

Objectif n° 3 : santé et bien-être

Le troisième objectif vise à améliorer l'état de santé de la population et la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes en prenant en compte les différents déterminants de santé : génétique, habitudes de vie, conditions de travail, environnement, habitat, relations sociales et histoires familiales, accès aux soins... En matière de santé, la France doit relever deux défis majeurs : les inégalités sociales et territoriales de l'accès aux soins et le vieillissement de la population.

L'Occitanie est une région de contrastes. Sa démographie est dynamique mais marquée par le vieillissement de la population. Les inégalités sociales et territoriales sont fortes. En cohérence avec la stratégie nationale de santé, le Projet régional de santé (PRS) d'Occitanie définit les priorités de santé de la région, fixe les objectifs opérationnels pour cinq ans, ainsi que les actions à mettre en œuvre pour les atteindre.

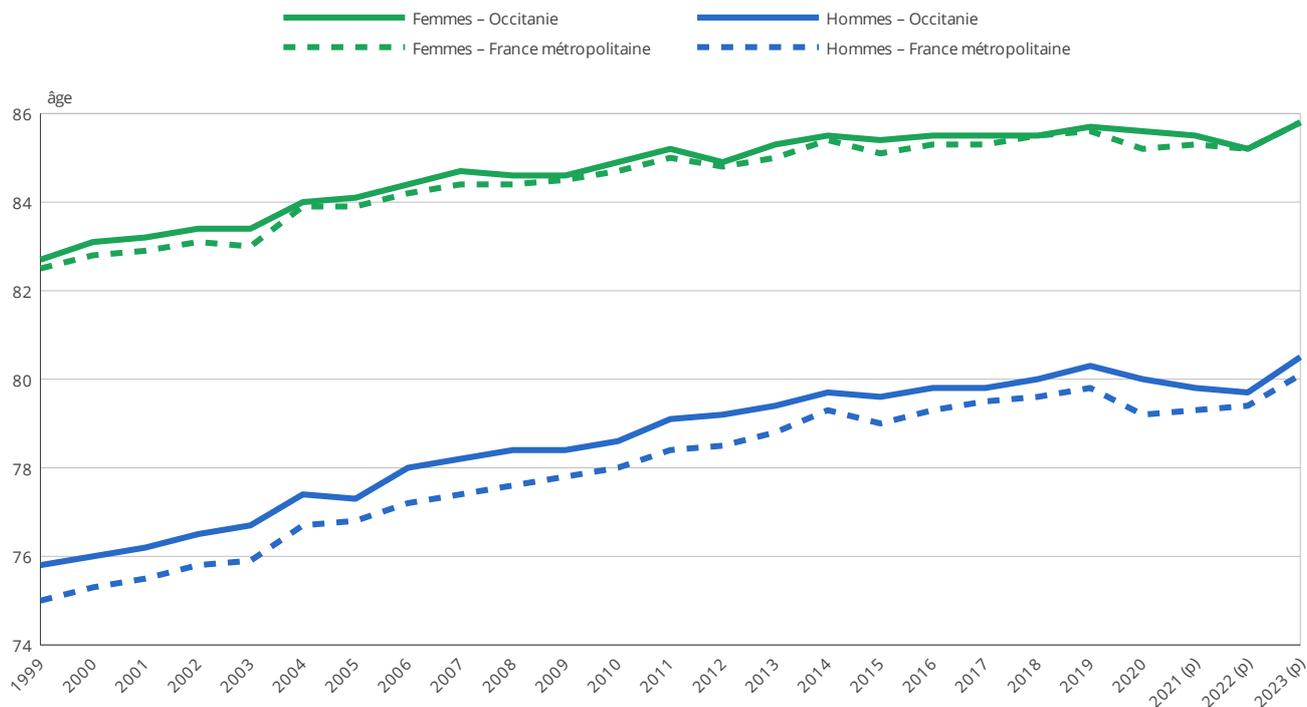
Espérance de vie

Les gains importants d'espérance de vie depuis le milieu du XX^e siècle témoignent d'une nette amélioration de l'état de santé de la population et en particulier d'une meilleure prise en charge des maladies aux âges avancés. Les épidémies ou les événements exceptionnels, comme les canicules ou l'épidémie de Covid-19, peuvent réduire l'espérance de vie de façon conjoncturelle.

