

Septembre 2011

# Etude de besoins sur le bassin d'attraction du Centre Hospitalier de Tréguier

Etude réalisée à la demande de Monsieur Montserrat,  
Directeur du Centre Hospitalier de Tréguier



# **Etude de besoins sur le bassin d'attraction du Centre Hospitalier de Tréguier**

Etude réalisée à la demande de Monsieur Montserrat,  
Directeur du Centre Hospitalier de Tréguier

Léna PENNOGNON, Chargée d'études

Patricia BEDAGUE, Assistante d'études

Philippe CLAPPIER, Directeur adjoint

Septembre 2011

Vertical line

## Sommaire

	Pages
<b>Contexte, objectifs et méthode</b>	<b>7</b>
<b>Contexte et objectifs</b>	<b>7</b>
<b>Méthode</b>	<b>8</b>
<b>Présentation des résultats</b>	<b>8</b>
<b>Le contexte démographique</b>	<b>9</b>
<b>La situation au dernier recensement</b>	<b>10</b>
Le contexte régional	10
La situation démographique du bassin d'attraction du CH de Tréguier	11
<b>Les projections de la population à l'horizon 2017</b>	<b>17</b>
Le contexte régional	17
La situation dans le bassin d'attraction du CH de Tréguier	18
<b>Le contexte épidémiologique</b>	<b>21</b>
<b>Analyse des besoins de prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou d'un syndrome apparenté</b>	<b>21</b>
Incidence de la maladie d'Alzheimer	22
Prévalence de la maladie d'Alzheimer	23
<b>Estimation des besoins d'hébergement</b>	<b>25</b>
La population de la zone d'attraction du CH de Tréguier selon les types d'hébergement	26
Les taux d'hébergement de la population âgée	26
Estimation des besoins d'hébergement des personnes de 60 ans et plus	28
<b>Analyse de la mortalité</b>	<b>29</b>
Introduction : la mortalité générale en 2006-2008	30
Les principales causes médicales de décès en 2006-2008	32
Evolution de la mortalité selon les principales causes médicales de décès depuis 1998-2000	41
Extrapolation des effectifs de décès par grandes causes à l'horizon 2017	46
La mortalité due à la maladie d'Alzheimer	48

	<b>Pages</b>
<b>L'activité du Centre Hospitalier de Tréguier</b>	<b>51</b>
<b>L'activité médicale du service de médecine</b>	<b>53</b>
L'activité de médecine en hospitalisation complète	54
<i>La population hospitalisée</i>	54
<i>La durée moyenne de séjour</i>	55
<i>Les modes d'entrée et de sortie</i>	56
<i>L'activité médicale par catégories majeures de diagnostics</i>	58
<i>Les diagnostics</i>	61
<i>Les séjours d'une durée supérieure ou égale à 30 jours</i>	63
L'hôpital de jour «mémoire»	64
L'hôpital de jour «évaluations nutritionnelles» et «prévention des chutes»	66
<b>L'activité médicale du service de soins de suite</b>	<b>69</b>
La population hospitalisée	70
La durée moyenne de séjour	71
Les modes d'entrée et de sortie	71
L'activité médicale par catégorie majeure clinique et groupe de morbidité dominante	74
Les diagnostics	79
La rééducation-réadaptation	83
La dépendance	85
Les séjours d'une durée supérieure ou égale à 30 jours	90
<b>Analyse des secteurs de soins de longue durée et d'hébergement du Centre Hospitalier</b>	<b>91</b>
<b>Analyse comparative et prospective des motifs de recours à l'hospitalisation en médecine pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et autres démences</b>	<b>97</b>
Comparaison entre la population de la zone d'attraction du CH de Tréguier et la population bretonne	99
Analyse de la «fuite» des patients des cantons des zones A et B	102
Estimation des besoins de prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer et autres démences domiciliés dans les cantons A et B à l'horizon 2017	105
 <b>Synthèse</b>	 <b>107</b>

	<b>Pages</b>
<b>Annexes</b>	<b>113</b>
<b>Annexe 1</b> : origine géographique des patients et résidents du CH de Tréguier en 2010	115
<b>Annexe 2</b> : données démographiques détaillées	116
<b>Annexe 3</b> : catégories de population et type de résidence par zone	126
<b>Annexe 4</b> : données de mortalité détaillées	128
<b>Annexe 5</b> : cartographie et liste des hôpitaux participant au panel pour le court séjour	144
<b>Annexe 6</b> : détail des principales catégories majeures de diagnostics (CMD) - médecine en hospitalisation complète	145
<b>Annexe 7</b> : détail des catégories majeures de diagnostics (CMD) - hôpital de jour «mémoire»	148
<b>Annexe 8</b> : détail des catégories majeures de diagnostics (CMD) - hôpital de jour «évaluations nutritionnelles» et «prévention des chutes»	150
<b>Annexe 9</b> : cartographie et liste des hôpitaux participant au panel pour le SSR	152
<b>Annexe 10</b> : détail des principales catégories médicales cliniques soins de suite ou de réadaptation (CMC)	153
<b>Annexe 11</b> : détail des principaux groupes de morbidité dominante (GMD)	157
<b>Annexe 12</b> : détail des niveaux de dépendance physique et de dépendance relationnelle	158

Vertical line

# Contexte, objectifs et méthode

## Contexte et objectifs

Le centre hospitalier de Tréguier accueille une population majoritairement gériatrique (selon les sources internes au centre hospitalier préalables à la réalisation de l'étude, environ 80% des prises en charge se font pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées) et dispose de l'ensemble des services de prise en charge gériatriques et psychogériatriques dans le cadre d'un recrutement de proximité s'effectuant essentiellement sur deux zones principales :

- Zone de premier cercle d'attraction (zone A) définie par les cantons de Tréguier, Perros Guirec, Lannion et la Roche Derrien.
- Zone de second cercle d'attraction (zone B) définie par les cantons de Lézardrieux, Paimpol, Pontrieux, Plouaret et Plestin les Grèves.

Le projet d'établissement arrive à échéance en 2011 et le Centre hospitalier s'engage dans une réflexion interne afin d'élaborer son nouveau projet d'établissement 2012-2017.

Afin de soutenir cette réflexion, le Centre hospitalier a souhaité disposer d'une étude de besoins pour la population résidant dans sa zone d'attraction (zone A et zone B) ainsi que d'une analyse de l'évolution de ces besoins à 5 ans.

Les objectifs de l'étude dont les résultats sont présentés ci-après visent à :

- Décrire et comparer avec un panel d'hôpitaux d'activités similaires (secteur sanitaire) les prises en charge réalisées actuellement. La population accueillie en hébergement sera aussi observée.
- Décrire et comparer à différents niveaux géographiques plus vastes la situation démographique et épidémiologique du bassin d'attraction (zone A et zone B) à partir des données disponibles.
- Projeter sur quelques axes d'analyses (voir ci-après) l'évolution de la situation démographique et épidémiologique du bassin d'attraction à 5 ans.

Sont ainsi successivement présentés :

- Le contexte démographique ;
- Le contexte épidémiologique ;
- L'analyse de l'activité du centre hospitalier.

## ***Méthode***

Les sources et méthodes utilisées pour aborder chaque axe d'analyse sont décrites successivement au fur et à mesure de leur apparition dans l'étude de besoins.

## ***Présentation des résultats***

- **Les encadrés grisés** apportent des éléments d'information relatifs aux sources de données utilisées, à la définition des indicateurs présentés, à la méthodologie retenue pour l'analyse.
- **Les encadrés bleutés** présentent des informations provenant de sources diverses (articles,...) et apportent des éléments contextuels de cadrage à l'échelle régionale ou nationale.

# Le contexte démographique

## Source et remarque méthodologique

Les données de population sont issues de l'exploitation des données socio-démographiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) qui proviennent elles-mêmes de plusieurs systèmes d'enregistrement différents : recensement de la population, projection de population, estimation de population...

Au moment de la rédaction de cet axe d'analyse, la dernière année disponible permettant l'utilisation des données détaillées par sexe et âge se référait à l'année 2007. De même, à l'occasion de la commande des projections de population à l'horizon 2017 à l'échelle des deux zones A et B du CH de Tréguier, la population de référence à partir de laquelle le modèle de projection de population Omphale<sup>1</sup> pouvait être appliqué s'appuyait également sur les données relatives à l'année 2007.

<sup>1</sup> «Omphale (outil méthodologique de projection d'habitants, d'actifs, de logements et d'élèves) est une application qui comprend un modèle théorique de projection de la population, des bases de données démographiques, des techniques d'analyse démographique et des outils de construction de scénarios pour le futur». Source Insee.

# La situation au dernier recensement

## ■ Le contexte régional

### La Bretagne en chiffres

« Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la Bretagne compte 3 120 288 habitants. Elle abrite 5 % de la population métropolitaine répartie sur 3,5 % des communes. Depuis 1999, la population bretonne a augmenté d'un peu plus de 213 000 habitants. Sur la période 1999-2007, le taux de croissance annuel moyen est de 0,9 %. Il est deux fois plus important que sur la période 1990-1999. L'augmentation de la population bretonne est supérieure à celle observée en France (0,7 %). Le dynamisme démographique de la région est principalement soutenu par l'excédent migratoire. Celui-ci explique les trois quarts de la croissance démographique.

La Bretagne compte 32 communes de plus de 10 000 habitants dont 10 communes de plus de 20 000 habitants. 31,5 % des Bretons vivent dans une commune de plus de 10 000 habitants, contre 48,5 % des Français.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la part des 60 ans et plus est plus élevée en Bretagne qu'en métropole (respectivement 23,6 %, contre 21,7 %), mais avec des disparités départementales assez marquées (27,5 % dans les Côtes-d'Armor et 19,6 % en Ille-et-Vilaine). L'espérance de vie à la naissance est, quant à elle, inférieure d'environ une année, aussi bien chez les femmes que chez les hommes à celle de la métropole. En 2007, la région bretonne se distingue du niveau national par une proportion moins élevée de célibataires, de divorcés et de familles monoparentales. En revanche, la part des personnes vivant seules ou celle des couples sans enfants est plus élevée dans la région qu'en métropole. »

Extrait Insee « La Bretagne en chiffres » décembre 2010.

## ■ La situation démographique du bassin d'attraction du CH de Tréguier

### Délimitation géographique des deux principales zones d'attraction du CH de Tréguier

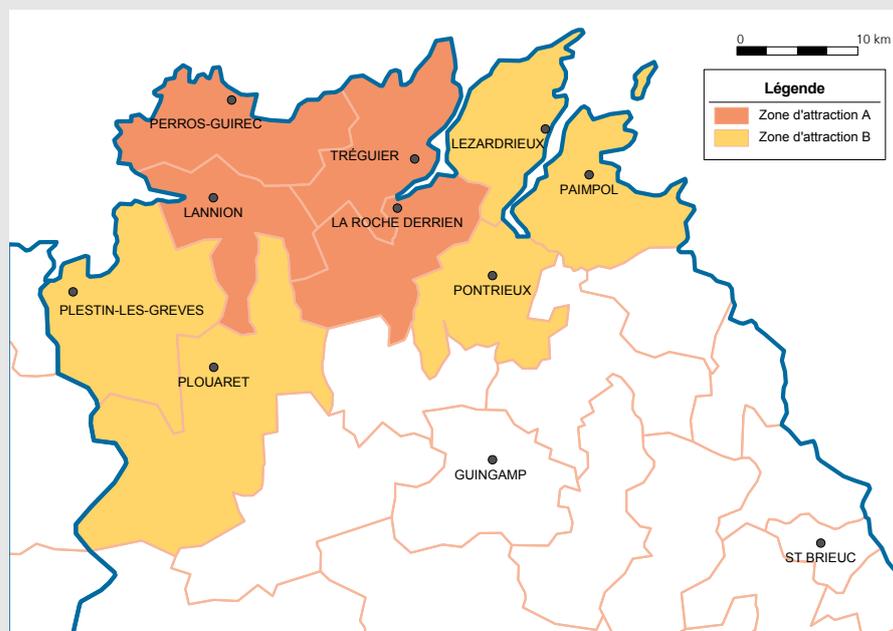
Les deux principales zones du bassin d'attraction du CH de Tréguier ont été définies à partir de la cartographie portant sur l'origine géographique des patients et des résidents réalisée par le CH de Tréguier en 2010. Cette carte est présentée en annexe 1.

La première zone d'attraction (qualifiée de **zone A**) composée des cantons de Tréguier, de Perros-Guirec, de Lannion et de La Roche-Derrien regroupe 70% de l'ensemble des patients ou résidents du CH de Tréguier et correspond à la surface orange dans la carte ci-dessous.

La seconde zone d'attraction (qualifiée de **zone B**) se compose des cantons de Lézardrieux, de Paimpol, de Plestin-les-Grèves, de Plouaret, et de Pontrieux qui regroupent quant à eux 24% de l'ensemble des patients ou résidents du CH de Tréguier et correspond à la surface jaune répartie à l'est et à l'ouest de la zone A.

**Au total, en 2010, 94% des patients ou résidents du CH de Tréguier étaient domiciliés dans l'un des neuf cantons composant les deux principales zones d'attraction du CH de Tréguier qui répond ainsi à une véritable mission de proximité.**

Figure 1 : Délimitation cantonale des deux principales zones d'attraction du CH de Tréguier



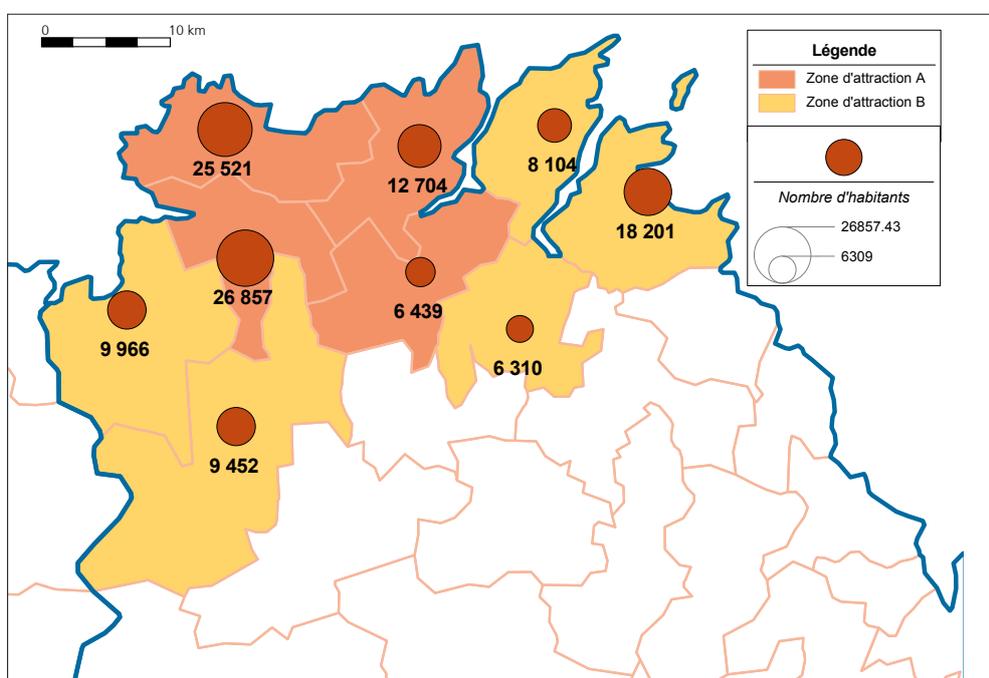
Source : CH de Tréguier - Exploitation ORS Bretagne

## ■ Démographie de la zone d'attraction du CH de Tréguier

### Près de 125 000 habitants dans la zone d'attraction du CH de Tréguier au 1<sup>er</sup> janvier 2007

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la population totale domiciliée dans les 2 principales zones d'attraction du CH de Tréguier s'élève à 123 555 personnes dont 71 522 personnes (58%) résident dans la zone d'attraction A et 52 033 (42%) dans la zone B. La carte ci-dessous présente la répartition de la population totale domiciliée dans chaque canton au 1<sup>er</sup> janvier 2007.

**Figure 2 : Population totale selon les cantons composant les deux principales zones d'attraction du CH de Tréguier au 1<sup>er</sup> janvier 2007**



Sources : Insee, CH de Tréguier - Exploitation ORS Bretagne

### Une population relativement âgée...

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, les personnes âgées de 60 ans et plus habitant dans la zone d'attraction du CH de Tréguier représentent 37 635 personnes, soit 30,5% de la population totale de cette zone.

Cette proportion peut être considérée comme élevée puisque comparativement, en France en Bretagne et dans les Côtes-d'Armor, cette part est inférieure et atteint respectivement 21,7%, 23,6% et 27,5%. Parmi les personnes de 60 ans et plus domiciliées dans la zone d'attraction du CH de Tréguier, 14 617 ont 75 ans et plus (soit environ 2 habitants sur 5 de plus de 60 ans), et 3 480 ont 85 ans et plus (soit environ 1 habitant sur 10 de plus de 60 ans).

**Figure 3 : Nombre et répartition selon l'âge des habitants de la zone d'attraction du CH de Tréguier au 1<sup>er</sup> janvier 2007**

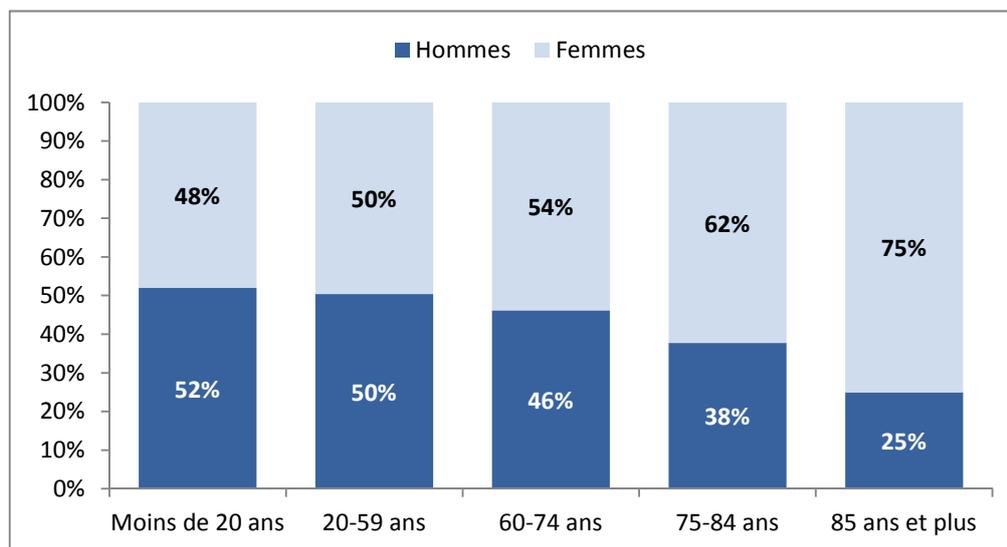
Tranche d'âge	Zone A		Zone B		Zone A+B	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<20 ans	16275	23%	10905	21%	27180	22%
20-59 ans	34835	49%	23905	46%	58739	48%
60-74 ans	12631	18%	10387	20%	23018	19%
75-84 ans	5814	8%	5323	10%	11137	9%
85 ans et plus	1967	3%	1513	3%	3480	3%
<b>Total</b>	<b>71522</b>	<b>100%</b>	<b>52033</b>	<b>100%</b>	<b>123555</b>	<b>100%</b>

Source : Insee RP2007, Exploitation ORS Bretagne

**...et de plus en plus féminine avec l'avancée en âge**

A mesure que l'âge progresse, la prépondérance féminine s'accroît fortement comme en témoigne le graphique ci-dessous. A 85 ans et plus, on compte 3 femmes pour 1 homme dans la zone d'attraction du CH de Tréguier (soit 2 611 femmes pour 869 hommes âgés de 85 ans et plus). Même si les chiffres peuvent différer sensiblement, ce constat se vérifie en tendance à toutes les échelles géographiques étudiées.

**Figure 4 : Proportion d'hommes et de femmes selon l'âge au 1<sup>er</sup> janvier 2007 sur la zone d'attraction du CH de Tréguier**



Source : Insee RP2007, Exploitation ORS Bretagne

**Le vieillissement de la population : un phénomène fortement marqué dans la zone d'attraction du CH de Tréguier, particulièrement dans les communes littorales**

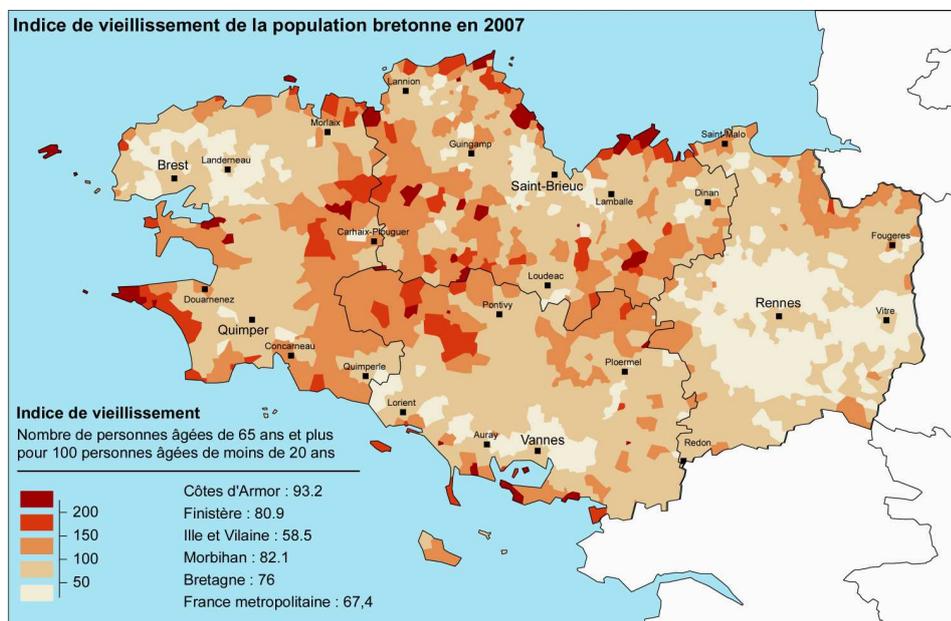
L'indice de vieillissement de la population correspond au rapport du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus à celles âgées de moins de 20 ans : il objective le fait que le vieillissement est plus fortement marqué dans la zone d'attraction du CH de Tréguier qu'en moyenne pour les échelles géographiques plus larges (département, région et France). Ce phénomène est particulièrement marqué dans la zone B puisque l'indice de vieillissement y est près de deux fois plus élevé qu'en France (respectivement 124,7% contre 67,4%). Toutefois, comme le montre la carte ci-dessous, les écarts significatifs observés entre ces différentes échelles géographiques masquent également des écarts très importants au niveau cantonal et plus encore au niveau communal où les valeurs les plus élevées de l'indice se concentrent sur le littoral<sup>2</sup>.

**Figure 5 : Indice de vieillissement de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2007**

	Zone A	Zone B	Zone A+B	Côtes d'Armor	Bretagne	France
Indice de vieillissement	95,8%	124,7%	107,4%	93,2%	76,0%	67,4%

Source : Insee, Exploitation ORS Bretagne

**Figure 6 : Indice de vieillissement de la population bretonne selon les communes en 2007**



Source : Insee – Réalisation ARS Bretagne, 2010 – source cartographique Arctique

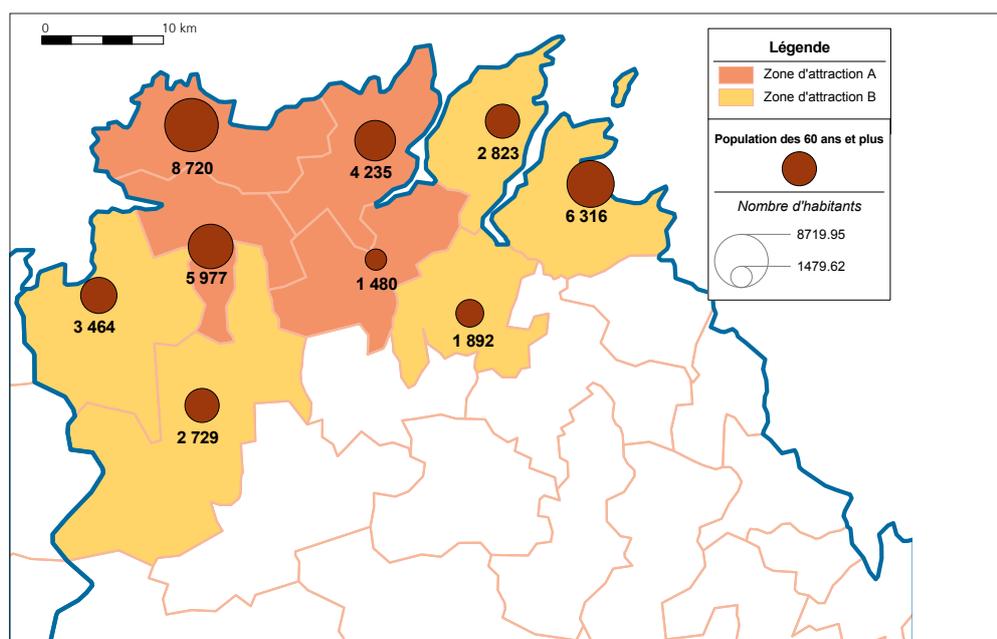
<sup>2</sup> Pour visualiser la disparité du vieillissement à l'échelle communale, on peut consulter la publication de l'ORS Bretagne « L'état de la santé de la population en Bretagne », septembre 2010 (carte 5 page 5). Disponible à l'adresse suivante [http://orsbretagne.typepad.fr/2010/SantedesBretons\\_leger\\_30-09.pdf](http://orsbretagne.typepad.fr/2010/SantedesBretons_leger_30-09.pdf)

### Les 60 ans et plus : une évolution intercantonnaire contrastée selon les zones<sup>3</sup>

Entre 1999 et 2007, l'évolution de la population des personnes de 60 ans et plus a été très différenciée selon les 2 zones d'attraction A et B du CH de Tréguier.

