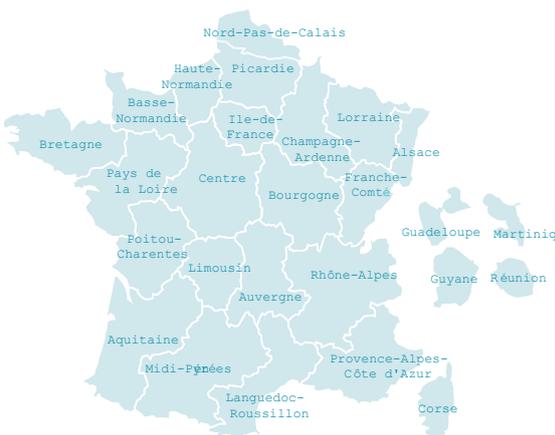


# Indicateurs transversaux de santé publique dans les régions de France

■  
Démographie  
Contexte socio-économique  
Mortalité générale  
Mortalité prématurée  
Morbidity





# Sommaire

Introduction	5
Contexte démographique	9
Contexte socio-économique	21
Mortalité générale	33
Mortalité prématurée	47
Vue d'ensemble de la morbidité	59
Synthèse	75
Annexes	79

Ce rapport a été réalisé dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre la Fnors et la direction générale de la santé, par un groupe inter-ORS, sous l'égide de la Fnors :

ORS Alsace : Dominique Fernandez

ORS Île-de-France : Philippe Pépin

ORS Languedoc-Roussillon : Dr Bernard Ledésert

ORS Midi-Pyrénées : Myriam Astorg

ORS Basse-Normandie : Isabelle Grimbert

ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur : Aurélie Bocquier

Fhors : Dr Bernard Ledésert, Pauline Muller

Il a été mis en page par Jacqueline Caussidier (ORS Languedoc-Roussillon).  
Les indicateurs et les données présentés dans ce document reposent pour une majeure partie sur la base de données SCORE-santé : [www.fnors.org](http://www.fnors.org).



# Introduction



Dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2006-2008 passée entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé et la direction générale de la santé, une exploitation régionale des indicateurs transversaux de santé publique a été effectuée.

Les indicateurs transversaux de santé publique viennent compléter les indicateurs proposés en regard des 100 objectifs figurant en annexe de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. À ce titre, ils ont pour vocation d'être des instruments de pilotage et d'amélioration de la politique de santé. Ils visent à donner des éléments de compréhension des problèmes de santé publique et notamment des inégalités sociales de santé pour lesquels on dispose de données régionales en abordant les questions de démographie et de contexte socio-économique parallèlement à la mortalité, à la morbidité et aux principaux problèmes de santé.

La démarche retenue dans le cadre de ce document vise à faire un état des lieux des connaissances disponibles à une période donnée et à analyser les évolutions, en faisant apparaître les particularités régionales.

Sa réalisation repose sur les données actuellement accessibles dans la base SCORE-santé ou les données qui y seront intégrées prochainement. Elles sont issues de quatre grandes sources :

- de l'Insee dans le domaine démographique et social ;
- de l'Inserm CépiDc pour les décès ;
- de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère chargé de la santé pour les diagnostics principaux d'hospitalisation dans les établissements de soins de courte durée extraits du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- des trois principaux régimes d'assurance maladie (Cnamt-TS, CCMSA et Canam) pour les admissions en affection de longue durée (ALD).

Ce travail à visée descriptive met en relief la grande diversité des situations et des évolutions entre régions françaises.

Il ne permet pas d'explorer les corrélations entre les données des différentes sources, ni de proposer des explications aux phénomènes observés. Cela relève d'analyses plus complexes prenant en compte de multiples paramètres et faisant appel à des techniques qui ne pouvaient pas être mises en œuvre dans le cadre du présent document.

Ce travail n'a pas pu intégrer une partie des indicateurs transversaux proposés par les groupes de travail mis en place au niveau national, notamment concernant l'état de santé perçu, la morbidité déclarée ou les inégalités sociales de santé. Ces données ne sont actuellement disponibles que par le biais d'enquêtes nationales. Certaines de ces enquêtes ont fait l'objet de déclinaisons régionales, mais elles ne permettent pas d'avoir directement\* une vue sur l'ensemble des régions de France.

L'approche menée montre les possibilités qu'offre une base de données régulièrement enrichie, actualisée et validée pour établir « rapidement » un état des lieux en matière d'épidémiologie descriptive.

\*des modèles, complexes, peuvent permettre, à partir de données de déclinaisons régionales d'enquêtes nationales, d'estimer un certain nombre d'indicateurs pour chacune des régions.



# Contexte démographique



# Contexte démographique

*Entre 1999 et 2004, la population de la France a continué d'augmenter. Grâce à une forte fécondité et à l'augmentation de l'espérance de vie, le solde naturel (excédent des naissances sur les décès) représente près des deux tiers de l'accroissement de la population ; le tiers restant venant du solde migratoire (excédent des entrées sur les sorties). Mais l'important solde naturel et le solde migratoire ne sont toutefois pas suffisants pour empêcher l'âge moyen de la population et la part de la population âgée d'augmenter.*

**A**u 1<sup>er</sup> janvier 2004\*, la population de la France est estimée par l'Insee à 62,1 millions d'habitants, dont 60,3 millions en métropole et 1,8 million dans les départements d'outre-mer.

**D**epuis le recensement de 1982, la population de la France métropolitaine a augmenté de 11,1 %, (soit une évolution annuelle moyenne de 0,50 %). La croissance démographique a été relativement soutenue entre 1982 et 1990 (+0,53 % en moyenne par an), plus modérée entre 1990 et 1999 (+0,37 %) et c'est entre 1999 et 2004\* qu'elle a été la plus forte (+0,60 %). Entre 1982 et 1990 la croissance démographique était due pour 80 % au solde naturel (excédent des naissances sur les décès) et pour 20 % au solde migratoire. Entre 1999 et 2004\*, elle est due, pour 63 % à l'excédent des naissances sur les décès et pour 37 % au solde migratoire.

**E**n France métropolitaine, le mouvement des populations des régions du Nord vers les régions du Sud reste le fait dominant de l'évolution démographique récente. Entre 1999 et 2004, 3,8 millions de personnes âgées de cinq ans ou plus, ont changé de région en France métropolitaine, soit près de 2 personnes sur cent chaque année (taux le plus élevé atteint depuis 50 ans).

**E**n 2004\*, la population de la France métropolitaine compte 31 millions de femmes (51,4 %) et 29,3 millions d'hommes (49,6 %). La répartition par sexe de la population varie selon l'âge, les femmes étant plus nombreuses aux âges élevés. Ainsi, on compte 15,1 millions de jeunes de moins de 20 ans

(dont 49 % de femmes), 32,8 millions de personnes de 20 à 59 ans (dont 50 % de femmes) et 12,5 millions de personnes âgées de 60 ans ou plus (dont 57 % de femmes).

**E**n 20 ans, la part des jeunes de moins de 20 ans a baissé de 13 % et celle des personnes âgées de 60 ans ou plus a augmenté de 12 %. Depuis deux décennies, on observe une tendance générale au vieillissement de la population ; cette tendance va s'accélérer dans les années à venir car les premières générations du « baby-boom » (nées en 1946, 47, 48...) vont augmenter la part des 60 ans et plus dans la population. Ce phénomène sera amplifié si la croissance de l'espérance de vie à 60 ans se poursuit : en 24 ans (de 1980 à 2004), elle s'est accrue de 2,7 ans pour les femmes et de 3,8 ans pour les hommes. Sauf rupture peu probable par rapport aux évolutions antérieures, la part des personnes les plus âgées dans la population continuera à augmenter dans les vingt ans à venir. En 2020, les effets du « baby-boom » se produiront sur la classe d'âge des plus de 75 ans : celle-ci devrait représenter à cet horizon près de 10 % de la population. En 2004\*, la France métropolitaine compte déjà plus de 4,7 millions de personnes âgées de 75 ans ou plus, soit près de 8 % de la population.

**P**lus que la part de jeunes et celle des plus âgés dans une population, c'est le rapport entre les deux qui permet d'en mesurer le vieillissement. Ainsi, l'indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans), est passé de 48,1 % en 1982 à 65,3 % en 2004\* en France métropolitaine.

**D'**après les projections de population de l'Insee, basées sur le maintien des tendances démographiques récentes, la population de la France métropolitaine devrait approcher les 64 millions d'habitants en 2015 et dépasser les 67 millions en 2030. Près d'une personne sur quatre serait âgée de 60 ans ou plus en 2015 (24,6 %) et près d'une sur trois en 2030 (29,3 %). La part des jeunes de moins de 20 ans resterait relativement stable : 24,0 % en 2015 et 22,6 % en 2030.

**E**n 20 ans, la natalité en France métropolitaine a connu plusieurs évolutions. Entre 1982 et 1990, le nombre annuel de naissances était élevé (autour de 766 000), puis il a fortement baissé entre 1990 et 1994 (710 000 en 1994), pour remonter ensuite et atteindre le pic de 773 100 en 2000. Depuis, la natalité s'est stabilisée à un niveau relativement élevé : le nombre de naissances oscille entre 760 000 et 770 000, et, en 2004, il est supérieur à 766 000 en France métropolitaine.

**M**algré l'augmentation du nombre de naissances, le taux de natalité est de 12,7 naissances pour 1 000 habitants en 2003-2005\* alors qu'il était de 14,4 en 1981-1983. Le taux de natalité dépend du nombre de naissances, mais aussi de la structure par âge et sexe de la population notamment du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité. Cette fécondité a aussi évolué sur vingt ans : en 1982, l'indice conjoncturel de fécondité était de 1,91 enfant par femme. Il a ensuite baissé progressivement pendant une dizaine d'années jusqu'à atteindre, en 1993,

1,66 enfant par femme. Depuis 1993, il augmente régulièrement pour atteindre 1,90 enfant par femme en 2004\*. Parallèlement, le nombre de femme en âge de procréer a baissé lentement mais régulièrement, ce qui traduit une plus forte fécondité pour ces dernières années : les femmes d'âge fécond sont moins nombreuses mais elles ont plus d'enfants.

L'augmentation de l'âge moyen des femmes à la maternité et le décalage du calendrier des naissances sont d'autres modifications majeures observées depuis 1982. L'âge moyen des mères est passé de 26,8 ans en 1980 à 29,6 ans en 2004. Les taux de fécondité par âge ont baissé de moitié pour les plus jeunes femmes, passant de 20,9 enfants pour 1 000 femmes de 15-19 ans en 1981-1983, à 10,8 en 2002-2004\*, et ont doublé chez les plus âgées, passant de 2,3 enfants pour 1 000 femmes de 40-49 ans en 1981-1983, à 5,0 en 2002-2004\*.

La majorité des naissances (96 %) concerne toutefois des femmes âgées de 20 à 39 ans. Au début des années quatre-vingt, le taux de fécondité des femmes de 20-29 ans était deux fois plus élevé que celui des femmes de 30-39 ans. En 2002-2004\*, le taux de fécondité des femmes de 20-29 ans est de 97,4 enfants pour 1 000 femmes, relativement proche de celui des 30-39 ans (79,5 enfants pour 1 000 femmes). Ainsi, en 2004\*, une mère sur deux est âgée de 30 ans ou plus contre 38 % en 1990 et 27 % en 1980.

## Références bibliographiques

- La situation démographique en 2004 - Site Insee
- Projections régionales de population à l'horizon 2030, Insee Première n°1111 – décembre 2006
- La France et ses régions – INSEE Références, éd. 2006
- L'évolution démographique récente en France. In Population.F, n°4, juillet-août 2005. Ined, p443-488
- Enquêtes annuelles de recensement : résultats de la collecte 2004, Insee Première n° 1208 – juillet 2005
- Enquêtes annuelles de recensement : premiers résultats de la collecte 2004, Insee Première n°1000, janv. 2005
- Estimations départementales et régionales de la population par sexe et âge. www.insee.fr

## Comparaisons européennes

*Avec une population estimée à 62,1 millions d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2004\*, la France se situe au 2<sup>ème</sup> rang des pays de l'Union européenne les plus peuplés, derrière l'Allemagne (82,5 millions) et devant le Royaume-Uni (60,1 millions). La France représente ainsi 14 % des habitants de l'Europe des 25.*

*La France est, après l'Irlande, le pays d'Europe qui a le plus fort taux d'accroissement naturel de la population (1).*

*D'après les données du Conseil de l'Europe (2005), la France est l'un des seuls pays d'Europe occidentale, avec les Pays-Bas, dont la population augmente principalement grâce au mouvement naturel (2).*

*Avec une part de personnes très âgées (85 ans ou plus) encore relativement faible et surtout une natalité plutôt moins défavorable depuis vingt ans, la proportion des personnes âgées de 65 ans ou plus (16,3 % en 2005) est moins élevée en France que dans certains pays d'Europe occidentale : la Belgique, l'Espagne, la Suède, la Grèce et l'Allemagne ont des proportions comprises entre 17 % et 17,5 %, proportion qui atteint même 18,2 % en Italie (2)*

*Au sein de l'Union européenne, les Irlandaises (1,98 enfant par femme) et les Françaises (1,92 enfant par femme) ont la plus forte fécondité, et ces deux pays se situent loin devant la moyenne de l'Europe des 25 (1,48 enfant par femme). Dans l'Union européenne à 15, les pays ayant la plus faible fécondité sont l'Italie, l'Espagne et la Grèce (moins de 1,3 enfant par femme) (Eurostat).*

(1) cf Insee, La Situation Démographique en 2004

(2) cf Ined, Population F- Volume 60 – n°4 – 2005

L'indice de fécondité a un caractère conjoncturel et n'illustre pas les comportements des femmes tout au long de leur vie féconde. Pour décrire le comportement d'une génération de femmes, on utilise un autre indicateur, la « descendance finale », qui dénombre les enfants que les femmes d'une génération ont eu au terme de leur vie féconde : les femmes nées au lendemain de la deuxième guerre mondiale, comme celles nées dans les années 60, ont une descendance finale voisine de 2,1 enfants, ce qui assure le remplacement des générations. Pour les générations suivantes, cet objectif

de remplacement semblerait pouvoir être également atteint si on se réfère au niveau de descendance à 40 ans.

\*Estimations localisées de population au 1<sup>er</sup> janvier 2004, révisées en 2006, en tenant compte des résultats issus des enquêtes annuelles de 2004 et 2005 de l'Insee. Les résultats intégrant les données de l'enquête annuelle 2006 permettent d'évaluer la population France entière au 1<sup>er</sup> janvier 2007 à 63 392 140 habitants.

## Notes

- Les dernières estimations localisées de population (ELP) de l'Insee au 1<sup>er</sup> janvier 2005 (provisoire) ne sont pas encore disponibles au niveau régional selon le sexe et l'âge c'est pourquoi l'analyse qui suit porte sur l'année 2004\*.
- Les évolutions de population selon l'âge, mesurées depuis le recensement de 1982 sont légèrement biaisées : l'âge pris en compte aux recensements de 1982, 1990 et 1999 était l'âge en différence de millésimes (âge atteint dans l'année) alors que l'âge pris en compte depuis les enquêtes de 2004 et 2005 est l'âge révolu au moment de l'enquête (au mois de janvier).

Définitions et précisions sur les indicateurs : voir annexe méthodologique

# Ensemble de la population : évolution entre 1982 et 2004

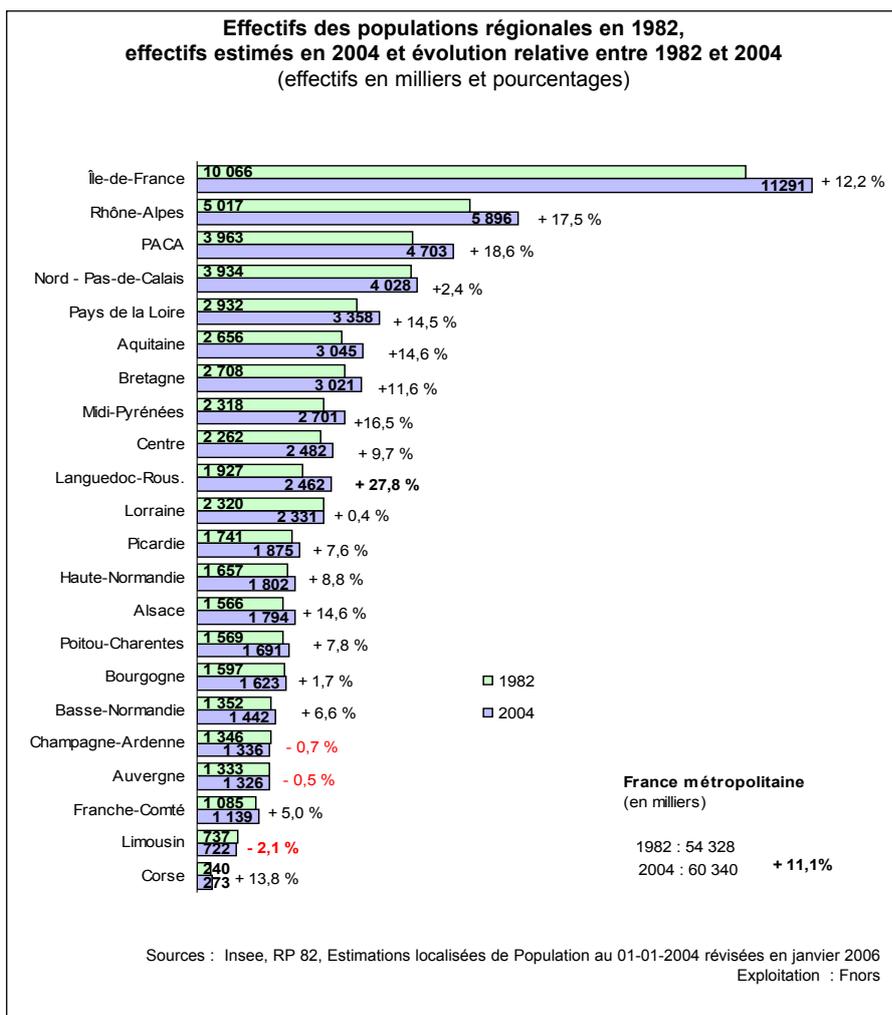
60,3 millions d'habitants en France métropolitaine et 62,1 millions en France entière en 2004 : 11,1 % de plus qu'en 1982

L'évolution démographique observée depuis 1982 (+ 11 % en moyenne) varie, selon les régions, de -2 % dans le Limousin, à +28 % en Languedoc-Roussillon.

La région du Limousin est la seule dont la population a baissé légèrement entre 1982 et 2004 (-2 %). En Champagne-Ardenne, en Auvergne et en Lorraine, la population est restée relativement stable (respectivement, -0,7 %, -0,5 % et +0,4 %). Dans les autres régions la population a augmenté, de façon plus ou moins forte. C'est dans le Languedoc-Roussillon que l'augmentation est, de loin, la plus importante (+28 %).

Les écarts se sont creusés : les régions les plus peuplées en 1982 le sont aussi en 2004 et ce sont celles où la population a le plus augmenté (à l'exception du Nord – Pas-de-Calais où la population n'a augmenté que de 2,4 %)

Ces évolutions démographiques contrastées sont dues en partie aux migrations inter-régionales du Nord vers le Sud, surtout pour la période 1999-2004 durant laquelle la croissance démographique a été encore plus forte dans les régions du Sud-Est, du Midi et de l'Ouest de la France ; dans ces deux dernières parties du pays, elle est due à l'excédent migratoire alors que, dans le Sud-Est, c'est la combinaison d'un important excédent naturel et d'un net excédent migratoire qui l'explique.



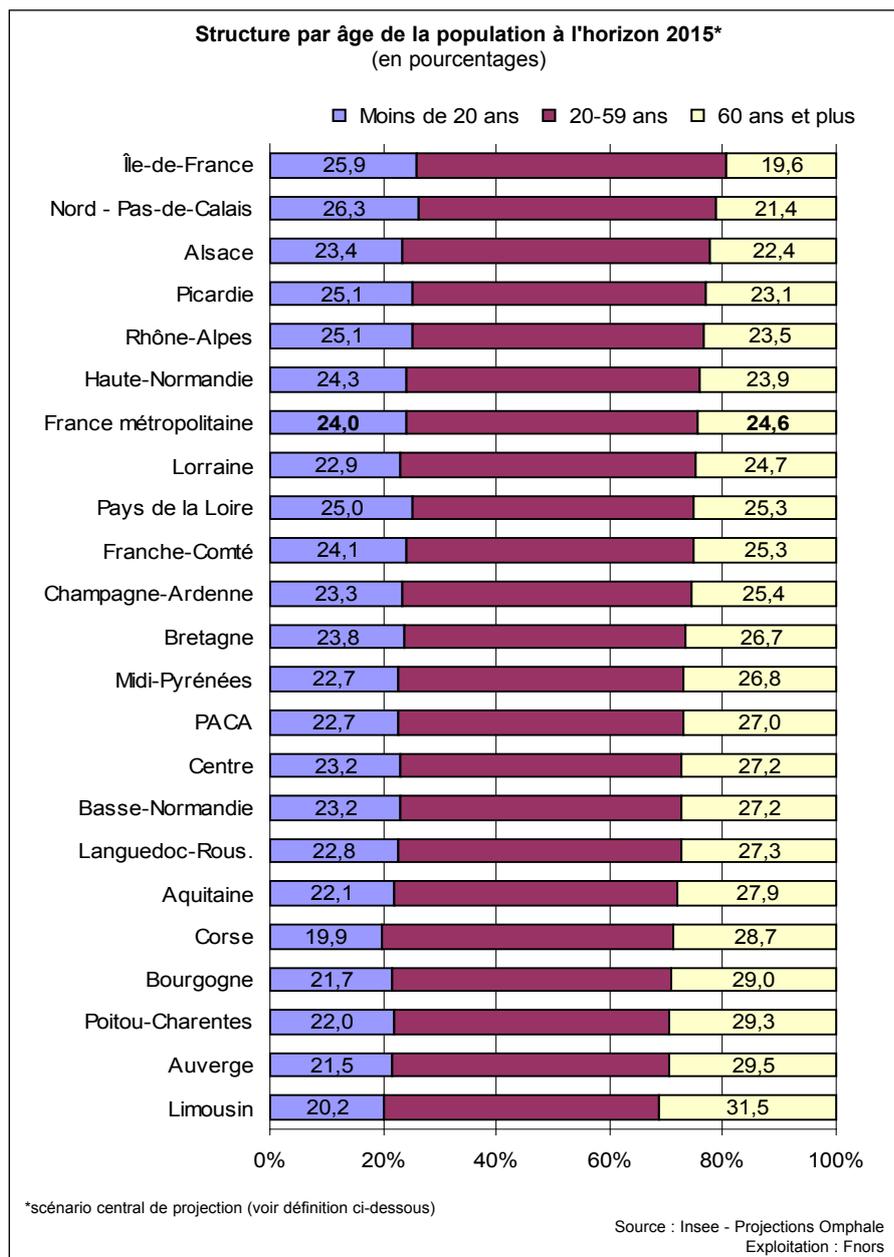
# Projections régionales de population

Une augmentation de la population de près de 11 % d'ici 2030. Un vieillissement qui se poursuit.

En 2030, en supposant le maintien des tendances démographiques récentes en matière de fécondité, de mortalité et de migrations, la population de la France métropolitaine serait de 67,2 millions d'habitants, soit 10,7 % de plus qu'en 2005.

Toutefois, de fortes disparités distingueraient les régions méridionales et occidentales en forte croissance, de certaines régions du quart Nord-Est dont la population baisserait par rapport à la situation actuelle. Ainsi, le Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur continueraient à être les régions à plus forte croissance démographique, avec Rhône-Alpes, les Pays de la Loire et l'Aquitaine. À l'inverse, au cours de la période 2005-2030, huit régions amorceraient une phase de décroissance démographique : la Champagne-Ardenne, la Bretagne, la Lorraine, la Bourgogne et l'Auvergne dans un premier temps, suivies par les quatre régions du Nord que sont le Nord – Pas-de-Calais, les deux régions normandes et la Picardie. Le vieillissement de la population va se poursuivre : en 2005, la part des personnes de moins de 20 ans est supérieure à celle des 60 ans et plus dans treize régions de France métropolitaine ; en 2015, elles ne devraient plus l'être que dans six : la région Rhône-Alpes et cinq régions du Nord (Île-de-France, Nord – Pas-de-Calais, Picardie, Haute-Normandie et Alsace) ; en 2030, seule l'Île-de-France garderait cette caractéristique, grâce à sa fécondité mais aussi à un profil migratoire singulier.

D'ici 2015, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait progresser de 24 % (15,7 millions en 2015, contre 12,6 millions en 2005). Le nombre de personnes de moins de 20 ans (15,3 millions d'individus) augmenterait légèrement (+1 %).



Avec 32,7 millions de personnes, la population des 20-59 ans resterait relativement stable entre 2005 et 2015 (-0,6 %).

Globalement, le vieillissement de la population serait le plus fort dans les régions où la croissance de la population totale serait la plus faible. Il est important de rappeler que les projections ne sont pas des prévisions

mais un éclairage sur un avenir possible, basé sur l'hypothèse du maintien des dernières tendances démographiques. Or, comme on l'a vu précédemment, les indicateurs démographiques ne sont pas toujours stables, surtout sur de longues périodes.

## Définitions Insee

### Le scénario central :

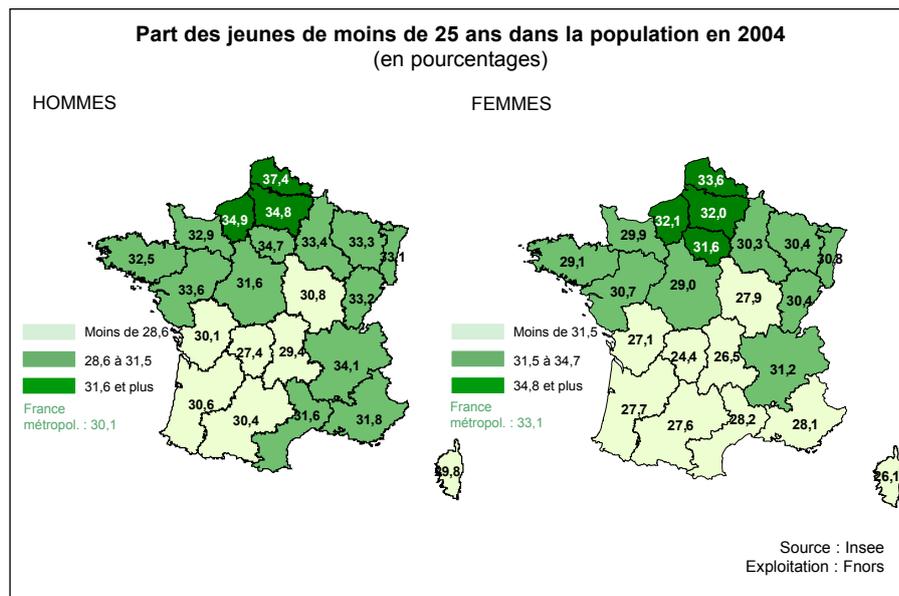
Les projections commentées ici ont été élaborées avec les hypothèses du scénario dit "central" :

- les taux de fécondité par âge de chaque région sont maintenus à leur niveau de 2005 ;
- la mortalité baisse dans chaque région au même rythme qu'en France métropolitaine ;
- les quotients migratoires, calculés entre 1990 et 2005, sont maintenus sur toute la période de projection, (pour en savoir plus : Projections régionales de population à l'horizon 2030 - Insee Première n°1111 - Déc. 2006).

# Les jeunes de moins de 25 ans

Moins d'un tiers de la population totale en France métropolitaine : 32 %

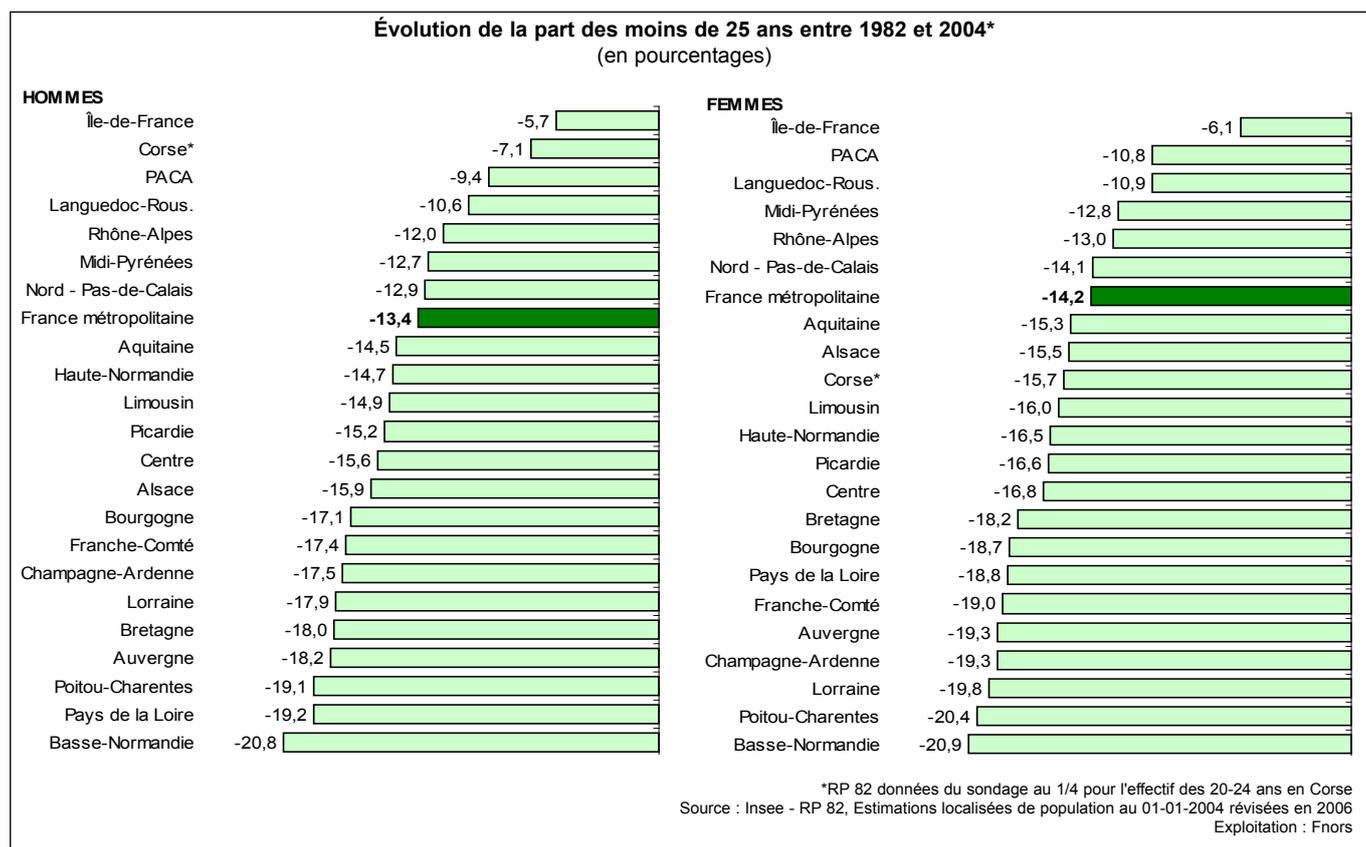
En 2004, on compte 19 millions de jeunes de moins de 25 ans, 9,7 millions de garçons et 9,3 millions de filles. Ils représentent en moyenne 31,6 % de la population. Cette part varie fortement selon les régions : de 26 % dans le Limousin à 35 % dans le Nord – Pas-de-Calais, région qui, avec trois autres régions du Nord de la France ont les parts les plus élevées de jeunes de moins de 25 ans (la Picardie 33,4 %, l'Île-de-France 33,3 % et la Haute-Normandie 33,2 %). Dans le reste de la moitié Nord de la France, en allant de la Bretagne à l'Alsace (sans la Bourgogne), la part des jeunes est proche de la moyenne nationale. Ces régions séparent ainsi le Nord du Sud où les proportions de jeunes de moins de 25 ans dans la population sont les moins élevées (à l'exception de la région Rhône-Alpes).



