

The background features a stylized map of France, where each region is represented by a different color (blue, green, yellow, orange) and has a rough, torn-paper-like edge. Various human figures are placed on these colored regions: a person on a skateboard, a person being lifted, a man in a suit, a couple walking, and two women talking.

# La France des régions 2016

*APPROCHE  
SOCIO-SANITAIRE*

SCORE  
Santé

F N O R S

Ce document a été réalisé par :

Lise Trottet<sup>1</sup>, Bernadette Lémery<sup>1</sup>, Alain Trugeon<sup>1,2</sup>,  
Bernard Ledésert<sup>3</sup>, Hélène Martineau<sup>1</sup>, André Ochoa<sup>1,4</sup>, Nadine Scandella<sup>4</sup>, Isabelle Tron<sup>1,5</sup>

et mis en page par :

Myriam Valentini<sup>1</sup>, Sylvie Bonin<sup>2</sup>.

Il a également reçu les contributions de :

Nadège Thomas<sup>2</sup>, Jérôme Lemaire<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

<sup>2</sup> Observatoire régional de la santé et du social de Picardie et de Haute-Normandie

<sup>3</sup> Creai-ORS Languedoc-Roussillon

<sup>4</sup> Observatoire régional de la santé d'Aquitaine

<sup>5</sup> Observatoire régional de la santé de Bretagne

Citation recommandée pour cet ouvrage :

Trottet L., Lémery B., Trugeon A., Ledésert B., Martineau H., Ochoa A., Scandella N., Tron I.,  
La France des régions 2016 - Approche socio-sanitaire. Paris : Fnors, janvier 2016, 36 p.

# Sommaire

**Introduction**..... p. 3

**Contexte général**..... p. 5

Population..... p. 5

Conditions de vie..... p. 7

Activité professionnelle..... p. 8

Chômage, formation, revenus..... p. 9

**Mortalité**..... p. 10

Mortalité générale..... p. 10

Mortalité prématurée..... p. 11

Mortalité par cancers..... p. 12

Mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes..... p. 14

Mortalité par cancer du sein chez les femmes..... p. 15

Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire..... p. 16

Mortalité par traumatismes et empoisonnements..... p. 17

Mortalité par suicide..... p. 18

Mortalité par accidents de la circulation..... p. 19

Mortalité par maladies associées à la consommation d'alcool..... p. 20

**Admissions en affections de longue durée**..... p. 21

ALD pour maladies de l'appareil circulatoire et pour cancers..... p. 21

ALD pour diabète et pour maladies psychiques..... p. 22

ALD pour maladie d'Alzheimer et pour insuffisances respiratoires chroniques..... p. 23

**Accès à l'offre de soins de proximité**..... p. 24

Médecins généralistes libéraux et infirmiers libéraux..... p. 24

Masseurs-kinésithérapeutes libéraux et chirurgiens-dentistes libéraux..... p. 25

Gynécologues-obstétriciens libéraux et ophtalmologues libéraux..... p. 26

**Typologie des régions**..... p. 27

**Méthodologie**..... p. 32

**Annexes**..... p. 35

Glossaire..... p. 35

La France des régions au 1<sup>er</sup> janvier 2016..... p. 36

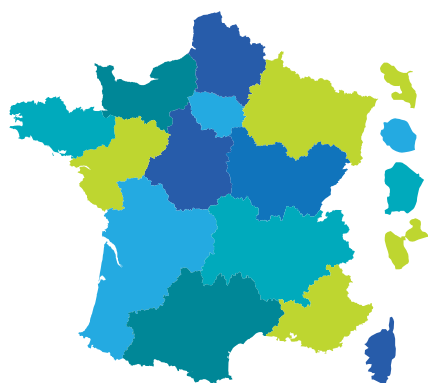
# Remerciements

## La Fnors remercie

- le ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes (Direction générale de la santé) pour son soutien financier ;

- l'ensemble des organismes qui ont fourni les données permettant la réalisation de ce document, et également ceux qui contribuent à l'actualisation et au développement de SCORE-Santé, au travers des réflexions et travaux menés avec la Fnors :

- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation,
- Caisse centrale de mutualité sociale agricole,
- Caisse nationale des allocations familiales,
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés,
- Caisse nationale du régime social des indépendants,
- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques,
- Direction générale des finances publiques,
- Institut national de la santé et de la recherche médicale, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès,
- Institut national de la statistique et des études économiques,
- Institut de veille sanitaire,
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé,
- Institut national du cancer,
- Observatoire français des drogues et des toxicomanies.



# La France des régions 2016

## APPROCHE SOCIO-SANITAIRE

Ce document se situe dans le contexte des réformes qui visent à transformer l'organisation territoriale française. La loi du 16 janvier 2015, relative notamment à la délimitation des régions, conduit à en réduire le nombre au sein de l'Hexagone passant de 22 à 13. Sept ensembles territoriaux résultent d'un regroupement des régions en vigueur jusqu'au 31 décembre 2015 : Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine, Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, Auvergne - Rhône-Alpes, Normandie issue de la fusion de la Basse-Normandie et de la Haute-Normandie, Bourgogne - Franche-Comté, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, et Nord-Pas-de-Calais - Picardie. Six régions ne changent pas de délimitation : Bretagne, Centre-Val de Loire, Corse, Île-de-France, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les régions ultramarines restant inchangées, la France compte 17 régions depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016<sup>1</sup>.

Cette réforme vise « à renforcer l'efficacité de la puissance publique, qu'elle soit nationale ou locale, et à améliorer la qualité du service public, en s'appuyant sur les collectivités territoriales et en clarifiant l'exercice de leurs compétences »<sup>2</sup> en créant des ensembles plus vastes. La constitution de ces nouveaux ensembles, bien que plus homogènes en termes de nombre d'habitants, entraîne des modifications tant sur les aspects démographiques, sociaux que sanitaires.

Dans ce cadre, de nombreux acteurs et décideurs des politiques publiques (État, conseils régionaux, conseils départementaux), effecteurs sur les territoires, voient se modifier leur zone d'intervention, mais aussi, pour certains, le paysage et l'environnement dans lesquels ils interviennent, quels que soient les domaines d'activité.

La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), au moment de la mise en place effective de ces nouveaux découpages régionaux, a souhaité mettre à la disposition des acteurs du champ sanitaire, médico-social et social, des éléments de cadrage socio-sanitaires de ces territoires.

Ce document vise à fournir une vision volontairement synthétique de l'état de santé de la population et de ses déterminants, basée sur une sélection d'indicateurs. Ceux-ci sont par ailleurs disponibles à différents niveaux territoriaux, dont les régions 2016, dans la base SCORE-Santé développée par la Fnors et consultable en ligne : [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org).

Cette approche socio-sanitaire des régions 2016 s'articule autour de trois axes : un contexte général, l'état de santé à travers la mortalité et les affections de longue durée, et l'offre de soins de proximité. Certains indicateurs sont valorisés sous la forme de cartes régionales, d'autres sont présentés dans des tableaux. Des graphiques illustrent l'évolution de la mortalité sur une trentaine d'années.

Les indicateurs démographiques et sociaux ont été sélectionnés pour les liens entre les phénomènes qu'ils décrivent et l'état de santé ou l'offre de soins.

L'état de santé repose sur les données de mortalité pour lesquelles il est possible d'avoir une vision sur plus de trente ans d'évolution et sur les admissions en affection de longue durée (ALD), approche de la « morbidité » de la population. Ces dernières fournissent des indications sur des maladies chroniques, non nécessairement causes directes de décès, mais qui occasionnent des traitements longs et coûteux.

<sup>1</sup> Compte tenu du manque de données concernant Mayotte, le document porte uniquement sur les outre-mer que sont la Guadeloupe, la Martinique, la Guyane et La Réunion. La valeur France entière correspond à la France hexagonale et aux quatre régions ultramarines (hors Mayotte).

<sup>2</sup> Projet de loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles du 10 avril 2013. [En ligne : <http://www.senat.fr/leg/pjl12-495.html>], consulté le 19 janvier 2016.

L'analyse de l'offre est centrée sur les soins de proximité. L'offre de soins hospitaliers et spécialisés, concentrée sur les zones denses, n'est pas abordée dans ce document.

Enfin, pour aller au-delà de l'approche descriptive unidimensionnelle, les résultats d'une analyse multidimensionnelle sont présentés en guise de synthèse. Celle-ci permet de dresser une typologie des régions 2016 à partir d'une sélection plus large d'indicateurs, et de définir des groupes de régions aux caractéristiques proches.

En fin de document, des précisions méthodologiques sont apportées sur la construction et la définition des indicateurs. Elles peuvent être complétées par des éléments disponibles sur SCORE-Santé.

La Fnors offre une vision d'ensemble et comparative des régions en 2016. Elle pourra être utilement complétée par les travaux des acteurs régionaux, tout particulièrement les observatoires régionaux de la santé (ORS), pour donner un regard plus fin, du point de vue des indicateurs et des territoires.

Sur le plan administratif, la France est constituée de douze régions dans l'Hexagone et de deux régions outre-mer. En dehors de Mayotte qui n'est pas pris en compte dans ce document, s'y ajoutent trois collectivités territoriales exerçant les compétences dévolues aux régions : deux collectivités territoriales uniques outre-mer (Martinique et Guyane depuis le 18 décembre 2015) et la collectivité territoriale de Corse (depuis la loi du 13 mai 1991). Cette dernière deviendra collectivité territoriale unique le 1<sup>er</sup> janvier 2018. Dans le présent document, autant les régions administratives que les collectivités territoriales de Corse ou uniques sont dénommées « régions ».

La Guadeloupe ne comprend pas Saint-Barthélemy et Saint-Martin, anciennes communes guadeloupéennes devenues collectivités d'outre-mer depuis la loi du 21 février 2007.

## Une population globalement en hausse avec des dynamiques démographiques régionales contrastées

Au 1<sup>er</sup> janvier 2012, la population de la France compte 65,2 millions d'habitants dont 1,9 million dans les régions ultramarines.

Elle est particulièrement concentrée dans les zones urbaines : près d'un Français sur deux réside dans une commune de 10 000 habitants ou plus (2,6 % des communes).

L'Île-de-France reste de loin la région la plus peuplée avec 11,9 millions d'habitants, suivie de l'Auvergne - Rhône-Alpes (7,7). Cinq régions comptent de 4,9 à 6 millions d'habitants, cinq autres de 2,8 à 3,6. La densité de l'Île-de-France, 991 habitants par km<sup>2</sup>, est près de douze fois plus élevée que celle du reste de la France.

POPULATION DES RÉGIONS FRANÇAISES AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2012 ET VARIATION ENTRE 2007 ET 2012

France et régions	POPULATION ET DENSITÉ		TAUX DE VARIATION ANNUEL MOYEN (en %)		
	Population	Densité (par km <sup>2</sup> )	Total*	Dû au solde naturel	Dû au solde migratoire
France entière	65 241 241	103,1	0,51	0,44	0,07**
France hexagonale	63 375 971	116,5	0,51	0,42	0,09**
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	5 548 955	96,6	0,15	0,32	-0,16
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	5 808 594	69,1	0,63	0,05	0,59
Auvergne - Rhône-Alpes	7 695 264	110,4	0,77	0,45	0,32
Bourgogne - Franche-Comté	2 816 814	58,9	0,17	0,17	0,00
Bretagne	3 237 097	119,0	0,74	0,20	0,54
Centre-Val de Loire	2 563 586	65,5	0,29	0,23	0,05
Corse	316 257	36,4	1,11	0,03	1,08
Guadeloupe	403 314	247,7	0,14	0,69	-0,56
Guyane	239 648	2,9	2,38	2,46	-0,08
Île-de-France	11 898 502	990,5	0,51	0,95	-0,44
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	5 626 858	77,4	0,93	0,20	0,74
Martinique	388 364	344,3	-0,48	0,57	-1,04
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	5 973 098	187,8	0,17	0,48	-0,31
Normandie	3 322 756	111,1	0,27	0,31	-0,04
Pays de la Loire	3 632 614	113,2	0,85	0,44	0,40
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 935 576	157,2	0,29	0,27	0,02
Réunion (La)	833 944	333,1	0,98	1,28	-0,30

\*En raison des arrondis à la deuxième décimale, le taux de variation annuel moyen peut ne pas être égal à la somme des taux de variation dus au solde naturel et au solde migratoire.

\*\*Le solde migratoire correspond à la différence entre la variation de population et le solde naturel (naissances - décès) entre 2007 et 2012 ; il intègre les flux migratoires à l'intérieur de l'Hexagone et ceux avec l'étranger. En comparaison avec les soldes migratoires régionaux qui incluent ces deux dimensions, ceux pour la France entière et la France hexagonale reflètent les seuls flux migratoires avec l'étranger.

Source : Insee - RP, Exploitation Fnors - SCORE-Santé

Entre 2007 et 2012, la population française est passée de 63,6 à 65,2 millions d'habitants, soit une hausse annuelle moyenne de 0,51 %. Toutes les régions hexagonales ont vu leur population augmenter, les plus dynamiques étant le Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées (+0,93 % par an en moyenne) et la Corse (+1,11 %), du fait d'un solde migratoire positif élevé alors que les naissances compensent tout juste les décès.

Les populations d'Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine et du Nord-Pas-de-Calais - Picardie sont celles qui ont le moins progressé (+0,15 % et +0,17 %), en raison d'un solde migratoire négatif compensé par l'excédent des naissances par rapport aux décès. La hausse est également de même nature en Bourgogne - Franche-Comté, où, durant cette période, le solde migratoire est nul.

En Île-de-France, la population s'est accrue de 0,51 % par an, grâce au solde naturel positif élevé, le solde migratoire étant négatif. À l'instar la Corse et le Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, l'Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes bénéficie d'un solde migratoire largement positif. C'est également le cas de la Bretagne et des Pays de la Loire.

Entre 2007 et 2012, la Guyane a connu la plus forte augmentation de population de l'outre-mer (+2,38 % par an en moyenne) grâce à un solde naturel très élevé. À l'inverse, en Martinique, le nombre d'habitants a diminué de 0,48 % par an en moyenne, en raison d'un solde migratoire négatif (-1,04 %) que le solde naturel n'a pas compensé. De même, la Guadeloupe a connu également une diminution importante de son solde migratoire (-0,56 %).

# Population

## La structure par âge de la Guyane et de la Réunion, très différente des régions de l'Hexagone

POPULATION DES MOINS DE 20 ANS ET DES 75 ANS ET PLUS AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2012 ET ÉVOLUTION ENTRE 2007 ET 2012

France et régions	MOINS DE 20 ANS (en %)		75 ANS ET PLUS (en %)	
	Part	Taux d'évolution annuel moyen	Part	Taux d'évolution annuel moyen
France entière	24,6	0,20	9,0	2,03
France hexagonale	24,4	0,23	9,2	1,99
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	23,8	-0,41	8,8	2,27
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	22,2	0,48	11,3	1,81
Auvergne - Rhône-Alpes	24,7	0,63	9,0	2,15
Bourgogne - Franche-Comté	23,4	-0,21	10,4	1,77
Bretagne	24,2	0,52	10,3	2,40
Centre-Val de Loire	24,0	0,09	10,5	1,94
Corse	20,7	0,79	10,3	1,99
Guadeloupe	28,5	-1,30	6,8	3,71
Guyane	43,1	1,81	1,6	3,08
Île-de-France	25,8	0,41	6,6	1,85
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	22,9	0,79	10,6	2,02
Martinique	25,8	-2,44	7,9	3,97
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	26,5	-0,29	7,9	1,65
Normandie	24,8	-0,28	9,5	2,19
Pays de la Loire	25,5	0,76	9,5	2,45
Provence-Alpes-Côte d'Azur	22,9	-0,21	10,6	1,76
Réunion (La)	32,7	-0,38	3,7	4,73

Source : Insee - RP, Exploitation Fnors - SCORE-Santé

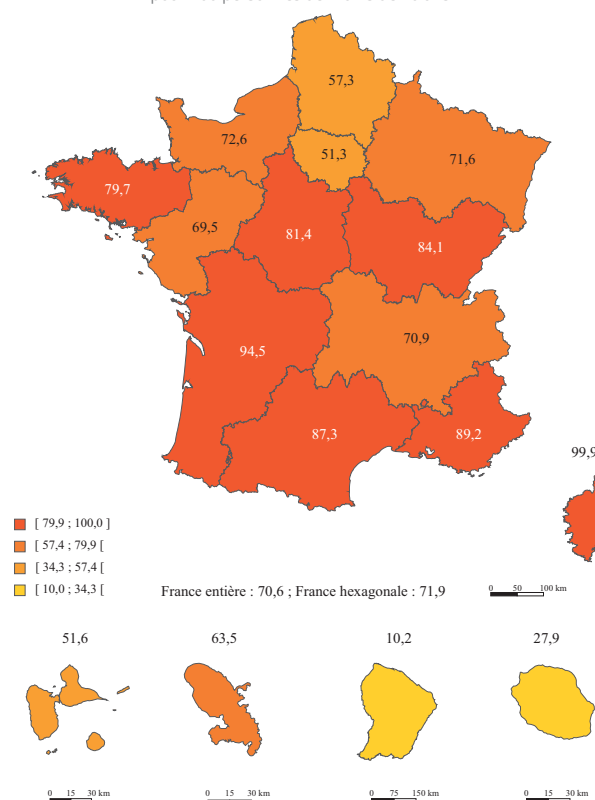
Le Nord-Pas-de-Calais - Picardie, l'Île-de-France, et les Pays de la Loire présentent les populations les plus jeunes de l'Hexagone : plus du quart des habitants est âgé de moins de 20 ans. Dans les régions ultramarines, la population des moins de 20 ans est très importante en Guyane (43,1 %) et à La Réunion (32,7 %). Cependant, le taux d'évolution des moins de 20 ans en outre-mer est négatif, plus particulièrement en Martinique et en Guadeloupe. La Guyane fait figure d'exception en enregistrant le taux d'évolution le plus élevé des régions françaises.

En 2012, 9,0 % de la population française est âgée de 75 ans et plus. L'Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes détient le plus fort taux de seniors (11,3 %). Les régions du sud-est de l'Hexagone (Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur) et le Centre-Val de Loire, comptent au moins 10,5 % de personnes âgées de 75 ans et plus, suivis de près par la Bourgogne - Franche-Comté, la Bretagne et la Corse toutes au-dessus des 10 %. Les régions ultramarines, où le poids des 75 ans et plus est moins important, enregistrent les taux d'accroissement de personnes de 75 ans et plus les plus élevés entre 2007 et 2012, toutes au-dessus des 3 %.

L'indice de vieillissement, soit le rapport entre la population de 65 ans et plus et celle de moins de 20 ans, est égal à 70,6 pour l'ensemble de la France. C'est en Corse qu'il est plus élevé puis dans les régions du sud et du centre de l'Hexagone (de 80 à 100), à l'exception d'Auvergne - Rhône-Alpes (70,9), ainsi qu'en Bretagne. Les régions Île-de-France et Nord-Pas-de-Calais - Picardie présentent, comme en outre-mer (Guyane et La Réunion particulièrement), des indices de vieillissement moins élevés.

### INDICE DE VIEILLISSEMENT<sup>3</sup>

au 1<sup>er</sup> janvier 2012 - nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans



<sup>3</sup> Pour en savoir plus, voir les précisions méthodologiques page 32.

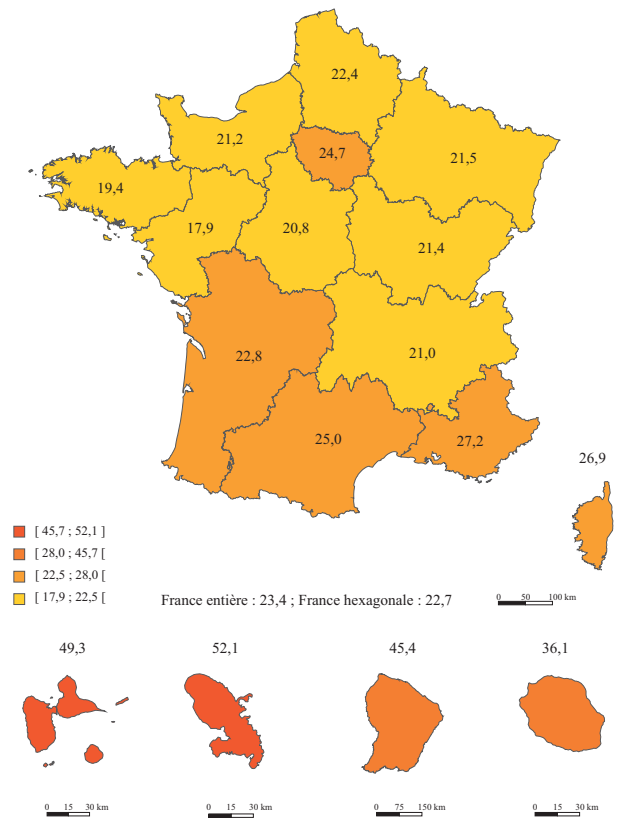
Source : Insee - RP, Exploitation Fnors - SCORE-Santé



## Les familles monoparentales plus représentées dans les régions du sud, les personnes âgées isolées dans celles du nord

### PART DES FAMILLES MONOPARENTALES

au 1<sup>er</sup> janvier 2012 - pour 100 familles avec enfant(s) de moins de 25 ans



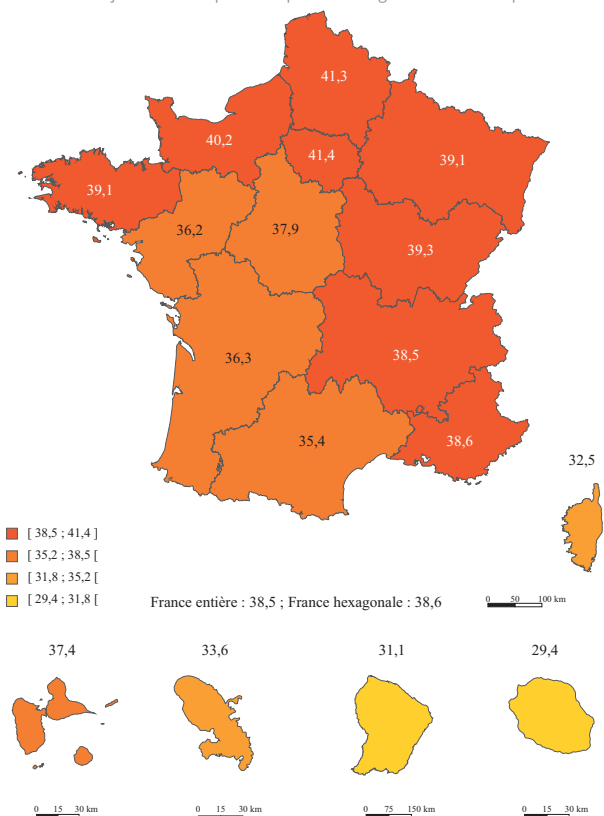
En 2012, sur l'ensemble de la France, un peu plus de 23 % des familles comprenant au moins un enfant de moins de 25 ans sont monoparentales.

