

Après la vie en couple, l'isolement résidentiel est le style de vie le plus courant chez les anciens et il ne cesse de progresser. Les veufs² optant beaucoup plus souvent pour la vie en solitaire, cette tendance a plus que compensé la baisse du veuvage : 21 % des 60 ans et plus vivaient seuls en 1962, ils sont aujourd'hui 27 %. Cette croissance de l'isolement résidentiel s'est principalement faite au détriment de la cohabitation avec des proches.

La tendance de fond des dernières décennies, est, en effet, la régression des situations qui, d'une façon ou d'une autre, sont de la cohabitation intergénérationnelle (22,2 % des 60 ans et plus étaient dans ce cas en 1962 contre 8,7 % en 1999).

La proportion de personnes vivant seules est désormais 3 fois plus forte alors qu'en 1962 habiter avec des proches était plus fréquent que vivre seul ! Cette évolution vaut à tous les âges, et surtout dans l'extrême vieillesse où les fractions de population concernée par ce mode de vie sont les plus importantes³.

... conséquence, notamment, de l'amélioration de leurs conditions de vie

C'est dans des déterminants sanitaires et sociaux qu'il faut chercher l'explication de cette distance résidentielle prise entre les générations : plus fort désir d'indépendance des jeunes et des anciens, régression de la cohabitation de plusieurs générations due à l'urbanisation et à la diminution des entreprises familiales, amélioration des conditions de vie des anciens (meilleur état de santé à âge égal, progression des ressources financières, développement de la politique de maintien à domicile, modernisation des logements...). Tous ces facteurs conjuguent leurs effets pour faire en sorte que les personnes âgées puissent désormais plus facilement choisir leur mode de vie et, en particulier, rester chez elles aussi longtemps qu'elles le souhaitent ou... qu'elles le peuvent. *Délaissée au début de la retraite, la vie en institution⁴ n'a en effet progressé qu'aux grands âges.* Ainsi, 13,1 % des 85 ans et plus étaient concernés en 1962 contre 21,1 % en 1999. Ne faut-il pas voir dans ces tendances la disparition de « l'institutionnalisation sociale » ? Conséquence de l'amélioration des conditions de vie des anciens et d'une sélection de plus en plus forte par l'état de santé, c'est désormais le plus tardivement possible, avec l'apparition de lourds handicaps, que les anciens partiraient en maison de retraite ou seraient pris en charge par leur famille [6].

³ Ainsi, par exemple, en 1962, plus de la moitié des femmes de 85 ans et plus vivaient avec un proche autre qu'un conjoint, cette proportion est inférieure à 18% aujourd'hui.

⁴ Entre 4 et 5 % des personnes âgées de 60 ans et plus vivent et, vivaient hier, en ménage collectif.

Tableau 3

Évolution (1962-1999) de la structure des ménages des personnes âgées (en %)												
	en couple			seul			avec d'autres			en ménages collectifs		
	1962	1982	1999	1962	1982	1999	1962	1982	1999	1962	1982	1999
60 ans et plus												
Hommes	73,5	75,8	76,2	10,7	13,6	15,2	12,6	7,1	5,3	3,2	3,4	3,2
Femmes	38,9	42	47,3	27,9	35,4	35,8	28,7	17	11,3	4,5	5,6	5,7
Ensemble	52,8	55,8	59,5	20,9	26,5	27,1	22,2	13	8,7	4	4,7	4,6
85 ans et plus												
Hommes	36,6	42,5	50,4	17	25,3	27,1	37	20,2	9,2	9,4	12	13,3
Femmes	5,2	6,4	9,4	28,2	40,1	48,5	51,9	32,5	17,8	14,7	21	24,3
Ensemble	14,7	15,3	21	24,8	36,5	42,4	47,3	29,4	15,4	13,1	18,8	21,2

Sources : Insee, recensements de la population

Ces quelques éclairages sur la vie après 60 ans nous en donnent une image fort changeante, peu de points communs entre les retraités d'hier et ceux d'aujourd'hui : les aînés franchissent de plus en plus souvent les diverses étapes de la retraite à deux, sont de moins en moins souvent hébergés par des proches et, au début de la retraite délaissent la vie en institution. Baisse de la mortalité, qui diffère l'entrée dans le veuvage, et amélioration des conditions socio-économiques des anciens sont ici en toile de fond et, on peut légitimement s'attendre à la poursuite de ces tendances. Sans nul doute, le renouvellement des générations (progression de l'activité professionnelle chez les femmes, amélioration de la structure socioprofessionnelle ou des diplômes...) améliorera encore l'autonomie des anciens même si l'incertitude reste de rigueur en ce qui concerne le futur financement des régimes de retraites.

