



État des lieux sanitaire

de la

Métropole Rouen Normandie

mai 2019



Sommaire

Introduction	3
Le territoire d'observation	4
Méthode	5
Contexte	6
Population.....	6
Situation sociale	6
Professionnels de santé libéraux	7
État de santé.....	7
Professionnels de santé	8
Médecins généralistes.....	8
Médecins spécialistes.....	9
Autres professionnels de santé	9
Infirmiers libéraux	9
Masseurs-kinésithérapeutes libéraux	10
Chirurgiens-dentistes libéraux	10
État de santé	11
Espérance de vie.....	11
Répartition des causes de décès.....	12
Mortalité prématurée toutes causes	13
Cancers	14
Maladies cardiovasculaires	17
Maladies de l'appareil respiratoire	19
Suicide.....	20
Accidents de la circulation.....	21
Mortalité par chutes accidentelles.....	21
Mortalité évitable liée à la prévention.....	22
Mortalité évitable liée au système de soins	23
Diabète.....	24
Troubles mentaux et du comportement.....	26
Alcool.....	27
Tabac	27
Autour des jeunes	28
Naissances chez les femmes de 12-20 ans.....	28
Indicateurs issus de l'enquête sur la santé scolaire	28
Synthèse	30
Annexe 1 – Carte des bassins d'éducation et de formation	31
Annexe 2 – Siglaire	31



Introduction

Ce document a pour objet de dresser un état des lieux sanitaire de la Métropole Rouen Normandie. Il vise à identifier l'offre de soins sur ce territoire et les principales problématiques de santé de la population et de mieux cerner le profil sanitaire des différentes composantes territoriales de l'agglomération et plus particulièrement des communes relevant de la politique de la ville, afin de fournir aux décideurs régionaux, d'agglomération et municipaux, des éléments de compréhension des enjeux sanitaires locaux. La connaissance fine des territoires apparaît en effet, dans un objectif de réduction des inégalités sociales et spatiales de santé, comme primordiale. La réalisation de diagnostics locaux doit permettre aux acteurs de la santé mais aussi aux responsables politiques de mieux cerner la spécificité de leur territoire.

Ce document s'appuie sur le traitement d'indicateurs issus de nombreuses bases de données. La majorité des informations traitées est disponible sur l'ensemble de la France au niveau communal, rendant possible des comparaisons entre de nombreux territoires (et particulièrement au niveau des EPCI) et avec le niveau national. Ceci est le fruit des conventions signées entre la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (Fnors) et les principaux producteurs de données du niveau national. Ces partenariats, qui s'inscrivent de plus dans la continuité, offrent un suivi des évolutions, fondamentales pour la mesure de la dynamique territoriale.

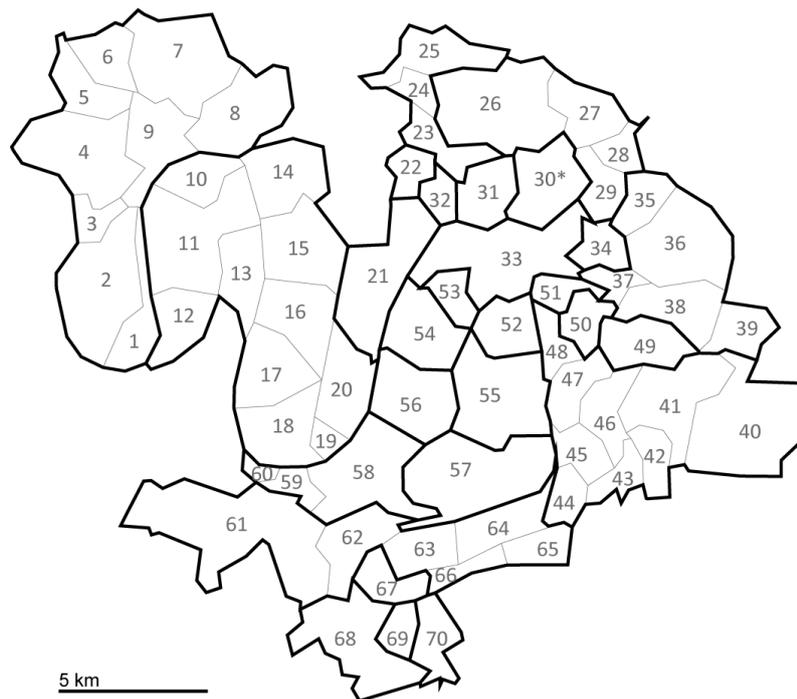
Les indicateurs présentés sont calculés à partir des dernières informations disponibles. De façon générale, la situation de la Métropole Rouen Normandie est comparée à celles de la France hexagonale, la Normandie les 18 autres métropoles de droit communs existantes au 1^{er} janvier 2018. Au niveau infra-métropolitain, les analyses portent sur 28 territoires : les 20 territoires communaux (rassemblant les 21 communes les plus peuplées¹) et 8 autres territoires (comprenant entre 3 et 11 communes) regroupant les 50 autres communes de la Métropole Rouen Normandie. La dimension temporelle est également prise en compte afin d'apprécier parallèlement la dynamique territoriale.

Ce document s'articule autour de plusieurs axes. Des éléments de contexte général (portant sur la démographie, situation sociale, offre en professionnels de santé et état de santé) constituent la première partie de document. Les dimensions de démographie des professionnels de santé et de l'état de santé sont plus particulièrement traitées dans une deuxième et troisième parties. Cette dernière constitue le cœur de document et donne notamment des éléments de connaissance sur les conséquences de certains comportements sur la santé approchés au travers d'indicateurs de santé décrivant la mortalité évitable, la mortalité par pathologies liées à la consommation de tabac et d'alcool ou encore aux indicateurs relatifs au diabète. La quatrième partie présente des éléments relatifs à la santé des jeunes. Enfin, une synthèse présentant une classification des territoires conclut ce document.

¹ Les communes de Bihorel et Bois-Guillaume constituent un même territoire. En effet afin de garantir la production d'indicateurs pluriannuels sur ce territoire, les données doivent reposer sur une composition stable dans le temps.

Le territoire d'observation

Les 71 communes de la Métropole Rouen Normandie



Le Trait et alentours (18 988 hab.)

- 1-Le Mesnil-sous-Jumièges (645 hab.)
- 2-Jumièges (1 757 hab.)
- 3-Yainville (1 064 hab.)
- 4-Le Trait (5 119 hab.)
- 5-Sainte-Marguerite-sur-Duclair (1 950 hab.)
- 6-Épinay-sur-Duclair (544 hab.)
- 7-Saint-Paër (1 352 hab.)
- 8-Saint-Pierre-de-Varengeville (2 343 hab.)
- 9-Duclair (4 214 hab.)

Saint-Martin-de-Boscherville et alentours (9 490 hab.)

- 10-Berville-sur-Seine (561 hab.)
- 11-Anneville-Ambourville (1 204 hab.)
- 12-Yville-sur-Seine (466 hab.)
- 13-Bardouville (655 hab.)
- 14-Hénouville (1 247 hab.)
- 15-Saint-Martin-de-Boscherville (1 506 hab.)
- 16-Quevillon (602 hab.)
- 17-Saint-Pierre-de-Manneville (886 hab.)
- 18-Sahurs (1 252 hab.)
- 19-Hautot-sur-Seine (412 hab.)
- 20-Val-de-la-Haye (699 hab.)

Notre-Dame-de-Bondeville et alentours (17 148 hab.)

- 23-Notre-Dame-de-Bondeville (7 131 hab.)
- 24-Le Houllme (4 082 hab.)
- 25-Malaunay (5 935 hab.)

Isneauville et alentours (7 672 hab.)

- 26-Houppesville (2 704 hab.)
- 27-Isneauville (2 792 hab.)
- 28-Fontaine-sous-Préaux (512 hab.)
- 29-Saint-Martin-du-Vivier (1 664 hab.)

*Bois-Guillaume - Bihorel (21 477 hab.)

- 30-Bihorel (8 222 hab.)
- 30-Bois-Guillaume (13 255 hab.)

Saint-Léger-du-Bourg-Denis et alentours (9 466 hab.)

- 35-Roncherolles-sur-le-Vivier (1 061 hab.)
- 36-Saint-Jacques-sur-Darnétal (2 584 hab.)
- 37-Saint-Léger-du-Bourg-Denis (3 421 hab.)
- 38-Saint-Aubin-Épinay (1 033 hab.)
- 39-Montmain (1 367 hab.)

Boos et alentours (16 204 hab.)

- 40-La Neuville-Chant-d'Oisel (2 242 hab.)
- 41-Boos (3 549 hab.)
- 42-Quévreville-la-Poterie (973 hab.)
- 43-Ymare (1 162 hab.)
- 44-Les Authieux-sur-le-Port-Saint-Ouen (1 244 hab.)
- 45-Gouy (814 hab.)
- 46-Saint-Aubin-Celloville (995 hab.)
- 47-Belbeuf (2 058 hab.)
- 48-Amfreville-la-Mi-Voie (3 167 hab.)

Grand-Couronne et alentours (11 465 hab.)

- 58-Grand-Couronne (9 758 hab.)
- 59-Moulineaux (957 hab.)
- 60-La Bouille (750 hab.)

Cléon et alentours (12 512 hab.)

- 61-La Londe (2 310 hab.)
- 62-Orival (940 hab.)
- 63-Cléon (5 078 hab.)
- 64-Tourville-la-Rivière (2 491 hab.)
- 65-Sotteville-sous-le-Val (801 hab.)
- 66-Freneuse (892 hab.)

Communes traitées individuellement

- 21-Canteleu (14 848 hab.)
- 22-Maromme (11 023 hab.)
- 31-Mont-Saint-Aignan (19 209 hab.)
- 32-Déville-lès-Rouen (10 364 hab.)
- 33-Rouen (110 169 hab.)
- 34-Darnétal (9 561 hab.)
- 49-Franqueville-Saint-Pierre (6 179 hab.)
- 50-Le Mesnil-Esnard (7 949 hab.)
- 51-Bonsecours (6 474 hab.)
- 52-Sotteville-lès-Rouen (29 009 hab.)
- 53-Le Petit-Quevilly (22 511 hab.)
- 54-Le Grand-Quevilly (25 652 hab.)
- 55-Saint-Étienne-du-Rouvray (28 468 hab.)
- 56-Petit-Couronne (8 742 hab.)
- 57-Oissel (11 355 hab.)
- 67-Saint-Aubin-lès-Elbeuf (8 175 hab.)
- 68-Elbeuf (16 515 hab.)
- 69-Caudebec-lès-Elbeuf (10 552 hab.)
- 70-Saint-Pierre-lès-Elbeuf (8 251 hab.)

* Bihorel et Bois-Guillaume ne peuvent être traitées séparément du fait que la plupart des indicateurs présentés dans ce document s'appuient sur des données portant sur une période au cours de laquelle ces communes étaient fusionnées.

Méthode

Comme toutes les intercommunalités fortement peuplées, la Métropole Rouen Normandie est constituée de territoires très hétérogènes. La Métropole Rouen Normandie est en effet caractérisée par de fortes inégalités sociales et combine des zones favorisées et défavorisées.

Il n'existe pas de découpage infra-EPCI applicable à tous les EPCI (hormis l'échelon communal, peu adapté car même les EPCI les plus peuplés sont constitués aussi de petites communes). L'analyse réalisée s'appuie donc sur un découpage géographique spécifique. L'échelon communal ne peut être retenu que si le nombre d'habitants est suffisant et permet de présenter des indicateurs statistiquement stables. Les indicateurs issus de cette analyse ne peuvent être présentés à un niveau infra-communal du fait de l'indisponibilité des données sur cet échelon.

Les communes de plus de 5 000 habitants ont été traitées individuellement et les communes de moins de 5 000 habitants ont fait l'objet de regroupement à partir d'une analyse reposant sur les critères suivants : homogénéité sociale (à l'aide du taux de chômage, du niveau d'imposition ou de la proportion de cadres dans la population active), découpages existants (SCOT, canton), continuité du peuplement (centre-périphérie).

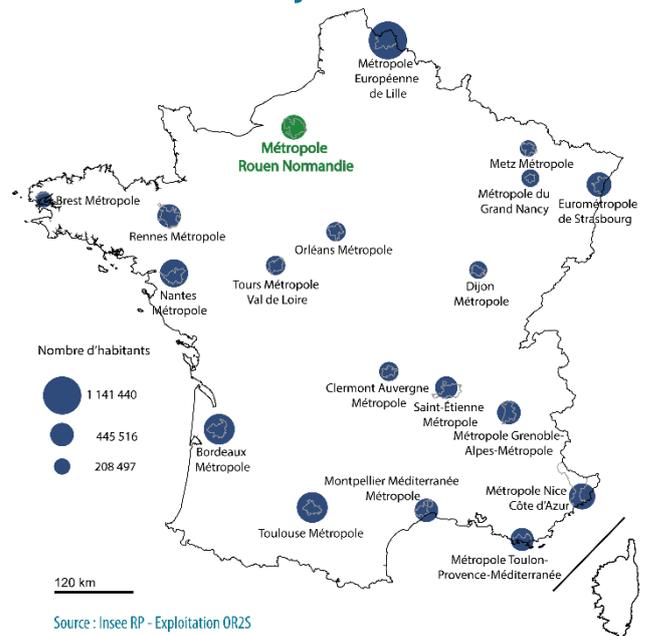
Le maillage retenu est constitué de 28 entités territoriales peuplées au 1^{er} janvier 2015 entre 6 179 et 110 169 habitants.

Les indicateurs de la MRN ont été systématiquement comparés avec les échelons hexagonal et régional ainsi qu'avec les 18 autres métropoles de droit commun au 1^{er} janvier 2018 (cf. carte ci-contre). Les indicateurs sont présentés au niveau infra-métropolitain quand les données le permettent (puissance statistique suffisante et respect du secret statistique).

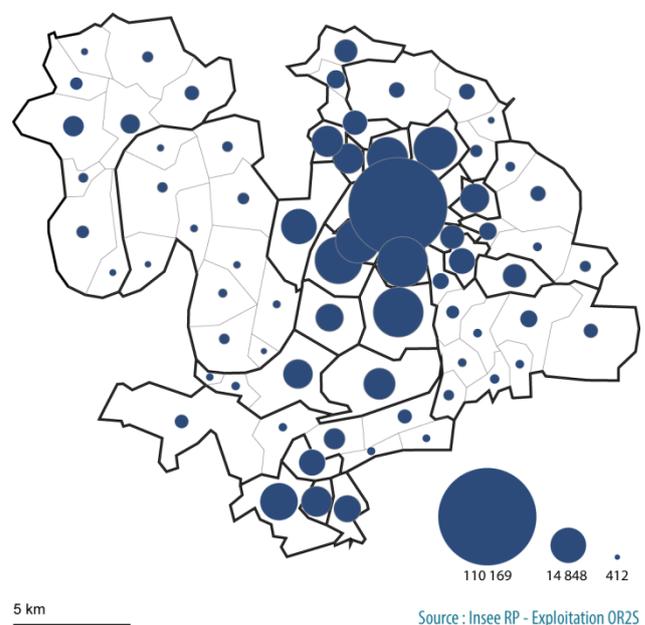
Les données utilisées pour réaliser ce document proviennent de l'Insee (recensement de la population, état civil), de la Drees et d'Asip-Santé (données de démographie des professionnelles de santé), du CépiDc-Inserm (données des certificats de décès), de la Cnam, la CCMSA et du CNRSI (données des affections de longue durée). Enfin, l'enquête Indiss, valorisée par l'OR2S en 2014, donne des éléments sur l'état de santé des jeunes.

Les indicateurs de santé (mortalité, admissions en ALD) sont calculés sur des périodes de sept années afin d'assurer une qualité de représentativité de l'indicateur. Les taux présentés sont standardisés par âge à partir de la population française au 1^{er} janvier 2006.

Les 19 métropoles de droit commun au 1^{er} janvier 2018



Population des communes de Métropole Rouen Normandie



Contexte

Population

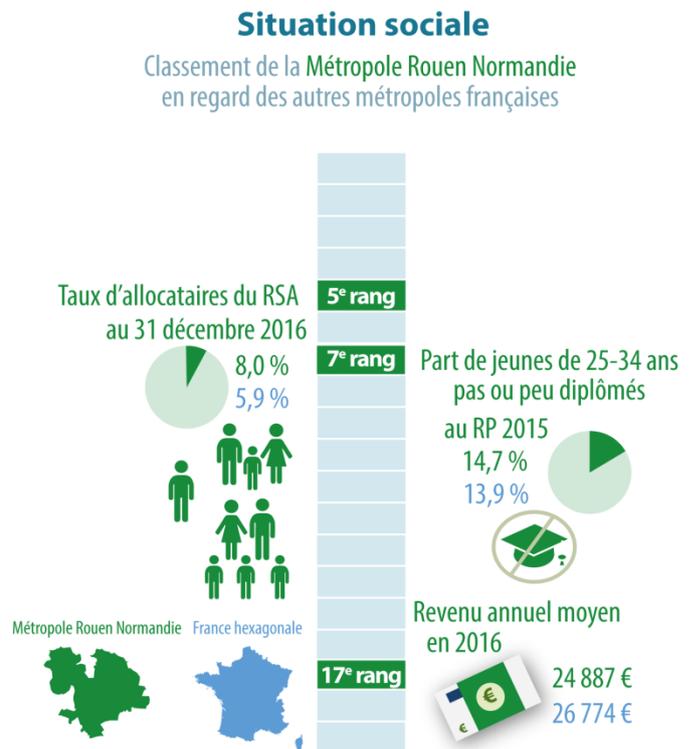
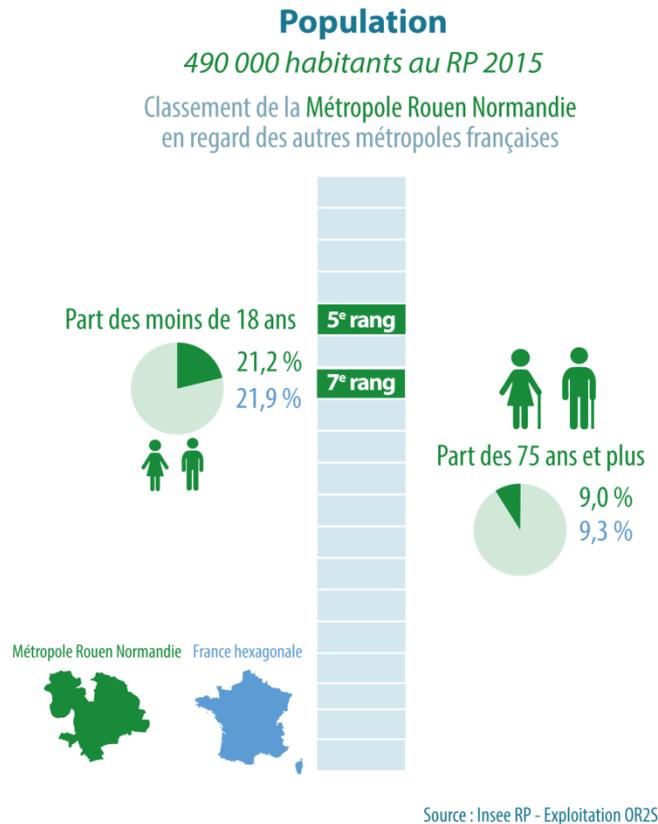
Avec près de 500 000 habitants, la Métropole Rouen Normandie (MRN) arrive en sixième position des métropoles de droit commun les plus peuplées de France (quinzième place en termes de densité). Si, en nombre, la population ne cesse d'augmenter depuis ces trente dernières années, la Métropole Rouen Normandie enregistre au cours de cette période un des plus faibles taux d'accroissement des métropoles françaises (ne dépassant pas + 0,14 % par an en moyenne sur la dernière décennie), malgré une fécondité proche du niveau hexagonal. Au cours des dernières décennies, la Métropole Rouen Normandie s'est toujours positionnée dans le premier tiers des métropoles les plus fécondes. Le relatif dynamisme de cette fécondité engendre un solde naturel positif mais est contrebalancé par un solde migratoire négatif quasi équivalent.

