

Hospitalisation pour cardiopathies ischémiques

Les maladies de l'appareil circulatoire¹ représentent une cause importante d'hospitalisation. En 2005, elles ont motivé 1 393 000 séjours dans des unités de soins de courte durée en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique (MCO), soit 8,8 % de l'ensemble des séjours². Elles ont ainsi constitué la troisième cause d'hospitalisation derrière les hospitalisations pour des motifs autres que maladie ou traumatisme tels que la surveillance, les bilans ou la prévention (15 %) et les maladies de l'appareil digestif³ (12,3 %) et, juste devant les tumeurs (8,7 %). Elles ont été, en 2005, la première cause de recours à l'hospitalisation en MCO des 65 ans ou plus avec 16,8 % des séjours chez les hommes et 13,6 % chez les femmes.

Ce chapitre de la CIM recouvre des pathologies très hétérogènes. Il comprend, notamment, les cardiopathies ischémiques⁴ (312 900 séjours en MCO en 2005), l'insuffisance cardiaque (182 000 séjours), les troubles de la conduction et du rythme cardiaque (172 200 séjours), les maladies cérébro-vasculaires (138 800 séjours) et les varices des membres inférieurs (144 900 séjours).

Cet article s'est plus particulièrement intéressé aux hospitalisations motivées par les cardiopathies ischémiques qui ont totalisé, en 2005, 22,5 % des séjours en MCO motivés par des maladies de l'appareil circulatoire et 2 % de l'ensemble des séjours.

Matériel et méthodes

Les données présentées ici proviennent de l'exploitation des bases nationales de séjours hospitaliers constituées dans le cadre du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Depuis 1997, chaque séjour effectué dans un établissement hospitalier public ou privé en soins de courte durée en médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique (MCO) fait l'objet d'un enregistrement standardisé comportant notamment les caractéristiques démographiques du patient, les pathologies traitées et les actes chirurgicaux réalisés.

Il s'agit de résultats pondérés, car les bases PMSI-MCO comportent des défauts d'exhaustivité liés à la non-réponse de certains établissements (non-réponse totale) ou de certains services dans d'autres (non-réponse partielle). Le taux d'exhaustivité évalué sur les journées d'hospitalisation par comparaison avec la Statistique

annuelle des établissements (SAE) s'est nettement amélioré, passant de 94 % en 1998 à 99 % en 2005.

On a retenu pour dénombrer les séjours hospitaliers motivés par une cardiopathie ischémique, les résumés de sortie standardisés (RSA) comportant, en diagnostic principal, un des codes I20 à I25 de la Classification internationale des maladies de l'Organisation mondiale de la santé 10^e révision (CIM10). La population utilisée pour calculer les taux bruts d'hospitalisation est celle des estimations localisées de population (ELP) de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Celle utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne (Eurostat - population Europe IARC 1976).

Les résultats concernent la France entière.

Résultats

Une baisse du taux standardisé d'hospitalisation

En 2005, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré près de 313 000 séjours motivés par une cardiopathie ischémique correspondant à un taux brut d'hospitalisation de l'ordre de 500 séjours pour 100 000 habitants (tableau 1).

Le nombre de séjours et le taux brut d'hospitalisation pour ce motif ont augmenté entre 1997 et 2004 puis diminué en 2005. En revanche, le taux standardisé d'hospitalisation a décru, entre 1997 et 2005, de 7,2 % pour les hommes et de 3,6 % pour les femmes. Pour les hommes, la baisse a été régulière sur l'ensemble de la période, tandis que pour les femmes on note une baisse entre 2004 et 2005 après une phase de stabilité entre 1997 et 2004.

