

LES CAUSES DE DÉCÈS EN POLYNÉSIE FRANÇAISE : ANALYSE DE LA PÉRIODE 2005-2010 ET TENDANCES ÉVOLUTIVES DE 1984 À 2010

// CAUSES OF DEATH IN FRENCH POLYNESIA: ANALYSIS OF THE 2005-2010 PERIOD AND TRENDS BETWEEN 1984 AND 2010

Laure Yen Kai Sun¹ (laure.yen-kai-sun@sante.gov.pf), Walid Ghosn², Grégoire Rey²

¹ Direction de la santé, Papeete, Polynésie française

² CépiDc-Inserm, Le Kremlin-Bicêtre, France

Soumis le 12.08.2015 // Date of submission: 08.12.2015

Résumé // Abstract

Introduction – Cette étude décrit la structure de la mortalité par cause en Polynésie française (Pf) en 2005-2010 et ses tendances évolutives de 1984 à 2010. Cette structure est ensuite comparée à celle de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer (DOM).

Méthodes – L'analyse descriptive a été réalisée à partir des données des certificats médicaux de décès, à l'aide d'indicateurs de mortalité. Pour analyser l'évolution temporelle des taux de mortalité, des tests de tendances (modèle de régression de Poisson) ont été effectués. Des tests statistiques de différences de taux entre zones géographiques ont également été réalisés.

Résultats – Sur la période 2005-2010, les maladies cardiovasculaires (taux de mortalité standardisé sur la population mondiale de 163,8 pour 100 000), les tumeurs (132,6) et les causes externes de blessure (48,3) ont été responsables de 6 décès sur 10. Les tumeurs étaient les premières responsables d'une mortalité prématurée importante (46% des décès avant l'âge de 65 ans) et les morts violentes ont fait perdre le plus d'années de vie potentielle (AVPP) (33% des AVPP totales). Les taux de mortalité par maladies infectieuses et maladies cardiovasculaires ont diminué significativement entre 1984 et 2010 (respectivement -4,5% et -1,8% en moyenne par an), tandis que celui par tumeurs a augmenté de 0,8% par an. La plus grande différence de taux avec la France métropolitaine et les DOM est observée pour les décès par maladies cardiovasculaires (taux 2,3 fois plus élevé en Pf).

Conclusion – Si l'analyse a confirmé une tendance à la baisse de la mortalité par cause depuis 27 ans, la situation sanitaire en Pf, comparée à la France, demeure préoccupante, en particulier pour les pathologies liées à des comportements à risque.

Introduction – This study describes the characteristics of mortality per cause in French Polynesia (FP) in 2005-2010, as well as the changing trends between 1984 and 2010. This structure is then compared to that of Metropolitan France and French Overseas Departments.

Methods – The descriptive analysis was based on data from death medical certificates, using mortality indicators. To measure temporal trends of mortality rates, trends tests using Poisson regression models and statistical tests in rates differences between geographical areas were performed.

Results – Between 2005 and 2010, cardiovascular diseases (world standardised mortality rate of 163.8 per 100,000), tumours (132.6 per 100,000) and external causes of injuries (48.3 per 100,000) were responsible for 6 deaths out of 10. Premature mortality (46% of deaths before age of 65 years) was mainly due to tumours, and violent deaths were responsible for the most years of potential life lost (YPLL) (33% of total YPLL). Mortality rates due to infectious diseases and cardiovascular diseases significantly diminished between 1984 and 2010, respectively to an average of 4.5% and 1.8% per year, while mortality rate due to tumours increased by 0.8% per year. The most significant rates difference with Metropolitan France and the French Overseas Departments was observed in cardiovascular diseases (2.3 times higher rate in FP).

Conclusion – Although the analysis confirmed that mortality per cause has been decreasing for 27 years, the health situation in FP, compared to France, remains worrying, particularly for diseases linked to risky behaviours.

Mots-clés : Mortalité, causes de décès, taux de décès, évolution, Polynésie française

// **Keywords** : Mortality, medical causes of death, death rates, trends, French Polynesia

Introduction

La Polynésie française (Pf) est composée de 121 îles réparties sur une surface maritime équivalente à la superficie de l'Europe. Sa population de 268 270 habitants¹ est jeune, mais vieillissante : en 2012, les moins de 20 ans représentaient 34% de la population (47% en 1988) ; la part des plus de 60 ans a doublé sur la même période, atteignant 10% de la population en 2012. Depuis 25 ans, l'espérance de vie a augmenté en moyenne de 5 mois par an pour atteindre 76 ans en 2012. Ce contexte géographique et démographique, ajouté au statut particulier d'autonomie du « Pays » (1984) qui lui donne compétence en matière de santé, confère à cette collectivité française d'outre-mer toute sa particularité, notamment au niveau sanitaire.

L'accès aux soins y est relativement satisfaisant, grâce à un réseau de structures sanitaires publiques et privées réparties sur l'ensemble du territoire, allant des structures de proximité assurant les soins de santé primaire aux structures hospitalières offrant des soins spécialisés. Cependant, toutes les îles habitées ne bénéficient pas de structures de soins. Des évacuations sanitaires « intérieures » (vers le Centre hospitalier de Polynésie française situé sur l'île principale de Tahiti) ou « extérieures » (vers la France ou la Nouvelle-Zélande) ont lieu lorsque l'état de santé des malades nécessite des soins plus spécialisés, mais engendrent des coûts conséquents.

L'état de santé de la population polynésienne est marqué par la prédominance des problèmes de santé liés aux modes de vie². Les facteurs de risque tels que les mauvaises habitudes alimentaires, l'obésité (40% de la population), l'alcoolisme (43% des hommes et 27% des femmes consomment plus de 5 verres en une seule occasion), le tabagisme (41% de la population), sont alarmants². Les maladies non transmissibles corrélées à ces facteurs de risque (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers liés à la consommation d'alcool et de tabac, etc.) se développent de façon inquiétante. Parallèlement, l'incidence des maladies infectieuses diminue régulièrement. Enfin, toxicomanie, précarisation, fragilisation de la solidarité traditionnelle du tissu familial et social, santé environnementale insuffisamment maîtrisée représentent des problématiques de plus en plus importantes^{3,4}.

Les indicateurs de mortalité mettent en évidence les priorités, les points faibles et les forces d'une population sur le plan sanitaire et guident par conséquent les politiques de santé publique. La mise en place du certificat médical de décès en Pf en 1984 répondait à ce besoin, permettant l'enregistrement des causes médicales de décès. Aucune étude approfondie n'a été réalisée ou publiée sur les causes de décès en Pf à ce jour.

La présente étude avait pour objectif d'analyser les caractéristiques des principales causes médicales des décès survenus en Pf : décrire la structure récente de la mortalité par cause sur la période 2005-2010 ; étudier son évolution à long terme de 1984 à 2010 ; et, enfin, comparer cette structure à celle de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer (DOM).

Matériel et méthodes

Sources de données

La base exhaustive des causes de décès, provenant des certificats médicaux de décès, a été utilisée pour cette étude. Les causes de décès ont été codées selon la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) : CIM-9^e révision (1984-1998) et CIM-10^e révision (1999-2010). Elles ont été codées selon les règles de l'OMS⁵, par la Direction de la santé en Pf (de 1984 à 2004 et en 2006) et par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm, France) (en 2005, et de 2007 à 2010). L'analyse a porté uniquement sur la cause initiale de décès, définie comme la maladie ou le traumatisme ayant initié le processus morbide menant au décès⁵. Les causes de décès ont été regroupées en 65 catégories selon la liste d'Eurostat⁶.

Les données de population par âge et sexe (recensements et estimations intercensitaires) proviennent de l'Institut de la statistique en Polynésie française.

La base des causes de décès du CépiDc-Inserm et les données de population de l'Insee, pour la France métropolitaine et les DOM, ont également été utilisées à titre de comparaison.

Méthodes

L'analyse descriptive a été réalisée sur l'ensemble des décès de Pf de 1984 à 2010.

Les indicateurs de mortalité⁷ utilisés ont été :

- les taux brut et standardisé de mortalité (standardisation directe sur la population mondiale de référence⁸) ;
- l'indice de surmortalité masculine : rapport du taux standardisé de mortalité masculin sur le taux standardisé de mortalité féminin ;
- les taux brut et standardisé de mortalité prématurée (avant l'âge de 65 ans) avec standardisation directe sur la population mondiale de référence ;
- la proportion de « décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire », qui comprennent les causes de décès suivantes : sida et infections par le VIH, tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures, bronches et poumon, psychoses alcooliques et alcoolisme, cirrhoses alcooliques, accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et séquelles de suicide⁹ ;
- les années de vie potentielle perdues (AVPP) avant 65 ans : nombre d'années qu'un sujet mort prématurément avant 65 ans n'a pas vécu^{10,11}.

Les taux de mortalité et de mortalité prématurée sont exprimés pour 100 000 habitants ; ceux présentés pour la période 2005-2010 sont des taux moyens annuels.

