

+ Inégalités socio-sanitaires dans les départements **d'outre-mer**

Analyses infra-régionales
et comparaisons avec le niveau national



Citation recommandée pour cet ouvrage :

Thomas N., Trugeon A., Michelot F., Ochoa A., Castor-Newton M.-J., Cornely V., Merle S., Rachou E., et *alii*,
Inégalités socio-sanitaires dans les départements d'outre-mer - Analyses infra-régionales et comparaisons avec le niveau national.
Paris : Fnors, novembre 2014, 96 p.

+ Inégalités socio-sanitaires dans les départements **d'outre-mer**

Analyses infra-régionales et comparaisons avec le niveau national

Ce document a été réalisé par :
Nadège Thomas¹, Alain Trugeon^{1,2},
François Michelot², André Ochoa²

avec la collaboration étroite de :
Marie-Josiane Castor-Newton³,
Vanessa Cornely⁴,
Sylvie Merle⁵,
Emmanuelle Rachou⁶

et mis en page par :
Sylvie Bonin¹ et Myriam Valentini².

Il a également reçu les contributions de :
Rosine Amable³, Léa Bourse³, Marie-Thérèse Daniel³, Édith Grenié³ et Monique Ricquebourg⁶.

¹ Observatoire régional de la santé et du social de Picardie

² Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

³ Observatoire régional de la santé de Guyane

⁴ Observatoire régional de la santé de Guadeloupe

⁵ Observatoire régional de la santé de Martinique

⁶ Observatoire régional de la santé de La Réunion

Remerciements

La Fnors remercie tous les organismes qui ont fourni les données ayant permis la réalisation de ce document :

Agence des systèmes d'information partagés de santé,

Caisse centrale de mutualité sociale agricole,

Caisse nationale d'allocations familiales,

Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés,

Caisse nationale du régime social des indépendants,

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

Direction générale des finances publiques,

Institut national de la santé et de la recherche médicale, centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès,

Institut national de la statistique et des études économiques.

Préface

La situation sanitaire et sociale n'est pas homogène sur le territoire français. De nombreux travaux, à l'exemple de cet ouvrage, ont mis en évidence l'existence de disparités territoriales entre les régions comme à l'intérieur de chacune d'elles.

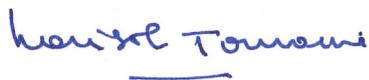
Le projet de loi de santé qui sera débattu prochainement au Parlement insiste sur l'importance de la promotion de la santé et de la prévention, qui constitue l'un des axes majeur de la politique de santé. Notre ambition, clairement affichée, est qu'il importe de s'attaquer le plus précocement possible aux inégalités sociales et territoriales de santé.

La description précise de ces inégalités est un préalable à l'action. Le présent document, réalisé par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, permettra de mieux définir, pour les départements ultramarins, la stratégie de santé des Outre-mer.

L'état des lieux sanitaire et social présenté dans cet ouvrage met en lumière de nombreux écarts de situation entre les départements ultramarins et le reste du pays. Les cartographies réalisées mettent en avant les zones les plus déshéritées, où les efforts de rééquilibrage doivent être menés de façon prioritaire.

Nous tenons à remercier les observatoires régionaux de la santé et leur Fédération pour la qualité de ce travail qui apporte des informations essentielles pour élaborer des actions territoriales adaptées en faveur de la santé et du bien-être social de nos concitoyens.

Marisol TOURAINE
Ministre des Affaires sociales, de la Santé
et des Droits des femmes



George PAU-LANGEVIN
Ministre des Outre-mer



Avant-propos

Pour l'élaboration de son rapport « La santé dans les outre-mer », la Cour des comptes a sollicité la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé pour qu'elle accompagne son diagnostic par un état des lieux de la situation socio-sanitaire dans les départements d'outre-mer¹ et en parallèle à celle de l'ensemble du territoire français.

Dans un contexte plus général, l'attention était tout particulièrement portée sur la mise en évidence des inégalités, territoriales et sociales de santé dans ces territoires.

La Fnors, en s'appuyant sur l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie, a produit des analyses statistiques et cartographiques à deux niveaux territoriaux en utilisant les indicateurs disponibles². Ces analyses avaient pour objet d'illustrer le rapport de la Cour des comptes mais, compte tenu du travail réalisé, il est très rapidement apparu qu'un document distinct devait être conçu. C'est la raison pour laquelle le présent ouvrage, fruit d'un partenariat fructueux avec les équipes des quatre ORS locaux, a été produit.

Trois grands chapitres, « Population et conditions de vie », « Professionnels de santé » et « État de santé », complétés par une « Vue d'ensemble », offrent ainsi une vision synthétique de la situation socio-sanitaire, à partir du croisement des indicateurs abordés dans les différentes parties.

L'outre-mer, comme de nombreux travaux l'ont montré, a globalement des caractéristiques différentes de l'Hexagone. Les plus marquantes sont une population plus jeune et une situation sociale dégradée. Il en est de même pour les caractéristiques de santé, avec pour illustration une répartition assez différente entre les principales pathologies que sont les cancers et les maladies cardio-vasculaires. L'intérêt de cet ouvrage est de montrer les écarts, parfois importants, existant au sein même de ces régions ultramarines. Les différentes typologies réalisées à deux niveaux géographiques, les bassins de vie et les cantons, mettent en relief la plupart des disparités.

Ce document, se situant dans la dynamique des nombreux travaux réalisés par la Fnors et les ORS dans la description et la mesure des inégalités sociales de santé, contribue ainsi à une meilleure connaissance de la situation locale et à une meilleure réponse en termes de priorisation des politiques publiques. Au-delà du rapport de la Cour des comptes, il constitue une aide aux différents acteurs locaux, concernés par les domaines abordés, mais également à tous ceux qui jouent un rôle dans la vie publique (institutions, politiques, *media* et citoyens) dont l'objectif est le bien-être et la qualité de vie de la population.

Je souhaite que les analyses présentées dans cet ouvrage constituent un appui pour l'amélioration de l'état de santé de la population vivant sur ces territoires français, avec en trame, la réduction des inégalités de toute nature, tant au regard du niveau national qu'au sein même des départements ultramarins.

Au delà, cela souligne à nouveau le besoin d'une observation de la santé et du social indépendante des organismes qui ont la charge de mettre en place les politiques, ce dont aurait besoin Mayotte pour lequel l'absence de données disponibles n'a pas permis de faire partie des départements décrits dans cet ouvrage.

André OCHOA
Président de la Fnors
Directeur de l'ORS Aquitaine



¹ Le département de Mayotte n'a pas pu être pris en compte (cf. introduction page 9).

² Ces indicateurs proviennent des bases de données du CépiDc de l'Inserm, des trois principaux régimes de l'Assurance maladie (CCMSA, Cnamts, CNRSI), de la Cnaf, de la Drees, de l'Asip-Santé, de l'Insee et de la direction générale des finances publiques. Les deux niveaux territoriaux sont les bassins de vie et les cantons (cf. point méthodologique page 11).

Éditorial

La Cour des comptes a récemment consacré un rapport à la santé outre-mer³. Avec le concours des chambres régionales et territoriales des comptes d'outre-mer, elle a enquêté sur pièces et sur place. Un état des lieux des caractéristiques de la population en matière de santé et de déterminants de santé était un préalable, mais il appelait un important travail de décryptage et d'analyse des données de nature sanitaire et sociale. La Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) a bien voulu le réaliser. Les travaux déjà effectués par cette Fédération, notamment ses publications portant sur les inégalités socio-sanitaires en France au niveau des cantons, ont permis à cette dernière et aux précieux observatoires régionaux qu'elle fédère de produire, dans un temps restreint, l'analyse complémentaire dont la Cour des comptes avait besoin.

La Cour a donc tiré le meilleur parti, dans son rapport, de l'état des lieux synthétiques dressé par la Fnors dans trois domaines-clé : population et conditions de vie, professionnels de santé et état de santé. Les indicateurs retenus ont été traduits par des cartographies de typologies, mettant en relief les différences et les similitudes entre la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion, mais aussi au sein de chacun de ces quatre départements. Ces derniers sont les seuls outre-mer à partager un ensemble suffisamment cohérent de données exploitables à cet effet.

En développant les analyses dont le rapport de la Cour a résumé l'essentiel, le présent ouvrage complète fort utilement ce dernier. Bien qu'inévitablement réductrices, ces cartographies peuvent constituer un outil fécond, dans le cadre notamment de la mise en œuvre des recommandations du rapport de la Cour. On ne peut que souhaiter qu'un travail de cette nature puisse être pérennisé, et son champ étendu aux autres outre-mer.

Antoine DURRLEMAN

Président de la Sixième chambre de la Cour des comptes



³ Cour des comptes, La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République, juin 2014.

<i>Préface</i>		p. 3
<i>Avant-propos</i>		p. 4
<i>Éditorial</i>		p. 5
<i>Introduction</i>		p. 9
<i>Point méthodologique</i>		p. 11
Population et conditions de vie	Contexte général	p. 13
	Point méthodologique - Indicateurs utilisés pour effectuer les typologies	p. 15
	Typologies « Population et conditions de vie »	p. 21
Professionnels de santé	Contexte général	p. 23
	Point méthodologique - Indicateurs utilisés pour effectuer les typologies	p. 29
	Typologies « Professionnels de santé »	p. 31
État de santé	Mortalité, contexte général	p. 35
	Point méthodologique - Indicateurs utilisés pour effectuer les typologies	p. 41
	Typologie « Mortalité »	p. 43
	Mortalité et ALD, contexte général	p. 48
	Typologies « Mortalité et ALD »	p. 51
Vue d'ensemble	Contexte général	p. 57
	Point méthodologique - Indicateurs utilisés pour effectuer les typologies	p. 67
	Typologies « Socio-sanitaires »	p. 69
<i>Conclusion</i>		p. 79
<i>Annexes</i>	Croisement entre données socio-démographiques et sanitaires - Exemple du diabète	p. 83
	Échelons géographiques infra-régionaux	p. 84
	Glossaire et bibliographie	p. 89

Introduction



Le présent document a pour objet de donner une vision synthétique de la situation des départements d'outre-mer (Dom)⁴, tant sur le champ social que dans le domaine sanitaire. Il commence par trois chapitres détaillant les thématiques suivantes : « Population et conditions de vie », « Professionnels de santé » et « État de santé ». Il se termine par un chapitre nommé « Vue d'ensemble », offrant une vision synthétique de la situation socio-sanitaire, en croisant les indicateurs abordés dans les différentes parties. Il repose en partie sur les données fournies par des institutions⁵ avec lesquelles la Fnors a signé des conventions de partage d'information.

L'annexe du document, outre la présentation des zonages ultramarins étudiés et de leur répartition géographique, le glossaire et les références bibliographiques, présente les résultats d'un travail mené plus spécifiquement sur le diabète. L'objet de celui-ci est de mesurer le lien entre le diabète et la situation sociale au sein des départements d'outre-mer (Dom).

Chaque chapitre de la partie centrale de ce document est composé d'un contexte général permettant de situer chacun des quatre Dom en regard de la situation nationale et des régions de France. Le chapitre « État de santé » a été traité en deux temps, et contient deux contextes généraux. Dans le premier, seules les données de mortalité ont été considérées et, dans le second, les données de nouvelles admissions en affections de longue durée (ALD) ont été prises en compte. En effet, si les données de mortalité offrent une bonne approche de l'état de santé de la population, celles d'admissions en ALD permettent d'aborder une certaine forme de morbidité, sans aucunement se vouloir un reflet de la morbidité réelle. Un indicateur qui paraît favorable car inférieur au niveau national, peut en réalité être la résultante d'un système organisationnel (différence de prise en charge, moindre recours aux professionnels de santé...) Cette notion est néanmoins importante à aborder pour approcher le système sanitaire au-delà des seuls décès. C'est pourquoi, ces données ont été couplées aux données de mortalité dans la deuxième partie du chapitre « État de santé ».

Les contextes généraux introduisant chaque chapitre sont suivis d'analyses menées à deux niveaux géographiques infra-régionaux, les bassins de vie et les cantons⁶. L'objet de ces analyses est de mettre en relief les disparités géographiques qui peuvent exister entre et au sein des départements ultramarins. Pour mieux repérer ces disparités, des typologies⁷ ont donc été réalisées et cartographiées pour les deux niveaux géographiques. Les analyses menées à l'échelle du bassin de vie, unité géographique plus étendue et plus peuplée, garantissent une meilleure stabilité statistique. Elles offrent ainsi, pour le chapitre « État de santé », une plus large palette de pathologies retenues que celle envisageable au niveau cantonal. La finesse de ce second niveau géographique permet toutefois d'avoir une vision plus localisée des disparités.

.....
⁴ Compte tenu du manque de données concernant Mayotte, le travail présenté ne porte que sur quatre des cinq départements d'outre-mer que sont la Guadeloupe (sans Saint-Barthélemy et Saint-Martin, anciennes communes guadeloupéennes devenues collectivités d'outre-mer), la Guyane, la Martinique et La Réunion. Dans la suite du document, il sera ainsi fait référence à ces quatre Dom. De plus, lorsque la valeur de l'ensemble du pays est mentionnée, il s'agit de la valeur France entière hors Mayotte.

⁵ Cf. liste page 2.

⁶ Il s'agit d'un découpage cantonal « aménagé ». Par ailleurs, des décrets d'application du redécoupage des cantons ont été publiés en février 2014, ce qui explique que le découpage cantonal présenté dans ce document est différent de celui désormais en vigueur. Pour plus de précisions, se référer au chapitre « Échelons géographiques infra-régionaux » en page 89.

⁷ Cf. « Point méthodologique - Construction des typologies » présenté ci-après.

Point méthodologique



Choix des indicateurs

Près d'une centaine d'indicateurs ont été analysés dans ce document : quarante de nature socio-démographique, dix-sept portent sur les professionnels de santé et trente-huit ont trait à l'état de santé. Parmi ceux-ci, certains ont permis de définir les typologies présentées dans ce document (cf. ci-dessous) et sont listés dans les encadrés méthodologiques figurant dans chacun des chapitres.

Le critère principal de sélection des indicateurs a été la disponibilité et la pertinence à l'échelle du canton ou du bassin de vie, ainsi qu'au niveau des régions de France pour permettre de situer les départements d'outre-mer au regard du niveau national. Les données, dans leur grande majorité, sont les dernières disponibles au moment de la réalisation du travail. Si certaines peuvent apparaître déjà comme anciennes, elles n'influent pas pour autant sur les tendances observées.

Construction des typologies

Les typologies ont pour objet de regrouper les bassins de vie et les cantons en un nombre restreint de classes homogènes en regard de leurs caractéristiques socio-démographiques et/ou sanitaires. Il devient alors plus aisé de mettre en exergue les spécificités pouvant exister tant entre les quatre Dom qu'au sein de ceux-ci.

Les méthodes qui ont été employées font partie des techniques d'analyses multidimensionnelles permettant de représenter et d'interpréter de façon synthétique de vastes ensembles constitués d'un grand nombre d'individus et de variables. Ici, les individus sont, dans un cas, les 22 bassins de vie des départements d'outre-mer, dans l'autre cas, les 93 cantons ultramarins⁸. Ils sont caractérisés par les indicateurs (variables) présentés dans l'encadré « Point méthodologique - Indicateurs utilisés pour effectuer les typologies » figurant dans chaque chapitre. L'analyse de données s'est déroulée en deux temps : une analyse en composantes principales (ACP), puis une classification ascendante hiérarchique (CAH).

L'objectif de l'ACP est de décrire un ensemble d'observations à partir de plusieurs variables quantitatives. Cette méthode permet d'identifier les indicateurs qui résument au mieux les différences entre individus (ici bassins de vie ou cantons). L'objectif de la CAH est de regrouper les individus en un nombre restreint de classes homogènes et qui soient le plus dissemblables entre elles. Elle procède par regroupements successifs des individus un à un sur des critères de distance (en utilisant les résultats obtenus lors de l'ACP), jusqu'à leur regroupement dans une seule classe. La suite des partitions obtenues peut alors être présentée sous forme d'un arbre de classification. Connaissant cet arbre, il est facile d'en déduire une partition (ou typologie) en un nombre plus ou moins grand de classes. Chacune des classes regroupe un nombre plus ou moins important d'individus présentant des caractéristiques proches au regard des variables utilisées dans l'analyse. Compte tenu de la distribution des arbres des différentes classifications, un découpage en quatre classes s'est avéré le plus judicieux dans chacun des cas.

.....
⁸ Cf. Annexes « Échelons géographiques infra-régionaux » en page 89.

Population et conditions de vie



Contexte général

Les quatre Dom se caractérisent par une population plus jeune au regard de la situation nationale, avec des parts de moins de 25 ans parmi les plus élevées des valeurs régionales et des parts parmi les plus faibles pour les personnes âgées de 75 ans ou plus. Les territoires ultramarins sont également marqués par une forte fécondité des femmes de 12 à 17 ans, avec un taux de fécondité sept fois supérieur au taux observé dans l'Hexagone. De même, la part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans est deux fois plus élevée dans les quatre Dom. Les indicateurs mettent également en exergue des difficultés socio-économiques nettement plus marquées dans les territoires d'outre-mer par rapport à l'Hexagone. La part des jeunes sortis du système scolaire pas ou peu diplômés est plus de deux fois plus élevée dans les quatre Dom ; le taux de chômage y est également près de trois fois plus important. Ces régions ultramarines sont également celles où la part des foyers fiscaux non imposés est la plus élevée de France. Des spécificités supplémentaires ressortent pour les prestations sociales. Ainsi, pour diverses allocations, les quatre Dom présentent les taux les plus importantes des régions de France.

Un accroissement important de la population en Guyane et à La Réunion

Au début 2014, la France compte 65,8 millions d'habitants⁹ (dont 1,9 million dans les départements d'outre-mer), soit 5 millions de plus qu'au début des années deux mille. Ces chiffres confirment la croissance soutenue de la population observée en dix ans, à savoir une hausse de plus de 4 millions d'habitants entre les recensements de population de 1999 et 2009¹⁰. Ainsi, le taux d'accroissement annuel moyen de la population entre ces deux recensements est de +0,68 % pour la France entière. Ce taux est globalement plus important dans les départements d'outre-mer (+1,23 %) qu'en France hexagonale (+0,67 %), mais masque une situation fortement contrastée entre les quatre Dom. La Guyane (+3,72 %) et La Réunion (+1,49 %) enregistrent respectivement les première et troisième hausses les plus importantes des régions

françaises, à l'inverse de la Guadeloupe et de la Martinique qui se situent en fin de classement (17^e et 18^e, avec un taux d'accroissement annuel moyen de population de +0,40 % pour chacune de ces deux régions).

En termes de densité de population, mise à part la Guyane qui présente la plus faible valeur des régions de France (2,7 habitants au km² au recensement de 2009), les trois autres départements d'outre-mer sont situés parmi les cinq régions françaises qui enregistrent les densités les plus importantes : 246,2 habitants au km² pour la Guadeloupe (cinquième), 325,9 pour La Réunion (troisième) et 360,2 pour la Martinique (deuxième). À titre de comparaison, la densité de population pour l'ensemble du pays est de 100,6 habitants au km² et les densités extrêmes dans l'Hexagone sont de 970,4 habitants au km² en Île-de-France et de 35,0 en Corse au recensement de 2009.

⁹ En tenant compte de Mayotte, la population au 1^{er} janvier 2014 est de 66,0 millions d'habitants, dont 2,1 millions pour les Dom. Ces chiffres, issus des estimations de population réalisées par l'Insee, sont des données provisoires arrêtées fin 2013.

¹⁰ Dernières données disponibles au niveau du recensement lors de la réalisation du travail.

39,4 %



La part des personnes ayant moins de 25 ans dans les quatre Dom en 2009, contre 30,7 % pour l'Hexagone.

Une part des moins de 25 ans plus importante dans les quatre Dom...

Concernant la structure d'âge de la population, les départements d'outre-mer sont caractérisés par une population relativement jeune. Ainsi, au recensement de 2009, les personnes de moins de 25 ans représentent 39,4 % de la population dans les quatre Dom contre 30,7 % pour l'Hexagone, se trouvant tous parmi les cinq régions de France qui présentent les proportions les plus importantes¹¹. À l'inverse, la part des personnes âgées de 75 ans ou plus est moitié moindre dans les quatre Dom : 4,4 % contre 8,8 % pour l'Hexagone, les départements ultramarins étant cette fois situés en fin de classement (parmi les cinq dernières places¹²).

Compte tenu de ces caractéristiques démographiques, l'indice de vieillissement est moins important dans les quatre Dom que dans le reste de la France. Ainsi, pris dans leur globalité, les départements ultramarins comptent 31,0 personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 personnes de moins de 20 ans contre 68,5 pour l'Hexagone. Cet écart avec le reste de la France est tout particulièrement marqué pour la Guyane qui enregistre un indice de vieillissement de 9,0 (le plus faible des régions) et, à un degré moindre, pour La Réunion avec un indice de 24,2 (deuxième plus faible ; celui de la Guadeloupe est de 44,5 -troisième plus faible- et celui de la Martinique de 53,7 -sixième-).

...mais cette population a diminué depuis la fin des années 90 en Guadeloupe et Martinique

Si la part de la population ayant moins de 25 ans reste plus élevée dans les quatre Dom que dans le reste de la France en 2009, l'évolution en dix ans du nombre de personnes de cette tranche d'âge est différente entre les départements ultramarins. La Guadeloupe et la Martinique ont vu cette population diminuer entre les recensements de 1999 et 2009 (respectivement le taux d'accroissement annuel moyen de la population de moins de 25 ans de ces deux Dom est de -0,72 % et -0,60 %). À l'inverse, les deux autres départements ultramarins enregistrent une hausse, avec un taux d'accroissement annuel moyen de cette population qui est le plus élevé des régions de France pour la Guyane (+3,75 %), La Réunion se situant à la huitième place avec un taux de +0,52 %.

Par ailleurs, si le nombre de personnes âgées de 75 ans ou plus a augmenté dans toutes les régions de France entre le recensement de 1999 et celui de 2009, le taux d'accroissement annuel moyen de cette population a été plus important dans les départements d'outre-mer que dans l'Hexagone : +3,79 % dans les quatre Dom contre +2,98 % dans le reste de la France. Ce taux est relativement important pour chacun des quatre départements ultramarins, compris entre +3,51 % en Martinique et +4,20 % à La Réunion.

¹¹ La région de l'Hexagone qui arrive au quatrième rang est le Nord - Pas-de-Calais.

¹² La région de l'Hexagone qui arrive au quatrième rang pour la part la plus faible est l'Île-de-France.

Une fécondité des femmes de 12-17 ans plus forte que dans l'Hexagone

En 2012, en France, 819 200 enfants sont nés vivants, dont un peu plus de 30 000 dans les quatre départements d'outre-mer. Si ce nombre est en augmentation par rapport à l'année 2000 dans l'Hexagone (+15 000 naissances vivantes), il est en diminution dans l'ensemble des quatre Dom (-2 000 naissances vivantes). Il est toutefois à noter que depuis 2010, le nombre de naissances vivantes tend à se stabiliser pour les quatre départements ultramarins et à diminuer pour l'Hexagone. Toutefois, la situation est contrastée au sein des Dom, avec un nombre de naissances qui augmente depuis 2010 en Guyane, qui est plutôt stable à La Réunion et qui diminue dans les deux départements des Antilles françaises.

Trois des quatre départements d'outre-mer sont caractérisés par une plus forte fécondité que celle observée dans l'Hexagone. En effet, la Guyane, La Réunion et la Guadeloupe présentent les trois indices conjoncturels de fécondité (ICF) les plus importants des régions françaises, avec des valeurs dépassant 2,1, seuil de renouvellement des générations (3,62 pour la Guyane, 2,41 pour La Réunion et 2,19 pour la Guadeloupe sur la période 2005-2011). La Martinique fait exception avec un indice conjoncturel de fécondité au niveau de la moyenne nationale (respectivement 1,95 et 1,97 enfant par femme).

La fécondité des femmes¹³ de moins de 18 ans est très élevée dans les quatre départements ultramarins, la Martinique ne faisant pas exception pour cette tranche

d'âge. Ainsi, sur la période 2005-2011, le taux de fécondité de ces jeunes femmes est plus de sept fois plus important dans les quatre Dom que dans l'Hexagone : respectivement 13,8 naissances vivantes pour 1 000 femmes de 12-17 ans et 1,9 ‰. Il est également à noter que le taux de fécondité des femmes mineures varie de manière relativement importante entre les quatre Dom : de l'ordre de 7 ‰ en Guadeloupe et en Martinique à 34,0 ‰ en Guyane (13,2 ‰ à La Réunion).

La part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans deux fois plus élevée dans les Dom que dans l'Hexagone

Que ce soit pour les 25-59 ans ou les 75 ans ou plus, la part de personnes vivant seules à domicile est moindre dans les quatre Dom que dans l'Hexagone, exception faite de la Guadeloupe pour les personnes âgées de 75 ans ou plus. Ainsi, au recensement de 2009, la part de personnes de 25-59 ans vivant seules à domicile est de 14,3 % dans l'Hexagone contre 11,4 % pour les quatre Dom et celles des personnes de 75 ans ou plus sont respectivement de 38,8 % et 32,8 %.

Concernant les personnes de 25-59 ans vivant seules à domicile, les quatre Dom présentent les quatre plus faibles valeurs régionales, variant entre 9,3 % pour la Guyane à 9,7 % pour La Réunion. Parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus, la Guadeloupe se situe en milieu de classement avec une part de personnes vivant seules à domicile de 38,5 %, les trois autres Dom étant là encore aux trois dernières places des régions de France (proportion variant de 27,7 % pour La Réunion à 32,8 % pour la Martinique).

Le constat inverse est relevé pour la part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans, qui est près de deux fois plus élevée dans les quatre Dom qu'en France hexagonale : 41,2 % contre 21,6 %. La Martinique enregistre la part la plus importante des régions de France : une famille avec enfant(s) de moins de 25 ans sur deux est une famille monoparentale (49,8 %) ; elle est suivie de la Guadeloupe (46,9 %), de la Guyane (43,8 %) et de La Réunion (34,1 %). À titre de comparaison, la région qui arrive en cinquième position, la Corse, présente une proportion de 26,3 %.

7

Le rapport entre le taux de fécondité des femmes de 12-17 ans dans les quatre Dom et celui de l'Hexagone, en 2005-2011.

¹³ L'âge des mères à la maternité a un impact important sur leur santé et celle de leur(s) enfant(s). En effet, les naissances intervenant à l'adolescence entraînent souvent une précarisation de la mère et de son enfant ainsi qu'une augmentation des risques de naissances de faible poids, de mortalité infantile et de naissances prématurées.

29,7 %



La part de jeunes de 20-29 ans sortis du système scolaire pas ou peu diplômés dans les quatre Dom en 2009, contre 12,7 % dans l'Hexagone.

La part des jeunes pas ou peu diplômés plus de deux fois plus élevée dans les quatre Dom...

Le niveau de diplôme des jeunes dans les quatre départements d'outre-mer est moindre que celui de l'Hexagone. Ainsi, au recensement de 2009, la part de jeunes de 20-29 ans sortis du système scolaire pas ou peu diplômés est plus de deux fois plus importante dans les quatre Dom (29,7 %) qu'en France hexagonale (12,7 %) et la part de jeunes ayant un Bac+2 ou plus est près de deux fois plus faible (respectivement 18,9 % et 34,8 %). La Guyane est particulièrement concernée, avec 52,4 % de jeunes de 20-29 ans pas ou peu diplômés (et seulement 13,1 % titulaires d'un diplôme supérieur ou égal à Bac+2). De manière plus générale, les quatre départements ultramarins enregistrent les plus forts pourcentages de jeunes pas ou peu diplômés et les plus faibles de diplômés (Bac+2 ou plus) des régions françaises.

Allant dans le même sens, la part de jeunes de 18-24 ans scolarisés est plus faible pour les quatre Dom (41,1 %) que pour la France hexagonale (51,8 %), et notamment en Guyane (35,9 %) et à La Réunion (36,7 %). Les deux autres départements ultramarins se situent à un niveau intermédiaire en regard des régions françaises (48,2 % pour la Guadeloupe et 48,6 % pour la Martinique).

...et le taux de chômage près de trois fois plus important que dans l'Hexagone

Concernant l'emploi et l'activité des personnes, les quatre départements d'outre-mer se caractérisent par un taux

d'activité moindre que celui observé dans l'Hexagone. Ainsi, au recensement de 2009, le taux standardisé sur l'âge et le sexe des personnes inactives de 25-54 ans est plus élevé dans les quatre Dom (17,4 %) que dans l'Hexagone (10,1 %). Ce taux est le plus élevé des régions de France en Guyane (24,6 %), puis à La Réunion (18,9 %). La Guadeloupe est située en quatrième position (15,1 %) et la Martinique en septième (12,9 %).

De même, les départements d'outre-mer sont davantage concernés par le chômage. Ainsi, toujours d'après le recensement de 2009, le taux de chômage est 2,7 fois plus élevé dans les quatre Dom que dans le reste de la France : 30,2 % contre 11,2 % pour l'Hexagone. Les départements ultramarins ont les quatre taux de chômage les plus importants des régions françaises, variant de 33,4 % pour La Réunion à 25,3 % pour la Martinique. À titre de comparaison, la région hexagonale qui arrive en cinquième position, le Languedoc-Roussillon, a un taux de chômage de 15,1 %, soit 10 points de moins que le département ultramarin ayant le taux de chômage le plus faible.