Entre 1982 et 2004, la proportion des jeunes dans la population est passée de 36,6 % à 31,6 % (soit une baisse de 13,8 %). La baisse s'observe dans toutes les régions mais avec une amplitude qui varie de - 6 % en Île-de-France à - 20 % en Basse-

Normandie. Les diminutions ont été les plus marquées dans les régions où la part des moins de 25 ans était nettement supérieure à la moyenne nationale en 1982, réduisant ainsi les écarts entre les régions : en 1982, huit régions avaient une part de jeunes supérieure à la

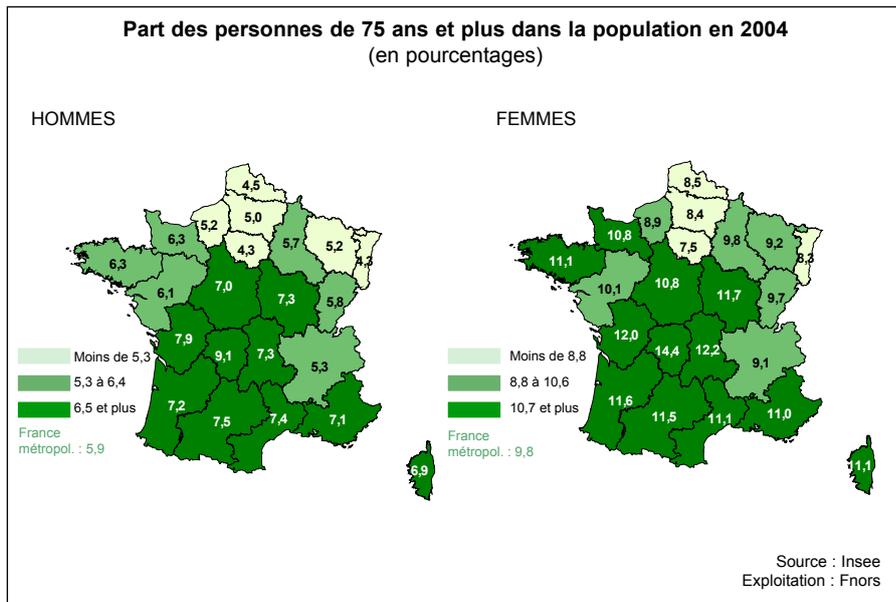
moyenne, elles ne sont plus que quatre en 2004. L'Île-de-France se distingue avec une baisse deux fois plus faible qu'ailleurs qui lui permet, en 2004, de se retrouver parmi les régions les plus jeunes (alors qu'elle était dans la moyenne nationale en 1982).



# Les personnes de 75 ans et plus

De 6 % à 12 % de la population selon les régions de France métropolitaine

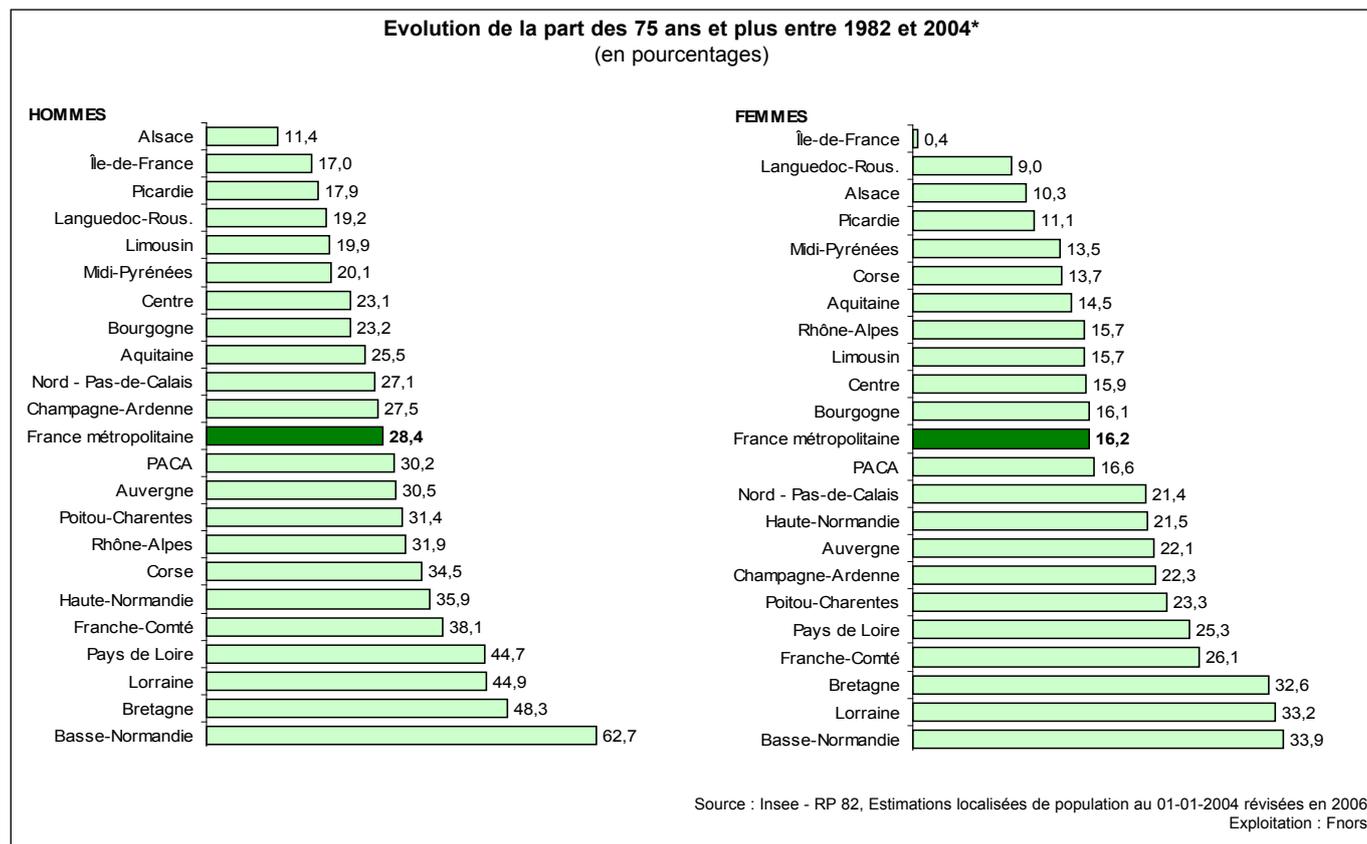
En France métropolitaine, plus de 4,7 millions de personnes dont 3,0 millions de femmes, sont âgées de 75 ans ou plus en 2004. Leur part dans la population est d'environ 8 %, part plus élevée chez les femmes (9,8 %) que chez les hommes (5,9 %). Selon les régions, la part des personnes âgées de 75 ans ou plus varie du simple au double : de 6 % en Île-de-France à 12 % dans le Limousin. Avec la région Île-de-France, trois autres régions se distinguent par leur faible proportion de personnes âgées (l'Alsace, la Picardie et le Nord – Pas-de-Calais). La part des personnes âgées de 75 ans ou plus est supérieure à la moyenne nationale dans près de la moitié des régions françaises, qui sont, pour la plupart, situées dans l'Ouest, Sud-Ouest et Sud du pays.



Entre 1982 et 2004, la part des personnes âgées de 75 ans ou plus est passée de 6,5 % à 7,9 % de la population (soit + 20 %) ; mais l'augmentation varie fortement entre les régions, allant de + 6 % en Île-de-France à + 43 % en Basse-Normandie. Toutefois, le classement des régions selon leur part de personnes âgées de

75 ans ou plus est le même qu'en 1982, à trois exceptions près : en Bretagne, 6,4 % des habitants avaient 75 ans et plus en 1982 (proche de la moyenne nationale) contre 8,8 % en 2004, la région se retrouvant ainsi parmi celles où la part des personnes âgées est la plus élevée ; la Lorraine qui faisait partie des régions les moins « vieilles »

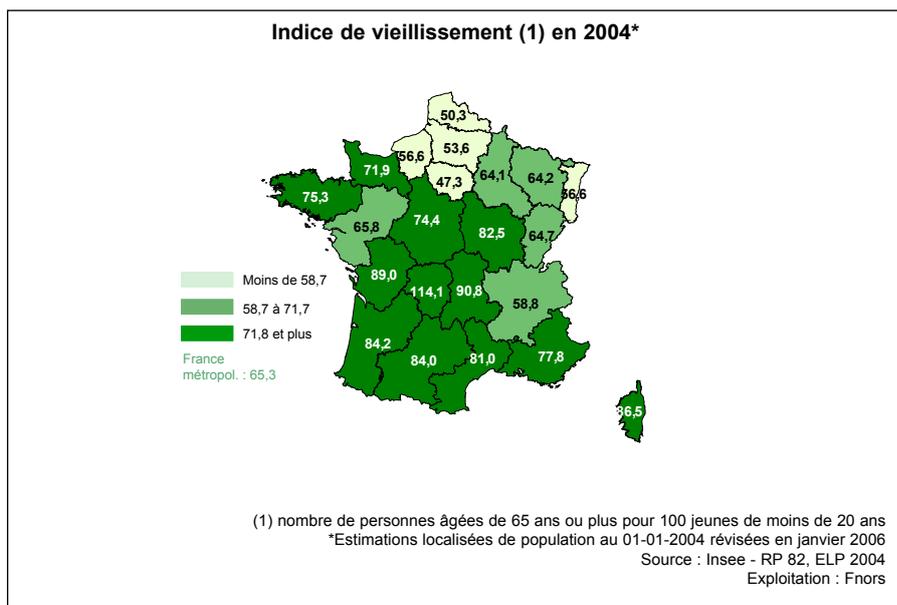
en 1982 se retrouve dans la moyenne en 2004 ; en Picardie, par contre, la part des personnes âgées a peu augmenté, plaçant la région dans le groupe de celles où la part des personnes âgées de 75 ans ou plus est la plus faible en 2004.



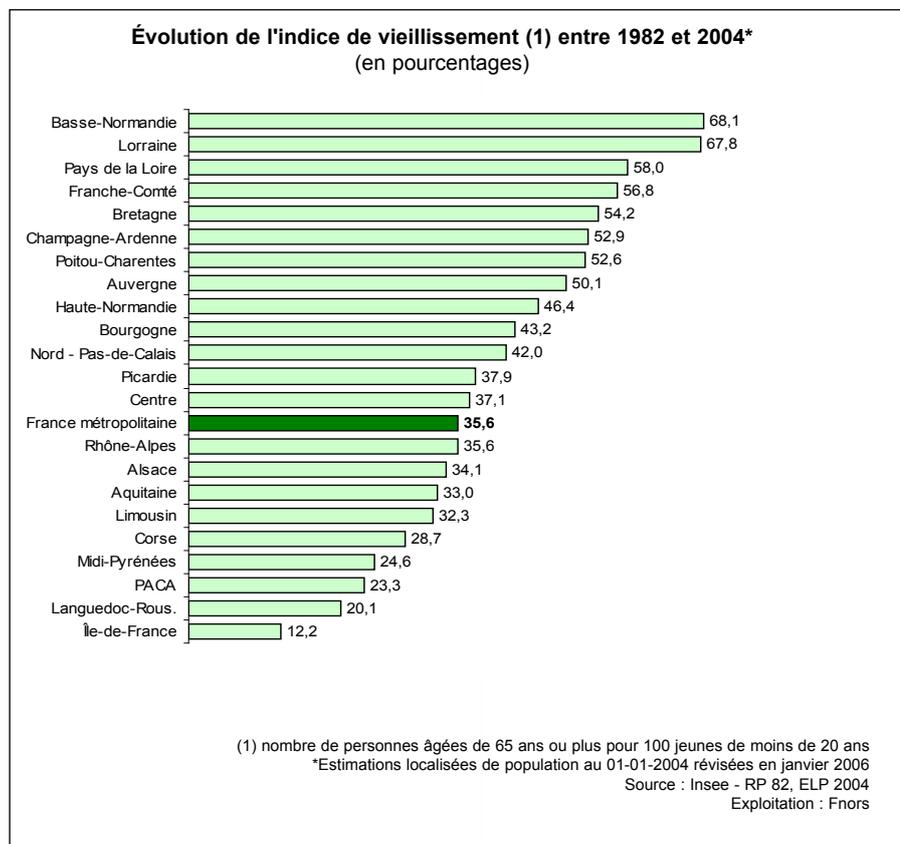
# L'indice de vieillissement

Près de deux personnes âgées de 65 ans ou plus pour trois jeunes de moins de 20 ans

En 2004, la population de la France métropolitaine est relativement âgée : l'indice de vieillissement est en moyenne de 65 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans. Selon les régions, l'indice de vieillissement varie de 47 en Île-de-France à 114 dans le Limousin (seule région où le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus est supérieur à celui des moins de 20 ans), l'écart entre ces deux régions reflétant les importantes disparités régionales du vieillissement de la population. Dans plus de la moitié des régions françaises l'indice de vieillissement est plus élevé qu'en moyenne nationale et seulement cinq régions ont un indice de vieillissement plus faible qu'en moyenne nationale. L'Île-de-France est toutefois la seule région à avoir moins d'une personne âgée de 65 ans et plus pour deux jeunes de moins de 20 ans (47 %).



Globalement, la France métropolitaine est divisée en deux : le Nord et le Nord-Est relativement jeunes et l'Ouest et le Sud nettement plus âgés (hormis Poitou-Charentes).

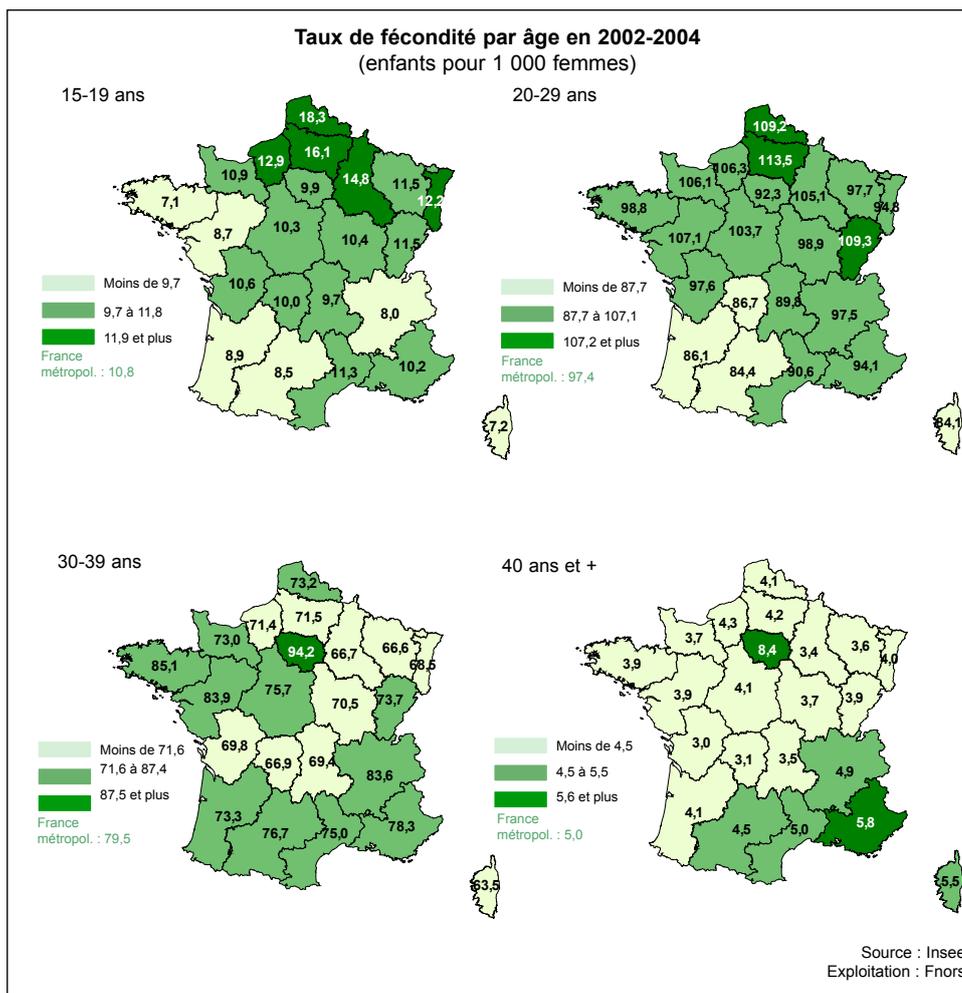


Depuis 1982 la population a vieilli et l'indice de vieillissement est passé de 48 (moins d'une personne âgée de 65 ans ou plus pour deux jeunes de moins de 20 ans), à 65 (près de deux personnes âgées pour trois jeunes). L'augmentation moyenne de l'indice de vieillissement est de 36 %, variant selon les régions, de + 12 % en Île-de-France, à + 68 % en Basse-Normandie. Les régions qui avaient les indices de vieillissement les plus bas et les plus élevés en 1982 sont pratiquement les mêmes en 2004. Cependant, dans cinq régions le vieillissement de la population a été plus important qu'ailleurs : la Basse-Normandie, qui en 1982 faisait partie des régions moyennement vieilles se retrouve en 2004 parmi les régions où les indices de vieillissement sont les plus élevés ; la Lorraine, les Pays de la Loire et la Franche-Comté étaient, en 1982, parmi les régions avec les plus faibles indices de vieillissement alors qu'en 2004, elles font partie des régions ayant un indice de vieillissement proche de la moyenne nationale.



# Les taux de fécondité par âge

97,4 enfants pour 1 000 femmes entre 20 et 29 ans



La fécondité varie avec l'âge des femmes : sur la période 2002-2004, à 15-19 ans, le taux de fécondité n'est en moyenne que de 10,8 enfants pour 1 000 femmes ; à 20-29 ans, il passe à 97,4 puis baisse à 79,5 à 30-39 ans pour n'être plus que de 5,0 enfants pour 1 000 femmes après 40 ans.

Les taux de fécondité les plus contrastés selon les régions sont ceux des femmes âgées de 15 à 19 ans : ils varient de 7,1 enfants pour 1 000 femmes en Bretagne, à 18,3 dans le Nord – Pas-de-Calais. Dans cinq régions du Nord et du Nord-Est du pays, la fécondité des très jeunes femmes est nettement supérieure à la moyenne nationale (Nord – Pas-de-Calais, Picardie, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie et Alsace) ; dans deux régions de l'Ouest (Bretagne et Pays de la Loire) et trois régions du Sud (Aquitaine, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes), la fécondité des femmes de 15-19 ans est nettement plus faible.

À 20-29 ans, la fécondité des femmes est plus élevée et moins contrastée que

celle des 15-19 ans : elle varie de 84 à 113,5 enfants pour 1 000 femmes. Les régions où la fécondité s'écarte le plus de la moyenne nationale correspondent à celles observées pour la fécondité des femmes plus jeunes : une plus forte fécondité en Picardie, dans le Nord – Pas-de-Calais et en Franche-Comté, et une fécondité plus faible en Aquitaine, en Midi-Pyrénées et en Corse.

À partir de 30 ans, la fécondité des femmes de l'Île-de-France, plus élevée qu'ailleurs, a un poids important dans la moyenne nationale.

À 30-39 ans, la fécondité des femmes de l'Île-de-France se distingue à plusieurs titres : cette région présente le taux de fécondité le plus élevé (94,2 enfants pour 1 000 femmes), le seul supérieur d'au moins 10 % à la moyenne nationale (79,5), et surtout, elle est la seule région à avoir un taux de fécondité à 30-39 ans plus élevé que celui des femmes de 20-29 ans (92,3).

Pour la moitié des régions, la fécondité des femmes de 30-39 ans est proche de

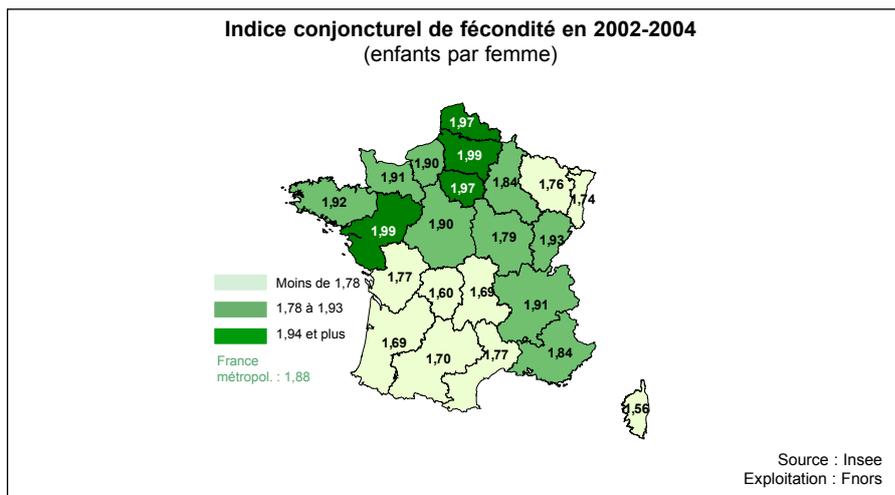
la moyenne nationale et pour l'autre moitié, elle lui est inférieure ; c'est en Corse, en Lorraine, en Champagne-Ardenne et dans le Limousin que les taux sont les plus faibles.

Pour les femmes de 40-49 ans, la fécondité est nettement plus faible (5,0 enfants pour 1 000 femmes en moyenne). L'Île-de-France se distingue encore avec le taux de fécondité le plus élevé et, avec la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, un taux supérieur à la moyenne nationale. En Corse, dans le Languedoc-Roussillon et en Rhône-Alpes, les taux de fécondité des femmes de 40-49 ans sont proches de la moyenne nationale. Partout ailleurs les taux sont inférieurs d'au moins 10 % à la moyenne.

# L'indice conjonctuel de fécondité

1,88 enfant par femme

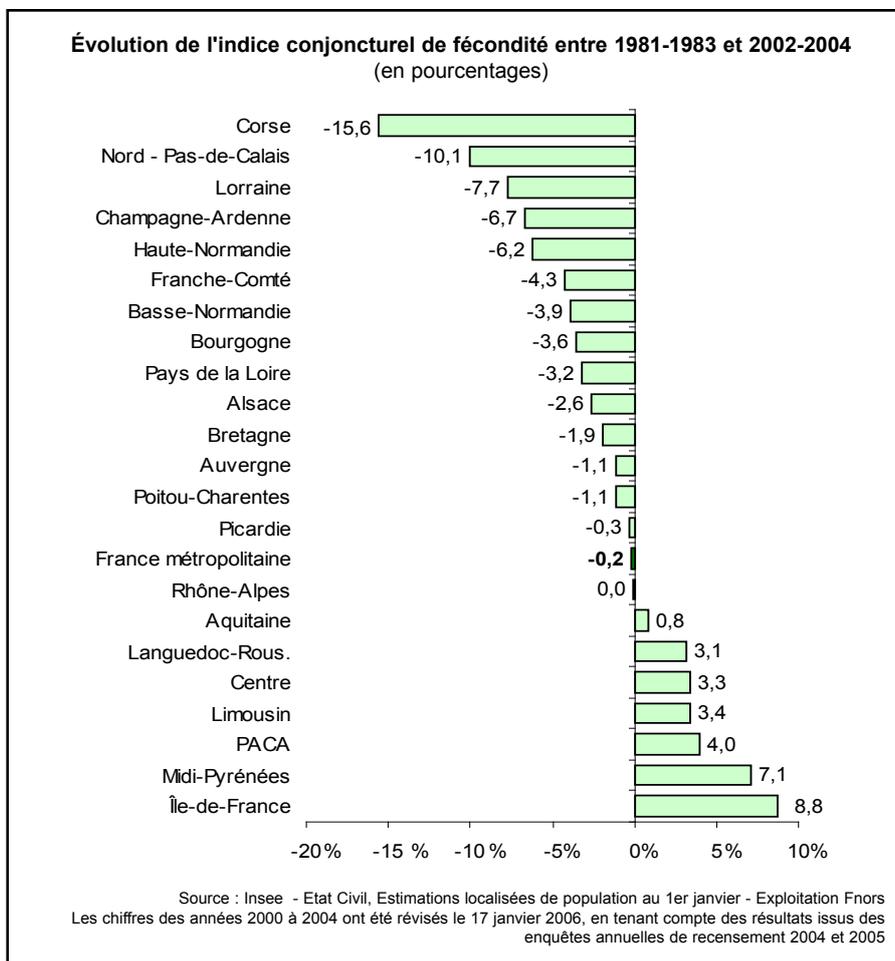
En 2002-2004, l'indice conjonctuel de fécondité est de 1,88 enfant par femme et varie de 1,56 à 1,99 entre les régions. Peu de régions ont un indice conjonctuel de fécondité supérieur de plus de 5 % à l'indice national ; elles se situent principalement dans le Nord : le Nord – Pas-de-Calais, la Picardie, l'Île-de-France et les Pays de la Loire. Dans une grande partie du Sud et du Sud-Ouest, se trouvent les régions ayant les plus faibles fécondités. Dans les autres régions (soit près de la moitié des régions françaises), la fécondité est proche de la moyenne nationale.



En 2002-2004, la fécondité est au même niveau qu'en 1981-1983. Ce n'est toutefois pas le cas dans toutes les régions : dans plus de la moitié, la fécondité est à un niveau plus bas que celui d'il y a 20 ans. La baisse de la fécondité a été la plus forte en Corse (- 16 %), suivie de cinq régions du Nord et du Nord-Est (Nord – Pas-de-

Calais, Lorraine, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie et Franche-Comté). Dans six régions par contre, la fécondité a augmenté en 20 ans, notamment en Île-de-France (+ 9 %) et Midi-Pyrénées (+ 7 %). Cependant, l'écart observé entre la plus forte et la plus faible fécondité régionale en 1981-1983 était de 0,64

enfant par femme ; il s'est réduit et n'est plus que de 0,43 enfant par femme en 2002-2004.



# Contexte socio-économique



# Contexte socio-économique

*En 2005, près d'une femme sur trois et un homme sur quatre de 15 à 64 ans est un actif. Le taux d'activité de femmes a fortement augmenté depuis les années soixante dix. Mais cette activité est marquée par un recours important au travail à temps partiel et à un raccourcissement de la durée de vie active. Les niveaux d'études atteints ont fortement augmenté depuis la fin de la 2<sup>ème</sup> guerre mondiale en lien avec un allongement des études : les deux tiers d'une classe d'âge atteignent le niveau du Bac actuellement. Le taux de chômage reste à un niveau élevé même s'il est en baisse. Il touche plus souvent les femmes, les personnes peu ou pas diplômées et les ouvriers. En outre, plus d'une personne sur dix en France vit sous le seuil de pauvreté.*

**D**ébut 2005, sur 48 millions d'habitants de 15 ans ou plus que compte la France, 27,4 millions de personnes exercent une activité professionnelle ou sont à la recherche d'un emploi (Enquête Emploi de l'Insee [1]). Le taux d'activité (nombre d'actifs, occupés ou non, rapportés à la population totale) s'élève à 69,1 % pour les 15-64 ans. Son évolution est marquée depuis les années soixante dix par une forte augmentation de l'activité féminine (actuellement 63,8 % contre 74,5 % pour les hommes), tendance qui devrait se poursuivre dans les années à venir [2]. Cette évolution s'est accompagnée d'un recours plus important à l'activité à temps partiel (30,8 % des femmes travaillent à temps partiel en 2005, contre 5,7 % des hommes).

**U**ne autre grande tendance a été le raccourcissement de la durée de vie en activité professionnelle. Elle est due à l'allongement de la scolarité et à l'avancée des départs en retraite et préretraite. Cette tendance s'infléchit actuellement : la durée de la scolarité se stabilise [3] et des mesures visant à retarder l'âge de la retraite et la suppression des dispositifs de préretraite amèneront les seniors à rester actifs plus longtemps. Cette politique, impulsée à une échelle européenne par le sommet de Lisbonne de 2000, amplifie la tendance au vieillissement des actifs : plus de 10 % des actifs ont 55 ans ou plus en 2005, contre moins de 7 % en 1999 [4].

**L**'allongement de la scolarité depuis l'après-guerre s'est traduit par une augmentation des niveaux d'études atteints. Cette amélioration s'est accentuée au cours des années quatre-vingt, l'objectif politique était alors d'amener 80 % d'une classe d'âge au baccalauréat général, technique ou professionnel (le pourcentage était de 35,0 % au début des années 1980, il atteint un maximum de 67,7 % en 1994 et s'élève à 63,8 % en 2005 [6]). Il faut toutefois rappeler qu'au recensement de la population de 1999 seuls 29,8 % des métropolitains ont un niveau Bac ou supérieur, l'écart entre les générations étant très important. La proportion de titulaires d'un CAP et d'un BEP est elle aussi en hausse : elle atteint 20,4 % de la population au recensement de 1999 (+29 % par rapport au recensement de 1990).

**S**elon l'Enquête Emploi de 2005 [1], parmi les 27,4 millions d'actifs, 24,9 millions ont un emploi. Le taux de chômage défini selon le Bureau international du travail (BIT) s'élève à 9,8 % en 2005 selon la dernière enquête emploi de l'Insee. Si ce pourcentage reste nettement supérieur à celui des années quatre-vingt (8,1 % en 1982), il est en légère baisse par rapport à l'année précédente (9,9 % en 2004). La part des chômeurs de longue durée dans l'ensemble des demandeurs d'emploi est de 42,5 % contre 41,8 % en 2004.

**L**e chômage touche toujours plus les femmes (10,8 % contre 9,0 % pour les hommes), les jeunes (17,3 % des 15-29 ans), les personnes peu ou pas diplômées (15,0 % des personnes sans diplôme) et les ouvriers (12,5 %).

**L**a tendance à une tertiarisation de l'économie se poursuit. Ce sont toujours les services qui créent des emplois alors que les industries manufacturières continuent à en perdre (-60 000 en 2004 et 2005), comme l'agriculture (-40 000). Si le nombre global d'emplois en contrat à durée indéterminée reste stable en 2005, on observe un développement de l'intérim, et dans une moindre mesure, des contrats à durée déterminée. L'emploi à temps partiel et le sous-emploi (temps partiel subi) ont eux aussi augmenté en 2005 (respectivement +167 000 et +40 000).

**E**n terme de revenus, on considère en France, comme dans les autres pays de l'Union Européenne, que les individus disposant d'un niveau de vie inférieur à 60 % du niveau de vie médian sont dans une situation de pauvreté monétaire (788 euros par mois pour une personne en 2004). Si on se réfère à ce seuil, le taux de pauvreté est de 11,7 % en 2004 (6,9 millions de personnes). Entre 1996 et 2002, la part de personnes vivant sous ce seuil a diminué (passant de 13,5 % à 12,0 %) elle s'est stabilisée en 2003 et 2004 [7]. Les personnes vivant sans conjoint sont particulièrement touchées par la pauvreté : le taux de pauvreté

est de 16 % quand elles vivent seules et sans enfant et de 22 % dans le cas des familles monoparentales. Les familles nombreuses sont également sur-représentées parmi les populations vivant sous le seuil de 60 % du revenu médian : leur taux de pauvreté s'élève à 18 %.

### Comparaisons européennes

*Selon les données d'Eurostat, on estime en 2006 à plus de 18 millions le nombre de chômeurs dans l'Union des 27, ce qui correspond à un taux de chômage de 7,9 %. La France se situe en 4<sup>ème</sup> position des pays les plus touchés par le chômage, derrière la Pologne, la Slovaquie et la Grèce. Dans 21 pays de l'Union, le chômage féminin est plus élevé que celui des hommes. La différence est particulièrement marquée en Grèce (avec un écart de 9,2 points) et en Espagne (écart de 5,2 points). En termes de chômage féminin, la France se situe au 6<sup>ème</sup> rang des régions les plus touchées.*

*Si ces indicateurs laissent à penser que la situation française est moins favorable que celle d'autres pays d'Europe occidentale, une analyse statistique multivariée amène l'Insee à classer la France dans le groupe des pays qualifiés de « bons élèves de l'Europe » [5]. Cette classification est réalisée sur la base d'une série d'indicateurs intégrant, outre les taux de chômage, les taux d'emploi par âge, la part des contrats à durée déterminée dans l'emploi...*

### Références bibliographiques

- 1 - Attal-Toubert, K. et Lavergne, H. (2007). Premiers résultats de l'enquête sur l'emploi 2005, Insee Première, 1070 : 1-4
- 2 - Afsa Essafi, C. et Buffeteau, S. (2006). L'activité féminine en France : quelles évolutions récentes, quelles tendances pour l'avenir ?, Economie et statistique, 398-399 : 85-97
- 3 - Durier, S. (2006). Les progrès de la scolarisation des jeunes de 1985 à 2003 in Données sociales – La société Française édition 2006, Insee, 670 p.
- 4 - Marchand, O. (2007). Enquêtes annuelles de recensement de 2004 à 2006. Les taux d'emploi vont de 56,9% en Languedoc-Roussillon à 66,8% dans les Pays de la Loire, Insee Première, 1117 : 1-4
- 5 - Colin, C. (2006). Emploi et chômage en Europe in Données sociales – La société Française édition 2006, Insee, 670 p.
- 6 – DEPP (2006). Repères et références statistiques sur les enseignements, la formation et la recherche édition 2006, Ministère de l'Education Nationale de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, 400 p.
- 7 – Demailly, D. et Raynaud, E. (2006). Revenus et pauvreté depuis 1996 in Les revenus et le patrimoine des ménages, Insee, 111p.