La part des moins de 18 ans est aujourd'hui en deçà de celle observée au niveau hexagonal, la MRN affiche la cinquième valeur des métropoles. Au regard de l'ensemble des métropoles qui présentent toutes des proportions de 18-24 ans et de 25-34 ans supérieures à celle observée pour l'Hexagone, celles de la MRN sont relativement faibles du fait d'un solde migratoire négatif (plus de départs que d'arrivées) observé pour ces classes d'âge.

Les parts des personnes plus âgées (60-74 ans et 75 ans et plus) sont légèrement en deçà de celles observées pour France, situant la MRN au septième rang des métropoles comptant la part de personnes âgées de 75 ans et plus la plus élevée.

Situation sociale

La situation sociale des habitants de la MRN est fragile au regard des autres métropoles et de l'Hexagone. Les taux d'allocataires y sont, pour une majorité de prestations sociales, plus élevés. Cette vulnérabilité sociale se mesure également à travers un chômage élevé, notamment des jeunes, des revenus moyens bien en-deçà de ceux des foyers fiscaux du reste du pays et une part plus importante de jeunes sortis du système scolaire sans ou avec peu de diplôme. En outre, parmi la population active, la MRN dispose parmi les métropoles, de la quatrième part la plus faible de cadres et professions intellectuelles supérieures, la quatrième part la plus importante d'employés et la deuxième part la plus importante d'ouvriers. La structure socio-professionnelle de la MRN est au sein des métropoles, celle qui se rapproche le plus de celle de l'Hexagone.



Professionnels de santé libéraux

Concernant l'offre de soins de premier recours (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes), la MRN présente des densités de professionnels de santé qui, bien que supérieures aux valeurs nationales pour les médecins généralistes, restent le plus souvent et de loin inférieures à celles relevées dans les autres métropoles.

Si la densité régionale des médecins généralistes est supérieure à celle de la France, la MRN affiche, parmi les métropoles, la troisième densité la plus faible pour les médecins spécialistes ayant une activité libérale. Ce constat prévaut pour bon nombre de spécialités : psychiatrie, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie et gastro-entérologie et hépatologie. Bien que la MRN soit un peu mieux pourvue au niveau de l'offre salariée, celle-ci ne comble pas sa sous-dotation relative par rapport aux autres métropoles.

Pour les autres professionnels de santé libéraux, que ce soit pour les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes, la MRN se positionne parmi les densités les plus faibles des métropoles, se situant même en deçà des valeurs hexagonales et ce même en y intégrant l'offre salariée. Les sages-femmes font cependant exception puisque la MRN affiche la quatrième densité la plus forte parmi les métropoles.

État de santé

Même si la mortalité dans la MRN a diminué au même rythme que celle de l'Hexagone au cours des 35 dernières années, les indicateurs d'état de santé restent moins bons que ceux observés dans les autres métropoles hexagonales. La faiblesse des espérances de vie, tant des hommes que des femmes, en constituent l'illustration la plus tangible, restant par conséquent en deçà de celles observées au niveau national.

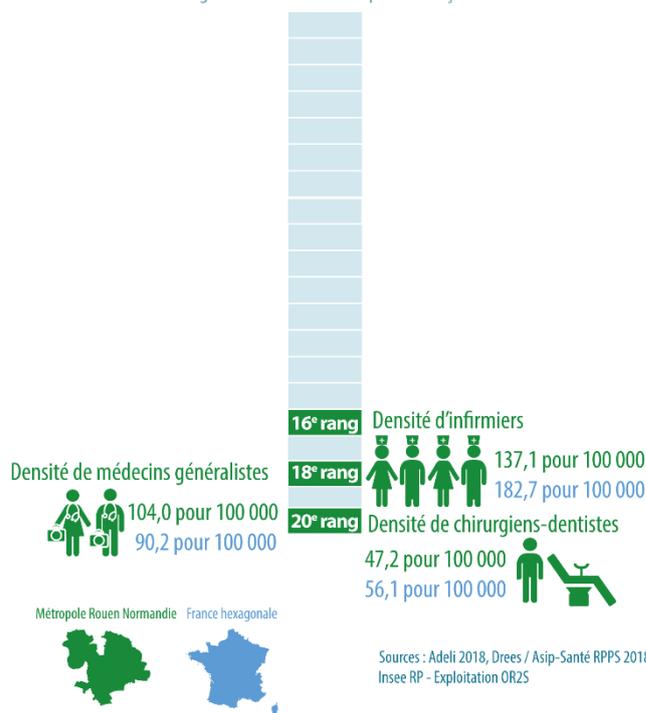
La population de la MRN présente une mortalité supérieure tous âges de l'ordre de 2 % par rapport à celle observée dans l'Hexagone. Sur les décès survenant avant 65 ans, ce différentiel est de l'ordre de 18 %. Si la MRN affichait une mortalité comparable à celle de l'Hexagone, 160 vies seraient épargnées chaque année.

Par rapport aux valeurs de références hexagonales, la MRN affiche une surmortalité respectivement de +10 % et + 7 % pour les deux premières causes de mortalité que sont les cancers et les maladies cardiovasculaires. Parmi les métropoles, la MRN affiche les deuxième et cinquième mortalités les plus élevées pour ces deux grandes causes de décès.

Professionnels de santé libéraux

au 1^{er} janvier 2018

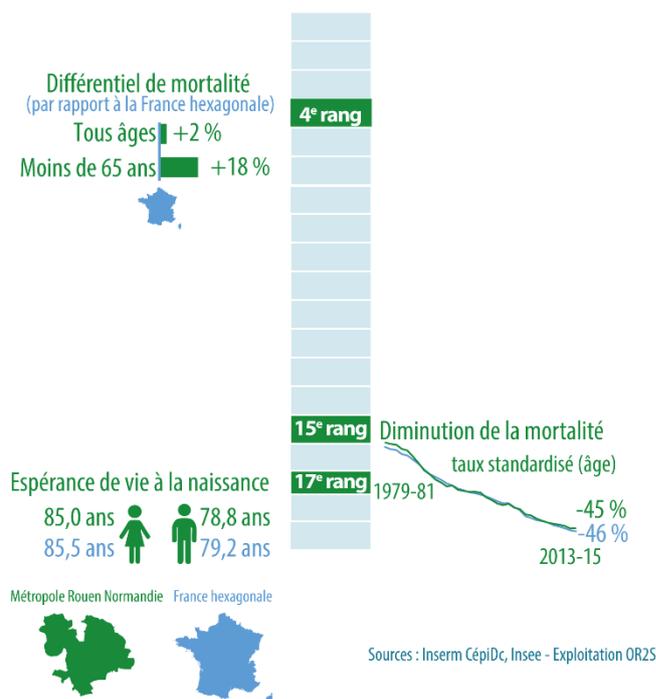
Classement de la Métropole Rouen Normandie en regard des autres métropoles françaises



État de santé

4 250 décès en moyenne annuelle en 2013-2015

Classement de la Métropole Rouen Normandie en regard des autres métropoles françaises



Professionnels de santé

Médecins généralistes

Au 1^{er} janvier 2018, 509 médecins généralistes libéraux (ou mixtes et ayant une activité standard de soins) exercent dans l'ensemble des communes qui composent la Métropole Rouen Normandie, soit une densité de 104 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité est supérieure à celle de la France de 14 points et 21 points à celle de la région (83). Parmi les 19 métropoles hexagonales, la MRN affiche la 17^e densité de médecins généralistes libéraux.

L'implantation des médecins généralistes libéraux est loin d'être homogène sur le territoire : plus d'un tiers d'entre eux est concentré dans la commune de Rouen (147 médecins pour 100 000 habitants). Le territoire englobant Le Trait et ses alentours, Isneauville, les communes de Canteleu, Petit-Quevilly, Saint-Étienne-du-Rouvray et le Mesnil-Esnard, bien qu'ils présentent des densités inférieures à celles observées pour la Métropole Rouen Normandie affichent des densités proches de celle observée en Normandie. En revanche le territoire de Saint-Martin-de-Boscherville et les communes de Saint-Pierre-lès-Elbeuf, Petit-Couronne et Caudebec-lès-Elbeuf disposent d'une offre en médecins généralistes libéraux très en deçà de celle observée pour la région.

Entre 2012 et 2017, la MRN observe une baisse d'une trentaine de médecins généralistes sur son territoire, ce qui se traduit par une baisse de la densité de 6 médecins pour 100 000 habitants.

Un médecin généraliste libéral sur dix est âgé de moins de 35 ans et un sur deux est âgé d'au moins 55 ans

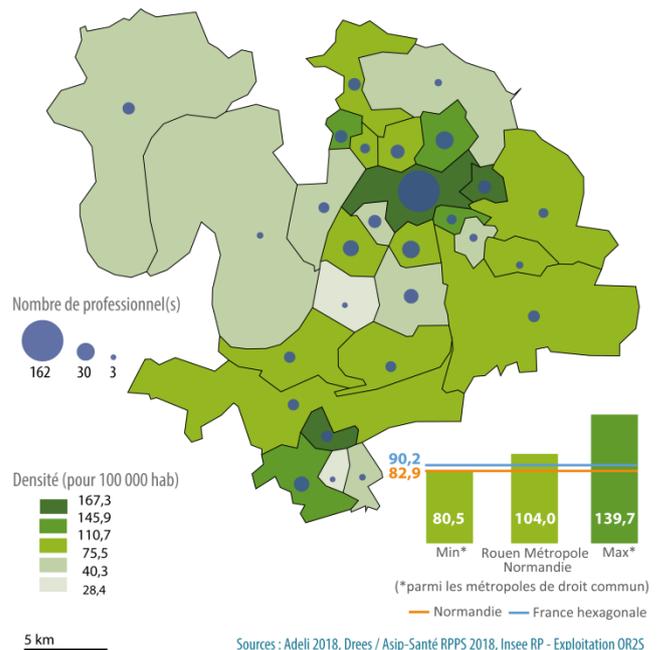
Au 1^{er} janvier 2018, la MRN comptait 53 médecins généralistes libéraux âgés de moins de 35 ans contre 19 au 1^{er} janvier 2012. Ces installations de jeunes médecins libéraux n'arrivent cependant pas à compenser le vieillissement de la profession. Sur la même période, le nombre de médecins généralistes libéraux âgés d'au moins 55 ans est passé de 238 à 260. Au 1^{er} janvier 2018, plus de la moitié des médecins généralistes libéraux a au moins 55 ans.

Les jeunes médecins généralistes libéraux se répartissent de manière inégale sur le territoire de la Métropole Rouen Normandie : 19 sont installés à Rouen, 6 à Darnétal, 4 à Sotteville-lès-Rouen, au Grand-Quevilly et à Bonsecours, 3 à Déville-lès-Rouen et à Elbeuf. Aucun médecin généraliste libéral de moins de 35 ans n'exerce dans la partie ouest ou dans le sud (hormis Elbeuf et Cléon) de la MRN.

L'ouest de la MRN présente une démographie des médecins généralistes libéraux relativement fragile. C'est le cas notamment du territoire de Saint-Martin-de-Boscherville, Petit-Quevilly, Petit-Couronne et Caudebec-lès-Elbeuf qui cumulent une faible densité de praticiens, une absence de jeunes médecins et une large majorité de médecins âgés.

Au 1^{er} janvier 2018, la MRN compte également 252 médecins généralistes exerçant exclusivement sous statut salarié. Conditionnée par l'implantation des établissements de santé, leur répartition est par conséquent inégale sur un échelon géographique tel que la MRN. La ville de Rouen concentre à elle seule près de 60 % des médecins salariés (exclusif) de la MRN. Elbeuf et Bois-Guillaume – Bihorel respectivement 14 % et 10 %, Saint-Aubin-lès-Elbeuf 4 % et Sotteville-lès-Rouen 3 %.

Répartition des médecins généralistes libéraux



Médecins spécialistes

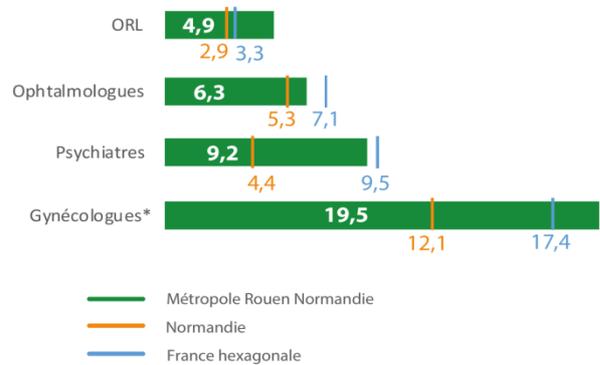
Au 1^{er} janvier 2018, la MRN compte 547 médecins spécialistes libéraux, soit une densité de 119 professionnels pour 100 000 habitants, supérieure respectivement de 26 et 48 points aux densités hexagonale et régionale. Malgré ces chiffres, la MRN se place au 17^e rang des 19 métropoles en termes d'offre de médecins spécialistes libéraux.

La population des médecins spécialistes de la MRN est plus jeune que celle observée au niveau national (43,9 % ont 55 ans et plus dans la MRN contre 54,7 % dans l'Hexagone et 52,4 % en Normandie). La part des spécialistes libéraux âgés de moins de 35 ans est de 6,6 % (contre 4,3 % en Normandie et 4,0 % dans l'Hexagone), plaçant la MRN dans une situation médiane au regard des autres métropoles.

Au 1^{er} janvier 2018, la Métropole Rouen Normandie totalisait 112 médecins spécialistes libéraux de premier recours : 42 gynécologues, 24 ORL, 31 ophtalmologues et 39 psychiatres (respectivement 54, 25, 42 et 45 au 1^{er} janvier 2012). La MRN concentre un quart des gynécologues et des ORL, un sixième des ophtalmologues et un quart des psychiatres de la région. Bien que la MRN affiche une offre en spécialistes de 1^{er} recours plus dense que celle observée pour la Normandie et assez voisine de celle de l'Hexagone, elle se situe au 18^e rang des métropoles hexagonales pour trois de ces quatre spécialités (12^e rang pour les ORL).

La démographie de ces spécialistes illustre le fait que la MRN soit dans une situation assez fragile en termes d'offre de soins. Il y a aujourd'hui une offre moindre de gynécologues, ORL, ophtalmologues et psychiatres dans la MRN que dans les autres métropoles. Cette situation s'avère préoccupante du fait d'un non-renouvellement de ces spécialistes, d'autant plus dans une métropole située au cœur d'une région finalement sous-dotée de ce type de professionnels. En effet, même si parmi ces spécialistes, la part de professionnels de 55 ans et plus n'est pas plus importante dans les autres métropoles, la part de ceux qui ont moins de 35 ans, même lorsqu'elle est plus forte (c'est le cas pour les ORL, ophtalmologues et psychiatres), ne parviendra pas à compenser le déficit relatif d'offre observé dans la MRN.

Médecins spécialistes libéraux



Densités pour 100 000 habitants
* Densité pour 100 000 femmes de 15 ans et plus

Sources : Drees / Asip-Santé RPPS 2018, Insee Exploitation OR25

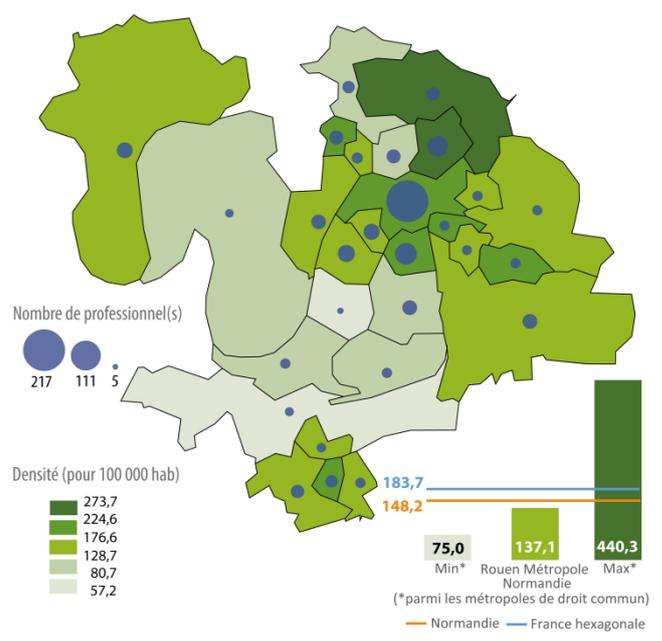
Autres professionnels de santé

Infirmiers libéraux

Au 1^{er} janvier 2018, 671 infirmiers libéraux en activité sont dénombrés dans les communes de MRN, soit une densité de 137 professionnels pour 100 000 habitants. Cette densité est inférieure à la densité régionale et bien inférieure à la moyenne nationale, et ce d'environ 45 points. Elle place la MRN parmi les métropoles disposant de la plus faible offre d'infirmiers libéraux. Au 1^{er} janvier 2018, la MRN compte 160 infirmiers libéraux de plus par rapport au 1^{er} janvier 2012.

La structure par âge de la population des infirmiers libéraux de la MRN est un peu plus jeune que celle de l'Hexagone et comparable à celle observée dans les autres métropoles. Un quart de ces professionnels de santé a moins de 35 ans et un sur cinq est âgé d'au moins 55 ans.

Répartition des infirmiers libéraux



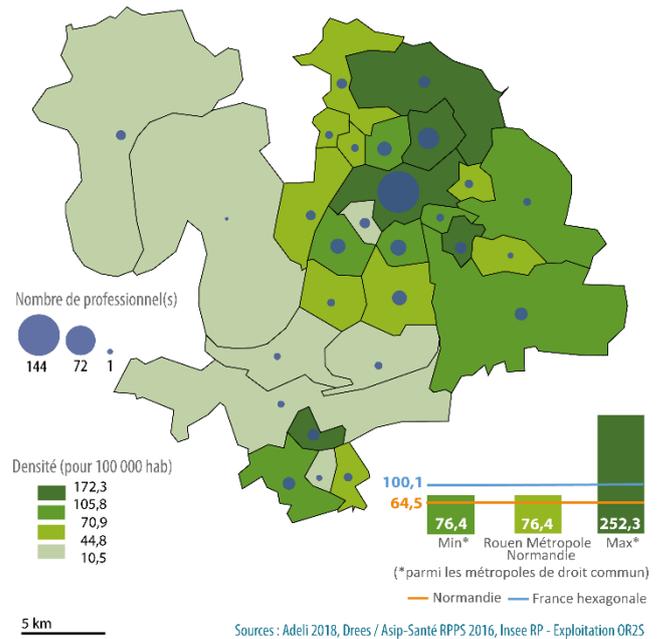
Sources : Adeli 2018, Drees / Asip-Santé RPPS 2018, Insee RP - Exploitation OR25

Masseurs-kinésithérapeutes libéraux

Au 1^{er} janvier 2016, la Métropole Rouen Normandie compte 374 masseurs-kinésithérapeutes libéraux en activité, soit une densité de 76 praticiens pour 100 000 habitants, très en deçà de la valeur nationale (103) mais supérieure à la valeur régionale (64). Même avec 49 masseurs-kinésithérapeutes de plus par rapport au 1^{er} janvier 2012, la MRN reste la métropole disposant de la plus faible offre de masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

La structure par âge de la population des masseurs-kinésithérapeutes libéraux de la MRN est un peu plus jeune que celle de l’Hexagone et comparable à celle observée dans les autres métropoles. Près de la moitié des masseurs-kinésithérapeutes a moins de 35 ans et un sur sept est âgé d’au moins 55 ans.