► À retenir

- En 2023, l'espérance de vie augmente nettement en Occitanie (+0,6 an pour les femmes et +0,8 an pour les hommes) après trois années consécutives de baisse due notamment à la pandémie de Covid-19 ► [figure 1](#).
- L'espérance de vie des hommes est plus élevée en Occitanie qu'en France métropolitaine (80,5 ans contre 80,1 ans) mais identique pour les femmes (85,8 ans). Elle varie de 84,6 ans en Ariège à 86,6 ans en Haute-Garonne pour les femmes et de 78,5 ans en Lozère et dans l'Aude à 81,8 ans en Haute-Garonne pour les hommes ► [figure 2](#).

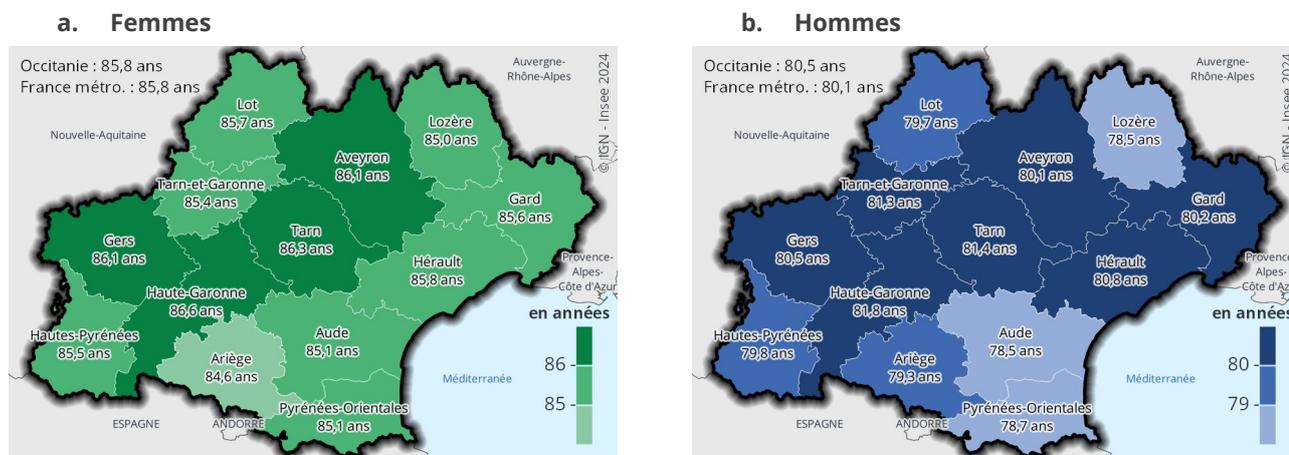
► 1. Évolution de l'espérance de vie à la naissance selon le sexe de 1999 à 2023



(p) provisoire.

Sources : Insee, statistiques de l'état civil, estimations de population (données provisoires pour 2021, 2022 et 2023).

► 2. L'espérance de vie à la naissance selon le sexe dans les départements d'Occitanie en 2023



Sources : Insee, statistiques de l'état civil, estimations de population (données provisoires pour 2023).