Définitions et précisions sur les indicateurs : voir annexe méthodologique



# Population par niveau d'étude

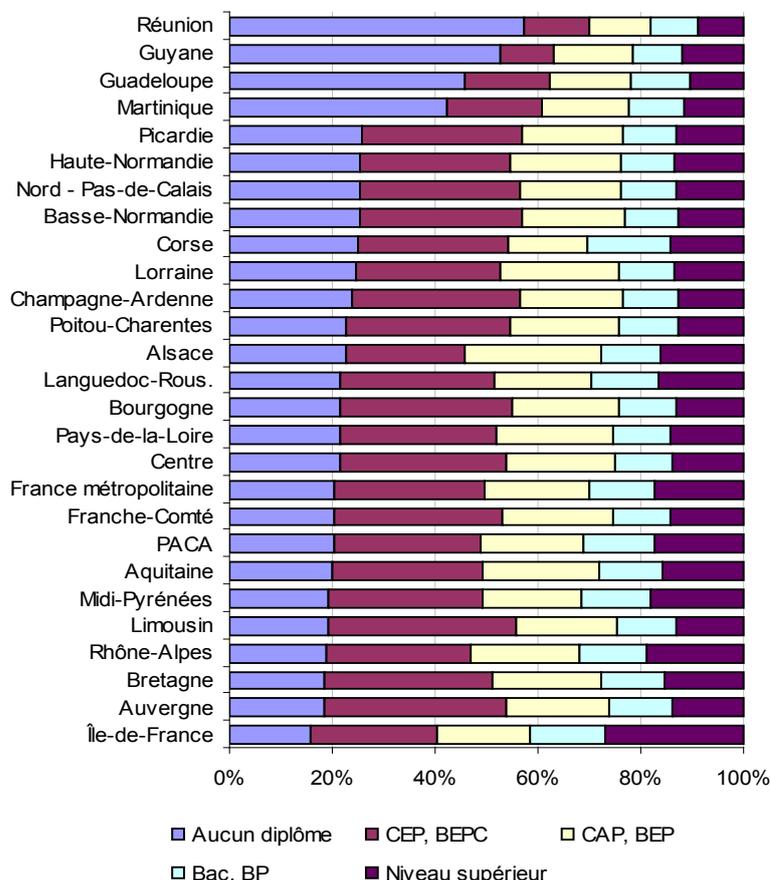
En métropole une personne sur cinq n'a aucun diplôme, proportion deux fois plus élevée dans les départements d'outre-mer (population non scolarisée au recensement de 1999).

Au recensement de 1999\*, la proportion de personnes de 15 ans ou plus (hors scolarisation) n'ayant aucun diplôme est de 20,5 % sur l'ensemble de la métropole, avec un maximum de 25,8 % en Picardie, contre 15,9 % en Île-de-France. On retrouve des écarts du même ordre entre les régions de métropole pour les différents niveaux de diplômes. L'Île-de-France concentre particulièrement les titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur (26,9 %, Rhône-Alpes arrivant en deuxième position avec 18,8 % et la Basse-Normandie en dernière position de métropole avec 12,6 %). On peut encore signaler une position particulière de l'Alsace qui se distingue par une proportion élevée de personnes ayant un CAP ou un BEP (26,2 % contre 18,2 % en Île-de-France) ce qui reflète le développement de l'enseignement professionnel dans cette région.

Les départements d'outre-mer se différencient de la métropole essentiellement par une part élevée de personnes sans diplôme : 45,7 % en Guadeloupe et 57,2 % à la Réunion.

Depuis les années quatre vingt, les taux de scolarisations ont globalement progressé sur l'ensemble du pays. Entre les recensements de 1990 et de 1999, on observe ainsi une diminution du nombre de personnes n'ayant pas de diplômes (-29 % en moyenne sur la Métropole). Ce constat est valable, à des degrés divers, pour l'ensemble des régions de France métropolitaine (-24 % en Picardie, -37 % dans le Limousin). Si on observe également une diminution en Martinique et en Guadeloupe, la Réunion voit le nombre de personnes sans diplôme stagner entre 1990 et 1999 et la Guyane voit ce nombre augmenter de 28 %. Cette progression peut s'expliquer par une situation très particulière de ce département d'outre-mer qui se caractérise par des taux d'immigration élevés en provenance des pays limitrophes (Haïti, Brésil, Guyana...).

Répartition de la population de 15 ans et plus non scolarisée selon le niveau de diplôme obtenu (1999) (en pourcentages)



Source : Insee, RP99  
Exploitation : Fnors

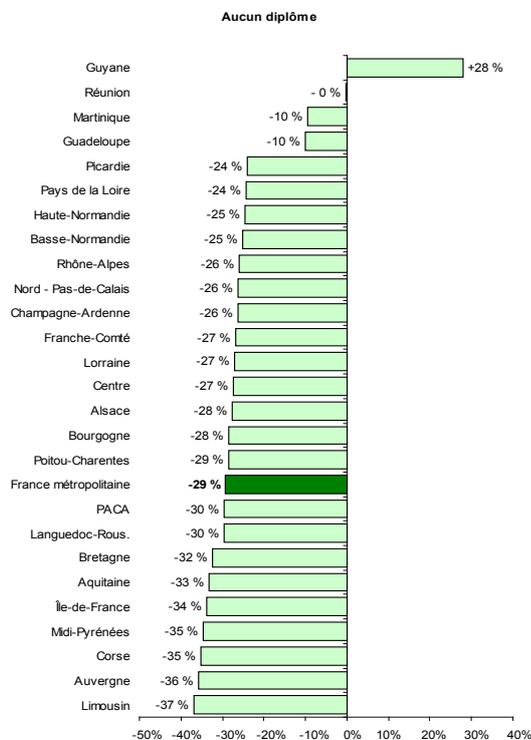
\*Les dernières données disponibles datent du recensement de 1999. La nouvelle procédure de recensement annuelle mise en place en 2004 permettra d'obtenir des données régulièrement à compter de 2009.

Les titulaires d'un CAP ou d'un BEP ont nettement progressé entre les deux derniers recensements : la hausse est de 29 % en moyenne sur le territoire de la Métropole, avec une augmentation maximum en Languedoc-Roussillon (+45 % contre +19 % en Île-de-France).

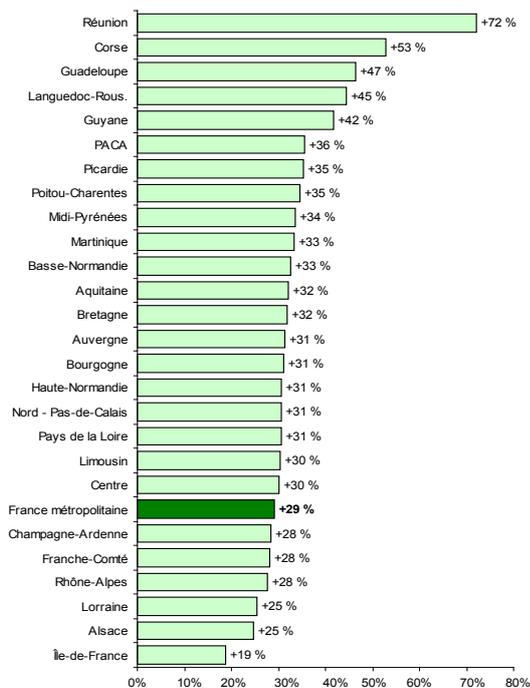
Le nombre de titulaires d'un diplôme supérieur à un bac+2 est en très forte progression (+105 % en moyenne métropolitaine). L'Île-de-France, partie d'une situation plus favorable que le reste des régions, enregistre l'augmentation la plus faible (+86 %), la hausse étant maximale en Corse (+146 %).

Pour les titulaires d'un CAP ou d'un BEP, comme pour ceux qui détiennent un diplôme supérieur au Bac+2, les DOM font partie des régions enregistrant les plus fortes hausses entre 1990 et 1999. Néanmoins, ces populations restent nettement moins représentées qu'en Métropole.

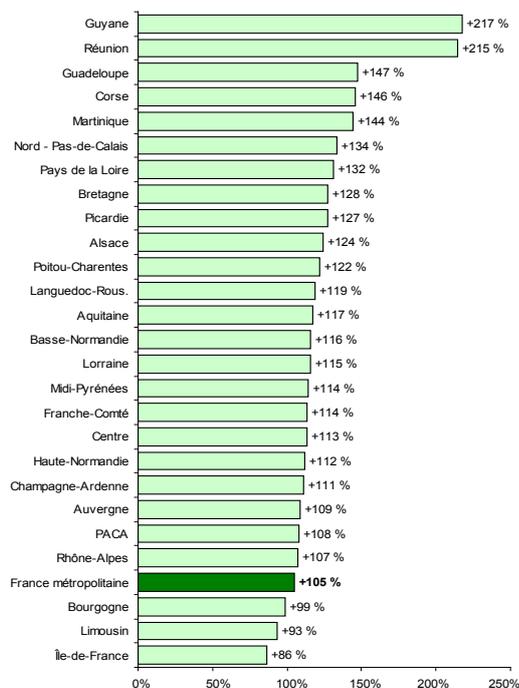
### Évolution du nombre de personnes sans diplôme, titulaires d'un CAP, BEP ou d'un diplôme de niveau supérieur à Bac+2 entre 1990 et 1999 (en pourcentages)



#### CAP, BEP



#### Supérieur à BAC+2



Source : Insee, RP99 et RP90  
Exploitation : Fnors

CEP : Certificat d'études primaires  
BEPC : Brevet d'études du premier cycle  
CAP : Certificat d'aptitude professionnelle

BEP : Brevet d'études professionnelles  
BAC : Baccalauréat  
BP : Brevet professionnel

# Population par catégorie socioprofessionnelle

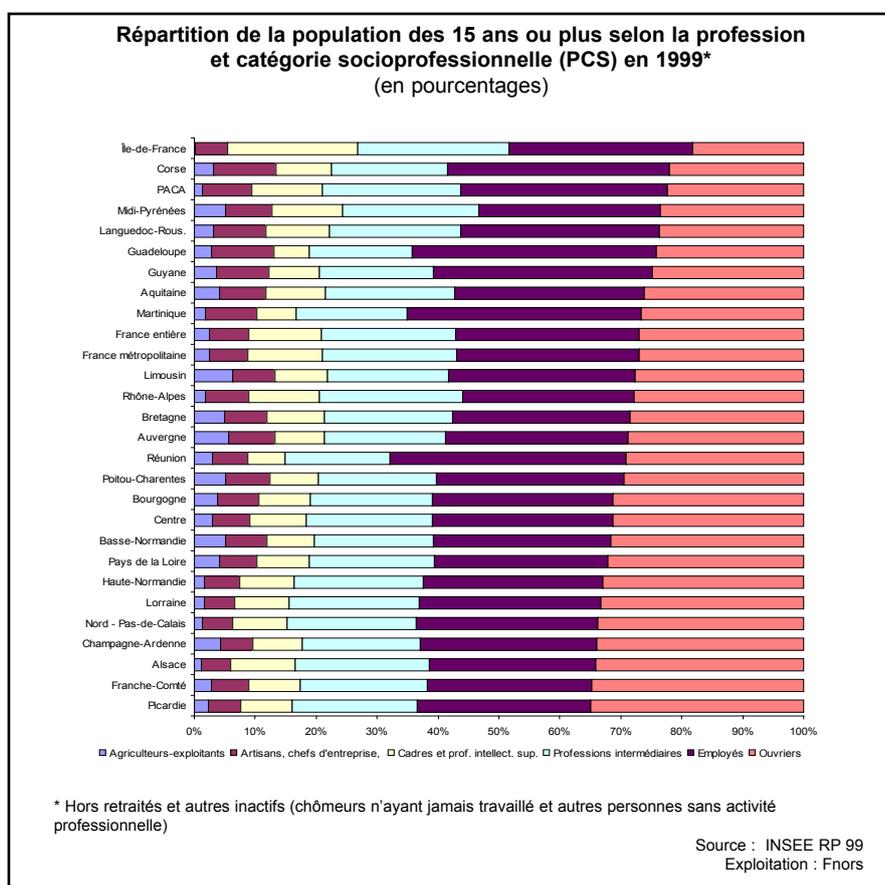
Le nombre d'employés continue d'augmenter en France : il s'agit de la catégorie socioprofessionnelle la plus représentée (en moyenne nationale en 1999)

Au recensement de 1999\*, les employés représentent la principale catégorie socioprofessionnelle en France métropolitaine avec 29,9 % de la population de 15 ans ou plus (hors retraités et autres inactifs). Elle est particulièrement représentée dans les DOM (40,0 % en Guadeloupe) les proportions les plus élevées de la métropole étant observées dans les régions du sud-est (Corse : 36,4 %, Provence-Alpes-Côte d'Azur 33,9 %, Languedoc-Roussillon 32,7 %). À l'inverse, en Alsace et en Franche-Comté, régions traditionnellement industrielles, cette catégorie est la moins représentée (respectivement 27,4 % et 27,1 %). Le nombre d'employés a continué d'augmenter entre 1990 et 1999 (+13 %), avec des hausses particulièrement fortes en Guyane (+56 %) et à la Réunion (+49 %). C'est en Île-de-France que la hausse a été la plus limitée (+3 %).

Les ouvriers arrivent en seconde position en moyenne sur l'ensemble du pays (27,1 %), mais ils prédominent encore en 1999 dans les régions du Nord de la métropole (34,8 % en Picardie, 34,6 % en Franche-Comté, 34,1 % en Alsace...). Leur nombre est en net recul (en moyenne -7 % entre 1990 et 1999) dans la quasi-totalité des régions, la baisse atteignant 17 % en Île-de-France. À la Réunion, dans les Pays de la Loire, en Bretagne, et dans une moindre mesure, en Alsace, la baisse est moins marquée.

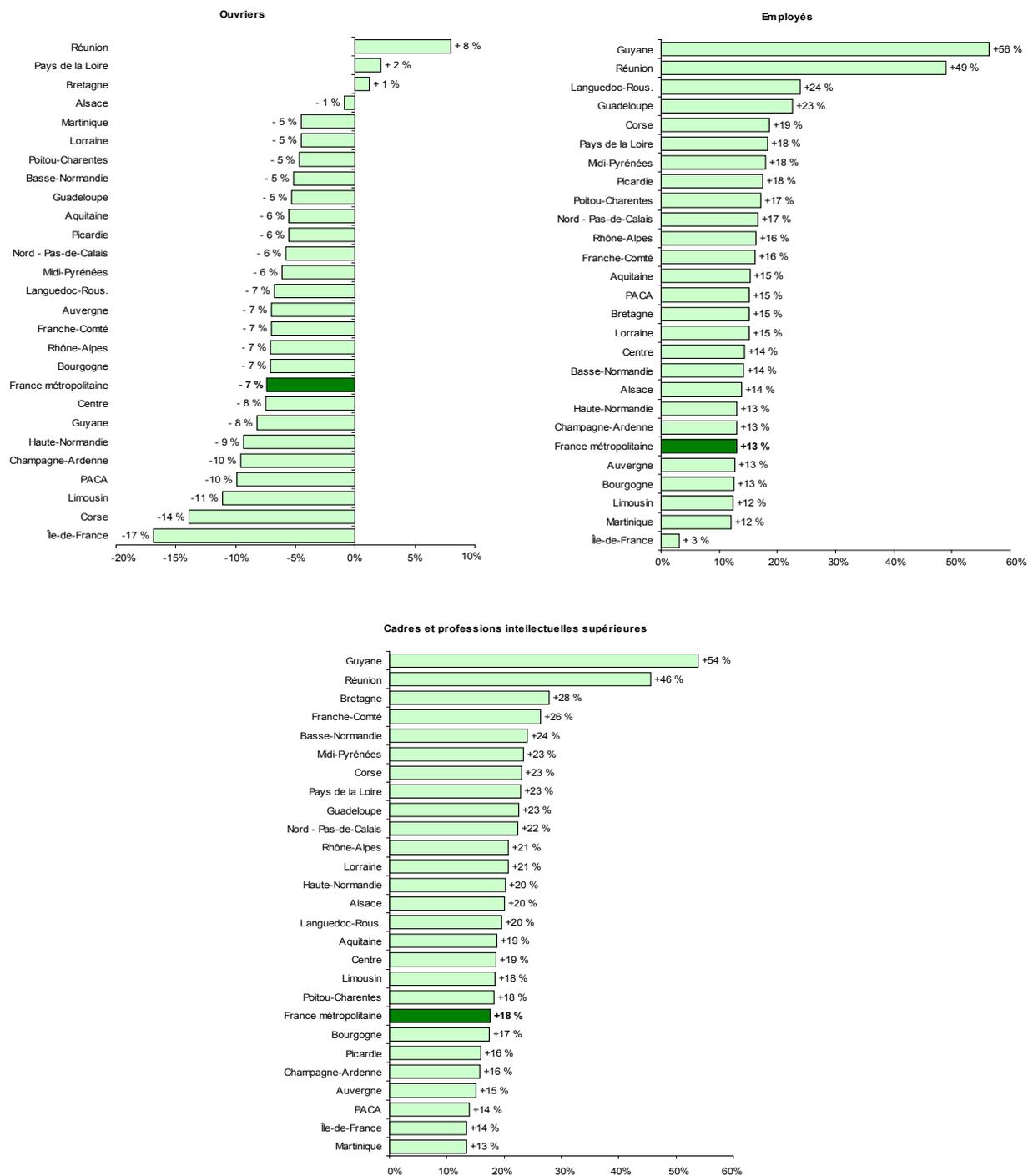
Les cadres et professions intellectuelles supérieures représentent 12,1 % de la population active française, cette moyenne étant largement rehaussée par la proportion de cadres observée en Île-de-France (21,3 %), toutes les autres régions étant en dessous de la moyenne. C'est dans trois DOM que les proportions de cadres sont les plus basses : Guadeloupe 5,7 %, Réunion 6,1 % Martinique 6,4 %. Cependant, la tendance à la hausse du pourcentage de cadres dans la population active que l'on observe en moyenne nationale (+18 % sur la métropole) est vérifiée sur l'ensemble des régions et DOM.

Les agriculteurs exploitants ne représentent plus que 2,5 % des personnes de plus de 15 ans (hors retraités et autres inactifs). Les variations interrégionales sont importantes, l'Île-de-France ayant le plus faible taux d'agriculteurs (0,2 %), le taux le plus élevé étant observé dans le Limousin (6,2 %). Le nombre d'agriculteurs a continué à diminuer entre 1990 et 1999 dans l'ensemble des régions métropolitaines et des DOM : les baisses les plus marquées sont relevées à la Réunion (-12 %) et en Basse-Normandie (-43 %).



\*Les dernières données disponibles datent du recensement de 1999. La nouvelle procédure de recensement annuelle mise en place en 2004 permettra d'obtenir des données régulièrement à compter de 2009.

**Évolution du nombre d'ouvriers, d'employés et de cadres parmi les personnes de 15 ans ou plus entre 1990 et 1999\* (en pourcentages)**



\* Hors retraités et autres inactifs (chômeurs n'ayant jamais travaillé et autres personnes sans activité professionnelle)

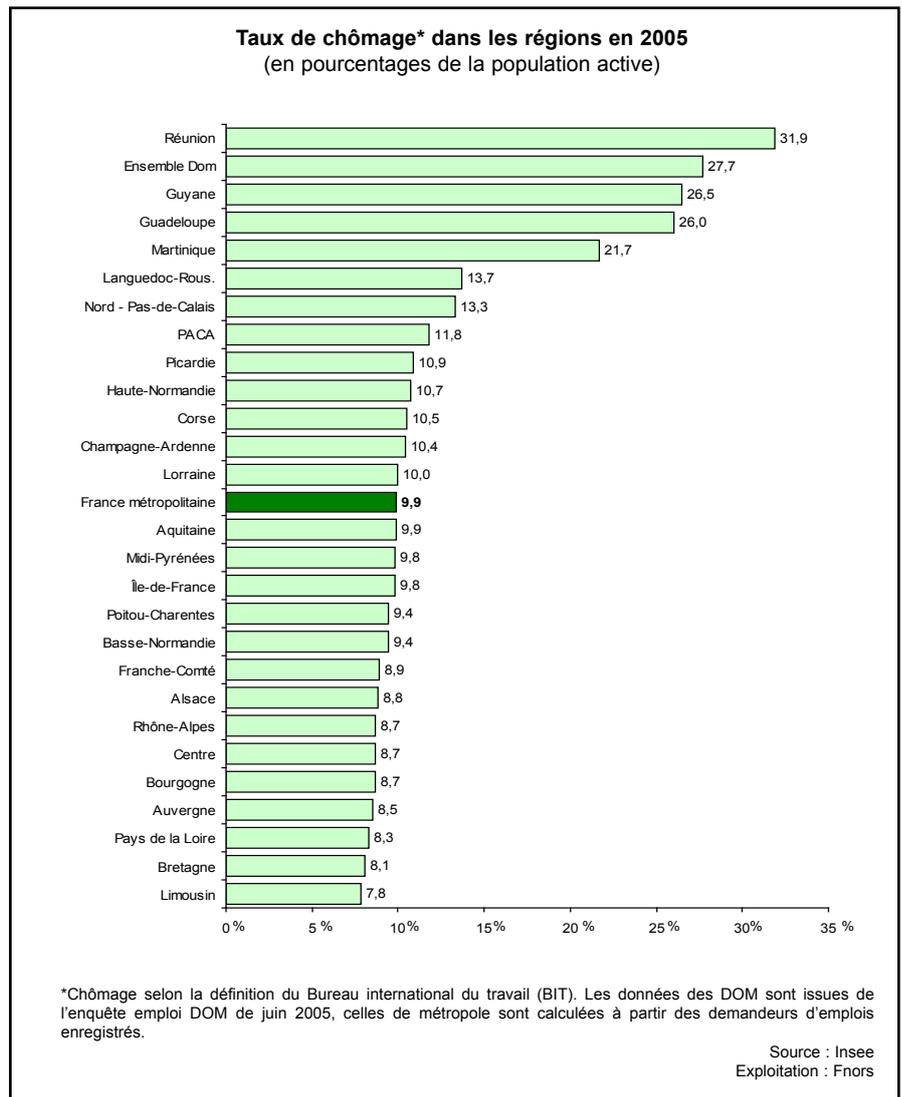
Source : RP 1999 - RP 1990  
Exploitation : Fnors

# Chômage

Des écarts importants entre régions en matière de chômage, la situation étant toujours plus défavorable dans les départements d'Outre-mer que dans l'ensemble des régions métropolitaines

En 2005, le taux de chômage moyen est de 9,9 % en France Métropolitaine (selon la définition du BIT). Les écarts entre régions sont marqués, de 13,7% en Languedoc-Roussillon et 13,3 % en Nord – Pas-de-Calais à 7,8 % en Limousin.

Les départements d'Outre-mer se caractérisent par un chômage près de 3 fois plus élevé qu'en Métropole : 27,7 % sur l'ensemble des DOM en 2005. La Martinique enregistre le taux le plus faible (21,7 % de chômeurs) alors que la Réunion se trouve dans la situation la plus défavorable (31,9 % de chômeurs).



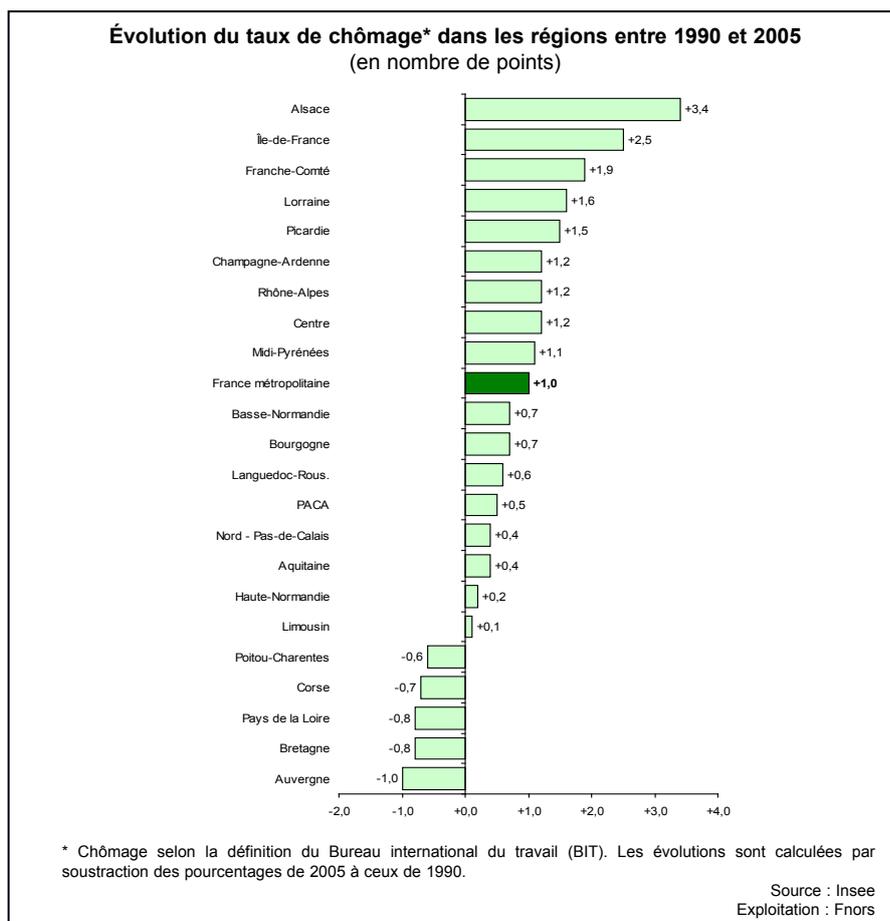
## Le chômage selon le Bureau international du travail (BIT)

Selon la définition internationale adoptée en 1982 par le Bureau international du travail (BIT), un chômeur est une personne en âge de travailler (15 ans ou plus) qui répond simultanément à trois conditions :

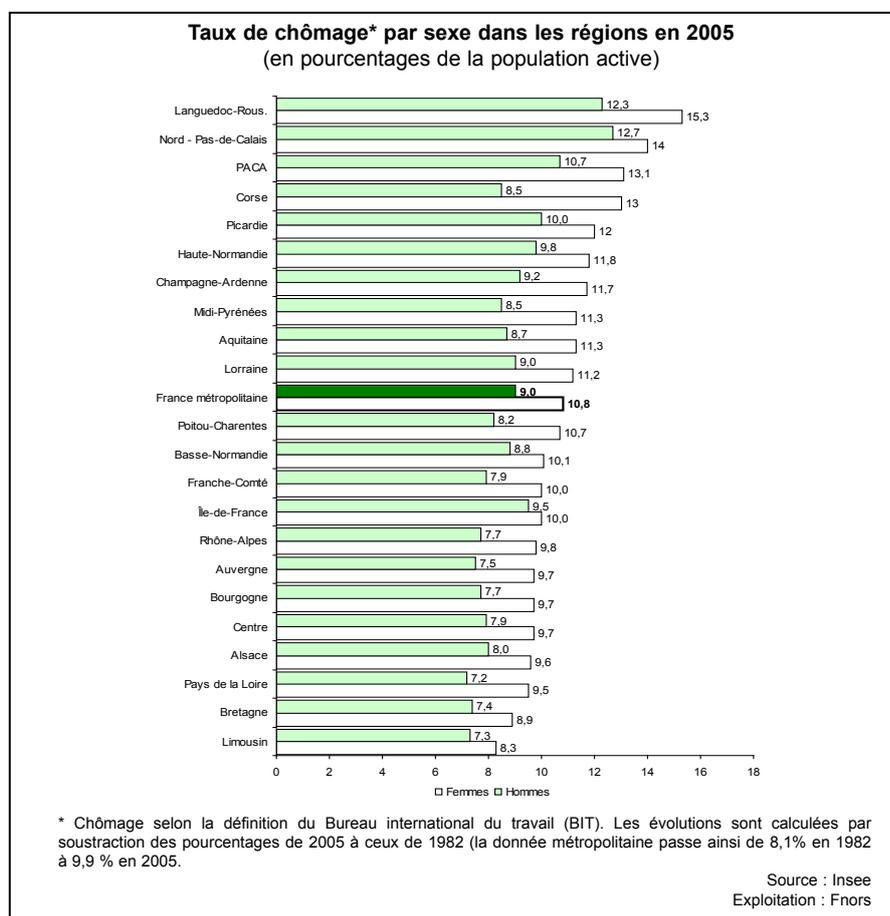
- être sans emploi, c'est-à-dire ne pas avoir travaillé, ne serait-ce qu'une heure, durant une semaine de référence ;
- être disponible pour prendre un emploi dans les 15 jours ;
- chercher activement un emploi ou en avoir trouvé un qui commence ultérieurement.

Le taux de chômage est calculé en rapportant cette population à l'ensemble des actifs.

Entre 1990 et 2005, le taux de chômage a progressé de 1,0 point sur l'ensemble de la métropole. L'Alsace a vu sa situation se dégrader le plus nettement, avec une progression de 3,4 points, essentiellement concentrée sur les 4 dernières années. Par ailleurs, 9 régions ont vu leur taux de chômage augmenter de plus de 1 point sur cette période, alors que dans 5 autres, la situation s'est améliorée. Le taux de chômage a aussi diminué de 0,6 point en Poitou-Charentes (passant de 10,0 % à 9,4 %) et de 1,0 point en Auvergne (passant de 9,5 % à 8,5 %).



Dans l'ensemble de la Métropole, comme dans chacune des régions, les femmes sont plus touchées par le chômage (10,8 %) que les hommes (9,0 %). L'écart est particulièrement important en Corse (4,5 points). L'Île-de-France se distingue par un écart faible entre les taux de chômage féminin et masculin (0,5 point).



# Inégalités de revenus

15 849 euros de revenu médian par unité de consommation en 2004 avec de fortes variations entre région et des écarts importants de revenus au sein des régions

Les statistiques fiscales montrent des différences entre les régions en termes de revenu par unité de consommation. L'Île-de-France se distingue par un revenu médian nettement supérieur au reste de la France (50 % des ménages vivent avec plus de 18 901 euros par an et par unité de consommation). Hors Île-de-France, l'Alsace arrive en tête avec une médiane à 17 451 euros, suivie de la région Rhône-Alpes (16 390 euros) et du Centre (15 970). Si 16 régions se situent dans une fourchette comprise entre 15 644 et 14 753 euros, on distingue un groupe de 3 régions pour lesquelles le revenu médian est plus bas : le Languedoc-Roussillon (14 106 euros), la Corse (13 765) et le Nord – Pas-de-Calais (13 709).

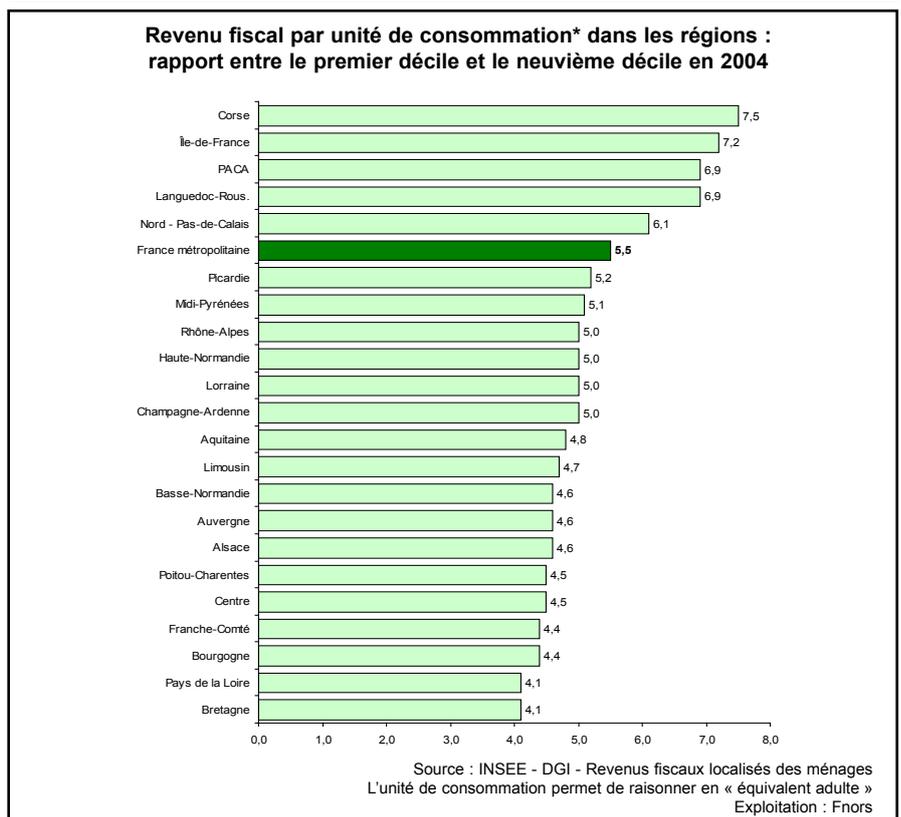
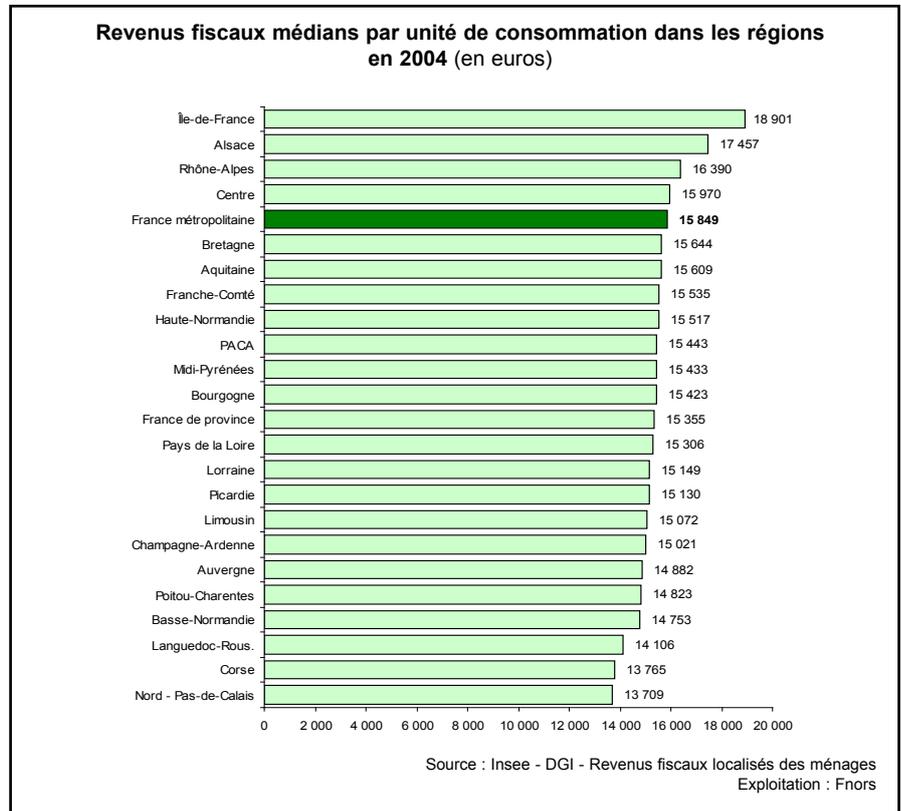
Au-delà de la question des inégalités interrégionales de revenu fiscal, les statistiques montrent aussi des inégalités au sein même des régions. On peut mesurer l'amplitude de ces inégalités en rapportant le premier décile (revenu en dessous duquel se situent 10 % des revenus les plus faibles) au neuvième décile (revenu au-dessus duquel on trouve 10 % des revenus les plus élevés). Ce rapport entre déciles extrêmes est d'autant plus élevé que les écarts entre les plus riches et les plus pauvres sont marqués dans une population.

