

MORBIDITÉ, MORTALITÉ : problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective.

Colloque international de Sinaia (2-6 septembre 1996)



ASSOCIATION INTERNATIONALE DES DÉMOGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE

AIDELF

Mortalité et causes de décès en Alsace : un mode de vie en question

Marie-Noële DENIS

CNRS, Strasbourg, France

Introduction

Les indicateurs de mortalité et de causes de décès placent l'Alsace dans une situation défavorable par rapport à bon nombre d'autres régions françaises. En l'absence d'intervention des services de santé, cette forte mortalité pourrait être attribuée à des conditions d'environnement néfastes, à des facteurs sociaux et génétiques particuliers de même que les inégalités entre les sexes dans ce domaine seraient censées traduire des différences de comportements. Mais par ailleurs l'Alsace dispose d'une très bonne infrastructure médicale qui pour certaines affections liées à l'éducation sanitaire, aux pratiques vaccinales, à la chirurgie, à la continuité des soins, devrait permettre d'éviter un certain nombre de décès.

1. La mortalité en Alsace

1.1. Taux de mortalité

Dans une première approche, il apparaît que le *taux brut de mortalité*, c'est-à-dire le nombre de décès d'une année rapportée à la population totale, est satisfaisant et inférieur à celui de la France entière, aussi bien dans le Haut-Rhin que dans le Bas-Rhin (tableau 1). Cette situation en 1992 correspond, dans l'un et l'autre cas, à un fléchissement continu depuis 1975 et l'Alsace se situerait dans une meilleure position que l'ensemble de la France depuis 1980 (tableau 2).

TABLEAU 1 : TAUX DE MORTALITÉ (‰) EN 1992

Bas-Rhin	8,6
Haut-Rhin	8,7
Alsace	8,6
France entière	9,1

Source : « La situation géographique en 1992 », Paris, INSEE, 1992

TABLEAU 2 : TAUX DE MORTALITÉ (‰) DE 1975 À 1992

	Alsace	France
1975	10,7	10,6
1980	10,0	10,2
1985	9,6	10,0
1990	9,1	9,3
1991	8,9	9,2
1992	8,6	9,1

1.2. Mortalité et répartition par âge de la population

Il est bien évident que ces résultats sommaires sont soumis aux variations de la composition par âge de la population. Quand celle-ci est plus âgée, elle totalise plus de décès et, à l'inverse, une population plus jeune en compte beaucoup moins. Une étude de la mortalité doit tenir compte de ces différences qui faussent les résultats en faveur de l'Alsace. Pour ce faire nous disposons d'un certain nombre d'indices et de méthodes de calcul.

Ainsi l'espérance de vie à la naissance fait apparaître une situation peu favorable et un écart important entre les deux sexes. Celle-ci était estimée, dans la région, à 71,9 ans pour les hommes et 79,5 ans pour les femmes contre respectivement 73,1 et 81,3 ans en France à la même date (tableau 3). L'Alsace se trouve dans ces conditions au deuxième rang des mortalités les plus élevées de France après le Nord-Pas-de-Calais (au troisième rang pour les hommes et au deuxième rang pour les femmes) et les écarts à la moyenne nationale se réduisent peu (tableau 5).

L'écart entre les deux sexes a plus diminué en Alsace depuis 1982 que dans la France entière (tableau 3). L'espérance de vie féminine qui était en 1982 plus élevée d'une demi-année que pour la France est devenue inférieure d'un an en 1990 et de 1,8 ans en 1992 (tableau 4). Il y a donc une aggravation relative de la mortalité féminine dans une tendance générale à la baisse.

TABLEAU 3 : ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE. 1982-1992

	ALSACE			FRANCE		
	1982	1990	1992	1982	1990	1992
Hommes	69,4	71,6	71,9	70,7	72,6	73,1
Femmes	79,3	79,7	79,5	78,8	80,8	81,3
Écart	9,9	8,1	7,6	8,1	8,2	8,2

Sources : Chiffres pour l'Alsace, n° 27, 1994,
« Tableaux de l'économie alsacienne », Strasbourg, INSEE, 1994-95.

