

# les affections cardiovasculaires

## Contexte national

En France, comme dans tous les pays développés, les affections cardiovasculaires occupent une place prépondérante dans la mortalité et la morbidité. Elles constituent la première cause de décès (plus de 170 000 décès par an), le troisième motif d'hospitalisation (10 % des séjours hospitaliers pour soins de courte durée), et le premier motif d'admission en affection de longue durée (255 000 admissions chaque année).

Depuis une vingtaine d'années, la mortalité due à ces affections diminue. Cette baisse est particulièrement liée à celle des décès par accidents vasculaires cérébraux (-29 % en dix ans) devenus moins fréquents que les décès par infarctus du myocarde (-13 % en dix ans).

La mortalité par maladies cardiovasculaires varie beaucoup selon les pays. Actuellement, la France se situe parmi les pays qui ont le plus faible taux de mortalité pour chacune des principales affections cardiovasculaires.

Trois registres en France (Communauté Urbaine de Lille, départements du Bas-Rhin et de la Haute-Garonne) et un peu plus de 30 registres dans le monde, enregistrent de façon exhaustive le nombre de nouveaux cas d'infarctus du myocarde survenant chaque année chez les personnes âgées de 25 à 64 ans. Les premiers résultats montrent la grande disparité géographique de la maladie, avec une incidence plus élevée dans les pays du Nord de l'Europe.

Les données des registres des cardiopathies ischémiques apprennent aussi que la mortalité hospitalière par infarctus du myocarde a fortement chuté à partir des années 85. Elles attirent enfin l'attention sur les progrès qui restent à faire dans la réduction des délais de prise en charge de ces malades et sur la place que doit tenir la prévention primaire si l'on veut baisser significativement l'incidence de cette affection.

Parmi les nombreux facteurs de risque reconnus des maladies cardiovasculaires, on peut citer le tabagisme, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète non insulino-dépendant. Certains de ces facteurs sont susceptibles de faire l'objet d'une politique de prévention active.

## Situation en Provence-Alpes-Côte d'Azur : Faits marquants

- A structure d'âge identique, la mortalité par affections cardiovasculaires est inférieure à la moyenne nationale.
- La forte proportion des personnes âgées dans la population régionale masque, (en données brutes), le bas niveau de risque épidémiologique pour les affections cardiovasculaires.
- Entre 1988-90 et 1993-95, la diminution de la mortalité par affections cardiovasculaires a été plus rapide qu'au niveau national.
- Chaque année, environ un tiers des admissions en ALD est dû aux affections cardiovasculaires.

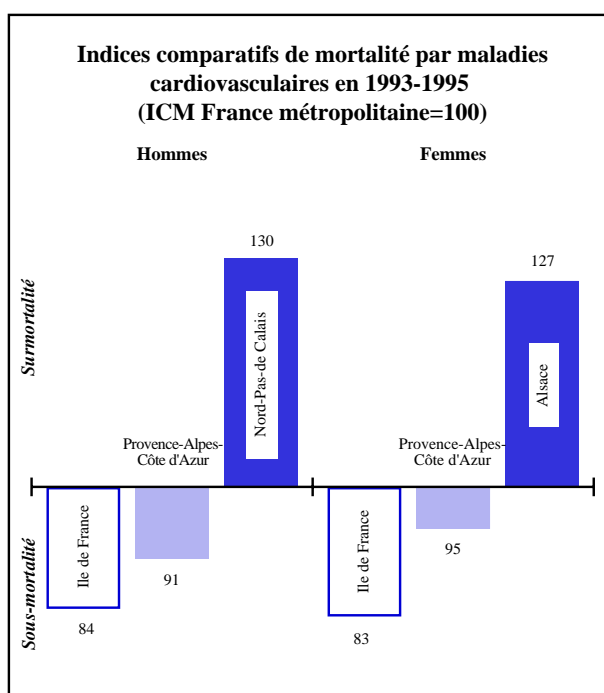
### Sous-mortalité régionale pour l'ensemble des affections cardiovasculaires

Pendant la période 1993-1995, 42 130 habitants de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sont décédés de maladies de l'appareil circulatoire, soit en moyenne 14 043 décès chaque année, dont 6 478 hommes et 7 565 femmes. Ces décès représentent 32 % de l'ensemble de la mortalité annuelle.

Le taux brut de mortalité par maladies cardiovasculaires de la région est très supérieur à celui observé pour l'ensemble des régions françaises (respectivement 636 et 296 pour 100 000 habitants).

