



Statistiques de la santé

Atlas de la mortalité dans l'Union européenne

Chapitre 3 La mortalité générale

Données 1994-1996

3



COMMISSION
EUROPÉENNE

Inserm

CépiDC — Centre d'épidémiologie
sur les causes médicales de décès



UNIVERSITÉ PARIS X NANTERRE



THÈME 3
Population
et conditions
sociales

Europe Direct est un service destiné à vous aider à trouver des réponses aux questions que vous vous posez sur l'Union européenne.

**Un nouveau numéro unique gratuit:
00 800 6 7 8 9 10 11**

De nombreuses autres informations sur l'Union européenne sont disponibles sur l'internet via le serveur Europa (<http://europa.eu.int>).

Luxembourg: Office des publications officielles des Communautés européennes, 2002

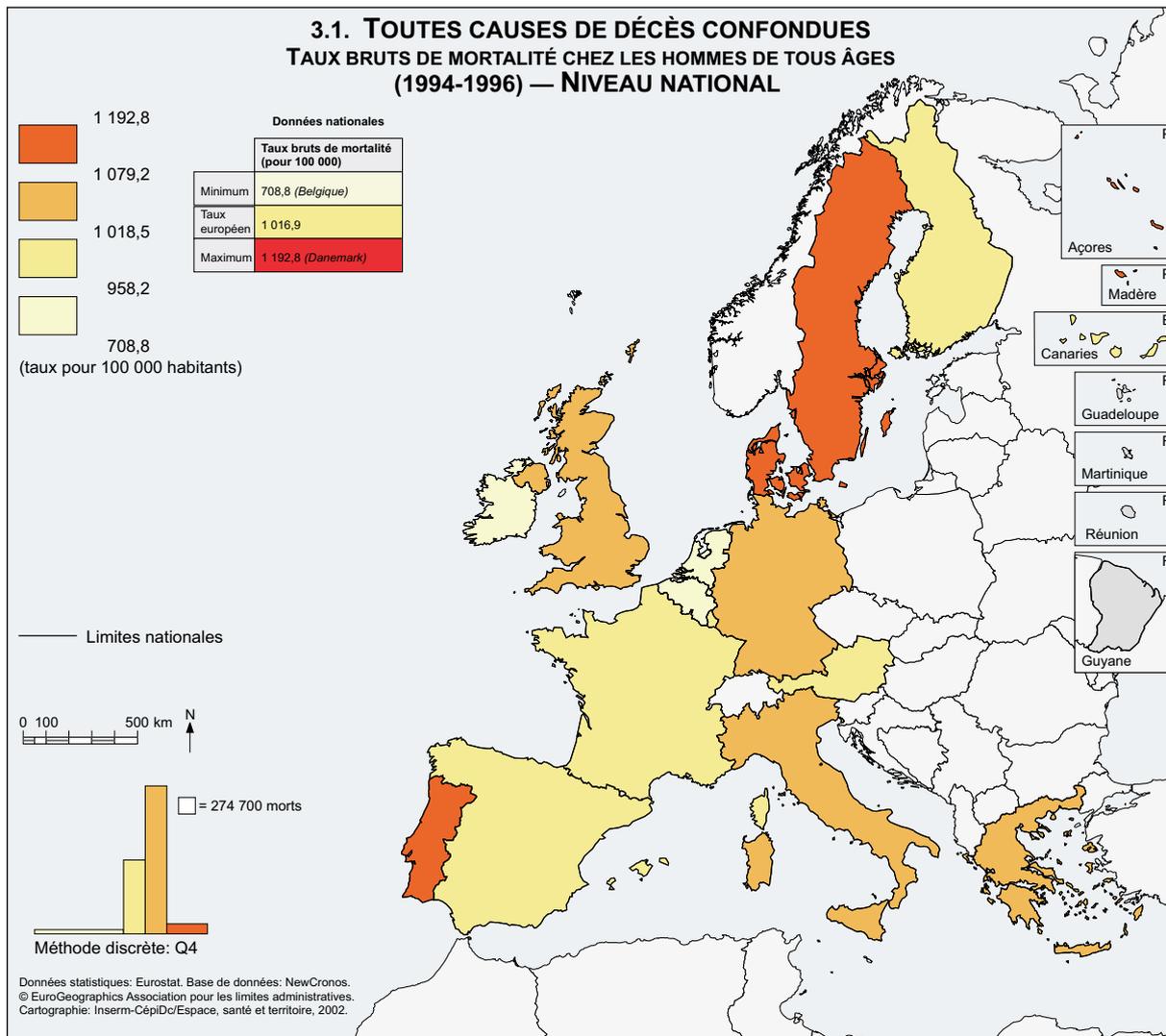
ISBN 92-894-3728-6

© Communautés européennes, 2002

Atlas — Sommaire

1. Introduction	9
2. Méthodologie.....	11
3. La mortalité générale.....	15
4. La mortalité «prématurée»	23
5. La mortalité par groupe d'âge	27
6. Typologies de la mortalité par âge.....	43
7. Typologies de mortalité par causes.....	49
8. Les maladies cardio-vasculaires	53
9. Les maladies respiratoires.....	59
10. Les cancers des voies respiratoires.....	65
11. Les cancers de l'intestin (côlon, rectum, anus).....	71
12. Les cancers de l'estomac.....	75
13. Les cancers du sein	79
14. Les cancers de l'utérus.....	81
15. Les cancers de la prostate	83
16. Les cancers du pancréas	85
17. Les cancers de la vessie.....	89
18. Le mélanome malin de la peau	93
19. La mortalité liée à l'alcoolisme	97
20. Les morts violentes	101
21. Le sida	111
Annexe 1 — Population standard européenne	115
Annexe 2 — Causes de décès et codes dans la «Liste européenne succincte»	116
Annexe 3 — Union européenne — Liste des régions au niveau NUTS 2.....	118

3. La mortalité générale



Les taux bruts essentiellement révélateurs de la structure démographique européenne

Les taux bruts de mortalité (non corrigés par les structures d'âge) mettent en évidence des différences de fréquence de décès dans l'espace européen. À l'échelle nationale, ces taux varient dans un rapport de 1 à 1,7 pour les hommes comme pour les femmes. À l'échelle régionale, la dispersion des taux est plus marquée variant dans un rapport de 1 à 2,7.