Références

- [1] C. Brutel, L. Omelek (2003), « Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements : horizon 2030-2050 », Insee, collection Insee Résultats, n° 16, 40 p.+Cédérom.
- [2] G. Pison (2005), « France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans », Ined, Population et Sociétés, n° 410, 4 p.
- [3] C. Brutel (2002) « La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement inéluctable », Insee, Economie et Statistiques, n° 355-356, 55-71.
- [4] N. Dutheil (2001), « Les aides et les aidants des personnes âgées », Dress, Etudes et Résultats, n° 142, novembre 2001.
- [5] C. Delbès, J. Gaymu (2003) « Passé 60 ans : de plus en plus souvent en couple ? », Ined, Population et Sociétés, n° 389, 4 p.
- [6] P. Mormiche (1999), « La dépendance : le poids et le souci », Cahiers de sociologie et de démographie médicales, n° 2-3, avril-septembre 1999, 161-78.

Disparités du niveau de la mortalité des personnes de plus de 64 ans dans les pays de l'Union européenne, année 2000

Eric Jougl¹, Gérard Pavillon¹, Alain Le Toullec¹, Martine Bovet¹, Stéphane Rican², Gérard Salem²

¹ Inserm - CépiDc - IFR 69, Le Vésinet ² Université Paris X, Nanterre

Introduction

Cette étude concerne les 15 premiers pays membres de l'Union Européenne (UE). Elle est basée sur les statistiques de mortalité diffusées par Eurostat. Ces données sont issues des informations médicales figurant sur chaque certificat de décès dans les différents pays concernés. Les causes de décès sont regroupées en grandes catégories. Certaines causes de décès particulièrement dépendantes de facteurs de risque tels que le tabagisme, la consommation d'alcool ou les conduites à risque dans leur ensemble (cancer du poumon et des voies aéro-digestives supérieures (VADS), cirrhoses, psychoses alcooliques, accidents de transport, chutes accidentelles, suicides) ont été regroupées. Ce regroupement permet de comparer globalement le niveau de la mortalité « liée aux pratiques de santé ». Les principaux indicateurs utilisés au cours de l'analyse sont : les taux de décès annuels pour 100 000 habitants, standardisés selon l'âge (après 64 ans).

Des taux de décès globalement plus bas en France

Sur 3 700 000 décès tous âges confondus, survenus dans les 15 pays durant l'année 2000, 3 000 000 concernent des personnes âgées de plus de 64 ans. Ainsi 8 décès sur 10 surviennent après 64 ans. Le taux de décès correspondant est de 4 830 pour 100 000 habitants. C'est en France que le niveau de mortalité est le plus faible, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. On peut classer les pays selon quatre groupes : mortalité très élevée (Irlande et Danemark), mortalité élevée (Portugal, Pays-bas, Belgique, Royaume-Uni, Finlande et Grèce), mortalité moyenne (Allemagne, Autriche, Luxembourg et Suède) et faible mortalité (Espagne, Italie et France).

Les causes de décès les plus fréquentes sont les maladies de l'appareil circulatoire (quatre décès sur 10 pour les hommes et la moitié des décès pour les femmes). Ces maladies touchent la population à un âge avancé (plus de 9 décès sur 10 surviennent

après 64 ans). Viennent ensuite les cancers (un quart de l'ensemble des décès), puis les maladies de l'appareil respiratoire (10 % des décès), les maladies digestives (4 %), les maladies endocriniennes, essentiellement le diabète (3 %) et les morts violentes (3 %).

Des disparités importantes entre pays selon les causes de décès (tableaux 1 et 2)

L'Autriche, l'Irlande, l'Allemagne et la Finlande constituent les pays à forte mortalité par maladies de l'appareil circulatoire. La France et l'Espagne ont la mortalité la plus faible. Les décès sont fréquents en Finlande et en Irlande pour les cardiopathies ischémiques et au Portugal et en Grèce pour les maladies cérébro-vasculaires. L'opposition entre pays du nord (mortalité élevée) et pays du sud (mortalité faible) est déterminée en grande partie par la distribution des cardiopathies ischémiques. Pour les hommes, les taux de décès par cancer sont élevés au Benelux et au Danemark et plus bas en Suède, Grèce, Portugal et Finlande. Pour les femmes, le Danemark ressort avec une mortalité particulièrement importante, puis viennent l'Irlande, le Royaume-Uni et les Pays-Bas. Les taux de décès féminins les moins élevés s'observent dans des pays du sud. Les localisations principales sont, pour l'homme, le poulmon, la prostate et le côlon et, pour la femme, le sein, le poulmon et le côlon. Les taux de décès par cancer du poulmon chez les hommes sont importants en Belgique et au Pays-Bas et faibles en Suède et au Portugal. Les écarts sont très marqués (triplement des taux entre la Belgique et la Suède). Pour les femmes, le Danemark, le Royaume-Uni et l'Irlande sont en surmortalité par cancer du poulmon alors que la mortalité est basse dans l'ensemble des pays du sud. Les variations des taux de décès par cancer du sein sont moindres que pour d'autres tumeurs. On observe cependant des taux deux fois plus forts au Danemark qu'en Espagne. Les décès par cancer du côlon sont fréquents au Danemark, en Irlande et au Benelux. La mortalité par cancer de la prostate est élevée en Suède et en Belgique et modérée dans les régions méditerranéennes. Les cancers des VADS sont fréquents chez les hommes en Irlande, France et Royaume-Uni et chez les femmes en Irlande, Royaume-Uni, Danemark et Pays-Bas. Les autres spécificités les plus notables concernent la fréquence du cancer de l'estomac au Portugal, du cancer du foie dans la plupart des pays du sud et du cancer de la peau en Suède et dans les pays du nord.

