

et Corse. La situation est semblable pour les structures d'accueil destinées aux adultes lourdement handicapés.

Vers des analyses infra-régionales et transversales

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

La poursuite des travaux passe par deux types de développements : d'une part des analyses reposant sur des découpages géographiques infra-régionaux permettant d'éviter les découpages prédéfinis, arbitraires en termes d'indicateurs sanitaires et sociaux comme dans d'autres secteurs, et, d'autre part, des analyses transversales permettant de faire ressortir les indicateurs les plus discriminants. Ces différentes orientations devraient permettre d'affiner la connaissance de l'état de santé des populations régionales pour mieux adapter les politiques de santé aux besoins locaux, à l'heure où la région devient l'unité géographique de référence pour les décisions en matière de santé.

Danièle Fontaine et le réseau des ORS

Disparités départementales de la mortalité prématurée en France (1992-1994)

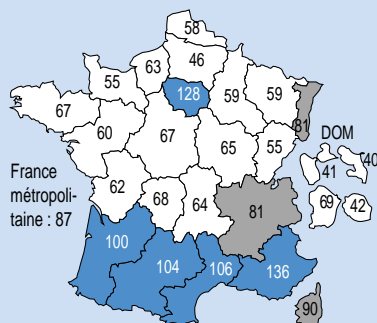
Différentes études ont mis en évidence des disparités importantes dans la répartition géographique des risques de décès en France. Ces analyses portent le plus souvent sur les écarts observés au niveau régional. Pour illustrer sur une période récente les caractéristiques de la distribution des causes de décès en France, nous présentons dans cet article des cartes de mortalité départementales concernant un certain nombre de pathologies importantes. Cette étude est menée en terme de risques de décès « prématurés » (taux de décès avant 65 ans), indicateurs très opérationnels en terme de santé publique. Les comparaisons avec les pays voisins mettent en évidence un net retard de la France en ce qui concerne le niveau général de cette mortalité prématurée. Les disparités géographiques sont présentées à sexe séparé car la distribution peut varier sensiblement pour un même type de pathologies. Ont été sélectionnées des affections particulièrement sensibles en terme de santé publique (affections évitables soit par des mesures de prévention, soit par l'amélioration

- E. Michel, A. Le Touleuc, E. Jougla, F. Hatton. *Les disparités régionales de la mortalité en France en 1990*. Solidarité santé, 1993 ; 1.
- Fnors. *La santé observée dans les régions de France*. 1997.
 - *La santé en France*. Haut Comité de la santé publique, 1994.
 - *La santé en France 96*. Haut Comité de la santé publique, 1997.

E. Jougla, A. Le Touleuc
Causes de la surmortalité prématurée en France. Comparaison avec la situation en Angleterre-Pays de Galles. Actualité et dossier en santé publique, 1996 ; 17 : 19-24.

Médecins libéraux spécialistes

Au 1^{er} janvier 1995



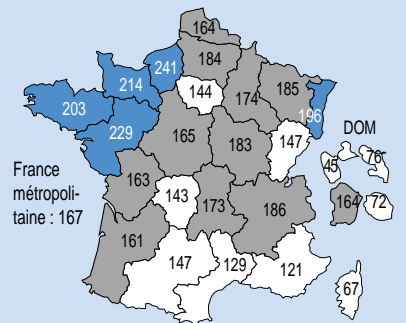
Nombre de médecins pour 100 000 habitants

Moins de 75 75 à 99 100 et plus

Sources : Sesi, Insee. Exploitation : Fnors

Hébergement collectif pour personnes âgées

Au 31 décembre 1992

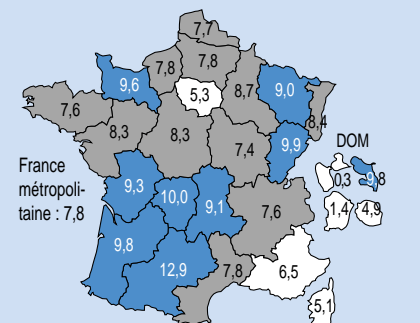


Nombre de places pour 1000 personnes de 75 ans ou plus

Moins de 148 148 à 186 187 et plus

Sources : Sesi, Insee. Exploitation : Fnors

Enfants handicapés en établissements ou suivis à domicile (En 1993)



