



Situation régionale  
*Spécificités rural/urbain*

# Santé des femmes en Normandie





# SOMMAIRE



## Introduction - 3 -

## Contexte sociodémographique - 5 -

---

6 Population

---

7 Fécondité

---

8 Familles monoparentales

---

8 Éducation, emploi

---

8 Prestations sociales

---

## Déterminants de santé et prévention - 9 -

---

10 Autour de la naissance

---

10 Fécondité des femmes mineures

---

11 Interruption de la grossesse

---

12 Vaccination

---

13 Alimentation

---

14 Activités physiques et sportives

---

15 Corpulence

---

16 Alcool

---

17 Tabac

---

18 Mortalité évitable liée à la prévention

---

## État de santé - 19 -

---

20 Vue d'ensemble de l'état de santé

---

22 Principales causes de décès

---

24 Maladies cardiovasculaires

---

26 Détail par pathologies cardiovasculaires

---

28 Ensemble des cancers

---

30 Localisations cancéreuses

---

30 Cancer du sein

---

32 Cancer de l'utérus

---

33 Cancer du côlon-rectum

---

34 Cancer de la trachée, des bronches et du poumon

---

35 Maladies respiratoires

---

36 Santé mentale

---

38 Suicide

---

39 Diabète

---

41 Maladies neurodégénératives

---

## Santé travail - 42 -

## Recours aux soins - 47 -

## Zoom sur la Covid-19 - 44 -

## Synthèse - 51 -

## Annexes - 54 -



# INTRODUCTION

La santé des femmes est liée à des différences à la fois biologiques, comportementales et sociétales vis-à-vis de celle des hommes. Elle peut être considérée comme meilleure à travers le prisme de l'espérance de vie, et ce quel que soit l'âge. Ainsi, l'espérance de vie des femmes en Normandie en 2023 est supérieure à celle des hommes de 6,0 ans à la naissance et de 4,4 ans à 60 ans. L'écart est moins conséquent en France hexagonale (respectivement 5,7 ans et 4,3 ans). Toutefois, quelle que soit l'unité géographique, ces écarts ont tendance à se réduire, en raison notamment des comportements féminins plus proches de ceux des hommes que par le passé, ne serait-ce qu'en regard des conduites addictives. D'autre part, l'approche par la morbidité fournit un constat différent, la consommation de soins relevée chez les femmes étant plus élevée que celle de leurs homologues masculins. Par ailleurs, il existe d'importantes inégalités au sein même de la population féminine, relatives à l'âge, mais aussi au niveau d'éducation voire à l'appartenance à un groupe social.

Au début de l'année 2023, la Normandie comptait un peu plus de 1,7 million d'habitantes, soit 51,5 % de l'ensemble de la population régionale ; un huitième d'entre elles a 75 ans ou plus, vivant seules dans la moitié des cas.

À travers l'étude de différentes thématiques, les problèmes de santé rencontrés par les Normandes sont étudiés au fil de ce document, apportant une analyse globale, par pathologies, mais également par sous-groupes de population. Une attention particulière est également portée aux problématiques spécifiques autour de la grossesse : la fécondité, la prématurité, la mortinatalité et les interruptions volontaires de grossesse.

Ce panorama est réalisé à partir de données de Santé publique France (pour les Baromètres Santé), des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, de l'Insee, des caisses d'assurance maladie, du système national des données de santé (SNDS), de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih), de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), du dispositif Évolutions et recherches en santé au travail (Evrest), de l'institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (Injep) et de la mission enquête, données et études statistiques (Medes). Il est à noter que les données présentées dans ce document sont les dernières disponibles au moment de la parution de celui-ci et qu'elles dépendent donc des producteurs précédemment cités, tant en termes de dates que de périodicités.

Cette plaquette a pour objet de confronter les indicateurs de santé des Normandes à ceux des Françaises de l'Hexagone. Pour le permettre au mieux, une standardisation sur l'âge est le plus souvent réalisée. Par ailleurs, une large place est portée à la dichotomie entre zone rurale et secteur urbain qui permet de différencier la Normandie dans un autre découpage que celui faisant référence aux deux régions d'avant la loi du 16 janvier 2015 sur la délimitation des régions. Au-delà de la synthèse descriptive, ce document constitue un outil d'aide à l'identification et à la priorisation des actions à mener afin d'améliorer la santé des femmes en région.

C'est dans ce cadre que, compte tenu du contexte dû aux évolutions de plus en plus rapides (notamment dans les comportements), l'actualisation doit se faire de manière régulière. D'ores et déjà, l'exploitation plus complète des données du CépiDc à partir de 2022 permettra de relever quelques évolutions qui, en l'état actuel de la connaissance, ne semblent pas s'inscrire dans la continuité des tendances enregistrées avant la période de la Covid-19. Ces informations seront à compléter, de façon plus conséquente, par des données de morbidité et de prévention, notamment extraites du système national des données de santé.





# CONTEXTE SOCIO- DÉMOGRAPHIQUE

La première partie de ce chapitre aborde la dimension démographique en détaillant la répartition de la population, en portant un regard spécifique sur le vieillissement de celle-ci et en traitant de la fécondité. Quelques aspects sociaux complètent ce chapitre.

---

6 Population

---

7 Fécondité

---

8 Familles monoparentales

---

8 Éducation, emploi

---

8 Prestations sociales

---

Ce chapitre est alimenté des données de l'Institut national des statistiques et des études économiques (Insee), celles issues du recensement de la population (RP) et de l'état civil. Pour tout ce qui a trait aux allocations et prestations sociales, la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) fournissent les données pour leurs affiliés respectifs. Elles sont cumulées dans ce chapitre.





# Population



## La population rurale moindre, notamment pour les jeunes adultes

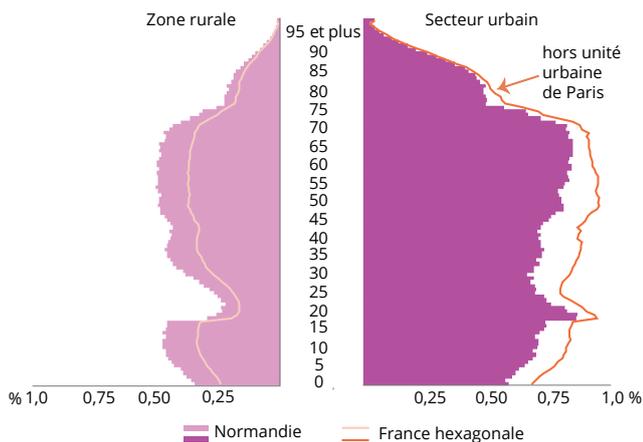
Au recensement de la population (RP) du 1<sup>er</sup> janvier 2021, 1,718 million de femmes sont dénombrées en Normandie ; 606 000 habitent en zone rurale et 1,112 million en secteur urbain.

En région comme en France hexagonale, la part de femmes domiciliées en secteur urbain est nettement supérieure à celles se trouvant en zone rurale : c'est ainsi un facteur de 1,85 qui est retrouvé dans la région entre les deux types d'habitat ; il est de 2,85 dans l'Hexagone (cela sans prendre en compte l'unité urbaine de Paris).

## Une part de la population française plus importante en zone rurale

La Normandie compte donc un peu plus de 1,7 million de femmes en 2021, soit 5,1 % de la population féminine hexagonale. Les Normandes de zone rurale représentent une part plus élevée que leurs homologues nationales (+9,3 points dans la région par rapport à la France hexagonale hors unité urbaine de Paris).

## Répartition de l'âge des femmes selon le type d'habitat



au 1<sup>er</sup> janvier 2021

Source : Insee - Exploitation OR2S

## Moins de jeunes adultes en zone rurale

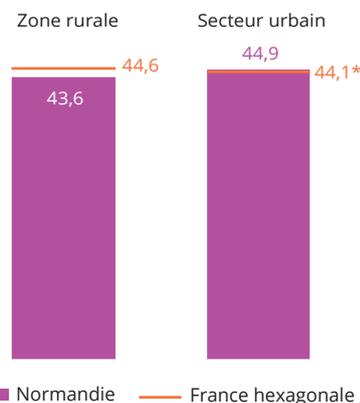
La « pyramide des âges » ci-contre met en parallèle les répartitions rurales et urbaines des femmes pour la Normandie et la France hexagonale. Comme cela ressort particulièrement, le déficit populationnel est important en zone rurale concernant les jeunes femmes de 18-23 ans (voire jusqu'à 24 ans dans la France hexagonale rurale). Cela est naturellement le fait de départ pour des raisons d'études, voire d'emploi vers le secteur urbain où se trouvent les établissements du supérieur et nombre d'offres d'emploi. Pour tous les âges, les parts de Normandes en zone rurale sont plus élevées que celles de leurs homologues françaises, ce qui se traduit respectivement par un pourcentage global dans ce type d'habitat de 35,3 % en Normandie contre 26,0 % en France hexagonale, hors unité urbaine de Paris.

## Une population féminine en secteur urbain plus âgée qu'en France, l'inverse en zone rurale

Toujours au RP 2021, la Normandie compte 210 000 femmes âgées de 75 ans ou plus (près de 62 000 en zone rurale et 148 000 en secteur urbain). Proportionnellement elles sont plus nombreuses en région qu'en France. Ainsi, tandis que 12,2 % des Normandes ont 75 ans ou plus, c'est le cas de 11,5 % des Françaises de l'Hexagone.

Cette légère différence est due aux populations en secteur urbain uniquement. En effet, tandis que les secteurs urbains de Normandie et de France hexagonale comptent respectivement 13,3 % et 12,4 % de femmes de 75 ans ou plus, les zones rurales en dénombrent respectivement 10,2 % et 11,2 %. En région, les femmes en zone rurale sont plus jeunes que celles de secteur urbain, situation inverse à celle du pays comme permet de s'en rendre compte le graphique ci-contre.

## Âge moyen des femmes selon le type d'habitat

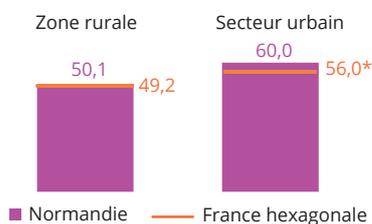


\* hors unité urbaine de Paris  
au 1<sup>er</sup> janvier 2021

Source : Insee - Exploitation OR2S



### Part de femmes de 75 ans et plus vivant seules selon le type d'habitat



\* hors unité urbaine de Paris

pour 100 femmes de 75 ans et plus 1<sup>er</sup> janvier 2021

Source : Insee - Exploitation OR2S

### Une part de femmes âgées vivant seules à domicile plus élevée en secteur urbain

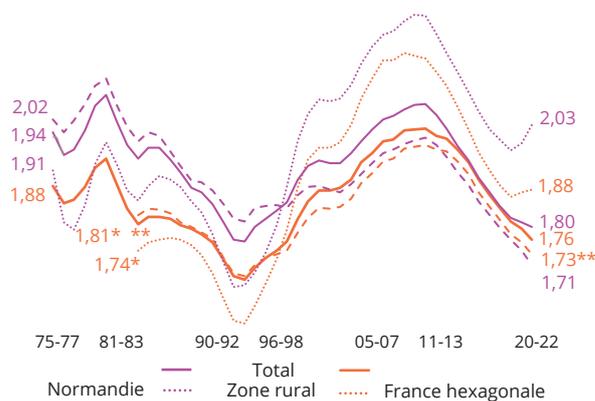
Au total, en Normandie, 106 300 femmes de 75 ans et plus vivent seules à domicile (un peu plus de 77 000 chez les 80 ans et plus). En matière de proportion, plus d'une femme de 75 ans et plus sur deux vit seule à son domicile, avec une valeur un peu plus élevée pour la région : 57,0 % contre 54,6 % pour la France hexagonale. Comme permet de la visualiser le graphique ci-contre, une part plus élevée de femmes de 75 ans ou plus vivant seules à domicile est observée en secteur urbain (60,0 % en région et 56,0 % en France hexagonale) et plus faible en zone rurale (50,1 % pour la région et 49,2 % en France hexagonale).

## Fécondité

### Un indice conjoncturel de fécondité qui se rapproche de celui de la France...

Sur la période 2020-2022, avec 33 000 naissances en moyenne annuelle (12 000 en zone rurale et 21 000 en secteur urbain), l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) normand est de 1,80 enfant par femme. Celui-ci est le cinquième plus élevé de l'Hexagone, derrière la Provence-Alpes-Côte d'Azur, le Centre-Val de Loire, l'Île-de-France et les Pays de la Loire. Cette valeur est légèrement supérieure à celle de l'indice national (1,76 enfant par femme), mais inférieure au seuil de remplacement (2,1 enfants, seuil dépassé seulement dans trois départements ultramarins). Après être passée par un maximum en 2010-2012, la courbe de l'ICF ne cesse de décroître depuis. Toutefois, pour les deux unités géographiques, il est à noter qu'une légère remontée est observée en 2022 (après la période de la Covid-19), mais que celle-ci n'est constatée qu'en zone rurale. Si la fécondité des Normandes de zone rurale est supérieure à celle de leurs homologues nationales, il n'en est pas de même en secteur urbain, l'ICF des Normandes se situant depuis le début des années dix en deçà de celui des Françaises « urbaines ».

### Évolution de l'indice conjoncturel de fécondité selon le type d'habitat



\* les données pour la France ne sont pas disponibles par type d'habitat avant 1981 \*\* hors unité urbaine de Paris

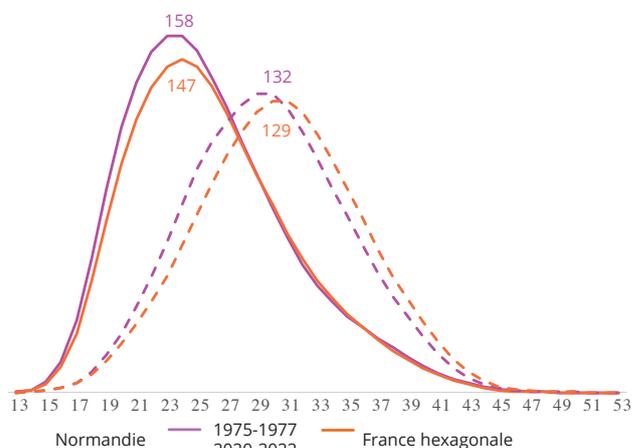
nombre d'enfant(s) par femme

Source : Insee - Exploitation OR2S

### ...avec un calendrier des naissances différent

Le calendrier des naissances a fortement évolué en quarante-cinq ans. Le graphique ci-contre permet de s'en rendre compte. Dans la deuxième partie des années soixante-dix, le pic du taux de fécondité était à 23/24 ans dans la région comme dans le pays, plus élevé dans la première que dans le second. Depuis, l'évolution est conséquente avec une valeur maximale qui s'est déplacée à 30 ans dans la région et à 31 ans en France. Par ailleurs, il est à noter que celle de chacun de ces territoires est moins importante que par le passé. En 2020-2022 en ne considérant que les femmes de moins de 31 ans, quelle que soit la classe d'âge, le taux de fécondité régional est supérieur à celui du niveau national. Ce différentiel avec la France est plus marqué que celui de 1975-1977. En revanche, à partir de 31 ans, ce sont les Françaises qui enregistrent les taux les plus élevés sans toutefois rattraper les Normandes pour l'ICF. L'analyse des taux de fécondité par âge permet là encore de faire ressortir des différences entre les femmes domiciliées en zone rurale et celles de secteur urbain. Les maxima en matière de taux de fécondité sont retrouvés à 28 ans en zone rurale et à 30 ans en secteur urbain, tant en région qu'en France (respectivement 159 et 121 contre 145 et 126 pour 1 000 femmes).

### Évolution du taux de fécondité selon l'âge\*



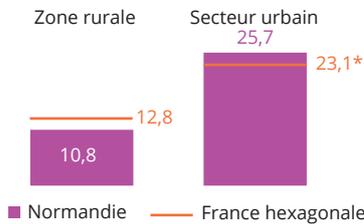
\* lissé sur 5 ans, l'âge indiqué sur le graphique correspond à l'âge central pour 1 000 femmes de chacun des groupes d'âge

Source : Insee - Exploitation OR2S



# Familles monoparentales

## Part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans dont le parent est une femme selon le type d'habitat



\* hors unité urbaine de Paris  
pour 100 familles avec enfant(s) de moins de 25 ans au 1<sup>er</sup> janvier 2021  
Source : Insee - Exploitation OR2S

## Une famille normande sur cinq dont le parent est une femme seule, une sur quatre en secteur urbain

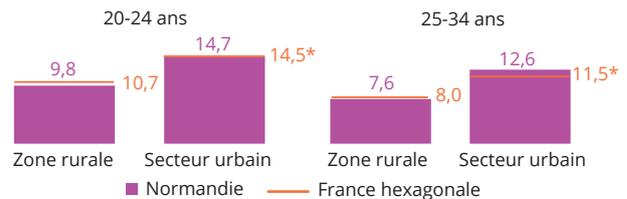
En 2021 en Normandie, près de 91 000 familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans dont le parent est une femme sont dénombrées, soit 79,2 % des familles monoparentales (un point de plus qu'au niveau national). En 2010, il y en avait 11 000 de moins, ce qui représente une augmentation de l'ordre de 14 % (+16 % en Hexagone). Cette augmentation a été plus marquée en zone rurale : +28 % contre +11 % pour le secteur urbain en Normandie (respectivement +27 % et +14 % en France). Cette part de familles monoparentales est bien plus élevée en secteur urbain qu'en zone rurale, pour les deux unités géographiques, l'écart étant plus marqué en Normandie (cf. graphique ci-contre).

# Éducation, emploi

## Des parts de non diplômées semblables à celles de la France, mais moins de Bac+2 ou plus

Les parts de filles de 6-16 ans non scolarisées sont similaires aux niveaux régional et national : de l'ordre de 2,0 % en zone rurale et de 2,6 % en secteur urbain. Le même schéma est observé pour les jeunes femmes pas ou peu diplômées (cf. graphique ci-contre). Pour les 25-34 ans, la proportion de femmes non scolarisées ayant au moins un Bac+2 est plus élevée en France hexagonale qu'en Normandie (53,7 % contre 45,3 %). Cependant, les écarts entre secteur urbain et zone rurale sont plus faibles en Normandie (1,1 point d'écart) qu'au niveau national (5,1 points).

## Part de femmes non scolarisées pas ou peu diplômées selon le type d'habitat et le groupe d'âge



\* hors unité urbaine de Paris  
pour 100 femmes de chacun des groupes d'âge au 1<sup>er</sup> janvier 2021  
Source : Insee - Exploitation OR2S

## Un taux d'emploi au niveau de celui de la France...

Le taux d'emploi des femmes de 15-64 ans est sensiblement le même en Normandie et en France, de l'ordre de 63 %, avec un taux plus élevé en zone rurale (plus de 68 %) qu'en secteur urbain (moins de 62 %). Le taux de chômage, d'environ 12 % pour les femmes de 15 ans et plus, suit la tendance inverse : plus de 13 % en secteur urbain contre moins de 10 % en zone rurale.

## ...mais une répartition des PCS différentes

Parmi les femmes ayant un emploi, en Normandie, les parts d'employées et d'ouvrières sont plus élevées qu'en France (respectivement +3,6 points et +2,2 points), tandis que la part de cadres et de professions intellectuelles supérieures est bien inférieure (-5,3 points ; cf. graphique ci-contre). Ces différences sont retrouvées tant en zone rurale qu'en secteur urbain.

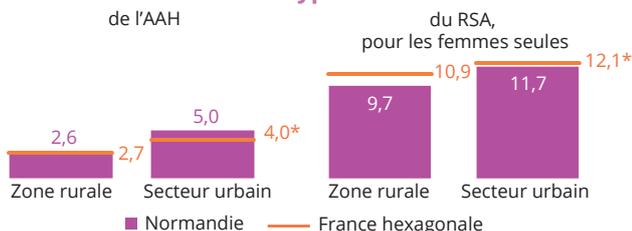
## Part de femmes selon la PCS



\* hors unité urbaine de Paris  
pour 100 femmes ayant un emploi au 1<sup>er</sup> janvier 2021  
Source : Insee - Exploitation OR2S

# Prestations sociales

## Part de femmes allocataires... selon le type d'habitat



\* hors unité urbaine de Paris  
pour 100 femmes pour l'AAH et 100 femmes vivants seules pour le RSA au 31 décembre 2023

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee - Exploitation OR2S

## Des disparités rural/urbain pour l'AAH et le RSA

Au 31 décembre 2023, près de 38 000 femmes perçoivent l'AAH en Normandie et 14 000 femmes seules le RSA.

Pour l'AAH, le taux régional est un peu plus important que celui relevé sur l'ensemble du pays (4,2 % contre 3,4 %). Ceci est le fait du secteur urbain, en zone rurale, les taux pour la Normandie et la France sont très proches (cf. illustration ci-contre).

Pour le RSA, les taux sont assez proches (11,3 % pour la Normandie et 11,8 % en France).

Pour ces deux indicateurs, les taux relevés en zone urbaine sont plus élevés que ceux observés en zone rurale, et ce tant en Normandie qu'au niveau national.

# DÉTERMINANTS DE SANTÉ ET PRÉVENTION

Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes particuliers ou de maladies. Ils sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et aux environnements. Ils permettent d'identifier des leviers sur lesquels il est possible d'agir afin, entre autres, de mettre en place des actions de prévention. Ce chapitre traite plus spécifiquement des déterminants en lien avec les comportements individuels et présente quelques aspects autour de la prévention<sup>1</sup>

---

10 Autour de la naissance

---

10 Fécondité des femmes mineures

---

11 Interruption de la grossesse

---

12 Vaccination

---

13 Alimentation

---

---

14 Activités physiques et sportives

---

15 Corpulence

---

16 Alcool

---

17 Tabac

---

18 Mortalité évitable liée à la prévention

---

Ce chapitre repose en grande partie sur la déclinaison régionale des Baromètres Santé, portés par Santé publique France<sup>2</sup>. Sont également mobilisés des indicateurs autour des naissances et des IVG produits par la Drees à partir du PMSI MCO, les données d'état civil de l'Insee, des extractions du SNDS autour de la vaccination réalisées par l'ARS Normandie, les données de mortalité produites par le CépiDc de l'Inserm et celles du recensement annuel des licences sportives, réalisé par la Medes auprès des fédérations sportives agréées.

1. Afin d'offrir une vision globale autour des cancers du sein, de l'utérus et du côlon-rectum, les indicateurs de dépistages de ces cancers sont présentés dans le chapitre état de santé (respectivement en pages 30, 32 et 33).

2. Dispositif d'enquêtes périodiques mis en place en 1992 par le Comité français d'éducation pour la santé, poursuivi par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé et désormais par Santé publique France.





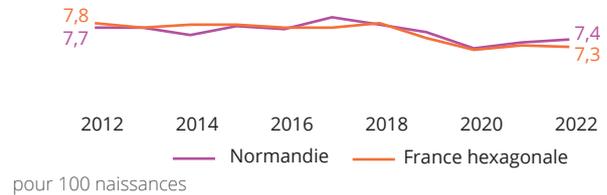
# Autour de la naissance

Les taux de naissances multiples sont similaires aux niveaux régional et national, et oscillent depuis 2012 jusqu'en 2022 entre 3,0 % et 3,6 %.

## Un taux de naissances prématurées en légère baisse récemment

En 2022, en Normandie, 7,4 % des naissances sont prématurées (avant la 37<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée). Cela situe la Normandie dans la moyenne des régions de France hexagonale (7,3 %). Ce taux est en légère diminution depuis 2018. Cette baisse est un peu moins prononcée dans la région (-0,4 point) qu'au niveau national (-0,6 point).

## Évolution du taux de naissances prématurées



Sources : PMSI-MCO, Atih, Drees - Exploitation OR2S

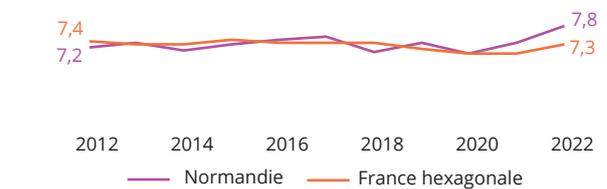
## Le taux le plus élevé des régions hexagonales pour les faibles poids à la naissance

En Normandie, 7,8 % des enfants nés en 2022 ont un poids inférieur à 2,5 kg, soit le taux le plus élevé observé dans la région depuis 2012. Il place d'ailleurs la Normandie au premier rang des régions de France hexagonale, la valeur nationale étant de 7,3 %.

Dans le détail, en Normandie en 2022, 1,1 % des nourrissons a un poids inférieur à 1,5 kg à la naissance, 1,5 % entre 1,5 kg et moins de 2 kg et 5,2 % pèsent entre 2 kg et moins de 2,5 kg. Ces valeurs sont respectivement de 1,1 %, 1,4 % et 4,8 % en France.

En termes d'effectif pour la Normandie en 2022, ceci correspond respectivement 368, 508 et 1 708 enfants dont le poids à la naissance est de moins de 1,5 kg, compris entre 1,5 kg et moins de 2 kg et compris entre 2 kg et moins de 2,5 kg ; soit un total de 2 584 enfants de faible poids à la naissance.

## Évolution du taux de faibles poids de naissance\*

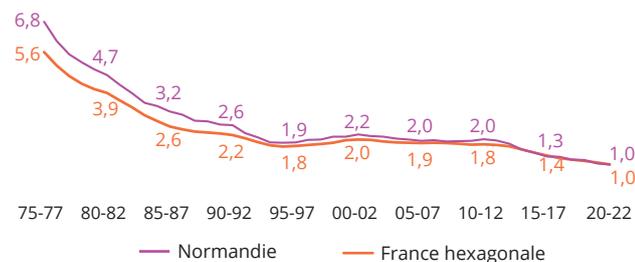


\* poids inférieur à 2,5 kg pour 100 naissances vivantes

Sources : PMSI-MCO, Atih, Drees - Exploitation OR2S

# Fécondité des femmes mineures

## Évolution du taux de fécondité des jeunes femmes de 12-17 ans



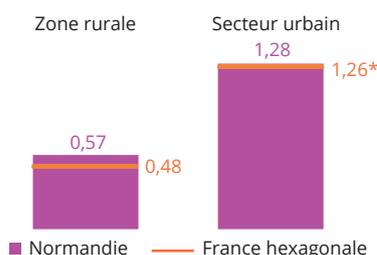
pour 1 000 femmes de 12-17 ans

Source : Insee - Exploitation OR2S

## Après avoir été plus élevée qu'en France pendant de nombreuses années, le taux de fécondité des jeunes femmes est maintenant comparable

En moyenne annuelle sur la période 2020-2022, ce sont 122 naissances vivantes de jeunes femmes de 12-17 ans domiciliées en Normandie qui sont enregistrées (95 en secteur urbain et 27 en zone rurale). Le taux de fécondité correspondant est de 1 ‰, soit une valeur identique à celle de la France hexagonale. Comme l'illustrent les courbes ci-contre, par le passé, le taux régional était plus élevé que le taux national. Le différentiel entre les deux zonages a oscillé autour des 20 % entre 1975-1977 et 1990-1992. Il s'est ensuite réduit, variant autour des +10 % jusqu'au début des années deux-mille, pour devenir identique ensuite, voire inférieur, selon les années.

## Taux de fécondité des jeunes femmes de 12-17 ans selon le type d'habitat



\* hors unité urbaine de Paris pour 1 000 femmes de 12-17 ans en 2020-2022

Source : Insee - Exploitation OR2S

## Une fécondité des 12-17 ans plus élevée en secteur urbain qu'en zone rurale

Tant en région qu'en France, quelle que soit la période, le taux de fécondité des femmes de 12-17 ans est resté plus élevé en secteur urbain qu'en zone rurale. En 2020-2022, le taux relevé en secteur urbain est plus de deux fois plus important que celui de la zone rurale (2,2 fois pour la Normandie et 2,6 pour la France). Il est à noter que le taux de fécondité des femmes de 12-17 ans est plus élevé en zone rurale de Normandie qu'en France hexagonale. Ceci est la conséquence d'une tendance à la stagnation du taux en zone rurale régionale, alors qu'il continue à diminuer au niveau national. Pour le secteur urbain, tant en région que dans le pays, la tendance est toujours à la baisse ces dernières années.

# Interruption de la grossesse

## Le deuxième taux le plus bas des régions pour la mortalité

En 2022, le taux de mortalité en Normandie est de 7,6 pour 1 000 enfants (8,5 ‰ en France hexagonale). Cela correspond au deuxième taux le plus faible des régions de l'Hexagone (taux très proche de celui de l'Occitanie située au premier rang).

Depuis 2013, tant pour les interruptions médicales de grossesse (IMG) que pour la mortalité spontanée, l'échelle nationale se situe dans une quasi-stabilité. En Normandie, la courbe est plus accidentée, notamment pour le taux de mortalité spontanée avec un pic en 2020 (6,1 ‰).

## Le taux de recours à l'IVG tant à augmenter, même s'il demeure plus faible en région qu'en France...

En 2023, ce sont 6 161 interruptions volontaires de grossesse (IVG) de femmes domiciliées en Normandie<sup>1</sup> qui ont été dénombrées en établissement hospitalier et 3 083 hors établissement hospitalier. De l'ordre d'une Normande sur quinze (6,9 %) a eu son IVG en dehors de la région.

Pour les IVG réalisées en établissement hospitalier, la méthode médicamenteuse a été utilisée dans 74 % des cas, soit 10 points de plus qu'en France hexagonale.

Le taux d'IVG dans la région est plus faible qu'en France hexagonale (13,9 ‰ contre 16,3 ‰) ; il situe la Normandie comme la quatrième région hexagonale présentant la valeur la plus faible. Depuis 2016, une augmentation régulière des taux de recours à l'IVG est observée dans les deux unités géographiques, du même ordre de grandeur (+2 points environ).

## ...mais une part d'IVG réalisées chez des mineures plus élevée en région, bien qu'en baisse

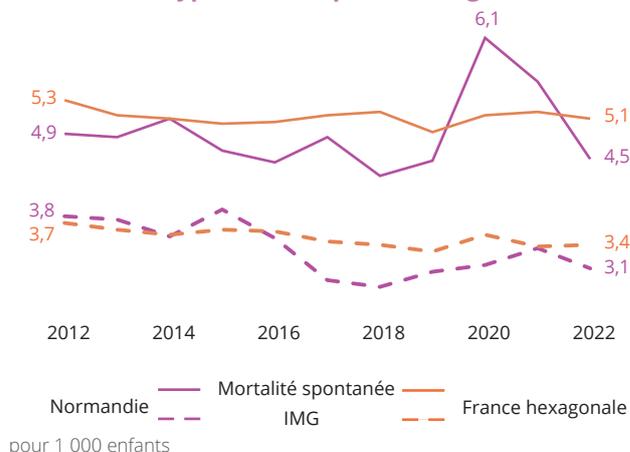
En termes de répartition par âge, 324 IVG concernent des Normandes mineures, soit 3,5 % de l'ensemble des IVG pour la région, contre 2,3 % en France hexagonale en 2023. Cette part situe la Normandie au deuxième rang des régions de l'Hexagone derrière les Hauts-de-France pour sa valeur élevée. Depuis 2017, cette part est en baisse dans les deux unités géographiques : -27 % en Normandie, -25 % à l'échelle nationale.

