



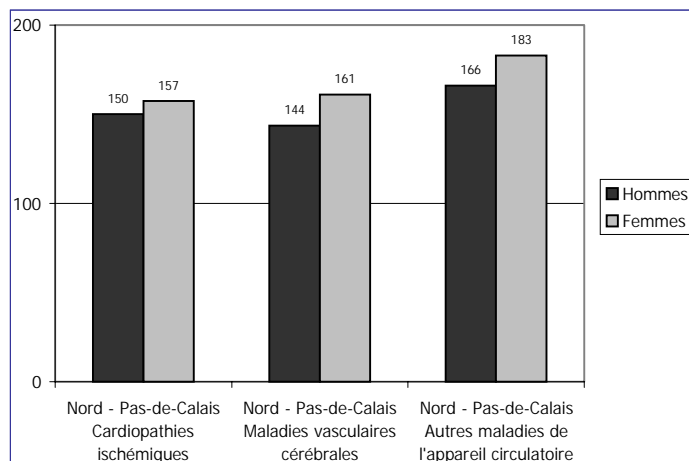
Santé cardiovasculaire

LES INDICATEURS DE CONTEXTE	P 75
- La mortalité	p 75
Dans la région	p 77
Dans les départements	p 77
Dans les arrondissements	p 77
Dans les intercommunalités	p 79
- Les pathologies cardiovasculaires exonérées (affections de longue durée : ALD 30) dans le Nord – Pas-de-Calais en 2001. Nombre d'admissions et incidence	p 81
Limites	p 81
- Accident Vasculaire Cérébral invalidant	p 82
Dans la région	p 82
Dans les départements	p 82
- Artériopathie chronique et évolutive	p 82
Dans la région	p 82
Dans les départements	p 82
- Hypertension artérielle sévère	p 83
Dans la région	p 83
Dans les départements	p 83
- Infarctus du myocarde datant de moins de 6 mois	p 83
Dans la région	p 83
Dans les départements	p 83
LES PROJETS RETENUS EN 2003	P 83
- Objectifs des actions	p 84
- Types de porteurs	p 84
- Types d'actions	p 84
- Départements	p 85
- Échelons géographiques	p 85
- Financeurs	p 85
PERSPECTIVES DU PRS CARDIOVASCULAIRE	P 85

Cartes 10, 11, 12, 13, 14, 15, 34, 41

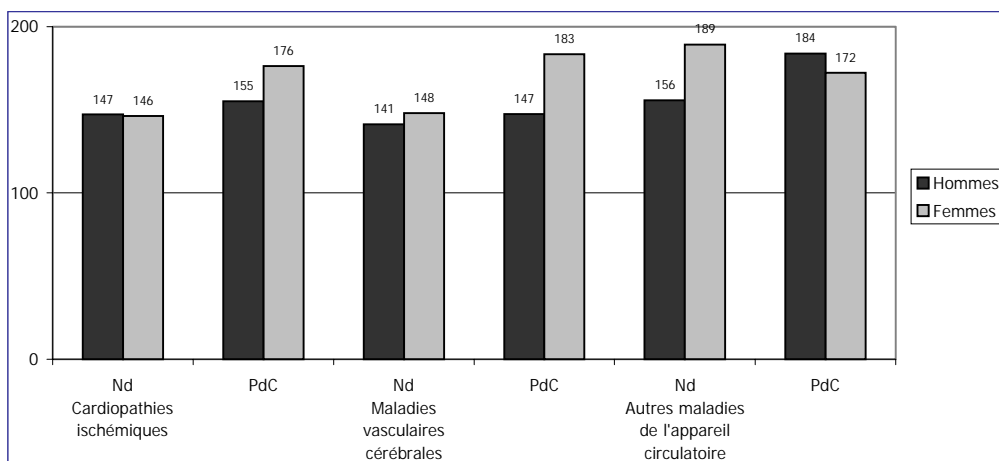
Santé cardiovasculaire

5-1 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord - Pas-de-Calais, en 1997-1999



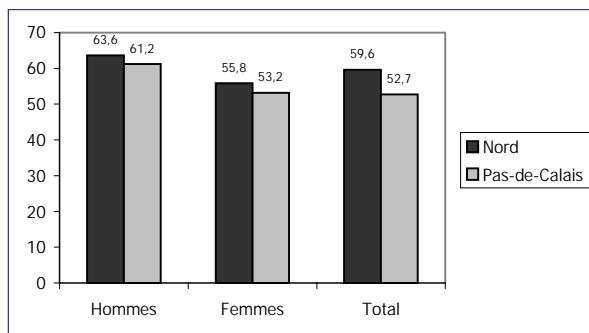
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.
Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-2 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.

5-3 Incidences départementales des admissions en ALD 30 pour Accident Vasculaire Cérébral, en 2001, selon le sexe



Source : Échelon médical de l'Assurance Maladie. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Santé cardiovasculaire

Le nombre élevé de personnes atteintes, le nombre de complications, de handicaps et de souffrances ont fait des **maladies cardiovasculaires** une priorité d'action de la Conférence Régionale de Santé.

Le constat réalisé dans le cadre des PRS a permis, lors des différents appels à projets, d'énoncer les objectifs suivants, jusqu'en 2003 :

- la promotion de nouvelles conduites alimentaires et de nouveaux équilibres nutritionnels par la promotion de la consommation de fruits et légumes et la promotion des actions d'éducation nutritionnelle ;
- la lutte contre la sédentarité par la promotion de l'activité physique adaptée et 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 ainsi que par 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 et 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 et en améliorant la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux en urgence.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

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.