Les pays de forte mortalité par maladies de l'appareil respiratoire sont l'Irlande et le Royaume-Uni. Les décès par diabète sont plus nombreux au Portugal, en Italie et en Allemagne. Les disparités par maladies de l'appareil digestif sont moins marquées.

La mortalité par mort violente est importante au Danemark, en France, en Finlande et au Luxembourg. A l'opposé, on trouve avec une faible mortalité, le Royaume-Uni, l'Espagne et le Pays-Bas. Les principales causes sont les chutes accidentelles, les suicides et les accidents de la circulation. Les chutes accidentelles représentent 40 % des morts violentes. Des taux de décès élevés sont enregistrés au Danemark et en Finlande. Le suicide représente la deuxième cause de morts violentes. Les disparités entre pays sont très marquées avec des taux particulièrement forts en Autriche, France, Belgique, Danemark et en Allemagne. Les accidents de la circulation représentent une mort violente sur dix et leur répartition oppose globalement les pays du sud en sous-mortalité à ceux du nord.

Une géographie très spécifique de la mortalité « liée aux pratiques de santé » (tableau 3)

La mortalité « liée aux pratiques de santé » définit une géographie bien affirmée. Pour les hommes, les taux élevés s'observent en Belgique, au Danemark, au Luxembourg, en Italie et aux Pays-bas. Pour les femmes, le Danemark vient largement en tête suivi de l'Irlande, du Royaume-Uni et de l'Italie. La place très défavorable du Danemark s'explique par un niveau élevé de mortalité pour l'ensemble des causes alors que pour l'Irlande et le Royaume-Uni, toutes les causes ne jouent pas le même rôle : fréquence élevée des cancers du poulmon et des VADS alors que les taux de décès apparaissent relativement bas pour les accidents de la circulation et pour le suicide.

La surmortalité masculine, une caractéristique générale mais dont l'ampleur varie selon les pays

La surmortalité masculine est une caractéristique constante mais son niveau varie selon les pays et selon les causes. Les pays pour lesquels elle est la plus marquée sont la France, la Belgique et le Luxembourg. Des écarts importants sont observés pour les maladies respiratoires, les cancers et les morts violentes. L'excès de mortalité des hommes est extrêmement marqué pour les décès « liés aux pratiques de santé ». La sur-

Tableau 1

Taux de décès dans la population de plus de 64 ans pour les 15 pays de l'UE selon le sexe, par grandes catégories de causes, année 2000¹

