



# Femmes, hommes

---

Quelles spécificités  
socio-sanitaires ?

---

## Contributions

Ce travail a été réalisé dans le cadre de la convention pluriannuelle d'objectifs passée entre le ministère en charge de la Santé et la Fnors.

Il a été rédigé par :

Christelle Nagnonhou<sup>1</sup>, Bernard Ledésert<sup>2</sup>, Caroline Bonnet<sup>3</sup>, Nadège Thomas<sup>4</sup>, Isabelle Tron<sup>5</sup>, Lise Trottet<sup>1</sup>.

et mis en page par Vanessa Laurent<sup>1</sup>, avec la contribution de Jean-Philippe Germanaud<sup>6</sup> pour la conception graphique.

Il a également reçu les contributions de :

Laureen Rotelli-Bihet<sup>1</sup>, Cindy Alix<sup>4</sup>.

Citation recommandée pour cet ouvrage :

Nagnonhou C., Ledésert B., Bonnet C., Thomas N., Tron I. Trottet L.

Femmes, hommes : quelles spécificités socio-sanitaires ? Paris : Fnors, juillet 2025, 36 p.

---

1 Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

2 CREAI-ORS Occitanie

3 Observatoire régional de la santé de Bourgogne-Franche-Comté

4 Observatoire régional de la santé et du social de Picardie

5 Observatoire régional de la santé de Bretagne

6 Atelier Germanaud Scipion

# SOMMAIRE

---

**INTRODUCTION** p 5

## CONTEXTE GÉNÉRAL

Population p 7  
Mode de vie p 8  
Activité professionnelle chez les 15-64 ans p 9  
Prestations sociales p 10

## COMPORTEMENTS

Activité physique et sédentarité p 11  
Recours aux professionnels de santé p 12

## ÉTAT DE SANTÉ

Espérance de vie p 14  
Mortalité prématurée et mortalité évitable p 15  
Présentation des principales pathologies et causes de mortalité p 16

Maladies de l'appareil circulatoire p 18  
Cancer du côlon et du rectum p 21  
Diabète p 24  
Santé mentale p 26

## FACTEURS DE RISQUES

Conduites addictives - Alcool p 28  
Conduites addictives - Tabac p 29

---

**CONCLUSION** p 31

---

**MÉTHODOLOGIE** p 32

---

**GLOSSAIRE** p 34

## Des données sur la population et ses déterminants de santé

Le site d'information SCORE-Santé met à disposition des décideurs, des professionnels de santé et du grand public des informations fiables, homogènes et comparables sur la santé de la population et ses déterminants.

- **Près de 600 indicateurs clés validés et actualisés en continu ;**
- **6 grands chapitres** : population et conditions de vie ; état de santé et recours aux soins ; pathologies ; déterminants de santé et prévention ; environnement ; structures et activités de soins ;
- **5 échelons géographiques d'analyse** : national, régional, départemental, territoires de démocratie sanitaire et infra-départemental (EPCI) selon les indicateurs ;
- Des présentations des données sous forme de tableaux, graphiques ou cartes ;
- Une documentation détaillée de chaque indicateur ;
- Des fiches méthodologiques.

■ Pendant très longtemps, la seule approche différenciée de la santé entre les femmes et les hommes se limitait à l'étude des pathologies et états de santé spécifiques aux femmes : questions obstétricales d'une part, pathologies des organes génitaux féminins d'autre part.

Plus récemment, et assez tardivement en France, la question des inégalités de santé en lien avec le sexe puis le genre a commencé à être abordée. En 2016, le groupe « genre et recherche en santé » du comité d'éthique de l'Inserm reprenait vingt années de recherche dans ce domaine et produisait un dossier intitulé « Genre et santé : prendre en compte les différences, pour mieux combattre les inégalités »<sup>7</sup>. Il mettait en avant le fait que les femmes et les hommes « ne sont pas logés à la même enseigne » en matière de santé. Les différences biologiques, en lien avec le sexe, n'expliquent que partiellement ces différences. Les représentations liées au genre jouent un rôle important aussi bien au niveau des patients que des soignants et plus largement dans la société dans son ensemble. Ainsi, les codes sociaux sont à l'origine de différences entre les femmes et les hommes, notamment en termes d'expression des symptômes, d'accès et de recours aux soins et de modalités de prise en charge.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2008, invitait quant à elle tous les états membres à « Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé »<sup>8</sup>. L'équité entre les sexes fait alors partie des principales priorités mises en avant pour agir sur les inégalités de santé.

Ainsi les différences de santé entre les femmes et les hommes, qu'elles soient abordées sous l'angle du sexe ou du genre, font partie des principales inégalités de santé existant actuellement avec des origines multiples.

La Fnors et les ORS publient régulièrement des rapports mobilisant les données présentées dans SCORE-Santé. Pour la présente publication, sur la suggestion du comité de pilotage de la convention pluriannuelle d'objectifs entre le ministère chargé de la Santé et la Fnors, le choix a été fait d'illustrer les différences entre les femmes et les hommes.

Dans la base de données SCORE-Santé, chaque indicateur portant sur l'état de santé de la population est décliné, autant que possible, selon le sexe. Cela permet de mettre en avant les différences entre les femmes et les hommes à chacun des niveaux géographiques présenté dans SCORE-Santé.

Nous avons fait le choix de présenter une sélection d'indicateurs portant sur les caractéristiques sociodémographiques, l'état de santé, les déterminants de santé et l'accès aux soins. Le plus souvent, la présentation du différentiel hommes femmes est privilégiée plutôt que la présentation des valeurs spécifiques à chaque sexe. Cette publication illustre une approche à l'échelle des territoires et montre ainsi les variations de ces différences géographiques, le plus souvent entre les départements français y compris ultramarins. Elle n'a pas pour ambition d'apporter des explications aux différences observées entre les femmes et les hommes mais elle montre que celles-ci, participant également aux inégalités territoriales de santé, doivent être prises en compte à toutes les échelles des politiques publiques.

<sup>7</sup> <https://www.inserm.fr/dossier/genre-et-sante/> (consulté le 9 juin 2025)

<sup>8</sup> <https://iris.who.int/handle/10665/69831> (consulté le 9 juin 2025)



## Une population de plus en plus vieillissante, surtout chez les femmes

■ Au 1<sup>er</sup> janvier 2021, la population de la France s'élève à 67,4 millions d'habitants. L'Île-de-France concentre à elle seule 18,3 % de la population, soit près d'un habitant sur cinq.

En 15 ans, la population a beaucoup évolué : la France comptait 63 millions d'habitants en 2006, soit une augmentation de 6,7 % en 15 ans.

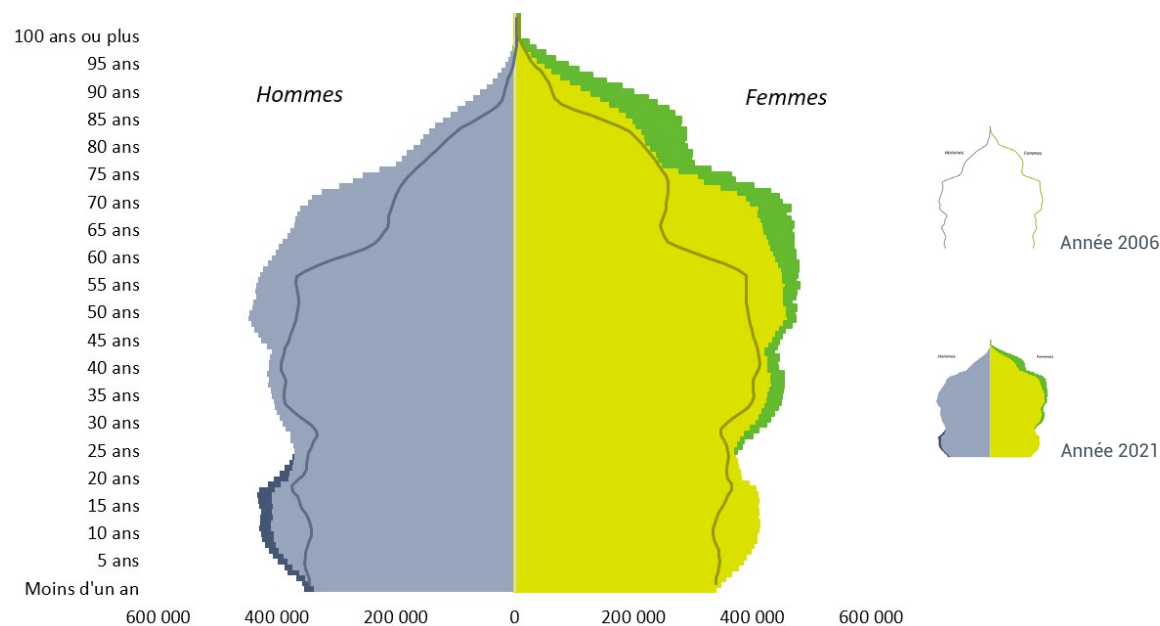
La structure par sexe et âge de la population en 2021 se caractérise par une surreprésentation des hommes de la naissance jusqu'à l'âge de 24 ans. À partir de 25 ans, la tendance s'inverse et le nombre de femmes dépasse celui des hommes. Avec l'avancée en âge, ce différentiel s'accroît progressivement.

Dans les régions, quel que soit le sexe, globalement plus d'un habitant sur cinq a moins de 20 ans. C'est en Guyane qu'on observe la part des moins de 20 ans la plus élevée (42,9 % chez les hommes et 40,6 % chez les femmes). Quels que soient la région et le sexe, plus de la moitié de la population a un âge compris entre 20 et 64 ans. Par ailleurs, dans toutes les régions, la proportion des 65 ans et plus au sein de la population féminine est toujours plus importante qu'au sein de la population masculine. C'est en Nouvelle-Aquitaine que cette proportion est la plus élevée (26,7 % chez les femmes et 22,1 % chez les hommes) et en Guyane qu'elle est la plus faible (6,2 % chez les femmes et 5,7 % chez les hommes).

En termes d'évolution, la répartition par sexe est stable dans le temps (48,4 % d'hommes et 51,6 % de femmes). Entre 2006 et 2021, on observe un

vieillessement de la population : la proportion des moins de 20 ans a baissé et celle des 65 ans et plus a nettement augmenté.

Pyramide des âges de la France aux 1<sup>er</sup> janvier 2006 et 2021



Source : Insee – RP, Exploitation Fnors

Champ : France (hors Mayotte)

Note : À un âge donné, la couleur plus foncée représente l'excédent d'hommes (si le nombre d'hommes est supérieur à celui des femmes) ou de femmes à cet âge.



## Des familles monoparentales essentiellement composées de mères avec enfants

Le terme mode de vie désigne l'ensemble des pratiques et comportements caractérisant un individu ou un groupe d'individus d'un point de vue économique, social et culturel. La structure familiale en fait partie. On distingue différents types de structures familiales : les personnes vivant seules, les couples (avec ou sans enfants), les familles monoparentales. Une famille est dite monoparentale lorsqu'elle est composée d'un seul parent vivant avec un ou plusieurs enfants célibataires (et n'ayant pas d'enfant).

En 2021, sur l'ensemble de la France (hors Mayotte), 26,7 % des familles comprenant au moins un enfant de moins de 25 ans sont monoparentales. Le plus souvent, il s'agit de familles composées de femmes avec enfants (80,7 % des cas). Cela reflète les réalités sociales contemporaines où, lors de séparations, les enfants restent le plus souvent avec leur mère. Des disparités en termes d'activité professionnelle sont également observées. En effet, au sein des familles monoparentales comprenant au moins un enfant de moins de 25 ans, lorsque le parent est inactif ou sans emploi il s'agit le plus souvent d'une femme.

De nombreux adultes résident seuls dans leur logement : en 2021, en France (hors Mayotte), 5,1 millions d'hommes et 6,5 millions de femmes

âgés de 15 ans ou plus vivent seuls chez eux, soit 19,7 % des hommes et 23,1 % des femmes de même âge. Si, globalement, les femmes vivent plus souvent seules que les hommes, ceci diffère selon les groupes d'âges. En effet, entre 15 et 24 ans, les femmes vivent plus souvent seules à leur domicile que les hommes tandis qu'entre 25 et 54 ans, c'est l'inverse. Quel que soit le sexe, les proportions de personnes vivant seules à domicile sont plus importantes aux âges avancés mais l'écart entre les femmes et les hommes s'accroît : 24,3 % des hommes et 54,4 % des femmes de 75 ans et plus vivent seules à domicile.

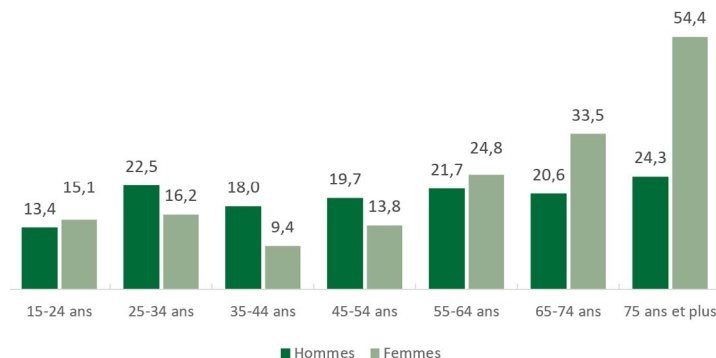
### Part de familles monoparentales en 2021 (en %)

Part de familles monoparentales avec au moins un enfant de moins de 25 ans dont :	26,7
Le parent est un homme au statut actif ayant un emploi	4,1
Le parent est un homme au statut autre qu'actif ayant un emploi	1,1
Le parent est une femme au statut actif ayant un emploi	14,8
Le parent est une femme au statut autre qu'actif ayant un emploi	6,7

Source : Insee - RP, Exploitation Fhors  
 Champ : France (hors Mayotte)  
 Note de lecture : Parmi les familles avec au moins un enfant de moins de 25 ans en 2021, 14,8 % sont des familles monoparentales composées de mères actives ayant un emploi

Une des raisons pouvant expliquer cela est le différentiel d'espérance de vie entre les femmes et les hommes, se traduisant par un nombre de femmes de plus en plus important par rapport aux hommes avec l'avancée en âge et donc une probabilité plus forte de vivre seules.

### Part de personnes vivant seules selon l'âge et le sexe en 2021 (en %)



Source : Insee - RP, Exploitation Fhors  
 Champ : France (hors Mayotte), population des ménages  
 Note de lecture : En 2021, 24,3 % des hommes de 75 ans et plus vivant dans un logement ordinaire résident seuls







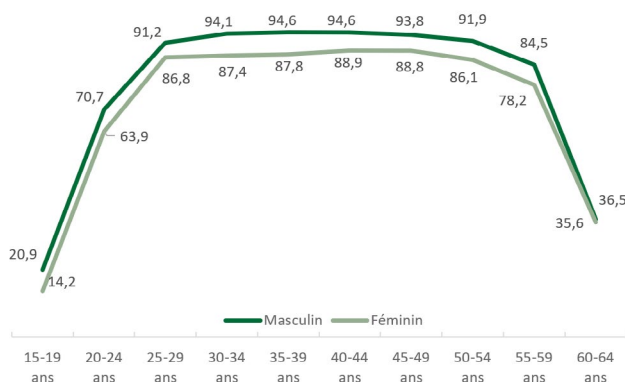
## Activité professionnelle chez les 15-64 ans

Un taux d'activité qui augmente avec l'âge et diminue à l'approche de la retraite, et une présence inégale des hommes et femmes dans les catégories socioprofessionnelles

En 2021, la population active âgée de 15 et 64 ans en France (hors Mayotte) s'élève à 31,2 millions de personnes. Parmi elles, 27,6 millions occupent un emploi, qu'il soit salarié ou non (actifs occupés) et 3,6 millions sont des chômeurs.

