

ENQUÊTE

LES REGISTRES FRANÇAIS DES CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES INFARCTUS DU MYOCARDE EN FRANCE, 1985-1992 : *incidence et mortalité*

Rapport préparé par le réseau MONICA-France*

INTRODUCTION

La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire reste une des causes majeures de morbidité et de mortalité en France. En 1993, elle représentait 29 % des décès chez les hommes et 37 % chez les femmes. Les cardiopathies ischémiques constituent la cause principale de 33 % de ces décès chez les hommes et 24 % chez les femmes. La baisse de mortalité observée dans notre pays depuis une vingtaine d'années peut correspondre à plusieurs phénomènes : baisse de l'incidence, de la létalité globale des événements ischémiques ou de la létalité intra-hospitalière des malades hospitalisés. L'évolution respective de ces différents indicateurs épidémiologiques ainsi que les différences interrégionales fournissent des éléments d'information permettant de discuter le rôle de la prévention primaire, secondaire, des soins ambulatoires ou hospitaliers.

Depuis 1985, 3 registres de population, en collaboration avec l'unité INSERM 258, recueillent et analysent des données de mortalité et de morbidité coronaires. Les données concernant l'incidence des événements coronaires et la létalité et la mortalité qui leur sont attribuées sont recueillies en continu et de manière exhaustive.

MÉTHODES

Les registres

Les registres français des maladies coronaires sont connus sous le nom de registres MONICA (multinational MONItoring of trends and déterminants in CArdiovascular disease), car ils participent depuis 1985 à un projet coordonné par l'Organisation Mondiale de la Santé. Ce projet regroupe 38 registres dans 21 pays du monde. Les détails de ce protocole ont été publiés [1]. Rappelons qu'un registre est une structure épidémiologique qui réalise l'enregistrement des cas d'une pathologie de façon continue, exhaustive dans une région géo-

graphique donnée. Elle effectue également des travaux de recherche et des études complémentaires visant à améliorer les connaissances concernant cette pathologie. Les 3 registres des cardiopathies ischémiques couvrent 3 régions contrastées (Bas-Rhin, Haute-Garonne et communauté urbaine de Lille). Quelques caractéristiques de ces registres et de leurs régions figurent dans le tableau 1.

Recueil des données

Brièvement, la recherche des cas est assurée par la surveillance systématique des diverses sources de signalement susceptibles de recevoir des malades atteints d'insuffisance coronaire aiguë : services hospitaliers, publics et privés, médecins de ville, centres de radiologie, systèmes de secours d'urgences, médecine légale... Tous les événements survenant chez des malades âgés de 25 à 64 ans sont inclus. Un événement coronaire aigu survenant plus de 28 jours après un premier épisode aigu est défini comme une récidive. Pour un délai moindre, les 2 épisodes sont considérés comme un seul. Après avoir éliminé les doublons signalés par des sources d'information différentes, les cas ainsi recueillis sont ensuite soigneusement validés. Pour pouvoir interpréter les différences entre centres et les évolutions dans le temps, un système de contrôle de qualité des données et des définitions strictes ont été adoptées.

Définition des événements.

2 estimations seront fournies dans cette présentation :

1. Une définition stricte de l'infarctus du myocarde, basée sur un ensemble de critères cliniques, électrocardiographiques et biologiques précis définis dans le cadre du projet international MONICA. Il s'agit de la catégorie des infarctus certains (catégorie 1 MONICA) et de celle des décès secondaires à un infarctus possible (décès de la catégorie 2 MONICA). Cette estimation fournit une estimation basse de l'incidence et de la mortalité ;

Tableau 1. - Les 3 registres des cardiopathies ischémiques : caractéristiques démographiques et sanitaires régionales

	Région concernée			France entière
	Communauté urbaine de Lille	Département du Bas-Rhin	Département de la Haute-Garonne	
Population totale	1 070 000	965 000	960 000	
Espérance de vie (années) :				
Hommes	69,9*	71,6	74,6	72,6
Femmes	78,9*	79,7	81,7	80,8
Taux de chômage (%)	13,4*	5,9	11,4	10,1
Logement sans confort (%)	17,9*	8,3	6,0	14,6
Nombre de lits de médecins (pour 1000 habitants)	2,3*	3,2	2,8	2,4
Nombre d'habitants par scanographe	133 000*	106 000	77 000	121 000
Densité médicale (pour 1000 habitants)	241,9*	310,5	380,9	268,7
Registre	Lille	Strasbourg	Toulouse	
Hommes	250 000	254 000	248 000	
Femmes	261 000	251 000	255 000	

* Données sur le département du Nord.

