

Février 2009

LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES EN LORRAINE

Après avoir longtemps représenté la première cause de décès dans notre région comme en France métropolitaine, les maladies cardiovasculaires se situent en deuxième position derrière les cancers depuis quatre ans. En 2005, elles sont directement liées à près de 5 900 décès en Lorraine contre un peu plus de 7 000 en 1999. Malgré cette baisse, ces maladies représentent encore 28% des décès dans la région et constituent toujours la première cause de mortalité chez les femmes.

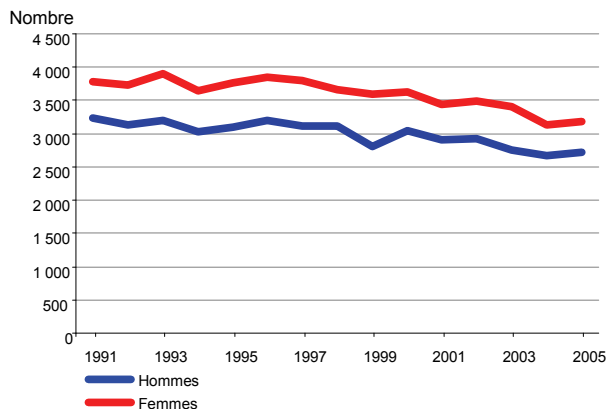
Le nombre de décès par maladie cardiovasculaire a diminué de 16% en 14 ans, en Lorraine

Entre 1991 et 2005, le nombre de décès par maladie cardiovasculaires a baissé de 16% en Lorraine. Cette diminution s'est déroulée au même rythme pour chaque sexe. En 1991, on enregistrait 7 015 décès dont 3 240 hommes et 3 775 femmes. En 2005, le nombre est passé à 5 896 dont 2 712 hommes et 3 184 femmes.

Plus de la moitié de cette baisse s'est produite entre 2002 et 2004. En l'espace de deux ans, le nombre de décès pour ce type de pathologie a été réduit de 10%.

La diminution a été plus rapide avant 65 ans (moins 39%). Elle a été régulière et continue chez les hommes, alors que, chez les femmes, elle a été particulièrement importante à partir de 2002.

Évolution du nombre de décès par maladie cardiovasculaire en Lorraine



Source : INSERM-CépiDc

La baisse du nombre de décès est principalement liée aux maladies vasculaires cérébrales et aux cardiopathies ischémiques

Entre 1991 et 2005, on observe une forte diminution du nombre de décès par cardiopathies ischémiques (-26%) et par maladies vasculaires cérébrales (-28%). La baisse est moins importante pour la catégorie des artérioscléroses et anévrismes (-15%).

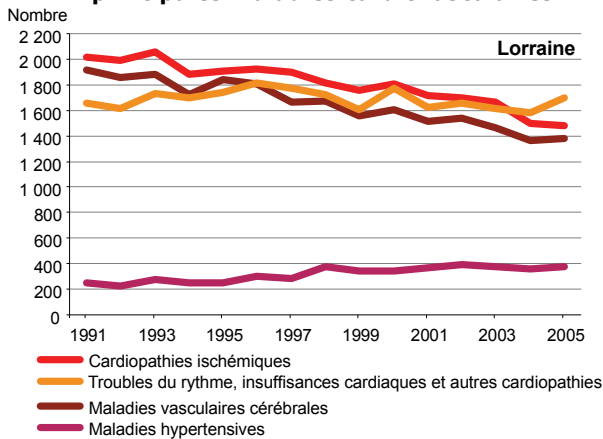
Au cours de la même période, le nombre de décès par troubles du rythme, insuffisance cardiaque et autres cardiopathies est resté stable. Il oscille entre 1 600 et 1 800 décès par an. En revanche, la mortalité par maladies hypertensives a augmenté. Le nombre de décès est passé de 247 en 1991 à 374 en 2005, soit une augmentation de 51%.

La réduction de la mortalité cardiovasculaire est due à un meilleur contrôle des facteurs de risque permettant de prendre des mesures préventives, mais aussi à l'amélioration de la prise en charge liée à la découverte de nouvelles molécules thérapeutiques, à de nouvelles pratiques chirurgicales, à la précocité des diagnostics et à la rapidité de la prise en charge.

