



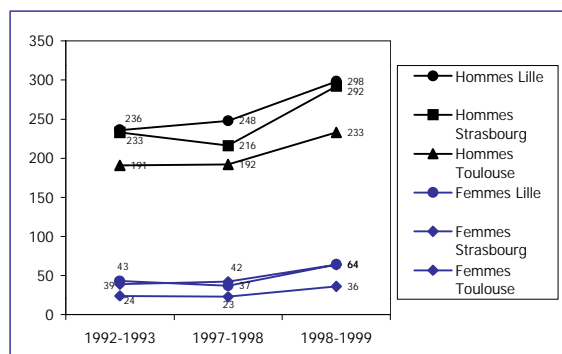
Santé cardiovasculaire

LES INDICATEURS DE CONTEXTE	103
- Incidence des cardiopathies ischémiques dans la Communauté Urbaine De Lille (MONICA)	103
- La mortalité	105
Dans la région	105
Dans les départements	105
Dans les communes concernées par la Politique de la Ville	107
- Consommation de tabac, fruits, légumes frais, huiles et graisses	107
- Les facteurs de risques de maladies cardiovasculaires parmi les patients hypertendus dans la clientèle des médecins généralistes de la région	107
Proportion de consommateurs de tabac parmi les patients hypertendus	109
Proportion de diabétiques parmi les patients hypertendus	109
Proportion de patients hypertendus connaissant un surpoids ou une obésité	109
Proportion de patients hypertendus ayant un antécédent familial de cardiopathie	109
Proportion de patients en soins de longue durée pour infarctus du myocarde	109
Proportion de patients en soins de longue durée pour Accident Vasculaire Cérébral	111
Proportion de patients en soins de longue durée pour artériopathie chronique	111
 LES PROJETS RETENUS EN 2002	 111
 Le point sur...	
... Les appels pour douleurs thoraciques au SAMU 59 – Centre 15	117

Cartes [29](#), [30](#), [31](#), [32](#), [33](#), [34](#)

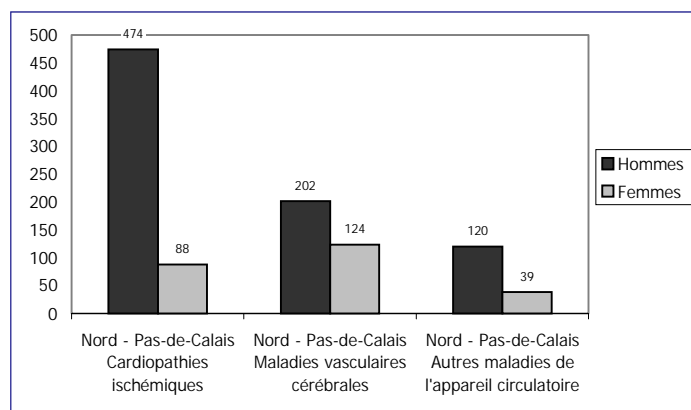
Santé cardiovasculaire

5-1 Incidence des cardiopathies ischémiques dans les villes de Lille, Strasbourg et Toulouse, en 1997-1998



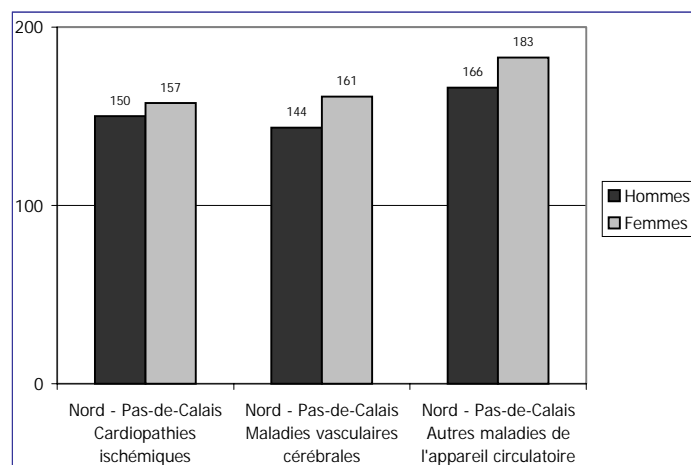
Source : Enquête MONICA, Lille 2000. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-2 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-3 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé cardiovasculaire

Le nombre élevé de personnes atteintes, le nombre de complications, de handicaps et de souffrances liés à ces atteintes, ont fait des maladies cardiovasculaires une priorité d'action de la Conférence Régionale de Santé. Le constat réalisé dans le cadre des PRS, montre que le gain en matière de santé enregistré dans cette pathologie, passe par les étapes suivantes :

la promotion de nouvelles conduites alimentaires et de nouveaux équilibres nutritionnels par :

- la promotion de la consommation de fruits et légumes ;
- la promotion des actions d'éducation nutritionnelle ;

la lutte contre la sédentarité par :

- la promotion de l'activité physique adaptée ;
- la lutte contre la sédentarité, en particulier chez l'enfant ;

le développement de la santé cardiovasculaire au travail par :

- la sensibilisation et la prévention en milieu de travail ;
- le dépistage et des actions concertées avec les autres professionnels de santé sur le risque ;

une meilleure connaissance et une meilleure maîtrise des risques vasculaires individuels :

- en favorisant la connaissance précoce des facteurs de risque ;
- en améliorant le suivi et le traitement des facteurs de risque ;
- en faisant avancer l'éducation du patient ;

le développement de la réadaptation après accident,

une action rapide en urgence :

- en luttant contre la Mort subite par la formation du public aux gestes qui sauvent, en équipant et en formant des relais à la défibrillation semi-automatique ;
- en raccourcissant les délais de la thrombolyse et de la prise en charge des cardiopathies ischémiques ;
- en améliorant la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux en urgence.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

Incidence des cardiopathies ischémiques dans la Communauté Urbaine De Lille (MONICA)

Ces données ont été obtenues dans le cadre des registres français des maladies coronaires (MONICA : multinational MONItoring of trends and determinants in Cardiovascular disease).

En France, ces registres sont tenus depuis 1984 dans 3 sites : la Haute-Garonne, le Bas-Rhin et la Communauté Urbaine De Lille. Un protocole simplifié a été adopté à partir de 1997, permettant, dans le cadre de la recherche des cas d'infarctus du myocarde, de ne plus réaliser un recueil exhaustif des informations (signes cliniques et examens biologiques et cliniques), mais de s'appuyer sur le seul diagnostic clinique posé par le médecin soignant. Cette simplification a permis l'extension du registre à la population âgée de 65 à 74 ans, et différentes catégories diagnostiques sont retenues pour chaque épisode retenu¹. Pour obtenir des données comparables depuis 1985, une validation avec double codage est réalisée chaque année.

Les données 1998-99 sont des estimations établies à partir de la procédure de validation.

Afin de simplifier la lecture de la **Figure 5-1**, nous n'avons retenu que les incidences estimées à partir de la définition large, qui inclut tous les infarctus possibles : ceux établis avec des critères cliniques, électrocardiographiques et biologiques précis et ceux déclarés par le médecin soignant.

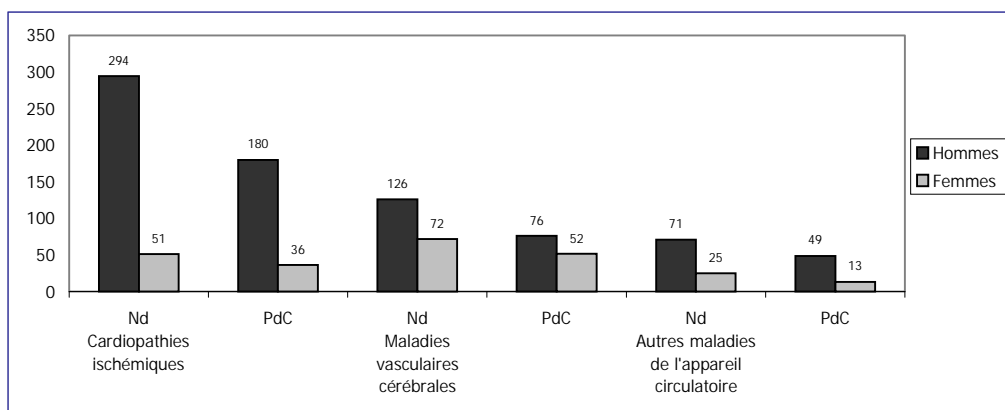
Quelle que soit la région, l'incidence des épisodes coronaires tend à baisser depuis 1985, malgré le ralentissement de ce phénomène. À Lille, avec une incidence de 298 pour 100 000 en 1998-99, la tendance semble être, depuis 1992, plutôt à la hausse pour les hommes (236 pour 100 000). Pour les femmes, ces dernières années, après une baisse régulière (de 43 pour 100 000 en 1992-93 à 37 pour 100 000 en 1997-98), l'incidence semble être en augmentation : 64 pour 100 000 en 1998-99.