La part des familles monoparentales est plus élevée dans les régions ultramarines : plus d'une famille sur trois est monoparentale à La Réunion et environ une sur deux dans les Antilles et à peine moindre en Guyane. À l'intérieur de l'Hexagone, les familles monoparentales sont plus nombreuses en Île-de-France et dans les régions du pourtour méditerranéen (de l'ordre d'une sur quatre), et moins fréquemment observées en Pays de la Loire (un peu plus d'une sur six).

Le plus souvent, il s'agit de familles composées de femmes avec enfants. C'est le cas de 80 % à 84 % des familles monoparentales dans les régions hexagonales et jusqu'à 91 % dans les régions ultramarines.

### PART DES 75 ANS ET PLUS VIVANT SEULS À DOMICILE

au 1<sup>er</sup> janvier 2012 - pour 100 personnes âgées de 75 ans et plus



De nombreux adultes vivent seuls chez eux (19,5 % des personnes de 25 ans et plus en France), en particulier les plus âgés. En 2012, près de quatre Français de 75 ans et plus sur dix vivent seuls dans leur logement (38,5 %). Ce mode de vie est plus fréquent dans les régions du nord-ouest de l'Hexagone : plus d'une sur quatre en Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais - Picardie et Normandie. Il est moins fréquent dans les régions ultramarines, surtout à La Réunion où 29,4 % des 75 ans et plus vivent seuls.

# Activité professionnelle

## Des taux d'activité moins élevés en Nord-Pas-de-Calais - Picardie, Corse et en outre-mer

En 2012, parmi les 42 millions de Français âgés de 15 à 64 ans, plus de sept sur dix se déclarent en activité professionnelle (ont un emploi ou en recherchent un).

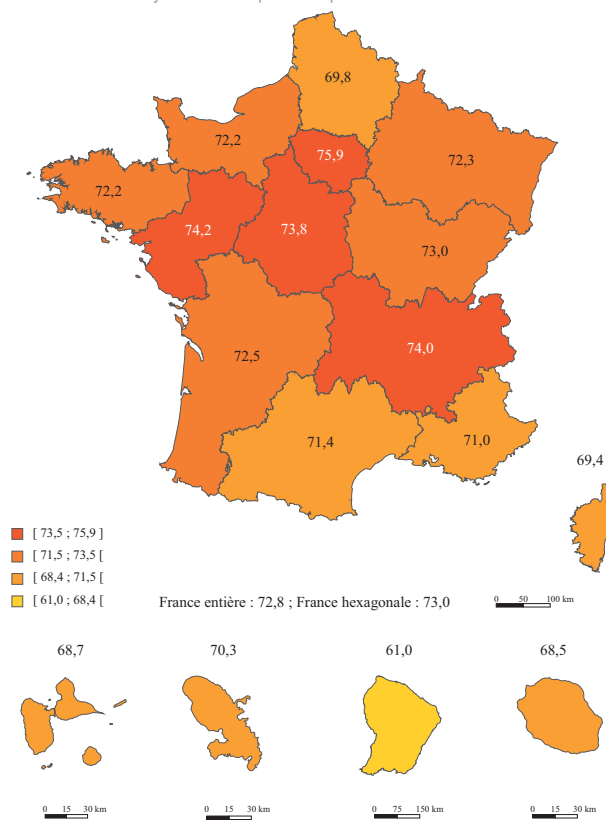
Le taux d'activité est plus élevé en Île-de-France (75,9 %), Pays de la Loire, Auvergne - Rhône-Alpes et Centre-Val de Loire. Il est moindre dans les régions du Nord-Pas-de-Calais - Picardie, et de Corse (moins de 70 %), ainsi qu'en outre-mer (de 61 % à 70 %), le plus bas étant observé en Guyane (61,0 %).

En 2012, 26,4 millions de personnes occupent un emploi, salarié ou non, en France. L'Île-de-France concentre à elle seule un cinquième de la population active ayant un emploi ; avec la région Auvergne - Rhône-Alpes, ces deux pôles économiques rassemblent près d'une personne active sur trois.

Les employés constituent la catégorie d'emplois la plus représentée en France en 2012 (28,2 %). Cette part varie peu dans les régions de l'Hexagone ; elle est plus importante en outre-mer (de l'ordre d'un tiers). La proportion d'ouvriers (globalement 21,3 %) est la plus forte dans les régions situées dans un arc allant de la Bourgogne - Franche-Comté au Pays de la Loire, en passant par le nord de l'Hexagone et la Normandie. La part des artisans et commerçants est la plus élevée (supérieure à 10 %) en Corse, Guadeloupe et Guyane. Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont nettement plus présents en Île-de-France (29,1 %) et, à un degré moindre, dans les régions du pourtour méditerranéen et en Auvergne - Rhône-Alpes (de l'ordre de 16 %). La proportion d'agriculteurs est globalement peu importante (1,7 %), elle l'est un peu plus dans les régions de l'ouest de l'Hexagone, en Bourgogne - Franche-Comté, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, ainsi qu'en Guadeloupe et à La Réunion.

### TAUX D'ACTIVITÉ<sup>4</sup>

au 1<sup>er</sup> janvier 2012 - pour 100 personnes de 15-64 ans



Source : Insee - RP, Exploitation Fnors - SCORE-Santé

### POPULATION ACTIVE AYANT UN EMPLOI (15-64 ANS) AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2012

France et régions	POPULATION ACTIVE AYANT UN EMPLOI Nombre	RÉPARTITION SELON LE GROUPE SOCIOPROFESSIONNEL (en %)*					
		Agriculteurs, exploitants agricoles	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	Cadres, professions intellect. supérieures	Professions intermédiaires	Employés	Ouvriers
France entière	26 429 394	1,7	6,2	16,9	25,6	28,2	21,3
France hexagonale	25 869 455	1,7	6,2	17,1	25,6	28,1	21,4
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	2 268 861	1,6	5,1	13,0	24,9	28,8	26,5
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	2 310 483	3,0	7,4	12,8	24,6	29,4	22,7
Auvergne - Rhône-Alpes	3 223 730	1,7	6,7	16,2	26,5	27,0	21,9
Bourgogne - Franche-Comté	1 133 685	2,6	6,2	11,7	24,5	27,7	27,2
Bretagne	1 304 055	2,9	6,5	13,5	25,0	27,7	24,3
Centre-Val de Loire	1 037 703	2,1	5,9	13,0	25,3	28,8	24,9
Corse	122 711	2,0	10,6	10,8	22,4	33,9	20,3
Guadeloupe	126 189	2,3	11,0	10,7	24,6	33,3	18,2
Guyane	61 480	1,9	10,1	12,8	24,9	31,5	18,9
Île-de-France	5 327 749	0,1	4,7	29,1	26,5	26,2	13,4
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	2 165 331	2,8	8,1	15,7	26,1	28,7	18,6
Martinique	129 178	1,7	8,8	11,1	24,1	34,5	19,8
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	2 271 009	1,2	4,9	13,1	25,6	29,2	26,0
Normandie	1 321 955	2,1	6,0	12,0	24,9	28,7	26,3
Pays de la Loire	1 507 902	2,7	5,8	13,0	24,8	27,3	26,4
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 874 282	0,9	8,5	16,0	26,2	30,6	17,8
Réunion (La)	243 092	2,4	7,7	11,0	24,0	34,7	20,2

\*En raison des arrondis à la première décimale, la somme des pourcentages peut ne pas être égale à 100 %.

Source : Insee - RP, Exploitation Fnors - SCORE-Santé

<sup>4</sup> Pour en savoir plus, voir les précisions méthodologiques page 32.

# Chômage, formation, revenus

## Plus de fragilités sociales dans le nord et le sud de l'Hexagone et en outre-mer

Au 1<sup>er</sup> janvier 2012, la part des actifs se déclarant au chômage est de 13,2 % en France. Dans l'Hexagone, elle est plus élevée dans deux régions du pourtour méditerranéen et le Nord-Pas-de-Calais - Picardie (de 14 % à 16 %). En Bretagne et Pays de la Loire, la situation est moins défavorable avec 11 % de la population active en recherche d'emploi. En outre-mer, les taux de chômage sont deux à trois fois supérieurs à la valeur hexagonale.

En 2012, 12,8 % des Français de 20-29 ans sortis du système scolaire sont pas ou peu diplômés. Cette part varie à l'intérieur de l'Hexagone de 7,8 % en Bretagne à 14,5 % en région Provence-Alpes-Côte d'Azur et jusqu'à 17,5 % en Corse. Elle est beaucoup plus élevée dans les outre-mer : de 18,9 % en Martinique à 47,4 % en Guyane.

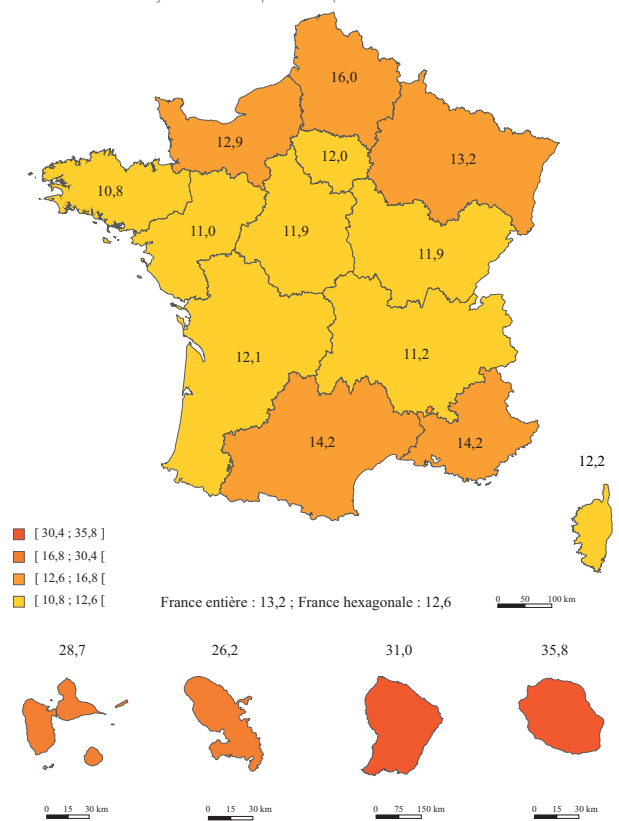
Quatre foyers fiscaux sur dix n'ont pas payé d'impôt sur leurs revenus de 2012. Dans les Dom, plus des deux tiers des foyers fiscaux en ont été exonérés. Au sein de l'Hexagone, la part est plus faible en Île-de-France (34,7 %), beaucoup plus élevée en Nord-Pas-de-Calais - Picardie, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées et surtout en Corse (plus d'un foyer fiscal sur deux).

En France, 2,3 millions de ménages sont allocataires du RSA, soit près d'un ménage sur douze. Dans l'Hexagone, la région Nord-Pas-de-Calais - Picardie a le taux le plus élevé (plus d'un ménage sur neuf). À l'inverse, les taux sont les plus faibles en Bretagne, Pays de la Loire, Corse et Auvergne - Rhône-Alpes. Le taux de ménages allocataires est très élevé dans les régions ultramarines : plus d'un quart des ménages pour les Antilles jusqu'à plus d'un tiers à La Réunion.

Au sein de l'Hexagone, le taux de pauvreté est le plus élevé dans les régions méditerranéennes, où la Corse a le taux le plus important (20,4 % des ménages), en Nord-Pas-de-Calais - Picardie et en Île-de-France.

### TAUX DE CHÔMAGE\*<sup>5</sup>

au 1<sup>er</sup> janvier 2012 - pour 100 personnes de 15-64 ans



\*au sens du recensement  
Source : Insee - RP, Exploitation Fnors - SCORE-Santé

### FRAGILITÉS SOCIO-ÉCONOMIQUES DES JEUNES ACTIFS ET DES MÉNAGES

France et régions	FORMATION (en %)	REVENUS (en %)		
	Part des 20-29 ans non scolarisés, pas ou peu diplômés** <sup>5</sup>	Part des foyers fiscaux non imposés*** <sup>5</sup>	Taux de ménages allocataires du RSA**** <sup>5</sup>	Taux de pauvreté** <sup>5</sup>
France entière	12,8	42,8	8,2	Nd****
France hexagonale	12,3	42,1	7,6	14,3
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	13,1	43,2	7,7	13,8
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	11,1	44,8	6,9	13,3
Auvergne - Rhône-Alpes	11,8	40,7	5,8	12,3
Bourgogne - Franche-Comté	12,8	42,1	6,2	12,8
Bretagne	7,8	42,5	5,2	10,5
Centre-Val de Loire	12,5	41,0	6,5	12,3
Corse	17,5	53,4	5,8	20,4
Guadeloupe	19,8	69,5	27,8	Nd****
Guyane	47,4	70,8	31,3	Nd****
Île-de-France	12,6	34,7	7,8	15,0
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	12,7	47,1	9,2	16,7
Martinique	18,9	66,7	26,9	Nd****
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	13,9	47,6	11,6	18,1
Normandie	12,5	43,5	7,5	13,4
Pays de la Loire	9,3	41,9	5,7	10,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	14,5	43,6	9,0	16,9
Réunion (La)	25,9	71,2	36,5	Nd****

\*au 1<sup>er</sup> janvier 2012 ; \*\*en 2012 ; \*\*\*au 31 décembre 2013 ; \*\*\*\*Non disponible.

Sources : Insee - RP, Ministère des Finances et des Comptes publics-DGFIP, Cnaf, CCMSA, Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

<sup>5</sup> Pour en savoir plus, voir les précisions méthodologiques page 32.

# Mortalité<sup>6</sup> générale

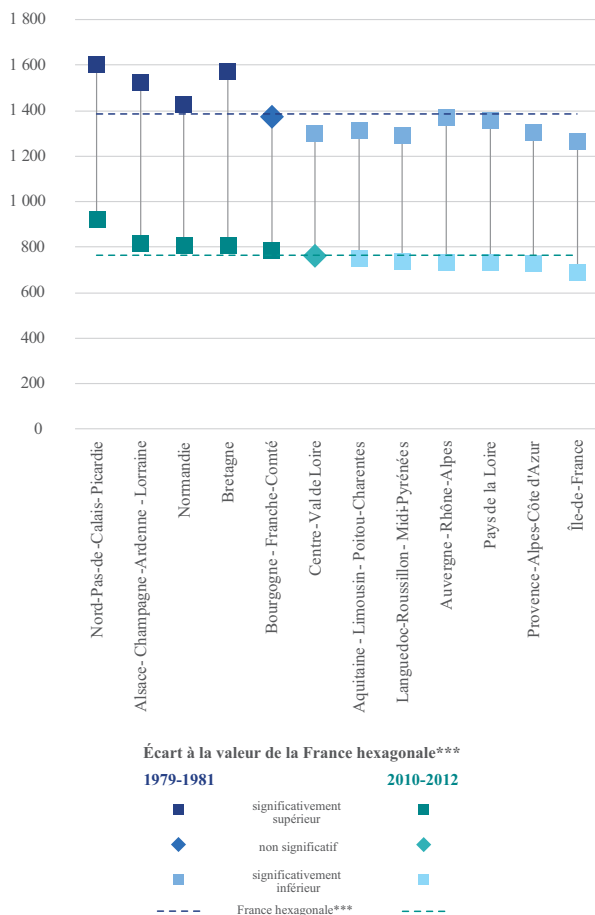
## Une mortalité toujours supérieure dans le nord de l'Hexagone et à La Réunion

Sur la période 2010-2012, la France comptabilise 554 568 décès en moyenne annuelle (281 566 chez les hommes et 273 002 chez les femmes). Le taux standardisé (TS) de mortalité générale, tous âges et toutes causes, pour la période 2010-2012 s'élève à 765,3 pour 100 000 habitants.

Les régions du pourtour nord du pays, la Bourgogne - Franche-Comté et La Réunion présentent des taux significativement plus élevés que la valeur nationale. Dans les autres régions hormis le Centre-Val de Loire, la Corse, la Guadeloupe et la Guyane (taux non significativement différents), ces taux sont à l'inverse significativement plus faibles.

### ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ GÉNÉRALE

entre 1979-1981 et 2010-2012\*\* - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006

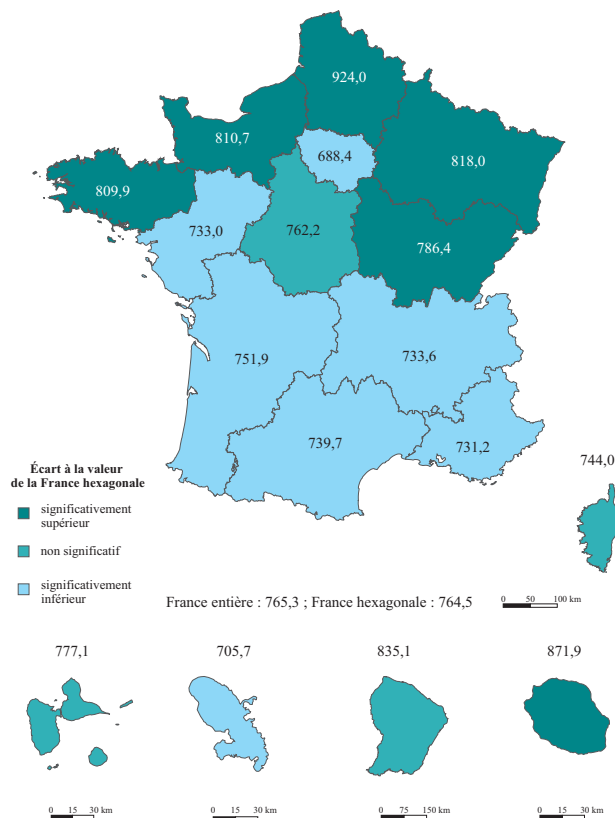
\*\*Régions hexagonales (hors Corse) : en 1979-1981, les décès ne sont pas disponibles pour les Dom, les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux ne sont pas disponibles pour la Corse.

\*\*\*France hexagonale hors Corse en 1979-1981

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

### TAUX STANDARDISÉ\* DE MORTALITÉ GÉNÉRALE

en 2010-2012 - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

Le TS de mortalité générale a été divisé par près de deux en trente ans à l'échelle nationale, et dans les mêmes proportions dans toutes les régions hexagonales.

Toutefois, en Centre-Val de Loire, le TS de mortalité, significativement plus faible qu'au niveau national en 1979-1981, n'en diffère plus trente ans plus tard.

En Bourgogne - Franche-Comté, la mortalité générale était dans la moyenne nationale en 1979-1981, elle est significativement plus élevée en 2010-2012.

Les situations de la Bretagne et de l'Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine restent plus défavorables que la moyenne (+6 % et +7 %), mais dans de moindres proportions qu'en 1979-1981 (respectivement +14 % et +10 %), tandis que l'écart s'est accru pour la région Nord-Pas-de-Calais - Picardie (passant de +16 % à +21 %).

<sup>6</sup>Pour en savoir plus sur les indicateurs de mortalité, voir pages 32-33.

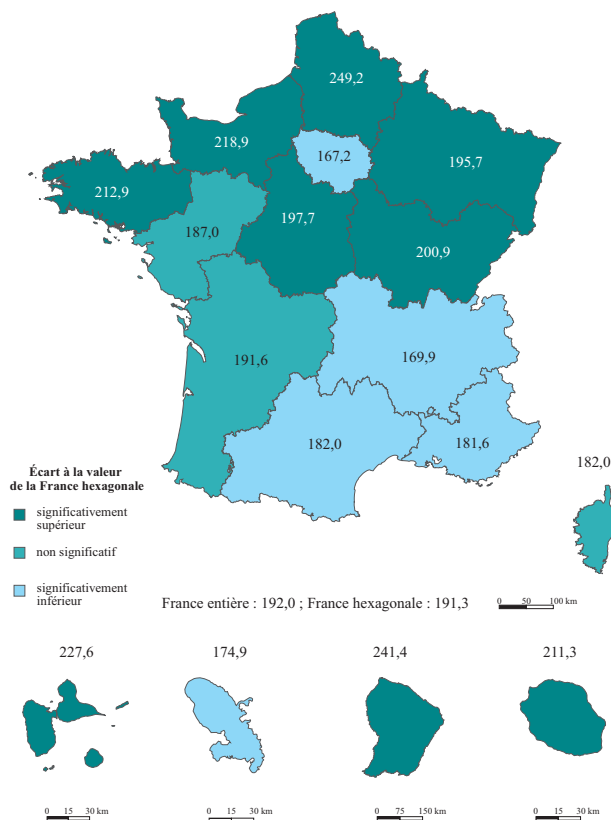
# Mortalité prématurée

## Une mortalité prématurée plus marquée dans trois régions ultramarines et la moitié nord de l'Hexagone à l'exception de l'Île-de-France et des Pays de la Loire

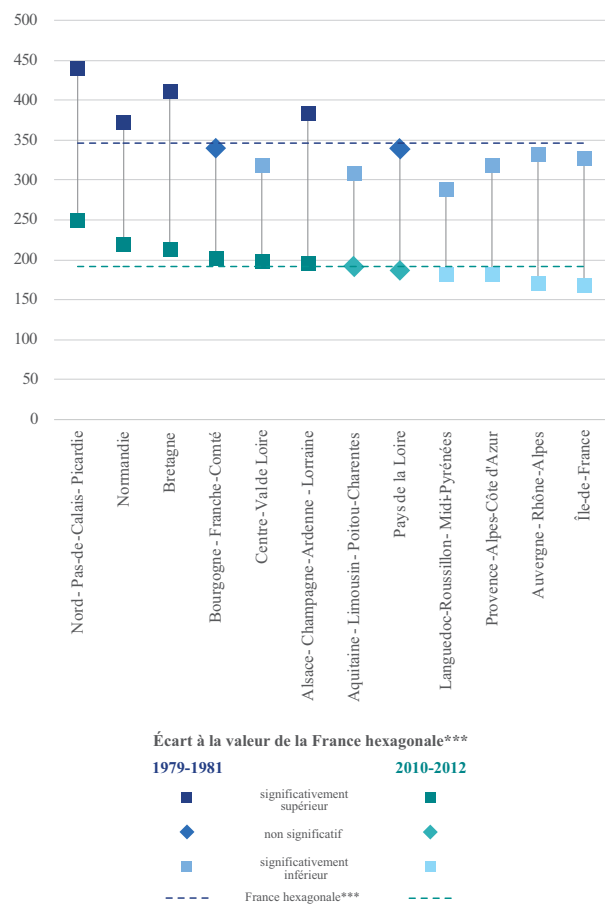
Sur la période 2010-2012, 110 713 décès en moyenne annuelle sont survenus avant l'âge de 65 ans en France (74 827 chez les hommes et 35 886 chez les femmes), soit près d'un décès sur cinq. Le taux standardisé de mortalité prématurée, pour la période 2010-2012, s'élève à 192,0 pour 100 000 habitants au niveau national.

Les régions septentrionales de l'Hexagone, la Bretagne, la Bourgogne - Franche-Comté et le Centre-Val de Loire, ainsi que les régions ultramarines (à l'exception de la Martinique) présentent des taux significativement plus élevés que la valeur nationale. En Île-de-France, dans les régions de la moitié sud (hormis Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes et Corse) et en Martinique, ces taux sont à l'inverse significativement plus faibles.

