

Les maladies de l'appareil circulatoire à La Réunion

CONTEXTE NATIONAL [1]

Les maladies de l'appareil circulatoire ou maladies cardiovasculaires sont pour la plupart des affections graves, souvent liées entre elles et susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital du patient. C'est notamment le cas des cardiopathies ischémiques, des cardiopathies valvulaires, de l'insuffisance cardiaque, des troubles du rythme cardiaque fréquemment associés à ces pathologies et des maladies vasculaires cérébrales. Les pathologies veineuses périphériques (phlébites, varices, hémorroïdes,...) sont également fréquentes, mais en général de moindre gravité, à l'exception de l'embolie pulmonaire.

Les maladies cardiovasculaires constituent en France la première cause de recours aux soins en médecine libérale, d'Admission en Affection de Longue Durée (ALD) et de consommation médicale, la seconde cause de mortalité, la troisième cause de mortalité prématurée (avant 65 ans) et d'hospitalisation en court séjour, et le quatrième motif médical de mise en invalidité (12,5 %) [2-8].

En 2011, près de 30% des admissions en ALD concernant la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie ont été prononcées pour une maladie de l'appareil circulatoire (388 000 admissions en 2011) [9]. Pour le seul régime général, plus de 2 600 000 personnes étaient inscrites en ALD pour maladie cardiovasculaire, principalement en raison d'une maladie coronaire ou d'une insuffisance cardiaques [10]. Depuis 2011, suite au décret n°2011-726 du 24 juin 2011, l'hypertension artérielle sévère a été supprimée de la liste des ALD 30. Cette évolution réglementaire s'appuie sur les avis rendus par la Haute Autorité de Santé (HAS), soulignant que l'hypertension artérielle isolée constitue un facteur de risque et non une pathologie avérée. Avant 2011, l'hypertension artérielle représentait le principal motif d'admission en ALD pour maladie cardiovasculaire.

Près de 9% des séjours hospitaliers en court séjour avaient pour diagnostic principal une affection cardiovasculaire en 2011 (1,4 million de séjours) [11]. Entre 2000 et 2011, le nombre de séjours hospitaliers pour affection cardiovasculaire a augmenté de 0,5% en moyenne chaque année. Cette évolution résulte de la croissance et du vieillissement de la population [11]. Les pathologies les plus fréquemment en cause sont les cardiopathies ischémiques (22%), l'insuffisance cardiaque (14%), les troubles du rythme et de la conduction (13%), les maladies cérébrovasculaires (9%) [12].

Les maladies de l'appareil circulatoire ont été responsables de près de 141 000 décès en 2011 en France, la majorité survenant chez des personnes âgées de plus de 75 ans (81%) [13]. La mortalité cardiovasculaire prématurée (avant 65 ans) représente environ 10% de la mortalité cardiovasculaire (15 000 décès/an en moyenne) ; elle est 3 fois plus élevée chez les hommes [8]. La mortalité due aux pathologies cardiovasculaires a diminué de manière régulière et de près de 40% depuis le début des années 80. Cette diminution peut être attribuée à un meilleur contrôle des principaux facteurs de risque cardiovasculaire et à une amélioration de la prise en charge des patients lors de la phase aiguë d'une part et de la prévention des récurrences et des complications d'autre part [8]. Les taux de mortalité cardiovasculaire sont parmi les plus faibles de l'Union Européenne [14]. Cependant, de fortes disparités existent toutefois entre les régions françaises [6 ; 8].

Les inégalités sociales sont très marquées, avec une mortalité cardiovasculaire 4 à 6 fois plus importante dans les groupes socioprofessionnels les moins favorisés par rapport aux plus favorisés. En outre, les disparités sociales de mortalité cardiovasculaire sont plus fortes chez les femmes que chez les hommes (notamment pour les cardiopathies ischémiques) contrairement à ce qui est observé pour l'ensemble de la mortalité, ou celle liée aux cancers ou aux traumatismes [15].

Plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux, fréquents et souvent associés, favorisent la survenue des pathologies cardiovasculaires : hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémies, tabagisme, alimentation et sédentarité, surcharge pondérale.

Les mesures hygiéno-diététiques (évitement du tabagisme, alimentation équilibrée, limitation de la consommation d'alcool, activité physique régulière) sont essentielles pour la prévention des affections cardiovasculaires [16]. La mobilisation de tous les professionnels de santé doit permettre d'améliorer la prévention, le dépistage, le diagnostic et la prise en charge des différents facteurs de risque [17-19].

SITUATION A LA REUNION

- Les maladies de l'appareil circulatoire constituent le second motif d'admission en Affection de Longue Durée (ALD) en 2012 (24%) derrière le diabète (31%). Les admissions ont plus que doublé entre 2003 et 2012 (+110%).
- Près de 2 980 nouvelles admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires en moyenne chaque année sur la période 2010-2012 : 61% concernent des hommes.
- Ces nouvelles admissions surviennent en majorité entre 45 et 84 ans (87%) ; près de la moitié concerne des Réunionnais de moins de 65 ans.
- Les maladies coronaires représentent le principal motif d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires sur la période 2010-2012 (37% des cas).
- Les maladies cardiovasculaires constituent également la première cause de mortalité sur l'île, à la différence de la métropole où les cancers devancent les maladies de l'appareil circulatoire : près de 1 200 décès en moyenne chaque année sur la période 2009-2011.
- Les maladies cérébrovasculaires et les cardiopathies ischémiques sont les principales causes de mortalité cardiovasculaire (respectivement 30% et 27%).
- Près d'un décès par maladie cardiovasculaire sur 4 survient avant 65 ans (environ 1 sur 10 en métropole).
- La mortalité prématurée (avant 65 ans) concerne près de 270 décès en moyenne chaque année : des hommes dans 66% des cas.
- La mortalité régionale est en décroissance comme en métropole (-4% en 11 ans) mais reste supérieure à celle de la métropole (1,4 fois plus élevée).
- Il existe des disparités territoriales en termes d'admission en ALD et de mortalité liées aux maladies de l'appareil circulatoire : le secteur Est est caractérisé par la mortalité la plus élevée ; le secteur Sud présente le taux d'admission en ALD le plus élevé.
- Les Accidents Vasculaires Cérébraux sont fréquents et graves : plus de 1 200 recours aux urgences en 2013.
- La mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires est supérieure de + 82% par rapport à la métropole.
- A La Réunion, la morbi-mortalité liée aux maladies cardiovasculaires est élevée, notamment en raison du développement des facteurs de risque (diabète, obésité, vieillissement, ...).

Les Affections de Longue Durée (ALD) pour maladies de l'appareil circulatoire correspondent aux codes ALD n°1, 3, 5 et 13. Suite au décret n°2011-726 du 24 juin 2011, l'hypertension artérielle sévère a été supprimée de la liste des 30 ALD. Pour les calculs présentés ici, elle n'a pas été retenue dans la liste des ALD pour l'ensemble des années de cette période 2010 à 2012.

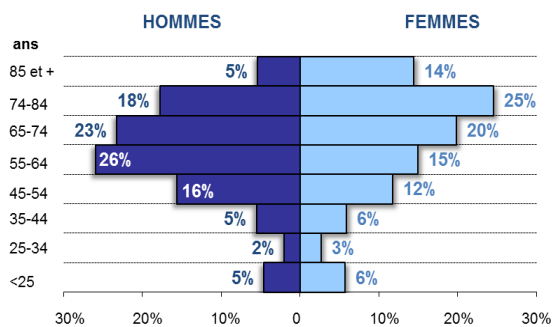
Nombre d'admissions en Affection de Longue Durée (ALD) pour maladies cardiovasculaires à La Réunion