Bien que plus faible, la même tendance à la hausse chez les femmes (23 pour 100 000 en 1998 et 36 pour 100 000 en 1999) et chez les hommes (192 pour 100 000 en 1998 et 233 pour 100 000 en 1999) est également constatée dans le registre toulousain et dans le registre strasbourgeois chez les hommes (216 pour 100 000 en 1998 et 292 pour 100 000 en 1999) et chez les femmes (42 pour 100 000 en 1998 et 64 pour 100 000 en 1999).

¹ Deux épisodes intervenus successivement chez le même sujet sont enregistrés, si le délai qui les sépare est supérieur à 28 jours.

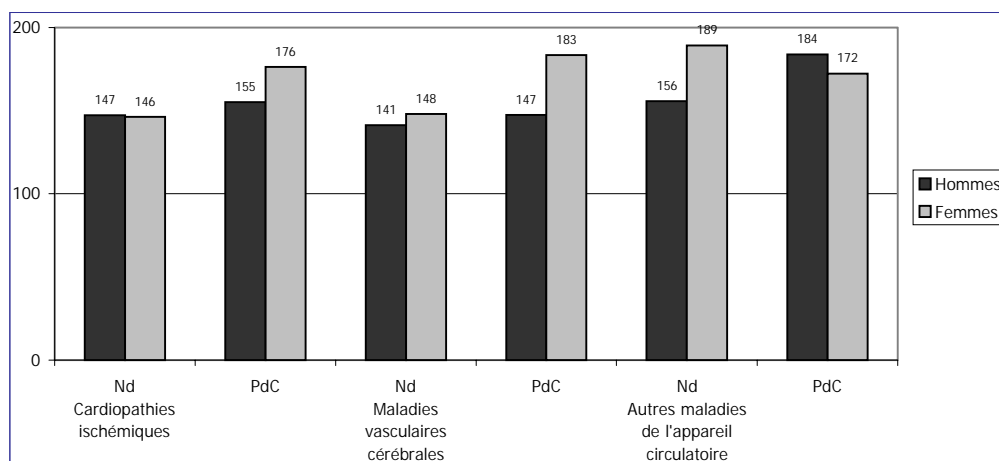
Santé cardiovasculaire

5-4 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999



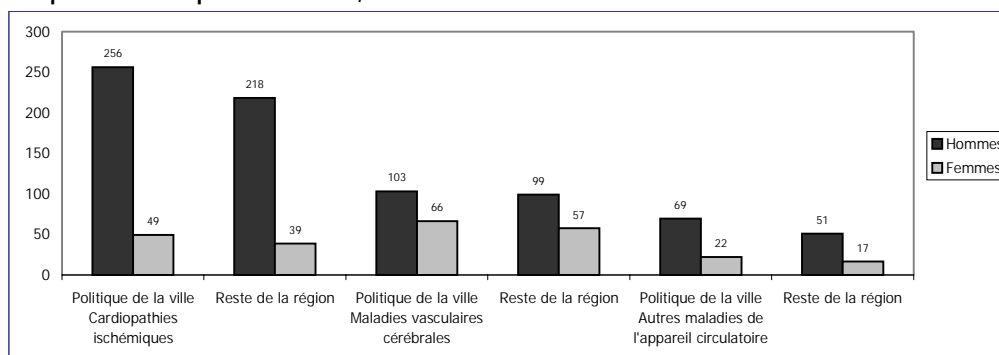
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-5 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-6 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé cardiovasculaire

Les chiffres pour la période 1998-99, s'ils sont confirmés dans le cadre des registres français des maladies coronaires (MONICA), tendraient à montrer, dans notre région, toute l'importance à accorder à la prise en charge précoce de cette pathologie (Figure 5-1).

La Mortalité

Les données de mortalité sont issues des statistiques des certificats de décès, fournies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès – CépiDC (ex SC8 – SC25) de l'INSERM pour les années 1997-1999.

La mortalité prématurée est un indicateur qui représente les décès survenant avant l'âge de 65 ans. Certaines causes de décès survenant avant cette limite d'âge peuvent être considérées comme "évitables" selon les recherches menées sous l'égide du comité d'actions concertées "Health services research" de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques), et du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM.

L'Indice Comparatif de Mortalité ou ICM permet de comparer les taux de mortalité de populations différentes. La standardisation des taux s'avère nécessaire afin de neutraliser l'effet des variables confondantes sur les taux étudiés (structure d'âge des populations, sexe...). Le calcul de l'ICM représente l'une des méthodes de standardisation. Cet indice est le rapport 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).

Entre 1997 et 1999, environ 11 292 personnes dont 5 203 hommes et 6 089 femmes décèdent chaque année, dans le Nord – Pas-de-Calais, par suite de maladies de l'appareil circulatoire. Parmi ces décès, 7 014 en moyenne ont été enregistrés dans le Nord (3 229 décès chez les hommes pour 3 785 décès chez les femmes) et 4 278 dans le département du Pas-de-Calais (1 974 décès chez les hommes pour 2 304 décès chez les femmes). Dans la région, pour la période 1997-1999, 3 290 décès en moyenne ont été enregistrés pour cardiopathies ischémiques et 2 802 pour maladies vasculaires cérébrales.

Ainsi, dans le Nord – Pas-de-Calais, les maladies de l'appareil circulatoire au cours de la période 1997-1999 sont, en moyenne, responsables de 1 407 (15,1 %) décès prématurés par an. Parmi ces décès, 562 (53,7 %) sont dus aux cardiopathies ischémiques et 326 (31,1 %) aux maladies vasculaires cérébrales.

En France métropolitaine, les décès prématurés par maladies de l'appareil circulatoire représentent 14,6 % des décès prématurés, soit 12 080 (15,9 %) chez les hommes et 3 882 (11,7 %) chez les femmes.

L'Indice Comparatif de Mortalité prématurée par rapport à la moyenne France prise comme référence (France=100), pour la période 1997-1999 est :

Dans la région

Pour les cardiopathies ischémiques (Cartes 31 et 32), l'Indice Comparatif de Mortalité est de 150 pour les hommes et de 157 pour les femmes, traduisant une surmortalité significative dans les deux sexes par rapport à la moyenne nationale (Figures 5-2 et 5-3).

Pour les maladies vasculaires cérébrales, cet indice est de 144 pour les hommes et de 161 pour les femmes, traduisant une surmortalité significative dans les deux sexes par rapport à la moyenne nationale.

Ainsi, quelle que soit la cause, la surmortalité prématurée féminine reste prédominante.

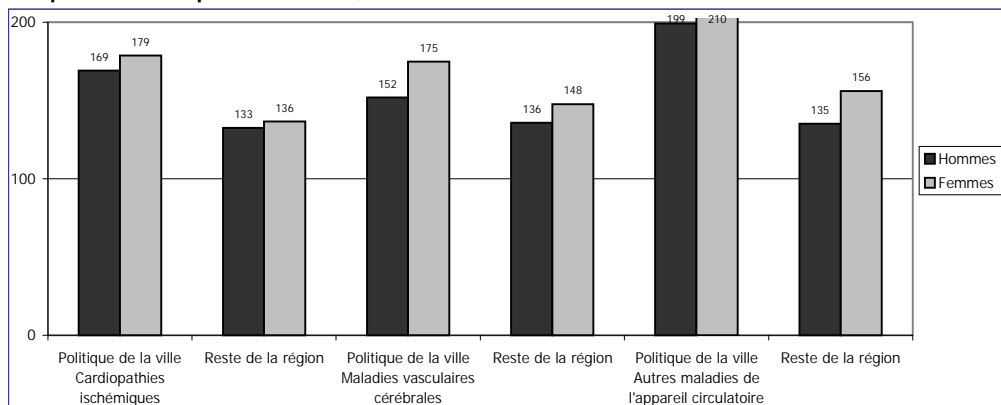
Dans les départements

On constate (Figures 5-4 et 5-5) une surmortalité prématurée différente chez les hommes et les femmes dans les 2 départements, pour cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales. Ainsi, il existe pour les cardiopathies ischémiques, une surmortalité plus faible chez les hommes et les femmes du département du Nord, que chez ceux du Pas-de-Calais. En effet, l'Indice Comparatif de Mortalité pour la période 1997-1999, est pour les deux départements, de 147 et de 146 pour les hommes et les femmes du Nord *versus* 155 et 176 pour les hommes et les femmes du Pas-de-Calais.

