



Statistiques de la santé

Atlas de la mortalité dans l'Union européenne

Chapitre 8 Les maladies cardio-vasculaires

Données 1994-1996



COMMISSION
EUROPÉENNE

Inserm

CépiDC — Centre d'épidémiologie
sur les causes médicales de décès



UNIVERSITÉ PARIS X NANTERRE



THÈME 3
Population
et conditions
sociales

3

Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne.

**Un nouveau numéro unique gratuit:
00 800 6 7 8 9 10 11**

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu.int>).

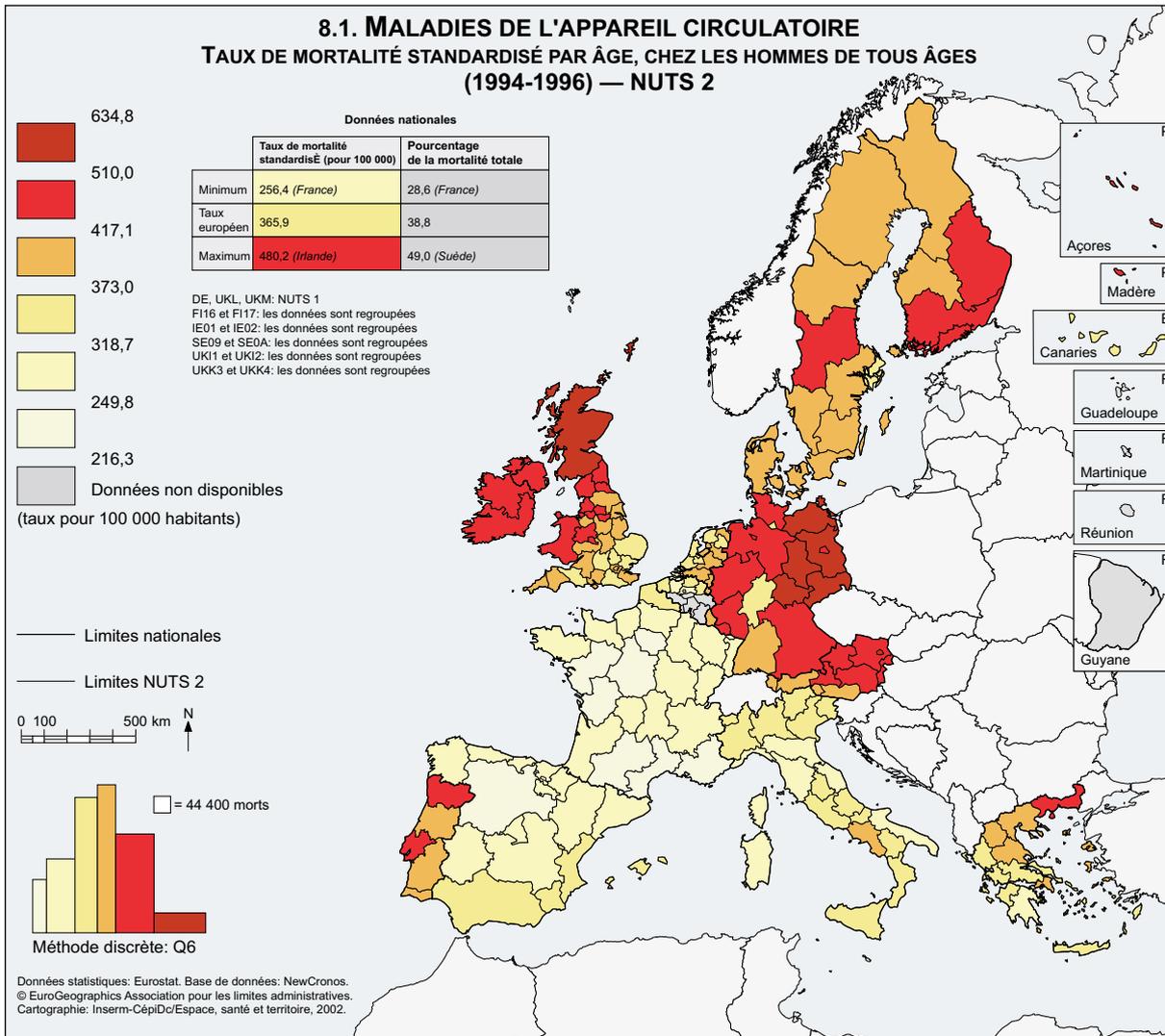
Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2002