ORSAS-Lorraine

Observatoire Régional de la Santé
et des Affaires Sociales en Lorraine
2, rue du Doyen Parisot
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. 03 83 67 68 69
www.orsas.fr

Évolution du nombre de décès pour les principales maladies cardiovasculaires



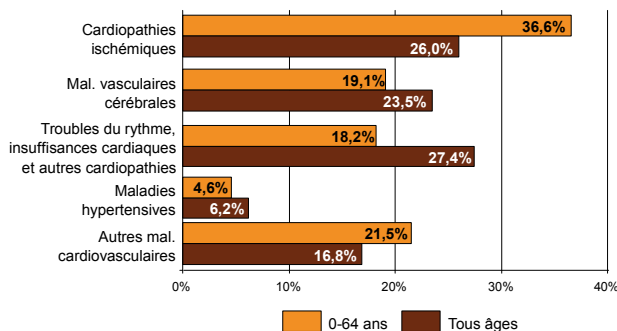
Source : INSERM-CépiDc

Cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales : principales pathologies cardiovasculaires

Deux pathologies représentent chacune environ un quart des décès par maladie cardiovasculaire : les cardiopathies ischémiques (26,0%) et les maladies vasculaires cérébrales (23,5%). La part des cardiopathies ischémiques est particulièrement importante chez les hommes (30,5%).

Dix pour cent des décès par maladie cardiovasculaire se produisent avant 65 ans. Les cardiopathies ischémiques y sont majoritaires (36,6%), suivies des maladies vasculaires cérébrales (19,1%). Chez les hommes, la proportion des cardiopathies ischémiques atteint 40,8% des décès cardiovasculaires avant 65 ans alors que les maladies vasculaires cérébrales sont en première position chez les femmes avec 26,7% des décès cardiovasculaires avant 65 ans.

Part des différentes pathologies dans la mortalité cardiovasculaire lorraine en 2003-2005



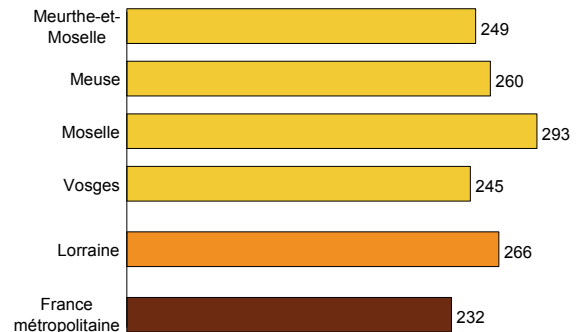
Source : INSERM-CépiDc

La mortalité cardiovasculaire est la plus élevée dans l'est de la Moselle

Entre 1993 et 1995, le taux comparatif de mortalité par maladie cardiovasculaire en Lorraine dépasse le taux français de 17%. Depuis, cette surmortalité a légèrement diminué, mais elle est encore de + 15% entre 2003 et 2005, (266 pour 100 000 contre 232

pour 100 000). La Moselle enregistre le taux le plus élevé (293 pour 100 000), soit 26% de plus que la moyenne française. Les Vosges présentent le taux comparatif de mortalité le plus faible de la région (245 pour 100 000), ce qui représente une surmortalité de 6% par rapport à la France métropolitaine.

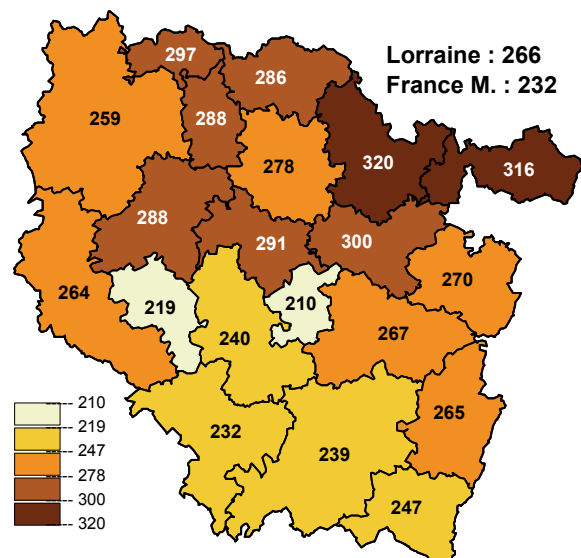
Taux* comparatifs de mortalité par maladies cardiovasculaires en 2003-2005



Source : INSERM-CépiDc * : Nombre de décès pour 100 000 habitants

A l'échelon infra-départemental, les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans les territoires de santé et de proximité de Sarreguemines (316 pour 100 000) et surtout du Bassin Houiller (320 pour 100 000), soit 20% de plus que la moyenne régionale et 38% de plus que la moyenne nationale. Les taux les plus faibles se rencontrent dans les territoires du Haut-Val-de-Meuse (secteur de Commercy, 219 pour 100 000) et de Nancy (210 pour 100 000), soit 21% de moins que la moyenne régionale et 9% de moins que la moyenne nationale.