TABLEAU 4 : ÉCARTS DE L'ESPÉRANCE DE VIE ENTRE L'ALSACE ET LA FRANCE. 1982-1992

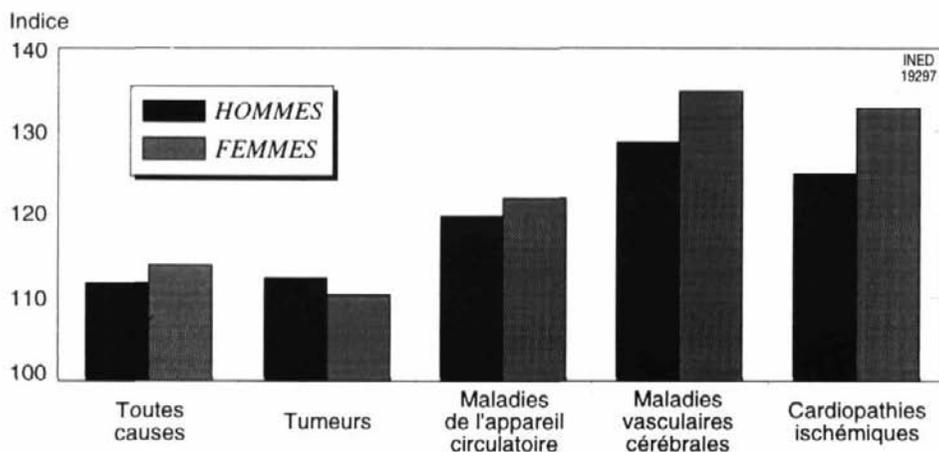
	1982	1990	1992
Hommes	- 1,3	- 1,0	- 1,2
Femmes	+ 0,5	- 1,1	- 1,8

Ainsi en 1989-90 l'Alsace se trouvait voisine des régions de France où l'espérance de vie à la naissance était inférieure à 70 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes, dans un arc comprenant les départements bretons, la Normandie, la Picardie, le Nord-Pas-de-Calais, les Ardennes, la Lorraine et les deux départements de l'Est.

Le taux comparatif de mortalité calculé selon la méthode de la mortalité-type révèle aussi que le Haut-Rhin et le Bas-Rhin, situés entre 9,5 et 10 ‰ en 1989-90, se classent parmi les départements à taux élevé du tiers nord de la France, avant même la Normandie, la Bretagne et le Nord-Pas-de-Calais.

L'indice comparatif de mortalité permet de confirmer encore la position peu favorable de notre région. Pour 100 décès survenus en France en 1989-90, il y en avait 112 en Alsace.

Cet indice dénonce d'autre part une surmortalité féminine de 25 à 34 ans et de 75 à 84 ans et une surmortalité générale par rapport à la France à partir de 45-54 ans (graphique 1) alors que jusqu'à cette tranche d'âges les taux de mortalité alsaciens sont inférieurs à la moyenne nationale.



Source : « Tableaux de l'économie alsacienne », Strasbourg, INSEE, 1994-95

GRAPHIQUE 1 : MORTALITÉ COMPARÉE ALSACE-FRANCE PAR SEXE ET ÂGE EN 1988-1990 (base 100=France)

L'indice de mortalité relative par âge (SMRS) calculé dans le cadre de la communauté européenne entre 1980 et 1984 fait apparaître le même type de surmortalité.

La surmortalité prématurée (de 1 à 64 ans) à structure par âge comparable est supérieure à la moyenne nationale : elle représente 25 % des décès pour les deux sexes confondus, 14 % des décès féminins, 36 % des décès masculins.

La surmortalité constatée en Alsace est le fait des adultes, surtout après 45-54 ans, en particulier des femmes. Agir contre ces décès, en partie « évitables », suppose que l'on en connaisse les causes.

2. Les causes de décès

2.1. Les résultats de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

Une première approche de la structure des causes de décès, indépendamment des incidences de la répartition par âge de la population, révèle une situation moins défavorable puisque l'Alsace apparaît en-deça de la moyenne française, y compris pour les principales causes : tumeurs et maladies de l'appareil circulatoire (tableau 5). Mais ces résultats semblent dûs surtout à de mauvaises déclarations puisque la rubrique "symptômes et états morbides mal définis" atteint dans la région des valeurs considérables (130,2 ‰ en 1992, le double de la France entière. Tableau 5) et se révèle particulièrement forte dans le Bas-Rhin. Ces constatations engagent à beaucoup de prudence quant à l'interprétation des statistiques.

