

**Disparités sociales de  
mortalité au Luxembourg**

Anastase TCHICAYA  
Nathalie LORENTZ

*CEPS/INSTEAD Working Papers are intended to make research findings available and stimulate comments and discussion. They have been approved for circulation but are to be considered preliminary. They have not been edited and have not been subject to any peer review.*

*The views expressed in this paper are those of the author(s) and do not necessarily reflect views of CEPS/INSTEAD. Errors and omissions are the sole responsibility of the author(s).*

# Disparités sociales de mortalité au Luxembourg\*

**Anastase Tchicaya**

Axe Santé, vieillissement, Autonomie, CEPS/INSTEAD, Luxembourg

**Nathalie Lorentz**

Axe Santé, vieillissement, Autonomie, CEPS/INSTEAD, Luxembourg

Mai 2011

Des études récentes consacrées à la mortalité dans les pays développés montrent que les inégalités sociales de mortalité persistent et mettent en évidence l'existence de mortalité différentielle selon le statut socioéconomique et la nature des relations sociales. Au Luxembourg, de tels travaux font encore défaut, et l'objectif de ce texte est de mesurer les disparités sociales de mortalité concernant les cinq principales causes de décès dans le pays de 2002 à 2006. Les données utilisées proviennent de la base de données relative aux hospitalisations de l'Assurance Maladie. Les cinq principales causes de décès regroupées en chapitres de la classification internationale des maladies (CIM 10) sont : les maladies tumorales, les maladies de l'appareil circulatoire, les maladies du système respiratoire, les maladies du système digestif et les maladies du système nerveux. Les deux caractéristiques socioéconomiques sont le régime professionnel et la nationalité. Les principaux résultats montrent que les inégalités de décès par cause sont globalement modérées en ce qui concerne le régime professionnel et la nationalité, tant chez les femmes que chez les hommes. Au final, avec un système d'information sanitaire amélioré, la recherche axée sur la mesure des disparités sociales de mortalité permet d'appréhender le rôle que peuvent jouer les inégalités d'exposition aux principaux facteurs de risque qu'analyse l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dans son rapport sur la santé dans le monde de 2002 (sédentarité, IMC élevé, Hypertension artérielle, tabagisme, hypercholestérolémie, consommation insuffisante des fruits et légumes) en fonction des caractéristiques sociodémographiques et économiques.

*Keywords:* Disparités sociales ; mortalité ; Luxembourg

*JEL classification codes:* D63, I14

---

\* Ce texte fait partie du projet de recherche ESANDE qui a bénéficié du soutien financier du Fonds National de la Recherche du Luxembourg (FNR) (contrat FNR/05/06/08) et représente une version synthétique d'un précédent document rédigé et soumis au FNR en novembre 2010. Les auteurs remercient toutes les personnes qui ont relu les versions antérieures de ce texte.

## SOMMAIRE

<b>1</b>	<b>CONTEXTE GÉNÉRAL .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1</b>	<b><i>Brève revue de la littérature concernant les inégalités sociales de mortalité .....</i></b>	<b>4</b>
1.1.1	Les inégalités de mortalité liées au revenu .....	5
1.1.2	Les inégalités de mortalité liées à l'éducation .....	5
1.1.3	Les inégalités de mortalité liées à la profession/emploi.....	7
1.1.4	Les inégalités de mortalité par cause .....	7
<b>1.2</b>	<b><i>Méthodes d'approche .....</i></b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>DISTRIBUTION DES DÉCÈS PAR CAUSE .....</b>	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>DISTRIBUTION DES DÉCÈS PAR CAUSE SELON LE RÉGIME PROFESSIONNEL .....</b>	<b>11</b>
<b>3.1</b>	<b><i>Décès par tumeurs .....</i></b>	<b>11</b>
<b>3.2</b>	<b><i>Décès par maladies de l'appareil circulatoire .....</i></b>	<b>13</b>
<b>3.3</b>	<b><i>Maladies du système respiratoire .....</i></b>	<b>14</b>
<b>3.4</b>	<b><i>Maladies du système digestif.....</i></b>	<b>15</b>
<b>3.5</b>	<b><i>Maladies du système nerveux .....</i></b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>DISTRIBUTION PAR CAUSE SELON LA NATIONALITÉ .....</b>	<b>17</b>
<b>4.1</b>	<b><i>Décès par tumeurs .....</i></b>	<b>18</b>
<b>4.2</b>	<b><i>Décès par maladies du système circulatoire .....</i></b>	<b>18</b>
<b>4.3</b>	<b><i>Décès par maladies du système respiratoire .....</i></b>	<b>19</b>
<b>4.4</b>	<b><i>Décès par maladies du système digestif.....</i></b>	<b>20</b>
<b>4.5</b>	<b><i>Décès par maladies du système nerveux .....</i></b>	<b>21</b>
<b>5</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>24</b>
	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>26</b>

## Liste des tableaux

TABLEAU 1 MESURE DE DISPARITÉ DE DÉCÈS PAR TUMEURS .....	13
TABLEAU 2 MESURE DE DISPARITÉ DE DÉCÈS PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE.....	14
TABLEAU 3 MESURE DE DISPARITÉ DE DÉCÈS PAR MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE .....	15
TABLEAU 4 MESURE DE DISPARITÉ DE DÉCÈS PAR MALADIES DU SYSTÈME DIGESTIF .....	16
TABLEAU 5 MESURE DE DISPARITÉ DE DÉCÈS PAR MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX .....	17
TABLEAU 6 MESURE DE DISPARITÉ DE DÉCÈS PAR TUMEURS EN FONCTION DE LA NATIONALITÉ .....	18
TABLEAU 7 MESURE DE DISPARITÉ DE DÉCÈS PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE EN FONCTION DE LA NATIONALITÉ .....	19
TABLEAU 8 MESURE DE DISPARITÉ DE DÉCÈS PAR MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE EN FONCTION DE LA NATIONALITÉ.....	20
TABLEAU 9 MESURE DE DISPARITÉ DE DÉCÈS PAR MALADIES DU SYSTÈME DIGESTIF EN FONCTION DE LA NATIONALITÉ .....	21
TABLEAU 10 MESURE DE DISPARITÉ DE DÉCÈS PAR MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX EN FONCTION DE LA NATIONALITÉ .....	23

## Liste des graphiques

GRAPHIQUE 1 DIX PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS SURVENUS AU NIVEAU DES HÔPITAUX.....	11
GRAPHIQUE 2 DISTRIBUTION DE LA MORTALITÉ SELON LES CINQ PRINCIPALES CAUSES PAR RÉGIME PROFESSIONNEL (ANNÉES 2002-2006) .....	12
GRAPHIQUE 3 DISTRIBUTION DE LA MORTALITÉ SELON LES CINQ PRINCIPALES CAUSES PAR NATIONALITÉ (ANNÉES 2002-2006) .....	23

# **1 CONTEXTE GÉNÉRAL**

La mortalité est le premier domaine pour lequel il existe un corpus abondant de recherches. Les études récentes montrent que les inégalités sociales de mortalité persistent et certaines ont mis en évidence l'existence de mortalité différentielle selon le statut socioéconomique et la nature des relations sociales (KAPLAN ET KEIL 1993, CAVELAARS ET AL. 1997, MACKENBACH ET AL. 1999, DEATON ET PAXON 1999, DEATON 2001, CUTLER ET AL. 2006, ...). En général, des personnes avec un statut socioéconomique élevé et socialement plus intégrées ont des taux de décès plus faibles que les autres. Au Luxembourg, de tels travaux font encore défaut à notre connaissance. Des statistiques de mortalité disponibles portent essentiellement sur l'âge, le sexe et les causes de décès (cf. Séries statistiques du Ministère de la Santé, ROLLAND-PORTAL ET AL. 2003, WEBER ET AL. 2010). Celles-ci font apparaître, d'une part, une baisse significative du taux de mortalité générale de l'ordre de 43% entre 1980 et 2005, et, d'autre part, un niveau de mortalité différentielle globale entre les femmes et les hommes relativement élevé selon la cause (TCHICAYA ET AL 2010). En 2008, l'espérance de vie à la naissance au Luxembourg est de 77,4 ans pour les hommes et de 82,7 ans pour les femmes (soit 80,2 ans pour l'ensemble des Luxembourgeois (OMS, 2010). Pourtant, il est possible d'étudier les disparités sociales de mortalité dans le contexte du Luxembourg, notamment sur une bonne partie des décès. Conscients des contraintes techniques existantes, en particulier l'accès aux données adéquates et de qualité mentionnant les caractéristiques individuelles des personnes décédées, nous abordons cette problématique avec la volonté, grâce à une brève revue de la littérature, de rappeler l'existence d'inégalités sociales dans ce domaine et de donner un aperçu de la distribution de la mortalité selon les facteurs sociodémographiques et économiques en recourant aux données de sources hospitalières.