Répartition des masseurs-kinésithérapeutes



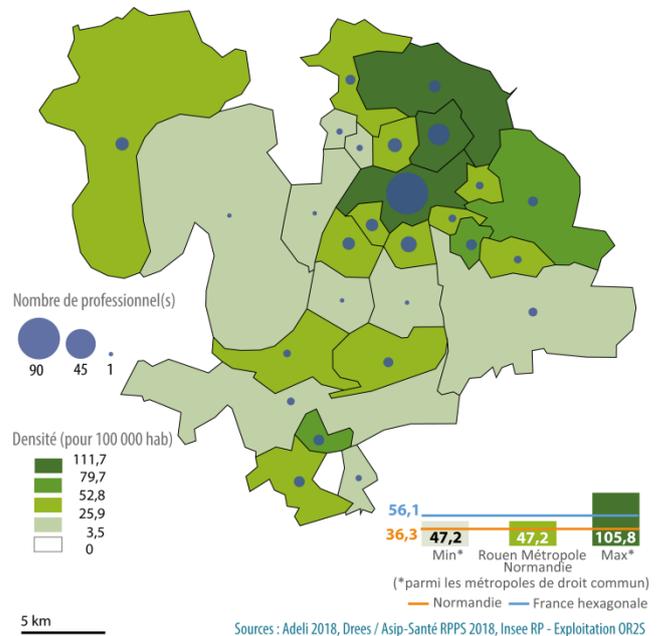
Chirurgiens-dentistes libéraux

Au 1^{er} janvier 2018, la Métropole Rouen Normandie compte 231 chirurgiens-dentistes libéraux en activité, soit une densité de 47 praticiens pour 100 000 habitants, en deçà de la valeur nationale (56) mais supérieure à la valeur régionale (36). Malgré ses 12 chirurgiens-dentistes supplémentaires par rapport au 1^{er} janvier 2012 (deuxième plus forte augmentation parmi les métropoles), la MRN reste la métropole qui dispose de l’offre la plus faible.

La structure par âge de la population des chirurgiens-dentistes libéraux de la MRN est voisine de celle observée pour l’Hexagone et se situe dans une position médiane par rapport aux autres métropoles. Un chirurgien-dentiste libéral sur cinq exerçant dans la MRN a de moins de 35 ans et un tiers est âgé d’au moins 55 ans.

L’offre de chirurgiens-dentistes libéraux de la MRN est loin d’être répartie de manière uniforme. Rouen concentre à elle seule 40 % des chirurgiens-dentistes de la MRN.

Répartition des chirurgiens-dentistes



État de santé

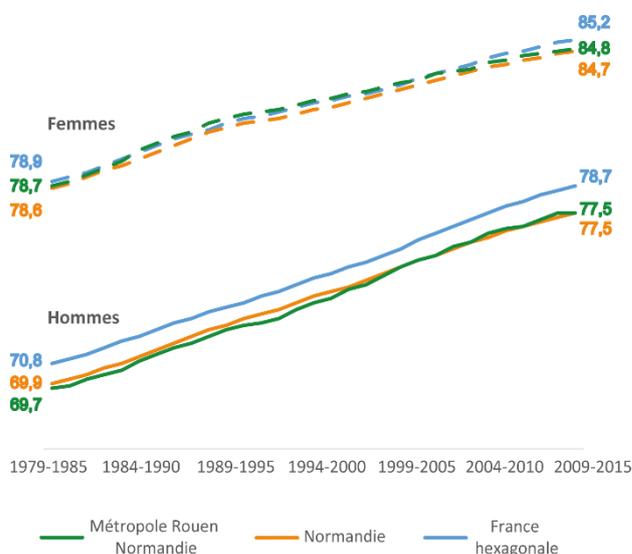
Espérance de vie

Sur la période 2009-2015, les espérances de vie à la naissance de la population de la MRN sont de 84,8 ans pour les femmes et de 77,5 ans pour les hommes. Ces espérances de vie sont inférieures aux valeurs nationales (respectivement 85,2 ans pour les femmes et 78,7 ans pour les hommes), mais quasi similaires aux valeurs régionales (84,7 ans et 77,5 ans).

Comme le présente le graphique ci-contre, les espérances de vie à la naissance des femmes et des hommes se positionnent de manière différente par rapport au niveau national. Chez les hommes, les écarts avec les moyennes nationales ont, au cours des dernières décennies, été stables autour de 1,1-1,2 an. Chez les femmes, les espérances de vie dans la MRN, la région et l'Hexagone ont évolué au même rythme. Ces dernières années, l'augmentation de l'espérance de vie des femmes de la MRN (comme celle des Normandes) semble se tasser laissant apparaître un léger décrochage par rapport à celle observée pour l'Hexagone.

Au cours des trente dernières années l'écart d'espérance de vie entre hommes et femmes est passé de 9,0 ans à 7,3 ans et s'est réduit du même nombre d'années qu'en France hexagonale (de 8,1 à 6,5 ans). L'écart d'espérance de vie entre les hommes et les femmes reste aujourd'hui plus élevé dans la MRN (7,3 ans) qu'au niveau national (6,5 ans).

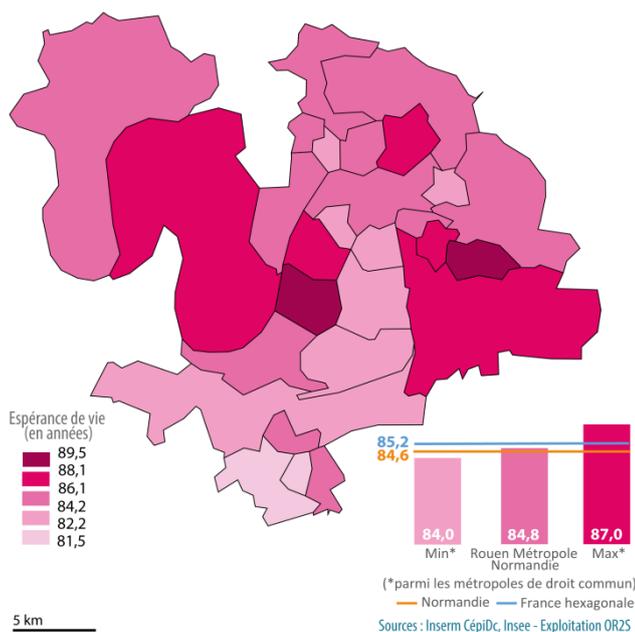
Évolution de l'espérance de vie à a naissance



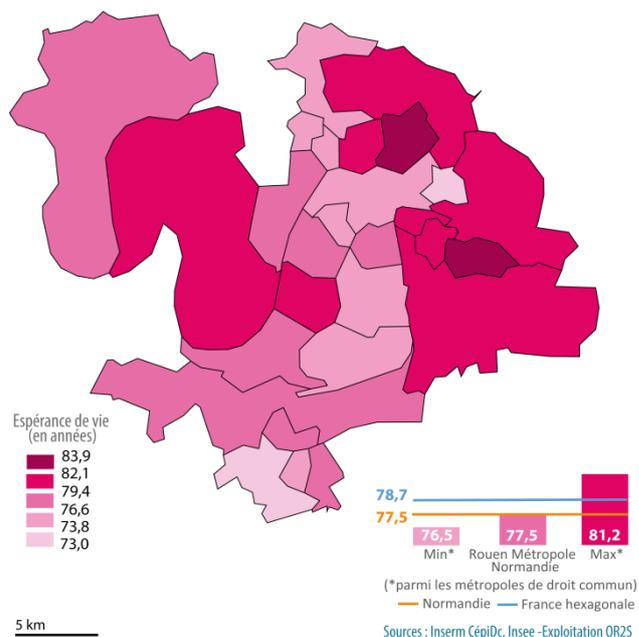
Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation OR2S

Les écarts observés avec les valeurs nationales se constituent avant 65 ans. En effet, l'espérance de vie des femmes à 65 ans est équivalente à celle observée dans l'Hexagone (23,2 ans) et l'espérance de vie des hommes à 65 ans est proche de celle observée dans l'Hexagone (18,8 ans vs 19,1 ans).

Espérance de vie à la naissance chez les femmes



Espérance de vie à la naissance chez les hommes



Répartition des causes de décès

Plus de 55 % des décès provient d'un cancer ou d'une maladie cardiovasculaire

Tous âges et tous genres confondus, les maladies cardiovasculaires et les cancers sont restés les deux principales causes de décès toutes ces dernières années. Toutefois, du fait d'une diminution plus soutenue du nombre de décès par maladies cardiovasculaires que par cancers (cf. pages 14 et 17), le poids de chacune de ces deux causes parmi l'ensemble des décès a évolué différemment au cours de la période d'étude. Si au début des années quatre-vingt, les maladies cardiovasculaires étaient de loin la première cause de décès (représentant 34 % du total des décès en 1979-1985 dans la MRN – un peu plus de 35 % en Normandie et un peu moins de 37 % en France-) suivis des cancers (avec 25 % des décès dans la MRN, 24 % dans la région et 23 % en France hexagonale), la tendance s'est depuis inversée sur les trois zones mentionnées.

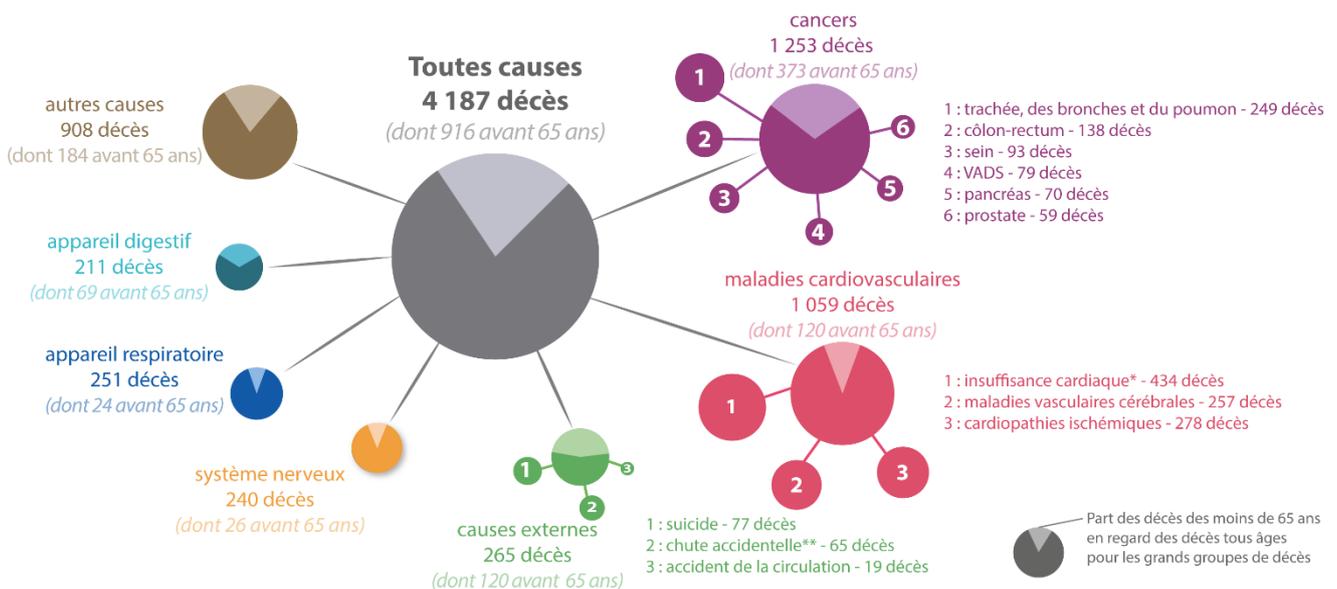
En 2009-2015, les cancers représentent 30 % de l'ensemble des décès et respectivement 26 % et 28 % en Normandie et dans l'Hexagone. La part des décès par maladies cardiovasculaires est un peu plus faible dans la zone d'observation (25 %) que celles relevées en Normandie (28 %) et en France hexagonale (26 %). Néanmoins, une analyse par genre laisse apparaître que les maladies cardiovasculaires restent la première cause de décès chez les femmes, même si la différence entre ces deux groupes de causes tend à se réduire.

En 2009-2015, le troisième grand groupe qui occasionne le plus de décès est constitué des causes externes, représentant autour de 6,5 % de l'ensemble des décès dans les trois niveaux géographiques. Pour la MRN, ce sont les maladies de l'appareil respiratoire qui arrivent en quatrième position (avec 6 %, comme en région et en France) et les maladies de l'appareil digestif viennent ensuite avec un point de plus qu'en région et deux points de plus qu'au niveau national.

Selon les causes de décès, l'augmentation de la mortalité par âge est plus ou moins précoce. Les cancers engendrent davantage de décès chez les personnes plus jeunes alors que, pour les maladies cardiovasculaires, les décès sont plus tardifs. Ainsi, ce sont 30 % des décès par cancers qui surviennent avant 65 ans dans la MRN, soit un peu plus que dans la région (29 %) et qu'en France hexagonale (28 %) contre un peu plus de 11 % pour les maladies cardiovasculaires (10 % en région et 9 % en France hexagonale).

Les cancers constituent la première cause de décès prématurés (provoquant environ deux décès sur cinq de personnes de moins de 65 ans) et les causes externes de décès se situent en deuxième position (un décès sur sept), devant les maladies cardiovasculaires (un décès sur huit). Deux décès sur cinq dus à des causes externes surviennent avant 65 ans.

Répartition des décès dans la Métropole Rouen Normandie suivant les principales causes



* considérée en cause principale, causes associées et comorbidités

** sont ajoutés au décès de cause principale « chute accidentelle », ceux codés à la fois en cause principale « exposition à des facteurs sans précisions » et en cause associée « fracture du fémur ».

Mortalité prématurée toutes causes

Quel que soit l'échelon territorial retenu, la mortalité chez les moins de 65 ans est en moyenne plus de deux fois plus importante chez les hommes que chez les femmes. S'ils se constituent au fil des âges, les écarts de mortalité sont particulièrement importants avant 65 ans. En effet, le taux de mortalité prématurée pour les hommes et les femmes est respectivement supérieur de 21 % et 14 % à ceux observés dans l'Hexagone. Au cours des trente dernières années, la mortalité des hommes de moins de 65 ans a baissé de 42 % et celle des femmes de 38 % contre respectivement 46 % et 39 % dans l'Hexagone. Par conséquent, ces évolutions ont conduit, par rapport aux données hexagonales, à l'accroissement de la surmortalité des femmes résidant dans la MRN (de 8 % à 14 %) et celles des hommes (de 15 % à 21 %). Durant la même période, la mortalité de la MRN, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, a évolué au même rythme que celles observées pour la région.

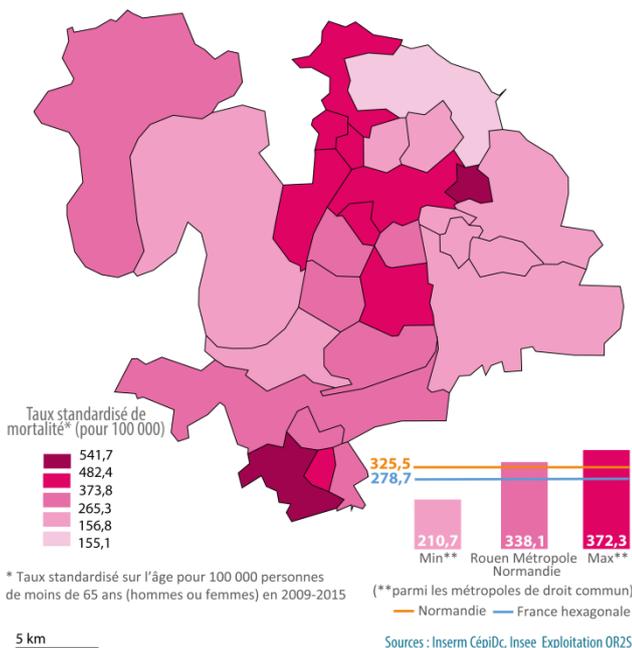
La mortalité prématurée est plus élevée dans la MRN qu'en France et que dans les autres métropoles. Parmi les métropoles, la MRN affiche la troisième mortalité la plus forte aussi bien chez les hommes que chez les femmes. La MRN affiche ainsi une surmortalité de 60 % chez les hommes et 43 % chez les femmes par rapport à la métropole qui présente les meilleurs résultats en termes de mortalité prématurée. Ces écarts se sont creusés au cours des dernières décennies.

La **codification des causes médicales** a été modifiée à partir de 2000, la dixième révision de la Classification internationale des maladies (Cim 10) élaborée par l'Organisation mondiale de la santé remplaçant la neuvième révision (Cim 9) utilisée depuis 1979. Ces modifications se caractérisent par une réorganisation des chapitres de la classification et par le changement du mode de codage. L'analyse des évolutions par cause de décès a nécessité un travail de correspondance entre la version actuelle et la précédente. Pour présenter l'état des lieux actuels, la codification en Cim 10 a été considérée et les analyses d'évolution reposent sur la Cim 9 et à partir de l'équivalence de la Cim 10 à partir de 2000. Ceci explique que pour la période 2009-2015, les chiffres peuvent varier légèrement selon qu'il s'agisse de l'état des lieux actuel ou des évolutions.

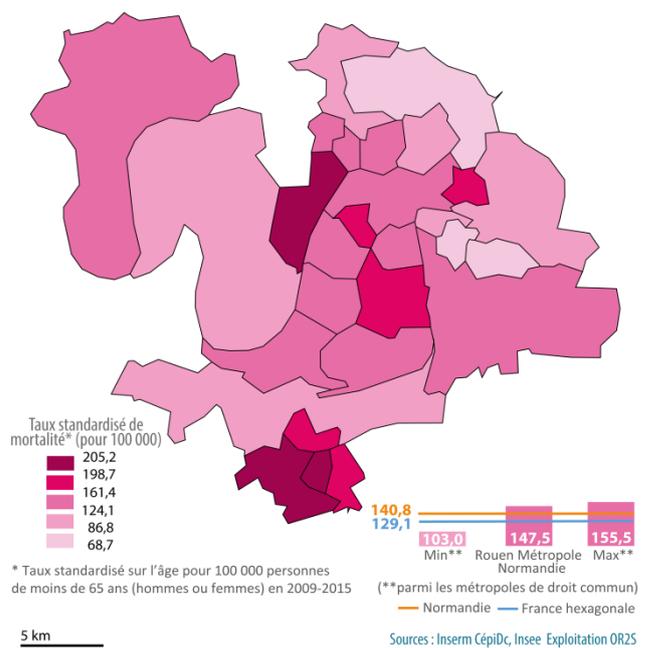
Au début des années quatre-vingt, la surmortalité prématurée observée pour la MRN par rapport à la métropole obtenant les meilleurs résultats atteignait 48 % chez les hommes et 32 % chez les femmes.

Au niveau infra métropolitain, la mortalité prématurée est très hétérogène et varie du simple au triple aussi bien chez les hommes que chez les femmes. La mortalité prématurée des femmes est globalement bien corrélée avec celle des hommes. La mortalité prématurée est la plus élevée à Elbeuf, Darnétal, Canteleu, Petit-Quevilly, Saint-Étienne-du-Rouvray et dans la Vallée du Cailly (communes situées au nord-ouest de Rouen) et la plus basse dans les communes du Plateau nord de Rouen (Bois-Guillaume – Bihorel, Isneauville et alentours...) et celles situées dans le Plateau est de Rouen (hormis Darnétal).

Mortalité prématurée chez les hommes



Mortalité prématurée chez les femmes



Cancers

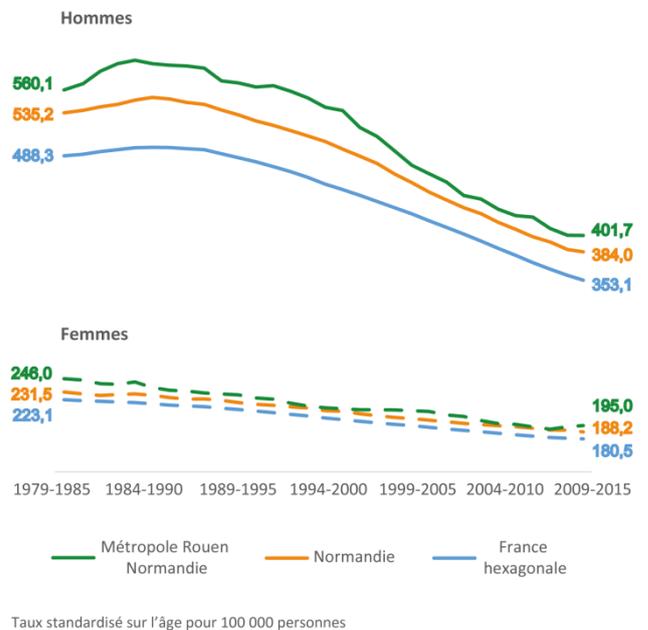
Pour la période 2009-2015, en moyenne annuelle, 1 253 décès dus à des cancers (719 masculins et 534 féminins) ont été dénombrés dans la Métropole Rouen Normandie, ce qui la situe en surmortalité par rapport à la France hexagonale (+10 %). La surmortalité est également supérieure à celle retrouvée sur l'ensemble de la région (+7 %). Elle est plus élevée au regard du niveau national chez les hommes : +14 % versus +9 % sur l'ensemble de la région. Bien qu'existante, elle est moindre chez les femmes quel que soit le territoire d'observation (respectivement +8 % et +4 %).

