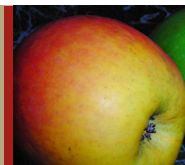




SANTÉ



Professionnels de santé

Professionnels de santé exerçant à titre libéral

Les projections du nombre de médecins à l'horizon 2030 effectuées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) confirment la baisse importante du nombre de professionnels. Leur nombre devrait baisser de 10% au cours des dix prochaines années. Un scénario de référence réalisé sur la base d'un maintien des choix individuels des médecins montre que, malgré un fort relèvement du numerus clausus jusqu'à 8 000 en 2011, le nombre de médecins en activité ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030. La Haute-Normandie présente depuis un certain nombre d'années une densité d'offre médicale en deçà de la moyenne nationale et ne parvient pas à combler son retard. Le département de l'Eure présente des chiffres encore plus alarmant que celui de la Seine-Maritime, présentant 75,9 omnipraticiens pour 100 000 habitants contre 96,6 en Seine-Maritime. En Haute-Normandie, la densité d'infirmiers est quasiment deux fois moins élevée qu'au niveau nationale. Les densités de masseurs-kinésithérapeutes et de chirurgiens dentistes sont 1,7 fois moins élevé en région qu'au niveau national.

	Eure	Seine-Maritime	Haute-Normandie	France métropolitaine ⁽²⁾
Omnipraticiens ⁽¹⁾				
Nombre	434	1 202	1 636	nr
Densité pour 100 000 habitants	75,9	96,6	90,1	nr
Infirmiers				
Nombre	310	923	1 233	77 190
Densité pour 100 000 habitants	54,2	74,2	67,9	124,9
Masseurs-Kinésithérapeutes				
Nombre	264	671	935	54 274
Densité pour 100 000 habitants	46,1	53,9	51,5	87,8
Chirurgiens-dentistes				
Nombre	193	452	645	37 078
Densité pour 100 000 habitants	33,7	36,3	35,5	60,0

Sources : ARS, Insee - RP2007

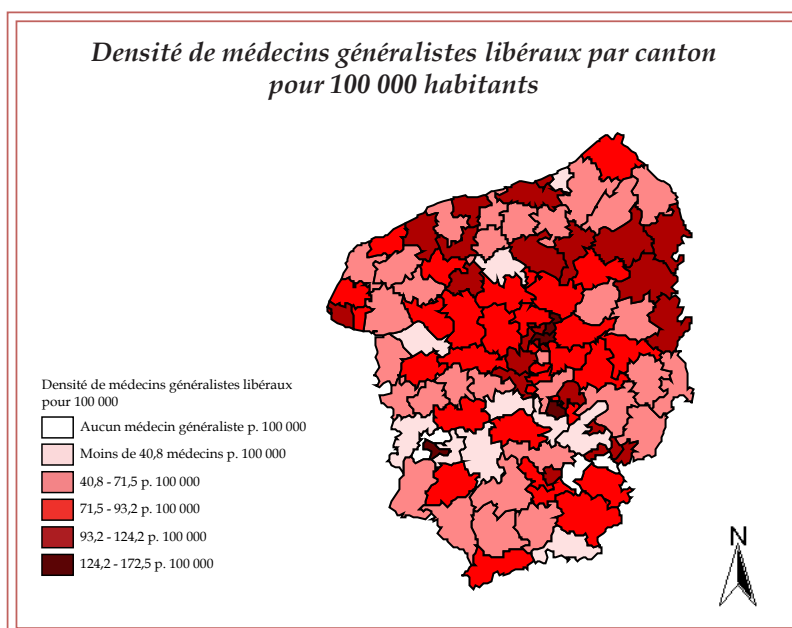
⁽¹⁾ Médecins généralistes et médecins à exercice particulier

⁽²⁾ au 01/01/2010 - Source Adeli

Unités : Nombre, Taux pour 100 000

Année de référence : Septembre 2010

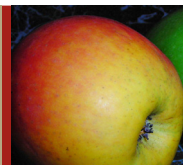
L'offre de médecins généralistes libéraux est très variable d'un canton à un autre. De façon logique, les densités les plus élevées se trouvent pour l'essentiel dans les villes centres des agglomérations (Rouen, Dieppe, Elbeuf pour le département de la Seine-Maritime et Evreux et Bernay pour celui de l'Eure). Notons que trois cantons ne disposent pas de médecins généralistes. Toutefois, ces derniers se situent tous à côté de cantons bien dotés.



