

# DOSSIER DE PRESSE

**Jeudi 28 octobre 2010**

## **L'Agence Régionale de Santé (ARS) de Basse-Normandie publie le 1<sup>er</sup> ATLAS de la santé en Basse-Normandie**

L'Agence Régionale de Santé de Basse-Normandie présente le premier Atlas de la santé en Basse-Normandie réalisé par l'ARS en collaboration avec l'Observatoire régional de santé (ORS), le Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées (CREAI) et l'INSEE.

Regroupant un très grand nombre de données ordonnées et analysées, l'ATLAS permet de connaître l'état de santé des bas-normands, les spécificités de la région et des départements, les inégalités territoriales de santé, les principales pathologies concernées, les causes de mortalité, ...

### **CONTACT PRESSE**

Claire Le Privé, responsable communication externe  
T. 02 31 70 97 67 / Courriel : [claire.le-privé@ars.sante.fr](mailto:claire.le-privé@ars.sante.fr)



# SOMMAIRE

Pourquoi un ATLAS de la santé bas-normand ?.....	3
Comment l'ATLAS a été construit ?.....	4
Qu'est ce qu'il contient ?.....	6
Que nous apprend l'ATLAS sur l'état de santé des bas-normands ?.....	7
• Au niveau régional	
• Au niveau départemental	
• Au niveau territorial	
Quelles perspectives ?.....	11

---

## ANNEXES

<b>Annexe 1 : La liste des déterminants.....</b>	<b>12</b>
<b>Annexe 2 : Le profil régional.....</b>	<b>14</b>

## Pourquoi un ATLAS de la santé bas-normand ?

- **L'ATLAS, première pierre du Projet régional de santé (PRS)**

Les travaux de l'Atlas s'inscrivent dans le cadre de l'ensemble des travaux participant à l'élaboration du projet régional de santé (PRS).

La création des ARS permet de mieux organiser la coordination des différentes actions en faveur de la santé. Les ARS regroupent un large périmètre de compétences autrefois détenues par de multiples institutions. Le projet régional de santé est l'outil qui permet d'unifier toutes les actions autour de la santé afin d'agir sur les déterminants de la santé et de réduire les inégalités de santé sur l'ensemble du territoire.

Le projet régional de santé est donc un chantier ambitieux et d'une ampleur inédite. Son élaboration a débuté dès la création des ARS et aboutira à l'été 2011. La première étape est de définir les priorités stratégiques de la région Basse Normandie.

- **Connaître l'état de santé des bas-normands pour déterminer les priorités de santé régionales**

L'objectif premier de l'Atlas est de constituer un outil d'aide à la priorisation des besoins de santé en Basse-Normandie.

Préalablement à la définition des priorités, il est indispensable de connaître précisément l'état de santé de la population bas normande. Cet état de santé dépend d'un grand nombre de facteurs : les habitudes de vie, les conditions socio-démographiques (l'emploi, le niveau de vie, l'isolement...), l'environnement...

En regroupant un très grand nombre de données ordonnées et analysées, l'ATLAS permet de répondre aux questions autour de la santé : quel est l'état de santé de la population sur l'ensemble du territoire, quelles sont les inégalités de santé, quelles sont les principales pathologies concernées, quelles sont les causes de mortalité, ...

Il servira à élaborer la stratégie et les actions prioritaires de l'ARS : de quels services en santé ont besoin les bas-normands pour améliorer leur état général de santé, où faut-il concentrer nos efforts pour réduire les inégalités de santé, quelles actions prioritaires doivent être engagées sur quelles populations et où...

Tous les acteurs de la santé sont associés. L'ATLAS sera diffusé auprès de tous ces acteurs afin qu'ils puissent s'approprier les données de santé et participer à la priorisation des actions de l'ARS.

Parallèlement à l'élaboration de l'ATLAS de la santé, l'ARS de Basse Normandie a initié **une véritable démarche d'écoute des besoins de santé ressentis par les populations** : de larges consultations ont associé, au sein des pays, élus et usagers dont de nombreux professionnels de santé.

Une conférence de presse sera organisée fin novembre pour vous présenter les besoins de santé exprimés lors de cette consultation, deuxième étape préalable la construction du projet régional de santé et outil déterminant pour la définition des priorités de santé.

## Comment l'ATLAS a été construit ?

L'ATLAS de la santé bas normand a été élaboré entre mars et octobre 2010.

**Il a été élaboré sous la coordination de l'ARS de Basse Normandie en collaboration avec plusieurs partenaires : l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) de Basse Normandie, le Centre Régional pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées (CREAI) et l'INSEE.**

Ces quatre institutions se sont réunies pour définir et sélectionner les données à retenir pour décrire l'état de santé.

### **Les données et indicateurs utilisés (cf. liste détaillée en annexe) :**

#### LES DETERMINANTS DE LA SANTE

- Les caractéristiques démographiques
- Les caractéristiques socio-économiques
- La précarité
- Les comportements à risques
- Le risque lié à l'environnement

#### MORTALITE ET ETAT DE SANTE

- La mortalité
- « Etat de santé »
- La santé au travail
- Recours aux dépistages organisés

L'ensemble des données a été dans un premier temps cartographié pour constituer un répertoire de ressources.