Chez les jeunes adultes, ce sont 570 IVG de femmes de 18-19 ans qui sont dénombrées pour la Normandie, soit 6,2 % de l'ensemble des IVG.

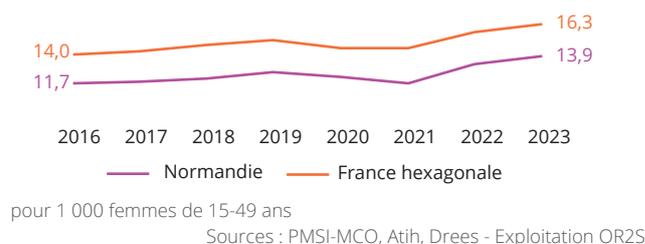
## Près d'une IVG sur seize est tardive

Les IVG tardives représentent les IVG réalisées entre 12 et 16 semaines d'aménorrhée ; en 2023, 560 sont dénombrées en Normandie. Elles représentent 6,1 % du total des IVG en Normandie contre 5,5 % en France hexagonale.

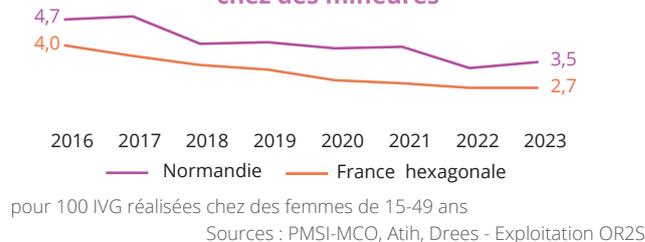
### Évolution du taux de mortalité selon le type d'interruption de la grossesse



### Évolution du taux de recours à l'IVG



### Évolution de la part des IVG réalisées chez des mineures



1. Les IVG pour lesquelles le lieu de résidence est inconnu ont été classées au lieu de leur réalisation lorsque cela était possible. Les taux de recours ont été calculés en rapportant les IVG concernant des femmes de 15 à 49 ans (y compris les âges inconnus, sauf pour les indicateurs par âge) aux femmes résidentes de 15 à 49 ans. Pour une part non négligeable des IVG réalisées hors établissements hospitaliers (4,7 % en 2023), un NIR spécifique anonyme IVG est utilisé et, parfois, ni l'âge des femmes concernées ni leur département de domicile ne peuvent être connus (moins de 2 % des IVG hors établissement). Selon les recommandations de la Cnam, ces IVG ne devraient concerner que des mineures. Le taux de recours est donc probablement légèrement sous-estimé parmi les femmes de 15 à 17 ans.

La **mortalité** désigne les enfants nés sans vie à partir d'un âge gestationnel minimal de 22 semaines d'aménorrhée ou un poids de plus de 500 grammes. Lorsque l'embryon ou le *fœtus* est expulsé ou extrait du corps de la mère avant le sixième mois de grossesse, il ne s'agit pas d'une mortinaissance, mais d'un avortement ou d'une fausse couche.

Il existe deux méthodes d'**interruptions volontaires de grossesse (IVG)**, instrumentale (chirurgicale) et médicamenteuse. La première est pratiquée obligatoirement en établissement de santé (hôpital ou clinique). Sous certaines conditions, elle peut avoir lieu dans un centre de santé autorisé ayant établi une convention de coopération avec un établissement de santé. La seconde est pratiquée en établissement de santé (hôpital ou clinique), en cabinet de ville, en centre de santé sexuelle ou en centre de santé. La technique d'avortement utilisée dépend du choix de la femme et du terme de la grossesse.



# Vaccination

## Une meilleure couverture vaccinale en région contre le HPV...

En Normandie, en 2022, la couverture vaccinale contre les infections à papillomavirus humains (en anglais *Human Papilloma Virus* -HPV-) est meilleure qu'en France hexagonale. À 11 ans, ce sont ainsi 31,9 % des jeunes Normandes qui sont vaccinées, contre 22,2 % en France. À 15 ans, le même schéma est observé, avec 62,8 % des filles vaccinées en Normandie contre 53,6 % à l'échelle nationale. Cela représente dans la région, 5 849 filles de 11 ans et 14 254 filles de 15 ans vaccinées contre le HPV.

## ...notamment la meilleure des régions de France pour les filles de 11 ans

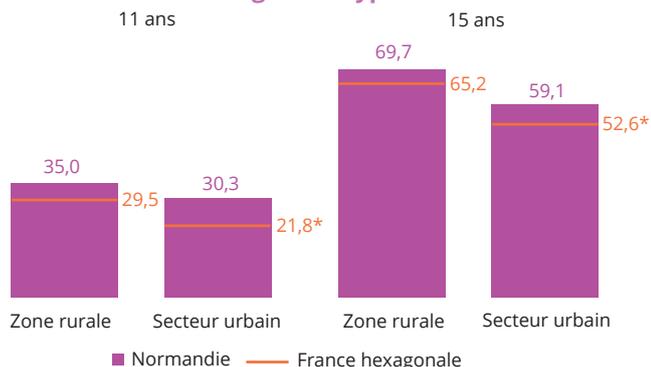
Avec ces taux de vaccination, la Normandie est la région de France hexagonale présentant la meilleure couverture vaccinale chez les filles de 11 ans (suivie des Hauts-de-France avec un taux de 27,3 %). À 15 ans, la Normandie est la troisième région avec la plus grande couverture vaccinale, précédée de la Bretagne (65,2 % de filles vaccinées) et des Pays de la Loire (64,6 %).



## Le vaccin contre le HPV plus utilisé en zone rurale

En Normandie comme dans l'Hexagone, le taux de vaccination des filles de 11 ans et 15 ans est supérieur en zone rurale par rapport au secteur urbain. En effet, il est 15,7 % plus élevé dans la première par rapport au second à 11 ans et 17,8 % à 15 ans. En France, ces écarts sont encore plus conséquents, respectivement de +35,5 % et +24,1 %.

### Taux de vaccination contre le HPV chez les filles selon l'âge et le type d'habitat



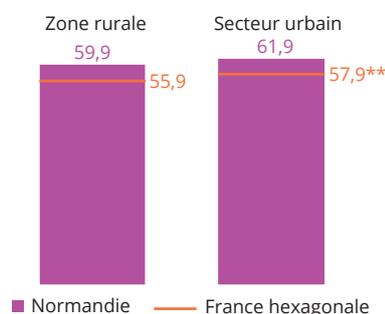
Source : SNDS, DCIR - Exploitation ARS Normandie, OR2S

## Un taux de vaccination contre la grippe pour plus de deux femmes sur trois de 65 ans et plus en région

La couverture vaccinale contre la grippe chez les femmes est meilleure en Normandie qu'en France hexagonale en 2023. Parmi les femmes de 65 ans et plus, 61,3 % (soit près de 260 000 Normandes de ce groupe d'âge) sont vaccinées dans la région contre 57,2 % à l'échelle nationale.

Contrairement à ce qui est observé chez les jeunes pour la vaccination contre le HPV, la couverture vaccinale contre la grippe des femmes de 65 ans et plus est plus étendue en secteur urbain, avec un écart cependant moins prononcé (cf. graphique ci-dessous).

### Taux de vaccination contre la grippe chez les femmes\* selon le type d'habitat

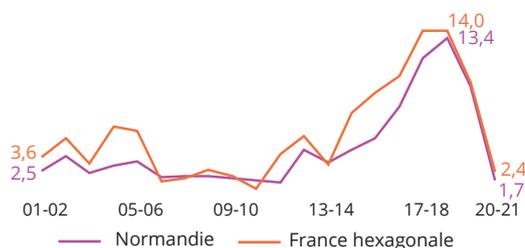


\* que celles-ci aient un bon de prise en charge ou non  
 \*\* hors unité urbaine de Paris  
 taux bruts pour 100 femmes de 65 ans et plus en 2022  
 Source : SNDS, DCIR - Exploitation ARS Normandie, OR2S

## Une mortalité par grippe qui fluctue fortement d'une année sur l'autre

Les épisodes de grippe qui peuvent varier fortement d'une année sur l'autre ont pour conséquence une mortalité plus ou moins importante. Depuis une vingtaine d'années, une constante est retrouvée, à savoir que la mortalité pour cause grippale s'est toujours avérée plus faible ou équivalente en Normandie vis-à-vis de la France hexagonale chez les femmes, notamment chez celles de 65 ans et plus. Sur la période récente de 2017-2019, le taux de mortalité par grippe chez les femmes de 65 ans et plus n'a jamais été aussi élevé depuis le début des années deux mille avec un taux de 13,1 pour 100 000 en Normandie versus 14,5 en France. En effet, la dernière grosse épidémie qui a entraîné un taux plus élevé concernait les trois dernières années du siècle dernier. En revanche, les années de la Covid-19 ont été marquées par une absence de circulation du virus grippal, ce qui a entraîné un taux de mortalité par grippe parmi les plus faibles jamais observé : 1,7 pour 100 000 femmes de 65 ans et plus en région et 2,4 en France hexagonale ; l'illustration ci-dessous permet de le constater.

### Évolution de la mortalité féminine par grippe



Source : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR2S

# Alimentation

## Cinq fruits et légumes par jour : les Normandes moins nombreuses que l'ensemble des Françaises à suivre les recommandations

En Normandie en 2021, plus d'une Normande sur six âgée de 18 à 85 ans ne mange pas quotidiennement de fruit(s) et/ou de légume(s) ; 17,7 % contre 16,0 % en France hexagonale. Elles sont une sur cinq (19,5 %) à suivre les recommandations (au moins cinq fruits et légumes par jour), soit moins que le quart des Françaises (25,3 %).

Globalement, plus l'âge augmente plus les recommandations de consommation de fruits et légumes sont suivies. Ces différences selon l'âge sont retrouvées aussi bien en Normandie qu'en France, mais avec des pourcentages moindres au niveau régional.

## La consommation de légumes secs au moins deux fois plus prise des femmes en secteur urbain

En Normandie comme au niveau national, plus d'une femme sur cinq déclare manger des légumes secs (lentilles, pois chiches, haricots secs...) au moins deux fois par semaine (21,7 % en région, 22,9 % en France).

Aucune différence significative selon le profil n'est relevée à l'échelle régionale, essentiellement en raison de la faiblesse des effectifs enquêtés. Cependant, en milieu urbain, 23,5 % des Normandes suivent les recommandations de consommation de légumes secs contre 18,3 % en zone rurale (écart moins important, mais différence significative à l'échelle nationale, respectivement 23,6 % contre 20,3 %).

## La consommation de féculents complets au moins une fois par jour : plus le fait des femmes de secteur urbain

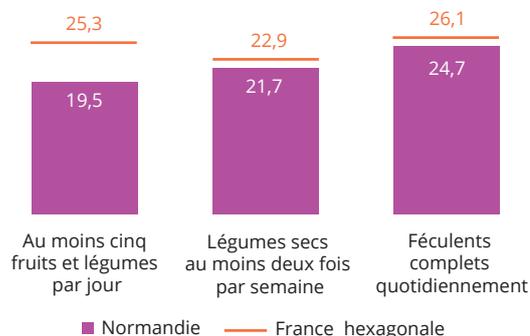
Une femme sur quatre déclare consommer au moins un féculent complet (pain, pâtes, riz complet...) par jour (24,7 % en Normandie, 26,1 % en France).

Cette recommandation est mieux suivie en secteur urbain qu'en zone rurale que ce soit en Normandie (27,7 % contre 19,2 %) ou dans l'ensemble de la France (26,8 % contre 23,6 %).

## Une consommation de boissons sucrées qui décroît sensiblement avec l'avancée en âge

Parmi les Normandes de 18-85 ans, 22,5 % déclarent consommer des boissons sucrées (jus de fruits, sirops ou sodas y compris *light*) tous les jours, dont 5,0 % boivent trois verres ou plus par jour. Ces parts sont du même ordre de grandeur que celles observées en France (respectivement 23,0 % et 6,9 %).

## Suivi des recommandations alimentaires chez les femmes



pour 100 femmes de 18 à 85 ans

Source : Baromètre Santé 2021, SpF - Exploitation OR2S

Dans les deux unités géographiques, les consommations quotidiennes de boissons sucrées sont plus observées chez les jeunes femmes de 18-29 ans que chez leurs aînées (40,5 % contre 28,2 % chez les 30-44 ans et moins de 16 % chez les 45-85 ans dans la région).

## Les plus jeunes moins consommatrices d'aliments « bio »

Bien que trois femmes sur quatre (75,7 %) déclarent consommer des aliments « bio » au moins de temps en temps dans la région, cette part est inférieure à celle relevée dans le pays (82,0 %). Les consommations quotidiennes sont également plus retrouvées au niveau national : 13,1 % chez les Normandes, 16,6 % chez les Françaises.

La consommation au moins de temps en temps d'aliments « bio » est moins fréquente chez les 18-29 ans que chez leurs aînées. Ce constat est retrouvé en Normandie comme dans l'ensemble du pays, avec des valeurs plus faibles régionalement.

## Des régimes alimentaires particuliers pour une femme sur vingt

Les habitudes alimentaires spécifiques sont déclarées par 5,3 % des Normandes et 6,3 % des Françaises, sans différence significative. Ces régimes sont majoritairement le végétarisme et le flexitarisme, ce dernier consistant à limiter considérablement la consommation de viande, sans l'exclure totalement.<sup>1</sup>

1. Pour plus d'informations sur l'alimentation en Normandie à partir des données du Baromètre Santé : [http://www.or2s.fr/images/BarometreSante/Baro\\_santeAlimentationNormandie.pdf](http://www.or2s.fr/images/BarometreSante/Baro_santeAlimentationNormandie.pdf)

Le **Baromètre Santé** est un dispositif d'enquêtes périodiques mis en place en 1992 par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES), poursuivi par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) et désormais par Santé publique France (SpF). Ces enquêtes permettent de suivre les principaux comportements et perceptions de la population résidant en France vis-à-vis de sa santé. Les échantillons sont de taille importante en 2005, 2010, 2017 et 2021, offrant des représentativités régionale et nationale. Ainsi, en Normandie, respectivement 783, 798, 790 et 646 femmes de 18 à 75 ans ont été enquêtées, 66 femmes de 76 à 85 ans ayant également été interrogées en 2021.

Les résultats présentés dans ce document sont de deux natures :

- un état des lieux de la situation en 2021 à partir des résultats redressés de manière à être représentatif des femmes de 18-85 ans en Normandie et en France ;

- lorsque les données sont disponibles, une évolution de la santé à partir des données des éditions 2005, 2010, 2017 et 2021, reposant sur des taux standardisés sur l'âge, afin de tenir compte du vieillissement de la population et pouvoir comparer les résultats des différents Baromètres à population égale (pour 2021, seules les femmes de 18-75 ans ont été retenues).

Sauf mention contraire, les différences et évolutions citées dans le texte sont significatives au seuil de 5 %.

Pour plus d'information sur les recommandations sur l'alimentation, l'activité physique et la sédentarité pour les adultes, le Dossier pédagogique de Santé publique France est à consulter : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/infographie/nouvelles-recommandations-destinees-aux-adultes>



# Activités physiques et sportives

## Une activité physique du niveau de celle observée à l'échelle nationale...

D'après le Baromètre Santé 2021, au cours des sept derniers jours, près de deux Normandes sur trois (64,6 %) déclarent avoir fait au moins une activité physique modérée, deux sur cinq (41,1 %) ayant fait celle-ci de manière intense. Ces parts sont voisines à l'échelle nationale, respectivement 67,8 % et 41,1 %. Par ailleurs, en Normandie comme en France, deux femmes sur sept (respectivement 28,4 % et 28,2 %) déclarent avoir réalisé des activités de renforcement musculaire (port de charges lourdes, exercices de musculation, travail avec des poids, abdos-fessiers...) au cours des sept derniers jours.

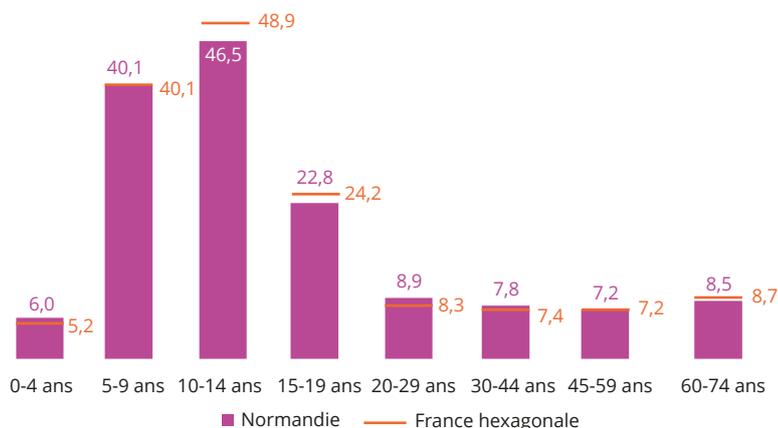
## ...plutôt en baisse depuis une quinzaine d'années<sup>1</sup>

Entre 2005 et 2021, les taux de femmes de 18-75 ans déclarant avoir fait une activité physique intense dans la semaine n'ont pas varié significativement, tant au niveau national qu'en région. Il n'en va pas de même pour ces mêmes femmes de 18-75 ans concernant la pratique d'une activité physique modérée, une diminution de 24 % et de 18 % étant respectivement observée en Normandie et en France.<sup>2</sup>

## Chez les 20-74 ans, une licence sportive pour une femme sur douze...

En 2021, quelque 208 800 licences sportives ont été délivrées à des femmes en Normandie, soit un taux de 12,5 licences pour 100 femmes tous âges confondus, du même ordre de grandeur que celui de France hexagonale (12,6 pour 100 femmes). Dans l'une comme dans l'autre unité géographique, le taux de licences sportives est bien plus élevé chez les jeunes femmes de 5-19 ans, avec un pic entre 10 ans et 14 ans (cf. graphique ci-dessous).

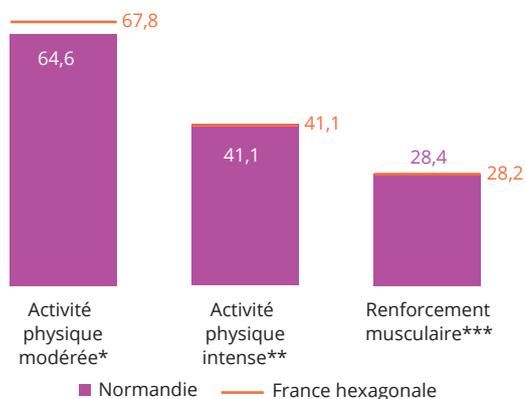
## Licences sportives délivrées à des femmes selon l'âge



pour 100 femmes de chacun des groupes d'âge en 2021

Source : Injep-Medes, Recensement des licences et clubs sportifs - Exploitation OR2S

## Activités physiques des femmes au cours des sept derniers jours



\* activité physique qui a demandé un effort physique modéré et qui a fait respirer un peu plus difficilement que normalement  
 \*\* activité physique qui a demandé un effort physique important et qui a fait respirer beaucoup plus difficilement que normalement  
 \*\*\* comme le port de charges lourdes, les exercices de musculation, le travail avec des poids ou les abdos-fessiers pour 100 femmes de 18 à 85 ans

Source : Baromètre Santé 2021, SpF - Exploitation OR2S

À partir de 20 ans, les taux ne dépassent pas neuf licences délivrées pour 100 femmes, taux globalement constants entre 20 ans et 74 ans en France comme en région.

En moyenne, les taux de licences sportives délivrées sont plus élevés en zone rurale qu'en secteur urbain, en particulier en Normandie. Alors que le différentiel est peu marqué avant 15 ans, il est particulièrement prononcé entre 15 ans et 30 ans. En effet, dans cette classe d'âge, les taux de licences délivrées à des femmes résidant en zone rurale sont 1,5 fois plus élevés que ceux de leurs homologues résidant en secteur urbain.

## ...avec des évolutions qui fluctuent suivant les groupes d'âge

En Normandie comme en France hexagonale, le taux de licences sportives délivrées enregistre une baisse globale depuis 2016, et particulièrement importante entre 2020 et 2021.

Ces évolutions globales masquent cependant des disparités selon les groupes d'âge. En effet, bien que la diminution entre 2020 et 2021 soit généralisée, la tendance globale chez les moins de 10 ans est plutôt à l'augmentation, tandis qu'elle est à la baisse chez leurs aînées.

1. Les questions sur l'activité physique n'ayant pas été posées de la même manière lors des Baromètres Santé 2010 et 2017, il n'est possible d'étudier des évolutions qu'en référence à l'édition 2005.

2. Pour plus d'informations sur la corpulence, l'activité physique et la sédentarité en Normandie à partir des données des Baromètres Santé : [http://www.or2s.fr/images/BarometreSante/Baro\\_santeActPhyNormandie.pdf](http://www.or2s.fr/images/BarometreSante/Baro_santeActPhyNormandie.pdf)

Le **recensement des licences sportives** est réalisé annuellement par la Mission enquête, données et études statistiques (Medes) auprès des fédérations sportives agréées par le ministère en charge des sports. Celles-ci fournissent des données sur les licences qu'elles délivrent et sur les clubs qui leur sont affiliés. Ne sont pas décomptées ici, les licences relatives à l'union nationale du sport scolaire (UNSS), union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois, qui ne sont pas répertoriées au lieu de domicile du licencié. Il est à noter que le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés. En effet, cette source ne permet pas d'identifier les adhérents détenant plusieurs licences auprès de différentes fédérations sportives. Enfin, des personnes peuvent pratiquer une activité physique de manière indépendante ou dans des clubs de sports hors licence.

# Corpulence

## Une Normande de 18-85 ans sur six en situation d'obésité...

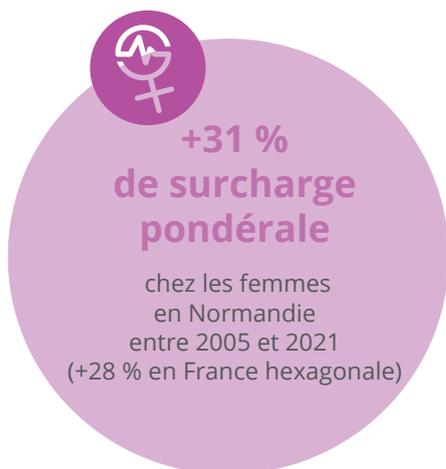
En 2021, un peu plus d'une Normande âgée de 18 à 85 ans sur deux a une corpulence dite « normale » (51,8 % versus 56,4 % en France). Elles sont 3,8 % en situation de maigreur, 28,6 % présentant un surpoids et 17,2 % une obésité<sup>1</sup>. Ces pourcentages sont à mettre en regard de ceux retrouvés en France hexagonale où ces parts de femmes sont respectivement de 4,6 %, 26,4 % et 15,0 %.

### ...part qui a augmenté au cours du temps

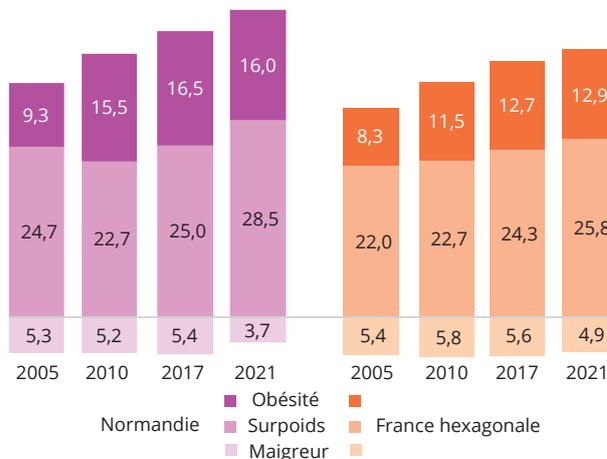
Alors que les taux standardisés de maigreur ont tendance à légèrement diminuer ces toutes dernières années (entre 2017 et 2021), la surcharge pondérale (surpoids ou obésité) est en hausse constante depuis 2005, tant en Normandie que dans l'ensemble de la France. Ainsi, une augmentation de la part de femmes en surcharge pondérale de 31 % est relevée en Normandie en seize ans, évolution comparable à celle de la France (+28 %). L'augmentation de la surcharge pondérale est due à la hausse des taux féminins d'obésité, notamment sur la période 2005-2010 (+67 % en Normandie et +38 % en France hexagonale). Quoique suivant une évolution moins prononcée, le surpoids est également en hausse régulière depuis 2010 (+26 % en Normandie et +14 % dans l'Hexagone).

### Un impact de l'âge

À l'échelle nationale, la surcharge pondérale est plus fréquente chez les 45-75 ans que chez les jeunes femmes de moins de 30 ans. Cette tendance semble se confirmer en Normandie<sup>2</sup> comme permet de le visualiser le graphique ci-contre avec, quel que soit le type de surcharge, des valeurs nationales en deçà des pourcentages régionaux.



## Évolution de la corpulence chez les femmes

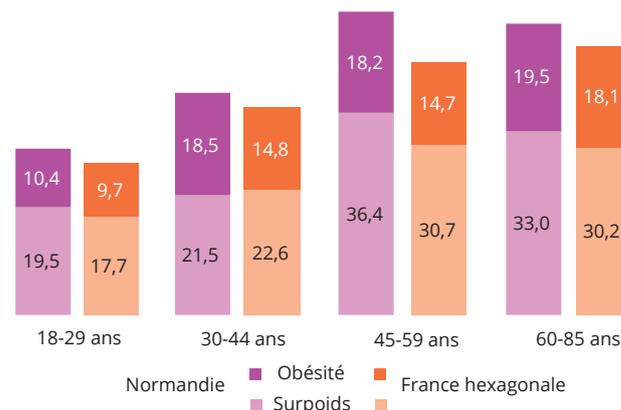


d'après les déclarations de poids et de taille

taux standardisés sur l'âge pour 100 femmes de 18 à 75 ans

Sources : Baromètres Santé 2005, 2010, 2017 et 2021, Inpes, SpF - Exploitation OR2S

## Surcharge pondérale chez les femmes selon le groupe d'âge



d'après les déclarations de poids et de taille

pour 100 femmes de chacun des groupes d'âge

Source : Baromètre Santé 2021, SpF - Exploitation OR2S

1. L'illustration ci-contre se rapporte aux seules femmes de 18-75 ans ce qui explique les différences, mais a pour objet les comparaisons temporelles commentées dans le paragraphe ci-dessus.

2. Le nombre de femmes enquêtées relativement faible en Normandie ne permet toutefois pas de distinguer des profils féminins significativement plus à risque d'avoir une corpulence en dehors de la normale.

Le **statut pondéral** est défini à partir du calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) ; il est obtenu en rapportant le poids (en kg) sur la taille (en m) élevée au carré. La maigreur est définie par un IMC inférieur à 18,5, le surpoids par un IMC compris entre 25,0 et moins de 30,0 et l'obésité par un IMC supérieur ou égal à 30,0. Les personnes en surcharge pondérale correspondent à l'addition de celles en surpoids et celles présentant une obésité.

La taille et le poids des individus sont obtenus à partir des données déclarées lors de l'entretien téléphonique. Il existe des biais de sous-déclaration du poids et de surdéclaration de la taille dans le cadre de telles enquêtes. Il est donc probable que les données d'IMC présentées soient sous-estimées en regard de la situation qui serait obtenue à partir de mesures.



# Alcool

## Des consommations régulières d'alcool voisines en Normandie et en France...

Comme le font ressortir les courbes ci-contre, une diminution importante de la consommation d'alcool des femmes de 18-75 ans pour ce qui est de la déclaration de consommer chaque semaine un même type d'alcool est relevée entre 2010 et 2017 ; elle s'est ainsi réduite d'un tiers en Normandie et d'un cinquième dans l'ensemble du pays sur cette période. L'année 2017 est toutefois assez spécifique puisqu'il s'agit du seul recensement où un décrochage est constaté entre les deux niveaux géographiques. En 2021, les valeurs régionale et nationale sont à nouveau du même ordre, un peu plus de trois femmes sur dix déclarant une consommation régulière. Des alcoolisations ponctuelles importantes (API – boire au moins six verres d'alcool au cours d'une même occasion) sont arrivées dans l'année pour plus de deux femmes sur neuf (22,4 % en Normandie, 23,1 % en France) et chaque mois pour moins d'une femme sur quinze/sur douze (6,8 % et 8,6 % respectivement). Ces chiffres n'ont pas évolué significativement depuis 2005 dans la région, mais semblent cependant à la hausse, tendance confirmée à l'échelle nationale. Les consommations définies comme « à risque » par le test de l'Audit-C<sup>1</sup> sont en augmentation (plus de 30 % pour les Normandes depuis 2010 et pour les Françaises depuis 2005). En 2021, plus d'une femme sur cinq a une consommation dite « à risque » (chronique ou de dépendance pour 3,0 % des Normandes et 4,6 % des Françaises).

### ...en diminution avec l'avancée en âge

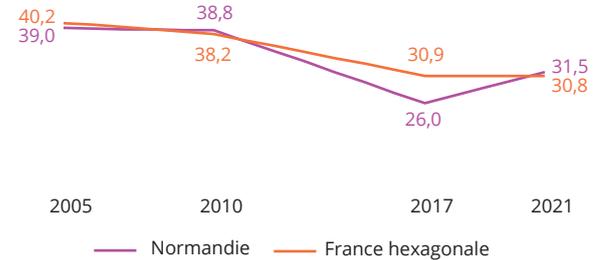
En Normandie comme dans l'ensemble de la France, les consommations à risque, tout comme les API, sont plus le fait des jeunes femmes (18-44 ans) que de leurs aînées (45-75 ans).

## Une mortalité différenciée suivant le type d'habitat

En moyenne annuelle sur 2019-2021, avec 378 décès féminins par pathologies liées à l'alcool par an (voir la liste dans la note n°3 figurant en bas de la page 23), la Normandie présente une surmortalité en regard de la France hexagonale de 36,0 %. Le taux standardisé de 19,8 décès pour 100 000 femmes (14,5 pour la France) la place au deuxième rang des régions présentant les taux les plus élevés derrière les Hauts-de-France. Il existe cependant des différences au sein de la région, où le surplus de mortalité féminine tous âges est uniquement le fait du secteur urbain (22,7 décès pour 100 000 femmes contre 14,5 pour 100 000 en zone rurale). Un phénomène similaire selon le type d'habitat est observé à l'échelle nationale, bien que moins marqué.