**TAUX STANDARDISÉ\* DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE**  
en 2010-2012 - pour 100 000 habitants



**ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE**  
entre 1979-1981 et 2010-2012\*\* - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

Au niveau national, le TS de mortalité prématurée a été divisé par près de deux en trente ans. Il en va de même dans toutes les régions hexagonales.

Toutefois, en Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, il était significativement plus faible qu'au niveau national en 1979-1981, il n'en diffère plus trente ans plus tard.

En Bourgogne - Franche-Comté, la mortalité prématurée était dans la moyenne en 1979-1981, elle est significativement plus élevée en 2010-2012.

En Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, la situation reste plus favorable, mais l'écart à la valeur nationale se resserre entre les deux périodes (-5 % contre -17 %).

Les situations de la Bretagne et de l'Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine, restent plus défavorables que la moyenne (+11 % et +2 %), mais dans de moindres proportions qu'en 1979-1981(+18 % et +10 %), tandis que l'écart s'est accru en Nord-Pas-de-Calais - Picardie (passant de +27 % à +30 %) et surtout en Normandie (de +7 % à +14 %).

\*Pop. réf. France entière RP 2006

\*\*Régions hexagonales (hors Corse) : en 1979-1981, les décès ne sont pas disponibles pour les Dom, les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux ne sont pas disponibles pour la Corse.

\*\*\*France hexagonale hors Corse en 1979-1981

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

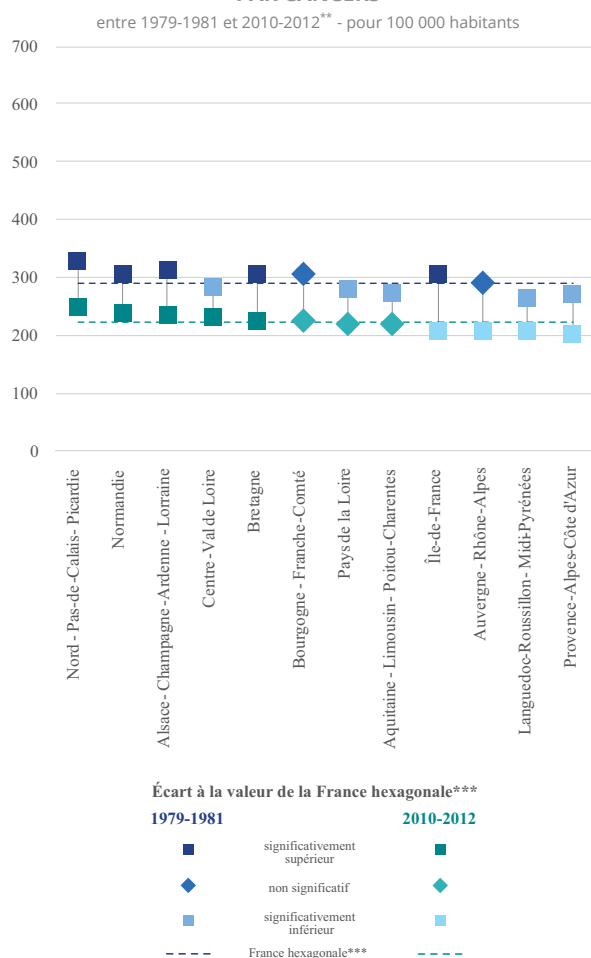
# Mortalité par cancers

## Une mortalité par cancers plus faible en outre-mer, dans deux régions du pourtour méditerranéen, en Auvergne - Rhône-Alpes et Île-de-France

En 2010-2012, avec 155 074 décès en moyenne annuelle (90 347 chez les hommes et 64 727 chez les femmes), le cancer est la première cause de décès en France (27,4 % de l'ensemble des décès). Le taux standardisé de mortalité par cancers est de 220,3 pour 100 000 habitants en 2010-2012.

Les régions de la bordure nord de l'Hexagone et le Centre-Val de Loire présentent des taux significativement plus élevés que la valeur nationale. En Île-de-France, Auvergne - Rhône-Alpes, dans les régions du pourtour méditerranéen et la Corse, et dans les quatre régions ultramarines, ces taux sont à l'inverse significativement plus faibles. À noter que le cancer constitue la première cause de mortalité dans toutes les régions de l'Hexagone mais que seule la Martinique en outre-mer est dans cette situation. Pour les trois autres, les maladies cardiovasculaires demeurent la première cause de décès (voir page 16).

### ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PAR CANCERS



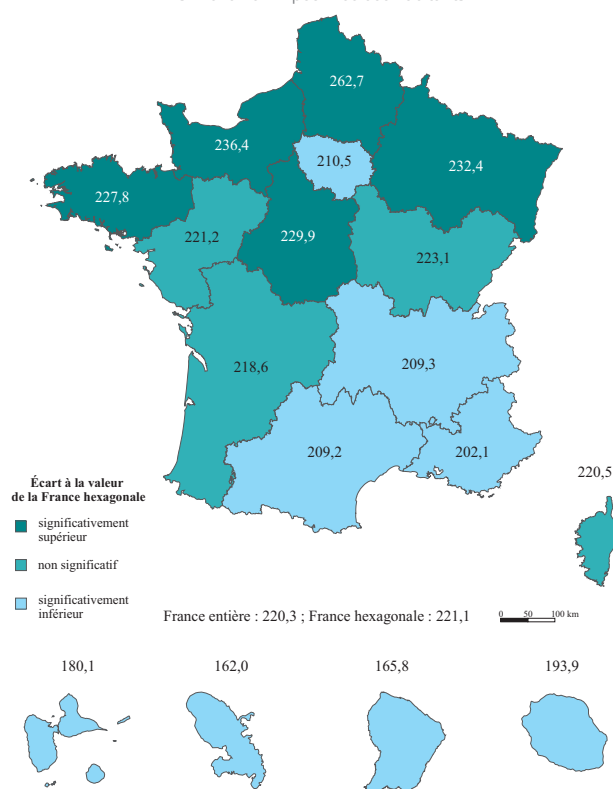
\*Pop. réf. France entière RP 2006, échelle identique à celle du graphique de la page 16.

\*\*Régions hexagonales (hors Corse) : en 1979-1981, les décès ne sont pas disponibles pour les Dom, les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux ne sont pas disponibles pour la Corse.

\*\*\*France hexagonale hors Corse en 1979-1981  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

### TAUX STANDARDISÉ\* DE MORTALITÉ PAR CANCERS

en 2010-2012 - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

Le TS de mortalité par cancers a baissé de 25 % en trente ans au niveau national et dans toutes les régions hexagonales mais dans des proportions différentes, de sorte que la position de certaines régions par rapport à la valeur hexagonale évolue. Cette diminution est toutefois à comparer à celle des maladies de l'appareil circulatoire qui est de 64 % pour cette même période.

Dans le Centre-Val de Loire, le TS de mortalité était significativement inférieur au TS de mortalité national en 1979-1981, il est à l'inverse plus élevé trente ans plus tard. En Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes et en Pays de la Loire, le TS de mortalité était inférieur à la valeur nationale en 1979-1981, il n'en diffère pas significativement en 2010-2012. En Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, la situation reste plus favorable, mais l'écart à la valeur nationale se resserre (-7 % contre -14 %).

En Nord-Pas-de-Calais - Picardie, le TS de mortalité par cancers reste le plus élevé, l'écart à la valeur nationale ayant augmenté en trente ans (+19 % en 2010-2012 contre +13 % en 1979-1981), alors qu'en Bretagne et Normandie, les TS de mortalité restent plus élevés que la moyenne mais les écarts à la valeur hexagonale sont restés identiques.

# Mortalité par cancers

## Des taux standardisés régionaux de mortalité par cancers contrastés selon les localisations tumorales et le genre

En 2010-2012, les décès masculins et féminins par cancers de la trachée, des bronches et du poumon, du côlon-rectum, de la prostate pour les hommes et du sein pour les femmes représentent 44,1 % de l'ensemble des décès par cancers en France.

La mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon des hommes est très supérieure à celle des femmes. Il en est de même, mais dans une moindre mesure, pour la mortalité par cancer colorectal.

Dans certaines régions, la position du TS de mortalité pour ces localisations par rapport à la valeur nationale varie fortement selon le sexe.

La région Nord-Pas-de-Calais - Picardie présente des TS de mortalité supérieurs à la valeur nationale pour les principales localisations, à l'exception de celui des can-

cers de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes qui est significativement plus bas. L'Île-de-France présente des taux inférieurs pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon et colorectal chez les hommes, et à l'inverse un taux supérieur pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes.

En Corse, le TS de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes est le plus élevé (31,0) de toutes les régions, alors que les autres TS de mortalité des principales localisations ne diffèrent pas de la valeur hexagonale.

En Guadeloupe et Martinique, les TS de mortalité par cancers sont globalement inférieurs à la valeur nationale, sauf celui de la prostate, qui est deux fois plus élevé.

TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PAR CANCERS POUR LES PRINCIPALES LOCALISATIONS TUMORALES SELON LE GENRE  
en 2010-2012 - pour 100 000 habitants

France et régions	HOMMES			FEMMES		
	Cancers de la trachée, des bronches et du poumon <sup>7</sup>	Cancer de la prostate	Cancer du côlon-rectum	Cancer du sein <sup>7</sup>	Cancers de la trachée, des bronches et du poumon	Cancer du côlon-rectum
France entière	74,0 (ns)	34,0 (ns)	32,2 (ns)	29,5 (ns)	20,3 (ns)	18,7 (ns)
France hexagonale	74,9	33,5	32,3	29,7	20,5	18,8
Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine	85,4 (+)	33,4 (ns)	36,9 (+)	30,2 (ns)	22,2 (+)	19,9 (ns)
Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes	73,0 (ns)	32,8 (ns)	34,3 (ns)	28,0 (ns)	21,2 (ns)	18,5 (ns)
Auvergne - Rhône-Alpes	70,0 (-)	32,6 (ns)	31,3 (ns)	28,0 (-)	18,8 (-)	17,7 (ns)
Bourgogne - Franche-Comté	79,0 (ns)	33,0 (ns)	32,6 (ns)	29,4 (ns)	21,2 (ns)	18,9 (ns)
Bretagne	71,3 (ns)	38,8 (+)	32,3 (ns)	25,9 (-)	20,2 (ns)	19,1 (ns)
Centre-Val de Loire	72,1 (ns)	39,4 (+)	33,9 (ns)	31,3 (ns)	20,8 (ns)	19,9 (ns)
Corse	87,1 (ns)	28,1 (ns)	25,1 (ns)	27,5 (ns)	31,0 (+)	17,5 (ns)
Guadeloupe	21,3 (-)	74,4 (+)	23,1 (-)	22,0 (-)	8,8 (-)	13,7 (-)
Guyane	35,0 (-)	56,3 (ns)	14,9 (-)	22,1 (ns)	13,3 (ns)	9,1 (-)
Île-de-France	69,7 (-)	32,1 (ns)	28,2 (-)	30,8 (ns)	23,2 (+)	18,0 (ns)
Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées	73,0 (ns)	30,3 (-)	30,9 (ns)	27,3 (-)	21,5 (ns)	18,0 (ns)
Martinique	21,7 (-)	64,8 (+)	23,1 (-)	15,9 (-)	9,9 (-)	18,6 (ns)
Nord-Pas-de-Calais - Picardie	95,8 (+)	38,5 (+)	38,9 (+)	38,3 (+)	17,9 (-)	23,3 (+)
Normandie	78,7 (ns)	37,2 (+)	33,3 (ns)	32,4 (+)	19,9 (ns)	19,1 (ns)
Pays de la Loire	63,2 (-)	36,0 (ns)	32,8 (ns)	29,5 (ns)	16,9 (-)	18,4 (ns)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	72,2 (ns)	28,3 (-)	27,5 (-)	26,1 (-)	20,1 (ns)	16,4 (-)
Réunion (La)	60,0 (-)	45,0 (ns)	24,9 (ns)	15,9 (-)	13,3 (-)	15,0 (ns)

Écart à la valeur de la France hexagonale :

(+) significativement supérieur ; (-) significativement inférieur ; (ns) non significatif

\*Pop. réf. France entière RP 2006

Source : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

<sup>7</sup> Pour en savoir plus sur la première cause de décès par cancers pour chacun des sexes, voir pages 14-15.

# Mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes

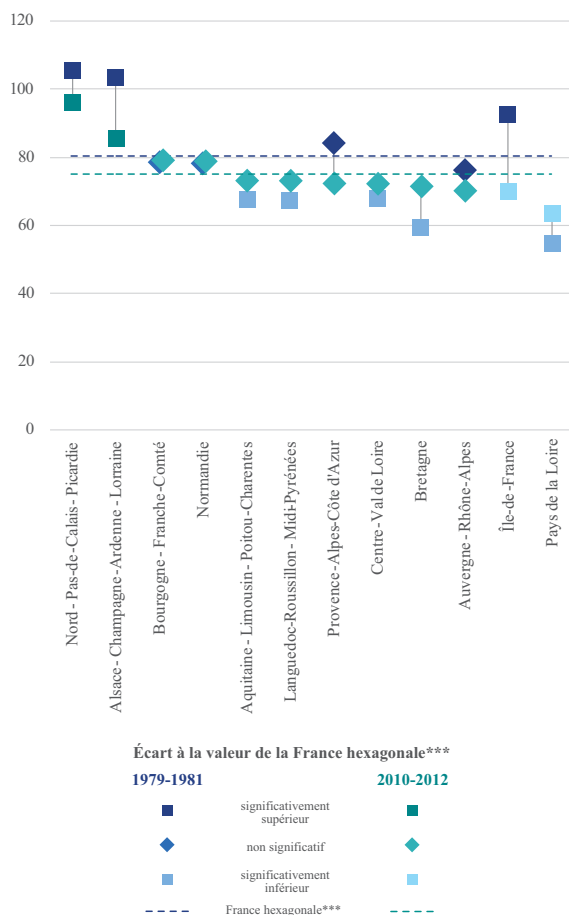
## Une mortalité plus élevée dans les régions du nord-est et en Corse

En 2010-2012, 22 487 décès masculins en moyenne annuelle par cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont dénombrés en France<sup>8</sup>. Ils sont en grande partie associés à la consommation de tabac<sup>9</sup>. Le taux standardisé de mortalité correspondant s'élève à 74,0 pour 100 000 hommes.

Les TS de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon les plus importants sont observés dans le nord-est de l'Hexagone. Bien que plus élevés, en Corse, en Bourgogne - Franche-Comté et Normandie, ils ne diffèrent pas significativement de la valeur nationale. Ces taux sont, à l'inverse, significativement plus faibles dans les quatre régions ultramarines et, pour l'Hexagone, dans les Pays de la Loire, en Île-de-France et Auvergne - Rhône-Alpes.

### ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PAR CANCERS DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON CHEZ LES HOMMES

entre 1979-1981 et 2010-2012\*\* - pour 100 000 hommes



\*Pop. réf. France entière RP 2006

\*\*Régions hexagonales (hors Corse) : en 1979-1981, les décès ne sont pas disponibles pour les Dom, les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux ne sont pas disponibles pour la Corse.

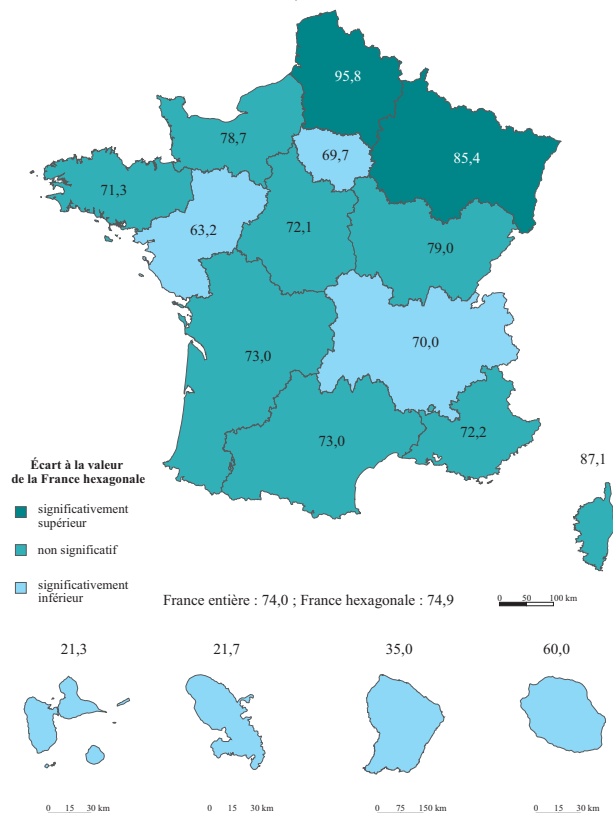
\*\*\*France hexagonale hors Corse en 1979-1981

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

<sup>8</sup> Sur la même période, 7 821 décès féminins en moyenne annuelle par cancers de la trachée, des bronches et du poumon ont été dénombrés.

### TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PAR CANCERS DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON CHEZ LES HOMMES

en 2010-2012 - pour 100 000 hommes



\*Pop. réf. France entière RP 2006

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

La mortalité masculine par cancers de la trachée, des bronches et du poumon a diminué de 7 % en trente ans dans l'Hexagone. Cependant, les évolutions sont très variables selon les régions.

En 1979-1981, les TS de mortalité des régions Nord-Pas-de-Calais - Picardie, Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine et Île-de-France étaient les plus élevés. Trente ans plus tard, ils ont baissé mais dans des proportions différentes : celui du Nord-Pas-de-Calais - Picardie est celui qui a le moins diminué (-9 %) alors que celui d'Île-de-France a diminué de 25 %, devenant inférieur à la valeur nationale. En 2010-2012, les TS de mortalité des deux régions du nord et de l'est de la France restent les plus élevés de l'Hexagone.

À l'inverse, en trente ans, les TS de mortalité des régions Pays de la Loire, Bretagne, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes et Centre-Val de Loire qui étaient parmi les plus faibles en 1979-1981, ont augmenté. L'augmentation a été la plus importante pour la Bretagne (+20 %) et les Pays de la Loire (+16 %). En 2010-2012, malgré ces augmentations, la mortalité de ces régions reste proche ou inférieure à celle observée au niveau national.

En Bourgogne - Franche-Comté et Normandie, la mortalité n'a pas évolué sur l'ensemble de la période, restant dans la moyenne nationale.

<sup>9</sup> Pour en savoir plus sur la mortalité par maladies associées à la consommation de tabac, voir page 32.



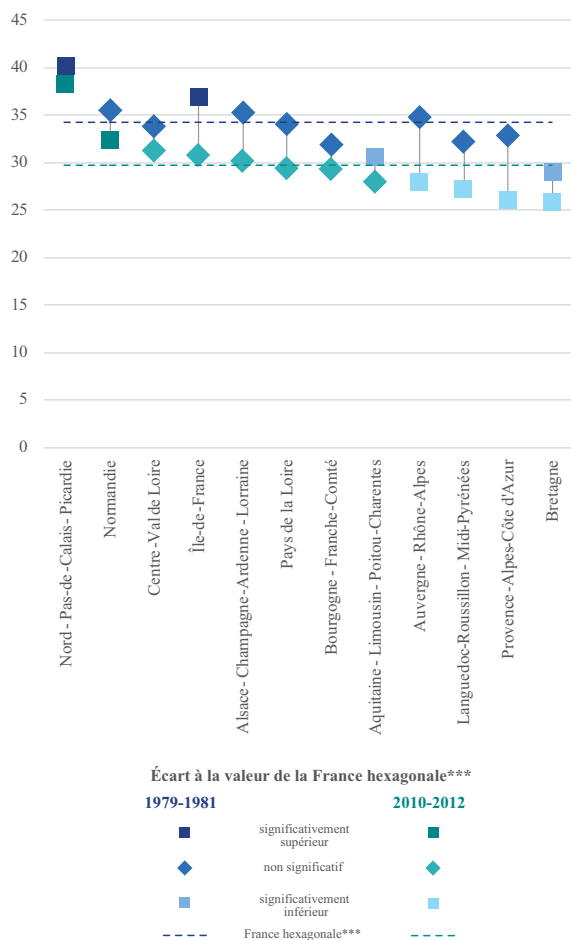
# Mortalité par cancer du sein chez les femmes

## Une mortalité par cancer du sein très élevée dans la région Nord-Pas-de-Calais - Picardie

En 2010-2012, 11 788 décès féminins en moyenne annuelle par cancer du sein ont été dénombrés en France<sup>10</sup>. Le taux standardisé de mortalité correspondant est 29,5 décès pour 100 000 femmes.

Les TS de mortalité par cancer du sein sont les plus élevés en Nord-Pas-de-Calais - Picardie et, dans une moindre mesure, en Normandie (respectivement 38,3 et 32,4 pour 100 000). Ils sont significativement plus faibles que la valeur nationale en Auvergne - Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bretagne et dans les régions ultramarines à l'exception de la Guyane. Dans cette région, le taux ne présente pas de différence significative en regard de la valeur française comme dans les régions non mentionnées de l'Hexagone.

ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES entre 1979-1981 et 2010-2012\*\* - pour 100 000 femmes



\*Pop. réf. France entière RP 2006

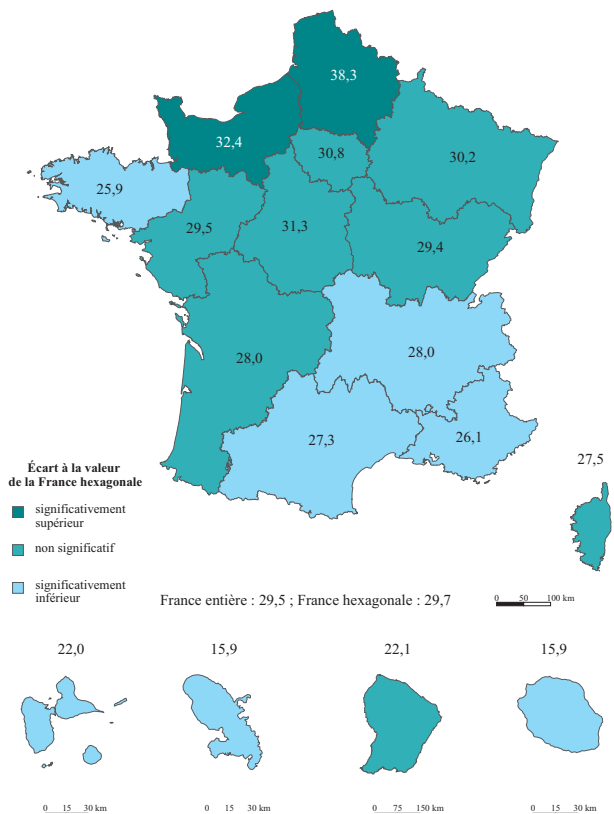
\*\*Régions hexagonales (hors Corse) : en 1979-1981, les décès ne sont pas disponibles pour les Dom, les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux ne sont pas disponibles pour la Corse.

\*\*\*France hexagonale hors Corse en 1979-1981

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

TAUX STANDARDISÉ\* DE MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN CHEZ LES FEMMES

en 2010-2012 - pour 100 000 femmes



\*Pop. réf. France entière RP 2006

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

En trente ans, le TS de mortalité par cancer du sein chez les femmes a baissé de 13 % au niveau national et de 5 % à 20 % dans les régions hexagonales.