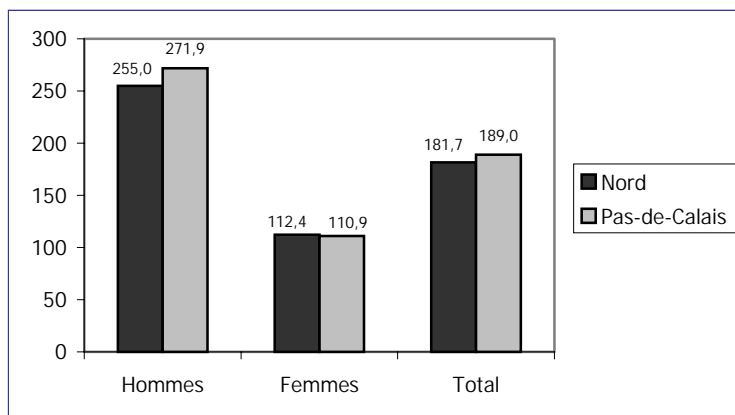
L'Indice Comparatif de Mortalité ou ICM permet de comparer les taux de mortalité de populations différentes. La standardisation des taux s'avère nécessaire afin de neutraliser l'effet des variables confondantes sur les taux étudiés (structure d'âge des populations, sexe...). Le calcul de l'ICM représente l'une des méthodes de standardisation. Cet indice est le rapport entre le nombre de décès observés dans la région et le 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 1 117 avant 65 ans (10 %) 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.

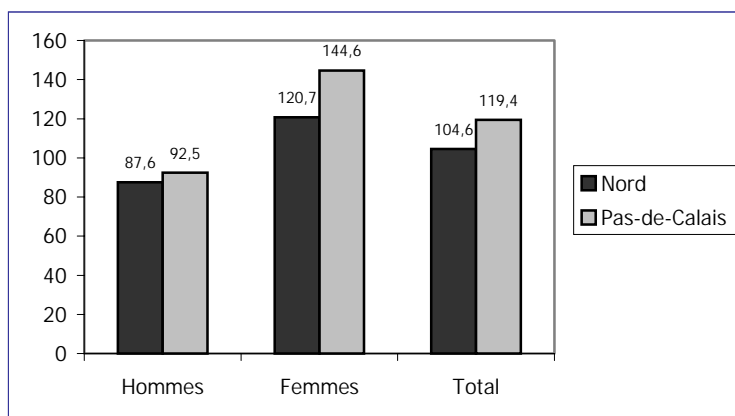
Santé cardiovasculaire

5-4 Incidences départementales des admissions en ALD 30 pour Artériopathie évolutive, en 2001, selon le sexe



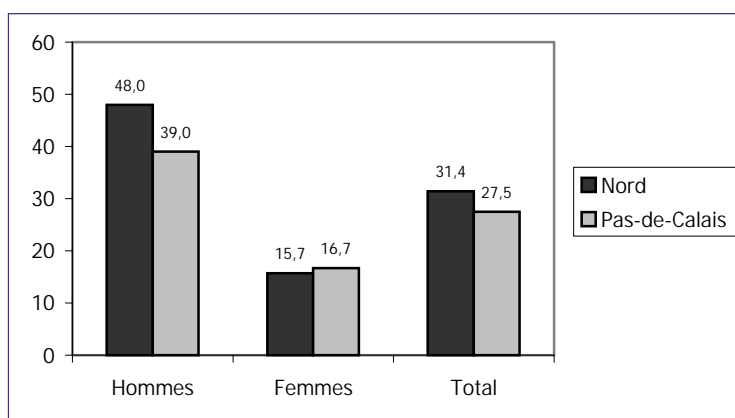
Source : Assurance Maladie. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-5 Incidences départementales des admissions en ALD 30 pour Hypertension artérielle sévère, en 2001, selon le sexe



Source : Assurance Maladie. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

5-6 Incidences départementales des admissions en ALD 30 pour Infarctus du myocarde, en 2001, selon le sexe



Source : Assurance Maladie. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Santé cardiovasculaire

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.

Dans la région

Pour les cardiopathies ischémiques (**Cartes 10** et **11**), 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 (**Figure 5-1**).

Pour les maladies vasculaires cérébrales (**Cartes 14** et **15**), 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, pour ces 2 causes, la surmortalité prématurée féminine reste prédominante. La région Nord – Pas-de-Calais présente une surmortalité tous âges significative par rapport à la France, supérieure de 25 % dans les deux sexes. Il existe également une surmortalité prématurée significative qui s'élève à plus de 40 % chez les hommes et à plus de 60 % chez les femmes.

Dans les départements

En ce qui concerne les cardiopathies ischémiques, on constate (**Figure 5-2**) une surmortalité prématurée différente chez les hommes et les femmes dans les 2 départements. Ainsi, il existe 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 de 147 et 146 pour les hommes et les femmes du Nord *versus* 155 et 176 pour les hommes et les femmes du Pas-de-Calais.

Pour ce qui est des maladies vasculaires cérébrales, on constate une surmortalité prématurée différente chez les hommes et les femmes dans les 2 départements. De plus, la surmortalité est 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.

Dans les arrondissements

L'analyse de la mortalité par **cardiopathie ischémique** (**Cartes 10** et **11**) à l'échelle des arrondissements permet de mettre en évidence des disparités notamment lors de la prise en compte de la mortalité régionale.

Les hommes

L'arrondissement de Douai se distingue par une surmortalité tous âges significativement plus élevée que la surmortalité régionale ; alors que celui de Saint-Omer présente une mortalité inférieure à la région, comparable à la mortalité nationale. Les autres arrondissements ont des ICM significativement supérieurs à la France et comparables à la région.

En ce qui concerne la mortalité prématurée, tous les arrondissements présentent une mortalité comparable à la région. La mortalité de l'arrondissement de Saint-Omer est également comparable à la France.

Les femmes

Les arrondissements de Saint-Omer et de Montreuil affichent une mortalité tous âges significativement inférieure à la région et comparable à la mortalité nationale. Les autres arrondissements affichent une mortalité comparable à la mortalité régionale. Boulogne-sur-Mer a un ICM également comparable à la France (non significatif).

