

# La mortalité « évitable » liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France

Françoise Péquignot, Alain Le Toullec, Martine Bovet, Eric Jougla

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, CépiDc-Inserm, Le Vésinet

## INTRODUCTION

Comme dans l'ensemble des pays industrialisés, l'espérance de vie est élevée en France et continue à progresser régulièrement. Cependant, le niveau de la mortalité « prématurée » (décès survenus avant 65 ans) est plus marqué en France que dans la plupart des autres pays [1,2]. Pour les décès survenus à ces âges, le poids de la mortalité liée aux comportements à risque (alcoolisme, tabagisme, conduites dangereuses...), est particulièrement important. Une grande part de ces décès pourrait être évitée par une amélioration des pratiques de prévention. L'objectif de cet article est de mesurer l'impact des causes de décès « évitables » liées aux comportements à risque, d'en analyser l'évolution depuis une vingtaine d'années ainsi que les disparités démographiques et spatiales. De telles données doivent permettre d'orienter les actions de prévention afin de réduire la survenue de ces décès particulièrement intolérables.

## MÉTHODES

Les données analysées sont issues de la statistique nationale des causes médicales de décès élaborée annuellement par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. La sélection de la mortalité « évitable » sur laquelle est basée l'analyse comprend l'ensemble des décès survenus avant 65 ans par cancer du poumon, cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), causes directement liées à l'alcool (cirrhoses-psychozes alcooliques), accidents de la circulation, chutes accidentelles, suicides et sida. Cette sélection est utilisée depuis 1994 dans les rapports du Haut comité de santé publique sur la santé en France. Elle s'est avérée opérationnelle pour mettre en évidence les carences de culture de prévention en France, mais contrairement à la sélection de la mortalité « évitable liée aux systèmes de soins », le regroupement des causes de décès utilisé n'a pas fait l'objet d'un consensus international.

L'étude est réalisée en prenant en compte des indicateurs classiques de mortalité : effectifs de décès, part des différentes causes de décès dans la mortalité générale, taux standardisés de mortalité par âge, indice de surmortalité. L'analyse des évolutions dans le temps porte sur la période 1979-1999 (dernière année pour laquelle on dispose d'une statistique définitive valide). L'analyse spatiale est réalisée au niveau départemental (1997-1999) et au niveau de l'Union européenne (1994-1996).

## RÉSULTATS

### Niveau de la mortalité « évitable »

En 1999, on dénombre 110 470 décès avant 65 ans dont 37 908 décès (un tiers) correspondant à la sélection de décès « évitables » utilisée (tableau 1). La part des décès « évitables » dans la mortalité toutes causes est maximale chez les 25-44 ans (42 %). Le taux de décès « évitables » global est de 75,1/100 000. Il augmente fortement avec l'âge : pour les hommes, de 26,9/100 000 pour les moins de 25 ans à 320,9 entre 45 et 64 ans et pour les femmes de 8,9 à 74,0.

Au sein de la mortalité « évitable », les cancers du poumon représentent la cause de décès la plus fréquente (9 500 décès avant 65 ans en 1999), suivis par les suicides (7 300 décès), les causes directement liées à l'alcoolisme (7 000 décès), les accidents de la circulation (6 500 décès) et les cancers des voies aéro-digestives supérieures (5 500 décès) (tableau 2). Pour les hommes, les cancers du poumon arrivent largement en tête, alors que pour les femmes, le suicide prédomine. Les causes de décès « évitables » les plus fréquentes sont, avant 25 ans, les accidents de la circulation, entre 25 et 44 ans le suicide, et entre 45 et 64 ans, le cancer du poumon.