Chez les Normandes de moins de 65 ans, le différentiel avec les Françaises est encore plus prononcé : +53,8 % de surmortalité par pathologies liées à l'alcool. Le taux de 11,2 pour 100 000 femmes de moins de 65 ans place la Normandie au deuxième rang des régions de l'Hexagone à nouveau derrière les Hauts-de-France. Le clivage entre zone rurale et secteur urbain est également retrouvé (respectivement 7,6 décès et 13,4 pour 100 000 Normandes de moins de 65 ans).

## Évolution de la consommation régulière\* d'alcool chez les femmes

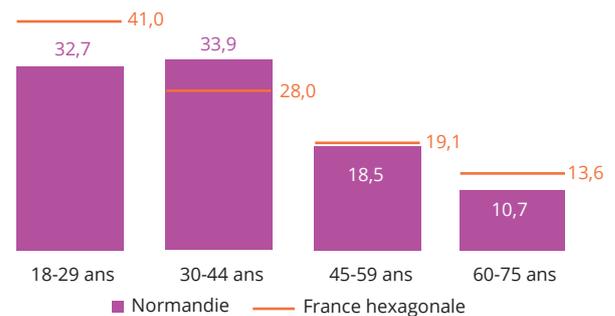


\* consommation chaque semaine d'un même type d'alcool. Sont ainsi considérées les personnes consommant chaque semaine du vin ou chaque semaine de la bière ou chaque semaine un alcool fort ou chaque semaine un autre alcool

taux standardisés sur l'âge pour 100 femmes de 18 à 75 ans

Sources : Baromètres Santé 2005, 2010, 2017 et 2021, Inpes, SpF - Exploitation OR2S

## Consommation d'alcool à risque\* chez les femmes selon le groupe d'âge

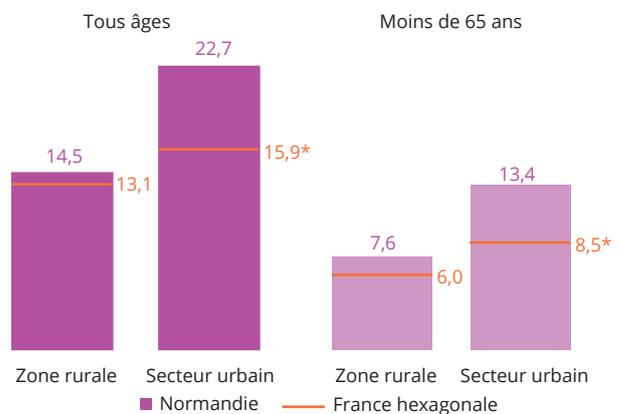


\* d'après le test de l'Audit-C<sup>1</sup>

pour 100 femmes de chacun des groupes d'âge

Source : Baromètre Santé 2021, SpF - Exploitation OR2S

## Mortalité féminine par pathologies liées à l'alcool selon l'âge et le type d'habitat



\* hors unité urbaine de Paris

pour 100 000 femmes de chacun des groupes d'âge en 2019-2021

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

1. L'Audit-C est un test développé et recommandé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour caractériser les comportements de consommation d'alcool. Il est estimé à partir de la fréquence de consommation d'alcool et des quantités consommées. L'algorithme classe la population en six groupes : les non-consommateurs, les consommateurs sans risque (occasionnels ou réguliers) et les consommateurs à risque (ponctuel, chronique ou avec dépendance).

# Tabac

## Une Normande sur dix dépendante au tabac

En 2021, les Normandes de 18-85 ans sont plus d'une sur cinq à déclarer fumer au moins occasionnellement (21,3 % contre 27,3 % en France), dont 17,8 % tous les jours (21,5 % en France). Selon le test de Fagerström<sup>1</sup>, une Normande de 18-75 ans sur dix (9,8 %) est dépendante au tabac, soit une part à comparer à celle observée à l'échelle nationale (11,0 %).

Après une légère augmentation entre 2005 et 2010, le tabagisme est en baisse en région comme au niveau national, avec des taux standardisés de fumeuses quotidiennes ayant diminué de 26 % entre 2010 et 2021 en Normandie et de 17 % en France, parmi les femmes âgées de 18 à 75 ans. La dépendance tabagique a suivi un mouvement similaire sur cette même période. Il est cependant à noter qu'à l'échelle nationale, les données de Santé publique France laissent apparaître une diminution de la part de fumeuses quotidiennes entre 2017 et 2019, mais une hausse entre 2019 et 2021<sup>2</sup>.

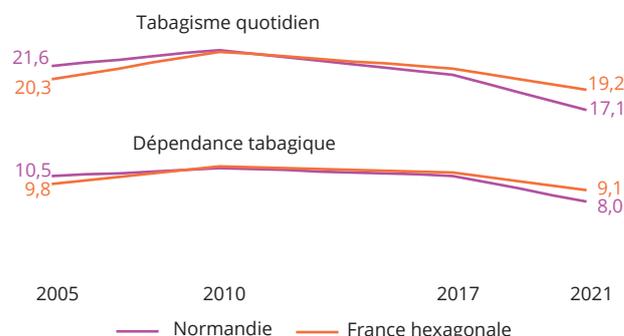
## Une femme sur six qui meurt d'une pathologie liée au tabac a moins de 65 ans

Avec 1 634 décès annuels moyens féminins par pathologies liées au tabac en 2019-2021 (voir la liste des causes dans la note n°1 figurant en bas de la page 23), la Normandie présente une surmortalité en regard de l'Hexagone de l'ordre de 4,1 %. Parmi ces décès un sixième concernait des femmes âgées de moins de 65 ans. La région présente des différences assez importantes entre les types d'habitat urbain et rural, en particulier pour ce qui est des décès prématurés. En effet, le différentiel de mortalité féminine entre la Normandie rurale et la France rurale est de +1,6 % alors qu'en secteur urbain, il est de +4,7 % avec la France comparable. Cet écart en Normandie avec ces deux parties de la France est plus marqué chez les femmes de moins de 65 ans : respectivement -5,2 % et +17,2 %.

## Une mortalité prématurée en hausse régulière, notamment en Normandie rurale

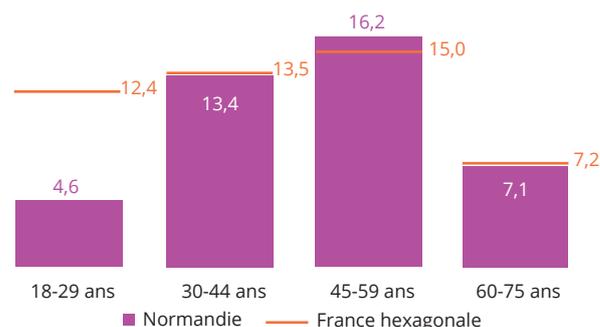
Depuis le début des années 2000, la France et la Normandie connaissent une baisse continue de la mortalité par pathologies liées au tabac : 29,7 % dans l'Hexagone et 34,7 % en région. Du fait de la baisse plus soutenue en Normandie, l'écart entre les deux unités géographiques s'est considérablement réduit, passant de 12,0 % en 2000-2002 à 4,1 % en 2019-2021. En revanche, chez les femmes de moins de 65 ans la mortalité est en hausse de 67,8 % en région et de 38,1 % en France. Jusqu'en 2008-2010 en dessous du niveau national, la Normandie passe au-dessus en 2010-2012. Par ailleurs, les différences suivant le type d'habitat sont plus marquées en Normandie qu'en France. Alors que dans la région la baisse de la mortalité est de -38,5 % en zone rurale entre 2000-2002 et 2019-2021, elle est de -32,5 % en secteur urbain. Dans l'Hexagone, ces évolutions sont respectivement de -30,5 % et -28,1 %. Chez les moins de 65 ans, les évolutions sont respectivement de +87,8 % et +63,5 % en Normandie contre +43,8 % et +44,7 % dans l'Hexagone.

## Évolution du tabagisme et de la dépendance tabagique\* chez les femmes



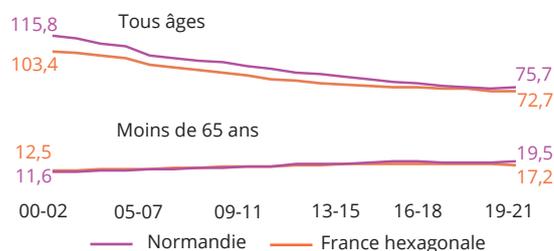
\* d'après le test de Fagerström<sup>1</sup>  
taux standardisés sur l'âge pour 100 femmes de 18 à 75 ans  
Sources : Baromètres Santé 2005, 2010, 2017 et 2021, Inpes, SpF - Exploitation OR2S

## Dépendance tabagique\* chez les femmes selon le groupe d'âge



\* d'après le test de Fagerström<sup>1</sup>  
pour 100 femmes de chacun des groupes d'âge  
Source : Baromètre Santé 2021, SpF - Exploitation OR2S

## Évolution de la mortalité féminine par pathologies liées au tabac selon le groupe d'âge



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de chacun des groupes d'âge  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

1. Le test de Fagerström détermine le niveau de dépendance au tabac à partir d'un score prenant en compte le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et le délai entre le réveil et la première cigarette fumée. Ce test n'a été posé qu'aux personnes âgées de 18 à 75 ans. C'est sur cette même tranche que sont présentées les évolutions temporelles.

2. Pour en savoir plus : Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°26, décembre 2022.



# Mortalité évitable liée à la prévention

## Une augmentation de la mortalité évitable liée à la prévention ces dernières années en Normandie

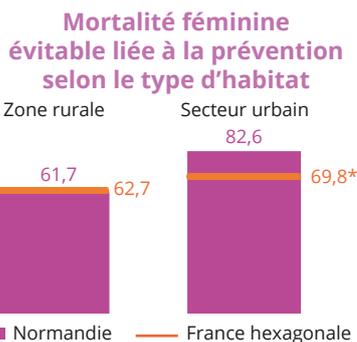
En moyenne par an en 2019-2021, ce sont un peu plus de 1 200 femmes de moins de 75 ans domiciliées en Normandie qui sont décédées d'une cause de décès considérée comme évitable par la prévention primaire (cf. encadré ci-dessus).

Le taux standardisé correspondant est de 74,9 pour 100 000 femmes de moins de 75 ans. Il est plus élevé que celui relevé en France hexagonale de 13 %.

L'écart avec le niveau national s'est dégradé au cours du temps, du fait d'une augmentation du taux en région, alors qu'il tend à se stabiliser en France (cf. graphique ci-contre). En 2000-2002, le différentiel avec la France était deux fois plus faible (+7 %).

## Une surmortalité en regard de la France hexagonale particulièrement marquée en secteur urbain

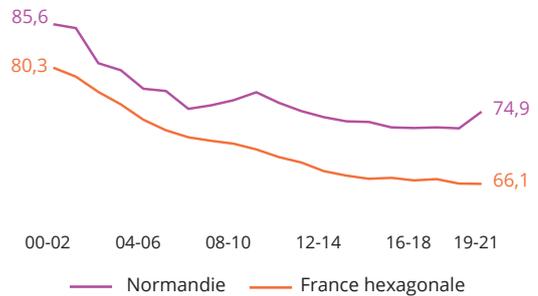
Comme l'illustre le graphique ci-dessous, tant en Normandie qu'en France, le taux de mortalité évitable liée à la prévention est plus élevé en secteur urbain qu'en zone rurale. Ceci est particulièrement marqué en Normandie : le différentiel rural/urbain est de +34 % pour la Normandie contre +11% en Hexagone en 2019-2021.



\* hors unité urbaine de Paris  
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de moins de 75 ans en 2019-2021

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

## Évolution de la mortalité féminine évitable liée à la prévention



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de moins de 75 ans

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Aussi, la surmortalité régionale relevée est le fait du secteur urbain. En zone rurale, les taux normand et français sont quasiment identiques (respectivement 61,7 et 62,7 pour 100 000), alors qu'en secteur urbain le taux régional est de 18 % plus élevé que celui relevé dans le secteur urbain de France hexagonale, hors unité urbaine de Paris (82,6 pour 100 000 contre 69,8).



## Mortalité évitable liée à la prévention

La mortalité évitable considérée (OCDE/Eurostat - novembre 2019) est celle définie dans le document intitulé *Avoidable mortality : OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death* publié en novembre 2019. Deux types de mortalité évitable peuvent être calculés, l'une liée au système de soins et l'autre à la prévention. Cette dernière regroupe toutes les causes de décès qui, chez les moins de 75 ans, compte-tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à des actions de prévention dans un sens très large (en considérant, si justifié, certaines causes comme découlant à la fois du système de soins et de la prévention en part égales).

- Considéré pour 50 % comme lié à la prévention : Tuberculose, Cancer du col de l'utérus, Diabète, Maladies hypertensives, Cardiopathies ischémiques, Maladies cérébrovasculaires, Autre athérosclérose, Anévrisme aortique et dissection ;

- Considéré en entier : Maladies intestinales infectieuses, Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche, Infection à méningocoques, Septicémie à *Streptococcus pneumoniae* et Septicémie à *Haemophilus influenzae*, Infection à *Haemophilus influenzae*, Infections sexuellement transmissibles, VIH/SIDA, Varicelle, Rougeole, Rubéole, Hépatite virale, Malaria, Méningite à *Haemophilus* ou à pneumocoques, Gripes, Pneumonie due à *Streptococcus pneumoniae* ou *Haemophilus influenzae*, BPCO, Maladies du poumon dues à des agents externes, Certaines malformations congénitales (anomalies de fermeture du tube neural), Cancers de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac, du foie, des poumons, du mésothéliome, de la vessie, Mélanome malin de la peau, Anémies nutritionnelles, Troubles spécifiquement liés à la consommation d'alcool et autres troubles liés à la consommation d'alcool, Troubles liés à la consommation de drogues ou de médicaments, Accidents de transport, Accidents, Auto-intoxication par des drogues ou des médicaments, Lésions auto-infligées, Agressions, Événements dont l'intention n'est pas déterminée.

La mortalité par Covid-19 intègre désormais la mortalité évitable liée à la prévention -OCDE/Eurostat (2022)-. Un zoom sur la mortalité liée à la Covid-19 est présenté en page 45. La définition de la mortalité évitable ici présentée repose sur la définition de novembre 2019 (sans la Covid-19). À noter qu'avec la définition élargie, ce sont 1 461 décès qui sont dénombrés en moyenne annuelle en 2020-2022 en Normandie (424 en zone rurale et 1 037 en secteur urbain), dont 12,1 % uniquement liée à la Covid-19 en région (12,0 % en zone rurale et 12,1 % en secteur urbain ; 14,5 % pour la France hexagonale).

# ÉTAT DE SANTÉ

Ce chapitre fournit tout d'abord une vue d'ensemble de l'état de santé de la population, à travers la mortalité, d'une part, et la santé perçue, d'autre part. La suite du chapitre, donne une vue d'ensemble des principales causes de décès ainsi que pour quelques pathologies spécifiques. Sont plus spécifiquement détaillées les maladies cardiovasculaires, principale cause de décès chez les femmes, puis les cancers, seconde cause de décès.

20 Vue d'ensemble de l'état de santé

22 Principales causes de décès

24 Maladies cardiovasculaires

26 Détail par pathologies cardiovasculaires

28 Ensemble des cancers

30 Localisations cancéreuses

31 Cancer du sein

32 Cancer de l'utérus

33 Cancer du côlon-rectum

34 Cancer de la trachée,  
des bronches et du poumon

35 Maladies respiratoires

36 Santé mentale

38 Suicide

39 Diabète

41 Maladies neurodégénératives

Ce chapitre est principalement abordé à partir de trois sources de données. La première est établie par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. La deuxième est relative aux affections de longue durée (ALD) issues des trois principaux régimes de l'Assurance maladie (Cnam, CCMSA et CNRSI jusqu'en 2019). Ces dernières données permettent d'approcher une « certaine » morbidité diagnostiquée puisque seuls les patients dont le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisés dans cette source. Mais la morbidité est également approchée à partir des données du Système national des données de santé, notamment de la cartographie des pathologies ; celle-ci constitue la troisième source d'information présente dans la plupart des chapitres de cette partie. Les Baromètres Santé, portés par Santé publique France, permettent de disposer d'indicateurs sur la santé perçue. Quelques données de dépistages<sup>1</sup> sont présentées ; elles proviennent également de Santé publique France (données issues des CRCDC et ELP), ainsi que de l'ARS Normandie (extraction du SNDS).

1. Elles portent sur les cancers du sein, de l'utérus et du côlon-rectum.



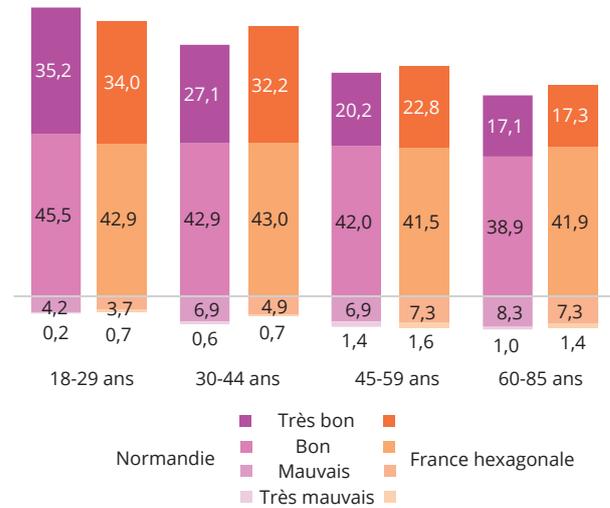


# Vue d'ensemble de l'état de santé

## Une part de femmes se déclarant en très bonne santé qui diminue sensiblement avec l'avancée en âge

D'après le Baromètre Santé 2021, les Normandes perçoivent leur santé comme plutôt bonne (41,7 %), voire très bonne (20,9 %) ; il en va de même pour les Françaises avec des pourcentages respectifs voisins de 42,1 % et 22,4 %. Il est toutefois à noter que, par rapport à l'édition 2017, ces valeurs s'avèrent en baisse. Ainsi, la part de femmes déclarant être en mauvaise, voire très mauvaise, santé a augmenté de 26 % en Normandie et de 14 % en France (évolution non statistiquement significative en région). Le graphique ci-contre montre une diminution allant du simple au double entre les deux classes d'âge extrêmes pour ce qui est de se déclarer en très bonne santé, en Normandie comme en France. Par ailleurs, près d'une femme sur deux dit souffrir d'une maladie chronique ou de caractère durable (45,7 % en Normandie, 44,4 % en France) ; ces résultats sont en hausse par rapport à 2017 (+15 % et +10 %). Enfin, près de trois femmes sur dix déclarent être limitées à cause d'un problème de santé dans les activités habituelles (28,2 % en Normandie, 29,8 % en France), avec de nouveau une dégradation significative entre 2017 et 2021 (respectivement +24 % et +19 %).

## Santé perçue des femmes selon le groupe d'âge



pour 100 femmes de chacun des groupes d'âge  
la part de femmes déclarant un « assez bon » état de santé n'est pas représentée pour plus de lisibilité

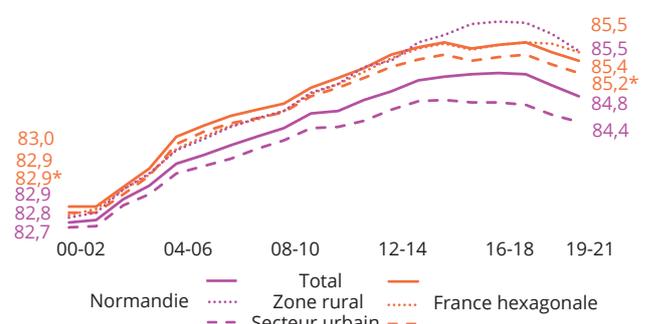
Source : Baromètre Santé 2021, SpF - Exploitation OR2S

## Une espérance de vie en Normandie plus élevée en zone rurale...

L'espérance de vie constitue un bon indicateur de mesure synthétique de l'état de santé d'une population. En 2019-2021, elle est de 84,8 ans à la naissance chez les Normandes (-0,55 an par rapport à celle des Françaises) ; à 65 ans, l'écart entre les deux unités géographiques est moindre (22,9 ans en Normandie et 23,1 ans dans l'Hexagone).

En Normandie, l'espérance de vie à la naissance des femmes est plus élevée en zone rurale qu'en secteur urbain : de 1,13 an sur la période 2019-2021. De plus, en regard de la France rurale, les Normandes rurales ont, sur cette même période, une espérance de vie similaire à celle de leurs homologues nationales (même +0,4 an en 2015-2017) alors qu'en secteur urbain, les Normandes accusent un retard de 0,78 an vis-à-vis de leurs homologues nationales, hors unité urbaine (UU) de Paris.

## Évolution de l'espérance de vie chez les femmes selon le type d'habitat



\* hors unité urbaine de Paris

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

## ...et qui, pour la première fois, enregistre une diminution, quel que soit le type d'habitat

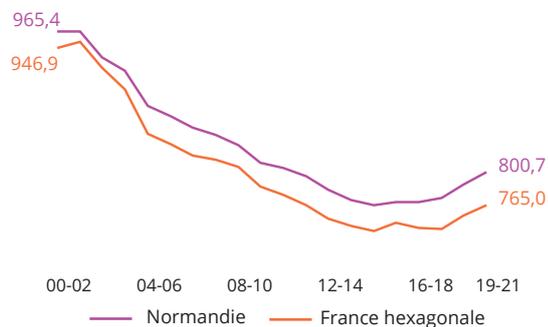
En 30 ans, entre 1986-1988 et 2016-2018, en Normandie comme en France, les espérances de vie à la naissance des femmes ont augmenté, d'un peu plus de 5 ans pour les deux unités géographiques (respectivement de 5,19 et 5,34 ans). Cette augmentation est également constatée à 65 ans : 3,98 ans en région et 4,06 en France. En Normandie, le gain d'espérance de vie à la naissance au cours de cette même période a été plus élevé en zone rurale qu'en secteur urbain avec une augmentation de 6,15 et 4,65 ans (amplitude moindre entre les deux types d'habitat en France, respectivement de 5,48 et 5,16 ans).

Toutefois, cette augmentation régulière s'est vu stoppée depuis, notamment en raison de la Covid-19. Ainsi, entre 2016-2018 et 2019-2021, à la naissance, la diminution de l'espérance de vie, a été de 0,30 an en Normandie et de 0,20 en France. Ces baisses à 65 ans sont respectivement de 0,32 et de 0,29 an. Cependant, ces valeurs masquent des différences entre types d'habitat. Ainsi, en trois ans, la diminution de l'espérance de vie à la naissance a été en Normandie de 0,40 an en zone rurale et de 0,25 en secteur urbain (respectivement de 0,07 et 0,19 an en France). À 65 ans, ces réductions entre les deux groupes d'années sont de 0,28 et 0,33 an en Normandie, et de 0,19 et 0,28 an en France, hors UU de Paris.

**1,13 an de plus d'espérance de vie à la naissance**

chez les Normandes domiciliées en zone rurale par rapport à celles en secteur urbain en 2019-2021

### Évolution de la mortalité féminine

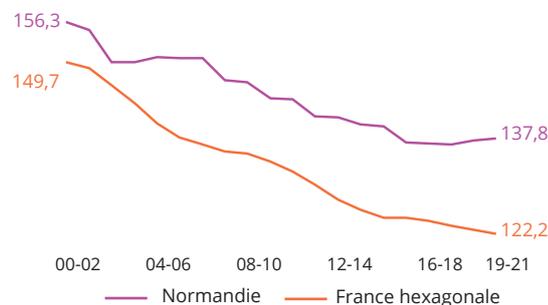


taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

### Une mortalité féminine en zone rurale normande proche de celle de la France...

En 2019-2021, avec une moyenne annuelle d'un peu moins de 18 000 décès féminins, la région connaît une surmortalité par rapport à la France hexagonale de 4,7 %. Cela masque cependant des différences infrarégionales importantes. Ainsi, en adéquation avec le constat porté sur l'espérance de vie, la mortalité des Normandes de zone rurale est de l'ordre de celle de l'ensemble des Françaises domiciliées dans ce même type d'habitat. En revanche, le taux de mortalité des Normandes vivant en secteur urbain est plus élevé de 5,8 % que celui de leurs homologues françaises, hors unité urbaine de Paris. Cela se traduit par un différentiel en région entre les taux des femmes domiciliées en zone rurale et celui des citadines de 6,2 %, alors qu'au niveau national aucune différence n'est retrouvée. L'écart est encore plus marqué en se focalisant sur la mortalité prématurée comme le montrent les courbes ci-dessous. La surmortalité des Normandes de moins de 65 ans en regard des Françaises du même âge se traduit par un écart de 12,8 %. Là encore, la situation n'est pas la même suivant le type d'habitat. Ainsi, le taux de mortalité des Normandes vivant en zone rurale est de 2,3 % supérieur à celui de leurs homologues françaises. Cet écart est multiplié par un facteur huit lorsque la comparaison concerne le milieu urbain.

### Évolution de la mortalité prématurée féminine



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de moins de 65 ans  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

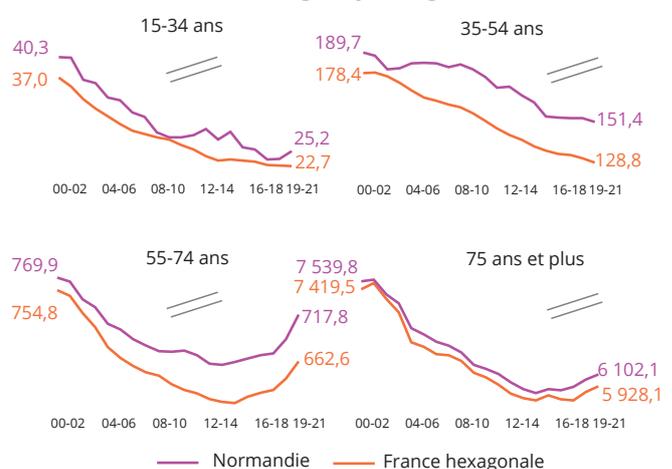
### ...bien qu'une augmentation soit observée sur la période Covid, y compris chez les moins de 65 ans

Les années 2014-2015 s'avèrent une période charnière. En effet, en regardant ce qui s'est passé en trente ans entre 1984-1986 et 2014-2016, le taux féminin de mortalité s'est réduit de plus de 40 % : 41,3 % en Normandie et 42,2 % France hexagonale. Depuis, c'est une augmentation de ce taux qui est observée. Ainsi, entre 2014-2016 et 2019-2021, elle est de 4,1 % en Normandie et de 3,3 % dans l'ensemble de la France. De plus, cette augmentation est un peu supérieure en secteur urbain à celle retrouvée en zone rurale : 4,3 % contre 3,5 % en Normandie et 3,2 % contre 2,1 % en France hexagonale, hors unité urbaine de Paris. Toutefois, l'élévation la plus importante en Normandie entre 2016-2018 et 2019-2021, soit sur la période pour partie de la Covid-19, est survenue en zone rurale (+4,0 %) ; elle est même de 7,0 % chez les seules moins de 65 ans alors que c'est une diminution qui est retrouvée chez les Françaises de ce groupe d'âge (-3,0 %).

### Chez les 55-74 ans, la mortalité des années Covid au niveau de celle observée quinze ans plus tôt

Le bas de cette page permet de mesurer les évolutions survenues au cours des dix dernières années suivant quatre grands groupes d'âge. Ainsi, la courbe des adolescentes et des jeunes adultes montre une baisse régulière de la mortalité toutes causes en France hexagonale. La courbe correspondante en Normandie fait ressortir une même tendance, mais avec des taux plus élevés. Les courbes des 35-54 ans s'inscrivent dans une situation similaire à celles de leurs cadettes, à savoir une diminution régulière des taux pour les deux unités géographiques avec des valeurs toujours plus élevées en Normandie. La mortalité des 55-74 ans contribue de façon importante à celle tous âges, avec un minimum retrouvé autour de 2014-2015, tant côté normand qu'en France hexagonale. La Covid-19 a particulièrement touché cette classe d'âge avec une croissance de l'ordre de 8 %/9 % entre 2018-2019 et 2020-2021, tant au niveau national qu'à l'échelon régional. L'augmentation sur cette période existe également pour le groupe d'âge des seniors, même si elle est un peu moins prononcée (5,6 % au niveau national, 3,0 % en région). Comme pour les autres groupes d'âge, les taux normands se situent toujours au-dessus des taux de l'Hexagone.

### Évolution de la mortalité féminine selon le groupe d'âge\*



\* les quatre courbes ne sont pas à la même échelle, ce qui est symbolisé par les doubles traits  
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de chacun des groupes d'âge  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S



# Principales causes de décès

## Une situation nouvelle avec la Covid-19

Afin d'être au plus proche de l'information disponible au moment de la diffusion d'un tel document, il a été décidé de présenter la répartition des causes de décès en 2020-2022 qui intègre sur cette période de trois ans la présence de la Covid-19 dans la mortalité<sup>1</sup>. Toutes causes confondues, la mortalité des Normandes est supérieure à celle des Françaises, ce qui se caractérise par un surplus de 832 décès qui seraient évités si la mortalité en Normandie était équivalente à celle de la France en 2020-2022.

Afin de mesurer les évolutions avec les années précédentes, l'illustration page ci-contre intègre les trois années antérieures, à savoir la dernière période triennale sans la présence de la pandémie, ce qui permet de constater que, pour nombre de pathologies hormis cette dernière, les effectifs moyens de décès sont peu différents d'un groupe d'années à l'autre. Toutefois, le différentiel au détriment de la France hexagonale mentionné entre les parenthèses a tendance à augmenter entre les deux groupes d'années, et ce en faisant abstraction des décès liés à la Covid-19.

## Les maladies de l'appareil circulatoire de peu devant les cancers...

À l'instar de la France, les maladies cardiovasculaires constituent encore la première cause de décès des Normandes alors que ces pathologies n'apparaissent qu'en seconde position chez les hommes derrière les cancers. Mais, comme les écarts se réduisent progressivement, il est vraisemblable que les décès par cancers féminins vont devancer les décès par maladies cardiovasculaires dans les toutes prochaines années comme cela est déjà le cas dans d'autres régions, particulièrement en Île-de-France.

Ainsi, en Normandie, les 4 281 décès pour les pathologies de l'appareil circulatoire représentent moins d'un quart de l'ensemble des décès (23,1 %). Avec 22,0 % des décès féminins, les cancers se situent en seconde position en Normandie, comme en France. Comme pour les maladies cardiovasculaires (397 décès de plus en regard de la moyenne française), le cancer enregistre des décès de Normandes en plus (264).