L'évolution temporelle des taux de mortalité (TM) par cause entre 1984 et 2010 a été analysée à l'aide d'un modèle de régression de Poisson^{12,13}, en fonction des variables SAUT99 (passage de la CIM-9 à la CIM-10 en 1999), SAUT0507 (changement

de codeur en 2005 et à partir de 2007), année de décès (ANDC), sexe, classe d'âge (CLAGE) et l'interaction entre le sexe et la classe d'âge.

$$\text{Ln(TM)} = \beta_0 + \beta_1 \text{SAUT99} + \beta_2 \text{SAUT0507} + \beta_3 \text{ANDC} + \beta_4 \text{SEXE} + \beta_{5-10} \text{CLAGE} + \beta_{11-16} \text{SEXE} * \text{CLAGE}$$

$\text{RR}_3 = \exp(\beta_3)$ représente la variation du taux de mortalité lorsque l'année de décès augmente d'une unité, ajusté sur le sexe, l'âge, les sauts de 1999 et 2005-2007.

Une valeur de RR_3 inférieure à 1 indique une tendance à la baisse du taux de mortalité entre 1984 et 2010, ajusté sur le sexe, l'âge et les sauts ; une valeur de RR_3 supérieure à 1 indique une tendance à la hausse.

L'intervalle de confiance à 95% des RR et la *p-value* permettent de conclure à une significativité ou non de l'évolution temporelle du taux de mortalité, de la surmortalité masculine et de l'évolution en fonction de l'âge. Le modèle a été testé par grande catégorie de causes de décès et toutes causes confondues.

La comparaison des taux standardisés de décès de Pf avec ceux de France et des DOM pour la période 2005-2010 a été réalisée par le test statistique suivant (au risque d'erreur de 5%)¹⁴ :

$$\frac{t_{c1} - t_{c2}}{\sqrt{\sum_{i=1}^k \left(\frac{N_{iR}}{N_R} \right)^2 \left(\frac{t_{i1}}{N_{i1}} + \frac{t_{i2}}{N_{i2}} \right)}} \sim Z$$

avec :

t_{c1}, t_{c2} : taux de décès comparatifs (standardisés selon l'âge) ;
 t_{i1}, t_{i2} : taux de décès observés pour la classe d'âge i ;
 N_{i1}, N_{i2} : effectifs des populations moyennes pour la classe d'âge i ;
 N_R : effectif de la population moyenne de référence (population mondiale dans cette étude) ;
 N_{iR} : effectif de la population moyenne de référence pour la classe d'âge i ;
 k : nombre de classes d'âge ($k = 19$).

Le logiciel utilisé était SASTM version 9.3.

Résultats

Mortalité sur la période 2005-2010

De 2005 à 2010, 7 253 décès sont survenus en Pf, soit en moyenne 1 209 décès par an, avec une proportion plus élevée d'hommes (59%). Le taux standardisé de mortalité toutes causes confondues était de 567,0 pour 100 000 habitants : 676,0 pour les hommes contre 460,1 pour les femmes.

Causes de décès les plus fréquentes

Les maladies cardiovasculaires, 1^{ère} cause de décès en Pf en 2005-2010, étaient responsables d'un peu plus d'un décès sur 4 (tableau 1). Les décès par maladie de l'appareil circulatoire se répartissaient à parts égales entre maladies cérébrovasculaires, cardiopathies ischémiques (dont 2/3 d'infarctus du myocarde et 1/3 de cardiopathies ischémiques chroniques), autres cardiopathies (essentiellement l'insuffisance cardiaque) et autres maladies de l'appareil circulatoire (principalement les maladies hypertensives).

Les tumeurs, 2^e cause de décès, étaient responsables d'un décès sur 4. Les localisations de tumeurs les plus fréquentes étaient le poumon (26% des décès par cancer), le sein (10%), les tissus lymphatiques et hématopoïétiques (9%) et la prostate (6%).

Les causes externes de blessure et d'empoisonnement représentaient la 3^e cause de décès, avec 1 décès sur 10. Les accidents à eux seuls ont tué 81 personnes par an sur cette période (65% de cette catégorie de cause) et, parmi eux, 4 accidents sur 10 étaient des accidents de transports. Les suicides et les noyades représentaient respectivement 26% et 15% des décès par causes externes de traumatisme.

Causes de décès selon le sexe

Pour les hommes comme pour les femmes, les maladies cardiovasculaires et les tumeurs constituaient respectivement la 1^{ère} et la 2^e cause de mortalité. Alors que les causes externes de blessure et d'empoisonnement représentaient la 3^e cause pour les hommes, il s'agissait pour les femmes de la 4^e, derrière les maladies de l'appareil respiratoire.

Pour les hommes, les décès par maladies de l'appareil circulatoire (27% des décès masculins) et par tumeurs (24%) représentaient à eux seuls la moitié des décès. Parmi les causes externes de blessure et d'empoisonnement (13% des décès masculins), 3 décès sur 10 étaient des accidents de transports, 3 sur 10 des suicides et 2 sur 10 des noyades. Les maladies de l'appareil respiratoire, 4^e cause pour les hommes, étaient responsables de 7% des décès masculins.

Pour les femmes, les parts des décès par maladies de l'appareil circulatoire (28,5% des décès féminins), par tumeurs (25,5%) et par maladies de l'appareil respiratoire (9%) n'étaient pas significativement différentes de celles des hommes. Mais la part des décès par causes externes de blessure et d'empoisonnement était significativement moindre pour les femmes (6% *versus* 13%, $p < 0,001$) ; parmi eux, 3 décès sur 10 étaient dus aux accidents de transports et 2 sur 10 aux suicides.

Les localisations de tumeurs différaient selon le sexe. Pour les hommes, les décès par cancer du poumon (30% des décès masculins par cancer), de la prostate (10%) et des tissus lymphatiques et hématopoïétiques (9,5%) étaient les plus fréquents. Pour les femmes, il s'agissait des cancers du sein (23% des décès féminins par cancer), du poumon (20%) et de l'utérus (11%) (figures 1 et 2).

Surmortalité masculine

Le taux standardisé de mortalité était 1,5 fois plus élevé chez les hommes par rapport aux femmes, toutes causes confondues (figure 3).

La plus forte surmortalité masculine (2,7) était observée pour les décès par causes externes de blessure et d'empoisonnement. Elle était particulièrement importante parmi les morts violentes : décès par noyade (3,8), suicide (3,3) et accident de transports (3,0).

Tableau 1

Effectifs moyens annuels, part, taux bruts et standardisés moyens annuels de décès selon la cause de décès et le sexe, Polynésie française, période 2005-2010

Cause de décès	Deux sexes				Hommes				Femmes			
	n*	%	Taux bruts†	Taux standardisés‡	n*	%	Taux bruts†	Taux standardisés‡	n*	%	Taux bruts†	Taux standardisés‡
Maladies de l'appareil circulatoire	334	28	128,0	163,8	192	27	143,5	190,3	142	28	111,4	135,1
dont Maladies cérébrovasculaires	94	8	36,1	46,5	49	7	36,5	51,7	45	9	35,6	41,9
Cardiopathies ischémiques	80	7	30,8	37,4	57	8	42,6	54,9	23	5	18,3	21,4
dont Infarctus du myocarde	55	5	21,2	25,0	38	5	28,6	35,1	17	3	13,4	15,4
Cardiopathies ischémiques chroniques	24	2	9,1	11,8	18	3	13,3	18,9	6	1	4,7	5,7
Insuffisance cardiaque	34	3	13,1	18,7	17	2	12,6	17,3	17	3	13,6	18,4
Maladies hypertensives	28	2	10,9	14,5	14	2	10,1	13,5	15	3	11,7	14,6
Tumeurs malignes	295	24	113,2	132,6	168	24	125,9	156,0	127	25	99,9	111,4
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	125	10	47,8	48,3	94	13	70,0	69,6	31	6	24,5	26,0
dont Accidents de transport	34	3	13,0	12,4	26	4	19,2	18,3	8	2	6,4	6,2
Suicides	32	3	12,1	11,3	25	3	18,5	17,2	7	1	5,5	5,2
Noyades	19	2	7,4	7,9	16	2	11,8	12,5	4	1	2,8	3,3
Maladies de l'appareil respiratoire	94	8	35,8	47,9	50	7	37,4	56,4	44	9	34,2	41,5
dont Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	36	3	13,8	17,3	18	3	13,6	19,3	18	4	14,0	16,1
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	52	4	19,8	25,1	26	4	19,6	27,9	26	5	20,1	23,2
dont Diabète sucré	32	3	12,1	14,8	18	3	13,3	18,6	14	3	10,9	12,2
Obésité	7	1	2,8	2,9	4	1	3,1	3,1	3	1	2,5	2,6
Maladies infectieuses et parasitaires	52	4	19,9	24,4	29	4	21,8	26,8	23	5	18,0	21,4
Maladies de l'appareil digestif	39	3	14,9	18,1	23	3	17,2	23,4	16	3	12,3	14,1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	32	3	12,3	15,1	17	2	13,0	17,0	15	3	11,5	13,5
dont Insuffisance rénale	25	2	9,7	11,9	14	2	10,5	13,8	11	2	8,9	10,4
Maladies du système nerveux et des organes des sens	31	3	11,8	14,4	16	2	12,0	14,3	15	3	11,7	13,7
Troubles mentaux et du comportement	14	1	5,4	7,2	9	1	6,4	8,5	6	1	4,5	5,5
Causes inconnues ou non précisées	68	6	26,1	30,0	45	6	33,7	40,9	23	5	18,1	20,0
Autres causes	29	2	28,4	14,2	17	2	30,3	17,5	11	2	26,3	10,8
TOTAL TOUTES CAUSES	1 209	100	463,5	567,0	709	100	530,7	676,0	499	100	392,4	460,1

*Effectifs moyens de décès par an.