	Total		Appareil circulatoire		Cancers		Appareil respiratoire		Système nerveux		Appareil digestif		Morts violentes	
	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var
Hommes														
Irlande	6 470,3	19 %	2 826,6	26 %	1 595,2	4 %	1 170,8	85 %	129,4	11 %	204,1	-2 %	102,6	-33 %
Danemark	6 229,6	15 %	2 512,6	12 %	1 704,2	11 %	694,0	10 %	103,5	-12 %	237,3	14 %	240,8	58 %
Portugal	5 844,5	8 %	2 328,5	4 %	1 300,5	-15 %	729,2	15 %	77,2	-34 %	214,7	3 %	157,8	3 %
Pays-bas	6 052,0	11 %	2 221,7	-1 %	1 750,2	14 %	846,1	34 %	101,6	-13 %	193,4	-7 %	115,6	-24 %
Belgique	6 135,4	13 %	2 251,5	1 %	1 806,7	18 %	897,1	42 %	178,5	53 %	208,4	0 %	183,8	20 %
RU	5 709,9	5 %	2 353,6	5 %	1 502,4	-2 %	1 053,8	67 %	89,0	-24 %	184,3	-11 %	84,5	-45 %
Finlande	5 923,6	9 %	2 749,5	23 %	1 339,4	-13 %	748,5	18 %	167,0	43 %	181,0	-13 %	257,5	68 %
Grèce	5 152,1	-5 %	2 515,1	12 %	1 287,9	-16 %	405,2	-36 %	39,7	-66 %	119,9	-42 %	183,6	20 %
Allemagne	5 601,5	3 %	2 716,8	21 %	1 500,6	-2 %	479,9	-24 %	108,7	-7 %	218,7	5 %	131,1	-14 %
Autriche	5 520,8	2 %	2 981,2	33 %	1 448,9	-5 %	371,1	-41 %	78,3	-33 %	208,9	1 %	182,3	19 %
Luxembourg	5 747,4	6 %	2 343,9	5 %	1 732,2	13 %	585,8	-7 %	140,5	20 %	228,9	10 %	227,9	49 %
Suède	5 155,7	-5 %	2 524,1	13 %	1 269,9	-17 %	415,4	-34 %	88,1	-25 %	142,9	-31 %	164,1	7 %
Espagne	5 210,6	-4 %	1 756,4	-22 %	1 515,0	-1 %	809,4	28 %	127,1	9 %	253,8	22 %	116,8	-24 %
Italie	5 152,1	-5 %	2 183,8	-2 %	1 593,4	4 %	474,3	-25 %	112,6	-4 %	218,5	5 %	153,5	0 %
France	5 012,4	-8 %	1 614,5	-28 %	1 588,1	4 %	419,7	-34 %	176,8	51 %	200,8	-3 %	248,2	62 %
UE	5 433,2	0 %	2 237,7	0 %	1 531,1	0 %	632,5	0 %	117,0	0 %	207,5	0 %	152,9	0 %
Femmes														
Irlande	4 394,9	27 %	1 930,0	21 %	963,7	25 %	802,3	155 %	99,5	12 %	156,4	9 %	85,2	-5 %
Danemark	4 307,8	24 %	1 667,4	5 %	1 125,0	46 %	478,4	52 %	69,8	-22 %	194,6	35 %	162,3	80 %
Portugal	4 006,2	15 %	1 914,0	20 %	615,9	-20 %	400,8	27 %	55,3	-38 %	112,5	-22 %	68,6	-24 %
Pays-bas	3 787,7	9 %	1 438,7	-9 %	865,5	12 %	393,4	25 %	83,5	-6 %	160,7	12 %	82,6	-8 %
Belgique	3 676,8	6 %	1 573,9	-1 %	803,0	4 %	326,0	3 %	149,6	68 %	165,9	15 %	100,3	11 %
RU	3 868,9	12 %	1 562,6	-2 %	910,5	18 %	694,1	120 %	65,2	-27 %	164,2	14 %	59,7	-34 %
Finlande	3 688,8	6 %	1 776,6	12 %	719,7	-7 %	305,9	-3 %	138,7	56 %	132,8	-8 %	116,1	29 %
Grèce	3 956,9	14 %	2 311,9	45 %	621,7	-19 %	280,0	-11 %	36,0	-60 %	84,4	-41 %	89,8	0 %
Allemagne	3 640,5	5 %	1 964,4	24 %	819,8	6 %	207,7	-34 %	70,3	-21 %	147,3	2 %	75,9	-16 %
Autriche	3 645,8	5 %	2 182,4	37 %	796,9	3 %	187,7	-40 %	50,7	-43 %	133,0	-8 %	83,1	-8 %
Luxembourg	3 436,1	-1 %	1 580,6	-1 %	760,8	-1 %	254,6	-19 %	124,8	40 %	186,2	29 %	127,9	42 %
Suède	3 403,1	-2 %	1 617,7	2 %	774,9	0 %	252,6	-20 %	76,1	-15 %	110,8	-23 %	83,0	-8 %
Espagne	3 225,1	-7 %	1 363,5	-14 %	624,7	-19 %	332,3	5 %	116,1	30 %	160,4	11 %	51,9	-42 %
Italie	3 165,6	-9 %	1 550,7	-2 %	745,3	-3 %	182,7	-42 %	85,3	-4 %	140,9	-2 %	96,7	7 %
France	2 937,7	-15 %	1 027,5	-35 %	689,3	-11 %	201,1	-36 %	135,7	52 %	121,6	-16 %	151,2	68 %
UE	3 468,6	0 %	1 589,1	0 %	771,6	0 %	315,1	0 %	89,1	0 %	144,0	0 %	90,1	0 %

¹ Taux de décès standardisés par âge (population de référence : population européenne OMS)

Var = (Tx de décès du pays - Tx de décès moyen européen) / Tx de décès moyen européen

Année 2000 sauf pour le Danemark et la Grèce (1999) et la Belgique (1997)

Les pays ont été classés selon le niveau décroissant des taux de décès toutes causes, deux sexes confondus

Tableau 2

Taux de décès dans la population de plus de 64 ans pour les 15 pays de l'UE selon le sexe, par maladies cardiovasculaires, cancers et diabète, année 2000¹