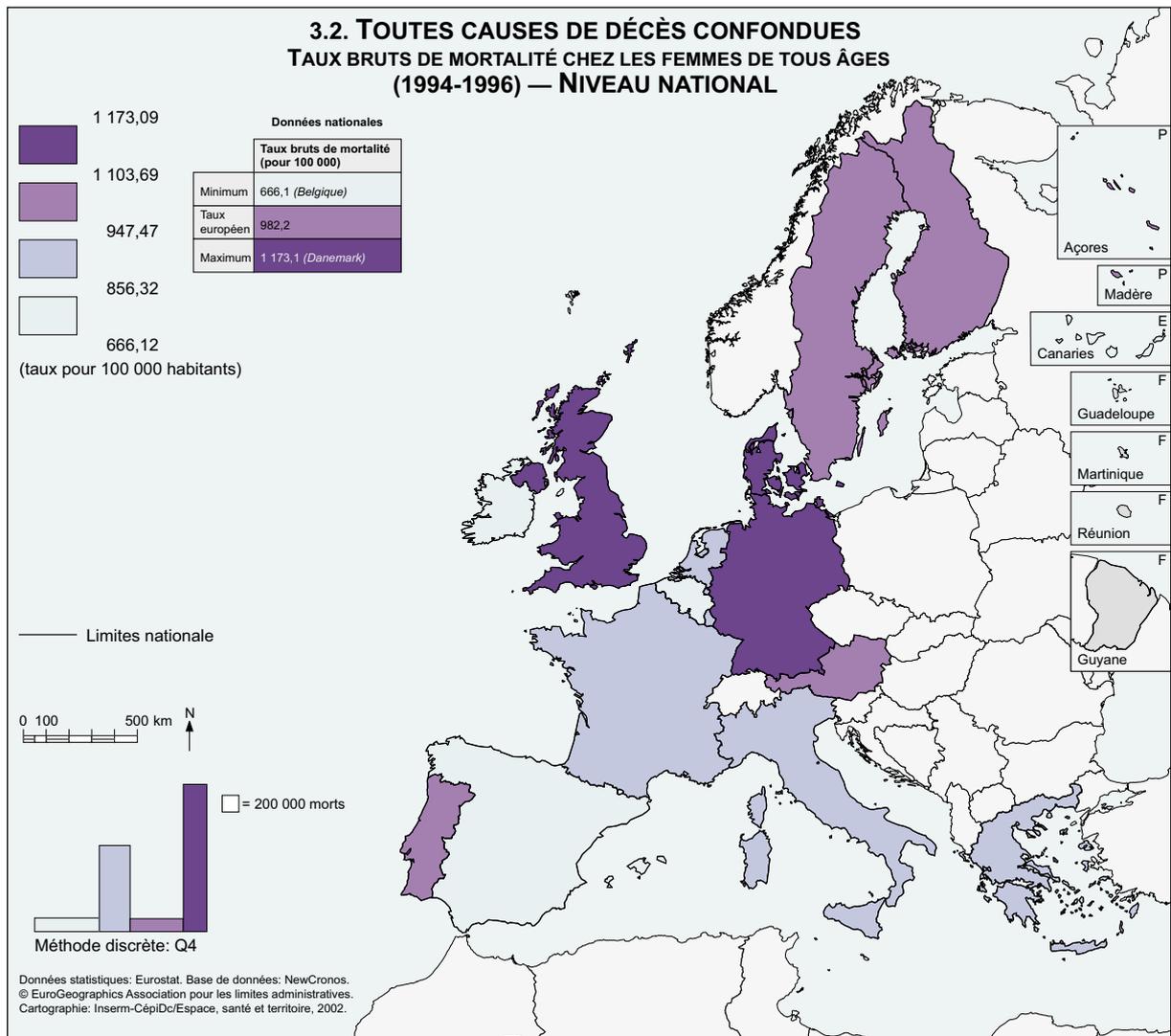
Une Europe vieille et une Europe jeune

L'effectif de décès dans chaque État membre est fortement corrélé à celui des personnes âgées. La mortalité des personnes de plus de 65 ans constitue en effet les deux tiers de la mortalité totale. L'inégalité des taux bruts entre États membres est

ainsi davantage influencée par les différences d'âge des populations que par les différences de risque de décès à âge égal.

Des États membres éloignés géographiquement, économiquement et culturellement présentent parfois des taux bruts de décès équivalents. Ces similitudes s'expliquent essentiellement par les structures démographiques des États membres.

La pyramide des âges de la Communauté européenne présentait en 1970 une base large témoignant de taux de natalité importants. Un européen sur quatre avait entre 0 et 15 ans. En 2000, cette proportion n'est plus que de un sur six. Parallèlement, la part des personnes âgées de plus de 65 ans a augmenté, du fait de la tendance à la baisse de la natalité et de l'allongement de l'espérance de vie. Seule l'Irlande, dont la diminution de la natalité a débuté plus tardivement, conserve une proportion

