

## CONTEXTE NATIONAL [1]

Le rétrécissement des artères coronaires (artères qui apportent le sang au muscle cardiaque), dû au développement de l'athérosclérose, entraîne une souffrance du muscle cardiaque plus ou moins grave par privation d'oxygène. Lorsque la privation d'oxygène est subite, majeure et prolongée, un infarctus du muscle cardiaque se constitue par destruction de la partie du muscle cardiaque située en aval du territoire de l'artère obstruée. Lorsque le rétrécissement de l'artère n'est pas complet et la privation en oxygène partielle, la souffrance du cœur se traduit par des douleurs dans la poitrine (angine de poitrine) sans destruction d'une partie du muscle cardiaque. L'ensemble des manifestations cliniques engendrées par cette souffrance cardiaque est regroupée sous le terme de cardiopathies ischémiques.

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

Selon les données Eurostat [2], la France observe un taux de mortalité par cardiopathie ischémique, parmi les plus faibles des pays de l'Union européenne (quelque soit l'âge). Les taux les plus élevés de mortalité se situent essentiellement dans les pays du nord de l'Europe.

Avec 40 600 décès en 2005, les cardiopathies ischémiques sont en France, à l'origine de 27% des décès cardio-vasculaires et de 8% du total des décès. Depuis le milieu des années 1980, la mortalité par cardiopathie ischémique diminue régulièrement (-43% entre 1985 et 2005) [3].

Environ 74 800 admissions en Affection de longue durée pour maladie coronaire (ALD n°13) ont été prononcées par les trois principaux régimes d'assurance maladie en 2006 [4]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour ces affections est estimé à 746 000 en 2006 [5].

En 2004, les cardiopathies ischémiques ont constitué le diagnostic principal de 311 000 séjours hospitaliers (2% de l'ensemble des séjours) dans les services de court séjour. Entre 1998 et 2004, le nombre de séjours hospitaliers pour ces affections a augmenté de 9% [6]. Cette évolution résulte de l'augmentation et du vieillissement de la population puisque sur la même période le taux comparatif de d'hospitalisation a diminué de 1%.

Les trois registres français de cardiopathies ischémiques (Lille, Strasbourg, Toulouse) apportent des informations précises sur la morbi-mortalité coronaire. Sur la période 1997-2002, par rapport à la période 1985-1994, la mortalité coronaire globale observée par les registres continue à décroître pour les hommes et se stabilise pour les femmes. Par contre, l'incidence de la maladie coronaire ne diminue plus, et augmente même pour les hommes sur le site de Toulouse [7].

Le gradient décroissant de morbi-mortalité coronaire Nord-Sud observé sur la période 1985-1994 persiste en 1997-2002, mais s'est réduit [8]. Enfin, la baisse de la létalité hospitalière (mesurée à 28 jours) se poursuit à un rythme de 4% par an et de plus de 5% pour l'infarctus caractérisé, mais reste très différente selon les registres. La forte létalité des femmes les plus jeunes (35-44 ans)

est une nouvelle fois mise en évidence, interrogeant sur les conditions de diagnostic et de prise en charge des cardiopathies ischémiques dans ce groupe de population [9].

Ces évolutions résultent des progrès importants réalisés en France dans la prise en charge des malades. La diffusion des traitements de désobstruction médicamenteuse (thrombolyse) et mécanique (angioplastie) des artères coronaires, une meilleure prise en charge de l'infarctus du myocarde dans sa phase aiguë et dans le suivi de la maladie, ainsi qu'un contrôle plus efficace de ses facteurs de risque, ont conduit à une amélioration significative de son pronostic vital et fonctionnel, et ont contribué efficacement à la réduction du nombre de récidives. L'enjeu actuel en termes de soins réside dans la précocité du diagnostic et de la prise en charge et dans l'accès rapide aux unités de soins intensifs.

La prévention primaire s'est également améliorée, avec notamment une baisse du tabagisme, la modification des habitudes alimentaires dans certains groupes de population, l'identification des personnes à risque élevé, la prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle et de l'hyperlipidémie. Mais beaucoup reste encore à faire dans ce domaine [10]. En outre, certains facteurs de risque comme le diabète et l'obésité connaissent aujourd'hui une évolution défavorable.

## SITUATION A LA REUNION

- Environ 157 décès par cardiopathie ischémique ont été dénombrés en moyenne chaque année entre 2003 et 2005. Ces décès concernent en majorité les personnes âgées : environ 72% surviennent après 65 ans. On dénombre toutefois 91 décès chez les personnes de moins de 65 ans. En 2004, le taux de comparatif de mortalité masculin est 1,2 fois plus élevé que le taux féminin.

- L'indice comparatif de mortalité par cardiopathie ischémique pour la période 2003-2005 est significativement supérieur à celui de la métropole. Dans notre région, la mortalité par cardiopathies ischémiques est supérieure de 44% à la moyenne nationale. La Réunion est une des régions qui a l'indice de mortalité par cardiopathies ischémiques le plus élevé quelque soit le sexe.

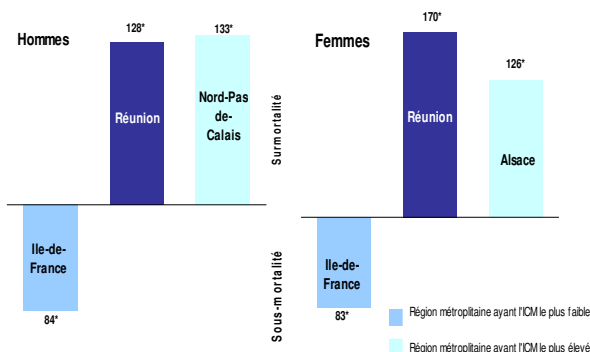
- Comme en France métropolitaine, la mortalité par cardiopathies ischémiques a considérablement reculé au cours des vingt dernières années : -15% chez les hommes et -11% chez les femmes entre 1983 et 2004.

