© Masson, Paris, 2004.

Rev Epidemiol Sante Publique, 2004, 52 : 329-331

Commentaire

Disparités de mortalité « prématurée » selon le sexe et causes de décès « évitables »

Disparities in "premature" mortality by gender and cause of "avoidable" death

P. AÏACH

CRESP (Centre de Recherche sur les Enjeux contemporains en Santé Publique), Université Paris 13-Inserm E 341, 74, rue Marcel-Cachin, 93 017 Bobigny. Email : pierre.aiach@wanadoo.fr (Tirés à part : P. Aïach)

Dans son discours prononcé le 1er octobre 2002 devant l'Académie Nationale de Médecine, le ministre de la Santé, Monsieur Mattei, déclarait : « Désormais, toute atteinte prématurée, tout phénomène — maladie ou accident — évitable suscite une indignation dans la population. C'est le décalage entre cette attente et une capacité de réponse insuffisante des pouvoirs publics qui a créé tant de crises depuis ces dernières années. Déjà, avec la création des agences sanitaires, le devoir de santé publique est mieux pris en compte. Mais je veux aller plus loin. Je veux faire de cette exigence sociale le moteur de la modernisation de notre système de santé ». Reprenant plus loin les points forts de la santé des français — espérance de vie parmi les plus élevées, mortalité infantile parmi les plus basses, pourcentage élevé du PIB (10 %) consacré aux dépenses de santé, accès aux médicaments facile, médecins compétents et dévoués —, il notait que pourtant, un peu partout, se manifestaient des frustrations et des crises majeures, expliquant que cela était dû au fait que « les ressources sont inéquitablement allouées dans notre système de santé ». Ainsi, il convenait de présenter à la représentation nationale une loi de programmation de santé publique qui aura deux objectifs : 1) prévenir la mortalité et la morbidité évitables et réduire les inégalités, 2) préserver la qualité de la vie des personnes en situation de handicap ou de dépendance.

Ajoutons que dans l'exposé des motifs de la loi, il est écrit : « la mortalité évitable en France est une des plus fortes des pays développés et cette situation est intolérable ».

Je pense que ce préambule situe bien l'importance accordée à la question de la mortalité prématurée, en particulier évitable, question qui est abordée dans l'article de H. Lefèvre et al. sous l'angle des différences selon le sexe. Cet article fait suite à un numéro thématique du Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire de l'Institut de Veille Sanitaire, de juillet 2003, portant sur la mortalité prématurée en France avec plusieurs articles fort intéressants et bien documentés, signés par plusieurs des auteurs du présent article [1]. Il manquait dans ce numéro une approche systématique en fonction du sexe, et c'est ce manque que cet article vient combler. On ne peut que s'en féliciter.

L'article tel qu'il est présenté est très clair, avec de nombreux tableaux qui aident la lecture et peuvent apporter des informations supplémentaires pour les lecteurs très attentifs et avertis. Je veux cependant profiter de cette occasion pour faire certaines observations et revenir sur quelques hypothèses que les auteurs émettent pour rendre compte de leurs observations.

LA QUESTION DES FACTEURS DE RISQUE ET LE « CONCEPT » DE MORTALITÉ « ÉVITABLE »

La mortalité « évitable » est, comme il nous est expliqué, cette partie de la mortalité dite prématurée (avant 65 ans) due aux comportements individuels et, donc, évitable puisque pouvant être corrigée par l'arrêt de ces comportements. Les facteurs de risque liés à ces comportements nuisibles pour la santé concernent le tabagisme, l'alcoolisation, les accidents de la route, le sida et