† Taux bruts moyens annuels de mortalité pour 100 000 habitants.

‡ Taux moyens annuels de mortalité standardisés sur la population mondiale, pour 100 000 habitants.

De même que les cirrhoses du foie (4,3), l'infarctus du myocarde (2,3) et les cardiopathies ischémiques chroniques (3,3) ont touché plus spécifiquement les hommes. À l'inverse, on constate une légère surmortalité féminine pour les insuffisances cardiaques et les maladies hypertensives (ratio hommes/femmes de 0,9).

Les cancers liés à l'alcool et au tabac étaient caractérisés par un ratio hommes/femmes

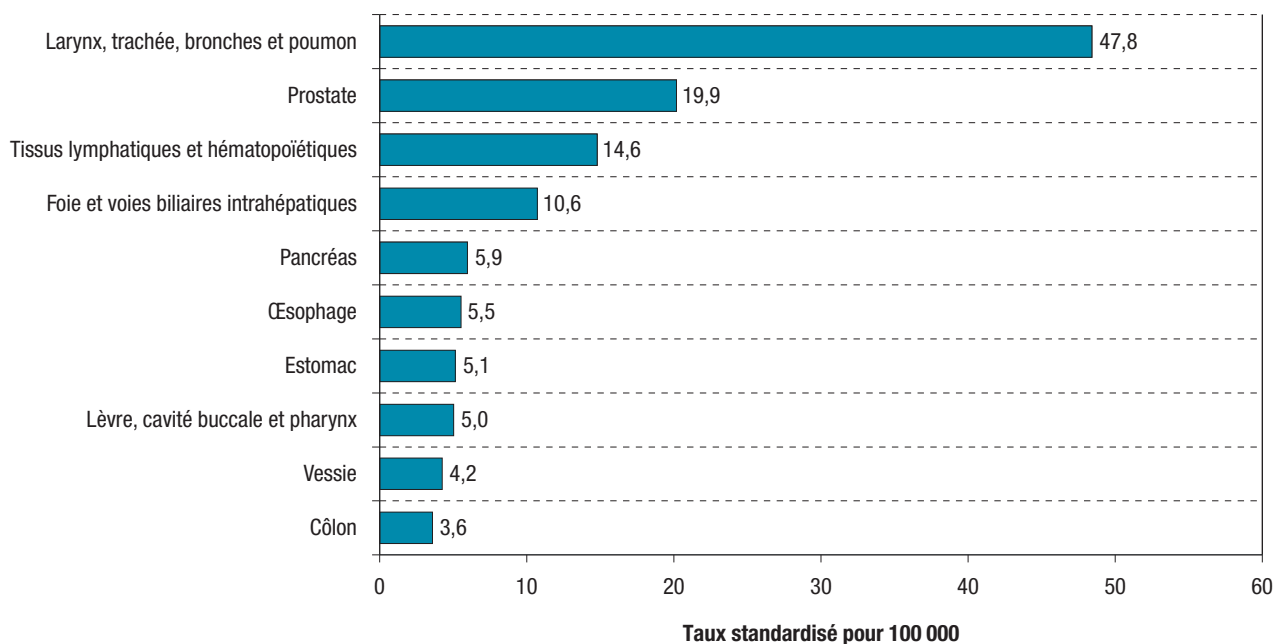
important : œsophage (13,0), foie (3,3), voies aérodigestives supérieures (3,0), poumon (2,2) et pancréas (2,1).

Mortalité prématurée

En 2005-2010, 45,7% des décès sont survenus prématurément avant l'âge de 65 ans, et ce de façon plus importante pour les hommes (49,5% *versus* 40,4% pour les femmes, $p < 0,01$).

Figure 1

Taux moyens standardisés* de mortalité pour les 10 principales causes de décès par tumeur maligne chez l'homme, Polynésie française, 2005-2010

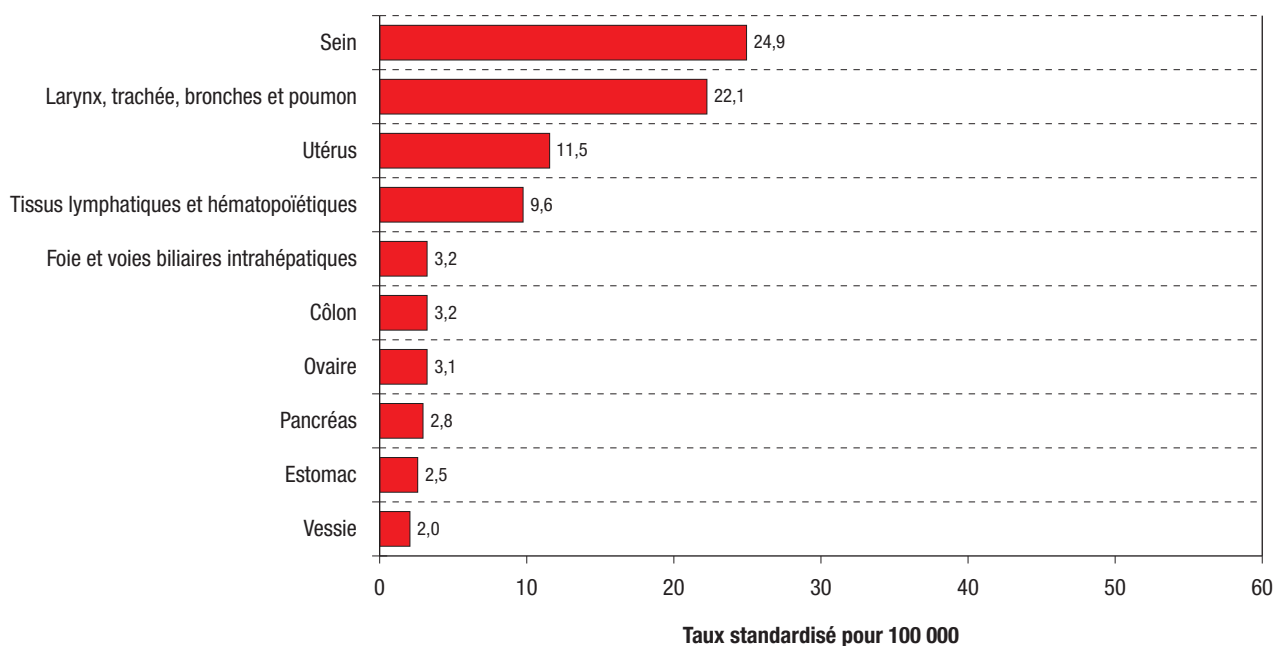


* Taux standardisés sur la population mondiale, pour 100 000 habitants.

Source : Certificats de causes de décès, Direction de la santé de Polynésie française.

Figure 2

Taux moyens standardisés* de mortalité pour les 10 principales causes de décès par tumeur maligne chez la femme, Polynésie française, 2005-2010



* Taux standardisés sur la population mondiale, pour 100 000 habitants.

Source : Certificats de causes de décès, Direction de la santé de Polynésie française.