L'arrondissement de Lens fait l'objet d'une surmortalité prématurée supérieure à la région ; les autres arrondissements sont comparables à la région et le plus souvent également à la France (hormis Valenciennes, Boulogne-sur-Mer et Lille qui présentent une surmortalité significative par rapport à la France).

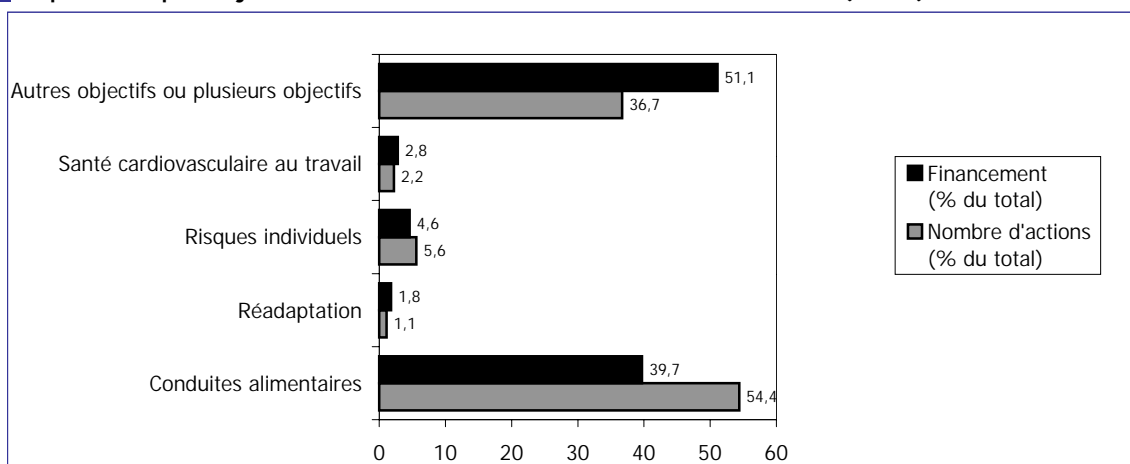
L'analyse de la mortalité par **maladies vasculaires cérébrales** (**Cartes 14** et **15**) à l'échelle des arrondissements montre pour :

Les hommes

Des arrondissements tels que Cambrai et Valenciennes se distinguent par une surmortalité tous âges supérieure à la surmortalité régionale alors que Lille présente une mortalité sensiblement inférieure à la région. Les autres arrondissements ont une surmortalité significative par rapport à la France, comparable à la région hormis Calais dont la mortalité est comparable à la fois à la mortalité régionale et nationale.

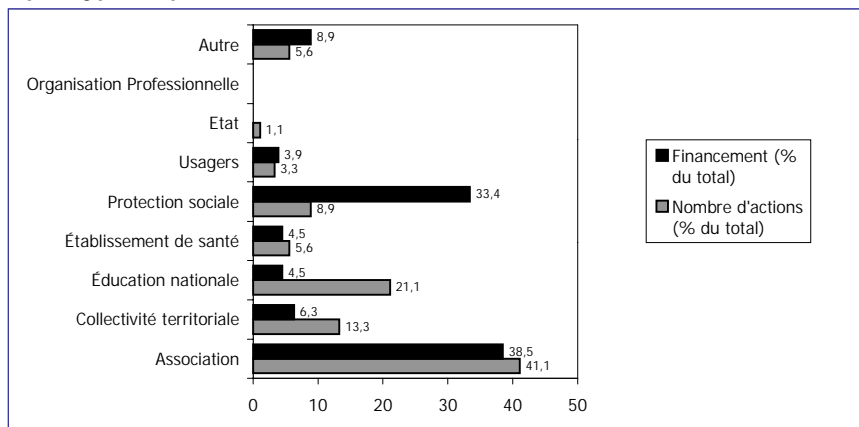
Santé cardiovasculaire

5-7 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)



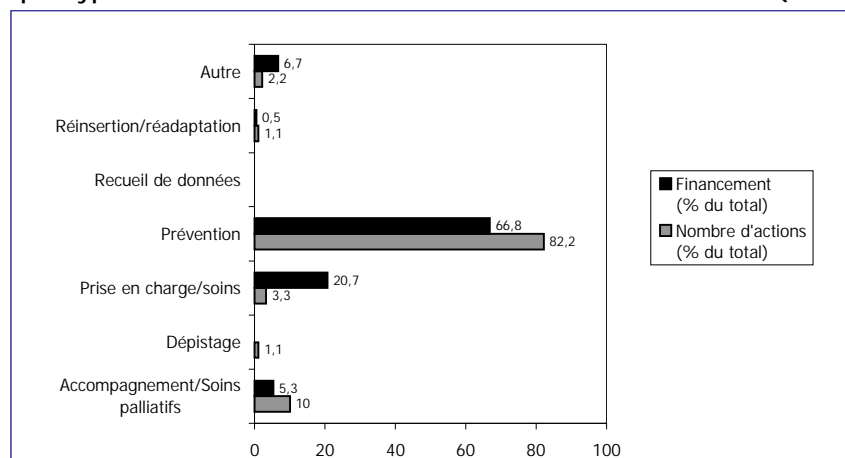
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-8 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.

5-9 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

En ce qui concerne la mortalité prématurée, Cambrai est l'objet d'une surmortalité significativement supérieure à la région alors que Lille présente une mortalité significativement inférieure et comparable à la France. Les autres arrondissements ont une mortalité comparable à la région et parfois également à la France.

Les femmes

Les arrondissements de Cambrai et de Montreuil se distinguent par une surmortalité tous âges supérieure à la surmortalité régionale alors que Lille présente une mortalité sensiblement inférieure à la région. Les autres arrondissements ont une surmortalité significative par rapport à la France, comparable à la région (hormis Calais et Saint-Omer dont la mortalité est comparable à la fois à la mortalité régionale et nationale).

