



## NUMÉRO THÉMATIQUE

### Surveillance de la pathologie coronaire en France : l'après *MONICA*

#### Éditorial

#### Les efforts de prévention primaire doivent s'intensifier

Dans les pays occidentaux, les aspects de santé publique associés aux maladies cardio-vasculaires ont pris une importance particulière au cours des vingt dernières années. Certes, ces maladies représentent toujours une part considérable de la mortalité, de la morbidité et des coûts de santé, mais des changements remarquables sont intervenus durant cette période :

- souvent considérée comme un objectif lointain, la prévention primaire des cardiopathies ischémiques a vu certaines améliorations, à la fois dans ses aspects collectifs (diminution du tabagisme, modification des consommations alimentaires dans certains groupes de population...) mais, surtout, dans ses aspects individuels (identification des sujets à risque élevé, prise en charge de l'hypertension et des hyperlipidémies...), même si, bien entendu, de nombreux progrès restent à faire... ;

- la prise en charge des malades à la phase aiguë s'est améliorée et une prévention secondaire efficace au long cours a été instituée d'une manière, le plus souvent, systématique.

Il est bien acquis aujourd'hui que la baisse de la mortalité cardio-vasculaire, observée depuis la fin des années 70 dans la plupart des pays industrialisés, a résulté de ces évolutions multiples et que les gains exceptionnellement élevés de l'espérance de vie des populations en sont une conséquence directe. Le Projet *MONICA* (*MONItoring trends and determinants in CARDiovascular disease*), organisé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), a eu le grand mérite de documenter ces évolutions dans de nombreuses régions du monde, pendant une période de dix ans, jusqu'au milieu des années 1990.

Les efforts de standardisation du recueil d'informations de morbidité et de mortalité coronaires, par les équipes participant au Projet, ont représenté un acquis considérable qui a permis d'envisager une véritable surveillance au long cours de l'infarctus du myocarde dans les populations. Au moins trois leçons ont pu être, de ce point de vue, tirées de l'expérience *MONICA* :

- la comparabilité des données de mortalité coronaire, obtenues à partir des certificats de décès, est limitée, et cette analyse a été essentielle à une appréciation plus nuancée de la situation épidémiologique de la population française concernant cette pathologie ;

- les seules informations médicales issues des cas hospitalisés ne permettent d'obtenir qu'une description partielle de la réalité épidémiologique, compte tenu de la fréquence importante des décès extrahospitaliers, particulièrement les morts subites dont l'origine coronaire est le plus souvent vraisemblable ;

- il n'existe pas en France, ni ailleurs, de « *gold standard* » de la fréquence des événements coronaires dans la population, fréquence qu'il convient de repérer par des indicateurs suffisamment standardisés et validés pour pouvoir valablement témoigner de ses variations dans le temps et dans l'espace. Les équipes des trois régions (Bas-Rhin, Haute-Garonne et Communauté urbaine de Lille), qui ont assuré la participation française au Projet *MONICA*, ont repris à partir de 1997 le recueil standardisé d'informations de surveillance de la pathologie coronaire aiguë, selon un protocole très voisin de celui défini par l'OMS.

Les trois articles du présent numéro du BEH décrivent les principaux indicateurs disponibles et leur évolution dans la période 1997-2002 : taux d'événements, taux d'incidence et de mortalité, index de létalité hospitalière appliqués aux infarctus du myocarde caractérisés et aux décès d'origine coronaire, ou présumés d'origine coronaire en l'absence de données suffisantes pour l'affirmer.

Globalement, la fréquence des événements a marqué le pas durant cette période récente, dans les deux sexes. Elle est même en augmentation en Haute-Garonne, département qui, pourtant, présente les taux les plus faibles des trois régions. En revanche, la mortalité spécifique a continué de décroître chez les hommes et n'a pas changé chez les femmes. La baisse de la létalité hospitalière s'est poursuivie à un rythme de 4 % par an, et de plus de 5 % pour l'infarctus caractérisé. Ces résultats mettent en évidence les progrès réalisés récemment dans la prise en charge des malades en France, mais soulignent l'impérieuse nécessité de poursuivre, et même d'accélérer, les efforts de prévention primaire afin de diminuer globalement le fardeau de santé publique que représente cette pathologie.

**Pierre Ducimetière**

Coordinateur du Projet *MONICA* français  
Directeur U258 Inserm, Villejuif

#### SOMMAIRE

Le gradient Nord-Sud de la morbidité et de la mortalité coronaires en France : données récentes des registres français des cardiopathies ischémiques, 1997-2002	p. 62
Baisse globale de la mortalité mais pas de l'incidence de la maladie coronaire en France de 1997 à 2002	p. 65
Remerciements	p. 66
Létalité de l'infarctus du myocarde des patients hospitalisés et son évolution dans les trois registres français des cardiopathies ischémiques, 1997-2002	p. 67

**Coordination scientifique du numéro :**  
Pierre Ducimetière (ducimeti@vjf.inserm.fr), Inserm U258