

Inégalités cantonales de santé en France



Sommaire

Introduction	1
1 - Méthode	3
Choix des indicateurs	
Choix du traitement statistique	
2 – Résultats de l’analyse statistique	9
3 – Typologie cantonale	17
Classe 1	17
Classe 2	27
Classe 3	33
Classe 4	39
Classe 5	45
Classe 6	51
Classe 7	57
Classe 8	63
Typologie globale	71
4 - Limites et perspectives	75
Annexes	79
Méthode	79
Tableaux des valeurs extrêmes des indicateurs	85
Liste détaillée des indicateurs	86
Cartes cantonales des indicateurs	93
- socio-démographie	95
- offre de soins	113
- mortalité	123
Bibliographie et glossaire	137
Etude test en 1999-2000	

*Cette étude a été financée par la Direction générale de la Santé
du ministère de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées*

Elle a été réalisée par un groupe de travail inter-ORS composé de :

ORS Bourgogne	Bernadette Lémery, directrice
ORS Centre	Dr Muriel Boin, directrice, et Céline Leclerc, directrice adjointe
ORS Ile-de-France	Philippe Pépin, chargé d'études
ORS Nord-Pas-de-Calais	Olivier Lacoste, directeur
ORS Picardie	Alain Trugeon, directeur, et Matthieu Lunel, chargé d'études
Fnors	Danièle Fontaine, déléguée générale, et Charline Boulay, chargée d'études

avec la collaboration de tous les ORS de France métropolitaine

Introduction

Les conférences régionales de santé de 1998 et 1999 avaient pour thème commun les inégalités de santé. Dans ce cadre, huit ORS, particulièrement sollicités pour participer aux conférences régionales (Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Limousin, Basse-Normandie, Haute-Normandie, Picardie, Poitou-Charentes), se sont regroupés autour de la Fnors pour lancer une réflexion, avec pour objectif d'examiner ensemble les méthodes les plus appropriées, tant en termes de zones géographiques d'étude qu'en termes de choix d'indicateurs ou de méthodes d'analyse statistique, permettant de mettre en évidence, au sein d'une région, des zones d'inégalités en matière de santé. Dès le départ, les ORS ont souligné qu'il s'agissait d'une démarche exploratoire sur la faisabilité d'une telle approche, dont les résultats pourraient conduire à une étude identique étendue à tout le territoire français.

Les ORS du groupe de travail ainsi constitué ont établi une démarche commune qu'ils ont testée sur leurs régions. Ceci a permis, d'une part, d'analyser séparément les inégalités infra-régionales dans chaque région, mais avec une méthode strictement identique, et, d'autre part, de mener une analyse globale sur l'ensemble des huit régions.

L'échelon cantonal a été très vite privilégié comme référence pour cette analyse. Ensuite, le groupe de travail inter-ORS a retenu, pour cette première partie d'étude, quatre grands thèmes qui étaient les plus pertinents pour rendre compte des liens entre l'état de santé et ses déterminants : la précarité, l'offre de soins, les pathologies et les personnes âgées.

Enfin, la méthode générale choisie consistait à baser l'étude statistique sur des indicateurs existants dans les quatre domaines retenus. L'étude a été menée en 1999-2000, avec le soutien financier de la Direction générale de la Santé (DGS) en 2000.

Cette étude a permis de mettre en évidence l'existence de zones homogènes en matière de santé (selon les indicateurs des thématiques retenues), au-delà des limites régionales et départementales, ainsi que les liens entre l'état de santé de la population et les facteurs sociaux. Le rapport des résultats d'ensemble est disponible par téléchargement sur le site internet de la Fnors (www.fnors.org).

Décision d'extension sur toute la France

Dès 2001, la Fnors a proposé à la Direction générale de la Santé (DGS) un projet d'extension de l'étude test à toute la France. Ce projet a été accepté et a fait l'objet d'une convention signée fin 2002.

Compte tenu des résultats très satisfaisants de l'étude test dans les huit régions, la méthode proposée est reprise à l'identique.

Ainsi, l'échelon cantonal est maintenu, de même que le traitement statistique basé sur une analyse en composantes principales et une classification hiérarchique, permettant d'obtenir une typologie des cantons.

La pertinence du choix des indicateurs dans l'étude de faisabilité permet de conserver la démarche selon plusieurs thèmes : socio-démographie, offre de soins, mortalité. Les indicateurs sont donc très largement les mêmes.

L'objectif final est de réaliser une typologie de l'ensemble des cantons français sur la base des mêmes indicateurs que ceux retenus en 2000 pour l'étude des 8 régions.

Cette typologie consiste en un certain nombre de classes regroupant des cantons au profil socio-sanitaire similaire.

La démarche ainsi mise en œuvre pourra faire l'objet d'analyses affinées au sein des régions, pour lesquelles les ORS pourront solliciter des partenariats et des financements locaux. En effet, les ORS et leurs partenaires régionaux ou locaux ont une connaissance très fine des particularismes de leur territoire, au-delà de la santé, en termes géographiques, économiques, culturels, comportementaux, ce qui peut enrichir les analyses des disparités de santé au sein de leur région.

Enfin, début 2004, les indicateurs cantonaux qui ont servi à cette étude ont été transmis par la Fnors à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, pour les travaux qu'elle mène dans le cadre de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).

De même, les ORS ont adressé aux présidents des comités régionaux de l'ONDPS les indicateurs de leur région pour les travaux régionaux menés dans ce même cadre.

• 1 •

Méthode

Organisation inter-ORS

Cette étude sur les inégalités cantonales en France a été menée en deux étapes. Tout d'abord, un groupe de travail a été constitué, regroupant, autour de la Fnors, cinq ORS : Bourgogne, Centre, Ile-de-France, Nord-Pas-de-Calais, Picardie. C'est ce groupe qui a réalisé le travail de recueil des données, de calcul des indicateurs, d'analyse statistique et de cartographie.

Ensuite, l'ensemble du réseau des ORS a validé le contenu de l'étude et l'a enrichi de commentaires sur la situation spécifique observée dans les régions.

Le premier trimestre 2003 été consacré au recueil des données par les ORS du groupe et la Fnors, puis au calcul des indicateurs, qui ont été ensuite validés selon des procédures définies en commun. Des précisions techniques ont été fixées au cours de plusieurs réunions du groupe inter-ORS, dont les principales portent sur les points suivants :

- le choix de l'année de référence pour la définition des cantons ; en effet celle-ci varie dans le temps, or les données utilisées pour les indicateurs portaient sur des années différentes ; il a été décidé de retenir les cantons 2002 selon le code géographique officiel diffusé par l'Insee ;
- le choix précis des indicateurs : définition, source, année, méthode de calcul (cf annexe) ;
- la définition de la méthode d'analyse : analyses en composante principales (choix des variables) et typologie (nombre de classes).

Le deuxième trimestre a été consacré à l'élaboration de l'analyse statistique. Les ORS du groupe ont traité les indicateurs de chaque thème particulier (socio-démographie, offre de soins, mortalité) en portant des regards croisés et en partageant leurs connaissances sur des régions aux « profils » différents. Ensuite, une analyse globale a été faite par le groupe inter-ORS dans son ensemble.

Choix de l'échelon géographique

Plusieurs types de zonage existent en deçà du département. Le choix de l'échelon géographique de "référence" s'est établi selon les critères suivants : déterminer l'échelle la plus fine possible et celle permettant de rendre compte au mieux de l'état de santé de la population.

Les zones d'emploi, créées par l'Insee pour le ministère du travail, ont l'avantage d'être un découpage officiel et reconnu (établi depuis 1983). Cependant, la constitution de ce zonage n'a été réalisée que dans une perspective d'analyse de l'activité locale du marché du travail, permettant ainsi d'établir les politiques de l'emploi. Ces limites ne sont donc pas compatibles avec la réalité socio-sanitaire de certaines zones.

Le découpage en aires urbaines et en espaces à dominante rurale (pôles ruraux, zones rurales sous faible influence urbaine, périphéries des pôles ruraux, et rural isolé) donne une approche du territoire qui révèle au mieux ses composantes sociales, culturelles, environnementales... Mais ce maillage implique de disposer des données par communes, celles-ci étant les seules entités géographiques respectées dans ce zonage.

Les « pays » et « bassins de vie » ont été également envisagés comme découpage pour cette étude. Ils font en effet partie de ce que l'Insee répertorie comme « zonages de projets » pour les premiers et « zonages d'études » pour les seconds (comme les aires d'influence des pôles de services de proximité, les bassins d'habitat, les bassins de formation...). Mais les pays ne décrivent pas la totalité des territoires, ne sont pas définis dans toutes les régions, et, là où existent, ils ne sont parfois pas encore arrêtés définitivement. Quant aux bassins de vie, ils ont été construits pour soutenir la loi concernant l'espace rural élargi.

Enfin, l'analyse au niveau de la commune n'a pu être retenue pour des raisons de faiblesse d'effectifs (difficultés des tests statistiques), de confidentialité des données et de disponibilité de l'information.

En définitive, l'échelon cantonal a été choisi pour cette analyse géographique. En effet, il permet de disposer de zones plus peuplées que les communes en milieu rural. Il s'agit précisément des « cantons et villes » selon la définition de l'Insee (anciennement appelés pseudo-cantons) : les grandes communes ne sont ainsi pas découpées en plusieurs cantons, mais forment une entité ville unique.

Le canton ainsi défini présente en outre l'avantage d'une certaine homogénéité en termes de taille de population, mis à part le cas des grandes villes. S'agissant de la ville de Paris, l'analyse a été menée au niveau de l'arrondissement municipal, considéré comme un canton.

Cette étude à l'échelle du canton permet donc de révéler des particularités en matière de santé par l'analyse de 3 706 unités géographiques distinctes appartenant aux 22 régions de France métropolitaine.

Enfin, il a été décidé de mener l'étude sur la France métropolitaine uniquement. En effet, la difficulté d'obtention de certaines données pour les départements/régions d'outre-mer a impliqué ce choix, d'autant plus que les données de mortalité ne sont pas comparables à celles de métropole, les décès étant domiciliés pour la métropole (comptés au lieu de domicile de la personne décédée) et enregistrés pour l'outre-mer (comptés sur le lieu de décès).

Choix des indicateurs

L'hétérogénéité des disparités géographiques en matière d'état de santé et d'offre de soins ne permet pas de tracer des relations simples entre les phénomènes observés. De nombreux facteurs interviennent dans l'explication de cette diversité de situations : histoire locale, environnement physique, comportements traditionnels ou nouveaux, caractéristiques socio-démographiques.

Le choix des indicateurs a été effectué par le groupe inter-ORS à partir de leurs connaissances en matière d'indicateurs de santé et des données qu'ils ont utilisées depuis plusieurs années dans le cadre des tableaux de bord régionaux sur la santé, de la base de données SCORE-santé et de l'étude test sur les huit régions.

Trente-cinq indicateurs ont ainsi été sélectionnés répartis en trois thèmes : socio-démographie, offre de soins et mortalité.

Le critère principal de sélection des indicateurs a été la disponibilité et la pertinence à l'échelle du canton. Par exemple, la mortalité infantile n'a pas été retenue car beaucoup de cantons n'ont aucun décès survenus sur la période étudiée ou bien un très faible nombre, la différence étant donc fortement aléatoire.

D'autres choix méthodologiques ont été déterminés par le groupe :

- utiliser des taux ou des densités rapportés à la population des territoires (et non des effectifs) ;
- recueillir les données les plus récentes possibles à la date de l'élaboration du travail (cf en annexe la liste des indicateurs) ;
- concernant la mortalité :
 - calculer des taux comparatifs (ou autrement intitulés taux standardisés selon la méthode de standardisation directe), de façon à situer les cantons les uns par rapport aux autres plutôt que par rapport à la moyenne nationale ; de plus, les taux comparatifs permettent d'apprécier le niveau réel de la mortalité, contrairement aux indices comparatifs de mortalité (autre modalité de standardisation sur l'âge) qui sont exprimés par rapport à la moyenne nationale (égale à 100), et de confronter les niveaux de mortalité pour les différentes causes étudiées ;
 - agréger 9 années (1991-1999), en raison des faibles effectifs (sensibles aux fluctuations statistiques) ; ce sont les dernières années disponibles qui permettent

un compromis entre la nécessité d'avoir des effectifs suffisants (lorsqu'ils sont faibles ils sont en effet sensibles aux fluctuations statistiques) et celle de représenter la réalité des conditions de mortalité d'une période déterminée, ici les années 90.

Les indicateurs proviennent de neuf sources principales :

- Caisse nationale d'allocations familiales,
- Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole,
- Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ,
- Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées (Drees),
- Drass et conseils généraux,
- Ministère des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité (Dares),
- Insee,
- Inserm (CépiDc).

La liste ci-dessous présente les indicateurs sélectionnés (cf en annexe la présentation détaillée des indicateurs) :

Thème « Socio-démographie » :

- Proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus,
- Proportion de personnes âgées vivant seules à domicile,
- Proportion de foyers non imposés,
- Proportion d'agriculteurs exploitants,
- Proportion d'ouvriers,
- Proportion d'employés,
- Proportion de cadres,
- Proportion de résidences principales sans confort,
- Proportion de familles monoparentales,
- Proportion de familles monoparentales bénéficiaires de l'API,
- Proportion de ménages d'une personne,
- Proportion de chômeurs de longue durée,
- Proportion de jeunes peu ou pas diplômés,
- Proportion d'allocataires du RMI,
- Proportion d'allocataires de l'AAH.

Thème « Offre de soins » :

- Densité d'omnipraticiens libéraux,
- Proportion d'omnipraticiens libéraux en secteur 2 ou avec droit à dépassement,
- Densité d'infirmiers libéraux,
- Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux,
- Densité de chirurgiens-dentistes libéraux,
- Temps d'accès à la maternité la plus proche,
- Temps d'accès au service d'urgence le plus proche,
- Taux d'équipement en structures d'hébergement pour personnes âgées.

Thème « Mortalité » :

- Taux comparatifs de mortalité générale (deux sexes, toutes causes),
- Taux comparatif de mortalité prématurée (deux sexes, toutes causes, avant 65 ans),
- Taux comparatif de mortalité par cardiopathies ischémiques,
- Taux comparatif de mortalité par maladies vasculaires cérébrales,
- Taux comparatif de mortalité par cancers,
- Taux comparatif de mortalité par cancer de l'intestin,
- Taux comparatif de mortalité par cancer du sein chez les femmes,
- Taux comparatif de mortalité par cancer du poumon,
- Taux comparatif de mortalité par accident de la circulation,
- Taux comparatif de mortalité par cirrhose du foie, psychose alcoolique et cancer des VADS,
- Taux comparatif de mortalité par suicide,
- Taux comparatif de mortalité par maladies respiratoires.

Choix du traitement statistique

Une analyse de données a été menée sur l'ensemble des indicateurs retenus et s'est déroulée en deux temps : une analyse en composantes principales (ACP), puis une classification hiérarchique.

L'objectif de l'analyse en composantes principales est d'atténuer les variations aléatoires des variables, et celui de la typologie de découvrir les similitudes ou les divergences qui existent entre les cantons au moyen de différents indicateurs médicaux, sociaux, démographiques... Il s'agit donc de regrouper les cantons en un nombre restreint de classes homogènes.

Ces méthodes font partie des techniques d'analyses multidimensionnelles permettant de représenter de façon synthétique de vastes ensembles constitués d'un grand nombre d'individus et de variables quantitatives ou qualitatives.

En annexe, figure le détail des deux étapes de la méthode.

En définitive, les résultats de ce traitement statistique des indicateurs ont permis d'établir la typologie des cantons français présentée dans le chapitre 3.

Au cours de ce travail, des cartes ont été réalisées pour chacun des indicateurs utilisés, qui ont permis d'illustrer les phénomènes constatés et ont aidé aux commentaires de la typologie. Ces cartes figurent en annexe du présent rapport.

Les indicateurs ont été représentés pour tous les cantons quels que soient les effectifs. Ainsi, pour les cartes de mortalité, les taux des cantons ont été représentés y compris dans le cas où le nombre de décès dans les cantons était faible. Les limites de ce choix méthodologique sont développées dans le chapitre 4.

• 2 •

Résultats de l'analyse statistique

L'analyse a été réalisée sur 35 indicateurs socio-démographiques, d'offre de soins et de mortalité, sur les 3 706 cantons de France métropolitaine en 2002.

Analyse en composantes principales

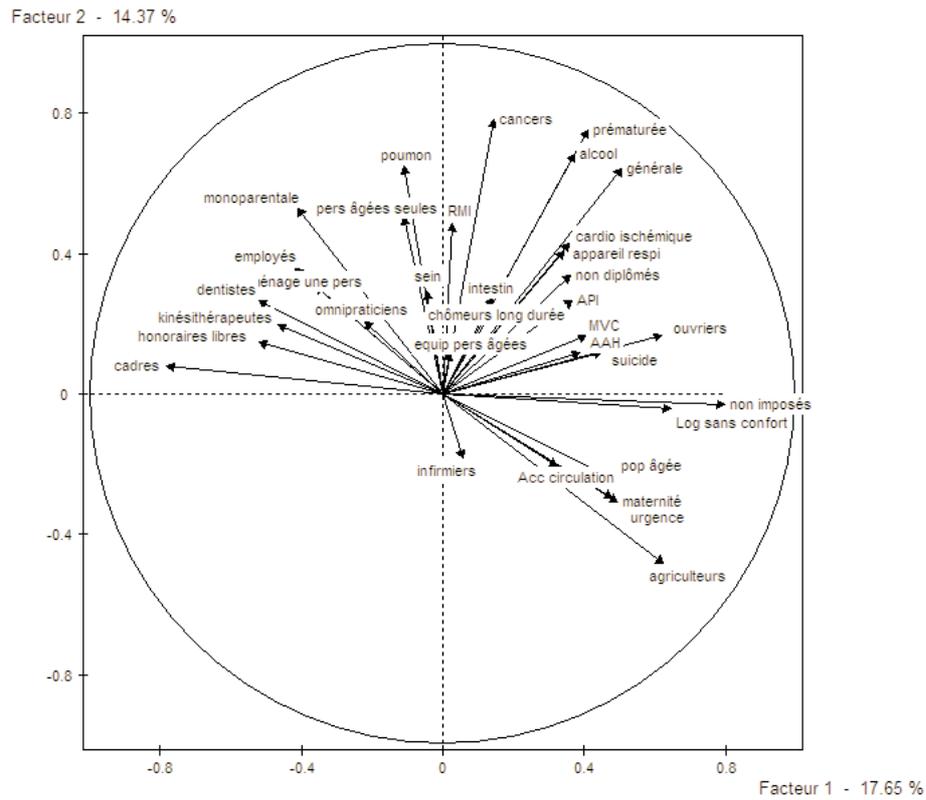
Trois axes ont été retenus pour l'analyse, un palier s'observant très nettement entre les axes 3 et 4. Par ailleurs, on constate que le taux d'inertie cumulée pour ces trois premiers axes est de 43,5 % et que la part d'information relevée pour les axes suivants, est relativement faible.

Histogramme des 7 premières valeurs propres

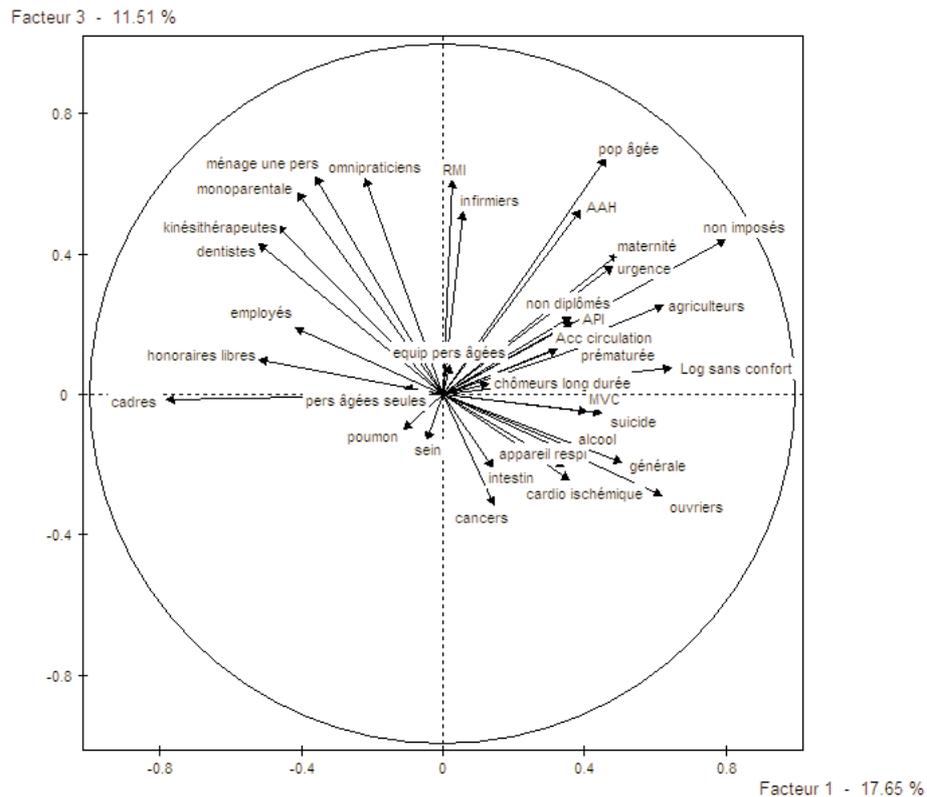
HISTOGRAMME DES 7 PREMIERES VALEURS PROPRES

N°	VALEUR PROPRE	POURCENTAGE D'INERTIE	PART D'INERTIE CUMULEE	
1	6.1758	17.65	17.65	*****
2	5.0291	14.37	32.01	*****
3	4.0271	11.51	43.52	*****
4	1.8450	5.27	48.79	***** ←→
5	1.6519	4.72	53.51	*****
6	1.3754	3.93	57.44	*****
7	1.2301	3.51	60.96	*****

Graphique 1 : Représentation des variables sur les axes 1 et 2



Graphique 2 : Représentation des variables sur les axes 1 et 3



Coordonnées des variables actives sur les trois axes

Variables	Axe 1	Axe 2	Axe 3
POPAGEE	0,46	-0,23	0,67
AGESEUL	-0,11	0,51	0,02
NONIMPO	0,80	-0,03	0,44
AGRIC	0,62	-0,48	0,25
OUVRIER	0,62	0,17	-0,29
EMPLOYE	-0,42	0,36	0,19
CADRE	-0,78	0,08	-0,02
SSCONFORT	0,64	-0,04	0,08
MONOP	-0,41	0,53	0,57
API	0,37	0,27	0,20
MEN1P	-0,36	0,31	0,62
CLD	0,13	0,22	0,03
NONDIP	0,36	0,34	0,22
RMI	0,03	0,49	0,61
AAH	0,39	0,12	0,53
OMNI	-0,22	0,20	0,62
HONOLIB	-0,52	0,15	0,10
INF	0,06	-0,18	0,52
KINE	-0,47	0,20	0,48
DENTISTE	-0,52	0,27	0,43
MATERNITE	0,49	-0,31	0,40
URGENCE	0,48	-0,30	0,37
EQUIPPA	0,02	0,12	0,08
GENERALE	0,51	0,64	-0,19
PREMATUR	0,41	0,75	0,14
CANCERS	0,14	0,78	-0,31
CARDISCHE	0,36	0,43	-0,24
MVC	0,41	0,17	-0,05
APPRESPI	0,34	0,41	-0,21
KPOUM	-0,11	0,65	-0,10
KINTEST	0,14	0,27	-0,21
KSEIN	-0,05	0,29	-0,13
ALCOOL	0,37	0,68	-0,15
ACCIDCIRC	0,32	-0,21	0,13

Sur le graphique 1, le premier axe, orienté horizontalement, oppose des caractéristiques généralement associées à la ruralité, à celles définissant l'urbanisation. Les indicateurs représentant le milieu rural sont de fortes proportions d'agriculteurs, de logements sans confort, de foyers non imposés, de personnes âgées, mais aussi l'éloignement des structures de soins. Ces variables sont également corrélées positivement avec de forts taux de mortalité par accidents de la circulation et par suicides. A l'opposé, le caractère urbain est défini par de fortes proportions de cadres, d'employés et de professionnels libéraux comme les omnipraticiens, les dentistes, et les masseurs kinésithérapeutes.