Concernant la mortalité prématurée, l'arrondissement de Béthune affiche une surmortalité sensiblement supérieure à la surmortalité régionale ; les autres territoires ont une mortalité comparable à la région et pour la plupart significativement supérieure à la France.

Dans les *intercommunalités*¹

Comme pour les arrondissements, l'analyse de la mortalité par **cardiopathie ischémique** à l'échelle des *intercommunalités* permet de mettre en évidence des disparités lors de la prise en compte de la mortalité régionale (**Cartes 10 et 11**).

Les hommes

Concernant la mortalité tous âges pour cardiopathies ischémiques, la Communauté d'Agglomération du Douaisis se distingue par une surmortalité tous âges supérieure à la surmortalité régionale. Le Pays de *Saint-Omer* et la Communauté Urbaine d'Arras se caractérisent par une mortalité inférieure à la région et comparable à la France. Les C. A. du Boulonnais et de Lens-Liévin présentent une surmortalité prématurée significativement supérieure à la surmortalité régionale. Les autres arrondissements sont comparables à la région et parfois également à la France.

Les femmes

La Communauté d'Agglomération de Saint-Omer et le Pays du *Montreuillois* affichent une mortalité tous âges pour cardiopathies ischémiques sensiblement inférieure à la région, comparable à la France.

En ce qui concerne la mortalité prématurée, la Communauté Urbaine de Lens-Liévin se distingue par une surmortalité supérieure à la surmortalité régionale ; les autres territoires étant comparables à la mortalité régionale et pour la plupart également à la mortalité nationale.

L'analyse de la mortalité des **maladies vasculaires cérébrales** (**Cartes 14 et 15**) montre que :

Les hommes

Le Pays des *Sept Vallées* et la C. A. de Valenciennes affichent une surmortalité tous âges supérieure à la surmortalité régionale alors que la C. U. de Lille Métropole présente une mortalité sensiblement inférieure à la région.

En ce qui concerne la mortalité prématurée, la C. A. de Cambrai présente une surmortalité tous âges sensiblement supérieure à la surmortalité régionale.

Les femmes

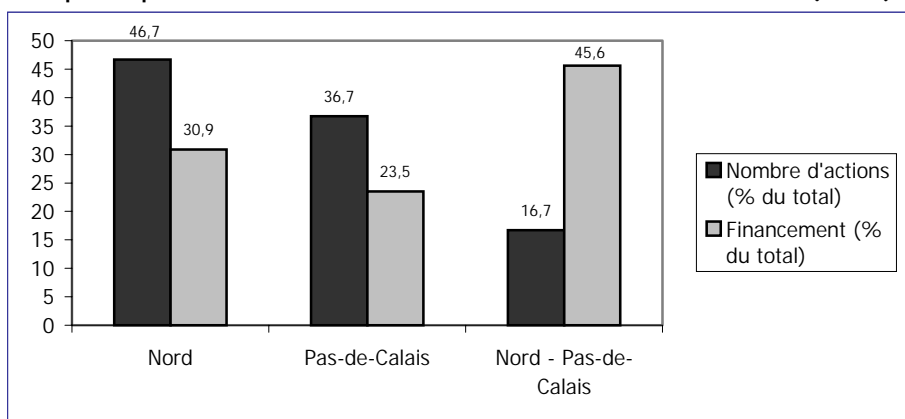
Les Pays du *Cambrésis*, des *Sept Vallées* et du *Montreuillois* sont l'objet d'une surmortalité tous âges supérieure à la surmortalité régionale alors que la C. U. de Lille Métropole présente une mortalité sensiblement inférieure à la région.

La C. U. de l'Artois se distingue par une mortalité prématurée significativement plus élevée que la surmortalité régionale.

¹ C'est-à-dire dans les pays, communautés d'agglomérations et communautés urbaines.

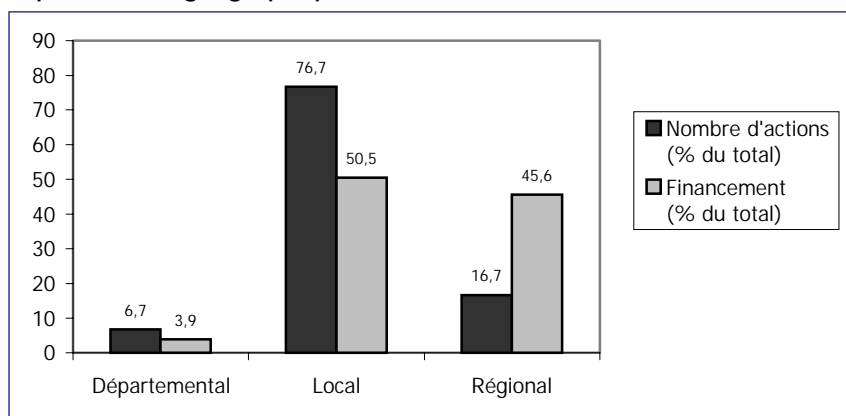
Santé cardiovasculaire

5-10 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)



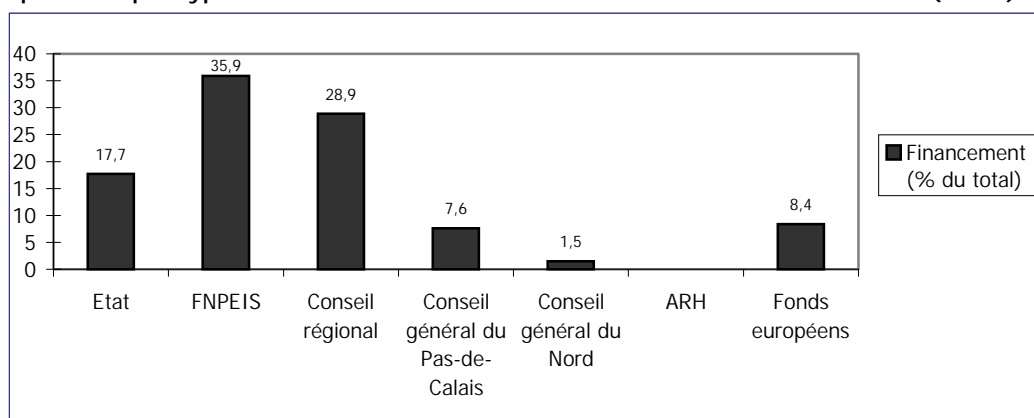
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

5-11 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.

