

La mortalité en Alsace ... dix ans après.

Marie-Noële DENIS.

Un bilan réalisé en 1994-95¹, des données complémentaires recueillies en 1996-97², ont révélé que, malgré la prospérité relative de la région et la présence d'équipements médicaux parmi les plus performants de France, la mortalité en Alsace demeurait très élevée, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, et son évolution préoccupante.

Des actions avaient alors été engagées en termes de prévention et d'éducation à la santé par les pouvoirs publics et les instances régionales, et il nous paraît utile, dix ans après, de faire le point et d'en mesurer l'efficacité.

1. Le constat en 1994-97

1.1. Une mortalité parmi les plus élevées de l'Hexagone

Si l'on considère une série d'indices qui neutralisent les effets de la composition par âge de la population, qui est plus jeune en Alsace que dans la population française dans son ensemble³, la situation apparaissait alors très défavorable.

Pour ne prendre en compte que les plus significatifs, et en premier lieu *l'espérance de vie à la naissance*, elle était inférieure à la moyenne française avec un écart important entre les deux sexes. En 1989-90, l'Alsace se trouvait parmi les régions où elle était inférieure à 70 ans pour les hommes et 80 ans pour les femmes, rejoignant ainsi les zones à taux de mortalité élevé du tiers nord de la France : départements bretons, Normandie, Picardie, Nord-Pas de Calais, Ardennes, Lorraine.

En 1990 l'espérance de vie à la naissance était en Alsace de 71,8 ans pour les hommes et de 79,8 ans pour les femmes, contre respectivement 72,9 ans et 81,0 ans pour la France entière (Annexe tableau 1). L'Alsace occupait le 2^{ème} rang parmi les mortalités les plus élevées. Le décalage entre les deux sexes avait plus diminué que pour la France entière, mais par aggravation relative de la mortalité féminine dans une conjonction générale à la baisse. Ainsi l'écart de l'espérance de vie des femmes par rapport à la France était de +0,5 années en 1982, de -1,1 en 1990 et de -1,8 années en 1992. Enfin l'*indice comparatif de mortalité*⁴ (ICM) permettait de constater que pour 100 décès en France en 1989-90, il y en avait 112 en Alsace.

L'espérance de vie à 60 ans révélait aussi un déficit par rapport à la moyenne française (Annexe tableau 2) mais des progrès avaient été faits entre 1990 et 1997 et la différence avait tendance à s'atténuer (Annexe tableau 2). En dix ans (de 1988-90 à 1998-2000) la mortalité des personnes âgées de 75 ans et plus s'était aussi améliorée avec un indice comparatif de mortalité de 111,7 pour les hommes (Annexe tableau 3) et de 113,8 pour les femmes, ce qui correspond à

¹ M. N. Denis, 1996.

² ORSAL. 1995-1997, 1998.

³ En 2003 la part des 75 ans et plus dans la population était de 6,2% contre 7,7% sur le territoire métropolitain. Mais cette situation, due à un déficit des naissances entre les deux guerres et à une surmortalité après 65 ans, va évoluer.

⁴ Indice comparatif de mortalité : Rapport entre le nombre de décès dans une région et le nombre de décès attendus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux. L'indice de la France dans son ensemble est la référence : 100.

une baisse du taux standardisé de mortalité de 20,4% pour les hommes (Annexe tableau 3) et de 19,6 % pour les femmes.

Le *taux de mortalité infantile*⁵ révélait au cours de la période 1975-1992 une évolution nettement à la baisse (Annexe tableau 5) pour atteindre 6,7 p. 1000, taux inférieur à celui de la France entière (6,8 p. 1000).

1.2. Des causes de décès « évitables »

En 1989-90 *l'indice comparatif de mortalité* était plus élevé en Alsace que pour la France entière, et plus encore pour les hommes que pour les femmes. Sa répartition par cause de décès indiquait qu'il était très supérieur à la moyenne française dans le cas des maladies de l'appareil circulatoire, en particulier pour les femmes. Venaient ensuite les tumeurs pour les deux sexes et les maladies de l'appareil digestif pour les hommes. Les troubles vasculaires cérébraux puis les cardiopathies ischémiques se révélaient particulièrement mortifères (mais en baisse constante à partir de 1990). On notait aussi une augmentation du cancer masculin des poumons de 10%, et la tuberculose, endiguée ailleurs, provoquait encore des décès trop nombreux. En Alsace 55,6% des décès prématurés masculins et 51,7% des décès prématurés féminins étaient considérés comme évitables⁶.

