



SOMMAIRE

- 2 Introduction
- 3 Délimitation des espaces ruraux
- 6 Caractéristiques socio-démographiques des habitants
- 9 Espérance de vie et mortalité
- 18 Prise en charge pour principales pathologies
- 27 Offre de soins
- 29 Conclusion
- 32 Références
- 33 Annexes

LA SANTÉ DANS LES ESPACES RURAUX D'ÎLE-DE-FRANCE

ANALYSE DESCRIPTIVE

Selon la classification réalisée à partir d'une méthodologie européenne (Eurostat), plus de la moitié des communes franciliennes (53 %) sont considérées comme étant rurales selon leur degré d'urbanisation. Elles regroupaient 556 000 habitants en 2021 soit 4,6 % des habitants de la région. Les communes rurales sont divisées en trois catégories : les bourgs ruraux, celles ayant un habitat dispersé et celles ayant un habitat très dispersé.

La population rurale est plutôt âgée par rapport au reste de la région avec une sur-représentation des personnes de 45 à 75 ans. La population active est surtout composée d'employés et de professions intermédiaires et marquée par une moindre présence de cadres.

L'état de santé des personnes vivant dans des communes rurales est moins bon que celui des habitants des communes des grands centres urbains avec une surmortalité et une sur-morbidité pour quasiment tous les indicateurs pris en compte dans cette étude.

Dans les communes rurales, nous avons pu observer une différence entre les différentes classes de territoires. En effet, ce sont les populations des bourgs ruraux qui ont les indicateurs de santé les plus dégradés par rapport aux communes situées en habitat dispersé et très dispersé.

Introduction

L'objectif de cette étude est de décrire l'état de santé général des Franciliens résidant en zone rurale. Les communes rurales ne représentent qu'une faible partie de la population de la région. Cependant, étudier la santé dans les espaces ruraux est important car ces territoires présentent des défis spécifiques, en particulier liés à l'accès aux soins et aux conditions de vie de leurs habitants.

Afin de caractériser les territoires et permettre notamment d'identifier les espaces ruraux d'une région, deux approches sont généralement utilisées. La première méthode est de type morphologique et est basée, soit sur la notion de continuité du bâti, soit sur la notion de densité de population. La seconde méthode est fonctionnelle et repose sur le principe de l'influence des villes sur le territoire, liée à l'emploi par exemple.

Nous avons choisi d'utiliser un découpage du territoire réalisé à partir de l'approche morphologique basée sur la densité de population ou « degré d'urbanisation » issue d'une méthodologie européenne et proposée par Eurostat. Cette méthodologie propose une classification des communes en sept groupes. Trois de ces groupes définissent les communes rurales. Il s'agit des bourgs ruraux, du rural à habitat dispersé et du rural à habitat très dispersé.

En Île-de-France, les communes où l'habitat est très dispersé sont peu nombreuses (20) et la population très faible avec un peu plus de 2 500 habitants soit 0,02 % de la population de la région. Afin de disposer de suffisamment d'effectifs pour calculer les indicateurs de santé, nous avons regroupé les communes du rural dispersé et du rural très dispersé en une seule classe.

Pour chacune des six classes de communes, nous avons calculé des indicateurs sociodémographiques, de mortalité générale et pour causes principales de décès et des indicateurs de morbidité, de consommation de médicaments et enfin de densité médicale.

Ces indicateurs sont mis en regard des valeurs de la région et des communes urbaines, permettant de situer les communes rurales par rapport aux autres.

Délimitation des espaces ruraux

Le choix de la méthodologie européenne de classification des communes basée sur la densité de population permet d'avoir une approche standardisée utile pour des comparaisons régionales. Elle aide ainsi à mieux comprendre les spécificités des communes rurales franciliennes et à adapter les politiques publiques en conséquence.

La typologie européenne est construite à partir de calculs de densité de population qui agrègent des carreaux d'un kilomètre de côté. Des carreaux dont la densité de population est supérieure à un certain seuil sont d'abord identifiés. Les carreaux denses contigus sont regroupés. Si l'ensemble de ces carreaux contigus contient un certain nombre d'habitants, cela constitue un agrégat de population. Cette méthode repère ainsi des zones agglomérées. C'est l'importance de ces zones agglomérées au sein des communes qui va permettre de les catégoriser en différentes classes.

La méthode européenne distingue sept niveaux de

densité de population (Tableau 1) [1]. Il s'agit d'une subdivision de la grille à trois niveaux utilisée pour le Focus santé publié en 2018 [2].

Ce zonage distingue :

- Les grands centres urbains. Cette classe correspond à celle des « communes denses » de la grille précédente à trois niveaux ;

Trois niveaux de communes issus d'une subdivision de l'ancienne classe des « communes intermédiaires » de la grille à trois niveaux :

- Les centres urbains intermédiaires ;
- Les ceintures urbaines ;
- Les petites villes.

Enfin, trois niveaux de communes rurales issus d'une subdivision de l'ancienne classe des « communes rurales » de la grille à trois niveaux :

- Les bourgs ruraux ;
- Les communes rurales à habitat dispersé ;
- Les communes rurales à habitat très dispersé.

Tableau 1 – Population et densité des ensembles de carreaux utilisés dans la grille de densité

		Seuil de population des agrégats de carreaux			Sans critère de population
		≥ 50 000 hab.	5 000 - 49 999 hab.		
Densité des carreaux en hab/km²	≥ 1 500	Cluster urbain dense de classe 1	Cluster urbain dense de niveau 2		
	≥ 300		Cluster urbain semi-dense péri-urbain	Cluster urbain semi-dense non péri-urbain	Cluster rural
	≥ 50				
	< 50				
					Carreaux ruraux de faible densité
					Carreaux ruraux de très faible densité

Source : La grille communale de densité à 7 niveaux 2015 – Document de travail N°2022-18 Simon Beck, Marie-Pierre De Bellefon, Jocelyn Forest, Mathilde Gerardin, David Levy (Insee).2023.

Selon cette méthode (Eurostat 2021), 331 communes d'Île-de-France sont classées « grands centres urbains » (26 % de l'ensemble des communes de la région), 49 « centres urbains intermédiaires » (4 %), 26 « petites villes » (2 %), 191 « ceintures urbaines » (15 %), 227 « bourgs ruraux » (18 %), 424 « Rural à habitat dispersé » (33 %) et 20 « rural à habitat très dispersé » (2 %) (Figure 1).

La première classe regroupe la grande majorité de la population (85,8 %). La part de la population dans la classe 7 (rural à habitat très dispersé) étant très faible : 0,02 % de la population de la région, nous avons choisi de regrouper les catégories 6 et 7 afin de pouvoir calculer les différents indicateurs de

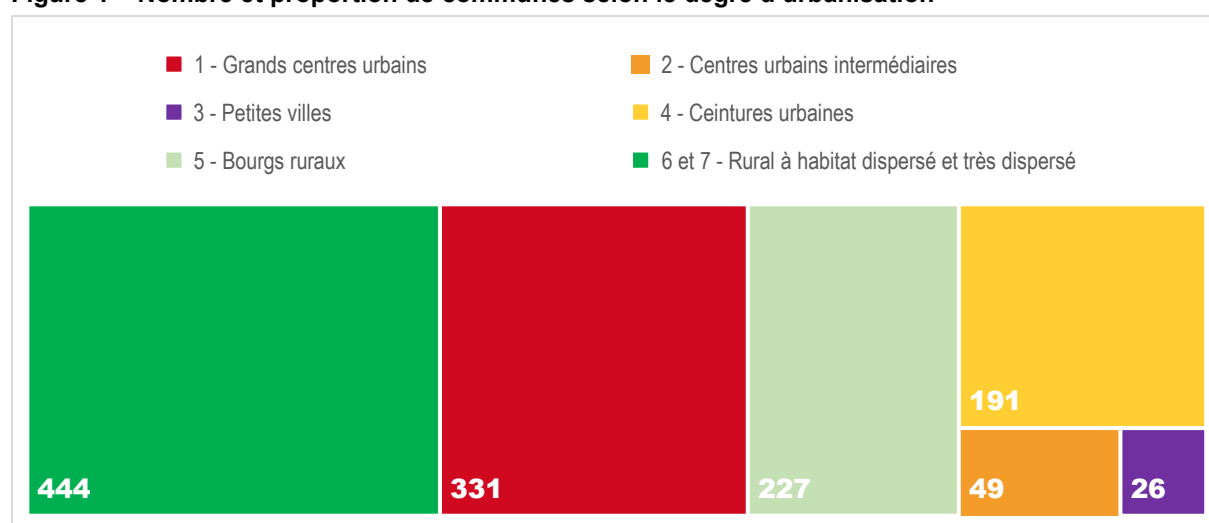
santé.

La population francilienne se répartit ainsi (Figure 2) :

- Grands centres urbains : 85,8 % ;
- Centres urbains intermédiaires : 4,8 % ;
- Ceintures urbaines : 0,9 % ;
- Petites villes : 4,1 % ;
- Bourgs ruraux : 2,8 % ;
- Rural à habitat dispersé et très dispersé : 1,8 %.

Les communes rurales d'Île-de-France sont toutes situées dans les départements de la grande couronne de la région, en particulier en Seine-et-Marne. (Figure 3 et 4).

Figure 1 – Nombre et proportion de communes selon le degré d'urbanisation



Source : INSEE, recensement de la population 2021

Figure 2 – Proportion d'habitants selon le degré d'urbanisation



Source : INSEE, recensement de la population 2021

Figure 3 – Répartition des communes selon leur degré de densité en six niveaux

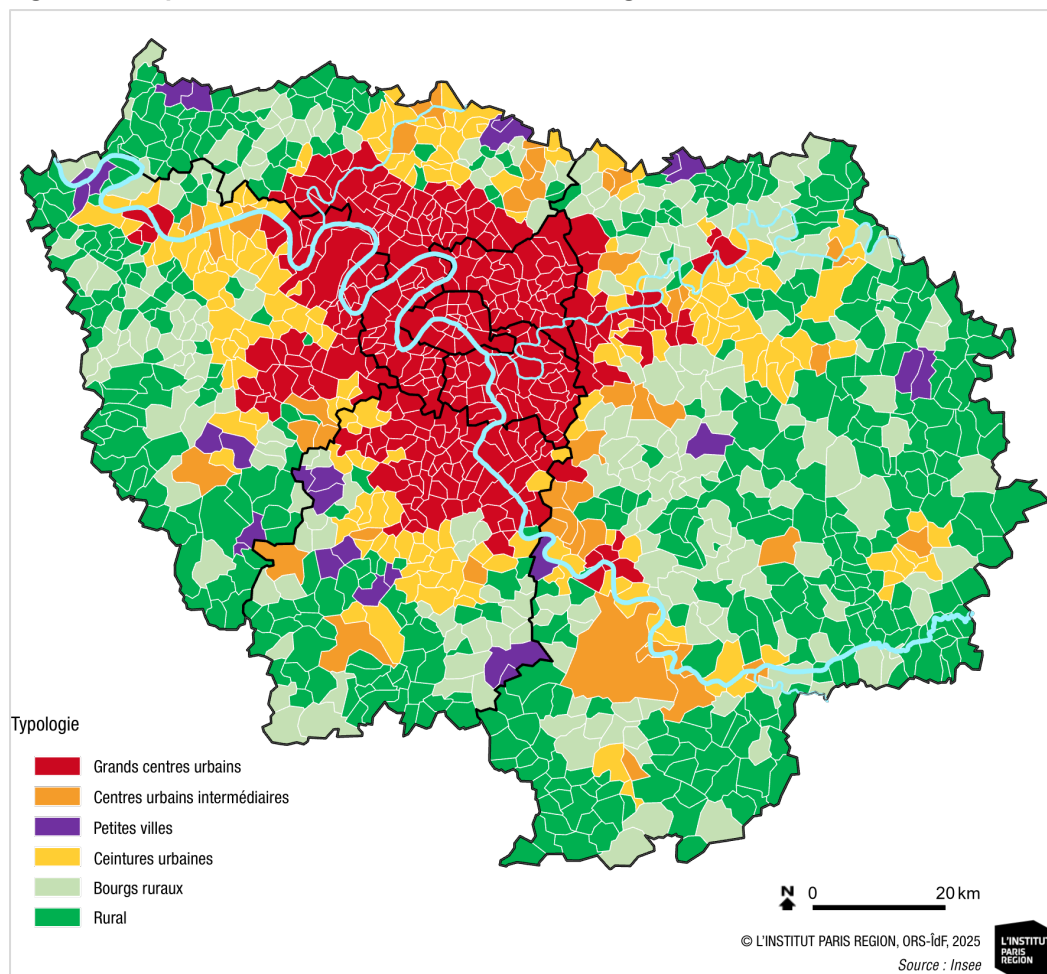
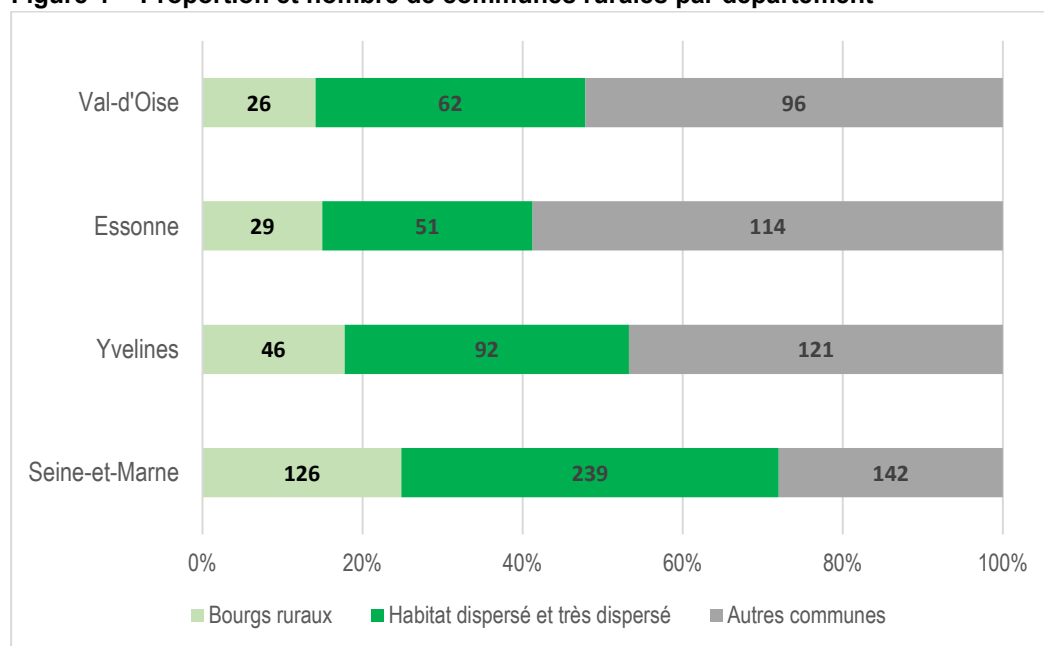


Figure 4 – Proportion et nombre de communes rurales par département



Source : INSEE

Caractéristiques socio-démographiques des habitants

Évolution de la population

Entre 1968 et 2020, ce sont les communes des ceintures urbaines qui ont connu la plus forte évolution avec un taux de croissance annuel de +1,8 %. Ces communes sont moins denses que celles des grands centres urbains mais sont situées à proximité de ces derniers qui constituent des aires d'attraction pour ces communes péri-urbaines.

Dans la catégorie des communes rurales, ce sont les bourgs ruraux qui ont connu la plus forte évolution de leur population avec +1,5 %. Le groupe des communes rurales à habitat dispersé et très dispersé a connu un taux d'évolution de +1,3 %. Enfin c'est dans les grands centres urbains que l'évolution a été la plus faible avec un accroissement annuel moyen de la population de +0,4 % (Figure 5)

Si on compare les périodes des différents recensements de la population, on constate qu'entre 1968 et 1975, ce sont les communes des centres urbains intermédiaires, celles des petites villes et surtout celles des ceintures urbaines qui ont connu le plus fort accroissement de leur population avec pour ces dernières un taux annuel de +4,8 %.

Dans la zone rurale, ce sont les bourgs ruraux qui ont eu l'accroissement le plus élevé avec +2,5 % contre +1,5 % dans pour les communes à habitat dispersé et très dispersé.

Sur les périodes 1975 – 1982 et 1982 - 1990, l'accroissement de la population diminue dans l'ensemble des communes à l'exception du rural dispersé et très dispersé qui connaît une augmentation de l'accroissement de sa population par rapport à la période précédente.

Entre 1990 et 1999, l'accroissement de la population diminue dans toutes les communes. Cette tendance se poursuit sur la période 1999 - 2009 sauf pour les communes des grands centres urbains où on

observe une augmentation de l'accroissement de la population.

Sur les périodes suivantes, l'accroissement de la population varie peu dans la plupart des communes. Les bourgs ruraux et le rural dispersé et très dispersé connaissent une baisse de l'accroissement de leur population qui n'est plus que de respectivement +0,5 % et +0,1 % entre 2014 et 2020 (Figure 6).

Structure par âge

La population des communes rurales à habitat dispersé et très dispersé se caractérise par une sous-représentation des jeunes (0-14 ans et 15-29 ans) et une sur-représentation des personnes âgées de 45 à 59 ans et dans une moindre mesure, celles âgées entre 60 et 74 ans (Figure 7).

Dans les bourgs ruraux, la population est globalement plus jeune que dans les autres communes rurales, en particulier pour les 15-29 ans. En revanche les plus de 75 ans sont plus nombreux.

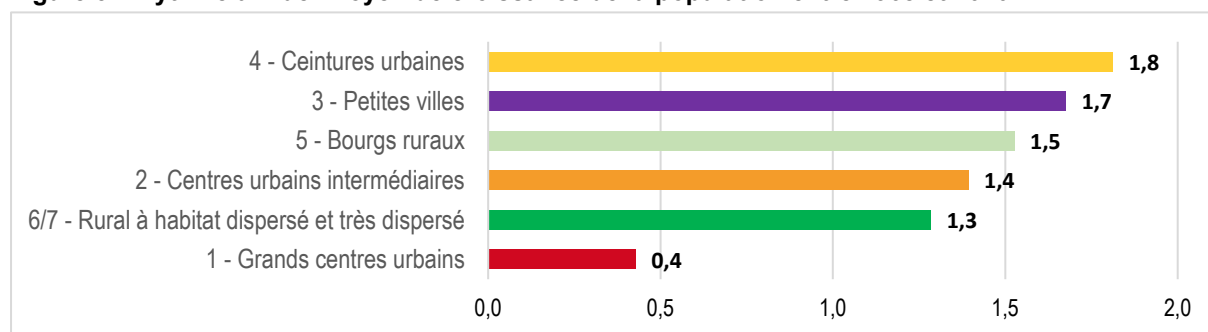
La structure de la population des bourgs ruraux est quasiment identique à celle des communes des ceintures urbaines.

Structure familiale des ménages

Les personnes vivant en couple (avec ou sans enfant) sont majoritaires en zone rurale avec 63,5 % (27,8 % + 35,7 %) dans les bourgs ruraux et 67,4 % (31,8 % + 35,6 %) dans les communes à habitat dispersé et très dispersé contre 47,3 % pour l'Île-de-France (20,1 % + 27,2 %).

Inversement, c'est en zone rurale que l'on rencontre le taux de personnes vivant seules le plus faible : 23,8 % dans les communes à habitat dispersé et très dispersé contre 40,3 % dans les grands centres urbains (Figure 8).