les suicides. Les auteurs reconnaissent, en fin d'article, que cette liste (utilisée par le Haut Comité de la Santé Publique et la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé) ne doit pas être considérée comme exhaustive, donnant l'exemple du rôle « du tabagisme et des comportements alimentaires en tant que déterminants des maladies cardio-vasculaires » non « pris en compte par cet indicateur ». Pourtant à aucun moment, me semble-t-il, n'est évoqué le rôle joué par des facteurs comme le travail et ses nuisances et, plus généralement, les conditions de vie des sujets morts prématurément. Il est, par exemple, souligné le rôle extrêmement important du tabac et de l'alcool dans la survenue des cancers des voies aériennes et digestives supérieures, sans dire que ces cancers sont le plus souvent produits aussi par la présence de substances cancérigènes inhalées pendant le travail et qui viennent ajouter leur poids à l'effet multiplicateur du tabac et de l'alcool.

D'une façon plus générale, la notion de mortalité évitable mérite une analyse critique dans la mesure où elle laisse entendre que les comportements humains nocifs pour la santé sont seulement le fait des individus et qu'il suffirait qu'une bonne éducation leur soit prodiguée (de préférence depuis le tout jeune âge) pour que ces comportements se modifient dans le bon sens. Or, comme le savent la plupart des médecins dans leur pratique et les acteurs qui sont en contact avec ceux qui en subissent le plus les effets négatifs (les milieux populaires, en particulier ouvriers), ces facteurs de risque sont étroitement imbriqués dans des pratiques sociales des contraintes que définissent en grande partie les conditions de vie. Le souci de la santé ne peut se traduire en actes quand le poids des difficultés et des souffrances quotidiennes incite précisément à poursuivre sinon à accentuer des pratiques à risque, en particulier fumer et boire. C'est ce qui explique sans doute que la mortalité évitable ou prématurée est d'autant plus élevée que l'on descend dans l'échelle sociale et que c'est là où les inégalités sociales sont les plus fortes. Si la France occupe la dernière place en Europe pour la mortalité évitable pour les hommes et la 11e sur 14 pour les femmes, c'est sans doute aussi parce que les inégalités sociales en France sont, en particulier pour cette tranche d'âge des sujets professionnellement actifs, plus fortes, s'agissant d'hommes mais aussi de femmes (c'est ce que montrent A. Kunst et al. dans leur chapitre « Les inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens » dans le livre « Les inégalités sociales de santé » [2])[1].

Par ailleurs, il faut également souligner le fait que, dans la plupart des cas, les sujets morts prématurément souffraient de plusieurs troubles et maladies, sans parler des nombreux handicaps sociaux qui grevaient leur existence ; ainsi, leur mort prématurée, évitable ou pas, est due, non seulement à la cause principale retenue dans les études, mais aussi à d'autres causes qui ont joué dans le processus morbide et dans l'histoire médicale qui a été la leur avant de décéder[2]*. Cette hypothèse forte amène à poser la question des déterminants de la mortalité prématurée ou évitable sous l'angle des inégalités sociales et, donc, dans une problématique qui conduit à s'interroger sur la façon dont les facteurs de risque, au sens épidémiologique, sont à la fois le produit et le déterminant de facteurs sociaux qui se sont manifestés depuis la plus tendre enfance dans un processus cumulatif.*

LA QUESTION DES DIFFÉRENCES ENTRE SEXES POUR LA MORTALITÉ ÉVITABLE

Cette question se décompose, à mon sens, en trois interrogations :

– pourquoi d'une façon générale les femmes ont une mortalité nettement plus faible que celle des hommes ?

– pourquoi cette différence est-elle davantage marquée pour la mortalité prématurée ou évitable ?

– pourquoi ces différences sont-elles particulièrement élevées en France ?