Sources : ARS, Insee RP2007

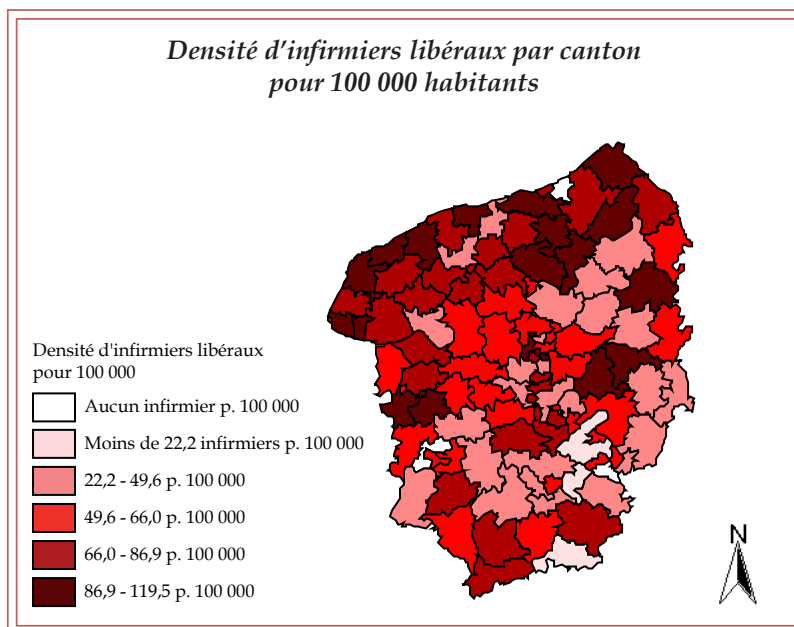
Année de référence : Septembre 2010

Unité : Taux pour 100 000



L'offre en infirmiers libéraux est également très variable d'un canton à un autre. Les cantons présentant des densités d'infirmiers élevées se concentrent davantage dans le nord de la région et plus généralement dans le département de la Seine-Maritime (74,2 contre 54,2 p. 100 000 pour l'Eure). En effet, les 7 premiers cantons ayant la densité la plus forte en région sont Seino-marins dont les 3 premiers sont Fécamp (119,5 p.100 000), londinières (119,5 p.100 000) et Bellesmeules (109,9 p.100 000).

Dans l'Eure, ce sont les cantons de Cormeilles (100,0 p.100 000), Fleury-sur-Andelle (98,1 p.100 000), Lyons-la-forêt (91,3 p.100 000) et Saint-Georges-du-Vivier (89,5 p.100 000) qui présentent les plus fortes densités d'infirmiers.



Sources : ARS, Insee RP2007

Année de référence : Septembre 2010

Unité : Taux pour 100 000

Médecins spécialistes libéraux

Le déficit en offre de soins en Haute-Normandie, s'il est présent dans toutes les professions de santé, est particulièrement important chez les médecins spécialistes. Des deux départements haut-normands, c'est celui de l'Eure qui présente des densités les plus faibles. En effet, les densités de radiologues et de gynécologues sont respectivement 1,7 et 1,5 fois moins élevées que celles enregistrées en Seine-Maritime.

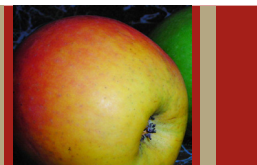
De même, les densités d'ophtalmologues et de cardiologues sont 1,4 fois moins élevées qu'en Seine-Maritime.

	Eure	Seine-Maritime	Haute-Normandie	France métropolitaine
Gynécologues				
Nombre	26	91	117	nr
Densité pour 100 000 femmes âgées de 15 ans et plus	11,1	17,1	15,3	nr
Ophtalmologues				
Nombre	28	86	114	nr
Densité pour 100 000 habitants	4,9	6,9	6,3	nr
Cardiologues				
Nombre	24	72	96	nr
Densité pour 100 000 habitants	4,2	5,8	5,3	nr
Radiologues				
Nombre	27	101	128	nr
Densité pour 100 000 habitants	4,7	8,1	7,0	nr

Sources : ARS, Insee - RP 2007

Unités : Nombre, Taux pour 100 000

Année de référence : Septembre 2010



Couverture Maladie Universelle (CMU)

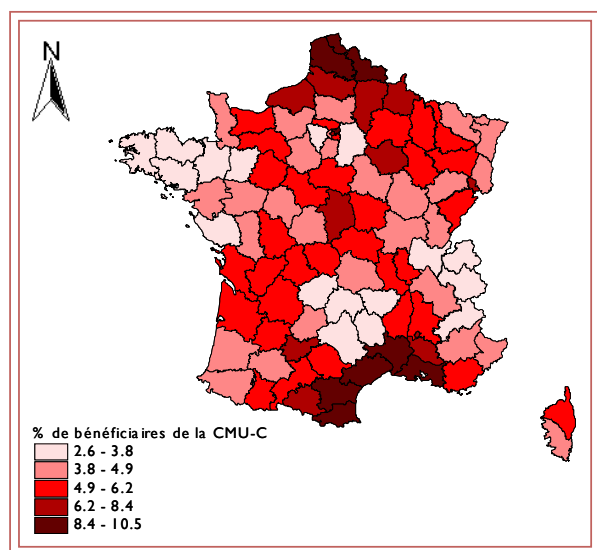
Au 31 décembre 2009, le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire du régime général s'élevait à plus de 109 000 pour la Haute-Normandie, soit une part de bénéficiaires de la CMU-C supérieure à celle observée en France métropolitaine. Tout comme pour les années précédentes, le département de la Seine-Maritime présente une proportion de bénéficiaires de la CMU - C supérieure à la celle observée dans l'Eure.