Figure 5 – Rythme annuel moyen de croissance de la population entre 1968 et 2020



Sources : INSEE, recensement 2021

Figure 6 – Évolution du rythme moyen de croissance de la population entre 1968 et 2020

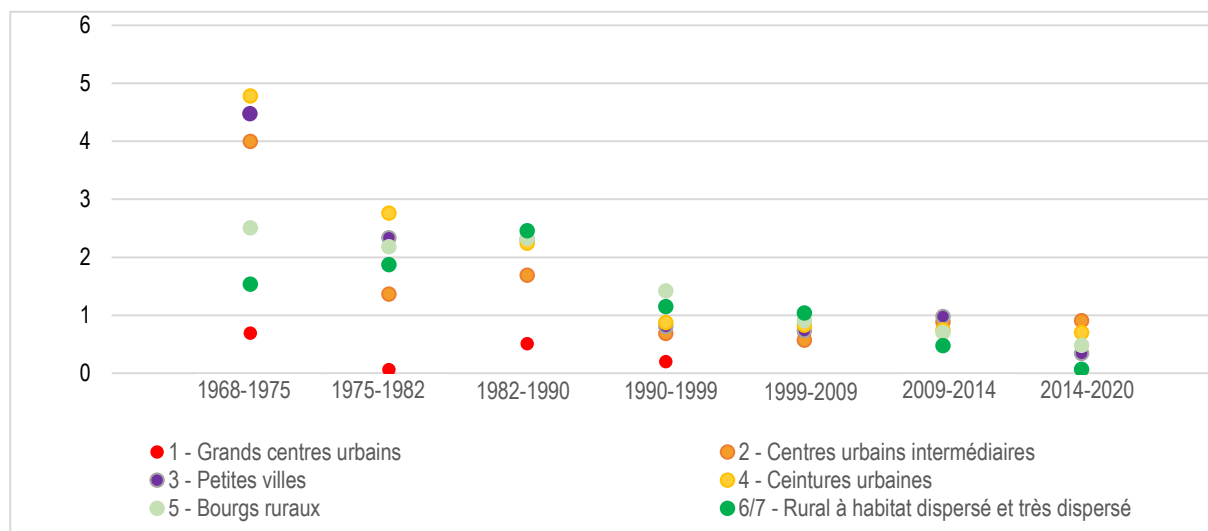


Figure 7 – Part de la population par tranche d'âge

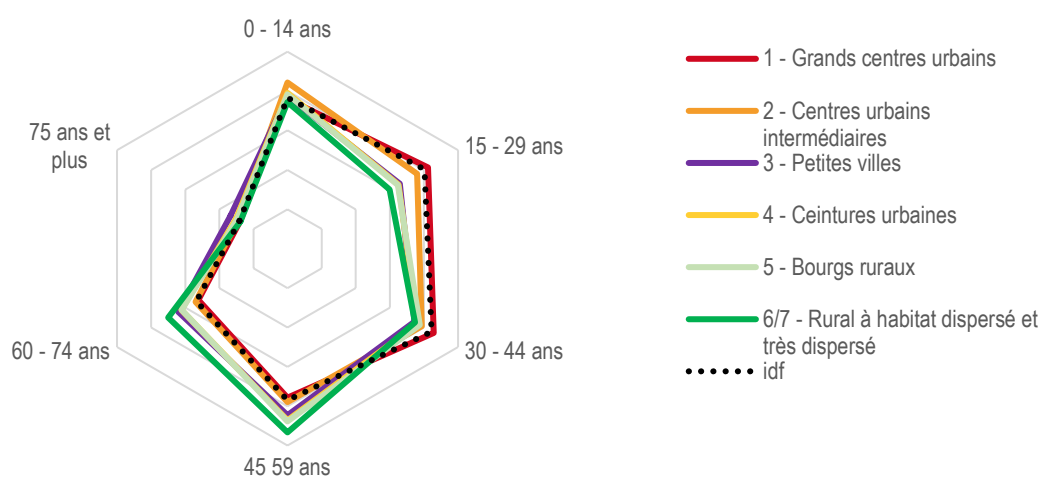
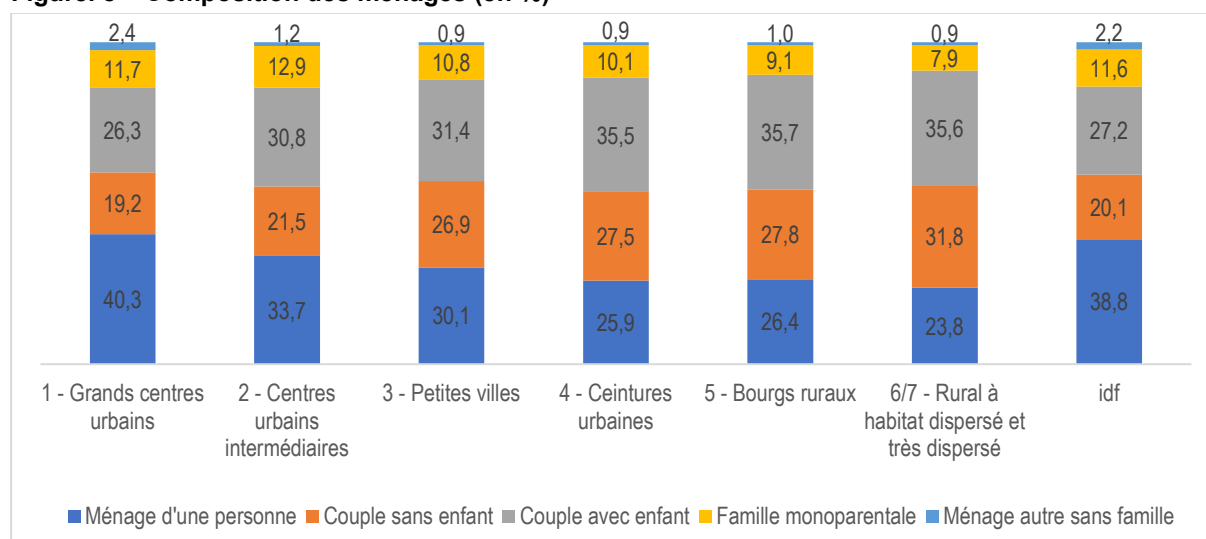


Figure 8 – Composition des ménages (en %)



Caractéristiques sociales des habitants

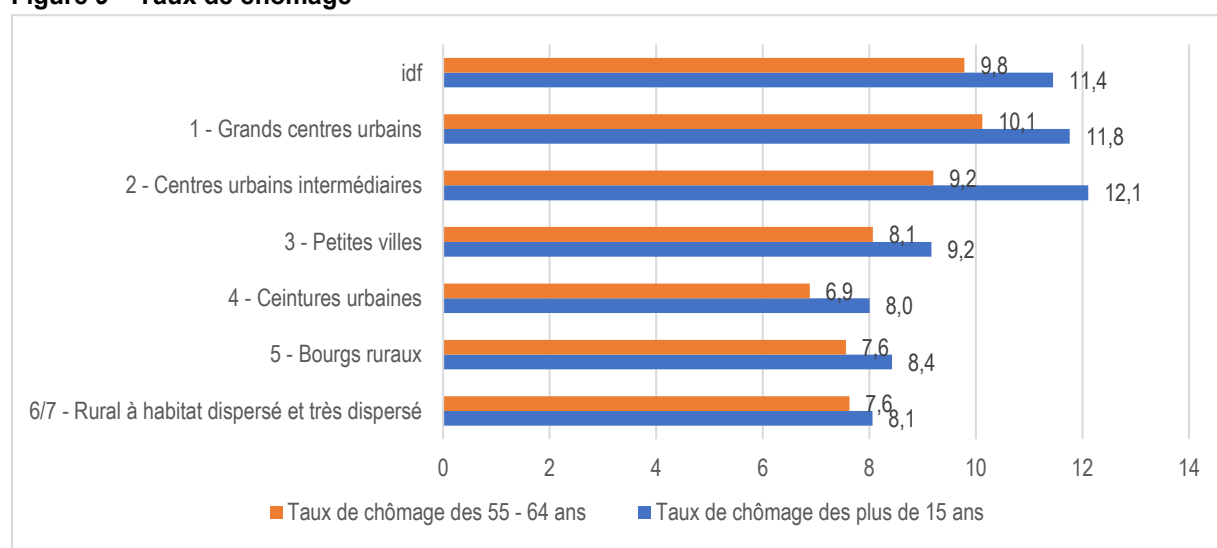
Dans la zone rurale, le taux de chômage des plus de 15 ans et celui des personnes âgées de 55 à 64 ans sont parmi les plus faibles avec ceux des communes des ceintures urbaines. Dans les communes à habitat dispersé et très dispersé et dans les bourgs ruraux, les taux de chômage des plus de 15 ans sont respectivement de 8,1 % et 8,4 % contre 11,4 % pour l'ensemble de la région (Figure 9).

Dans la zone rurale, la proportion de cadres est parmi la plus faible avec celle des communes des centres urbains intermédiaires. Les taux sont sous les 20 % contre un peu plus de 34 % dans les grands

centres urbains et une moyenne régionale de 32,3 %.

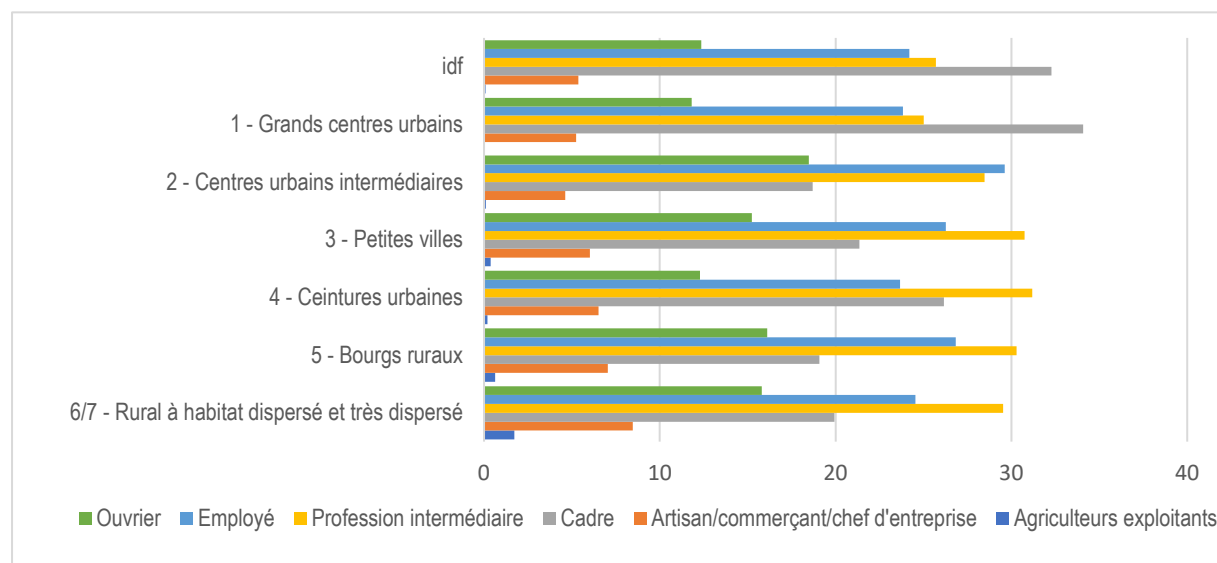
Dans la zone rurale, la proportion d'agriculteurs n'est pas très élevée. Ils représentent 1,7 % de la population active dans les communes à habitat dispersé et très dispersé et 0,6 % dans les bourgs ruraux. Ils sont quasi-inexistants dans les autres territoires, voire absents dans les zones des grands centres urbains ou intermédiaires. Dans ces communes, les professions intermédiaires et les employés représentent l'essentiel de la population active. Les cadres sont majoritairement présents dans les grands centres urbains (Figure 10).

Figure 9 – Taux de chômage



Source : INSEE, recensement de la population, 2021

Figure 10 – Répartition des ménages par professions et catégories socioprofessionnelles de la personne de référence (en %)



Source : INSEE, recensement de la population, 2021

Espérance de vie et mortalité

Calcul des indicateurs - Méthodologie

Pour représenter la mortalité des populations, deux types d'indicateurs sont utilisés : les taux standardisés et les indices comparatifs de mortalité (ICM).

Le taux standardisé de mortalité (TSM) est le taux que l'on observerait dans le territoire étudié s'il avait la même structure par âge qu'une population de référence choisie. Pour les taux présentés dans ce focus, la population de référence est celle de la France entière au recensement 2021. L'indicateur est calculé sur une période allant de 2017 à 2021 et est exprimé pour 100 000 habitants. La standardisation est une méthode utilisée lorsque l'on souhaite comparer des populations. En effet, les données sanitaires sont très dépendantes de la structure de la population sous-jacente : ainsi une population plus jeune aura un taux brut de mortalité (nombre de décès pour 100 000 habitants) moins élevé qu'une population plus âgée. Des tests de comparaison sont établis entre les différentes zones étudiées. Les TSM sont présentés en annexe.

L'indice comparatif de mortalité (ICM) consiste à comparer le nombre de décès observés dans une population au nombre de décès que l'on observerait si on appliquait à l'effectif de chaque classe d'âge de la population, les taux de mortalité par âge d'une population de référence (nombre de décès attendus). L'indice est obtenu en rapportant le nombre de décès observés au nombre de décès « attendus ». Ce rapport est multiplié par 100. Avec la méthode des ICM,

on obtient ainsi un résultat en termes de pourcentage d'excès ou de moindre mortalité par rapport à la mortalité de référence. Pour les ICM présentés dans ce focus, la population de référence est celle de la région Île-de-France (ICM base 100 = région Île-de-France). Si l'ICM est égal à 100, le niveau de mortalité de la zone étudiée est comparable à celui de la zone de référence. Un ICM supérieur à 100 signifie qu'il existe un excédent de mortalité (statistiquement significatif ou non) et un ICM inférieur à 100 une moindre mortalité, indépendamment de la structure par âge. Ainsi, par exemple, un ICM de 200 signifie un excès de mortalité de 100 % et un ICM de 60, une mortalité diminuée de 40 % par rapport à la mortalité de la zone de référence. Une statistique de test a été calculée pour savoir s'il y a une différence significative entre la population des territoires et la population de référence considérée.

Espérance de vie

Dans la zone rurale, la population des bourgs ruraux possède une espérance de vie inférieure à celle de la région. Chez les hommes elle est de 79,8 ans et chez les femmes de 84,6 ans contre respectivement 80,7 et 86,0 en Île-de-France. Dans le rural dispersé et très dispersé, l'espérance de vie est très proche de celle de la région, chez les hommes et chez les femmes. L'espérance de vie à la naissance la plus faible se retrouve dans les centres urbains intermédiaires pour les hommes et dans les bourgs ruraux pour les femmes (Tableau 2).

Tableau 2 – Espérances de vie (en années)

	Grands centres urbains	Centres urbains intermédiaires	Petites villes	Ceintures urbaines	Bourgs ruraux	Rural à habitat dispersé et très dispersé	Île-de-France
Espérance de vie à la naissance							
Hommes	80,8	79,4	80,1	80,9	79,8	80,7	80,7
Femmes	86,2	85,3	85,4	86,1	84,6	85,7	86,1
Espérance de vie à 35 ans							
Hommes	46,8	45,4	46,2	46,8	45,8	46,8	45,5
Femmes	51,9	50,9	50,9	51,6	50,1	51,4	51,0
Espérance de vie à 65 ans							
Hommes	20,0	18,9	19,3	19,8	18,9	19,5	19,9
Femmes	23,9	23,1	23,0	23,3	22,1	23,2	23,7

Source : Inserm CépiDC, Insee RP 2021 – Exploitation ORS IDF

Mortalité générale, prématurée et évitable

Les taux standardisés sont présentés en annexes.

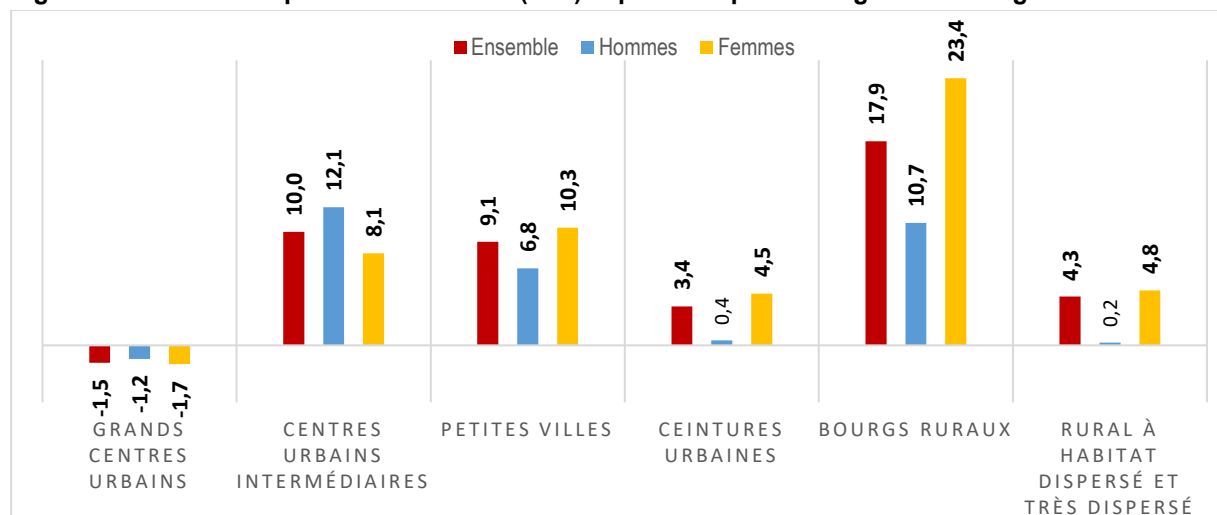
Dans la zone rurale, la situation est contrastée. Alors que l'étude réalisée avec la typologie des communes en trois classes montrait une forte surmortalité dans les communes rurales, cette nouvelle classification plus fine du rural montre que la surmortalité est la plus forte dans les bourgs ruraux. On y constate par exemple une surmortalité générale de +17,9 % (+23,4 % chez les femmes) par rapport à la moyenne régionale. Les communes situées en habitat dispersé et très dispersé présentent une surmortalité par rapport à la moyenne régionale mais elle est plus faible que celle des autres catégories de communes, excepté les grands centres urbains (Figure 11) qui

présentent une sous-mortalité.

Dans les bourgs ruraux, on observe une surmortalité prématurée (avant 65 ans) mais elle est non significative. Dans le rural dispersé et très dispersé, la mortalité prématurée est significativement inférieure à la moyenne régionale : -8,4 % et principalement chez les hommes : -11,5 % (Figure 12).

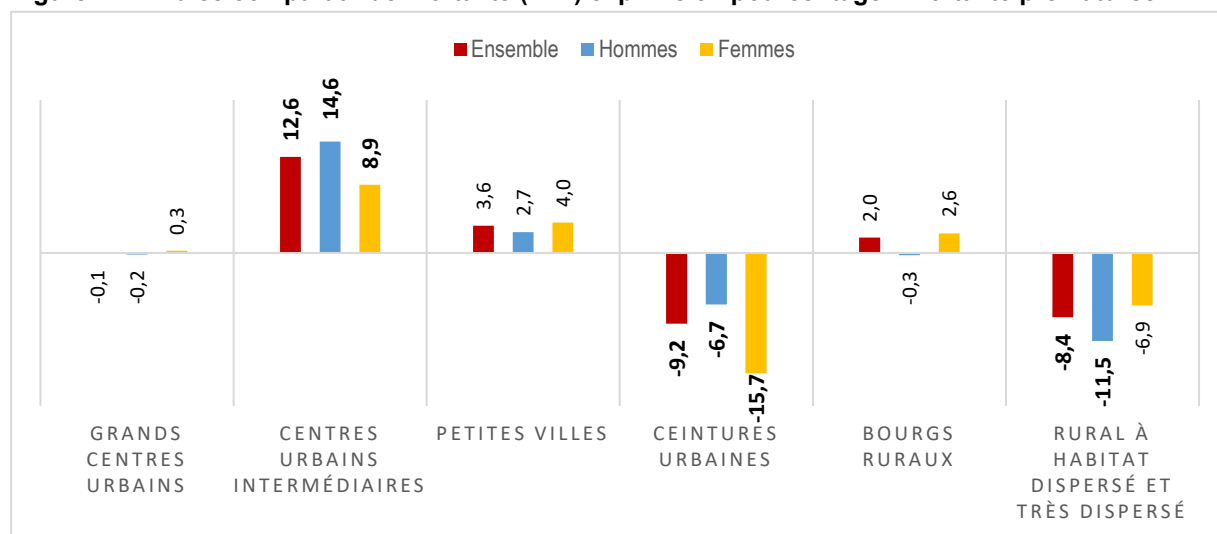
La mortalité évitable (avant 65 ans) dans la zone rurale, par des actions de prévention (interventions de santé publique et de prévention primaire) ou de soins (soins de santé efficaces et prodigués à temps) est supérieure à la moyenne régionale. C'est dans les bourgs ruraux que cette surmortalité est la plus élevée (figures 13 et 14). Enfin, l'ensemble des indicateurs montrent une sous-mortalité qu'elle soit générale, prématurée ou évitable dans les grands centres urbains.