Le taux d'activité varie selon l'âge et le sexe. Quel que soit l'âge, les hommes sont plus souvent en activité professionnelle que les femmes. D'abord faible en début de vie active (20,9 % chez les hommes et 14,2 % chez les femmes avant 20 ans), le taux d'activité augmente avec l'âge et atteint son maximum entre 40 et 44 ans (94,6 % chez les hommes et 88,9 % chez les femmes), puis diminue après 60 ans.

Taux d'activité en France en 2021

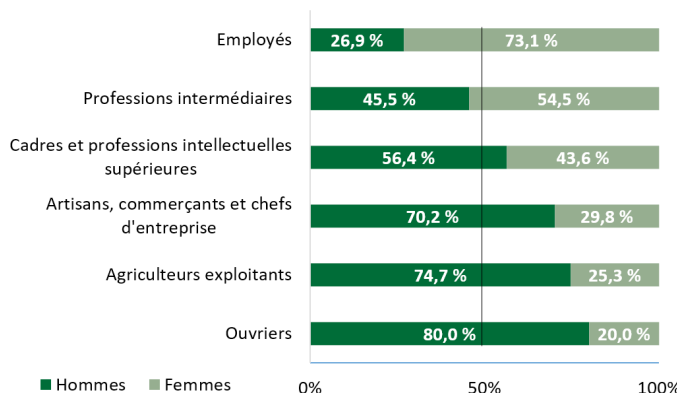


Source : Insee - RP, Exploitation Fnors  
 Champ : Population de 15-64 ans, France (hors Mayotte)

L'écart entre les femmes et les hommes est relativement important chez les plus jeunes, puis varie entre 4,4 et 6,8 points avant de se résorber à l'approche de la retraite (0,8 point à 60-64 ans).

Parmi les actifs occupés en France (hors Mayotte) en 2021, 15,5 % ont un emploi à temps partiel. Les femmes sont trois fois plus concernées par cette situation que les hommes (23,9 % contre 7,7 %). Cette tendance est retrouvée dans les différentes régions. Au sein des différentes catégories socioprofessionnelles, la répartition hommes femmes est variable : les femmes sont plus représentées au sein des employés (73,1 %) et

Répartition selon le sexe des actifs occupés par PCS en France en 2021 (en %)

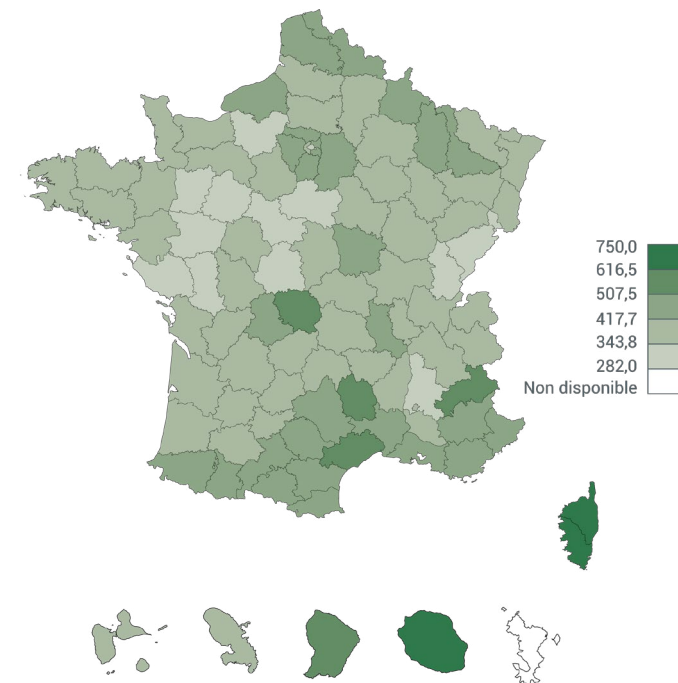


Source : Insee - RP, Exploitation Fnors  
 Champ : Population de 15-64 ans, France (hors Mayotte)  
 Note de lecture : Parmi l'ensemble des ouvriers 80 % sont des hommes et 20 % sont des femmes

des professions intermédiaires (54,5 %) tandis que les hommes sont plus nombreux dans les autres catégories.

Par ailleurs, c'est chez les ouvriers qu'on observe le plus d'écart de sex-ratio entre les territoires : c'est dans les départements méditerranéens, pyrénéens, du nord et dans les DOM que le sex-ratio est le plus élevé, et dans l'ouest, qu'il est plus faible.

Sex-ratio chez les ouvriers en 2021 (pour 100)



Source : Insee - RP, Exploitation Fnors  
 Champ : Population de 15-64 ans, France (hors Mayotte)  
 Note de lecture : En Guadeloupe, on dénombre 402 hommes pour 100 femmes chez les ouvriers



## Des écarts entre sexes plus souvent favorables aux hommes et plus importants en Outre-mer en ce qui concerne l'AAH

Les prestations sociales sont des aides financières ou des services spécifiques fournis par l'État ou des organismes de protection sociale pour soutenir les individus et les familles face à divers risques sociaux (précarité, chômage, vieillesse, handicap etc.).

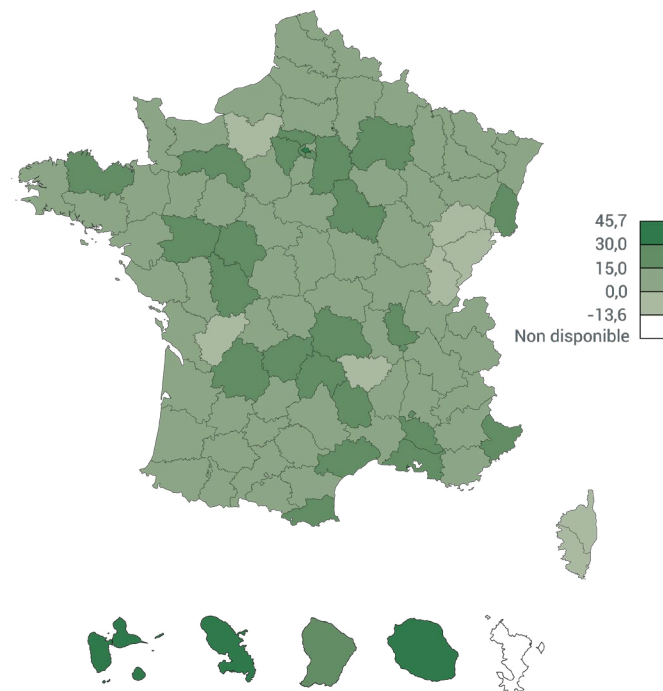
En France, on dénombre diverses catégories de prestations sociales parmi lesquelles figurent celles liées au handicap notamment l'allocation aux adultes handicapés (AAH<sup>9</sup>). Ces prestations sont cumulables et sont principalement gérées par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) ou la Mutualité Sociale Agricole (MSA) pour les agriculteurs.

Au 31 décembre 2022, 1,29 millions de personnes ont bénéficié de l'AAH sur le plan national (hors Mayotte). Cet effectif, rapporté à la population âgée de 20-64 ans, atteint 3,4 %, avec un niveau 1,1 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (3,6 % et 3,2 %, respectivement). Au sein des départements, les niveaux sont variables, allant de 1,9 % à 8,4 % chez les hommes et 1,7 % à 6,6 % chez les femmes respectivement.

En termes de différentiel hommes femmes, il est plus favorable aux hommes dans la majorité des

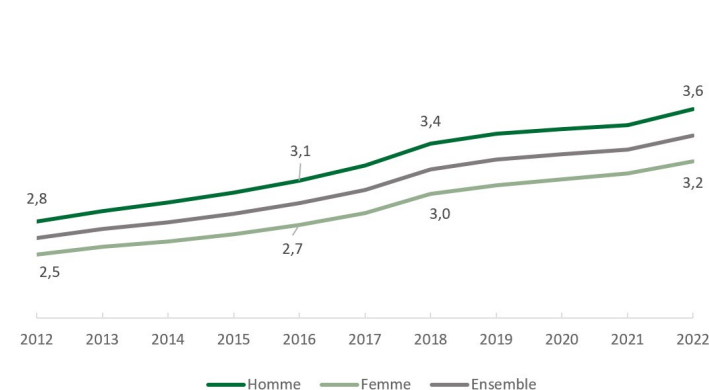
départements, à l'exception de quelques uns où il est plutôt en faveur des femmes (Corse, Eure, Charente, Haute-Loire et les départements de l'ex Franche-Comté). Ce sont les territoires ultramarins (sauf Guyane) qui affichent les écarts entre sexes les plus importants (plus de 42 %).

### Différentiel entre la part des bénéficiaires de l'AAH des hommes et celle des femmes en 2022 (en %)



La part de bénéficiaires a nettement progressé ces dernières années. En effet, depuis fin 2016, quel que soit le sexe, le taux de croissance s'élève à +2,8 % en moyenne par an entre fin 2016 et fin 2022. Plusieurs facteurs ont contribué à cette hausse, notamment institutionnels : le recul de l'âge légal de départ à la retraite pour inaptitude (avant 2016), la revalorisation du montant maximal de l'AAH, et l'entrée en vigueur depuis 2017 du décret élargissant de deux à cinq ans la durée maximale d'attribution de l'AAH pour les personnes dont le taux d'incapacité est compris entre 50 % et 79 %.

### Évolution selon le sexe de la part des bénéficiaires de l'AAH parmi la population âgée de 20-64 ans (en %)



Source : Cnaf, CCMSA, Insee – RP, Exploitation Fnors

Champ : France (hors Mayotte)

Précision : Au numérateur, sont pris en compte les allocataires tous âges confondus au 31 décembre 2022, et au dénominateur, la population âgée de 20-64 ans au RP 2021

Attention rupture de série en 2016 : à la suite d'une amélioration du système de production statistique de la Cnaf sur les bénéficiaires de prestations légales, les données antérieures à cette date ne sont pas totalement comparables avec celles des années suivantes.

<sup>9</sup> Créée par la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, l'AAH vise à garantir un minimum de ressources aux personnes en situation de handicap pour qu'elles puissent faire face aux dépenses de la vie courante. Elle est attribuée, sous conditions de ressources, aux personnes dont le taux d'incapacité est au moins égal à 80 % et à celles dont le taux est compris entre 50 et 79 %, et qui sont, compte tenu de leur situation, reconnues dans l'impossibilité de se procurer un emploi.

**Des niveaux différenciés entre sexes en termes de pratique d'activité physique, mais un niveau similaire de sédentarité élevée**

■ L'activité physique et la sédentarité sont deux facteurs qui influencent significativement la santé et le bien-être.

L'OMS définit l'activité physique comme « *tout mouvement produit par les muscles qui requiert une dépense énergétique* ». Cela inclut les mouvements effectués notamment dans le cadre des loisirs (y compris le sport), pour se déplacer d'un endroit à l'autre, sur le lieu de travail ou lors des tâches ménagères. La sédentarité, bien distincte de l'inactivité physique, se définit par un comportement caractérisé par une faible dépense énergétique en position assise ou allongée (hors sommeil) : regarder la télévision ou des écrans, être assis au bureau ou dans un véhicule etc.

En France, le manque d'activité physique, et la sédentarité excessive gagnent du terrain, conduisant ainsi à une augmentation du risque de maladies chroniques (diabète, obésité, maladies cardiovasculaires). L'urbanisation, les écrans, les modes de transports non actifs, le télétravail, etc. favorisent une sédentarisation croissante. Selon le Baromètre national des pratiques sportives<sup>10</sup>, en 2023, 59 % des Français de 15 ans ou plus ont pratiqué une activité physique et sportive au moins une fois par semaine au cours des 12 mois ; plus

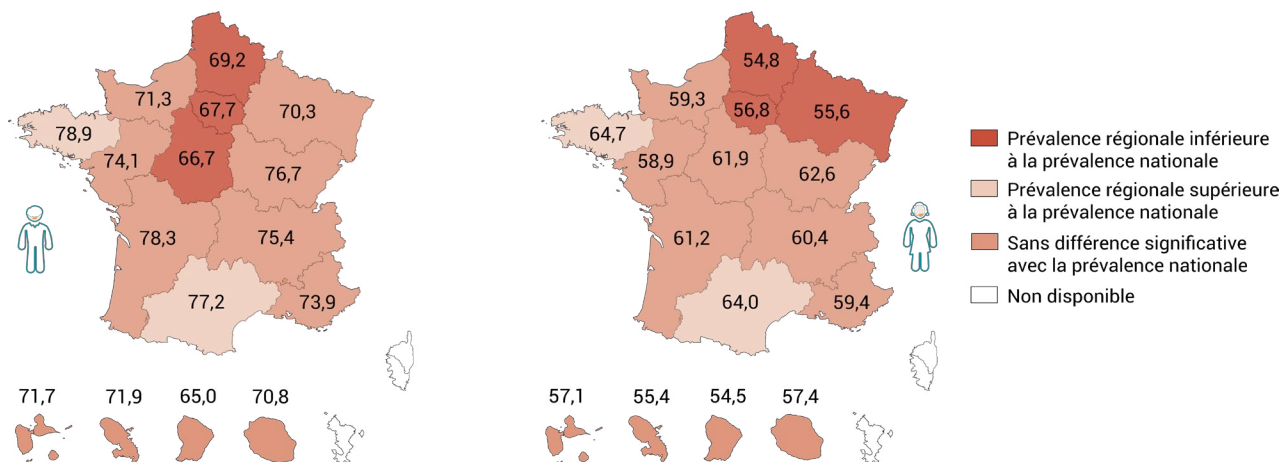
souvent les hommes que les femmes (respectivement 63 % et 55 % en 2023).

La pratique de l'activité physique associée à une faible sédentarité a des bienfaits multiples : réduction du risque de nombreuses maladies chroniques, amélioration de la condition physique et musculaire, effet bénéfique sur la santé mentale, maintien d'un poids corporel sain. En France, les recommandations en matière d'activité physique et de sédentarité sont déclinées par Santé publique France sur le site [mangerbouger.fr](http://mangerbouger.fr) : par exemple privilégier les déplacements actifs, réduire le temps passé devant les écrans, pratiquer au moins 150 à

300 minutes d'activité physique d'intensité modérée ou au moins 75 à 150 minutes d'activité d'intensité soutenue par semaine.

Selon le Baromètre Santé<sup>11</sup>, en 2021 en France, 72,9 % des hommes et 59,3 % des femmes âgés de 18 à 85 ans atteignaient les recommandations en matière d'activité physique. Des différences existent entre régions : entre 54,5 % et 64,7 % pour les femmes et entre 65,0 % et 78,9 % chez les hommes. Pour les femmes, l'atteinte des recommandations est moindre dans le quart nord-est du pays alors que pour les hommes c'est sur un axe Hauts-de-France / Centre-Val de Loire que les taux les plus bas sont notés.