	Eure	Seine-Maritime	Haute-Normandie	France métropolitaine
Nbre de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire	26 605	82 826	109 431	3 579 141
Taux de couverture CMU complémentaire (%)	4,7	6,7	6,0	5,8

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee - RP 2007

Unités : Nombre de bénéficiaires, %
Année de référence : 31/12/2009

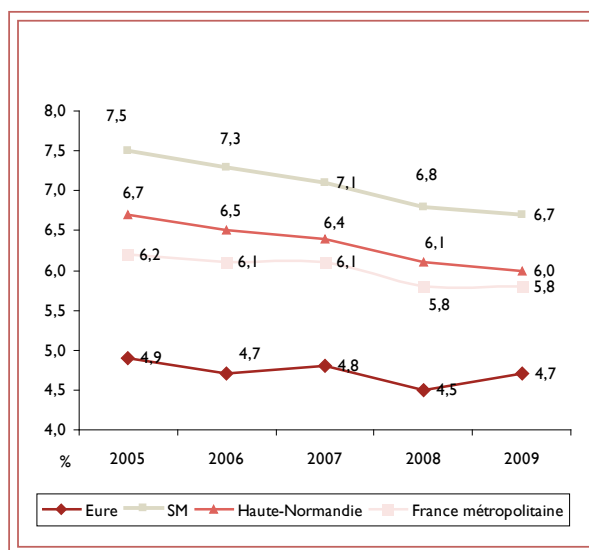
Part des bénéficiaires de la CMU - C en France métropolitaine - 2009



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Unités : %
Années de référence : 31/12/2009

Evolution de la part des bénéficiaires de la CMU - C / 2005-2009

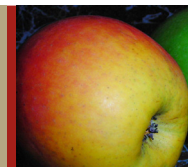


Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Unités : %
Années de référence : 2005 - 2009

Couverture Maladie Universelle : la CMU est entrée en vigueur le 1er janvier 2000 (loi du 27/07/1999). Elle pose le principe d'une protection maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie. Ce dispositif comporte deux volets : la CMU de base et la CMU complémentaire.

La CMU de base permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie sur critère de résidence, toute personne résidant en France de façon stable et régulière, si elle n'a pas de droit ouvert à un autre titre à un régime d'assurance maladie. Les personnes dont le revenu fiscal est supérieur à 6 505 euros doivent acquitter une cotisation annuelle de 8 % sur les montants des revenus supérieurs à ce seuil. Les personnes dont le revenu fiscal se situe en dessous de ce seuil, les bénéficiaires du RMI et les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont exemptés de cotisations. La CMU complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, sous conditions de ressources fixées par décret. Le bénéficiaire choisit si les prestations seront gérées par une caisse d'assurance maladie ou par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance ou institution de prévoyance).



Données de morbidité - Les admissions en Affection de Longue Durée (ALD)

Moins de 15 ans : prédominance des troubles mentaux

Au cours de la période 2006-2007, plus de 1 000 personnes âgées de moins de 15 ans ont été admises chaque année en affection de longue durée par les trois principaux régimes d'assurance maladie.

Les troubles mentaux (psychoses, troubles graves de la personnalité, arriération mentale) en sont le motif le plus fréquent (41% chez les hommes et 28% chez les femmes). Viennent ensuite les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies cardio-vasculaires chez les jeunes hommes comme chez les jeunes femmes âgées de moins de 15 ans. Viennent ensuite les maladies cardio-vasculaires et celles du système nerveux.

Entre 15 et 64 ans : tumeurs, maladies cardio-vasculaires et métaboliques

Les tumeurs constituent le premier motif d'admission en affection de longue durée entre 15 et 64 ans, suivies des maladies cardio-vasculaires et métaboliques.

Toutefois, les hommes et les femmes présentent des situations différentes avec prédominance des tumeurs chez ces dernières (près du tiers des ALD) contre une prédominance des maladies cardio-vasculaires chez les hommes.

A partir de 65 ans : prédominance des maladies cardio-vasculaires

Les maladies cardio-vasculaires représentent plus de 40 % des admissions en affection de longue durée à partir de 65 ans chez les hommes comme chez les femmes.

Viennent ensuite les tumeurs qui motivent 30 % des admissions chez les hommes et 20 % chez les femmes. Enfin 13 % des admissions chez les hommes et chez les femmes concernent le diabète. Notons également l'importance des admissions en affection de longue durée pour affections psychiatriques (maladies d'alzheimer principalement) chez les femmes âgées de 65 ans et plus.

