



La fréquence des maladies cardio-vasculaires en France et en Europe

Les données du registre Monica ont permis de mieux connaître la réalité des pathologies cardio-vasculaires. Pendant dix ans, la morbidité et la mortalité coronaires d'une population ont été enregistrées dans plusieurs pays. Les résultats montrent une sous-estimation de la mortalité coronaire en France, même si la tendance à la baisse se maintient.

Pierre Ducimetière
Directeur de
recherche, unité
Inserm 258, Villejuif

Il est aujourd'hui admis que les maladies de l'appareil circulatoire dépendent, en partie du moins, de facteurs d'environnement et particulièrement de facteurs de comportement individuel et/ou social. L'existence d'effets cardio-vasculaires à terme d'une alimentation déséquilibrée, de la répétition de situations de stress... est semble-t-il connue de la population même si beaucoup d'informations véhiculées dans ce domaine par les médias sont insuffisamment étayées, voire souvent erronées. Ceci s'explique en grande partie par la compréhension très imparfaite des mécanismes biologiques qui sous-tendent ces effets de santé, alors que l'observation épidémiologique a bien permis de les mettre en évidence. La simple mesure de la fréquence des maladies à l'échelle des populations et son évolution dans le temps sont une source irremplaçable d'informations permettant la génération d'hypothèses sur leurs causes, étape essentielle de la recherche de mesures de prévention efficaces...

Simple dans son principe, cette épidémiologie descriptive se heurte à de nombreuses difficultés concrètes bien illustrées par le domaine des maladies cardio-vasculaires. Il s'agit en effet d'un ensemble très hétérogène de pathologies dont le diagnostic précis est parfois difficile, ou même impossible, à effectuer. La standardisation du diagnostic dans l'espace et le temps est donc en grande partie illusoire.

Les complications cardiaques de l'athérome coronaire ou des cardiopathies ischémiques représentent, avec la pathologie cérébrovasculaire, une part importante des

maladies de l'appareil circulatoire, compte tenu de leur fréquence élevée après l'âge de 50 ans, leur gravité et particulièrement la forte mortalité qui leur est attachée. En fait, les efforts de prévention concernent avant tout les cardiopathies ischémiques, même si beaucoup d'autres pathologies cardio et cérébro-vasculaires de l'adulte partagent des facteurs de risque qui leur sont communs, en particulier l'hypertension artérielle. Les cardiopathies ischémiques jouent ainsi, tout au moins dans les pays industrialisés, le rôle d'indicateurs de la pathologie cardio-vasculaire en général, mais les abus de langage dans ce domaine sont fréquents.

Les complications cliniques de la maladie coronaire recouvrent schématiquement l'ischémie ou « souffrance » myocardique, le plus souvent repérée à l'occasion d'une douleur angineuse dans la poitrine à l'effort et/ou au repos, l'infarctus du myocarde lorsque le processus artériel conduit à la destruction (nécrose) d'une partie du tissu myocardique, mais le décès peut survenir rapidement (par exemple moins d'une heure après le début des symptômes dans le cas de la « mort subite »), avant qu'un diagnostic puisse être porté avec une certaine précision.

La mortalité coronaire : principal indicateur de la pathologie cardio-vasculaire

Dans la population des pays industrialisés, la mortalité coronaire représente l'indicateur principal dans le domaine de la pathologie cardio-vasculaire.

Son grand avantage est d'être disponible à partir des

statistiques nationales des causes de décès, permettant ainsi d'effectuer des comparaisons géographiques à des échelles variables (régions, pays...), ainsi que l'analyse d'évolutions temporelles. Cependant, particulièrement dans ce domaine pathologique, les habitudes médicales de description des causes de décès diffèrent entre pays et cela peut avoir, ainsi que nous le verrons plus loin, des conséquences importantes. Par ailleurs, les variations dans l'espace et dans le temps des taux de mortalité reflètent à la fois celles de la fréquence des événements morbides (dans une large mesure indépendante du système de soins) et de la létalité qui leur est attachée qui, elle, dépend fortement de la prise en charge des complications, rendant ainsi leur interprétation difficile en l'absence de données de morbidité.