**Proportion d'atteinte des recommandations d'activité physique en France selon le sexe en 2021 (en %)**



Source : Baromètre de Santé publique France 2021. Verdot et al., Bull Epidemiol Hebd. 2024 ; (12) : 240-9. Exploitation Fnors  
 Champ : Population de 18-85 ans, France (hors Mayotte)  
 Population de référence : France hexagonale

<sup>11</sup> Le Baromètre Santé est une enquête périodique auprès de 18-85 ans qui vise à décrire les connaissances, les attitudes, les opinions et les habitudes des Français en matière de santé.  
[https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/12/2024\\_12\\_1.html](https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/12/2024_12_1.html)

<sup>10</sup> Le Baromètre national des pratiques sportives est une enquête réalisée depuis 2018 afin de suivre les évolutions des pratiques sportives des Français de 15 ans ou plus.  
<https://injep.fr/wp-content/uploads/2023/12/Rapport-2023-15-Barometre-pratiques-sportives-2023.pdf>

## Les femmes déclarent plus souvent un médecin traitant que les hommes

■ Le médecin traitant est un professionnel de santé choisi par un patient pour assurer son suivi médical régulier. Il joue un rôle central dans le parcours de soins coordonnés, instauré pour améliorer la prise en charge des patients. Le médecin traitant peut être un généraliste ou un spécialiste.

En France, quel que soit le sexe, on observe un niveau relativement important de déclaration de médecin traitant au sein de la population.

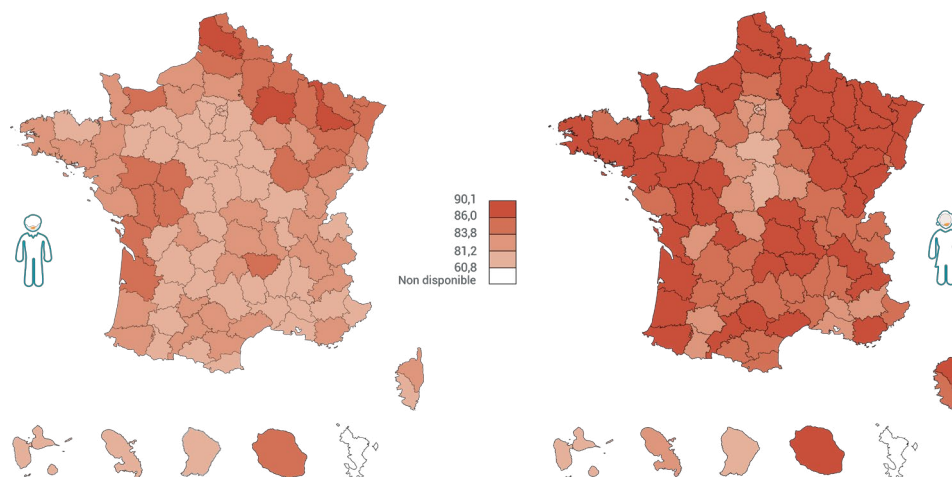
Cependant, les niveaux sont variables selon le genre. En effet, les hommes sont moins nombreux que les femmes à déclarer un médecin traitant.

En termes de prévalence, on obtient en France (hors Mayotte) en 2023, des taux standardisés masculins et féminins respectivement de 81,3 et 85,1 pour 100 personnes ayant consommé des soins, soit un différentiel hommes femmes de -4,5 %. La tendance est la même dans les départements. De manière générale, les femmes consultent plus souvent les médecins généralistes et spécialistes (toutes spécialités confondues), notamment pour des suivis gynécologiques, la contraception ou les grossesses. En revanche, les hommes ont tendance à consulter moins régulièrement, ce qui peut entraîner un retard dans le dépistage de certaines pathologies

(maladies cardiovasculaires, diabète, cancers). Les consultations diffèrent également en fonction de l'âge, les seniors ayant un suivi médical plus fréquent en raison des maladies chroniques.

Des disparités géographiques sont également constatées. C'est en Guyane qu'on retrouve les niveaux les plus faibles (respectivement chez les femmes et les hommes 60,8 et 69,2 pour 100 personnes ayant consommé des soins) et dans la Marne les niveaux les plus importants (respectivement chez les femmes et les hommes 87,4 et 90,1 pour 100 personnes ayant consommé des soins).

**Taux standardisés de personnes ayant déclaré un médecin traitant dans l'année selon le sexe en 2023** (pour 100 personnes ayant consommé des soins)



Source : SNDS – Exploitation Réseau des ORS-Fnors  
 Champ : Population ayant consommé des soins au cours des 3 dernières années en France (hors Mayotte)  
 Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

### Un recours plus important aux cardiologues chez les hommes, quand les femmes recourent davantage aux psychiatres

■ Premier interlocuteur pour tout problème de santé, le médecin généraliste assure le suivi global du patient et le redirige vers un spécialiste si besoin. Le médecin spécialiste quant à lui, est un professionnel de santé ayant suivi une formation approfondie dans un domaine médical spécifique ; il intervient lorsqu'un problème de santé nécessite une expertise particulière.

L'accès aux soins et le recours aux professionnels de santé varient selon plusieurs facteurs, notamment le sexe, l'âge, le milieu social, l'état de santé, le territoire de résidence.

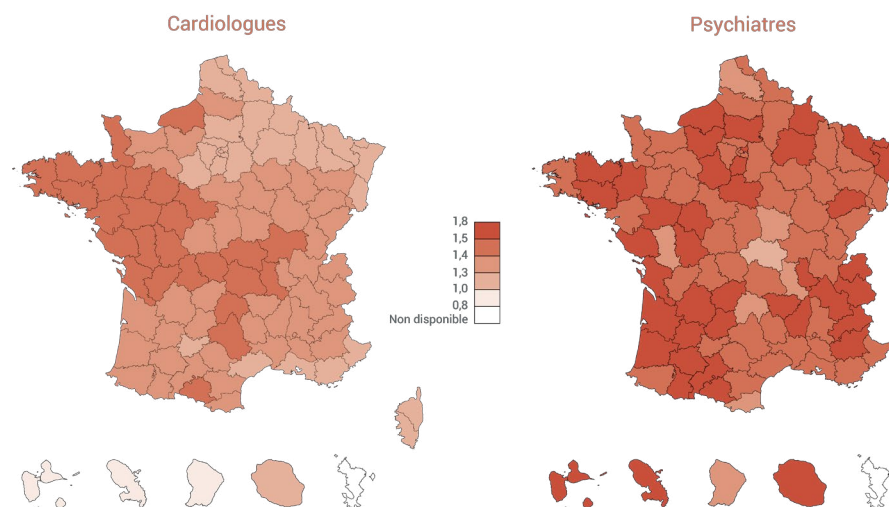
En France (hors Mayotte) en 2023, 4,4 millions d'hommes et 4,1 millions de femmes ont déclaré avoir eu recours à un cardiologue au moins une fois dans l'année (taux standardisés respectifs de 12,8 et 10,3 pour 100 personnes ayant consommé des soins). Les niveaux sont très variables d'un département à un autre. Dans les départements de l'Hexagone ainsi qu'à La Réunion, les hommes affichent un taux standardisé de recours à un cardiologue jusqu'à 1,5 fois supérieur à celui des femmes ; tandis qu'en Guadeloupe, Martinique et Guyane, leur niveau de recours est moindre par rapport à celui des femmes. L'important recours masculin observé dans les territoires est certainement lié au fait que les hommes sont davantage touchés par les maladies cardiovasculaires que les femmes.

En ce qui concerne le recours au psychiatre, quel que soit le sexe, il est moins fréquent que le recours au cardiologue. En revanche, il est plus important au sein de la population féminine (un taux standardisé national hors Mayotte de 3,3 pour 100 personnes ayant consommé des soins, contre 2,2 chez les hommes). La tendance est la même dans les départements, avec un taux de recours des femmes à un psychiatre jusqu'à 1,8 fois supérieur à celui des hommes. Parmi les différentes raisons pouvant

expliquer ce constat, on retrouve les facteurs sociaux et culturels : les femmes étant plus encouragées que les hommes à exprimer leurs émotions et à chercher de l'aide auprès d'un spécialiste en cas de troubles psychologiques.

Quel que soit le professionnel, les inégalités de genre en matière de recours ont des impacts sur la prévention, le diagnostic et la prise en charge des maladies.

Rapport de taux standardisés de recours dans l'année à un cardiologue et un psychiatre en 2023

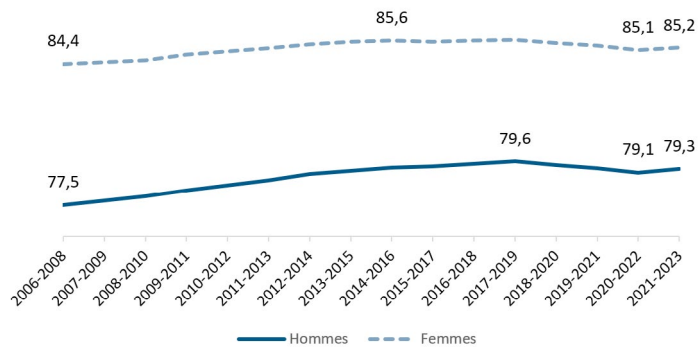


Source : SNDS – Exploitation Réseau des ORS-Fnors  
 Champ : Population ayant consommé des soins au cours des 3 dernières années en France (hors Mayotte)  
 Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

## Les hommes rattrapent les femmes, mais meurent toujours plus tôt

L'espérance de vie à la naissance est un indicateur synthétique qui permet de disposer d'une vision globale de la santé d'une population. Elle est la résultante de l'ensemble des déterminants de santé, à savoir qu'une espérance de vie élevée est souvent le signe d'une population en bonne santé. Globalement, l'espérance de vie tend à s'améliorer au fil des années. Ceci ne se retrouve pas sur la dernière période d'analyse (2021-2023) du fait de la Covid-19. Chez les femmes, l'espérance de vie était de 84,4 ans en 2006-2008, elle augmente progressivement et atteint un pic à 85,6 ans en 2014-2016, puis descend légèrement pour atteindre 85,1 ans en 2020-2022 avant de remonter à 85,2 ans en 2021-2023.

### Évolution de l'espérance de vie selon le sexe en France (hors Mayotte)



Source : Insee – État-civil, Insee - RP, Exploitation Fnors  
Champ : France (hors Mayotte)

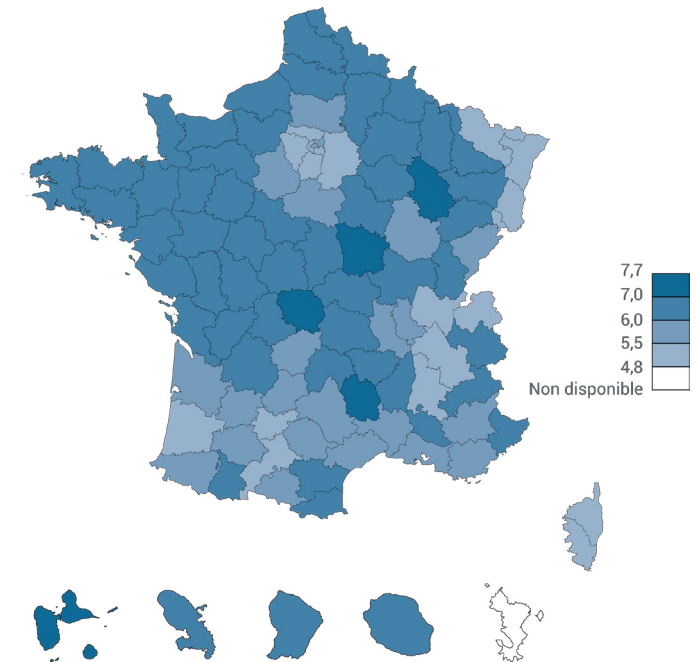
Du côté des hommes, elle était de 77,5 ans en 2006-2008, a augmenté pour atteindre 79,6 ans en 2017-2019 pour ensuite reculer légèrement à 79,1 ans en 2020-2022 avant de remonter à 79,3 ans en 2021-2023. Le recul de l'espérance de vie peut avoir été influencé par divers facteurs, notamment l'impact des crises sanitaires comme la pandémie de Covid-19 et les changements de mode de vie.

Bien que les femmes aient depuis toujours une espérance de vie supérieure à celle des hommes, l'écart se réduit de plus en plus ces dernières années. En 2006-2008, il était de 6,9 ans ; il a diminué en fin de période pour atteindre 5,9 ans en 2021-2023.

Des différences territoriales s'observent en termes d'écart d'espérance de vie à la naissance entre les femmes et les hommes. En 2021-2023, l'écart varie de 4,8 ans dans le Territoire de Belfort à 7,7 ans en Guadeloupe. Il est plus faible dans le Territoire de Belfort, l'Essonne et les Yvelines ; et plus élevé en Lozère, Creuse, Haute-Marne, Nièvre et Guadeloupe.

C'est dans les Hauts-de-Seine que l'espérance de vie est la plus élevée chez les hommes en 2021-2023 (81,9 ans) et à Paris pour les femmes (87,2 ans) ; c'est en Guyane qu'elle est la plus faible (73,8 ans pour les hommes et 80,3 pour les femmes). Ces différences sont des éléments illustrant les inégalités entre les femmes et les hommes en matière de santé.

### Écart d'espérance de vie à la naissance entre les femmes et les hommes en 2021-2023 (en années)



Source : Insee – État-civil, Insee - RP, Exploitation Fnors  
Champ : France (hors Mayotte)

## Une surmortalité masculine prématurée et évitable par prévention

■ Dans les années 90, la mortalité prématurée a été définie comme l'ensemble des décès survenus avant 65 ans. Ce seuil est désormais repoussé à 75 ans, afin de tenir compte des réalités contemporaines à savoir le vieillissement démographique et l'amélioration de l'espérance de vie.

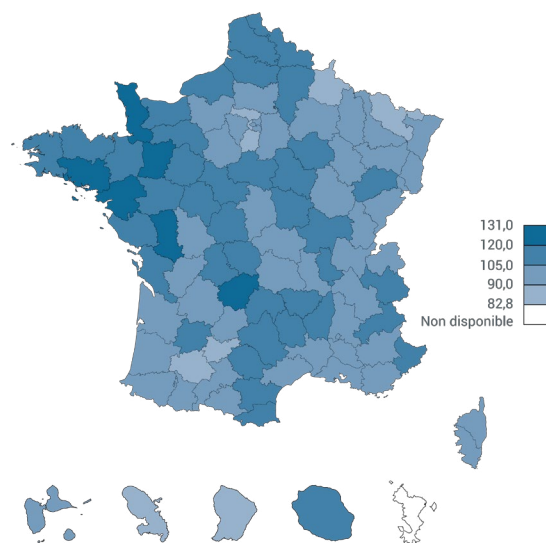
En France, on dénombre en moyenne annuelle pour la période 2020-2022, 133 605 décès masculins et 72 281 décès féminins survenus avant l'âge de 75 ans (toutes causes confondues). Ainsi, environ deux décès prématurés sur trois concernent des hommes (64,9 %).

Des contrastes géographiques et entre sexes sont observés. Les hommes affichent une mortalité prématurée élevée mais à des niveaux variables : le taux standardisé de mortalité prématurée pour 100 000 hommes varie entre 348,0 dans les Hauts-de-Seine et 623,6 dans le Pas-de-Calais. Pour les femmes, les taux sont plus faibles et varient entre 178,0 dans le Rhône et 337,4 en Guyane. Ainsi, dans les départements, les hommes présentent des taux de mortalité prématurée entre 1,8 fois (Guyane, Tarn-et-Garonne, Essonne, Martinique et Hauts-de-Seine) et 2,3 fois (Deux-Sèvres) plus élevés que les femmes.