Principaux motifs d'admission en affection de longue durée en Haute-Normandie

Moins de 15 ans		Effectif	%
Hommes	Affections psychiatriques	274	41,2
	Maladies de l'appareil respiratoire	118	17,8
	Maladies cardio-vasculaires	63	9,5
	Maladies du système nerveux	60	9,0
	Diabète	35	5,3
	Autres	115	17,3
	Total	665	100,0
Femmes	Affections psychiatriques	111	28,3
	Maladies de l'appareil respiratoire	69	17,5
	Maladies cardio-vasculaires	53	13,5
	Maladies du système nerveux	41	10,3
	Diabète	14	3,6
	Autres	106	26,9
	Total	393	100,0
15 à 64 ans		Effectif	%
Hommes	Maladies cardio-vasculaires	2 888	30,5
	Diabète	2 125	22,4
	Tumeurs	2 105	22,2
	Affections psychiatriques	840	8,9
	Maladies de l'appareil digestif	446	4,7
	Autres	1 061	11,2
	Total	9 464	100,0
Femmes	Tumeurs	2 114	28,6
	Diabète	1 474	19,9
	Maladies cardio-vasculaires	1 232	16,7
	Affections psychiatriques	996	13,5
	Maladies ostéo-articulaires	431	5,8
	Autres	1 153	15,6
	Total	7 399	100,0
65 ans et plus		Effectif	%
Hommes	Maladies cardio-vasculaires	3 545	40,9
	Tumeurs	2 639	30,4
	Diabète	1 139	13,1
	Affections psychiatriques	503	5,8
	Maladies de l'appareil respiratoire	303	3,5
	Autres	549	6,3
	Total	8 677	100,0
Femmes	Maladies cardio-vasculaires	3 783	41,9
	Tumeurs	1 798	19,9
	Affections psychiatriques	1 271	14,1
	Diabète	1 219	13,5
	Maladies de l'appareil respiratoire	225	2,5
	Autres	726	8,0
	Total	9 020	100,0

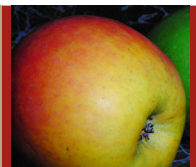
Sources : Cnamts, CCMSA, RSI Unité : nombre moyen, %
Années de référence : 2006-2007

Admissions en affection de longue durée : en cas d'affection comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «longue durée» (ALD) est établi par décret. La liste actuelle porte sur 30 affections ou groupes d'affections.

Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants droits du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels moyens de premiers avis favorables en 2006 et 2007.

Limites d'utilisation des ALD à des fins épidémiologiques : le nombre de personnes admises en affection de longue durée pour une pathologie diffère du nombre de personnes nouvellement atteintes de cette pathologie pour plusieurs raisons :

- certains patients ne demandent pas l'admission en ALD, conduisant à une sous estimation des nouveaux cas (existence d'une autre maladie exonérante, exonération du ticket modérateur à un autre titre ...)
- certaines admissions peuvent être demandées longtemps après la survenue de la maladie (amélioration des possibilités de diagnostics, évolution des possibilités thérapeutiques, évolution de la connaissance que le malade a de son état pathologique et/ou de ses droits...)



Données de morbidité - Les Admissions en affection de longue durée (ALD)

Entre 2006 et 2007, plus de 35 600 admissions en affection de longue durée ont été recensées annuellement en Haute-Normandie. Les trois principaux motifs d'admission en affection de longue durée en Haute-Normandie sont les maladies cardio-vasculaires (32,5 %), les cancers (24,3 %) et le diabète (16,9 %). En éliminant l'effet de la structure par âge, on obtient des taux comparatifs d'admission en ALD régionaux par maladies cardio-vasculaires, tumeurs et diabète de respectivement 639, 481 et 332 admissions pour 100 000 personnes.

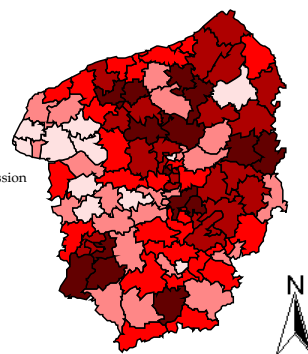
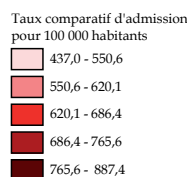
Sur le plan cantonal, les taux comparatifs d'admission en ALD pour maladies cardio-vasculaires s'échelonnent de 437 admissions dans le canton de Sainte-Adresse à 887 pour 100 000 dans le canton de Broglie.

Concernant les admissions par tumeurs, les taux s'échelonnent de 356 admissions pour 100 000 personnes dans le canton de Gournay-en-Bray à 649 dans celui de Yerville.

Enfin, les taux comparatifs d'admission en ALD pour diabète s'échelonnent de 191 admissions pour 100 000 personnes dans le canton de Mont-Saint-Aignan à 538 admissions dans celui de Saint-Etienne-du-Rouvray.