Depuis les années quatre-vingt-dix, la MRN enregistre une diminution de la mortalité par cancers, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez ces dernières, cette diminution était déjà engagée lors de la décennie précédente. Entre le début des années quatre-vingt et le début des années deux mille, la mortalité par cancers a chuté de 28 % chez les hommes et de 21 % chez les femmes, c'est-à-dire comme dans l'Hexagone et la région. Cependant, les évolutions n'ont pas été identiques à l'intérieur de cette période. Si chez les hommes, la mortalité par cancers a diminué parallèlement dans l'Hexagone et dans la région, celle de la MRN a augmenté au début des années quatre-vingt pour stagner ensuite jusqu'au début des années quatre-vingt-dix ; elle n'engage réellement une diminution sensible qu'autour de l'an 2000, pour converger ensuite vers la valeur régionale. Les dernières années montrent une stagnation de la mortalité par cancers chez les hommes de la MRN. Chez les femmes, le calendrier de la baisse de la mortalité par cancers est quelque peu différent. Aussi, elle a convergé dans la MRN vers la mortalité des femmes normandes au cours des années quatre-vingt. Les courbes se sont ensuite confondues dans les années quatre-vingt-dix. La baisse de la mortalité par cancers chez les femmes de la MRN a ensuite marqué le pas au début des années deux mille pour poursuivre sa diminution les années suivantes. Depuis 2010, la baisse semble s'être enrayée alors que pendant ce temps, la mortalité par cancers des femmes dans l'Hexagone et la région continue de diminuer.

Au niveau local, la mortalité par cancers varie sensiblement selon les territoires étudiés, de manière plus sensible chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, la mortalité par cancers est particulièrement élevée pour Elbeuf et les communes avoisinantes ainsi que pour le sud la MRN, Déville-lès-Rouen et Darnétal. En revanche, l'est de la MRN affiche une mortalité moindre. Chez les femmes, la situation est quelque peu différente. Si la mortalité par cancers est élevée à Elbeuf et aux alentours, les communes situées au sud de Rouen se caractérisent par une mortalité moindre (hormis Petit-Quevilly et Saint-Étienne-du-Rouvray). Par rapport aux hommes, les femmes du territoire de Boos et ses alentours, de Canteleu et de Maromme sont en surmortalité par cancers.

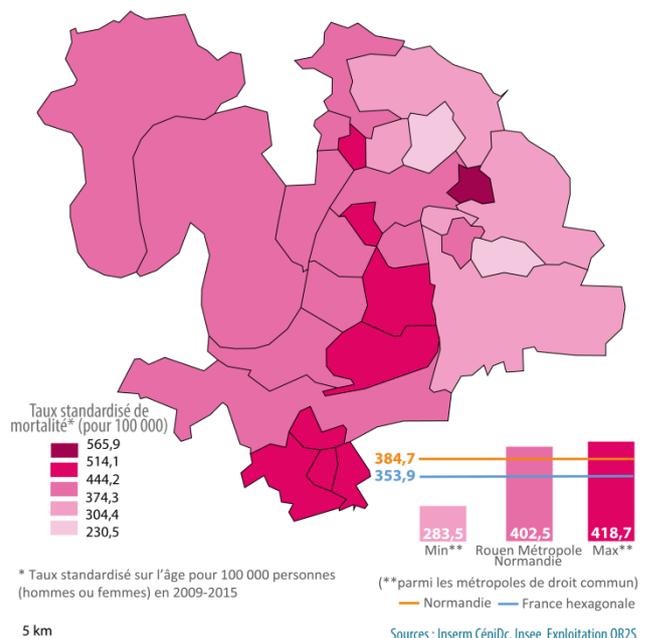
Au niveau de la MRN, la mortalité par cancers des hommes est plus de deux fois supérieure à celle des femmes. Cette surmortalité des hommes est plus faible à Boos et ses alentours et Bois-Guillaume – Bihorel mais plus importante à Mesnil-Esnard, dans le territoire de Saint-Martin-de-Boscherville, Darnétal et Oissel.

Évolution de la mortalité par cancers



Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation OR2S

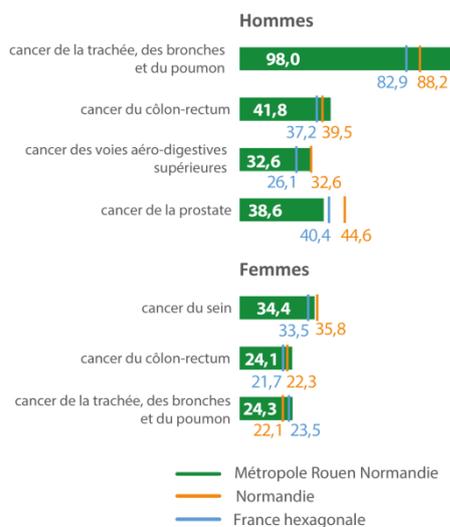
Mortalité par cancers chez les hommes



Dans la MRN, en moyenne annuelle sur la période 2009-2015, 236 hommes et 137 femmes sont décédés d'un cancer avant 65 ans. Ainsi, 30 % des décès par cancers concernent des personnes de cette tranche d'âge (28 % dans l'Hexagone). Cette part est plus élevée chez les hommes que chez les femmes et plus accentuée avec l'Hexagone pour les hommes : 33 % des décès par cancers sont survenus avant 65 ans dans la MRN contre 29 % au niveau national chez les premiers *versus* respectivement 26 % et 25 % pour les secondes. Cela traduit une surmortalité prématurée par rapport au niveau national supérieure à celle retrouvée tous âges, notamment chez les hommes. : +26 % (contre +14 % tous âges) à comparer aux +10 % observés chez les femmes (+8 % tous âges).

Les cancers les plus courants diffèrent suivant le genre. De plus, l'ordonnement des taux de mortalité et ceux d'admission en ALD par localisation cancéreuse varie, notamment chez les hommes, du fait de la variabilité du pronostic de survie par type de cancer. Pour la mortalité masculine, justement du fait d'un mauvais pronostic vital, la localisation qui arrive en première position est le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (185 décès en moyenne annuelle en 2009-2015). Ce cancer provoque presque autant de décès que les trois autres localisations les plus mortelles chez les hommes, à savoir le cancer du côlon-rectum (70 décès en moyenne), celui des VADS (63) et celui de la prostate (59). En termes de mortalité, pour les trois cancers les plus létaux, le taux est supérieur à celui équivalent du niveau national. À signaler chez les hommes de la MRN, la surmortalité par cancers des VADS est de l'ordre de 25 % par rapport au niveau national. Chez les femmes, le cancer du sein est celui qui provoque le plus de décès : 92 en moyenne annuelle sur la période 2009-2015, devant le cancer du côlon-rectum (68 décès) et le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (64 décès). Toutefois, parmi ces trois types de cancers, seul le deuxième situe la MRN en surmortalité (de l'ordre de 10 %), les deux autres présentant des valeurs comparables à celles observées pour l'Hexagone.

Mortalité par cancers selon la localisation



Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 personnes

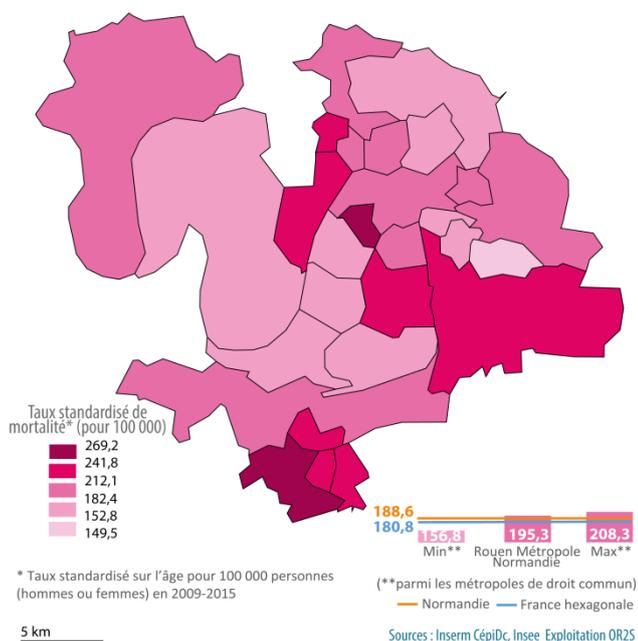
Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation OR2S

Au regard des autres métropoles, la MRN affiche la troisième mortalité la plus forte pour l'ensemble des cancers, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Chez les hommes, la MRN se hisse à la troisième place pour la mortalité par cancers des VADS et du côlon-rectum, à la quatrième place pour le cancer de la trachée, du poumon et des bronches et à la septième place pour le cancer de la prostate. Chez les femmes, la MRN se classe troisième pour la mortalité par cancer du côlon-rectum et pour le cancer du sein et neuvième pour le cancer de la trachée, du poumon et des bronches. La variabilité des mortalités entre métropoles dépend du type de cancer. Ainsi la mortalité peut varier (entre le minimum et le maximum observés pour chaque métropole) de 1 à 1,6 pour le cancer du côlon-rectum, de 1 à 1,7 pour le cancer du sein et de la prostate, de 1 à 1,9 pour le cancer de la trachée, du poumon et des bronches et de 1 à plus de 2,5 pour le cancer des VADS. Ces écarts sont globalement les mêmes pour les hommes et les femmes.

Comme pour la mortalité par cancers, l'ordonnement des taux d'admission en ALD varie en fonction de la localisation cancéreuse particulièrement chez les hommes (cf. graphique page 16).

Sur la période 2008-2014 en moyenne annuelle, près de 2 230 personnes (1 130 hommes et 1 100 femmes) domiciliées dans la MRN ont eu une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée pour un cancer. Cela représente un taux de 632 admissions pour 100 000 hommes, valeur similaire à celle observée au niveau national. De même, avec un taux d'admission en ALD de 451 pour 100 000 chez les femmes, la MRN affiche une valeur voisine de celles femmes pour l'ensemble de l'Hexagone. Ces taux situent la MRN dans une position médiane au regard des autres métropoles qui présentent notamment chez les femmes des valeurs relativement homogènes.

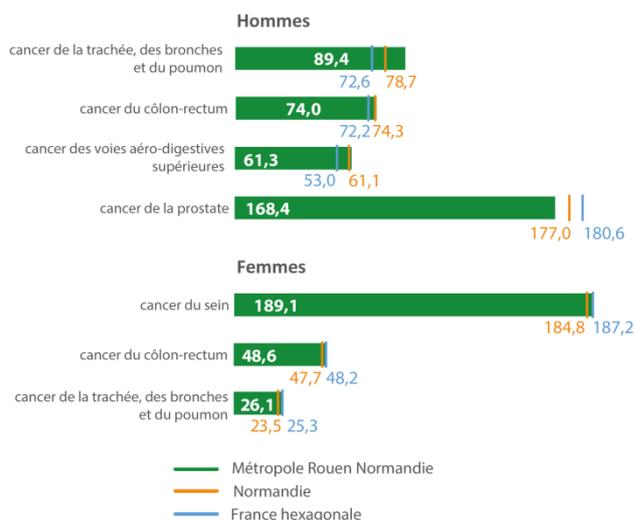
Mortalité par cancers chez les femmes



Avec 292 admissions masculines en moyenne sur la période 2008-2014 dont 197 chez des hommes âgés de 65 ans et plus, le cancer de la prostate figure au premier rang des admissions par cancer dans la MRN. Cela représente un taux d'admissions moindre qu'au niveau national alors que la mortalité est équivalente. Comme pour la mortalité, les hommes de la MRN se caractérisent par des taux d'admission en ALD pour cancers de la trachée, du poumon et des bronches ainsi que pour le cancer des VADS supérieurs aux valeurs nationales. Les 116 admissions masculines en moyenne annuelle sur la période 2008-2014 pour un cancer des voies aéro-digestives supérieures (dont 76 chez des hommes de moins de 65 ans) engendrent un taux d'admissions supérieur de 15 % à celui observé au niveau national. Les 165 admissions pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon (dont 85 chez des hommes âgés de moins de 65 ans) représentent un taux d'admissions de 89,4 pour 100 000 hommes. Enfin, le cancer colorectal a été la cause de la mise en ALD de 128 hommes sur la période 2008-2014 dont 80 âgés de 65 ans ou plus, soit un taux d'admissions de 74 pour 100 000 hommes.

Chez les femmes, le cancer du sein est de loin la première cause d'admissions en ALD avec 452 femmes concernées en moyenne annuelle sur la période 2008-2014 dont 265 âgées de moins de 65 ans. Cela représente un taux d'admissions de 189,1 pour 100 000 femmes, au niveau de la moyenne nationale. Le cancer colorectal entraîne la mise en ALD de 121 femmes en moyenne annuelle dont 82 âgées de 65 ans ou plus, soit un taux d'admissions de 48,6 pour 100 000 femmes de l'ordre de celui observé nationalement. Le troisième cancer en termes de nombre moyen annuel est le cancer de la trachée, des bronches et du poumon qui occasionne l'entrée en ALD de 64 femmes dont 36 chez des moins de 65 ans, soit un taux d'admissions de 26,1 pour 100 000 femmes, là encore au niveau du taux national.

Admissions en ALD pour cancers selon la localisation

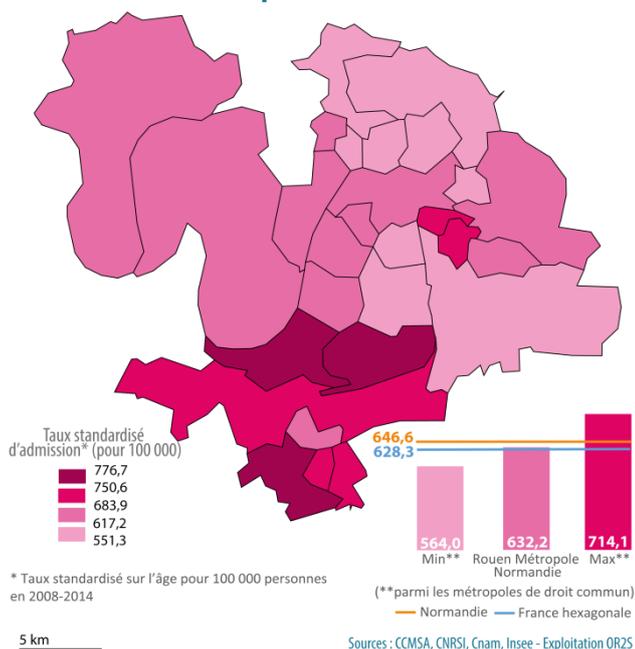


Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 personnes

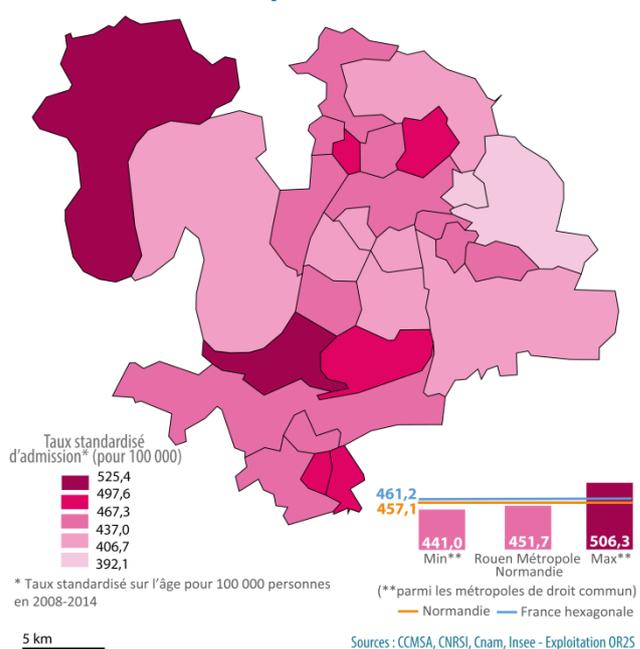
Sources : CCMSA, CNRSI, Cnam, Insee - Exploitation OR2S

Les affections de longue durée ont été abordées en termes de flux, c'est-à-dire d'admission annuelle en ALD. Ces données ne reflètent pas la morbidité réelle, mais rendent compte d'une certaine forme de morbidité diagnostiquée. En effet, seules les personnes diagnostiquées et dont le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées. Aussi, certains territoires peuvent présenter des taux d'ALD moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation au regard de la pathologie abordée soit plus favorable sur ces territoires. Enfin, certaines personnes peuvent avoir un cancer mais ne pas être diagnostiquée ou être diagnostiquée mais ne pas avoir fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD.

Admissions en ALD pour cancers chez les hommes



Admissions en ALD pour cancers chez les femmes



Maladies cardiovasculaires

En 2009-2015, la MRN présente une mortalité par maladies cardiovasculaires équivalente à celle de la France avec en moyenne annuelle 1 059 décès (487 hommes et 572 femmes). En termes de mortalité par maladies cardiovasculaires, la MRN se classe au cinquième rang parmi les métropoles. Elle occupe le deuxième rang chez les hommes et le cinquième chez les femmes. Cependant, une analyse par genre laisse apparaître une surmortalité masculine de l'ordre de 5 % au regard du niveau hexagonal. Dans la MRN, les hommes affiche une surmortalité de 65 % par rapport aux femmes.

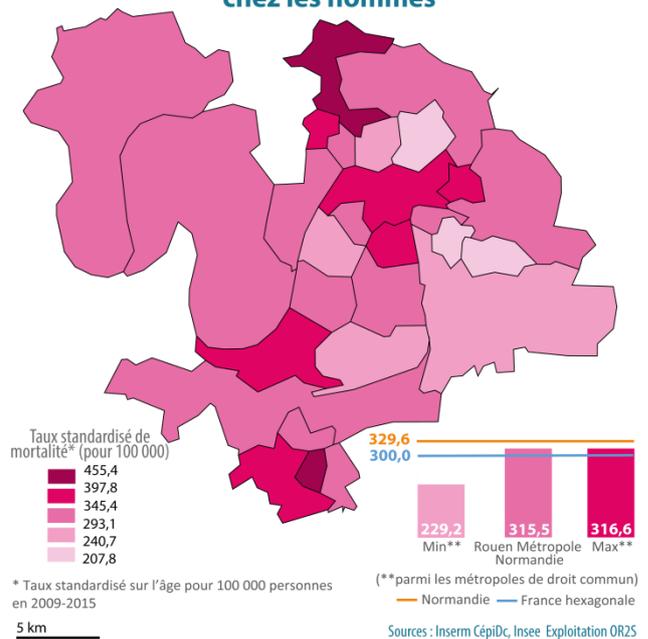
Entre 1979- 1985 et 2009-2015, la mortalité par maladies cardiovasculaires a diminué de plus de 60 %, quelle que soit l'unité géographique (France, région, MRN, autres métropoles) et quel que soit le genre. En comparant les courbes ci-contre avec les évolutions pour les cancers présentées page 14, les diminutions sont plus soutenues pour les maladies de l'appareil circulatoire que pour les cancers ce qui fait que les taux standardisés des premières pathologies sont désormais inférieurs à ceux retrouvés pour les secondes chez les hommes. Chez ces derniers sur les dernières années, la diminution est par ailleurs moins importante conduisant la MRN à présenter de nouveau une surmortalité par rapport aux hommes de l'Hexagone. Si pour l'Hexagone et la région, la mortalité par maladies cardiovasculaires chez les femmes demeure supérieure à celle des cancers, celles de la MRN font désormais jeu égal. Alors que chez les hommes de la MRN, le rythme de la baisse de la mortalité par maladies cardiovasculaires semble ralentir, celle des femmes se poursuit au même rythme que celle observée pour les femmes de l'Hexagone. Les courbes de mortalité par maladies cardiovasculaires de la MRN et de l'Hexagone se confondent ainsi depuis une dizaine d'années.