Taux* comparatifs de mortalité par maladie cardiovasculaire en 2003-2005



Sources : INSERM-CépiDc * : Nombre de décès pour 100 000 habitants

La surmortalité par maladie cardiovasculaire correspond à un surplus de 652 décès par an en Lorraine

Entre 2003 et 2005, on observe 5 952 décès annuels par maladie cardiovasculaire en Lorraine. Si la mortalité par âge avait été la même que dans l'ensemble de la France métropolitaine, on aurait enregistré 5 300 décès, soit 652 de moins.

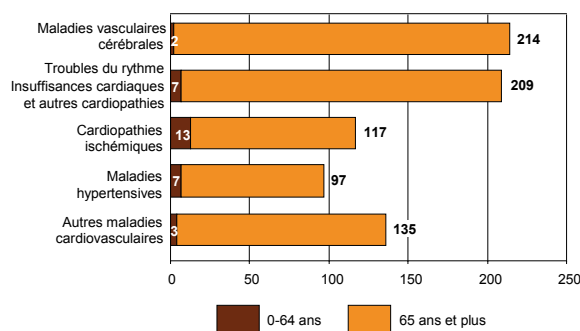
Cette surmortalité lorraine est principalement liée aux maladies vasculaires cérébrales qui entraînent un surplus de 214 décès par an, soit 18% de plus que le nombre attendu par comparaison avec la France métropolitaine et aux troubles du rythme, insuffisances cardiaques et autres cardiopathies (+209 décès et +15%).

La surmortalité lorraine par cardiopathie ischémique est moins importante et diminue entre les périodes d'observation. Entre 2003 et 2005, elle correspond à un surplus de 117 décès par an, soit 7% de plus que le nombre attendu. Entre 1993 et 1995, elle est de 16%.

La surmortalité par maladies hypertensives est moins importante (+97 décès par an), mais elle traduit une surmortalité de + 37% qui est en augmentation par rapport à la période 1993-1995 (+à 24%).

Avant 65 ans, la mortalité cardiovasculaire lorraine dépasse la moyenne française de 5%, soit un surplus de 31 décès dont 13 par cardiopathies ischémiques.

Surplus annuel de décès cardiovasculaires en Lorraine en 2003-2005 par rapport à la France métropolitaine



Source : INSERM-CépiDc

Des regards différents selon l'indicateur utilisé

La morbidité des pathologies cardiovasculaires peut être approchée par l'observation des motifs d'hospitalisation ou d'admission en affection de longue durée (ALD).

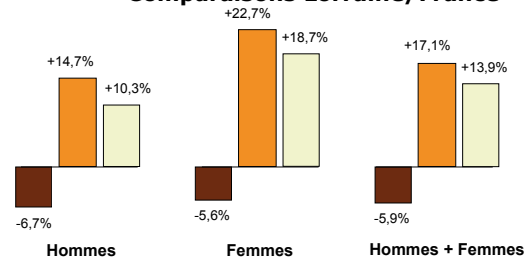
A structure de nomenclatures équivalentes¹, les trois sources d'information (mortalité, hospitalisations et ALD) ne reflètent pas la même situation de la

¹ La comparaison entre les différents indicateurs de fréquence des maladies cardiovasculaires ne peut se faire qu'en utilisant la même liste de pathologie. On a donc pris comme référence les pathologies cardiovasculaires ouvrant un droit à l'admission en ALD.

Lorraine par rapport à la France. Mesurée par le taux d'admission en ALD, la morbidité cardiovasculaire lorraine est inférieure de 5,9% à la moyenne française. Lorsqu'on observe les taux d'hospitalisation, on constate une sur-morbidité régionale de 17,1%. Cette dernière tendance est confirmée par la surmortalité lorraine égale à 13,9%.

Ces sources d'informations concordent toutefois pour montrer que, par rapport à la France, la situation féminine en Lorraine est moins favorable que la situation masculine.

Comparaisons Lorraine/France



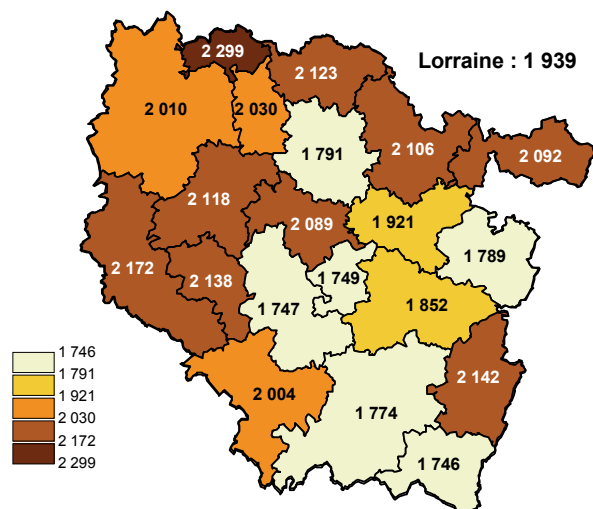
Sources : ALD : CNAMTS et RSI ; Hospitalisations : ATIH (PMSI) ; Mortalité : INSERM-CépiDc