La zone d'attraction A a connu une forte croissance de la population des 60 ans et plus avec un taux de croissance annuel moyen de +2% (soit 2 586 habitants supplémentaires au total entre 1999 et 2007). La zone d'attraction B n'a pour sa part pas évolué de la même façon puisque sa croissance moyenne annuelle des plus de 60 ans n'atteint que +0,3% sur la même période en moyenne annuelle (soit 493 habitants supplémentaires sur la période). Toutefois, comme pour le constat réalisé vis-à-vis de l'indice de vieillissement, cette situation masque des disparités plus importantes au niveau cantonal. Par exemple, dans la zone A, la croissance de la population des 60 ans et plus est due à 92% à celle des cantons de Lannion et Perros-Guirec.

**Figure 7 : Population des personnes de 60 ans et plus selon les cantons composant les deux principales zones d'attraction du CH de Tréguier au 1<sup>er</sup> janvier 2007**



Sources : Insee, CH de Tréguier - Exploitation ORS Bretagne

<sup>3</sup> La mise en place du recensement rénové de la population en 2004 ne permet pas la comparaison entre la population tous âges confondus issue du recensement rénové et celle issue des recensements exhaustifs antérieurs.

**Figure 8 : Population des personnes de 60 ans et plus selon les cantons des zones A et B du CH de Tréguier au recensement de 1999 et 2007. Evolution sur la période (effectifs et taux annuel moyen d'accroissement)**

Zone		1999	2007	Variation	%
A	Lannion	5017	5977	+960	3,1
A	Perros-Guirec	7303	8720	+1417	3,1
A	La Roche-Derrien	1516	1480	-36	-0,2
A	Tréguier	3990	4235	+245	0,6
<b>Total Zone A</b>		<b>17826</b>	<b>20412</b>	<b>+2586</b>	<b>2,0</b>
B	Lézardrieux	2800	2823	+23	0,1
B	Paimpol	5726	6316	+590	1,2
B	Plestin-les-Grèves	3388	3464	+76	0,2
B	Plouaret	2884	2729	-155	-0,4
B	Pontrieux	1932	1892	-40	-0,2
<b>Total Zone B</b>		<b>16730</b>	<b>17223</b>	<b>+493</b>	<b>0,3</b>

Source : Insee, Exploitation ORS Bretagne

# Les projections de la population à l'horizon 2017

## ■ Le contexte régional

### Les projections démographiques à l'horizon 2040 en Bretagne

#### Une croissance forte, un vieillissement inéluctable

**« La Bretagne parmi les régions les plus dynamiques démographiquement**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la Bretagne compte un peu plus de 3 120 000 habitants. Si les tendances démographiques récentes quant à la natalité, la mortalité et les migrations se maintenaient selon le scénario central la Bretagne compterait à l'horizon 2040 3 873 000 habitants. Ainsi, sa population augmenterait de 24 %, nettement plus qu'en France métropolitaine (14 %).

**Mais une croissance moins soutenue dans les Côtes d'Armor et le Finistère par rapport à l'Ille-et-Vilaine et au Morbihan**

Entre 2007 et 2040, la population de la Bretagne augmenterait chaque année de +0,66%, soit un taux supérieur à celui de France métropolitaine (+0,41%). Dans les départements bretons, la situation est plus contrastée, les taux annuels moyens de croissance de la population du Finistère et des Côtes-d'Armor, tous les deux aux alentours de 0,5% dans le scénario central, seraient nettement inférieurs à ceux de l'Ille-et-Vilaine (+0,82%) et du Morbihan (+0,76%).

**Partout, un nombre de personnes âgées de 60 ans et plus en continuelle augmentation : la part des 60 ans et plus augmenterait de façon significative : 1 habitant sur 3 en 2040**

À terme, la structure par âge de la population bretonne se transformera quelle que soit l'hypothèse retenue. Cette structure par âge évoluerait en suivant le profil de celle de la France métropolitaine : baisse de la part des moins de 20 ans et des 20-59 ans au profit de celle des 60 ans et plus. Néanmoins, du fait de l'attractivité de la Bretagne, le nombre des moins de 20 ans augmenterait de 14 %.

Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus augmenterait de 76 %. Les 60 ans et plus représenteraient ainsi 33 % de la population en 2040, contre 23 % en 2007. Cette part progresserait au même rythme en Bretagne et en France métropolitaine. Son évolution serait la plus forte dans le Morbihan et la moins forte en Ille-et-Vilaine. Ainsi, en 2040, globalement, 33 % des Bretons auraient 60 ans ou plus (31 % en France métropolitaine) ; cette proportion atteindrait même 38 % dans les Côtes-d'Armor. »

Extrait Insee – Octant Analyse n°10, décembre 2010.

## ■ La situation dans le bassin d'attraction du CH de Tréguier

### ■ La situation générale

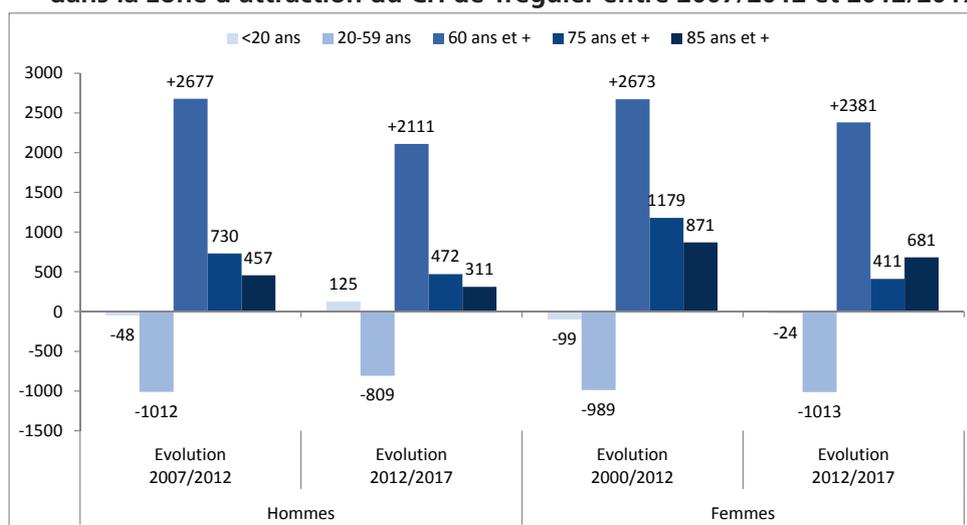
**Les personnes âgées de 60 ans et plus impactent fortement l'accroissement de la population : entre 2007 et 2017 : + 9 842 habitants de 60 ans et plus sur la période**  
Selon les projections de population de l'Insee, la population de la zone d'attraction du CH de Tréguier (zones A et B) augmenterait de près de +2 800 personnes entre 2012 et 2017, soit une croissance de +2%. Cependant, cet accroissement est très majoritairement dû aux personnes de 60 ans et plus avec une augmentation de près de +4 500 individus alors que globalement les personnes de moins de 60 ans seraient en recul (- 1 721 personnes, soit une diminution de -2%).

**Figure 9 : Projections de population selon l'âge des 2 zones d'attraction du CH de Tréguier et évolution attendue entre 2007-2012 et 2012-2017**

Ensemble	2007	2012	2017	Evolution			
				2007/2012		2012/2017	
				Nombre	%	Nombre	%
<20 ans	27 276	27 129	27 230	-147	-0,5%	+101	+0,4%
20-59 ans	58 990	56 989	55 167	-2 001	-3%	-1 822	-3%
<b>60 ans et +</b>	<b>37 282</b>	<b>42 632</b>	<b>47 124</b>	<b>+5 350</b>	<b>+14%</b>	<b>+4 492</b>	<b>+11%</b>
<i>Dont 75 ans et +</i>	<i>14 536</i>	<i>16 445</i>	<i>17 328</i>	<i>+1 909</i>	<i>+13%</i>	<i>+883</i>	<i>+5%</i>
<i>Dont 85 ans et +</i>	<i>3 457</i>	<i>4 785</i>	<i>5 777</i>	<i>+1 328</i>	<i>+38%</i>	<i>+992</i>	<i>+21%</i>
<b>Total</b>	<b>123 548</b>	<b>126 750</b>	<b>129 521</b>	<b>+3 202</b>	<b>+3%</b>	<b>+2 771</b>	<b>+2%</b>

Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

**Figure 10 : Evolution des effectifs attendus de population selon le sexe et l'âge dans la zone d'attraction du CH de Tréguier entre 2007/2012 et 2012/2017**



Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

## ■ La situation des personnes de 60 ans et plus

### Plus de 47 000 habitants du bassin d'attraction (zones A et B) auraient 60 ans ou plus en 2017

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la population des personnes âgées de 60 ans et plus pour la zone d'attraction du CH de Tréguier représentent 30% de la population totale, soit 37 282 personnes. A l'horizon 2012, cette tranche d'âge comprendrait 42 632 habitants, soit +5 350 personnes de plus qu'en 2007 et représenterait alors plus d'un habitant sur 3 (34%). Entre 2012 et 2017, la croissance de la population des personnes âgées de 60 ans et plus se poursuit mais se ralentit légèrement par rapport à la période précédente 2007-2012 (respectivement +11% contre +14%). A l'horizon 2017, la population des 60 ans et plus s'élèverait à 47 124 personnes, soit près de +4 500 personnes de plus qu'en 2012 et représenterait alors 36% de la population totale.

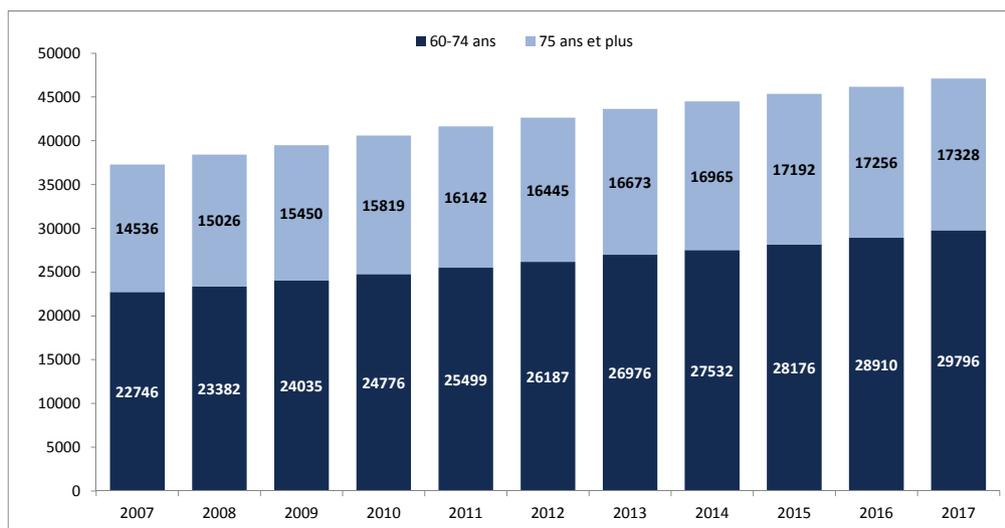
**Figure 11 : Projections des 60 ans et plus (effectifs et % par rapport à la population totale) et évolution des effectifs attendus (zones A et B) entre 2007-2012 et 2012-2017**

	60-74 ans		75 ans et +		60 ans et +	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
2007	22746	18%	14536	12%	37282	30%
2012	26187	21%	16445	13%	42632	34%
2017	29796	23%	17328	13%	47124	36%
<b>Evolution 2007/2012</b>	<b>+3 441</b>	<b>+15%</b>	<b>+1 909</b>	<b>+13%</b>	<b>+5 350</b>	<b>+14%</b>
<b>Evolution 2012/2017</b>	<b>+3 609</b>	<b>+14%</b>	<b>+883</b>	<b>+5%</b>	<b>+4 492</b>	<b>+11%</b>

Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042 - Exploitation ORS Bretagne

Le graphique suivant présente l'évolution annuelle des effectifs de la population des 60 ans et plus pour la zone d'attraction du CH de Tréguier (zones A et B).

**Figure 12 : Evolution des effectifs annuels attendus selon l'âge chez les 60 ans et plus de la zone d'attraction (A et B) du CH de Tréguier à l'horizon 2017**



Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042 - Exploitation ORS Bretagne

**A noter :**

En annexe 2 sont présentés les éléments démographiques complémentaires détaillés ci-après :

- répartition des populations selon l'âge par communes ;
- projections de population en 2017 selon l'âge, le sexe et selon la zone A ou B.

# Le contexte épidémiologique

## *Analyse des besoins de prise en charge de la maladie d'Alzheimer ou d'un syndrome apparenté*

### Sources et définition

Les calculs d'incidence et de prévalence (voir ci-dessous) pour la zone d'attraction du CH de Tréguier se sont appuyés sur les résultats de l'étude de la cohorte PAQUID dont les données de prévalence, réactualisées en 2003, ne concernent que les personnes âgées de 75 ans et plus. Les données d'incidence par âge montrent que les personnes concernées avant cet âge sont peu nombreuses. De fait, le nombre total de personnes atteintes (prévalence) est légèrement sous-estimé.

- **Le taux d'incidence**

Pour mesurer la fréquence et la rapidité d'apparition d'une maladie, on utilise le taux d'incidence qui concerne le nombre de nouveaux cas d'une pathologie survenant dans une population pendant une période donnée rapporté à la population potentiellement concernée.

- **Le taux de prévalence**

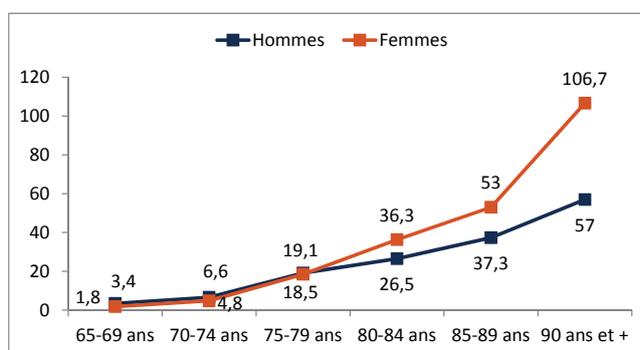
Il permet de mesurer l'état de santé d'une population vis-à-vis d'une pathologie donnée. Il concerne la proportion de personnes atteintes par cette pathologie dans une population à un moment donné sans distinction de l'ancienneté du diagnostic de la maladie.

## ■ Incidence de la maladie d'Alzheimer

### Une maladie qui touche principalement les personnes à partir de 75 ans

D'après les résultats de la cohorte PAQUID, à partir de 75 ans, la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées touchent plus fréquemment les femmes que les hommes comme le montre le graphique ci-dessous. Plus les individus avancent en âge plus la surreprésentation féminine est importante et plus le taux d'incidence est élevé.

**Figure 13 : Courbe d'incidence de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées selon le sexe et l'âge (nombre de nouveaux cas pour 1000 personnes années)**



Source : France 2003 - Cohorte PAQUID, Exploitation ORS Bretagne

### **745 nouveaux malades d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée seront potentiellement recensés dans la zone d'attraction du CH de Tréguier au cours de l'année 2017**

En rapportant les taux d'incidence par sexe et âge de la cohorte PAQUID aux projections de population réalisées par l'INSEE, **on estime qu'en 2007**, plus de 550 nouveaux malades d'Alzheimer ou d'une autre démence peuvent être décomptés dans la zone d'attraction du CH de Tréguier (zones A et B).

**A l'horizon 2017**, ce sont 411 nouveaux malades d'Alzheimer ou maladies apparentées qui seront recensés dans la zone A et 334 dans la zone B du CH de Tréguier. En 2017, le nombre de personnes concernées dans la zone d'attraction du CH de Tréguier atteindrait donc 745 habitants nouvellement atteints.

**Figure 14 : Évolution du nombre annuel de nouveaux malades âgés de 65 ans et plus - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sur la zone d'attraction (A et B) du CH de Tréguier**

	ZONE A			ZONE B			ZONE A+B		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
2007	85	215	300	76	178	254	161	394	554
2012	101	255	356	87	210	298	188	466	654
2017	118	292	411	98	236	334	216	529	745
Evolution 2007/2012	+18%	+19%	+19%	+15%	+18%	+17%	+17%	+18%	+18%
Evolution 2012/2017	+17%	+14%	+15%	+12%	+12%	+12%	+15%	+14%	+14%

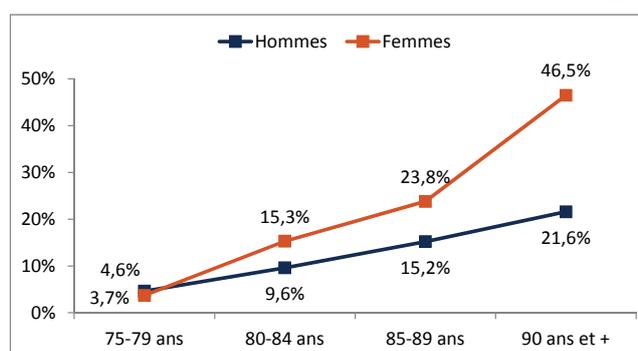
Source : France 2003 - Cohorte PAQUID, Exploitation ORS Bretagne

## ■ Prévalence de la maladie d'Alzheimer

### Une prévalence de la maladie plus fréquente chez les femmes que chez les hommes

D'après les résultats de la cohorte PAQUID, la prévalence de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées chez les personnes de 75 ans et plus est estimée à environ 14,2 % (prévalence de 17,2 % pour les femmes contre 9,1 % pour les hommes). On peut aussi remarquer que les taux de prévalence sont environ multipliés par 5 à 85-89 ans et par 10 après 90 ans vis-à-vis de ce que l'on peut observer entre 75 et 79 ans.

**Figure 15 : Taux de prévalence (en %) de la maladie d'Alzheimer et des maladies apparentées selon le sexe et l'âge**



Source : France 2003 - Cohorte PAQUID, Exploitation ORS Bretagne

**Plus de 2 600 habitants de la zone d'attraction du CH de Tréguier seront potentiellement atteints par la maladie d'Alzheimer ou par une maladie apparentée en 2017**

En appliquant les taux de prévalence de la cohorte PAQUID aux projections de populations, on obtient une estimation du nombre de personnes de 75 ans et plus atteintes par la maladie d'Alzheimer pour les zones géographiques étudiées (A et B).

**En 2007**, 1 850 personnes âgées de 75 ans et plus seraient atteintes de la maladie d'Alzheimer dans la zone d'attraction du CH de Tréguier. **A l'horizon 2017**, le nombre de malades d'Alzheimer atteindrait plus de 2 600 personnes (dont 1 429 pour la zone A et 1175 pour la zone B), soit 754 personnes de plus qu'en 2007.

**Figure 16 : Évolution du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées sur la zone d'attraction (A et B) du CH de Tréguier**

	ZONE A			ZONE B			ZONE A+B		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
2007	224	786	1011	197	642	839	422	1428	1850
2012	275	959	1233	242	786	1028	516	1745	2261
2017	320	1109	1429	272	903	1175	592	2012	2604
<b>Evolution 2007/2012</b>	<b>+22%</b>	<b>+22%</b>	<b>+22%</b>	<b>+23%</b>	<b>+23%</b>	<b>+23%</b>	<b>+22%</b>	<b>+22%</b>	<b>+22%</b>
	<b>+50</b>	<b>+172</b>	<b>+223</b>	<b>+44</b>	<b>+145</b>	<b>+189</b>	<b>+95</b>	<b>+317</b>	<b>+412</b>
<b>Evolution 2012/2017</b>	<b>+16%</b>	<b>+16%</b>	<b>+16%</b>	<b>+13%</b>	<b>+15%</b>	<b>+14%</b>	<b>+15%</b>	<b>+15%</b>	<b>+15%</b>
	<b>+45</b>	<b>+150</b>	<b>+195</b>	<b>+30</b>	<b>+117</b>	<b>+147</b>	<b>+75</b>	<b>+267</b>	<b>+343</b>

Source : France 2003 - Cohorte PAQUID, Exploitation ORS Bretagne

# Estimation des besoins d'hébergement

## Analyse des besoins d'hébergement

Les variables issues du recensement de la population concernant les lieux de résidence des personnes des zones d'attraction A et B ont été extrapolées aux projections de population à 5 ans, permettant d'approcher les besoins d'hébergement à 5 ans.

### Remarque méthodologique

Depuis la mise en place du recensement « rénové » de la population en 2004, il n'est plus possible de distinguer les différentes catégories de résidence regroupées sous la catégorie « services de moyen ou long séjour » qui comprend désormais tous les individus hébergés dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, une maison de retraite, un foyer ou une résidence sociale.

Les catégories de population telles que définies par l'Insee depuis 2004 sont :

- 01 : Individus en logement ordinaire
- 11 : Individus dans un service ou établissement de moyen ou long séjour, maison de retraite, foyer ou résidence sociale
- 12 : Membres d'une communauté religieuse
- 13 : Individus en caserne, quartier, base ou camp militaire
- 14 : Individus résidant dans un établissement hébergeant des élèves ou des étudiants
- 16 : Individus en établissement social de court séjour
- 30 : Individus résidant dans une autre catégorie de communauté
- 21 : Individus en habitation mobile, marinières, sans-abri

Les analyses qui suivent n'ont donc pris en compte que la variable 11 et ne concernent que les personnes de 60 ans et plus. **Par commodité, nous nommerons la catégorie 11 : «service de moyen ou long séjour» bien qu'elle regroupe des types d'établissements supplémentaires.**

## ■ La population de la zone d'attraction du CH de Tréguier selon les types d'hébergement

Globalement en 2007, près de 1 700 habitants de 60 ans et plus de la zone d'attraction du CH de Tréguier sont accueillis dans un service ou un établissement de moyen ou long séjour, une maison de retraite, un foyer ou une résidence sociale.

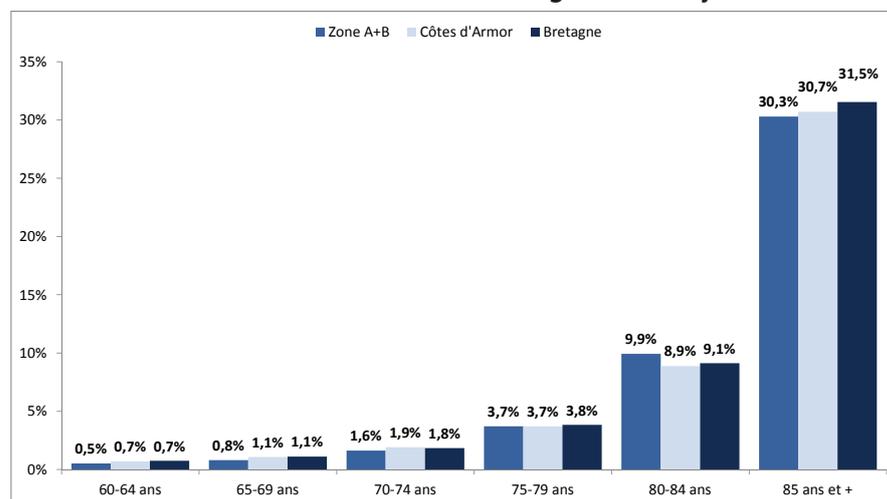
Les données précises de chaque type de résidence et relatives à chaque zone (A et B) sont présentées en annexe 3.

## ■ Les taux d'hébergement de la population âgée

### Une forte progression des taux d'hébergement, notamment à partir de 75 ans

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, selon les chiffres du recensement de la population de l'Insee, bien que la grande majorité des personnes âgées bretonnes résident à leur domicile (95% des personnes de 60 ans et plus résident à leur domicile en Bretagne<sup>4</sup>), les taux d'hébergement en services de moyen ou long séjour progressent rapidement avec l'avancée en âge, notamment à partir de 75 ans. Cette tendance se retrouve à toutes les échelles géographiques étudiées. Comme le montre le graphique suivant, si à 60-64 ans, moins de 1% des personnes est hébergé dans un service de moyen ou long séjour, à partir de 85 ans, ils sont près du tiers à l'être.

**Figure 17 : Taux d'hébergement des personnes de 60 ans et plus dans les services de moyen ou long séjour en Bretagne, dans les Côtes d'Armor et dans la zone d'attraction du CH de Tréguier au 1<sup>er</sup> janvier 2007**



Source : Insee – Recensement de la population 2007, Exploitation ORS Bretagne

<sup>4</sup> La même proportion est observée à l'échelle du département des Côtes d'Armor ainsi que pour la zone d'attraction du CH de Tréguier (soit 95%).

### Des taux d'hébergement qui diffèrent sensiblement selon la zone de résidence

Si les taux d'hébergement en services de moyen ou long séjour des personnes de 60 ans et plus sont relativement proches en Bretagne, dans les Côtes d'Armor et sur l'ensemble de la zone d'attraction, en revanche, ils diffèrent sensiblement entre les zones A et B.

Dans la zone A, avant 75 ans, les taux sont légèrement inférieurs aux moyennes régionale et départementale. A l'inverse à partir de 75 ans, ils sont plus élevés. Dans la zone B, les taux d'hébergement sont plus faibles que la moyenne régionale et départementale à tous les âges.