## **1.1 BRÈVE REVUE DE LA LITTÉRATURE CONCERNANT LES INÉGALITÉS SOCIALES DE MORTALITÉ**

MACKENBACH (2006) dans son rapport sur les inégalités sociales de santé en Europe, conclut que les inégalités de mortalité et de morbidité contribuent aux grandes inégalités d'espérance de vie. Ces inégalités sont présentes à tous les âges, même chez les plus âgés. L'espérance de vie est moindre dans les catégories socio-économiques

les moins élevées. Les facteurs socioéconomiques sur lesquels l'accent est mis sont principalement le revenu, l'éducation et la profession/l'emploi.

### **1.1.1 LES INÉGALITÉS DE MORTALITÉ LIÉES AU REVENU**

Au cours des années 90 et début des années 2000, les travaux portant sur les inégalités sociales de mortalité ont été orientés principalement vers l'étude des relations entre les inégalités de revenu et la mortalité (CUTLER ET AL. 2006, JUSOT 2003, DEATON ET LUBOTSKY 2002, DEATON 2001). CUTLER ET AL. (2006) trouvent que les facteurs socioéconomiques habituels (revenu, éducation) jouent un rôle déterminant sur les disparités d'espérance de vie et de mortalité. De même, JUSOT (2003) démontre dans sa thèse l'origine économique des inégalités sociales devant la mort, en réalisant une analyse de l'impact respectif du revenu individuel et de la profession sur le risque de décès, ainsi qu'une étude des relations entre la santé, le revenu et l'influence des inégalités de revenu de la région d'habitation. Il existe une forte corrélation entre le revenu et la mortalité: la probabilité de décès diminue avec l'augmentation du niveau du revenu, selon une forme logarithmique. La pauvreté est associée à un plus fort risque de mortalité: le risque de décès des 20% des individus les plus pauvres est presque 2,5 fois plus élevé que le risque de décès des 20% des plus riches. Cette surmortalité, associée à la pauvreté, reflète l'impact des conditions matérielles sur la santé, et notamment les difficultés d'accès aux soins.

DEATON (2001) bâtit un modèle économique d'étude de la mortalité, en identifiant la position sociale d'un individu à son revenu. Dans ce modèle, la mauvaise santé ou les facteurs de risque de décès dépendent de la somme des différences de revenu entre un individu et toutes les personnes socialement supérieures à lui. L'hypothèse de base est que le risque de mortalité est une fonction linéaire de la somme des différences de revenu au-dessus de l'individu considéré, à l'intérieur de son groupe de référence.

L'espérance de vie est moindre dans les catégories socio-économiques les moins élevées; ainsi, les personnes qui ont le moins de revenus ont des vies plus courtes, dont une plus grande période en mauvais état de santé.

### **1.1.2 LES INÉGALITÉS DE MORTALITÉ LIÉES À L'ÉDUCATION**

Les travaux du groupe de travail européen sur les inégalités en santé publiés en 2001 (KUNST, BOSS, MACKENBACH ET AL. 2001) ont montré par exemple, que les hommes et les femmes possédant un bas niveau d'éducation enregistraient un taux de mortalité plus élevé que ceux qui possédaient un haut niveau d'éducation, respectivement

12,5‰ et 5,3‰ contre 6,9‰ et 3,4‰ en Finlande, 10,5‰ et 5,1‰ contre 6,1‰ et 3,2‰ en Norvège, au cours de la période 1990-1994. Un examen de la différence des taux de mortalité (chez les hommes et chez les femmes) dans les classes sociales les plus défavorisées par rapport au même taux dans les classes sociales plus élevées conforte ce constat dans de nombreux pays (MACKENBACH J.P., 2001). Ainsi, par exemple, le rapport du taux de mortalité entre les classes sociales plus défavorisées par rapport aux classes sociales plus favorisées est égal à :

- 1,34 chez les hommes et de 1,29 chez les femmes en ce qui concerne l'éducation pour le groupe d'âge de 45 ans et plus au cours de la période de 1991 à 1995 en Belgique ;
- 1,31 chez les hommes et de 1,14 chez les femmes en ce qui concerne l'éducation pour le groupe d'âge de 60 à 69 ans au cours de la période de 1990 à 1994 en France ;
- 1,22 chez les hommes et de 1,20 chez les femmes en ce qui concerne l'éducation pour le groupe d'âge de 45 ans et plus au cours de la période allant de 1991 à 1996 en Italie ;
- 1,36 chez les hommes et il n'est pas disponible chez les femmes en ce qui concerne l'éducation pour le groupe d'âge de 45 à 59 ans au cours de la période de 1980-1982.

LLERAS-MUNEY (2001) conclut à l'existence d'un effet causal de l'éducation sur la mortalité, un effet très solide et plus important que prévu. L'auteur propose plusieurs explications plausibles : l'éducation apporte des capacités de réflexion critique qui affectent la compréhension des risques de santé. Les personnes qui ont le moins d'éducation ont des vies plus courtes, dont une plus grande période en mauvais état de santé. CASE ET PAXSON (2004) soulignent également que les femmes font plus attention à leur santé, et ont tendance à être mieux informées que les hommes, ce qui les conduit à être plus attentives à leur « capital santé ».

Aux Etats-Unis, l'étude nationale longitudinale sur la mortalité qui relie les certificats de décès à des enquêtes récentes auprès de la population, montre une relation inverse entre l'éducation, le revenu, la mortalité, de même qu'entre la mortalité, l'appartenance ethnique et le lieu de résidence urbain/rural (CUTLER ET AL. 2006). Ces inégalités se répercutent même sur les enfants : cette même étude nationale aux Etats-Unis a constaté que les enfants blancs avec des mères ayant moins de 12 ans d'éducation ont des taux de mortalité deux fois plus élevés que les enfants dont les

mères sont diplômées (10 pour mille contre 5 pour 1000). Cependant, les enfants avec des mères noires ont des taux de mortalité plus élevés que les enfants dont les mères sont blanches, pour tous les niveaux d'éducation confondus. Les inégalités de mortalité sont présentes dès la naissance et persistent à l'âge adulte.

### **1.1.3 LES INÉGALITÉS DE MORTALITÉ LIÉES À LA PROFESSION/EMPLOI**

Plusieurs travaux observent les différences de mortalité entre les travailleurs manuels et les travailleurs non manuels, en analysant les rapports de côte entre les mortalités de chaque groupe, pour différentes tranches d'âges (MACKENBACH ET AL. 1999, KUNST ET AL. 2001, MACKENBACH 2001 ET 2006, CUTLER ET AL. 2006,...). Par exemple, le taux de mortalité par profession faisait apparaître des inégalités allant du simple au double entre les ouvriers et les non ouvriers, chez les hommes, dans chacun des pays étudiés par KUNST ET AL. 2001: Finlande (6,9‰ chez les ouvriers contre 3,6‰ chez les non ouvriers), Norvège (4,3‰ contre 2,8‰), Espagne (5,1‰ contre 2,6‰). LOSTAO ET AL (2001) confirment de leur part qu'à la fin des années 1980, en France et en Espagne, les travailleurs managériaux sont devenus le groupe avec le plus bas risque de mortalité dû aux maladies ischémiques du cœur ou aux maladies cérébro-vasculaires. Ces résultats suggèrent qu'en Espagne et en France, les changements dans la relation entre le niveau socioéconomique et la mortalité des maladies cérébro-vasculaires se sont déroulés pendant les années 1980 pour le groupe des 45-64 ans, et plus tôt pour celui des 25-44 ans. L'évolution de la mortalité selon les groupes professionnels s'est donc faite de manière parallèle dans les deux pays. Cette même évolution dans le modèle de la mortalité de ces maladies a eu lieu entre les années 1960 et les années 1970 au Royaume-Uni, en Hollande et dans les Pays nordiques. Les maladies cérébro-vasculaires et les maladies ischémiques du cœur ont beaucoup de facteurs de risques en commun, ce qui explique leurs évolutions parallèles (consommation d'alcool, de tabac, stress social).

### **1.1.4 LES INÉGALITÉS DE MORTALITÉ PAR CAUSE**

L'accent est particulièrement mis sur les pathologies cardiovasculaires et tumorales car celles-ci représentent de loin les deux premières causes de mortalité dans les pays développés. Les travaux relatifs à la mortalité par cause confirment également l'existence d'un gradient social entre les différentes catégories sociales.

