

7. Profils régionaux

Introduction	341
Auvergne - Rhône-Alpes	342
Bourgogne - Franche-Comté	346
Bretagne	350
Centre - Val de Loire	354
Corse	358
Grand Est	362
Guadeloupe	366
Guyane	370
Hauts-de-France	374
Île-de-France	378
La Réunion	382
Martinique	386
Mayotte	390
Normandie	394
Nouvelle-Aquitaine	398
Occitanie	402
Pays de la Loire	406
Provence - Alpes - Côte d'Azur	410
Typologie socio-sanitaire cantonale	415
Méthodologie	423

Introduction

Réalisée par la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS)¹, cette partie comprend 18 fiches régionales, une typologie socio-sanitaire cantonale et la méthodologie. Chacune des fiches présentées ci-après, en complément des données régionales présentes dans les indicateurs transversaux ou thématiques, se divise en quatre parties.

► Contexte démographique et social pour décrire la population et ses caractéristiques sociales

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la France est découpée en 17 régions² (13 régions en Métropole et 4 départements-régions en outre-mer) et un département d'outre-mer (Mayotte). Ce nouveau découpage a remodelé les perspectives régionales tant sur le plan démographique que social et sanitaire. Il a également modifié le paysage et les zones d'intervention de nombreux acteurs et décideurs des politiques publiques.

► État de santé de la population étudié à partir des données de mortalité

Cette section décrit l'évolution de l'espérance de vie, de la mortalité générale et prématurée et des deux principales causes de décès (cancers et maladies de l'appareil circulatoire) et des disparités infrarégionales.

► Situation relative aux conséquences sur la mortalité de l'alcool et du tabac

La consommation d'alcool et de tabac est un facteur de risque important de mortalité pour différentes pathologies. C'est le cas notamment des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), de la cirrhose du foie et de la psychose alcoolique ou alcoolisme pour l'alcool et des cancers du poumon, des cardiopathies ischémiques et des bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) pour le tabac.

► Éclairage sur une thématique spécifique à chaque région, décrivant une particularité de l'état de santé de la population ou illustrant une priorité de santé publique régionale³

Cette quatrième partie aborde des thématiques variées (accidents de la circulation, santé-environnement, suicide, cancer, surpoids et obésité...), parfois à partir de sources et d'exploitations spécifiques à la région (1^{er} certificat de santé, bilans de santé, enquêtes spécifiques...). La contrainte de présenter des résultats à l'échelle des régions sous leur délimitation au 1^{er} janvier 2016 n'a pas toujours permis de valoriser des sources ou enquêtes originales, car encore non harmonisées sur ces nouveaux contours (santé des détenus, enquête auprès des professionnels de santé...).

Pour Mayotte, la production pérenne d'indicateurs sur la santé reste incomplète (systèmes d'information en santé pas encore totalement opérationnels, recueils de données insuffisamment informatisés...). Les causes médicales de décès ne sont pas disponibles au cours de la période étudiée comme dans les autres régions, ce qui ne permet pas de décrire l'évolution de la mortalité pour les deux principales causes de décès et la situation relative aux conséquences sur la mortalité de l'alcool et du tabac. C'est la raison pour laquelle seuls quelques indicateurs sont présentés au-delà des informations du contexte sociodémographique.

Afin de proposer une vision synthétique et de mesurer les inégalités territoriales de façon fine, une typologie reposant sur des indicateurs sociaux et de mortalité a été réalisée à l'échelle des « cantons ou villes »⁴ (des communes pour la Guyane et la Martinique). Elle permet de regrouper dans une même classe les cantons ou villes et communes, qui présentent des caractéristiques proches par rapport à la(aux) dimension(s) étudiée(s). Les classes obtenues, qui sont relativement dissemblables les unes des autres, sont décrites au regard de la zone d'analyse, à savoir la France (hors Mayotte). Une typologie complémentaire a été réalisée sur les seuls départements et régions d'outre-mer, afin de faire ressortir les caractéristiques spécifiques à ces territoires.

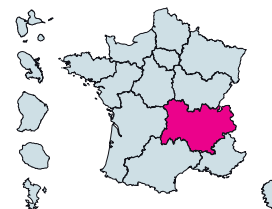
1. Les observatoires régionaux de santé (ORS) produisent différents documents sur l'état de santé de la population et ses déterminants, déclinables à des échelles infrarégionales, en mobilisant pour cela des données et enquêtes régionales qui viennent enrichir celles disponibles au niveau national. Les indicateurs produits par la FNORS sont mis à disposition sur le site public SCORE-Santé (www.score-sante.org).

2. Dans chaque fiche régionale, les rangs sont donnés sur 17 régions (hors Mayotte) et, sauf mention contraire, la valeur France correspond à la France hors Mayotte.

3. Ce choix s'est opéré en accord entre l'ORS et l'Agence régionale de santé.

4. Voir la rubrique Découpage géographique dans la partie méthodologique.

Auvergne - Rhône-Alpes



Contexte démographique

Avec près de 7,7 millions d'habitants lors du recensement de 2013, le nombre d'habitants de la région Auvergne - Rhône-Alpes est le deuxième derrière l'Île-de-France. Sa densité de 111,3 habitants au km², est proche de la moyenne nationale (103,6 hab./km²).

La population de la région a la même structure par âge que celle de l'ensemble de la France. Les moins de 35 ans représentent 43,0 % de la population, les 35-64 ans 39,3 % et les 65 ans ou plus 17,8 % (graphique 1).

Avec 72,3 habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans, l'indice de vieillissement est proche de la moyenne nationale.

► Une dynamique démographique soutenue

La croissance démographique (+ 0,8 % par an en moyenne entre 2008 et 2013) est la 5^e plus élevée des 17 régions. Elle est majoritairement due à l'accroissement naturel, + 0,4 % par an, supérieur à la variation due au solde migratoire (+ 0,3 %). Le taux de variation naturel est certes très éloigné du plus important

observé en Guyane (+ 2,2 %), mais il est l'un des plus élevés des régions de Métropole. La variation due au solde migratoire, même modeste par rapport à quelques régions, est le signe d'une dynamique beaucoup plus favorable que dans la majorité des régions où il est nul, voire négatif.

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,7 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus cette augmentation est de 2,0 %. Le taux d'accroissement annuel est supérieur à la valeur nationale pour les moins de 20 ans (+ 0,1 % par an) et les 75 ans ou plus (+ 1,8 %).

► Une fécondité au-dessus de 2 enfants par femme

L'indice conjoncturel de fécondité, 2,01 enfants par femme en 2014, est au-dessus de la valeur moyenne nationale (1,98). Le taux de fécondité des jeunes femmes de 12-19 ans est le 3^e plus faible (4,1 ‰), après la Bretagne et la Corse, le taux national s'établissant à 6,0 ‰.

Contexte social

► Un contexte de l'emploi favorable

En Auvergne - Rhône-Alpes, la fragilité professionnelle et sociale est peu marquée. Elle figure parmi les 4 régions présentant le taux de chômage le plus faible (au sens du Bureau international du travail (BIT)), égal à 8,8 % des actifs en 2014 (9,9 % en France métropolitaine). La part standardisée d'inactifs parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage) est une des plus faibles (8,5 %) et place la région au 14^e rang sur 17. De même, la part des personnes de 25-34 ans ayant déclaré être peu ou pas diplômées lors du recensement de 2013 est l'une des plus faibles, avec 13,8 %.

► Des fragilités sociales peu accentuées

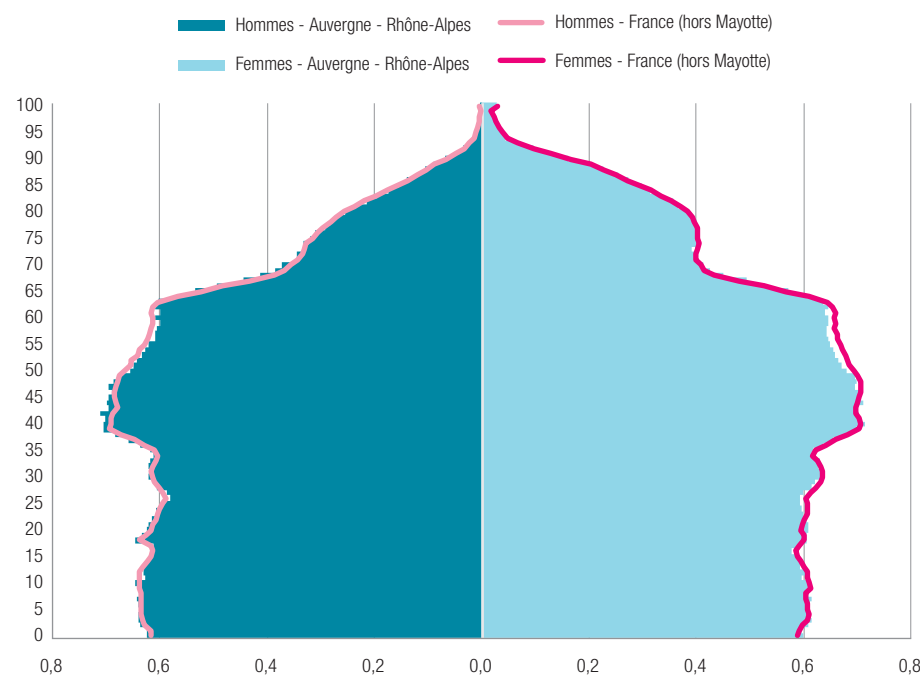
Les taux d'allocataires pour plusieurs prestations sociales en 2014 confirment cette situation favorable. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) toutes catégories confondues représentent 6,2 % des ménages en 2014, pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région parmi celles ayant les taux les plus faibles : 14^e rang sur 17. Le taux d'allocataires du RSA majoré, qui concerne les familles monoparentales, s'établit à 9,9 % pour une moyenne de 13,0 %, situant la région au 15^e rang. Le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est également l'un des plus faibles : 2,9 % mais reste proche de la moyenne nationale de 3,1 %.

Avec un taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) modéré, soit 5,4 personnes pour 100 habitants en 2014, contre 7,5 au niveau national, la région se place également parmi celles ayant des taux les plus faibles (14^e rang sur 17).

Ce contexte se traduit par une part de foyers fiscaux non imposés faible – 46,3 % en 2012 –, mais proche de la moyenne nationale (48,0 %). Seule l'Île-de-France présente une part de foyers fiscaux plus faible (38,5 %).

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Plus de 63 400 décès annuels moyens sont enregistrés en Auvergne - Rhône-Alpes en 2011-2013 : 32 080 chez les hommes et 31 357 chez les femmes.

► Une région avec une espérance de vie favorable

L'espérance de vie à la naissance dans la région est de 79,3 années pour les hommes (2^e meilleure espérance de vie française) et 85,6 années pour les femmes (3^e meilleure espérance de vie française). Elle est plus élevée que celle observée sur l'ensemble de la France (78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes).

Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 8,1 années chez les hommes et 6,2 années chez les femmes. Ces gains sont plus élevés que ceux observés au niveau de la France métropolitaine : + 7,6 ans chez les hommes et + 6,0 ans chez les femmes.

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui plus réduit : il est passé de 8,2 années en 1982-1984 à 6,2 années en 2011-2013.

► Une sous-mortalité marquée aussi bien pour les cancers que pour les maladies de l'appareil circulatoire

La région Auvergne - Rhône-Alpes présente des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi

les plus bas de France. Elle se situe au 5^e rang des 13 régions métropolitaines pour les hommes et au 3^e rang pour les femmes en 2011-2013. Derrière l'Île-de-France, la région est la 2^e région française ayant une sous-mortalité prématurée (avant 65 ans), aussi bien pour les hommes que pour les femmes, avec un différentiel de - 11,5 % par rapport à la France métropolitaine.

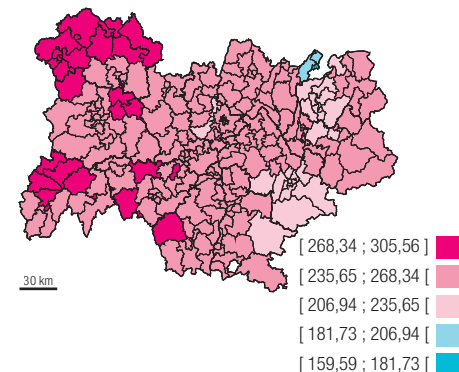
La région enregistre une sous-mortalité par cancers, avec un différentiel de - 4,8 % par rapport au niveau métropolitain. Cette situation place la région au 4^e rang pour les hommes et au premier rang pour les femmes. La mortalité par cancers a davantage diminué depuis 1982-1984 en Auvergne - Rhône-Alpes qu'en France métropolitaine (graphique 2). Pour les moins de 65 ans, la région présente une sous-mortalité par cancers, avec un différentiel de - 10,8 % par rapport à la France métropolitaine.

La région présente également une sous-mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes comme chez les femmes, la plaçant au 3^e rang des 13 régions métropolitaines. L'écart avec la France s'est légèrement accentué : il était de - 1,6 % en 1982-1984, il est de - 3,9 % en 2011-2013. Le recul de la mortalité générale résulte principalement d'une forte baisse de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire avec un taux standardisé, tous âges et tous sexes confondus, qui a diminué de 62,7 % entre 1982-1984 et 2011-2013. La mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires

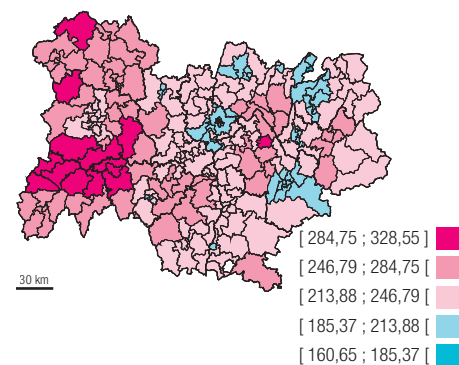
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires

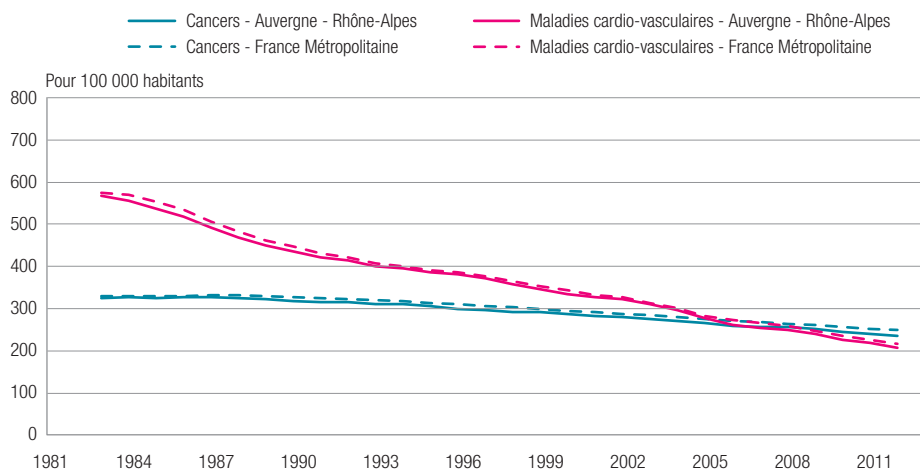


* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

est l'une des plus faibles, avec un différentiel de - 13,9 % par rapport à la France métropolitaine.

En 2006-2013, au niveau infrarégional, une mortalité plus élevée par cancers est observée au sein des départements de l'Allier, au nord du Puy-de-Dôme et du Cantal, ainsi que dans quelques cantons de Haute-Loire et de l'Ardèche (carte 1). Les taux les plus bas de la région se situent autour d'Annecy et de Grenoble. S'agissant des maladies de l'appareil circulatoire, les taux de mortalité les plus élevés se retrouvent dans les départements auvergnats et tout particulièrement au sud du Puy-de-Dôme, au nord du Cantal et au nord-ouest de la Haute-Loire (carte 2). Les taux les plus bas sont observés principalement sur les départements à l'est de la Loire et de l'Ardèche notamment autour des villes de Lyon, Grenoble, Annecy, Chambéry et Bourg-en-Bresse.

Auvergne - Rhône-Alpes (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► **Malgré d'importants contrastes territoriaux, la situation de la mortalité, pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque, reste favorable**

Entre 2011 et 2013, 1 816 décès annuels moyens sont enregistrés pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important. Près de huit décès sur dix sont masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont connu un recul de 27,7 % dans la région, un peu plus important qu'au niveau national. Ce recul est plus marqué chez les hommes (- 30,1 %) que chez les femmes (- 22,5 %). Une baisse est également observée pour les cancers des VADS pour l'ensemble, pour les cirrhoses du foie chez les hommes et chez les femmes et pour les psychoses alcooliques ou l'alcoolisme pour l'ensemble.

En 2011-2013, une sous-mortalité pour toutes ces pathologies est observée, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Entre 2006 et 2013, la situation régionale est très contrastée selon les territoires. Les cantons de la moitié ouest de la région présentent globalement des taux de mortalité plutôt élevés, tout comme l'est des départements savoyards, tandis que les cantons de l'Ain, du Rhône, de l'Isère et de la Drôme ont des taux plutôt faibles (carte 3). Les territoires les plus densément peuplés sont ainsi dans une situation plutôt favorable.

► **Une sous-mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque**

En 2011-2013, 9 611 décès annuels moyens sont enregistrés, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers sont des décès masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 21,4 % dans la région (- 20,9 % au niveau de la France). Cette baisse a concerné les hommes comme les femmes.

Les variations observées sont cependant différentes selon les pathologies et le sexe. Ainsi,

les taux standardisés de mortalité féminins ont augmenté entre 2001-2003 et 2011-2013 pour les cancers du poumon (+ 38,7 %), tandis qu'ils ont diminué chez les hommes (- 7,8 %). Pour la BPCO, les taux féminins sont restés stables, alors qu'ils ont reculé pour les hommes (- 16,8 %). Les taux de mortalité par cardiopathies ischémiques ont baissé pour les hommes (- 35,8 %), comme pour les femmes (- 44,4 %).

En 2011-2013, une sous-mortalité par rapport au niveau national est observée en lien avec ces pathologies, pour les femmes (6^e rang sur 17) et les deux sexes confondus (7^e rang). Cette sous-mortalité est retrouvée quel que soit le sexe pour les cancers du poumon et pour les cardiopathies ischémiques pour les deux sexes confondus. La mortalité par BPCO est en revanche identique à celle de la France pour les hommes comme pour les femmes.

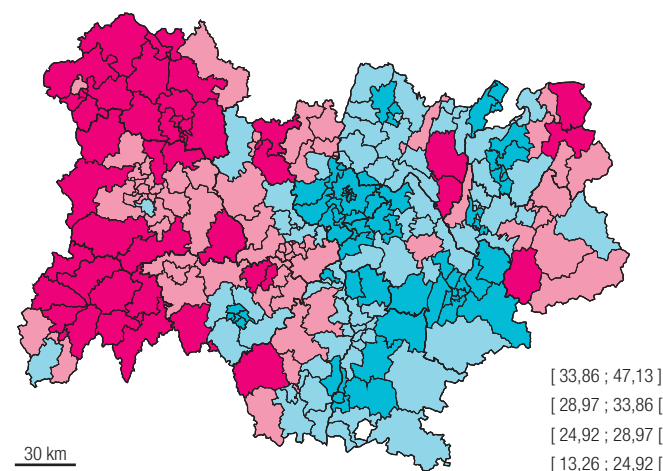
Entre 2006 et 2013, les territoires où les taux de mortalité sont les plus élevés se situent au sein des départements auvergnats (à l'exception des cantons du Puy-en-Velay et en périphérie, qui présentent des taux faibles), et dans le nord de l'Isère (carte 4). Les départements savoyards, et tout particulièrement les cantons d'Annecy et ceux en périphérie, ainsi que ceux de Bourg-en-Bresse sont marqués par des taux plus faibles.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

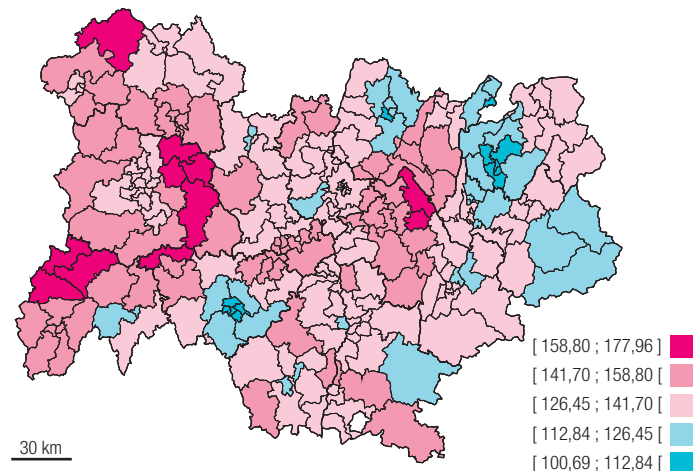
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé Auvergne - Rhône-Alpes

Santé environnementale

L'environnement joue un rôle majeur sur la santé des habitants. Son altération, souvent insidieuse, participe à l'expression de pathologies parfois très lourdes. La santé environnementale, à l'aide des plans régionaux santé-environnement (PRSE), vise à réduire les impacts sur la santé liés aux conditions de vie et à la qualité des milieux.

► Impact de l'environnement sur la survenue de cancers

L'impact de l'environnement sur la survenue de cancers est difficile à établir, en raison non seulement de la variabilité des expositions au cours de la vie d'un individu et des difficultés de mesure de ces expositions, mais également de facteurs de susceptibilité génétique individuels et d'habitudes de vie. Toutefois, des liens entre environnement et apparition de certains cancers sont prouvés comme l'exposition au radon, à la pollution atmosphérique, aux particules fines, dont les particules issues du diesel, pour le cancer du poumon. D'autres, émergents, sont toujours en cours d'investigation et font l'objet d'une attention particulière comme les perturbateurs endocriniens.

► Perturbateurs endocriniens

Les perturbateurs endocriniens (PE) sont d'origine naturelle (hormones et phytoestrogènes) ou artificielle (parabènes, bisphénol A, phtalates, chlordécone...). L'organisme humain peut y être exposé par différentes voies. Les PE sont susceptibles de modifier le fonctionnement normal du système hormonal de l'individu lui-même ou de sa descendance, lors d'expositions du fœtus au cours de la grossesse ; les conditions dans lesquelles un individu débute sa vie influencent sa santé à très long terme [1], selon le concept de l'origine développementale de la santé et des maladies [2]. Les PE sont aujourd'hui suspectés d'être un des déterminants des troubles de la reproduction et de la fertilité, mais aussi d'effets métaboliques, de maladies cardio-vasculaires, voire de certains cancers hormono-dépendants : prostate, testicules, sein, utérus [3]. Les travaux montrent que les effets sur la santé d'une exposition à des perturbateurs endocriniens à de faibles doses dépendent de la période d'exposition.

Diagnostic santé-environnement en Auvergne - Rhône-Alpes

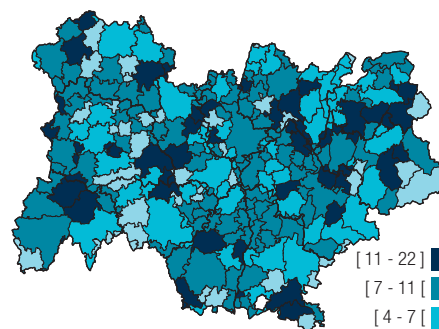
Les ministères de l'Environnement et de la Santé recommandent l'élaboration d'un diagnostic territorial santé-environnement s'appuyant sur une méthode déclinable sur l'ensemble des territoires. Cette méthode standardisée, confiée aux observatoires régionaux de santé (ORS) et au Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (CEREMA) dans trois régions expérimentatrices (Nouvelle-Aquitaine, Auvergne - Rhône-Alpes, Provence - Alpes - Côte d'Azur), rassemble des indicateurs permettant une description synthétique des enjeux locaux de santé-environnement. Le choix des indicateurs sanitaires s'est opéré à partir d'une revue succincte de la littérature et de discussions entre experts. La sélection des déterminants et des indicateurs est fondée sur les enjeux de santé-environnement, la disponibilité des indicateurs et la qualité des données. Les indicateurs sanitaires concernent des pathologies multifactorielles et liées à un agent unique. En Auvergne - Rhône-Alpes, l'échelle géographique retenue pour l'état des lieux est le bassin de vie.

CARTES 5 ET 6

Taux standardisé annuel d'admission en ALD pour 100 000 personnes (hommes ou femmes)

Cancers des testicules et des organes génitaux

Taux annuel pour 100 000 hommes



France métropolitaine : 7,5
Auvergne - Rhône-Alpes : 7,7

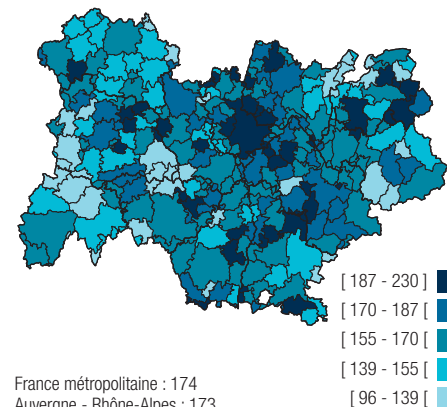
Sources • CCMSA ; CNAIMTS ; CNRSI ; INSEE ; exploitation ORS Auvergne et Rhône-Alpes.

► Cancers du sein, des testicules et des organes génitaux

En 2006-2013, pour les trois régimes d'assurance maladie, 273 nouvelles admissions en affection de longue durée¹ (ALD) pour cancers des testicules et des organes génitaux sont dénombrées en moyenne chaque année dans la région. Le taux standardisé sur l'âge correspondant est de 7,7 pour 100 000 hommes, taux similaire à celui observé en France métropolitaine (7,5). Dans trois bassins de vie² sur quatre, le taux standardisé annuel de nouvelles admissions en ALD pour cancer des testicules et des organes génitaux est inférieur à 10,1 pour 100 000 hommes (carte 5). À la même période, 6 837 nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein sont dénombrées en moyenne chaque

Cancers du sein

Taux annuel pour 100 000 femmes



France métropolitaine : 174
Auvergne - Rhône-Alpes : 173

année. Le taux standardisé sur l'âge correspondant est de 173 pour 100 000 femmes, taux similaire à celui observé en France métropolitaine (174). Dans trois bassins de vie sur quatre, le taux standardisé d'admissions en ALD pour cancer du sein est de 178 pour 100 000 femmes. Les zones où les taux sont les plus faibles se trouvent dans les bassins de vie à l'ouest de la région et au sud de la Savoie (carte 6). ■

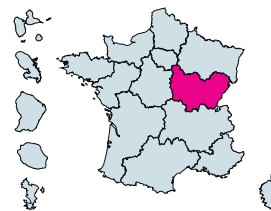
1. Les ALD permettent d'approcher la morbidité diagnostiquée, mais ne sont pas le reflet de la morbidité réelle : seules les personnes diagnostiquées pour lesquelles le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées.

2. Le bassin de vie, tel que défini par l'INSEE, est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

Références

- [1] Gluckman PD, Hanse MA, Cooper C, *et al.*, 2008, "Effect of in utero and early-life conditions on adult health and disease", *N Engl J Med*, 3; 359(1), Jul: 61-73.
[2] Charles M.-A., Junien C., 2012, « Les origines développementales de la santé (DOHaD) et l'épigénétique », *Questions de santé publique*, n° 18- septembre.
[3] Institut National du cancer, 2016, *Les cancers en France en 2015. L'essentiel des faits et chiffres*, février.

Bourgogne - Franche-Comté



Contexte démographique

Avec plus de 2,8 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Bourgogne - Franche-Comté est la 11^e région sur 17 la plus peuplée. Sa densité de 59,0 habitants au km², presque deux fois plus faible que la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 15^e rang des régions françaises devant la Corse et la Guyane.

► Une population relativement âgée

La population en Bourgogne - Franche-Comté est plus âgée que celle de la France (graphique 1). Les classes d'âges au-delà de 50 ans sont plus représentées.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 5^e plus élevé de France sur 17 régions : il est de 86,1 pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une faible croissance démographique

La croissance démographique, égale à 0,1 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, est l'une des plus faibles de France (+ 0,5 %

par an) avec les régions Grand Est et Hauts-de-France, mais place la région devant la Guadeloupe et la Martinique. Cette faible croissance est liée au solde naturel (+ 0,2 % par an), deux fois plus faible qu'au niveau national (+ 0,4 % par an), et au solde migratoire qui est nul dans la région (+ 0,1 % en France).

La population des jeunes âgés de moins de 20 ans a diminué de 0,2 % entre 2008 et 2013, alors qu'elle a augmenté de 0,1 % en France. La population âgée de 75 ans ou plus s'est accrue de 1,5 %, contre 1,8 % au niveau national. Le vieillissement de la population est un peu plus rapide que dans l'ensemble de la France.

L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,90 enfant par femme en 2014 pour une moyenne nationale de 1,98. La région se situe parmi celles ayant un indice plus faible : 13^e rang des 17 régions françaises.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité, égal à 5,1 ‰, est inférieur à la moyenne nationale (6,0 ‰), ce qui place la région en 11^e position des régions françaises, proche de la moyenne métropolitaine.

Contexte social

► Des indicateurs de précarité économique plutôt favorables

Les taux d'allocataires de prestations sociales sont, pour la plupart des prestations, inférieurs à la moyenne nationale. Ainsi, les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 6,4 % des ménages pour un taux national de 8,6 % ; le RSA majoré est versé à 11,6 % des familles monoparentales contre 13,0 % en France et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) couvre 5,6 % de la population, contre 7,5 % en France. Pour ces trois indicateurs de précarité, la région se place parmi celles ayant des taux faibles : 13^e rang sur 17.

La région se distingue toutefois par un taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (3,7 %) plus élevé que dans l'ensemble de la France (3,1 %), situant la région au 5^e rang au niveau national.

La part de foyers fiscaux non imposés – 47,5 % en 2012 – est proche de la moyenne nationale (48,0 %). Seules trois régions (Île-de-France, Auvergne - Rhône-Alpes et Centre - Val de Loire) ont une part inférieure à celle de la Bourgogne - Franche-Comté.

► Un marché de l'emploi en stagnation

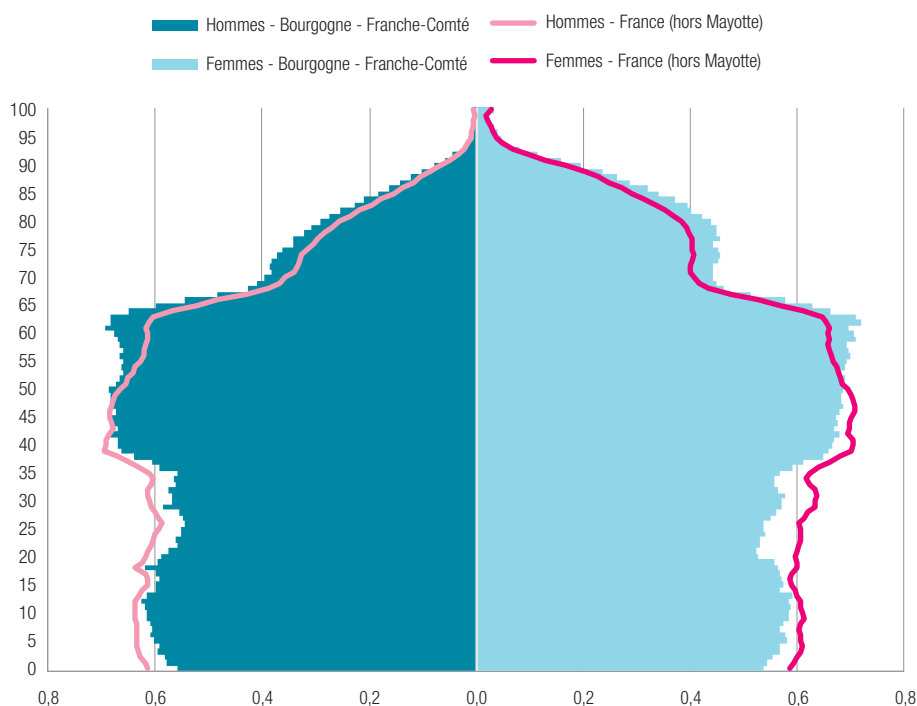
Le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)), égal à 9,2 % en 2014, est inférieur au taux métropolitain (9,9 %).

Le marché du travail est fragilisé par la part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées, qui est plus élevée que la moyenne nationale : 15,3 % contre 15,1 %.

La part standardisée des inactifs, parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage) est inférieure à la moyenne nationale : 8,7 % contre 9,5 %, situant la région au 12^e rang des régions françaises avec une part d'inactifs élevée.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

En 2011-2013, 28 183 décès annuels moyens sont enregistrés en Bourgogne - Franche-Comté, dont 14 364 chez les hommes et 13 820 chez les femmes.

► Une espérance de vie qui augmente plus lentement que dans le reste de la France

Au cours de la période 2011-2013, l'espérance de vie dans la région est égale à 78,0 ans pour les hommes, contre 78,6 ans en France et à 84,8 ans pour les femmes, contre 85,0 ans au niveau national.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. En 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a augmenté plus lentement qu'en France métropolitaine, aussi bien chez les hommes (+ 7,2 ans contre + 7,6 ans au niveau national) que chez les femmes (+ 5,4 ans contre + 6,0 ans).

L'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes est aujourd'hui plus réduit : il était en Bourgogne - Franche-Comté de 8,5 années en 1982 à 1984 et est en 2011-2013 de 6,8 années. Ces écarts restent plus importants que ceux observés au niveau métropolitain : 8,1 années en 1982-1984 et 6,4 années en 2011-2013.

► Une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire

Les taux standardisés de mortalité toutes causes sont équivalents au taux national chez les

femmes (689 décès pour 100 000 contre 681 en 2011-2013) et supérieurs chez les hommes (1 195 contre 1 152). Pour les deux sexes réunis, la surmortalité est égale à 2,8 % par rapport au niveau national. Elle est un peu plus élevée pour la mortalité prématurée avant 65 ans (+ 4,7 %).

Le niveau de mortalité par cancers n'est pas significativement différent du niveau métropolitain pour l'ensemble des deux sexes. Le taux standardisé est égal à 253,0 pour 100 000 en 2011-2013 contre 250,5 en France métropolitaine. Ce niveau place la région en 9^e position sur 13 pour les femmes, et en 7^e position pour les hommes. Par rapport à la période 1982-1984, la mortalité a diminué un peu plus lentement qu'en France métropolitaine : - 22,4 % contre - 24,0 % (graphique 2). Avant 65 ans, la mortalité prématurée par cancers est également proche du niveau métropolitain, quel que soit le sexe, et elle évolue au même rythme.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, on observe une mortalité plus élevée par cancers dans l'Yonne, la Nièvre et l'ouest de la Côte-d'Or et une mortalité plus faible autour de Dijon, Le Creusot et Mâcon, ainsi que dans la Bresse, le sud-ouest du Jura, l'ouest du Doubs et le sud de la Haute-Saône (carte 1).

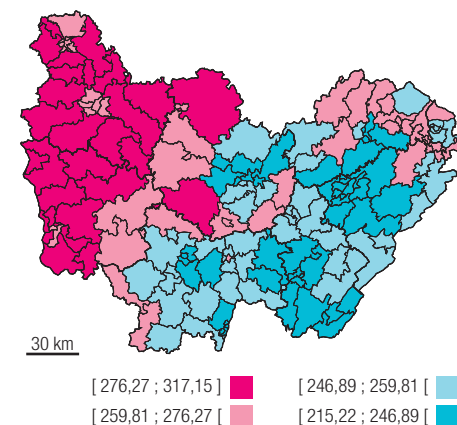
On observe une surmortalité par maladies cardio-vasculaires de 4,7 % par rapport à la France métropolitaine en 2011-2013. Cette surmortalité, légèrement plus forte chez les hommes (+ 5,0 %) que chez les femmes (+ 4,2 %), n'existait pas en 1982-1984. La mortalité a diminué un peu moins

rapidement dans la région entre 1982-1984 et 2011-2013 (- 60,0 %) qu'en France métropolitaine (- 61,8 %) (graphique 2). Avant 65 ans, la surmortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires, égale à 4,6 % par rapport à la France métropolitaine, est proche de la surmortalité tous âges confondus.

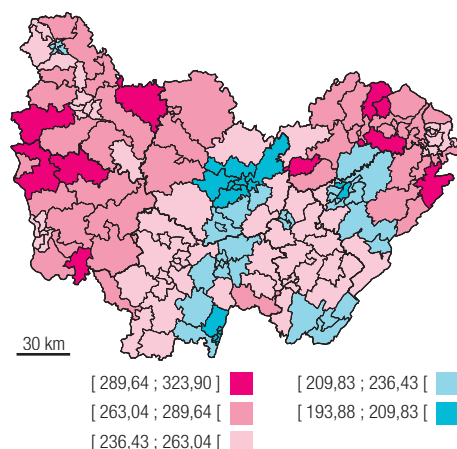
Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires les plus élevés sont observés dans les zones rurales de la Nièvre et de l'Yonne, en Haute-Saône et dans l'est du Doubs (carte 2). Les taux les plus faibles sont observés en zones urbaines, surtout autour de Dijon, Mâcon et Besançon.

CARTES 1 ET 2 Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers

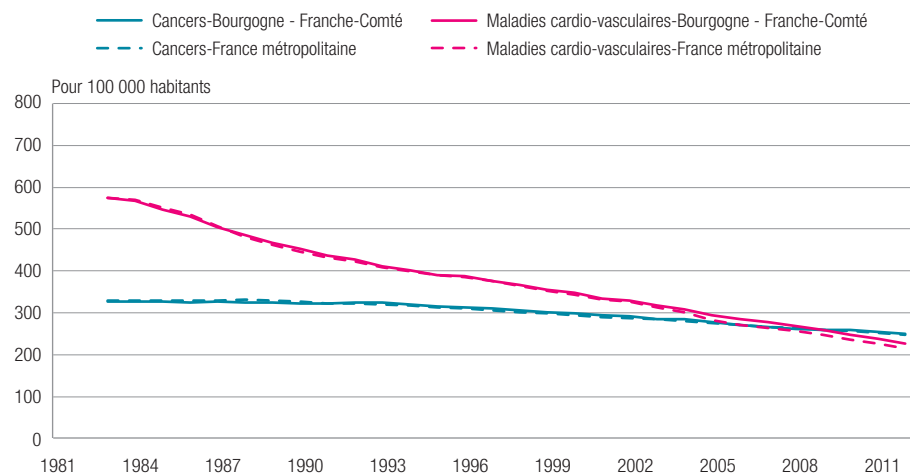


Maladies cardio-vasculaires



GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Source • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Bourgogne - Franche-Comté (suite)

Alcool et tabac : des déterminants forts

► Une mortalité proche de la moyenne nationale pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, près de 900 décès annuels moyens, pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important, sont dénombrés dont 78 % d'hommes et 22 % de femmes.

En 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont diminué de 26,2 %, un rythme proche de la baisse nationale (- 25,8 %). La baisse est plus rapide pour les hommes (- 29,8 %) que pour les femmes (- 13,4 %). Pour les deux sexes confondus, la diminution est plus importante en ce qui concerne les cancers des VADS (- 32,5 %) et les cirrhoses du foie (- 23,7 %) que pour les psychoses alcooliques (- 12,2 %).

Pour chacune de ces trois pathologies, la mortalité n'est pas significativement différente de la moyenne nationale. La région se situe au

9^e rang sur 17 pour la mortalité des trois pathologies regroupées, ainsi que pour la mortalité par cirrhoses du foie et par psychoses alcooliques. Elle occupe la 10^e position en ce qui concerne les cancers des VADS.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, la mortalité pour l'ensemble de ces trois pathologies est particulièrement élevée dans la Nièvre et l'Yonne, dans le Châtillonnais et l'Autunois, ainsi que dans le nord de la Haute-Saône (carte 3).

► Une légère surmortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, 4 303 décès sont dénombrés chaque année en moyenne, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers de ces décès sont masculins et un tiers sont féminins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 18,9 %, soit un peu moins que dans l'ensemble de la France (- 20,9 %). Cette mortalité a diminué presque au même rythme

chez les hommes (- 19,3 %) que chez les femmes (- 18,6 %). Comme dans le reste de la France, la diminution de la mortalité par cardiopathies ischémiques (- 35,9 % dans la région pour les deux sexes réunis) est plus importante qu'en ce qui concerne la BPCO (- 2,8 %). La mortalité par cancers du poumon reste stable. Pour cette dernière, on observe une augmentation de 44,6 % chez les femmes, qui est un peu plus importante qu'au niveau national (+ 42,0 %).

En 2011-2013, la Bourgogne - Franche-Comté occupe la 11^e place des régions françaises pour la mortalité en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. La surmortalité est égale à 4,6 % par rapport au national pour l'ensemble de ces trois pathologies ; elle atteint 6,0 % pour les cancers du poumon et 6,4 % pour les cardiopathies ischémiques.

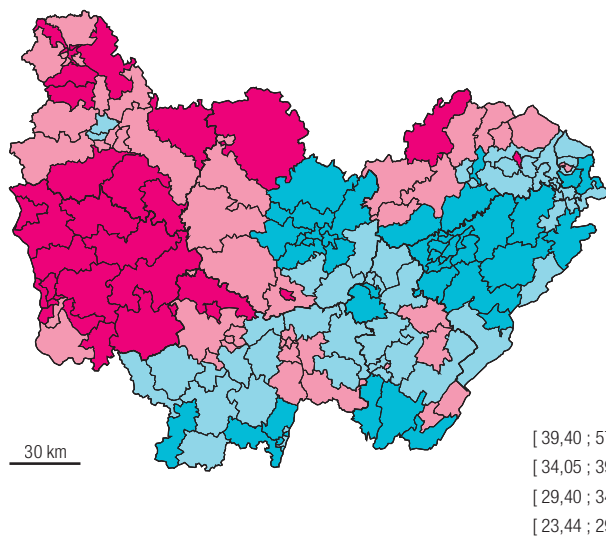
Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les taux de mortalité pour des pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque sont plus élevés dans le nord de la région, particulièrement en Haute-Saône et dans l'Yonne, dans le nord de la Nièvre, l'ouest de la Côte-d'Or, le territoire de Belfort et le Pays de Montbéliard (carte 4). Les taux sont plus faibles de Dijon à Mâcon, dans l'ouest du Doubs, dans le Jura – de Saint-Claude à Champagnole.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

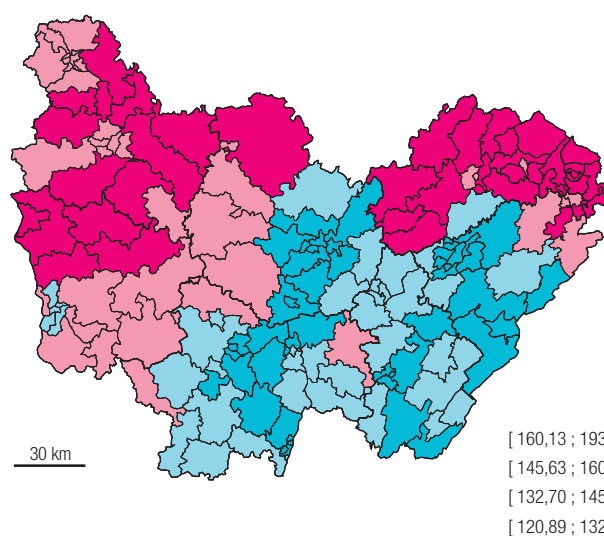
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de Bourgogne - Franche-Comté

Exposition aux facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux affectant la santé sont multiples. De nombreuses données sont disponibles pour mesurer les expositions de la population à l'échelle locale et permettent d'offrir une synthèse de la situation d'exposition aux principaux facteurs environnementaux en Bourgogne - Franche-Comté.

► Qualité de l'air extérieur, des efforts à poursuivre

On retrouve de plus fortes concentrations de dioxyde d'azote en ville, les particules fines (*Particulate Matter*) PM10 et PM 2.5) sont globalement plus présentes en milieu urbain, alors que les zones rurales telles que le Morvan sont surtout exposées à la pollution par l'ozone. Globalement, la qualité de l'air s'est améliorée en dix ans. En 2014, la région ne dépasse pas les seuils réglementaires de concentration des polluants surveillés – dont les particules fines, le dioxyde d'azote, le benzène. Toutefois, quatre épisodes de pollution aux PM10 ont été enregistrés au cours de l'année et des procédures d'information et de recommandation ont été déclenchées dans le Doubs, le Jura et la Haute-Saône. Jusqu'à 2 200 décès annuels pourraient être évités dans la région en réduisant les niveaux moyens, qui ont un plus fort impact sanitaire que les pics de pollution (Santé publique France 2016).

D'autre part, certains des pollens les plus allergisants sont très présents dans la région : les graminées, les cyprès, le bouleau et l'ambroisie. Cette plante envahissante progresse en France comme en Bourgogne - Franche-Comté, à proximité immédiate de la région Auvergne - Rhône-Alpes particulièrement touchée.

► Une eau potable globalement de bonne qualité, mais des zones à surveiller

La qualité de l'eau distribuée est globalement satisfaisante en Bourgogne et en

Franche-Comté : respectivement 97,7 % et 91,3 % de la population reçoivent une eau conforme aux paramètres microbiologiques, plus de 99 % aux niveaux de nitrates (en 2012-2014) et 92 % à ceux des pesticides (en 2014). Cette qualité demeure cependant hétérogène sur le territoire et peut être préoccupante dans certains secteurs.

► Sites et sols pollués

Dans la région, près de 21 000 sites ont hébergé par le passé des activités pouvant être à l'origine d'une pollution des sols (liée à des dégradations d'ordre physique, chimique ou biologique). D'autres sites présentent une pollution avérée, par des anciens dépôts de déchets ou d'infiltrations de nuisances polluantes. En 2015, on en recense 251 dans la région, dont la majorité sont traités (58 % avec restriction, 7 % libres de toute restriction) et 35 % sont en cours de diagnostic, d'évaluation ou de travaux (respectivement 50 %, 12 % et 38 % en France).

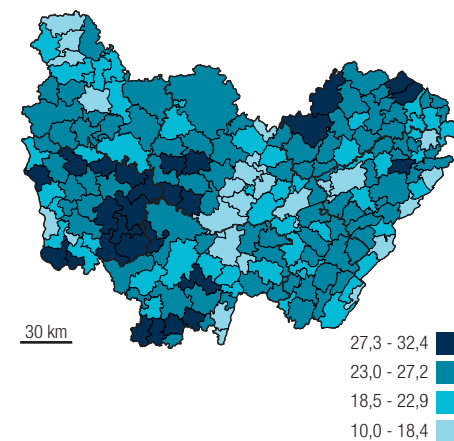
► Exposition au bruit des transports terrestres

D'après les cartes stratégiques de bruit, on estime que plus de 65 000 habitants de la région (soit 23 pour 1 000) résident dans des logements exposés à des niveaux sonores de jour dépassant 68 décibels, générés par des grandes infrastructures routières et ferroviaires.

► Des taux de précarité énergétique particulièrement élevés

L'indicateur de bas revenus-dépenses élevées (BRDE) est un indicateur composite de précarité énergétique qui combine un bas niveau de revenus et des dépenses énergétiques élevées. Dans la région, en 2014, 230 000 ménages sont en situation de précarité énergétique vis-à-vis de leurs dépenses de logement (BRDE logement), soit 18,7 % des ménages (11,0 % en France). De fortes disparités territoriales sont constatées :

CARTE 5 Part des ménages en situation de bas revenus-dépenses élevées (BRDE) pour le logement en 2014



Source • Observatoire national de la précarité énergétique 2014 ; exploitation Alterre Bourgogne.

cette proportion dépasse 27 % à l'est de la Nièvre, à l'ouest de la Côte-d'Or et de la Haute-Saône et au sud de la Saône-et-Loire (carte 5).

► Pour aller plus loin

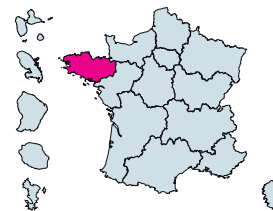
Ces données ont été recueillies dans le cadre du diagnostic préparatoire au prochain plan régional santé environnement (PRSE 3) de Bourgogne - Franche-Comté, qui comprend par ailleurs un état des lieux des dynamiques territoriales favorables à la santé environnementale, ainsi que le recueil des perceptions des enjeux par les acteurs locaux. Le croisement des données disponibles et pertinentes à un échelon infradépartemental dans les champs social, démographique, sanitaire et environnemental a permis de déterminer six profils de territoires. Cette étude propose une approche globale de la santé environnementale et souligne la nécessité d'améliorer la qualité des bases de données disponibles. ■

Sources

Données provenant de bases généralistes – telles que l'ancienneté des logements issue du recensement de population de l'INSEE – ou le plus souvent recueillies dans le cadre des contrôles effectués par les autorités publiques (qualité de l'eau distribuée, mesure du radon dans les établissements ouverts au public dans les départements à risque, inventaire des anciens sites industriels et de services, et des sites pollués).

Autres informations locales : surveillance de la qualité de l'air par les associations agréées (associations agréées de surveillance de la qualité de l'air (AASQA)), estimation de la population exposée au bruit des transports terrestres (cartes stratégiques de bruit réalisées dans le cadre des plans de prévention du bruit dans l'environnement), repérage des logements potentiellement indignes (fichier des logements par commune (FILOCOM), directions régionales de l'environnement, de l'aménagement et du logement (DREAL)).

Bretagne



Contexte démographique

Avec plus de 3,2 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la Bretagne se situe au 10^e rang des régions françaises les plus peuplées. Sa densité de 119,8 habitants au km², supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 7^e rang des régions françaises avec la plus forte densité.

La population de la Bretagne est plus âgée que celle de la France. Les classes d'âges au-delà de 60 ans pour les femmes et de 55 ans pour les hommes sont plus représentées (graphique 1).

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 7^e plus élevé de France : il est de 81,4 pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une croissance démographique supérieure à la moyenne nationale

La Bretagne présente une croissance démographique de 0,7 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, pour une moyenne nationale de 0,5 %. Cette croissance démographique est principalement due à un solde migratoire positif

(+ 0,5 % par an). Le solde naturel, bien que positif (+ 0,2 % par an), est deux fois moins important qu'au niveau national (+ 0,4 %).

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,5 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus, cette augmentation est de 2,2 % par an. Le taux d'accroissement est supérieur à la valeur nationale pour les moins de 20 ans (+ 0,1 % par an) comme pour les 75 ans ou plus (+ 1,8 %).

► Une fécondité parmi les plus basses de Métropole

L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,91 enfant par femme en 2014 pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région au 11^e rang des 17 régions françaises ayant un indice élevé.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité de 3,7 ‰ est plus faible que la moyenne nationale (6 ‰). La Bretagne se situe au deuxième rang des régions aux plus faibles taux de fécondité chez les moins de 20 ans.

Contexte social

Les taux d'allocataires pour plusieurs prestations sociales sont parmi les plus faibles de France. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 5,5 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région au dernier rang. Pour le RSA majoré, avec un taux de 10,7 % parmi les familles monoparentales pour une moyenne nationale de 13,0 %, la région se situe parmi celles ayant un faible taux (14^e rang des 17 régions françaises).

Les allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont proportionnellement plus nombreux dans la région : 3,5 % pour une moyenne de 3,1 %, situant la Bretagne au 9^e rang plus élevé des régions françaises.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est particulièrement bas en Bretagne : 4,2 personnes pour 100 habitants contre 7,5 au niveau national, plaçant la région au dernier rang des régions françaises.

► La part de foyers fiscaux non imposés se situe dans la moyenne nationale

La part de foyers fiscaux non imposés – 48,8 % en 2012 – est légèrement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %) et situe la région au 11^e rang (du plus élevé au plus faible).

► Un important dynamisme professionnel

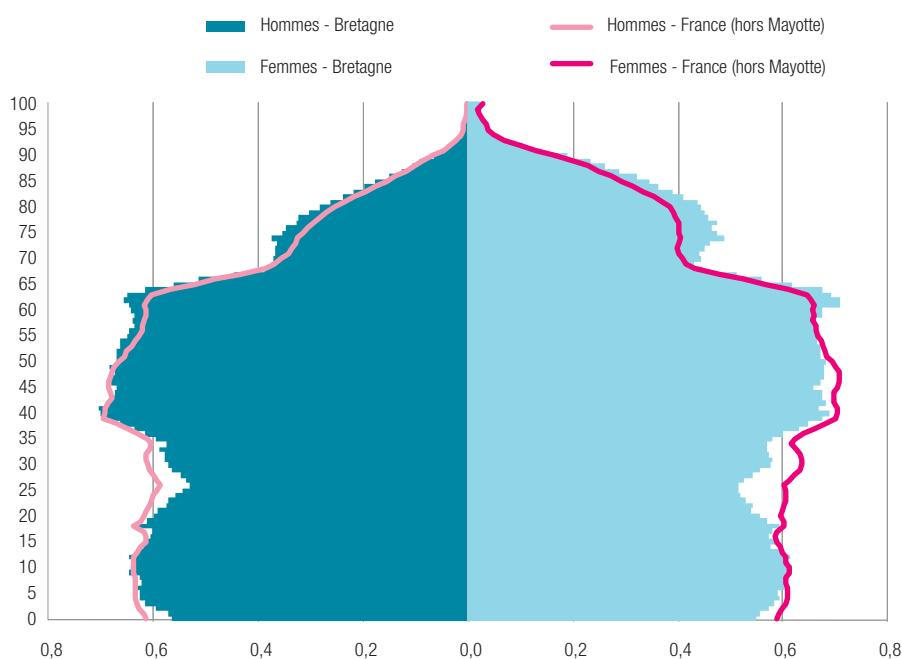
Une des caractéristiques sociales de la Bretagne se situe également au niveau de la dynamique professionnelle de la population : le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est parmi les plus faibles en France et concerne 8,8 % des actifs. Ce taux est à plus d'un point au-dessous de la moyenne métropolitaine (9,9 %), et situe la région au 14^e rang à égalité avec les régions Île-de-France, Pays de la Loire et Auvergne - Rhône-Alpes.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage est inférieure à la moyenne nationale : 7,8 % contre 9,5 % pour la France, situant la région au 16^e rang des régions françaises.

Enfin, la part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est la plus faible des régions de France : 9,9 % contre 15,1 % pour la France.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 32 200 décès annuels moyens sont enregistrés en Bretagne en 2011-2013 : 16 212 chez les hommes et 15 976 chez les femmes.

