

CONTEXTE NATIONAL [1]

En 2005, la France compte 20 millions de personnes âgées de 45 à 74 ans [2]. Le poids de cette population va continuer à croître dans les années à venir pour représenter 37% de la population en 2020 contre 28% en 1990 [2,3]. Dans cette tranche d'âge, sous l'effet conjugué du vieillissement physiologique et de l'exposition aux facteurs de risque des années antérieures, apparaissent de façon massive des problèmes de santé de nature et de gravité très variées : atteintes bénignes mais qui altèrent la qualité de vie et nécessitent de fréquents recours aux soins (problèmes visuels ou arthrose par exemple) ou affections plus sévères mettant en jeu le pronostic vital, cancers et maladies cardiovasculaires principalement. Cette période de la vie se caractérise aussi par un certain nombre de situation de rupture (départ des enfants de la cellule familiale, fin de la période de fécondité pour les femmes, cessation de l'activité professionnelle...), pouvant contribuer à faire émerger ou à aggraver certains états pathologiques.

Depuis le début des années 1980, la mortalité des 45-74 ans a diminué de plus de 30%, chez les hommes comme chez les femmes. Cette baisse concerne toutes les pathologies, mais est essentiellement due au recul marqué de la mortalité cardiovasculaire (-51%). Malgré cette évolution, l'écart de mortalité entre les sexes ne s'est pas réduit au cours des deux dernières décennies, les taux de mortalité masculins restant plus de deux fois supérieurs aux taux féminins [4].

Le poids des affections cancéreuses dans cette classe d'âge est considérable. Sur 278 000 nouveaux cas annuels de cancer, 62% surviennent entre 45 et 74 ans. Les localisations les plus fréquentes sont la prostate, le poumon et les voies aérodigestives supérieures pour les hommes, le sein et le côlon-rectum pour les femmes [5]. Les cancers sont à l'origine de près de la moitié des décès de cette classe d'âge, chez les hommes comme chez les femmes. Ils représentent près de 30% des motifs d'admission en affection de longue durée (ALD) [6]. Les taux de mortalité masculins par tumeurs sont deux fois supérieurs aux taux féminins entre 45 et 74 ans, en raison principalement de la fréquence des cancers liés à l'alcool et au tabac chez les hommes [4].

Les affections cardiovasculaires occupent également une place très importante dans la morbidité et la mortalité des 45-74 ans. Comme les cancers, ces pathologies motivent plus de 30% des admissions en ALD dans cette classe d'âge, l'hypertension artérielle sévère et la maladie coronaire représentant à elles seules 10 et 9% du nombre total d'admissions [5]. Le poids de ces affections dans la mortalité, bien que considérable (20% des décès), est par contre nettement moindre que celui des cancers (45% des décès). Pour ce groupe d'âge, les taux de mortalité masculins par maladies cardiovasculaires sont 2,5 fois plus élevés que les taux féminins [4].

Les affections cardiovasculaires sont à l'origine d'un recours aux soins important, tant à l'hôpital qu'en ville. A l'hôpital, ces pathologies représentent 11% des diagnostics principaux d'hospitalisation, les affections les plus souvent en cause étant les cardiopathies ischémiques et les troubles de la conduction et du rythme chez les hommes, les varices des membres inférieurs et les cardiopathies ischémiques chez les femmes [7].

En médecine de ville, les pathologies cardiovasculaires concernent 35% des séances en 2005, l'hypertension artérielle étant le plus souvent en cause (19% des séances en 1998) [8,9]. S'y ajoutent les séances motivées par la prise

en charge de facteurs de risque cardiovasculaire comme les troubles du métabolisme des lipides (9%) ou le diabète (4,6% des séances en 1998) [9]. Cette dernière affection représente d'ailleurs 18% des motifs d'admission en ALD entre 45 et 74 ans [6].

Les morts violentes ne représentent que 7% des décès dans la population des 45-74 ans contre 41% chez les 15-44 ans. Mais cela résulte de l'émergence massive des affections cardiovasculaires et des cancers parmi les causes de mortalité de cette classe d'âge. Le taux de morts violentes est en réalité 1,5 fois plus élevé entre 45-74 ans qu'entre 15-44 ans, la moindre mortalité par accident de la circulation des personnes de 45 à 74 ans ne compensant pas leur mortalité nettement plus élevée par suicide et par chute [4].

Les taux d'hospitalisation par traumatismes sont proches pour les deux classes d'âge, le moindre taux masculin entre 45 et 74 ans compensant le taux plus élevé observé chez les femmes de cet âge [7]. Chez ces dernières, les conséquences des chutes sont, en effet, souvent aggravées par la fréquence de l'ostéoporose post-ménopausique.

