

# ÉTUDES et RÉSULTATS

juillet 2025  
n° 1342

## Causes de décès en France en 2023 : des disparités territoriales

Parmi la population qui réside en France, 637 000 personnes y sont décédées en 2023. Le taux standardisé de décès est de 828 décès pour 100 000 habitants, soit 59 décès pour 100 000 habitants de moins qu'en 2022 et 11 de moins qu'en 2019, juste avant la première année de la crise sanitaire. Cette baisse en 2023 est portée en grande partie par le recul de la mortalité due au Covid-19. En revanche, les mortalités dues aux maladies respiratoires et infectieuses sont en légère hausse. Les deux principales causes de décès restent, chez les femmes comme chez les hommes, les tumeurs et les maladies cardio-neurovasculaires.

De nettes disparités territoriales sont observées : la mortalité est plus élevée dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) et, en France métropolitaine, dans le Nord et l'Est ; et elle est sensiblement plus faible en Île-de-France.

La mortalité due aux tumeurs varie moins fortement sur le territoire que celle due aux maladies cardio-neurovasculaires. Dans les DROM (sauf Mayotte), elle est plus faible qu'au niveau national. Celle due aux maladies cardio-neurovasculaires y est plus élevée. De fortes disparités régionales s'observent aussi pour les maladies infectieuses, endocriniennes, respiratoires et pour le Covid-19.

Les territoires hors d'influence des villes ont une mortalité plus importante que les pôles des grandes agglomérations, notamment pour les maladies cardio-neurovasculaires et les causes externes.

Les mortalités dues aux maladies endocriniennes, aux maladies du système nerveux, du système digestif, et aux troubles mentaux y sont aussi plus élevées ; c'est le cas aussi dans les pôles urbains de moins de 700 000 habitants.

**Fanny Godet (CépiDc), Vianney Costemalle (DREES), Yann Aubineau (CépiDc), Anne Fouillet (Santé publique France), Élise Coudin (CépiDc)**

> **Les auteur.e.s remercient** Albert Vuagnat et toute l'équipe du CépiDc.

La statistique annuelle des causes de décès, dont sont issues les données de cette étude, repose sur le recueil exhaustif et l'analyse des volets médicaux des certificats de décès (*encadré 1*). Après une photographie des causes de mortalité en 2023, la présente étude met l'accent sur les disparités territoriales des causes de décès. Une étude conjointe publiée dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* de Santé publique France (Fouillet, et al., 2025), mobilisant les mêmes données, analyse la mortalité par cause en 2023 en la comparant aux tendances entre 2015 et 2019 et depuis 2020.

### Une mortalité en forte baisse en 2023

En 2023, parmi la population résidant en France, 637 082 personnes sont décédées sur le territoire (50,2 % de femmes, 49,8 % d'hommes), soit 36 108 décès de moins qu'en 2022 (*tableau 1*). Le taux standardisé de mortalité<sup>1</sup> est de 828,3 décès pour 100 000 habitants, presque 59 décès pour 100 000 de moins qu'en 2022, et 11 de moins qu'en 2019 avant la crise due au Covid-19. La mortalité recule de 8 % parmi les 85 ans ou plus (13 200 décès pour 100 000 habitants) et de 5 % chez les moins de 85 ans. Après trois années de forte mortalité du fait de

1. Les taux de mortalité présentés sont standardisés sur l'âge de la population européenne publiée en 2013 (voir *Méthode dans l'encadré 1*). Cela permet de comparer des populations, ou des années, indépendamment de la structure d'âge des populations comparées, en particulier indépendamment du vieillissement de la population.

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

- l'épidémie de Covid-19, ainsi qu'un regain des maladies de l'appareil respiratoire et d'autres causes en 2022 (Cadillac, et al., 2024 ; Fouillet, et al., 2024), la mortalité basse de 2023 est le reflet d'une espérance de vie à la naissance historiquement haute, autre indicateur des conditions de mortalité une année donnée<sup>2</sup>. En effet, en 2023, l'espérance de vie atteint 79,9 ans pour les hommes (+0,6 an par rapport à 2022) et 85,6 ans pour les femmes (+0,5 an) [Papon, 2024 ; Blanpain, 2024 ; Thélot, 2025].

## Les tumeurs première cause de décès chez les femmes comme chez les hommes

En 2023, la première cause de décès reste les tumeurs, avec 238,6 décès pour 100 000 habitants (soit 27,0 % des décès), suivie par les maladies cardio-vasculaires avec 170,7 décès pour 100 000 habitants (21,4 % des décès) [tableau 2 et tableau complémentaire A<sup>3</sup>]. Viennent ensuite les décès dus à des symptômes et états morbides mal définis regroupant essentiellement les causes inconnues, ainsi que les causes insuffisamment définies pour être classées dans un autre chapitre précis de la classification internationale des maladies (CIM) : au total, 85,4 décès pour 100 000 habitants, soit 11,0 % des décès. Puis, quasiment au même niveau, se situent les causes externes (accidents, suicides, homicides, etc.) [taux de 61,7 soit 7,1 % des décès] et les maladies de l'appareil respiratoire (taux de 60,6, soit 7,4 % des décès). Quatre autres grandes catégories de causes ont un taux de mortalité supérieur ou égal à 20 : les mala-

dies du système nerveux et des organes des sens (45,8), les maladies de l'appareil digestif (35,4), les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (31,5) et les troubles mentaux et du comportement (29,4). Ces neuf catégories de causes couvrent près de 92 % des décès.

Si la mortalité des femmes est nettement inférieure à celle des hommes (628,5 contre 1 028,2 pour 100 000 habitants), les trois principales causes de décès restent les mêmes pour les deux sexes, avec en tête des causes les plus fréquentes : les tumeurs, puis les maladies cardio-vasculaires et, enfin, les symptômes et états morbides mal définis. Ainsi, les tumeurs constituent la première cause de mortalité des femmes devant les maladies cardio-vasculaires depuis 2010 en taux et, depuis 2019, en nombre de décès. Ensuite, chez les hommes, les causes externes de mortalité occupent la 4<sup>e</sup> place devant les maladies respiratoires et celles du système nerveux, alors qu'elles se placent derrière, en 6<sup>e</sup> place, chez les femmes.

## Une baisse de mortalité, pour la plupart des causes sauf pour les maladies respiratoires et les maladies infectieuses

Plus de 60 % de la baisse de la mortalité en 2023 s'explique par la baisse de la mortalité due au Covid-19, avec 18,5 décès pour 100 000 habitants dus à ce virus cette année-là (soit 2,2 % des décès), après 54,8 en 2022 (6,1 % des décès) et 83,0 en 2021 (9,2 %). La mortalité baisse également pour la plupart des autres principales causes

### Encadré 1 Source et méthode

#### Source de données

La statistique annuelle des causes de décès est produite par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) à partir des volets médicaux des certificats de décès renseignés par les médecins constatant le décès, et en collaboration avec l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

#### Champ

Le champ de l'étude est l'ensemble des personnes résidant en France, nées vivantes et dont le décès survenu en France au cours de l'année a été enregistré par l'Insee.

