Ces affections se manifestent le plus souvent subitement, sous forme d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). Près de 90% des AVC sont de nature ischémique, résultant de l'obstruction ou du rétrécissement d'un vaisseau, les autres sont liés à une hémorragie cérébrale.

La souffrance cérébrale va se traduire par un déficit neurologique selon la zone du cerveau atteinte. Il peut s'agir de déficiences motrices, sensitives, sensorielles, de troubles de la conscience... Les suites de l'AVC sont souvent graves, avec une forte létalité initiale et une proportion importante de survivants gardant des séquelles, parfois très invalidantes. Les récurrences d'AVC sont également fréquentes.

La fréquence de ces affections augmente avec l'âge, et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

La plupart des victimes d'AVC est hospitalisée. En 2004, les accidents vasculaires cérébraux ainsi que les occlusions et sténoses des artères pré-cérébrales ou cérébrales ont constitué le diagnostic principal de 121 000 séjours hospitaliers de courte durée [2]. Entre 1998 et 2004, ce nombre a augmenté de 3%. Cette évolution résulte de l'augmentation et du vieillissement de la population, puisque sur la même période le taux comparatif a diminué de 6%.

Environ 30 500 admissions en affections de longue durée (ALD) pour accident vasculaire cérébral invalidant ont été prononcées par les trois principaux régimes d'assurance maladie en 2006 (soit environ 3% de l'ensemble des admissions pour la même période) [3]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cette affection est estimé à 209 294 en 2006 [4].

Avec 34 000 décès en 2005 [5], les maladies vasculaires cérébrales sont en France à l'origine de 23% des décès cardiovasculaires et de 6% du total des décès. Cette mortalité est actuellement l'une des plus faibles d'Europe [6]. La mortalité cérébrovasculaire diminue depuis les années 1970 dans la plupart des pays industrialisés, et notamment en France, où la baisse a atteint 64% entre les périodes 1980-1982 et 2001-2003. Les disparités entre les régions françaises sont marquées. La mortalité masculine est supérieure à la moyenne nationale de 23% pour les hommes en Bretagne, et de 31% pour les femmes en Alsace. La plus faible mortalité est observée en Ile-de-France (hommes : -19%, femmes : -21%).

Le registre des accidents vasculaires cérébraux de Dijon, mis en place en 1985, apporte des données précises pour les personnes prises en charge pour un AVC sur ce territoire. Entre les périodes 1985-1989 et 2000-2004, le taux d'incidence des AVC est resté stable, et il était à la fin des années 1990 sensiblement inférieur à ceux observés sur deux autres sites européens, Londres (GB) et Erlangen (ALL). Entre 1985 et 2004, l'âge moyen de survenue des AVC a augmenté de cinq ans chez les hommes et de huit ans chez les femmes, et le taux de mortalité à un mois a diminué [7-11].

Le facteur de risque le plus fréquent des AVC est l'hypertension artérielle. Outre certaines maladies cardiaques qui sont facteurs d'embolies comme la fibrillation auriculaire ; le diabète, les dyslipidémies et le tabagisme, ainsi que la contraception orale pour les femmes, représentent les principaux autres facteurs de risque.

Le registre des AVC de Dijon apporte également des informations concernant l'évolution de ces facteurs de risque dans la population étudiée. Entre 1985 et 2004, la prévalence du tabagisme a diminué, et les prévalences de l'hypercholestérolémie et du diabète ont augmenté. La proportion d'hypertension artérielle (HTA) est restée stable, de même que celle de l'HTA non traitée, qui atteint encore 25%.

Les données du registre montrent également que les traitements préventifs des AVC ischémiques se sont développés, avec une augmentation de l'usage des traitements anticoagulants et anti-agrégants. Ces évolutions expliquent pour partie l'évolution de la nature des AVC observée par le registre [7,10].

Depuis quelques années, la mise en place d'unités neurovasculaires doit permettre d'améliorer la prise en charge des AVC en phase aiguë, et leur pronostic vital et fonctionnel.

Après la phase aiguë, la prise en charge par les services de soins de suite et de réadaptation favorise la récupération fonctionnelle.

SITUATION A LA REUNION

- Environ 390 décès par accident vasculaire cérébral ont été dénombrés en moyenne chaque année entre 2003 et 2005. Ces décès concernent en majorité les personnes âgées : environ 80% surviennent après 65 ans. On dénombre toutefois 80 décès chez les personnes de moins de 65 ans. Le taux de comparatif de mortalité masculin est 1,5 fois supérieur au taux féminin.