La mortalité évitable par la prévention désigne l'ensemble des causes de décès que des

interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces (c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies/traumatismes pour en réduire l'incidence) permettraient d'éviter. L'analyse des décès évitables par des actions de prévention se base sur la méthodologie adoptée par Eurostat et l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) en 2019. Un seuil inférieur à 75 ans a été retenu pour l'ensemble des décès relatifs à la mortalité évitable par la prévention.

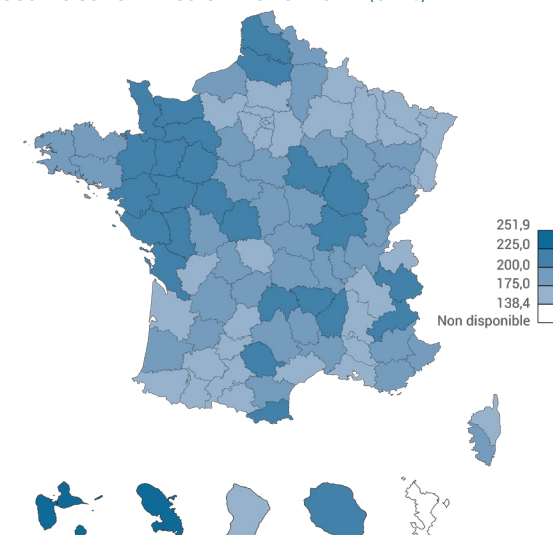
### Différentiel entre les taux standardisés de mortalité prématurée (toutes causes confondues) des hommes et ceux des femmes en 2020-2022 (en %)



Source : Inserm-CépiDc, Insee, Exploitation Fnors  
 Champ : France (hors Mayotte)  
 Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

Au cours de la période 2020-2022, 55 565 décès annuels masculins et 21 501 décès annuels féminins (hors Covid-19) auraient pu être évités par la prévention (soit, respectivement pour les femmes et les hommes, des taux standardisés de mortalité évitable par la prévention de 186,6 et de 65,8 pour 100 000 habitants). Au sein des territoires, des écarts entre sexes très importants peuvent être observés : en Guadeloupe et Martinique le taux de mortalité évitable par la prévention des hommes est 3,5 fois plus élevé que celui des femmes.

### Différentiel entre les taux standardisés de mortalité évitable par des actions de prévention des hommes et ceux des femmes en 2020-2022 (en %)



Source : Inserm-CépiDc, Insee, Exploitation Fnors  
 Champ : France (hors Mayotte)  
 Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018



# Présentation des principales pathologies et causes de mortalité

■ L'OMS définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » (Préambule de la Constitution de l'OMS, 1946). Cette définition met en avant une approche globale de la santé, intégrant non seulement l'absence de pathologie mais aussi des dimensions plus larges du bien-être. Elle souligne l'importance des déterminants sociaux, économiques et environnementaux dans l'état de santé des individus et des populations.

En France comme ailleurs, la santé représente une préoccupation majeure des individus et des sociétés. Elle conditionne la qualité de vie, influence les trajectoires personnelles et professionnelles. Des politiques de prévention et de prise en charge sont développées au quotidien afin d'améliorer la situation sanitaire des populations. Toutefois, des inégalités subsistent en matière de santé notamment sociales, d'âge ou de genre. En effet, les femmes et les hommes ne sont pas égaux en matière de santé : certaines pathologies sont plus fréquentes chez les hommes, et d'autres, plutôt chez les femmes.

Dans la suite de cette publication, des disparités hommes femmes en matière de santé vont être mises en lumière à travers diverses pathologies : les maladies de l'appareil circulatoire, le cancer du côlon et du rectum, le diabète, la santé mentale, ainsi que les conduites addictives et plus précisément l'alcool et le tabac.

Les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs constituent les deux principales causes de décès en France. On distingue diverses localisations cancéreuses, dont le côlon et du rectum qui est l'une des plus fréquentes. Bien qu'affectant l'ensemble de la population, ces pathologies présentent des disparités marquées entre les femmes et les hommes. Ces différences s'expliquent par des facteurs biologiques, des comportements et modes de vie différenciés, etc.

Le diabète, est une maladie chronique qui constitue un enjeu majeur de santé publique en France, en raison de son augmentation constante et de ses possibles complications graves pouvant affecter plusieurs organes. Il constitue d'ailleurs un facteur de risque important de maladies de l'appareil circulatoire.

Ces dernières années, le sujet de la santé mentale s'est révélé être un enjeu primordial de santé publique, notamment depuis le début de la crise sanitaire provoquée par la pandémie de Covid-19. Elle a d'ailleurs été érigée en « *Grande cause nationale 2025* » par les pouvoirs publics. La santé mentale est profondément influencée par le genre, avec des différences marquées entre hommes et femmes en termes de prévalence des troubles, de prise en charge et de perception sociale. Ces inégalités sont le résultat de facteurs biologiques, sociaux et culturels qui façonnent les expériences et les comportements face à la détresse psychologique.

Les conduites addictives et plus précisément l'alcool et le tabac constituent un enjeu car elles constituent un facteur de risque majeur pour certaines pathologies : cancers, maladies de l'appareil circulatoire, diabète etc., avec des impacts différenciés selon le genre.

Ainsi, il est important d'avoir une meilleure connaissance des disparités hommes femmes en matière de santé afin d'adapter les politiques de prévention et ainsi améliorer la prise en charge des populations.





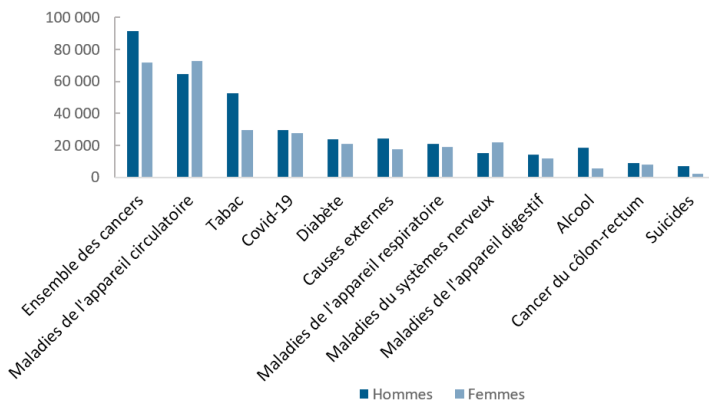
Le nombre de décès masculins pour les principales pathologies et causes de mortalité présentées ci-après est supérieur à celui des femmes, à l'exception des maladies de l'appareil circulatoire et des maladies du système nerveux. Si, en effectifs absolus, il y a parfois plus de décès féminins que masculins pour certaines pathologies, les taux standardisés, qui prennent en compte les

différences de structure d'âge des populations, montrent en revanche une surmortalité masculine, pour chacune des pathologies et causes de mortalité présentées.

Le différentiel hommes femmes de taux standardisé de mortalité toutes causes confondues est de +63 % chez les hommes. Selon les pathologies, il est

variable : il peut être très important comme pour les pathologies dont l'alcool est un facteur de risque (+307 % chez les hommes) ou plus réduit comme pour les maladies du système nerveux (+17 %).

**Effectifs de décès pour quelques principales pathologies et causes de mortalité en 2020-2022**

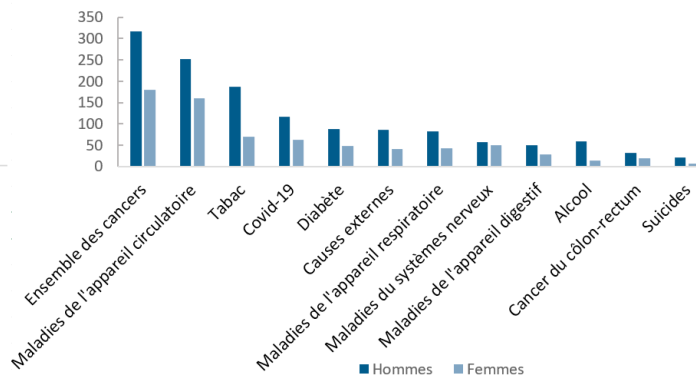


Décès toutes causes confondues : **333 382** masculins et **332 541** féminins

Source : Inserm-CépiDc, Exploitation Fnors  
Champ : France (hors Mayotte)

Note : Parmi les causes présentées, certaines sont des sous-ensembles d'autres. Par exemple, le cancer du côlon et du rectum est un sous-ensemble de l'ensemble des cancers.

**Taux standardisés de mortalité pour quelques principales pathologies et causes de mortalité en 2020-2022** (pour 100 000 habitants)



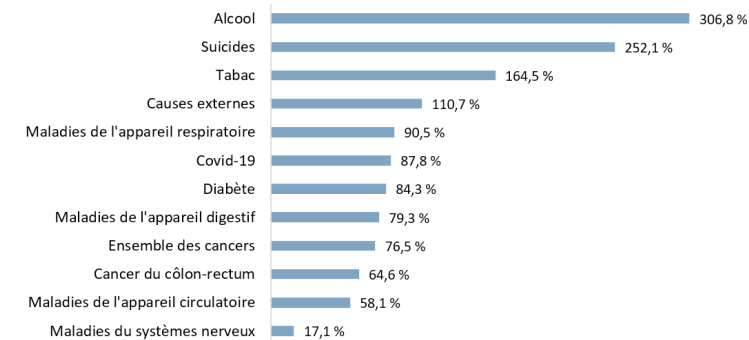
Décès toutes causes confondues : **1 244,8** masculins et **764,8** féminins pour 100 000 habitants

Source : Inserm-CépiDc, Insee, Exploitation Fnors  
Champ : France (hors Mayotte)

Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

Note : Parmi les causes présentées, certaines sont des sous-ensembles d'autres. Par exemple, le cancer du côlon et du rectum est un sous-ensemble de l'ensemble des cancers

**Différentiel entre les taux standardisés de mortalité des hommes et ceux des femmes pour quelques principales pathologies et causes de mortalité en 2020-2022** (en %)





## Des écarts d'entrée en ALD entre les femmes et les hommes importants, en particulier pour les maladies coronaires

Les maladies de l'appareil circulatoire sont l'une des principales causes d'admission en Affection de longue durée (ALD)<sup>12</sup> en France. Leur prise en charge à travers ce dispositif permet un remboursement à 100 % des soins liés à la maladie, en raison de leur gravité et des traitements prolongés qu'elle nécessite.

Selon la liste des ALD, établie par décret après avis de la Haute Autorité de Santé (HAS), quatre correspondent à des maladies de l'appareil circulatoire : accident vasculaire invalidant ; artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques ; insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves et maladie coronaire. En France (hors Mayotte), on dénombre en moyenne annuelle sur la période 2020-2022, 388 090 personnes concernées par une nouvelle admission en ALD pour au moins un de ces quatre motifs, dont 221 581 hommes et 166 509 femmes. Parmi ces motifs d'admission, c'est pour les maladies coronaires qu'on observe le plus de différences entre les femmes et les hommes.

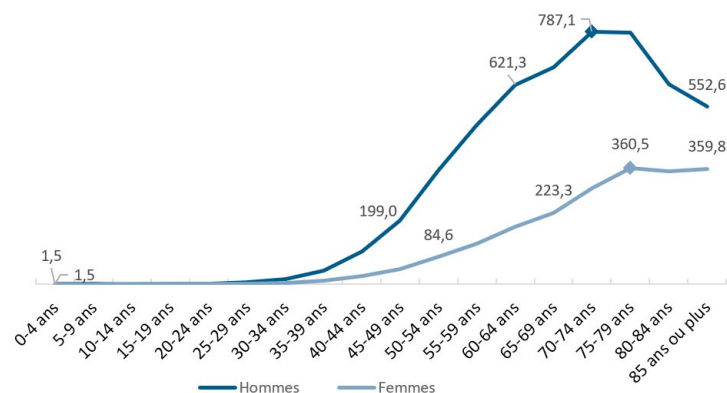
<sup>12</sup> Pour en savoir plus sur le dispositif des affections de longue durée (ALD), voir page 33.

Les ALD peuvent être abordées en termes de flux (admissions annuelles en ALD) et en termes de stock (nombre total de personnes en ALD à une date précise). Les données présentées dans ce document concernent les flux, et permettent d'approcher la morbidité diagnostiquée, mais ne sont pas le reflet de la morbidité réelle : seules les personnes diagnostiquées pour lesquelles le médecin fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées. Aussi, certaines régions peuvent présenter des taux d'ALD moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation en regard de la pathologie abordée est plus favorable sur ces territoires.

Quel que soit le sexe, les taux bruts d'admission en ALD pour maladie coronaire augmentent avec l'âge, avec une nette prédominance masculine quel que soit l'âge. L'écart entre sexes devient de plus en plus important, jusqu'à l'âge de 75 ans ; au-delà de 75 ans, il se réduit.

Sur le plan national, le taux standardisé d'admission en ALD (hors Mayotte) pour maladies coronaires en 2020-2022 est de 254,5 pour 100 000 habitants pour les hommes et de 90,9 pour les femmes :

**Taux bruts d'admission en ALD pour maladies coronaires en France (hors Mayotte) en 2020-2022**  
(pour 100 000 habitants)



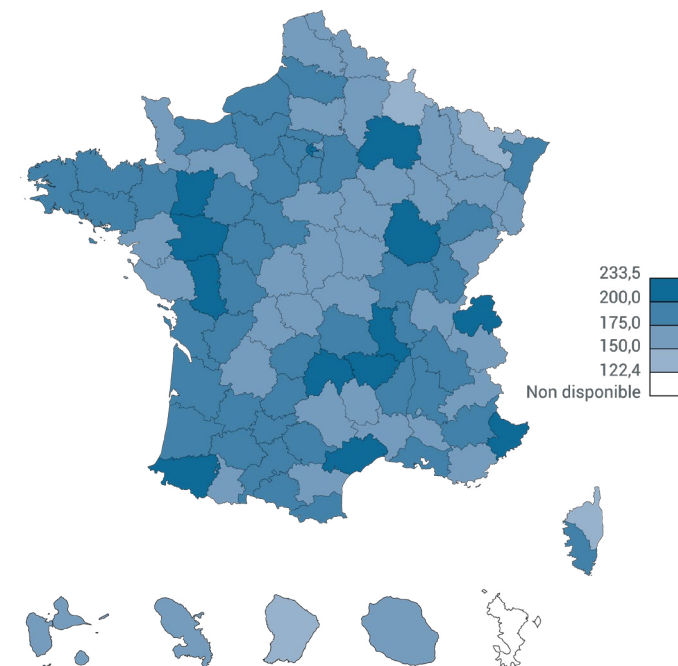
Source : CnamTS, CCMSA, Insee, Exploitation Fnors  
Champ : France (hors Mayotte)

# Maladies de l'appareil circulatoire

ce différentiel hommes femmes atteint ainsi +179 % en défaveur des hommes.

Des disparités géographiques et entre sexes sont observées : parmi les hommes, les taux varient de 84,3 à 363,4 pour 100 000 tandis qu'ils sont compris entre 32,5 et 130,4 pour les femmes. La Guadeloupe présente le taux le plus faible quel que soit le sexe, et l'Ariège le plus important pour les hommes et le Haut-Rhin pour les femmes.