#### Méthode

Les **causes médicales de décès** ont été codées par le CépiDc-Inserm selon la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10 version 19 de l'Organisation mondiale de la santé [OMS]) (Coudin, Robert, 2024). À chaque entité nosologique (maladie, traumatisme, etc.) mentionnée sur le certificat de décès est attribué un code CIM-10. La **cause initiale** de décès est ensuite déterminée, définie comme étant la maladie, le traumatisme, ou les circonstances en cas de mort violente, à l'origine du processus morbide ayant entraîné le décès (Rey, 2016). Dans cette étude, les causes initiales de l'ensemble des décès ont été regroupées selon la liste européenne des causes de décès (Eurostat, 2012), avec en plus deux catégories spécifiques : « Covid-19 » incluant U07.1 : Covid-19, virus identifié et U07.2 : Covid-19, virus non identifié et « Autres Covid-19 » : U12.9 : effets indésirables des vaccins contre le Covid-19 et U10.9 syndrome inflammatoire multisystémique associé au Covid-19 (OMS).

Pour les décès de 2020, de 2017 et avant, les codes des causes de décès provenaient soit d'un codage automatique (système expert de règles Iris/Muse), soit d'un codage manuel assisté. Pour les années 2018, 2019 et depuis 2021, une méthode d'intelligence artificielle (IA) a été utilisée en complément des modes de codage précédents (Hebbache, et al., 2024 ; Zambetta, et al. 2024). Ainsi, 63,6 % des décès de 2023 ont été codés par le logiciel Iris/Muse, 15,1 % par codage manuel assisté par le même logiciel et 21,3 % par la méthode d'IA.

Concernant les données relatives à l'année 2024, la campagne de codage manuel venant de débiter et la mise en cohérence avec les

décès enregistrés à l'état civil n'ayant pas encore été réalisée, des codages complémentaires mais provisoires par la méthode d'IA, ainsi que des traitements de calage ont été réalisés. Il s'agit d'estimations, ces chiffres pourront donc différer des résultats définitifs obtenus après la campagne achevée de codage par le CépiDc. Par ailleurs, l'analyse des résultats de 2024 est restreinte aux catégories qui ne nécessitent pas systématiquement une expertise humaine dans le codage.

Les indicateurs présentés dans cette étude sont les **effectifs** de décès et le **taux standardisé** de mortalité selon l'âge et le sexe, qui correspond à la proportion fictive de personnes décédées dans l'année si la population pour chaque sexe avait la même structure d'âge que la population de référence donnée. Cette standardisation permet de comparer les taux de décès entre populations n'ayant pas les mêmes structures d'âge et sexe, notamment pour les comparaisons temporelles, en excluant l'effet de la variation de structure d'âge et de la composition par sexe de la population sur la variation des taux. Les estimations de population aux 1<sup>ers</sup> janvier 2023 et 2024, par sexe et âge, produites et diffusées par l'Insee sont utilisées pour calculer les populations moyennes intervenant dans les taux. La population de référence est la population standardisée européenne (European Standard Population [Eurostat, 2013]) régulièrement mobilisée dans les comparaisons internationales et qui correspond à la population moyenne projetée sur la période 2011-2030 des 27 pays de l'Union européenne, de la Suisse, de l'Islande, de la Norvège et du Liechtenstein. Les analyses sont déclinées pour trois classes d'âge (0-64 ans, 65-84 ans et 85 ans ou plus) et par sexe. Pour chacune de ces classes d'âge, les taux sont aussi standardisés sur la structure fine par âge de ces classes.

Pour comparer la mortalité par zone géographique, le **ratio standardisé de mortalité (standardised mortality ratio [SMR])** est utilisé. Il s'agit du rapport entre le nombre observé de décès de personnes résidentes dans la zone géographique étudiée et celui attendu si les taux de décès par âge étaient identiques à ceux de la France entière. Par exemple, un SMR de 1,2 dans une région indique qu'il y a 20 % de décès en plus par rapport à ce qu'on attendrait si les taux décès par âge de la région étaient égaux aux taux nationaux. Cette standardisation indirecte sans population de référence est particulièrement adaptée pour comparer la situation d'un territoire donné à la situation nationale.

2. L'espérance de vie et le taux standardisé de mortalité sont deux indicateurs calculés à partir des taux de mortalité à âge donné une année donnée.

3. Les tableaux complémentaires sont disponibles avec les données associées à cette étude (lien en fin de publication).

**Tableau 1** Caractéristiques de mortalité entre 2015 et 2023

Année	Moyenne 2015-2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de décès	601 482	667 497	660 168	673 190	637 082
Taux standardisés de décès (pour 100 000 habitants)	863,2	904,5	886,0	887,6	828,3
Âge moyen de décès (en années)	78,6	79,5	79,2	79,4	79,3
Âge médian de décès (en années)	83	84	83	83	83
Décès de femmes (en %)	50,2	50,0	49,6	50,2	50,2
Décès à domicile (en %)	21,7	22,7	23,9	23,9	23,8
En Ehpad (en %)	18,8	21,3	19,2	20,4	21,0
En établissement de santé public (en %)	46,4	42,4	43,4	42,3	42,0
En établissement de santé privé (en %)	9,3	11,4	11,3	10,8	11,0
Dans un autre lieu ou inconnu (en %)	3,8	2,2	2,2	2,6	2,2

**Note** > Par rapport à Cadillac, et al. (2024), les lieux de décès inconnus ont été imputés pour les années 2015 à 2022, révisant légèrement la répartition des décès par lieu de décès.

**Lecture** > En moyenne, entre 2015 et 2019, 46,4 % des décès avaient lieu en établissement de santé public, c'est 42,0 % en 2023.