### Analyse des territoires de vie

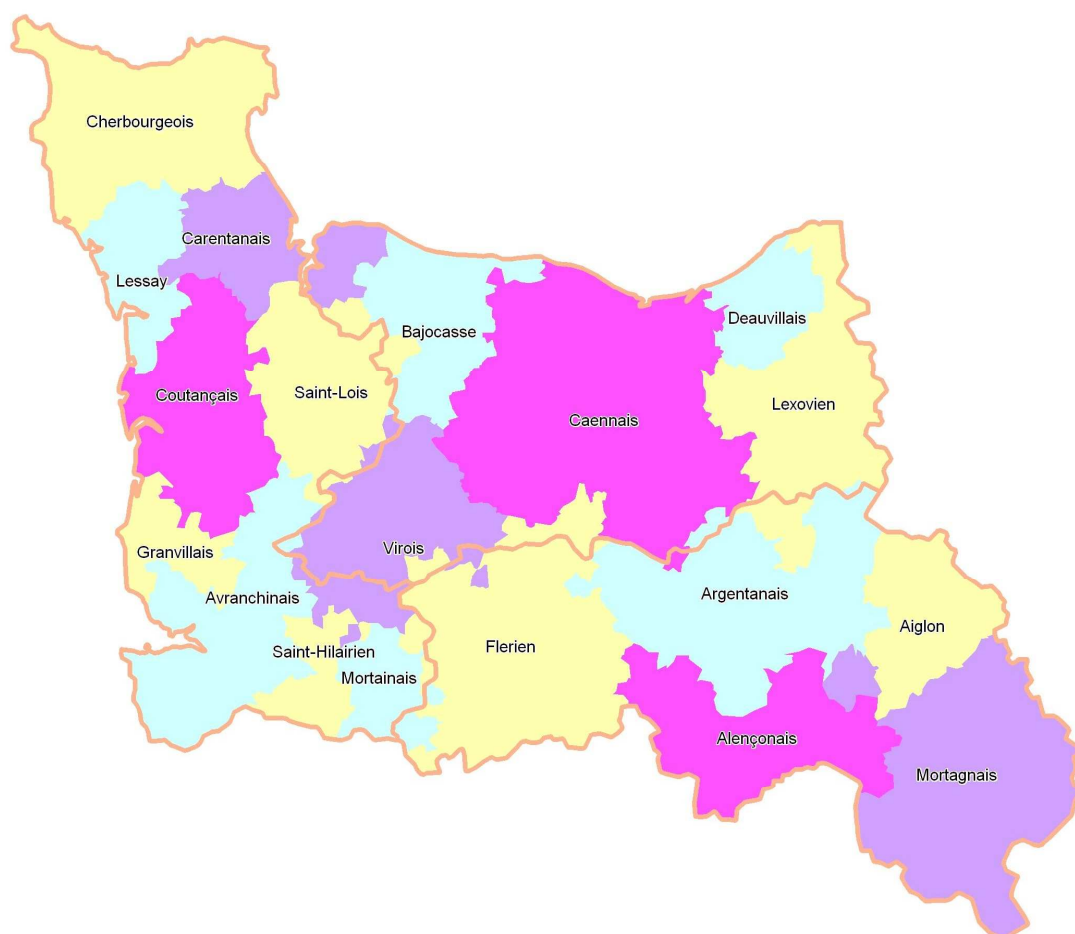
Dans un deuxième temps, ces données ont été observées et analysées sur dix neuf territoires de vie afin de visualiser précisément l'état de santé et les inégalités de santé dans la région.

Ces dix neuf territoires de vie analysés sont issus des travaux ayant servi à la définition des territoires de santé au cours de l'été 2010. La ligne directrice a été de construire des territoires de concertation de l'ARS au plus proche du quotidien des citoyens, leurs lieux de vie et de travail tout en respectant les habitudes spatiales de la population.

Dans une première étape, de petits territoires ont été construits reflétant la vie quotidienne autour de services élémentaires (épicerie, boulangerie, écoles,...).

Dans un deuxième temps, ces petits territoires ont été agrégés sur la base des déplacements du domicile vers le lieu de travail, jusqu'à obtenir des territoires d'une taille suffisante et permettant l'organisation de la concertation.

### Les 19 territoires de vie



## Qu'est ce qu'il contient ?

L'Atlas est composé de deux chapitres :

- **Le premier chapitre a pour objectif de favoriser l'identification des inégalités infra régionales de santé.**

Un profil descriptif et analytique est élaboré sur différents niveaux :

- la région
- les trois départements
- les 19 territoires intermédiaires

Les inégalités territoriales en termes de besoins de santé seront identifiées exclusivement à partir des indicateurs socio-économiques et de mortalité.