**Différentiel entre les taux standardisés d'admission en ALD pour maladies coronaires des hommes et ceux des femmes en 2020-2022 (en %)**



Source : CnamTS, CCMSA, Insee, Exploitation Fnors  
Champ : France (hors Mayotte)  
Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018



## Une prise en charge importante, avec une prédominance des maladies coronaires

Les maladies de l'appareil circulatoire (encore appelées maladies cardio-neurovasculaires) regroupent un ensemble de pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins, parmi lesquelles on retrouve notamment les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux, les maladies vasculaires périphériques, les insuffisances cardiaques ou les maladies hypertensives.

En France, les maladies de l'appareil circulatoire représentent un enjeu majeur de santé publique : il s'agit de la 2<sup>e</sup> cause de décès et d'une des causes majeures de morbidité. Par voie de conséquences, ces maladies engendrent des impacts sociaux et économiques importants.

Plusieurs facteurs de risque de ces maladies sont identifiés, dont certains sont modifiables : le tabagisme, l'hypertension artérielle, le diabète, l'hypercholestérolémie, une mauvaise alimentation (riche en graisses saturées, sel, sucre), l'obésité, la sédentarité, la pollution atmosphérique... Le sexe, l'âge et les prédispositions génétiques sont également des facteurs influençant leur survenue.

En 2022 en France (hors Mayotte), 5,4 millions de personnes (3,2 millions d'hommes et 2,2 millions de femmes) ont été prises en charge par le système de santé pour maladies de l'appareil circulatoire. Cela correspond à des taux standardisés masculin et féminin de prise en charge respectivement de

9 722,0 et 5 137,2 pour 100 000 personnes ayant consommé des soins. Au niveau départemental, les taux masculins sont toujours plus élevés que les taux féminins mais à des niveaux variables : de +40,4 % pour le taux des hommes par rapport aux femmes en Guadeloupe à +108,7 % en Charente-Maritime. Les territoires où le différentiel de prise en charge des hommes par rapport aux femmes est le plus élevé se situent dans l'ouest et le sud ouest de la France.

Au sein de cet ensemble de pathologies, les maladies coronaires (regroupement des syndromes coronaires aigus et des maladies coronaires chroniques) sont les plus fréquentes : elles représentent près de la moitié des prises en charge des hommes et presque le tiers de celles des femmes. Les taux standardisés de prise en charge diffèrent fortement entre les femmes et les hommes : avec un taux standardisé

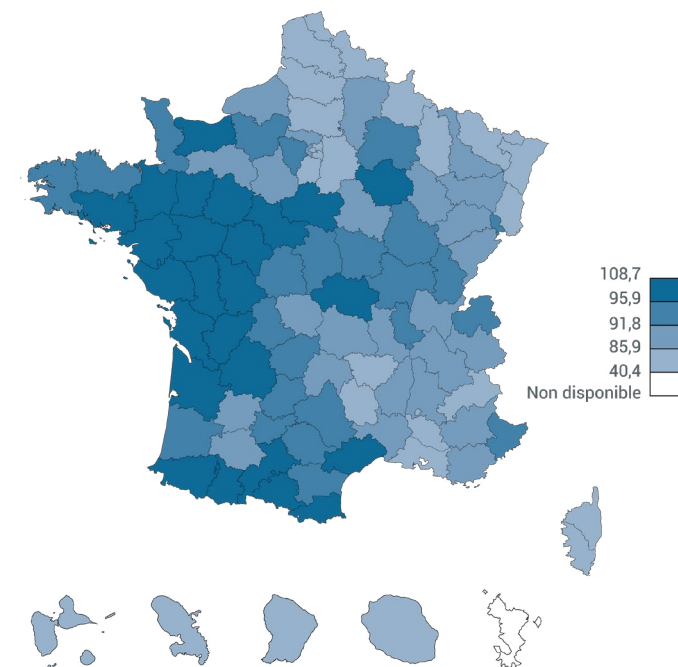
### Effectifs et taux standardisés de prise en charge pour maladies de l'appareil circulatoire en France (hors Mayotte) en 2022

(Taux pour 100 000 personnes ayant consommé des soins)

	Effectifs en millions		Taux standardisés	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire dont :	3,2	2,2	9 722,0	5 137,2
Maladies coronaires	1,6	0,7	4 729,4	1 556,8
Accident vasculaire cérébral	0,5	0,5	1 523,5	1 086,9
Insuffisance cardiaque	0,4	0,4	1 367,9	867,0

égal à 4 729,4 pour 100 000 habitants, les hommes sont trois fois plus concernés par la prise en charge pour maladie coronaire que les femmes (1 556,8 pour 100 000 habitants). En ce qui concerne les accidents vasculaires cérébraux et les insuffisances cardiaques, le différentiel entre les taux standardisés masculin et féminin est certes moindre, mais se caractérise toujours par des taux masculins plus élevés.

### Différentiel entre les taux standardisés de prise en charge pour maladies de l'appareil circulatoire des hommes et ceux des femmes en 2022 (en %)



Source : SNDS – Cartographie des pathologies version G11 de juillet 2024, Insee, Exploitation Réseau des ORS-Fnors  
 Champ : Population ayant consommé des soins au cours des 3 dernières années en France (hors Mayotte)  
 Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

## Une mortalité qui diminue au fil des années, mais toujours plus élevée chez les hommes

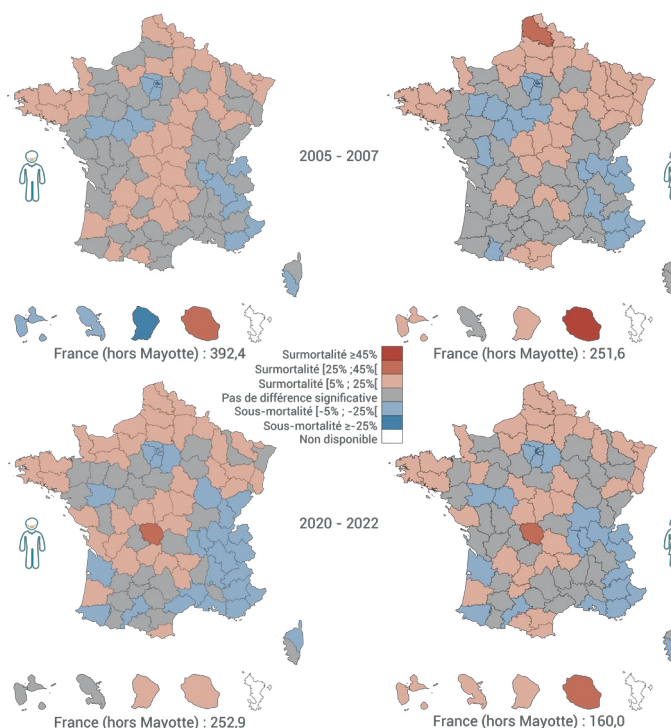
Deuxième cause de mortalité après les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire sont responsables de près de 137 400 décès<sup>13</sup> en France (hors Mayotte) en moyenne annuelle pendant la période 2020-2022 (64 792 chez les hommes et 72 567 chez les femmes). Cela représente 20,6 % de l'ensemble des décès (respectivement 19,4 % chez les hommes et 21,8 % chez les femmes).

Si, en effectifs absolus, il y a plus de décès par maladies de l'appareil circulatoire féminins que masculins, les taux standardisés, prenant en compte les différences de structure d'âge des populations, montrent une surmortalité masculine, et ce dans tous les départements. Chez les hommes, en 2020-2022, les taux varient de 192,0 décès pour 100 000 habitants dans les Hauts-de-Seine à 341,4 dans la Creuse. Parmi les femmes, les taux sont compris entre 114,1 dans les Hauts-de-Seine et 218,0 à La Réunion. Par ailleurs, en comparaison avec le taux pour la France (hors Mayotte), on observe plus de départements avec une surmortalité chez les hommes que chez les femmes

En termes de différentiel hommes femmes en 2020-2022, c'est à La Réunion qu'il est le plus faible (+33,5 % pour les hommes) et à Paris qu'il est le plus élevé (+76,4 %).

Au cours des 15 dernières années, quel que soit le sexe, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a diminué. Cette baisse est souvent plus prononcée chez les femmes que chez les hommes (dans environ deux tiers des départements). En 2005-2007, avec des niveaux de mortalité plus

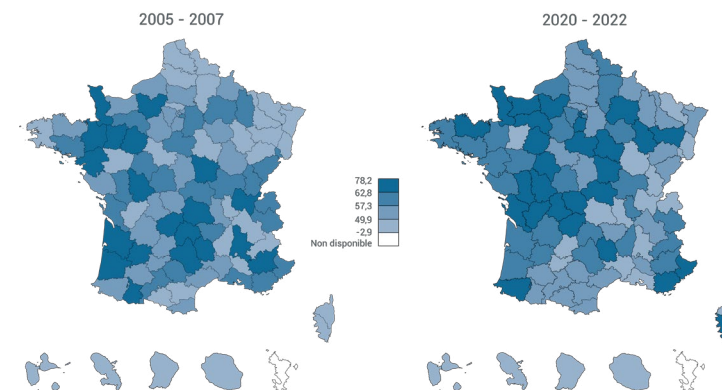
### Taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en 2005-2007 et 2020-2022 (pour 100 000 habitants)



Source : Inserm-CépiDc, Insee, Exploitation Fnors  
Champ : France (hors Mayotte)  
Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

élevés, les territoires marquants n'étaient alors pas les mêmes qu'aujourd'hui. Globalement, même si des disparités territoriales et entre sexes persistent, la baisse observée témoigne des progrès médicaux, de la prévention et d'une meilleure hygiène de vie.

### Différentiel entre les taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire des hommes et ceux des femmes en 2005-2007 et 2020-2022 (en %)



Source : Inserm-CépiDc, Insee, Exploitation Fnors  
Champ : France (hors Mayotte)  
Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

<sup>13</sup> Les décès par maladie de l'appareil circulatoire correspondent aux codes CIM-10 = I00-I99 (cause initiale).

### Une participation au dépistage un peu plus élevée parmi les femmes mais qui reste peu importante

Le cancer du côlon et du rectum, ou cancer colorectal, est une tumeur maligne qui se développe dans le côlon ou le rectum, les deux parties du gros intestin. Il s'agit d'un cancer très fréquent qui peut être traité efficacement lorsqu'il est détecté à un stade précoce.

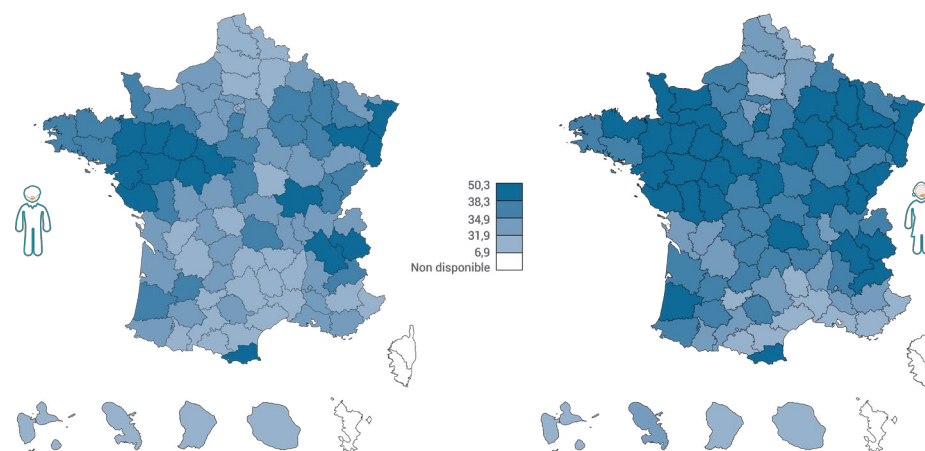
L'âge est un facteur de risque important, avec une incidence qui augmente rapidement après 50 ans. C'est pourquoi en France, un programme de dépistage est proposé aux personnes âgées de 50 à 74 ans. Généralisé en 2009 à l'ensemble des départements, le programme de dépistage est basé sur un test de détection de sang occulte dans les selles. Depuis 2014, il s'agit d'un test immunochimique avec un seul prélèvement (contre 3 auparavant) à réaliser tous les deux ans. Les personnes concernées sont invitées à le réaliser par leur médecin traitant ou directement par l'Assurance Maladie.

En France (hors Mayotte) en 2020-2021, les taux standardisés de dépistage du côlon et du rectum chez les 50-74 ans s'élèvent à 33,5 % parmi les hommes et 35,7 % parmi les femmes. Quel que soit le sexe, les tendances observées dans les territoires sont similaires, avec une participation féminine légèrement meilleure dans la plupart des

départements (à l'exception de Paris, de l'Hérault, des Bouches-du-Rhône et du Var). Globalement, c'est dans les territoires situés dans l'est et dans l'ouest que sont observés les taux de participation

les plus importants (plus de 40,0 %). À l'inverse, c'est en Guyane que le taux est le plus faible : 6,9 % chez les hommes et 9,1 % chez les femmes.

Taux standardisés de dépistage du cancer du côlon et du rectum chez les 50-74 ans en 2020-2021 (en %)



Source : Santé publique France, Données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal  
Champ : France (hors Mayotte)

## Une prise en charge différenciée dans les territoires, avec généralement une plus forte prévalence masculine

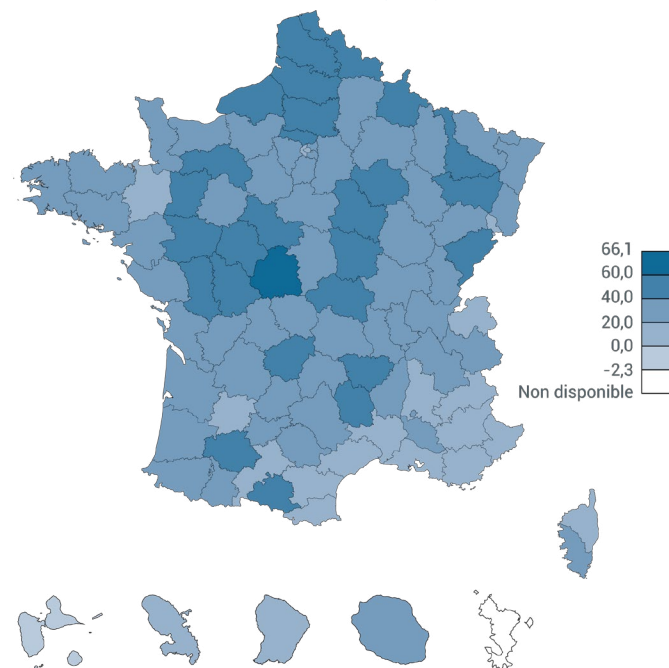
Le cancer du côlon et du rectum, comme tout cancer, est pris en charge à 100 % dans le cadre des affections de longue durée (ALD).

En France (hors Mayotte), 18 336 hommes et 17 545 femmes ont été nouvellement admis<sup>14</sup> en ALD en moyenne annuelle au cours de la période 2020-2022. Cela correspond à un taux standardisé d'admission en ALD pour cancer colorectal de 62,3 pour 100 000 habitants pour les hommes et de 47,9 pour les femmes.

Des disparités géographiques et entre sexes sont observées. Chez les hommes, les taux standardisés pour 100 000 habitants varient entre 32,1 (Ariège) et 84,5 (Guyane) ; tandis que chez les femmes ils sont plus faibles et sont compris entre 31,4 et 58,5. En ce qui concerne le différentiel hommes femmes, il montre des taux plus élevés parmi les hommes que parmi les femmes dans tous les départements, à l'exception de la Guadeloupe. Ce différentiel peut dépasser + 60 % comme c'est le cas dans l'Indre.