Nombre de jeunes en établissements ou suivis à domicile pour 1000 jeunes de moins de 20 ans

Moins de 6,8 6,8 à 8,8 8,9 et plus

Sources : Sesi, Insee. Exploitation : Fnors

ration du système de soins) : alcoolisme (psychoses alcooliques et cirrhoses), cancers des voies aérodigestives supérieures (cancers des lèvres, de la cavité buccale, du pharynx, du larynx et de l'oesophage), cancer du poumon, cardiopathies ischémiques, maladies cérébro-vasculaires, accidents de la circulation, sida et suicide.

Les données sont basées sur la statistique nationale des causes de décès élaborée annuellement par le SC8 de l'Inserm. Les taux de décès par département (domicile du décédé) ont été calculés sur la base des populations moyennes annuelles départementales obtenues par l'Insee. Pour disposer d'effectifs de décès suffisants, trois années ont été regroupées (1992, 1993, 1994). Pour prendre en compte les différences de structure d'âge par département, l'analyse est basée sur des taux de décès comparatifs (taux standardisés selon la structure d'âge type de la France entière en 1990). Les départements ont été classés selon cinq groupes en fonction de l'écart de leurs taux comparatifs avec celui de la moyenne de la France entière (taux supérieur de plus de 20 %, supérieur de +10 à +20 %, entre +10 % et -10 %, inférieur de -10 à -20 %, inférieur à -20 %).

L'alcool : un déterminant important

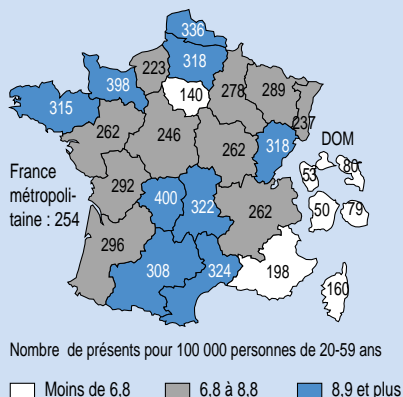
La carte des disparités de mortalité prématurée toutes causes indique que les départements de

forte mortalité se situent dans la moitié nord du pays. Quel que soit le sexe, deux départements ressortent avec des taux particulièrement élevés : le Pas-de-Calais et le Nord auxquels s'ajoutent pour les hommes le Finistère et pour les femmes la Corse du Sud.

Un des déterminants importants des disparités géographiques du niveau général de la mortalité en France est la consommation d'alcool. Malgré une tendance à la diminution dans le temps, les taux de décès liés directement à l'alcoolisme (psychoses alcooliques et cirrhoses du foie) restent particulièrement élevés. C'est pour ce type de pathologies que la coupure du pays en deux moitiés est la plus nette. Ressortent avec des risques de décès extrêmement élevés pour les hommes l'ensemble des départements du nord de la France et de la Bretagne (Pas-de-Calais, Nord, Finistère, Morbihan en particulier). Chez les femmes, les taux sont nettement moins élevés mais ce sont à nouveau le Pas-de-Calais et le Nord qui ressortent (suivis de l'Aisne et des Côtes d'Armor).