Le deuxième axe (vertical) est défini essentiellement par des données relatives à la mortalité (en haut du graphique). Il distingue les cantons présentant une forte mortalité générale et prématurée, se déclinant en une forte mortalité par cancers, consommation excessive d'alcool et par cancer du poumon. Par ailleurs, cet axe distingue également les cantons en fonction de la proportion de familles monoparentales, de personnes âgées vivant seules ainsi que d'allocataires du RMI, par opposition à ceux caractérisés par une forte proportion d'agriculteurs et le temps d'accès aux services d'urgences et de maternité.

Ce graphique permet d'établir les constants suivants (description complémentaire des associations entre variables actives en annexe: matrice des corrélations) :

- toutes les causes de mortalité sont fortement corrélées entre elles, à l'exception des décès par accidents de la circulation, indicateur totalement indépendant des autres indicateurs de mortalité,
- le taux d'équipements pour personnes âgées est indépendant de la proportion de personnes âgées dans les cantons,
- enfin, la CSP "employé" est corrélée positivement avec celle des "cadres" et négativement avec celles des "ouvriers".

Le troisième axe (vertical sur le graphique 2) distingue les cantons présentant une forte représentation de professionnels de santé (omnipraticiens, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, dentistes), mais aussi ceux caractérisés par des proportions importantes de personnes âgées, d'allocataires de l'AAH, du RMI, et également de familles monoparentales et de ménages composés d'une personne seule. A l'opposé, se trouvent des cantons caractérisés par une part élevée d'ouvriers et par un taux de mortalité par tumeurs important.

A travers ce graphique, une distinction entre les cantons "ouvriers" et les cantons "agricoles" peut être établie en raison :

- des causes de mortalité (corrélation positive entre, d'une part, les ouvriers et la mortalité par cardiopathies ischémiques, consommation excessive d'alcool ou suicide, et, d'autre part, entre les agriculteurs et les accidents de la circulation) ;
- par l'éloignement des structures hospitalières d'urgences pour les agriculteurs.

Classification ascendante hiérarchique

A l'issue de l'analyse en composantes principales, une classification ascendante hiérarchique a été établie.

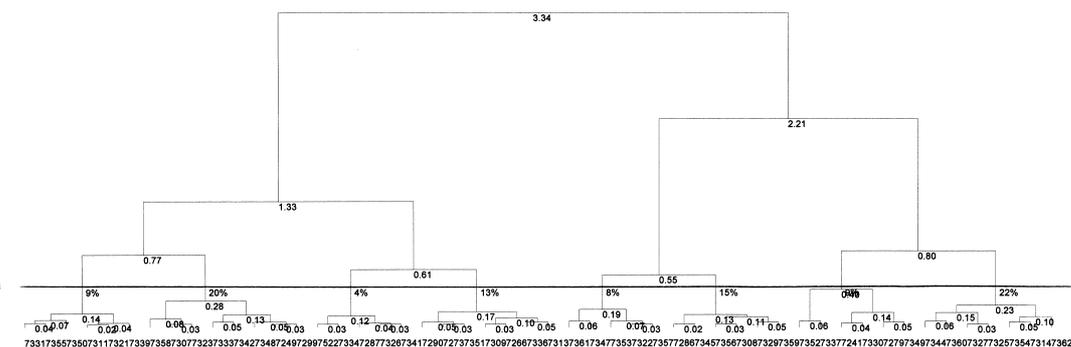
Plusieurs paliers ont été observés au regard des indices de niveau : les plus importants permettent une typologie en 4, 6 ou 8 classes. Les partitions en 4 ou 6 classes n'ont pas été retenues, celles-ci résumant trop l'information et masquant la description des disparités pour une analyse effectuée sur un découpage aussi fin que le canton.

Description des nœuds d'indices les plus élevés

POIDS	INDICE	HISTOGRAMME DES INDICES DE NIVEAU
260.00	0.12091	***
550.00	0.13388	****
406.00	0.13898	****
285.00	0.15251	****
395.00	0.17821	*****
463.00	0.18343	*****
357.00	0.25708	*****
945.00	0.26728	*****
773.00	0.30436	*****
257.00	0.31619	*****
829.00	0.47327	*****
1186.00	0.51005	*****
1205.00	0.72440	*****
1030.00	1.03211	*****
1490.00	1.53567	*****
2216.00	2.28261	*****
3706.00	3.38198	*****

SOMME DES INDICES DE NIVEAU = 15.23197

Graphique 3 : Dendrogramme



Le dendrogramme fait rapidement apparaître une démarcation des futures classes 1, 2 et 3 (1^{ère} branche à gauche) concentrant essentiellement des cantons très urbanisés (centres villes et couronnes urbaines). Au niveau suivant de l'arbre, se démarquent des classes 1 et 2. Celles-ci présentent des indicateurs sociaux et de mortalité très favorables : parts importantes de cadres, d'employés et faibles taux de mortalité. En revanche, ces deux

classes se distinguent par la présence ou non de professionnels de santé libéraux. La classe 3 présente également une part importante de cadres et d'employés mais se différencie des deux autres classes par une part importante d'allocataires (RMI, AAH, API), une mortalité prématurée élevée.

Se démarquent, sur la partie droite du dendrogramme, les classes 4, 5, 6; 7 et 8. Celles-ci présentent toutes un caractère rural ou un faible degré d'urbanisation, avec de fortes proportions d'agriculteurs ou d'ouvriers, à l'exception de la classe 4 qui se distingue par une proportion importante d'employés.

En ce qui concerne les classes 4, 5 et 6, ces trois groupes présentent des indicateurs de mortalité moyennement favorables (mortalité par accidents de la circulation importante) et une population vieillissante. La distinction entre ces deux classes est définie par le caractère plus ou moins rural des cantons. En revanche, les classes 7 et 8 se démarquent des deux autres groupes par des indicateurs de mortalité très défavorables (mortalité générale et prématurée). Elles se distinguent l'une de l'autre par l'éloignement plus ou moins important d'un centre urbain.

L'opération de consolidation aboutit à la typologie en 8 classes, présentée dans le tableau suivant.

Tableau 1 : Résultats de la classification avant et après consolidation

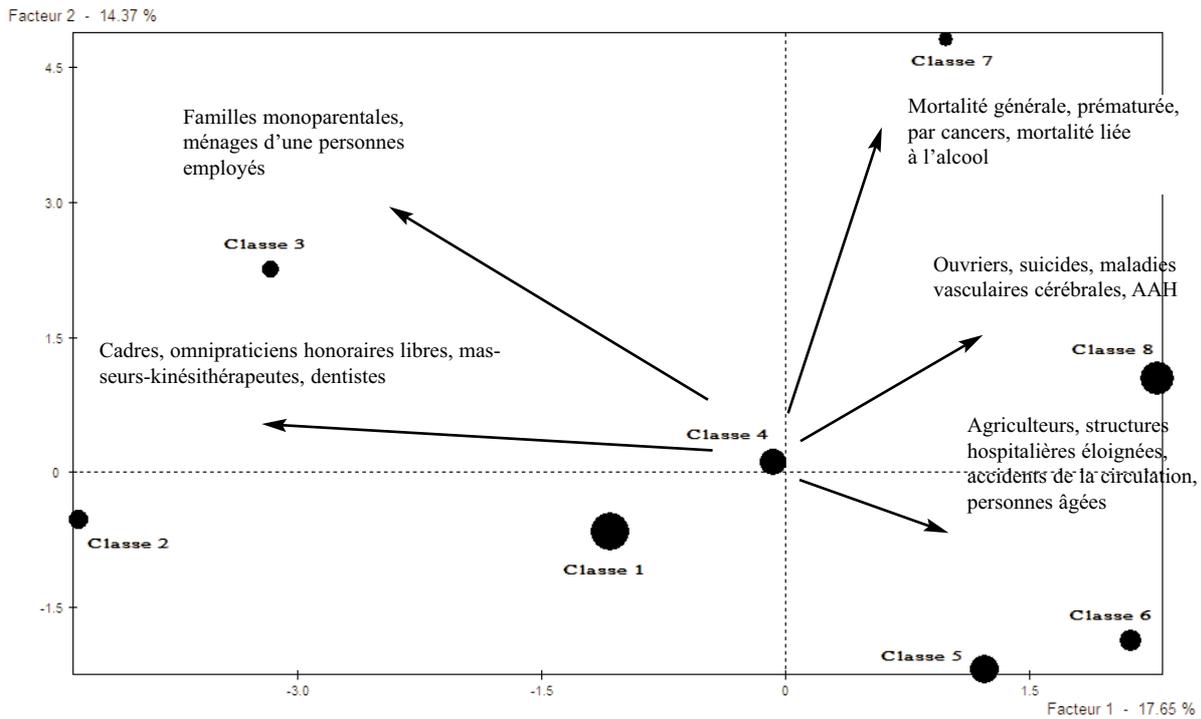
	Nombre de cantons avant consolidation	Nombre de cantons après consolidation	Nombre d'habitants au RP 1999	% de la population au RP 1999
Classe 1	945	729	10 310 330	17,6
Classe 2	260	356	9 934 711	17,0
Classe 3	285	285	14 986 705	25,6
Classe 4	406	471	5 336 333	9,1
Classe 5	423	555	3 395 770	5,8
Classe 6	357	392	1 615 005	2,8
Classe 7	257	259	7 043 159	12,3
Classe 8	773	659	5 898 675	10,1
Ensemble	3 706	3 706	58 520 688	100,0

Source : Insee, recensement de population de 1999

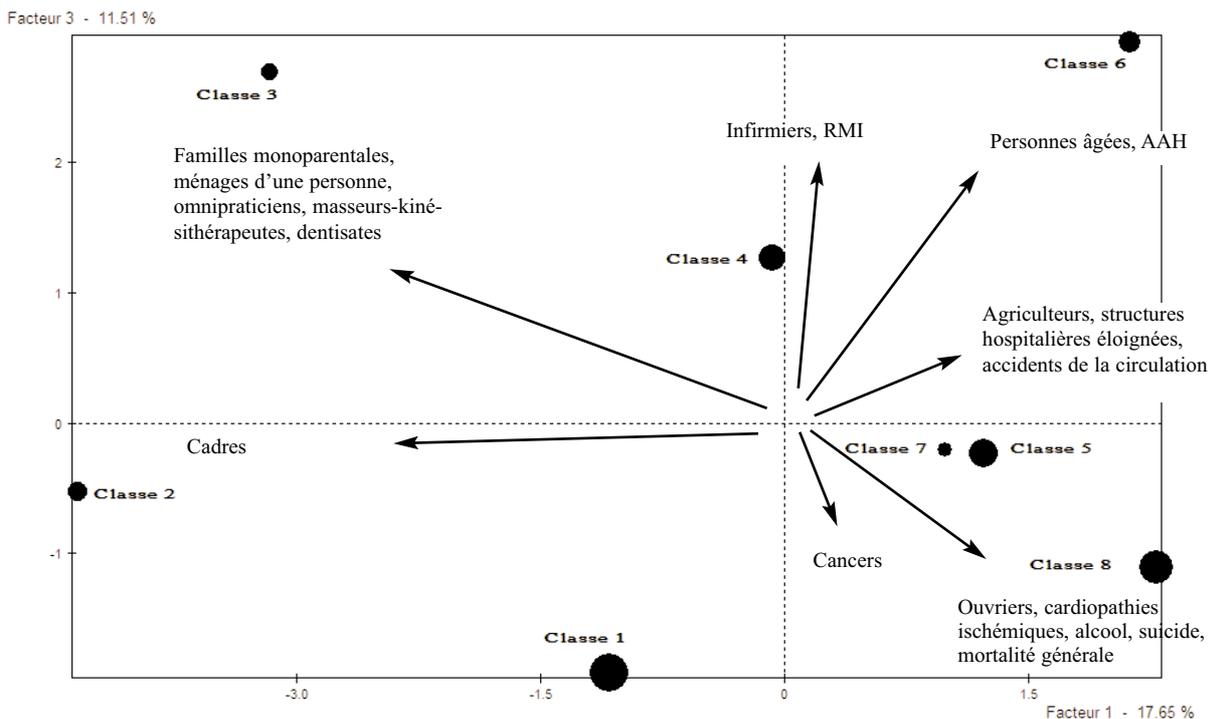
Sont présentés ci-après, deux graphiques permettant de visualiser la position des 8 classes ainsi que les variables les mieux représentées sur les trois premiers facteurs.

La taille des points représentant les classes est proportionnelle au nombre de cantons de chaque classe.

Graphique 4 : Représentation schématique des classes et des variables sur le plan des facteurs 1 et 2



Graphique 5 : Représentation schématique des classes et des variables sur le plan des facteurs 1 et 3



• 3 • Typologie cantonale

Ce chapitre rend compte de la typologie cantonale établie à partir des 35 indicateurs analysés.

Cette typologie comporte 8 classes regroupant chacune des cantons aux caractéristiques proches en matière d'indicateurs socio-démographiques, d'offre de soins et de mortalité.

Les classes sont numérotées de 1 à 8 : cela n'a pas de signification hiérarchique mais permet simplement une identification des classes.

Dans ce chapitre, sont analysées successivement les caractéristiques de chacune des 8 classes, puis une synthèse présente la carte d'ensemble de la France avec le découpage en 8 classes de cantons.

Dans les tableaux de ce chapitre, les moyennes présentées pour les indicateurs sont définies comme suit :

Moyenne des cantons de la classe =
Somme des taux des cantons de la classe / Nombre de cantons de la classe

Moyenne de tous les cantons de France =
Somme des taux des cantons de France / Nombre de cantons en France

Cantons socialement favorisés, en sous-mortalité prématurée, avec une offre de soins libérale peu élevée

• Principales caractéristiques de la classe 1

Cette classe compte 729 cantons (19,7 %) regroupant 10,3 millions d'habitants, soit 17,6 % de la population.

Ces cantons se caractérisent d'abord par leur relative jeunesse, avec une part de population âgée réduite (6,1%), une proportion d'adultes isolés et de familles monoparentales moins importante qu'ailleurs. Les indicateurs de précarité y sont également inférieurs à la moyenne : pourcentages des bénéficiaires du RMI, de l'AAH, de l'API, des jeunes non diplômés. Les proportions de cadres et d'employés sont à l'inverse un peu plus élevées.

Dans cette classe, la mortalité prématurée est inférieure à la moyenne de l'ensemble des cantons. Il en est de même pour les pathologies associées à l'alcool, le suicide, les maladies vasculaires cérébrales, les accidents de la circulation, les cardiopathies ischémiques et les maladies de l'appareil respiratoire.

L'offre de soins libérale de proximité est inférieure à la moyenne, la densité d'omnipraticiens est l'une des plus faibles des 8 classes. La distance aux structures de soins (maternités et services d'urgence) n'est par contre pas très grande, en tout cas inférieure à la moyenne. Le taux d'équipement en hébergement pour personnes âgées est en outre plus réduit que dans l'ensemble des cantons.

En définitive, il s'agit de cantons présentant un dynamisme à la fois démographique et économique, avec des zones résidentielles proches des agglomérations, principalement composées de classes moyennes qui vivent plutôt en familles.

**Classe 1 : Indicateurs statistiquement supérieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur ≤ 1%)**

Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
% cadres	9,6	8,8
% employés	27,9	27,3
taux mortalité cancer sein	37,6	36,5

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

**Classe 1 : Indicateurs statistiquement inférieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur ≤ 1%)**

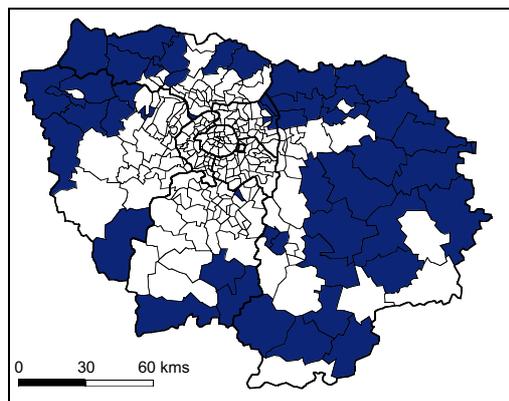
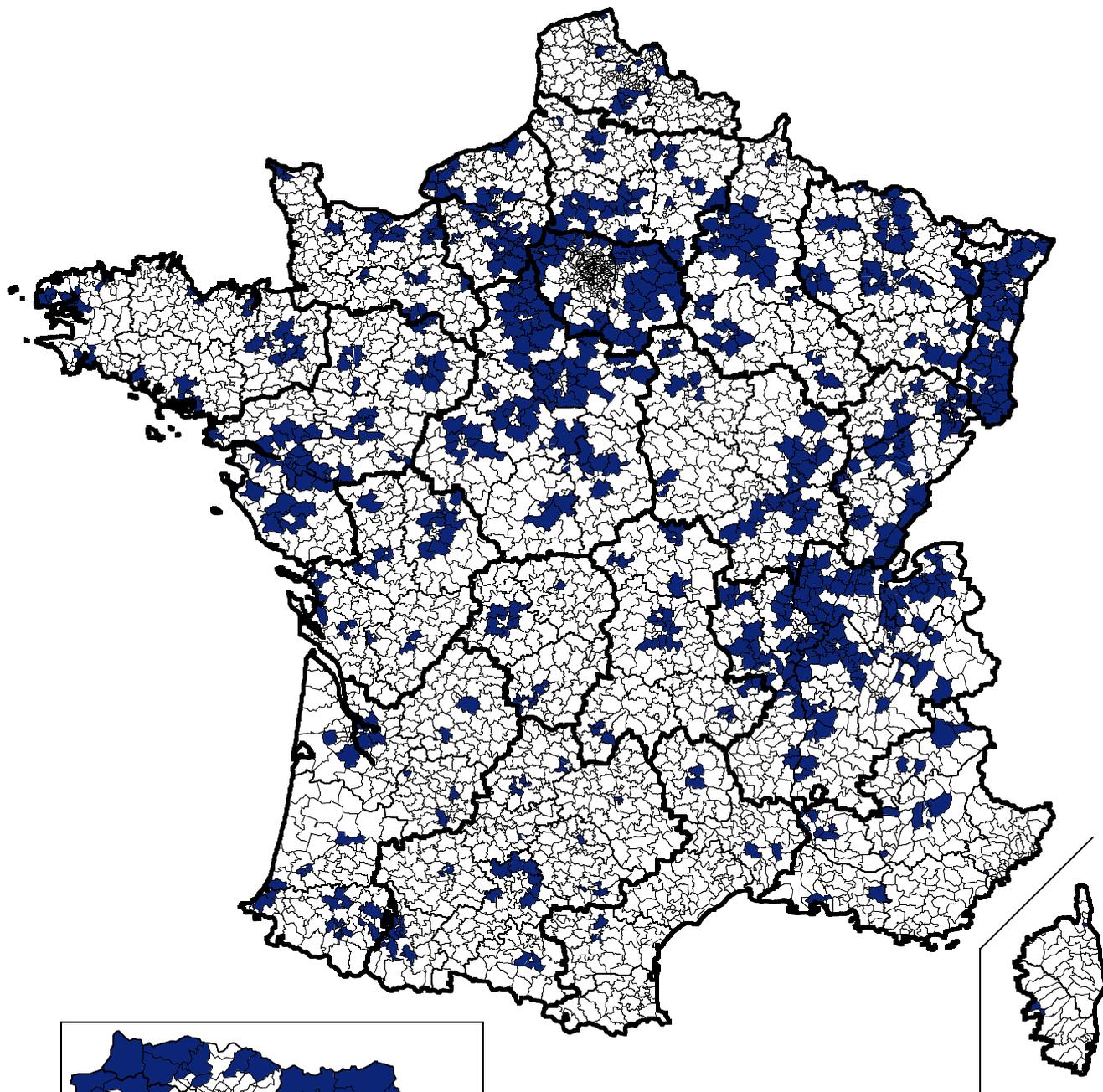
Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
% population âgée	6,1	8,9
% foyers non imposés	42,5	50,9
% allocataires % allocataires RMI	1,2	2,5
% ménages d'une personne	6,5	9,2
% allocataires % allocataires AAH	1,5	2,4
% familles monoparentales	10,9	14,0
taux mortalité prématurée	209,2	235,1
% agriculteurs	3,0	6,8
% résidences principales sans confort	1,0	1,7
accès maternités (en minutes)	7,1	12,7
densité omnipraticiens libéraux	76,5	94,3
% bénéficiaires % allocataires API	7,4	10,3
% jeunes non diplômés	11,0	13,0
accès services urgences (en minutes)	6,9	11,4
densité infirmiers libéraux	69,0	91,5
densité kinésithérapeutes libéraux	40,9	52,8
taux mortalité liée alcool	36,7	41,9
densité chirurgiens-dentistes libéraux	35,9	45,3
taux mortalité suicide	20,5	22,3
taux mortalité générale	970,0	994,6
% personnes âgées vivant seules	34,1	35,5
% chômeurs longue durée	26,6	27,7
taux mortalité mal. vasculaires cérébrales	82,0	85,4
taux équipement hébergement pers. âgées	130,6	145,5
taux mortalité accidents circulation	16,7	17,6
taux mortalité cardiopathies ischémiques	86,5	88,2
taux mortalité mal. appareil respiratoire	77,4	79,2

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

Les indicateurs sont présentés dans les tableaux par ordre décroissant de significativité indépendamment de leur thème d'appartenance.

• Carte de la classe 1

Cantons socialement favorisés, en sous-mortalité prématurée, avec une offre de soins libérale peu élevée



0 75 150 kms

Sources : Insee, Inserm CépiDc, Drees, Dares, Drass, conseils généraux, Cnaf, Ccmsa

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

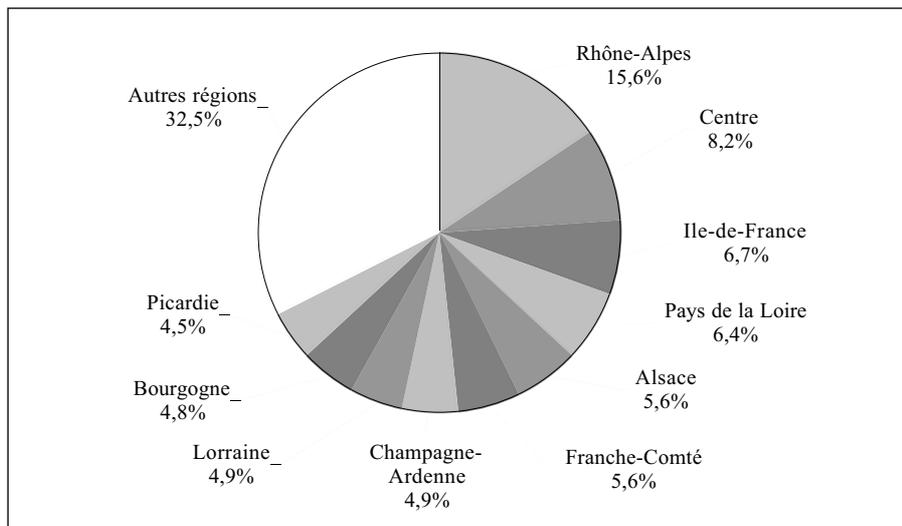
FNORS

• Répartition des cantons de la classe 1 dans l'ensemble des régions

Ce type de cantons se retrouve dans toutes les régions, le plus souvent en faible proportion. Ils sont plus fréquemment présents en Rhône-Alpes : cette région regroupe 15,6 % des cantons de la classe 1 sont en Rhône-Alpes. A l'opposé, cette classe est presque absente en Corse et Languedoc-Roussillon.