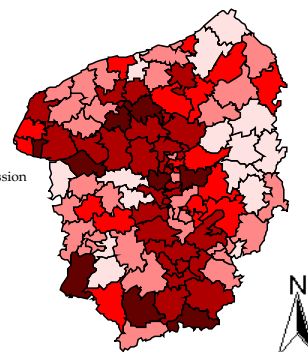
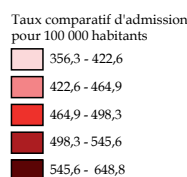
Taux comparatifs d'admission en Affection de Longue Durée pour maladies cardio-vasculaires par cantons Deux sexes - 2006/2007

Eure : 643,2 admissions p. 100 000
Seine-Maritime : 636,8 admissions p. 100 000
Haute-Normandie : 638,6 admissions p. 100 000



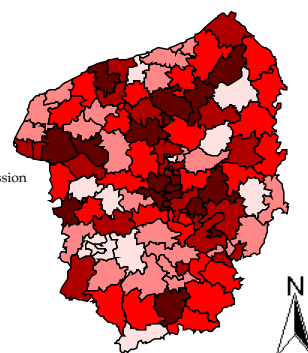
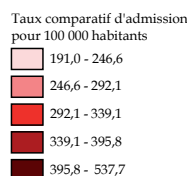
Taux comparatifs d'admission en Affection de Longue Durée pour cancers par cantons Deux sexes - 2006/2007

Eure : 470,7 admissions p. 100 000
Seine-Maritime : 485,7 admissions p. 100 000
Haute-Normandie : 480,9 admissions p. 100 000



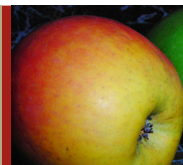
Taux comparatifs d'admission en Affection de Longue Durée pour diabète par cantons Deux sexes - 2006/2007

Eure : 318,3 admissions p. 100 000
Seine-Maritime : 337,8 admissions p. 100 000
Haute-Normandie : 331,5 admissions p. 100 000



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI
Population de référence : Haute-Normandie

Unité : taux pour 100 000
Années de référence : 2006-2007



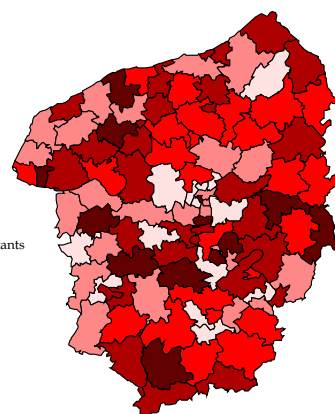
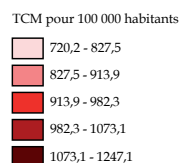
Mortalité générale

La Haute-Normandie se caractérise par une surmortalité générale par rapport à la France métropolitaine : entre 2000 et 2008, 15 745 décès domiciliés dans la région ont été comptabilisés en moyenne chaque année, soit un taux comparatif de mortalité générale de 947,7 décès pour 100 000 habitants (1264,5 décès pour 100 000 hommes et 720,8 décès pour 100 000 femmes). Ce taux est de 880,6 décès pour 100 000 habitants en France métropolitaine.

Sur le plan cantonal, les taux comparatifs de mortalité générale, deux sexes confondus, s'échelonnent de 720,2 décès pour 100 000 personnes domiciliées dans le canton d'Evreux-Ouest à 1 247,1 décès pour 100 000 dans celui de Le Neubourg. Globalement, 77 cantons (dont 54 présentent une différence significative) sur 103 présentent un taux comparatif de mortalité supérieur au taux national et supérieur au taux régional pour 52 d'entre eux (dont 32 affichent une différence significative).

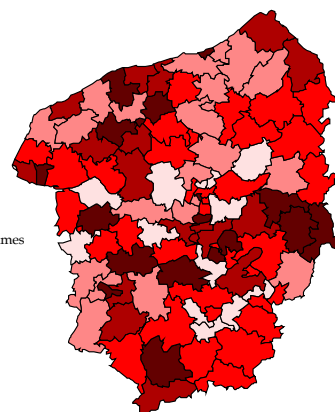
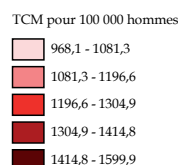
Taux comparatifs de mortalité générale Deux sexes - Cantons (2000/2008 - Référence France métropolitaine)

Eure : 973,6 décès p. 100 000
Seine-Maritime : 937,3 décès p. 100 000
Haute-Normandie : 947,7 décès p. 100 000
France métropolitaine : 880,6 décès p. 100 000



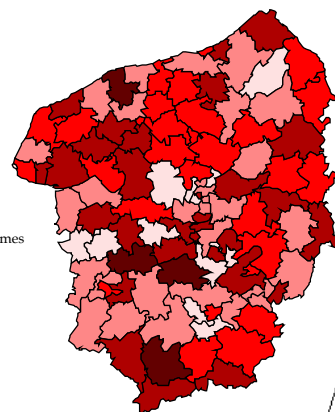
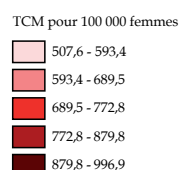
Taux comparatifs de mortalité générale Hommes - Cantons (2000/2008 - Référence France métropolitaine)

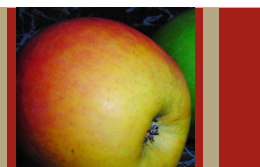
Eure : 1285,9 décès p. 100 000
Seine-Maritime : 1256,5 décès p. 100 000
Haute-Normandie : 1264,5 décès p. 100 000
France métropolitaine : 1164,2 décès p. 100 000



Taux comparatifs de mortalité générale Femmes - Cantons (2000/2008 - Référence France métropolitaine)

Eure : 744,0 décès p. 100 000
Seine-Maritime : 711,4 décès p. 100 000
Haute-Normandie : 720,8 décès p. 100 000
France métropolitaine : 676,3 décès p. 100 000





Principales causes de décès

Plus d'un tiers des décès masculins recensés en Haute-Normandie annuellement entre 2000 et 2008 sont dus à un cancer, soit un tribu plus élevé payé à cette maladie qu'en France métropolitaine (32,6 %). Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire ainsi que les causes extérieures de traumatismes et empoisonnement (principalement les accidents de la circulation et les suicides).