ISBN 92-894-3728-6

© Communautés européennes, 2002

Atlas — Sommaire

| | |
|--|-----------|
| 1. Introduction | 9 |
| 2. Méthodologie..... | 11 |
| 3. La mortalité générale..... | 15 |
| 4. La mortalité «prématurée» | 23 |
| 5. La mortalité par groupe d'âge | 27 |
| 6. Typologies de la mortalité par âge..... | 43 |
| 7. Typologies de mortalité par causes..... | 49 |
| 8. Les maladies cardio-vasculaires | 53 |
| 9. Les maladies respiratoires..... | 59 |
| 10. Les cancers des voies respiratoires..... | 65 |
| 11. Les cancers de l'intestin (côlon, rectum, anus)..... | 71 |
| 12. Les cancers de l'estomac..... | 75 |
| 13. Les cancers du sein | 79 |
| 14. Les cancers de l'utérus..... | 81 |
| 15. Les cancers de la prostate | 83 |
| 16. Les cancers du pancréas | 85 |
| 17. Les cancers de la vessie..... | 89 |
| 18. Le mélanome malin de la peau | 93 |
| 19. La mortalité liée à l'alcoolisme | 97 |
| 20. Les morts violentes | 101 |
| 21. Le sida | 111 |
| Annexe 1 — Population standard européenne | 115 |
| Annexe 2 — Causes de décès et codes dans la «Liste européenne succincte» | 116 |
| Annexe 3 — Union européenne — Liste des régions au niveau NUTS 2..... | 118 |



8. Les maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires représentent la première cause de mortalité dans l'Union européenne. Elles sont à l'origine de plus ou moins 40 % des décès tant dans la population masculine que féminine. Ces pathologies touchent la population à des âges avancés: plus de neuf décès sur dix surviennent après 65 ans.