Les taux de mortalité coronaire en France : les plus bas d'Europe

Selon la statistique des causes de décès, les taux de mortalité coronaire, comme ceux de l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, sont en France les plus bas d'Europe (tableau 1). Parmi les pays industrialisés, seule la population japonaise présente des taux comparables.

La hiérarchie des taux de mortalité coronaire reflète bien celle de la mortalité totale pour causes circulatoires, avec l'exception notable de la Pologne. La variabilité importante du rapport des taux coronaires et par autres causes circulatoires suggère néanmoins l'existence de différences de codification entre pays.

La place très particulière de la population française au sein des pays européens en particulier, et des pays

industrialisés en général, a fait l'objet de nombreuses interprétations autour de la notion de « Paradoxe français » [19].

Depuis le début de la décennie quatre-vingt, les mortalités coronaire et circulatoire décroissent dans les pays européens de l'Ouest à tout âge chez les hommes et chez les femmes et le gain d'espérance de vie observé dans ces pays les vingt dernières années est essentiellement dû à cette baisse. Par contre, les taux élevés observés dans les pays de l'est de l'Europe sont restés stables ou ont crû, en particulier dans la période 1990-1995.

Déjà observées dans certains pays comme les États-Unis à la fin des années soixante-dix, ces évolutions sont à l'origine du Projet Monica OMS d'enregistrement pendant dix années de la morbidité coronaire dans 37 régions réparties dans 21 pays en grande majorité européens [52]. En effet, seule une identification comparative des événements coronaires sur une longue période pouvait permettre de les interpréter, complétée par la mesure à différentes périodes du niveau des facteurs de risque de chaque population concernée et de la distribution des soins de prise en charge des sujets atteints dans chacune d'elles.

La nécessaire standardisation entre régions de la définition des événements coronaires a conduit à n'enregistrer que les cas d'infarctus du myocarde et de décès coronaires ou présumés coronaires dans la tranche d'âge 25-64 ans, à l'exclusion des épisodes d'angor, quel qu'en soit le type. L'enregistrement a été effectué en France dans trois régions bien définies [35] : les départements du Bas-Rhin et de la Haute-Garonne et la communauté urbaine de Lille, approximativement durant la même période (1985-1993) que dans les autres régions du Projet OMS.

La mortalité coronaire moyenne dans les 3 registres français est intermédiaire entre celle observée en Espagne (1 registre) et en Italie (2 registres), d'une part, et en Allemagne de l'autre (3 registres). La fréquence des événements coronaires en France est également intermédiaire entre celle des pays de l'Europe du Sud et de l'Europe continentale ou du Nord (tableau 2).

La sous estimation de la mortalité coronaire indiquée par la statistique nationale est particulièrement importante en Pologne et en France. Sa prise en compte permet de donner à la population de ces deux pays une place dans le gradient nord-est/sud correspondant mieux à leur position géographique. En particulier l'importance « paradoxalement » basse de la maladie coronaire en France n'est plus évidente, que ce soit en termes de mortalité ou de fréquence des événements cliniques. Les taux de morbidité et de mortalité beaucoup plus bas chez la femme que chez l'homme avant 65 ans méritent d'être notés.