► 77,4 années d'espérance de vie pour les hommes et 84,7 années pour les femmes

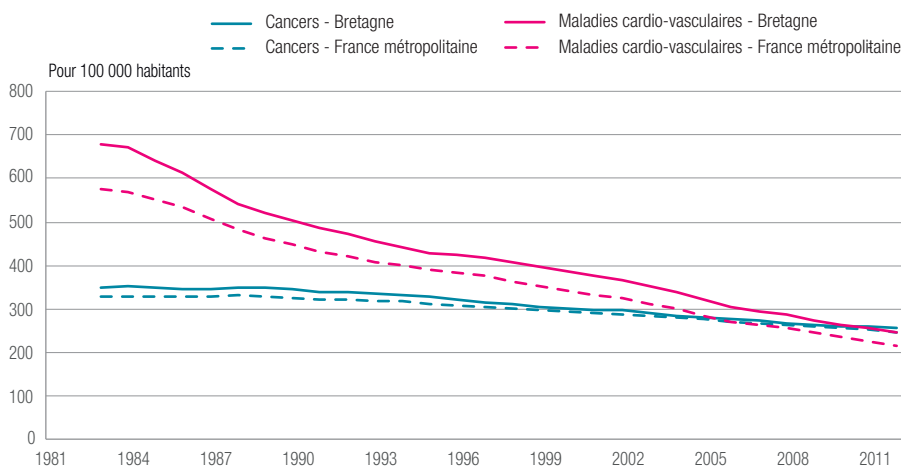
L'espérance de vie est légèrement inférieure à celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 8,7 années chez les hommes et 6,4 années chez les femmes. Ce gain est plus important que celui observé au niveau de la France métropolitaine, la différence étant plus marquée chez les hommes (+ 7,6 ans) que chez les femmes (+ 6,0 ans).

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui plus réduit : il était en Bretagne de 9,5 années en 1982-1984, il est en 2011-2013 de 7,3 années. Ces écarts sont plus importants que ceux observés au niveau métropolitain : 8,1 années en 1982-1984 et 6,4 années en 2011-2013.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

► Une surmortalité, moins marquée pour les cancers

La Bretagne présente des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi les plus élevés de France, surtout chez les hommes (+ 8,3 %). Elle se situe au 12^e rang des 13 régions métropolitaines pour les hommes et au 10^e rang pour les femmes en 2011-2013. La surmortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) (+ 12,3 %) qui situe la région au 11^e rang.

La surmortalité est moins marquée pour les cancers : le différentiel avec le niveau métropolitain est de 4,1 % en 2011-2013, les deux sexes confondus. Cela place la Bretagne au 11^e rang des régions françaises pour les hommes et au 6^e rang pour les femmes. Ce différentiel s'est réduit depuis trente ans : 6,3 % en 1982-1984 (graphique 2). Le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 25,6 % entre 1982-1984 et 2011-2013. La surmortalité prématurée par cancers est plus élevée que celle observée tous âges confondus : 7,8 % contre 4,1 %.

La surmortalité par maladies cardio-vasculaires est plus importante que pour les cancers. La région se situe au 12^e rang pour les hommes comme pour les femmes. Le différentiel avec le niveau métropolitain a diminué : il était de 18,1 % en 1982-1984 et est de 14,8 % en 2011-2013. La baisse de la mortalité a été par-

ticulièrement marquée pour les maladies cardio-vasculaires : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 62,8 % entre 1982-1984 et 2011-2013 (graphique 2).

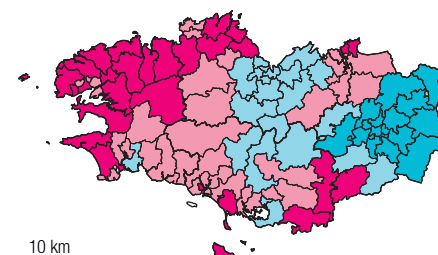
Au niveau infrarégional, on observe entre 2006 et 2013 une mortalité plus élevée par cancers dans le nord-ouest, l'ouest et dans deux zones nord et sud situées plus à l'est de la région (carte 1). Une mortalité plus basse est observée dans la majorité des cantons d'Ille-et-Vilaine.

Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, les taux de mortalité les plus bas sont observés autour de la métropole de Rennes et à un degré moindre au niveau de la métropole de Brest et des villes de Vannes, Lorient, Saint-Brieuc et Saint-Malo (carte 2). À l'inverse, le centre Bretagne présente les taux les plus élevés.

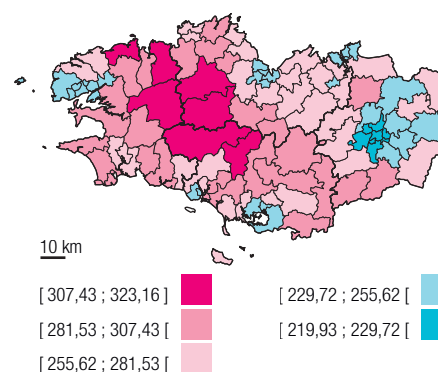
CARTES 1 ET 2

Taux standardisés* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Bretagne (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une mortalité en recul pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, plus de 1 300 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important sont dénombrés : 1 061 concernent des hommes et 283 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, le recul des taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès est de 25 %, proche de celui

observé au niveau national (- 25,8 %). La baisse concerne aussi bien les femmes (- 17,8 %) que les hommes (- 27,7 %).

Si la mortalité a tendance à diminuer pour les différentes pathologies prises en compte, les variations ne sont significatives que pour les cancers des VADS et les cirrhoses du foie, les deux sexes confondus.

Une surmortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Après La Réunion et les Hauts-de-France, la Bretagne est la région qui présente le plus important taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces causes en 2011-2013. Cette situation défavorable est encore plus marquée pour les décès par cancers des VADS (16^e rang sur 17) que pour les décès par cirrhoses du

foie (14^e rang) ou par psychoses alcooliques ou alcoolisme (14^e rang).

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, on observe une mortalité élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque dans les deux tiers ouest de la Bretagne (carte 3). À l'inverse, l'est de la région se caractérise par des taux de mortalité plus bas pour ces pathologies.

► Un décès sur six pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, près de 5 200 décès annuels moyens sont dénombrés, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO)) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers sont des décès masculins et un tiers des décès féminins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies présentent un recul de 19,4 %, sensiblement inférieur à celui observé en France (- 20,9 %). Cette baisse concerne les hommes (- 20,5 %) autant que les femmes (- 20,4 %). Pour les hommes, la baisse est moins marquée qu'au niveau national (- 22,3 %). Les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon sont en hausse à la même période pour les femmes (+ 49 %).

Pour les décès par cardiopathies ischémiques, un recul de la mortalité est observé aussi bien pour les hommes (- 33,3 %) que pour les femmes (- 40,6 %). La mortalité par BPCO est en recul pour les hommes (- 16,1 %).

En 2011-2013, une surmortalité par rapport au niveau national (+ 12,9 %) est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. L'écart est plus marqué pour les femmes (+ 17,8 %) que pour les hommes (+ 12,2 %). La région se place, parmi les 17 régions, au 14^e rang pour les hommes et au dernier rang pour les femmes.

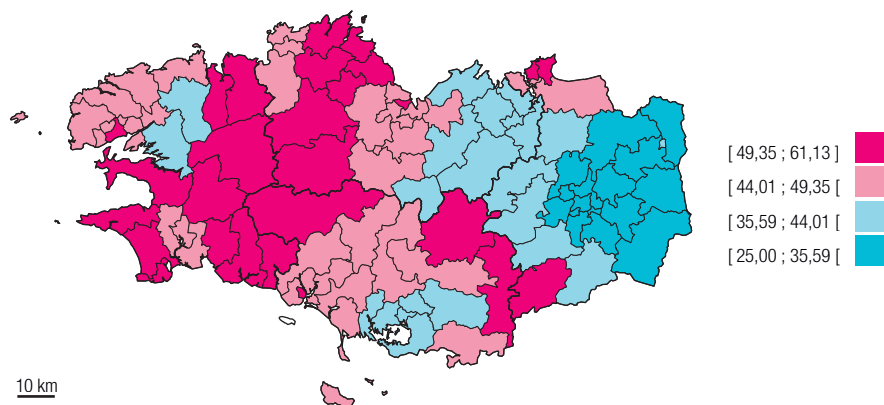
Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont moins élevés dans une zone allant de la moitié est des Côtes-d'Armor à la majeure partie de l'Ille-et-Vilaine (carte 4). À l'inverse, des taux élevés sont observés dans le Finistère et le Morbihan et à l'ouest des Côtes-d'Armor.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

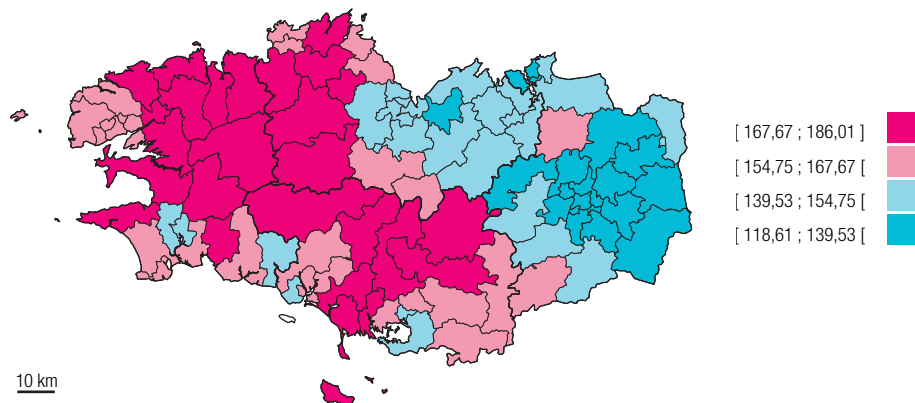
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives BPCO)



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de santé de Bretagne

Suicide et tentatives de suicide hospitalisées en court séjour

Bien que les taux de suicide diminuent en Bretagne, la région conserve une situation très défavorable par rapport à la moyenne nationale. De ce fait, la « promotion de la santé mentale et prévention du suicide » est une des priorités du Programme régional de santé (PRS). Plusieurs actions sont menées au niveau de la région : l'animation de réseaux locaux de prévention du suicide avec mise en œuvre de formations sur le repérage et l'intervention en cas de crise suicidaire, le déploiement d'un dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide (VigilanS), le dénombrement et la description des tentatives de suicide ayant fait l'objet d'une prise en charge dans les services d'urgence de Guingamp, Lannion et Paimpol.

► La situation de la Bretagne, région la plus touchée par le suicide, s'améliore lentement

En 2011-2013, en moyenne, 826 décès par suicide sont recensés chaque année dans la région (soit une moyenne au-dessus de 2 par jour). Les trois quarts sont masculins. Parallèlement, 6 658 séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide sont dénombrés en court séjour en 2013 (soit une moyenne de 18 séjours quotidiens), 60 % des patients sont des femmes.

La Bretagne est la région de France métropolitaine où la mortalité par suicide est la plus importante : en 2011-2013, les taux standardisés se situent à 42 décès pour 100 000 hommes et 12 pour 100 000 femmes, contre respectivement 26 et 8 pour 100 000 en France métropolitaine.

Cette position défavorable s'observe également pour les tentatives de suicide hospitalisées en court séjour, chez les hommes comme chez les femmes : en 2013, les taux standardisés atteignent 175 séjours pour 100 000 hommes et 254 pour 100 000 femmes, contre respectivement 145 et 218 pour 100 000 en France métropolitaine.

Depuis le début des années 2000, la mortalité par suicide diminue plus vite chez les femmes (-19 %) que chez les hommes (-13 %), mais moins rapidement qu'au niveau métropolitain (respectivement -22 % et -15 %) (graphique 3).

Le nombre de séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide présente également une tendance à la baisse. Les taux d'hospitalisation standardisés sur l'âge ont diminué de 10 % entre 2008 et 2013 (-7 % chez les hommes et -12 % chez les femmes).

► Des populations jeunes et actives majoritairement concernées

Chez les 25-34 ans, 29 % des décès sont dus à un suicide. Environ sept décès sur dix surviennent avant 65 ans. Le taux de mortalité est supérieur dans la population masculine quel que soit l'âge, l'écart avec les femmes étant particulièrement marqué chez les plus âgés. Parallèlement, les taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide les plus élevés sont observés chez les femmes de 45-54 ans puis chez les 15-24 ans.

► La dépression ou l'alcool associés à la tentative de suicide pour plus de la moitié des patients

Près de quatre patients sur dix présentent des troubles psychiques associés, qui correspondent

de manière prépondérante à « un épisode dépressif ». Pour plus d'un quart des patients, des troubles liés à l'alcool sont identifiés.

► Des taux de suicide parmi les plus élevés dans plusieurs cantons des Côtes-d'Armor

Au cours de la période 2011-2013, quel que soit le sexe, la surmortalité (26 décès pour 100 000 habitants) est observée dans tous les départements de la région qui affichent des taux standardisés supérieurs au taux métropolitain (16 décès pour 100 000 habitants). Les Côtes-d'Armor se caractérisent par la situation la plus défavorable (31 décès pour 100 000 habitants) devant le Morbihan (30 décès pour 100 000 habitants). À l'opposé, l'Ille-et-Vilaine présente la situation la plus favorable avec le taux le plus faible (21 décès pour 100 000 habitants). Le Finistère (26 décès pour 100 000 habitants) se situe dans la moyenne régionale.

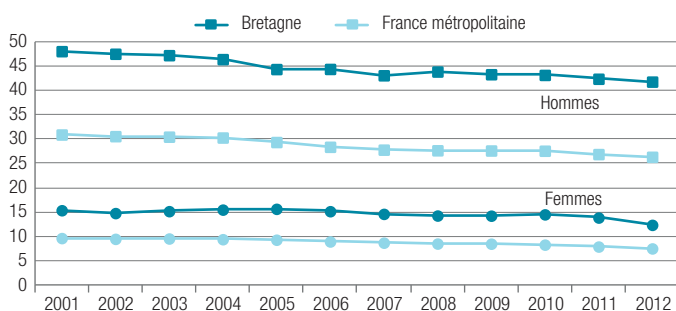
L'approche à l'échelle des nouveaux cantons souligne l'étendue des disparités régionales, avec une mortalité deux fois supérieure dans les cantons des Côtes-d'Armor et du Finistère (proches d'un axe Lannion – Carhaix-Plouguer et autour de Loudéac), par rapport à ceux de l'Ille-et-Vilaine (Rennes et ses alentours) (carte 5). ■

Taux standardisés d'hospitalisation : Standardisation sur le recensement de population INSEE 2006, France entière.

Nouveaux cantons : 98 cantons-villes en Bretagne depuis le redécoupage cantonal de 2014.

Épisodes dépressifs : Analyse des diagnostics associés significatifs codés F32 dans le PMSI MCO (code CIM10).

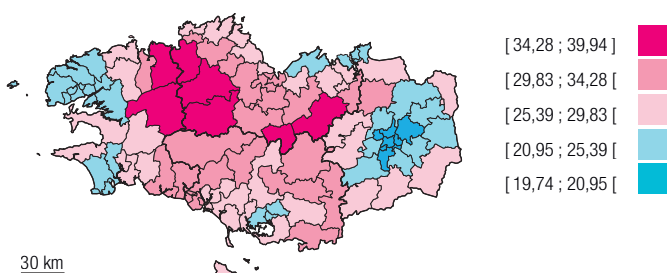
GRAPHIQUE 3
Évolution des taux standardisés de mortalité par suicide selon le sexe en Bretagne et en France de 2000 à 2013*



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013). Période triennale dans le graphique (2012=2011-2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation ORS Bretagne.

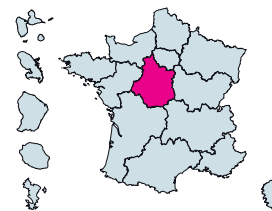
CARTE 5
Taux standardisés de mortalité en 2006-2013 (pour 100 000 habitants) par suicide deux sexes confondus par cantons



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

Centre - Val de Loire



Contexte démographique

Avec un peu plus de 2,5 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Centre - Val de Loire est la 12^e région française (devant la Corse et les régions ultramarines). Sa densité de 65,7 habitants au km², nettement inférieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 14^e rang des régions françaises les plus denses.

La population du Centre - Val de Loire est plus âgée que celle de la France. Les classes d'âges au-delà de 50 ans, quel que soit le sexe, sont surreprésentées (graphique 1).

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 6^e plus élevé de France : il est de 83,1 pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une faible croissance démographique

La croissance démographique est inférieure à la moyenne nationale : + 0,3 % en moyenne par an, contre + 0,5 % en France au cours de la période 2008-2013. Le solde naturel est peu élevé : + 0,2 %, soit deux fois moins important qu'au niveau national (+ 0,4 %). Le solde

migratoire est de + 0,1 %, identique au solde migratoire national.

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,2 % par an (+ 0,1 % pour les moins de 20 ans au niveau national), alors que pour les 75 ans ou plus cette hausse est de 1,7 % par an (+ 1,8 % pour les 75 ans ou plus en France).

► Une fécondité proche de la moyenne française

L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,99 enfant par femme en 2014 pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région au 9^e rang des 17 régions françaises ayant un indice élevé.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité est de 5,8 ‰. Il est très légèrement en dessous de la moyenne nationale (6,0 ‰), mais supérieur à la moyenne métropolitaine (5,3 ‰). Sept régions françaises présentent un taux de fécondité plus élevé chez les moins de 20 ans.

Contexte social

Les taux d'allocataires, pour la plupart des prestations sociales, situent la région dans des niveaux voisins ou inférieurs à la moyenne nationale.

Ainsi, les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 6,9 % des ménages pour un taux national de 8,6 %. Le taux d'allocataires pour le RSA majoré, pour les familles monoparentales, est très proche de la moyenne nationale (13,3 % contre 13,0 %). Concernant les allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), le taux de bénéficiaires (3,0 %) est très proche de la moyenne nationale (3,1 %).

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est de 6,2 % en 2014 dans la région, soit un taux inférieur à la moyenne nationale (7,5 %). Six régions françaises (sur 17) présentent un pourcentage inférieur de bénéficiaires de la CMU-C.

► Une part de foyers fiscaux non imposés moindre que sur l'ensemble de la France

La part de foyers fiscaux non imposés – 46,5 % en 2012 – est légèrement inférieure à la moyenne nationale (48,0 %). Seules les régions Auvergne - Rhône-Alpes et Île-de-France ont une moindre part de foyers fiscaux non imposés, respectivement 46,3 % et 38,5 %.

► Des indicateurs de fragilité professionnelle plutôt favorables

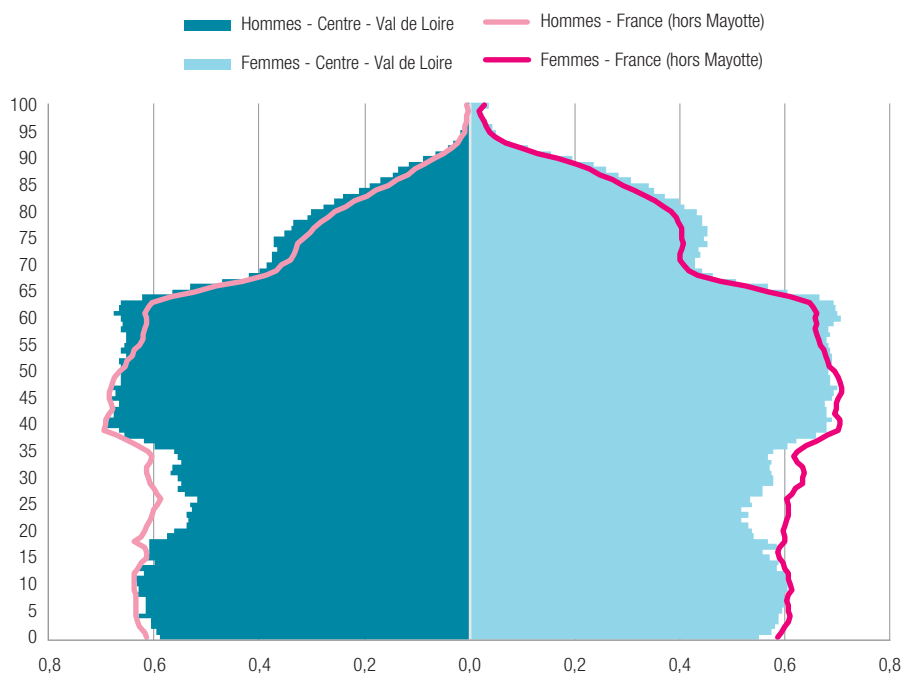
Le Centre - Val de Loire est parmi les régions présentant, en 2014, un taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) inférieur à la moyenne métropolitaine : ce chômage concerne 9,5 % des actifs de la région pour une moyenne métropolitaine à 9,9 %. Cinq régions ont un taux de chômage inférieur.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage) est également inférieure à la moyenne nationale : 8,0 % contre 9,5 %. Seules deux régions (Pays de la Loire et Bretagne) ont un taux inférieur.

La part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est proche de la moyenne nationale : 15,0 % contre 15,1 %. Ce taux est cependant plus faible que dans dix régions françaises.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 25 000 décès annuels moyens sont enregistrés en Centre - Val de Loire en 2011-2013 : 12 768 chez les hommes et 12 036 chez les femmes.

► 78,6 années d'espérance de vie pour les hommes et 85,2 années pour les femmes

Cette espérance de vie est très proche de celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 6,6 années chez les hommes et 5,4 années chez les femmes. Ce gain est inférieur à celui observé au niveau de la France métropolitaine, que ce soit chez les hommes (+ 7,6 ans) ou chez les femmes (+ 6,0 ans), et le Centre - Val de Loire est la région où le gain d'espérance de vie a été le plus faible (à égalité avec les régions Nouvelle-Aquitaine et Occitanie pour les hommes et avec la région Bourgogne - Franche-Comté pour les femmes).

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui plus réduit : il était de 7,8 années en 1982-1984 et est de 6,6 années

en 2011-2013. Ces écarts sont proches de ceux observés au niveau métropolitain : 8,1 années en 1982-1984 et 6,4 années en 2011-2013.

► Des taux de mortalité proches de la moyenne nationale

Le Centre - Val de Loire présente, en 2011-2013, un taux standardisé de mortalité toutes causes dans la moyenne nationale pour les hommes et une sous-mortalité pour les femmes. Six régions métropolitaines ont un taux de mortalité inférieur pour les hommes et pour les femmes.

Concernant la mortalité prématurée (décès avant 65 ans), la région ne diffère pas significativement du reste de la France, que ce soit pour les hommes ou les femmes.

En 2011-2013, la mortalité par cancers pour les hommes et pour les femmes, ne diffère pas significativement du reste de la Métropole. Cependant, tous sexes confondus, il existe une surmortalité, avec un différentiel avec le niveau métropolitain de + 3,2 %. La région a le 5^e taux de mortalité par cancers le plus élevé de France. Depuis 1982-1984, la mortalité par cancers s'est réduite mais moins que dans l'ensemble de la Métropole (- 17,6 % tous sexes confondus, réduction en Métropole de 24,0 %) (graphique 2).

Depuis 1982-1984, la mortalité prématurée par cancers a suivi une évolution favorable : - 24,8 % tous sexes confondus,

réduction moindre que celle observée en Métropole (- 31,8 %).

Concernant la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, les femmes de la région Centre - Val de Loire présentent une sous-mortalité comparée à celle de la France, et seules trois régions ont un taux de mortalité inférieur. Pour la mortalité masculine, et quel que soit le sexe pour la mortalité prématurée, il n'est pas observé de différence significative avec la France.

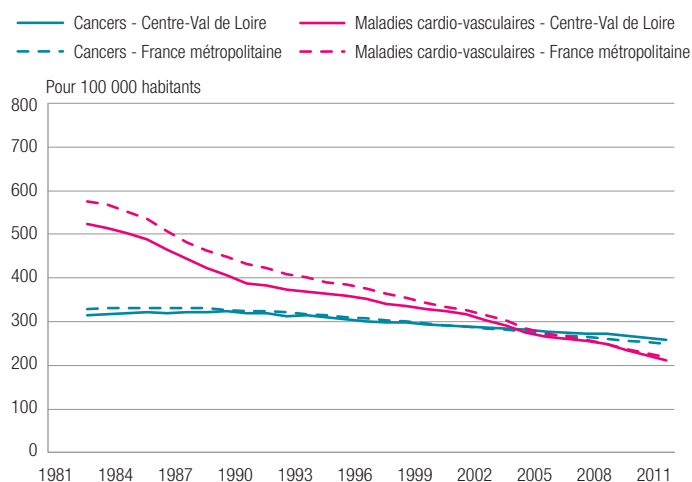
De manière générale, la baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire, entre 1982-1984 et 2011-2013, a été particulièrement marquée : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 58,9 % en Centre - Val de Loire pour une diminution en Métropole de 61,8 % (graphique 2).

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les cantons situés à l'est de la région (l'est du Loiret, le Cher, la plupart des cantons de l'Indre et le sud-est du Loir-et-Cher) ainsi qu'à la pointe nord-ouest de la région présentent des taux de mortalité par cancers élevés (carte 1).

Concernant la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, il est observé une bande de sous-mortalité sur un axe nord-est/sud-ouest passant par Orléans et Tours (carte 2). Les territoires de l'est et du sud de la région présentent des taux de mortalité élevés.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



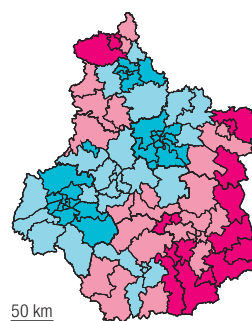
* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

CARTES 1 ET 2

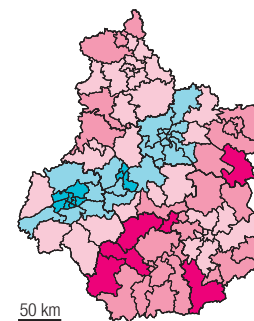
Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



[285,68 ; 310,23]
[268,44 ; 285,68]
[255,36 ; 268,44]
[243,92 ; 255,36]

Maladies cardio-vasculaires



[279,74 ; 285,05]
[251,41 ; 279,74]
[223,08 ; 251,41]
[194,74 ; 223,08]
[180,84 ; 194,74]

* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Centre - Val de Loire (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une surmortalité chez les hommes pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

Entre 2011 et 2013, 863 décès annuels moyens, pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important, sont dénombrés : 680 concernent des hommes et 183 des femmes.

En 2011-2013, une surmortalité toutes pathologies confondues est observée par rapport à la France pour les hommes (le différentiel avec

la France est de + 8,9 %). Le taux de mortalité ne diffère pas significativement chez les femmes.

En 2001-2003 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces pathologies a reculé de 23,9 % dans la région, alors que le recul est de 25,8 % au niveau national. La baisse est observée aussi bien pour les hommes (-25,1 %) que pour les femmes (-20,1 %). Pour les cancers des VADS chez les hommes et les cirrhoses du foie chez les deux sexes, des baisses de la mortalité durant cette période sont observées.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, l'ouest du Loiret et les cantons limitrophes du Loir-et-Cher ainsi que les cantons du nord de l'Indre-et-Loire présentent une sous-mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque (carte 3).

► Une sous-mortalité chez les hommes, par rapport au niveau national, pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

Entre 2011 et 2013, 3 637 décès annuels moyens sont dénombrés, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important, soit environ un décès sur sept. Ces décès concernent 2 382 hommes et 1 255 femmes.

Pour ces pathologies, en 2011-2013, la région enregistre une sous-mortalité significative chez les hommes par rapport à la France, avec un différentiel de - 4,3 %. La mortalité chez les femmes ne diffère pas de celle de la France.

Les analyses de mortalité par type de pathologie ne mettent pas en évidence de différence significative avec le niveau national, sauf pour la mortalité par BPCO chez les hommes et les femmes avec une sous-mortalité (différentiels respectivement de - 13,2 % et - 12,4 % par rapport à la France).

Entre 2001-2003 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces pathologies a reculé de 21,6 %, soit un recul légèrement supérieur à celui observé en France (- 20,9 %). La baisse est du même ordre chez les hommes (- 22,6 %) et chez les femmes (- 19,9 %).

Le taux standardisé de mortalité par cancers du poumon est en forte hausse à la même période chez les femmes (+ 69,6 %), alors que l'évolution n'est pas significative chez les hommes. Les femmes du Centre - Val de Loire sont celles pour lesquelles la hausse observée est la plus importante des régions françaises.

Pour les décès par cardiopathies ischémiques, un recul de la mortalité est observé chez les hommes (- 38,6 %) et il l'est davantage chez les femmes (- 45,8 %). La mortalité par BPCO est en recul significatif chez les hommes (- 13,7 %) alors que, chez les femmes, l'évolution (tendance à la hausse) n'est pas significative.

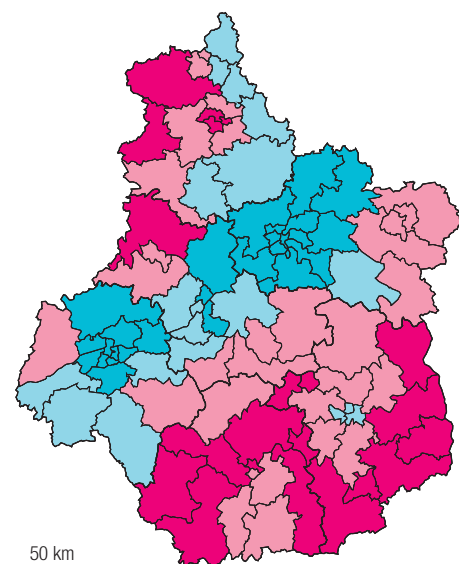
Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, les taux de mortalité pour des pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque sont plus bas selon un axe est/sud-ouest allant du sud-ouest du Loiret (Orléans) au nord de l'Indre-et-Loire, ainsi que dans les cantons centraux de l'Eure-et-Loir (carte 4). Les territoires enregistrant une surmortalité se situent essentiellement à l'est de la région.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé de mortalité 2006-2013 par cantons

Alcool

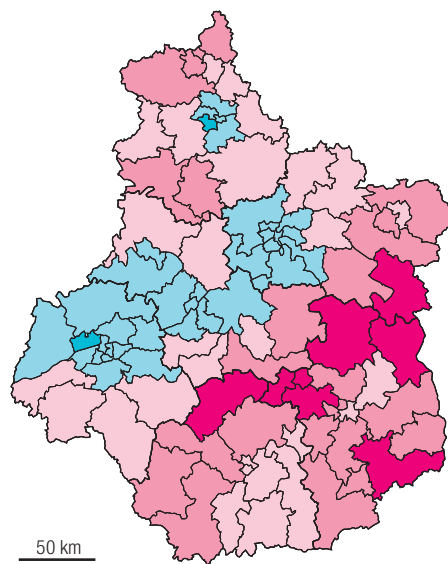
(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



[41,43 ; 52,19]
[36,62 ; 41,43 [
[31,05 ; 36,62 [
[26,63 ; 31,05 [

Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



[161,00 ; 180,36]
[145,84 ; 161,00 [
[130,68 ; 145,84 [
[115,52 ; 130,68 [
[114,12 ; 115,52 [

* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de santé du Centre - Val de Loire

Périnatalité

Les 1^{ers} certificats de santé résument pour chaque enfant né vivant les caractéristiques de la mère, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement et l'état de santé de l'enfant dans ses premiers jours de vie. Ces certificats sont remplis le plus souvent à la sortie de la maternité et sont envoyés à la Protection maternelle et infantile (PMI) du département de domicile de la mère.

À l'initiative de la Commission régionale de la naissance (devenue en 2012, le Comité technique régional en périnatalité), l'Observatoire régional de la santé du Centre - Val de Loire, en partenariat avec l'Agence régionale de santé et les six services de PMI des conseils départementaux de la région, réalise depuis 2000 l'analyse de ces certificats de santé des enfants domiciliés dans la région.

► Une augmentation de la part des mères de plus de 37 ans

La part des mères de plus de 37 ans a tendance à augmenter depuis 2002, puisqu'elle est passée de 5,3 % à 7,5 % en 2014. 2,2 %

des mères ont plus de 40 ans au moment de la naissance.

En 2014, la part de mères mineures au moment de la naissance est de 0,6 %, soit une proportion stable depuis 2000. Elle est fondée sur l'âge au moment de la naissance et occulte donc le fait que 0,6 % des mères atteignent la majorité au cours de la grossesse. En début de grossesse, 1,2 % des mères étaient donc mineures.

► Près de 3,5 % des enfants sont issus de grossesses multiples

En 2014, 3,3 % des certificats concernent des naissances multiples, soit une différence d'un point par rapport à 2000 (2,3 %). Les naissances multiples, dans la région, se sont le plus souvent déroulées en maternité de type II (51,9 %), mais aussi en établissement de type III (40,5 %) ou de type I (7,6 %).

► La préparation à l'accouchement : une participation en hausse

En 2014, 39,0 % des mères ont bénéficié d'une préparation à l'accouchement, soit

une hausse de 10,5 points en quatorze ans. Les primipares y ont plus souvent recours (59,7 %) que les multipares (25,4 %). La préparation à l'accouchement reste plus fréquente dans les établissements privés (58 % contre 34 % dans le public).

► Une stabilité dans les différents modes de travail

Les différents modes de travail restent stables depuis 2000 : la part de travail spontané fluctue autour de 72,0 % (71,4 % en 2014), celle de travail déclenché autour de 18,0 % (19,3 % en 2014) et le taux de césariennes programmées autour de 10,0 % (9,3 % en 2014). La part de césariennes programmées la plus faible, en 2014, est constatée dans le Loir-et-Cher (8,5 %) et la plus élevée dans l'Indre (10,2 %).

La plupart des enfants sont nés en présentation céphalique (95,7 %) et 3,9 % par le siège : 77,3 % des enfants se présentant par le siège naissent par césarienne.

► Près de 6 % des enfants nés prématurément

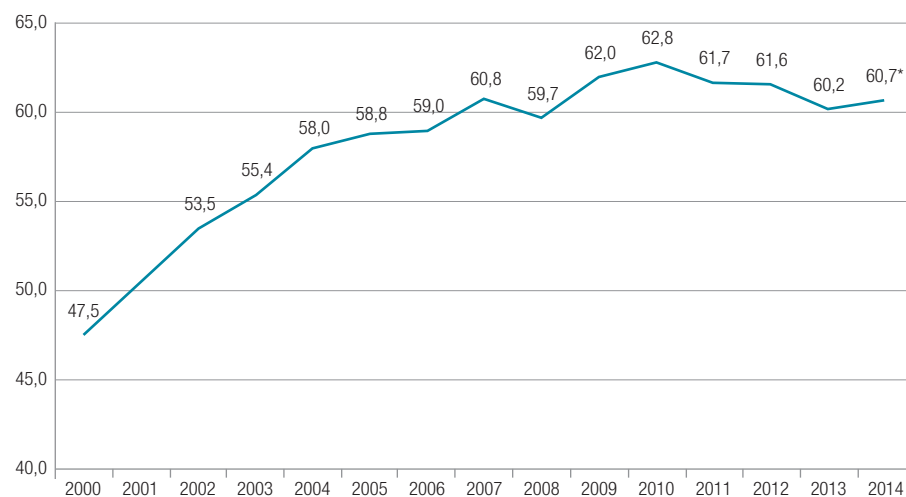
En 2014, 6,1 % des enfants sont nés prématurément (avant 37 semaines d'aménorrhée) ; parmi eux, 1,0 % sont des grands ou très grands prématurés (avant 33 semaines d'aménorrhée). Ce taux est relativement stable depuis 2000 (autour de 6,0 %). Il est dix fois plus important chez les enfants issus de grossesses multiples (47,4 % contre 4,7 % chez les enfants issus d'une grossesse unique). Environ 9 % des prématurés domiciliés dans le Centre - Val de Loire sont nés hors de la région.

► Une diminution du taux d'allaitement depuis 2010

En 2014, 60,7 % des mères ont débuté un allaitement au moment de la naissance, soit une augmentation de 13,2 points depuis 2000. Mais une diminution est observée depuis 2010 (-2,1 points) (graphique 3). Les valeurs départementales sont très hétérogènes : on observe globalement au cours des cinq dernières années un écart de 13 points entre les deux départements extrêmes. ■

GRAPHIQUE 3

Évolution du taux d'allaitement des mères au moment de la naissance entre 2000 et 2014 (en %)



* Résultats estimés après lissage.

Sources • 1^{ers} certificats de santé (Conseils départementaux Cher, Eure-et-Loir, Indre, Indre-et-Loire, Loir-et-Cher et Loiret).

Référence

Observatoire régional de la santé du Centre - Val de Loire, 2016, « Exploitation des certificats de santé du 8^e jour des enfants domiciliés en région Centre - Val de Loire et nés en 2014 », mars, 50 p.

Corse



Contexte démographique

Avec plus de 320 000 habitants lors du recensement de 2013, la région Corse figure, avec les régions d'outre-mer, parmi les moins peuplées. La densité de population y est faible, 36,9 habitants au km², soit près de trois fois moins que la moyenne nationale (103,6 hab./km²).

La population de la Corse est plus âgée que celle de la France. Les classes d'âges au-delà de 40 ans sont plus représentées, de façon plus marquée entre 65 et 80 ans (graphique 1). À l'opposé, les jeunes de moins de 25 ans le sont moins.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est supérieur à 100. Il s'agit du plus élevé de France, devant la région Nouvelle-Aquitaine pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une forte croissance démographique due au solde migratoire

La croissance démographique (+ 1,1 % par an en moyenne au cours de la période 2008-2013) est l'une des plus élevées de France, la

valeur nationale s'établissant à + 0,5 %. Cette croissance est exclusivement due au solde migratoire, le plus élevé de France, devant celui de l'Occitanie (+ 0,8 %). Comme en Nouvelle-Aquitaine, le nombre de décès est égal à celui des naissances. La valeur nationale est de + 0,4 %.

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes. Entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,9 % par an en Corse, soit une valeur nettement au-dessus de la moyenne nationale (+ 0,1 % par an). Elle est liée à l'arrivée dans la région de migrants d'âge actif et notamment de jeunes ménages avec leurs enfants. L'augmentation de la classe d'âges de 75 ans ou plus (+ 2,1 %) est supérieure à la valeur moyenne nationale (+ 1,8 %).

► La fécondité régionale la plus basse

L'indice conjoncturel de fécondité, 1,57 enfant par femme en 2014, est le plus bas des 17 régions, loin du suivant (1,80 en Nouvelle-Aquitaine) et de la valeur nationale (1,98). Le taux de fécondité des

jeunes femmes de 12-19 ans est également le plus faible des 17 régions. Il s'établit à 3,5 ‰ pour une moyenne nationale de 6,0 ‰.

Contexte social

► Une fragilité de l'emploi

La Corse est l'une des régions où les indicateurs de fragilité professionnelle sont plus élevés qu'au niveau national. C'est le cas du taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) égal à 10,6 pour 100 actifs en 2014. La part standardisée d'inactifs parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant n'être, lors du recensement, ni en emploi ni au chômage) s'élève à 15,3 % et place la région à un rang élevé : 3^e rang après la Guyane et La Réunion. De même, 22,1 % des 25-34 ans ont déclaré être peu ou pas diplômés lors du recensement de 2013 (15,1 % en France). Cette proportion est environ deux fois plus élevée que dans les régions présentant les taux les plus faibles, Bretagne (9,9 %) et Pays de la Loire (11,5 %).

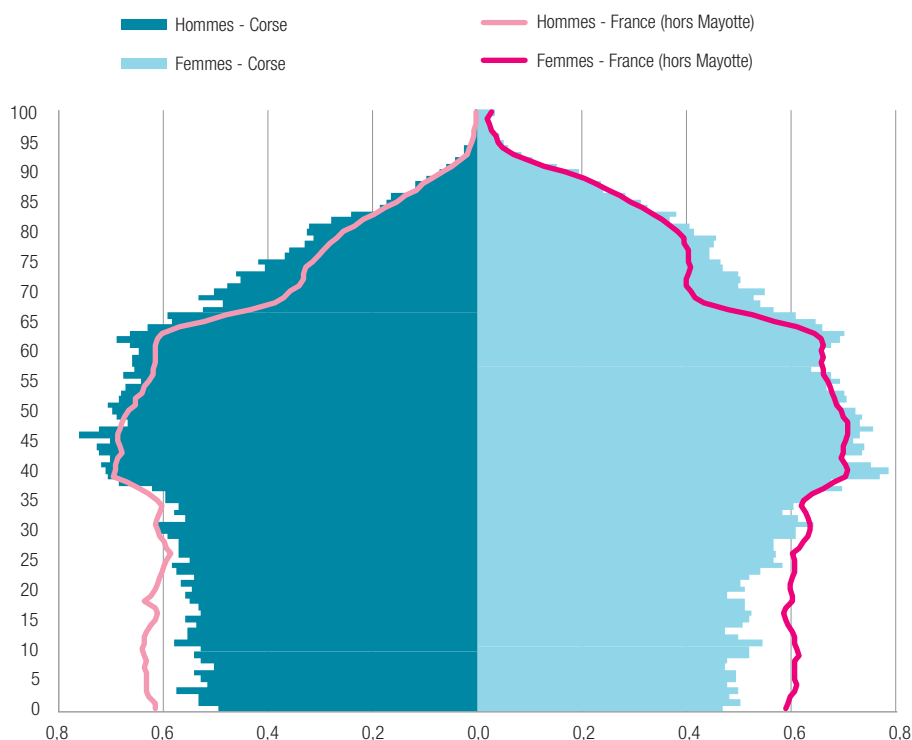
► Peu d'allocataires du RSA

Avec un taux d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) toutes catégories confondues de 6,1 % des ménages, en 2014, pour un taux national de 8,6 %, la Corse est l'une des régions ayant le taux le plus bas. Elle occupe le 16^e rang sur 17. De même, le taux de RSA majoré, qui concerne les familles monoparentales, est le plus faible des 17 régions. Il s'établit à 6,4 % en Corse pour une moyenne de 13,0 %. Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est également faible : 5,1 personnes pour 100 habitants en 2014 contre 7,5 au niveau national. La région présente le 3^e taux le plus faible.

En revanche, le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est le plus élevé des 17 régions : 4,0 % pour une moyenne nationale de 3,1 %. De même, la part des foyers fiscaux non imposés, 53,4 % en 2012, est la plus élevée de la Métropole, mais reste très éloignée de celles observées dans les régions d'outre-mer (proche de 70 %).

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 3 000 décès annuels moyens sont enregistrés en Corse en 2011-2013 : 1 519 chez les hommes et 1 473 chez les femmes.

► Plus d'une décennie d'espérance de vie gagnée en trente ans

L'espérance de vie masculine de la région (79,2 années) est la 3^e plus élevée des 17 régions, au-dessus de celle de l'ensemble de la France (78,6 années). Pour les femmes, elle est semblable à celle de la Métropole (85,1 années).

Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 13,1 années chez les hommes et 10,1 années chez les femmes. Ce gain, en trente ans, est le plus élevé de toutes les régions françaises.

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui l'un des plus faibles des régions de France : 5,8 années en 2011-2013 (6,4 en France), alors qu'il était l'un des plus élevés en 1982-1984 (8,8 années contre 8,1 au niveau national).

► Une mortalité toutes causes identique à celle de la Métropole, mais une surmortalité cardio-vasculaire féminine

La Corse présente un taux standardisé de mortalité toutes causes identique à celui de la France. Elle se situe au 6^e rang des 13 régions métropolitaines. Le taux standardisé masculin est inférieur à celui de la France, avec un différentiel de - 6,3 %. Avec plus de 500 décès annuels moyens avant 65 ans, la Corse présente une mortalité prématurée comparable à celle de la France en 2011-2013.

Les taux standardisés de mortalité par cancers sont identiques à ceux de la Métropole, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, et placent la région au 6^e rang des 13 régions métropolitaines. Le différentiel entre les taux de mortalité de la Corse et de la France métropolitaine s'est réduit depuis trente ans : - 7,1 % en 1982-1984 et - 0,8 % en 2011-2013 (graphique 2). La mortalité prématurée par cancers est également identique au niveau national.

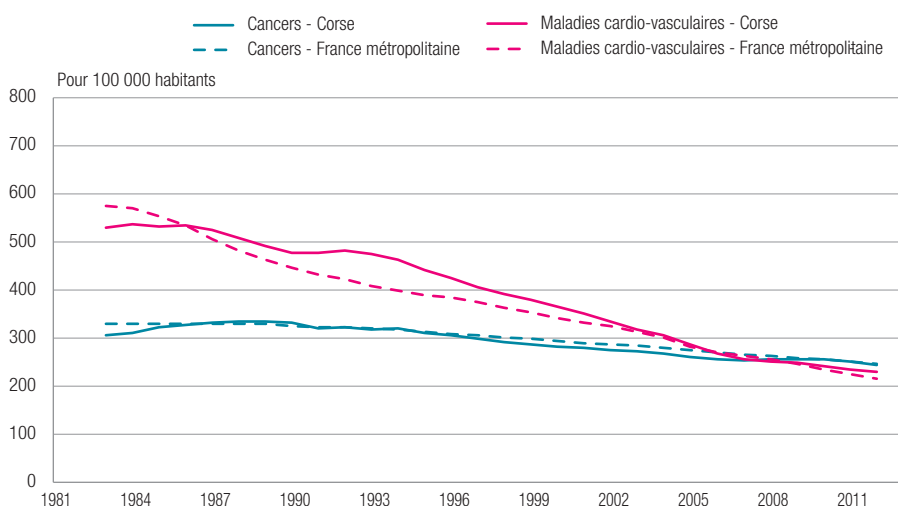
Les taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire sont identiques à

ceux de la France métropolitaine, mais uniquement pour les hommes. Chez les femmes, la Corse enregistre une surmortalité. En trente ans, le différentiel s'est inversé : le taux standardisé était inférieur de 7,9 % au taux de la France métropolitaine en 1982-1984 et lui est supérieur de 6,6 % en 2011-2013 (graphique 2). Le taux standardisé de mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 55,8 % en trente ans. Il s'agit de la baisse la moins marquée des régions françaises. La mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire ne présente pas de différence avec le niveau national, y compris chez les femmes.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, une mortalité plus élevée par cancers est observée sur le canton de Grand Sud ainsi que sur les cantons de Bastia (carte 1). Une mortalité plus faible est constatée majoritairement sur les cantons de Haute-Corse. Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, les taux les plus élevés sont situés sur les cantons de Grand Sud et Borgo, tandis que les taux les plus bas se situent dans la zone centrale de la Corse du sud et aux deux extrémités de la Haute-Corse (carte 2).

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



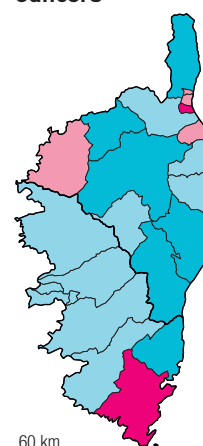
*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

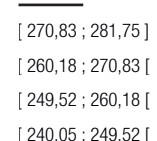
CARTES 1 ET 2

Taux standardisés* de mortalité 2006-2013 par cantons

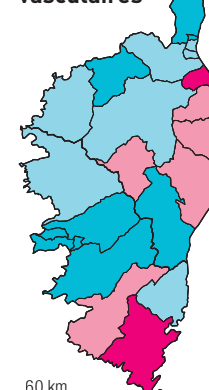
Cancers



60 km



Maladies cardio-vasculaires



60 km



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Corse (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une situation favorable de la mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

Au cours de la période 2011-2013, 77 décès annuels moyens sont enregistrés pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important. Ces décès concernent 62 hommes et 15 femmes.

En 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès sont restés stables, alors qu'un recul de 25,8 % était observé au niveau national. Cette stabilité est observée quel que soit le sexe pour les cancers des VADS et pour les cirrhoses du foie chez les hommes et les deux sexes, tandis que la

faiblesse des effectifs ne permet pas d'apprécier cette évolution pour les psychoses alcooliques ou l'alcoolisme, et, pour les femmes, concernant les cirrhoses du foie.

En 2011-2013, une sous-mortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Après la Martinique, la Corse est la région qui présente le plus faible taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces causes. Cette situation favorable se retrouve aussi bien pour la mortalité par cirrhoses du foie (3^e taux sur 17) que pour les psychoses alcooliques ou alcoolisme (1^{er} rang), celle par cancers des VADS étant d'un niveau comparable à la France.

Au cours de la période 2006-2013, une mortalité plus élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée sur le nord-ouest, notamment sur le canton de Calvi et l'extrême sud de la région (carte 3). Le nord-est de la région se caractérise par des taux de mortalité plus bas pour ces pathologies.

► Une surmortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

Au cours de la période 2011-2013, 522 décès annuels moyens sont enregistrés en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers sont des décès masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 15,0 % en Corse, contre une diminution de 20,9 % au niveau de la France. Cette baisse n'est cependant pas observée chez les femmes de la région pour lesquelles la mortalité est restée stable. Les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon sont restés stables chez les hommes (baisse de 10,5 % en France) comme chez les femmes (hausse de 41,6 % en France). Pour les décès par cardiopathies ischémiques, un recul de la mortalité proche de celui de la France est observé aussi bien pour les hommes (- 30,8 %) que pour les femmes (- 37,2 %). La mortalité par BPCO est restée stable pour les deux sexes, tandis qu'en France elle a baissé chez les hommes et augmenté chez les femmes.

En 2011-2013, une surmortalité par rapport au niveau national est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus (15^e rang sur 17). Cette surmortalité est retrouvée pour les cancers du poumon chez les hommes (16^e rang) comme chez les femmes (17^e rang) et pour les cardiopathies ischémiques chez les deux sexes confondus (13^e rang). La mortalité par BPCO est en revanche favorable pour les hommes par rapport à la France.

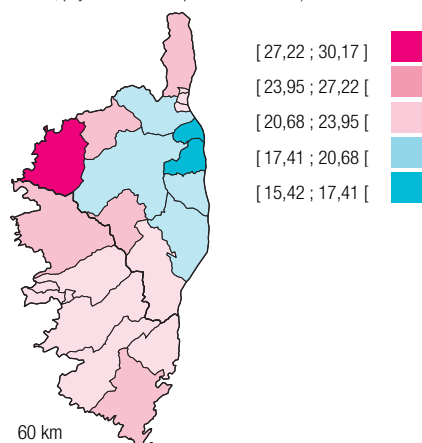
Au cours de la période 2006-2013, les taux de mortalité des principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont moins élevés sur la frange ouest de la région, et plus élevés au nord-est à l'extrême sud, particulièrement sur le canton de Grand Sud (carte 4).

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

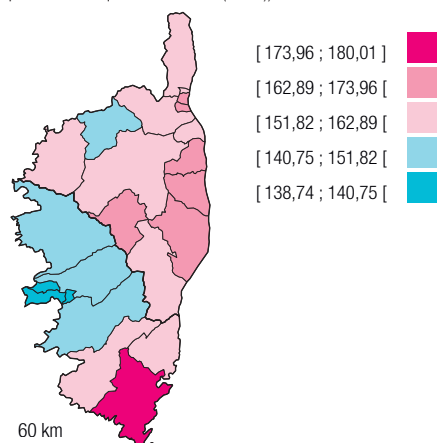
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

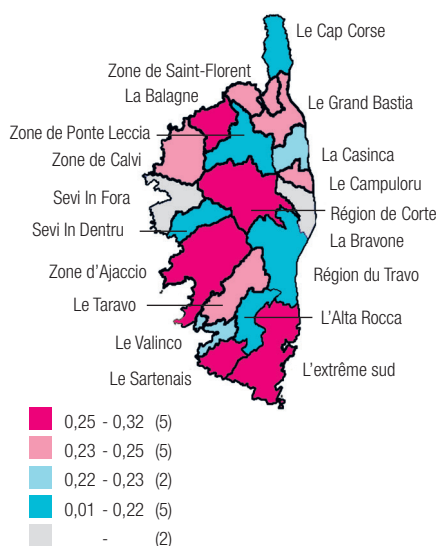
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de Corse

Surpoids et obésité chez les enfants en classe de CE2

Les inspections académiques de Corse-du-Sud et de Haute-Corse effectuent chaque année un examen infirmier des enfants en deuxième année de cours élémentaire (CE2). Les paramètres collectés lors de cet examen permettent

CARTE 5
Proportion d'élèves de CE2 en surpoids par micro-régions - année scolaire 2013-2014



Source • Bilans infirmiers menés par les inspections académiques de Corse du Sud et de Haute-Corse ; exploitation ORS Corse.

de calculer pour chaque enfant l'indice de masse corporelle (IMC). L'exploitation de ces paramètres a été confiée à plusieurs reprises à l'Observatoire régional de la santé de la Corse (ORSC).

► Près d'un enfant sur quatre en classe de CE2 (24 %) est en surpoids en 2013-2014

L'application des seuils (IOTF) (*International Obesity Task Force*) sur les bilans infirmiers des enfants examinés en classe de CE2 durant l'année scolaire 2013-2014, montre que :

- une fille sur quatre (25,7 %) est en surpoids, et près de 7,0 % sont en situation d'obésité (6,7 %) (graphique 3) ;
- plus d'un garçon sur cinq (22,3 %) est en surpoids, et près de 7,0 % sont en situation d'obésité (6,7 %) (graphique 4).

► La proportion d'élèves en surpoids a augmenté de 5 points depuis 1996

Quel que soit le sexe des enfants examinés en classe de CE2 en Corse, la part d'entre eux en surpoids a augmenté de plus de 5 points entre 1996 et 2013, passant de 20,3 % à 25,7 % pour les filles, et de 17,0 % à 22,3 % pour les garçons.

L'augmentation observée concerne davantage les enfants en surpoids hors obésité que ceux en situation d'obésité.

► Une disparité régionale marquée

L'analyse infrarégionale du surpoids chez les enfants scolarisés en classe de CE2 durant l'année 2013-2014 montre une disparité importante,

avec une proportion d'élèves en surpoids variant de 13,0 % à 31,7 % (carte 5).