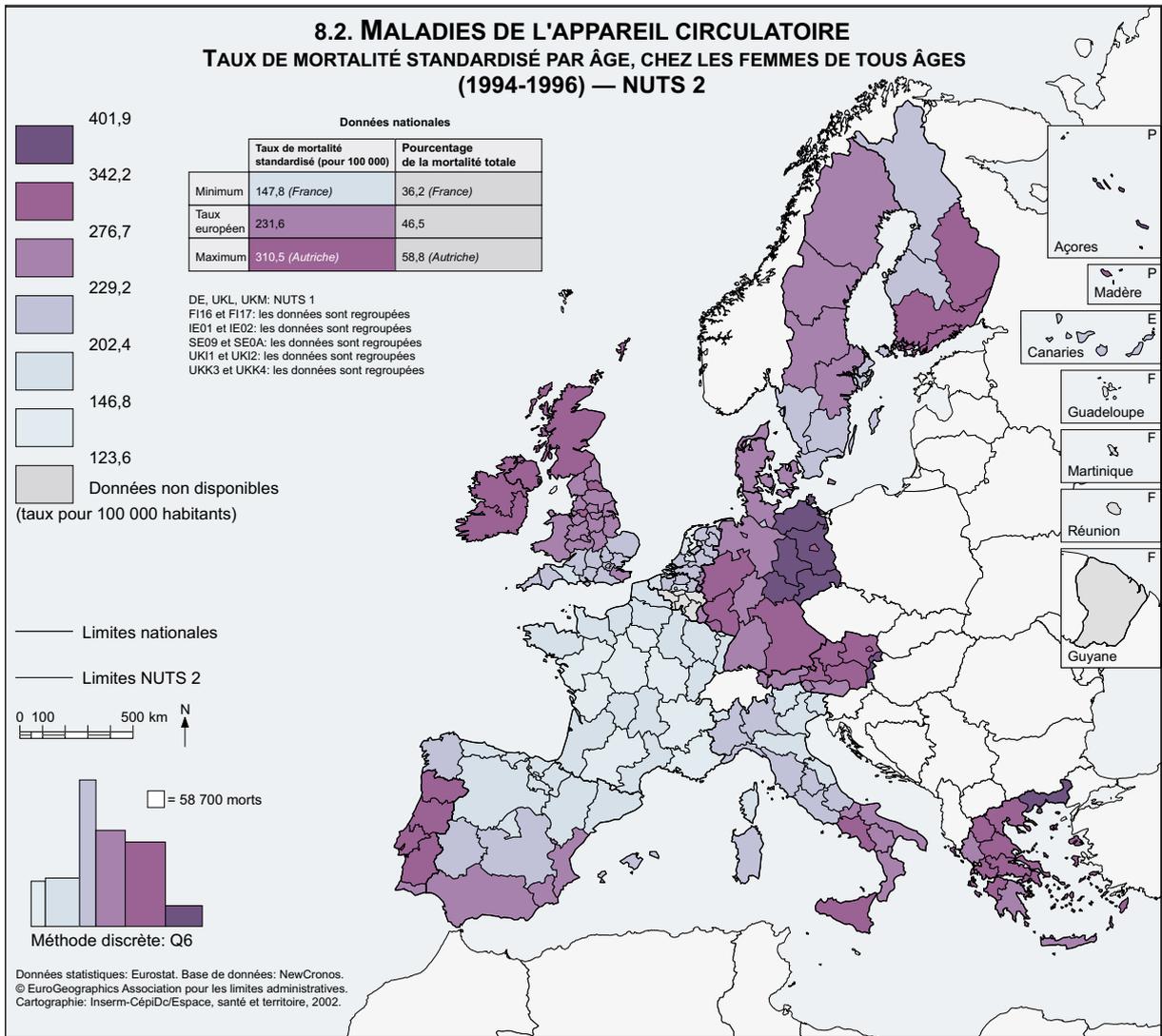
Si la surmortalité masculine reste élevée pour ces pathologies, les écarts de mortalité entre sexes sont moins prononcés que pour les autres causes de décès. Le ratio régional de surmortalité masculine le plus élevé n'excède pas 1,8, alors qu'il est par exemple supérieur à 20 dans certaines régions européennes pour la mortalité par cancers des voies respiratoires.

Les disparités européennes sont importantes pour l'ensemble des décès par maladies cardio-

vasculaires. Les taux varient dans un rapport de 1 à 3 selon les régions. La répartition des taux de décès relativement semblable pour les hommes et pour les femmes fait apparaître un gradient net qui oppose le nord et le sud de l'UE.

Au nord de l'UE, les îles britanniques, les pays scandinaves, les pays germaniques et le Luxembourg affichent les taux les plus élevés avec une surmortalité particulièrement marquée dans certaines régions (Länder de l'est de l'Allemagne et Scotland). Des contrastes apparaissent nettement: opposition nord/sud en Grande-Bretagne et en Finlande et est/ouest en Allemagne et en Autriche.

Une rupture nette se profile entre cet ensemble de pays et le sud de l'UE en sous-mortalité, en particulier la France, la Belgique, l'Italie et l'Espagne. En revanche, les régions les plus méridionales, Portugal et Grèce et, pour les femmes, sud de l'Espagne et de l'Italie, affichent des taux proches de ceux des pays nordiques.

