

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.

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

Selon des données Eurostat, la France observe un taux de mortalité par cardiopathies ischémiques, quel que soit l'âge, parmi les plus faibles des pays de l'Union européenne. Les taux les plus élevés de mortalité se situent essentiellement dans les pays du nord de l'Europe [1].

Avec 43 000 décès en 2003, les cardiopathies ischémiques sont en France la cause de 27 % des décès cardiovasculaires et de 8 % du total des décès. Depuis le milieu des années 1980, la mortalité par cardiopathie ischémique diminue régulièrement (- 40 % entre 1985 et 2003) (fig. 5) [2].

Environ 82 000 admissions en Affection de longue durée pour maladie coronaire (ALD n° 13) ont été prononcées par les trois principaux régimes d'assurance maladie en 2004 [3]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour ces affections est estimé à 661 000 en 2004 [4].

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 en 2004. Entre 1998 et 2004, le nombre de séjours hospitaliers pour ces affections a augmenté de 9 %. Cette évolution résulte de l'augmentation et du vieillissement de la population puisque sur la même période le taux comparatif a diminué de 1 % (fig. 6) [5].

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 [6].

Le gradient décroissant de morbi-mortalité coronaire Nord-Sud observé sur la période 1985-1994 persiste en 1997-2002, mais s'est réduit [7]. 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 [8].

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 [9]. En outre, certains facteurs de risque comme le diabète et l'obésité connaissent aujourd'hui une évolution défavorable.

Dans les Pays de la Loire

■ Près de 2 400 décès par cardiopathie ischémique ont été dénombrés en moyenne chaque année entre 2000 et 2002. Ces décès concernent principalement des personnes âgées, 74 % surviennent après 75 ans. On dénombre toutefois plus de 250 décès par an chez des personnes de moins de 65 ans (fig. 2). Le taux masculin de mortalité (95 pour 100 000) est plus de deux fois supérieur au taux féminin (43 pour 100 000) (fig. 5) [2].

■ Comme en France, la mortalité par cardiopathie ischémique dans la région a chuté au cours des deux dernières décennies : - 34 % chez les hommes et - 43 % chez les femmes entre 1981 et 2002. Sur les années récentes, elle est proche de la moyenne nationale chez les hommes, comme chez les femmes (fig. 5) [2].

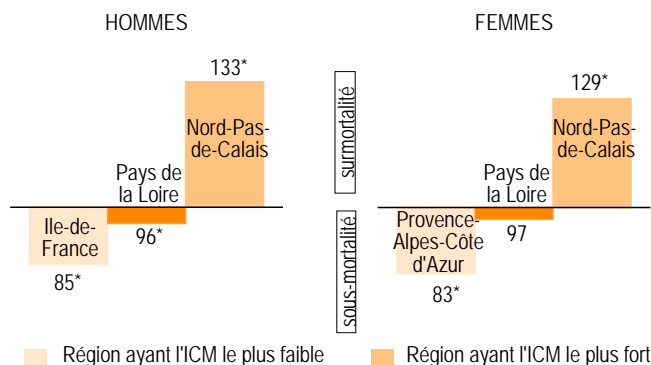
■ Les cardiopathies ischémiques sont à l'origine d'environ 4 700 admissions en Affection de longue durée (ALD) en moyenne chaque année pour les trois principaux régimes d'assurance maladie. Ces admissions concernent des hommes dans 2/3 des cas, et ont été prononcées avant l'âge de 65 ans pour 47 % des hommes et 18 % des femmes (fig. 3) [10].

A structure d'âge comparable, la fréquence des admissions de longue durée pour maladie coronaire (ALD n° 13) n'est pas significativement différente de la moyenne nationale [3, 10].

■ Les cardiopathies ischémiques ont constitué, en 2004, le diagnostic principal de 13 100 séjours hospitaliers de Ligériens dans les services de soins de courte durée, selon les données du PMSI. Parmi ces séjours, 3 300 ont pour objet la prise en charge d'un infarctus aigu du myocarde (fig. 4).

A structure d'âge égale, le taux régional de séjours hospitaliers pour cardiopathie ischémique est inférieur de 25 % à la moyenne nationale (fig. 4) [5, 11]. Cette situation contraste avec celle des indicateurs de mortalité et d'admission en ALD. Elle peut résulter pour partie de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge différentes (traitements en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs...), voire d'habitudes de codage spécifiques dans le cadre du PMSI.