- Les cardiopathies ischémiques sont à l'origine d'environ 648 admissions en affection de longue durée en moyenne entre 2004 et 2006. Ces admissions concernent dans plus de deux tiers des cas des hommes et ont été prononcées avant l'âge de 65 ans pour 67% des hommes et 43% des femmes.

- Les cardiopathies ischémiques ont constitué, en 2004, le diagnostic principal de 2 520 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée. Parmi ces séjours, 608 ont pour objet la prise en charge d'un infarctus du myocarde.

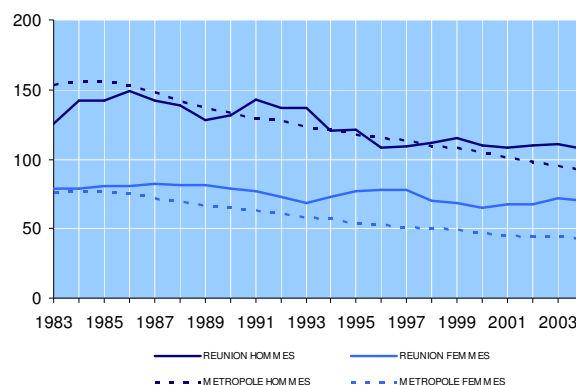
# CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES

## INDICES COMPARATIFS DE MORTALITE PAR CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE (moyenne 2003-2005)



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

## EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF DE MORTALITE PAR CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE La Réunion, France métropolitaine (1983-2004)



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

## NOMBRE DE DECES PAR CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE La Réunion (moyenne 2003-2005)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM*
Hommes	66	112	178	128
Femmes	24	125	150	170
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>237</b>	<b>328</b>	<b>157</b>

Source : INSERM CépiDc Exploitation ORS  
\* ICM : Indice comparatif de mortalité

## NOMBRE D'ADMISSION EN ALD POUR CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE La Réunion (moyenne 2004-2006)

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-44 ans	50	15	65
45-64 ans	250	72	323
65-74 ans	91	50	141
75-84 ans	47	44	91
85 ans et plus	8	20	28
<b>Total</b>	<b>446</b>	<b>202</b>	<b>648</b>

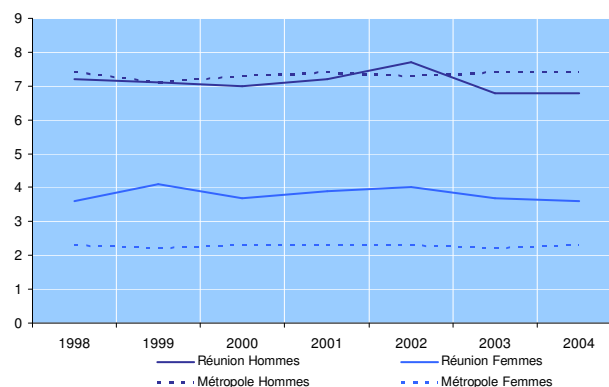
Sources : CNAMTS, RSI, MSA, FNORS Exploitation ORS

## SEJOURS HOSPITALIERS POUR CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE La Réunion (2004)

Diagnosics d'hospitalisation	Nombre de séjours		
	Hommes	Femmes	Total
Angine de poitrine	550	402	952
Infarctus aigu du myocarde	382	226	608
Cardio.ische.chronique	464	214	678
Autres	180	102	282
<b>Ensemble des cardiopathies ischémiques</b>	<b>1 576</b>	<b>944</b>	<b>2 520</b>

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

## EVOLUTION DU TAUX COMPARATIF D'HOSPITALISATION POUR CARDIOPATHIE ISCHEMIQUE La Réunion, France métropolitaine (1998-2004)



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

## 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.

**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

# CARDIOPATHIES ISCHEMIQUES

## Repères bibliographiques et sources

[1] La santé observée dans les Pays de La Loire : « cardiopathies ischémiques »

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] Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes

<http://www.eurpa.eu.int/comm/eurostat>

[3] Base nationale des causes médicales de décès 1980-2005, Inserm CépiDc

<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>

[4] Nouveaux cas des affections de longue durée (ALD30) de 1990 à 2006 – France entière

CNAMTS – Direction de la stratégie, des études et des statistiques juin 2007 ; 1p.

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

M. Païta, A. Weill. Point de repère, 2007 : 9 ; 1-8.

[6] Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees

[7] Baisse globale de la mortalité mais pas de l'incidence de la maladie coronaire en France de 1997 à 2002

B. Hass, P. Amouyel, P. Ducimetière *et al.* *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS, 2006 : 8-9 ; 65-66

[8] Le gradient Nord-Sud de la morbidité et de la mortalité coronaire en France : données récentes des registres français des cardiopathies ischémiques, 1997-2002

M. Montaye, P. Ducimetière, J.B. Ruidavets *et al.* *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS, 2006 : 8-9 ; 62-64

[9] Létalité de l'infarctus de myocarde des patients hospitalisés et son évolution dans les trois registres français des cardiopathies ischémiques

J.B. Ruidavets, B. Haas, M. Montaye *et al.* *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS, 2006 : 8-9 ; 67-68

[10] Surveillance de la pathologie coronaire en France : l'après Monica. Editorial

P. Ducimetière. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, InVS, 2006 : 8-9 ; 61

## 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](http://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](mailto: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](mailto: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](mailto:club-coeur-sante@wanadoo.fr)

- Reucare (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](mailto: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.