- **Le second chapitre, intitulé « ressources statistiques et cartographiques », est composé de cartes et de tableaux présentant l'ensemble des indicateurs disponibles.**

**Volontairement, l'ATLAS ne contient pas d'informations sur l'offre de santé. Celle-ci est en cours de définition dans une autre étude prospective en cours de réalisation.**

## Que nous apprend l'ATLAS sur l'état de santé des bas-normands ?

L'ATLAS contient un certain nombre d'analyses synthétiques à différents niveaux. Elles permettent de disposer d'une vision de l'ensemble des indicateurs rassemblés et de les comparer. Les différents niveaux observés sont : la région, les départements, dix neuf territoires de vie.

De manière systématique, tous les indicateurs disponibles sont analysés et comparés afin de disposer d'une analyse de l'état de santé du territoire observé.

### • AU NIVEAU REGIONAL

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, 1,461 million d'habitants réside en Basse-Normandie, dont 46 % dans le Calvados. Depuis 1999, la population bas-normande croît en moyenne de 0,3 % par an, portée avant tout par l'excédent des naissances sur les décès.

La région présente un indice de vieillissement supérieur à l'indice national, un taux de personnes âgées de plus de 75 ans supérieur à la moyenne, confirmant le vieillissement de la population bas-normande.

Hormis ce point, la région n'enregistre pas de différence significative avec le territoire national en termes de caractéristiques sociodémographiques, voire enregistre des indicateurs significativement inférieurs : isolement des personnes âgées, bénéficiaires du RMI ou de l'API.

S'agissant de la mortalité, la région enregistre une surmortalité générale pour les hommes comme pour les femmes. La mortalité prématurée chez les hommes est aussi significativement supérieure à celle sur la France métropolitaine.

Les causes principales de décès sont les tumeurs pour les hommes et les maladies de l'appareil circulatoire pour les femmes. Pour ces deux causes, la mortalité des bas-normands est significativement supérieure à la mortalité française. Sans être majoritaire, la mortalité liée à la consommation excessive d'alcool, à la consommation de tabac, aux suicides et aux accidents de la circulation est significativement supérieure à la mortalité française.

S'agissant des indicateurs d'état de santé, il n'existe pas d'élément de comparaison avec les données nationales. Ceci dit, une récente publication de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES, septembre 2010) indique que le taux d'élèves en surpoids, comme le taux d'élèves obèses, dans leur sixième année sont tous deux inférieurs aux taux nationaux.

La prévalence régionale du diabète de type 2, est quant à elle, légèrement inférieure à la prévalence nationale (BEH, 12 novembre 2008).

### • AU NIVEAU DEPARTEMENTAL

## LE CALVADOS

Département ayant la plus forte densité de population dans la région, supérieure à la moyenne française, le Calvados accueille près de la moitié de la population régionale.

Il est, au vu de la part de jeunes de moins de cinq ans, de l'indice de vieillissement et de la pyramide des âges, le plus jeune des départements normands, en se situant au voisinage de la moyenne nationale.

Les personnes isolées, âgées ou non, sont elles aussi proches de cette moyenne. Les familles monoparentales, bien qu'étant les plus fréquentes de la région, sont sensiblement moins nombreuses que sur l'ensemble du territoire français.

En termes de structure d'emploi, le département siège de la région offre naturellement plus d'emplois de cadres, professions intermédiaires et employés que dans les autres départements.

La mortalité est globalement plus élevée qu'en France de façon plus marquée pour les hommes que pour les femmes. Pour ces dernières, on note cependant quelques causes moins fréquentes que sur l'ensemble du territoire, et notamment les maladies cérébrovasculaires. A l'opposé, les cardiopathies ischémiques sont très nettement plus élevées. Chez les hommes, la plupart des causes se démarque nettement du niveau national. On relèvera le suicide, la consommation excessive d'alcool, le cancer de la prostate et le plus important en effectif les cardiopathies ischémiques.

La prescription d'antidiabétiques et d'anxiolytiques se situe dans la moyenne régionale.

Les enfants en surpoids sont moins fréquents que dans la région, en revanche, ils atteignent plus souvent le stade de l'obésité.

Le Calvados est le département où les femmes pratiquent le moins le dépistage organisé du cancer du sein.

## LA MANCHE

Représentant environ un tiers de la population de la région, le département de la Manche a vu sa population croître au rythme régional, avec une densité identique.

La pyramide des âges et l'indice de vieillissement montrent une population plus âgée que dans la région.

En revanche, les personnes isolées y sont moins fréquentes, quel que soit leur âge.

La structure des emplois est assez voisine de celle de la Basse-Normandie. La densité de cadres y est un peu moins élevée au profit des agriculteurs. Le nombre de bénéficiaires de l'allocation pour adultes handicapés est le plus élevé de la région, alors que les enfants en situation de handicap sont relativement moins nombreux. En revanche, les bénéficiaires des autres allocations (RMI, API) et de la CMU complémentaire sont moins présents que dans la région.

La mortalité est globalement supérieure aux standards nationaux. En ce qui concerne les hommes les causes sont le suicide, la consommation excessive d'alcool et surtout les cardiopathies ischémiques par le nombre.

Pour les femmes, les causes sont plus diffuses. On citera les accidents de la circulation, la consommation de tabac et à nouveau les cardiopathies ischémiques. A relever aussi que les manchoises sont relativement protégées des cancers des bronches ou poumon.