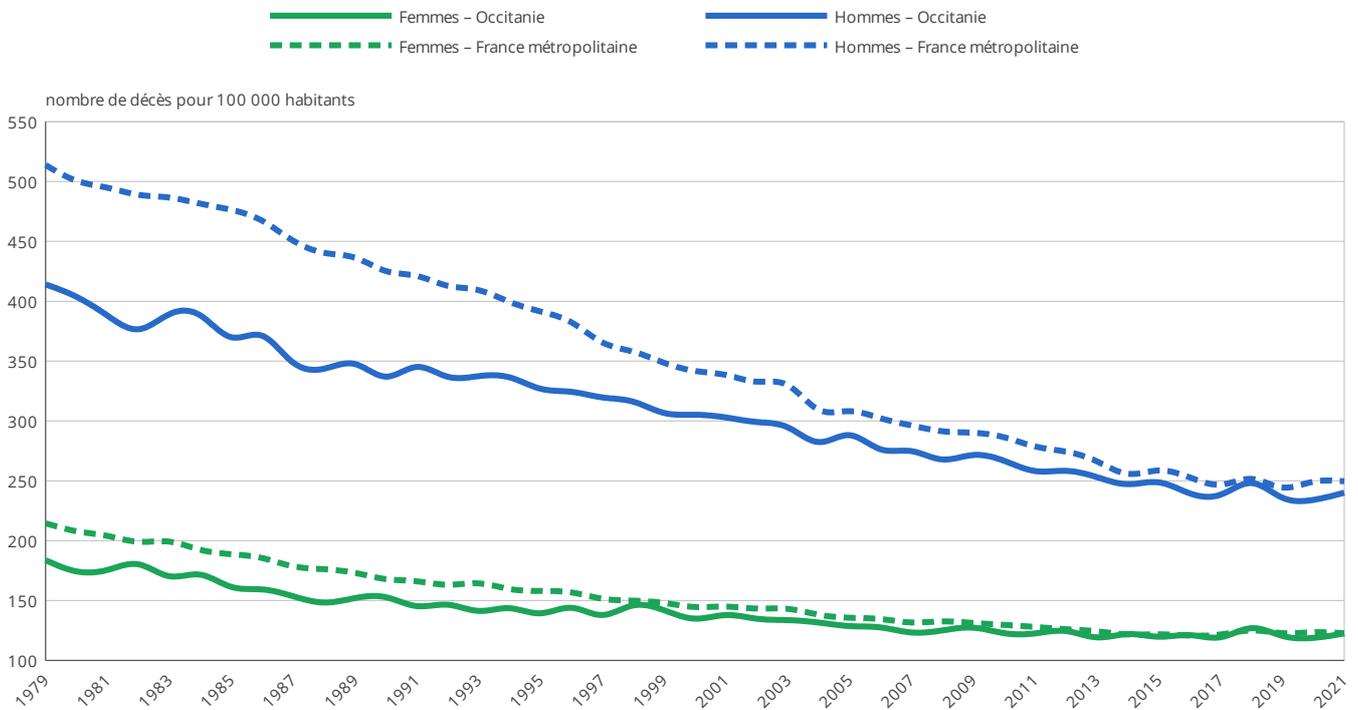
Mortalité prématurée

La mortalité prématurée, soit avant 65 ans, constitue un indicateur d'inégalités sociales et territoriales. Si une baisse de la mortalité prématurée est observée en France depuis une quinzaine d'années, elle reste néanmoins à un niveau élevé et des disparités importantes subsistent entre départements, sexes et catégories professionnelles.

► À retenir

- En Occitanie, la mortalité prématurée est inférieure à celle de France métropolitaine pour les hommes et quasi au même niveau pour les femmes ► [figure 3](#).
- La mortalité prématurée des hommes est deux fois plus élevée que celle des femmes. Sur la période 2019-2021 (en moyenne triennale), la mortalité prématurée varie de 105,1 décès pour 100 000 habitants de moins de 65 ans en Haute-Garonne à 137,5 dans les Pyrénées-Orientales pour les femmes et de 191,6 en Haute-Garonne à 306,6 dans les Pyrénées-Orientales pour les hommes ► [figure 4](#).
- Les tumeurs sont la première cause de décès prématuré sur la période 2019-2021 (en moyenne triennale) ► [figure 5](#).
- La mortalité par suicide est plus faible en Occitanie qu'en France métropolitaine chez les hommes (19,7 pour 100 000 habitants contre 22,0 en moyenne sur la période 2015-2017) et est au même niveau chez les femmes (6,0 pour 100 000 habitants) ► [figure 6](#).