Répartition des cantons de la classe 1 dans l'ensemble des régions

Lecture : 15,6% des cantons de la classe 1 sont situés dans la région Rhône-Alpes



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

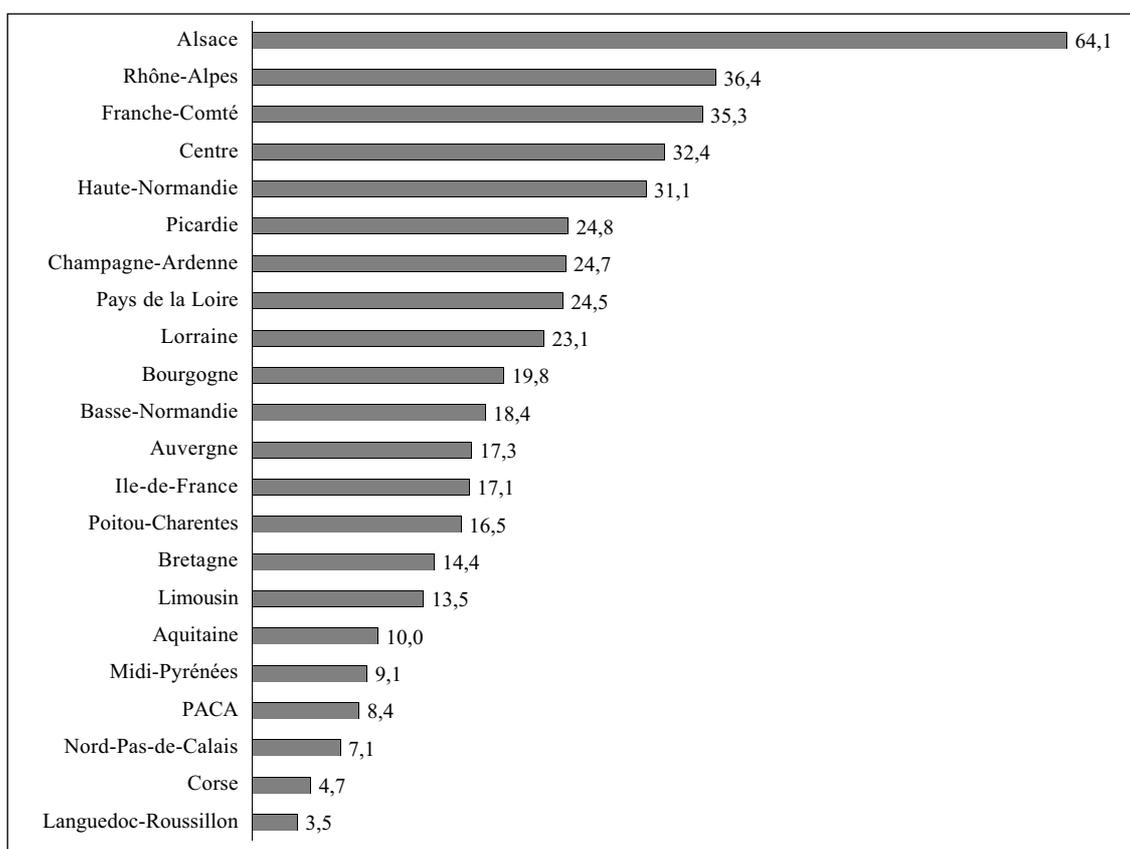
Exploitation : Fnors et ORS – 2003

• Poids de la classe 1 dans chaque région

La classe 1 est présente dans les 22 régions de France métropolitaine mais dans des proportions très variables. Elle est prédominante en Alsace où elle regroupe 64,1% des cantons. Ensuite, c'est en Rhône-Alpes, Franche-Comté, Centre et Haute-Normandie qu'elle est la plus présente : plus de 30% des cantons de ces régions relèvent de la classe 1. A l'opposé, elle est très peu présente en Corse et Languedoc-Roussillon où elle représente moins de 5% des cantons de ces régions.

Poids de la classe 1 dans chaque région (en%)

Lecture : 64,1% des cantons d'Alsace relèvent de la classe 1



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

En Alsace,

les cantons de la classe 1 occupent pratiquement l'ensemble de la plaine alsacienne à l'exception des trois grandes agglomérations de la région (Strasbourg, Mulhouse Colmar). Dotée d'un réseau important de villes moyennes, il s'agit d'une zone urbaine et périurbaine jeune, densément peuplée et démographiquement dynamique. Malgré le

développement récent du secteur tertiaire et le déclin de l'industrie, la zone reste fortement industrialisée et les ouvriers un peu plus représentés dans la population active qu'en moyenne dans la classe 1. Le chômage est faible, en partie grâce à l'emploi frontalier vers l'Allemagne (au Nord) et la Suisse (au Sud). Ce sont des cantons ouvriers et riches, où co-existent une mortalité prématurée faible et une mortalité générale élevée

En Rhône-Alpes,

ces cantons sont le plus souvent situés au Nord de la région, dans l'Ain, le Rhône, la Loire, le Nord de l'Isère et la Haute-Savoie. Ils constituent une zone favorisée sur le plan économique : revenu moyen par habitant supérieur à la moyenne nationale (sauf dans la Loire) et faible pourcentage de foyers non imposables.

En Franche-Comté,

cette classe 1 regroupe deux types de cantons :

- d'une part, des cantons résidentiels, périurbains à croissance démographique forte, situés à proximité de Besançon, Montbéliard, Belfort et Dole,
- d'autre part, des cantons très industriels au Nord-Est de la région (usines Peugeot) et dans le Haut-Jura. Il s'agit d'une zone où résident de nombreux travailleurs frontaliers (Suisse) et où sont implantés de petits établissements industriels spécialisés (lunetterie, jouet, horlogerie, transformation du bois et du plastique).

Dans la région Centre,

la moitié des cantons relevant de la classe 1 sont situés le long de la Loire qui constitue un axe de développement économique important, aux fonctions tertiaires affirmées, se raccordant au Sud-Ouest du bassin parisien. Le solde migratoire y est largement positif en raison de l'activité économique des pôles urbains (maillage de villes moyennes) qui attirent une population plutôt favorisée socialement, jeune et diplômée.

En Haute-Normandie,

cette classe couvre le Sud-Est de la région, caractérisée par d'importants échanges avec l'Île-de-France et un fort dynamisme économique. Cette zone se prolonge vers le Nord-Ouest, en périphérie des agglomérations de Rouen et Elbeuf, puis le long de la basse vallée de la Seine, jusqu'aux abords du Havre. Ce dernier secteur se caractérise de longue date par un fort potentiel industriel (automobile, pétrochimie) malgré d'importantes pertes d'emploi.

En Picardie,

ces cantons sont situés au Sud de la région (dans l'Oise) ainsi qu'à la périphérie des principales agglomérations picardes. Ils présentent une densité importante et sont en croissance démographique en raison de la proximité de l'Île-de-France et de la périurbanisation. L'offre de soins libérale est inférieure aux moyennes nationale et régionale, mais ces cantons ne sont pas nécessairement les plus mal lotis dans la région.

En Champagne-Ardenne,

il s'agit essentiellement de cantons sous l'influence des centres urbains : Reims, Châlons-en-Champagne et Épernay. C'est sur ce territoire que s'étend le vignoble de

Champagne. Plus au Sud, Troyes, en raison de sa spécialisation dans le domaine textile, étend son influence aux cantons limitrophes.

Dans les Pays de la Loire,

les cantons de la classe 1 regroupent 24% de la population régionale et sont situés en périphérie des principales agglomérations : Nantes, Angers, Le Mans, La Roche-sur-Yon, Laval. Font également partie de ce groupe l'ensemble des cantons situés à proximité de l'axe routier Nantes-Cholet.

En Bretagne,

ces cantons sont situés en périphérie des principales agglomérations, notamment Rennes, Brest, Quimper, Lorient et Vannes. Ce sont des cantons de la couronne périurbaine, dont la population a augmenté et s'est densifiée depuis le début des années quatre-vingts. La part des jeunes cadres parmi la population active est plus importante qu'en moyenne dans la région.

En Basse-Normandie,

ces cantons sont situés à la périphérie de Caen et de la plupart des villes de taille moyenne (Lisieux, Saint-Lô, Cherbourg-Octeville, Flers, Argentan, l'Aigle, Alençon). En forte croissance démographique, ils se caractérisent par une activité économique, industrielle et commerciale soutenue. Avec l'usine de traitement des combustibles nucléaires de La Hague, la centrale de Flamanville et la maintenance des sous-marins nucléaires à Cherbourg-Octeville, l'industrie nucléaire est très développée dans les cantons du Nord-Cotentin.

Cantons socialement favorisés, avec un mode de vie isolé fréquent, en sous-mortalité, bien dotés en équipements de santé

• Principales caractéristiques de la classe 2

Bien que cette classe ne compte que 356 cantons (9,6%), elle regroupe 9,9 millions d'habitants soit 17% de la population métropolitaine. Il s'agit principalement de cantons urbains limitrophes aux villes-centres.

Ces cantons apparaissent comme socialement favorisés, et de façon plus marquée que la classe 1. En effet, la part des cadres parmi les actifs est la plus élevée de toutes les classes (19,6%) et la proportion d'employés est supérieure à la moyenne. A l'inverse, le pourcentage d'ouvriers est le plus faible de toutes les classes (17,0 %) ainsi que celui des agriculteurs sont rares (0,6 %).

La proportion de foyers non imposés est la plus réduite de toutes les classes (34,1%) comme celle des jeunes non diplômés, et les proportions de bénéficiaires de minima sociaux sont inférieures à la moyenne nationale. La part des personnes âgées est également faible.

Les proportions de personnes vivant seules et de familles éclatées (caractéristiques de l'urbain) sont élevées dans cette classe de cantons.

Dans cette classe, les taux de mortalité générale et de mortalité prématurée (avant 65 ans), ainsi que les taux de mortalité pour la plupart des causes de décès étudiées sont inférieurs à la moyenne (hormis la mortalité par cancer du poumon et cancer du sein qui ne se distinguent pas de la moyenne).

Du point de vue de l'offre de soins, la densité en omnipraticiens libéraux ne diffère pas de la moyenne nationale, mais la proportion exerçant avec des honoraires libres est la plus élevée de toutes les classes (22,5 %).

Situés à proximité des structures hospitalières d'urgence, ces cantons sont par ailleurs fortement dotés en masseurs-kinésithérapeutes et chirurgiens-dentistes libéraux, mais par contre moins bien desservis en infirmiers libéraux.

En définitive, ces cantons, favorisés sur le plan social et sanitaire, sont en général situés en couronne périurbaine.

**Classe 2 : Indicateurs statistiquement supérieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur ≤ 1%)**

Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
% cadres	19,6	8,8
% omnipraticiens honoraires libres	22,5	6,9
densité kinésithérapeutes libéraux	77,4	52,8
densité chirurgiens-dentistes libéraux	66,3	45,3
% familles monoparentales	16,2	14,0
% employés	29,1	27,3
% ménages d'une personne	10,7	9,2

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

**Classe 2 : Indicateurs statistiquement inférieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur ≤ 1%)**

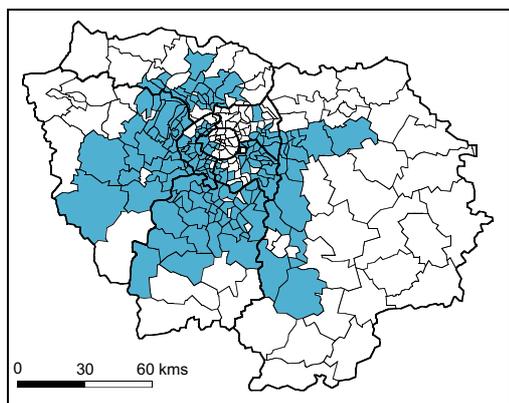
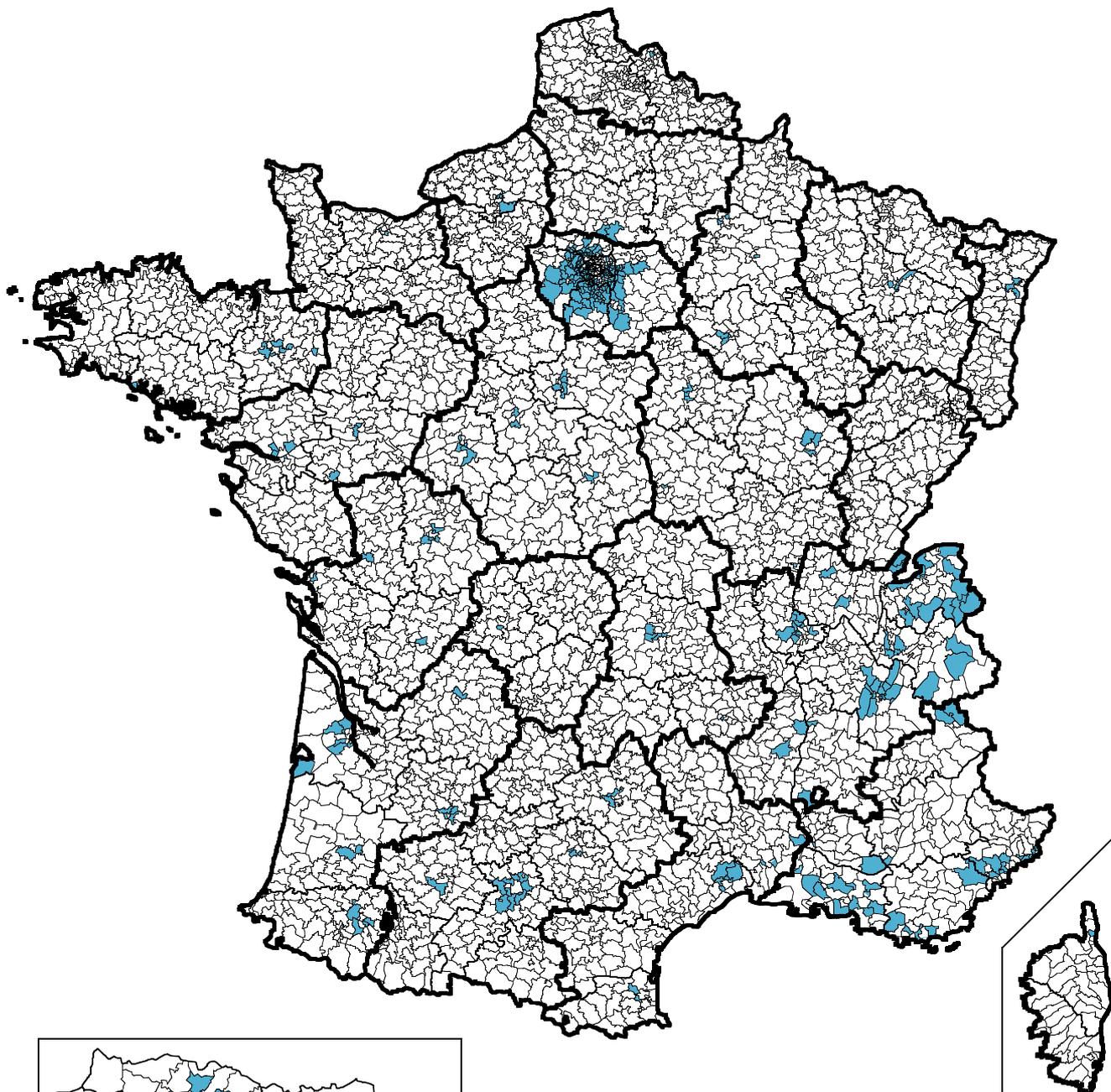
Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
% foyers non imposés	34,1	50,9
% ouvriers	17,0	29,1
taux mortalité générale	882,8	994,6
% population âgée	6,0	8,9
taux mortalité prématurée	193,2	235,1
% jeunes non diplômés	8,8	13,0
% agriculteurs	0,6	6,8
% résidences principales sans confort	0,5	1,7
% allocataires AAH	1,3	2,4
taux mortalité accidents circulation	11,1	17,6
taux mortalité suicide	15,1	22,3
% allocataires API	5,6	10,3
taux mortalité mal. vasculaires cérébrales	70,1	85,4
accès maternité (en minutes)	4,9	12,7
taux mortalité liée alcool	31,2	41,9
accès services urgences (en minutes)	4,9	11,4
taux mortalité mal. appareil respiratoire	67,6	79,2
taux mortalité cardiopathies ischémiques	77,9	88,2
% allocataires RMI	1,7	2,5
taux mortalité cancers	243,1	254,1
taux mortalité cancer intestin	28,1	30,0
densité infirmiers libéraux	77,0	91,5
% chômeurs longue durée	26,4	27,7

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

Les indicateurs sont présentés dans les tableaux par ordre décroissant de significativité, indépendamment de leur thème d'appartenance.

• Carte de la classe 2

Cantons socialement favorisés, avec un mode de vie isolé fréquent, en sous-mortalité, bien dotés en équipements de santé



0 75 150 kms

Sources : Insee, Inserm CépiDc, Drees, Dares
Drass, conseils généraux, Cnaf, Ccmsa

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

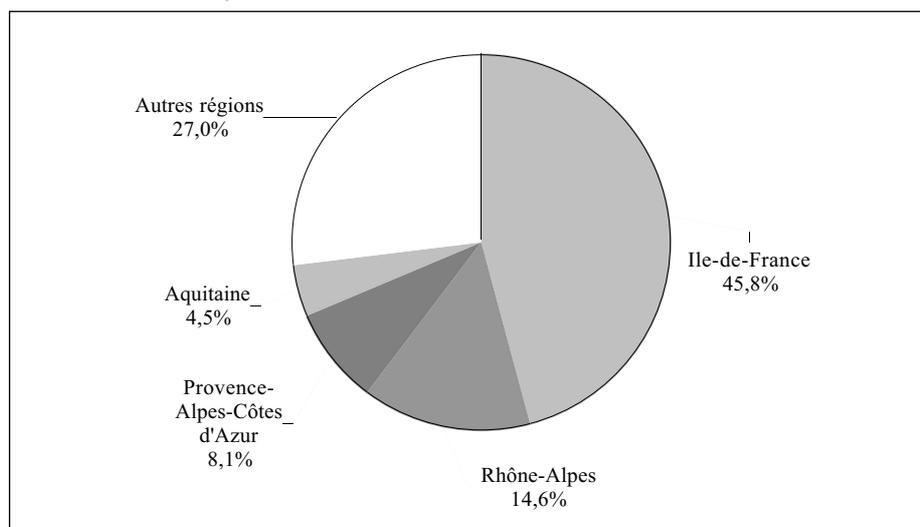
FNORS

• Répartition des cantons de la classe 2 dans l'ensemble des régions

Les cantons de cette classe sont essentiellement regroupés en Île-de-France (45,8% des cantons de la classe y sont localisés), puis en Rhône-Alpes (14,6%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (8,1%).

Répartition des cantons de la classe 2 dans l'ensemble des régions

Lecture : 45,8% des cantons de la classe 2 sont situés en Ile-de-France



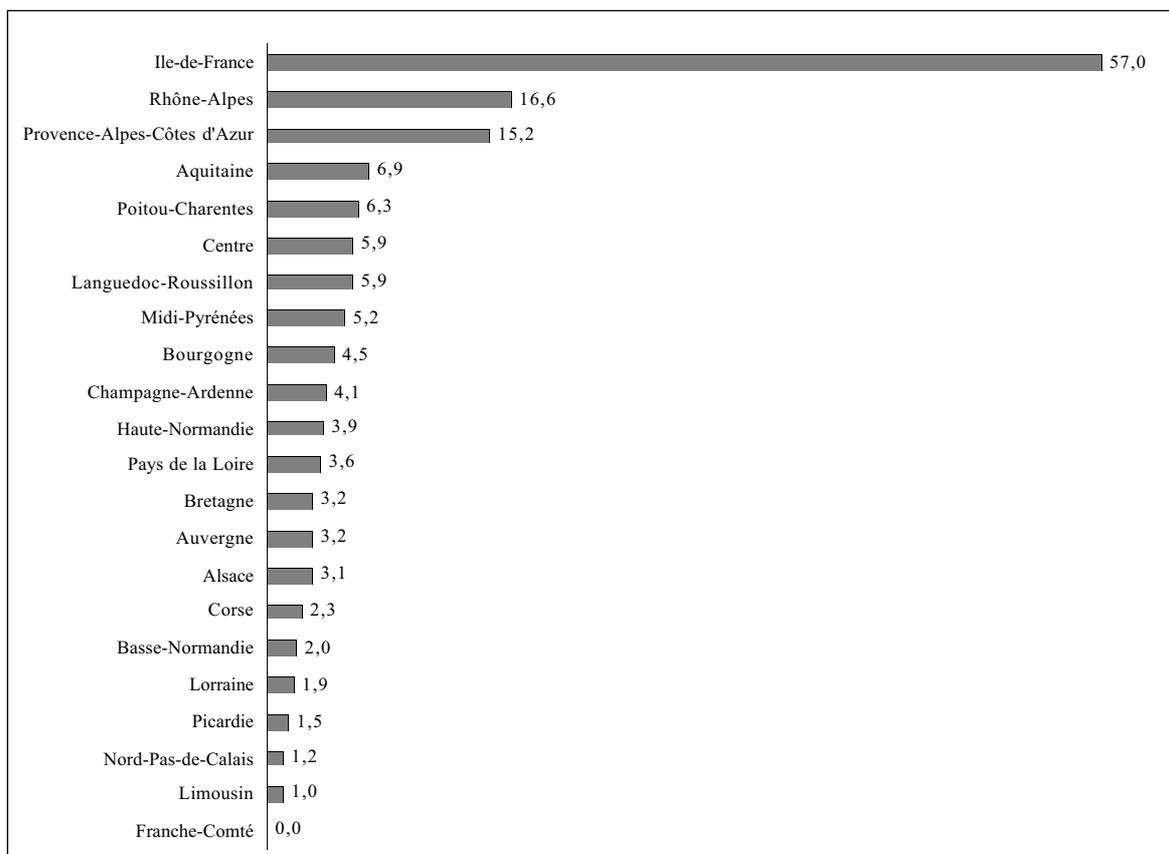
Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

• Poids de la classe 2 dans chaque région

Cette classe est prédominante en région Ile-de-France : 57,0 % des cantons franciliens relèvent de cette classe. En revanche, elle est absente ou très peu présente dans les régions Franche-Comté, Limousin, Nord-Pas-de-Calais, Picardie et Lorraine où elle représente moins de 2 % des cantons de ces régions.