À l'opposé, pour les maladies vasculaires cérébrales, il existe une surmortalité plus grande chez les femmes dans les 2 départements. L'Indice Comparatif de Mortalité pour cette pathologie est de 141 pour les hommes et de 148 pour les femmes dans le Nord contre 147 pour les hommes et 183 pour les femmes dans le Pas-de-Calais.

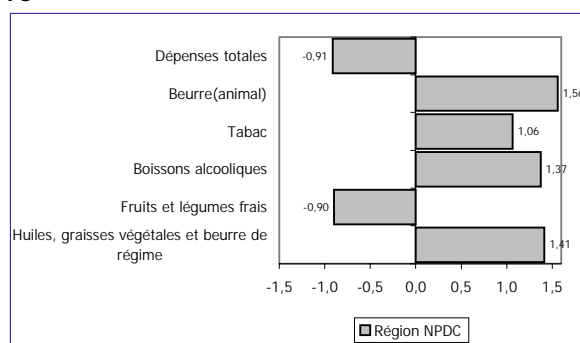
Santé cardiovasculaire

5-7 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999



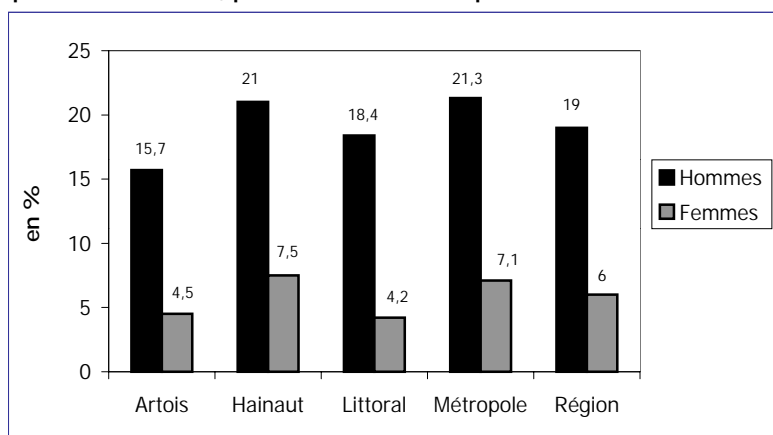
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-8 Consommation de tabac, fruits, légumes frais, huiles et graisses, Nord - Pas-de-Calais versus France (France=1), en 1995



Source : INSEE, Enquête Budget des ménages 1995. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-9 Proportion de patients fumeurs, par Bassin de vie et par sexe



Source : URMEL 2000. Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord - Pas-de-Calais.
Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Dans les communes concernées par la Politique de la Ville

On observe une surmortalité prématurée plus forte par rapport au reste de la région pour cardiopathies ischémiques (Figures 5-6 et 5-7). Elle est de 169 pour les hommes et 179 pour les femmes dans les communes concernées par la Politique de la Ville contre 133 pour les hommes et 136 pour les femmes dans le reste de la région.

La surmortalité prématurée pour maladies vasculaires cérébrales est plus forte chez les femmes et les hommes dans les communes concernées par la Politique de la Ville par rapport au reste de la région. Elle est de 152 pour les hommes et 175 pour les femmes dans les communes concernées par la Politique de la Ville contre 136 pour les hommes et 148 pour les femmes dans le reste de la région.

Consommation de tabac, fruits, légumes frais, huiles et graisses

La dernière édition de l'enquête Budget des familles de l'INSEE, réalisée tous les 7 ans date de 1995. Elle porte sur un échantillon de 9 634 ménages français. Elle utilise 2 instruments : un questionnaire réalisé par un enquêteur et des carnets de compte sur papier que tous les membres du ménage, âgés de plus de 14 ans, remplissent manuellement pendant 2 semaines.

On a représenté sur la Figure 5-8, le ratio des dépenses annuelles moyennes des ménages du Nord – Pas-de-Calais pour chaque produit présenté sur les dépenses annuelles moyennes des ménages français (ce ration est donc égal à 1 pour l'ensemble des ménages français).

Les dépenses pour achats de fruits et légumes frais sont moins élevées dans la région. Ainsi, en 1995, l'enquête Budget des Familles de l'INSEE révèle que le ratio région Nord – Pas-de-Calais/France est de 0,9 pour la consommation de fruits et légumes frais (respectivement 417,56 euros (2 739 FF) et 464,97 euros (3 050 FF) par ménage et par an dans la région et en France). Le ratio observé est peu significatif quand on tient compte du budget total pour lequel il est de 0,9 entre la région et la France (respectivement 26 697,02 euros (175 121 FF) et 29 241,40 euros (191 811 FF) dans la région et en France).

Les ménages de la région dépensent plus en achats d'huiles, de graisses végétales et de beurre de régime que la France. Le ratio région/France est de 1,41 pour la consommation d'huiles, de graisses végétales et de beurre de régime (respectivement 139,80 euros (917 FF) et 98,94 euros (649 FF) dans la région et en France), alors qu'il est de 0,9 pour le budget total.

L'achat de beurre animal a un ratio région Nord – Pas-de-Calais/France de 1,56. Les ménages de la région dépensent donc également plus en beurre animal que les autres ménages français.

L'achat de tabac dans la région Nord - Pas-de-Calais est sensiblement le même qu'en France. Ainsi, le ratio région/France est de 1,06 pour la consommation de tabac (respectivement 279,90 euros (1 836 FF) et 263,13 euros (1 726 FF) dans la région et en France) alors qu'il est de 0,9 pour le budget total.

Les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires parmi les patients hypertendus dans la clientèle des médecins généralistes de la région

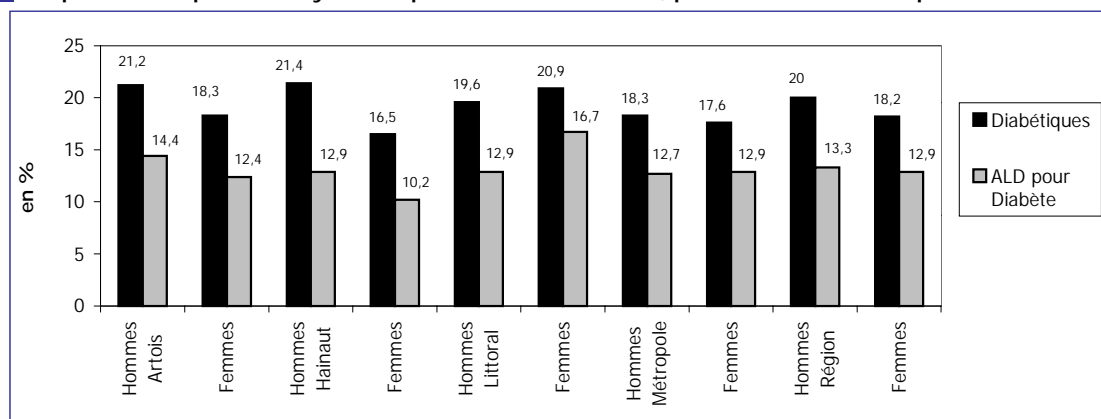
Les données sur les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires présentées ici, sont issues de l'étude réalisée auprès des médecins généralistes de la région par l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral (URMEL) parmi leur clientèle de patients hypertendus.