► 3. Évolution de la mortalité prématurée toutes causes confondues selon le sexe de 1979 à 2021

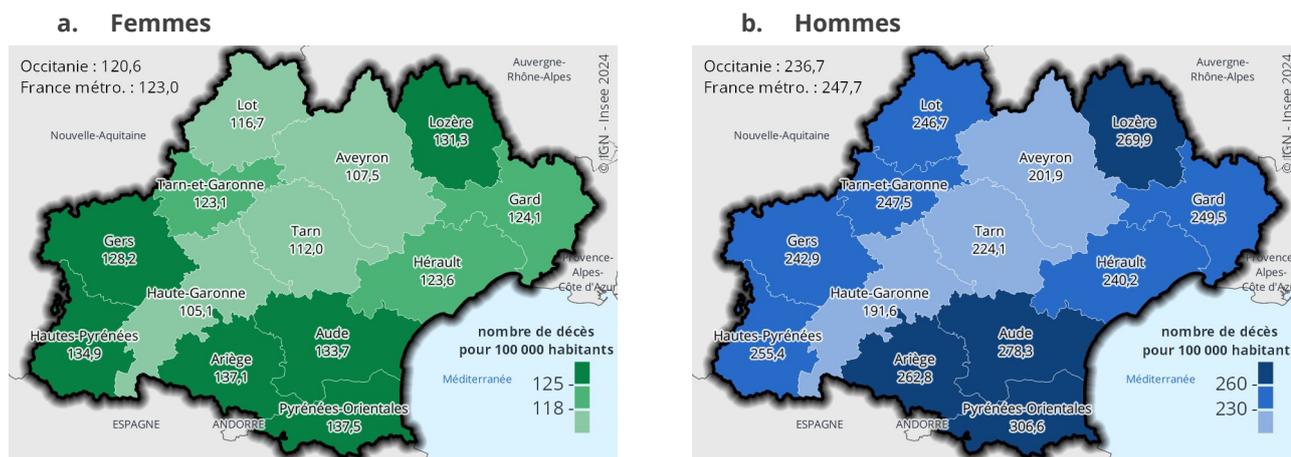


Notes : Taux standardisés.

Population de référence pour la standardisation : population type européenne (fondée sur les projections de population des pays de l'UE-27 et de l'association européenne de libre-échange (AELE) sur la base de l'année 2010 et exprimée en moyenne sur la période 2011-2030).

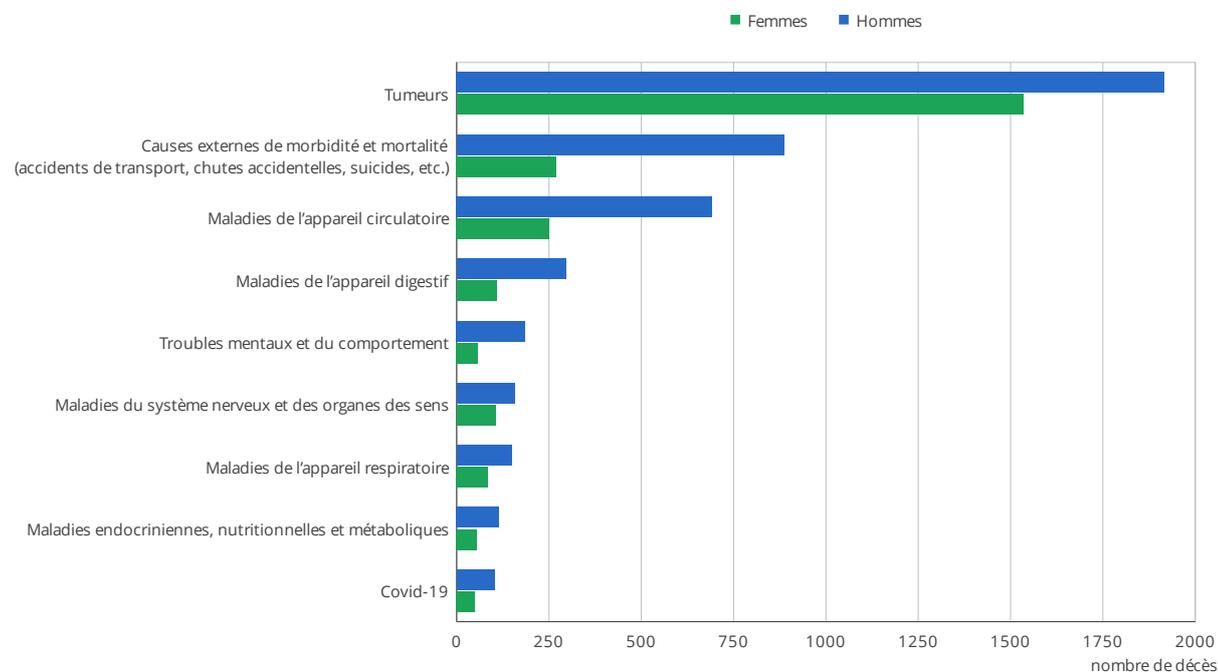
Source : Inserm-Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc).