Ce constat vaut également pour les jeunes. Ainsi, dans les quatre Dom, plus d'un jeune actif de 15-24 ans sur deux est au chômage (54,5 %) contre moins d'un sur quatre dans l'Hexagone (23,5 %). Les quatre départements d'outre-mer occupent ainsi les quatre premières places du classement avec un taux qui varie de 56,2 % pour La Réunion à 51,2 % pour la Martinique. À titre de comparaison, près d'un jeune sur trois est au chômage dans le Nord - Pas-de-Calais, région de l'Hexagone qui a le taux de chômage le plus élevé pour cette classe d'âge et moins d'un jeune sur cinq dans les régions où il est le plus faible (ouest de l'Hexagone).

Les quatre Dom ont les plus fortes parts d'employés parmi la population active occupée

Parmi les personnes actives ayant un emploi, en France au recensement de 2009, les employés sont les plus représentés (28,4 %), suivis des professions intermédiaires (25,0 %) et des ouvriers (22,3 %). La part des cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés est de 16,2 %, celle des artisans, commerçants et chefs d'entreprise de 6,1 % et celle des agriculteurs exploitants de 1,9 %. Au niveau des quatre Dom, cette hiérarchisation est globalement retrouvée, mais suivant des pourcentages qui varient sensiblement, et avec quelques spécificités entre les départements ultramarins. Ainsi, la part d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise est plus importante dans les Dom (9,1 %) qu'au niveau national, et notamment en Guyane (12,0 %, proportion la plus importante des régions de France) et en Guadeloupe (10,7 %, deuxième proportion la plus élevée). De même, la part d'employés parmi les actifs occupés est plus élevée dans les départements ultramarins, avec la Martinique, La Réunion et la Guadeloupe qui enregistrent les trois pourcentages les plus élevés des régions françaises quasiment à égalité (compris entre 34,4 % et 34,8 %) ; la Guyane occupe la sixième place (30,8 %). À l'inverse, la part d'actifs occupés cadres ou de professions intellectuelles supérieures est moins élevée dans les quatre Dom : 10,5 % ; elle varie d'un peu plus de 10 % en Guadeloupe (10,2 %), à La Réunion (10,3 %) et à la

Martinique (10,7 %) à 11,5 % en Guyane. Les trois premiers départements ultramarins sont situés parmi les cinq taux les plus faibles des régions françaises (les deux premiers enregistrent même les deux taux les plus faibles) et le quatrième Dom se situe en milieu de classement.

Davantage de foyers fiscaux non imposés dans les quatre Dom que dans l'Hexagone...

Les départements d'outre-mer se démarquent de la situation de l'Hexagone en regard de la part de foyers fiscaux non imposés, avec une proportion beaucoup plus importante (71,7 % de foyers fiscaux non imposés sur le revenu de 2009) que dans le reste de la France (45,7 %), proportion variant entre 69,2 % pour la Martinique et 72,9 % pour La Réunion. À titre de comparaison, pour les régions de l'Hexagone, elle varie entre 36,7 % en Île-de-France et 53,3 % dans le Nord - Pas-de-Calais.

...et les taux d'allocataires de prestations sociales y sont plus élevés

Les caractéristiques sociales de la population peuvent également être abordées à travers les données de prestations sociales. Les indicateurs calculés à partir des données de la Cnaf et de la CCMSA¹⁴ au 31 décembre 2011, montrent que les allocataires de prestations sociales sont plus nombreux en regard de la population dans les départements d'outre-mer que les régions de l'Hexagone, ce qui se caractérise par des taux d'allocataires plus importants pour les quatre Dom (70,2 %) que dans l'Hexagone (42,9 %).

De plus, la part des allocataires dépendant d'au moins 50 % des prestations sociales est également plus élevée dans les Dom (59,0 % contre 29,7 % dans le reste de la France). Pour ces deux indicateurs, les départements ultramarins présentent les valeurs les plus importantes des régions de France. Ainsi, si aucune région n'a un taux d'allocataires atteignant les 50 % dans l'Hexagone, les taux varient, dans les quatre Dom, de près de 60 % en Martinique à plus de 80 % à La Réunion. De même, la part d'allocataires dépendant d'au moins 50 % des prestations est comprise entre 57,2 % à La Réunion et 65,7 % en Guyane alors que la part la plus élevée dans les régions de l'Hexagone est de 35,3 % dans le Nord - Pas-de-Calais.

26

Le nombre de points d'écart entre la part de foyers fiscaux non imposés sur les revenus de 2009 des quatre Dom et celle de l'Hexagone (respectivement 71,7 % et 45,7 %).

¹⁴ Si dans les départements d'outre-mer, c'est la Caisse générale de sécurité sociale (CGSS) qui produit toutes les données, celles de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) ont été utilisées pour offrir une comparaison valide entre le niveau national, les régions de l'Hexagone et les départements ultramarins.

24,5 %



La part de ménages percevant le RSA socle au 31 décembre 2011 dans l'ensemble des quatre Dom contre 4,4 % dans l'Hexagone.

Une situation parfois contrastée entre les quatre Dom pour certaines allocations

Un constat analogue à celui observé pour l'ensemble des allocataires se retrouve plus spécifiquement pour les allocataires du revenu de solidarité active (RSA) : un quart des ménages perçoit le RSA socle seul dans les Dom (24,5 %) contre moins d'un sur vingt dans l'Hexagone (4,4 %) et une famille monoparentale avec enfant(s) de moins de 25 ans sur dix (10,2 %) perçoit le RSA majoré contre moins de 3 % dans le reste de la France au 31 décembre 2011.

Concernant les allocations relatives au handicap, la situation est plus contrastée entre les départements d'outre-mer au 31 décembre 2011.

Ainsi, si globalement le taux de personnes de moins de 20 ans percevant l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) est proche dans les quatre Dom (1,3 %) et la France hexagonale (1,2 %), la Guyane se distingue avec une valeur moins importante (0,9 %, à savoir le plus faible taux des régions françaises). Pour les trois autres départements ultramarins, les taux d'allocataires de l'AEEH sont relativement voisins ; compris entre 1,3 % et 1,5 %, soit les sixième et neuvième valeurs les plus importantes des régions de France.

Le taux de personnes de 20-59 ans percevant l'allocation aux adultes handicapés (AAH) est de 3,2 % pour les quatre Dom contre 2,8 % pour le reste de la France. Ce taux est le plus faible des régions françaises pour la Guyane (1,5 %), tandis que la Guadeloupe (3,8 %) et la Martinique (3,7 %) présentent les deuxième et troisième taux les plus importants ; La Réunion se situe quant à elle à la 18^e place avec un taux de 3,0 %.

Un constat analogue est relevé pour les allocations logement. En effet, si globalement le taux d'allocataires ayant droit à une allocation logement est plus important dans les quatre Dom que dans l'Hexagone (29,1 % contre 22,9 %), des disparités sont relevées entre les départements ultramarins. Ainsi, La Réunion présente le taux le plus important des régions de France (36,4 %) et la Guadeloupe le quatrième (24,7 %). À l'inverse, la Guyane présente le troisième taux le plus faible (20,7 %). Quant à la Martinique, elle occupe une situation intermédiaire avec le neuvième taux le plus élevé (23,7 %, soit seulement un point d'écart avec le voisin antillais).

Une part plus importante de résidences sans confort dans les quatre Dom que dans l'Hexagone

En France, même si le confort de base des résidences principales continue de s'améliorer, il existe encore en 2009, 241 500 résidences principales dites « sans confort » (c'est-à-dire ne possédant ni douche, ni baignoire), soit 0,9 % des résidences. Dans les départements d'outre-mer, cette proportion est plus importante (3,8 %, soit un peu plus de 25 000 résidences principales sans confort).

La Guyane est particulièrement concernée, avec une résidence principale sur cinq qui ne possède ni douche, ni baignoire (20,4 %). Les trois autres départements ultramarins présentent les trois autres parts les plus importantes des régions de France mais avec des valeurs sans commune mesure avec la Guyane : 2,7 % pour la Guadeloupe, 1,9 % pour la Martinique et 1,8 % pour La Réunion.

+ Point méthodologique

Indicateurs utilisés pour effectuer les typologies

Les typologies « Population et conditions de vie » réalisées au niveau des bassins de vie, d'une part, et des cantons, d'autre part, reposent sur les mêmes quatorze indicateurs :

- part de personnes de 75 ans ou plus dans la population (Insee ; RP 2009),
- taux de fécondité des femmes de 12-17 ans (Insee ; 2005-2011),
- part des familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans (Insee ; RP 2009),
- part des cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés (Insee ; RP 2009),
- part de jeunes de 20-29 ans pas ou peu diplômés¹⁵ sortis du système scolaire (Insee ; RP 2009),
- taux de chômage¹⁶ (Insee ; RP 2009),
- taux standardisé¹⁷ des inactifs de 25-54 ans (Insee ; RP 2009),
- part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu (Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP ; revenus 2009),
- taux d'allocataires (Cnaf, Insee ; 31 décembre 2011),
- part d'allocataires dépendant de 50 % à 100 % des prestations (Cnaf ; 31 décembre 2011),
- taux d'allocataires du RSA socle seul (Cnaf, Insee ; 31 décembre 2011),
- taux d'allocataires ayant droit à une allocation logement (Cnaf, Insee ; 31 décembre 2011),
- taux d'allocataires de l'AAH (Cnaf, Insee ; 31 décembre 2011),
- part de résidences principales sans confort (Insee ; RP 2009).

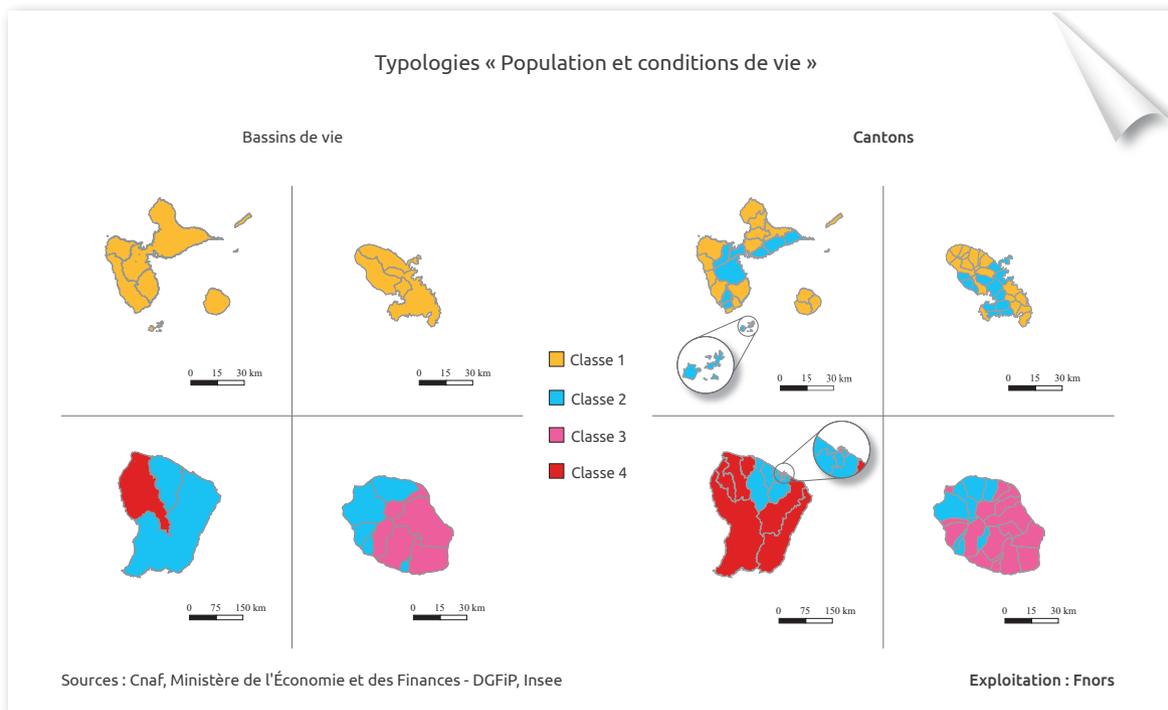
Ces indicateurs permettent d'aborder des thématiques variées à savoir : démographie, personnes âgées, enfance et familles, emploi, fragilité professionnelle et revenu, éducation et scolarité, prestations sociales, logement et personnes handicapées. Ils ont été sélectionnés parmi quarante indicateurs de façon à couvrir le maximum de champs étudiés et à avoir une non-redondance de l'information. Les indicateurs non retenus dans la construction de la typologie ont été utilisés pour la description des classes obtenues, c'est pourquoi des indicateurs non présents dans la liste ci-dessus peuvent être mentionnés dans les commentaires.

¹⁵ Jeunes sortis du système scolaire sans diplôme ou uniquement avec le certificat d'études primaires.

¹⁶ Les chômeurs au sens du recensement de la population sont les personnes qui se sont déclarées chômeuses (inscrites ou non à Pôle Emploi), sauf si elles ont mentionné explicitement ne pas rechercher de travail et celles qui ne se sont déclarées spontanément ni en emploi, ni en chômage, mais qui ont néanmoins affirmé rechercher un emploi.

¹⁷ La standardisation est effectuée sur l'âge et le sexe en considérant des tranches d'âges décennales (25-34 ans, 35-44 ans et 45-54 ans). La population de référence est celle de la France entière au RP 2009.

Typologies « Population et conditions de vie »



La Guadeloupe et la Martinique, relativement proches d'un point de vue géographique, présentent des caractéristiques socio-démographiques voisines. Les bassins de vie de ces deux départements sont regroupés dans la même classe (classe 1). Cette classe a des caractéristiques sociales pouvant être qualifiées « d'intermédiaires » et des caractéristiques démographiques plus spécifiques. Les trois autres classes qui ressortent de la typologie réalisée pour ce niveau géographique, sont constituées pour l'une, d'un bassin de vie de la Guyane (classe 4), pour l'autre, uniquement des bassins de vie de La Réunion (classe 2), pour la dernière, des bassins de vie de la Guyane et de La Réunion (classe 3) et enfin, de manière encore un peu plus marquée, la quatrième sont caractérisées par une situation sociale moins favorable. La typologie réalisée au niveau des cantons permet d'affiner ce constat, avec une classe qui est représentée sur les quatre départements d'outre-mer (classe 2). Si cette deuxième classe est marquée par une situation moyenne au niveau des bassins de vie, l'analyse cantonale met en exergue les zones géographiques présentant les caractéristiques sociales les plus favorables.

Classe 1

À l'échelle des bassins de vie, la classe 1, totalisant 798 000 habitants, recouvre l'ensemble de la Guadeloupe et de la Martinique (soit neuf bassins de vie).

Pour l'analyse cantonale, la classe 1 regroupe dix-sept cantons de Guadeloupe et dix-huit de Martinique (totalisant 457 000 habitants), représentant respectivement 60 % et 55 % de la population de ces départements. Quel que soit le niveau géographique d'analyse, ni la Guyane, ni La Réunion ne sont représentées dans cette classe.

Les bassins de vie de cette classe se caractérisent par une population plus âgée au regard de la situation des quatre Dom, mais qui reste plus jeune que celle observée dans les bassins de vie de l'Hexagone. Ainsi, en regard du niveau national, les bassins de vie de cette classe ont les parts de jeunes de moins de 25 ans les plus importantes (situés entre les 22^e et 258^e places les plus élevées des 1 666 bassins de vie de France, soit dans le premier quartile) et les plus faibles pour les personnes âgées de 75 ans ou plus (entre la 1 254^e et la 1 630^e, soit dans le dernier quartile). Grand-Bourg (Marie-Galante) fait exception, avec une part de personnes de moins de 25 ans moindre (la 926^e la plus forte) et plus élevée pour les 75 ans ou plus (803^e).

Les bassins de vie guadeloupéens et martiniquais sont marqués par une croissance moindre de la population, voire une décroissance, notamment pour les moins de 25 ans. Ainsi, seuls deux des neuf bassins de vie de cette classe, tous les deux martiniquais, ont vu le nombre de personnes de moins de 25 ans augmenter entre les recensements de 1999 et de 2009 ; pour les sept autres, ce nombre a diminué. De plus, pour ces deux bassins de vie, l'augmentation observée a tendance à être moins conséquente que celle des bassins de vie de La Réunion et de la Guyane. Comparativement aux bassins de vie de France, ceux de cette classe font partie du tiers qui présente le plus faible taux d'accroissement de la population des moins de 25 ans.

Les bassins de vie de cette classe sont également marqués par une fécondité moindre comparativement à la situation globale des quatre Dom, mais plus élevée que les autres bassins de vie de France. Ainsi, six des neuf bassins de vie de cette classe sont situés dans le premier tiers présentant l'indice de fécondité le plus élevé des bassins de vie de France (voire dans le premier quartile pour certains) ; les trois autres (localisés en Martinique) occupent le dernier tiers.

Concernant la fécondité des femmes mineures, les taux sont globalement moindres que ceux des bassins de vie de la Guyane et de La Réunion. Ils demeurent néanmoins nettement plus importants que ceux des bassins de vie du reste de la France (il existe quelques bassins de vie de l'Hexagone qui présentent un taux de fécondité de femmes mineures plus élevé que ceux de cette classe). Ainsi, les neuf bassins de vie de cette classe sont situés entre les treizième et 39^e places des taux de fécondité de femmes de 12-17 ans les plus importants des 1 666 bassins de vie du pays.

Si globalement la part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans est plus importante dans les quatre Dom que dans l'Hexagone, celle-ci est encore plus élevée pour les neuf bassins de vie de la Guadeloupe et de la Martinique. Ainsi, ils se situent tous parmi les dix parts les plus élevées de l'ensemble des bassins de vie de France (Saint-Laurent-du-Maroni, en Guyane et appartenant à la classe 4, s'insérant dans ce groupe avec la huitième part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans la plus importante).

Toujours concernant les personnes isolées, cette classe est également marquée par une part plus importante de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules à domicile que dans les autres bassins de vie ultramarins. Par contre, au regard de la situation nationale, la situation des bassins de vie de cette classe est très hétérogène : trois (localisés en Guadeloupe) présentent une part de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules à domicile située dans le premier tiers des valeurs les plus élevées des bassins de vie de France, trois autres sont dans le deuxième tiers (deux en Guadeloupe et un en Martinique), et les trois autres dans le dernier tiers (tous situés en Martinique).

L'analyse réalisée au niveau des cantons permet de mettre en exergue les zones géographiques de Guadeloupe et de Martinique où les caractéristiques mentionnées ci-dessus sont les plus marquées. Des spécificités supplémentaires ressortent de cette analyse cantonale. Ainsi, les taux d'allocataires de l'AAH et de l'AAEH ont tendance à être plus importants pour les cantons appartenant à cette classe que pour ceux des trois autres classes. De même, la part d'actifs occupés ouvriers est également plus élevée pour les cantons de cette classe, à l'inverse de celles de cadres et professions intellectuelles supérieures, et de professions intermédiaires qui y sont plus faibles.

Classe 2

À l'échelle des bassins de vie, la classe 2, totalisant 605 000 habitants, compte sept bassins de vie : deux sur les trois de Guyane et la moitié des dix bassins de vie de La Réunion (regroupant respectivement 72 % et 54 % de la population de ces départements).

Pour l'analyse réalisée au niveau des cantons, la classe 2 est la seule qui soit composée d'entités des quatre départements ultramarins avec des proportions voisines en termes de population au niveau de chacun d'entre eux, à savoir : neuf cantons de Guadeloupe, sept cantons de Guyane, douze cantons de Martinique et sept cantons de La Réunion, soit respectivement 40 %, 39 %, 45 % et 42 % de la population de chacun des départements (pour un total de 768 000 habitants).

Les bassins de vie de cette classe présentent de manière générale des caractéristiques plutôt intermédiaires au regard de la situation des quatre Dom, même si quelques spécificités sont à noter.

Ainsi, les parts d'actifs occupés de cadres et professions intellectuelles supérieures, et de professions intermédiaires ont tendance à y être plus élevées que celles des bassins de vie des trois autres classes. De façon plus générale, les proportions de cadres et professions intellectuelles supérieures sont plus importantes que celles des bassins de vie de l'ensemble du pays. En effet, la majorité des bassins de vie de cette classe est située dans le premier quartile des proportions les plus élevées des bassins de vie de France. Concernant la proportion de professions intermédiaires, ces bassins de vie sont plus souvent situés dans la première moitié du classement.

À l'inverse, la part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans a tendance à y être plus faible en regard de la situation au sein des quatre Dom. Cependant, vis-à-vis de la situation nationale, les bassins de vie de cette classe présentent des parts très élevées. En effet, mis à part deux bassins de vie présentant quand même les 165^e et 85^e parts de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans les plus importantes des 1 666 bassins de vie de France, les cinq autres se classent dans les 40 parts les plus élevées.

Au niveau de la situation infra-Dom, les taux d'allocataires de l'AAH des bassins de vie de cette classe ont tendance à être plus faibles. Ceci est également vrai en regard de la situation nationale pour les bassins de vie de Guyane. Pour ceux de La Réunion, les taux d'allocataires de l'AAH sont dans une situation intermédiaire par rapport à ceux de l'ensemble des bassins de vie de France.

Concernant la part d'allocataires dépendant d'au moins 50 % des prestations sociales, les bassins de vie de cette classe enregistrent des proportions plus faibles par rapport aux autres bassins de vie ultramarins. Ils présentent, cependant, des proportions parmi les plus importantes des bassins de vie de l'ensemble du pays. La proportion la plus faible observée pour cette classe est située à la 26^e place des proportions les plus importantes des bassins de vie de France.

Outre les zones de Guyane et de La Réunion mises en avant à travers l'analyse réalisée à l'échelle des bassins de vie, celle menée sur les cantons met en exergue des zones géographiques de Guadeloupe et de Martinique où les caractéristiques mentionnées ci-dessus sont plus spécifiquement marquées. Si l'indicateur relatif à la part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans n'est pas distinctif de cette classe au niveau cantonal, quelques spécificités supplémentaires ressortent néanmoins. Ainsi, les cantons de cette classe se distinguent, par une proportion plus élevée de jeunes de 20-29 ans sortis du système scolaire avec un Bac+2 ou plus et une part plus importante de personnes en âge de travailler (25-59 ans). De façon opposée, les proportions de foyers fiscaux non imposés sur le revenu, de personnes de 25-54 ans ayant un emploi précaire et le taux de chômage ont tendance à y être plus faibles.

En résumé, les cantons de cette classe présentent les caractéristiques sociales les plus favorables comparativement à la situation de l'ensemble des départements ultramarins.

Classe 3

La classe 3, totalisant 373 000 habitants, regroupe cinq bassins de vie, tous situés à La Réunion, soit 46 % de la population de l'île de l'océan Indien.

Au niveau des cantons, outre plus des deux tiers de ceux de La Réunion (seize des vingt-trois), cette classe compte également un canton de Guyane (celui du chef-lieu régional), soit respectivement 58 % et 25 % de la population de chacun de ces départements (pour un total de 534 000 habitants).

Les bassins de vie de cette classe ont des taux d'allocataires (toutes allocations, et plus spécifiquement le RSA socle et les allocations logements) qui ont tendance à être plus élevés que ceux retrouvés dans les autres bassins de vie ultramarins, et plus généralement des bassins de vie France hexagonale. Ainsi, les cinq bassins de vie de cette classe sont ceux qui comptent les cinq taux d'allocataires les plus importants ; ils se retrouvent parmi les six taux les plus élevés pour le RSA socle et les dix taux les plus élevés pour les allocations logement.

Au regard de la situation des départements d'outre-mer, parmi les actifs ayant un emploi, les parts des employés et, de manière moindre, des ouvriers ont tendance à être plus importantes dans les bassins de vie de cette classe. À l'inverse, celles de cadres et professions intellectuelles supérieures, et de professions intermédiaires y sont plus faibles.

Comparativement au niveau national, et toujours concernant les actifs occupés, les bassins de vie de cette classe enregistrent d'ailleurs les proportions d'employés les plus importantes des bassins de vie de France (comprises entre la troisième et la 54^e places des 1 666 bassins de vie de France). Pour celles des ouvriers, ils sont dans une situation intermédiaire (se classent entre les 770^e et 1 340^e proportions les plus élevées). Enfin, pour celles des cadres et professions intellectuelles supérieures et des professions intermédiaires, exception faite de Saint-Pierre à La Réunion situé en milieu de classement, les bassins de vie de cette classe présentent les proportions les plus faibles des bassins de vie de France (au mieux la 1 200^e proportion la plus importante).

Les taux de chômage observés dans les bassins de vie composant cette classe ont tendance à être plus élevés que ceux des autres bassins de vie des quatre Dom, mais plus largement à ceux de l'ensemble du pays. Ainsi, les cinq entités de cette classe sont situées entre la deuxième et la huitième places des taux de chômage les plus importants des 1 666 bassins de vie de France. Le constat est analogue pour la part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu (les cinq entités de cette classe sont situées entre la deuxième et la douzième places des bassins de vie de France).

Au niveau des cantons, l'analyse permet d'affiner les constats observés au niveau des bassins de vie, et de mettre en relief quelques spécificités supplémentaires. Elle fait notamment ressortir le canton du chef-lieu de la Guyane, Cayenne, qui présente des caractéristiques comparables à celles observées dans une partie des cantons de La Réunion. Outre les particularités mentionnées ci-dessus, les cantons de cette classe se distinguent de ceux de l'ensemble des quatre Dom par des proportions plus faibles de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans et de personnes âgées de 60 ans ou plus. À l'inverse, il est relevé une part plus importante de personnes de moins de 25 ans.

Classe 4

Au niveau des bassins de vie, la classe 4, totalisant près de 63 000 habitants, regroupe un unique bassin de vie de Guyane, Saint-Laurent-du-Maroni, soit 28 % de la population guyanaise.

Au niveau des cantons, la classe 4 regroupe six cantons de Guyane, soit 79 000 habitants représentant 35 % de la population du département.

Le bassin de vie de cette classe est marqué par un fort accroissement de la population entre 1999 et 2009 (deuxième taux le plus important des bassins de vie de France), une part importante de jeunes de moins de 25 ans (proportion la plus importante des bassins de vie de France avec 60,9 %). De façon inverse, les proportions les plus faibles de personnes de 60-74 ans et de personnes de 75 ans ou plus y sont retrouvées.

La fécondité est également très élevée dans ce bassin de vie qui connaît le plus fort indice conjoncturel de fécondité des bassins de vie de France (4,7 enfants par femme) et le plus fort taux de fécondité des femmes mineures (53,1 pour 1 000 femmes de 12-17 ans, le deuxième taux le plus important étant moitié plus faible).

Saint-Laurent-du-Maroni est également caractérisé par une proportion importante d'artisans, commerçants et chefs d'entreprise parmi les actifs occupés, à savoir la plus importante des bassins de vie ultramarins et la cinquième plus importante des bassins de vie de France.

Concernant la part des employés ayant un emploi, si globalement les quatre Dom présentent des proportions relativement importantes en regard de la situation nationale, ce bassin de vie se situe dans une position plus intermédiaire.

Ce bassin de vie présente également des caractéristiques sociales très défavorables au vu des indicateurs relatifs à l'emploi, à l'enseignement et à l'éducation, aux revenus et aux prestations sociales.

Ainsi, le taux de chômage y est très important : 47,6 %. Ce taux atteint même 66,1 % chez les jeunes de 15-24 ans. Ces

deux taux sont les plus importants des bassins de vie de France.

Le taux standardisé des inactifs de 25-54 ans est également le plus important des bassins de vie de France.

De même, la part d'actifs de 25-54 ans ayant un emploi précaire y est élevée (sixième proportion la plus importante des bassins de vie de France et la plus importante de ceux des quatre Dom).

Concernant l'enseignement et l'éducation des jeunes, en regard de la situation nationale, ce bassin de vie présente un faible niveau de scolarisation. Ainsi, il enregistre la proportion la plus importante de jeunes de 20-29 ans sortis du système scolaire pas ou peu diplômés des bassins de vie de France et la plus faible pour ceux ayant un Bac+2 ou plus. La part de jeunes de 18-24 ans scolarisés se retrouve également parmi les plus faibles des bassins de vie de France (1 617^e).

La part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu dans ce bassin de vie y est également la plus importante de celles des bassins de vie de France.

Concernant les indicateurs de prestations sociales, Saint-Laurent-du-Maroni présente la part la plus importante d'allocataires dépendant d'au moins 50 % des prestations sociales des bassins de vie de France. Par contre, les taux d'allocataires de l'AAH et de l'AEEH, y sont, à l'inverse, relativement faibles, de même que le taux d'allocataires ayant droit à une allocation logement.

Enfin, ce bassin de vie est caractérisé par une part importante de logements sans confort : plus de la moitié des résidences principales n'a ni douche, ni baignoire (54,6 %). Il s'agit de la proportion la plus importante des bassins de vie de France, la deuxième proportion la plus importante étant plus de 4,5 fois moindre que celle-ci.

Des caractéristiques similaires ressortent de l'analyse menée au niveau des cantons, ceux de cette classe couvrant une superficie importante en Guyane.