Cette enquête réalisée début 2000, auprès de 446 médecins généralistes d'un panel représentatif de la région, a concerné 3 041 patients souffrant d'hypertension artérielle. Les informations ont été recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire sur support papier rempli par le médecin traitant pour tout patient inclus.

Il s'agit d'une population particulière de malades. Les résultats ne sont donc pas extrapolables à la population générale de la région. L'étude a été réalisée dans le cadre d'un audit de prise en charge. Dans ce contexte, le recrutement par les médecins n'étant pas fait au hasard, il peut s'agir des patients les moins lourds et/ou ayant une plus grande facilité à suivre les recommandations de leur médecin traitant (biais de recrutement des patients).

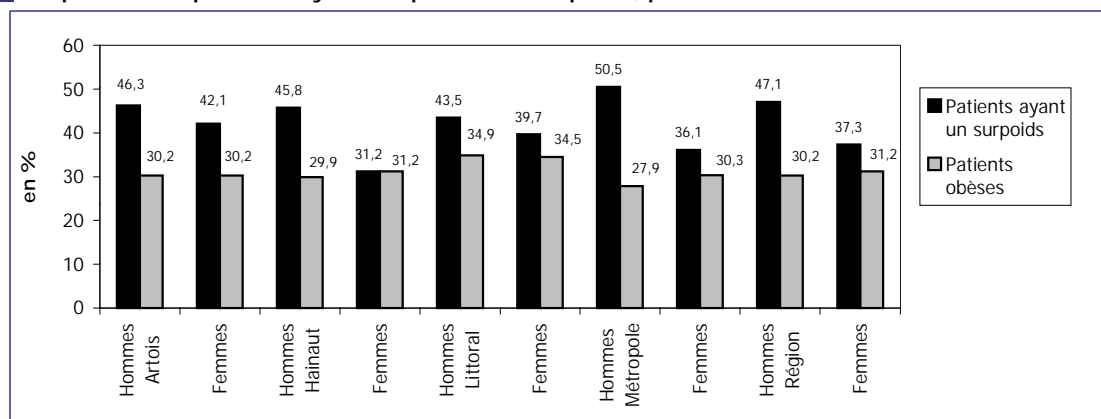
Santé cardiovasculaire

5-10 Proportion de patients ayant un problème de diabète, par Bassin de vie et par sexe



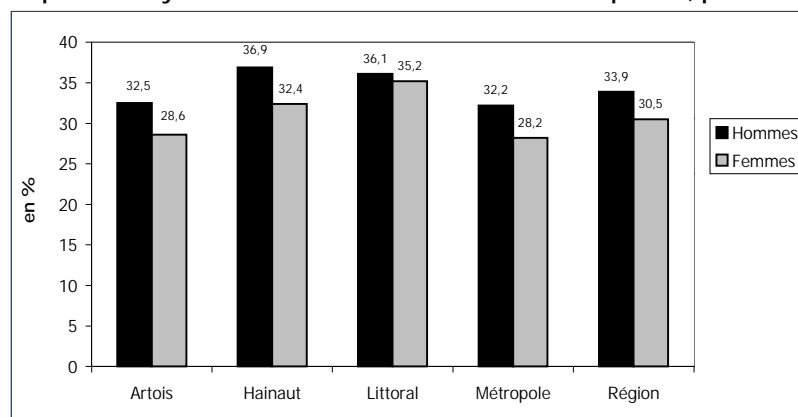
Source : URMEL 2000. Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord - Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-11 Proportion de patients ayant un problème de poids, par sexe



Source : URMEL 2000. Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord - Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-12 Proportion de patients ayant un antécédent familial de cardiopathie, par sexe



Source : URMEL 2000. Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord - Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Proportion de consommateurs de tabac parmi les patients hypertendus

Parmi les patients hypertendus pris en charge par les médecins généralistes de la région (1 456 hommes et 1 575 femmes), 3 fumeurs sur 4 sont de sexe masculin (19 % des hommes et 6 % des femmes, n=3021). Les médecins généralistes du Hainaut et de la Métropole (Figure 5-9) sont ceux qui ont les pourcentages les plus élevés de fumeurs parmi leurs patients hypertendus (respectivement 21 % d'hommes et 7,5 % de femmes pour le Hainaut *versus* 21,3 % d'hommes et 7,1 % de femmes pour la Métropole).

Proportion de diabétiques parmi les patients hypertendus

D'après le diagnostic médical, il existe autant de patients diabétiques dans les deux sexes, parmi les patients hypertendus (20 % des hommes et 18,2 % de femmes, n=3 031). Ces chiffres diminuent dès lors qu'on s'intéresse à la prise en charge en Affection de Longue Durée pour diabète (13,3 % pour les hommes et 12,9 % pour les femmes). L'analyse par Bassin de vie montre qu'il existe plus de patients diabétiques parmi les patients pris en charge par les médecins généralistes du Littoral que dans les autres Bassins de vie. Ainsi, 15 % des patients des médecins généralistes du Littoral sont diabétiques contre 13,4 % pour l'Artois, 12,8 % pour la Métropole et 11,4 % pour le Hainaut. L'analyse par sexe montre que l'effectif d'hommes ayant un diabète est plus élevé que la moyenne régionale (20 %) parmi les patients des médecins généralistes du Hainaut et de l'Artois (respectivement 21,4 % et 21,2 %), et les femmes ayant un diabète sont plus nombreuses parmi les patients des médecins généralistes du Littoral (20,9 % *versus* 18,2 % pour la région), comme le montre la Figure 5-10.

Proportion de patients hypertendus connaissant un surpoids ou une obésité

Nous avons utilisé la mesure de l'Indice de Masse Corporelle (IMC)¹. Nous ne présentons les résultats que pour les patients ayant un problème de surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$) ou d'obésité ($\text{IMC} \geq 30$).

Dans cette étude, les femmes sont plus souvent obèses que les hommes (31,2 % *versus* 30,2 %), alors que ces derniers sont plus nombreux à avoir un problème de surpoids (47,1 % contre 37,3 %, $p=2 \times 10^{-8}$). L'analyse des données par Bassin de vie montre que les patients du Hainaut sont moins nombreux (37,9 %) à avoir un problème de surpoids par rapport à ceux de l'Artois (44,3 %), de la Métropole (42,8 %) et du Littoral (41,9 %). Les patients des médecins généralistes du Littoral sont plus fréquemment obèses (34,4 %) que ceux de la Métropole (29,3 %), de l'Artois (30,2 %) et du Hainaut (30,6 %). L'analyse par sexe montre que les hommes de la Métropole (50,5 %) présentent un problème de surpoids supérieur à la moyenne régionale (47,7%). À l'inverse, ce sont les femmes de l'Artois (42,1 %) et du Littoral (39,7 %) qui présentent un problème de surpoids supérieur par rapport à la moyenne régionale (37,3 %). Comme le montre la Figure 5-11, quel que soit le sexe, les patients des médecins généralistes du Littoral sont plus nombreux à présenter des problèmes d'obésité avec une fréquence supérieure à la moyenne régionale (34,9 % pour les hommes et 34,5 % pour les femmes *versus* 30,3 % pour les hommes et 31,2 % pour les femmes dans la région).

Proportion de patients ayant un antécédent familial de cardiopathie

Les médecins traitant renseignent sur l'existence ou non d'un facteur d'origine héréditaire chez 74,4 % (n=2 263) des patients et confirment cette existence chez 32,2 % de l'ensemble des patients.

L'existence d'un facteur héréditaire est plus déclarée chez les patients de sexe masculin que chez les patients de sexe féminin (33,9 % d'hommes *versus* 30,5 % de femmes avec $p=0,03$). C'est parmi les patients des médecins généralistes du Littoral (35,9 %) et du Hainaut (34,4 %) que l'existence de ce facteur est la plus fréquente. L'analyse par sexe (Figure 5-12) montre que les hommes et les femmes de ces deux Bassins de vie sont plus nombreux que dans le reste de la région à présenter ce facteur de risque (36,9 % des hommes et 32,4 % des femmes du Hainaut et 36,1 % des hommes et 35,2 % des femmes du Littoral *versus* 33,9 % des hommes et 30,5 % des femmes pour la région).