Poids de la classe 2 dans chaque région (en %)

Lecture : 57,0% des cantons d'Ile-de-France relèvent de la classe 2



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

En Île-de-France,

la classe 2 est fortement représentée, notamment dans le Sud-Ouest de la région. Elle couvre quatre arrondissements de l'Ouest de Paris (6e, 7e, 15e et 16e), se prolonge dans les Hauts-de-Seine, puis vers le Sud-Ouest dans les Yvelines et l'Essonne jusqu'aux confins de la région, et au Nord dans les zones résidentielles du Val-d'Oise (Vallée de Montmorency). Elle couvre également une partie Est de la proche couronne (Nord du

Val-de-Marne et Sud de la Seine-Saint-Denis) et se prolonge dans l'Est et le Sud de la Seine-et-Marne, le long des principaux axes de communication.

En Rhône-Alpes,

les cantons de la classe 2 sont essentiellement situés à l'Est de la région (zone alpine des deux Savoie), notamment dans la zone frontalière, et autour des grandes villes (Lyon et Grenoble).

En Provence-Alpes-Côte d'Azur,

ces cantons sont situés autour de zones fortement industrialisées et tertiaires de la région (Etang de Berre, Aix-Marseille, Antibes, Sofia Antipolis...).

En Languedoc-Roussillon,

les cantons de cette classe se retrouvent en périphérie autour de trois grandes villes, Montpellier, Nîmes et Perpignan, et à proximité d'Avignon. En particulier, ils dessinent une couronne correspondant aux zones résidentielles de la périphérie Nord de Montpellier.

En Midi-Pyrénées,

ces cantons constituent le "péri-urbain toulousain". Ils continuent d'attirer des jeunes, mais se caractérisent aussi par un nombre croissant de retraités qui y vieillissent.

En Champagne-Ardenne,

ces cantons représentent la couronne périurbaine du système urbain tripolaire : Reims, Châlons-en-Champagne et Troyes. Des différences existent entre Reims et Châlons, où les cadres sont plus nombreux en raison des fonctions économiques et administratives, et Troyes, davantage industrielle et ouvrière

Villes-centres, avec un mode de vie isolée très fréquent et de forts contrastes sociaux, en surmortalité prématurée, bien dotées en équipements de santé

- **Principales caractéristiques de la classe 3**

Cette classe compte 285 cantons (7,7 %), très fortement peuplés puisqu'ils regroupent près de 15 millions d'habitants, soit 25,6 % de la population métropolitaine.

Ce groupe de cantons présente une forte prévalence de l'isolement chez les ménages de moins de 60 ans (17,3 %), chez les personnes âgées (41,2 %), ainsi qu'une forte proportion de familles monoparentales (24,4 %). Les parts de bénéficiaires du RMI (4,9 %) et de l'AAH (2,9%) y sont supérieures à la moyenne et parmi les plus élevées. Dans la population active, la part des employés est relativement importante (32,6 %), ainsi que celle des cadres (13,7 %) ; par contre, celles des agriculteurs (0,7 %) et des ouvriers (22,3 %) y sont très faibles.

La mortalité prématurée est plus élevée dans cette classe qu'en moyenne en France, ainsi que la mortalité par cancer du poumon.

L'accès aux soins de premiers recours est relativement aisé : densité d'omnipraticiens la plus élevée de toutes les classes, densités de dentistes et de kinésithérapeutes supérieures à la moyenne. Cette classe est composée des villes-centres, sièges des services hospitaliers d'urgence, auxquels l'accès est rapide. La part des médecins omnipraticiens pratiquant des honoraires libres est nettement plus élevée que la moyenne.

En définitive, cette classe regroupe les villes-centres des aires urbaines, avec une forte concentration de la population et de l'emploi, surtout tertiaire. On y observe des contrastes, avec à la fois de fortes proportions de populations jeunes (étudiants en raison de la présence de pôles universitaires) et âgées (retraités), de ménages en difficultés financières et/ou sociales et d'autres au contraire relativement aisés. Le mode de vie isolé y est fortement représenté et la mortalité prématurée plus élevée que la moyenne.

Classe 3 : Indicateurs statistiquement supérieurs à la moyenne nationale

(risque d'erreur $\leq 1\%$)

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

Variabiles caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
% ménages d'une personne	17,3	9,2
% familles monoparentales	24,4	14,0
densité chirurgiens-dentistes libéraux	98,7	45,3
densité kinésithérapeutes libéraux	98,8	52,8
% allocataires RMI	4,9	2,5
densité omnipraticiens libéraux	142,0	94,3
% employés	32,6	27,3
% omnipraticiens honoraires libres	18,9	6,9
% cadres	13,7	8,8
% personnes âgées vivant seules	41,2	35,5
taux mortalité cancer poumon	45,9	40,4
taux mortalité prématurée	253,1	235,1
% allocataires AAH	2,9	2,4
densité infirmiers libéraux	105,7	91,5

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

Classe 3 : Indicateurs statistiquement inférieurs à la moyenne nationale (risque d'erreur $\leq 1\%$)

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

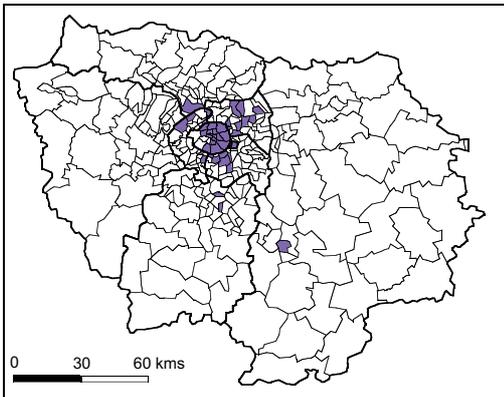
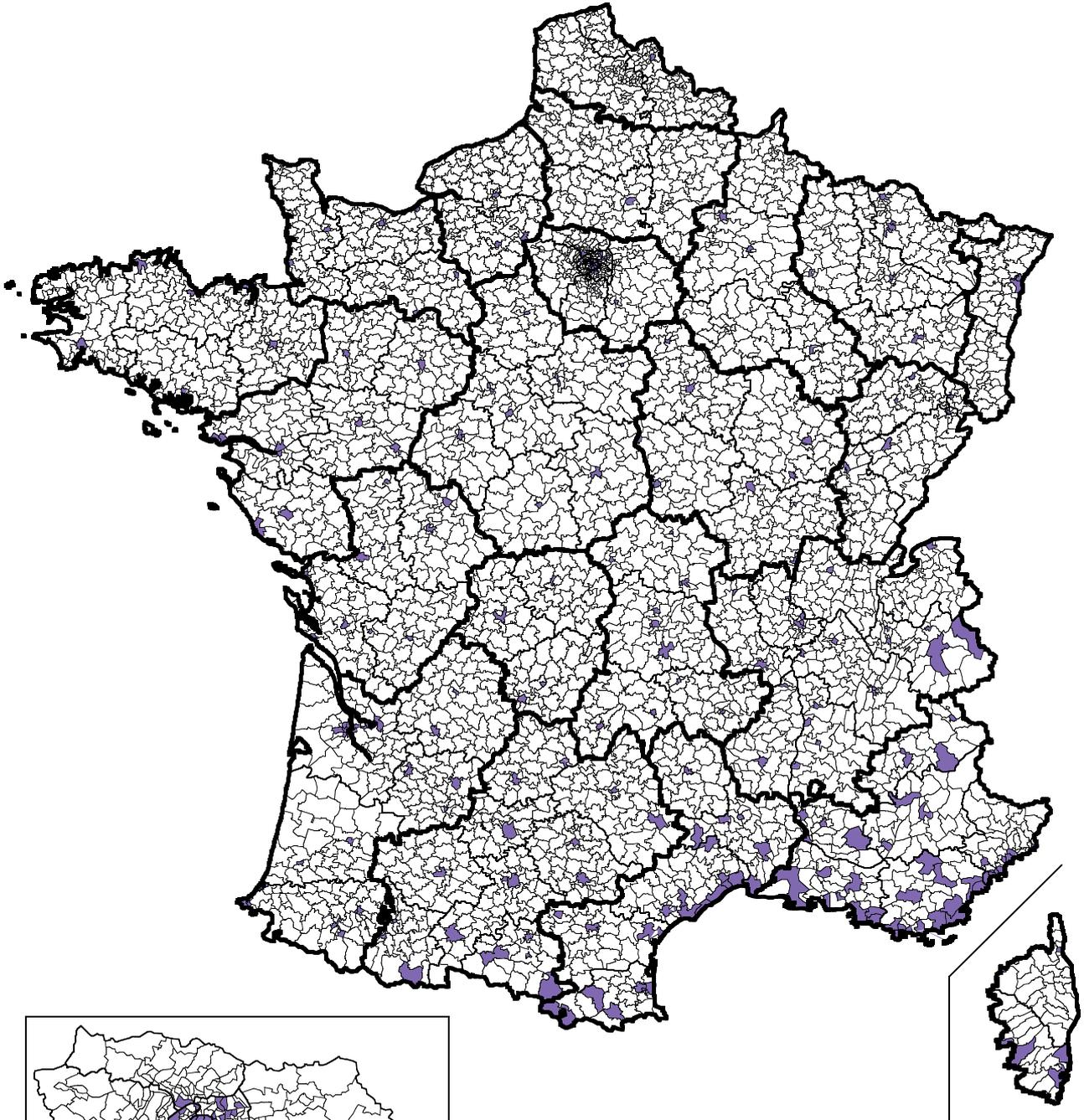
Variabiles caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
% agriculteurs	0,7	6,8
% ouvriers	22,3	29,1
accès services urgences (en minutes)	3,4	11,4
accès maternité (en minutes)	4,3	12,7
% résidences principales sans confort	0,7	1,7
taux mortalité mal. vasculaires cérébrales	75,6	85,4
taux mortalité mal. appareil respiratoire	69,8	79,2
taux mortalité accidents circulation	14,2	17,6
taux mortalité cardiopathies ischémiques	80,3	88,2
taux mortalité générale	948,3	994,6
% foyers non imposés	47,2	50,9
taux mortalité suicide	19,8	22,3
taux mortalité cancer intestin	28,9	30,0

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

Les indicateurs sont présentés dans les tableaux par ordre décroissant de significativité indépendamment de leur thème d'appartenance.

• Carte de la classe 3

Villes-centres, avec un mode de vie isolée très fréquent et de forts contrastes sociaux, en surmortalité prématurée, bien dotées en équipements de santé



0 75 150 kms

Sources : Insee, Inserm CépiDc, Drees, Dares
Drass, conseils généraux, Cnaf, Ccmsa
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

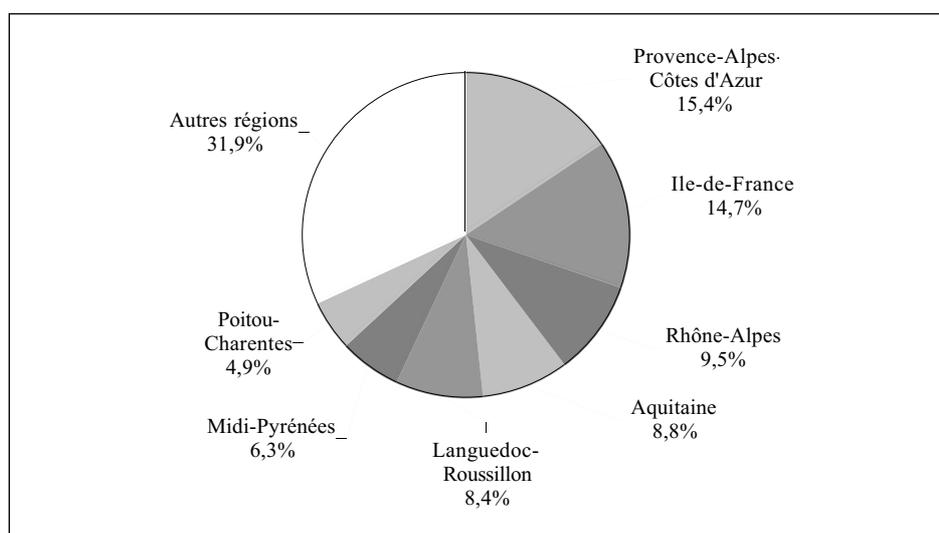
FNORS

• Répartition des cantons de la classe 3 dans l'ensemble des régions

Les cantons de la classe 3 se retrouvent dans toutes les régions, le plus souvent en faible proportion. Dans seulement deux régions, celle-ci dépasse 10 % : Provence-Alpes-Côte d'Azur (15,4 %), Ile-de-France (14,7 %). Elles sont suivies par Rhône-Alpes (9,5 %), et l'Aquitaine (8,8 %) et Languedoc-Roussillon (8,4 %).

Répartition des cantons de la classe 3 dans l'ensemble des régions

Lecture : 15,4 % des cantons de la classe 3 sont situés en Provence-Alpes-Côte d'Azur



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

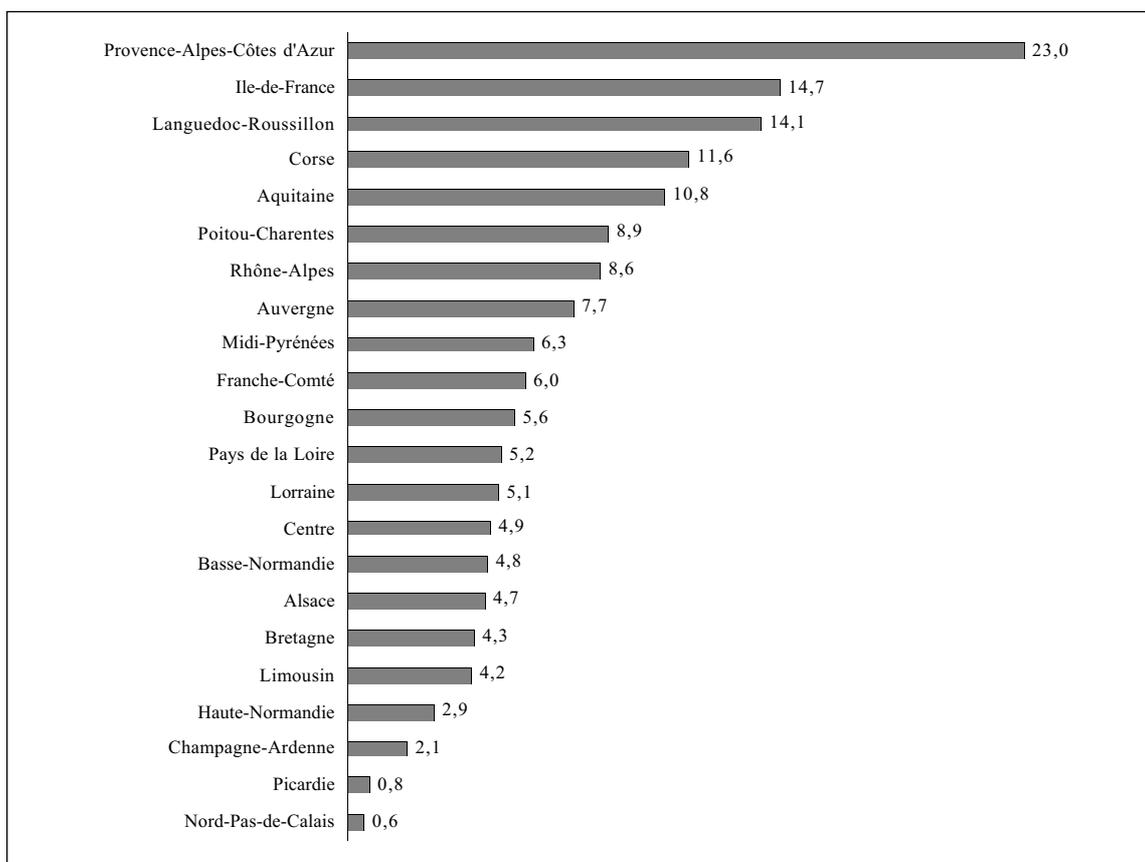
• Poids de la classe 3 dans chaque région

Cette classe ne regroupe que 7,7 % des cantons en France. Son poids est plus élevé dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (23,0 %), en Île-de-France (14,7 %) et en Languedoc-Roussillon (14,1 %).

A l'opposé, elle est très peu présente en Picardie et Nord-Pas-de-Calais où elle représente moins de 1% des cantons.

Poids de la classe 3 dans chaque région (en %)

Lecture : 23,0 % des cantons de Provence-Alpes-Côte d'Azur relèvent de la classe 3



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

En Provence-Alpes-Côte d'Azur,

les cantons de cette classe sont localisés en grande majorité sur le littoral de la région qui concentre les grandes communes telles que Marseille, Toulon, Cannes, Nice...

En Île-de-France,

ces cantons sont, à quelques exceptions près, situés dans le centre de la région : il s'agit de la plupart des arrondissements parisiens (sauf les 6e, 7e, 15e et 16e), et des communes

proches de Paris situées principalement au Nord, en Seine-Saint-Denis, et au Sud, dans le Val-de-Marne.

En Languedoc-Roussillon,

cette classe va au-delà des villes centres et prend en compte une large part du littoral méditerranéen, en particulier héraultais. Elle est également bien représentée dans les Pyrénées-Orientales autour de Prades, Céret et en Cerdagne.

En Corse,

cette zone comprend essentiellement les quatre villes-centres côtières de Corse-du-Sud : Ajaccio et son golfe, Bastia, Calvi et Porto-Vecchio.

En Basse-Normandie,

ces cantons représentent les villes-centres de la région : Caen, Hérouville-Saint-Clair, Trouville, Granville, Saint-Lô, L'Aigle, Alençon. Certaines d'entre elles connaissent des mutations économiques, comme celle induite par la fermeture du site Moulinex à Alençon.

En Midi-Pyrénées,

une des caractéristique des cantons de cette classe est que, compte tenu de la situation sanitaire relativement favorable de la région, seuls deux cantons ont des taux de mortalité prématurée au-dessus de la moyenne nationale, contrairement à la majorité des cantons de cette classe à l'échelle nationale.

En Franche-Comté,

ces cantons regroupent le quart de la population régionale et 36% des emplois. Les familles avec enfant préférant s'installer en périphérie des villes, les moins de 20 ans sont peu nombreux. Mais la classe d'âge suivante correspondant taux années d'études ou d'entrée dans la vie active est nettement sur-représentée (parc de petits logements, lieu d'études et opportunités de travail).

Cantons avec une population relativement âgée, bien dotés en professionnels de santé libéraux

• Principales caractéristiques de la classe 4

Cette classe est composée de 471 cantons (12,7 %) regroupant 5,3 millions d'habitants, soit 9,1% de la population totale des régions de France métropolitaine.

Ces cantons se caractérisent d'abord par une densité de professionnels de santé libéraux supérieure à la moyenne pour les quatre professions étudiées. La distance aux structures hospitalières d'urgence est identique à la moyenne nationale.

Les pourcentages de familles monoparentales et, dans une moindre mesure, de ménages d'une personne sont supérieurs aux moyennes des cantons de France. La part des personnes âgées (10,4 %) est légèrement supérieure à la moyenne, mais elles vivent moins souvent seules (34,2 %). On compte aussi relativement plus d'employés et moins de cadres dans la population active. Certains indicateurs de précarité (pourcentages d'allocataires RMI, AAH, API) sont également un peu plus élevés que dans l'ensemble des classes.

En ce qui concerne la mortalité, les taux sont inférieurs à la moyenne nationale pour la mortalité par cardiopathies ischémiques, pour les pathologies associées à l'alcool et pour les affections respiratoires. En revanche, cette classe de cantons présente une surmortalité par accidents de la circulation.

En définitive, il s'agit de pôles d'emploi de l'espace rural et de villes de petite taille, avec une population vieillissante, disposant d'équipements et de services de proximité, où une offre de soins libérale de premier recours est développée.

**Classe 4 : Indicateurs statistiquement supérieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur ≤ 1 %)**

Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
densité kinésithérapeutes libéraux	70,3	52,8
densité infirmiers libéraux	123,8	91,5
% population âgée	10,4	8,9
densité omnipraticiens libéraux	111,3	94,3
% jeunes non diplômés	14,9	13,0
% allocataires RMI	3,2	2,5
% familles monoparentales	15,8	14,0
% foyers non imposés	54,4	50,9
densité chirurgiens-dentistes libéraux	56,4	45,3
% allocataires AAH	2,9	2,4
taux mortalité accidents circulation	20,3	17,6
% employés	28,6	27,3
% ménages d'une personne	10,0	9,2
taux équipement hébergement pers. âgées	166,2	145,5
accès maternité (en minutes)	14,2	12,7
% allocataires API	11,0	10,3

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

**Classe 4 : Indicateurs statistiquement inférieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur ≤ 1 %)**

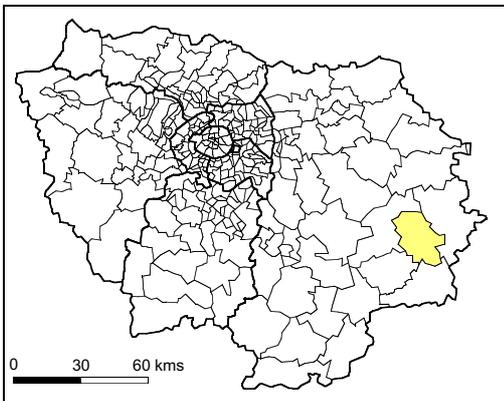
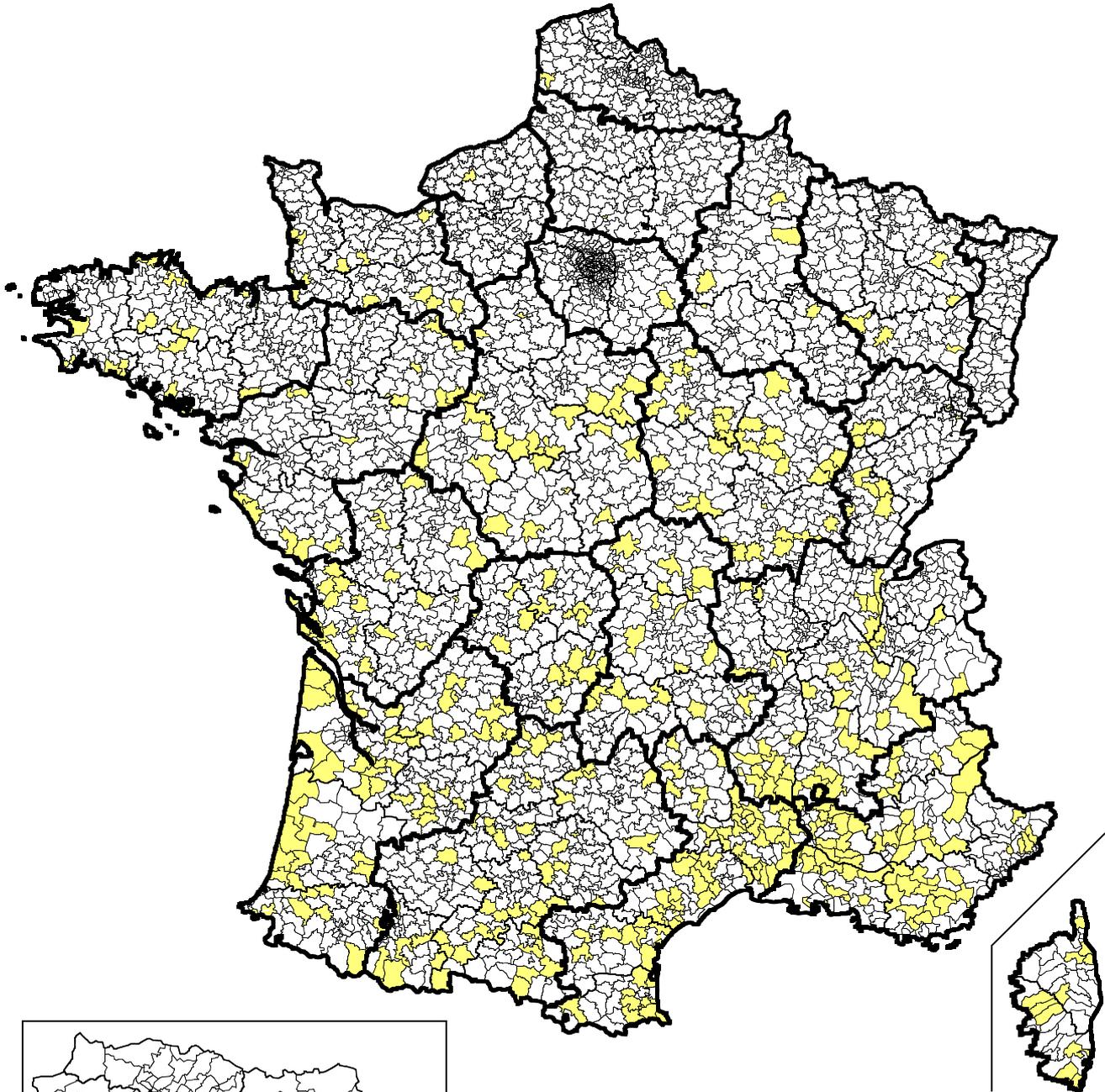
Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
% résidences principales sans confort	1,2	1,7
taux mortalité cardiopathies ischémiques	82,9	88,2
% cadres	7,4	8,8
taux mortalité liée alcool	38,7	41,9
% personnes âgées vivant seules	34,2	35,5
taux mortalité mal. appareil respiratoire	75,8	79,2
taux mortalité cancers	248,9	254,1
% agriculteurs	5,9	6,8

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

Les indicateurs sont présentés dans les tableaux par ordre décroissant de significativité indépendamment de leur thème d'appartenance.