Professionnels
de
santé



Contexte général¹⁸

La Réunion ne se trouve pas dans la même situation que les trois autres Dom quant à la densité des médecins généralistes, qu'ils soient libéraux ou salariés. En effet, cette région est la seule à avoir une densité au niveau de la moyenne nationale, les trois autres se situant en deçà. Les quatre Dom ne sont pas homogènes non plus en regard de la pyramide des âges de ces professionnels de santé, la Martinique étant le seul département ultramarin à avoir une part de médecins âgés de 55 ans ou plus supérieure à la moyenne nationale. Pour les spécialistes qu'ils exercent en secteur libéral ou qu'ils soient salariés, tous les départements sont très mal placés en regard de la moyenne nationale et, hormis La Réunion, ils comptent une part importante de 55 ans ou plus. Concernant les chirurgiens-dentistes libéraux, la situation des quatre Dom est voisine de celle de leurs homologues médecins, La Réunion présentant une densité voisine de celle de l'ensemble du pays et les trois autres ayant une densité moindre. Toutefois, contrairement aux médecins, la pyramide des âges de ces professionnels est proche de la situation nationale, quel que soit le département ultramarin. Pour les infirmiers libéraux, la situation dans les Dom est meilleure que pour les autres professionnels de santé puisque trois départements ont une densité supérieure à celle du niveau national, la Guyane faisant exception avec une densité moindre. Pour les masseurs-kinésithérapeutes, la situation est plus contrastée au sein des quatre Dom avec, d'un côté, la Guyane qui présente la densité la plus faible des régions de France et, de l'autre, La Réunion l'une des plus fortes. Quant aux Antilles françaises, les deux départements se situent au niveau de la densité nationale.

Des quatre Dom, trois ont les densités de médecins généralistes libéraux les plus faibles

Concernant les médecins généralistes libéraux, la densité pour trois des quatre départements d'outre-mer est très inférieure à la moyenne nationale (96 pour 100 000 habitants en France entière) : de l'ordre de -20 % en Guadeloupe et Martinique (avec près de 300 médecins dans chacun de ces deux départements) et sous la barre des -50 % en Guyane (moins d'une centaine de médecins). Cela les situe aux trois derniers rangs des régions de France de par leur faible densité. La Réunion, en revanche, avec 800 médecins généralistes libéraux, présente une densité pour ces professionnels de santé au niveau de la moyenne nationale.

Compte tenu de la jeunesse de la population, en ne calculant la densité que par rapport aux seules personnes

âgées de 60 ans ou plus (celles qui ont plus fréquemment recours à ce professionnel), le classement est un peu différent. Les deux départements des Antilles se retrouvent toujours en dessous de la moyenne nationale (430 pour 100 000 habitants âgés de 60 ans ou plus) mais avec un différentiel moindre (de l'ordre de -10 %) que celui obtenu en considérant l'ensemble de la population pour le calcul de densité. Les deux autres départements ultramarins sont par contre les deux régions françaises qui connaissent les deux plus fortes densités. La situation très atypique de la Guyane en regard de sa pyramide des âges révèle une situation paradoxale : plus faible densité des régions françaises tous âges et deuxième plus forte en considérant les seuls 60 ans ou plus, montrant ainsi la fragilité de ce second indicateur compte tenu de la structure démographique et des problèmes de santé rencontrés par cette population¹⁹.

¹⁸ La situation de deux professionnels de santé libéraux (médecins généralistes et chirurgiens-dentistes) est approchée à travers deux sources d'information : le fichier RPPS permettant de calculer la densité et la part de professionnels de santé de 55 ans ou plus et le fichier de l'Assurance maladie pour la densité et le secteur conventionnel d'exercice. Trois autres catégories de professionnels de santé (médecins spécialistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes) voient leur densité calculée par l'une ou l'autre des sources (respectivement RPPS pour la première et les données du Sniram pour les deux autres).

¹⁹ Cf. le chapitre « État de santé ».

50 %



La part de médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans ou plus franchie en Martinique, et, pour ce Dom, la Guadeloupe et la Guyane, la part de spécialistes libéraux de la même tranche d'âge.

Plus d'un médecin généraliste libéral sur deux âgé d'au moins 55 ans en Martinique

En ne retenant que les médecins généralistes salariés, le classement de la densité (calculée par rapport à l'ensemble de la population) est globalement très proche de celui des libéraux, avec les départements des Antilles et de la Guyane mal placés et La Réunion qui se retrouve au niveau de la moyenne nationale (57 pour 100 000 habitants).

Concernant l'âge des médecins généralistes libéraux, les départements ultramarins ne sont pas non plus homogènes entre eux. Ainsi, si trois présentent un pourcentage de médecins âgés de 55 ans ou plus en dessous de la moyenne nationale (47 % en France entière contre 43 % pour la Guadeloupe et la Guyane et moins de 40 % pour La Réunion -première région française pour le poids peu important de ce groupe d'âge-), la Martinique franchit la barre d'un libéral sur deux qui appartient à cette classe d'âge, soit le pourcentage le plus élevé des régions françaises après celui de l'Île-de-France.

Enfin pour ce qui concerne le mode d'exercice, les médecins généralistes libéraux exerçant en honoraires libres sont peu nombreux dans les départements ultramarins : allant de 5 % en Guadeloupe à 1 % en Guyane et à La Réunion. Ces pourcentages sont à comparer aux 11 % de la moyenne hexagonale, à ce niveau du fait des trois régions les plus peuplées (Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes) qui présentent des valeurs élevées.

Les quatre Dom enregistrent les densités de médecins spécialistes les plus faibles des régions françaises...

Concernant les médecins spécialistes, qu'ils exercent en secteur libéral ou qu'ils soient salariés, les quatre départements ultramarins se situent parmi les cinq régions présentant les plus faibles densités²⁰.

La densité en regard de la population des personnes de 60 ans ou plus rend plus hétérogènes les départements ultramarins, renvoyant au constat fait pour les généralistes de la fragilité de cet indicateur, tout particulièrement en Guyane. Les densités sur l'ensemble du pays des médecins spécialistes libéraux et salariés sont respectivement de 89 et 163 pour 100 000 habitants. En termes d'effectifs, des différences importantes sont relevées : 50 en Guyane et plus de 460 à La Réunion, la Martinique en comptant moins de 190 et la Guadeloupe près de 240 pour les libéraux (respectivement 155, 953, 470 et 447 pour les salariés).

...et une part importante de médecins spécialistes libéraux âgés de 55 ans ou plus

Concernant l'âge des médecins spécialistes libéraux, trois des quatre départements ultramarins ont un pourcentage au-dessus de 55 % quant à l'appartenance au groupe des 55 ans ou plus : Guadeloupe, Martinique et surtout la Guyane avec 70 % des spécialistes libéraux appartenant à ce groupe d'âge²¹. Seule, l'Île-de-France dans l'Hexagone compte un pourcentage plus élevé que les deux départements des Antilles.

²⁰ Seule la Picardie s'insère au sein des départements d'outre-mer.

²¹ Le pourcentage est de 47,4 % à La Réunion.

À l'instar du constat fait pour les médecins, une densité de chirurgiens-dentistes libéraux plus faibles aux Antilles et en Guyane...

Le classement des densités de chirurgiens-dentistes libéraux est voisin de celui observé pour les médecins généralistes libéraux avec, d'un côté, les régions des Antilles (autour de 36 pour 100 000 habitants) et de la Guyane (22,7) qui enregistrent des valeurs bien inférieures à celle du niveau national (56,9 pour 100 000 habitants en France entière) et, de l'autre côté, La Réunion qui a une densité (50,1) assez proche de celle de l'ensemble du pays. En considérant la densité calculée avec les seules personnes de 60 ans ou plus, la Guyane, avec une cinquantaine de chirurgiens-dentistes, et La Réunion, dont le nombre dépasse les 400, présentent les deux plus fortes densités des régions françaises. Ainsi, la même situation paradoxale que pour les médecins est retrouvée en Guyane : plus faible densité des régions françaises tous âges et deuxième plus forte pour les seuls 60 ans ou plus. En termes d'effectifs, les deux départements des Antilles en comptent l'un et l'autre un peu moins de 150.

...mais une part de chirurgiens-dentistes âgés de 55 ans ou plus proche de la moyenne nationale pour les quatre Dom

Concernant la part de chirurgiens-dentistes âgés de 55 ans ou plus, l'amplitude entre les départements ultramarins est moindre que celle observée entre les régions de

l'Hexagone : pourcentages compris entre 30 % à La Réunion et 37 % en Guyane, finalement peu éloignés de la moyenne française de 34 %, alors qu'elle passe de moins de 27 % à plus de 41 % dans les régions de France hexagonale.

À l'exception de la Guyane, les densités d'infirmiers libéraux sont plus élevées dans les Dom qu'au niveau national

Concernant les infirmiers libéraux, les départements ultramarins présentent des densités parmi les plus élevées des régions de France lorsque seule la population des 60 ans ou plus est prise en compte²². Mais, la Guyane, mise en exergue précédemment pour les autres professionnels de santé, se retrouve dans la même situation déficitaire pour les infirmiers lorsque la population tous âges est considérée pour le calcul de la densité. Ainsi, cette région est la seule des quatre Dom à présenter une densité d'infirmiers libéraux inférieure à la moyenne nationale lorsque celle-ci fait référence à l'ensemble de la population (102 pour 100 000 habitants en France entière). En termes d'effectifs, c'est la Guyane qui compte le moins de ces professionnels (quelque 170) et La Réunion le plus (avec un effectif de 1 120) ; la Guadeloupe avec 650 infirmiers libéraux et la Martinique avec un peu moins de 800 se retrouvent entre les deux.

Une densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux contrastée entre les départements ultramarins

La démographie des masseurs-kinésithérapeutes libéraux, dans les quatre Dom, est plus contrastée que pour les autres professionnels de santé. Ainsi, si la Guyane avec une cinquantaine de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est la région qui enregistre la densité la plus faible, La Réunion (avec plus de 760 de ces professionnels) a l'une des plus fortes et même la plus importante de toutes les régions françaises en regard des seuls 60 ans ou plus. Les densités de la Guadeloupe et de la Martinique (qui comptent chacune 270 de ces professionnels) sont très proches l'une de l'autre, un peu en dessous de la moyenne nationale tous âges (80 pour 100 000 habitants en France entière), et au niveau de cette moyenne pour les seuls 60 ans ou plus (359 pour 100 000 habitants de 60 ans ou plus).

2,2

Le rapport entre la densité de chirurgiens-dentistes libéraux à La Réunion et celle en Guyane.

²² Dans l'Hexagone, seule la Corse se retrouve parmi les cinq plus fortes densités.

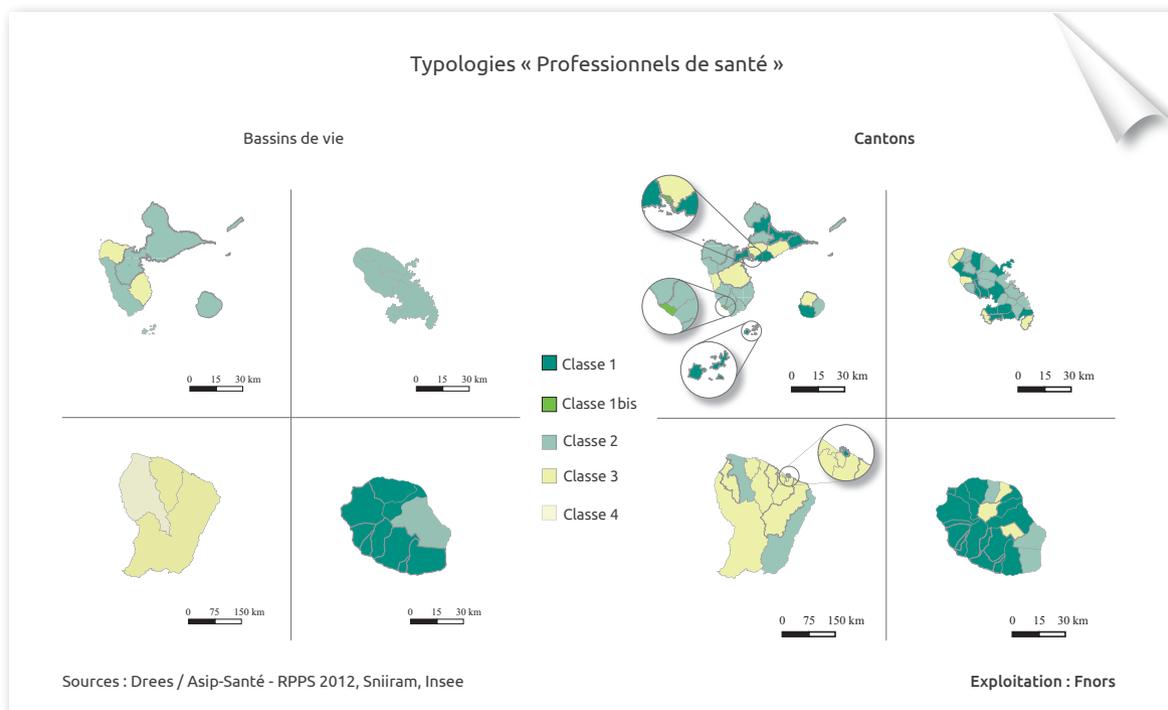
+ Point méthodologique

Indicateurs utilisés pour effectuer les typologies

Les typologies « Professionnels de santé » réalisées au niveau des cantons, d'une part, et des bassins de vie, d'autre part, reposent sur les mêmes indicateurs, à savoir les cinq indicateurs suivants :

- densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants (Drees / Asip-Santé, Insee ; RPPS 2012),
- part de médecins généralistes libéraux de 55 ans ou plus (Drees / Asip-Santé ; RPPS 2012),
- densité de chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants (Drees / Asip-Santé, Insee ; RPPS 2012),
- densité d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants (Sniiram, Insee ; 1^{er} janvier 2011),
- densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants (Sniiram, Insee ; 1^{er} janvier 2011).

Typologies « Professionnels de santé »



Les typologies ayant trait aux professionnels de santé relèvent quelques particularités suivant le niveau géographique étudié. Que ce soit pour les bassins de vie ou les cantons, une typologie en quatre classes est retrouvée. Cependant, si les classes 1, 2 et 3 présentent des caractéristiques proches entre les cantons et les bassins de vie d'une même classe, une classe est propre aux bassins de vie (la classe 4) et une autre aux cantons (la classe 1 bis). La première classe et la classe 1 bis (spécifique à deux cantons guadeloupéens) sont marquées par des densités en professionnels de santé qui ont tendance à être les plus importantes des départements ultramarins ; si, au niveau des bassins de vie, seule La Réunion est représentée, l'analyse cantonale permet de mettre en exergue les zones concernées dans chacun des quatre Dom. La deuxième classe est caractérisée par une situation plus intermédiaire et les troisième et quatrième classes par des densités en professionnels de santé plus faibles, et ce de manière encore plus marquée pour la dernière classe spécifique à un bassin de vie guyanais.

Classes 1 et 1 bis

La classe 1 regroupe neuf des dix bassins de vie réunionnais et totalise 758 000 habitants, soit 93 % de la population de ce département.

Au niveau de l'analyse cantonale, cette classe regroupe trente-six cantons (un peu plus d'un million d'habitants) répartis cette fois sur les quatre Dom, la Guyane restant peu représentée : sept cantons en Guadeloupe (représentant 27 % de la population du département), un en Guyane (8 % de la population), onze en Martinique (56 % de la population) et dix-sept à La Réunion (91 % de la population). Une seconde classe ressort de l'analyse cantonale, notée « classe 1 bis », qui présente des caractéristiques proches de celle notée « classe 1 ». Elle compte deux cantons de Guadeloupe (Basse-Terre et Pointe-à-Pitre) dans lesquels résident 29 000 habitants (7 % de la population guadeloupéenne).

En regard de la situation au sein des départements d'outre-mer, les bassins de vie de cette classe sont marqués par de fortes densités de médecins généralistes, de chirurgiens-dentistes et de masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans le secteur libéral. Ils sont également caractérisés par des proportions moindres de médecins généralistes libéraux ayant 55 ans ou plus.

Cependant, comparativement au niveau national, seuls trois bassins de vie de cette classe enregistrent une densité de médecins généralistes libéraux plus importante que celle observée en France (avoisinant les 105 pour 100 000 habitants à Saint-Leu, Saint-Paul et Saint-Pierre) et, à l'inverse, trois autres présentent une densité inférieure (autour de 85-90 pour 100 000 à L'Étang-Salé, Saint-André et Saint-Joseph ; pour les trois restants, la densité est du même ordre de grandeur que celle observée en France).

Les bassins de vie présentant une densité plus importante de médecins généralistes libéraux sont également ceux qui connaissent des densités plus importantes pour les salariés, mais avec un différentiel plus marqué entre valeurs extrêmes : variant de 90 pour deux bassins de vie à plus de 150 pour celui de Saint-Pierre. Ce dernier est le seul bassin de vie réunionnais à avoir une densité de médecins généralistes salariés supérieure à celle du niveau national. Par ailleurs, si tous les bassins de vie de cette classe présente une part de médecins généralistes libéraux ayant au moins 55 ans inférieure au niveau national, deux sont

plus spécifiquement à mentionner avec une proportion relativement faible : L'Étang-Salé et Saint-Leu, avec un médecin sur quatre dans cette tranche d'âge.

Pour les chirurgiens-dentistes libéraux, si les bassins de vie de cette classe sont ceux qui enregistrent les densités les plus importantes au sein des quatre Dom, ces densités restent inférieures à la valeur nationale, ou, pour quatre d'entre eux, sont à un niveau proche (55 pour 100 000 habitants à L'Étang-Salé, Saint-Leu, Saint-Paul et Saint-Pierre).

Si la part de chirurgiens-dentistes ayant au moins 55 ans est relativement homogène d'un département ultramarin à l'autre, et finalement dans l'ordre de grandeur de la moyenne nationale, la déclinaison par bassin de vie fait ressortir des différences infra-régionales importantes, pouvant aller jusqu'à un facteur trois, voire quatre en termes d'écart entre bassins extrêmes. C'est notamment le cas à La Réunion où le bassin de vie connaissant la plus faible part de chirurgiens-dentistes âgés de 55 ans ou plus (L'Étang-Salé qui est d'ailleurs le bassin de vie présentant le plus faible pourcentage de ceux de l'ensemble des quatre Dom) a une part plus de quatre fois inférieure à celui qui a la part la plus forte (Petite-Île mais avec un faible nombre de professionnels sur ce territoire), et trois fois vis-à-vis de Saint-André et Saint-Denis²³.

Les densités de masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont supérieures à celle observée dans l'ensemble du pays pour quasiment tous les bassins de vie de cette classe, à l'exception de ceux de Saint-André et Saint-Denis.

En outre, quatre bassins de vie (L'Étang-Salé, Saint-Leu, Saint-Paul et Saint-Pierre), connaissent pour les trois professionnels cités ci-dessus les densités qui sont *a minima* au niveau de l'ensemble du pays.

Enfin, pour les infirmiers libéraux, les bassins de vie de cette classe ont une densité plus importante que celle de la France, mais ceci n'est pas spécifique à cette première classe.

Au niveau des cantons, ceux qui composent les classes 1 et 1 bis enregistrent les densités de médecins généralistes, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes libéraux les plus importantes des cantons ultramarins. Ceci est aussi le cas de la densité d'infirmiers libéraux pour les deux cantons de la classe 1 bis.

²³ Il est à souligner que, outre Petite-Île dans cette classe, quatre autres bassins de vie (trois en Guadeloupe et un en Guyane) comptent en termes d'effectifs moins de huit chirurgiens-dentistes libéraux sur leur territoire. Sur ces territoires, un chirurgien-dentiste sur deux a au moins 55 ans, ce qui est de nature à poser de nombreuses difficultés dans les années à venir. De plus, trois bassins de vie sont à mentionner pour avoir un pourcentage de ces professionnels âgés d'au moins 55 ans supérieur à 40 %, tout en en comptant un nombre conséquent : Fort-de-France en Martinique, Saint-André et Saint-Denis à La Réunion.

Classe 2

La classe 2 regroupe huit bassins de vie, trois en Guadeloupe (soit 87 % de la population de ce département), les quatre de Martinique et un à La Réunion (7 % de la population), totalisant 805 000 habitants.

Au niveau cantonal, ce sont trente-deux cantons qui composent cette classe (414 000 habitants), à savoir : douze cantons en Guadeloupe (35 % de la population de ce département), trois en Guyane (33 % de la population), quatorze en Martinique (40 % de la population) et trois à La Réunion (5 % de la population).

Comparativement aux autres bassins de vie ultramarins, ceux de cette classe sont dans une situation intermédiaire concernant les densités de professionnels libéraux étudiées ici, exception faite de la densité d'infirmiers libéraux qui a tendance à y être plus importante.

Au regard de la situation nationale, les bassins de vie de cette classe ont des densités de médecins généralistes, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes libéraux inférieures à celles de la France, mais suivant des degrés plus ou moins importants.

Ainsi, en Martinique pour les médecins généralistes libéraux, Fort-de-France²⁴ (avec plus de 90 professionnels pour 100 000 habitants) se différencie des trois autres bassins de vie de l'île qui présentent des densités proches (autour de 65 ; les trois bassins de vie guadeloupéens ont des densités de l'ordre de 75-80 et celui de La Réunion de 85). Concernant les médecins généralistes salariés, les bassins de vie de cette classe présentent une situation hétérogène, avec des densités qui varient du simple à plus du double (variant entre 68 pour Le Robert contre près de 160 pour Fort-de-France).

Concernant les infirmiers libéraux, de manière générale, la densité est très importante dans les Dom, notamment en Guadeloupe, Martinique et à La Réunion. Cela se retrouve naturellement au niveau des bassins de vie de cette classe, qui présentent tous une densité supérieure à celle du niveau national. Deux bassins de vie martiniquais sont plus spécifiquement à mentionner, Le Robert et Sainte-Marie, avec une densité qui est un peu plus de deux fois plus importante que celle du niveau national.

Classe 3

La classe 3 regroupe quatre bassins de vie, deux en Guadeloupe et deux en Guyane (respectivement 13 % et 72 % de la population de ces départements), totalisant 213 000 habitants.

Au niveau cantonal, la classe 3 est composée de vingt-trois cantons totalisant 308 000 habitants : cinq cantons en Guadeloupe (31 % de la population de ce département), dix en Guyane (59 % de la population), cinq en Martinique (4 % de la population) et trois à La Réunion (4 % de la population).

Que ce soit en regard de la situation au sein des quatre Dom ou en comparaison avec le niveau national, les bassins de vie de cette classe sont marqués par des densités de médecins généralistes, de masseurs-kinésithérapeutes et de chirurgiens-dentistes libéraux relativement faibles.

Par contre, pour les infirmiers libéraux, les densités observées dans les bassins de vie de cette classe ne se démarquent pas de celles des autres bassins de vie ultramarins et sont plus importantes que celle de l'ensemble du pays, exception faite de Kourou. Pour ce dernier, la densité d'infirmiers libéraux est nettement plus faible que celle du niveau national.

L'analyse menée au niveau cantonal fait ressortir les mêmes caractéristiques que celle réalisée sur les bassins de vie, à savoir les densités les plus faibles des cantons ultramarins, les infirmiers ne faisant pas exception cette fois.

Classe 4

Cette classe compte un seul bassin de vie : celui de Saint-Laurent-du-Maroni (63 000 habitants, soit 28 % de la population guyanaise).

Ce bassin de vie guyanais est marqué par des densités en professionnels de santé qui sont nettement plus faibles que dans les autres bassins de vie ultramarins, et de fait de ceux du niveau national. Ces densités représentent seulement moins du quart des valeurs correspondantes au niveau national, voire moins de 10 % pour les chirurgiens-dentistes et les médecins spécialistes libéraux.

²⁴ Fort-de-France est le seul bassin de vie des départements des Antilles à avoir une densité au niveau de celle des bassins de vie appartenant à la première classe.

État

de

santé



Mortalité, contexte général

De façon assez paradoxale, l'analyse de la mortalité constitue une bonne approche de la mesure de l'état de santé d'une population. Les taux de mortalité permettent en effet de disposer de comparaisons géographiques et temporelles relativement comparables. Seule la Martinique est en sous-mortalité par rapport à la moyenne nationale, alors que la Guyane et la Guadeloupe sont légèrement au-dessus de cette moyenne et que La Réunion est la deuxième région de France présentant la plus forte mortalité générale. Ce constat est, en réalité, le fait des répartitions différentes selon les principales causes de mortalité. Ainsi, les cancers affectent moins les habitants des quatre Dom que ceux de l'Hexagone même si les Antilles présentent la mortalité par cancer de la prostate la plus élevée et que La Réunion se classe au deuxième rang des régions françaises pour la surmortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS). Pour les maladies cardio-vasculaires, La Réunion présente la plus forte surmortalité des régions françaises alors que la Martinique a le quatrième taux le moins élevé. Si les quatre Dom présentent une surmortalité par accidents vasculaires cérébraux, seule La Réunion est en surmortalité pour les cardiopathies ischémiques. En termes de mortalité prématurée, la Martinique continue à se différencier avec un taux proche du niveau national alors que les trois autres Dom sont en tête des régions de France ayant les taux chez les moins de 65 ans les plus élevés. Il est à noter que l'analyse selon les principales causes de décès ne montre pas toujours les mêmes résultats lorsque sont comparées la mortalité tous âges et la mortalité prématurée.

Une mortalité générale fort différente entre les quatre départements ultramarins

La mortalité générale et la mortalité prématurée (qui concerne les décès survenus avant 65 ans²⁵) sont deux indicateurs généralistes permettant une « première » approche synthétique. Sur l'ensemble des quatre Dom, en 2005-2010, ce sont 10 463 personnes qui sont décédées en moyenne chaque année, représentant moins de 2 % des 537 715 décès de l'ensemble du pays. C'est à La Réunion que ce nombre est le plus élevé avec 4 186 décès en moyenne annuelle sur la période, les deux départements des Antilles présentant des nombres proches avec 2 801 décès en Guadeloupe et 2 746 en Martinique. La Guyane est le département ultramarin qui enregistre le nombre le moins élevé : 729 décès en moyenne annuelle sur la période.

Ces nombres masquent cependant une toute autre réalité mise en évidence par le taux standardisé de mortalité générale.

Ainsi, la Martinique présente un taux significativement inférieur à celui observé nationalement (-5 %), qui la situe au cinquième rang des régions françaises pour un faible taux de mortalité générale.

La Guadeloupe et la Guyane présentent une surmortalité significative par rapport à l'ensemble du pays, de l'ordre de 2 % pour la première et de 5 % pour la seconde. Ces surmortalités sont pourtant très inférieures à celle retrouvée à La Réunion, de 23 % par rapport à l'échelon national. Ce taux situe d'ailleurs La Réunion au deuxième rang des régions françaises présentant une forte mortalité, juste derrière, mais de façon très proche, le Nord - Pas-de-Calais.

²⁵ La mortalité chez les moins de 75 ans est cependant de plus en plus utilisée pour parler de mortalité prématurée ; une réflexion est en cours au sein du Haut Conseil de la santé publique (HCSP).

32,9 %

↑ La part de décès survenant avant 65 ans dans l'ensemble des quatre Dom, contre un peu plus de 20 % dans l'Hexagone (près de trois décès sur cinq en Guyane).

Trois départements ultramarins aux trois premiers rangs pour la mortalité prématurée

La mortalité générale devient, de plus en plus, le reflet de la mortalité des personnes des âges les plus élevés. C'est la raison pour laquelle la mortalité survenant avant 65 ans, dite « prématurée²⁶ », constitue un excellent outil de mesure de l'état de santé de la population. Alors que sur l'ensemble du pays, un décès sur cinq se produit avant 65 ans, près du tiers des décès survient avant cet âge dans l'ensemble des quatre Dom (111 018 en moyenne annuelle sur la période 2005-2010 sur l'ensemble du pays et 3 437 en outre-mer, soit 3,1 % des décès nationaux). Ces décès prématurés représentent 37 % de l'ensemble des décès à La Réunion et sont de l'ordre de trois décès sur cinq en Guyane. Cela représente des taux standardisés de mortalité prématurée significativement supérieurs à celui enregistré nationalement, de +28 % à La Réunion et de +33 % en Guyane. En Guadeloupe, la surmortalité prématurée est également élevée en regard du niveau national (+23 %). Ce sont, d'ailleurs, les trois régions de France qui présentent les taux les plus importants. Parmi les départements ultramarins la Martinique ne se différencie pas du niveau national.

La mortalité par cancers moindre dans les quatre Dom

Avec près de 153 000 décès en moyenne annuelle sur la période 2005-2010, les cancers constituent la première cause de mortalité en France et dans la plupart des régions françaises. Ainsi, les décès par cancers, quelle que soit leur localisation, représentent 28,4 % de l'ensemble des décès sur l'ensemble du territoire français. Dans les quatre Dom, ce pourcentage est moindre de près de 6 points (22,6 %), n'atteignant pas la barre des 16 % pour la Guyane. Ainsi, ce sont 2 365 décès pour cette cause qui sont survenus chaque année en moyenne sur la période 2005-2010 pour les quatre départements ultramarins, soit 1,5 % des décès nationaux par cancers.