	Infarctus		AVC ²		Cancer prostate		Cancer côlon		Cancer estomac		Cancer foie		Diabète	
Hommes	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var
Irlande	1 599,5	68 %	533,8	1 %	266,3	29 %	147,8	21 %	81,3	-10 %	41,0	-37 %	93,5	-12 %
Danemark	1 249,7	31 %	521,4	-2 %	270,7	31 %	150,4	23 %	47,3	-48 %	29,4	-55 %	159,2	50 %
Portugal	553,7	-42 %	1 173,9	121 %	245,9	19 %	123,5	1 %	153,9	70 %	41,8	-36 %	155,9	47 %
Pays-Bas	867,0	-9 %	477,4	-10 %	256,3	24 %	138,9	14 %	87,8	-3 %	20,6	-68 %	113,4	7 %
Belgique	803,0	-16 %	509,8	-4 %	291,1	41 %	142,3	17 %	75,2	-17 %	40,9	-37 %	72,9	-31 %
RU	1 375,8	44 %	501,0	-6 %	214,9	4 %	107,3	-12 %	82,3	-9 %	25,2	-61 %	61,1	-42 %
Finlande	1 793,9	88 %	562,7	6 %	243,3	18 %	66,1	-46 %	78,9	-13 %	44,3	-32 %	47,6	-55 %
Grèce	671,8	-30 %	849,7	60 %	144,2	-30 %	94,8	-22 %	74,1	-18 %	103,2	58 %	36,1	-66 %
Allemagne	1 287,1	35 %	524,7	-1 %	204,7	-1 %	135,3	11 %	98,3	9 %	45,9	-30 %	122,0	15 %
Autriche	1 333,7	40 %	613,4	16 %	253,2	23 %	137,8	13 %	104,0	15 %	65,0	0 %	97,3	-8 %
Luxembourg	847,5	-11 %	628,3	18 %	251,8	22 %	145,1	19 %	71,0	-21 %	51,3	-21 %	55,8	-47 %
Suède	1 303,9	37 %	520,3	-2 %	316,4	54 %	88,8	-27 %	56,1	-38 %	31,4	-52 %	96,3	-9 %
Espagne	638,0	-33 %	491,9	-7 %	187,8	-9 %	135,2	11 %	98,0	8 %	73,9	13 %	111,5	5 %
Italie	740,8	-22 %	589,9	11 %	152,1	-26 %	111,6	-9 %	116,0	28 %	114,1	75 %	137,2	30 %
France	517,4	-46 %	354,7	-33 %	215,2	4 %	124,9	2 %	60,2	-33 %	93,9	44 %	105,7	0 %
UE	954,2	0 %	530,5	0 %	206,0	0 %	122,1	0 %	90,4	0 %	65,3	0 %	105,9	0 %
Femmes	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var
Irlande	893,5	66 %	490,4	10 %	136,1	21 %	92,8	18 %	41,6	-2 %	15,9	-34 %	62,6	-35 %
Danemark	718,7	34 %	427,6	-4 %	164,0	46 %	120,3	53 %	22,6	-47 %	18,5	-23 %	95,9	-1 %
Portugal	350,2	-35 %	1 022,5	130 %	84,0	-25 %	67,0	-15 %	75,7	79 %	14,8	-39 %	159,0	65 %
Pays-Bas	434,1	-19 %	415,5	-7 %	144,8	29 %	93,2	19 %	36,4	-14 %	10,5	-57 %	113,1	17 %
Belgique	406,1	-24 %	432,3	-3 %	137,8	23 %	96,0	22 %	37,2	-12 %	21,5	-11 %	86,0	-11 %
RU	729,2	36 %	470,0	6 %	128,6	14 %	70,5	-10 %	33,5	-21 %	13,2	-45 %	43,9	-55 %
Finlande	1 007,4	88 %	479,1	8 %	86,6	-23 %	55,7	-29 %	34,9	-18 %	27,1	12 %	54,1	-44 %
Grèce	387,8	-28 %	921,2	107 %	90,0	-20 %	71,3	-9 %	35,7	-16 %	48,6	101 %	36,3	-62 %
Allemagne	762,6	42 %	433,6	-2 %	119,6	6 %	95,4	22 %	50,8	20 %	17,9	-26 %	118,4	23 %
Autriche	793,9	48 %	522,7	18 %	123,7	10 %	80,5	3 %	53,3	26 %	21,7	-10 %	80,1	-17 %
Luxembourg	421,9	-21 %	519,7	17 %	110,4	-2 %	92,8	18 %	23,8	-44 %	16,0	-34 %	68,5	-29 %
Suède	677,4	26 %	427,8	-4 %	89,9	-20 %	70,6	-10 %	26,4	-38 %	18,8	-22 %	67,8	-30 %
Espagne	338,4	-37 %	425,6	-4 %	83,4	-26 %	74,9	-5 %	44,0	4 %	29,7	23 %	115,7	20 %
Italie	416,8	-22 %	465,9	5 %	105,6	-6 %	66,9	-15 %	55,4	31 %	44,1	83 %	132,2	37 %
France	244,6	-54 %	268,0	-40 %	108,7	-3 %	71,9	-8 %	24,8	-41 %	21,4	-12 %	76,1	-21 %
UE	536,9	0 %	444,4	0 %	112,3	0 %	78,4	0 %	42,4	0 %	24,2	0 %	96,6	0 %