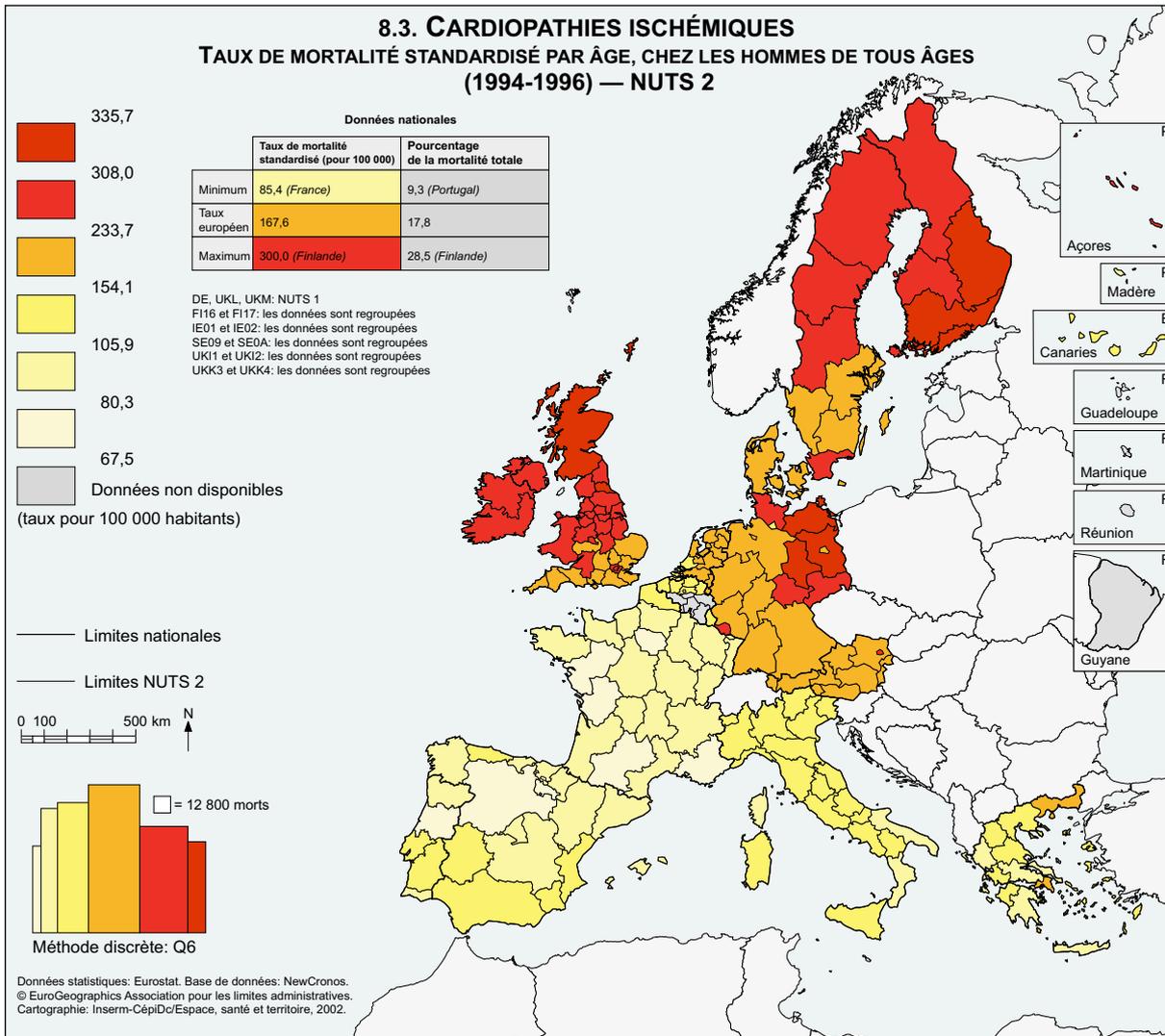


La structuration de ces cartes est à mettre en relation avec celle relative aux deux types de maladies les plus fréquentes dans les pathologies de l'appareil circulatoire.

Les cardiopathies ischémiques (mort subite, décès après infarctus du myocarde...) représentent près de 20 % de l'ensemble des décès dans la population masculine et 15 % dans la population féminine.

Les maladies cérébrovasculaires (décès par accident cérébrovasculaire d'origine ischémique, hémorragique...) sont responsables de 9 % des décès masculins et de 13 % des décès féminins.

Ces deux groupes de pathologies dessinent des géographies de l'UE très différentes.