Par exemple, l'analyse des inégalités socioéconomiques de la mortalité due aux maladies cardiovasculaires a fait l'objet de nombreuses études (MACKENBACH ET AL.,

1999 ; KAPLAN AND KEIL, 1993 ; MARMOT ET AL., 1997 ; LYNCH ET AL., 1996 ; CAVELAARS ET AL., 1997 ; MULCAHY ET AL., 1984 ; POCOCK ET AL., 1987 ; MACKENBACH ET AL. 1997 ; GRAHAM, 1995 ; SASCO ET AL., 1994 ; STRONKS ET AL., 1997 ; MANDERBACKA, 2005 ; SILVENTOINEN ET AL., 2005 ; BOS ET AL., 2005 ; FRIEDMAN, 2001). Dans tous les pays étudiés par MACKENBACH ET AL. (1999), onze pays européens et les Etats-Unis, la mortalité due aux maladies cardiovasculaires était très élevée parmi les personnes appartenant à une classe professionnelle très basse ou avec un niveau d'éducation très faible. Les inégalités dans la mortalité due aux maladies cardiovasculaires sont associées avec des inégalités dans certains facteurs de risque, comme le tabagisme et la consommation excessive d'alcool (MACKENBACH ET AL. 1999).

En ce qui concerne les cancers, il apparaît que les personnes ayant un statut socioéconomique bas ont une plus forte mortalité que les autres dans la plupart des pays développés (HERBERT & LAUNOY 2000).

Pour certaines maladies, le niveau d'éducation peut même s'avérer déterminant pour la survie du patient. KRAVDAL (2000) a fait une étude des inégalités de survie du cancer par rapport au statut socioéconomique (niveau d'éducation, revenu, statut marital...), en Norvège. Ces résultats sont clairs: le niveau d'éducation semble influencer sur la survie de certains cancers. Par exemple, pour le cancer colorectal masculin, 1,7% des malades décédés entre 1960 et 1991 avaient un niveau d'étude élevé (plus de 17 ans) et 73% des malades avaient une éducation basique (entre 7 et 9 ans de scolarité) ; ce qui représentait la plus forte mortalité tous niveaux d'étude confondus. Les hommes ayant eu une éducation post-secondaire ont une mortalité 15% moins importante que ceux n'ayant reçu qu'une éducation basique. L'estimation correspondante pour les femmes est de 14%.

Beaucoup de chercheurs sont arrivés à la conclusion que l'éducation est la variable qui influe le plus sur les taux de mortalité (L. SHI ET AL, 2005), laissant en position secondaire le revenu, puis l'accès au système de santé et l'emploi. Le concept de capital social permet de regrouper dans la même variable des inégalités socio-économiques, qui vont à leur tour expliquer certains comportements, qui pourront être responsables d'inégalités de santé.

## 1.2 MÉTHODES D'APPROCHE

Les disparités sociales de mortalité au Luxembourg sont examinées en ayant recours à l'exploitation des données de mortalité issues des hospitalisations au cours de la période 2002-2006. Le recours à cette source de données est une nécessité si l'on souhaite appréhender autant faire se peut la distribution de la mortalité selon le statut socioéconomique au Luxembourg. Car, pour le moment, les statistiques nationales publiées par le Ministère de la Santé<sup>1</sup> en matière de mortalité ne tiennent compte que des deux facteurs biologiques classiques, à savoir l'âge et le sexe.

La base de données relative aux hospitalisations<sup>2</sup> est issue de la base de données nationale dédiée à la gestion des informations concernant l'ensemble des prestations en nature de l'assurance maladie-maternité. A ce titre, les données recueillies correspondent à un recensement de toutes les hospitalisations intervenues sur l'ensemble du pays chaque année. Et, selon les statistiques de mortalité du Ministère de la Santé, près de 6 décès sur 10 en moyenne ont lieu en milieu hospitalier. Mais, compte tenu de la définition d'une hospitalisation<sup>3</sup> retenue pour constituer le fichier, en moyenne 18% des décès qui ont lieu chaque année au niveau hospitalier au cours de la période étudiée ne sont pas pris en compte dans ce fichier. Néanmoins, cela permet d'avoir une image, certes partielle mais assez instructive, des disparités de mortalité selon le statut socioéconomique. Compte tenu de la définition retenue d'une hospitalisation, la base de données ainsi constituée comprend environ 393200 hospitalisations sur la période 2002 – 2006, dont 2,28% se sont terminées par un décès. 92% des décès concernent des malades âgés de 16 ans et plus. Par rapport aux statistiques du Ministère de la Santé, la base des données relative aux hospitalisations permet de disposer, entre autres, des informations supplémentaires suivantes : régime professionnel et nationalité. Le régime professionnel est utilisé comme un proxy de la catégorie socioprofessionnelle et il correspond au régime d'affiliation à la Sécurité sociale du Luxembourg.

En raison du faible nombre de cas de décès enregistrés annuellement dans les établissements hospitaliers, il a été décidé de travailler sur les données cumulées de

---

<sup>1</sup> Il s'agit des statistiques des causes de décès publiées chaque année par la Direction de la Santé \Service des Statistiques.

<sup>2</sup> Le fichier des données d'hospitalisations a été fourni par l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (IGSS).

<sup>3</sup> Dans la définition retenue, sont exclues les hospitalisations de jour et l'hospitalisation est définie comme le fait d'occuper un lit d'hôpital et d'y rester au moins une nuit. Dans ce cas, tous les décès intervenus à l'hôpital moins de 24 heures après l'admission des personnes n'y sont malheureusement pas comptabilisés. C'est une lacune qui vient du fait que la priorité a été donnée aux hospitalisations et non aux décès au moment de la constitution du fichier.

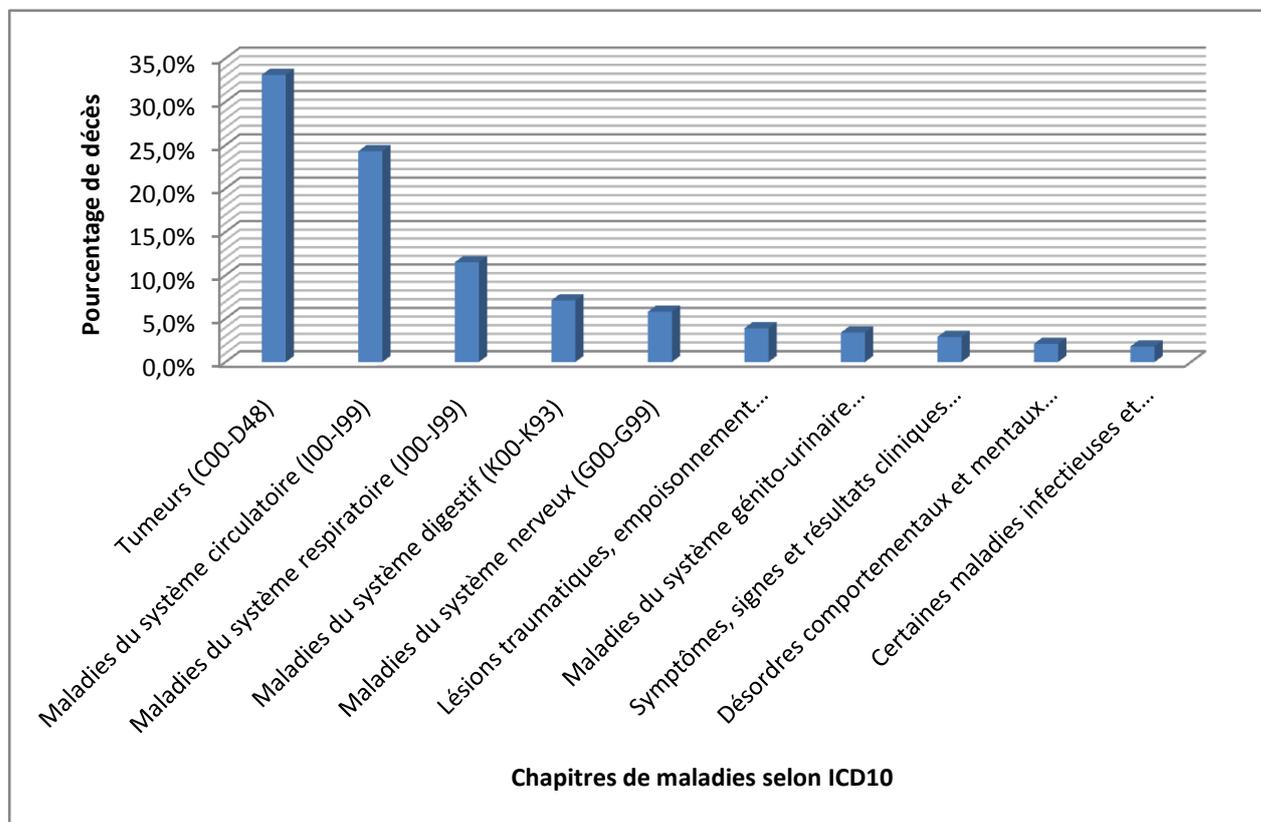
décès enregistrés au cours de la période (2002-2006). Presque pour les mêmes raisons, les résultats sont présentés en ne considérant que les chapitres de la classification internationale des maladies (CIM 10), et le cas des cinq principales causes de décès. De même, la mesure des disparités des décès par cause en fonction du régime professionnel et de la nationalité n'est menée que par sexe et non par âge. Les disparités sont mesurées par le ratio des proportions (ou pourcentages) des décès entre les différentes catégories considérées et par l'indice de disparité – défini par PEARCY ET KEPPEL (2002), parce que nous sommes en présence de données principalement non hiérarchiques. L'indice de disparité représente la somme des écarts ou des différences entre les taux de plusieurs groupes et un taux de référence. Il s'exprime en pourcentage comme une proportion de ce taux de référence. Nous avons choisi comme taux de référence, la proportion de décès par cause et sexe.