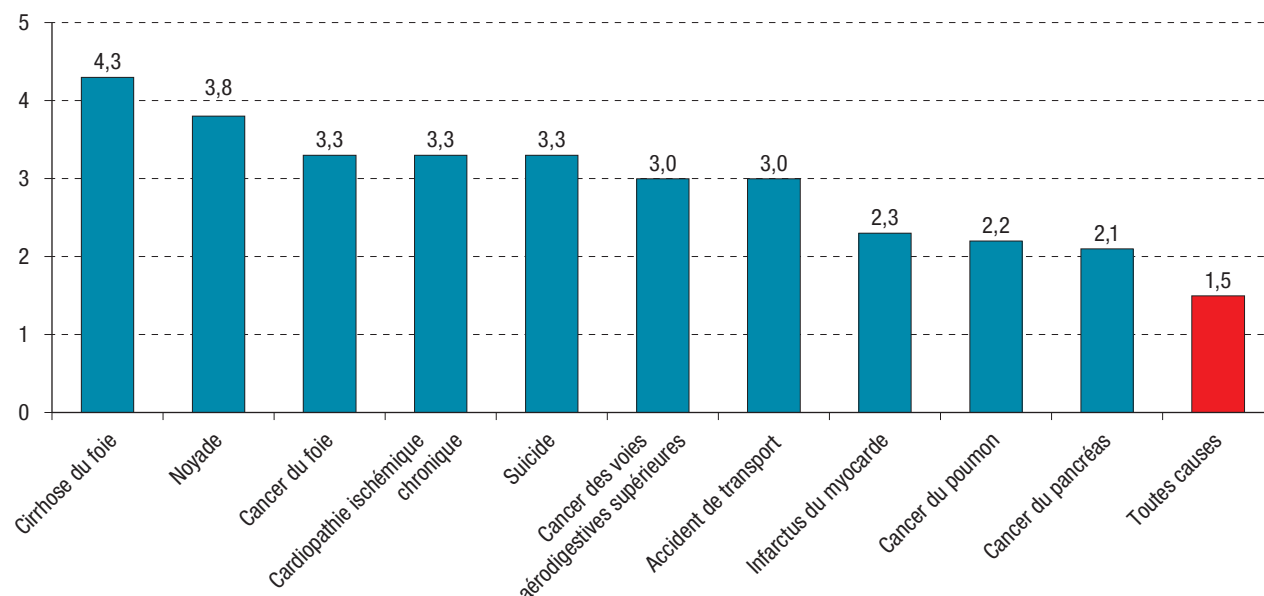
Les causes de mortalité prématurée les plus fréquentes étaient les tumeurs (25%), les maladies de l'appareil circulatoire (22%) et les causes externes de blessure et d'empoisonnement (19%) (tableau 2). Les pathologies chroniques comme le cancer, les maladies

cérébrovasculaires, les cardiopathies ischémiques chroniques, les maladies hypertensives, les maladies chroniques de l'appareil respiratoire, le diabète, l'obésité et l'insuffisance rénale chronique étaient responsables de 40% de la mortalité prématurée.

Figure 3

Surmortalité masculine, Polynésie française, 2005-2010

Taux* masculin/Taux* féminin



* Taux standardisés sur la population mondiale pour 100 000 habitants.

Les causes de mortalité prématurée étaient différentes selon le sexe. Pour les hommes, les trois premières causes étaient les causes externes de blessure (23%), les maladies de l'appareil circulatoire (22%) et les tumeurs (21%). Pour les femmes, le poids des tumeurs était plus important (31%), à l'inverse des causes externes de blessure (12%), tandis que les maladies cardiovasculaires présentaient une proportion équivalente (21%).

Les cancers à l'origine des décès prématurés pour les hommes étaient principalement les cancers broncho-pulmonaires (7,2%). Pour les femmes, il s'agissait des cancers du sein (8,6%), suivis des cancers broncho-pulmonaires (5,5%).

Le taux standardisé de mortalité prématurée toutes causes confondues était 1,6 fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Mis à part le cancer du sein, les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures et l'insuffisance rénale, la surmortalité masculine était systématique parmi les décès prématurés : cancers liés à l'alcool et au tabac (voies aérodigestives supérieures : surmortalité masculine de 3,6 ; foie : 3,4, poumon : 2,2), cirrhoses du foie (4,2), cardiopathies ischémiques (3,1), accidents et suicides (3,0).

La mortalité évitable liée aux pratiques de prévention primaire concernait 120 décès en moyenne par an, soit 22% des décès prématurés (26% pour les hommes, 15% pour les femmes) et 10% des décès totaux. Elle était 3 fois plus importante pour les hommes (90 décès évitables, taux standardisé de mortalité prématurée de 72,8) que pour les femmes (29 décès évitables, taux standardisé de mortalité prématurée de 25,2).

Années de vie potentielle perdues (AVPP) avant l'âge de 65 ans

Le total annuel des AVPP avant 65 ans, toutes causes confondues, était de 9 834 années. Globalement, les 2/3 des AVPP concernaient les hommes (6 392 AVPP *versus* 3 442 AVPP pour les femmes).

Les causes externes de blessure et d'empoisonnement représentaient la part la plus importante des AVPP (3 336 AVPP, soit le tiers des AVPP totales), suivies des tumeurs (1 776 AVPP, 18%) et des maladies cardiovasculaires (1 679 AVPP, 17%).

La hiérarchie des causes d'AVPP était cependant différente selon le sexe. Pour les hommes, les causes externes de traumatismes étaient les 1^{ères} causes d'AVPP (40% des AVPP). Il s'agissait des tumeurs pour les femmes (25%).

Tendances évolutives de la mortalité par cause entre 1984 et 2010

Toutes causes confondues, le taux de mortalité, ajusté sur l'âge, le sexe, les changements de classification et de codeur, a baissé significativement de 2,3% en moyenne par an entre 1984 et 2010 dans la population générale de Pf ($p < 0,0001$). À l'exception de la hausse significative du taux de mortalité par tumeurs, de 0,8% par an en moyenne ($p = 0,047$), toutes les variations significatives de taux de mortalité étaient à la baisse : maladies de l'appareil circulatoire (-1,8%), de l'appareil digestif (-2,8%), du système nerveux (-3,8%), maladies infectieuses (-4,6%) et endocriniennes (-2,1%), malformations congénitales (-4,2%), symptômes mal définis (-5,9%).

Ainsi, toutes causes confondues, le taux standardisé de mortalité a diminué, passant de 923,6 en 1984

Tableau 2

Effectifs de décès, part, taux bruts et standardisés de mortalité prématurée selon la cause de décès et le sexe, Polynésie française, 2005-2010

Cause de décès	Deux sexes				Hommes				Femmes				Ratio Taux* H/Taux* F
	n*	%	Taux bruts†	Taux standardisés‡	n*	%	Taux bruts†	Taux standardisés‡	n*	%	Taux bruts†	Taux standardisés‡	
Tumeurs malignes	136	25	55,2	59,7	74	21	58,4	63,8	62	31	51,9	55,3	1,2
dont Tumeurs malignes du larynx, trachée, bronches et poumon	37	7	14,8	16,8	25	7	20,0	22,7	11	6	9,3	10,4	2,2
Tumeurs malignes du sein	18	3	7,1	7,4	0	0	0,1	0,1	17	9	14,5	15,3	0,0
Tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétiques	11	2	4,3	4,7	7	2	5,5	5,9	4	2	2,9	3,3	1,8
Maladies de l'appareil circulatoire	121	22	49,3	52,6	78	22	61,9	65,3	43	21	35,9	38,2	1,7
dont Maladies cardiovasculaires	30	5	12,3	12,9	16	4	12,2	12,8	15	7	12,4	12,9	1,0
Infarctus du myocarde	28	5	11,3	12,0	21	6	16,6	17,4	7	3	5,7	6,0	2,9
Maladies hypertensives	8	2	3,4	3,8	5	1	4,0	4,4	3	2	2,8	3,2	1,4
Cardiopathies ischémiques chroniques	7	1	2,9	3,3	6	2	4,6	5,1	1	1	1,1	1,2	4,1
Insuffisance cardiaque	7	1	3,0	3,3	4	1	3,4	3,8	3	1	2,5	2,8	1,3
Causes externes de blessure et d'empoisonnement	105	19	42,5	41,0	81	23	63,8	60,8	24	12	20,0	20,2	3,0
dont Accidents de transport	33	6	13,2	12,6	25	7	19,6	18,8	8	4	6,4	6,1	3,1
Suicides	30	5	12,3	11,4	23	7	18,3	16,9	7	3	5,8	5,6	3,0
Noyades	16	3	6,5	6,5	13	4	10,3	10,0	3	1	2,5	2,8	3,5
Maladies de l'appareil respiratoire	29	5	11,6	12,6	15	4	12,1	13,5	13	7	11,0	11,5	1,2
dont Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	12	2	4,9	5,2	6	2	4,3	4,8	7	3	5,4	5,7	0,8
Maladies infectieuses et parasitaires	25	4	10,1	10,9	15	4	12,1	13,1	10	5	7,9	8,5	1,5
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	19	3	7,6	8,2	10	3	8,2	8,6	8	4	7,0	7,7	1,1
dont Diabète sucré	11	2	4,5	5,0	6	2	5,0	5,4	5	2	3,9	4,6	1,2
Obésité	6	1	2,2	2,1	4	1	2,8	2,6	2	1	1,7	1,6	1,7
Maladies du système nerveux et des organes des sens	14	3	5,8	6,2	9	3	7,0	7,4	6	3	4,6	5,0	1,5
Maladies de l'appareil digestif	13	2	5,3	5,8	8	2	6,6	7,1	5	2	4,0	4,4	1,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	13	2	5,1	5,7	6	2	5,0	5,6	6	3	5,3	5,7	1,0
dont Insuffisance rénale	10	2	4,1	4,6	5	1	4,0	4,5	5	2	4,2	4,7	0,9
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	10	2	3,9	5,5	7	2	5,1	7,2	3	2	2,6	3,7	1,9
Troubles mentaux et du comportement	5	1	2,2	2,3	5	1	4,0	4,1	0	0	0,3	0,3	14,2
Causes inconnues ou non précisées	39	7	15,8	16,3	26	7	20,3	20,5	13	7	11,0	6,5	3,1
Autres causes	25	4	10,1	11,6	17	5	13,3	15,2	8	4	6,7	12,9	1,2
TOUTES CAUSES	553	100	224,5	237,9	351	100	277,7	292,2	202	100	168,3	179,9	1,6

* Effectifs moyens de décès prématurés par an.