¹ Taux de décès standardisés par âge (population de référence : population européenne OMS)

Var = (Tx de décès du pays – Tx de décès moyen européen) / Tx de décès moyen européen

Année 2000 sauf pour le Danemark et la Grèce (1999) et la Belgique (1997)

² Accidents vasculaires cérébraux

Tableau 3

Taux de décès dans la population de plus de 64 ans pour les 15 pays de l'UE selon le sexe, par causes de décès « liées aux pratiques de santé » année 2000¹

	Mortalité « pratiques »		Cancer poumon		Alcool		Cancer VADS ²		Chutes accidentelles		Suicide		Accidents Transport	
Hommes	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var
Irlande	596,3	-6 %	388,5	-2 %	26,7	-62 %	104,7	57 %	48,1	5 %	11,4	-66 %	16,9	-24 %
Danemark	805,1	26 %	436,3	10 %	77,3	9 %	77,5	17 %	149,3	225 %	40,8	20 %	23,7	6 %
Portugal	464,0	-27 %	238,7	-40 %	86,8	23 %	57,2	-14 %	21,3	-54 %	27,3	-20 %	32,7	46 %
Pays-Bas	709,5	11 %	538,1	35 %	26,5	-63 %	80,0	20 %	25,5	-45 %	20,5	-40 %	19,0	-15 %
Belgique	898,8	41 %	632,9	59 %	52,6	-26 %	66,1	-1 %	64,3	40 %	54,1	59 %	28,8	28 %
RU	588,5	-8 %	409,6	3 %	27,0	-62 %	91,5	38 %	38,8	-16 %	11,6	-66 %	10,0	-55 %
Finlande	627,2	-2 %	350,8	-12 %	47,7	-33 %	35,5	-47 %	128,1	179 %	36,8	8 %	28,1	25 %
Grèce	539,6	-15 %	417,5	5 %	30,1	-57 %	20,2	-70 %	16,6	-64 %	9,4	-72 %	45,7	104 %
Allemagne	622,1	-2 %	372,9	-6 %	94,0	33 %	52,5	-21 %	43,5	-5 %	43,0	26 %	16,2	-28 %
Autriche	647,0	1 %	319,3	-20 %	118,0	67 %	50,3	-24 %	67,7	47 %	69,0	103 %	22,6	1 %
Luxembourg	766,7	20 %	464,1	17 %	77,8	10 %	88,4	33 %	53,8	17 %	50,6	49 %	31,9	42 %
Suède	352,2	-45 %	194,5	-51 %	37,4	-47 %	39,2	-41 %	30,6	-33 %	35,0	3 %	15,5	-31 %
Espagne	605,0	-5 %	399,0	0 %	65,8	-7 %	60,2	-9 %	17,7	-62 %	31,9	-6 %	30,4	36 %
Italie	733,4	15 %	459,9	16 %	94,7	34 %	51,0	-23 %	74,2	61 %	23,9	-30 %	29,6	32 %
France	644,8	1 %	343,1	-14 %	82,4	16 %	94,5	42 %	42,3	-8 %	59,2	74 %	23,4	4 %
UE	637,5	0 %	397,8	0 %	70,8	0 %	66,5	0 %	46,0	0 %	34,0	0 %	22,4	0 %
Femmes	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var	Tx	Var
Irlande	307,6	64 %	177,3	114 %	16,2	-47 %	43,7	137 %	58,9	56 %	4,0	-59 %	7,5	-15 %
Danemark	419,4	123 %	217,1	162 %	28,1	-8 %	27,3	48 %	123,0	225 %	14,2	45 %	9,6	8 %
Portugal	105,1	-44 %	37,1	-55 %	20,9	-31 %	14,6	-21 %	17,2	-55 %	5,0	-49 %	10,4	17 %
Pays-Bas	182,6	-3 %	105,9	28 %	12,8	-58 %	26,3	42 %	21,7	-43 %	8,5	-13 %	7,3	-17 %
Belgique	194,5	3 %	74,5	-10 %	27,2	-11 %	15,0	-19 %	52,1	38 %	14,2	45 %	11,5	30 %
RU	284,8	51 %	181,3	119 %	16,5	-46 %	42,8	132 %	34,8	-8 %	3,7	-63 %	5,7	-35 %
Finlande	207,1	10 %	68,8	-17 %	20,0	-34 %	21,1	14 %	76,0	101 %	11,1	13 %	10,1	14 %
Grèce	111,5	-41 %	55,7	-33 %	16,1	-47 %	8,1	-56 %	7,8	-79 %	3,2	-68 %	20,5	132 %
Allemagne	179,3	-5 %	75,7	-9 %	35,3	16 %	13,7	-26 %	34,3	-9 %	13,1	34 %	7,2	-18 %
Autriche	206,6	10 %	78,0	-6 %	41,9	38 %	14,9	-19 %	42,5	12 %	19,6	100 %	9,6	8 %
Luxembourg	165,7	-12 %	61,7	-25 %	32,3	6 %	9,9	-46 %	30,5	-19 %	10,7	9 %	20,5	131 %
Suède	154,2	-18 %	93,5	13 %	15,5	-49 %	15,4	-16 %	14,5	-62 %	10,0	2 %	5,2	-41 %
Espagne	97,7	-48 %	29,7	-64 %	27,5	-10 %	9,5	-48 %	11,2	-70 %	8,2	-16 %	11,5	30 %
Italie	219,8	17 %	69,2	-16 %	54,5	79 %	12,7	-31 %	67,7	79 %	6,2	-37 %	9,5	8 %
France	142,9	-24 %	47,0	-43 %	24,0	-21 %	14,4	-22 %	32,1	-15 %	15,9	63 %	9,4	6 %
UE	188,1	0 %	82,8	0 %	30,4	0 %	18,5	0 %	37,8	0 %	9,8	0 %	8,9	0 %