5-12 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.

Les pathologies cardiovasculaires exonérées (affections de longue durée : ALD 30) dans le Nord – Pas-de-Calais en 2001. Nombre d'admissions et incidence.

L'article L.322.3.3 du Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression de la participation de l'assuré aux prestations en nature servies par les Caisses d'Assurance Maladie dans les cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, et figurant sur une liste limitative de 30 affections (ALD 30).

Pour bénéficier de l'exonération du ticket modérateur au titre de l'ALD 30, le patient doit en faire la demande à la Caisse d'Assurance Maladie dont il dépend. Le médecin traitant établit un protocole comportant les éléments du diagnostic et la procédure thérapeutique mise en place. Le médecin-conseil examine le dossier puis effectue la saisie informatique du dossier en indiquant le code de la pathologie (code issu de la Classification Internationale des Maladies CIM 9 ou CIM 10). Les données traitées ici portent sur les bénéficiaires de quatre régimes : le Régime général, la Mutualité Sociale Agricole (MSA), l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI) et le Régime Minier ; soit 99 % de la population générale.

Une ALD, selon la liste établie en 2001, constitue le plus souvent un ensemble d'affections regroupées sous ce label (exemple : l'ALD "Tumeur maligne" regroupe l'ensemble des cancers). Le découpage géographique retenu est celui des circonscriptions des caisses du régime général. Le calcul de l'incidence se fait sur les nouvelles attributions d'ALD 30 enregistrées dans les bases des services médicaux en 2001. L'incidence est calculée pour 100 000 personnes à partir des populations protégées par les quatre régimes. Aucune standardisation sur l'âge n'a été effectuée.

Limites

L'incidence d'une ALD 30 peut être sous-évaluée par rapport à la morbidité réelle de la population en raison des biais suivants :

- le bénéfice de l'exonération au titre de l'ALD résulte d'une démarche de l'assuré qui peut ne pas en faire la demande,
- lorsqu'un patient présente plusieurs affections, les modalités de saisie peuvent être variables et n'entraîner la connaissance que d'une seule d'entre elles,
- certaines ALD couvrent un champ de pathologies très varié et par conséquent un choix de codage très étendu (exemple : ALD 23 "Psychose, troubles graves de la personnalité, arriération mentale"),
- la demande de reconnaissance peut être faite à des stades différents de la maladie ; le codage peut prendre en compte le stade avancé occultant l'affection initiale (exemple : cardiopathie ischémique après infarctus).

Dans le cadre des maladies cardiovasculaires traitées ici, nous ne présentons que les résultats de 6 ALD sur les 30 existant au cours de l'année 2001. Il s'agit de : ALD 1 (Accident vasculaire cérébral invalidant)¹, ALD 3 (Artériopathie chronique et évolutive² (y compris coronarienne) avec manifestations cliniques ischémiques), ALD 5 (Cardiopathie congénitale mal tolérée, insuffisance cardiaque grave et valvulopathie grave)³, ALD 12 (Hypertension artérielle sévère)⁴ et ALD 13 (Infarctus du myocarde datant de moins de six mois)⁵. L'analyse des données est faite par rapport aux seules ALD ventilées qui représentent environ 99 % des ALD 30.

¹ Les patients entrant dans ce groupe présentent des séquelles neurologiques nécessitant une prise en charge lourde et une rééducation à long terme. Certains accidents vasculaires cérébraux ne correspondant pas à ces critères sont pris en charge au titre d'autres affections (exemple : artériopathie chronique, hypertension artérielle).

² Ce groupe comprend :

- les artériopathies chroniques des membres inférieurs avec manifestations cliniques,
- l'insuffisance coronarienne (douleur angineuse et/ou facteurs de risque associés à un critère d'ischémie électrique isotopique ou coronarographique...),
- les anévrismes et dissections de l'aorte thoracique abdominale symptomatiques et confirmés,
- les hypertensions artérielles pulmonaires majeures primitives ou non.

³ Les modalités de saisie des pathologies cardiovasculaires et en particulier des maladies coronariennes (angine de poitrine, infarctus, cardiopathie ischémique) induisent une intrication entre 3 ALD 30 (artériopathies, cardiopathies, infarctus).

⁴ Les modalités d'admission de ce groupe peuvent induire une sous-estimation des effectifs. Les accidents vasculaires cérébraux, les cardiopathies hypertensives qui sont des complications de l'hypertension artérielle sévère ne figurent pas dans les effectifs de cette ALD 30 dans la mesure où ils sont repris ailleurs.

⁵ Les modalités d'admission dans ce groupe peuvent induire une sous-évaluation des effectifs. La reconnaissance en ALD 30 peut se faire au stade de la cardiopathie ischémique et occulter l'accident ischémique initial si l'infarctus n'a pas fait l'objet d'une déclaration dans le cadre de l'ALD qui lui est propre.

Santé cardiovasculaire

Ainsi, parmi les affections ventilées en 2001, 31,4 % des nouveaux cas (18 950 cas sur 60 426) le sont pour des problèmes cardiovasculaires. La répartition, selon le sexe, des nouveaux cas d'admissions en ALD pour des affections cardiovasculaires en 2001, est de 56 % d'hommes et 44 % de femmes. Les personnes âgées de 65 ans et plus, avec 64,9 %, constituent l'essentiel des ALD pour maladies cardiovasculaires ; les 35-64 ans n'en constituant que 33 %.