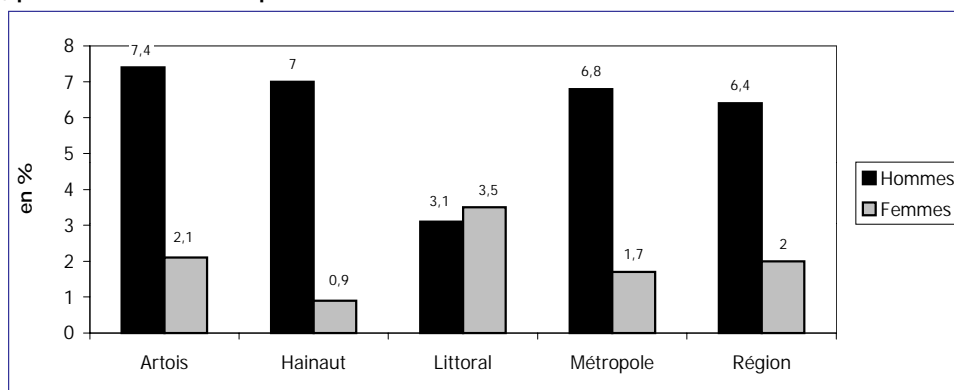
Proportion de patients en soins de longue durée (ALD) pour infarctus du myocarde

Parmi les patients de l'étude, 4,1 % (n=124) ont été reconnus par les médecins généralistes comme exonérés du ticket modérateur pour infarctus du myocarde. On constate que les hommes sont plus souvent déclarés exonérés pour cette affection que les femmes (17,4 % d'hommes contre 6,7 % de femmes avec $p=38 \times 10^{-8}$).

¹ Il est défini comme le rapport suivant : Poids/Taille². À partir de cet indice, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe les individus en 4 catégories : les sous-poids ($\text{IMC} < 18,5$), les individus de poids normal ($18,5 \leq \text{IMC} < 25$), les surpoids ($25 \leq \text{IMC} < 30$) et les obèses ($\text{IMC} \geq 30$).

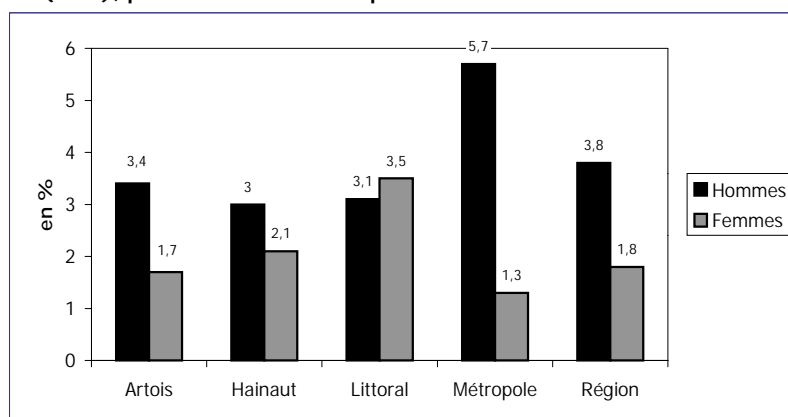
Santé cardiovasculaire

5-13 Proportion de patients hypertendus en Affection de Longue Durée (ALD) pour infarctus du myocarde, par Bassin de vie et par sexe



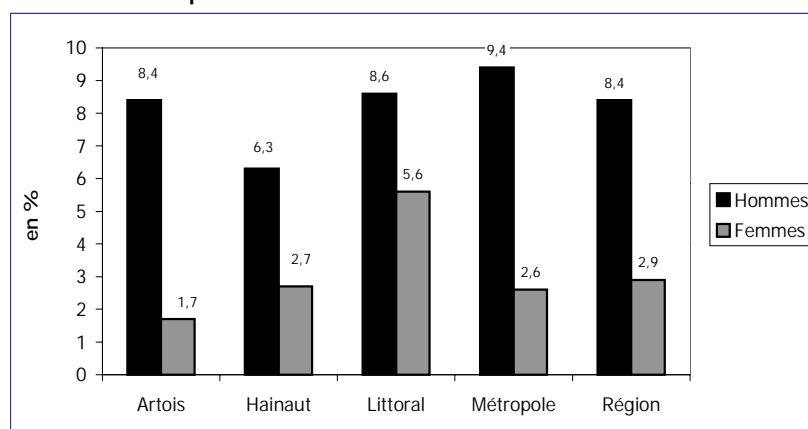
Source : URMEL 2000. Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord - Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-14 Proportion de patients hypertendus en Affection de Longue Durée (ALD) pour Accident Vasculaire Cérébral (AVC), par Bassin de vie et par sexe



Source : URMEL 2000. Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord - Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-15 Proportion de patients hypertendus en Affection de Longue Durée (ALD) pour artériopathie chronique, par Bassin de vie et par sexe



Source : URMEL 2000. Prise en charge des patients hypertendus dans la région Nord - Pas-de-Calais. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Santé cardiovasculaire

C'est parmi les patients des Bassins de vie de l'Artois et de la Métropole (respectivement 4,9 et 4,1 % *versus* 3,6 % pour le Hainaut et 3,3 % pour le Littoral) que les médecins généralistes ont déclaré le plus de prises en charge pour infarctus du myocarde en Affection de Longue Durée. L'analyse par sexe (Figure 5-13) montre que les patients masculins des médecins généralistes du Littoral sont moins nombreux que la moyenne régionale (3,1 contre 6,4 %) à être pris en charge pour infarctus du myocarde ; à l'inverse, les patientes des médecins généralistes de ce même Bassin de vie sont les plus nombreuses à être prises en charge pour cette affection (3,5 contre 2 % pour la région).

Proportion de patients en soins de longue durée (ALD) pour Accident Vasculaire Cérébral

2,7 % (n=83) des patients ont été reconnus par les médecins généralistes comme souffrant d'un accident vasculaire cérébral. Il existe, parmi les patients souffrant d'un AVC, environ 2 fois plus d'hommes que de femmes (66,3 % sont des hommes et 33,7 % des femmes avec $p=0,016$). La prise en charge pour accident vasculaire cérébral est plus élevée parmi les patients des médecins généralistes de la Métropole (3,4 % contre 2,5 % pour l'Artois et le Hainaut et 2 % pour le Littoral). L'analyse par sexe montre que la prise en charge pour cette affection est plus élevée pour les hommes de la Métropole (5,7 %) par rapport à la moyenne régionale (3,8 %) ; à l'inverse, cette prise en charge est plus élevée que la moyenne régionale (Figure 5-14), pour les patientes de médecins généralistes du Littoral et du Hainaut (1,8 % des patientes des médecins généralistes de la région *versus* 3,5 % pour le Littoral et 2,1 % pour le Hainaut).

Proportion de patients en soins de longue durée pour artériopathie chronique

Les médecins généralistes déclarent pour 5,5 % (n=168) des patients hypertendus de l'étude, le bénéfice d'une exonération du ticket modérateur pour artériopathie chronique. Les hypertendus de sexe masculin sont plus nombreux à avoir une artériopathie chronique que les hypertendus de sexe féminin (respectivement 8,4 contre 2,9 % avec $p=10^{-8}$). Les médecins généralistes du Littoral déclarent plus d'artériopathies chroniques chez leurs patients (7 %) que ceux des autres Bassins de vie (4,3 % pour les patients du Hainaut, 5,1 % pour ceux de l'Artois et 5,9 % chez ceux de la Métropole). L'analyse par sexe montre que par rapport à la moyenne régionale (8,4%), c'est dans la Métropole (9,4 %) et le Littoral (8,6 %) que les médecins généralistes déclarent prendre en charge le plus d'hommes souffrant d'artériopathie chronique. A l'opposé, c'est dans le Littoral (Figure 5-15) que l'on constate par rapport à la moyenne régionale, une plus grande prise en charge des patientes souffrant d'artériopathie chronique.

LES PROJETS RETENUS EN 2002

Les actions présentées pour le Programme Régional de Santé des Maladies cardiovasculaires, sont celles retenues pour financement ou labellisées par le Comité de gestion des PRS (Cartes 33 et 34).