	2010	2011	2012	Moyenne 2010-2012	Evol.(%) 2010-2012
Hommes	1 771	1 749	1 981	1 814	+12%
Femmes	1 069	1 123	1 307	1 166	+22%
Total	2 780	2 872	3 288	2 980	+18%
Part des femmes (%)	38%	39%	40%	39%	-
Part dans total ALD (%)	24%	23%	24%	24%	-

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS

Exploitation ORS

Répartition des admissions en Affection de Longue Durée pour maladies cardiovasculaires à La Réunion, selon l'âge et le sexe (moyenne 2010-2012)



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS

Exploitation ORS

Guide de lecture : 26% des hommes admis en ALD pour maladies cardiovasculaires ont entre 55 et 64 ans, contre 15% des femmes.

Répartition des admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires à La Réunion, selon le sexe et le motif d'admission en ALD (moyenne 2010-2012)

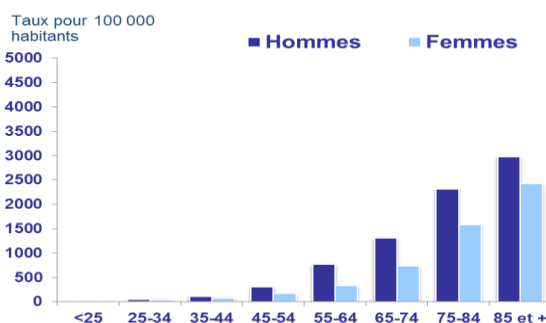
Motif d'admission	Homme		Femme		Ensemble	
	Total	Dont <65 ans	Total	Dont <65 ans	Total	Dont <65 ans
AVC* invalidant	406	240	319	143	725	384
Arthériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	308	149	162	59	470	208
Insuf. Cardiaque, Tr. du rythme, cardiopathies valvulaires, congénitales graves	422	219	401	160	823	379
Maladie coronaire	677	444	285	124	962	568
Total	1 814	1 053	1 166	486	2 980	1 539

Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS

Exploitation ORS

* AVC : Accident Vasculaire Cérébral

Taux bruts d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires selon le sexe et l'âge, La Réunion, moyenne 2010-2012 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : CNAMTS, RSI, CCMSA, FNORS

Exploitation ORS

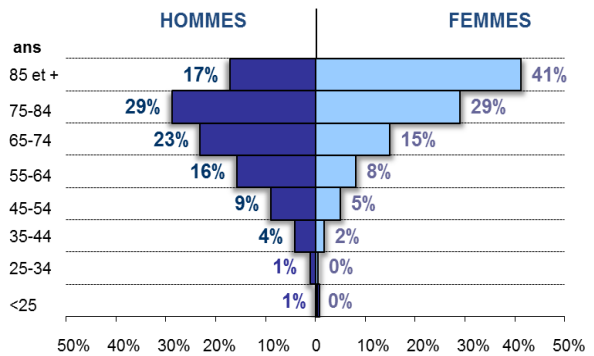
Nombre de décès par maladies cardiovasculaires à La Réunion, selon le sexe

	2009	2010	2011	Moyenne 2009-2011	Evol. (%) 2009-2011
Hommes	587	628	541	585	-8%
Femmes	595	599	571	588	-4%
Total	1 182	1 227	1 112	1 174	-6%
Part des femmes (%)	50%	49%	51%	50%	-
Part dans total décès (%)	29%	27%	28%	29%	-

Sources : INSERM Cépidc, FNORS

Exploitation ORS

Répartition des décès par maladies cardiovasculaires à La Réunion, selon l'âge et le sexe (moyenne 2009-2011)



Sources : INSERM Cépidc, FNORS

Exploitation ORS

Guide de lecture : 16% des décès par maladies cardiovasculaires chez les hommes surviennent entre 55 et 64 ans, contre 8% des décès chez les femmes.