Accident Vasculaire Cérébral invalidant

Dans la région

L'Accident Vasculaire Cérébral invalidant (AVC) constitue 12 % des nouveaux cas d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires. Parmi les nouveaux cas d'ALD pour accident vasculaire cérébral invalidant, 52 % sont des hommes et 48 % des femmes. La répartition en fonction de l'âge montre que seuls 0,6 % des moins de 15 ans sont concernés, tandis qu'ils sont 2,5 % des 15-34 ans, 27,4 % des 35-64 ans et 69,6 % des 65 ans et plus. L'incidence de l'admission régionale pour cette affection est égale à 57,1 avec 61,2 pour les hommes et 53,2 pour les femmes.

Dans les départements

L'analyse par département montre qu'en 2001, les nouveaux cas d'admissions en ALD pour AVC, dans le Nord, constituaient 67 % des nouvelles admissions régionales pour cette affection, pour seulement 33 % dans le Pas-de-Calais ; soit environ deux fois plus pour le Nord. La répartition de nouveaux cas d'admission dans le Nord est la suivante : 52 % des hommes et 48 % des femmes. Cette répartition est identique à celle du Pas-de-Calais. L'incidence des admissions pour cette affection dans chacun des deux départements est de 59,6 pour le Nord et 52,7 pour le Pas-de-Calais. Elle reste plus élevée pour les hommes et les femmes du Nord que pour ceux du Pas-de-Calais : 63,6 pour les hommes et 55,8 pour les femmes du Nord contre 61,2 pour les hommes et 53,2 pour les femmes du Pas-de-Calais (Figure 5-3).

Artériopathie chronique et évolutive

Dans la région

Les nouveaux cas d'admission en ALD pour artériopathie chronique évolutive constituent 39 % des nouveaux cas d'admission en ALD pour maladies cardiovasculaires. Parmi les nouveaux cas d'ALD pour artériopathie chronique et évolutive, 69 % sont des hommes et 31 % des femmes. La répartition en fonction de l'âge montre que seuls 0,08 % des moins de 15 ans sont concernés, tandis qu'ils sont 0,5 % des 15-34 ans, 38,5 % des 35-64 ans et 60,8 % des 65 ans et plus. L'incidence de l'admission régionale pour cette affection est égale à 184,3 avec 261,1 pour les hommes et 111,9 pour les femmes.

Dans les départements

L'analyse par département montre qu'en 2001, les nouveaux cas d'admissions en ALD pour artériopathie chronique et évolutive dans le Nord, constituaient 63 % des nouvelles admissions régionales pour cette affection, pour seulement 37 % dans le Pas-de-Calais ; soit environ deux fois plus pour le Nord. La répartition de nouveaux cas d'admissions dans le Nord est la suivante : 68 % des hommes et 32 % des femmes. Cette répartition est légèrement différente de celle du Pas-de-Calais : 70 % d'hommes et 30 % de femmes. L'incidence des admissions pour cette affection dans chacun des deux départements est de 181,7 pour le Nord et 189 pour le Pas-de-Calais. Elle reste plus élevée pour les hommes et les femmes du Nord que pour ceux du Pas-de-Calais : 255 pour les hommes et 112,4 pour les femmes du Nord contre 271,9 pour les hommes et 110,9 pour les femmes du Pas-de-Calais (Figure 5-4).

Hypertension artérielle sévère

Dans la région

L'hypertension artérielle sévère constitue 23 % des nouveaux cas d'admission en ALD des maladies cardiovasculaires. Parmi les nouveaux cas d'ALD pour hypertension artérielle sévère, 39,5 % sont des hommes et 60,5 % des femmes.

La répartition en fonction de l'âge montre que seuls 0,07 % des moins de 15 ans sont concernés, tandis qu'ils sont 0,3 % des 15-34 ans, 30,8 % des 35-64 ans et 68,8 % des 65 ans et plus.

L'incidence de l'admission régionale pour cette affection est égale à 110 avec 89,4 pour les hommes et 129,4 pour les femmes.

Dans les départements

L'analyse par département montre qu'en 2001, les nouveaux cas d'admissions en ALD pour hypertension artérielle dans le Nord, constituaient environ 61 % des nouvelles admissions régionales pour cette affection, pour seulement 39 % dans le Pas-de-Calais ; soit environ deux fois plus pour le Nord.

La répartition de nouveaux cas d'admissions dans le Nord est la suivante : 41 % des hommes et 59 % des femmes. Dans le Pas-de-Calais, la répartition des nouveaux cas d'admissions pour HTA sévère est de 62 % de femmes et 38 % d'hommes.

L'incidence des admissions pour cette affection dans chacun des deux départements est de 104,6 pour le Nord et 119,4 pour le Pas-de-Calais. Elle reste plus élevée pour les femmes que pour les hommes dans les deux départements avec : 87,6 pour les hommes et 120,7 pour les femmes du Nord contre 92,5 pour les hommes et 144,6 pour les femmes du Pas-de-Calais (Figure 5-5).

Infarctus du myocarde datant de moins de six mois

Dans la région

L'infarctus du myocarde constitue 6 % des nouveaux cas d'admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires. Parmi les nouveaux cas d'ALD pour infarctus récent du myocarde, 72 % sont des hommes et environ 28 % des femmes. La répartition en fonction de l'âge montre qu'aucun cas n'est observé avant 15 ans, tandis qu'ils sont 0,9 % des 15-34 ans, 51 % des 35-64 ans et 48,1 % des 65 ans et plus. L'incidence de l'admission régionale pour cette affection est, d'après les résultats de l'Assurance Maladie, égale à 30 avec 44,8 pour les hommes et 16,1 pour les femmes.