## **2 DISTRIBUTION DES DÉCÈS PAR CAUSE**

Au cours de la période 2002-2006, dix chapitres de maladies selon le diagnostic de sortie concentrent 95,8% du total des décès (cf. Graphique 1). Les cinq principales causes de décès (tumeurs 33,1%, maladies du système circulatoire 24,3%, maladies du système respiratoire 11,5%, maladies du système digestif 7,1% et maladies du système nerveux 5,8%) représentent à elles seules les quatre-cinquièmes des décès (81,8%).

L'analyse par tranche d'âge montre également que les dix principales causes de décès représentent plus de 90% du total des décès, à l'exception toutefois chez les enfants de 0 à 4 ans. Chez ces derniers, elles ne représentent que 29,2% du total des décès de cette tranche d'âge.

Parmi les décès des personnes âgées de 25 à 44 ans, 46,0% étaient dus aux tumeurs, 11,4% aux maladies du système digestif, 10,9% aux maladies du système circulatoire, 6,4% aux lésions traumatiques, empoisonnement et autres conséquences de causes externes. Tandis que chez les personnes âgées de 45 à 64 ans, plus de la moitié des décès est imputable aux tumeurs (52,5%), suivis des maladies du système circulatoire (13,7%), des maladies du système digestif (10,4%) et des maladies du système respiratoire (7,3%). Les lésions traumatiques ne représentent plus que 1,9% du total des décès dans cette tranche d'âge.



Source : Base de données de l'IGSS, données cumulées 2002-2006

**Graphique 1 Dix principales causes de décès survenus au niveau des hôpitaux**

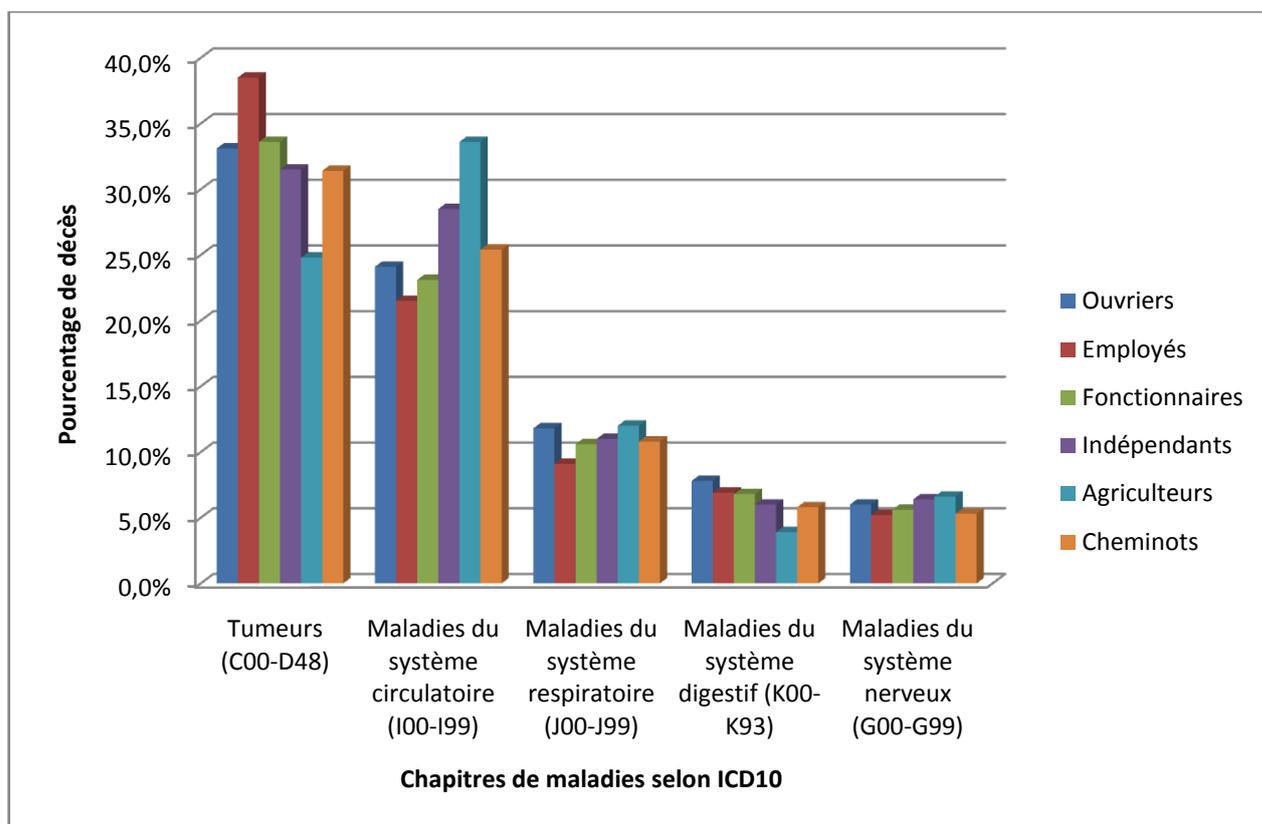
### **3 DISTRIBUTION DES DÉCÈS PAR CAUSE SELON LE RÉGIME PROFESSIONNEL**

Pour mémoire, le régime professionnel représente ici un proxy de la profession et il n'existe pas de hiérarchie bien établie entre les différents régimes. Toutefois, on peut supposer dans le contexte du Luxembourg que le régime professionnel des employés privés constitue un niveau professionnel élevé par rapport à celui des ouvriers ou des agriculteurs.

#### **3.1 DÉCÈS PAR TUMEURS**

C'est parmi les personnes appartenant au régime professionnel des employés privés que l'on trouve le pourcentage le plus élevé des décès par tumeurs au cours de la période 2002-2006 (38,5%). Suivent ensuite les personnes appartenant au régime professionnel des fonctionnaires (33,6%) et des ouvriers (33,1%). A l'exception des personnes appartenant au régime professionnel des agriculteurs avec 24,8% des décès

dues aux tumeurs, le pourcentage des décès par tumeurs concerne au minimum trois décès sur dix (cf. graphique 2)<sup>4</sup>.



Source : Base de données de l'IGSS, données cumulées 2002-2006

NB : Le graphique ci-dessus n'illustre que la distribution des cinq principales causes de mortalité parmi toutes les causes de décès en fonction du régime professionnel. Par conséquent, la somme des pourcentages de décès pour ces cinq causes ne peut représenter 100% des décès dans chaque régime professionnel.