1.3. Un équipement sanitaire performant

L'Alsace était pourtant l'une des régions françaises les mieux équipées au point de vue médical, et ceci depuis l'annexion allemande de 1870-1918 et la politique sociale de Bismark. En 1996, elle occupait le 2^{ème} rang en France (après l'Île-de-France) pour le nombre de lits d'hôpitaux de court séjour avec 4,8 lits pour 1000 habitants (France entière 4,5), le 2^{ème} rang pour les lits de soins de suite (1,6 lits pour 1000 habitants, taux légèrement supérieur à la moyenne nationale qui est de 1,5), le 3^{ème} en chirurgie avec un taux égal à la moyenne nationale. Elle occupait aussi en 1995 la 3^{ème} place (après l'Île-de-France et la Provence-Côte d'Azur) pour le nombre de médecins pour 100.000 habitants, dont plus de la moitié de spécialistes, et s'alignait sur la moyenne nationale pour le nombre des infirmiers. De plus, le système de remboursement des soins, relevant du droit local hérité de la période allemande, était plus avantageux que dans le reste de l'Hexagone. L'Alsace se distinguait néanmoins des autres régions françaises par une forte proportion d'ouvriers (33% de sa population active contre 27% en France métropolitaine), catégorie sociale pour laquelle l'espérance de vie est la plus faible, ce qui n'est pas neutre en termes d'état de santé de la population.

1.4. Un mode de vie en question

Mais la population alsacienne se caractérisait surtout par des conduites à risque, et tout d'abord un régime alimentaire où dominant les protéines, les graisses animales et les sucres. En 1995 le poids d'un Alsacien était en moyenne supérieur de 5 kg à celui d'un habitant de Haute-Garonne et celui d'une Alsacienne, de 6 kg. Dès 6 ans, 11 à 12% des enfants sont en surpoids, et 4 à 6% obèses, ce qui place l'Alsace au 2^{ème} rang après la Corse. C'est aussi une région productrice, et donc consommatrice de tabac, de bière, de vin et d'alcool. Bien que le dispositif de lutte contre l'alcoolisme ait été important, avec 27 consultations d'hygiène alimentaire et d'alcoolémie (CHAA) pour 1000 habitants (contre 15,5 pour la France), il apparaissait alors peu efficace.

⁵ Taux de mortalité infantile : Nombre d'enfants n'ayant pas atteint le terme de leur première année pour 1000 naissances vivantes dans la même année.

⁶ Décès évitables : Certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme « évitables » c'est à dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte tenu des capacités de prise en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans.

Une étude spécifique concernant l'alcoolisme a révélé l'ampleur du problème. Selon l'enquête MONICA, réalisée en 1996, on pouvait considérer qu'en Alsace 28% des hommes de 35 à 64 ans subissaient un « risque alcoolique » inquiétant avec une consommation supérieure à 40 g par jour, et que 12% des femmes se trouvaient dans le même cas avec une consommation supérieure à 20 g par jour. La part des décès attribuables à l'alcool était en 1993-95 de 7,6% entre 25 et 44 ans, 14,7% de 45 à 64 ans et 2,5% au delà de 64 ans. 14,1% des décès masculins prématurés évitables étaient dus à l'une des trois pathologies liées à l'alcool (cirrhose du foie, cancers des voies aéro-digestives supérieures et psychoses) et cette proportion était de 7,0% pour les femmes. Néanmoins les indices de comparaison avec les moyennes françaises n'étaient significativement plus élevés que pour la cirrhose du foie chez les hommes (+20%).

Il faut ajouter à ces éléments de comportement individuel ceux qui relèvent de mauvaises conditions environnementales, dont la présence d'une agriculture intensive qui pollue la nappe phréatique et de nombreuses usines chimiques dans la vallée du Rhin.