Une géographie tranchée pour les cardiopathies ischémiques et une géographie plus dispersée pour les maladies cérébrovasculaires

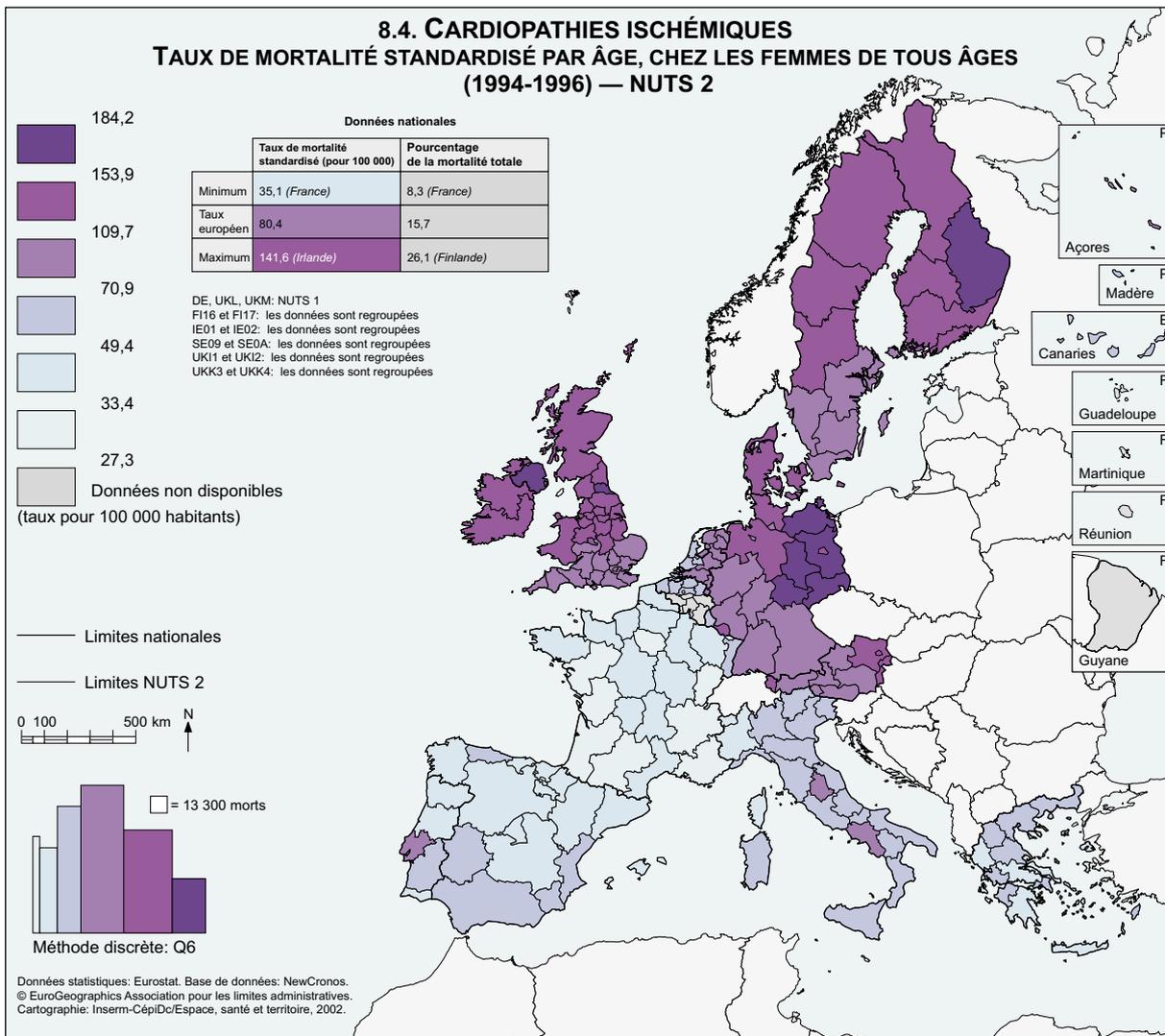
L'opposition entre le nord et le sud de l'Union européenne, notable pour la mortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire prises dans leur ensemble, est en fait déterminée en grande partie par la géographie des cardiopathies ischémiques. Celle-ci, semblable pour les deux sexes, est très spécifique.