La prescription d'antidiabétiques est relativement faible. Pour les anxiolytiques, la prescription est voisine du niveau régional.

Les enfants en surpoids sont moins nombreux que sur la région, en revanche ils sont un peu plus nombreux à atteindre le niveau de l'obésité.

Enfin la Manche est le département où le réseau en prévention du cancer du sein est le plus efficace.

## L'ORNE

L'Orne offre la plus faible densité de population, 20% des bas-normands y résident. Ce département a un effectif stable depuis 1999.

Tout comme la Manche, mais d'une façon plus marquée, la population âgée y est assez nombreuse.

Les familles monoparentales sont moins fréquentes qu'en région, en revanche les personnes isolées sont très fréquentes. Notons cependant qu'il s'agit plutôt des classes d'âge de moins de 80 ans.

La structure des emplois fait nettement ressortir une forte densité d'ouvriers au détriment des cadres, professions intermédiaires et employés.

En termes d'allocations, l'Orne cumule le 1<sup>er</sup> rang dans la région à la fois sur le RMI, l'API et la CMU complémentaire.

Sans atteindre et de loin le standard national, c'est aussi le département comptant le plus de logements sans confort.

Si pour les hommes la mortalité est encore supérieure au standard français, elle l'est nettement moins que dans les autres départements. La mortalité féminine est inférieure à la moyenne française.

Plus précisément par causes, les hommes sont concernés par le suicide et les accidents de la circulation, la consommation excessive d'alcool, le cancer de la prostate et surtout les cardiopathies ischémiques. En revanche, ils sont moins touchés par les cancers des bronches ou du poumon, ou plus généralement par les maladies de l'appareil circulatoire, ainsi que par les maladies cérébrovasculaires. Le profil de la mortalité féminine est assez voisin : suicide et accidents de la circulation (en faible nombre) ainsi que les cardiopathies ischémiques sont des causes développées pendant que cancers des bronches ou du poumon et maladies cérébrovasculaires atteignent peu les ornaises.

L'Orne est un département où la prévalence des enfants handicapés est nettement plus élevée que sur l'ensemble de la région.

Les enfants en surpoids sont plus fréquents qu'en moyenne, mais peu d'entre eux atteignent le niveau de l'obésité.

La prescription d'anxiolytiques et aussi d'antidiabétiques est sensiblement plus élevée qu'en Basse-Normandie.

## AU NIVEAU TERRITORIAL

Si, prise dans sa globalité la région ne se distingue pas de la France à la lecture des résultats sociodémographiques, de mortalité, de morbidité et d'état de santé, à l'intérieur de la région les situations sont plus contrastées.

Quatre types de territoires peuvent être distingués :

- territoires dont les résultats sur les déterminants de sociodémographiques sont préoccupants et la mortalité prématurée et/ou la mortalité liée à des comportements à risques est importante : le territoire carentanais, le territoire cherbourgeois, le territoire deauvillais et le territoire aiglon. Le territoire cherbourgeois mérite toutefois une analyse plus approfondie.
- territoires dont la mortalité prématurée et/ou la mortalité liée à des comportements à risques est importante : le territoire bajocasse, le territoire de Lessay.
- territoires dont les résultats sur les déterminants de sociodémographiques sont préoccupants : le territoire alençonnais, le territoire argentanais, le territoire caennais, le territoire lexovien. Le territoire caennais mériterait une analyse approfondie.
- territoires sans variables distinctives : le territoire avranchinai, le territoire coutançais, le territoire flerien, le territoire granvillais, le territoire mortagnais, le territoire mortainais, le territoire saint-hilairien, le territoire saint-lois, le territoire virois.

## Quelles perspectives ?

- **Partager et enrichir les informations en santé**

L'ATLAS aujourd'hui constitue une production collective importante et permet de rassembler en un seul outil des informations et des données qui évoluent dans le temps.

L'ATLAS sera un outil vivant, mis à jour et enrichi progressivement.

- **Définir ensemble les priorités régionales de santé**

L'ATLAS fera l'objet d'une large diffusion auprès de tous les professionnels et de tous les acteurs en santé. Il est mis en ligne sur le site internet de l'ARS de Basse-Normandie.

Il va faire l'objet d'une présentation détaillée auprès d'un grand nombre d'acteurs : les membres de la Commission régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA), les personnes consultées dans les pays qui ont participé à l'identification des besoins de santé...

Cette présentation permettra à l'ensemble de ces acteurs d'analyser ensemble les données et de disposer d'une analyse détaillée de l'état de santé de la population. A partir de ces éléments, des propositions de priorisation vont émerger dans les semaines qui viennent. Ces priorités constitueront les priorités de santé de l'ARS au sein du projet régional de santé.

