

Mortalité due aux maladies du système circulatoire

Les maladies cardiovasculaires (ou maladies du système circulatoire), les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC) notamment, étaient la principale cause de mortalité dans la plupart des pays de l'OCDE en 2021, où elles comptaient pour 28 % de l'ensemble des décès dans les pays de l'OCDE (voir Graphique 3.5 dans la section « Principales causes de mortalité »). Si les taux de mortalité ont diminué dans la plupart de ces pays au fil du temps, le vieillissement démographique, la hausse des taux d'obésité et de diabète ainsi que les retards de diagnostic risquent de freiner cette amélioration à l'avenir (OCDE, 2015^[1]). De fait, avant la pandémie de COVID-19, le ralentissement des progrès dans le domaine des maladies cardiovasculaires était l'un des principaux facteurs à l'origine de la perte de vitesse que connaissaient de nombreux pays en termes de gains d'espérance de vie (Raleigh, 2019^[2]). En outre, le COVID-19 peut avoir contribué indirectement à accroître le taux de décès dus à des maladies du système circulatoire dans certains pays, en raison des perturbations des soins intensifs, primaires et préventifs.

En 2021, les crises cardiaques et les autres cardiopathies ischémiques ont été à l'origine de 11 % des décès dans les pays de l'OCDE. Les cardiopathies ischémiques sont provoquées par l'accumulation de dépôts adipeux sur la paroi interne d'une artère coronaire, qui restreint le flux sanguin irriguant le cœur. Dans les pays de l'OCDE, les taux de mortalité liée à ces maladies sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes de 83 %, essentiellement en raison de la plus forte prévalence des facteurs de risque chez les premiers, comme le tabagisme, l'hypertension et les taux élevés de cholestérol.

Parmi les pays de l'OCDE, les pays d'Europe centrale et orientale ont affiché les taux de mortalité par cardiopathie ischémique les plus hauts, notamment la Lituanie, où l'on a recensé 395 décès pour 100 000 habitants (chiffre standardisé par âge). Les taux étaient également relativement élevés en Lettonie, en Hongrie, au Mexique et en République slovaque. La Corée, le Japon, la France et les Pays-Bas affichaient les taux les plus bas des pays de l'OCDE, soit environ un tiers de la moyenne OCDE (Graphique 3.11).

Entre 2011 et 2021, les taux de mortalité par cardiopathie ischémique ont diminué dans presque tous les pays de l'OCDE, avec une baisse moyenne de 20 %. C'est en Estonie (56 %), au Luxembourg et au Costa Rica (45 % respectivement) que les baisses ont été les plus marquées. Cependant, trois pays de l'OCDE (le Mexique, la Colombie et la Türkiye) ont enregistré une augmentation de la mortalité, tout comme la Bulgarie et le Pérou, pays candidats à l'adhésion à l'OCDE. Ce constat est étroitement lié à l'augmentation des taux d'obésité et de prévalence du diabète. Il peut également être lié à la hausse récente des taux de mortalité par infarctus aigu du myocarde après hospitalisation : les taux de survie après une crise cardiaque se sont dégradés au Mexique et en Türkiye entre 2019 et 2021 (voir la section « Mortalité après un infarctus aigu du myocarde » au chapitre 6). Cette situation peut s'expliquer par des goulets d'étranglement dans les tests de diagnostic, une classification erronée des causes de décès et une performance globalement inférieure des systèmes de santé pendant la pandémie (Roth, Vaduganathan et Mensah, 2022^[3]).

Les maladies cérébrovasculaires (ou AVC) ont été à l'origine de 6 % des décès survenus dans les pays de l'OCDE en 2021. Elles se produisent lorsque l'irrigation sanguine du cerveau est interrompue. Outre les nombreux décès qu'ils provoquent, les AVC sont lourds de conséquences en termes d'incapacité. Les taux de mortalité étaient particulièrement élevés en Lettonie, en Lituanie et en Hongrie, ainsi que dans les pays candidats à l'adhésion et partenaires clés de l'OCDE que sont l'Afrique du Sud, la Bulgarie et la Roumanie (Graphique 3.12).