Des hospitalisations très majoritairement masculines

Les séjours ont surtout concerné des hommes (environ 71 %) et le sex-ratio tous âges a été, en 2005, de 2,4 pour les séjours, de 2,6 pour le taux brut d'hospitalisation et de 3,5 pour le taux standardisé. Les taux d'hospitalisation ont été, en 2005, plus élevés pour les hommes que pour les femmes dans tous les groupes d'âge. En particulier, le taux d'hospitalisation des hommes était près de cinq fois plus important que celui des femmes pour les 45-64 ans et près de trois fois pour les 65-84 ans (tableau 2).

En 2005, environ 41 % des séjours masculins ont été le fait des 45-64 ans, 50 % celui des 65-84 ans et 3 % celui des 85 ans ou plus (tableau 2). Ces proportions étaient, respectivement, de 22 %, 62 % et 13 % pour les femmes. En outre, le taux d'hospitalisation croissait fortement à partir de 45 ans pour les hommes comme pour les femmes (figure 1). Il baissait ensuite, pour les hommes, chez les 80 ans ou plus (2 958 pour 100 000

Marie-Claude Mouquet

Chargée d'études, Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques

1. Chapitre IX de la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) 10^e révision.

2. Non compris accouchement unique et spontané (code O80 de la CIM) et venues pour des séances telles que dialyse, chimiothérapie, radiothérapie.

3. Ce chapitre de la CIM inclut les maladies des dents et de la bouche.

4. Angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde et ses complications récentes, cardiopathies ischémiques chroniques.



tableau 1

Évolution des hospitalisations annuelles en soins de courte durée MCO* pour cardiopathie ischémique selon le sexe

Année	Nombre de séjours MCO			Taux brut d'hospitalisation pour 100 000			Taux standardisé d'hospitalisation pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
1997	206 600	82 900	289 500	712,1	269,9	484,7	701,8	194,2	430,8
1998	208 000	82 300	290 300	714,6	267,0	484,4	693,0	189,3	423,7
1999	204 600	82 700	287 300	700,4	267,3	477,6	671,2	187,1	412,8
2000	211 400	85 000	296 400	719,2	272,8	489,6	681,7	189,7	418,7
2001	215 500	87 300	302 800	727,7	278,6	496,7	681,8	192,6	420,3
2002	219 200	89 300	308 500	734,8	282,9	502,4	679,4	192,3	419,0
2003	222 500	90 700	313 200	740,7	285,4	506,5	676,7	192,0	417,9
2004	223 500	92 300	315 800	739,0	288,2	507,2	667,2	192,6	413,6
2005	221 800	91 100	312 900	728,9	282,8	499,5	651,0	187,2	403,2

* Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.
Champ : Résidents France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO (Dhos, Atih, exploitation Drees) et estimations localisées de population (Insee).

chez les 80-84 ans et 2 468 pour 100 000 chez les 85 ans ou plus) tandis que pour les femmes il restait stable chez les plus âgées (1 436 pour 100 000 chez les 80-84 ans et 1 453 chez les 85 ans ou plus).

Une durée moyenne de séjour et une proportion de séjours terminés par un décès en MCO plus élevées pour les femmes

La durée moyenne des séjours pour cardiopathie ischémique a été en diminution constante depuis 1997 pour les hommes comme pour les femmes (tableau 3) dans un contexte de baisse générale de la durée moyenne d'hospitalisation en MCO. En 2005, elle était de 5 jours (tableau 2). Elle était toutefois plus élevée pour les femmes (5,7 jours contre 4,7 pour les hommes). Voisine avant 65 ans pour les hommes et les femmes, la durée moyenne de séjour devenait ensuite, en 2005, sensiblement plus longue pour les femmes aux âges plus élevés (tableau 2).

En baisse entre 1997 et 2005 pour les hommes et pour les femmes, la proportion de séjours en MCO pour cardiopathie ischémique terminés par un décès était environ deux fois plus élevée pour les femmes (tableau 3). Elle était ainsi de 3,9 %, contre 1,8 % pour les hommes en 2005. Faible avant 65 ans (0,6 % en 2005), elle atteignait 2,6 % pour les 65-84 ans et 13 % pour les 85 ans ou plus (tableau 2). En outre, elle était similaire pour les hommes et les femmes avant 65 ans, puis devenait supérieure pour les femmes dans les tranches d'âge suivantes.