► 4. Taux standardisé de mortalité prématurée toutes causes confondues en 2020 en Occitanie



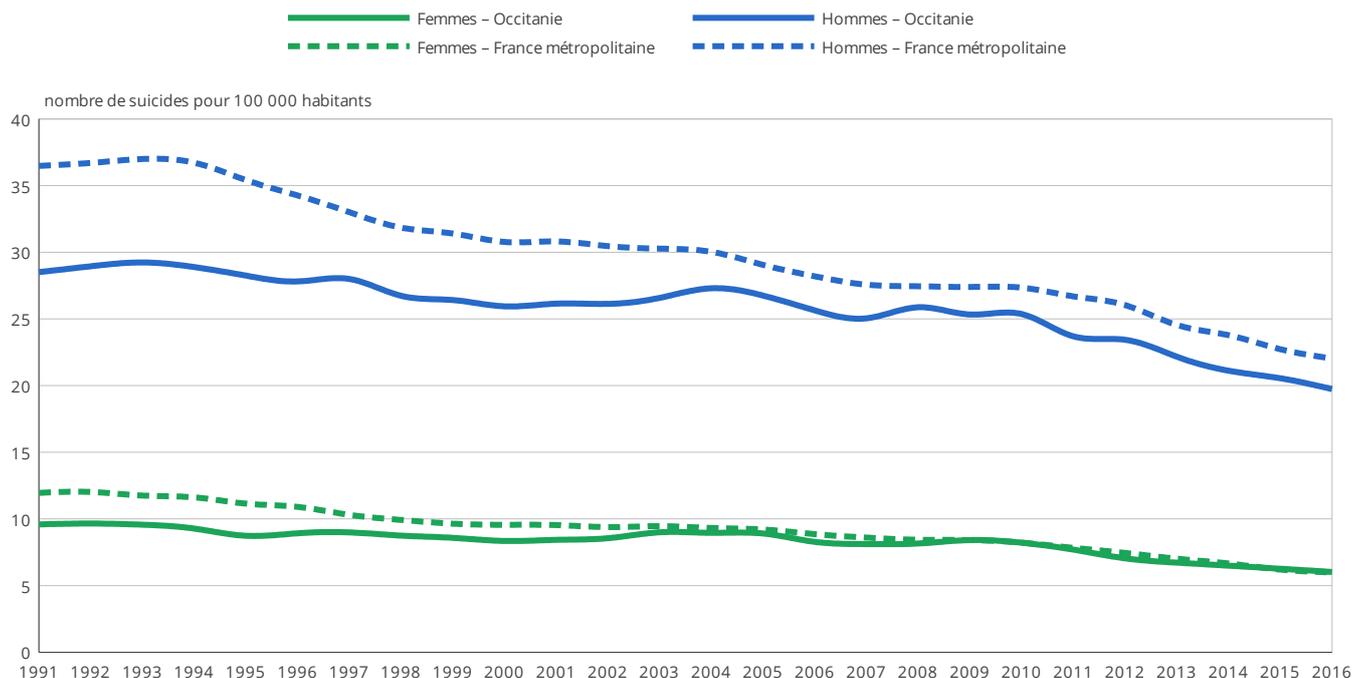
Notes : Taux standardisés en moyennes triennales. L'année indiquée est l'année médiane de la période triennale.
 Population de référence pour la standardisation : population type européenne (fondée sur les projections de population des pays de l'UE-27 et de l'association européenne de libre-échange (AELE) sur la base de l'année 2010 et exprimée en moyenne sur la période 2011-2030).
Source : Inserm-Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc).