Concernant la mortalité prématurée par cancers, le différentiel entre l'ensemble du pays et les quatre Dom pour la part des décès par cancers parmi l'ensemble des décès s'accroît encore, étant respectivement de 39,9 % et 24,1 %. Il est à signaler la situation guyanaise, très singulière au regard des autres régions françaises, y compris les ultramarines, puisque seul un décès prématuré sur huit est causé par un cancer. Les taux standardisés de mortalités générale et prématurée par cancers des quatre départements ultramarins sont voisins, les situant dans les deux cas parmi les cinq régions françaises ayant les taux les plus faibles²⁷. En termes de différentiel avec le niveau national, les écarts vont de -10 % pour la mortalité générale par cancers à La Réunion à -40 % pour la mortalité prématurée par cancers en Guyane.

²⁶ Voir note de bas de page au recto.

²⁷ Seule Midi-Pyrénées s'intercalant au quatrième rang devant La Réunion que ce soit pour la mortalité générale ou la mortalité prématurée.

De manière générale, une mortalité moindre pour les différentes localisations cancéreuses...

Concernant la mortalité selon les localisations cancéreuses, quelques différences, tant entre les régions ultramarines qu'au regard de la situation nationale, sont à souligner. Ainsi, sur la période 2005-2010, le taux standardisé de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon est moitié moindre dans les quatre Dom qu'en France hexagonale : 23,5 décès pour 100 000 habitants contre 45,6. Cependant, cette différence est surtout sensible aux Antilles et en Guyane où les taux sont de 16-17 pour 100 000 habitants contre 35,7 à La Réunion.

Le cancer colorectal se situe également à un niveau moindre dans les départements ultramarins avec un taux de mortalité de 18,6 pour 100 000 habitants contre 26,4 sur la même période dans l'Hexagone. Il est à noter le faible taux enregistré en Guyane pour cette localisation cancéreuse (11,5 décès pour 100 000).

La mortalité par cancer du sein présente également une situation moins défavorable dans les quatre Dom en regard de l'Hexagone. Ainsi, toujours sur la période 2005-2010, le taux standardisé de mortalité est de 23,2 décès pour 100 000 femmes contre 35,4 au niveau hexagonal avec une situation fort similaire entre les quatre départements d'outre-mer.

Le cancer des VADS est, en revanche, marqué par une situation contrastée entre, d'un côté, la Martinique et la Guyane avec un taux standardisé de mortalité faible au regard de la moyenne hexagonale (14,6) avec moins de 9 décès pour 100 000 habitants sur la période 2005-2010 et, de l'autre côté, La Réunion présente la deuxième valeur la plus élevée de l'ensemble des régions françaises derrière le Nord - Pas-de-Calais, avec un taux standardisé de mortalité de 18,7. La Guadeloupe présente quant à elle une sous-mortalité par rapport au niveau national avec un taux de 12,9 décès pour 100 000 habitants.

...mais plus importante que celle du niveau national pour le cancer de la prostate

Enfin, il faut souligner la situation plus atypique du cancer de la prostate en regard de la situation des autres localisations cancéreuses, dont la mortalité est importante dans les quatre Dom. En effet, chacun des départements ultramarins présente une forte surmortalité en regard du niveau national (29,3 décès pour 100 000 hommes), avec des taux parmi les cinq plus élevés des régions françaises²⁸. Ainsi, le surplus de mortalité par rapport au niveau national pour cette localisation varie de 18 % à La Réunion à 80 % en Guyane, et est plus du double pour les deux départements des Antilles que dans l'ensemble du pays.

Une mortalité par maladies cardio-vasculaires plutôt élevée dans les Dom

Avec un peu plus de 148 000 décès en moyenne annuelle sur la période 2005-2010 en France entière (soit 27,6 % de l'ensemble des décès), les maladies de l'appareil circulatoire constituent la deuxième cause de mortalité. Cette part de décès due aux maladies cardio-vasculaires est voisine pour trois des quatre Dom, la Guyane se différenciant sensiblement avec moins d'un décès sur cinq, tous âges confondus, dû à cette cause. Au total, les 2 864 décès pour ces pathologies de personnes domiciliées dans les Dom représentent 1,9 % de l'ensemble des décès français. Pour ce qui est de la mortalité chez les moins de 65 ans, les différences sont assez marquées entre les quatre départements, puisque si ces décès représentent 13,3 % de l'ensemble des décès prématurés sur le pays, ce pourcentage est de 16,8 % pour les quatre Dom avec des proportions allant de 11,6 % pour la Guyane à 18,5 % pour La Réunion.

2,1

Le rapport entre le taux standardisé de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon à la Réunion par rapport à celui des Antilles/Guyane.

²⁸ Seule la Picardie s'insère parmi les quatre Dom.

20 %

↑ La part minimale de surmortalité prématurée par maladies cardio-vasculaires pour chacun des quatre Dom par rapport à la France hexagonale.

En termes de taux standardisés, les contrastes sont particulièrement marqués entre les quatre Dom. En effet, si La Réunion possède le taux standardisé le plus élevé des régions françaises avec une surmortalité de 44 % par rapport à la moyenne nationale, la Martinique présente le quatrième taux le moins élevé, avec une sous-mortalité de 6 % vis-à-vis du niveau national. Cet écart important entre départements ultramarins n'est pas retrouvé pour la mortalité prématurée. Ainsi, si La Réunion est la région ayant le plus fort taux standardisé pour les décès par maladies de l'appareil circulatoire chez les moins de 65 ans (avec une surmortalité de plus de 90 % par rapport au niveau national), deux autres Dom (Guadeloupe et Guyane) viennent tout de suite après dans ce classement en termes de surmortalité (de l'ordre de +60 % pour ces deux départements). De même, la Martinique qui présente une des mortalités tous âges par maladies cardio-vasculaires les moins élevées des régions françaises, connaît une situation moins favorable pour les seuls décès des moins de 65 ans. En effet, elle enregistre une surmortalité de plus de 20 % par rapport au niveau national, se trouvant devancée par une seule région de l'Hexagone, le Nord - Pas-de-Calais.

Une surmortalité s'expliquant principalement par les accidents vasculaires cérébraux

En analysant dans les quatre Dom les deux principales causes de décès de ces pathologies cardio-vasculaires

(cardiopathies ischémiques et accidents vasculaires cérébraux -AVC-), ce sont les AVC qui sont à l'origine du plus grand nombre de décès par maladies de l'appareil circulatoire, avec un taux standardisé supérieur à celui observé dans l'Hexagone : 85,5 pour 100 000 habitants contre 51,2 sur la période 2005-2010. Toujours pour cette cause de décès, les quatre départements ultramarins présentent les quatre taux les plus élevés des régions françaises, tous supérieurs à 70 décès pour 100 000 habitants, approchant même les 100 à La Réunion.

Des disparités importantes entre les quatre Dom pour la mortalité par cardiopathies ischémiques

À l'inverse, les cardiopathies ischémiques sur cette même période enregistrent un taux moindre que celui de l'Hexagone : 47,5 décès pour 100 000 habitants dans les quatre Dom *versus* 59,8. Cependant, ce résultat global masque une disparité importante entre les Antilles/Guyane et La Réunion. Cette dernière se situe au premier rang des régions françaises pour son fort taux de mortalité par cardiopathies ischémiques, taux au-dessus de 80 pour 100 000 habitants. Les trois autres départements se situent à l'autre extrémité avec un taux de l'ordre de 30 pour 100 000 habitants contre plus de 50 pour l'Île-de-France, région de France hexagonale présentant le taux le plus faible.

En regard de la situation nationale, moins de décès par suicide mais une surmortalité par accidents de la circulation

Les lésions traumatiques et empoisonnements constituent la troisième cause de mortalité avec près de 38 000 décès au niveau national en moyenne annuelle sur la période 2005-2010. Dans les quatre Dom, ce sont près de 900 décès par an qui sont dénombrés, soit 2,4 % de l'ensemble des décès français. En termes de taux standardisés, les quatre départements ultramarins connaissent une situation assez contrastée entre la Martinique qui présente une sous-mortalité de l'ordre de 14 % en regard du niveau national alors que les trois autres Dom se caractérisent par une surmortalité variant de 8 % à La Réunion à 35 % en Guyane.

Toutefois, ces causes externes recouvrent différentes formes de morts violentes, les deux principales étant les suicides et les accidents de la circulation. La situation pour ces deux causes est fort différente pour les quatre Dom comparativement au niveau national. Ainsi, en France hexagonale, le nombre moyen de décès par accidents de la circulation sur la période 2005-2010 est de 4 300 et le nombre de suicides continue à être au-dessus du seuil des 10 000 décès annuels. Ce différentiel n'est pas du tout retrouvé dans les quatre Dom puisque le nombre de décès par accidents de la circulation est identique à celui des suicides, représentant chacun un peu moins de 200 décès en moyenne annuelle sur la période d'analyse. Ce constat est la résultante d'un taux standardisé de mortalité par suicide inférieur dans les quatre Dom à celui de l'Hexagone (11,3 pour 100 000 habitants *versus* 16,7) et

d'un taux de décès par accidents de la circulation supérieur (respectivement 11,2 et 7,0). Même s'il existe des écarts entre les départements ultramarins, ce constat est retrouvé pour chacun des quatre départements, la situation la plus proche de l'Hexagone étant observée à La Réunion avec un taux de suicide de 13,3 pour 100 000 habitants et un taux de mortalité par accidents de la circulation de 8,1.

Une mortalité par maladies de l'appareil respiratoire très contrastée entre les Dom

La mortalité par maladies de l'appareil respiratoire est différente entre les quatre départements ultramarins. Ainsi, comparativement au niveau national, les Antilles et la Guyane présentent une sous-mortalité (taux standardisé de l'ordre de 40 décès pour 100 000 habitants contre 52,0 en Hexagone) alors que La Réunion est en surmortalité (taux de 81,0 pour 100 000, ce qui la situe au premier rang des régions françaises).

Des différences marquées entre les quatre Dom pour la mortalité par pathologies liées à l'alcool

Concernant les pathologies en relation avec une consommation importante d'alcool²⁹, la situation au sein des Dom est très contrastée. Deux régions (Martinique et Guyane) enregistrent une sous-mortalité de l'ordre de 30 % au regard du niveau national avec un taux standardisé de l'ordre de 22 décès pour 100 000 habitants contre 31,0 en France hexagonale pour la période 2005-2010. La Guadeloupe présente, quant à elle, une situation comparable à celle de l'Hexagone puisque le taux est de 31,4 pour 100 000 pour cette même période. La Réunion avec un taux proche de 50 décès pour 100 000 habitants est en nette surmortalité, classée au deuxième rang des régions françaises derrière le Nord - Pas-de-Calais qui enregistre un taux approchant les 60 pour 100 000.

Une forte mortalité par maladies infectieuses et parasitaires dans les quatre Dom

Les maladies infectieuses et parasitaires contribuent à la surmortalité dans les quatre départements ultramarins, avec un taux standardisé allant de 25,1 décès pour 100 000 habitants en Martinique à 40,7 en Guyane contre 16,3 sur l'ensemble de l'Hexagone. À titre de comparaison, la région hexagonale qui présente la valeur la plus élevée ne dépasse pas les 21 décès pour 100 000 habitants (Picardie).

1

Le rapport entre le taux de décès par suicide et par accidents de la circulation dans les quatre Dom, alors qu'il est de plus de deux dans l'Hexagone.

²⁹ Cancer des VADS, psychose alcoolique et cirrhose alcoolique.



Point méthodologique

Indicateurs utilisés pour effectuer les typologies

Plusieurs typologies ont été effectuées dans ce chapitre qui repose sur l'analyse des données de mortalité et qui aborde également la morbidité à travers les données de nouvelles admissions en affection de longue durée (ALD).

Une première typologie a été menée sur les seules données de mortalité. Cette analyse a uniquement été réalisée au niveau des bassins de vie afin de pouvoir y intégrer un nombre relativement important de causes de décès. En effet, pour garantir une stabilité statistique et offrir une puissance suffisante pour mettre en exergue des différences significatives, certaines causes de décès moins fréquentes nécessitent de travailler sur des niveaux géographiques relativement peuplés. Les indicateurs considérés pour déterminer la typologie sont des taux standardisés³⁰ de mortalité sur l'âge et le sexe à partir de la population de la France entière au RP 2006, calculés pour la période 2005-2010. L'analyse réalisée porte sur les seules données de mortalité et, plus particulièrement, sur les indicateurs suivants :

- taux standardisé de mortalité chez les moins de 65 ans (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de mortalité par cancers (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de mortalité par maladies infectieuses et parasitaires (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de mortalité par accidents de la circulation (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de mortalité par suicide (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010).

³⁰ La méthode de standardisation qui a été employée est la standardisation directe. Le taux standardisé obtenu est défini comme le taux qui serait observé dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge et de sexe qu'une population de référence (dans le cadre d'une standardisation sur l'âge et le sexe). Cette méthode de standardisation permet de neutraliser les effets de structure par âge et par sexe et autorise ainsi des comparaisons des indicateurs de mortalité entre différentes zones géographiques, à différentes périodes et pour différentes pathologies.

Une deuxième typologie a été effectuée en intégrant à la fois des indicateurs de mortalité et ceux portant sur les nouvelles admissions en ALD. Comme pour la typologie réalisée avec les seules données de mortalité, cette analyse a uniquement été menée au niveau des bassins de vie pour pouvoir aborder un nombre plus important de pathologies. Ainsi, outre des indicateurs de mortalité, cette analyse intègre des indicateurs calculés à partir des données de nouvelles admissions en ALD. Ils sont construits de manière analogue à ceux de mortalité (standardisés sur l'âge et le sexe à partir de la population de la France entière au RP 2006) et portent sur la même période (2005-2010). En plus des indicateurs de mortalité listés en page ci-contre, cette analyse repose sur les indicateurs suivants :

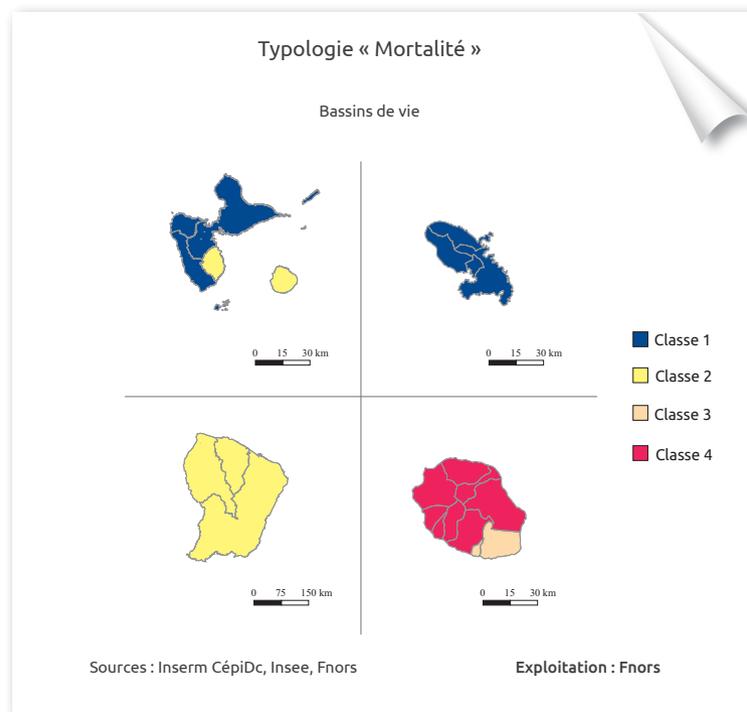
- taux standardisé de nouvelles admissions en ALD des personnes de moins de 65 ans (CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancers (CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire (CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire (CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour asthme (CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour maladies infectieuses et parasitaires (CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Fnors ; 2005-2010).

Une troisième typologie a été menée, cette fois à deux niveaux géographiques, les bassins de vie et les cantons, pour offrir une vision plus fine de l'état de santé au sein des départements ultramarins. Cette analyse repose sur un nombre moins important d'indicateurs, à savoir :

- taux standardisé de mortalité chez les moins de 65 ans (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de mortalité par cancers (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de nouvelles admissions en ALD des personnes de moins de 65 ans (CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancers (CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire (CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Fnors ; 2005-2010).

Pour les différentes typologies réalisées dans ce chapitre, outre les indicateurs listés, d'autres ont été utilisés pour décrire les classes obtenues (mortalité prématurée par cancers, mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire, mortalité pour certaines localisations cancéreuses, cardiopathies ischémiques...), c'est pourquoi des indicateurs non présents dans les listes de ce point méthodologique peuvent être mentionnés dans les commentaires. Par ailleurs, il faut prendre en compte que toutes les pathologies n'ont pas été analysées dans ce document, tant pour la mortalité que pour les ALD.

Typologie « Mortalité »



Les deux départements des Antilles françaises ont des caractéristiques en termes de mortalité assez voisines au regard des quatre Dom. Ainsi, tous les bassins de vie de la Martinique et trois des cinq de la Guadeloupe sont regroupés dans la même classe (classe 1). Les deux autres bassins de vie de la Guadeloupe se trouvent au sein de la classe 2 qui contient également les trois bassins de vie de la Guyane. Les deux autres classes (3 et 4) partitionnent exclusivement La Réunion. De manière générale, les bassins de vie de la première classe sont ceux qui présentent les indicateurs de mortalité les plus favorables et ceux des troisième et, de manière plus marquée, quatrième classes les moins favorables ; la deuxième classe est située à un niveau intermédiaire.

Classe 1

La classe 1 regroupe sept bassins de vie (trois en Guadeloupe et les quatre de Martinique). Elle totalise près de 760 000 habitants, soit les neuf dixièmes de la population guadeloupéenne et la totalité de la population martiniquaise.

De manière générale, les bassins de vie qui composent cette classe présentent des taux de mortalité générale (tous âges) et de mortalité prématurée moins élevés que ceux des autres bassins de vie ultramarins. Cette mortalité moindre concerne plus particulièrement les causes de décès suivantes : maladies de l'appareil circulatoire (notamment les accidents vasculaires cérébraux), maladies de l'appareil respiratoire (notamment les bronchopneumopathies chroniques obstructives -BPCO-), pathologies liées à une consommation importante d'alcool et, de manière moins marquée, les lésions traumatiques et empoisonnements, et les maladies infectieuses et parasitaires.

Si globalement les bassins de vie de cette classe présentent les taux de mortalité les plus faibles des bassins de vie ultramarins, la situation au regard du niveau national est disparate entre les bassins de vie de cette classe et varie également suivant les causes de décès.

Pour la mortalité générale, un bassin de vie (Pointe-à-Pitre - Les Abymes) connaît une surmortalité par rapport au niveau national et, à l'inverse, trois bassins de vie (situés en Martinique) présentent une sous-mortalité. Les taux de mortalité générale des trois autres bassins de vie de cette classe ne diffèrent pas du taux national. La Martinique est le seul département ultramarin à connaître une sous-mortalité significative pour certains de ses bassins de vie.

Concernant la mortalité prématurée, le constat est globalement du même ordre que celui fait pour la mortalité générale. Toutefois, il est à signaler la situation atypique du bassin de vie du chef-lieu de la Martinique (Fort-de-France) où une sous-mortalité par rapport à l'ensemble du pays est constatée pour la mortalité générale et une surmortalité pour la mortalité prématurée. Les trois autres bassins de vie de ce département se trouvent dans la même situation pour la mortalité générale et la mortalité prématurée au regard de la moyenne nationale. Deux des trois bassins

de vie guadeloupéens de cette classe présentent une surmortalité prématurée (Pointe-à-Pitre - Les Abymes et Basse-Terre). Comme pour la mortalité générale, le taux de mortalité prématurée du troisième (Sainte-Rose) ne diffère pas du taux national.

Pour les décès par maladies cardio-vasculaires, dans les quatre Dom, seul le bassin de vie du chef-lieu de la Martinique présente une sous-mortalité en regard du niveau national, mais une surmortalité est observée pour les moins de 65 ans. Les trois autres bassins de vie de cette île n'enregistrent pas de différence significative avec le niveau national, et ce, aussi bien pour la mortalité générale que prématurée. Pour les trois bassins de vie de l'archipel guadeloupéen se trouvant dans cette classe, deux ne diffèrent pas du niveau national pour la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire tous âges (Basse-Terre et Sainte-Rose), mais ils présentent tous les trois une surmortalité prématurée.

Concernant les deux principales composantes des pathologies cardio-vasculaires, la situation est très spécifique. En effet, comparativement au niveau national, tous les bassins de vie de cette classe connaissent une sous-mortalité par cardiopathies ischémiques et, à l'inverse, une surmortalité par accidents vasculaires cérébraux. Concernant la pathologie cérébro-vasculaire, même si les taux sont tous significativement plus importants que celui observé en France, les bassins de vie de cette classe ont des taux généralement moins importants que ceux des autres bassins de vie ultramarins.

Concernant la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, mis à part le bassin de vie du Lamentin (Martinique) qui ne diffère pas du niveau national, tous les bassins de vie de cette classe sont en sous-mortalité par rapport au niveau national. Un constat analogue est observé pour les décès par BPCO, où les sept bassins de vie de cette classe présentent une sous-mortalité. De plus, pour la BPCO, les écarts avec le niveau national sont très marqués : les taux standardisés de mortalité sont entre 2,5 et près de 7 fois moins élevés que celui observé dans l'ensemble du pays.

De manière générale, les bassins de vie de cette classe ont un niveau de mortalité liée à une consommation importante d'alcool moindre que ceux des autres classes (notamment les classes 3 et 4). Cependant, la situation au sein de cette classe est contrastée, notamment entre bassins de vie guadeloupéens et martiniquais. Ainsi, tous ceux de Martinique sont en sous-mortalité par rapport au niveau national, tandis que ceux de la Guadeloupe ne s'en différencient pas, exception faite pour l'un d'entre eux (Basse-Terre) qui est en surmortalité (cette situation est d'ailleurs observée pour les bassins de vie de ce département appartenant à l'autre classe).

À propos de la mortalité par lésions traumatiques et empoisonnements, la situation est également assez tranchée entre les départements ultramarins : la Martinique enregistre une sous-mortalité pour ses quatre bassins de vie alors que les trois bassins de vie guadeloupéens de cette classe sont, soit en situation de surmortalité (Pointe-à-Pitre - Les Abymes), soit sans différence significative avec le niveau national (Basse-Terre et Sainte-Rose). D'ailleurs, la mortalité par lésions traumatiques et empoisonnements, dans ces trois bassins de vie, n'est pas spécifiquement plus faible que celle observée dans les trois autres classes présentées dans cette typologie.

Pour la mortalité par maladies infectieuses et parasitaires, les bassins de vie de cette classe ont tendance à enregistrer des taux de mortalité plus faibles que ceux des trois autres classes. Cependant, et de manière plus générale en regard de la France hexagonale, dix-neuf des vingt-deux bassins de vie ultramarins présentent une surmortalité pour cette cause de décès. Seuls trois bassins de vie (dont les deux premiers dans cette classe), l'un en Guadeloupe (Sainte-Rose), l'autre en Martinique (Sainte-Marie) et le dernier à La Réunion (Petite-Île), ne présentent pas de différence significative avec le niveau national. Leur taux se situe, cependant, au niveau de la Picardie, région de France hexagonale qui présente la valeur la plus élevée.

Classe 2

Cette classe regroupe deux des cinq bassins de vie de la Guadeloupe et les trois de Guyane. Elle totalise près de 263 000 habitants, soit un dixième de la population guadeloupéenne et la totalité de la population guyanaise.

Au regard de l'ensemble des bassins de vie ultramarins, ceux qui composent cette classe sont dans une situation intermédiaire. Ils se caractérisent, toutefois, par une mortalité par maladies infectieuses et parasitaires plus importante que les bassins de vie des trois autres classes, de même pour la mortalité liée aux lésions traumatiques et empoisonnements (et plus spécifiquement par accidents de la circulation). À l'inverse, la mortalité par cardiopathies ischémiques et celle liée aux cancers (notamment le cancer de la trachée, des bronches et du poumon) sont moindres dans les bassins de vie de cette classe que dans ceux de La Réunion (classes 3 et 4) et proches de ceux composant la classe 1.

Deux bassins de vie (Capesterre-Belle-Eau en Guadeloupe et Kourou en Guyane) présentent une surmortalité toutes causes et tous âges par rapport à l'ensemble du pays, tandis que les trois autres ont une mortalité générale qui ne diffère pas du niveau national. Si les cinq bassins de vie de cette classe sont dans une situation intermédiaire au regard de celle des quatre Dom pour la mortalité tous âges, ils sont dans une position moins favorable pour la mortalité prématurée. Ainsi, ils présentent un taux significativement plus élevé que celui de l'ensemble du pays chez les seuls moins de 65 ans, à un niveau proche de ceux observés dans les bassins de vie réunionnais (et notamment de ceux composant la classe 4).

Les cinq bassins de vie de cette classe sont marqués par une forte mortalité liée aux maladies infectieuses et parasitaires, se situant dans les treize taux de mortalité les plus importants des 1 666 bassins de vie français. Deux (Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni, situés en Guyane) occupent même les deux premières places de ce classement avec un taux 3,5 fois plus important que celui observé au niveau national ; les trois autres bassins de vie de cette classe ont des taux qui sont entre 2,0 et 2,5 fois plus élevés. À l'exception de Saint-Laurent-du-Maroni qui ne diffère pas du niveau national, les bassins de vie de cette classe présentent une surmortalité par lésions traumatiques et

empoisonnements, avec les taux les plus importants des bassins de vie ultramarins.

Plus spécifiquement, pour les deux causes de morts violentes que sont les accidents de la circulation et les suicides, un constat différent est relevé. Ainsi, pour les décès liés aux accidents de la circulation, les cinq bassins de vie de cette classe sont en surmortalité par rapport au niveau national. Ils enregistrent les taux qui se situent parmi les plus élevés des bassins de vie des quatre Dom. Concernant les suicides, si globalement la mortalité est moindre dans les quatre Dom que celle de l'ensemble du pays, deux bassins de vie de cette classe (Grand-Bourg et Kourou) enregistrent un taux au niveau de la moyenne hexagonale. Toujours en comparaison avec la situation dans l'ensemble du pays, les trois autres bassins de vie de cette classe, présentent une sous-mortalité par suicide. Par ailleurs, comparativement aux bassins de vie ultramarins, ceux de cette classe ont un taux de suicide les situant à un niveau intermédiaire.

Pour la mortalité par cardiopathies ischémiques, tous les bassins de vie de cette classe affichent une sous-mortalité par rapport au niveau national, à l'instar de ce qui est observé pour les bassins de vie de la classe 1.

Les bassins de vie de cette classe sont aussi caractérisés par des taux de mortalité par cancers moindres que ceux des autres bassins de vie ultramarins. Trois bassins de vie sont en sous-mortalité par rapport au niveau national (Capesterre-Belle-Eau, Cayenne et Saint-Laurent-du-Maroni) et les deux autres ne présentent pas de différence. Il est à noter que, chez les seuls moins de 65 ans, Kourou est en situation de sous-mortalité, comme les trois bassins de vie précédemment cités. De plus, pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, les cinq bassins de vie sont en situation de sous-mortalité, avec des taux qui ont tendance à être plus faibles que les bassins de vie ultramarins des autres classes.

Classe 3

La classe 3, qui regroupe deux des dix bassins de vie de La Réunion (Petite-Île et Saint-Joseph), totalise près de 53 000 habitants, soit 6 % de la population réunionnaise.

Au regard de l'ensemble des bassins de vie ultramarins, les bassins de cette classe sont dans une situation moins favorable vis-à-vis de la mortalité, malgré une différence moins marquée avec le niveau national que pour les bassins de vie de la quatrième classe. Ils enregistrent, par contre, une mortalité par suicide plus importante que ceux des bassins de vie des trois autres classes et, à l'inverse, une mortalité par accidents de la circulation moindre.

Les deux bassins de vie composant cette classe (comme, de manière plus large, l'ensemble des bassins de vie réunionnais) sont en surmortalité par rapport au niveau national. En revanche, et toujours en comparaison du niveau national, seul celui de Saint-Joseph est en surmortalité prématurée, celui de Petite-Île ne présentant pas de différence.

Les bassins de vie de cette classe affichent les deux taux de mortalité par suicide les plus importants des bassins de vie ultramarins. À La Réunion, Saint-Joseph est le seul bassin de vie de l'ensemble des quatre départements d'outre-mer à avoir un taux de mortalité par suicide plus important que celui observé sur l'ensemble du pays ; le taux de mortalité par suicide de l'autre bassin de vie de cette classe ne s'en distingue pas significativement.

Concernant les accidents de la circulation, autre cause de morts violentes, les deux bassins de vie de cette classe présentent des taux de mortalité plus faibles que ceux observés dans les bassins de vie composant les trois autres classes. Petite-Île est le seul bassin de vie ultramarin à présenter une sous-mortalité par accidents de la circulation, celui de Saint-Joseph ne différant pas du niveau national.

Classe 4

La classe 4, qui regroupe huit des dix bassins de vie de La Réunion, totalise près de 764 000 habitants, soit 94 % de la population de ce département.

Les bassins de vie de cette classe présentent la mortalité la plus importante de l'ensemble des bassins de vie des départements d'outre-mer. Ainsi, les mortalités par cancers (notamment le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et celui des VADS), par maladies de l'appareil circulatoire (notamment les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux), par maladies de l'appareil respiratoire (notamment la BPCO) et par pathologies liées à une consommation importante d'alcool y sont plus importantes. Seule la mortalité par accidents de la circulation a tendance à y être plus faible.