### Graphique 2 Distribution de la mortalité selon les cinq principales causes par régime professionnel (Années 2002-2006)

Chez les hommes, les disparités de décès par tumeurs sont très faibles entre les différents régimes professionnels (cf. Tableau 1). Le ratio des proportions des décès entre les personnes appartenant au régime professionnel des ouvriers (régime de référence) et les autres montre par exemple que les ouvriers, les employés privés et les indépendants meurent dans des proportions similaires de cancers. C'est parmi les décès des personnes appartenant au régime professionnel des agents de chemin de fer luxembourgeois que l'on trouve la proportion la plus élevée de mort par cancer (40,7%). L'indice de disparité de décès, qui mesure l'inégalité moyenne entre les différents régimes professionnels, montre aussi l'existence d'une inégalité faible avec

<sup>4</sup> Les chiffres portent sur l'ensemble des décès tous âges et sexes confondus. Et lorsque l'on ne considère que les décès des personnes de plus de 15 ans, les chiffres restent quasiment inchangés dans la mesure où la mortalité infantile et juvénile est très faible.

une valeur égale à 6,64%. Chez les femmes, le ratio des proportions indique une mortalité par cancer plus élevée chez celles qui appartiennent au régime professionnel des employés privés (ratio =1,40) ou à celui des fonctionnaires (ratio = 1,16) par rapport aux femmes appartenant au régime professionnel des ouvriers. Par ailleurs, les femmes appartenant au régime professionnel des ouvriers meurent plus de cancers que celles qui appartiennent au régime des agriculteurs (ratio =0,62). L'indice de disparité égal à 20,22% montre que les inégalités de décès par cancers chez les femmes sont plus prononcées comparativement aux hommes.

**Tableau 1 Mesure de disparité de décès par tumeurs**

<b>Régime professionnel</b>	<b>Hommes</b>		<b>Indice de disparité</b>	<b>Femmes</b>		<b>Indice de disparité</b>
	<b>%</b>	<b>Ratio</b>		<b>%</b>	<b>Ratio</b>	
<i>Ensemble</i>	36,90		6,64%	29,64		20,22%
Ouvriers	37,90	1,00		28,19	1,00	
Employés privés	38,10	1,01		39,35	1,40	
Fonctionnaires	34,60	0,91		32,76	1,16	
Indépendants	37,50	0,99		26,88	0,95	
Agriculteurs	31,10	0,82		19,05	0,62	
Agents de chemin de fer	40,70	1,07		21,30	0,76	

Source : Données des hospitalisations 2002-2006, calcul des auteurs.

### **3.2 DÉCÈS PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE**

Environ un tiers des décès des personnes affiliées au régime professionnel des agriculteurs était dû aux maladies de l'appareil circulatoire contre 28,5% chez celles affiliées au régime professionnel des indépendants, 25,4% chez celles affiliées au régime professionnel des agents des chemins de fer luxembourgeois (CFL), 24,1% chez celles affiliées au régime professionnel des ouvriers, et 21,5% chez celles affiliées au régime professionnel des employés privés.

Chez les hommes, le ratio des proportions des décès montre que c'est parmi les personnes appartenant aux régimes professionnels des agriculteurs (ratio =1,30), des indépendants (ratio =1,14) et agents des chemins de fer (ratio =1,04) que le pourcentage des décès par maladies de l'appareil circulatoire est le plus élevé, comparé aux personnes appartenant au régime professionnel des ouvriers (cf. tableau 2). Les employés privés meurent un peu moins de maladies de l'appareil circulatoire que les ouvriers (ratio = 0,95). L'inégalité de décès par maladies de l'appareil

circulatoire entre les différents régimes professionnels chez les hommes est faible et l'indice de disparité est égal à 8,69%.

Chez les femmes, les personnes appartenant aux régimes professionnels des agriculteurs (ratio = 1,45), des indépendants (ratio = 1,18) et des agents des chemins de fer (ratio = 1,06) meurent plus de maladies de l'appareil circulatoire que celles appartenant au régime professionnel des ouvriers (cf. tableau 2). L'inégalité de décès entre les différents régimes professionnels atteint 15,14% du pourcentage des décès par maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes.

**Tableau 2 Mesure de disparité de décès par maladies de l'appareil circulatoire**

Régime professionnel	Hommes		Femmes	
	%	Ratio	%	Ratio
<i>Ensemble</i>	22,64		26,32	
		8,69%		15,14%
Ouvriers	22,16	1,00	26,33	1,00
Employés privés	20,98	0,95	22,29	0,85
Fonctionnaires	22,22	1,00	24,38	0,93
Indépendants	25,31	1,14	30,99	1,18
Agriculteurs	28,71	1,30	38,10	1,45
Agents de chemin de fer	23,15	1,04	27,80	1,06

Source : Données des hospitalisations 2002-2006, calcul des auteurs.

### 3.3 MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

Les maladies du système respiratoire représentent la troisième cause de mortalité au cours de la période 2002 – 2006. La proportion des décès en fonction du régime professionnel varie de 9,1% chez les employés privés à 12,0% chez les agriculteurs (tous sexes confondus).

Chez les hommes, la proportion des décès varie de 9,7% chez les agents des chemins de fer à 13,9% chez les agriculteurs (cf. Tableau 3). Le ratio des proportions des décès en fonction du régime professionnel indique, notamment, que les personnes appartenant aux régimes professionnels des agents des chemins de fer (ratio = 0,78), des employés privés (ratio = 0,80) et des indépendants (ratio = 0,80) meurent proportionnellement plus que celles appartenant au régime professionnel des ouvriers. Cela revient à observer des pourcentages de décès supérieurs de 25 à 28,2% parmi les personnes appartenant au régime professionnel des ouvriers, par rapport aux trois régimes professionnels susmentionnés. L'indice de disparité égal à 13% mesure la

présence d'inégalité de décès par maladies du système respiratoire entre les différents régimes professionnels. Cette inégalité reste faible.

**Tableau 3 Mesure de disparité de décès par maladies du système respiratoire**

Régime professionnel	Hommes		Indice de disparité	Femmes		Indice de disparité
	%	Ratio		%	Ratio	
<i>Ensemble</i>	12,35		13,00%	10,70		12,66%
Ouvriers	12,54	1,00		11,22	1,00	
Employés privés	10,02	0,80		7,10	0,63	
Fonctionnaires	11,75	0,94		9,36	0,83	
Indépendants	10,00	0,80		11,86	1,06	
Agriculteurs	13,88	1,11		10,39	0,93	
Agents de chemin de fer	9,72	0,78		11,90	1,06	

Source : Données des hospitalisations 2002-2006, calcul des auteurs.

Chez les femmes, la proportion des décès varie de 7,1% chez les employés privés à 11,9% chez les agents des chemins de fer (cf. Tableau 3). La proportion des décès par maladies du système respiratoire est en grande partie plus élevée parmi les personnes appartenant au régime professionnel des ouvriers que parmi les autres, à l'exception toutefois, en ce qui concerne les décès au niveau des indépendants et des agents des chemins de fer. L'écart relatif entre la proportion des décès chez les personnes appartenant au régime professionnel des ouvriers et celle des décès chez les personnes appartenant au régime professionnel des employés privés est néanmoins assez élevé (ratio = 0,63 ou encore 1,59). L'indice de disparité égal à 12,66% traduit l'existence d'une inégalité modérée des décès entre les différents régimes professionnels.

### 3.4 MALADIES DU SYSTÈME DIGESTIF

La mortalité par maladies du système digestif concerne 7,1% du total des décès dénombrés au moment de l'hospitalisation durant la période 2002-2006. La proportion des décès en fonction du régime professionnel varie de 3,9% parmi les personnes décédées appartenant au régime professionnel des agriculteurs à 7,8%, parmi celles appartenant au régime professionnel des ouvriers.

Chez les hommes, les proportions des décès varient du simple au double (3,8% parmi les agriculteurs contre 8,5% parmi les ouvriers) (cf. Tableau 4). Le ratio des proportions des décès montre que le pourcentage des décès par maladies du système digestif chez les personnes appartenant au régime professionnel des ouvriers est le

plus élevé de tous. Les écarts relatifs sont plus importants avec les personnes appartenant aux régimes professionnels des agriculteurs (ratio = 0,45) et des agents des chemins de fer (ratio = 0,55). Ainsi, cela se traduit par un indice de disparité qui atteint 21,11%.

Chez les femmes, les proportions des décès varient presque dans les mêmes proportions que chez les hommes (3,9% parmi les agriculteurs contre 7,4% parmi les fonctionnaires). La proportion des décès chez les femmes appartenant au régime professionnel des ouvriers est relativement plus élevée à celle des autres femmes appartenant aux autres régimes professionnels, hormis celle des femmes appartenant au régime professionnel des fonctionnaires. L'indice de disparité est égal à 15,34% et confirme l'existence d'inégalité de décès par maladies du système digestif entre les femmes de différents régimes professionnels.

**Tableau 4 Mesure de disparité de décès par maladies du système digestif**

Régime professionnel	Hommes			Femmes		
	%	Ratio	Indice de disparité	%	Ratio	Indice de disparité
<i>Ensemble</i>	7,55		21,11%	6,66		15,34%
Ouvriers	8,48	1,00		7,17	1,00	
Employés privés	7,74	0,91		6,10	0,85	
Fonctionnaires	6,41	0,76		7,39	1,03	
Indépendants	6,88	0,81		5,33	0,74	
Agriculteurs	3,83	0,45		3,90	0,54	
Agents de chemin de fer	4,63	0,55		6,90	0,96	

Source : Données des hospitalisations 2002-2006, calcul des auteurs.