On retrouve les inégalités les plus importantes dans deux régions au profil très différent : en Corse tout d'abord, qui se situe parmi les régions ayant les plus faibles revenus et en Île-de-France, région enregistrant les revenus les plus élevés.

On peut noter, en outre qu'on retrouve les trois régions aux revenus les plus bas (Corse, Languedoc-Roussillon et Nord – Pas-de-Calais) dans le groupe des régions aux inégalités les plus fortes. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur fait elle aussi partie de ces régions à forte inégalité de revenu.

Les Pays de la Loire et la Bretagne enregistrent les rapports entre déciles extrêmes les plus faibles.

L'Alsace, première région hors Île-de-France en terme de revenus se caractérise par une relativement faible disparité de revenus (7<sup>ème</sup> par ordre croissant d'écart entre déciles extrêmes).



# Mortalité générale



# Mortalité générale

*L'augmentation de l'espérance de vie se poursuit en France au rythme d'une année de vie gagnée tous les 3 ou 4 ans. Les progrès actuels sont enregistrés surtout aux âges élevés, avec notamment la baisse de la mortalité par maladies cardio-vasculaires. La diminution de la mortalité infantile ne participe pratiquement plus aux gains d'espérance de vie car les niveaux atteints étant déjà très bas. Pourtant la première année de vie demeure une période de grande vulnérabilité, avec près de 4 décès d'enfants de moins d'un an pour 1 000 naissances vivantes.*

**E**n France, au sortir de la seconde guerre mondiale, l'espérance de vie à la naissance était de 60 ans pour les hommes et de 65 ans pour les femmes. En 2004, elle atteint 76,7 ans pour les hommes et 83,8 ans pour les femmes.<sup>1</sup>

**J**usqu'aux années soixante, les progrès de l'espérance de vie s'expliquaient principalement par la baisse de la mortalité infantile, liée avant tout à la diminution des décès par maladies infectieuses. Depuis le début des années quatre-vingt, l'essentiel des gains est obtenu aux grands âges, notamment du fait de la réduction de la mortalité liée aux affections cardio-vasculaires.

**L**a France se caractérise par d'importantes inégalités de mortalité entre les hommes et les femmes : l'espérance de vie des femmes est de 7 ans, supérieure à celle des hommes en 2004, ce qui situe l'espérance de vie actuelle des hommes au niveau de celle des femmes au début des années soixante-dix. Une moindre résistance biologique, mais aussi une plus grande exposition aux facteurs de risques chez les hommes expliquent cet écart. Les différences de comportements à risques ont toutefois tendance à se réduire : les femmes adoptent certains de ceux autrefois réservés aux hommes tandis que ceux-ci commencent à les réduire (le tabagisme par exemple). D'où une lente réduction de l'écart d'espérance de vie entre sexes, qui dépassait 8 ans au début des années quatre vingt dix, et qui pourrait progressivement se rapprocher des cinq ans observés dans la plupart des pays occidentaux.

**L**a France se caractérise également par d'importantes inégalités sociales devant la mort. Les études de l'Insee montrent, en effet, que les hommes cadres ou exerçant une profession libérale ont une espérance de vie à 35 ans supérieure de 6,5 ans à celle des ouvriers et de 4,5 ans supérieure à celle des employés. Chez les femmes, les inégalités vont dans le même sens mais sont plus réduites. Les inégalités sociales de mortalité auraient augmenté au cours des années soixante dix à quatre vingt dix, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Cela concerne toutes les causes de décès pour les femmes et les décès par cancer et maladies cardio-vasculaires chez les hommes. Parmi les personnes sans diplôme, la surmortalité par cancer est en augmentation.

**U**n peu plus de 550 000 personnes sont décédées en France métropolitaine en 2003. La grande majorité de ces décès sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans ou plus (73 % des décès masculins et 88 % des décès féminins), alors que les décès avant 35 ans représentent moins de 3 % du total.

**L**es causes à l'origine des décès sont nombreuses et variées, mais deux groupes de causes se démarquent nettement : les maladies de l'appareil circulatoire, à l'origine de 160 000 décès, et les cancers, causes de 152 000 décès en 2003. Viennent ensuite les morts violentes et accidentelles (dont les accidents de la circulation et les suicides), causes de 41 000 décès, puis les maladies de l'appareil respiratoire, qui ont provoqué

36 000 décès et les maladies de l'appareil digestif (incluant les cirrhoses) responsables de 24 000 décès. Au total, chaque année, ces cinq grandes causes sont à l'origine d'environ 75 % des décès en France.

**L**e poids de ces causes de décès varie selon le sexe et l'âge. De façon simplifiée, les morts violentes et accidentelles constituent la première cause de décès chez les moins de 35 ans, notamment chez les hommes. Les cancers, relativement rares avant 40 ans, progressent ensuite très fortement avec l'âge et constituent la première cause de décès chez les 35-64 ans pour les deux sexes. Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, les maladies de l'appareil circulatoire constituent la première cause de décès devant les cancers chez les femmes, tandis que ces deux causes se répartissent à part égale chez les hommes.

**À** structure d'âge constante, le poids de ces causes varie également dans le temps, en fonction des progrès thérapeutiques, de la prévention et de certains comportements (alimentaires, tabagisme, etc). L'évolution de la mortalité française sur une période récente (au cours des 30 dernières années) est ainsi marquée par la diminution de la mortalité cardio-vasculaire et de la mortalité accidentelle et par une relative stabilité de la mortalité par cancer (recouvrant toutefois des évolutions différentes selon les localisations cancéreuses).

La première année de vie constitue une période de grande vulnérabilité vis-à-vis de la maladie et de la mort. C'est la raison pour laquelle la mortalité des enfants âgés de moins d'un an, ou mortalité infantile, est traditionnellement considérée comme un bon indicateur du niveau de développement sanitaire et social d'une population.

En 2005, près de 2 800 enfants âgés de moins d'un an sont décédés en France métropolitaine. Rapporté aux 775 000 naissances de l'année, cela correspond à un taux de mortalité infantile de 3,6 décès pour 1 000 naissances vivantes.

La mortalité infantile a baissé de manière considérable en France puisque le taux était supérieur à 50 décès pour 1000 naissances vivantes au lendemain de la seconde guerre mondiale, de l'ordre de 20 pour 1 000 au début des années soixante dix et encore de 10 pour 1 000 au début des années quatre vingt.

Les causes de mortalité infantile les plus fréquentes sont les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (prématurité, hypotrophie...), qui représentent près de la moitié des décès, les anomalies congénitales (cardiopathies notamment) qui représentent 20 % des décès et le syndrome de mort subite du nourrisson (près de 10 % des décès).

### Comparaisons internationales

*Les hommes français ont en 2004 une espérance de vie légèrement supérieure à la moyenne européenne, les femmes françaises présentant l'espérance de vie la plus élevée d'Europe, comme les Espagnoles et les Danoises. Au niveau mondial, seules les Japonaises ont une espérance de vie nettement supérieure : 84,5 ans. Au sein des 25 pays de l'Union européenne, les trois principales causes de mortalité sont les mêmes qu'en France : maladies de l'appareil circulatoire, cancers et morts accidentelles. Mais la France se distingue par une très faible mortalité cardio-vasculaire pour les deux sexes, par une mortalité cancéreuse élevée chez les hommes et légèrement inférieure à la moyenne chez les femmes, et par une mortalité accidentelle élevée, en raison notamment des suicides et des accidents de la circulation (avant la baisse très récente du nombre de décès imputables à ces derniers).*

*En 2005, le taux de mortalité infantile est de 55 décès pour 1 000 naissances vivantes au niveau mondial (soit la situation française d'il y a plus de 60 ans). Il est de 7 pour 1 000 en Europe et en Amérique du Nord, les deux parties du monde qui présentent la situation la plus favorable pour cet indicateur. Le Japon et les pays scandinaves ont la mortalité infantile la plus basse (entre 2 et 3 décès pour 1 000 naissances vivantes), tandis que le taux français (3,6 pour 1 000) est nettement inférieur à celui de l'Europe des 25 (5,0 pour 1 000).*

Un peu moins de la moitié de ces décès surviennent lors de la première semaine de vie, et 65 % durant le premier mois. Cette répartition des décès pendant la première année a varié dans le temps, en fonction des progrès médicaux et sociaux réalisés : la dernière décennie se caractérise ainsi par une forte baisse de la mortalité post-néonatale que l'on peut attribuer (en partie) à la mise en place d'une politique de prévention efficace de la mort subite du nourrisson basée essentiellement sur la modification des recommandations de couchage des enfants. L'évolution de la mortalité néonatale, considérée comme un

indicateur de la qualité des soins pendant les premiers jours de vie, est moins favorable mais l'augmentation du nombre d'accouchements "à risque" (mères âgées, grossesses multiples) pourrait rendre plus difficiles de nouveaux progrès en la matière.

<sup>1</sup>En raison de la canicule de 2003 et d'une mortalité particulièrement importante en France cette année là, puis d'une mortalité au contraire très basse en 2004, l'espérance de vie a fortement augmenté entre ces deux années : + 0,9 an pour les hommes et + 1 an pour les femmes. Au niveau régional les données 2004 ne sont pas encore disponibles au moment de la rédaction de ce document.

### Références bibliographiques

- 1 - INSEE (2005). Les différences sociales de mortalité, Insee Première, n°1 025
- 2 - INSEE (2006). Dans quelles régions meurt-on le plus tard au début du XXI<sup>e</sup> siècle, Insee Première, n°1 114
- 3 - INSEE (2006). La population de la France en 2005, Population et sociétés, n°421
- 4 - INSEE (2005). France 2004 : l'espérance de vie franchit le seuil de 80 ans, Population et sociétés, n°410
- 5 - FNORS (2006). Les maladies cardio-vasculaires dans les régions de France
- 6 - FNORS (2005). Les cancers dans les régions de France
- 7 - Menvielle, G., Chastang, JF., Luce, D. et al. (2007) Evolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Etude en fonction du niveau d'études par causes de décès. Revue d'épidémiologie et de santé publique 55 ; 97-105

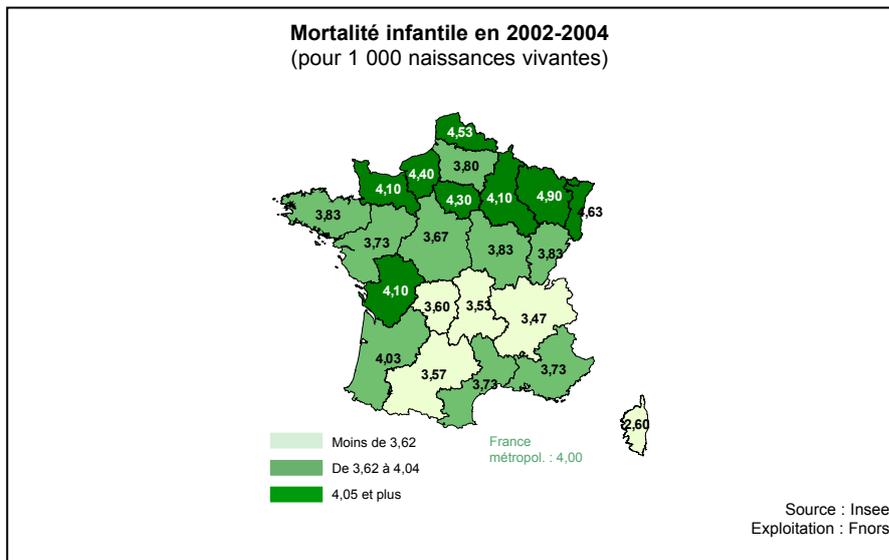
Définitions et précisions sur les indicateurs : voir annexe méthodologique

# Les évolutions récentes de la mortalité infantile dans les régions de France métropolitaine

En 2002-2004, sur 1 000 naissances vivantes, 4 enfants n'atteignent pas l'âge d'un an

Entre le début des années quatre vingt et le début des années 2000, le taux de mortalité infantile a été divisé par un peu plus de 2 en France : de 8,9 décès pour 1 000 naissances vivantes en 1982-1984 à 4,0 décès pour 1 000 naissances vivantes en 2002-2004 (-55 %)\*. Les taux sont aujourd'hui globalement très bas dans l'ensemble de la France métropolitaine mais on distingue quelques caractéristiques régionales pour cet indicateur, en termes d'évolution récente et de niveau atteint.

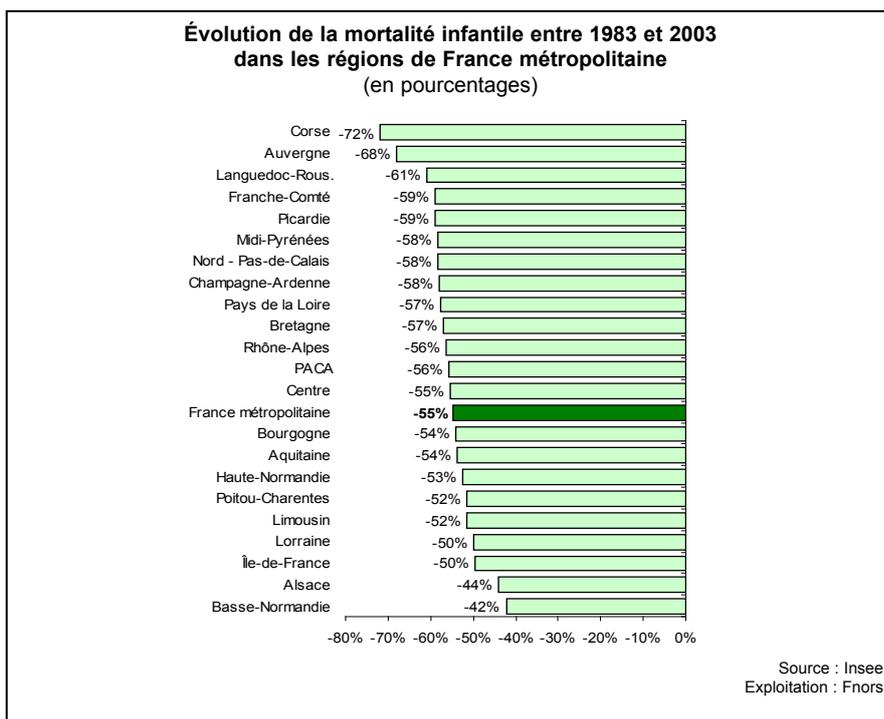
La plus forte baisse est observée en Corse (-72 %), région qui présente aujourd'hui le taux de mortalité infantile le plus bas de France (2,6 décès pour 1 000 naissances vivantes). Le faible taux de mortalité infantile observé en Corse doit être considéré avec prudence puisque, même en regroupant trois années d'observation, les effectifs concernés sont faibles. Toutefois, l'évolution apparaît particulièrement favorable depuis 20 ans dans cette région (qui était parmi les régions les moins bien placées pour cet indicateur dans les années 80 et qui figure parmi les mieux placées depuis le milieu des années quatre vingt dix). L'évolution apparaît également très favorable en Auvergne (avec là encore, des petits effectifs), en Languedoc-Roussillon, en



Franche-Comté et en Picardie. Le taux de mortalité infantile le plus élevé en 2002-2004 est observé en Lorraine (4,9 décès pour 1 000 naissances vivantes), mais c'est en fait tout le quart Nord-Est du pays qui présente une mortalité infantile élevée. La plupart de ces régions du Nord-Est présentaient déjà un niveau élevé de mortalité infantile 20 ans plus tôt, à l'exception de l'Alsace et de l'Île-de-France, qui ont connu une évolution défavorable de cet indicateur (respectivement -44 % et -50 % sur la période considérée). D'autres

régions connaissent des évolutions peu favorables, c'est notamment le cas de la Basse-Normandie (-42 %), qui faisait partie des régions les mieux placées pour cet indicateur jusqu'au milieu des années quatre vingt dix et qui se situe tout juste dans la moyenne depuis. La situation apparaît dans l'ensemble un peu plus favorable dans le Sud.

\*Pour réduire les variations aléatoires, l'indicateur a été calculé sur 3 années.



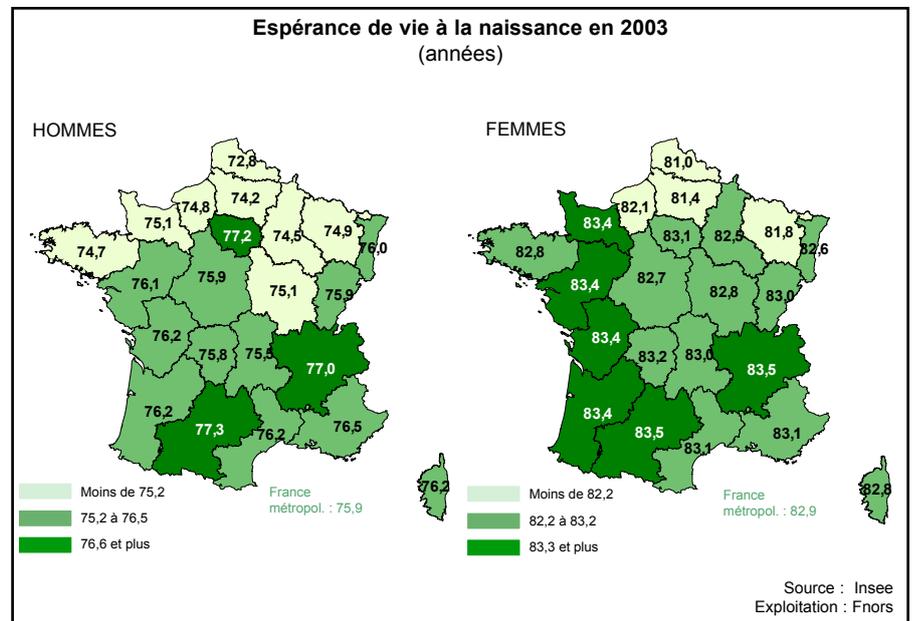
# L'espérance de vie

En France, sur la base des niveaux de mortalité de 2004, un homme peut espérer vivre 76,7 ans et une femme 83,8 ans

En 2003, l'espérance de vie des hommes est la plus réduite en Nord – Pas-de-Calais (72,8 ans en moyenne) et la plus élevée en Midi-Pyrénées (77,3 ans), l'écart (considérable) étant de 4,5 ans entre ces deux régions. Outre Nord – Pas-de-Calais, les régions qui présentent une faible espérance de vie masculine (Picardie, Champagne-Ardenne, Bretagne, Haute-Normandie, Lorraine, Basse-Normandie, Bourgogne notamment) sont toutes situées dans le Nord. Inversement, les régions qui présentent une espérance de vie masculine élevée sont principalement situées dans le Sud, à l'exception de l'Île-de-France, qui, en 2003, enregistre une espérance de vie masculine (77,2 ans) quasiment comparable à celle de Midi-Pyrénées.

Pour les femmes, l'espérance de vie varie de 81 ans dans le Nord – Pas-de-Calais à 83,5 ans dans les régions Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes, soit un écart de 2,5 ans, beaucoup plus modéré que chez les hommes. Comme pour les hommes, les niveaux d'espérance de vie des femmes sont globalement moins élevés dans les régions du Nord que dans celles du Sud.

Les gains d'espérance de vie au cours de la décennie passée sont variables dans les régions : il faut souligner les progrès importants (de l'ordre de 4 ans) chez les hommes des régions Alsace et Bretagne (où les niveaux étaient bas) et des régions Corse, Île-de-France, et Rhône-Alpes (qui avaient au contraire un niveau relativement élevé). Chez les femmes, les régions qui ont

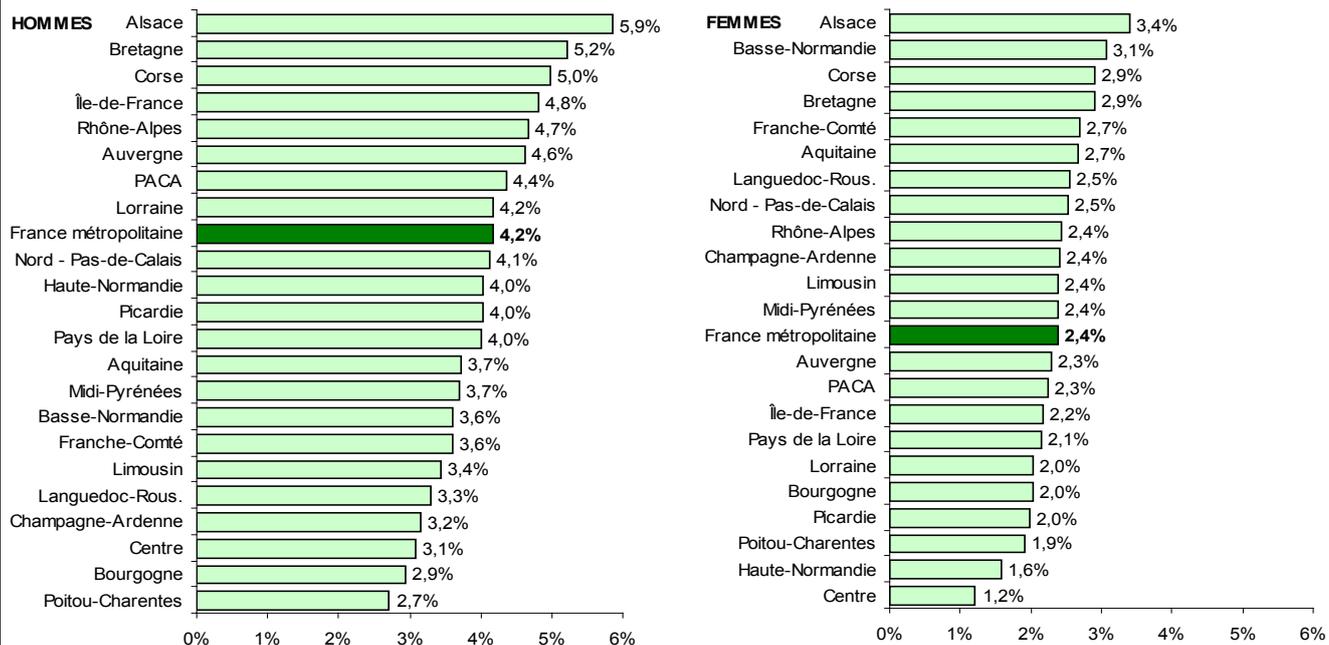


connu les plus fortes progressions d'espérance de vie sont la Bretagne, la Corse, la Basse-Normandie et surtout l'Alsace (où les niveaux étaient faibles en 1990).

Chez les hommes comme chez les femmes, les progrès ont été modérés dans les régions Centre et Poitou-Charentes. Cette dernière région, en 1990, présentait l'espérance de vie la plus élevée de France chez les femmes et la deuxième chez les hommes. Elle se situe dans la moyenne en 2003. Les différences d'espérance de vie constatées dans les régions françaises ont des origines diverses. L'importance des pathologies favorisées par une consommation excessive d'alcool semble pour partie responsable des bas niveaux d'espérance de vie masculine dans les régions du Nord. Mais l'exposition aux autres facteurs

de risques ainsi que des recours plus tardifs aux soins y contribuent aussi. L'espérance de vie élevée des hommes d'Île-de-France s'explique vraisemblablement par la sur-représentation des catégories sociales supérieures dans cette région, population qui bénéficie d'une espérance de vie supérieure à la moyenne. C'est pour la même raison que les régions où l'on vit le moins longtemps sont principalement d'anciennes régions ouvrières et industrielles.

**Évolution de l'espérance de vie à la naissance entre 1990 et 2003**  
(en pourcentages)



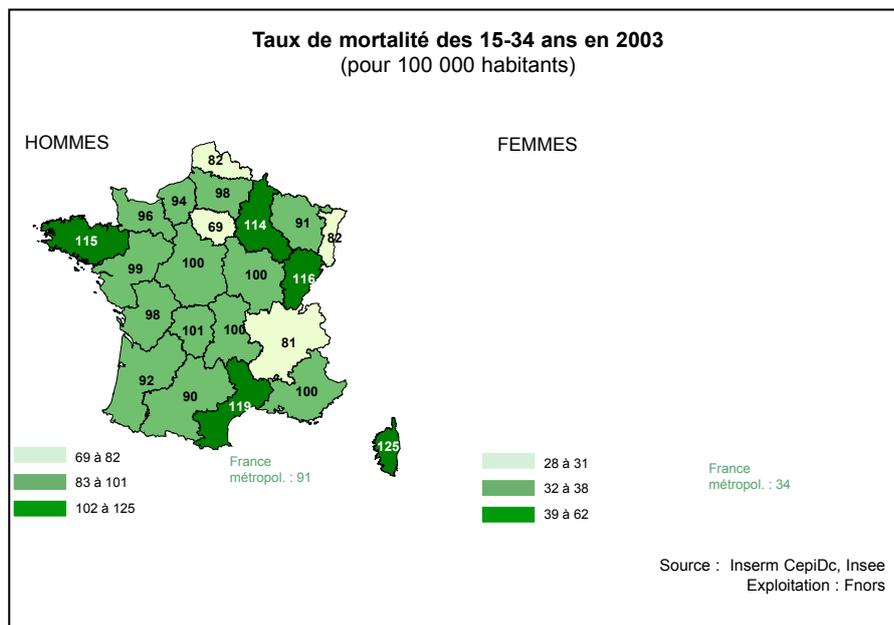
Source : Insee  
Exploitation : Fnors

# Les causes de décès chez les 15-34 ans

En 2003, près de 10 000 personnes âgées de 15 à 34 ans sont décédées en France, dont 56 % par traumatisme ou empoisonnement. La surmortalité masculine est maximale dans cette tranche d'âge

Le taux de mortalité des hommes de 15-34 ans est de 91 décès annuels pour 100 000 hommes de cette tranche d'âge, mais il varie pratiquement du simple au double entre l'Île-de-France (69 décès pour 100 000) et la Corse (125 décès pour 100 000). Dans toutes les régions, les traumatismes et empoisonnements constituent de très loin la première cause de décès des hommes de cette tranche d'âge (57 décès annuels pour 100 000 hommes en France métropolitaine, soit 62 % du total des décès masculins dans cette tranche d'âge) mais ce taux varie de 32 décès pour 100 000 en Île-de-France\* à 79 pour 100 000 en Languedoc-Roussillon, 80 en Bretagne et jusqu'à 91 en Corse. Dans cette dernière région, les traumatismes et empoisonnements représentent près de 3 décès sur 4 chez les hommes de 15-34 ans.

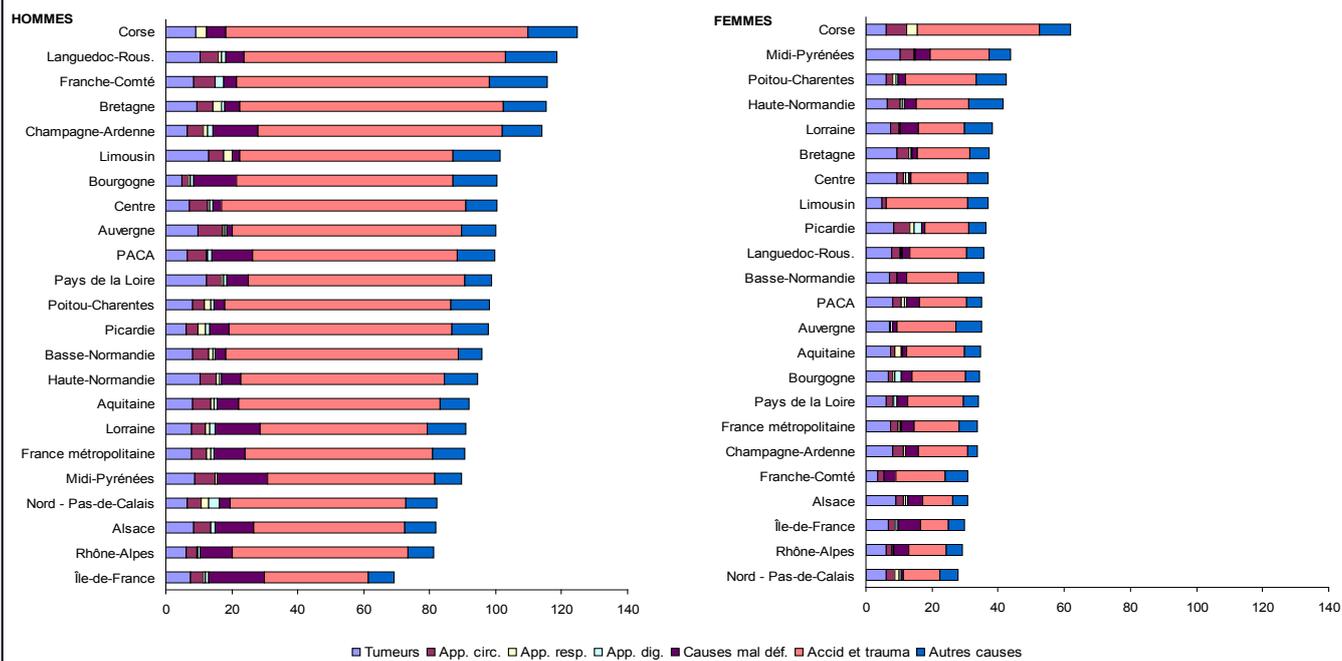
La mortalité est beaucoup moins élevée chez les femmes de cette tranche d'âge (34 décès pour 100 000), mais les disparités régionales sont tout aussi importantes entre la région Nord – Pas-de-Calais (28 décès pour 100 000 femmes de cette tranche d'âge) et la Corse (68 décès pour 100 000). Comme chez les hommes, les traumatismes et empoisonnements constituent la



première cause de décès de cette tranche d'âge (14 décès pour 100 000 femmes en France métropolitaine, soit 40 % du total des décès féminins dans cette classe d'âge) mais ce taux varie de 8 décès pour 100 000 en Île-de-France\* (9 en Alsace) à 21 pour 100 000 en Poitou-Charentes, 25 en Limousin et jusqu'à 37 en Corse.

\*Il existe un sous-enregistrement des décès par mort violente (notamment par suicide) en région Île-de-France qui participe à ce très faible taux. Une part de ces décès sont codés dans la rubrique « causes mal définies », particulièrement importante dans cette région.

### Principales causes de décès des 15-34 ans en 2003 (taux pour 100 000 habitants)



Source : Inserm CepiDc, Insee  
Exploitation : Fnors

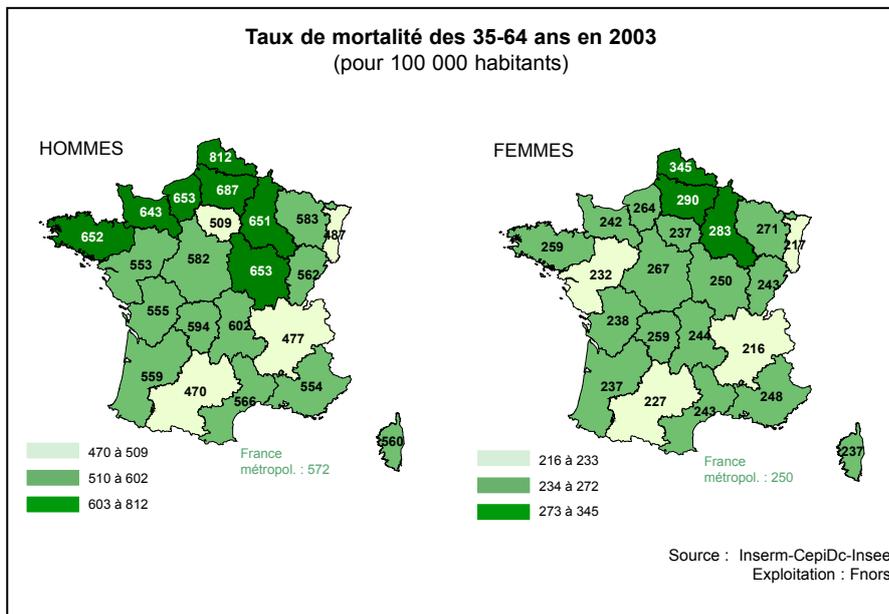
# Les causes de décès chez les 35-64 ans

Près de 100 000 personnes âgées de 35 à 64 ans sont décédées en France en 2003, dont 44 % des suites d'un cancer

Le taux de mortalité des hommes de 35-64 ans est de 572 décès pour 100 000 en France métropolitaine mais ce taux varie de 470 décès pour 100 000 en Midi-Pyrénées (477 en Rhône-Alpes, 487 en Alsace) à 811 décès pour 100 000 en Nord – Pas-de-Calais. On distingue très nettement une zone de surmortalité chez les hommes de cette tranche d'âge dans les régions du Nord de la France, de la Bretagne au Nord – Pas-de-Calais, ainsi que dans les régions Champagne-Ardenne et Bourgogne.