La région Nord-Pas-de-Calais - Picardie enregistrait le taux standardisé de mortalité le plus élevé en 1979-1981. Trente ans plus tard, il n'a baissé que de 5 % restant ainsi le plus élevé de l'Hexagone. L'Île-de-France présentait également un taux parmi les plus élevés en 1979-1981 mais la forte baisse (-16 %) l'a rapproché de la valeur nationale en 2010-2012. À l'inverse, la mortalité observée en Normandie qui ne se distinguait pas de la valeur hexagonale en 1979-1981, malgré une faible baisse (-9 %), présente l'un des TS de mortalité les plus élevés en 2010-2012.

Alors qu'ils ne différaient pas de la valeur nationale en 1979-1981, les TS de mortalité pour les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées et Auvergne - Rhône-Alpes lui sont inférieurs en 2010-2012, enregistrant une baisse de près de 20 %. À l'opposé, le taux observé en Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, inférieur à la valeur nationale en 1979-1981 s'en est rapproché en 2010-2012.

En Bretagne, la mortalité par cancer du sein chez les femmes reste inférieure à la moyenne nationale en 1979-1981 comme en 2010-2012.

<sup>10</sup> Sur la même période, 130 décès masculins en moyenne annuelle par cancer du sein ont été dénombrés.

# Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire

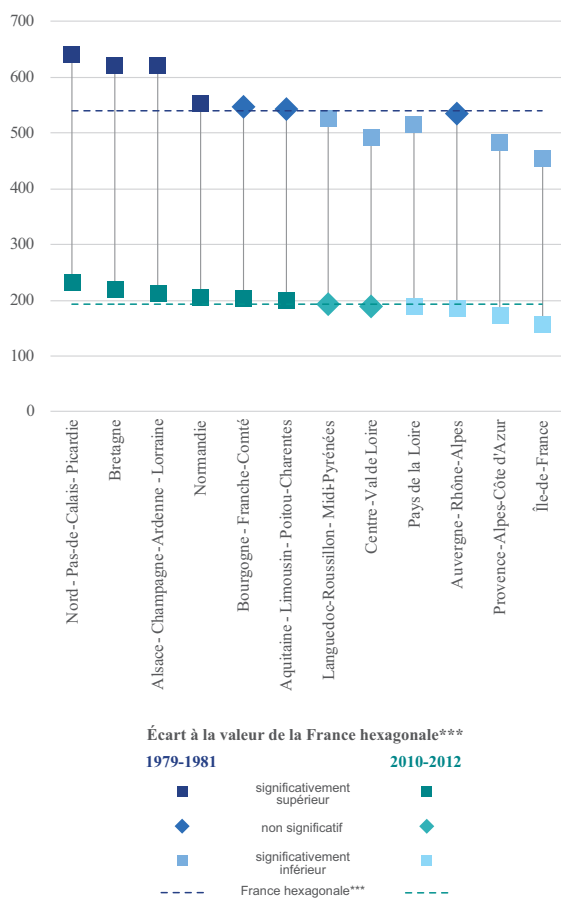
## Une mortalité par maladies de l'appareil circulatoire plus faible dans les régions du quart sud-est, en Pays de la Loire, Île-de-France et en Martinique

En 2010-2012, avec 143 177 décès en moyenne annuelle (66 564 chez les hommes et 76 613 chez les femmes), les maladies de l'appareil circulatoire constituent la deuxième grande cause de décès en France (27,2 % de l'ensemble des décès). Le taux standardisé de mortalité correspondant s'élève à 192,7 pour 100 000 habitants.

Les régions de la bordure septentrionale de l'Hexagone, la Bretagne, la Bourgogne - Franche-Comté et l'Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes ainsi que La Réunion présentent des TS de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire significativement plus élevés que la valeur hexagonale. Ces taux sont à l'inverse significativement plus faibles en Île-de-France et dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Auvergne - Rhône-Alpes, Pays de la Loire et en Martinique. Hormis cette dernière région, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de mortalité en outre-mer.

### ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

entre 1979-1981 et 2010-2012\*\* - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006, échelle identique à celle du graphique de la page 12.

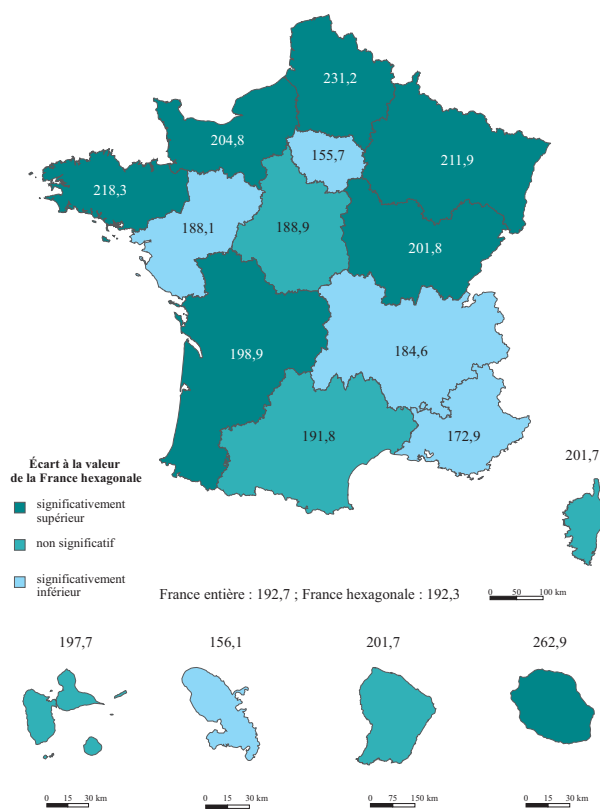
\*\*Régions hexagonales (hors Corse) : en 1979-1981, les décès ne sont pas disponibles pour les Dom, les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux ne sont pas disponibles pour la Corse.

\*\*\*France hexagonale hors Corse en 1979-1981

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

### TAUX STANDARDISÉ\* DE MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

en 2010-2012 - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

Dans l'Hexagone, le TS de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire était très élevé en 1979-1981 (539,3 pour 100 000 habitants), supérieur à celui par cancers. En trente ans, il a baissé de 64 %, et dans quasi les mêmes proportions dans toutes les régions françaises. En 2010-2012, le TS de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est inférieur à celui de mortalité par cancers, alors qu'il était plus élevé en 1979-1981 (voir page 12).

Dans les régions Centre-Val de Loire et Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, le TS de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, plus faible que la valeur hexagonale en 1979-1981, n'en diffère pas significativement en 2010-2012. En Bourgogne - Franche-Comté et Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, le TS de mortalité était dans la moyenne nationale en 1979-1981, il devient plus élevé en 2010-2012.

Dans les régions Bretagne et Nord-Pas-de-Calais - Picardie, les TS de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire restent les plus élevés (respectivement +13 % et +20 %), l'écart à la valeur hexagonale se maintient par rapport à 1979-1981 (+15 % et +19 %). En Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine, le TS de mortalité reste plus élevé que dans l'Hexagone (+10 %) mais l'écart s'est un peu réduit (+15 % en 1979-1981).

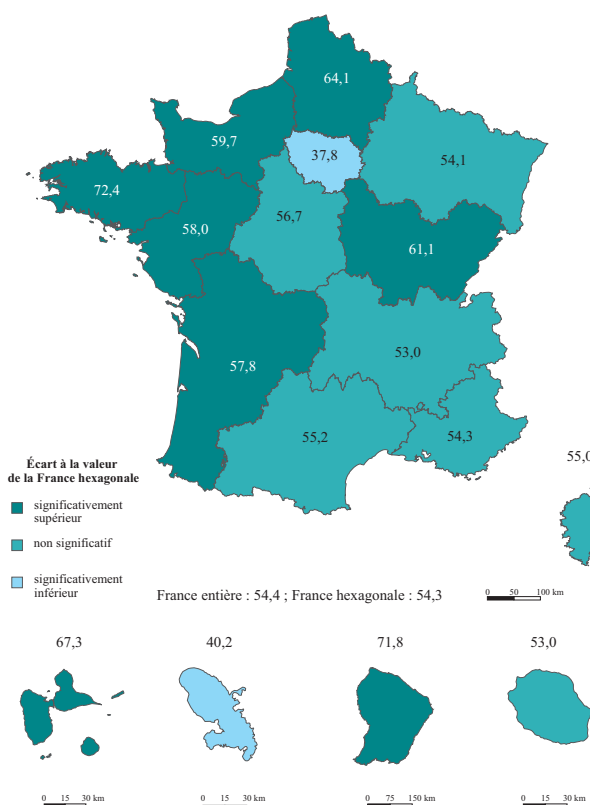
# Mortalité par traumatismes et empoisonnements

## Une mortalité par traumatismes et empoisonnements plus marquée dans les régions littorales nord et ouest, en Bourgogne - Franche-Comté, Guadeloupe et Guyane

En 2010-2012, avec 37 889 décès en moyenne annuelle (22 805 chez les hommes et 15 084 chez les femmes), les traumatismes et les empoisonnements constituent la troisième grande cause de décès en France (6,6 % de l'ensemble des décès). Le taux standardisé de mortalité correspondant s'élève à 54,4 pour 100 000 habitants.

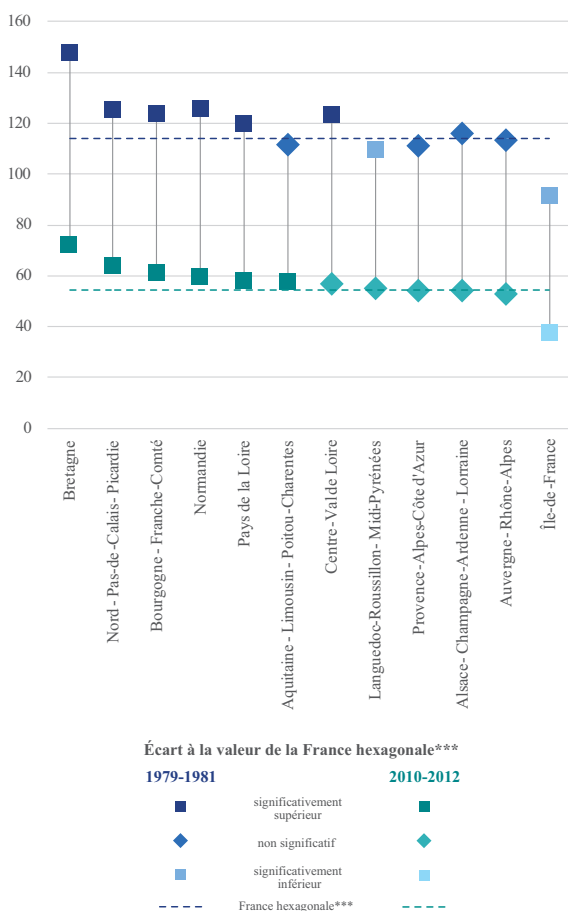
Les régions du nord et de l'ouest de l'Hexagone, la Bourgogne - Franche-Comté, ainsi que la Guadeloupe et la Guyane présentent des taux significativement plus élevés que la valeur hexagonale. Ces taux sont, à l'inverse, significativement plus faibles en Île-de-France et en Martinique. Toutes les autres régions n'enregistrent pas de différence avec le niveau national.

**TAUX STANDARDISÉ\* DE MORTALITÉ PAR TRAUMATISMES ET EMPOISONNEMENTS**  
en 2010-2012 - pour 100 000 habitants



**ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PAR TRAUMATISMES ET EMPOISONNEMENTS**

entre 1979-1981 et 2010-2012\*\* - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

Le TS de mortalité par traumatismes et empoisonnements dans l'ensemble des régions hexagonales a baissé de plus de 52 % en trente ans.

La baisse a été la plus forte en Île-de-France (-59 %), et plus modérée en Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes (-48 %) et Nord-Pas-de Calais - Picardie (-49 %).

Dans la région Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, le TS de mortalité était inférieur à la valeur hexagonale en 1979-1981, il n'en diffère pas significativement en 2010-2012. En Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, le TS de mortalité était dans la moyenne en 1979-1981, il devient plus élevé en 2010-2012. À l'inverse, dans le Centre-Val de Loire, le TS de mortalité était plus élevé en 1979-1981 mais ne diffère plus de la valeur hexagonale trente ans plus tard.

Dans les régions Bretagne, Nord-Pas-de-Calais - Picardie, Bourgogne - Franche-Comté, les TS de mortalité par traumatismes et empoisonnements restent les plus élevés (respectivement +33 %, +18 % et +12 %), l'écart à la valeur France hexagonale augmentant par rapport aux années 1979-1981 (+30 %, +10 % et +9 %).

\*Pop. réf. France entière RP 2006

\*\*Régions hexagonales (hors Corse) : en 1979-1981, les décès ne sont pas disponibles pour les Dom, les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux ne sont pas disponibles pour la Corse.

\*\*\*France hexagonale hors Corse en 1979-1981

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

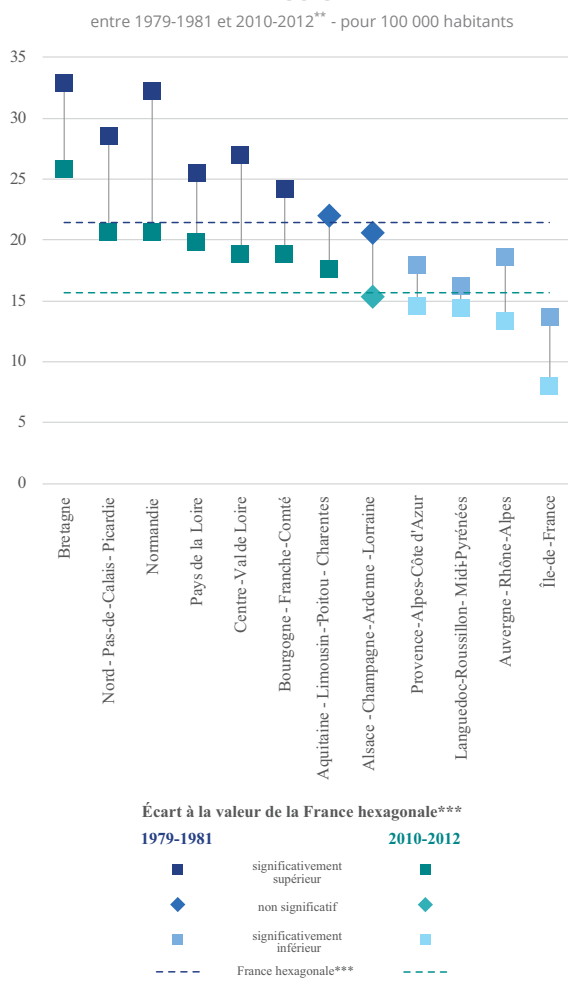
# Mortalité par suicide<sup>11</sup>

## Une mortalité par suicide plus faible dans les régions du pourtour méditerranéen, en Auvergne - Rhône-Alpes, Île-de-France et en outre-mer

En 2010-2012, 10 297 décès en moyenne annuelle par suicide ont été dénombrés dans l'ensemble du pays (7 681 chez les hommes et 2 616 chez les femmes). Le taux standardisé de mortalité correspondant est de 15,6 pour 100 000 habitants. Il est désormais trois fois plus élevé que le TS de mortalité par accidents de la circulation, alors que les deux TS de mortalité différaient peu trente ans plus tôt.

Les TS de mortalité par suicide les plus élevés sont observés dans les régions du nord de la Loire (hormis celles d'Île-de-France et d'Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine) et en Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes. Ces taux sont à l'inverse significativement plus faibles en Île-de-France, dans les régions méridionales et dans les quatre régions ultramarines. Il est par ailleurs à noter que seules les régions de Guadeloupe et de Guyane enregistrent des taux de mortalité supérieurs par accidents de la circulation à ceux par suicide.

### ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PAR SUICIDE



\*Pop. réf. France entière RP 2006

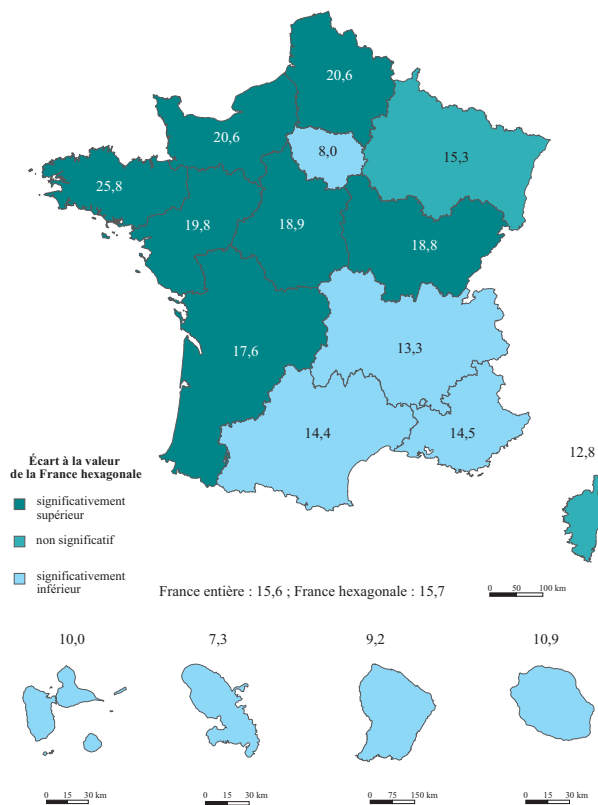
\*\*Régions hexagonales (hors Corse) : en 1979-1981, les décès ne sont pas disponibles pour les Dom, les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux ne sont pas disponibles pour la Corse.

\*\*\*France hexagonale hors Corse en 1979-1981

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

### TAUX STANDARDISÉ\* DE MORTALITÉ PAR SUICIDE

en 2010-2012 - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

En trente ans, le TS de mortalité par suicide a baissé de 27 % dans l'ensemble des régions hexagonales. Depuis 1979-1981, la baisse a été la plus forte en Île-de-France (-41 %) et Normandie (-36 %). Elle a été moindre dans la région Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées (-11 %).

Dans la région Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, le TS de mortalité était dans la moyenne en 1979-1981, il devient plus élevé en 2010-2012.

Dans les autres régions, les TS de mortalité conservent leurs positions par rapport au TS de mortalité national. En Île-de-France, la situation bonne en 1979-1981 est encore meilleure trente ans plus tard. En Bourgogne - Franche-Comté ainsi qu'en Bretagne et dans les Pays de la Loire, la surmortalité par suicide est plus importante en 2010-2012 qu'en 1979-1981. En Normandie, l'écart s'est réduit avec le niveau national mais reste un des plus importants des régions de l'Hexagone. Le Nord-pas-de-Calais - Picardie qui enregistre une baisse moins importante qu'en Normandie a désormais son taux standardisé au niveau de celui de la région normande, alors qu'il était bien en dessous trente ans plus tôt.

<sup>11</sup> Pour en savoir plus sur la mortalité par suicide, voir page 33.

# Mortalité par accidents de la circulation

## Une mortalité par accidents de la circulation plus faible en Nord-Pas-de-Calais - Picardie et Île-de-France et très élevée en Guadeloupe et Guyane

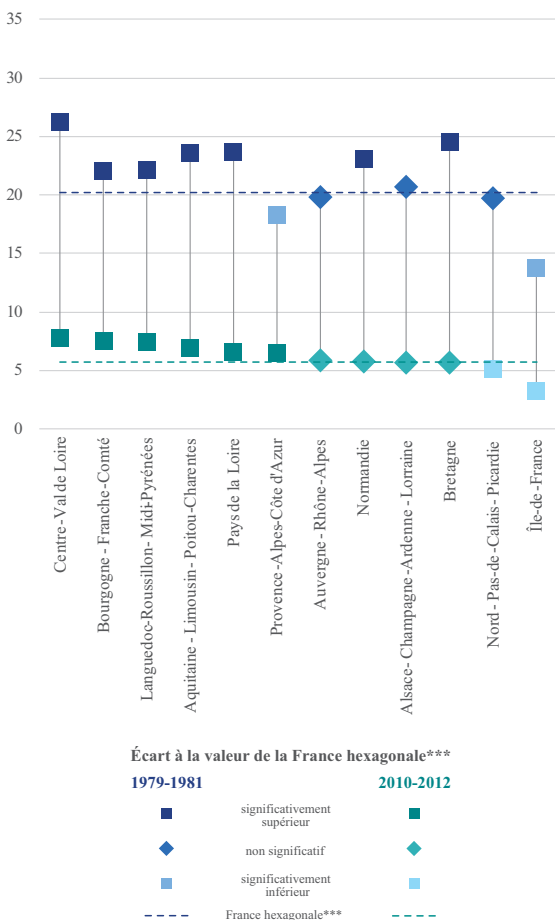
En 2010-2012, les accidents de la circulation ont entraîné le décès de 3 701 personnes en moyenne annuelle (2 819 hommes et 882 femmes), sur l'ensemble du territoire. Le taux standardisé de mortalité correspondant est de 5,7 pour 100 000 habitants.

Les TS de mortalité les plus élevés sont observés en Guadeloupe et en Guyane, là où la mortalité par accidents de la circulation reste supérieure à celle des suicides. À l'intérieur de l'Hexagone, ils culminent dans les régions du Centre-Val de Loire, Bourgogne - Franche-Comté, ainsi qu'en Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées. Ces taux sont, à l'inverse, significativement plus faibles en Île-de-France et Nord-Pas-de-Calais - Picardie.

Divers facteurs peuvent expliquer les disparités régionales de mortalité par accidents de la circulation : densité de population, répartition du trafic selon les réseaux routiers, contexte socio-économique, climat et météorologie. Globalement, les territoires très peuplés à forte composante urbaine enregistrent des taux de

### ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PAR ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

entre 1979-1981 et 2010-2012\*\* - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006

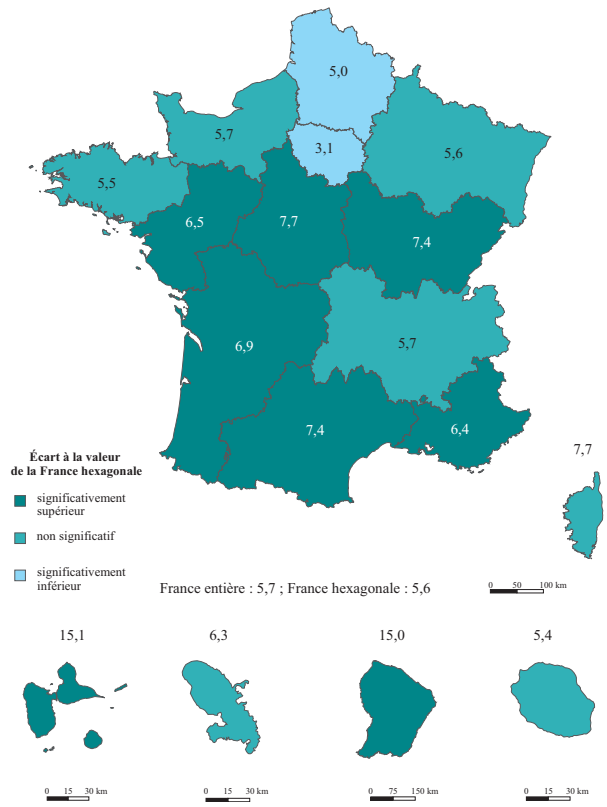
\*\*Régions hexagonales (hors Corse) : en 1979-1981, les décès ne sont pas disponibles pour les Dom, les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux ne sont pas disponibles pour la Corse.