Localement, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire varie du simple au double selon les territoires, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Au sein des territoires de la MRN, la mortalité par maladies cardiovasculaires des hommes et femmes ne sont pas corrélées.

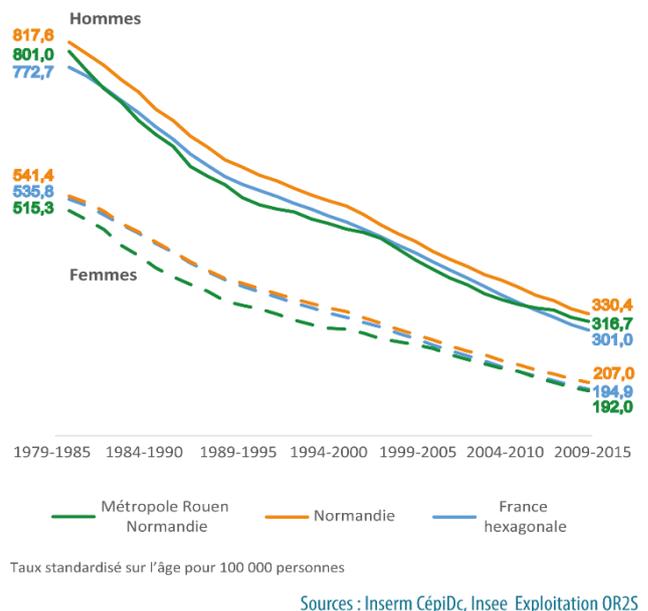
En effet, les territoires où est observée une surmortalité chez les hommes ne sont pas toujours ceux qui présentent une surmortalité chez les femmes. Ainsi, chez les hommes, la Vallée du Cailly (communes de l'ouest de Rouen), Rouen, Darnétal, Sotteville-lès-Rouen et certaines communes du sud de la métropole apparaissent en surmortalité alors que la plupart de ces territoires n'apparaissent pas en surmortalité pour les femmes. En revanche, les territoires de Bois-Guillaume – Bihorel, Mont-Saint-Aignan et ceux situés au sud-est de la ville-centre laissent apparaître une sous-mortalité aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

¹ cette cause de décès n'est pas uniquement considérée en cause principale, cf. texte ci-dessus pour plus de précision

Mortalité par maladies cardiovasculaires chez les hommes

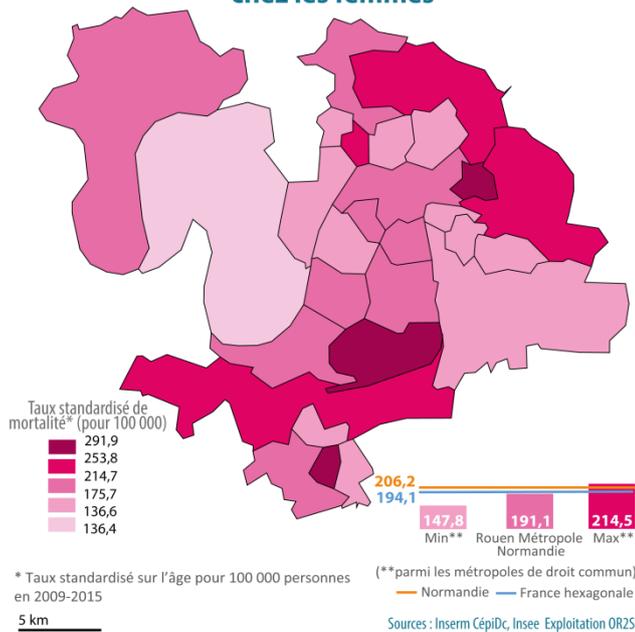


Évolution de la mortalité par maladies cardiovasculaires



Tant chez les hommes que chez les femmes, l'insuffisance cardiaque est la première cause de mortalité par maladies cardiovasculaires¹. Avec 245 décès féminins et 189 décès masculins en moyenne annuelle en 2009-2015, la MRN présente une sous-mortalité par rapport à la France chez les hommes et les femmes de respectivement 14 % et 17 %. Pour chacun des genres, la MRN occupe une position médiane vis-à-vis des autres métropoles.

Mortalité par maladies cardiovasculaires chez les femmes



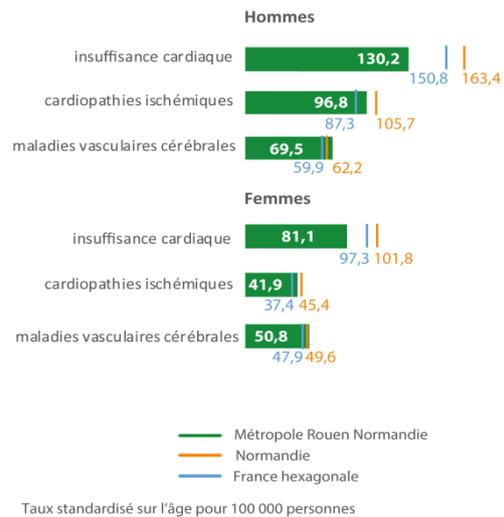
Concernant les ALD pour insuffisance cardiaque, ce sont plus de 1 000 personnes de la MRN (autant de femmes que d'hommes), -dont un quart est âgé de moins de 65 ans-, qui entrent dans le dispositif en moyenne annuelle en 2008-2014. Pour les hommes comme pour les femmes, les taux d'admissions sont toujours inférieurs aux taux équivalents nationaux. En revanche, chez les seuls moins de 65 ans, les taux d'admissions sont comparables à ceux de l'Hexagone.

En moyenne annuelle sur la période 2009-2015, les cardiopathies ischémiques ont provoqué 153 décès masculins et 124 décès féminins dans la MRN. Le rapport est inversé entre les hommes et les femmes pour les accidents vasculaires cérébraux : 151 décès féminins et 105 décès masculins. Tant chez les hommes que chez les femmes, la MRN observe une surmortalité pour cardiopathies ischémiques de l'ordre de 10 % par rapport au niveau national. Pour les accidents vasculaires cérébraux, les hommes de la MRN affichent une surmortalité de 16 % alors que les femmes présentent une mortalité équivalente à celle de l'Hexagone. Avant 65 ans, la mortalité par maladies vasculaires cérébrales de la MRN est supérieure de 35-40 % à celles observée en France. Pour les cardiopathies ischémiques (avant 65 ans), cette réalité ne se retrouve que chez les hommes avec une surmortalité de l'ordre de 20 %.

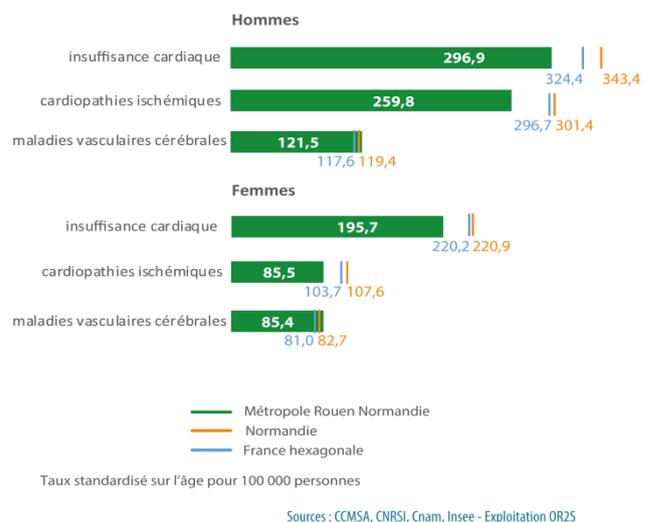
Un peu moins de 700 personnes (471 hommes dont 247 de moins de 65 ans et 218 femmes dont 58 de moins de 65 ans) sont admises en ALD en moyenne annuelle pour la période 2008-2014 pour cardiopathies ischémiques. Le taux d'admissions pour ces pathologies est inférieur de 12 % chez les hommes et 18 % chez les femmes par rapport aux valeurs nationales.

Enfin, les accidents vasculaires cérébraux entraînent la mise en ALD en moyenne annuelle sur la période 2008-2014 de 430 personnes réparties de façon quasi-identique entre hommes et femmes dont 168 chez des moins de 65 ans. Les taux d'admissions en ALD chez les hommes de la MRN sont comparables à ceux observés au niveau national. Chez les femmes, la situation est différente avec un taux d'admissions supérieur au niveau national.

Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire



Admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire



Les **maladies cardiovasculaires** (ou maladies de l'appareil circulatoire) englobent une multitude de pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. Certaines de ces pathologies font l'objet d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée, à savoir :

- ALD n°5 : insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (mentionnée « insuffisance cardiaque » dans ce document) ;
- ALD n°13 : maladie coronaire (mentionnée « cardiopathies ischémiques ») ;
- ALD n°1 : accident vasculaire cérébral invalidant (mentionnée « maladies vasculaires cérébrales » ou « accidents vasculaires cérébraux »).

Les admissions en ALD pour maladies cardiovasculaires mentionnées dans ce document regroupent ces trois ALD et non pas toutes les pathologies constituant les maladies de l'appareil circulatoire.

Concernant la mortalité, l'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales sont considérées en cause principale de décès. Par contre, pour les insuffisances cardiaques, ce sont la cause principale, les causes associées et les comorbidités qui sont prises en compte.

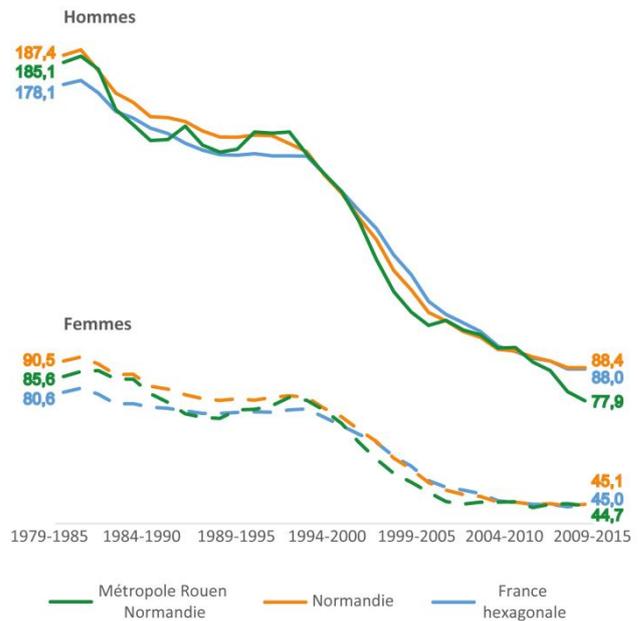
Maladies de l'appareil respiratoire

Sur la période 2009-2015, au regard de la France, la MRN enregistre une sous-mortalité par maladies de l'appareil respiratoire de 6 %, avec en moyenne 251 décès par an (117 hommes et 134 femmes). Cette sous-mortalité n'existe que chez les hommes. En effet, ceux-ci observent une sous-mortalité de 11 % alors que les femmes sont dans une situation équivalente à la valeur nationale correspondante. Dans la MRN, un décès par maladies respiratoires sur dix survient avant 65 ans. Au regard des autres métropoles, la MRN se situe dans une position médiane, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Entre 1979-1985 et 2009-2015, la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a diminué de 58 % chez les hommes de la MRN (51 % dans l'Hexagone et 53 % en région). Cette diminution est un peu moins soutenue chez les femmes (-48 % *versus* -50 % en région et -44 % dans l'Hexagone). Depuis le milieu de la première décennie des années deux mille, la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire est semblable à celle observée pour l'Hexagone et la région, chez les hommes comme chez les femmes. Ces dernières années, elle diminue plus vite que dans l'Hexagone et la région, conduisant désormais à une sous-mortalité masculine.

Au niveau infra métropolitain, la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire n'est pas homogène et varie du simple au triple selon les territoires, et ce aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Le nord (Saint-Léger-du-Bourg-Denis, Notre-Dame-de-Bondeville, Maromme, Isneauville) et le sud de la MRN (Saint-Étienne-du-Rouvray, Oissel, Cléon, Elbeuf, Caudebec-lès-Elbeuf) ainsi que Petit-Quevilly et Darnétal sont les territoires affichant les plus forts niveaux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, tant chez les hommes que chez les femmes. À l'inverse, les territoires du sud-est de la MRN (Boos, Bonsecours, Franqueville-Saint-Pierre), Petit-Couronne, Canteleu, Mont-Saint-Aignan, Bois-Guillaume – Bihorel apparaissent en sous-mortalité.

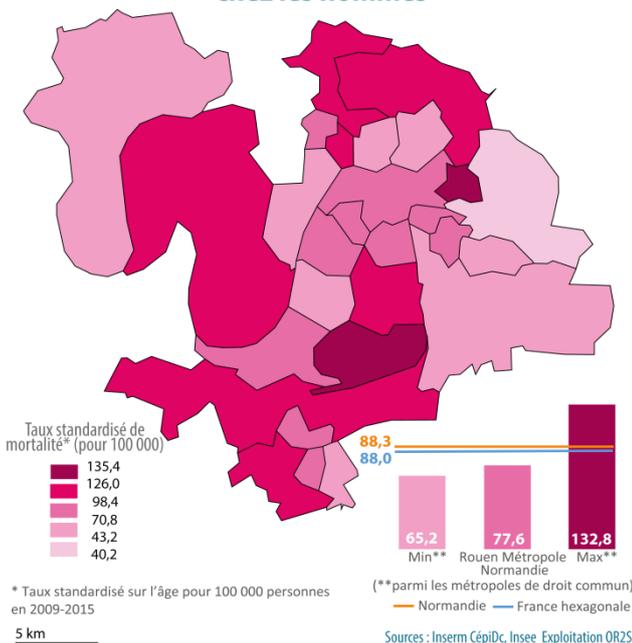
Évolution de la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire



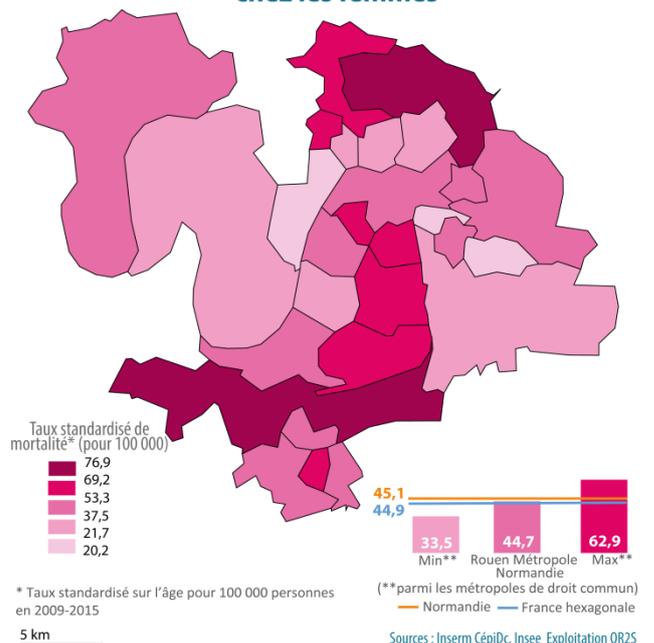
Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 personnes

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation OR2S

Mortalité par maladies respiratoires chez les hommes



Mortalité par maladies respiratoires chez les femmes



Suicide

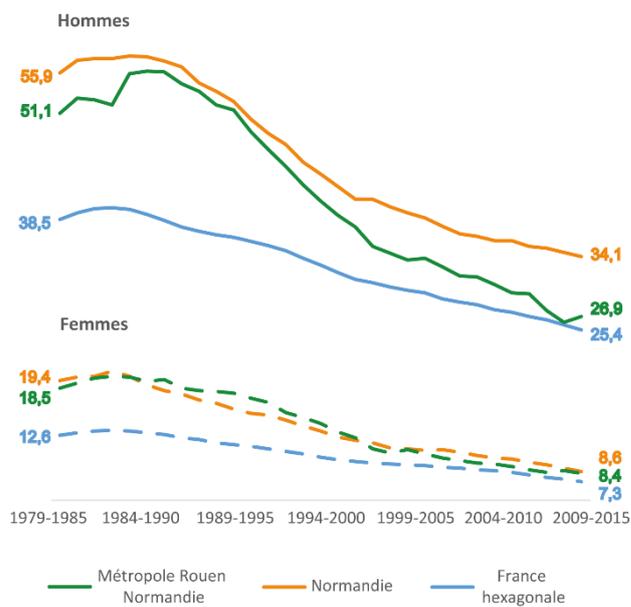
Sur la période 2009-2015, 56 hommes et 22 femmes se sont suicidés en moyenne chaque année dans la Métropole Rouen Normandie, soit une mortalité supérieure respectivement de 6 % et de 14 % au regard du niveau national. La MRN affiche la deuxième mortalité féminine par suicide la plus élevée parmi les métropoles et la huitième chez les hommes.

Chez les moins de 65 ans, ce sont 40 hommes et 15 femmes qui se sont suicidés. Cela représente des taux de suicide comparables à ceux observés au niveau national. Sur cette tranche d'âge, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, la MRN occupe une position médiane par rapport aux autres métropoles.

Au cours de ces trente dernières années, quel que soit le niveau géographique d'analyse, les femmes et les hommes ont vu leur taux de suicide baisser. Toutefois, la baisse du taux féminin a été plus importante que le taux masculin. Ainsi, entre le début des années quatre-vingt et la période 2009-2015, la baisse sur la MRN a été de 55 % chez les premières et de 47 % chez les seconds. Chez les femmes, bien que la diminution ait été plus rapide que dans l'Hexagone (-43 %), la diminution s'est faite au même rythme qu'en Normandie (-56 %). Chez les hommes, cette diminution a été plus soutenue qu'en France hexagonale et en Normandie (respectivement -34 % et -39 %).

L'évolution de la mortalité par suicide dans la MRN n'a pas été régulière au fil de la période. La mortalité par suicide a augmenté dans la plus grande partie des années quatre-vingt et la MRN a atteint aussi bien chez les hommes que chez les femmes, une surmortalité de l'ordre de 45 % par rapport aux valeurs hexagonales. Elle s'est ensuite infléchi au début des années quatre-vingt-dix pour ensuite diminuer sensiblement jusqu'en 2000. Depuis, la baisse s'est faite à un rythme moins soutenue que lors des années précédentes. En 2005, par rapport à l'Hexagone, la MRN observe une surmortalité par suicide de 10 % aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Ces dernières années, cette diminution semble s'infléchir. La mortalité masculine par suicide dans la MRN converge désormais vers les valeurs nationales et s'est détachée des valeurs régionales qu'elle tutoyait autour des années quatre-vingt-dix. La mortalité féminine par suicide a quant à elle suivi une évolution vis-à-vis des valeurs régionales quelque peu différente. En effet, au cours des années quatre-vingt-dix, la MRN présentait une surmortalité féminine par suicide au regard des valeurs régionales alors que chez les hommes, la mortalité par suicide est toujours restée en deçà de celle observée pour la région.