## ...suivis à distance par l'insuffisance rénale, le système nerveux et... la Covid-19

Trois causes de décès viennent ensuite avec un effectif de décès féminins compris entre 1 200 et 1 700 en moyenne annuelle en 2020-2022 : le tabac (9,0 % des décès féminins, mais composé de plusieurs causes), l'insuffisance rénale (7,0 %) et les maladies du système nerveux (6,7 %). La Covid-19 apparaît au sixième rang avec 6,4 % de l'ensemble des décès féminins, mais, comme le différentiel avec le niveau national nous le fait supputer, avec un nombre de décès qui aurait pu être bien supérieur si la mortalité normande avait été équivalente à celle de la France. La pandémie précède ainsi les pathologies de l'appareil respiratoire (6,0 %) et le diabète (5,8 % en sachant que sont pris en compte les décès en cause principale, mais aussi en causes associées et comorbidités) avec, pour chacune des pathologies, plus de 1 000 décès en moyenne annuelle en 2020-2022. Les 991 décès dus à des causes externes représentent 5,3 % des décès toutes causes chez les Normandes devançant les maladies de l'appareil digestif avec 4,0 % et les causes liées à une consommation importante d'alcool (2,1 %). Pour revenir aux pathologies liées à la consommation tabagique, il faut prendre en compte les réserves mentionnées dans la note n°1 figurant en bas de la page ci-contre. Il en va de même pour les pathologies liées à une consommation excessive d'alcool pour lesquelles la note n°3 de la page ci-contre renseigne sur les limites.

De fait, ces pathologies liées à une consommation importante d'alcool occasionnent bien moins de décès de Normandes que celles liées à la consommation tabagique.

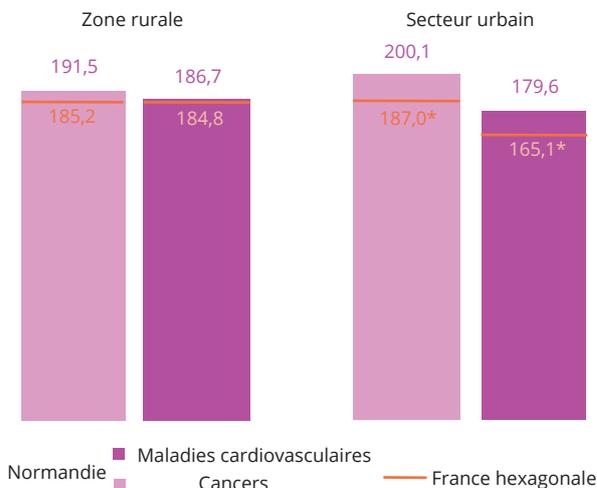
## Outre l'apparition de la Covid-19, des évolutions du nombre de décès dans un sens et dans un autre pour le passage des années sans et avec la pandémie

Les dernières informations à retenir des illustrations ci-contre portent sur le différentiel concernant chacune des pathologies entre les deux groupes d'années qui sont essentiellement différenciées par la présence ou non de la pandémie. Bien évidemment, ce n'est pas si simple, car certaines personnes décédées de la Covid-19 l'auraient été, mais répertoriées avec une autre pathologie, sans bien évidemment le déterminer de façon précise (sauf éventuellement regarder les causes associées et les comorbidités sur le certificat de décès). Ainsi, trois causes de mortalité ont enregistré une diminution du nombre de décès pour moins d'une centaine de personnes : maladies cardiovasculaires, maladies de l'appareil respiratoire et maladies du système nerveux. À l'inverse, toutes les autres causes s'avèrent en augmentation pour les effectifs, particulièrement les cancers, l'insuffisance rénale et le diabète.

## En matière de décès, il existe une Normandie rurale et une Normandie urbaine, le plus souvent au détriment des femmes du dernier type d'habitat

En regard de la mortalité, il existe une différence sensible entre les femmes domiciliées en zone rurale par rapport à celles en secteur urbain et ces différences existent entre les deux niveaux correspondants à l'échelle nationale. Cela est explicité dans l'ensemble du document. Toutefois, pour ce qui demeure la première cause de décès féminins, à savoir les maladies cardiovasculaires, le schéma est inversé en regard de nombre d'autres pathologies avec une mortalité plus importante en zone rurale qu'en secteur urbain, et notamment les cancers comme permet de le visualiser le graphique ci-dessous.

Taux de mortalité féminine pour les deux premières causes selon le type d'habitat



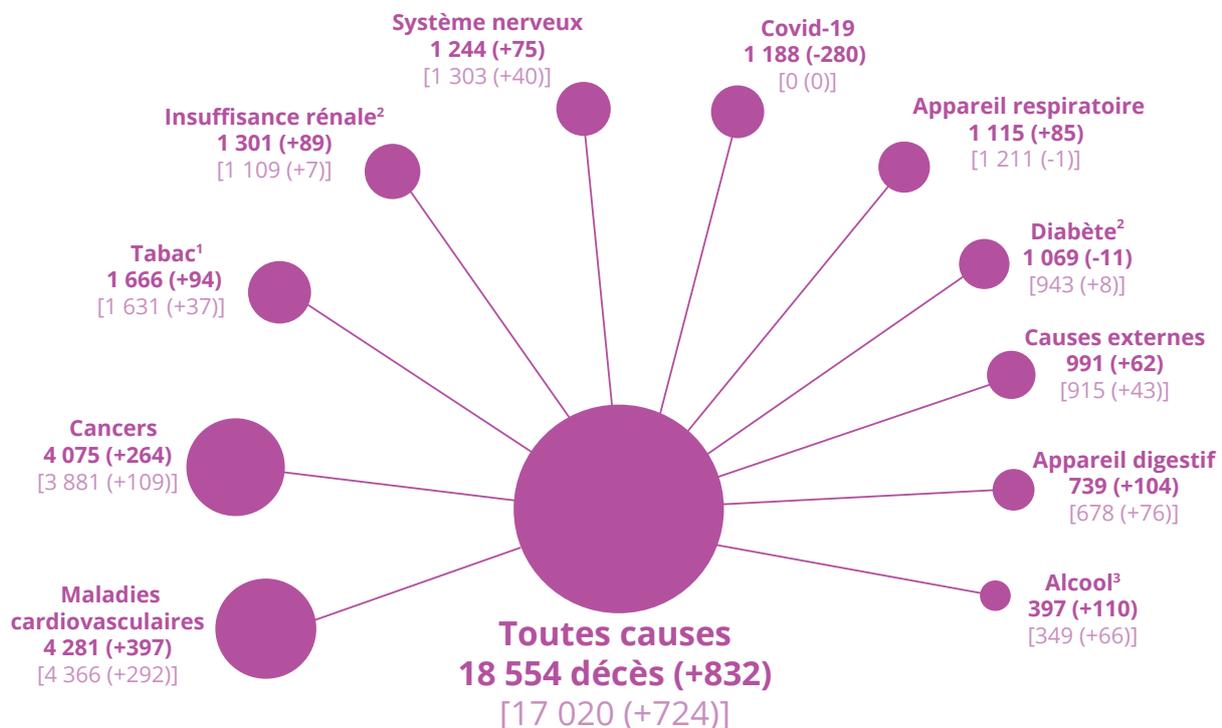
\* hors unité urbaine de Paris

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes en 2019-2021

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

1. Ce qui n'a pas été possible de faire pour le calcul des indicateurs des autres pages que sont les taux standardisés, du fait du calendrier de la disponibilité des données de mortalité 2022 survenue tardivement.

## Répartition des principales causes de décès chez les femmes



le premier chiffre correspond au nombre annuel moyen de décès relevé en région et le second, figurant entre parenthèses à la différence avec le nombre de décès théorique si la Normandie avait la même mortalité avec la France hexagonale.  
en Normandie en moyenne annuelle en 2020-2022 [2017-2019]

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

**Aide à la lecture du graphique :** en moyenne annuelle sur la période 2020-2022, 18 554 décès féminins sont dénombrés en Normandie. La région est en situation de surmortalité par rapport à la France : elle enregistre 832 décès de plus que si la mortalité de la région était similaire à celle de la France hexagonale. Il est à noter qu'une majorité de causes de décès est considérée en cause principale de décès, mais que certaines sont aussi considérées en causes associées et comorbidités. Aussi, plusieurs pathologies pouvant être imputées à un décès, la somme des décès par pathologie est supérieure au nombre total de décès. Les chiffres entre crochets portent sur la période 2017-2019.

1. L'analyse de la mortalité en lien avec le tabac, est ici menée à partir des trois causes de décès considérées comme majoritairement imputables au tabagisme : le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et les cardiopathies ischémiques. Cette approche ne prend pas en compte tous les décès en lien avec une consommation de tabac : ne sont ainsi pas comptabilisés le cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS), également très lié à la consommation d'alcool, ainsi que d'autres causes de décès ayant une fraction attribuable au tabagisme plus faible, dont les cancers de l'estomac et de la vessie, les autres maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire, etc. En outre, une fraction de chacune des trois causes considérées n'est pas attribuable à la consommation de tabac.

2. Considérée en cause principale, causes associées et comorbidités.

3. L'analyse de la mortalité en lien avec la consommation d'alcool, est ici menée en retenant la totalité des décès des trois causes qui sont considérées comme majoritairement liées à une consommation excessive d'alcool : cirrhose du foie, troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool ainsi que le cancer des voies aéro-digestives supérieures. Cette approche ne comptabilise pas tous les décès en lien avec une consommation d'alcool, ceux en l'occurrence pour lesquels la fraction attribuable à l'alcool est plus faible. De plus, il est à prendre en compte qu'une fraction de chacune des trois causes retenues n'est pas attribuable à la consommation d'alcool.

### Codification des causes médicales de décès

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 entre 1979 et 1999. Ces modifications se caractérisent par une réorganisation des chapitres de la classification et par le changement du mode de codage.



# Maladies cardiovasculaires

## Une prévalence plus élevée en Normandie...

En 2022, 122 334 Normandes souffrent d'une maladie cardio-neurovasculaire d'après la cartographie des pathologies du SNDS. Ainsi, la Normandie présente un taux standardisé de 5 696,0 pour 100 000 femmes contre 5 343,3 en France hexagonale, ce qui correspond à une prévalence plus élevée de 6,6 %.

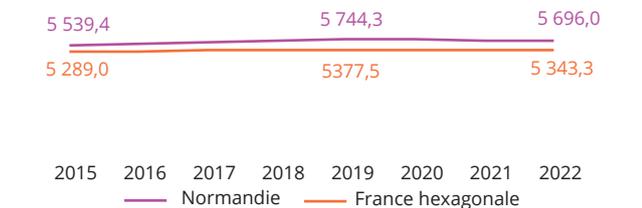
En Normandie comme en France hexagonale, aucune différence significative n'est relevée selon le type d'habitat, les taux standardisés de femmes souffrant d'une maladie cardioneurovasculaire étant du même ordre de grandeur en zone rurale et en secteur urbain.

## ...qui a peu varié depuis 2015

Tant à l'échelon régional qu'au niveau national, la prévalence des maladies cardioneurovasculaires est en hausse entre 2015 et 2019 puis diminue jusqu'en 2022. Sur la totalité de cette période, la prévalence des maladies cardioneurovasculaires est ainsi restée du même ordre de grandeur, et ce bien que l'écart se creuse peu à peu entre la région et le niveau national du fait d'une évolution plus soutenue chez la première : respectivement +2,8 % et +1,0 % entre 2015 et 2022.

En Normandie, la hausse est plus élevée en secteur urbain : +3,5 % contre +1,3 % en zone rurale ; cela génère un écart qui, entre les deux types d'habitat, n'existait pas ou très peu en 2015.

### Évolution de la prévalence des maladies cardioneurovasculaires chez les femmes



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes

Source : SNDS, cartographie des pathologies - Exploitation OR2S

## Des taux d'ALD plus importants en zone rurale...

Au 31 décembre 2022, le taux d'ALD pour maladies cardiovasculaires (hors hypertension artérielle) est de 4 793,1 pour 100 000 femmes dans la région. Ce sont ainsi 96 192 Normandes qui sont exonérées du ticket modérateur pour ces pathologies. Ce taux est supérieur à celui de l'échelle nationale de 7,8 %.

Il est également légèrement plus élevé en zone rurale qu'en secteur urbain, de 3 % à 4 % en Normandie comme en France hexagonale. Par ailleurs, en zone rurale comme en secteur urbain, le différentiel entre la région et la France hexagonale est similaire. En 2020-2022, ce sont 9 555 Normandes en moyenne annuelle qui sont admises en ALD pour une maladie cardiovasculaire ; cela correspond à un taux d'admission régional de 8,3 % supérieur à celui du niveau national.

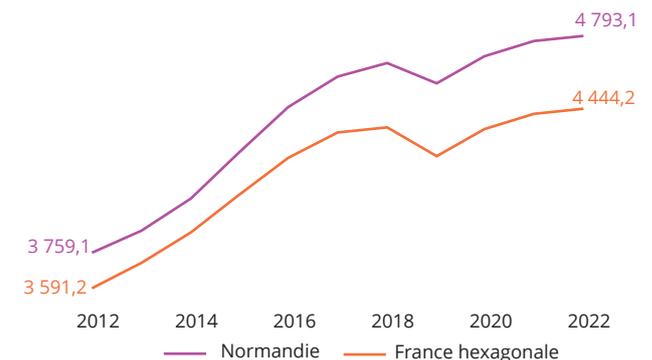
Les admissions en ALD suivent une même dynamique que les stocks, puisqu'elles sont plus nombreuses en termes de taux en zone rurale par rapport au secteur urbain de Normandie (+3,9 %).

## ...mais en augmentation parallèle depuis dix ans à celle du secteur urbain

Le total d'ALD pour maladies cardiovasculaires (hors hypertension artérielle) est en hausse au cours des dix dernières années. En Normandie, les taux standardisés ont augmenté de 27,5 % entre les 31 décembre 2012 et 2022. Cette augmentation est relativement linéaire (voir graphique ci-dessous), en Normandie comme en France hexagonale (+23,8 %).

Dans la région, cette augmentation des taux d'ALD pour maladies cardiovasculaires est identique en zone rurale et secteur urbain (elle est un peu plus différenciée en France hexagonale) ; elle est plus élevée chez les femmes de moins de 65 ans que chez leurs aînées.

### Évolution du total des ALD pour maladies cardiovasculaires chez les femmes



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes aux 31 décembre

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

## Cartographie des pathologies

La cartographie des pathologies repose sur les données issues du système national des données de santé (SNDS). Des algorithmes permettent de repérer les patients ayant une pathologie chronique, un traitement chronique ou un événement de santé, à partir des diagnostics mentionnés dans le PMSI à la suite d'une hospitalisation, ou d'un diagnostic ayant donné lieu à une prise en charge pour affection de longue durée (ALD), ou d'actes ou médicaments spécifiques de pathologies, donc à partir d'un recours à des soins spécifiques et remboursés. Quinze grands groupes de pathologies ont été créés, correspondant à 58 groupes non exclusifs de pathologies.

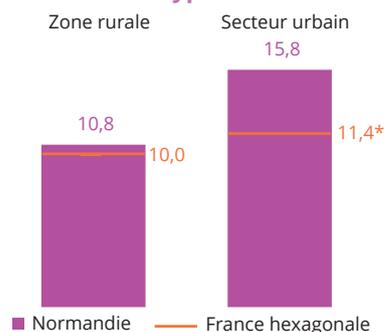
### Un taux global de mortalité plus élevé en zone rurale...

En 2019-2021, avec une moyenne annuelle de 4 245 décès féminins, la région enregistre une surmortalité en regard de la France de 9,6 %. Cela place la Normandie au quatrième rang des régions de l'Hexagone derrière les Hauts-de-France, la Bretagne et le Grand Est pour son taux élevé.

Contrairement à ce qui est observé pour la prévalence, en France hexagonale comme en Normandie, la situation est plus favorable en secteur urbain qu'en zone rurale. Ainsi, en 2019-2021, la mortalité par pathologies de l'appareil circulatoire est 10,6 % plus faible en secteur urbain qu'en zone rurale en France hexagonale. En Normandie, le différentiel est moins important avec un écart de 3,8 % en faveur du secteur urbain.

Ainsi, le différentiel entre la région et l'Hexagone est plus marqué en secteur urbain (+8,8 % en Normandie) qu'en zone rurale où l'écart n'est que de +1 %.

#### Mortalité féminine prématurée par maladies cardiovasculaires selon le type d'habitat



\* hors unité urbaine de Paris  
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de moins de 65 ans en 2019-2021

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

### ...avec une surmortalité des femmes de moins de 65 ans exclusivement chez celles de secteur urbain...

En 2019-2021, au sein des décès féminins par maladies de l'appareil circulatoire, la proportion de décès prématurés est de 4 %, pour la région comme pour la France hexagonale.

Avec un taux standardisé de décès chez les moins de 65 ans de 13,9 pour 100 000 femmes, la Normandie se place en deuxième position parmi les régions de France hexagonale avec les taux de mortalité les plus élevés après celui des Hauts-de-France. La région présente ainsi une surmortalité en regard de la France de 25,4 %. Il est à noter que ce différentiel avec le niveau national ne provient que des seules femmes vivant en secteur urbain (+42,1 %). Cet écart entre zone rurale et secteur urbain est également retrouvé au niveau national, mais avec une valeur moindre (cf. graphique ci-dessus).

### ...et une surmortalité des femmes de 65 ans et plus plus élevée en zone rurale

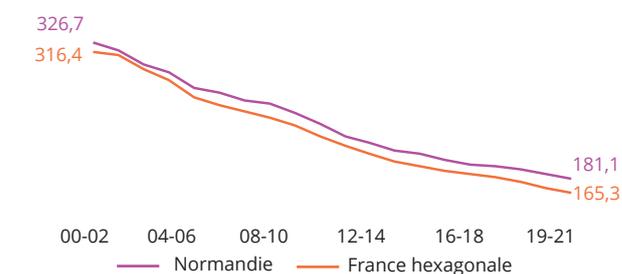
Chez les femmes de 65 ans et plus, le différentiel avec la France hexagonale est de l'ordre du niveau tous âges (+8,7 %), ce qui place la Normandie au quatrième rang derrière les trois mêmes régions que ce qui est observé en tous âges. Chez ces séniors, la situation plus dégradée en zone rurale qu'en secteur urbain est retrouvée aux échelles régionale et nationale. Ainsi, les taux de mortalité en zone rurale des femmes de 65 ans et plus sont proches entre la Normandie et la France hexagonale, respectivement de 875,3 pour 100 000 femmes et de 869,1, mais loin de la moyenne nationale de 768,7. En secteur urbain, la Normandie affiche un taux de mortalité par maladies cardiovasculaires de 820,7 pour 100 000 femmes de 65 ans et plus moindre à celui de zone rurale, mais bien différencié de celui de la France urbaine avec 766,7.

### Une mortalité divisée par plus de trois en 40 ans

Entre 1979-1981 et 2019-2021, la mortalité par maladies cardiovasculaires a été divisée par trois dans la région ainsi qu'en France hexagonale. Cette baisse de la mortalité a été constante dans les deux zones géographiques. Les courbes ci-dessous présentent l'évolution au cours des vingt dernières années du taux de mortalité par maladies cardiovasculaires tous âges, un peu plus soutenue en France hexagonale du fait d'une moindre diminution en secteur urbain normand.

De même, en région, la diminution est plus marquée chez les femmes de 65 ans et plus que chez leurs cadettes, tendance qui est moins nette au niveau national. De plus, toujours sur cette période, la mortalité prématurée a davantage baissé en zone rurale qu'en secteur urbain, tant en Normandie qu'en France hexagonale. Cette évolution plus favorable en zone rurale n'est pas retrouvée pour les décès concernant les femmes de 65 ans et plus, que ce soit en France hexagonale ou en Normandie.

#### Évolution de la mortalité féminine par maladies cardiovasculaires



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

#### Maladies cardiovasculaires

Les maladies cardiovasculaires (ou maladies de l'appareil circulatoire) englobent une multitude de pathologies affectant le cœur et les vaisseaux sanguins. L'ensemble des maladies de l'appareil circulatoire, les cardiopathies ischémiques et les maladies vasculaires cérébrales sont, pour les indicateurs de mortalité, considérées en cause principale de décès. Pour les insuffisances cardiaques, sont prises en compte la cause principale, les causes associées et les comorbidités.



# Détail par pathologies cardiovasculaires

## Une prévalence plus élevée en Normandie, quelle que soit la pathologie cardiovasculaire...

En 2022, d'après la cartographie des pathologies du SNDS, les troubles du rythme ou de la conduction cardiaque représentent la pathologie cardioneurovasculaire qui atteint le plus de femmes en Normandie. Avec 2 058,5 sur 100 000 femmes souffrant de cette pathologie, la région se situe au-dessus du niveau national à hauteur de 4,2 %. Viennent ensuite, les maladies coronaires dont souffrent 1 813,3 sur 100 000 femmes (1 625,5 en France, +11,6 %). Sont ensuite retrouvés les accidents vasculaires cérébraux qui touchent 1 224,6 sur 100 000 femmes en Normandie, soit 9,4 % de plus qu'en France. Les insuffisances cardiaques, première cause de mortalité par maladies cardiovasculaires, concernent 1 037,2 sur 100 000 femmes (904,1 en France hexagonale) ; ce sont les pathologies présentant le différentiel de prévalence avec la France hexagonale le plus élevé (+14,7 %), devant les maladies coronaires et les accidents vasculaires cérébraux.

La cartographie des pathologies du SNDS recense également d'autres pathologies pour lesquelles la prévalence se situe toujours au-dessus de celle de la France hexagonale (voir graphique ci-dessous).

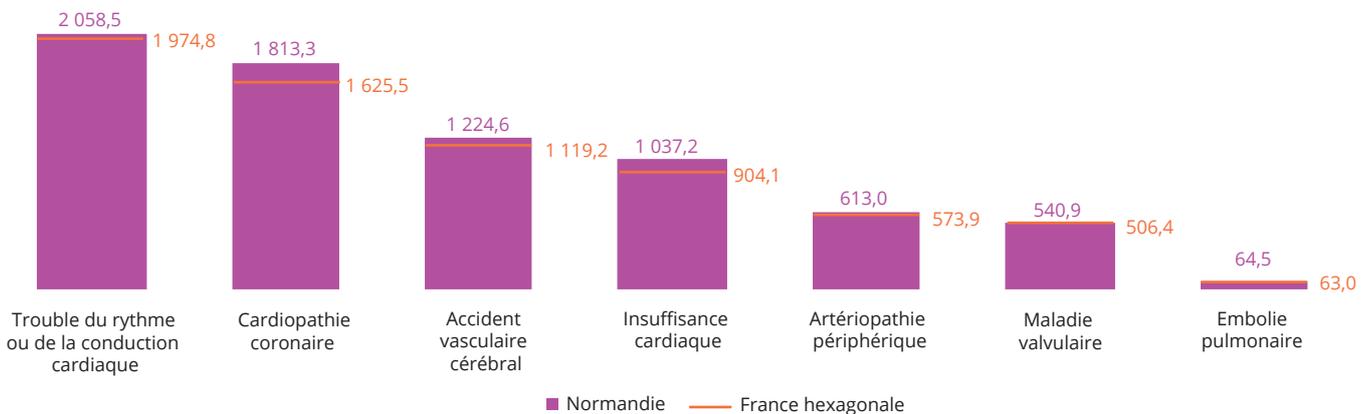
## ...avec des écarts qui tendent à se creuser entre la région et l'Hexagone

L'évolution de la prévalence des différentes pathologies cardioneurovasculaires entre 2015 et 2022 est très hétérogène. Alors que certaines, telles que les accidents vasculaires cérébraux ou les embolies pulmonaires, ont globalement augmenté (+9,0 % et +11,1 % en Normandie ; +2,9 % et +7,6 % en France hexagonale), d'autres comme les insuffisances cardiaques ont diminué de manière importante (-7,3 % à l'échelle régionale, -12,7 % au niveau national).

Cependant, quelle que soit la pathologie étudiée, les tendances d'évolution vont dans le même sens en Normandie et en France hexagonale, bien qu'elles soient systématiquement plus favorables à l'échelle nationale, creusant ainsi les écarts avec la région.

Par ailleurs, en Normandie, l'évolution est systématiquement à l'avantage des habitantes de zone rurale. En effet, les diminutions de la prévalence des maladies coronaires, des insuffisances cardiaques, des artériopathies périphériques et des maladies valvulaires chez les femmes y sont plus prononcées, tandis que les augmentations de la prévalence des troubles du rythme ou de la conduction cardiaque, des accidents vasculaires cérébraux et des embolies pulmonaires le sont moins.

### Prévalence de grandes causes de maladies cardiovasculaires chez les femmes



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes en 2022

Source : SNDS, cartographie des pathologies - Exploitation OR2S

## Une reconnaissance en ALD pour insuffisance cardiaque plus fréquente en Normandie qu'en France

Les exonérations du ticket modérateur pour pathologie cardiovasculaire sont le plus souvent accordées pour insuffisance cardiaque grave, cardiopathie valvulaire ou congénitale grave. Viennent ensuite les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux, puis les artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques.

Pour les pathologies citées, les admissions comme les stocks d'ALD sont systématiquement plus élevés en Normandie qu'au niveau national (entre +5 % et +15 %).

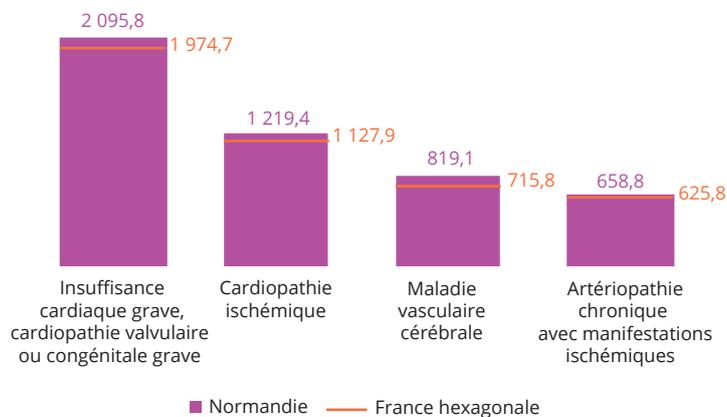
En Normandie comme en France, les taux d'ALD au 31 décembre 2022 sont plus faibles en zone rurale pour les maladies vasculaires cérébrales et les artériopathies chroniques, alors qu'ils sont plus élevés pour les insuffisances cardiaques et les cardiopathies ischémiques. En revanche, les taux d'admissions en ALD en 2020-2022 sont systématiquement plus élevés en zone rurale, quelle que soit la pathologie cardiovasculaire parmi les quatre citées précédemment.

## En dix ans, 1,4 fois plus d'ALD pour insuffisance cardiaque chez les Normandes

Bien que les taux d'ALD pour maladies cardiovasculaires aient augmenté de 27,5 % en moyenne dans la région entre le 31 décembre 2012 et 2022, cette hausse moyenne, cache des disparités importantes selon les pathologies. En effet, les taux d'ALD pour insuffisance cardiaque et pour accident vasculaire cérébral ont respectivement augmenté de 43,1 % et 38,3 %, tandis que ceux pour artériopathie chronique ont enregistré une hausse moitié moindre (20,3 %) et pour cardiopathie ischémique de 5,5 %. De plus, pour les trois premières pathologies citées, l'évolution des taux d'ALD est plus prononcée en Normandie qu'en France hexagonale, tandis que la situation est inversée pour la quatrième (respectivement +35,0 %, +29,6 %, +18,4 % et +7,7 % entre les 31 décembre 2012 et 2022 en France).



### Total des ALD chez les femmes pour grandes causes de maladies cardiovasculaires



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes au 31 décembre 2022

Sources : CCMSA, Cnam, Insee - Exploitation OR2S

**55,8 % des décès par maladies cardiovasculaires dus à une insuffisance cardiaque**

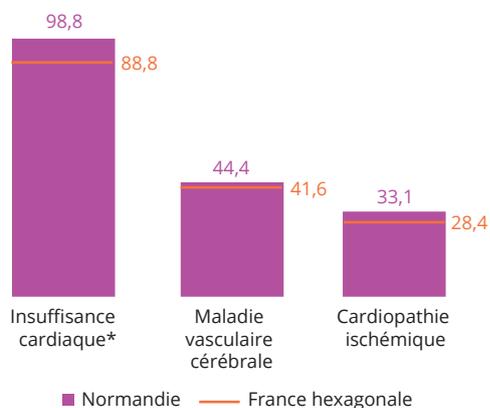
chez les Normandes en 2019-2021

### Une surmortalité par rapport à la France plus importante pour les cardiopathies ischémiques...

En 2019-2021, la région présente une surmortalité par insuffisances cardiaques, maladies vasculaires cérébrales et cardiopathies ischémiques en regard de la France hexagonale. Elle est plus importante pour les cardiopathies ischémiques atteignant +16,6 % avec un taux standardisé de 33,1 pour 100 000 Normandes. Pour les maladies vasculaires cérébrales et les insuffisances cardiaques, le différentiel avec la France s'élève respectivement à 6,8 % et 11,2 %.

La surmortalité par maladies vasculaires cérébrales est très importante chez les femmes de moins de 65 ans atteignant 26,6 %, ce qui fait de la Normandie la première région avec les taux les plus élevés pour cette classe d'âge. Pour les insuffisances cardiaques, qui représentent la cause la plus importante de décès par maladies cardiovasculaires (plus d'un décès sur deux), la région présente une surmortalité prématurée de 14,5 % et une surmortalité chez les femmes de 65 ans et plus de 9,6 %.

### Mortalité féminine par grandes causes de maladies cardiovasculaires



\* causes principales, associées et comorbidités

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes en 2019-2021

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

### ...mais en baisse continue, comme pour les AVC

Durant les quarante dernières années, la mortalité par cardiopathies ischémiques et celle par maladies vasculaires cérébrales enregistrent une baisse continue qui suit globalement le même rythme que la France hexagonale.

Cette diminution est retrouvée aussi bien en zone rurale qu'en secteur urbain.

### Hypertension artérielle

Il est à noter qu'environ un million de personnes bénéficiaient d'une prise en charge en ALD pour hypertension artérielle sévère en 2012 en France hexagonale. Cependant, le décret n° 2011-726 du 24 juin 2011 a supprimé cette pathologie de la liste des ALD. Si de nouvelles prises en charge ne peuvent survenir, les patients qui bénéficiaient de cette prise en charge continuent à en bénéficier, ainsi que les patients en provenance d'un autre régime au sein duquel ils en bénéficiaient déjà, bien que ce chiffre diminue d'année en année. Pour que l'arrêt de ce dispositif n'influence pas les effectifs présentés, cette ALD n'est pas considérée pour repérer les pathologies cardiovasculaires.

En 2022, la cartographie des pathologies indique que 243 598 Normandes ont reçu au moins trois délivrances de médicaments antihypertenseurs, sans qu'une pathologie telle qu'une maladie coronaire, un accident vasculaire cérébral, une insuffisance cardiaque, une artériopathie oblitérante des membres inférieurs, une insuffisance rénale chronique terminale traitée ou encore un diabète soit identifiée. Ce nombre correspond à un taux de 12 388,6 pour 100 000 femmes, soit un taux 10,9 % plus élevé que celui observé en France hexagonale. En zone rurale, il s'élève à 12 885,3 pour 100 000 Normandes, tandis qu'en secteur urbain, il est de 12 120,5 pour 100 000 Normandes.