Les hospitalisations pour maladies cardiovasculaires sont plus fréquentes dans le nord que dans le sud de la région

Même si l'analyse des motifs d'hospitalisation n'est qu'un reflet d'une partie de l'activité de soins, elle peut apporter une information sur la morbidité cardiovasculaire.

En Lorraine, le taux comparatif d'hospitalisation pour une maladie cardiovasculaire est de 1 939 patients pour 100 000 habitants (ensemble hommes et femmes). Le taux est plus élevé en Meuse (2 092) et en Moselle (1 970). Il est plus faible en Meurthe-et-Moselle (1 900) et dans les Vosges (1 885).

Taux* comparatifs de patients hospitalisés pour maladie cardiovasculaire (2004-2006)



Source : ATIH (PMSI) * : Nombre de patients pour 100 000 habitants

Les taux les plus faibles sont observés dans les territoires de Nancy (1 749), du Pays Terres de Lorraine¹ (1 747) et de Remiremont (1 746). Les taux les plus élevés se trouvent dans les territoires du Haut-Val-de-Meuse (2 138), de Saint-Dié (2 142), de Bar-le-Duc (2 172) et de Longwy (2 299).

Les admissions en affection de longue durée reflètent mal la morbidité par maladies cardiovasculaires

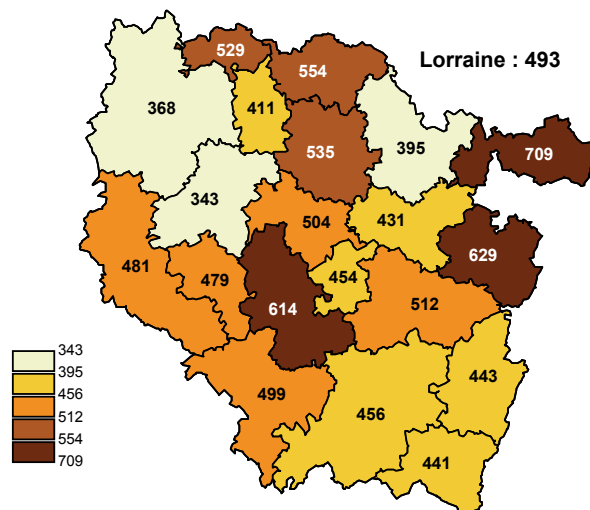
L'incidence des maladies cardiovasculaires peut également être approchée en observant les taux d'admission en ALD pour l'une des affections relevant de ce type de morbidité. En Lorraine, les taux comparatifs d'admission sont inférieurs de 5,9% au taux français (493 pour 100 000 contre 524).

Le taux d'admission le plus élevé est observé en Moselle (524), particulièrement dans le territoire de Sarreguemines (709). Mais le Bassin-Houiller connaît, par contre, un des taux d'admission en ALD les plus faibles de la région.

La Meuse, enregistre le taux le plus faible (441), particulièrement le territoire du Cœur de Lorraine (secteur de Saint-Mihiel, [343]). Le taux est de 456 dans les Vosges et de 494 en Meurthe-et-Moselle. Si on repère des similitudes entre la répartition spatiale des taux de mortalité et des taux d'hospitalisation² en Lorraine, il n'en va pas de même pour les ALD.

De plus, le taux régional d'ALD est inférieur à la moyenne nationale, alors que le taux de mortalité est supérieur. Ces divergences dans les comparaisons sont liées au biais de l'indicateur construit à partir des admissions en ALD qui reflètent à la fois une pratique médico-administrative et des demandes liées à une morbidité³.

Taux* comparatifs d'admission en ALD pour maladie cardiovasculaire (2004-2006)



Sources : CNAMTS et RSI

* : Nombre d'admissions en ALD pour 100 000 habitants

Taux comparatif : Il s'agit du taux (mortalité, hospitalisation, admissions en ALD) qui serait observé sur un territoire si celui-ci avait la même pyramide des âges que la France en 1990. Ces taux permettent de comparer la mortalité entre différents territoires ou à différentes époques en excluant l'influence de l'âge.