Évolution de la mortalité par suicide



Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 personnes

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation OR2S

Les données de mortalité par suicide

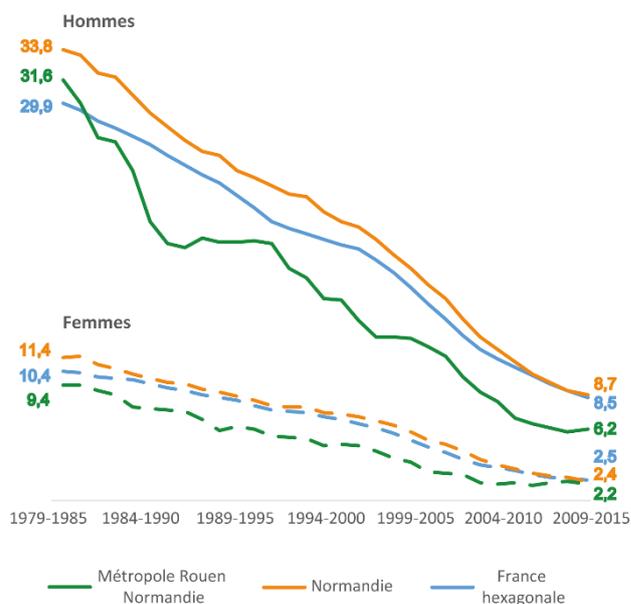
La connaissance des décès par suicide résulte des mentions portées sur le certificat médical de la cause de décès rédigé par le médecin ayant constaté la mort. Les statistiques établies par l'Inserm dans ce domaine doivent être considérées comme des estimations minimales du nombre de suicide. En effet, pour différentes raisons tenant à la perception sociale du suicide ou à l'incertitude sur le caractère volontaire du processus ayant conduit au décès, les médecins certificateurs peuvent ne pas mentionner le suicide ou ne pas être toujours en mesure d'attribuer le décès à un suicide. Le degré de sous-estimation est en outre variable d'une classe d'âge à une autre. Par ailleurs, en cas de mort « suspecte », une procédure médico-légale est engagée et le certificat médical sur lequel doit figurer la cause de décès n'est pas renseignée. Dans le système français, les conclusions des expertises médico-légales correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm, les décès concernés étant considérés en cause inconnue.

Accidents de la circulation

En moyenne annuelle sur la période 2009-2015, 19 décès liés à des accidents de circulation sont survenus pour des habitants domiciliés dans la MRN. Ils concernent davantage les hommes (14 décès) et trois quarts d'entre eux concernent des personnes de moins de 65 ans. Ainsi, le taux de mortalité de 6,1 pour 100 000 hommes est inférieur à celui du niveau national (8,3, soit une sous-mortalité de 27 %). La mortalité des femmes est quant à elle, au niveau de la valeur nationale avec un taux de 2,1 pour 100 000 femmes contre 2,4 en France hexagonale. La mortalité par accident de la circulation est toujours trois fois plus forte chez les hommes que chez les femmes. Au regard des autres métropoles, la MRN affiche la cinquième mortalité par accidents de la circulation la plus importante (cinquième rang chez les hommes et deuxième rang chez les femmes).

Entre le début des années quatre-vingt et 2009-2015, la mortalité par accidents de circulation des hommes a baissé plus rapidement dans la MRN qu'en Normandie ou dans l'Hexagone. Elle a été ainsi divisée par 5 sur cette période (contre 3,5 dans l'Hexagone et 4 en Normandie). Chez les femmes, la baisse a été identique dans la MRN et l'Hexagone, mais un peu plus faible que dans la région. La baisse de la mortalité chez les hommes de la MRN ne s'est cependant pas déroulée de manière régulière contrairement à ce qui s'est passé en France et en région. Elle a été très soutenue au début des années quatre-vingt puis a stagné autour de 1990. La baisse s'est ensuite poursuivie de manière quasi continue jusqu'au milieu des années deux mille. Ces dernières années, la mortalité par accident de la circulation reste stable tant chez les hommes que chez les femmes. Par conséquent, les femmes, qui jusque dans les années deux-mille affichaient une sous mortalité par rapport à la France, se retrouvent désormais au niveau de cette dernière.

Évolution de la mortalité par accident de la circulation



Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 personnes

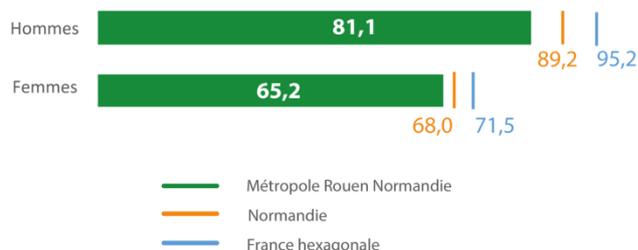
Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation OR2S

Mortalité par chutes accidentelles

En moyenne annuelle sur la période 2009-2015, 58 décès de personnes de 65 ans et plus (37 femmes et 21 hommes) par chutes accidentelles ont été dénombrés dans la MRN. Si le taux masculin affiche une sous-mortalité de 15 % par rapport au niveau national (taux de 81,1 pour 100 000 femmes de 65 ans et plus contre 95,2), le taux féminin est équivalent à celui de la France hexagonale (respectivement 65,2 pour 100 000 femmes de 65 ans et plus contre 71,5). Au regard des autres métropoles, la MRN figure parmi celles qui affichent les taux de mortalité par chutes accidentelles les plus bas (17^e rang pour les hommes et 12^e rang pour les femmes).

Entre 2000-2006 et 2009-2015, le taux de mortalité par chutes accidentelles de personnes de 65 ans et plus a diminué. Dans la MRN, la baisse est de 18 % chez les femmes et 15 % chez les hommes. Sur cette même période, la baisse est respectivement de 27 % et 16 % au niveau national, de 23 % et 11 % en Normandie.

Mortalité par chutes accidentelles



Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 personnes âgées de 65 ans et plus

Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation OR2S

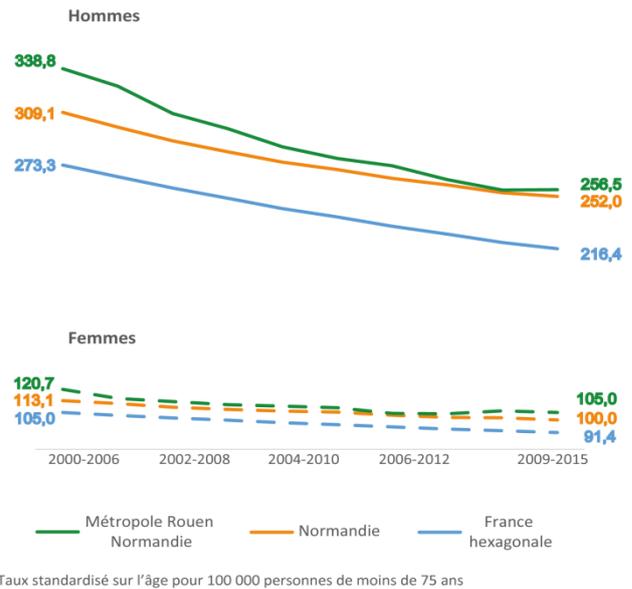
Mortalité évitable liée à la prévention

En 2009-2015, au sein de la MRN, le nombre annuel moyen de décès pouvant être évités chez les personnes de moins de 75 ans par une action préventive s'élevait à 716 (486 hommes et 230 femmes). En découle un taux de mortalité standardisé de 175 décès pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, soit une surmortalité de 16 % au regard de la France. La région présente une surmortalité du même ordre. Comme l'illustrent les graphiques de cette page, les hommes sont davantage concernés que les femmes. Les disparités au regard de la France sont globalement retrouvées pour chacun des deux genres, mais avec des différentiels un peu plus marqués chez les hommes : le taux masculin est supérieur à celui de la France de 19 % et celui des femmes de 15 %. La MRN affiche la troisième mortalité évitable liée à la prévention la plus élevée parmi les métropoles, tant chez les hommes que chez les femmes.

Sur les quinze dernières années, chez les femmes, le taux de mortalité évitable liée à la prévention diminue dans la MRN au même rythme que celui de la France et de la région (-12-13 % entre 2000-2006 et 2009-2015). Pour les hommes, la baisse a été un peu plus rapide dans la MRN que celle relevée en France ou dans la région. La mortalité des hommes de la MRN a ainsi convergé vers celle de la région et, dans le même temps, l'écart avec le niveau national s'est un peu réduit. La MRN fait partie des métropoles ayant le plus réduit leur mortalité évitable liée à la prévention, chez les hommes comme chez les femmes.

La mortalité évitable liée à la prévention varie du simple au triple selon les territoires. La mortalité évitable liée à la prévention des hommes et des femmes sont bien corrélées. Les territoires situés au nord et à l'est de Rouen (Mont-Saint-Aignan, Bois-Guillaume – Bihorel, Inzeauville, Saint-Léger-du-Bourg-Denis, Franqueville-Saint-Pierre, Le Mesnil-Esnard) se caractérisent par la mortalité la plus basse. À l'inverse, les territoires situés à l'ouest et au sud de Rouen (Canteleu, Maromme, Petit-Quevilly, Sotteville-lès-Rouen, Saint-Étienne-du-Rouvray, Oissel, Elbeuf et ses alentours) ainsi que Darnétal affiche les niveaux de mortalité évitable les plus élevés.

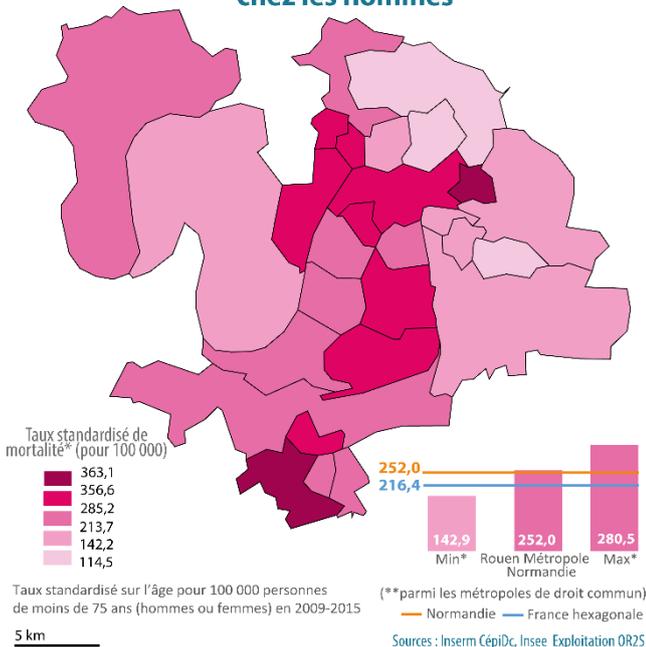
Évolution de la mortalité évitable liée à la prévention



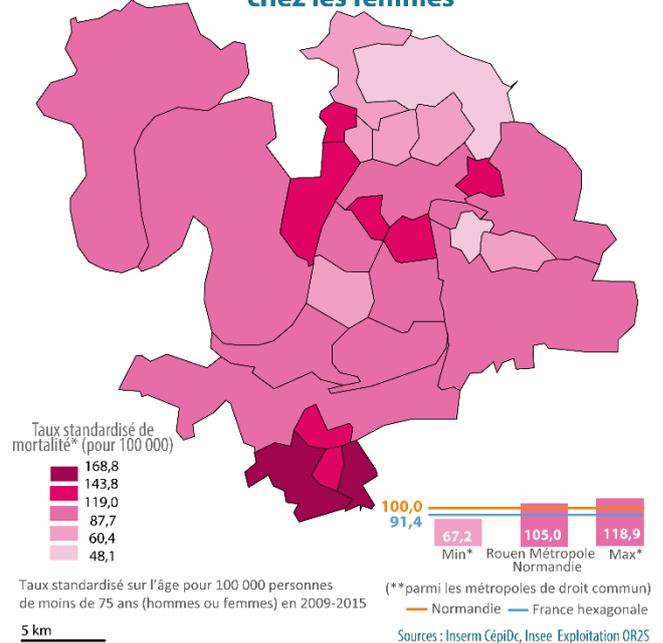
Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation OR2S

Certaines causes de mortalité chez des personnes de moins de 75 ans peuvent être considérées comme « évitables ». En l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant cet âge. La liste a été établie par le Haut Conseil de la santé publique, parallèlement à des travaux au sein de l'Europe, en classant les décès « évitables » en deux groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence. Le premier groupe recense les décès qui pourraient être évités essentiellement par une action de prévention relative aux comportements à risques (consommation d'alcool, de tabac, conduite dangereuse...) Le second groupe comprend les décès évitables principalement grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (cadre curatif, actions de dépistage...) Certaines causes peuvent appartenir aux deux groupes ce qui fait que les décès mentionnés ci-dessous ne peuvent être cumulés pour présenter une mortalité évitable « globale ».

Mortalité évitable liée à la prévention chez les hommes



Mortalité évitable liée à la prévention chez les femmes



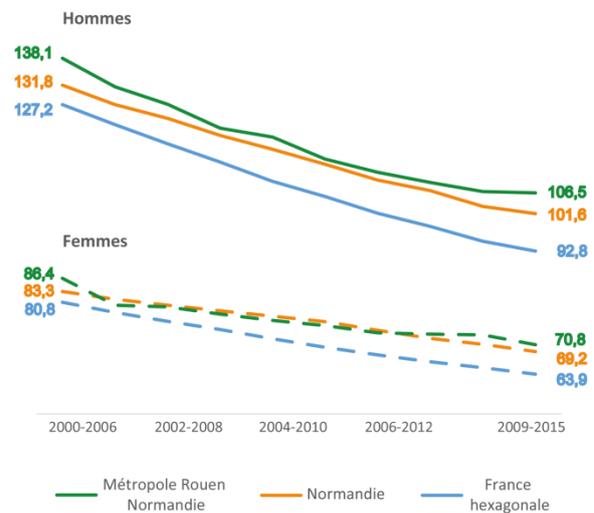
Mortalité évitable liée au système de soins

En 2009-2015, au sein de la MRN, le nombre annuel moyen de décès évitables liés au système de soins chez les personnes de moins de 75 ans s'élève à 355 (200 hommes et 155 femmes). Tous genres confondus, le taux de mortalité enregistré pour la MRN s'élève à 87 décès pour 100 000 habitants de moins de 75 ans, soit une surmortalité de 12 % au regard de la France. La région présente une surmortalité du même ordre.

Depuis le début des années deux mille, le taux de mortalité évitable liée au système de soins a diminué au même rythme dans la MRN, en France, en région et dans les métropoles : de l'ordre de 25 % entre 2000-2006 et 2009-2015. Les taux standardisés de mortalité évitable liée au système de soins ont diminué aussi bien pour les hommes que pour les femmes de moins de 75 ans. Que ce soit dans la MRN, en France et en région, cette diminution a été un peu plus marquée chez les hommes (de l'ordre de 25 %) que chez les femmes (18 %).

Tout comme la mortalité évitable liée à la prévention, le différentiel de mortalité évitable liée au système de soins est un peu plus important chez les hommes (+15 % en 2009-2015) que chez les femmes (+11 %). La MRN affiche la deuxième mortalité évitable liée au système de soins la plus élevée parmi les métropoles, tant chez les hommes que chez les femmes. La MRN figure également parmi les métropoles dans lesquelles cette mortalité a le moins diminué. Enfin, ces dernières années la MRN voit sa mortalité évitable liée au système de soins stagner, ce qui creuse l'écart avec les autres territoires.

Évolution de la mortalité évitable liée au système de soins

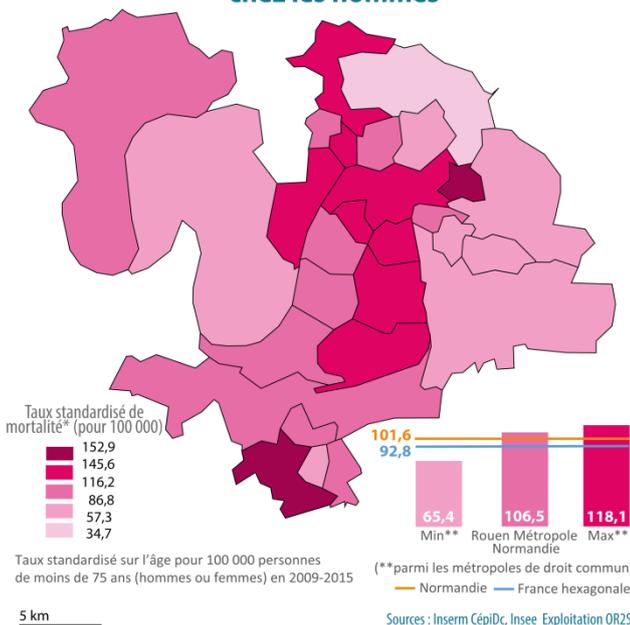


Taux standardisé sur l'âge pour 100 000 personnes de moins de 75 ans

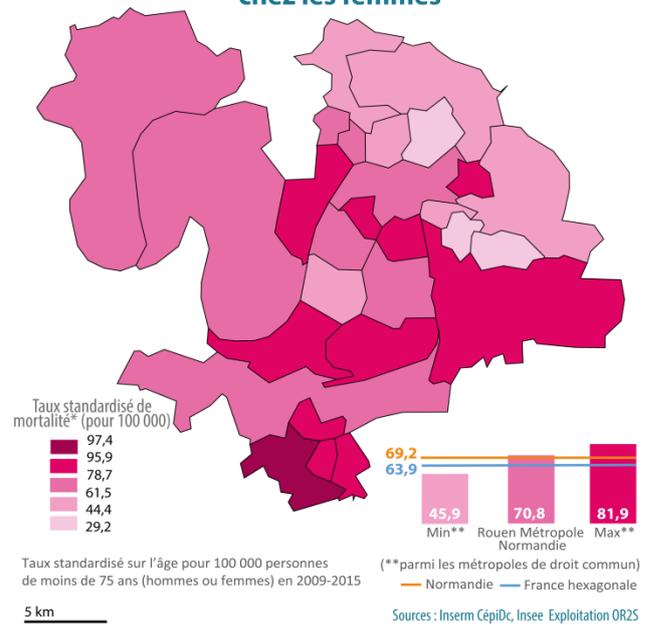
Sources : Inserm CépiDc, Insee Exploitation OR2S

Localement, la mortalité évitable liée à la prévention varie beaucoup selon les territoires. La mortalité évitable liée au système de soins des hommes et des femmes sont bien corrélées. À l'instar de ce qui est observé pour la mortalité évitable liée à la prévention, les taux relevés pour celle liée au système de soins les plus importants sont observés dans la partie sud de la Métropole, dans les communes situées à l'ouest de Rouen ainsi qu'à Darnétal. L'est et surtout le nord de la métropole apparaissent comme les zones où la mortalité évitable liée au système de soins est la plus faible.

Mortalité évitable liée au système de soins chez les hommes



Mortalité évitable liée au système de soins chez les femmes



Diabète

En 2009-2015, au sein de la MRN, le nombre annuel moyen de décès par diabète s'élève à 239 (122 hommes et 117 femmes). Tous genres confondus, le taux de mortalité enregistré pour la MRN s'élève à 53 décès pour 100 000 habitants, soit une sous-mortalité de 5 % au regard de la France. La région présente une sous-mortalité du même ordre. Cette sous-mortalité n'existe cependant que chez les femmes. En effet, les hommes de la MRN observent une mortalité par diabète équivalente à celle observée au niveau hexagonal. Au regard des autres métropoles, la MRN affiche la septième mortalité par diabète la plus importante (sixième rang chez les hommes et septième rang chez les femmes).