Il est également à noter qu'entre 2015 et 2022, les taux de femmes ayant reçu au moins trois délivrances de traitements hypertenseurs ont diminué (-7,6 % en Normandie et -9,0 % en France hexagonale). Cette diminution est plus prononcée en zone rurale qu'en secteur urbain, aussi bien à l'échelle régionale que nationale (-8,3 % en Normandie rurale contre -7,3 % en Normandie urbaine). Par ailleurs, cette diminution a été linéaire de 2015 à 2021, mais les taux ont stagné entre 2021 et 2022. Ce schéma est retrouvé, quels que soient l'échelon géographique et le type d'habitat.



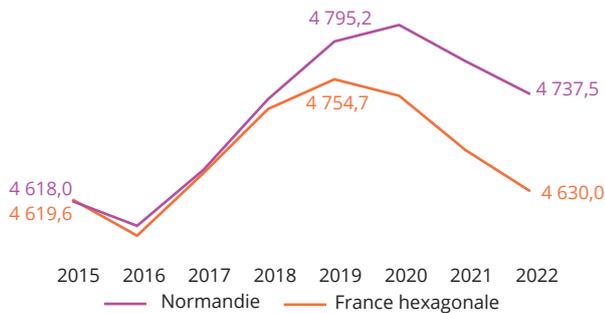
# Ensemble des cancers

## Une prévalence plus élevée en secteur urbain

En 2022, d'après la cartographie des pathologies du SNDS, avec 93 625 femmes souffrant d'un cancer, soit un taux de 4 737,5 pour 100 000 femmes, la Normandie présente une prévalence significativement plus élevée qu'en France hexagonale de 2,3 %. En zone rurale, le taux est de 4 686,7 qui souffrent d'un cancer pour 100 000 femmes, soit une différence de 1,2 % avec la France hexagonale ; ce taux est de 4 764,8 en secteur urbain, soit un écart avec l'Hexagone de 2,9 %.

En 2022, les cancers actifs touchent 1 998,1 sur 100 000 femmes en Normandie (1 965,7 en France hexagonale, soit une différence entre les deux unités géographiques de +1,6 %) et les cancers sous surveillance 2 844,5 sur 100 000 femmes ; le taux est de 2 771,8 dans l'Hexagone, soit un écart de +2,6 %. Que ce soit pour les cancers actifs ou sous surveillance, la prévalence est un peu plus élevée en secteur urbain qu'en zone rurale de l'ordre de 2 %, tant en Normandie que dans l'Hexagone.

## Évolution de la prévalence des cancers chez les femmes



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes

Source : SNDS, cartographie des pathologies - Exploitation OR2S

## Une hausse de la prévalence plus rapide en Normandie que dans l'Hexagone

Globalement au niveau de la France hexagonale, si la situation en 2022 est très proche de celle sept ans au préalable, cela masque deux étapes fort différentes : une première entre 2015 et 2019 avec une augmentation des taux, suivie d'une baisse. Toutefois, cette relative stabilité n'est pas retrouvée en Normandie même si les deux mêmes tendances ont été enregistrées. En effet, l'augmentation au cours de la première période a été plus soutenue en région (+4,4 % contre +3,8 %) et la baisse moins importante (-1,2 % contre -2,6 %).

## Première des régions pour le taux de femmes en ALD pour cancers

Au 31 décembre 2022, 76 436 Normandes sont reconnues en affection de longue durée pour cancers, ce qui représente un taux de 4 103,3 pour 100 000 femmes avec un différentiel par rapport à la France hexagonale de +3,9 %. Ce taux place la Normandie au premier rang des régions de France, mais cinq autres ont des valeurs très proches, au-dessus de 4 000. Par ailleurs, il n'existe pas de différence entre zone rurale et secteur urbain pour ce taux global. Les taux de la région sont plus élevés pour chaque classe d'âge, mais l'écart avec le niveau national est d'autant plus marqué chez les femmes âgées de 15 à 34 ans puisque le différentiel atteint 7,6 %. Il est notamment important en zone rurale (+18,6 %). En revanche, il est peu élevé chez les 75 ans et plus avec un écart de 2,0 % sans différence significative entre les deux types d'habitat.

Chez les femmes de 35-54 ans et de 55-74 ans, le différentiel est de l'ordre de 5 %, sans différence également entre zone rurale et secteur urbain.

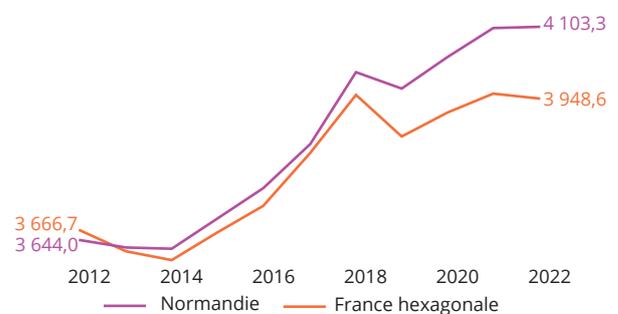
## Une augmentation des ALD plus marquée en région qu'en France

Le taux de femmes en ALD pour cancers a augmenté entre les 31 décembre des années 2012 et 2022 de 12,6 % en Normandie et 7,7 % en France hexagonale. Comme permettent de le visualiser les courbes ci-dessous, l'augmentation n'est pas linéaire au cours du temps et 2018 apparaît comme une année charnière avec un écart qui tend à se creuser entre la région et l'ensemble du pays pour le taux standardisé. Depuis 2019, l'augmentation de ce taux est plus prononcée en Normandie et, pour les deux unités géographiques, plus soutenue en zone rurale qu'en secteur urbain (de l'ordre de 4 % contre 2 %).

## Une hausse importante des taux d'admissions en ALD pour cancers

Avec un nombre annuel moyen de femmes admises en ALD pour cancers de 9 858 en 2020-2022, la Normandie présente un taux standardisé d'admissions en ALD de 543,2 pour 100 000 femmes, soit un écart de 2,8 %. Avec ce taux, la Normandie se place au quatrième rang des régions avec les taux les plus élevés. Entre 2017-2019 et 2020-2022<sup>1</sup>, les taux sont globalement restés inchangés pour les deux unités géographiques, les valeurs suivant le type d'habitat étant très proches.

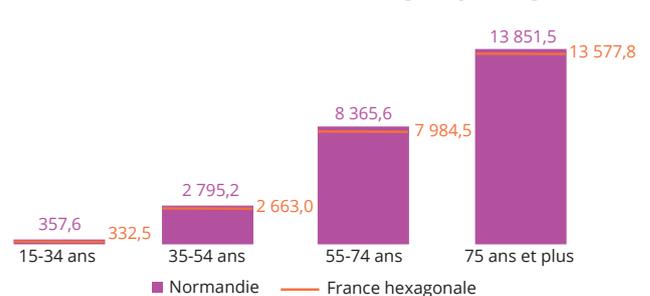
## Évolution du total des ALD pour cancers chez les femmes



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes aux 31 décembre

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

## Total des ALD pour cancers chez les femmes selon le groupe d'âge



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de chacun des groupes d'âge au 31 décembre 2022

Sources : CCMSA, Cnam, Insee - Exploitation OR2S

<sup>1</sup> La méthodologie de récupération de l'information ayant été modifiée au niveau de la Cnam, il n'est plus possible d'avoir un recul plus conséquent que celui portant sur les six dernières années.



### Une surmortalité féminine par cancers en regard de la France avec des écarts urbain/rural...

En 2019-2021, la région enregistre en moyenne annuelle 4 027 décès de femmes par cancers. Avec un différentiel de +6,5 %, la Normandie se trouve en situation de surmortalité par rapport à l'Hexagone, se plaçant en deuxième position derrière les Hauts-de-France parmi les régions enregistrant la plus forte mortalité liée aux cancers. En France comme en Normandie, la situation se veut plus favorable en zone rurale qu'en secteur urbain. Si dans les deux types d'habitat, la mortalité est plus élevée en Normandie qu'en France hexagonale, le différentiel est multiplié par plus de deux en secteur urbain (+8,5 % contre +3,8 %).

### ...qui ont cependant tendance à s'amenuiser depuis quelques années

Depuis le début des années deux mille, à l'instar de ce qui est observé en France, la mortalité féminine par cancers a diminué en Normandie (-8,6 % contre -10,8 % en France hexagonale). Cependant, si cette dernière a continué d'enregistrer une diminution régulière jusqu'à la dernière période d'étude, la Normandie a vu son taux remonter lors de la période de la Covid-19 ce qui explique les deux points d'écart présentés ci-dessus.

Entre la zone rurale et le secteur urbain, des différences apparaissent, tant en Normandie qu'en France hexagonale. Ces écarts entre les deux types d'habitat sont plus marqués dans la région. Ainsi, si la mortalité par cancers a continué de diminuer légèrement en secteur urbain, elle se trouve en augmentation en zone rurale depuis 2015-2017 : respectivement -1,0 % et +4,5 % (-0,6 % et -2,6 % en France hexagonale).

### Quel que soit le groupe d'âge, la région en surmortalité, mais un différentiel avec la France moindre chez les plus âgées

En 2019-2021, plus de neuf décès sur dix surviennent à partir de 55 ans : 1 500 dans la classe d'âge 55-74 ans et 2 200 dans celle des 75 ans et plus. Quel que soit le groupe d'âge considéré à partir de 25 ans, la Normandie se situe en surmortalité en regard de la France. Toutefois, la surmortalité est moins importante chez les femmes de 75 ans ou plus (moins de 5 %) alors qu'elle est comprise entre 5 % et 15 % dans tous les groupes d'âge à partir de 25 ans.

### Une augmentation de la mortalité par cancers chez les 55-74 ans ces dix dernières années

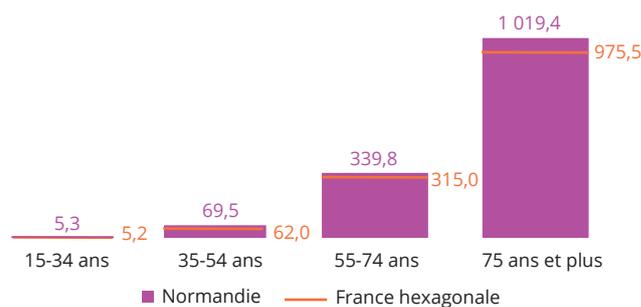
En s'intéressant plus spécifiquement aux quatre groupes d'âge que sont les 15-34 ans, les 35-54 ans, les 55-74 ans et les 75 ans et plus, des différences sont constatées quant à l'évolution des taux standardisés de mortalité par cancers. Ainsi, si la mortalité chez les plus jeunes (15-54 ans) s'inscrit dans une tendance de diminution depuis le début des années deux mille (que ce soit en zone rurale ou en secteur urbain), il n'en va pas de même dans les deux autres classes. Ainsi, chez les femmes âgées entre 55 et 74 ans, le *minima* a été observé en 2011-2013, constat porté tant en France hexagonale qu'en Normandie. Depuis, une tendance à l'élévation des taux standardisés est observée, supérieure en Normandie (+4,0 %) contrairement à la France hexagonale qui stagne. Chez les 75 ans et plus, l'analyse distingue le secteur urbain de la zone rurale. En effet, tant en France hexagonale qu'en Normandie, la remontée des taux est observée depuis 2013-2015 en zone rurale, minime en France hexagonale, plus importante en région (respectivement +1,1 % et +11,2 %). En secteur urbain, cette remontée n'est observée que sur la dernière période (2019-2021) en région (+3,3 %).



## 237 décès féminins par cancers de moins

en moyenne annuelle en 2019-2021 si la Normandie avait le même niveau de mortalité que la France hexagonale

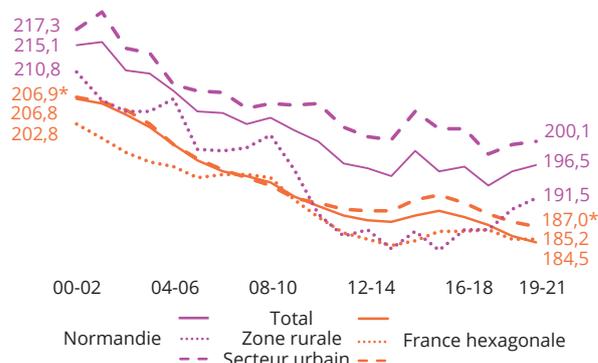
### Mortalité féminine par cancers selon le groupe d'âge



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de chacun des groupes d'âge en 2019-2021

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

### Évolution de la mortalité féminine par cancers selon le type d'habitat



\* hors unité urbaine de Paris

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S



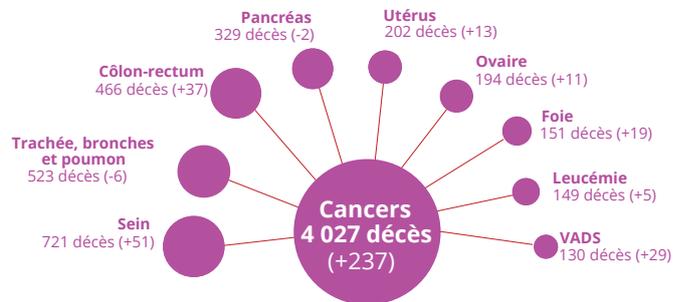
# Localisations cancéreuses

## Plus d'un décès par cancers sur six attribuable au cancer du sein

Comme illustré ci-contre, les cancers ont entraînés 4 027 décès féminins en moyenne annuelle en Normandie sur la période 2019-2021. C'est 237 décès de plus que ce qui serait observé si le taux de mortalité par cancers dans la région était équivalent à celui de la France hexagonale, écart accru par rapport à 2016-2018 qui était alors de 143 décès.

Le cancer ayant entraîné le plus de décès féminins, dans la région comme en France hexagonale, est le cancer du sein, avec une moyenne annuelle de 721 Normandes concernées. Ce cancer contribue à un surplus de décès de plus d'un cinquième en regard de l'ensemble des cancers vis-à-vis de l'Hexagone. Viennent ensuite le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et le cancer colorectal, ayant entraîné respectivement plus de 520 décès et près de 470 décès par an chez les Normandes en 2019-2021. Toutefois, le premier présente un taux de mortalité féminine plus faible que le niveau national, ce qui place cette localisation dans une situation atypique en regard de la grande majorité des autres cancers des femmes ; la situation pour le second est plus conforme au surplus retrouvé en région avec +37 décès annuels moyens. Les cancers féminins, hors cancer du sein, sont responsables peu ou prou d'environ 200 décès en moyenne par an dans la région, que ce soit pour l'utérus ou pour les ovaires. Ces deux cancers présentent par ailleurs chacun une surmortalité de plus d'une dizaine de décès par an par rapport à la moyenne en France hexagonale.

## Répartition des décès féminins selon les principales localisations cancéreuses



le premier chiffre correspond au nombre annuel moyen de décès relevé en région et le second, figurant entre parenthèses à la différence avec le nombre de décès théorique si la Normandie avait la même mortalité avec la France hexagonale.

en Normandie en moyenne annuelle sur la période 2019-2021

Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR2S

### Aide à la lecture du graphique :

En moyenne annuelle sur la période 2019-2021, 4 027 décès féminins par cancers sont dénombrés en Normandie. La région est en situation de surmortalité par cancers par rapport à la France. Elle enregistrerait 237 décès de moins si la mortalité normande était similaire à celle de la France hexagonale.

# Cancer du sein

## Une Normande sur cinquante a un cancer du sein, qu'il soit actif ou sous surveillance

En 2022, un peu plus de 39 000 Normandes sont atteintes d'un cancer du sein d'après la cartographie des pathologies du SNDS. Cela correspond à un taux standardisé de 2 011,7 sur 100 000 femmes, soit +3,7 % en regard de la France. L'écart entre les taux de prévalence de zone rurale et de secteur urbain, tant en France hexagonale qu'en Normandie, s'inscrit dans la réduction. Le taux de prévalence pour le cancer du sein actif est de 671,6 pour 100 000 femmes (soit un écart avec le niveau national de +2,2 %) et de 1 340,1 pour le cancer du sein sous surveillance (soit un taux plus élevé de 4,5 % en regard de la France hexagonale). Pour les deux phases de cancer du sein, il n'existe pas de différence entre la Normandie et la France hexagonale suivant le type d'habitat.

Les courbes ci-contre montrent des évolutions différentes selon les périodes et suivant l'unité géographique. Ainsi, les taux de prévalence des deux unités géographiques qui étaient proches en 2018 se sont quelque peu écartés depuis, du fait d'une diminution de 5,0 % dans l'Hexagone et de 2,2 % en Normandie.

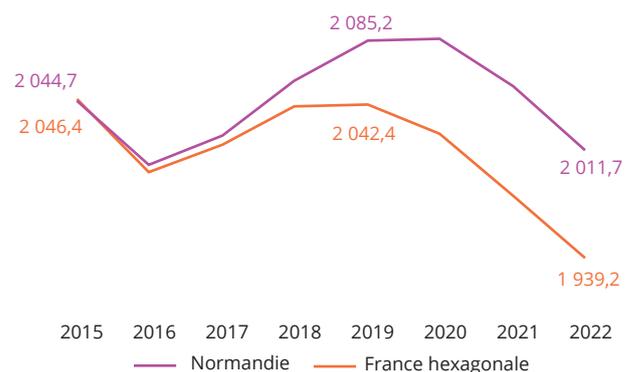
## Deuxième région pour le taux élevé de femmes en ALD pour cancer du sein

Un autre décompte est possible à travers l'inscription en affection de longue durée (ALD). Ainsi, avec 35 436 Normandes inscrites en ALD pour cancer du sein au 31 décembre 2022, la Normandie enregistre le deuxième taux standardisé le plus élevé des régions de France derrière l'Île-de-France ; l'écart avec le taux de la France hexagonale est de +4,8 %. En dix ans, l'écart entre la Normandie et la France hexagonale s'est accru, surtout depuis 2019 (diminution moindre en région). Pour les femmes de moins de 65 ans, la Normandie présente le taux le plus élevé des régions de France hexagonale, soit 5,5 % au-dessus de la moyenne nationale.

Au 31 décembre 2018, ce taux est supérieur à la valeur six ans auparavant, tant en France qu'en région. Depuis, il diminue de façon parallèle pour les deux unités géographiques, mais de façon plus soutenue au niveau national. Les femmes de 65 ans ou plus représentent plus de trois cancers du sein sur cinq et près d'une femme sur vingt de cet âge a une ALD pour un cancer du sein.

La situation régionale peut également être approchée à travers les admissions en ALD. Ainsi, sur la période 2020-2022, ce sont en moyenne annuelle 3 570 Normandes qui ont été inscrites en ALD pour un cancer du sein. Cela correspond à un taux d'admissions en ALD par cancer du sein de 200,5 pour 100 000 femmes qui classe la Normandie au troisième rang des régions hexagonales derrière les Pays de la Loire et les Hauts-de-France ; l'écart avec la moyenne nationale est de +2,6 %. Chez les moins de 65 ans, 1 811 Normandes ont été admises en ALD ce qui situe la Normandie en position intermédiaire parmi les régions de l'Hexagone.

## Évolution de la prévalence du cancer du sein chez les femmes



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes

Source : SNDS, cartographie des pathologies - Exploitation OR2S

### Une tendance à la baisse de participation au dépistage, quel que soit l'indicateur retenu

En 2022-2023 d'après les données issues du SNDS, 304 000 Normandes âgées de 50 à 74 ans ont passé une mammographie, soit un taux d'examens réalisés chez les femmes de 50-74 ans de 55,2 %. Cette valeur place la Normandie dans une situation intermédiaire en regard des autres régions de l'Hexagone (loin de l'Île-de-France au-dessus de 60 %) et au niveau de la moyenne nationale. La deuxième illustration ci-contre en provenance de Santé publique France fournit la participation au seul dépistage organisé du cancer du sein. Pour cette source, les 299 000 Normandes y ayant participé en 2022-2023 placent la Normandie au deuxième rang des régions derrière la Bourgogne-Franche-Comté avec une participation de 16,1 % supérieure à la moyenne nationale. Point commun aux deux sources, la tendance est plutôt malheureusement à la diminution quant à la participation.

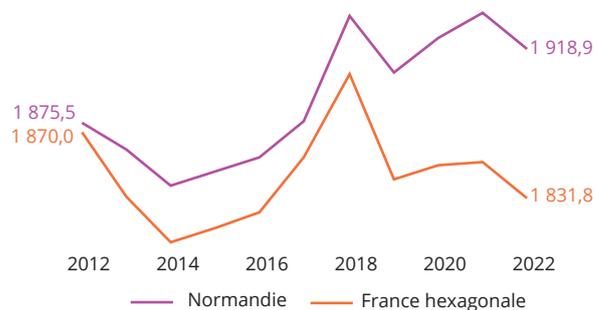
### La Normandie au premier rang des régions pour la mortalité prématurée par cancer du sein

En 2019-2021, la moyenne annuelle de 721 décès féminins par cancer du sein représente un taux de 35,7 pour 100 000 femmes en région. Ce taux situe la Normandie au deuxième rang des régions de l'Hexagone après les Hauts-de-France avec un différentiel en regard du niveau national de +8,1 %. Parmi ces décès, 204 sont survenus chez des Normandes âgées de moins de 65 ans, ce qui place la Normandie au premier rang des régions hexagonales pour la mortalité prématurée par cancer du sein avec un écart en regard de la moyenne nationale de 11,4 %. Globalement, en Normandie, la situation est plus « favorable » en zone rurale qu'en secteur urbain, le différentiel étant sur la dernière période de l'ordre de 7 % ; en revanche, aucune différence n'est retrouvée au niveau de la France hexagonale entre les deux types d'habitat.

### Une tendance à la baisse de la mortalité par cancer du sein, hormis chez les plus âgées

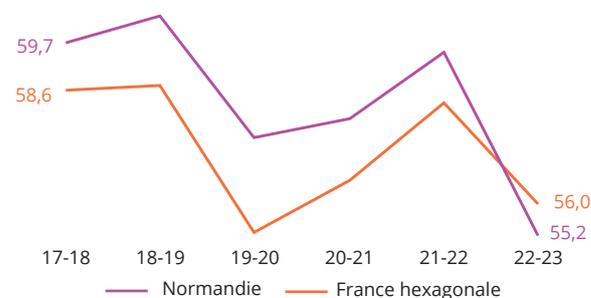
Entre 2000-2002 et 2019-2021, la baisse du taux féminin de mortalité par cancer du sein est identique en Normandie et en France hexagonale, de l'ordre de 16 %. Toutefois, cela correspond à des évolutions de nature différente en regard de 2015-2017. Ainsi, alors que la baisse avec le début des années 2000 était dans la région de près de 18 %, celle-ci n'était que de 13 % en France hexagonale avec ce dernier groupe d'années. Depuis, la baisse est régulière en France hexagonale alors que la stabilité, voire une légère augmentation, est de mise en région. Chez les moins de 65 ans, la situation est similaire à celle tous âges avec des écarts cependant plus marqués. Ainsi, la baisse en vingt ans est du même ordre en Normandie et en France hexagonale (-29 %) avec une diminution plus importante entre 2000-2002 et 2015-2017 en région (-32 % contre -25 %), une augmentation depuis dans la première (+5 %) et une poursuite de la baisse dans la seconde (-6 %). Comme tous âges, les taux sont plus élevés en secteur urbain qu'en zone rurale chez les moins de 65 ans. Il est à noter que, chez les femmes de 75 ans et plus, aucune différence n'est retrouvée en vingt ans d'observation pour les deux unités géographiques quant à l'évolution de la mortalité par cancer du sein. Par ailleurs, les écarts entre la France hexagonale sont moindres à ceux des moins de 65 ans. Il est même arrivé par le passé que le taux standardisé de mortalité s'avère inférieur en région à celui de la France hexagonale.

### Évolution du total des ALD pour cancer du sein chez les femmes



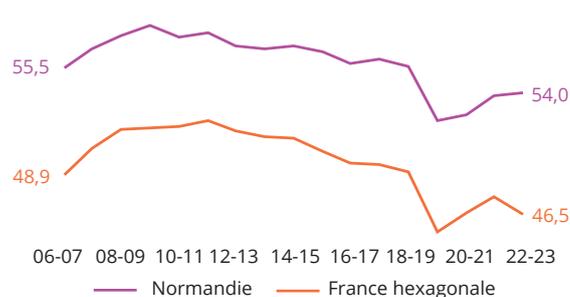
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes aux 31 décembre  
Sources : CCMSA, Cnam, CNRSI, Insee - Exploitation OR2S

### Évolution de la réalisation de mammographie chez les femmes



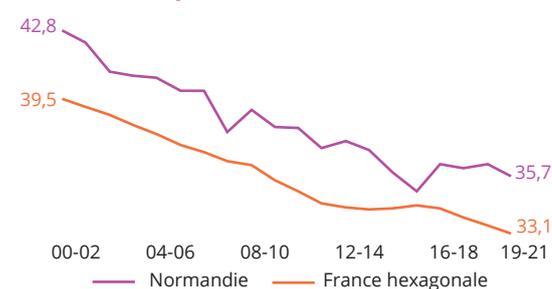
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de 50-74 ans  
Sources : SNDS, Insee - Exploitation ARS Normandie, OR2S

### Évolution de la participation au dépistage organisé du cancer du sein des femmes



taux standardisés sur l'âge pour 100 femmes de 50-74 ans  
Source : Santé publique France - Données issues des CRDC et ELP de l'Insee

### Évolution de la mortalité féminine par cancer du sein



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S



# Cancer de l'utérus

## Un taux de prévalence en deçà en région

Le taux de prévalence tel que fournit par la cartographie des pathologies du SNDS place la Normandie avec 3 645 femmes concernées par un cancer de l'utérus. Le taux relevé est en deçà de celui de la France en 2022 comme c'est le cas depuis 2018, mais avec un écart qui s'est agrandi (211,1 pour 100 000 femmes contre 223,7). Ce constat est retrouvé tant en zone rurale qu'en secteur urbain.

## Le troisième taux d'ALD le plus élevé des régions

Avec ses 4 386 habitantes bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour cancer de l'utérus au 31 décembre 2022, la Normandie présente le troisième taux standardisé d'ALD le plus élevé des régions de France hexagonale derrière le Grand Est et les Hauts-de-France pour ce cancer (236,6 pour 100 000 femmes) avec un différentiel en regard de la France de +8,7 %.

En 2020-2022, le taux d'admissions en ALD pour cancer de l'utérus est de 35,6 pour 100 000 femmes, soit une valeur supérieure de 9,4 % à celle de la France hexagonale. Ce taux place aussi la Normandie au troisième rang parmi les régions de l'Hexagone avec les valeurs les plus élevées derrière les deux mêmes régions que pour le total d'ALD. Par ailleurs, il n'est pas noté de différence sensible entre zone rurale et secteur urbain.

## Une certaine stabilité des ALD en matière d'évolution récente, tant pour le total que pour les admissions

Entre les 31 décembre 2019 et 2022, le taux d'ALD pour cancer de l'utérus est resté relativement stable, tant en France hexagonale qu'en Normandie, les courbes étant parallèles depuis 2012 avec une situation normande toujours au-dessus de 6 % à 8 % (cf. illustration ci-dessus colonne ci-contre).

Entre 2017-2019 et 2020-2022, le taux d'admissions en ALD a lui diminué légèrement, en Normandie (-1,4 %) ; la baisse approche les 4 % en France hexagonale.

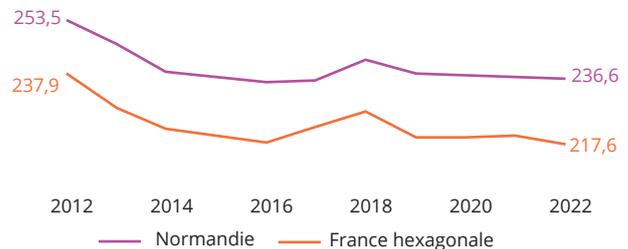
## Une faible participation au dépistage

En 2020-2022, selon Santé publique France et le réseau des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers, la participation des Normandes de 25-65 ans au dépistage du cancer de l'utérus est de 56,4 %. Trois points sous la moyenne nationale, cela situe la Normandie à l'avant dernier rang des régions de l'Hexagone, devant seulement l'Île-de-France. Le taux de participation diminue avec l'avancée en âge, passant de 64,3 % chez les 25-29 ans à 43,6 % chez les 60-65 ans dans la région. De plus, chez les 55-65 ans, la Normandie se situe au dernier rang des régions de l'Hexagone derrière l'Île-de-France, ce qui ne se produit jamais dans toutes les autres classes d'âge.

Pour ce qui est de l'évolution de la participation au dépistage suivant cette même source, elle n'a quasiment pas bougé en Normandie ces six dernières années, retrouvant peu ou prou les valeurs de la période 2014-2018. En France, une augmentation de trois points différencie 2020-2022 de 2017-2019.

D'après le SNDS, en 2020-2022, près de 52 000 Normandes âgées de 25 à 65 ont eu au moins un remboursement pour un frottis dans les trois ans, soit une part de 59,8 pour 100. Cette valeur place la Normandie au dernier rang des régions de l'Hexagone, plus de cinq points sous la moyenne nationale. Cette participation au frottis reste en deçà de la période d'avant la Covid-19 avec 61,1 % en 2017-2019 en Normandie alors que celle de la France hexagonale n'a quasiment pas bougé.

## Évolution du total des ALD pour cancer de l'utérus



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes aux 31 décembre

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

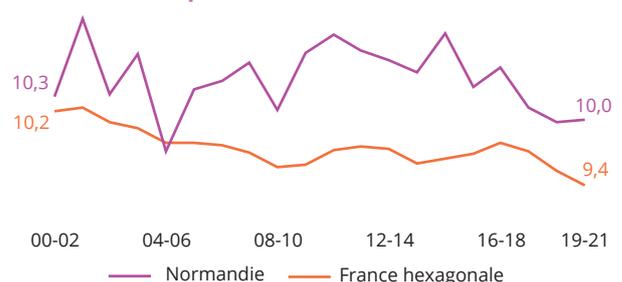
## Des différences marquées pour la mortalité suivant le type d'habitat et le groupe d'âge

En 2019-2021, avec une moyenne annuelle de 202 décès par cancer de l'utérus, la Normandie enregistre un taux standardisé de mortalité supérieur de 6,7 % à celui de la France hexagonale. Parmi ces décès, plus de la moitié survient chez des femmes âgées de 75 ans ou plus (soit 104 décès annuels) ; cette proportion est du même ordre en France hexagonale. Toutefois, cette relative similitude entre les deux unités géographiques sur cette période masque des différences sensibles suivant l'âge et le type d'habitat. Ainsi, en regard de l'Hexagone, il n'est retrouvé une surmortalité qu'en secteur urbain chez les Normandes de moins de 75 ans. À l'inverse, chez les femmes de 75 ans et plus, c'est seulement en zone rurale qu'une surmortalité est constatée, toujours en regard de l'Hexagone.