► 5. Principales causes de décès prématurés en 2020 en Occitanie



Notes : Taux standardisés en moyennes triennales. L'année indiquée est l'année médiane de la période triennale.
 Pour les décès de 2020, de 2017 et avant, les codes des causes de décès proviennent soit d'un codage automatique (système de règles Iris/Muse), soit d'un codage manuel assisté.
 Pour les années 2018, 2019 et 2021, une méthode d'intelligence artificielle est utilisée en complément des modes de codage précédents.
 Population de référence pour la standardisation : population type européenne (fondée sur les projections de population des pays de l'UE-27 et de l'association européenne de libre-échange (AELE) sur la base de l'année 2010 et exprimée en moyenne sur la période 2011-2030).
Source : Inserm-Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc).

► 6. Évolution de la mortalité par suicide de 1991 à 2016



Note : Taux standardisés en moyennes triennales. L'année indiquée est l'année médiane de la période triennale.

Sources : Inserm-Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc) ; Insee, population de référence au recensement 2018 ; exploitation Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors).

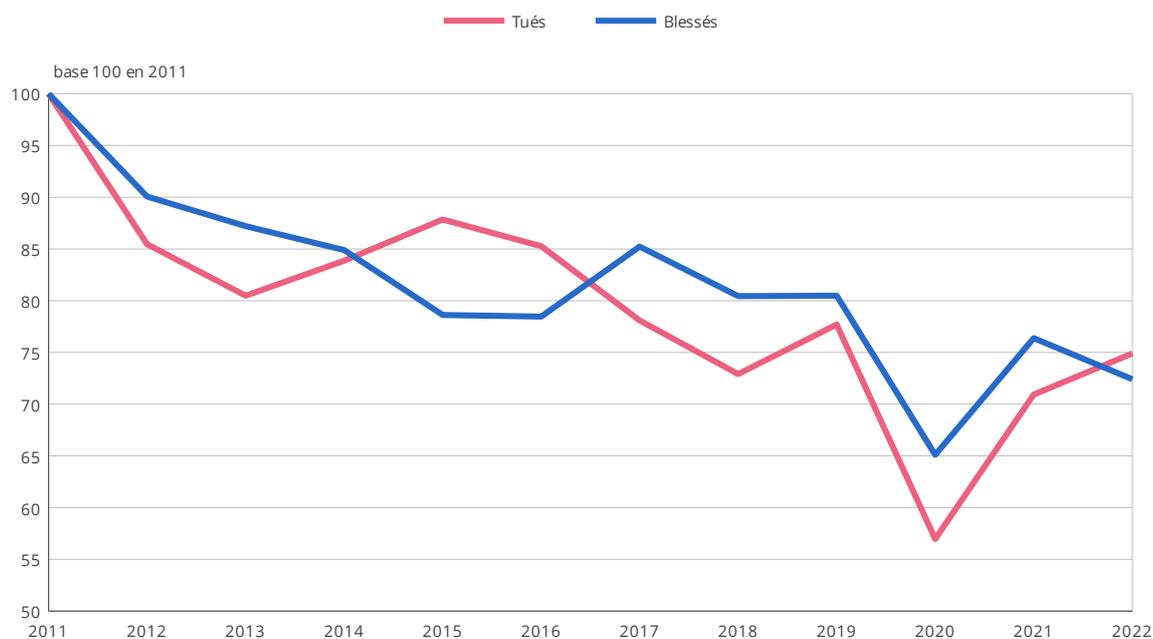
Mortalité prématurée évitable

Les décès prématurés évitables sont liés à des comportements à risque (tabagisme, alcoolisme, conduite dangereuse...) ; ils représentent un tiers des décès prématurés des hommes et environ un quart de ceux des femmes.

► À retenir

- En 2022, la mortalité routière revient à un niveau proche de celui de 2019 (avant les restrictions de déplacements en lien avec la pandémie de Covid-19) ► [figure 7](#).
- La mortalité liée au tabac en Occitanie se stabilise. Elle rejoint le niveau de la France métropolitaine pour les femmes et reste légèrement plus faible pour les hommes ► [figure 8](#).
- La mortalité liée à l'alcool, quatre fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, est plus faible en Occitanie qu'en France métropolitaine. Elle se stabilise en Occitanie alors qu'elle continue de diminuer en France métropolitaine ► [figure 9](#).