---

[1] *Signalons que, dans la figure 2 de leur chapitre, les auteurs montrent que les non-manuels ont un taux de décès situé à la moyenne européenne pour les 45-59 ans, alors que les manuels sont nettement au-dessus, suggérant par là que la mortalité prématurée est surtout le fait des catégories du bas de l'échelle sociale.*

[2] *C'est ce qui apparaît très nettement dans la recherche que je mène (par entretiens approfondis avec des médecins généralistes) avec Patrick Florés, médecin généraliste et chercheur INSERM, sur les patients morts prématurément.*

En ce qui concerne la première interrogation, les auteurs font référence dans leur dernier paragraphe aux comportements à risque, causes de la surmortalité masculine qu'ils font remonter à des périodes anciennes. On peut ajouter que cette surmortalité masculine n'est pas si ancienne puisque, avant le XXe siècle, il existait une surmortalité féminine, en particulier aux âges très jeunes et que la surmortalité masculine s'est vraiment affirmée avec la substitution des maladies chroniques dégénératives (en particulier le cancer) aux maladies épidémiques transmissibles. C'est à ce moment là que les facteurs de risque masculins, qui existaient déjà, ont pris toute leur importance. Quant à la sur-morbidité féminine à laquelle les auteurs accordent quelques lignes, en soulignant le fait qu'elle serait due à la plus grande « attention des femmes à leur santé » et que « cette meilleure éducation sanitaire des femmes serait la conséquence du suivi médical régulier au cours de leur vie féconde », je me permettrais de ne pas être tout à fait d'accord avec cette explication [3].

La deuxième interrogation renvoie aux causes spécifiques pour lesquelles les « comportements à risque » (ceux pris en compte et d'autres) sont déterminants, même si plus tard ils continuent à jouer. Cependant, il ne faut pas se cacher la difficulté de répondre à une telle question qui, non seulement concerne les hommes et les femmes, mais aussi les catégories socioprofessionnelles. D'ailleurs, ces deux dimensions sont liées car les différences entre sexes sont aussi fonction des différences sociales : les inégalités entre femmes étant nettement plus faibles que celles existant entre hommes (en gros deux fois moins), on comprend que l'écart entre hommes et femmes s'amenuise en montant dans la hiérarchie sociale. Ce qui veut dire que les différences entre sexes sont en partie le produit des inégalités sociales et de leur différenciation selon le sexe. Il reste à comprendre, en fonction de la nature des déterminants de chaque cause de mortalité et du processus de cumul des facteurs tout le long de la vie avec des effets d'amplification (sur le plan social et biologique), pourquoi après 65 ans les écarts sociaux et entre sexes diminuent sans toutefois jamais disparaître. L'hypothèse d'une élimination prématurée des plus atteints et fragilisés n'est pas à exclure.

La troisième interrogation me semble très étroitement liée aux précédentes : si les écarts sont particulièrement élevés en France, qu'il s'agisse d'inégalités sociales (elle est au dernier rang) ou de sexe (la France est 10e sur 14 pays pour la mortalité évitable dans l'Union Européenne), c'est parce que la France est un pays à la fois à très fortes inégalités sociales (qui engendrent les inégalités sociales de santé) et où certains facteurs de risques sont particulièrement présents comme l'alcool, les accidents du travail et de la circulation, les risques liés au travail pour n'en citer que quelques uns. C'est le produit de l'histoire sociale et culturelle du pays et des politiques suivies sur ces questions.

RÉFÉRENCES

1. *Péquignot F, Le Toullec A, Bovet M, Jougla E. La mortalité évitable liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France. BEH 2003 ; 30-31 : 139-41.*
2. *Kunst AE, Groenhof F, Mackenbach JP, et le Groupe de Travail de l'Union Européenne sur les Inégalités Socio-Économiques de Santé. Inégalités sociales de mortalité prématurée : la France comparée aux autres pays européens. In : Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T, eds. Les inégalités sociales de santé. Paris : La Découverte/Éditions de l'Inserm, 2000 : 53-68.*
3. *Aïach P. Femmes et hommes face à la mort et à la maladie : des différences paradoxales ». In : Aïach P, Cèbe D, Cresson G, Philippe C, eds. Femmes et hommes dans le champ de la santé. Approches sociologiques. Rennes : Éditions ENSP, 2001 : 117-47.*