

La santé observée
en Limousin

LES CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES

CONTEXTE NATIONAL

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 myocarde 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 pas 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 sont regroupées sous le terme de cardiopathies ischémiques.

Les cardiopathies ischémiques ont provoqué 45 000 décès en 1999. Les données hospitalières de 1998 montrent que ces maladies ont représenté 290 340 séjours dans les services de courte durée, soit 2 % de l'ensemble des séjours. Environ 19 000 admissions en affection de longue durée pour un infarctus du myocarde ont été enregistrées en 1998. Au cours des dix dernières années, la mortalité due à ces affections a continué de diminuer régulièrement en France et dans les différentes régions.

Cette évolution favorable est la conséquence d'une diminution à la fois du nombre de nouveaux malades et du nombre de décès parmi les malades pris en charge en milieu hospitalier.

Entre 1990 et 1999, la baisse du nombre de décès a été de l'ordre de 9 %. Les résultats, rapportés par les différents registres européens de cardiopathies ischémiques, montrent la grande disparité géographique de la maladie. La France se situe parmi les pays à taux d'incidence modérés, au même rang que l'Espagne, la Suisse, l'Italie ou bien encore la Belgique. Par contre, l'infarctus du myocarde est 3 à 6 fois moins fréquent en France que dans les pays du Nord et de l'Est de l'Europe. La France s'inscrit ainsi dans la continuité du gradient décroissant Nord-Sud de morbi-mortalité par cardiopathie ischémique. L'utilisation en pratique médicale quotidienne de nouveaux traitements efficaces dans la 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 récurrences.

Plusieurs facteurs de risque environnementaux (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète, tabagisme, alimentation) reconnus pour influencer fortement la survenue des cardiopathies ischémiques sont accessibles à des modifications de comportements individuelles et à l'action efficace de traitements médicamenteux. Un programme national de réduction des risques cardio-vasculaires a été annoncé en février 2002 par le ministère chargé de la Santé. Il prévoit de développer les actions de prévention des facteurs de risque, de promouvoir l'éducation thérapeutique et les recommandations de bonnes pratiques cliniques et thérapeutiques ainsi qu'un renforcement du système de surveillance épidémiologique des maladies cardio-vasculaires

Source : Fnors – Base Score Santé

FAITS MARQUANTS DANS LA RÉGION

- Au cours de la période 1997-99, la mortalité par cardiopathies ischémiques est peu différente de celle de la France métropolitaine.
- Les décès par cardiopathies ischémiques sont prédominants chez les hommes et plus particulièrement avant 65 ans.
- Entre les périodes 1981-83 et 1997-99, la mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué chez les hommes et chez les femmes.

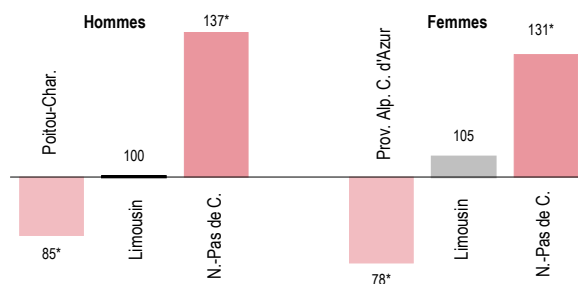
Précisions : Codes Classification Internationale des Maladies 9^{ème} révision (CIM-9) pour la mortalité : de 410 à 414 et codes Classification Internationale des maladies 10^{ème} révision (CIM-10) pour l'incidence : I20 à I25

◆ Une mortalité régionale identique à la moyenne nationale

Sur la période 1997-99, on dénombre chaque année en moyenne, 843 décès par cardiopathies ischémiques en Limousin.

La région ne présente pas une mortalité différente de celle observée au niveau national. En effet, les indices comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques en Limousin ne sont pas significativement différents de ceux de la France métropolitaine, aussi bien chez les hommes (ICM = 100) que chez les femmes (ICM = 105).

Indices Comparatifs de Mortalité par cardiopathies ischémiques sur la période 1997-99 (Indice Comparatif de Mortalité = 100)



Sources : INSERM CépiDc – INSEE RP99

Exploitation ORS

* Différence significative au risque $\alpha = 5\%$



◆ **La mortalité est plus marquée
chez les hommes**

Au cours de la période 1997-99, 843 décès par cardiopathies ischémiques ont été dénombrés en moyenne chaque année en Limousin, dont plus de la moitié sont survenus chez des hommes (53 %).

Les hommes décèdent plus prématurément que les femmes pour ce type de pathologies : 16 % des décès masculins surviennent avant 65 ans contre 3 % chez les femmes.