**Champ** > Personnes décédées en France et résidant en France.

**Source** > Inserm-CépiDc.

> Études et Résultats n° 1342 © DREES

**Tableau 2** Nombre de décès et taux standardisés de mortalité pour 100 000 habitants par cause de décès et sexe, en 2023

Causes de décès	Femmes		Hommes		Ensemble			Âge médian en 2022
	N	Taux	N	Taux	N	Taux	Âge médian	
<b>Toutes causes</b>	<b>319 875</b>	<b>628,5</b>	<b>317 207</b>	<b>1028,2</b>	<b>637 082</b>	<b>828,3</b>	<b>83</b>	<b>83</b>
Maladies infectieuses et parasitaires	6 452	12,3	6 335	20,8	12 787	16,5	85	85
Tumeurs	76 716	177,1	95 154	300,1	171 870	238,6	76	75
Maladies du sang et des organes hématopoiétiques et certains troubles du système immunitaire	1 577	3,0	1 256	4,1	2 833	3,6	86	86
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	13 721	25,7	11 397	37,4	25 118	31,5	86	86
Troubles mentaux et du comportement	15 020	26,4	9 845	32,5	24 865	29,4	88	88
Maladies du système nerveux et des organes des sens	21 249	41,3	15 536	50,4	36 785	45,8	85	85
Maladies cardio-neurovasculaires	72 078	129,7	64 161	211,7	136 239	170,7	87	87
Maladies de l'appareil respiratoire	23 511	43,3	23 537	77,9	47 048	60,6	86	86
Maladies de l'appareil digestif	12 253	24,8	14 419	46,0	26 672	35,4	80	79
Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	1 289	2,3	774	2,6	2 063	2,4	87	88
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	2 831	5,5	2 053	6,7	4 884	6,1	85	85
Maladies de l'appareil génito-urinaire	6 790	12,3	6 634	22,3	13 424	17,3	87	88
Complications de grossesse, accouchement et puerpéralité	43	0,1	0	0,0	43	0,1	33	32
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	643	1,9	783	2,3	1 426	2,1	0	0
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	822	2,3	844	2,5	1 666	2,4	44	38
Symptômes et états morbides mal définis	39 130	69,7	30 738	101,2	69 868	85,4	87	87
Causes externes de morbidité et mortalité	18 904	38,5	26 365	84,9	45 269	61,7	78	78
Covid-19	6 846	12,3	7 376	24,8	14 222	18,5	87	87

N : nombre de décès ; taux : taux standardisé par âge et par sexe

**Note** > Des résultats plus détaillés par grandes classes d'âges sont disponibles sur le fichier Excel joint à la publication.

**Lecture** > En 2023, les décès dus aux tumeurs concernent 171 870 personnes, le taux de mortalité pour les tumeurs est de 238,6 pour 100 000 habitants.

**Champ** > Personnes décédées en France et résidant en France.

**Source** > Inserm-CépiDc.

> Études et Résultats n° 1342 © DREES

de décès, à part les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies infectieuses, en légère hausse (*tableau complémentaire B*) [Fouillet, et al., 2025]. La mortalité due aux maladies cardio-neurovasculaires diminue, quant à elle, de 7,4 décès pour 100 000 habitants, après avoir augmenté en 2021 et 2022, sans rejoindre toutefois le niveau qu'elle aurait atteint si elle avait poursuivi la tendance observée sur les années avant l'apparition du Covid-19. La mortalité due aux tumeurs diminue de 3,5 décès pour 100 000 habitants, et poursuit ainsi sa tendance. Sont aussi en légère baisse les mortalités dues aux maladies du système nerveux, aux maladies de l'appareil digestif, aux troubles mentaux et du comportement ou encore aux maladies endocriniennes et métaboliques.

À l'inverse, la mortalité due aux maladies respiratoires (taux de 60,6 en 2023) augmente légèrement avec 1,1 décès de plus pour 100 000 habitants qu'en 2022, soit 2 000 décès supplémentaires. Cette mortalité avait fortement diminué en 2020 et 2021, pour

remonter en 2022. Elle retrouve, en 2023, un niveau proche de ceux observés dans les années pré-Covid-19. La mortalité due aux maladies infectieuses et parasitaires (taux de 16,5) augmente légèrement aussi, de 0,3 décès de plus pour 100 000 habitants (Fouillet, et al., 2025).

### Parmi les causes externes, la mortalité par chute poursuit sa hausse

Les causes externes regroupent les accidents, les suicides, les homicides, les événements dont l'intention n'a pu être déterminée pour les classer dans les catégories précédentes et les autres causes externes (complications de soins). La mortalité due aux causes externes est stable en 2023. Les décès dus à des causes externes (7,1 % des décès) sont plus fréquents chez les hommes (8,3 % des décès) que chez les femmes (5,9 %). Il s'agit de la deuxième cause de décès parmi les moins de 65 ans, avec 15,6 % des décès.

Les accidents, première cause externe de mortalité avec 70,1 % des décès dans cette catégorie, couvrent les accidents de la vie quotidienne (« autres accidents », taux de 20,2 décès pour 100 000 habitants), les chutes accidentelles (14,4), les accidents de transport (3,7), les intoxications accidentelles (2,0) et les noyades accidentelles (1,0). La mortalité due à des chutes accidentelles poursuit sa hausse tendancielle. Elle est quasi stable chez les moins de 85 ans, mais augmente chez les 85 ans ou plus pour atteindre 335,7 décès pour 100 000 habitants, soit 13,1 décès de plus qu'en 2022.

Les suicides et les lésions auto-infligées correspondent à la deuxième cause externe de mortalité avec 19,6 % de ces décès (soit 8 868 décès). La mortalité par suicide ou lésions auto-infligées diminue, passant de 14,2 décès pour 100 000 habitants en 2022 à 13,6 en 2023. Cette baisse se retrouve pour chaque classe d'âge plus fine<sup>4</sup> et pour les deux sexes. En particulier, le taux brut (c'est-à-dire non standardisé) de suicide des jeunes filles de 10 à 19 ans diminue à 1,5 décès pour 100 000 habitantes après la hausse observée depuis 2020, qui atteignait 2,2 décès en 2022 (ONS, 2025). Celui des jeunes filles entre 20 et 24 ans se stabilise à 4,8 décès pour 100 000.

La mortalité par événement dont l'intention n'est pas déterminée est quasiment stable entre 2022 et 2023. Certes, elle passe de 2,7 décès pour 100 000 habitants en 2022 à 4,4 en 2023, mais cette augmentation faciale n'est due qu'à une modification des règles de codage. En effet, lorsque le volet médical contient des indices indiquant une cause externe bien que le texte rédigé par le certificateur soit peu informatif, le décès est désormais classé en « cause externe dont l'intention est indéterminée », alors qu'il était auparavant classé en « symptômes et états morbides mal définis ». En appliquant la même règle en 2022 qu'en 2023, la mortalité par cause externe dont l'intention est indéterminée aurait été de 4,2 décès pour 100 000 habitants en 2022 ; l'augmentation en 2023 ne serait donc en réalité que de 0,2 décès.

### Plus de la moitié des décès ont lieu en établissement de santé

En 2023, 53 % des décès ont eu lieu en établissement de santé, une proportion comparable à l'année précédente, mais plus faible que sur la période 2015-2019 avant la crise sanitaire (**tableau 1**). De plus, 21 % des décès ont lieu au sein d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Enfin, 24 % des décès ont eu lieu à domicile (hors Ehpad), une proportion équivalente à l'année précédente, après les hausses observées en 2020 et 2021. Selon les données hospitalières du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)<sup>5</sup>, le nombre de patients en hospitalisation à domicile (HAD) [168 200] continue d'augmenter en 2023 (+5,3 %), de même que le nombre de décès en HAD (45 600 décès). La mortalité en HAD, mesurée par la proportion de décès en HAD<sup>6</sup>, augmente de 0,4 point, à 27,1 %. Au total, 30,1 % des décès à domicile concernent des patients en HAD (contre 26,5 % en 2022). En 2024, ces tendances s'accroissent, avec 184 900 personnes hospitalisées en HAD, 51 500 décès et une proportion de décès de 27,8 %.