Deux ensembles de pays s'opposent, l'un en nette surmortalité composé des îles britanniques, des pays scandinaves, des Pays-Bas et des pays germaniques, l'autre en sous-mortalité regroupant le Luxembourg, la Belgique et les pays méditerranéens, y compris la France. Entre ces deux ensembles, les contrastes sont très importants, les taux variant dans un rapport de 1 à 5 pour les hommes et de 1 à 7 pour les femmes. Au sud, la

France et le nord de l'Espagne et du Portugal affichent les taux européens les plus favorables. Au nord, les régions les plus septentrionales ainsi que les Länder de l'est de l'Allemagne, le Sarreland et Wien sont particulièrement touchés.

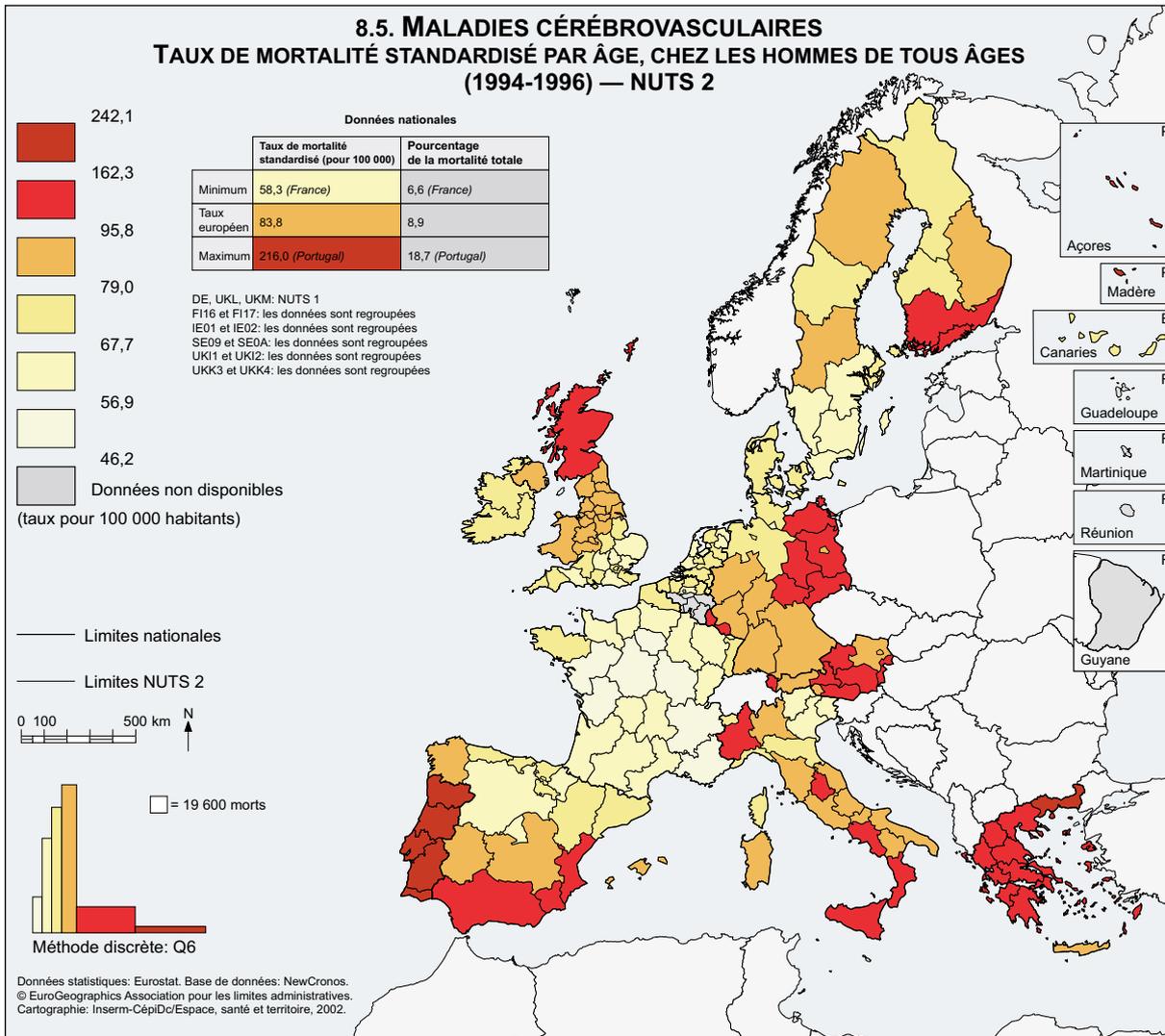
Les contrastes de mortalité par maladies cérébrovasculaires présentent des amplitudes de niveau comparable, mais la géographie est très différente. Les discontinuités et les inégalités infranationales sont nettement plus marquées.