1.5. Des affinités avec les pays voisins

L'Alsace appartenant à une ère culturelle plus vaste, qui peut se définir comme celle du Rhin supérieur, il n'est pas étonnant que toutes les zones frontalières concernées révèlent des résultats identiques en termes de mortalité, avec quelques nuances⁷. Si l'on considère les régions de la « Conférence du Rhin supérieur », c'est à dire l'Alsace dans son ensemble, la partie occidentale du Bade-Wurtemberg et la partie sud-est du land de Rhénanie-Palatinat, on constate en effet des résultats comparables en terme d'espérance de vie à la naissance et à 60 ans (Annexe tableau 5), avec néanmoins une longévité plus importante pour les femmes en Alsace. Les taux comparatifs de mortalité générale sont très proches, avec une situation un peu plus favorable pour les hommes en Pays de Bade et pour les femmes dans le Palatinat.

Les causes de décès les plus fréquentes, de part et d'autre de la frontière, sont les maladies de l'appareil circulatoire et les tumeurs. Viennent ensuite les maladies de l'appareil respiratoire dans les lands allemands et les accidents et les suicides en Alsace. La mortalité masculine par tumeurs dépasse en Alsace celle des habitants du Bade-Wurtemberg et du Palatinat, mais est plus faible pour les femmes.

Les pourcentages de mortalité prématurée et de décès prématurés évitables sont quasi identiques pour les hommes en Alsace et dans le pays de Bade⁸ alors que les chiffres sont plus favorables en Alsace pour les femmes.

1.5. Les actions de prévention

En 1995, la « Conférence régionale sur l'état de santé et les priorités de santé publique en Alsace » a alerté les pouvoirs publics et défini deux politiques d'intervention pour lesquelles l'Alsace constituait une région pionnière :

- une politique de dépistage pilotée par l'organisme « Alsace contre le cancer » qui s'est donné pour premier objectif de stabiliser la mortalité par cancer du poumon et des voies aéro-digestives en 2005. Deux structures pilotes ont été mises en place par les organismes européens, ADEMAS en 1989 et EVE en 1994, assurant l'information et la gratuité des examens médicaux pour le dépistage des cancers du sein et de l'utérus.
- une action d'éducation pour la santé confiée à des associations de citoyens en grande partie bénévoles, en lien avec le « Comité régional d'éducation pour la santé ». Ces associations traitent d'hygiène alimentaire, d'alcoolisme, de tabagie en milieu scolaire et dans les lieux publics. En 1995, la fréquentation des CHAA était nettement supérieure à la moyenne

⁷ Osrsal, 1998.

⁸ Les données disponibles n'ont permis que l'étude de ces 2 régions.

française et plaçait l'Alsace au 2^{ème} rang parmi les autres régions. Les effets en étaient d'ores et déjà mesurables puisque la mortalité par cirrhose alcoolique avait diminué de 23% et celle des voies aéro-digestives supérieures de 17% entre 1988-90 et 1993-95.

Mais qu'en est-il dix ans après ? Quelle a été l'efficacité de l'ensemble de ces dispositifs sur l'évolution de la mortalité en Alsace, et comment en mesurer les résultats ?

2. La mortalité en Alsace en 2005

2.1. Une évolution favorable

Comme partout en France, la mortalité a diminué en Alsace au cours des dix dernières années et la région est en train de rattraper son retard car l'espérance de vie progresse plus rapidement que dans les autres régions françaises.