Les tumeurs constituent la première cause de décès chez les hommes de cette classe d'âge (235 décès par cancer pour 100 000 en France métropolitaine, soit 41 % du total des décès masculins dans cette tranche d'âge), mais ce taux varie de 182 pour 100 000 en Midi-Pyrénées, à 334 en Nord – Pas-de-Calais. Les maladies de l'appareil circulatoire constituent la deuxième cause de décès des hommes de cette classe d'âge (94 décès pour 100 000), avec un minimum de 78 pour 100 000 en Pays de la Loire et en Île-de-France et un maximum de 142 en Nord – Pas-de-Calais. Les accidents et traumatismes (78 décès pour 100 000 en France métropolitaine avec des taux régionaux allant de 50 en Île-de-France à 116 en Bretagne) puis les maladies de l'appareil digestif responsables de 43 décès pour 100 000 représentant les 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> causes de décès des hommes de 35 à 64 ans. Les variations régionales sont particulièrement marquées pour cette cause (comprenant notamment les cirrhoses) puisque le taux varie dans un rapport de 1 à 4 entre Midi-Pyrénées (21 pour 100 000) et Nord – Pas-de-Calais (88 pour 100 000).

La mortalité est beaucoup moins élevée



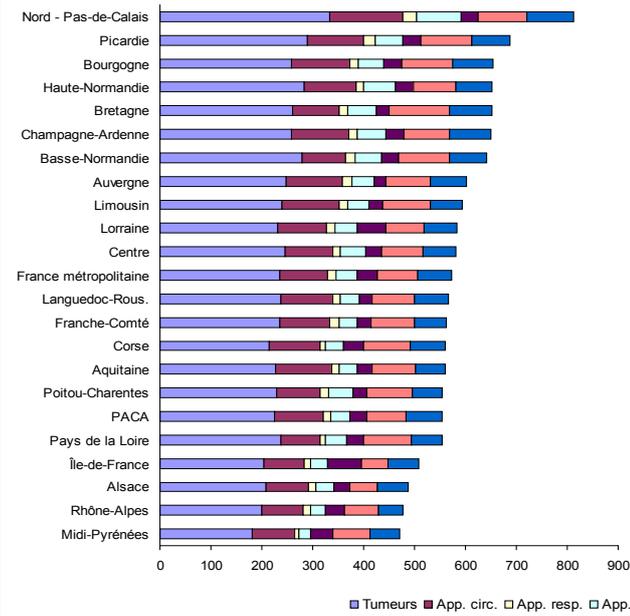
chez les femmes de cette tranche d'âge (250 décès pour 100 000) et les disparités régionales un peu moins importantes que chez les hommes, ce taux variant de 216 en Rhône-Alpes (217 en Alsace) à 345 en Nord – Pas-de-Calais.

Les tumeurs sont à l'origine d'un décès sur deux chez les femmes de cette tranche d'âge en France métropolitaine (taux de mortalité de 125 décès pour 100 000 femmes), ce taux variant de 111 pour 100 000 en Rhône-Alpes à 157 en Nord – Pas-de-Calais. Les maladies de l'appareil circulatoire représentent la deuxième cause de décès chez les femmes de cette tranche d'âge avec un taux de 30 décès pour 100 000 variant de 23 en Basse-Normandie et en Corse à 44 en Nord – Pas-de-Calais. Les accidents et traumatismes dont le taux (27 pour 100 000 en moyenne nationale) varie de 16 en Alsace et en Île-de-France à 38 en Limousin ou en Basse-Normandie et 40 en Bretagne

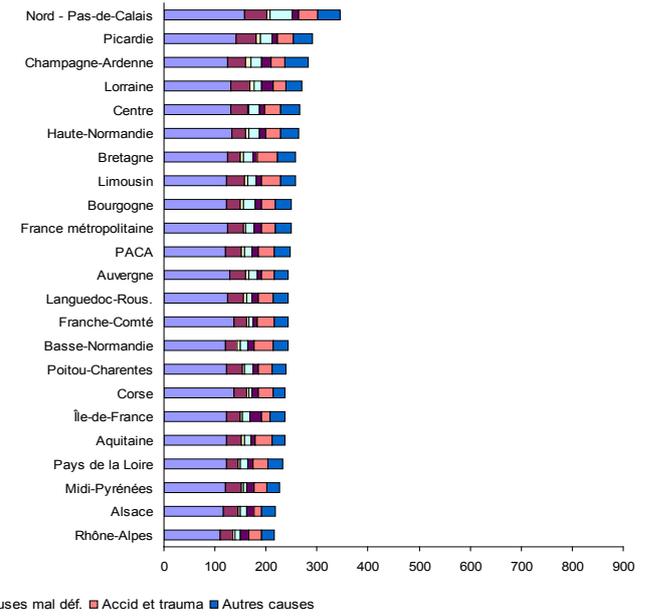
forment la 3<sup>ème</sup> cause de décès des femmes de 35 à 64 ans. Les maladies de l'appareil digestif sont responsables de 16 décès annuels pour 100 000 femmes de cette tranche d'âge, le taux variant de 5 en Corse (6 en Midi-Pyrénées) à 43 en Nord – Pas-de-Calais.

**Principales causes de décès des 35-64 ans en 2003**  
(taux pour 100 000 habitants)

**HOMMES**



**FEMMES**



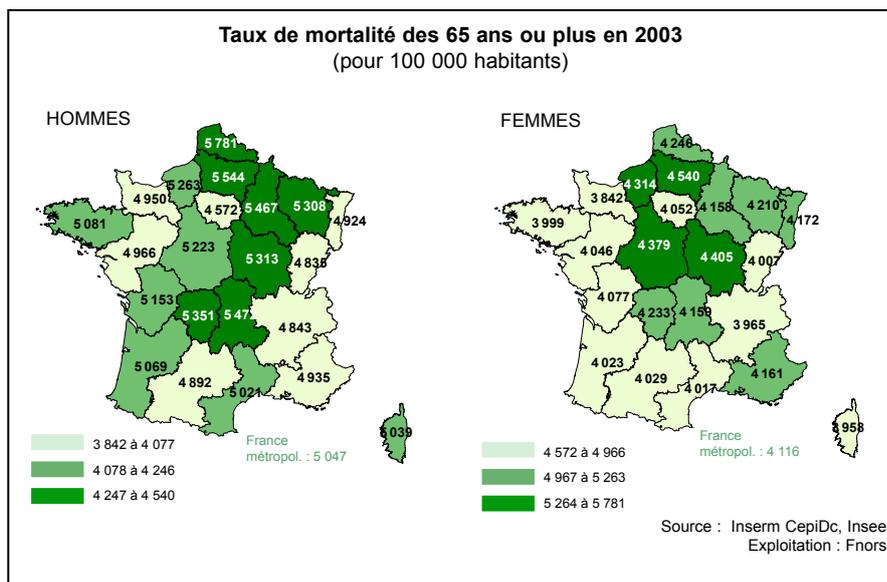
Source : Inserm CepiDc, Insee  
Exploitation : Fnors

# Les causes de décès chez les 65 ans ou plus

Plus de 440 000 personnes âgées de 65 ans ou plus sont décédées en France en 2003. Cancer et maladies cardio-vasculaires constituent les principales causes de mortalité chez les personnes âgées

Le taux de mortalité des hommes de 65 ans ou plus est de 5 048 décès pour 100 000 en France métropolitaine mais ce taux varie de 4 572 décès pour 100 000 en Île-de-France à 5 781 en Nord – Pas-de-Calais. On distingue une zone de surmortalité chez les hommes de cette tranche d'âge formée par les régions entourant l'Île-de-France. Les tumeurs constituent la première cause de décès chez les hommes de 65 ans ou plus (1 564 décès par cancer pour 100 000 en France métropolitaine, soit 31 % du total des décès masculins dans cette tranche d'âge), mais ce taux varie de 1 397 pour 100 000 en Midi-Pyrénées à 1 816 en Nord – Pas-de-Calais. Les maladies de l'appareil circulatoire, qui figuraient il y a quelques années en première place, constituent aujourd'hui la deuxième cause de décès des hommes de cette classe d'âge (1 551 décès pour 100 000), avec un minimum de 1 297 pour 100 000 en Île-de-France et un maximum de 1 792 en Limousin. Les maladies de l'appareil respiratoire constituent la troisième cause de décès (417 décès pour 100 000 en France métropolitaine), ce taux variant de 276 en Corse à 682 en Nord – Pas-de-Calais. Les maladies de l'appareil digestif sont responsables de 203 décès pour 100 000 hommes de 65 ans ou plus en France métropolitaine, ce taux variant de 169 en Île-de-France à 261 en Nord – Pas-de-Calais (les disparités régionales étant beaucoup plus réduites que chez les hommes de 35-64 ans pour cette cause).

Le taux de mortalité des femmes de 65 ans ou plus est de 4 116 décès\* pour 100 000 en France métropolitaine

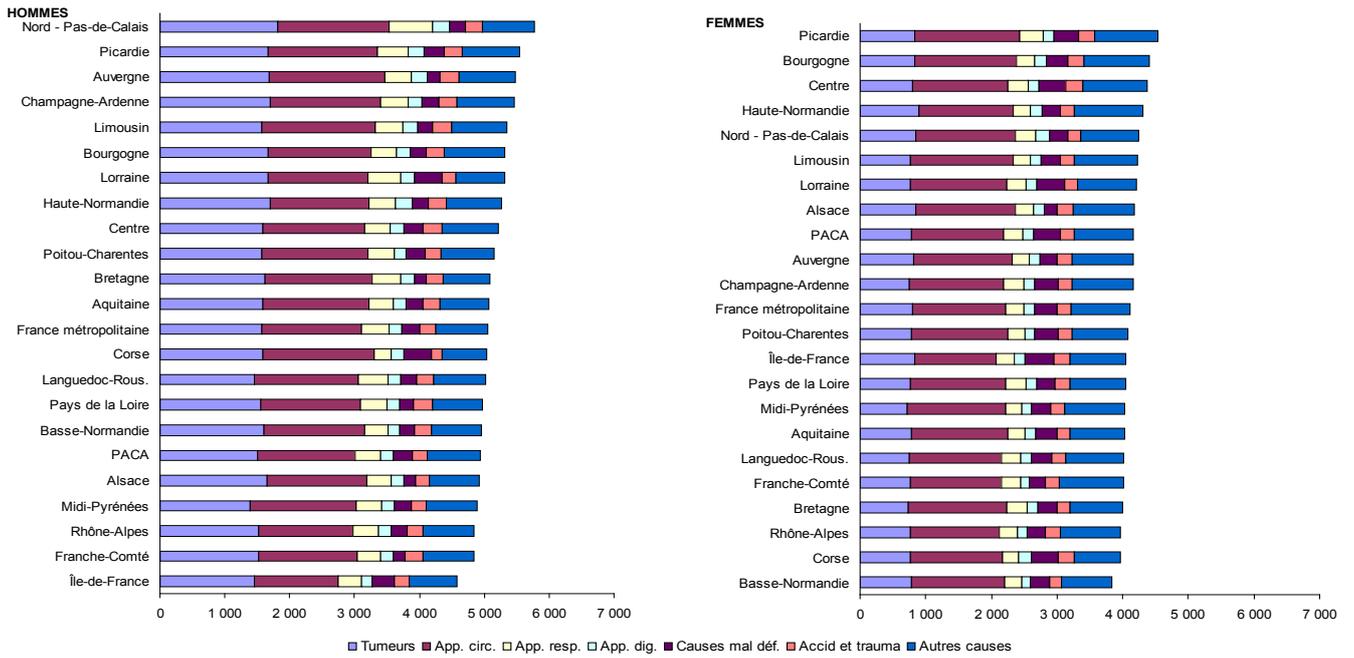


mais ce taux varie de 3 842 en Basse-Normandie à 4 540 en Picardie. Les maladies de l'appareil circulatoire, responsables de 35 % des décès, constituent la première cause de décès chez les femmes de cette tranche d'âge. Le taux de 1 427 décès pour 100 000 en France métropolitaine varie de 1 239 en Île-de-France à 1 588 en Picardie. Les tumeurs constituent la deuxième cause de décès avec 792 décès pour 100 000 France métropolitaine, soit un taux deux fois inférieur à celui des hommes de cette tranche d'âge. Le taux varie dans les régions françaises de 720 en Midi-Pyrénées (727 en Bretagne) à 892 en Haute-Normandie. Les maladies de l'appareil respiratoire arrivent en troisième position avec 286 décès pour 100 000 en France métropolitaine (245 en Corse et 358 en Picardie) suivies par les accidents et traumatismes (notamment des chutes accidentelles),

responsables de 219 décès pour 100 000 femmes de cette tranche d'âge en France métropolitaine (178 en Basse-Normandie et jusqu'à 262 en région Centre).

\*Le taux de mortalité des femmes de 65 ans ou plus est moins élevé que celui des hommes (4 116 décès pour 100 000 contre 5 048), mais la différence de mortalité est en réalité beaucoup plus importante à chaque âge. En effet, ce taux calculé sur l'ensemble de la population des personnes âgées de 65 ans ou plus tend à réduire les disparités de mortalité entre sexe puisque la population masculine (de 65 ans ou plus) est plus jeune que la population féminine de cette même tranche d'âges. Ainsi en France métropolitaine, parmi les hommes âgés de 65 ans ou plus, 7 % sont âgés de 85 ans ou plus. Chez les femmes, cette proportion atteint 14 %.

**Principales causes de décès des 65 ans ou plus en 2003**  
(Taux pour 100 000 habitants)



Source : Inserm CepiDc, Insee  
Exploitation : Fnors



# Mortalité prématurée



# La mortalité prématurée

*Si l'espérance de vie en France est meilleure que dans la plupart des pays voisins, les taux de mortalité avant 65 ans y sont paradoxalement plus élevés. Chez les hommes comme chez les femmes, les cancers représentent la première cause de décès prématurés devant les traumatismes et empoisonnements. La lutte contre la mortalité prématurée évitable passe principalement par des actions de réduction des comportements à risque chez les hommes, et chez les femmes, à part égale, avec l'amélioration de la prévention et de la prise en charge sanitaire.*

L'allongement de la durée de la vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. L'âge limite de la vie humaine est aujourd'hui de 120 ans environ mais certains scientifiques n'excluent pas qu'il puisse encore augmenter. De plus en plus d'hommes et surtout de femmes accomplissent un parcours de vie s'approchant de cette limite et le nombre de centenaires connaît une évolution exponentielle. En 2003, un tiers des 552 335 personnes décédées en France métropolitaine avaient 85 ans ou plus. En raison de la surmortalité masculine, particulièrement importante avant 65 ans, cette proportion est beaucoup plus élevée chez les femmes (47 %) que chez les hommes (21 %).

Conséquence de cette évolution, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux très grands âges, ce qui limite leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention. C'est pourquoi les responsables de la santé publique s'intéressent, en France comme dans la plupart des pays de développement comparable, à la mortalité prématurée définie généralement comme la mortalité survenant avant 65 ans. En France, où l'espérance de vie à la naissance dépasse 76 ans pour les hommes et 83 ans pour les femmes, les décès qui se produisent avant 65 ans peuvent en effet être considérés comme prématurés.

En 2003, les décès prématurés ont concerné environ 110 600 personnes en France métropolitaine, soit 20 % de l'ensemble des décès. Toutefois, cette proportion est très différente selon le sexe. Les décès prématurés sont proportionnellement beaucoup plus fréquents chez les hommes (27 %) que chez les femmes (13 %). Chez les hommes, le cancer du poumon est la cause la plus fréquente, suivie, à parts égales, des suicides, de l'alcoolisme (psychose et cirrhose alcoolique), des cancers des voies aéro-digestives supérieures, des infarctus et des accidents de la circulation. Chez les femmes, les causes de décès avant 65 ans sont le cancer du sein devant nettement les suicides, l'alcoolisme, le cancer du poumon et les accidents de la circulation. Néanmoins, si l'on prend en compte l'âge de survenue du décès, les accidents et les suicides ont un poids beaucoup plus important dans la mortalité prématurée, en particulier chez les hommes : ils constituent les premières causes d'années potentielles de vie perdue.

En 20 ans, la mortalité prématurée a connu une diminution d'environ 30 % en France, mais demeure plus élevée que dans les pays européens voisins. La situation française est paradoxale. Les hommes ont une espérance de vie à la naissance équivalente à la moyenne européenne (Europe des 15) et un risque de mortalité prématurée bien plus élevé que la plupart des pays voisins. Chez les femmes, l'espérance de

vie à la naissance est une des plus élevée d'Europe tandis que le taux de mortalité prématurée est équivalent à la moyenne européenne.

Une partie de cette mortalité prématurée s'avère « évitable » : en effet, la moitié des décès survenant avant 65 ans est due à des causes dont la maîtrise ne nécessite généralement ni connaissance médicale supplémentaire, ni équipement nouveau. Le poids de la mortalité évitable dans la mortalité prématurée est comparable pour les hommes et les femmes. Parmi les décès prématurés évitables, il est possible de distinguer deux catégories selon le type d'action qui serait le plus efficace pour les prévenir : le premier porte sur la modification de certains comportements individuels, en particulier l'alcoolisme, le tabagisme et la conduite routière et la seconde concerne l'amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins, en particulier la prévention de certaines pathologies par le biais du dépistage. Selon le sexe, la lutte contre la mortalité évitable passe davantage par l'une de ces modalités d'action que par l'autre : chez les hommes, les trois quarts des décès évitables le sont par modification des comportements individuels. Chez les femmes, la moitié des décès évitables l'est par une amélioration de la prise en charge des personnes par le système de soins.

Les décès prématurés ne surviennent pas à la même fréquence dans toutes les catégories sociales. Chez les hommes en activité professionnelle, il existe une nette hiérarchie selon la catégorie socioprofessionnelle : chez les ouvriers-employés, le taux de mortalité prématurée est 3 fois plus élevé que chez les cadres supérieurs et professions libérales et 2 fois plus élevé que chez les cadres moyens et commerçants. Ces différences s'observent pour la plupart des pathologies et les écarts les plus nets concernent les cancers des voies aéro-digestives supérieures et les autres pathologies associées à la consommation d'alcool.

En France, il existe par ailleurs de fortes disparités spatiales de mortalité prématurée, avec en particulier deux grandes zones géographiques de plus forte mortalité : le Nord de la France et la Bretagne. Il semble que les facteurs socioprofessionnels ne sont pas les seuls à jouer dans ces disparités spatiales et que la composante régionale, qui rend compte de nombreux facteurs (comportements à risque,

### Comparaisons européennes

*Au sein de l'Union européenne (Europe des 25), il existe de très fortes disparités concernant la mortalité prématurée masculine dont les taux variaient dans un rapport de 1 à 4 en 2002<sup>1</sup>. Les taux les plus élevés sont observés dans les trois pays baltes et dans l'Est de l'Europe (Hongrie, Pologne) tandis qu'aucune zone de faible mortalité prématurée ne se distingue véritablement. Les taux les plus faibles sont à la fois observés dans des pays du Nord de l'Europe (Suède, Pays-Bas) et dans des pays du Sud (Malte, Chypre, Italie). En France, le taux de mortalité prématurée masculine est plus élevé que dans la plupart des pays voisins (+15 % par rapport à la moyenne de l'Europe des 15 en 2002) et se situe au niveau de la moyenne de l'Europe des 25. Chez les femmes, les taux de mortalité prématurée variaient dans un rapport de 1 à 2,5 en 2002, suivant un gradient Europe du Sud (Espagne, Grèce, Italie) – Europe de l'Est (pays baltes, Hongrie). En France, le niveau de la mortalité prématurée féminine est équivalent à la moyenne de l'Europe des 15 et inférieure à celle de l'Europe des 25 (-8 % en 2002).*

<sup>1</sup> Données non disponibles pour 2 des 25 pays (Belgique, Danemark)

habitudes alimentaires, recours aux soins, déterminants environnementaux et culturels notamment) est un facteur également important. Une analyse infrarégionale fait apparaître également des disparités de mortalité prématurée au sein des régions elles-mêmes. Si l'Alsace, par exemple, présente des taux relativement homogènes au niveau

de ses cantons, la Bourgogne est plus contrastée avec une partie Est où les taux de mortalité sont inférieurs à la moyenne alors que dans les cantons de l'Ouest de la Bourgogne, ils sont supérieurs à la moyenne nationale.

### Références bibliographiques

- 1 - DREES (2006). L'état de santé de la population en France en 2006. Indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique.
- 2 - Eurostat. <http://europa.eu.int/comm/eurostat>
- 3 - Jouglà, E. (2003). Numéro thématique. La mortalité prématurée en France. Editorial. BEH. N°30-31, p. 133.
- 4 - Michel, E., Jouglà, E., Hatton, F. (1996). Mourir avant de vieillir. INSEE PREMIERE. N°429, p. 1-4.
- 5 - Péquignot, F., Le Toullec, A., Bovet, M., Jouglà, E. (2003). La mortalité « évitable » liée aux comportements à risque, une priorité de santé publique en France. BEH. N°30-31, p. 139-141.
- 6 - Rican, S., Jouglà, E., Salem, G. (2003). Inégalités socio-spatiales de mortalité en France. BEH. N°30-31, p. 142-145.
- 7 - Trugeon, A., Fontaine, D., Lémery, B. et Fnors. (2006). Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton. Masson. 176 p.
- 8 - Vallin, J. et Meslé, F. (2001). Vivre au-delà de 100 ans. Population et Sociétés. N°365, p. 1-4.

Définitions et précisions sur les indicateurs : voir annexe méthodologique

## Définitions

La liste des causes de décès évitables suivante a été établie par la Fnors en s'inspirant à la fois de travaux européens menés sous l'égide du Comité d'actions concertés "Health Services Research" et des travaux menés au sein du Service d'information sur les causes de décès de l'Inserm. Elle inclut les décès par typhoïde, tuberculose, tétanos, sida, cancers de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, de la peau, du sein, de l'utérus, la maladie de Hodgkin, les leucémies, la psychose alcoolique et alcoolisme, la cirrhose du foie, les cardiopathies rhumatismales chroniques, les maladies hypertensives, les cardiopathies ischémiques, les maladies vasculaires cérébrales, la grippe, l'asthme, les ulcères, la mortalité maternelle, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles et les suicides.

Les travaux européens classent les décès "évitable" en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence.

Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risque individuels. Il comprend les cancers de la cavité buccale et du pharynx, de l'œsophage, du larynx, des bronches et du poumon, la psychose alcoolique et l'alcoolisme, la cirrhose du foie, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles, les suicides.

Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, par exemple, les décès par tuberculose, le cancer du sein ou les maladies hypertensives.

# Mortalité prématurée

Le risque de décéder prématurément est deux fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes. Depuis les années quatre-vingt, il a diminué dans toutes les régions françaises. Les régions d'outre-mer et du Nord de la métropole sont actuellement les plus concernées.

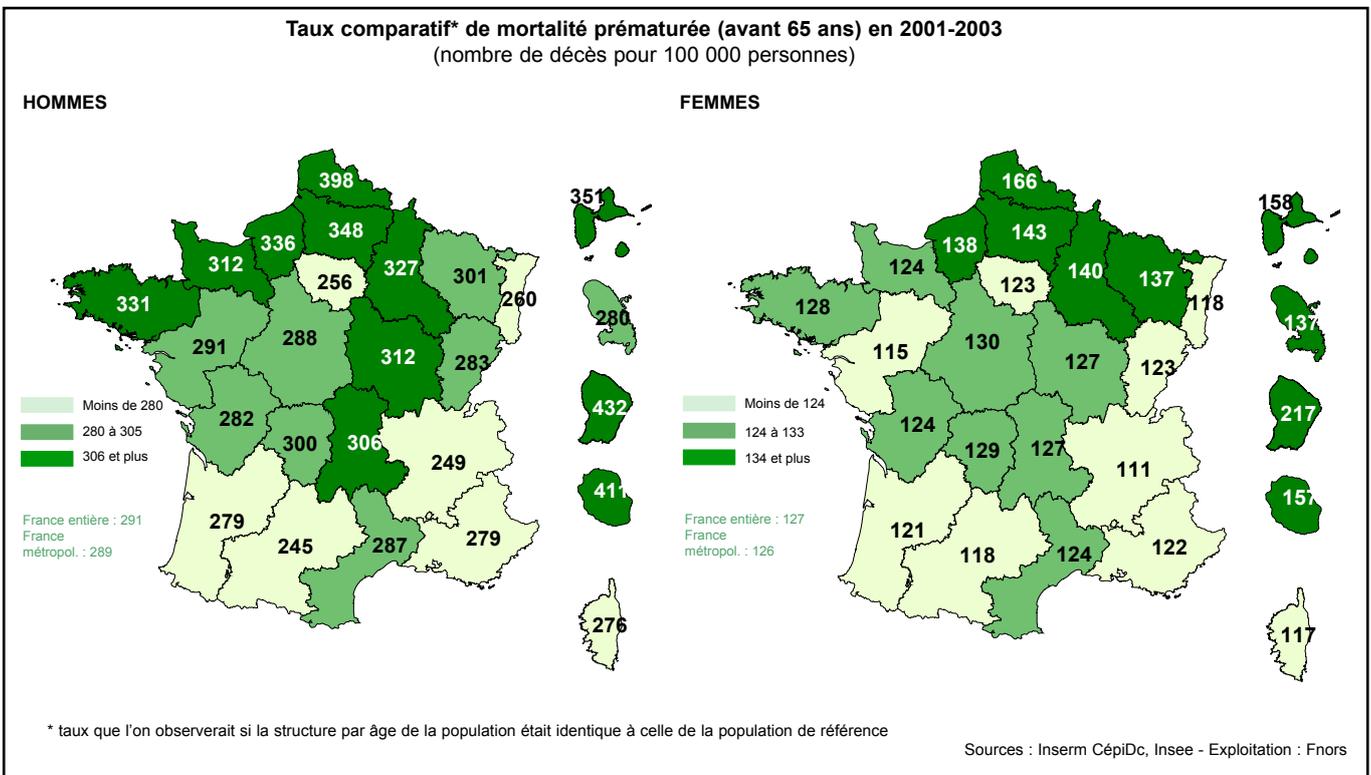
Sur la période 2001-2003, le taux comparatif de mortalité prématurée (avant 65 ans) chez les hommes est en moyenne de 291 pour 100 000 en France entière. Ce taux varie dans un rapport de 1 à 1,8 selon les régions. Les taux les plus élevés sont observés dans trois régions d'outre-mer et, dans les régions du Nord et en Bretagne pour la Métropole. À l'inverse, trois grandes zones géographiques apparaissent en sous-mortalité significative par rapport au niveau national : le quart Sud-Ouest, l'Est (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Rhône-Alpes et Alsace) et la région Île-de-France.

Chez les femmes, le taux comparatif de mortalité prématurée est en moyenne de 127 pour 100 000 en France entière, soit deux fois plus faible que chez les hommes. Ce taux varie de 111 en Rhône-Alpes à 217 en Guyane (rapport de 1 à 2). Comme chez les hommes,

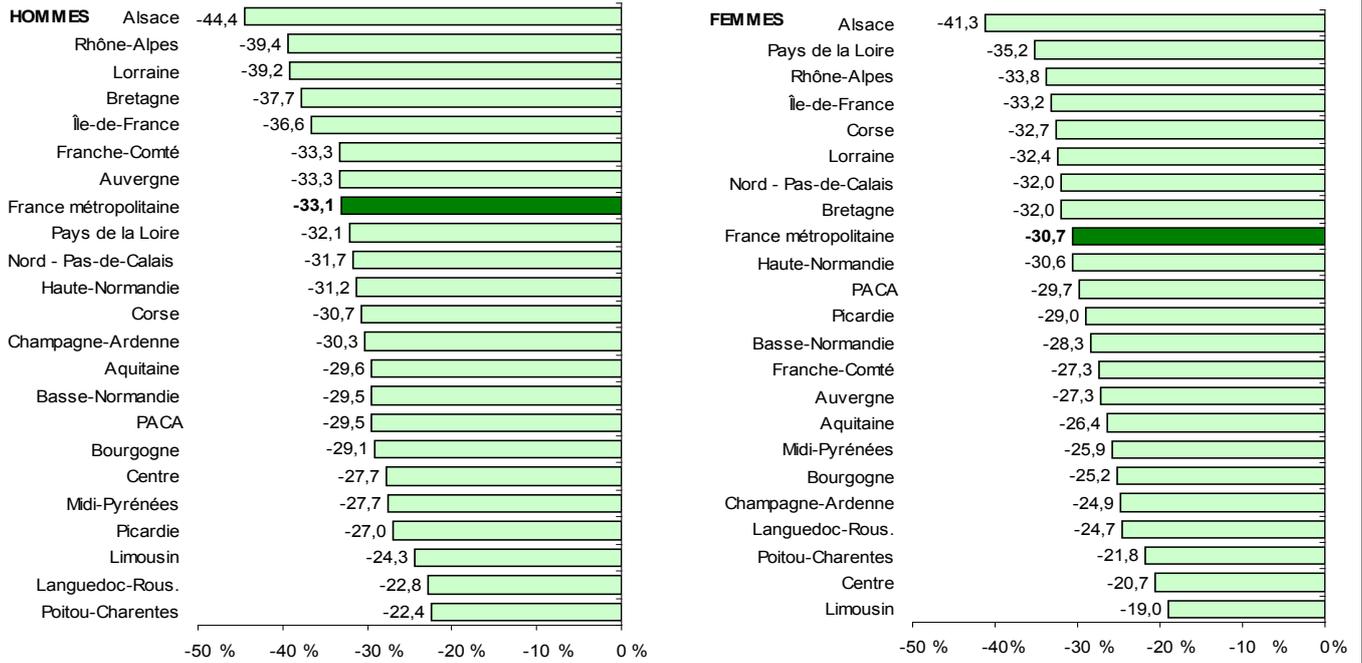
les taux les plus élevés sont observés dans trois régions d'outre-mer et dans les régions du Nord de la France métropolitaine et les taux les moins élevés dans l'Est et dans le Sud-Ouest. Entre 1980-1982 et 2001-2003, le taux de mortalité prématurée chez les hommes a diminué de 33 % en France métropolitaine. La situation s'est améliorée dans toutes les régions de la métropole et particulièrement en Alsace et en Lorraine, deux régions en surmortalité sur la période 1980-1982. La région Rhône-Alpes a également connu une baisse importante de la mortalité prématurée, renforçant une situation déjà favorable par rapport à la moyenne nationale. En revanche, dans les régions où le recul a été le moins important, les taux de mortalité étaient inférieurs à la moyenne nationale en 1980-1982 et ont rejoint (Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon)

voire dépassé le niveau national (Limousin).

Chez les femmes, la mortalité prématurée a également diminué de 31 % en France métropolitaine entre 1980-1982 et 2001-2003. L'évolution a été favorable dans toutes les régions de la métropole et a eu tendance à réduire les disparités régionales. Comme chez les hommes, la diminution la plus importante a été observée en Alsace, passant d'une situation de surmortalité à une situation de sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale. En revanche, dans les quatre régions où le recul de la mortalité prématurée a été le moins important, les taux de mortalité étaient inférieurs à la moyenne nationale en 1980-1982 et ont rejoint le niveau national en 2001-2003.