¹ Sud-ouest Meurthe-et-Mosellan

² Taux plus élevés en Lorraine qu'en France, particulièrement en Moselle et en Meuse

³ Voir les remarques en annexe

Cardiopathies ischémiques : Première cause de mortalité cardiovasculaire avant 65 ans

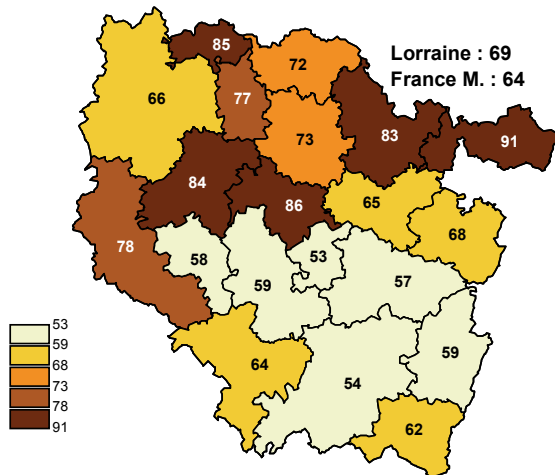
Les cardiopathies ischémiques représentent la deuxième cause de mortalité cardiovasculaire en Lorraine tous âges confondus, avec 26% de ces décès, mais la première avant 65 ans (36,6 %). Les décès sont majoritairement masculins (55,0 %) contrairement à l'ensemble des maladies cardiovasculaires où la part des hommes est inférieure (45,6 %).

Entre 1993-1995 et 2003-2005, le nombre de décès par cardiopathie ischémique a diminué plus rapidement (-20,4 %) que pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires (-13,5 %). La diminution est encore plus importante avant 65 ans (-34,2 %), mais c'est aussi le cas pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires où elle est de -28,9 %.

La surmortalité lorraine par cardiopathie ischémique est moins importante que pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires (+7% contre +15% par rapport à la France). Elle entraîne un surplus annuel de 117 décès par rapport au niveau de mortalité français et représente 18 % de l'ensemble de la surmortalité par maladie cardiovasculaire (+652 décès par an). Avant 65 ans, les cardiopathies ischémiques représentent, toutefois, la première cause de surmortalité cardiovasculaire avec un excès de 13 décès par an, soit 42 % de la surmortalité cardiovasculaire à ces âges (+31 décès par an).

Les taux comparatifs de mortalité les plus élevés sont observés dans le nord de la région, particulièrement dans le territoire de Sarreguemines (91 pour 100 000 contre 69 en Lorraine). Les taux sont inférieurs à la moyenne française (64 pour 100 000) dans 7 territoires, particulièrement dans les Vosges centrales (54) et le territoire de Nancy (53).

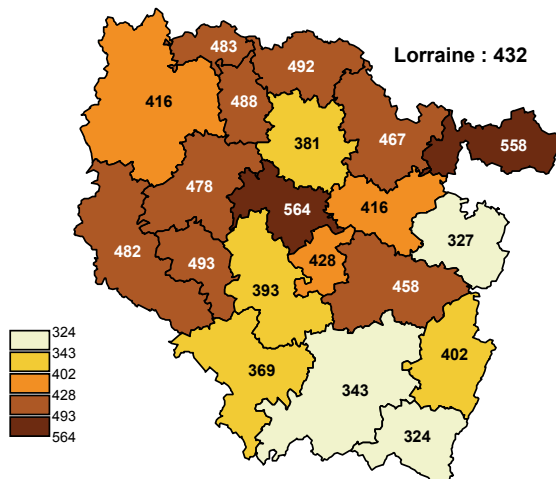
Taux comparatifs de mortalité par cardiopathie ischémique en 2003-2005



Source : INSERM-CépiDc

La répartition des taux comparatifs d'hospitalisation confirme partiellement la répartition des taux de mortalité. Entre 2004 et 2006, les taux les plus élevés sont observés dans les territoires de Sarreguemines (558 pour 100 000) et du Val-de-Lorraine (564). Les taux les plus faibles concernent les territoires de Sarrebourg (327) et de Remiremont (324).

Taux comparatifs d'hospitalisation pour cardiopathie ischémique en 2004-2006



Source : ATIH (PMSI)

Maladies hypertensives : surmortalité régionale en augmentation

Le traitement des maladies hypertensives permet de réduire la survenue des complications et leur gravité. Or, une part importante de la population concernée ne suit pas de traitement. En effet, les données des centres d'examens de santé de Lorraine montrent que 68% des hommes et 55% des femmes présentant une hypertension ne sont pas traitées pour leur maladie.