Figure 11 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage- mortalité générale



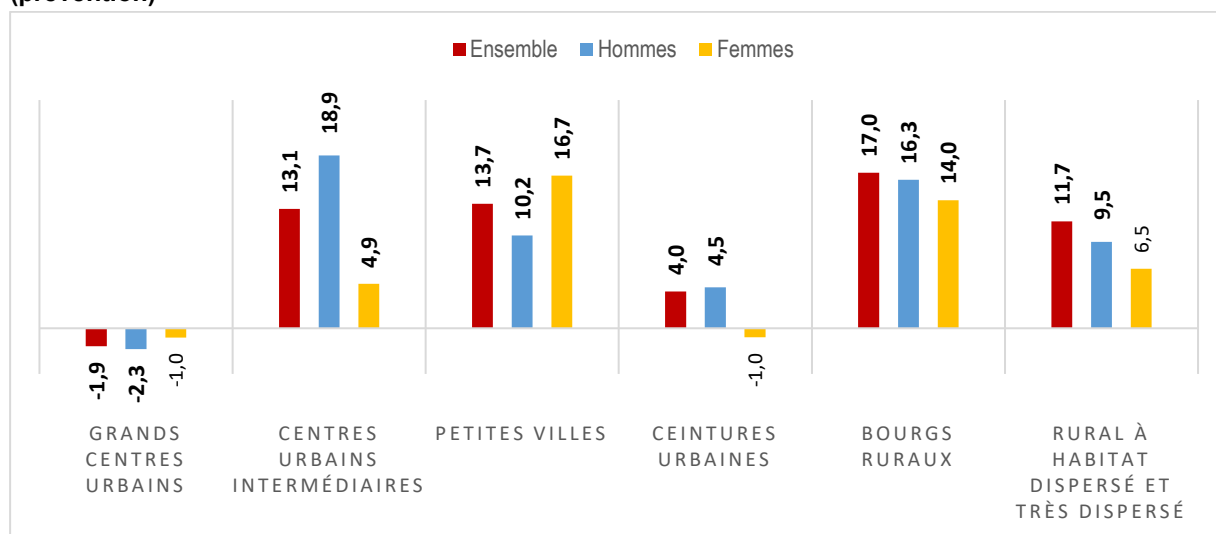
Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 12 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage - mortalité prématurée



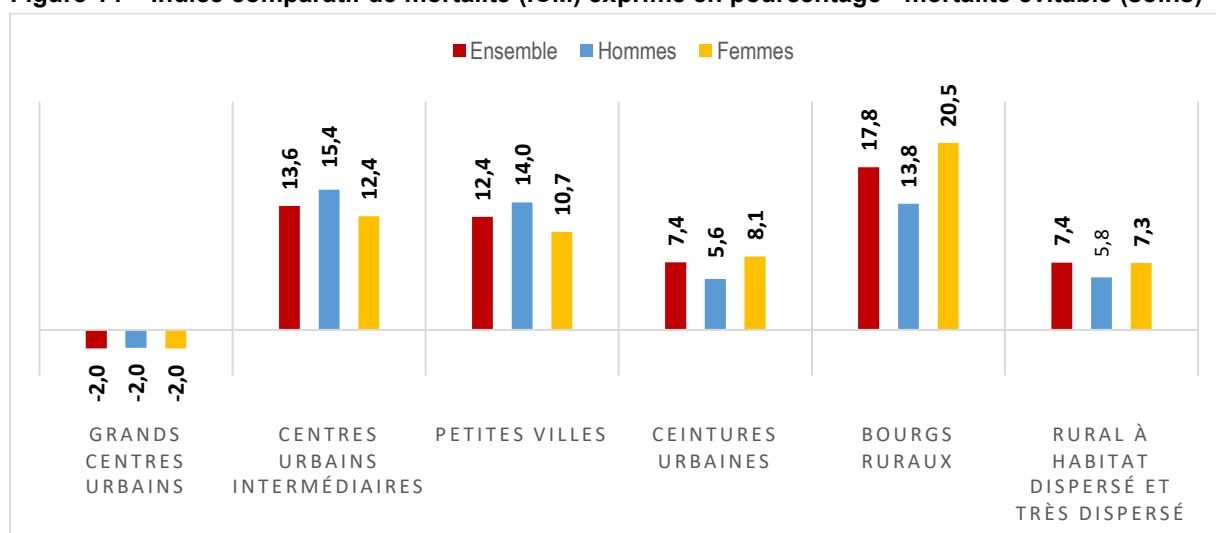
Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 13 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage - mortalité évitable (prévention)



Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 14 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage - mortalité évitable (soins)



Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Mortalité par cancers

Mortalité tous cancers

Les taux standardisés sont présentés en annexes.

Comme pour la mortalité générale, la mortalité par cancers dans la zone rurale est contrastée avec une surmortalité plus marquée dans les bourgs ruraux avec +10,6 % contre +7,3 % dans le rural à habitat dispersé et très dispersé (Figure 15).

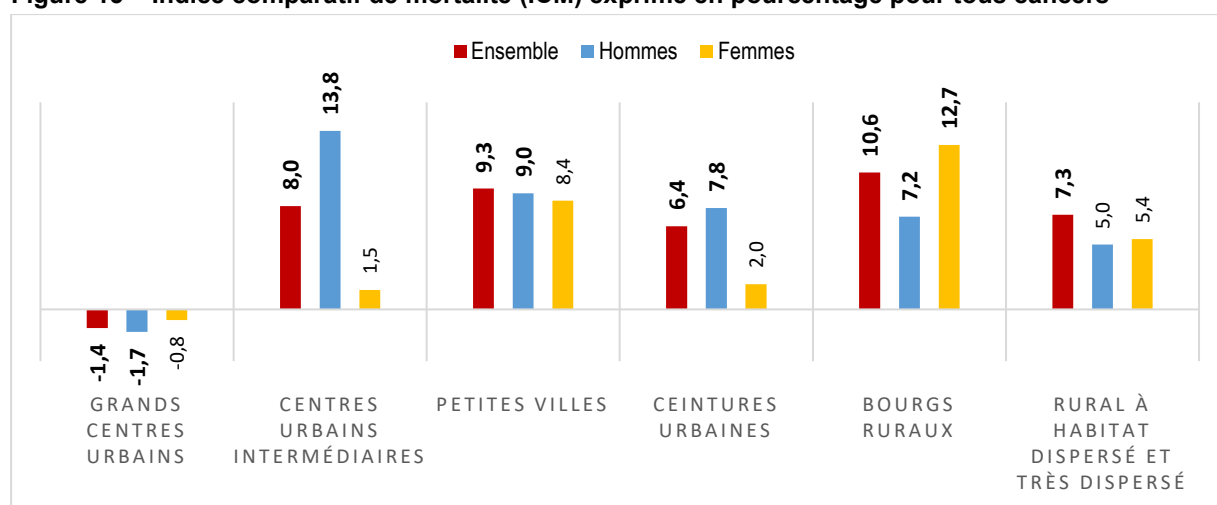
Mortalité pour les principaux cancers

On n'observe pas de surmortalité statistiquement significative des cancers selon les causes en zone rurale à l'exception du cancer du sein chez les femmes

qui est plus élevé dans les bourgs ruraux avec +13,6 %.

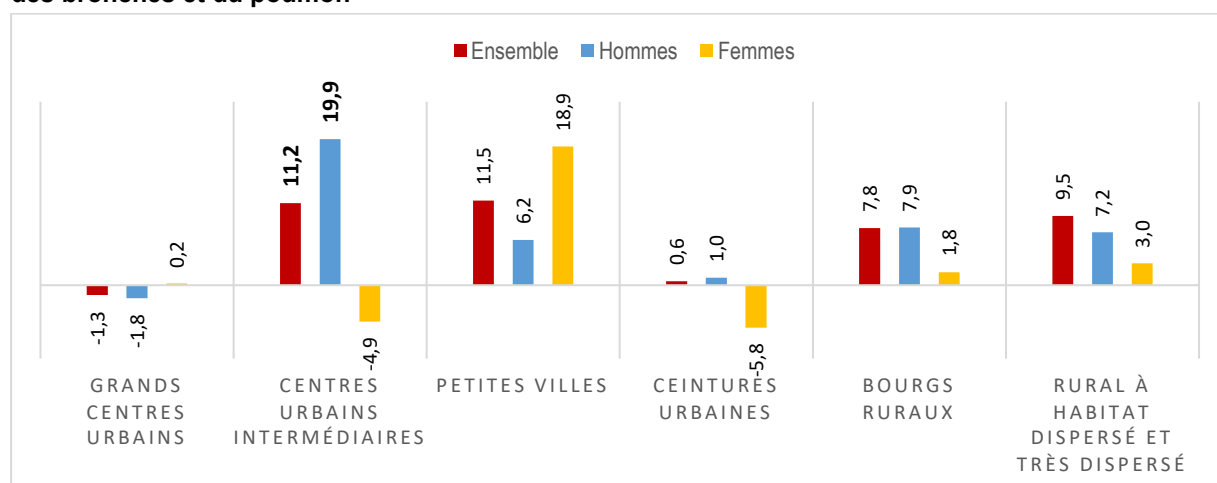
Pour les autres localisations, on observe une surmortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon et par cancer colo-rectal dans les centres urbains intermédiaires. On observe également une surmortalité par hémopathies malignes et cancer de la prostate dans les communes des ceintures urbaines (Figures 16 à 21) On observe une sous-mortalité par cancers dans les grands centres urbains de -1,4 % et notamment chez les hommes (-1,7 %) par rapport à l'ensemble de l'Île-de-France.

Figure 15 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage pour tous cancers



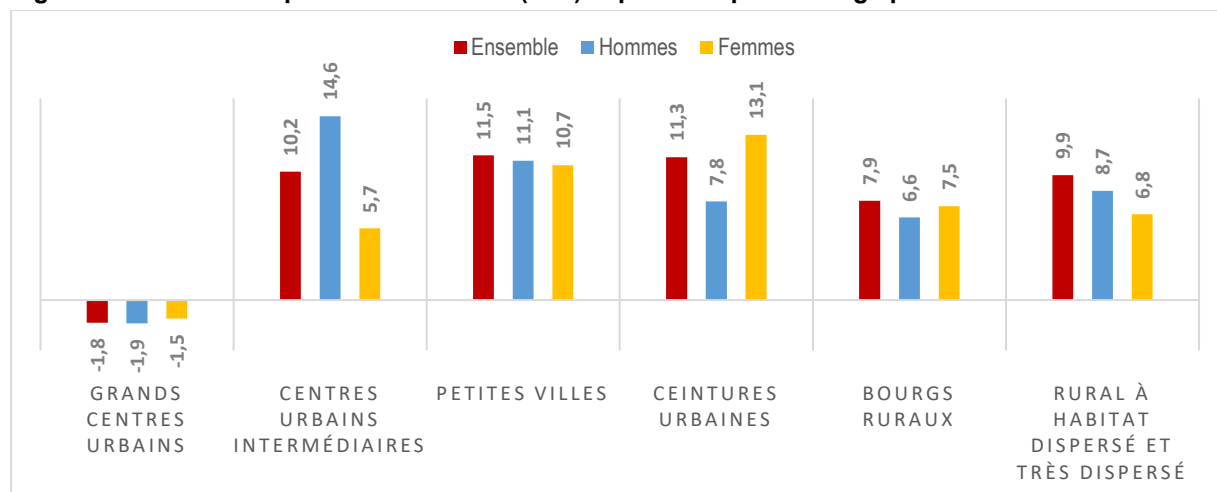
Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 16 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par cancers de la trachée, des bronches et du poumon



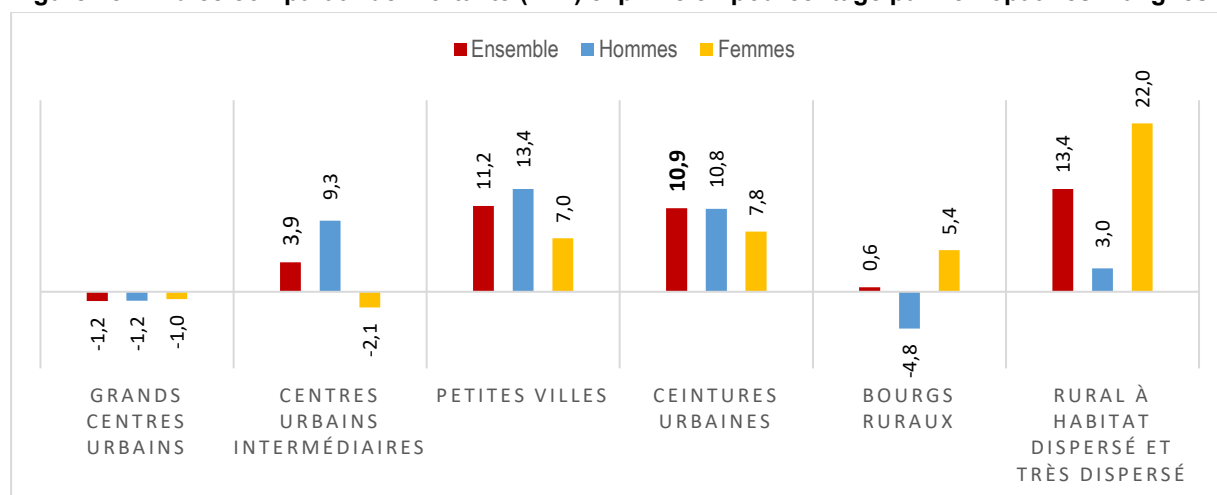
Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 17 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par cancers colorectal



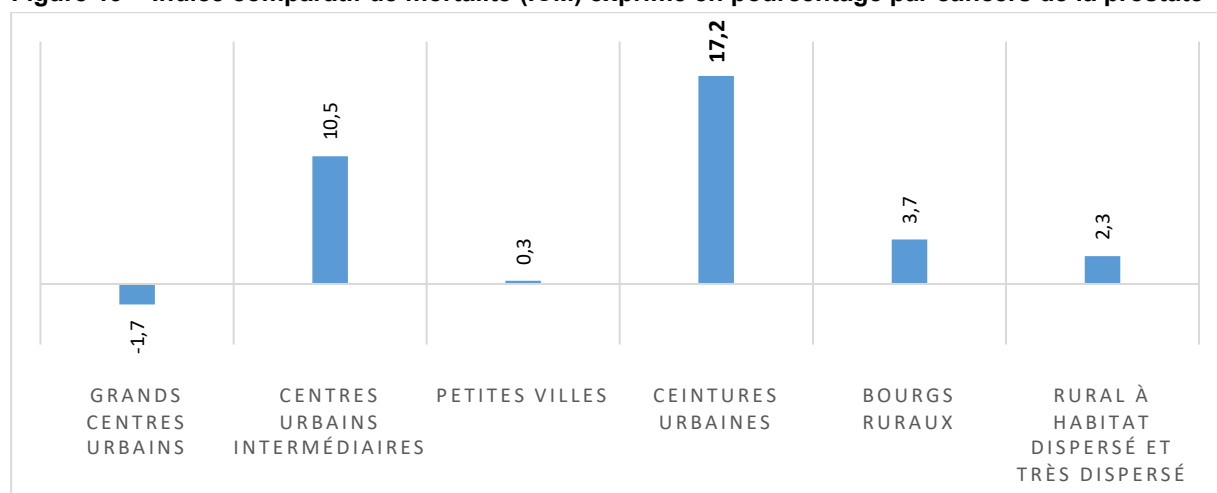
Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 18 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par hémopathies malignes



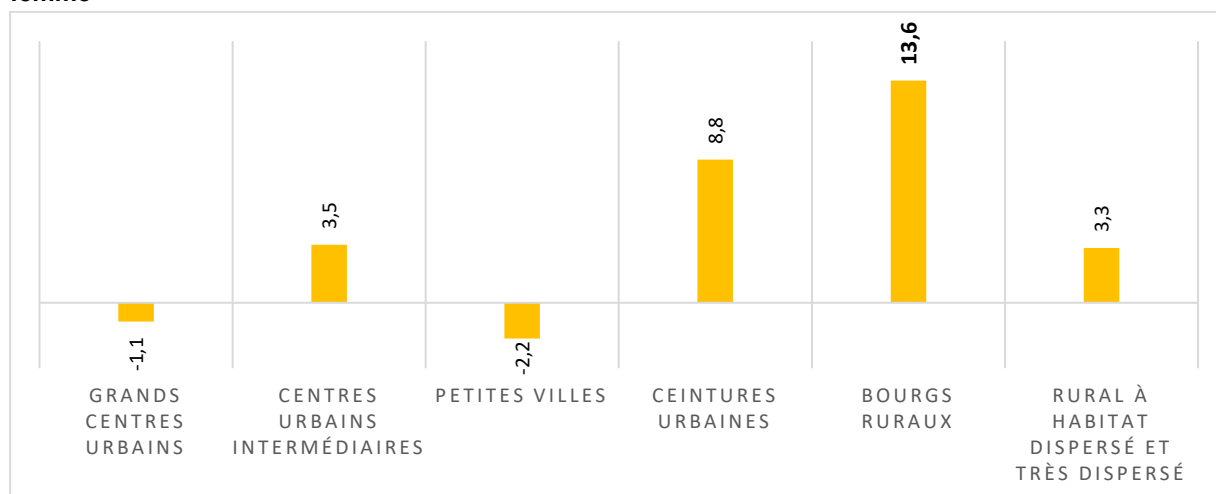
Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 19 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par cancers de la prostate



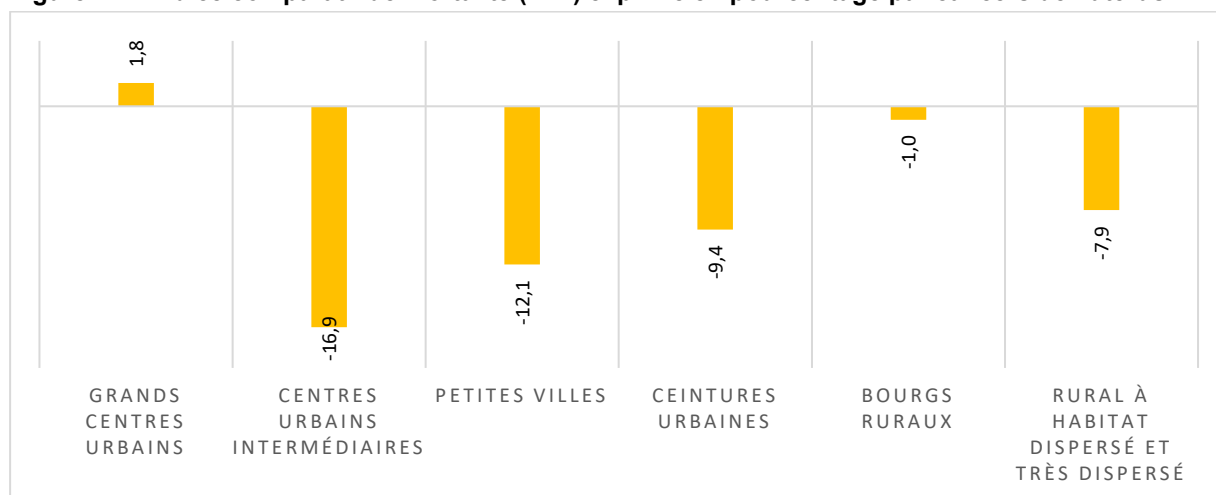
Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 20 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par cancers du sein chez la femme



Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 21 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par cancers de l'utérus



Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Maladies de l'appareil circulatoire

Les taux standardisés sont présentés en annexes.

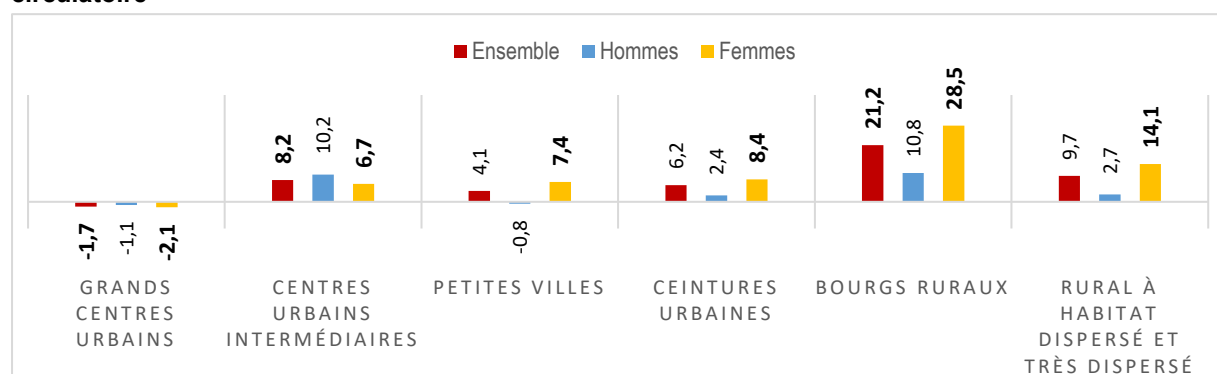
En zone rurale, la surmortalité est plus élevée dans les bourgs ruraux que dans les communes à habitat dispersé et très dispersé avec respectivement +22,8 % et +14,2 % (Figure 22).