• Carte de la classe 4

Cantons avec une population relativement âgée, bien dotés en professionnels de santé libéraux



0 75 150 kms

Sources : Insee, Inserm CépiDc, Drees, Dares
Drass, conseils généraux, Cnaf, Ccmsa
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

FNORS

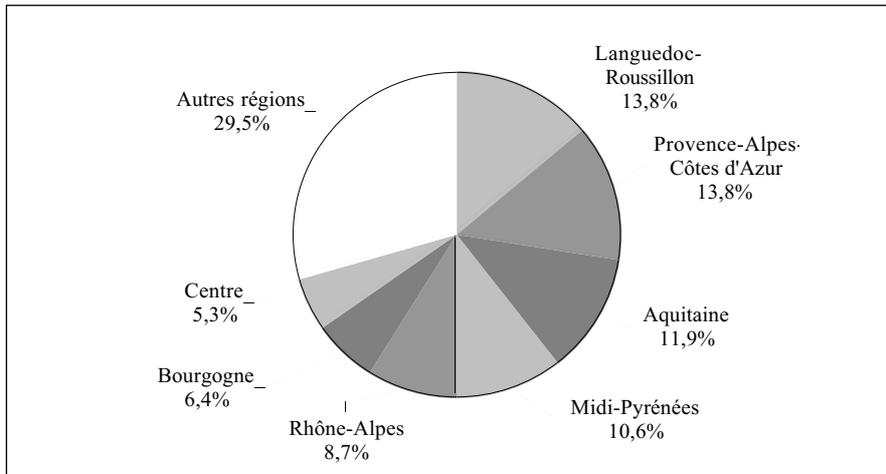
• Répartition des cantons de la classe 4 dans l'ensemble des régions

Cette classe est surtout présente dans le Sud de la France : Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Languedoc-Roussillon, Aquitaine, Midi-Pyrénées ou encore Rhône-Alpes.

En revanche, elle est totalement absente de l'Alsace et très peu présente en Île-de-France, en Nord-Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Picardie, Champagne-Ardenne et Lorraine.

Répartition des cantons de la classe 4 dans l'ensemble des régions

Lecture : 13,8 % des cantons de la classe 4 sont situés en Provence-Alpes-Côte d'Azur



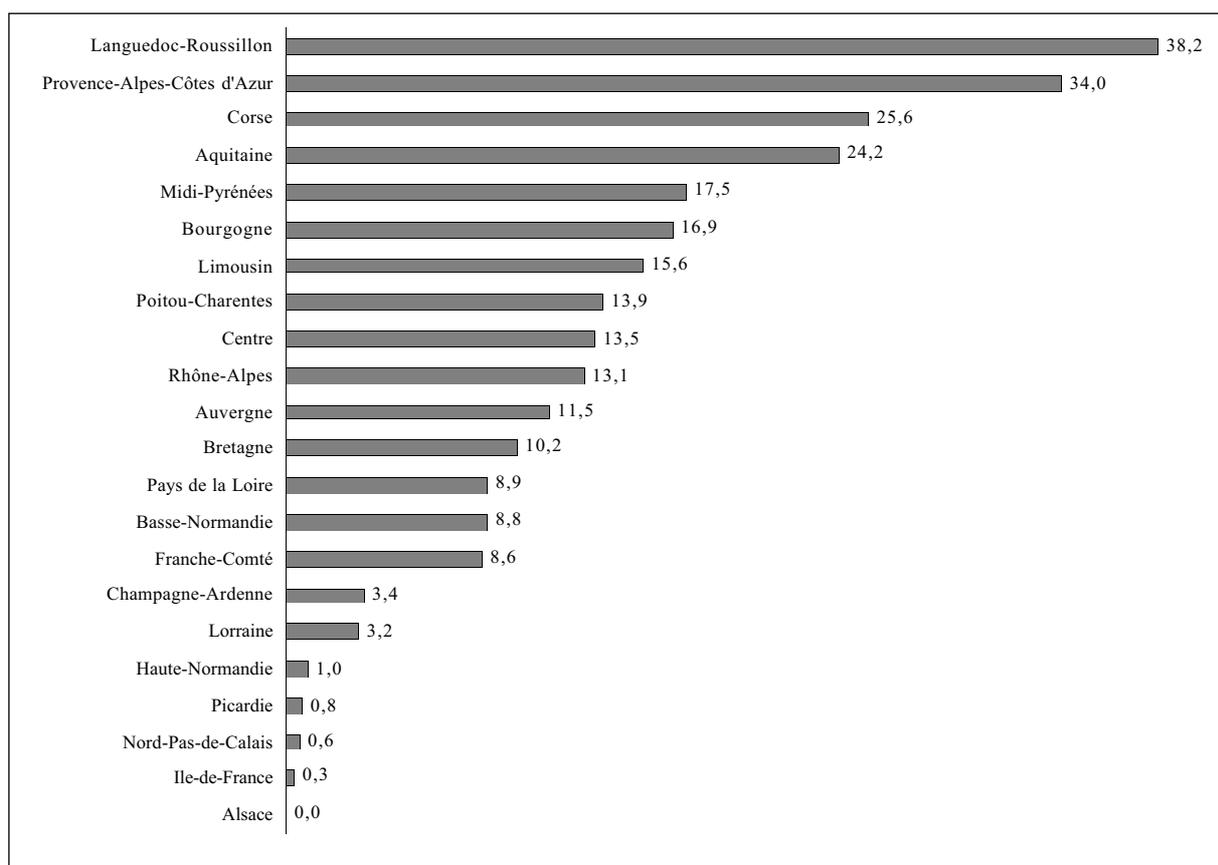
Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

• Poids de la classe 4 dans chaque région

Cette classe représente 12,7 % des cantons en France. Elle est très fréquente dans le Sud du pays : 38,2 % des cantons de Languedoc-Roussillon et 34,0 % de ceux de Provence-Alpes-Côte-d'Azur relèvent de cette classe, 25,6 % des cantons de Corse et 24,2 % des cantons d'Aquitaine.

Poids de la classe 4 dans chaque région

Lecture : 38,2 % des cantons du Languedoc-roussillon relèvent de la classe 4



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

En Languedoc-Roussillon,

les cantons de la classe 4 se situent principalement dans la plaine viticole, qui s'étend de la frontière espagnole au Rhône, sans englober les grands centres urbains et s'étendent jusqu'aux premiers contreforts montagneux.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur,

il s'agit de cantons situés dans les zones les plus agricoles de la région et dans l'arrière-pays (Provence, Lubéron...).

En Corse,

les cantons de la classe 4 constituent la banlieue éloignée des trois grandes villes de Corse : Ajaccio, Bastia et Porto-Vecchio. Leurs fenêtres côtières connaissent une activité touristique saisonnière importante.

En Aquitaine,

ces cantons sont très souvent situés sur la Côte Atlantique, en Dordogne ou le long de l'estuaire de la Gironde. Ils correspondent essentiellement à des zones touristiques avec une activité saisonnière importante.

En Midi-Pyrénées,

la classe 4 regroupe des cantons disséminés sur l'ensemble de la région et éloignés des pôles urbains. Vivent dans ces cantons des habitants à revenus plus modestes, qui travaillent dans les pôles urbains et qui ont des trajets domicile-emploi importants.

En Bourgogne,

il s'agit de pôles ruraux et de quelques pôles urbains?, les hôpitaux et cliniques existant ont permis de maintenir à leurs alentours des professionnels de santé de premier recours et certaines spécialités les plus fréquentes. Ces cantons constituent généralement des "bassins de vie" relativement autonomes.

En Limousin,

il s'agit de cantons ayant bénéficié autrefois de l'implantation de PME ou de PMI traditionnelles.

En Poitou-Charentes,

certaines des cantons de cette classe, situés à proximité du littoral charentais attirent les retraités. Dans les autres cantons, la population vieillit du fait d'un solde migratoire négatif, ce qui, jusqu'à présent n'a pas empêché l'offre de soins libérale de se maintenir.

En Rhône-Alpes,

il s'agit des zones les plus rurales de la région, qui concentrent les parts les plus importantes de personnes âgées : 30% de plus de 65ans dans certains cantons des Hauts Plateaux Ardéchois, 25% dans la partie montagneuse de l'Est de la Drôme.

En Basse-Normandie,

il s'agit surtout de cantons ruraux éloignés des centres urbains et situés presque exclusivement dans la moitié sud de la région. Certains de ces cantons ont une activité touristique et balnéaire importante : Granville, Avranches, Pontorson avec le Mont-Saint-Michel.

Cantons avec une proportion importante d'agriculteurs et d'ouvriers, une population relativement âgée, en sous-mortalité, avec une offre de soins réduite

• Principales caractéristiques de la classe 5

Cette classe compte 555 cantons (15 % du total), peu peuplés puisqu'ils regroupent 3,3 millions d'habitants, soit moins de 5,8 % de la population métropolitaine.

Cette classe se caractérise par une nette sous-mortalité par cancer. La mortalité générale et la mortalité prématurée (avant 65 ans) sont également moins élevées que dans la moyenne des cantons. A l'inverse, on observe dans cette classe de cantons une mortalité par accidents de la circulation et par suicide supérieure à la moyenne.

La population active de ces cantons se caractérise par une des plus fortes proportions d'agriculteurs (12,7 %) et d'ouvriers (32,4 %).

On retrouve des signes de précarité caractéristiques du milieu rural, et notamment des pourcentages de foyers non imposés et de logements sans confort plus élevés que dans l'ensemble des cantons français. Par ailleurs, la part des personnes âgées (10,2 %) est supérieure à la moyenne des cantons. Les modes de vie isolée sont en revanche moins fréquents.

Ces cantons sont relativement éloignés des services hospitaliers d'urgence (plus que la moyenne en France). Ils sont par ailleurs nettement moins pourvus pour trois des catégories de professionnels libéraux de premiers recours étudiés : kinésithérapeutes (32 contre 53 pour 100 000), dentistes (27 contre 45 pour 100 000), omnipraticiens (76 contre 94 pour 100 000) et infirmiers (86 contre 92 pour 100 000).

En définitive, il s'agit de cantons ruraux où le secteur agricole reste important. Mais le dynamisme attaché à certaines activités (industries agroalimentaires, construction) fournit sur place des emplois ouvriers relativement nombreux. Alors que la population âgée est relativement importante, la desserte en services de soins est réduite. Les décès par mort violente y sont fréquentes.

**Classe 5 : Indicateurs statistiquement supérieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur ≤ 1 %)**

Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
% agriculteurs	12,7	6,8
% foyers non imposés	56,4	50,9
% population âgée	10,2	8,9
% ouvriers	32,4	29,1
% résidences principales sans confort	2,3	1,7
taux mortalité accidents circulation	20,6	17,6
accès maternité (en minutes)	16,2	12,7
accès services urgences (en minutes)	14,1	11,4
taux mortalité suicide	23,9	22,3

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

**Classe 5 : Indicateurs statistiquement inférieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur ≤ 1 %)**

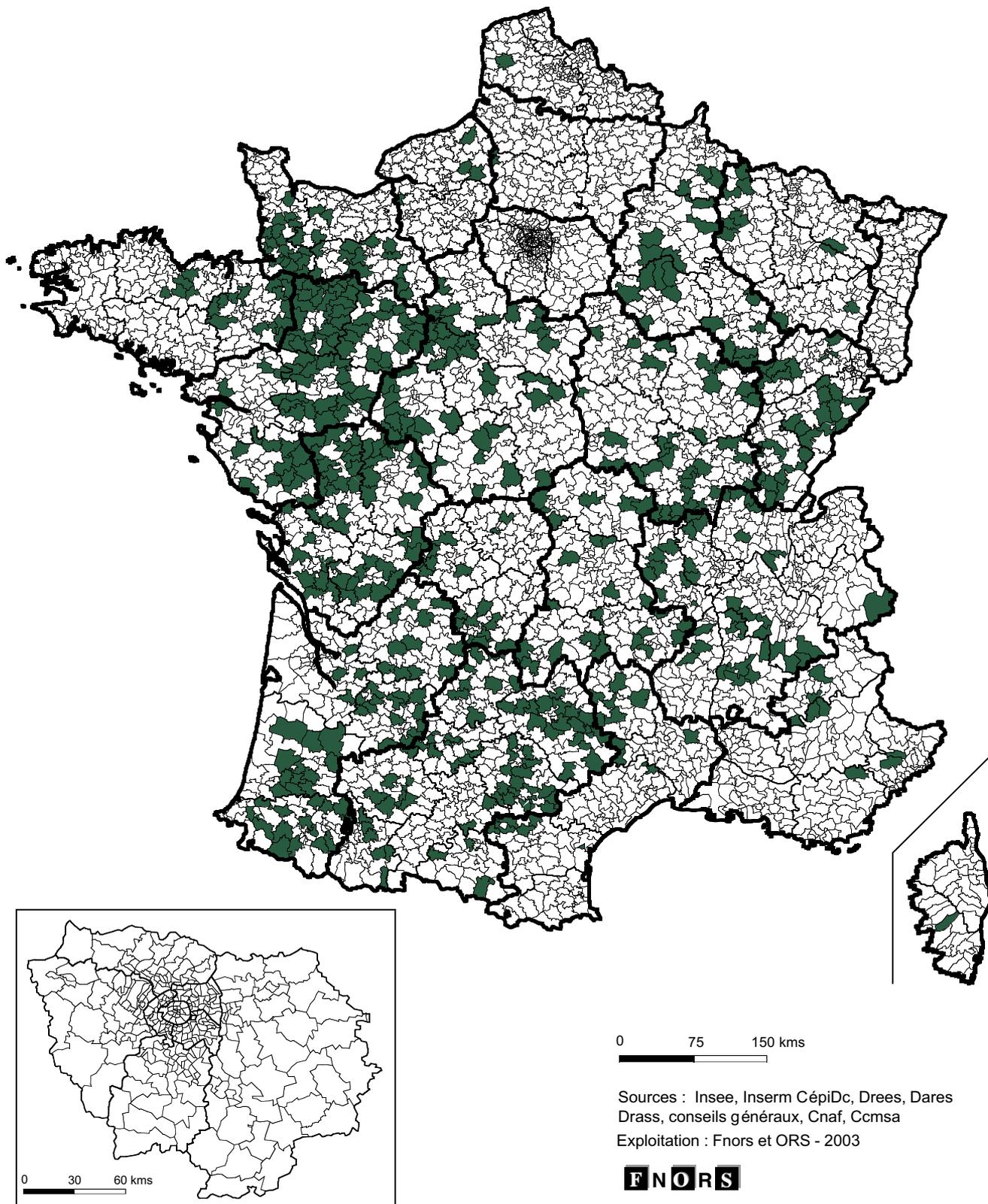
Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
taux mortalité cancer poumon	30,1	40,4
taux mortalité cancers	226,2	254,1
% familles monoparentales	10,2	14,0
% employés	24,3	27,3
densité kinésithérapeutes libéraux	32,2	52,8
% cadres	5,6	8,8
densité chirurgiens-dentistes libéraux	27,4	45,3
taux mortalité prématurée	210,8	235,1
taux mortalité générale	934,4	994,6
% personnes âgées vivant seules	32,1	35,5
densité omnipraticiens libéraux	76,2	94,3
% allocataires RMI	1,7	2,5
taux mortalité liée alcool	34,7	41,9
% omnipraticiens honoraires libres	1,7	6,9
% ménages d'une personne	7,7	9,2
taux mortalité cancer sein	32,0	36,5
taux mortalité cardiopathies ischémiques	81,8	88,2
taux mortalité mal. appareil respiratoire	72,9	79,2
taux mortalité cancer intestin	28,4	30,0
% jeunes non diplômés	12,2	13,0
% chômeurs longue durée	26,8	27,7
taux mortalité mal. vasculaires cérébrales	82,9	85,4
densité infirmiers	85,5	91,5

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

Les indicateurs sont présentés dans les tableaux par ordre décroissant de significativité indépendamment de leur thème d'appartenance.

• Carte de la classe 5

Cantons avec une forte proportion importante d'agriculteurs et d'ouvriers, une population relativement âgée, en sous-mortalité, avec une offre de soins réduite

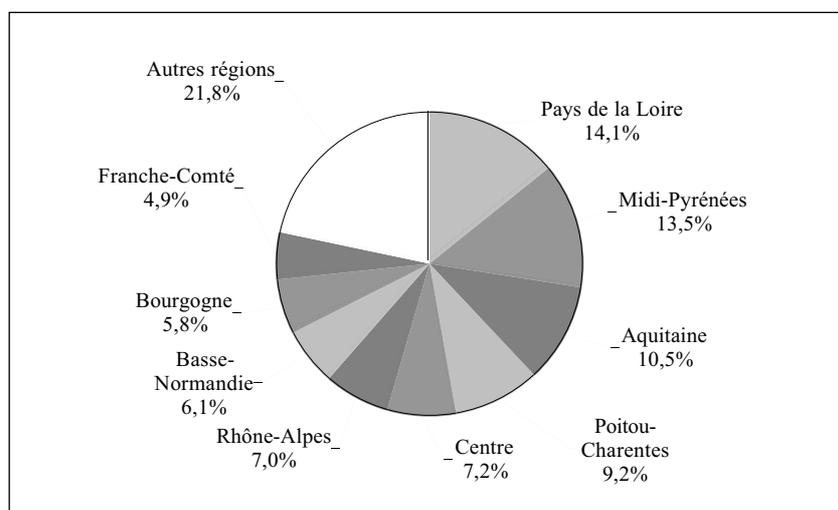


• Répartition des cantons de la classe 5 dans l'ensemble des régions

C'est dans l'Ouest et le Sud-Ouest de la France que cette classe est la plus présente : 14,1 % des cantons de la classe 5 sont situés en Pays de la Loire, 13,5 % en Midi-Pyrénées, 10,5 % en Aquitaine et 9,2 % en Poitou-Charentes. En revanche, ce type de cantons est totalement absent dans les régions d'Ile-de-France et d'Alsace, et très peu présent (moins de 1 %) dans le Nord-Pas-de-Calais, en Picardie, en Haute-Normandie et en Corse.

Répartition des cantons de la classe 5 dans l'ensemble des régions

Lecture : 14,1 % des cantons de la classe 5 sont situés en Pays de la Loire



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

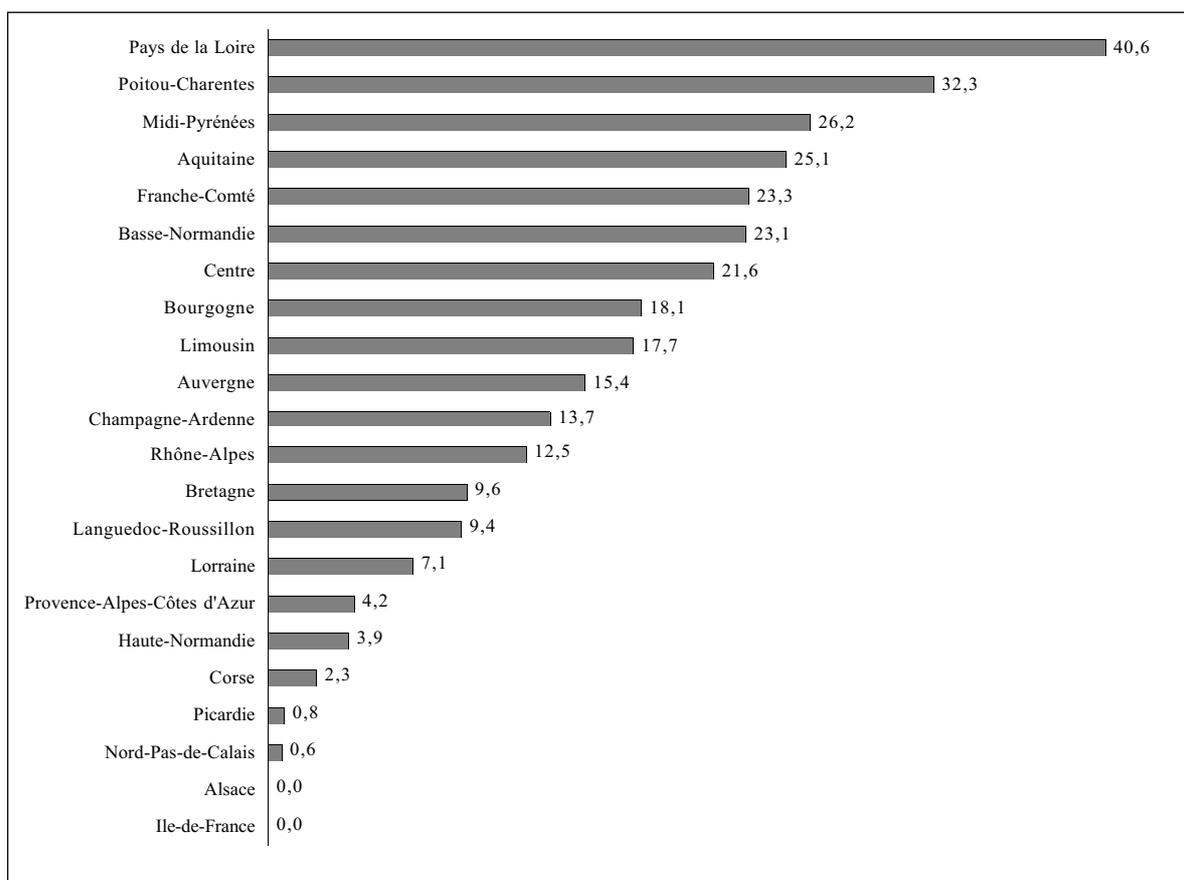
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

• Poids de la classe 5 dans chaque région

Cette classe de cantons représente 15 % des cantons en France. Elle est particulièrement représentée dans les régions Pays de la Loire (40,6 % des cantons de la région relèvent de cette classe), Poitou-Charentes, Midi-Pyrénées et Aquitaine.