Pour la mortalité générale, La Réunion connaît pour ses dix bassins de vie une surmortalité significative au regard du niveau national, avec une surmortalité allant de près de 13 % à plus de 43 % pour les huit bassins de vie de cette classe. Chez les seuls moins de 65 ans, la situation est sensiblement la même, seul un bassin de vie (L'Étang-Salé) présente une mortalité prématurée qui ne diffère pas du niveau national, mais les écarts avec le niveau national sont un peu plus marqués que tous âges : surmortalité prématurée allant de 20 % à 50 % par rapport au taux de l'ensemble du pays.

Concernant la mortalité par cancers, les bassins de vie de cette classe enregistrent globalement les taux de mortalité les plus importants des bassins de vie ultramarins, et ce aussi bien pour la mortalité tous âges que chez les seuls moins de 65 ans. Cependant, aucun ne se retrouve en situation de surmortalité par rapport à l'ensemble du pays. Pour la mortalité par cancers tous âges, cinq bassins de vie présentent même une sous-mortalité et, pour celle des moins de 65 ans, quatre sont en situation de sous-mortalité. Ainsi, dans cette classe, seuls les bassins de vie de Saint-Denis et de Saint-Pierre présentent, par rapport à l'ensemble du pays, à la fois une sous-mortalité tous âges et chez les seuls moins de 65 ans.

Concernant le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, le même constat est relevé, à savoir que les bassins de vie de cette classe ont tendance à avoir les taux de mortalité les plus importants des bassins de vie des quatre Dom. Par rapport au niveau national, ceux-ci restent cependant moins importants pour cinq bassins de vie ou comparables pour les trois autres.

Concernant le cancer des VADS, la situation est toute autre, puisqu'aucun bassin de vie n'est en situation de sous-mortalité, deux présentant même une surmortalité par rapport au niveau national (Saint-Louis et Saint-Paul).

Pour le cancer de la prostate, la situation est encore plus atypique puisqu'aucun bassin de vie ne présente une sous-mortalité en regard du niveau national. Un des bassins de vie de cette classe (Saint-Paul) présente même une surmortalité par rapport à la France hexagonale.

Conformément à la forte mortalité par maladies cardio-vasculaires caractérisant La Réunion en général, les bassins de vie de cette classe présentent tous une surmortalité par rapport au niveau national, avec des taux 30 % à 70 % supérieurs à celui observé pour l'ensemble du pays. Un constat analogue est relevé pour les seuls moins de 65 ans, avec toutefois un bassin de vie qui ne se différencie pas significativement du niveau national (L'Étang-Salé). Comme pour la mortalité toutes causes, l'écart avec le niveau national est plus important chez les moins de 65 ans, avec des taux de mortalité prématurée par maladies de l'appareil circulatoire qui peuvent être jusqu'à trois fois plus importants que celui observé dans l'ensemble du pays (la surmortalité par rapport à la France hexagonale variant de 70 % à 160 % pour les sept bassins de vie de cette classe présentant la mortalité la plus forte pour cette cause).

Concernant les deux principales composantes des pathologies cardio-vasculaires, à savoir les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux, les bassins de vie de cette classe affichent les taux les plus

importants des bassins de vie ultramarins. Tous les bassins de vie de cette classe et, de manière plus large, ceux de La Réunion et des trois autres départements (exception faite de Kourou), présentent une surmortalité par rapport au niveau national concernant les accidents vasculaires cérébraux. Pour les cardiopathies ischémiques, si tous les bassins de vie des Antilles/Guyane sont en sous-mortalité par rapport à la situation nationale, ceux de cette classe affichent, pour cinq d'entre eux, une surmortalité ou, pour les trois autres, ne s'en différencient pas significativement.

Concernant les maladies respiratoires, le découpage en bassins de vie permet de retrouver le constat global porté sur les régions ultramarines, à savoir une situation très contrastée. Ainsi, les bassins de vie appartenant aux Antilles/Guyane sont, soit en situation de sous-mortalité en regard de la moyenne nationale (huit sur douze), soit ne présentent pas de différence significative (pour les quatre autres). À La Réunion, la situation est tout à fait différente puisque sur les dix bassins de vie, huit présentent une surmortalité en regard de la moyenne hexagonale, les deux autres ne présentant pas de différence significative (un bassin de cette classe -L'Étang-Salé- et l'autre appartenant à la classe 3 -Petite-Île-).

Les bassins de vie de cette classe sont également marqués par une forte mortalité liée à une consommation importante d'alcool comparativement à la situation des départements ultramarins et, de manière plus large, à l'échelon national. Ainsi, à part celui de L'Étang-Salé qui ne se distingue pas significativement du niveau national, les bassins de vie de cette classe enregistrent une surmortalité au regard du niveau national, allant de 40 % à 100 %. Il est à noter que cette situation de surmortalité ne se retrouve quasiment pas dans les bassins de vie des Antilles/Guyane où seulement un bassin de vie est en situation de surmortalité (Basse-Terre) et, à l'inverse, cinq autres affichent une sous-mortalité³¹.

³¹ Cf. descriptif de la classe 1 pour plus de détails concernant la Guadeloupe et la Martinique. Pour la Guyane, seul un bassin de vie (Cayenne) enregistre une sous-mortalité pour les décès liés à une consommation importante d'alcool, les deux autres ne présentant pas de différence significative avec le niveau national.

Mortalité et ALD³², contexte général

Dans les quatre Dom, la part de personnes âgées de moins de 65 ans figurant parmi les nouveaux bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) est plus élevée qu'au niveau national.

Quelle que soit la tranche d'âge étudiée, les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancers sont inférieurs à ceux de France hexagonale. Cependant, pour le cancer de la prostate, la Guadeloupe et la Martinique présentent des taux supérieurs, allant ainsi dans le même sens que le constat fait pour la mortalité pour cette localisation.

À l'exception de La Réunion, les maladies de l'appareil respiratoire et les pathologies liées à la consommation d'alcool touchent moins les Dom en termes de mortalité que la France hexagonale. Ce constat est confirmé pour les nouvelles admissions en ALD pour ces pathologies, à quelques nuances près. Ainsi, La Réunion a un taux de nouvelles admissions en ALD inférieur à celui de l'Hexagone pour les pathologies liées à l'alcool. Quant à la Guadeloupe, l'archipel présente la singularité pour les maladies de l'appareil respiratoires d'être en sous-mortalité, mais de présenter un taux d'admissions en ALD pour ces pathologies qui se traduit notamment par des nouvelles admissions élevées pour l'asthme.

Pour ce qui est des maladies infectieuses et parasitaires, la situation univoque observée de surmortalité pour la Guadeloupe, la Guyane, la Martinique et La Réunion laisse cependant place à une situation contrastée au regard des nouvelles admissions en ALD.

Dans les quatre Dom, trois nouvelles admissions en ALD sur cinq concernent des personnes de moins de 65 ans

En moyenne annuelle sur la période 2005-2010, le nombre de nouveaux bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD est d'un peu plus de 33 000 dans les quatre Dom pour près de 1 330 000 dénombrés sur l'ensemble du territoire français (soit 2,5 %). Cette dernière

proportion passe à 3,1 % en considérant les seuls nouveaux bénéficiaires âgés de moins de 65 ans (près de 20 000 en moyenne annuelle sur la même période). Cette part plus importante dans les départements ultramarins pour les moins de 65 ans est due au fait que les bénéficiaires de ce groupe d'âge représentent à peine 48 % de l'ensemble des nouvelles admissions dans l'Hexagone alors qu'ils sont proches de 60 % dans les quatre Dom, et même de 75 % pour la seule Guyane.

³² Certaines pathologies, en fonction d'une liste arrêtée par décret, offrent la possibilité d'une exonération du ticket modérateur pour le patient, pris alors en charge par l'Assurance maladie. Même si le fait d'en faire la demande correspond aussi à une réalité de nature administrative et financière, cette source d'information permet cependant une certaine approche de la morbidité. Cette source de données offre ainsi un outil de mesure des affections ne constituant pas nécessairement une cause (principale) de décès. Mais, elle fournit des renseignements précieux pour des pathologies graves. Les affections de longue durée (ALD) peuvent être mesurées à travers deux dimensions : le « flux » correspondant aux nouvelles admissions au cours d'une période (en l'occurrence l'année) et le « stock » correspondant à toutes les personnes prises en charge à 100 % au titre d'une ALD à un instant donné. Seules les nouvelles admissions sont analysées dans cette partie du document. En annexes, les données présentées sur le diabète concernent l'ensemble des bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au 31 décembre 2012.

12,7 %



La part des cancers dans les nouvelles admissions en ALD dans les quatre Dom contre 21,8 % au niveau national.

Des taux de nouvelles admissions en ALD plus forts dans les Dom qu'au niveau national

En termes de taux standardisés, seule la Martinique ne présente pas de différence significative avec le niveau national, tant pour l'ensemble des nouvelles admissions en ALD que pour celles concernant uniquement les moins de 65 ans. Les trois autres départements ultramarins présentent des taux standardisés supérieurs à ceux observés dans l'ensemble du pays, notamment en Guadeloupe. Dans ce département, les écarts avec le niveau national sont de l'ordre de +50 %, tant pour l'ensemble des nouvelles admissions en ALD que pour celles concernant les moins de 65 ans. Pour les deux autres Dom, les écarts sont compris entre +12 % et +17 %, suivant le groupe d'âge retenu. Ces trois départements se retrouvent ainsi parmi les régions françaises présentant les valeurs les plus élevées, seules l'Alsace et la Corse dans l'Hexagone s'intercalant entre les trois départements ultramarins.

Pour l'ensemble des nouvelles admissions en ALD et l'ensemble des décès, la Martinique ressort comme le département ultramarin le plus proche de la situation nationale. En revanche, si la mortalité fait apparaître La Réunion comme la région présentant le plus fort différentiel avec la moyenne nationale (au deuxième rang des régions derrière le Nord - Pas-de-Calais au cours de la période 2005-2010), les nouveaux bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD font de la Guadeloupe la région française enregistrant le taux d'admissions le plus élevé au cours de la même période. Il est à noter que la Guadeloupe, la Guyane et La Réunion se retrouvent parmi les cinq régions connaissant les taux standardisés les plus élevés chez les moins de 65 ans, tant pour la mortalité que pour les nouvelles admissions en ALD (le Nord - Pas-de-Calais et la Picardie pour la mortalité, l'Alsace et la Corse pour les ALD entrant dans ces deux quintés).

Des admissions en ALD pour cancers moins importantes qu'au niveau national...

En moyenne annuelle sur la période 2005-2010, 4 237 nouveaux bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'un cancer ont été dénombrés dans les quatre départements d'outre-mer sur les 289 415 pour l'ensemble du territoire français (2 261 chez les moins de 65 ans sur les 136 750 du niveau national). La part d'ALD dont la cause d'admission est liée à un cancer est moindre dans l'ensemble des quatre Dom : 12,7 % contre 21,8 % au niveau national tous âges et respectivement 11,3 % et 21,3 % chez les seuls moins de 65 ans. En termes de taux standardisés, les écarts sont très importants avec l'échelon national, que ce soit tous âges ou chez les moins de 65 ans. Ainsi, le différentiel avec le niveau national qui est le moins important dans les deux départements des Antilles est compris entre -20 % et -30 %. Il passe sous la barre des -35 % à La Réunion et des -40 % en Guyane.

...à l'instar de ce qui est observé pour la mortalité par cancers

Comme pour la mortalité par cancers, que ce soit pour l'ensemble de la population ou les seuls moins de 65 ans, les taux standardisés des nouvelles admissions en ALD pour cancers sont tous significativement inférieurs dans les quatre Dom par rapport au niveau national. De plus, pour les Antilles/Guyane, les écarts avec le niveau national sont du même ordre que pour la mortalité. Seule La Réunion se distingue des autres départements ultramarins avec un différentiel avec le niveau national beaucoup plus important pour les nouvelles admissions, que ce soit pour l'ensemble de la population ou pour les seuls moins de 65 ans : respectivement -36 % et -11 %.

Des taux d'admissions en ALD pour le cancer qui varient selon la localisation et le département ultramarin

Concernant les localisations cancéreuses, que ce soit pour la trachée, les bronches et le poumon, les VADS, le côlon-rectum ou le sein, les taux de nouvelles admissions sont toujours inférieurs dans les quatre Dom comparativement à la moyenne nationale. Pour toutes les localisations et pour tous les départements ultramarins, l'écart en termes de taux standardisés avec le niveau national est toujours compris entre -35 % et -70 %. Deux exceptions sont cependant à noter parmi les localisations analysées : les cancers des VADS et de la prostate. Le taux standardisé de nouvelles admissions de la première localisation est de -10 % entre le niveau national et l'île de l'océan Indien qui connaît une surmortalité pour cette cause. Le cancer de la prostate se trouve quant à lui dans une situation singulière au regard de l'ensemble des cancers. En effet, les quatre Dom se trouvent en surmortalité vis-à-vis du niveau national pour le cancer de la prostate. Pour les deux départements des Antilles, où le taux de mortalité est plus du double de celui observé au niveau national, le taux de nouvelles admissions pour ce cancer est lui aussi très élevé : près de 75 % en plus par rapport à l'ensemble du pays. Les deux autres départements ultramarins qui présentent également une surmortalité en regard du niveau national affichent par contre un taux de nouvelles admissions en ALD inférieur à celui de la France.

3/4

Le différentiel en plus du taux de nouvelles admissions en ALD par cancer de la prostate par rapport au niveau national pour les deux départements des Antilles.

Une situation contrastée entre les Dom pour les ALD pour maladies de l'appareil respiratoire

Dans les quatre départements d'outre-mer, en moyenne annuelle sur la période 2005-2010, ce sont 865 nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire qui sont dénombrées sur 41 658 pour l'ensemble du territoire français. La part d'ALD dont la cause est une maladie de l'appareil respiratoire est moindre dans l'ensemble des quatre Dom : 2,6 % contre 3,1 % au niveau national tous âges. Ce pourcentage global masque cependant des caractéristiques différentes entre les départements. En effet, si deux d'entre eux (Martinique et Guyane) enregistrent un taux standardisé de nouvelles admissions inférieur à celui du niveau national, il est supérieur dans les deux autres départements ultramarins. Si, pour La Réunion, cela permet de retrouver (bien que minoré) l'écart positif avec le niveau national observé pour la mortalité, la Guadeloupe présente une situation opposée entre la mortalité et les nouvelles admissions en ALD pour les affections respiratoires : sous-mortalité et sur-morbidité (en considérant uniquement les ALD).

Des différences très marquées pour les ALD pour asthme entre les quatre Dom

En moyenne annuelle sur la période 2005-2010, 567 nouveaux bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre de l'asthme ont été dénombrés dans les quatre Dom sur 14 380 pour l'ensemble du territoire français. La part d'ALD pour asthme est supérieure dans l'ensemble des quatre Dom : 1,7 % contre 1,1 % au niveau national tous âges. Cette différence globale masque cependant des différences entre les départements ultramarins. En effet, si le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cette pathologie est inférieur en Martinique, il est supérieur à La Réunion et surtout en Guadeloupe, dépassant les 80 pour 100 000 habitants, près du double de la valeur la plus élevée de la Corse, région qui se situe au deuxième rang avec 44,2 pour 100 000 habitants. La Guyane, quant à elle, avec un taux de 25,6 pour 100 000 habitants, ne présente pas de différence avec le niveau national.

1,5 %

↑ Le pourcentage des nouvelles admissions en ALD dans les Dom concernant une pathologie en lien avec une consommation importante d'alcool contre 2,6 % au niveau national.

Un taux de nouvelles admissions en ALD liées à une consommation d'alcool inférieur au niveau hexagonal dans les quatre Dom

En moyenne annuelle sur la période 2005-2010, ce sont 491 nouveaux bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une pathologie en lien avec une consommation importante d'alcool³³ qui ont été dénombrés dans les quatre Dom sur les 34 434 pour l'ensemble du territoire français.

La part d'ALD dont la cause est une pathologie en lien avec une consommation importante d'alcool est inférieure au niveau national dans l'ensemble des quatre Dom : 1,5 % contre 2,6 %. Tous les départements ultramarins enregistrent un taux standardisé de nouvelles admissions en lien avec une consommation importante d'alcool inférieur à celui observé nationalement, l'écart avec le niveau national étant le plus faible à La Réunion. La hiérarchisation entre les quatre Dom va ainsi dans le sens de ce qui est retrouvé pour la mortalité, toutefois en constatant que La Réunion se trouve en situation de surmortalité. La Guadeloupe, qui n'enregistre pas de différence significative avec le niveau national pour la mortalité voit son taux d'admissions en ALD pour ces pathologies inférieur à celui du niveau national.

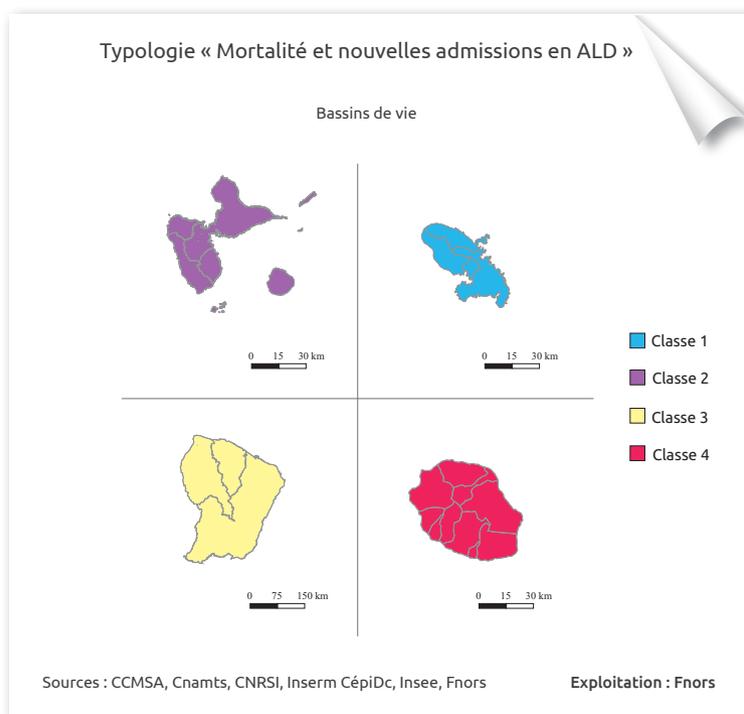
Une différence sensible entre mortalité et ALD pour les maladies infectieuses et parasitaires à La Réunion

En moyenne annuelle sur la période 2005-2010, ce sont 449 nouvelles admissions en ALD pour une maladie infectieuse et parasitaire qui ont été dénombrées dans les quatre Dom sur les 12 784 pour l'ensemble du territoire français. La part d'ALD dont la cause est une maladie infectieuse et parasitaire est supérieure dans l'ensemble des quatre Dom : 1,3 % contre 1,0 % au niveau national tous âges. Comme pour les maladies de l'appareil respiratoire, le constat global supérieur pour l'ensemble des départements ultramarins est cependant la résultante de situations contrastées entre les quatre départements. Ainsi, le taux standardisé de nouvelles admissions pour une maladie infectieuse et parasitaire est particulièrement élevé en Guyane, rejoignant le constat déjà établi pour la mortalité. Par contre, La Réunion, qui présente une surmortalité par maladies infectieuses et parasitaires, située au deuxième rang des régions françaises pour son taux le plus important, se retrouve au huitième rang des régions françaises pour son taux le plus faible concernant les nouvelles admissions en ALD (taux significativement inférieur à celui observé sur l'ensemble du pays).

³³ Cancer des VADS, psychose alcoolique et cirrhose alcoolique.

Typologies

« Mortalité et ALD »



La typologie réalisée au niveau des bassins de vie synthétise les données de mortalité pour les principales causes de décès et les principaux motifs de nouvelles admissions en ALD³⁴. Elle fait ressortir quatre classes, chacune étant formée par l'ensemble des bassins de vie d'un même département ultramarin³⁵.

Trois classes ont des indicateurs de mortalité et de nouvelles admissions en ALD qui vont dans le même sens : indicateurs les plus faibles des bassins de vie ultramarins pour la première classe, à un niveau intermédiaire pour la troisième et défavorable pour la quatrième. La deuxième classe se démarque avec des indicateurs de mortalité qui ont tendance à être plus faibles et ceux relatifs aux ALD plus élevés.

³⁴ Cf. « Point méthodologique - Indicateurs utilisés pour effectuer les typologies » page 48 et suivantes.

³⁵ Une analyse complémentaire est menée au niveau des cantons sur des grandes causes et parallèlement sur les bassins de vie (cf. page 64).

Classe 1

La classe 1 regroupe les bassins de vie martiniquais. Ces bassins de vie présentent, de manière générale, les valeurs les plus faibles des bassins de vie ultramarins pour les indicateurs d'état de santé, tels que mesurés par la mortalité et les nouvelles admissions en ALD.

Classe 2

La classe 2, composée des bassins de vie guadeloupéens, présente des taux de mortalité qui ont tendance à être inférieurs à ceux de l'ensemble des quatre Dom (mais, comme ce qui est explicité dans la partie consacrée à la mortalité, ils ne le sont pas forcément en regard de la situation nationale ; ceci dépend des causes de décès et des bassins de vie), et des taux relatifs aux nouvelles admissions en ALD qui ont tendance à être plus élevés.

Classe 3

La classe 3, rassemblant les bassins de vie guyanais, est dans une situation intermédiaire comparativement à la situation observée dans les quatre Dom, avec toutefois un poids plus marqué des maladies infectieuses et parasitaires, et ce aussi bien à travers les données de mortalité que celles des affections de longue durée. À l'inverse, les bassins de vie de cette classe présentent des indicateurs (mortalité et ALD) relatifs aux cancers qui sont plus faibles que dans les autres bassins de vie ultramarins.

Classe 4

Toujours en regard de la situation dans les quatre Dom, la classe 4, constituée des bassins de vie réunionnais, est celle qui présente les indicateurs de mortalité et de nouvelles admissions en ALD les plus défavorables.

Une première analyse

La situation de la Martinique, seul département ultramarin à ne pas présenter de différence significative avec le niveau national pour le taux de nouvelles admissions en ALD tous âges comme pour les moins de 65 ans, est en réalité la résultante de situations contrastées au niveau des bassins de vie. En effet, si deux d'entre eux (Le Lamentin et Le Robert) enregistrent un taux inférieur en regard du niveau national, un taux supérieur à ce même niveau national est retrouvé dans les deux autres (Fort-de-France et Sainte-Marie). Dans les trois autres départements ultramarins, seuls deux bassins de vie ne présentent pas de taux supérieur à celui de l'ensemble du pays : l'Étang-Salé à La Réunion (sans différence tous âges mais inférieur chez les moins de 65 ans) et Kourou en Guyane (sans différence avec le niveau national, quel que soit le groupe d'âge). Toujours pour les nouvelles admissions en ALD, la situation spécifique de la Guadeloupe est retrouvée pour tous les bassins de vie puisque les cinq enregistrent un écart avec le niveau national d'au moins +40 %, dépassant souvent les +50 % chez les seuls moins de 65 ans. Pour la majorité des bassins de vie ultramarins, le constat en termes de différence avec le niveau national pour les ALD est le même que celui fait à travers la mesure de la mortalité, tout particulièrement chez les moins de 65 ans. Le bassin de vie de Sainte-Marie en Martinique est celui qui enregistre le plus grand contraste chez les moins de 65 ans : en sous-mortalité, mais avec un taux pour les nouvelles admissions en ALD supérieur à la moyenne nationale.

Pour les nouvelles admissions en ALD pour cancers, que ce soit tous âges ou pour les seuls moins de 65 ans, les taux standardisés observés dans tous les bassins de vie des Dom sont inférieurs d'au moins 15 % comparativement au niveau national, souvent en deçà de -30 %. Ce constat va dans le même sens que ce qui est relevé pour la mortalité puisqu'aucun bassin de vie ne présente de surmortalité par cancers. Cette situation observée pour tous les cancers est retrouvée pour différentes localisations : trachée, bronches et poumon, côlon-rectum et sein. Concernant le cancer des VADS, aucun bassin de vie ne présente un taux de nouvelles admissions en ALD supérieur

à celui du niveau national, contrairement à la mortalité où deux bassins de vie situés à La Réunion (Saint-Louis et Saint-Paul) se retrouvent en situation de surmortalité.

Pour le cancer de la prostate, la situation observée au niveau départemental se retrouve au niveau des bassins de vie. En effet, tous ceux des départements des Antilles connaissent un taux de nouvelles admissions en ALD supérieur à celui de l'ensemble du pays. Dans les deux autres départements ultramarins, tous les bassins de vie sont, soit sans différence avec le niveau national, soit enregistrent un taux inférieur à ce niveau. Lorsque sont croisés les taux de mortalité et ceux de nouvelles admissions en ALD, quelques particularités sont à mentionner. Ainsi, dans les départements des Antilles françaises, seul le bassin de vie de Capesterre-Belle-Eau ne présente pas de différence significative avec le niveau national concernant la mortalité, alors que cette différence existe concernant le taux de nouvelles admissions en ALD. Dans les deux autres départements ultramarins, les bassins de vie de Cayenne et de Saint-Paul connaissent à la fois un taux supérieur par rapport au niveau national pour la mortalité et pour les nouvelles admissions en ALD pour cancer de la prostate. Enfin, Kourou et Saint-Laurent-du-Maroni en Guyane et L'Étang-Salé, Petite-Île et Saint-Leu à La Réunion ne présentent pas de différence significative pour les deux taux.

Concernant les ALD par maladies cardio-vasculaires, que ce soit tous âges ou pour les moins de 65 ans, tous les bassins de vie ultramarins présentent un taux de nouvelles admissions supérieur à celui du niveau national, plus du double parfois pour les moins de 65 ans (en Guadeloupe et en Guyane). Cela va ainsi dans le même sens que pour la mortalité, où aucun bassin de vie ne connaît de sous-mortalité (hormis tous âges pour le bassin de vie du chef-lieu martiniquais).

Pour les maladies de l'appareil respiratoire, se retrouvent dans une situation opposée la Martinique et la Guyane, d'une part, pour lesquelles le taux de nouvelles admissions en ALD est inférieur à celui observé au niveau national et, d'autre part, la Guadeloupe et La Réunion pour lesquelles ce taux est supérieur. La Guadeloupe présente ainsi une situation spécifique puisque, vis-à-vis du niveau national, elle est en sous-mortalité (deux bassins de vie

se trouvent en sous-mortalité alors qu'ils ont un taux de nouvelles admissions plus élevé que celui du niveau national : Pointe-à-Pitre - Les Abymes et Sainte-Rose). À La Réunion, L'Étang-Salé est aussi à mentionner car il a un taux de nouvelles admissions en ALD inférieur à celui du niveau national, seul bassin de vie de l'île à se trouver dans cette situation.

Concernant les nouvelles admissions en ALD pour asthme, la situation est assez voisine de celle constatée pour l'ensemble des maladies respiratoires, sauf pour la Guyane (avec un taux qui ne diffère pas du niveau national). En Guadeloupe, tous les bassins de vie enregistrent un taux supérieur à celui du niveau national, le doublant, voire le triplant parfois. À signaler, comme pour l'ensemble des maladies respiratoires, la situation du bassin de vie de L'Étang-Salé qui a un taux de nouvelles admissions en ALD pour asthme inférieur à celui de l'ensemble du pays, soit une situation inverse à celle qui est retrouvée sur l'ensemble de l'île de l'océan Indien.

En termes de taux standardisés de nouvelles admissions en ALD, les pathologies liées à une consommation importante d'alcool situent les quatre départements ultramarins en dessous du niveau national. Ce constat est différent de celui observé pour la mortalité, puisque La Réunion présente une surmortalité vis-à-vis du niveau national et la Guadeloupe se retrouve sans différence significative avec l'ensemble du pays. Cela a pour conséquence, dans l'un et l'autre des deux départements ultramarins, que plusieurs bassins de vie présentant une surmortalité pour les causes liées à une consommation importante d'alcool connaissent, dans le même temps, un taux de nouvelles admissions en ALD inférieur à celui du niveau national.

Concernant les maladies infectieuses et parasitaires, La Réunion présente une situation différente de celle observée pour la mortalité, à savoir un taux de nouvelles admissions pour ces pathologies inférieur à celui du niveau national, et ce constat est décliné au niveau de tous les bassins de vie dans cette île. Cette situation est retrouvée également dans un bassin de vie de la Guadeloupe (Grand-Bourg). Avec des taux supérieurs à ceux du niveau national, tant pour les décès que pour les nouvelles admissions en ALD, la Guyane fait ressortir une situation homogène pour tous les bassins de vie de ce département.