† Taux bruts moyens annuels de mortalité prématurée pour 100 000 habitants.

‡ Taux moyens annuels de mortalité prématurée standardisés sur la population mondiale, pour 100 000 habitants.

à 532,8 en 2010. Il a chuté de 1 104,5 à 643,7 pour l'homme et de 746,3 à 421,1 pour la femme.

Tous sexes confondus, le taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a fortement diminué, passant de 260,0 à 154,5, tandis qu'une augmentation modérée était observée pour les décès par tumeurs (125,4 *versus* 132,0) (figure 4). Le taux standardisé de mortalité par causes externes de blessure a diminué d'un tiers, passant de 60,8 à 40,1, et de façon nettement plus importante pour les femmes (-49,4%, contre -28,6% pour les hommes) ; cette baisse était significative uniquement pour les femmes.

Les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs sont restées respectivement la 1^{ère} et la 2^e cause de décès de 1984 à 2010 dans la population générale, tandis que les causes externes de blessure et les maladies de l'appareil respiratoire occupaient la 3^e place selon les années.

Comparaison des structures de mortalité par cause en Polynésie française, France métropolitaine et DOM en 2005-2010

Toutes causes confondues, les taux standardisés de mortalité en Pf étaient significativement supérieurs à ceux de France métropolitaine et des quatre DOM

pour la même période, pour les hommes comme pour les femmes (tableau 3).

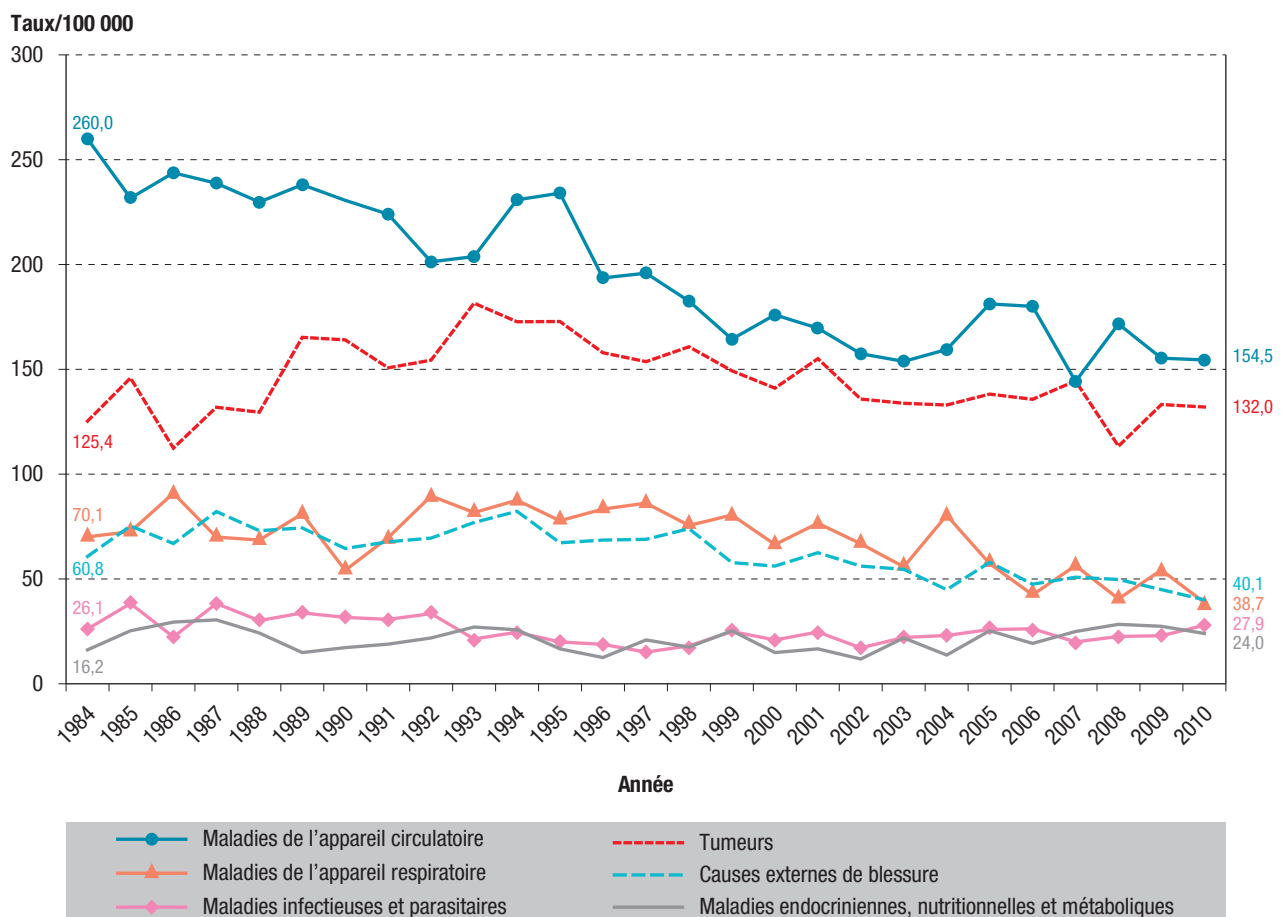
La hiérarchie des trois principales causes de décès en Pf était identique à celle de Guyane et de La Réunion : maladies de l'appareil circulatoire, suivies des tumeurs et des causes externes de blessure. Cette hiérarchie était différente en France métropolitaine, Guadeloupe et Martinique, où les tumeurs occupaient le 1^{er} rang des causes de décès, suivies des maladies cardiovasculaires et des causes externes de traumatisme.

Le taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires de Pf était très significativement supérieur à ceux de France métropolitaine et des DOM, en particulier pour les femmes chez lesquelles il était 2,5 fois supérieur aux taux métropolitain et martiniquais (135,1 en Pf *versus* 53,4 en France métropolitaine et 53,9 en Martinique, $p < 10^{-9}$). Pour les hommes, il était 2,3 fois supérieur au taux standardisé de mortalité de Martinique (190,3 *versus* 83,7, $p < 10^{-9}$) (figure 5).

Le taux standardisé de mortalité par tumeur chez les femmes polynésiennes (111,4) était significativement plus élevé que celui observé en France métropolitaine (80,8) et dans les DOM (Guadeloupe : 70,6, Martinique : 65,2, Guyane : 62,5, Réunion : 67,1). Les hommes polynésien avaient un taux standardisé

Figure 4

Évolution des taux standardisés* de mortalité pour les six plus importantes catégories de causes de décès, dans les deux sexes, Polynésie française, 1984-2010



* Taux standardisés sur la population mondiale pour 100 000 habitants.

Tableau 3

Comparaison des taux de mortalité moyens annuels standardisés de Polynésie française, France métropolitaine et DOM, selon la cause de décès et le sexe, période 2005-2010