TABLEAU 5 : CAUSES DE DÉCÈS EN ALSACE ET EN FRANCE EN 1992 (%)

Causes	Structures	
	Alsace	France
Maladies infectieuses et parasitaires	14,0	21,1
dont : SIDA et infections par le VIH	2,8	7,8
Tumeurs	252,1	275,9
Maladies endocriniennes, troubles immunitaires	21,1	24,8
Troubles mentaux	28,4	23,5
dont : alcoolisme	4,1	4,7
Maladies du système nerveux	17,7	21,4
Maladies de l'appareil circulatoire	315,4	326,0
Maladies de l'appareil respiratoire	70,5	72,2
Maladies de l'appareil digestif	48,0	49,8
Maladies des organes génito-urinaires	11,4	13,2
Symptômes et états morbides mal définis	130,2	64,4
Causes extérieures de traumatismes	73,3	87,4
dont : accidents de la circulation	13,3	16,8
suicides	18,1	22,1
Autres maladies	17,9	20,3
Ensemble	1000,0	1000,0

Source : INSERM

2.2. Les décès selon la cause et par sexe en Alsace et en France en 1991

Force est néanmoins de constater que la mortalité féminine est supérieure en Alsace à la moyenne nationale pour les décès dus à des troubles du système circulatoire, et dans une moindre mesure la mortalité masculine par tumeurs. (Tableau 6).

TABLEAU 6 : DÉCÈS SELON LA CAUSE, PAR SEXE EN 1991

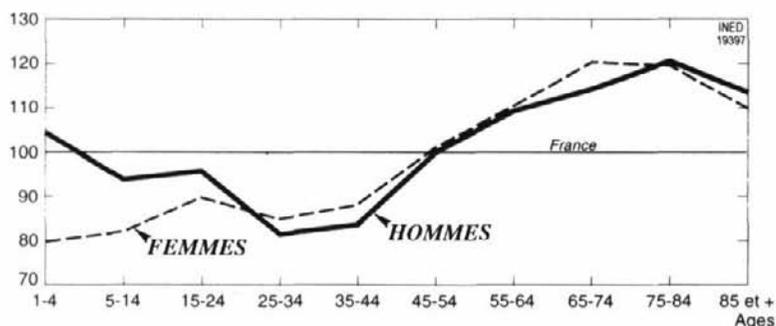
	Troubles du syst. circulatoire			Néoplasmes		Pneumonie Bronchite Emphysème Asthme	Maladies Hépatiques chroniques	Accidents transport	Suicides
	Total	dont : maladies ischémiques du cœur	Mal. Cérébro- vasculaires cirrhose	Total	Dont : organes digestifs et péritoine				
% des décès de sexe masculin selon la cause									
Alsace	29,3	10,4	8,0	33,8	4,9	6,1	2,6	2,7	2,5
France	29,4	9,9	7,3	32,0	4,5	5,7	2,4	2,5	3,0
% des décès de sexe féminin selon la cause									
Alsace	41,2	10,6	13,0	22,3	4,2	5,7	1,4	0,6	1,3
France	38,0	8,9	11,4	22,3	4,1	5,3	1,2	1,0	1,3

Source : « Statistiques et indicateurs des régions françaises », Paris, INSEE, 1992.

2.3. Indices de surmortalité alsacienne selon la cause

L'indice de surmortalité, toutes causes confondues, est, nous l'avons vu, plus élevé en Alsace que pour la France entière, et plus encore pour les hommes que pour les femmes (graphique 2). Sa répartition par cause révèle qu'il est très supérieur à la moyenne française dans le cas des maladies de l'appareil circulatoire, en particulier pour les femmes (graphique 2), viennent ensuite les tumeurs pour les deux sexes, les maladies de l'appareil digestif pour les hommes et les autres pathologies pour les femmes.

Les troubles vasculaires cérébraux, puis les cardiopathies ischémiques (tableau 6) se révèlent particulièrement mortifères (bien qu'une diminution respective de 31 et de 16 % ait été observée entre 1982 et 1990 pour les moins de 65 ans). Par ailleurs l'Alsace occupe le premier rang européen pour l'ensemble des cancers masculins du poumon (avec une augmentation de 10 % entre 1982 et 1990); le premier chez les femmes pour les cancers du sein et de l'utérus; le premier rang pour les deux sexes pour les cancers colo-rectaux et rénaux. Certaines pathologies, comme la tuberculose, considérées comme éradiquées, provoquent encore des décès trop nombreux.