Une analyse complémentaire

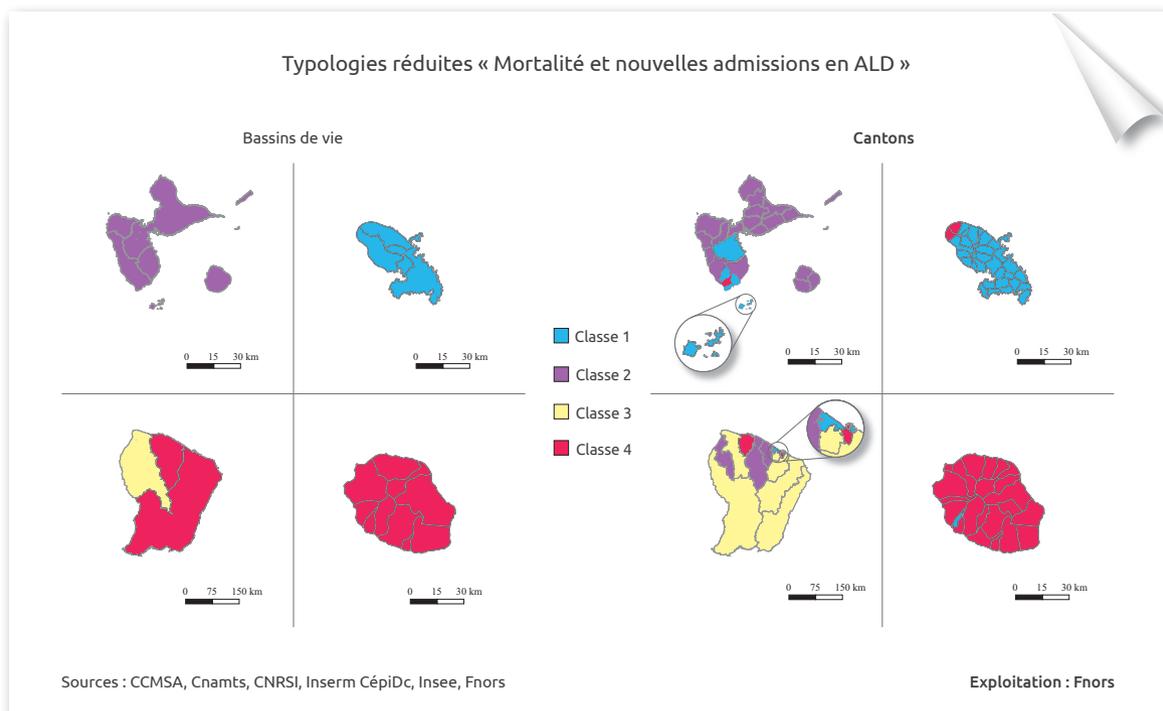
Réalisée au niveau des bassins de vie, l'analyse présentée précédemment n'est pas reproductible de la même façon au niveau des cantons, du fait de certaines causes qui sont moins fréquentes. Celles-ci nécessitent en effet de travailler sur des niveaux géographiques relativement peuplés³⁶ pour garantir la stabilité statistique.

C'est la raison pour laquelle une analyse complémentaire a été menée pour pouvoir visualiser des disparités à un niveau géographique plus fin, à savoir les cantons, mais à partir d'un nombre moins important d'indicateurs. Outre les taux standardisés de mortalité et de nouvelles admissions en ALD observés chez les moins de 65 ans, seules deux grandes causes de décès et de nouvelles admissions ont été intégrées à cette nouvelle analyse : les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire.

Pour permettre une comparaison avec l'analyse précédente, celle-ci a également été réalisée au niveau des bassins de vie. À part la Guyane, où deux bassins de

vie sont regroupés avec ceux de La Réunion, la répartition territoriale est la même que celle obtenue avec davantage de causes de mortalité et de nouvelles admissions en ALD.

L'analyse réalisée avec des indicateurs couvrant un champ plus large, montre que la Guyane est fortement impactée par les maladies infectieuses et parasitaires. Le fait que cette cause de mortalité ne soit pas intégrée dans la seconde analyse explique les résultats obtenus avec la nouvelle typologie. Dans cette analyse complémentaire, le bassin de vie de Saint-Laurent-du-Maroni forme une classe à lui seul. Il est marqué par une mortalité prématurée importante : surmortalité par rapport au niveau national de plus de 40 %, soit un des taux les plus importants des bassins de vie ultramarins et de manière plus large de France. À l'inverse, la mortalité par cancers (tous âges et prématurée) est relativement faible : les taux standardisés de mortalité dans ce bassin de vie sont respectivement de



Si l'analyse comme la précédente porte sur les données de mortalité et sur les nouvelles admissions de longue durée, le nombre de variables retenues est moindre compte tenu des effectifs de population pour certains cantons. La séparation en deux classes de la Guyane est due au fait que les maladies infectieuses et parasitaires ne sont pas intégrées dans cette analyse. Sinon, elle fait ressortir quatre classes qu'il est intéressant de visualiser parallèlement au niveau cantonal.

³⁶ Voir un regroupement d'années plus conséquent ou une méthode de lissage spatial qui offre une plus grande puissance statistique.

l'ordre de -45 % et -55 % par rapport au niveau national tous âges et chez les moins de 65 ans (deuxième et troisième taux les plus faibles des bassins de vie de France). Au niveau des nouvelles admissions en ALD, un constat semblable à celui de la mortalité est observé pour ce bassin de vie. En effet, les taux toutes causes sont relativement importants, et ce aussi bien tous âges confondus que chez les moins de 65 ans. Ainsi, comparativement au niveau national, le taux standardisé de nouvelles admissions en ALD tous âges est de 25 % plus important pour Saint-Laurent-du-Maroni ; il est de 35 % pour les moins de 65 ans. Pour les cancers, les différentiels avec les taux nationaux sont, comme pour la mortalité, en faveur de la population ultra-marine : -55 % tous âges, et près de -70 % pour les moins de 65 ans. Pour les deux autres bassins de vie guyanais, le différentiel observé avec le niveau national est moins important, de l'ordre de -40 %, soit au même niveau que ce qui est observé pour les bassins de vie réunionnais. Saint-Laurent-du-Maroni se différencie également des deux autres bassins de vie guyanais concernant les maladies de l'appareil circulatoire, avec un taux de nouvelles admissions en ALD nettement plus important. En effet, si le taux de mortalité pour cette cause ne diffère pas du niveau national, celui des nouvelles admissions en ALD est bien plus élevé : différentiel de +80 % tous âges confondus alors qu'il est de +35 %/+40 % pour les deux autres bassins de vie de la Guyane tous âges et de près de +150 % pour les seuls moins de 65 ans (près de +70 % pour les deux autres bassins de vie de ce département). Ceci est plus spécifiquement dû aux nouvelles admissions en ALD pour hypertension artérielle³⁷ sévère qui représentent 63 % des nouvelles admissions pour maladies de l'appareil circulatoire dans l'ensemble des quatre Dom (et 67 % en Guyane ; ce pourcentage étant de 33 % pour la France).

L'étude réalisée au niveau cantonal, fait ressortir une cartographie proche de celle observée au niveau des bassins de vie, mais avec quelques spécificités pour chacun des départements.

Guadeloupe

La grande majorité des cantons de Guadeloupe appartient à la classe 2. Cette classe est caractérisée par des taux standardisés de nouvelles admissions en ALD relativement élevés en regard de la situation des quatre Dom et des taux de mortalité un peu plus faibles. Cependant, quatre cantons se démarquent avec des indicateurs pour les données d'ALD qui sont également un peu plus faibles que ceux observés dans les autres cantons des quatre Dom. À l'inverse, un canton appartenant à la quatrième classe présente des indicateurs de mortalité et de nouvelles admissions en ALD qui sont parmi les plus élevés.

Guyane

La Guyane est le seul département ultramarin à avoir des cantons répartis dans les quatre classes, la troisième classe n'étant constituée que de cantons guyanais. Deux cantons appartiennent à la classe qui présente les indicateurs les plus favorables (classe 1) et trois autres appartiennent, à l'inverse, à la classe présentant les indicateurs les moins favorables (classe 4). La classe 2 est composée de trois cantons guyanais, les autres cantons de cette classe n'étant retrouvés qu'en Guadeloupe.

Martinique

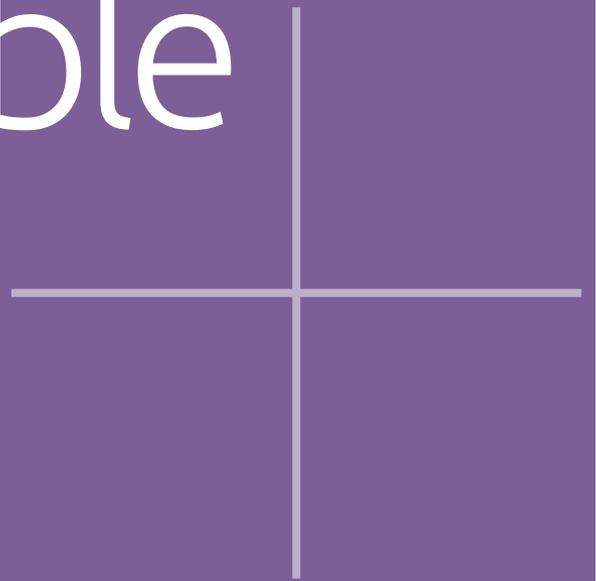
Si globalement en regard de la situation des bassins de vie ultramarins la Martinique présente une situation plus favorable au niveau cantonal, deux cantons situés au nord de l'île se démarquent avec une situation défavorable. En effet, ces deux cantons sont regroupés dans la même classe que ceux de La Réunion qui enregistrent les indicateurs les plus défavorables.

La Réunion

La situation réunionnaise est globalement inverse de celle de la Martinique. Si la grande majorité des cantons de ce département est regroupée dans la classe qui connaît les indicateurs les plus défavorables (classe 4), un canton appartient à la classe 1 qui compte les indicateurs les plus favorables (constituée en grande partie des cantons martiniquais).

³⁷ À noter que cette ALD par le décret n° 2011-727 du 24 juin 2011 a été supprimée de la liste. Toutefois, cette mesure ne concerne pas les assurés qui étaient déjà pris en charge à 100 % au titre de cette ALD et qui continuent à à pouvoir en bénéficier.

Vue d'ensemble



Contexte général

Présenter les principales caractéristiques socio-sanitaires des quatre départements d'outre-mer, en décrivant les inégalités les plus marquantes entre les territoires ultramarins et la France hexagonale mais aussi les inégalités inter et infra-départementales est l'objet de cette dernière partie.

Hormis la Martinique, les trois autres Dom présentent une situation sanitaire plus dégradée qu'au niveau national, marquée par des surmortalités générale et prématurée, des taux de nouvelles admissions en ALD supérieurs à ceux du niveau national. Certaines problématiques de santé sont particulièrement présentes dans ces territoires, de manière généralisée ou plus contrastée. La problématique des cancers y est atypique. En effet, si la mortalité par cancers est moindre dans les quatre Dom qu'au niveau national, les quatre territoires se démarquent aussi par des surmortalités pour certaines localisations, tout particulièrement la prostate. Les maladies vasculaires cérébrales ressortent également avec des taux plus importants en outre-mer que dans l'Hexagone.

Sur les plans démographique et socio-économique, les quatre Dom présentent des caractéristiques communes, les distinguant sensiblement de la situation nationale.

Au delà de certaines similarités, il existe aussi des différences importantes en termes géographiques entre les départements ultramarins. Des inégalités territoriales sont notamment visibles sur les professionnels de santé et sur certaines pathologies.

Une population jeune, très marquée par les difficultés socio-économiques

En résumé, les quatre Dom se distinguent notablement des autres régions de France. Leur population est plus jeune, la fécondité y est plus élevée et ils présentent une situation sociale souvent dégradée telle que révélée à travers les diverses allocations.

Des écarts notables entre les quatre Dom sur l'offre en professionnels de santé

En ce qui concerne les professionnels de santé, la situation est sensiblement différente entre les quatre départements ultramarins, et par rapport aux régions de l'Hexagone. Ainsi, la Guyane, la Guadeloupe et la Martinique présentent les densités de médecins généralistes libéraux et de chirurgiens-dentistes libéraux les plus faibles des régions de France ; La Réunion se place quant à elle dans une situation plus proche du niveau national.

Le constat est le même pour les médecins spécialistes, La Réunion ne faisant toutefois pas exception cette fois.

Concernant la médecine générale, il faut souligner la situation spécifique de la Martinique qui cumule deux difficultés : avoir une très faible densité de médecins généralistes libéraux et être la région française qui connaît la proportion la plus importante de médecins âgés de 55 ans ou plus (plus d'un médecin sur deux).

La présence des masseurs-kinésithérapeutes libéraux est très contrastée entre deux Dom : la Guyane connaît la plus faible densité des régions françaises et La Réunion une des plus importante. Les densités en Martinique et en Guadeloupe sont quasi identiques, inférieurs de 15 % à la moyenne nationale.

Concernant les infirmiers libéraux, mise à part la Guyane qui présente une densité inférieure, les densités sont supérieures à celle du niveau national dans trois des quatre Dom : Guadeloupe, La Réunion et Martinique (cette dernière enregistre une densité près de deux fois plus importante que la moyenne nationale).

Surmortalités générale et prématurée pour la Guyane, la Guadeloupe et La Réunion

Concernant l'état de santé, que ce soit pour l'ensemble de la mortalité ou pour l'ensemble des nouvelles admissions en ALD, quel que soit l'âge, la Guadeloupe, la Guyane et La Réunion présentent des taux significativement supérieurs aux taux nationaux. La Martinique se retrouve, quant à elle, proche de la moyenne nationale, voire même en sous-mortalité tous âges. Ces disparités entre Dom sont marquées pour certaines pathologies, avec des départements ultramarins dans des situations extrêmes au regard de l'ensemble des régions françaises, la Martinique ne s'opposant pas systématiquement aux trois autres départements. Sont ainsi à mentionner la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire et celle par cardiopathies ischémiques, pour lesquelles La Réunion enregistre les taux les plus importants des régions de France et, à l'opposé, les trois autres départements les valeurs les plus faibles. De même, pour le cancer des VADS, La Réunion connaît une surmortalité par rapport à l'ensemble du pays (troisième taux le plus élevé des régions de France), tandis que les trois autres départements sont en situation de sous-mortalité, deux départements ultramarins (Martinique et Guyane) affichant même les deux taux les plus faibles des régions de France.

Des caractéristiques de santé similaires : sous-mortalité par cancers, surmortalité par maladies vasculaires cérébrales

Si des spécificités sont relevées entre les quatre Dom pour certaines pathologies, des similitudes sont également à mentionner pour d'autres, démarquant les départements ultramarins du niveau national. Ainsi, les cancers

symbolisent ces différences, bien moindres dans les quatre Dom que dans l'Hexagone. Cependant, cela constitue l'un des très rares exemples où les quatre Dom se retrouvent dans une situation globalement meilleure que le reste du pays. Même au sein des cancers, il existe des situations spécifiques, à l'exemple du cancer de la prostate. En effet, pour cette localisation, la situation particulière relevée dans les quatre Dom est à souligner, avec un différentiel de mortalité avec le niveau national qui va dans le sens inverse de ce qui est observé pour l'ensemble des cancers, et tout particulièrement dans les deux départements des Antilles françaises (taux de mortalité plus du double de celui du niveau national). De même, certaines pathologies sont nettement plus présentes dans les quatre Dom que ce qui est observé dans l'ensemble du pays. Outre le cancer de la prostate, sont également à mentionner les maladies infectieuses et parasitaires et les maladies vasculaires cérébrales, avec un taux de mortalité pouvant parfois être plus de deux fois supérieur à celui observé au niveau national. Cette situation, telle que révélée par la mortalité, n'est pas toujours retrouvée à travers les nouvelles admissions en ALD qui sont aussi, comme cela a été rappelé en introduction du chapitre, la résultante d'un système et de comportements. En effet, si les taux de nouvelles admissions pour maladies vasculaires cérébrales sont tous supérieurs à celui du niveau national dans les quatre départements ultramarins, la Guyane et La Réunion pour le cancer de la prostate, et La Réunion pour les maladies infectieuses et parasitaires présentent des taux inférieurs à la moyenne nationale.

Outre ces différences avec les autres régions de France, et entre départements ultramarins, des disparités infra-Dom sont également relevées et mises en exergue à travers deux typologies : la première réalisée au niveau des bassins de vie, et la seconde au niveau des cantons³⁸.

³⁸ Les typologies cantonales n'ont pas toujours pu être réalisées dans le chapitre « État de santé », compte tenu de la faiblesse des effectifs sur la période d'analyse, et plus précisément concernant certaines causes de décès et d'ALD.

+ Point méthodologique

Indicateurs utilisés pour effectuer les typologies

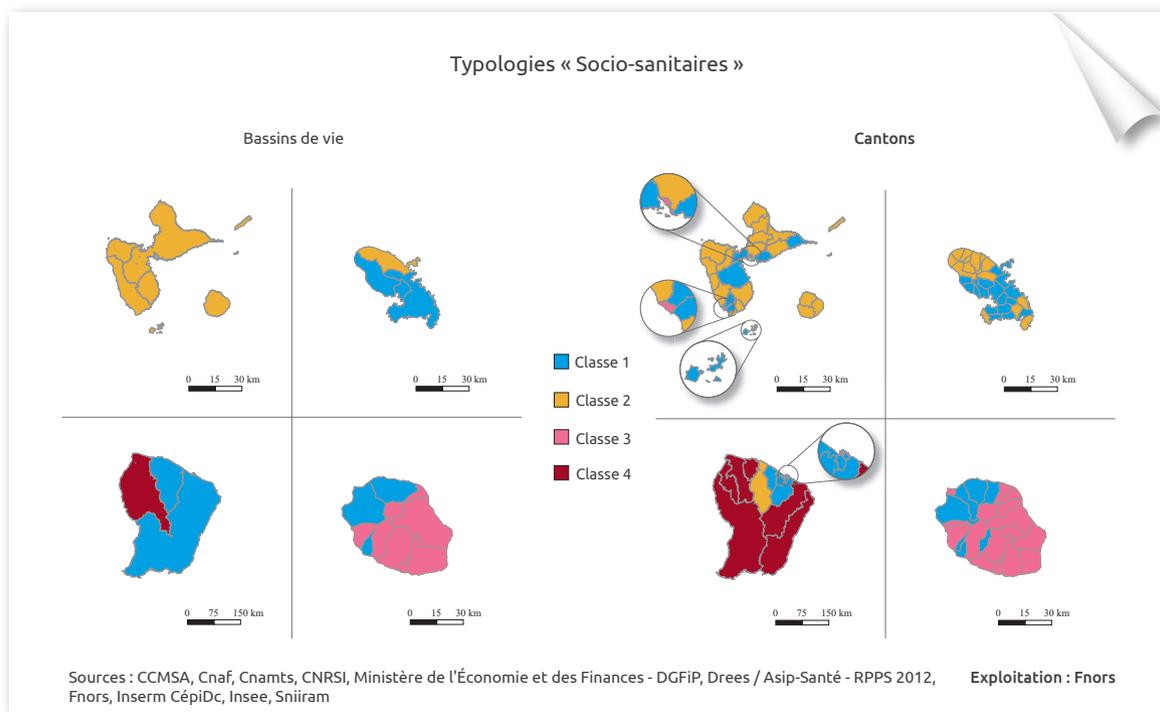
Les indicateurs abordés dans les trois précédents chapitres ont fait l'objet d'un traitement statistique permettant de sélectionner vingt indicateurs les plus discriminants pour aboutir à des typologies en quatre classes, offrant ainsi une vision synthétique de la situation sanitaire et sociale au sein des départements d'outre-mer. Ce traitement statistique, réalisé au niveau des cantons et des bassins de vie, repose dans les deux cas sur ces vingt mêmes indicateurs, à savoir :

- part de personnes de 75 ans ou plus dans la population (Insee ; RP 2009),
- taux de fécondité des femmes de 12-17 ans (Insee ; 2005-2011),
- part des cadres et professions intellectuelles supérieures parmi les actifs occupés (Insee ; RP 2009),
- taux de chômage (Insee ; RP 2009),
- part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu (Ministère de l'Économie et des Finances - DGFIP ; revenus 2009),
- part d'allocataires dépendant de 50 % à 100 % des prestations (Cnaf ; 31 décembre 2011),
- taux d'allocataires ayant droit à une allocation logement (Cnaf, Insee ; 31 décembre 2011),
- taux d'allocataires de l'AAH (Cnaf, Insee ; 31 décembre 2011),
- part de résidences principales sans confort (Insee ; RP 2009),
- densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants (Drees / Asip-Santé, Insee ; RPPS 2012),
- part de médecins généralistes libéraux de 55 ans ou plus (Drees / Asip-Santé ; RPPS 2012),
- densité de chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants (Drees / Asip-Santé, Insee ; RPPS 2012),
- densité d'infirmiers libéraux pour 100 000 habitants (Sniiram, Insee ; 1^{er} janvier 2011),
- densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux pour 100 000 habitants (Sniiram, Insee ; 1^{er} janvier 2011),
- taux standardisé de mortalité chez les moins de 65 ans (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de mortalité par cancers (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (Inserm CépiDc, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de nouvelles admissions en ALD des personnes de moins de 65 ans (CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancers (CCMSA, Cnamts, CNRSI, Insee, Fnors ; 2005-2010),
- taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire (CCMSA, Cnamts, Insee, CNRSI, Fnors ; 2005-2010).

Les indicateurs non retenus dans la construction de la typologie, ont été utilisés dans la description des classes obtenues, c'est pourquoi des indicateurs non présents dans la liste ci-dessus peuvent être mentionnés dans les commentaires.

Typologies

« Socio-sanitaires »



L'analyse menée au niveau des bassins de vie place la Guadeloupe dans une situation spécifique au regard des trois autres départements ultramarins, avec aucun bassin de vie n'appartenant à la classe présentant les caractéristiques socio-sanitaires les plus favorables (classe 1). Cependant, à l'instar des trois autres Dom, l'analyse menée au niveau cantonal fait ressortir les zones géographiques guadeloupéennes présentant une situation plus favorable. À ce dernier niveau géographique, et toujours en regard de la situation au sein des Dom, les deux départements des Antilles françaises présentent des caractéristiques proches, avec une majorité des cantons à appartenir aux deux premières classes ; la classe 2 étant celle qui connaît, de manière générale, une situation intermédiaire³⁹. La troisième classe est plus spécifique à La Réunion, même si quelques cantons guadeloupéens et guyanais la composent. Elle est marquée par des indicateurs en lien avec un état de santé et une situation sociale plus dégradée mais qui sont plus favorables en termes de densités en professionnels de santé. La quatrième classe, propre à la Guyane, est marquée par une situation sociale fragilisée, une mortalité prématurée importante, des indicateurs en lien avec les maladies infectieuses et parasitaires plus élevés et, à l'inverse, moindres pour les cancers que dans les autres classes.

³⁹ Des spécificités sont toutefois à mentionner et sont explicitées dans les pages suivantes.

Classe 1

À l'échelle des bassins de vie, la classe 1, totalisant près de 908 000 habitants, regroupe huit bassins de vie : deux en Guyane (soit 72 % de la population de ce département), trois en Martinique (87 % de la population) et trois à La Réunion (49 % de la population).

Au niveau cantonal, la classe 1 compte trente-six cantons (soit 851 000 habitants) répartis sur les quatre départements ultramarins (seule classe à présenter cette situation) : sept cantons pour la Guadeloupe (soit 30 % de sa population), six pour la Guyane (38 % de la population), seize pour la Martinique (77 % de la population) et sept pour La Réunion (42 % de la population).

Les bassins de vie qui composent cette classe sont, de manière générale, dans une situation socio-sanitaire un peu plus favorable en regard de la situation des quatre Dom.

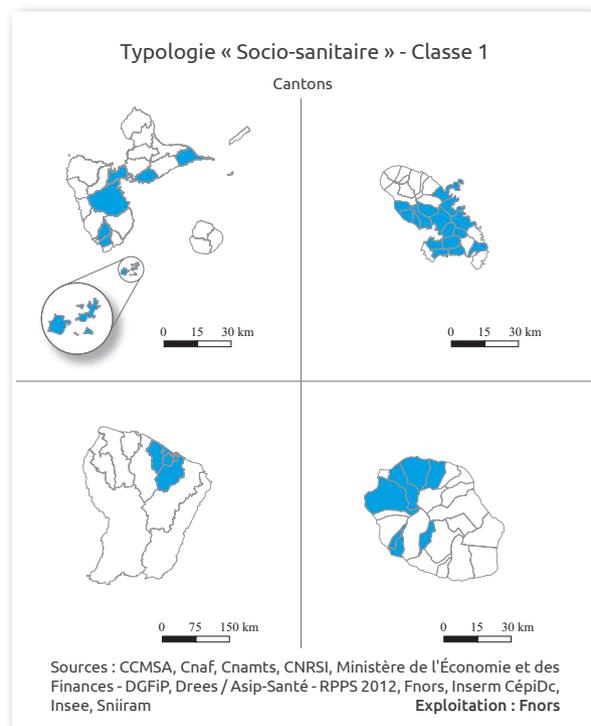
Ainsi, d'un point de vue socio-démographique, les bassins de vie de cette classe ont tendance à avoir, pour les actifs occupés, des proportions de cadres et professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires plus importantes que celles observées dans les autres bassins de vie ultramarins. Le taux de chômage y est globalement moindre, et de manière encore plus marquée chez les jeunes de 15-24 ans. De même, la part de salariés ayant un emploi précaire (à savoir autre qu'un CDI à temps plein) et celle de foyers fiscaux non imposés sur le revenu y sont moins importantes que dans le reste de l'outre-mer.

Concernant les caractéristiques d'état de santé, les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD, notamment pour les maladies de l'appareil respiratoire et, dans une moindre mesure, pour les maladies vasculaires cérébrales et pour les pathologies liées à une consommation importante d'alcool, ont tendance à y être moins élevés. En termes de mortalité, exception faite des trois bassins de vie réunionnais de cette classe, les caractéristiques d'état de santé sont également un peu plus favorables. En effet, les décès liés à une consommation importante d'alcool, le cancer des VADS et, de manière moindre, les accidents

vasculaires cérébraux sont moins fréquents que dans les autres bassins de vie ultramarins.

Concernant les densités de professionnels de santé, les indicateurs considérés dans cette analyse ne se démarquent pas dans cette classe.

L'analyse réalisée au niveau cantonal fait ressortir les mêmes caractéristiques, même si quelques spécificités supplémentaires émergent. Ainsi, les parts de jeunes de 20-29 ans ayant au moins un Bac+2 et de 18-24 ans scolarisés ont tendance à être plus élevées. Concernant les professionnels de santé, la densité des chirurgiens-dentistes ressort comme étant plus importante dans certains cantons composant cette classe que dans le reste de l'outre-mer.



Classe 2

La classe 2, totalisant près de 453 000 habitants, compte six bassins de vie, tous ceux de la Guadeloupe (cinq) et un en Martinique (regroupant 13 % de la population martiniquaise). Pour l'analyse réalisée au niveau cantonal, la classe 2 compte trente-deux cantons (soit 346 000 habitants) : dix-sept cantons pour la Guadeloupe (soit 62 % de la population du département), un pour la Guyane (ressemblant moins de 2 % de la population) et quatorze pour la Martinique (23 % de la population) ; La Réunion n'est pas représentée dans cette classe.

D'un point de vue démographique, au regard de la situation au sein des Dom, les bassins de vie de cette classe présentent une population plutôt âgée avec une part plus importante de personnes de 75 ans ou plus. De même parmi ces personnes âgées, la part de celles vivant seules à domicile y est, de manière générale, plus importante.

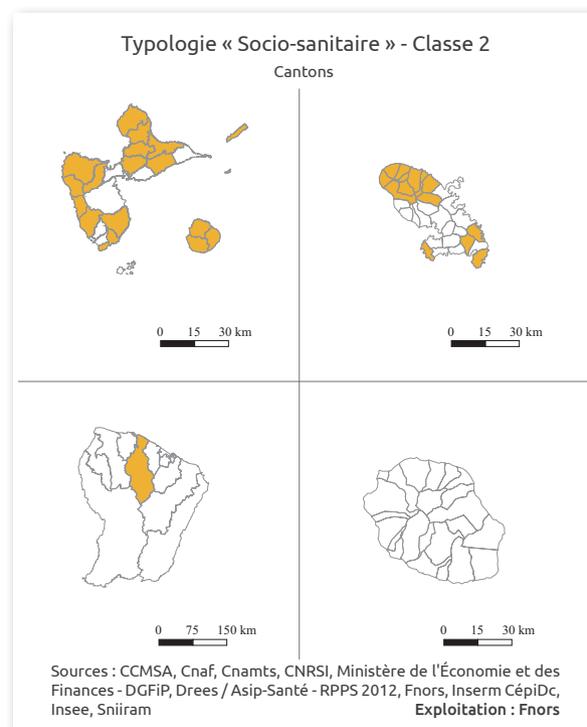
D'un point de vue sanitaire, au regard de la situation dans les quatre Dom, les nouvelles admissions en ALD ont tendance à y être plus élevées, hormis pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et les cardiopathies ischémiques où elles y sont moins fréquentes.

La mortalité par accidents de la circulation y est plus importante quand celle par maladies de l'appareil respiratoire y est moindre (et notamment par BPCO). De manière un peu moins marquée, la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon ressort également comme étant moins importante que dans les autres classes.

Au niveau de l'analyse cantonale, outre les caractéristiques mentionnées ci-dessus, les cantons qui composent cette deuxième classe sont marqués par des taux d'allocations à destination des personnes en situation de handicap plus importants (AAH et AEEH). Parmi les personnes ayant un emploi, la part d'ouvriers a également tendance à être plus

élevée et celle des cadres et professions intellectuelles supérieures plus faible. La part de salariés de 25-54 ans ayant un emploi précaire y est moindre, de même que celle de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans.