- L'indice comparatif de mortalité par maladie vasculaire cérébrale pour la période 2003-2005 est significativement supérieur à celui de la métropole. Dans notre région, la mortalité par AVC est supérieure de 117% à la moyenne nationale. La Réunion est la région qui a l'indice de mortalité par AVC le plus élevé, quelque soit le sexe.

- Comme en France métropolitaine, la mortalité par maladie cardio-vasculaire a considérablement reculé au cours des vingt dernières années : -49% chez les hommes et -56% chez les femmes entre 1983 et 2004.

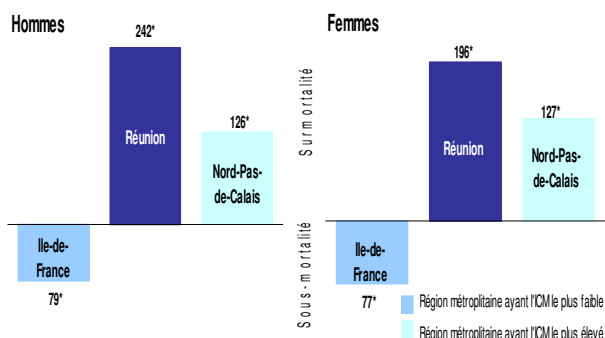
Les taux comparatifs de mortalité à la Réunion restent néanmoins supérieurs à ceux de métropole.

- Les maladies vasculaires cérébrales sont à l'origine d'environ 479 admissions en affection de longue durée en moyenne entre 2004 et 2006. Ces admissions ont été prononcées avant l'âge de 65 ans pour 70% des hommes et 42% des femmes.

- Les maladies vasculaires cérébrales ont constitué, en 2004, le diagnostic principal de 1 321 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée. Plus de la moitié des hospitalisations étaient liés à une thrombose des artères cérébrales et pré-cérébrales. Les séjours hospitaliers concernaient autant les hommes que les femmes.

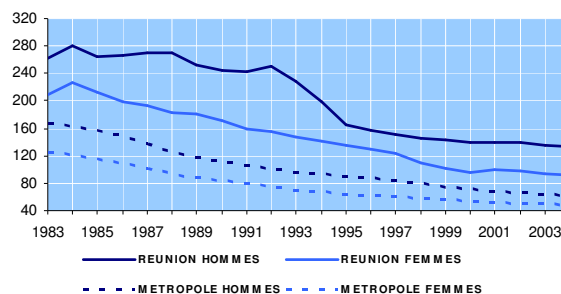
MALADIES VASCULAIRES CEREBRALES

INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE (moyenne 2003-2005)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS
* Différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5%

EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE La Réunion, France métropolitaine (1983-2004)



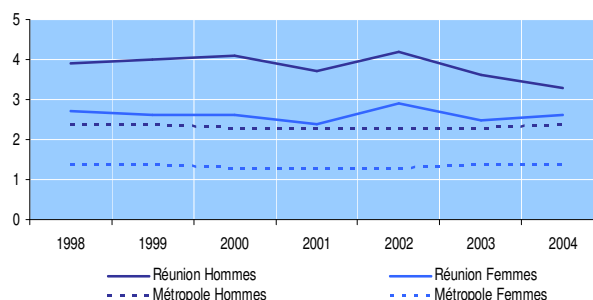
Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS
Données lissées sur 3 ans – Unité : pour 100 000 habitants

NOMBRE DE DECES PAR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE La Réunion (moyenne 2003-2005)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	53	145	198	242
Femmes	26	165	192	196
Total	80	310	390	217

Source : INSERM CépiDc
* ICM : Indice comparatif de mortalité

EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF D'HOSPITALISATION POUR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE La Réunion, France métropolitaine (1998-2004)



Sources : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées) - DRASS
Unité : pour 1 000 habitants

NOMBRE D'ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE La Réunion (moyenne 2004-2006)

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-44 ans	30	27	57
45-64 ans	125	63	188
65-74 ans	63	52	115
75-84 ans	38	45	83
85 ans et plus	9	27	36
Total	265	214	479

Sources : CNAMTS, RSI, MSA, FNORS

NOMBRE DE SEJOURS HOSPITALIERS POUR MALADIE VASCULAIRE CEREBRALE La Réunion (2004)

Diagnostic d'hospitalisation	Nombre de séjours			ICR
	Hommes	Femmes	Total	
Hémor. Méningée, cérébrale, intra-crânienne	134	137	271	127
Thrombose artères céréb. et pré-cérébrales	361	310	671	154
Accident vasculaire cérébral mal défini	189	190	379	321
Ensemble des maladies vasculaires cérébrales	684	637	1321	nd

Sources : DREES (PMSI, données domiciliées et redressées) – DRASS
Exploitation ORS

* Indice comparatif de recours aux établissements de soins

Définitions

Indice comparatif de mortalité (ICM) : cet indice permet de comparer globalement ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans la région ou dans le département, avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de décès dans une zone géographique au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de la France métropolitaine. L'ICM France métropolitaine étant égal à 100, un ICM de 127 signifie une mortalité supérieure de 27% à la moyenne nationale et un ICM de 83 une sous-mortalité de 17% par rapport à la moyenne nationale.