Objectifs des actions

6 groupes d'objectifs ont été isolés pour le PRS Cardiovasculaire. Parmi ces groupes, 5 correspondent à des thématiques de départ que sont :

- la promotion de nouvelles conduites alimentaires ;
- la lutte contre la sédentarité ;
- le développement de la santé cardiovasculaire au travail ;
- mieux connaître et maîtriser les risques vasculaires individuels et,
- développer la réadaptation après accident.

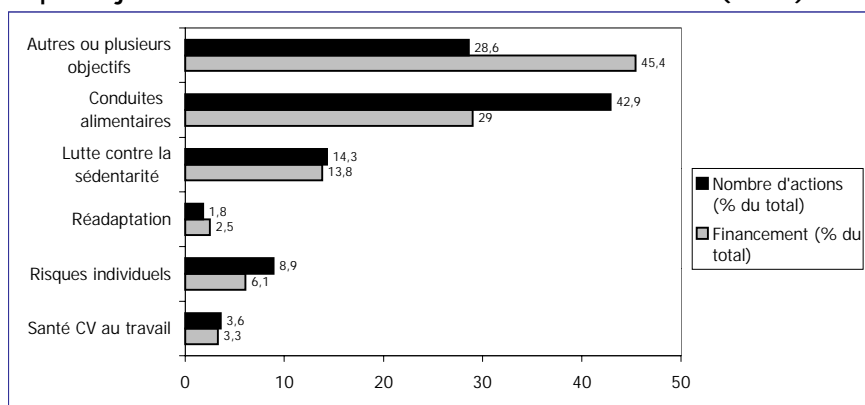
Le 6^{ème} groupe isolé, dénommé "Autres ou plusieurs objectifs", correspond à des objectifs transversaux (où plusieurs autres objectifs se recourent).

Le poids des actions entreprises dans le cadre de ces objectifs est différent. Ainsi, l'on constate que le nombre d'actions retenues est plus élevé pour l'objectif consistant à l'acquisition de nouvelles conduites alimentaires (42,9 %), que pour les objectifs transversaux (28,6 %) comme le montre la Figure 5-16.

Il demeure que dans ce PRS, l'objectif consistant à développer la réadaptation après accident est celui qui mobilise le moins d'actions (1,8 % des actions).

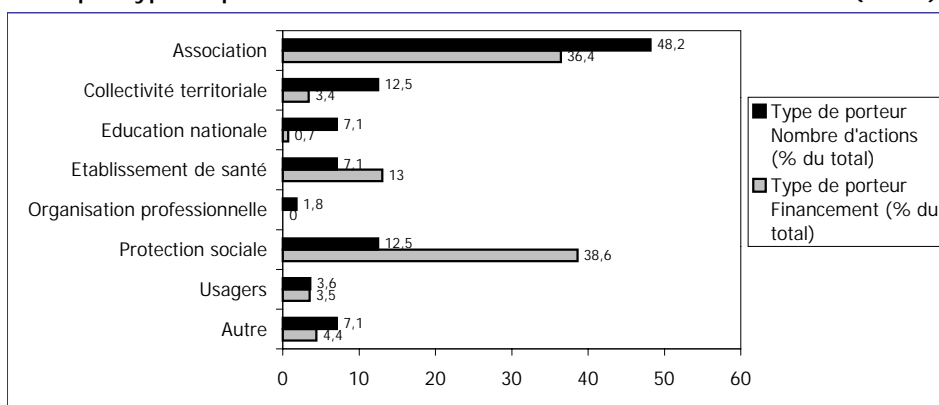
Santé cardiovasculaire

5-16 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)



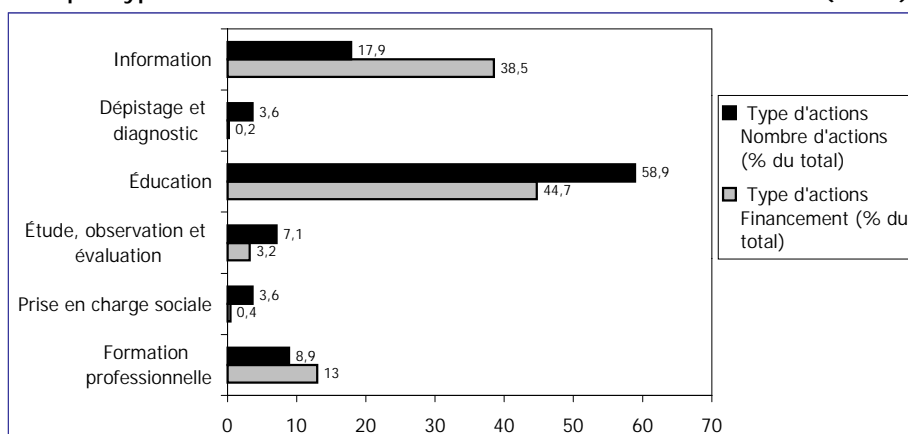
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-17 Répartition par type de porteur du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-18 Répartition par type d'actions du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Santé cardiovasculaire

Sur le plan du financement des actions par objectif, 3 objectifs semblent concentrés sur leurs actions la totalité des financements (88,2 %). Ces 3 objectifs sont, par ordre d'importance de financement :

- les objectifs transversaux (45,4 %),
- la promotion de nouvelles conduites alimentaires (29,0 %) et,
- la lutte contre la sédentarité (13,8 %).

Types de porteurs

Pour les actions retenues, 8 types de porteurs ont été identifiés ; il s'agit des associations, des collectivités territoriales, de l'Éducation nationale, des établissements de santé, des organisations professionnelles, de la protection sociale, des usagers et d'autres types de porteurs. Les associations sont porteuses de 48,2 % des actions, les services de la protection sociale et des collectivités territoriales de 12,5 % chacun, soit au total pour ces 3 porteurs 73,2 % des actions. L'Éducation nationale, les établissements de santé et le groupe "Autres types de porteur", sont dans leur ensemble porteurs de 21,3 %, soit 7,1 % des actions chacun. Les organisations professionnelles et les usagers sont porteurs respectivement de 1,8 et 3,6 % des actions (Figure 5-17).

75,0 % des financements concernent les associations et la protection sociale (respectivement 36,4 et 38,6 %). Les actions portées par la protection sociale semblent avoir un coût plus élevé que celles portées par les associations (12,5 % des actions pour 38,6 % des financements pour la protection sociale contre 48,2 % des actions pour 36,4 % des financements dans le cas des associations).

On constate un déséquilibre en faveur des collectivités territoriales et de l'Éducation nationale, qui ont plus d'actions pour un faible financement.

Types d'actions

Le classement des actions (Figure 5-18) a été réalisé à partir des données mentionnées sur la fiche projet déposée au Comité Régional des Politiques de Santé. L'interprétation de ces données doit donc être prudente, car elles sont très synthétiques et ne permettent pas toujours d'appréhender avec précision le contenu opérationnel du projet. Nous attirons l'attention du lecteur sur le fait que cette classification est certainement très différente de celle qui sera réalisée par la DRASS dans les périodes à venir. Dans l'attente de l'uniformisation des classifications, les commentaires réalisés pour les actions (concernant les objectifs et les types d'actions) sont à utiliser avec précaution.

Pour le PRS Cardiovasculaire, 7 types d'actions ont été retenus ; il s'agit de la formation professionnelle, la prise en charge sociale, la prise en charge médicale, l'information, l'éducation, la réalisation d'études d'observation et l'évaluation et les actions de dépistage et diagnostic.

L'éducation, l'information et la formation professionnelle constituent dans ce PRS les axes essentiels de la démarche, puisqu'elles totalisent 85,7 % des actions comme le montre la Figure 5-18.

Ainsi, ces 3 domaines avec 44,7 % des financements pour l'éducation, 17,9 % pour l'information et 8,9 % pour la formation professionnelle, mobilisent l'essentiel des financements.