Dans les départements

L'analyse par département montre qu'en 2001, les nouveaux cas d'admissions en ALD pour infarctus du myocarde dans le Nord, constituaient 67 % des nouvelles admissions régionales pour cette affection pour seulement 33 % dans le Pas-de-Calais ; soit environ deux fois plus pour le Nord. La répartition des nouveaux cas d'admission dans le Nord est la suivante : 74 % des hommes et 26 % des femmes. Cette répartition est dans le Pas-de-Calais de 69 % d'hommes et de 31 % de femmes. L'incidence des admissions pour cette affection dans chacun des deux départements est de 31,4 dans le Nord et 27,5 dans le Pas-de-Calais. Elle reste plus élevée pour les hommes des deux départements par rapport aux femmes. Ainsi, elle est, d'après les résultats de l'Assurance Maladie, de 48 pour les hommes et de 15,7 pour les femmes du Nord contre 39 pour les hommes et 16,7 pour les femmes du Pas-de-Calais (Figure 5-6).

LES PROJETS RETENUS EN 2003

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 au 16 septembre 2003, ou prises en charge dans un Contrat d'Objectifs et de Moyens avec des associations de la région (Cartes 34 et 41).

En 2003, 1 073 actions ont été déposées pour financement dans le cadre des PRS. Parmi ces actions déposées, 58,7 % (n=630) ont été acceptées et 41,3 % ne l'ont pas été. Les actions acceptées se répartissent en 43,5 % (n=274) de nouvelles actions et 56,5 % (n=356) d'actions pluriannuelles.

Santé cardiovasculaire

Une analyse du taux d'acceptation des actions montre que sur 663 nouvelles actions déposées, seules 41,3 % d'entre elles ont été acceptées et pour 410 actions pluriannuelles déposées, 86,8 % ont été acceptées. Les actions déposées dans le cadre du PRS Santé cardiovasculaire constituaient 14,7 % de l'ensemble des actions et parmi ces actions, 57 % (90 sur 158) ont été acceptées.

Objectifs des actions

5 groupes d'objectifs ont été isolés pour le PRS Cardiovasculaire.

Parmi ces groupes, 4 correspondent à des thématiques de départ que sont :

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

L'objectif correspondant à la lutte contre la sédentarité n'apparaissant pas dans ce découpage.

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 (54,4 %), que pour les objectifs transversaux (36,7 %) comme le montre la **Figure 5-7**. Il faut noter cependant que le nombre d'actions et le montant des financements pour ces deux types d'objectifs sont en nette augmentation par rapport à l'année 2002 (**Moniteur 2002 des PRS et du PRASE**).

Dans ce PRS, l'objectif consistant à développer la réadaptation, après accident, continu à mobiliser le moins d'actions (1,1 % des actions).

2 objectifs semblent concentrer sur leurs actions la quasi-totalité des financements (90,8 %). Ces 2 objectifs sont, par ordre d'importance de financement :

- les objectifs transversaux ou autres objectifs (51,1 %) et,
- la promotion de nouvelles conduites alimentaires (39,7 %).

Types de porteurs

Pour les actions retenues, 9 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, de l'État (qui n'apparaissait pas l'année dernière) et d'autres types de porteurs.

Les associations sont porteuses de 41,1 % des actions, viennent ensuite l'Éducation nationale (21,1 % des actions), les collectivités territoriales (13,3 %), les services de la protection sociale (8,9 %) ; soit au total 84,4 % des actions pour ces 4 porteurs.

L'Éducation nationale, les établissements de santé, l'État et le groupe "Autres types de porteur", sont dans leur ensemble porteurs de 15,6 % des actions dont 5,6 % pour chacun des porteurs que sont les établissements de santé et Autres. Cette année, les organisations professionnelles ne sont porteuses d'aucune action. Les usagers et l'État sont porteurs respectivement de 3,3 et 1,1 % des actions (**Figure 5-8**).

71,9 % des financements concernent les associations et la protection sociale (respectivement 38,5 et 33,4 %). Les actions portées par les autres types de porteurs semblent avoir mobilisé moins de financements. La protection sociale, avec un nombre limité d'actions, semble fournir un plus grand financement par rapport aux associations, aux collectivités territoriales et à l'Éducation nationale.

Types d'actions

Le classement des actions (**Figure 5-9**) a été réalisé à partir des données mentionnées sur la fiche projet déposée auprès du Comité Régional des Politiques de Santé. Ces données doivent donc être interprétées avec prudence, puisque très synthétiques elles ne permettent pas toujours d'appréhender avec précision le contenu opérationnel du projet. En outre, 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 manier avec précaution.

Pour le PRS Cardiovasculaire, 7 types d'actions ont été retenus ; il s'agit de l'accompagnement et des soins palliatifs, du dépistage, de la prise en charge sociale et des soins, de la prévention, du recueil des données, de la réinsertion et de la réadaptation et des Autres types d'actions. La prévention constitue, dans ce PRS, l'axe essentiel de la démarche, puisqu'elle totalise à elle seule 82,2 % des actions (**Figure 5-9**).

Ainsi, la prévention mobilise l'essentiel des financements (66,8 %). Viennent ensuite la prise en charge sociale et les soins pour 20,7 % des financements.

Départements

On constate (Figure 5-10), par rapport à l'année dernière, que l'écart entre les deux départements, concernant le nombre d'actions portées, semble se réduire légèrement. Nous passons ainsi, dans le Nord, de 66 à 46,7 % des actions portées cette année. Dans la même période, nous sommes passés, dans le Pas-de-Calais, de 33,9 à 36,7 % des actions portées.

Cette tendance se retrouve également dans le financement des actions retenues. En effet, pour 2002, les actions retenues dans le Nord mobilisaient 81 % des financements contre seulement 18,8 % pour le Pas-de-Calais. Pour l'année 2003, on constate que les actions retenues dans le Nord mobilisent 30,9 % des financements et celles du Pas-de-Calais 23,5 %. Seules les actions retenues dans le cadre régional (16,7 % des actions) mobilisent la plus grande part des financements (45,6 % des financements).