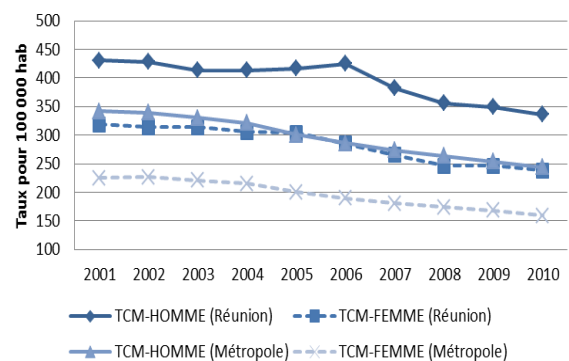
Répartition des décès par maladies cardiovasculaires à La Réunion, selon le sexe et la cause principale de décès (moyenne 2009-2011)

	Homme		Femme		Ensemble	
	Total	Dont <65 ans	Total	Dont <65 ans	Total	Dont <65 ans
Maladies vasculaires cérébrales	169	39	176	22	346	61
Cardiopathies ischémiques	180	72	132	27	312	99
Autres cardiopathies	120	36	147	18	267	54
Autres maladies cardio-vasculaires	107	31	142	24	249	55
Total	576	177	598	91	1 174	268

Sources : INSERM Cépidc, FNORS

Exploitation ORS

Taux standardisé de décès par maladies cardiovasculaires à La Réunion et en métropole, selon le sexe (2000-2011*)

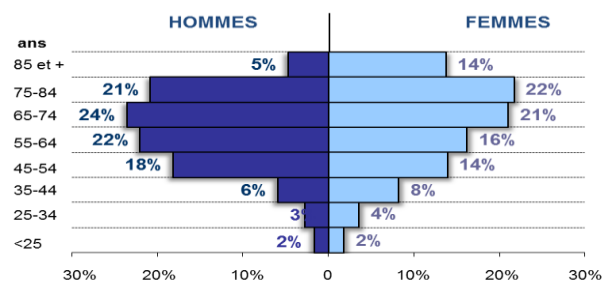


Sources : INSERM Cépidc, FNORS, INSEE

Exploitation ORS

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

Répartition des recours aux urgences pour Accident Vasculaire Cérébral (AVC) par âge et par sexe à La Réunion en 2013



Source : Réseau OSCOUR (services des urgences du CHU, CHGM et GHER / Cire OI / ARS OI).
Exploitation ORS
Guide de lecture : 22% des recours aux urgences chez les hommes surviennent entre 55 et 64 ans contre 16% des recours chez les femmes

Recours aux urgences pour Accident Vasculaire Cérébral à La Réunion entre 2010 et 2013

	2010	2011	2012	2013	Evol.(%) 2010-2013
Hommes	491	587	542	652	+33%
Femmes	465	510	524	562	+21%
Ensemble	956	1 097	1 066	1 214	+27%
<i>Part des femmes</i>	49%	46%	49%	46%	-
<i>Part des moins de 65 ans</i>	45%	45%	48%	47%	-
<i>Part des Infarctus cérébraux</i>	43%	44%	46%	48%	-

Source : Réseau OSCOUR (services des urgences du CHU, CHGM et GHER / Cire OI / ARS OI)
Exploitation ORS

Données par territoire de santé

Admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires
Les données 2010-2012 montrent des disparités territoriales en termes d'admissions en ALD liées aux maladies cardiovasculaires à La Réunion.
Le territoire de santé Sud présente le taux standardisé le plus élevé de La Réunion tandis que le bassin Est présente le taux le plus faible d'admissions en ALD.

Ratio standardisé et taux standardisé* d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires selon le territoire de santé, La Réunion, 2010-2012

Sources : CCMSA, CNAMTS, FNORS, INSEE, RSI

Exploitation ORS

Territoire de Santé	Effectifs moyens	RSM	Taux standardisé pour 100 000 hab
Nord-Est	1 057	0,93**	498,2
<i>Dont bassin Est</i>	455	0,94**	495,0
Sud	1 174	1,04**	577,6
Ouest	736	0,99	547,1

* Taux calculés sur les effectifs moyens sur la période 2010-2012 avec standardisation sur la population française au recensement 2006.