Cause de décès	Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale, pour 100 000 habitants															
	Polynésie française				France				Guadeloupe				Martinique			
	Hommes		Femmes		Deux sexes		Hommes		Femmes		Deux sexes		Hommes		Femmes	
	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes	Hommes	Femmes	Deux sexes
Maladies de l'appareil circulatoire	163,8	190,3	135,1	73,0*	97,7*	53,4*	90,2*	113,3*	71,4*	67,1*	83,7*	53,9*	89,6*	107,4*	71,5*	115,0*
dont Cardiopathies ischémiques	37,4	54,9	21,4	20,7*	32,5*	11,4*	13,1*	18,7*	8,6*	10,4*	14,8*	6,8*	12,1*	18,8*	5,7*	31,8
Autres cardiopathies	44,6	47,5	39,2	20,7*	26,4*	16,1*	22,8*	28,8*	18,0*	16,0*	19,3*	13,6*	23,3*	27,1*	19,1*	25,5*
Maladies cérébrovasculaires	46,5	51,7	41,9	15,9*	19,0*	13,4*	30,6*	38,5*	24,1*	22,2*	28,5*	17,1*	30,9*	35,3	26,8	32,6*
Autres maladies de l'appareil circulatoire	35,0	36,1	32,6	15,7*	19,8*	12,5*	23,7*	27,4*	20,7*	18,6*	21,2*	16,4*	23,2*	26,2	19,9	25,2*
Tumeurs	132,6	156,0	111,4	114,0*	158,2	80,8*	94,3*	125,6*	70,6*	80,1*	100,9*	65,2*	78,5*	97,6*	62,5*	100,2*
dont Larynx, trachée, bronches et poumon	35,3	47,8	22,1	25,6*	43,4	10,6*	10,0*	15,8*	5,5*	7,9*	11,3*	5,3*	8,7*	12,9*	4,7*	17,7*
Sein	12,7	0,3	24,9	9,2	0,3	16,7	7,3*	0,6	12,7*	6,3*	0,2	11,2*	5,6*	0,0	11,1*	5,8*
Causes externes de blessure	48,3	69,6	26,0	34,2*	50,6*	19,0*	49,4	86,2	17,8	32,0*	56,9	11,0*	59,0	93,9	25,8	37,3*
dont Accidents de transport	12,4	18,3	6,2	6,8*	10,8*	2,9	15,2	28,3	3,9	9,8	17,9	2,7	12,8	21,4	4,3	7,5*
Suicides	11,3	17,2	5,2	12,0	18,5	6,1	8,3	13,6	4,0	6,4*	11,8	1,9	8,4	11,8	5,3	10,0
Homicides	0,6	0,7	0,4	0,6	0,8	0,4	3,7*	6,5*	1,3	3,5*	5,8*	1,5	7,5*	13,9*	1,5	1,6
Maladies de l'appareil respiratoire	47,9	56,4	41,5	16,1*	23,6*	11,0*	13,8*	17,2*	11,4*	11,9*	16,6*	8,5*	15,0*	19,2*	11,7*	26,6*
dont Pneumonie	13,1	15,8	10,9	4,8*	6,7*	3,5*	5,3*	6,5	4,3	4,6*	6,8	3,1*	6,4	7,1	5,6	7,5
Maladies chroniques des VRI †	17,3	19,3	16,1	4,8*	7,8*	2,8*	2,9*	4,0*	2,2*	2,1*	3,1*	1,4*	4,2*	6,9*	2,3*	9,8*
Maladies endocriniennes	25,1	27,9	23,2	10,5*	12,6*	8,7*	21,7	23,2	20,1	15,9*	16,6	15,2	19,9	17,7	21,9	30,1
dont Diabète sucré	14,8	18,6	12,2	6,0*	7,8*	4,6*	16,0	16,4	15,3	11,2	11,9	10,5	14,3	12,0	16,3	23,4*
Maladies infectieuses et parasitaires	24,4	26,8	21,4	6,5*	8,6*	4,7*	13,9*	19,4	9,3*	9,0*	11,8*	6,9*	25,4	32,5	18,9	11,9*
dont sida et maladies VIH	0,5	0,7	0,4	0,8	1,3	0,4	4,4*	6,8*	2,4	1,9	2,7	1,2	12,0*	14,6*	9,5*	0,6
Maladies de l'appareil digestif	18,1	23,4	14,1	16,0	22,1	10,6	16,3	23,3	10,4	12,5	18,1	7,9	16,9	22,2	11,9	22,7
dont Maladie chronique du foie	3,1	5,0	1,2	7,5*	11,3*	4,0*	6,5	10,8	2,9	3,9	6,6	1,6	5,0	7,8	2,1	10,7*
Maladies de l'appareil génito-urinaire	15,1	17,0	13,5	4,1*	5,6*	3,1*	7,2*	9,0	5,8*	4,7*	7,3*	2,9*	7,1*	10,7	3,8*	6,6*
dont Maladies du rein et de l'uretère	13,4	15,0	12,2	3,2*	4,4*	2,5*	5,6*	6,8	4,6*	3,7*	5,5*	2,2*	6,0*	9,0	3,3*	5,6*
Troubles mentaux et du comportement	7,2	8,5	5,5	9,7	12,4	7,1	9,0	15,2	3,9	7,0	12,0	3,0	8,8	13,2	4,7	14,6*
dont Abus d'alcool §	1,9	3,6	0,1	3,2*	5,4*	1,2*	5,0*	9,8*	0,9	0,0	0,0	0,0	3,5	6,6	0,5	9,0*
Symptômes mal définis	56,1	68,2	43,9	24,9*	32,0*	18,1*	33,6*	43,6*	25,2*	49,0	63,7	37,4	56,6	69,8	44,3	19,0*
Autres causes	28,6	31,8	24,5	26,0	28,9	23,4	37,9	45,5	31,4	34,6	41,6	28,3	34,9	38,4	31,2	36,5
TOTAL TOUTES CAUSES	567,0	676,0	460,1	338,3*	455,7*	241,8*	394,9*	532,4*	282,6*	337,7*	448,5*	250,0*	417,7*	530,4*	312,7*	432,1*

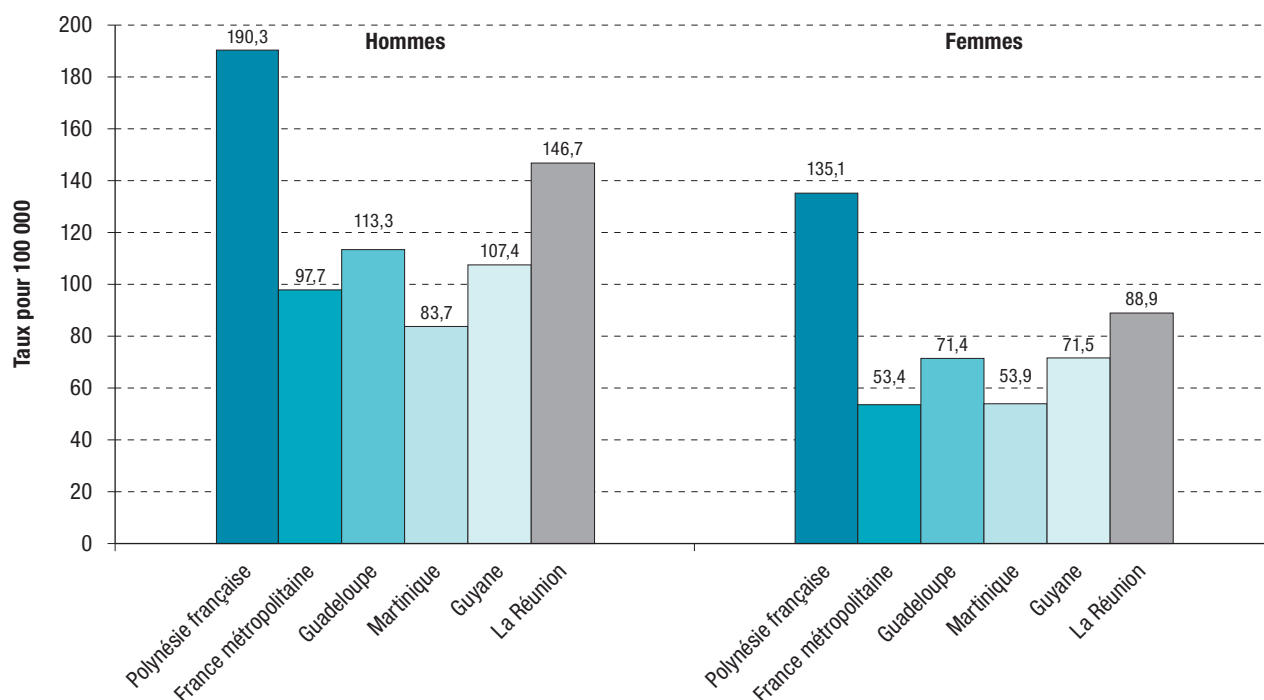
* Différence significative entre les taux de Polynésie française et de France métropolitaine, ou entre Polynésie française et DOM, selon le sexe.

† Voies respiratoires inférieures.

§ Y compris psychose alcoolique.

Figure 5

Taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe, Polynésie française, France métropolitaine et DOM, période 2005-2010



de mortalité par tumeur (156,0) significativement supérieur à ceux de Guadeloupe (125,6), Martinique (100,9) et Guyane (97,6), le plus grand écart de taux s'observant avec la Guyane qui possède les taux les plus faibles parmi ces six « régions ». En revanche, le taux masculin de décès par cancer en Pf n'était pas significativement différent de ceux de France métropolitaine (158,2) et de La Réunion (143,0) (figure 6).

Si le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez l'homme en Pf (47,8) n'était pas significativement différent de celui de France métropolitaine (43,4), il était en revanche significativement supérieur à ceux des quatre DOM (4,3 fois plus que celui de Martinique). Le taux chez la femme en Pf (22,1) était significativement plus élevé que celui de métropole (10,6) et des DOM.

À structure d'âge égale, la mortalité par cancer du sein chez les Polynésiennes (24,9) n'était pas significativement différente de celle des femmes de France métropolitaine (16,7). Elle était, en revanche, 2 fois supérieure à celle des DOM.