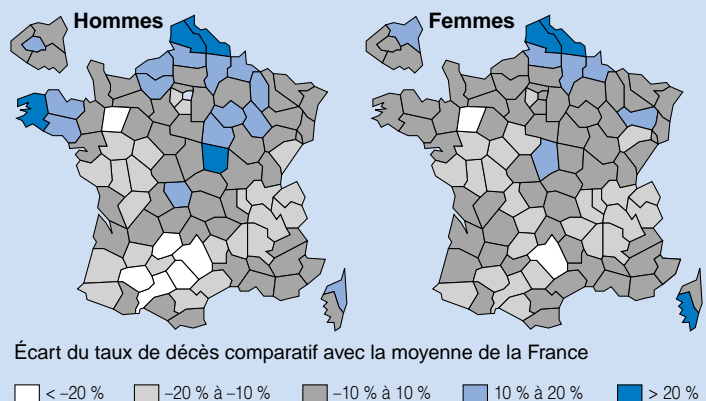
La carte de la répartition géographique des cancers des voies aérodigestives supérieures met en évidence chez les hommes une forte corrélation avec la distribution de l'alcoolisme. Malgré une diminution avec le temps, les taux restent très importants chez les hommes. Les zones les plus touchées sont le Nord et la Bretagne avec des taux particulièrement élevés dans le Pas-de-Calais et le Nord. Pour les femmes, la distribution géographique est sensible-

Centres d'aide par le travail pour adultes handicapés (au 31 décembre 1993)



Sources : Sesi, Insee. Exploitation : Fnors

Mortalité prématurée générale
Personnes de moins de 65 ans, 1992-1994



ment différente : au département du Nord le plus exposé, s'ajoutent la Moselle mais également certains départements de la région parisienne (Seine-Saint-Denis) ainsi que le Territoire de Belfort.

La mortalité prématurée par cancer du poumon est également particulièrement élevée en France. De plus, l'évolution par rapport à d'autres pays voisins n'est pas favorable et on observe actuellement une forte augmentation de ce type de cancer chez la femme. Pour le sexe masculin, les zones les plus touchées sont l'ensemble des départements du nord (Nord et Pas-de-Calais) et du nord-est (Meurthe-et-Moselle, Vosges, Ardennes, Moselle, Haute-Marne, Marne) auxquelles s'ajoute le Finistère. Pour les femmes la distribution diffère : les départements les plus atteints sont la Corse du Sud, les Alpes-de-Haute-Provence, Paris et la Meurthe-et-Moselle.

Les causes de mortalité prématurée concernant l'appareil circulatoire (cardiopathies ischémiques, maladies cérébro-vasculaires) ainsi que les accidents de la circulation sont abordés dans l'article de la Fnors sur la santé observée dans les régions françaises. On peut juste souligner que pour l'appareil circulatoire, la situation de la France est privilégiée et les risques en diminution constante.

La mortalité par sida particulièrement élevée en France a une répartition extrêmement spécifique avec quatre régions essentiellement atteintes : l'Île-de-France, Paca, Rhône-Alpes

et Aquitaine. Les départements les plus touchés sont, pour les hommes, Paris et les Alpes-Maritimes et pour les femmes, les Alpes-Maritimes, la Seine-Saint-Denis et Paris.

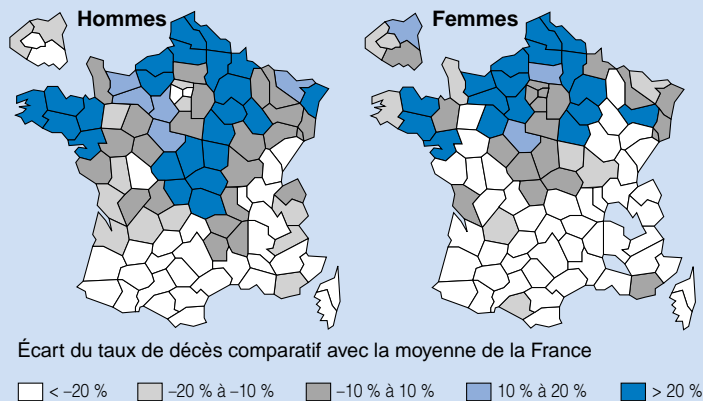
Les disparités géographiques concernant le suicide doivent être considérées avec prudence du fait du manque d'information provenant des instituts médico-légaux dans certaines régions, en particulier, la région parisienne, l'Alsace et Midi-Pyrénées (c'est pourquoi les cartes ne figurent pas). À partir des données existantes, on peut cependant confirmer certaines tendances : taux de suicide élevé en France, tendance actuelle à l'augmentation chez les jeunes (après une diminution à la fin des années quatre-vingt-dix), taux particulièrement élevés dans les régions du nord-ouest. Les départements les plus touchés sont chez les hommes : le Finistère, le Morbihan, les Côtes d'Armor et chez les femmes les Côtes d'Armor, les Hautes-Alpes et la Sarthe.