**Figure 18 : Taux d'hébergement selon la zone A ou B des personnes de 60 ans et plus dans les services de moyen ou long séjour au 1<sup>er</sup> janvier 2007**

	Zone A	Zone B	Zone A+B	Côtes d'Armor	Bretagne
60-64 ans	0,6%	0,4%	0,5%	0,7%	0,7%
65-69 ans	0,8%	0,8%	0,8%	1,1%	1,1%
70-74 ans	1,9%	1,3%	1,6%	1,9%	1,8%
75-79 ans	4,2%	3,2%	3,7%	3,7%	3,8%
80-84 ans	11,3%	8,5%	9,9%	8,9%	9,1%
85 ans et +	32,4%	27,7%	30,3%	30,7%	31,5%
<b>Total 60 ans et +</b>	<b>5,2%</b>	<b>4,1%</b>	<b>4,7%</b>	<b>4,9%</b>	<b>4,9%</b>

Source : Insee – Recensement de la population 2007, Exploitation ORS Bretagne

## ■ Estimation des besoins d'hébergement des personnes de 60 ans et plus

Pour évaluer les besoins d'équipement en services de moyen ou long séjour, sont appliqués les taux d'hébergement observés dans les zones A et B au 1<sup>er</sup> janvier 2007 aux projections de population correspondantes.

### A taux constants : des besoins en hébergement des 60 ans et plus qui progressent plus fortement que la population du même âge

Dans l'hypothèse où les taux d'hébergement en service de moyen ou long séjour seraient constants sur toute la période, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus accueillies dans les services de moyen ou long séjour augmenterait de +356 personnes dans la zone d'attraction du CH de Tréguier entre 2012 et 2017, soit une croissance de +15% alors que la population du même âge s'accroît de +11%.

**Figure 19 : Estimation du nombre de personnes de 60 ans et plus hébergées dans un service de moyen ou long séjour dans la zone d'attraction du CH de Tréguier à l'horizon 2017**

Zone A+B	2007	2012	2017	Evolution 2012-2017	
				Nombre	%
60-64 ans	43	57	55	-2	-3%
65-69 ans	58	68	90	+22	+32%
70-74 ans	118	112	134	+22	+20%
75-79 ans	233	243	231	-12	-5%
80-84 ans	475	510	537	+27	+5%
85 ans et plus	1049	1449	1749	+300	+21%
<b>Total 60 ans et +</b>	<b>1977</b>	<b>2439</b>	<b>2796</b>	<b>+356</b>	<b>+15%</b>

Source : Insee – Recensement de la population 2007 et Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

L'estimation des besoins d'hébergement des personnes de 60 ans et plus est présentée pour chaque zone distinctement en annexe 3.

## Analyse de la mortalité<sup>5</sup>

Une double approche (nombre de décès et taux comparatifs standardisés) sera réalisée pour les grandes causes de décès (cancers, maladies cardio-vasculaires,...) afin :

- d'observer (par grandes causes) sur les bassins de recrutement A et B du Centre hospitalier le nombre de personnes concernées,
- de comparer le niveau de mortalité des zones A et B à différentes échelles géographiques élargies (département, région, France).

Concernant les échelles départementales, régionales et française, une approche rétrospective par année sera effectuée de façon à observer, à ces échelles, l'évolution dans le temps du niveau de mortalité selon les causes retenues.

A l'échelle des zones A et B cette approche rétrospective ne pourra concerner que l'année du recensement 1999, les données à l'échelon cantonal n'étant pas disponibles en période intercensitaire. Par contre, elle permettra de positionner l'évolution temporelle à cette échelle vis-à-vis des tendances observées aux échelles géographiques plus larges.

Enfin, les taux de mortalité par âge sur la zone d'attraction A et B seront extrapolés aux projections de population à 5 ans afin d'approcher à cette échéance le nombre de personnes concernées pour chaque cause prise en compte.

### Source et définitions

Les données de mortalité proviennent de la statistique annuelle des causes médicales de décès produite par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc). La dernière année disponible actuellement se réfère à l'année 2008.

- **Les taux spécifiques selon l'âge**

Il s'agit du nombre d'événements étudiés pour chaque tranche d'âge rapporté à la population du même âge.

- **Le taux standardisé de mortalité**

Il permet de comparer dans le temps, dans l'espace et entre hommes et femmes, le niveau de mortalité de différentes unités géographiques indépendamment de la structure par âge et sexe des populations qui les composent. Il est calculé à partir des taux spécifiques selon l'âge de chaque population, appliqués à une population de référence (ici, la population française deux sexes confondus au recensement de la population de 2006). Le taux standardisé de mortalité ainsi obtenu, correspond au nombre de décès qui serait observé sur l'entité géographique considérée si la répartition par âge était la même qu'au niveau national.

<sup>5</sup> Au-delà des chiffres présentés dans le corps principal du rapport, les chiffres détaillés concernant la mortalité sont restitués en annexe 4.

## ■ Introduction : la mortalité générale en 2006-2008

### Plus de 1 500 décès en moyenne annuelle dans la zone d'attraction du CH de Tréguier

En 2006-2008, en moyenne annuelle, 1 539 décès ont été recensés dans la zone d'attraction du CH de Tréguier (dont 835 décès dans la zone A et 704 décès dans la zone B) avec une proportion un peu plus élevée d'hommes (51,8%, soit 798 décès). Plus de 8 décès sur 10 ont lieu après 65 ans (dont 75% chez les hommes et 89% chez les femmes).

Pour les deux sexes confondus, le taux standardisé de mortalité est de 928 décès pour 100 000 habitants (1307 décès masculins pour 100 000 et 672 décès féminins pour 100 000, soit une surmortalité masculine de 1,9). Cette surmortalité masculine s'observe à tous les âges, notamment pour la tranche d'âge des 25-44 ans avec un ratio égal à 3,9.

**Figure 20 : Effectifs moyen annuels, part et taux de décès (pour 100 000) selon l'âge dans les zones d'attraction A et B du CH de Tréguier en 2006-2008**

	Deux sexes			Hommes			Femmes			Ratio Tx H/Tx F
	n	%	Taux	n	%	Taux	n	%	Taux	
<15 ans	8	1%	41,3	4	1%	38,7	4	1%	44,2	0,9
15-24 ans	6	0,4%	52,4	4	0,5%	65,2	2	0,3%	36,7	1,8
25-44 ans	38	2,5%	140,6	30	3,8%	222,6	8	1,0%	57,2	3,9
45-64 ans	230	14,9%	655,6	163	20,4%	951,1	67	9,0%	373,4	2,5
65-84 ans	733	47,7%	2852,0	433	54,3%	4009,3	300	40,5%	2012,8	2,0
85 ans et +	523	34,0%	15017,4	163	20,4%	18711,7	360	48,6%	13787,4	1,4
<b>Total</b>	<b>1539</b>	<b>100%</b>	<b>927,9*</b>	<b>798</b>	<b>100%</b>	<b>1306,6*</b>	<b>741</b>	<b>100%</b>	<b>671,7*</b>	<b>1,9</b>

Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

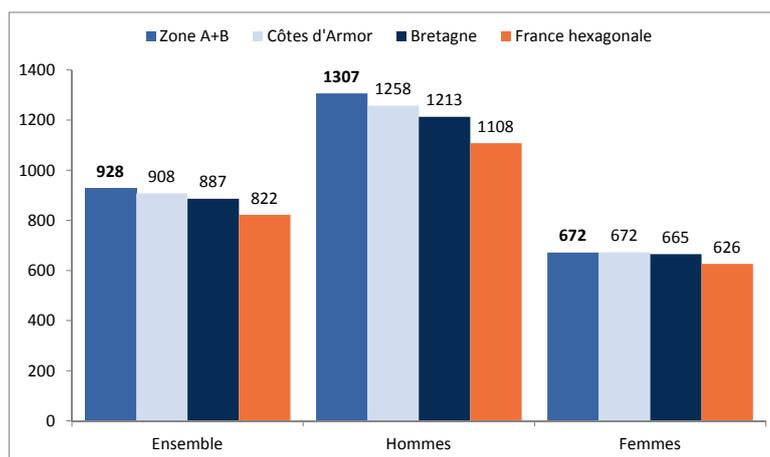
Taux pour 100 000 habitants,

\*Taux standardisés – population de référence = France entière au RP 2006, deux sexes confondus

### Une légère surmortalité générale dans la zone d'attraction du CH de Tréguier par rapport à la moyenne nationale, davantage marquée chez les hommes

En 2006-2008, pour les deux sexes réunis, la zone d'attraction du CH de Tréguier présente un niveau de mortalité supérieur à ceux observés à toutes les autres échelles géographiques étudiées. En effet, pour les deux sexes confondus, le taux standardisé de mortalité générale de la zone d'attraction du CH est supérieur de +11% à celui observé en France métropolitaine, de +4% à celui observé en Bretagne et +2% à celui observé pour le département des Côtes d'Armor. Cependant, la situation est plus contrastée selon le sexe. Les hommes de la zone d'attraction du CH de Tréguier accusent une surmortalité plus nette que les femmes pour tous les niveaux géographiques étudiés alors que le niveau de mortalité chez les femmes de la zone d'attraction du CH de Tréguier ne diffère pas du niveau observé dans le département des Côtes d'Armor et peu de la moyenne régionale (+1%). Seule la moyenne française s'écarte sensiblement (-7%).

**Figure 21 : Comparaison des taux standardisés de mortalité (pour 100 000) selon différentes échelles géographiques en 2006-2008**



Source : Inserm CépiDc, Insee – RP 2007, Exploitation ORS Bretagne

## ■ Les principales causes médicales de décès en 2006-2008

Pour l'étude de la mortalité sur la période 2006-2008, une analyse détaillée des principales causes médicales de décès a été réalisée d'une part selon les effectifs moyens annuels, d'autre part selon les taux standardisés de mortalité. Le tableau ci-dessous présente la définition des principales causes médicales de décès retenues pour l'étude.

**Figure 22 : Catégorisation des causes de décès retenues et codes CIM10 correspondants**

Libellé	Code CIM10
<b>Tumeurs malignes dont</b>	<b>C00-C97</b>
<i>Trachée, bronches et poumon*</i>	<i>C33-C34</i>
<i>Hémopathies malignes</i>	<i>C81-C96</i>
<i>Colorectal</i>	<i>C18-C21</i>
<i>Sein</i>	<i>C50</i>
<i>Voies aérodigestives supérieures**</i>	<i>C00-C14, C15 et C32</i>
<i>Prostate</i>	<i>C61</i>
<i>Pancréas</i>	<i>C25</i>
<i>Estomac</i>	<i>C16</i>
<i>Vessie</i>	<i>C67</i>
<i>Foie et voies biliaires intrahépatiques***</i>	<i>C22</i>
<b>Troubles mentaux et du comportement</b>	<b>F00-F99</b>
<b>Maladies Cardiovasculaires dont</b>	<b>I00-I99</b>
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	<i>I20-I25</i>
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	<i>I60-I69</i>
<i>Maladies hypertensives</i>	<i>I10-I13</i>
<i>Insuffisance cardiaque</i>	<i>I50</i>
<b>Maladies de l'appareil respiratoire dont</b>	<b>J00-J99</b>
<i>Pneumonie-Grippe</i>	<i>J09-J18</i>
<i>Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures</i>	<i>J40-J47</i>
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>K00-K93</b>
<b>Maladies du système nerveux et des organes des sens****</b>	<b>G00-H95</b>
<b>Morts violentes dont</b>	<b>V01-Y89</b>
<i>Accidents</i>	<i>V01-X59, Y85-Y86</i>
<i>Suicide</i>	<i>X60-X84</i>
<b>Symptômes et états morbides mal définis</b>	<b>R00-R99</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>A00-Y89</b>

\*Abréviation utilisée dans les figures : Poumon

\*\*Abréviation utilisée dans les figures : VADS

\*\*\*Abréviation utilisée dans les figures : Foie

\*\*\*\*Abréviation utilisée dans les figures : Système nerveux et organes des sens

## ■ Selon les effectifs moyens annuels de décès en 2006-2008<sup>6</sup>

**Les maladies cardiovasculaires : 1<sup>ère</sup> cause de décès, tous âges confondus suivies de près par les cancers.**

- **1<sup>ère</sup> cause de décès de décès tous âges confondus** : les maladies cardiovasculaires avec 448 décès en moyenne annuelle, soit 29% de l'ensemble des décès sur la période 2006-2008. Près de la moitié de ces décès sont dus à une cardiopathie ischémique (112, soit 25%), à une maladie cérébrovasculaire (102, soit 23%) et à une insuffisance cardiaque (72, soit 16%).
- **2<sup>e</sup> cause de décès** : les cancers avec 426 décès en moyenne annuelle, soit 28% de l'ensemble des décès sur la période 2006-2008. Les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (75, soit 18%) et le cancer du côlon rectum (49 soit 11%).
- **3<sup>e</sup> cause de décès** : les morts violentes avec 115 décès soit 7% de l'ensemble des décès. 90% de ces décès sont dus à des accidents (72, soit 62% dont la moitié 36 correspondent à des chutes) et aux suicides (32, soit 28%).
- **Viennent ensuite** les décès par maladie de l'appareil respiratoire dont les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures (24, soit 24%) et la grippe et les pneumonies (32, soit 31%).

<sup>6</sup> Voir tableau détaillé page suivante.

**Figure 23 : Nombre moyen annuel de décès et répartition en %  
selon l'âge et selon les principales causes dans la zone d'attraction  
du CH de Tréguier en 2006-2008**

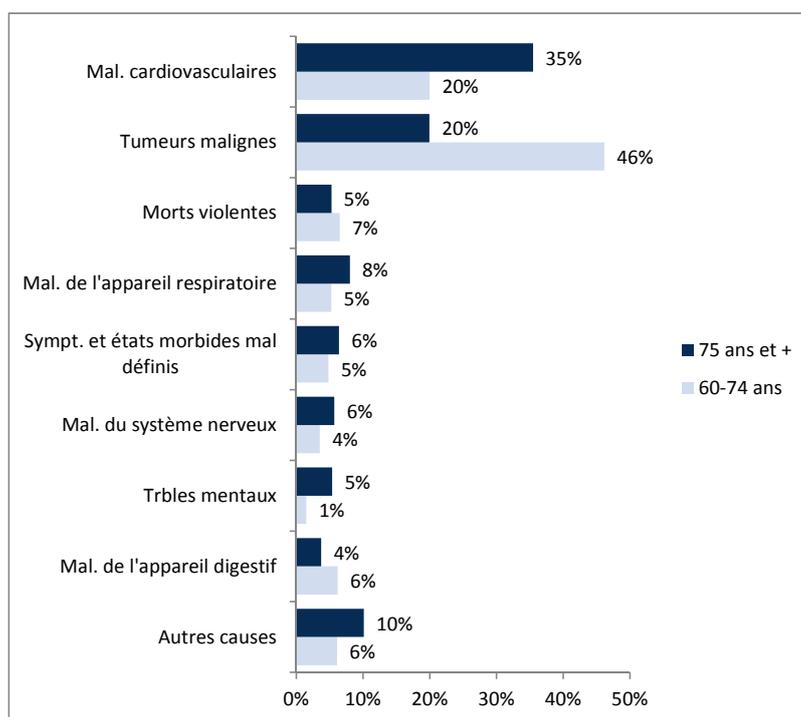
Zone A+B	Tous âges		60-74 ans	75 ans et +
	Effectifs	%	Effectifs	Effectifs
<b>Tumeurs malignes dont</b>	<b>426</b>	<b>28%</b>	<b>144</b>	<b>203</b>
<i>Poumon</i>	75	5%	29	24
<i>Hémopathies malignes</i>	31	2%	11	16
<i>Colorectal</i>	49	3%	14	28
<i>Sein</i>	28	2%	9	11
<i>VADS</i>	28	2%	12	8
<i>Prostate</i>	31	2%	8	23
<i>Pancréas</i>	20	1%	6	11
<i>Estomac</i>	11	1%	4	6
<i>Vessie</i>	10	1%	2	6
<i>Foie</i>	32	2%	15	11
<b>Troubles mentaux</b>	<b>72</b>	<b>5%</b>	<b>5</b>	<b>55</b>
<b>Maladies Cardiovasculaires dont</b>	<b>448</b>	<b>29%</b>	<b>62</b>	<b>361</b>
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	112	7%	19	83
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	102	7%	14	84
<i>Maladies hypertensives</i>	23	2%	5	17
<i>Insuffisance cardiaque</i>	72	5%	5	67
<b>Maladies de l'appareil respiratoire dont</b>	<b>102</b>	<b>7%</b>	<b>16</b>	<b>82</b>
<i>Pneumonie-Grippe</i>	24	2%	3	20
<i>Maladies chroniques des voies</i>	32	2%	4	26
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>71</b>	<b>5%</b>	<b>19</b>	<b>38</b>
<b>Système nerveux et organes des sens</b>	<b>75</b>	<b>5%</b>	<b>11</b>	<b>58</b>
<b>Morts violentes dont</b>	<b>115</b>	<b>7%</b>	<b>20</b>	<b>54</b>
<i>Accidents</i>	72	5%	9	45
<i>Suicide</i>	32	2%	9	6
<b>Symptômes et états morbides mal définis</b>	<b>92</b>	<b>6%</b>	<b>15</b>	<b>65</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>1539</b>	<b>100%</b>	<b>312</b>	<b>1018</b>

Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

### Une hiérarchie des principales causes de décès qui varie selon l'âge...

La répartition des principales causes de décès varie fortement selon l'âge comme le montre le graphique suivant. Les cancers représentent la 1<sup>ère</sup> cause de mortalité chez les personnes de 60-74 ans alors qu'au-delà de 75 ans ce sont les maladies cardiovasculaires qui prédominent.

**Figure 24 : Répartition des principales causes de décès chez les 60 ans et plus résidents de la zone d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008 - Deux sexes confondus**



Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

### ... et le sexe

La variation de la hiérarchie des principales causes de décès est également observable selon le sexe : les effectifs moyens annuels de décès sont pour cette raison présentés de façon complémentaire (voir pages suivantes) pour chaque sexe et pour chaque grande cause de décès.

## ■ Chez les hommes

### Le cancer : 1<sup>ère</sup> cause de décès, tous âges confondus chez les hommes devant les maladies cardiovasculaires

En 2006-2008, en moyenne annuelle, près de 800 hommes sont décédés dont plus de la moitié (433, soit 54%) étaient âgés de 75 ans et plus et près d'un sur trois (213, soit 27%) avaient entre 60 et 74 ans. Les tumeurs malignes (267 décès, soit 33% des décès), les maladies cardiovasculaires (202 décès, soit 25%) et les morts violentes (73 décès, soit 9%) sont les trois principales causes de décès tous âges confondus. Les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (57 décès), le cancer de la prostate (31 décès), le cancer des voies aérodigestives supérieures (24 décès) et le cancer du côlon-rectum (23 décès).

**Figure 25 : Nombre moyen annuel de décès et répartition en % selon l'âge et selon les principales causes de décès chez les hommes dans la zone d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008**

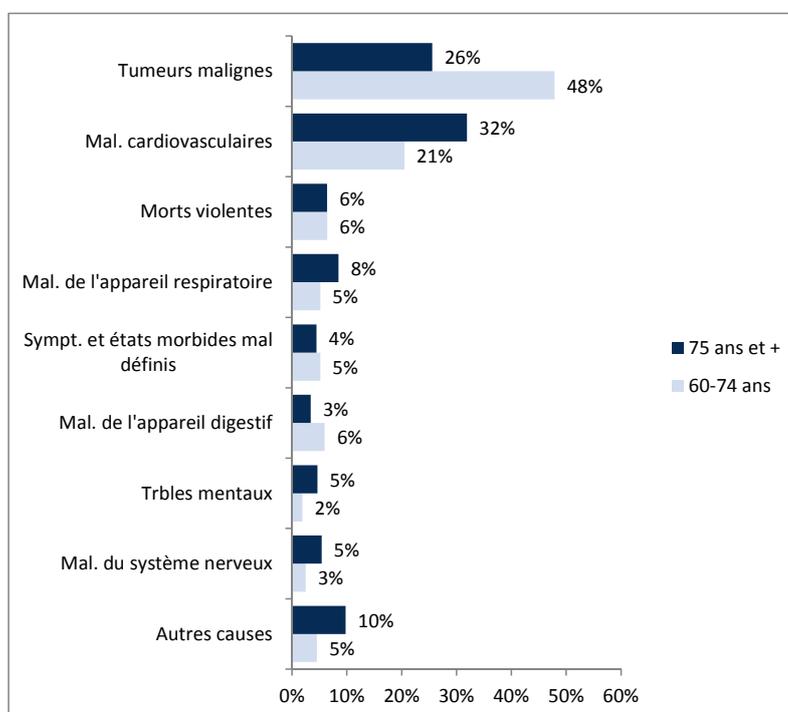
Zone A+B	Tous âges		60-74 ans	75 ans et +
	Effectifs	%	Effectifs	Effectifs
<b>Tumeurs malignes dont</b>	<b>267</b>	<b>33%</b>	<b>102</b>	<b>111</b>
<i>Poumon</i>	57	7%	23	18
<i>Hémopathies malignes</i>	18	2%	7	8
<i>Colorectal</i>	23	3%	9	10
<i>Sein</i>	0	0%	0	0
<i>VADS</i>	24	3%	10	6
<i>Prostate</i>	31	4%	8	23
<i>Pancréas</i>	11	1%	3	5
<i>Estomac</i>	7	1%	3	3
<i>Vessie</i>	7	1%	1	4
<i>Foie</i>	26	3%	14	8
<b>Troubles mentaux</b>	<b>34</b>	<b>4%</b>	<b>4</b>	<b>20</b>
<b>Maladies Cardiovasculaires dont</b>	<b>202</b>	<b>25%</b>	<b>44</b>	<b>138</b>
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	58	7%	15	34
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	41	5%	8	31
<i>Maladies hypertensives</i>	9	1%	4	4
<i>Insuffisance cardiaque</i>	29	4%	2	27
<b>Maladies de l'appareil respiratoire dont</b>	<b>52</b>	<b>6%</b>	<b>11</b>	<b>37</b>
<i>Pneumonie-Grippe</i>	11	1%	3	7
<i>Maladies chroniques des voies</i>	18	2%	3	13
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>38</b>	<b>5%</b>	<b>13</b>	<b>15</b>
<b>Système nerveux et organes des sens</b>	<b>33</b>	<b>4%</b>	<b>5</b>	<b>23</b>
<b>Morts violentes dont</b>	<b>73</b>	<b>9%</b>	<b>14</b>	<b>28</b>
<i>Accidents</i>	42	5%	6	22
<i>Suicide</i>	27	3%	6	4
<b>Symptômes et états morbides mal définis</b>	<b>39</b>	<b>5%</b>	<b>11</b>	<b>19</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>798</b>	<b>100%</b>	<b>213</b>	<b>433</b>

Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

### Le cancer reste la 1<sup>ère</sup> cause de décès chez les hommes de 60 ans et plus devant les maladies cardiovasculaires

Les principales causes de décès varient selon l'âge. La hiérarchie des deux principales causes de décès s'inverse à partir de 75 ans. Les tumeurs malignes représentent la première cause de décès chez les personnes âgées de 60-74 ans alors qu'elles représentent la seconde cause de décès chez les personnes de 75 ans et plus. Inversement, les maladies cardiovasculaires sont la cause de décès la plus fréquente chez les personnes âgées de 75 ans et plus alors qu'elles se classent au second rang chez les personnes de 60-74 ans.

**Figure 26 : Répartition des principales causes de décès chez les hommes de 60 ans et plus de la zone d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008**



Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

Les tableaux distincts pour la zone A et la zone B sont présentés en annexe 4.

## ■ Chez les femmes

### Les maladies cardiovasculaires : 1<sup>ère</sup> cause de décès, tous âges confondus chez les femmes devant les cancers

En 2006-2008, en moyenne annuelle, plus de 740 femmes sont décédées dont près de 8 sur 10 (585, soit 79%) étaient âgés de 75 ans et plus et 13% soit 99 femmes avaient entre 60 et 74 ans. Les maladies cardiovasculaires (246 décès, soit 33% des décès féminins), les tumeurs (160 décès, soit 22%) et les maladies de l'appareil respiratoire (51 décès, soit 7%) sont les trois premières causes de décès<sup>7</sup>. Parmi les maladies cardiovasculaires, les maladies cérébrovasculaires (60 décès) sont un peu plus fréquentes que les cardiopathies ischémiques (53 décès). S'agissant des tumeurs malignes, les localisations les plus fréquentes chez la femme sont le cancer du sein (28 décès), le cancer du côlon-rectum (26 décès), le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (18 décès).