---

**Rendez-vous le vendredi 26 novembre 2010, à 10h30, à l'ARS**

**pour la communication des besoins de santé exprimés  
lors des consultations dans les pays.**

*Une invitation sera envoyée à la presse.*

## ANNEXE 1 : La liste des déterminants

### LES DETERMINANTS DE LA SANTE

#### Les caractéristiques démographiques

- Densité de population
- Evolution annuelle moyenne de la population
- Part des moins de 5 ans dans la population globale
- Indice de vieillissement
- Part de personnes vivant seules à leur domicile
- Part des personnes de plus de 75 ans vivant seule à leur domicile
- Espérance de vie des hommes à la naissance en 2007
- Espérance de vie des femmes à la naissance en 2007

#### Les caractéristiques socio-économiques

- Proportion d'agriculteurs, d'ouvriers, d'employés et de cadres dans la population active en 2006
- Revenus annuels des 10% des foyers fiscaux à plus bas revenus
- Taux de demandeurs d'emplois

#### La précarité

- Part des allocataires de l'Allocation Adulte Handicapé en 2008
- Part des allocataires du RMI en 2008
- Part des familles monoparentales en 2006
- Part des allocataires de l'API en 2008
- Taux de bénéficiaires de la CMUC en 2008
- Part des logements sans confort en 2006

#### Les comportements à risques :

- Indicateurs régionaux et départementaux liés à la consommation d'alcool
- Indicateurs régionaux et départementaux liés à la consommation de tabac
- Indicateurs régionaux et départementaux liés à la consommation de drogues illicites

#### Le risque lié à l'environnement

- Qualité microbiologique des eaux distribuées en Basse-Normandie en 2008
- Les pesticides dans les eaux distribuées en Basse-Normandie en 2008
- Les nitrates dans les eaux distribuées en Basse-Normandie en 2008
- Potentiel de dissolution du plomb dans l'eau de distribution publique
- Nombre de branchements en plomb
- Activité volumique du radon\* dans l'habitat

## MORTALITE ET ETAT DE SANTE

### La mortalité :

#### Indice comparatif de mortalité générale

- Indice comparatif de mortalité prématurée
- Mortalité évitable
  - Imputable à des comportements individuels à risque
  - Pouvant être reliée à l'organisation du système de soins
- Taux et Indice comparatif de mortalité pour les cardiopathies ischémique
- Taux et Indice comparatif de mortalité lié à l'alcool
- Taux et Indice comparatif de mortalité par suicide
- Taux et Indice comparatif de mortalité par accidents de la circulation
- Taux et Indice comparatif de mortalité des maladies vasculaires cérébrales
- Taux et Indices comparatifs de mortalité par cancers du poumon
- Taux et Indices comparatifs de mortalité par cancers de la prostate et du sein
- Taux et Indices comparatifs de mortalité par pneumonies et broncho-pneumonies
- Taux et Indices comparatifs de mortalité par broncho-pneumopathie chronique obstructive
- Cancer de l'intestin
- Les leucémies

### « Etat de santé »

- Proportion d'élèves en surpoids dans leur 6<sup>ième</sup> année en grande section de maternelle
- Proportion d'élèves obèses dans leur 6<sup>ième</sup> année en grande section de maternelle
- Part des personnes ayant eu une prescription d'antidiabétiques oraux en 2008
- Part des personnes ayant eu une prescription d'anxiolytiques ou d'hypnotiques en 2008
- Taux cantonal de prévalence des enfants reconnus en situation de handicap
- Le dépistage organisé des cancers

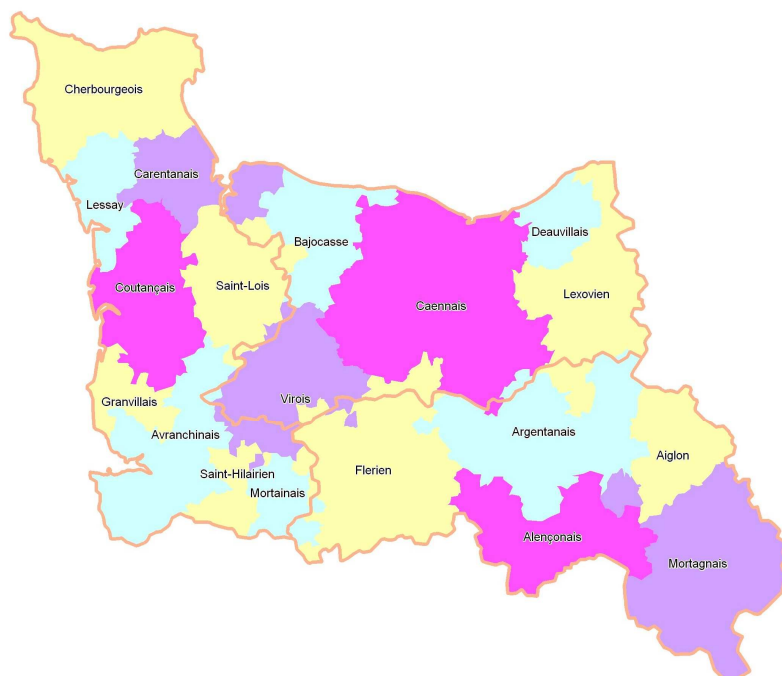
### La santé au travail

- Localisation des services de santé au travail
- Exposition aux divers risques et pénibilités au travail (enquête SUMER)
- Les accidents de travail
- Les maladies professionnelles

\* Définition : activité volumique du radon : Le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle. Il est issu de la désintégration de l'uranium et du radium présents dans la croûte terrestre. Il est présent partout à la surface de la planète et provient surtout des sous-sols granitiques et volcaniques. Le radon peut s'accumuler dans les espaces clos, notamment dans les maisons. Responsable de l'apparition de cancers à des concentrations élevées, il fait l'objet d'une mesure régulière au sein de l'habitat.