Bien que l'hypertension artérielle concerne une part importante de la population (37,7% des hommes et 30,8% des femmes ayant consulté un centre d'examens de santé en Lorraine entre 1999 et 2003), les maladies hypertensives représentent une faible proportion de la mortalité par maladie cardiovasculaire (6,2%). Cette proportion a augmenté depuis 10 ans. En 1993-1995, elle était égale à 3,8%. Dix ans plus tard, le nombre de décès par maladies hypertensives a augmenté de 42,0% alors que le nombre de décès pour l'ensemble des maladies cardiovasculaires a diminué de 13,5%.

La Lorraine se distingue par une surmortalité par maladie hypertensive relativement importante (+37%). Cette surmortalité a augmenté par rapport à la période 1993-1995 où elle était de 24%. Entre 2003 et 2005, ces maladies entraînent un surcroît de 97 décès chaque année (dont 7 avant 65 ans) par rapport au taux français appliqué à la Lorraine.

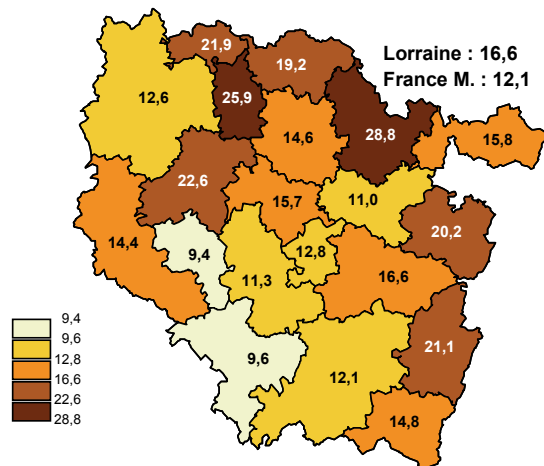
Entre 2003 et 2005, les taux comparatifs de mortalité les plus élevés sont observés dans les territoires de Briey (25,9 pour 100 000) et surtout du Bassin Houiller (28,8). Quatre territoires bénéficient d'un taux inférieur à la moyenne française (12,1), particulièrement les Vosges de l'ouest (9,6) et le Haut-Val-de-Meuse (9,4).

La mortalité liée aux maladies hypertensives ne se mesure pas uniquement par le biais des causes initiales de décès. En effet, ces maladies, qui sont un important facteur de risque cardiovasculaire, sont associées à 6,6% des décès dus à une autre maladie de l'appareil circulatoire. Cette proportion est plus importante en ce qui concerne les maladies vasculaires cérébrales (12,4%) et les cardiopathies ischémiques (9,2%). Au total, les maladies hypertensives, qu'elles figurent en tant que cause initiale ou en tant

que cause associée à une autre maladie cardiovasculaire, sont impliquées dans 12,4% des décès par maladie cardiovasculaire.

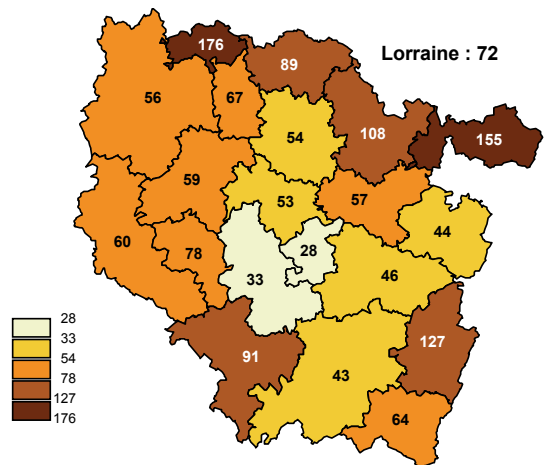
Les disparités entre les taux comparatifs d'hospitalisation sont beaucoup trop fortes pour refléter de réelles variations de l'incidence des maladies hypertensives. En effet, selon les territoires, les taux varient de 28 (Nancy) à 176 pour 100 000 (Longwy). Les taux les plus faibles pourraient s'expliquer par des fortes densités en cardiologues qui permettraient un meilleur suivi ambulatoire de la population et éviteraient ainsi certaines complications soignées à l'hôpital.

Taux comparatifs de mortalité par maladie hypertensive (2003-2005)



Source : INSERM-CépiDc

Taux comparatifs d'hospitalisation pour maladie hypertensive en 2004-2006



Source : ATIH (PMSI)

Facteurs de risque : la consommation de tabac régresse, l'obésité augmente

La surmortalité et la sur-morbidité par maladies cardiovasculaires en Lorraine peuvent être en partie imputées aux deux facteurs de risques importants que sont la consommation de tabac et l'obésité qui sont plus fréquents dans la région que dans le reste de la France métropolitaine.