Tableau 1

Mortalité évitable < 65 ans : effectifs et taux de décès, France, 1979-1999						
	Effectifs 1999	Taux <sup>(1)</sup> 1999	Effectifs 1989	Taux <sup>(1)</sup> 1989	Effectifs 1979	Taux <sup>(1)</sup> 1979
<b>Ensemble</b>	<b>37 908</b>	<b>75,1</b>	<b>44 284</b>	<b>92,2</b>	<b>42 042</b>	<b>98,2</b>
Hommes	29 963	120,4	35 818	151,2	33 496	159,5
Femmes	7 945	31,0	8 466	35,0	8 546	39,3
<b>Ensemble</b>						
< 25 ans	3 165	18,1	4 493	23,4	5 179	26,6
25-44 ans	9 649	56,7	11 898	70,8	8 779	64,0
45-64 ans	25 094	195,2	27 893	236,2	28 084	265,3
<b>Hommes</b>						
< 25 ans	2 386	26,9	3 435	35,5	3 857	39,0
25-44 ans	7 404	87,8	9 356	110,8	6 731	95,3
45-64 ans	20 173	320,9	23 027	400,1	22 908	450,4
<b>Femmes</b>						
< 25 ans	779	8,9	1 058	11,2	1 322	13,8
25-44 ans	2 245	26,2	2 542	30,4	2 048	30,9
45-64 ans	4 921	74,0	4 866	80,7	5 176	93,4

<sup>(1)</sup> Taux pour 100 000 standardisés par âge (réf. : population française - 1990 - deux sexes)

La mortalité « évitable » se caractérise par une surmortalité masculine importante (30 000 décès chez les hommes et 8 000 décès chez les femmes). Le taux de décès par mortalité « évitable » est quatre fois plus élevé chez l'homme (pour les autres causes de décès avant 65 ans, la surmortalité masculine est deux fois moins élevée). Les écarts maximaux de mortalité entre sexe concernent les cancers des VADS et du poumon avec des taux de décès respectivement de neuf et six fois plus élevés chez les hommes. Pour les autres causes, on observe une forte surmortalité masculine mais moins marquée.

### Évolution de la mortalité « évitable »

Si globalement les taux de décès de mortalité « évitable » sont restés stables durant la période 1979-1989, l'analyse par sexe et classes d'âge indique une tendance à la diminution des taux quel que soit le sexe avant 25 ans et entre 45 et 64 ans, alors que pour les 25-44 ans, les taux ont stagné pour les femmes et augmenté de 15 % pour les hommes. Les risques de décès ont ensuite fortement diminué au cours des années 1990. Cette évolution est identique pour les hommes quelles que soient les classes d'âge, alors que pour les femmes, on note un recul des risques de décès nettement moins marqué entre 45 et 64 ans qu'avant 45 ans.

Tableau 2

**Causes spécifiques de la mortalité « évitable » < 65 ans, France, 1979-1999**

	Effectifs	Taux <sup>(1)</sup>	Effectifs	Taux <sup>(1)</sup>	Effectifs	Taux <sup>(1)</sup>
	1999	1999	1989	1989	1979	1979
<b>Ensemble</b>						
Tumeur du poumon	9 561	18,9	8 730	18,1	6 245	15,4
Suicide	7 270	14,4	8 152	17,1	6 878	15,9
Accidents de la circulation	6 444	13,5	8 458	17,7	9 001	19,9
Psychoses, alcool et cirrhoses	7 007	13,4	8 272	17,2	11 052	26,2
Tumeur VADS	5 521	10,7	7 477	15,5	7 571	17,7
Chutes accidentelles	1 190	2,4	1 274	2,6	1 295	3,0
Sida	915	1,8	1 921	4,0	-	-
<b>Hommes</b>						
Tumeur du poumon	8 035	32,5	7 856	33,5	5 702	29,2
Suicide	5 325	21,3	5 917	24,9	5 053	23,2
Accidents de la circulation	4 876	20,4	6 412	26,6	6 802	29,9
Psychoses, alcool et cirrhoses	5 150	20,1	6 001	25,4	7 851	38,3
Tumeur VADS	4 928	19,5	6 976	29,6	7 138	34,4
Chutes accidentelles	925	3,7	1 007	4,2	950	4,5
Sida	724	2,9	1 649	6,9	-	-
<b>Femmes</b>						
Tumeur du poumon	1 526	5,8	874	3,5	543	2,6
Suicide	1 945	7,6	2 235	9,3	1 825	8,6
Accidents de la circulation	1 568	6,5	2 046	8,6	2 199	9,8
Psychoses, alcool et cirrhoses	1 857	7,0	2 271	9,3	3 201	14,8
Tumeur VADS	593	2,3	501	2,0	433	2,0
Chutes accidentelles	265	1,1	267	1,1	345	1,6
Sida	191	0,8	272	1,1	-	-

<sup>(1)</sup> Taux pour 100 000 standardisés par âge (réf. : population française - 1990 - deux sexes)

En dépit de la stagnation du taux « évitable » global de décès entre 1979 et 1989, on a observé une augmentation pour deux causes spécifiques : le cancer du poumon et le suicide. De plus, l'émergence du sida au début des années 1980 (2 000 décès en 1989), a contribué sensiblement à l'accroissement de la mortalité « évitable », principalement chez les 25-44 ans.