Les taux de mortalité masculins par traumatismes et empoisonnements des 45-74 ans sont toutefois 2,5 fois plus élevés que les taux féminins [4].

SITUATION A LA REUNION

- En 2004 à La Réunion, la population des 45-74 ans est de 171 600 personnes, représentant 22,4% de la population totale.
- Sur la période 2002-2004, environ 1 800 Réunionnais de 45 à 74 ans sont décédés, ce qui représente 45% de l'ensemble des décès. Deux tiers de ces décès concernent les hommes. Chez ces derniers, la première cause de décès (31%) est les tumeurs, suivies des maladies de l'appareil circulatoire (27%). A l'inverse, chez les femmes de cette classe d'âge, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès (30%) devant les tumeurs (28%).
- Depuis les années 1990, la mortalité de la population de cette classe d'âge a nettement diminué chez les hommes (diminution de 26% entre 1992 et 2004) et chez les femmes (-24%) [4]. La mortalité des personnes de 45 à 74 ans, dans la région, est supérieure à celle de la métropole pour les deux sexes mais de façon plus importante chez les hommes.
- Sur la période 2002-2004, sur un peu plus de 165 000 Réunionnais de 45 à 74 ans, environ 6 250 ont été admis en affection de longue durée. Un tiers des ALD a été attribué pour cause de diabète que ce soit chez les hommes ou chez les femmes. Les deuxième et troisième causes d'admissions en ALD pour les femmes sont respectivement l'hypertension artérielle sévère (26%) et les tumeurs malignes (13%). Ces deux pathologies constituent également les deux premiers motifs d'admission en ALD chez les hommes (HTA 17% et tumeurs 16%) [6].
- En 2004, près de 50 000 séjours hospitaliers de courte durée ont concerné des Réunionnais de 45 à 74 ans. Un peu plus de la moitié concerne les hommes. Le principal diagnostic d'hospitalisation est les maladies de l'appareil circulatoire (14% chez les hommes et 11% chez les femmes) suivies des maladies de l'appareil digestif (respectivement 11 et 10%) [7].

Santé des personnes de 45 à 74 ans à La Réunion

1 Principales causes de décès des personnes de 45 à 74 ans, selon le sexe

La Réunion (moyenne 2002-2004)

Causes médicales de décès	Hommes	Femmes	Ensemble	
	n	n	n	%
Tumeurs	371	168	538	30,1
Maladies de l'appareil circulatoire	320	179	499	27,9
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	71	73	143	8,0
<i>dont diabète sucré</i>	59	65	124	6,9
Causes externes	84	30	114	6,4
<i>dont suicides</i>	22	8	29	1,6
<i>accidents de transport</i>	17	3	20	1,1
Maladies de l'appareil digestif	78	33	111	6,2
Maladies de l'appareil respiratoire	74	25	99	5,5
Troubles mentaux et du comportement	66	12	78	4,4
<i>dont abus d'alcool (y compris psychose alcoolique)</i>	53	8	61	3,4
Autres	134	70	205	11,5
Total toutes causes	1 198	590	1 787	100,0

Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Exploitation ORS

4 Principaux diagnostics d'hospitalisation des personnes de 45 à 74 ans, selon le sexe

La Réunion (2004)

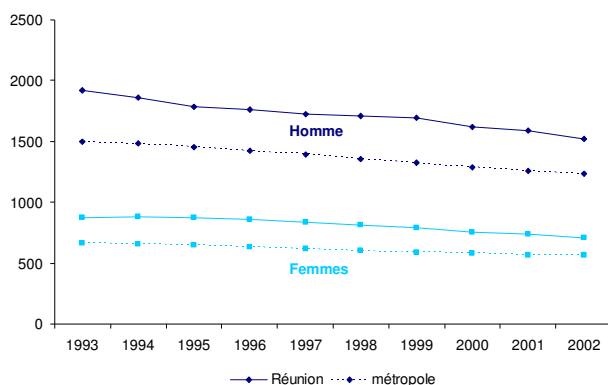
Diagnosics d'hospitalisation	Nbre de séjours	%
Hommes		
Maladies de l'appareil circulatoire	3 858	14,3
Maladies de l'appareil digestif	2 865	10,6
Tumeurs	2 242	8,3
Symptômes, signes, résult. anormaux n.c.a.	2 060	7,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 044	7,6
Lésions traumatiques et empoisonnements	1 888	7,0
Autres	11 982	44,5
Total	26 939	100,0
Femmes		
Maladies de l'appareil circulatoire	2 574	11,4
Maladies de l'appareil digestif	2 226	9,8
Maladies de l'oeil et de ses annexes	2 149	9,5
Tumeurs	2 090	9,2
Maladies de l'appareil génito-urinaire	2 011	8,9
Symptômes, signes, résult. anormaux n.c.a.	1 666	7,3
Autres	9 955	43,9
Total	22 671	100,0