Ce sont les communes du rural à habitat dispersé et très dispersé qui ont la surmortalité par cardiopathies ischémiques la plus élevée avec +29,0 % et en particulier chez les femmes : +32,2 % (Figure 23).

La surmortalité par maladies vasculaires cérébrales est plus élevée dans les bourgs ruraux et surtout chez les femmes : +28,5 %. Dans les autres communes rurales, la surmortalité n'est pas statistiquement significative, excepté chez les femmes : +14,1 % (Figure 24).

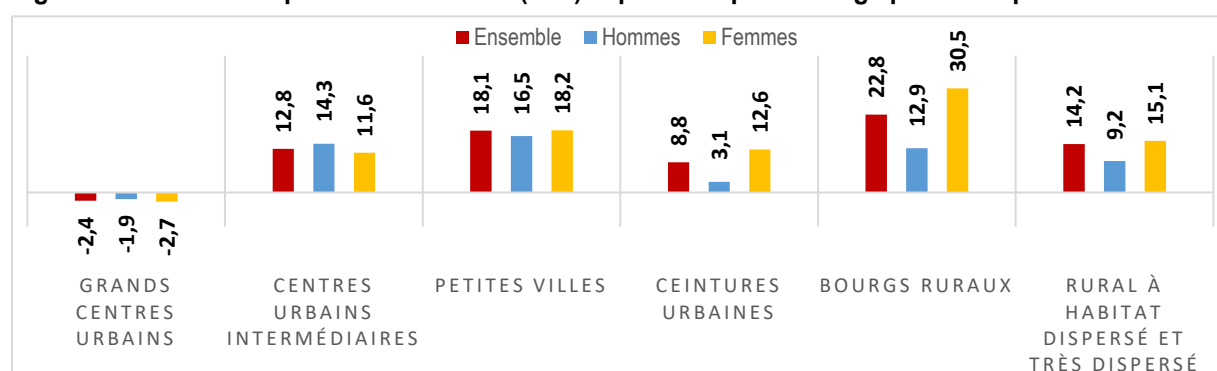
On observe une sous-mortalité significative par maladie de l'appareil circulatoire dans les grands centres urbains. Toutes les autres communes sont en surmortalité par rapport à l'ensemble de l'Île-de-France.

Figure 22 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par maladies de l'appareil circulatoire



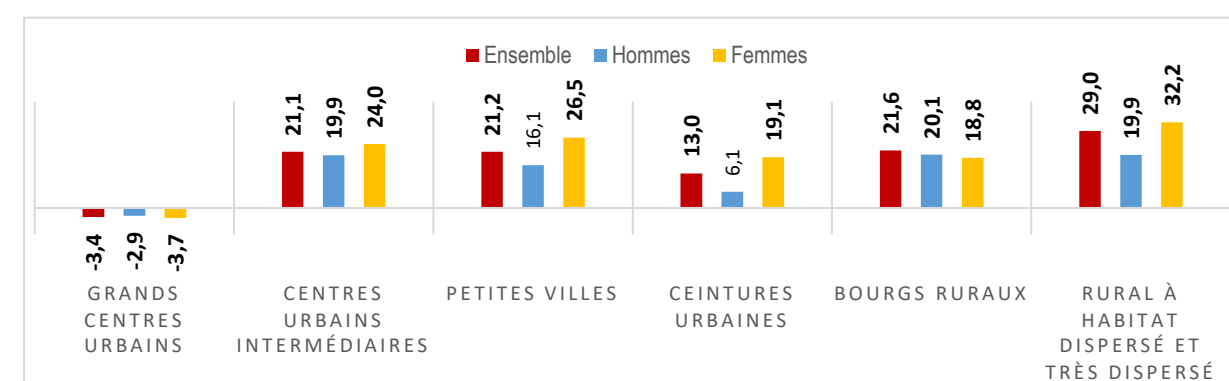
Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 23 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par cardiopathies



Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 24 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par maladies vasculaires cérébrales



Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Maladies de l'appareil respiratoire

Les taux standardisés sont présentés en annexes.

En zone rurale, les bourgs ruraux connaissent une surmortalité significative (la plus forte de la région) de +31,3 %. Dans les autres communes rurales, le niveau de mortalité est semblable à celui de la région. Il existe même une sous-mortalité par maladie de l'appareil respiratoire chez les femmes de -5,1 % (Figure 25).

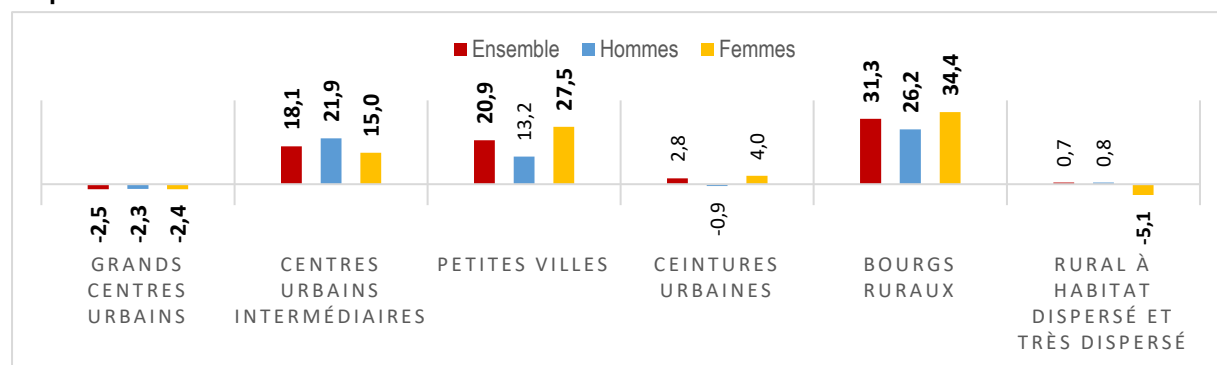
On observe une sous-mortalité significative par maladie de l'appareil respiratoire dans les grands centres urbains (-2,5 %) et une surmortalité dans les centres urbains intermédiaires et les petites villes.

Mortalité liée à l'alcool et au tabac

En zone rurale, on observe une surmortalité pour ces pathologies, à des niveaux plus élevés dans les bourgs ruraux. Les grands centres urbains sont en sous-mortalité par pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac, respectivement -3,9 % et -2,5 %.

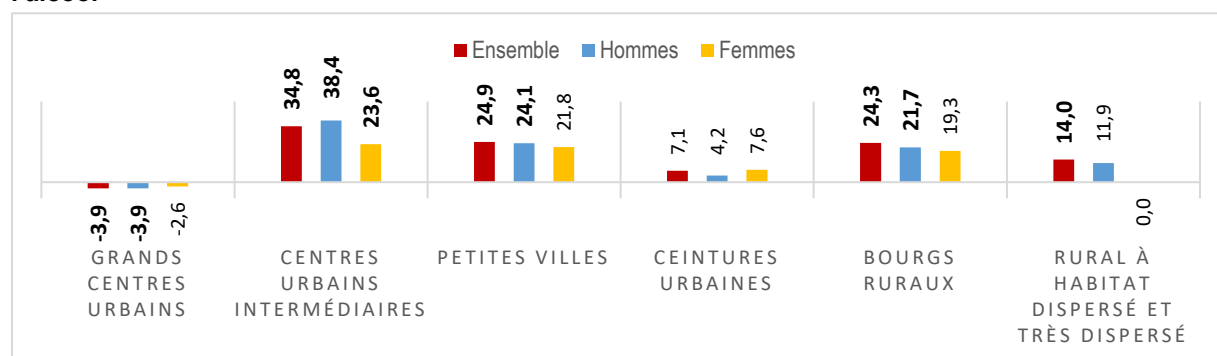
Sur l'ensemble de la région, la surmortalité par pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac est la plus élevée dans les centres urbains intermédiaires (Figure 26 et 27).

Figure 25 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par maladies de l'appareil respiratoire



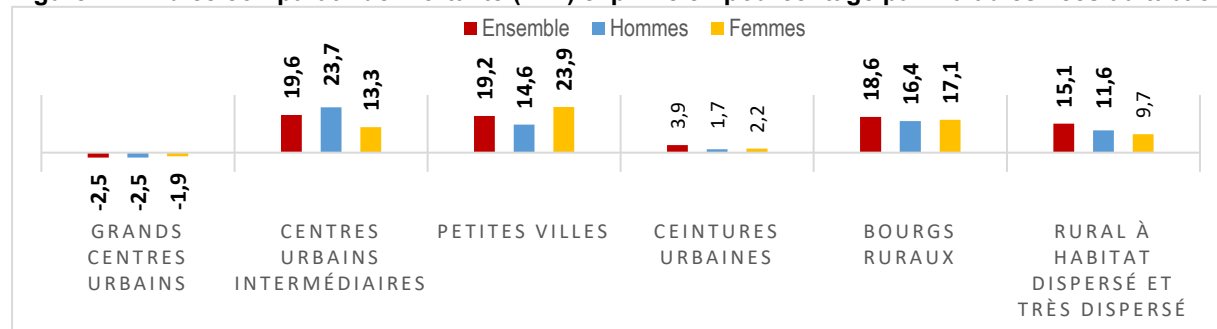
Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 26 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par maladies liées à l'alcool



Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Figure 27 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par maladies liées au tabac



Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Mortalité par suicide

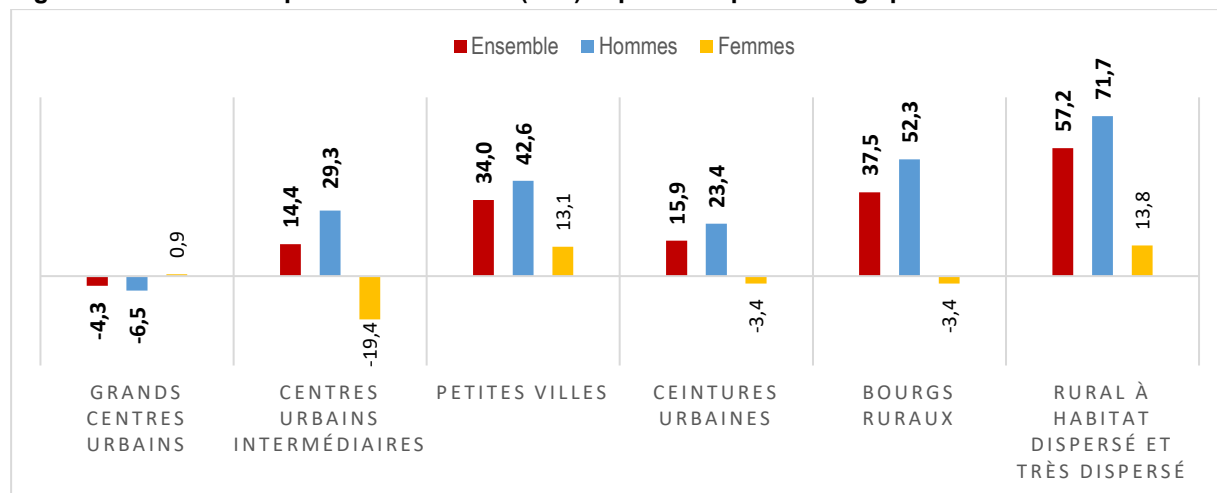
Les taux standardisés sont présentés en annexes.

En zone rurale, on observe une surmortalité par suicide importante, en particulier chez les hommes avec +52,3 % dans les bourgs ruraux et +71,7 % dans les communes à habitats dispersés et très dispersés.

Chez les femmes, on observe une sous-mortalité dans les bourgs ruraux et une surmortalité dans les autres communes rurales. Cependant, elles ne sont pas significatives dans ces deux cas (Figure 28).

La mortalité par suicide est significativement plus faible dans les grands centres urbains par rapport à la moyenne régionale.

Figure 28 – Indice comparatif de mortalité (ICM) exprimé en pourcentage par suicides



Sources : Inserm CépiDC, INSEE RP 2017 à 2021 – Exploitation ORS IDF

Prise en charge pour principales pathologies

Prise en charge pour au moins une pathologie ou traitement

Les taux standardisés sont présentés en annexes.

En zone rurale, le niveau de personnes prises en charge pour une pathologie ou un traitement est supérieur à la moyenne régionale de +1,7 % dans les bourgs ruraux et de +1,0 % dans le rural dispersé et très dispersé.

Ce sont les centres urbains intermédiaires qui connaissent les niveaux de prise en charge les plus élevés (+ 5,9 %). Enfin, le niveau de personnes prises en charge pour une pathologie ou un traitement est significativement inférieur à la moyenne régionale dans les grands centres urbains et dans les communes des ceintures urbaines. (Figure 29).

Prise en charge pour cancer

En zone rurale, la prise en charge pour cancers est supérieure à la moyenne régionale en particulier chez les hommes avec +8,2 % dans les bourgs ruraux et +8,5 % dans les autres communes rurales. Les grands centres urbains ont une prise en charge pour cancer inférieure à la moyenne régionale (-1,0 %) (Figure 30).

Dans la grande majorité des communes, il n'y a pas de différence significative dans la prise en charge pour le cancer du poumon à l'exception des communes des ceintures urbaines qui connaissent une sous-mortalité significative importante : -10 % (Figure 31).

Pour le cancer du côlon et du rectum, on observe une prise en charge significativement supérieure à la moyenne régionale dans les bourgs ruraux : +6,3 % et en particulier chez les hommes : +7,2 %. Dans les autres communes rurales, la prise en charge plus élevée observée n'est pas significative. Le nombre de personnes prises en charge est inférieur à la moyenne régionale dans les grands centres urbains mais de manière non significative. (Figure 32).

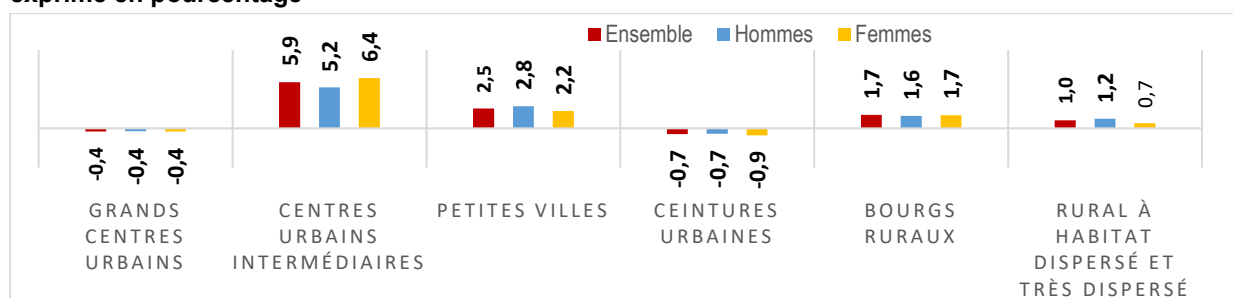
Les communes des grands centres urbains ont une prise en charge du cancer de la prostate inférieure à la moyenne régionale (-1,8 %). Dans les autres communes on observe une prise en charge supérieure pour cette pathologie. Dans les territoires ruraux, la prise en charge est de +9 %. Ce sont les communes des petites villes qui ont la plus forte prise en charge avec +14,6 % (Figure 33).

Chez les femmes, la prise en charge pour cancer du sein est légèrement moindre dans les grands centres urbains par rapport à la moyenne régionale (-0,7 %). Dans les autres communes on observe une plus grande prise en charge dans les ceintures urbaines (+ 8,2 %). Dans les communes rurales, la prise en charge est de +4,7 % dans les bourgs ruraux et de +5,6 % dans l'habitat dispersé et très dispersé (Figure 34).

L'indice comparatif pour la prise en charge des principales pathologies.

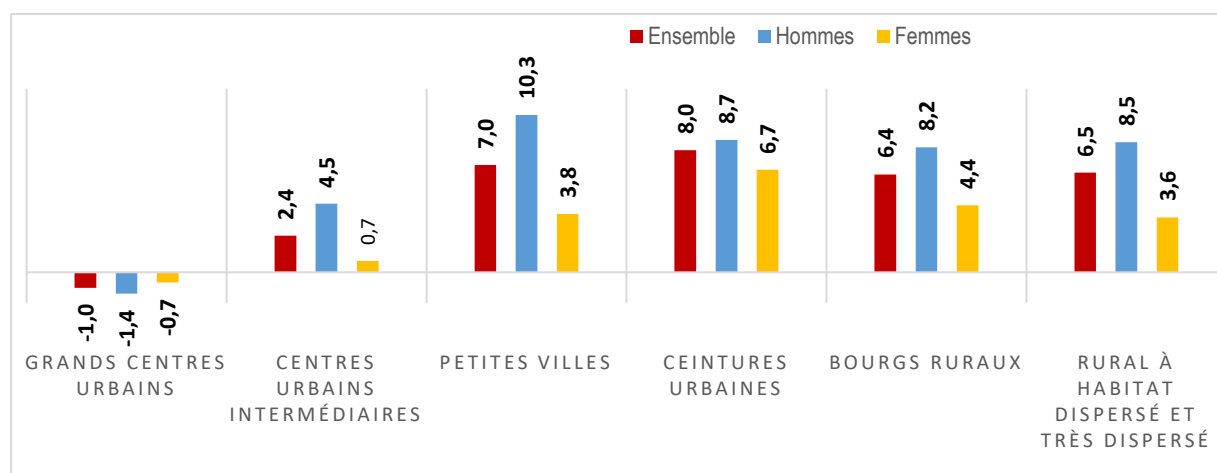
Cet indice est le rapport du nombre de personnes prises en charge pour une pathologie donnée observé dans le territoire au nombre de prise en charge de cette pathologie obtenue si les taux morbidité par âge dans le territoire étaient identiques à ceux d'une population de référence. L'indicateur est calculé sur l'année 2021. Une statistique de test a été calculée pour savoir s'il y a une différence significative entre la population des territoires étudiés et la population de référence considérée. Pour les indices présentés dans ce focus, la population de référence est celle de la région Île-de-France. Si l'indice vaut 100, la morbidité (prise en charge pour pathologie) dans la population de la zone étudiée est identique à celle de la population de référence. S'il est inférieur à 100, la morbidité est plus faible dans la population étudiée et s'il est supérieur à 100, elle est plus forte.