Entre 1989 et 1999, les diminutions les plus importantes s'observent pour le sida, les causes de décès liées à l'alcool et les accidents de la circulation pour les hommes. En revanche, le cancer du poumon stagne chez les hommes. Pour cette même période, chez les femmes, le sida et les accidents de la circulation sont en nette régression. A l'inverse, l'accroissement du cancer du poumon amorcé dans les années 1980 se poursuit dans les années 1990. Le développement important de ce cancer chez la femme (en vingt ans, les taux de décès par cancer du poumon ont doublé), a davantage touché la classe d'âge 25-44 ans.

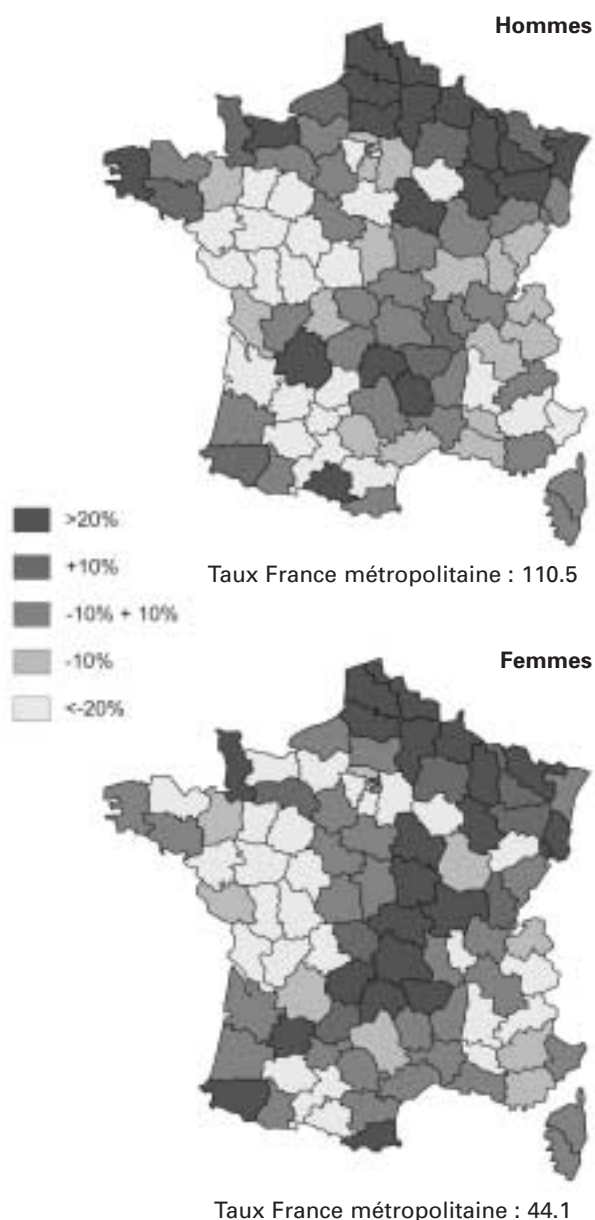
**Disparités spatiales de la mortalité « évitable »**
**Disparités départementales françaises**

Au niveau national, on constate des disparités départementales marquées pour la mortalité « évitable » liée aux comportements à risque (figure 1).

Pour les hommes, on note un net gradient nord-est de surmortalité avec des taux supérieurs de plus de 50 % à la moyenne nationale dans les départements du Nord, de la Meuse et du Pas-de-Calais. Les départements du nord-ouest sont également plus touchés (Finistère et Calvados). Une autre zone de surmortalité se dessine en Auvergne (Cantal et Lozère). A l'inverse, les départements les moins exposés se situent dans la partie ouest du pays (Pays-de-Loire, régions du sud-ouest) et en région parisienne.

