Les problèmes de santé des Bourguignons

Note de synthèse 2003

En 2000, l'espérance de vie à la naissance des hommes en Bourgogne approche 75 ans (74,6) et celle des femmes 83 ans (82,7). Au cours des 20 dernières années, elle a augmenté pour les premiers de 4,2 ans et de 3,5 ans pour les secondes. L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes de la région se réduit depuis le début des années 80 où il a atteint son maximum (8,8 ans).

La mortalité infantile a considérablement régressé dans les trente dernières années. Au cours de la dernière décennie le taux est passé de 7/1 000 naissances (1990) à 4/1 000 (2000). Dans le même temps, l'âge au décès a reculé, avec notamment la diminution de la mortalité par maladies cardio-vasculaires et par tumeurs (plus modérée), même si ces évolutions favorables ont été moins marquées en Bourgogne qu'en France.

Les problèmes de santé observés dans la région relativement à la moyenne française sont de deux sortes : pour certains l'écart s'est manifesté au cours de la dernière décennie, pour d'autres il s'agit de situations défavorables récurrentes.

Des détériorations relatives

La mortalité masculine par **tumeurs** en Bourgogne, dans la moyenne française au cours des années 80, est devenue supérieure à la moyenne nationale (surmortalité modérée, mais significative) au cours des années 90. Cette surmortalité est plus particulièrement observée dans la Nièvre et dans l'Yonne.

Les effets néfastes de la consommation de tabac continuent de progresser chez les femmes. Même si le risque de mortalité par cancer du poumon (c'est à dire le taux comparatif de mortalité, l'effet de l'âge étant éliminé) reste sept fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes de la région, le taux de mortalité a cessé de croître pour les hommes au milieu de la dernière décennie, alors qu'il a suivi une forte progression pour les femmes.

Par ailleurs, dans la fin de la dernière décennie, la Bourgogne présente une mortalité par **cardiopathies ischémiques** supérieure à la moyenne nationale, surmortalité que l'on retrouve, là encore, plus spécifiquement dans la Nièvre et dans l'Yonne.

Des problèmes récurrents

Les **accidents** et **suicides** sont causes de **surmortalité des hommes et des femmes** de la région depuis de nombreuses années. Sur les routes de Bourgogne, on compte non seulement des tués mais aussi des blessés graves (1 250 en 1998-2000). L'indice de gravité des accidents corporels (nombre de tués et blessés graves par accident corporel) en Bourgogne est constamment supérieur à la moyenne française.

On observe depuis de nombreuses années une surmortalité par **maladies associées à une consommation excessive d'alcool** (principalement la cirrhose alcoolique du foie) des hommes de la région par rapport à l'ensemble des Français. Cette surmortalité concerne plus spécifiquement la Nièvre et l'Yonne. Une enquête sur les problèmes avec l'alcool au sein de la population recourant au soins menée (en 2000) confirme en Bourgogne comme dans de nombreuses autres régions, l'importance de comportements d'alcoolisation excessive (un patient sur cinq à l'hôpital, un sur six vu en médecine générale) et de la dépendance (respectivement 8 et 5%).

En 2000, **3 180 Bourguignons** sont **décédés avant 65 ans** (18% de l'ensemble des décès). Ces décès, qualifiés de prématurés ¹, représentent 25% des décès masculins et 11% des décès féminins. Les principales causes de décès prématurés sont les cancers (39%), les morts brutales (20%) et les maladies cardio-vasculaires (15%). Une **majorité des décès prématurés (1 660** chaque année) sont considérés comme étant **évitables** parce que dus à des causes dont la maîtrise ne nécessite ni connaissances médicales supplémentaires ni équipements nouveaux. Les modifications de comportements

¹ La santé en France, Haut Comité de santé publique, la documentation française, 1994

pourraient permettre d'en éviter la plus grande partie (68%), les autres nécessitant une amélioration de l'utilisation des dispositifs de soins (dépistage notamment).

Depuis le début des années 80, la mortalité prématurée des hommes de la région est supérieure à celle de la moyenne nationale. Au niveau départemental, la surmortalité prématurée est retrouvée aussi bien pour les hommes que les femmes de la Nièvre et de l'Yonne. Si l'on détaille par cause, les hommes de la région présentent un risque plus élevé que l'ensemble des Français de décéder prématurément de tumeurs et d'alcoolisme, les femmes de la région de maladies cardio-vasculaires, et les uns et les autres de traumatismes et empoisonnements.