Poids de la classe 5 dans chaque région

Lecture : 40,6 % des cantons des Pays de la Loire relevant de la classe 5



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

Dans les Pays de la Loire,

cette classe, très importante dans la région, rassemble 23% de la population régionale. Elle regroupe une grande partie des zones rurales, notamment en Mayenne, Sarthe et Maine-et-Loire.

En Poitou-Charentes,

il s'agit de cantons ruraux à dominante industrielle. Le Nord des Deux-Sèvres en est un exemple avec la présence d'un grand groupe de l'industrie automobile et la proximité du Pays choletais longtemps considéré comme un modèle de l'intégration de l'industrie (textile notamment) en milieu rural. La vallée de la Charente et le Nord-Est du département de Charente (industrie agroalimentaire, travail du bois, cartonnage), ainsi que le Haut-Poitou sont également dans cette situation.

En Midi-Pyrénées,

ce sont le plus souvent de petits cantons ruraux situés principalement dans l'Aveyron et le Tarn.

En Aquitaine,

ces cantons sont souvent situés dans l'espace rural mais à proximité des zones urbaines. Peu dotés en équipement, ils ne sont cependant pas trop éloignés géographiquement des zones ressources.

En Franche-Comté,

il s'agit de cantons ruraux très peu peuplés, à dominante agricole.

En Bourgogne,

cette classe est surtout présente en Saône-et-Loire, où elle regroupe trois fois plus de cantons et d'habitants qu'en moyenne en France. Ce type de cantons est décrit comme un espace "rural autonome" avec un poids relatif important de l'industrie, notamment de biens de consommation et agroalimentaire.

En Limousin,

ces cantons se situent à la périphérie de Saint-Junien en Haute-Vienne, de Guéret en Creuse et forment une grande couronne autour des deux principales agglomérations de Corrèze, Brive et Tulle.

En Champagne-Ardenne,

ces cantons se caractérisent par des espaces agricoles importants : les grandes cultures (céréales, oléagineux, protéagineux) dominent dans la plaine de craie champenoise, tandis que l'élevage (spécialisation laitière et viande bovine) est présent dans les zones périphériques des départements de la région. Des industries agro-alimentaires et textiles sont implantées sur certaines de ces terres agricoles.

En Languedoc-Roussillon,

ces cantons sont situés essentiellement dans les zones rurales de moyenne montagne de la Lozère et du Nord-Ouest de l'Aude.

Cantons à fortes proportions d'agriculteurs et de personnes âgées, socialement peu favorisés, en sous-mortalité générale, éloignés des services d'urgence et des maternités

• Principales caractéristiques de la classe 6

Cette classe est composée de 392 cantons (10,6 %). Très faiblement peuplés, ces cantons regroupent 1,6 million d'habitants, soit 2,8% de la population du territoire métropolitain. Le vieillissement marqué de la population (14 % de 75 ans ou plus contre moins de 9 % en moyenne) est la première caractéristique de ces cantons. On y trouve la plus forte part d'agriculteurs dans la population active (17,1 %) seule catégorie socio-professionnelle que l'on trouve sur représentée dans ces cantons.

On retrouve par ailleurs d'autres indicateurs de précarité caractéristiques du « rural isolé » (foyers fiscaux non-imposés, logements sans confort). S'y ajoute une forte part de bénéficiaires de l'AAH (4 %), une part un peu supérieure à la moyenne de bénéficiaires du RMI (3,5 %) et de jeunes non diplômés (14,1 %). Le mode de vie isolé est également plus fréquent puisque les pourcentages de ménages d'une personne et les bénéficiaires de l'API sont supérieurs à la moyenne.

Sur le plan de l'offre de soins, ces cantons ont les plus longues distances à parcourir pour accéder aux services hospitaliers d'urgence (presque 30 minutes). Les densités en infirmiers et en omnipraticiens libéraux y sont relativement importantes (158 et 115 pour 100 000). Les dessertes en autres professionnels de santé libéraux sont en revanche plus faibles qu'en moyenne en France.

Ces cantons sont par ailleurs caractérisés par une faible mortalité générale, notamment par cancers, par pathologies associées à l'alcool, par affections respiratoires, par cardiopathies ischémiques. Ils présentent par contre une surmortalité par maladies vasculaires cérébrales (90 pour 100 000) et par accidents de la circulation (21 pour 100 000).

En définitive, il s'agit des zones rurales les plus éloignées des agglomérations, peu attractives, parfois situées dans des zones montagneuses ou en limite de département, en déclin démographique, avec une forte population âgée et une activité économique limitée à l'agriculture (notamment élevage).

**Classe 6 : Indicateurs statistiquement supérieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur ≤ 1 %)**

Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
accès services urgences (en minutes)	28,3	11,4
accès maternité (en minutes)	31,4	12,7
% population âgée	13,8	8,9
% agriculteurs	17,1	6,8
% foyers non imposés	63,5	50,9
% allocataires AAH	3,9	2,4
densité infirmiers libéraux	158,5	91,5
% résidences principales sans confort	3,1	1,7
densité omnipraticiens libéraux	114,8	94,3
% allocataires RMI	3,5	2,5
taux mortalité accidents circulation	20,9	17,6
% allocataires API	12,4	10,3
% ménages d'une personne	10,3	9,2
% jeunes non diplômés	14,1	13,0
taux mortalité mal. vasculaires cérébrales	90,3	85,4

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

**Classe 6 : Indicateurs statistiquement inférieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur ≤ 1 %)**

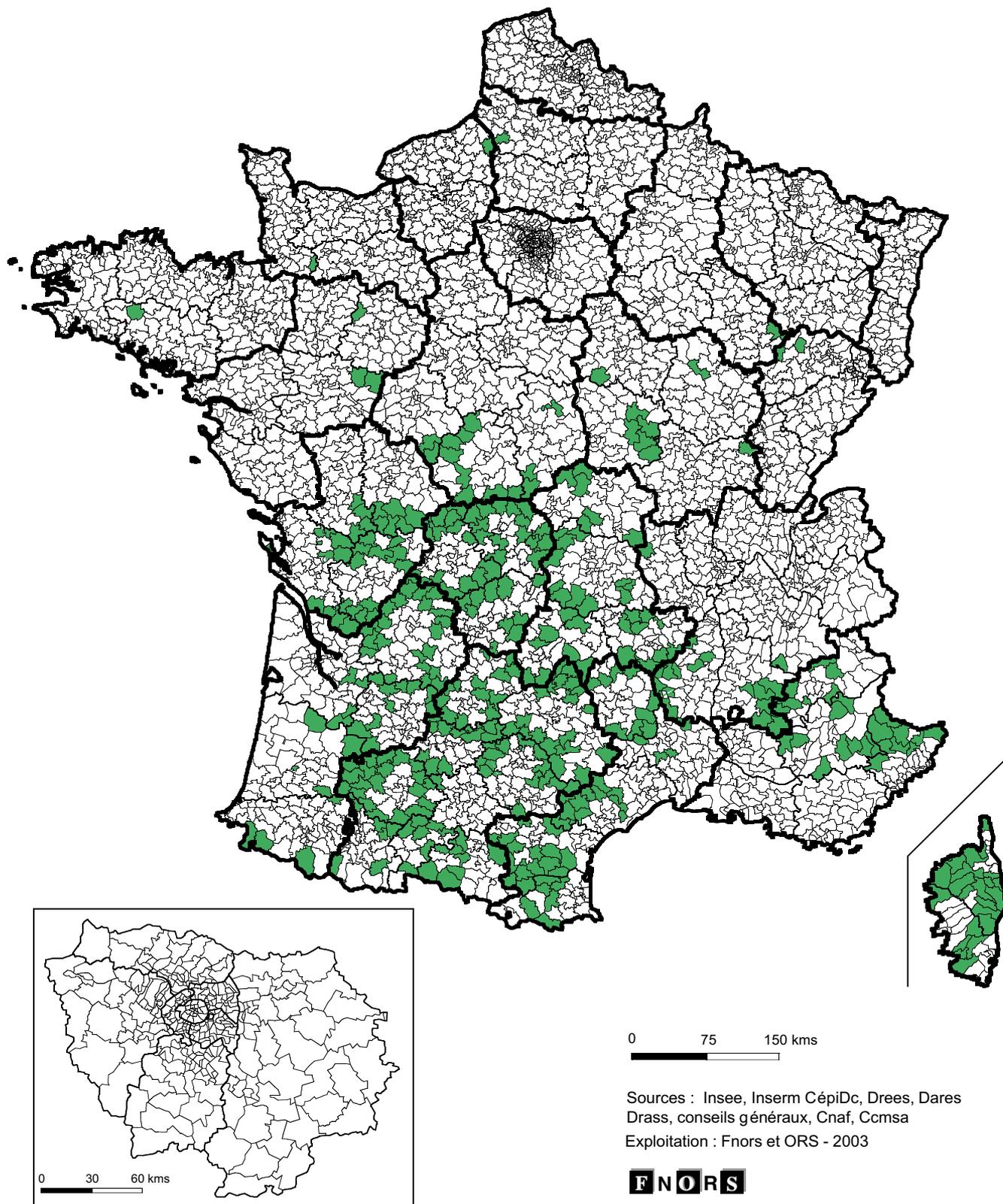
Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
taux mortalité cancers	223,5	254,1
taux mortalité cancer poumon	32,8	40,4
% cadres	5,7	8,8
% personnes âgées vivant seules	31,8	35,5
taux mortalité liée alcool	33,8	41,9
taux mortalité cancer sein	30,6	36,5
% employés	25,7	27,3
% ouvriers	26,0	29,1
taux mortalité cardiopathies ischémiques	81,2	88,2
% omnipraticiens honoraires libres	2,5	6,9
taux mortalité générale	957,2	994,6
taux mortalité cancer intestin	27,7	30,0
taux mortalité mal. appareil respiratoire	73,6	79,2
densité chirurgiens-dentistes libéraux	39,9	45,3
taux mortalité prématurée	229,4	235,1

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

Les indicateurs sont présentés dans les tableaux par ordre décroissant de significativité indépendamment de leur thème d'appartenance.

• Carte de la classe 6

Cantons avec de plus fortes proportions d'agriculteurs et de personnes âgées, socialement peu favorisés, en sous-mortalité générale, éloignés des services d'urgence et des maternités



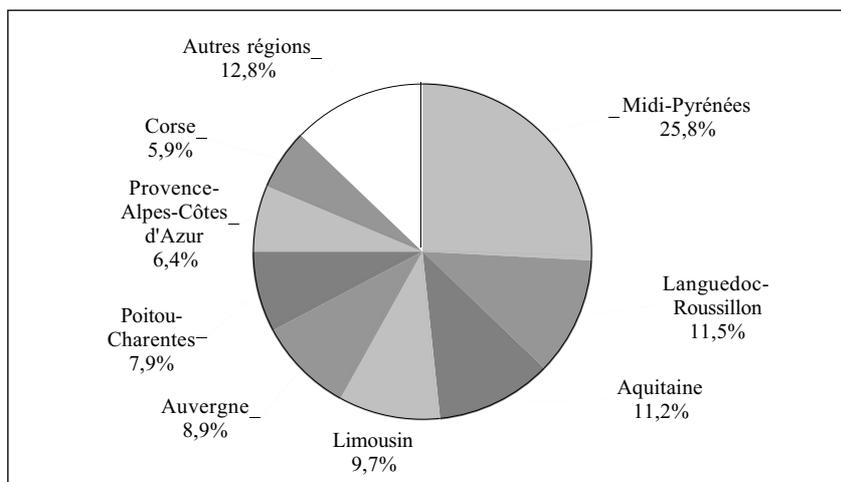
• Répartition des cantons de la classe 6 dans l'ensemble des régions

La région Midi-Pyrénées concentre 26 % des cantons de cette classe. Viennent ensuite les régions Languedoc-Roussillon, Aquitaine et Limousin qui regroupent chacune environ 10% des cantons de la classe 6.

Ce type de cantons n'est pas du tout présent en Île-de-France, Alsace, Lorraine et Nord-Pas-de-Calais, et très peu représentés (moins de 1 %) en Basse-Normandie, Pays de la Loire, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Picardie, Haute-Normandie, Bretagne.

Répartition des cantons de la classe 6 dans l'ensemble des régions

Lecture : 25,8 % des cantons de la classe 6 sont situés en Midi-Pyrénées



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

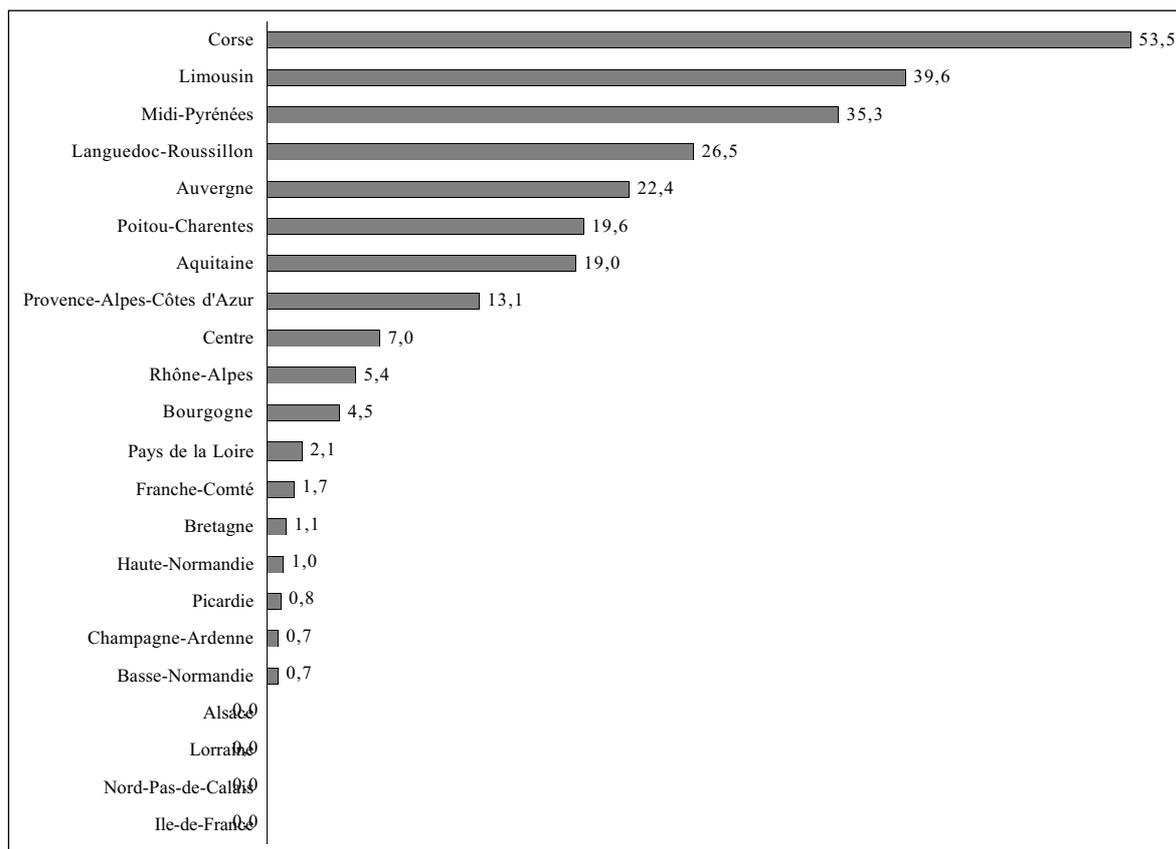
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

• Poids de la classe 6 dans chaque région

Cette classe de cantons représente 10,6 % des cantons en France. Son poids est plus important dans les régions Corse (53,5 % des cantons de la région relève de cette classe), Limousin et Midi-Pyrénées, puis Languedoc-Roussillon et Auvergne.

Poids de la classe 6 dans chaque région

Lecture : 53,5 % des cantons de Corse relèvent de la classe 6



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

En Corse,

ces cantons ruraux sont faiblement peuplés. Le réseau routier les rend éloignés, en temps de trajet, des deux villes principales. Leur fenêtre côtière, quand elle existe, présente un faible développement touristique. Sinon, ces cantons de montagne ont une forte proportion de personnes âgées et posent des problèmes en termes de prise en charge sanitaire.

En Limousin,

ces cantons ruraux regroupent près du quart de la population régionale. Ils sont situés aux limites des trois départements et éloignés des centres urbains. Plus de la moitié des cantons creusois relève de cette classe.

En Midi-Pyrénées,

les cantons de cette classe 6 regroupent une forte proportion d'agriculteurs, de personnes âgées et sont éloignés des services d'urgences, facteurs qui caractérisent cet espace rural de la région. C'est dans cette classe que se trouvent les cantons de la région ayant les taux de mortalité générale et prématurée les plus élevés de la région.

En Languedoc-Roussillon,

il s'agit principalement des cantons de moyenne montagne, où la densité de population est faible, situés sur les contreforts du Massif Central, des Cévennes et des Corbières. Dans ces cantons en déclin démographique, l'activité économique est limitée, tournée principalement vers l'agriculture.

En Auvergne,

ce sont majoritairement des cantons isolés, situés dans les zones montagneuses, avec une population en baisse depuis 1990, et où l'activité est liée à l'agriculture et au tourisme vert.

En Aquitaine,

très souvent situés en périphérie des départements, les cantons de cette classe sont localisés dans les zones rurales les plus éloignées des agglomérations. Ils se situent dans le Nord et l'Est de la Dordogne, aux confins du Lot-et-Garonne et des Landes, et dans les zones montagneuses des Pyrénées-Atlantiques

En Provence-Alpes-Côte d'Azur,

ces cantons sont situés dans les départements alpins de la région les plus ruraux.

Dans la région Centre,

ces cantons sont localisés dans l'extrême Sud de la région. Il s'agit de cantons en déclin démographique, peu attractifs, dépourvus de pôles industriels importants (économie de proximité, petites entreprises, artisan...). La quasi totalité sont situés en « zones rurales fragiles ». Le secteur agricole y est à dominante animale, orienté vers la boucherie. Ces zones d'élevage ont été confrontées aux problèmes de quotas laitiers et aux récentes crises sanitaires (« vache folle » ou ESB).

En Rhône-Alpes,

la quasi totalité de ces cantons se situent en Ardèche et dans la Drôme, départements les plus ruraux et âgés de la région, loin de la vallée du Rhône.

En Bourgogne,

ces cantons sont concentrés dans le Morvan, sur le bord est de la Nièvre.

Cantons socialement défavorisés, avec un mode de vie isolée fréquent, une surmortalité très marquée, notamment prématurée

• Principales caractéristiques de la classe 7

Cette classe compte 259 cantons (soit 7,0 %), relativement peuplés puisqu'ils regroupent 7 millions d'habitants, soit 12,0 % de la population de France métropolitaine.

La caractéristique prédominante de cette classe est la surmortalité très marquée (la plus élevée de toutes les classes), aussi bien générale que prématurée, pour toutes les principales pathologies étudiées, hormis les accidents de circulation.

Les conditions de vie précaires sont particulièrement fréquentes. Les proportions de bénéficiaires du RMI (4,8 %) et de l'API (16,2 % des familles monoparentales) sont les plus élevées de toutes les classes. Il en est de même de la proportion de chômeurs de longue durée (31,8%) et des jeunes non diplômés (16,7 %).

La population active comprend davantage d'employés et d'ouvriers qu'en moyenne en France et, à l'inverse peu de cadres et très peu d'agriculteurs.

Les personnes âgées sont relativement moins nombreuses qu'en moyenne en France, mais elles vivent plus souvent seules.

On compte par ailleurs en moyenne 19,4 % de familles monoparentales (contre 14% pour l'ensemble des cantons).

Ces cantons sont plutôt proches des services hospitaliers d'urgence. La desserte en omnipraticiens (103 pour 100 000) est un peu plus élevée que la moyenne, celle en infirmiers libéraux (62 pour 100 000) au contraire est plus réduite que dans l'ensemble du pays.

En définitive, il s'agit de cantons périurbains à dominante ouvrière mais touchés par le déclin de l'industrie, et caractérisés par une fragilité à la fois sociale et sanitaire marquée.

**Classe 7 : Indicateurs statistiquement supérieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur $\leq 1\%$)**

Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
taux mortalité liée alcool	71,0	41,9
taux mortalité prématurée	315,6	235,1
taux mortalité cancers	316,2	254,1
taux mortalité générale	1174,4	994,6
taux mortalité cancer poumon	58,1	40,4
% allocataires RMI	4,8	2,5
taux mortalité mal. appareil respiratoire	103,6	79,2
% familles monoparentales	19,4	14,0
% personnes âgées vivant seules	42,3	35,5
taux mortalité cardiopathies ischémiques	108,0	88,2
% allocataires API	16,2	10,3
% jeunes non diplômés	16,7	13,0
% employés	30,5	27,3
taux mortalité cancer intestin	35,3	30,0
% chômeurs longue durée	31,8	27,7
taux mortalité cancer sein	44,3	36,5
taux mortalité mal. vasculaires cérébrales	96,4	85,4
% ouvriers	33,5	29,1
% foyers non imposés	54,8	50,9
% allocataires AAH	3,0	2,4
% ménages d'une personne	10,2	9,2
densité omnipraticiens libéraux	103,0	94,3
taux mortalité suicide	23,8	22,3

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

**Classe 7 : Indicateurs statistiquement inférieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur $\leq 1\%$)**

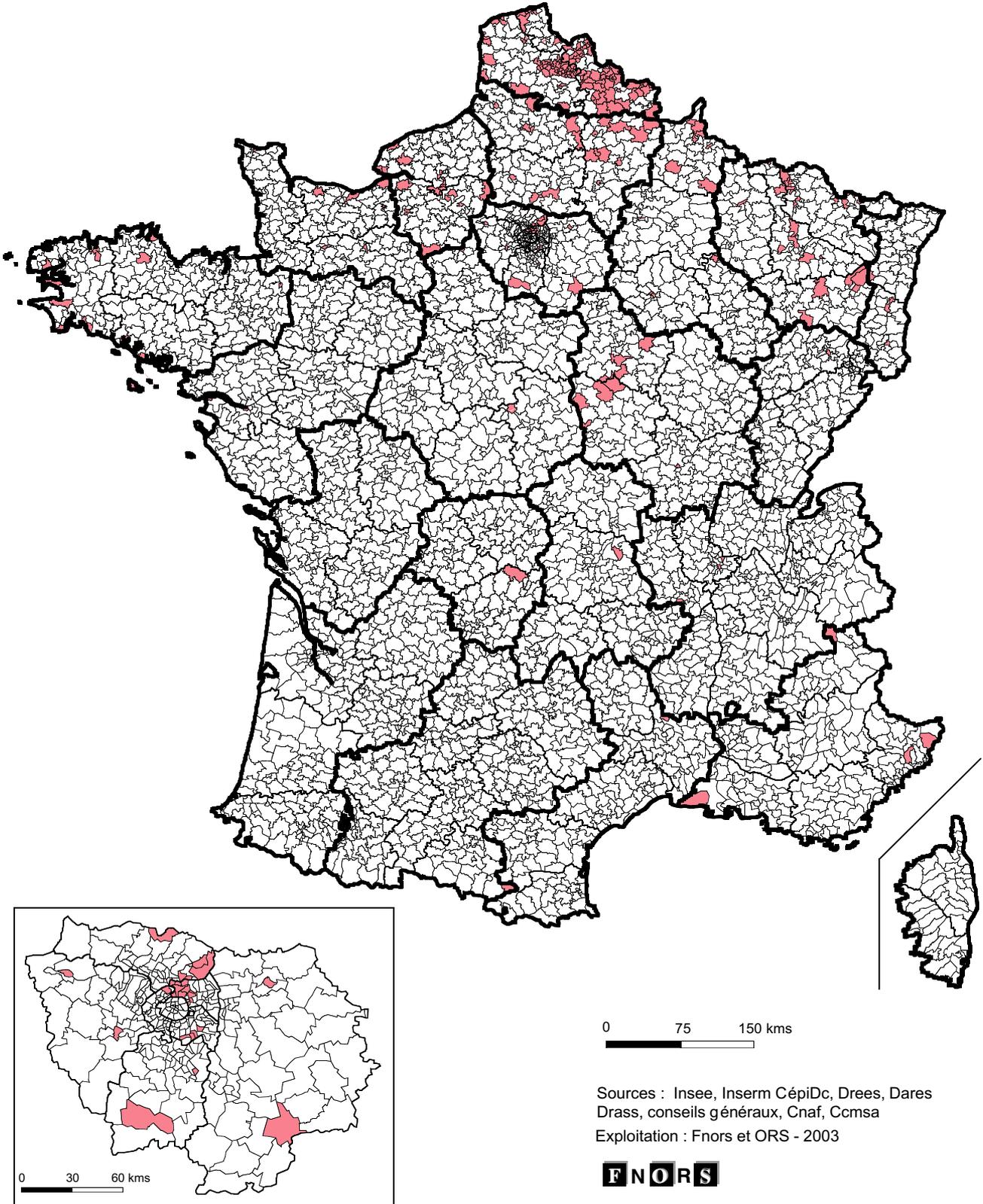
Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
% agriculteurs	1,3	6,8
% population âgée	7,1	8,9
taux mortalité accidents circulation	13,1	17,6
accès maternité (en minutes)	6,3	12,7
accès services urgences (en minutes)	5,7	11,4
densité infirmiers libéraux	61,8	91,5
% cadres	7,9	8,8

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

Les indicateurs sont présentés dans les tableaux par ordre décroissant de significativité indépendamment de leur thème d'appartenance.