Les écarts constatés entre hommes et femmes sont en grande partie dus au fait que la structure par âge des hospitalisés n'est pas la même. Toutefois des écarts persistent après ajustement sur l'âge. La durée moyenne de séjour standardisée était ainsi, en 2005, d'environ

une demi-journée plus longue pour les femmes et la proportion standardisée de séjours terminés par un décès, un tiers plus élevé pour elles, la même année (tableau 3).

Des disparités régionales importantes

En 2005, les taux bruts d'hospitalisation pour cardiopathie ischémique apparaissent, pour les hommes comme pour les femmes, très supérieurs à la moyenne nationale en Corse et en Basse-Normandie et très inférieurs aux Antilles (tableau 4).

Pour les hommes, après standardisation sur l'âge, la Corse, la Basse-Normandie, le Nord-Pas-de-Calais, la Lorraine et Provence-Alpes-Côte d'Azur avaient, en 2005, des taux d'hospitalisation pour cardiopathie ischémique sensiblement plus élevés que la moyenne nationale (taux standardisé d'hospitalisation supérieur de plus de 15 %) (figure 2). Pour les femmes, la situation apparaissait également défavorable à la Réunion, en Alsace, en Picardie, en Franche-Comté et dans le Languedoc-Roussillon. À l'inverse, les régions Guadeloupe, Guyane, Martinique, Pays de la Loire, Bretagne et Limousin étaient moins touchées (taux standardisé d'hospitalisation inférieur d'au moins 15 % à la moyenne nationale).

Discussion

Des tendances globales observées dans les séjours hospitaliers en accord avec celles recueillies par les trois registres français des cardiopathies ischémiques

Bien qu'exhaustives, les données collectées dans le cadre du PMSI-MCO ne décrivent qu'imparfaitement l'épidémiologie de la maladie coronaire. En particulier, elles ne prennent pas en compte le grand nombre de décès extrahospitaliers et notamment les morts subites

tableau 2

Hospitalisations en 2005 en soins de courte durée MCO* pour cardiopathie ischémique selon le sexe et l'âge