### Une mortalité plus élevée dans certaines régions d'outre-mer et dans le Nord et l'Est

Le ratio de mortalité standardisé (SMR) compare le nombre observé de décès de résidents d'une zone géographique donnée à celui

attendu pour cette même zone si la mortalité par âge et par sexe était la même qu'au niveau national (**encadré 1**). Selon cet indicateur, toutes causes confondues, en 2023, la mortalité régionale la plus élevée est à Mayotte et en Guyane : elle y est supérieure à la mortalité nationale respectivement de 89 % (SMR de 1,89) et de 37 % (SMR de 1,37) [**graphique 1** et **tableau complémentaire C**]. Les Hauts-de-France (+17 %) et, dans une moindre mesure, la Guadeloupe (+9 %), la Normandie et le Grand Est (+8 % tous deux) présentent aussi une mortalité plus élevée. À l'inverse, la mortalité est 15 % plus basse en Île-de-France.

L'Île-de-France et les Pays de la Loire mis à part, la mortalité est plus importante dans les régions du nord que dans celles du sud de la France métropolitaine. Cette opposition générale Nord-Sud en France métropolitaine, documentée depuis longtemps, s'accompagne de spécificités par causes (Salem, *et al.*, 2000 ; Aouba, *et al.*, 2012). Elle se retrouve également au niveau départemental (**carte 1**).

### Une mortalité plus homogène sur le territoire pour les tumeurs que pour d'autres causes

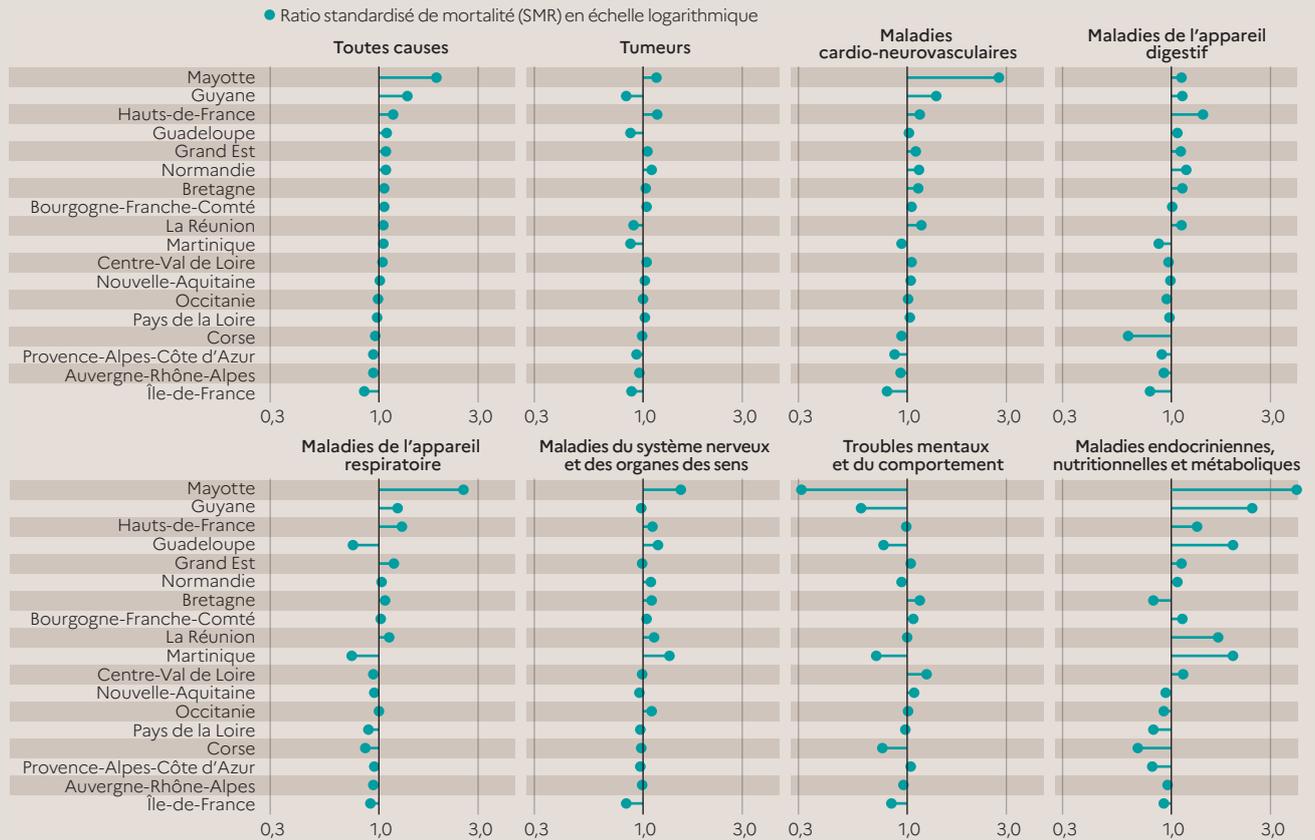
Les mortalités selon les causes de décès présentent ainsi des disparités régionales, qui peuvent différer de celles de la mortalité toutes causes confondues en termes de répartition spatiale et d'ampleur. Les différences régionales de mortalité sont plus importantes pour les maladies infectieuses, puis pour les maladies respiratoires ou cardio-neurovasculaires. Elles sont moindres pour les tumeurs. Les différentiels régionaux présentés ci-dessous semblent se déclinier de façon relativement homogène sur les départements qui composent les régions (**tableau complémentaire D**).