Figure 29 – Indice comparatif de la prise en charge pour au moins une pathologie ou traitement, exprimé en pourcentage



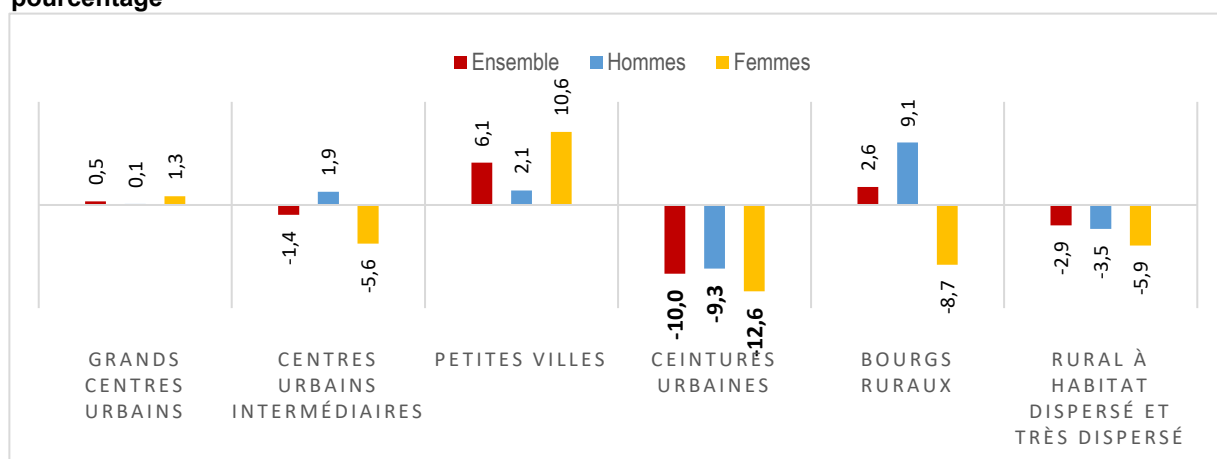
Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 30 – Indice comparatif de prise en charge pour tous cancers exprimé en pourcentage



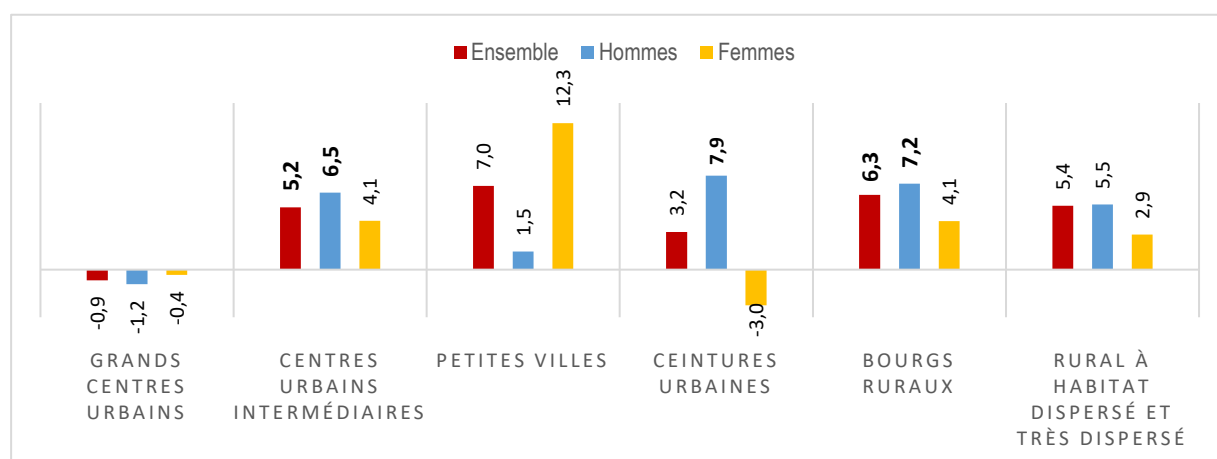
Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 31– Indice comparatif de prise en charge pour du cancer du poumon exprimé en pourcentage



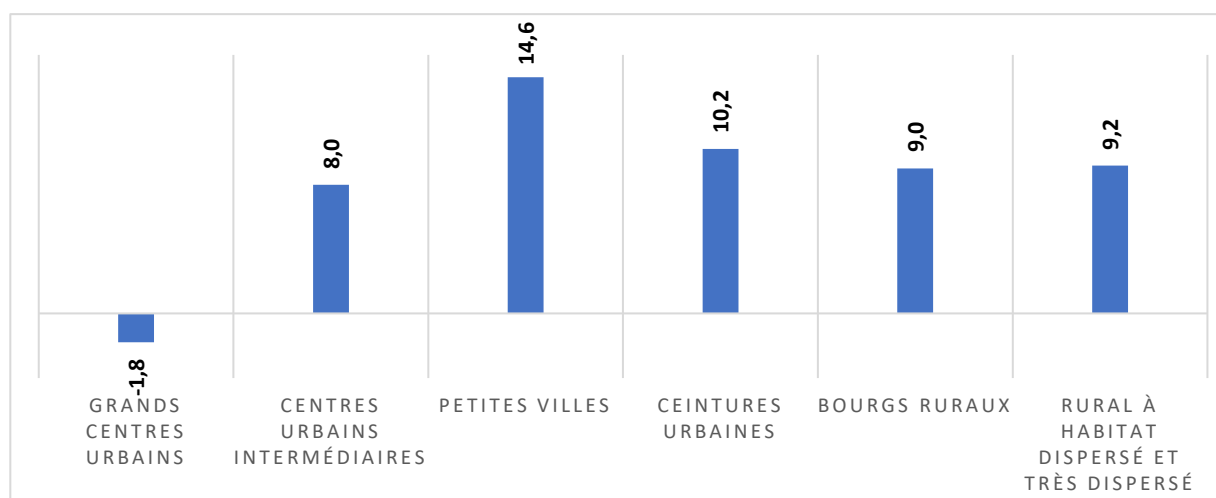
Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 32 – Indice comparatif pour la prise en charge du cancer colorectal exprimé en pourcentage



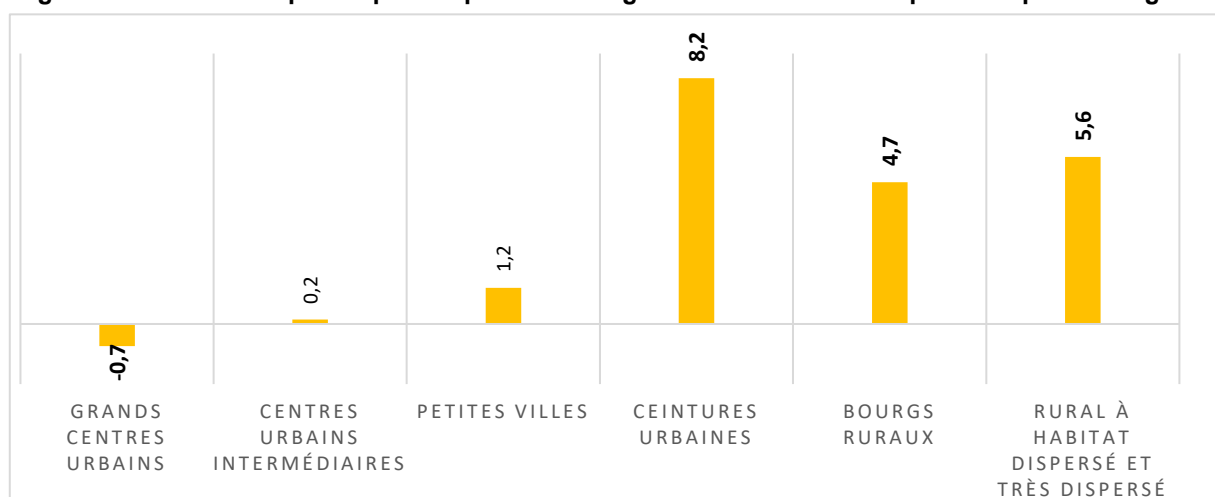
Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 33 – Indice comparatif pour la prise en charge du cancer de la prostate exprimé en pourcentage



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 34 – Indice comparatif pour la prise en charge du cancer du sein exprimé en pourcentage



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS Îd

Prise en charge pour maladies cardio neuro-vasculaires

Les taux standardisés sont présentés en annexes.

Dans les communes rurales, le nombre de personnes prises en charge pour maladies cardio-neuro-vasculaires aiguës ou chroniques est supérieur à la moyenne régionale. Pour les maladies aiguës, la prise en charge est de +6,1 % dans les bourgs ruraux et de +8,1 % dans le rural dispersé. Pour les maladies cardio-neuro-vasculaires chroniques, la prise en charge est respectivement de +9,1 % et +9,6 % (Figures 35 et 36).

Le nombre de personnes prises en charge pour maladies cardio-neuro-vasculaires aiguës ou chroniques est inférieur à la moyenne régionale dans les grands centres urbains (respectivement -0,9 % et -

1,3 %). Dans les communes des ceintures urbaines, le nombre de personnes prises en charge pour ces pathologies est inférieur à la moyenne régionale chez les femmes (-6,0 % et -3,0 %). Pour les hommes, elle est inférieure à la moyenne régionale pour les maladies aiguës (-2,2 %) mais supérieure à la moyenne pour les maladies chroniques (+2,9 %).

Le nombre de personnes prises en charge pour accident vasculaire cérébral aigu est légèrement supérieur à la moyenne régionale dans les grands centres urbains et pour les femmes dans les centres urbains intermédiaires. Ces niveaux supérieurs ne sont pas statistiquement significatifs.

Dans les autres communes, le nombre de personnes

prises en charge est inférieur à la moyenne régionale de façon significative dans les ceintures urbaines (- 10,7 %). Dans les autres communes, ce niveau inférieur à la moyenne n'est pas significatif (Figure 37).

Le nombre de personnes prises en charge pour maladies coronaires est légèrement inférieur à la moyenne régionale dans les grands centres urbains (-0,9 %) et chez les femmes dans les ceintures urbaines (-5,2 %). Dans les autres communes, le nombre de personnes prises en charge est supérieur à la moyenne régionale.

En revanche, dans les communes des centres urbains intermédiaires et des petites villes, on observe une prise en charge supérieure à la moyenne régionale chez les femmes avec respectivement +11,0 % et +11,5 % (Figure 38).

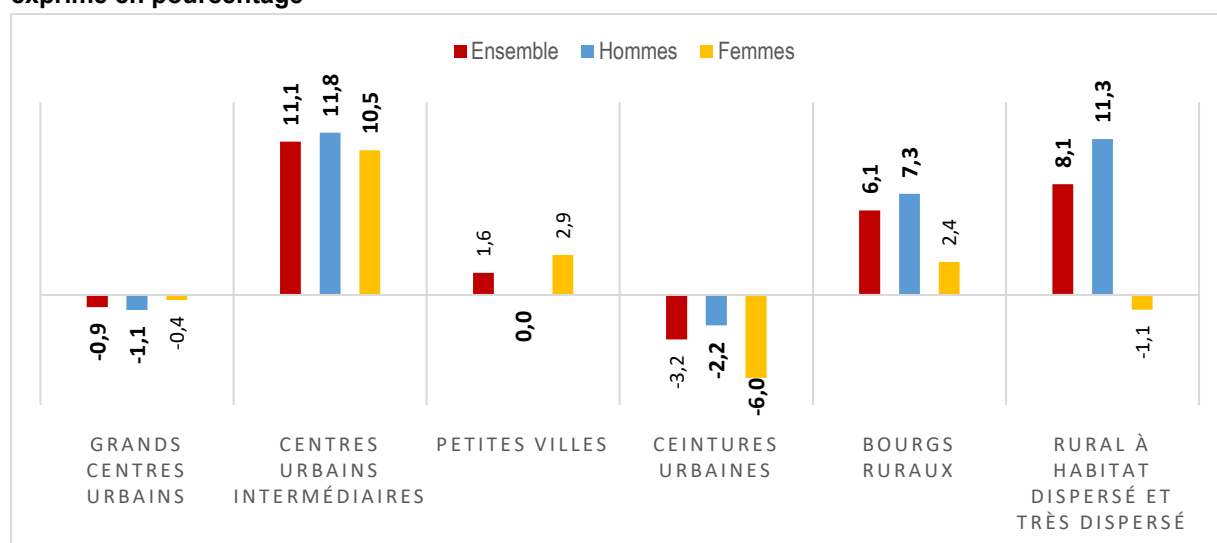
Le nombre de personnes prises en charge pour le diabète est significativement plus élevé dans les grands centres urbains et de façon plus importante dans les centres urbains intermédiaires avec respectivement +1,0 % et +12,3 %. Dans toutes les autres

communes, on observe une prise en charge inférieure à la moyenne régionale (Figure 39).

En zone rurale le nombre de personnes prises en charge pour maladies respiratoires est plus élevé dans les bourgs ruraux que dans les communes à l'habitat dispersé et très dispersé avec respectivement 8,6 % contre 5,8 %. Le nombre de personnes prises en charge est significativement inférieur à la moyenne régionale dans les grands centre urbains (- 1,2 %) ainsi que chez les femmes résidant dans les ceintures urbaines (-2,1 %). Dans les autres communes, le nombre de personnes prises en charge pour maladies respiratoires est supérieur à la moyenne régionale, en particulier dans les centres urbains intermédiaires (+14,0 %) (tableau 40).

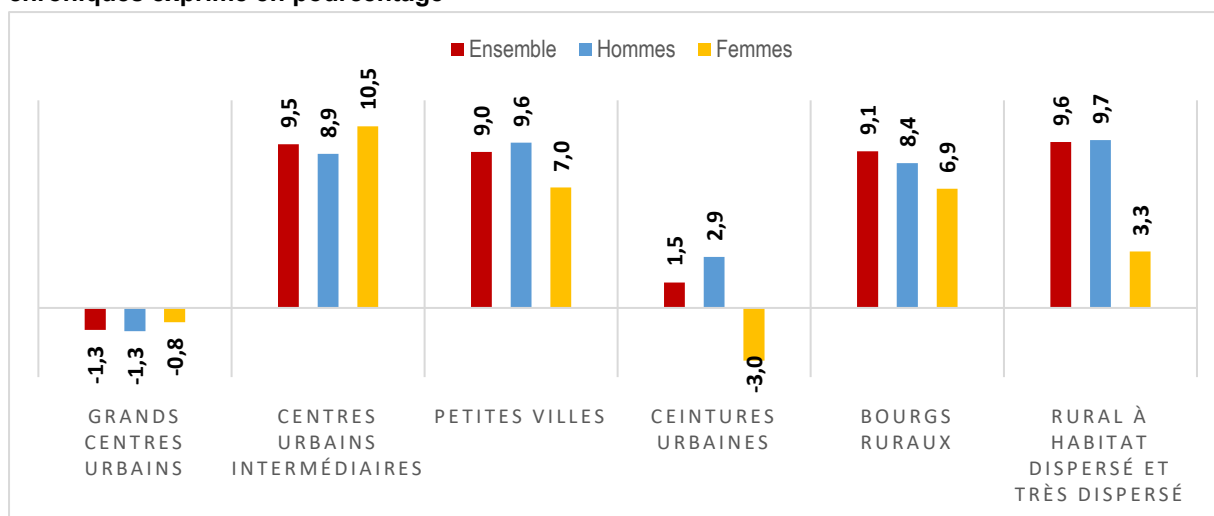
Le nombre de personnes prises en charge pour asthme est supérieur à la moyenne régionale dans les centres urbains intermédiaires (+25,3 %). Partout ailleurs, on observe des niveaux de prise en charge sous la moyenne régionale (Tableau 41).

Figure 35 – Indice comparatif pour prise en charge des maladies cardio-neuro-vasculaires aiguës exprimé en pourcentage



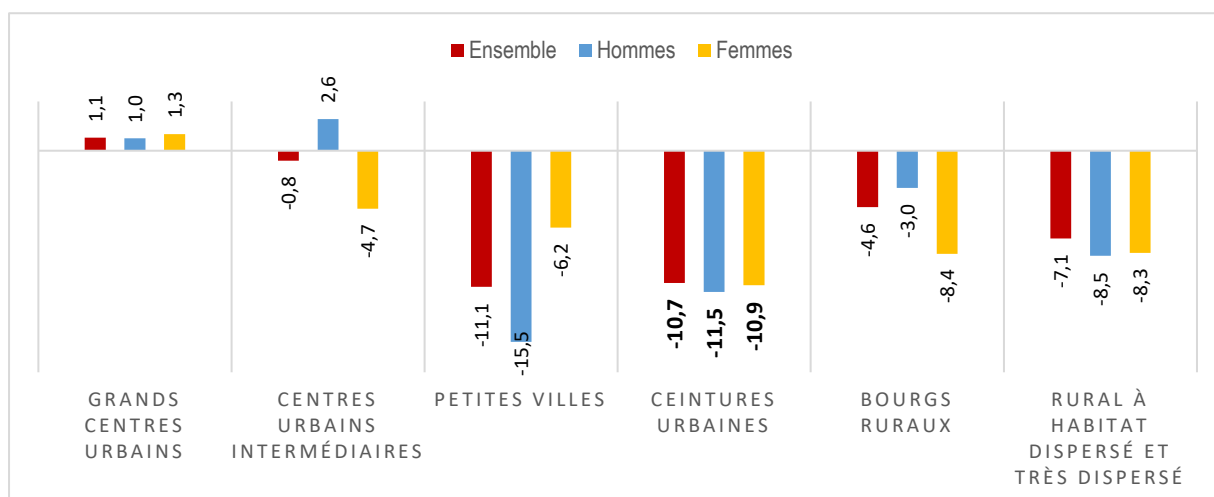
Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 36 – Indice comparatif pour prise en charge des maladies cardio-neuro-vasculaires chroniques exprimé en pourcentage



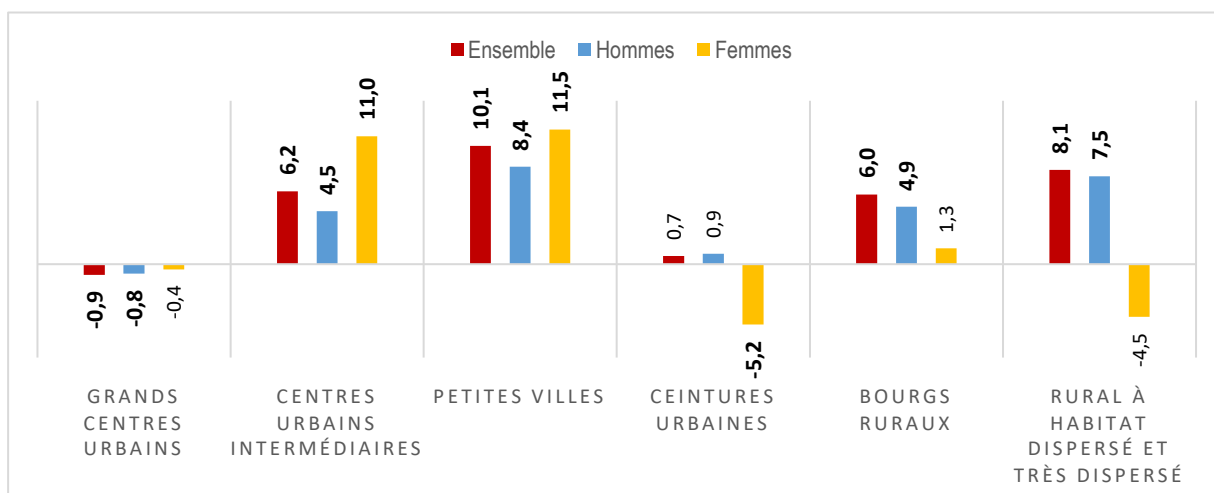
Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 37– Indice comparatif pour prise en charge de l'accident vasculaire cérébral aigu exprimé en pourcentage



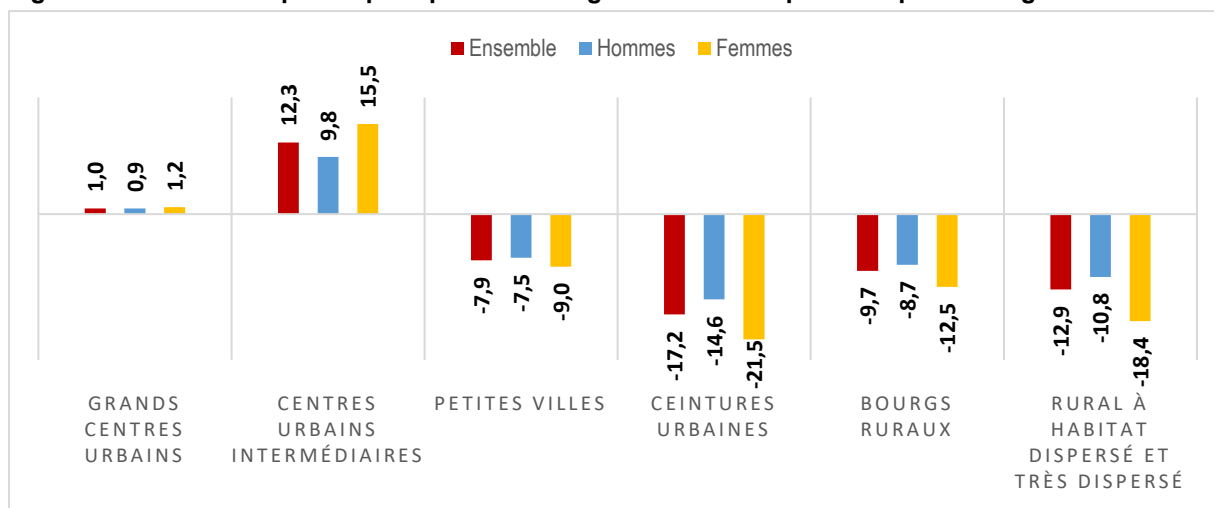
Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 38 – Indice comparatif pour prise en charge pour des maladies coronaires exprimé en pourcentage