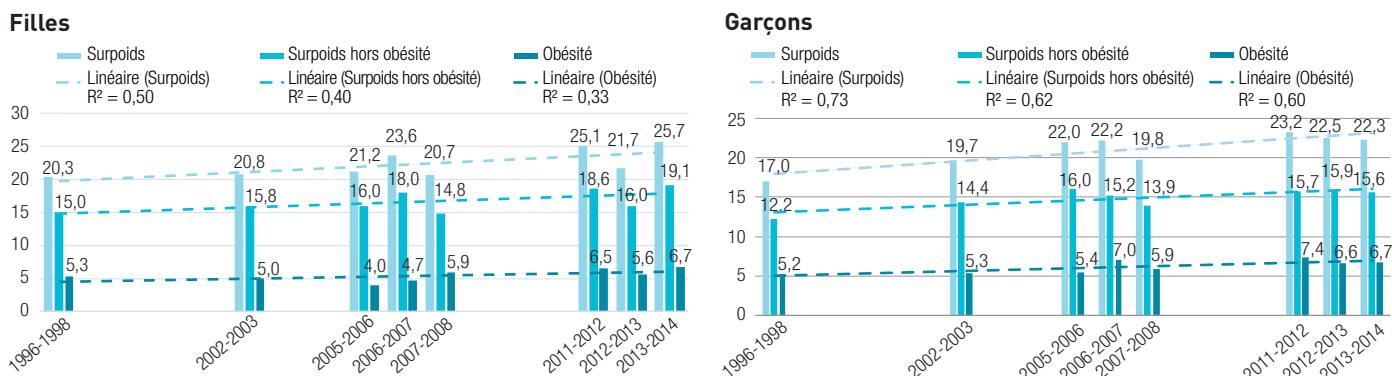
Ainsi, les micro-régions présentant les plus faibles proportions d'élèves en surpoids sont la zone de Ponte Leccia (13,0 %), le Cap Corse (13,3 %), la région de Sevi in Dentru (14,3 %), l'Alta Rocca (14,3 %) ou encore la région du Travo (20,6 %). Les micro-régions dans lesquelles ces proportions sont les plus élevées sont la région de Corte (31,7 %), l'Extrême Sud (26,2 %), le Sartenais (26,1 %), la Balagne (25,4 %) ou encore la zone d'Ajaccio (25,4 %). ■

Méthodologie

Au cours de la dernière année d'exploitation (année scolaire 2013-2014), 3 063 enfants étaient scolarisés en classe de CE2. Cependant, le jour de la visite infirmière, 45 enfants étaient absents et, le bilan infirmier était incomplet rendant impossible le calcul de l'IMC pour 61 élèves. Ainsi 2 957 bilans ont été exploités, soit 96,5 % des élèves scolarisés ; 1 442 filles et 1 515 garçons, soit un sex-ratio de 1,05. Les analyses s'appuient sur la définition internationale du surpoids et de l'obésité de l'enfant [1] élaborée par le *Child Obesity Working Group* de l'*International Obesity Task Force* (IOTF, groupe de travail sous l'égide de l'OMS), et qui détermine des valeurs seuils de l'IMC par sexe. Les proportions d'élèves en surpoids présentées ici sont exprimées en fonction du nombre d'élèves examinés. Une courbe de tendance linéaire a été utilisée, associée à son coefficient de détermination R^2 (nombre compris entre 0 et 1 qui indique à quel point les valeurs estimées pour la courbe de tendance correspondent aux données réelles). Une description infrarégionale de la proportion de surpoids tous sexes confondus a été effectuée selon le découpage administratif en 19 micro-régions (INSEE, 1994) [2].

GRAPHIQUES 3 ET 4

Évolution de la proportion d'élèves de CE2 en surpoids et en situation d'obésité entre 1996-1998 et 2013-2014

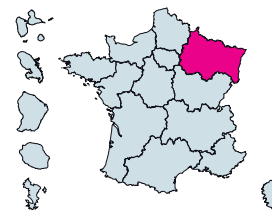


Source • Bilans infirmiers menés par les inspections académiques ; exploitation ORS Corse.

Références

- [1] Cole J, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH, 2000, "Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey", *BMJ*, 320:1240-1243, May.
[2] INSEE et Direction régionale de Corse (Ajaccio), 1994, *La Corse et ses micro-régions : un puzzle en 19 pièces*, Ajaccio : INSEE.

Grand Est



Contexte démographique

Avec plus de 5,5 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Grand Est est la 6^e région la plus peuplée sur les 17 régions que compte la France. Sa densité de 96,7 habitants au km², proche de la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 11^e rang des régions françaises.

Par rapport à l'ensemble de la France, la population de la région Grand Est se distingue par une plus forte représentation des personnes âgées de 45 à 59 ans et par une plus faible proportion de moins de 15 ans (graphique 1).

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans), égal à 73,6, est proche de la moyenne nationale qui s'élève à 72,2, situant la région à un rang intermédiaire (9^e rang).

► Un vieillissement rapide de la population

La croissance démographique de la région, égale à 0,1 % par an en moyenne au cours de la période 2008-2013, est l'une des plus faibles de France (+ 0,5 % par an) avec la Bourgogne - Franche-Comté et les Hauts-de-France, mais

devant la Guadeloupe et la Martinique. Cette faible croissance est liée au solde migratoire négatif (- 0,2 % par an) alors que le solde naturel, égal à 0,3 % par an, est proche de la moyenne nationale (+ 0,4 % par an).

Le vieillissement de la population est plus rapide que dans l'ensemble de la France. En effet, entre 2008 et 2013, d'une part, la population des moins de 20 ans a diminué de 0,4 %, (alors qu'elle a augmenté de 0,1 % en France) et, d'autre part, la population âgée de 75 ans ou plus a augmenté un peu plus rapidement que dans l'ensemble de la France (2,0 % contre 1,8 %).

► Une fécondité parmi les plus basses de France

L'indice conjoncturel de fécondité est de 1,82 enfant par femme en 2014, pour une moyenne nationale de 1,98. La région se place ainsi parmi celles ayant les indices les plus faibles (15^e rang sur 17).

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité, égal à 6,0 ‰, est équivalent à la moyenne nationale, ce qui positionne la région au 6^e rang des régions françaises ayant un taux élevé et au 2^e rang en France métropolitaine.

Contexte social

► Des indicateurs de précarité économique souvent inférieurs à la moyenne nationale

Les taux d'allocataires pour plusieurs prestations sociales sont inférieurs à la moyenne nationale, mais proches de la moyenne métropolitaine. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 8,2 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région au 8^e rang des régions françaises. Le taux de bénéficiaires du RSA majoré, égal à 13,2 %, est proche de la moyenne nationale (13,0 %), mais supérieur au taux en France métropolitaine (12,1 %).

Avec un taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) de 2,9 %, légèrement inférieur à la moyenne française (3,1 %), la région se situe parmi celles qui ont un taux faible (13^e position sur 17 régions). Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), égal à 6,6 %, place la région en 10^e position au niveau national et est plus faible que dans l'ensemble de la France (7,5 %). La part de foyers fiscaux non imposés – 48,4 % en 2012 – est proche de la moyenne nationale (48,0 %). La comparaison avec le taux national doit être nuancée par la présence de nombreux frontaliers travaillant au Luxembourg, non soumis à l'impôt sur le revenu en France.

► Une fragilité professionnelle

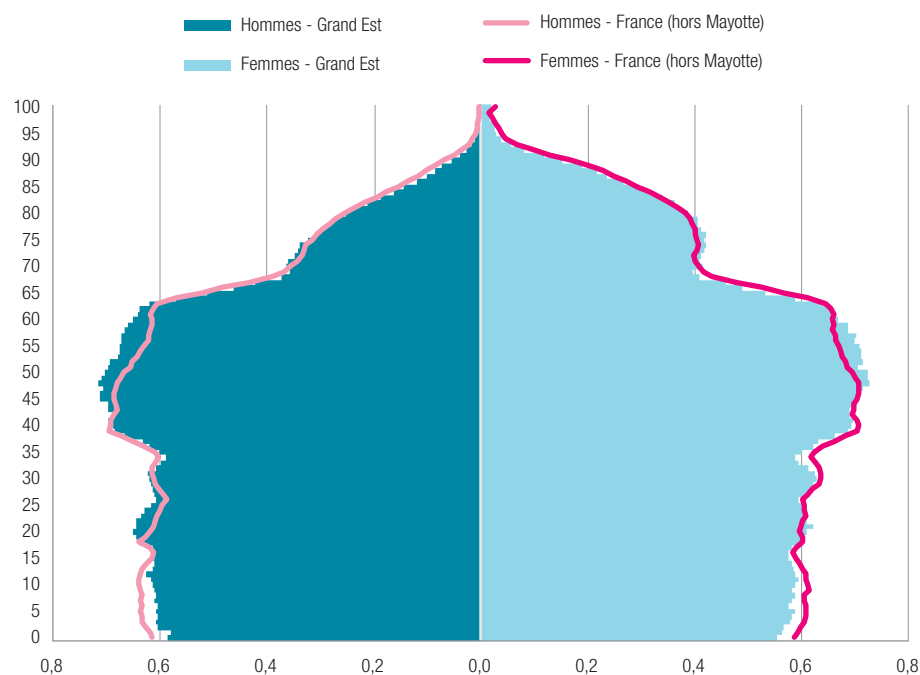
Le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)), égal à 10,1 % en 2014, dépasse légèrement la moyenne métropolitaine (9,9 %).

Le marché du travail est fragilisé par la part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées, qui est légèrement plus élevée que la moyenne nationale : 15,7 % contre 15,1 %.

La part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant lors du recensement n'être ni en emploi ni au chômage) est supérieure à la moyenne nationale : 10,0 % contre 9,5 %, situant la région à un rang intermédiaire (9^e).

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

En 2011-2013, on enregistre 49 230 décès annuels moyens dans la région Grand Est, dont 24 619 chez les hommes et 24 611 chez les femmes.

► Une espérance de vie à la naissance plus faible que dans le reste de la France

Au cours de la période 2011-2013, l'espérance de vie dans la région est égale à 78,0 ans pour les hommes, contre 78,6 ans en France et à 84,2 ans pour les femmes, contre 85,0 ans au niveau national.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie masculine a augmenté plus rapidement qu'en France métropolitaine (+ 8,4 ans contre + 7,6 ans), alors que l'espérance de vie féminine a augmenté au même rythme (+ 6,0 ans). Par conséquent, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes s'est réduit : il était de 8,6 années en 1982-1984 et il est, en 2011-2013, de 6,2 années. Au niveau métropolitain, les écarts sont de 8,1 années en 1982-1984 et de 6,4 années en 2011-2013.

► Une surmortalité, plus marquée pour les maladies de l'appareil circulatoire

La région présente des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi les plus élevés de France métropolitaine. Elle se situe au 12^e rang

des 13 régions, avec une surmortalité de 7,6 % par rapport au niveau métropolitain (942 décès pour 100 000 contre 876 en 2011-2013). La surmortalité régionale est plus importante chez les femmes (+ 9,3 %) que chez les hommes (+ 6,4 %) et elle est plus faible pour la mortalité prématurée avant 65 ans (+ 2,8 %).

La surmortalité par cancers est de 5,0 %, ce qui place la région en 11^e position sur 13 pour les deux sexes réunis (en 12^e position pour les femmes, avec une surmortalité de 5,4 % et en 10^e pour les hommes (+ 5,7 %)). Pour l'ensemble des deux sexes, le différentiel avec le niveau métropolitain diminue : il était de 7,5 % en 1982-1984 (graphique 2). Avant 65 ans, la mortalité prématurée par cancers n'est pas significativement différente du niveau métropolitain, alors qu'elle dépassait celui-ci de 9,5 % en 1982-1984.

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, les taux de mortalité par cancers les plus élevés sont observés dans l'est des Ardennes et autour de Saint-Dizier (carte 1). Les taux les plus faibles concernent Chaumont et ses environs, ainsi que le sud-est des Vosges et du Haut-Rhin.

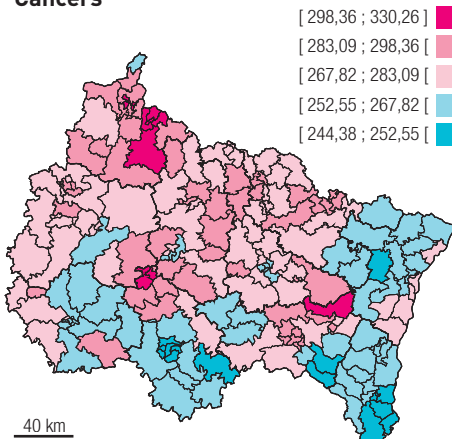
La surmortalité est plus marquée pour les maladies cardio-vasculaires : le différentiel avec le niveau métropolitain est de + 9,3 % en 2011-2013, les deux sexes confondus. Cela place la région au 11^e rang des régions métropolitaines pour les femmes et au 10^e rang pour les hommes. Toutefois, la surmortalité tous sexes confondus s'est réduite depuis trente ans (graphique 2). Elle

était égale à + 16,0 % en 1982-1984. La surmortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires (+ 8,4 % par rapport à la France pour les deux sexes en 2011-2013) est plus faible que pour tous les âges confondus, mais elle est plus élevée chez les femmes (+ 15,2 %).

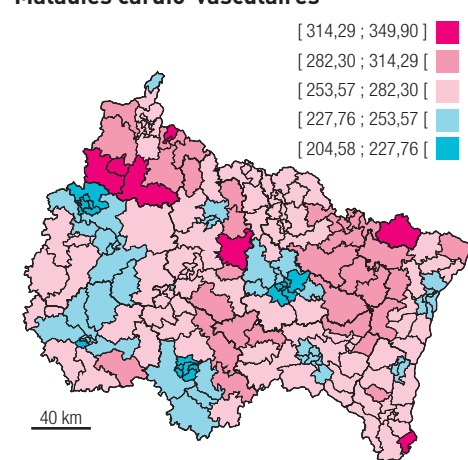
Au niveau des cantons, au cours de la période 2006-2013, la mortalité par maladies cardio-vasculaires est particulièrement élevée dans le sud des Ardennes, ainsi que dans l'est de la Moselle et l'ouest du Bas-Rhin (carte 2). Les niveaux de mortalité les plus bas sont observés dans les zones urbaines, particulièrement celles de Nancy, de Reims et de Chaumont.

CARTES 1 ET 2 Taux standardisés* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires

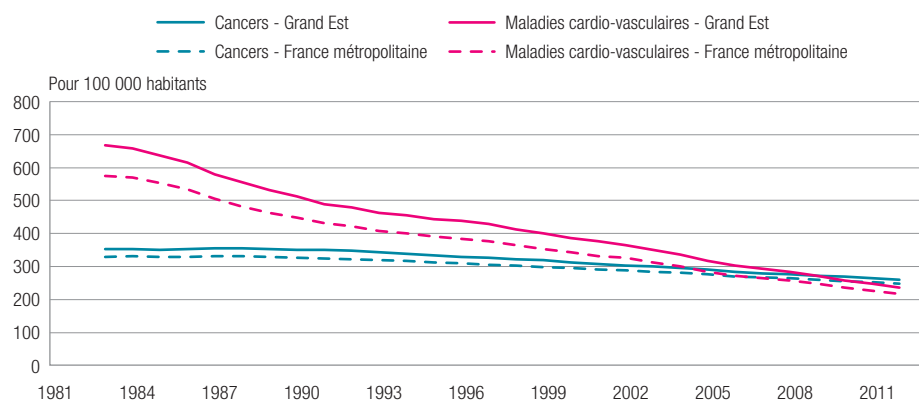


* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

Grand Est (suite)

Alcool et tabac : des déterminants forts

► Une mortalité proche de la moyenne nationale pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, la région Grand Est compte près de 1 700 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important, dont 1 295 pour les hommes et 404 pour les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont diminué de 26,2 %, soit un rythme proche de la baisse nationale (- 25,8 %). Malgré une évolution plus favorable pour les hommes (- 30,7 %) que pour les femmes (- 14,0 %), la mortalité masculine reste près de 4 fois supérieure à la mortalité féminine.

Les deux sexes confondus, la diminution est plus importante pour les cancers des VADS (- 28,3 %) et les cirrhoses du foie (- 26,8 %) que pour les psychoses alcooliques (- 17,4 %).

Quelle que soit la pathologie, la mortalité dans la région Grand Est n'est pas significativement différente de la moyenne nationale, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. La région se situe au 11^e rang sur 17 pour la mortalité des

trois pathologies regroupées, ainsi que pour la mortalité par cancers des VADS et par cirrhoses du foie. Elle occupe la 7^e position en ce qui concerne les psychoses alcooliques.

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, la mortalité pour l'ensemble de ces trois pathologies est particulièrement élevée dans le nord des Ardennes, ainsi qu'à Verdun et Épernay, alors qu'elle est beaucoup plus faible dans le nord du Bas-Rhin, le sud du Haut-Rhin, le nord-ouest de la Meuse et à Longwy (carte 3).

► Une mortalité très élevée concernant les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, 8 174 décès sont dénombrés chaque année en moyenne dans la région Grand Est, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers de ces décès concernent les hommes et un tiers les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 22,6 % dans la région, soit un peu plus que dans l'ensemble de la France (- 20,9 %). Au niveau régional, la baisse est plus marquée chez les hommes (- 24,9 %) que chez les femmes (- 19,9 %). Cette baisse est également plus forte chez les hommes de la région qu'au

niveau national (- 22,3 %). Comme dans le reste de la France, la diminution de la mortalité par cardiopathies ischémiques (- 39,4 % dans la région pour les deux sexes réunis) est plus importante qu'en ce qui concerne la BPCO (- 8,4 %) ou le cancer du poumon (- 5,7 %). Pour cette dernière pathologie, la mortalité augmente de 30,9 % chez les femmes, alors qu'elle baisse de 15,2 % chez les hommes, valeurs supérieures aux évolutions nationales. Malgré ces évolutions, la mortalité masculine reste près de 4 fois supérieure à la mortalité féminine.

En 2011-2013, la région Grand Est occupe la 2^e place des régions françaises pour sa mortalité en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. La surmortalité est égale à 16,9 % par rapport au niveau national pour l'ensemble de ces trois pathologies et elle atteint 40,6 % pour la BPCO. Cette dernière pathologie serait dépistée de façon plus systématique qu'ailleurs par des médecins mieux sensibilisés dans les anciens bassins miniers.

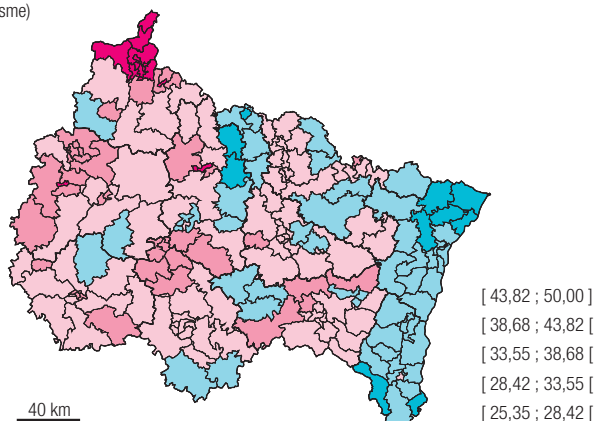
Au niveau infrarégional, en 2006-2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont moins élevés dans le sud de la région, particulièrement dans la Marne, l'Aube, le sud de la Haute-Marne, le centre des Vosges et autour de Nancy (carte 4). Ils le sont beaucoup plus dans le nord de la région, particulièrement dans le nord-est des Ardennes, le nord de la Meurthe-et-Moselle, dans le bassin houiller et autour de Saint-Dizier.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

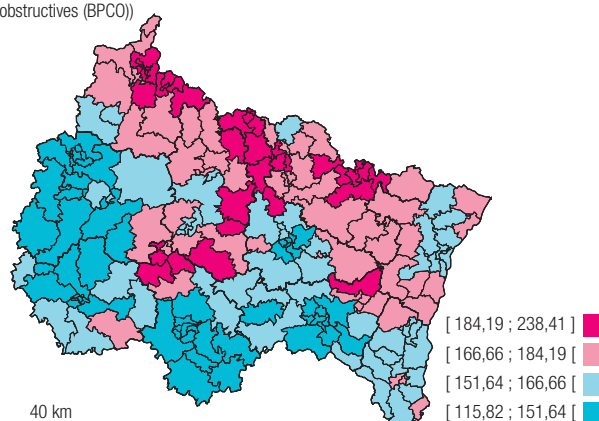
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé d'Alsace, Observatoire régional de la santé et des affaires sociales de Lorraine

Cancers du poumon et du sein

Au cours de la période 2006-2013, le cancer, avec en moyenne 14 233 décès par an, est la première cause de mortalité dans la région (29,6 % de la totalité des décès) devant les maladies de l'appareil circulatoire. Le taux standardisé de mortalité par cancers est de 283 décès pour 100 000 habitants, soit 7 % de plus qu'au niveau national.

► Une forte mortalité masculine par cancers du poumon

Les pathologies pour lesquelles le tabac est un facteur de risque entraînent une mortalité très élevée dans la région. Les cancers du poumon, qui touchent particulièrement les hommes, représentent 35,6 % de ces décès. Ils constituent la première cause de décès par cancers chez les hommes, avec 2 185 décès par an en moyenne entre 2006 et 2013, ce qui représente 100 décès pour 100 000 hommes, soit 14 % de plus qu'au niveau national.

Dans la région, la mortalité par cancers du poumon est particulièrement élevée au nord-est des Ardennes, et dans les bassins de Briey et de Longwy (carte 5). Elle est plus faible au sud-est de la Haute-Marne, des Vosges et du Haut-Rhin et à l'ouest du Bas-Rhin.

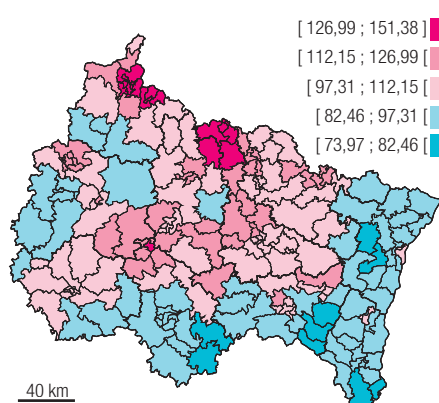
Entre les périodes 1982-1989 et 2006-2013, cette mortalité a diminué plus fortement dans la région Grand Est (- 22 %) que dans l'ensemble de la France métropolitaine (- 12 %). Ainsi, la surmortalité est passée de 29 % à 14 %. Chez les femmes, la mortalité est quatre fois plus faible (24 pour 100 000), mais elle a augmenté de 127 %.

Le tabac est le principal facteur de risque du cancer du poumon. Les enquêtes Baromètre santé 2005 et 2010 montraient que, par rapport à la France, la prévalence de l'usage quotidien de tabac était plus importante en Lorraine et plus faible en Alsace pour les deux sexes. En 2014, la région Grand Est présente la prévalence de tabagisme quotidien la plus élevée de Métropole (cf. fiche consommation de tabac). Certaines expositions professionnelles favorisent également le développement de ce cancer. Il s'agit en particulier du travail dans les mines de fer, comme c'était le cas dans le bassin de Briey et de Longwy jusqu'en 1995, et dans l'industrie sidérurgique, qui était surtout présente dans le nord de la Meurthe-et-Moselle et dans l'ouest de la Moselle. L'exposition au radon, à l'amiante et aux

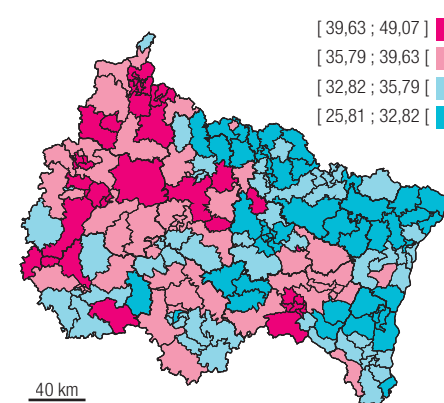
CARTES 5 ET 6

Taux standardisés* de mortalité en 2006-2013 par cantons

Cancers du poumon chez les hommes



Cancers du sein chez les femmes



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

polluants atmosphériques fait également partie des facteurs de risque connus. Leurs concentrations ne semblent toutefois pas plus élevées dans les territoires concernés par des taux de mortalité par cancers du poumon plus importants.

Il est difficile d'établir un lien entre la prévalence du cancer et les facteurs de risque présents sur un territoire, dans la mesure où le déclenchement de la maladie est souvent multifactoriel et où elle apparaît après plusieurs décennies d'exposition.

► Une mortalité féminine par cancers du sein proche du niveau national

Les cancers du sein représentent la première cause de décès par cancers chez les femmes avec 998 décès par an en moyenne au cours de la période 1998-2013, soit 35 décès pour 100 000 femmes, comme dans l'ensemble de la France.

La mortalité est particulièrement élevée dans l'ouest de la région, de Romilly-sur-Seine à Charleville-Mézières, ainsi qu'à Épinal et ses alentours (carte 6). Elle est plus faible dans le nord-est de la région, de Longwy à Strasbourg, à Nancy et Colmar et leurs alentours ainsi que dans l'ouest des Vosges.

Entre les périodes 1982-1989 et 2006-2013, la mortalité a diminué presque aussi fortement dans la région (- 14 %) que dans l'ensemble de la France métropolitaine (- 15 %).

Les principaux facteurs de risque du cancer du sein sont les antécédents familiaux et les prédispositions génétiques, la consommation de tabac ou d'alcool et le surpoids et l'obésité. L'étude sur la cohorte E3N (Étude épidémiologique auprès de femmes de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN)), menée par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), montre également une augmentation du risque de cancer du sein due aux traitements hormonaux de la ménopause, au sous-poids à la puberté, à l'âge précoce des règles et à la ménopause tardive. Une première grossesse menée à terme à un âge jeune, en revanche, diminue le risque de développer ce cancer.

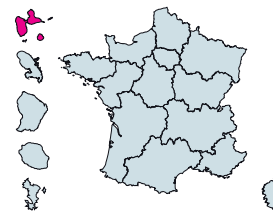
La plupart de ces facteurs de risque sont difficiles à mesurer dans la population générale et leur rôle dans le déclenchement du cancer du sein est également difficile à identifier dans la mesure où les expositions peuvent être multiples. D'après le Baromètre santé 2014, la prévalence de la consommation quotidienne d'alcool dans la région (10,5 %) est similaire à celle observée au niveau de la France métropolitaine (10 %). Par ailleurs, selon l'étude ObEpi 2012, la prévalence de l'obésité déclarée était plus élevée en Alsace, en Champagne-Ardenne et en Lorraine que dans l'ensemble de la France. ■

Codes retenus (CIM10)

Cancers de la trachée, des bronches et du poumon : C33-C34.

Cancers du sein : C50.

Guadeloupe



Contexte démographique

Avec plus de 402 000 habitants lors du recensement de 2013, la Guadeloupe est l'une des régions les moins peuplées de France (14^e rang sur 17). Néanmoins, sa densité de 246,9 habitants au km², plus de deux fois supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 4^e rang des régions françaises ayant une densité élevée.

La population de la Guadeloupe a une structure par âge qui se distingue fortement de celle de la France. La population est marquée par une nette surreprésentation des moins de 20 ans et des 35-60 ans, en particulier chez les femmes et une sous-représentation des 20 à 35 ans et des 60 ans ou plus (graphique 1).

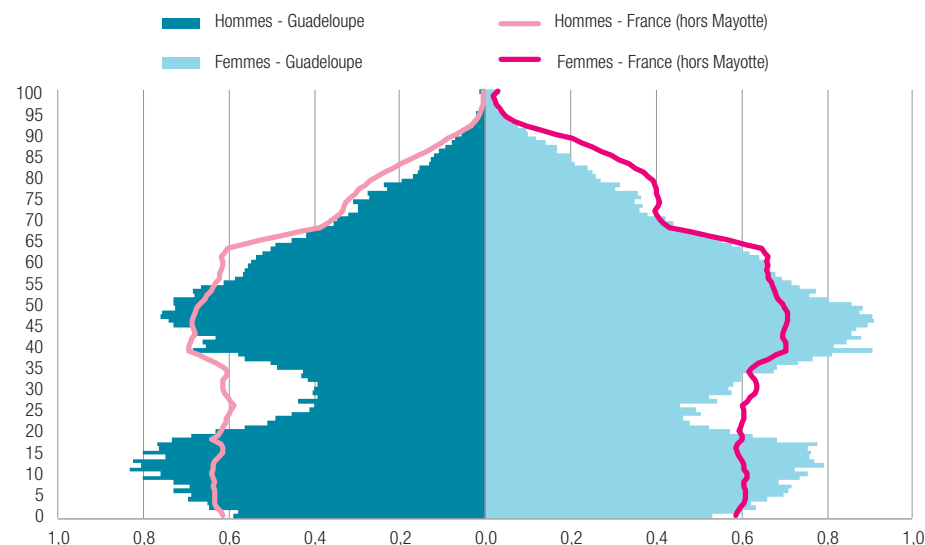
L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est parmi les plus faibles de France : il est de 54,7, pour une moyenne nationale de 72,2, situant la Guadeloupe au 14^e rang avant l'Île-de-France, La Réunion et la Guyane.

► Une croissance démographique en stagnation

Malgré un solde naturel de + 0,6 % par an en moyenne qui figure parmi les plus élevés (4^e rang), la Guadeloupe présente une croissance démographique nulle entre 2008 et 2013. Celle-ci est due à un solde migratoire négatif : - 0,6 % par an.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Au cours de la période 2008-2013, la population des moins de 20 ans diminue de 1,7 % par an en moyenne, cette diminution de la population jeune est l'une des plus importantes après celle de la Martinique. Dans le même temps, la population des 75 ans ou plus s'est accrue de 3,4 % par an, soit le 3^e taux d'accroissement le plus élevé de France. Ces taux d'accroissement se distinguent nettement des valeurs nationales : + 0,1 % pour les moins de 20 ans et + 1,8 % pour les 75 ans ou plus.

► Une fécondité parmi les plus élevées, notamment chez les jeunes

L'indice conjoncturel de fécondité est de 2,06 enfants par femme en 2014, pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région parmi celles qui ont des taux élevés (3^e rang sur 17).

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité est de 12,4 ‰ ; il est deux fois supérieur à la moyenne nationale (6,0 ‰) et figure parmi les taux les plus élevés (4^e rang). La Guadeloupe présente néanmoins le taux le plus faible des régions d'outre-mer.

Contexte social

À l'image des autres régions d'outre-mer, la Guadeloupe compte des taux d'allocataires de prestations sociales parmi les plus élevés observés au niveau national. Les allocataires du

revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 28,6 % des ménages pour un taux national de 8,6 %. Parmi les familles monoparentales, le taux d'allocataires du RSA majoré est de 19,0 % (13,0 % au niveau national). Pour chacune de ces prestations, la Guadeloupe se place au 3^e rang des régions françaises ayant des taux élevés, derrière la Guyane et La Réunion. Le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est de 3,9 %, un taux supérieur à la moyenne nationale (3,1 %), plaçant la Guadeloupe au 2^e rang entre la Corse et l'Occitanie.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est très élevé : 26,1 %, pour une moyenne nationale de 7,5 %. Avec ce taux élevé, la Guadeloupe se place au 3^e rang des régions françaises, derrière La Réunion et la Guyane.

► Une part importante de foyers fiscaux non imposés

La part de foyers fiscaux non imposés – 72,4 % en 2012 – est nettement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %). La Guadeloupe se place au 3^e rang des régions ayant une part de foyers fiscaux non imposés élevée, après La Réunion et la Guyane.

► Une fragilité professionnelle

Une des caractéristiques sociales de la Guadeloupe concerne également la fragilité professionnelle de la population : le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est le 2^e taux le plus élevé en France, après La Réunion. Il concerne 23,7 % des actifs contre 9,9 % au niveau métropolitain.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant lors du recensement n'être ni en emploi ni au chômage, est supérieure à la moyenne nationale : 14,0 % contre 9,5 %, situant la Guadeloupe au 4^e rang des régions françaises ayant une part élevée après la Guyane, La Réunion et la Corse.

La part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées, est également supérieure à la moyenne nationale : 22,0 % contre 15,1 %. Elle est l'une des plus faibles des régions ultramarines, mais reste élevée comparée aux autres régions françaises (4^e rang).

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 2 900 décès annuels moyens sont enregistrés en Guadeloupe en 2011-2013 : 1 555 chez les hommes et 1 337 chez les femmes.

► 76,7 années d'espérance de vie pour les hommes et 84,4 années pour les femmes

L'espérance de vie est inférieure à celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes, pour lesquels l'écart à la valeur nationale est le plus marqué, et 85,0 années pour les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les gains d'espérance de vie ont été similaires entre les hommes et les femmes : + 1,5 an. Ce gain est moindre que celui observé au niveau national : + 2,8 années chez les hommes et + 2,0 années chez les femmes.

En Guadeloupe, l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est resté stable entre 2001-2003 et 2011-2013, avec 7,7 années de différence. Cet écart est plus important que ceux observés au niveau national : 7,3 années en 2001-2003 et 6,4 années en 2011-2013.

► Une mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires élevée

La Guadeloupe présente des taux standardisés de mortalité toutes causes qui ne se distinguent pas significativement de la valeur nationale en 2011-2013. Elle se situe au 8^e rang des 17 régions pour les hommes et au 10^e rang pour les femmes. Néanmoins, elle présente une mortalité prématurée (décès avant 65 ans) élevée et occupe le 3^e rang, aussi bien pour les hommes que pour les

femmes. Elle se place ainsi derrière les Hauts-de-France et la Guyane.

La sous-mortalité est très nette pour les cancers : le différentiel avec le niveau national est de - 20,0 % en 2011-2013, les deux sexes confondus, plaçant la Guadeloupe au 2^e rang des régions françaises. Ce différentiel est resté stable durant les dix dernières années : - 19,8 % en 2001-2003 (graphique 2). La sous-mortalité prématurée par cancers des hommes est légèrement plus marquée que celle observée tous âges confondus : - 28,9 % contre - 21,0 %. Pour les femmes, la situation est inverse, elle est de l'ordre de - 17,6 % tous âges confondus pour - 14,3 % chez les moins de 65 ans.

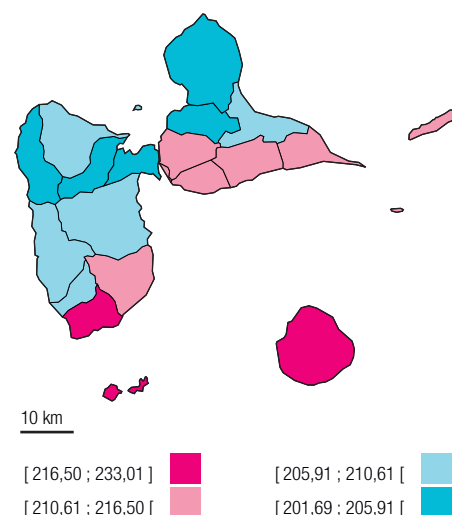
La mortalité par maladies cardio-vasculaires est comparable à celle observée au niveau national. Le différentiel avec le niveau national déjà faible en 2001-2003 (- 2,6 %) s'est réduit et est quasi nul en 2011-2013 (- 0,5 %). Entre 2001-2003 et 2011-2013, la baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire est proche de celle observée en France : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 31,0 % en Guadeloupe pour - 32,5 % au niveau national (graphique 2). La baisse a été plus importante chez les femmes (- 36,1 %) que chez les hommes (- 25,1 %). La situation est moins favorable pour la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires pour laquelle la Guadeloupe présente un taux supérieur à la moyenne nationale. Elle se place au 14^e rang des régions françaises. Cette surmortalité est davantage marquée chez les femmes pour lesquelles le différentiel avec le niveau national est de + 60,2 %, pour + 37,4 % chez les hommes.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, on observe une mortalité plus élevée par cancers à Marie-Galante, Les Saintes, dans les cantons

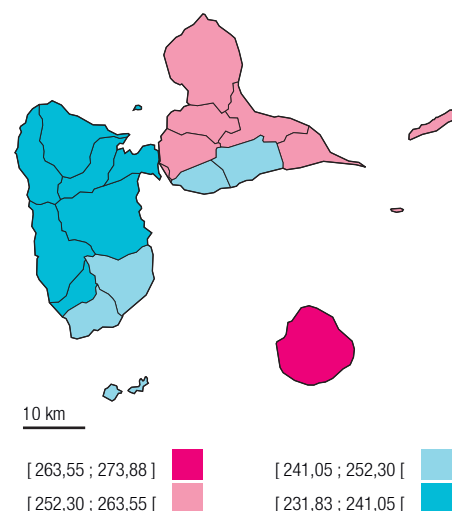
de la pointe sud de Basse-Terre et dans la moitié sud de Grande-Terre. Une mortalité plus faible est observée sur la moitié nord de Basse-Terre et Grande-Terre (carte 1). Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, on observe des taux de mortalité plus bas à Basse-Terre, alors que les cantons du nord et de l'est de Grande-Terre et Marie-Galante présentent des taux plus élevés (carte 2).

CARTES 1 ET 2 Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

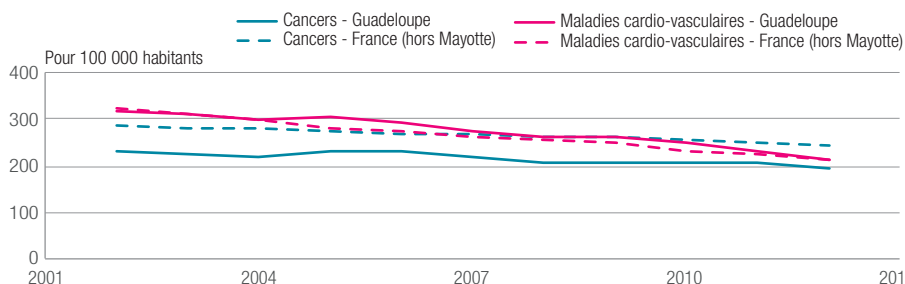
Cancers



Maladies cardio-vasculaires



GRAPHIQUE 2 Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 2001-2003 et 2011-2013



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Source • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Guadeloupe (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Un recul de la mortalité plus important qu'au niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, en Guadeloupe, on dénombre près de 110 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important : 88 concernent des hommes et 20 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont reculé de 33,0 % en Guadeloupe, alors que ce recul était de 25,8 % au niveau national. La baisse est observée pour les hommes

(- 29,4 %), mais elle n'est pas significative pour les femmes. Une baisse de la mortalité est également relevée pour les cirrhoses du foie, les deux sexes confondus, alors que la mortalité par cancers des VADS et celle par psychoses alcooliques ou alcoolisme sont restées stables.

En 2011-2013, en Guadeloupe, la mortalité pour ces pathologies ne se distingue pas de la moyenne nationale, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Le constat est similaire pour les décès par cancers des VADS et par cirrhoses du foie. La situation est moins favorable pour les décès par psychoses alcooliques et alcoolisme : avec un différentiel de 81,1 %, le taux standardisé de mortalité est l'un des plus élevés, plaçant la Guadeloupe au 16^e rang des régions françaises, avant La Réunion.

Entre 2006 et 2013, une mortalité élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée à Marie-Galante, Les Saintes et sur le littoral ouest de Basse-Terre. Les cantons de

Grande-Terre se caractérisent par des taux de mortalité plus bas pour ces pathologies (carte 3).

► Une sous-mortalité en regard de la moyenne nationale pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, 165 décès annuels moyens sont dénombrés en Guadeloupe, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important : 98 concernent les hommes et 67 les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 22,1 % en Guadeloupe, comme au niveau de la France (-20,9 %). À la même période, les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon et par cardiopathies ischémiques ont enregistré des baisses non significatives. La mortalité par BPCO, tous sexes confondus, est restée stable.

En Guadeloupe, en 2011-2013, une sous-mortalité par rapport au niveau national (- 63,1 %) est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. Celle-ci est retrouvée pour chacune des principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque et pour chacun des sexes. La région se place à un niveau favorable parmi les 17 régions : 2^e rang pour la mortalité par BPCO et 3^e rang pour la mortalité par cardiopathies ischémiques. Pour la mortalité par cancers du poumon, elle présente le taux le plus faible des régions françaises.

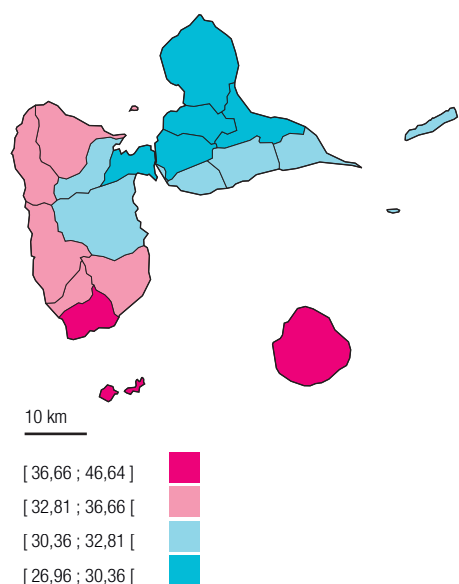
En 2006-2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont moins élevés sur une large partie est de Basse-Terre, Les Saintes et Marie-Galante. Les cantons de Grande-Terre et La Désirade présentent des taux de mortalité plus élevés (carte 4).

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

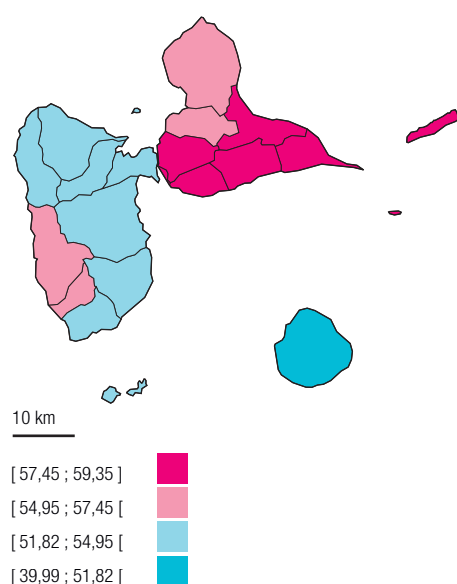
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de Guadeloupe

Surpoids et obésité

► L'enquête Kannari

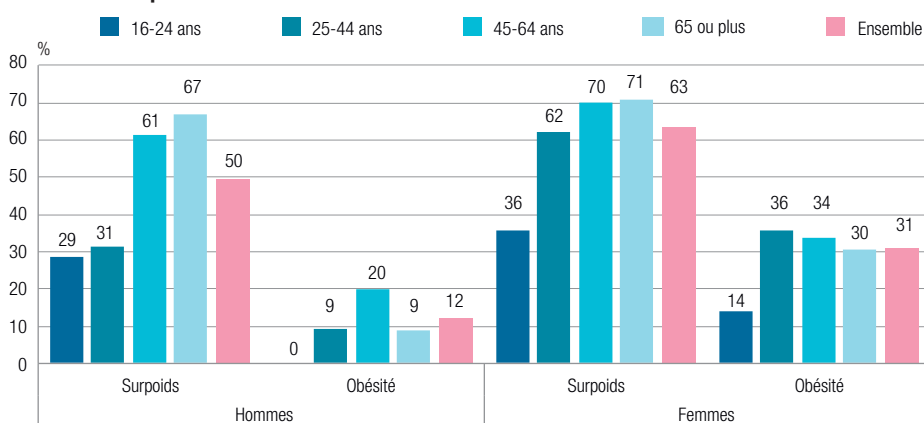
L'enquête Kannari est une enquête réalisée en 2013 dans le cadre d'un partenariat entre l'InVS (Institut de veille sanitaire), l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire, de l'alimentation de l'environnement et du travail), les ARS (agences régionales de santé) et les ORS (observatoires régionaux de santé) de Guadeloupe et de Martinique et l'INSEE. Elle a été conduite en population générale, auprès de deux échantillons de personnes âgées de 3 ans ou plus résidant respectivement en Guadeloupe et en Martinique. L'un des objectifs est de décrire les évolutions de l'état de santé des populations martiniquaises et guadeloupéennes en termes de surpoids, obésité et autres maladies d'intérêt telles que l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie et l'asthme.

► Un Guadeloupéen sur deux est en surpoids, un sur quatre est obèse

Le surpoids et l'obésité demeurent très élevés dans la région. L'enquête Kannari a concerné en Guadeloupe, 805 personnes âgées de 16 ans ou plus. Ces dernières ont été interrogées, pesées et mesurées à leur domicile. L'enquête Kannari permet de décrire l'excès de masse grasse au sein de la population guadeloupéenne adulte de 16 ans à l'aide de deux indicateurs : la prévalence du surpoids et de l'obésité mesurée grâce à l'indice de masse corporelle (IMC) et l'obésité abdominale mesurée avec le tour de taille [1, 2].

GRAPHIQUE 3

Prévalence du surpoids et de l'obésité selon l'âge et le sexe chez les adultes âgés de 16 ans ou plus



Champ • Guadeloupe, population âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête Kannari 2013 (InVS, ANSES, ARS et ORS Guadeloupe et Martinique, INSEE) ; exploitation ORS Guadeloupe.

La prévalence du surpoids s'établit à 57 % et celle de l'obésité à 23 % parmi les Guadeloupéens âgés de 16 ans ou plus.

La prévalence du surpoids varie selon le sexe, l'âge et le niveau de diplôme. Les femmes sont plus touchées que les hommes (63 % contre 50 %), l'écart observé est dû au fait qu'elles sont plus fréquemment obèses (31 % des femmes et 12 % des hommes). Par ailleurs, plus l'âge augmente, plus la prévalence du surpoids et de l'obésité augmente. Un niveau de diplôme peu élevé est associé à une probabilité de surpoids plus grande.

► L'obésité abdominale concerne six adultes sur dix

En Guadeloupe, l'obésité abdominale (selon la norme IDF (*International Diabetes Federation*), cf. l'encadré Références) concerne six adultes sur dix. Sa prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (79 % contre 37 %) et augmente avec l'âge.

Quel que soit le critère de mesure de l'excès de masse grasse, l'analyse a montré une forte augmentation du surpoids et de l'obésité abdominale à partir de 25 ans chez les femmes. Chez les hommes, l'augmentation est plus tardive et se produit vers 45 ans.

Près de la moitié des Guadeloupéens sont exposés à un risque accru de diabète de type 2 et de maladies cardio-vasculaires, car ils sont en situation à la fois de surpoids et d'obésité abdominale. Les femmes cumulent plus souvent que les hommes ces deux facteurs de risque. Un habitant de la Guadeloupe sur dix a une corpulence

normale, mais présente une obésité abdominale, et de ce fait, un risque accru de développer un diabète ou une maladie cardio-vasculaire.

► Évolution depuis 2005

L'enquête Calbas [3], bien que non directement comparable car limitée à la population du sud de la Basse-Terre, rapportait qu'en 2005, 40 % de cette population était en surpoids. Des constats similaires étaient posés : un écart femmes-hommes marqué (47 % de femmes en surpoids dont 21 % en obésité et 34 % d'hommes en surpoids dont 10 % en obésité) et une augmentation du surpoids avec l'âge (principalement chez les plus de 40 ans).

L'enquête Kannari, réalisée également en Martinique, indique des prévalences de surpoids similaires à celles de la Guadeloupe pour les femmes, mais une obésité supérieure chez les hommes résidant en Martinique (cf. fiche Martinique).

Pour lutter plus efficacement contre le surpoids et l'obésité, outre la prévention orientée vers l'alimentation et l'activité physique, des réflexions sont engagées sur le rôle de la perception que les Guadeloupéens ont de leur corpulence et sur la place du diagnostic posé par les professionnels de santé sur l'excès de masse de leur patientèle. ■

Références

IMC : Indice de masse corporelle ; il se calcule par le poids (en kg) divisé par la taille (en m) au carré.

Surpoids : IMC \geq 25,0 kg/m² (norme OMS).

Obésité : IMC \geq 30,0 kg/m² (norme OMS).

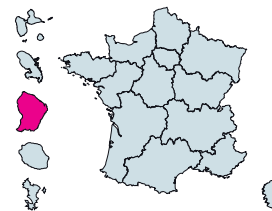
Obésité abdominale : tour de taille supérieur à 94 cm chez l'homme et 80 cm chez la femme (norme IDF (*International Diabetes Federation*)).

[1] ORSaG, 2016. Surcharge pondérale et obésité abdominale en Guadeloupe en 2013. Kannari, Santé, nutrition et exposition au chlordécone aux Antilles. 24 p, en ligne www.orsag.fr/cat/travaux-orsag/pathologies/surpoids-obsite.html, consulté le 12 septembre 2016.

[2] Yacou C., Cornely V., Neller N., Pitot S., Joubert C., Bateau A., Colard M., Padra I., Pluton J., Merle S., 2015, Surcharge pondérale chez les adultes de 16 ans ou plus en Guadeloupe et Martinique. Enquête Kannari 2013-2014, 4^{es} journées interrégionales de veille sanitaire des Antilles-Guyane, session 2B, novembre.

[3] Cornely V., Théodore M., 2007, Hygiène de vie et habitudes alimentaires dans une région de la Guadeloupe : le Sud Basse-Terre en 2005 – Surcharge pondérale, activité physique et habitudes alimentaires. Observatoire régional de la santé de Guadeloupe, 24 p.

Guyane



Contexte démographique

Avec plus de 244 000 habitants lors du recensement de 2013, la Guyane est la région française la moins peuplée. Sa densité de 2,9 habitants au km² pour 103,6 habitants/km² au niveau national est également la plus faible. Néanmoins, cette valeur faible masque une forte disparité spatiale : une majorité de la population est concentrée sur le littoral.

La population de la Guyane est beaucoup plus jeune que celle de la France. Les classes d'âges en deçà de 20 ans sont très largement supérieures à la moyenne nationale (graphique 1). Cette surreprésentation se poursuit dans une moindre mesure jusqu'à 40 ans. À partir de 40 ans, la population de l'ensemble des classes d'âges est inférieure à ce qui est observé au niveau national et décroît fortement ensuite.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le plus faible observé en France : il est de 10,5, pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une forte croissance démographique

La Guyane est la région française qui a la plus forte croissance démographique : + 2,2 % par an en moyenne au cours de la période

2008-2013, pour une moyenne nationale de + 0,5 %. Cette croissance démographique est due à un solde naturel très élevé : + 2,4 % par an, soit six fois plus qu'au niveau national (+ 0,4 %). Le solde migratoire est négatif (- 0,2 %) mais reste faible.

Entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté de 1,6 % par an en moyenne. Cette augmentation est la plus importante des régions françaises et se distingue des autres régions d'outre-mer, qui présentent un accroissement négatif. Le taux d'accroissement de la population des 75 ans ou plus est supérieur au niveau national : + 3,2 % par an contre + 1,8 %, mais demeure le plus faible des régions d'outre-mer.

► Une fécondité très élevée notamment chez les jeunes

L'indice conjoncturel de fécondité en Guyane est de 3,60 enfants par femme en 2014, pour une moyenne nationale de 1,98 ; il est le plus élevé des régions françaises.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité, de 50,0 ‰, est très largement supérieur à la moyenne nationale (6,0 ‰). La Guyane se place au 1^{er} rang des régions françaises et présente un taux deux fois supérieur à La Réunion qui se situe au 2^e rang.

Contexte social

À l'instar des autres régions ultramarines, la Guyane présente des taux d'allocataires de prestations sociales parmi les plus élevés observés au niveau national (excepté pour l'allocation aux adultes handicapés (AAH)). Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 32,9 % des ménages (8,6 % au niveau national), plaçant la région au 2^e rang après La Réunion. Avec un taux d'allocataires du RSA majoré de 37,0 % parmi les familles monoparentales (13,0 % au niveau national), la Guyane présente le taux le plus élevé de France. Le taux d'allocataires de l'AAH est de 1,6 %, soit deux fois inférieur à la moyenne nationale (3,1 %), plaçant la région au 17^e et dernier rang.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est très élevé : 35,9 % pour une moyenne nationale de 7,5 %. Avec ce taux, la Guyane se place au 2^e rang des régions françaises, après La Réunion et avant la Guadeloupe.

► Une part importante de foyers fiscaux non imposés

La part de foyers fiscaux non imposés – 72,8 % en 2012 – est nettement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %). La Guyane se situe au 2^e rang des régions ayant une part de foyers fiscaux non imposés élevée, après La Réunion.

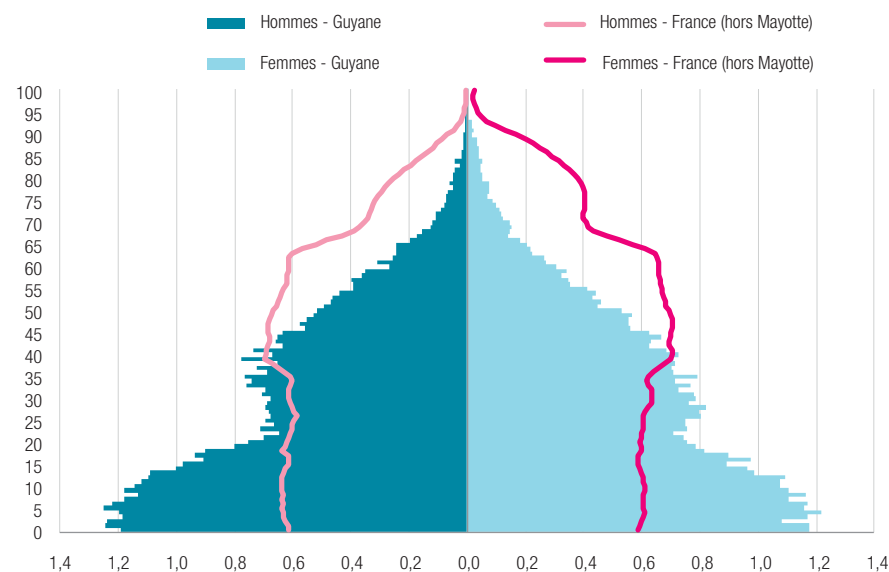
► Une fragilité professionnelle

Une des caractéristiques sociales de la Guyane se situe également au niveau de la fragilité professionnelle de la population. Le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est le 3^e taux le plus élevé en France : il concerne 22,3 % des actifs contre 9,9 % au niveau métropolitain.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage, est nettement supérieure à la moyenne nationale : 25,7 % contre 9,5 %. La part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est de 51,9 %, soit plus de trois fois supérieure à la moyenne nationale (15,1 %). La Guyane se distingue très nettement des autres régions d'outre-mer et occupe le 1^{er} rang des régions présentant des parts élevées d'inactifs et de personnes de 25-34 ans peu ou pas diplômées.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Plus de 750 décès annuels moyens sont enregistrés en Guyane en 2011-2013 : 451 chez les hommes et 303 chez les femmes.

► Une espérance de vie de 76,3 années pour les hommes et de 82,8 années pour les femmes

L'espérance de vie en Guyane est inférieure à celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, elle a gagné 2,6 années chez les hommes et 1,6 année chez les femmes. Ce gain est moindre que celui observé au niveau national : + 2,8 années chez les hommes et + 2,0 années chez les femmes.

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes s'est réduit : de 7,5 années en 2001-2003, il est passé à 6,5 années en 2011-2013. Ces écarts sont proches de ceux observés au niveau national : 7,3 années en 2001-2003 et 6,4 années en 2011-2013.