## Une baisse récente de la mortalité en Normandie comme dans l'Hexagone

Les courbes ci-dessous qui présentent les évolutions depuis le début des années deux mille montrent une certaine stagnation de la mortalité par cancer de l'utérus entre 2004-2006 et 2016-2018 pour la France hexagonale ; il en est quasi de même pour la Normandie sur cette même période malgré des variations d'une année sur l'autre. Depuis, la tendance est plutôt à la baisse pour les deux unités géographiques de l'ordre de 5 %. Là encore, il existe deux évolutions différentes suivant l'âge. C'est ainsi que la mortalité au niveau des Françaises de l'Hexagone a été réduite de 11 % entre 2001-2003 et 2019-2021 chez les moins de 75 ans, et ce de façon régulière. Sur cette même période la baisse est similaire en Normandie, mais toutefois marquée par des variations d'une année sur l'autre en sachant que les valeurs normandes sont toujours supérieures à celles comparables françaises. Chez les aînées, une telle baisse n'est pas retrouvée, tant dans l'ensemble du pays que dans la région. Il est à noter toutefois que le taux français a enregistré sa plus faible valeur en 2019-2021, ce qui n'est pas retrouvé en Normandie.

## Évolution de la mortalité par cancer de l'utérus



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

# Cancer du côlon-rectum

## Une évolution de la prévalence parallèle à celle de la France

En 2022, selon la cartographie des pathologies du SNDS, 9 187 Normandes sont concernées par le cancer du côlon-rectum, ce qui représente un taux de 442,0 sur 100 000 femmes. Cela situe la Normandie avec un taux proche de celui de la France hexagonale (439,8 pour 100 000 femmes). Cette même année, 163,4 pour 100 000 femmes souffrent d'un cancer colorectal actif et 278,4 pour 100 000 femmes d'un cancer sous surveillance ; en France hexagonale, les taux sont respectivement de 170,9 et 268,9 pour 100 000 femmes. La zone rurale et le secteur urbain présentent des taux similaires.

Le taux de prévalence pour cancer du côlon-rectum a crû pour les deux unités géographiques entre 2015 et 2019, de l'ordre de 3 %. Il décroît depuis régulièrement de la même façon pour les deux unités géographiques (5 %). Le taux de prévalence pour cancer colorectal actif, après avoir augmenté jusqu'en 2017, diminue en Normandie comme en France jusqu'en 2020. Depuis, le taux remonte en France hexagonale et diminue en Normandie. En revanche, les courbes du taux de prévalence pour cancer du côlon-rectum sous surveillance suivent les mêmes évolutions dans les deux unités géographiques, ce qui fait que l'écart reste le même au détriment de la Normandie.

## Deuxième région pour le taux d'ALD le plus élevé

Avec 6 851 Normandes bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD pour cancer colorectal au 31 décembre 2022, la région présente un taux standardisé de 350,6 pour 100 000 femmes (339,1 en France hexagonale). Cela place la Normandie au deuxième rang derrière la Nouvelle Aquitaine pour sa valeur élevée. En matière d'évolution, après une augmentation voisine entre 2014 et 2018 identique en France hexagonale et en Normandie, la tendance récente est plutôt divergente avec une stabilité du taux normand et une baisse nationale, ce qui fait l'écart actuel de l'ordre de 4 %.

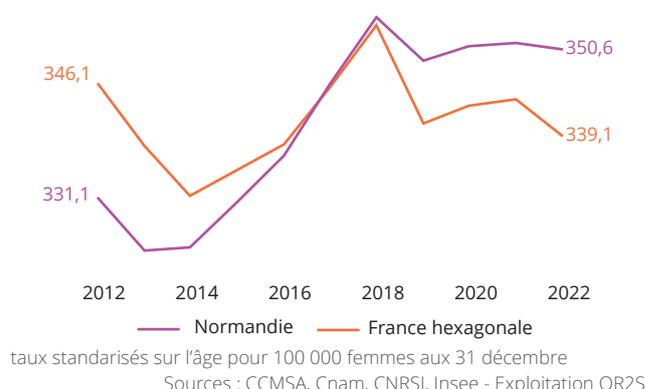
En 2020-2022 en moyenne annuelle, le nombre d'admissions en ALD pour cancer colorectal s'élève à 933 femmes en Normandie. La région présente alors un taux standardisé de 49,6 pour 100 000 femmes, du même ordre que celui de la France hexagonale (49,0). Ces deux taux ont connu les mêmes évolutions entre 2017-2019 et 2020-2022. En Normandie, les taux sont plus faibles en zone rurale qu'en secteur urbain, ce qui n'est pas retrouvé au niveau national.

## Une participation au dépistage organisé pour près de deux Normandes sur cinq

En 2022-2023, 39,3 % des Normandes âgées de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer colorectal contre 35,4 % en France entière. Cela place la Normandie au sixième rang des régions hexagonales. Au cours des six dernières années, après une baisse qui a fait passer la Normandie comme la France par un minimum en 2019-2020 (respectivement 32,2 % et 29,9 %), la remontée depuis fait que les derniers taux de participation enregistrés sont au-dessus de ce qu'ils étaient en 2016-2017.

Une constante tout au long de cette période concerne la participation toujours plus importante en Normandie que dans l'ensemble de la France hexagonale.

## Évolution du total des ALD pour cancer du côlon-rectum chez les femmes

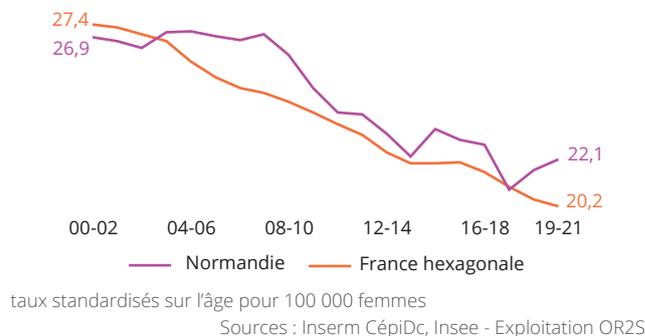


## Une baisse régulière de la mortalité, moins soutenue toutefois en Normandie que dans le reste du pays

En 2019-2021, avec 466 décès féminins annuels moyens, la Normandie se différencie à nouveau de la moyenne nationale pour son taux de mortalité par cancer colorectal (22,1 pour 100 000 femmes contre 20,2), après en avoir été proche en 2017-2019. Les taux retrouvés en secteur urbain et zone rurale sont voisins en Normandie comme en France hexagonale.

Le taux standardisé de mortalité pour ce cancer diminue régulièrement depuis nombre d'années, que ce soit en France hexagonale ou en Normandie. Ainsi, depuis le début des années deux mille, la région enregistre une baisse de 18 % tandis que la France hexagonale affiche une baisse continue de 26 %. Concernant le type d'habitat, si la baisse a été identique en France hexagonale entre zone rurale et secteur urbain, elle est plus prononcée en Normandie chez ce dernier habitat, ce qui fait que les taux normands sont désormais similaires, alors qu'ils étaient auparavant plus élevés en secteur urbain.

## Évolution de la mortalité féminine par cancer du côlon-rectum





# Cancer de la trachée, des bronches et du poumon

## Un important clivage rural/urbain pour la prévalence

En 2022, avec 3 476 femmes atteintes d'un cancer des bronches ou du poumon, la Normandie présente un taux standardisé de 179,3 pour 100 000 femmes ; ce taux n'est pas différent de celui de la France hexagonale (180,3). Quelle que soit l'unité géographique, des différences importantes existent suivant le type d'habitat, toutefois plus prononcées en Normandie qu'en France hexagonale. Ainsi, le taux de prévalence pour les Normandes atteintes d'un cancer des bronches ou du poumon en zone rurale est de 158,7 pour 100 000 femmes contre 190,7 en secteur urbain ; ces taux sont respectivement de 152,2 et de 167,9 en France.

Pour le cancer du poumon actif, les deux unités géographiques présentent des valeurs identiques (115 pour 100 000 femmes). Elles sont également très proches pour les cancers sous surveillance (un point d'écart).

Entre 2015 et 2022, les taux ont augmenté de façon plus importante à l'échelon régional qu'au niveau national : respectivement de 48 % et 39 %. Si les taux sont plus faibles en zone rurale, c'est toutefois dans celle-ci qu'ils augmentent le plus.

## Un parallélisme pour le total des ALD et les décès entre les deux types d'habitat

Au 31 décembre 2022, la région et la France hexagonale enregistrent des taux d'ALD pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon équivalents, respectivement de 155,3 et 156,4 pour 100 000 femmes. Cela correspond en Normandie à 2 852 femmes en ALD pour ce cancer. Dans la région comme en France hexagonale, les taux sont plus élevés en secteur urbain qu'en zone rurale avec des écarts voisins de ceux retrouvés pour la mortalité : respectivement +21 % et + 9 % par rapport à la zone rurale.

En 2020-2022, 654 Normandes sont entrées en moyenne annuelle en ALD pour un cancer de la trachée, des bronches et du poumon. Cela correspond à un taux d'admissions en ALD pour ce cancer identique entre région et France hexagonale de 36 pour 100 000 femmes. Avec ce taux, la Normandie se situe en milieu des régions de France hexagonale. Les taux d'admissions en ALD pour ce cancer restent plus faibles en zone rurale, même si les écarts sont un peu moins élevés que vu précédemment compte tenu du rattrapage de la zone rurale sur le secteur urbain : +15 % en région et +5 % en France hexagonale.

## Un nombre de Normandes en ALD qui a doublé en dix ans

Le taux de femmes en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon a augmenté de manière constante en France hexagonale comme en Normandie entre les 31 décembre 2012 et 2022, les valeurs ayant plus que doublé en région (+107 % contre +84 % en France). Cette augmentation est d'autant plus marquée chez les femmes domiciliées en zone rurale, réduisant ainsi l'écart entre les deux types d'habitat, tant en Normandie qu'en France hexagonale.

Le taux d'admissions en ALD a lui aussi augmenté entre 2017-2019 et 2020-2022, de façon plus soutenue en Normandie qu'en France hexagonale (respectivement de 14 % et de 7 %). Pour les deux unités géographiques, l'augmentation entre ces deux groupes d'années est plus élevée en zone rurale qu'en secteur urbain, dans le même rapport que pour l'ensemble des deux unités : respectivement de 23 % et de 10 % en Normandie, de 13 % et 6 % en France hexagonale.

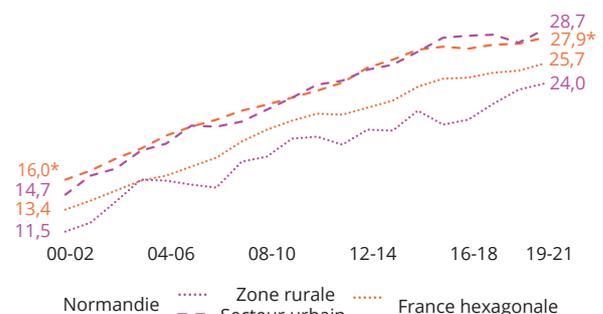
## Une mortalité proche de la France, due particulièrement aux femmes de zone rurale

En 2019-2021, la Normandie enregistre une moyenne annuelle de 523 décès féminins par cancer de la trachée, des bronches et du poumon ce qui la situe au niveau de la moyenne nationale et au milieu des régions de l'Hexagone. Pour les deux unités géographiques, la situation est plus favorable en zone rurale qu'urbaine, mais l'est d'autant plus en région qu'au niveau national : écart respectif de près de 20 % contre 8,5 %. C'est d'ailleurs la situation des femmes de zone rurale qui contribue au bon résultat régional global.

## Des taux de mortalité qui augmentent fortement au cours du temps, quelle que soit l'unité géographique

Depuis nombre d'années, le taux de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon ne cesse d'augmenter chez les femmes, et ce quelle que soit l'unité géographique. Cela est dû principalement à la modification comportementale des femmes en regard du tabac au début des années soixante-dix. Ainsi, depuis le début des années deux mille, le taux de mortalité standardisé pour ce cancer a doublé en une petite vingtaine d'années en Normandie ; l'augmentation au niveau de la France hexagonale est moins importante de l'ordre de deux tiers. Les courbes ci-dessous permettent de mesurer les évolutions différenciées suivant le type d'habitat. Elles soulignent la proximité des valeurs pour ce qui est du secteur urbain entre la Normandie et la France hexagonale. En revanche, les Normandes en zone rurale présentent une meilleure situation que leurs homologues françaises. Par ailleurs, l'écart entre les deux types d'habitat, varie entre 15 % et 35 % en Normandie suivant les années ; la variation en France hexagonale est le plus souvent moitié moindre.

Évolution de la mortalité féminine par cancer de la trachée, des bronches et du poumon selon le type d'habitat



\* hors unité urbaine de Paris

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes

Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR2S

# Maladies respiratoires

## Une prévalence des maladies respiratoires chroniques plus élevée en Normandie qu'en France...

Avec 114 288 Normandes souffrant d'une maladie respiratoire chronique (hors mucoviscidose), soit un taux de 6 303,8 pour 100 000 femmes, la région présente en 2022 une prévalence plus élevée de 15,2 % par rapport à la France d'après la cartographie des pathologies du SNDS.

En Normandie, le taux de prévalence des pathologies respiratoires chroniques est de 5 875,1 pour 100 000 femmes en zone rurale, tandis qu'il s'élève à 6 558,9 en secteur urbain.

Par ailleurs, entre 2015 et 2022, la prévalence des maladies respiratoires chroniques a un peu plus augmenté en Normandie : +10,8 % (+11,7 % en secteur urbain, 9,1 % en zone rurale) pour +7,1 % en France.

## ...tout comme les taux d'admissions en ALD...

En 2020-2022, avec un taux d'admissions en ALD de 49,7 pour 100 000 femmes, la Normandie présente un différentiel en regard de la France de +26,1 % et possède le taux le plus élevé des régions de France. Ce différentiel est plus marqué en secteur urbain normand (+29,1 %) qu'en zone rurale (+19,7 %) et chez les femmes de moins de 65 ans (+36,1 % contre +13,1 %).

Les taux d'admissions plus élevés en secteur urbain sont retrouvés avant et à partir de 65 ans en Normandie. En revanche, en France hexagonale, la situation est inversée chez les plus âgées.

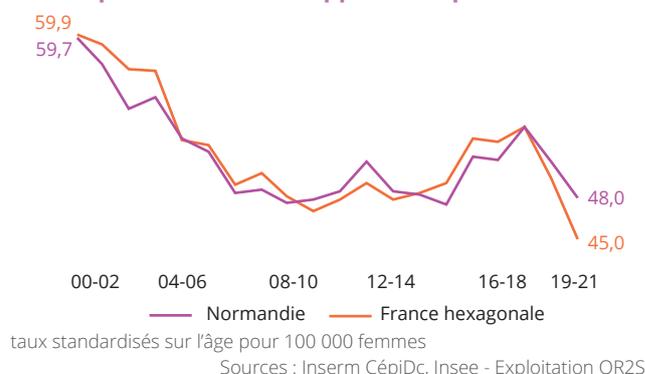
## ...et des taux qui augmentent contrairement à l'ensemble de la France

Au 31 décembre 2022, 11 285 femmes sont en ALD pour maladie de l'appareil respiratoire. La Normandie présente ainsi un taux d'ALD de 620 pour 100 000 femmes, significativement élevé de 14,8 % par rapport à la France hexagonale (au quatrième rang des régions). Cette différence atteint +26,5 % chez les femmes âgées de moins de 65 ans (+4,9 % pour les femmes de 65 ans et plus).

En accord avec la situation observée pour la prévalence des pathologies respiratoires chroniques, les taux d'ALD sont plus élevés en secteur urbain qu'en zone rurale, et ce aux niveaux régional et national. Les taux d'ALD total ont augmenté en Normandie entre les 31 décembre 2012 et 2022, alors qu'ils connaissent une baisse en France. Ainsi, le différentiel entre les deux unités géographiques est passé de -4,9 % en 2012 à +14,8 % en 2022. Cette évolution est particulièrement marquée chez les femmes de moins de 65 ans pour lesquelles le différentiel a varié de -2,4 % à +26,5 % en dix ans.



## Évolution de la mortalité féminine par maladies de l'appareil respiratoire



## Une mortalité par maladies respiratoires plus faible en zone rurale

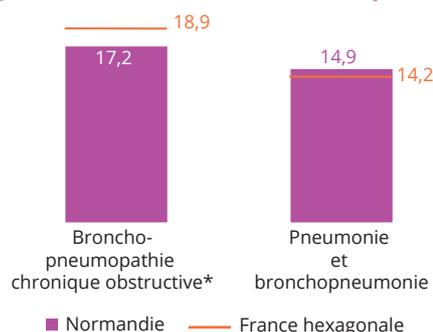
En 2019-2021, avec une moyenne annuelle de 1 111 décès féminins par maladies respiratoires, la Normandie se situe très légèrement au-dessus du niveau national, avec un taux de mortalité de 48,0 décès pour 100 000 femmes (contre 45,0 en France hexagonale). Les décès survenus avant 65 ans représentent 6,2 % des décès par maladies respiratoires dans la région (5,3 % pour la France).

Dans la région, la situation apparaît plus favorable en zone rurale (-11,8 % par rapport au secteur urbain normand), ce qui est moins retrouvé en France hexagonale (-2,3 %). Chez les moins de 65 ans, le différentiel est très important entre les deux types d'habitat puisque les moins de 65 ans domiciliées en secteur urbain enregistrent un taux de 5,8 pour 100 000 femmes contre 3,3 en zone rurale (respectivement 3,1 et 4,2 en France comparable). Depuis 1979-1981, la situation s'est fortement améliorée, avec une baisse de 48,8 % du taux de mortalité en Normandie. Cependant, cette baisse a essentiellement eu lieu dans la première décennie des années deux-mille, depuis laquelle la mortalité est restée relativement stable comme le montre l'illustration ci-dessous.

## Une sous-mortalité par BPCO dans la région

En 2019-2021, la Normandie présente une sous-mortalité par broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO ; -8,6 %), qui est la principale cause de décès par maladies respiratoires, suivie de la pneumonie et de la bronchopneumonie, pour lesquelles le taux de mortalité est supérieur de 5,1 %.

## Mortalité féminine par grandes causes de maladies respiratoires



\* causes principales, associées et comorbidités  
taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes en 2019-2021  
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S



# Santé mentale

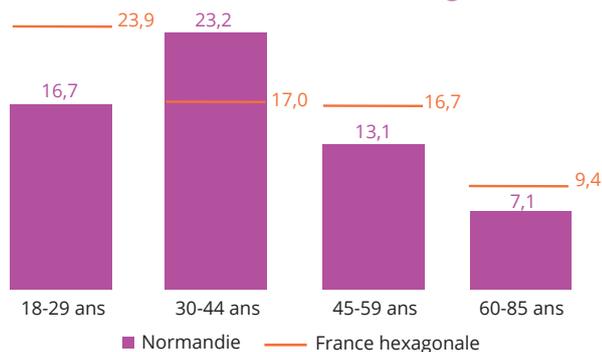
## Une santé mentale dégradée pour près d'une Normande sur sept...

L'état de santé mentale peut être approché par les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) traduits par différents symptômes (cf. encadré méthodologique page suivante). Selon l'algorithme de détermination des EDC, 14,0 % des Normandes âgées de 18 à 85 ans ont souffert d'au moins un EDC au cours de l'année précédant l'enquête de l'édition 2021 du Baromètre Santé, dont 6,6 % d'EDC sévères. Ces pourcentages sont respectivement de 15,5 % et 7,1 % à l'échelle nationale, sans différence significative avec la région.

### ...particulièrement critique chez les jeunes adultes...

Bien qu'en Normandie les effectifs soient trop faibles pour conclure, un gradient est observé suivant l'âge en France hexagonale. Les plus jeunes sont ainsi plus vulnérables que leurs aînées ; les différences semblent toutefois moins marquées en Normandie qu'à l'échelle nationale.

### Épisode dépressif caractérisé au cours de l'année chez les femmes selon l'âge



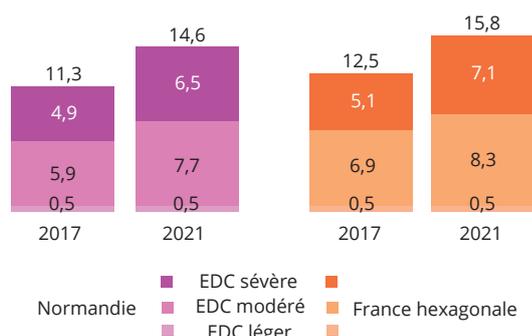
pour 100 femmes de chacun des groupes d'âge

Source : Baromètre Santé 2021, SpF - Exploitation OR2S

### ...qui se dégrade avec le temps

D'après les résultats des éditions 2017 et 2021 du Baromètre Santé, le taux standardisé d'EDC est en hausse chez les femmes, de 30 % en Normandie et de 26 % dans l'Hexagone. Cette augmentation n'est pas retrouvée pour les seuls EDC légers, mais est particulièrement prononcée pour les EDC sévères.

### Évolution des épisodes dépressifs caractérisés au cours de l'année chez les femmes



taux standardisés sur l'âge pour 100 femmes de 18 à 75 ans

Sources : Baromètres Santé 2017 et 2021, SpF - Exploitation OR2S

## Les maladies psychiatriques : une prévalence plus élevée en secteur urbain normand...

D'après la cartographie des pathologies du SNDS, en 2022, 81 699 Normandes souffrent d'une maladie psychiatrique, soit un taux de 4 493,1 cas pour 100 000 femmes. Depuis 2015, ce taux régional a plus augmenté qu'au niveau national, faisant qu'en 2022, la prévalence est plus élevée en Normandie qu'en France hexagonale (+9,1 %), ce qui n'était pas le cas sept ans auparavant. Il est à noter que cette augmentation a majoritairement eu lieu entre 2015 et 2019. Depuis 2019, les taux de prévalence sont relativement stables.

Par ailleurs, les maladies psychiatriques sont bien plus présentes en secteur urbain normand (5 147,5 sur 100 000 femmes en 2022) qu'en zone rurale (3 334,7).



### ...et ce, quelle que soit la pathologie

Les maladies psychiatriques les plus fréquemment retrouvées sont les troubles névrotiques et de l'humeur (tels que les épisodes maniaques, dépressifs, les troubles affectifs bipolaires, anxieux, obsessionnels compulsifs...), dont souffrent 52 961 Normandes ; elles sont ainsi 2 859,4 sur 100 000 femmes. Viennent ensuite les troubles addictifs (liés par exemple à la consommation d'alcool, d'opiacés, d'hallucinogènes, de dérivés du cannabis ou de cocaïne...), touchant 861,9 sur 100 000 Normandes, puis les troubles psychotiques (comme la schizophrénie, les troubles délirants persistants...) dont souffrent 512,1 sur 100 000 Normandes. La déficience mentale quant à elle concerne 214,9 sur 100 000 Normandes.

Ces pathologies présentent une prévalence plus élevée en Normandie qu'à l'échelle nationale, en particulier pour la déficience mentale (+21,9 %), et hormis les troubles psychotiques (-11,9 %). De plus, dans la région, elles sont systématiquement plus retrouvées en secteur urbain, en particulier les troubles psychotiques et la déficience mentale, pour lesquels la prévalence est plus de deux fois plus élevée qu'en zone rurale.

### Une forte hausse des troubles addictifs

L'augmentation globale de la prévalence des maladies psychiatriques entre 2015 et 2019 est majoritairement due à l'augmentation des troubles addictifs, qui ont plus que doublé en quatre ans. Toutefois, plus récemment, entre 2019 et 2022, une légère diminution est observée qui sera à suivre les prochaines années. Entre 2015 et 2022, une augmentation des troubles névrotiques et de l'humeur est également observée (+16,7 %), tandis que la déficience mentale et les troubles psychotiques enregistrent une très légère baisse.

## La délivrance des traitements psychotropes en baisse, même si plus d'une Normande sur sept est concernée

En parallèle, le taux de femmes ayant reçu au moins trois délivrances de traitements psychotropes au cours de l'année a légèrement diminué entre 2015 et 2019, en Normandie comme en France hexagonale, avant de se stabiliser jusqu'en 2022. Cette dernière année, ce sont 284 212 Normandes qui sont concernées, soient 15,0 % des femmes (13,1 % en France).

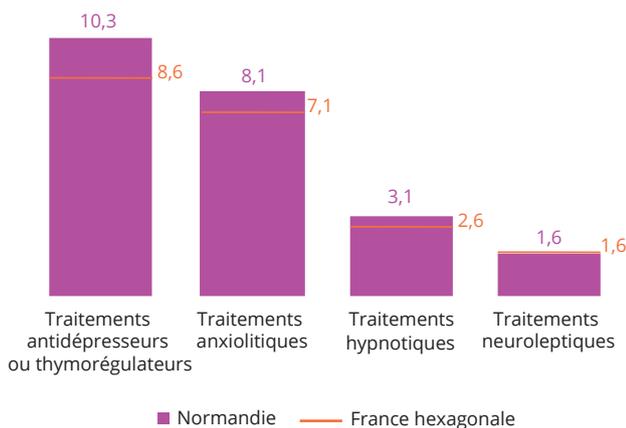
Ces traitements se décomposent en quatre sous-groupes. Les plus fréquemment retrouvés sont les antidépresseurs ou thymorégulateurs, puis les anxiolytiques, suivis des hypnotiques, et enfin les neuroleptiques. Quel que soit le type de traitement, les délivrances sont plus observées en Normandie qu'au niveau national, avec une différence plus marquée pour les antidépresseurs et les hypnotiques. En revanche, le différentiel entre secteur urbain et zone rurale est plus élevé en Normandie pour les traitements neuroleptiques, bien que tous les traitements soient plus fréquemment délivrés dans le premier type d'habitat.

## Des admissions en ALD plus fréquentes qu'en France...

En 2020-2022, en Normandie, 3 685 femmes ont été admises en ALD pour troubles mentaux en moyenne par an, soit un taux de 223,8 pour 100 000 femmes.

Par rapport à la France, le taux d'admissions en ALD pour troubles mentaux est plus élevé (+12,1 %). Derrière cette valeur se cachent en réalité des taux d'admissions normands plus faibles en zone rurale (184,9 pour 100 000 femmes) qu'en secteur urbain (245,1). Cette tendance est retrouvée à l'échelle nationale, bien que moins marquée : respectivement 189,7 contre 212,4.

## Délivrance d'au moins trois traitements psychotropes au cours de l'année à des femmes



Source : SNDS, cartographie des pathologies - Exploitation OR2S

## ...tout comme le nombre total d'ALD

Au total au 31 décembre 2022, 48 808 Normandes sont en ALD pour troubles mentaux, soit 5,3 % de plus qu'en France à population égale. En zone rurale, le total d'ALD est plus faible en Normandie qu'en France hexagonale (-5,9 %), alors qu'en secteur urbain la situation est inversée (+11,1 %).

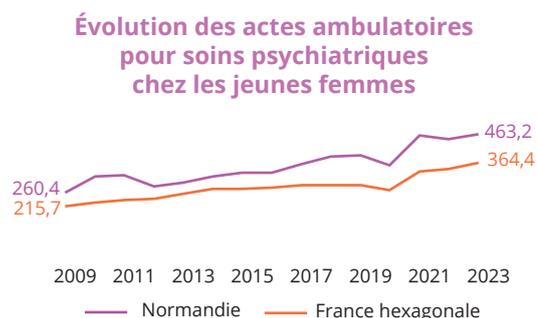
Des tendances similaires sont observées au niveau national entre secteur urbain et zone rurale. Elles sont également retrouvées chez les plus jeunes comme chez les plus âgées, mais le différentiel entre la Normandie et la France hexagonale est plus élevé avant 65 ans qu'à partir de 65 ans (respectivement +8,8 % contre -3,1 %).

## Plus d'actes ambulatoires qu'en France, en particulier chez les plus jeunes et en secteur urbain

En 2023, 444 484 journées d'hospitalisation en soins psychiatriques ont été enregistrées pour des Normandes et 621 399 actes ambulatoires, soit 261,5 jours et 370,3 actes pour 1 000 femmes, respectivement 11,4 % de moins et 12,5 % de plus qu'en France hexagonale.

En Normandie, les jeunes femmes de moins de 17 ans sont particulièrement concernées puisque le taux d'actes ambulatoires est de 463,2 pour 1 000 femmes de ce groupe d'âge, soit 27,1 % de plus qu'en France (364,4 actes). Toujours dans la région, la différence entre zone rurale et secteur urbain est particulièrement marquée, avec des taux respectifs d'actes ambulatoires en psychiatrie chez les femmes de moins de 17 ans de 427,9 pour 1 000 et de 486,1. Ces différences selon le type d'habitat sont retrouvées quel que soit l'âge, aussi bien pour les actes ambulatoires que pour les journées d'hospitalisation.

Entre 2009 et 2023, alors que le taux de journées d'hospitalisation pour soins psychiatriques n'a que peu évolué, le taux d'actes ambulatoires a fortement augmenté, et ce aussi bien en Normandie qu'en France. Dans la région, le taux d'actes ambulatoires s'est ainsi accru de 42,8 % en quatorze ans. Cette croissance est encore plus prononcée chez les femmes de moins de 17 ans, avec une hausse de 77,9 % des taux d'actes ambulatoires. En Normandie, l'augmentation est plus marquée en secteur urbain.



taux standardisés sur l'âge pour 1 000 femmes de 16 ans ou moins  
Sources : Atih Rim-P, Insee - Exploitation OR2S

## Épisodes dépressifs caractérisés (EDC)

Les symptômes principaux d'un EDC sont l'humeur dépressive, la perte d'intérêt/l'abattement, la perte d'énergie/l'augmentation de la fatigabilité. Les autres symptômes sont une concentration et attention réduite, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, le sentiment de culpabilité et d'inutilité, les perspectives négatives et pessimistes pour le futur, les idées et comportements suicidaires, les troubles du sommeil et la perte d'appétit. Il y a épisode dépressif caractérisé lorsque présence d'au moins deux symptômes principaux et d'au moins deux autres symptômes pendant au moins deux semaines consécutives.

Pour plus d'informations sur la santé mentale en Normandie à partir des données des Baromètres Santé : [http://www.or2s.fr/images/BarometreSante/Baro\\_santeSanteMentaleNormandie2021.pdf](http://www.or2s.fr/images/BarometreSante/Baro_santeSanteMentaleNormandie2021.pdf)



# Suicide

## Au moins une tentative de suicide pour plus d'une Normande sur dix

D'après les données du Baromètre 2021, 5,5 % des Normandes déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours de l'année et 10,2 % avoir déjà fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie. La situation régionale est donc assez voisine à celle relevée au niveau national (4,8 % de femmes déclarant avoir eu des pensées suicidaires dans l'année et 9,0 % avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours).