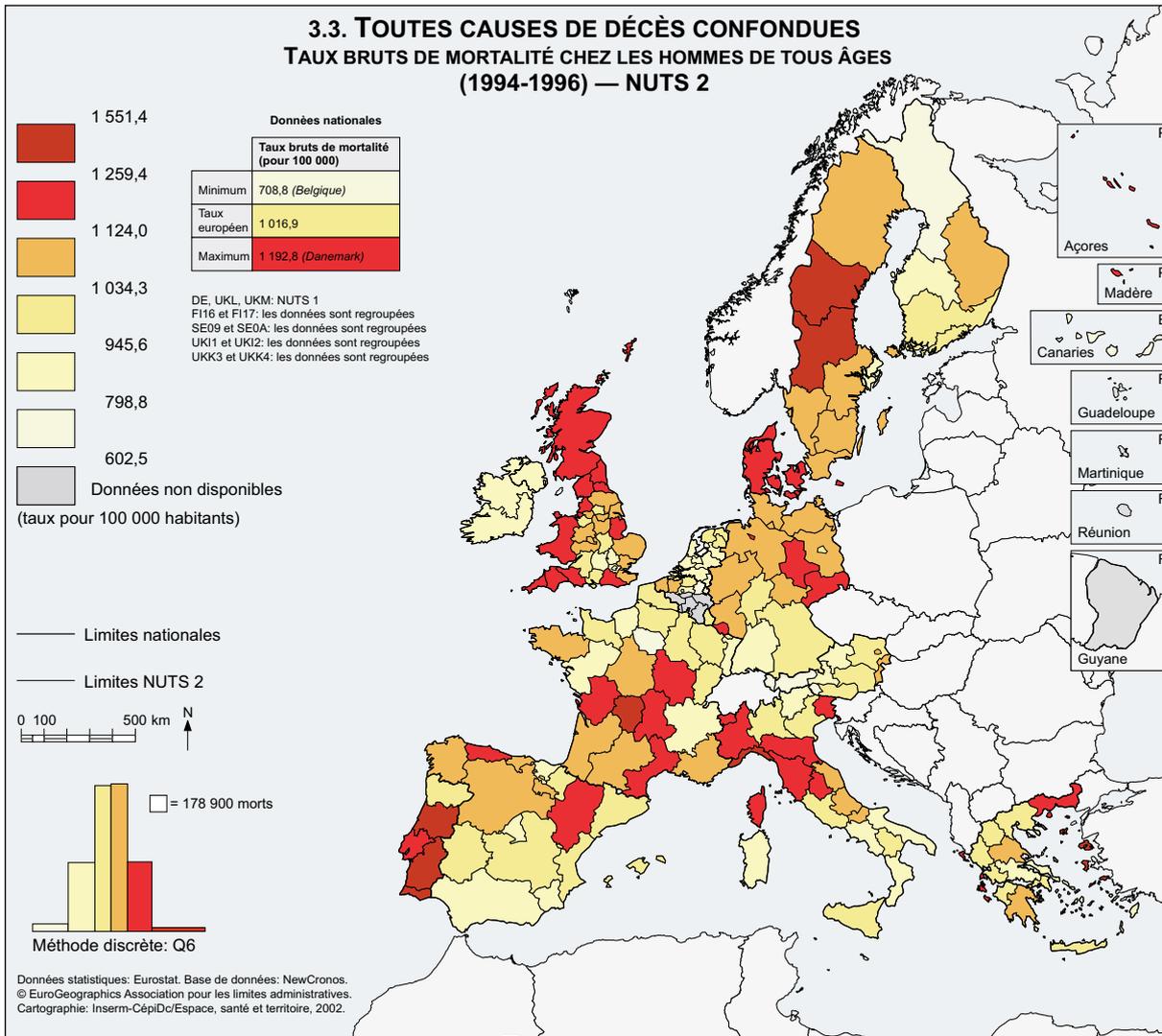


élevée d'enfants et une part faible de personnes âgées dans sa population. Ce pays présente ainsi les taux bruts de mortalité masculins et féminins parmi les plus bas de l'UE.

Parmi les États membres affichant les plus forts taux bruts de mortalité, on retrouve les États membres dont la proportion de personnes âgées est élevée. C'est le cas de la Suède, de l'Italie, du Royaume-Uni de l'Allemagne et de la Grèce. Certains États membres font cependant exception à cette règle. Le Danemark et le Portugal sont en nette surmortalité alors que les pourcentages de personnes âgées y sont parmi les plus bas de l'UE. À l'inverse, la France, l'Espagne et la Belgique ont des taux de mortalité bas et une proportion importante de personnes âgées.

Ces exceptions montrent que la structure démographique ne peut cependant expliquer seule le niveau des taux bruts de mortalité de chaque pays. En particulier, les différences qui existent dans la structuration des cartes selon le sexe laissent transparaître le poids d'autres facteurs.

Un premier indicateur permettant de contrôler l'effet de la structure de l'âge est l'espérance de vie. Dans l'UE, la moyenne de l'espérance de vie masculine est de 74 ans pour les hommes et de 80 ans pour les femmes. La Suède est le pays le mieux situé pour les hommes. La place défavorable de ce pays en termes de taux bruts de mortalité est liée à sa population moyenne âgée. En revanche, la surmortalité observée au Portugal chez les hommes va de pair avec une espérance de vie faible au sein de l'UE.



Des contrastes infranationaux importants

La répartition géographique à l'échelle régionale des taux bruts de mortalité masculins et féminins offre l'image d'un patchwork.