Même si la répartition des décès dus aux tumeurs est, dans son ensemble, plus homogène que pour les autres causes de décès, ceux dus à certains types de tumeurs concernent plus fortement certains territoires. Ainsi, la mortalité par tumeur est dans l'ensemble inférieure à la mortalité nationale dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), sauf à Mayotte. Néanmoins, celle due aux tumeurs de l'estomac, de la prostate ou encore aux tumeurs relatives à l'utérus y est plus élevée, notamment à Mayotte et en Guyane. En France métropolitaine, les Hauts-de-France présentent une mortalité par tumeur 17 % plus élevée que la mortalité nationale, avec des taux dépassant de plus de 20 % le niveau national pour des catégories fréquentes comme les tumeurs du côlon, du foie, du sein, de la prostate, ou des catégories plus rares : lèvre et cavité buccale, œsophage, vessie. La Normandie affiche 10 % de mortalité par tumeur de plus que la mortalité nationale, avec des ratios relativement élevés pour les tumeurs du foie, du côlon, de la prostate, du sein, mais aussi de la lèvre et de la cavité buccale, du rein et pour le mélanome. En Bretagne aussi, la mortalité par mélanome est plus élevée que le niveau national. En Centre-Val de Loire (+20 %) et dans le Grand Est (+10 %), la mortalité par leucémie s'écarte du niveau national. En Corse, la mortalité par tumeur du poumon dépasse de 24 % la mortalité nationale. En Nouvelle-Aquitaine, la mortalité par cancer du rein est supérieure à la mortalité nationale de 18 %, et par cancer du cerveau de 28 %. La mortalité par cancer du pancréas, en hausse depuis plusieurs années, se répartit de façon plutôt homogène sur le territoire : elle est 12 % plus élevée que le niveau national en Bourgogne-Franche-Comté et 11 % plus haute dans les Hauts-de-France.

4. Il s'agit des classes d'âge décennales, et d'une classe quinquennale pour les jeunes adultes (20-24 ans).

5. Le PMSI permet de décrire de façon synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il repose sur l'enregistrement de données médico-administratives normalisées dans un recueil standard d'information.

6. C'est-à-dire le nombre de séjours en HAD ayant pour « motif de sortie » : « décès » rapporté au nombre de patients en HAD.

**Graphique 1** Ratio standardisé de mortalité par région et par cause de décès

**Note** > L'ensemble des résultats par causes plus détaillées sont disponibles dans le tableau complémentaire C. Les régions sont classées selon leur ratio standardisé de mortalité (SMR) toutes causes, du plus élevé au plus faible.

**Lecture** > En Île-de-France, le nombre de décès est inférieur de 15 % à celui que l'on aurait attendu si les taux de mortalité par âge et par sexe observés en moyenne sur l'ensemble de la France étaient appliqués à la population d'Île-de-France.

**Champ** > Personnes décédées en France et résidant en France.

**Source** > Inserm-CépiDc.

> Études et Résultats n° 1342 © DREES

## Les plus fortes disparités régionales pour la mortalité due aux maladies infectieuses

La mortalité due aux maladies infectieuses est 5,7 fois plus élevée que le niveau national à Mayotte et 3,0 fois plus élevée en Guyane. Elle dépasse aussi de près de 30 % ce niveau en Martinique (33 %) et dans les Hauts-de-France (29 %) [tableau complémentaire C].

La mortalité due à des maladies endocriniennes et nutritionnelles dépasse largement le niveau national pour chacun des DROM : elle est 4 fois plus élevée à Mayotte et 1,7 fois plus à La Réunion (graphique 1). En France métropolitaine, elle est 33 % plus élevée que la moyenne nationale dans les Hauts-de-France, et plus basse en particulier en Corse (-31 %), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca) [-19 %] et dans les Pays de la Loire (-18 %).

La mortalité due à des maladies cardio-neurovasculaires est au total 2,8 fois plus élevée que le niveau national à Mayotte et 38 % plus haute en Guyane. Sur le reste du territoire, des écarts importants s'observent à La Réunion (+17 %), dans les Hauts-de-France (+15 %), en Normandie (+14 %), en Bretagne (+13 %) et, dans le sens inverse, en Paca (-13 %) et en Île-de-France (-20 %). Ils s'observent sur les maladies cardiaques, et de manière plus prononcée encore sur les maladies cérébrovasculaires.

La mortalité due aux maladies de l'appareil respiratoire est plus élevée que le niveau national à Mayotte (2,6 fois plus) et, dans une moindre mesure, dans les Hauts-de-France (29 % de plus) et le Grand Est (18 % de plus). À l'inverse, elle est sensiblement plus faible en Guadeloupe (-24 %) et en Martinique (-25 %). La mortalité due au

Covid-19 est la plus élevée en Martinique (+59 %), puis à La Réunion (+30 %), en Bourgogne-Franche-Comté (+20 %), dans les Hauts-de-France (+19 %) et le Grand Est (+17 %).

Les écarts régionaux de mortalité due à des troubles mentaux et du comportement sont aussi marqués. La mortalité est plus élevée que la moyenne nationale dans le Centre-Val de Loire (+24 %), en Bretagne (+15 %) et en Nouvelle-Aquitaine (+8 %), tandis qu'elle est sensiblement plus basse à Mayotte (-69 %), en Martinique (-29 %), ainsi que la Corse (-24 %).

Pour la mortalité par maladie du système nerveux et organes des sens ou encore les maladies de l'appareil digestif, les différentiels régionaux sont globalement moindres, même si certaines spécificités restent. La mortalité par maladie du système nerveux est généralement plus élevée dans les DROM (notamment due à la maladie de Parkinson), les Hauts-de-France, l'Occitanie et la Normandie (notamment due à la maladie d'Alzheimer) alors qu'elle est, à l'inverse, inférieure en Île-de-France. De même, la mortalité par maladie de l'appareil digestif oppose les Hauts-de-France où le taux de mortalité dépasse de 42 % la moyenne nationale puis, dans une moindre mesure, la Normandie et la Bretagne, et la Corse où il est 38 % plus bas.

## Une mortalité par suicide plus élevée en Bretagne

La mortalité par suicide ou lésions auto-infligées est plus élevée qu'au niveau national en Bretagne (+58 %), en Pays de la Loire (+24 %), en Bourgogne-Franche-Comté (+19 %) ainsi que dans les Hauts-

de-France et en Normandie (+18 %). La mortalité par suicide plus marquée des habitants de la région Bretagne est observée depuis le début des années 2000 (Rey, 2009). À l'inverse, elle est moins forte qu'au niveau national dans les DROM (exception faite de la Guyane) et en Île-de-France. Les écarts entre les régions doivent cependant être considérés avec prudence, car ils sont vraisemblablement en partie dus à l'hétérogénéité des remontées d'informations sur les morts violentes (**encadré 2**).

La mortalité due aux chutes accidentelles est supérieure à la moyenne nationale en Bretagne (+24 %), en Auvergne-Rhône-Alpes (+19 %), en Bourgogne-Franche-Comté (+17 %) et dans les Hauts-de-France (+17 %). Elle y est inférieure dans les DROM et en Île-de-France (-23 %).