\*\*\*France hexagonale hors Corse en 1979-1981

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

### TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PAR ACCIDENTS DE LA CIRCULATION

en 2010-2012 - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

mortalité plus faibles. À cet égard, la mortalité routière en outre-mer se singularise de celle de l'Hexagone, tout particulièrement en Guadeloupe et Guyane où les taux sont trois fois supérieurs à la moyenne nationale.

La mortalité par accidents de la circulation a baissé de plus de 72 % en trente ans au sein de l'Hexagone.

Cette diminution a été la plus forte dans les régions de l'ouest de l'Hexagone et, à un degré moindre, en Île-de-France. Elle a été la plus faible en Bourgogne - Franche-Comté, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur. À noter que dans cette dernière région, la mortalité était plus faible en 1979-1981 que la moyenne nationale ; elle est plus élevée trente ans plus tard.

En Bretagne et en Normandie, les TS de mortalité étaient plus élevés que la valeur hexagonale en 1979-1981, ils n'en diffèrent pas significativement en 2010-2012.

En Nord-Pas-de-Calais - Picardie le TS de mortalité était dans la moyenne en 1979-1981, il devient moins élevé en 2010-2012.

Dans les autres régions, les TS de mortalité conservent leurs positions par rapport au TS de mortalité de l'Hexagone avec toutefois de moindres écarts entre les régions qu'en 1979-1981.

# Mortalité par maladies associées à la consommation d'alcool<sup>12</sup>

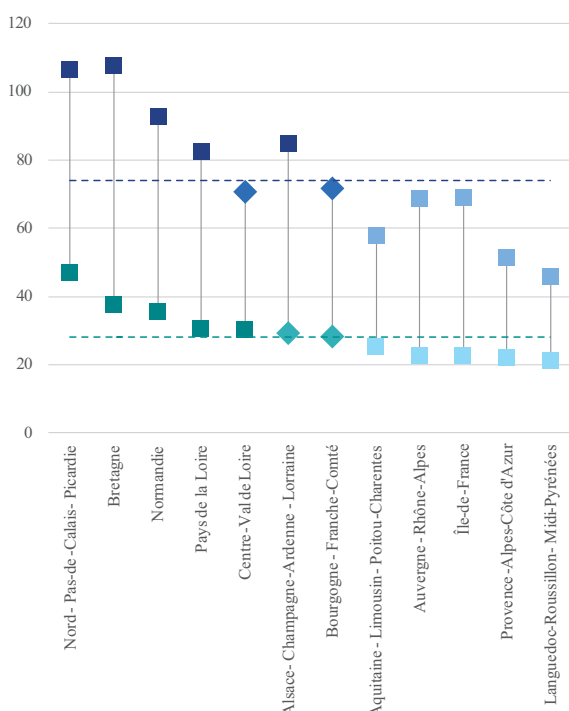
Une mortalité par maladies associées à la consommation d'alcool plus faible en Île-de-France, dans les régions de la moitié sud et en Martinique

En 2010-2012, 19 329 décès en moyenne annuelle peuvent être considérés comme associés à la consommation d'alcool en France (14 940 chez les hommes et 4 389 chez les femmes). Le taux standardisé de mortalité correspondant s'élève à 28,1 pour 100 000 habitants.

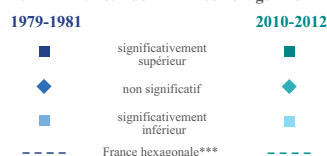
Les TS de mortalité par maladies associées à la consommation d'alcool les plus élevés sont observés dans le nord et le quart nord-ouest de l'Hexagone. Ces taux sont à l'inverse significativement plus faibles en Île-de-France, dans les régions du sud de la Loire et en Martinique. Toutes les autres régions n'enregistrent pas de différence avec le niveau national.

## ÉVOLUTION DES TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PAR MALADIES ASSOCIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

entre 1979-1981 et 2010-2012\*\* - pour 100 000 habitants



Écart à la valeur de la France hexagonale\*\*\*



\*Pop. réf. France entière RP 2006

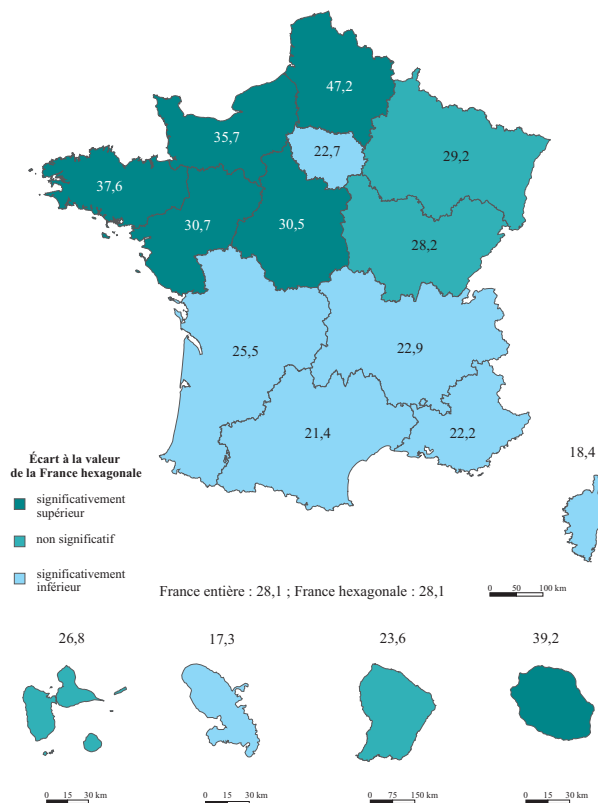
\*\*Régions hexagonales (hors Corse) : en 1979-1981, les décès ne sont pas disponibles pour les Dom, les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux ne sont pas disponibles pour la Corse.

\*\*\*France hexagonale hors Corse en 1979-1981

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

## TAUX STANDARDISÉS\* DE MORTALITÉ PAR MALADIES ASSOCIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL

en 2010-2012 - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

La mortalité par maladies associées à la consommation d'alcool a baissé de 62 % en trente ans au sein de l'Hexagone. Elle a diminué également dans chaque région. Cependant, les positions relatives de chaque région par rapport à la valeur nationale ont varié.

Ainsi, dans la région Centre-Val de Loire, le TS de mortalité qui était dans la moyenne en 1979-1981, lui devient plus élevé en 2010-2012. À l'inverse, en Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine, le TS de mortalité significativement supérieur à la valeur hexagonale en 1979-1981, ne s'en distingue plus trente ans plus tard.

Dans les autres régions, les TS de mortalité conservent leur position par rapport au TS de mortalité hexagonal. En Île-de-France et Auvergne - Rhône-Alpes, la situation favorable en 1979-1981 (-7 % dans les deux régions) l'est encore plus trente ans plus tard (respectivement -18 % et -19 %). En Nord-Pas-de-Calais - Picardie, malgré une diminution de plus de moitié du TS de mortalité par maladies associées à la consommation d'alcool, l'écart par rapport au niveau hexagonal qui était le plus important en 1979-1981 (+44 %), s'est encore creusé en 2010-2012 (+68 %).

<sup>12</sup> Pour en savoir plus sur la mortalité par maladies associées à la consommation d'alcool, voir page 33.

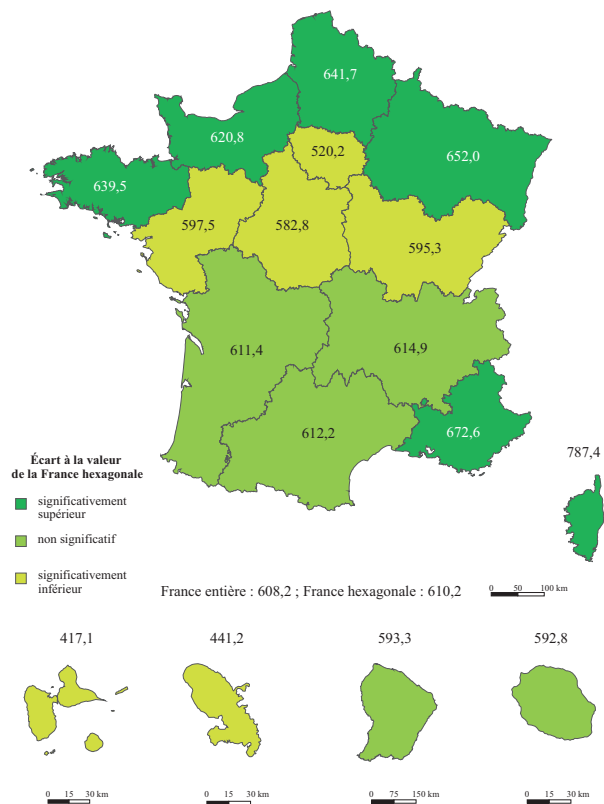
# ALD<sup>13</sup> pour maladies de l'appareil circulatoire et pour cancers

## Moins d'admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire dans le centre de l'Hexagone, en Guadeloupe et Martinique

En 2011-2013, pour l'ensemble des trois principaux régimes d'Assurance maladie (général, agricole et des indépendants), 409 457 admissions en affection de longue durée (ALD) pour maladies de l'appareil circulatoire ont été dénombrées en moyenne chaque année en France (171 625 chez les hommes et 237 832 chez les femmes). Le taux standardisé (TS) correspondant s'élève à 608,2 pour 100 000 habitants.

Le TS d'admission en ALD est significativement supérieur dans les régions du nord et nord-ouest, et surtout en Provence-Alpes Côte-d'Azur et Corse. À l'inverse, il est inférieur en Île-de-France, en Centre-Val de Loire, Bourgogne - Franche-Comté, Pays de la Loire et en Guadeloupe et Martinique pour l'outre-mer. Il ne diffère pas du niveau national dans les autres régions.

TAUX STANDARDISÉ\* D'ADMISSION EN ALD POUR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE en 2011-2013 - pour 100 000 habitants



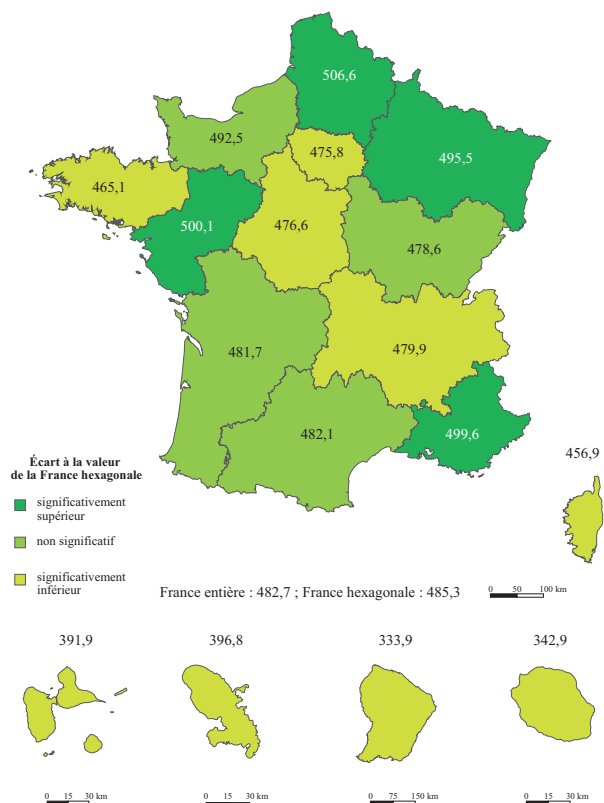
\*Pop. réf. France entière RP 2006  
Sources : CCMMSA, Cnamts, CNRSI, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

## Plus d'admissions en ALD pour cancers dans le nord-est, en Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur

En 2011-2013, pour les trois régimes, 318 753 admissions en ALD pour cancers ont été dénombrées en moyenne chaque année au niveau national (164 671 chez les hommes et 154 082 chez les femmes). Le taux standardisé correspondant s'élève à 482,7 pour 100 000 habitants.

Le TS d'admission en ALD est significativement supérieur dans les régions Nord-Pas-de-Calais - Picardie, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine. Il est inférieur en Île-de-France, Centre-Val de Loire, Bretagne, Auvergne - Rhône-Alpes, Corse et dans les quatre régions ultramarines.

TAUX STANDARDISÉ\* D'ADMISSION EN ALD POUR CANCERS en 2011-2013 - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006  
Sources : CCMMSA, Cnamts, CNRSI, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

<sup>13</sup> Pour en savoir plus sur le dispositif des affections de longue durée (ALD) et sur les indicateurs d'admission en ALD, voir page 33. Dans cette partie, les données présentées permettent d'approcher la morbidité diagnostiquée, mais ne sont pas le reflet de la morbidité réelle : seules les personnes diagnostiquées pour lesquelles le médecin fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées. Aussi, certaines régions peuvent présenter des taux d'ALD moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation en regard de la pathologie abordée est plus favorable sur ces territoires.

# ALD pour diabète<sup>14</sup> et pour maladies psychiques

## Plus d'admissions en ALD pour diabète dans le nord et l'est de l'Hexagone et en outre-mer

En 2011-2013, pour les trois régimes, 245 203 admissions en ALD pour diabète ont été dénombrées en moyenne chaque année en France (136 801 chez les hommes et 108 402 chez les femmes). Le taux standardisé correspondant s'élève à 373,0 pour 100 000 habitants.

Le TS d'admission en ALD pour diabète est près du double dans les quatre régions ultramarines. À l'intérieur de l'Hexagone, il est significativement supérieur dans les régions du nord-est, l'Île-de-France et le Centre-Val de Loire. À l'inverse, il est inférieur dans les régions de la bordure ouest de l'Hexagone, ainsi qu'en Auvergne - Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées et Corse. Il ne diffère pas de la valeur nationale de Bourgogne - Franche-Comté et de Provence-Alpes-Côte d'Azur.

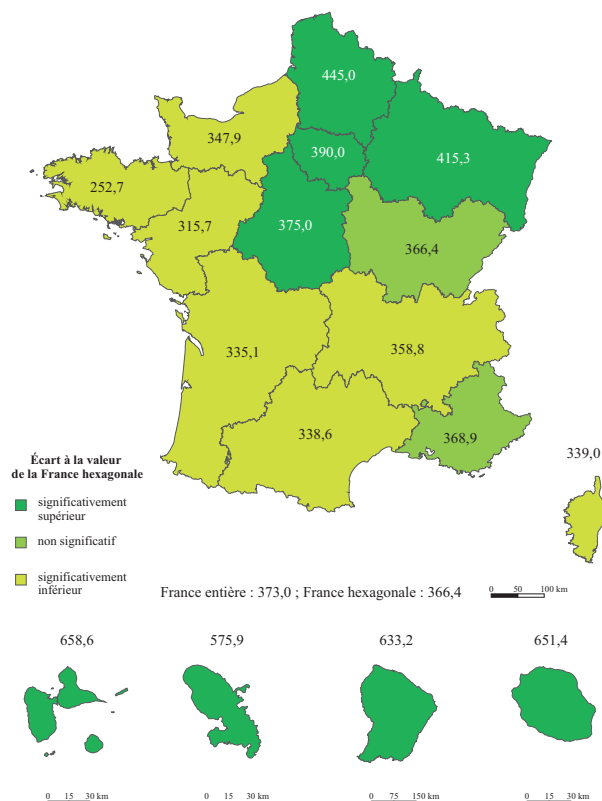
## Plus d'admissions en ALD pour maladies psychiques dans la moitié sud de l'Hexagone et en Bretagne

En 2011-2013, pour les trois régimes, 128 498 admissions en ALD pour maladies psychiques ont été dénombrées en moyenne chaque année en France (59 758 chez les hommes et 68 740 chez les femmes). Le taux standardisé correspondant s'élève à 203,1 pour 100 000 habitants.

Le TS d'admission en ALD pour maladies psychiques est très faible en Guyane, il est également inférieur à la valeur nationale en Martinique et à La Réunion. À l'intérieur de l'Hexagone, il est significativement supérieur en Bretagne et dans les régions de la moitié sud de l'Hexagone. À l'opposé, il est inférieur dans les régions du nord de la Loire (excepté la Bretagne). Seule la Guadeloupe ne présente pas de différence avec l'échelon national.

### TAUX STANDARDISÉ\* D'ADMISSION EN ALD POUR DIABÈTE

en 2011-2013 - pour 100 000 habitants

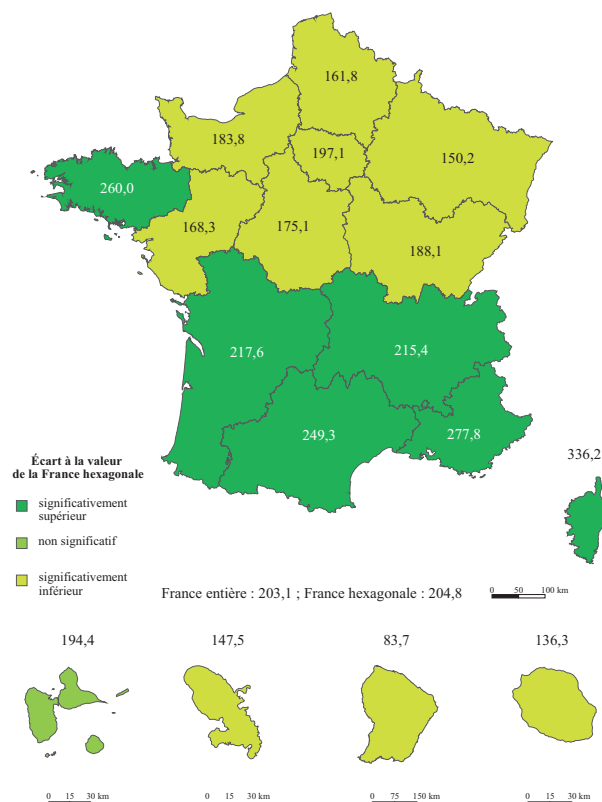


\*Pop. réf. France entière RP 2006

Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

### TAUX STANDARDISÉ\* D'ADMISSION EN ALD POUR MALADIES PSYCHIQUES

en 2011-2013 - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006

Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

<sup>14</sup>Pour en savoir plus sur les ALD pour diabète, voir page 34.



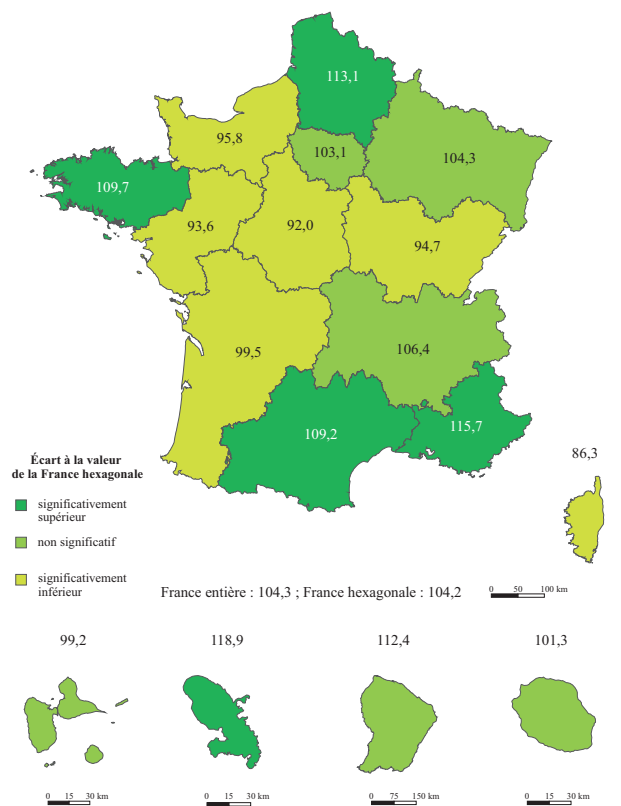
# ALD pour maladie d'Alzheimer et pour insuffisances respiratoires chroniques

## Moins d'admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer en Corse, Bourgogne - Franche-Comté et sur la partie ouest, à l'exception de la Bretagne

En 2011-2013, pour les trois régimes, 74 024 admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences ont été dénombrées en moyenne chaque année en France (22 475 chez les hommes et 51 549 chez les femmes). Le taux standardisé correspondant s'élève à 104,3 pour 100 000 habitants.

Dans l'Hexagone, le taux standardisé d'admission est supérieur à la valeur nationale en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais - Picardie, Bretagne et, pour l'outre-mer, en Martinique. À l'inverse, il lui est inférieur en Bourgogne - Franche-Comté, Corse et dans les régions à l'ouest de l'Hexagone à l'exception de la Bretagne. Hormis la Martinique, le taux ne diffère pas de la moyenne nationale pour les trois autres régions ultramarines ainsi qu'en Île-de-France, Auvergne - Rhône-Alpes et Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine.

**TAUX STANDARDISÉ\* D'ADMISSION EN ALD POUR MALADIE D'ALZHEIMER**  
en 2011-2013 - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006  
Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

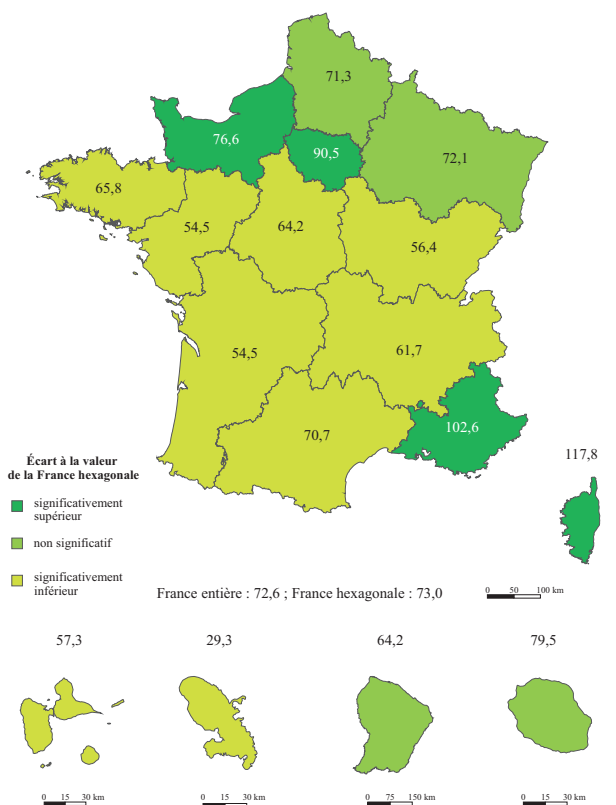
## Plus d'admissions en ALD pour insuffisances respiratoires chroniques en Corse, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France et Normandie

En 2011-2013, pour les trois régimes, 47 918 admissions en ALD pour insuffisances respiratoires chroniques ont été dénombrées en moyenne chaque année en France (26 176 chez les hommes et 21 742 chez les femmes). Le taux standardisé correspondant s'élève à 72,6 pour 100 000 habitants.