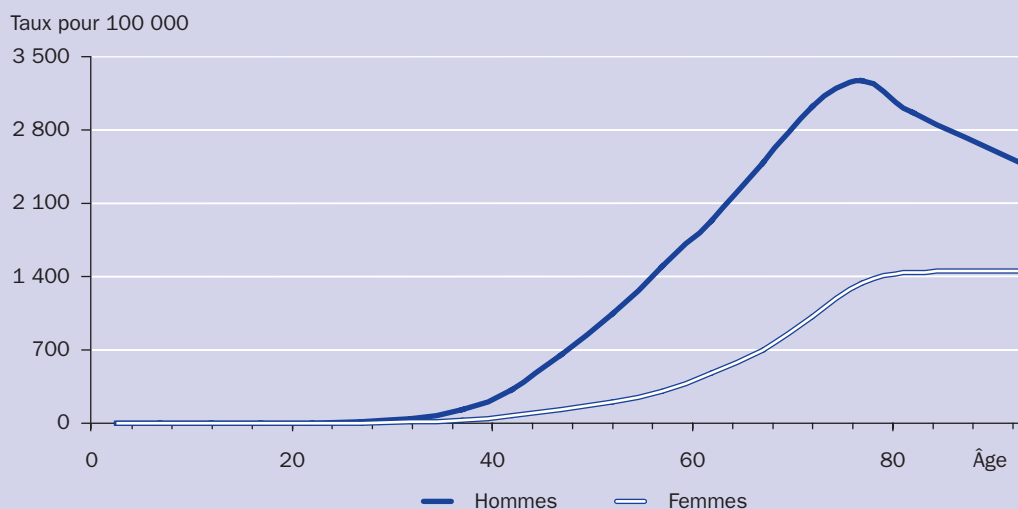
	Moins de 25 ans	De 25 à 44 ans	De 45 à 64 ans	Moins de 65 ans	De 65 à 84 ans	85 ans ou plus	65 ans ou plus	Total tous âges
Nombre de séjours								
Hommes	200	11200	90900	102300	111900	7600	119500	221800
Femmes	100	2500	20000	22600	56900	11600	68500	91100
Les deux sexes	300	13700	110900	124900	168800	19200	188000	312900
Taux brut d'hospitalisation pour 100 000								
Hommes	1,7	130,0	1208,5	389,6	2898,5	2467,7	2866,7	728,9
Femmes	0,8	29,3	256,5	86,2	1095,6	1453,3	1143,4	282,8
Les deux sexes	1,3	79,4	724,4	238,1	1864,7	1734,6	1850,5	499,5
Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète (jours)								
Hommes	4,0	3,8	4,1	4,0	5,2	7,5	5,3	4,7
Femmes	5,0	3,9	4,1	4,1	5,8	8,6	6,3	5,7
Les deux sexes	4,3	3,8	4,1	4,0	5,4	8,1	5,7	5,0
Proportion de séjours terminés par un décès en MCO (%)								
Hommes	1,1	0,5	0,6	0,6	2,2	12,2	2,8	1,8
Femmes	1,3	0,4	0,6	0,6	3,2	13,6	5,0	3,9
Les deux sexes	1,2	0,5	0,6	0,6	2,6	13,0	3,6	2,4

* Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.
 Champ : Résidents France entière.

Sources : Base nationale PMSI-MCO (Dhos, Atih, exploitation Drees) et estimation localisée de population (Insee).

figure 1

Taux d'hospitalisation* en 2005 en soins de courte durée MCO pour cardiopathie ischémique selon le sexe et l'âge**



* Nombre de séjours pour 100 000 habitants.

** Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.
 Champ : Résidents France entière.

Sources : Base nationale PMSI-MCO (Dhos, Atih, exploitation Drees) et estimation localisée de population (Insee).

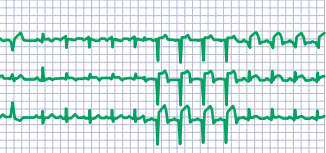


tableau 3

Évolution de la durée moyenne de séjour et des séjours terminés par un décès lors des hospitalisations en soins de courte durée MCO* pour cardiopathie ischémique selon le sexe

	Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète (jours)						Proportion de séjours terminés par un décès en MCO (%)					
	Brute			Standardisée**			Brute			Standardisée**		
	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes
1997	6,0	7,1	6,3	6,2	6,6	6,3	2,4	5,2	3,2	2,9	3,7	3,2
1998	5,9	7,0	6,2	6,0	6,4	6,1	2,4	5,3	3,2	2,8	3,6	3,1
1999	5,7	6,8	6,0	5,8	6,2	5,9	2,3	5,1	3,1	2,7	3,5	2,9
2000	5,5	6,6	5,8	5,7	6,1	5,8	2,2	4,8	2,9	2,6	3,2	2,8
2001	5,4	6,5	5,7	5,5	6,0	5,7	2,2	4,9	2,9	2,6	3,4	2,8
2002	5,2	6,4	5,6	5,4	5,8	5,5	2,1	4,7	2,8	2,5	3,2	2,7
2003	5,0	6,1	5,4	5,2	5,6	5,3	1,9	4,6	2,7	2,3	3,1	2,6
2004	4,9	6,0	5,2	5,0	5,4	5,1	1,8	4,0	2,5	2,2	2,8	2,4
2005	4,7	5,7	5,0	4,8	5,2	5,0	1,8	3,9	2,4	2,1	2,8	2,3

* Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.