Source: Ministère de la santé et des solidarités, DREES, Base nationale PMSI

Exploitation ORS

2 Evolution du taux comparatif de mortalité des personnes de 45 à 74 ans, selon le sexe

La Réunion (1992-2003)



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

Exploitation ORS

Données lissées sur 3 ans

Unité: pour 100 000

L'année figurant sur le graphique est l'année centrale de la période triennale

5 Taux de recours en hospitalisation des personnes de 45 à 74 ans, selon le sexe

La Réunion, 2004

Taux de recours (%)	Réunion	Métropole
Hommes	32,5	35,3
Femmes	25,5	29,4
Total	28,9	32,2

Source: Ministère de la santé et des solidarités, DREES,

Base nationale PMSI

Exploitation ORS

3 Principaux motifs d'admission en affection de longue durée des personnes de 45 à 74 ans

La Réunion (moyenne 2002-2004)

Motifs d'admission	Hommes	Femmes	Ensemble	
	n	n	n	%
Diabète de type 1 et 2	932	1 052	1 984	31,7
HTA sévère	531	801	1 332	21,3
Tumeur maligne	522	388	910	14,6
Maladie coronaire	269	96	365	5,8
AVC invalidant	166	107	273	4,4
Affections psychiatriques	120	139	259	4,1
Autres	655	474	1 129	18,1
Total	3 195	3 057	6 252	100,0

Sources: CNAMTS et CANAM/RSI

Exploitation ORS

DEFINITIONS

Taux comparatif de mortalité (TCM) :

Le taux comparatif (ou taux standardisé direct) est le taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de France métropolitaine au recensement de 1990 généralement).

Affections de longue durée (ALD)

Les ALD sont des maladies graves, nécessitant un traitement prolongé et des soins particulièrement coûteux. Ces affections, dont la liste est définie par un décret, sont actuellement au nombre de 30. Les personnes qui en sont atteintes peuvent bénéficier, à leur demande ou à celle de leur médecin, d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à cette affection.

Le caractère médico-administratif des motifs d'admission en ALD limite leur utilisation directe dans un objectif épidémiologique. Mais l'intérêt de ces données est de mieux en mieux perçu aujourd'hui, notamment pour certaines pathologies et/ou certains groupes d'âge, en complémentarité d'autres sources de données ou dans une perspective de suivi temporel.

La liste des 30 maladies ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur (ALD 30) est présentée dans l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004, publié au Journal officiel du 5 octobre.

→ Consulter le tableau de bord sur les Affections de longue durée (édition 2004) sur le site de l'ORS : www.orsrun.net

Diagnostic principal d'hospitalisation

Les données reposent sur l'exploitation du diagnostic principal, défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais cet indicateur ne prend en compte que le diagnostic principal. Ces diagnostics sont codés avec la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé dans sa dixième révision (CIM10), qui comporte 21 chapitres.

→ Consulter le tableau de bord sur les Diagnostics d'hospitalisation (édition 2005) sur le site de l'ORS : www.orsrun.net

Contexte national

Pour la rédaction de ce tableau de bord, nous nous sommes inspirés du travail de l'ORS Pays de la Loire qui a permis d'actualiser le contexte national. La source est citée dans l'encart « Références bibliographiques et sources ».



ZOOM SUR

Enquête REDIA

L'étude REDIA (Réunion-Diabète) organisée en 1999-2001 à la demande des médecins réunionnais a porté sur un échantillon de 3 600 personnes âgées de 30 à 69 ans.

Cette étude comportait deux phases :

- 1) une phase de dépistage à domicile où les participants passaient un examen comprenant le dosage de la glycémie, de l'hémoglobine glyquée, les mesures anthropométriques, l'analyse d'urine ; cette phase a concerné les 3 600 personnes de l'échantillon.
- 2) une phase de bilan complémentaire au centre d'examen concernant les personnes diabétiques connues ou celles ayant présenté des valeurs suspectes de glycémie au dépistage, et un échantillon de témoins, bilan comportant entre autre une épreuve d'HGPO (hyperglycémie provoquée orale).

Les résultats obtenus dépassent de loin les prévisions initiales en termes de morbidité et de gravité de la situation diabétologique à La Réunion.