**Évolution du taux comparatif\* de mortalité prématurée (avant 65 ans) entre 1980-1982  
et 2001-2003**  
(en pourcentages)



\*taux que l'on observerait si la structure par âge de la population était identique à celle de la population de référence

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation : Fnors

# Principales causes de mortalité prématurée

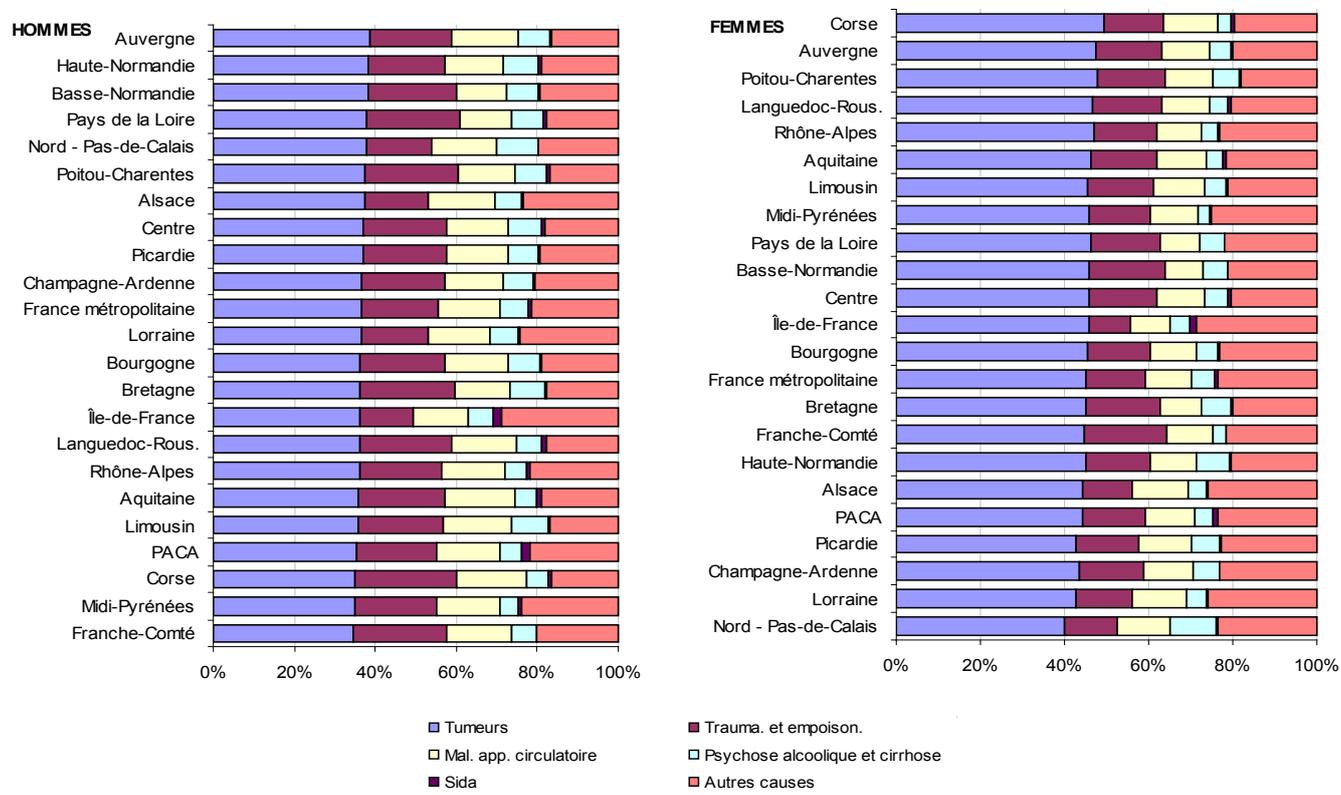
Les tumeurs, les traumatismes et empoisonnements et les maladies cardio-vasculaires sont les trois principales causes de décès prématurés chez les hommes comme chez les femmes. Le poids des tumeurs dans la mortalité prématurée varie peu selon les régions ; les disparités sont plus marquées pour les traumatismes.

Quelle que soit la région de France, les tumeurs (cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures - VADS - principalement) représentent la principale cause de mortalité prématurée chez les hommes. Les deux causes qui viennent ensuite sont les traumatismes et empoisonnements (accidents de la circulation et suicides majoritairement) et les maladies cardio-vasculaires, suivis de l'alcoolisme (psychose et cirrhose) et du sida. Le poids des tumeurs dans la mortalité prématurée varie peu selon les régions (entre 35 et 39 %), comme celui des maladies cardio-vasculaires (entre 13 et 17 %). Pour d'autres causes, les disparités régionales sont en revanche plus marquées. La part des décès prématurés liés à une consommation excessive d'alcool (cancer des VADS, psychose alcoolique, cirrhose du foie) est d'autant plus importante que le taux

de mortalité prématurée est élevé, et atteint un maximum dans le Nord de la France. Le poids des traumatismes et empoisonnements est plus important en Corse, où la part des accidents de la circulation est très élevée. Dans les régions de l'Ouest, l'importance des traumatismes et empoisonnements est liée aux taux élevés de décès par suicide qui y sont observés (Bretagne, Pays-de-la-Loire). Le poids du sida est maximal en Île-de-France et dans le Sud-Est (Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon). Chez les femmes, les tumeurs représentent également la première cause de mortalité prématurée (cancer du sein dans près d'un cas sur trois), avec un poids plus important que chez les hommes. Les autres causes les plus fréquentes sont les traumatismes et empoisonnements et les maladies de l'appareil circulatoire, suivis de

l'alcoolisme (psychose et cirrhose) et du sida mais dans des proportions inférieures à celles observées chez les hommes. Par rapport à ce qui est observé pour les autres causes, le poids des tumeurs dans la mortalité prématurée féminine varie relativement peu selon les régions françaises. En revanche, comme chez les hommes, le poids de l'alcoolisme (psychose et cirrhose) dans la mortalité prématurée est plus élevé dans les régions de forte mortalité prématurée situées dans le Nord de la France. Le poids des traumatismes et empoisonnements est quant à lui plus important en Franche-Comté et dans les régions de l'Ouest (Bretagne, Pays-de-la-Loire) du fait des taux élevés de décès par suicide qui y sont observés. Comme chez les hommes, le poids du sida est maximum en Île-de-France et dans le Sud-Est de la France.

Part des principales causes de mortalité prématurée en 2001-2003 (en % du nombre de décès survenus avant 65 ans)



N.B : Ces proportions ont été calculées à partir des effectifs bruts de décès et ne sont pas standardisées sur l'âge

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation : Fnors

# Principales causes de mortalité prématurée évitable

Environ la moitié des décès survenant avant l'âge de 65 ans pourrait être évitée. Parmi ces décès prématurés évitables, 3 sur 4 chez les hommes et 1 sur 2 chez les femmes pourraient l'être par des changements de comportements.

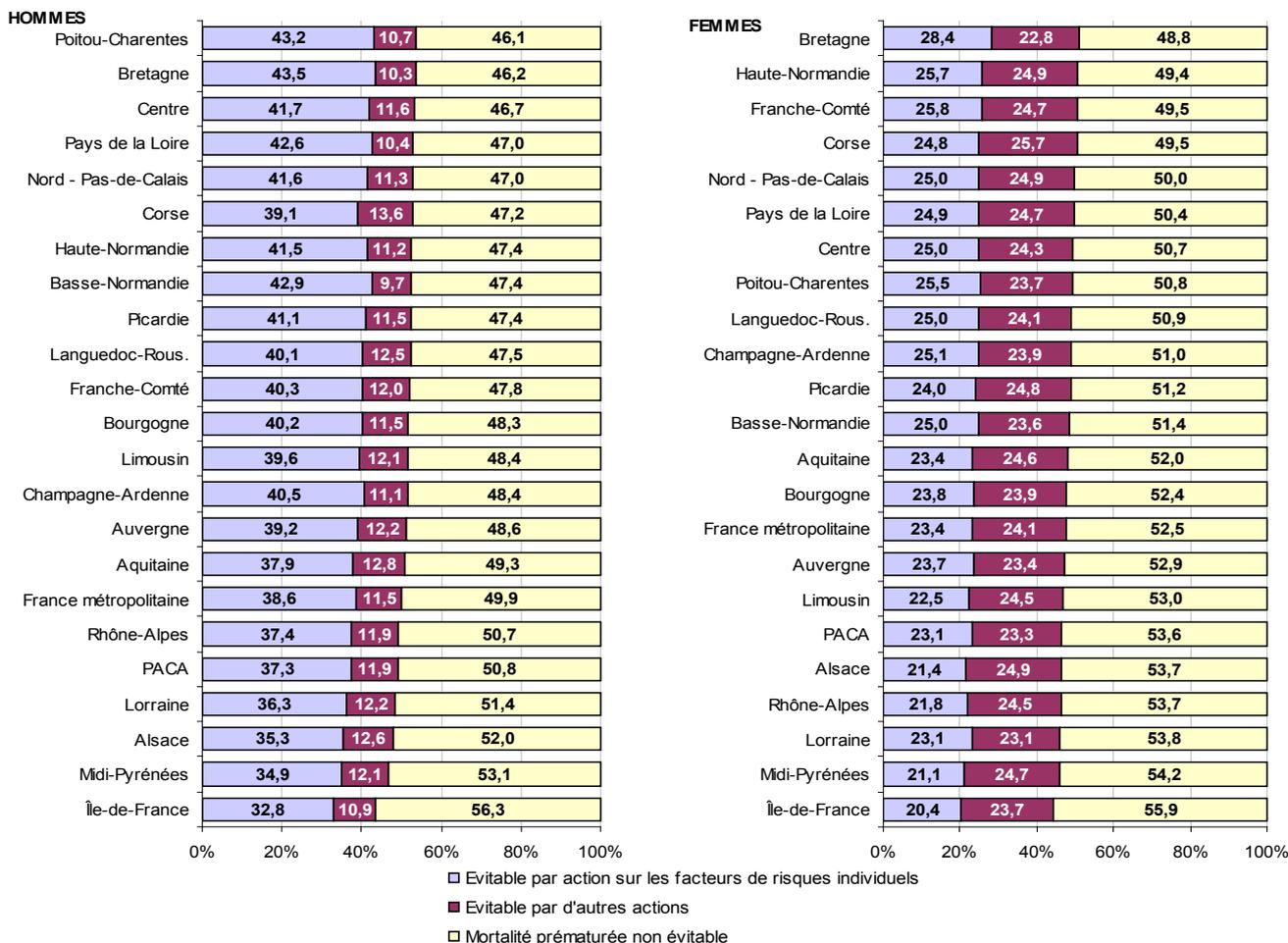
Certains décès prématurés sont considérés comme « évitables », soit par des actions sur des comportements à risque individuels (décès liés à une consommation excessive d'alcool, de tabac, décès par suicide ou par accident) soit par une meilleure prise en charge préventive ou curative (cancer du sein...).

Au total, sur la période 2001-2003, la moitié des décès masculins survenus avant 65 ans aurait pu être évitée, dont les trois-quarts par des actions sur des facteurs de risque individuels. Selon les régions, la part des décès évitables varie de 44 % en Île-de-France à 54 % en Poitou-Charentes et Bretagne. La part des décès évitables par des actions

sur des facteurs de risque individuels est plus élevée dans les régions où les suicides et l'alcoolisme représentent une part importante des décès prématurés.

Chez les femmes, 48 % des décès prématurés sont évitables, à peu près autant par des actions sur des facteurs de risque individuels que par une meilleure prise en charge par le système de soins. La part des décès évitables varie relativement peu selon les régions de France métropolitaine, de 44 % en Île-de-France à 51 % en Bretagne, Haute-Normandie et Franche-Comté.

**Part des décès évitables selon le type d'actions pour les éviter dans l'ensemble des décès prématurés en 2001-2003**  
(en % du nombre de décès survenus avant 65 ans)



N.B. Ces proportions ont été calculées à partir des effectifs bruts de décès et ne sont pas standardisées sur l'âge

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation : Fnors

# Taux comparatifs d'années potentielles de vie perdues

La prise en compte de la précocité du décès confirme la forte mortalité prématurée des régions du Nord de la France et nuance la situation favorable de certaines régions comme l'Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

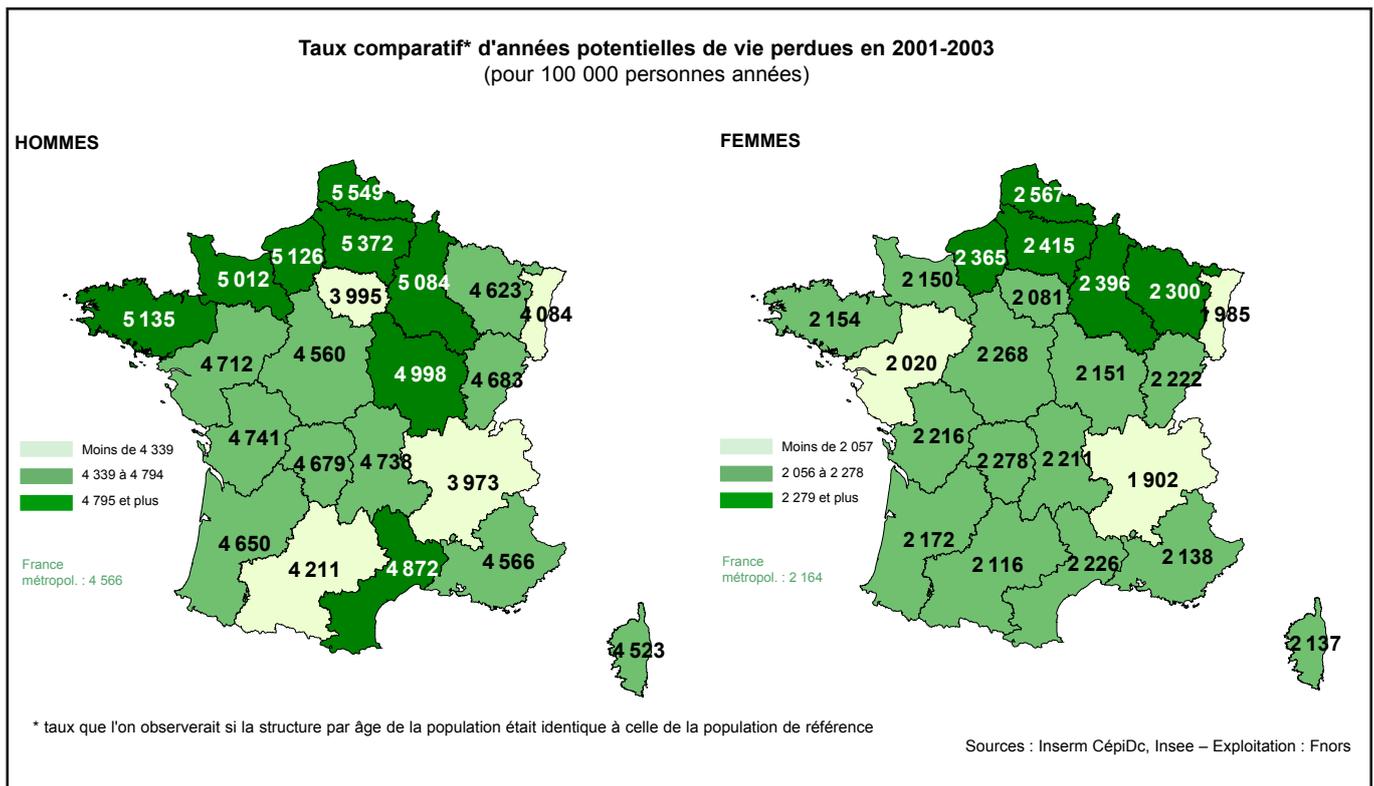
Les années potentielles de vie perdues (APVP) représentent le nombre d'années qu'une personne décédée prématurément (ici avant 65 ans) n'a pas vécu. Par rapport aux indicateurs précédents, celui-ci permet ainsi de prendre en compte la plus ou moins grande précocité des décès.

L'analyse des taux comparatifs d'APVP confirme la forte mortalité prématurée masculine observée dans les régions situées sur un arc allant de la pointe de la Bretagne au Nord-Pas-de-Calais et descendant jusqu'en Bourgogne. Elle fait apparaître une situation également inquiétante dans la région Languedoc-Roussillon. La prise en compte de la précocité du décès nuance par ailleurs la faible mortalité prématurée observée

en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Aquitaine.

Chez les femmes, les taux comparatifs d'APVP les plus élevés sont observés dans les régions du Nord de la France.

Comme chez les hommes, la prise en compte de la précocité des décès modifie la situation observée dans certaines régions, notamment en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Aquitaine où les taux d'APVP sont proches de la moyenne nationale alors que les taux comparatifs de mortalité prématurée sont significativement inférieurs à la moyenne nationale. Ceci signifie que, dans ces régions, les décès prématurés surviennent à des âges plus précoces que dans les autres régions.



# Principales causes d'années potentielles de vie perdues

Les traumatismes et empoisonnements chez les hommes et les tumeurs chez les femmes sont les principales causes d'années potentielles de vie perdues. Le poids des traumatismes dans l'ensemble des années potentielles de vie perdues varie du simple au double selon les régions.

Par rapport aux taux de mortalité prématurée, les années potentielles de vie perdues (APVP) donnent un poids plus important à toutes des causes de décès prédominantes chez les jeunes. Cet indicateur rehausse notamment le poids relatif des accidents de la route et des suicides.

Ainsi, en termes d'APVP, les traumatismes et empoisonnements représentent la première cause de mortalité prématurée chez les hommes en 2001-2003 (30 % des APVP en moyenne en France), devant les tumeurs (24 %), hormis en Île-de-France où cet ordre est inversé.

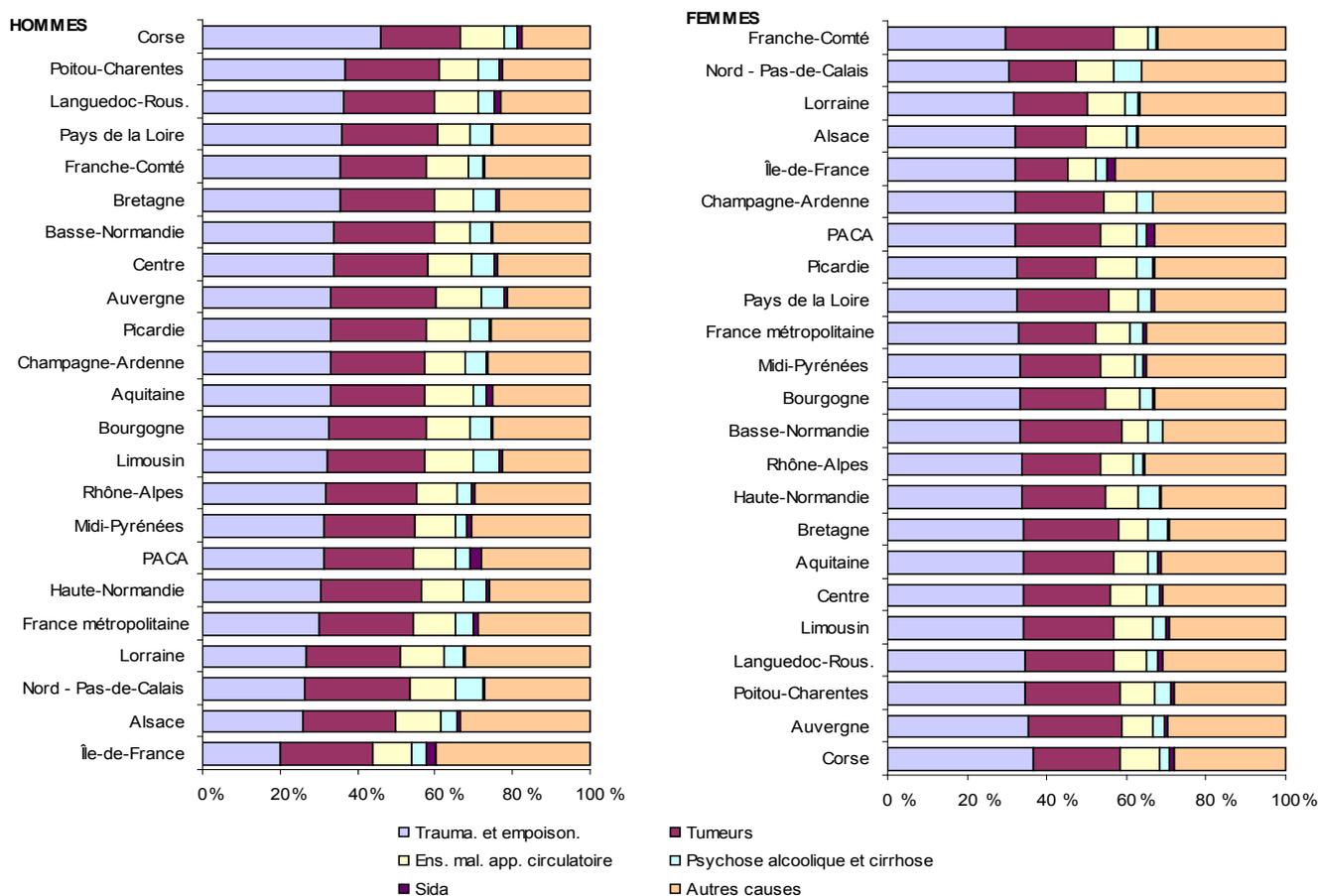
Les résultats observés dans cette région sont cependant à interpréter avec précaution en raison de la forte

proportion de décès classés en "cause inconnue" et de la sous-estimation du nombre de décès par suicide que cela entraîne. Parmi les traumatismes, les accidents de la circulation et les suicides sont à l'origine d'un nombre à peu près équivalent d'APVP au niveau national. Au sein des tumeurs, le cancer du poumon est prépondérant et responsable d'environ un tiers des APVP. Selon les régions, le poids des traumatismes varie de 20 % en Île-de-France à 46 % en Corse (où les accidents de la circulation sont responsables d'une part très importante d'APVP). Le poids des tumeurs varie en revanche moins d'une région à l'autre.

Chez les femmes, même après prise

en compte de la précocité de certains décès, les tumeurs restent la première cause de mortalité prématurée (33 % du total des APVP en 2001-2003) devant les traumatismes et empoisonnements (20 %). Globalement, en France, le cancer du sein est responsable du quart des APVP par tumeurs et, parmi les traumatismes, les accidents de la circulation et les suicides ont un poids équivalent. Comme chez les hommes, le poids des tumeurs varie relativement peu selon les régions, de 30 % en France-Comté et dans le Nord - Pas-de-Calais à 36 % en Corse. En revanche, celui des traumatismes varie de façon plus importante, de 13 % en Île-de-France à 27 % en Franche-Comté.

Part des principales causes d'années potentielles de vie perdues en 2001-2003  
(en % du nombre d'années potentielles de vie perdues)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation : Fnors

N.B. Ces proportions ont été calculées à partir des effectifs bruts d'années potentielles de vie perdues et ne sont pas standardisées sur l'âge.



# Vue d'ensemble de la morbidité



# Vue d'ensemble de la morbidité

*Les motifs d'affections de longues durées (ALD) et d'hospitalisations permettent une approche de la morbidité en France. Quel que soit le sexe, les tumeurs représentent le premier motif d'admission en ALD, suivies du diabète et des affections psychiatriques. Les maladies de l'appareil digestif sont le premier groupe de motif d'hospitalisations dans les services de court séjour des établissements de santé en 2003.*

La morbidité est appréhendée au travers d'enquêtes de santé auprès de la population qui renseignent sur les affections déclarées et des registres de pathologies qui fournissent des informations sur la morbidité diagnostiquée en certaines circonstances. Mais, elle est peut être aussi approchée à travers les données en provenance d'établissement de santé qui renseignent sur le recours aux soins et les motifs d'hospitalisation, et de la statistique sur les affections de longue durée de l'Assurance maladie ainsi que les motifs de recours aux soins en ville.

Entre octobre 2002 et septembre 2003, l'Insee a réalisé la quatrième enquête décennale santé. L'un des objectifs poursuivis était de connaître la morbidité déclarée incidente et prévalente ainsi que la santé perçue. Dans l'ensemble, plus de sept personnes sur dix considèrent être en « très bonne » ou « bonne » santé, moins de 5 % perçoivent leur santé comme « mauvaise » ou « très mauvaise ». Plus de six personnes interrogées sur dix ont déclaré souffrir d'au moins une maladie (chronique ou non) au moment de l'enquête. Toutefois, ces déclarations ne correspondent pas systématiquement à de graves maladies, et sont souvent liées à des troubles mineurs comme des problèmes de vue (corrigés par des lunettes), des problèmes dentaires ou des facteurs de risques cardiovasculaires (hypercholestérolémies, surpoids, ...). Les femmes déclarent plus de maladies que les hommes. Des similitudes se retrouvent selon le sexe. Chez les hommes, les admissions en affections de longue durée déclarées lors de l'enquête sont davantage motivées

par les pathologies suivantes : les tumeurs malignes (26,8 %), le diabète de type 1 et 2 (14,5 %) et les maladies coronaires (10,0 %). Chez les femmes, les tumeurs malignes et le diabète de type 1 et 2 sont aussi les motifs les plus souvent retrouvés (respectivement 25,1 % et 12,8 %), arrive en troisième position l'hypertension artérielle sévère (10,1 %). Notons que 12,0 % de la population interrogée déclare être limitée dans les activités quotidiennes, plus souvent les femmes que les hommes (13,0 % contre 10,8 %).

En 2004, plus d'un million d'admissions en affection de longue durée (ALD) donnant droit à l'exonération du ticket modérateur ont été décidées en France. Parmi ces personnes, 283 877 l'ont été pour une tumeur maligne, une affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique soit 26 % des nouvelles admissions, 149 230 pour un diabète de type 1 ou 2 (13,7 %), 105 959 pour une affection psychiatrique de longue durée, (9,7 %) et 95 824 pour une hypertension artérielle sévère, (8,8 %). Viennent ensuite les maladies coronaires (82 209 personnes), les insuffisances cardiaques graves (78 522 personnes), la maladie d'Alzheimer (50 417 personnes), les artériopathies chroniques avec des manifestations ischémiques (42 781 personnes), les accidents vasculaires cérébraux invalidants (35 302 personnes), l'insuffisance respiratoire chronique grave (32 453) et les maladies chroniques actives du foie et cirrhoses (22 661). En 2004, la moitié des nouvelles admissions en ALD ont concerné la population âgée de 60 ans et plus (soit 58,6%). Les moins de 35 ans représentent 9,5 % de l'ensemble

des admissions en 2004 et les 35-60 ans 31,9 %. Les admissions en ALD augmentent avec l'âge, jusqu'à 80 ans, après quoi elles diminuent (population moins nombreuse à cet âge).

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de quantifier mais également de qualifier l'activité hospitalière dite de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). En effet, chaque séjour hospitalier, qu'il soit réalisé en hospitalisation complète, de semaine, en hospitalisation à temps partiel (de jour ou de nuit), en ambulatoire ou sous la forme de séances, donne lieu à la production d'un Résumé standardisé de sortie (RSS). Chaque résumé comporte des informations de nature administrative relatives au patient (date de naissance, sexe...) permettant notamment de domicilier les séjours. Il comporte également des données de nature médicale permettant de caractériser le séjour (diagnostics établis, actes réalisés). Ainsi, pour chaque séjour est déterminé un diagnostic qualifié de principal répondant à la définition suivante : « motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». En 2003, plus 15 millions de séjours hospitaliers ont été enregistrés dans les unités de soins de médecine, de chirurgie et d'obstétrique des établissements de santé publics et privés de France métropolitaine : 8 132 258 concernent des femmes et 6 946 136 des hommes. Ce chiffre ne correspond pas à un nombre de patients mais à un nombre d'hospitalisations, un patient pouvant être hospitalisé à plusieurs reprises au cours d'une même année. Les données 2004 qui seront prochainement

disponibles permettront de faire le lien entre plusieurs hospitalisations pour un même individu et d'analyser les taux d'hospitalisation.

**E**n 2003, le groupe de diagnostics principaux qui prédomine, tous sexes confondus, est celui des maladies de l'appareil digestif avec près de 1,8 million de séjours soit 15,4 % de l'ensemble des séjours hospitaliers, exclusion faite des séjours liés à des grossesses, des accouchements ou leurs suites et ceux pour lesquels les motifs de recours aux services hospitaliers ne peuvent être reliés à des maladies, des traumatismes ou des causes externes. Suivent les maladies de l'appareil circulatoire (11,4 %), les tumeurs (10,6 %) et les lésions traumatiques, empoisonnements et conséquences de causes externes (9,5 %).

### Comparaisons internationales

*Les données de morbidité sont de sources très variables selon les pays. De ce fait il est difficile de trouver des données permettant de faire des comparaisons entre les pays européens.*

### Références bibliographiques

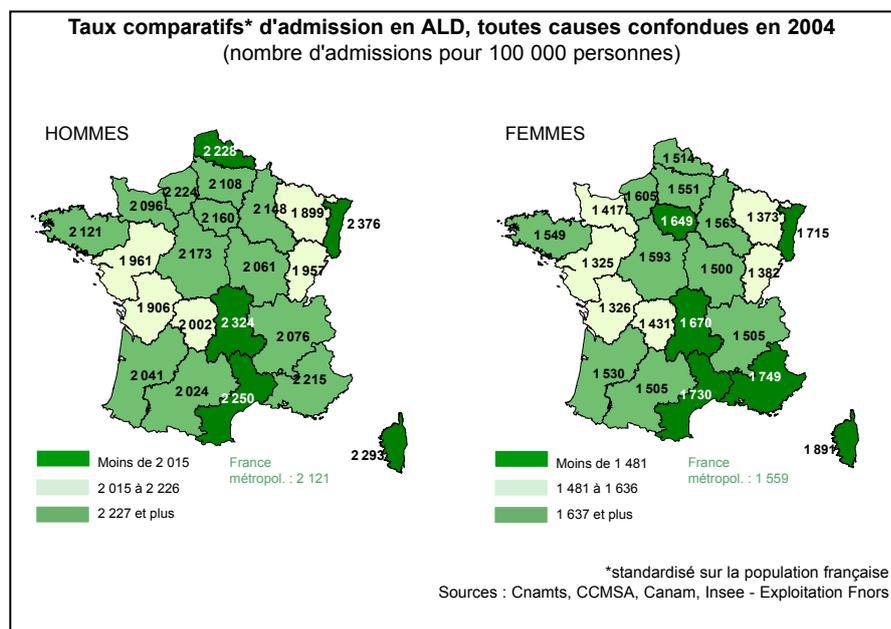
- 1 - Lanoe, J-L. et Makedessi-Raynaud, Y. (2005). L'état de santé en France en 2003. Etudes et résultats n°436, octobre 2005. Drees
- 2 - DREES (2003). Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003
- 3 - DREES (2006). L'état de santé en France en 2006, Indicateur de santé transversaux
- 4 - Mouquet, M-C. Les motifs de recours à l'hospitalisation de court séjour en 2003. Etudes et résultats n°444, Drees.

# Affections de longue durée (ALD) toutes causes confondues

Près d'1,1 million d'admissions en ALD en 2004 en France métropolitaine dont 52,2 % pour les hommes

En 2004, le taux comparatif d'admission pour l'ensemble des ALD est en moyenne de 2 121 admissions pour 100 000 hommes. Les taux les plus élevés sont observés en Alsace et en Auvergne puis en Corse et en Languedoc-Roussillon où ils sont significativement supérieurs à la moyenne nationale. En revanche, la région Lorraine enregistre le taux d'ALD le plus faible, suivi du Poitou-Charentes et de la Franche-Comté pour lesquels les taux sont significativement inférieurs à la moyenne nationale.

Chez les femmes, le taux comparatif en ALD est de 1 559 admissions pour 100 000 femmes. Il varie de 1 325 à 1 891. La Corse présente le taux le plus élevé puis Provence-Alpes-Côte d'Azur et le Languedoc-Roussillon, ces taux étant significativement supérieurs à la moyenne nationale. Les Pays de la Loire est la région où le taux est le plus faible, suivi du Poitou-



Charentes et de la Lorraine : ces taux sont significativement inférieurs à la moyenne française.

# Affections de longue durée (ALD) toutes causes confondues chez les moins de 15 ans

31 497 nouvelles admissions en ALD chez les moins de 15 ans en France métropolitaine en 2004 dont 57 % concernent des garçons. Les affections psychiatriques de longue durée sont le motif le plus fréquent

Chez les jeunes garçons âgés de moins de 15 ans, quelle que soit la région de France, les affections psychiatriques de longue durée sont le principal motif des nouvelles admissions en ALD (soit 37,2 % de l'ensemble des motifs). Les insuffisances respiratoires chroniques graves et les formes graves d'affections neurologiques et musculaires motivent 12,1 % et 12,0 % des admissions en ALD pour cette population, suivis des insuffisances cardiaques graves (7,6 %) et des tumeurs (5,3 %).

Le poids des motifs varie selon les régions. La part des admissions en ALD pour insuffisance respiratoire grave varie de 4,9 % en Midi-Pyrénées à 24,1 % en Corse. De même, la part des admissions pour insuffisance cardiaque grave varie de 5,4 % en Île-de-France à 13,9 % dans le Nord – Pas-de-Calais.

Les affections psychiatriques, premier motif d'admission en ALD chez les garçons dans chaque région, varient de 28,5 % en Île-de-France à 51,2 % en Poitou-Charentes.