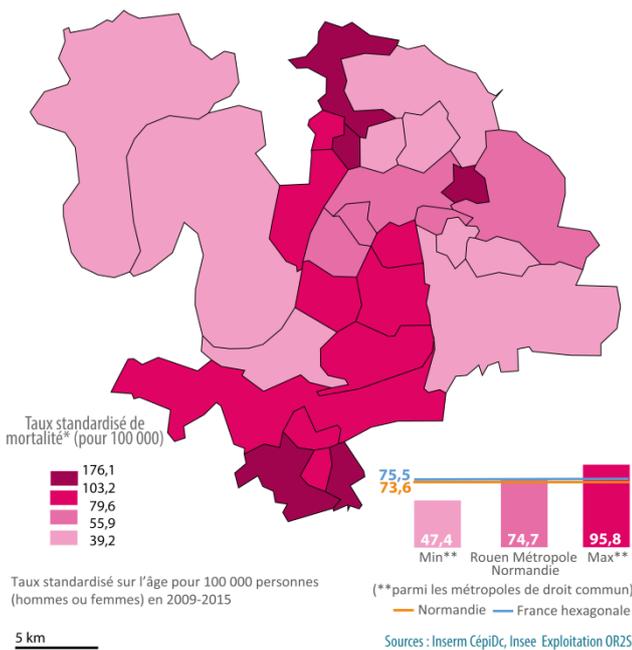
Dans la MRN, 13 % des décès par diabète surviennent avant 65 ans (32 décès) comme dans la région mais un peu plus qu'au niveau national (11 %). Cette proportion figure parmi les plus élevées observées dans les métropoles de droit commun.

Entre 2000-2006 et 2009-2015, le taux de mortalité par diabète a diminué de 14 % dans la MRN. La baisse est de 19 % chez les femmes et 8 % chez les hommes. Sur cette même période, la baisse est respectivement de 12 % et 4 % au niveau national. Dans le même temps, en Normandie, la mortalité par diabète a décru de 8 % chez les femmes et est restée stable chez les hommes. Parmi les métropoles, la MRN occupe une position médiane en termes de diminution de la mortalité par diabète.

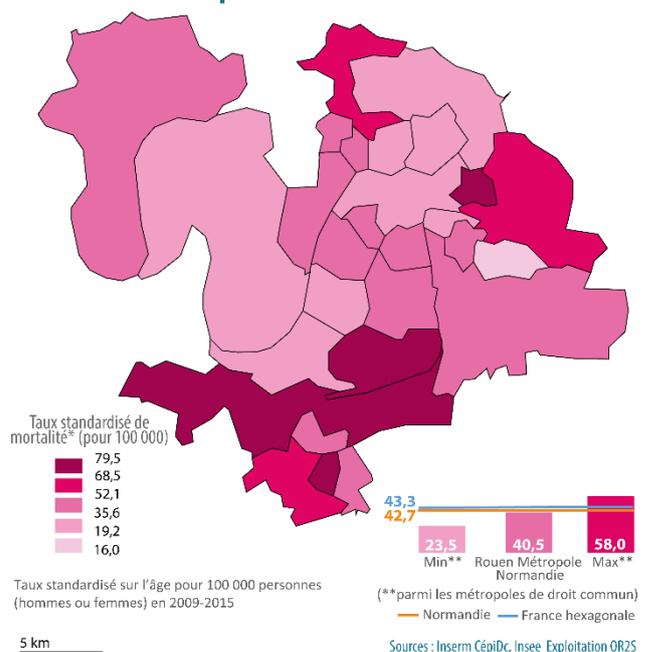
Le **diabète de type 1**, forme la moins fréquente du diabète, survient essentiellement chez les enfants et les jeunes adultes. Il est principalement causé par la destruction des cellules bêta du pancréas, d'où l'incapacité de la personne atteinte à sécréter de l'insuline. Pour cette raison, les injections d'insuline sont vitales chez ces personnes.

Le **diabète de type 2** est beaucoup plus fréquent (plus de 92 % des cas de diabète traité de l'adulte) et survient essentiellement chez les adultes d'âge mûr mais peut survenir à un âge plus jeune. Il est associé à des facteurs nutritionnels et comportementaux comme le surpoids et la sédentarité. Il est caractérisé par une résistance à l'insuline et une carence secondaire de sécrétion d'insuline par épuisement du pancréas. Les **décès** étant le plus souvent liés à une des complications du diabète, celui-ci apparaît en cause associée ou comorbidité. Cependant, cela n'est pas systématiquement mentionné, aussi la mortalité liée au diabète doit être interprétée avec précautions. En outre, du fait du nombre important de décès codés en « diabète sucré, sans précision », il n'est pas possible de faire la distinction quant au type de diabète (type 1, type 2, diabète sucré de malnutrition et autres diabètes).

Mortalité par diabète chez les hommes



Mortalité par diabète chez les femmes



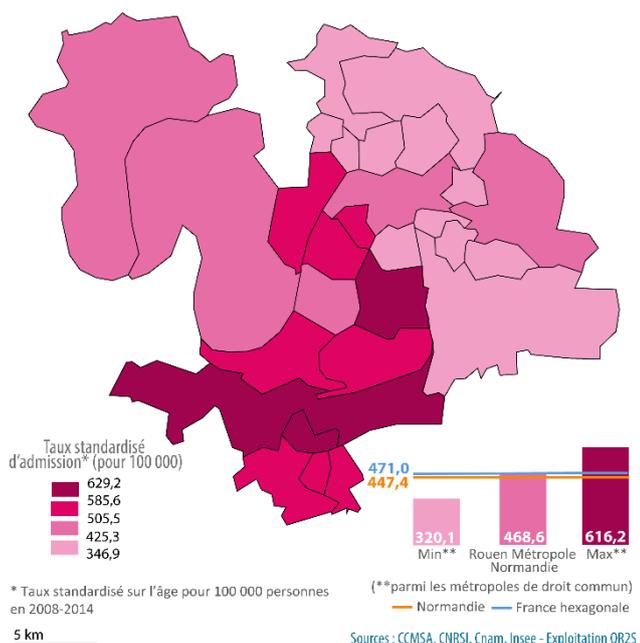
Au niveau infra métropolitain, la mortalité par diabète n'est pas homogène et varie selon les territoires et ce aussi bien chez les hommes que chez les femmes. La Vallée du Cailly (Notre-Dame-de-Bondeville, Maromme, Déville-lès-Rouen, Canteleu, Isneauville), le sud de la MRN (Sotteville-lès-Rouen, Saint-Étienne-du-Rouvray, Oissel, Cléon, Elbeuf, Saint-Pierre-lès-Elbeuf, Saint-Aubin-lès-Elbeuf, Caudebec-lès-Elbeuf) ainsi que Petit-Couronne et Darnétal sont les territoires affichant les plus forts niveaux de mortalité par diabète, tant chez les hommes que chez les femmes. À l'inverse, les territoires de l'ouest et du sud-est de la MRN ainsi que les communes situées au nord de Rouen apparaissent en sous-mortalité.

Concernant les ALD pour diabète, ce sont près de 1 700 personnes de la MRN (900 hommes et 800 femmes), -dont 60 % sont âgés de moins de 65 ans-, qui entrent dans le dispositif chaque année sur la période 2008-2014. La MRN présente un taux d'admission en ALD pour diabète globalement équivalent à celui observé pour l'Hexagone mais supérieur de 6 % à celui caractérisant la Normandie. Une analyse selon le genre laisse apparaître un taux d'admissions en ALD pour diabète des femmes de la MRN supérieur au taux équivalent nationaux. En revanche, chez les hommes, le taux d'admissions est comparable à celui de l'Hexagone.

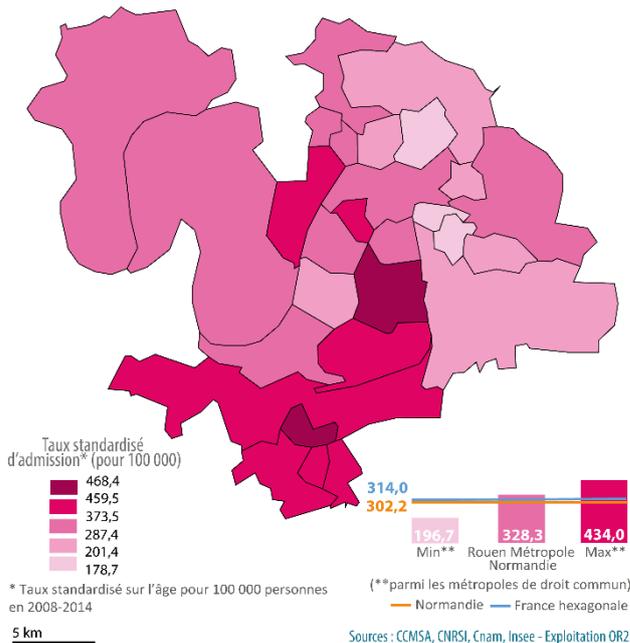
Comme pour la mortalité (cf. page précédente), la MRN occupe une position médiane quant au niveau d'admissions en ALD pour diabète de ses habitants, et ce aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Chez les habitants de la MRN, si à structures par âge égales, les hommes sont admis 1,4 fois plus souvent en ALD pour diabète que les femmes, les niveaux d'admissions par genre sont, au niveau des territoires inframétropolitains, extrêmement bien corrélés. Les taux d'admissions en ALD pour diabète sont particulièrement importants dans le sud de l'agglomération (Caudebec-lès-Elbeuf, Saint-Pierre-lès-Elbeuf, Saint-Aubin-lès-Elbeuf, Elbeuf, Cléon, Oissel, Saint-Étienne-du-Rouvray) à Canteleu et Petit-Quevilly. Ces territoires (hormis Petit-Quevilly) se caractérisent par une surmortalité par diabète. En revanche, d'autres combinent un niveau d'admissions en ALD faible et une mortalité par diabète forte, c'est le cas notamment des territoires situés dans le nord de la Métropole (Darnétal, Notre-Dame-de-Bondeville, Déville-lès-Rouen, Maromme) mais aussi de Petit-Couronne.

Admissions en ALD pour diabète chez les hommes



Admissions en ALD pour diabète chez les femmes



Troubles mentaux et du comportement

En 2009-2015, la MRN présente une surmortalité par troubles mentaux et du comportement de 35 % (chez les hommes comme chez les femmes) par rapport à la France hexagonale avec en moyenne annuelle 582 décès (273 hommes et 309 femmes) chaque année. La MRN est également en surmortalité par rapport à la région (20 % chez les hommes et 28 % chez les femmes). En termes de mortalité par troubles mentaux et du comportement, la MRN se classe au premier rang parmi les métropoles aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

Comme dans l'Hexagone, la mortalité par troubles mentaux et du comportement des hommes est 60 % supérieure à celle des femmes. Dans la MRN, un tiers des décès par troubles mentaux et du comportement survient avant 65 ans chez les hommes contre un décès sur dix chez les femmes (proportions voisines de celles observées dans l'Hexagone).

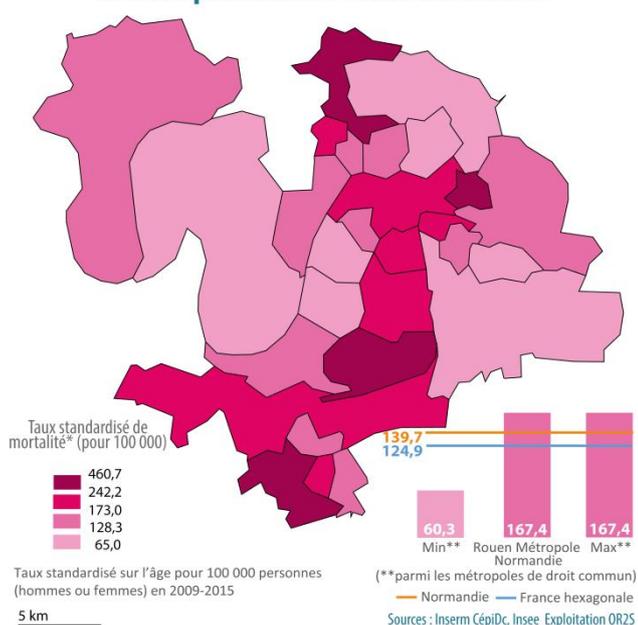
Entre 2000-2006 et 2009-2015, le taux de mortalité par troubles mentaux et du comportement a diminué de l'ordre de 10 % dans la MRN chez les hommes comme chez les femmes. Sur cette même période, la baisse s'est faite au même rythme qu'au niveau national mais un peu plus lentement qu'en Normandie (15 %) et que dans la plupart des autres métropoles.

Les décès par troubles mentaux correspondent aux codes Cim 10 F00-F99 (cause initiale, associée ou de comorbidité). Ils regroupent les troubles mentaux liés à des problèmes organiques, à l'utilisation de substances psychoactives, la schizophrénie et les autres psychoses, les troubles de l'humeur, les troubles névrotiques et les troubles du développement psychologique et enfin les retards mentaux.

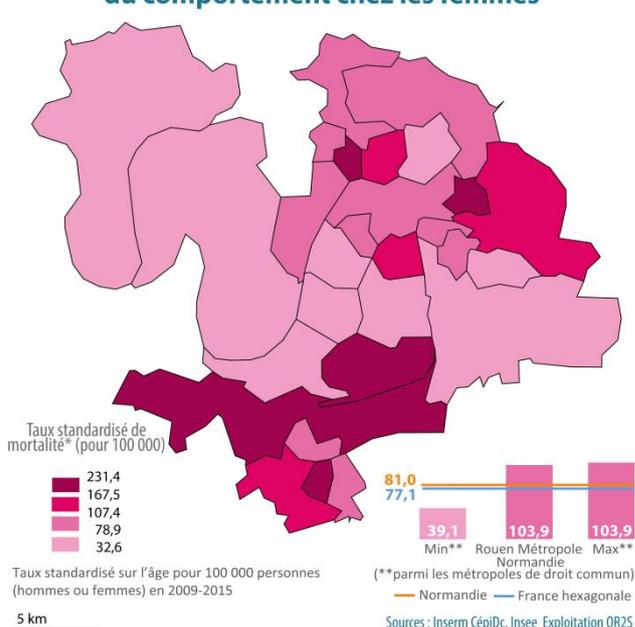
Localement, la mortalité par troubles mentaux et du comportement varie sensiblement d'un territoire à un autre, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Les mortalités par troubles mentaux et du comportement des hommes et femmes sont corrélées.

Les territoires du sud de la métropole, la Vallée du Cailly, Rouen, Darnétal, Saint-Léger-du-Bourg-Denis et Mont-Saint-Aignan se caractérisent par la mortalité par troubles mentaux et du comportement la plus importante. À l'inverse, les territoires de Bois-Guillaume, Le Trait, Saint-Martin-de-Boscherville, Grand-Couronne, Petit Couronne, Boos, Franqueville-Saint-Pierre et Grand-Quevilly présente la mortalité par troubles mentaux et du comportement la plus faible.

Mortalité par troubles mentaux et du comportement chez les hommes



Mortalité par troubles mentaux et du comportement chez les femmes



Alcool

Sur la période 2009-2015, au regard de la France, la MRN enregistre une surmortalité par maladies liées à la consommation d'alcool de 32 %, avec en moyenne 180 décès par an (135 hommes et 45 femmes). Une analyse par genre laisse apparaître que cette surmortalité est un peu plus forte chez les femmes que chez les hommes. Dans la MRN, 60 % des décès par maladies liées à la consommation d'alcool surviennent avant 65 ans. Au regard des autres métropoles, la MRN affiche la 3^e mortalité liée à la consommation d'alcool la plus élevée (3^e pour les hommes et 2^e pour les femmes).

Entre 2000-2006 et 2009-2015, la mortalité par maladies liées à la consommation d'alcool observée dans la MRN a diminué un peu plus vite chez les hommes (-25 %) que chez les femmes (-17 %). Pour chacun des genres, la diminution s'est faite au même rythme dans la MRN que dans la région et dans l'Hexagone. Toutefois, vis-à-vis des autres métropoles qui affichent des diminutions moins prononcées (notamment chez les femmes), la MRN voit baisser sa mortalité plus rapidement.

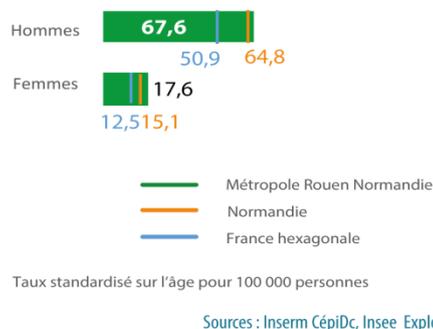
Tabac

Sur la période 2009-2015, au regard de la France, la MRN enregistre une surmortalité par maladies liées à la consommation de tabac de 5 %, avec en moyenne 644 décès par an (414 hommes et 230 femmes). Une analyse par genre laisse apparaître que cette surmortalité n'existe que chez les hommes.

En effet, les hommes de la MRN observent une surmortalité de 8 % alors que les femmes sont dans une situation équivalente à la valeur nationale correspondante. Dans la MRN, un quart des décès par maladies liées à la consommation de tabac survient avant 65 ans. Au regard des autres métropoles, la MRN affiche le 5^e taux de mortalité par maladies liées à la consommation de tabac le plus élevé (6^e rang chez les hommes, 4^e rang chez les femmes).

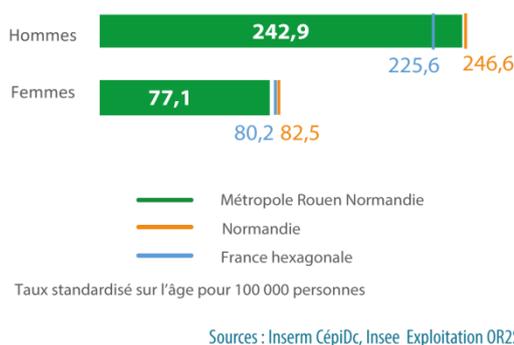
Entre 2000-2006 et 2009-2015, la mortalité par maladies liées à la consommation de tabac observée dans la MRN a diminué de 25 % chez les hommes comme chez les femmes (contre 20 % dans la région et dans l'Hexagone). La MRN voit baisser sa mortalité plus rapidement que celles des autres métropoles. En effet, la MRN a observé au cours de cette période, aussi pour les hommes que pour les femmes, la 3^e baisse de mortalité la plus importante parmi les métropoles.

Mortalité par pathologies liées à la consommation d'alcool



La mortalité liée à la consommation d'alcool est approchée à partir des pathologies suivantes : psychoses alcooliques, cirrhoses alcooliques et cancer des voies aéro-digestives supérieures.

Mortalité par pathologies liées à la consommation de tabac



Les pathologies liées à la consommation de tabac sont : cancer de la trachée, des bronches et du poumon, cardiopathies ischémiques, broncho-pneumopathies chroniques obstructives.

Autour des jeunes

Naissances chez les femmes de 12-20 ans

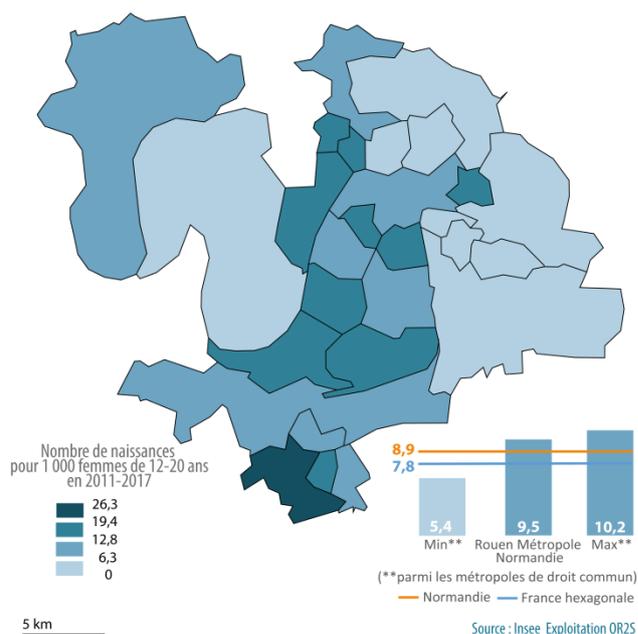
Sur la période 2011-2017 avec 6 300 naissances en moyenne annuelle, la Métropole Rouen Normandie affiche un indice conjoncturel de fécondité (ICF) de 1,90 enfant par femme, légèrement en deçà des valeurs hexagonale (1,94) et régionale (1,95). Toutefois au regard des autres métropoles, la MRN affiche la 6^e fécondité la plus élevée.