Le taux standardisé d'admission en ALD pour insuffisances respiratoires chroniques est significativement supérieur à la valeur nationale en Corse qui présente le taux régional le plus élevé (117,8 pour 100 000 habitants), et dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France et Normandie. Il ne diffère pas de la valeur nationale en Nord-Pas-de-Calais - Picardie, Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine et, pour l'outre-mer, en Guyane et à La Réunion.

Dans les régions situées au sud de la Seine (à l'exception des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse) et les Antilles, il est inférieur à la valeur nationale. La Martinique présente le taux standardisé le plus faible des régions (29,3 pour 100 000 habitants).

**TAUX STANDARDISÉ\* D'ADMISSION EN ALD POUR INSUFFISANCES RESPIRATOIRES CHRONIQUES**  
en 2011-2013 - pour 100 000 habitants



\*Pop. réf. France entière RP 2006  
Sources : CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

# Médecins généralistes libéraux et infirmiers libéraux

## Des densités de généralistes libéraux plus fortes dans le sud de l'Hexagone et à La Réunion

La France compte 60 620 médecins généralistes exerçant en libéral exclusif et partiel, ce qui représente 60 % de l'ensemble des médecins généralistes. La densité est de 92,9 pour 100 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Les nombre et densité des généralistes libéraux diminuent depuis 2012.

Les densités les plus faibles sont observées dans trois des régions ultramarines (45,5 pour 100 000 en Guyane, 71,7 en Guadeloupe et 73,9 en Martinique) et, dans l'Hexagone, en Île-de-France et Centre-Val de Loire. Les régions Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes et La Réunion présentent les densités les plus élevées de généralistes libéraux.

## Des densités d'infirmiers libéraux plus importantes dans le sud de l'Hexagone et en outre-mer, à l'exception de la Guyane

La France compte près de 110 000 infirmiers libéraux (17 % de l'ensemble des infirmiers), soit 168,2 pour 100 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Au cours des dernières années, leurs nombre et densité n'ont cessé d'augmenter.

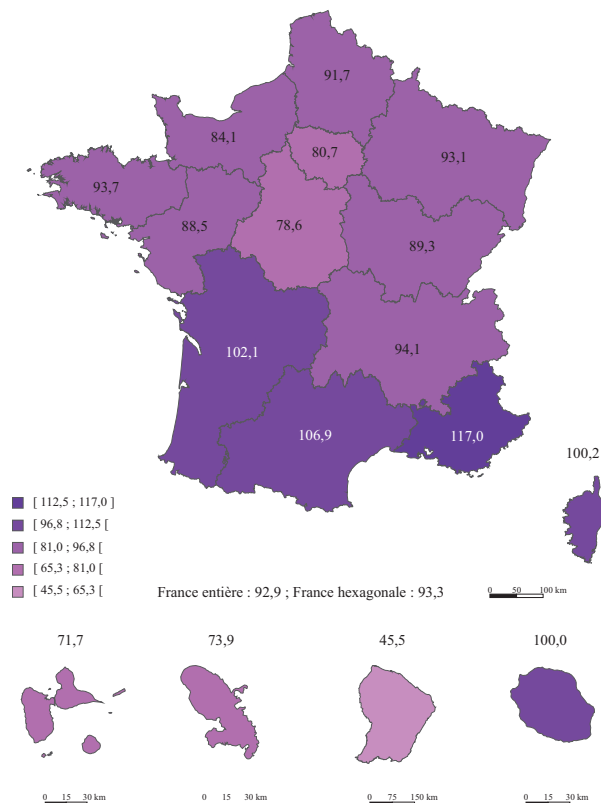
La densité en infirmiers libéraux varie fortement selon les régions. Les moins dotées sont celles de la moitié nord de l'hexagone (sauf la Bretagne), en particulier, l'Île-de-France, les Pays de la Loire et le Centre-Val de Loire. Les plus pourvues en infirmiers libéraux sont les régions méditerranéennes, tout particulièrement la Corse. Les régions ultramarines ont relativement plus d'infirmiers libéraux qu'en moyenne dans l'ensemble du pays, sauf en Guyane (128,1 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants).

Il faut noter que les professionnels salariés intervenant dans les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ne sont pas ici pris en compte. Leur présence peut atténuer les écarts d'offre selon les régions.

Pour en savoir plus sur les professionnels de santé libéraux étudiés, voir page 34.

### DENSITÉ DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX ET MIXTES

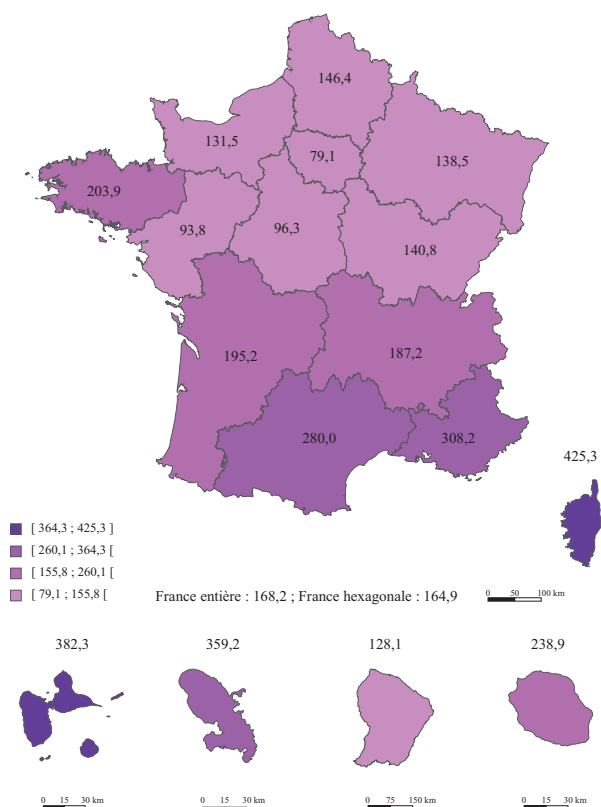
au 1<sup>er</sup> janvier 2015 - pour 100 000 habitants



Sources : Drees / Asip-Santé, répertoire RPPS-2015, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

### DENSITÉ D'INFIRMIERS LIBÉRAUX

au 1<sup>er</sup> janvier 2015 - pour 100 000 habitants



Sources : Drees / Asip-Santé, répertoire Adeli-2015, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

# Masseurs-kinésithérapeutes libéraux et chirurgiens-dentistes libéraux

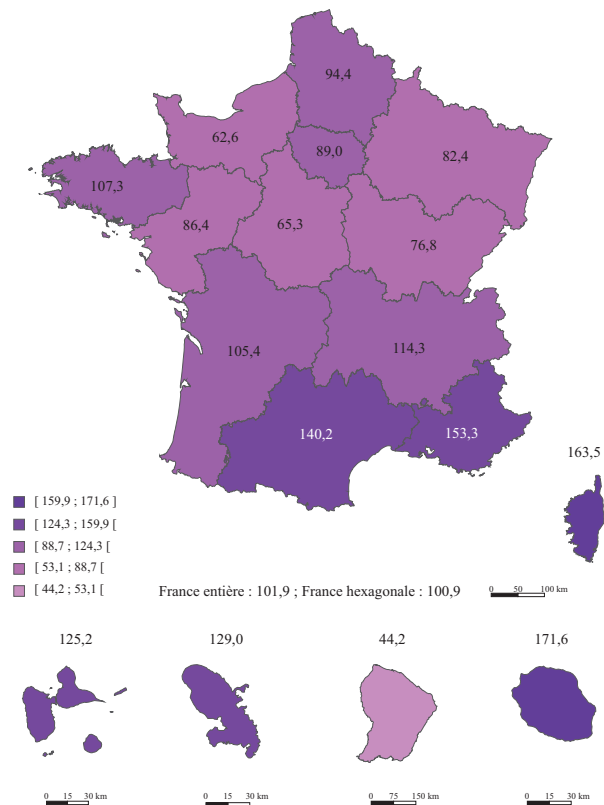
Des densités de masseurs-kinésithérapeutes plus élevées dans les régions du pourtour méditerranéen et en outre-mer, à l'exception de la Guyane

La France compte près de 66 800 masseurs-kinésithérapeutes libéraux (80 % de la profession), soit 101,9 pour 100 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Ces dernières années, les nombre et densité ont augmenté.

Les densités en masseurs-kinésithérapeutes libéraux varient fortement selon les régions. Les moins dotées sont la Guyane et celles situées au nord de la Loire, à l'exception de la Bretagne, du Nord-Pas-de-Calais - Picardie et de l'Île-de-France.

Les plus pourvues en masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont les régions méditerranéennes, en particulier la Corse. Les régions ultramarines ont relativement plus de masseurs-kinésithérapeutes libéraux que la moyenne française, sauf la Guyane (44,2 pour 100 000). La Réunion présente la densité la plus élevée pour ce professionnel de santé.

DENSITÉ DE MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES LIBÉRAUX  
au 1<sup>er</sup> janvier 2015 - pour 100 000 habitants



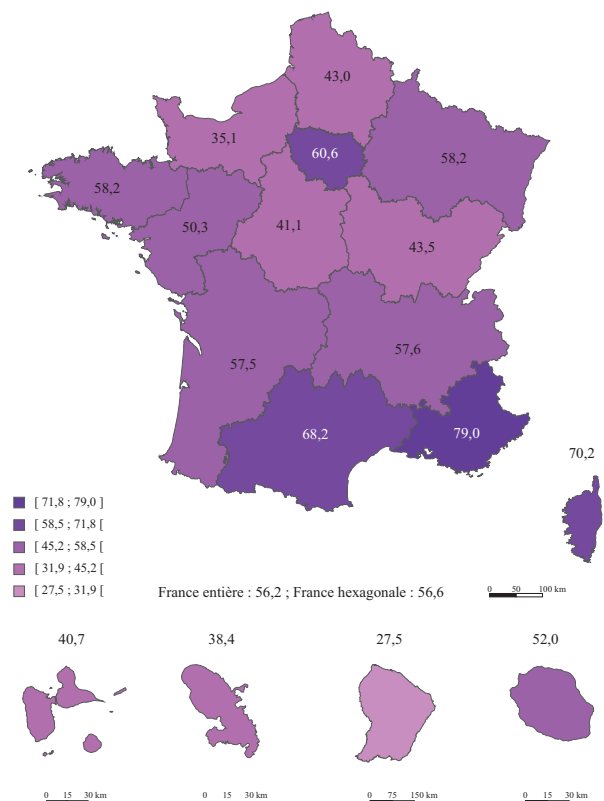
Sources : Drees / Asip-Santé, répertoire Adeli-2015, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

Une offre plus importante en chirurgiens-dentistes libéraux dans les régions méditerranéennes et en Île-de-France

La France compte près de 37 000 chirurgiens-dentistes libéraux et mixtes (90 % de l'ensemble de la profession) au 1<sup>er</sup> janvier 2015, soit 56,2 pour 100 000 habitants. Le nombre restant stable, la densité de chirurgiens-dentistes libéraux tend à diminuer ces dernières années compte tenu de l'augmentation de la population.

Les densités en chirurgiens-dentistes libéraux varient fortement selon les régions. Les plus pourvues sont les régions méditerranéennes, en particulier la Provence-Alpes-Côte d'Azur, mais aussi l'Île-de-France. En outre-mer, La Réunion est la mieux dotée en chirurgiens-dentistes libéraux, même si la densité de l'île est en dessous de la moyenne nationale. La moins pourvue est la Normandie au sein de l'Hexagone (35,1 pour 100 000) et la Guyane dans les régions d'outre-mer (27,5 pour 100 000). La Martinique est aussi en dessous du seuil des 40 chirurgiens-dentistes pour 100 000 habitants.

DENSITÉ DE CHIRURGIENS-DENTISTES LIBÉRAUX ET MIXTES  
au 1<sup>er</sup> janvier 2015 - pour 100 000 habitants



Sources : Drees / Asip-Santé, répertoire RPPS-2015, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

# Gynécologues-obstétriciens libéraux et ophtalmologues libéraux

## Une offre plus importante de gynécologues-obstétriciens libéraux en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur

La France compte plus de 5 200 gynécologues-obstétriciens libéraux, à exercice exclusif, ou combiné avec un exercice salarié partiel (près de 70 % des gynécologues-obstétriciens), soit 18,8 pour 100 000 femmes de 15 ans et plus au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Le nombre de ces praticiens diminue depuis plusieurs années.

Les densités varient selon les régions. Les régions les mieux dotées sont celles de la moitié sud de la France ainsi que l'Île-de-France, l'Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine et, en outre-mer, la Guyane et la Guadeloupe. Parmi celles-ci, l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur sont celles qui présentent les densités les plus élevées (respectivement 27,5 et 24,4 pour 100 000 femmes de 15 ans et plus).

À l'inverse, les densités sont les plus faibles en Corse, Bretagne, Pays de la Loire, Normandie, Centre-Val de Loire, Bourgogne - Franche-Comté, et Martinique, où elles sont inférieures à 14,0 praticiens pour 100 000 femmes de 15 ans et plus.

## Des densités d'ophtalmologues plus élevées dans les régions méditerranéennes et en Île-de-France

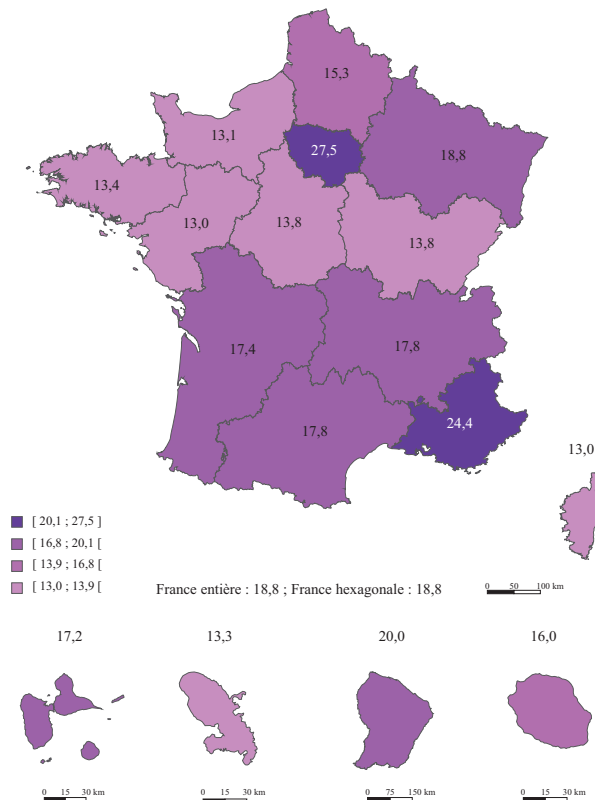
La France compte près de 9 500 ophtalmologues ayant une activité libérale et mixte (plus de 85 % des professionnels en exercice), soit 7,3 pour 100 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2015. Depuis 2012, leur nombre reste stable.

Les densités les plus élevées sont observées en Provence-Alpes-Côte d'Azur, Île-de-France, Corse et Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées. Au sein de l'Hexagone, les régions Centre-Val de Loire, Bourgogne - Franche-Comté et Nord-Pas-de-Calais - Picardie présentent les densités les plus faibles (proches de 5,5 ophtalmologues pour 100 000 habitants).

Dans les régions ultramarines, la Guyane a la densité la plus faible observée en France (2,1 pour 100 000 habitants) suivie par La Réunion (4,9). La Guadeloupe et la Martinique présentent une densité plus proche de la valeur nationale.

### DENSITÉ DE GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS LIBÉRAUX ET MIXTES

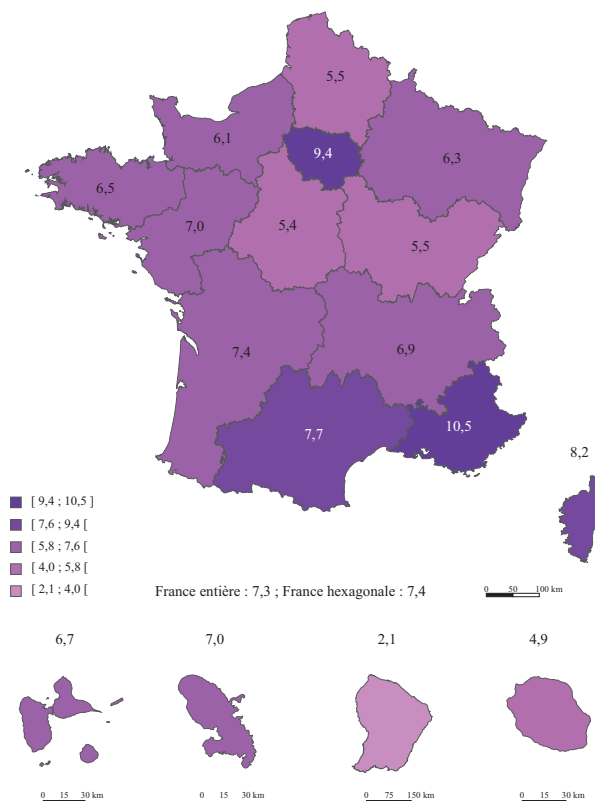
au 1<sup>er</sup> janvier 2015 - pour 100 000 femmes de 15 ans et plus



Sources : Drees / Asip-Santé, répertoire RPPS-2015, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

### DENSITÉ D'OPHTALMOLOGUES LIBÉRAUX ET MIXTES

au 1<sup>er</sup> janvier 2015 - pour 100 000 habitants



Sources : Drees / Asip-Santé, répertoire RPPS-2015, Insee - Exploitation Fnors - SCORE-Santé

# Typologie des régions<sup>15</sup>

Afin de disposer d'une vision synthétique de la situation socio-sanitaire des régions françaises, des analyses permettant de définir des classes regroupant celles présentant des caractéristiques socio-sanitaires proches ont été réalisées. Elles reposent sur les indicateurs présentés dans les précédents chapitres de ce document, mais aussi sur des indicateurs supplémentaires notamment de mortalité et d'affections de longue durée (ALD), déclinés par sexe et âge, et affinés au niveau des pathologies. Les ALD ont été abordées en termes d'admissions et de total de personnes en ALD.

**Une première typologie, réalisée sur les dix-sept régions françaises fait apparaître cinq classes : deux concernent exclusivement les régions hexagonales et trois les régions ultramarines.**

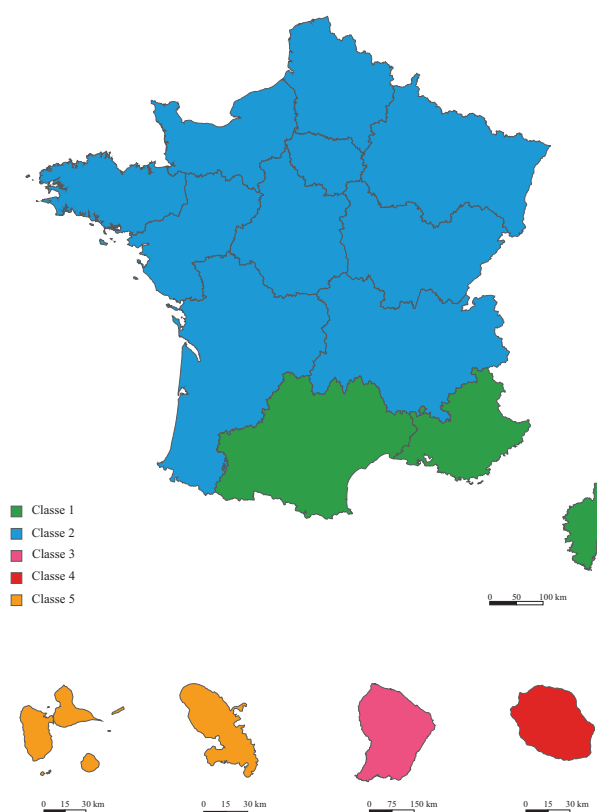
Concernant les treize régions hexagonales, la **classe 1** est constituée des trois régions méditerranéennes (Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse) et la **classe 2** des dix régions restantes<sup>16</sup>. Ces deux classes ont des profils qui se distinguent fortement des classes regroupant uniquement les régions ultramarines. Afin d'affiner les différences socio-sanitaires observées entre les régions hexagonales de ces deux classes, une seconde analyse a été réalisée (voir page 29).

Les régions ultramarines se distinguent très nettement des régions hexagonales aussi bien par leurs caractéristiques sociodémographiques que sanitaires. Elles présentent des populations plus jeunes que celles de l'Hexagone, une fécondité plus élevée, notamment chez les mineures et les indicateurs sociaux (revenus, emploi, formation) y sont globalement plus défavorables. Bien que la mortalité soit dans l'ensemble plus faible pour les cancers, elle demeure plus élevée pour le cancer de la prostate ; elle l'est aussi pour les maladies vasculaires cérébrales. Parmi les quatre régions ultramarines, la Guyane et La Réunion constituent chacune une classe et les deux régions des Antilles françaises (Guadeloupe et Martinique) sont regroupées au sein d'une même classe.

**Classe 3 : La Guyane** est la région française la moins densément peuplée, mais présente le taux d'accroissement annuel de la population le plus élevé entre 2007 et 2012 (+2,38 %). Celui-ci s'explique par un solde naturel très élevé. Avec 3,5 enfants par femme, cette région a l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) le plus important. Le taux de fécondité des mineures est près de treize fois supérieur à celui observé au niveau national et le plus élevé des régions d'outre-mer.

La population de cette région est celle qui a la plus forte part de jeunes de moins de 20 ans et la plus faible de personnes âgées de 75 ans et plus. Ces dernières vivent moins souvent seules à domicile (deuxième part la plus faible). Compte-tenu de ces caractéristiques, avec 10 personnes de 65 ans et plus pour 100 de moins de 20 ans, l'indice de vieillissement est de loin le plus faible observé dans les régions françaises.

TYPOLOGIE DES DIX-SEPT RÉGIONS FRANÇAISES



Sources : CCMSA, Cnaf, Cnamts, CNRSI, Ministère des Finances et des Comptes publics-DGFIP, Drees-Asip-Santé, répertoire Adeli et RPPS-2015, Insee, Inserm CépiDc, Exploitation Fnors

Socialement, la population de cette région est une des moins favorisées : elle présente les taux les plus importants d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 % à 100 % des prestations sociales et de ménages allocataires du RSA majoré. Avec plus de 70 % de foyers fiscaux non imposés et 31 % d'allocataires du RSA, la Guyane se place en deuxième position (la plus élevée) après La Réunion. Le taux d'activité de la population des 15-64 ans est le plus faible observé en France (61,0 %). Enfin, la Guyane a la part la plus élevée de jeunes de 20-29 ans peu ou pas diplômés (47 %).

La mortalité générale ne diffère pas de la valeur nationale, en revanche, la mortalité prématurée y est supérieure. Les régions ultramarines sont parmi celles qui enregistrent les plus forts taux de mortalité pour maladies

<sup>15</sup> Pour en savoir plus sur la méthodologie employée, voir page 34.

<sup>16</sup> Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine, Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, Auvergne - Rhône-Alpes, Bourgogne - Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais - Picardie, Normandie, Pays de la Loire.

infectieuses et parasitaires et la Guyane est celle qui a les taux les plus élevés. Un constat similaire est fait pour les ALD. La mortalité par cancers est inférieure à celle observée au niveau national alors que celle par cancer de la prostate est l'une des plus élevées à l'échelle nationale (troisième place), même si la différence n'est pas statistiquement significative. La Guyane enregistre les taux standardisés d'ALD pour diabète les plus élevés.