► 7. Évolution du nombre de tués et de blessés sur les routes d'Occitanie entre 2011 et 2022



Notes : Les blessés sont les blessés légers (victimes ayant fait l'objet de soins médicaux mais n'ayant pas été admises à l'hôpital plus de 24 heures) et les blessés graves hospitalisés plus de 24 heures ; les tués sont les victimes décédées sur le coup ou dans les trente jours suivant l'accident.

Source : Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR), fichier national de l'accidentalité routière.

► 8. Évolution de la mortalité liée au tabac selon le sexe entre 2012 et 2016

		nombre de décès pour 100 000 habitants				
Sexe	Territoire	2012	2013	2014	2015	2016
Femmes	Occitanie	76,3	75,0	75,4	76,9	76,4
	France métropolitaine	79,5	78,4	77,3	76,7	76,6
Hommes	Occitanie	221,8	213,9	209,0	209,2	208,1
	France métropolitaine	233,4	226,3	222,0	217,5	214,4

Notes : Taux standardisés en moyennes triennales. L'année indiquée est l'année médiane de la période triennale.

Les décès liés au tabac regroupent les causes suivantes : cancer de la trachée, des bronches et du poumon, bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives, cardiopathie ischémique.

Sources : Inserm-Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc) ; Insee, population de référence au recensement 2018 ; exploitation Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors).

► 9. Évolution de la mortalité liée à l'alcool selon le sexe entre 2012 et 2016

		nombre de décès pour 100 000 habitants				
Sexe	Territoire	2012	2013	2014	2015	2016
Femmes	Occitanie	9,7	9,3	9,1	9,7	9,8
	France métropolitaine	12,9	12,3	12,1	12,0	12,0
Hommes	Occitanie	39,4	38,0	36,5	37,1	36,8
	France métropolitaine	51,9	50,3	49,0	47,9	46,7

Notes : Taux standardisés en moyennes triennales. L'année indiquée est l'année médiane de la période triennale.

Les décès liés à l'alcool regroupent les causes suivantes : cirrhose, psychose alcoolique et alcoolisme, cancer des voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx).

Sources : Inserm-Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc) ; Insee, population de référence au recensement 2018 ; exploitation Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors).