Indice comparatif de recours aux établissements de soins (ICR) : (mode de calcul équivalent à l'ICM, appliqué aux séjours hospitaliers) Il permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné, la fréquence des séjours hospitaliers dans la région ou département, avec la moyenne nationale. Un indice de 158 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 58% à la moyenne nationale.

Taux comparatif de mortalité ou taux standardisé (sur l'âge) : taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France métropolitaine au 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.

ALD : Affection de Longue Durée

MALADIES VASCULAIRES CEREBRALES

Repères bibliographiques et sources

[1] La santé observée dans les Pays de La Loire : « Maladies vasculaires cérébrales »

Observatoire Régional de la Santé des Pays de la Loire ; Tableau de Bord ; juin 2007 ; 3p.
<http://www.sante-pays-de-la-loire.com>

[2] Base nationale PMSI MCO 1998-2004

Direction de la recherche de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

[3] Nouvelles prises en charge en affection de longue durée de la liste (ALD 30) en 2006

CNAMTS, Direction de la Stratégie, des Etudes et des Statistiques 2007.

[4] Les bénéficiaires d'affection de longue durée au 31 décembre 2006

M. Païta, A. Weill. CNAMTS, *Points Repère* 2007 ; 9 : 8p.

[5] Base nationale des causes médicales de décès 1980-2005, Inserm CépidC

www.cepidc.vesinet.inserm.fr

[6] Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes

www.europa.eu.int/comm/eurostat

[7] Stable stroke incidence rates but improved case-fatality in Dijon, France, from 1985 to 2004

I. Benatru, O. Rouaud, J. Durier *et al. Stroke* 2006 ; 37 : 1674-1679.

[8] Evolution des taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux à Dijon, France, 1985-2004

Y. Béjot, J. Durier, C. Binquet *et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS 2007 ;17 :140-142.

[9] Variations in stroke incidence and survival in 3 areas of Europe.

C. Wolfe, M. Giroud, P. Kolominsky-Rabas *et al. Stroke* 2000 ; 31(9) : 2074-2079.

[10] Recul de l'âge de survenue des accidents vasculaires cérébraux et baisse de la mortalité à 1 mois. Deux résultats observés sur la population de Dijon en 20 ans, 1985-2004

Y. Béjot, O. Rouaud, J. Durier *et al. Journées de veille sanitaire de l'InVS*, novembre 2006 (poster).

Adresses utiles sur l'île

- A.P.E.R.F (Association pour la prévention, l'éducation, la recherche et la formation en rééducation et réadaptation)

19 bis, chemin de la clinique – BP 157 – 97490 SAINTE CLOTILDE – tel : 02.62.23.83.27 – fax : 02.62.44.91.86 – site internet : www.aperf.fr

- C.R.F de Sainte Clotilde (Centre de rééducation fonctionnelle)

19 bis, chemin de la clinique – BP 93 – 97490 SAINTE CLOTILDE – tel : 02.62.48.29.00 – fax : 02.62.48.29.30 – e-mail : administration@cmp.clinirun.com

- C.R.F le Port

Rue Alsace-Lorraine – BP 325 – 97828 LE PORT – tel : 02.062.42.89.89 – fax : 02.62.42.89.88 – e-mail : sec.direction@crf-jdarc.com

- Club Cœur et Santé Sud

Groupement Hospitalier Sud Réunion - BP 350 – 97448 SAINT PIERRE – tel : 02.62.35.92.74 – e-mail : club-coeur-sante@wanadoo.fr

- Réucare (Réseau Régional de prévention du risque cardio-vasculaire et rénal par l'éducation du patient dépisté)

97, rue Bois de Nêfles – 97400 SAINT DENIS – tel : 02.62.20.26.32 – fax : 02.62.20.12.69 – e-mail : reucare2@wanadoo.fr - Site internet : <http://www.reucare.org>



Observatoire Régional de la Santé



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Direction des Affaires

Sanitaires et Sociales

Préfecture de La Réunion

Remerciements

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 FNORS, l'INSEE, l'INSERM, la DREES, l'Observatoire Régional de la Santé Pays-de-la-Loire.