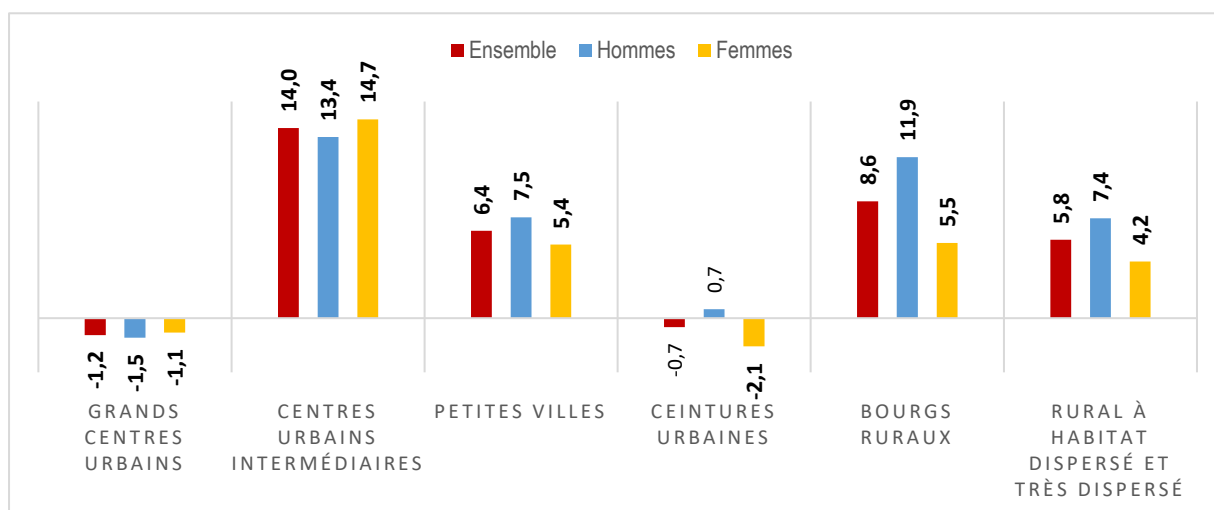
Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 39 – Indice comparatif pour prise en charge du diabète exprimé en pourcentage



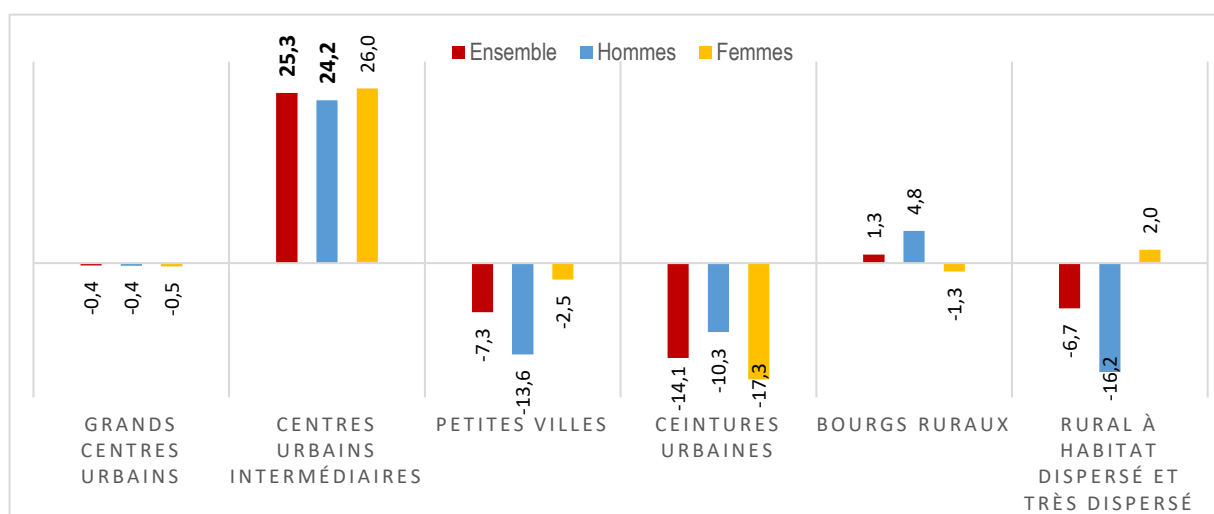
Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 40 – Indice comparatif pour prise en charge pour des maladies respiratoires exprimé en pourcentage



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 41– Indice comparatif pour prise en charge pour de l'asthme exprimé en pourcentage



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Prise en charge pour maladies neurodégénératives

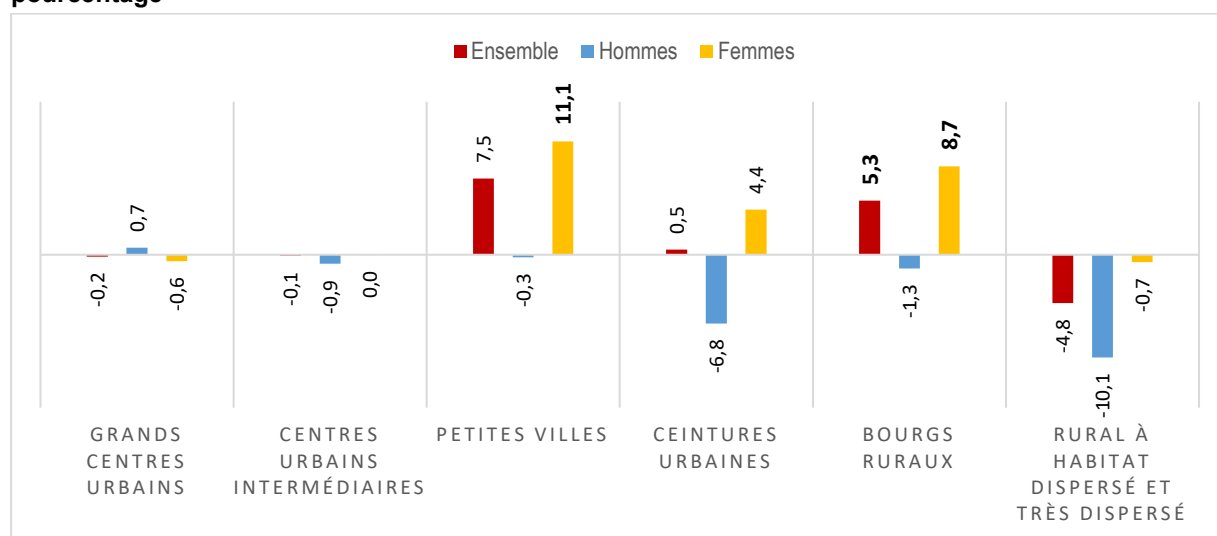
Les taux standardisés sont présentés en annexes.

La prise en charge de la maladie d'Alzheimer dans chaque catégorie de communes est globalement proche de la moyenne régionale. Deux groupes de communes se distinguent cependant. Il s'agit des communes des petites villes dans lesquelles on observe un nombre de femmes prises en charge supérieur à la moyenne régionale (+11,1 %) ainsi que dans les bourgs ruraux qui ont une prise en charge

globale supérieure de +8,7 %. Dans le rural dispersé et très dispersé, on note un nombre de personnes prises en charge inférieur à la moyenne régionale mais statistiquement non significative (Figure 42).

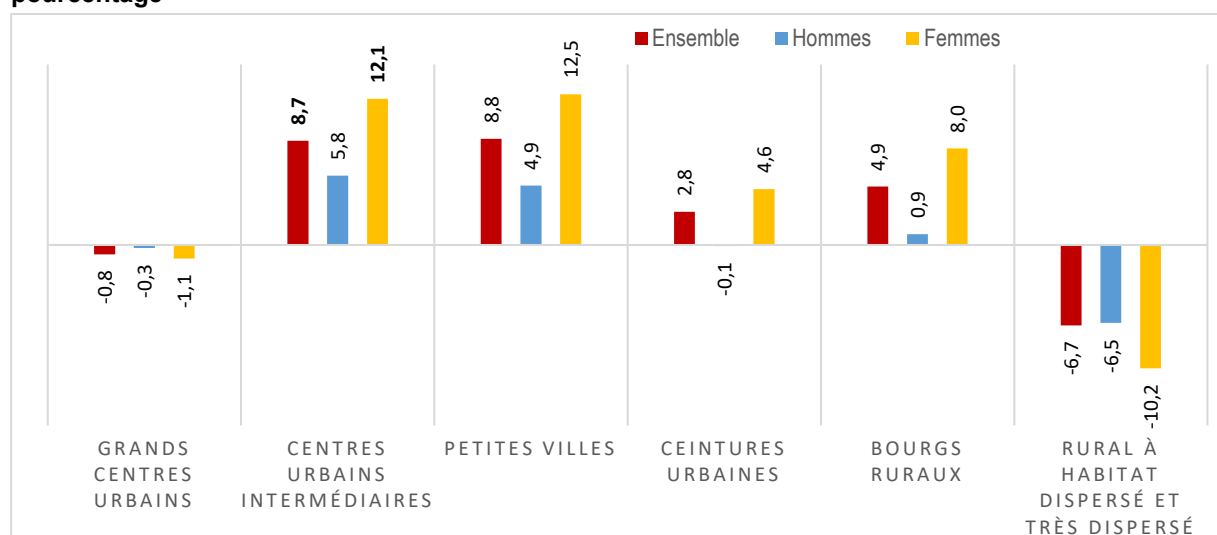
La prise en charge de la maladie de Parkinson est supérieure à la moyenne régionale dans les centres urbains intermédiaires (+8,7 %). Il n'y a pas de différence significative avec la moyenne régionale pour les autres territoires (Figure 43).

Figure 42 – Indice comparatif pour prise en charge de la maladie d'Alzheimer exprimé en pourcentage



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 43 – Indice comparatif pour prise en charge de la maladie de Parkinson exprimé en pourcentage



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Prise de traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (avec ou sans pathologies)

Les taux standardisés sont présentés en annexes.

La prise de traitements a, comme précédemment, été calculée par rapport à la moyenne régionale et est exprimée en pourcentage.

La consommation d'antidépresseurs est légèrement supérieure à la moyenne régionale dans les grands centres urbains chez les hommes et est légèrement inférieure chez les femmes. Dans l'ensemble des autres communes, la situation est inversée. En effet, ce sont les femmes qui ont une consommation de ces médicaments plus élevée que la moyenne régionale alors que les hommes ont une consommation inférieure. C'est en zone rurale que la consommation des hommes est la plus faible avec - 5,7 % dans les

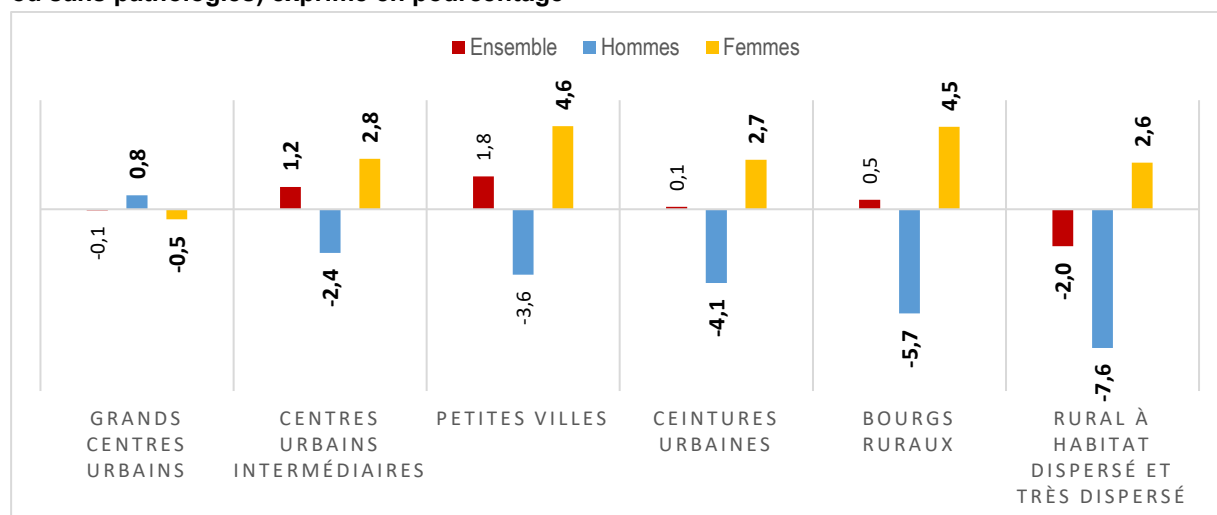
bourgs ruraux et -7,6 % dans le rural dispersé et très dispersé (Figure 44).

Prise de traitements pour maladies obstructives des voies respiratoires (dont asthme)

Les taux standardisés sont présentés en annexes.

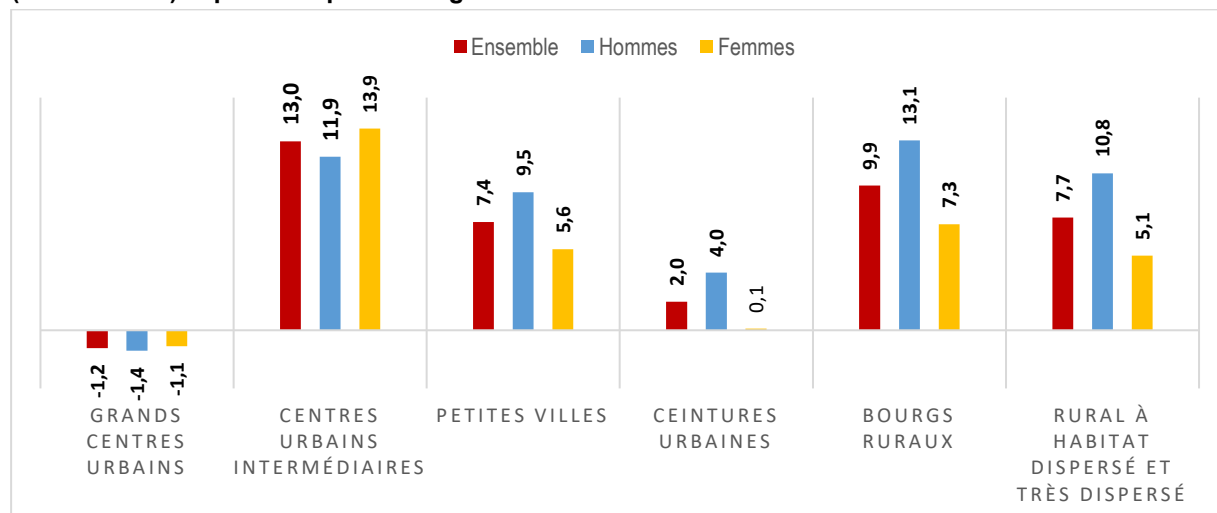
La consommation de médicaments contre les maladies respiratoires dont l'asthme, est inférieure à la moyenne régionale dans les grands centres urbains (-1,2 %). Dans les autres communes cette consommation est supérieure à la moyenne régionale, en particulier dans les centres urbains intermédiaires (+13,0 %). En zone rurale, c'est dans les bourgs ruraux que l'on trouve les consommations les plus élevées (+ 9,9 %). (Figure 45).

Figure 44 – Indice comparatif de traitements d'antidépresseurs ou de régulateurs de l'humeur (avec ou sans pathologies) exprimé en pourcentage



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Figure 45 – Indice comparatif de traitements pour des maladies obstructives des voies respiratoires (dont asthme) exprimé en pourcentage



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

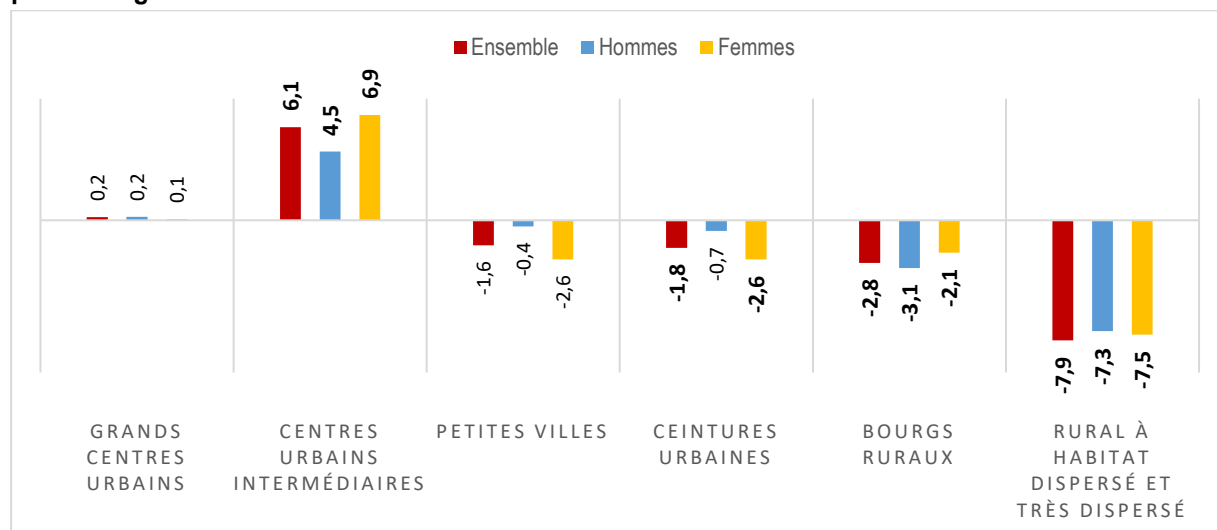
Prise de traitements antihistaminiques : traitements des états allergiques

Les taux standardisés sont présentés en annexes.

La prise de médicaments anti-allergiques est significativement supérieure à la moyenne régionale dans

les centres urbains intermédiaires (+6,9 %). Dans les grands centres urbains, on ne note pas de différences par rapport à la moyenne régionale. Dans les autres communes, on observe une sous-consommation de ces traitements et en particulier dans le rural dispersé et très dispersé (-7,9 %).

Figure 46 – Indice de traitements antihistaminiques : traitements des états allergiques exprimé en pourcentage



Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

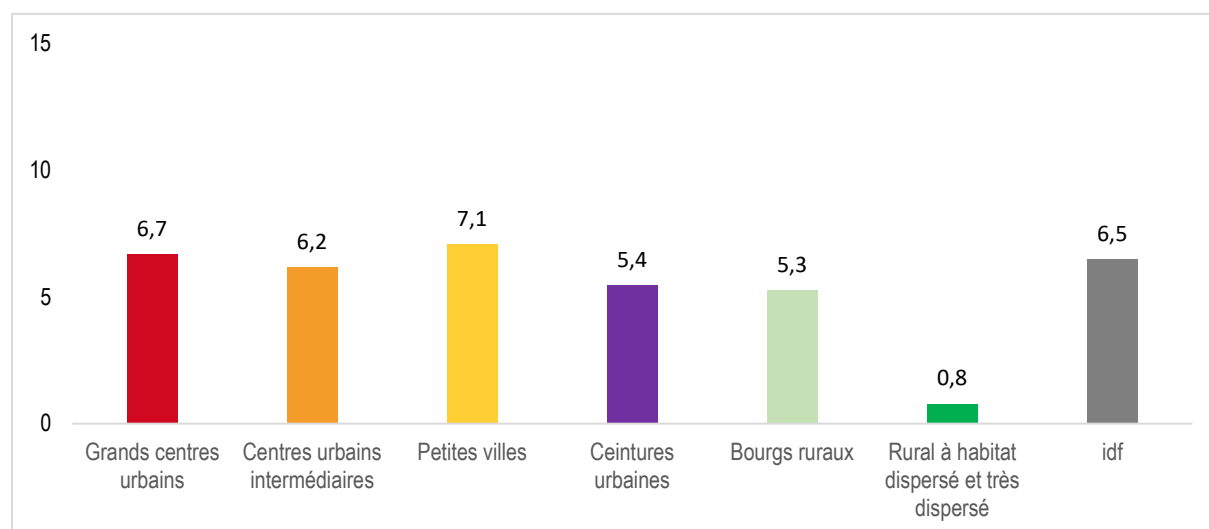
Offre de soins

La densité moyenne régionale d'omnipraticiens est de 6,5 pour 10 000 habitants. En zone rurale, les bourgs ont une densité proche de la moyenne régionale avec 5,3 médecins pour 10 000 habitants. Cette densité est très proche de celle des ceintures urbaines. Ce sont les communes du rural dispersé et très dispersé qui ont le déficit le plus important d'omnipraticiens avec 0,8 pour 10 000 habitants. La plupart des communes des zones urbaines ont une densité proche de cette moyenne régionale, le taux le plus élevé étant dans les petites villes (+7,1 %). (Figure 47).

Pour les spécialistes, on observe une décroissance continue de leur densité depuis les centres urbains jusqu'aux communes les plus rurales. La densité la plus faible étant dans le rural dispersé et très dispersé avec, par exemple, 0,5 dentistes (moyenne régionale de 5,4) et 0,5 gynécologues pour 10 000 habitants (moyenne régionale de 9,9).