**Figure 27 : Nombre moyen annuel de décès et répartition en % selon l'âge et selon les principales causes de décès chez les femmes dans la zone d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008**

Zone A+B	Tous âges		60-74 ans	75 ans et +
	Effectifs	%	Effectifs	Effectifs
<b>Tumeurs malignes dont</b>	<b>160</b>	<b>22%</b>	<b>42</b>	<b>92</b>
<i>Poumon</i>	18	2%	6	5
<i>Hémopathies malignes</i>	13	2%	4	8
<i>Colorectal</i>	26	3%	5	18
<i>Sein</i>	28	4%	9	11
<i>VADS</i>	4	1%	2	1
<i>Prostate</i>	-	-	-	-
<i>Pancréas</i>	9	1%	2	6
<i>Estomac</i>	4	1%	1	3
<i>Vessie</i>	3	0%	1	2
<i>Foie</i>	6	1%	1	4
<b>Troubles mentaux</b>	<b>38</b>	<b>5%</b>	<b>1</b>	<b>35</b>
<b>Maladies Cardiovasculaires dont</b>	<b>246</b>	<b>33%</b>	<b>19</b>	<b>223</b>
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	53	7%	4	49
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	60	8%	6	53
<i>Maladies hypertensives</i>	14	2%	1	13
<i>Insuffisance cardiaque</i>	43	6%	3	40
<b>Maladies de l'appareil respiratoire dont</b>	<b>51</b>	<b>7%</b>	<b>5</b>	<b>45</b>
<i>Pneumonie-Grippe</i>	14	2%	0	13
<i>Maladies chroniques des voies</i>	14	2%	1	13
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>33</b>	<b>4%</b>	<b>7</b>	<b>23</b>
<b>Système nerveux et organes des sens</b>	<b>42</b>	<b>6%</b>	<b>6</b>	<b>35</b>
<b>Morts violentes dont</b>	<b>42</b>	<b>6%</b>	<b>7</b>	<b>26</b>
<i>Accidents</i>	30	4%	3	22
<i>Suicide</i>	6	1%	3	2
<b>Symptômes et états morbides mal définis</b>	<b>53</b>	<b>7%</b>	<b>4</b>	<b>46</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>741</b>	<b>100%</b>	<b>99</b>	<b>585</b>

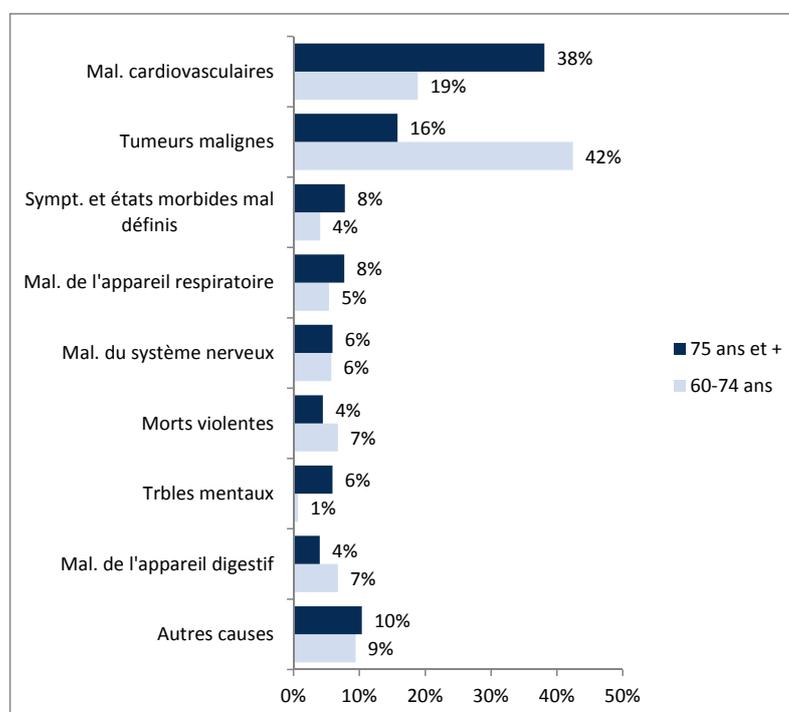
Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

<sup>7</sup> A l'exception des causes médicales de décès mal ou non définies classées dans le chapitre XVIII de la CIM10 « Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs ».

### Les maladies cardiovasculaires restent la cause de décès la plus fréquente chez les femmes de 60 ans et plus

Chez les femmes comme chez les hommes, les principales causes de décès varient selon l'âge. La hiérarchie des deux principales causes de décès s'inverse aussi à partir de 75 ans. Les tumeurs malignes représentent la première cause de décès chez les femmes âgées de 60-74 ans alors qu'elles représentent la seconde cause de décès chez les femmes de 75 ans et plus. Inversement, les maladies cardiovasculaires sont la cause de décès la plus fréquente chez les femmes âgées de 75 ans et plus alors qu'elles se classent au second rang chez les femmes de 60-74 ans.

**Figure 28 : Répartition des principales causes de décès chez les femmes de 60 ans et plus de la zone d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008**



Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

Les tableaux distincts pour la zone A et la zone B sont présentés en annexe 4.

## ■ Selon les taux standardisés de mortalité en 2006-2008

### Une surmortalité masculine pour toutes les causes de décès

En 2006-2008, le taux standardisé de mortalité générale est près de deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (ratio égal à 1,9). Cette surmortalité masculine se retrouve pour toutes les principales causes de décès étudiées. La plus forte surmortalité masculine s'observe pour les morts violentes, et notamment pour les suicides (ratio égal à 3,6), viennent ensuite les tumeurs malignes (2,4) suivies par les maladies de l'appareil respiratoire (2,2) puis arrivent à égalité les maladies de l'appareil digestif et les troubles mentaux et du comportement (avec chacun un ratio égal à 1,9).

S'agissant des tumeurs malignes, on peut remarquer la forte surmortalité masculine pour certaines localisations cancéreuses, notamment pour le cancer des voies aéro-digestives supérieures (ratio égal à 7,9) et pour le cancer du foie (5,7).

**Figure 29 : Taux moyens annuels standardisés de mortalité selon le sexe et selon les principales causes médicales de décès dans la zone d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008\***

Zone A+B	Taux standardisés			Ratio TxH/ TxF
	Deux sexes	Hommes	Femmes	
<b>Tumeurs malignes dont</b>	<b>255,6</b>	<b>391,9</b>	<b>161,2</b>	<b>2,4</b>
<i>Poumon</i>	46,4	79,9	21,4	3,7
<i>Hémopathies malignes</i>	18,6	28,4	12,6	2,3
<i>Colorectal</i>	28,6	34,6	24,4	1,4
<i>Sein</i>	17,4	0,5	30,5	-
<i>VADS</i>	17,5	35,3	4,5	7,9
<i>Prostate</i>	17,5	50,5	0,0	-
<i>Pancréas</i>	11,6	16,2	8,1	2,0
<i>Estomac</i>	6,5	10,3	3,7	2,8
<i>Vessie</i>	5,6	10,3	3,0	3,4
<i>Foie</i>	18,6	34,4	6,0	5,7
<b>Troubles mentaux</b>	<b>44,7</b>	<b>61,6</b>	<b>33,0</b>	<b>1,9</b>
<b>Maladies Cardiovasculaires dont</b>	<b>263,4</b>	<b>346,1</b>	<b>207,2</b>	<b>1,7</b>
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	66,2	95,2	45,0	2,1
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	59,5	71,0	52,0	1,4
<i>Maladies hypertensives</i>	13,7	15,0	11,8	1,3
<i>Insuffisance cardiaque</i>	42,1	57,6	35,6	1,6
<b>Maladies de l'appareil respiratoire dont</b>	<b>60,0</b>	<b>92,8</b>	<b>42,7</b>	<b>2,2</b>
<i>Pneumonie-Grippe</i>	14,0	17,4	11,3	1,5
<i>Maladies chroniques des voies</i>	19,0	32,8	11,8	2,8
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>43,8</b>	<b>61,3</b>	<b>31,5</b>	<b>1,9</b>
<b>Système nerveux et organes des sens</b>	<b>43,8</b>	<b>56,2</b>	<b>37,7</b>	<b>1,5</b>
<b>Morts violentes dont</b>	<b>79,2</b>	<b>127,4</b>	<b>43,7</b>	<b>2,9</b>
<i>Accidents</i>	47,1	76,4	28,2	2,7
<i>Suicide</i>	27,1	43,8	12,3	3,6
<b>Symptômes et états morbides mal définis</b>	<b>56,5</b>	<b>65,4</b>	<b>47,1</b>	<b>1,4</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>927,9</b>	<b>1306,6</b>	<b>671,7</b>	<b>1,9</b>

Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Taux standardisés pour 100 000 habitants – Population de référence France – Deux sexes, RP 2006

## ■ Evolution de la mortalité selon les principales causes médicales de décès depuis 1998-2000

### Remarque méthodologique

Les tendances évolutives sont étudiées pour chaque sexe et pour les principales causes médicales de décès présentées par grand chapitre de la CIM10 dans un souci de cohérence avec les données disponibles pour les niveaux géographiques plus larges (département, région et France).

Les indicateurs pour les échelles géographiques plus larges que la zone d'attraction du CH de Tréguier ont été extraits de la base de données Score-santé de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé alors que ceux concernant la zone d'attraction du CH de Tréguier ont fait l'objet d'un traitement spécifique. L'analyse comparative se limite donc aux indicateurs présents dans Score-santé.

La comparaison entre les deux zones d'attraction A et B du CH de Tréguier aux différentes échelles géographiques étudiées que sont le département des Côtes d'Armor, la Bretagne et la France métropolitaine est présentée successivement pour chaque sexe dans les tableaux suivants pour les principales causes de mortalité présentées par grand chapitre de la CIM10.

Par ailleurs, afin d'illustrer les tendances évolutives depuis 1990-1992, les graphiques d'évolution annuelle des taux standardisés de mortalité selon les principales causes de mortalité étudiées sont présentés en annexe 4.

## ■ **Évolution depuis 1998-2000 dans la zone d'attraction du CH de Tréguier<sup>8</sup>**

### **Une baisse globale de la mortalité : -11% chez les hommes et -15% chez les femmes**

Entre 1998-2000 et 2006-2008, dans la zone d'attraction du CH de Tréguier, la mortalité générale a diminué plus fortement chez les femmes que chez les hommes (respectivement -15% contre -11%). Cette tendance se retrouve dans chacune des zones d'attraction : respectivement -13% et -9% dans la zone A et -17% et -12% dans la zone B.

### **Les maladies de l'appareil respiratoire et cardiovasculaires présentent la diminution la plus forte chez les hommes comme chez les femmes**

Entre 1998-2000 et 2006-2008, les diminutions les plus fortes sont observées :

- Chez les hommes : pour les maladies de l'appareil respiratoire (-26%) suivi par les maladies cardiovasculaires (-22%).
- Chez les femmes : pour les maladies de l'appareil respiratoire (-26%), suivi par les maladies cardiovasculaires (-24 %).

La baisse des taux a été plus modérée :

- Chez les hommes comme chez les femmes : pour les maladies de l'appareil digestif, les morts violentes et les tumeurs et plus spécifiquement chez les femmes pour les troubles mentaux et du comportement (voir ainsi et pour plus de détail l'annexe 4 qui restitue des écarts observables entre zones A et B).

### **Les maladies du système nerveux et des organes des sens affichent la plus forte progression**

Entre 1998-2000 et 2006-2008, l'augmentation a été particulièrement remarquable pour les maladies du système nerveux et des organes des sens chez les hommes comme chez les femmes (cette progression importante étant observable à la fois pour les zones A et B et pour les deux sexes). Les taux standardisés de mortalité ont en effet augmenté de +81% chez les hommes et de +63% chez les femmes. On peut aussi remarquer que les troubles mentaux et du comportement sont en augmentation de +31 % chez les hommes.

<sup>8</sup> Le détail de l'évolution pour les zones A et B est restitué en annexe 4.

**Figure 30 : Taux standardisés de mortalité de la zone d'attraction du CH de Tréguier en et variation relative entre 1998-2000 et 2006-2008\***

Zone A+B	Hommes			Femmes		
	1998-2000	2006-2008	Variation en %	1998-2000	2006-2008	Variation en %
Mal. cardiovasculaires	441,7	346,1	-22%	273,4	207,2	-24%
Tumeurs malignes	430,4	391,9	-9%	185,2	161,2	-13%
Mal. de l'appareil respiratoire	124,7	92,8	-26%	58,1	42,7	-26%
Morts violentes	153,2	127,4	-17%	55,8	43,7	-22%
<i>Dont Suicide</i>	55,7	43,8	-21%	22,6	12,3	-46%
Mal. de l'appareil digestif	75,8	61,3	-19%	39,2	31,5	-20%
Sympt. et états morbides mal définis	58,4	65,4	+12%	44,6	47,1	+6%
Trbles mentaux et du comportement	47,2	61,6	+31%	39,1	33,0	-16%
Mal. du système nerveux et des organes des sens	31,0	56,2	+81%	23,2	37,7	+63%
<b>TOTAL TOUTES CAUSES</b>	<b>1466,3</b>	<b>1306,6</b>	<b>-11%</b>	<b>788,8</b>	<b>671,7</b>	<b>-15%</b>

Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Taux standardisés pour 100 000 habitants – Population de référence France – Deux sexes, RP 2006

### ■ **Comparaison aux différentes échelles géographiques et évolution entre 1998-2000 et 2006-2008**

#### **Chez les hommes :**

Globalement on observe, entre 1998-2000 et 2006-2008, **une évolution moins favorable de la mortalité générale dans la zone A et B** par rapport aux autres niveaux géographiques. **Cependant, selon les pathologies la situation est plus contrastée et parfois divergente.**

- **La baisse de la mortalité par cancer** a été deux fois moins importante dans la zone B (-6%) qu'en moyenne régionale et nationale (-12%) alors que dans la zone A l'évolution des taux a été proche de celle relevée en Bretagne et en France.
- La situation s'est améliorée plus nettement pour les **maladies de l'appareil digestif** dans la zone A puisque la baisse a été de -28% alors que dans la zone B, la diminution observée de -10% est proche de celle relevée pour le département des Côtes d'Armor (-12%) même si elle est deux fois moins importante que la baisse affichée au niveau régional (-20%) et au niveau national (-19%).
- L'évolution de la mortalité par **maladies cardiovasculaires** a été moins favorable pour la zone A alors que pour la zone B celle-ci est équivalente à la baisse observée au niveau régional et national.
- A l'inverse, dans la zone A comme dans la zone B, la situation s'est fortement dégradée pour les **troubles mentaux** par rapport aux autres niveaux géographiques. En effet, le taux standardisé a fortement augmenté alors qu'il est resté quasi stable dans le département des Côtes d'Armor (+1%), et qu'il a légèrement diminué en Bretagne et en France, respectivement -3% et -4%.
- Enfin, l'évolution de la mortalité par **maladies de l'appareil respiratoire** a été moins favorable dans les 2 zones que celle observée aux autres niveaux géographiques.

### Chez les femmes :

Globalement on observe, entre 1998-2000 et 2006-2008, **une évolution relativement proche de la mortalité générale dans la zone A et B** par rapport aux autres niveaux géographiques même si elle est moins accentuée en zone A. **Toutefois, comme chez les hommes, selon les pathologies, on observe des évolutions contrastées et/ou divergentes.**

- Si le niveau de mortalité par **troubles mentaux** s'est considérablement amélioré dans la zone B (-48%) et plus fortement qu'au niveau départemental (-17%), régional (-11%) et national (-13%), en revanche, la situation s'est dégradée dans la zone A puisqu'entre 1998-2000 et 2006-2008, le taux standardisé de mortalité a augmenté de +13%.
- De même, l'évolution de la mortalité par **maladies de l'appareil digestif** a été plus favorable dans la zone B qu'au niveau régional ou national alors que dans la zone A, la situation est similaire à celle relevé pour le département des Côtes d'Armor, soit une diminution près de 2 fois moins importante qu'aux autres niveaux géographiques.
- La baisse de la mortalité par **maladies de l'appareil respiratoire** a été moins importante pour les 2 zones que celle relevée aux autres niveaux géographiques.
- A l'inverse, on note une évolution plus favorable de la mortalité par **cancer** pour les 2 zones d'attraction du CH de Tréguier que celle observée aux autres échelles géographiques. En effet, le niveau de la mortalité par cancer a diminué plus fortement pour les zones d'attraction du CH de Tréguier, notamment dans la zone B. Entre 1998-2000 et 2006-2008, le taux standardisé pour cette dernière a baissé de -17% contre -9% pour la zone A, -6% dans le département des Côtes d'Armor et en France et -5% en Bretagne.
- Enfin, l'évolution de la mortalité par **maladies cardiovasculaires** a été sensiblement équivalente dans les 2 zones vis-à-vis de celle observée sur le reste du territoire.

**Figure 31 : Evolution des taux moyens annuels standardisés de mortalité selon le sexe et l'espace géographique pour les principales causes de décès entre 1998-2000 et 2006-2008\***

	Hommes			Femmes		
	1998-2000	2006-2008	Variation en %	1998-2000	2006-2008	Variation en %
<b>Mortalité générale</b>						
Zone A	1399,1	1269,4	-9%	767,6	670,7	-13%
Zone B	1557,5	1377,2	-12%	812,9	672,5	-17%
<b>Zone A+B</b>	<b>1466,3</b>	<b>1306,6</b>	<b>-11%</b>	<b>788,8</b>	<b>671,7</b>	<b>-15%</b>
Côtes-d'Armor	1517,8	1258,0	-17%	788,5	672,3	-15%
<b>Bretagne</b>	<b>1455,3</b>	<b>1212,8</b>	<b>-17%</b>	<b>785,9</b>	<b>665,4</b>	<b>-15%</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>1320,4</b>	<b>1107,7</b>	<b>-16%</b>	<b>746,4</b>	<b>626,3</b>	<b>-16%</b>
<b>Tous cancers</b>						
Zone A	415,9	370,0	-11%	178,7	163,0	-9%
Zone B	448,2	423,5	-6%	191,9	158,4	-17%
<b>Zone A+B</b>	<b>430,4</b>	<b>391,9</b>	<b>-9%</b>	<b>185,2</b>	<b>161,2</b>	<b>-13%</b>
Côtes-d'Armor	427,2	368,4	-14%	167,4	157,7	-6%
<b>Bretagne</b>	<b>417,9</b>	<b>366,5</b>	<b>-12%</b>	<b>166,0</b>	<b>158,3</b>	<b>-5%</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>388,4</b>	<b>341,8</b>	<b>-12%</b>	<b>174,6</b>	<b>163,9</b>	<b>-6%</b>
<b>Maladies cardiovasculaires</b>						
Zone A	400,8	331,9	-17%	262,2	195,3	-26%
Zone B	495,3	372,8	-25%	287,4	221,8	-23%
<b>Zone A+B</b>	<b>441,7</b>	<b>346,1</b>	<b>-22%</b>	<b>273,4</b>	<b>207,2</b>	<b>-24%</b>
Côtes-d'Armor	480,7	343,0	-29%	273,7	204,2	-25%
<b>Bretagne</b>	<b>446,8</b>	<b>337,2</b>	<b>-25%</b>	<b>276,6</b>	<b>207,1</b>	<b>-25%</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>394,5</b>	<b>300,9</b>	<b>-24%</b>	<b>245,5</b>	<b>182,4</b>	<b>-26%</b>
<b>Maladies de l'appareil respiratoire</b>						
Zone A	121,4	92,1	-24%	59,3	44,2	-25%
Zone B	129,8	102,8	-21%	56,3	40,5	-28%
<b>Zone A+B</b>	<b>124,7</b>	<b>92,8</b>	<b>-26%</b>	<b>58,1</b>	<b>42,7</b>	<b>-27%</b>
Côtes-d'Armor	137,2	84,7	-38%	63,1	43,0	-32%
<b>Bretagne</b>	<b>129,7</b>	<b>84,7</b>	<b>-35%</b>	<b>64,7</b>	<b>43,8</b>	<b>-32%</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>115,5</b>	<b>77,0</b>	<b>-33%</b>	<b>55,0</b>	<b>35,1</b>	<b>-36%</b>
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>						
Zone A	76,6	54,9	-28%	38,1	33,1	-13%
Zone B	75,2	67,3	-10%	40,1	29,7	-26%
<b>Zone A+B</b>	<b>75,8</b>	<b>61,3</b>	<b>-19%</b>	<b>39,2</b>	<b>31,5</b>	<b>-20%</b>
Côtes-d'Armor	69,5	61,3	-12%	34,2	30,1	-12%
<b>Bretagne</b>	<b>73,0</b>	<b>58,1</b>	<b>-20%</b>	<b>35,8</b>	<b>28,6</b>	<b>-20%</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>60,9</b>	<b>49,1</b>	<b>-19%</b>	<b>34,4</b>	<b>26,9</b>	<b>-22%</b>
<b>Troubles mentaux</b>						
Zone A	46,9	66,7	+42%	37,3	42,1	+13%
Zone B	47,0	55,5	+18%	41,2	21,6	-48%
<b>Zone A+B</b>	<b>47,2</b>	<b>61,6</b>	<b>+31%</b>	<b>39,1</b>	<b>33,0</b>	<b>-16%</b>
Côtes-d'Armor	49,0	49,3	+1%	38,0	31,4	-17%
<b>Bretagne</b>	<b>43,1</b>	<b>41,9</b>	<b>-3%</b>	<b>31,4</b>	<b>27,9</b>	<b>-11%</b>
<b>France hexagonale</b>	<b>32,2</b>	<b>31,0</b>	<b>-4%</b>	<b>26,0</b>	<b>22,5</b>	<b>-13%</b>

Source : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé, Exploitation ORS Bretagne

\*Taux standardisés pour 100 000 habitants – Population de référence France – Deux sexes, RP 2006

## ■ Extrapolation des effectifs de décès par grandes causes à l'horizon 2017

Sous l'hypothèse d'un maintien des taux de mortalité selon l'âge, le sexe et les principales causes médicales de décès appliqués aux projections de population correspondantes, on peut obtenir une estimation des effectifs de décès qui surviendraient à l'horizon 2012 et 2017 dans la zone d'attraction du CH de Tréguier.

### ■ Pour les deux sexes confondus à l'horizon 2012

**Les maladies cardiovasculaires : 1<sup>ère</sup> cause de décès, tous âges confondus suivies de près par les cancers**

- 1<sup>ère</sup> cause de décès : les maladies cardiovasculaires avec 534 décès en moyenne annuelle, soit 30% de l'ensemble des décès.
- 2<sup>e</sup> cause de décès : le cancer avec 475 décès en moyenne annuelle, soit 27% de l'ensemble des décès. Les localisations cancéreuses les plus fréquentes seraient le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et le cancer du côlon-rectum.
- 3<sup>e</sup> cause de décès : les morts violentes avec 127 décès soit 7% de l'ensemble des décès. 65% de ces décès sont dus à des accidents dont la moitié correspond à des chutes.
- Viennent ensuite les décès par maladie de l'appareil respiratoire (un peu moins de 7% de l'ensemble des décès).

**Cette hiérarchie des principales causes de décès varie selon le sexe.**

### ■ Pour les deux sexes confondus à l'horizon 2017

**Une hiérarchie des principales causes de décès identique à celle attendue en 2012 pour les deux principales causes de décès**

- 1<sup>ère</sup> cause de décès : les maladies cardiovasculaires avec 624 décès en moyenne annuelle, soit 31% de l'ensemble des décès.
- 2<sup>e</sup> cause de décès : les cancers avec 521 décès en moyenne annuelle, soit 26% de l'ensemble des décès. Les localisations cancéreuses les plus fréquentes seraient le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et le cancer du côlon rectum.
- 3<sup>e</sup> cause de décès : les maladies de l'appareil respiratoire qui représentent environ 7% de l'ensemble des décès.
- Viennent ensuite les décès par morts violentes (environ 7% des décès).

**Comme pour 2012 cette hiérarchie des principales causes de décès varie selon le sexe.**

**Figure 32 : Estimation des effectifs moyens annuels de décès selon le sexe et les principales causes médicales de décès dans la zone d'attraction du CH de Tréguier à l'horizon 2012 et 2017**

Zone A+B	Hommes		Femmes		Deux sexes	
	2012	2017	2012	2017	2012	2017
<b>Tumeurs malignes dont</b>	<b>298</b>	<b>328</b>	<b>177</b>	<b>193</b>	<b>475</b>	<b>521</b>
<i>Trachée, bronches et poumon*</i>	62	67	19	20	81	87
<i>Hémopathies malignes</i>	20	23	14	15	34	38
<i>Colorectal</i>	26	29	29	31	55	60
<i>Sein</i>	0	0	30	32	30	32
<i>Voies aérodigestives supérieures**</i>	27	29	4	4	31	34
<i>Prostate</i>	37	42	-	-	37	42
<i>Pancréas</i>	12	13	10	11	22	24
<i>Estomac</i>	8	9	5	6	13	14
<i>Vessie</i>	8	9	3	4	11	13
<i>Foie et voies biliaires intrahépatiques***</i>	28	31	7	7	35	38
<b>Troubles mentaux et du comportement</b>	<b>39</b>	<b>45</b>	<b>46</b>	<b>56</b>	<b>85</b>	<b>102</b>
<b>Maladies Cardiovasculaires dont</b>	<b>240</b>	<b>276</b>	<b>294</b>	<b>348</b>	<b>534</b>	<b>624</b>
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	68	76	64	75	132	151
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	49	56	71	84	120	140
<i>Maladies hypertensives</i>	11	13	17	20	28	33
<i>Insuffisance cardiaque</i>	37	45	52	63	89	108
<b>Maladies de l'appareil respiratoire dont</b>	<b>63</b>	<b>75</b>	<b>59</b>	<b>70</b>	<b>121</b>	<b>145</b>
<i>Pneumonie-Grippe</i>	13	15	16	19	29	35
<i>Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures</i>	21	26	17	21	38	46
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>43</b>	<b>49</b>	<b>39</b>	<b>44</b>	<b>82</b>	<b>93</b>
<b>Maladies du système nerveux et des organes des sens****</b>	<b>39</b>	<b>44</b>	<b>48</b>	<b>53</b>	<b>87</b>	<b>97</b>
<b>Morts violentes dont</b>	<b>79</b>	<b>87</b>	<b>49</b>	<b>55</b>	<b>127</b>	<b>142</b>
<i>Accidents</i>	47	54	35	40	82	94
<i>Suicide</i>	28	28	10	11	38	39
<b>Symptômes et états morbides mal définis</b>	<b>45</b>	<b>51</b>	<b>61</b>	<b>74</b>	<b>106</b>	<b>125</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>918</b>	<b>1038</b>	<b>860</b>	<b>992</b>	<b>1778</b>	<b>2030</b>

Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

## ■ La mortalité due à la maladie d'Alzheimer

### Remarque méthodologique

A partir de l'année 2000, la mise en place et l'utilisation de la classification internationale des maladies 10<sup>e</sup> révision pour le codage de la statistique médicale des causes de décès a introduit des modifications pouvant impacter sur les évolutions constatées pour certaines pathologies ou causes de décès par rapport à la période antérieure codée en CIM9. Ainsi, s'agissant de la maladie d'Alzheimer et autres démences (code F00 à F03 et G30), il est préférable de se limiter à la période utilisant seulement le codage en CIM10, soit la période 2000-2008.