### 3.5 MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX

Les maladies du système nerveux représentent 5,7% des causes des décès au moment de l'hospitalisation au cours de la période 2002-2006. Les proportions des décès ne varient que très légèrement d'un régime à l'autre, allant de 5,1% parmi les personnes appartenant au régime professionnel des employés privés à 6,6% parmi celles appartenant au régime professionnel des agriculteurs. Cependant, la distribution des décès par sexe donne une toute autre vision du phénomène.

Chez les hommes, les proportions des décès varient de 4,2% parmi les personnes appartenant au régime professionnel des agents des chemins de fer à 6,7% parmi les personnes appartenant au régime professionnel des agriculteurs (cf. Tableau 5). Le

ratio des proportions des décès indique des écarts relatifs entre les différents régimes professionnels qui sont assez importants. En effet, chez les personnes appartenant aux régimes professionnels des agriculteurs (ratio = 1,59), des employés privés (ratio = 1,39), des fonctionnaires (ratio = 1,37) et des indépendants, on meurt plus des maladies du système nerveux que les personnes appartenant au régime des ouvriers. L'indice de disparité des décès entre les différents régimes professionnels s'élève à 20,17% de la proportion totale des décès par maladies du système nerveux.

**Tableau 5 Mesure de disparité de décès par maladies du système nerveux**

Régime professionnel	Hommes			Femmes		
	%	Ratio	Indice de disparité	%	Ratio	Indice de disparité
<i>Ensemble</i>	4,80		20,17%	6,70		14,65%
Ouvriers	4,22	1,00		7,77	1,00	
Employés privés	5,86	1,39		4,23	0,54	
Fonctionnaires	5,77	1,37		5,42	0,70	
Indépendants	5,31	1,26		7,26	0,93	
Agriculteurs	6,70	1,59		6,49	0,84	
Agents de chemin de fer	4,17	0,99		6,40	0,82	

Source : Données des hospitalisations 2002-2006, calcul des auteurs.

Chez les femmes, la proportion des décès la plus basse est observée parmi les personnes appartenant au régime professionnel des employés privés (4,2%) et la plus élevée parmi celles appartenant au régime professionnel des ouvriers. Ainsi, les femmes appartenant au régime professionnel des ouvriers décèdent proportionnellement plus des maladies du système nerveux que leurs homologues d'autres régimes professionnels. L'inégalité de décès entre les différents régimes professionnels est toutefois modérée avec un indice de disparité égal à 14,65%. A noter que la distribution des décès entre les différents régimes professionnels chez les hommes et chez les femmes est en opposition.

#### **4 DISTRIBUTION PAR CAUSE SELON LA NATIONALITÉ**

La population couverte par le système de sécurité sociale du Luxembourg étant composée de résidents, avec une forte proportion d'étrangers (environ 43% de la population totale résidente), et de travailleurs frontaliers, il semble utile de mesurer les disparités de décès par cause liées à la nationalité.

## 4.1 DÉCÈS PAR TUMEURS

Les tumeurs demeurent de loin la première cause de décès quelle que soit la nationalité. La proportion de personnes décédées pour cause de tumeurs est la plus élevée parmi les personnes de nationalité portugaise (41,8%) et la plus faible parmi celles de nationalité luxembourgeoise (32,2%). La mortalité par tumeurs représente 39,6% des décès chez les personnes de nationalité française, 39% chez celles de nationalité italienne, 37% chez celles de nationalité belge et 36,8% chez celles de nationalité allemande.

Chez les hommes, la proportion des décès varie de 35,7% parmi les Luxembourgeois à 45,2% parmi les Italiens. Le ratio des proportions des décès montre notamment que les Italiens et les Portugais meurent plus que les Luxembourgeois par cancers. L'inégalité de décès entre les personnes de différentes nationalités est néanmoins faible avec un indice de disparité égal à 10%.

Chez les femmes, la proportion des décès varie de 28,6% parmi les Luxembourgeoises à 38,8% parmi les Français. Comme chez les hommes, le ratio des proportions des décès fait apparaître des écarts relatifs de décès entre les personnes en fonction de la nationalité. Les disparités sont relativement plus prononcées ici et l'indice de disparité est égal à 18,31%.

**Tableau 1 Mesure de disparité de décès par tumeurs en fonction de la nationalité**

Nationalité	Hommes			Femmes		
	%	Ratio	Indice de disparité	%	Ratio	Indice de disparité
<i>Ensemble</i>	36,90		10,02%	29,64		18,31%
Luxembourg	35,71	1,00		28,65	1,00	
Italie	45,23	1,27		32,00	1,12	
Portugal	44,74	1,25		36,47	1,27	
France	40,38	1,13		38,79	1,35	
Belgique	38,00	1,06		35,92	1,25	
Allemagne	37,14	1,04		36,59	1,28	

Source : Données des hospitalisations 2002-2006, calcul des auteurs.

## 4.2 DÉCÈS PAR MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE

La proportion de personnes décédées de maladies du système circulatoire est plus élevée parmi les Allemands (29%), les Italiens (25,9%) et les Luxembourgeois (24,9%). C'est parmi les Portugais (14,7%) que cette proportion est la plus faible.

Chez les Français et les Belges, le pourcentage est respectivement égal à 21,4% et 20,2%.

Chez les hommes, la proportion des décès varie de 16,4% parmi les Portugais à 27,1% parmi les Allemands. Les valeurs du ratio des proportions des décès, différentes de 1, indiquent l'existence des disparités de décès entre personnes de nationalités différentes. Les personnes de nationalité allemande et celles de nationalité italienne meurent proportionnellement plus de maladies du système circulatoire que les Luxembourgeois. La valeur de l'inégalité moyenne de décès entre les différentes nationalités est donnée par l'indice de disparité égal à 11,94%.

Chez les femmes, le pourcentage des décès varie de 12,9% parmi les Portugaises à 30,5% parmi les Allemandes. Le ratio des proportions des décès révèle des disparités de décès entre les personnes de diverses nationalités confirmées par l'indice de disparité qui représente 20,52% du pourcentage global de décès chez les femmes.

**Tableau 2 Mesure de disparité de décès par maladies de l'appareil circulatoire en fonction de la nationalité**

Nationalité	Hommes			Femmes		
	%	Ratio	Indice de disparité	%	Ratio	Indice de disparité
<i>Ensemble</i>	22,64		11,94%	26,32		20,52%
Luxembourg	22,83	1,00		26,95	1,00	
Italie	26,13	1,14		25,71	0,95	
Portugal	16,45	0,72		12,94	0,48	
France	21,15	0,93		21,55	0,80	
Belgique	23,00	1,01		17,48	0,65	
Allemagne	27,14	1,19		30,49	1,13	

Source : Données des hospitalisations 2002-2006, calcul des auteurs.

### 4.3 DÉCÈS PAR MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

Les décès par maladies du système respiratoire représentent de 9,3% du total des décès parmi les Portugais à 11,7% du total des décès parmi les Luxembourgeois.

Chez les hommes, le pourcentage des décès varie de 9,0% parmi les Belges à 12,9% parmi les Allemands (cf. Tableau 3). Le ratio des proportions indique que les Luxembourgeois meurent plus que les autres des maladies du système respiratoire et des écarts relatifs assez nets sont observés par rapport aux Belges et aux Portugais.

Toutefois, cela n'entraîne qu'une inégalité moyenne entre les personnes de différentes nationalités de faible ampleur comme le montre l'indice de disparité (12,60%).

Chez les femmes, la proportion des décès varie de 7,3% parmi les Allemandes à 13,6% parmi les Belges (cf. Tableau 3). A l'exception des Belges, le pourcentage des décès des Luxembourgeoises par maladies du système respiratoire est plus que celui des autres. Les disparités de décès entre les différentes nationalités sont modérées et proches de celles constatées chez les hommes. L'indice de disparité est égal à 14,19%.

**Tableau 3 Mesure de disparité de décès par maladies du système respiratoire en fonction de la nationalité**

Nationalité	Hommes			Femmes		
	%	Ratio	Indice de disparité	%	Ratio	Indice de disparité
<i>Ensemble</i>	12,35		12,60%	10,70		14,19%
Luxembourg	12,59	1,00		10,90	1,00	
Italie	11,06	0,88		9,71	0,89	
Portugal	9,21	0,73		9,41	0,86	
France	11,54	0,92		10,34	0,95	
Belgique	9,00	0,71		13,59	1,25	
Allemagne	12,86	1,02		7,32	0,67	

Source : Données des hospitalisations 2002-2006, calcul des auteurs.