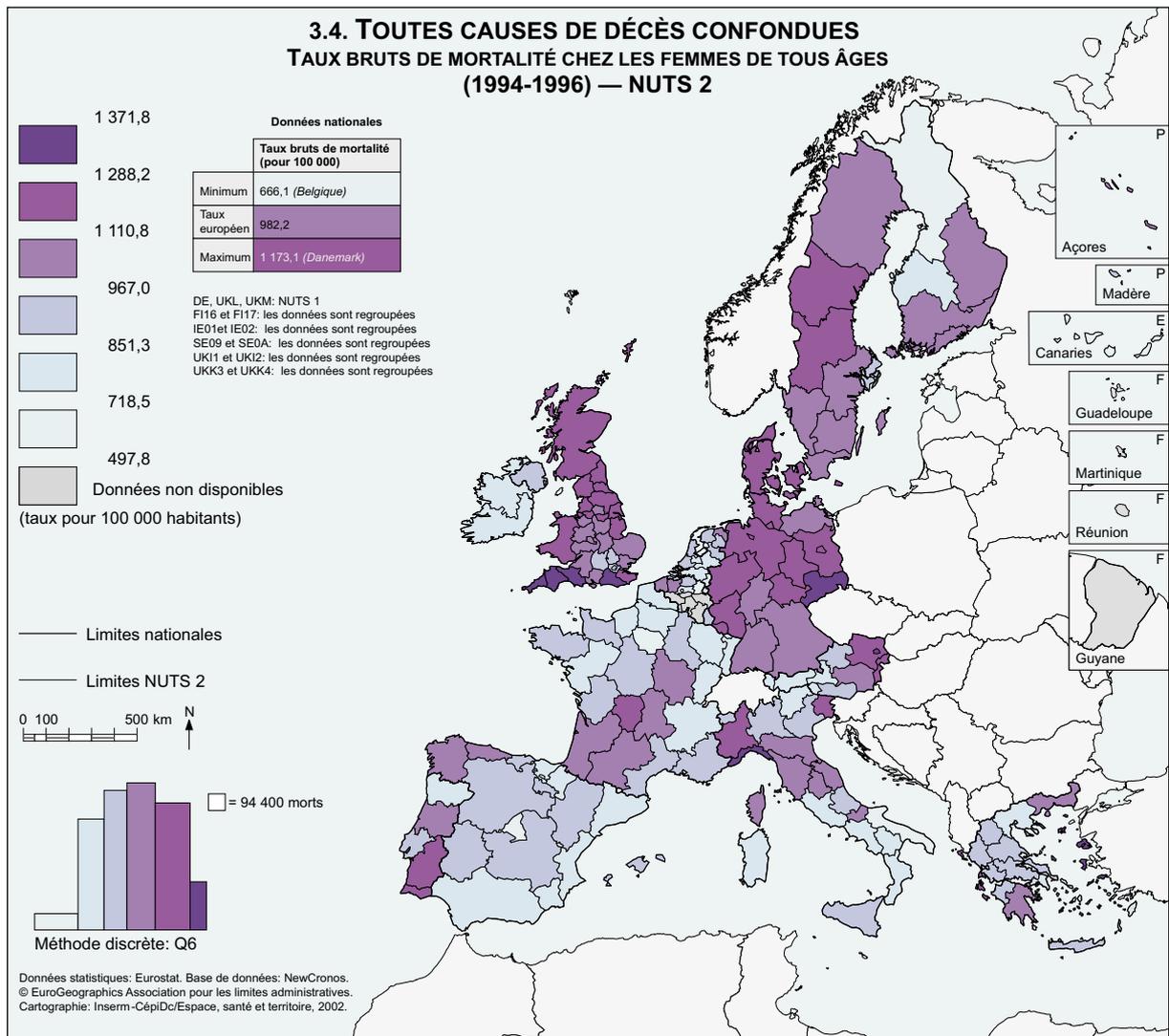
Aucun État membre ne présente des taux de mortalité régionaux homogènes, à l'exception de l'Irlande (mais elle n'est subdivisée qu'en deux régions).

Les oppositions révélées à l'intérieur des États membres sont à nouveau surtout liées aux structures démographiques régionales.