En effet :

- le diabète connu atteint 11,2% des sujets âgés de 30 à 69 ans, soit une prévalence nettement supérieure à celle estimée dans une enquête précédente datant d'une dizaine d'années et 4 fois plus élevée que celle évaluée récemment en métropole,
- un diabétique sur trois n'est pas diagnostiqué, ce qui porte la prévalence à 17,7%,
- le diabète atteint plus d'1 personne sur 3 entre 60 et 69 ans.

Le diabète touche essentiellement les sujets ayant :

- des diabétiques dans leur famille proche
- un rapport tour de taille / tour de hanches élevé

Mais aussi des sujets :

- à très faible corpulence, probablement malnutris.

L'alcoolisation chronique, estimée par le marqueur γ GT, apparaît très liée au diabète de type 2, après ajustement sur les autres facteurs.

L'étude anthropologique révèle des lacunes importantes dans la connaissance du diabète et son contrôle.

En conclusion, il apparaît, comme dans d'autres régions tropicales, que le diabète et les anomalies associées (hypertension, adiposité, protéinurie), constituent un phénomène en pleine expansion qui pourrait échapper très rapidement au contrôle du système de santé. Des mesures immédiates s'avèrent nécessaires, aussi bien pour la prévention que pour la prise en charge du diabète.

En matière de prévention, les résultats suggèrent qu'il faudrait non seulement viser à la réduction de l'adiposité par la promotion d'une hygiène de vie saine, mais aussi tenir compte de l'impact des facteurs socio-économiques susceptibles de contribuer à une sous-nutrition ou à une alcoolisation chronique.

En ce qui concerne la prise en charge des diabétiques, il faudrait étendre les procédures de dépistage en utilisant la mesure de l'HbA1c, et développer en particulier des méthodes éducatives adaptées à cette population.

Source : *Prévalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Réunion Island - Etude REDIA*. F. Favier, I. Jausse, N. Le Moullec et al. *Diabetes Res Clin Pract*, 2005 ;67(3) :234-42.

→ L'enquête REDIA 2 est actuellement en cours. Les résultats devraient être publiés au cours de l'année 2008.

Repères bibliographiques et sources

- [1] La santé observée dans les Pays de La Loire, Tableau de bord régional sur la santé Observatoire Régional de la Santé des Pays de La Loire, 2^{ème} édition, juin 2007, 222p.
- [2] Estimations de population au 1^{er} janvier 2005, révisées en janvier 2007, INSEE.
- [3] Projection de population 2005-2050 selon le modèle Omphale, scénario central, 2006, INSEE.
- [4] Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003
Inserm CépiDc, exploitation FNORS – ORS.
- [5] Estimations d'incidence des cancers 2000, Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation Fnors – ORS.
- [6] Base nationale des Affections de Longue Durée (ALD) 2002-2004
CNAMTS – MSA – RSI, exploitation FNORS – ORS.
- [7] Base nationale PMSI MCo 1998-2004, exploitation DREES.
- [8] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2005, IMS-Health, exploitation Irdes.
- [9] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes.

Pour en savoir plus

Etat de santé, offre de soins dans les départements d'outre-mer, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion.
P. Bozely, C. Catteau. Document de travail, Série Statistiques, DREES, n°14, juin 2001, 23p.

Atlas de la santé à La Réunion. Environnement, mortalité, morbidité, offre de soins.
C. Catteau, B. Remy, Z. Vaillant. DRASS, IRD, Université de La Réunion, 2005, 85p.

La santé en France en 2002
Haut Comité de la Santé Publique, Edition La Documentation Française, 2002, 410p.

Tableau de bord sur les cancers à La Réunion, ORS Réunion, octobre 2007.

Tableau de bord sur le diabète à La Réunion, ORS Réunion, novembre 2006.

Etat de santé dans les autres classes d'âge :

Tableau de bord sur l'état de santé des moins de un an à La Réunion, ORS Réunion, octobre 2007.

Tableau de bord sur l'état de santé des 1-14 ans à La Réunion, ORS Réunion, octobre 2007.

Tableau de bord sur l'état de santé des 15-44 ans à La Réunion, ORS Réunion, octobre 2007.

Tableau de bord sur l'état de santé des 75 ans et plus à La Réunion, ORS Réunion, 2005.

Remerciements

Ce tableau de bord n'aurait pu être réalisé sans la participation de nos différents partenaires et producteurs de données. Nous tenons en particulier à remercier : la DRASS, la FNORS, l'INSEE, l'INSERM et l'ORS Pays de la Loire.