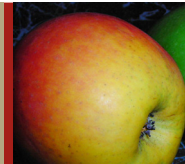
Chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de décès en Haute-Normandie ainsi qu'en France métropolitaine (respectivement 33,6 % contre 34,7 %) devançant ainsi les cancers, les maladies de l'appareil respiratoire et les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements. La part des décès par cancer dans l'ensemble des décès chez les femmes est, tout comme les hommes, plus importante que celle de la France métropolitaine (respectivement 22,8 % contre 21,9 %).

Hommes	Haute-Normandie		France métropolitaine
	Nombre de décès annuels moyen	Part dans l'ensemble des décès	Part dans l'ensemble des décès
Cancers	2 757	33,9%	32,6%
- Poumon	689	8,5%	7,9%
- VADS	288	3,5%	3,0%
- Prostate	250	3,1%	3,2%
- colon rectum	271	3,3%	3,4%
Maladies de l'appareil circulatoire	2 078	25,6%	26,4%
- Cardiopathies ischémiques	709	8,7%	8,6%
- Maladies vasculaires cérébrales	431	5,3%	5,4%
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	704	8,7%	8,5%
- Suicides	276	3,4%	2,9%
- Accidents de la circulation	126	1,6%	1,5%
Maladies de l'appareil respiratoire	473	5,8%	6,4%
- Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	176	2,2%	2,4%
- Pneumonie et bronchopneumonie	130	1,6%	1,8%
Maladies de l'appareil digestif	418	5,1%	4,7%
- Cirrhose alcoolique	210	2,6%	2,1%
Autres causes	1 696	20,9%	21,4%
Toutes causes	8 126	100%	100%

Femmes	Haute-Normandie		France métropolitaine
	Nombre de décès annuels moyen	Part dans l'ensemble des décès	Part dans l'ensemble des décès
Maladies de l'appareil circulatoire	2 369	31,1%	31,8%
- Maladies vasculaires cérébrales	597	7,8%	7,9%
- Cardiopathies ischémiques	588	7,7%	7,0%
Cancers	1 816	23,8%	23,0%
- Sein	355	4,7%	4,4%
- Intestin	232	3,0%	3,0%
- Poumon	154	2,0%	2,1%
- Utérus	95	1,2%	1,2%
Causes extérieures de traumatismes et empoisonnements	449	5,9%	6,1%
- Suicides	96	1,3%	1,1%
- Accidents de la circulation	44	0,6%	0,6%
Maladies de l'appareil respiratoire	438	5,7%	6,1%
- Pneumonie et bronchopneumonie	150	2,0%	2,2%
- Bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives	99	1,3%	1,4%
Troubles mentaux	395	5,2%	3,9%
- Psychoses alcooliques et alcoolisme	25	0,3%	0,2%
- Autres troubles mentaux que psychoses alcooliques et alcool	370	4,9%	3,7%
Autres causes	2 152	28,2%	29,1%
Toutes causes	7 619	100%	100%

Sources : Inserm CépiDc, Insee

Unités : Nombre, %
Années de référence : 2000-2008



Mortalité prématurée

L'allongement de la durée de vie et le vieillissement de la population conduisent à une augmentation sensible de l'âge moyen au décès. Entre 2000-2008, plus de la moitié des 526 431 personnes décédées en France en moyenne par an avaient plus de 80 ans. Conséquence de cette évolution, les statistiques des causes de décès sont de plus en plus le reflet de la mortalité aux grands âges, limitant ainsi leur utilisation pour évaluer les besoins de prévention. De ce fait, l'analyse de la mortalité «prématurée» (mortalité survenant avant 65 ans) semble essentielle. En France, où l'espérance de vie à la naissance est de 77 ans chez les hommes et 84 ans chez les femmes, les décès qui se produisent avant 65 ans peuvent être considérés comme prématurés.

Si la mortalité prématurée est en constante diminution en France, elle demeure toutefois l'une des plus élevées comparativement aux pays européens voisins. Ainsi le paradoxe français est de présenter, pour les hommes comme pour les femmes, la meilleure espérance de vie à 65 ans parmi les pays de l'Union Européenne et une mortalité prématurée défavorable.

Dans ce contexte, la situation de la Haute-Normandie est encore plus préoccupante. La région présente en effet un taux comparatif de mortalité prématurée de 249,5 décès pour 100 000 habitants contre 217,0 décès pour 100 000 en France métropolitaine.