L'enquête Baromètre santé de l'INPES montre que la consommation quotidienne de tabac parmi la population âgée de 15 ans ou plus en Lorraine est pratiquement équivalente à la moyenne nationale, mais que la baisse a été plus rapide dans la région que dans l'ensemble de la France depuis 2000.

Évolution de la consommation quotidienne de tabac parmi la population âgée de 15 ans ou plus

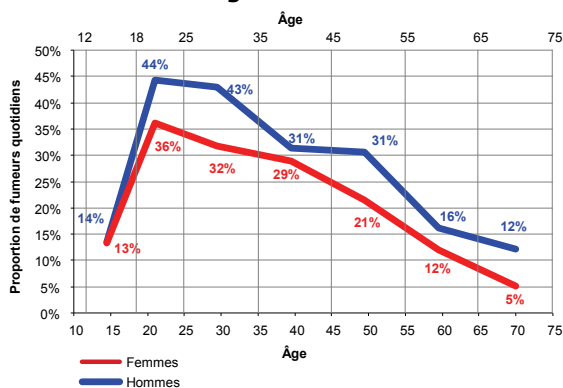
	2000	2005
Lorraine	31,7%	26,1%
France	28,3%	24,9%

Source : Baromètre santé 2000 et 2005 (INPES)

Plus de quatre jeunes adultes sur dix fument tous les jours

En Lorraine, d'après l'enquête Baromètre santé 2005, la proportion de consommateurs quotidiens de tabac chez les adolescents (entre 12 et 17 ans) est pratiquement la même chez les garçons (14%) et les filles (13%). Elle augmente rapidement avec l'âge et atteint un maximum entre 18 et 24 ans. La prévalence diminue ensuite au cours de la vie.

Consommation quotidienne de tabac par tranche d'âge en Lorraine en 2005

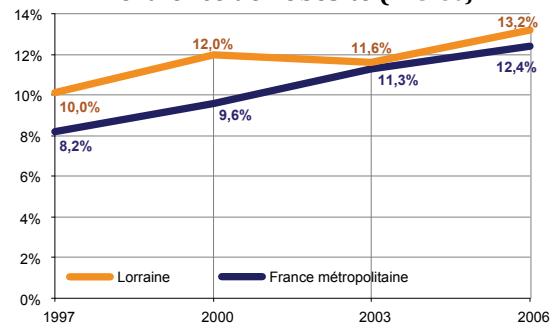


Source : Baromètre santé lorrain 2005 (École de Santé Publique)

L'obésité en Lorraine augmente et reste plus fréquente que dans le reste de la France

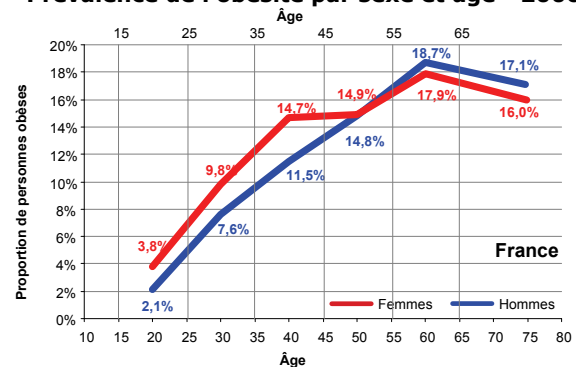
L'augmentation de la prévalence de l'obésité est constatée dans la plupart des pays du monde. En France, l'enquête OBEPI, réalisée tous les 3 ans, montre que l'obésité a augmenté de moitié dans la population en 9 ans, passant de 8,2% de la population en 1997 à 12,4% en 2006. En Lorraine, l'obésité est plus fréquente qu'en France (13,2% en 2006) mais l'augmentation a été moins rapide (+32% depuis 1997).

Prévalence de l'obésité (IMC ≥ 30)



L'enquête OBEPI de 2006 montre que 2,1% des hommes et 3,8% des femmes âgés de 15 à 24 ans présentaient un IMC¹ supérieur à 30. Entre 55 et 64 ans, ces proportions atteignent 18,7% chez les hommes et 17,9% chez les femmes. L'obésité est un peu plus fréquente chez les femmes que chez les hommes avant 45 ans. A partir de 55 ans, cette tendance s'inverse.

Prévalence de l'obésité par sexe et âge - 2006



Source : OBEPI 2006

¹ L'indice de masse corporelle (IMC) correspond au poids divisé par le carré de la taille en mètre. Par exemple, une personne mesurant 1m75 et pesant 75kg aura un IMC égal à : $75 / (1,75)^2 = 24,5$. On considère qu'un IMC normal doit être compris entre 18,5 et 25. Entre 25 et 30, une personne est en surcharge pondérale et au-delà de 30, une personne est obèse.