Cette différence est le reflet du nombre élevé de personnes âgées dans la région. En tenant compte de la structure d'âge, les indices comparatifs de mortalité montrent une sous-mortalité régionale chez les hommes comme chez les femmes.

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality ratio (SMR)*, est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un test du Chi2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.



Sources : INSERM SC8  
INSEE estimations au 1.1.1994 et 1.1.1995

Exploitation ORS

# les affections cardiovasculaires

## Mortalité par affections cardiovasculaires en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 1993-1995

	Nb annuel moyen de décès	ICM
<b>Cardiopathies ischémiques</b>		
Hommes	1 930	82,8
Femmes	1 489	80,2
<b>Maladies vasculaires cérébrales</b>		
Hommes	1 606	96,1
Femmes	2 305	103,1

Source : INSERM SC8

Exploitation ORS

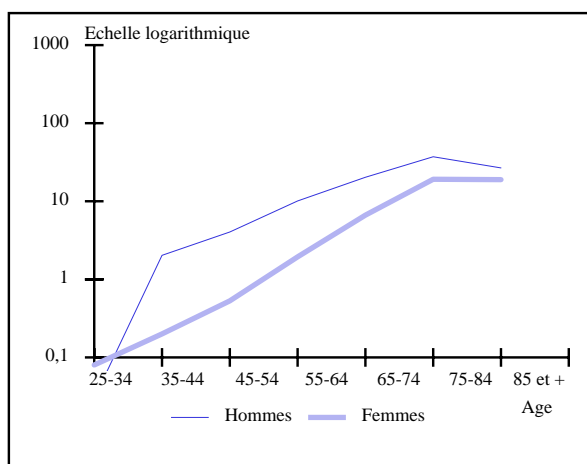
## Cardiopathies ischémiques : nette sous-mortalité pour les deux sexes Maladies vasculaires cérébrales : surmortalité régionale chez les femmes

Ces deux pathologies regroupent les deux tiers de l'ensemble des affections cardiovasculaires.

Après contrôle de la structure d'âge, la situation chez les hommes concernant la mortalité par cardiopathies ischémiques et par maladies vasculaires cérébrales est très favorable.

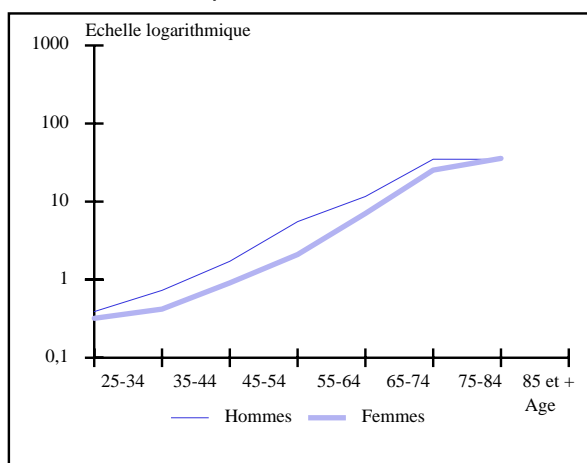
Par contre chez les femmes, on observe une surmortalité par maladies vasculaires cérébrales.

## Taux de mortalité par cardiopathies ischémiques par âge et sexe en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 1993-1995



Sources : INSERM SC8 - INSEE Estimations  
Exploitation ORS

## Taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales par âge et sexe en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 1993-1995



Sources : INSERM SC8 - INSEE Estimations  
Exploitation ORS

## Les cardiopathies ischémiques :

De 1993 à 1995, 10 256 personnes de 25 ans et plus sont décédées dans la région de cardiopathies ischémiques, soit 3 419 décès en moyenne annuelle.

- 435 décès surviennent de 25 à 64 ans (dont 84,7 % chez les hommes)
- 1 908 décès surviennent entre 65 et 84 ans (dont 61,2 % chez les hommes)
- 1 076 décès surviennent après 85 ans (dont 63,4 % chez les femmes)

Hormis pour les 25-34 ans, la surmortalité masculine est plus importante à tous les âges.

## Les maladies vasculaires cérébrales : une des causes de mortalité les plus fréquentes aux âges avancés de la vie

De 1993 à 1995, 11 679 personnes de 25 ans et plus sont décédées dans la région de maladies vasculaires cérébrales, soit 3 893 décès en moyenne annuelle.

- 279 décès surviennent de 25 à 64 ans (dont 67,7 % chez les hommes)
- 1 824 décès surviennent entre 65 et 84 ans (dont 50,6 % chez les hommes)
- 1 804 décès surviennent après 85 ans (dont 71,5 % chez les femmes)

Les taux de mortalité croissent de manière exponentielle avec l'âge. La surmortalité masculine est observée à tous les âges à l'exception des personnes de 85 ans et plus pour lesquelles les taux entre hommes et femmes sont équivalents.