Deux taux étaient significativement inférieurs en Pf : pour l'homme, le taux standardisé de mortalité par cancer du côlon était inférieur à celui de France métropolitaine (3,6 *versus* 9,9, $p < 0,01$), de même que le taux standardisé de mortalité par cancer de l'estomac était inférieur à celui de La Réunion (5,1 *versus* 11,9, $p < 0,04$).

Parmi les causes externes de blessure et d'empoisonnement, à structure d'âge égale, les accidents de transports tuaient 2 fois plus en Pf qu'en France métropolitaine (12,4 *versus* 6,8, $p < 0,01$), en particulier pour les hommes (18,3 *versus* 10,8, $p < 0,04$). En revanche, les homicides chez les hommes causaient significativement

plus de décès en Guadeloupe (6,5), Martinique (5,8) et Guyane (13,9) ($p < 0,001$) qu'en Pf (0,7). Les taux standardisés de mortalité par suicide en Pf (11,3) n'étaient, par contre, pas significativement différents de ceux de France métropolitaine (12,0) et des DOM (Guadeloupe : 8,3, Guyane : 8,4 et La Réunion : 10,0).

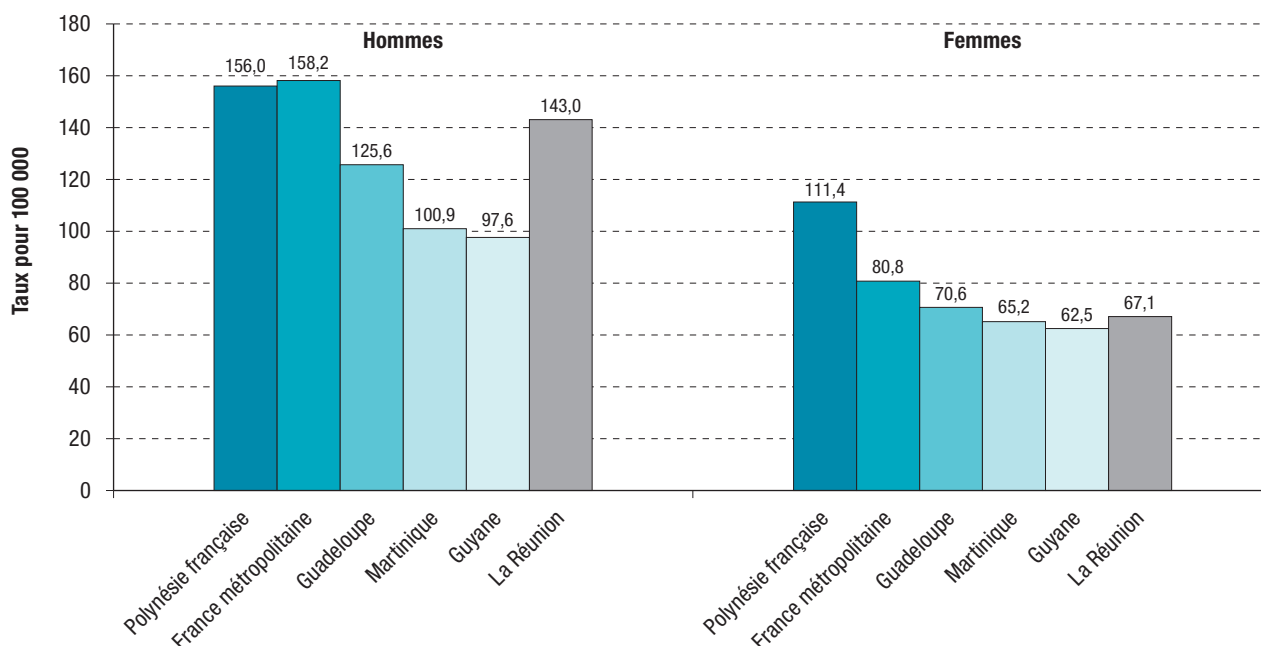
Concernant les maladies de l'appareil respiratoire, les taux standardisés de mortalité par pneumonie chez la femme en Pf (10,9) étaient significativement supérieurs à ceux de France métropolitaine (3,5) et de Martinique (3,1). Les taux standardisés de décès par maladies chroniques des voies respiratoires inférieures étaient significativement supérieurs en Pf par rapport à ceux de France métropolitaine et des DOM, chez la femme comme chez l'homme (excepté à La Réunion).

Les taux de décès par maladies du rein et de l'uretère chez la femme étaient significativement supérieurs en Pf (12,2) par rapport à la France métropolitaine (2,5) et les DOM, tandis que les taux de mortalité par diabète étaient supérieurs en Pf par rapport à la France métropolitaine (hommes : 18,6 *versus* 7,8 et femmes : 12,2 *versus* 4,6, $p < 0,03$) et inférieur à La Réunion (femmes : 12,2 *versus* 21,1, $p < 0,03$).

Trois autres taux de mortalité étaient inférieurs en Pf comparativement à la France métropolitaine et les DOM : les taux de décès par sida et infection à VIH, significativement inférieurs en Pf par rapport à ceux de Guadeloupe (hommes : 0,7 *versus* 6,8, $p < 0,01$) et de Guyane (hommes : 0,7 *versus* 14,6 et femmes : 0,4 *versus* 9,5, $p < 0,01$), tandis que l'abus d'alcool tuait significativement plus en Guadeloupe chez les hommes (9,8) et à La Réunion (hommes : 16,5 et femmes : 2,2) qu'en Pf (hommes : 3,6 et femmes : 0,1).

Figure 6

Taux standardisés de mortalité par tumeurs malignes selon le sexe, Polynésie française, France métropolitaine et DOM, période 2005-2010



Enfin, les taux de décès par maladies chroniques du foie étaient significativement supérieurs à La Réunion chez l'homme et la femme (respectivement 3 et 6 fois supérieurs, $p < 10^{-3}$) par rapport à la Pf.

Discussion

Les évolutions temporelles de la mortalité par cause sont à considérer avec prudence, en prenant en compte l'effet de l'évolution des règles de codage en 1999 et des changements survenus en 2005 et à partir de 2007. En effet, un saut significatif toutes causes en 1999, ajusté sur la tendance temporelle, le sexe, l'âge et le saut de 2005, a été observé dans le modèle, alors qu'il ne devrait pas être sensible au codage. Cela est probablement dû au fait que la baisse de la mortalité n'était pas linéaire, mais d'un ordre supérieur. Il n'y a pas de solution idéale pour confirmer le décrochage éventuel dû aux effets codage et codeur. Lors du passage de la CIM-9 à la CIM-10, si certaines modifications ont entraîné des ruptures de tendances clairement identifiées, d'autres ont eu des effets plus diffus. Cependant, la CIM-10 permet de mieux rendre compte de la précision des diagnostics mentionnés sur le certificat médical de décès et par là, permet d'améliorer la qualité des données sur les causes médicales de décès ainsi que la comparabilité internationale de ces données.

La comparaison des effets dus au changement de codeur est difficile à analyser également. En effet, l'interprétation des certificats par les codeurs (sélection de la cause initiale de décès ou choix d'un code) peut varier d'un codeur à l'autre, ce qui peut éparpiller les changements de tendance.

Par ailleurs, l'analyse a été réalisée sur la base de la seule cause initiale de décès, dont les règles et directives ont été profondément modifiées par la CIM-10. La prise en compte unique de la cause initiale de décès a pu minimiser le niveau de mortalité de certaines pathologies chroniques telles que le diabète, fréquemment déclaré en cause associée. Des analyses en causes multiples considérant toutes les causes mentionnées sur le certificat peuvent contribuer à évaluer ces biais potentiels.

Plus généralement, en raison de la taille modeste de la population de Pf et de la faiblesse de certains effectifs de décès par cause, l'interprétation de certains taux doit être prudente.

Enfin, de 1984 à 2010, aucune cause n'avait été mentionnée sur le certificat médical de décès pour 4% des décès et, pour 1%, le certificat médical n'avait pas été fourni. Ces cas ont été assimilés aux « causes inconnues ou non précisées ». Cela pose la question de la qualité de la certification médicale des causes de décès en Pf, de nombreuses îles n'étant pas pourvues de personnel médical, ni même de personnel paramédical. Or, la qualité de la certification médicale détermine la fiabilité des données finales de mortalité par cause. Le pourcentage de causes manquantes, très voisin de celui de la France (3%), est toutefois suffisamment faible pour permettre d'interpréter les résultats. De plus, une baisse significative de la mortalité par « symptômes, signes et états morbides mal définis », observée entre 1984 et 2010 (-5,9% par an en moyenne) est peut-être le signe d'une amélioration de la qualité de la certification médicale.

En dépit de ces biais potentiels, la baisse du taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire et la hausse du taux de mortalité par tumeurs depuis 27 ans,

constatées avec le modèle de Poisson, sont en accord avec la tendance à la baisse du taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires et la tendance à la hausse du taux de mortalité par tumeurs entre 1984 et 2010. Malgré ces deux tendances opposées, les maladies de l'appareil circulatoire restent la première cause de décès en Pf depuis 1984, comme plus globalement dans le monde¹⁵. Le taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires, deux fois plus élevé que celui des tumeurs en 1984 (260,0 contre 125,4), s'est rapproché cependant progressivement du taux standardisé de décès par tumeurs : en 2010, il était de 154,5 contre 132,0 pour les tumeurs.