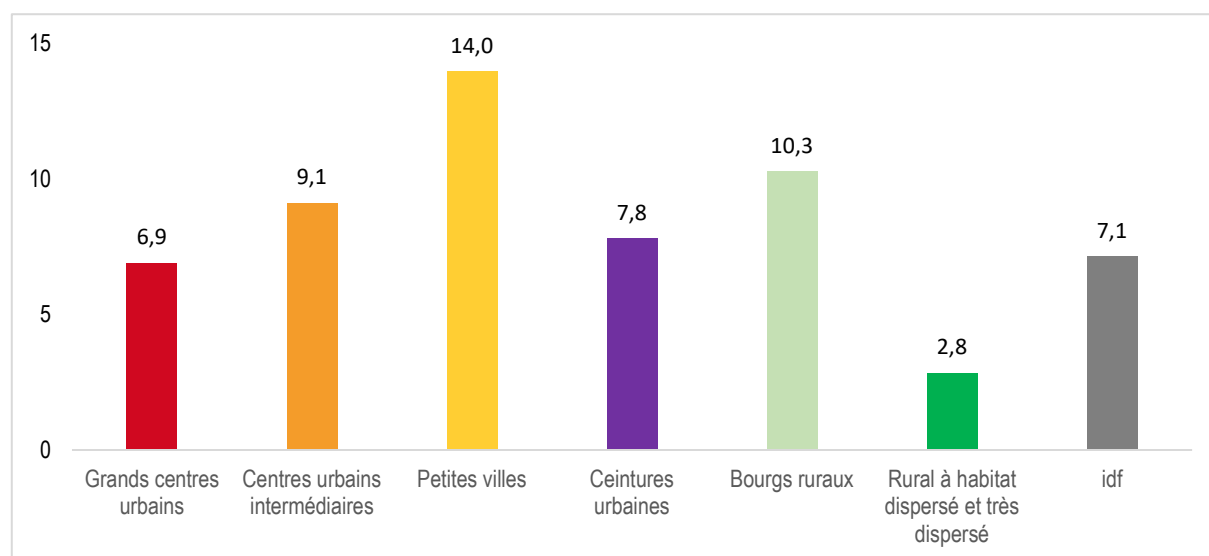
La faible densité de gynécologues est encore plus marquée pour les communes situées en dehors des centres urbains et des petites villes. Seuls les grands centres urbains ont une densité de gynécologues supérieure à la moyenne régionale (Figure 51).

Figure 47 – Taux de médecins omnipraticiens pour 10 000 habitants



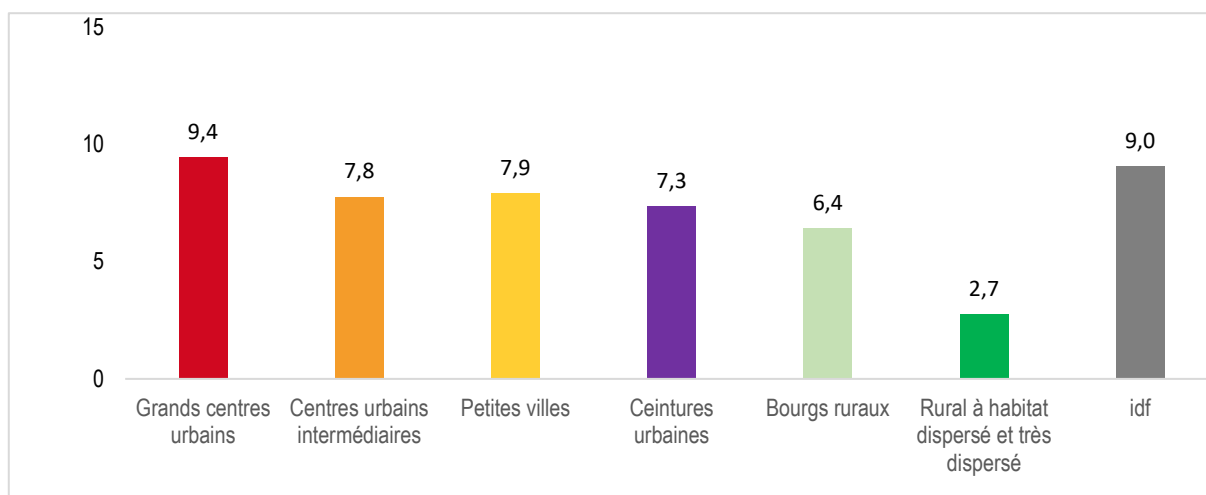
Source : CartoSanté, Insee

Figure 48 – Taux d'infirmiers pour 10 000 habitants



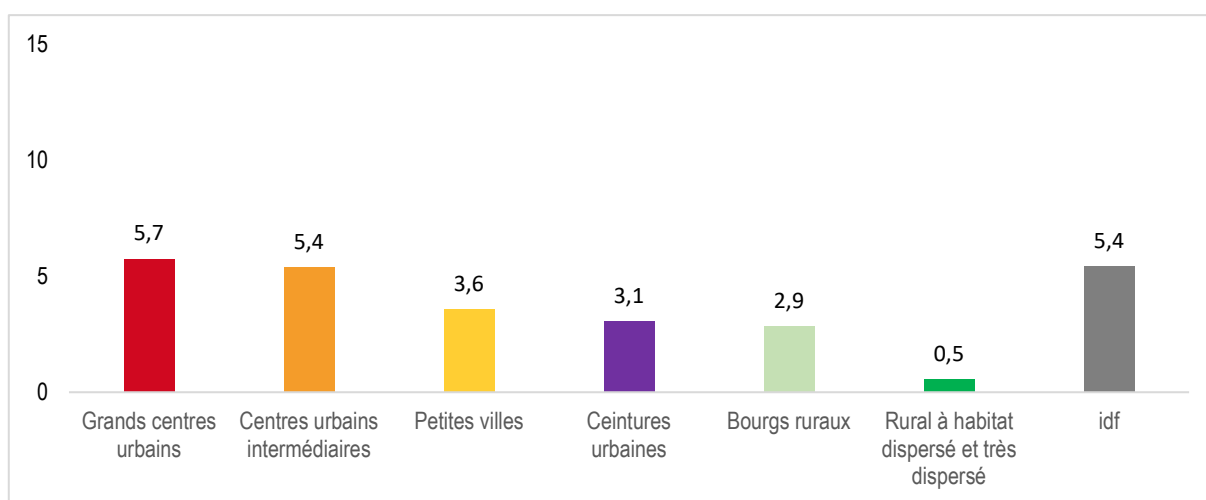
Source : CartoSanté, Insee

Figure 49 – Taux de kinésithérapeutes pour 10 000 habitants



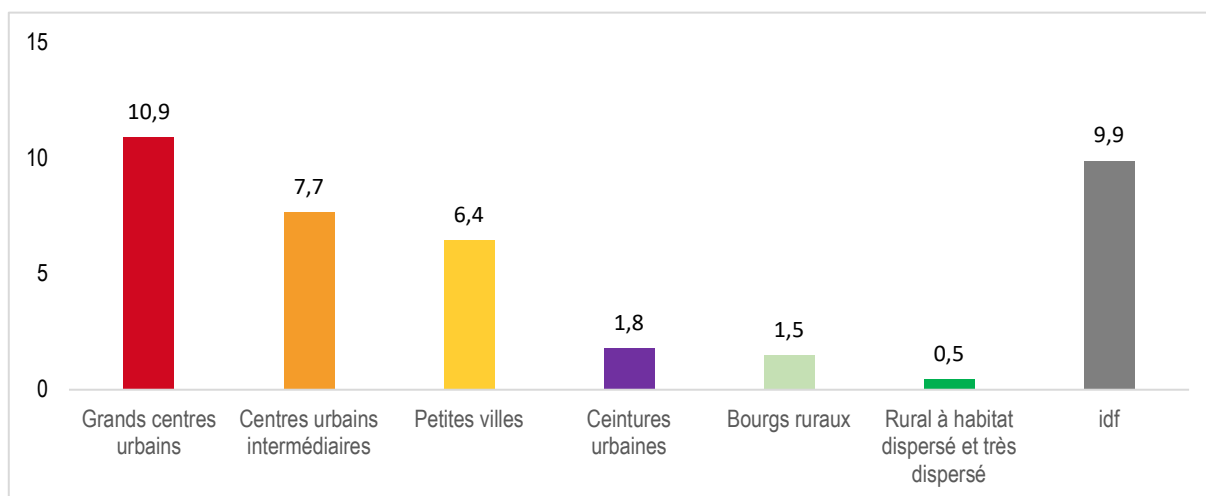
Source : CartoSanté, Insee

Figure 50 – Taux de dentistes pour 10 000 habitants



Source : CartoSanté, Insee

Figure 51 – Taux de gynécologues pour 10 000 habitants



Source : CartoSanté, Insee

Conclusion

Des enjeux de santé spécifiques

Bien que la problématique liée à l'accessibilité aux soins dans les territoires ruraux soit fréquemment évoquée, l'état de santé des populations y vivant est relativement méconnu et peu étudié. Or, la santé en milieu rural est moins favorable par rapport au reste de la population française. Ce constat mis en avant dans un article de l'Observatoire régional de santé Nord [5] en 2010 et par l'ORS Île-de-France [2] se vérifie encore aujourd'hui dans une série de travaux menés pour l'Association des Maires ruraux de France en 2022. [6]

En Île-de-France, les indicateurs sanitaires présentés dans ce Focus montrent également une situation globalement moins favorable dans les communes rurales que dans les territoires urbains. En effet, à structure d'âge équivalente, la population rurale présente une mortalité et une morbidité supérieures qui reflètent un état de santé plus dégradé.

Les espaces ruraux en Île-de-France regroupent une faible partie de la population de la région (un peu moins de 5 %). En revanche ils représentent plus de la moitié des communes du territoire avec des défis et des enjeux de santé spécifiques. Par exemple, en Île-de-France, la plupart des infrastructures de santé sont concentrées dans les zones urbaines et les densités médicales y sont les plus fortes. Un des premiers enjeux pour les communes rurales franciliennes est celui de l'inégalité d'accès aux soins et la désertification médicale marquée. Il est plus difficile pour les habitants de ces communes d'accéder rapidement à des soins (temps d'attente très souvent longs, distances plus grandes, manque de transports en commun etc.).

L'accès aux soins plus difficile dans les communes rurales explique certainement pour partie des indicateurs de santé (mortalité et morbidité) plus défavorables dans ces communes par rapport à celles des grands centres urbains.

La faible présence de médecins et en particulier de spécialistes est une problématique accrue par une dépendance des habitants aux transports individuels pour parcourir de longues distances pour consulter. La faible présence de transports en commun accentue plus particulièrement la difficulté d'accès aux soins pour les personnes âgées ou en situation de précarité. Il en résulte certainement un renoncement aux soins plus important que dans les autres territoires de la région mieux dotés et plus accessibles. Dans une publication récente, Fabrique Territoires Santé rappelait que les renoncements aux soins du fait d'une moindre accessibilité (offre plus faible et précarité financière) avaient un impact sur la santé : prises en charge retardées, aggravation des symptômes etc, ce renoncement pouvant par ailleurs avoir un effet délétère sur la santé mentale [7].

Une autre spécificité de la ruralité est celle de conditions de vie et de travail plus défavorables : population plus âgée, moins de cadres, concentration des agriculteurs. Les habitants sont davantage isolés. Ces situations peuvent être à l'origine de risques psychosociaux plus prégnants.

C'est en zone rurale que l'on observe la surmortalité la plus élevée par suicide, en particulier chez les hommes avec + 52,3 % dans les bourgs ruraux et + 71,7 % dans les communes à habitats dispersé et très dispersé, par rapport à la moyenne régionale. A l'inverse, les grands centres urbains se caractérisent par une sous-mortalité par suicide. L'étude de la santé mentale dans les communes rurales représente un enjeu important, les habitants étant plus susceptibles de souffrir d'isolement social et de troubles psychologiques.

La connaissance de l'impact de l'environnement sur la santé des populations des zones rurales représente un autre enjeu encore peu étudié. En Île-de-France, les études sur l'impact de la pollution sur la santé sont menées sur les territoires urbanisés, concernés par les pollutions et nuisances liés à la qualité de l'air, le bruit,

les sols pollués par exemple. Cependant, si la pollution urbaine est moindre, certains risques environnementaux spécifiques sont présents. Par exemple une plus forte exposition aux pesticides, nitrates et autres polluants chimiques d'origine agricole. Il y a aujourd'hui un besoin d'une meilleure prise en compte des risques environnementaux dans les politiques de santé publiques menées dans les communes rurales.

Des territoires ruraux hétérogènes pour la mortalité

Un précédent travail avait été mené en 2018, à partir de la classification européenne basée sur le degré d'urbanisation mais alors en quatre classes (au lieu de sept aujourd'hui). Les résultats montraient pour l'Île-de-France une relation entre la typologie des communes, regroupées en trois classes (densément peuplées / de densité intermédiaire / peu denses + très peu denses) et l'état de santé des populations. En effet, tous les indicateurs de santé se dégradaient avec l'éloignement des centres urbains. Ainsi, les communes des centres urbains étaient en sous-mortalité et sous-morbidité alors que les communes intermédiaires et les communes rurales étaient en surmortalité et sur-morbidité et à des niveaux plus élevés pour ces dernières.

Cette nouvelle étude, qui utilise une classification plus fine des communes rurales, montre qu'il n'y a pas d'homogénéité des indicateurs dans la zone rurale. La nouvelle catégorisation des communes rurales en deux classes montre en effet une différence entre les bourgs ruraux et le rural à habitat dispersé et très dispersé, les premiers présentant des indicateurs de mortalité plus dégradés (pour rappel, nous avons regroupé les classes des communes rurales dispersées et rurales très dispersées en une seule).

Les bourgs ruraux présentent une surmortalité générale (par rapport à la moyenne régionale) la plus élevée avec +17,9 % (+23,4 % chez les femmes). Dans le rural à habitat dispersé et très dispersé, la surmortalité est l'une des plus faibles avec celle des communes des ceintures urbaines. Dans le rural dispersé, on observe par ailleurs une sous-mortalité prématurée (-8,4 %). La sous-mortalité prématurée étant associée à une moindre précarité de la population.

Les niveaux de surmortalité évitable et par cancers sont également plus élevés dans les bourgs ruraux que dans le rural à habitat dispersé où, là encore, la surmortalité est l'une des plus faibles avec celle des communes des ceintures urbaines.

Les niveaux de mortalité pour différentes localisations de cancers ne sont pas significativement différents dans les communes rurales en comparaison avec la moyenne régionale à l'exception du cancer du sein dont le niveau est supérieur dans les bourgs ruraux (+ 13,6 %).

La surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire observée en zone rurale est plus élevée dans les bourgs ruraux que dans l'habitat dispersé.

La surmortalité par maladie respiratoire est également beaucoup plus marquée dans les bourgs ruraux (+ 31,3 %) que dans les communes à habitat dispersé, où la surmortalité est faible et non significative. Chez les femmes, on constate même une sous-mortalité pour cette cause.

Cette hétérogénéité de la mortalité au sein des espaces ruraux avec, dans les bourgs, une surmortalité (prématurée ou non) et une sous-mortalité dans leurs couronnes avait été mise en évidence dans toutes les autres régions françaises [5]. Cette sous-mortalité pouvait s'expliquer par l'arrivée à proximité des bourgs et non dans ceux-ci d'une population jeune, active et mobile attirée par le faible coût du foncier et un environnement favorable. En Île-de-France, la population des bourgs ruraux est légèrement plus âgée avec 7,4 % des plus de 75 ans contre 6,9 % dans le rural dispersé.

Une autre cause pouvant expliquer la sur mortalité dans les bourgs ruraux est liée à des conditions socio-économiques plus défavorables que dans le rural dispersé. On y observe notamment un taux de chômage un peu plus élevé et une proportion d'ouvriers et d'employés également plus élevée. Inversement la part de cadres est plus importante dans le rural dispersé.

De plus, les comportements à risques, comme la consommation d'alcool ou de tabac semblent plus répandus. Les taux de mortalité liée à leur consommation sont plus élevés dans les bourgs ruraux.

Enfin, dans les communes très peu denses, la population est faible, par conséquent, le nombre de décès est bas en valeur absolue. Cela peut créer une variabilité importante des taux, parfois artificiellement basse.

Contrairement à la mortalité, les indicateurs de morbidité sont assez homogènes dans les différentes classes des communes rurales. Quelques exceptions sont observées. Pour le cancer colorectal, la prise en charge est significativement supérieure à la moyenne régionale (+ 6,4 %) dans les bourgs ruraux. On n'observe pas de différence significative, par rapport à la moyenne régionale, dans le rural dispersé.

La prise en charge du diabète, des maladies respiratoires, de la maladie d'Alzheimer et la prise de traitements pour maladies obstructives des voies respiratoires sont plus élevées dans les bourgs ruraux par rapport au rural dispersé. La prise de traitement des états allergiques est inférieure à la moyenne régionale dans les communes rurales. Elle est moins élevée dans le rural dispersé que dans les bourgs ruraux.

Des densités médicales très faibles dans les communes rurales

C'est dans le rural à habitat dispersé et très dispersé que les densités médicales sont les plus faibles. Les densités dans les bourgs ruraux sont proches de celles observées dans les communes des ceintures urbaines. Les bourgs ruraux sont d'une façon générale plus denses que les autres communes rurales. Ils jouent un rôle central pour les communes environnantes avec la présence de services de base.

Afin de mieux comprendre les disparités territoriales de santé en milieu rural, en particulier les différences entre bourgs ruraux et rural dispersé, une étude pour construire une typologie de ces territoires pourrait être mise en œuvre. L'intégration d'indicateurs tels que la pauvreté, l'accessibilité aux soins (offre de soins et accessibilité potentielles localisée) et l'état de santé général permettrait certainement d'apporter un éclairage sur les différences observées au sein des communes rurales.

Références

[1] La grille communale de densité à sept niveaux. Documents de travail N° 2022-18. Insee, Paru le : 05/01/2023

[2] Les espaces ruraux d'Île-de-France. Démographie, mortalité et offre de soins. ORS Île-de-France, 2019.

[3] Rey G, Jougl E, Fouillet A, Hemon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 - 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. BMC Public Health 2009 ;9 :33.

[4] Rey G, Rican S, Jougl E. Mesure des inégalités de mortalité par cause de décès - Approche écologique à l'aide d'un indice de désavantage social. Bull Epidémiol Hebd 2011;8-9:pp 87-90.

[5] Observatoire régional de la santé Nord-Pas-de-Calais. Ruralité et santé. Observations inattendues et capricieuses de la santé. 2010.

[6] Association des Maires ruraux de France. Etude sur la santé en milieu rurale #2 La mortalité – Avril 2023.

[7] Fabrique Territoires Santé. Réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins. Juin 2023.