*La taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.*

# les affections cardiovasculaires

## Diminution de la mortalité par cardiopathie ischémique

En 5 ans, le nombre de décès par cardiopathie ischémique observés dans la région a diminué passant de 3 662 en moyenne annuelle pour la période 1988-90 à 3 419 pour la période 1993-95.

En tenant compte du vieillissement de la population entre ces deux périodes, la baisse observée est évaluée à 15,3 % chez les hommes et à 15,6 % chez les femmes. Cette diminution est plus importante que celle observée au niveau national (- 12,0 % chez les hommes et - 15,0 % chez les femmes).

## Diminution de la mortalité par accident vasculaire cérébral

En 5 ans, le nombre de décès par accident vasculaire cérébral observés dans la région a diminué passant de 4 492 en moyenne annuelle pour la période 1988-90 à 3 912 pour la période 1993-95.

En tenant compte du vieillissement de la population entre ces deux périodes, la baisse observée est évaluée à 23,1 % chez les hommes et à 23,9 % chez les femmes.

Cette diminution est plus importante que celle observée pour l'ensemble des régions françaises (- 20,3 % chez les hommes et - 21,6 % chez les femmes).

## Une admission en ALD sur trois chaque année pour maladies cardiovasculaires

Sur l'ensemble des affections de longue durée, 32,6 % correspondent à cinq catégories d'affections cardiovasculaires qui peuvent donner droit à l'exonération du ticket modérateur.

Les artériopathies chroniques évolutives (6 569 admis par an) représentent 33,5 % des ALD pour maladies cardiovasculaires et concernent particulièrement les hommes (39,5 %).

Les hypertensions artérielles sévères (5 785 cas par an en moyenne) prédominent chez les femmes (35,5 %).

Les insuffisances cardiaques et les cardiopathies congénitales (3 821 cas) sont à l'origine de 19,5 % des ALD pour affections cardiovasculaires.

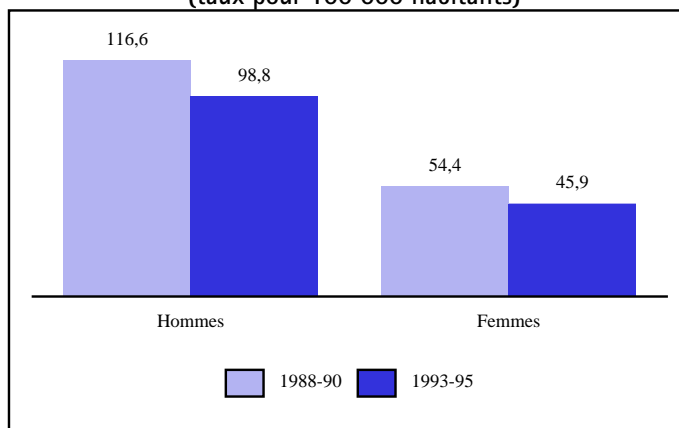
Chaque année, 2 322 accidents vasculaires cérébraux et 1 083 infarctus du myocarde (dont 74,9 % concernent des hommes) sont admis en ALD.

*En cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur, normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites "de longue durée" (ALD) est établie par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'affections.*

*Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombre annuel moyen de premiers avis favorables entre 1993 et 1995.*

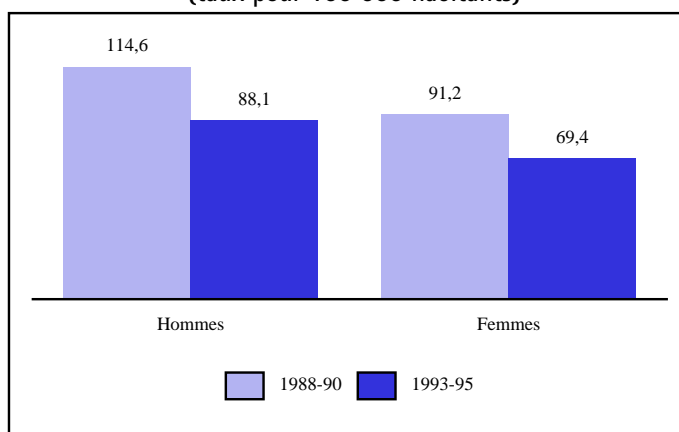
*Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseils. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.*

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques entre 1988-90 et 1993-95 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : INSERM SC8, INSEE estimations Exploitation ORS