## Annexe 2 : Le profil régional

### Profil de la région Basse-Normandie



Au 1er janvier 2007, 1,461 million d'habitants réside en Basse-Normandie, dont 46 % dans le Calvados. Depuis 1999, la population bas-normande croît en moyenne de 0,3 % par an, portée avant tout par l'excédent des naissances sur les décès.

La région présente un indice de vieillissement supérieur à l'indice national, un taux de personnes âgées de plus de 75 ans supérieur à la moyenne, confirmant le vieillissement de la population bas-normande.

Hormis ce point, la région enregistre peu de différences significatives avec le territoire national en termes de caractéristiques sociodémographiques, voire même enregistre des indicateurs significativement inférieurs : isolement des personnes âgées, bénéficiaires du RMI ou de l'API.

S'agissant de la mortalité, la région enregistre une surmortalité générale pour les hommes comme pour les femmes. La mortalité prématurée chez les hommes est aussi significativement supérieure à celle sur la France métropolitaine.

Comme au plan national, les causes principales de décès sont les tumeurs pour les hommes, et les maladies de l'appareil circulatoire pour les femmes. Pour ces deux causes la mortalité des bas-normands est significativement supérieure à la mortalité française. Sans être majoritaire, les mortalités liées à la consommation excessive d'alcool, à la consommation de tabac, aux suicides et aux accidents de la circulation sont relativement plus importantes qu'en France.

S'agissant des indicateurs d'état de santé, il existe peu d'éléments de comparaison avec les données nationales. Celà dit, une récente publication de la DREES (septembre 2010) indique que le taux d'élèves en surpoids, comme le taux d'élèves obèses, dans leur sixième année sont tous deux inférieurs aux taux nationaux.

La prévalence régionale du diabète de type 2 est, quant à elle, légèrement inférieure à la prévalence nationale (BEH, 12 novembre 2008).

Au delà de ces constats d'ensemble, les territoires infrarégionaux présentent souvent des visages plus contrastés au regard des indicateurs sociodémographiques, de morbi-mortalité et d'état de santé.

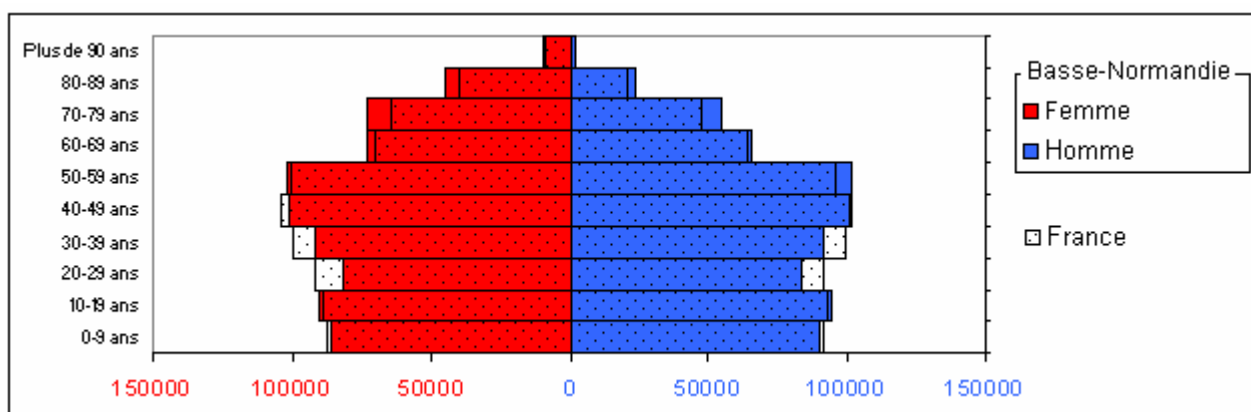
Quatre types de territoires peuvent être distingués :

- territoires dont les résultats sur les déterminants de sociodémographiques sont préoccupants et la mortalité prématurée et/ou la mortalité liée à des comportements à risques est importante : le territoire carentanais, le territoire cherbourgeois, le territoire deauvillais et le territoire aiglon. Le territoire cherbourgeois mérite toutefois une analyse plus approfondie.
- territoires dont la mortalité prématurée et/ou la mortalité liée à des comportements à risques est importante : le territoire bajocasse, le territoire de lessay.
- territoires dont les résultats sur les déterminants de sociodémographiques sont préoccupants : le territoire alençonnais, le territoire argentanais, le territoire caennais, le territoire lexovien. Le territoire caennais mériterait une analyse approfondie.
- territoires sans variables distinctives : le territoire avranchinai, le territoire coutançais, le territoire flerien, le territoire granvillais, le territoire mortagnais, le territoire mortainais, le territoire saint-hilérien, le territoire saint-lois, le territoire virois.