Sur la période 2011-2017, le nombre de naissances chez des mères de 20 ans ou moins demeurant dans la MRN a été de 280, soit 4 fois moins que 35 ans auparavant. Cette baisse du nombre de naissances est également visible chez les plus jeunes femmes. Le nombre de naissances chez des mères âgées de 12-17 ans a été divisé par plus de quatre sur la même période (de 149 en 1975-1981 à 34 en 2011-2017). La baisse de la fécondité pour cette dernière tranche d'âge a été sur la période étudiée un peu plus forte que dans les autres métropoles. Parmi celles-ci, la MRN affiche la 2^e fécondité la plus élevée chez les 12-20 ans et la 5^e chez les 12-17 ans.

Si dans la MRN, la fécondité des femmes de 12-20 ans a été divisée par trois entre la fin des années soixante-dix et aujourd'hui (passant de 30,1 à 9,5 pour 1 000 sur cette période), la baisse n'a finalement eu lieu que jusqu'au milieu des années quatre-vingt-dix. Depuis elle a connu un léger regain jusqu'au début des années deux mille pour stagner ensuite et reprendre à la baisse ces toutes dernières années. La fécondité des 12-17 ans a connu la même évolution mais à des niveaux moindres, le taux de fécondité pour cette classe d'âges étant passé de 6,2 à 2,0 pour 1 000 entre 1975-1981 et 2011-2017).

Au niveau infra métropolitain, la fécondité des femmes de 12-20 ans est loin d'être homogène. La carte ci-contre illustre un contraste entre l'est de la Métropole (Darnétal exclue) avec une faible fécondité et les territoires situés au sud et à l'ouest de Rouen ainsi que Darnétal affichant une fécondité plus de deux fois plus importante. Enfin, Elbeuf affiche un niveau de fécondité chez les 12-20 ans le plus élevé (près trois fois le niveau observé pour la MRN).

Fécondité des femmes de 12-20 ans

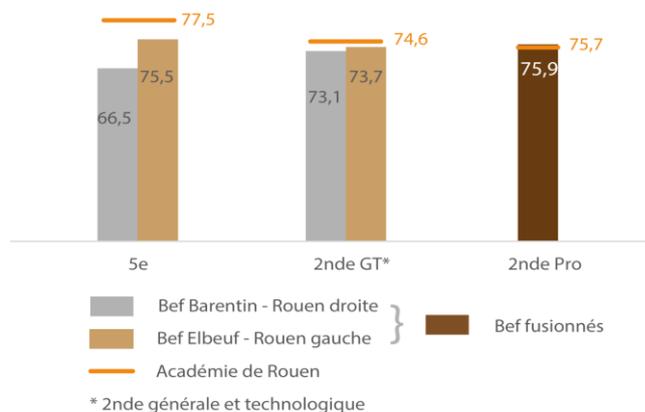


Indicateurs issus de l'enquête sur la santé scolaire

L'enquête Indiss (cf. encadré page suivante) permet de disposer d'indicateurs sur la santé de jeunes scolarisés dans les établissements de l'Académie de Rouen et plus particulièrement dans les Bef de Barentin – Rouen Droite et d'Elbeuf – Rouen Gauche couvrant le territoire de la Métropole Rouen Normandie (cf. annexe 2). Afin de rendre compte de l'état de santé des jeunes, plusieurs indicateurs issus de cette enquête ont été retenus et permettre d'approcher le mal-être scolaire¹, l'expérimentation de l'alcool, la pratique d'activité sportive et la vaccination.

Le Bef de Barentin – Rouen droite présente une proportion d'élèves de cinquième en mal-être scolaire de 66,5 %. Cette proportion est inférieure à celle de l'académie de Rouen (75,5 %). La proportion d'élèves de cinquième en mal-être scolaire est de 77,6 % pour le Bef d'Elbeuf – Rouen gauche, sans différence significative avec celle de l'académie de Rouen.

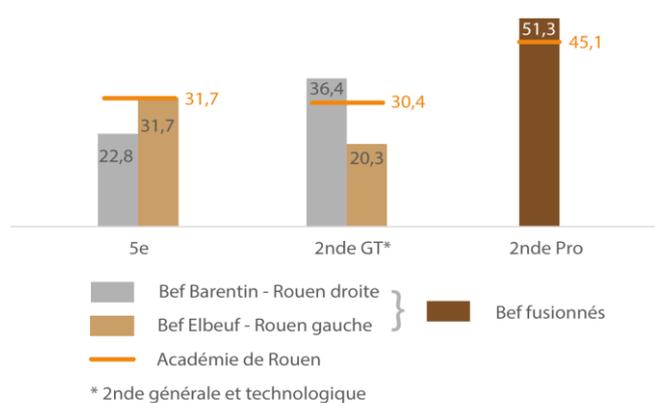
Mal-être scolaire



Sources : Académie de Rouen - Exploitation OR2S

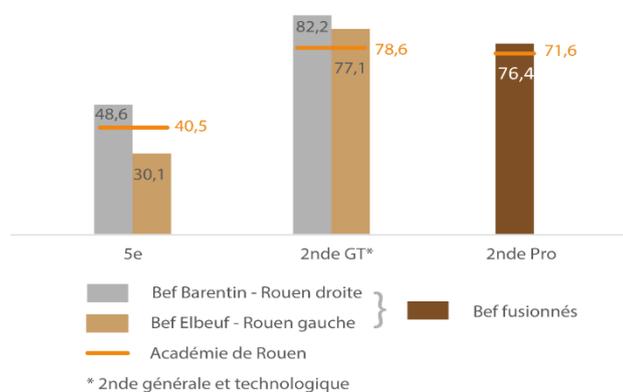
¹Mal-être scolaire : il a été défini par un score calculé à partir de différents items : le fait de se plaire dans l'établissement et dans la classe, les difficultés scolaires, le stress ou l'angoisse du travail scolaire et du fait de venir dans l'établissement.

Absence d'activité sportive extrascolaire



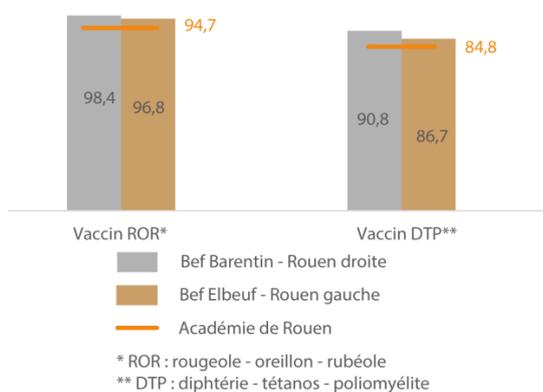
Sources : Académie de Rouen - Exploitation OR2S

Expérimentation de l'alcool



Sources : Académie de Rouen - Exploitation OR2S

Vaccination chez les élèves de 5e



Sources : Académie de Rouen - Exploitation OR2S

Chez les élèves de seconde, le Bef de Barentin – Rouen droite et le Bef d'Elbeuf – Rouen gauche présentent des proportions d'élèves en mal-être scolaire proches de celle de l'académie de Rouen, de l'ordre de 75 % pour les élèves de seconde générale et technologique comme pour les élèves de seconde professionnelle.

Concernant les élèves de cinquième, l'expérimentation de l'alcool est déclarée par 30,1 % des élèves du Bef d'Elbeuf – Rouen gauche. Cette proportion est significativement plus faible que celle de l'académie de Rouen (40,5 %). À l'inverse, le Bef de Barentin – Rouen droite présente une proportion

d'élèves ayant expérimenté l'alcool de 48,6 %, proportion significativement plus forte que celle de l'académie de Rouen. Concernant les élèves de seconde, le Bef de Barentin – Rouen droite et le Bef d'Elbeuf – Rouen gauche présentent des proportions d'élèves ayant expérimenté l'alcool proches de celle de l'académie de Rouen, de l'ordre de 80 % pour les élèves de seconde générale et technologique et de 75 % pour les élèves de seconde professionnelle.

Le Bef de Barentin – Rouen droite présente une proportion d'élèves de cinquième ne pratiquant pas d'activité sportive extrascolaire de 22,8 %. Cette proportion est significativement inférieure à celle de l'académie de Rouen (31,7 %). Pour le Bef d'Elbeuf – Rouen gauche, cette proportion est de 31,7 % sans différence significative avec celle de l'académie de Rouen. Concernant les élèves de seconde générale et technologique, le Bef d'Elbeuf – Rouen gauche présente une proportion de 20,3 % d'élève ne pratiquant pas d'activité sportive extrascolaire, proportion significativement plus faible que celle de l'académie de Rouen (30,4%). Pour le Bef de Barentin – Rouen droite, cette proportion est de 36,4 %, sans différence significative avec celle de l'académie de Rouen. Pour les Bef de Barentin – Rouen droite et d'Elbeuf – Rouen gauche fusionnés, la proportion d'élèves de seconde professionnelle ne pratiquant pas d'activité sportive extrascolaire est de 51,3 %, sans différence significative avec celle de l'académie (45,1 %).

Le Bef de Barentin – Rouen droite présente une proportion d'élèves de cinquième vaccinés contre le DTP (diphtérie - tétanos - poliomyélite) et le ROR (rougeole - oreillon - rubéole) de respectivement 90,8 % et 98,4 %. Ces proportions sont significativement plus fortes que celles de l'académie de Rouen (respectivement 84,8 % et 94,7 %). Pour le Bef d'Elbeuf – Rouen gauche, ces proportions sont de 86,7 % pour le DTP et de 96,8 % pour le ROR, sans différence significative avec celles de l'académie de Rouen. Concernant la proportion d'élèves vaccinés contre la coqueluche, le Bef de Barentin – Rouen droite et le Bef d'Elbeuf – Rouen gauche ne présentent pas de différence significative avec l'académie de Rouen (de l'ordre de 85 %).

L'enquête INDicateurs de Suivi en Santé (Indiss)

Menée au cours de l'année scolaire 2012-2013, l'enquête avait pour objectif d'apporter des connaissances sur l'état de santé des élèves en Haute-Normandie. Elle a été réalisée par auto-questionnaire auprès des élèves de cinquième et de secondes scolarisés dans des établissements publics de l'académie de Rouen.

Elle a abordé les thématiques suivantes : état de santé physique et mental, nutrition, qualité de vie, consommations de tabac, d'alcool et de drogue, la scarlatine et la violence. Par ailleurs, des thèmes supplémentaires sur la santé notamment la vaccination et les troubles sensoriels (vision, audition) ont été traités pour les élèves de cinquième en lien avec un bilan infirmier rempli par l'infirmière scolaire de l'établissement et la sexualité et contraception pour les élèves de seconde.

Les données ainsi collectées ont été analysées de telle sorte qu'elles soient représentatives par genre, le bassin d'éducation et de formation (Bef), type de seconde. Du fait de ces critères, les Bef de Barentin – Rouen droite et de Elbeuf – Rouen gauche ont été regroupés pour les classes de seconde professionnelle.

Les résultats de l'enquête ont été publiés dans une série de neufs documents thématiques accessibles en téléchargement libre sur le site internet de l'OR2S (www.or2s.fr).

Synthèse

Avec une espérance de vie à la naissance inférieure de 1,2 an chez les hommes et 0,4 chez les femmes par rapport au standard national, la MRN est bien loin des autres métropoles qui affichent pour la plupart d'entre elles des meilleurs résultats que ceux observés pour l'Hexagone.

Cela résulte naturellement d'une forte mortalité. Elle est importante tous âges et genres confondus mais elle l'est encore plus pour la mortalité dite prématurée (qui survient chez les moins de 65 ans). Ainsi, la surmortalité dans ce groupe de population est de l'ordre de 21 % chez les hommes et 14 % chez les femmes en regard du niveau national. Cette surmortalité avant 65 ans reflète certains comportements peu favorables à la santé (consommation de tabac et d'alcool, alimentation...). Cette surmortalité pourrait être évitée, notamment par une meilleure acceptation de la population des actions de prévention et ce dès le plus jeune âge.

La situation dans la MRN n'est cependant pas homogène et laisse apparaître différentes réalités. Sept groupes de territoires peuvent être identifiés.

1 - Bois-Guillaume – Bihorel, Bonsecours, Boos, Franqueville-Saint-Pierre, Isneauville, Le Mesnil-Esnard, Mont-Saint-Aignan (85 000 hab., 17 % de la population de la MRN)

Territoires les plus favorisés. Indicateurs de santé plus favorables qu'au niveau national hormis pour quelques aspects de la santé des femmes (mortalité liée à la consommation de tabac, cardiopathies ischémiques, cancer du côlon-rectum). Santé des hommes plus favorable qu'au niveau national (espérance de vie à la naissance des hommes très supérieure au niveau national). Mortalité évitable la plus faible de la MRN.

2 - Grand-Couronne, Le Grand-Quevilly, Le Trait, Petit-Couronne, Saint-Martin-de-Boscherville (74 000 hab., 15 % de la population de la MRN)

Territoires relativement favorisés au regard de la MRN. Proche du niveau national. Surmortalité prématurée chez les femmes, sous-mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon et par insuffisance cardiaque chez les femmes. Sous-mortalité par maladies respiratoires chez les hommes et les femmes. Sous-mortalité par diabète (hommes et femmes), sous-mortalité liée à la consommation de tabac et pour troubles mentaux et du comportement (femmes). Surmortalité liée à la consommation d'alcool (par rapport au niveau hexagonal).

3 - Cléon, Saint-Léger-du-Bourg-Denis (22 000 hab., 5 % de la population de la MRN)

Surmortalité par cancer du poumon chez les hommes (sous-mortalité chez les femmes), surmortalité par cancer du sein. Surmortalité par cancer des VADS chez les hommes et de la mortalité par maladies cardiovasculaires (cardiopathie ischémiques), diabète et troubles du comportement chez les femmes.

4 - Canteleu, Le Petit-Quevilly, Maromme, Rouen, Saint-Aubin-lès-Elbeuf, Saint-Pierre-lès-Elbeuf, Saint-Étienne-du-Rouvray, Sotteville-lès-Rouen (232 000 hab., 47 % de la population de la MRN)

Situation moyenne par rapport à la MRN. Surmortalité par cancer des VADS chez les hommes et par cancer de la trachée, des bronches et du poumon et pathologies liées à la consommation d'alcool chez les femmes. Surmortalité évitable liée à la prévention chez les femmes.

5 - Caudebec-lès-Elbeuf, Déville-lès-Rouen, Notre-Dame-de-Bondeville (38 000 hab., 8 % de la population de la MRN)

Situation plutôt dégradée. Surmortalité pour le cancer du poumon chez les hommes, sous-mortalité par cancer du côlon-rectum chez les hommes. Surmortalité par maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, diabète et troubles mentaux (hommes et femmes).

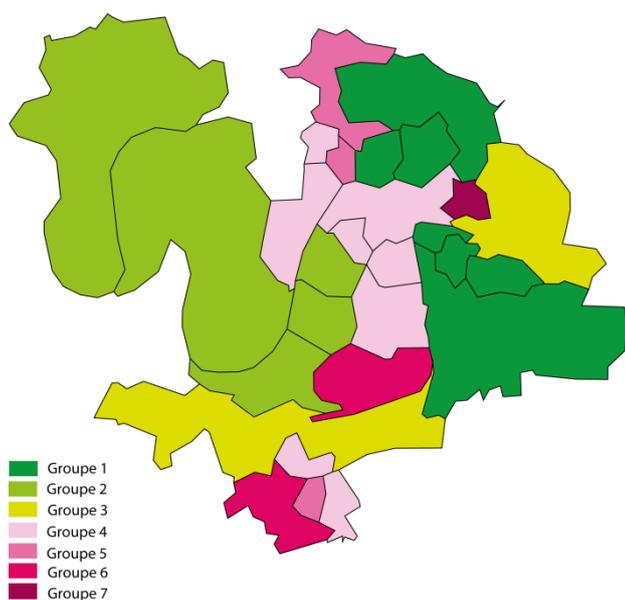
6 - Elbeuf, Oissel (28 000 hab., 6 % de la population de la MRN)

Territoire dégradé par rapport à la plupart des indicateurs retenus. Mortalité après 65 ans élevée.

7 - Darnétal (10 000 hab., 2 % de la population de la MRN)

Territoire le plus dégradé d'un point de vue sanitaire. Il se démarque cependant par certaines singularités : la situation semble moins dégradée au regard de certains indicateurs de la santé des femmes, moins défavorables que ceux observés pour les deux communes précédemment citées (cancers du poumon, du côlon-rectum, mortalité liée à la consommation d'alcool).

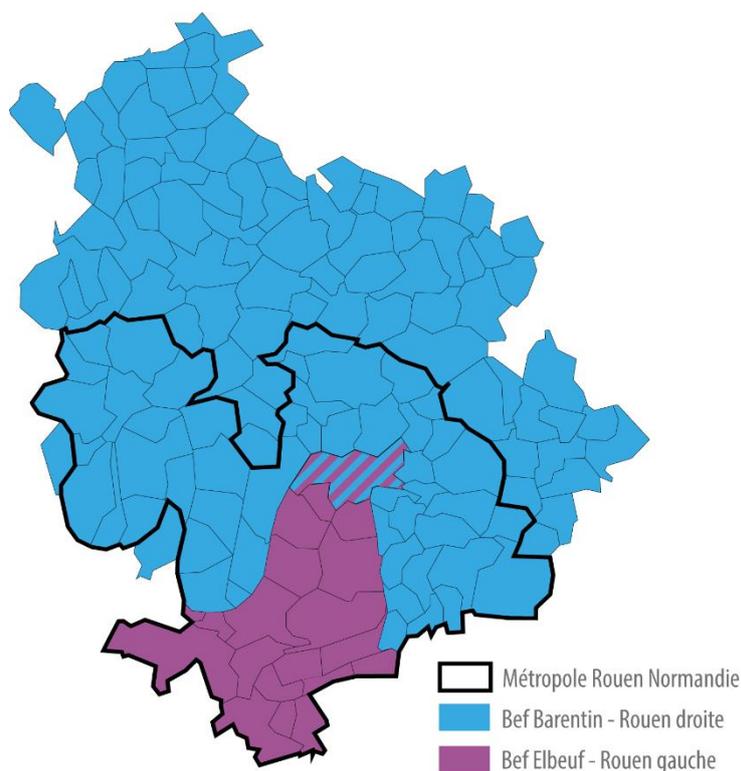
Typologie sanitaire



Sources : Inserm CépiDc, CCMSA, CNRSI, Cnam, Insee - Exploitation OR2S

5 km

Annexe 1 – Carte des bassins d'éducation et de formation



Annexe 2 – Siglaire

Adeli	Automatisation des listes
ALD	Affection de longue durée
Asip - Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
Bef	Bassin d'éducation et de formation
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)
Cim	Classification internationale des maladies
Cnaf	Caisse nationale d'allocations familiales
Cnam	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNRSI	Caisse nationale du régime social des indépendants
DGFIP	Direction générale des Finances publiques
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DTP	Diphthérie - tétanos - poliomyélite
EPCI	Établissement public de coopération intercommunale
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
GT	Générale et technologique
ICF	Indice conjoncturel de fécondité
Indiss	Indicateurs de suivi en santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
Max	Maximum
Min	Minimum
MRN	Métropole Rouen Normandie
NOTRe	Nouvelle organisation territoriale de la République
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
RP	Recensement de la population
ROR	Rougeole - oreillon - rubéole
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
RSA	Revenu de solidarité active
SCOT	Schéma de cohérence territoriale
VADS	Voies aérodigestives supérieures



Publié en mai 2019, ce document a été réalisé par François Michelot, Nadège Thomas, Olivia Guérin et Alain Trugeon.
Il a été élaboré en s'appuyant sur les outils de traitement de l'information développés par l'OR2S.

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL
L'Atrium – 115 bd de l'Europe – 76100 ROUEN - Tél : 07 71 13 79 32
E-Mail : info@or2s.fr - Site Internet : www.or2s.fr

MÉTROPOLE ROUEN NORMANDIE
Le 108 - 108, Allée François Mitterrand - CS 50589 - 76006 ROUEN Cedex
Site Internet : www.metropole-rouen-normandie.fr