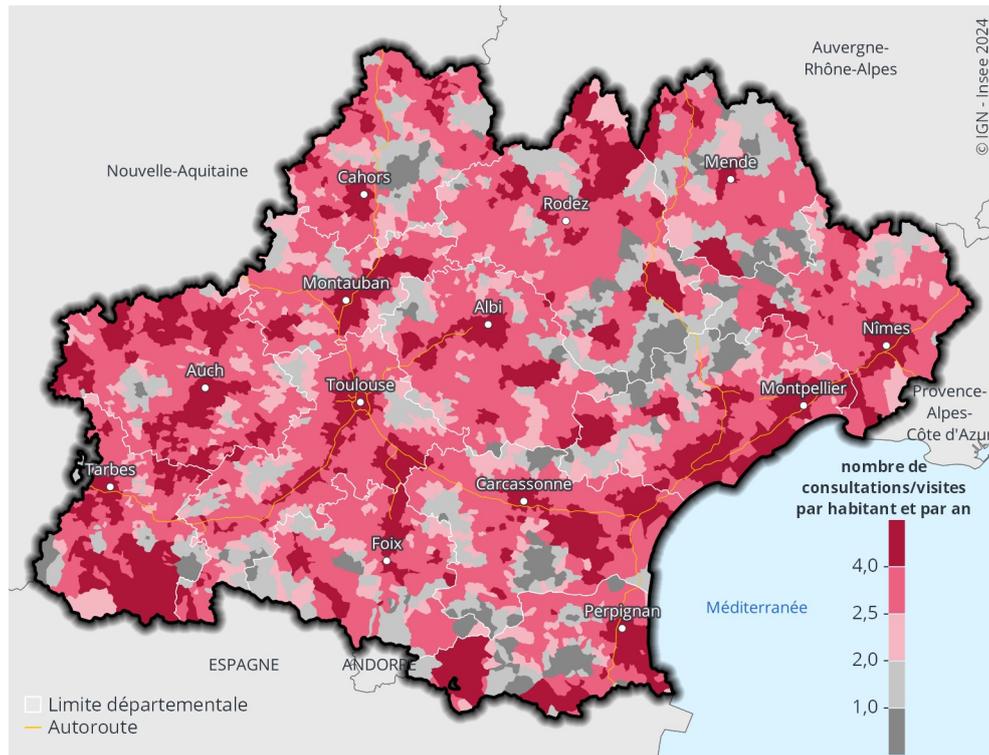
Accessibilité à l'offre de soin locale

Il existe actuellement de fortes disparités territoriales dans l'accès aux soins. Les zones à accessibilité faible risquent de s'étendre, en lien avec le vieillissement des médecins et les difficultés rencontrées pour les remplacer dans certaines zones. L'ambition première portée par le Projet régional de santé consiste à proposer des solutions pour assurer la continuité des soins dans les territoires.

► À retenir

- L'accessibilité aux soins médicaux de premier recours nécessite un nombre suffisant de médecins répartis de manière cohérente avec les besoins de la population. Elle est plus faible dans les zones les moins densément peuplées et les plus éloignées des métropoles ► **figure 10**.

► 10. Accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes en Occitanie au 1^{er} janvier 2023



Note : Le nombre de consultations/visites par habitant et par an apparaît élevé dans certaines zones des Pyrénées en raison d'une suractivité médicale liée aux accidents de sports d'hiver rapportée à la faible population de ces zones montagneuses.

Sources : Fichier national des professionnels de santé (FNPS) – extraction 1^{er} janvier 2023 ; Système national des données de santé (SNDS), activité 2022 ; Insee, recensement de la population 2020.

► Pertinence des indicateurs, méthodologie

L'**espérance de vie à la naissance** représente la durée de vie moyenne d'une génération soumise à différents facteurs de mortalité, notamment à l'environnement sanitaire et social, aux comportements individuels à risque (en lien avec l'alcool, le tabac, les accidents de la circulation...) mais aussi à la structure de l'activité économique d'un territoire.

Pour comparer globalement la **mortalité** dans des départements différents, le taux brut de mortalité ne peut être utilisé car il ne tient pas compte des différences de structure d'âge départementales. Un département dont la population est âgée peut avoir un taux brut de mortalité relativement élevé uniquement du fait de sa structure d'âge. Pour éliminer cet effet de l'âge, on utilise donc des taux standardisés.

Ainsi, le **taux standardisé de mortalité liée à l'alcool, au tabac, au suicide ou le taux standardisé de mortalité prématurée** est le taux que l'on observerait dans le département (ou la région) s'il avait la même structure par âge que la population de référence, soit ici la [révision de la population type européenne \(fondée sur les projections de population des pays de l'UE-27 et de l'AELE sur la base de l'année 2010 et exprimée en moyenne sur la période 2011-2030\)](#) ou la population France entière au recensement 2018.

L'**indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL)** tient compte du niveau d'activité (nombre de contacts) des médecins généralistes libéraux y compris médecins à exercice particulier (MEP) et des centres de santé pour mesurer l'offre, et du taux de recours des habitants différencié par âge pour mesurer la demande. C'est un indicateur local, calculé au niveau de chaque commune mais qui prend en compte l'offre de médecins et la demande des communes environnantes. En effet, à chaque commune est associé un « secteur flottant » qui se définit comme une zone limitée par une courbe isochrone centrée sur le chef-lieu de la commune étudiée. L'accessibilité est pondérée selon le temps d'accès pour le patient. Les professionnels de santé sont géolocalisés à leur adresse, les habitants sont affectés au chef-lieu de leur commune de résidence. L'APL se lit comme un nombre de consultations/visites par habitant et par an.

► Pour en savoir plus

- « [Années Covid : baisse de l'espérance de vie, dégradation de la santé mentale et téléconsultations en hausse](#) », Insee Analyses Occitanie n° 136, juillet 2023.
- [Projet régional de santé Occitanie 2023-2028](#).
- « [Tableau de bord sur la Santé de la région Occitanie](#) », ORS Midi-Pyrénées et CREAL-ORS Languedoc-Roussillon en partenariat avec l'Agence Régionale de Santé Occitanie, janvier 2016.
- [Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé](#).
- « [Indicateurs territoriaux du développement durable](#) », mis à disposition par l'Insee et le SDES (Service des données et études statistiques, service statistique du ministère de la Transition écologique et de la Cohésion des territoires).