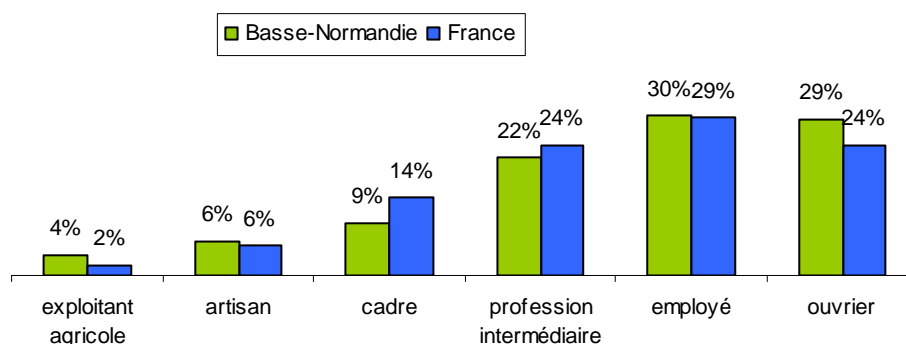
Chacun de ces territoires a fait l'objet d'une analyse spécifique.

## Les déterminants sociodémographiques

- Population totale 1 461 417  
(Recensement de Population 2007)
- Densité 83 (France :101)  
(Nombre d'habitants au km<sup>2</sup>)
- Evolution de la population depuis 1999 0,3 % (0,7%)  
(Taux annuel moyen entre population RP2007 et population RP1999)
- Part des 0-4 ans 5,9 % (6,2%)  
(Part des enfants de 0-4 ans dans la population totale)
- Part des 75 ans et plus 9,6 % (8,3%)  
(Part des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population totale)
- Indice de vieillissement 0.96 (0.88)  
(Rapport entre la population des personnes âgées de 60 ans et plus et des personnes âgées de moins de 20 ans)
- Personnes vivant seules 32,7 % (33.1%)  
(Part de personnes vivant seules parmi l'ensemble des ménages)
- Personnes âgées vivant seules 62,6 % (63,0%)  
(Part de personnes vivant seules parmi les ménages dont le référent est âgé de 80 ans ou plus)
- Familles monoparentales 11,1 % (13,5%)  
(Part de familles composées d'un seul adulte vivant avec au moins un enfant parmi l'ensemble des ménages)
  
- Répartition de la population par tranche d'âge



- Répartition des actifs par catégorie sociale



- Allocataires de l'allocation adultes handicapés (AAH) 3,0 % (2,6%)  
*(Part d'allocataires parmi la population âgée de 20 à 59 ans)*
- Allocataires du revenu minimum d'insertion (RMI) 2,6 % (3,9%)  
*(Part d'allocataires parmi la population âgée de 25 à 59 ans)*
- Allocataires de l'allocation parent isolé (API) 7,6 % (8,5%)  
*(Part d'allocataires parmi les familles monoparentales)*
- Bénéficiaires de la cmu complémentaire (CMUc) 6,8 %  
*(Part de bénéficiaires parmi la population protégée)*
- Logements sans confort 3,6 % (5,8%)  
*(Part de logements ne disposant ni de baignoire, ni de douche, ni de salle de bain parmi les résidences principales)*
- Population concernée par une concentration élevée en nitrates 81 232 sur 18 UDI  
*(Population alimentée par une unité de distribution dont la concentration en nitrates a dépassé au moins une fois le seuil de 50 mg/l)*

## Mortalité

- Mortalité masculine

	Nombre moyen de décès par an sur la période	ICM	Significativité*
<b>Mortalité générale masculine</b>	7052	106.2	DS
<b>Mortalité prématurée masculine</b>	1910	108.3	DS
<b>Mortalité masculine par grande cause :</b>			
<b>- Tumeurs malignes</b>	2423	105.7	DS
<i>dont tumeur maligne trachée bronches et poumon</i>	522	97.7	NS
<i>dont tumeur maligne prostate</i>	258	113.9	DS
<i>dont tumeur maligne intestin</i>	217	98.7	NS
<b>- Appareil circulatoire</b>	1906	109.1	DS
<i>dont Cardiopathies ischémiques</i>	685	118.6	DS
<i>dont Maladies cérébrovasculaires</i>	363	99.2	NS
<b>- Tabac</b>	1325	106.9	DS
<b>- Consommation excessive alcool</b>	492	122.3	DS
<b>- Appareil respiratoire</b>	475	100.9	NS
<b>- Suicide</b>	259	137.5	DS
<b>- Accidents circulation</b>	118	111.3	DS

\* NS = Non significatif; DS = significatif

- Mortalité féminine

	Nombre moyen de décès par an sur la période	ICM	Significativité*
<b>Mortalité générale féminine</b>	6545	101.2	DS
<b>Mortalité prématurée féminine</b>	794	98.5	NS
<b>Mortalité féminine par grande cause :</b>			
<b>- Appareil circulatoire</b>	2179	105.7	DS
<i>dont Cardiopathies ischémiques</i>	565	121.8	DS
<i>dont Maladies cérébrovasculaires</i>	489	94.2	DS
<b>- Tumeurs malignes</b>	1598	100.2	NS
<i>dont tumeur maligne du sein</i>	291	103.4	NS
<i>dont tumeur maligne intestin</i>	192	96.1	NS
<i>dont tumeur maligne trachée bronches et poumon</i>	112	82.3	DS
<b>- Tabac</b>	738	110.8	DS
<b>- Appareil respiratoire</b>	451	100.6	NS
<b>- Consommation excessive alcool</b>	111	99.2	NS
<b>- Suicide</b>	87	125.5	DS
<b>- Accidents circulation</b>	44	118.8	DS