Concernant les caractéristiques démographiques, les taux d'accroissement de la population sont plus faibles. Toujours au regard de la situation dans les quatre Dom, les cantons de cette classe ont des densités de chirurgiens-dentistes et de médecins généralistes libéraux plus basses et celle des infirmiers libéraux y est un peu plus importante.



Classe 3

La classe 3, totalisant 415 000 habitants, regroupe sept bassins de vie de La Réunion (soit 51 % de sa population).

Pour l'analyse réalisée au niveau cantonal, la classe 3 compte dix-neuf cantons (563 000 habitants), majoritairement de La Réunion, à savoir seize cantons de ce département (soit 58 % de la population réunionnaise), mais également deux de Guadeloupe (Basse-Terre et Pointe-à-Pitre, rassemblant 7 % de la population guadeloupéenne) et un en Guyane (Cayenne, regroupant 25 % de la population guyanaise).

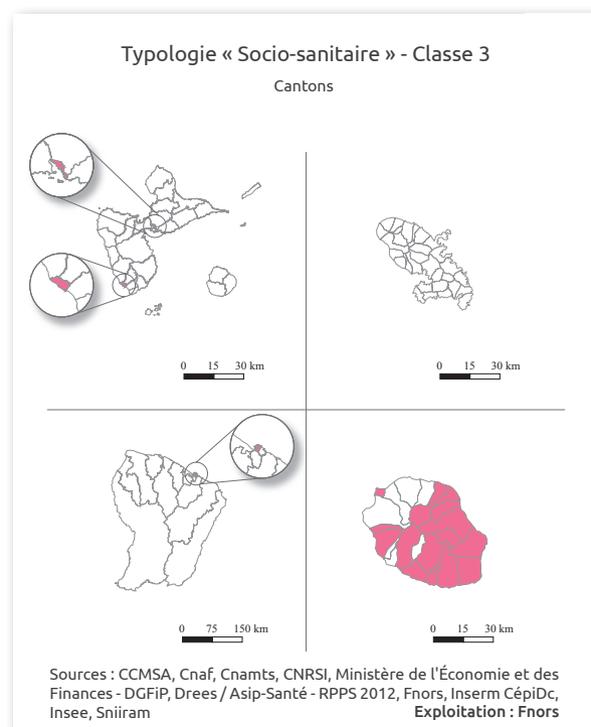
Les bassins de vie composant cette classe se caractérisent par des indicateurs en lien avec un état de santé défavorable, et ce aussi bien pour ceux se rapportant à la mortalité (exception faite des accidents de la circulation) que pour ceux créés à partir des nouvelles admissions en ALD.

Par contre, toujours au regard de la situation au sein des quatre Dom, ces bassins de vie sont dans une situation plus favorable concernant la présence des professionnels de santé libéraux. En effet, les densités de médecins généralistes, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont tendance à y être plus élevées que dans le reste de l'outre-mer.

D'un point de vue socio-démographique, les bassins de vie de cette classe sont marqués par un taux d'allocataires un peu plus élevé, et notamment pour le RSA et les allocations logements. Il en va de même pour le taux de chômage et la part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu. À l'inverse, parmi les actifs occupés, la proportion de cadres et professions intellectuelles supérieures a tendance à

y être plus faible. Ces bassins de vie se distinguent aussi par des proportions moindres de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans et de personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules à domicile que dans le reste de l'outre-mer.

Globalement, les mêmes caractéristiques que celles mentionnées pour les bassins de vie ressortent de l'analyse réalisée au niveau cantonal.



Classe 4

La classe 4, totalisant près de 63 000 habitants, compte un seul bassin de vie : celui de Saint-Laurent-du-Maroni qui regroupe 28 % de la population guyanaise.

Pour l'analyse réalisée au niveau cantonal, seule la Guyane est représentée avec six cantons (regroupant 35 % de la population, ce qui représente 79 000 habitants).

Que ce soit au niveau des bassins de vie ou des cantons, la composition des typologies obtenues est exactement la même que celles qui ressortent de la seule analyse des indicateurs de la partie « Population et conditions de vie ».

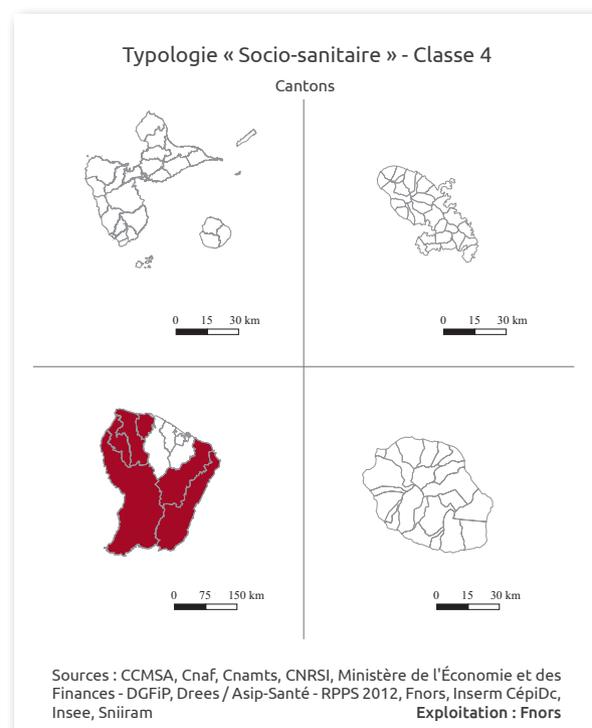
Le bassin de vie de Saint-Laurent-du-Maroni et les cantons qui composent la quatrième classe sont marqués par une situation sociale très fragilisée en regard du reste de l'outre-mer : taux de chômage important, davantage d'emplois précaires chez les 25-54 ans et d'inactifs, de jeunes de 20-29 ans pas ou peu diplômés et, une part des jeunes de 20-29 ans ayant au moins un Bac+2 plus faible. La proportion de foyers fiscaux non imposés sur le revenu y est plus importante, de même que la part d'allocataires dépendant d'au moins 50 % des prestations. Il est toutefois à noter que les allocataires de l'AAH et de l'AAE sont peu nombreux. À l'inverse, la part des actifs occupés artisans, commerçants et chefs d'entreprise y est importante, tout comme, à un autre niveau, la part de logements sans confort (ni douche, ni baignoire).

D'un point de vue démographique, la classe 4 est caractérisée par un fort accroissement de la population, une part importante de jeunes de moins de 25 ans et une part faible de personnes de 60 ans ou plus. Par ailleurs, la fécondité y est très élevée.

À propos des caractéristiques de santé, que ce soit pour le bassin de vie qui compose cette classe ou les cantons, une forte mortalité prématurée y est relevée et, de manière

plus spécifique, un constat analogue est à mentionner pour la mortalité liée aux lésions traumatiques et empoisonnements. Les taux standardisés de mortalité et de nouvelles admissions en ALD concernant les maladies infectieuses et parasitaires y sont nettement plus élevés que dans les autres classes, à l'inverse de ceux relatifs aux cancers.

Concernant les professionnels de santé libéraux, en regard de la situation dans les quatre Dom, les densités (médecins généralistes, chirurgiens-dentistes et masseurs-kinésithérapeutes) sont moins importantes pour les bassins de vie et les six cantons composant cette classe.



Conclusion



Offrir une vision synthétique de la situation socio-sanitaire des départements ultramarins à partir du croisement d'indicateurs de ces deux domaines, tel est l'objet du travail engagé par la Fnors et plusieurs ORS, notamment ceux d'outre-mer, à la demande de la Cour des comptes. En effet, si la connaissance des inégalités entre territoires constitue un outil indispensable pour la priorisation des choix en termes d'actions, notamment de prévention, un tel travail de synthèse s'est avéré un complément précieux, tant dans la phase des entretiens que les conseillers de la Cour des comptes ont pu mener avec les acteurs locaux, que dans la production de leur rapport⁴⁰.

Pour appréhender les inégalités territoriales, plusieurs approches sont possibles, soit en mettant en place des outils propres de recueil, soit en travaillant sur des bases de données existantes⁴¹. Ainsi, de nombreux recueils permettent de disposer d'informations à caractère social, notamment de l'Insee (recensement), de la Cnaf ou de la CCMSA (allocations et prestation sociales), de la Cnav, des conseils généraux et nombre d'autres organismes qui traitent de l'emploi, des revenus, du logement, d'éducation et de formation... Dans le domaine de la santé, des sources, dites médico-administratives, permettent de disposer d'informations déclinant une multitude d'indicateurs dans le temps et l'espace : CépiDc de l'Inserm, régimes de l'Assurance maladie ou établissements de santé. Pour le moment, ces diverses sources ne sont pas encore appariées entre elles, ce qui permet de n'avoir une vision socio-sanitaire qu'à travers l'utilisation de méthodes permettant leur rapprochement qu'*a posteriori*. Ainsi, pour avoir un état des lieux plus synthétique qu'une lecture complexe de multiples cartographies, des analyses multidimensionnelles permettent de faire ressortir, grâce à des typologies et classifications, les territoires qui présentent des similarités. Il devient alors plus facile d'identifier les zones ayant les caractéristiques les moins favorables et la nature de celles-ci. Ces productions deviennent alors des outils précieux d'aide à la décision, surtout lorsqu'elles sont complétées de l'avis tant des experts des thématiques abordées que des divers acteurs de terrain, voire de la population elle-même.

Depuis plusieurs années, de nombreux travaux sur les inégalités de santé se développent, les ORS en ont fait le thème de leur 11^e congrès de 2008 à Marseille et la Fnors a publié en 2010 la deuxième édition de l'ouvrage « *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton* ». Dans cette publication, les Dom ont pu être intégrés, de façon quasi identique, aux régions de l'Hexagone alors, qu'ils ne l'étaient pas dans la première parution, compte tenu alors de la difficulté à collecter les mêmes indicateurs en outre-mer. Progressivement, la situation s'est améliorée, et sauf quelques exceptions, il est possible d'appliquer à quatre départements ultramarins⁴² les mêmes techniques d'analyses statistiques que pour les autres régions.

⁴⁰ Cour des comptes, La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République, juin 2014.

⁴¹ Pour des raisons légitimes de confidentialité et de protection des personnes, les organismes gestionnaires de ces bases fournissent parfois une information sous une forme agrégée qui n'est pas toujours compatible avec le niveau local d'analyse.

⁴² Ceci n'est pas encore réalisable pour le cinquième, tout récemment créé, Mayotte, ce qui explique que ce territoire n'ait pu être intégré dans les analyses du présent ouvrage.

D'autres outils d'aide à la décision sont créés par la Fnors et les ORS en régions. Ainsi, à titre d'exemple récent, les « *profils de santé des territoires de santé* » classent, de manière standardisée, les 106 territoires de santé de France par rapport à une série d'indicateurs et, de façon plus générale, SCORE-Santé. Le site d'observation en santé de la Fnors, financé dans le cadre d'une convention pluriannuelle d'objectifs avec le ministère en charge de la Santé, le permet également de façon dynamique et adaptée, tant sur les territoires de santé à l'attention des agences régionales de santé (ARS) que sur les départements et les régions pour les différents services de l'État et les collectivités territoriales. Cependant, pour la Martinique et la Guyane où il n'y a qu'un seul territoire de santé⁴³, ce découpage n'est pas satisfaisant pour approcher les différences infra-régionales. Dans le présent document, il a été fait le choix de traiter les indicateurs à l'échelle des bassins de vie et des cantons, chacune de ces unités géographiques présentant des avantages et des inconvénients. Ce type d'analyse conduit parfois à une absence de partition de chaque Dom, c'est le cas de la Martinique pour les typologies « Population et conditions de vie » et « Mortalité » par bassins de vie ou la typologie « Professionnels de santé » par cantons ; de la Guadeloupe pour les typologies « Population et conditions de vie » et « Socio-sanitaires » par bassins de vie et de la Guyane pour la typologie « Mortalité » par bassins de vie. Ces deux unités géographiques sont parfois encore trop importantes, ne permettant pas une distinction territoriale assez fine. La commune⁴⁴ peut alors devenir une autre unité géographique mais la taille en termes de population oblige alors à des regroupements d'information moins spécifiques que ceux développés dans le présent ouvrage. Enfin, il est également important de souligner que le choix de ce travail a été de regarder la situation globale des quatre Dom, et qu'une analyse séparée pour chacun d'entre eux pourrait proposer un autre découpage infra-régional⁴⁵.

Cela illustre la difficulté de choisir l'échelon géographique qui reflète au mieux les diversités locales mais sur lequel des données pertinentes et fiables soient calculables. Il faut aussi souligner qu'aucun découpage ne peut totalement prendre en compte les comportements humains qui font fi des limites administratives. Ceci est particulièrement vrai dans les Dom pour le recours aux soins, du fait du déficit pour certains professionnels de santé et de la distance entre les communes, comme cela l'est parfois en France hexagonale dans des zones relativement désertifiées.

La question du choix des indicateurs est en permanence abordée lors de ce type de travail. Ainsi, l'approche de la santé de la population à travers les décès peut ainsi paraître paradoxale. À ce jour, les taux de mortalité, lorsqu'ils sont standardisés, restent cependant les indicateurs les plus accessibles et les plus adaptés aux comparaisons géographiques même s'ils n'approchent qu'une partie des caractéristiques de santé d'une population. Cependant avec le vieillissement de la population, la mortalité générale devient de plus en plus le reflet de la mortalité aux grands âges. La mortalité prématurée, c'est-à-dire avant 65 ans⁴⁶, constitue donc un bon outil de mesure de l'état de santé d'une population. Ceci est particulièrement vrai en Martinique, département d'outre-mer le plus âgé qui pourrait même devenir la deuxième région présentant la part de population âgée la plus élevée de France en 2040, selon les projections de population de l'Insee.

Dans cet ouvrage, la situation sanitaire de la population est aussi approchée à travers les bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée. Même si les limites épidémiologiques de cette source d'information sont connues, les indicateurs produits rendent cependant compte d'une réalité en termes de rencontre du patient avec le système de santé⁴⁷, complétant ainsi avec l'offre de soins proposée par les différents professionnels de santé.

⁴³ C'est le cas aussi pour trois régions de l'Hexagone : Corse, Franche-Comté et Limousin.

⁴⁴ Comme dans une étude en cours en Martinique (cf. Bibliographie).

⁴⁵ À l'exemple de la Guadeloupe avec une étude publiée en 2011.

⁴⁶ Suivant une réflexion en cours au sein du Haut Conseil de la santé publique, la mortalité dite prématurée pourrait être étendue aux moins de 75 ans.

⁴⁷ Les données en provenance des établissements de santé le permettent aussi mais n'ont pas été intégrées pour ces analyses.

Pour certains indicateurs analysés, il existe une relative homogénéité entre les quatre Dom, pour d'autres des divergences se dégagent. De même, certaines situations sont proches de celles observées au plan national, alors que d'autres s'en éloignent radicalement. Ce type d'ouvrage confirme également qu'on ne peut pas globaliser les quatre Dom tout comme dans l'Hexagone, certains indicateurs de l'Aquitaine ne sont, par exemple, pas superposables à ceux du Limousin même si ces deux régions sont proches géographiquement. De plus, à l'intérieur d'une même région, il existe des écarts, parfois plus importants qu'entre les régions elles-mêmes. La typologie montre bien que La Réunion s'éloigne parfois des départements français d'Amérique et que les départements des Antilles françaises sont souvent différents de la Guyane. La situation spécifique de cette dernière, qui forme une classe à elle seule dans la typologie socio-sanitaire, est ainsi à souligner.

Les quatre Dom présentent des caractéristiques socio-démographiques communes, comme la jeunesse de la population ou les difficultés du contexte économique. Sur le plan sanitaire, les indicateurs analysés dans ce document montrent que, comme dans l'Hexagone, les pathologies chroniques prédominent (cancers, maladies cardio-vasculaires principalement) mais avec certaines particularités en regard de l'échelon national. Ainsi, le poids est plus important en regard de ce niveau géographique pour les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, les maladies infectieuses et parasitaires, mais aussi à La Réunion pour les maladies respiratoires et les pathologies liées à l'alcool. À l'inverse, les habitants de l'outre-mer meurent moins de cancers que leurs homologues de l'Hexagone, ou tout au moins de certains cancers (les décès par cancer de la prostate étant très nombreux dans les Antilles françaises notamment). D'autres problèmes de santé touchent particulièrement les Dom mais n'ont pas été pris en compte dans ce travail, ou que très partiellement. Sont ainsi à mentionner les pathologies en lien avec la périnatalité, l'insuffisance rénale chronique et les maladies transmises par vecteur (dengue, chikungunya...)

Ce document montre tout l'intérêt de croiser les indicateurs socio-économiques avec les indicateurs de santé. En effet, il n'est plus possible d'analyser la santé d'une population sans se préoccuper des conditions de vie de ses habitants. Dans les quatre Dom, les contextes socioculturels et environnementaux mais aussi l'histoire de chaque territoire constituent des éléments de compréhension sur ce qui fait la santé des populations, à l'exemple de l'hypertension artérielle, du diabète ou encore du cancer de la prostate. Ces derniers exemples soulignent les limites de l'exercice et le besoin de travaux complémentaires pour comprendre ou du moins préciser les raisons de ces particularismes parfois fort localisés.

Ce type d'analyse fait état d'un constat à un instant donné. Les évolutions des comportements et des environnements se modifiant dans des laps de temps de plus en plus brefs, ce type de travail se doit d'être renouvelé à intervalles réguliers pour permettre un suivi efficace des indicateurs et accompagner ainsi au mieux les évolutions des politiques publiques. Ceci permet notamment d'identifier les territoires qui sont plutôt dans une dynamique d'amélioration de ceux qui voient leur situation, si ce n'est se dégrader, s'améliorer de façon moins marquée qu'aux niveaux national et régional. C'est en tout cas dans cette perspective que s'inscrit ce premier travail de synthèse des départements ultramarins ; c'est, de façon plus générale, la démarche qu'ont entreprise les ORS et leur Fédération ces dernières années dans l'élaboration de la plupart de leurs travaux qui ont trait à des diagnostics.

Annexes



Les annexes sont composées de trois parties. La première partie fait référence au croisement entre données socio-démographiques et sanitaires à travers l'exemple du diabète (données de prévalence concernant les bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée) ; la deuxième partie décrit les représentations cartographiques des deux échelons géographiques présentés dans le document (bassins de vie et cantons) avec les effectifs de la population au recensement de 2011 ; la troisième partie explicite les différents sigles dans le glossaire et les références bibliographiques.

Croisement entre données socio-démographiques et sanitaires - Exemple du diabète

Comme cela a été mentionné dans la conclusion, la très grande majorité des sources d'information traitant de la santé ne contient pas de données abordant la dimension sociale. De leur côté, les bases d'organismes traitant de la dimension sociale (Caisse nationale d'assurance vieillesse -Cnav-, Caisse nationale d'allocations familiales -Cnaf-, Caisse centrale de mutualité sociale agricole -CCMSA-, conseils généraux) ne disposent pas d'informations sur la santé en dehors de données concernant certaines prestations sociales en rapport avec l'état de santé. Et, même dans ce cas, celles-ci ne s'avèrent souvent pas assez précises en termes épidémiologiques.

Si les croisements sont dans l'idéal à réaliser sur des données individuelles, ils peuvent aussi être effectués, avec des techniques spécifiques d'analyse de données, à partir de données agrégées reposant sur des indicateurs calculés à différents niveaux géographiques. Outre le chapitre « Vue d'ensemble » de ce document qui permet de croiser ces deux dimensions, un travail plus spécifique a été mené pour mesurer le lien entre le diabète⁴⁸ et la situation sociale au sein des départements d'outre-mer (Dom). En effet, différentes études ont montré l'existence d'inégalités face au diabète, la pathologie étant plus fréquente parmi les populations socialement fragilisées⁴⁹.

La prévalence du diabète a été estimée à partir des données relatives aux bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée (ALD) au 31 décembre 2012. Il faut noter que ces données dépendent naturellement de la situation de la population face à la pathologie, mais également des modalités d'attribution de la part du service médical de l'Assurance maladie et de la demande des personnes *via* leur médecin. De plus, certaines personnes ne sont pas forcément diagnostiquées et ne sont, de fait, pas comptabilisées dans ce recueil. Aussi, la prévalence présentée dans ce document ne correspond pas à la morbidité réelle du diabète dans les départements ultramarins, mais constitue une approche d'une certaine morbidité diagnostiquée et prise en charge.

La mesure de la situation sociale au sein des quatre départements d'outre-mer repose sur la typologie réalisée au niveau des cantons présentée dans la partie centrale de ce document à partir de quatorze indicateurs permettant d'aborder des thématiques variées : démographie, personnes âgées, enfance et familles, emploi, fragilité professionnelle et revenu, éducation et scolarité, prestations sociales, logement et personnes handicapées (*cf.* page 21 pour plus de précisions). Cette analyse a permis de regrouper les 93 cantons ultramarins en quatre classes, ayant chacune des caractéristiques socio-démographiques spécifiques (*cf.* page 23 et les suivantes pour plus de précisions).

⁴⁸ D'autres pathologies auraient sûrement pu être analysées et mises en regard des données sociales.

⁴⁹ En 2006, l'enquête nationale nutrition santé estimait la prévalence du diabète connu et pharmacologiquement non traité à 0,6 % de la population française, et celle du diabète non diagnostiqué à 1 %, chez les personnes âgées de 18 à 74 ans. Fagot-Campagna A., Romon I., Fosse S., Roudier C., *Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France : synthèse épidémiologique. Saint-Maurice (France) : InVS, 2010, 12 p.*

Prévalence des ALD pour diabète

Pour les départements d'outre-mer, ce sont 93 323 bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour diabète qui sont comptabilisés au 31 décembre 2012 (dont 80 547 pour un diabète de type 2, soit 86 % de l'ensemble des ALD dénombrées pour diabète). En termes de taux standardisé, ceci correspond à 6,6 % de personnes ayant une ALD pour diabète dans l'ensemble des quatre Dom, soit un taux nettement plus important que celui enregistré dans l'Hexagone (3,5 %). Ce taux est plus élevé à La Réunion (7,1 %) et en Guadeloupe (6,9 %) et est plus faible en Martinique (5,6 %) et en Guyane (5,5 %), tout en étant plus élevé qu'au niveau national.

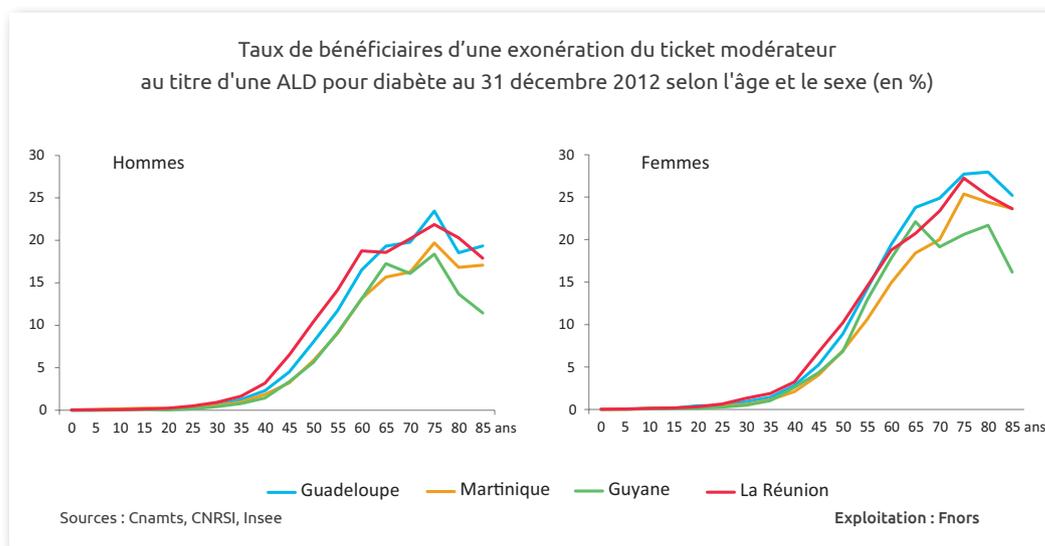
Dans l'ensemble des quatre Dom, pour 1,7 % des personnes ayant une ALD pour diabète, la commune de domicile n'est pas connue, seul le département de domicile l'est. Cette part varie sensiblement entre les départements ultramarins, la Guyane étant la plus concernée (4,8 %) et la Martinique la moins (0,9 %) ; ces pourcentages sont de 1,7 % à La Réunion et de 1,8 % en Guadeloupe. De ce fait, les taux standardisés d'ALD pour diabète qui sont présentés dans ce document à des niveaux infra-départementaux sont légèrement

minorés, et ce de manière un peu plus importante pour la Guyane⁵⁰.

Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, et pour les quatre départements ultramarins, les taux de personnes ayant une ALD pour diabète augmentent avec l'avancée en âge, diminuant entre 75 et 79 ans.

Compte tenu de ce constat, de la structure par âge spécifique dans les départements d'outre-mer (population relativement jeune) et du fait que la mortalité chez les moins de 75 ans soit de plus en plus celle utilisée pour parler de mortalité prématurée⁵¹, l'analyse réalisée dans ce document porte sur les seuls personnes de moins de 75 ans⁵² ayant une ALD pour diabète. Toutefois, les conclusions présentées dans ce document sont identiques en prenant en compte l'ensemble de la population⁵³.

Les personnes de moins de 75 ans ayant une ALD pour diabète représentent 78,7 % de l'ensemble de celles ayant une ALD pour cette pathologie. Ce pourcentage varie entre les quatre départements d'outre-mer : 87,6 % en Guyane, 83,7 % à La Réunion, 75,5 % en Guadeloupe et 71,2 % en Martinique.



⁵⁰ Il est de plus à noter que le nombre de bénéficiaires de la CMU est important en Guyane et que, dans les communes isolées, ces habitants sont soignés gratuitement. La Caisse générale de sécurité sociale de ce département a, en effet, remarqué que, pour les personnes prises en charge à 100 %, la demande d'admission en ALD de façon générale, et pour cette pathologie en particulier, n'est pas effectuée systématiquement. Cette situation est retrouvée tant pour les médecins libéraux que pour les médecins des centres de santé et doit l'être aussi, peut être de façon moindre, dans les trois autres départements ultramarins.

⁵¹ Réflexion en cours au Haut Conseil de la santé publique, mentionnée page 80.

⁵² Les taux présentés concernent la population des moins de 75 ans ; ils sont standardisés sur l'âge et le sexe.

⁵³ Cf. graphiques présentés dans la partie « Données complémentaires » de cette annexe (page 88).

Lien entre diabète et données socio-démographiques

Au 31 décembre 2012, chez les personnes ayant moins de 75 ans, le taux standardisé de bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour diabète est de 5,1 % dans l'ensemble des quatre Dom (5,0 % pour la population étudiée⁵⁴), soit un taux qui est près de deux fois plus important que celui enregistré dans l'Hexagone (2,7 %). Ce taux est plus important à La Réunion (5,7 %) et, de manière moins marquée, en Guadeloupe (5,3 %) et, à l'inverse, il est plus faible en Martinique (4,1 %) et en Guyane (4,3 %), bien que plus élevé encore qu'au niveau national.

En considérant uniquement les personnes de moins de 75 ans ayant une ALD pour diabète dont la commune de domicile est connue, population ayant permis de calculer les taux standardisés dans chaque département et classe de la typologie « Population et conditions de vie » réalisée au niveau des cantons, les tendances mentionnées ci-dessus sont retrouvées.

Une lecture croisée du résultat issu de la typologie « Population et conditions de vie » au niveau cantonal et des données de prévalence de bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour diabète, fait ressortir un taux moindre dans les zones présentant une situation sociale plus favorable. Ce lien va dans le sens des études déjà menées sur ce sujet.

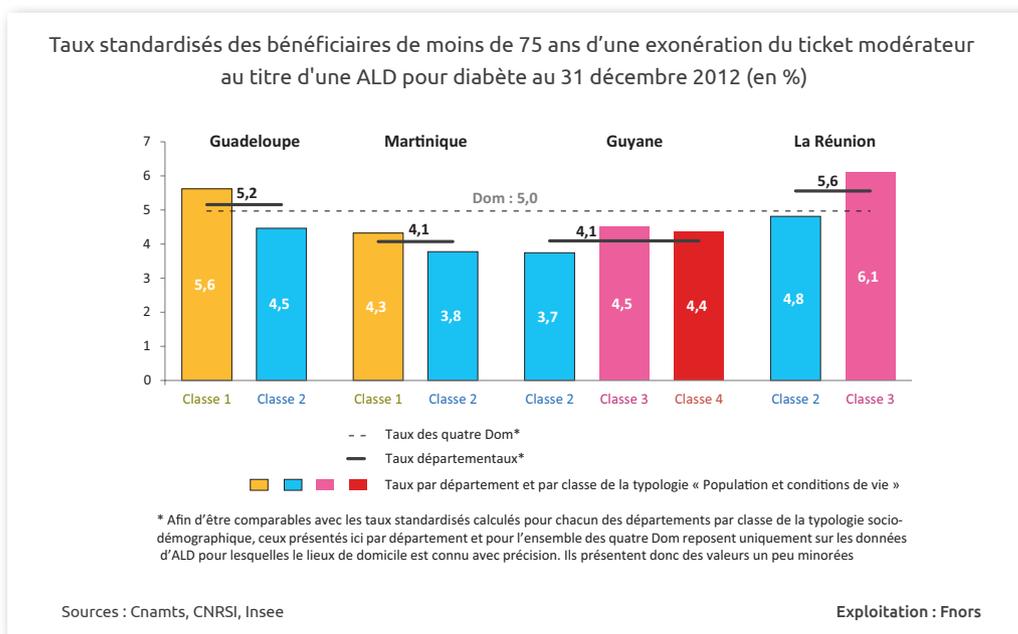
Ainsi, le taux standardisé de personnes de moins de 75 ans ayant une ALD pour diabète dans la classe 2, qui regroupe

les cantons ultramarins ayant les caractéristiques sociales les plus favorables, est plus faible (4,4 %) que ceux observés globalement dans les quatre Dom (5,0 %) et dans les classes 1 et 3 (respectivement 5,0 % et 6,0 %).

