

Pour la première fois, les décès liés aux cancers sont plus nombreux que ceux liés aux maladies cardiovasculaires

Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004

Medical causes of death in France in 2004 and trends 1980-2004

Aouba A, Péquignot F, Le Toullec A, Jouglu E.

BEH 2007;35/36:308-14.

Contexte

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM (CépiDc) est chargé d'élaborer chaque année la statistique des causes médicales de décès pour la France. Les données recueillies permettent de proposer des indicateurs de mortalité contribuant à définir les priorités de santé publique et à évaluer l'impact des actions de santé.

Objectif

Cet article a pour objectif de présenter et d'analyser les caractéristiques des principales causes des décès survenus au cours de l'année 2004 en France métropolitaine et de décrire leur évolution récente (2000-2004) et à plus long terme (1980-2004).

Population étudiée

La population française métropolitaine.

Méthode

Les données sont issues de la base nationale des causes médicales de décès, élaborées annuellement par le CépiDc-INSERM. Les différentes causes sont codées et catégorisées selon la classification internationale des maladies (CIM). Extraite de la liste européenne établie par Eurostat, une sélection, prenant en compte les grands groupes de pathologies et les pathologies individualisées en raison de leur importance en santé publique, a été utilisée pour l'analyse. L'analyse porte sur les causes initiales de décès. Les indicateurs pris en compte sont les effectifs, les taux de décès bruts et standardisés par âge, les ratios de surmortalité et les coefficients de variation.

Résultats

En 2004, 509 408 décès toutes causes sont survenus en France métropolitaine. Le taux standardisé de mortalité correspondant était de 750,1/100 000 habitants. Le cancer était, pour la première fois, la cause de décès la plus fréquente (30 %) devant les maladies cardiovasculaires (29 %) et les accidents de transport (5 %). Ce classement des causes variait selon le sexe et l'âge. Chez les femmes, les maladies cardiovasculaires arrivaient en tête. Quel que soit le sexe, chez les 15-24 ans, les morts violentes (accident de transport et suicide) étaient les premières causes de décès. Chez les hommes, la première cause de décès était le suicide entre 25 et 44 ans, et le cancer du poumon entre 45 et 64 ans. Chez les femmes, les tumeurs prédominaient dès 25-44 ans, et le cancer du sein était la première cause de décès entre 45 et 64 ans. À partir de 65 ans, les maladies cardiovasculaires étaient la première cause de décès chez les hommes comme chez les femmes. La plupart des taux de décès ont régressé dans le temps. Entre 2000 et 2004, les accidents de transport ont fortement diminué mais le suicide a stagné et, pour les femmes, le cancer bronchique a considérablement augmenté.

Résultat principal

Ces données indiquent une tendance à la diminution des taux de décès, qui s'est renforcée depuis 2000, ainsi qu'une évolution de la distribution des causes, avec en particulier une progression du poids des pathologies cancéreuses. Dans ce contexte général, certaines causes ont eu une évolution contrastée, notamment les suicides qui n'ont pas régressé, ou le cancer bronchique et la maladie d'Alzheimer qui ont progressé.

Commentaires

Répertorier les maladies ayant entraîné la mort de nos concitoyens et mesurer leur poids est un travail épidémiologique descriptif intéressant⁽¹⁾. La rigueur des méthodes employées autorise l'utilisation des résultats pour élaborer des indicateurs de mortalité. Des priorités de santé publique peuvent ainsi être définies. L'impact des actions de santé peut être évalué.

Les maladies cardiovasculaires et le cancer du poumon ont en commun un facteur de risque important : le tabac. La mortalité cardiovasculaire diminue et la mortalité par cancer augmente. Que viendrait donc faire le tabac dans cette histoire alors que la prévalence du tabagisme a baissé de 12 % de 1999 à 2003⁽²⁾ ? Les cirrhoses du foie et les cancers des voies aérodigestives supérieures sont sous la dépendance de l'alcool. La prévalence du diabète de type 2 augmente régulièrement. Son diagnostic et son suivi mériteraient d'être améliorés (ANAES, CNAM, DGS). La prévalence de l'hypertension est importante dans la population générale. Les résultats de sa prise en charge sont globalement insuffisants⁽³⁾. Diabète et hypertension artérielle sont de gros pourvoyeurs de la mortalité cardiovasculaire qui pourtant diminue. Les décès ne sont pas souvent directement liés au diabète ou à l'hypertension mais à leurs complications. La prévalence et l'incidence du cancer de la prostate augmentent fortement. La mortalité par cancer de la prostate stagne⁽⁴⁾. Certains auteurs y voient la preuve que, si les décès par cancer de la prostate diminuent en pourcentage par rapport au nombre de cancers déclarés, c'est que le dépistage et le traitement précoce sont bénéfiques. D'autres⁽⁵⁾ disent que, si la valeur absolue des décès par cancer de la prostate ne change pas, c'est que le dépistage et le traitement précoce ne changent pas grand-chose au pronostic.

En soins primaires, il est difficile d'intégrer complètement les résultats de ce travail dans la pratique (épidémiologie analytique sur des maladies). En effet, la prise en charge des patients est globale. La maladie préoccupe mais aussi l'aspect psychocomportemental du patient et aussi son environnement socioprofessionnel et familial. L'approche est transversale. La classification internationale des maladies, utilisée dans cette étude, ne répond pas vraiment aux préoccupations quotidiennes. Il faut pourtant bien une référence et il est probable, en l'occurrence, que le recours à la classification internationale des soins primaires (CISP), plus proche de la médecine générale, ne résoudrait pas mieux le problème.

La vocation de la médecine générale est-elle d'empêcher les gens de mourir ou est-elle de les aider à mieux vivre ? Et, dans ces conditions, pourquoi pas plus longtemps ? La question reste pertinente face à la prévalence des morts violentes chez les jeunes. La vertu de ce travail est de mettre en exergue cette question. Il ne faut pas en rester à la simple comptabilité des maladies qui ont causé les décès. Aussi fiable que soit cet inventaire, ses résultats ne suffisent pas à démontrer de manière constante et congruente l'intérêt des grandes options de la prévention. Il faut corréler ces données à celles du terrain, à celles de la vraie vie. La recherche en médecine générale (épidémiologie analytique et épidémiologie évaluative)⁽¹⁾ doit produire les éléments nécessaires et suffisants pour répondre aux questions générées par cette étude, bien plus nombreuses que les conclusions.

Daniel LÉONARD – UFR Lille

Références

1. Dab W, Bard D. L'épidémiologie, science de base de la santé publique. Clefs CEA 1997;35:20-31.
2. Enquête sur la prévalence du tabagisme en décembre 2003. INPES, 2004.
3. Ménard J. Surveillance de l'hypertension artérielle en France. BEH 2008;49/5:477-8.
4. Grosclaude P, Davin JL, Neuzillet Y, Coulange C. Évolution de l'épidémiologie du cancer de la prostate depuis 20 ans. Progrès en Urologie 2006;16:653-60.
5. Aupérin A, Laplanche A, Hill C. Dépistage du cancer de la prostate dans la population générale : des inconvénients certains, un bénéfice hypothétique. Presse Med 2007;36:1045-53.