1 Indices comparatifs de mortalité par cardiopathie ischémique (moyenne 2001-2003)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Décès par cardiopathie ischémique

Pays de la Loire (moyenne 2001-2003)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	226	1 084	1 310	96*
Femmes	33	1 046	1 079	97
Ensemble	259	2 130	2 389	96*

Source : INSERM CépiDc
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

3 Admissions en ALD pour cardiopathie ischémique

Pays de la Loire (moyenne 2002-2004)

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-44 ans	187	31	218
45-64 ans	1 278	248	1 526
65-74 ans	847	406	1 253
75-84 ans	641	591	1 232
85 ans et plus	142	285	427
Total	3 095	1 561	4 656

Source : URCAM - DRSM

4 Séjours hospitaliers pour cardiopathie ischémique¹

Pays de la Loire (2004)

Code CIM 10	Diagnostic d'hospitalisation	Nombre de séjours			ICH
		Hommes	Femmes	Total	
I20	Angine de poitrine	4 258	1 804	6 062	82*
I21, I22	Infarctus aigu du myocarde	2 216	1 101	3 317	78*
I25	Cardio. isché. chroniques	2 601	758	3 359	66*
I23, I24	Autres	215	123	338	41*
I20-I25	Ensemble des cardiopathies ischémiques	9 290	3 786	13 076	75*

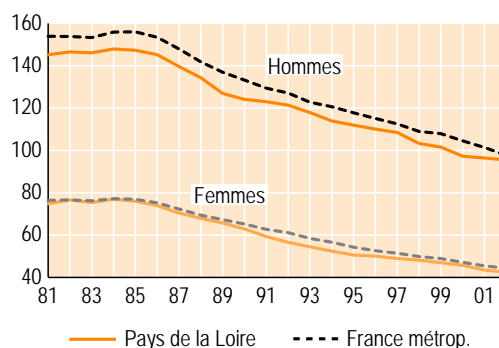
Source : PMSI (ARH, données domiciliées)
¹ séjours pour lesquels une cardiopathie ischémique a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

Rang au niveau national

La région des Pays de la Loire se caractérise par des taux comparatifs de mortalité par cardiopathies ischémiques relativement proches de la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes (8^e rang des régions métropolitaines pour les deux sexes).

5 Evolution du taux comparatif de mortalité par cardiopathie ischémique

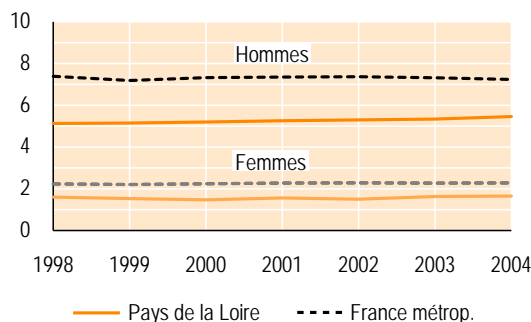
Pays de la Loire, France métropolitaine (1981 - 2002)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

6 Evolution du taux comparatif d'hospitalisation pour cardiopathie ischémique

Pays de la Loire, France métropolitaine (1998 - 2004)



Source : PMSI (DREES, ARH, données domiciliées)
Unité : pour 1 000

Définitions

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée".

Causes médicales de décès : l'analyse de la mortalité par cardiopathies ischémiques est basée sur les codes CIM9 410-414 pour les années antérieures à 2000 et sur les codes CIM10 I20-I25, I51.3 pour les années plus récentes.

Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnostiques d'hospitalisation".

ICH : Indice comparatif d'hospitalisation.

ICM : Indice comparatif de mortalité.

Taux et indices comparatifs : voir indicateurs.

Cardiopathies ischémiques

Sources

1. Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes
www.europa.eu.int/comm/eurostat
2. Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003, Inserm CépiDc, exploitation Fnors-ORS
3. Base nationale des Affections de longue durée (ALD) 2002- 2004, Cnamts - MSA - RSI, exploitation Fnors - ORS
4. Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance maladie en 2004.
A. Weill, N. Vallier, B. Salanave *et al. Pratiques et Organisation des Soins*, Cnamts, volume 37, n° 3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188
5. Base nationale PMSI MCO 1998-2004, exploitation Drees
6. Baisse globale de la mortalité mais pas de l'incidence de la maladie coronaire en France de 1997 à 2002.
B. Haas, P. Amouyel, P. Ducimetière *et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 8-9, février 2006, pp. 65-66
7. 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 Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 8-9, février 2006, pp. 62-64
8. Létalité de l'infarctus du myocarde des patients hospitalisés et son évolution dans les trois registres français des cardiopathies ischémiques, 1997-2002.
J.B. Ruidavets, B. Haas, M. Montaye *et al. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 8-9, février 2006, pp. 67-68
9. Surveillance de la pathologie coronaire en France : l'après Monica. Editorial.
P. Ducimetière. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, InVS, n° 8-9, février 2006, p. 61
10. Base régionale des Affections de longue durée (ALD) 2002-2004, Urcam - DRSM Pays de la Loire, exploitation ORS
11. Base régionale PMSI 1998-2004, Drees - ARH des Pays de la Loire, exploitation ATIH (1998-2002) - ORS (2003-2004)

Pour en savoir plus

Mortalité coronaire en France selon les sources d'information.

P. Ducimetière, E. Jouglu, B. Haas *et al. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, vol. 54, n° 5, octobre 2006, pp. 443-452

L'infarctus du myocarde.

Dans *Schéma régional d'organisation sanitaire 2006-2010*. ARH des Pays de la Loire, mars 2006, pp. 47-50

Le traitement invasif des maladies coronariennes.

P. Oberlin, M.C. Mouquet, T. Folliguet. *Etudes et Résultats*, Drees, n° 289, février 2004, 12 p.

Prise en charge initiale de l'infarctus aigu du myocarde en Pays de la Loire.

DRSM des Pays de la Loire, 2003, 76 p.