** Tests significatifs

Note de lecture : 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.

Mortalité par maladies cardiovasculaires

Le taux standardisé régional de mortalité par maladies cardiovasculaires masque des disparités territoriales.
Le territoire de Santé Ouest est caractérisé par un taux de mortalité significativement inférieur au taux régional.
En revanche, le bassin Est présente une surmortalité par maladies cardiovasculaires.

Ratio standardisé et taux standardisé* de mortalité par maladies cardiovasculaires selon le territoire de santé, La Réunion, 2009-2011

Sources : INSERM CepiDc, FNORS, INSEE

Exploitation ORS

Territoire de Santé	Moyenne de décès	RSM	Taux standardisé pour 100 000 hab
Nord-Est	457	1,04	272
<i>Dont bassin Est</i>	211	1,14**	298
Sud	457	1,02	272
Ouest	259	0,91**	247

* Taux calculés sur les effectifs moyens sur la période 2009-2011 avec standardisation sur la population française au recensement 2006.

** tests significatifs

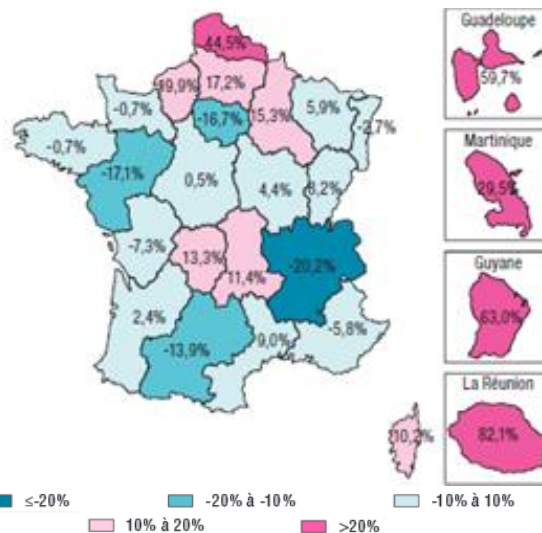
Note de lecture : Le Ratio standardisé Réunion étant égal à 1, un ratio supérieur à 1 signifie une surmortalité par rapport à la moyenne régionale et un ratio inférieur à 1 une sous-mortalité par rapport à cette moyenne.

Mortalité prématurée par maladies cardiovasculaires – InVS [8]

L'étude, réalisée par l'InVS, sur les disparités régionales de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire fournit une cartographie récente de ces disparités en particulier pour les Cardiopathies ischémiques, l'Insuffisance cardiaque, l'Embolie pulmonaire, et les Maladies cérébrovasculaires entre 2008 et 2010.

- Les Maladies cardio-vasculaires constituent la troisième cause de mortalité prématurée en France.
- L'étude révèle des disparités régionales importante et elle a permis la mise en évidence de la surmortalité dans les DOM, le Nord-Est, les régions Auvergne, Limousin et la Corse. La prévalence élevée de certains facteurs de risques et les disparités d'offre de soins permettraient d'expliquer une part importante de la surmortalité prématurée dans certaines régions.
- A la Réunion, une surmortalité prématurée par maladie cardiovasculaire, s'élevant à +82,1% a été observée. On Note d'ailleurs une surmortalité de + 109,3% pour les maladies cérébrovasculaires ainsi qu'une surmortalité de 89,5% pour les cardiopathies ischémiques.

Disparités régionales des taux standardisés de mortalité prématurée moyens (2008-2010) pour maladies cardiovasculaires



Source : InVS

Définitions et sigles

ALD, Affection de 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
- Maladie coronaire Groupe ALD n°13

Suite au décret n°2011-726 du 24 juin 2011, l'hypertension artérielle sévère (correspondant à l'ALD n°12) a été supprimée de la liste des affections de longue durée. A compter de 2011, les données ne sont plus disponibles. Pour les calculs, elle n'a pas été retenue dans la liste des ALD pour l'ensemble des années de cette période.