Départements

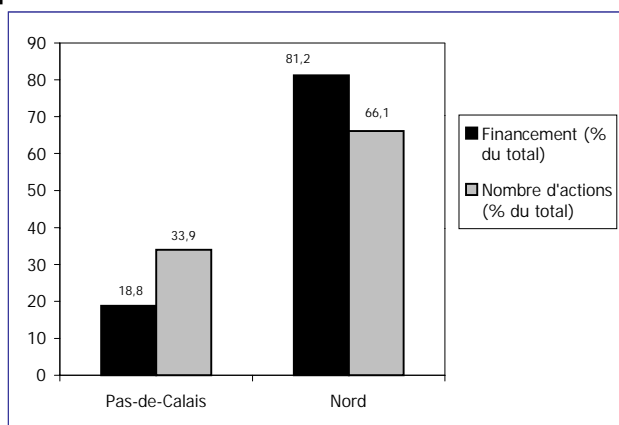
On constate (Figure 5-19) qu'il y'a plus d'actions portées dans le Nord que dans le Pas-de-Calais (66,1 % contre 33,9 % des actions pour le département du Pas-de-Calais). L'importance du financement des actions est plus élevée dans le département du Nord que dans celui du Pas-de-Calais (81,2 % des financements pour le Nord et seulement 18,8 % pour le Pas-de-Calais).

Échelons géographiques

78,6 % des actions sont de niveau local et 21,4 % de niveau départemental (Figure 5-20). Le poids du financement des actions départementales semble être plus élevé que celui des actions locales (52 % des financements pour l'ensemble des actions à localisation départementale contre 48 % des actions à localisation locale).

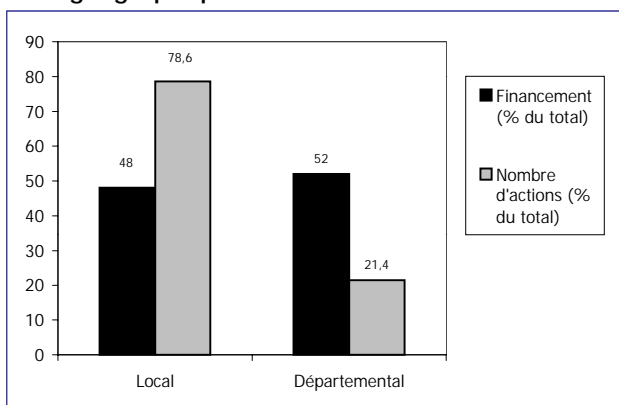
Santé cardiovasculaire

5-19 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)



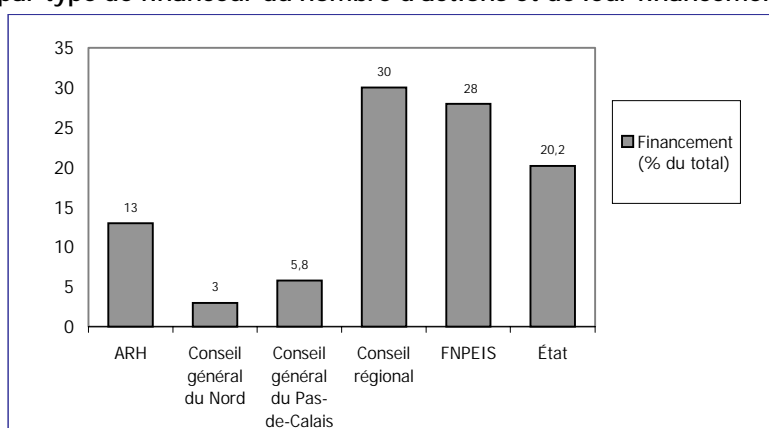
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-20 Répartition par échelon géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-21 Répartition par type de financeur du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Financeurs

3 grands types de financeurs se distinguent dans ce PRS ; il s'agit du Conseil régional, du FNPEIS (Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire) et de l'État (**Figure 5-21**). Ces 3 financeurs totalisent 78,2 % du financement des actions (respectivement 30,0, 28,0 et 20,2 %). Le reste du financement des actions est apporté par l'Agence Régionale de l'hospitalisation (ARH), le Conseil général du Pas-de-Calais et celui du Nord (respectivement 13,0, 5,8 et 3,0 %).

Le point sur...

Les appels pour douleurs thoraciques au SAMU 59 - Centre 15

Dans le Nord - Pas-de-Calais, entre 1997 et 1999, 3 290 décès en moyenne ont été attribués aux cardiopathies ischémiques et 2 802 aux maladies vasculaires cérébrales. Ces deux affections représentent plus de 80 % des décès prématurés (avant 65 ans) causés par des affections cardiovasculaires.

Pourtant, d'après le Haut Comité de Santé Publique, ces pathologies devraient pouvoir bénéficier aujourd'hui d'une prise en charge précoce et efficace. En effet, on a estimé que deux décès prématurés sur trois étaient évitables par les mesures préventives ou curatives opportunes ou par l'amélioration de l'observance.

Pourtant, jusqu'en 1997, le volet sur les urgences du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), ne s'accompagne pas encore, pour les urgences cardiovasculaires, d'actions pédagogiques destinées à la population générale ou en direction des patients atteints d'une pathologie cardiovasculaire.

Une campagne régionale animée par les professionnels de santé

Ainsi, il a été décidé dans le cadre du Programme Régional de Santé (PRS), d'engager une action de communication sous la forme d'une **campagne régionale sur les urgences cardiovasculaires et l'appel au 15**. Cette campagne a été mise en œuvre grâce à un partenariat entre l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), l'Union Régionale des Médecins Exerçant à titre Libéral (URMEL), la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), le Conseil régional du Nord - Pas de Calais, les cardiologues et les hôpitaux sièges de SAMU centre 15.

La campagne régionale sur les urgences cardiovasculaires s'est donc déroulée à partir d'octobre 2000 avec pour principaux objectifs :

- la diminution du délai de prise en charge à moins de deux heures ;
- le développement de la perception et de la reconnaissance des signes et symptômes d'un infarctus du myocarde par la population ;
- la modification du comportement des patients présentant un syndrome coronarien aigu, pour qu'ils appellent le centre 15 en première intention ;

- l'amélioration de la communication entre les médecins généralistes, les cardiologues et le SAMU 59, pouvant se traduire par une augmentation du taux d'appels au 15.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Nous présentons ici l'analyse des appels mensuels au centre 15 pour douleurs thoraciques¹, au cours de la période, 1999-2001. Cette analyse montre que sur cette période, le centre 15 du SAMU 59 a reçu et traité annuellement 176 468 appels généraux en moyenne, dont 5 291 (3 %) appels pour douleurs thoraciques.

Au cours de cette période, les appels pour douleurs thoraciques ont été effectués, d'une part par les médecins généralistes (27 % des appels), et d'autre part, par les patients, les familles et les témoins (73 % des appels).

Parmi les appels pour douleurs thoraciques de la période 1999-2001, 59 % environ ont été classés comme des douleurs thoraciques sans diagnostic précis, et 41 % ont été classés le plus fréquemment dans une des quatre catégories suivantes : douleur pariétale (18 %), Angor *de novo* (28 %), Angor instable (32 %), Infarctus du myocarde (21 %). Deux autres catégories diagnostic, bien que moins fréquentes, ont été identifiées : l'infarctus ancien (0,2 %) et la cardiopathie ischémique (1,2 %).

Les appels des patients, des familles et des témoins classés comme appels pour douleurs thoraciques sans diagnostic précis (56 %), proviennent essentiellement des familles (61 %) et des témoins (22 %), seuls 17 % de ces appels proviennent des patients.

Les appels pour douleurs thoraciques, provenant des médecins généralistes, sont à 51 % classés sous l'appellation douleurs thoraciques sans diagnostic précis, le reste des appels de médecins généralistes se répartissant en :

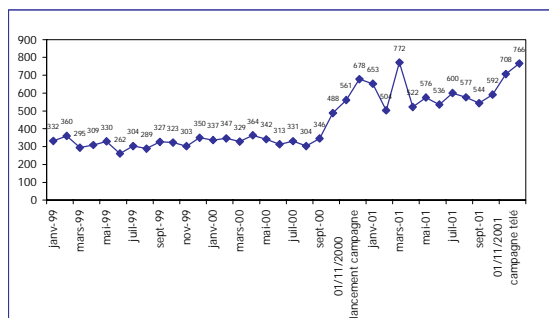
- appels pour angor *de novo* (27 % des appels) ;
- appels pour angor instable (38 % des appels) ;
- appels pour infarctus du myocarde (29 % des appels).