En France, par exemple, on peut noter une division nord/sud; les régions sud aux taux les plus élevés étant des régions à dominante rurale où la population âgée est surreprésentée. Le Limousin, région la plus fortement touchée fait figure d'ar-

chétype. Cette opposition s'observe également au Royaume-Uni où l'on note un gradient allant des régions proches de Londres en situation de sous-mortalité aux régions les plus excentrées à dominante rurale et aux taux plus élevés. En Espagne, la Comunidad de Madrid ressort nettement comme une zone urbaine de sous-mortalité. Il en est de même de la région de Stockholm en Suède.

Certaines régions transfrontalières présentent des taux bruts de mortalité comparables. Ces continuités indiquent que ces régions ont des structures démographiques relativement proches, mais ne permettent pas de conclure à des profils de mortalité semblables. Les cartes de mortalité après standardisation sur l'âge indiquent d'ailleurs que des régions proches selon leur taux bruts peuvent afficher des écarts très importants une fois l'effet de l'âge contrôlé.



Les taux standardisés selon l'âge révèlent des inégalités importantes de mortalité dans l'UE

Les taux standardisés permettent, en contrôlant l'effet de la structure démographique, de mettre en évidence des inégalités géographiques de risque de décès.

Après standardisation par l'âge, les taux varient dans un rapport de 1 à 2. La géographie dessinée est très différente de celle révélée par les taux bruts. Comme l'Irlande qui avait des taux bruts parmi les plus bas à des taux standardisés parmi les plus haut et inversement pour la Grèce.

On note une surmortalité masculine généralisée, avec des taux jusqu'à deux fois supérieurs à ceux des femmes.

En dépit de ces écarts, la plupart des régions les plus touchées le sont à la fois pour les hommes et pour les femmes.

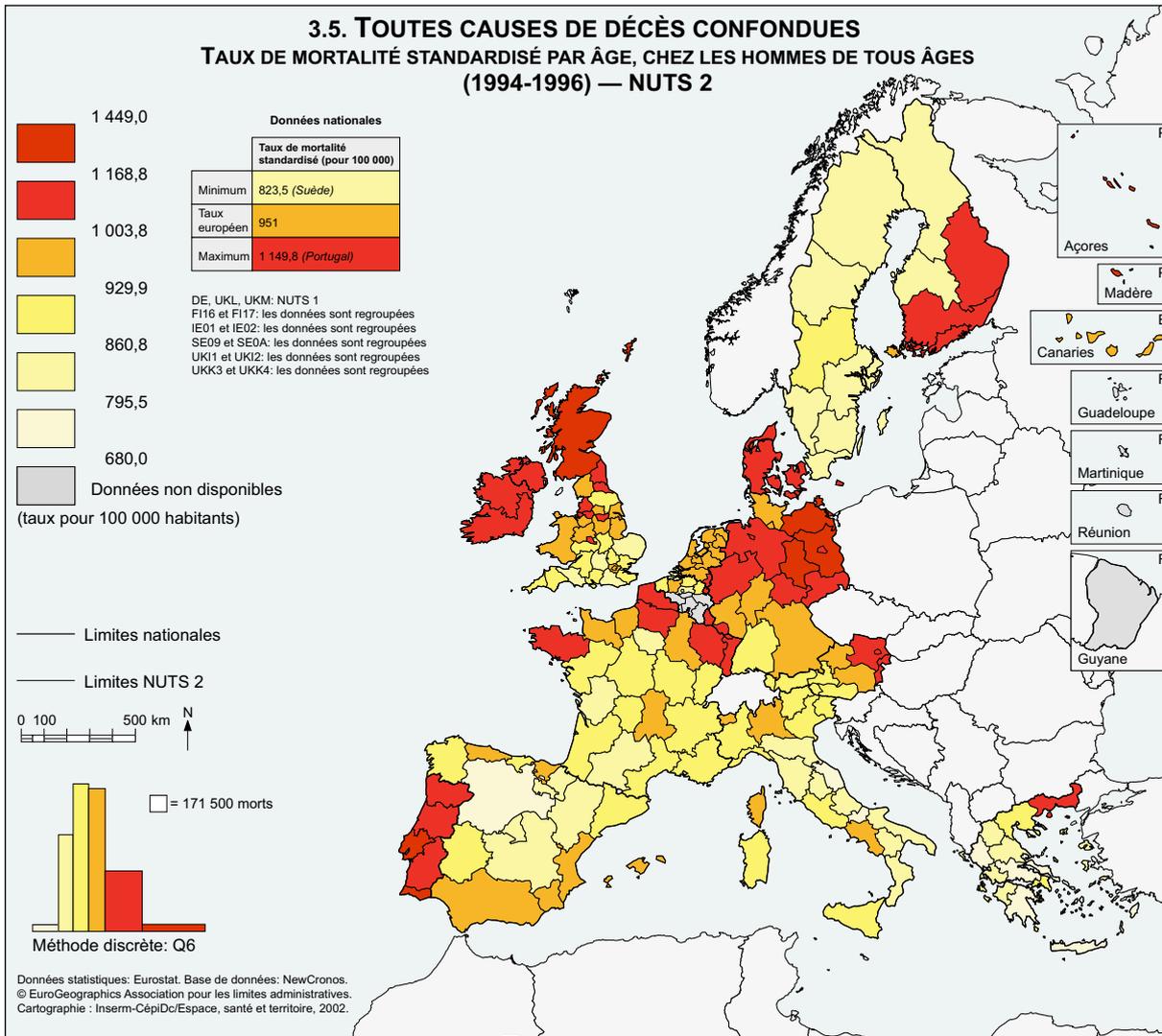
Les inégalités de mortalité sont liées à un cumul de facteurs