Les taux de mortalité par AVC diminuent dans presque tous les pays membres de l'OCDE et ses partenaires depuis 2011, avec une réduction moyenne de 25 % dans les pays de l'OCDE. Toutefois, de

légères hausses ont été observées aux États-Unis et en Lettonie. Comme dans le cas des cardiopathies ischémiques, la réduction de certains facteurs de risque, le tabagisme notamment, a favorisé cette évolution, de même que l'amélioration des taux de survie à la suite d'un épisode aigu, illustrant une meilleure qualité des soins (voir la section intitulée « Mortalité après un accident vasculaire cérébral » au chapitre 6).

Dans la plupart des pays de l'OCDE, on observe de fortes inégalités socioéconomiques de la mortalité due aux maladies du système circulatoire, qui correspondent largement aux différences socioéconomiques en termes de principaux facteurs de risque. Nombre de ces décès pourraient être évités, mais plusieurs facteurs de risque sont en train d'évoluer dans la mauvaise direction. Si les taux de tabagisme ont globalement diminué, le cholestérol, la tension artérielle élevée, le manque d'activité physique, l'obésité et le diabète progressent dans de nombreux pays de l'OCDE (OCDE/ The King's Fund, 2020^[4]). Diverses interventions de santé publique et mesures budgétaires et réglementaires peuvent inciter les citoyens à adopter des modes de vie plus sains, ce qui réduirait la charge que représentent les maladies cardiovasculaires pour la société.

Définition et comparabilité

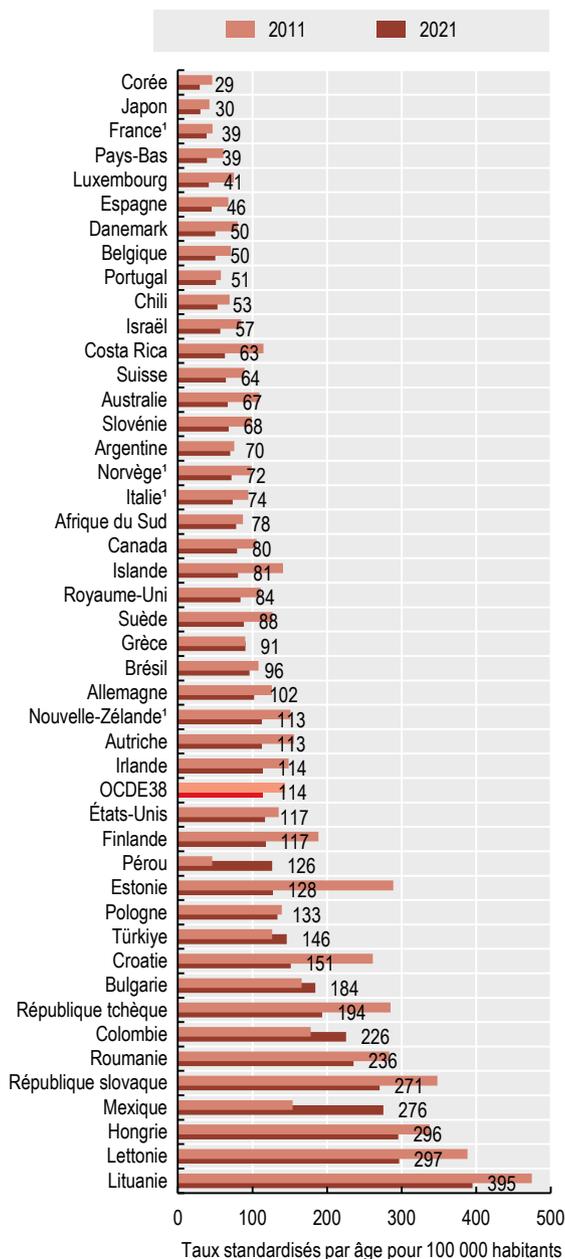
Les taux de mortalité sont calculés en divisant le nombre de décès enregistrés dans un pays au cours d'une année donnée par la population. Les taux obtenus ont été directement standardisés par l'âge au moyen de la population standard de l'OCDE en 2015 (disponible sur <http://oe.cd/mortality>) ce qui a permis de neutraliser les variations liées aux différences de structure d'âge entre pays et dans le temps. Les données utilisées sont issues de la Base de données de l'OMS sur la mortalité. Dans les cas où des données se rapportant à 2020 ou à des années antérieures ont été utilisées, l'année de référence de la série chronologique était 2010.