En France, le cancer est devenu la 1^{ère} cause de décès en 2004. En Pf, la part des décès par maladies cardiovasculaires en 2005-2010 était de 27,5% et celle des tumeurs de 24,5%. On peut envisager une évolution semblable en Pf, en tenant compte de l'évolution du mode de vie.

Toujours en tenant compte des biais ci-dessus, les taux de mortalité par morts violentes n'ont pas diminué significativement entre 1984 et 2010. En particulier, le suicide reste un problème de santé publique inquiétant, surtout chez les jeunes de 15-24 ans pour lesquels il était la 1^{ère} cause de décès en 2005-2010, tous sexes confondus. Ce résultat confirme les signaux d'alarme sur la santé des jeunes en Pf mis en évidence par une enquête en 2009¹⁶. Malgré tout, les décès par suicide ne sont pas significativement plus fréquents en Pf qu'en France métropolitaine ou dans les DOM. En revanche, les taux standardisés de décès par homicide chez les hommes en Pf sont significativement très inférieurs à ceux de Guadeloupe, Martinique et Guyane.

La surmortalité masculine observée en 2005-2010 pour les pathologies à risque, comme en France¹⁷, confirme l'existence de conduites à risque masculines. En effet, l'alcoolisme en Pf est important et majoritairement masculin². Ainsi, si la surmortalité masculine par accident de transports est élevée, la Direction de la sécurité publique en Polynésie a confirmé le poids de ce fléau où l'alcool est impliqué dans la moitié des cas. Par ailleurs, à structure d'âge égale, les accidents de la circulation tuent 2 fois plus en Pf qu'en France où, par contre, la vitesse excessive est la principale responsable.

Si la prévalence plus élevée du tabagisme féminin par rapport au tabagisme masculin est une spécificité polynésienne^{2,16}, en revanche la quantité et le type de tabac consommés sont en défaveur des hommes. Le tabac, reconnu comme facteur de risque majeur du cancer du poumon, peut expliquer la surmortalité masculine par cancer du poumon. Malgré cela, pour la femme, le cancer du poumon est la 2^e cause des décès par cancer après le cancer du sein. De plus, le taux de mortalité par cancer du poumon chez la femme est significativement plus élevé que celui de la métropole (2 fois plus) et des DOM.

La connaissance des indicateurs de mortalité contribue à évaluer l'efficacité des actions de santé. Ainsi, un programme de dépistage des cancers gynécologiques

ayant été instauré en 2003, une évaluation du programme à 10 ans nécessite à la fois des indicateurs de morbidité et de mortalité par cancer du sein et du col utérin.

L'ouverture d'une unité de radiothérapie en 2011 a permis à de nombreux patients cancéreux d'être pris en charge sur place, évitant une évacuation sanitaire contraignante et coûteuse. L'état des lieux de la prise en charge des cancers en 2012¹⁸ a souligné la nécessité d'une analyse des évolutions tendancielles et des caractéristiques épidémiologiques de la mortalité par cancer en Pf. L'augmentation des taux de décès par cancer de 1984 à 2010 et la mortalité prématurée, due pour 25% aux cancers en 2005-2010, confirment le caractère prioritaire quant à la mise en place d'un plan cancer comme en France métropolitaine.

Les pathologies chroniques (diabète, obésité, hypertension artérielle, cancers, cardiopathies ischémiques, etc.) ont été responsables de 40% de la mortalité prématurée en 2005-2010. Par ailleurs, la mortalité par maladies cardiovasculaires présente un écart très important avec la France métropolitaine (taux standardisé 2,3 fois plus élevé). Les facteurs de risque de ces pathologies, pour une grande part évitables (habitudes alimentaires, sédentarité, obésité, tabagisme, alcoolisme) sont d'une prévalence particulièrement alarmante en Polynésie^{2,19}. La prise en charge de ces maladies représente des enjeux importants tant elles affectent la qualité de vie et la productivité des personnes et engendrent des coûts élevés en termes d'assurance maladie. Des actions de prévention (telles que le programme « vie saine et poids santé », le programme de lutte contre l'alcool et la toxicomanie élaboré en 2009, les mesures anti-tabac) et une offre de soins suffisante pourraient diminuer à long terme le poids de ces affections chroniques.

Conclusion

Même si l'analyse a confirmé une tendance à la baisse de la mortalité par cause depuis 27 ans, la situation sanitaire en Polynésie française, comparée à celle de France, demeure préoccupante, en particulier pour les pathologies liées aux comportements à risque. Ces indicateurs de mortalité doivent permettre d'objectiver le choix des priorités de la politique de santé publique de la Polynésie française. ■

Références

- [1] Institut de la statistique en Polynésie française. Résultats du recensement de la population de la Polynésie française 2012. Papeete (Polynésie française); 2012. <http://www.ispf.pf/bases/Recensements/2012.aspx>
- [2] Organisation mondiale de la santé, Bureau régional du Pacifique occidental ; Direction de la santé de Polynésie française. Enquête santé 2010 en Polynésie française. Surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles. Papeete, Tahiti: Direction de la Santé; 2010. 57 p.
- [3] Ministère de la Santé, de la Fonction publique et de la Rénovation de l'Administration. Schéma d'organisation sanitaire de la Polynésie française 2003-2007. Papeete (Polynésie française): Direction de la Santé; 2002 (schéma reconduit pour 2008-2012)

par délibération n° 2008-75 APF du 8 décembre 2008 portant prorogation du schéma d'organisation sanitaire, Journal Officiel de la Polynésie française n° 51/2008 p. 4856).

[4] World Health Organization. Country health information profiles 2011. French Polynesia. Geneva: WHO; 2011. pp 102-7. http://www.wpro.who.int/countries/pyf/8FRPpro2011_final_draft.pdf?ua=1

[5] Organisation mondiale de la santé. Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes 10^e révision, volume 2. Genève: OMS; 2008; pp 32-97.

[6] European Commission, Eurostat. European shortlist for causes of death. <http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/nomenclatures>

[7] Michel E, Jouglu E, Hatton F, Chérié-Challine L. Principaux indicateurs de mortalité. Paris: DGS-Inserm; 1995. 24 p.

[8] Waterhouse J, Muir CS, Correa P, Powell J (Eds). Standard population (World and European). In: Cancer Incidence in Five Continents. Vol. III. Lyon: IARC; 1976. p. 456.

[9] Salines E, de Peretti C, Danet S (coord). L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Paris: Drees; 2007. 254 p. http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/etat_sante_france_2006-2.pdf

[10] Romeder JM, Mc Whinnie JR. Le développement des années potentielles de vie perdues comme indicateur de la mortalité prématurée. Rev Epidemiol Santé Publique. 1978;26(1):97-115.

[11] Centers for Disease Control (CDC). Premature mortality in the United States: public health issues in the use of years of potential life lost. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1986;35(2 Suppl):1S-11S.

[12] Viel JF. La régression de Poisson en épidémiologie. Rev Epidemiol Santé Publique. 1994;42(1):79-87.

[13] Watier L. Revue méthodologique de quelques techniques spécifiques à l'analyse des séries temporelles en épidémiologie et santé publique. Rev Epidemiol Santé Publique. 1995;43(2):162-72.

[14] Jouglu E. Tests statistiques relatifs aux indicateurs de mortalité en population. Rev Epidemiol Santé Publique. 1997;45(1):78-84.

[15] Organisation mondiale de la santé. Global Health Observatory. Causes of death, 2000-2011. http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/2000_2011/en/index.html

[16] Beck F, Brugiroux MF, Cerf N (dir). Les conduites addictives des adolescents polynésiens. Enquête Ecaap 2009. Saint-Denis: Inpes (coll. Études santé); 2010. 200 p. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1341>

[17] Aouba A, Eb M, Rey G, Pavillon G, Jouglu E. Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. Bull Epidemiol Hebd. 2011; (22):249-55. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=9517

[18] Ministère de la Santé et de la Solidarité, Direction de la santé. État des lieux de la prise en charge des cancers en Polynésie. Papeete (Polynésie française): Département planification et organisation des soins; 2012.

[19] Direction de la santé et Institut territorial de recherche médicale Louis Malardé. Enquête sur les maladies non transmissibles en Polynésie française. Papeete (Polynésie française): Direction de la santé et Institut Louis Malardé; 1995.

Citer cet article

Yen Kai Sun L, Ghosn W, Rey G. Les causes de décès en Polynésie française : analyse de la période 2005-2010 et tendances évolutives de 1984 à 2010. Bull Epidemiol Hebd. 2016;(10):183-95. http://www.invs.sante.fr/beh/2016/10/2016_10_2.html