** Ce sont les valeurs tous âges que l'on obtiendrait si les séjours de chaque sexe et de chaque année se répartissaient de la même façon entre les tranches d'âge. La structure par âge des séjours utilisée est celle de l'année 1997, deux sexes réunis, des séjours en hospitalisation complète pour la durée moyenne de séjour et de l'ensemble des séjours pour la proportion de séjours terminés par un décès.

Champ : Résidents France entière.

Sources : Bases nationales PMSI-MCO (Dhos, Atih, exploitation Drees).

d'origine coronaire vraisemblable. En outre, la sélection, dans la base PMSI-MCO, des séjours pour cardiopathies ischémiques repose sur le diagnostic principal affecté aux séjours. Celui-ci est défini comme étant « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation⁵ ». Elle est donc tributaire de la qualité du codage et du fait que dans certains cas une complication intervenue en cours de séjour entraînant une prise en charge plus lourde que la cardiopathie ischémique soit finalement retenue comme diagnostic principal.

Toutefois, on retrouve, dans les données issues de l'exploitation de cette base médico-administrative, des résultats d'ensemble par sexe et par âge analogues à ceux issus de l'exploitation des données recueillies dans les trois registres français des cardiopathies ischémiques mis en place dans les années quatre-vingt dans le cadre du projet Monica (MONItoring trends and determinants in CArdiovascular disease) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Dans ces registres, la fréquence est nettement plus importante pour les hommes et augmente avec l'âge pour les deux sexes. Ainsi, sur la période 1997-2002 et pour l'ensemble des trois registres, le taux annuel moyen d'événements coronaires aigus⁶ passait de 98,9 pour 100 000 chez les hommes

âgés de 35 à 44 ans à 991,7 pour 100 000 chez les 65-74 ans, contre respectivement 18,5 et 385,5 chez les femmes.

La baisse de la proportion des séjours terminés par un décès constatée dans les données issues du PMSI s'inscrit dans un contexte de recul de la mortalité par cardiopathies ischémiques. Selon les données provenant de la statistique annuelle sur les causes médicales de décès établies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc), les cardiopathies ischémiques ont été responsables de 40 600 décès en France métropolitaine en 2005, nombre en diminution constante malgré le vieillissement de la population. Les trois registres français ont, quant à eux, noté sur la période 1997-2002 une baisse des taux standardisés de mortalité⁷ liée à des événements coronaires aigus pour les hommes tandis que ceux des femmes demeuraient stables. Ils ont également observé que l'index standardisé de létalité hospitalière⁸ des épisodes coronaires aigus (infarctus du myocarde et décès

de 24 heures sans cause évidente de décès et sans antécédents de maladie coronaire et décès pour lequel la cause n'a pas pu être établie.

7. Infarctus caractérisé décédés jusqu'à 28 jours après leur survenue, décès coronaires, décès en moins de 24 heures sans cause évidente de décès et sans antécédents de maladie coronaire et décès pour lesquels la cause n'a pas pu être établie.

8. Rapport entre le nombre de patients âgés de 35 à 74 ans présentant un infarctus du myocarde décédés dans les 28 jours suivant le début des symptômes et le nombre total d'événements ayant donné lieu à hospitalisation.

5. « Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique », *Bulletin officiel* n° 2006/2 bis, fascicule spécial.