Chez les moins de 65 ans, les taux standardisés de mortalité et d'ALD pour certaines maladies de l'appareil circulatoire (maladies vasculaires cérébrales, insuffisance cardiaque) sont parmi les plus élevés. Pour les cardiopathies ischémiques, les taux sont parmi les plus faibles.

La mortalité par traumatismes et empoisonnements est la plus forte des régions françaises, notamment la mortalité par accidents de la circulation qui figure parmi les plus élevées. Un constat inverse est observé chez les 75 ans et plus pour la mortalité par chute accidentelle et pour celle par suicide (tous âges), avec des taux qui sont parmi les plus faibles (deuxième et troisième places).

Pour les ALD, les taux sont plus élevés pour l'insuffisance rénale (première place) et sont au contraire plus faibles pour les maladies associées à la consommation d'alcool et, chez les moins de 65 ans, pour la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Concernant les professionnels de santé ayant une activité libérale (ou mixte), la Guyane a les plus faibles densités de médecins généralistes, de masseurs-kinésithérapeutes, de chirurgiens-dentistes et d'ophtalmologues. Pour les infirmiers, elle est la région ultramarine qui est la moins bien dotée (quatorzième place contre sixième pour La Réunion qui se place derrière les Antilles françaises). À l'inverse, la densité des gynécologues-obstétriciens se situe parmi les plus élevées (troisième place).

**Classe 4 : La Réunion** a une densité de population qui figure parmi les plus élevées en France (troisième place). Avec un taux d'accroissement annuel moyen proche de 1,0 % entre 2007 et 2012, elle est une des régions françaises les plus dynamiques (grâce à un solde naturel élevé). Le taux de fécondité des mineures est plus de cinq fois supérieur à la valeur nationale. La part des moins de 20 ans est l'une des plus élevées (deuxième place), celle des 75 ans et plus est parmi les plus faibles (moins de 4 %), et moins de 30 % d'entre eux vivent seuls à domicile (part régionale la plus faible).

La population réunionnaise est relativement défavorisée. Les indicateurs sociaux sont parmi les plus défavorables, notamment pour les taux d'allocataires (RSA et aide au logement notamment) et pour la part des foyers fiscaux non imposés qui sont les plus élevés. La part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (36,1 %) est l'une des plus élevées mais reste la plus faible observée au sein des régions ultramarines.

Concernant le marché de l'emploi, le taux de chômage et la part des jeunes de 20-29 ans peu ou pas diplômés sont parmi les plus élevés. Parmi les actifs ayant un emploi, La Réunion présente la part la plus importante d'employés et les plus faibles parts de cadres et de professions intellectuelles supérieures (deuxième plus faible), et de professions intermédiaires (la plus faible).

La mortalité générale est l'une des plus élevées des régions françaises (deuxième place). La situation est semblable pour les ALD où La Réunion occupe la quatrième place au niveau national et la deuxième des régions ultramarines.

Bien que la mortalité par cancers soit plus faible que celle observée au niveau national notamment pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon et celui du côlon-rectum, elle reste la plus élevée de l'outre-mer. Les femmes réunionnaises font partie des Françaises pour lesquelles les TS de mortalité et d'ALD par cancer du sein sont les moins élevés. La mortalité par cancer de la prostate est la plus faible des régions ultramarines, mais n'est pas significativement différente de celle observée au niveau national.

La Réunion est l'une des régions les plus touchées par la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, notamment pour les maladies vasculaires cérébrales, les cardiopathies ischémiques et les maladies hypertensives (premières places). Pour les ALD, elle présente le taux français le plus élevé pour les maladies vasculaires cérébrales mais ne se distingue pas pour les autres pathologies de l'appareil circulatoire.

La mortalité par maladies de l'appareil digestif figure parmi les plus élevées de France alors que les admissions en ALD sont parmi les plus faibles.

Les taux d'admission en ALD pour diabète figurent parmi les plus élevés des régions françaises.

Alors que la mortalité masculine pour maladies psychiques est parmi les plus élevées, la mortalité féminine est au contraire parmi les plus faibles.

La mortalité par maladies associées à la consommation d'alcool observée à La Réunion est la plus importante des régions ultramarines et se place en deuxième position à l'échelle nationale.

La densité des masseurs-kinésithérapeutes libéraux est la plus élevée des régions de France. Celles des médecins généralistes libéraux et des infirmiers libéraux occupent respectivement les cinquième et sixième places les plus élevées.

**Classe 5 : La Guadeloupe et la Martinique** ont des densités de population qui figurent parmi les plus élevées : plus de deux fois supérieure à celle observée sur l'ensemble du pays pour la première et plus de trois fois pour la seconde. Comparativement à l'ensemble des régions françaises, les régions ultramarines de cette classe ont les parts des moins de 20 ans parmi les plus élevées qui restent cependant inférieures à ce qui est observé dans les autres régions d'outre-mer, et en diminution entre 2007 et 2012. Les taux de fécondité des mineures sont trois fois plus élevés que la valeur nationale, mais demeurent deux et cinq fois inférieurs à ceux observés respectivement à La Réunion et en Guyane.

Les régions des Antilles françaises présentent une situation sociale moins favorable que ce qui est observé dans les régions hexagonales, mais néanmoins un peu meilleure que les deux autres régions ultramarines. Ainsi, la part des foyers fiscaux non imposés et les taux d'allocataires d'une prestation sociale (dont le RSA et le RSA majoré) y sont plus élevés mais ils restent inférieurs à ceux des autres régions ultramarines. Seuls les taux d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 % à 100 % des prestations sociales se classent entre la Guyane et La Réunion. Les parts des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans sont les plus élevées, de même que les taux d'allocataires de l'allocation de soutien familial (ASF).

La part de jeunes de 20-29 ans peu ou pas diplômés et le taux de chômage sont supérieurs à ceux des régions hexagonales mais restent les plus faibles de l'outre-

mer. Les parts des artisans, commerçants, chefs d'entreprise et des employés figurent parmi les plus élevées alors que celles des cadres et des professions intellectuelles supérieures, et des professions intermédiaires comptent parmi les plus faibles des régions françaises.

En termes de mortalités générale et prématurée, la situation des deux régions de cette classe diffère. La Martinique connaît des taux inférieurs à la valeur nationale alors que la Guadeloupe ne se distingue pas pour la mortalité générale mais enregistre un taux supérieur pour la mortalité prématurée. Pour certaines pathologies, la Guadeloupe enregistre les taux de mortalité les plus élevés alors qu'ils sont parmi les plus faibles pour la Martinique, notamment les taux standardisés de mortalité par cancer du côlon-rectum chez les moins de 65 ans, et par accidents de la circulation chez les 65 ans et plus.

Dans les deux régions, les taux standardisés de mortalité sont inférieurs à la moyenne française pour la BPCO, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon et les cardiopathies ischémiques. Il en va de même pour les taux d'ALD pour ces pathologies. La mortalité féminine chez

les 65 ans et plus par cancer du sein est inférieure à la moyenne nationale ; ce constat est retrouvé pour les ALD. Les taux standardisés d'ALD sont inférieurs à la moyenne française pour l'insuffisance cardiaque, les maladies de l'appareil digestif et le cancer du côlon-rectum.

À l'inverse, la mortalité par cancer de la prostate est supérieure à la moyenne nationale ; il en est de même pour les ALD.

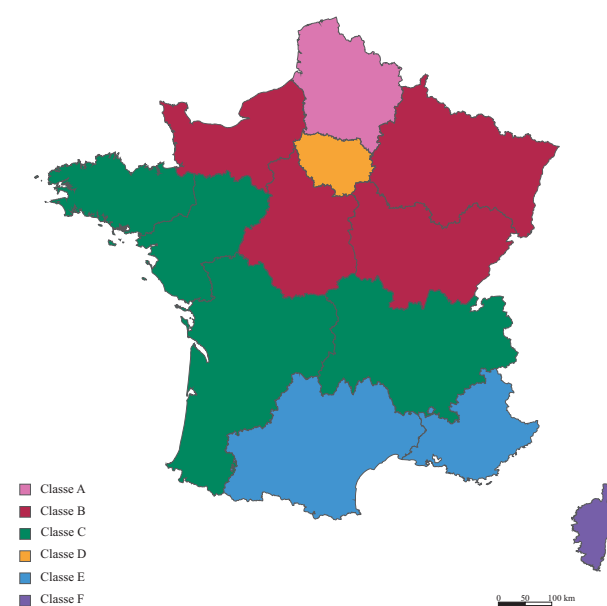
La mortalité prématurée masculine est supérieure à la moyenne des régions françaises pour les maladies vasculaires cérébrales et les accidents de la circulation. La mortalité chez les 75 ans et plus par chutes accidentelles est supérieure à la moyenne nationale.

Les taux standardisés d'ALD pour diabète sont supérieurs à la moyenne des régions françaises.

S'agissant de l'offre de soins de proximité, les densités de médecins généralistes libéraux et des chirurgiens-dentistes libéraux figurent parmi les plus faibles des régions françaises, alors que celles des masseurs-kinésithérapeutes libéraux et surtout des infirmiers libéraux comptent parmi les plus élevées (deuxième place pour ces derniers).

**Une seconde analyse a été réalisée afin de mieux appréhender les spécificités des régions hexagonales. Reposant sur les mêmes paramètres que ceux retenus pour la première analyse, elle a permis de définir six classes regroupant les régions aux caractéristiques proches. Trois classes sont composées d'au moins deux régions, les trois autres d'une seule région.**

TYPOLOGIE DES TREIZE RÉGIONS HEXAGONALES



**Classe A : Nord-Pas-de-Calais - Picardie**

Le Nord-Pas-de-Calais - Picardie est la deuxième région de France hexagonale pour la densité de population. La part des moins de 20 ans est la plus importante alors que celle des personnes âgées de 75 ans et plus est l'une des plus faibles. Le taux de fécondité des mineures est le plus élevé de l'Hexagone.

Cette région présente les indicateurs sociaux les plus défavorables de l'Hexagone. Les taux d'allocataires, quel que soit le type d'allocations (RSA, RSA majoré, aide au logement, ASF), ainsi que le taux d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 % à 100 % des prestations sociales sont les plus élevés. Le taux de chômage y est le plus important.

Concernant la mortalité (générale et prématurée), les taux standardisés sont les plus élevés observés dans l'Hexagone. Un constat similaire peut être fait pour la mortalité par maladies infectieuses et parasitaires, cancers (notamment ceux du côlon-rectum et, chez les femmes, du sein), maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil digestif et pathologies associées à la consommation d'alcool.

Chez les moins de 65 ans, les taux sont importants pour la mortalité par BPCO, cancer de la prostate, cancers de la trachée, des bronches et du poumon. Les taux sont parmi les plus élevés pour la mortalité liée au diabète.

Les personnes âgées de 75 ans et plus présentent des taux parmi les plus élevés pour les suicides et les chutes accidentelles. À l'inverse, la mortalité est plus faible pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes et pour les accidents de la circulation.

Pour les ALD, les tendances suivent, dans l'ensemble, celles observées pour la mortalité avec des taux figurant parmi les plus importants pour la BPCO, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon et les maladies de l'appareil circulatoire. Mais les taux d'ALD pour BPCO et cancers de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes sont inférieurs aux valeurs hexagonales. Les taux d'ALD (hommes et femmes) sont également moins élevés pour l'asthme et les maladies infectieuses et parasitaires.

Sources : CCMSA, Cnaf, Cnamts, CNRSI, Ministère des Finances et des Comptes publics-DGFIP, Drees-Asip-Santé, répertoire Adeli et RPPS-2015, Insee, Inserm CépiDc, Exploitation Fnors

Pour ce qui est de l'offre de soins de proximité, les densités de chirurgiens-dentistes et d'ophtalmologues libéraux comptent parmi les plus faibles de l'Hexagone.

### **Classe B : Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine, Bourgogne - Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Normandie**

Les régions de cette classe ont des caractéristiques sociodémographiques qui ne se distinguent quasiment pas de celles observées à l'échelle de l'Hexagone. Cette classe présente toutefois une part d'ouvriers (parmi les actifs ayant un emploi) supérieure à la moyenne des régions hexagonales.

Dans l'ensemble, les indicateurs de mortalité sont supérieurs à la valeur hexagonale mais peu se détachent réellement au regard des autres régions. La mortalité liée aux maladies psychiques est supérieure à la moyenne nationale alors que la situation est inverse pour les ALD. Chez les femmes de moins de 65 ans, la mortalité est supérieure à la moyenne nationale pour les maladies hypertensives. Alors que pour ces dernières pathologies, la mortalité masculine est supérieure à la moyenne chez les 65 ans et plus.

Les indicateurs d'ALD se situent au-dessus de la moyenne hexagonale pour le diabète de type 2 chez les 65 ans et plus et, pour les cardiopathies ischémiques, uniquement chez les hommes. Le taux standardisé de femmes en ALD pour maladies vasculaires cérébrales est supérieur à l'ensemble des régions hexagonales. À l'inverse, le taux standardisé d'admission en ALD pour diabète de type 1 est inférieur à la moyenne. Il en est de même pour le taux d'admission en ALD féminin pour cancer du sein chez les moins de 65 ans et pour maladie d'Alzheimer chez les 65 ans et plus.

Pour l'offre de soins de proximité, les régions de cette classe sont parmi les moins bien dotées : les densités des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes) sont inférieures à la moyenne des régions hexagonales.

### **Classe C : Aquitaine - Limousin - Poitou-Charentes, Auvergne - Rhône-Alpes, Bretagne, Pays de la Loire**

La population des régions de cette classe a des caractéristiques démographiques proches de celles observées sur l'ensemble de l'Hexagone. La part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans est toutefois inférieure à la moyenne des régions hexagonales.

Socialement, les régions de cette classe font partie des plus favorisées : les taux d'allocataires du RSA et d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 % à 100 % des prestations sociales sont inférieurs à la moyenne hexagonale. Sur le plan de l'activité professionnelle, cette classe se distingue avec une part d'agriculteurs, exploitants agricoles (parmi les actifs ayant un emploi) supérieure à la moyenne hexagonale. Le taux de chômage et la part des jeunes de 20-29 ans ayant peu ou pas de diplômes sont, quant à eux, inférieurs à la moyenne française.

Concernant l'état de santé, la situation est relativement bonne. La mortalité prématurée par maladies infectieuses et parasitaires est inférieure à l'ensemble des régions hexagonales. Chez les femmes, la mortalité prématurée pour certaines maladies de l'appareil circulatoire (insuffisance cardiaque, maladies hypertensives) est également inférieure à la moyenne hexagonale. La tendance est similaire pour la mortalité

par cancers de la trachée, des bronches et du poumon chez les personnes de 65 ans et plus.

Le taux standardisé d'admission en ALD pour insuffisance cardiaque est supérieur à la moyenne hexagonale chez les hommes de 65 ans et plus. Il en est de même pour le taux standardisé de personnes en ALD pour maladies héréditaires et métaboliques et, pour le taux standardisé masculin, pour les maladies du système-ostéoarticulaire. À l'inverse, les indicateurs d'ALD pour maladies de l'appareil digestif, cancers de la trachée, des bronches et du poumon, et diabète de type 2 sont inférieurs à la moyenne hexagonale. Chez les moins de 65 ans, les taux standardisés d'ALD sont en dessous de la moyenne hexagonale pour les maladies vasculaires cérébrales (uniquement chez les femmes), les cardiopathies ischémiques et pour certaines maladies de l'appareil respiratoire (BPCO et asthme).

L'offre de soins de proximité (libérale) ne diffère pas de ce qui est observé dans l'ensemble des régions hexagonales.

### **Classe D : Île-de-France**

L'Île-de-France est la région la plus peuplée de l'Hexagone avec une structure démographique relativement jeune : la part des moins de 20 ans est parmi les plus élevées (deuxième place) et celle des personnes âgées de 75 ans et plus est la plus faible. Ainsi, l'indice de vieillissement est le plus bas de l'Hexagone. En comparaison des autres régions hexagonales, les modes de vie isolés sont plus fréquents : la part des personnes âgées de 75 ans et plus vivant seules à leur domicile et celle des familles monoparentales figurent parmi les plus élevées (respectivement première et quatrième places).

Sur le plan social, cette région est, dans l'ensemble, relativement favorisée : la part des foyers fiscaux non imposés et les taux d'allocataires de prestations sociales (RSA majoré, allocation aux adultes handicapés -AAH-, aide au logement) y sont les plus faibles. Cette région présente le taux d'activité le plus élevé, une part plus importante des cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs ayant un emploi, alors que la part des ouvriers est la plus faible de l'Hexagone.

Dans l'ensemble, les taux standardisés de mortalités générale et prématurée sont significativement inférieurs aux valeurs hexagonales. La mortalité prématurée est moindre en regard des valeurs hexagonales pour les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon et les maladies de l'appareil digestif. La mortalité par traumatismes et empoisonnements est la plus faible observée dans l'Hexagone notamment pour les accidents de la circulation, les suicides, et, chez les personnes âgées de 75 ans et plus, pour les chutes accidentelles. À l'inverse, la mortalité est parmi les plus élevées de l'Hexagone pour les maladies infectieuses et parasitaires chez les hommes de moins de 65 ans et pour les cancers de la trachée des bronches et du poumon chez les femmes de 65 ans et plus.

Les taux standardisés d'ALD sont plus faibles pour les maladies de l'appareil circulatoire. À l'opposé, ils sont plus élevés pour les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies de l'appareil digestif et les maladies de l'appareil respiratoire (BPCO et asthme). Chez les femmes de 65 ans et plus, les indicateurs d'ALD pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, du sein et du côlon-rectum sont parmi les plus élevés de l'Hexagone. Pour cette dernière localisation, le taux standardisé d'admission en ALD des hommes de 65 ans et plus se situe parmi les plus faibles.



Pour ce qui est des professionnels de santé libéraux, les densités de médecins généralistes et d'infirmiers sont les plus faibles de l'Hexagone alors que celles des gynécologues-obstétriciens (première place), des ophtalmologues et des chirurgiens-dentistes figurent parmi les plus élevées.

### Classe E : Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées - Provence-Alpes-Côte d'Azur

Dans l'ensemble, les caractéristiques de la population des régions de cette classe sont semblables à celles de la France hexagonale. Cependant, les indices de vieillissement des deux régions de cette classe sont parmi les plus élevés. Les moins de 20 ans représentent près de 23 % de la population et les 75 ans et plus près de 11 %.

S'agissant de l'aspect social, les indicateurs de cette classe sont, globalement, relativement défavorables. Les taux d'allocataires sont élevés (RSA, aide au logement) avec notamment un taux important d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 % à 100 % des prestations sociales. La part des familles monoparentales, avec enfant(s) de moins de 25 ans, est l'une des plus fortes de l'Hexagone et le taux d'allocataires de l'ASF est au-dessus de la moyenne nationale. Le taux de chômage est l'un des plus importants de l'Hexagone. Parmi les actifs ayant un emploi, la part des artisans, commerçants et chefs d'entreprise est supérieure à la moyenne hexagonale.

Pour les régions de cette classe, les taux standardisés de mortalités générale et prématurée sont inférieurs à ceux de l'Hexagone et, par pathologie, ils se distinguent peu de l'ensemble des régions à quelques exceptions. La mortalité prématurée est inférieure à la moyenne hexagonale pour le cancer du côlon-rectum et les maladies hypertensives. Chez les femmes, la mortalité par cardiopathies ischémiques est en dessous de la moyenne hexagonale. Il en est de même pour le cancer de la prostate et pour les maladies associées à la consommation d'alcool chez hommes de 65 ans et plus.

Concernant les personnes en ALD, les taux standardisés d'ALD pour maladies psychiques chez les moins de 65 ans sont supérieurs à la moyenne hexagonale (schizophrénie, troubles de la personnalité, troubles de l'humeur). Pour cette même classe d'âge, le constat est identique pour le diabète de type 1. Chez les hommes de moins de 65 ans, les taux standardisés sont supérieurs à la moyenne pour les maladies de l'appareil digestif. Il en est de même des admissions en ALD pour le cancer du sein et celui du côlon-rectum chez les femmes de moins de 65 ans.

Les régions de cette classe figurent parmi les mieux dotées en professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, gynécologues-obstétriciens, ophtalmologues).

### Classe F : Corse

La Corse est la région hexagonale la moins densément peuplée et détient la part de jeunes de moins de 20 ans la plus faible. L'indice de vieillissement est le plus élevé des régions françaises et est égal à 100 ce qui signifie qu'il y a autant de personnes de moins de 20 ans que de 65 ans et plus. La part des 75 ans et plus est supérieure à celle de la France hexagonale mais ils vivent moins souvent seuls à leur domicile que dans l'ensemble des régions. Le taux de fécondité chez les mineures est le plus faible.

Socialement, la Corse a une situation atypique. Ainsi, bien que la part des foyers fiscaux non imposés soit la plus élevée des régions hexagonales, les taux d'allocataires (total des allocataires, RSA majoré) sont plus faibles. Et, alors que la part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans figure parmi les plus élevées (deuxième place de l'Hexagone), le taux d'allocataires de l'ASF est le plus faible. La Corse a le taux d'activité le plus petit et présente la part de jeunes de 20-29 ans peu ou pas diplômés la plus élevée de l'Hexagone (17,5 %).

Les taux standardisés de mortalités générale et prématurée ne diffèrent pas significativement de ceux de l'Hexagone. La mortalité prématurée féminine est la plus élevée pour les cancers du côlon-rectum, du sein, de la trachée, des bronches et du poumon et la BPCO. Il en est de même chez les hommes pour les accidents de la circulation. Chez les 65 ans et plus, la mortalité est la plus élevée des régions de la France hexagonale pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon et pour l'insuffisance cardiaque.

La mortalité par maladies associées à la consommation d'alcool est la plus faible de l'Hexagone ; il en est de même pour les maladies de l'appareil digestif chez les hommes. Chez les 65 ans et plus, les TS de mortalité par BPCO et cancer du côlon-rectum sont les plus faibles. Chez les hommes de 65 ans et plus, il en va de même pour la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon. Pour les femmes de 65 ans et plus, ce constat est retrouvé pour les accidents de la circulation. La mortalité par suicide avant 75 ans est l'une des moins importantes de l'Hexagone (deuxième place).

Les taux standardisés d'ALD sont parmi les plus élevés pour les maladies de l'appareil respiratoire (BPCO et asthme), l'insuffisance rénale, l'insuffisance cardiaque, les maladies psychiques et, chez les femmes de moins de 65 ans, pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon. Le taux standardisé d'admission en ALD pour cardiopathies ischémiques est le plus important de l'Hexagone.

À l'inverse, les indicateurs d'ALD sont parmi les plus faibles pour les maladies infectieuses et parasitaires, les cancers de la prostate et du côlon-rectum. Chez les moins de 65 ans, il en va de même pour les maladies associées à la consommation d'alcool, le cancer du sein féminin, les maladies de Parkinson et d'Alzheimer. Le total de personnes de moins de 65 ans en ALD pour diabète est le plus faible observé dans les régions hexagonales.