L'espérance de vie à la naissance a augmenté pour les deux sexes entre 1990 et 2003 (Annexe tableau 1) gagnant 2,8 années pour les femmes et 4,2 années pour les hommes. Bien qu'elle reste encore inférieure de 6,6 années pour ces derniers, l'écart entre les deux sexes s'est réduit. Plus important encore, la différence d'espérance de vie par rapport à la moyenne nationale s'est amenuisée pour passer de plus d'un an (-1,1 ans pour les hommes et -1,2 ans pour les femmes) à moins de trois mois (-0,1 année pour les hommes et -0,3 an pour les femmes). Au total l'Alsace se situe maintenant dans une bonne moyenne et non plus dans le peloton de queue puisqu'en 2003, 12 régions ont une espérance de vie masculine inférieure (Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Limousin, Lorraine, Nord-Pas de Calais, Basse-Normandie, Haute-Normandie et Picardie) et 5 une espérance de vie féminine moins favorable (Champagne-Ardenne, Lorraine, Nord-Pas de Calais, Haute-Normandie, Picardie). Néanmoins si le *taux comparatif de mortalité*⁹ a fortement baissé en Alsace depuis dix ans (Annexe tableau 4) *l'indice comparatif de mortalité* (ICM) reste toujours plus élevé que la moyenne métropolitaine (Annexe tableau 4). Si la *mortalité prématurée* ne représente maintenant que 30% des décès masculins et 13% des décès féminins en 1998-2000 (inférieurs de 10% à la moyenne nationale pour les hommes et de 5% pour les femmes), 50% de ces décès masculins et 45% de ces décès féminins sont dits « évitables » dont 73% pour les hommes et 44% pour les femmes, dus à des conduites à risques.

De même, le *taux de mortalité infantile* a diminué entre 1992 et 2003 (de 6,7‰ à 4,2‰ - Annexe tableau 5) et, bien qu'il reste plus élevé que pour l'ensemble de la France métropolitaine (4,0‰), l'écart s'est considérablement réduit (de +0,8 à +0,2‰)¹⁰. Au niveau des régions, l'Alsace, qui se situait en 1999 au 3^{ème} rang des taux de mortalité infantile les plus élevés, passe en 2003 au 5^{ème} rang (Annexe tableau 7) enregistrant ainsi des progrès non négligeables.

2.2. Un équipement médical en baisse

Nous avons constaté précédemment que l'équipement médical très performant jouait un rôle mineur dans le processus de santé. Force est de constater néanmoins que l'Alsace, qui rattrape son retard en termes de mortalité, voit son équipement médical se détériorer lentement.

⁹ Taux comparatif de mortalité : Taux de mortalité qui serait observé dans une population si celle-ci avait la même structure par âge qu'une population type de référence (celle de la France par exemple).

¹⁰ Le taux de mortalité infantile pour 1992 concerne la France entière, y compris les départements d'outre-mer où il est particulièrement élevé. Toute comparaison avec les taux de 1999, 2002, 2003, qui ne se rapportent qu'à la France métropolitaine, doit en tenir compte.

Depuis 1987, le nombre de lits d'hospitalisation complète en soins de courte durée avait diminué de 2393 unités¹¹. Cette capacité d'accueil a continué à décroître entre 2004 et 2005 (Annexe tableau 8), plus encore en court séjour (le nombre de lits est passé de 7612 à 7459) que pour les soins de suite et de réadaptation (2626 à 2604 lits), de même que le nombre des professionnels de santé marquait le pas (Annexe tableau 9). Le nombre de médecins généralistes libéraux a baissé entre 1993 et 2005 de 138 à 115 pour 100 000 habitants (bien qu'il reste encore supérieur à la moyenne française). Le nombre de médecins spécialistes a diminué de 57%, passant de 155 à 80 pour 100 000 habitants, le nombre d'infirmiers salariés et libéraux, bien qu'en progression, reste insuffisant (788 pour 100 000 habitants contre 734 pour la France entière - Annexe tableau 10). Le manque de masseurs-kinésithérapeutes est encore plus flagrant (76 pour 100 000 habitants en Alsace en 2005 contre 98 en France). Cette régression des professionnels médicaux et paramédicaux est d'autant plus préjudiciable que ceux-ci jouent un rôle non négligeable dans les structures d'éducation à la santé où ils représentent 41% des intervenants salariés et 62% des bénévoles.

2.3. Les mêmes causes de décès

Malgré des progrès non négligeables, les principales causes de mortalité sont restées les mêmes (Annexe tableau 11) : affections cardio-vasculaires (32%), cancers (29%), maladies de l'appareil respiratoire (7,5%). Elles ont néanmoins diminué entre 1988-90 et 1998-2000, surtout en ce qui concerne les accidents (-29 points de pourcentage) et les affections cardio-vasculaires (-28 points de pourcentage). Dans le même temps la *mortalité prématurée* a fortement baissé (-25 points de pourcentage) et elle est maintenant inférieure de 8 points de pourcentage à la moyenne française.