Les décès par cardiopathies ischémiques sont les décès dont la cause correspond aux codes I20 à I25 de la CIM-10, et les décès par AVC sont ceux dont la cause correspond aux codes I60 à I69.

Références

- OCDE (2015), *Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care*, Études de l'OCDE sur les politiques de santé, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/9789264233010-en>. [1]
- OCDE/ The King's Fund (2020), *Is Cardiovascular Disease Slowing Improvements in Life Expectancy? : OECD and The King's Fund Workshop Proceedings*, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/47a04a11-en>. [4]
- Raleigh, V. (2019), « Trends in life expectancy in EU and other OECD countries: Why are improvements slowing? », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 108, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/223159ab-en>. [2]
- Roth, G., M. Vaduganathan et G. Mensah (2022), « Impact of the COVID-19 Pandemic on Cardiovascular Health in 2020: JACC State-of-the-Art Review. », *Journal of the American College of Cardiology*, vol. 80/6, pp. 631-640, <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2022.06.008>. [3]

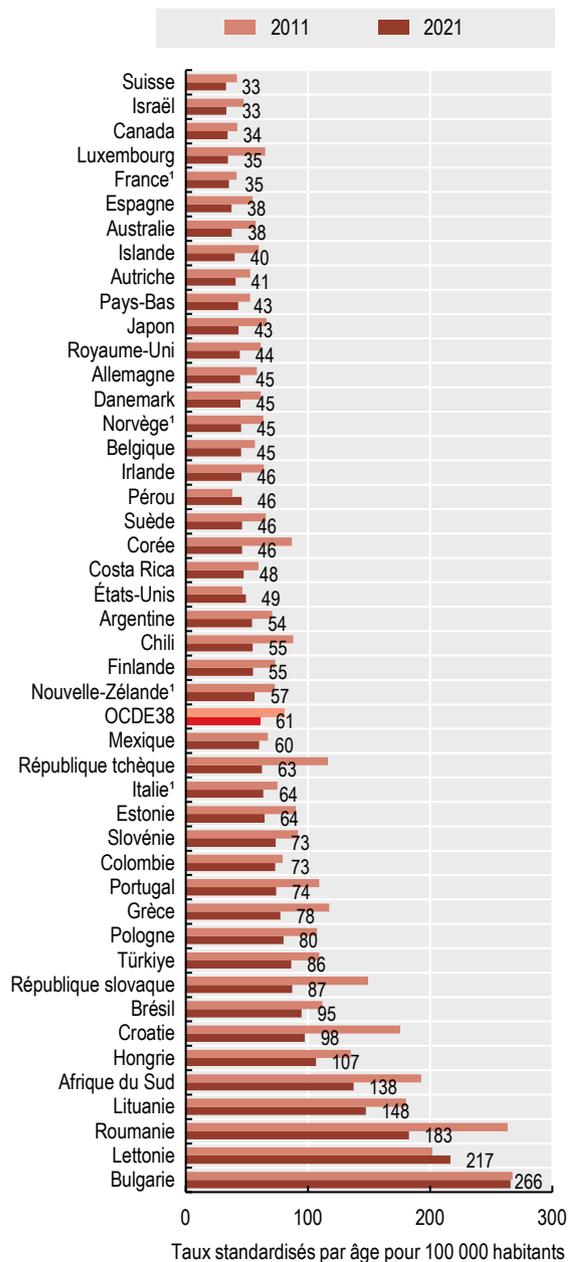
Graphique 3.11. Mortalité par crise cardiaque et autres cardiopathies ischémiques, 2021 et 2011 (ou année la plus proche)



1. Les données les plus récentes se rapportent à la période 2016-17.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink  <https://stat.link/j0i6kv>

Graphique 3.12. Mortalité par AVC, 2021 et 2011 (ou année la plus proche)



1. Les données les plus récentes se rapportent à la période 2016-17.
Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2023.

StatLink  <https://stat.link/cpug7j>



Extrait de :
Health at a Glance 2023
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2023), « Mortalité due aux maladies du système circulatoire », dans *Health at a Glance 2023 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/29c1ee13-fr>

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.