#### 4.4 DÉCÈS PAR MALADIES DU SYSTÈME DIGESTIF

La proportion des décès varie de 5,9% parmi les Allemands à 10,1% parmi les Portugais.

Chez les hommes, elle varie de 5,7% parmi les Allemands à 11,8% parmi les Portugais (cf. Tableau 4). C'est seulement parmi les décès de Portugais que l'on trouve un pourcentage de décès par maladies du système digestif supérieur à celui des Luxembourgeois. Le ratio des proportions des décès rend compte de l'ampleur des disparités entre les personnes de différentes nationalités, tout comme l'indice de disparité qui est égal à 17,86%.

Chez les femmes, les proportions des décès sont très proches entre les personnes de différentes nationalités, variant de 6,1% parmi les Allemandes à 9,7% parmi les Belges. Les disparités des proportions des décès sont ainsi faibles et l'indice de disparité ne représente que 11,46% de la proportion des décès par maladies du système digestif chez les femmes.

**Tableau 4 Mesure de disparité de décès par maladies du système digestif en fonction de la nationalité**

Nationalité	Hommes		Indice de disparité	Femmes		Indice de disparité
	%	Ratio		%	Ratio	
<i>Ensemble</i>	7,55		17,86%	6,66		11,46%
Luxembourg	7,47	1,00		6,53	1,00	
Italie	7,04	0,94		6,86	1,05	
Portugal	11,84	1,59		7,06	1,08	
France	6,73	0,90		6,90	1,06	
Belgique	7,00	0,94		9,71	1,49	
Allemagne	5,71	0,76		6,10	0,93	

Source : Données des hospitalisations 2002-2006, calcul des auteurs.

#### **4.5 DÉCÈS PAR MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX**

Les décès par maladies du système nerveux représentent dans l'ensemble moins 7% du total des décès au sein de chaque nationalité. Le pourcentage des décès varie de 2,6% parmi les Allemands à 6,4% parmi les Belges.

Chez les hommes, on retrouve les mêmes communautés qui ont respectivement 1,4% et 7,0% des décès par maladies du système nerveux. Mise à part la proportion des décès parmi les Belges, le pourcentage des décès parmi les Luxembourgeois est supérieur à celui des autres nationalités. La distribution des décès par nationalité est très inégale comme le montre le ratio des proportions des décès, et le confirme l'indice de disparité qui mesure l'ampleur de l'inégalité moyenne entre les communautés par rapport au pourcentage des décès global. L'indice de disparité a une valeur élevée.

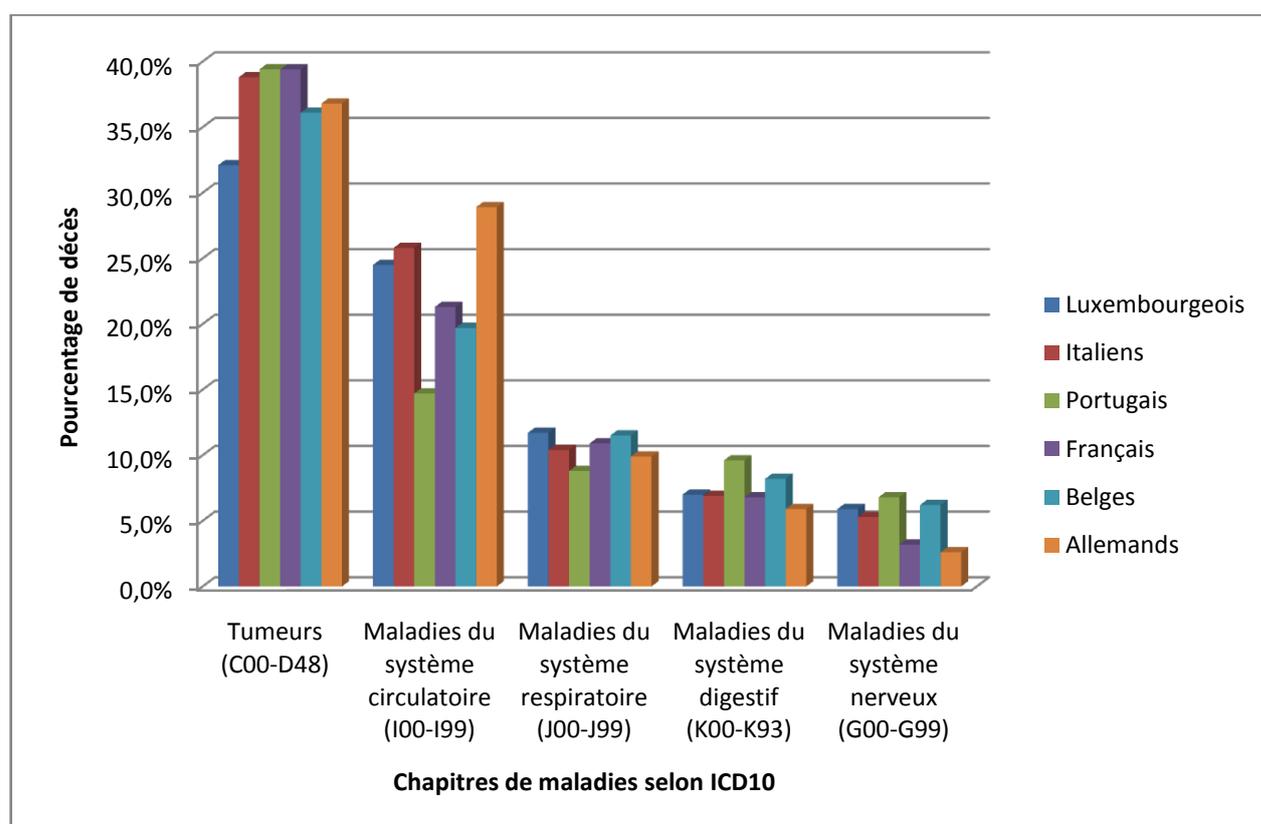
Chez les femmes, les proportions des décès varient de 3,4% parmi les Françaises à 11,8% parmi les Portugaises (cf.

Tableau 5). Le ratio des proportions des décès indique l'existence de fortes disparités des décès liées à la nationalité. L'indice de disparité égal à 35,15% traduit également la présence d'une inégalité importante en ce qui concerne les décès par maladies du système nerveux.

**Tableau 5 Mesure de disparité de décès par maladies du système nerveux en fonction de la nationalité**

Nationalité	Hommes		Indice de disparité	Femmes		Indice de disparité
	%	Ratio		%	Ratio	
<i>Ensemble</i>	4,80		43,54%	6,70		35,15%
Luxembourg	5,09	1,00		6,74	1,00	
Italie	2,51	0,49		8,57	1,27	
Portugal	3,29	0,65		11,76	1,74	
France	1,92	0,38		3,45	0,51	
Belgique	7,00	1,38		5,83	0,86	
Allemagne	1,43	0,28		3,66	0,54	

Source : Données des hospitalisations 2002-2006, calcul des auteurs.



**Graphique 3 Distribution de la mortalité selon les cinq principales causes par nationalité (Années 2002-2006)**

## 5 CONCLUSION

Le recours aux données d'hospitalisations a permis de mesurer les disparités de décès pour les cinq principales causes en fonction du régime professionnel et de la nationalité au Luxembourg.

Dans le cas de la mesure des disparités de décès en fonction du régime professionnel, les valeurs de l'indice de disparité indiquent l'existence d'inégalités sociales modérées de décès entre les différents régimes professionnels, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, les disparités sont un peu plus fortes concernant des décès dus aux maladies du système digestif et du système nerveux. Et, chez les femmes, c'est au niveau des décès par tumeurs que les disparités sont relativement élevées. Par exemple chez les hommes, les personnes appartenant au régime professionnel des ouvriers décèdent plus que celles appartenant au régime professionnel des employés privés, pour les causes suivantes : maladies de l'appareil circulatoire, maladies du système respiratoire et du système digestif.

Dans le cas de la mesure des disparités de décès en fonction de la nationalité, les ratios des proportions et les indices de disparité mettent en évidence l'existence de disparités de décès pour les cinq principales causes de mortalité. Elles sont en général modérées tant chez les hommes que chez les femmes, à l'exception toutefois, en ce qui concerne les décès dus aux maladies du système nerveux.