Source : SESI - Chiffres et indicateurs départementaux - Tome I : La métropole - ENSP Ed., Rennes, 1993.

* Registres des cardiopathies ischémiques de Lille : P. Amouyel, M. Montayé, S. Beauchant; Strasbourg : D. Arveiler, B. Haas, P. Schaffer; Toulouse : J. Ferrières, J.-B. Ruidavets, P. Marquez Vidal et Unité INSERM 258 : A. Bingham, P. Ducimetière, T. Lang.

2. Une définition plus large incluant également des événements pour lesquels manque un des critères, mais qui ont été diagnostiqués comme des infarctus du myocarde par un clinicien. A ces 2 définitions correspondent 2 estimations de la fréquence de l'infarctus du myocarde et la fourchette obtenue est présentée dans les tableaux et figures suivants. Selon la définition stricte ou large, la moyenne annuelle d'événements enregistrés durant la période 1990-1992 est de 421 et 447 à Lille, 425 et 466 à Strasbourg, 364 et 397 à Toulouse, respectivement.

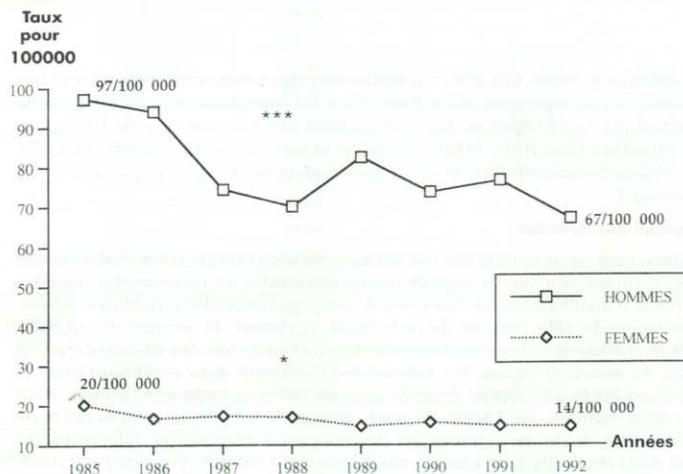
Méthodes statistiques

Le taux de létalité est calculé comme le rapport entre les décès survenus dans les 28 jours suivant l'événement aigu rapporté au nombre total d'événements, fatals ou non. La signification statistique des tendances linéaires observée dans le temps a été testée en utilisant un modèle de régression logistique, permettant un ajustement sur l'âge et le cas échéant la région.

LA MORTALITÉ

La mortalité par infarctus du myocarde baisse dans les 2 sexes, entre 1985 et 1992, lorsque les données des 3 registres sont confondues (fig. 1). L'évolution est cependant variable selon les régions. Chez les hommes, la mortalité baisse nettement et de façon significative à Strasbourg et Toulouse, tandis qu'elle reste stable à Lille. Chez les femmes, la diminution de la mortalité n'est observée qu'à Strasbourg.

Figure 1. - Taux de mortalité par infarctus du myocarde 3 registres confondus



Les taux de mortalité sont standardisés sur la population européenne pour la tranche d'âge 35-64 ans.

L'INCIDENCE

L'incidence de l'infarctus du myocarde diminue globalement dans l'ensemble des 3 registres, quel que soit le sexe (fig. 2 et 3). Dans les 2 sexes, les mêmes différences interrégionales se dessinent. La baisse de l'incidence est nette et significative à Strasbourg, plus modeste à Lille. Mais l'incidence ne diminue pas significativement à Toulouse (fig. 4).

La tendance est sensiblement la même pour l'ensemble des infarctus, incluant les récidives : baisse à Lille et à Strasbourg, pas d'évolution significative à Toulouse.

Figure 2. - Incidence de l'infarctus du myocarde (récidives exclues) 3 registres confondus