6. Ensemble des épisodes (incidents et récurrents) avec infarctus caractérisé vivant ou décédé, décès coronaire, décès en moins

tableau 4

Hospitalisations en 2005 en soins de courte durée MCO* pour cardiopathie ischémique selon le sexe et la région de résidence

Région de résidence	Nombre de séjours			Taux brut d'hospitalisation pour 100 000		
	Hommes	Femmes	Les deux sexes	Hommes	Femmes	Les deux sexes
Ile-de-France	33 930	12 350	46 280	614,5	210,2	406,0
Champagne-Ardenne	4 130	1 770	5 900	631,6	259,0	441,3
Picardie	6 430	3 010	9 440	695,7	314,4	501,8
Haute-Normandie	5 850	2 250	8 100	666,2	242,5	448,5
Centre	9 280	3 940	13 220	760,9	308,3	529,4
Basse-Normandie	6 950	2 980	9 930	986,6	401,8	686,8
Bourgogne	6 700	2 820	9 520	848,9	338,6	586,9
Nord-Pas-de-Calais	15 070	6 900	21 970	771,6	331,9	544,9
Lorraine	10 210	4 230	14 440	894,0	354,8	618,8
Alsace	6 480	2 910	9 390	731,2	316,1	519,7
Franche-Comté	4 450	1 930	6 380	792,2	332,4	558,9
Pays de la Loire	8 980	3 760	12 740	540,2	216,2	374,6
Bretagne	8 800	3 830	12 630	590,4	243,7	412,5
Poitou-Charentes	6 340	2 670	9 010	763,2	305,0	528,2
Aquitaine	12 790	5 120	17 910	861,3	320,8	581,4
Midi-Pyrénées	10 550	3 990	14 540	790,4	284,9	531,6
Limousin	2 670	1 170	3 840	762,1	313,2	530,3
Rhône-Alpes	18 680	7 480	26 160	642,3	245,2	439,0
Auvergne	5 770	2 540	8 310	893,0	369,9	623,9
Languedoc-Roussillon	11 330	4 640	15 970	943,4	357,9	639,5
Provence-Alpes-Côte d'Azur	21 980	8 620	30 600	965,7	348,2	644,0
Corse	1 520	540	2 060	1 133,4	379,3	743,6
Guadeloupe	400	270	670	189,6	116,9	151,4
Martinique	640	370	1 010	345,3	177,3	256,3
Guyane	110	60	170	115,2	59,6	87,4
Réunion	1 760	950	2 710	461,2	242,1	349,7
France entière	221 800	91 100	312 900	728,9	282,8	499,5

* Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.
Champ : Résidents France entière.

Sources : Base nationale PMSI-MCO (Dhos, Atih, exploitation Drees) et estimation localisée de population (Insee).

coronaires) avait diminué pour les hommes et pour les femmes entre 1997 et 2002. Enfin, la proportion plus élevée de séjours hospitaliers féminins terminés par un décès enregistrée dans le PMSI semble en accord avec la différence d'index de létalité hospitalière observée dans les registres. Dans ceux-ci, l'index standardisé de létalité à 28 jours des malades âgés de 35 à 74 ans hospitalisés pour un épisode coronaire aigu s'élevait, en 2002, à 20,1 % pour les femmes et 17,9 % pour les hommes. En outre, les auteurs indiquent que le rapport homme/femme plus élevé pour les infarctus non létaux que pour les décès coronaires suggère une gravité plus importante de la maladie chez les femmes.

Des taux d'hospitalisation semblant en rapport avec la fréquence de la maladie pour la grande majorité des régions françaises

Les seules données exhaustives disponibles pour l'ensemble des régions françaises concernent la mortalité. Elles sont issues de la statistique du CépiDc. On y note que les décès par cardiopathies ischémiques sont plus fréquents dans un croissant Nord-Est qui va de la Bretagne à l'Alsace.