Par ailleurs, il convient de souligner que les résultats sur la période récente 2000-2008 sont à considérer avec précaution, notamment les évolutions en raison du manque de recul dans le temps. En effet, les progrès réalisés dans le diagnostic et la meilleure connaissance de la maladie d'Alzheimer ont pu contribuer à l'augmentation du nombre de déclarations sur les certificats de décès. De plus, une étude de l'Inserm « Maladie d'Alzheimer, Enjeux scientifiques, médicaux et sociétaux » en 2007 a mis en évidence le fait que la cause principale de décès chez les patients déments est moins bien renseignée que dans la population générale. Par exemple, les maladies cardiovasculaires, les cancers, l'hypercholestérolémie et l'hyperthyroïdie sont moins souvent diagnostiqués dans les certificats de décès chez les patients déments qu'en population générale.

### ■ *Le poids de la mortalité due à la maladie d'Alzheimer et autres démences dans la zone A et B du CH de Tréguier en 2006-2008*

**Plus de 80 décès, en moyenne annuelle, dus à la maladie d'Alzheimer et autres démences dans la zone d'attraction A et B du CH de Tréguier, davantage chez les femmes.**

En 2006-2008, en moyenne annuelle, 81 décès dus à la maladie d'Alzheimer et autres démences ont été dénombrés dans la zone d'attraction A et B du CH de Tréguier avec une prédominance féminine (69%, soit 56 décès). L'essentiel des décès (96%) survient à partir de 75 ans et la mortalité est relativement équivalente entre les hommes et les femmes comme en témoignent les ratios proches de 1 après cet âge.

**Figure 33 : Effectifs et taux moyens annuels de mortalité due à la maladie d'Alzheimer et autres démences selon le sexe et l'âge dans la zone d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008\***

2006-2008	Ensemble		Hommes		Femmes		Ratio TxH/TxF
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux	
60-74 ans	3	11,6	2	15,7	1	8,1	1,9
75-84 ans	28	248,4	10	238,0	18	254,8	0,9
85 ans et plus	51	1465,3	14	1572,1	37	1429,8	1,1
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>65,8</b>	<b>25</b>	<b>42,6</b>	<b>56</b>	<b>87,3</b>	<b>0,5</b>

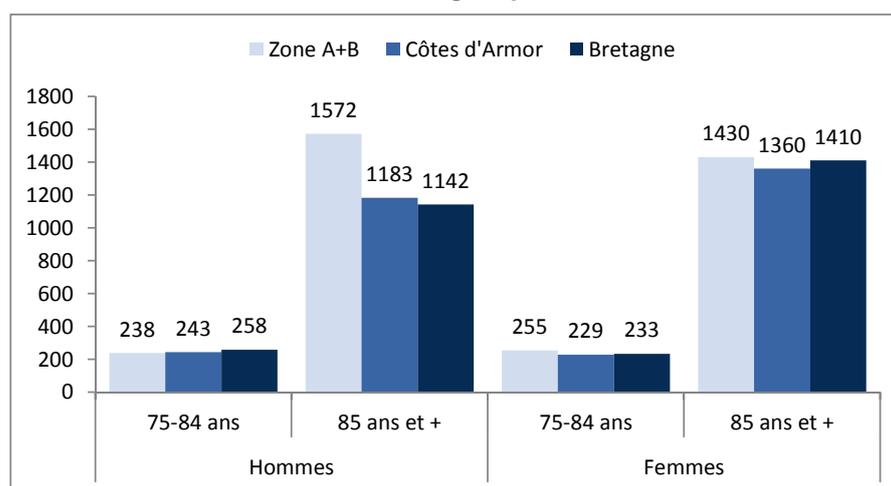
Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Une surmortalité par maladie d'Alzheimer et autres démences dans la zone d'attraction du CH de Tréguier, davantage chez les hommes.**

En 2006-2008, la surmortalité par maladies d'Alzheimer et autres démences est particulièrement remarquable chez les hommes âgés de 85 ans et plus de la zone d'attraction du CH de Tréguier par rapport aux niveaux départemental et régional. Chez les femmes, on observe également une surmortalité mais les écarts sont moindres par rapport aux niveaux départemental et régional. Cependant, ces observations doivent être considérées avec prudence, notamment au regard des remarques méthodologiques énoncées dans l'encadré page 48.

**Figure 34 : Taux moyens annuels de mortalité due à la maladie d'Alzheimer et autres démences selon le sexe et l'âge à partir de 75 ans en 2006-2008\***



Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Unité : Taux pour 100 000 habitants

## ■ **Extrapolation des effectifs de décès dus à la maladie d'Alzheimer et autres démences à l'horizon 2017**

Si l'on applique les taux annuels de mortalité par maladie d'Alzheimer et autres démences observés aux projections de population correspondantes, on obtient une estimation du nombre de décès par maladie d'Alzheimer et autres démences chez les personnes domiciliées dans la zone d'attraction A et B du CH de Tréguier.

**Figure 35 : Estimation du nombre moyen annuel de décès liés à la maladie d'Alzheimer et autres démences dans les cantons A et B du CH de Tréguier attendus à l'horizon 2017**

Zone A+B	2006-2008		2012		2017	
	Effectifs	Taux	Effectifs attendus	Variation 2007/2012	Effectifs attendus	Variation 2012/2017
60-74 ans	3	11,6	3	+0,4	3	+0,4
75-84 ans	28	248,4	29	+1,3	29	-0,3
85 ans et plus	51	1465,3	70	+19,1	85	+14,5
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>65,8</b>	<b>102</b>	<b>+20,8</b>	<b>117</b>	<b>+14,7</b>

Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

102 décès par maladie d'Alzheimer et autres démences seraient recensés en 2012 et 117 décès seraient décomptés en 2017 parmi les personnes âgées de 60 ans et plus domiciliées dans les cantons A et B du CH de Tréguier.

# **L'activité du Centre hospitalier de Tréguier**

## Méthodologie

Cette partie de l'analyse a pour objectif de caractériser l'activité des services de Médecine et de Soins de Suite ou de Réadaptation (SSR) du CH de Tréguier. Elle s'appuie sur l'exploitation des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) de l'année 2010 transmises par l'établissement.

Outre le profil des patients hospitalisés, sont analysés ici les durées de séjour, les motifs d'admission et les types de prises en charge.

Pour l'ensemble des indicateurs présentés ci-après, une comparaison est réalisée avec la base 2010 anonymisée et agrégée des hôpitaux de proximité à vocation gériatrique (ex-hôpitaux locaux) adhérents à l'ORS Bretagne<sup>9</sup>.

Les hôpitaux adhérents à l'ORS Bretagne représentent en 2010 un ensemble de 54 services de MCO et 61 services de SSR, répartis sur tout le territoire français. Ces hôpitaux comptabilisent 790 lits de médecine (dont 56 dédiés aux soins palliatifs) et 1 206 lits en SSR, soit une moyenne de 15 lits de MCO par établissement (dont 3 lits dédiés aux soins palliatifs) et 20 lits de SSR.

Parmi ces établissements, certains ont un service de rééducation fonctionnelle. L'activité de ces services n'est pas prise en compte. De plus, l'activité des établissements adhérents à l'ORS Bretagne étant analysée sur les seuls séjours en hospitalisation complète, l'étude comparative a également été réalisée sur les séjours en hospitalisation complète. De fait, l'activité médecine en hospitalisation de jour du CH de Tréguier sera décrite de manière synthétique, sans comparaison avec l'activité des établissements adhérents à l'ORS Bretagne.

Les séjours multi-unités dont la prise en charge s'est déroulée dans plusieurs unités du service de médecine (passage d'hospitalisation complète à hospitalisation de jour) ne sont pas pris en compte dans l'analyse puisque l'activité médicale de chaque unité est décrite séparément. Deux séjours ont ainsi été exclus : ils représentent 0,2% de l'ensemble des séjours de médecine<sup>10</sup>.

Dans la suite du document, l'ensemble des hôpitaux de proximité adhérents à l'ORS Bretagne est identifié sous l'intitulé « Panel France » dans les graphiques et tableaux. Dans ces derniers, les données sont globalement classées par ordre décroissant des données du CH de Tréguier.

La première partie est consacrée à la caractérisation de l'activité médicale du service de médecine, la seconde à celle du service de soins de suite.

<sup>9</sup> L'activité des petits centres hospitaliers est en effet comparable à celle des hôpitaux locaux (cf. « Etude comparative de l'activité gériatrique de médecine des hôpitaux locaux et des « petits centres hospitaliers ». F. Champion, P. Clappier, J. Zitouni, ORS Bretagne, 2008).

<sup>10</sup> Le premier séjour, d'une durée totale de 19 jours, concerne un patient âgé de 92 ans hospitalisé pour une affection du rein et des voies urinaires (Catégorie Majeure de Diagnostic 11). Le second, d'une durée d'une journée, est relatif à un patient âgé de 74 ans hospitalisé pour des troubles mentaux (CMD 19).

## **L'activité médicale du service de médecine<sup>11</sup>**

Au sein de son service de médecine, le CH de Tréguier dispose de 30 lits de médecine en hospitalisation complète, spécialisés dans la prise en charge des soins gériatriques. Trois lits sont destinés aux soins palliatifs.

Dans le cadre d'un hôpital de jour d'une capacité de 5 places, il propose également aux personnes âgées des évaluations dans les domaines suivants : « mémoire », « évaluations nutritionnelles » et « prévention des chutes ».

Au cours de l'année 2010, 1 215 séjours<sup>12</sup> ont été réalisés dans le service de médecine : plus de la moitié (56%) en hospitalisation complète, 38 % à l'hôpital de jour « mémoire » et 6% à l'hôpital de jour « évaluations nutritionnelles » et « prévention des chutes ». L'activité médicale de chacune de ces unités est décrite successivement selon le plan ci-après :

- l'activité de médecine en hospitalisation complète,
- l'hôpital de jour « mémoire »,
- l'hôpital de jour « évaluations nutritionnelles » et « prévention des chutes ».

Globalement, la zone de recrutement de l'établissement est majoritairement locale : plus de la moitié des séjours de médecine, tous types d'hospitalisation confondus, sont domiciliés dans les communes<sup>13</sup> de Tréguier (16% des séjours), Lannion (14%), La Roche Derrien (11%) et Perros-Guirec (11%).

<sup>11</sup> La cartographie et la liste des hôpitaux composant le panel court séjour sont restituées en annexe 5.

<sup>12</sup> Les séjours sont décomptés à la date de la sortie du séjour. Les séjours débutés en 2009 et clôturés en 2010 sont comptés. Les séjours débutés en 2010 et non terminés avant le 31/12/2010 ne sont pas comptés.

<sup>13</sup> La provenance des patients est étudiée à partir du code géographique de résidence du patient mentionné dans le Résumé de Sortie Anonyme (RSA). Le code géographique est élaboré selon un système de codage national. Il correspond au code postal ou à un code de regroupement pour les communes de moins de 1 000 habitants.

## ■ L'activité de médecine en hospitalisation complète

Au cours de l'année 2010, 676 séjours ont été réalisés en hospitalisation complète dans les lits de médecine du CH de Tréguier.

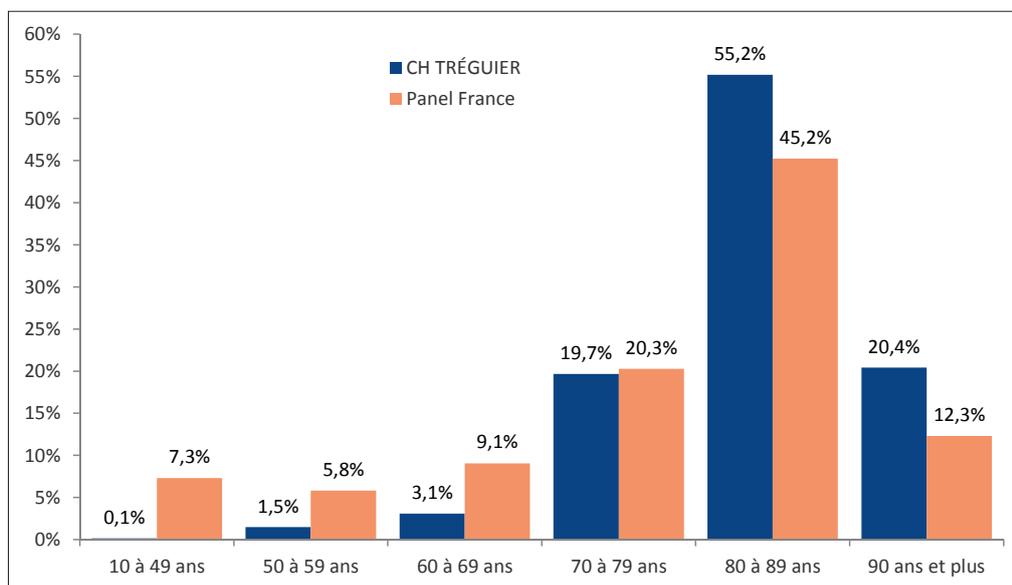
Pour l'ensemble des indicateurs présentés ci-après, une comparaison est réalisée avec la base PMSI MCO 2010 des hôpitaux de proximité adhérents à l'ORS Bretagne.

### ■ La population hospitalisée

#### Une population à prédominance féminine et âgée

La population hospitalisée est féminine à 67,9% (contre 56,1% pour le panel national). Plus des ¾ des patients hospitalisés au CH de Tréguier ont plus de 80 ans et 2 sur 10 ont plus de 90 ans. Comparés à la moyenne d'âge des hôpitaux du panel, les patients y sont plus âgés (âge moyen de 83,6 ans contre 77,0 ans). Très peu de séjours concernent des patients de moins de 70 ans.

Figure 36 : Répartition des séjours selon l'âge des patients (en %)



Source : PMSI MCO 2010

Exploitation ORS Bretagne

## ■ La durée moyenne de séjour

### Une hospitalisation de 15 jours en moyenne

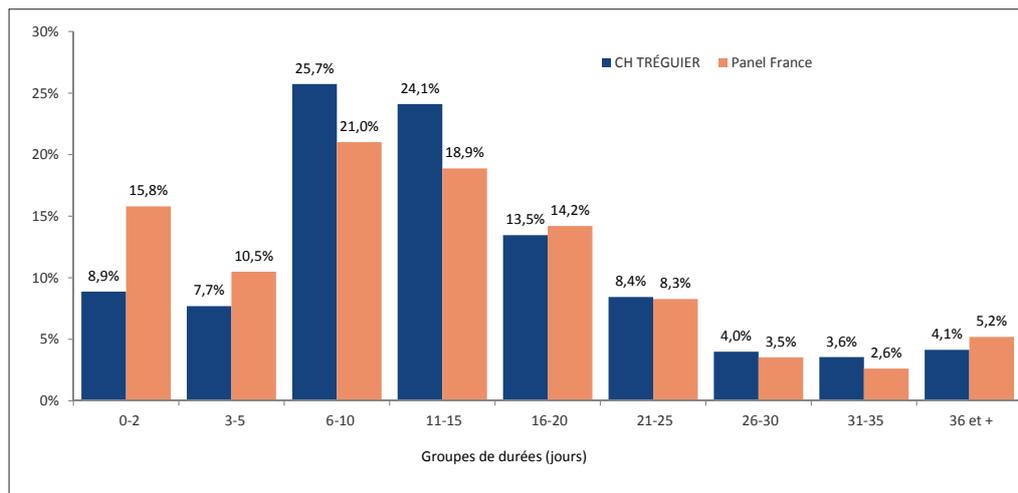
Le CH de Tréguier a réalisé 616 séjours de plus de 2 jours. Ils représentent 9 526 journées d'hospitalisation. La durée moyenne de séjours<sup>14</sup> atteint 15,5 jours, soit une DMS légèrement inférieure à celle du panel national (16,2 jours).

Les séjours d'une durée inférieure ou égale à 2 semaines concernent les 2/3 des hospitalisations, avec une part de séjours de 6 à 15 jours de près de 50% pour le centre hospitalier contre 40% pour le panel.

Les séjours de très courte durée sont proportionnellement moins nombreux au CH de Tréguier (8,9% de séjours de 0 à 2 jours, contre 15,8%).

La proportion des hospitalisations d'une durée supérieure à 30 jours équivaut à près de 8% de la totalité des séjours, proportion très proche de celle du panel.

Figure 37 : Répartition des séjours selon la durée (en %)



Source : PMSI MCO 2010

Exploitation ORS Bretagne

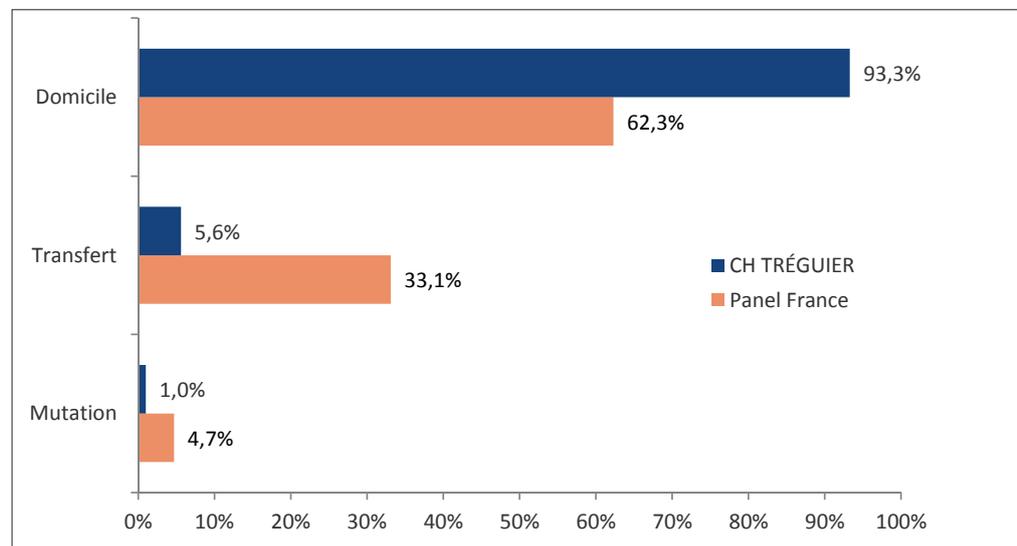
<sup>14</sup> La durée moyenne des séjours (DMS) est calculée en excluant les séjours de moins de 2 jours (hors [0-2] jours). Les séjours avec une durée égale à 0 correspondent aux séjours ambulatoires (sans nuitée).

## ■ Les modes d'entrée et de sortie

### Une entrée en provenance du domicile pour la quasi-totalité des séjours

La répartition des séjours selon le mode d'entrée diffère entre le CH de Tréguier et le panel national. La quasi-totalité des entrées en médecine au CH de Tréguier proviennent du domicile, alors que pour le panel, les entrées en provenance du domicile représentent à peine les 2/3 des entrées (avec une proportion d'entrée par transfert très supérieure à celle observée à Tréguier).

Figure 38 : Répartition des séjours selon le mode d'entrée (en %)



Source : PMSI MCO 2010

Exploitation ORS Bretagne

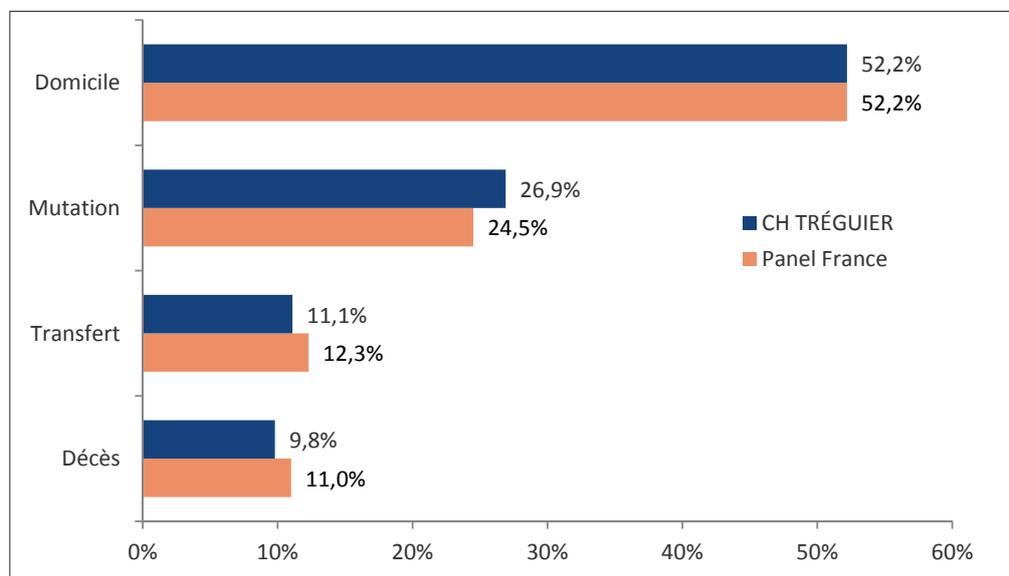
### Un retour au domicile pour environ la moitié des séjours

La répartition des séjours selon le mode de sortie est comparable entre le CH de Tréguier et les hôpitaux du panel : 52,2% des séjours sont conclus par un retour à domicile (y compris l'hébergement collectif) et un quart environ par une mutation<sup>15</sup> vers un autre service de l'établissement, essentiellement le service de SSR.

Les sorties par transfert externe vers d'autres établissements (pour l'essentiel vers un service de MCO) concernent plus d'1 hospitalisation sur 10.

Avec 66 décès survenus en 2010, soit 9,8% des séjours, le CH de Tréguier se situe légèrement en dessous du taux moyen de décès du panel qui est de 11%.

Figure 39 : Répartition des séjours selon le mode de sortie (en %)



Source : PMSI MCO 2010

Exploitation ORS Bretagne

<sup>15</sup> Le terme « mutation » désigne les sorties en direction des autres services sanitaires internes à l'établissement.

## ■ **L'activité médicale par Catégories Majeures de Diagnostics**

### **A noter**

L'activité médicale de MCO est classée en 27 Catégories Majeures de Diagnostics (CMD). Chaque séjour est classé dans une seule CMD selon les données médicales recueillies au cours du séjour.

### **Répartition des séjours par CMD**

Le graphique ci-après présente, par ordre décroissant pour le CH de Tréguier, les CMD représentant au moins 4% des séjours, ainsi que la répartition du panel national pour comparaison.

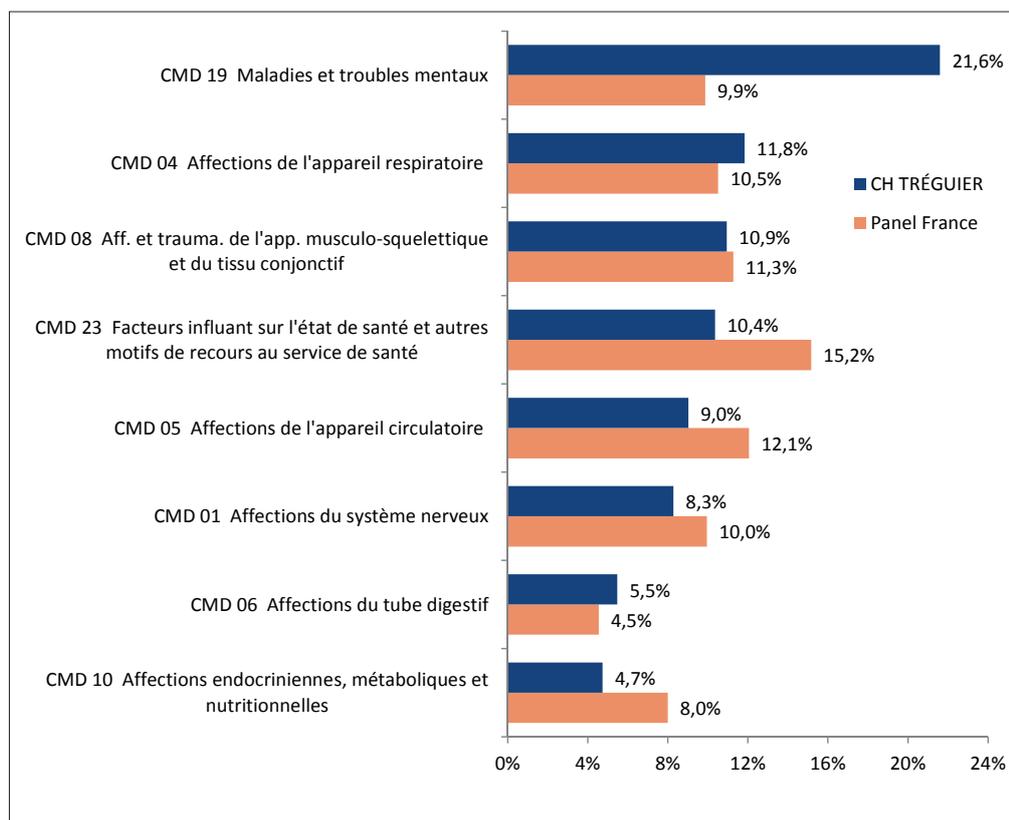
#### **Près d'un séjour sur quatre est relatif aux maladies et troubles mentaux**

Quatre champs de pathologies décrivent plus de la moitié des séjours réalisés au CH de Tréguier : « *Maladies et troubles mentaux* » (21,6%), « *Affections de l'appareil respiratoire* » (11,8%), « *Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif* » (10,9%) et « *Facteurs influant sur l'état de santé* » (10,4%).