Source : Chiffres pour l'Alsace, N° 27, Juillet-Août, 1994

GRAPHIQUE 2 : INDICE DE SURMORTALITÉ ALSACIENNE SELON LA CAUSE EN 1988-90 (BASE 100=FRANCE)

2.4. Les décès évitables

Dans les conditions sanitaires et sociales françaises actuelles 55,6 % des décès prématurés masculins et 51,7 % des décès prématurés féminins se produisant en Alsace peuvent être considérés comme « évitables » (tableau 7). Chez les hommes les actions à entreprendre passent par la modification de comportements à risques (consommation d'alcool, de tabac, conduite automobile). Chez les femmes il s'agit surtout d'améliorer l'efficacité de la prise en charge par le système de soins, notamment pour le dépistage des cancers du sein et de l'utérus.

TABLEAU 7 : RÉPARTITION DES DÉCÈS PRÉMATURÉS EN ALSACE SELON LEUR CARACTÈRE "ÉVITABLE" (1988-1990)

	Hommes		Femmes	
	Nombre annuel	%	Nombre annuel	%
Décès « évitables »	1 391	55,6	514	51,7
Autres décès	1 113	44,4	481	48,3
Décès prématurés	2 504	100,0	995	100,0

Source : « La santé observée », ORSAL, 1995

3. Un très bon équipement médical

L'Alsace est pourtant l'une des régions françaises les mieux équipées au point de vue médical, et ce depuis la période d'occupation allemande (1870-1918) et la politique sociale de Bismarck.

Avec 10 lits pour 1000 habitants en 1990, elle occupait le deuxième rang (après l'Île-de-France) pour les possibilités d'hospitalisation de court séjour, le troisième en chirurgie, et s'alignait sur la moyenne nationale en moyen séjour et gynécologie-obstétrique.

Avec 293 médecins pour 100.000 habitants en 1993, elle occupait la troisième place, juste après la Provence-Côte d'Azur et l'Île-de-France. La moitié des communes en Alsace possède en effet un cabinet médical, avec quelques inégalités de répartition : une plus forte concentration dans les villes aux dépens des vallées vosgiennes et des zones isolées au nord et au sud des deux départements. Plus de la moitié de ces médecins (51,7 % en 1993) sont des spécialistes, pourcentage dépassé seulement par l'Île-de-France.

L'Alsace compte aussi 469 infirmières pour 100.000 habitants, proportion plus élevée que la moyenne nationale (encore qu'elles ne soient pas assez nombreuses dans le secteur libéral). De plus la région bénéficie d'un système de remboursement des frais médicaux plus favorable que dans le reste de la France. Le régime local de la sécurité sociale, hérité de la période allemande, assure en effet une couverture à 90 %.

Mais il a été démontré, aux États-Unis notamment, que l'offre de soins ne représentait qu'une part minoritaire parmi les éléments qui déterminent l'état de santé d'une population, 11 % contre 27 % pour les facteurs liés à la biologie humaine, 19 % pour l'environnement et 43 % pour les modes de vie.

La surmortalité en Alsace est avant tout à mettre en rapport avec des composantes sociales et des comportements culturels qui induisent un mode de vie particulièrement dangereux.

4. Un mode de vie en question

4.1. Des revenus élevés mais une forte proportion d'ouvriers

L'Alsace est la région qui déclare le revenu moyen le plus élevé après l'Île-de-France. Pour l'ensemble des foyers imposés et non imposés, celui-ci était en effet en 1991 de 86.000 Frs contre 109.000 en Île-de-France et 72.200 Frs pour l'ensemble des autres régions.

Mais elle se distingue aussi par une forte proportion d'ouvriers (17,3 % contre 13,5 % dans la France entière), dont beaucoup n'ont aucune qualification (16 % en Alsace, contre 14 % des salariés dans la région Rhône-Alpes et 9 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur). Et l'on sait que l'espérance de vie est plus faible pour les ouvriers que dans les autres catégories sociales.

4.2. Un mode de vie à risques

Par ailleurs, certains usages de la vie quotidienne favorisent les pathologies les plus fréquentes, surtout pour les hommes.

Les habitudes alimentaires de la région ne correspondent pas toujours aux impératifs d'une saine diététique. Une enquête nutritionnelle effectuée dans le Bas-Rhin a révélé que si les Alsaciens ont un apport énergétique conforme aux recommandations, l'équilibre entre les grandes classes d'aliments n'est pas respecté. Leur régime comporte un excès de protéines et de graisses animales, de sucres et des carences en calcium, magnésium et fibres alimentaires. Une enquête sur les facteurs de risques cardio-vasculaires a mis aussi en garde contre l'obésité. Le poids d'un Bas-Rhinois, à âge égal, est de 5 kg supérieur chez les hommes et 6 kg chez les femmes par rapport aux habitants de Haute-Garonne.