Les données issues des registres du projet Monica montrent, quant à elles, l'existence d'un gradient décroissant du nord vers le sud, avec une plus grande fréquence de ces maladies dans les pays du nord de

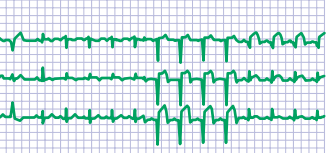
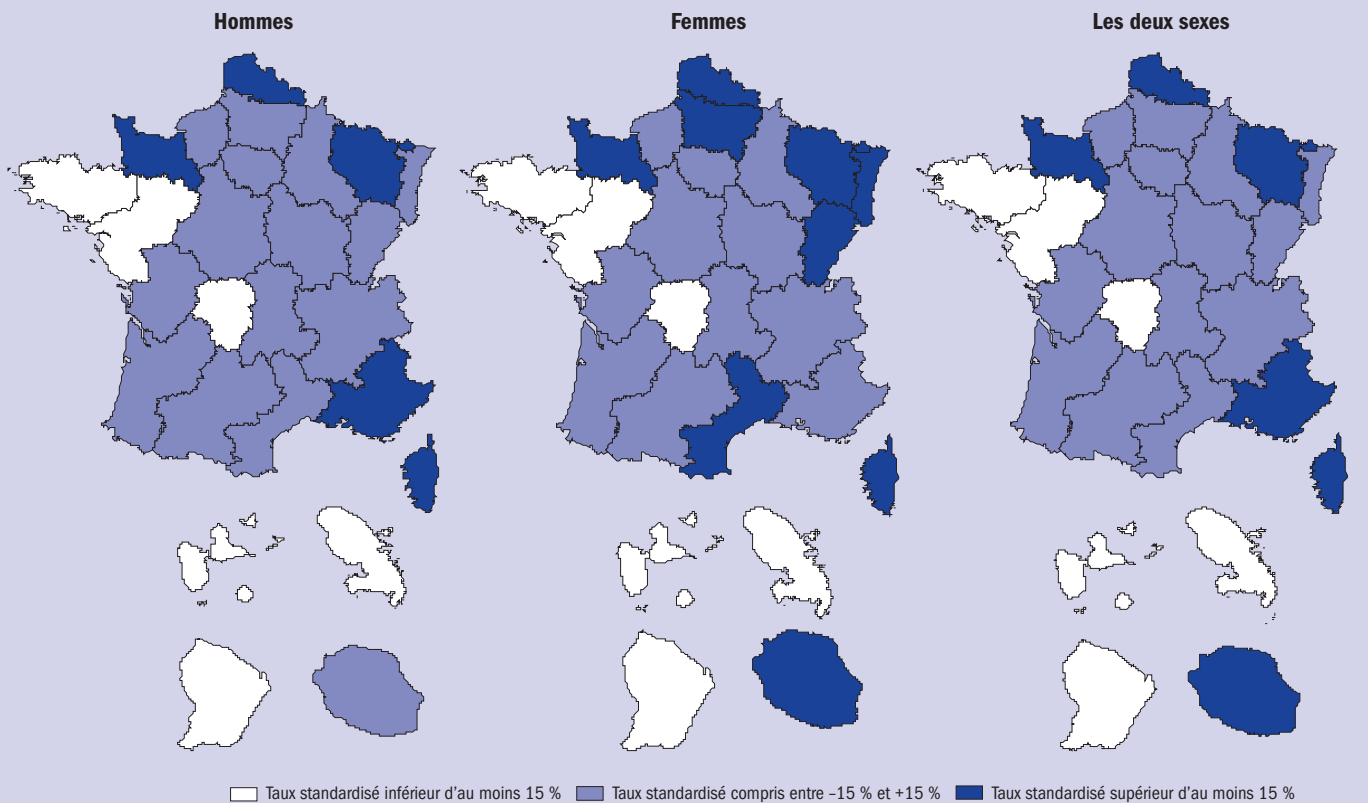


figure 2

Hospitalisations en 2005 en soins de courte durée MCO* pour cardiopathie ischémique selon le sexe et la région de résidence, taux standardisés d'hospitalisation, écarts par rapport à la France entière**



□ Taux standardisé inférieur d'au moins 15 % ■ Taux standardisé compris entre -15 % et +15 % ■ Taux standardisé supérieur d'au moins 15 %

* Médecine générale et spécialités médicales, chirurgie générale et spécialités chirurgicales, gynécologie-obstétrique.