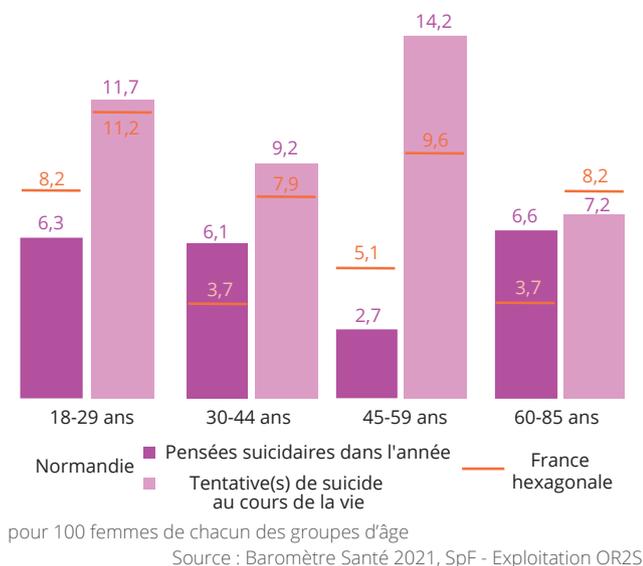
## Des pensées suicidaires en baisse, mais toujours autant de tentatives de suicide

Alors que le taux standardisé de femmes déclarant avoir eu des pensées suicidaires dans l'année semble en baisse en Normandie entre 2005 et 2021 – tendance confirmée à l'échelle du pays –, le taux de tentative de suicide oscille autour des mêmes valeurs.

## Des jeunes tout aussi touchées que leurs aînées

Les jeunes femmes apparaissent parmi les plus vulnérables aux pensées suicidaires, mais également aux tentatives de suicide (cf. graphique ci-dessous). En effet, les femmes de 18-29 ans présentent le taux de tentative de suicide au cours de la vie le plus important de toutes les classes d'âge en France et un taux parmi les plus élevés en Normandie, et ce malgré une histoire de vie plus courte.

**Pensées suicidaires et tentatives de suicide selon le groupe d'âge chez les femmes**



## Une surmortalité par suicide en regard de la France...

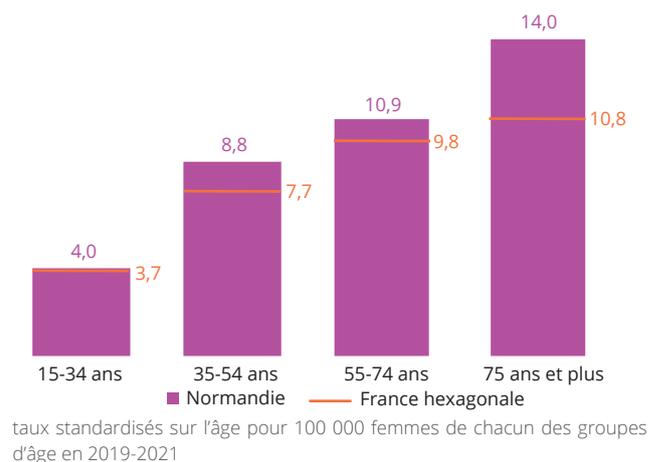
En 2019-2021, 130 Normandes se sont suicidées en moyenne annuelle, soit un taux standardisé de 7,2 pour 100 000 femmes. Ainsi, la Normandie se trouve en situation de surmortalité en regard de la France hexagonale (+14,8 %), se plaçant au troisième rang des régions où le suicide est le plus important, derrière la Bretagne et les Pays de la Loire, quasi à égalité avec cette dernière. Il est à noter que ce sont seulement les Normandes de secteur urbain qui contribuent à la surmortalité globale : +26,8 % en regard de la France hexagonale contre -6,8 % pour leurs homologues rurales. L'écart entre les deux types d'habitat en Normandie est particulièrement élevé chez les moins de 65 ans : près de 50 % de mortalité en plus en secteur urbain.

Comme le présente le graphique ci-dessous, le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge alors que dans le même temps la part diminue ; en région, il est particulièrement élevé chez les femmes de 75 ans et plus. En effet, présentant la plus forte mortalité par suicide des régions de France hexagonale pour cette tranche d'âge, la Normandie affiche une surmortalité en regard du niveau national de 33,2 %. À noter que contrairement à l'ensemble des moins de 75 ans, les plus de 75 ans ont un taux de suicide plus élevé en zone rurale qu'en secteur urbain.

## ...qui s'est réduit de deux tiers en une quarantaine d'années

En quelque quarante ans, le suicide a été réduit de près de deux tiers dans la région avec un taux d'évolution de -59,1 % entre 1979-1981 et 2019-2021 (-48,4 % pour l'Hexagone). Après une augmentation jusqu'en 1982-1984, la diminution du suicide a ensuite été plus rapide qu'en France. Ainsi, l'écart entre les niveaux régional et national s'est réduit passant de +60,9 % à +14,9 % entre 1982-1984 et 2019-2021. Toutefois, l'année 2021 a vu une remontée du nombre de suicides en région qui se poursuit en 2022.

**Mortalité féminine par suicide selon l'âge**



## Limites quant à la certification d'un décès comme étant un 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 décès par suicide, dont une partie peut se trouver notamment parmi les « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention ». 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 rempli. Dans le système français, les conclusions des expertises médico-légales correspondantes ne sont pas transmises à l'Inserm et les décès concernés sont alors considérés comme étant de cause inconnue. Pour plus d'informations : [http://or2s.fr/images/Suicide/2024\\_Suicide\\_Normandie.pdf](http://or2s.fr/images/Suicide/2024_Suicide_Normandie.pdf)

# Diabète

## Une prévalence en hausse...

D'après la cartographie des pathologies du SNDS, avec 96 894 Normandes souffrant de diabète en 2022, la région présente un taux de 4 902,6 pour 100 000 femmes, soit une valeur comparable à celle observée en France hexagonale (4 932,1).

Le taux de prévalence du diabète est plus faible en zone rurale : -8,5 % par rapport à l'ensemble de la région contre +4,9 % en secteur urbain.

Par ailleurs, la prévalence du diabète est en hausse entre 2015 et 2022, que ce soit à l'échelon régional (+7,8 %) ou au niveau national (+6,9 %), et en Normandie aussi bien en zone rurale (+6,0 %) qu'en secteur urbain (+8,8 %).

## ...tout comme le taux d'ALD

En 2020-2022, 332,7 pour 100 000 femmes ont été admises en ALD pour diabète en Normandie, une sur treize pour un diabète de type 1, les autres pour un diabète de type 2. Ces valeurs sont similaires à celles relevées en France hexagonale.

Ces admissions sont plus fréquentes en secteur urbain, en particulier en Normandie (353,2 pour 100 000 femmes contre 295,4 en zone rurale), rejoignant les observations faites concernant la prévalence.

Au 31 décembre 2022, ce sont 81 436 femmes qui sont en ALD pour diabète, la Normandie présentant un taux légèrement supérieur à celui de l'Hexagone (4 370,4 pour 100 000 femmes contre 4 306,5). Chez les moins de 65 ans, le taux est de 2 047,6 pour 100 000 femmes de cet âge, soit un taux similaire au taux national. Au total, un peu plus d'une ALD pour diabète sur dix concerne une femme atteinte d'un diabète de type 1.

Par ailleurs, entre 2012 et 2022, les stocks d'ALD ont augmenté de manière assez similaire en zone rurale et en secteur urbain (+30 % environ).



**La moitié des admissions en ALD pour diabète concerne une femme de moins de 65 ans**  
en 2020-2022, en Normandie comme en France hexagonale

## Une mortalité prématurée par diabète plus importante qu'en France

La Normandie enregistre en 2019-2021 une moyenne annuelle de 1 045 décès par diabète chez les femmes, soit un taux de 46,8 pour 100 000 femmes similaire au niveau national.

Parmi ces décès, en Normandie, 6,3 % concernent des femmes de moins de 65 ans. Dans cette tranche d'âge, la région présente une surmortalité de l'ordre de 19 % en regard de l'Hexagone et se place au troisième rang des régions de France derrière les Hauts-de-France et Grand Est avec les taux de mortalité prématurée par diabète les plus élevés.

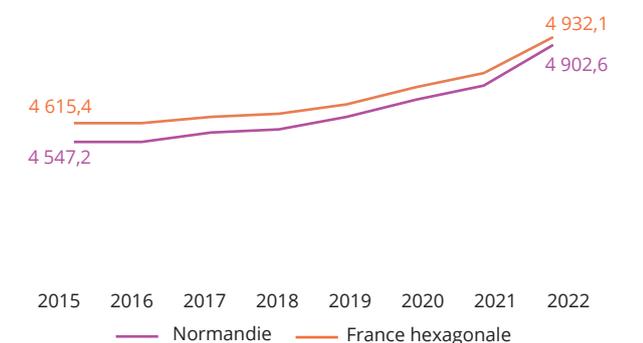
La Normandie observe une situation plus favorable en zone rurale qu'en secteur urbain, à l'inverse de la France. Ainsi, la zone rurale normande présente un taux de mortalité par diabète en 2019-2021 plus faible de 12,4 % par rapport à la zone rurale de France hexagonale, tandis que le secteur urbain a un taux de 3,7 % plus élevé dans la région qu'au niveau national comparable.

## Une diminution de la mortalité moins rapide que dans l'Hexagone

Depuis le début des années deux mille, le taux de décès par diabète a diminué de manière moins prononcée en Normandie qu'en France hexagonale (-12 % contre -17 %). Cela a pour conséquence qu'en 2019-2021 la mortalité est similaire entre les deux zones géographiques alors qu'elle était plus faible dans la région une quinzaine d'années plus tôt.

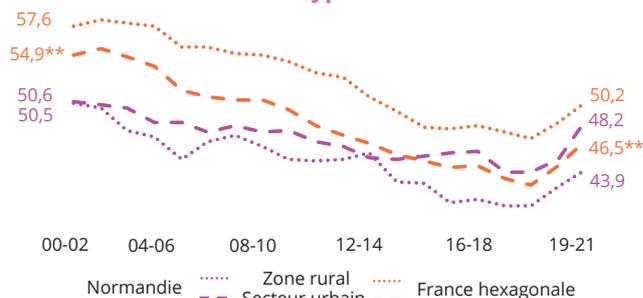
Ces différences d'évolution tiennent essentiellement au secteur urbain, bien que récemment une remontée soit observée dans toutes les zones géographiques.

### Évolution de la prévalence du diabète chez les femmes



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes  
Source : SNDS, cartographie des pathologies - Exploitation OR2S

### Évolution de la mortalité féminine par diabète\* selon le type d'habitat



\* causes principales, associées ou comorbidités

\*\* hors unité urbaine de Paris

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes

Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR2S

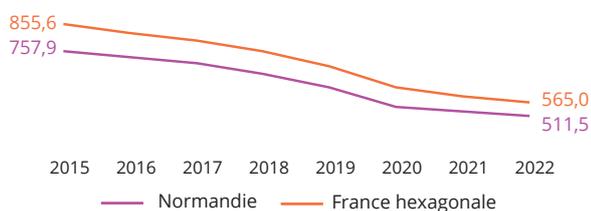


# Maladies neurodégénératives

## Une importante diminution des taux de maladie d'Alzheimer

Entre 2015 et 2022, d'après la cartographie des pathologies du SNDS, la prévalence de la maladie d'Alzheimer a fortement baissé : -32,5 % en Normandie et -34,0 % en France hexagonale. Elle reste ainsi 9,5 % plus faible dans la région, avec un taux de 511,5 pour 100 000 femmes en 2022, soit 12 569 Normandes atteintes de cette maladie dont 175 chez des femmes de moins de 65 ans. En Normandie, la prévalence est similaire en 2022 en zone rurale et secteur urbain, ayant par le passé évolué de la même façon dans les deux types d'habitat.

### Évolution de la prévalence de la maladie d'Alzheimer chez les femmes



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes

Source : SNDS, cartographie des pathologies - Exploitation OR2S

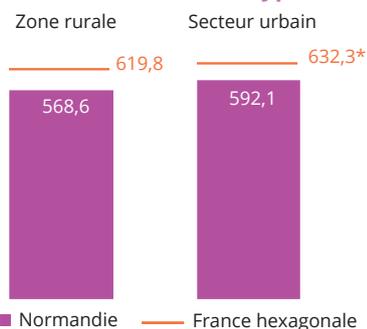
## Moins d'ALD pour maladie d'Alzheimer dans la région qu'en France

En Normandie, en 2020-2022, 2 613 femmes de 65 ans et plus admises en moyenne annuelle en ALD pour maladie d'Alzheimer (62 chez les moins de 65 ans), soit 585,8 pour 100 000 femmes de 65 ans et plus ; c'est 6,1 % de moins qu'en France hexagonale. Au 31 décembre 2022, ce sont ainsi 14 976 femmes de 65 ans et plus (288 chez les moins de 65 ans), soit 3 286,5 pour 100 000 femmes de 65 ans et plus qui sont reconnues en ALD pour cette pathologie dans la région (3 453 en France hexagonale). Aux échelles régionale et nationale, le taux d'admissions en ALD en 2020-2022 tout comme le taux d'ALD délivrées au 31 décembre 2022 sont plus élevés en secteur urbain. Par ailleurs, au cours des dix dernières années, le taux d'ALD a varié de manière similaire en Normandie et dans l'Hexagone : une hausse est observée entre les 31 décembre 2012 et 2018, suivie d'une baisse l'année suivante, précédant une stabilité observée jusqu'à maintenant.

La **maladie d'Alzheimer** se caractérise par une perte de neurones prédominant au niveau du cortex cérébral. Les symptômes sont multiples et évolutifs : troubles de la mémoire, du jugement et de la pensée abstraite, perturbation du langage, des mouvements, de l'humeur (anxiété, agressivité), troubles du comportement (confusion)... Le diagnostic est difficile en début d'évolution chez les personnes jeunes et chez les personnes très âgées. Les premiers symptômes sont souvent considérés comme normaux et imputés au vieillissement.

La **maladie de Parkinson** (cf. page ci-contre) est une affection chronique, lentement évolutive, définie par la présence de symptômes moteurs (tremblement de repos, lenteur et difficulté de mouvement ou bradykinésie, rigidité musculaire, troubles de l'équilibre) associés à des symptômes non-moteurs variables (tels que constipation, fatigue, dépression et anxiété, troubles du sommeil, troubles de l'odorat, troubles cognitifs). Les personnes âgées sont plus touchées par cette maladie avec un pic de fréquence autour de 70 ans (elle est rarissime avant 45 ans). La maladie de Parkinson est la deuxième maladie neurodégénérative la plus fréquente en France, après la maladie d'Alzheimer.

## Admissions en ALD pour maladie d'Alzheimer chez les femmes selon le type d'habitat



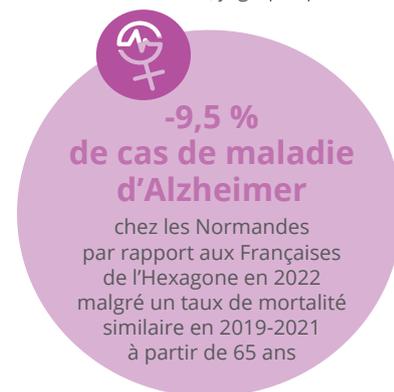
\* hors unité urbaine de Paris

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de 65 ans et plus en 2020-2022

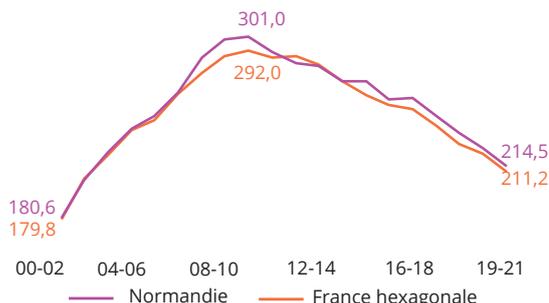
Sources : CCMSA, Cnam, Insee - Exploitation OR2S

## Un pic de mortalité par maladie d'Alzheimer en 2008-2010

Contrairement aux reconnaissances en ALD, les taux de mortalité par maladie d'Alzheimer ne sont pas différents statistiquement entre la région et le niveau national. En Normandie, en 2019-2021, ce sont en moyenne annuelle 1 048 Normandes de 65 ans et plus qui sont décédées de cette maladie (7 chez des moins de 65 ans), soit un taux de 214,5 pour 100 000 femmes de 65 ans et plus ; au niveau national, ce taux est proche : 211,2 pour 100 000. En revanche, alors qu'en Normandie les femmes de secteur urbain sont légèrement plus touchées que celles de zone rurale (taux de mortalité de 220,4 contre 200,6 pour 100 000 femmes de 65 ans et plus respectivement), aucune différence de la sorte n'est relevée en France, hors unité urbaine de Paris (les deux taux sont à 216). Entre 2000-2002 et 2019-2021, les évolutions aux échelles régionale et nationale sont similaires, avec une augmentation jusqu'en 2008-2010, suivie d'une diminution (cf. graphique ci-dessus).



## Évolution de la mortalité féminine par maladie d'Alzheimer\*



\* causes principales, associées ou comorbidités

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de 65 ans et plus

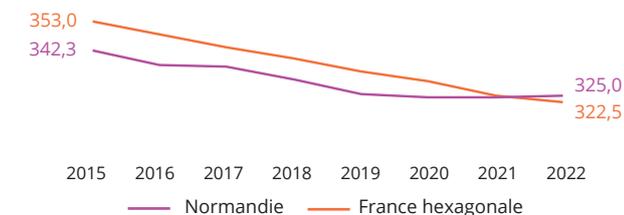
Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR2S

### Une prévalence régionale de la maladie de Parkinson qui reste similaire à celle du niveau national...

En 2022, d'après la cartographie des pathologies du SNDS, la maladie de Parkinson et les traitements anti-parkinsoniens concernent 6 907 Normandes (dont 1 005 chez des moins de 65 ans), soit 325,0 sur 100 000 femmes. Ce taux de prévalence est du même ordre de grandeur que celui observé en France (322,5). Une différence plus marquée est relevée entre les Normandes de zone rurale et de secteur urbain : les premières sont plus nombreuses à présenter une maladie de Parkinson que les secondes (respectivement 337,9 et 318,5 cas pour 100 000 femmes).

De 2015 à 2022, une diminution de 5,0 % est observée en région et de 8,7 % au niveau national. La situation est ainsi devenue légèrement plus défavorable en Normandie qu'en France, à l'inverse de ce qui était observé en 2015. Ainsi, alors que la prévalence diminuait continuellement en France, elle semble se stabiliser depuis 2019 en Normandie.

#### Évolution de la prévalence de la maladie de Parkinson chez les femmes



taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes

Source : SNDS, cartographie des pathologies - Exploitation OR2S

### ...et un taux d'ALD légèrement plus faible

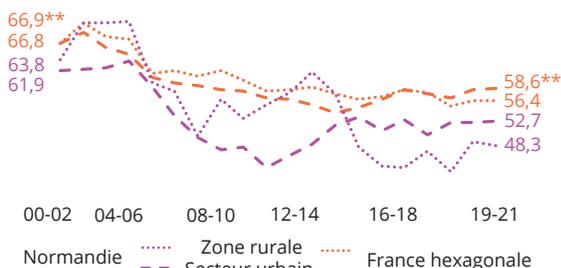
Dans la région, en 2020-2022, 337 femmes de 65 ans et plus ont été admises en moyenne annuelle en ALD pour une maladie de Parkinson (59 chez des moins de 65 ans), soit 84,0 pour 100 000 femmes de 65 ans et plus (86,3 en France hexagonale).

Au 31 décembre 2022, dans cette même classe d'âge, ce sont 3 331 Normandes qui ont une reconnaissance en ALD pour cette pathologie (415 chez des moins de 65 ans), soit un taux de 807,6 sur 100 000 femmes de 65 ans et plus (-3,8 % par rapport à la France hexagonale).

Dans la région comme au niveau national, les admissions en ALD pour maladie de Parkinson sont très légèrement plus élevées en zone rurale qu'en secteur urbain. En revanche, au 31 décembre 2022, les taux du total d'ALD sont légèrement plus élevés en zone rurale en Normandie et en secteur urbain en France.

Au cours des dix dernières années, les stocks d'ALD ont augmenté de l'ordre de 10 % en France hexagonale comme en Normandie.

#### Évolution de la mortalité féminine par maladie de Parkinson\*



\* causes principales, associées ou comorbidités

\*\* hors unité urbaine de Paris

taux standardisés sur l'âge pour 100 000 femmes de 65 ans et plus

Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation OR2S

### Une stabilisation de la mortalité par maladie de Parkinson

En 2019-2021, la mortalité par maladie de Parkinson chez les femmes de 65 ans et plus est moins élevée en Normandie qu'en France hexagonale, avec un taux standardisé de mortalité de 51,5 pour 100 000 femmes de 65 ans et plus contre 56,7. Elles concernent 238 Normandes (moins de dix chez les moins de 65 ans). Les variations entre zone rurale et secteur urbain sont relativement faibles dans les deux zones géographiques.

De plus, après une diminution au début des années deux mille, le taux de mortalité par maladie de Parkinson chez les femmes de 65 ans et plus semble stabilisé depuis 2006-2008, aux échelles régionale et nationale. Sur cette période, l'évolution est plus favorable en zone rurale, en particulier en Normandie.



### Une prévalence de sclérose en plaque similaire à celle de la France

Le taux de femmes atteintes de sclérose en plaque a augmenté d'environ 16 % entre 2015 et 2022 en Normandie et en France. En 2022, le nombre de Normandes concernées est de 4 477 dont 3 470 chez des moins de 65 ans, soit 258,7 pour 100 000 femmes dans la région d'après la cartographie des pathologies du SNDS ; le taux national est du même ordre de grandeur : 268,2 pour 100 000 femmes. La prévalence de cette pathologie ne varie pas en Normandie suivant le type d'habitat.

### Une forte hausse des ALD pour sclérose en plaque

Le taux d'admissions en ALD pour sclérose en plaque ne diffère pas significativement dans la région de celui du niveau national. En 2020-2022, avec 206 Normandes concernées en moyenne annuelle, ce taux est de 13,0 pour 100 000 femmes ; il est de 13,8 pour 100 000 Françaises de l'Hexagone. Au 31 décembre 2022, ce sont 4 105 Normandes qui ont une reconnaissance en ALD pour sclérose en plaque, soit un taux de 245,5 pour 100 000 ; ce taux est similaire à celui du niveau national (247,7 pour 100 000).

En dix ans entre les 31 décembre 2012 et 2022, les stocks d'ALD pour cette pathologie ont augmenté d'environ 40 %, de manière similaire aux échelles régionale et nationale. En Normandie, l'augmentation est plus prononcée en zone rurale (+45,8 % contre +36,5 % en secteur urbain).

### Un peu plus d'une centaine de Normandes décèdent ces dernières années d'une sclérose en plaque

Depuis 2017, ce seuil a été franchi, soit un taux plutôt en augmentation à l'instar de la France hexagonale, dépassant en région les 2 décès pour 100 000 femmes contre moins de 1,9 au niveau national.



# SANTÉ TRAVAIL

**Ce chapitre présente quelques éléments autour de la santé des salariées normandes. Sont plus spécifiquement abordés, les troubles musculosquelettiques (TMS) et neuropsychiques.**

Evrest est un dispositif national de veille en santé au travail. Il suit différents aspects des relations entre santé et travail à partir d'un recueil permanent d'informations obtenues à l'occasion des visites périodiques médicales des salariés sur le territoire français (cf. encadré à la page ci-contre pour plus de précision). C'est celui-ci qui renseigne les informations présentes dans ce chapitre.





## Des troubles ostéo-articulaires très fréquents

D'après les déclarations des salariées normandes collectées dans le cadre du dispositif Evrest en 2017-2019, plus d'une femme sur trois (35,9 %) souffre d'un problème de rachis, trois sur dix (29,9 %) disent avoir un problème au niveau des membres supérieurs et 15,5 % un problème des membres inférieurs. Plus précisément, 25,9 % souffrent d'un problème dorso-lombaire, 21,6 % des cervicales, 21,4 % de l'épaule, 14,8 % du poignet et 6,5 % de l'épaule.



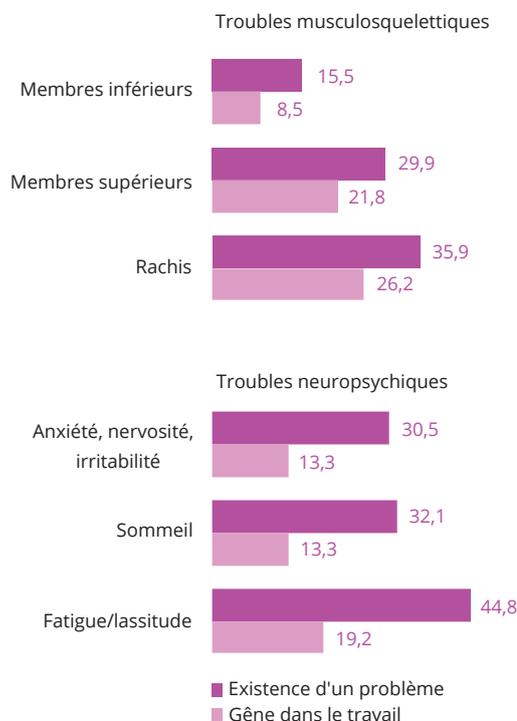
## Des problèmes neuropsychiques chez une salariée normande sur six

Les troubles neuropsychiques – ici définis comme la combinaison de problèmes de sommeil, de fatigue et/ou lassitude et d'anxiété et/ou nervosité et/ou irritabilité – touchent 16,4 % des femmes ayant participé au dispositif Evrest en 2017-2019 en Normandie. Parmi ces troubles, la fatigue/lassitude est prépondérante, déclarée par 44,8 % des femmes. Viennent ensuite les troubles du sommeil et l'anxiété/nervosité/irritabilité, concernant chacun près d'une femme sur trois (respectivement 32,1 % et 30,5 % des salariées normandes enquêtées).

## Près de deux salariées sur cinq gênées dans leur travail par un trouble ostéo-articulaire

Au-delà de l'existence de problèmes de santé, le dispositif Evrest en 2017-2019 révèle que 39,6 % des femmes déclarent être gênées dans leur travail par au moins un trouble musculosquelettique (TMS), dans la majorité des cas par un problème de rachis (26,2 %). D'autre part, 6,2 % des salariées sont gênées dans leur travail par la combinaison des trois troubles neuropsychiques étudiés, 26,3 % par au moins un de ces trois problèmes, le plus gênant étant la fatigue/lassitude (19,2 %).

## Troubles musculosquelettiques et neuropsychiques chez les salariées normandes



pour 100 femmes salariées en 2017-2019

Source : Dispositif Evrest - Exploitation OR2S

## Des secteurs d'activités et professions touchés dans des proportions très différentes

Parmi les salariées enquêtées en 2017-2019 dans le cadre du dispositif Evrest, les TMS sont plus fréquents et plus gênants chez les ouvrières, deux fois plus touchées que les cadres, les professions intellectuelles supérieures et les professions intermédiaires, tandis que la situation inverse est observée concernant les troubles neuropsychiques.

Par ailleurs, les TMS comme les troubles neuropsychiques sont plus fréquemment déclarés dans le secteur de l'administration publique, de l'enseignement, de la santé et de l'action sociale, à l'inverse des secteurs de la construction et des services divers.

### Evrest (Évolutions et relations en santé au travail)

Evrest est un dispositif national de veille en santé au travail. Il suit différents aspects des relations entre santé et travail à partir d'un recueil permanent d'informations obtenues à l'occasion des visites périodiques médicales des salariés sur le territoire français. Initié au début des années deux mille par des médecins du travail, Evrest apporte ainsi des informations précieuses sur le vécu et le ressenti des salariés, à travers un questionnaire standardisé abordant les conditions de travail, la formation et le parcours professionnel, le mode de vie et l'état de santé.

Les données présentées dans ce document reposent sur un échantillon de 1 219 femmes en Normandie, interrogées entre 2017 et 2019 ; elles sont âgées de 15 à 69 ans. Plus de la moitié (54,6 %) est employée, plus d'un quart (26,8 %) a une profession intermédiaire, une sur neuf (11,1 %) est ouvrière et 7,5 % sont cadres ou exercent une profession intellectuelle supérieure. Le secteur d'activité est en majorité (52,5 %) l'administration publique, l'enseignement, la santé et l'action sociale, tandis que 17,4 % travaillent dans le commerce, le transport, l'hébergement et la restauration, 15,3 % dans les services divers, 9,4 % dans l'industrie (manufacturière, extractive et autre), et 5,4 % dans la construction.

Pour plus d'informations sur la santé au travail des femmes à travers le dispositif Evrest : <http://www.or2s.fr/index.php/thematiques/sante-travail/825-lettreevrest10>

# ZOOM SUR LA COVID-19

Ce chapitre présente, d'une part des éléments autour de la prise en charge de la Covid-19 et, d'autre part, autour de la mortalité qu'elle a induite, et ce pour la période 2020-2022

Les données alimentant ce chapitre proviennent du Système national des données de santé, notamment de la cartographie des pathologies et des données de mortalité produites par le CépiDc de l'Inserm.



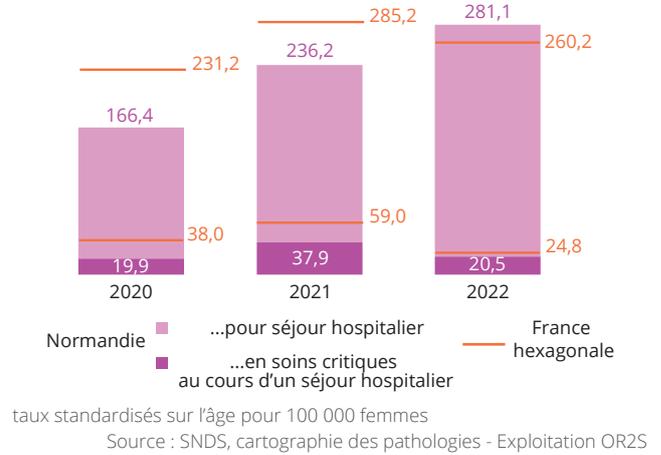


# Hospitalisation

## Des taux d'hospitalisation moindres en regard du niveau national en 2020 et 2021

En 2020, la France à l'instar de l'ensemble du monde a dû faire face à la Covid-19. Cet épisode pandémique s'est poursuivi au-delà de cette seule année (en 2021 et 2022 notamment) comme le montrent les illustrations sur cette page. Comme cela est connu, le recours aux établissements hospitaliers a été extrêmement important au cours de cette période marquée par la pandémie. La cartographie des pathologies du système national des données de santé (SNDS) permet de concrétiser statistiquement cette réalité à partir de deux effectifs : les personnes prises en charge pour séjour hospitalier pour la Covid-19 et celles prises en charge en soins critiques au cours d'un séjour hospitalier, ces dernières étant incluses dans les premières. Ainsi en 2020, 2021 et 2022, ce sont respectivement 3 450, 4 858 et 5 981 Normandes qui ont été prises en charge pour un séjour hospitalier dû à la Covid-19 dont 376, 714 et 382 qui l'ont été en soins critiques. L'illustration ci-contre permet la comparaison pour les deux types de taux entre la Normandie et la France hexagonale avec des valeurs normandes le plus souvent inférieures à celles comparables du niveau national.