L'Alsace est aussi une région productrice de tabac. En 1986, la consommation journalière de la population de plus de 15 ans était de 7,4 cigarettes par personne contre 5,9 pour la France entière. Par ailleurs, l'enquête « santé » de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE, 1991-92) a montré que les ouvriers étaient les plus touchés dans ce domaine et que la consommation progressait chez les femmes et les adolescents.

L'Alsace fournit aussi 5 % de la production nationale en vins de qualité, 3,6 % en alcool et 50 % en bière (dans le Bas-Rhin). Ces trois boissons font partie intégrante de la culture régionale. En 1985-87, dans le Bas-Rhin, l'alcool représentait 9 % de la ration alimentaire des hommes et 3 % de celle des femmes. Le dispositif de lutte contre l'alcoolisme est important (27 consultants d'hygiène alimentaire et d'alcoolémie pour 10 000 habitants contre 15,5 % pour la France entière) mais peu efficace.

5. Les actions de prévention

Les actions préventives en terme de santé et leur régionalisation est un phénomène récent. Cette nouvelle politique a été définie par une « Conférence régionale sur l'état de santé et les priorités de santé publique en Alsace » (14 septembre 1995). Celle-ci a distingué des actions de dépistage et d'éducation.

5.1. Dépistage des pathologies définies comme prioritaires

Une première démarche consiste à mettre en œuvre des campagnes de dépistage médical des pathologies considérées comme responsables des morts évitables. Ainsi l'organisme « Alsace contre le cancer » s'est donné comme objectif pour l'année 2005 de stabiliser la mortalité par cancer du poumon et des voies aéro-digestives supérieures, de diminuer de 50 % l'incidence du cancer du col de l'utérus, de stopper l'augmentation de la mortalité par cancer du sein.

Deux campagnes de dépistage systématique ont été mises en oeuvre dans le Bas-Rhin : ADEMAS pour le cancer du sein, soutenue et évaluée par l'Union Européenne, et EVE pour le cancer de l'utérus. Elles fonctionnent par une large publicité et la gratuité des examens médicaux pris en charge par des organismes publics nationaux et régionaux.

5.2. Éducation de la santé

La prévention des pathologies liées au mode de vie est considérée comme relevant de la responsabilité de chaque citoyen qui doit prendre conscience des déterminants de santé autres que médicaux : exercices physiques, mode d'alimentation, consommation d'alcool et de tabac. Toute action dans ce domaine est considérée comme relevant de la participation de la population, de la mobilisation des individus et des groupes sociaux. Cette éducation pour la santé est donc en grande partie confiée à des associations de citoyens (pour 27 %) engagés dans des actions bénévoles ou à des associations de lutte contre une pathologie précise (17 %). Aidées par les supports documentaires fournis par le Comité Régional d'Éducation pour la Santé (CORESA - CODESA dans le Haut-Rhin) elles interviennent surtout auprès des institutions (82 % des interventions dont 58 % en milieu scolaire), mais aussi très souvent dans des lieux publics fermés tels que les expositions, les salons où elles tiennent des stands. Elles se préoccupent surtout d'hygiène alimentaire (39 % des interventions), mais aussi de tabagisme (33 %) et d'alcoolisme (31 %). Leurs actions contre le tabac ont touché environ 17 000 personnes en 1993 dans le cadre d'opérations ciblées sur les groupes sensibles, adolescents, étudiants, avec la collaboration du Rectorat de l'Académie de Strasbourg.

Conclusion

Malgré la prospérité relative de la région et des équipements médicaux parmi les plus performants de France, la mortalité en Alsace demeure très élevée, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, et son évolution reste préoccupante. Due à des causes largement liées au mode de vie, elle révèle les disparités sociales et touche inégalement les hommes et les femmes, les uns mourant plus tôt de tumeurs et les autres plus tard de maladies cardio-vasculaires.

Les actions récentes engagées contre cette surmortalité alsacienne s'intègrent dans un dispositif large et régionalisé qui prend en compte les pathologies, mais aussi leurs origines, et responsabilise la population à travers le réseau des associations. Il serait hasardeux et prématuré d'en mesurer dès maintenant l'efficacité.