La distribution des taux de décès est assez proche chez les femmes (gradient nord-est de surmortalité), mais avec des niveaux de mortalité nettement inférieurs. On constate cependant certaines spécificités. Par exemple, la surmortalité en Auvergne et en Bourgogne est nettement plus marquée que pour les hommes.

Figure 1

**Disparités départementales des taux de mortalité « évitable », moins de 65 ans, risques individuels, 1997-1999\***


\*Variation des taux départementaux par rapport au taux national

CépiDc - Inserm

Les disparités spatiales de mortalité « évitable » varient selon les causes de décès considérées [3]. Pour le cancer du poumon chez les hommes, un gradient nord-est se dessine très nettement. La distribution de cette cause de décès est différente pour les femmes : les départements du Nord-Pas-de-Calais n'apparaissent plus en surmortalité et ce sont des zones fortement urbanisées comme l'Île-de-France qui se détachent, au même niveau que les départements de l'est. Pour les causes liées directement à l'alcool, un gradient nord-ouest de surmortalité ressort. Que ce soit pour les hommes comme pour les femmes, on observe une opposition très marquée entre le nord et le sud de la France. Les taux les plus élevés de suicide se situent dans l'ouest. Pour les suicides masculins, ressortent également le nord-ouest et le centre. La distribution de la mortalité par sida est très spécifique : ce sont les départements de l'Île-de-France, du sud-est et du sud-ouest qui sont essentiellement concernés. La distribution de la mortalité par accident de la circulation est plus éclatée, ce qui pourrait refléter l'influence des caractéristiques du réseau routier.

### Disparités européennes

Au niveau européen, on observe pour les hommes, un gradient de surmortalité par mortalité « évitable » du sud du Portugal à l'est de l'Allemagne. La France est en situation très défavorable avec les taux de décès les plus élevés, précédant l'Allemagne, l'Autriche, le Luxembourg, l'Espagne et le Portugal (figure 2). Toutes les régions françaises sont en situation de surmortalité, mais le Nord-Pas-de-Calais se distingue par un risque de décès « évitable » extrêmement fort au sein des régions européennes. Pour les femmes, la France compte également parmi les pays les plus touchés : elle se situe en troisième position derrière le Danemark et le Luxembourg. Comme pour les hommes, la surmortalité « évitable » s'observe dans toutes les régions françaises avec des taux particulièrement élevés dans le Nord-Pas-de-Calais et la Picardie.