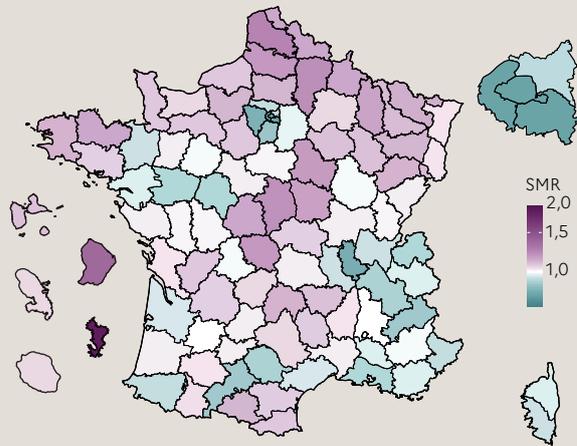
Les noyades accidentelles provoquent davantage de décès parmi les habitants des DROM (hors Martinique) et de façon plus modérée pour les résidents en Bretagne. Ces différentiels s'expliquent en partie par la présence d'un littoral dans ces régions : à l'été 2023, 45 % des décès par noyade se sont produits en mer (Ung, et al., 2024).

## Une mortalité plus faible dans les grands pôles urbains

L'organisation urbaine du territoire peut s'appréhender au travers de deux dimensions : la taille des agglomérations et les liens d'influence avec la ville (aires d'attraction des villes). Ceci permet de tenir compte du caractère urbain (dense ou diffus) et de la place du lieu de vie dans l'entité économique territoriale proche (Beck, et al., 2025). Les aires d'attraction des villes sont des entités

économiques cohérentes constituées d'un pôle et d'une couronne ; 51 % de la population vit dans un pôle, 43 % dans une couronne et 7 % hors aires d'attraction d'une ville (Insee, 2021). Le rural, c'est-à-dire les zones très peu denses, couvre les zones hors

**Carte 1** Ratio standardisé de mortalité (SMR) toutes causes par département en 2023



**Lecture** > En 2023, dans l'Ain, il y a 5 % de décès de moins qu'attendus si les taux de mortalité par âge et sexe étaient ceux observés en moyenne sur l'ensemble de la France.  
**Champ** > Personnes décédées en France et résidant en France.  
**Source** > Inserm-CépiDc.

> *Études et Résultats* n° 1342 © DREES

## Encadré 2 Des différentiels de collecte pouvant nuancer les écarts régionaux

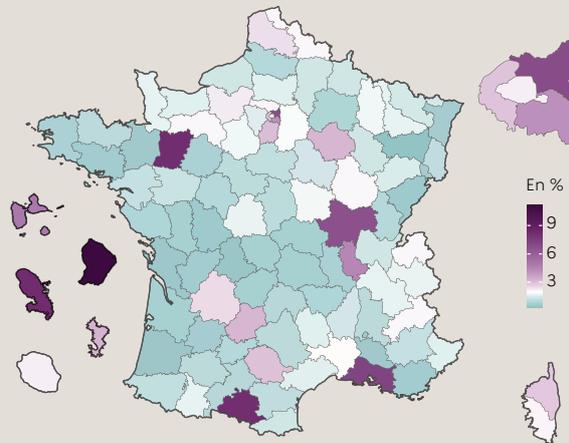
Parmi les décès survenus en France en 2023, le CépiDc a collecté un volet médical pour 98 % d'entre eux. Pour les 2 % des décès restants, seule l'information sur les caractéristiques du défunt est disponible. La cause initiale de décès est alors « inconnue ou non précisée ». Le taux de collecte n'est pas homogène suivant le lieu de décès. Ainsi, alors que le volet médical est manquant pour moins de 1 % des décès survenus à l'hôpital et en clinique privée, c'est le cas de 4 % des décès ayant eu lieu à domicile et de 6 % de ceux sur la voie publique. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces différences : d'une part, la certification électronique dans les établissements de santé est plus fréquente, or elle prémunit la collecte des aléas de transmission des volets médicaux papiers. D'autre part, les différents acteurs impliqués dans le processus connaissent mieux le circuit à respecter car ils l'utilisent plus souvent. De plus, les taux de collecte sont très inférieurs dans certains DROM : en 2023, il manque 10 % des volets médicaux en Guyane, 8 % en Martinique et 5 % en Guadeloupe (**carte**). À l'inverse, en Bretagne, le taux de collecte dépasse les 99 %. La collecte d'un volet médical dépend aussi fortement de l'âge au décès. Chez les enfants de moins de 1 an, 10 % des volets médicaux ne parviennent pas au CépiDc. Parmi les enfants décédés le jour de leur naissance, le taux de non-réponse atteint même 16 %. Il est probable que certains des enfants mort-nés soient déclarés à tort à l'état civil comme des enfants nés vivants puis décédés (Vilain, et al., 2021). Or un enfant mort-né n'est pas dans le champ de la statistique sur les causes de décès et ne donne pas lieu à l'établissement d'un certificat médical de décès.

Pour les défunts âgés de 15 à 30 ans, la proportion de volets médicaux manquants est de 5 %. Elle décroît pour arriver au niveau de la moyenne des décès vers 60 ans. Cette variabilité s'explique en partie par la remontée moindre des certificats de décès en cas de mort suspecte (Richaud-Eyraud, et al., 2018), un phénomène plus fréquent avant 60 ans. La mise en place d'un volet complémentaire en 2018 n'a pas permis de résoudre ces difficultés de remontées de l'information. Alors qu'environ 10 000 autopsies sont pratiquées en France chaque année, le CépiDc ne reçoit que 600 volets médicaux complémentaires à la suite d'une recherche médicale ou d'une autopsie judiciaire, ainsi que 2 500 données complémentaires de l'institut médico-légal de Paris. Ces habitudes qui diffèrent sur le territoire induisent des biais poten-

tiels dans l'analyse de la répartition des causes externes sur le territoire en particulier.

En plus des seuls « trous de collecte », en 2023, 20 228 décès ont des causes inconnues ou non précisées, parce que le certificat est vierge ou ne contient pas d'information permettant de déterminer le processus morbide. Dans les DROM (hormis à La Réunion), il y a davantage de décès avec une cause inconnue ou non précisée : entre 2,3 fois plus en Martinique et jusqu'à 3,5 fois plus en Guyane par rapport à la situation nationale. En France métropolitaine, la Corse et la Provence-Alpes-Côtes d'Azur ont plus de décès sans cause précisée que la moyenne nationale (+31 % et +23 % respectivement).

## Part de décès par département pour lesquels le CépiDc ne reçoit pas de volet médical



**Lecture** > Parmi les décès enregistrés dans le département du Nord, le CépiDc ne reçoit pas 2,1 % des volets médicaux associés.  
**Champ** > Personnes décédées en France et résidant en France.  
**Source** > Inserm-CépiDc.

> *Études et Résultats* n° 1342 © DREES

aires d'attraction des villes et une partie des couronnes. Au total, il y a près de 700 aires d'attractions de villes en France, dont 14 comptent plus de 700 000 habitants.