En combinant plusieurs indicateurs (ALD, hospitalisations, traitements etc.), il est possible de dénombrer la population prise en charge pour cancer colorectal en différenciant les prises en charge pour cancer actif et pour cancer sous surveillance.

### Différentiel entre les taux standardisés d'admission en ALD pour cancer du côlon et du rectum des hommes et ceux des femmes en 2020-2022 (en %)



Source : CnamTS, CCMSA, Insee, Exploitation Fnors  
Champ : France (hors Mayotte)  
Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

Qu'il s'agisse du cancer du côlon et du rectum actif ou celui sous surveillance, le taux standardisé de personnes de prises en charge est plus élevé parmi les hommes que parmi les femmes.

### Effectifs et taux standardisés de prise en charge pour cancer du côlon et du rectum en France (hors Mayotte) en 2022

(pour 100 000 personnes ayant consommé des soins)

	Effectifs		Taux standardisés	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Cancer du côlon et du rectum actif	79 367	65 541	239,5	164,9
Cancer du côlon et du rectum sous surveillance	114 282	108 239	356,2	258,3

Source : SNDS – Cartographie des pathologies version G11 de juillet 2024, Insee, Exploitation Réseau des ORS-Fnors  
Champ : Population ayant consommé des soins au cours des 3 dernières années en France (hors Mayotte)  
Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

<sup>14</sup> Les admissions en ALD pour cancer du côlon et du rectum correspondent aux codes CIM-10 C18 à C21

## Une mortalité qui diminue au fil des ans, sauf dans les départements ultramarins

Le cancer colorectal est responsable de 17 034 décès<sup>15</sup> en France (hors Mayotte) en moyenne annuelle au cours de la période 2020-2022 (9 013 chez les hommes et 8 021 chez les femmes). Cela correspond à des taux standardisés de 32,1 décès pour 100 000 habitants pour les hommes et de 19,5 pour les femmes.

Cette surmortalité masculine, est retrouvée dans tous les départements. En 2020-2022, les taux standardisés de mortalité par cancer colorectal masculins varient entre 18,0 décès pour 100 000 habitants en Haute-Corse et 45,7 dans le Pas-de-Calais ; ceux des femmes sont compris entre 13,9 en Lozère et 24,9 dans l'Indre et dans l'Eure.

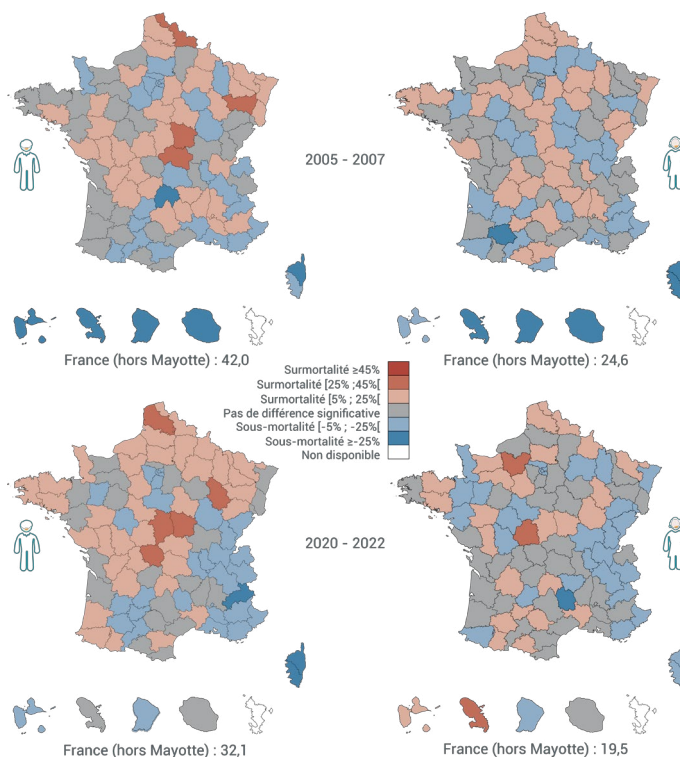
Quand un territoire se trouve en surmortalité par rapport à la valeur nationale pour les hommes, c'est souvent le cas pour les femmes également : parmi les 52 départements où le taux de mortalité des hommes est supérieur à la valeur nationale, celui des femmes est également supérieur à la valeur nationale dans 35 d'entre eux.

Le différentiel de mortalité entre les hommes et les femmes atteint +134,2 % de décès masculins dans la Meuse alors que cet excès n'est que de +14,1 % en Haute-Corse.

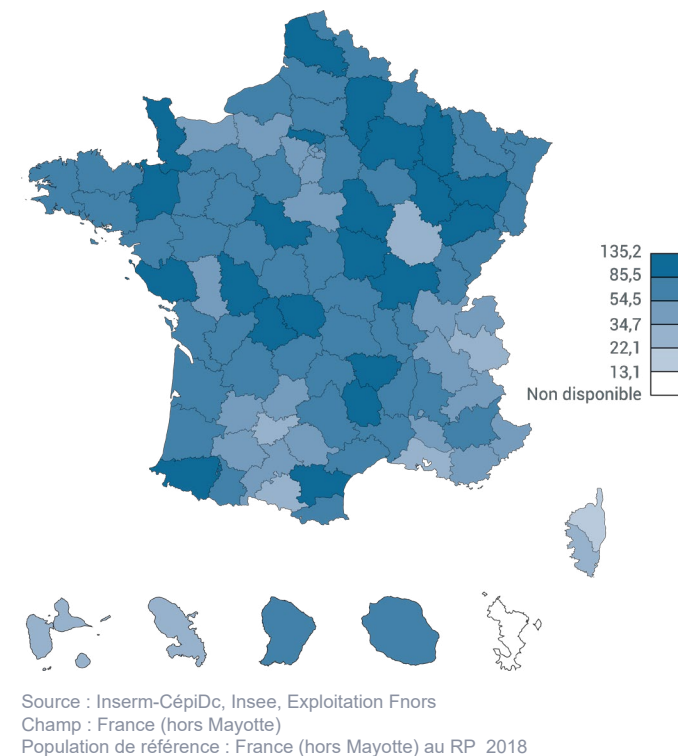
En termes d'évolution, la mortalité liée au cancer du côlon a reculé ces dernières années, aussi bien parmi les hommes que parmi les femmes : en 2005-2007, quel que soit le sexe, les taux de mortalité étaient plus

élevés dans tous les départements sauf sept (dont trois ultramarins) pour les hommes et sauf huit (dont quatre ultramarins) pour les femmes.

**Taux standardisés de mortalité par cancer du côlon en 2005-2007 et 2020-2022**  
(pour 100 000 habitants)



**Différentiel entre les taux standardisés de mortalité par cancer du côlon des hommes et ceux des femmes en 2020-2022 (en %)**



15 Les décès par cancer du côlon correspondent aux codes CIM-10 = C18-C21 (cause initiale).

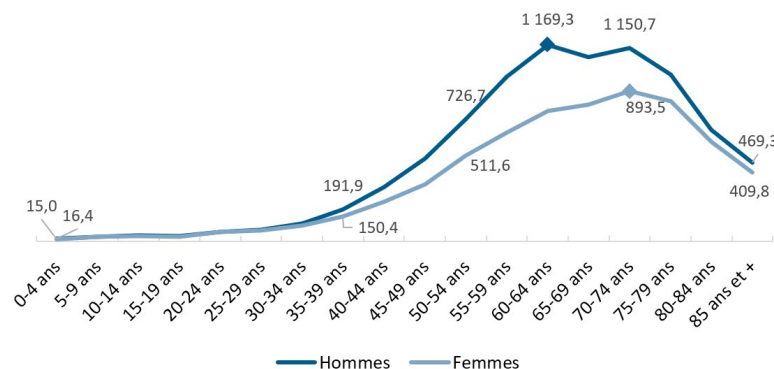
## Plus d'hommes que de femmes concernées dans l'Hexagone, plutôt l'inverse en Outre-mer

Le diabète est une maladie chronique appartenant au groupe des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques. Il correspond à un trouble de l'assimilation, de l'utilisation et du stockage des sucres. Il se caractérise par un excès de sucre dans le sang et donc un taux de glucose trop élevé (hyperglycémie). Le diabète de type I s'installe dans l'enfance et nécessite un traitement par insuline. Le diabète de type II survient plutôt à l'âge adulte, souvent après 40 ans et ne nécessite un traitement par insuline que dans les cas les plus graves. L'absence de traitements appropriés ou un mauvais équilibre du traitement peut entraîner des complications graves pouvant affecter de nombreux organes (œil, rein, vaisseaux sanguins, système nerveux...).

En France (hors Mayotte), 258 030 nouvelles admissions en ALD pour diabète<sup>16</sup> ont été dénombrées en moyenne annuelle au cours de la période 2020-2022 (140 116 chez les hommes et 117 914 chez les femmes). Quel que soit le sexe, les taux bruts par âge d'entrée en ALD pour diabète sont faibles avant 35 ans, augmentent progressivement avec l'âge, plus rapidement chez les hommes que chez les femmes, puis commencent à chuter au-delà de 75 ans.

Le taux standardisé d'admission en ALD pour diabète en France (hors Mayotte) en 2020-2022 est de 453,8 pour 100 000 habitants chez les hommes et 337,2 chez les femmes. Parmi les départements ainsi qu'entre les sexes, des différences sont observées : chez les hommes, les taux standardisés varient entre 332,3 (Finistère) et 670,1 (Seine-Saint-Denis) admissions pour 100 000 habitants tandis qu'ils sont compris entre 224,9 (Ile-et-Vilaine) et 633,0 (La Réunion) pour les femmes. En termes de différentiel hommes femmes, au sein de l'Hexagone,

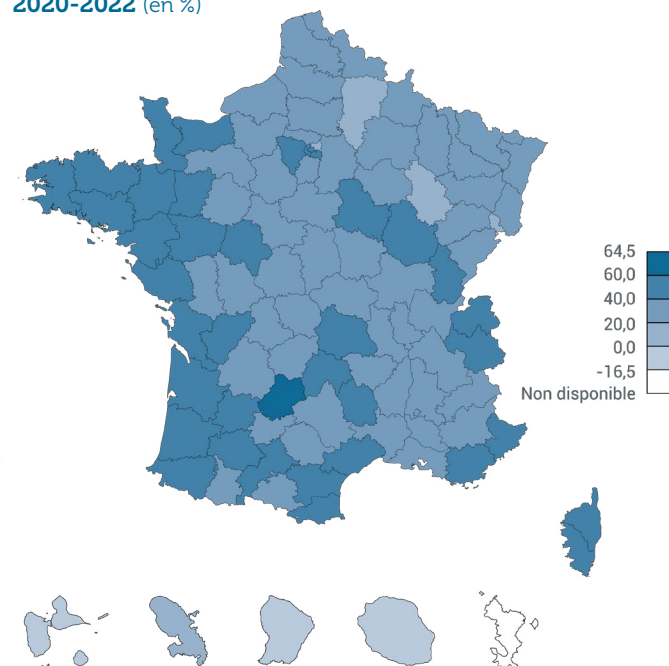
**Taux bruts d'admission en ALD pour diabète en France (hors Mayotte) en 2020-2022** (pour 100 000 habitants)



Source : CnamTS, CCMSA, Insee, Exploitation Fnors  
Champ : France (hors Mayotte)

il se caractérise par des taux masculins supérieurs aux taux féminins, de manière plus marquée dans les départements situés le long de la façade atlantique. L'inverse est observé dans les départements ultramarins (à l'exception de la Martinique).

**Différentiel entre les taux standardisés d'admission en ALD pour diabète des hommes et ceux des femmes en 2020-2022** (en %)



Source : CnamTS, CCMSA, Insee, Exploitation Fnors  
Champ : France (hors Mayotte)  
Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

<sup>16</sup> Les admissions en ALD pour diabète correspondent au code ALD n°8.



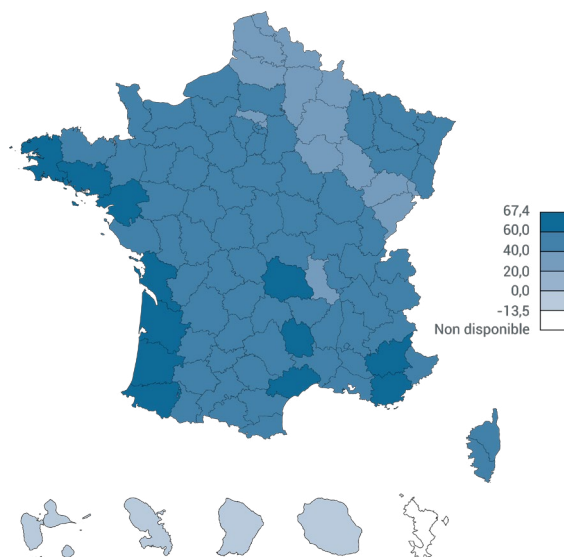
## Les hommes plus concernés par les prises en charge et la mortalité

■ En combinant plusieurs indicateurs (ALD, hospitalisations, traitements médicamenteux, etc.), il est possible de dénombrer la population prise en charge pour diabète. À l'instar des admissions en ALD, la prévalence de prise en charge est plus importante chez les hommes que chez les femmes.

En 2022 en France (hors Mayotte), 2,4 millions d'hommes et 1,9 million de femmes ont été prises en charge pour diabète, soit des taux standardisés respectifs de 7 116,2 et 4 912,8 prises en charge pour 100 000 personnes ayant consommé des soins. En termes de différentiel hommes femmes, il montre une surreprésentation masculine dans les départements de l'Hexagone (pouvant atteindre +67,4 %), tandis que les femmes apparaissent plus concernées dans les départements ultramarins.

Les décès par diabète représentent 6,7 % de l'ensemble des décès. En France (hors Mayotte), 23 841 décès masculins et 20 763 décès féminins reliés directement ou indirectement au diabète<sup>17</sup> ont été dénombrés en moyenne annuelle au cours de la période 2020-2022.

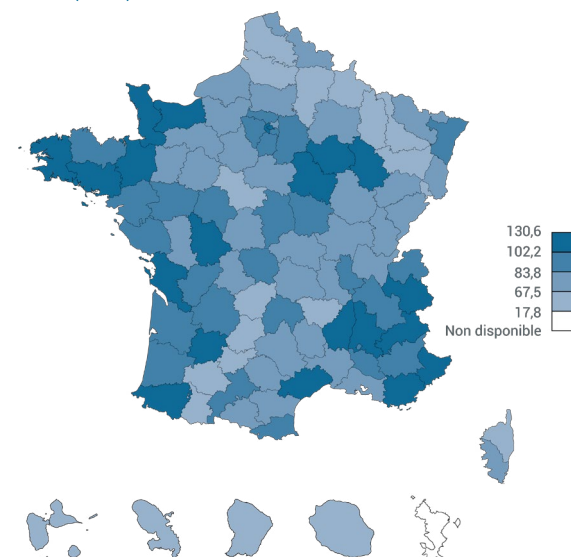
### Différentiel entre les taux standardisés de prise en charge pour diabète des hommes et ceux des femmes en 2022 (en %)



Source : SNDS – Cartographie des pathologies version G11 de juillet 2024, Insee, Exploitation Réseau des ORS-Fnors  
 Champ : Population ayant consommé des soins au cours des 3 dernières années en France (hors Mayotte)  
 Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

Les taux standardisés sont de 88,5 pour 100 000 habitants chez les hommes et 48,0 chez les femmes. Ces niveaux de mortalité diffèrent selon les départements et le sexe. Cependant, dans tous les cas, le différentiel révèle une surmortalité masculine.