L'importance du recensement des informations

Le but de cet article est essentiellement descriptif et permet de mettre à disposition certaines informations concernant la distribution géographique des risques de décès prématurés pour des pathologies importantes. La fiabilité des comparaisons géographiques effectuées dépend de l'homogénéité et de la qualité des pratiques de certification et de codification des causes

Mortalité prématurée due à l'alcoolisme

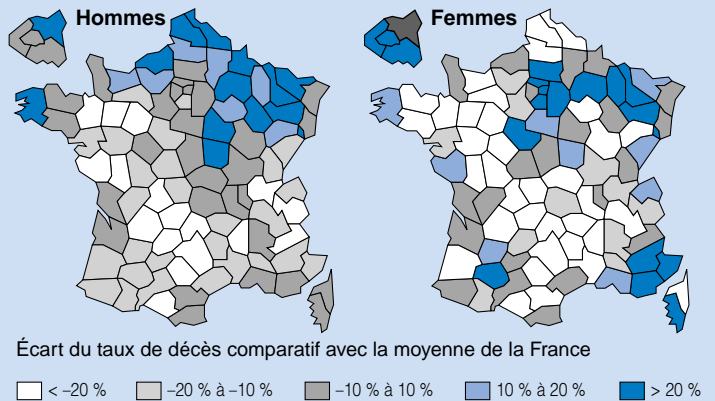
Personnes de moins de 65 ans, 1992-1994



Sources : Inserm

Mortalité prématurée due au cancer du poumon

Personnes de moins de 65 ans, 1992-1994



Sources : Inserm

médicales de décès entre zones. L'homogénéité de la certification est difficile à évaluer précisément (expériences de certifications multiples de cas cliniques types qui restent très « théoriques »). L'amélioration de la qualité de la certification repose surtout sur les pratiques régulières de demandes de renseignements complémentaires en cas de certification problématique ainsi que sur les efforts d'informations menés auprès des médecins sur l'importance, d'un point de vue épidémiologique, de la qualité de leurs déclarations. Notons que le support de cette certification est uniforme en France (certificat de décès conforme aux recommandations internationales). Les biais les plus importants résident sans doute dans le niveau de connaissances des morts violentes dans certaines régions en raison du manque de données obtenues des instituts médico-légaux (comme nous l'avons indiqué pour le suicide). Les différences géographiques concernant la codification peuvent être considérées comme négligeables dans la mesure où le processus de codification est centralisé en France.

L'analyse des déterminants des disparités géographiques n'est pas simple. Une première approche descriptive apporte un certain nombre d'informations (par exemple, forte corrélation entre distribution de l'alcoolisme et mortalité générale). Mais les déterminants possibles sont nombreux : pratiques de santé (alcoolisme, tabagisme, nutrition, exercice physique...), fonctionnement et modalité de recours au sys-

