

## Le régime alimentaire a-t-il une influence sur la mortalité?

Nous mettons souvent en avant les habitudes de vie pour expliquer une longévité accrue d'une population ou à l'inverse une mortalité précoce. Dans ces habitudes, le mode alimentaire a une grande place comme l'ont montré diverses études: celles concernant le régime méditerranéen et sa faible incidence de pathologie cardiovasculaire, le french paradoxe, et certainement d'autres. La responsabilité des habitudes alimentaires sur la mortalité d'une population est une question qui reste controversée, trop de facteurs étant intriqués. Une étude de cohorte a voulu analyser la relation entre l'alimentation et la mortalité sur 20 ans.<sup>1</sup>

L'originalité de cette étude était d'évaluer et de comparer l'association des habitudes alimentaires et de la mortalité dans différentes régions européennes. De 1958 à 1964, 16 groupes de populations masculines de 40 à 59 ans provenant de 7 pays ont été examinés. Seuls la Finlande, l'Italie et les Pays Bas ont terminé l'étude. Les 5 groupes de population examinés provenaient de l'est et de l'ouest Finlandais, du Crevalcore et Montegiorgio en Italie et de la région de Zutphen aux Pays Bas. L'étude a porté au total sur 3045 hommes de 50 à 70 ans répartis entre les 5 régions. Les habitudes alimentaires ont été évaluées à partir de la consommation alimentaire des 6-12 mois précédant l'interview en 1970. Il a été demandé aussi les habitudes concernant le tabac (jamais, ancien et fumeur) et l'alcool (jamais, modéré < 6 verres par jour, et fort buveur > 6 verres).

L'analyse n'a pas voulu prendre en compte un seul aliment, mais ses principaux composants. Pour cela, les auteurs ont établi un indicateur de régime de santé (IRS), calculé à partir des recommandations diététiques de l'OMS pour la prévention des maladies chroniques, en attribuant à 9 items une note 0 ou 1 : 1 pour les doses recom-

mandées et 0 pour ceux en dehors des normes. Ces 9 items étaient: acides gras saturés, acides gras polyinsaturés, protéines, complexes, les fibres, les fruits et légumes, céréales et oléagineux, mono et disaccharides, cholestérol. 3 groupes ont été établis: bas, moyen et haut degré d'adhésion en fonction des chiffres obtenus.

Les résultats montrent que les habitudes alimentaires sont très différentes dans les trois pays. La prise d'acides gras saturés et de cholestérol était élevée en Finlande et aux Pays Bas alors que la prise d'alcool était faible. En Italie l'inverse était observé.

Le statut vital et la mortalité ont été vérifiés après 20 ans. Pendant ces 20 ans il y a eu 1796 décès (59%). L'IRS était inversement associé à la mortalité. Après ajustement pour l'âge, le tabagisme et la prise d'alcool, le risque relatif pour le groupe avec le meilleur IRS comparé au plus faible était de 0,87. La même tendance était trouvée dans les trois pays. Les auteurs concluent que le suivi d'un régime chez les hommes de 50 à 70 ans est associé à une réduction de la mortalité toute cause, quelles que soient les habitudes culturelles. L'IRS est utile dans l'évaluation d'une relation entre mortalité et habitude alimentaire.

Cette étude amène plusieurs réflexions.

- la 1<sup>ère</sup> se rapporte au choix et à l'utilisation de l'outil. La notion d'indicateur a pour objet de prendre en compte dans les analyses les recommandations diététiques au delà des particularités alimentaires locales. Il faut remarquer que, dans l'utilisation de cet indicateur, les auteurs ont attribué des coefficients différents à l'Italie et aux pays nordiques. En Finlande et aux Pays Bas, les patients étaient classés comme ayant une adhésion basse, moyenne ou forte aux recommandations selon qu'ils avaient moins de 2, 2 ou plus de 2 points, alors qu'en Italie il en fallait moins de 3, 3 ou 4, et plus de 4. Ceci rend plus difficile les comparaisons.

- la 2<sup>ème</sup> concerne l'hypothèse que le régime de 1970 était encore suivi en 1990. Les auteurs font remarquer que les différences d'habitudes alimentaires se sont sans doute un peu atténuées dans cette période.

- la 3<sup>ème</sup> concerne les autres facteurs: le tabac et l'alcool ont été étudiés, et des ajustements ont été faits. D'autres facteurs n'ont pas été analysés: le travail, le stress, le froid, l'ensoleillement, l'habitat, la précarité qui sont autant de facteurs de confusion non explorés. Il est frappant de voir les différences entre les consommations d'alcool. Celles-ci expliquent-elles le choix différent des coefficients d'analyse? Et on regrette que la part de la consommation d'alcool dans les différences de mortalité n'ait pas été mieux analysée.

Que retenir de cette importante étude? D'abord la difficulté des études de ce type et l'incertitude des résultats tant sont importants les biais et facteurs de confusion; ensuite l'intérêt de l'outil "indicateur de régime de santé", mais qui demande à être affiné; enfin malgré tout, un début de validation des recommandations de l'OMS. Mais d'autres études restent nécessaires.

1- Huijbregts P, and al. Dietary pattern and 20 year mortality in elderly men in Finland, Italy and the Netherlands: longitudinal cohort study. Brit. Med. J. 1997, 315, 13-17

**Mots-clé:** alimentation, régime, mortalité, étude de cohorte

*Numéro 75 du 9 octobre 1997*