Les régions les plus touchées sont souvent des régions économiquement défavorisées.

En France, au Royaume-Uni et en Allemagne les anciennes régions d'industries lourdes en reconversion, telles que le Nord - Pas-de-Calais, le Lancashire, le Yorkshire et le Sarrland, affichent des taux masculins et féminins de mortalité élevés.

Il en est de même pour l'Allemagne de l'Est, l'Andalucía (Espagne) et la Campania (Italie) qui, au sein de leur pays, sont des régions relativement pauvres et où le chômage sévit fortement actuellement.

Cependant, le facteur socio-économique n'explique pas seul le niveau des taux de mortalité. La corrélation entre niveau socio-économique et niveau de mortalité ne se vérifie pas toujours. Le Danemark, un des États membres les plus riches, est situé au même rang de mortalité que le Portugal et



l'Irlande. À l'inverse, la Grèce est globalement en sous-mortalité au même niveau que la Suède.

Les régions montagneuses européennes (Alpes, Pyrénées, Peloponnisos) sont en situation favorable à l'opposé des anciennes régions industrielles.

Parallèlement aux facteurs socio-économiques et environnementaux souvent en interaction, les pratiques de santé constituent un déterminant essentiel des écarts de mortalité. Certaines différences notables dans la configuration des cartes relatives aux hommes et aux femmes le confirment. En France, par exemple, toutes les régions septentrionales sont marquées par une mortalité masculine élevée alors que ces mêmes régions affichent des taux féminins relativement bas (à l'exception du Nord - Pas-de-Calais). Cette divergence témoigne d'une variabilité des comportements à risque (alcool, tabac...) selon le sexe et les régions.

Les inégalités spatiales de mortalité peuvent également révéler des inégalités dans l'efficacité ou dans l'accès aux soins dans l'Union européenne.

Une surmortalité masculine généralisée mais variable selon les États membres

Les écarts de mortalité entre hommes et femmes augmentent après contrôle des structures d'âge. L'importante proportion de femmes âgées dans la population européenne expliquait la similitude des taux bruts féminins et masculins. À âge égal, les risques de décès sont nettement plus élevés pour les hommes.

Si la surmortalité masculine est généralisée dans l'ensemble de l'UE, son importance varie cependant selon les États membres. La France affiche la surmortalité masculine la plus importante, avec la Finlande et l'Espagne.

À l'opposé, la Suède, le Royaume-Uni, le Danemark et la Grèce affichent des ratios de surmortalité masculine relativement bas.

3.6. TOUTES CAUSES DE DÉCÈS CONFONDUES TAUX DE MORTALITÉ STANDARDISÉ PAR ÂGE, CHEZ LES FEMMES DE TOUS ÂGES (1994-1996) — NUTS 2