La mortalité de la population diffère selon ces lieux de vie, avec une mortalité observée dans les communes hors attraction des villes 8 % plus forte que la mortalité nationale. La mortalité est également plus forte que la moyenne nationale dans les aires de moins de 700 000 habitants, et au sein de ces aires, elle est plus importante dans les pôles (+5 %) que dans les couronnes (+2 %). En revanche, en ce qui concerne les aires de plus de 700 000 habitants, c'est l'inverse qui est observé, la mortalité dans les pôles étant plus faible qu'au niveau national (-11 %) et que dans les couronnes (-2 %) [graphique 2 et tableau complémentaire E].

## Un écart entre grands pôles urbains et zones hors villes prononcé pour les maladies cardio-neurovasculaires et les causes externes

L'écart de mortalité est particulièrement marqué pour les décès dus à des maladies cardio-neurovasculaires et ceux dus à des causes externes entre les pôles des aires de plus de 700 000 habitants et les communes hors attraction des villes (graphique 2).

Pour les maladies cardio-neurovasculaires, la mortalité est inférieure de 17 % à la moyenne nationale dans les pôles des aires de plus de 700 000 habitants et supérieure de 14 % dans les communes hors attraction des villes. Cet écart est plus important pour l'infarctus aigu du myocarde (entre -19 % et +18 %) et pour les autres maladies du cœur (entre -21 % et +19 %).

### Encadré 3 Premières estimations par cause de décès en 2024

En 2024, 641 000 décès de résidents français ont eu lieu en France, selon l'estimation provisoire du bilan démographique de l'Insee (Insee, 2025a), soit 4 000 de plus qu'en 2023. Le taux de mortalité standardisé, calculé à partir de la population provisoire (Insee, 2025b) serait d'environ 820 décès pour 100 000 habitants, soit une baisse de 8 décès par rapport à 2023. L'âge moyen au décès augmenterait légèrement (79,4 ans en 2024 contre 79,3 en 2023). La hausse légère du nombre de décès, pourtant concomitante à une baisse du taux de mortalité standardisé, s'explique par des effets de population et, en premier lieu, par le fait que les premières générations nombreuses du baby-boom arrivent aux âges où le risque de décéder augmente fortement (75-79 ans).

Une première exploitation des certificats de décès de 2024 reçus jusqu'à avril 2025 au CépiDc et dont les causes ont été codées dans la nomenclature CIM-10 de façon majoritairement automatique (par système de règles ou par prédiction provisoire d'intelligence artificielle, le codage manuel venant de commencer) permet de livrer de premières estimations quant à l'évolution de la mortalité en 2024 pour certaines grandes catégories de décès.

Une approche similaire avait été réalisée pour les décès de 2022 (Cadillac, et al., 2023) et 2023 (Cadillac, et al., 2024). Il est ainsi possible d'analyser les écarts entre données finales et provisoires pour 2023. En effectifs comme en taux, les écarts sont faibles, dépassant rarement 1 000 décès pour les effectifs de chaque grande catégorie,

et l'unité pour les taux. Cependant, les effectifs de décès par maladie cardio-neurovasculaire en 2023 avaient été légèrement surestimés (+2 000). Ces écarts incitent à ne pas interpréter des évolutions d'effectifs inférieures à 1 000 décès et de taux inférieurs à une unité (tableau).

Selon ces estimations provisoires pour 2024, la mortalité liée au Covid-19 continuerait de diminuer fortement avec 11 décès pour 100 000 habitants, soit 8 décès sur 100 000 de moins qu'en 2023 (6 000 décès de moins). La mortalité par maladie de l'appareil respiratoire augmenterait avec 6 décès de plus pour 100 000 habitants qu'en 2023 (6 000 décès de plus, dont 3 000 dus aux gripes et aux pneumonies). L'année 2024 a en effet été marquée par deux épidémies de grippe (la première a commencé début décembre 2023 pour se finir à fin février, avec un pic en début janvier et la seconde a commencé précocement en fin novembre 2024, avec un pic atteint début janvier 2025). Les pneumonies seraient aussi en augmentation, à un niveau de mortalité supérieur aux années pré-Covid-19. La mortalité due aux tumeurs diminuerait de 3 décès pour 100 000 habitants, de même que celle due aux maladies cardio-neurovasculaires (-4 décès pour 100 000 habitants), malgré une hausse ou une stabilité du nombre de décès portées par les générations nombreuses du baby-boom.

Les évolutions des autres grandes catégories reportées seraient stables ou faibles, avec une possible légère hausse de la mortalité due aux maladies génito-urinaires.

### Effectifs et taux standardisés de décès en 2023 et estimations en 2023 et 2024

Causes de décès	Effectifs			Taux		
	2023 (p)	2023	2024 (p)	2023 (p)	2023	2024 (p)
<b>Toutes causes</b>	nd	<b>637 000</b>	<b>641 000</b>	nd	<b>828</b>	<b>820</b>
<b>Tumeurs</b>	<b>172 000</b>	<b>172 000</b>	<b>173 000</b>	<b>238</b>	<b>239</b>	<b>236</b>
Tumeurs du colon, rectum, anus	17 000	17 000	17 000	23	23	23
Tumeurs du pancréas	13 000	13 000	14 000	18	18	19
Tumeurs du poumon	31 000	31 000	31 000	45	45	44
Tumeurs du sein	13 000	13 000	13 000	15	15	15
<b>Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques</b>	<b>25 000</b>	<b>25 000</b>	<b>26 000</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>
Diabète sucré	12 000	12 000	12 000	16	16	16
Autres maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	13 000	13 000	14 000	16	16	17
<b>Troubles mentaux et du comportement</b>	<b>25 000</b>	<b>25 000</b>	<b>25 000</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>30</b>
<b>Maladies du système nerveux et des organes des sens</b>	<b>37 000</b>	<b>37 000</b>	<b>37 000</b>	<b>46</b>	<b>46</b>	<b>46</b>
<b>Maladies cardio-neurovasculaires</b>	<b>138 000</b>	<b>136 000</b>	<b>136 000</b>	<b>172</b>	<b>171</b>	<b>167</b>
Pathologies cardiaques	81 000	80 000	79 000	103	102	99
Maladies cérébrovasculaires	31 000	31 000	31 000	38	38	38
Autres maladies de l'appareil circulatoire	26 000	25 000	26 000	31	31	31
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>	<b>47 000</b>	<b>47 000</b>	<b>53 000</b>	<b>61</b>	<b>61</b>	<b>67</b>
Grippe et pneumonie	17 000	18 000	21 000	21	22	26
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	12 000	12 000	13 000	16	16	17
Autres maladies de l'appareil respiratoire	18 000	18 000	19 000	23	23	24
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>27 000</b>	<b>27 000</b>	<b>27 000</b>	<b>36</b>	<b>35</b>	<b>36</b>
<b>Maladies de l'appareil génito-urinaire</b>	<b>13 000</b>	<b>13 000</b>	<b>14 000</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>18</b>
<b>Covid-19</b>	<b>14 000</b>	<b>14 000</b>	<b>8 000</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>11</b>

p : estimations ; nd : non disponible.