\* NS = Non significatif; DS = significatif

## Etat de santé

- Prescription d'antidiabétiques  
*(Part de personnes ayant eu une prescription d'antidiabétiques oraux parmi la population protégée)*
  - Prescription d'anxiolytiques ou hypnotiques  
*(Part de personnes ayant eu une prescription d'anxiolytiques ou hypnotiques parmi la population protégée)*
  - Surpoids des enfants  
*(Elèves en surpoids parmi les élèves vus en visite médicale)*
  - Obésité des enfants  
*(Elèves obèses parmi les élèves vus en visite médicale)*
  - Enfants en situation de handicap  
*(Part des jeunes handicapés pour 1 000 habitants de moins de 20 ans)*

3,0 %

19,3 %

414 élèves soit 3,4% des élèves contrôlés

210 élèves soit 1,7% des élèves contrôlés

13,0 ‰
- Dont - déficiences intellectuelles
  - déficiences du psychisme
  - déficiences motrices
  - déficiences viscérales ou métaboliques
  - déficiences auditives
  - déficiences du langage et de la parole
  - polyhandicaps
  - déficiences de l'appareil oculaire
  - autisme
  - autres ou non définis

5,6 ‰

2,2 ‰

1,1 ‰

0,9 ‰

0,5 ‰

0,3 ‰

0,2 ‰

0,2 ‰

0,2 ‰

1,8 ‰
- Dépistage, mammographie  
*(Part de femmes ayant bénéficié d'une mammographie parmi la population protégée de femmes de 50 à 75 ans)*

57,1 %

## Comparaison avec la France

	Significativité
Part des 0-4 ans	-
Part des 75 ans et plus	++
Personnes vivant seules	--
Personnes âgées vivant seules	-
Familles monoparentales	--
Allocataires de l'allocation adultes handicapés	++
Allocataires du revenu minimum d'insertion	--
Allocataires de l'allocation parent isolé	--
Logements sans confort	--

\* NS= test Non significatif; - = significativement moins  $p < 0,05$ ; -- = significativement moins  $p < 0,01$ ; + = significativement plus  $p < 0,05$ ; ++ = significativement plus  $p < 0,01$ ; vide : test non applicable ou non pertinent.

### Définitions :

- Les informations relatives à la population, le logement, les ménages sont issues du Recensement de la population, données 1999 et 2007
- La population protégée est la population bénéficiaire de l'Assurance Maladie ; elle diffère de la population au recensement notamment pour deux raisons. Les fonctionnaires d'Etat et leurs ayant-droits ne sont pas comptabilisés du fait d'une procédure de délégation ; chaque bénéficiaire est déclaré à une adresse de son choix qui peut différer de sa résidence principale.  
Source : ARS-Assurance Maladie, 2008
- La prescription d'antidiabétiques  
Source : Assurance Maladie régime général, MSA, RSI, 2008
- La prescription d'anxiolytiques ou hypnotiques  
Source : Assurance Maladie régime général, 2008
- Le dépistage, mammographie  
Remboursement des actes de dépistage réalisés en milieu libéral.  
Source : Assurance Maladie régime général, MSA, RSI, 2008

- L'unité de distribution correspond à une zone homogène de distribution de l'eau. Elle ne respecte pas nécessairement les frontières communales. Compte-tenu de l'information fournie et du découpage des territoires, les données publiées sont entièrement à l'intérieur de la zone profilée.  
Source : ARS-Santé-Environnement, 2009
- L'Indice comparatif de mortalité (ICM) est un indicateur de mortalité standardisé sur la structure d'âge quinquennale de la population française. L'ICM est le rapport entre le nombre de décès observé sur une zone géographique et le nombre de décès attendu si les taux de mortalité par sexe et âge étaient identiques aux taux nationaux. Un indice égal à 100 signifie que la mortalité dans la zone observée est comparable à celle en France métropolitaine.  
Source : ORS-INSERM, 2000-2007 / Recensement général de la population en 1999
- La mortalité prématurée correspond aux décès survenus avant l'âge de 65 ans  
Source: INSERM, 2000-2007, recensement général de la population en 1999, traitement ORS
- Les données relatives à la prévalence du handicap chez l'enfant et jeune de moins de 20 ans sont issues du traitement des fichiers des 3 Commissions départementales de l'éducation spéciale (CDES) qui reconnaissaient un niveau de handicap aux enfants et jeunes de moins de 20 ans, leur accordaient des prestations et les orientaient vers les structures médico-éducatives, avant la mise en place des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH).  
Années : Calvados 2003, Manche 2004 et Orne 2006