¹ Il s'agit de l'évolution des appels des patients et des médecins généralistes au centre 15 du Nord, pour la période 1999-2001.

Une augmentation perceptible des appels parallèle à la campagne

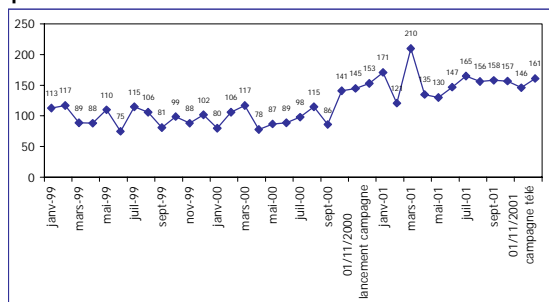
Les appels primaires pour douleurs thoraciques, sans diagnostic établi, qu'ils proviennent des patients eux-mêmes ou des médecins généralistes, connaissent des variations mensuelles avec des hausses et des baisses. Mais la tendance générale, d'une année sur l'autre et d'un trimestre à l'autre, est à l'augmentation (Figures 1 et 2).

Figure 1 : Nombre mensuel d'appels de la population générale, pour douleurs thoraciques au centre 15



Source : Centre 15 du Nord. Prise en charge des appels primaires dans le département du Nord. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Figure 2 : Nombre mensuel d'appels, des médecins généralistes, pour douleurs thoraciques au centre 15

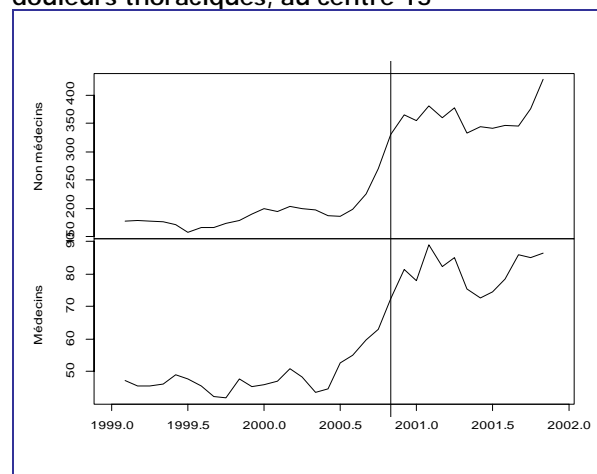


Source : Centre 15 du Nord. Prise en charge des appels primaires dans le département du Nord. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Lorsque l'on regarde ces 2 graphiques, on constate que malgré l'existence de fluctuations mensuelles, les appels primaires pour douleurs thoraciques sans diagnostic précis sont nettement en augmentation depuis le mois d'octobre 2000. Cette augmentation coïncide avec les différentes périodes de la mise en place de la campagne réalisée par l'URCAM, l'URMEL, la DRASS, le Conseil régional et les centres 15.

L'augmentation des appels semble plus nette, lorsque l'on fait une analyse trimestrielle des données, utilisant la méthode de la moyenne mobile sur 3 mois. En effet, les appels primaires des patients au centre 15, sont nettement en augmentation à partir du quatrième trimestre 2000 ; ce qui coïncide avec la période de lancement de la campagne. Cette augmentation des appels continue sa croissance pour atteindre au quatrième trimestre 2001 (c'est-à-dire un an après), un niveau double voire triple de celui du troisième trimestre 2000 (Figure 3). La même tendance est observée dans les appels des médecins généralistes au centre 15, pour douleurs thoraciques sans diagnostic précis.

Figure 3 : Nombre trimestriel d'appels (moyennes mobiles 3 mois) de la population générale et des médecins généralistes pour douleurs thoraciques, au centre 15

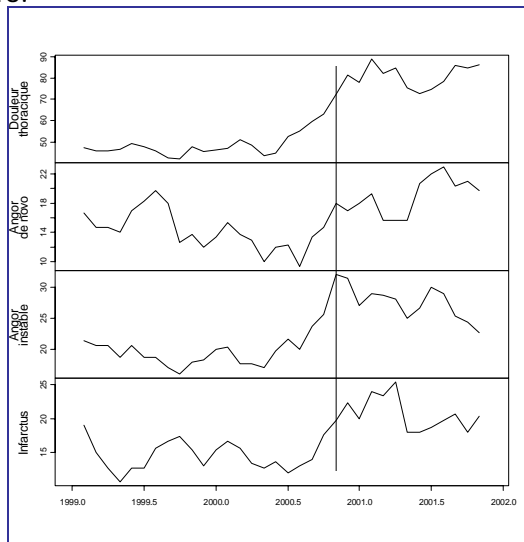


Source : Centre 15 du Nord. Prise en charge des appels primaires dans le département du Nord. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Une analyse des appels des médecins généralistes pour angor *de novo*, angor instable et infarctus du myocarde montre la même tendance que les appels pour douleurs thoraciques, avec une existence des pics trimestriels (Figure 4). Les pics saisonniers ont été également observés dans le registre dijonnais¹ des AVC.

¹ Giroud M, Lemesle M. Prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux. Apport du registre dijonnais des Accidents Vasculaires Cérébraux. *Rev Épidémiol Santé Publique*, 1996 ; 44 : 570-577.

Figure 4 : Nombre trimestriel d'appels (moyennes mobiles 3 mois) des médecins généralistes pour angor de novo, angor instable et infarctus du myocarde, au centre 15.



Source : Centre 15 du Nord. Prise en charge des appels primaires dans le département du Nord. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

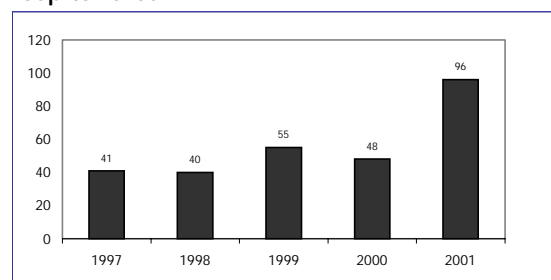
La campagne et l'enjeu de Santé Publique : un bilan positif

L'enquête MONICA¹ a observé qu'il s'écoule plus de 4 heures entre le début des symptômes et les premiers soins médicaux. D'après cette enquête, il apparaît que le recours aux équipes mobiles d'urgence et de réanimation est un comportement très net pour les hommes, tandis que pour les femmes c'est l'appel au médecin généraliste qui reste le premier réflexe : une femme sur deux est hospitalisée moins de 6 heures après le début des symptômes, cette proportion étant un peu plus élevée chez les hommes. Le registre dijonnais² permet d'avancer que les délais d'accès aux soins sont plus brefs en dessous de 65 ans (4 heures) qu'au-dessus (7 heures 30) .

Dans le département du Nord, entre le début des symptômes et les premiers soins médicaux, ce délai est en moyenne estimé à 3h30 mn contre 2 heures en moyenne nationale.

L'amélioration de ces délais, par un recours précoce aux unités mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), est essentielle. En raison d'appels trop tardifs, les spécialistes considèrent que plus de 70 % des patients échappent à toute re-perfusion (thrombolyse et/ou angioplastie). Or, dans le département du Nord, le nombre de patients bénéficiant d'une thrombolyse n'a cessé d'augmenter depuis 1997, pour atteindre en 2001, le double de l'effectif de patients qui ont été thrombolysés en 2000.

Figure°5 : Effectif des thrombolyses pré-hospitalières



Source : Centre 15 du Nord. Prise en charge des appels primaires dans le département du Nord. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

L'analyse des données montre que les différentes augmentations repérées coïncident fortement avec les différents temps de la campagne entreprise dans la région. Toutefois, il pourrait s'avérer nécessaire de tenir compte de l'existence de facteurs de confusion, afin de mieux encore mettre en évidence l'impact atteint.

¹ Facteurs de risque et comportements de prévention dans la population des 3 registres MONICA-France : Enquête de population 1994-1997. Édité par la Fédération Française de Cardiologie.

² Giroud M, Lemesle M. Prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux. Apport du registre dijonnais des Accidents Vasculaires Cérébraux. *Rev Épidémiol Santé Publique*, 1996 ; 44 : 570-577.