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

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 cœur 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 malformations cardiaques congénitales (code CIM 10 Q20-Q28) ne sont pas prises en compte dans les données de mortalité présentées ici (à la différence des données ALD).

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

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.

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.

Territoire de santé : La Réunion est découpé 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 Aviron, L'Entre-Deux, L'Etang-Salé, Petite-Ile, Saint-Joseph, Saint-Louis, Saint-Philippe, Cilaos, Le Tampon

Repères bibliographiques et sources

[1] Contexte Fnors / ORS Pays de La Loire www.fnors.org

[2] Les causes médicales de l'invalidité en 2006.

Cuerq A, Païta M, Ricordeau P. (2008). Cnamts. Points de repère. n° 16. 8p.

[3] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007.

IMS-Health, exploitation Irdes.

[4] Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008.

Païta M, Weill A. (2009). Points de repère. Cnamts. n° 27. 12 p.

[5] Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France.

Fenina A, Geffroy Y, Minc C et al. (2006). Etudes et résultats. Drees. n°504. 8p.

[6] Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en 2005 et évolution depuis 1980.

Aouba A, Péquignot F, Laurent F et al. (2008). Actualité et dossier en santé publique. HCSP. n° 63. pp. 25-34.

[7] Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques.

Mouquet MC. (2008). Actualité et dossier en santé publique. HCSP. n°63. pp. 35-41.

[8] Disparités régionales de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaires en France (2008-2010) et évolution depuis 2000-2002

Gabet A, Lamarche-vadel A, Chin F, Olié V. Bull Epidemiol Hebd. 2014(26):430-8. http://www.invs.sante.fr/beh/2014/26/2014_26_1.html

[9] Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD).

Cnamts, CCMSA, RSI. Exploitation Fnors : score-santé.

<http://www.score-sante.org>

[10] Statistiques sur l'incidence des admissions en Affections de Longue Durée.

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

www.ameli.fr

[11] Bases de données Eco-Santé (Données DREES)

<http://www.ecosante.fr/>

[12] Bases nationales PMSI MCO 1998-2008.

ATIH. Exploitation Drees.

[13] Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2011.

Inserm CépiDc. Exploitation Fnors.

[14] Eurostat.

Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

[15] Social inequalities in mortality by cause among men and women in France.

Saurel-Cubizolles MJ, Chastang JF, Menvielle G et al. (2009). Journal of epidemiology and community health. vol. 63, n° 3. pp. 197-202.

[16] Prise en charge des maladies cardiaques : des progrès constants.

Toussaint JF. (2008). Editorial. Actualité et dossier en santé publique. HCSP. n° 63. pp. 1-2.

[17] Parcours de soin : Hypertension artérielle, un parcours optimisé pour contrôler 7 hypertendus sur 10 en 2015.

Nemirovsky B, Mounier-Vehier C, Lemoine S, Fauvel JP, Bouhanick B, Chamontin B, et al. Le Concours Médical. 2014 ;136(4):273-308.

[18] Cholestérol LDL moyen et prévalence de l'hypercholestérolémie LDL chez les adultes de 18 à 74 ans, Étude nationale nutrition santé (ENNS) 2006-2007, France.

De Peretti C, Péré C, Chin F, Tuppin P, Iliou MC, Vernay M, et al. Bull Epidemiol Hebd. 2013(31):378-85.

[19] Personnes hospitalisées pour infarctus du myocarde en France : tendances 2002-2008.

De Peretti C, Chin F, Tuppin P, Danchin N. Bull Epidemiol Hebd. 2012;41:459-65.

[20] Evolution de la maladie coronaire en France de 2000 à 2007.

Wagner A, Ruidavets JB, Montaye M, Bingham A, Ferrières J, Amouyel P, Ducimetière P, Arveiler D. Bull Epidemiol Hebd. 2011;40-41:415-9.



Directrice de la publication
Dr Irène STOJCIC

Responsable de rédaction
Dr Emmanuelle RACHOU

Auteur
Cédric RICOURT

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