### Différentiel entre les taux standardisés de mortalité liée au diabète des hommes et ceux des femmes en 2020-2022 (en %)



Source : Inserm-CépiDc, Insee, Exploitation Fnors  
 Champ : France (hors Mayotte)  
 Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

<sup>17</sup> Les décès liés au diabète correspondent aux codes CIM-10 = E10-E14 en cause initiale, associée et de comorbidité.



## Une prévalence des épisodes dépressifs caractérisés et de leur prise en charge plus importante chez les femmes

La question de la santé mentale prend de plus en plus d'ampleur dans les débats publics en France, surtout depuis la pandémie de Covid-19, qui a mis en lumière les défis qu'elle soulève. L'OMS définit la santé mentale comme un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté ». La santé mentale représente ainsi une composante essentielle de la santé, et ne consiste donc pas seulement en l'absence de troubles mentaux.

On distingue différentes catégories de troubles mentaux : troubles psychotiques, de l'humeur, des conduites alimentaires, de la personnalité et du comportement, etc.

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est une manifestation clinique des troubles dépressifs (inclus dans les troubles de l'humeur). Il est défini par l'existence d'une période d'au moins 15 jours de tristesse ou de perte d'intérêt, presque tous les jours et pratiquement toute la journée, ainsi que par la présence, sur la même période, d'au moins trois symptômes secondaires (perturbations du sommeil, difficultés de concentration, sentiment de culpabilité, fatigue excessive, prise ou perte d'au moins 5 kg, pensées suicidaires, etc) et une perturbation des activités. Ces symptômes sont intenses et ont un

retentissement sur les individus, leurs activités et leur entourage.

En 2021 en France, 13,3 % des personnes âgées de 18-75 ans auraient présenté un EDC au cours des 12 derniers mois<sup>18</sup>. Cette prévalence est plus élevée chez les femmes (16,6 %) que chez les hommes (9,8 %) quelle que soit la tranche d'âge ; et plus élevée chez les jeunes adultes (20,8 % des 18-24 ans) que chez les adultes plus âgés (6,6 % chez les 66-75 ans). En termes d'évolution, on observe une augmentation significative de cette prévalence par rapport à 2017 : à cette période, elle était de 13,0 % chez les femmes et 6,4 % chez les hommes. Le stress et les diverses restrictions engendrées par la pandémie de la Covid-19 apparaissent comme des hypothèses explicatives de cette hausse.

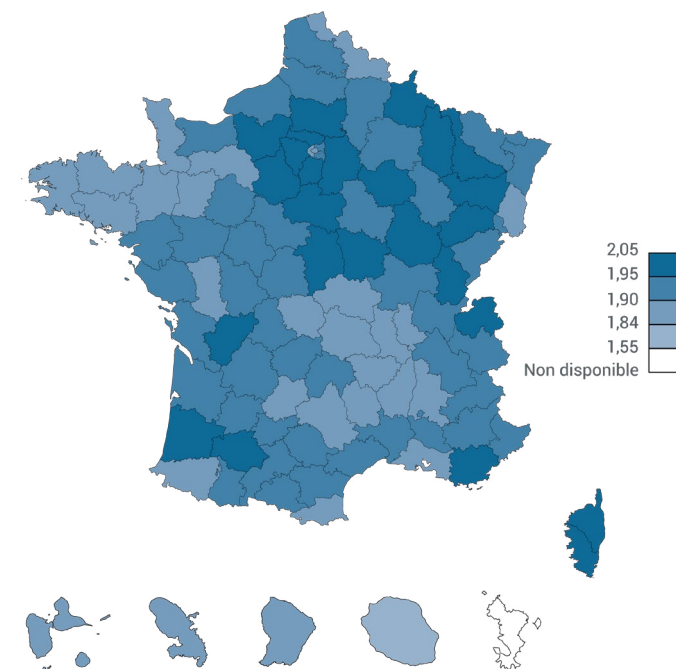
La prise en charge des troubles dépressifs passe par l'association de traitements chroniques (les médicaments antidépresseurs) et de psychothérapies. En France (hors Mayotte) en 2022, 1,5 million d'hommes et 3,1 millions de femmes ont reçu un traitement chronique par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (avec ou hors pathologies)<sup>19</sup>,

<sup>18</sup> Source : Baromètre santé 2021, Baromètre santé DROM 2021, Santé publique France  
<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/article/prevalence-des-episodes-depressifs-en-france-chez-les-18-85-ans-resultats-du-barometre-sante-2021>

<sup>19</sup> Sont prises en compte les personnes ayant reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidépresseurs au cours de l'année.

soit un taux standardisé masculin de 4 374,7 traitements médicamenteux et féminin de 8 224,3 pour 100 000 personnes ayant consommé des soins. Quel que soit le département, les femmes reçoivent entre 1,5 et 2,0 fois plus de traitements que les hommes.

**Rapport de taux standardisés entre la prise en charge des femmes recevant un traitement chronique par antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur, et celle des hommes en 2022**



Source : SNDS – Cartographie des pathologies version G11 de juillet 2024, Insee, Exploitation Réseau des ORS-Fhors  
 Champ : Population ayant consommé des soins au cours des 3 dernières années en France (hors Mayotte)  
 Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018



## Les hommes plus exposés au risque de décès par suicide

Bien que les tentatives de suicides soient plus fréquentes parmi les femmes que parmi les hommes, les décès par suicide sont quant à eux plus nombreux chez les hommes.

En 2020-2022, 9 025 décès par suicide (6 791 chez les hommes et 2 233 chez les femmes) ont été dénombrés en moyenne annuelle dans l'ensemble du pays (hors Mayotte). Cela représente 1,4 % de l'ensemble des décès (respectivement 2,0 % chez les hommes et 0,7 % chez les femmes). Quel que soit le sexe, le taux annuel brut sur la période 2020-2022 augmente progressivement à partir de 15 ans. Chez les femmes, il tend à se stabiliser à partir de 50 ans, tandis que chez les hommes il continue d'augmenter progressivement jusqu'aux âges les plus élevés.

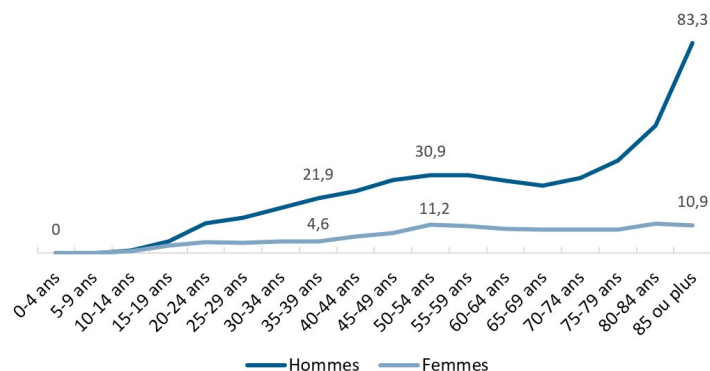
La mortalité par suicide a connu une baisse significative en France (hors Mayotte) entre 2005-2007 et 2016-2018, le taux standardisé de mortalité pour 100 000 habitants passant de 28,0 à 21,4 chez les hommes et de 8,8 à 5,9 chez les femmes.

Depuis lors, une tendance à la hausse est observée. En 2020-2022, le taux de mortalité par suicide est de 21,9 décès pour 100 000 habitants chez les hommes et 6,2 chez les femmes. Au niveau national comme dans les départements, le taux de mortalité des hommes est systématiquement plus élevé que celui des femmes (entre 1,9 fois à Paris et en Seine-Saint-Denis, et 8,5 fois dans l'Indre).

En termes de différentiel de mortalité en regard du taux en France (hors Mayotte), une surmortalité masculine supérieure à 45 % est observée dans la plupart des départements (un peu plus de la moitié des départements chez les hommes et plus des deux tiers chez les femmes). En ce qui concerne les départements ultramarins (hors Mayotte), les taux de mortalité se situent en deçà de la valeur nationale.

Il faut noter que ces taux se situent en deçà de la réalité : des travaux scientifiques font mention de la sous-estimation des décès par suicide. Par ailleurs, la remontée observée ces dernières années pourraient

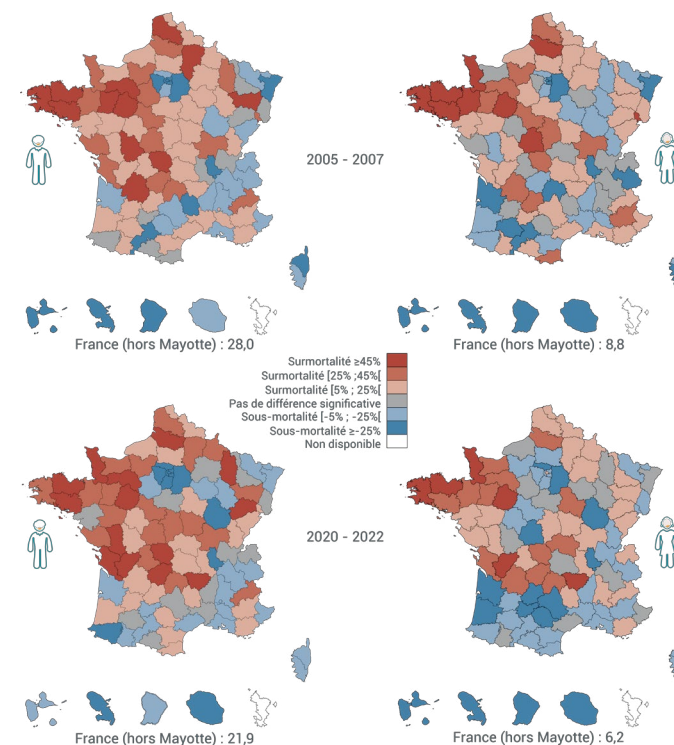
### Taux bruts de mortalité par suicide en France (hors Mayotte) en 2020-2022 (pour 100 000 habitants)



Source : Inserm-CépiDc, Insee, Exploitation Fnors  
Champ : France (hors Mayotte)

être due à la pandémie de Covid-19 qui a fortement impacté la santé mentale des populations, mais également aux évolutions depuis janvier 2018 du système de codification, qui permettent désormais une meilleure mesure de la mortalité par suicide.

### Taux standardisés de mortalité par suicide en 2005-2007 et 2020-2022 (pour 100 000 habitants)



## Une prise en charge en ALD et une mortalité plus présente chez les hommes

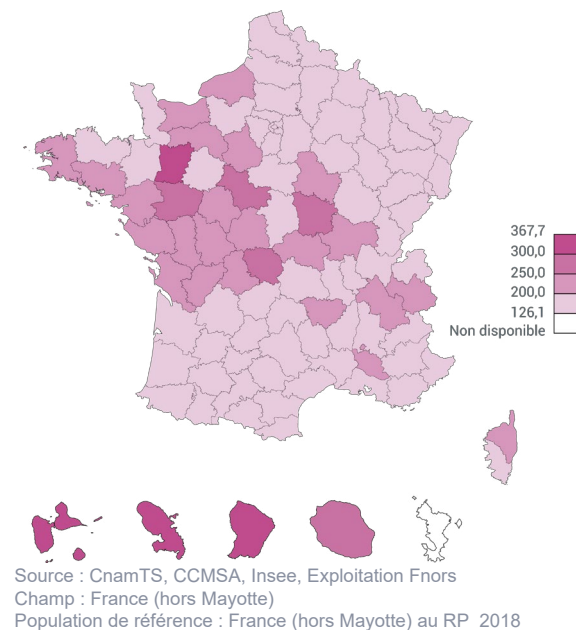
■ L'alcool intervient dans le développement de nombreuses maladies : maladies cardiovasculaires, les cancers (bouche, pharynx, larynx, œsophage, foie, côlon et rectum, sein...), maladies digestives etc.

Selon le Baromètre santé réalisé par Santé publique France, en 2021, 85,0 % des adultes de 18-75 ans en France hexagonale déclaraient avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours des 12 derniers mois et 8 % en consomment de manière quotidienne. Cette dernière proportion est nettement plus élevée chez les hommes que chez les femmes et est en baisse entre 2017 et 2021 : 15,2 % chez les hommes en 2017 et 12,6 % en 2021 soit une évolution de -17 % ; 5,1 % chez les femmes en 2017 et 3,8 % en 2021 soit -25 %.

Concernant les affections de longue durée (ALD) pour des pathologies liées à la consommation d'alcool, 24 813 admissions sont dénombrées chez les hommes et 9 984 chez les femmes en moyenne annuelle au cours de la période 2020-2022 (France hors Mayotte). Le taux standardisé d'admission des hommes est près de trois fois plus élevé que celui des femmes : 80,8 admissions en ALD pour 100 000 hommes contre 28,5 pour 100 000 femmes, soit un différentiel hommes femmes de près de +185 %. Au sein des départements, ce différentiel varie de +126 % en Haute-Garonne à plus de +325 % dans les territoires ultramarins (sauf La Réunion) et en Mayenne.

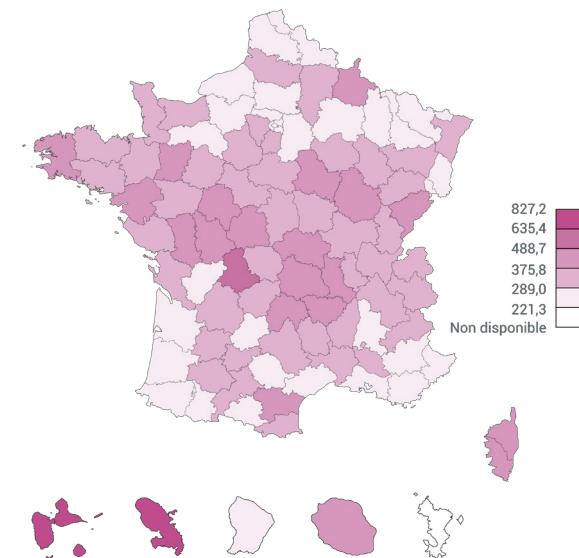
Une surmortalité masculine est observée au niveau national et dans tous les départements. Chez les hommes, en 2020-2022, les taux varient de 32,4 décès pour 100 000 habitants à Paris, à 97,9 à La Réunion. Les taux féminins plus faibles, sont compris entre 5,9 en Martinique et 27,8 dans le Pas-de-Calais. Les écarts entre sexes observés dans les territoires sont très importants, mais toujours en faveur des hommes quel que soit le territoire : c'est en Gironde que la surmortalité masculine est la plus faible (+222,3 %) et en Martinique qu'elle est la plus élevée (+826,2 %).

### Différentiel entre les taux standardisés d'admission en ALD liés à la consommation d'alcool des hommes et ceux des femmes en 2020-2022 (en %)



Depuis deux décennies, une baisse des niveaux de consommation, de prise en charge en ALD et de mortalité est observée, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Cette baisse serait<sup>20</sup> liée à l'amélioration des comportements en matière de consommation d'alcool.