Globalement, des années de vie peuvent encore aujourd'hui être gagnées. Cela nécessite de s'attacher à réduire l'exposition à certains comportements à risque des Bourguignons (éducation pour la santé) mais aussi de détecter les problèmes par des actions de prévention (dépistages) et de les prendre en charge plus précocement. Ceci suppose qu'un accès équitable aux soins, de proximité en particulier, soit garanti, voire renforcé pour ceux qui jusqu'ici y ont eu moins recours pour des motifs géographiques, socio-culturels.

Sur un autre plan, la Bourgogne fait partie des régions vieillissantes sous l'effet conjugué de l'allongement de l'espérance de vie, mais aussi de la baisse de la natalité et du solde migratoire négatif des jeunes adultes. Le nombre et la proportion des personnes âgées dans la population ont augmenté au cours de la dernière décennie, et la progression étant la plus forte chez les 85 ans et plus entre les deux derniers recensements. L'augmentation de ce groupe induit celle du risque de déficiences physiques et psychiques, et donc le besoin d'aides pour y remédier. L'évaluation des effets de la canicule en 2003 a remis au premier plan les manques en la matière.

Faute de disposer en routine d'indicateurs sur ce dont souffrent les Bourguignons, on se réfère principalement aux données de mortalité, seuls éléments disponibles chaque année et permettant des comparaisons avec les autres régions et à l'intérieur de la région.

*La France, comme les autres pays européens, dispose d'un enregistrement exhaustif des décès survenus sur l'ensemble de son territoire. Pour chaque décès, un médecin remplit un certificat où il indique les causes médicales du décès (cause principale, cause immédiate et états morbides associés). Outre les causes de décès, des caractéristiques socio-démographiques des personnes décédées sont enregistrées. Ces données sont diffusées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Cépidc-Inserm qui en assure le traitement préalable. À partir de ces données sont produits des indicateurs de mortalité nationaux, régionaux, départementaux ou locaux, en fonction des variables socio-démographiques (taux de mortalité, années potentielles de vie perdue, taux standardisé ou comparatif de mortalité, indice comparatif de mortalité...). Ce sont les **seules statistiques exhaustives sur l'état de santé en France disponibles à un niveau géographique fin**. Elles sont particulièrement intéressantes dans le cadre de l'analyse de la mortalité prématurée (survenant avant 65 ans). Elles présentent cependant certains inconvénients. On se focalise ainsi sur des problèmes graves, des pathologies mortelles. Les analyses le plus souvent produites portent sur une seule cause par décès (cause principale), ce qui peut poser des problèmes pour les sujets âgés qui souffrent fréquemment de polyopathologies chroniques. La fiabilité des statistiques médicales de décès dépend de la qualité de la certification médicale. Le centre d'épidémiologie sur les causes de décès de l'Inserm s'efforce de l'améliorer par la formation des médecins certificateurs.*

Depuis 1996, le réseau des Registres de cancers FRANCIM a par ailleurs diffusé des estimations régionalisées d'incidence des cancers qui ont permis de disposer d'indicateurs sur la morbidité cancéreuse (en 2000 et leurs évolutions sur 20 ans). Cependant les données fournies ne portent pas sur toutes les localisations tumorales et ne sont pas disponibles à un niveau plus fin que la région. D'autres données peuvent apporter des angles d'approche complémentaires, comme les séjours hospitaliers (exploitation des données issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information ou PMSI), ou encore les admissions en affection longue durée (par les principaux régimes d'assurance maladie). Les pathologies qui sans être causes de décès sont causes de souffrances (notamment psychiques) et de handicaps peuvent seulement être approchées « en routine » par le biais des admissions en affections de longue durée. Ponctuellement on dispose de mesures de la prévalence d'un problème, à l'occasion d'enquêtes ad hoc (par exemple prévalence du diabète par les services médicaux des caisses d'assurance maladie). Elles ne sont pas reprises dans cette présentation synthétique du fait des réserves avec lesquelles elles doivent être prises en compte, et que l'on manque d'indicateurs standardisés au niveau régional.