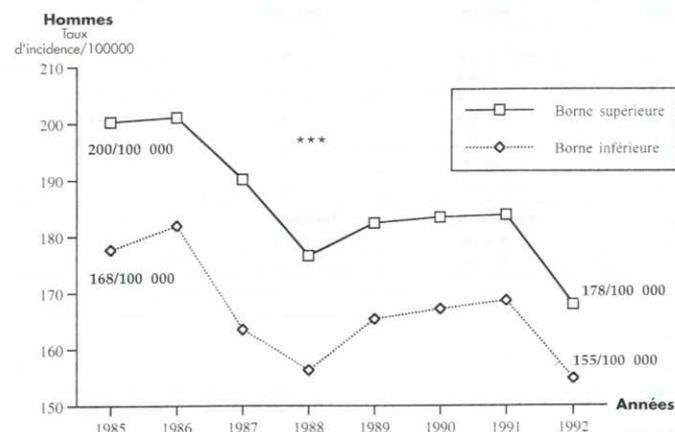
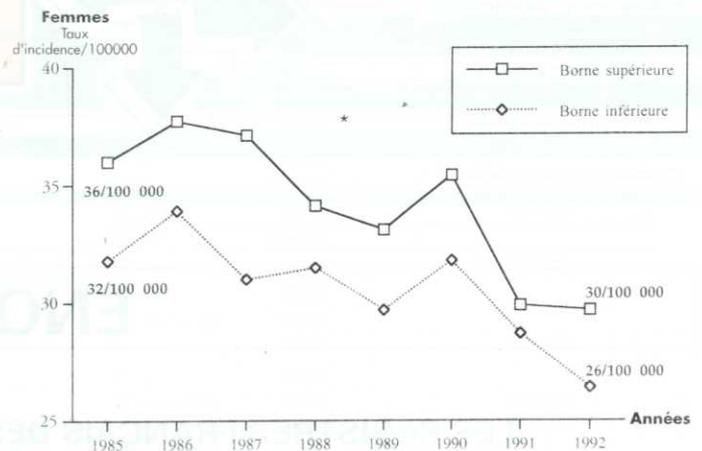


Figure 3. - Incidence de l'infarctus du myocarde (récidives exclues) 3 registres confondus

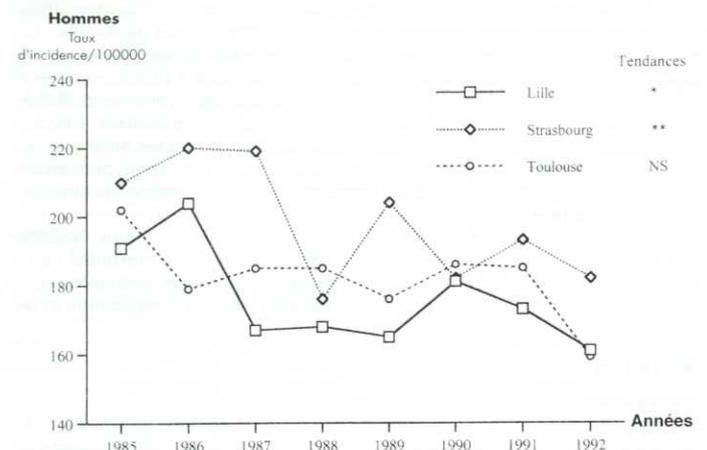


La borne inférieure correspond à la définition « stricte » de l'infarctus du myocarde, la borne supérieure à la définition large.

Les taux d'incidence sont standardisés sur la population européenne, pour la tranche d'âge 35-64 ans.

Les astérisques au-dessus des courbes indiquent si la tendance est statistiquement significative (* P < 0,05; ** P < 0,01; *** P < 0,001).

Figure 4. - Incidence de l'infarctus du myocarde (récidives exclues) selon les registres



LA LÉTALITÉ

La létalité de l'ensemble des infarctus, hospitalisés ou non, est stable durant la période d'observation si les données des 3 registres sont analysées globalement, sans tenir compte des différences régionales. Cette stabilité masque en réalité de profondes différences interrégionales. Chez les hommes, une baisse significative de la létalité à Strasbourg et à Toulouse contraste avec une augmentation possible de celle-ci à Lille (fig. 5). Chez les femmes, la létalité augmente à Lille, baisse à Strasbourg et n'évolue pas significativement à Toulouse.

CONCLUSIONS

Elles portent sur 2 points : les différences interrégionales et l'analyse des tendances sur une longue période.

Différences entre régions

Chez les femmes, qu'il s'agisse d'incidence, de mortalité ou de létalité, les taux sont plus élevés à Lille qu'à Toulouse, Strasbourg occupant une position intermédiaire entre ces 2 premières régions. Chez les hommes, cette observation est également vraie, à l'exception de l'incidence de l'infarctus qui est plus élevée à Strasbourg, mais diffère peu entre Lille et Toulouse.

Évolution de 1985 à 1992

L'évolution en 7 ans est différente, selon la région française considérée. Dans le Bas-Rhin, la mortalité a baissé : l'infarctus du myocarde est moins fréquent et moins souvent fatal. En Haute-Garonne, la mortalité a baissé également : les infarctus surviennent avec la même fréquence, mais la survie des malades après leur infarctus s'est améliorée. Dans la communauté urbaine de Lille, en revanche, la mortalité n'a pas évolué en 8 ans, malgré une baisse de l'incidence de la maladie. La mortalité après un infarctus pourrait même avoir augmenté durant cette période.