► Une mortalité par maladies cardio-vasculaires en diminution, notamment chez les moins de 65 ans

En Guyane, le taux standardisé de mortalité toutes causes ne se distingue pas significativement du taux national, situant la région au 11^e rang des régions ayant un taux élevé pour les hommes et au 16^e rang pour les femmes,

en 2011-2013. En revanche, la Guyane présente une surmortalité prématurée (décès avant 65 ans) et occupe le 2^e rang juste après les Hauts-de-France.

La sous-mortalité est très marquée pour les cancers : le différentiel avec le niveau national est de - 23,9 % en 2011-2013, les deux sexes confondus, plaçant la Guyane au 1^{er} rang des régions avec la mortalité par cancers la plus faible. Ce différentiel a diminué au cours des dix dernières années : il était de - 29,5 % en 2001-2003 (graphique 2). La Guyane présente le taux de mortalité prématurée par cancers le plus faible observé en France. La sous-mortalité prématurée par cancers est plus marquée chez les hommes que chez les femmes : - 45,3 % contre - 34,4 %. Durant les dix dernières années, le différentiel avec le niveau national s'est creusé au bénéfice de la Guyane, notamment pour les femmes : - 13,6 % en 2001-2003 pour - 34,4 % en 2011-2013. Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, la Guyane ne se distingue pas de la valeur nationale, que ce soit pour la mortalité tous âges confondus ou pour la mortalité prématurée.

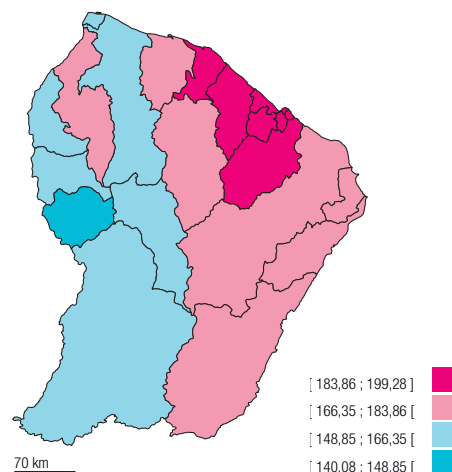
Entre 2001-2003 et 2011-2013, en Guyane, la baisse de la mortalité a été plus marquée pour les maladies cardio-vasculaires pour les deux sexes confondus : - 28,2 % (graphique 2). Ce recul a été plus important chez les moins de 65 ans où le taux standardisé de mortalité tous sexes confondus a diminué de 45,1 %, alors qu'il a diminué de 28,5 % au niveau national. Le différentiel avec le niveau national, élevé en

2001-2003 (+ 88,2 %), s'est réduit de moitié en 2011-2013 (+ 43,8 %).

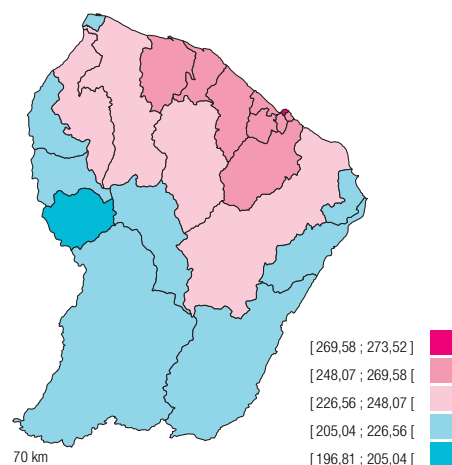
Au niveau infrarégional, en 2006-2013, on observe une mortalité plus élevée par cancers sur la partie est de la région, notamment sur les communes du littoral (carte 2). La mortalité par maladies cardio-vasculaires est plus faible dans la partie sud de la région ; elle est plus élevée dans les communes du littoral, notamment à Cayenne.

CARTES 1 ET 2
Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers

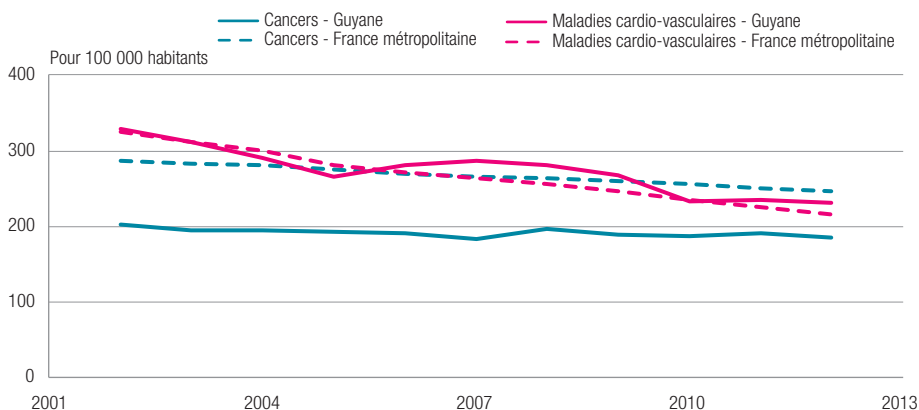


Maladies cardio-vasculaires



GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Guyane (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une mortalité similaire à celle du niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, près de 30 décès annuels moyens sont dénombrés en Guyane pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme). La faiblesse des effectifs ne permet pas d'analyser la mortalité selon le sexe.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces décès est resté stable, de même que pour

la mortalité par cirrhoses du foie. Pour les mortalités par cancers des VADS et par psychoses alcooliques ou alcoolisme, les faibles effectifs ne permettent pas d'apprécier les évolutions.

En Guyane, la mortalité pour ces pathologies est similaire à celle observée au niveau national en 2011-2013. Le constat est similaire pour les décès par cancers des VADS, par cirrhoses du foie, par psychoses alcooliques ou alcoolisme. La faiblesse des effectifs ne permet pas d'analyser la mortalité selon le sexe.

En 2006-2013, une mortalité plus faible pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée sur la moitié nord de la région, notamment pour quelques communes à l'est et pour les communes autour de Cayenne (carte 3). En raison des faibles effectifs, la carte est à interpréter avec précaution.

► Une sous-mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, près de 50 décès annuels moyens sont dénombrés en Guyane, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important : 34 concernent les hommes et 14 les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies sont restés stables (baisse non significative) en Guyane, alors qu'un recul de 20,9 % est observé au niveau de la France.

À la même période, les taux standardisés de mortalité pour chacune des causes étudiées sont restés stables, mais comme précédemment ces évolutions sont à interpréter avec prudence.

En 2011-2013, la Guyane enregistre une sous-mortalité par rapport au niveau national (- 45,7 %) en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. La région se place parmi les régions aux taux les plus faibles et occupe le 3^e rang après la Guadeloupe et la Martinique.

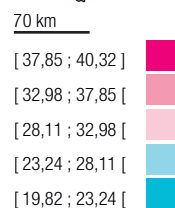
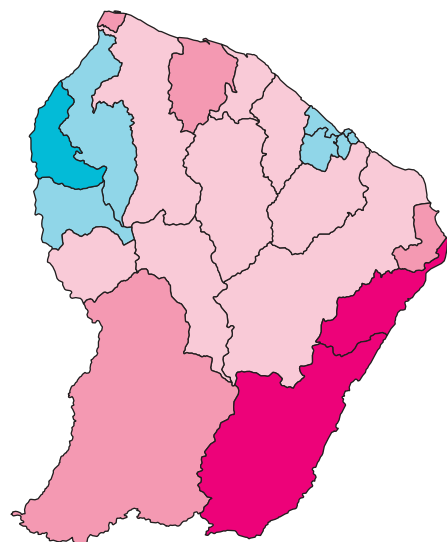
Au cours de la période 2006-2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont plus élevés sur la moitié est de la région (carte 4).

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

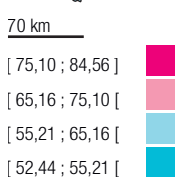
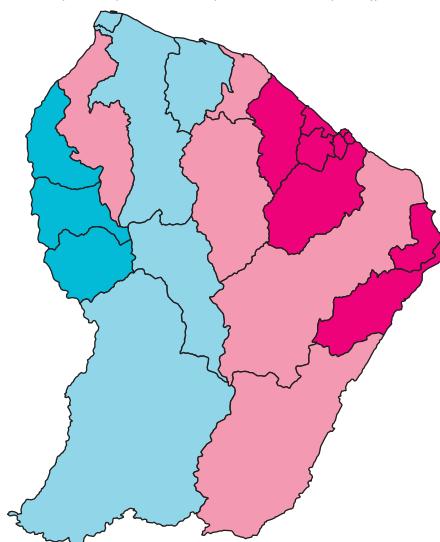
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Hypertension artérielle

Aux Antilles et en Guyane, la population se caractérise par un risque plus élevé d'hypertension artérielle (HTA), en raison d'une forte ascendance africaine. L'occidentalisation du mode de vie (notamment la sédentarisation et la modification des habitudes alimentaires) a pour conséquence une augmentation de la prévalence de l'obésité¹ et du diabète qui sont des facteurs de risque connus de l'HTA.

De 2001 à 2012, les maladies de l'appareil circulatoire dites cardio-vasculaires (maladies cérébrovasculaires dont l'accident vasculaire cérébral (AVC), maladies hypertensives, cardiopathies ischémiques) comptabilisent 268,2 décès pour 100 000 habitants en Guyane, contre 239,8 en France métropolitaine. Elles représentent 19,5 % de la mortalité générale et constituent la première cause de décès en Guyane au cours de cette période. Les parts respectives des décès liés aux maladies cérébrovasculaires et hypertensives dans la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire sont de 36,0 % et 13,3 % (22,7 % et 5,7 % en France métropolitaine). L'AVC est responsable de 42,5 % des décès par maladies cérébrovasculaires (42,3 % en France métropolitaine).

En outre, d'autres morbidités ayant un lien avec l'HTA (diabète, insuffisance rénale) sont également surreprésentées dans la population générale en Guyane. La prévalence standardisée du diabète traité pharmacologiquement en 2013

est de 7,7 %, le taux standardisé de patients hospitalisés pour AVC en 2014, de 297,1 pour 100 000 habitants et l'incidence standardisée de l'insuffisance rénale terminale en 2014, de 357 par million d'habitants (contre respectivement 4,7 %, 167,9 pour 100 000 et 163 par million d'habitants au niveau national). La prévalence de l'obésité (18 % en Guyane contre 15 % au niveau national) ainsi que la mortalité par maladies cardio-vasculaires, plus élevée en Guyane et dans les communes du littoral comme à Cayenne, malgré une prévalence standardisée de personnes traitées par médicament anti-hypertenseur (16,9 % en Guyane contre 18,6 % en France entière, en 2014), présagent d'un impact potentiellement marqué de l'HTA.

Par ailleurs, l'inégale répartition de la population guyanaise, concentrée sur le littoral, est un défi pour l'accès aux soins. Environ 83 % des habitants peuvent accéder aux trois hôpitaux de la région : Saint-Laurent-du-Maroni, Kourou et Cayenne. Ce dernier dispose de l'unique service des urgences équipé pour réaliser des thrombolyse. En dehors du littoral, la population peut se rendre dans les 20 centres délocalisés de prévention et de soins (uniquement primaires) ne disposant pas tous de médecins. En cas d'urgence, un dispositif d'hélicoptère permet de rejoindre le centre hospitalier de Cayenne.

Dans les pays de l'Organisation de développement et de coopération économiques (OCDE), la prise en charge en ambulatoire de l'HTA apparaît comme un marqueur de la qualité des soins primaires et est un des douze leviers contre les hospitalisations évitables. Le décret du 24 juin 2011 a supprimé l'HTA sévère de la liste des affections de longue durée (ALD) ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur, ce qui pourrait avoir une incidence sur sa prise en charge. C'est dans ce contexte sanitaire qu'une enquête, ayant pour objectif principal d'estimer la prévalence de l'HTA à l'aide de mesures de pression artérielle, a été réalisée en 2016 à Cayenne.

► 4 habitants de Cayenne sur 10 touchés par l'HTA

La prévalence de l'HTA (pression artérielle systolique (PAS) supérieure ou égale à 140 mmHg ou pression artérielle diastolique (PAD)) supérieure ou égale à 90 mmHg ou prise déclarée d'un traitement médicamenteux anti-hypertenseur est estimée à 40,6 % soit 176 cas : 45,8 % chez les hommes et 37,4 % chez les femmes. Rapporté à la population de Cayenne de

2014, le nombre de cas est estimé à 22 796. Elle augmente progressivement avec l'âge, passant de 12,2 % entre 18 et 29 ans à 73,7 % entre 60 et 75 ans. Les hommes sont plus hypertendus que les femmes entre 18 et 49 ans, puis la tendance s'inverse à partir de 50 ans (graphique 3). Entre 60 et 75 ans, la prévalence des hypertendus est quasi semblable pour les deux sexes.

► Caractéristiques des hypertendus

Parmi les 176 hypertendus, 77 sont des hommes (43,8 %) et 99 sont des femmes (56,2 %). La moyenne d'âge des hypertendus est de 54,9 ans ; elle est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Plus d'un hypertendu sur deux a un niveau d'études inférieur au lycée (56,2 %). Près des deux tiers des hypertendus sont sédentaires² (69,9 %) et 41,0 % sont obèses.

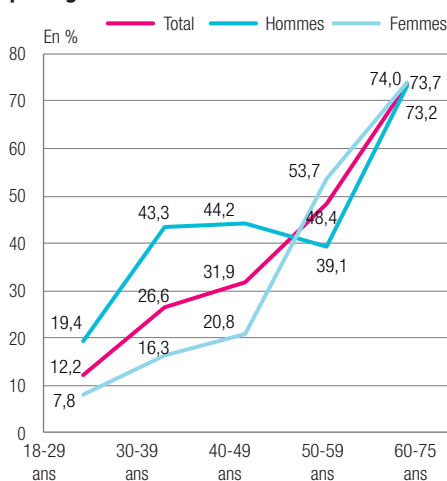
Au sein de la catégorie de personnes ayant des mesures tensionnelles supérieures à la normale avec ou sans traitement (133 sur 176), 62,4 % présentent une hypertension légère (PAS comprise entre 140 et 159 mmHg ou PAD entre 90 et 99 mmHg). L'HTA sévère (PAS ≥ 180 mmHg et PAD ≥ 110 mmHg) concerne 8,3 % de ces hypertendus.

La majorité des hypertendus ont connaissance de leur pathologie, sont traités pharmacologiquement au moment de l'enquête et ont des antécédents familiaux d'HTA (respectivement 63,6 %, 58,5 % et 58,0 %). Parmi les hypertendus traités, moins de la moitié a une pression artérielle contrôlée (39,8 %). Le contrôle de l'HTA est significativement plus fréquent chez les femmes (48,7 %) que chez les hommes (14,8 %). Un hypertendu sur cinq reçoit également un traitement antidiabétique (20,6 %). ■

1. Obésité : IMC ≥ 30,0 kg/m² (norme OMS).

2. Sont considérées comme sédentaires les personnes pratiquant moins d'une heure d'activité physique par semaine (y compris celles qui n'en pratiquent pas du tout).

GRAPHIQUE 3
Prévalence de l'hypertension artérielle par âge selon le sexe en 2016



Champ • Cayenne, population âgée de 18-75 ans.

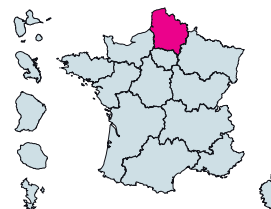
Source • Enquête HTA Cayenne (ORS Guyane).

Enquête HTA

L'enquête a été réalisée à Cayenne par l'Observatoire régional de la santé de Guyane, en partenariat avec l'Institut de formation en soins infirmiers.

Il s'agit d'une étude transversale observationnelle réalisée en mars 2016, auprès des personnes âgées de 18 à 75 ans et domiciliées à Cayenne, sélectionnées par tirage au sort des voies au sein des 21 îlots regroupés pour l'information statistique (IRIS) de la commune. 434 personnes (169 hommes et 265 femmes) ont accepté de participer à cette enquête avec une moyenne d'âge de 45,9 ans.

Hauts-de-France



Contexte démographique

Avec près de 6 millions d'habitants au 1^{er} janvier 2013, les Hauts-de-France occupent le 3^e rang des régions les plus peuplées de France, après l'Île-de-France et l'Auvergne - Rhône-Alpes. La densité de population enregistrée dans la région (188,2 habitants au km², 5^e rang) est par ailleurs nettement supérieure au niveau national (103,6 hab./km²).

► Une croissance démographique quasi nulle

Entre les recensements de 2008 et 2013, la population des Hauts-de-France a augmenté de 0,2 % par an en moyenne, tandis qu'elle augmentait de 0,5 % par an au niveau national. La région figure ainsi au 13^e rang des régions françaises. Seules les régions Martinique, Guadeloupe, Grand Est et Bourgogne - Franche-Comté ont une croissance démographique plus faible. Freinée par un solde migratoire négatif de - 0,3 % au cours de la période considérée (+ 0,1 % par an au niveau national), la croissance démographique régionale est donc essentiellement portée par le mouvement naturel (+ 0,5 % par an en moyenne contre + 0,4 % en France).

La population de moins de 20 ans a diminué de 0,1 % par an entre le recensement de 2008 et celui de 2013 dans la région (+ 0,1 % au niveau national). Parallèlement, la région enregistre le taux d'accroissement de la population de plus de 75 ans le plus faible de France (+ 1,4 % contre + 1,8 % au niveau national). Avec un indice de vieillissement de 58,8 personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans, les Hauts-de-France font partie, avec la Guyane, La Réunion, l'Île-de-France et la Guadeloupe, des régions les plus jeunes de France (72,2 au niveau national), se plaçant ainsi au 13^e rang des régions avec le plus fort indice de vieillissement.

En effet, comme l'illustre la pyramide des âges (graphique 1), la part des 0-35 ans dans la région est nettement supérieure au niveau national, contrairement à celle des 65 ans ou plus qui est plus faible dans la région qu'au niveau national.

En 2014, l'indice conjoncturel de fécondité des Hauts-de-France est de 2,05 enfants par femme (1,98 au niveau national). Cet indice situe la région au 5^e rang des régions de France, après 3 des 4 régions d'outre-mer et la région Provence - Alpes - Côte d'Azur. La région Hauts-de-France enregistre par ailleurs en 2014 l'un des plus hauts taux de fécondité des femmes de moins de

20 ans, avec 9,3 naissances pour 1 000 femmes de 12-19 ans (5^e rang), contre 6,0 ‰ en France.

Contexte social

Les indicateurs sociaux des Hauts-de-France témoignent d'une situation sociale dégradée au regard des autres régions de Métropole.

► Une situation économique fragile

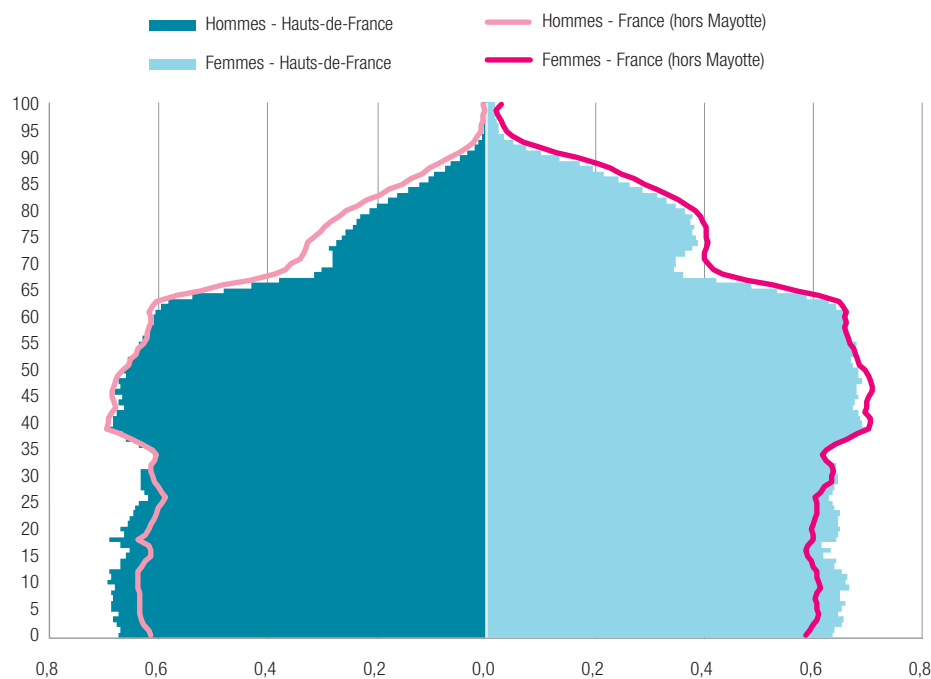
Plus d'un foyer fiscal sur deux (52,9 %) de la région n'est pas imposé sur le revenu en 2012 (48,8 % au niveau national). La région occupe ainsi le 6^e rang des régions avec la proportion de foyers fiscaux non imposés la plus élevée, après les régions ultramarines et la Corse. En 2014, les Hauts-de-France affichent le plus haut taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) de Métropole (12,5 %) et se situent nettement au-dessus de la moyenne métropolitaine (9,9 %). Au recensement de 2013, la part standardisée des inactifs de 25-54 ans est également l'une des plus fortes du pays (12,0 % dans la région contre 9,5 % en France), les Hauts-de-France se classant au 6^e rang des régions de France, également après les régions ultramarines et la Corse. La part des personnes de 25-34 ans pas ou peu diplômées atteint 16,6 % dans les Hauts-de-France, soit une proportion légèrement supérieure au niveau national (15,1 %).

► Des allocataires du RSA nombreux

Les Hauts-de-France présentent le 5^e plus haut taux d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) toutes catégories confondues (12,1 %), après les régions ultramarines. Ce taux est supérieur de plus de 3 points à la valeur nationale (8,6 %). Par ailleurs, près d'une famille monoparentale sur cinq est allocataire du RSA majoré dans la région (18,2 %, 4^e rang), soit une valeur nettement supérieure au niveau national (13,0 %). Le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) (3,5 %), bien que supérieur au niveau national (3,1 %), classe la région au 8^e rang des régions de France. En outre, 1 habitant sur 10 dans les Hauts-de-France est bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (10,2 %), ce qui situe la région au 5^e rang après les régions d'outre-mer (7,5 % au niveau national).

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Entre 2011 et 2013, près de 54 000 décès annuels moyens sont enregistrés dans les Hauts-de-France, dont environ un quart sont survenus avant l'âge de 65 ans (12 827 décès par an en moyenne).

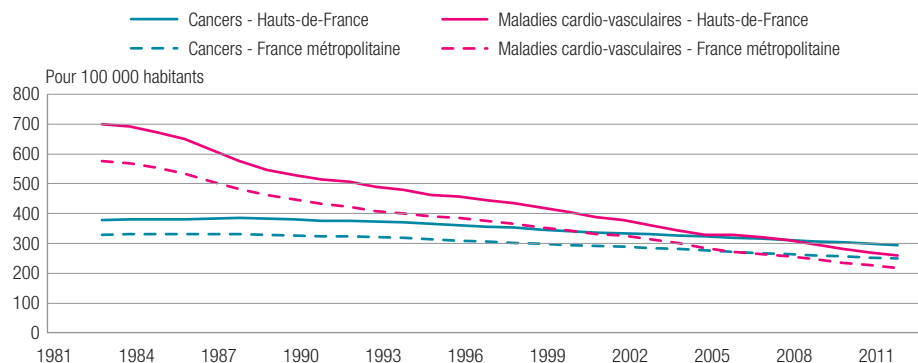
► L'espérance de vie à la naissance la plus faible de Métropole

En 2011-2013, l'espérance de vie à la naissance des hommes de la région est de 75,9 ans, soit 2,7 années de moins qu'en Métropole (78,6 ans). Chez les femmes, l'espérance de vie est inférieure de près de deux ans à la valeur métropolitaine (83,1 ans contre 85,0 ans). Pour les deux sexes, les Hauts-de-France présentent la plus faible espérance de vie de Métropole. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes s'est réduit au niveau de la région, passant de 8,7 ans à 7,2 ans. L'écart entre les deux sexes demeure plus fort qu'au niveau national où il est passé de 8,1 ans à 6,4 ans en l'espace de trente ans.

La région se classe au dernier rang des régions de Métropole ayant la mortalité générale et prématurée (< 65 ans) la plus faible. La région présente ainsi une surmortalité de 21,0 % par rapport à la Métropole pour toutes les causes de décès, avec une diminution entre 1982-1984 et 2011-2013 du même ordre qu'en Métropole (respectivement - 41,1 % et - 41,7 %). Elle enregistre par ailleurs une surmortalité prématurée de 30,3 % par rapport au niveau métropolitain.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

► Une forte surmortalité par cancers et par maladies de l'appareil circulatoire au regard de la Métropole

En 2011-2013, avec une surmortalité par cancers de 18,2 % au regard de la Métropole, la région Hauts-de-France se situe au dernier rang des régions métropolitaines. Par rapport à la période 1982-1984, la mortalité liée à cette pathologie a diminué de 21,5 % (graphique 2), évolution moins marquée qu'au niveau métropolitain (- 24,0 %). La région affiche la mortalité prématurée par cancers la plus forte de Métropole (surmortalité de 27,1 %). Chez les hommes, la surmortalité prématurée par cancers a nettement progressé entre les deux périodes, passant de 26,3 % à 34,8 % (respectivement de + 12,7 % à + 15,1 % chez les femmes).

La région affiche une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire de 20,2 % par rapport à la Métropole. Malgré une diminution de 62,2 % de la mortalité entre 1982-1984 et 2011-2013 (graphique 2), elle reste la région métropolitaine avec la plus forte surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Entre les deux périodes, la surmortalité prématurée liée à ce type de pathologies s'est accentuée par rapport au niveau métropolitain : elle passe de + 32,4 % en 1982-1984 à + 40,6 % en 2011-2013.

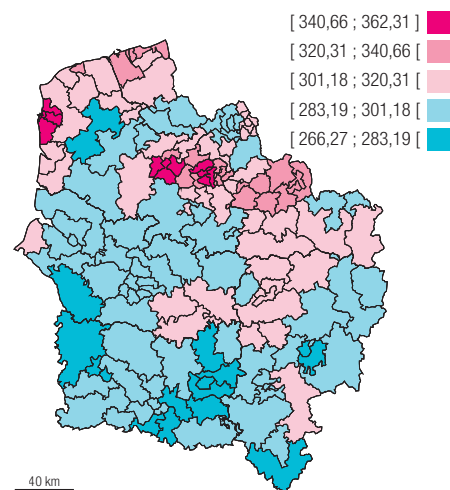
Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, une mortalité élevée par cancers caractérise les alentours de Boulogne-sur-Mer, le Dunkerquois ainsi que l'ancien bassin minier du Nord-Pas-de-Calais (carte 1). Les taux les plus faibles de la région sont relevés dans les

départements picards, notamment dans l'Oise et le sud axonais. Aucun canton de la région ne se situe sous la moyenne métropolitaine pour cette pathologie. La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est particulièrement forte dans les cantons du Pas-de-Calais (carte 2). Dans le Nord, la métropole lilloise et ses alentours font exception en affichant une faible mortalité liée à ces pathologies. Les cantons appartenant aux agglomérations d'Amiens, de Senlis et de Soissons sont les seuls à enregistrer des taux inférieurs à la Métropole.

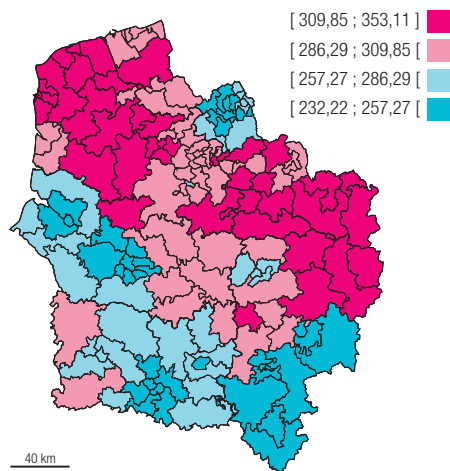
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Hauts-de-France (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une mortalité préoccupante pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

Au cours de la période 2011-2013, dans les Hauts-de-France, 2 705 décès annuels moyens sont dénombrés pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important : 2018 concernent les hommes et 687 les femmes. Quel que soit le sexe, la région affiche la plus forte surmortalité par rapport au niveau national (+ 62,1 % chez les hommes et + 84,6 % chez les femmes). Entre 2001-2003 et 2011-2013, la mortalité pour ces pathologies a diminué d'environ un quart dans les Hauts-de-France comme au niveau national.

Par comparaison avec la France, la région présente une surmortalité par cancers des VADS de 58,3 % chez les hommes et de 45,8 % chez les femmes au cours de la période 2011-2013. La surmortalité féminine pour ce type de pathologies a progressé : l'écart par rapport à la France était de 37,0 % en 2001-2003. Chez les hommes, la région affiche une surmortalité de 75,9 % par cirrhoses du foie par rapport au niveau national. Cette proportion a progressé par rapport à la surmortalité enregistrée en 2001-2003 (+ 68,3 %). Chez les femmes, la mortalité par cirrhoses du foie est plus de 2 fois supérieure à la valeur nationale (+ 123,7 %). La région enregistre en 2011-2013 une surmortalité par psychoses alcooliques et alcoolisme de 45,9 % par rapport à la France. Elle se situe ainsi au 13^e rang des régions avec la situation la plus favorable. Chez les femmes, la surmortalité liée à cette pathologie atteint 57,6 % (15^e rang).

Une fracture est observée au niveau infra-régional en 2006-2013 entre les cantons du nord et ceux du sud vis-à-vis de la mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque (carte 3). Globalement, l'ensemble des cantons de l'Oise, ainsi que ceux du sud de la Somme et de l'Aisne présentent les taux les plus faibles de la région. Le canton de Senlis est le seul de la région à présenter un taux inférieur au niveau national. Les départements du Nord et du Pas-de-Calais affichent, quant à eux, des taux supérieurs à la moyenne régionale

dans la plupart des cantons, l'agglomération lilloise faisant exception avec une situation moyenne.

► Une mortalité forte chez les hommes et une évolution défavorable chez les femmes pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

Dans les Hauts-de-France, la mortalité pour les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque représente 15,3 % de l'ensemble des décès enregistrés sur le territoire (20,6 % chez les hommes et 9,7 % chez les femmes). La région affiche une surmortalité de 21,1 % par rapport à la France en 2011-2013 (+ 29,4 % chez les hommes et + 8,9 % chez les femmes). La région présente ainsi le plus haut taux des régions de France chez les hommes et le 5^e plus haut taux chez les femmes. Depuis 2001-2003, la mortalité pour ces pathologies a diminué de 22,0 % dans la région, évolution comparable au niveau national (- 20,9 %).

Avec une surmortalité par cancers du poumon de 15,0 %, les Hauts-de-France se classent au 16^e rang des régions. Seule la Corse connaît une situation plus défavorable. La surmortalité masculine atteint 27,8 % en 2011-2013 (dernier rang des régions de France), mais est en diminution par rapport à 2001-2003 (- 11,3 %).

Chez les femmes, en revanche, la région affiche une sous-mortalité par rapport à la France (- 13,8 %, 6^e rang), tandis que le taux standardisé est en forte progression par rapport à la période 2001-2003 (+ 45,7 %). Cette progression est légèrement plus élevée qu'au niveau national (+ 41,6 %).

Avec une surmortalité par cardiopathies ischémiques de 20,6 % au regard du niveau national, la région est passée du dernier rang des régions de France en 2001-2003 au 14^e rang en 2011-2013. Dans les Hauts-de-France, la mortalité par BPCO représente environ un quart des décès liés à la consommation de tabac. Chez les hommes, la région enregistre une surmortalité de 46,0 % par rapport à la France (16^e rang des régions de France, seule La Réunion connaît une situation plus dégradée), tandis que les taux féminins sont équivalents au niveau national.

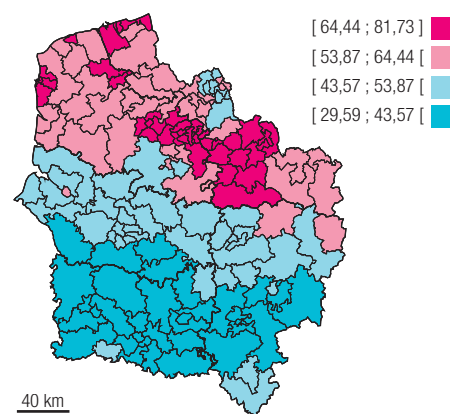
À un niveau géographique plus fin, en 2006-2013, les agglomérations de Calais, de Lens et d'Hénin-Beaumont ainsi que les cantons situés à l'est des départements de la Somme et du Nord présentent une plus forte mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque (carte 4). À l'inverse, l'ouest de la Somme, le sud de l'Oise ainsi que les cantons appartenant aux agglomérations d'Amiens, de Senlis et de Saint-Quentin enregistrent les taux les plus faibles de la région, bien que supérieurs ou équivalents au niveau national.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

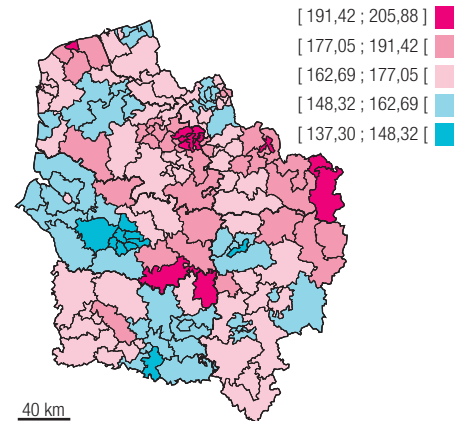
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Suicide

En 2011-2013, environ 10 000 décès par suicide sont enregistrés en moyenne chaque année en France métropolitaine¹. Dans la région Hauts-de-France, 1 144 décès par suicide sont dénombrés en moyenne chaque année, davantage chez les hommes (882 décès) que chez les femmes (262 décès). La mortalité par suicide représente 1,8 % de l'ensemble des décès en Métropole et 2,1 % des décès enregistrés dans la région.

► Une diminution de la mortalité par suicide plus soutenue qu'en Métropole

Les Hauts-de-France présentent en 2011-2013 une surmortalité de 28,4 % par rapport au niveau métropolitain. La région se situe ainsi au 4^e rang des régions de Métropole présentant la surmortalité la plus importante, après la Bretagne, les Pays de la Loire et la Normandie.

Par rapport à la période 1982-1984, la mortalité par suicide a diminué de 40,8 % dans les Hauts-de-France contre 36,5 % en Métropole (graphique 3). La mortalité a notamment diminué de moitié chez les femmes de la région (- 49,7 % contre - 44,8 % en Métropole), et de deux cinquièmes chez les hommes (- 40,3 % contre - 35,3 % en Métropole). La surmortalité enregistrée chez les hommes des Hauts-de-France passe donc de 59,0 % en 1982-1984 (2^e rang des régions de France) à 33,5 % en 2011-2013 (3^e rang). Chez les femmes, la surmortalité au

regard de la Métropole a également diminué d'un tiers, passant de + 26,4 % en 1982-1984 (3^e rang) à + 17,8 % en 2011-2013 (4^e rang). Quelle que soit la période considérée, la surmortalité par suicide est nettement plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

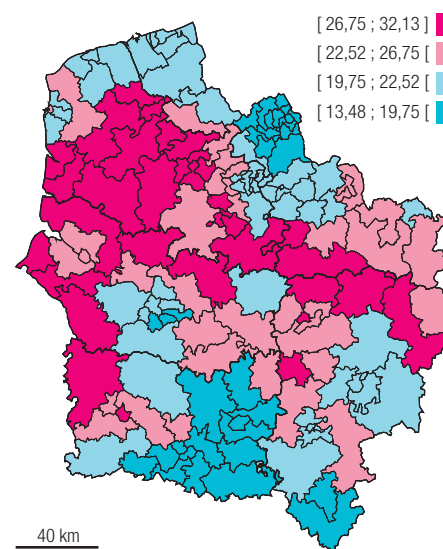
► Une mortalité par suicide plus marquée dans les cantons ruraux et certaines agglomérations

En 2006-2013, la mortalité par suicide n'est pas homogène au sein de la région des Hauts-de-France² (carte 5). En effet, les taux standardisés varient d'un rapport de 1 à 2,5 entre les cantons, avec un minimum enregistré dans le canton de Senlis (13,5 décès par suicide pour 100 000 habitants) et un maximum régional pour le canton d'Auxi-le-Château (32,1). Globalement, la mortalité par suicide est plus faible au sein des grandes agglomérations de la région. Les cantons situés au niveau de Senlis, de Creil, d'Amiens et de Lille affichent pour la plupart des valeurs inférieures à 20 décès par suicide pour 100 000 habitants. La pointe sud de l'Aisne présente également une faible mortalité par suicide.

Inversement, les cantons ruraux du Pas-de-Calais affichent pour la plupart une mortalité supérieure au niveau régional. Dans l'Aisne, les cantons de la Thiérache, ainsi que les cantons limitrophes à Chauny-Tergnier, présentent des valeurs de l'ordre de 20 à 30 décès pour

►► Organismes responsables de la production de la fiche : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé du Nord - Pas-de-Calais, Observatoire régional de la santé et du social de Picardie

CARTE 5 Taux standardisé* de mortalité par suicide par cantons en 2006-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

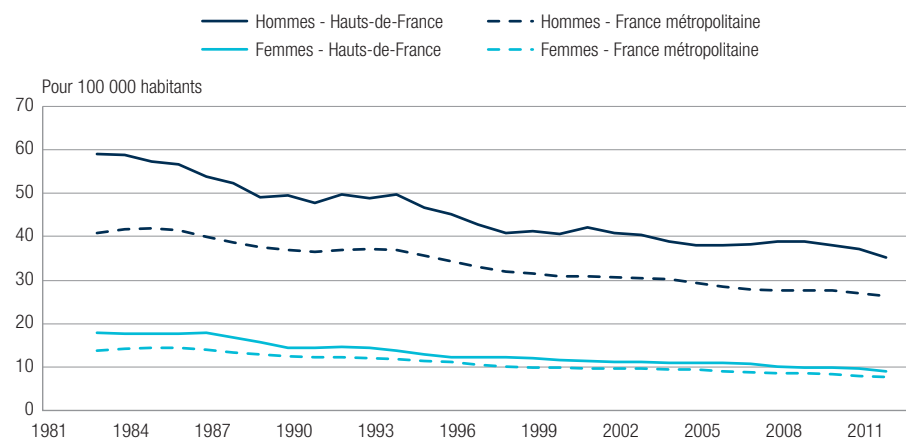
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

100 000 habitants. Il en va de même pour les cantons nordistes frontaliers avec ceux de la Thiérache. Dans l'Oise et la Somme, les cantons limitrophes avec la Seine-Maritime ainsi que ceux du Ponthieu et du nord de l'Amiénois enregistrent également une mortalité par suicide conséquente.

Outre les cantons ruraux, certains cantons situés dans les agglomérations de taille moyenne des Hauts-de-France affichent une mortalité par suicide particulièrement élevée. C'est notamment le cas des alentours d'Arras, de Saint-Quentin et de Beauvais. D'autres agglomérations (Abbeville, Calais, Lens, Dunkerque, Soissons, Laon...) présentent une mortalité par suicide voisine de la moyenne régionale. ■

GRAPHIQUE 3

Évolution des taux standardisés* de mortalité par suicide de 1982-1984 à 2011-2013



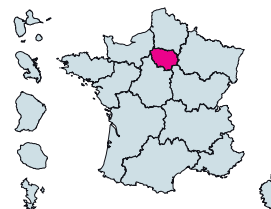
* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

1. Pour en savoir plus sur la mortalité par suicide, se référer à la fiche Suicides et tentatives de suicide.

2. Un certain nombre de décès par suicide ne sont pas connus. Il peut s'agir de personnes décédées ayant fait l'objet d'un examen médico-légal dont la conclusion n'a pas été rapportée à l'Inserm ou de personnes dont l'origine de la mort violente reste indéterminée. Au niveau national, la sous-estimation du nombre de décès par suicide, à partir des certificats de décès, est évaluée à près de 10 % en 2006. Celle-ci varie d'un territoire à l'autre ; les comparaisons territoriales sont donc à interpréter avec précaution.

Île-de-France



Contexte démographique

Avec près de 12 millions d'habitants lors du recensement de 2013, l'Île-de-France est la région française la plus peuplée (18,2 % de la population française). Sa densité de 995,6 habitants au km² est nettement supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²) et arrive loin devant la 2^e région française (Martinique : 341,8 hab./km²) et la 2^e région de Métropole (Hauts-de-France : 188,2 hab./km²).

La population francilienne est plus jeune que celle de la France. Les classes d'âges au-delà de 50 ans, quel que soit le sexe, sont sous-représentées en Île-de-France (graphique 1).

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est de 52,5 pour une moyenne nationale de 72,2. L'Île-de-France se place ainsi au 3^e rang des régions ayant le plus faible indice de vieillissement, derrière deux régions ultramarines : la Guyane et La Réunion.

► Une croissance démographique dans la moyenne française

La croissance démographique de l'Île-de-France se situe au même niveau que la moyenne nationale : + 0,5 % en moyenne par an entre 2008 et 2013. Cependant, cette croissance se distingue par un solde naturel élevé (+ 0,9 % par an, soit plus du double de la moyenne nationale (+ 0,4 %)),

alors que le solde migratoire est négatif (- 0,4 % par an en Île-de-France contre + 0,1 % en France).

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans augmente en moyenne de 0,4 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus cette augmentation est de 1,7 % par an. Cependant, le taux d'accroissement des moins de 20 ans est supérieur à la moyenne nationale (+ 0,1 % par an), alors que pour les 75 ans ou plus, il en est proche (+ 1,8 % par an en France).

► Une région féconde

L'indice conjoncturel de fécondité en Île-de-France est de 2,04 enfants par femme en 2014 pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région au 6^e rang des 17 régions les plus fécondes.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité est de 4,2 ‰. Il est plus faible que la moyenne nationale (6,0 ‰), ce qui place l'Île-de-France parmi les régions françaises ayant un faible taux de fécondité chez les moins de 20 ans (14^e rang sur 17).

Contexte social

Les taux d'allocataires, pour la plupart des prestations sociales, situent la région Île-de-France dans des niveaux plutôt en dessous de la moyenne

nationale. Ainsi, les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 8,2 % des ménages pour un taux national de 8,6 %. Le taux d'allocataires pour le RSA majoré, pour les familles monoparentales, est également plus faible (9,2 %) que la moyenne nationale (13,0 %), et est le deuxième plus faible taux après la Corse (6,5 %). Concernant les allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH), le taux de bénéficiaires en Île-de-France est bas (2,0 % pour une moyenne nationale de 3,1 %). Ceci fait de l'Île-de-France la région de Métropole ayant le plus faible pourcentage de bénéficiaires de l'AAH, la Guyane étant la seule région française ayant un taux inférieur (1,6 %).

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est en Île-de-France de 6,8 % en 2014, soit un taux légèrement inférieur à la moyenne nationale (7,5 %) mais égal à la moyenne métropolitaine. Seules trois régions de France métropolitaine ainsi que les quatre régions ultramarines ont un taux de couverture par la CMU-C supérieur à l'Île-de-France.

► Une faible part de foyers fiscaux non imposés

La part de foyers fiscaux non imposés (38,5 % en 2012) est nettement inférieure à la moyenne nationale (48,0 %). L'Île-de-France est la région de France où cette part de foyers fiscaux non imposés est la plus faible.

► Une région à moindre fragilité professionnelle

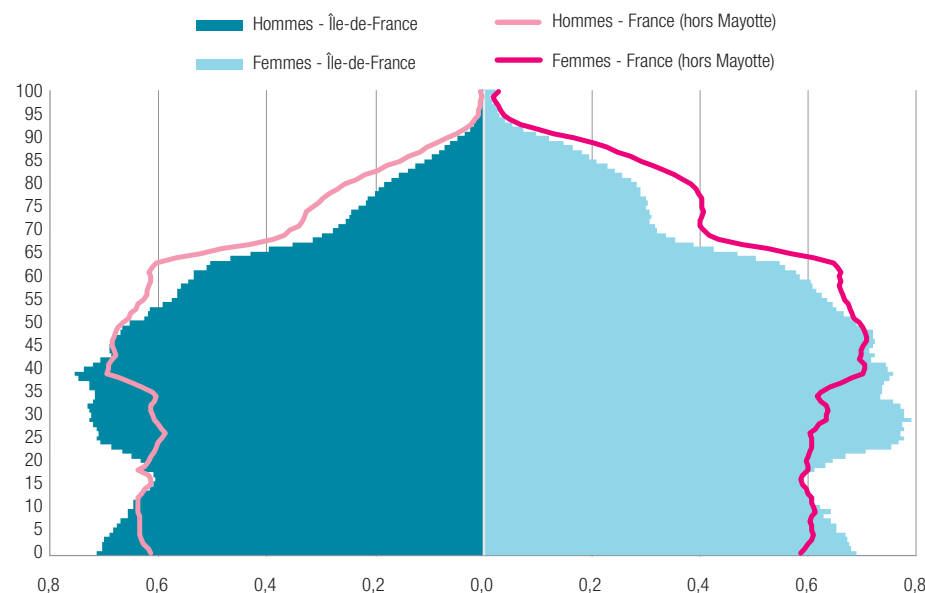
L'Île-de-France est l'une des régions de Métropole avec le plus faible taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 : ce chômage concerne 8,8 % des actifs, au même niveau que trois autres régions (Bretagne, Pays de la Loire et Auvergne - Rhône-Alpes) et place la région 1 point en dessous de la moyenne métropolitaine : 9,9 %.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant lors du recensement n'être ni en emploi ni au chômage) est également inférieure à la moyenne nationale : 8,8 % contre 9,5 %, mais elle est supérieure aux trois régions précédemment citées (minimum de 6,6 % dans les Pays de la Loire).

La part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est légèrement inférieure à la moyenne nationale : 14,9 % contre 15,1 %, mais présente un écart de 5 points avec la Bretagne qui a la plus faible proportion (9,9 %).

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 72 000 décès annuels moyens sont enregistrés en Île-de-France de 2011 à 2013 : 35 828 chez les hommes et 36 167 chez les femmes.

► 80,1 années d'espérance de vie pour les hommes et 85,8 années pour les femmes

L'espérance de vie de la région est plus élevée que celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 8,2 années chez les hommes et 6,4 années chez les femmes. Ce gain est supérieur à celui observé au niveau de la France métropolitaine que ce soit chez les hommes (+ 7,6 ans) ou chez les femmes (+ 6,0 ans).

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui plus réduit : il était en Île-de-France de 7,6 années en 1982-1984 contre 5,7 années en 2011-2013. Ces écarts sont moindres que ceux observés au niveau métropolitain : respectivement, selon la période, de 8,1 années et 6,4 années.

► Une région en sous-mortalité, sauf pour les cancers chez les femmes

L'Île-de-France présente, en 2011-2013, le taux standardisé de mortalité toutes causes le plus

bas de France métropolitaine pour les hommes et pour les femmes. La sous-mortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) pour laquelle l'Île-de-France a le plus bas taux de mortalité des régions françaises pour les hommes. Pour les femmes, seules deux régions ont un taux de mortalité prématurée inférieur (Auvergne - Rhône-Alpes et Pays de la Loire).

En 2011-2013, il existe une sous-mortalité par cancers en Île-de-France pour les hommes, avec un différentiel par rapport au niveau métropolitain de - 9,0 %. Cependant, la mortalité par cancers est moins favorable en Île-de-France pour les femmes : elle est au même niveau que la moyenne métropolitaine et 7 régions présentent des taux de mortalité inférieurs. Depuis 1982-1984, la mortalité par cancers s'est considérablement réduite, la région Île-de-France ayant alors, pour les deux sexes, une surmortalité (graphique 2). La baisse entre ces deux périodes est la plus importante de Métropole : - 31,1 % tous sexes confondus en Île-de-France, pour une baisse de 24,0 % en Métropole.

En 2011-2013, le taux de mortalité prématurée par cancers chez les hommes est le plus faible des régions métropolitaines (sous-mortalité par rapport à la France de - 12,8 %). Pour les femmes, la situation est moins favorable avec une absence de différence significative avec la France. La mortalité prématurée par cancers en Île-de-France a également suivi une évolution favorable entre 1982-1984 et 2011-2013 (- 41,8 % tous sexes confondus, pour une baisse de 31,8 % en Métropole).

► Une sous-mortalité plus marquée pour les maladies de l'appareil circulatoire

La sous-mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en Île-de-France est particulièrement importante comparée à la France. Le différentiel des taux de mortalité, tous sexes confondus, en 2011-2013, est de - 19,6 % pour la mortalité tous âges et de - 15,5 % pour la mortalité prématurée. Pour la mortalité tous sexes et âges confondus et pour la mortalité prématurée tous sexes, l'Île-de-France a le plus faible taux de Métropole.

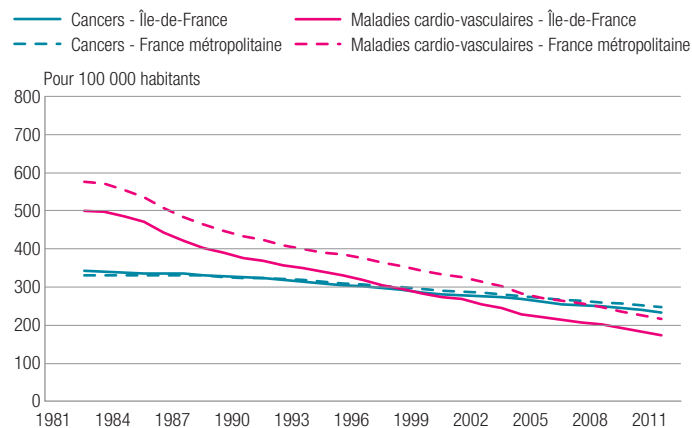
De manière générale, la baisse de la mortalité pour les maladies de l'appareil circulatoire, entre 1982-1984 et 2011-2013, a été particulièrement marquée : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 64,6 % en Île-de-France pour une diminution en Métropole de 61,8 % (graphique 2).

► Des disparités marquées entre le centre et la périphérie de la région

Au niveau infrarégional, en 2006-2013, on observe une bande centre-ouest/sud-ouest de sous-mortalité par cancers, incluant des arrondissements du sud et de l'ouest parisien, des Hauts-de-Seine (à l'exclusion du nord), du sud et de l'est des Yvelines et du nord-ouest de l'Essonne (carte 1). Pour la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, les territoires centraux enregistrent une sous-mortalité, alors que les territoires les plus excentrés présentent une surmortalité (carte 2).

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



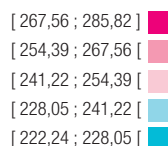
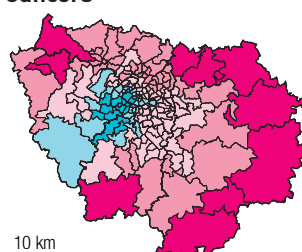
* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

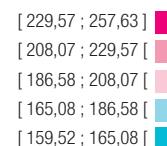
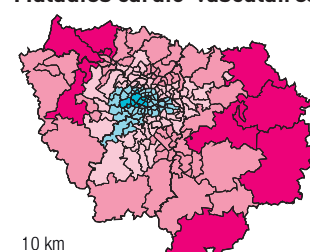
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Île-de-France (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Un recul de la mortalité plus élevé qu'au niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

Entre 2011-2013, l'Île-de-France enregistre 2 349 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important : 1 745 concernent des hommes et 604 des femmes.

En Île-de-France, en 2011-2013, une sous-mortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France, à l'exception de la mortalité par cancers des VADS et par psychoses alcooliques chez les femmes (différences non significatives). Toutes pathologies confondues, le différentiel avec la France est de - 20,7 % pour les hommes et de - 9,0 % pour les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces pathologies a reculé de 29,6 % en Île-de-France, alors que le recul était de 25,8 % au niveau national. La baisse est observée aussi bien pour les hommes (- 30,0 %) que pour les femmes (- 29,2 %). Que ce soit pour les cancers

des VADS, les cirrhoses du foie ou les psychoses alcooliques, des baisses significatives de la mortalité sont observées.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, une mortalité élevée pour ces pathologies est observée sur la périphérie de la région, en particulier dans les cantons du Val d'Oise et de la Seine-et-Marne (carte 3). Les territoires à faible mortalité se situent sur un axe est-sud/ouest, allant du centre ouest de la Seine-et-Marne au sud des Yvelines.

► Une moindre mortalité en lien avec le tabagisme, mais une forte mortalité par cancers du poumon, en progrès, chez les femmes

Entre 2011-2013, 10 717 décès annuels moyens sont dénombrés en Île-de-France, en lien avec les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO). Ces décès concernent 6 850 hommes et 3 867 femmes.

Pour ces pathologies, en 2011-2013, l'Île-de-France est en sous-mortalité par rapport à la France, avec un différentiel de - 13,0 % chez les hommes et - 4,8 % chez les femmes. Pour le cancer du poumon et la BPCO chez les hommes et pour les cardiopathies ischémiques dans les deux sexes, une sous-mortalité par rapport au niveau national est observée. La mortalité par BPCO chez les femmes ne diffère pas du niveau national.

Cependant, la mortalité par cancers du poumon chez les femmes est particulièrement élevée (surmortalité de + 13,5 % par rapport au national), seule la Corse a un taux de mortalité plus élevé que l'Île-de-France ; c'était déjà le cas en 2001-2003.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces pathologies a reculé de 23,4 % en Île-de-France, soit un peu plus qu'au niveau national (- 20,9 %). La baisse est du même ordre chez les hommes (- 25,0 %) et chez les femmes (- 23,0 %).

Le taux standardisé de mortalité par cancers du poumon est en hausse à la même période chez les femmes (+ 22,0 %), alors qu'il diminue chez les hommes (- 14,3 %). Pour les décès par cardiopathies ischémiques, un recul de la mortalité est observé pour les hommes (- 38,2 %), il est plus marqué pour les femmes (- 48,7 %). La mortalité par BPCO est en recul pour les hommes (- 14,0 %), alors que pour les femmes l'évolution (tendance à la hausse) n'est pas significative.

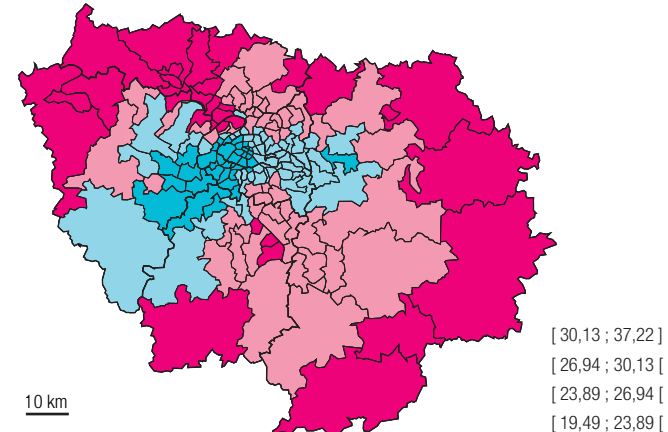
Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont plus élevés sur les territoires situés à l'ouest et à l'est de la région (carte 4). Les territoires à faible mortalité pour ces pathologies se situent dans l'ouest de Paris et les territoires limitrophes (centre et sud des Hauts-de-Seine, est des Yvelines et nord-ouest de l'Essonne).