Les pays méditerranéens (à l'exception de la France), en sous-mortalité pour les cardiopathies ischémiques, sont au contraire en situation de surmortalité pour les maladies cérébrovasculaires. Le Portugal, en particulier, présente les taux masculins et féminins les plus élevés de l'UE. En Espagne, un gradient net est notable entre le nord et le sud, les provinces du nord étant plus proches de leurs voisins français.



À l'inverse, dans les autres États membres, un certain nombre de régions sont en sous-mortalité pour les maladies cérébrovasculaires alors qu'elles affichent des taux élevés pour les cardiopathies ischémiques: Danemark, nord-ouest de l'Allemagne, Irlande, sud de la Suède et nord de la Finlande pour les hommes.

Quelques régions cumulent des taux élevés pour les deux types de pathologies. C'est le cas de Scotland, du sud de la Finlande, du Sarmland et des Länder est-allemands. Leur situation s'oppose à celle globalement favorable de la France, de la Belgique et du nord de l'Espagne.



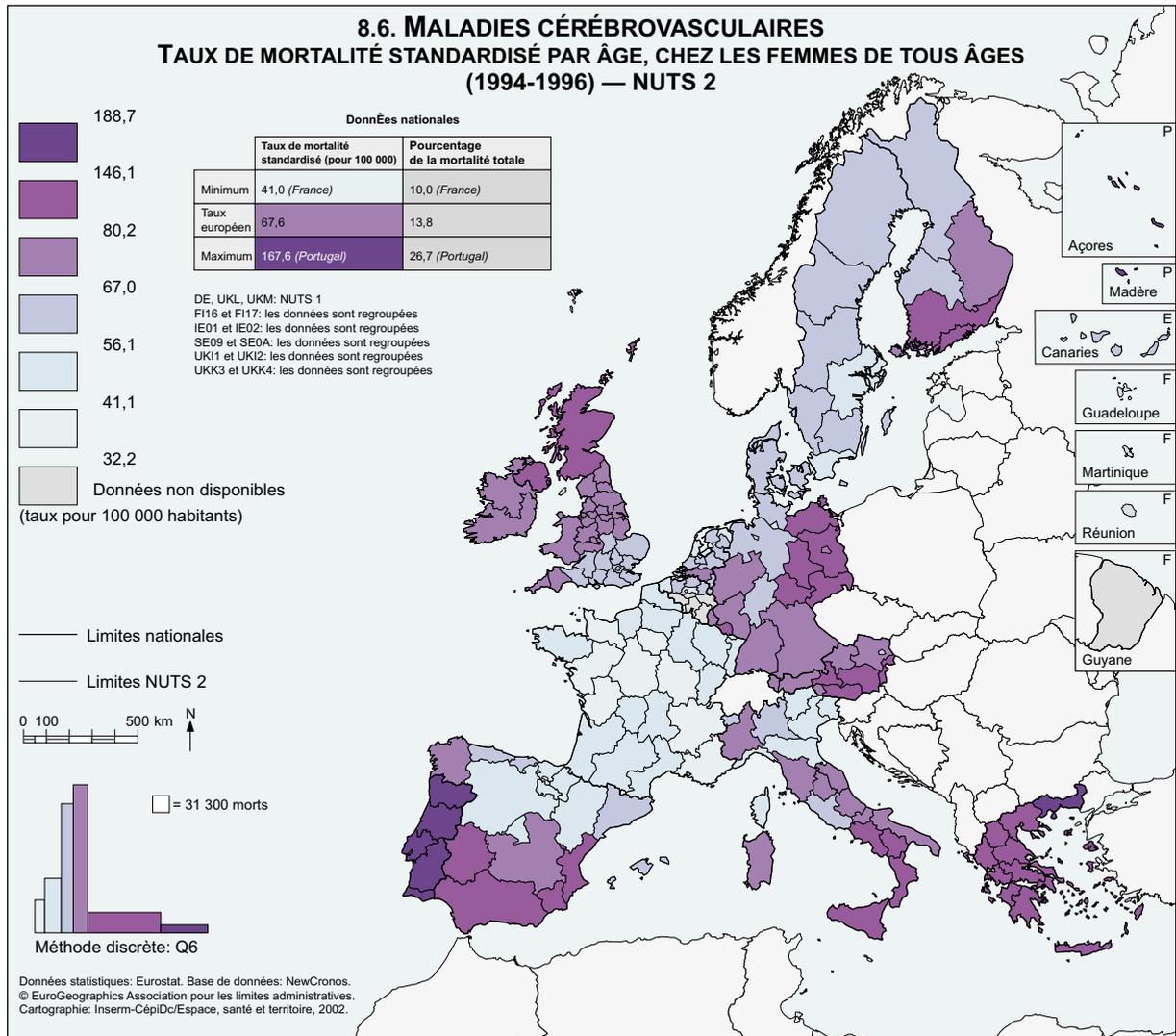
Les disparités européennes peuvent s'expliquer par les comportements alimentaires