La part des séjours relatifs aux « *Maladies et troubles mentaux* » est plus de deux fois supérieure à celle du panel.

En contrepartie, la CMD 23 « *Facteurs influant sur l'état de santé* » y est moins représentée. Les séjours relatifs aux soins palliatifs, classés dans cette catégorie, représentent 5,5% de l'ensemble des séjours, soit une part deux fois inférieure à celle du panel (10,4%).

**Figure 40 : Répartition des séjours selon les principales CMD (en %)**



Source : PMSI MCO 2010

Exploitation ORS Bretagne

L'analyse détaillée des 4 principales CMD est jointe en annexe 6.

## Niveau de sévérité

### Définition

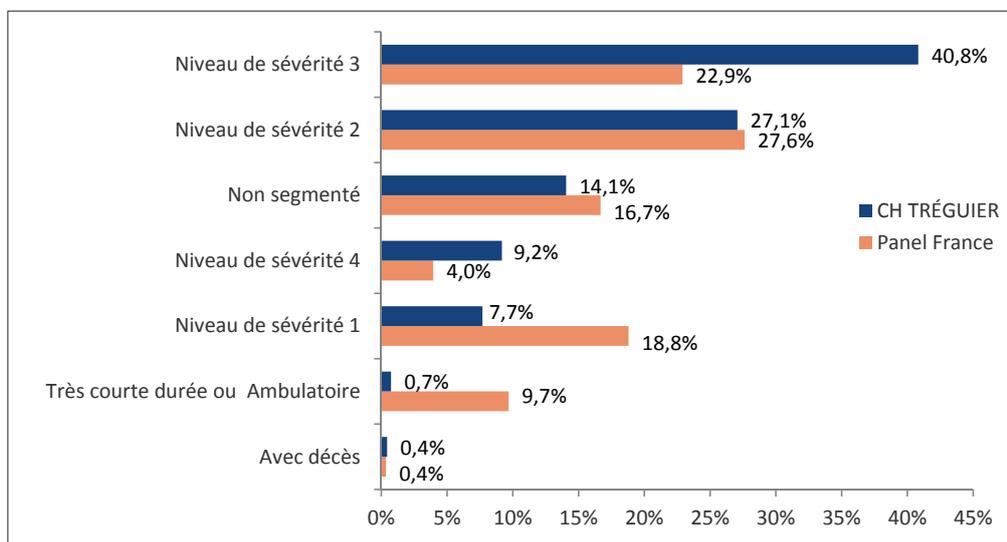
Une fois le séjour orienté dans une CMD, il est classé dans un niveau de sévérité de gravité croissante. L'attribution de ce niveau dépend de plusieurs critères analysés, dont font partie l'âge, le mode de sortie, la durée de séjour et l'existence, parmi les diagnostics associés, d'une Complication ou Morbidité Associée (CMA).

Les niveaux de sévérité sont : 1-prise en charge sans sévérité, 2- sévérité légère, 3- sévérité moyenne et 4 -prise en charge très sévère, correspondant aux séjours les plus lourds. Les séjours sans CMA sont classés dans le niveau « non segmenté ».

### Globalement, les séjours sont plus « lourds » au CH de Tréguier

Comme on peut l'observer dans le graphique ci-dessus, plus de 4 séjours sur 10 du CH de Tréguier sont classés en niveau de sévérité moyenne contre moins de un sur 4 dans le panel. Le CH de Tréguier se différencie du panel par une proportion de séjours de sévérité moyenne ou lourde deux fois plus élevée (50% contre 26,9%).

Figure 41 : Répartition des séjours selon le niveau de sévérité (en %)



Source : PMSI MCO 2010

Exploitation ORS Bretagne

## ■ *Les diagnostics*

Les deux diagnostics d'hospitalisation les plus fréquents sont les anémies nécessitant une transfusion et les soins palliatifs.

### Diagnostics principaux

#### **Définition**

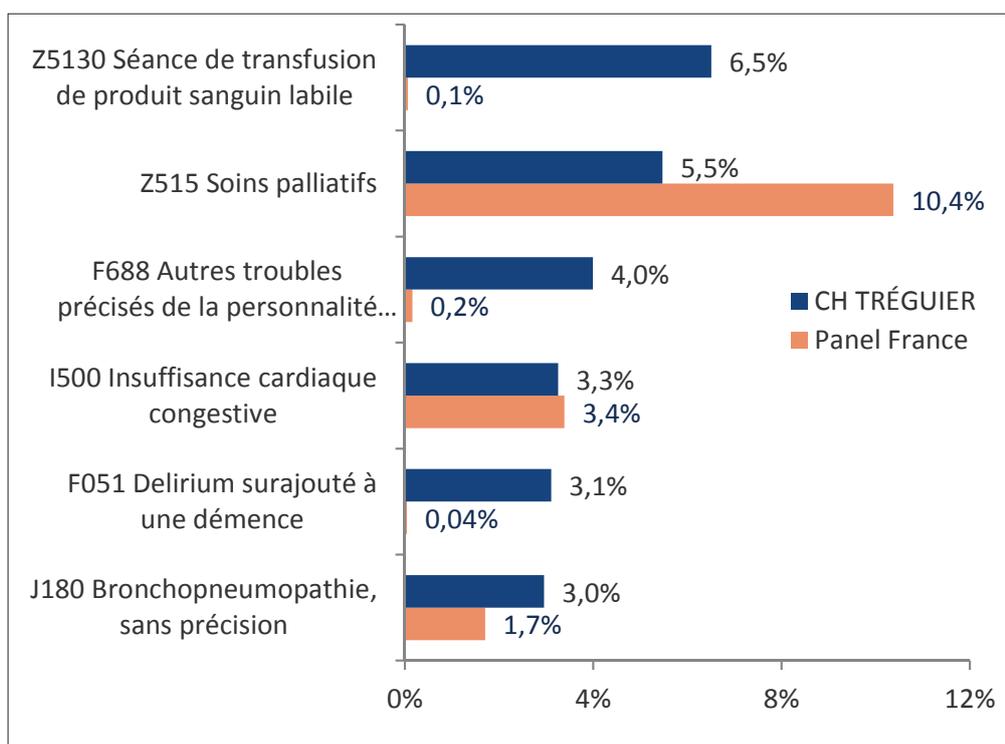
Le Diagnostic Principal est le problème de santé qui a motivé l'admission du patient.

Le graphique ci-après présente, par ordre décroissant, les diagnostics principaux représentant au moins 3% des séjours pour le CH de Tréguier, ainsi que la répartition du panel national pour comparaison. Ils sont au nombre de six et décrivent le quart des séjours. Les 74,7% restants sont répartis sur 252 autres diagnostics.

Le motif d'admission le plus fréquent au CH de Tréguier est la transfusion sanguine, en séance. Elle concerne 6,5% des séjours. L'activité de soins palliatifs est proportionnellement plus développée dans les hôpitaux du panel.

On peut aussi remarquer que les admissions pour «autres troubles précisés de la personnalité et du comportement chez l'adulte» ainsi que pour «délirium surajouté à une démence» sont beaucoup plus élevées que dans le panel.

**Figure 42 : Répartition des séjours selon le diagnostic principal (en %)**



Source : PMSI MCO 2010

Exploitation ORS Bretagne

## ■ **Les séjours d'une durée supérieure ou égale à 30 jours<sup>16</sup>**

### **Moins d'1 séjour sur 10 dépasse un mois d'hospitalisation**

La part des séjours d'une durée de 30 jours ou plus est équivalente à celle observée pour le panel national (8,3% des séjours dans les 2 cas). Ces séjours représentent 23,3% de l'ensemble des journées réalisées (30,2% pour le panel).

La durée moyenne de ces séjours atteint 39,6 jours, soit une DMS nettement inférieure à celle du panel (50,5 jours). Les patients hospitalisés 30 jours ou plus sont âgés de 85,2 ans en moyenne (contre 79,8 ans pour le panel).

La CMD « *Maladies et troubles mentaux* » reste prédominante pour le CH de Tréguier (21,4% des séjours de 30 jours ou plus), que l'on considère l'ensemble des séjours ou ceux d'une durée supérieure ou égale à 30 jours.

De la même manière, la CMD 23 « *Facteurs influant sur l'état de santé* » est surreprésentée pour le panel national (28,3%), que l'on considère l'ensemble des séjours ou ceux d'une durée supérieure ou égale à 30 jours.

<sup>16</sup> La comparaison ci-après inclut les séjours de 30 jours contrairement au graphique 37 concernant la DMS qui démarre, pour cette catégorie, à partir de 31 jours. Ceci explique les légers écarts de proportion.

## ■ L'hôpital de jour « mémoire »

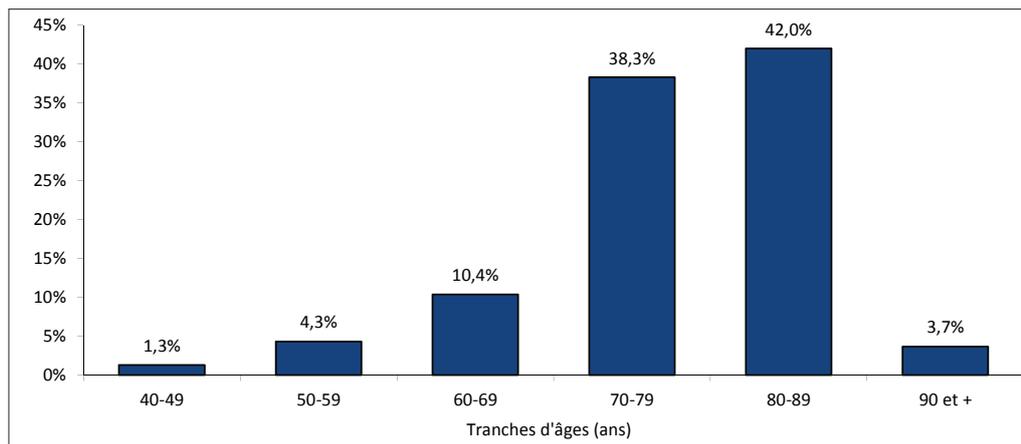
Le CH de Tréguier propose des consultations mémoires labellisées en hôpital de jour. Au cours de l'année 2010, 462 séjours y ont été réalisés. Ces séjours sont décrits ci-après de manière synthétique, sans comparaison avec l'activité des établissements adhérents à l'ORS Bretagne.

### ■ La population hospitalisée

#### Une population essentiellement féminine, âgée de 77,1 ans en moyenne

Les séjours concernent le plus souvent des femmes (64,1%). Plus de 8 patients sur 10 sont âgés de 70 à 89 ans. La moyenne d'âge est de 77,1 ans. Peu de séjours concernent des patients de moins de 70 ans.

Figure 43 : Répartition des séjours selon l'âge des patients (en %)



Source : PMSI MCO 2010

Exploitation ORS Bretagne

### ■ L'activité médicale par Catégories Majeures de Diagnostics

Trois quarts des séjours sont relatifs aux maladies et troubles mentaux.

#### Répartition des séjours par CMD

Quatre CMD décrivent l'ensemble de l'activité en hôpital de jour « mémoire ». La CMD 19 « *Maladies et troubles mentaux* » est la plus représentée, regroupant à elle seule près des  $\frac{3}{4}$  des séjours. L'analyse détaillée de ces 4 CMD est jointe en annexe 7.

## ■ Les diagnostics

Au total, 6 prises en charge sur 10 sont relatives à la maladie d'Alzheimer et autres démences<sup>17</sup>.

### Diagnostics principaux

101 Diagnostics Principaux différents ont été recensés en 2010 lors des consultations « mémoire ».

Les diagnostics les plus fréquemment rencontrés sont :

- examen de contrôle après chimiothérapie pour d'autres affections (21,6% des séjours),
- symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience, autres et on précisés (14,3%),
- démence moyenne de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, sans symptôme supplémentaire (4,5%),
- trouble anxieux et dépressif mixte (3,5%),
- l'ensemble des autres diagnostics représentent chacun moins de 3% des consultations.

Globalement, près de 4 séjours sur 10 (37,2%) ont pour motif d'admission la maladie d'Alzheimer et autres démences.

### Diagnostics reliés

Un diagnostic relié a été renseigné pour 105 séjours, soit 23%. La quasi-totalité de ces séjours (90,5%) a un diagnostic relié relatif à la maladie d'Alzheimer et autres démences.

Les 3 diagnostics reliés les plus fréquents sont :

- démence moyenne de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, sans symptôme supplémentaire (14,3% des séjours),
- démence moyenne de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, sans symptôme supplémentaire (10,5%),
- démence légère de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, sans symptôme supplémentaire (5,7%).

<sup>17</sup> Ont été retenus les séjours comportant en diagnostic principal, relié ou associé, les codes CIM10 F00- à F03- correspondant aux démences ou G30- correspondant à la maladie d'Alzheimer.

## ■ L'hôpital de jour « évaluations nutritionnelles » et « prévention des chutes »

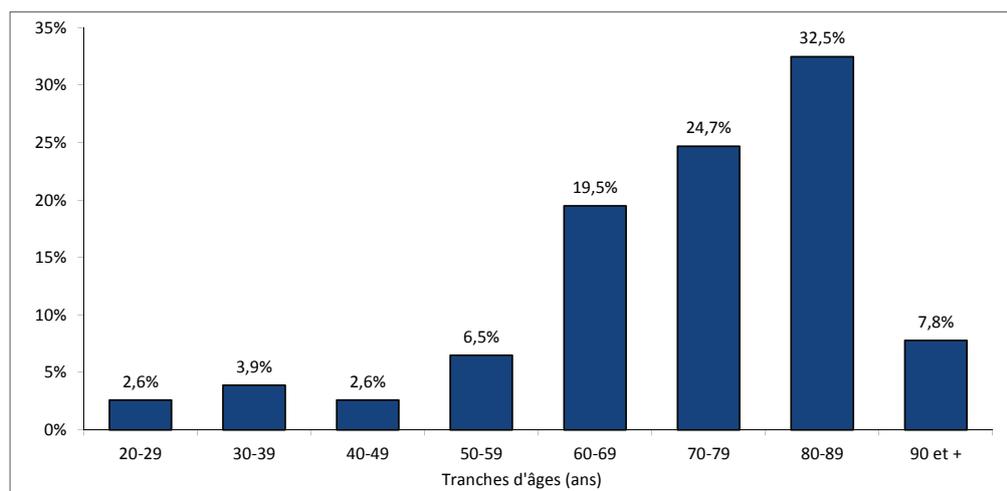
Dans le cadre de l'hôpital de jour rattaché au service de médecine, le CH de Tréguier propose des évaluations gériatriques dans le domaine de la nutrition et de la prévention des chutes. Au cours de l'année 2010, 77 séjours ont été réalisés dans cette unité. Ces séjours sont décrits ci-après de manière synthétique, sans comparaison avec l'activité des établissements adhérents à l'ORS Bretagne.

### ■ La population hospitalisée

**Une population essentiellement féminine, âgée de 71,7 ans en moyenne.**

La population prise en charge est majoritairement féminine (58,4%). Près de deux tiers des patients ont 70 ans ou plus. L'âge moyen des patients hospitalisés est de 71,7 ans. Peu de séjours concernent des patients de moins de 50 ans.

Figure 44 : Répartition des séjours selon l'âge des patients (en %)



Source : PMSI MCO 2010

Exploitation ORS Bretagne

### ■ L'activité médicale par Catégorie Majeure de Diagnostics

Le poids important de la CMD 23 (Autres motifs de recours aux soins), constitue le reflet des évaluations et des bilans multidisciplinaires réalisés.

#### Répartition des séjours par CMD

Cinq CMD regroupent l'ensemble de l'activité. La CMD 23 « Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé » est la plus représentée. Elle concerne plus des  $\frac{3}{4}$  des séjours.

L'analyse détaillée de ces 5 CMD est jointe en annexe 8.

## ■ **Les diagnostics**

Au total, la moitié des prises en charge correspond à une évaluation nutritionnelle<sup>18</sup>, et l'autre moitié est relative à la prévention des chutes<sup>19</sup>.

### **Diagnostics principaux**

12 Diagnostics Principaux différents ont été recensés en 2010. La répartition de ces diagnostics est la suivante :

- autres examens et mises en observation pour d'autres raisons précisées (68,8%),
- surveillance et conseils diététiques (6,5%),
- autres troubles anxieux phobiques (6,5%),
- anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées (5,2%),
- l'ensemble des autres diagnostics représentent chacun moins de 3% des motifs.

### **Diagnostics reliés**

Pour près d'un quart des séjours (23%), un diagnostic relié est mentionné. Il s'agit le plus souvent d'un diagnostic relatif au diabète sucré non insulino-dépendant (dans 94,4% des cas).

<sup>18</sup> Ont été retenus les séjours comportant en diagnostic principal, relié ou associé, un des codes CIM10 du chapitre IV *Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques* (codes E-).

<sup>19</sup> Ont été retenus les séjours comportant en diagnostic principal, relié ou associé, les codes CIM10.

R26- (« Anomalies de la démarche et de la motilité ») ou R29- (« Autres symptômes et signes relatifs aux systèmes nerveux et ostéo-musculaire ») du chapitre XVIII *Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs*.

Vertical line

## **L'activité médicale du service de soins de suite<sup>20</sup>**

Le CH de Tréguier dispose de 50 lits de Soins de Suite en hospitalisation complète répartis dans deux services. Au cours de l'année 2010, 613 séjours ont été réalisés dans ces lits. Ces 613 séjours représentent 2 953 semaines d'hospitalisation<sup>21</sup>, soit un total de 17 253 journées réalisées.

Globalement, la zone de recrutement est locale: près de la moitié des séjours sont domiciliés dans les communes<sup>22</sup> de Tréguier (15,8% des séjours), Lannion (12,4%), La Roche Derrien (11,6%) et Perros-Guirec (9%).

Pour l'ensemble des indicateurs présentés ci-après, une comparaison est réalisée avec la base PMSI SSR 2010 des hôpitaux de proximité adhérents à l'ORS Bretagne.

<sup>20</sup> La cartographie et la liste des hôpitaux composant le panel SSR sont restituées en annexe 9.

<sup>21</sup> Le PMSI SSR est basé sur une production hebdomadaire d'informations relative aux soins apportés aux malades. Pour tout patient hospitalisé au cours de la semaine, un Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) est renseigné.

<sup>22</sup> La provenance des patients est étudiée à partir du code géographique renseigné par les Résumés Hebdomadaires Standardisés (RHS).

Le code géographique est élaboré selon un système de codage national. Il correspond au code postal ou à un code de regroupement pour les communes de moins de 1 000 habitants.

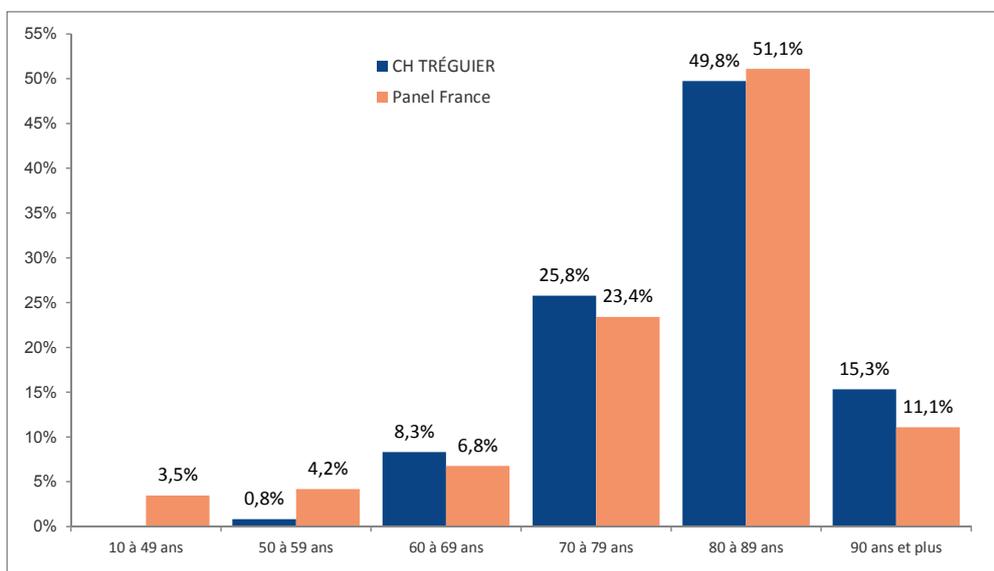
## ■ La population hospitalisée

### Une population à prédominance féminine et âgée de 81,5 ans en moyenne

La population prise en charge dans les services SSR du CH de Tréguier est majoritairement féminine (72,6% contre 63,7% pour le panel national). Plus de 9 patients sur 10 hospitalisés ont plus de 70 ans et près des deux tiers ont plus de 80 ans.

Comparativement à la population hospitalisée dans les services SSR du panel, les patients sont légèrement plus âgés (81,5 ans en moyenne contre 79,3 ans).

Figure 45 : Répartition des séjours selon l'âge des patients (en %)



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

## ■ La durée moyenne de séjour

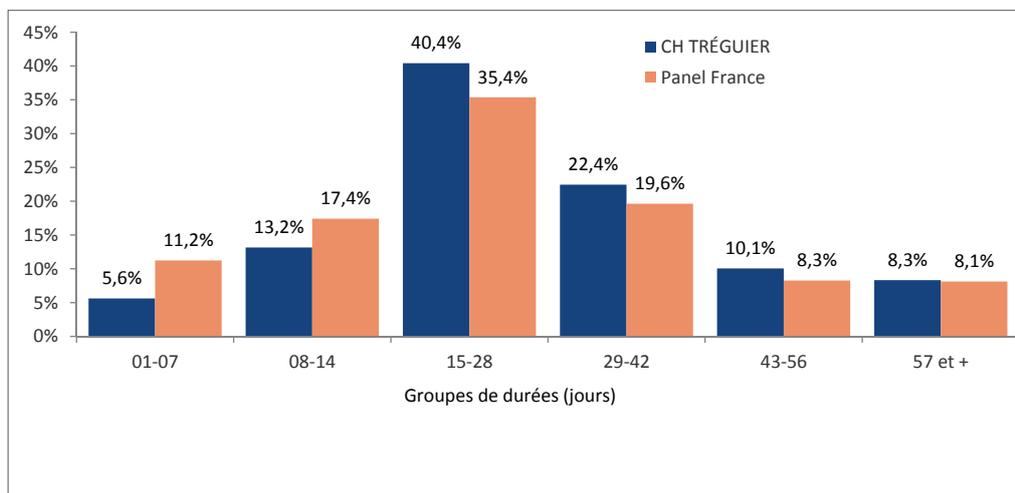
### Une hospitalisation d'un mois en moyenne

517 séjours complets, entièrement déroulés au cours de l'année ont été réalisés, ce qui représente 15 182 journées d'hospitalisation<sup>23</sup>.

Le CH de Tréguier présente une durée moyenne de séjour<sup>24</sup> légèrement supérieure à celle du panel national : 29,4 jours contre 26,9 jours.

Les séjours d'une durée supérieure à un mois (soit 29 jours et plus sur le graphique) représentent 40,8% des hospitalisations contre 36% pour le panel. Près de 2 séjours sur 10 ont une durée inférieure à 15 jours (contre près de 3 sur 10 pour le panel).

Figure 46 : Répartition des séjours selon la durée (en %)



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

<sup>23</sup> Ou journées de présence.

<sup>24</sup> La durée moyenne de séjour (DMS) calculée sur les journées de présence à partir des séjours entièrement déroulés au cours de l'année (dates d'entrée et de sortie en 2010).

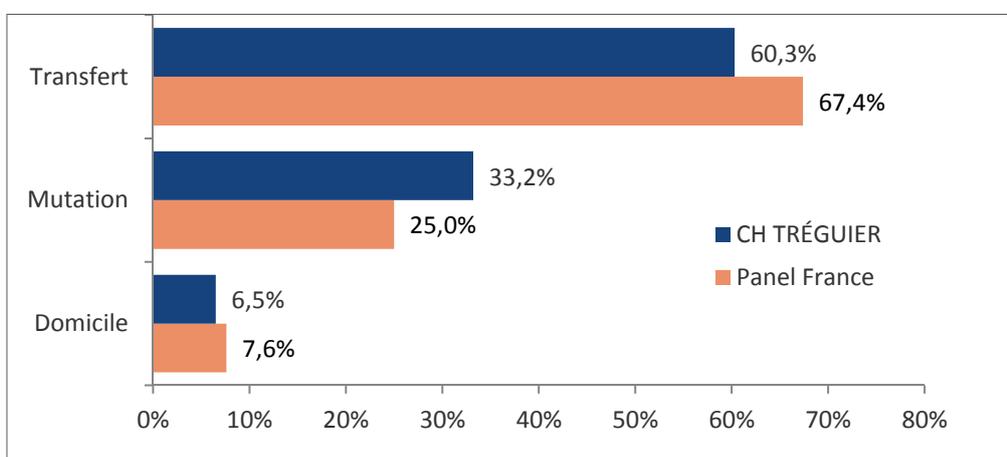
## ■ Les modes d'entrée et de sortie

### Des hospitalisations consécutives à un séjour en médecine

Le principal mode d'entrée en SSR est le transfert en provenance d'un autre établissement, presque exclusivement en provenance d'un service de MCO (98% des transferts pour le CH de Tréguier contre 94% pour le panel national).

Comparées au panel, les entrées par transfert sont proportionnellement moins nombreuses (60,3% contre 67,4%). En contrepartie, les entrées par mutation y sont plus représentées (33,2% contre 25,0%).