Annexes

Tableau 3 – Mortalité générale et évitable

	Grands centres urbains	Centres urbains intermédiaires	Petites villes	Ceintures urbaines	Bourgs ruraux	Rural à habitat dispersé et très dispersé
Mortalité générale						
Ensemble	656,3 (67 213, 2)	734,3 (4 200,8)	720,5 (870)	690,2 (3 477,2)	783,5 (2 783,4)	704,1 (1 503,8)
Hommes	846,4 (33 310,6)	955,0 (2 118,4)	927,1 (440,6)	877,0 (1 814,6)	961,9 (1 354,8)	880,1 (822,4)
Femmes	521,8 (33 902,6)	574,0 (2 082,4)	574,8 (429,4)	543,4 (1 662,6)	643,6 (1 428,6)	555,5 (681,4)
Mortalité prématurée (avant 65 ans)						
Ensemble	144,9 (12 631, 4)	163,6 (794,8)	149,9 (143,6)	131,6 (592,6)	147,7 (457,6)	134,5 (285,2)
Hommes	190,1 (7 976,4)	218,6 (514)	195,6 (91,4)	177,9 (395,6)	190,7 (295,8)	170,9 (184,6)
Femmes	103,2 (4 655)	112,2 (280,8)	106,2 (52,2)	86,4 (196,8)	104,4 (161,8)	96,7 (100,6)
Mortalité prématurée évitable (prévention)						
Ensemble	171,1 (17 197, 9)	197,9 (1 112,1)	197,2 (234,8)	181,5 (921,2)	204,8 (716,5)	197,1 (432,1)
Hommes	248,1 (10 085, 1)	298,1 (690,4)	277,5 (139,2)	269,2 (585,6)	296,8 (440,4)	280,9 (282,3)
Femmes	114,2 (7 112,8)	121,8 (421,7)	133,7 (95,6)	111,7 (335,6)	130,4 (276,1)	123,0 (149,8)
Mortalité prématurée évitable (soins)						
Ensemble	127,6 (13 088, 3)	148,6 (848,7)	145,2 (174,6)	139,6 (702,2)	152,4 (541,1)	141,1 (300,3)
Hommes	140,6 (5 482,5)	165,7 (360,8)	166,0 (77,4)	154,3 (312)	166,3 (228)	155,5 (140,9)
Femmes	120,3 (7 605,8)	138,8 (487,9)	132,2 (97,2)	129,5 (390,2)	145,5 (313,1)	130,4 (159,4)

Source : Inserm CépiDC, Insee RP 2021 – Exploitation ORS IDF

Tableau 4 – Taux standardisés de mortalité par cancers (pour 100 000 habitants) et nombre de décès

	Grands centres urbains	Centres urbains intermédiaires	Petites villes	Ceintures urbaines	Bourgs ruraux	Rural à habitat dispersé et très dispersé
Tous cancers						
Ensemble	181,5 (17 668)	199,8 (1 094)	200,8 (237)	196,9 (994,4)	204,8 (702)	198,9 (442,2)
Hommes	233,8 (9 380)	268,0 (616,8)	260,9 (130,8)	259,1 (572,8)	254,4 (382)	250,9 (257,2)
Femmes	146,1 (8 288)	151,2 (477,2)	158,3 (106,2)	149,6 (421,6)	167,2 (320)	155,6 (185)
Cancer de la trachée, des bronches						
Ensemble	34,5 (3 314,6)	39,0 (212,2)	38,3 (46)	35,2 (181,6)	37,4 (130,6)	37,9 (89,2)
Hommes	51,6 (2 126)	62,0 (148,6)	53,6 (29,2)	53,2 (124,4)	55,6 (89)	55,4 (62)
Femmes	21,7 (1 188,6)	21,0 (63,6)	25,8 (16,8)	20,2 (57,2)	22,0 (41,6)	22,5 (27,2)
Cancer du côlon-rectum						
Ensemble	18,4 (1 818,6)	20,9 (115)	21,3 (24,8)	20,9 (105,6)	20,6 (70,2)	20,9 (45,4)
Hommes	23,4 (929)	27,5 (61,4)	28,1 (13,2)	25,9 (56,4)	26,0 (37,4)	26,0 (26)
Femmes	14,9 (889,6)	16,2 (53,6)	17,1 (11,6)	16,9 (49,2)	16,6 (32,8)	16,4 (19,4)
Hémopathies malignes						
Ensemble	16,1 (1 564,8)	17,2 (92,8)	17,9 (21,2)	18,4 (89,4)	16,7 (55,4)	19,1 (39,2)
Hommes	21,6 (835,4)	24,2 (52,2)	25,2 (12)	24,0 (51,2)	20,9 (29,4)	23,7 (21,4)
Femmes	12,5 (729,7)	12,4 (40,6)	12,9 (9,2)	14,1 (38,2)	13,5 (26)	16,2 (17,8)
Cancer de la prostate	25,8 (958)	28,8 (60,2)	26,1 (12,2)	30,8 (61)	27,6 (36,4)	28,0 (23,6)
Cancer du sein (Femme)	27,8 (1 568,6)	29,4 (92,2)	26,7 (18)	30,3 (85,6)	32,4 (61,4)	28,8 (34,8)
Cancer de l'ovaire	7,5 (408,8)	7,8 (23,6)	8,2 (5,4)	7,7 (21)	9,9 (18,4)	7,8 (9,2)
Cancer de l'utérus	8,2 (453)	6,9 (20,8)	6,8 (4,6)	7,3 (20,2)	8,1 (15)	7,4 (8,8)

Source : Inserm CépiDC, Insee RP 2021 – Exploitation ORS IDF

Tableau 5 – Taux standardisés de mortalité par pathologies de l'appareil circulatoire (pour 100 000 habitants) et nombre de décès

	Grands centres urbains	Centres urbains intermédiaires	Petites villes	Ceintures urbaines	Bourgs ruraux	Rural à habitat dispersé et très dispersé
Maladies circulatoires						
Ensemble	123,7 (12 937,2)	143,3 (834,8)	147,9 (181,8)	137,6 (697)	154,6 (561,2)	147,5 (309,4)
Hommes	161,8 (6 232,2)	188,6 (405,4)	193,8 (90,8)	177,3 (349)	191,9 (259,6)	186,5 (166,6)
Femmes	96,4 (6 705)	111,8 (429,4)	115,0 (91)	107,6 (348)	125,5 (301,6)	114,2 (142,8)
Cardiopathie ischémique						
Ensemble	29,5 (3 013,4)	37,1 (212)	37,5 (44,6)	34,7 (175)	37,2 (132,2)	40,4 (85,8)
Hommes	47,7 (1 866,2)	58,3 (129,4)	57,3 (27,6)	54,2 (110,4)	60,6 (84,6)	61,3 (56,8)
Femmes	17,0 (1 147,2)	22,2 (82,6)	22,4 (17)	20,0 (64,6)	20,7 (47,6)	23,3 (29)
Maladies vasculaires cérébrales						
Ensemble	28,7 (2 955,2)	31,9 (182)	30,1 (36,6)	30,7 (155)	35,5 (125,4)	32,6 (67,4)
Hommes	33,8 (1 288,4)	37,9 (80,4)	33,2 (16)	36,1 (71,4)	38,9 (52,2)	36,1 (32)
Femmes	24,8 (1 666,8)	27,6 (101,6)	27,2 (20,6)	26,7 (83,6)	32,3 (73,2)	29,2 (35,4)

Source : Inserm CépiDC, Insee RP 2021 – Exploitation ORS IDF

Tableau 6 – Taux standardisés de mortalité par pathologies liées à l'alcool et au tabac (pour 100 000 habitants) et nombre de décès

	Grands centres urbains	Centres urbains intermédiaires	Petites villes	Ceintures urbaines	Bourgs ruraux	Rural à habitat dispersé et très dispersé
Alcool						
Ensemble	21,8 (2 130,2)	30,3 (169,2)	28,0 (33,4)	24,3 (128)	28,5 (100)	26,8 (62,6)
Hommes	36,2 (1 590)	51,2 (130,6)	47,4 (25,4)	39,3 (97,4)	46,3 (77,2)	44,5 (50,2)
Femmes	10,0 (540,2)	12,5 (38,6)	12,2 (8)	10,8 (30,6)	12,1 (22,8)	10,5 (12,4)
Tabac						
Ensemble	82,8 (8 195,4)	101,7 (567,4)	100,7 (120,6)	88,6 (449,2)	100,4 (352,2)	97,9 (217,8)
Hommes	128,0 (5 075,6)	161,3 (365)	149,6 (75)	136,3 (293,4)	154,6 (225,8)	147,8 (148)
Femmes	51,1 (3 119,8)	58,8 (202,4)	64,3 (45,6)	51,5 (155,8)	59,8 (126,4)	56,5 (69,8)

Source : Inserm CépiDC, Insee RP 2021 – Exploitation ORS IDF

Tableau 7 – Taux standardisés de mortalité par suicide (pour 100 000 habitants) et nombre de décès

	Grands centres urbains	Centres urbains intermédiaires	Petites villes	Ceintures urbaines	Bourgs ruraux	Rural à habitat dispersé et très dispersé
Suicide						
Ensemble	7,5 (764,6)	9,2 (51,2)	11,1 (11,8)	9,2 (47,0)	11,3 (37,4)	11,3 (24,6)
Hommes	10,7 (505,4)	15,4 (39,4)	17,1 (8,4)	15,3 (36,0)	19,3 (30,0)	17,5 (19,0)
Femmes	4,8 (259,2)	3,8 (11,8)	5,8 (3,4)	4,0 (11,0)	4,2 (7,4)	5,1 (5,6)

Source : Inserm CépiDC, Insee RP 2021 – Exploitation ORS IDF

Tableau 8 – Taux standardisé pour 100 000 habitants et nombre de personnes prises en charge pour au moins une pathologie

	Grands centres urbains	Centres urbains intermédiaires	Petites villes	Ceintures urbaines	Bourgs ruraux	Rural à habitat dispersé et très dispersé
Au moins une pathologie prise en charge						
Ensemble	21 818,5 (2 277 030)	23 470,7 (137 404)	21 864,9 (26 291)	20 861,4 (111 487)	21 660,5 (77 308)	21 486,8 (51 078)
Hommes	21 639,6 (1 119 476)	23 139,6 (67 234)	21 662,1 (13 083)	20 599,4 (56 146)	21 397,9 (39 146)	21 230,6 (26 600)
Femmes	21 885,6 (1 157 554)	23 666,4 (70 170)	21 876,5 (13 208)	20 887,9 (55 341)	21 675,3 (38 162)	21 390,4 (24 478)

Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Tableau 9 – Taux standardisé pour 100 000 habitants et nombre de personnes prises en charge pour les cancers

	Grands centres urbains	Centres urbains intermédiaires	Petites villes	Ceintures urbaines	Bourgs ruraux	Rural à habitat dispersé et très dispersé
Tous cancers						
Ensemble	4 119,7 (420 058)	4 263,5 (24 566)	4 469,1 (5 536)	4 502,7 (24 224)	4 434,1 (15 886)	4 423,0 (10 719)
Hommes	3 599,3 (186 446)	3 823,5 (11 229)	4 037,2 (2 632)	3 973,0 (11 331)	3 960,3 (7 535)	3 964,3 (5 268)
Femmes	4 549,3 (233 612)	4,598,5 (13 337)	4 770,7 (2 904)	4 889,7 (12 893)	4 770,2 (8 351)	4 707,1 (5 451)
Cancer du poumon						
Ensemble	201,5 (20 237)	196,6 (1130)	213,7 (265)	180,5 (979)	204,9 (745)	193,9 (485)
Hommes	223,5 (11 331)	227,1 (659)	232,7 (147)	203,8 (577)	243,3 (467)	218,7 (293)
Femmes	175,9 (8 906)	162,5 (471)	190,1 (118)	150,2 (402)	158,1 (278)	155,1 (192)
Cancer du côlon-rectum						
Ensemble	416,0 (42 546)	440,8 (2 564)	447,2 (570)	434,2 (2 353)	446,6 (1 613)	440,5 (1 075)
Hommes	411,0 (21 361)	443,0 (1 310)	420,4 (279)	447,9 (1 293)	446,0 (859)	436,5 (590)
Femmes	413,6 (21 185)	428,9 (1 254)	469,0 (291)	406,2 (1 060)	433,3 (754)	425,0 (485)
Cancer de la prostate						
Ensemble	1 204,5 (62 353)	1 330,8 (3 933)	1 421,3 (952)	1 357,2 (3 934)	1 339,7 (2 581)	1 334,5 (1 806)
Cancer du sein (Femme)						
Ensemble	2 049,0 (104 164)	2 055,8 (5 937)	2 097,1 (1 274)	2 232,5 (5 904)	2 150,1 (3 781)	2 170,3 (2 526)

Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Tableau 10 –Taux standardisé pour 100 000 habitants et nombre de personnes prises en charge pour maladies cardio-neuro-vasculaires

	Grands centres urbains	Centres urbains intermédiaires	Petites villes	Ceintures urbaines	Bourgs ruraux	Rural à habitat dispersé et très dispersé
Maladies cardio-neuro-vasculaires						
Ensemble	5 682,5 (585 037)	6 280,5 (36 656)	6 245,0 (7 916)	5 826,3 (31 633)	6 253,3 (22 591)	6 282,3 (15 167)
Hommes	6 599,5 (342 499)	7 277,3 (21 439)	7 290,4 (4 741)	6 861,2 (19 635)	7 240,1 (13 833)	7 333,9 (9 784)
Femmes	4 681,1 (242 538)	5 188,5 (15 217)	5 044,0 (3 175)	4 573,8 (11 998)	5 009,8 (8 758)	4 860,9 (5 383)
Maladies cardio-neuro-vasculaires aiguës						
Ensemble	489,8 (51 642)	551,5 (3 264)	500,1 (651)	475,7 (2 626)	522,6 (1 920)	540,3 (1 287)
Hommes	536,4 (28 467)	607,5 (1 816)	534,1 (359)	528,7 (1 532)	582,6 (1 125)	611,7 (806)
Femmes	436,9 (23 175)	486,4 (1 448)	455,8 (292)	409,3 (1 094)	442,4 (795)	436,3 (481)
Maladies cardio-neuro-vasculaires chroniques						
Ensemble	5 496,2 (565 640)	6 088,2 (35 546)	6 073,6 (7 702)	5 653,1 (30 689)	6 077,6 (21 950)	6 107,0 (14 745)
Hommes	6 392,7 (331 817)	7 060,1 (20 816)	7 122,6 (4 635)	6 666,7 (19 100)	7 045,6 (13 470)	7 125,3 (9 516)
Femmes	4 514,6 (233 823)	5 020,2 (14 730)	4 866,8 (3 067)	4 421,2 (11 589)	4 853,9 (8 480)	4 721,5 (5 229)
Accident vasculaire cérébral aigu						
Ensemble	143,5 (14,909)	141,4 (826)	125,8 (161)	126,6 (689)	135,4 (490)	133,1 (316)
Hommes	154,0 (8 062)	157,9 (463)	125,0 (84)	134,1 (386)	149,0 (283)	139,3 (185)
Femmes	131,6 (6 847)	123,3 (363)	124,6 (77)	117,0 (303)	118,0 (207)	122,9 (131)
Maladies coronaires						
Ensemble	2 397,4 (243 902)	2 569,4 (14 868)	2 664,7 (3 372)	2 440,2 (13 261)	2 557,4 (9 299)	2 606,6 (6 422)
Hommes	3 340,3 (172 028)	3 523,6 (10 326)	3 654,7 (2 382)	3 401,7 (9 751)	3 534,4 (6 811)	3 618,0 (4 910)
Femmes	1 402,8 (71 874)	1 561,8 (4 542)	1 571,9 (990)	1 336,0 (3 510)	1 413,2 (2 488)	1 346,4 (1 512)
Diabète						
Ensemble	5 679,5 (580 123)	6 320,8 (36 417)	5 150,9 (6 371)	4 671,1 (25 280)	5 105,7 (18 443)	4 930,4 (12,164)
Hommes	6 250,9 (318 991)	6 809,0 (19 628)	5 671,9 (3 589)	5 259,3 (14 821)	5 634,8 (10 716)	5 483,9 (7 364)
Femmes	5 059,3 (261 132)	5 781,3 (16 789)	4 560,4 (2 782)	3 988,2 (10 459)	4 461,4 (7 727)	4 209,8 (4 800)

Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Tableau 11 –Taux standardisé pour 100 000 habitants et nombre de personnes prises en charge pour des maladies de l'appareil respiratoire (avec ou sans mucoviscidose)

	Grands centres urbains	Centres urbains intermédiaires	Petites villes	Ceintures urbaines	Bourgs ruraux	Rural à habitat dispersé et très dispersé
Maladies de l'appareil respiratoire (avec ou sans mucoviscidose)						
Ensemble	4 601,5 (482 713)	5 313,6 (31 419)	4 980,4 (5 828)	4 648,9 (24 524)	5 070,3 (17 861)	4 966,0 (11 494)
Hommes	4 433,7 (229 599)	5 099,3 (14 940)	4 859,6 (2 815)	4 556,1 (12 042)	5 052,4 (8 944)	4 859,0 (5 760)
Femmes	4 748,0 (253 114)	5 497,2 (16 479)	5 070,8 (3 013)	4 709,2 (12 482)	5 062,7 (8 917)	5 027,7 (5 734)

Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Tableau 12 –Taux standardisé pour 100 000 habitants et nombre de personnes prises en charge pour des maladies neurodégénératives

	Grands centres urbains	Centres urbains intermédiaires	Petites villes	Ceintures urbaines	Bourgs ruraux	Rural à habitat dispersé et très dispersé
Alzheimer						
Ensemble	438,9 (48 802)	444,9 (2 752)	473,9 (668)	437,0 (2 492)	458,4 (1 735)	419,9 (976)
Hommes	247,7 (14 267)	249,1 (795)	250,3 (186)	231,2 (714)	243,8 (492)	230,7 (298)
Femmes	631,5 (34 535)	642,9 (1 957)	704,4 (482)	652,5 (1 778)	683,2 (1 243)	621,2 (678)
Parkinson						
Ensemble	294,7 (29 340)	324,4 (1 837)	320,8 (409)	305,5 (1 618)	311,1 (1 087)	280,4 (640)
Hommes	301,6 (15 611)	321,2 (949)	321,0 (214)	302,3 (873)	305,2 (581)	285,9 (372)
Femmes	279,2 (13 729)	318,1 (888)	311,2 (195)	294,7 (745)	302,6 (506)	256,5 (268)

Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

Tableau 13 – Taux standardisé pour 100 000 habitants et nombre de personnes pour la prise de traitements

	Grands centres urbains	Centres urbains intermédiaires	Petites villes	Ceintures urbaines	Bourgs ruraux	Rural à habitat dispersé et très dispersé
Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur (avec ou sans pathologies)						
Ensemble	5 351,1 (563 394)	5 428,1 (31 562)	5 459,4 (6 521)	5 362,0 (28 668)	5 387,6 (19 262)	5 265,4 (12 542)
Hommes	3 486,5 (182 052)	3 378,9 (9 700)	3 326,2 (1 972)	3 322,6 (8 905)	3 263,0 (5 903)	3 208,2 (5 268)
Femmes	7 171,6 (381 342)	7 429,3 (21 862)	7 536,7 (4 549)	7 390,9 (19 763)	7 526,1 (13 359)	7 381,7 (8 596)
Traitements pour maladies obstructives des voies respiratoires (dont asthme)						
Ensemble	3 773,9 (413 984)	4 318,2 (26 405)	4 126,9 (4 946)	3 912,1 (21 163)	4 207,4 (15 235)	4 152,9 (9 901)
Hommes	3 524,9 (192 615)	4 001,7 (12 211)	3 933,6 (2 347)	3 738,5 (10 160)	4 055,9 (7 421)	3 985,8 (4 888)
Femmes	4 011,9 (221 369)	4 619,2 (14 194)	4 301,9 (2 599)	4 067,3 (11 003)	4 348,4 (7 814)	4 293,0 (5 013)
Traitements antihistaminiques : Traitements des états allergiques						
Ensemble	5 043,8 (560 968)	5 340,7 (32 712)	4 984,7 (5 895)	4 967,3 (26 818)	4 914,1 (17 779)	4 677,1 (11 156)
Hommes	4 039,9 (222 868)	4 213,6 (12 816)	4 026,6 (2 359)	4 018,79 (10 821)	3 926,4 (7 120)	3 765,5 (4 548)
Femmes	6 030,3 (338 100)	6 438,1 (19 896)	5 912,0 (3 536)	5 892,3 (15 997)	5 908,0 (10 659)	5 608,6 (6 608)

Source : SNDS, Cartographie des pathologies, Assurance maladie, Exploitation ORS IDF

LA SANTÉ DANS LES ESPACES RURAUX D'ÎLE-DE-FRANCE

ANALYSE DESCRIPTIVE

L'essentiel de l'étude

La grille communale à sept niveaux, proposée par Eurostat, permet de classer les communes en fonction de la répartition de la population sur leur territoire. Selon cette classification, plus de la moitié des communes franciliennes sont considérées comme rurales (bourgs ruraux / habitat dispersé / habitat très dispersé). Elles ne regroupent cependant que 4,5 % de la population.

Cette population est plutôt âgée avec une sur-représentation des 45 - 74 ans et une sous-représentation des moins de 30 ans par rapport au reste de la région. Le taux de croissance annuel de la population est faible (le plus faible après celui des grands centres urbains).

Les indicateurs d'espérance de vie et de mortalité ne sont pas homogènes dans les communes rurales. Ces indicateurs sont en majorité tous défavorables par rapport à la moyenne régionale. Cependant, l'espérance de vie et les niveaux de mortalité de la population résidant dans les bourgs ruraux sont plus dégradés que celle vivant dans le rural à habitat dispersé et très dispersé.

Les indicateurs de morbidité sont assez homogènes dans les différentes classes des communes rurales à l'exception de quelques pathologies où la situation est plus défavorable dans les bourgs ruraux.

Enfin, les communes du rural dispersé et très dispersé ont des densités médicales extrêmement faibles. Celles des bourgs ruraux sont plus proches des ceintures urbaines.