### Différentiel entre les taux standardisés de mortalité liée à la consommation l'alcool des hommes et ceux des femmes en 2020-2022 (en %)



20 Il n'y a aucune ALD spécifique pour les pathologies liées à l'alcool. Cependant, à l'instar de ce qui est fait pour la mortalité, les données disponibles permettent d'aborder la mortalité et les entrées en ALD en lien avec l'alcool via trois pathologies : cirrhose du foie, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool, cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Cette approche ne comptabilise pas les décès/ALD pour lesquels la fraction attribuable à l'alcool est plus faible. De plus, une fraction de chacune des trois causes retenues n'est pas attribuable à la consommation d'alcool.



## Une baisse de la mortalité liée au tabac plus prononcée chez les hommes

À l’instar de l’alcool, le tabac constitue également un facteur de risque pour de nombreuses maladies graves : maladies cardiovasculaires, respiratoires, cancers du foie, du pancréas, du poumon etc.

En 2023, en France hexagonale, selon l’enquête EROPP de l’OFDT<sup>21</sup>, près d’un tiers (31,1 %) des adultes de 18-75 ans déclaraient fumer. Moins d’un adulte sur quatre déclarait fumer quotidiennement (23,1 %), avec un niveau plus élevé parmi les hommes (25,4 %) que parmi les femmes (20,9 %). Ces prévalences de tabagisme quotidien sont les plus faibles enregistrées depuis que le Baromètre santé existe.

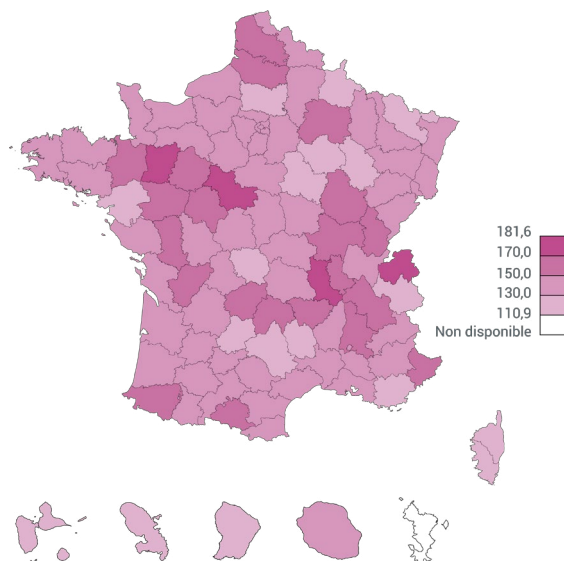
En France (hors Mayotte), on dénombre en moyenne annuelle sur la période 2020-2022, 153 187 personnes nouvellement admises dans une ALD liée au tabac, dont 102 368 hommes et 50 819 femmes. Cela correspond à un taux standardisé annuel moyen sur la période 2020-2022 égal à 338,8 admissions pour 100 000 habitants du côté masculin et à 140,0 du côté féminin. Des disparités géographiques et entre sexes sont relevées : chez les hommes, les taux varient de 110,4 à 479,5 admissions pour 100 000 habitants tandis qu’ils sont compris entre 49,9 et 189,4 pour les femmes.

L’Ariège présente le taux le plus élevé pour les hommes et la Meuse pour les femmes ; la Guadeloupe

présente celui le plus faible quel que soit le sexe. Au sein des départements, les écarts entre sexes sont importants, avec un différentiel hommes femmes pouvant excéder + 170,0 % pour les hommes : c’est le cas en Loir-et-Cher, Loire, Mayenne et Haute-Savoie.

Principale cause de mortalité évitable en France, le tabac est responsable de 52 390 décès masculins et 29 325 décès féminins en moyenne annuelle au cours de la période 2020-2022 (France hors Mayotte). La mortalité liée au tabac frappe de manière inégale les femmes et les hommes.

### Différentiel entre les taux standardisés d’admission en ALD liés à la consommation du tabac des hommes et ceux des femmes en 2020-2022 (en %)



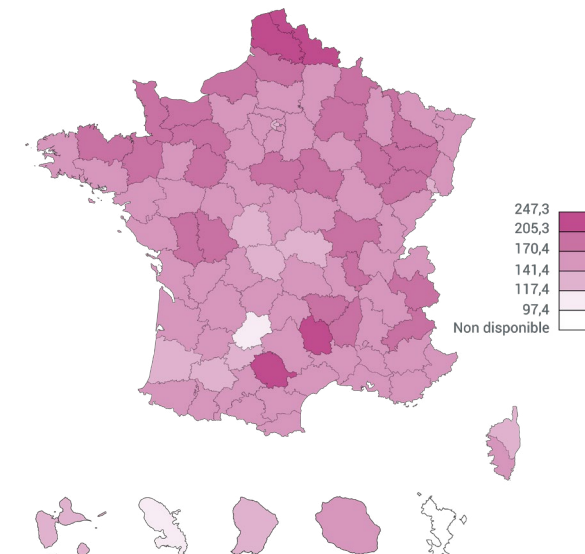
Source : CnamTS, CCMSA, Insee, Exploitation Fnors Champ : France (hors Mayotte) Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

# Conduites addictives - Tabac

Quel que soit le département, les hommes ont un taux jusqu’à 200,0 % supérieur à celui des femmes (Nord, Pas-de-Calais, Lozère, Tarn).

Globalement, quel que soit le sexe, les niveaux nationaux de mortalité observés aujourd’hui sont en recul par rapport à ceux observés il y a quinze ans : en 2005-2007, les taux standardisés s’élevaient respectivement à 265,7 décès pour 100 000 habitants parmi les hommes et 89,2 parmi les femmes. La baisse est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes. Cela témoigne de l’efficacité des campagnes de sensibilisation menées par les acteurs du domaine de la santé publique.

### Différentiel entre les taux standardisés de mortalité liée à la consommation du tabac des hommes et ceux des femmes en 2020-2022 (en %)



Source : Inserm-CépiDc, Insee, Exploitation Fnors Champ : France (hors Mayotte) Population de référence : France (hors Mayotte) au RP 2018

21 Enquête EROPP de l’OFDT : Pasquereau A., Guignard R., Andler R., Le Nézet O., Spilka S., Obradovic I., Airagnes G., Beck F., Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme en France hexagonale en 2023 parmi les 18-75 ans, résultats de l’édition 2023 de l’enquête EROPP de l’OFDT. Le point sur, novembre 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 7 p.





■ Cette publication, en mobilisant des indicateurs accessibles *via* la base de données SCORE-Santé, permet d'illustrer les différences entre les femmes et les hommes tant au niveau d'indicateurs d'état de santé que d'indicateurs sur les déterminants de santé ou l'accès au soin.

Habituellement, et c'est le cas dans SCORE-Santé, les valeurs de ces indicateurs sont présentées pour les hommes d'une part, les femmes d'autre part, permettant de mettre en évidence des différences territoriales pour chaque sexe séparément. Ici, le choix a été fait de privilégier le plus souvent la présentation des différences de valeur entre les femmes et les hommes pour un même indicateur et en illustrant les différences territoriales au travers de cartes départementales. Ceci permet de mettre en exergue des territoires où les différences observées sont plus importantes que dans d'autres ou par rapport à la valeur nationale (hors Mayotte). Parfois, cela met également en évidence des territoires où le rapport est inversé comparativement à ce qui est observé au niveau national (hors Mayotte) ou dans la plupart des autres territoires.

Ainsi, par exemple, dans le chapitre « Contexte », qui présente une sélection d'indicateurs sociodémographiques, il apparaît que, si le taux de bénéficiaires de l'AAH est généralement plus élevé chez les hommes que chez les femmes, ceci est particulièrement vrai en Outre-mer alors que des taux féminins supérieurs aux taux masculins sont observés dans les départements de Corse et Franche-Comté, et dans trois autres départements.

Dans le chapitre « Comportements », on observe que les femmes déclarent plus souvent que les hommes un médecin traitant, consultent plus souvent un psychiatre mais moins souvent un cardiologue. Pour ces derniers ce constat est particulièrement vrai dans tout l'Ouest de la France et dans une partie du Massif central.

Dans le chapitre « État de santé », la surmortalité prématurée masculine, bien connue, est mise en avant ainsi qu'une surmortalité prématurée évitable par les actions de prévention. Pour ce dernier indicateur, des écarts hommes femmes particulièrement importants sont observés dans les Antilles, et dans de nombreux départements répartis dans les différentes régions

de France exception faite de l'Île-de-France et de Grand Est.

Ces quelques exemples, parmi d'autres, confirment l'importance des différences de santé entre les femmes et les hommes, pour les pathologies, état de santé et comportements qui leurs sont communs. Les niveaux plus ou moins importants de ces écarts, tels qu'ils sont observés dans les différents territoires, montrent bien que le sexe autant que le genre sont des composantes importantes des inégalités sociales et territoriales de santé. Cette approche en différentiel de mortalité est à prendre en compte de manière plus systématique dans les diagnostics territoriaux de santé préalables à la mise en place d'actions de santé publique.

## Taux standardisés

Afin de permettre les comparaisons sur des territoires caractérisés par des structures par âge et sexe différentes, les taux présentés dans ce document ont été standardisés sur l'âge à partir de la population France entière (hors Mayotte) au recensement de 2018. La formule utilisée est la suivante :

Taux standardisé de mortalité

$$= \sum_{i=1}^x P_i \frac{Z_i}{N_i} * 100\ 000$$

Où :

x : le nombre de classes d'âge considérées

- **Mortalité** : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, ..., 85-89 ans, 90 ans et plus, soit un total de 20 classes d'âge
- **ALD** : moins de 5 ans, 5-9 ans, ..., 85-89 ans, 90 ans et plus, soit un total de 19 classes d'âge

i : étendue de la classe d'âge considérée

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

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

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

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

Le taux est exprimé pour 100 000 habitants.

## Différentiel

Afin de mesurer les écarts entre un territoire donné et la valeur nationale (France hors Mayotte) ou entre hommes et femmes, un calcul de différentiel a été réalisé. Le différentiel est obtenu par la différence entre la valeur à comparer et la valeur de référence, le tout rapporté à la valeur de référence. Le résultat est exprimé en %.

## Affections de longue durée

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

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

## Indicateurs issus du SNDS

Les données issues du SNDS (DCIR-PMSI) concernent les bénéficiaires de l'ensemble des régimes d'assurance maladie ayant eu recours à des soins pris en charge par l'assurance maladie. Même si les types d'indicateurs issus du SNDS peuvent être de natures variées (recours à un soin

spécifique, prise en charge pour une pathologie donnée...), le principe retenu dans SCORE-Santé est d'utiliser une population-source identique comme dénominateur pour calculer les indicateurs issus d'une même source de données quelle que soit la nature de ceux-ci.

Le choix de la Fnors et du réseau des ORS pour définir cette population stock de bénéficiaires une année donnée s'est porté sur la population en vie au 1<sup>er</sup> janvier de l'année du référentiel et ayant au moins une consommation de soin au cours des 3 dernières années, à laquelle sont ajoutés les nouveaux nés de l'année.

Cette méthodologie est proche de celle utilisée par la CnamTS dans la cartographie des pathologies puisqu'elle est basée sur une population stock de consommateurs ; elle est cependant moins soumise aux variations annuelles et couvre une part plus importante de la population totale (dans la cartographie des pathologies, seuls les consommateurs de l'année sont inclus).



### Alcool

Certaines causes de décès sont totalement attribuables à l'alcool : certaines myocardiopathies, des maladies de l'oesophage, de l'estomac et du foie, des pathologies neurologiques ainsi que des troubles mentaux et du comportement. Pour d'autres causes, seule une part des décès, estimée sont attribuables à l'alcool.

Dans ce document et dans SCORE-Santé, les admissions en ALD ainsi que les causes initiales de décès associées à la consommation d'alcool retenues sont les cirrhoses du foie (code ALD n°6 et codes CIM-10 = K70, K74.6) ; les psychoses alcooliques et alcoolisme (code ALD n°23 et codes CIM-10 = F10) et les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS), comprenant les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (code ALD n°30 et codes CIM-10 = C00-C14), de l'oesophage (code ALD n°30 et codes CIM-10 = C15) et du larynx (code ALD n°30 et codes CIM-10 = C32). En termes de mortalité, sont pris en compte également les décès issus d'une cause initiale autre que celles citées ci-dessus, mais ayant la psychose alcoolique et alcoolisme (F10) en cause associée ou en comorbidité.

### Tabac

Dans ce document et dans SCORE-Santé, les admissions en ALD ainsi que les décès liés à la consommation de tabac correspondent aux causes suivantes (causes initiales) :

cancer de la trachée, des bronches et du poumon (code ALD n°30 et codes CIM-10 = C33-34) ; bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (BPCO) (code ALD n°14 et codes CIM-10 = J40-J44) et cardiopathie ischémique (code ALD n°13 et codes CIM-10 = I20-I25). En termes de mortalité, sont pris en compte également les décès issus d'une cause initiale autre que celles citées ci-dessus, mais ayant une BPCO en cause associée ou en comorbidité.

### Suicide

La connaissance des décès par suicide résulte des mentions portées sur le certificat médical de cause décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de décès par suicide, dont une partie peut se trouver notamment parmi les « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». En effet, pour différentes raisons tenant à la perception sociale du suicide ou à l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être toujours en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, une nouvelle version du certificat de décès a été mise en circulation. Celle-ci contient des

informations complémentaires concernant notamment les circonstances apparentes de décès, permettant au médecin de renseigner s'il semble s'agir d'un suicide, un accident, une atteinte à la vie d'autrui ou une mort naturelle (maladie).

### Choix et contraintes méthodologiques

Les données de mortalité présentées sous forme de cartes sont codées à partir de la dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10).

En raison de la non disponibilité des données de population du RP 2022 produites par l'Insee, au moment de la rédaction de ce document, les données de taux (bruts et standardisés) portant sur la période 2020-2022 ont été calculés avec les RP 2020 et 2021 aux dénominateurs.

### Pour en savoir plus...

Pour toute information complémentaire sur la définition ou la construction des indicateurs, le lecteur est invité à consulter le site [SCORE-Santé](#), où l'ensemble des indicateurs présentés dans ce document sont consultables. En plus des informations méthodologiques, des séries historiques sont également disponibles, et ce pour différents niveaux géographiques (régions, départements, territoires de démocratie sanitaire).

**AAH** Allocation aux adultes handicapés

**ALD** Affection de longue durée

**BEH** Bulletin épidémiologique hebdomadaire

**BIT** Bureau international du travail

**BPCO** Bronchopneumopathie chronique obstructive

**CCMSA** Caisse centrale de mutualité sociale agricole

**CépiDc** Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)

**CIM** Classification internationale des maladies

**Cnaf** Caisse nationale des allocations familiales

**CnamTS** Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

**Covid** Corona virus disease (maladie à corona virus)

**DCIR** Données de consommation inter-régimes

**Drees** Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

**EDC** Épisode Dépressif Caractérisé

**Fnors** Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

**HAS** Haute Autorité de Santé

**Insee** Institut national de la statistique et des études économiques

**Inserm** Institut national de la santé et de la recherche médicale

**OFDT** Observatoire français des drogues et des tendances addictives

**OMS** Organisation Mondiale de la Santé

**ORS** Observatoire régional de la santé

**PMSI** Programme de médicalisation des systèmes d'information

**RP** Recensement de la population

**SNDS** Système National des Données de Santé



/ 62 Boulevard Garibaldi 75015 Paris  
/ Tél. 01 56 58 52 40  
/ [www.fnors.org](http://www.fnors.org) / [www.scoresante.org](http://www.scoresante.org)

/ Juillet 2025