Ce constat global au niveau de la classe 2 (caractérisée par une situation sociale plus favorable) est également retrouvé au sein des deux départements d'outre-mer qui présentent les taux standardisés les plus importants des quatre Dom. Ainsi, les cantons de la Guadeloupe et La Réunion appartenant à cette classe se distinguent car ils enregistrent un taux significativement inférieur à celui des quatre Dom pris dans leur globalité ; dans les autres classes (classe 1 pour la Guadeloupe et classe 3 pour La Réunion), le taux des cantons est significativement supérieur.

Dans les deux autres départements ultramarins (Martinique et Guyane), quelle que soit la classe de la typologie « Population et conditions de vie », le taux de personnes de moins de 75 ans ayant une ALD pour diabète est plus faible que le taux observé pour l'ensemble des quatre Dom. Cependant, pour ces deux derniers départements, le taux de la classe 2 est inférieur à celui de l'autre classe en Martinique (classe 1) ou ceux des deux autres classes en Guyane (classes 3 et 4). Ainsi, en Martinique, la classe 2 enregistre un taux standardisé de 3,8 % contre 4,3 % pour la classe 1 et, en Guyane, la classe 2 présente un moindre taux (3,7 %) que les classes 3 et 4 (taux respectivement de 4,5 % et 4,4 %).

⁵⁴ Bénéficiaires dont la commune de domicile est connue.



Synthèse

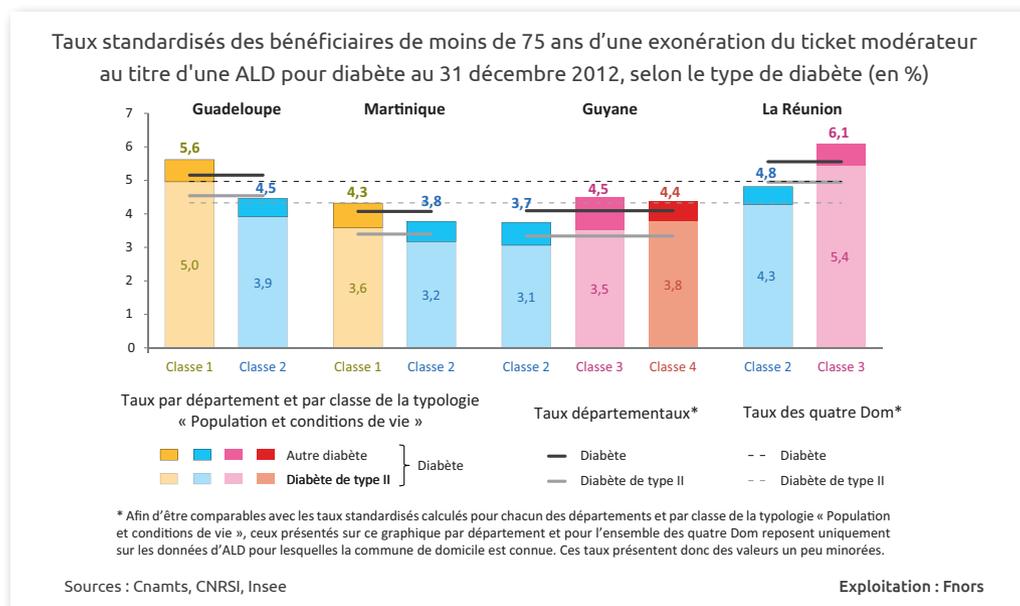
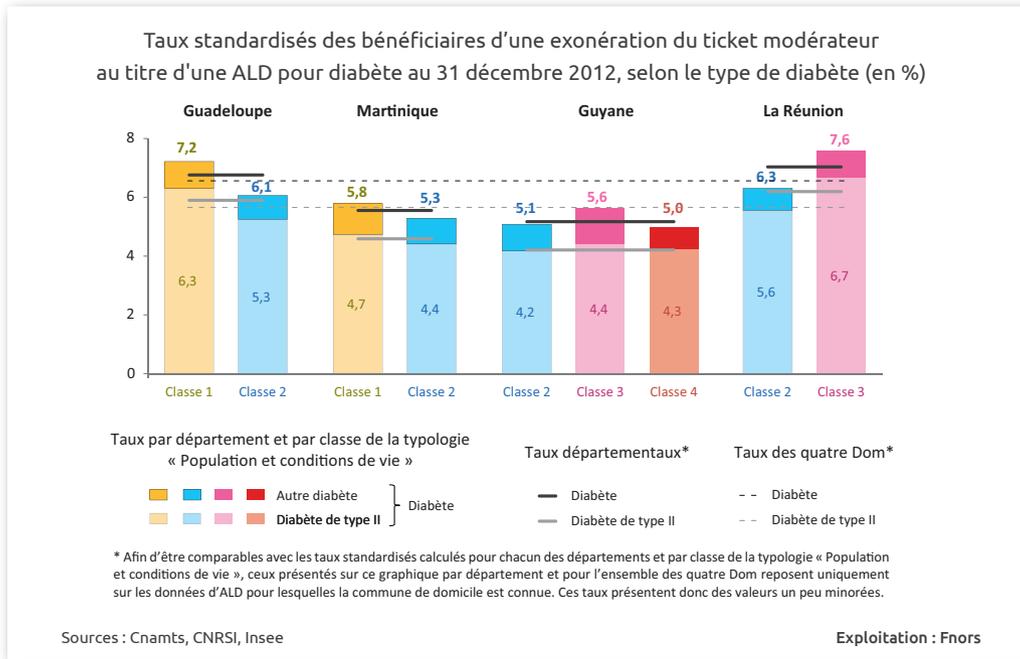
Cette analyse fait ressortir des inégalités sociales et territoriales face au diabète entre et au sein des départements d'outre-mer. Ainsi, dans chacun des départements ultramarins, le taux standardisé de bénéficiaires de moins de 75 ans d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour diabète est plus faible pour la zone géographique présentant la situation sociale la plus favorable. De plus, pour une même classe, les taux relevés entre départements ultramarins ne sont pas identiques, révélant également un effet départemental. Concernant la classe ressortant comme « la plus favorisée socialement » en regard de la situation au sein des quatre Dom (classe 2), la Martinique et la Guyane présentent des taux plus faibles (respectivement 3,8 % et 3,7 %) que ceux de la Guadeloupe (4,5 %) et La Réunion (4,8 %). Ces quatre taux demeurent cependant nettement supérieurs à celui observé au niveau national (2,7 %).

Les analyses présentées dans ce document portent sur les seuls bénéficiaires de moins de 75 ans d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour toutes les formes de diabète. En prenant en compte la population tous âges et/ou le seul diabète de type 2, les constats restent de même ordre (cf. les graphiques de la partie « Données complémentaires » de la page suivante). Malgré les limites déjà mentionnées, les résultats observés vont dans le même sens que les données produites par la Cnamts pour les seuls bénéficiaires du Régime général à partir de la source de données portant sur les traitements. En effet, le taux standardisé de prévalence du diabète traité⁵⁵ en 2009 est le plus important à La Réunion (8,8 %), puis à la Guadeloupe (8,1 %) et est moindre dans les deux autres départements (Guyane 7,3 % et Martinique 7,4 %), celui-ci restant dans les quatre départements ultramarins plus important que dans l'ensemble du pays (4,4 %)⁵⁶.

⁵⁵ Les personnes diabétiques traitées sont définies par la délivrance d'antidiabétiques oraux et/ou de l'insuline à au moins trois dates différentes au cours de l'année.

⁵⁶ Cf. la base de données SCORE-Santé (<http://www.score-sante.org>, et plus spécifiquement pour les résultats mentionnés le lien suivant : <http://www.score-sante.org/score2008/tableau/Tableau.aspx?idnodind=939&isisp=1> ; dernière consultation le 2 mai 2014).

Données complémentaires



Échelons géographiques infra-régionaux

Plusieurs types de zonage existent en deçà du département. Le choix de l'échelon géographique utilisé dans cette analyse s'est fait selon les critères suivants : déterminer l'échelle la plus fine possible et celle permettant de rendre compte au mieux, et sur l'ensemble du territoire, de l'état de santé de la population ainsi que de ses déterminants. C'est pourquoi les analyses ont été menées à deux échelons différents, les bassins de vie et les cantons. Celles réalisées à l'échelle du bassin de vie, unité géographique plus étendue et plus peuplée, garantit une meilleure stabilité statistique. Elle offre ainsi, pour le chapitre « État de santé », une plus large palette de pathologies retenues que celle au niveau cantonal. La finesse de ce second niveau géographique permet cependant d'avoir une vision plus localisée des disparités.

Les bassins de vie

Le bassin de vie constitue un territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants. Il est constitué autour d'un pôle de services comme une commune ou une unité urbaine, disposant d'au moins 16 des 31 équipements intermédiaires définis par l'Insee (police-gendarmerie, supermarché, librairie, collège,

laboratoire d'analyses médicales, ambulance, bassin de natation...) Les zones d'influence de chaque pôle de services sont ensuite délimitées en regroupant les communes les plus proches, la proximité se mesurant en temps de trajet, par la route à heure creuse. En 2012, la France compte 1 666 bassins de vie dont 22 dans les Dom.

Les cantons

Le découpage cantonal considéré dans ce document est celui qui était en vigueur au moment de la réalisation des analyses (2013). Depuis, ce découpage a évolué, réduisant le nombre de cantons de moitié. Des décrets portant délimitation des cantons dans les départements sont parus au journal officiel en février 2014. La Martinique et la Guyane, ne sont plus concernées par ce découpage⁵⁷. En Guadeloupe, le nombre de cantons est passé de quarante à vingt-et-un et à La Réunion de quarante-neuf à vingt-cinq⁵⁸. Par ailleurs, les cantons considérés dans ce document ne sont pas ceux définis au sens administratif. Les quatre Dom comptent 153 cantons constitués en vue de l'élection à l'assemblée départementale. Ces cantons ne respectent pas toujours les limites communales : les communes les plus

peuplées sont divisées en plusieurs cantons. L'Insee utilise un autre découpage : celui des « cantons-ou-villes ». Dans ce cas, les grandes communes ne sont pas découpées en plusieurs cantons mais constituent des entités uniques, les villes. Les petites communes jouxtant ces villes et faisant partie du même canton électoral que celles-ci forment alors à elles seules un « pseudo-canton », la grande ville voisine en formant un autre. Cependant, la séparation des pseudo-cantons pose des problèmes de stabilité en termes populationnels ; aussi, les « pseudo-cantons » correspondant à des fractions cantonales ont été regroupés avec l'entité constituée par la ville voisine. L'analyse porte finalement sur 93 « cantons » (terme utilisé dans l'ensemble de ce document ; 3 261 sont dénombrés dans l'ensemble du pays).

⁵⁷ Les Assemblées de Martinique et de Guyane, qui, selon la loi n° 2011-884 du 27 juillet 2011 relative aux collectivités territoriales de ces deux régions, se substituent à partir de 2015 à la fois au conseil général et au conseil régional. Elles sont élues sur la base de quatre sections correspondant aux circonscriptions législatives pour la Martinique et huit sections pour la Guyane. La notion de canton n'a ainsi plus de pertinence.

⁵⁸ À Mayotte, département d'outre-mer n'ayant pu faire l'objet des analyses ici menées du fait du manque de données disponibles, le nombre de cantons est passé de dix-neuf à treize.

Bassins de vie et cantons guadeloupéens

La Guadeloupe compte 404 635 habitants au recensement de 2011.

Bassins de vie

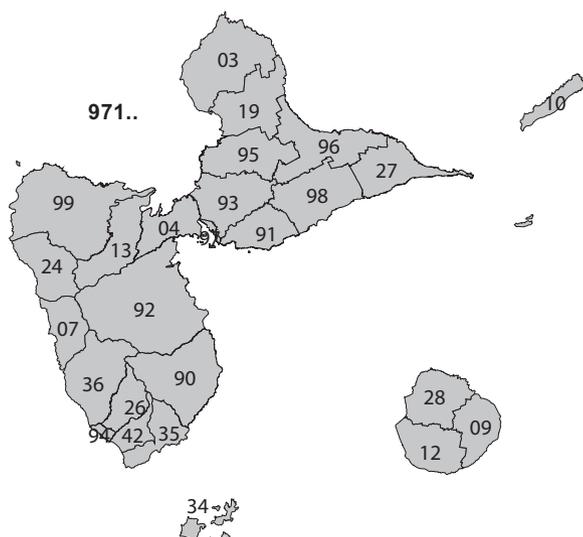


0 15 30 km

Population au recensement de 2011

Basse-Terre : 70 722
 Capesterre-Belle-Eau : 27 757
 Grand-Bourg : 11 404
 Pointe-à-Pitre - Les Abymes : 270 155
 Sainte-Rose : 24 597

Cantons



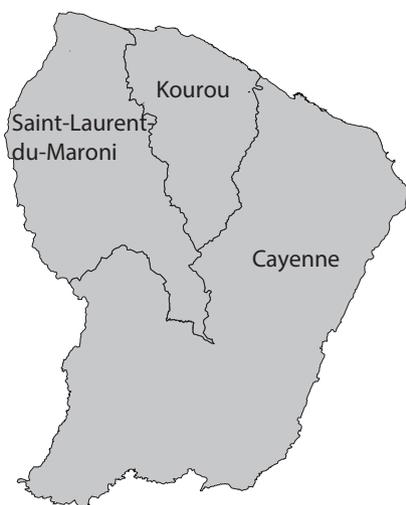
La liste ci-dessous permet la correspondance entre le numéro sur la carte et le nom du canton ainsi que sa population totale au recensement de 2011 (figurant entre parenthèses).

97103 - Anse-Bertrand (10 451)
 97104 - Baie-Mahault (30 201)
 97107 - Bouillante (7 513)
 97109 - Capesterre-de-Marie-Galante (3 352)
 97110 - Désirade (1 554)
 97112 - Grand-Bourg (5 470)
 97113 - Lamentin (15 486)
 97119 - Petit-Canal (8 022)
 97124 - Pointe-Noire (6 957)
 97126 - Saint-Claude (10 505)
 97127 - Saint-François (14 953)
 97128 - Saint-Louis (2 582)
 97134 - Saintes (2 882)
 97135 - Trois-Rivières (10 569)
 97136 - Vieux-Habitants (12 711)
 97142 - Gourbeyre (7 855)
 97190 - Capesterre-Belle-Eau (19 448)
 97191 - Le Gosier (26 739)
 97192 - Petit-Bourg (32 038)
 97193 - Les Abymes (59 311)
 97194 - Basse-Terre (11 730)
 97195 - Morne-à-l'Eau (16 767)
 97196 - Le Moule (22 533)
 97197 - Pointe-à-Pitre (16 063)
 97198 - Sainte-Anne (24 346)
 97199 - Sainte-Rose (24 597)

Bassins de vie et cantons guyanais

La Guyane compte 237 549 habitants au recensement de 2011.

Bassins de vie



0 75 150 km

Population au recensement de 2011

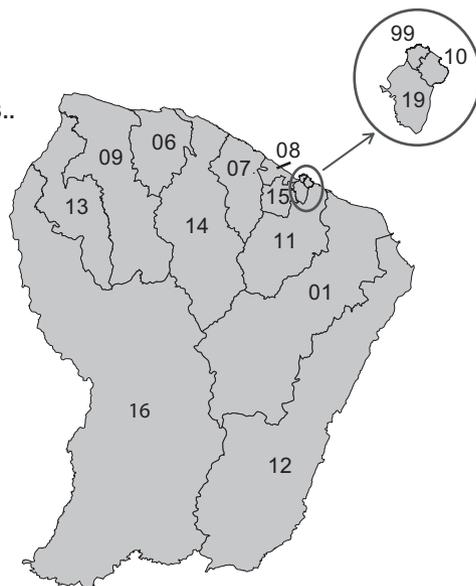
Cayenne : 137 399

Kourou : 31 232

Saint-Laurent-du-Maroni : 69 362

Cantons

973..



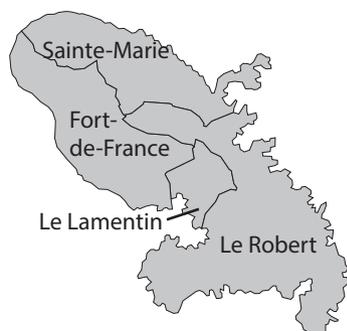
La liste ci-dessous permet la correspondance entre le numéro sur la carte et le nom du canton ainsi que sa population totale au recensement de 2011 (figurant entre parenthèses).

- 97301 - Approuague-Kaw (904)
- 97306 - Iracoubo (1 943)
- 97307 - Kourou (25 260)
- 97308 - Macouria (9 995)
- 97309 - Mana (10 386)
- 97310 - Remire-Montjoly (19 894)
- 97311 - Roura (2 609)
- 97312 - Saint-Georges-Oyapoc (5 700)
- 97313 - Saint-Laurent-du-Maroni (40 462)
- 97314 - Sinnamary (3 585)
- 97315 - Montsinéry-Tonnegrande (2 346)
- 97316 - Maripasoula (28 001)
- 97319 - Matoury (29 235)
- 97399 - Cayenne (57 229)

Bassins de vie et cantons martiniquais

La Martinique compte 392 291 habitants au recensement de 2011.

Bassins de vie



Population au recensement de 2011

Fort-de-France : 147 679

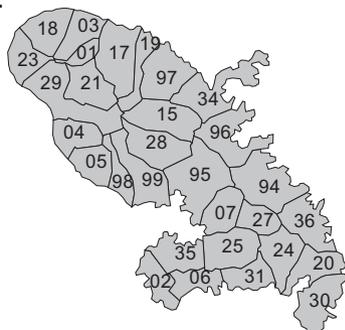
Le Lamentin : 39 458

Le Robert : 155 634

Sainte-Marie : 49 520

Cantons

972..



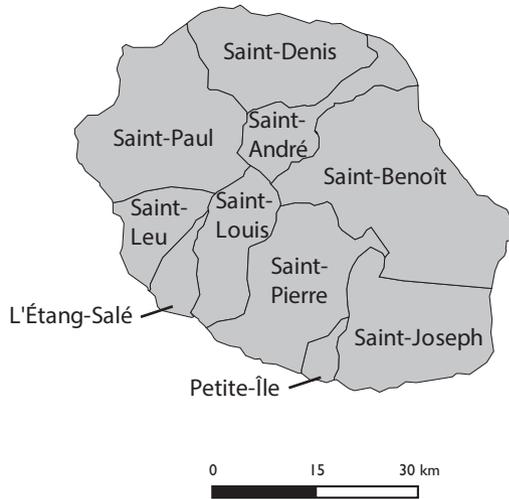
La liste ci-dessous permet la correspondance entre le numéro sur la carte et le nom du canton ainsi que sa population totale au recensement de 2011 (figurant entre parenthèses).

- 97201 - Ajoupa-Bouillon (1 747)
- 97202 - Anses-d'Arlet (3 872)
- 97203 - Basse-Pointe (3 660)
- 97204 - Carbet (5 623)
- 97205 - Case-Pilote-Bellefontaine (5 923)
- 97206 - Diamant (6 025)
- 97207 - Ducos (17 025)
- 97215 - Gros-Morne (10 481)
- 97217 - Lorrain (7 410)
- 97218 - Macouba (1 715)
- 97219 - Marigot (3 586)
- 97220 - Marin (8 552)
- 97221 - Morne-Rouge (5 043)
- 97223 - Prêcheur (1 655)
- 97224 - Rivière-Pilote (12 871)
- 97225 - Rivière-Salée (12 855)
- 97227 - Saint-Esprit (9 464)
- 97228 - Saint-Joseph (16 849)
- 97229 - Saint-Pierre (5 239)
- 97230 - Sainte-Anne (4 666)
- 97231 - Sainte-Luce (10 175)
- 97234 - Trinité (13 468)
- 97235 - Trois-Îlets (7 607)
- 97236 - Vauclin (9 183)
- 97294 - Le François (18 841)
- 97295 - Le Lamentin (39 458)
- 97296 - Le Robert (24 017)
- 97297 - Sainte-Marie (17 934)
- 97298 - Schœlcher (20 594)
- 97299 - Fort-de-France (86 753)

Bassins de vie et cantons réunionnais

La Réunion compte 828 581 habitants au recensement de 2011.

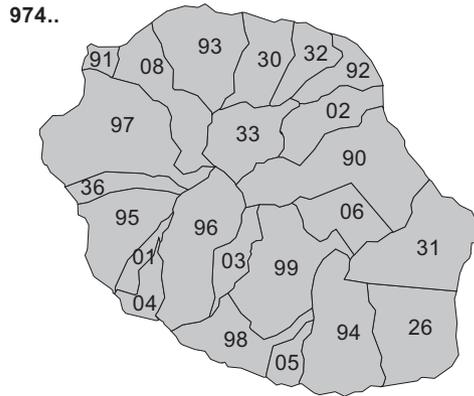
Bassins de vie



Population au recensement de 2011

L'Étang-Salé : 24 235
 Petite-Île : 11 573
 Saint-André : 62 508
 Saint-Benoît : 59 717
 Saint-Denis : 197 883
 Saint-Joseph : 41 432
 Saint-Leu : 31 837
 Saint-Louis : 58 146
 Saint-Paul : 179 611
 Saint-Pierre : 161 639

Cantons



La liste ci-dessous permet la correspondance entre le numéro sur la carte et le nom du canton ainsi que sa population totale au recensement de 2011 (figurant entre parenthèses).

97401 - Avirons (10 705)
 97402 - Bras-Panon (11 838)
 97403 - Entre-Deux (6 285)
 97404 - Étang-Salé (13 530)
 97405 - Petite-Île (11 573)
 97406 - Plaine-des-Palmistes (5 354)
 97408 - Possession (30 911)
 97426 - Saint-Philippe (5 031)
 97430 - Sainte-Marie (29 962)
 97431 - Sainte-Rose (6 792)
 97432 - Sainte-Suzanne (22 574)
 97433 - Salazie (7 418)
 97436 - Trois-Bassins (7 226)
 97490 - Saint-Benoît (35 733)
 97491 - Le Port (37 558)
 97492 - Saint-André (55 090)
 97493 - Saint-Denis (145 347)
 97494 - Saint-Joseph (36 401)
 97495 - Saint-Leu (31 837)
 97496 - Saint-Louis (58 146)
 97497 - Saint-Paul (103 916)
 97498 - Saint-Pierre (80 356)
 97499 - Le Tampon (74 998)

Glossaire et bibliographie

Glossaire

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACP	Analyse en composantes principales
AEEH	Allocation d'éducation de l'enfant handicapé
ALD	Affection de longue durée
ARS	Agence régionale de santé
Asip-Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
Bac	Baccalauréat
BPCO	Bronchopneumopathies chroniques obstructives
CAH	Classification ascendante hiérarchique
CCMSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole
CDI	Contrat à durée indéterminée
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
CGSS	Caisse générale de sécurité sociale
CMU	Couverture maladie universelle
Cnaf	Caisse nationale d'allocations familiales
Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse
Cnamts	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNRSI	Caisse nationale du régime social des indépendants
DGFIP	Direction générale des finances publiques
Dom	Département d'outre-mer
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
ICF	Indice conjoncturel de fécondité
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
ORS	Observatoire régional de la santé
OR2S	Observatoire régional de la santé et du social
RP	Recensement de la population
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RSA	Revenu de solidarité active
Sniiram	Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
VADS	Voies aérodigestives supérieures

Bibliographie

Boulos M.N. Towards evidence-based, GIS-driven national spatial health information infrastructure and surveillance services in the United Kingdom. *International Journal of Health Geographics*. 2004. Jan 28;3(1):1.

Bell B.S. Hoskins R.E., Williams Pickle L., Wartenberg D. Current practices in spatial analysis of cancer data : mapping health statistics to inform policymakers and the public. *International Journal of Health Geographics*. 2006, nov 8;5:49.

Cour des comptes. *La santé dans les outre-mer, une responsabilité de la République*, juin 2014, 287 p.

Fagot-Campagna A., Romon I., Fosse S., Roudier C. *Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France : synthèse épidémiologique*. Saint-Maurice (France) : InVS, 2010, 12 p.

Horatius-Clovis H. *Projections de population à l'horizon 2040 : Plus d'un demi-million de Guyannais*. Insee, Premiers résultats n°71, janvier 2011, 4 p.

Horatius-Clovis H. *Projections de population à l'horizon 2040 : Faible croissance de la population martiniquaise et vieillissement accéléré*. Insee, Premiers résultats n°72, janvier 2011, 4 p.

Merle S., Merle A., Padra I., Pluton J., Calvet-Coiffard J. *Inégalités socio-sanitaires à la Martinique*. 2014 (à paraître). Fort-de-France, Observatoire de la santé de la Martinique, Agence régionale de santé de la Martinique, Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale de Martinique.

ORS Provence-Alpes-Côte d'Azur. *Actes du congrès des Observatoires régionaux de santé sur les inégalités de santé*. 2008. Consultable sur : orspaca.org/congres-2008

Pitot S., Cornély V. *Déterminants et indicateurs de santé en Guadeloupe, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy*. 2011. Basse-Terre, Observatoire régional de santé de Guadeloupe, 152 p.

Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lémery B. *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton*. Collection Abrégés. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010, 280 p.

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
62 boulevard Garibaldi, 75015 Paris
Tél. 01 56 58 52 40 – Fax 01 56 58 52 41 – Mail : info@fnors.org
Site : www.fnors.org – www.scoresante.org

OR2S de Picardie
Faculté de Médecine, 3 rue des Louvels, 80036 Amiens Cedex 1
Tél. 03 22 82 77 24 – Fax 03 22 82 77 41 – Mail : info@or2s.fr
Sites : www.or2s.fr – www.pf2s.fr

ORS de Guadeloupe
1301 Cité Grain d'Or, Circonvallation, 97100 Basse-Terre
Tél. 05 90 38 74 48 – Fax 05 90 38 79 84 – Mail : orsag@wanadoo.fr
Site : www.orsag.fr

ORS de Guyane
771 route de Baduel, BP 659, 97335 Cayenne Cedex
Tél. 05 94 29 78 00 – Fax 05 94 29 78 01 – Mail : contact@ors-guyane.org
Site : www.ors-guyane.org

ORS de Martinique
Immeuble Objectif 3000, Acajou Sud, 97232 Le Lamentin
Tél. 05 96 61 04 82 – Fax 05 96 61 28 20 – Mail : ors.martiniq@wanadoo.fr
Site : www.ors-martinique.org

ORS de La Réunion
12 rue Colbert, 97400 Saint-Denis
Tél. 02 62 94 38 13 – Fax 02 62 94 38 14 – Mail : orsrun@orsrun.net
Site : www.ors-reunion.org

Copyrights

Logiciels :

Adobe In Design™ de Adobe System Incorporated

Adobe Illustrator™ de Adobe System Incorporated

Polices de caractères :

Arial®

Asap®

Ubuntu®

Photos :

Htomas, Juanmonino, Stevegeer / iStockphoto.com

ISBN : 978-2-9511035-1-1

Imprimé par Corlet, Condé-Sur-Noireau, France
Novembre 2014

Ce document est téléchargeable à l'adresse :

www.fnors.org/uploadedFiles/publicationsFnors/InegalitesDom2014.pdf

F N O R S



Offrir une vision synthétique de la situation socio-sanitaire des départements ultramarins à partir du croisement d'indicateurs de ces deux domaines, tel est l'objet du travail engagé par la Fnors et plusieurs ORS, notamment ceux d'outre-mer, à la demande de la Cour des comptes. En effet, si la connaissance des inégalités entre territoires constitue un outil indispensable pour la priorisation des choix en termes d'actions, notamment de prévention, un tel travail de synthèse s'est avéré un complément précieux, tant dans la phase des entretiens que les conseillers de la Cour des comptes ont pu mener avec les acteurs locaux, que dans la production de leur rapport. Centré autour de trois grandes thématiques (population et conditions de vie, professionnels de santé et état de santé), l'ouvrage offre, dans sa dernière partie, une vue d'ensemble de ces trois thématiques regroupées. Ainsi, à travers l'analyse sur deux unités géographiques infra-régionales (bassin de vie et canton), ressortent les similitudes et les différences, à partir de ces deux territoires, entre les quatre départements ultramarins comparés en parallèle avec le niveau national.



Novembre 2014