• **Carte de la classe 7**

Cantons socialement défavorisés, avec un mode de vie isolé fréquent, une sur-mortalité très marquée, notamment prématurée



Sources : Insee, Inserm CépiDc, Drees, Dares
Drass, conseils généraux, Cnaf, Ccmsa
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

FNORS

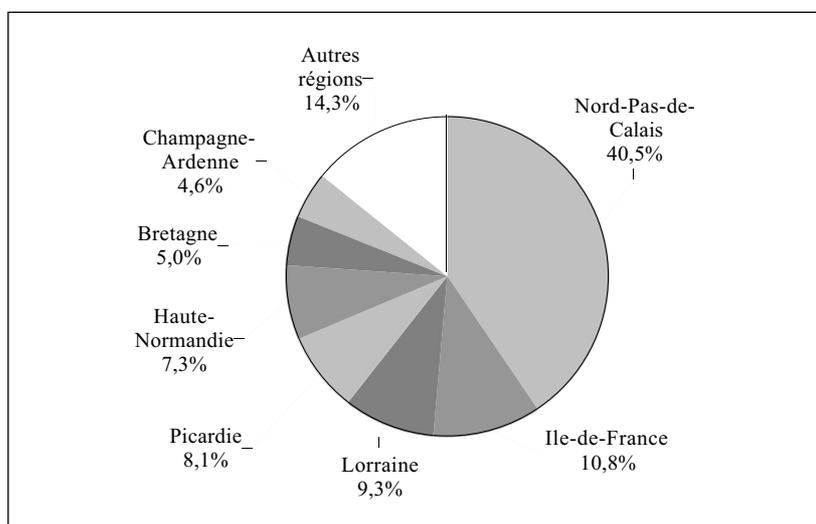
• Répartition des cantons de la classe 7 dans l'ensemble des régions

Ce type de cantons est principalement présent dans la région Nord-Pas-de-Calais qui regroupe en effet 40,5 % des cantons de la classe, puis, dans une moindre mesure, en l'Île-de-France (avec 10,8% des cantons de la classe), puis en Lorraine (9,3 %), Picardie (8,3 %) et Haute-Normandie (7,3 %).

Cette classe n'est pas du tout présente dans les régions Corse et Poitou-Charentes, et très peu (moins de 1 %) dans sept régions (Centre, Aquitaine, Limousin, Franche-Comté, Midi-Pyrénées, Auvergne, Languedoc-Roussillon).

Répartition des cantons de la classe 7 dans l'ensemble des régions

Lecture : 30,5 % des cantons de la classe 7 sont situés dans le Nord-Pas-de-Calais



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

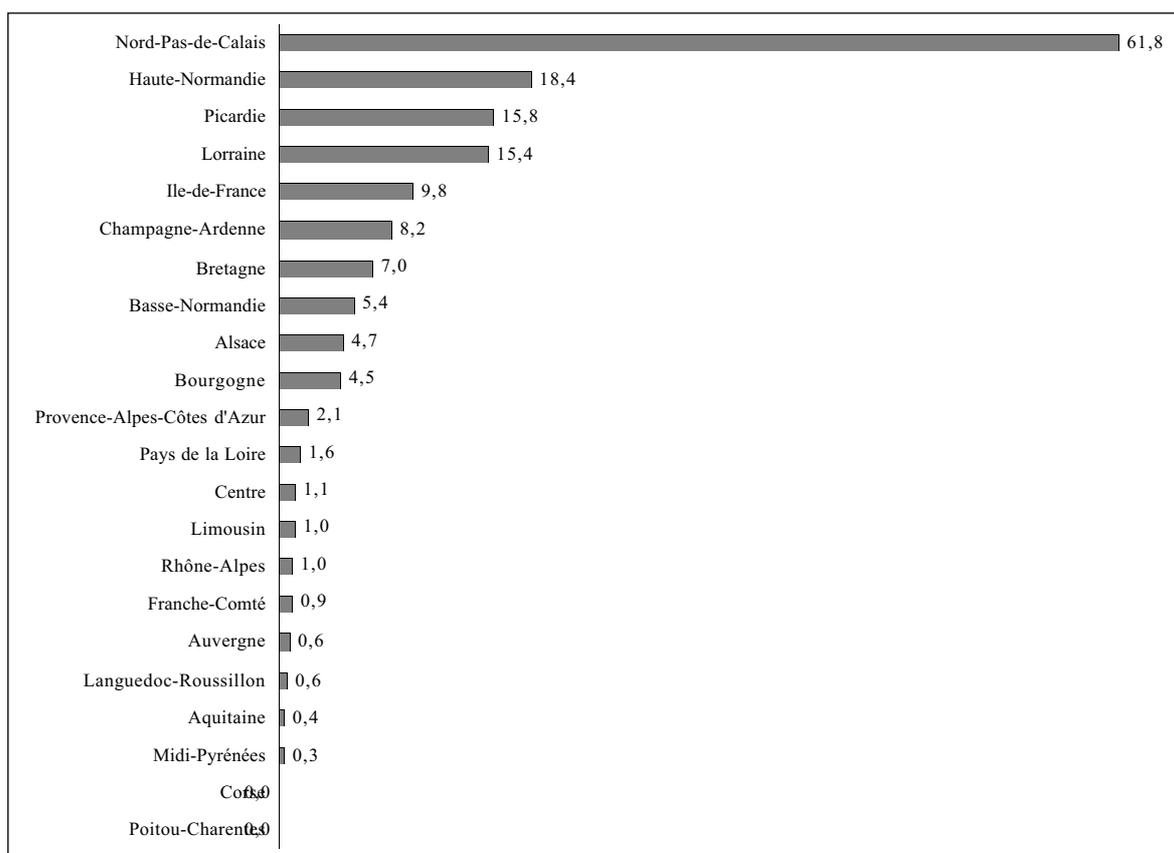
• Poids de la classe 7 dans chaque région

Cette classe représente 7 % des cantons de France. Elle est prédominante dans le Nord-Pas-de-Calais où 61,8 % des cantons de la région relèvent de cette classe.

Elle est également bien représentée en Haute-Normandie où elle regroupe 18,4% des cantons de la région, puis en Picardie (15,8 %) et en Lorraine (15,4 %).

Poids de la classe 7 dans chaque région

Lecture : 61,8 % des cantons du Nord-Pas-de-Calais relèvent de la classe 7



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

Dans le Nord-Pas-de-Calais,

ces cantons de la classe 7 correspondent à l'ensemble des espaces urbains, fortement peuplés de la métropole lilloise, du bassin minier, du Cambrésis et de la région de Maubeuge ainsi que tous les pôles urbains du Littoral Nord-Pas-de-Calais (Dunkerque, Calais et Boulogne-sur-Mer).

En Haute-Normandie,

ces cantons constituent deux zones couvrant le Nord-Est de Rouen et l'agglomération d'Elbeuf, ainsi que le Havre et son agglomération. Il s'agit de cantons ayant souffert du déclin de l'industrie traditionnelle (textile) malgré le maintien d'autres sites importants (automobile, ateliers SNCF, pétrochimie, activités portuaires).

En Picardie,

il s'agit de cantons situés au Nord-Est de la région. Ils sont marqués par une décroissance de la population et des indicateurs sociaux défavorables en liaison avec la chute de l'emploi agricole et la crise de certaines activités industrielles (textile et métallurgie notamment). Les cantons villes-centres de Picardie appartiennent à cette classe plutôt qu'à la classe 3 (Amiens, Abbeville, Saint-Quentin, Laon, Soissons, Beauvais). Ceci souligne que les grandes agglomérations picardes se distinguent par des difficultés sanitaires et sociales plus marquées que dans la plupart des autres centres urbains français.

En Lorraine,

ces cantons, qui regroupent plus du cinquième de la population régionale, caractérisent surtout des anciennes zones sidérurgiques entre Metz et Thionville, et entre Pont-à-Mousson et Nancy, aujourd'hui en reconversion industrielle (automobile, électronique, plasturgie et échanges frontaliers avec le Luxembourg). Sont également dans cette classe les anciens cantons d'industrie du bois dans les Vosges et quelques cantons du bassin houiller. Les crises industrielles ont entraîné une forte émigration entre 1975 et 1990, mais actuellement le solde migratoire tend vers un équilibre.

En Ile-de-France,

les cantons appartenant à cette classe 7 sont situés principalement dans le département de Seine-Saint-Denis, avec un prolongement dans la partie est du Val-d'Oise. D'autres cantons plus isolés sont localisés dans le Val-de-Marne ou en grande couronne.

En Champagne-Ardenne,

Il s'agit de pôles urbains ou de cantons périurbains à dominante ouvrière affichant une fragilité sociale et sanitaire, et un solde migratoire négatif.

En Basse-Normandie,

ces cantons sont essentiellement situés sur la côte nord du Calvados (Bayeux, Cabourg, Mondeville, Lisieux, Honfleur,...). Certains d'entre eux ont été touchés par la fermeture de sites industriels emblématiques, comme la Société Métallurgique de Normandie (SMN) en 1993 et Moulinex plus récemment.

Cantons avec une forte proportion d'ouvriers, en surmortalité générale et prématurée, peu dotés en équipements de santé

• Principales caractéristiques de la classe 8

Cette classe compte 659 cantons (soit 17,8 % de l'ensemble), relativement peu peuplés, puisqu'ils regroupent 5,9 millions d'habitants, soit 10,1 % de la population de France métropolitaine.

La caractéristique principale de cette classe est une surmortalité générale et prématurée. Si les taux de mortalité sont un peu moins élevés dans cette classe que dans la classe 7, la surmortalité est présente pour toutes les causes (y compris les accidents de la circulation et les suicides).

Cette classe se caractérise aussi par une forte proportion d'ouvriers (36,2 %) et une proportion d'agriculteurs plus élevée que la moyenne des cantons. En revanche, les proportions d'employés et surtout de cadres sont plus réduites.

Les indicateurs de précarité sont supérieurs aux moyennes nationales, à l'exception des bénéficiaires du RMI, qui sont inférieurs, et ceux de l'AAH, qui ne sont pas différents.

Ces cantons sont relativement éloignés des centres hospitaliers et les densités en professionnels de santé libéraux (médicaux et paramédicaux) sont nettement inférieures aux moyennes des cantons.

En définitive, il s'agit de cantons peu dynamiques démographiquement, centrés sur de petites villes industrielles en difficulté, souvent en reconversion économique, mal desservis par l'offre de soins, en surmortalité pour les principales causes de décès.

**Classe 8 : Indicateurs statistiquement supérieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur $\leq 1\%$)**

Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
taux mortalité générale	1112,5	994,6
% ouvriers	36,2	29,1
taux mortalité cardiopathies ischémiques	104,8	88,2
taux mortalité liée alcool	55,2	41,9
taux mortalité prématurée	268,3	235,1
taux mortalité suicide	28,3	22,3
taux mortalité cancers	277,6	254,1
% résidences principales sans confort	2,7	1,7
taux mortalité mal. appareil respiratoire	92,9	79,2
taux mortalité mal. vasculaires cérébrales	96,7	85,4
% foyers non imposés	55,0	50,9
% jeunes non diplômés	14,6	13,0
taux mortalité cancer intestin	32,2	30,0
% personnes âgées vivant seules	37,2	35,5
taux mortalité cancer poumon	43,4	40,4
% agriculteurs	8,4	6,8
% chômeurs longue durée	29,0	27,7
taux mortalité accidents circulation	19,4	17,6
% allocataires API	11,5	10,3
accès services urgences (en minutes)	13,3	11,4
accès maternité (en minutes)	14,2	12,7
taux mortalité cancer sein	38,1	36,5

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

**Classe 8 : Indicateurs statistiquement inférieurs à la moyenne nationale
(risque d'erreur $\leq 1\%$)**

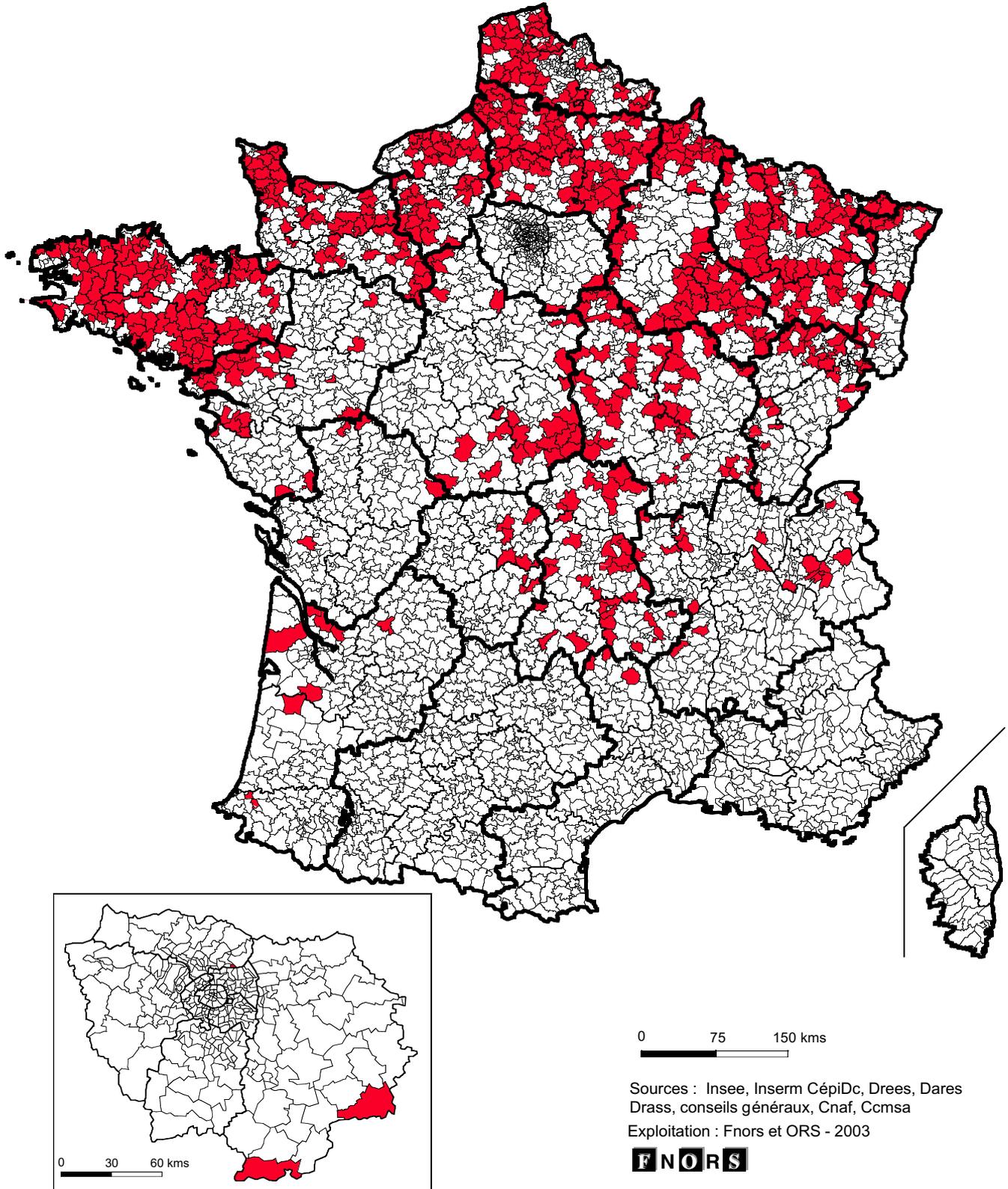
Variables caractéristiques	Moyenne des cantons de la classe	Moyenne de tous les cantons de France
% employés	24,9	27,3
% cadres	5,7	8,8
densité kinésithérapeutes libéraux	35,1	52,8
% familles monoparentales	11,3	14,0
densité chirurgiens-dentistes libéraux	30,3	45,3
densité omnipraticiens libéraux	78,5	94,3
% ménages d'une personne	7,6	9,2
% omnipraticiens honoraires libres	1,7	6,9
densité infirmiers libéraux	72,0	91,5
% allocataires RMI	2,0	2,5

Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

Les indicateurs sont présentés dans les tableaux par ordre décroissant de significativité indépendamment de leur thème d'appartenance.

• Carte de la classe 8

Cantons avec une forte proportion d'ouvriers, en surmortalité générale et prématurée, peu dotés en équipements de santé



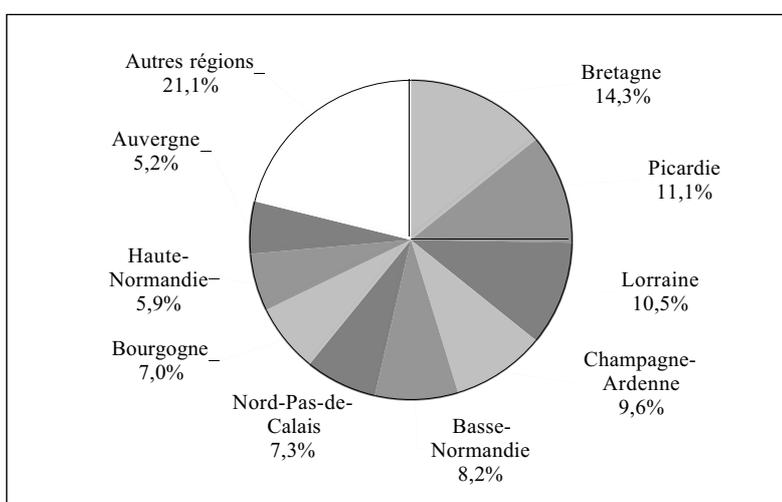
• Répartition des cantons de la classe 8 dans l'ensemble des régions

On trouve cette classe de cantons dans la majorité des régions, mais elle est particulièrement présente au Nord de la Loire (sauf en Ile-de-France).

La Bretagne rassemble 14,3% des cantons de la classe, suivie de la Picardie, de la Lorraine et de la Champagne-Ardenne. En revanche, cette classe est totalement absente dans les régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Midi-Pyrénées et Corse, et très peu représentée (moins de 1%) en Ile-de-France, Poitou-Charentes et Languedoc-Roussillon.

Répartition des cantons de la classe 8 dans l'ensemble des régions

Lecture : 14,3 % des cantons de la classe 8 sont situés en Bretagne



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

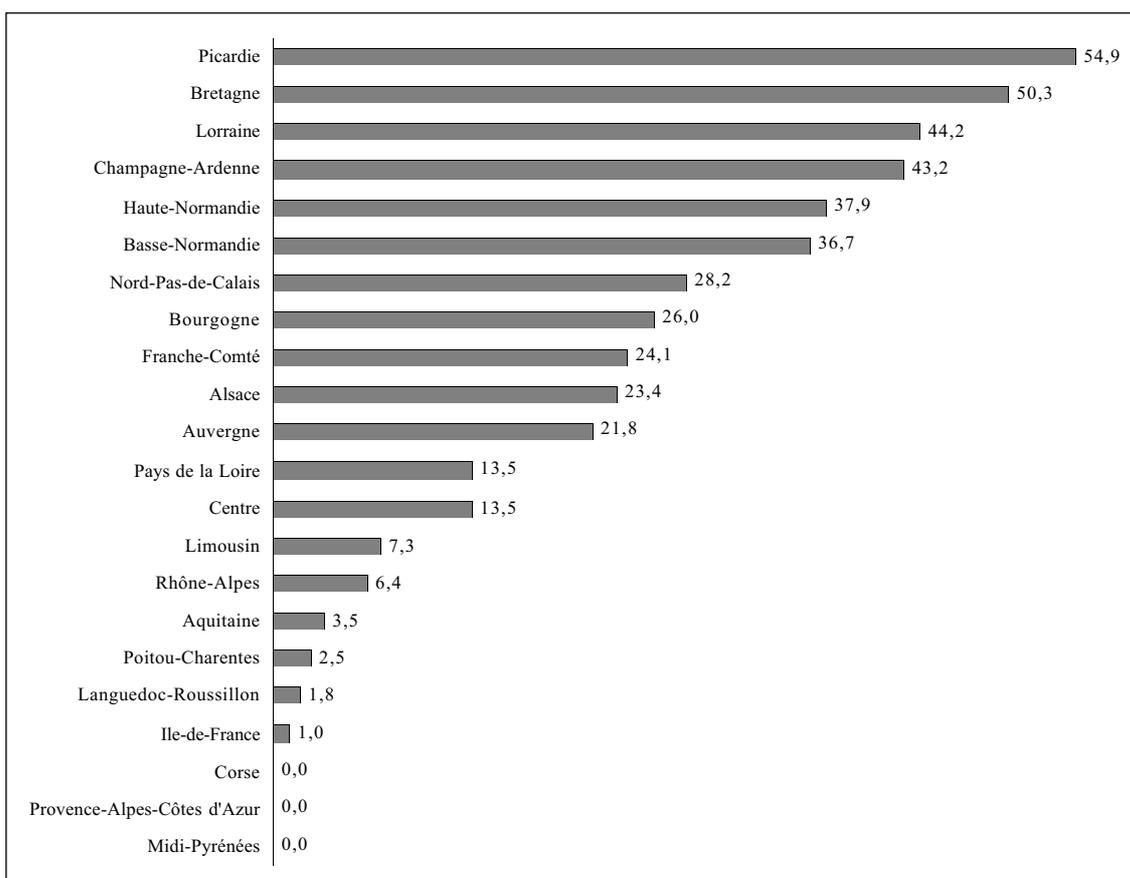
Exploitation : Fnors et ORS - 2003

• Poids de la classe 8 dans chaque région

Cette classe de cantons représente 17,8 % des cantons de France. Son poids est très important dans les régions Picardie (54,9 % des cantons de la région relèvent de cette classe), Bretagne (50,3 %), Lorraine, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie et Basse-Normandie.