Evolution des taux comparatifs de mortalité par maladies cérébro-vasculaires entre 1988-90 et 1993-95 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : INSERM SC8, INSEE estimations Exploitation ORS

Admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 1993-95 (moyenne annuelle)

Affections	Hommes		Femmes	
	Nbre*	%	Nbre*	%
Artériopathies	4 113	39,5	2 456	26,8
Hypertensions artérielles	2 530	24,3	3 255	35,5
Insuffisances cardiaques et cardiopathies congénitales	1 829	17,6	1 992	21,7
Accidents vasculaires cérébraux	1 132	10,9	1 190	13,0
Infarctus du myocarde	811	7,8	272	3,0
<b>Total</b>	<b>10 415</b>	<b>100,0</b>	<b>9 165</b>	<b>100,0</b>

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM Exploitation ORS  
\*département du Vaucluse : données 1992 pour le Régime Général (dispensé depuis 1993 car site pilote pour nouveau système)

# le diabète

## Contexte national

Réalité sanitaire préoccupante, 1 200 000 personnes présentent un diabète de type 2 en France. La prévalence du diabète est en augmentation. Si en Europe elle est estimée à 2 %, la prévalence de diabète varie de 1,6 % en Irlande du Nord à 3,2% en Espagne. En France, elle se situerait entre 2,25 % et 2,37 % (1). Le vieillissement de la population risque d'aggraver ces chiffres. En effet, l'âge moyen des patients atteints de cette pathologie est de 64,3 ans et 51,7 % sont des hommes. La gravité de cette pathologie est liée à la survenue de complications dégénératives fréquentes (45% après 10 ans d'évolution). Le caractère souvent asymptomatique de la maladie retarde son diagnostic et peut compromettre la prévention et le traitement de ses complications.

Ces dernières sont encore plus graves en cas d'association du diabète avec d'autres facteurs de risque cardiovasculaire (HTA, dyslipidémies, tabagisme), d'autant qu'il s'agit d'une population souvent polymédicamentée et âgée.

## Situation en Provence-Alpes-Côte d'Azur : Faits marquants

- La prévalence du diabète se situe entre 2,87 % et 3,02 % (France 2,25 % et 2,37 %)
- L'âge moyen des patients atteints de diabète de type 2 est de 65,5 ans (France 64,3)
- Les hommes sont plus touchés par le diabète que les femmes. 51,4 % des diabétiques sont des hommes (France 51,7 %)

## Résultats d'une enquête sur la prise en charge du diabète type 2

En 1998, la CNAMTS a engagé une enquête sur le suivi de 611.000 patients atteints de diabète de type 2, traités par hypoglycémifiants oraux.

En région Provence-Alpes-Côte d'Azur, les résultats ne tiennent pas compte des Bouches du Rhône compte tenu du faible taux de codage de la pharmacie dans ce département au moment de l'enquête.

L'étude a porté sur une population de 32 972 Diabétiques non insulinodépendant.

### Suivi médical :

#### Nombre d'actes effectués en moyenne par malade diabétique de type 2 et par an.

	PACA	France
Généralistes	10,31	10,2
Endocrinologues	8,94	5,7
Internistes	4,33	2,8

On constate que le recours à des spécialistes est un peu plus élevé en région PACA.

### Contrôle de l'équilibre glycémique : par usage de l'HbA1C

	PACA	France
Aucun examen	61,67%	58,6%
De 1 à 3	37,79%	41%
Plus de 3	0,54%	0,4%

Globalement le suivi de l'équilibre glycémique (dosage de l'HbA1C seul ou associé à la glycémie) s'établit à 46,82 % en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, contre 49,3 % en France.

### Les facteurs de risque :

En 1998, 62,4 % des patients diabétiques de type 2 avaient bénéficié d'au moins un dosage de cholestérolémie au cours de l'année, contre 57 % au niveau national.

	PACA	France
Electro cardiogramme	41,96%	36,9%
Créatininémie	73,62%	74,5%
Microalbumine	21,25%	23,3%
Examens ophtalmologiques	41,33%	39,3%

→ Ces résultats prennent en considération les examens effectués pendant les hospitalisations.

\*sans tenir compte des éventuels dosages d'albuminurie)

→ Examens ambulatoires exclusivement

### Conclusion :

Cet état des lieux a été réalisé antérieurement à la diffusion des références ANAES . (Mai 1999). Leur application devrait permettre, par une utilisation plus rationnelle des moyens, d'améliorer la prise en charge de ces patients.

(1) Population du régime général

Source : CNAMTS (2,25 % avec traitement oral seul, 2,37 % si on inclut les insulino-requérants)