**Figure 46 : Répartition des séjours selon le mode d'entrée (en %)**



Source : PMSI SSR 2010

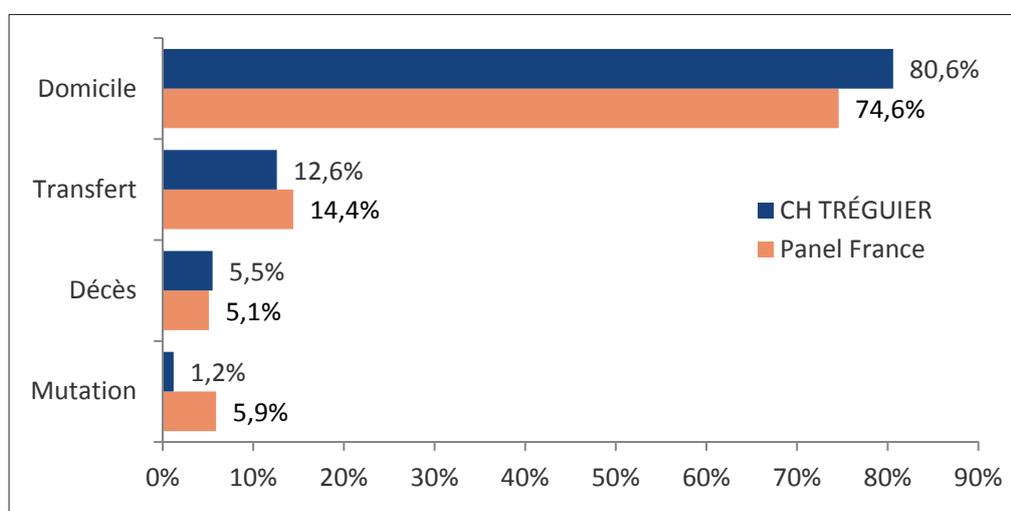
Exploitation ORS Bretagne

### Un retour au domicile 8 fois sur 10

Comparativement au panel national, les patients sont proportionnellement plus nombreux à retourner à leur domicile<sup>25</sup> après leur séjour dans le service de SSR (80,6% contre 74,6%). Les sorties par mutation vers un autre service de l'établissement représentent 1,2% des sorties (contre 5,9% pour le panel).

Avec 5,5% de décès survenus en 2010, le CH de Tréguier se situe dans la moyenne du panel.

**Figure 47 : Répartition des séjours selon le mode de sortie (en %)**



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

<sup>25</sup> Y compris l'hébergement collectif mais hors hospitalisation à domicile.

## ■ L'activité médicale par Catégorie Majeure Clinique et Groupe de Morbidité Dominante

### A noter

L'activité médicale de soins de suite est classée en 13 catégories majeures cliniques. Les CMC permettent de classer chaque semaine d'hospitalisation en fonction de l'orientation de la prise en charge du patient et du type de pathologie.

### ■ Répartition des semaines d'hospitalisation par CMC

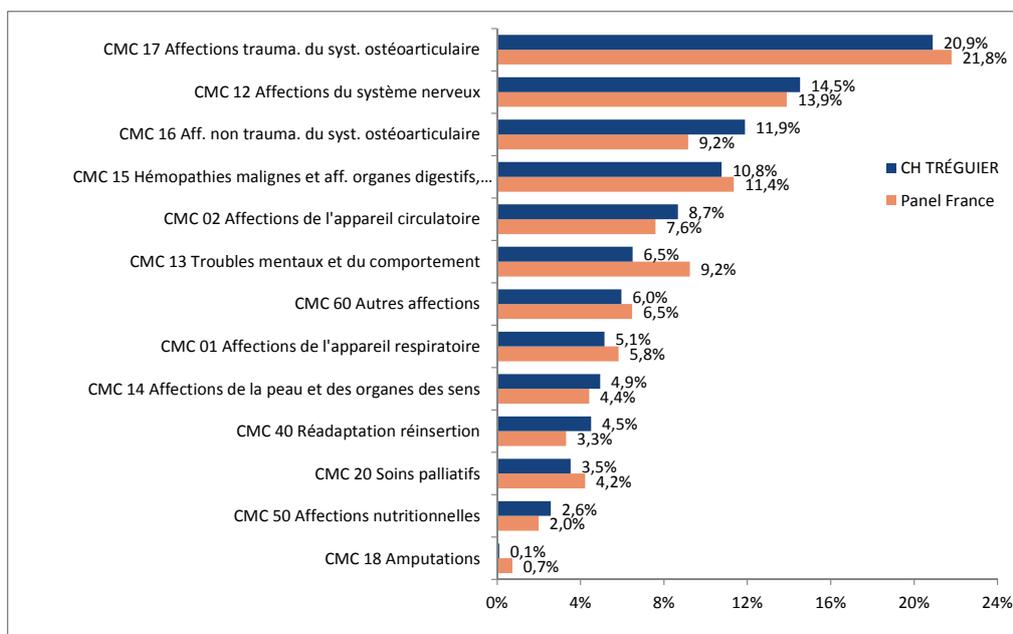
Le graphique ci-après présente les différentes CMC du CH de Tréguier, par ordre décroissant, ainsi que la répartition du panel national pour comparaison.

#### Une nette prédominance des affections traumatiques du système ostéo-articulaire

Près de la moitié des semaines d'hospitalisation ont été motivées par des *soins de suite post-traumatiques du système ostéo-articulaire* (20,9%), des soins liés aux *affections du système nerveux* (14,5%) et des *soins de suite non traumatiques du système ostéo-articulaire* (11,9%).

Le profil d'activité de l'établissement est proche du panel national. Toutefois, il se différencie sur certains points : les soins pour *affections non traumatiques du système ostéo-articulaire* sont proportionnellement plus nombreux au CH de Tréguier. Par contre, les soins pour *troubles mentaux et du comportement* concernent davantage le panel.

**Figure 48 : Répartition des semaines d'hospitalisation selon les Catégories Majeures Cliniques (en %)**



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

L'analyse détaillée des principales CMC est jointe en annexe 10.

## ■ Répartition des CMC selon leur valorisation en points IVA

### Définition

La méthode de valorisation en points IVA (Indicateur de Valorisation d'Activité) est basée sur le résultat du classement de chaque semaine d'hospitalisation dans un GMD ainsi que sur d'autres variables comme l'âge, la dépendance, le nombre d'activités de rééducation, les diagnostics, les actes et le type de finalité principale de prise en charge.

Le Poids Moyen de la Journée Traitée (PMJT) est le nombre de points IVA qu'apporte en moyenne chaque journée de présence. **Il est le reflet de la lourdeur moyenne des prises en charge.**

Le graphique ci-après présente les PMJT des 5 principales Catégories Majeures Cliniques énumérées précédemment.

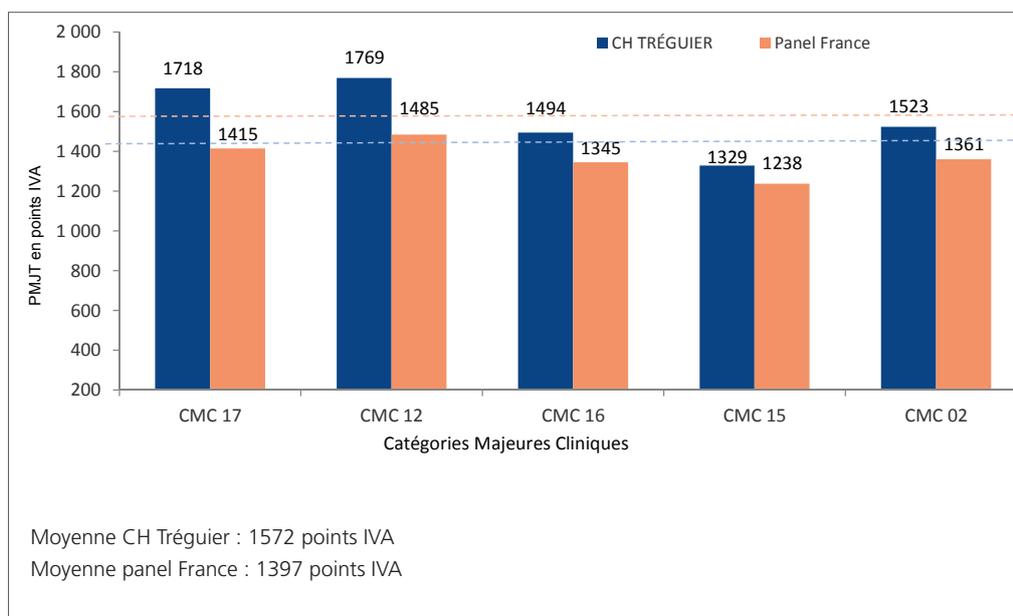
### D'une manière générale, les séjours de SSR sont plus « lourds » au CH de Tréguier que dans le panel

Le Poids Moyen de la Journée Traitée toutes CMC confondues, égal à 1 572 points IVA, est supérieur à celui constaté pour le panel national (1 397), signe d'une lourdeur plus élevée au niveau de la prise en charge des patients accueillis au CH de Tréguier (pathologie nécessitant plus de soins et/ou d'actes réalisés par les professionnels, âge plus élevé, plus forte dépendance, ...). Ceci est par ailleurs vérifiable pour les cinq principales CMC (cf. graphique ci-après).

Parmi les principales CMC, la CMC 12 «*Affections du système nerveux*» se situe au premier rang du nombre de PMJT, indiquant une prise en charge plus lourde des patients de cette catégorie<sup>26</sup>. L'écart le plus important avec le panel concerne la CMC 17 «*Affections traumatiques du système ostéo-articulaire*» où le PMJT varie de 1 415 points pour le panel national à 1 718 points par journée pour le CH de Tréguier.

<sup>26</sup> Si l'on considère l'ensemble des CMC, c'est la CMC 20 Soins palliatifs qui affiche le PMJT le plus élevé, pour le centre hospitalier (1 876 points) comme le pour panel national (1 790 points).

**Figure 49 : Répartition des principales CMC selon leur Poids Moyen de la Journée Traitée (PMJT)**



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

CMC 17 Affections traumatiques du système ostéoarticulaire

CMC 12 Affections du système nerveux

CMC 16 Affections non traumatiques du système ostéoarticulaire

CMC 15 Hémopathies malignes et affections des organes digestifs et génito-urinaires

CMC 02 Affections de l'appareil circulatoire

## ■ Répartition des semaines d'hospitalisation par Groupe de Morbidité Dominante

### Définition

Une fois la semaine d'hospitalisation orientée dans une CMC, elle est classée dans l'un des 83 Groupes de Morbidité Dominante (GMD) selon les données médicales et non médicales recueillies au cours de la semaine. Les GMD regroupent des séjours de même cohérence médicale. Ce mode de classement par semaine d'hospitalisation a pour but de distinguer d'éventuelles prises en charge plus ou moins lourdes au cours d'un séjour hospitalier.

Au sein d'un séjour dans l'établissement, la prise en charge initiale d'un patient peut évoluer d'une semaine d'hospitalisation à une autre, c'est-à-dire changer de GMD. C'est le cas de 19,9% des séjours du CH de Tréguier, qui ont au moins deux prises en charge différentes (10,8% pour le panel national).

### Le GMD « Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 18 ans » est le plus fréquent

Six GMD décrivent près de la moitié des semaines d'hospitalisations (43%). Les 57% restants sont répartis sur 37 autres GMD.

Le GMD « *Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 18 ans* » est le plus fréquent, avec 10,1% des semaines d'hospitalisations, suivi du GMD « *Complications et suivi d'implants ostéoarticulaires, âge supérieur à 18 ans* » (7,6%) et du GMD « *Lésions ostéoarticulaires et tendons traumatiques, sauf poignet main, âge supérieur à 18 ans* » (7,6%).

Comparée au panel national, la part des semaines d'hospitalisation classées dans les GMD « *Complications et suivi d'implants ostéoarticulaires, âge supérieur à 18 ans* » et « *Fracture du col du fémur avec ostéosynthèse, âge supérieur à 18 ans* » est presque trois fois plus élevée (14,4% contre 5,4%).

L'analyse détaillée des principaux GMD est jointe en annexe 11.

## ■ Les Diagnostics

### ■ Finalités principales de prise en charge

#### Définition

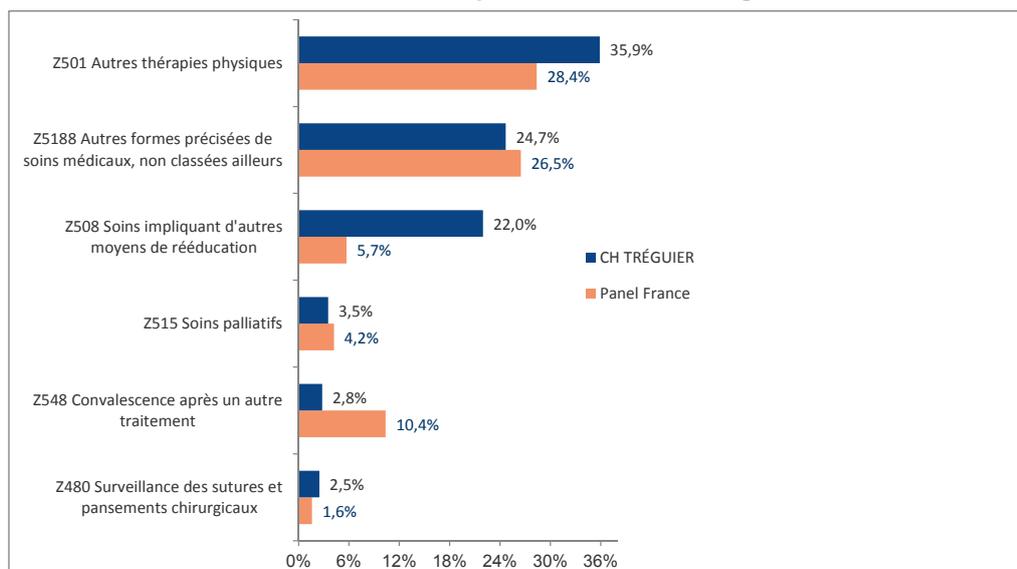
La Finalité Principale de Prise en Charge est l'action qui a mobilisé l'essentiel de l'effort soignant médical et non médical au cours de la semaine d'hospitalisation.

Le graphique ci-dessous présente, par ordre décroissant pour le CH de Tréguier, les Finalités Principales de Prise en Charge (supérieures à 2% des semaines d'hospitalisation pour le CH de Tréguier), ainsi que la répartition du panel national pour comparaison. Elles sont au nombre de six et décrivent 91,4% des semaines d'hospitalisations. Les 8,6% restants sont répartis sur 13 autres Finalités Principales de Prise en Charge.

#### Des prises en charge le plus souvent liées à un besoin de rééducation ou réadaptation après une intervention ou une hospitalisation

Les actions qui ont le plus mobilisé l'effort soignant au CH de Tréguier sont les autres thérapies physiques (35,9% des semaines d'hospitalisation), les autres formes précisées de soins médicaux (24,7%) et les soins impliquant d'autres moyens de rééducation (22,0%). Comparativement au panel national, la part des semaines d'hospitalisation relatives à la rééducation (thérapies physiques et autres moyens de rééducation) est plus élevée (plus de la moitié des semaines d'hospitalisation au CH de Tréguier contre environ une semaine d'hospitalisation sur trois dans le panel). En contrepartie, la part des semaines d'hospitalisation relatives à la convalescence est plus faible.

Figure 50 : Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Finalité Principale de Prise en Charge



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

## ■ Manifestations morbides principales

### Définition

La Manifestation Morbide Principale décrit l'altération ou le problème fonctionnel ou organique.

Les Manifestations Morbides Principales représentant au moins 3% des semaines d'hospitalisation pour le CH de Tréguier sont analysés ci-après. Elles sont au nombre de six et décrivent 38,9% des semaines d'hospitalisations. Les 61,1% restants sont répartis sur 248 autres diagnostics.

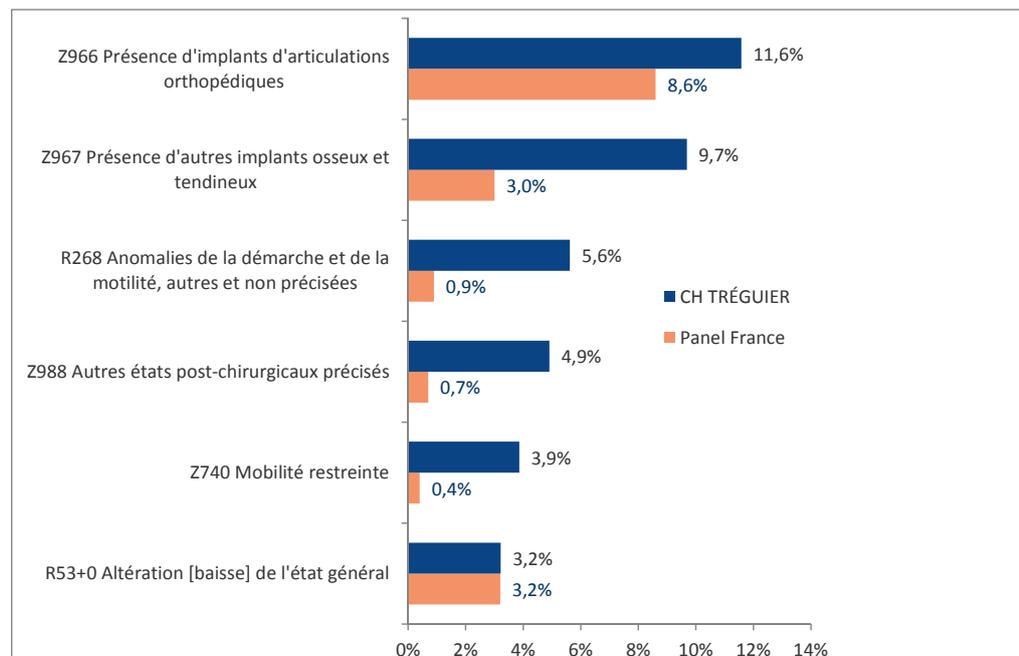
Sur ce graphique figurent aussi les trois Manifestations Morbides Principales représentant au moins 3% des semaines d'hospitalisation pour le panel national.

### Des soins consécutifs à des interventions rhumato-orthopédiques ayant nécessité la pose d'implants

Les prises en charge de patients porteurs d'implants d'articulations orthopédiques sont les plus fréquentes pour le CH de Tréguier (11,6% des semaines d'hospitalisation) comme pour le panel national (8,6%).

La Manifestation Morbide Principale qui arrive au second rang pour le CH de Tréguier est la « Présence d'autres implants osseux et tendineux » avec 9,7% des semaines d'hospitalisation.

**Figure 51 : Répartition des semaines d'hospitalisation selon la Manifestation Morbide Principale**



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

## ■ Affections étiologiques

### Définition

L’Affection Etiologique décrit l’affection à l’origine de l’altération ou du problème de santé présenté par le patient et motivant sa prise en charge.

Cette information facultative est renseignée pour 69,9% des semaines d’hospitalisation (contre 48,3% pour le panel national).

Le graphique ci-après présente, par ordre décroissant, les Affections Etiologiques représentant au moins 2% des semaines d’hospitalisation<sup>27</sup> pour le CH de Tréguier, ainsi que la répartition du panel national pour comparaison. Elles sont au nombre de six et décrivent 30,2% des semaines d’hospitalisations. Les 69,8% restants sont répartis sur 235 autres Affections Etiologiques.

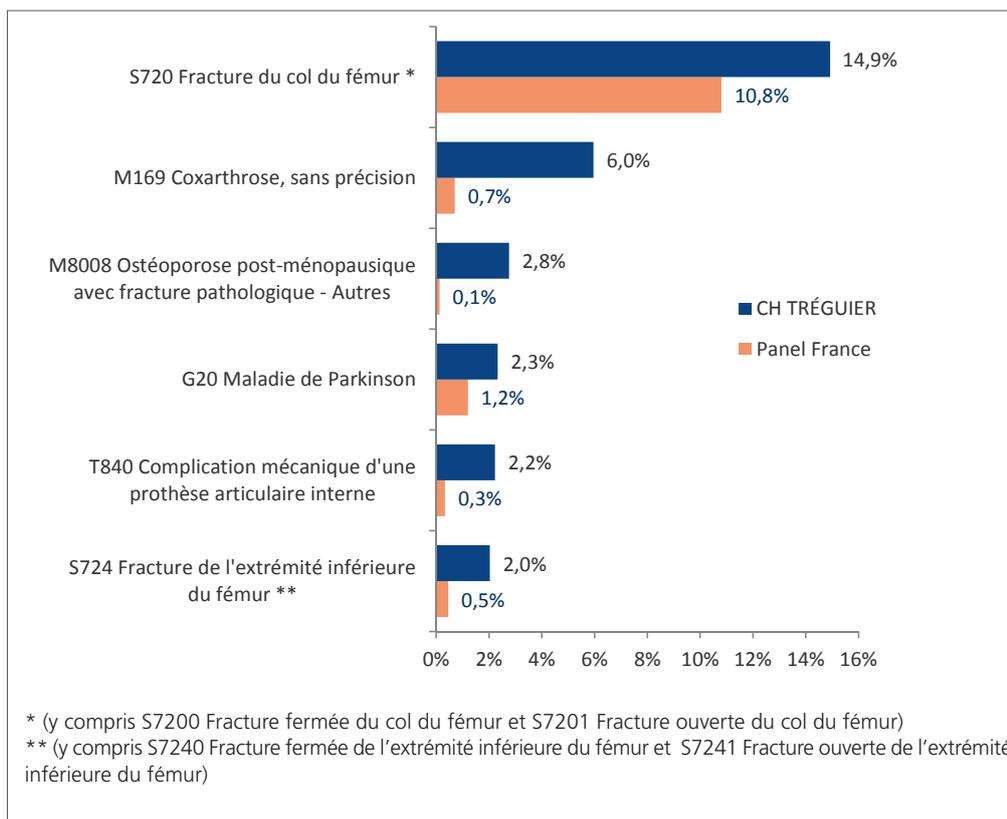
### **Les pathologies à l’origine des soins de suite sont le plus fréquemment les maladies du système ostéo-articulaire : fractures du col du fémur, coxarthroses et ostéoporoses**

Les fractures du col du fémur constituent la première cause des affections ou symptômes ayant motivé la prise en charge du patient, pour l’établissement (14,9% des semaines d’hospitalisation) comme pour le panel national (10,8%).

Viennent ensuite les coxarthroses et les ostéoporoses post-ménopausiques avec fracture. Cette spécificité est liée au genre, la population hospitalisée étant majoritairement féminine.

<sup>27</sup> Pourcentage calculé sur le nombre de semaines d’hospitalisations ayant la variable Affection Etiologique renseignée, et non sur le nombre total de semaines d’hospitalisations.

**Figure 52 : Répartition des semaines d'hospitalisation selon l'affection étiologique**



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

## ■ La rééducation-réadaptation

L'activité de rééducation des différents intervenants de SSR a concerné 507 séjours au CH de Tréguier, soit 98,1% de l'ensemble des séjours.

30 364 actes de rééducation-réadaptation ont été réalisés, soit une moyenne de 59,9 actes de rééducation-réadaptation par séjour<sup>28</sup>.

Le nombre moyen d'actes de rééducation-réadaptation par semaine<sup>29</sup> est légèrement plus élevé (11,9 contre 9,3 pour le panel national).

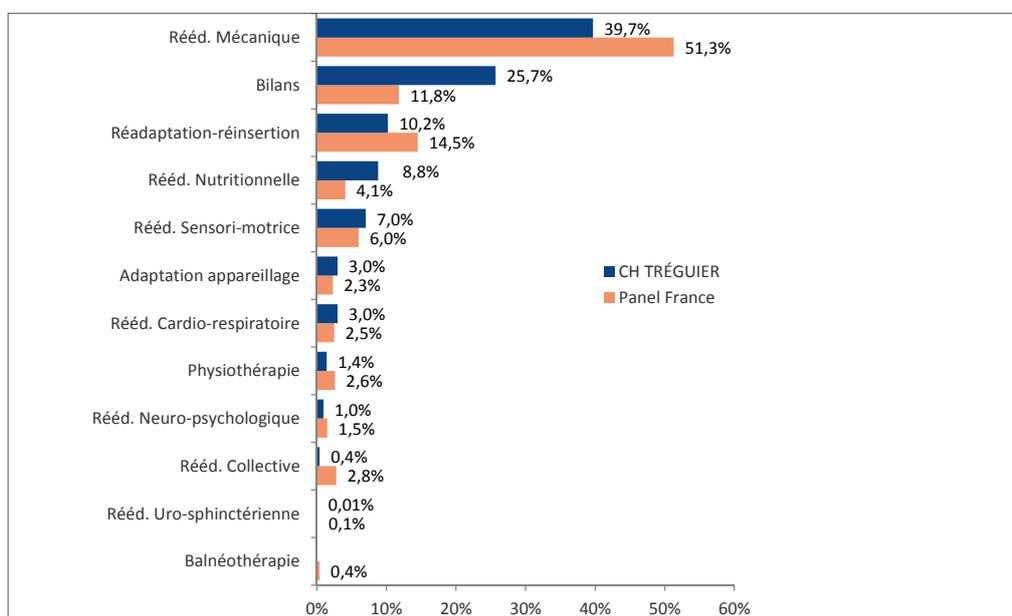
### ■ Types d'activité de rééducation-réadaptation

**Les soins dispensés sont essentiellement orientés vers la rééducation mécanique et les bilans**

La rééducation-réadaptation est décrite à travers 12 activités qui sont présentées dans le graphique ci-dessous. L'activité de rééducation-réadaptation est diversifiée.