Les hommes sont principalement touchés par la mortalité prématurée avec un taux comparatif régional de 353,0 décès pour 100 000 hommes contre 149,3 décès pour 100 000 femmes.

Sur le plan cantonal, les taux comparatifs de mortalité prématurée s'échelonnent, deux sexes confondus, de 138,5 décès pour 100 000 personnes âgées de 0-64 ans domiciliées dans le canton de Bois-Guillaume à 346,5 décès pour 100 000 dans celui de Breteuil-sur-Iton. Globalement, 70 cantons présentent un taux supérieur à celui national (dont 42 affichent une différence significative) et supérieur à celui régional pour 47 d'entre eux (dont 19 affichent une différence significative).

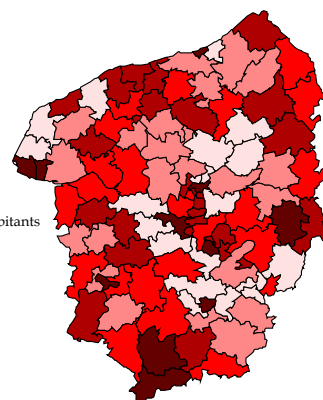
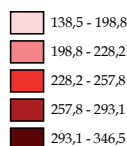
Taux comparatifs de mortalité prématurée (0-64 ans)

Deux sexes - Cantons

(2000/2008 - Référence France métropolitaine)

Eure : 245,5 décès p. 100 000
Seine-Maritime : 251,6 décès p. 100 000
Haute-Normandie : 249,5 décès p. 100 000
France métropolitaine : 217,0 décès p. 100 000

TCM pour 100 000 habitants



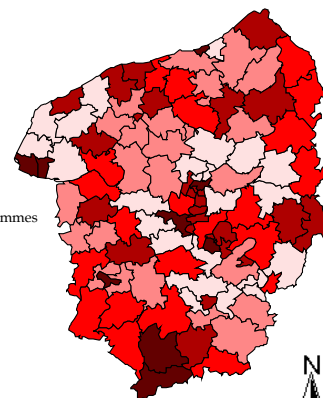
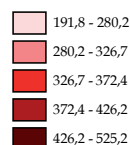
Taux comparatifs de mortalité prématurée (0-64 ans)

Hommes - Cantons

(2000/2008 - Référence France métropolitaine)

Eure : 342,7 décès p. 100 000
Seine-Maritime : 358,3 décès p. 100 000
Haute-Normandie : 353,0 décès p. 100 000
France métropolitaine : 303,2 décès p. 100 000

TCM pour 100 000 hommes

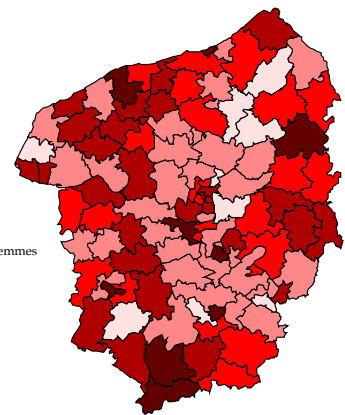
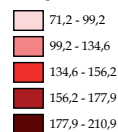




Taux comparatifs de mortalité prématurée (0-64 ans)
Femmes - Cantons
(2000/2008 - Référence France métropolitaine)

Eure : 148,7 décès p. 100 000
Seine-Maritime : 149,7 décès p. 100 000
Haute-Normandie : 149,3 décès p. 100 000
France métropolitaine : 133,7 décès p. 100 000

TCM pour 100 000 femmes



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Unité : Taux pour 100 000
Années de référence : 2000-2008

Plus d'un tiers des décès comptabilisés en Haute-Normandie sont prématurés, soit une proportion supérieure à celle observée en France métropolitaine. Les accidents de la circulation ainsi que les suicides sont les principales causes de mortalité prématurée dans la région et en France métropolitaine, notamment chez les hommes, représentant respectivement 86 % des décès par accidents de la circulation et 73 % de ceux par suicides. Les décès liés à une consommation excessive d'alcool ont pour plus de la moitié d'entre eux lieu avant 65 ans (60 %).

Une partie de cette mortalité prématurée s'avère donc «évitable». En effet, en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prises en charge du système de soins français certaines causes de décès ne devraient pas entraîner la mort avant 65 ans.

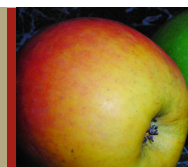
Les décès évitables peuvent être classés en deux groupes selon des modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence.

Le premier groupe distingue les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action sur les facteurs de risques individuels, par exemple décès par cancer du poumon, alcoolisme ou encore accident de la circulation.

Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (y compris dans le cadre d'actions de dépistage), éventuellement renforcée par une action sur certains comportements individuels, par exemple décès par tuberculose ou par cancer du sein.

Si le poids des décès prématurés évitables dans la mortalité avant 65 ans est semblable entre les hommes et les femmes, la lutte contre la mortalité évitable repose sur des actions différentes selon le sexe : prévention des comportements à risque chez les hommes, amélioration des soins et du dépistage chez les femmes.