¹ Taux de décès standardisés par âge (population de référence : population européenne OMS)

Var = (Tx de décès du pays – Tx de décès moyen européen) / Tx de décès moyen européen

Année 2000 sauf pour le Danemark et la Grèce (1999) et la Belgique (1997)

² Voies aéro-digestives supérieures

mortalité masculine y est la plus forte en Espagne, en Grèce, au Luxembourg, en Belgique et en France et la plus faible au Danemark, Irlande, Royaume-Uni et en Suède.

Qualité et comparabilité des données

Cette étude met en évidence des différences importantes de niveau de la mortalité des personnes de plus de 64 ans entre pays. Avant d'interpréter ces résultats en termes de tendances épidémiologiques, il faut s'assurer que ces disparités ne sont pas dues à des biais liés à des pratiques spécifiques de production de données. L'analyse de la comparabilité des causes de décès en UE fait l'objet de travaux européens [1]. L'ensemble des pays utilise actuellement un certificat de décès similaire à celui recommandé par l'OMS. De même, chaque pays applique, d'une manière de plus en plus homogène, les règles de codification de la CIM pour sélectionner, à partir d'un certificat comportant plusieurs causes de décès concurrentes, la cause initiale sur laquelle sera basée les statistiques internationales. L'orientation actuelle vers des systèmes de codification automatique intégrant des règles de décision communes contribue fortement à l'homogénéisation des données produites [2]. Cependant, malgré ces évolutions, certaines pratiques spécifiques peuvent entraîner des biais de comparabilité. L'impact de ces biais varie selon le type de causes de décès [3,4]. Par exemple, la faible mortalité par maladies cardio-vasculaires observée dans certains pays, a été mise en relation avec des pratiques d'enregistrement (morts subites d'origine cardiaque enregistrées soit en causes de décès mal définies, soit en cardiopathies ischémiques). Les modalités de retour d'information sur la cause de décès après examens médico-légaux, la fréquence des autopsies, les règles de confidentialité ou même des critères d'ordre culturel ou religieux peuvent avoir une influence sur le niveau de comparabilité des taux de décès par morts violentes [5]. Certaines études ont également montré que dans le cas d'une comorbidité au moment du décès, le choix de la cause initiale pouvait varier selon les pays. Ces cas sont plus fréquents pour les personnes âgées pour lesquelles les pathologies chroniques sont nombreuses.

Le rôle des facteurs de risque et des pratiques de santé

Les disparités de mortalité mises en évidence peuvent être interprétées en fonction des connaissances sur les facteurs de risque et sur les pratiques de santé. La sous-mortalité par infarctus dans les pays du sud est ainsi mise en relation avec un type d'alimentation « protecteur ». Le rôle du système de soins (qualité et rapidité de la prise en charge) est également déterminant pour les décès par infarctus. La mortalité par maladies cérébro-vasculaires élevée dans certains pays du sud peut s'expliquer par certaines spécificités du mode de cuisson et de conservation des aliments. Des habitudes alimentaires particulières peuvent aussi expliquer une fréquence élevée de décès