**Notes** > Les effectifs sont arrondis au millier et les taux à l'unité, au vu des incertitudes provenant des estimations. On peut, à partir du fichier détail mis en ligne par l'Insee en mars 2025, estimer un taux standardisé toutes causes pour 2024.

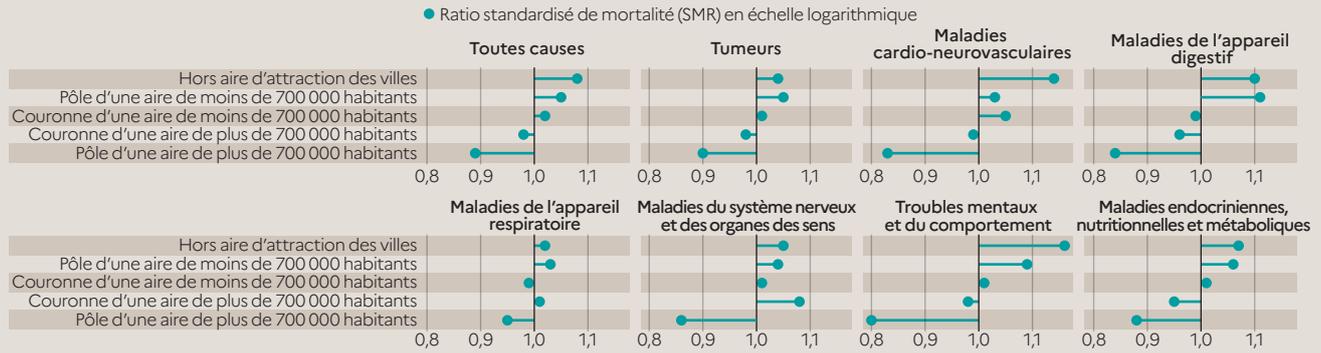
**Lecture** > Environ 8 000 décès sont dus au Covid-19 en 2024, avec un taux standardisé de mortalité de 11 pour 100 000 habitants.

**Champ** > Personnes décédées en France et résidant en France.

**Source** > Inserm-CépiDc.

> Études et Résultats n° 1342 © DREES

## Graphique 2 Ratio standardisé de mortalité selon la typologie des aires d'attraction des villes



**Note** > L'ensemble des résultats par causes plus détaillées sont disponibles dans le tableau complémentaire E.

**Lecture** > En 2023, le nombre de décès hors aires d'attraction des villes est supérieur de 8 % à celui que l'on aurait attendu si les taux de mortalité par âge et sexe observés en moyenne sur l'ensemble de la France étaient appliqués à la population de ces zones.

**Champ** > Personnes décédées en France et résidant en France (hors Mayotte).

**Source** > Inserm-CépiDc.

> Études et Résultats n° 1342 © DREES

Pour les causes externes, le ratio de mortalité varie entre -18 % et +13 % par rapport à la mortalité nationale. Cette variation est la plus importante pour les accidents de transport pour lesquels la mortalité est inférieure de 48 % pour les résidents des pôles des aires de plus de 700 000 habitants, alors qu'elle est supérieure de 59 % pour les habitants hors d'une aire d'attraction des villes. La mortalité due aux suicides et aux lésions auto-infligés présente également un gradient fortement marqué entre les pôles des plus grandes aires et les communes hors aires, avec un écart de mortalité allant de -34 % dans les pôles des aires de plus de 700 000 habitants à +39 % dans les communes hors attraction des villes.

### Des schémas de disparités de mortalité selon les lieux de vie se dégagent

Les décès dus aux maladies infectieuses (tuberculose, VIH/sida, hépatite virale) ainsi qu'aux causes inconnues ou non précisées se retrouvent principalement dans les grands pôles urbains. À l'inverse, les décès par tumeurs des voies aérodigestives supérieures, du foie, des poumons, de l'utérus, les intoxications accidentelles, les noyades opposent les pôles urbains de moins de 700 000 habitants, où ils sont relativement plus fréquents, au reste du territoire.

Comme pour les causes externes, la mortalité due aux maladies endocriniennes, aux troubles mentaux, au système nerveux, ou encore au système digestif oppose les espaces hors attraction des villes et les pôles urbains de moins de 700 000 habitants au reste du territoire.

Ainsi, des causes de décès potentiellement « évitables » car liées à des comportements et pouvant être ciblées par la prévention primaire s'associent à certains pôles urbains peu denses et isolés, images de territoires moins dynamiques, marqués par la désindustrialisation et les difficultés économiques (Vaillant, et al., 2024 ; Thabuis, et al., 2024, pour les cancers broncho-pulmonaires et le tabagisme], et aux territoires aux conditions socio-économiques défavorisées (Rey, et al., 2009 ; Ghosn, et al., 2017, pour la mortalité due aux maladies de l'appareil cardio-neurovasculaire, au système digestif, aux maladies respiratoires, endocriniennes et nutritionnelles, aux accidents et intoxications, aux troubles mentaux et à la mortalité « évitable »).

En outre, la mortalité due aux mélanomes est plus importante hors attraction des villes. Enfin, la mortalité due aux tumeurs de la prostate, du rein ou du cerveau et aux leucémies est plus importante dans les couronnes que dans les pôles urbains.

Ces résultats méritent des analyses supplémentaires et approfondies. En effet, des dimensions multiples contribuent à expliquer ces disparités spatiales de mortalité par causes de décès : celles-ci pouvant être d'ordre territorial, environnemental, social, économique, sanitaire, comportemental. Elles peuvent également relever pour partie d'artefacts (pratiques de certification sur le terrain par les médecins, remontée hétérogène des informations sur le territoire pour le cas des morts violentes).



Télécharger les données

Mots clés : **Mortalité** **Décès** **Covid-19** **Cancer** **Maladies cardio-neurovasculaires**

#### Pour en savoir plus

> Les données sur les causes de décès sont disponibles sur le site internet du CépiDc (grandes tendances et open data).

> Fouillet, A., Aubineau, Y., Godet, F. Costemalle, V., Coudin, É. (2025, juillet). Grandes causes de mortalité en France en 2023 et tendances récentes. Santé publique France, *Bull Épidémiol Hebd*, 2025 ; (13), pp. 218-43.

> Les données Data DREES sur les causes de décès sont disponibles sur l'espace open data de la DREES.

> La bibliographie complète de cette étude est disponible sur la page de la publication du site internet de la DREES.

> Publications  
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Open Data  
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> Nous contacter  
DREES-INFO@solidarites-sante.gouv.fr

> Contact presse  
DREES-PRESSE@solidarites-sante.gouv.fr

Directeur de la publication : Christelle Minodier

Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet

Chargée d'édition : Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages : Julie Eneau

Conception graphique : DREES

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@solidarites-sante.gouv.fr