La mortalité masculine est due le plus souvent à des cancers (34,5% - Annexe tableau 12) puis à des maladies cardio-vasculaires (28,1%), alors que pour les femmes les pourcentages s'inversent (34,6% des décès dus à des affections cardio-vasculaires et 23,5% à des cancers). Viennent ensuite les accidents et les suicides (8,3% pour les hommes et 5,6% pour les femmes) et les maladies de l'appareil respiratoire (respectivement 6,2 et 5,7%).

2.4. Des efforts notables en éducation pour la santé

Les progrès observés sont dus en partie à une politique offensive en termes d'éducation pour la santé. Les organismes qui y travaillent ont touché depuis 1995 de plus en plus de personnes (309 871 en 2001), avec une action sur deux cibles : un public d'adultes et les adolescents de 16 à 25 ans. Les personnes âgées sont un peu oubliées.

Les thématiques développées sont de plus en plus en phase avec les principales pathologies repérées : 27% pour les cancers, 17% pour les maladies cardio-vasculaires, 12% pour l'asthme et le diabète. En ce qui concerne l'hygiène et le rythme de vie, 38% des interventions portent sur la nutrition (seule ou associée à un autre thème).

2.5. Quelques progrès pour certaines pathologies

- L'enquête MONICA a révélé une évolution de la mortalité par affections cardio-vasculaires particulièrement positive. Leur taux comparatif a diminué de 28 points de pourcentage en 10 ans, mais il dépasse de 17 points de pourcentage la moyenne nationale (Annexe tableau 10) après le Nord-Pas de Calais, et de 41 points de pourcentage l'Île-de-France qui occupe la position la plus favorable.

¹¹ Cette diminution est compensée, il est vrai, par des durées de séjour plus courtes et le développement de l'hospitalisation partielle qui permettent d'accueillir plus de patients. Et l'Alsace, au 1er janvier 2003, restait encore bien équipée avec une moyenne de 4,58 lits de court séjour pour 1000 habitants contre 4,26 pour la France métropolitaine.

- L'évolution de la mortalité par cancer est aussi en baisse (Annexe tableaux 10 - 12) mais occupe toujours une place prépondérante parmi les causes de mortalité prématurée (Annexe tableau 13)
- Les maladies de l'appareil respiratoire représentent encore 7,5% des causes de décès (Annexe tableau 10). L'Alsace occupe le 3^{ème} rang dans ce domaine. Comme il s'agit surtout de décès après 65 ans leur nombre reste stable du fait du vieillissement de la population, même si les taux comparatifs ont diminué pour les deux sexes (-21 points de pourcentage en 10 ans). L'indice comparatif de mortalité est toujours très élevé par rapport à la France métropolitaine (Annexe tableau 10).
- Les maladies de l'appareil digestif sont en régression rapide depuis dix ans surtout en ce qui concerne les ulcères digestifs et les cirrhoses du foie. Leur taux standardisé de mortalité a baissé de 28 points de pourcentage entre 1988-1990 et 1998-2000. Mais des efforts restent à faire puisque ces pathologies représentent encore 40% des décès prématurés masculins et 15% des décès prématurés féminins.
- L'augmentation de la mortalité liée au diabète s'est révélée inquiétante ces dix dernières années. *L'indice comparatif de mortalité* pour cette cause est de 145 entre 1998 et 2000 (avec une base 100 pour la France métropolitaine) et le *taux comparatif* a augmenté de 27 points de pourcentage de 1988-90 à 1998-2000 faisant de l'Alsace la région la plus fortement touchée par cette pathologie.

Conclusion

L'Alsace, fortement défavorisée en 1995 en termes de mortalité, se distingue en 2005 par des gains importants en espérance de vie à la naissance, et une mortalité infantile en baisse. Cette amélioration généralisée lui a permis en 10 ans de quitter le croissant noir des régions nord de la France pour se rapprocher de la moyenne nationale.

