

Mortalité : définitions et méthode

Ben Hadj Yahia M-B*

La France, comme les autres pays européens et développés, dispose d'un enregistrement exhaustif des grandes données démographiques fondamentales, et au premier chef, les naissances et les décès survenus sur l'ensemble de son territoire. La mise en place de leur recueil s'est produite dans l'ensemble du monde occidental au cours du XIX^e siècle. Leur analyse a historiquement accompagné le développement de la statistique, *science de l'État* et discipline d'*analyse de l'ensemble des phénomènes sociaux*. Il est hautement significatif que tous les États sachent, avec certes des degrés de fiabilité variables, de quoi meurent les populations. Cependant, en France comme partout ailleurs, il reste difficile et hasardeux de connaître de quelles pathologies ces populations souffrent et sont atteintes.

Pour les naissances, la collecte et le traitement sont réalisés par l'INSEE. Pour chaque décès, en revanche, un certificat doit être rempli par un médecin. Ce certificat indique les causes médicales du décès (cause principale –d'une très grande richesse informative–, cause immédiate et états morbides associés). Outre les causes de décès, non seulement le lieu de résidence principal mais aussi des caractéristiques sociodémographiques des personnes décédées sont enregistrés, mais ces dernières sont peu exploitées car étant réputées de qualité variable voire médiocre.

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 par différentes structures –dont les ORS– des indicateurs de mortalité nationaux, régionaux, départementaux ou locaux, en fonction des variables sociodémographiques (taux de mortalité, taux standardisé ou comparatif de mortalité, indice comparatif de mortalité, etc.).

Ce sont les seules statistiques exhaustives sur l'état de santé en France disponibles à un niveau géographique fin (communes) et ce sont donc les seules informations qui puissent être utilisées pour élaborer des indicateurs sur quelque territoire que ce soit, du moment que celui-ci est communal ou supra-communal. Elles sont particulièrement intéressantes dans le cadre de l'analyse de la mortalité prématurée (survenant avant 65 ans)¹ qui est devenue l'un des principaux indicateurs utilisés dans la conduite des politiques de santé.

Elles présentent cependant certains inconvénients. En effet, la mortalité étant un événement statistique rare, il convient soit de retenir un territoire peuplé d'au moins 10 000 habitants pour atteindre une stabilité statistique acceptable, soit d'additionner plusieurs années, de les *pooler*. De ce fait, la résolution, la précision spatiale, induit un préjudice temporel. La recherche d'une bonne contemporanéité des indices implique le recours à des territoires correspondant à une masse critique démographique minimum.

Le changement de classification avec passage de la CIM9 à la CIM10, opéré en 2000 pour les données de mortalité, a réduit le risque d'erreurs avec l'avènement de 6 000 codes de diagnostics supplémentaires.² Par ailleurs, la fiabilité des statistiques médicales de décès dépend de la qualité de la certification médicale. Celle-ci est classiquement estimée en fonction de la part des décès attribuée à des *causes mal définies et non spécifiées*. Aux échelles régionale et départementale on ne relève cependant pas de variations suspectes de la fréquence de ces *causes mal définies et non spécifiées*. En revanche, à l'échelle locale, il convient de mener quelques vérifications.

Le CépiDc de l'INSERM s'est efforcé de l'améliorer par la formation des médecins certificateurs, notamment par la diffusion d'un document synthétique présentant les caractéristiques principales d'une bonne certification, dans l'attente d'un manuel complet européen en projet.³ Les données produites ont gagné en qualité au cours des toutes dernières années et s'obtiennent dans des délais bien plus courts depuis 2003.

Si l'on souhaite estimer la *charge induite*, l'ampleur de telle ou telle cause de décès, le taux brut de mortalité (nombre de décès / population) est très utile. Cependant s'il s'agit d'évaluer quantitativement les risques de mortalité dans des populations différentes, on ne peut utiliser le taux brut de mortalité car il ne tient pas compte des différences de structure d'âge de ces populations. Il convient alors de calculer un indice synthétique qui élimine l'effet de l'âge.⁴

Dans ce cadre, on dispose de deux méthodes de standardisation sur l'âge : la standardisation directe (ou méthode de la population type) et la standardisation indirecte (ou méthode de la mortalité type). La première donne comme indice synthétique un taux comparatif de mortalité, la deuxième un indice comparatif de mortalité (ICM).

² Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France, à partir de l'année 2000. BEH 2005 ; 4.

³ Certification et codification des causes médicales de décès. BEH 2003 ; 30-31.

⁴ Sites internet : www.fnors.org, www.invs.fr, www.sante.gouv.fr

* Interne en santé Publique à l'ORS Nord-Pas-de-Calais

¹ La mortalité prématurée en France. BEH 2003 ; 30-31.

Le taux standardisé de mortalité (ou taux comparatif de mortalité) est le taux de décès “attendu” dans la population observée si celle-ci avait la même structure d’âge qu’une population de référence (population européenne RP 2006 – deux sexes regroupés, par tranche d’âge de 5 en 5 ans).

L’ICM est le rapport entre le nombre de décès observé et le nombre de décès “attendu” dans la population observée si celle-ci avait les mêmes taux de décès par tranche d’âge qu’une population de référence (mortalité type).

Il se calcule de la façon suivante : nombre total de décès observé dans la sous-population divisé par le nombre de décès attendu dans la même sous-population, multiplié par 100.

Un ICM supérieur à 100 traduit un excédent de mortalité dans la sous-population, indépendamment de la structure par âge, par rapport à la mortalité de la population de référence (un ICM de 130 indique une surmortalité de 30 %).

Un ICM inférieur à 100 traduit une mortalité plus faible dans la sous-population, indépendamment de la structure par âge, par rapport à la mortalité de la population de référence (un ICM de 70 indique une sous-mortalité de 30 %).

Il ne donne pas une information sur la fréquence des décès. Les indices masculins et féminins ne peuvent être comparés entre eux.

La mortalité prématurée représente les décès survenus avant 65 ans (seuil retenu dans les comparaisons internationales parce qu’il reprend l’espérance de vie moyenne mondiale estimée à 65 ans). Le choix de l’âge dépend toujours de l’objectif fixé ; la limite de 65 ans est de plus pertinente en termes de prévention.