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

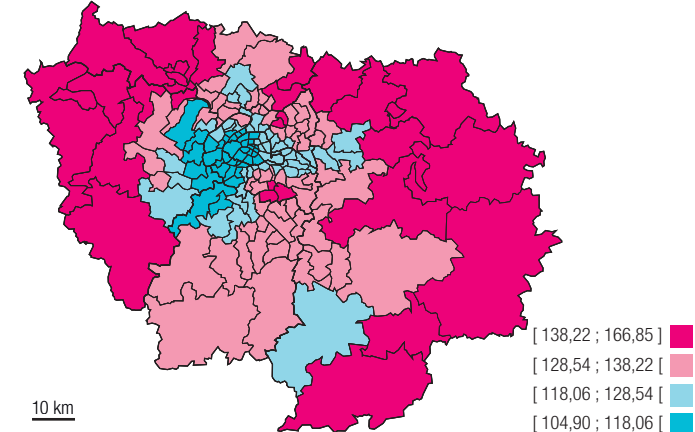
Alcool

(Cancers des des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►► Organismes responsables
de la production de la fiche : Fédération
nationale des observatoires régionaux de santé,
Observatoire régional de santé d'Île-de-France

Santé sexuelle

► Des données infradépartementales sur le VIH pour agir au plus près des populations

L'Île-de-France est la région de France métropolitaine la plus touchée par le (virus de l'immunodéficience humaine) VIH/sida. En 2014, 24,4 découvertes de séropositivité pour 100 000 habitants sont estimées, contre 4 fois moins (5,8) dans le reste de la Métropole, pour une moyenne France entière de 10 nouveaux diagnostics pour 100 000 habitants. De plus, les différences départementales y sont importantes, allant de 58,5 découvertes de séropositivité pour 100 000 habitants à Paris à 8,6 en Seine-et-Marne [1].

À partir des données de remboursements du régime général de l'assurance maladie, le nombre de personnes prises en charge pour le VIH en Île-de-France est estimé à 53 600 en 2013 [2]. La grande majorité, près de 85 %, bénéficie d'une prise en charge au titre de l'affection de longue durée (ALD) 7 (déficit immunitaire primitif grave nécessitant un traitement prolongé, infection par le VIH). Le nombre de personnes en ALD pour VIH constitue donc un indicateur *a priori* fiable de l'ampleur de l'épidémie et des disparités infradépartementales, les données d'ALD étant les seules disponibles à un niveau si fin. Cependant, les données d'ALD ne peuvent être considérées comme de réelles prévalences du VIH : la proportion de personnes qui n'entrent pas en ALD, malgré un diagnostic du VIH n'est pas connue, l'entrée en ALD n'a pas nécessairement lieu l'année du diagnostic, les nouveau-nés dont la mère est séropositive sont systématiquement inscrits en ALD 7 à la naissance, qu'ils soient séropositifs ou séronégatifs, etc.

► Trois épidémies de VIH distinctes en Île-de-France

En Île-de-France, 45 166 personnes sont en ALD pour VIH en 2013 [3]. Le taux standardisé sur l'âge est de 539 pour 100 000 hommes et de 252 pour 100 000 femmes. Les données d'ALD par communes, mises en perspective avec celles issues d'autres sources d'informations, soulignent l'existence de trois épidémies distinctes de VIH : l'une

parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) ; l'autre parmi les migrants hétérosexuels (hommes et femmes), notamment d'Afrique subsaharienne ; enfin, une plus ancienne, parmi les usagers de drogues par voie injectable, dont on sait qu'elle a largement touché des hommes issus de l'immigration maghrébine.

Chez les femmes, les taux départementaux de prévalence d'ALD varient de 402 pour 100 000 en Seine-Saint-Denis à 140 pour 100 000 dans les Yvelines, soit un rapport de 1 à 3. Les territoires les plus touchés par l'épidémie, avec des taux d'ALD proches de 700 (Courcouronnes, Grigny, Stains, Bobigny) sont marqués par une situation sociale défavorable et une part de migrants d'Afrique subsaharienne élevée (environ 10 % de la population) (carte 6).

► Paris : une fréquence élevée des comportements à risque parmi les HSH

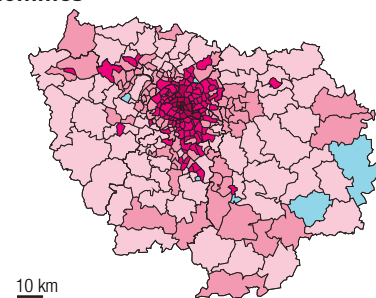
Chez les hommes, les taux départementaux varient de 1 352 à 212 pour 100 000 entre Paris et les Yvelines, soit un rapport de 1 à 6. À Paris, où l'épidémie masculine est – de loin – la plus forte, les taux sont très élevés dans le centre comparés aux autres territoires. Ainsi, dans les quatre premiers arrondissements, connus comme étant les territoires résidentiels privilégiés des HSH appartenant aux classes aisées [4], environ 3 % des hommes y sont en ALD pour VIH (carte 5). Les données sur les autres infections sexuellement transmissibles [5], notamment la syphilis et la gonococcie, montrent que les cas sont en augmentation en Île-de-France et concernent principalement des HSH et des personnes vivant à Paris (65 % des cas de syphilis et 57 % des cas de gonococcie en 2014). Ces constats soulignent la fréquence des comportements à risque dans cette population essentiellement parisienne.

En dehors de Paris, les territoires où les proportions d'hommes en ALD pour VIH sont les plus élevées (avec des taux proches de 900) sont ceux où les taux masculins sont environ 2 à 3 fois plus élevés que ceux des femmes (Saint-Ouen, Bagnolet, Clichy). Ce constat marque une épidémie non dominée par la transmission hétérosexuelle où les taux sont généralement supérieurs chez les femmes. Ces

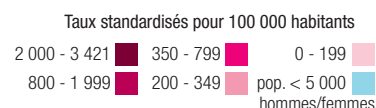
CARTES 5 ET 6

Taux standardisés* de bénéficiaires de l'ALD pour VIH (ALD 7) en 2013 par canton-ville

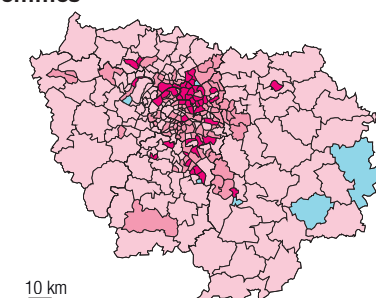
Hommes



10 km



Femmes



10 km

* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, RP 2012 (INSEE).

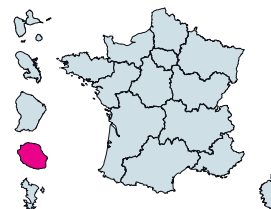
Sources • ALD (CNAMTS, RSI) ; RP 2012 (INSEE) ; exploitation ORS Île-de-France.

communes se caractérisent par les parts d'immigrés originaires du Maghreb parmi les plus élevées de la région (de 10 % à 15 %), cette population ayant été plus particulièrement touchée par l'épidémie de VIH des années 1980 chez les usagers de drogues injecteurs. Enfin, on observe dans les communes où le taux des hommes est inférieur à celui observé chez les femmes, une épidémie dominée par la transmission hétérosexuelle. C'est le cas de Stains, l'une des communes où la part des femmes en ALD pour VIH est la plus élevée (731 pour 100 000 femmes *versus* 639 pour 100 000 hommes). ■

Références

- [1] InVS. Déclarations obligatoires de séropositivité en Île-de-France corrigées des délais de déclaration, de la sous-déclaration et des valeurs manquantes, 2003-2013, mise à jour 09/11/2014.
- [2] CNAMTS/DSES/DEPP & DEOS. Personnes prises en charge pour le VIH en 2013. Mise à jour le 29/09/2015. www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/tableaux-par-age-sexe-region-et-departement/effectifs-regionaux-par-pathologie-sexe-et-age.php
- [3] Données CNAMTS-RSI, 2013. Exploitation ORS Île-de-France. Le régime MSA n'a pu être intégré pour le calcul des prévalences par canton.
- [4] Giraud C., Les gays, acteurs de la gentrification urbaine à Paris et Montréal. Métropolitiques, 17 octobre 2011. Consultable sur : www.metropolitiques.eu/Les-gays-acteurs-de-la.html.
- [5] Cire / InVS Île-de-France et Champagne-Ardenne, 2015, « Infections sexuellement transmissibles en Île-de-France », *Bulletin de veille sanitaire*, n° 19, décembre.

La Réunion



Contexte démographique

Avec plus de 835 000 habitants lors du recensement de 2013, La Réunion est l'une des régions les moins peuplées (13^e rang). Néanmoins, sa densité de 333,5 habitants au km², plus de trois fois supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 3^e rang des régions françaises après l'Île-de-France et la Martinique.

La population de La Réunion est nettement plus jeune que celle de la France, en particulier chez les femmes, avec une surreprésentation des moins de 50 ans ; chez les hommes, ce sont surtout les moins de 20 ans (graphique 1). La part des plus de 55 ans est inférieure à celle de la population française.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est l'un des plus faibles observés en France : il est de 29,3, pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une forte croissance démographique

Après la Guyane et la Corse, La Réunion est l'une des régions de France ayant une

croissance démographique importante, soit + 0,7 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, pour une moyenne nationale de + 0,5 %. La croissance démographique élevée est due au solde naturel positif : + 1,2 % (pour + 0,4 % au niveau national), alors que le solde migratoire est négatif. Il est de - 0,6 %, contre + 0,1 % au niveau national.

En 2008-2013, la population des moins de 20 ans a diminué de 0,7 % par an en moyenne. Le taux d'accroissement de la population des 75 ans ou plus est le plus important de France : + 4,7 % par an, contre + 1,8 % au niveau national.

► Une fécondité parmi les plus élevées notamment chez les jeunes

L'indice conjoncturel de fécondité à La Réunion est de 2,38 enfants par femme en 2014 pour une moyenne nationale de 1,98, soit le 2^e le plus élevé des 17 régions françaises.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité est de 22,8 ‰, près de quatre fois supérieur à la moyenne nationale (6,0 ‰). La Réunion a le 2^e taux le plus élevé des régions françaises.

Contexte social

La Réunion est l'une des régions françaises dont la situation sociale est la moins favorable : elle présente des taux d'allocataires de prestations sociales parmi les plus élevés observés en France. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 37,7 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région au 1^{er} rang. Parmi les familles monoparentales, le taux d'allocataires du RSA majoré est de 31,9 % (13,0 % au niveau national), ce qui place La Réunion au 2^e rang après la Guyane. Avec un taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) de 3,6 % pour une moyenne nationale de 3,1 %, La Réunion se classe au 7^e rang le plus élevé.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est également le plus élevé des régions françaises : 36,6 %, soit près de cinq fois plus qu'au niveau national (7,5 %).

► Une part importante de foyers fiscaux non imposés

La part de foyers fiscaux non imposés – 74,9 % en 2012 – est nettement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %). La Réunion se place au 1^{er} rang des régions ayant une part de foyers fiscaux non imposés élevée.

► Une fragilité professionnelle

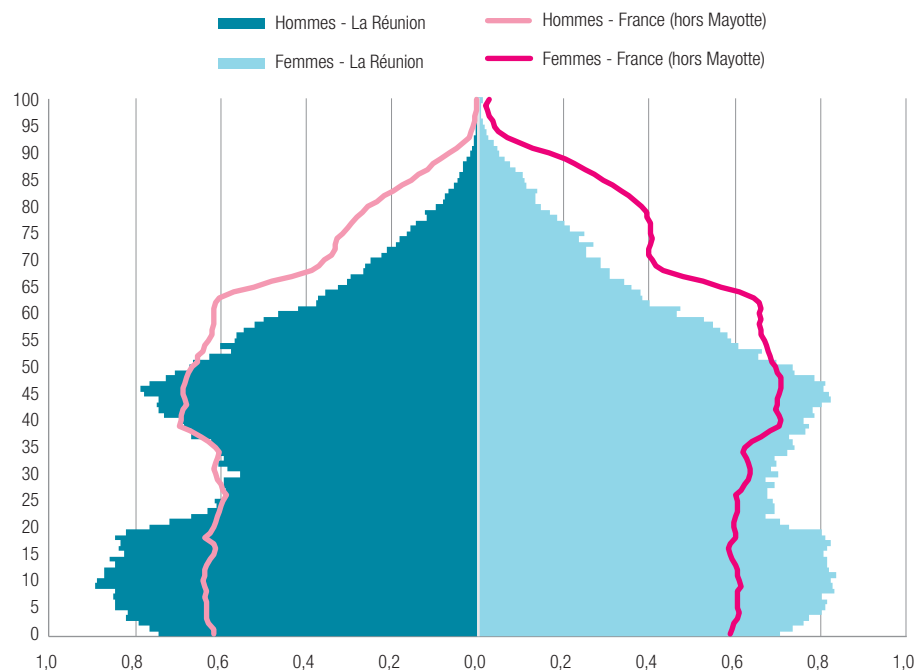
Une des caractéristiques sociales de La Réunion se situe également au niveau de la fragilité professionnelle de la population : le taux de chômage (au sens du bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est le plus élevé en France, il concerne 26,8 % des actifs contre 9,9 % au niveau métropolitain.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage est supérieure à la moyenne nationale : 15,4 % contre 9,5 %, soit le 2^e rang des régions françaises, après la Guyane.

La part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est supérieure à la moyenne nationale : 27,6 % contre 15,1 %. Elle se place au 2^e rang après la Guyane.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Sources • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 4 150 décès annuels moyens sont enregistrés à La Réunion en 2011-2013 : 2 266 chez les hommes et 1 880 chez les femmes.

► 76,7 années d'espérance de vie pour les hommes et 83,4 années pour les femmes

L'espérance de vie est inférieure à celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les gains d'espérance de vie ont été supérieurs à ceux observés au niveau national pour chacun des sexes. Les femmes ont gagné 2,4 années à La Réunion pour 2,0 années en France et les hommes 3,9 années pour 2,8 en France.

Sur les dix dernières années, l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes s'est réduit : il était de 8,2 années en 2001-2003, il est de 6,7 années en 2011-2013, se rapprochant ainsi de l'écart observé au niveau national (6,4 années).

► Une surmortalité plus marquée pour les maladies cardio-vasculaires, notamment chez les femmes

La Réunion présente des taux standardisés de mortalité toutes causes supérieurs à la moyenne

nationale. La région se situe en 2011-2013 au 16^e rang des 17 régions pour les hommes et au 15^e rang pour les femmes. Bien que moins marquée, la surmortalité prématurée (décès avant 65 ans) de la région est importante, pour les hommes et les femmes, respectivement au 12^e et au 11^e rang.

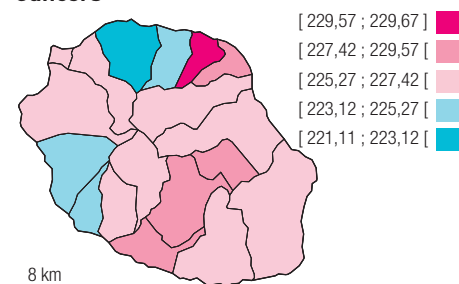
La sous-mortalité est marquée pour les cancers : le différentiel avec le niveau national est de - 12,9 % en 2011-2013, les deux sexes confondus. Cela place La Réunion au 5^e rang des régions françaises pour les hommes et au 3^e rang pour les femmes. Ce différentiel s'est réduit depuis dix ans (graphique 2) : - 17,4 % en 2001-2003. La sous-mortalité prématurée par cancers des hommes est plus importante que celle observée tous âges confondus : - 14,5 % contre - 8,7 %. Pour les femmes, elle est de - 24,7 % contre - 16,7 %, tous âges confondus. Le différentiel avec le niveau national s'accroît : - 14,1 % en 2001-2003, contre - 18,3 % en 2011-2013.

La Réunion présente une surmortalité par maladies cardio-vasculaires : le différentiel avec le niveau national est de + 27,8 % en 2011-2013, la région occupant ainsi le dernier rang français aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Cependant, les femmes présentent un différentiel avec le niveau national plus important (+ 36,2 %) que celui des hommes (+ 20,0 %). Ces dix dernières années, le différentiel avec le niveau national n'a que très légèrement diminué

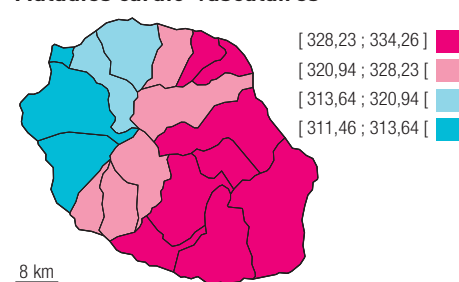
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

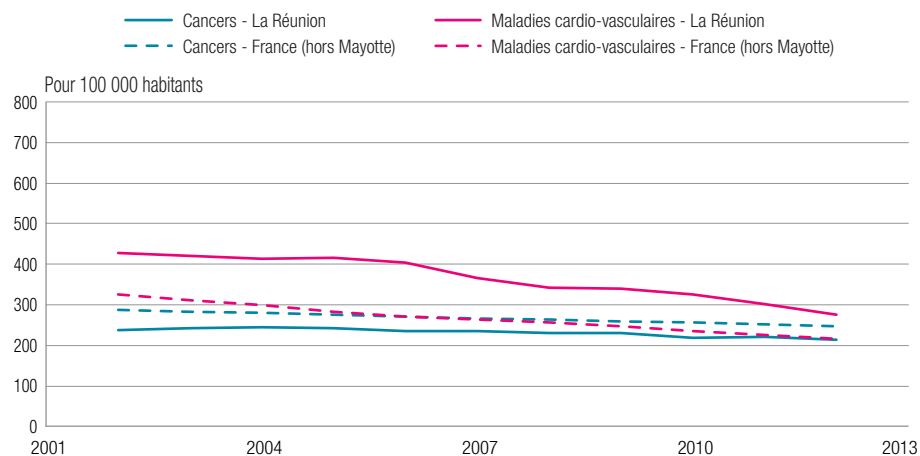
Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

(graphique 2). La baisse de la mortalité a été particulièrement marquée pour les maladies de l'appareil circulatoire : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 34,1 % à La Réunion, une diminution proche de celle observée au niveau national (- 32,5 %). La surmortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires est plus importante que la surmortalité tous âges confondus : le différentiel avec le niveau national est de + 55,8 % pour + 27,8 % pour tous les âges. Cette surmortalité est particulièrement importante chez les femmes, où l'écart à la valeur nationale est de + 90,2 % en 2011-2013.

Au cours de la période 2006-2013, au niveau infrarégional, on observe une mortalité plus élevée par cancers autour de la commune de Saint-André et dans les cantons de l'axe allant de Saint-Pierre à La Plaine-des-Palmistes (carte 1). Elle y est la plus faible autour de Saint-Denis. Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, on observe des taux de mortalité plus élevés sur une large moitié est de La Réunion (carte 2).

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

La Réunion (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une surmortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, plus de 230 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS)), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important sont dénombrés : 186 concernent des hommes et 45 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont reculé de 37,4 %, alors que le recul était de 25,8 % au niveau national. Des baisses dans des grandeurs proches sont observées chez les hommes (- 37,1 %) et chez les femmes (- 35,2 %). Pour les cancers des VADS et les psychoses alcooliques ou alcoolisme, les deux sexes confondus, des baisses de la mortalité sont observées (respectivement - 38,3 % et - 48,5 %), alors que la baisse de la mortalité par cirrhoses du foie n'est pas significative.

Une surmortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France en 2011-2013,

le différentiel à la valeur nationale est de + 37,8 %. Il est plus important chez les hommes où il est de + 42,2 %, contre + 28,6 % chez les femmes. La région se place au 16^e rang avant les Hauts-de-France. Cette surmortalité se retrouve également pour les décès par cirrhoses du foie (16^e rang) et pour les décès par psychoses alcooliques ou alcoolisme (dernier rang). La mortalité par cancers des VADS ne se distingue pas de la moyenne nationale.

Entre 2006 et 2013, une mortalité élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée sur la façade est de la région (carte 3). Les taux de mortalité sont les plus bas sur la partie nord, nord-ouest du littoral notamment à Saint-Denis, à l'exception du canton du Port.

► Un décès sur sept pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, plus de 610 décès annuels moyens sont dénombrés en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers sont des décès masculins et un tiers des décès féminins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, le taux standardisé de mortalité pour ces pathologies a reculé de 22,3 %, recul proche de celui observé au niveau de la France (- 20,9 %). Chez les femmes, la baisse est légèrement supérieure à celle observée au niveau national (- 22,8 % contre - 19,8 %), alors que chez les hommes, la baisse a été plus faible (- 19,8 % contre - 22,3 % au niveau national). À la même période, les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon et par BPCO présentent une baisse non significative. Le taux standardisé de mortalité par cardiopathies ischémiques, tous genres confondus, a diminué de 33,2 %.

En 2011-2013, une surmortalité par rapport au niveau national (+ 11,2 %) est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. La région se place au 13^e rang et présente le taux le plus élevé des régions d'outre-mer. Pour la mortalité par BPCO et celle par cardiopathies ischémiques, tous sexes confondus, la région présente des taux supérieurs à la valeur nationale, alors que la mortalité y est inférieure pour le cancer du poumon.

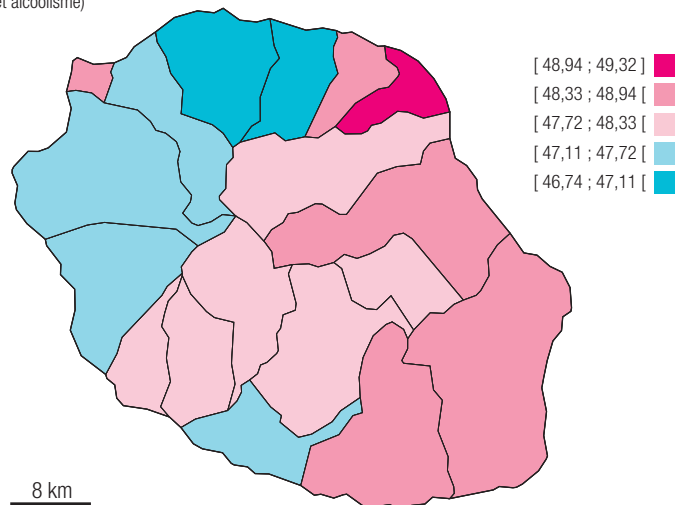
Au cours de la période 2006-2013, les taux de mortalité des principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont plus élevés dans la moitié sud-est de l'île et autour de Saint-André (carte 4). Ils sont moins élevés au nord-ouest de la région.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

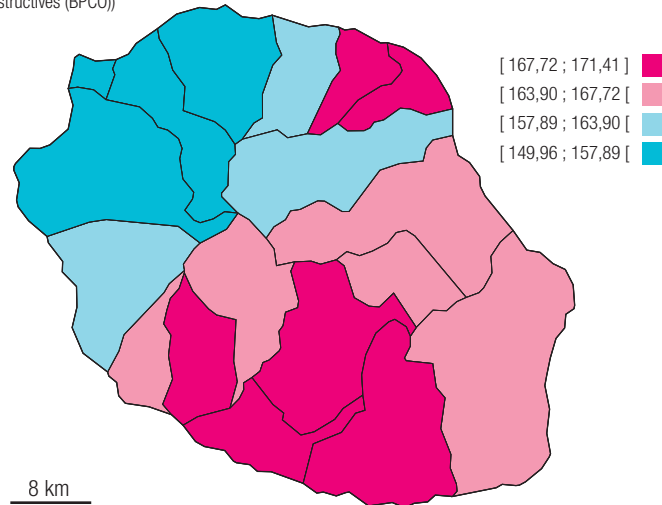
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organisme responsable de la production de la fiche :** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de l'océan Indien

Diabète – Nutrition

► La Réunion, une région fortement touchée par le diabète

Selon l'enquête Baromètre santé réalisé en 2014 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), La Réunion est caractérisée par une prévalence élevée du diabète connu en population générale de 15 à 75 ans : 9 Réunionnais sur 100 (9,3 %) sont diabétiques en 2014 ; la prévalence augmentant nettement avec l'âge (graphique 3).

Concernant la prévalence du diabète traité pharmacologiquement, La Réunion est la région française la plus concernée : le taux de prévalence standardisé sur l'âge est de 10,2 % en 2013 (un taux deux fois supérieur au taux national, 4,7 %).

Le diabète est la cause initiale de 220 décès en moyenne entre 2011 et 2013, en majorité des femmes (60 %). Le taux de mortalité par diabète (en cause initiale) tend à baisser comme en Métropole, mais le taux régional reste près de trois fois supérieur au taux métropolitain. Ces données sont probablement sous-estimées, puisque le diabète est globalement sous-déclaré sur les certificats de décès (en cause initiale ou associée).

► Prise en charge et qualité de vie des patients diabétiques : des points de vigilance

Le suivi médical des patients, dont les recommandations sont fixées par la Haute Autorité de santé (HAS), reste insuffisant sur l'île : seule la moitié des patients diabétiques traités pharmacologiquement déclarent réaliser au moins 3 dosages de l'hémoglobine glyquée dans l'année ; le constat est le même pour le suivi cardiologique, ophtalmologique ou pour le dosage de la microalbuminurie (respectivement 47 %, 46 % et 53 % en 2014).

► Surpoids, obésité, alimentation, sédentarité, précarité financière : des déterminants forts

Certains facteurs connus, associés au diabète, comme l'âge, la précarité financière et le niveau

d'études sont présents à La Réunion, comme ailleurs. En revanche, le diabète concerne davantage les femmes à La Réunion, contrairement à ce qui est observé en France métropolitaine. Elles représentent près de 60 % des personnes diabétiques.

En 2014, quatre habitants de la Réunion sur dix, de 18 ans ou plus, sont en surpoids (indice de masse corporelle¹ (IMC) ≥ 25 kg/m²) selon le poids et la taille déclarés (41 % en Métropole en 2014) dont 11 % en situation d'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) (12 % en Métropole). Le surpoids concerne autant les hommes que les femmes, mais ces dernières sont davantage touchées par l'obésité (14 %, contre 8 % chez les hommes), contrairement à la Métropole (12 % chez les hommes et les femmes). On observe une différence aussi selon l'âge. Le taux d'obésité est supérieur au taux métropolitain avant 45 ans (12 % *versus* 8 %), inférieur après (10 % *versus* 15 %). Surpoids et obésité restent les facteurs les plus fortement liés au diabète à La Réunion (six diabétiques sur dix en surpoids).

► Des comportements nutritionnels éloignés des recommandations

La consommation de fruits et légumes est nettement inférieure aux recommandations du Programme national nutrition santé (PNNS). En 2014, 85 % de la population de 15 à 75 ans consomment moins de 3,5 portions de fruits ou légumes par jour (35 % en Métropole en 2007). Une personne sur trois déclare consommer au moins quatre fois par semaine des boissons sucrées, les moins de 20 ans et les hommes étant ceux qui en consomment le plus.

En revanche, l'activité physique au moins cinq fois par semaine (au moins 30 minutes, que ce soit dans le cadre du travail, des déplacements ou des loisirs) est plus fréquente à La Réunion qu'en Métropole : 44 % des Réunionnais déclarent pratiquer une activité physique régulièrement contre 34 % en Métropole. ■

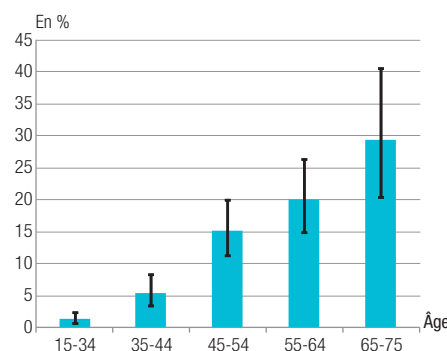
1. Rapport entre le poids (en kg) et la taille (en mètre) au carré.

Baromètre santé DOM 2014

Santé publique France (ex-INPES) mène depuis le début des années 1990 des enquêtes appelées « Baromètre santé » qui ont pour objectif de décrire les comportements, attitudes et perceptions de santé des Français. Pour la première fois, une extension de cette enquête a été mise en œuvre dans les départements d'outre-mer hors Mayotte. Un échantillon de plus de 8 000 individus a été interrogé, entre avril et novembre 2014, sur leurs opinions et comportements en matière de santé. À La Réunion, l'échantillon comportait 2 094 personnes âgées de 15 à 75 ans, dont 1 255 femmes (52 %) et 839 hommes (48 %). La moyenne d'âge des personnes enquêtées était de 40 ans.

Les thèmes de santé abordés incluaient une partie classiquement suivie en Métropole (consommations de tabac, d'alcool, accès aux dépistages, recours aux soins, santé mentale...), ainsi que des sujets relevant de problématiques de santé publique spécifiques, identifiés en partenariat avec les acteurs de santé travaillant dans ces territoires : diabète, alimentation, chikungunya, leptospirose, usages détournés de médicaments, couverture vaccinale des jeunes enfants, etc. Certaines questions étaient spécifiques à La Réunion comme celles concernant l'alimentation, les virus respiratoires, les usages détournés de médicaments ou le diabète.

GRAPHIQUE 3
Prévalence du diabète déclaré en fonction de l'âge chez les 15-75 ans (N = 2 091) en 2014



Source • Baromètre santé DOM 2014 (Santé publique France).

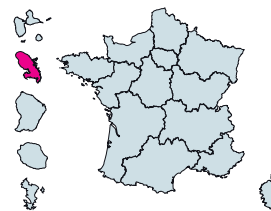
Références

Fosse-Edorh S. *et al.*, 2015, « Journée mondiale du diabète 2015. Suivi du diabète et poids de ses complications sévères en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, Institut de Veille Sanitaire, n° 34-35 ; novembre, pp. 617-654.

Guibert G. et Balicchi J., 2015, « Diabète Nutrition - Baromètre santé DOM, La Réunion 2014 - Nutrition, statut pondéral et diabète à La Réunion », *In Extensa*, Agence de santé Océan Indien (ARS OI), Observatoire de la Santé Océan Indien (ORS OI), n° 4, novembre.

Richard J.-B., Balicchi J., Mariotti E., Pradines N. et Beck F., 2015, *Premiers résultats du Baromètre santé DOM, La Réunion, 2014*, coll. Baromètres Santé, Institut National de prévention et d'éducation pour la santé, Agence de Santé Océan Indien, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Observatoire français des drogues et des toxicomanies.

Martinique



Contexte démographique

Avec plus de 385 000 habitants lors du recensement de 2013, la Martinique est l'une des régions françaises les moins peuplées. Néanmoins, avec une densité de 341,8 habitants au km², trois fois supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), elle se place au 2^e rang des régions avec une densité élevée.

La population de la Martinique présente une structure par âge distincte de celle de la France (graphique 1). Les personnes de moins de 5 ans, celles âgées de 20 à 35 ans et celles de 70 ans ou plus sont moins représentées. À l'inverse, les personnes âgées de 5 à 20 ans et de 35 à 60 ans sont plus représentées. Pour cette dernière classe d'âge, les femmes sont particulièrement nombreuses.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est inférieur à la moyenne nationale (67,1 contre 72,2). Il est le plus élevé des régions d'outre-mer.

► Une population en baisse

Malgré un solde naturel qui figure parmi les plus élevés (+ 0,5 % par an en moyenne au cours de la période 2008-2013, soit le 5^e rang), la Martinique est la seule région française

enregistrant une baisse de population (- 0,6 % par an) entre 2008 et 2013. Cette baisse est due à un solde migratoire négatif (- 1,1 % par an) que le solde naturel ne parvient pas à compenser.

En 2008-2013, la population des moins de 20 ans a diminué de 2,6 % par an en moyenne. Cette diminution de la population jeune est la plus importante des régions françaises. Dans le même temps, la population des 75 ans ou plus s'accroît de 3,8 % par an et présente le 2^e taux d'accroissement le plus élevé après La Réunion. Ces taux d'accroissement se distinguent très fortement de la valeur nationale : + 0,1 % pour les moins de 2 ans et + 1,8 % pour les 75 ans ou plus.

► Une fécondité parmi les plus faibles hormis chez les jeunes

Avec un indice conjoncturel de fécondité de 1,91 enfant par femme en 2014, la Martinique se place au 12^e rang des régions françaises. Elle est la seule région ultramarine à présenter un indice inférieur à la moyenne nationale (1,98 enfant par femme).

Le taux de fécondité des jeunes femmes de 12-19 ans est de 13,9 ‰ contre 6,0 ‰ au niveau national. Il figure parmi les taux les plus élevés des régions françaises, situant la Martinique au 3^e rang derrière la Guyane et La Réunion.

Contexte social

À l'image des autres régions ultramarines, les taux d'allocataires de prestations sociales de la Martinique sont parmi les plus élevés des régions françaises (excepté pour l'allocation aux adultes handicapés (AAH)), tout en restant les plus faibles des régions d'outre-mer.

Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 27,4 % des ménages, pour un taux national de 8,6 %. La Martinique se place ainsi au 4^e rang des régions françaises. Parmi les familles monoparentales, le taux d'allocataires du RSA majoré est de 17,5 % (13,0 % au niveau national), situant ainsi la région au 5^e rang derrière les trois autres régions ultramarines et les Hauts-de-France. Avec un taux d'allocataires de l'AAH de 3,2 % pour une moyenne nationale de 3,1 %, la Martinique se classe au 11^e rang des régions françaises.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est très élevé : 23,6 % pour une moyenne nationale de 7,5 %. Avec ce taux, la Martinique se place au 4^e rang des régions françaises, après les trois autres régions d'outre-mer.

► Une part importante de foyers fiscaux non imposés

La part de foyers fiscaux non imposés, de 70,0 %, est nettement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %). La Martinique se place au 4^e rang derrière les trois autres régions ultramarines.

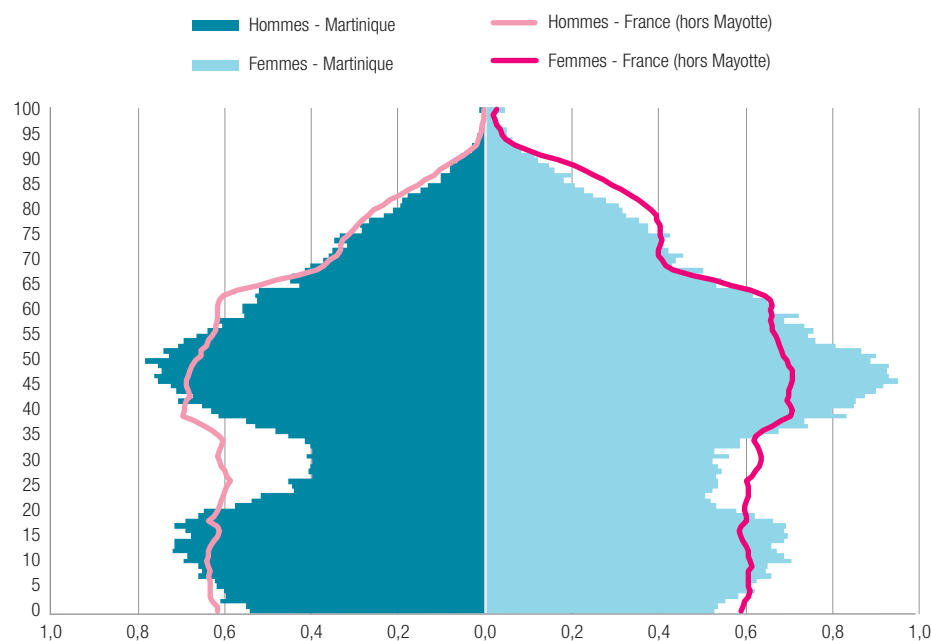
► Une fragilité professionnelle

La fragilité professionnelle de la population est l'une des caractéristiques sociales de la Martinique. Le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est deux fois supérieur à la moyenne métropolitaine (9,9 %), soit 19,4 % des actifs. La région se place ainsi au 4^e rang des régions françaises, derrière les trois autres régions ultramarines.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage, et la part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est supérieure à la moyenne nationale : respectivement 12,7 % contre 9,5 % et 18,6 % contre 15,1 %. La Martinique occupe ainsi le 5^e rang des régions françaises, derrière les trois autres régions d'outre-mer et la Corse.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Plus de 2 800 décès annuels moyens sont enregistrés en Martinique en 2011-2013 : 1 464 chez les hommes et 1 355 chez les femmes.

► 78,9 années d'espérance de vie pour les hommes et 85,7 années pour les femmes

L'espérance de vie est plus élevée que celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 2,8 années chez les hommes et 2,9 années chez les femmes. Chez les hommes, ce gain est similaire à celui observé au niveau national ; il est en revanche plus important chez les femmes (+ 2,0 ans au niveau national).

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est resté stable en Martinique : il était de 6,8 années en 2001-2003 et est du même ordre en 2011-2013. Cet écart, inférieur à celui observé au niveau national en 2001-2003 (7,3 années), est désormais supérieur (6,4 années).

► Une sous-mortalité pour les cancers et les maladies cardio-vasculaires

La Martinique présente des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi les plus bas de

France : elle se situe au 2^e rang des 17 régions pour les hommes et au 1^{er} rang pour les femmes, en 2011-2013. La sous-mortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) pour laquelle la Martinique occupe le 3^e rang, tous sexes confondus.

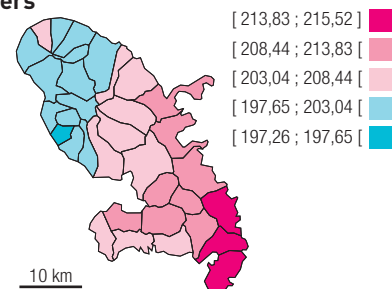
Pour les cancers, la sous-mortalité est très marquée. Le différentiel avec le niveau national est de - 13,6 % en 2010-2013¹, les deux sexes confondus. La région se place ainsi parmi celles qui ont les taux les plus faibles, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Ce différentiel s'est réduit depuis dix ans : il était de - 19,6 % en 2001-2003 (graphique 2). La sous-mortalité prématurée par cancers des hommes est plus marquée que celle observée tous âges confondus (- 31,9 % contre - 15,1 %), alors que pour les femmes, elle est proche de celle observée tous âges confondus (- 13,5 % contre - 10,6 %).

La Martinique se distingue également par une sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires et se classe ainsi parmi les taux les plus faibles des régions françaises, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Le différentiel avec le niveau national s'est accru : il était de - 2,8 % en 2001-2003 et est de - 8,6 % en 2010-2013 (graphique 2). La baisse de la mortalité a été particulièrement marquée pour les maladies de l'appareil circulatoire : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de près d'un tiers en Martinique entre 2001-2003

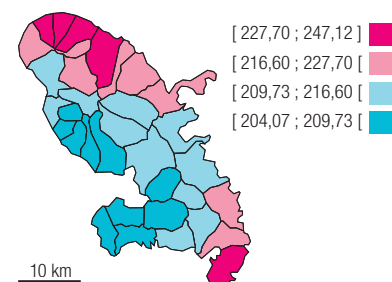
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par communes

Cancers



Maladies cardio-vasculaires

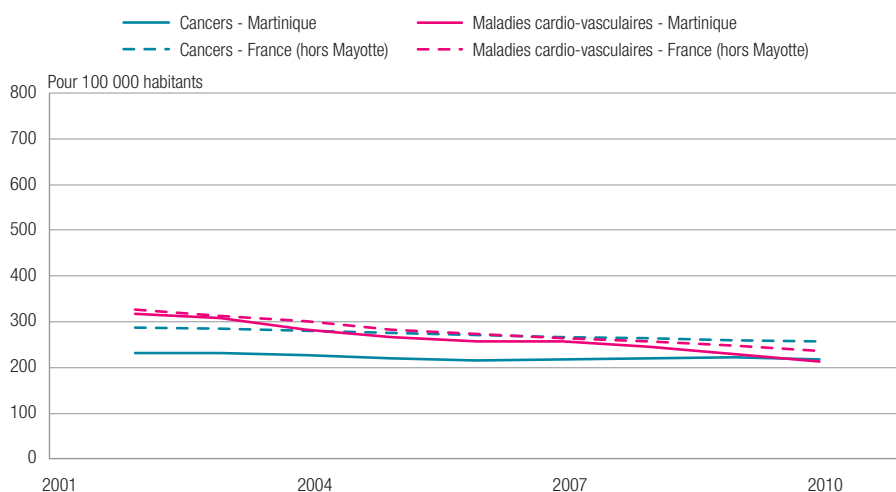


* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 2001-2003 et 2009-2011



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

et 2010-2013. En revanche, en 2010-2013, la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires est supérieure à celle observée au niveau national (près de 20 %). Le différentiel avec le niveau national est plus marqué chez les femmes (+ 54,9 %) que chez les hommes (+ 11,9 %).

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, on observe une mortalité plus élevée par cancers sur le littoral atlantique sud de la région. Une mortalité plus basse est observée sur la moitié nord du littoral caraïbe et en partie atlantique de la Martinique (carte 1). Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, les taux sont plus importants sur le littoral atlantique nord et à la pointe sud de l'île (carte 2).

1. En 2012, à la suite d'un problème de transmission des certificats de décès pour la Martinique, un nombre important de décès a été codé en cause inconnue. De ce fait, les décès présentés par causes pour la période 2010-2013 correspondent aux décès des années 2010, 2011, 2013 (exclusion de 2012). Les cartes portant sur la période 2006-2013 sont à interpréter avec précaution et les données après 2011 ne sont pas présentées sur le graphique.

Martinique (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► **Un recul de la mortalité plus faible qu'au niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque**

En 2010-2013², la Martinique compte plus de 80 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important : 70 concernent des hommes et 12 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2010-2013, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces décès a reculé de 10,5 % en Martinique, alors que le recul est de 25,8 % au niveau national. Pour les cancers des VADS, les deux sexes confondus, une baisse de la mortalité est observée, alors que les mortalités par cirrhoses du foie et par psychoses alcooliques ou alcoolisme restent stables.

En Martinique, une sous-mortalité pour l'ensemble de ces pathologies est observée par rapport à la France pour les deux sexes confondus : la région présente l'un des taux les plus bas en

2010-2013. Le constat est identique pour les décès par cancers des VADS et par cirrhoses du foie. Pour les décès par psychoses alcooliques et alcoolisme, la région présente un taux plus élevé que la valeur nationale et se classe parmi les régions ayant un taux élevé.

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, une mortalité plus élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée sur les pointes nord et sud de la Martinique. Les communes de la partie centrale de l'île présentent une mortalité plus faible (carte 3).

► **Une mortalité faible, en baisse depuis dix ans, pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque**

En 2010-2013, plus de 180 décès annuels moyens sont dénombrés en Martinique en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Près des deux tiers d'entre eux sont des décès masculins et un tiers des décès féminins.

Entre 2001-2003 et 2010-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont

reculé de 12,4 % en Martinique, contre - 20,9 % au niveau de la France. Pour la même période, la mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué d'un quart, tous sexes confondus, alors que la mortalité par cancers du poumon a augmenté de 30,1 %. Quant à la mortalité par BPCO, la baisse observée n'est pas significative.

En 2010-2013, la Martinique présente une sous-mortalité par cancers du poumon par rapport au niveau national tous sexes confondus (- 61,4 %), très favorable pour les hommes comme pour les femmes. La région se distingue également de la valeur nationale pour la mortalité par cardiopathies ischémiques avec un différentiel de - 37,3 %, tous sexes confondus et pour celle par BPCO, qui est nettement inférieure au niveau national (- 77,7 %). Pour chacune de ces pathologies, la région se place parmi les régions françaises ayant les taux les plus faibles.

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont plus élevés pour les communes du sud et du centre côté Atlantique et pour quelques communes du nord caraïbe (carte 4).

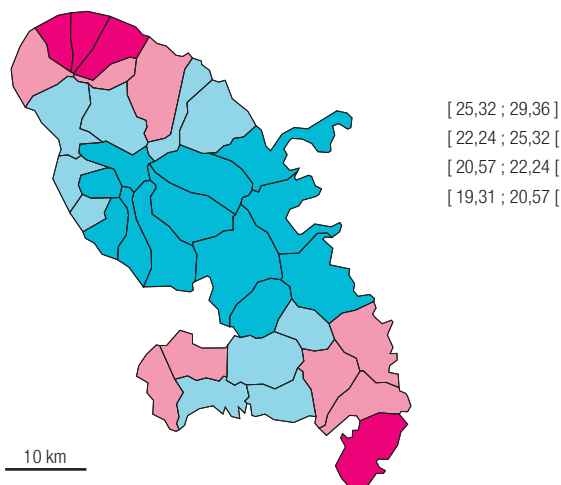
2. Cf note 1.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par communes

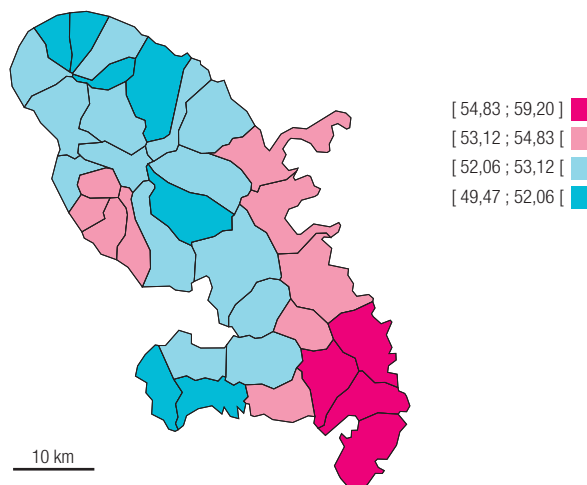
Alcool

(Cancers des des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de la Martinique

Surpoids et obésité

Le surpoids et l'obésité font partie des priorités de santé de la Martinique depuis les années 1990. Selon les résultats de l'enquête Escal [1], en 2003, plus de la moitié de la population adulte résidant en Martinique était en surpoids ou obèse. Plus précisément, 53 % des adultes (16 ans ou plus) étaient en surpoids dont 20 % étaient obèses, avec une différence significative selon le sexe pour l'obésité (25,6 % des femmes et 13,7 % des hommes). Chez les enfants, les chiffres étaient tout aussi alarmants, avec près d'un quart des enfants de 3 à 15 ans présentant un surpoids, dont 8 % obèses. L'enquête Escal a aussi montré une association entre surpoids et présence d'une hypertension artérielle ou d'un diabète, deux pathologies dont la prévalence est supérieure en Martinique à la moyenne nationale. Ces données ont été actualisées grâce à l'enquête Kannari.

► Une progression de la prévalence du surpoids et de l'obésité en dix ans

En 2013, 58,8 % des individus de 16 ans ou plus sont en surpoids, soit une progression de 5,5 points depuis 2003 (53,3 %). Au sein de cette population en surpoids, l'obésité concerne 27,7 % des individus, contre 20,0 % en 2003.

Chez les enfants de 3 à 15 ans, 34,7 % sont en surpoids (soit plus d'un enfant martiniquais sur

trois) et l'obésité concerne presque 1 enfant sur 10 ; soit une augmentation de respectivement 10 et 2 points depuis 2003.

► Les femmes plus touchées par l'obésité

La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes (1 femme sur 3) que chez les hommes (1 homme sur 5). En 2003, la proportion était respectivement de 1 femme sur 4 et de 1 homme sur 7. En termes de surpoids, il n'existe pas de différence statistiquement significative liée à l'âge, bien que la tendance d'évolution du surpoids apparaisse positivement corrélée à l'âge jusqu'à 45-64 ans.

► Influence du niveau socio-économique chez les femmes

Après ajustement sur l'âge, la prévalence du surpoids est plus élevée chez les femmes nées aux Antilles par rapport à celles nées ailleurs (Odds ratio (OR) = 3), celles ayant un diplôme inférieur au baccalauréat par rapport à celles ayant un diplôme équivalent ou supérieur (OR = 2) et celles bénéficiant de minima sociaux (OR = 2). Concernant l'obésité, la prévalence est plus élevée chez les femmes ayant un diplôme inférieur au baccalauréat (OR = 2). Aucun facteur sociodémographique n'est ressorti concernant le surpoids et l'obésité chez les hommes.

Précisions méthodologiques

L'enquête Kannari a été réalisée en 2013 en Guadeloupe et Martinique.

Tirage au sort des individus âgés de 16 ans ou plus sur la base d'un plan de sondage à 3 degrés (lots, foyers, individus) ; questionnaire rempli à domicile, des mesures anthropométriques (poids, taille, tour de taille, tour de hanche). Pour le volet santé, 1 788 foyers enquêtés, 1 737 adultes, 493 enfants. L'analyse descriptive tient compte du plan de sondage et est pondérée par redressement par rapport au recensement de l'INSEE et aux variables prédictives de la participation à chacun des volets de l'enquête.

IMC : indice de masse corporelle ; se calcule par le poids (en kg) divisé par la taille (en m) au carré.

Surpoids : IMC \geq 25,0 kg/m² (norme Organisation mondiale de la santé (OMS)).

Obésité : IMC \geq 30,0 kg/m² (norme OMS).

Obésité abdominale : tour de taille \geq 80 cm chez la femme et \geq 94 cm chez l'homme (norme *International Diabetes Federation* (IDF)) ; tour de taille \geq 88 cm chez la femme et \geq 102 cm chez l'homme (norme NCEP/ATPIII - *National Cholesterol Education Program*).

► Un gain moyen de plus de 2 cm de tour de taille en dix ans

Le tour de taille moyen est passé de 88,0 cm en 2003 à 90,6 cm en 2013. Il est de 92,8 cm chez les hommes (+ 3,0 cm depuis 2003) et de 88,8 cm chez les femmes (+ 2,0 cm depuis 2003).

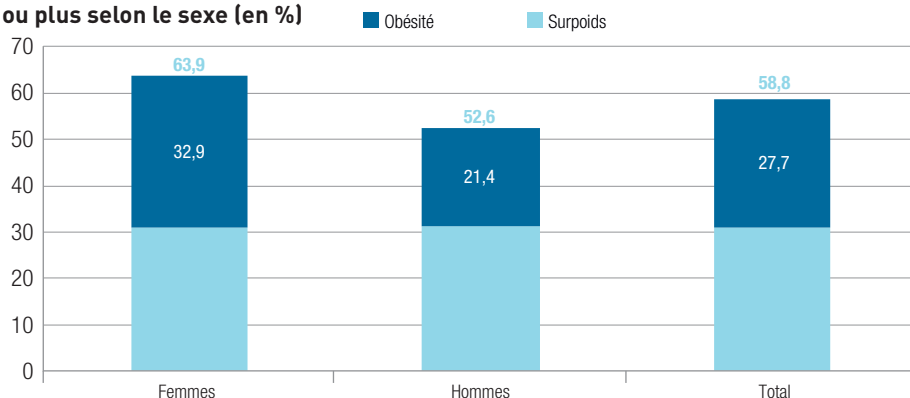
En considérant la norme de l'*International Diabetes Federation* (IDF) (encadré), 59,3 % des adultes ont une obésité abdominale, respectivement 46,6 % chez les hommes et 69,8 % chez les femmes. En regard de la norme du *National Cholesterol Education Program* (NCEP), cette prévalence est de 36,4 %, respectivement 21,9 % chez les hommes et 48,3 % chez les femmes.

► Un facteur de risque à prendre en compte dans les politiques de santé publique

Le surpoids, et plus particulièrement l'obésité, continue sa progression en Martinique, passant de 1 individu obèse sur 5 en 2003 à plus de 1 individu sur 4 en 2013. En 2003, moins de 1 enfant sur 4 était en surpoids contre plus de 1 enfant sur 3 en 2013. Il faut toutefois nuancer cette évolution en tenant compte du vieillissement de la population qui explique à lui seul la moitié de la progression du surpoids entre 2003 et 2013. ■

GRAPHIQUE 3

Prévalence du surpoids et de l'obésité en Martinique chez les adultes de 16 ans ou plus selon le sexe (en %)



Champ • Martinique, population âgée de 16 ans ou plus.

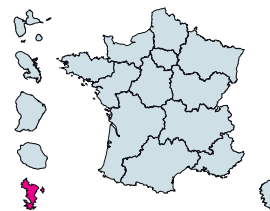
Source • Enquête Kannari 2013 (InVS, ANSES, ARS et ORS Guadeloupe et Martinique, INSEE) ; exploitation ORS Martinique.

Références

[1] Pierre-Louis K., Merle S., Flamand C. *et al.*, 2006, Prévalence du surpoids, de l'obésité et de l'hypertension artérielle dans la population martiniquaise, étude ESCAL (Enquête sur la santé et les comportements alimentaires en Martinique), 2003-2004. Journées de veille sanitaire, 29 et 30 novembre 2006, Paris. Livre des résumés des communications orales, page 15.

[2] Yacou C., Cornely V., Neller N. *et al.*, 2015, Surcharge pondérale chez les adultes de 16 ans ou plus en Guadeloupe et Martinique. Enquête Kannari 2013-2014. BVS n° 8-9, octobre 2015. 4^{es} Journées interrégionales de veille sanitaire des Antilles Guyane, pages 8-9.

Mayotte



Contexte sociodémographique

Mayotte compte 212 600 habitants lors du recensement de 2012. Sa densité de 570 habitants au km², très largement supérieure à la moyenne nationale (103,1 hab./km²), la situe comme la 2^e en termes de densité, parmi les régions de France, après la région d'Île-de-France.

► La plus jeune population de France

En 2012, plus de la moitié de la population de Mayotte a moins de 18 ans ; les 60 ans ou plus représentent moins de 5,0 % de la population, soit 6 fois moins qu'en Métropole (graphique 1).

► Une forte croissance démographique

Mayotte est le territoire ayant la plus forte croissance démographique, devant la Guyane. La population a triplé depuis 1985, mais le taux de croissance de la population diminue progressivement. Depuis 2007, la population augmente à un rythme moyen de 2,7 % par an (contre +0,5 % pour la France métropolitaine). Cette croissance démographique est principalement liée à un solde naturel très largement positif (+3,1 % par an en moyenne entre 2007 et 2012). En revanche, au cours de la période 2007-2012, comme entre 2002 et 2007, le solde migratoire apparent¹

est négatif (-0,4 %) : ce solde migratoire négatif est principalement expliqué par les départs des jeunes natifs de Mayotte.