Poids de la classe 8 dans chaque région

Lecture : 54,9 % des cantons de Picardie relèvent de la classe 8



Sources : Insee, Inserm (CépiDc), Drees, Dares, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

En Picardie,

la classe 8 couvre l'essentiel du territoire régional excepté le Sud de l'Oise et quelques cantons du Nord-Est. Ce sont des cantons où le secteur tertiaire est peu développé et où l'agriculture et l'industrie sont plus présentes que dans le reste de la région notamment dans le secteur agroalimentaire. Les indicateurs sanitaires et sociaux sont moins favorables que la moyenne nationale mais ce ne sont pas nécessairement les cantons qui présentent les plus grandes difficultés en Picardie.

En Bretagne,

ces cantons sont relativement peu urbanisés. Ils couvrent la majeure partie du territoire des trois départements les plus à l'Ouest de la région, le Finistère, le Morbihan, les Côtes-d'Armor), ainsi que le Sud et le Nord de l'Ille-et-Vilaine. Les revenus des ménages domiciliés dans ces cantons sont moins élevés qu'en moyenne dans la région. L'agriculture et l'industrie agroalimentaire, qui a connu une forte augmentation du nombre des ouvriers qualifiés au cours des années quatre-vingt-dix, sont les secteurs d'activité dominants.

En Lorraine,

ces cantons possèdent souvent des industries en difficulté. Trois types de cantons sont présents dans cette classe : d'une part, des cantons ruraux surtout en Meuse, dans les Vosges et au Sud de la Meurthe-et-Moselle, d'autre part des cantons centrés sur de petites villes industrielles (tels que les cantons du Nord de la Meurthe-et-Moselle où se trouvaient les mines de fer), et enfin la majorité des cantons du bassin houiller. La reconversion de cette zone est en cours (comme l'industrie automobile avec par exemple la SMART). La proximité de l'Allemagne contribue en partie au maintien de l'emploi (1 000 frontaliers supplémentaires employés chaque année).

En Champagne-Ardenne,

il s'agit de cantons frappés par les crises industrielles et qui sont notamment localisés dans la vallée de la Meuse et dans la Marne moyenne, zones de vieille tradition industrielle. La première de ces zones regroupe la sidérurgie, le travail de métaux non ferreux et la petite métallurgie (forge, estampage, fonderie), importante par son grand nombre d'établissements. La seconde regroupe le textile, essentiellement avec les établissements lainiers. La diversification de ces zones avec l'apparition de nouveaux secteurs industriels (automobile et plasturgie) est insuffisante face au déclin industriel. C'est pourquoi certains de ces cantons s'orientent vers l'industrie des hautes technologies.

En Haute-Normandie,

Ces cantons forment trois zones :

- l'Ouest de l'Eure, zone enclavée fortement rurale à l'habitat dispersé, avec une population vieillissante au faible dynamisme démographique, au faible niveau de qualification et de revenus, et un poids élevé de l'agriculture (notamment l'élevage bovin et la production laitière) ainsi que de petites industries ayant perdu beaucoup d'emplois dans les années 80 ;
- le Nord-Est de l'Eure, zone d'échanges entre la Haute-Normandie, la Picardie et l'Île-de-France, caractérisée par un solde migratoire très positif ;
- en Seine-Maritime, une large zone continentale fortement agricole, se prolongeant sur les territoires adjacents de Picardie, en déclin démographique, avec une population peu qualifiée, à faibles revenus et âgée. Elle est en partie dominée par l'agriculture et l'industrie agroalimentaire, mais récemment désenclavée par les axes autoroutiers Le Havre-Amiens et Rouen-Calais.

En Basse-Normandie,

ces cantons regroupent la majeure partie de la population bas-normande (30%) : il s'agit de cantons ruraux situés surtout dans la moitié nord de la région mais aussi aux extrémités Est et Ouest de l'Orne. D'une manière générale, l'élevage et l'industrie agroalimentaire y sont largement représentés : pêche, produits laitiers, industrie de la viande. Depuis 1996, la crise de la viande bovine a touché les éleveurs et transformateurs de ce secteur. Les cantons situés dans la moitié nord de la Manche se caractérisent par des activités industrielles et portuaires en diminution (baisse de la construction navale à Cherbourg).

Dans le Nord-Pas-de-Calais,

ces cantons constituent le deuxième groupe territorial de la région et correspondent à des secteurs plus ruraux que ceux de la classe 7 : Flandre intérieure, arrière-pays de Boulogne-sur-Mer, Artois et Thiérache.

En Bourgogne,

ces cantons sont situés le plus souvent à l'Ouest de la région, dans la Nièvre et dans l'Yonne. Il s'agit de cantons d'implantations industrielles anciennes (mines, métallurgie), aujourd'hui disparues ou en reconversion plus ou moins facile.

En Franche-Comté,

ces cantons se situent principalement dans le Nord de la région, en particulier en Haute-Saône. Il s'agit de cantons essentiellement ruraux, peu densément peuplés, marqués par la présence de l'agriculture et par une part relativement importante de l'industrie (faiblesse de l'emploi tertiaire).

En Alsace,

il s'agit essentiellement de cantons à dominante rurale et de tradition industrielle du Nord-Ouest de la région et des Vosges, éloignés des grands centres urbains. Dans ces cantons, la mortalité générale est supérieure à la moyenne, mais, dans la majorité d'entre eux, la mortalité prématurée est également supérieure (ou proche) ce qui les différencie du reste de la région.

En Auvergne,

ces cantons sont localisés principalement dans le Puy-de-Dôme et l'Allier, au sein ou proches des bassins industriels auvergnats. Touchés par les restructurations et les suppressions d'emplois, il ont néanmoins bénéficié d'une certaine reprise.

Dans les Pays de la Loire,

les cantons de cette classe sont situés pour la plupart en Loire-Atlantique, dans la continuité de la région Bretagne, où cette classe est fortement représentée.

Dans la région Centre,

Il s'agit de zones industrielles anciennes particulièrement frappées par le déclin de certains secteurs ou les restructurations (métallurgie, armement, aéronautique et engins, à Bourges et Vierzon). Ces bassins d'emplois bénéficient d'aides européennes destinées aux bassins industriels en difficulté et aux restructurations des industries de défense.

Typologie globale

Si cette étude réitère le constat désormais « classique » depuis le début du XX^e siècle, d'une opposition entre le Nord en surmortalité, et le Sud en sous-mortalité, elle permet de mettre en évidence quelques nuances et apporte d'autres éclairages.

Sur la carte de typologie globale en huit classes, le classique « T » de surmortalité septentrional est bien retrouvé de la Bretagne à la Lorraine, en passant par le Nord-Pas-de-Calais, il ne se retrouve pas jusqu'en Alsace, et il est atténué dans le Centre.

En revanche, l'opposition rural/urbain est très prononcée avec trois classes qui concernent essentiellement des cantons urbains ou péri-urbains, et trois classes des cantons ruraux.

Mais ce clivage ne constitue pas pour autant une systématisation de la santé. Parmi les cantons urbains, les villes-centres (classe 3) se démarquent par une surmortalité prématurée alors que leurs couronnes sont en sous-mortalité (classes 1 et 2).

En ce qui concerne les cantons ruraux des classes 4, 5 et 6, ils sont caractérisés par un vieillissement démographique, une offre de soins réduite et une mortalité faible.

Mais ils sont peu représentés au Nord, où prédominent les deux classes qui regroupent des cantons en surmortalité à la fois générale et prématurée.

Cette typologie montre également que, dans certaines régions, une des huit classes peut représenter un poids très important, atteignant ou dépassant 60 % des cantons :

- en Alsace, les cantons de la classe 1 représentent 64 % des cantons de la région : importantes zones péri-urbaines, avec une population jeune, une offre de soins libérale peu élevée, et une sous-mortalité prématurée (avant 65 ans) marquée ;
- dans le Nord-Pas-de-Calais, les cantons de la classe 7 représentent 62 % des cantons de la région : zones urbaines et rurales, proches des centres hospitaliers, avec une forte population en situation précaire, et en surmortalité générale et prématurée ;
- en Île-de-France, les cantons de la classe 12 représentent 57 % des cantons de la région : zones urbaines et périurbaines favorisées, bien dotées en équipements de santé, en sous-mortalité générale et prématurée (avant 65 ans).

Cette typologie des cantons français met en évidence l'impact des facteurs sociaux, culturels et environnementaux sur l'état de santé d'une population et celui, plus nuancé et plus complexe, de l'offre de soins.

Certaines classes, en sous-mortalité, ont une offre de soins plutôt inférieure aux moyennes, c'est le cas des cantons périurbains (mais l'accès aux services de santé est aisé) et de certains cantons ruraux (où l'accès est beaucoup plus difficile). A l'opposé, la classe des villes-centres qui concentre la plupart des équipements de santé, se caractérise par une surmortalité prématurée.

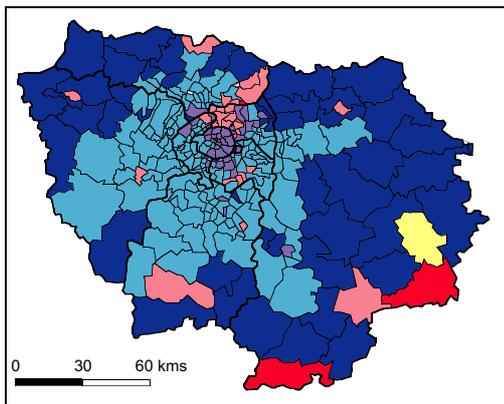
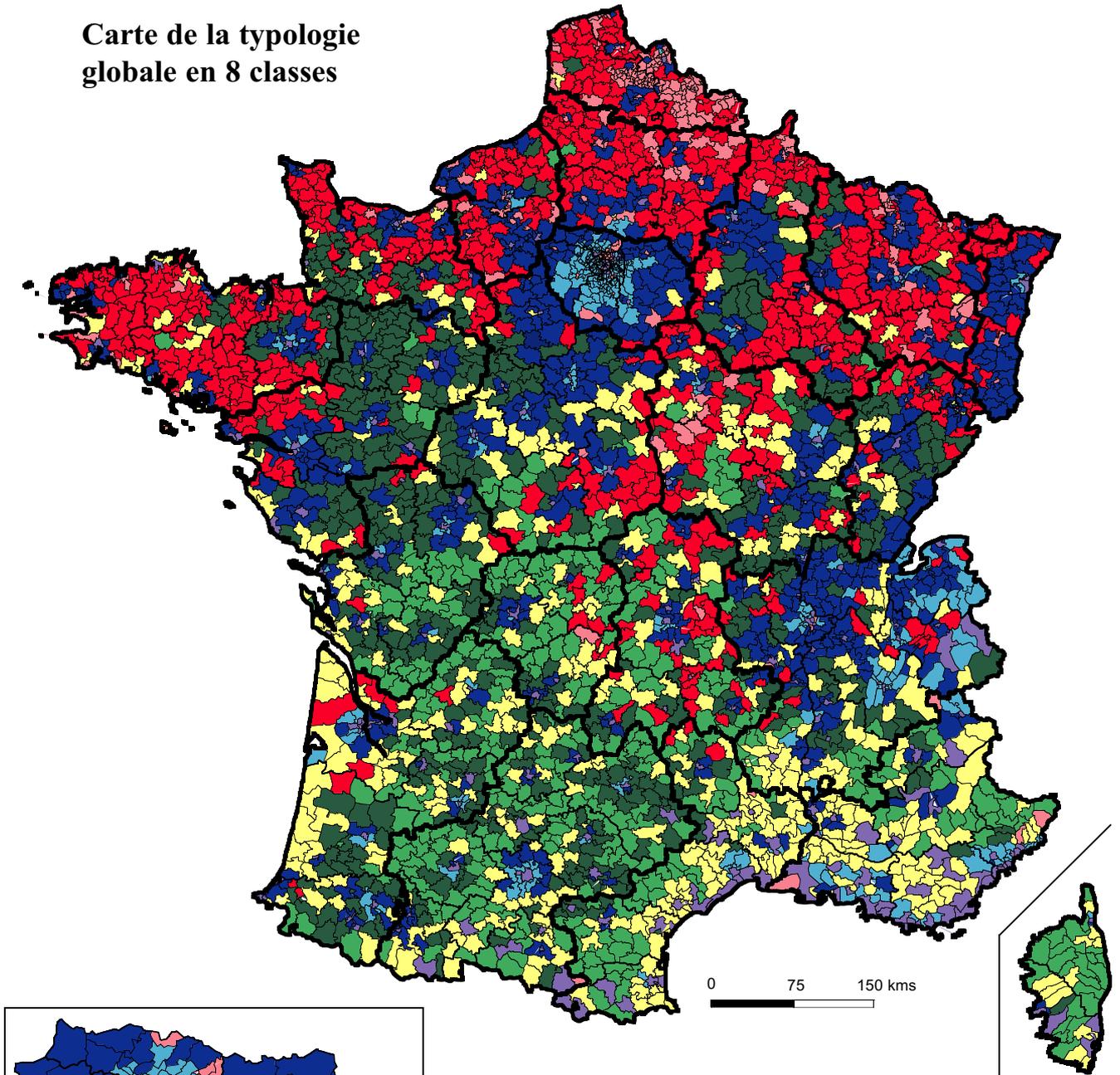
L'impact des inégalités sociales de santé est très prononcé dans notre pays, particulièrement pour la mortalité prématurée. On retrouve ce constat dans les classes 7 et 8 composées de cantons à fortes proportions de situations de précarité, à pourcentages élevés d'ouvriers, et en surmortalité générale et prématurée.

Le constat illustré par cette typologie soulève des interrogations :

- Pourquoi certains cantons ruraux agricoles avec une proportion élevée de personnes âgées et de population défavorisée, éloignés des centres hospitaliers, sont-ils plutôt en bonne santé (classe 6) ?
- Pourquoi dans les villes-centres, où sont concentrés beaucoup d'équipement de santé, observe-t-on une surmortalité prématurée ? Quels sont les véritables obstacles à l'accès à la prévention et aux soins ?
- Pourquoi les caractéristiques de santé des zones urbaines sont-elles homogènes sur tout le territoire, alors qu'il existe des contrastes très marqués dans les zones rurales ?
- Ces constats seront-ils durables ou bien des évolutions seront-elles perceptibles à moyen terme (impact de la CMU, de la baisse de l'offre de premier recours dans certaines zones déficitaires, du vieillissement démographique accentué au sud, ...) ?
- Reconduire cette étude régulièrement dans le temps, permettrait-il de voir « bouger » les territoires pour anticiper leurs besoins de santé ?

Le poids des conditions de vie et de l'environnement physique et social sur la santé des individus, les comportements socioculturels, les interactions complexes entre déterminants de santé, sont des éléments qui peuvent expliquer les contrastes observés, et pour lesquels des analyses locales plus fines pourraient en préciser l'importance et le rôle.

Carte de la typologie globale en 8 classes



- Classe 1 : Cantons socialement favorisés, en sous-mortalité prématurée, avec une offre de soins libérale peu élevée
- Classe 2 : Cantons socialement favorisés, avec un mode de vie isolée fréquent, en sous-mortalité, bien dotés en équipements de santé
- Classe 3 : Villes-centres, avec un mode de vie isolée très fréquent et de forts contrastes sociaux, en surmortalité, bien dotés en équipements de santé
- Classe 4 : Cantons avec une population âgée importante, bien dotés en professionnels de santé
- Classe 5 : Cantons avec une forte proportion de personnes âgées, d'agriculteurs et d'ouvriers, en sous-mortalité générale et prématurée, avec une offre de soins réduite
- Classe 6 : Cantons à forte proportion d'agriculteurs et de personnes âgées, socialement défavorisés, en sous-mortalité générale, éloignés des services d'urgence et des maternités
- Classe 7 : Cantons socialement défavorisés, avec un mode de vie isolée fréquent, avec une surmortalité importante, notamment prématurée
- Classe 8 : Cantons avec une forte proportion d'ouvriers, en surmortalité générale et prématurée, peu dotés en équipements de santé

Sources : Insee, Inserm CépiDc, Drees, Dares, Drass, conseils généraux, Cnaf, CCMSA

Exploitation : Fnors et ORS - 2003

FNORS

• 4 • **Limites et perspectives**

Limites

Dans le présent travail, une méthode de construction d'indicateurs socio-sanitaires et d'analyse statistique, expérimentée en 2000 sur huit régions, a été appliquée à l'ensemble du territoire métropolitain. Ce travail comporte un certain nombre de limites méthodologiques qu'il convient ici de rappeler.

Taux de mortalité

Concernant les taux comparatifs de mortalité, et bien qu'ils aient été calculés sur une longue période, il faut tenir compte de leur intervalle de confiance qui reste élevé pour des cantons peu peuplés en raison du faible nombre de décès.

De plus, certains taux n'ont pu être comparés aux moyennes nationale et régionale en raison de trop faibles effectifs de décès rendant les tests de signification, basés sur une loi normale, non valides.

En outre, pour certaines causes de décès, pour lesquels il existe une prédominance masculine marquée (cancers du poumon...), le taux calculé pour les deux sexes réunis est largement représentatif de la mortalité des hommes. L'utilisation de taux par sexe permettrait d'affiner l'analyse, tout en réduisant l'utilisation des tests de signification.

Densités médicales

Des précautions doivent être prises dans l'interprétation de certaines densités médicales par cantons. En effet, dans les zones rurales, on trouve des cantons relativement bien dotés, mitoyens avec d'autres présentant de faibles densités, voire sans praticien, l'activité des premiers dépassant, naturellement, les frontières de leur canton.

Par ailleurs, des cantons ruraux peuvent avoir des densités d'omnipraticiens supérieures à la moyenne du fait qu'ils sont très peu peuplés (moins de 2 000 habitants notamment).

La seule densité médicale ne suffit pas pour décrire les difficultés d'accès du fait de l'éloignement des médecins qui desservent des zones étendues ni celles de la permanence des soins.

Autres dimensions à intégrer

Il serait également intéressant d'affiner certains des indicateurs utilisés et d'en intégrer d'autres dans l'analyse : par exemple, partir des courbes isochrones pour les distances d'accès aux structures hospitalières, d'accès aux médecins spécialistes, intégrer des aspects d'évolution dans le temps, des aspects de morbidité...

La caractérisation en urbain et rural des cantons a été envisagée. Cependant, la détermination des espaces à dominante urbaine ou rurale définie actuellement par l'Insee et l'Inra repose sur la classification des communes au regard du nombre d'emplois qu'elles offrent ou du pourcentage d'actifs résidents travaillant hors de la commune ou de l'unité urbaine mais dans l'aire urbaine (ou rurale). Ainsi, on distingue :

- l'espace à dominante urbaine composé d'aires urbaines (elles-mêmes avec des pôles urbains et des couronnes périurbaines) et des communes multipolarisées,
- l'espace à dominante rurale avec ses aires d'emploi de l'espace rural (pôles d'emploi de l'espace rural et couronnes des pôles d'emploi de l'espace rural) et les autres communes de l'espace à dominante rurale.

Dans la typologie réalisée pour cette étude, les villes appartenant aux pôles urbains se retrouvent dans les classes 2 et 3, et une grande partie des communes des couronnes péri-urbaines dans la classe 1.

Il aurait été intéressant d'utiliser des indicateurs de morbidité comme par exemple les naissances prématurées ou de faibles poids mais leur recueil à l'échelon cantonal aurait nécessité d'interroger les PMI de chaque département pour obtenir les données par communes. De plus, les effectifs étant faibles, se serait posé le problème de leur sensibilité aux fluctuations statistiques.

D'une manière plus générale, il faut également souligner l'intérêt de travailler sur des données lissées. Un lissage permettrait de présenter des zones composées par des cantons contigus ayant des caractéristiques homogènes par rapport à un, ou plusieurs, indicateurs.

Traitement statistique

Au niveau de l'analyse statistique en elle-même, une particularité de la démarche est le regroupement en trois thèmes des variables utilisées. Le traitement simultané des groupes de variables qui a été utilisé, une analyse en composantes principales globale, pourrait être influencé par un seul thème si celui-ci englobe une part prépondérante de la variabilité totale des données traitées.

Une réponse à ce problème peut être trouvée dans l'analyse factorielle multiple (AFM), méthode factorielle adaptée au traitement de tableaux dans lesquels un ensemble d'individus est décrit par plusieurs groupes de variables. Cette technique permettrait en outre un gain en puissance se traduisant par une augmentation du nombre de variables retenues par l'analyse globale.

Perspectives

Cette analyse souligne la forte influence des déterminants sociaux, plus fortement corrélés aux facteurs de santé que les variables d'offre de soins.

Elle recrée une structuration de l'espace régional dissociée des découpages administratifs classiques (zones d'emploi, territoires de santé). La typologie obtenue fait ressortir les contrastes entre les milieux urbains et ruraux, dissocie les zones urbaines et péri-urbaines socialement favorisées ou défavorisées et dessine des entités identifiées selon des critères géographiques, culturels et économiques.

En contribuant à la définition de secteurs homogènes en matière d'état de santé, de déterminants sociaux et d'offre de soins, une telle approche peut contribuer utilement à la nouvelle politique d'aménagement du territoire, basée sur la définition de pays ou de communautés de communes ou d'agglomérations en zones urbaines.

Elle permet aussi aux décideurs régionaux et départementaux, voire locaux, d'identifier les zones plus "fragiles" où des actions sont à mettre en œuvre en priorité, en les ciblant sur les populations les plus concernées (personnes en situation de précarité, personnes âgées...) et en renforçant les services de santé (médecins, infirmiers libéraux, services d'urgence, structures et services médico-sociaux...) nécessaires pour répondre aux besoins de ces populations.

Elle leur permet enfin de comparer la situation observée à leur échelon à celle à d'autres régions ou départements qui présentent des similitudes et avec qui des concertations peuvent s'envisager pour mettre en commun les réponses apportées aux situations difficiles.

En conclusion, ce travail a montré la faisabilité et l'intérêt, toujours renouvelé, d'étudier sur une échelle géographique fine des indicateurs homogènes et comparables, intégrant les dimensions démographiques, sociales, d'offre de soins et d'état de santé.

Il a permis aux ORS d'appliquer des traitements statistiques pertinents sur des petites populations et de maîtriser, à cette échelle, toutes les étapes de leurs démarches habituelles : définition des indicateurs, recueil des données auprès des producteurs,

contrôle qualité des bases de données, calculs et standardisation, tests et traitements statistiques, analyse des résultats et présentations adaptées de ceux-ci aux partenaires régionaux et locaux.

Un tel travail ouvre aussi la voie à l'intégration d'indicateurs cantonaux dans la base de données SCORE-santé, gérée par les ORS et la Fnors, apportant ainsi l'accès à des données locales à tous ceux qui en ont besoin : décideurs, professionnels de santé, universitaires, et tout public.

En élargissant une telle base à d'autres indicateurs que ceux utilisés dans la présente étude, des analyses fines peuvent être envisagées, sur des populations spécifiques telles que les personnes âgées ou les jeunes.