Au-delà de ces constats issus des informations agrégées, il est nécessaire de rapprocher ces résultats des connaissances accumulées dans la littérature internationale concernant les inégalités sociales de santé et de mortalité. Les risques de décès prématuré sont plus élevés pour des personnes issues de milieux socioéconomiques défavorisés, que pour celles issues de milieux favorisés (KRAVDAL 2000, DEATON 2001, MACKENBACH 2006, ...). Les groupes socioéconomiques défavorisés ont tendance à avoir des comportements et styles de vie plus nocifs pour la santé que les autres, comme par exemple le tabagisme, la consommation d'alcool, la sédentarité, les habitudes alimentaires riches en matière grasse, etc. (CAVELAARS ET AL. 1997, GRAHAM 1995, OMS 2002, ...)

Enfin, il importe de souligner qu'en l'absence d'informations sur la profession effective des personnes décédées, le recours au régime professionnel des individus ne

constitue qu'un proxy assez grossier pour caractériser leur catégorie socioprofessionnelle. Des efforts restent à faire pour améliorer la qualité d'informations contenues notamment dans les certificats de décès. Dans ceux-ci, la profession est pourtant prévue mais elle est insuffisamment, sinon pas du tout, renseignée au moment de les établir. Conscient de telles lacunes, le Ministère de la Santé, à travers la Direction de la Santé, a créé un groupe de travail dont les objectifs sont :

- la modification de l'actuel formulaire du certificat de décès ;
- l'amélioration du système d'information sanitaire en général ;
- l'amélioration du système de production de données de mortalité, en particulier (Weber et al. 2010).

L'atteinte de ces objectifs devrait permettre, en particulier aux chercheurs, de disposer des données susceptibles de faciliter les analyses socioéconomiques en matière de mortalité au Luxembourg. En attendant que les travaux de ce groupe de travail aboutissent aux résultats escomptés, il importe de souligner que la réforme de l'assurance maladie qui a institué le régime unique depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 limite à court et moyen termes les possibilités de recourir même au régime professionnel comme proxy de la profession. Une piste pourrait être le recueil des informations socioéconomiques des personnes décédées lors des campagnes de recensement de la population.

## *Références bibliographiques*

BOS V, KUNST AE, GARSSEN J, MACKENBACH JP. (2005). Socioeconomic inequalities in mortality within ethnic groups in the Netherlands, 1995-2000. *J Epidemiol Community Health*. 2005 Apr;59(4):329-35.

CASE A., PAXSON C. (2006) Sex differences in morbidity and mortality, October 2004, [http://www.princeton.edu/~rpds/downloads/case\\_paxson\\_morbidity.pdf](http://www.princeton.edu/~rpds/downloads/case_paxson_morbidity.pdf), en ligne le 11/07/07, pages 1-41.

CAVELAARS ET AL. (1997) Socio-economic differences in risk factors for morbidity and mortality in the European Community: an international comparison. *Journal Health Psychological*. 1997;2:353-372.

CUTLER D., DEATON A., LLERAS-MUNEY A. (2006) The determinants of mortality, NBER Working papers, January 2006, pages 1-34.

DEATON A. (2001) Relative deprivation, inequality and mortality, University of Princeton, January 2001, page 1-45.

DEATON A., LUBOTSKY D. (2002) Mortality, inequality and race in American cities and states, University of Princeton, February 2002, page 1-34.

DEATON A., PAXSON C. (1999) Mortality, education, income and inequality among American cohorts, University of Princeton, May 1999, p 1-49

FRIEDMAN E. (2001). Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality. *European Heart Journal*, 2001; 22(8): 715-715.

GRAHAM H. (1995). Cigarette smoking: alight on gender and class inequality in Great Britain ? *J. Soc. Pol.* 1995;24:509-527.

HERBERT C., LAUNOY G. (2000). Les cancers, in Leclerc A, Fassin D, Grandjean H, Kaminski M, Lang T (éds), *Les inégalités sociales de santé*, La Découverte, Paris, 239-50.

JUSOT F. (2003) Revenu et mortalité : analyse économique des inégalités sociales de santé en France, extrait de thèse de doctorat en sciences économiques de L'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales soutenue le 12 décembre 2003, [www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/ResumeTheseFJusotRevenuMortalite.pdf](http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/ResumeTheseFJusotRevenuMortalite.pdf), page 1-9.

KAPLAN GA, KEIL JE. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*. 1993 Oct;88(4 Pt 1):1973-98.

KRAVDAL O. (2000), Social inequalities in cancer survival, *Population studies*, Mars 2000, n° 1 volume 54, p 1-18 ;

KUNST A.E., BOSS V., MACKENBACH J.P. ET AL. (2001). Monitoring of socioeconomic inequalities in health in the European Union. Rotterdam, Erasmus MC.

LLERAS-MUNNEY A. (2001) The relationship between education and adult mortality in the US, May 2001, University of Princeton, page 1-43.

LOSTAO L., REGIDOR E., AIACH P., DOMINGUEZ V. (2001) Social inequalities in ischaemic heart and cerebrovascular disease mortality in men : Spain and France, 1980-1982 and 1988-1990, *Social science and medicine*, n°52, June 2001, pages 1879-1887.

LYNCH ET AL. (1996). Do Cardiovascular risk factors explain the relation between socioeconomic status, risk of all-cause mortality, cardiovascular mortality and acute myocardial infarction ? *American Journal of Epidemiologic*. 1996;144:934-942.

MACKENBACH J.P., KUNST A.E., CAVELAARS A.E., GROENHOF F., GEURTS J.J. (1997). Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet*. 1997;349:1655-1659.

MACKENBACH J.P., CAVELAARS A.E.J.M., KUNST A.E., GROENHOF F. (1999) Socioeconomic inequalities in cardiovascular disease mortality. An international study. *European Heart Journal*, Volume 21, Number 14, 1141-1151.

MACKENBACH J.P. (2001). Health Inequalities : Europe in Profile.

MACKENBACH J.P. (2006). Health inequalities: Europe in profile.

MANDERBACKA K. (2005). Exploring gender and socioeconomic differences in treatment of coronary heart disease. Eur J Public Health. 2005 Dec;15(6):634-9. Epub 2005 Jul 28.

MARMOT M, RYFF CD, BUMPASS LL, SHIPLEY M, MARKS NF. (1997). Social inequalities in health: next questions and converging evidence. Soc Sci Med. 1997 Mar;44(6):901-10.

MINISTERE DE LA SANTE : Statistiques des causes de décès 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008

MULCAHY ET AL. (1984). Level of education, coronary risk factors and cardiovascular disease. Irland Med. Journal. 1984;77:316-318.

OMS 2002 : Rapport sur la santé dans le monde

OMS 2005 : Rapport sur la santé dans le monde

PEARCY J.N., KEPPEL K.G. (2002) A summary measure of health disparity. Public Health Rep 2002;117(3):273-280.

Pocock et al. (1987). Social class differences in ischaemic heart disease in British men. Lancet. 1987;2:197-201.

ROLLAND-PORTAL I., WAGENER Y., MOSSONG J. ET HANSEN-KOENIG D. (2003): Mortalité des enfants, adolescents et jeunes adultes au Luxembourg de 1968 à 1997. Direction de la Santé et CRP Santé, Grand – Duché de Luxembourg. 102 pages.

SASCO AJ, GRIZEAU D, POBEL D, CHATARD O, DANZON M. (1994). Smoking and social class in France 1974-1991. Bull Cancer. 1994 May;81(5):355-9.

SHI L. MACINKO J. STARFIELD B. POLITZER R. WULU J. ET XU J. (2005), Primary care, social inequalities, and all cause, heart disease, and cancer mortality in US counties, 1990, *American journal of public health*, April 2005, vol 95 n°4, p 674-680.

SILVENTOINEN ET AL. (2005). Educational inequalities in the metabolic syndrome and coronary heart disease among middle-aged men and women. *International Journal of Epidemiology*, 2005; 34(2): 327-334.

STRONKS K. ET AL. (1997). Cultural, material and psychosocial correlates of the socioeconomic gradient in smoking behaviour among adults. *Prev. Med.* 1997;26:754-766.

WEBER G., WAGENER Y., HANSEN-KOENIG D. (2010). La mortalité au Luxembourg. Evolution historique, situation actuelle et perspectives futures du système national de surveillance de la mortalité. Direction de la Santé, 81

**CEPS**  
I N S T E A D

3, avenue de la Fonte  
L-4364 Esch-sur-Alzette  
Tél.: +352 58.58.55-801  
[www.ceps.lu](http://www.ceps.lu)