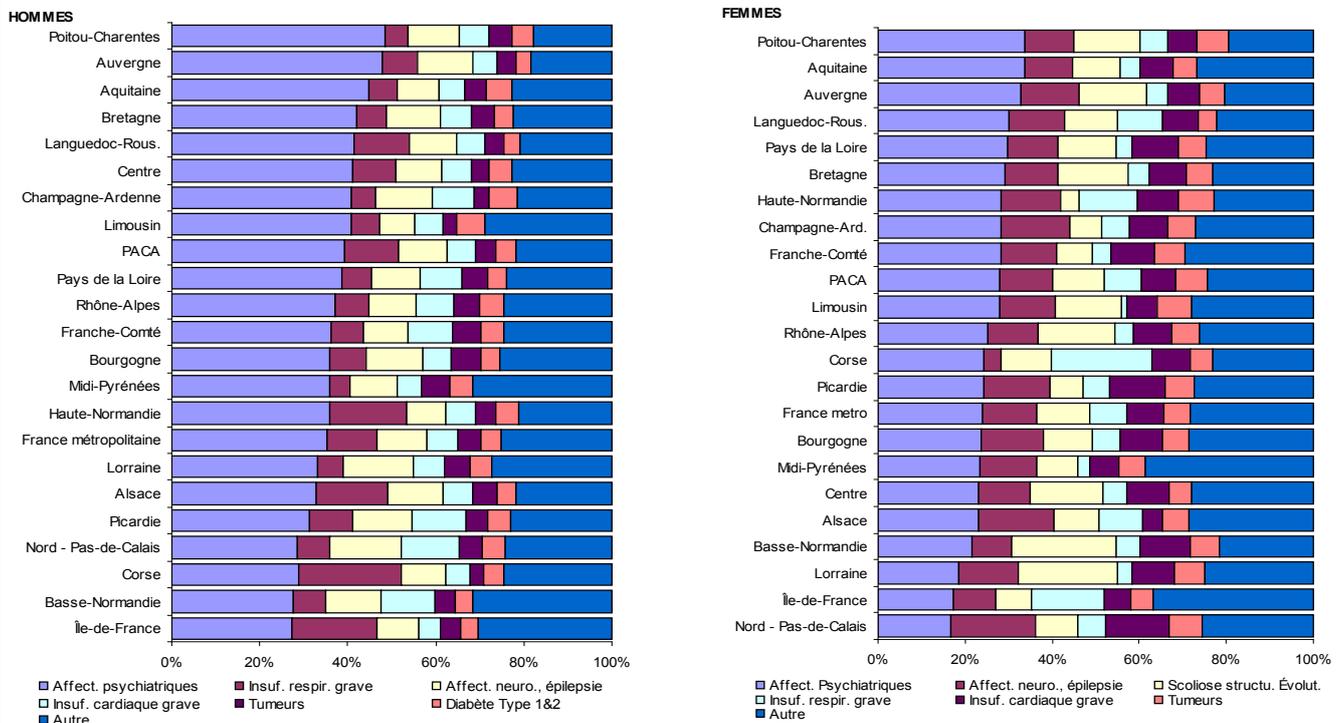
Chez les filles, les affections psychiatriques de longue durée sont aussi le premier motif d'admission en ALD, quelle que soit la région (24,1 % de l'ensemble des motifs). Les deux motifs qui suivent sont les formes graves d'affections neurologiques et musculaires (12,3 %) et les scolioses structurales évolutives (12,2 %).

Le poids de ce dernier motif est très nettement supérieur à celui des garçons (1,6 %). Viennent ensuite les insuffisances respiratoires chroniques graves (8,6 %) et les insuffisances cardiaques graves (8,5 %).

Les différences régionales les plus

marquées concernent le poids des insuffisances respiratoires chroniques graves : 1,2 % des motifs d'admission dans le Limousin contre 23,1 % en Corse. On retrouve des écarts notables pour la scoliose structurale évolutive (de 4,5 % en Haute-Normandie à 29,9 % en Basse-Normandie), ou les formes graves des affections neurologiques et musculaires (de 3,8 % en Corse à 19,3 % en Nord – Pas-de-Calais).

Part des principaux motifs de nouvelles admissions en ALD en 2004, chez les moins de 15 ans, France métropolitaine (en pourcentages)



Sources : Cnamts, CCMSA, Canam, Insee - Exploitation Fnors

# Affections de longue durée (ALD) chez les 15-34 ans

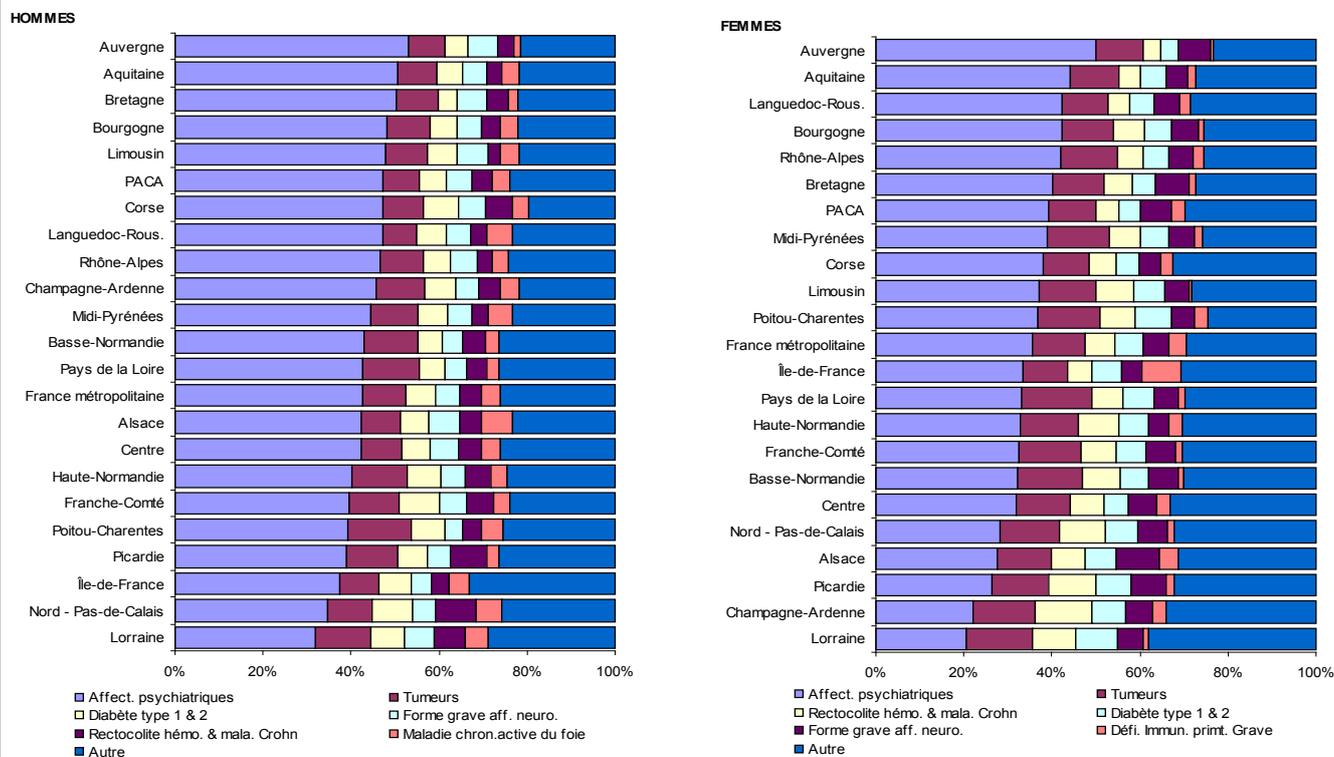
71 841 nouvelles admissions en ALD chez les 15-34 ans en France métropolitaine en 2004, 51 % concernent des hommes. Les affections psychiatriques de longue durée représentent plus du tiers des motifs rencontrés

Le premier motif d'admission en ALD des hommes de 15-34 ans est constitué des affections psychiatriques de longue durée (42,7 % de l'ensemble des motifs d'admission en 2004). Les deux motifs qui suivent sont les tumeurs (9,8 %) et le diabète de type 1 et 2 (6,8 %), les formes graves d'affections neurologiques et musculaires (5,5 %) et les rectocolites hémorragiques et maladie de Crohn (4,8 %). Les maladies chroniques actives du foie sont le sixième motif d'admission en ALD (4,2 %). Le poids des affections psychiatriques de longue durée dans les motifs d'admission en ALD varie peu d'une région à l'autre, comme celui des formes graves d'affections neurologiques, du diabète et des tumeurs. Des disparités régionales sont par contre observées pour le poids

des admissions pour les maladies chroniques actives du foie de 1,3 % en Auvergne à 7,2 % en Alsace. Il en va de même pour les rectocolites hémorragiques et maladie de Crohn (2,9 % dans le Limousin contre 9,2 % dans le Nord - Pas-de-Calais). Le premier motif d'admission en ALD des femmes âgées de 15 à 34 ans est également constitué des affections psychiatriques de longue durée : il représente 35,6 % de l'ensemble des motifs. Les tumeurs (12,0 %) et les rectocolites hémorragiques et maladie de Crohn (6,8 %) sont les deux motifs qui suivent. Le poids des tumeurs est peu différent selon les régions. En revanche, celui du déficit immunitaire primitif grave varie de 0,6 % en Limousin à 8,8 % en Île-de-France. Pour les quatre autres

principaux motifs, les écarts sont plus réduits et varient dans un rapport de 2 à 3 en moyenne.

Part des principaux motifs de nouvelles admissions en ALD en 2004, chez les 15-34 ans, France métropolitaine (en pourcentages)



Sources : Cnamts, CCMSA, Canam, Insee - Exploitation Fnors

# Affections de longue durée (ALD) chez les 35-64 ans

443 119 nouvelles admissions en ALD chez les 35-64 ans en France métropolitaine en 2004, 57 % concernent des hommes. Les tumeurs sont le premier motif d'admission en ALD

Chez les hommes âgés de 35 à 64 ans, les tumeurs représentent le principal motif des nouvelles admissions en ALD (23,0 % de l'ensemble des motifs). Le diabète de type 1 et 2 (20,5 %) et les maladies coronaires (12,1 %) sont les deux motifs suivants d'admissions en ALD pour cette population, suivis des affections psychiatriques de longue durée (9,2 %) et de l'hypertension artérielle sévère (7,8 %).

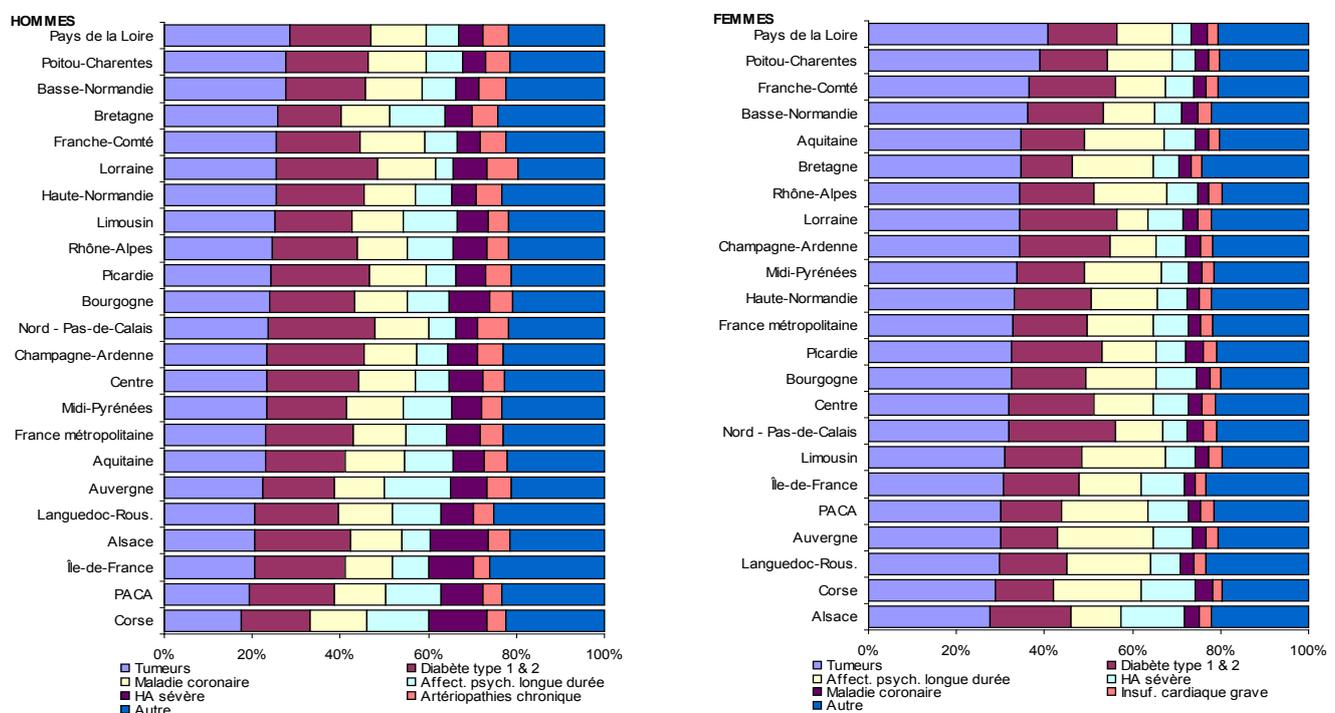
La part des admissions en ALD pour affection psychiatrique de longue durée varie de 4,0 % en Lorraine à 15,0 % en Auvergne, et celle des admissions pour hypertension artérielle sévère varie de 4,9 % en Nord – Pas-de-Calais à 13,3 % en Alsace et Corse. La part des admissions pour maladies coronaires ou artériopathies chroniques varie peu entre régions.

Chez les femmes âgées de 35 à 64 ans, les tumeurs représentent également le premier motif d'admission en ALD en France métropolitaine (32,7 %). Les deux autres motifs principaux sont le diabète de type 1 et 2 (16,9 %) et les affections psychiatriques de longue durée (15,2 %). L'hypertension artérielle sévère (7,8 %) et les maladies coronaires (3,0 %) viennent ensuite.

La part de l'hypertension artérielle sévère parmi les motifs d'admission varie de 4,4 % en Pays de la Loire à 14,3 % en Alsace. Pour les affections psychiatriques de longue durée, cette part va de 7,0 % en Lorraine à 21,8 % en Auvergne. D'autres disparités existent, mais dans une moindre mesure, comme pour les admissions liées au diabète de type 1 et 2 (de 11,6 % en Bretagne à 24,1 % en Nord – Pas-de-Calais), ou

celles liées aux maladies coronaires (de 2,5 % en Île-de-France à 3,9 % en Corse).

**Part des principaux motifs de nouvelles admissions en ALD en 2004, chez les 35-64 ans, France métropolitaine (en pourcentages)**



Sources : Cnamts, CCMSA, Canam, Insee - Exploitation Fnors

# Affections de longue durée (ALD) toutes causes confondues chez les 65 ans et plus

546 659 nouvelles admissions en ALD chez les 65 ans et plus en France métropolitaine en 2004, 48 % concernent des hommes. Les tumeurs forment le principal motif d'admission en ALD

Pour l'ensemble de la France métropolitaine, le premier motif d'admission en ALD chez les hommes âgés de 65 ans et plus est formé par les tumeurs : 34,1 % de l'ensemble des motifs d'admission pour l'année 2004. Les deux autres motifs qui suivent sont le diabète de type 1 et 2 (11,2 %) et les maladies coronaires (10,0 %), puis les insuffisances cardiaques (9,8 %) et l'hypertension artérielle sévère (8,6 %). Les artériopathies chroniques représentent le sixième motif d'admission en ALD (5,7 %).

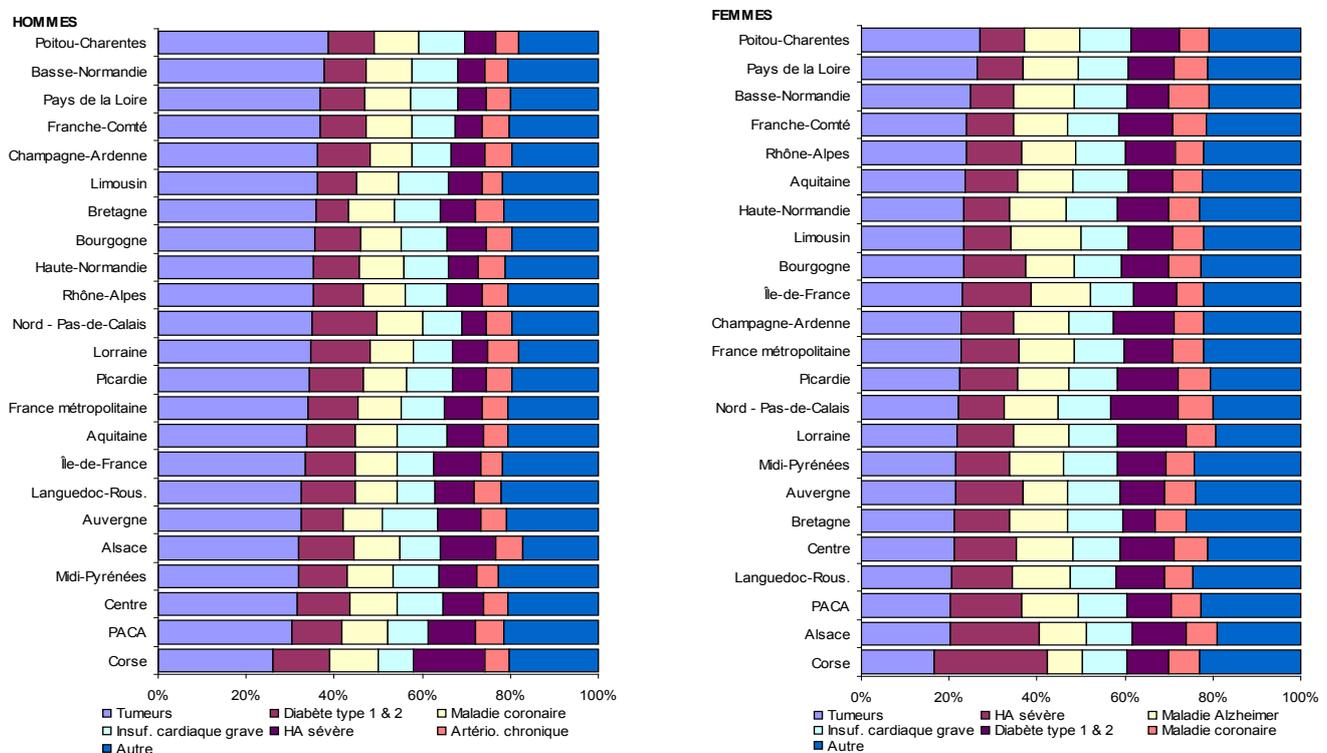
La part des tumeurs dans les motifs d'admission en ALD varie peu d'une région à l'autre, comme celui des maladies coronaires, des artériopathies chroniques et des insuffisances cardiaques. Des disparités régionales existent concernant les admissions pour

hypertension artérielle sévère : de 5,5 % en Nord – Pas-de-Calais à 16,2 % en Corse. C'est aussi le cas pour le diabète de type 1 et 2 (7,2 % en Bretagne contre 14,8 % dans le Nord – Pas-de-Calais).

Chez les femmes âgées de 65 ans et plus, le premier motif d'admission en ALD est également les tumeurs (22,5 %). L'hypertension artérielle sévère (13,4 %) et la maladie d'Alzheimer (12,6 %) sont les deux autres principaux motifs d'admission.

La part des tumeurs dans les motifs d'admission en ALD varie peu selon les régions. Celle de l'hypertension artérielle varie de 10,0 % en Basse-Normandie à 25,7 % en Corse. Pour le diabète de type 1 et 2, la part varie entre 7,4 % en Bretagne et 15,5 % en Lorraine.

Part des principaux motifs de nouvelles admissions en ALD en 2004, chez les 65 ans et plus, France métropolitaine (en pourcentages)



Sources : Cnamts, CCMSA, Canam, Insee - Exploitation Fnors

# Les hospitalisations en service de court séjour

Plus de 15 millions de séjours enregistrés dans les unités de soins de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements de santé publics et privés en 2003

Le groupe de diagnostics principaux qui prédomine, pour les hommes comme pour les femmes, est celui des maladies de l'appareil digestif avec 1,8 million de séjours, soit 15,4 % de l'ensemble des séjours considérés :

- 15,1 % des séjours des hommes ;
- 15,6 % des séjours des femmes.

Ce groupe comprend une très large palette de pathologies : des maladies de la cavité buccale où l'on retrouve les simples extractions dentaires pour dents incluses, aux maladies de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du foie ou du pancréas.

Pour les hommes, les autres principaux motifs de séjour sont les maladies de l'appareil circulatoire (752 500 séjours, soit 12,9 %), les tumeurs (633 588 séjours, soit 10,8 %) et les lésions traumatiques, empoisonnements

et conséquences de causes externes (598 775 séjours soit 10,2 %).

Les autres principaux motifs pour les femmes sont les tumeurs (607 616 séjours, soit 10,4 %), les maladies de l'appareil circulatoire (581 668 séjours, soit 10,0 %) et les lésions traumatiques, empoisonnements et conséquences de causes externes (516 067 séjours, soit 8,8 %).

Sur les 15 millions de séjours recensés en 2003, certains ne peuvent pas être associés directement à la notion de morbidité. Ainsi 1 189 081 de ces séjours sont liés à des grossesses, des accouchements ou leurs suites et le groupe de diagnostics principaux « autres motifs » qui compte 2 201 958 séjours, rassemble les motifs de recours aux services hospitaliers autres que les maladies, traumatismes ou causes externes.

Les éléments ici détaillés portent sur un peu moins de 11,7 millions de séjours hospitaliers directement associés à une pathologie.

Séjours hospitaliers MCO par groupe de diagnostics principaux (PMSI 2003 - France métropolitaine)

Libellé du groupe de diagnostics principaux (DP)	Hommes	Femmes	TOTAL
Maladies infectieuses et parasitaires	116 613	103 455	220 068
Tumeurs	633 588	607 616	1 241 204
Maladies du sang et troubles du système immunitaire	53 385	67 549	120 934
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	143 947	215 294	359 241
Troubles mentaux et du comportement	131 251	131 474	262 725
Maladies du système nerveux	223 601	254 903	478 504
Maladies de l'oeil et de ses annexes	264 738	383 035	647 773
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	91 141	79 225	170 366
Maladies de l'appareil circulatoire	752 500	581 668	1 334 168
Maladies de l'appareil respiratoire	423 067	321 060	744 127
Maladies de l'appareil digestif	883 868	912 494	1 796 362
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	125 671	111 718	237 389
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	442 872	498 009	940 881
Maladies de l'appareil génito-urinaire	379 357	476 213	855 570
Grossesse, accouchement et puerpéralité		1 189 081	1 189 081
Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	76 904	65 429	142 333
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	62 589	54 905	117 494
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens	448 589	451 785	900 374
Lésions traumatiques, empoisonnements et conséquences de causes externes	598 775	516 067	1 114 842
Autres motifs	1 090 680	1 111 278	2 201 958
Total général	6 946 136	8 132 258	15 078 394
<b>Total hors grossesses, accouchements et puerpéralité et autres motifs</b>	<b>5 855 456</b>	<b>5 831 899</b>	<b>11 687 355</b>

Sources : Drees, Insee - Exploitation Fnors

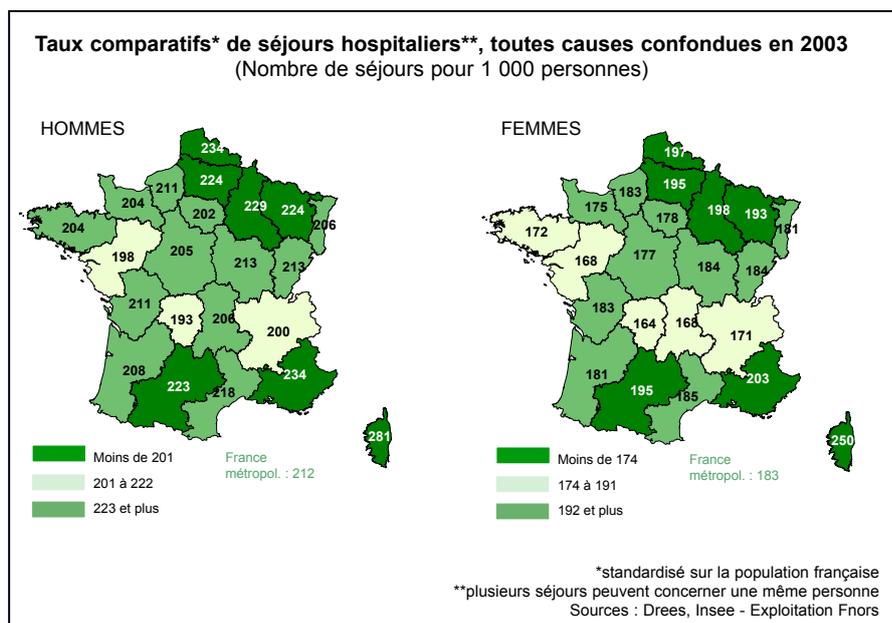
Le taux d'hospitalisation\* moyen pour la France métropolitaine s'établit ainsi à 196 séjours pour 1 000 habitants :

- 212 séjours pour 1 000 hommes ;
- 183 séjours pour 1 000 femmes.

Les taux standardisés de séjour hospitalier varient fortement entre régions.

Pour la population masculine, le taux d'hospitalisation le plus élevé est retrouvé en Corse (281 séjours pour 1 000 habitants). Suivent les régions Nord – Pas-de-Calais et Provence-Alpes-Côte d'Azur (234 séjours pour 1 000 habitants dans ces deux régions), puis Champagne-Ardenne (229) et Picardie (224). On observe les taux les plus faibles dans les régions Limousin, Pays de la Loire et Rhône-Alpes avec respectivement 193, 198 et 200 séjours pour 1 000 habitants.

Pour la population féminine, le taux d'hospitalisation le plus élevé est également retrouvé en Corse (250 séjours pour 1 000 habitants). Suivent les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (203), Champagne-Ardenne (198), Nord – Pas-de-Calais (195) et Picardie



(195). On observe les taux les plus faibles dans les régions Limousin, Pays de la Loire et Auvergne.

\*Le taux d'hospitalisation correspond au nombre de séjours hospitaliers (hors diagnostic principal lié aux grossesses, accouchements et à la puerpéralité et hors « autres motifs ») de personnes domiciliées dans une zone géographique pour 1 000 habitants de cette même zone.

# Les hospitalisations des enfants de moins de 15 ans

Un peu moins de 1,4 million de séjours en médecine, chirurgie et obstétrique concernent des enfants de moins de 15 ans en 2003 sur la France métropolitaine

Les garçons sont sur représentés dans cette classe d'âge ; 58 % de ces séjours concernent en effet des garçons qui ne représentent que 51 % de cette classe d'âge dans la population de France métropolitaine.

Pour les garçons de moins de 15 ans, le premier groupe de diagnostics principaux est celui des maladies de l'appareil respiratoire. On les retrouve dans 18,0 % des séjours en moyenne. Suivent les lésions traumatiques et empoisonnements (11,8 %), les maladies de l'appareil digestif (10,2 %), puis celles de l'appareil génito-urinaire (9,8 %). Un diagnostic principal issu de l'un de ces 4 groupes est retrouvé dans une hospitalisation sur deux dans cette classe d'âge, en 2003.

Des disparités interrégionales sont toutefois à noter. Ainsi, la part des

maladies de l'appareil génito-urinaire est de 5,9 % en Bretagne contre 15,4 % en Île-de-France. Les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale sont retrouvées en diagnostic principal dans 7,0 % des hospitalisations en Corse. Ce pourcentage atteint 15,7 % en Champagne-Ardenne.

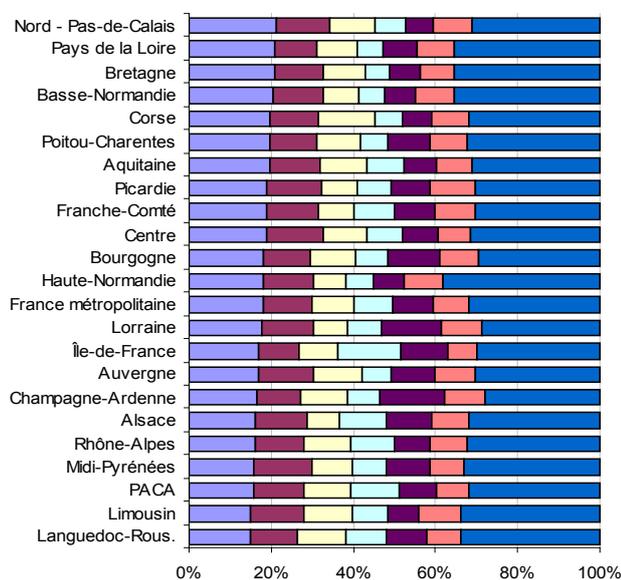
Pour les filles de moins de 15 ans, le premier groupe de diagnostics principaux est aussi celui des maladies de l'appareil respiratoire (18,2 % des séjours en moyenne).

On retrouve ensuite les maladies de l'appareil digestif (12,1 %), les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale (11,2 %) puis le groupe de diagnostics correspondant aux symptômes, signes et résultats anormaux d'examens (10,8 %). Ces

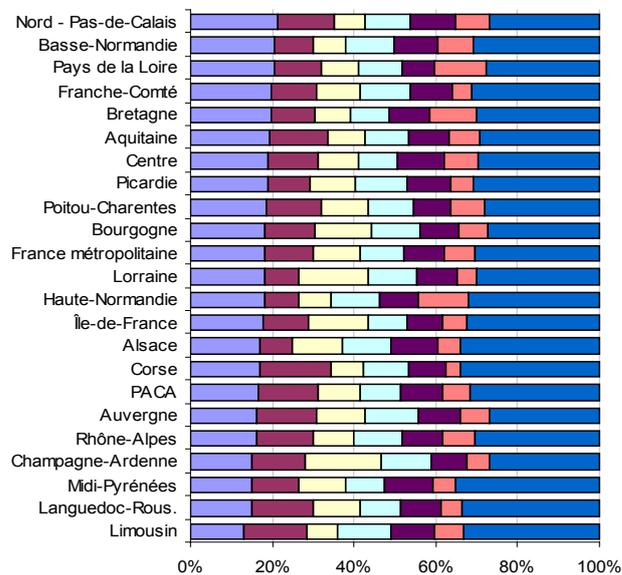
quatre groupes de diagnostics sont retrouvés dans plus de 50 % des hospitalisations dans cette classe d'âge. Des disparités interrégionales sont également à souligner. Ainsi, la part représentée par les maladies de l'appareil digestif dans l'ensemble des hospitalisations des filles de 0-14 ans varie de 7,7 % en Alsace à 17,3 % en Corse. Celle des affections dont l'origine se situe dans la période périnatale est de 7,6 % en Limousin et s'élève à 18,7 % en Champagne-Ardenne.

Part des principaux diagnostics dans les motifs de séjour hospitalier chez les moins de 15 ans en 2003 en France métropolitaine (en pourcentages)

## GARÇONS



## FILLES



Sources : Drees - Exploitation Fnors

# Les hospitalisations des 15-34 ans

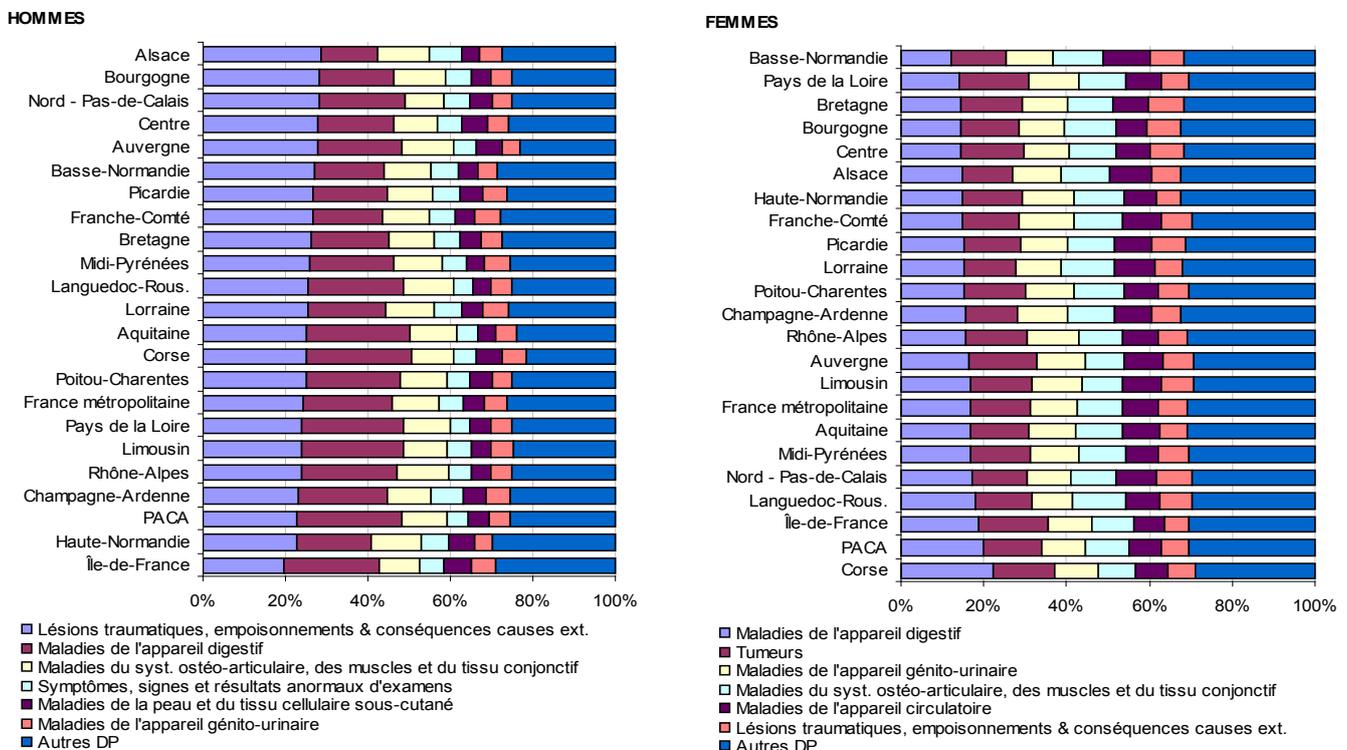
Les 15-34 ans totalisent plus de 1,6 million de séjours hospitaliers en 2003 sur la France métropolitaine

Dans cette classe d'âge, pour les hommes, le premier groupe de diagnostics est celui regroupant les lésions traumatiques, empoisonnements et conséquences de causes externes (24,5 % des hospitalisations d'hommes en 2003 en France métropolitaine). Viennent ensuite les maladies de l'appareil digestif (21,6 %) puis, loin derrière, les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (11,1 %). Un diagnostic issu de l'un de ces trois groupes est retrouvé dans près de 3 hospitalisations sur 5 dans cette classe d'âge. La part relative de groupes de diagnostic dans l'ensemble des hospitalisations est cependant variable d'une région à l'autre. Ainsi, les maladies de l'appareil digestif sont retrouvées dans 13,7 % des séjours

hospitaliers en Alsace. Ce pourcentage atteint 25,6 % en Corse.