Les principales causes de décès avant 65 ans ont fait l'objet d'une politique active d'éducation à la santé et de prévention, en particulier dans le cas des maladies cardiovasculaires pour les femmes, des cancers pour les hommes, du diabète et des accidents pour les deux sexes.

Néanmoins la diminution progressive de l'équipement et du personnel médical fortement impliqué, directement ou indirectement, dans les actions de dépistage et de prévention, risque de compromettre les progrès constatés en Alsace en termes de mortalité.

BIBLIOGRAPHIE

- BOURDIN Sonia, BRIANT Pierrette, « En vingt ans les Alsaciens ont gagné six ans de vie », *Chiffres pour l'Alsace*, n° 40, mai 1999.
- DENIS Marie-Noële, « Les hommes, le femmes et la mort en Alsace », *Revue des Sciences Sociales de la France de l'Est*, n° 23, 1996.
- INSEE, « Tableaux de l'économie alsacienne », 2002.
- INSEE, « France en faits et en chiffres », 2002.
- INSEE, « France en faits et en chiffres », 2006.
- LE PLUART A., « Surmortalité chez les personnes âgées », *Chiffres pour l'Alsace*, n° 15, juil. 1989.
- MESLÉ France, « Progrès récents de l'espérance de vie en France : les hommes comblent une partie de leur retard », *Population*, n° 4, 2006.
- MORIN Thomas, « Espérance de vie : l'Alsace comble son retard », *Chiffres pour l'Alsace*, n° 31, fév. 2006.
- ORSAL, « La santé observée en Alsace », 1995,1997.
- ORSAL, « La santé dans la vallée du Rhin supérieur - Comparaisons transfrontalières »,1998.
- ORSAL, « État des lieux sur l'éducation pour la santé en Alsace », nov. 2003.
- ORSAL-DRASS, « Analyse des indicateurs alcool dans la région Alsace », 1998.
- ORSAL-URCAM, « Plan régional de santé publique », 2005.
- ORSAL-URCAM, « L'état de santé en Alsace : diagnostic », 2006.
- PRIOUX France, « L'évolution démographique récente en France », *Population*, n° 4, 2006.

Annexes

TABLEAU 1 : ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE.

	1990			1997			2003		
	H	F	F-H	H	F	F-H	H	F	F-H
Alsace	71,8	79,8	+8,0	74,3	81,8	+7,5	76,0	82,6	+6,6
France mét.	72,9	81,0	+8,1	74,7*	82,3*	+7,6*	75,9	82,9	+7,0
Als.-Fr.	-1,1	-1,2	-	-0,4	-0,5	-	+0,1	-0,3	-

* France entière. *Source* : INSEE.

TABLEAU 2 : ESPÉRANCE DE VIE À 60 ANS.

	1990	1990	1997	1997
	H	F	H	F
Alsace	17,7	22,9	19,0	24,3
France mét.	19,0	24,2	19,9	25,2
Als.- France	-1,3	-1,3	-0,9	-0,9

Source : INSEE, « Tableaux de l'économie alsacienne », 2002.

TABLEAU 3 : MORTALITÉ DES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS EN 1998-2000.

	ICM pour les 75 ans et +	Évolution du taux standardisé de mortalité depuis 1988-90
Hommes	111,7	-20,4
Femmes	113,9	-19,6

Source : ORSAL-URCAM. ICM France métropolitaine = 100.

TABLEAU 4 : ÉCARTS DE MORTALITÉ ENTRE L'ALSACE ET LA FRANCE MÉTROPOLITAINE - 1998-2000.

	Évolution du taux comparatif de mortalité en Alsace entre 1998-2000 et 1988-90.	Comparaison de l'indice comparatif de mortalité avec la moyenne Nale. 1998-2000.
Hommes	-21,7	+4,0
Femmes	-19,5	+11,5
Ensemble	-20,0	+6,7

Source : ORSAL-URCAM.

TABLEAU 5 : TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE EN ALSACE, POUR 1000 NAISSANCES.

	1992	1999	2002	2003
Alsace	6,7	5,1	4,9	4,2
France mét.	6,8*	4,3	4,1	4,0
Als.- Fr.	-	+0,8	+0,8	+0,2

* France entière. *Source* : INSEE.