par cancer du côlon ou par cancer de l'estomac. Les tendances de la mortalité par cancer du poumon sont fortement dépendantes des évolutions dans le temps du niveau de la consommation de tabac. Les taux de décès plus élevés des femmes au Royaume-Uni s'expliquent par leur consommation importante de tabac depuis les années 60. La distribution des cancers VADS s'explique pour une grande part par les niveaux de consommation de tabac et d'alcool. Des disparités importantes nord-sud de mortalité par accidents de la circulation subsistent en dépit d'une politique commune européenne de prévention routière lancée il y a plusieurs années. La consommation d'alcool joue également un rôle important sur les disparités mises en évidence. A cet égard, les disparités de mortalité relatives au regroupement des causes de décès « liées aux pratiques de santé » sont très marquées et permettent de mesurer indirectement l'impact global pour chaque pays des comportements à risque et des politiques de prévention primaire. L'interprétation des disparités de mortalité doit également prendre en compte le rôle potentiel d'une compétition entre causes de décès. La position favorable de la France en matière de mortalité après 64 ans contraste ainsi fortement avec sa mauvaise position en matière de mortalité « prématurée » [6]. Une explication pourrait être que les personnes les plus sujettes à des comportements à risque (par exemple, consommateur d'alcool en France) décèdent prématurément et que la population restant en vie est « sélectionnée » pour sa bonne santé et davantage épargnée ensuite.

Références

- [1] Jouglé E, Rossollin F, Niyonsenga A, Chappert JL, Johansson LA, Pavillon G. Comparability and quality improvement in European causes of death statistics. Eurostat, Project 96 / S 99-5761 / EN, 2001: 190 p. http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp_monitoring_1998_frep_04_en.pdf
- [2] Pavillon G, Johansson LA. Production of methods and tools for improving causes of death statistics at codification level. European Commission, Eurostat, 2001, 108 p.
- [3] Gittelsohn A.M., Royston P.N. Annotated bibliography of cause of death validation studies (1958-1980). Vital and Health Statistics, series 2, 89. Washington: US Government Printing Office; Washington 1982.
- [4] Jouglé E, Pavillon G. International comparability of causes of death data - Methods and results. in: Morbidity and Mortality data-problems of comparability; Ed: Wunsh G. and Hiancioglu A. Hacettepe University-Institute of Populations Studies; Hacettepe 1997; 75-95.
- [5] Jouglé E, Pequignot F, Chappert JL, Rossollin F, Le Toullec A, Pavillon G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. Rev Epidemiol Sante Publique, 2002; 50:49-62.
- [6] Jouglé E, Salem G, Gancel S, Michel V, Kurzinger ML, Rican S, Hamzaoui N. Atlas de la mortalité dans l'Union européenne. Commission Européenne, Statistiques de la santé, Eurostat, Thème 3, Population et conditions sociales, 2002, 119 p.

Épidémiologie des démences et de la maladie d'Alzheimer

Joël Ankri

Groupe hospitalier Sainte-Périne, Paris

L'accroissement du nombre de personnes âgées et très âgées en France depuis une vingtaine d'année pose le problème de l'augmentation des démences dans cette population. La connaissance du nombre de personnes à risque doit faire prendre conscience de l'importance de l'effort à faire pour la société en termes de prise en charge de ces patients. Cette connaissance passe par des études épidémiologiques qui nous permettent de préciser la prévalence, l'incidence et les facteurs de risque de la maladie.

Des progrès ont été réalisés dans ce domaine depuis une dizaine d'années. L'incidence et la prévalence de la démence sont connues et de nombreux facteurs de risque ont été identifiés dont certains ouvrent des voies de recherche possibles aidant à la prévention de la maladie. Ces études ont bénéficié de la mise en place de critères internationalement reconnus de la définition de la démence (DSM III-R et DSMIV)[1] et de la maladie d'Alzheimer (NINCDS-ADRDA) [2]. On distingue classiquement les démences d'origine dégénérative au premier

rang desquelles se trouve la maladie d'Alzheimer des démences vasculaires. Il existe des formes associant les deux mécanismes qu'on appelle démences mixtes. La maladie d'Alzheimer constitue une démence corticale mais on peut rencontrer également des démences sous corticales comme celles observées au cours de l'évolution de la maladie de Parkinson ou des démences sous cortico-corticale comme la démence à corps de Lewy. On peut également retrouver des atteintes plus focales comme les démences frontotemporales. L'épidémiologie de ces différentes formes est le plus souvent mal connue, seule celle de la maladie d'Alzheimer a été le mieux étudiée. Rappelons que la maladie d'Alzheimer est à début insidieux et à évolution le plus souvent lentement progressive et que les critères diagnostiques ne permettent que d'établir un diagnostic possible ou probable. Le diagnostic de certitude de la maladie ne pouvant être obtenu que par l'anatomopathologie. Cette dernière ne pouvant être obtenue que post mortem, elle n'est qu'exceptionnellement utilisée en pratique.