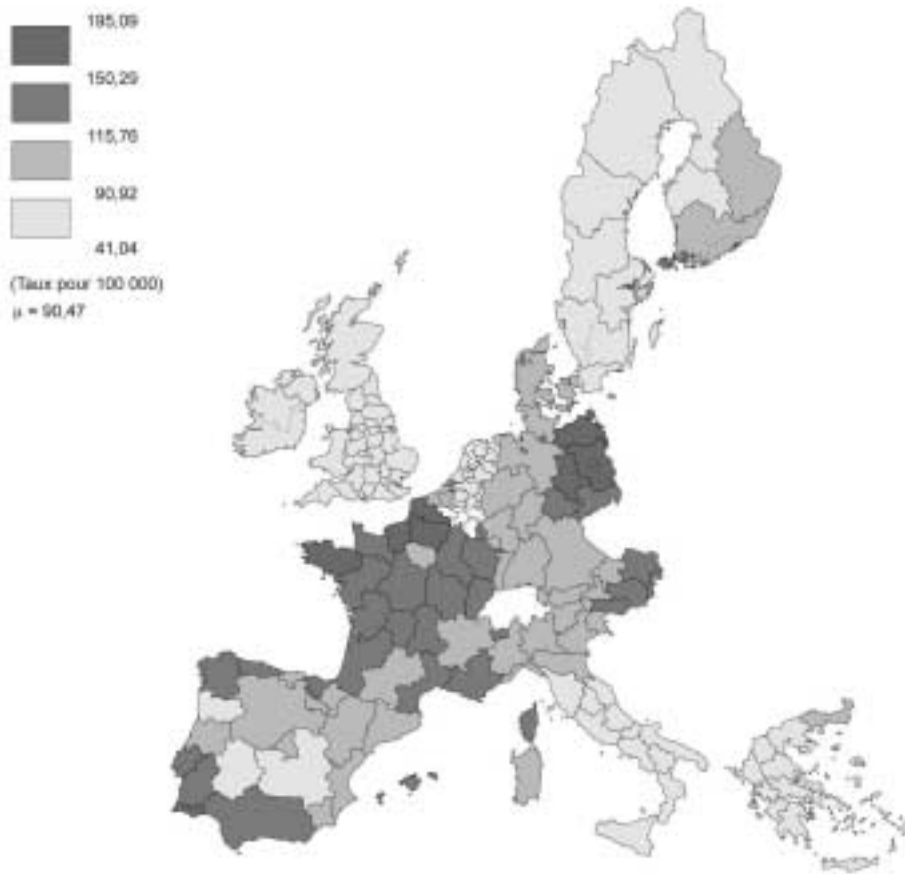
## DISCUSSION

La sélection des causes de décès sur laquelle est basée cette analyse peut paraître limitée dans la mesure où certaines pathologies associées à une consommation excessive de tabac et d'alcool (par exemple, maladies cardio-vasculaires), ou résultant de comportements alimentaires à risque (diabète de type II) n'ont pas été incluses. Cette sélection peut être également considérée comme insuffisamment précise puisqu'on n'a pas pris en compte la part des risques attribuables aux différents facteurs (les cancers du poumon peuvent également résulter de facteurs de risque professionnel tels que l'exposition à l'amiante).

Cependant, une sélection globale de ce type permet de constituer un indicateur simple et facilement utilisable pour effectuer différents types de comparaisons, notamment entre pays. Une telle sélection de causes de décès agrégées permet également de contrôler certains biais de certification médicale. Par exemple, un accident de la circulation peut être dû à une vitesse excessive ou à une alcoolisation aiguë. Or ces indications ne sont pas nécessairement rapportées sur le certificat de décès. L'indicateur global a pour avantage d'identifier des sous-populations et des zones géographiques à forte densité de mortalité « évitable ». Cet indicateur est régulièrement utilisé dans les rapports du Haut comité de santé publique sur l'état de santé en France [4].

Figure 2

Taux de mortalité « évitable » liée aux comportements individuels, hommes, 0-64ans, 1994-1996



Sources : Eurostat, CépiDc-Inserm

Les résultats montrent que le niveau de mortalité « évitable » liée aux comportements à risque, est très élevé en France. Malgré une tendance à la baisse, on constate toujours des inégalités considérables par sexe, zone géographique, etc. Le nombre de décès pour ces causes reste très important avant 65 ans (10 000 cancers du poumon, 7 000 suicides, 6 500 accidents de la circulation, etc.). On observe également une augmentation alarmante du cancer du poumon chez la femme. Parallèlement à l'impact des comportements à risque, de nombreux autres facteurs interagissent, pouvant expliquer ces spécificités [5] : modalités et offre de recours aux soins (les densités médicales sont plus faibles dans le nord de la France), déterminants sociaux (niveau et conditions de vie, niveau d'instruction...), exposition professionnelle. Cependant, le rôle de facteurs tels que le tabagisme ou l'alcoolisme apparaissent déterminants. Le niveau élevé de la mortalité prématurée et « évitable » en France montre que les actions de prévention dans ce domaine doivent constituer une priorité de santé publique.

Collaboration technique : Marc Mellah, CépiDc

### RÉFÉRENCES

- [1] Jouglé E, Le Toullec A. Causes de l'excès de mortalité prématurée en France - Comparaison avec la situation en Angleterre-Pays de Galles, *Le Concours Médical* 1999 ; 121 : 487-92.
- [2] Jouglé E, Salem G, Gancel S, Michel V, Kurzinger ML, Pavillon G, Rican S. Atlas on mortality, European Commission, Eurostat, Health statistics, à paraître 2003.
- [3] Salem G, Rican S, Jouglé E. Atlas de la santé en France - Les causes de décès John Libbey, 2000 ; 1 : 187p.
- [4] La santé en France 2002 - rapport du HCSP - février 2002, 407p.
- [5] Jouglé E, Rican S, Péquignot F, Le Toullec A. Inégalités sociales de mortalité. In : Les inégalités sociales de santé, Inserm La Découverte, Paris 2000 : 147-62.