Des progrès dans la prise en charge des malades plus élevés que dans les autres pays

Durant la période 1985-1993, la mortalité coronaire a

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 59.

tableau 1

Taux de décès annuels (pour 100 000) dans quelques pays européens après standardisation sur le sexe et l'âge (1995)

	Coronaire	Cérébro-vasculaire	Autres circulatoires	Total
France	64	56	104	224
Espagne	88	88	128	304
Pays-Bas	136	77	123	336
Italie	112	104	144	360
Suède	200	72	96	368
Grande-Bretagne	221	93	70	384
Allemagne	189	96	147	432
Finlande	256	112	72	440
Pologne	120	96	264	480
Fédération de Russie	448	352	144	944

Remerciements

Les registres français de l'infarctus du myocarde et du décès coronaire sont réalisés au Laboratoire d'épidémiologie de la Faculté de médecine de Strasbourg (D. Arveiler, B. Haas), à l'Unité Inserm 508 à l'Institut Pasteur de Lille (P. Amouyel, M. Montaye) et à l'Unité Inserm 588 à Toulouse (J. Ferrières, J.-B. Ruidavets), en coordination avec l'Unité Inserm 258 à Villejuif (P. Ducimetière, A. Bingham).



La prévention des maladies cardio-vasculaires

baissé dans les registres français dans une proportion intermédiaire entre celle observée dans les pays du Nord et du Sud mais la part provenant de l'amélioration de la létalité (mesurée 28 jours après l'événement), et donc des progrès dans la prise en charge des malades a été plus élevée que dans les autres pays (tableau 3). Des constatations parallèles peuvent être faites chez les femmes.

L'augmentation des taux de mortalité, de fréquence des événements et de leur létalité dans les registres de la Fédération de Russie et de Pologne doit être notée ainsi que l'accroissement de la fréquence des événements cliniques dans la région de Barcelone en Espagne.

Les comparaisons internationales permises par le Projet Monica sont plus difficiles à effectuer depuis la fin officielle du Projet. En France, un enregistrement de l'infarctus du myocarde et du décès coronaire a

repris depuis 1997. Les premières analyses semblent montrer que les pourcentages de variation annuelle des indicateurs ont fortement diminué, même si la tendance à la baisse des taux au cours du temps semble se maintenir.


Bien que relativement satisfaisantes sur le plan méthodologique, les comparaisons internationales ne concernent que quelques indicateurs très globaux de la pathologie cardio-vasculaire. On peut penser que, dans l'avenir, l'enregistrement des actes médicaux et des diagnostics pourrait permettre d'aller plus loin et plus simplement dans la connaissance de la maladie et l'évaluation de sa prise en charge. Pour l'instant, il apparaît que seules quelques statistiques hospitalières concernant les actes principaux effectués dans le domaine (chirurgie coronaire, angioplastie, pose de stent...) sont disponibles et peuvent faire l'objet de comparaisons [10]. 

tableau 2

Taux annuels moyens pour 100 000 habitants de la mortalité coronaire « officielle », de la mortalité coronaire estimée par le protocole Monica et de la fréquence d'événements coronaires dans l'ensemble de la période selon le sexe (24-65 ans)

	Nombre de registres	Hommes			Femmes		
		Mortalité officielle	Mortalité Monica	Événements Monica	Mortalité officielle	Mortalité Monica	Événements Monica
Espagne	1	63	76	210	11	16	35
Italie	2	101	112	266	20	23	45
France	3	74	135	274	14	34	55
Allemagne	3	139	174	339	31	44	95
Suède	2	165	172	436	35	40	101
Fédération de Russie	4	334	280	466	82	70	106
Pologne	2	195	362	524	41	94	131
Finlande	3	319	329	701	50	51	121
Grande-Bretagne Nord	2	306	322	736	97	101	226

tableau 3

Variations annuelles moyennes des taux observés chez les hommes dans divers registres européens regroupés par pays [53]

	Nombre de registres	Mortalité coronaire	Événements coronaires	Létalité événements
Espagne	1	+0,3	+1,8	-1,7
Italie	2	-3,2	-1,6	-1,4
France	3	-4,5	-2,4	-1,9
Allemagne	3	-1,8	-2,4	+0,7
Suède	2	-5,9	-4,7	-1,3
Fédération de Russie	4	+2,3	+0,6	+1,8
Pologne	2	+1,3	+1,0	+0,4
Finlande	3	-5,5	-5,6	-0,1
Grande-Bretagne Nord	2	-4,3	-3,0	-1,4