TABLEAU 6 : ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE
ET À 60 ANS DANS LA VALLÉE DU RHIN SUPÉRIEUR (1997).

Ères géographiques	Espérance de vie à la naissance.		Espérance de vie à 60 ans.	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Bade-Wurt.	74,7	80,8	19,1	23,5
Rhén.-Palatinat	74,0	80,1	18,5	23,0
Alsace	74,3	81,8	19,0	24,3

Source : ORSAL.

TABLEAU 7 : TAUX DE MORTALITÉ INFANTILE PAR RÉGION, POUR 1000 NAISSANCES.

	1999		2002		2003
Picardie	5,6	Champ.-Ard.	4,9	Lorraine	5,3
Bourgogne	5,2	Alsace	4,9	Nord P. de C.	4,8
Alsace	5,1	Basse-Norm.	4,8	Hte Norm.	4,5
Languedoc-R.	4,9	Hte-Norm.	4,7	Ile de Fr.	4,3
Ile de Fr.	4,7	Picardie	4,7	Basse Norm.	4,3
Nord P. de C.	4,5	Nord P. de C.	4,6	Alsace	4,2
France mét.	4,3	France mét.	4,1	France mét.	4,0

Source : INSEE.

TABLEAU 8 : CAPACITÉS D'ACCUEIL EN NOMBRE DE LITS DES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES
AU 1^{ER} JANVIER.

	2004	2005
court séjour	7 612	7 459
soins de suite et réadaptation	2 626	2 604
psychiatrie	1 416	1 406

Source : DRASS.

TABLEAU 9 : DENSITÉ DES PROFESSIONNELS LIBÉRAUX DE LA SANTÉ, POUR 100 000 HABITANTS.

	Alsace				France mét.	
	1993	2001	2004	2005	2001	2005
médecins généralistes	138	106	114	115	104	113
médecins spécialistes	155	-	80	80	-	88
infirmiers DE	47	68	70	73	98	104
masseurs-kiné.	-	-	52	53	-	79

Sources : DRASS, ORSAL.

TABLEAU 10 : EFFECTIFS ET DENSITÉ DES PARAMÉDICAUX SALARIÉS ET LIBÉRAUX EN ALSACE ET EN FRANCE AU 1^{ER} JANVIER 2004.

	Effectifs en Alsace	Densité pour Alsace	100 000 habitants France
Masseurs-kiné.	1 349	76	98
Infirmiers	1 3990	788	734
Orthophonistes	351	20	26
Sages-femmes	588	132	113

Source : ORSAL-URCAM.

TABLEAU 11 : PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS EN ALSACE (1998-2000).

	% annuel des décès (moy. 1998-2000)	% par rapport à la France (1)	Évolution en 10 ans (2)	% des décès av. 65 ans	Indice comparatif de mortalité
toutes causes	100	+7	-20	21	106,7
affections cardio-vasculaires	32	+17	-28	10	106,9
cancers	29	+5	-12	30	105,3
Maladies de l'appareil respiratoire	7,5	-	-21	-	109,1
accidents et suicides	7	-14	-29	45	86,3
mortalité prématurée	21	-8	-25	-	-

(1) Écarts du taux comparatif régional à la moyenne métropolitaine en 1988-90.

(2) Évolution du taux comparatif de mortalité entre 1988-90 et 1998-2000.

Source : ORSAL.

TABLEAU 12 : PRINCIPALES CAUSES DE DÉCÈS EN ALSACE EN 2002, PAR SEXE ET EN % DE L'ENSEMBLE DES DÉCÈS.

	Hommes	Femmes
affections cardio-vasculaires	28,1	34,6
cancers	34,5	23,5
maladies de l'appareil respiratoire	3,2	5,7
accidents-suicides	8,3	5,6
toutes causes	100,00	100,00

Sources : INSERM, ORSAL.

TABLEAU 13 : ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCERS ENTRE 1988-90 ET 1998-2000.

	Évolution du taux de mortalité entre 1989 et 1999	% de décès prématurés	ICM 1998-2000
Hommes	-15,9	32,7	105,9
Femmes	-10,6	25,2	109,3

Source : ORSAL-URCAM.