Cependant la grande majorité des décès par cardiopathies ischémiques ont lieu chez des personnes âgées d'au moins 65 ans (84 % chez les hommes et 97 % chez les femmes).

◆ **La mortalité augmente avec l'âge**

A partir de 25 ans, les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques augmentent de façon exponentielle avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes.

La surmortalité constatée chez les hommes (130 décès pour 100 000 hommes contre 107 décès pour 100 000 femmes) se retrouve à tous les âges. Ce phénomène est encore plus marqué entre 35 et 54 ans (ratio H/F > 10).

◆ **Depuis la période 1981-83, la mortalité
diminue**

Entre les périodes 1981-83 et 1997-99, les taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques ont régulièrement diminué, aussi bien chez les hommes (- 25 %) que chez les femmes (- 31 %).

Parallèlement, le même phénomène est observé à l'échelle nationale (hommes : - 29 % et femmes : - 35 %).

◆ **Près de 70 % des admissions en ALD
pour maladie coronaire sont masculines**

En 1999, en Limousin, il a été accordé 259 admissions en affection de longue durée pour maladie coronaire. Ces admissions représentent 7,7 % des admissions en ALD pour une affection cardio-vasculaire chez les hommes et 4,4 % chez les femmes.

Près de 70 % de ces admissions concernent des hommes. Chez ceux-ci, plus de la moitié des admissions se font avant 65 ans (52 %).

L'indice comparatif de mortalité (ICM) est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus 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.

Mortalité par cardiopathies ischémiques selon le sexe et l'âge, en Limousin sur la période 1997-99

Ages	Hommes		Femmes	
	Nb décès*	Taux**	Nb décès*	Taux**
25-34 ans	1	3	< 1	2
35-44 ans	10	20	1	2
45-54 ans	19	38	2	3
55-64 ans	41	112	10	25
65-74 ans	119	306	48	101
75-84 ans	153	738	121	392
85 ans ou +	106	1 473	212	1 221
Total	449	130	394	107

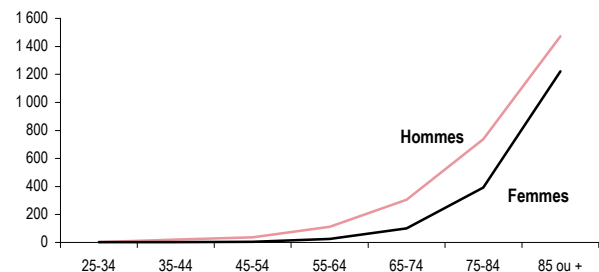
Sources : INSERM CepiDc, INSEE estimations

Exploitation ORS

* Nombre moyen annuel

** Taux brut moyen annuel pour 100 000 personnes du même sexe

Taux* de mortalité par cardiopathies ischémiques selon le sexe et l'âge, en Limousin sur la période 1997-99

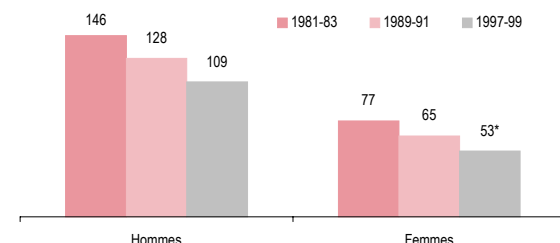


Sources : INSERM CepiDc, INSEE estimations

Exploitation ORS

* Taux brut moyen annuel pour 100 000 personnes du même sexe

Evolution de la mortalité par cardiopathies ischémiques selon le sexe, en Limousin sur les périodes 1981-83, 1989-91 et 1997-99**



Sources : INSERM CÉPIDC, INSEE

Exploitation ORS

* Différence significative par rapport à la France

** Taux pour 100 000 personnes du même sexe standardisé sur la population française au recensement 1990

Admissions en affections de longue durée pour maladie coronaire* selon le sexe et l'âge, en Limousin en 1999

	Hommes		Femmes	
Moins de 15 ans	1	0,6 %	0	0,0 %
15-34 ans	0	0,0 %	0	0,0 %
35-64 ans	92	51,4 %	21	26,2 %
65 ans ou +	86	48,0 %	59	73,8 %
Total	179	100,0 %	80	100,0 %

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

Exploitation ORS

* Toute ischémie myocardique segmentaire, symptomatique et objectivement documentée

Le taux brut de mortalité est égal au nombre de décès d'une tranche d'âge rapporté à la population de même sexe et de même âge.

Le taux comparatif 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.