► Près de 40 % de population étrangère

Mayotte est la région française où la part d'étrangers est la plus importante (39,7 %), devant la Guyane (35,5 %), avec 84 600 étrangers recensés en 2012, majoritairement de nationalité comorienne.

► Une fécondité parmi les plus élevées de France

La natalité est forte, avec un nombre de naissances qui atteint plus de 7 300 naissances domiciliées en 2014 (contre 6 500 en 2012). Quelle que soit la tranche d'âge, l'indice conjoncturel de fécondité à Mayotte est très largement supérieur à ceux des autres régions métropolitaines ou à celles des autres territoires ultramarins. L'indice de fécondité à Mayotte est de 4,22 enfants par femme en 2014 pour une moyenne France entière de 1,98. Cela place Mayotte au 1^{er} rang, devant la Guyane.

► Une fragilité sociale

En 2012, plus d'un tiers des habitants de plus de 15 ans n'ont jamais été scolarisés (contre moins de 2,0 % en France métropolitaine) et

70 % de la population est sans diplôme qualifiant. Le développement de la scolarisation à Mayotte encore récent entraîne des difficultés face à l'écrit. Selon l'INSEE, en 2012, une personne sur trois âgée de 16 à 64 ans est en situation d'illettrisme. En 2011, 84 % de la population vit sous le seuil de bas revenus, soit avec moins de 959 euros par mois et par unité de consommation (seuil métropolitain), ce qui est supérieur aux taux des autres territoires d'outre-mer (49 % à La Réunion) et largement au-dessus du taux métropolitain (16 %).

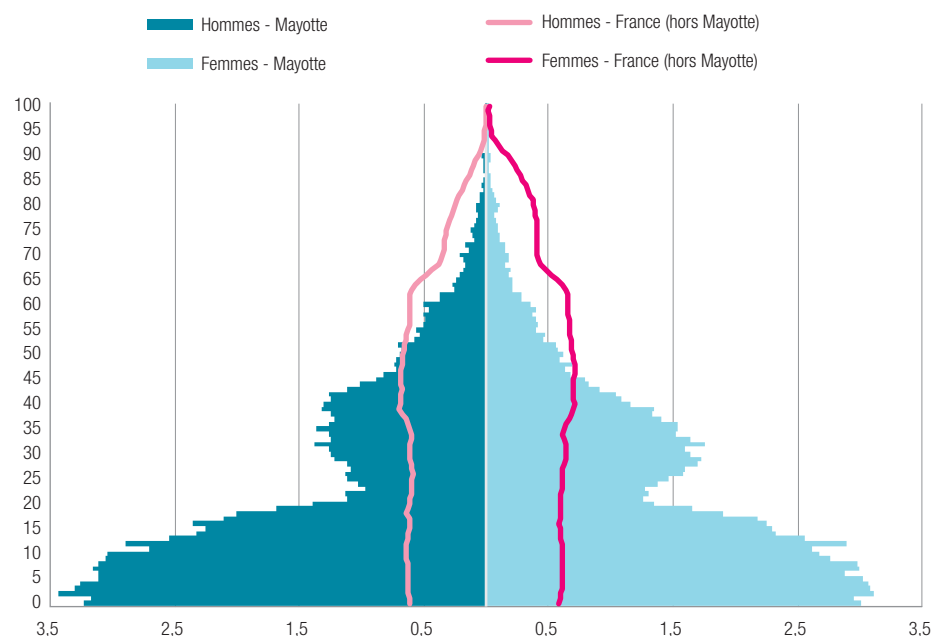
Périnatalité, maladies infectieuses et maladies chroniques : des priorités de santé pour Mayotte

En lien avec le taux de natalité élevé, la santé périnatale et infantile constitue une problématique majeure de santé publique à Mayotte : les taux de mortalité infantile sont très largement supérieurs aux taux métropolitains. Pour Mayotte, le taux de mortalité infantile est de 13,5 ‰ en 2007², soit plus de deux fois supérieur à celui de La Réunion (6,1 ‰ en 2007) et près de quatre fois plus qu'en Métropole (3,6 ‰ en 2007).

Mayotte, de par sa situation géographique et la précarité socio-économique de sa population, reste fortement exposée aux maladies infectieuses (maladies vectorielles, tuberculose, hépatite B, VIH-sida...) ou hydriques liées à l'environnement (typhoïde, diarrhée...). Des données plus anciennes comme l'enquête Maydia, réalisée en 2008, révélait chez les 30 à 69 ans une prévalence du diabète de 10,5 %. Le vieillissement attendu de la population de Mayotte encore jeune et la poursuite de l'occidentalisation des modes de vie présagent une aggravation dans les prochaines années de la morbidité et de la mortalité par diabète. La forte prévalence du surpoids, en particulier chez les femmes (79 % *versus* 52 % des hommes selon l'enquête Maydia) peut aussi contribuer à la progression de la maladie sur l'île. On observe également à Mayotte des situations de carence nutritionnelle, notamment chez les enfants.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2012 (en %)



1. En l'absence de statistiques aux frontières, le solde migratoire apparent résulte de la différence entre la croissance de la population et le solde naturel entre deux recensements.
2. Il n'y a pas de données plus récentes pour Mayotte.

Contexte de la périnatalité

► Les sages-femmes, acteurs clé de l'offre en périnatalité

L'offre de soins est structurée autour du centre hospitalier de Mayotte (CHM), comprenant une maternité de niveau II située à Mamoudzou, de 4 centres de référence répartis dans les quatre autres secteurs de santé et de 13 dispensaires rattachés au CHM. De plus, un réseau de 22 centres de protection maternelle infantile (PMI) est réparti sur le territoire de l'île (carte 1).

Les données de l'offre de soins révèlent un manque important de professionnels de santé sur l'île, plus particulièrement de médecins spécialistes en lien avec la prise en charge périnatale : au 1^{er} janvier 2015, la densité des médecins généralistes à Mayotte apparaît largement inférieure à celle de La Réunion et de la Métropole. Le constat est le même pour les densités des pédiatres et des gynécologues-obstétriciens.

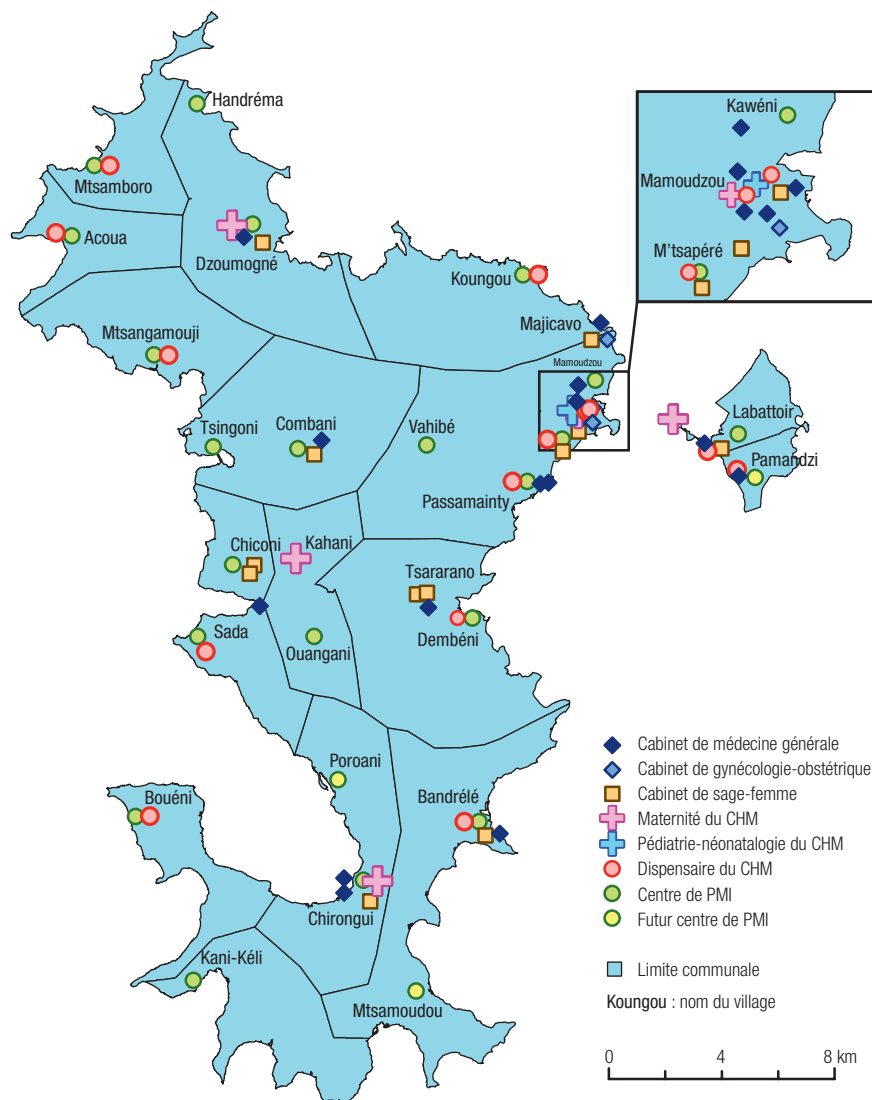
En revanche, la densité de sages-femmes apparaît plus élevée à Mayotte qu'à La Réunion ou qu'en Métropole : 297 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (174 à La Réunion et 140 en Métropole).

À Mayotte, les sages-femmes sont au centre du suivi de grossesse et de la prise en charge des accouchements, elles réalisent les accouchements dans la maternité du CHM et dans les 4 centres de référence. Selon l'enquête périnatale 2010, le pourcentage d'accouchements réalisés par des sages-femmes est plus important à Mayotte qu'en Métropole (68,6 % contre 47,5 %).

► Une natalité forte avec un accroissement récent des naissances

En 2014, 7 306 enfants sont nés d'une mère domiciliée à Mayotte. Le nombre de naissances est à nouveau en hausse en 2014, en partie en raison du flux migratoire en provenance des Comores, après une baisse observée depuis 2008.

CARTE 1
Structures de prise en charge en périnatalité à Mayotte – situation au 1^{er} septembre 2015



Source • Données de la PMI Mayotte/ADELI RPPS (ARS) ; exploitation ARS Océan Indien/INSEE.

Au cours de la période 2012-2014, la moitié des naissances ont lieu dans le secteur de santé du Grand Mamoudzou, seul secteur (parmi les cinq

définis) disposant d'un plateau technique assurant les prises en charge de médecine, chirurgie et obstétrique.

Références

Cellier M., 2011, « L'enquête périnatale à Mayotte en 2010 », *Infos Études et Statistiques*, Agence de santé Océan Indien, n° 22, juillet.

Centre Hospitalier de Mayotte (CHM), Rapport d'activité 2014.

INSEE, 2010, Tableau économique de Mayotte – édition 2010.

ORS La Réunion, 2014, « Indicateurs autour de la grossesse à Mayotte », *Tableau de bord*, avril.

ORS Océan Indien, 2016, « Indicateurs autour de la grossesse à Mayotte », *La Lettre de l'ORS*, ORS de l'Océan Indien, n° 7, mars.

Solet J.-L., Baroux N., 2009, Étude Maydia 2008 – Étude de la prévalence et des caractéristiques du diabète en population générale à Mayotte, Institut de veille sanitaire, 83 p.

Mayotte (suite)

►► **Organismes responsables de la production de la fiche** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de l'océan Indien

En 2014, le taux de natalité à Mayotte est de 32,7 ‰ ; il est nettement supérieur aux taux observés à La Réunion (16,8 ‰) et en Métropole (12,2 ‰).

► Un nombre important de naissances hors établissement

Parmi les naissances enregistrées au centre hospitalier de Mayotte en 2014, 553 naissances ont lieu hors établissement, soit 7,5 % de l'ensemble des naissances. Les explications possibles sont : les difficultés pour les femmes à disposer d'un moyen de locomotion, la durée du trajet jusqu'à la maternité ou le centre de référence et la situation sociale et administrative de la femme.

► Principaux éléments caractéristiques des naissances, issus des données hospitalières

D'après les données du centre hospitalier de Mayotte, l'âge moyen des mères à l'accouchement (quel que soit le rang de naissance de l'enfant) est de 28,2 ans en 2014 contre 29,9 ans en Métropole. Il est en augmentation comme dans le reste de la France. Parallèlement, entre 2012 et 2014, 330 mères mineures (dont 40 de moins de 15 ans) accouchent en moyenne chaque année, ce qui représente 4,8 % des accouchements (0,5 % en Métropole).

En 2014, 9,9 % des naissances vivantes à Mayotte sont prématurées (terme < 37 semaines d'aménorrhée). La proportion d'enfants nés vivants prématurés à Mayotte est comparable à celle de La Réunion (10,4 % des naissances en 2014) et supérieure à celle enregistrée en

Mayotte, 101^e département français

Mayotte est une collectivité unique, appelée « Département de Mayotte », qui exerce les compétences dévolues aux départements et aux régions d'outre-mer. L'île de Mayotte est devenue le 101^e département français, et le 5^e département-région d'outre-mer (DROM) en mars 2011. Ce nouveau département est confronté à plusieurs défis, notamment en matière d'observation de la santé de la population. En effet, le système d'information existant sur l'île est à renforcer pour avoir une vision quantifiée précise des problèmes de santé de la population résidant sur l'île. La production continue sur la santé à Mayotte reste difficile, car les systèmes d'information en santé ne sont pas encore totalement opérationnels, certains recueils de données n'étant par ailleurs pas encore informatisés. De fait, les données sur ce territoire sont moins disponibles et leur actualisation est moins régulière.

Métropole (6,8 % en 2014). La part des enfants nés vivants avec un faible poids de naissance (< 2 500 g) est de 11,8 % à Mayotte en 2014 (12,1 % à La Réunion et 7,3 % en Métropole en 2014). Le taux de mortalité est de 15,2 ‰ (8,6 ‰ en Métropole) en 2014.

En 2014, 17,0 % des femmes accouchent par césarienne. Ce taux est inférieur à celui de La Réunion (19,9 % en 2014) et de la Métropole (20,1 % en 2014). Il est de 4,7 % chez les mères mineures. De 2012 à 2014, les données d'hospitalisation révèlent que près de deux tiers des césariennes ont lieu au cours du travail, alors que le taux de césariennes réalisées dans un contexte d'urgence représente 16,0 %. Le reste concerne des césariennes programmées. La part des césariennes chez les moins de 25 ans est très importante, elle représente 26,9 % de l'ensemble des césariennes (3,9 % des césariennes concernent des mineures).

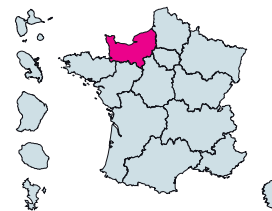
► Des indicateurs en périnatalité éclairés par l'enquête périnatale de 2010

Les informations en matière de périnatalité à Mayotte sont hétérogènes. Cependant les

résultats de l'enquête périnatale de 2010 à Mayotte montrent :

- des conditions socio-économiques défavorables pour les femmes, avec une précarité financière importante, et une faible couverture par l'assurance maladie (50 % d'entre elles n'ont pas d'assurance maladie) ;
- des grossesses survenant tôt ;
- un retard important en matière de surveillance prénatale : l'entretien précoce est rare (4,0 %) ainsi que le suivi de séances de préparation à la naissance (5,0 %). La majorité des femmes n'ont jamais vu d'anesthésiste (67,0 %). Le nombre d'échographies est nettement inférieur à celui de la Métropole et de La Réunion en 2003 : 48,0 % des femmes qui ont accouché à Mayotte ont eu moins de 3 échographies en 2010, contre 5,0 % des femmes à La Réunion en 2003 et 1,5 % des métropolitaines en 2010 ;
- un suivi médical à améliorer, puisque la moitié des parturientes ont moins de 7 consultations prénatales (6 % en Métropole en 2010). ■

Normandie



Contexte démographique

Avec 3,3 millions d'habitants au recensement de 2013, la Normandie se situe au 9^e rang des régions les plus peuplées de France. Sa densité de population de 111,3 habitants au km² est proche de la moyenne nationale (9^e rang également).

La part des personnes âgées est globalement plus forte qu'en France à partir de 50 ans, notamment chez les femmes. En revanche, le déficit de population observé entre 20 et 40 ans est nettement plus marqué en Normandie qu'au niveau national, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (graphique 1). L'indice de vieillissement normand situe la région dans la moyenne nationale (74,7, soit au 8^e rang des régions ayant l'indice de vieillissement le plus élevé).

► Une croissance démographique modérée

Entre les recensements de 2008 et 2013, la population normande s'est accrue de 0,2 % par an en moyenne, ce qui place la région au 12^e rang des régions avec la plus forte croissance démographique. L'accroissement migratoire normand durant cette période étant négatif (- 0,1 %

par an), la croissance démographique observée dans la région est portée par l'accroissement naturel, ce dernier demeurant assez faible au regard des autres régions de France (+ 0,3 %, 10^e rang). À la même période, la population des moins de 20 ans a diminué de 0,2 % par an, alors que le nombre de jeunes est en augmentation au niveau national (+ 0,1 % par an). Inversement, le taux d'accroissement annuel moyen des personnes de 75 ans ou plus est légèrement plus fort en Normandie qu'en France (+ 1,9 % contre + 1,8 %).

► Une fécondité relativement faible

Le faible accroissement naturel normand s'explique notamment par une fécondité plutôt basse. En effet, l'indice conjoncturel de fécondité de la Normandie est de 1,92 enfant par femme en 2014 (10^e rang des régions de France), pour une moyenne nationale de 1,98. Le taux de fécondité des jeunes femmes de 12-19 ans enregistré dans la région (5,9 ‰) est proche du niveau national (6,0 ‰), la Normandie se situant au 7^e rang des régions avec le taux de fécondité des jeunes femmes le plus élevé, après les régions ultramarines, les Hauts-de-France et le Grand Est.

Contexte social

En 2012, près d'un foyer fiscal normand sur deux (49,1 %) n'est pas imposé sur le revenu, soit une valeur supérieure d'un point à la moyenne nationale (48,0 %). La Normandie se situe ainsi au 9^e rang des régions de France où cette part est la plus élevée.

► Une situation économique dans la moyenne

Avec un taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) de 10,2 % en 2014, la Normandie se situe au niveau de la valeur métropolitaine (9,9 %), et se place au 5^e rang des régions de Métropole ayant un taux élevé. Au recensement de 2013, la part standardisée des inactifs de 25-54 ans est par ailleurs de 9,0 % en Normandie, soit une valeur proche du niveau national (9,5 %). La part des personnes peu ou pas diplômées de 25-34 ans enregistrée en Normandie (15,2 %) est également proche de la moyenne nationale (15,1 %), la région se plaçant ainsi au 10^e rang des régions avec une part élevée de personnes peu ou pas diplômées.

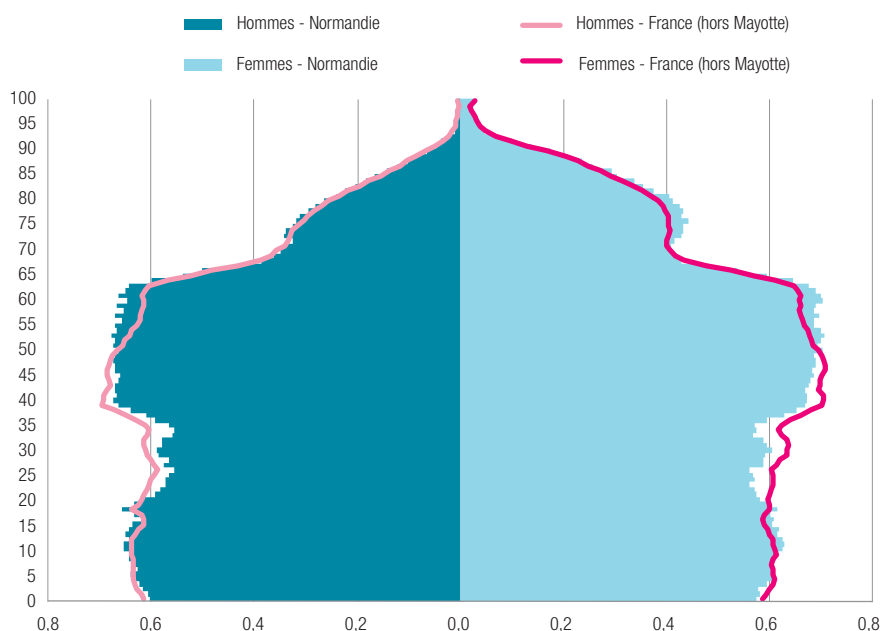
► Un taux d'allocataires du RSA majoré particulièrement élevé

La Normandie enregistre un taux d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) de 7,8 %, valeur légèrement inférieure au niveau national (8,6 %). Ce taux place la Normandie au 10^e rang des régions de France. En revanche, le taux d'allocataires du RSA majoré en Normandie atteint 14,0 %, soit environ 1 famille monoparentale sur 7. Ce taux est supérieur de 2 points au niveau métropolitain (12,1 %) et situe la Normandie au 6^e rang des régions de France les plus concernées par le RSA majoré, après les régions d'outre-mer et les Hauts-de-France.

Le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) enregistré en Normandie s'élève à 3,6 %, valeur supérieure au niveau national (3,1 %) et place la région au 7^e rang des régions ayant un taux élevé. Le taux de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est, quant à lui, plus faible en Normandie qu'au niveau national (respectivement 6,7 % et 7,5 %), la région se situant au 9^e rang des régions avec un taux élevé.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

En Normandie, plus de 31 000 décès annuels moyens sont enregistrés au cours de la période 2011-2013. Parmi ces décès, 6 409 surviennent avant 65 ans, davantage chez les hommes (4 423 décès) que chez les femmes (1 986 décès).

► Une espérance de vie à la naissance parmi les plus faibles de Métropole

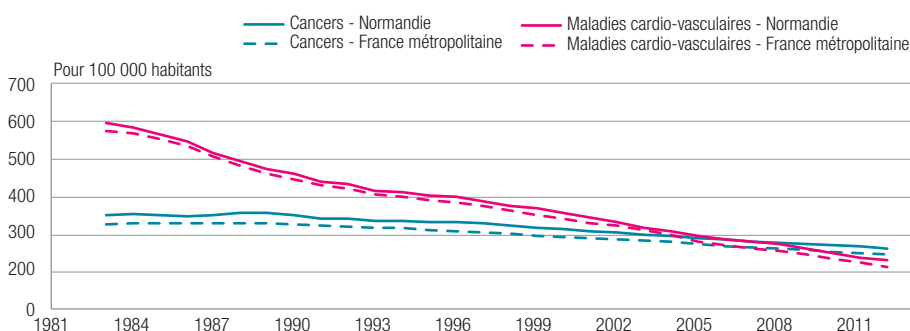
Avec une espérance de vie de 77,4 ans chez les hommes entre 2011 et 2013, la Normandie enregistre la 3^e plus faible valeur des régions métropolitaines, après les Hauts-de-France et la Bretagne. Par rapport à la période 1982-1984, les hommes de la région ont gagné 7,3 ans d'espérance de vie, augmentation comparable au niveau métropolitain (+ 7,6 ans). Chez les femmes, l'espérance de vie de 84,5 ans situe également la Normandie dans le bas du classement, après les Hauts-de-France et le Grand Est. L'espérance de vie des femmes de la région a progressé de 5,7 ans depuis 1982-1984 (+ 6,0 ans en Métropole).

► Une surmortalité prématurée particulièrement forte

En 2011-2013, la mortalité générale en Normandie a diminué de 41,0 % par rapport à la période 1982-1984 (- 41,7 % en Métropole). La Normandie enregistre, par ailleurs, la deuxième plus forte mortalité prématurée des régions de Métropole, après les Hauts-de-France, avec une surmortalité de 13,6 % par rapport au niveau métropolitain (+ 15,8 % chez les hommes et + 8,5 % chez les femmes).

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

La surmortalité normande est aussi marquée pour les cancers : le différentiel avec la Métropole est de + 9,0 % chez les hommes et de + 4,4 % chez les femmes en 2011-2013. Les écarts avec la Métropole sont surtout marqués pour la mortalité prématurée par cancers : + 14,6 % chez les hommes et + 5,6 % chez les femmes.

Avec une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire de + 7,7 % par rapport à la Métropole, la Normandie se classe au 10^e rang des régions de Métropole entre 2011 et 2013. Chez les moins de 65 ans, le différentiel avec le niveau métropolitain par maladies de l'appareil circulatoire est également plus fort : + 16,3 % chez les hommes, tandis qu'il est équivalent au niveau métropolitain chez les femmes.

► Des progrès sanitaires moins soutenus qu'en Métropole au cours des trente dernières années

Malgré des taux de mortalité en forte diminution partout en France depuis la période 1982-1984, l'écart entre la Normandie et la moyenne métropolitaine s'est légèrement accentué en l'espace d'une trentaine d'années. Entre ces deux périodes, la Normandie est passée du 10^e au 11^e rang des régions avec la plus faible mortalité générale, et du 10^e au 12^e rang de celles avec la plus faible mortalité prématurée. Au regard de la Métropole, la surmortalité prématurée par cancers s'est accentuée au cours des trois dernières décennies : + 9,0 % en 1982-1984 et + 11,3 % en 2011-2013, la région passant ainsi du 10^e au 12^e rang des régions métropolitaines (graphique 2). La surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire s'accroît également par rapport à la Métropole entre les périodes considérées. Ce phénomène est particulièrement marqué chez les femmes,

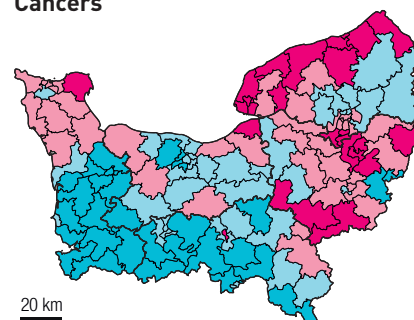
alors que la région et la Métropole enregistraient des taux équivalents en 1982-1984, la Normandie présente désormais une surmortalité de + 6,2 %. La surmortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire affiche aussi une progression pour les deux sexes : des taux comparables en 1982-1984, contre une surmortalité de + 15,4 % en 2011-2013.

Au niveau infrarégional, en 2006-2013, une forte mortalité par cancers est observée sur le littoral de la région ainsi que dans l'Eure, tandis que le sud de la Manche et l'Orne (hormis Argentan) enregistrent des taux particulièrement bas (carte 1). La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est globalement faible au sein des grandes agglomérations de Normandie (carte 2). En revanche, elle est forte en Seine-Maritime (hors agglomérations de Rouen et du Havre), dans l'ouest eurois et sur le littoral manchois (hors agglomération de Cherbourg).

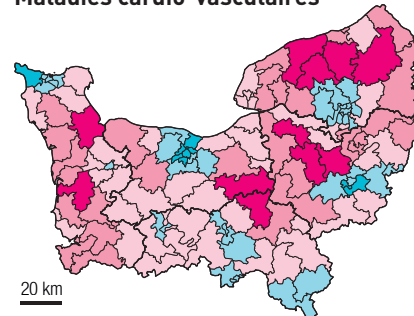
CARTES 1 ET 2

Taux standardisés* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Normandie (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une mortalité plus forte qu'au niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, la Normandie enregistre plus de 1 200 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque, dont plus des trois quarts concernent les hommes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, cette mortalité a diminué d'un quart dans la région comme en France. Le niveau normand demeure néanmoins largement supérieur à la moyenne nationale (14^e rang des régions avec la mortalité la plus faible, quel que soit le sexe).

Entre 2001-2003 et 2011-2013, une baisse significative de la mortalité par cancers des VADS est enregistrée chez les hommes dans la région (- 30,2 %) comme au niveau national (- 30,0 %). En revanche, la mortalité enregistrée chez les femmes reste la même en Normandie entre les deux périodes, tandis qu'elle diminue en France (- 7,0 %). La région passe ainsi du 11^e rang en 2001-2003 au 15^e rang en 2011-2013 pour

ce type de décès chez les femmes. La région présente, par ailleurs, en 2011-2013 une mortalité par cirrhoses du foie supérieure de 25 % à celle observée au niveau national, et occupe le 13^e rang des régions où la mortalité par cirrhoses du foie est la moins élevée. Avec une baisse légèrement moins marquée que pour les autres pathologies, la mortalité par psychoses alcooliques et alcoolisme a diminué de 19,7 % entre 2001-2003 et 2011-2013. La Normandie se classe au 11^e rang des régions de France et enregistre une surmortalité de 32,7 % par rapport à la valeur nationale.

Au niveau infrarégional, en 2006-2013, la mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque, est particulièrement forte sur le littoral seinomarin, ainsi que dans le Cotentin (carte 3). La métropole rouennaise ainsi que les cantons du sud de l'Eure et du Perche affichent aussi des taux standardisés parmi les plus élevés de la région.

► Une mortalité préoccupante chez les hommes pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, 4 833 décès pour les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies

chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont recensés en moyenne chaque année en Normandie, dont 3 158 chez les hommes. Cela représente un cinquième de l'ensemble des décès masculins de la région, et 1 décès sur 10 chez les femmes. Depuis la période 2001-2003, la mortalité pour ces pathologies a diminué de 20,6 % en Normandie, évolution équivalente à celle observée sur l'ensemble du territoire (- 20,9 %). Le taux normand demeure supérieur au niveau national, notamment chez les hommes (+ 10,1 % contre + 7,1 % chez les femmes).

La mortalité par cancers du poumon a légèrement diminué entre les deux périodes chez les hommes (- 11,0 %), et la Normandie présente une situation défavorable par rapport aux autres régions de France (14^e rang). Chez les femmes, la mortalité liée à cette pathologie a fortement augmenté depuis 2001-2003 : une évolution de + 51,1 % est constatée (+ 41,6 % au niveau national).

Les décès par cardiopathies ischémiques représentent près de la moitié des décès pour lesquels la consommation de tabac est un facteur de risque dans la région, malgré une forte diminution du taux standardisé entre 2001-2003 et 2011-2013, en Normandie (- 35,1 %) comme au niveau national (- 38,6 %). La région affiche une situation sanitaire particulièrement défavorable vis-à-vis de cette pathologie, présentant une surmortalité de 21,2 % par rapport à la France.

En Normandie, une sous-mortalité par BPCO de 6,9 % est relevée en 2011-2013 par rapport au niveau national. La mortalité pour cette pathologie a peu évolué depuis 2001-2003, et la Normandie se classe au 10^e rang des régions de France.

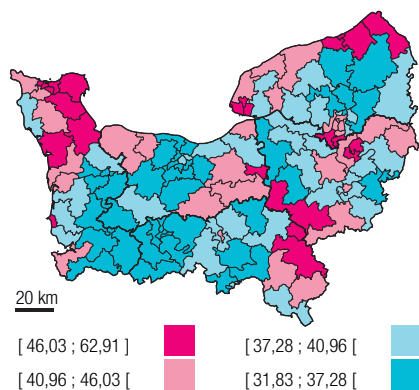
Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont globalement plus faibles autour des grandes agglomérations de la région (carte 4). Le sud de l'Orne présente également des taux en deçà de la moyenne régionale. En revanche, des valeurs élevées sont relevées entre Coutances et Granville, sur le littoral seinomarin (hors agglomération du Havre) ainsi qu'au sein des cantons frontaliers entre l'Eure et le Calvados.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

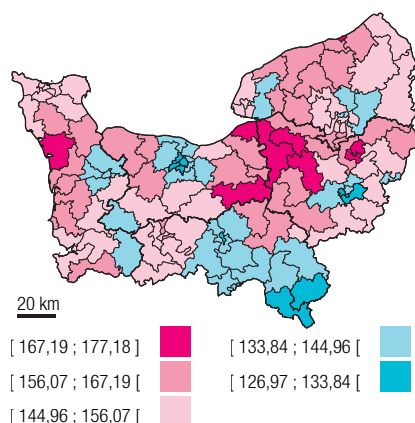
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Cancer du sein : une situation régionale préoccupante

► Contexte national

Avec environ 49 000 nouveaux cas estimés pour l'année 2012 en France métropolitaine, le cancer du sein invasif est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le cancer du sein est également le plus meurtrier, devant le cancer du poumon et du côlon-rectum, avec près de 12 000 décès estimés en 2012.

Le taux d'incidence du cancer du sein n'a cessé d'augmenter entre 1980 et 2005 (+1,4 % par an), avant de se stabiliser. Parallèlement, le taux standardisé de mortalité par cancers du sein chez les femmes a baissé de 13 % en trente ans. Ainsi, la survie nette à cinq ans (survie observée si la seule cause de décès est le cancer étudié) des patientes atteintes d'un cancer du sein diagnostiqué entre 1989 et 1993 était de 80 % et atteint 88 % pour celles diagnostiquées en 2005-2010. Ces évolutions peuvent s'expliquer en partie par l'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patientes, ainsi que par un diagnostic plus précoce lié à la pratique de dépistage. (cf. fiche Cancer du sein et dépistage).

► Deuxième région métropolitaine la plus touchée par la mortalité par cancers du sein chez les femmes

En Normandie, 673 décès féminins par cancers du sein sont dénombrés chaque année entre 2006 et 2013.

La Normandie se place en 2^e position des régions présentant le taux standardisé de mortalité par cancers du sein le plus élevé de Métropole (derrière les Hauts-de-France). Ainsi, 37,3 décès pour 100 000 femmes sont dénombrés en 2006-2013, contre 34,6 en France métropolitaine. La Normandie présente ainsi un différentiel de mortalité de + 8,0 % par rapport au niveau national durant cette période.

Des disparités départementales sont observées, avec une situation préoccupante pour les départements de l'Eure et la Seine-Maritime. Ces derniers présentent une surmortalité significative par rapport au niveau national (respectivement 38,1 décès pour 100 000 femmes domiciliées dans le département de l'Eure et 38,6 pour celui de la Seine-Maritime). Pour les trois autres départements de la région, les taux sont de 35,7 dans la Manche, 36,4 dans l'Orne et 36,7 dans le Calvados.

À une échelle géographique plus fine (carte 5), la mortalité est moins élevée dans le

►► Organismes responsables de la production de la fiche : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de Basse-Normandie, Observatoire régional de la santé et du social de Haute-Normandie

sud de la Manche et l'ouest du département de l'Orne. La situation est plus dégradée dans le nord-est de la Seine-Maritime et son littoral, ainsi que dans le centre-ouest et le nord-est de l'Eure.

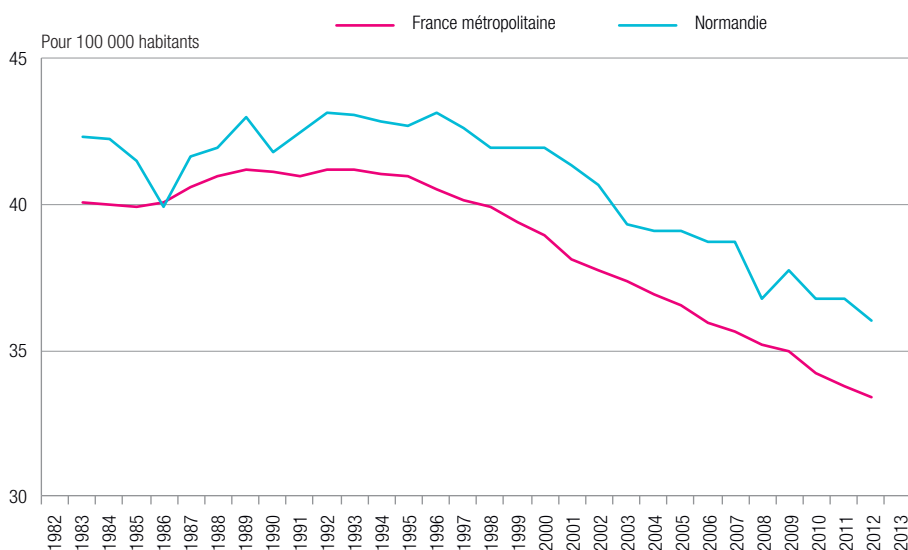
► Une baisse de la mortalité par cancers du sein moins marquée et plus tardive qu'au niveau national

Entre 1982-1984 et 2011-2013, le taux standardisé régional de mortalité a diminué de 15,0 %, soit une baisse inférieure à celle observée en moyenne en France métropolitaine (- 16,6 %). Plus précisément, c'est après une période de légère augmentation entre 1982-1984 et 1991-1993 que la baisse de la mortalité par cancers du sein s'est amorcée (graphique 3). Ainsi, entre 1991-1993 et 2011-2013, le taux standardisé régional de mortalité a diminué de 16,5 % *versus* - 18,9 % en France métropolitaine. Les écarts entre la région et le niveau national se creusent donc, avec un différentiel de 5,6 % en 1991-1993 et de 7,8 % en 2011-2013.

Si les taux de mortalité par cancers du sein diffèrent d'un département à l'autre, les évolutions divergent également avec une baisse moins marquée pour l'Orne et le Calvados à cette même période. Le département de la Seine-Maritime présente, quant à lui, une baisse plus conséquente qui reste néanmoins moins importante qu'au niveau national. ■

GRAPHIQUE 3

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers du sein chez les femmes (moyenne mobile sur trois années) entre 1982-1984 et 2011-2013

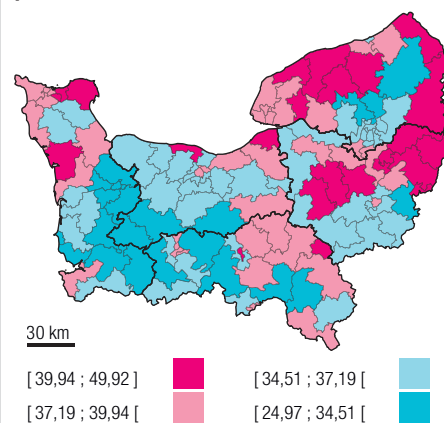


* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation ORS Basse-Normandie et OR2S.

CARTE 5

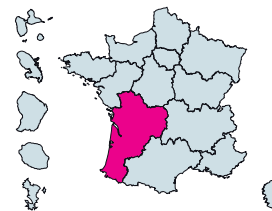
Taux standardisés* de mortalité par cancers du sein chez les femmes par cantons en 2006-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

Nouvelle-Aquitaine



Contexte démographique

Avec plus de 5,8 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Nouvelle-Aquitaine est la 4^e plus peuplée de France. Sa densité de 69,5 habitants au km², nettement inférieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 13^e rang des 17 régions françaises.

La population est plus âgée que celle de la France (graphique 1). Les classes d'âges au-delà de 50 ans sont plus représentées dans la région. À l'opposé, celles de moins de 40 ans le sont moins.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus à 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 2^e plus élevé de France, derrière la Corse : il est de 96,3 pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une croissance démographique due au solde migratoire

La croissance démographique de la région (+ 0,6 % par an en moyenne entre 2008 et 2013) est exclusivement due au solde migratoire, l'un des plus élevés de France. Comme en Corse, seule autre région dans cette

situation, le nombre de décès est égal à celui des naissances.

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,5 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus cette augmentation est de 1,6 %. Le taux d'accroissement annuel des moins de 20 ans est supérieur à la valeur nationale (+ 0,1 % par an), ce qui indique l'attractivité de la région pour les jeunes et les ménages avec des enfants, alors que pour les 75 ans ou plus, il lui est inférieur (+ 1,8 %). Aussi, la progression du vieillissement a été moins marquée en Nouvelle-Aquitaine qu'en France.

► Une fécondité parmi les plus basses de Métropole

L'indice conjoncturel de fécondité, de 1,80 enfant par femme en 2014, place la région à l'avant-dernier rang des 17 régions françaises, devant la Corse. Il est beaucoup plus faible qu'en France (1,98). Le taux de fécondité des jeunes femmes de 12-19 ans (5,3 ‰) est inférieur au taux observé en France (6 ‰).

Contexte social

► Un contexte social globalement favorable

La Nouvelle-Aquitaine est une des régions où les indicateurs de fragilité professionnelle se situent en dessous des valeurs moyennes françaises. C'est le cas du taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) égal à 9,6 pour 100 actifs en 2014 (contre 9,9 % au niveau national), de la part standardisée d'inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage (8,6 % pour une valeur nationale de 9,5 %). De même, moins de 13,8 % des personnes de 25-34 ans de la région ont déclaré être peu ou pas diplômées lors du recensement de 2013, classant la région parmi celles ayant une part plus faible : 15^e rang sur 17 (15,1 % au niveau national).

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est modéré : 6,0 personnes pour 100 habitants à comparer à 7,5 % au niveau national en 2014.

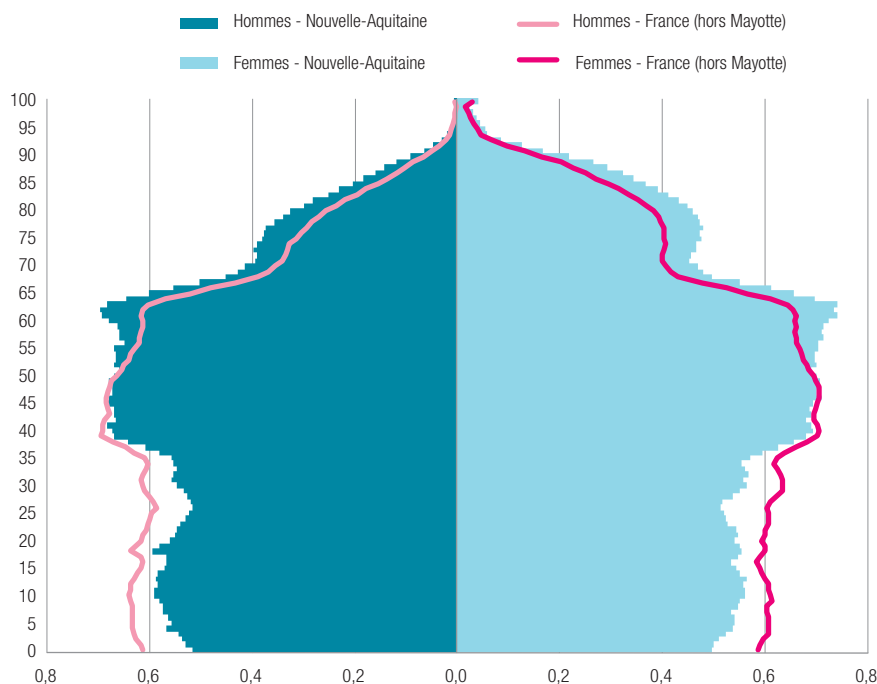
► Quelques indicateurs témoins de fragilités

Les taux d'allocataires pour plusieurs prestations sociales en 2014 confirment partiellement cette situation favorable. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 7,3 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région au 11^e rang sur les 17 régions. De même, le taux de RSA majoré, qui concerne les familles monoparentales, s'établit à 12,2 % pour une moyenne nationale de 13,0 %, situant la région au 11^e rang. À l'opposé, le taux d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est élevé dans la région : 3,7 % pour une moyenne nationale de 3,1 % ; la région se classe alors au 4^e rang derrière la Corse, la Guadeloupe et l'Occitanie.

La part de foyers fiscaux non imposés – 50,5 % en 2012 – est également au-dessus de la moyenne nationale (48,0 %), situant la région au 8^e rang des régions ayant une part élevée.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Près de 60 000 décès annuels moyens sont enregistrés en Nouvelle-Aquitaine en 2011-2013 : 30 416 chez les hommes et 29 532 chez les femmes.

► Une espérance de vie proche de la moyenne nationale

L'espérance de vie à la naissance est identique à celle observée sur l'ensemble de la France pour les hommes (78,6 années), et légèrement plus élevée dans la région pour les femmes (85,0 années).

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a progressé de 6,7 années chez les hommes et 5,6 années chez les femmes de la région. Ce gain est moindre que celui observé au niveau de la France métropolitaine, particulièrement chez les hommes (+ 7,6 ans).

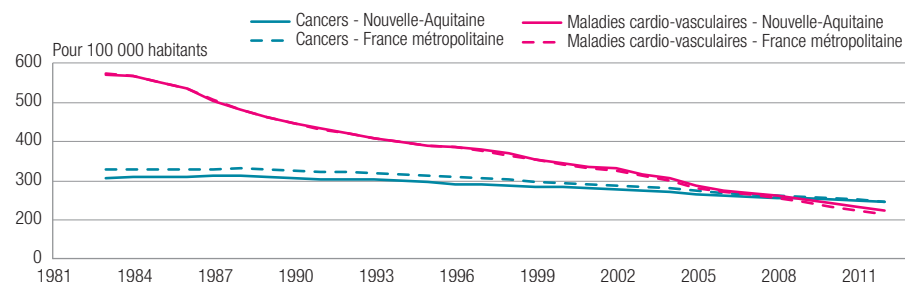
L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui plus réduit : il était de 7,8 années en 1982-1984 (8,1 en France métropolitaine) ; il est de 6,7 années en 2011-2013 (6,4 en Métropole).

► Une sous-mortalité générale, mais une surmortalité masculine par maladies cardio-vasculaires

Chez les femmes et globalement pour les deux sexes, la région Nouvelle-Aquitaine présente des taux standardisés de mortalité toutes causes plus bas que ceux de la France. En revanche, chez les hommes, le niveau de mortalité générale est le même que pour la France. La mortalité prématurée (décès avant 65 ans) est identique à celle de la France, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. La région se situe au 7^e rang des régions métropolitaines.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

Alors qu'en 1982-1984, la région présentait une sous-mortalité par cancers par rapport à la France métropolitaine avec un différentiel de - 6,3 %, elle présente en 2011-2013 une mortalité comparable avec le niveau métropolitain, pour les hommes comme pour les femmes. Cela place la région au 5^e rang des régions métropolitaines. Depuis trente ans, la mortalité par cancers en Nouvelle-Aquitaine a diminué de 19,6 % (graphique 2). La mortalité prématurée par cancers est également comparable à celle de la France métropolitaine et présente la plus faible diminution de toutes les régions (- 20 %) depuis trente ans.

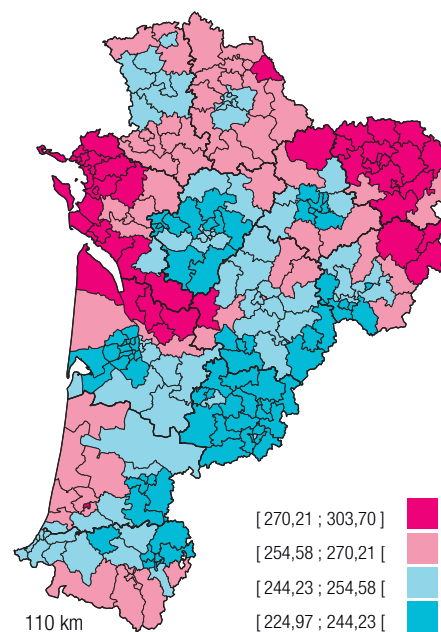
La mortalité par maladies de l'appareil circulatoire est plus élevée qu'en France chez les hommes (8^e rang), mais d'un niveau comparable chez les femmes. Le recul de la mortalité générale résulte principalement d'une forte baisse des maladies de l'appareil circulatoire, avec un taux standardisé de mortalité tous âges qui a diminué de 60,1 % en Nouvelle-Aquitaine entre 1982-1984 et 2011-2013 (graphique 2). La mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires dans la région est la même que celle de la France métropolitaine, situant la région au 7^e rang.

Au niveau infrarégional, en 2006-2013, une mortalité plus élevée par cancers est observée le long du littoral de la Charente-Maritime et de l'estuaire de la Gironde, ainsi que dans la Creuse et dans le nord-est de la Corrèze (carte 1). Une mortalité plus faible par cancers est constatée dans une large part de la Charente, en Lot-et-Garonne ainsi qu'autour des villes de Bordeaux, Limoges, Brive-la-Gaillarde, Mont-de-Marsan et Pau. Les taux les plus élevés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire sont globalement situés au sein des départements limousins, de la Dordogne, des Landes et des Pyrénées-Atlantiques (carte 2). La majeure partie des plus grandes villes de la région présentent des taux bas.

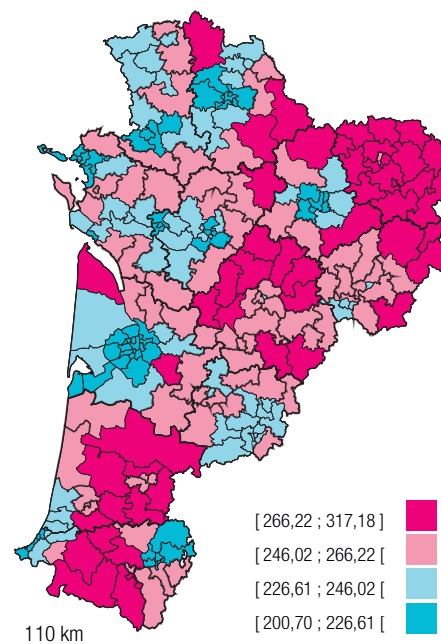
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE), exploitation FNORS.

Nouvelle-Aquitaine (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► **Malgré d'importants contrastes territoriaux, une situation favorable de la mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque**

Au cours de la période 2011-2013, 1 693 décès annuels moyens sont dénombrés en Nouvelle-Aquitaine pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important. Près de 8 décès sur 10 sont masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces causes de décès ont diminué de 23,0 % dans la région, contre - 25,8 % au niveau national. Cette baisse est observée pour les cancers des VADS, sauf chez les femmes pour lesquelles les taux sont restés stables, et pour les cirrhoses du foie quel que soit le sexe. La mortalité par psychoses alcooliques est restée stable.

En Nouvelle-Aquitaine, en 2011-2013, une sous-mortalité par rapport à la France, tant pour les hommes que pour les femmes. Cette sous-mortalité se vérifie pour les cancers des VADS (sauf pour les femmes) et les cirrhoses du foie quel que soit le sexe, tandis qu'aucune différence n'existe entre les taux régionaux et nationaux pour les psychoses alcooliques.

Entre 2006 et 2013, au niveau infrarégional, la partie nord de la région, comprenant les cantons des départements picto-charentais, de la Creuse, du nord-est de la Corrèze et du nord de la Dordogne, se caractérise majoritairement par des taux élevés de mortalité (carte 3). Les cantons au sud d'une ligne Bordeaux-Tulle et ceux de Limoges présentent, à l'inverse, des taux plus faibles.

► **Une sous-mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque**

Au cours de la période 2011-2013, 8 825 décès annuels moyens sont enregistrés en Nouvelle-Aquitaine, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Près des deux tiers sont des décès masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 16,5 % dans la région (- 20,9 % pour la France). Cette baisse a concerné les hommes (- 20,1 %) et, à un degré moindre, les femmes (- 10,9 %). Les variations observées sont différentes selon les pathologies et le sexe. Ainsi, les taux standardisés de mortalité ont reculé, quel que soit le sexe, pour les cardiopathies

ischémiques et, chez les hommes, pour la BPCO et les cancers du poumon. Les taux féminins ont augmenté pour la BPCO et surtout pour les cancers du poumon (+ 63,4 % contre + 41,6 % pour la France).

Entre 2011 et 2013, une sous-mortalité par rapport au niveau national est observée en Nouvelle-Aquitaine en lien avec ces pathologies, pour les hommes (9^e rang sur 17) et les deux sexes (10^e rang). Cette sous-mortalité est constatée pour les deux sexes et chez les hommes pour la BPCO. La situation régionale est comparable à celle de la France pour les cardiopathies ischémiques et les cancers du poumon.

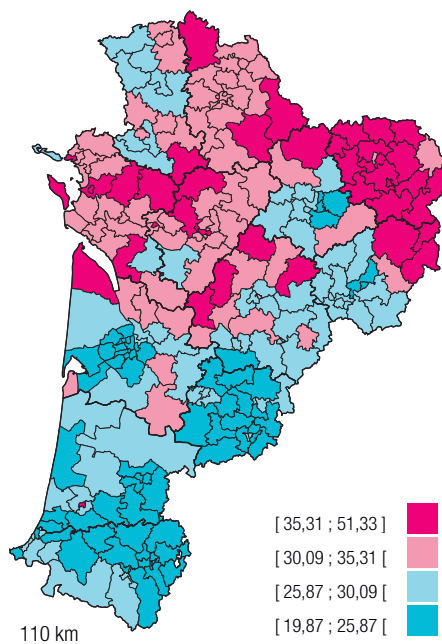
En 2006-2013, au niveau infrarégional, les cantons où dominent les taux de mortalité élevés se situent au sein de la Creuse, des Landes, au nord-est de la Corrèze, ainsi qu'au nord de la Gironde et de la Charente-Maritime (carte 4). Les Deux-Sèvres, les cantons des plus grandes villes et leur périphérie présentent des taux de mortalité plus faibles.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

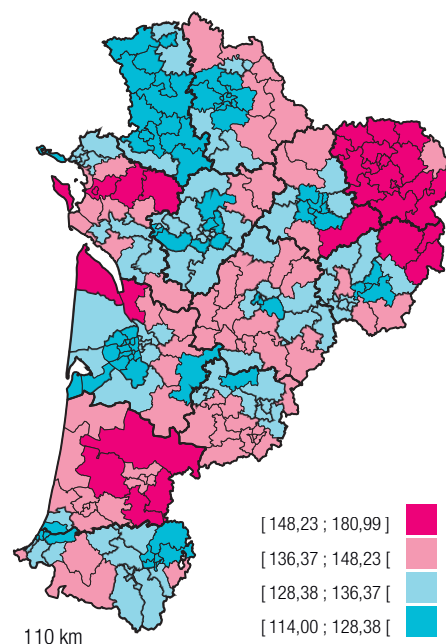
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

►►► **Organismes responsables de la production de la fiche** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé d'Aquitaine, Observatoire régional de la santé du Limousin, Observatoire régional de la santé de Poitou-Charentes

Accidents de la circulation

► 370 accidents mortels en 2015

D'après le Fichier national des accidents corporels (accidents ayant nécessité des soins médicaux, une hospitalisation ou à l'origine de décès), 5 060 accidents corporels ont été enregistrés sur les routes de la région Nouvelle-Aquitaine en 2015. Parmi ces accidents, près de la moitié sont qualifiés de graves, c'est-à-dire justifiant une hospitalisation d'au moins 24 heures ou ayant été à l'origine du décès d'une ou plusieurs personnes. Au cours de l'année, 370 accidents mortels ont été enregistrés dans la région.

Si les nombres des accidents qu'ils soient corporels, graves ou mortels ont diminué entre 2010 et 2015, celui des accidents mortels a nettement augmenté entre 2013 et 2015. Cette hausse est également observée au niveau national (cf. fiche Insécurité routière).

► Un habitant meurt chaque jour d'un accident de la circulation

Au cours de la période 2010-2013, 361 personnes domiciliées dans la région (source CépiDc) sont décédées en moyenne chaque année d'un accident de la circulation, soit 0,6 % de l'ensemble des décès. Ces décès sont survenus lors de l'accident ou au cours des trente jours qui l'ont suivi. Ce nombre annuel a été divisé par 2 en dix ans.