LES INDICES UTILISÉS

- (1) *Taux brut de mortalité* : Nombre de décès en une année pour une population de 1000 habitants.
- (2) *Espérance de vie* : Moyenne des durées de vie d'une génération fictive qui serait soumise toute sa vie aux quotients de mortalité par âge de l'année d'observation. L'espérance de vie à la naissance prend en compte tous les quotients de mortalité, y compris celui de la mortalité infantile; l'espérance de vie à un âge déterminé ne prend en compte que les quotients de mortalité au-delà de cet âge.
- (3) *Taux comparatif de mortalité* : Taux de mortalité qui serait observé dans une population (d'une région, d'un département) si celle-ci avait la même structure d'âge qu'une population type prise en référence (celle de la France par exemple).
- (4) *Indice comparatif de mortalité* : Rapport entre le nombre de décès dans une région et le nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux.
- (5) *Indice de mortalité relative par âge (SMRS)* : Les indices de mortalité relative utilisés ici ont été calculés en utilisant pour les régions les taux spécifiques par âge et par cause propres à la France. L'indice de la France dans son ensemble est la référence = 100.
- (6) *Indice de surmortalité prématurée* : Rapport en pourcentage du nombre de décès observés au nombre de décès attendus si les taux de mortalité par âge entre 1 et 65 ans étaient identiques aux taux nationaux dans la région considérée.
- (7) *Taux de mortalité infantile* : Nombre d'enfants n'ayant pas atteint le terme de leur première année pour 1000 naissances vivantes dans la même année.
- (8) *Indice de surmortalité* : Rapport du nombre des décès enregistrés dans une région au nombre des décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux. L'effet induit par la structure par âge de la population est ainsi éliminé.
- (9) *Décès évitables* : Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme "évitable", c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans. La liste des causes évitables, basée sur la classification simplifiée S9 de l'INSERM, inclut les décès entre 1 et 65 ans pour typhoïde, tuberculose, tétanos, SIDA, cancer de la cavité buccale et du pharynx, de l'oesophage, du larynx, de la trachée, des bronches, du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, maladie de Hodgkin, leucémies, psychose alcoolique et cirrhose du foie, cardiopathies rhumatismales chroniques, maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques, maladies vasculaires cérébrales, grippe, asthme, ulcères, mortalité maternelle, accident de la circulation, chute accidentelle et suicide.

BIBLIOGRAPHIE ET DOCUMENTS

- 1990, *Recensement général de 1990. Logements, population, emploi, évolutions, 1975, 1982, 1990. Régions, départements*, Paris, INSEE.
- 1990, *Recensement général de 1990. Population, activité, ménages. France et ses régions*, Paris, INSEE.
- 1991, *Statistiques et indicateurs des régions françaises*, Paris, INSEE.
- 1992, *La situation démographique en 1992*, Paris, INSEE.
- 1994, « La santé observée. Tableau de bord régional sur la santé », Observatoire Régional de la Santé (ORSAL).
- 1994-95, *Tableaux de l'économie alsacienne*, Strasbourg, INSEE.
- 1995, « L'éducation pour la santé en Alsace : État des lieux », *Inforsal*, n° 4, sept.
- 1995, *Dynamiques*, magazine d'information du Conseil Général du Bas-Rhin, novembre.
- FISCHER C., 1994. « Le système sanitaire : réalités et perspectives », *Chiffres pour l'Alsace*, n° 27, juil.-août, pp. 11-24.
- HOLLAND W.W., 1993. *European Community Atlas of Avoidable Death*, Oxford, New-York, Tokyo, Oxford University Press, 2 vol.
- LEVY M., 1980. « La baisse sélective de la mortalité », *Population et sociétés*, n° 134, avril.
- MARTY J. et VANNIEUWENHUYZE N., 1995. « Villes et frontières : atouts pour des revenus élevés », *Chiffres pour l'Alsace*, n° 29, oct., pp. 7-17.
- MICHEL E., 1993. « Disparités régionales de la mortalité en France. 1990 », *SESI, Solidarité, santé, études statistiques*, n° 1, mars.
- MUNOZ- PEREZ et NIZARD A., 1991. « Alcool, tabac, mortalité », *Population et Sociétés*, n° 254, février.
- VALLIN J., 1988. « Durée de vie : les femmes creusent l'écart », *Population et Sociétés*, n° 229, novembre.
- VALLIN J. et MESLÉ F., 1988. « Les causes de décès en France de 1925 à 1978 », *Travaux et documents*, n° 115, Paris, PUF, INED.
- VALLIN J. et MESLÉ F., « Évolution récente de la mortalité par cancer et par maladies cardiovasculaires en Europe », *Dossiers et Recherche*, n° 34, Paris, INED.