Annexes

Catégories et codes CIM 10 des maladies de l'appareil circulatoire (Liste 65 postes – Eurostat)

Les maladies de l'appareil circulatoire ou maladies cardiovasculaires constituent un ensemble de troubles affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. La classification internationale des maladies (CIM 10) distingue les catégories suivantes :

Codes CIM 10	Causes médicales de décès
I20-I25	Cardiopathies ischémiques
Angine de poitrine Infarctus du myocarde Certaines complications récentes d'un infarctus aigu du myocarde	Autres cardiopathies ischémiques aiguës Cardiopathie ischémique chronique
I30-I33, I39-I52	Autres cardiopathies
Péricardite aiguë et autres maladies du péricarde Endocardite aiguë ou chronique Myocardite aiguë, Myocardiopathie Troubles de la conduction, Arythmies cardiaques Arrêts cardiaques	Insuffisances cardiaques Complications de cardiopathies et autres cardiopathies
I60-I69	Maladies cérébro-vasculaires
Hémorragies intracérébrales Infarctus cérébral Occlusions et sténoses des artères précérébrales	Autres maladies cérébro-vasculaires Séquelles de maladies cérébro-vasculaires
I00-I19, I26-I29, I34-I38, I53-I59, I70-I99	Autres causes
Rhumatismes articulaires aigus et cardiopathies rhumatismales Maladies hypertensives, Maladies des valves cardiaques Affections cardio-pulmonaires et maladies de la circulation pulmonaire	Maladies des vaisseaux (artères, veines, artérioles, ganglions lymphatiques) Troubles autres et non précisés de l'appareil circulatoire
I00-I99	Ensemble

Les sources utilisées

1. Certificats de décès INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale)

Lorsqu'un décès se produit, un médecin remplit un certificat de décès divisé en deux parties. La partie supérieure est destinée à l'état civil et envoyée aux mairies. La partie inférieure a un but épidémiologique. Elle comporte des informations sur l'état civil de la personne, sur la cause principale ayant conduit au décès et sur les causes associées. Elle est envoyée à l'INSERM qui s'occupe d'établir les statistiques sur la mortalité et ses causes.

2. PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), ATIH

Le PMSI est un outil de gestion des établissements de santé ayant pour but de connaître l'activité de chaque établissement afin de leur attribuer les ressources nécessaires à leur fonctionnement.

Pour chaque hospitalisation, un RSA (Résumé de Sortie Anonyme) est rempli sur lequel figure la principale cause d'hospitalisation et les diagnostics reliés.

3. Affections de Longue Durée (ALD), CNAMTS, MSA, RSI)

Les ALD sont des maladies qui nécessitent un suivi et des soins prolongés (supérieurs à 6 mois) et des transports coûteux ouvrant droit à une prise en charge à 100% par l'assurance maladie. Ces maladies comprennent 30 pathologies parmi lesquelles on trouve les cancers.

Pour qu'une personne soit admise en affection de longue durée, il faut que son médecin remplisse un dossier qu'il enverra ensuite à l'assurance maladie où un médecin conseil prendra la décision d'accepter ou de refuser le dossier. Environ 88% des personnes en ALD dépendent du régime général (CNAMTS), 6% du régime agricole (MSA) et 6% du régime des indépendants (RSI).

Certaines limites conduisent à ce que l'exploitation des données d'admissions en ALD rend imparfaitement compte de la morbidité :

- L'admission en ALD relève de plusieurs appréciations successives : d'abord celle du patient, puis celle du médecin traitant et enfin celle du contrôle médical de l'assurance maladie.
- Les personnes bénéficiant d'une couverture médicale suffisante n'éprouvent pas le besoin d'être admises en ALD, comme, par exemple, les personnes bénéficiant du régime minier, ce qui explique les faibles taux observés dans le bassin houiller.
- Les données issues de la MSA (Mutualité Sociale Agricole) n'étant pas réparties au niveau infra-départemental, il n'a pas été possible de les inclure dans ce document. Par conséquent, les taux calculés ici dans les zones rurales sont trop faibles.

4. Baromètre santé, 2000 et 2005, INPES, école de Santé Publique.

Il s'agit d'une enquête en population générale réalisée par téléphone.

5. OBEPI, 1997, 2000, 2003 et 2006 (CNAMTS, RSI, INVS, HAS, INPES, AFD)

L'enquête OBEPI est menée auprès d'un panel de 20 000 foyers tirés au sort et représentant la population des ménages ordinaires français, hormis les sujets en institution, en foyer, en résidence, en communauté ou sans domicile fixe. Les personnes sont interrogées par un questionnaire postal auto administré.