tème de soins, caractéristiques socio-démographiques des populations, environnement, génétique... Ces déterminants sont eux-mêmes souvent autocorrélés et l'évaluation du poids spécifique d'un facteur particulier est très difficile à établir. Les études multivariées effectuées précédemment ont généralement été basées sur des analyses « écologiques » portant sur des données agrégées par zone. Elles concluent essentiellement au poids massif explicatif des caractéristiques socio-économiques des zones géographiques. Cependant ce type d'analyses reste encore très global, en particulier en ce qui concerne les variables prises en compte pour caractériser le système de soins (densités médicales...). Il est intéressant à cet égard de noter que, même si le poids des variables socio-économiques est prépondérant, la hiérarchie des zones géographiques en fonction du niveau de santé reste stable même après contrôle de ces variables socio-économiques. Des études plus précises sont donc nécessaires et les analyses multivariées devraient pouvoir maintenant prendre en compte des variables plus spécifiques disponibles. Les découpages géographiques considérés doivent être également discutés. A cet égard, il paraît important de distinguer entre le contexte « décisionnel », pour lequel les analyses départementales et régionales gardent tout leur intérêt, et l'approche « étiologique » où d'autres types de découpages peuvent être envisagés.

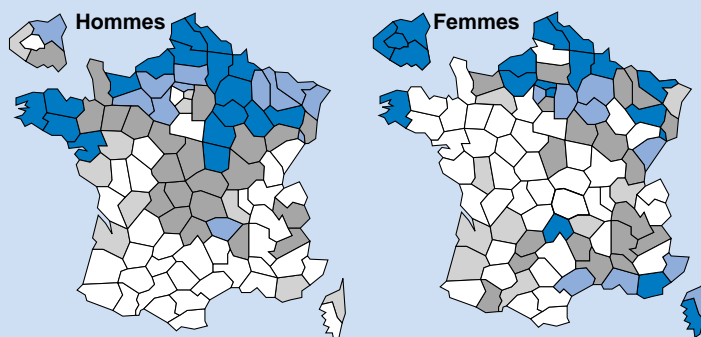
- E. Jouglu, P. Ducimetière, M.-H. Bouvier-Colle, F. Hatton. *Relation entre le niveau de développement du système de soins et le niveau de la mortalité évitable selon les départements français.* Rev Epidémiol Santé Publ 1987 ; 35 : 365-377.
- J.-P. Mackenbach, M.-H. Bouvier-Colle, E. Jouglu. *Avoidable mortality and health services. A review of aggregate data studies.* J. Epidémiol. Com. Health 1990 ; 44 : 106-111.

S. Rican. *La localisation de problèmes sanitaires, quelques réflexions à partir de l'étude des taux de mortalité par tumeurs des voies respiratoires* (à paraître)

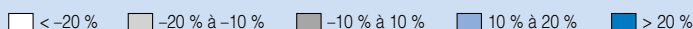
Éric Jouglu, Évelyne Millereau, Alain Le Toulliec

Mortalité prématurée due au cancer VADS

Personnes de moins de 65 ans, 1992-1994



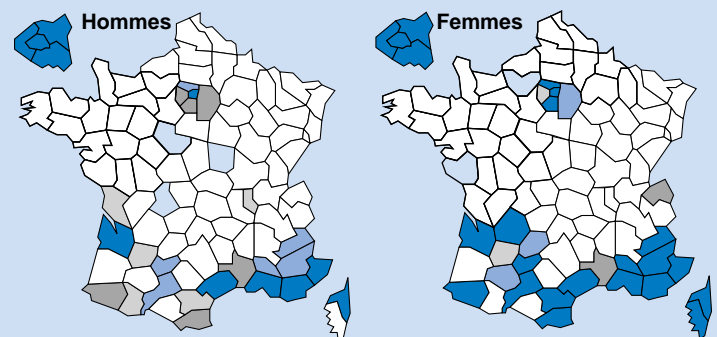
Écart du taux de décès comparatif avec la moyenne de la France



Sources : Inserm

Mortalité prématurée due au sida

Personnes de moins de 65 ans, 1992-1994



Écart du taux de décès comparatif avec la moyenne de la France



Sources : Inserm