** La population utilisée pour calculer les taux standardisés d'hospitalisation est la population européenne (Eurostat, population Europe IARC 1976).

Champ : Résidents France entière.

Sources : Base nationale PMSI-MCO (Dhos, Atih, exploitation Drees) et estimation localisée de population (Insee).

l'Europe, ainsi qu'une mortalité plus importante. D'après les trois registres français, ces gradients existent également en France. L'incidence et la mortalité des événements coronariens aigus sont ainsi plus élevées à Lille et dans le Bas-Rhin qu'en Haute-Garonne. Il semble donc que, pour les cardiopathies ischémiques, un niveau de mortalité plus élevé corresponde à une fréquence elle aussi plus importante. En conséquence les régions dans lesquelles on observe une surmortalité seraient également des régions dans lesquelles la fréquence des maladies coronariennes est élevée tandis que celles en sous-mortalité correspondraient à des régions dans lesquelles elle est plus faible.

Dans la plupart des régions, le recours à l'hospitalisation en MCO pour cardiopathies ischémiques semble aller dans le même sens que l'importance prise par la maladie coronarienne dans la région, approchée par son


taux de mortalité. En particulier, les régions Nord-Pas-de-Calais, Alsace et Basse-Normandie ont enregistré à la fois des taux standardisés d'hospitalisation (en 2005) et de mortalité (période 2003-2005) plus élevés que les moyennes nationales, tandis que les régions Ile-de-France, Rhône-Alpes et Limousin étaient dans la situation inverse. En revanche les régions Haute-Normandie, Champagne-Ardenne et, surtout, Bretagne, dans lesquelles la maladie coronarienne serait plus fréquente (taux standardisés de décès 2003-2005 supérieurs à la moyenne nationale) pour les hommes et pour les femmes, avaient, en 2005, des taux standardisés d'hospitalisation en MCO inférieurs à la moyenne nationale. À l'opposé, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur pour les deux sexes et Corse pour les femmes, qui seraient moins touchées (taux standardisés de décès 2003-2005 inférieurs à la moyenne nationale),

ont connu sur la même période un niveau d'hospitalisation supérieur à la moyenne nationale.

Un taux d'hospitalisation en France parmi les moins élevés de l'Union européenne

Selon les données de la base HFA-DB de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), Chypre, puis le Portugal, Malte, l'Espagne, la Slovénie, l'Irlande et la France apparaissaient, en 2004, comme les pays de l'Union européenne ayant enregistré les taux d'hospitalisation pour cardiopathies ischémiques les plus faibles, inférieurs d'au moins 25 % à la moyenne européenne. Les taux les plus élevés étaient observés en Lituanie, Lettonie, Finlande, République tchèque, Estonie et Autriche, pays enregistrant des taux supérieurs d'au moins 50 % à la moyenne européenne.

L'analogie observée dans les régions françaises entre positionnement des taux d'hospitalisation et

des taux de mortalité⁹ se retrouve également pour les pays de l'Union européenne. En particulier, la Lituanie, la Lettonie, l'Estonie, la Slovaquie et la Hongrie dans lesquels, en 2004, les taux standardisés de décès étaient les plus élevés, étaient également des pays dans lesquels les taux standardisés d'hospitalisation étaient nettement supérieurs à la moyenne européenne. À l'opposé, les Pays-Bas, l'Espagne, le Portugal et la France, où les taux standardisés de décès avaient été les plus bas, avaient également des taux standardisés d'hospitalisation inférieurs à la moyenne européenne. En revanche, Malte, l'Irlande et, dans une moindre mesure, le Royaume-Uni, où l'on avait observé une mortalité supérieure à la moyenne européenne, avaient, quant à eux, des taux d'hospitalisation inférieurs à cette même moyenne. 

9. Source : base HFA-DB de l'OMS.