Pour les femmes, le premier groupe de diagnostics est celui des maladies de l'appareil digestif (26,6 % des hospitalisations de femmes en 2003 en France métropolitaine). Suivent les maladies de l'appareil génito-urinaire (13,3 %) et les lésions traumatiques, empoisonnements et conséquences de causes externes (10,4 %). Des disparités interrégionales peuvent toutefois être relevées. L'écart le plus important est retrouvé pour les maladies de l'appareil digestif : 16,7 % des séjours hospitaliers de femmes de 15-34 ans en Alsace et 31,7 % en Corse.

Part des principaux diagnostics dans les motifs de séjour hospitalier chez les 15-34 ans en 2003 en France métropolitaine (en pourcentages)



Sources : Drees - Exploitation Fnors

# Les hospitalisations des 35-64 ans

4,4 millions de séjours hospitaliers en 2003 sur la France métropolitaine concernent des patients âgés de 35 à 64 ans

Avec un peu moins de 4,4 millions de séjours en médecine, chirurgie et obstétrique, les personnes âgées de 35 à 64 ans représentent plus d'un séjour sur trois (37%), en conformité avec la part représentée par cette classe d'âge dans la population française (38% pour la France métropolitaine).

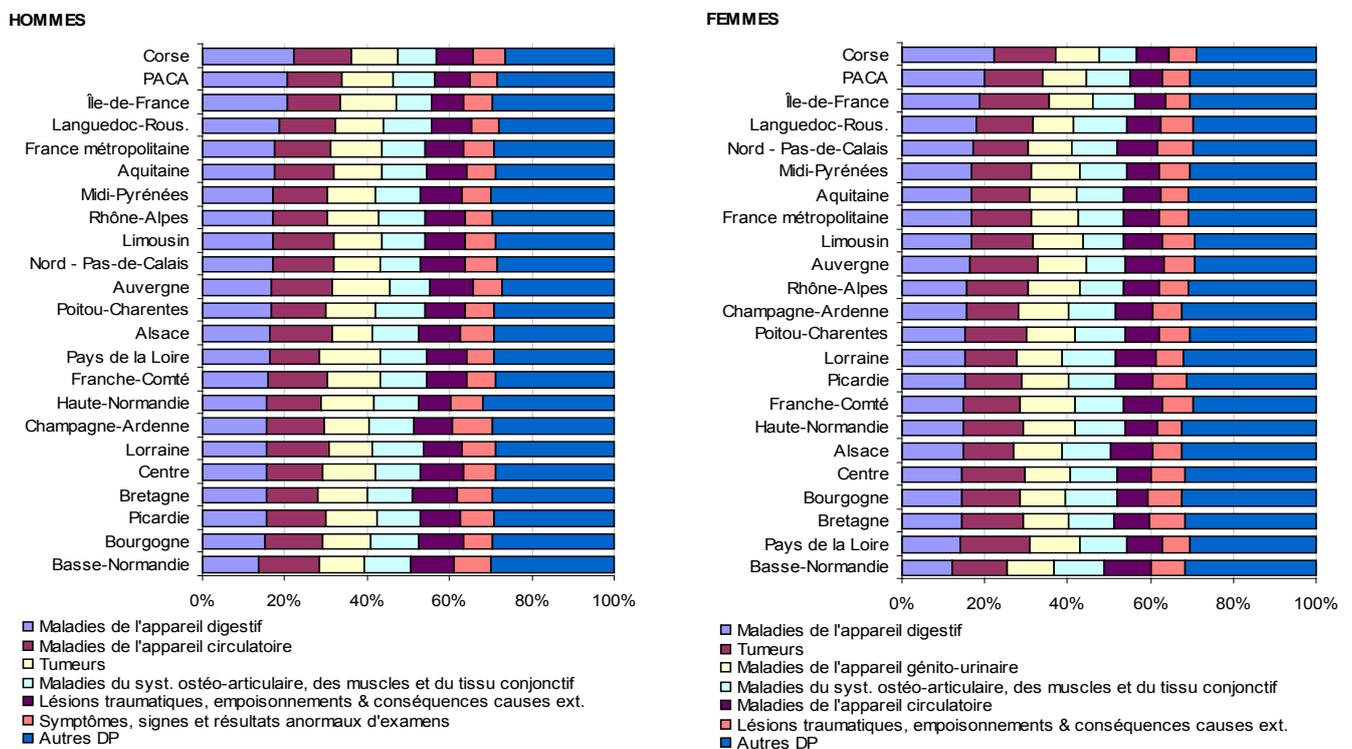
Pour les hommes, les maladies de l'appareil digestif sont les diagnostics principaux les plus fréquemment retrouvés (17,6 % des séjours). Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire (13,7 %). Les tumeurs arrivent en 3ème position (12,4 %).

La part des maladies de l'appareil digestif varie de manière importante entre les régions françaises, de 13,6 % en Basse-Normandie à 22,1 % en Corse.

Pour les femmes également, les maladies de l'appareil digestif sont les diagnostics principaux les plus fréquemment retrouvés dans cette classe d'âge (16,7 % des séjours). Suivent les tumeurs (14,6 %) puis les maladies de l'appareil génito-urinaire (11,3 %).

En comparant les régions françaises, on peut constater que le poids relatif des diagnostics principaux liés aux maladies de l'appareil digestif varie de 12,0 % en Basse-Normandie à 22,4 % en Corse. Les tumeurs constituent le premier motif de séjours hospitaliers pour les femmes de cet âge dans 4 régions de France métropolitaine : Bretagne, Pays de la Loire, Basse-Normandie et Centre.

Part des principaux diagnostics dans les motifs de séjour hospitalier chez les 35-64 ans en 2003 en France métropolitaine (en pourcentages)



# Les hospitalisations des 65 ans et plus

Les personnes âgées de 65 ans ou plus qui représentent 16 % de la population de France métropolitaine totalisent 4,3 millions de séjours soit 37 % des hospitalisations de 2003

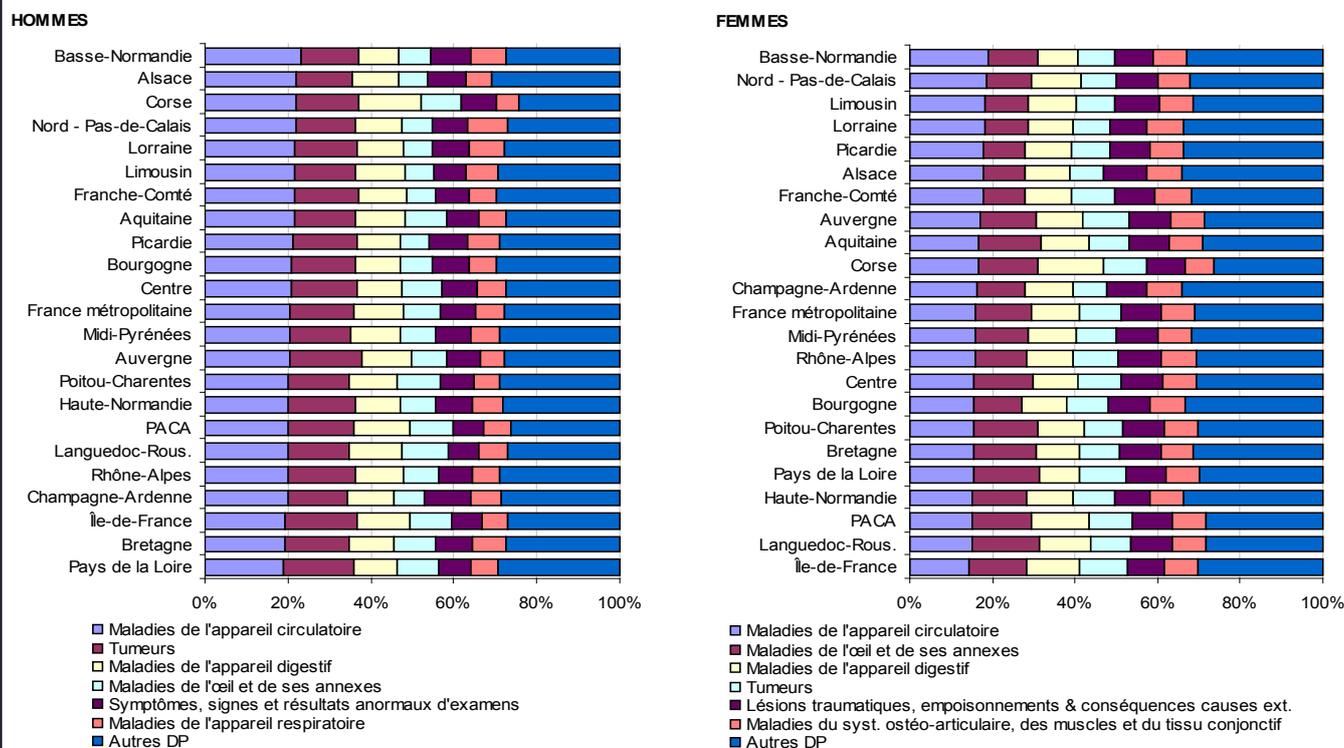
Les maladies de l'appareil circulatoire prédominent parmi les motifs de séjours hospitaliers des hommes de 65 ans et plus. Ce groupe de diagnostics représente une hospitalisation sur cinq (20,5 %) pour cette classe d'âge. Suivent les tumeurs (15,6 %), les maladies de l'appareil digestif (11,8 %) et les maladies de l'œil et ses annexes (9,0 %).

Des variations entre les régions françaises peuvent être notées. La part représentée par les maladies de l'œil et ses annexes varie de 6,8 % en Picardie à 11,5 % en Languedoc-Roussillon.

Celle des maladies de l'appareil respiratoire s'établit à 7,0 % en moyenne mais va de 5,2 % en Corse à 9,7 % en Nord - Pas-de-Calais.

Pour les femmes, ce sont également les maladies de l'appareil circulatoire qui se placent en première position (16,1 % des séjours pour cette classe d'âge). Viennent ensuite les maladies de l'œil et ses annexes (13,3 %), les maladies de l'appareil digestif (11,7 %) et les tumeurs (10,2 %). Ces pourcentages diffèrent d'une région à l'autre. Ainsi, la part représentée par les maladies de l'appareil digestif varie de 9,7 % en Basse-Normandie à 16,1 % en Corse.

Part des principaux diagnostics dans les motifs de séjour hospitalier chez les 65 ans et plus en 2003 en France métropolitaine (en pourcentages)





# Synthèse



# Synthèse

Les données régionales présentées dans ce document forment un ensemble d'indicateurs transversaux venant éclairer les objectifs de santé publique figurant en annexe de la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. L'analyse de ces indicateurs vise à présenter les caractéristiques générales dans lesquelles les différentes politiques et actions de santé publique sont conduites. Sont ainsi abordés les éléments démographiques et socio-économiques caractérisant les régions de France ainsi que les principaux indicateurs de santé : espérance de vie, grandes causes de mortalité, mortalité prématurée et principales causes de morbidité aux différents âges de la vie.

Outre les indicateurs produits en routine par l'Insee (dont certains remontent à 1999 dans l'attente des premiers résultats, en 2009, de la nouvelle procédure de recensement), les données utilisées pour cette synthèse des indicateurs transversaux de santé publique proviennent des principales sources fournissant régulièrement des données sur la santé des personnes résidant en France. La mortalité est celle de la population en fonction de son lieu de résidence au moment du décès, les admissions en affections de longue durée (ALD) correspondent à la reconnaissance par les praticiens conseil des trois principaux régimes de l'Assurance maladie des pathologies suffisamment graves pour justifier des soins longs et coûteux et les séjours hospitaliers sont analysés selon le domicile des personnes hospitalisées et en fonction des diagnostics principaux de séjour dans les services de court séjour des hôpitaux et cliniques. Ces différentes sources de données se complètent et permettent de présenter un tableau contrasté et dynamique de la situation de chacune des régions du pays.

L'analyse d'ensemble que permet ce document aboutit à la mise en avant d'un certain nombre de constats.

En particulier, il permet de mettre en évidence des gradients géographiques dans plusieurs domaines. Ainsi, sur le plan démographique, on constate que les régions du Nord de la France présentent une proportion de jeunes plus élevée, alors, que dans celles du Sud, on relève une proportion plus forte de personnes de plus de 65 ans. La natalité varie également selon les régions avec des taux plus élevés dans le Nord que dans le Sud. Notons toutefois que les taux de fécondité les plus élevés pour les femmes les plus âgées sont observés plutôt dans les régions méridionales. Dans le domaine socio-économique, on note que la proportion d'adultes sans diplôme est plus élevée dans les régions du Nord. Cependant, deux régions du Sud, la Corse et le Languedoc-Roussillon, présentent dans ce domaine des caractéristiques proches des régions du Nord. Enfin, les taux de chômage sont plus élevés aussi bien dans les régions du Nord de la France que dans celles du Sud et plus réduits dans les autres régions. Lorsque l'on s'intéresse à la mortalité, on observe que l'espérance de vie à la naissance est plus élevée dans les régions du Sud du pays. En corollaire, une surmortalité est notée dans les régions septentrionales. Cependant, ceci n'est pas toujours vrai quand on analyse la mortalité par grandes tranches d'âge : ainsi, les taux de mortalité des 15-34 ans sont plus élevés dans les régions du Sud. La mortalité prématurée est, quand à elle, plus importante dans les régions du Nord. Notons toutefois que ces écarts se réduisent quand on analyse cette mortalité prématurée sous l'angle des années potentielles de vie perdue. Ceci témoigne de décès prématurés survenant plus précocement dans les régions du Sud. L'étude de la morbidité permet de noter que les admissions en affection de longue durée sont plus fréquentes dans les régions du Sud que dans la plupart des régions du Nord et que les taux de séjours hospitaliers sont plus importants aussi bien dans les régions du Nord que dans celles du Sud

et moins élevés dans une bande allant de la Bretagne à Rhône-Alpes.

Au-delà de ces grandes tendances géographiques, cette analyse permet aussi de mettre en évidence les variations qui peuvent être observées d'une région à une autre concernant un même indicateur. Ainsi, des régions voisines peuvent présenter des situations très variables. Deux régions sont caractéristiques sur ce plan : l'Île-de-France et l'Alsace présentent souvent des situations assez différentes à celles observées dans les régions qui leur sont voisines. Cette hétérogénéité observée entre régions serait sans doute encore plus forte si l'analyse était menée à un niveau infra-régional (département, bassin d'emploi, canton, ...). L'accès à des séries chronologiques pour la plupart des indicateurs présentés dans ce document permet aussi de souligner les différentiels d'évolution dans le temps entre les régions. Dans un certain nombre de cas (par exemple, l'espérance de vie ou la mortalité prématurée), ces évolutions conduisent à une réduction progressive des inégalités entre régions. Mais cela n'est pas toujours le cas et, dans certains domaines, les écarts peuvent croître : ainsi, les différences de tailles de population ou de taux de natalité entre régions ont tendance à s'accroître.

Cette synthèse des indicateurs transversaux de santé publique ne cherche pas à expliquer les raisons des différences observées. Des analyses plus poussées, sortant du cadre de ce travail descriptif seraient nécessaires, prenant en compte l'ensemble des indicateurs présentés ici et faisant appel à des données complémentaires sur l'offre de soins ou les comportements de santé et à des mises en commun des expertises développées par les différentes personnes ayant en charge le recueil et l'analyse en routine des données ici présentées.

Le travail réalisé pour préparer ce document permet de faire un autre constat. Le groupe de travail national de définition des indicateurs de suivi et d'atteinte des 100 objectifs de la loi de santé publique avait proposé une palette large d'indicateurs transversaux répartis en cinq groupes : indicateurs de cadrage démographique, indicateurs synthétiques basés sur les données de mortalité, indicateurs synthétiques prenant en compte la morbidité, indicateurs de contribution relative de problèmes de santé spécifiques et indicateurs portant sur les inégalités sociales de santé. Si dans le domaine démographique, de la mortalité et, dans une moindre mesure, de la morbidité, une grande partie des indicateurs proposés sont disponibles au niveau régional (voire infra-régional), dans les autres domaines, seules des données nationales ou portant sur un nombre limité de régions sans réelles possibilités d'extrapolation à l'ensemble des régions sont le plus souvent disponibles.

Cependant, les différences mises en évidence à partir des données disponibles montrent les situations variables des régions. Cette analyse peut ainsi éclairer une partie des différences observées dans les régions concernant les indicateurs relatifs aux objectifs de la loi relative à la politique de santé publique et contribuer au développement de politiques régionales adaptées. Elle permet à chacun, décideur, acteur ou usager du système de santé, de disposer d'informations venant de différentes sources, regroupées, analysées et commentées.

# Annexes

A) Précisions méthodologiques	81
B) Les régions de France	87
C) Glossaire	88



# A) Précisions méthodologiques

## 1-Cartographie

Les cartes de ce document présentent des taux comparatifs (ou taux standardisés) par région dont les méthodes de calcul sont précisées ci-après.

Toutes ces cartes comportent trois seuils pour les valeurs des taux, définis de la façon suivante : une classe centrale autour de la moyenne et des bornes à plus ou moins 10 % autour de cette moyenne. Cet écart autour de la moyenne a parfois été adapté en fonction des valeurs observées.

## 2-Taux comparatif de mortalité

### Définition

Le taux standardisé (ou taux comparatif) de mortalité s'exprime en nombre de décès pour 100 000 habitants. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population France métropolitaine estimée par l'Insee au 1<sup>er</sup> janvier 2000, deux sexes confondus).

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les données recueillies, entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les unités géographiques retenues. Le taux est calculé sur une période triennale : 2001-2003.

Le taux standardisé de mortalité prématurée concerne les décès survenus avant 65 ans.

### Sources

- Inserm CépiDc pour le nombre de décès

C'est le service CépiDc de l'Inserm qui fournit les statistiques de décès en France par cause (principale ou associées) établies à partir des certificats de décès et de données de l'Insee. Les pathologies sont codées d'après la classification internationale des maladies dans sa 9<sup>e</sup> révision (CIM 9) avant 2000 et dans sa 10<sup>e</sup> révision (CIM 10) depuis.

- Insee pour la population de référence : estimation de la population de la France métropolitaine, deux sexes confondus, au 1<sup>er</sup> janvier 2000.

- Insee pour le calcul des taux par âge : estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier 2000.

À noter : on utilise la population estimée en milieu de période qui intègre les rétroprojections de 1990-1999. C'est à dire pour 1991-1993 : (estimation au 1<sup>er</sup> janvier 1992 + estimation au 1<sup>er</sup> janvier 1993)/2

### Méthodes de calcul

$$\text{Taux comparatif de mortalité} = \sum_{i=1}^{21} P_i T_i$$

$21$  : le nombre de classes d'âge considérées : Moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, ....., 95 ans et plus

$i$  : l'indice de la classe d'âge considérée

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

Quelle que soit la région et la cause de décès considérée, la population de référence est la population de la France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2000, deux sexes confondus.

$T_i$  : le taux spécifique de décès observé dans la région pour la classe d'âge  $i$   
(nombre moyen annuel de décès de la classe d'âge / population de la classe d'âge)

Les populations utilisées sont, quelle que soit la période considérée, les populations estimées en milieu de période (voir sources).

### 3-Taux comparatif de séjours hospitaliers

#### Définition

Le taux standardisé (ou taux comparatif) s'exprime en nombre de séjours hospitaliers (en médecine, chirurgie, obstétrique) pour 100 000 personnes. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (estimation de population de France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 1990, deux sexes confondus).

#### Sources

- ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation. La base établie par l'ATIH rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés participant au PMSI qui présente une mesure médico-économique de l'activité hospitalière. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Ce sont les données de diagnostic principal qui sont utilisées ici pour classer les séjours par pathologies.

- Insee pour la population de référence : estimation de la population de la France métropolitaine, deux sexes confondus, au 1<sup>er</sup> janvier 2000.
- Insee pour le calcul des taux par âge : estimations de population au 1<sup>er</sup> janvier 2000.

#### Précisions

- L'unité de compte est le séjour en soins de courte durée MCO et non le patient.
- Les nouveau-nés restés auprès de leur mère n'ayant, de ce fait, pas donné lieu à l'ouverture d'un dossier administratifs (dits « nouveau-nés non hospitalisés ») sont exclus.
- Les venues pour des traitements réalisés en séances (chimiothérapies, radiothérapies...) sont exclues.
- Les unités de soins de courte durée MCO des hôpitaux locaux et des établissements de santé dont l'activité principale ne relève pas des soins de courte durée MCO (hôpitaux psychiatriques, établissements de soins de suite et réadaptation...) sont exclues.
- Les établissements à tarif d'autorité (« établissements non conventionnés ») sont exclus.
- Les données présentées ici sont des données redressées. La Drees exploite les bases brutes de données du PMSI MCO public et privé. Ces bases font l'objet d'apurements (éliminations de doubles, corrections d'identifiants et d'anomalies diverses) et de redressements (corrections des non-réponses partielles ou totales). Ces bases sont également pondérées par la Drees pour corriger les défauts d'exhaustivité.

#### Méthodes de calcul

$$\text{Taux comparatif de séjours hospitaliers} = \sum_{i=1}^{11} P_i T_i$$

$H$  : le nombre de classes d'âge considérées : Moins de 1 an, 1-4 ans, 5-14 ans, 15-24 ans, ....., 85 ans et plus

$i$  : l'indice de la classe d'âge considérée

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

Quelle que soit la région et la cause de décès considérée, la population de référence est la population de la France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 1990, deux sexes confondus.

$T_i$  : le taux spécifique de séjours hospitaliers observés dans la région pour la classe d'âge  $i$   
(nombre moyen annuel de décès de la classe d'âge / population de la classe d'âge)

Les populations utilisées sont, quelle que soit la période considérée, les populations estimées en milieu de période.

## 4-Années potentielles de vie perdues

### 1) Taux brut d'années potentielles de vie perdues

#### Définition

Les années potentielles de vie perdues (APVP) représentent le nombre d'années qu'une personne décédée prématurément, c'est-à-dire avant 65 ans, n'a pas vécu. Elles peuvent être calculées de manière globale ou séparément pour chaque pathologie. Le taux brut d'années potentielles de vie perdues représente le nombre d'années potentielles de vie perdues pour 100 000 personnes-années.

#### Source

- Inserm CépiDc

Le service CépiDc de l'Inserm fournit les statistiques de décès en France par causes (principale ou associées) établies à partir des certificats de décès et des données de l'Insee. Les pathologies sont codées d'après la classification internationale des maladies dans sa 10e révision (CIM 10).

- Insee pour les données de population : estimation au 1er janvier

#### Méthodes de calcul

Pour calculer les années potentielles de vie perdues, des classes d'âges quinquennales ont été réalisées. Les années potentielles de vie perdues pour une pathologie donnée sont ainsi obtenues en additionnant les produits du nombre de décès de chaque classe d'âge pour cette pathologie et de la différence entre 65 ans et le centre de chaque classe d'âge. Ainsi le nombre d'années potentielles de vie perdues pour la pathologie  $j$  est donnée par :

$$APVP_j = \sum_{i=1}^{14} D_{ij} (65 - a_i)$$

où  $i$  représente l'indice des classes quinquennales dont le nombre s'élève à 14 (moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, ..., 60-64 ans)

$D_{ij}$  : le nombre de décès dans la classe d'âge  $i$  pour la pathologie  $j$

$a_i$  : le centre de la classe d'âge  $i$ .

Le taux brut d'années potentielles de vie perdues est obtenu en rapportant le nombre de décès d'une tranche d'âge à la population de cette tranche d'âge.

Ainsi le taux d'années potentielles de vie pour une pathologie  $j$  est donnée par :

$$\text{taux brut } APVP_j = \sum_{i=1}^{14} \frac{D_{ij}}{P_i} (65 - a_i)$$

où  $i$  représente l'indice des classes quinquennales dont le nombre s'élève à 14 (moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, ..., 60-64 ans)

$D_{ij}$  : le nombre de décès dans la classe d'âge  $i$  pour la pathologie  $j$

$a_i$  le centre de la classe d'âge  $i$

$P_i$  : l'effectif de la population de la tranche d'âge  $i$

Le nombre de décès enregistrés est moyenné sur une période de 3 ans.

Les populations utilisées sont, quelle que soit la période considérée, les populations estimées en milieu de période, c'est-à-dire pour 2001-2003 :

$$\frac{\text{estimation au 1er janvier 2002} + \text{estimation au 1er janvier 2003}}{2}$$

## 2) Taux comparatif d'années potentielles de vie perdues

### Définition

Le taux comparatif d'années potentielles de vie perdues représente le nombre d'années potentielles de vie perdues pour 100 000 personnes-années que l'on observerait dans une région donnée, si elle avait la même structure par âge que la population de référence. (Pour le calcul du taux comparatif d'APVP, il s'agit de la population au recensement de 1990). Cette standardisation élimine ainsi les effets de structures par âge et permet donc des comparaisons sur les données recueillies, entre des périodes ou des régions différentes.

### Source

- Inserm CépiDc

Le service CépiDc de l'Inserm fournit les statistiques de décès en France par causes (principale ou associées) établies à partir des certificats de décès et des données de l'Insee. Les pathologies sont codées d'après la classification internationale des maladies dans sa 10<sup>e</sup> révision (CIM 10).

- Insee pour les données de population : estimation au 1<sup>er</sup> janvier

- Insee pour la population de référence : population de moins de 65 ans de la France métropolitaine, deux sexes confondus au recensement de 1990.

### Méthodes de calcul

Le taux standardisé d'APVP pour une pathologie  $j$  est calculé de la manière suivante :

$$\text{taux comparatif APVP}_j = \sum_{i=1}^{14} \tilde{w}_i \frac{D_{ij}(65 - a_i)}{P_i}$$

où  $i$  représente l'indice des classes quinquennales dont le nombre s'élève à 14 (moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, ..., 60-64 ans)

$D_{ij}$  : le nombre de décès dans la classe d'âge  $i$  pour la pathologie  $j$

$a_i$  le centre de la classe d'âge  $i$

$P_i$  : l'effectif de la population de la tranche d'âge  $i$

$\tilde{w}_i$  la part de la classe d'âge  $i$  dans la population de référence tronquée. En effet, seule la population de moins de 65 ans a été prise en compte. Cette part est calculée à partir des poids  $w_i$  de chaque classe d'âge  $i$  dans la population de référence totale.

$$\tilde{w}_i = 100\ 000 \frac{w_i}{\sum_{k=1}^{14} w_k}$$

Le nombre de décès enregistrés est moyenné sur une période de 3 ans.

Les populations utilisées sont, quelle que soit la période considérée, les populations estimées en milieu de période, c'est-à-dire pour 2001-2003 :

$$\frac{\text{estimation au 1er janvier 2002} + \text{estimation au 1er janvier 2003}}$$

2

## 5-Taux comparatif d'admissions en affection de longue durée

### Définition

Le taux standardisé (ou taux comparatif) s'exprime en nombre d'admissions pour 100 000 personnes. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (estimation de population de France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2000).

Il concerne les admissions en affection de longue durée (ALD) pour maladie de l'appareil circulatoire chez les hommes et les femmes, pour le régime principal, le régime des professions indépendantes et le régime agricole.

Ces données correspondent aux nouvelles admissions en ALD30 au sein des trois régimes d'assurance maladie pour l'année étudiée. L'unité statistique de ce dénombrement est la pathologie, un bénéficiaire pouvant avoir plusieurs pathologies. Dans les calculs, le bénéficiaire est ainsi comptabilisé autant de fois qu'il a d'exonérations pour des pathologies différentes de la liste des ALD30.

## Sources

- Les données ALD sont fournies par les trois principaux régimes d'assurance maladie :
  - Cnamts : régime général
  - Canam : régime des professions indépendantes
  - Ccmsa : régime agricole
- Insee pour la population de référence : population estimée de la France métropolitaine, deux sexes confondus, au 1<sup>er</sup> janvier 2000
- Cnamts pour le calcul des taux par âge : moyenne des populations protégées 2001 et 2002 des trois régimes sur laquelle est appliquée la structure par âge et sexe de la population estimée au 1<sup>er</sup> janvier 2000.

## Méthodes de calcul

$$\text{Taux comparatif d'admissions en affection de longue durée} = \sum_{i=1}^{20} P_i T_i$$

20 : le nombre de classes d'âge considérées : 0-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, ....., 95 ans et plus

$i$  : l'indice de la classe d'âge considérée

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

Quelle que soit la région et la cause d'ALD considérée, la population de référence est la population de la France métropolitaine au 1<sup>er</sup> janvier 2000, deux sexes confondus.

$T_i$  : le taux spécifique d'admissions observé dans la région pour la classe d'âge  $i$   
(nombre annuel d'ALD de la classe d'âge / population de la classe d'âge)

Les populations utilisées sont, quelle que soit la période considérée, les populations estimées en milieu de période.

## Précisions

Il s'agit du nombre d'admissions en ALD d'individus (assurés et ayants-droit) ayant été reconnus pour la première fois par l'Assurance maladie, au cours d'une période choisie, comme atteints d'une affection de longue durée, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis du haut comité médical. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupe d'affections (ALD30). Ces personnes bénéficient d'une suppression du ticket modérateur pour les soins ayant un rapport avec cette affection.

## Mises en garde

Les nombres d'affections recensées correspondent aux avis favorables donnés par les médecins-conseils (du régime concerné), pour les premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée une année donnée. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

Les nombres d'affections recensées par l'Assurance maladie sont systématiquement inférieurs à la morbidité réelle. Les principales causes de sous-déclaration sont les suivantes :

- Le patient peut-être atteint d'une des 30 maladies de la liste des ALD, mais ne pas correspondre aux critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité exigés,
- Le patient peut ne pas demander à être exonéré pour des raisons personnelles (assurance complémentaire satisfaisante, souci de confidentialité),
- Le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (précédente affection exonérante, invalidité...) et donc ne pas faire l'objet d'une demande d'un médecin traitant pour une nouvelle ALD,
- Les médecins conseils peuvent ne pas individualiser une affection nouvelle pour un patient déjà exonéré au titre

d'une ALD connexe partageant les mêmes mécanismes physiopathologiques (par exemple, infarctus du myocarde considéré comme complication chez un coronarien).

Par ailleurs, des considérations d'ordre socio-économique peuvent également intervenir dans l'exhaustivité du recueil : il est probable que les personnes économiquement défavorisées (ou leur médecin traitant) sollicitent de façon plus fréquente et plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour ALD.

C'est la raison pour laquelle les incidences de morbidité calculées à partir des données d'ALD doivent plutôt être considérées comme des incidences « médico-sociales ».

Il faut enfin préciser que ces écarts ne sont pas systématiques et homogènes pour chacune des 30 affections de la liste. Selon l'âge de la survenue de la pathologie, selon la fréquence d'association de cette pathologie avec d'autres, le défaut sera plus ou moins important.

Malgré ces imperfections dont il faut tenir compte dans les interprétations et les commentaires, les ALD constituent aujourd'hui la principale source d'information à peu près exhaustive sur la morbidité en France.

## B) Les régions de France



## C) Glossaire

ALD	Affection de longue durée
APVP	Années potentielles de vie perdue
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BEP	Brevet d'études professionnelles
BEPC	Brevet d'études du premier cycle (devenu Brevet des collèges)
BIT	Bureau international du travail
BP	Bac professionnel
Canam	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (devenu Régime social des indépendants -RSI- en 2006)
CAP	Certificat d'aptitude professionnelle
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CIM	Classification internationale des maladies
Cnamts	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
Dhos	Direction de l'hospitalisation et des soins
DGI	Direction générale des impôts
DGS	Direction générale de la santé
DOM	Département d'Outre-mer
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ELP	Estimation localisée de population
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
HTA	Hypertension artérielle
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm CépiDc	Institut national de la santé et de la recherche médicale - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
MCO	Médecine, chirurgie et obstétrique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de la santé
PCS	Professions et catégories socioprofessionnelles
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RP	Recensement général de la population
RSA	Résumé de sortie anonyme
RSI	Régime social des indépendants
RSS	Résumé standardisé de sortie
VADS	Voies aéro-digestives supérieures

**FNORS**

62, boulevard Garibaldi

75015 Paris

Tél : 01 56 58 52 40 Fax : 01 56 58 52 41

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

**Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports**

Direction générale de la santé

14, avenue Duquesnes

75007 Paris

Tél : 01 40 56 60 00 Fax : 01 40 56 40 56

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Juin 2007

---