La Corse est l'une des régions les mieux dotées en professionnels de santé de proximité libéraux (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, chirurgiens-dentistes, ophtalmologues), à l'exception des gynécologues-obstétriciens (densité la plus faible de l'Hexagone).

# Méthodologie

## Contexte général

**Indice de vieillissement** : nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans des proportions équivalentes sur le territoire ; plus l'indice est faible, plus la population est jeune et, inversement, plus l'indice est élevé, plus la population est vieillissante.

**Taux d'activité** : nombre de personnes actives de 15-64 ans pour 100 personnes de 15-64 ans. La population active comprend les actifs ayant un emploi et les chômeurs.

**Taux de chômage au sens du recensement** : nombre de personnes de 15-64 ans qui se sont déclarées chômeurs (inscrits ou non à Pôle emploi) et celles qui se sont déclarées ni en emploi ni au chômage mais qui ont affirmé chercher un emploi, rapporté à la population active au sens du recensement (population active occupée et chômeurs se déclarant en recherche d'emploi). Ce taux de chômage diffère des taux de chômage localisés et taux de chômage au sens du BIT (Bureau international du travail) également publiés par l'Insee.

**Part de jeunes de 20-29 ans non scolarisés, pas ou peu diplômés** : nombre de jeunes de 20-29 ans sortis du scolaire n'ayant pas de diplôme ou uniquement le certificat d'études primaires, rapporté au nombre total de jeunes de 20-29 ans sortis du système scolaire.

**Part des foyers fiscaux non imposés** : nombre des foyers fiscaux non imposés rapporté à l'ensemble des foyers fiscaux soumis à l'impôt sur le revenu.

**Taux de ménages allocataires du RSA** : nombre de ménages allocataires du RSA (socle seul, socle + activité, activité seul) rapporté à l'ensemble des ménages.

Le RSA est une allocation couvrant une population large puisqu'il concerne aussi bien des ménages sans ressources, que des personnes percevant des revenus d'activité proches du Smic. Il s'adresse aux personnes âgées de 25 ans et plus ou aux personnes âgées de moins de 25 ans ayant au moins un enfant à charge né ou à naître.

Une majoration d'isolement est versée, sous certaines conditions, aux bénéficiaires du RSA assumant seuls la charge d'un enfant né ou à naître.

**Taux de pauvreté** : proportion d'individus dont le niveau de vie (revenu disponible du ménage rapporté au nombre d'unités de consommation) est inférieur au seuil de 60 % du niveau de vie médian (dénommé seuil de pauvreté et exprimé en euros).

## Mortalité

### Périodes et disponibilité des données

Les données de mortalité présentées sous forme de cartes portent sur la période 2010-2012 et sont codées à partir de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (Cim10). Celles des graphiques portant sur les périodes 1979-1981 et 2010-2012 sont codées à partir de la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (Cim9).

Pour la période 1979-1981, les taux standardisés sont présentés uniquement pour les régions de la France hexagonale hors Corse car :

- les décès ne sont pas disponibles pour l'outre-mer pour cette période ;
- les effectifs de population utilisés pour le calcul des taux ne sont pas disponibles pour la Corse de 1980 à 1982.

En conséquence, pour cette période, les données sont manquantes pour les régions ultramarines et la Corse, et le niveau France hexagonale correspond alors à la France hexagonale sans la Corse.

### Mortalité associée à la consommation de tabac

Il n'y pas de causes de décès entièrement imputables au tabac, mais celles qui sont les plus fréquentes lui sont partiellement attribuables : les maladies respiratoires, les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire.

Les fractions attribuables sont les plus élevées pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (92 % pour les hommes, 59 % pour les femmes et 85 % pour l'ensemble) ; suivent celles des bronchopneumopathies chroniques obstructives -BPCO- (respectivement 78 %, 53 % et 70 %) et, dans de moindres proportions, les autres maladies respiratoires (respectivement 26 %, 11 % et 19 %).

Seuls les décès par cancers de la trachée, des bronches et du poumon, ayant le poids le plus important dans l'ensemble des décès attribuables au tabac, ont été retenus dans cette présentation synthétique ; ils l'ont été chez les seuls hommes car il s'agit en termes de décès de la première localisation cancéreuse masculine.

Source : World Health Organization (WHO). WHO global report : mortality attributable to tobacco. Geneva : WHO, 2012.

**Mortalité par suicide**

Sur la période 1979-2012, l'évolution de la mortalité par suicide est à interpréter avec précaution. Le CépiDc a évalué la sous-estimation du nombre de décès de 2006 à 9,4 % du phénomène au niveau national (des variations régionales existent). Plusieurs raisons peuvent être avancées :

- une partie des décès peut être incluse dans les « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». En effet, du fait de la perception sociale du suicide ou de l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre ;
- en cas de mort « suspecte », une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical de la cause de décès n'est pas rempli par le médecin constatant le décès. Dans le système français, les conclusions des expertises médico-légales correspondantes ne sont pas toujours transmises à l'Inserm et les décès concernés sont alors considérés comme étant de cause inconnue.

Sources : A. Aouba, F. Péquignot, L. Camelin, É. Jouglu, *Évolution de la qualité et amélioration de la connaissance des données de mortalité par suicide en France métropolitaine, 2006, BEH 47-48 / 13 décembre 2011.*  
ORS Bretagne, *La mortalité par suicide en Bretagne, novembre 2015.*

**Mortalité associée à la consommation d'alcool**

Certaines causes de décès sont totalement attribuables à l'alcool : certaines cardiopathies, des maladies de l'œsophage, de l'estomac et du foie, des pathologies neurologiques ainsi que des troubles mentaux et du comportement.

Pour d'autres causes, seule une part des décès, estimée en 2009, sont attribuables à l'alcool. Il s'agit principalement de cancers : cavité buccale (64 %), pharynx (81 %), œsophage (78 %) et larynx (56 %). Sont aussi concernés la pancréatite (50 %) et les accidents, chutes, suicides et homicides, c'est-à-dire l'ensemble des causes externes de décès (22 %) qui sont davantage dus à une alcoolisation aiguë que chronique.

Dans cette présentation synthétique, les causes de décès associées à la consommation d'alcool retenues sont les cirrhoses alcooliques du foie, les psychoses alcooliques et alcoolisme et les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), c'est-à-dire des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage et du larynx.

Sources : S. Guérin, A. Laplanche, A. Dunant, C. Hill, *Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009, BEH 16-17-18 / 7 mai 2013.*

## Mortalité - Affections de longue durée

**Taux standardisés de mortalité et d'admission en affections de longue durée**

Les taux présentés sont standardisés sur l'âge à partir de la population France entière au recensement de 2006 (RP 2006). Les classes d'âge prises en compte pour la standardisation sont les suivantes :

- pour la mortalité : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, ..., 75-79 ans, 80-84 ans, 90 ans et plus, soit un total de 20 classes d'âge ;
- pour les ALD : moins de 5 ans, 5-9 ans, 10-14 ans..., 75-79 ans, 80-84 ans, 90 ans et plus, soit un total de 19 classes d'âge.

$$\text{Taux standardisé} = \sum_{i=1}^x P_i \frac{Z_i}{N_i} \times 100\,000$$

Où :

x : le nombre de classes d'âge considérées

i : étendue de la classe d'âge considérée

$P_i$  : part de la classe d'âge i dans la population de référence (population de la classe d'âge i / population tous âges)

$Z_i$  : nombre annuel moyen de décès ou d'admissions en ALD de la classe d'âge i

$N_i$  : population moyenne de la classe d'âge i

La population utilisée pour le calcul des taux triennaux par âge (nécessaires au calcul des taux standardisés) est une population moyenne au 1<sup>er</sup> juillet de l'année centrale de la période considérée (année N). Cette moyenne est faite à partir des données du recensement de la population (RP) au 1<sup>er</sup> janvier des années N et N+1.

## Affections de longue durée

**Présentation du dispositif**

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Les personnes en ALD sont donc celles reconnues atteintes d'une affection de longue durée par les médecins-conseils du service du contrôle médical de l'Assurance maladie. Les médecins-conseils accordent le bénéfice de ce dispositif pour une durée fixée par décret, qui précise la durée de la « première » admission puis celle des renouvellements éventuels. Pour la plupart des affections, la durée initiale est de cinq ans et renouvelable (deux ans pour quelques affections). Ce décret présente également les critères médicaux d'admission et de renouvellement de chacune des trente ALD.

Pour être décomptées dans les ALD, les pathologies doivent être diagnostiquées. En dehors des cas non diagnostiqués, ces données renseignent sur l'importance dans les territoires de pathologies graves.

**ALD pour diabète**

Le diabète est un trouble de l'assimilation, de l'utilisation et du stockage des sucres. Il se caractérise par un excès de sucre dans le sang et donc un taux de glucose trop élevé (hyperglycémie).

Deux types de diabète sont distingués. Le diabète de type 1, ou diabète insulino-dépendant, résulte de l'impossibilité pour le pancréas de sécréter l'insuline, hormone indispensable à l'alimentation des cellules en glucose. Il représente 5 % à 10 % des cas de diabète observés et survient essentiellement chez les enfants et les jeunes adultes.

Le diabète de type 2, qualifié d'insulino-résistant, survient lorsque l'insuline est sécrétée en quantité insuffisante par le pancréas. Le glucose est alors mal utilisé par les cellules, expliquant l'élévation de la glycémie au-dessus des valeurs normales ou acceptables. Il se déclare souvent après 40 ans mais l'âge moyen au diagnostic est de 65 ans, ce qui s'explique par un retard de diagnostic fréquent, estimé entre 9 et 12 ans.

L'absence de traitement approprié peut être à l'origine de complications graves : durcissement des artères et maladies cardiovasculaires associées, artérites de membres inférieurs, rétinopathie, néphropathie, ulcération du pied et maladies des gencives.

Sources : SCORE-Santé, Contextes nationaux, diabète (février 2013)

## Accès à l'offre de soins de proximité

Les indicateurs se basent uniquement sur les professionnels de santé exerçant en libéral exclusif ou mixte (activité libérale et salariée). Pour les médecins généralistes, chirurgiens-dentistes, gynécologues-obstétriciens et ophtalmologues, seuls ceux exerçant une activité standard de soins ont été retenus (exclusion de ceux exerçant une activité en tant que remplaçant, une activité non soignante ou non médicale).

Pour les spécialistes (gynécologues-obstétriciens et ophtalmologues) présentés dans ce document, ils ont été sélectionnés car les patients peuvent les consulter en accès direct, c'est-à-dire sans orientation préalable par le médecin traitant.

## Typologie - Méthodes de l'analyse multidimensionnelle

Afin d'avoir une synthèse de la situation socio-sanitaire des régions françaises, deux analyses de données basées sur des méthodes de l'analyse multidimensionnelle ont été réalisées, constituant ainsi une typologie. Une première analyse en composantes principales (ACP) permettant de décrire l'ensemble des observations à partir de plusieurs variables quantitatives en construisant des nouvelles variables (axes factoriels) synthétisant les variables initiales. Puis une seconde analyse : une classification ascendante hiérarchique (CAH), regroupant les régions en un nombre restreint de classes homogènes.

Ces analyses sont basées sur près de vingt-cinq indicateurs démographiques, sociaux, d'offre de soins et, sur une trentaine d'indicateurs de mortalité et d'ALD (admissions et total de personnes en ALD) déclinés par genre (hommes, femmes, ensemble), âge (tous âges, moins de 65 ans, 65 ans et plus ; et pour quelques pathologies : moins de 75 ans, 75 ans et plus<sup>17</sup>) et pour les principales pathologies des grands chapitres de la Classification internationale des maladies. Pour ces derniers indicateurs, les déclinaisons entraînant un nombre conséquent de variables, deux ACP préparatoires ont été réalisées pour chacun des thèmes, définissant un certain nombre d'axes factoriels (5 axes factoriels ont été retenus pour chacun de ces deux thèmes).

Pour l'analyse finale, dix-huit variables actives (participant à la construction des axes factoriels de mortalité et d'ALD), ont été retenues. Pour que l'analyse couvre de façon homogène l'ensemble du champ étudié, un nombre équivalent de variables actives a été sélectionné pour chacun des cinq thèmes (démographie, social, offre de soins, mortalité, ALD). Les autres variables ont été intégrées comme variables illustratives (aidant à l'interprétation des résultats).

Pour les analyses portant sur l'ensemble des régions françaises, les quatre premiers axes factoriels de l'ACP restituent 90 % de l'information et la CAH a permis de définir cinq classes de régions. Pour les analyses portant uniquement sur les régions hexagonales, les cinq premiers axes factoriels de l'ACP restituent 93 % de l'information et suite à la CAH, les régions ont été réparties en six classes.

## Cartographie - Discrétisation

Pour les cartes des thèmes *Contexte général* et *Accès à l'offre de soins de proximité*, la définition des classes est basée sur différentes méthodes de discrétisation selon la moyenne et l'écart-type ou selon les moyennes emboîtées. Pour chaque indicateur, la méthode de discrétisation retenue est celle qui est la plus en adéquation avec la distribution de la variable étudiée. Pour les cartes des thèmes *Mortalité* et *Admissions en affection de longue durée*, ce sont les significativités des écarts à la valeur hexagonale des taux standardisés qui ont été cartographiées. Pour chaque région, la valeur du taux standardisé a également été ajoutée.

## Pour en savoir plus...

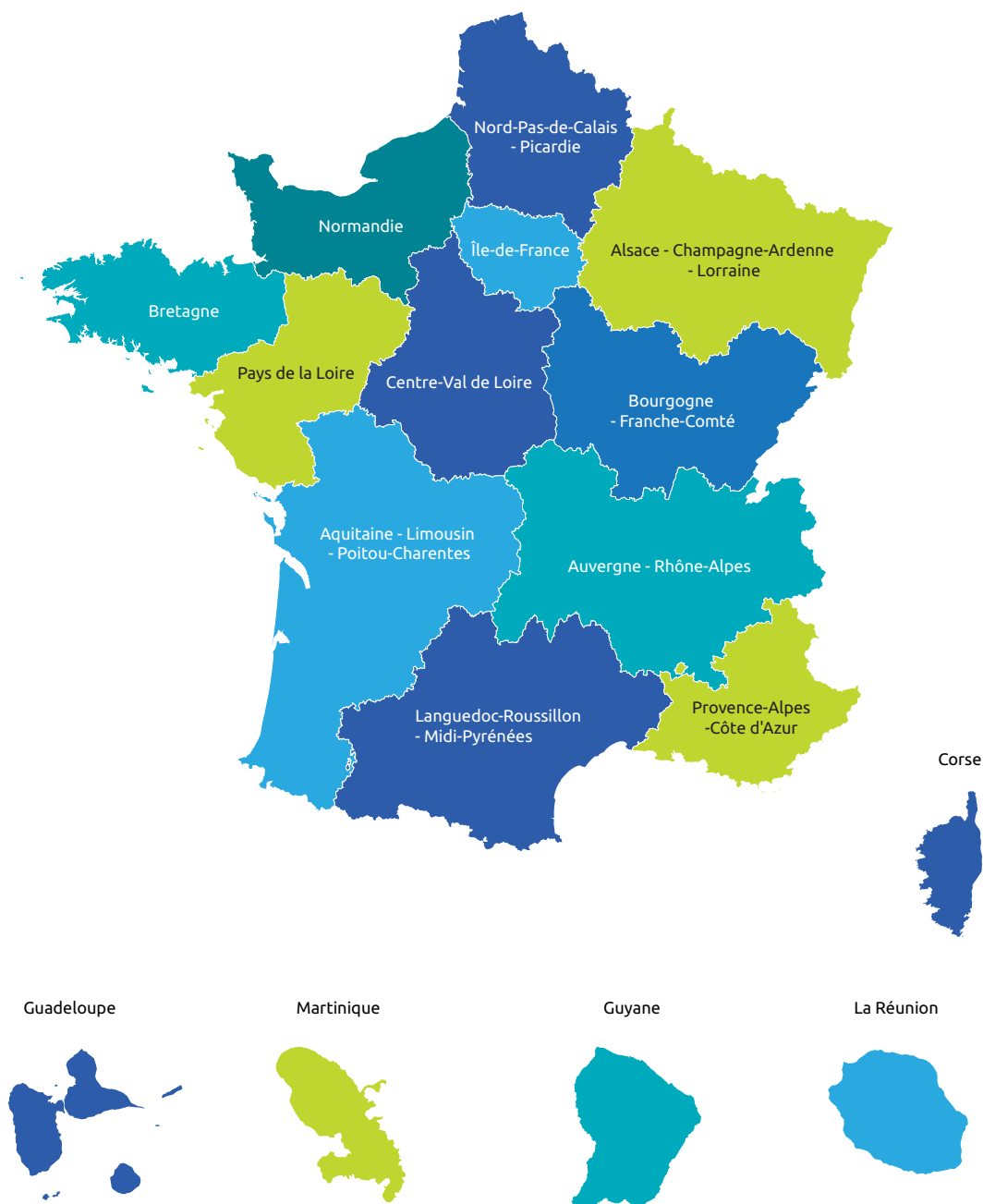
Pour toute information complémentaire sur la définition ou la construction des indicateurs, le lecteur est invité à consulter le site SCORE-Santé ([www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)), où l'ensemble des indicateurs présentés dans ce document sont consultables.

En plus des informations méthodologiques, des séries historiques sont également disponibles, et ce pour différents niveaux géographiques (régions, départements, territoires de santé).

<sup>17</sup> Compte tenu des effectifs, ces classes d'âge ont été retenues pour la mortalité par suicide et chute accidentelle afin d'avoir plus de puissance statistique.

<b>AAH</b>	Allocation aux adultes handicapés
<b>ACP</b>	Analyse en composantes principales
<b>Adeli</b>	Automatisation des listes
<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>ASF</b>	Allocation de soutien familial
<b>Asip-Santé</b>	Agence des systèmes d'information partagés de santé
<b>Atih</b>	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
<b>BEH</b>	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
<b>BIT</b>	Bureau international du travail
<b>BPCO</b>	Bronchopneumopathie chronique obstructive
<b>CAH</b>	Classification ascendante hiérarchique
<b>CCMSA</b>	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
<b>CépiDc</b>	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
<b>Cim</b>	Classification internationale des maladies
<b>Cnaf</b>	Caisse nationale des allocations familiales
<b>Cnamts</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
<b>Cnav</b>	Caisse nationale d'assurance vieillesse
<b>CNRSI</b>	Caisse nationale du régime social des indépendants
<b>Creai</b>	Centre régional d'études, d'actions et d'informations « en faveur des personnes en situation de vulnérabilité »
<b>DGFIP</b>	Direction générale des finances publiques
<b>Drees</b>	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
<b>Fnors</b>	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
<b>ICF</b>	Indice conjoncturel de fécondité
<b>INCa</b>	Institut national du cancer
<b>Inpes</b>	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
<b>Insee</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>Inserm</b>	Institut national de la santé et de la recherche médicale
<b>InVS</b>	Institut de veille sanitaire
<b>OFDT</b>	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
<b>ORS</b>	Observatoire régional de la santé
<b>OR2S</b>	Observatoire régional de la santé et du social
<b>RP</b>	Recensement de la population
<b>RPPS</b>	Répertoire partagé des professionnels de santé
<b>RSA</b>	Revenu de solidarité active
<b>SCORE-Santé</b>	Site d'information en santé
<b>Smic</b>	Salaires minimum interprofessionnel de croissance
<b>Ssiad</b>	Services de soins infirmiers à domicile
<b>TS</b>	Taux standardisé
<b>VADS</b>	Voies aérodigestives supérieures
<b>WHO</b>	<i>World Health Organisation</i>

# La France des régions au 1<sup>er</sup> janvier 2016



Coordonnées, sites Internet et travaux des ORS sur le site de la Fnors [www.fnors.org](http://www.fnors.org), sous les liens suivants :  
[www.fnors.org/Inter/Coordonnees.html](http://www.fnors.org/Inter/Coordonnees.html)  
[www.fnors.org/Inter/publications-recherche.html](http://www.fnors.org/Inter/publications-recherche.html)

## **Copyright**

### *Logiciels :*

Adobe In Design™ de Adobe System Incorporated  
Adobe Illustrator™ de Adobe System Incorporated

### *Polices utilisées :*

Generica®, Times New Roman®, Open Sans®, Ubuntu®, Arial®

### *Crédits illustrations :*

Kamaga/Thinkstock, Vectorig/iStock

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors)

62 boulevard Garibaldi

75015 PARIS

Tél : 01 56 58 52 40 - Email : [info@fnors.org](mailto:info@fnors.org)

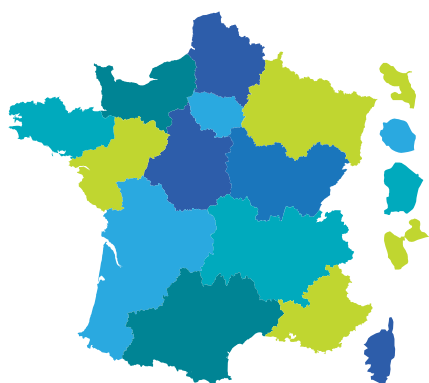
[www.fnors.org](http://www.fnors.org)

ISBN : 978-2-95-110352-8

Imprimé par Corlet, Condé-sur-Noireau, France

Février 2016

Ce document est téléchargeable à l'adresse :  
[www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/FranceDesRegions2016.pdf](http://www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/FranceDesRegions2016.pdf)



# La France des régions 2016

**APPROCHE  
SOCIO-SANITAIRE**

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, la France est composée de treize régions au sein de l'Hexagone et de quatre ultramarines en dehors de Mayotte. Présenter les similitudes et les disparités entre les régions issues de ce nouveau découpage et les mettre en regard des caractéristiques socio-sanitaires nationales, tel est l'objet du présent document.

Les quelque cinquante indicateurs présentés sont regroupés selon trois axes : un contexte général, l'état de santé mesuré au travers des décès et des affections de longue durée, et l'offre de soins de proximité. Ils sont proposés sous forme de cartes, de tableaux ou de graphiques, ces derniers étant utilisés pour mettre en relief les évolutions de la mortalité en trente ans.

Pour aller au-delà de la lecture unidimensionnelle des indicateurs présentés et dans l'objectif de dégager une typologie des régions, deux analyses multidimensionnelles intègrent les différents éléments développés dans l'ouvrage en prenant en compte les spécificités de l'Hexagone et des départements d'outre-mer.

Les indicateurs retenus et les analyses proposées mettent en évidence les grands traits socio-sanitaires désormais de ces espaces régionaux. Cette première production qui prend en compte le nouveau découpage territorial, à l'initiative de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, sera naturellement complétée par d'autres travaux qui affineront ces comparaisons. C'est pourquoi le lecteur est orienté vers la base de données SCORE-Santé où il trouvera de nombreuses informations complémentaires sur les dix-sept régions ainsi qu'aux niveaux départemental et des territoires de santé. Il est également invité à consulter les nombreuses études menées par les observatoires régionaux de la santé à l'échelle des régions, mais aussi les analyses et diagnostics qui sont effectués sur divers territoires infra-régionaux.

Février 2016

ISBN 978-2-95-110352-8



9 782951 103528

avec le soutien de la  
Direction générale de la santé