Cette cause de décès a un poids élevé dans la mortalité des adolescents et des jeunes adultes. Elle représente 33 % des décès de la classe d'âges des 15-19 ans, 28 % de celle des 20-24 ans et 21 % de celle des 25-29 ans. Les trois quarts des décès par accidents de la circulation sont masculins. La surmortalité masculine existe pour tous les groupes d'âge. Dans la région, elle est très marquée chez les adultes de 25-44 ans.

► Une surmortalité régionale

Par rapport aux autres régions, la mortalité par accidents de la circulation des habitants de Nouvelle-Aquitaine est élevée. Le taux standardisé de mortalité s'élève en 2011-2013 à 6,3 pour 100 000 habitants, soit une valeur au-dessus de la moyenne nationale (5,2). Ce niveau élevé de mortalité place la région au 7^e rang sur 17 régions et au 5^e rang de la France métropolitaine. La surmortalité régionale concerne aussi bien les hommes que les femmes. Elle est très marquée chez les hommes âgés de 25-34 ans et 35-44 ans. Elle l'est également chez les femmes de 15-24 ans et 65-74 ans.

► Des disparités entre les départements

À l'échelle des départements, des écarts importants entre les taux standardisés existent (graphique 3). La mortalité est la plus élevée dans les départements du Lot-et-Garonne, de

Charente-Maritime, de Dordogne et des Landes. Elle est également au-dessus de la moyenne nationale dans ceux de Charentes et des Deux-Sèvres.

► Une diminution importante de la mortalité par accidents de la circulation

Au cours des trente dernières années, la mortalité par accidents de la circulation a fortement diminué (graphique 4). Le taux standardisé est passé de 23,5 à décès pour 100 000 habitants en 1981-1983 à 6,3 en 2011-2013. Cette baisse de 73 % est comparable à celle enregistrée au niveau national. La baisse a été plus marquée dans la Vienne et l'a été moins en Dordogne, Corrèze et Haute-Vienne. Les départements présentant les plus hauts niveaux de mortalité en début de période restent les plus touchés par la mortalité par accident de la circulation aujourd'hui. ■

Accidents de la circulation

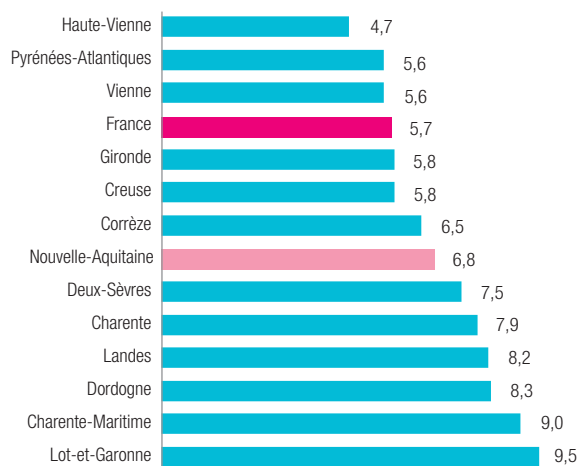
Source : Fichier national des accidents corporels, Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR).

Mortalité par accidents de la circulation

Sources : Certificats de décès (CépiDc), INSEE. Mode de construction de l'indicateur : codes CIM-10 : V01-V89, V99 (accidents survenus hors de la circulation exclus) ; codes CIM-9 : E810-E819, E826-E829.

GRAPHIQUE 3

Taux standardisés* départementaux de mortalité par accidents de la circulation en 2009-2013

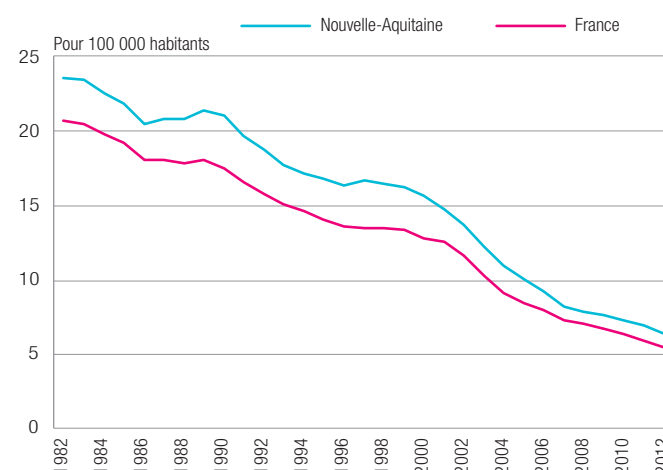


* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; INSEE.

GRAPHIQUE 4

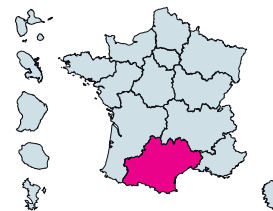
Évolution des taux standardisés* de mortalité par accidents de la circulation de 1981-1983 à 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; INSEE.

Occitanie



Contexte démographique

Avec plus de 5,6 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Occitanie est la 5^e région la plus peuplée. Néanmoins, sa densité de 78,2 habitants au km², nettement inférieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 12^e rang des régions françaises les plus denses.

La population de la région est plus âgée que celle de la France (graphique 1). Les classes d'âges au-delà de 50 ans pour les hommes et de 55 ans pour les femmes sont plus représentées en Occitanie.

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 4^e plus élevé de France : il est de 89,1 pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une forte croissance démographique

Après la Guyane et la Corse, la région Occitanie a la plus forte croissance démographique : + 1,0 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, pour une moyenne nationale de + 0,5 %. Cette croissance démographique est principalement due à un solde migratoire positif (+ 0,8 % par an). Le solde naturel, bien que positif (+ 0,2 % par an) est deux fois moins important qu'au niveau national (+ 0,4 %).

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus

marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes. Entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,8 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus cette augmentation est de 1,9 % par an en Occitanie. Cependant, le taux d'accroissement des moins de 20 ans est supérieur à la valeur nationale (+ 0,1 % par an), alors que pour les 75 ans ou plus, il est identique.

► Une fécondité parmi les plus basses des régions

L'indice conjoncturel de fécondité en Occitanie est de 1,89 enfant par femme en 2014, pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région au 14^e rang des 17 régions avec la plus forte fécondité.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité, de 5,5 ‰, est plus faible que la moyenne nationale (6,0 ‰). Huit régions présentent un taux de fécondité plus élevé chez les moins de 20 ans.

Contexte social

En Occitanie, les taux d'allocataires pour plusieurs prestations sociales sont parmi les plus élevés de France métropolitaine. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 9,6 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant

la région au 6^e rang, derrière les quatre régions ultramarines et les Hauts-de-France. Le même constat peut s'appliquer au RSA majoré : un taux de 13,5 % parmi les familles monoparentales pour une moyenne de 13,0 %, situe la région au 7^e rang des 17 régions françaises. La proportion des allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est également importante en Occitanie : 3,9 % pour une moyenne de 3,1 %, situant la région au 3^e rang après la Corse et la Guadeloupe.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est particulièrement élevé dans la région : 8,4 personnes pour 100 habitants contre 7,5 au niveau national, plaçant la région au 6^e rang derrière les quatre régions ultramarines et les Hauts-de-France.

► Une part importante de foyers fiscaux non imposés

La part de foyers fiscaux non imposés – 52,5 % en 2012 – est nettement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %). L'Occitanie se situe à la 7^e position des régions avec la part de foyers fiscaux non imposés la plus élevée, juste après la Corse et les Hauts-de-France, mais loin derrière les régions ultramarines.

► Une fragilité professionnelle

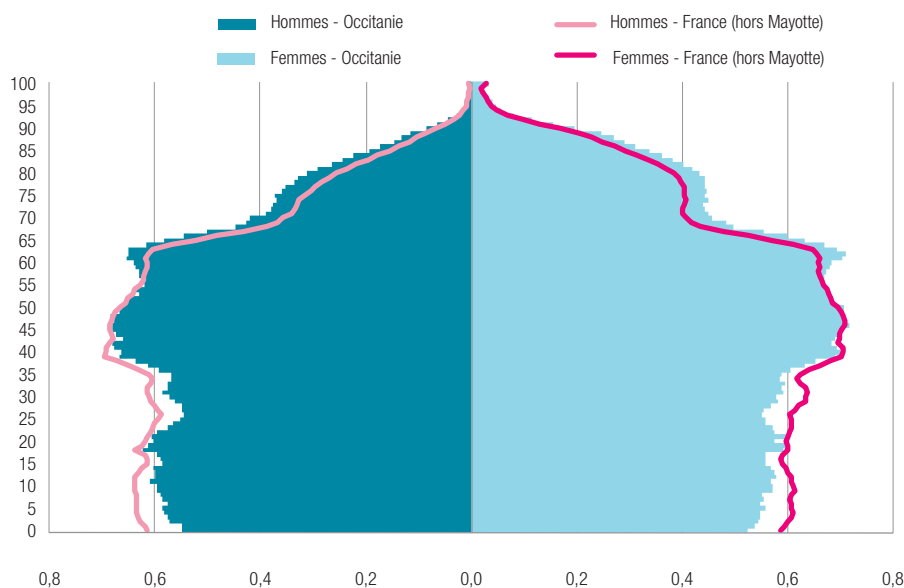
La fragilité professionnelle de la population constitue une des caractéristiques sociales de l'Occitanie : le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est parmi les plus élevés en France : il concerne 12,0 % des actifs. Ce taux est supérieur de 2 points à la moyenne métropolitaine (9,9 %) et place l'Occitanie au 2^e rang des 13 régions métropolitaines, juste derrière les Hauts-de-France et au 6^e rang de l'ensemble des régions françaises.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans (c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage) est supérieure à la moyenne nationale : 10,2 % contre 9,5 %, situant la région au 8^e rang des régions françaises.

En revanche, la part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est légèrement inférieure à la moyenne nationale : 14,7 % contre 15,1 %. Ce taux est plus faible que dans plusieurs autres régions ; 12 d'entre elles présentent une part plus élevée de personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées que celle observée en Occitanie.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Plus de 53 700 décès annuels moyens sont enregistrés en Occitanie en 2011-2013 : 27 171 chez les hommes et 26 552 chez les femmes.

► 79,2 années d'espérance de vie pour les hommes et 85,3 années pour les femmes

L'espérance de vie est plus élevée en Occitanie que sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 6,6 années chez les hommes et 5,6 années chez les femmes. Ce gain est moindre que celui observé au niveau de la France métropolitaine, la différence étant plus marquée chez les hommes (+ 7,6 ans) que chez les femmes (+ 6,0 ans).

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes diminue : il était de 7,2 années en 1982-1984 contre 6,1 années en 2011-2013. Ces écarts sont plus réduits que ceux observés au niveau métropolitain : 8,1 années en 1982-1984 et 6,4 années en 2011-2013.

► Une sous-mortalité plus marquée pour les cancers

La région Occitanie présente des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi les plus bas de France, particulièrement chez les

hommes. Elle se situe au 4^e rang des 13 régions métropolitaines pour les hommes et au 5^e rang pour les femmes en 2011-2013. La sous-mortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) pour laquelle l'Occitanie occupe le 4^e rang.

La sous-mortalité est marquée pour les cancers : le différentiel avec le niveau métropolitain est de - 6,4 % en 2011-2013, les deux sexes confondus. Cela place l'Occitanie au 2^e rang des régions métropolitaines pour les hommes et au 3^e rang pour les femmes. La mortalité par cancers a diminué depuis trente ans (graphique 2) : - 18,5 % depuis 1982-1984. La sous-mortalité prématurée par cancers des hommes est du même ordre que celle observée tous âges confondus : - 9,0 % contre - 8,5 %. Pour les femmes, elle n'est que de - 2,7 % contre - 4,5 % tous âges confondus.

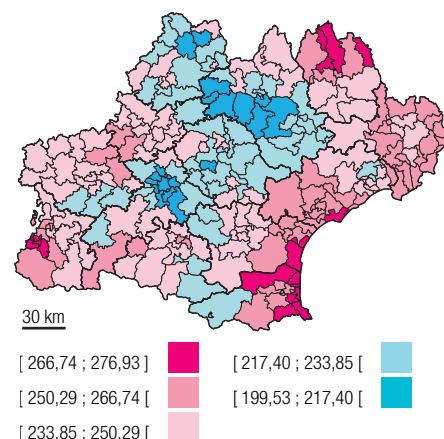
La sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires est moins marquée que pour les cancers. Cependant, la situation reste plus favorable en Occitanie, plaçant la région au 5^e rang pour les hommes et pour les femmes. Le différentiel avec le niveau métropolitain se réduit : il était de - 3,0 % en 1982-1984 et est de - 1,7 % en 2011-2013. La baisse de la mortalité a été particulièrement marquée pour les maladies de l'appareil circulatoire : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 61,2 % dans la région entre 1982-1984 et 2011-2013 (- 61,8 % en France métropolitaine) (graphique 2). La sous-mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires est plus importante

que la sous-mortalité tous âges confondus : le différentiel avec le niveau national est de - 5,2 % tous sexes confondus.

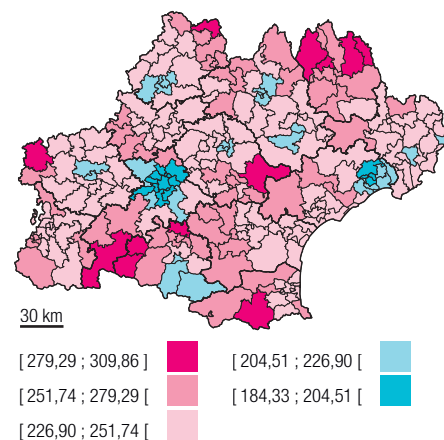
Au niveau infrarégional, en 2006-2013, on observe une mortalité plus élevée par cancers le long du littoral méditerranéen, dans le nord-est et le sud-ouest de la région (carte 1). La mortalité est plus basse sur la moitié nord-ouest de la région. Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, on constate des taux de mortalité plus bas autour des métropoles de Toulouse et Montpellier et de villes comme Auch, Albi, Rodez, Millau, Nîmes et Cahors (carte 2).

CARTES 1 ET 2 Taux standardisés* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires

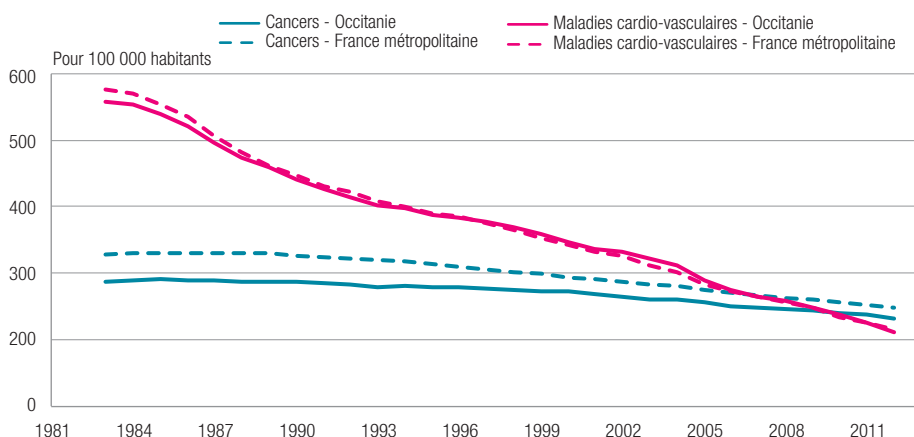


*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

Occitanie (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► La mortalité recule moins qu'au niveau national pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, plus de 1 300 décès annuels moyens sont dénombrés en Occitanie pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important : 1 038 concernent des hommes et 311 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont reculé de 19,3 % en Occitanie, alors que le recul était de 25,8 % au niveau national. La baisse concerne aussi bien les femmes (- 16,3 %) que les hommes (- 20,9 %). La mortalité des cancers des VADS et des cirrhoses du foie, les deux sexes confondus, est en baisse significative, alors que la mortalité par psychoses alcooliques ou alcoolisme reste stable.

En Occitanie, une sous-mortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Après la Martinique et la Corse, l'Occitanie est celle qui présente le plus faible taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces causes en 2011-2013. Cette situation favorable se retrouve aussi bien pour les décès par cancers des VADS (4^e rang sur 17) que par cirrhoses du foie (2^e rang) ou par psychoses alcooliques ou alcoolisme (3^e rang).

Au cours de la période 2006-2013, au niveau infrarégional, une mortalité élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est constatée sur l'est de la région, notamment le long du littoral méditerranéen et en remontant vers le Massif central (carte 3). L'ouest de la région se caractérise par des taux de mortalité plus bas pour ces pathologies.

► Un décès sur sept pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, on compte 8 036 décès annuels moyens en Occitanie, en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers d'entre eux sont des décès masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 21,6 % dans la région, soit un peu plus qu'en France (- 20,9 %). Cette baisse est plus marquée chez les hommes (- 24,7 %) que chez les femmes (- 16,3 %). Pour ces dernières, la baisse est moindre qu'au niveau national (- 19,8 %). Les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon sont en hausse à la même période pour les femmes (+ 61,6 %), alors qu'ils diminuent pour les hommes (- 10,6 %). Pour les décès par cardiopathies

ischémiques, la mortalité est en recul aussi bien pour les hommes (- 37,9 %) que pour les femmes (- 43,5 %). La mortalité par BPCO est en repli significatif pour les hommes (- 17,9 %) alors que pour les femmes, la hausse (+ 9,2 %) ne l'est pas.

En Occitanie, en 2011-2013, une sous-mortalité par rapport au niveau national (- 2,9 %) est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. Cette sous-mortalité est significative pour les hommes (- 4,1 %), alors qu'elle ne l'est pas pour les femmes. La région se place à un niveau favorable parmi les 17 régions, au 8^e rang pour les hommes et pour les femmes.

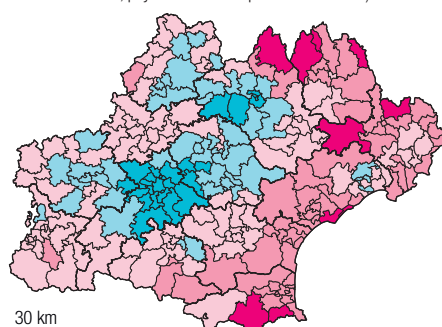
Au cours de la période 2006-2013, au niveau infrarégional, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont moins élevés autour des métropoles toulousaines et montpelliéraines ainsi que dans le centre aveyronnais, le sud du Lot et autour d'Auch (carte 4). Plusieurs zones avec des taux élevés sont observées, notamment dans les Pyrénées, les Corbières et les Cévennes.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)

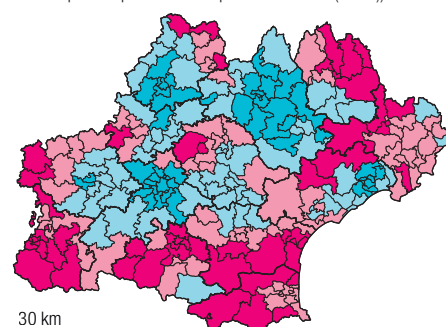


30 km



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



30 km



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

▶▶ Organismes responsables

de la production de la fiche : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Centre régional d'étude d'action et d'information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité – Observatoire régional de la santé du Languedoc-Roussillon, Observatoire régional de la santé de Midi-Pyrénées

Mortalité prématurée

▶ Une mortalité prématurée (décès avant 65 ans) parmi les plus faibles de France

En 2011-2013, près de 9 050 décès en moyenne par an ont concerné des personnes âgées de moins de 65 ans en Occitanie, des décès deux fois plus nombreux chez les hommes (6 017) que chez les femmes (3 027). Plus des deux tiers de ces décès prématurés (69 %) sont dus à trois causes : les tumeurs (environ 41 % des décès prématurés) dont principalement les cancers du poumon, des VADS et du côlon ; les morts violentes (15,6 %), dont les suicides et les accidents de la circulation ; et les maladies cardio-vasculaires (12,3 %), dont les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux (AVC).

L'Occitanie fait partie des régions où les taux standardisés de mortalité prématurée sont les plus bas de France (Métropole et outre-mer) : 5 régions parmi les 16 autres présentent des taux inférieurs, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

En dix ans, la mortalité prématurée a baissé de 14,4 % dans la région (- 17,8 % en France entière), de façon plus marquée pour les hommes

(- 15,6 %) que pour les femmes (- 10,9 %). La baisse de la mortalité prématurée dans la région est, comme en France entière, principalement due à la baisse de la mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires (- 28,6 %) et par morts violentes (- 25,8 %) ; la mortalité prématurée par cancers n'a baissé que de 13,8 % (- 17,1 % en France entière).

Au niveau infrarégional, on observe d'importantes disparités : les zones à forte mortalité prématurée se situent au sud de la région (le long des Pyrénées, le long du littoral méditerranéen et de son arrière-pays, jusqu'à la moitié sud du département de l'Hérault) ainsi que dans les Cévennes et au nord de la Lozère (carte 5). À l'inverse, c'est dans le centre de la région qu'on observe les territoires ayant les plus faibles taux de mortalité prématurée.

▶ Une sous-mortalité prématurée par cancers

En Occitanie comme au niveau national, les cancers sont la première cause de décès avant 65 ans. En 2011-2013, 3 600 habitants en moyenne par an sont décédés prématurément à la suite d'un cancer (1 446 femmes et 2 154 hommes), soit environ 41 % des décès prématurés.

Pour les hommes de la région, comme au niveau national, ces décès prématurés sont d'abord dus aux cancers du poumon (34,2 % des décès prématurés par cancers), puis aux cancers des VADS (11,0 %) et enfin aux cancers du côlon (6,7 %). Pour les femmes, contrairement au niveau national, ce sont ceux par cancers du poumon qui sont les plus fréquents (22,7 % contre 20,1 % en France), suivis des cancers du sein (21,9 % contre 23,6 %), puis du côlon (7,3 % et 7,9 %).

En 2011-2013, les taux standardisés placent la région au 8^e rang des régions les moins touchées. Une sous-mortalité prématurée pour l'ensemble des cancers est observée pour les deux sexes confondus (- 6,4 % comparée à la France métropolitaine), mais n'est significative que pour les hommes (- 9,0 %). Selon les localisations, on relève une sous-mortalité prématurée des hommes par cancers du côlon (- 15,9 %) et par cancers des VADS (- 19,7 %) ; chez les femmes, par cancers du sein (- 9,7 %).

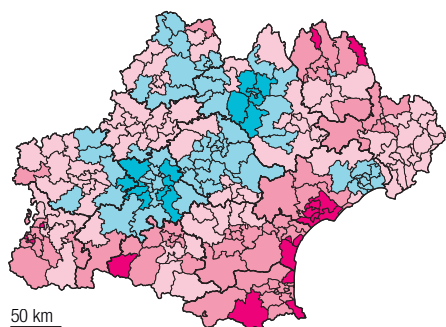
En dix ans, la mortalité prématurée par cancers a baissé de 13,8 % dans la région, moins qu'en France entière (- 17,1 %) ; comme en France, cette baisse est deux fois plus importante chez les hommes que chez les femmes (- 17,1 % contre - 8,2 %). Elle est principalement due à la baisse de la mortalité prématurée par cancers des VADS (- 27,9 %) et du côlon (- 24,9 %) pour les hommes et par cancers du sein (- 21,2 %) et du côlon (- 14,4 %) pour les femmes. Cette baisse globale de la mortalité prématurée par cancers cache la forte augmentation de la mortalité prématurée par cancers du poumon chez les femmes, plus importante qu'en France entière (+ 65,7 % contre + 49,6 %). C'est l'une des six plus fortes augmentations observées dans les régions françaises.

Au niveau infrarégional, une forte mortalité prématurée par cancers se retrouve le long du littoral méditerranéen et de son arrière-pays, jusqu'à la moitié sud du département de l'Hérault ; dans le Gard et une grande part de la Lozère ainsi qu'à l'ouest de la région sur quelques zones de l'Ariège, du Gers et du Lot (carte 6). À l'inverse, c'est dans le centre de la région que les taux de mortalité prématurée par cancers sont les plus faibles. ■

CARTES 5 ET 6

Taux standardisé* de mortalité prématurée 2006-2013 par cantons

Toutes causes



50 km

[245,13 ; 294,04]

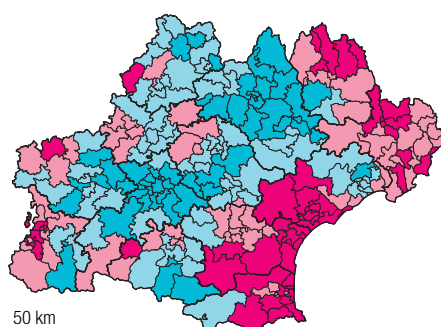
[173,21 ; 197,19]

[221,16 ; 245,13]

[159,48 ; 173,21]

[197,19 ; 221,16]

Cancers



50 km

[89,35 ; 108,07]

[75,21 ; 81,93]

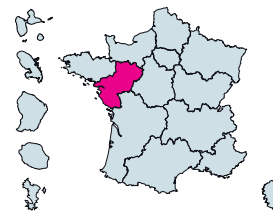
[81,93 ; 89,35]

[64,12 ; 75,21]

* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Pays de la Loire



Contexte démographique

Avec plus de 3,6 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Pays de la Loire se situe au 8^e rang des régions françaises. Sa densité de 114,1 habitants au km², supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 8^e rang des régions avec une densité élevée.

La population des Pays de la Loire est plus jeune que celle de la France. Les classes d'âges en deçà de 18 ans y sont plus représentées (graphique 1).

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) – de 71,2 – se situe au 11^e rang (sur 17 régions françaises) et est légèrement inférieur à la moyenne nationale de 72,2.

► Une croissance démographique marquée

Les Pays de la Loire présentent une croissance démographique de + 0,8 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, pour une moyenne nationale de + 0,5 %. Cette croissance démographique est due à un solde naturel positif (+ 0,4 % par an) et à un solde migratoire positif (+ 0,4 % par an), ce dernier étant supérieur à la moyenne nationale (+ 0,1 %).

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre

2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a augmenté en moyenne de 0,8 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus cette augmentation est de 2,3 % par an. Ces taux d'accroissement sont supérieurs aux valeurs nationales pour les moins de 20 ans (+ 0,1 % par an) comme pour les 75 ans ou plus (+ 1,8 %).

► Une fécondité parmi les plus élevées de Métropole

L'indice conjoncturel de fécondité en Pays de la Loire est de 2,03 enfants par femme en 2014 pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région au 7^e rang des 17 régions françaises.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité de 4,6 ‰ est plus faible que la moyenne nationale (6 ‰). Les Pays de la Loire se situent au 5^e rang des régions aux plus faibles taux de fécondité chez les moins de 20 ans.

Contexte social

► De faibles taux d'allocataires pour certaines prestations sociales

Les taux d'allocataires pour plusieurs prestations sociales sont parmi les plus faibles de France. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 6,1 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région à l'avant-dernier rang, juste devant la Bretagne.

Pour le RSA majoré, la région se situe au 10^e rang des 17 régions françaises avec un taux de 13,2 % parmi les familles monoparentales, pour une moyenne de 13,0 %. Les allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont proportionnellement un peu moins nombreux dans la région : 2,8 % pour une moyenne nationale de 3,1 %, situant les Pays de la Loire parmi les régions ayant un taux plus faible (15^e rang).

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est faible : 5,0 personnes pour 100 habitants contre 7,5 au niveau national, plaçant la région parmi celles qui ont les taux les plus faibles (avant-dernier rang devant la Bretagne).

Par ailleurs, la part de foyers fiscaux non imposés en Pays de la Loire – 48,9 % en 2012 – est légèrement supérieure à la moyenne nationale (48,0 %) et situe la région au 10^e rang.

► Un fort dynamisme de l'emploi

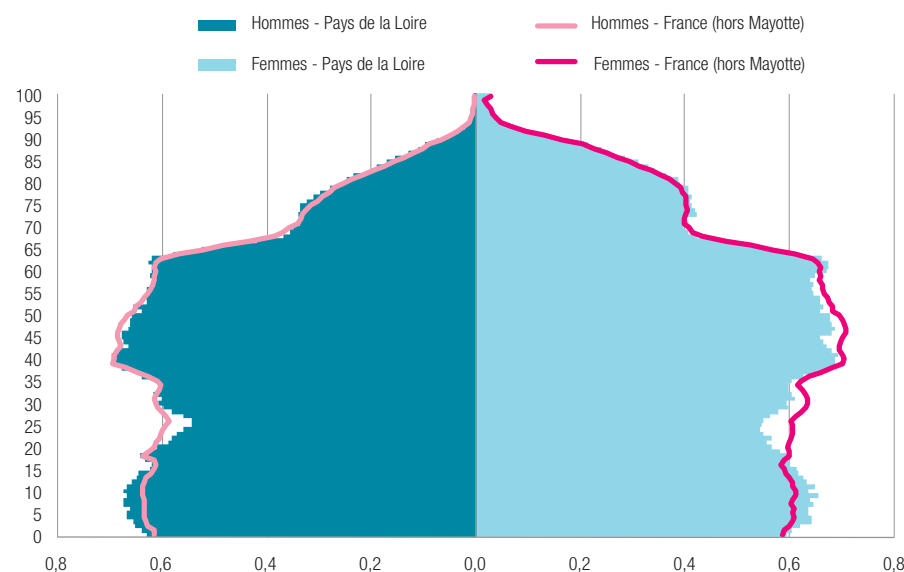
Une des caractéristiques des Pays de la Loire se situe également au niveau de la dynamique de l'emploi : le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est parmi les plus faibles de France et concerne 8,8 % des actifs. Ce taux est à plus d'un point au-dessous de la moyenne métropolitaine (9,9 %) et situe la région au 14^e rang, à égalité avec les régions Île-de-France, Bretagne et Auvergne - Rhône-Alpes.

De plus, en lien avec le fort taux d'activité chez les femmes, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage, est la plus basse parmi les 17 régions : 6,6 % contre 9,5 % pour la France.

Enfin, la part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est parmi les plus faibles des régions de France : 11,5 % contre 15,1 % pour la France.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Plus de 31 100 décès annuels moyens sont enregistrés en Pays de la Loire en 2011-2013 : 15 980 chez les hommes et 15 162 chez les femmes.

► Espérance de vie : 78,8 ans pour les hommes et 85,7 ans pour les femmes

L'espérance de vie (78,8 ans pour les hommes et 85,7 ans pour les femmes) est légèrement supérieure à celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 7,6 années chez les hommes et 6,1 années chez les femmes. Ce gain est comparable à celui observé au niveau de la France métropolitaine, chez les hommes comme chez les femmes.

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes s'est réduit : 8,3 années en 1982-1984, 6,9 années en 2011-2013. Il reste toutefois un peu plus marqué qu'au niveau métropolitain (6,4 années en 2011-2013).

► Une sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires avant 65 ans

Les Pays de la Loire présentent des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi les plus bas de France, surtout chez les femmes (- 5,7 %). Ils se situent au 6^e rang des 13 régions

métropolitaines pour les hommes et au 2^e rang pour les femmes en 2011-2013. La sous-mortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant 65 ans) féminine (- 7,9 %) pour laquelle les Pays de la Loire occupent également le 2^e rang.

La mortalité par cancers est comparable à celle de la France métropolitaine. Cela place les Pays de la Loire au 8^e rang des régions françaises pour les hommes et au 4^e rang pour les femmes.

Le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 21,1 % en Pays de la Loire entre 1982-1984 et 2011-2013.

De même, la mortalité prématurée par cancers, les deux sexes confondus, ne présente pas d'écart avec la France métropolitaine et a baissé de 27,2 % entre les deux périodes.

La mortalité par maladies cardio-vasculaires se situe au niveau de la France métropolitaine : l'écart est de - 0,5 % en 2011-2013, après - 6,1 % en 1982-1984 (graphique 2). La baisse de la mortalité a été particulièrement marquée pour les maladies cardio-vasculaires : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 59,5 % en Pays de la Loire entre 1982-1984 et 2011-2013. La tendance est comparable pour les femmes et les hommes. La sous-mortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires place la région au 3^e rang. Elle est plus marquée chez les femmes (- 15,5 %) que chez les hommes (- 12,6 %).

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, on observe une mortalité par cancers moins importante en Mayenne.

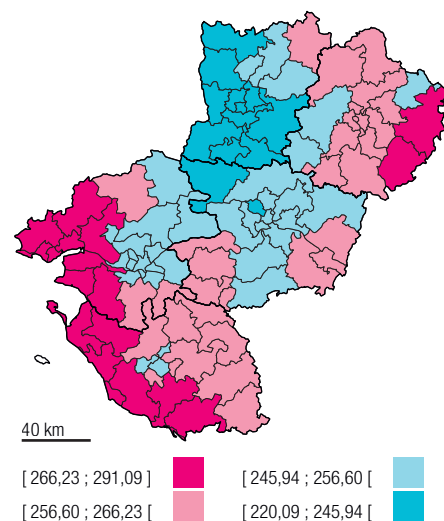
À l'inverse, elle est plus marquée le long du littoral atlantique et à l'est de la Sarthe (carte 1).

Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, on observe des taux plus faibles autour d'Angers, Le Mans, Laval et de la métropole de Nantes. Les taux les plus élevés sont observés au nord de la Loire-Atlantique (carte 2).

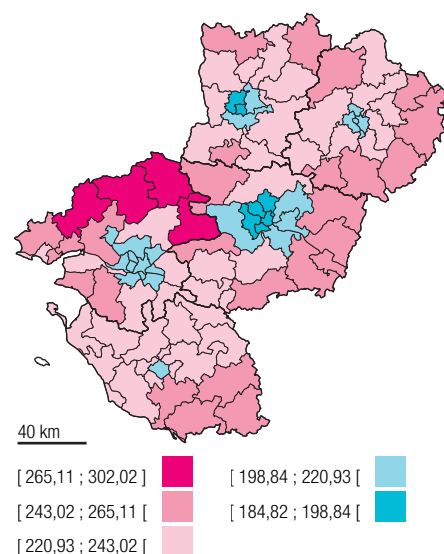
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers



Maladies cardio-vasculaires

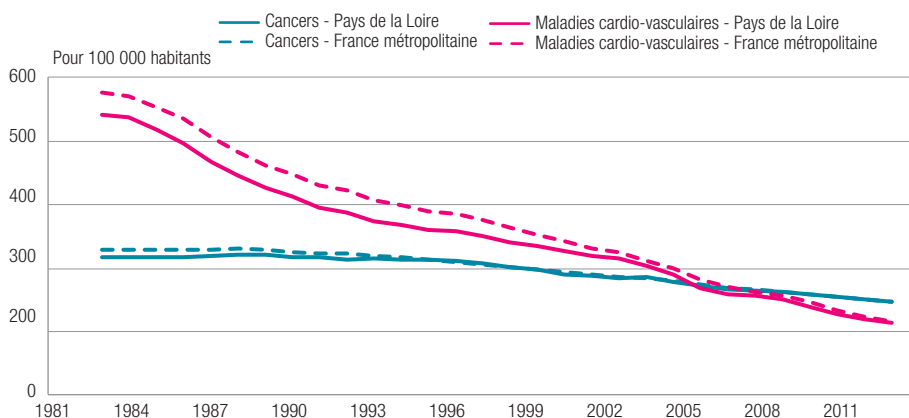


*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



* Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

Pays de la Loire (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une mortalité en recul, mais supérieure à la moyenne nationale chez les hommes, pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, les Pays de la Loire dénombrent près de 1 200 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important : 944 concernent des hommes et 247 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont reculé de 24,3 % en Pays de la Loire, alors que le recul était de 25,8 % au niveau national. Si, en tendance, la mortalité diminue pour les différentes pathologies prises en compte,

les variations sont significatives uniquement pour les cancers des VADS et les cirrhoses du foie, les deux sexes confondus.

Dans les Pays de la Loire, une surmortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France chez les hommes. En 2011-2013, la région se situe pour les deux sexes confondus au 13^e rang des 17 régions françaises pour le taux standardisé de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque. Cette situation défavorable est moins marquée pour les décès par psychoses alcooliques ou alcoolisme (8^e rang sur 17) que pour les décès par cancers des VADS (13^e rang) et par cirrhoses du foie (12^e rang).

Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, une mortalité élevée pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée sur la bordure ouest et l'est de la région (carte 3). Une importante zone centrale de la région étendue du nord au sud se caractérise par des taux de mortalité inférieurs pour ces pathologies.

► Une sous-mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque

En 2011-2013, près de 4 400 décès annuels moyens sont dénombrés en Pays de la Loire en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers sont des décès masculins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies présentent un recul de 21,7 % en Pays de la Loire, légèrement supérieur à celui observé en France (- 20,9 %). Cette baisse concerne autant les hommes que les femmes.

Les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon sont en hausse à la même période pour les femmes (+ 45,1 %).

Pour les décès par cardiopathies ischémiques, un recul de la mortalité est observé aussi bien pour les hommes (- 37,3 %) que pour les femmes (- 42,6 %).

La mortalité par BPCO est en recul pour les hommes (- 15,8 %).

Dans les Pays de la Loire, en 2011-2013, une sous-mortalité par rapport au niveau national (- 10,3 %) est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. L'écart est marqué autant pour les femmes que pour les hommes : la région se place parmi les 17 régions, au 4^e rang pour les femmes et au 5^e rang pour les hommes. Cette sous-mortalité peut être rapprochée du moindre tabagisme constaté dans les Pays de la Loire pendant de nombreuses années, mais cela ne concerne plus les jeunes générations.

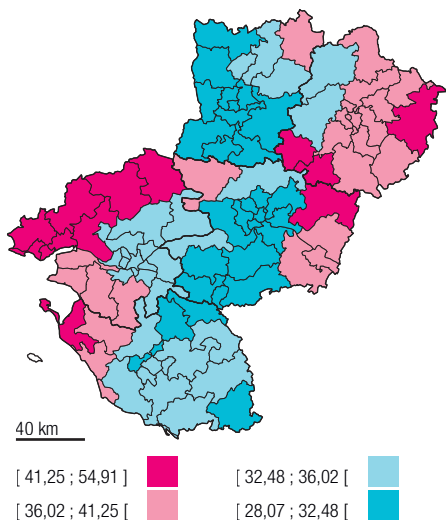
Au niveau infrarégional, en 2006-2013, les taux de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque sont plus élevés sur le littoral, le nord de la Loire-Atlantique et la Sarthe (carte 4).

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

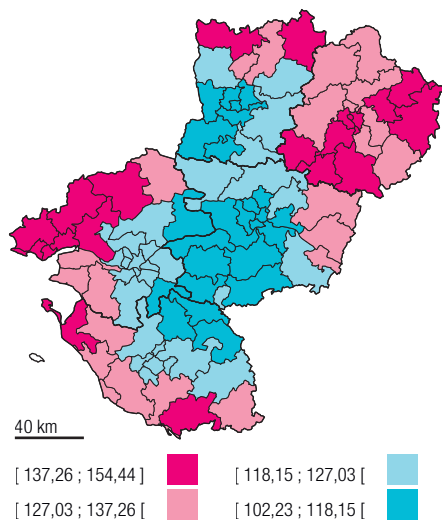
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Perceptions, connaissances et comportements des Ligériens sur l'air extérieur

La prévention des risques sanitaires liés à la pollution atmosphérique nécessite des politiques volontaristes dans de multiples secteurs (énergie, urbanisme, transports, industries, agriculture, etc.) et à tous les niveaux. La réussite de ces politiques exige aujourd'hui la participation des citoyens et nécessite donc qu'ils en comprennent et partagent les enjeux.

Le Baromètre santé environnement 2014 des Pays de la Loire décrit les évolutions intervenues depuis 2007 dans les perceptions, connaissances et comportements de la population.

► Une majorité de la population pense que la pollution de l'air extérieur s'aggrave

La qualité de l'air dans la région, comme au niveau national, tend globalement à s'améliorer mais cette évolution positive ne semble pas perçue par la population. La grande majorité des Ligériens (près de 90 %, en 2014 comme en 2007), et notamment les jeunes, pensent que la pollution de l'air extérieur s'aggrave et la classent parmi les principaux facteurs présentant un risque élevé pour leur santé tant au niveau collectif qu'individuel.

L'augmentation du nombre de dépassements des seuils d'information et d'alerte pour

les particules fines, liée à l'entrée en vigueur en 2012 de seuils plus sévères, est une des raisons probables de ce constat. L'émergence de préoccupations planétaires liées au réchauffement climatique constitue également une source possible de confusion.

Par ailleurs, un tiers des habitants des Pays de la Loire déclarent avoir déjà ressenti les effets de la pollution sur leur propre santé.

► De fortes attentes en matière d'information

Les Ligériens sont, en proportion, moins nombreux en 2014 (61 %) qu'en 2007 (68 %) à déclarer être « plutôt bien informés » sur cette thématique. Toutefois une telle évolution est observée pour presque tous les sujets soumis aux Ligériens dans ce Baromètre. Elle reflète peut-être moins une diminution de la qualité perçue et de la quantité des informations disponibles, que de plus grandes attentes dans ce domaine.

► La responsabilité de chacun : une idée en progrès mais qui peine à se traduire dans les comportements

Une part grandissante des habitants des Pays de la Loire considèrent que la lutte contre la pollution atmosphérique relève de la responsabilité individuelle (47 % de la population en 2014 *versus* 30 % en 2007).

Cette tendance montre une prise de conscience du rôle qu'ils peuvent jouer, même

►► Organismes responsables de la production de la fiche : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire

si les Ligériens ne déclarent pas plus en 2014 qu'en 2007, avoir recours à des modes de transports alternatifs à la voiture individuelle. Comme en 2007, 58 % de la population déclarent utiliser les transports en commun, le vélo, la marche à pied ou pratiquer le covoiturage et 32 % disent être prêts à le faire.

Par ailleurs, les mesures susceptibles d'avoir directement une incidence sur les habitudes de conduite (baisse de la vitesse autorisée, circulation alternée), et le coût d'utilisation des véhicules particuliers (péages urbains, taxe sur les véhicules les plus polluants) sont jugées nettement moins efficaces par la population en 2014 qu'en 2007. Les Ligériens sont également moins nombreux, en proportion, à déclarer être prêts à payer 10 % plus cher pour avoir une voiture moins polluante (67 % de la population adhèrent à cette idée en 2014 *versus* 76 % en 2007). ■

Baromètre santé environnement des Pays de la Loire

Enquête menée en 2014 auprès de 1 500 personnes âgées de 18 à 75 ans constituant un échantillon représentatif de la population de la région ; le Baromètre offre des indicateurs quantifiés permettant de connaître l'opinion et les comportements des Ligériens, et permet de suivre les évolutions depuis l'enquête nationale réalisée en 2007 par Santé publique France (ex-INPES) et déclinée en Pays de la Loire par l'ORS.

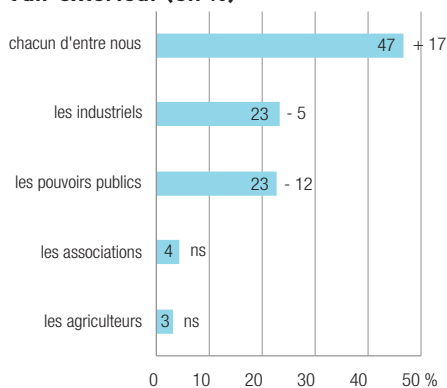
Référence

ORS Pays de la Loire, 2014, *Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2014*, 200 p.

GRAPHIQUES 3 ET 4

Par rapport à 2007, proportions de Ligériens considérant en 2014...

... les acteurs suivants comme les mieux placés pour agir contre la pollution de l'air extérieur (en %)



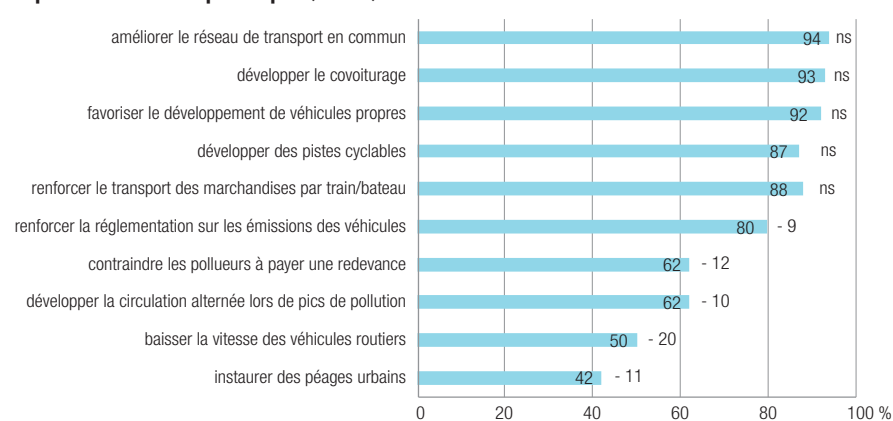
ns : non significatif.

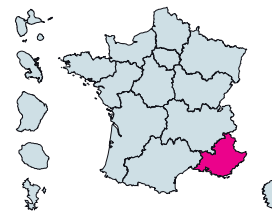
Note • La dernière colonne du graphique présente les évolutions statistiquement significatives observées entre 2007 et 2014 (en différence de pourcentage).

Champ • Région Pays de la Loire, population âgée de 18 à 75 ans en ménages ordinaires.

Source • Baromètre santé environnement Pays de la Loire 2014 ; ORS Pays de la Loire.

... les mesures suivantes comme « très » ou « plutôt efficaces » pour limiter la pollution atmosphérique (en %)





Provence - Alpes - Côte d'Azur

Contexte démographique

Avec plus de 4,9 millions d'habitants lors du recensement de 2013, la région Provence - Alpes - Côte d'Azur est la 7^e région la plus peuplée. Sa densité de 157,8 habitants au km², nettement supérieure à la moyenne nationale (103,6 hab./km²), la place au 6^e rang des régions françaises.

La population de Provence - Alpes - Côte d'Azur est plus âgée que celle de la France, avec des différences marquées selon l'âge : les classes d'âges au-delà de 60 ans pour les hommes et de 40 ans pour les femmes sont plus représentées dans la région (graphique 1).

L'indice de vieillissement (rapport du nombre d'habitants de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans) est le 3^e plus élevé de France : il est de 91,0 pour une moyenne nationale de 72,2.

► Une croissance démographique limitée

La population de Provence - Alpes - Côte d'Azur s'est accrue de 0,3 % par an en moyenne entre 2008 et 2013, pour une moyenne nationale de + 0,5 %. Seules 6 des 16 autres régions françaises ont une croissance démographique moindre. Cette croissance est uniquement due au solde naturel, bien qu'il soit plus faible qu'au niveau national (+ 0,3 %). Le solde migratoire est nul à la même période.

Comme dans toutes les régions de France, l'accroissement de la population est plus marqué

aux âges élevés que chez les plus jeunes : entre 2008 et 2013, la population des moins de 20 ans a diminué en moyenne de 0,2 % par an, alors que pour les 75 ans ou plus l'augmentation est de 1,5 % par an. Ces deux taux sont inférieurs à ceux observés au niveau national : + 0,1 % pour les moins de 20 ans et + 1,8 % pour les 75 ans ou plus.

► Une fécondité parmi les plus élevées des régions françaises

L'indice conjoncturel de fécondité est de 2,05 enfants par femme en 2014, pour une moyenne nationale de 1,98. Cela place la région au 4^e rang des 17 régions françaises les plus fécondes, après trois régions ultramarines : la Guyane, La Réunion et la Guadeloupe.

Chez les jeunes femmes de 12-19 ans, le taux de fécondité est de 4,9 ‰, plus faible que la moyenne nationale (6,0 ‰). Onze régions sur 17 présentent un taux de fécondité plus élevé chez les moins de 20 ans.

Contexte social

Par rapport à la moyenne nationale, des situations contrastées sont observées pour les taux d'allocataires suivant les prestations sociales considérées. Les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), toutes catégories confondues, représentent 9,3 % des ménages pour un taux national de 8,6 %, plaçant la région au 7^e rang plus élevé, derrière les quatre

régions ultramarines, les Hauts-de-France et l'Occitanie. Le constat est différent pour le RSA majoré : un taux de 11,7 % parmi les familles monoparentales, pour une moyenne nationale de 13,0 %, situe la région parmi celles ayant un taux plus faible. Elle occupe le 12^e rang des 17 régions françaises. Les allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) sont, en proportion, plus nombreux dans la région qu'au niveau national : 3,3 % pour une moyenne nationale de 3,1 %, situant la région Provence - Alpes - Côte d'Azur au 10^e rang des 17 régions françaises.

Le taux de couverture par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est particulièrement élevé dans la région : 8,4 personnes pour 100 habitants, contre 7,5 au niveau national, plaçant la région au 6^e rang derrière les quatre régions ultramarines et les Hauts-de-France.

► Une part de foyers fiscaux non imposés proche de la moyenne nationale

La part de foyers fiscaux non imposés – 48,2 % en 2012 – est proche de la moyenne nationale (48,0 %). Seules quatre régions françaises présentent une part de foyers fiscaux non imposés inférieure à celle observée en Provence - Alpes - Côte d'Azur.

► Une fragilité professionnelle

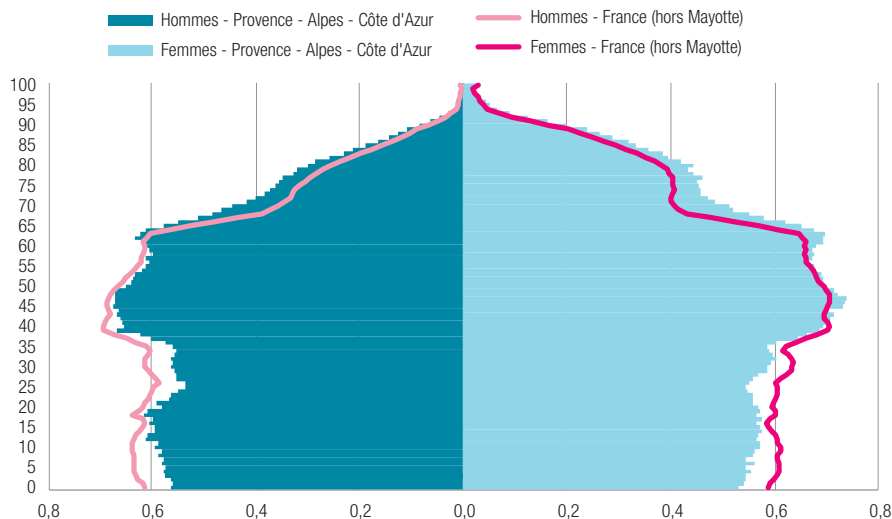
Une des caractéristiques sociales de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur se situe également au niveau de la fragilité professionnelle de la population : le taux de chômage (au sens du Bureau international du travail (BIT)) enregistré en 2014 est parmi les plus élevés en France ; ce chômage concerne 11,5 % des actifs. Ce taux est supérieur d'un point et demi à la moyenne métropolitaine (9,9 %) et se situe au 3^e rang des 13 régions de Métropole, derrière les Hauts-de-France et l'Occitanie et au 7^e rang de l'ensemble des régions françaises.

De plus, la part standardisée des inactifs parmi les 25-54 ans, c'est-à-dire des personnes déclarant, lors du recensement, n'être ni en emploi ni au chômage, est supérieure à la moyenne nationale : 11,9 % contre 9,5 %, situant la région au 7^e rang des régions françaises.

La part des personnes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômées est supérieure à la moyenne nationale : 17,1 % contre 15,1 %. Un taux plus élevé est observé dans les quatre régions ultramarines et en Corse.

GRAPHIQUE 1

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2013 (en %)



Source • RP 2013 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Espérance de vie et principales causes de mortalité

Plus de 46 700 décès annuels moyens sont enregistrés en Provence - Alpes - Côte d'Azur en 2011-2013 : 23 209 chez les hommes et 23 540 chez les femmes.

► 79,2 années d'espérance de vie pour les hommes et 85,4 années pour les femmes

L'espérance de vie est plus élevée que celle observée sur l'ensemble de la France : 78,6 années pour les hommes et 85,0 années pour les femmes.

Les gains d'espérance de vie illustrent le recul de la mortalité. Entre 1982-1984 et 2011-2013, l'espérance de vie a gagné 7,2 années chez les hommes et 5,9 années chez les femmes. Ce gain est légèrement inférieur à celui observé au niveau de la France métropolitaine, pour les hommes (+7,6 ans) comme pour les femmes (+ 6,0 ans).

L'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est aujourd'hui plus réduit : il était de 7,5 années en 1982-1984 et de 6,2 années en 2011-2013. Ces écarts sont plus réduits que ceux observés au niveau métropolitain : 8,1 années en 1982-1984 et 6,4 années en 2011-2013.

► Une sous-mortalité marquée pour les cancers et les maladies cardio-vasculaires

La région Provence - Alpes - Côte d'Azur présente des taux standardisés de mortalité toutes causes parmi les plus bas de France. Elle se situe au 3^e rang des 13 régions métropolitaines pour les hommes et au 4^e rang pour les femmes en 2011-2013. La sous-mortalité se retrouve aussi pour la mortalité prématurée (décès avant

65 ans), pour laquelle la région occupe le 4^e rang pour les hommes et pour les femmes.

La sous-mortalité est marquée pour les cancers : le différentiel avec le niveau métropolitain est de - 6,3 % en 2011-2013, les deux sexes confondus. Cela place la région au 3^e rang des régions métropolitaines pour les hommes et au 2^e rang pour les femmes. La mortalité par cancers a sensiblement diminué depuis trente ans : - 22,5 % depuis 1982-1984 (graphique 2). Pour les hommes, la sous-mortalité prématurée par cancers est plus élevée que celle observée tous âges confondus : - 8,5 % contre - 6,7 %. Pour les femmes, elle n'est que de - 3,2 %, contre - 5,5 % tous âges confondus.

La sous-mortalité par maladies cardio-vasculaires est plus marquée que pour les cancers. La situation est ainsi particulièrement favorable plaçant la région au 2^e rang pour les hommes et pour les femmes, derrière l'Île-de-France. Le différentiel avec le niveau métropolitain progresse : il était de - 7,6 % en 1982-1984 et est de - 8,7 % en 2011-2013 (graphique 2). La baisse de la mortalité a été particulièrement nette pour les maladies de l'appareil circulatoire : le taux standardisé de mortalité, tous âges et tous sexes confondus, a diminué de 62,2 % en Provence - Alpes - Côte d'Azur entre 1982-1984 et 2011-2013, soit un peu plus qu'en moyenne sur la France métropolitaine (- 61,6 %). La sous-mortalité prématurée (avant 65 ans) par maladies cardio-vasculaires est moins importante que la sous-mortalité tous âges confondus : le différentiel avec le niveau national est de - 4,8 % tous sexes confondus.