Avant d'interpréter ces disparités en fonction des facteurs de risque ou des caractéristiques des systèmes de soins, la question de la comparabilité des pratiques de certification doit être évoquée. Par exemple, une partie des morts subites d'origine cardiaque peut être enregistrée, selon les pratiques de certification, en causes de décès mal définies ou en infarctus. Une étude comparative menée récemment entre la France et le Royaume-Uni a cependant montré que, en corrigeant les données selon des hypothèses fortes, les taux de décès restaient nettement inférieurs en France.

Outre ces biais méthodologiques potentiels, les disparités entre États membres observées pour la mortalité par cardiopathies ischémiques peuvent s'expliquer par les comportements alimentaires, par exemple par une alimentation riche ou déséquilibrée

en corps gras dans les États membres du nord. De même, dans les pays du sud, la surmortalité par maladies cérébrovasculaires peut être mise en relation avec une consommation importante de sel.

La position favorable de la France en matière de mortalité par cardiopathies ischémiques contraste fortement avec sa mauvaise situation en matière de mortalité prématurée. On peut évoquer l'effet potentiel d'une «compétition» entre causes de décès. Par exemple en comparant le niveau de la mortalité prématurée en France et au Royaume-Uni, on peut mettre en évidence une substitution entre les causes directement liées à l'alcool (très fréquentes en France) et les décès par infarctus (très fréquents au Royaume-Uni). Une explication pourrait être que les personnes les plus sujettes à des comportements à risque (consommateur d'alcool en France) décèdent prématurément et que la population restant en vie, en «bonne» santé, est davantage épargnée par les cardiopathies ischémiques. Cependant, si cette hypothèse peut être avancée, elle



n'est pas valable en Allemagne et en Autriche, pays à la fois en surmortalité précoce pour des pathologies liées à l'alcoolisme et en surmortalité pour les cardiopathies ischémiques.

Enfin, pour ce qui est des cardiopathies ischémiques, en particulier des infarctus, les décès sont rapides, intervenant souvent avant hospitalisation.

La question de la densité des services de soins et de la qualité et de la rapidité de la prise en charge, aussi bien au moment de l'attaque (services d'urgence) qu'en amont (départements hospitaliers de cardiologie), serait donc également à prendre en compte comme facteur explicatif, mais nécessiterait des études spécifiques.