Les comportements à risque se traduisant par une forte mortalité prématurée évitable par actions sur les facteurs de risque individuel, sont particulièrement présents en Haute-Normandie. La région se caractérise par une surmortalité prématurée importante par cancers, suicides ou encore liée à une consommation excessive d'alcool. Le taux comparatif de mortalité prématurée masculine liée à une consommation excessive d'alcool atteint 51,8 décès pour 100 000 contre 38,4 décès pour 100 000 en France métropolitaine.



Mortalité prématurée par grandes causes

Hommes	Eure	Seine-Maritime	Haute-Normandie	France métropolitaine
Mortalité toutes causes				
- Nombre de décès annuels moyen (0-64 ans)	787	1743	2530	73 915
- Part des décès prématurés dans l'ensemble des décès	31,2%	31,1%	31,1%	27,4%
- TCM p. 100 000 hommes	342,7	358,3	353,0	303,2
Accidents de la circulation				
- Nombre de décès annuels moyen (0-64 ans)	45	64	109	3 481
- Part des décès prématurés dans l'ensemble des décès	84,9%	86,5%	86,2%	84,1%
- TCM p. 100 000 hommes	19,5	12,2	14,4	13,7
Suicides				
- Nombre de décès annuels moyen (0-64 ans)	72	129	201	5 579
- Part des décès prématurés dans l'ensemble des décès	72,7%	72,9%	73,1%	72,2%
- TCM p. 100 000 hommes	30,7	25,7	27,3	22,3
Mortalité liée à une consommation excessive d'alcool				
- Nombre de décès annuels moyen (0-64 ans)	36	100	136	3 373
- Part des décès prématurés dans l'ensemble des décès	61,0%	66,2%	64,8%	60,1%
- TCM p. 100 000 hommes	15,7	20,6	19,0	13,9
Cancers				
- Nombre de décès annuels moyen (0-64 ans)	286	666	953	27 115
- Part des décès prématurés dans l'ensemble des décès	34,6%	34,5%	34,6%	30,9%
- TCM p. 100 000 hommes	126,3	139,5	135,2	112,8
TCM prématurée évitable par action sur les facteurs de risques individuels	142,8	138,7	139,3	115,3

Femmes	Eure	Seine-Maritime	Haute-Normandie	France métropolitaine
Mortalité toutes causes				
- Nombre de décès annuels moyen (0-64 ans)	344	763	1107	33 697
- Part des décès prématurés dans l'ensemble des décès	14,8%	14,4%	14,5%	13,1%
- TCM p. 100 000 femmes	148,7	149,7	149,3	133,7
Accidents de la circulation				
- Nombre de décès annuels moyen (0-64 ans)	14	17	31	978
- Part des décès prématurés dans l'ensemble des décès	77,8%	65,4%	71,5%	69,1%
- TCM p. 100 000 femmes	6,1	3,3	4,1	3,9
Suicides				
- Nombre de décès annuels moyen (0-64 ans)	24	43	67	1 998
- Part des décès prématurés dans l'ensemble des décès	70,6%	70,5%	70,0%	70,6%
- TCM p. 100 000 femmes	10,1	8,3	8,9	7,8
Mortalité liée à une consommation excessive d'alcool				
- Nombre de décès annuels moyen (0-64 ans)	19	38	57	1 330
- Part des décès prématurés dans l'ensemble des décès	65,5%	61,3%	62,6%	58,2%
- TCM p. 100 000 femmes	8,0	7,5	7,7	5,3
Cancers				
- Nombre de décès annuels moyen (0-64 ans)	152	350	502	15 268
- Part des décès prématurés dans l'ensemble des décès	29,2%	27,0%	27,6%	25,8%
- TCM p. 100 000 femmes	66,2	69,1	68,2	60,8
TCM prématurée évitable par action sur les facteurs de risques individuels	39,1	34,0	35,5	31,2

Sources : Inserm CépiDc, Insee

Unités : Nombre, %, Taux pour 100 000
Années de référence : 2000-2008

Méthodologie : La mortalité demeure actuellement le seul indicateur de l'état de santé faisant l'objet d'un recueil systématique et continu quelles que soient l'aire géographique et la pathologie. Ce recueil est matérialisé par les certificats de décès remplis par les médecins et exploités par l'Insee (pour les variables démographiques et sociales) et l'Inserm (pour les causes médicales de décès).

La description de l'état de santé présentée dans ce tableau de bord a été réalisée au moyen d'une analyse statistique des causes médicales de décès sur neuf années s'échelonnant de 1996 à 2004. Le choix d'étudier une période de neuf ans est dicté par la nécessité de disposer d'un nombre suffisant de décès pour obtenir une signification statistique, eu égard à la faible population concernée à l'échelon cantonal.

Taux comparatif de mortalité : le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est défini comme le taux que l'on observerait dans la région et dans les cantons si ces différents échelons géographiques avaient la même structure par âge que la population de référence (ici la population française deux sexes confondus au RP 2006). Les taux comparatifs de mortalité éliminent les effets de la structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes et les cantons haut-normands.