Échelons géographiques

76,5 % des actions sont de niveau local, 6,7 % de niveau départemental et 16,7 % de niveau régional (Figure 5-11). On constate une inversion de la tendance, puisque le poids du financement des actions départementales semble moins élevé que celui des actions locales et régionales (respectivement 50,5 et 45,6 % des financements).

Financeurs

3 grands types de financeurs se distinguent dans ce PRS ; il s'agit par ordre d'importance du montant financé : du FNPEIS (Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Information Sanitaire), du Conseil régional et de l'État (Figure 5-12). Ces 3 financeurs totalisent 82,5 % du financement des actions (respectivement 35,9, 28,9 et 17,7 %). Le reste du financement des actions est apporté par les fonds européens, le Conseil général du Pas-de-Calais et celui du Nord (respectivement 8,4, 7,6 et 1,5 %). Cette année, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) n'a pas apporté de financement dans le cadre du PRS Cardiovasculaire.

PERSPECTIVES DU PRS CARDIOVASCULAIRE

L'évaluation qui a été menée, durant l'année 2002, sur le PRS Cardiovasculaire, a conclu d'une part, sur deux idées fortes (l'utilisation d'un même plan de coupe pour tous les objectifs et la définition des modalités d'appel à projet), et d'autre part, sur des recommandations aboutissant à un meilleur encadrement du développement de certains axes du programme.

Parmi ces recommandations, figuraient :

- une incitation au développement des objectifs liés à la lutte contre la sédentarité, l'adaptation au stress, la réadaptation et la prévention tertiaire,
- la diminution de l'intérêt pour les objectifs liés à l'amélioration de la prise en charge et l'alimentation.

Afin que soient prises en compte les idées et les recommandations de l'évaluation, le groupe de suivi du PRS Cardiovasculaire a procédé à un travail méthodologique de recentrage des objectifs opérationnels du PRS, se traduisant par la mise en place d'actions qui tiendraient compte du stade d'évolution de la maladie cardiovasculaire, stade auquel les acteurs de terrain auront à faire face ; ceci permettant de passer de la prévention des facteurs de risque à la gestion de la maladie installée.

Dans cette démarche de recherche d'une méthodologie de réécriture, 6 objectifs ont été retenus :

1- Promouvoir la pratique régulière d'une activité physique.

2- Promouvoir une alimentation équilibrée :

- augmenter la consommation de fruits et de légumes et d'aliments riches en fibres,
- diminuer la consommation des graisses, en faisant porter l'effort sur la réduction de l'apport en graisses animales.

3- Promouvoir la détermination globale du risque vasculaire individuel chez les personnes présentant au moins un facteur de risque cardiovasculaire.

4- Améliorer le suivi des facteurs de risque cardiovasculaire :

- promouvoir les pratiques médicales se référant aux recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) ou des sociétés savantes pour la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire. Une priorité est donnée à la prise en charge du diabète au regard de son importance dans la région,

Santé cardiovasculaire

- développer l'éducation thérapeutique du patient.

5- Améliorer la prise en charge en urgence

- raccourcir nettement les délais de prise en charge "vitale" en urgence. Maintenir le bénéfice acquis par l'action "Centre 15". Améliorer les délais et les conditions de la prise en charge des urgences neuro-vasculaires (Accidents Vasculaires Cérébraux et Accidents Ischémiques Transitoires),

- former le public aux gestes qui sauvent.

6- Promouvoir les pratiques de rééducation et de remise à l'effort des patients présentant des antécédents ou des facteurs de risque cardiovasculaire.

Si l'objectif spécifique "Action en milieu de travail" n'apparaît plus dans cette nouvelle liste, ceci ne signifie pas pour autant que les actions menées par les services de Médecine du travail ont été supprimées ; elles ont été réintégrées dans les différents objectifs nouvellement définis.

La démarche de réécriture adoptée, basée sur les actions, aborde les facteurs de risque **de manière globale**, soit en amont de leur installation (Renforcer les comportements favorables à la santé), soit lorsqu'ils sont installés (Améliorer la prise en charge des patients) et privilégie :

- le dépistage du risque vasculaire global ;

- l'amélioration du suivi des facteurs de risque cardiovasculaire sur la base des recommandations de bonne pratique (ANAES, sociétés scientifiques...) ;

- le développement de l'éducation du patient et/ou de la réadaptation.

La démarche retenue décline les objectifs par type d'actions à mettre en place jusqu'aux types d'activité inhérentes aux actions retenues.

Cette procédure permet ainsi, en fonction de chaque projet, d'énoncer un maximum d'indicateurs par type d'activité et donc par type d'action.

La déclinaison adoptée vise à préciser aux porteurs de projets les attentes du PRS Cardiovasculaire, tant au niveau du contenu qu'au niveau de l'évaluation des actions à mettre en place.

Pour ce faire, les objectifs spécifiques et opérationnels doivent être définis de manière suffisamment précise pour être identifiables et quantifiés.

En conclusion, le PRS Santé cardiovasculaire :

- réaffirme la place prépondérante que doivent occuper les principes énoncés par la charte des PRS dans la structuration des actions proposées,

- met l'accent sur une approche globale des facteurs de risque de la maladie cardiovasculaire, que ce soit en amont ou en aval de leur installation,

- souhaite promouvoir le développement d'actions dans les territoires suivants : Calais, Cambrai, Douai, Montreuil et Saint-Omer, pour lesquels une dynamique devrait être développée,

- propose une typologie des actions attendues ; typologie issue de l'analyse des actions antérieurement déposées et ayant pour objet de préciser les modalités des actions tant au niveau du contenu que de leur évaluation.