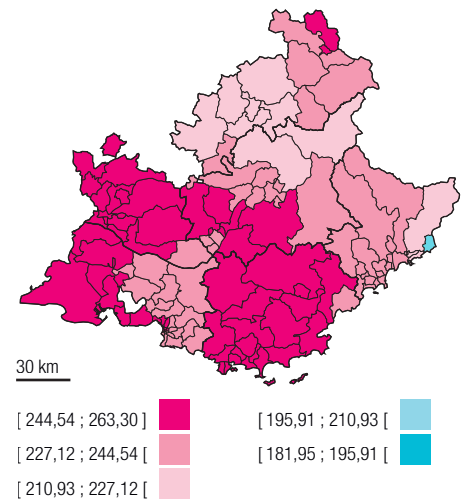
Au niveau infrarégional, au cours de la période 2006-2013, on observe une mortalité moindre par cancers dans le nord des

Alpes-de-Haute-Provence et dans le sud-ouest des Hautes-Alpes, ainsi qu'à l'est de la Côte d'Azur (carte 1). Pour la mortalité par maladies cardio-vasculaires, les taux sont plus contrastés au sein de la région, avec des zones de mortalité plus élevée (ouest du Vaucluse et des Bouches-du-Rhône, sud et est des Alpes-de-Haute-Provence) et des zones de mortalité plus faible, dans le sud-est de la région et les Hautes-Alpes (carte 2).

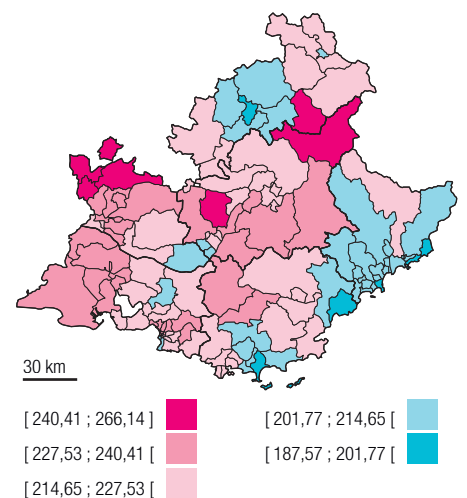
CARTES 1 ET 2

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

Cancers

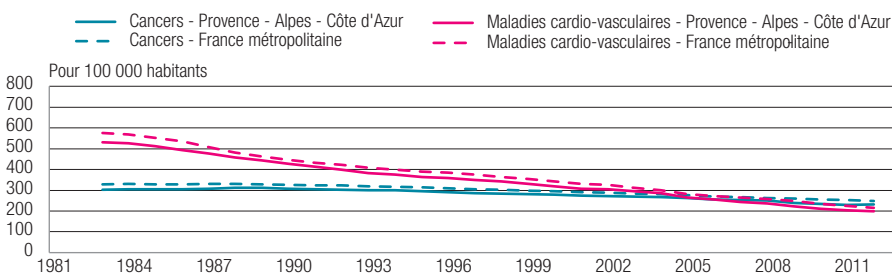


Maladies cardio-vasculaires



GRAPHIQUE 2

Évolution des taux standardisés* de mortalité par cancers et maladies cardio-vasculaires entre 1982-1984 et 2011-2013



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP (INSEE) ; exploitation FNORS.

*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Provence - Alpes - Côte d'Azur (suite)

Alcool, tabac : des déterminants forts

► Une mortalité relativement faible pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque

En 2011-2013, près de 1 300 décès annuels moyens pour les principales pathologies (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques ou alcoolisme) pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important sont dénombrés : 935 concernent des hommes et 330 des femmes.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour l'ensemble de ces décès ont reculé de 22,9 %, alors que le recul était de 25,8 % au niveau national. La baisse est observée aussi bien pour les femmes (- 15,5 %) que pour les hommes (- 25,7 %). Pour les cancers des VADS et les cirrhoses du foie, les deux sexes confondus, des baisses de la mortalité sont observées, alors que la mortalité par psychoses alcooliques ou alcoolisme reste stable.

Une sous-mortalité pour ces pathologies est observée par rapport à la France, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Après la Martinique, la Corse et l'Occitanie, Provence - Alpes - Côte d'Azur est la région qui présente le plus faible taux standardisé de mortalité pour l'ensemble de ces causes en 2011-2013. Cette situation favorable se retrouve particulièrement pour les décès par cancers des VADS (3^e rang sur 17) et de façon moins marquée pour ceux par cirrhoses du foie ou par psychoses alcooliques ou alcoolisme (5^e rang chacun).

Au niveau infrarégional, entre 2006 et 2013, une mortalité plus basse pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque est observée à l'est des Bouches-du-Rhône, dans les Alpes-Maritimes et tout le long de la frontière italienne (carte 3). L'ouest et le centre de la région se caractérisent par des taux de mortalité plus élevés pour ces pathologies.

► La mortalité des principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est moins élevée que la moyenne nationale

En 2011-2013, 6 738 décès annuels moyens sont dénombrés en Provence - Alpes - Côte d'Azur,

en lien avec les principales pathologies (cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives – BPCO) pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important. Les deux tiers sont des décès masculins et un tiers des décès féminins.

Entre 2001-2003 et 2011-2013, les taux standardisés de mortalité pour ces pathologies ont reculé de 18,2 %, soit un peu moins qu'en France (- 20,9 %). Cette baisse est plus marquée chez les hommes (- 19,5 %) que chez les femmes (- 15,9 %), contre respectivement - 22,3 % et - 19,8 % au niveau national. Les taux standardisés de mortalité par cancers du poumon sont en hausse à la même période pour les femmes (+ 34,7 %), alors qu'ils diminuent pour les hommes (- 13,1 %). Pour les décès par cardiopathies ischémiques, un recul de la mortalité est observé aussi bien pour les hommes (- 35,8 %) que pour les femmes (- 43,1 %). La mortalité par BPCO est stable pour les hommes et en hausse pour les femmes (+ 20,4 %).

En 2011-2013, une sous-mortalité par rapport au niveau national (- 7,4 %) est observée en lien avec ces pathologies, les deux sexes confondus. La région se place à un niveau favorable parmi les 17 régions, au 6^e rang pour les hommes et au 5^e rang pour les femmes.

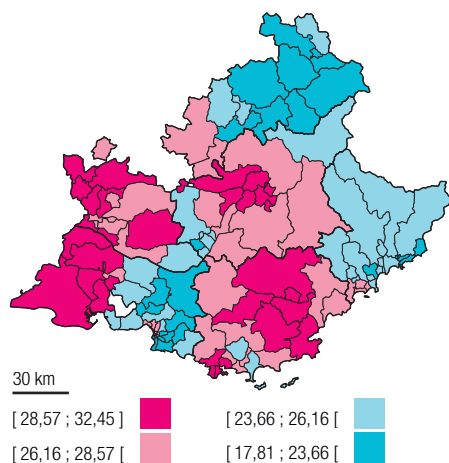
Au cours de la période 2006-2013, les taux de mortalité des principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque apparaissent moins élevés dans les Alpes-Maritimes et dans une part importante des Hautes-Alpes (carte 4). Des zones avec des taux élevés sont observées, notamment le long du Rhône et au cœur du Var.

CARTES 3 ET 4

Taux standardisé* de mortalité 2006-2013 par cantons

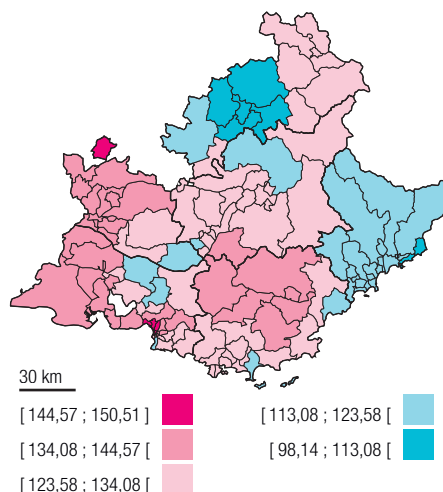
Alcool

(Cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhoses du foie, psychoses alcooliques et alcoolisme)



Tabac

(Cancers du poumon, cardiopathies ischémiques, bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO))



*Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 habitants, selon la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013).

Sources • Certificats de décès (CépiDc) ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; exploitation FNORS.

Santé – environnement

L'environnement est l'un des principaux déterminants de la santé individuelle et communautaire. Les données présentées ci-dessous sont issues du *Tableau de bord régional santé environnement (TBSE) Provence - Alpes - Côte d'Azur édition 2016*, réalisé par l'Observatoire régional de la santé avec le soutien de l'Agence régionale de santé, de la Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement et de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur, dans le cadre de l'élaboration du troisième Plan régional santé environnement 2015-2019.

► Un territoire régional marqué par de forts contrastes géographiques

La région Provence - Alpes - Côte d'Azur est marquée par de forts contrastes : zones de haute montagne au nord et à l'est, reliefs côtiers isolant des plaines littorales et intérieures restreintes et, à l'ouest, zones de plaine dans la basse vallée du Rhône se terminant par un delta marécageux. La région accueille de nombreux espaces protégés (parcs naturels, réserves naturelles et réserves de biosphère). Toutefois, la région cumule aussi un certain nombre de problèmes environnementaux liés à l'urbanisme des grandes villes, aux transports, à ses pôles industriels, à sa situation géographique et à son climat.

► Une grande diversité de filières agricoles

La région se distingue par une agriculture développée et diversifiée sur son territoire. L'extension de l'agriculture biologique contribue à la diminution de l'utilisation des produits phytosanitaires dans l'agriculture, ayant des impacts à la fois sur l'environnement et sur la santé des populations. En 2014, la région se place au 1^{er} rang des régions françaises, avec 15,4 % de sa surface agricole utile en agriculture biologique.

► Le secteur des transports, responsable de nuisances multiples

Les transports ont de nombreux impacts sur la santé et l'environnement (pollution de l'air, qualité de vie du fait du bruit et de nuisances olfactives...). La région est l'une des plus touchées par la pollution atmosphérique, en raison d'une pollution

urbaine essentiellement due aux transports sur les quatre principales agglomérations, d'une pollution industrielle autour de la zone de l'Étang de Berre et d'une pollution à l'ozone favorisée par les conditions climatiques. Le dioxyde d'azote, les particules fines et l'ozone sont les principaux polluants observés dans la région. Les populations des communes situées sur le littoral et celles des Bouches-du-Rhône (en particulier sur la moitié ouest) sont les plus exposées aux particules fines (carte 5).

► Une forte activité industrielle participant notamment à la pollution par l'ozone

Provence - Alpes - Côte d'Azur est une des régions d'Europe les plus exposées à la pollution par l'ozone : dans chacune des communes, plus de 90 % de la population est exposée à des niveaux supérieurs à la valeur guide OMS (Organisation mondiale de la santé) plus de 25 jours par an, y compris dans les zones rurales (en raison du transport des masses d'air ou d'un plus fort rayonnement ultra-violet).

► Des conditions de logement parfois dégradées, impliquant des problèmes sanitaires

La dégradation du bâti ou l'ancienneté des installations peut entraîner des effets négatifs sur la santé, en raison notamment de la présence de plomb (peintures ou vieilles canalisations) et d'appareils de chauffage anciens. En 2013, 29 nouveaux cas de saturnisme (intoxication grave par le plomb) ont été déclarés dans la région chez des enfants de moins de 17 ans.

Des appareils de chauffage défectueux peuvent également entraîner des conséquences sur la santé : en 2013, 255 cas d'intoxications au monoxyde de carbone sont signalés dans la région.

► Une des régions françaises les plus touchées par les risques climatiques et naturels

Les conséquences des catastrophes naturelles (inondations, feux de forêt, avalanches, mouvements de terrain, séismes) sont nombreuses tant sur le plan physique (lésions, intoxications...) que sur le plan psychologique et social. Toutes les communes de la région

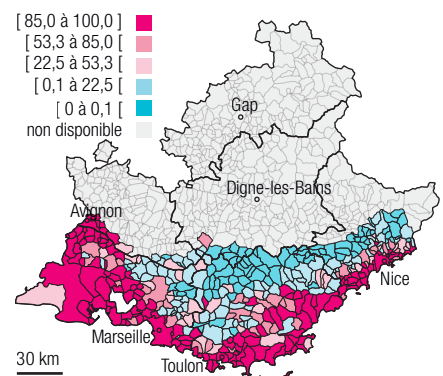
►►► **Organismes responsables de la production de la fiche** : Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, Observatoire régional de la santé de Provence - Alpes - Côte d'Azur

sont soumises à au moins trois risques naturels. Les départements côtiers sont principalement exposés au risque de feu de forêt, la vallée du Rhône et la bande côtière à celui d'inondation, les Alpes-Maritimes au risque de séisme et les secteurs alpins aux risques de mouvement de terrain et d'avalanche. Entre 1983-2012, près de 500 décès dus aux catastrophes naturelles sont enregistrés dans la région (représentant 7 % des décès dus aux catastrophes naturelles enregistrés en France).

► Une progression du « moustique tigre » qui augmente les risques de maladies infectieuses

Le moustique *Aedes albopictus*, plus connu sous le nom de « moustique tigre », est un vecteur qui peut notamment transmettre les virus de la dengue, du chikungunya et zika. En Provence - Alpes - Côte d'Azur, limité à un secteur réduit des Alpes-Maritimes en 2004, il est aujourd'hui implanté dans l'ensemble des départements de la région, à l'exception des Hautes-Alpes. Quelques cas autochtones de dengue et de chikungunya ont été observés à partir de 2010. Le nombre de cas importés est pour sa part plus élevé : 53 de dengue et 148 de chikungunya en 2014. ■

CARTE 5
Part de la population exposée à une concentration moyenne de particules fines ((*Particulate Matter*) PM10) supérieure à la valeur guide OMS par commune en PACA en 2014

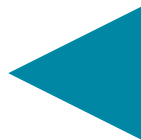


Source • Données de surveillance de la qualité de l'air (AIR PACA) ; exploitation ORS PACA (SIRSéPACA : Système d'information régional en santé Provence - Alpes - Côte d'Azur).

Références

ARS PACA, 2014, « Les inégalités environnementales de santé des territoires en région PACA (IEST – PACA) », *Analyses recherches et statistiques*, n° 20, décembre.
SIRSéPACA, 2016, *Tableau de bord santé-environnement - édition 2016*.

Typologie socio-sanitaire cantonale



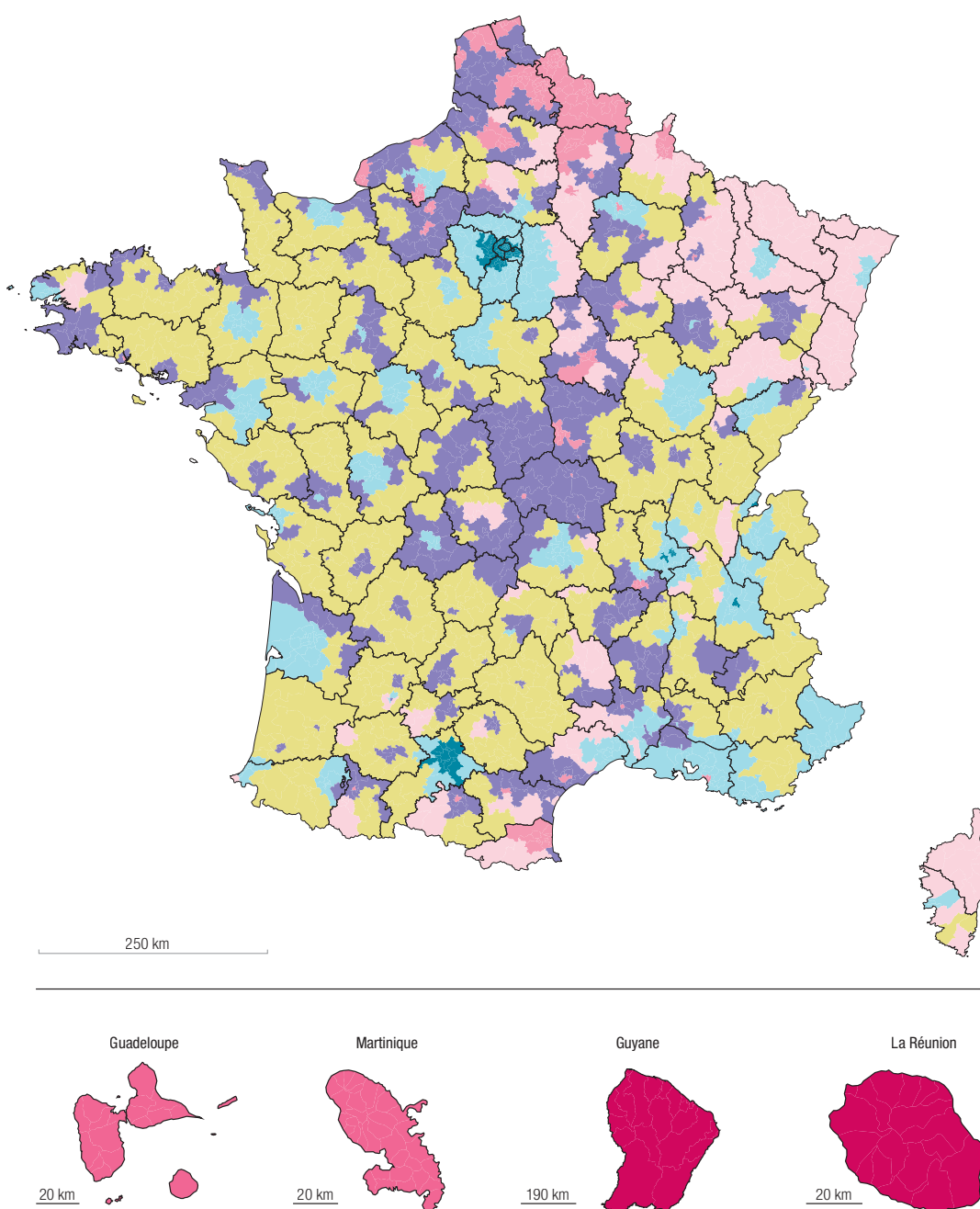
Typologie socio-sanitaire cantonale

Afin de donner une image synthétique de la France¹, tout en situant les territoires les uns par rapport aux autres, une typologie socio-sanitaire en huit classes a été produite à l'échelle des cantons². Elle se fonde sur des indicateurs sociaux et de mortalité (tableau 1), une partie d'entre eux étant

présentés dans les fiches régionales. Cette typologie met en évidence six classes de cantons en Métropole et deux spécifiques aux départements et régions d'outre-mer (DROM). Afin de mieux cibler les spécificités des cantons ultramarins, une typologie complémentaire en cinq classes³ a été réalisée.

1. En raison de la non-disponibilité des données, le département de Mayotte n'est pas pris en compte.
2. Pour la Guyane et la Martinique, ce sont les communes qui sont prises en compte.
3. Celle-ci repose sur les mêmes indicateurs que la typologie réalisée sur l'ensemble des cantons de la France.

CARTE 1
Typologie cantonale des inégalités socio-sanitaires



Classe A - Cantons urbains, les plus favorisés socialement avec des taux de mortalité les plus faibles, excepté pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes.

Classe B - Cantons urbains avec une situation sociale favorable, une mortalité inférieure à la moyenne nationale, excepté pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes.

Classe C - Cantons à dominante rurale avec une population relativement âgée, une situation sociale plutôt favorable et une mortalité proche de la moyenne nationale.

Classe D - Cantons à dominante rurale ou comprenant de petites villes avec une population plus âgée que la moyenne nationale, une situation sociale moins favorable que les cantons des classes précédentes et une mortalité plus importante.

Classe E - Cantons à dominante rurale ou comprenant de petites villes avec une situation sociale moins favorable que la classe D, avec néanmoins des taux moindres d'allocataires de prestations sociales et une mortalité plus importante que la moyenne nationale, notamment pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque important (bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO), cancers de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathies ischémiques).

Classe F - Cantons principalement situés dans des zones industrielles avec la situation sociale et la mortalité la plus défavorable de Métropole.

Classe G - Cantons de la Guadeloupe et de la Martinique, avec une population plutôt jeune, une situation sociale et la mortalité la plus défavorable de Métropole.

Classe H - Cantons de la Guyane et de La Réunion avec une population jeune, la situation sociale la plus défavorable de France, notamment en matière d'emploi, la fécondité chez les mineurs la plus élevée de France et une mortalité importante.

► Les classes A et B

Ces deux classes regroupent une majorité des cantons correspondant aux principales villes métropolitaines ou aux cantons qui leur sont limitrophes. Ceux-ci présentent les plus faibles taux de mortalité (à l'exception du cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes qui est supérieur à la moyenne nationale) et une situation sociale favorable. Les parts de cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés, de personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire avec au moins un niveau bac+2 sont plus élevées au regard de la situation nationale et, à l'inverse, la part des ouvriers est moindre, notamment pour la classe A.

Au sein de ces classes, les personnes en âge de travailler (25-59 ans) sont davantage représentées, alors que les 65 ans ou plus le sont moins. Le fait de vivre seul y est plus fréquent et les familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans qui, bien que plus présentes, sont dans une situation plutôt bonne avec le taux d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) majoré le plus faible. La situation des jeunes ressort comme satisfaisante : la part des 18-24 ans scolarisés est très nettement supérieure à la moyenne nationale et, pour les 15-24 ans sortis du système scolaire, le taux de chômage se situe parmi les plus faibles de France. Avec un emploi précaire⁴ nettement moins fréquent, les conditions d'emploi sont parmi les plus favorables avec les taux d'activité des 15-64 ans et des 55-64 ans les plus élevés. En général, les taux d'allocataires de prestations sociales (toutes prestations, RSA, allocation aux adultes handicapés (AAH), allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)) et la part des foyers fiscaux non imposés sont inférieurs à la moyenne nationale.

Les cantons de la classe B se distinguent par une part plus importante de jeunes de moins de 25 ans et, chez les personnes âgées de 75 ans ou plus, une part plus élevée de femmes vivant seules. Les taux d'allocataires d'une aide au logement y sont supérieurs à la moyenne nationale.

Si ces deux classes de cantons urbains présentent les plus faibles taux de mortalité observés en France, notamment pour les maladies de l'appareil circulatoire et pour les causes traumatiques, la classe A se distingue néanmoins de la classe B avec des taux de mortalité plus faibles pour le suicide et les maladies de l'appareil circulatoire, en particulier chez les moins de 65 ans, ainsi que pour les accidents de la circulation.

► La classe C

Elle regroupe certains cantons à dominante rurale, principalement dans l'ouest et le sud-est de la Métropole. Elle présente une situation sociale relativement favorable et des taux de mortalité qui se situent à un niveau intermédiaire au regard de l'échelon national.

Cette classe se caractérise par une population plutôt âgée : la part des moins de 30 ans y est inférieure à la moyenne nationale, alors que celle des 65 ans ou plus, et particulièrement des 75 ans ou plus, est supérieure.

En termes d'emploi, parmi les actifs occupés, les agriculteurs, exploitants et les ouvriers sont davantage représentés que dans les autres classes. Le taux d'activité des 15-64 ans est légèrement supérieur à la valeur nationale.

Bien que les parts des foyers fiscaux non imposés et des emplois précaires soient supérieures à celles des autres cantons, la situation sociale de cette classe est plutôt favorable : les taux d'allocataires de prestations sociales y sont faibles pour les prestations liées au logement, à la perte d'activité ou au handicap. La part de ménages propriétaires de leur résidence principale est la plus importante.

La mortalité est moindre pour les maladies de l'appareil digestif, l'insuffisance rénale et les cancers. Pour ces derniers, la classe se distingue du niveau national avec des taux plus faibles pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et, chez les femmes, pour les cancers du sein et du côlon-rectum. La mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire est inférieure à la moyenne nationale ; en revanche, la mortalité tous âges confondus y est supérieure, notamment pour l'insuffisance cardiaque et les cardiopathies ischémiques. La mortalité par causes traumatiques (accidents de la circulation et suicide, en particulier chez les hommes) est supérieure à la valeur nationale.

► Les classes D et E

Ces deux classes regroupent des cantons à dominante rurale ou comprenant de petites villes principalement au nord et nord-est de la Métropole, dans une zone plus centrale allant de l'ouest de l'Aube à la Haute-Vienne, sur la partie ouest de la côte méditerranéenne et en Corse. Ces cantons se trouvent dans une situation sociale moins favorable que les cantons des classes précédentes : les parts d'ouvriers et d'employés sont parmi les plus élevées, alors que celle des cadres et professions intellectuelles

supérieures y est moindre. De même, la part de personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire avec au moins un niveau bac+2 y est plus faible qu'au niveau national.

Cependant, ces classes se caractérisent par des taux d'allocataires de prestations sociales inférieurs à ceux du niveau national, excepté pour les allocataires d'une prestation liée au handicap dont les taux sont importants. Les taux de mortalité générale sont plus élevés que dans l'ensemble du pays, notamment dans les cantons de la classe E.

Cette dernière, se détache avec une part de personnes en âge de travailler (25-59 ans) supérieure à la moyenne, celles-ci vivant moins souvent seules. La part des 18-24 ans scolarisés y est la plus faible de toutes les classes.

Les taux de mortalité pour broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO), cancers de la trachée, des bronches et du poumon (notamment chez les moins de 65 ans), insuffisances rénales et maladies de l'appareil circulatoire sont supérieurs à ceux observés au niveau national. Seuls les taux de mortalité pour cancers de la prostate sont proches de la moyenne nationale.

La population de la classe D est plus âgée que celle de la classe E ; la part de personnes de 65 ans ou plus est importante et le poids de cette classe d'âges sur les jeunes et les actifs est plus élevé que la moyenne nationale. La part de femmes de 75 ans ou plus vivant seules est élevée. Si la part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans est moins importante qu'au niveau national, les cantons de cette classe enregistrent des taux d'allocataires du RSA majoré plus élevés qu'en moyenne en France. La part des ménages propriétaires de leur résidence principale est au-dessus de la moyenne nationale.

Dans cette classe, la mortalité est supérieure à celle observée dans l'ensemble du pays ; elle est plus marquée chez les hommes et chez les personnes de moins de 65 ans (notamment pour les 35-64 ans). Les taux sont plus élevés pour le cancer colorectal, celui du sein, pour les troubles mentaux et les suicides. Chez les moins de 65 ans, la mortalité est plus importante pour les cancers (particulièrement celui de la trachée, des bronches et du poumon), pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque important, pour les maladies de l'appareil circulatoire et pour les suicides.

4. Actifs de 25-54 ans ayant un emploi salarié autre qu'un contrat à durée indéterminée (CDI) à temps plein. Cet indicateur ne fait pas la distinction entre les CDI à temps partiel choisis et ceux qui sont subis.

Typologie socio-sanitaire cantonale (suite)

► La classe F

Cette classe présente la situation socio-sanitaire la plus défavorable de Métropole. Elle est composée de cantons situés principalement dans le nord de la France et dans quelques zones spécifiques (dans le sud de l'Yonne, le sud-ouest de la Nièvre, autour de Saint-Étienne et dans quelques villes du Sud)⁵.

Au regard de la situation métropolitaine, cette classe est la plus jeune : la part des moins de 25 ans est la plus importante.

Socialement, cette classe est la plus défavorisée avec les taux d'allocataires de prestations sociales (logement, RSA, RSA majoré, AAH, AEEH) et les taux de chômage, notamment chez les jeunes, les plus élevés de Métropole, et avec une part importante de foyers fiscaux non imposés. La fécondité des jeunes femmes de 12-17 ans est également la plus forte de Métropole.

Cette classe présente les taux de mortalité générale, de mortalité prématurée, de mortalité par

cancers et par maladies de l'appareil circulatoire les plus élevés de Métropole. Elle se caractérise également par une mortalité plus forte par cancers colorectaux, suicide et pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque, tout particulièrement chez les moins de 65 ans. Chez les hommes, la mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon est très élevée, notamment chez les moins de 65 ans, ainsi que chez les femmes pour les cancers du sein. Seule la mortalité par accidents de la circulation se singularise en présentant des taux plus faibles que la moyenne nationale.

► Les classes G et H

Elles regroupent exclusivement les cantons ultramarins qui, au regard de la situation nationale, sont dans une situation sociale défavorable. Ainsi, les taux de chômage (dont celui des 15-24 ans), d'allocataires de prestations sociales, notamment celles liées à la perte d'activité, les

parts d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 % à 100 % des prestations sociales et celle des foyers fiscaux non imposés sont les plus importants de France.

Les mortalités – infantile (moins de 1 an) et des 1-34 ans – sont plus élevées que la moyenne nationale, tout comme celles par maladies infectieuses et parasitaires, par cancers de la prostate, par maladies de l'appareil circulatoire chez les moins de 65 ans et par accidents de la circulation. En revanche, la mortalité est plus faible qu'au niveau national pour le suicide, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, du côlon-rectum et, chez les femmes, pour les cancers du sein. Les taux de mortalité restent inférieurs pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque.

5. Alès, Béziers, Carcassonne, Pamiers, Perpignan et ses alentours et quelques arrondissements de Marseille (2^e, 3^e, 14^e, 15^e et 16^e).

TABLEAU 1

Valeurs de quelques indicateurs utilisés pour déterminer la typologie socio-sanitaire des cantons français selon les classes et pour la France (hors Mayotte)

	France	A	B	C	D	E	F	G	H
Taux de fécondité des 12-17 ans ¹ (%)	2,2	1,4	1,6	1,4	2,0	1,9	3,6	6,4	16,9
Part de familles monoparentales avec enfants de moins de 25 ans ² (%)	23,4	25,8	23,8	18,6	21,8	21,2	26,2	50,6	38,0
Part des cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés ² (%)	17,0	32,8	18,7	10,4	11,5	11,7	13,9	11,0	11,4
Part de personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire ayant au moins un bac +2 ² (%)	42,8	59,9	45,2	35,8	36,1	35,4	37,9	32,2	24,3
Taux de chômage ² (%)	13,2	12,0	12,5	10,9	13,1	13,1	17,1	27,5	34,8
Taux d'allocataires du RSA ³ (%)	8,7	8,0	8,3	5,8	7,9	8,0	13,1	28,3	37,3
Taux d'allocataires de 25-59 ans de l'AAH ³ (%)	2,7	1,9	2,5	2,7	3,3	2,9	3,7	3,2	2,9
Taux standardisé de mortalité générale ⁴	901,2	775,6	849,2	914,0	939,5	963,4	1 016,0	872,1	1 039,7
Taux standardisé de mortalité prématurée ⁴	214,9	181,0	196,2	213,4	233,0	221,1	274,0	226,6	256,2
Taux standardisé de mortalité par cancers ⁴	257,0	236,7	248,0	254,8	267,1	265,9	292,0	206,9	218,3
Taux standardisé de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon ⁴	50,2	48,4	50,3	47,1	51,2	56,2	58,2	17,7	35,6
Taux standardisé de mortalité par cancers de la prostate ⁴	41,6	36,3	38,1	42,9	44,5	39,7	44,3	87,8	51,5
Taux standardisé de mortalité par cancers du sein chez les femmes ⁴	34,2	34,5	33,3	33,2	35,4	33,6	39,7	23,7	19,5
Taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire ⁴	239,2	185,8	218,8	252,6	253,2	264,3	265,7	228,9	313,8
Taux standardisé de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque ⁴	32,7	23,6	27,9	32,5	36,6	32,2	48,9	26,8	44,6
Taux standardisé de mortalité pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque ⁴	140,0	121,4	131,5	140,4	145,2	164,1	160,2	53,9	151,3
Taux standardisé de mortalité par suicide ⁴	16,7	7,2	14,2	21,1	21,3	17,1	20,0	9,4	12,2

1. En 2007-2014.

2. RP 2012.

3. Au 31 décembre 2014.

4. En 2008-2013, pour 100 000 habitants.

Note • Les valeurs des indicateurs utilisés dans le tableau se réfèrent aux variables considérées dans l'analyse en composantes principales (ACP). Les périodes retenues pour le calcul de ces indicateurs ne sont pas identiques à celles des fiches régionales. De ce fait, des différences peuvent être observées pour les valeurs France.

Champ • France hors Mayotte (voir encadré méthodologique).

Sources • État civil ; RP 2006 à 2012 (INSEE) ; CCMSA ; CNAF ; Certificats de décès (CépiDc) ; exploitation FNORS.

Les cantons ultramarins se caractérisent, en général, par une population jeune, mais cette caractéristique est encore plus marquée pour les cantons de la classe H. Alors que les cantons de la classe G se distinguent avec les taux d'allocataires de l'allocation de soutien familial (ASF) les plus élevés et une part importante de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans, ceux de la classe H connaissent la part d'enfants vivant dans une

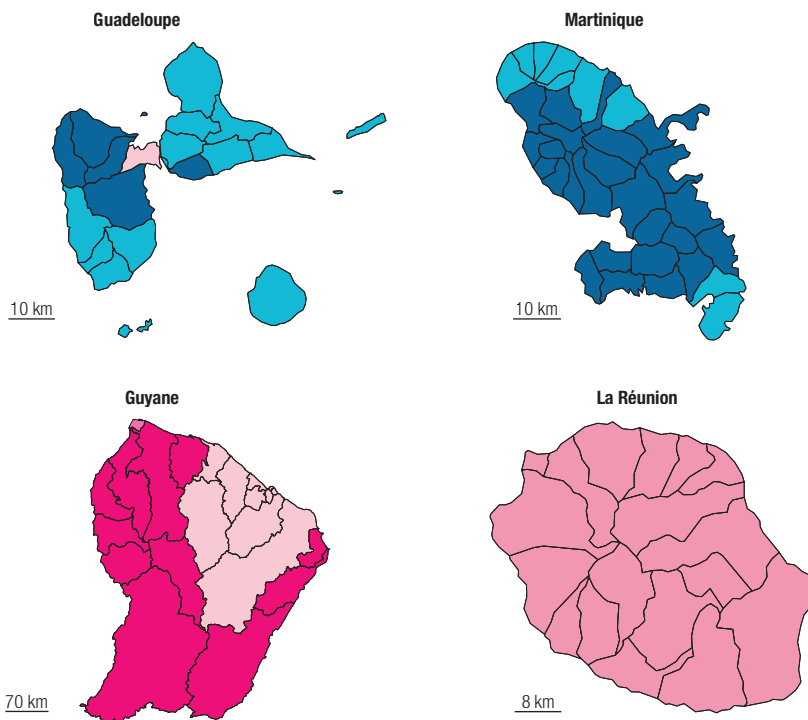
famille sans actif occupé et les taux de fécondité chez les jeunes femmes de 12-17 ans les plus élevés. La part des jeunes de 18-24 ans non scolarisés y est également très importante.

La classe G présente des taux de mortalité générale plus faibles qu'au niveau national ; cela se retrouve aussi pour les maladies de l'appareil respiratoire et les troubles mentaux. À l'opposé, le taux de mortalité pour le cancer de la prostate est le plus élevé en France et

les taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales sont légèrement au-dessus de la moyenne nationale. La situation n'est pas la même au sein de la classe H avec des taux de mortalité supérieurs à ceux du niveau national. En effet, cette classe se distingue par une mortalité plus importante pour l'insuffisance rénale, les maladies vasculaires cérébrales, les maladies de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire.

CARTE 2

Situation socio-sanitaire au sein des départements et régions d'outre-mer (DROM)



Classe a - Cantons avec la situation sociale la plus favorable et qui enregistrent une mortalité dans l'ensemble la plus faible, néanmoins plus importante pour le cancer de la prostate et, chez les femmes, du côlon-rectum et du sein.

Classe b - Cantons dans une situation sociale plutôt favorable avec cependant des taux d'allocataires de l'AAH plus élevés et présentant une mortalité en général plus faible que dans les autres classes, mais des taux importants pour le cancer du sein et de la prostate et les accidents de la circulation.

Classe c - Cantons dans une situation plutôt favorable, tant sur le plan de l'emploi que sur les aspects sociaux, et qui se trouvent dans une situation intermédiaire pour la mortalité en général, tout en se distinguant par une mortalité plus importante pour les maladies infectieuses et parasitaires et les accidents de la circulation.

Classe d - Cantons principalement marqués par des conditions d'emploi peu favorables, où la mortalité est supérieure à la moyenne ultramarine, excepté pour le cancer de la prostate et les accidents de la circulation.

Classe e - Cantons présentant la situation sociale la moins favorable, se distinguant par une fécondité très élevée chez les femmes mineures, avec une mortalité à un niveau intermédiaire.

Afin d'affiner l'analyse pour les cantons ultramarins et de mieux appréhender leurs spécificités, une typologie complémentaire, réalisée uniquement sur ces territoires, a permis de distinguer cinq classes.

► Les classes a et b

Constituées des cantons de la Guadeloupe (à l'exception du canton de Baie-Mahault) et de ceux de la Martinique, ces classes présentent, dans l'ensemble, la situation sociale la plus favorable des départements ultramarins. La population y est plus âgée et les personnes vivant seules y sont plus fréquentes.

Les jeunes de 18-24 ans sont davantage scolarisés et la part des 25-34 ans sortis du système scolaire peu ou pas diplômés est la plus faible des DROM. Au regard des autres classes, bien que plus nombreuses, les familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans perçoivent moins souvent le RSA majoré. Les taux d'allocataires de prestations sociales sont inférieurs à la moyenne ultramarine, à l'exception de ceux liés au handicap et de l'allocation de soutien familial (ASF) qui y sont supérieurs (en particulier pour les cantons de la classe a). La fécondité des jeunes femmes de 12-17 ans est plus faible que dans les autres classes ultramarines.

La classe a se distingue de la classe b par une situation sociale encore plus favorable : le taux de chômage est le plus faible observé dans les DROM, les parts des actifs occupés (dont les 55-64 ans), des personnes de 25-34 ans ayant au moins un niveau bac+2 sont les plus élevées et la part des foyers fiscaux non imposés est inférieure à la moyenne ultramarine.

La mortalité est plus faible dans les cantons des classes a et b et plus particulièrement pour les maladies de l'appareil digestif, de l'appareil respiratoire et pour les troubles mentaux. Elle est en revanche plus importante pour les cancers (tout en demeurant nettement inférieure à la

Typologie socio-sanitaire cantonale (suite)

moyenne France entière). C'est le cas notamment pour celui du sein, de la prostate, et également pour les maladies du système nerveux et pour l'insuffisance rénale.

Les cantons de la classe b, se distinguent par une mortalité plus faible pour la BPCO et, chez les hommes, pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et l'insuffisance cardiaque.

Quant aux cantons de la classe a, ils se caractérisent par une mortalité plus faible pour les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies de l'appareil circulatoire chez les moins de 65 ans et les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque. Alors que les femmes se distinguent par une mortalité plus faible pour le diabète et le suicide, elles enregistrent une mortalité plus élevée pour le cancer colorectal.

► La classe c

Cette classe regroupant Cayenne et les cantons avoisinants ainsi que celui de Baie-Mahault en Guadeloupe, présente une situation sociale intermédiaire. Les parts de cadres, de professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires sont supérieures aux moyennes ultramarines et la part des actifs chez les 55-64 ans est la plus importante. Parmi les personnes sorties du système scolaire, les jeunes de 15-24 ans sont moins touchés par le chômage. Les taux d'allocataires du RSA socle et majoré, de l'ASF et de l'AAH et la part de ménages propriétaires de leur résidence principale sont plus faibles. La fécondité des très jeunes femmes de 12-17 ans est supérieure à la moyenne ultramarine.

La mortalité générale est à un niveau intermédiaire, mais se distingue pour les 1-34 ans et pour les femmes de 35-54 ans, en étant au-dessus de la moyenne ultramarine. Cette classe se

caractérise par une mortalité supérieure à la moyenne pour les accidents de la circulation, les maladies infectieuses et parasitaires, la BPCO, le suicide chez les femmes et l'insuffisance cardiaque chez les hommes. En revanche, la mortalité est inférieure à la moyenne ultramarine pour les maladies du système nerveux, le cancer colorectal et, chez les hommes, pour le suicide.

► La classe d

Constituée exclusivement des cantons de La Réunion, cette classe est dans une situation sociale moins favorable au regard des cantons des classes précédentes. Bien que les taux d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 % et plus des prestations sociales soient plus faibles que la moyenne ultramarine, les taux d'allocataires de prestations sociales (RSA, logement) sont les plus élevés. Alors que cette classe se distingue par une part plus importante de personnes en âge de travailler (20-59 ans), les conditions d'emploi n'y sont pas favorables : le chômage et la part des emplois précaires sont supérieurs à la moyenne ultramarine. La proportion de foyers fiscaux non imposés est également plus importante. La part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans est aussi la plus faible.

La mortalité générale est supérieure à la moyenne ultramarine, seule celle des 1-34 ans est inférieure. Elle est supérieure pour les principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac et d'alcool est un facteur de risque important. Elle l'est aussi pour le diabète, les maladies de l'appareil circulatoire, l'insuffisance rénale, le suicide, le cancer colorectal. Seules les mortalités par cancer de la prostate et par accidents de la circulation sont inférieures à la moyenne ultramarine.

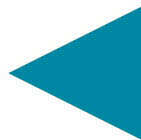
► La classe e

Elle regroupe les cantons ruraux de Guyane. La situation socio-économique de cette classe n'est pas très favorable. Ainsi, la part des actifs de 15-64 ans est la plus faible, les taux d'allocataires dont les ressources dépendent de 50 % à 100 % des prestations sociales, la part des foyers fiscaux non imposés, la part de résidences principales sans confort sont les plus importantes. Les taux d'allocataires du RSA socle et du RSA majoré sont supérieurs à la moyenne ultramarine. À l'inverse, les taux d'allocataires de l'AEHH et de l'AAH chez les 25-59 ans sont inférieurs à la moyenne ultramarine.

Parmi les actifs occupés, les parts d'agriculteurs exploitants et d'artisans sont plus élevées que dans les autres classes ultramarines. Les cantons de cette classe se caractérisent par une population jeune qui se trouve dans une situation peu favorable : la part des enfants de 6-16 ans non scolarisés et celle des personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire pas ou peu diplômées sont les plus importantes et la part des 18-24 ans scolarisés est plus faible. Par ailleurs, la fécondité des jeunes femmes de 12-17 ans est la plus élevée de France.

On retrouve une situation intermédiaire pour la mortalité générale. Toutefois, la mortalité est importante pour les maladies infectieuses et parasitaires, les maladies de l'appareil digestif, les troubles mentaux, les maladies vasculaires cérébrales et les accidents de la circulation. Elle est, en revanche, inférieure à celle des autres cantons ultramarins pour les cancers, dont ceux du sein, de la prostate (bien que supérieure à la moyenne nationale), du côlon-rectum, de la trachée, des bronches et du poumon et pour les maladies de l'appareil circulatoire. ■

Méthodologie



Méthodologie

Les précisions ci-dessous concernent les indicateurs présentés dans les trois premières pages de chaque fiche régionale.

Les rangs sont donnés sur 17 régions (hors Mayotte) et, sauf mention contraire, la valeur France correspond à la France hors Mayotte.

INDICATEUR • Densité

- Champ : France (hors Mayotte), 2013.
- Méthode de calcul : Population au 1^{er} janvier 2013 rapportée à la superficie du territoire (hab./km²).
- Sources : RP (INSEE), DGFIP – Service du cadastre, exploitation FNORS.

INDICATEUR • Indice de vieillissement

- Champ : France (hors Mayotte), 2013.
- Méthode de calcul : Nombre de personnes de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.
- Source : RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Indice conjoncturel de fécondité

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Somme des taux de fécondité par âge quinquennal des femmes de 12-54 ans observés sur une année donnée.
- Sources : État civil, RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Taux de fécondité des 12-19 ans

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Nombre de naissances vivantes de mères de 12-19 ans pour 100 femmes de 12-19 ans.
- Sources : État civil, RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Taux de chômage localisés

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Nombre estimé de chômeurs pour 100 actifs de la zone de résidence. La population active comprend les personnes occupant un emploi et les chômeurs.
- Source : INSEE.

INDICATEUR • Part standardisée des inactifs (25-54 ans)

- Champ : France (hors Mayotte), 2013.
- Méthode de calcul : Nombre d'inactifs (ni en emploi ni au chômage) pour 100 habitants de 25-54 ans. Les parts sont standardisées sur la structure par sexe et âge (classes d'âges décennales) de la population de la France hexagonale au recensement de 2013.

- Source : RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Proportion de personnes pas ou peu diplômées (25-34 ans)

- Champ : France (hors Mayotte), 2013.
- Méthode de calcul : Nombre de personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire et n'ayant pas de diplôme ou ayant uniquement un brevet d'études du premier cycle du second degré (BEPC), un brevet des collèges ou un diplôme national du brevet, pour 100 personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire.
- Source : RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Part de foyers fiscaux non imposés

- Champ : France (hors Mayotte), 2012.
- Méthode de calcul : Nombre de foyers fiscaux non imposés sur les revenus de 2012 pour 100 foyers fiscaux.
- Source : Ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP, exploitation FNORS.

INDICATEUR • Taux d'allocataires du RSA

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Nombre d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) pour 100 ménages.
- Sources : CNAF, CCMSA, RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Taux d'allocataires du RSA majoré

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Nombre d'allocataires du RSA majoré (pour les personnes seules avec enfants) pour 100 familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans.
- Sources : CNAF, CCMSA, RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Taux d'allocataires de l'AAH

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Nombre d'allocataires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) pour 100 personnes de 20-59 ans.
- Sources : CNAF, CCMSA, RP (INSEE), exploitation FNORS.

INDICATEUR • Taux de bénéficiaires de la CMU-C

- Champ : France (hors Mayotte), 2014.
- Méthode de calcul : Nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) pour 100 habitants.
- Sources : Assurance maladie, RP (INSEE), exploitation DREES.

INDICATEUR • Taux standardisés de mortalité

- Champ : France métropolitaine pour les indicateurs portant sur la période 1982-2013 (décès par causes non disponibles avant 2000 dans les DROM) et France (hors Mayotte) pour les indicateurs portant sur la période 2001-2013.

- Méthode de calcul : Les taux sont standardisés sur la structure par âge (moins de 1 an, 1-4 ans, ... 85-89 ans, 90 ans ou plus) de la population de référence européenne (Revision of the European Standard Population, Eurostat 2013). La population utilisée pour le calcul des taux triennaux par âge est une population moyenne au 1^{er} juillet de l'année centrale de la période considérée. Cette moyenne est faite à partir des données du recensement de la population au 1^{er} janvier des années n et $n+1$.

Codes CIM10 (classification internationale des maladies) (en cause initiale) retenus selon les pathologies étudiées :

- cancers : C00-C97 ;
- maladies de l'appareil circulatoire : I00-I99 ;
- principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool est un facteur de risque : cirrhose du foie (K70, K74.6), psychose alcoolique et alcoolisme (F10), cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS) comprenant les cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (C00-C14), de l'œsophage (C15) et du larynx (C32) ;
- principales pathologies pour lesquelles la consommation de tabac est un facteur de risque : cancer de la trachée, des bronches et du poumon (C33-34), bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives – BPCO (J40-J44, en cause initiale ou associée), cardiopathie ischémique (I20-I25).
- Sources : Certificats de décès (CépiDc), RP (INSEE), exploitation FNORS.

CARTES • Méthode de lissage

Pour garantir une stabilité statistique suffisante et réduire le « bruit » lié aux petits effectifs (faible population), un lissage géographique a été mis en place pour prendre en compte l'information disponible dans le voisinage de chacun des cantons. Une matrice de voisinage reposant sur la notion de continuité géographique a ainsi été mise en place. Les communes considérées comme limitrophes aux cantons sont celles qui lui sont directement contiguës (« communes voisines d'ordre un »), mais également celles qui sont limitrophes aux communes voisines d'ordre un (il s'agit alors des « communes voisines d'ordre deux ») ; idem avec les communes voisines d'ordre trois. Un poids est ensuite donné à chaque commune ; il décroît de manière relativement linéaire à mesure que les communes s'éloignent du canton : 0,5 pour les communes du

canton, 0,3 pour les communes d'ordre un, 0,15 pour les communes d'ordre deux et 0,05 pour les communes d'ordre trois.

Le lissage est effectué *a priori* (sur les données brutes) et non *a posteriori* (sur les indicateurs déjà calculés). Le taux standardisé de mortalité présenté pour un canton donné intègre l'ensemble des valeurs des communes qui composent ce canton, ainsi que des communes qui lui sont limitrophes.

CARTES • Méthode de discrétisation

La définition des classes est fondée sur différentes méthodes de discrétisation : moyenne et écart-type, moyennes emboîtées, progression géométrique. Pour chaque indicateur, la méthode de discrétisation retenue est celle qui est la plus en adéquation avec la distribution de la variable étudiée.

CARTES, TYPOLOGIES • Découpage géographique

Les indicateurs sont présentés à l'échelle des « cantons ou villes », tels que définis en 2014, pour l'ensemble des régions à l'exception de la Martinique et de la Guyane. En effet, en application de la loi n° 2011-884 du 27 juillet 2011, ces dernières sont des collectivités territoriales uniques d'outre-mer que le découpage cantonal ne concerne pas. De ce fait, pour la Martinique et la Guyane, les cartes sont présentées à l'échelle des communes.

Le « canton ou ville » (ou pseudo-canton) est un regroupement d'une ou plusieurs communes. Les grandes communes ne sont pas découpées en plusieurs cantons, mais constituent des entités uniques, les villes. Les petites communes jouxtant ces villes et faisant partie du même canton électoral que celles-ci forment alors à elles seules un « pseudo-canton », la grande ville voisine en formant un autre.

TYPLOGIES • Méthode

► Champ : France (hors Mayotte).

► Sources : CCMSA, Certificats de décès (CépiDc), CNAF, Ministère des Finances et des Comptes publics - DGFIP, RP (INSEE).

► Méthode : Les typologies socio-sanitaires présentées (l'une sur la France (hors Mayotte) et l'autre sur les départements et régions d'outre-mer) reposent sur l'analyse de près de 70 indicateurs sociaux et sur près de 150 indicateurs de mortalité déclinés par genre (hommes, femmes, ensemble), âge (tous âges, moins de 65 ans) et pour les principales pathologies des grands chapitres de la Classification internationale des

maladies. Après un processus de sélection (décrit ci-contre), un nombre restreint de ces indicateurs a contribué à la définition des classes des typologies socio-sanitaires. Les autres indicateurs ont été intégrés comme variables illustratives, afin de décrire les classes obtenues, de même que des indicateurs démographiques.

Pour la dimension sociale, 11 indicateurs ont été sélectionnés (voir liste ci-contre) *via* des analyses en composantes principales (ACP), pour couvrir le maximum de champs étudiés (enfance et famille, emploi, fragilité professionnelle et revenus, éducation et scolarité, prestations de nature sociale, personnes handicapées, logement) et éviter une redondance de l'information. L'ACP permet de décrire l'ensemble des observations à partir de plusieurs variables quantitatives en construisant des nouvelles variables (axes factoriels) synthétisant les variables initiales (ici les 11 indicateurs sociaux). Cette première analyse a permis de définir trois axes factoriels restituant près de 90 % de l'information ; pour l'analyse spécifique aux DROM, trois axes, restituant 90 % de l'information, ont également été retenus.

Concernant la mortalité, un travail préparatoire à la réalisation de l'ACP a été effectué pour établir une présélection d'indicateurs. Pour chaque pathologie, quand les effectifs par genre étaient suffisamment robustes, la corrélation entre la mortalité féminine et masculine a été étudiée. Si les deux indicateurs étaient relativement corrélés c'est la mortalité tous sexes confondus qui a été considérée, dans le cas contraire, les deux indicateurs hommes et femmes ont été retenus. Un travail analogue a été mené pour savoir s'il fallait considérer la pathologie en tous âges ou pour les moins de 65 ans. Au total, une ACP reposant sur 21 indicateurs de mortalité a été réalisée. Elle a permis de définir quatre axes factoriels restituant près de 75 % de l'information (deux axes restituant 82 % de l'information pour les DROM seuls). Compte tenu du nombre élevé d'indicateurs de mortalité retenu en regard de ceux considérés pour mesurer la situation sociale, ce sont les trois axes factoriels de nature sociale et les quatre relatifs aux données de mortalité qui ont été considérés dans l'ACP qui ont permis, *via* une classification ascendante hiérarchique (CAH), de regrouper les cantons en un nombre restreint de classes homogènes. Pour l'analyse portant sur l'ensemble des cantons français, les quatre premiers axes factoriels de l'ACP restituent 85 % de l'information et la CAH a permis de définir huit classes de cantons. Pour l'analyse portant uniquement sur les DROM, les trois premiers axes

factoriels de l'ACP restituent 98 % de l'information et à la suite de la CAH, les cantons/communes ont été répartis en cinq classes.

Les indicateurs reposent sur des données lissées (voir ci-contre). Les cantons présentant une faible population, malgré le lissage géographique, ont été mis en illustratifs (ils n'ont pas participé à la constitution des classes, mais ont ensuite été affectés aux différentes classes) ; deux ont été exclus en raison d'une très faible population (Groix et l'Île-d'Yeu) et ne sont donc pas présentés sur la cartographie.

► Indicateurs utilisés : Les 11 indicateurs de nature sociale qui ont permis de construire les trois axes factoriels considérés pour définir la typologie socio-sanitaire des cantons de France regroupent le taux de fécondité des 12-19 ans (2007-2014), les parts des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans et d'enfant(s) de moins de 25 ans dont le référent est inactif, les parts de cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés, des personnes de 25-34 ans sorties du système scolaire avec un niveau bac +2 ou plus (RP 2012), le taux de chômage des 15-24 ans (RP 2012), la part des foyers fiscaux non imposés (2012), la part des allocataires dont les ressources dépendent de 50 % à 100 % des prestations sociales (31 décembre 2014), les taux d'allocataires du RSA, de l'AAH et d'une aide au logement (31 décembre 2014).

Les 21 indicateurs de mortalité (taux standardisés sur l'âge calculés au cours de la période 2006-2013) qui ont permis de construire les quatre axes factoriels utilisés pour la définition des classes comprennent : les maladies cardiovasculaires chez les moins de 65 ans, les cardiopathies ischémiques, l'insuffisance cardiaque, les maladies vasculaires cérébrales, le cancer du côlon-rectum chez les hommes et chez les femmes, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes et chez les femmes, le cancer du sein chez les femmes, le cancer de la prostate, le suicide, les accidents de la circulation, les maladies de l'appareil respiratoire, la BPCO, les maladies de l'appareil digestif, le diabète, les troubles mentaux et du comportement, les maladies infectieuses et parasitaires, l'insuffisance rénale, les principales pathologies pour lesquelles la consommation d'alcool ou de tabac est un facteur de risque.

Ce sont les mêmes indicateurs qui ont été considérés pour l'analyse menée sur les DROM. ■