## Taux de femmes prises en charge pour Covid-19 selon l'année...

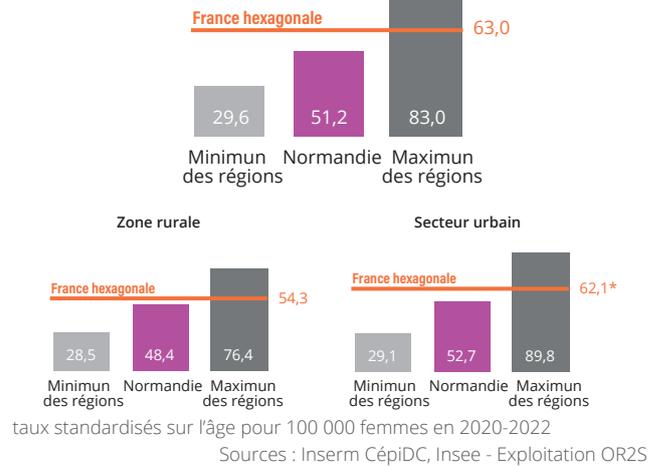


# Mortalité

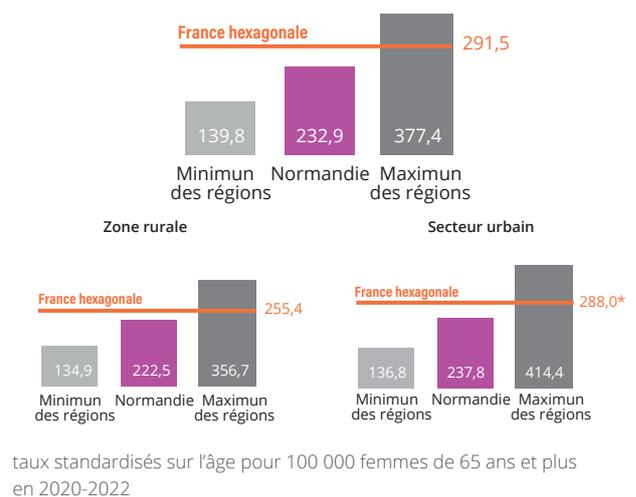
## Une mortalité par Covid-19 bien inférieure à celle de la France

Avec 3 554 décès en cause principale enregistrés sur la période 2020-2022, la Normandie est située pour son taux standardisé de mortalité par Covid-19 dans une position intermédiaire au niveau des régions de France hexagonale (9<sup>e</sup>) ; ce taux régional est inférieur de 19 % à celui de la moyenne nationale. À l'instar de l'ensemble du pays, les femmes domiciliées en zone rurale ont eu une mortalité moindre à celles de leurs homologues régionales de secteur urbain de 8 % (12 % sans prendre en compte l'unité urbaine de Paris). Par groupe d'âge, ce sont les 65 ans et plus qui ont largement contribué à l'ensemble des décès féminins (19 décès sur 20). Pour en revenir au classement de la Normandie au sein des régions hexagonales, que ce soit tous âges ou chez les 65 ans et plus, tant en zone rurale qu'en secteur urbain, elle se situe au huitième rang avec un différentiel en regard de la France hexagonale comparable toujours inférieure à -10 %. Toutefois, le nombre de décès aurait été encore bien plus élevé si la Normandie avait connu la même mortalité que le niveau national, à savoir 840 décès en plus au cours de la période 2020 à 2022.

## Mortalité féminine par Covid-19 selon le type d'habitat



## Mortalité féminine par Covid-19 chez les 65 ans et plus selon le type d'habitat





**6,4 %**  
des décès féminins  
imputables à la  
Covid-19

en Normandie en 2020-2022,  
contre 8,2 %  
pour la France hexagonale

# RECOURS AUX SOINS

Ce chapitre traite du recours aux soins hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en soins de suivi et réadaptation (SSR) et en hospitalisation à domicile (HAD).

Les données du PMSI-MCO, du PMSI SSR et du PMSI-HAD de l'Atih permettent l'illustration de ce chapitre sur les différentes formes que prend le recours aux soins hospitaliers.





### Plus de séjours en MCO chez les femmes de moins de 65 ans en Normandie qu'au niveau national...

En 2023, 525 697 séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont été enregistrés chez les Normandes, dont près de trois sur cinq concernent des femmes de moins de 65 ans. Cela représente un taux de 293,3 séjours en MCO pour 1 000 femmes, soit une valeur légèrement supérieure à celle observée en France hexagonale (289,0 pour 1 000). Ce différentiel avec la France tient uniquement aux séjours en MCO des femmes de moins de 65 ans, pour lesquelles le taux est 3,3 % plus élevé en Normandie (cf. graphique ci-contre). Chez les seniors, le taux normand est plus faible (-1,7 %) entre les deux zones géographiques.

Par ailleurs, le taux de séjours en MCO est plus élevé en secteur urbain, et ce aussi bien à l'échelon régional qu'au niveau national. Le différentiel entre zone rurale et secteur urbain est de -2,1 % en Normandie et de -4,5 % en France hexagonale.

### ...ainsi que de journées en soins de suite et réadaptation

Sur cette même année, 518,1 journées en soins de suite et réadaptation (SSR) ont été recensées pour 1 000 femmes en Normandie, soit 1 061 431 jours en 2023. Ce taux de journées en SSR est ainsi 5,0 % plus élevé dans la région qu'à l'échelle nationale, tous âges confondus. En considérant uniquement les femmes de moins de 65 ans, ce différentiel entre les deux unités géographiques atteint +15,4 %, tandis qu'il est de +1,2 % chez les plus âgées.

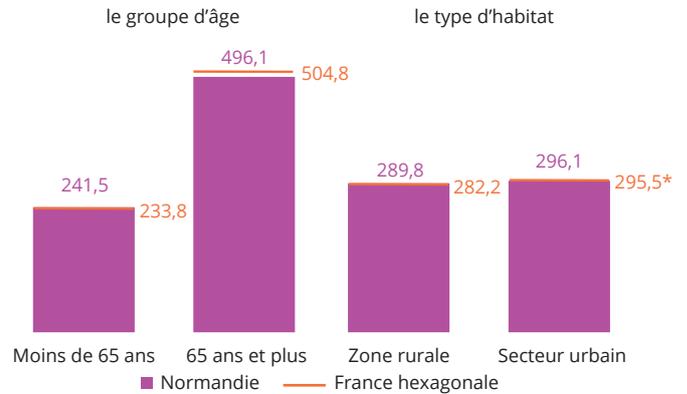
En revanche, quelle que soit la zone géographique, le taux de journées en SSR est plus de dix fois plus élevé chez les seniors. Par ailleurs, quel que soit l'âge, le taux de journées en SSR est bien plus important en secteur urbain qu'en zone rurale, en Normandie comme en France hexagonale. En regard des secteurs urbains, les zones rurales présentent un différentiel de journées en SSR de -13,5 % dans la région et -9,1 % à l'échelle nationale.

### Moins d'hospitalisations à domicile dans la région

À l'inverse des séjours en MCO et des journées en SSR, les journées d'hospitalisations à domicile (HAD) sont bien moins fréquentes en Normandie qu'en France hexagonale (-39,2 %). Elles concernent 56,9 sur 1 000 femmes dans la région contre 93,6 femmes au niveau national en 2023.

Le différentiel est du même ordre de grandeur chez les femmes de moins de 65 ans que chez leurs aînées (respectivement -42,7 % et -37,0 %), mais le taux est bien plus faible chez les premières (7,0 fois plus faible en Normandie et 6,3 fois en France hexagonale). De plus, le différentiel entre Normandie et France est plus marqué en secteur urbain (-39,6 %) qu'en zone rurale (-24,3 %). Ainsi, alors que dans la région les hospitalisations à domicile sont plus fréquentes en zone rurale, la situation inverse est observée au niveau national.

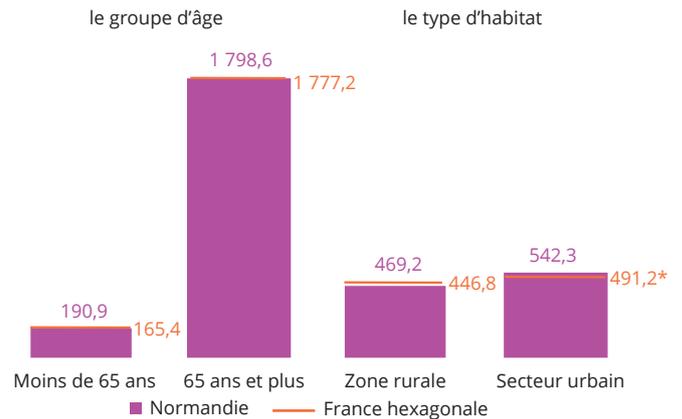
### Séjours en médecine, chirurgie et obstétrique chez les femmes selon...



\* hors unité urbaine de Paris  
taux standardisés sur l'âge pour 1 000 femmes de chacun des groupes d'âge ou de type d'habitat en 2023

Sources : Atih PMSI MCO, Insee - Exploitation OR2S

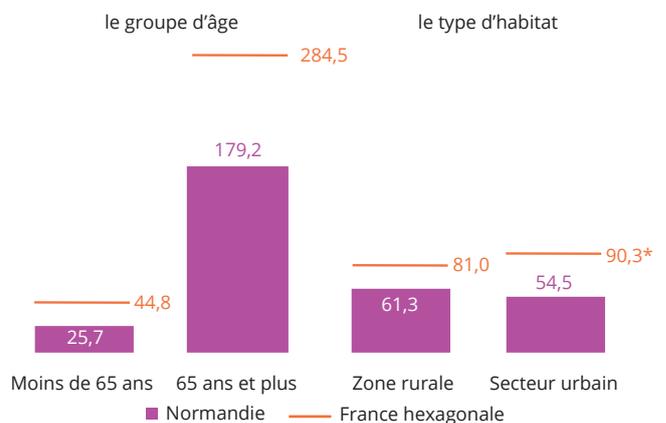
### Journées en soins de suivi et réadaptation chez les femmes selon...



\* hors unité urbaine de Paris  
taux standardisés sur l'âge pour 1 000 femmes de chacun des groupes d'âge ou de type d'habitat en 2023

Sources : Atih PMSI SSR, Insee - Exploitation OR2S

### Journées d'hospitalisation à domicile chez les femmes selon...



\* hors unité urbaine de Paris  
taux standardisés sur l'âge pour 1 000 femmes de chacun des groupes d'âge ou de type d'habitat en 2023

Sources : Atih PMSI HAD, Insee - Exploitation OR2S



### Une relative stabilité des hospitalisations hors épisode pandémique...

Mise à part une baisse en 2020 en raison de la pandémie de la Covid-19, les taux de séjours en MCO ont suivi une légère hausse en Normandie comme en France hexagonale entre 2008 et 2023 ; en zone rurale comme en secteur urbain, et chez les femmes de moins de 65 ans comme chez leurs aînées.

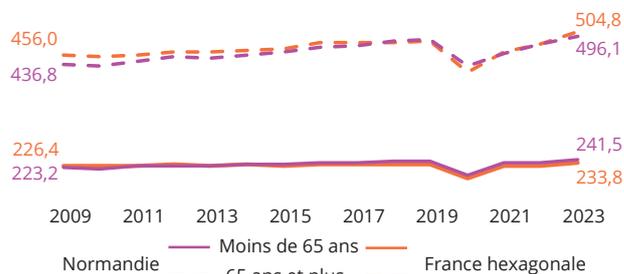
Concernant les taux de journées en SSR, ils étaient en très légère hausse entre 2009 et le milieu des années dix, avant de diminuer légèrement jusqu'en 2019, puis fortement avec l'épisode de la Covid-19. En 2023, les taux n'ont pas encore retrouvé la valeur d'avant pandémie (547,8 journées pour 1 000 femmes en 2019 pour 518,1 en 2023 en Normandie). Ces évolutions sont observées aussi bien en zone rurale qu'en secteur urbain, et chez les femmes de moins de 65 ans que chez les plus âgées.

### ...exceptée pour les hospitalisations à domicile

Contrairement aux autres soins hospitaliers, les taux de journées en HAD n'ont pas diminué en 2020 et suivent une courbe ascendante depuis 2009 jusqu'en 2023.

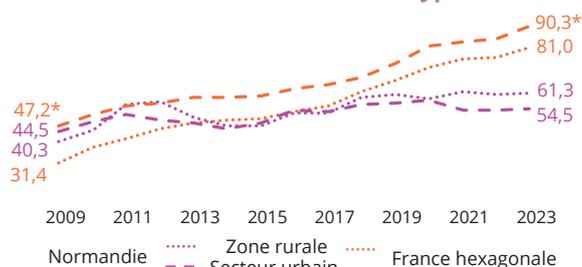
Cette hausse est bien plus prononcée en France hexagonale qu'en Normandie (+75,3 % contre +31,1 %) et en zone rurale qu'en secteur urbain, tant à l'échelle régionale que nationale (+52,1 % contre +22,5 % en Normandie) ; cf. graphique ci-contre.

### Évolution des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique chez les femmes selon l'âge



taux standardisés sur l'âge pour 1 000 femmes de chacun des groupes d'âge  
Sources : Atih PMSI MCO, Insee - Exploitation OR2S

### Évolution des journées d'hospitalisation à domicile chez les femmes selon le type d'habitat



\* hors unité urbaine de Paris

taux standardisés sur l'âge pour 1 000 femmes de chaque type d'habitat

Sources : Atih PMSI HAD, Insee - Exploitation OR2S



# SYNTHÈSE

À partir des dernières données disponibles, l'objet du présent document est de mener une analyse attentive sur cette population féminine qui présente le plus souvent des caractéristiques différentes de celle des hommes, tout particulièrement en matière de santé. Cette synthèse, nécessairement réductrice par rapport à la lecture attentive du document, permet toutefois une vision ciblée des principales spécificités des Normandes, notamment avec des visées de priorisation d'actions.





*Les quelque 1,718 million de femmes au recensement de la population de 2021 représentent un peu plus d'un habitant sur deux en Normandie : 51,6 % précisément, soit le même pourcentage qu'en France hexagonale. À partir des dernières données disponibles, l'objet du présent document est de mener une analyse attentive sur cette population féminine qui présente le plus souvent des caractéristiques différentes de celle des hommes, tout particulièrement en matière de santé.*

### **Une population féminine de zone rurale et une autre de secteur urbain, notamment pour la différenciation de ses caractéristiques sociodémographiques...**

La Normandie a une part importante de sa population qui vit en zone rurale : 35,3 % des Normandes sont domiciliées dans ce type d'habitat à comparer aux 26,0 % des Françaises de l'Hexagone (en faisant abstraction des femmes de l'unité urbaine de Paris). La prise en compte de ce facteur est d'autant plus importante que nombre d'indicateurs s'avèrent différenciés suivant le type d'habitat, à commencer à titre d'exemple, côté démographie, par la part de femmes de 75 ans et plus : 10,3 % des Normandes de zone rurale appartiennent à ce groupe d'âge et 13,3 % des Normandes de secteur urbain.

### **...avec un dynamisme populationnel qui se maintient du fait du premier type d'habitat**

Le dynamisme d'une population est apporté tout particulièrement par son potentiel à se renouveler et, dans ce cadre, les naissances y contribuent fortement. À l'instar des autres régions et de la France hexagonale, la Normandie voit son nombre de naissances diminuer depuis une dizaine d'années. Ceci se traduit par un indice conjoncturel de fécondité au début des années vingt qui place la Normandie au cinquième rang des régions hexagonales et au niveau de la moyenne française, bien en deçà du seuil de remplacement. Cette situation proche du niveau national est le fait des Normandes domiciliées en zone rurale avec 0,3 enfant en moyenne par femme de plus que celles de secteur urbain. Côté encourageant concernant les naissances, la Normandie présente une faible mortalité et un taux de recours aux interruptions volontaires de grossesse moindre à celui de nombre d'autres régions même si celui-ci est en augmentation régulière et que la part de mères mineures est plus élevée qu'au niveau national.

### **Une espérance de vie des Normandes à la naissance inférieure de plus de six mois à celles des Françaises de l'Hexagone**

Si la mortalité infantile constitue un indicateur synthétique à la fois de santé, mais aussi de gradient social, la mortalité tous âges permet d'avoir une vision transversale et paradoxale de l'état de santé d'une population. Dans ce cadre, l'espérance de vie à différents âges, mais tout particulièrement à la naissance en offre une claire information. Celle des Normandes n'est pas excellente, puisqu'inférieure de plus de six mois à celles des Françaises de l'Hexagone. En secteur urbain normand, elle est même plus courte d'un an que la moyenne nationale.

### **Une surmortalité pour une majorité de causes de décès...**

Ce constat rejoint ce qui est observé sur la mortalité ; en Normandie, une surmortalité par rapport à la France est observée pour presque toutes les causes principales de décès féminins, d'autant plus en secteur urbain pour la majorité d'entre elles. La seule exception dans les pathologies étudiées est la maladie de Parkinson, qui entraîne moins de décès en Normandie qu'en France hexagonale et épisodiquement pour la Covid-19. À l'inverse, la surmortalité est particulièrement prononcée pour les maladies cardiovasculaires et le suicide.

### **...mais avec des évolutions favorables pour nombre de causes, hormis pour les cancers**

Malgré cette situation défavorable au sein de la région, il est à noter que la mortalité est en baisse pour la majorité des causes de décès, notamment pour les deux dernières causes citées. La baisse est tellement importante pour les maladies cardiovasculaires que les décès par cancers féminins vont les devancer dans les toutes prochaines années comme c'est déjà le cas dans nombre de régions. Pour les cancers, malgré une diminution de la mortalité en Normandie, la baisse est moins rapide qu'à l'échelle nationale ce qui a pour conséquence que les écarts entre les deux zones géographiques se creusent. Parmi ceux-ci, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est à mentionner tout particulièrement, car, depuis nombre d'années, il ne cesse d'augmenter chez les femmes, et ce quelle que soit l'unité géographique et que ce soit en morbidité comme en mortalité. Cela est dû à la modification comportementale des femmes en regard du tabac au début des années soixante-dix.

### **Une augmentation régulière de l'obésité depuis nombre d'années**

Outre les pathologies, ce sont également les déterminants de santé qui sont étudiés dans ce document, donnant des pistes sur la compréhension de la situation sanitaire régionale. Ainsi, les repères de consommation alimentaire sont moins suivis en Normandie qu'en France hexagonale, avec des jeunes femmes ayant une alimentation plus déséquilibrée que leurs aînées. De plus, la Normandie enregistre un taux de surcharge pondérale supérieur au taux français, notamment pour l'obésité qui concerne une Normande sur six. L'évolution de la corpulence apparaît par ailleurs sombre, avec un taux d'obésité en augmentation de deux tiers dans la région en une quinzaine d'années. Parallèlement et paradoxalement, l'activité physique semble pratiquée dans les mêmes proportions qu'au niveau national, quoique globalement en baisse même si les jeux olympiques et paralympiques semblent dans les dernières enquêtes redonner de la volonté quant à en pratiquer une. À suivre donc !

### **Des consommations à risque pour l'alcool en hausse en parallèle à une augmentation de la mortalité pour ces causes**

L'évolution des consommations de substances à risque est mitigée. Le tabagisme a diminué en une quinzaine d'années, tout comme la mortalité due aux pathologies liées au tabac, bien que plus de 1 600 Normandes meurent encore chaque année de cette cause et que le seul cancer de la trachée, des bronches et du poumon soit, comme mentionné précédemment, en augmentation. Les consommations à risque d'alcool sont en hausse, tout comme les décès liés à la consommation d'alcool, en particulier ceux touchant des femmes de moins de 65 ans. En parallèle de ces évolutions comportementales, une dégradation de la santé perçue par les femmes est observée, avec en 2021 une femme sur deux qui déclare souffrir d'une maladie chronique et trois sur dix qui disent être limitées dans leur quotidien en raison d'un problème de santé.

### **Des indicateurs pour cibler et adapter les actions au mieux des particularités régionales**

À partir de ce document, bien plus complet que cette synthèse nécessairement réductrice, de nombreuses actions auprès de cette population féminine peuvent être ainsi ciblées en prenant en compte les particularités régionales. Les dernières données nationales montrent que la situation sanitaire du pays ne s'inscrit pas dans la continuité de la période favorable d'avant la Covid-19. À nous tous d'inverser cette nouvelle tendance pour que la santé des Normandes se rapproche de celle des Françaises.

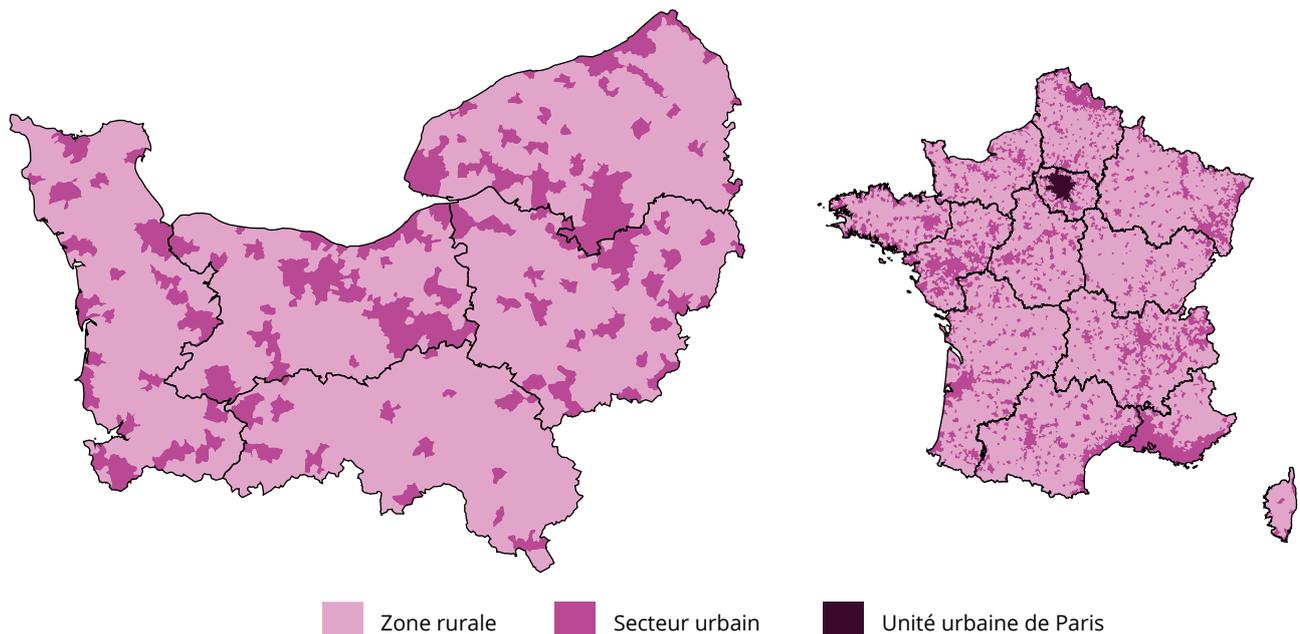
# ANNEXES

La dichotomie zone rurale/secteur urbain provient de l'Insee. Elle permet une segmentation de la Normandie et de la France hexagonale en deux populations distinctes. La cartographie présentée à la page suivante permet de la visualiser, tant en région que dans l'Hexagone.

Ce document comprend de nombreux sigles. Ils sont détaillés dans cette annexe.



## Zone rurale et secteur urbain



Source : Insee - Exploitation OR2S

La notion d'**unité urbaine** repose sur la continuité du bâti et le nombre d'habitants. Les unités urbaines sont construites d'après la définition suivante : une commune ou un ensemble de communes présentant une zone de bâti continu (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) qui compte au moins 2 000 habitants.

Le calcul de l'espace entre deux constructions est réalisé par l'analyse des bases de données sur le bâti de l'Institut national de l'information géographique et forestière (IGN). Il tient compte des coupures du tissu urbain telles que cours d'eau en l'absence de ponts, gravières, dénivelés importants. Depuis le découpage de 2010, certains espaces publics (cimetières, stades, aérodromes, parcs de stationnement...), terrains industriels ou commerciaux (usines, zones d'activités, centres commerciaux...) ont été traités comme des bâtis avec la règle des 200 mètres pour relier des zones de construction habitées, à la différence des découpages précédents où ces espaces étaient seulement annulés dans le calcul des distances entre bâtis.

Les unités urbaines sont redéfinies périodiquement. L'actuel zonage, daté de 2020, est établi en référence à la population connue au recensement de 2017 et sur la géographie administrative du territoire au 1<sup>er</sup> janvier 2020. L'exercice précédent, daté de 2010, reposait sur le recensement de 2007 et la géographie administrative du territoire au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

La **tranche d'unité urbaine 2017** indique la tranche de taille de l'unité urbaine selon le recensement de la population 2017. L'Insee fournit la version en huit modalités suivantes :

- 1 - Unité urbaine de 2 000 à 4 999 habitants
- 2 - Unité urbaine de 5 000 à 9 999 habitants
- 3 - Unité urbaine de 10 000 à 19 999 habitants
- 4 - Unité urbaine de 20 000 à 49 999 habitants
- 5 - Unité urbaine de 50 000 à 99 999 habitants
- 6 - Unité urbaine de 100 000 à 199 999 habitants
- 7 - Unité urbaine de 200 000 à 1 999 999 habitants
- 8 - Unité urbaine de Paris

Le **secteur urbain** considéré dans ce document correspond aux modalités 1 à 7 ; pour la France hexagonale, l'unité urbaine de Paris a été exclue du fait des caractéristiques spécifiques de sa population.

La **zona rurale** est composée des communes qui n'appartiennent pas à une unité urbaine.



# Siglaire

**AAH** : Allocation aux adultes handicapés  
**Adeli** : Automatisation des listes  
**ALD** : Affection de longue durée  
**ARS** : Agence régionale de santé  
**Asip - Santé** : Agence des systèmes d'information partagés de santé  
**Atih** : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation  
**AVC** : Accident vasculaire cérébral  
**Bac** : Baccalauréat  
**BPCO** : Bronchopneumopathie chronique obstructive  
**CCMSA** : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole  
**CépiDc** : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (Inserm)  
**CFES** : Comité français d'éducation pour la santé  
**Cim** : Classification internationale des maladies  
**Cnaf** : Caisse nationale d'allocations familiales  
**Cnam** : Caisse nationale de l'assurance maladie  
**Covid** : *Corona virus disease*  
**CNRSI** : Caisse nationale du régime social des indépendants  
**CRCDC** : Centre régional de dépistage des cancers  
**DCIR** : Dossier de consommation individuelle de remboursement  
**Drees** : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
**EDC** : Épisodes dépressifs caractérisés  
**ELP** : Estimation localisée de population  
**Evrest** : Évolution et relations en santé au travail  
**HAD** : Hospitalisation à domicile  
**HPV** : *Human Papilloma Virus*  
**ICF** : Indice conjoncturel de fécondité  
**IGN** : Institut géographique national  
**IMC** : indice de masse corporelle  
**IMG** : Interruption médicalisée de grossesse  
**Injep** : Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire  
**Inpes** : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé  
**Insee** : Institut national de la statistique et des études économiques  
**Inserm** : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
**IVG** : Interruption volontaire de grossesse  
**MCO** : Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie  
**Medes** : Mission enquêtes, données et études statistiques  
**NIR** : Numéro d'inscription au Répertoire  
**OCDE** : Organisation de coopération et de développement économiques  
**OMS** : Organisation mondiale de la santé  
**OR2S** : Observatoire régional de la santé et du social  
**PCS** : Professions et catégories socioprofessionnelles  
**PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
**Rimp-P** : Recueil d'information médicale en psychiatrie  
**RP** : Recensement de la population  
**RPPS** : Répertoire partagé des professionnels de santé  
**RSA** : Revenu de solidarité active  
**Sida** : Syndrome d'immunodéficience acquise  
**SNDS** : Système national des données de santé  
**SpF** : Santé publique France  
**SSR** : Soins de suite et de réadaptation  
**TMS** : Troubles musculosquelettiques  
**UNSS** : union nationale du sport scolaire  
**UU** : unité urbaine  
**VADS** : Voies aérodigestives supérieures  
**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

Ce document a été finalisé en décembre 2024 par l'OR2S.

Il a été réalisé avec le soutien financier de l'agence régionale de santé de Normandie.

Il a été rédigé par Manon Couvreur, Alain Trugeon, Cindy Alix, Thibaut Balcaen, Romain Dussauçoy et Nadège Thomas (OR2S), en lien étroit avec Thomas Auvergnon, Sandrine Bachelet, Christelle Gougeon, Céline Leroy, Claire Loudiyi-Mehdaoui, Marie-Françoise Merlin-Bernard et Nathalie Viard (ARS de Normandie).

Il a été mis en page par Sylvie Bonin.

Remerciements à toute l'équipe de Santé publique France et, par le passé, de l'Inpes pour la production des données des différents Baromètres Santé et à l'ensemble des répondants. Remerciements également à l'équipe d'Evrest et aux participants.

Directeur de publication : Pr Maxime Gignon



Santé des femmes  
en Normandie

## Situation régionale *Spécificités rural/urbain*



Disposer d'informations permettant la priorisation des actions à mettre en place est, par nature dans une finalité d'efficience, recherché par tous décideurs. Cela est d'autant plus important quand ces informations font l'objet d'une mise à jour périodique.

D'autre part, la comparaison est le critère de base pour valider une prise de décision. Ce document en offre de nombreuses, qu'elles soient entre le niveau national et l'échelon régional, entre zone rurale et secteur urbain ou qu'elles s'incrivent en termes temporels.

La santé des femmes constitue la trame centrale de ce document. Celui-ci sort à un instant où l'on note nombre de recul pour cette population dans divers endroits du monde. Il nous rappelle à l'échelon national qu'il existe de réelles différences parfois dans des périmètres restreints et que ces inégalités nécessitent d'être réduites ; nul autre document qu'un inventaire des faiblesses, mais aussi des forces d'un territoire quel qu'il soit ne peut être à même de les décrire.

Bonne lecture à toutes et tous, et surtout bons échanges à venir pour en harmonie arrêter la mise en place d'actions prioritaires.