Pour l'établissement comme pour le panel, la rééducation mécanique est l'activité la plus pratiquée. Le nombre d'actes de rééducation pour cette activité est en moyenne de 4,7 par semaine. Le CH de Tréguier se différencie sur certains points : la proportion d'actes de rééducation mécanique et de réadaptation-réinsertion y est plus faible. A l'inverse, le poids des bilans et de la rééducation nutritionnelle y est plus élevé.

**Figure 53 : Répartition des actes de rééducation-réadaptation selon le type d'activité**



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

<sup>28</sup> Sont uniquement comptés les séjours entièrement réalisés au cours de l'année ayant au moins une activité de rééducation-réadaptation.

<sup>29</sup> Calculé à partir des semaines d'hospitalisation ayant au moins une activité de rééducation-réadaptation.

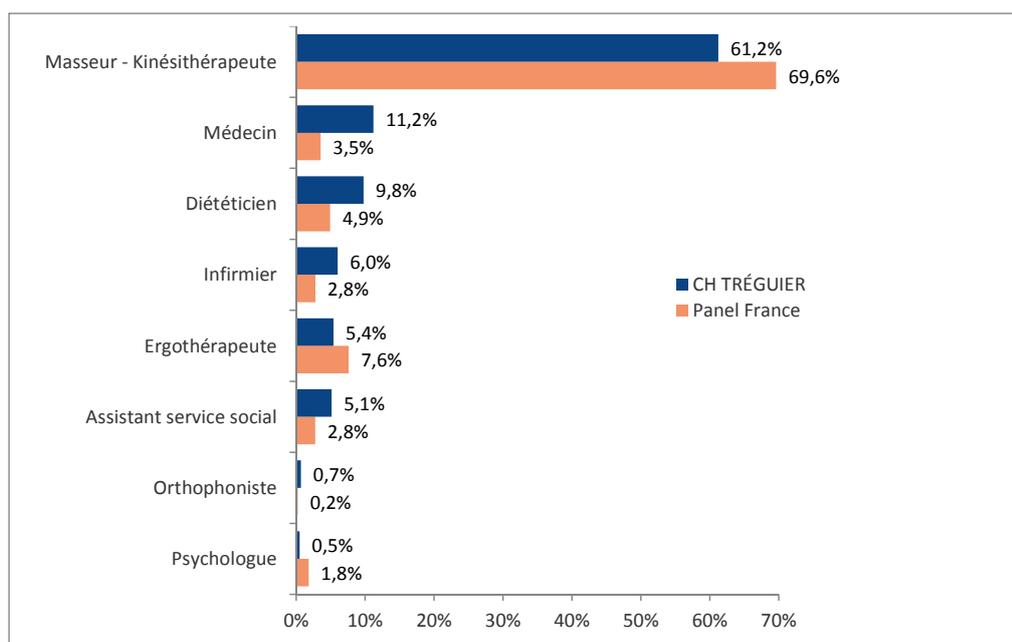
## ■ **Intervenants de rééducation-réadaptation**

Les 8 principaux intervenants de rééducation au CH de Tréguier sont présentés dans le graphique ci-dessous. Ils réalisent 99,9% des actes.

### **6 actes de rééducation sur 10 sont réalisés par les masseurs-kinésithérapeutes**

La prise en charge des patients en SSR nécessite l'implication de nombreux intervenants de Rééducation-Réadaptation. La répartition de ces intervenants diffère sensiblement entre le CH de Tréguier et le panel. L'activité des masseurs-kinésithérapeutes, qui est majoritaire dans les deux cas, est proportionnellement plus faible au CH de Tréguier puisque ces derniers réalisent 61,2% des actes (contre 69,6% pour le panel). A l'inverse, le volume cumulé de l'activité des médecins, des diététiciens et des infirmiers y est plus important (27% contre 11,2%). On peut aussi remarquer que, même si cela est relativement marginal, l'activité des psychologues est sensiblement moins représentée au CH de Tréguier que dans le panel. Cette répartition est cohérente avec les résultats de la figure précédente.

**Figure 54 : Répartition des intervenants de rééducation-réadaptation selon le volume d'actes réalisés (en %)**



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

## ■ La dépendance

### Le recueil de dépendance

Une grille de dépendance a été élaborée spécifiquement dans le cadre du PMSI SSR. La dépendance des patients est évaluée par 6 événements de la vie quotidienne : habillage, déplacements, alimentation, continence, comportement et relation.

Chaque événement recouvre une ou plusieurs «actions» de la vie quotidienne. Chaque «Action» est évaluée en fonction de ce que fait réellement le patient au cours de chaque semaine d'hospitalisation.

Pour chacun de ces événements, la mesure de la dépendance est caractérisée par 4 scores possibles selon l'importance de la charge en soins :

#### 1. Indépendance :

- complète : le patient est totalement autonome
- modifiée : le patient a besoin d'aides techniques qu'il maîtrise parfaitement, ou il a besoin d'un temps plus long mais acceptable, ou il le fait avec un risque acceptable.

**2. Supervision ou arrangement :** la présence d'une tierce personne est nécessaire pour réaliser une «action» mais il n'y a aucun contact physique avec le patient.  
Exception : mise en place et ablation d'une orthèse ou prothèse.

**3. Assistance partielle :** nécessite un contact physique d'une tierce personne pour réaliser partiellement au moins une «action».

**4. Assistance totale :** nécessite un contact physique d'une tierce personne pour réaliser la totalité d'au moins une «action».

Quatre classes de **dépendance physique** sont déterminées en fonction du score cumulé des variables de dépendance pour les événements « habillage, déplacement, alimentation et continence » : autonome (score de 4), peu dépendant (score de 5 à 8), moyennement dépendant (score de 9 à 12) et fortement dépendant (score de 13 à 16).

Quatre classes de **dépendance relationnelle** sont déterminées en fonction du score cumulé des variables de dépendance pour les événements « comportement et relation » : autonome (score de 2), peu dépendant (score de 3 à 4), moyennement dépendant (score de 5 à 6) et fortement dépendant (score de 7 à 8).

**L'évolution de la dépendance** est mesurée en comparant d'une part le score total des quatre variables de dépendance physique et d'autre part le score total des deux variables de la dépendance relationnelle, pour la première et la dernière semaine d'hospitalisation.

## ■ Analyse des scores de dépendance

### Score de dépendance physique : habillage, déplacement, alimentation et continence

#### Des patients moyennement dépendants physiquement

Avec un score moyen de 9,1, la population accueillie au CH de Tréguier est moyennement dépendante physiquement.

De manière globale, sur dix patients hospitalisés (voir tableau ci-dessous), deux sont autonomes, trois présentent une dépendance faible, deux une dépendance moyenne et trois patients sont fortement dépendants.

La part de patients « autonomes » est plus élevée comparativement au panel (19,3% contre 14,3%). A l'inverse, la part de patients « fortement dépendants » est plus faible (28,5% contre 32,2%).

De fait, le score moyen de dépendance physique du CH de Tréguier est inférieur à celui du panel national, signe d'une dépendance moins élevée.

**Figure 55 : Répartition des semaines d'hospitalisation (en %) selon le score de dépendance physique**

Dépendance physique (habillage, déplacement, alimentation, continence)	CH TRÉGUIER	Panel France
Autonome	19,3%	14,3%
Peu dépendant	27,9%	27,8%
Moyennement dépendant	24,3%	25,7%
Fortement dépendant	28,5%	32,2%
Score moyen de dépendance physique*	9,1	9,8

\* par semaine, sur une échelle allant de 4 à 16

Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

## Score de dépendance relationnelle : comportement et relation

### Des patients peu dépendants sur le plan relationnel

Avec un score moyen de 3,9, la population accueillie au CH de Tréguier est peu dépendante sur le plan relationnel. Le score moyen de dépendance est proche de celui du panel national, signe d'une dépendance de même niveau.

De manière globale, sur dix patients hospitalisés (voir tableau ci-dessous), quatre sont autonomes, trois présentent une dépendance faible, deux, une dépendance moyenne et un patient est fortement dépendant.

La part de patients « autonomes » est plus faible comparativement au panel (38,7% contre 42,8%). En contrepartie, la part de patients « peu dépendants » est plus élevée (28,5% contre 32,2%).

**Figure 56 : Répartition des semaines d'hospitalisation (en %) selon le score de dépendance relationnelle**

Dépendance relationnelle (comportement et relation)	CH TRÉGUIER	Panel France
Autonome	38,7%	42,8%
Peu dépendant	31,0%	27,9%
Moyennement dépendant	18,6%	16,8%
Fortement dépendant	11,7%	12,5%
Score moyen de dépendance relationnelle *	3,9	3,8

\* par semaine, sur une échelle allant de 2 à 8

Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

La répartition détaillée des semaines d'hospitalisation selon les niveaux de dépendance physique et de dépendance relationnelle est jointe en annexe 12.

## ■ Evolution de la dépendance

### Evolution de la dépendance physique

La dépendance physique des patients évaluée durant les semaines d'admission et de sortie montre une évolution globalement favorable.

#### Début de séjour<sup>30</sup>

Sur les 517 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score moyen de 8,9 qui correspond au profil de patients moyennement dépendants.

#### Fin de séjour

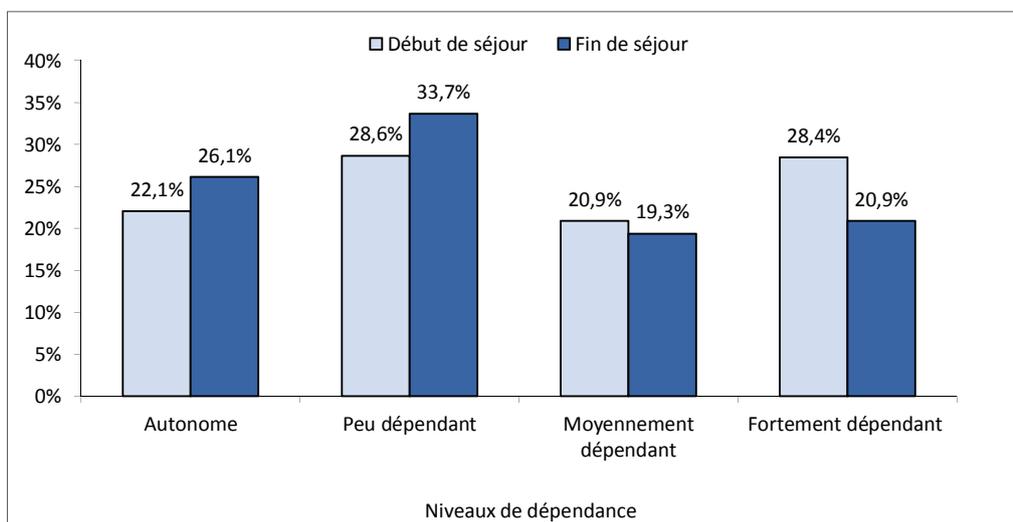
Pour les mêmes séjours, on relève en dernière semaine un score moyen de 8,2 qui correspond au profil de patients peu dépendants.

Globalement, la part de patients autonomes a augmenté (+15,3 %) et la part des patients fortement dépendants a diminué (-35,8%).

#### Au total et comparativement au panel national

L'autonomie physique des patients s'est donc améliorée au cours de leur séjour au CH de Tréguier, de même que celle des patients du panel. Leur score moyen passe en effet de 9,5 en début de séjour à 9,1 en fin de séjour.

**Figure 57 : Répartition des semaines d'hospitalisation (en %) selon le niveau de dépendance physique en début de séjour et en fin de séjour – CH de Tréguier**



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

<sup>30</sup> Concerne uniquement les séjours complets, entièrement réalisés au cours de l'année.

## Evolution de la dépendance relationnelle

Par contre, la répartition des patients selon leur degré de dépendance relationnelle évolue très peu entre l'admission et la sortie des patients.

### Début de séjour<sup>31</sup>

Sur les 517 séjours analysés, on relève en première semaine d'hospitalisation un score moyen de 3,8 qui correspond au profil de patients peu dépendants.

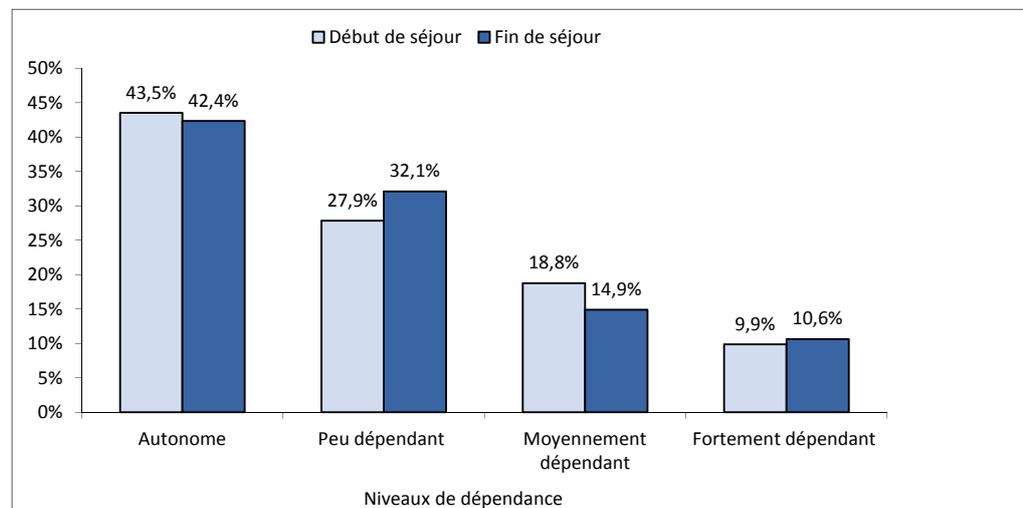
### Fin de séjour

Pour les mêmes séjours, on relève en dernière semaine le même score moyen (3,8).

### Au total et comparativement au panel national

L'autonomie des patients pour ces deux événements est donc restée stable au cours de leur séjour dans l'établissement, de même que celle des patients du panel. Leur score moyen étant passé de 3,6 en début de séjour à 3,7 en fin de séjour.

**Figure 58 : Répartition des semaines d'hospitalisation (en %) selon le niveau de dépendance relationnelle en début de séjour et en fin de séjour - CH de Tréguier**



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

<sup>31</sup> Concerne uniquement les séjours complets, entièrement réalisés au cours de l'année.

## ■ Les séjours d'une durée supérieure ou égale à 30 jours

### Des séjours proportionnellement plus nombreux au CH de Tréguier

La part des séjours d'une durée de 30 jours ou plus<sup>32</sup> est plus élevée au CH de Tréguier (36,8% des séjours, contre 32,7% pour le panel national).

Ces séjours représentent 1 476 semaines d'hospitalisation et 9 181 journées de soins dispensés, soit 60,5% de l'ensemble des journées réalisées (contre 59,9% pour le panel). La durée moyenne de ces séjours<sup>33</sup> atteint 48,3 jours, soit une DMS proche de celle du panel (49,3 jours).

Par rapport à la moyenne des hôpitaux du panel, les patients hospitalisés sont légèrement plus âgés (81,8 ans contre 80,3 ans).

La principale Catégorie Majeure Clinique est, pour le CH de Tréguier comme pour le panel national, la CMC 17 Poursuites de Soins Médicaux Post-Traumatiques, avec respectivement 27% des semaines d'hospitalisation et 28,7%.

<sup>32</sup> Concerne uniquement les séjours complets, entièrement réalisés au cours de l'année.

<sup>33</sup> Calculée sur les journées de présence à partir des séjours entièrement réalisés au cours de l'année.

# Analyse des secteurs de soins de longue durée et d'hébergement du Centre hospitalier

Cette analyse s'appuie sur les sources documentaires transmises par le Centre hospitalier à l'ORS Bretagne concernant notamment la caractérisation des populations hospitalisées ou hébergées via leur appartenance aux Groupes Iso-Ressources (GIR).

Des croisements statistiques portant sur quelques unes des variables discriminantes de la grille AGGIR (cohérence, orientation, déplacements intérieurs et extérieurs, transferts) ont été réalisés afin de mieux caractériser la population accueillie. Ils ont nécessité une nouvelle saisie de ces variables dans une base de données indépendante et anonymisée, le logiciel GALAAD ne permettant pas ces croisements.

## La définition «administrative» de la dépendance

Le dispositif s'appuie sur une évaluation de la dépendance par des professionnels, mesurée par la grille dite AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso Ressources), grille nationale d'évaluation de la perte d'autonomie chez les personnes âgées de 60 ans ou plus. L'examen repose sur dix variables discriminantes : la cohérence, l'orientation, la toilette, l'habillement, l'alimentation, l'hygiène de l'élimination, les transferts, le déplacement à l'intérieur du logement ou de l'institution, le déplacement à l'extérieur et la communication à distance. À partir de l'observation de ces dix activités, les personnes sont classées dans un des six groupes iso-ressources ou GIR. Les personnes classées dans les GIR 1 à 4 sont qualifiées de personnes dépendantes.

- **GIR 1** : personnes confinées au lit ou au fauteuil sans aucune autonomie et qui nécessitent une présence indispensable et continue d'intervenants ;
- **GIR 2** : personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas complètement altérées nécessitant une prise en charge pour les activités de la vie courante ou celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui ont conservé leurs capacités motrices ;
- **GIR 3** : personnes ayant conservé leur autonomie mentale, partiellement leur autonomie locomotrice mais ayant besoin d'aide pour leur autonomie corporelle ;
- **GIR 4** : personnes aidées pour leur transfert, pour la toilette et l'habillement ;
- **GIR 5 et 6** : personnes très peu dépendantes et personnes autonomes.

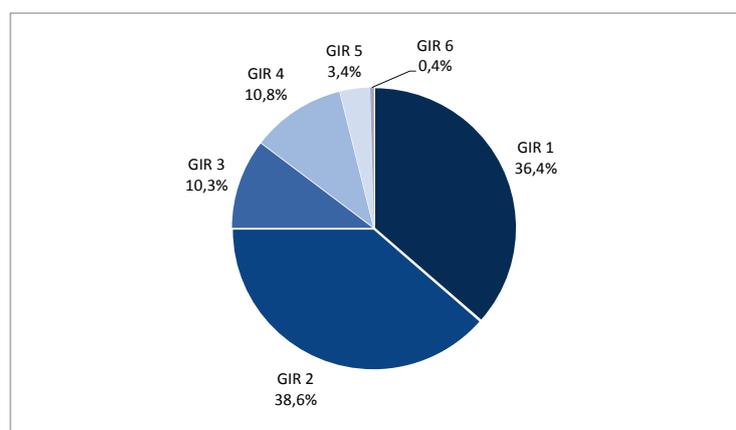
Source : Insee

Les analyses qui suivent concernent 59 patients hospitalisés en USLD et 405 résidents hébergés en janvier 2011.

### Les trois quarts des patients et résidents sont fortement dépendants (GIR 1 et 2)

Globalement, la population accueillie au CH de Tréguier en USLD et en EHPAD est majoritairement fortement dépendante puisque 75% des personnes sont classées en GIR 1 ou 2 dont plus d'un tiers (36%) en GIR 1.

**Figure 59 : Répartition des GIR des patients en USLD et des résidents en EHPAD du CH de Tréguier en janvier 2011**



Source : CH Tréguier, Exploitation ORS Bretagne

Quatre patients sur 5 sont fortement dépendants en USLD contre trois-quart en EHPAD. Si ce chiffre reste relativement proche, on observe par contre que la part des personnes fortement dépendantes (classées en GIR 1) prises en charge en USLD est proportionnellement plus élevée que celle des personnes accueillies en EHPAD (59% en USLD contre 33% en EHPAD).

**Figure 60 : Répartition des GIR des patients en USLD et des résidents en EHPAD au CH de Tréguier en janvier 2011 (nombre et %)**

	USLD		EHPAD		Total	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
GIR 1	35	59%	134	33%	169	36%
GIR 2	13	22%	166	41%	179	39%
GIR 3	4	7%	44	11%	48	10%
GIR 4	7	12%	43	11%	50	11%
GIR 5	0	0%	16	4%	16	3%
GIR 6	0	0%	2	0%	2	0%
<b>Total</b>	<b>59</b>	<b>100%</b>	<b>405</b>	<b>100%</b>	<b>464</b>	<b>100%</b>

Source : CH Tréguier, Exploitation ORS Bretagne

## Les groupes de population dite « particulière »

La grille AGGIR permet de déterminer quatre groupes de population dite « particulière » : les déments, les errants, les fugueurs et les confinés.

L'élaboration de ces 4 groupes de population repose sur le croisement deux à deux de cinq des dix variables discriminantes de la grille AGGIR : la cohérence, l'orientation, les transferts, les déplacements à l'intérieur, les déplacements à l'extérieur.

Chaque variable peut prendre une des trois modalités suivantes permettant une différenciation des individus (pas de perte d'autonomie, perte d'autonomie partielle et forte perte d'autonomie) :

- A : Fait tout seul, totalement, habituellement et correctement,
- B : Fait partiellement, ou non habituellement ou non correctement et,
- C : Ne fait pas

### Définition des 4 groupes de population dite « particulière » :

**Déments** : Les personnes « susceptibles d'être démentes » correspondent aux individus évalués B ou C pour les variables cohérence et orientation.

**Errants** : Les personnes « susceptibles d'être errantes » correspondent aux personnes ayant des problèmes d'orientation sans trouble de la mobilité (variables orientation et déplacements intérieurs).

**Fugueurs** : Les personnes « susceptibles de fuguer » correspondent aux individus ayant des troubles de l'orientation et pouvant se déplacer à l'extérieur de l'établissement (variables orientation et déplacements extérieur).

**Confinés** : Les personnes « susceptibles d'être confinés au lit ou au fauteuil » correspondent aux individus ne pouvant se déplacer à l'intérieur de l'établissement sans aide (variables transferts et déplacements intérieurs).

Ces 4 groupes de populations dites « particulières » imposent une prise en charge souvent lourde ou difficile (soins, surveillance), un même patient pouvant se retrouver dans plusieurs populations particulières.

Globalement, parmi tous les patients et résidents du CH de Tréguier,

- 82% (soit au maximum 381 personnes) sont susceptibles d'être démentes dont 59% présenteraient un niveau de démence sévère ;
- 38% (soit au maximum 176 personnes) sont susceptibles d'être « errants » ou « errants déambulants » dont un quart présente un niveau de sévérité important ;
- Seulement 3% (soit au maximum 14 personnes) peuvent être considérés potentiellement comme des « fugueurs » ;
- De 7% à 40% (soit au maximum 221 personnes) sont susceptibles d'être confinées au fauteuil ou au lit en l'absence d'aide.

Les effectifs et taux de prévalence des 4 différents groupes de population dite « particulière » sont présentés dans le tableau et le graphique suivants.

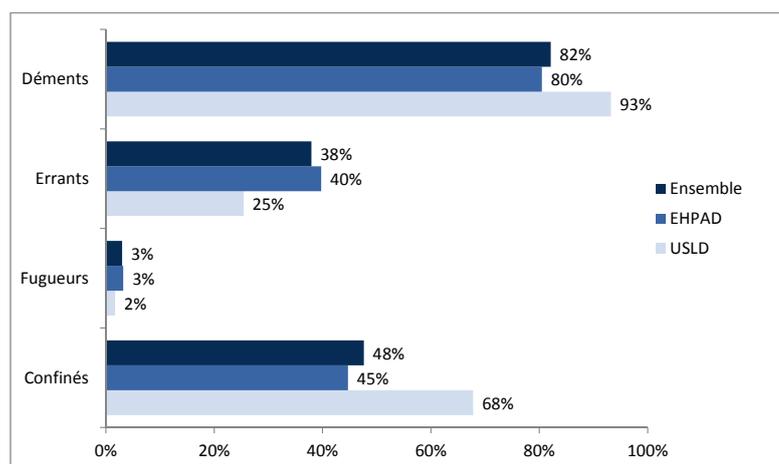
**Figure 61 : Répartition des 4 groupes de population dite « particulière » pour les patients et les résidents du CH de Tréguier en janvier 2011\***

		Ensemble N=464		USLD N=59		EHPAD N=405	
		n	% / au total des résidents ou patients	n	% / au total des patients	n	% / au total des résidents
<b>Déments</b>		<b>381</b>	<b>82%</b>	<b>55</b>	<b>93%</b>	<b>326</b>	<b>80%</b>
BB	Léger	65	14%	9	15%	56	14%
CB, BC	Moyen	41	9%	2	3%	39	10%
CC	Important	275	59%	44	75%	231	57%
<b>Errants</b>		<b>176</b>	<b>38%</b>	<b>15</b>	<b>25%</b>	<b>161</b>	<b>40%</b>
BA, BB	Moyen	59	13%	4	7%	55	14%
CA, CB	Importants	117	25%	11	19%	106	26%
<b>Fugueurs</b>		<b>14</b>	<b>3%</b>	<b>1</b>	<b>2%</b>	<b>13</b>	<b>3%</b>
BA, BB	Moyen	9	2%	1	2%	8	2%
CA, CB	Important	5	1%	0	0%	5	1%
<b>Confinés</b>		<b>221</b>	<b>48%</b>	<b>40</b>	<b>68%</b>	<b>181</b>	<b>45%</b>
AC, BC	Fauteuil	34	7%	1	2%	33	8%
CC	Lit	187	40%	39	66%	148	37%

Source : CH Tréguier, Exploitation ORS Bretagne

\*Nombre et % par rapport au nombre total de patients en USLD et de résidents en EHPAD

**Figure 62 : Répartition des 4 groupes de population dite « particulière » du CH de Tréguier en janvier 2011\***



Source : CH Tréguier, Exploitation ORS Bretagne

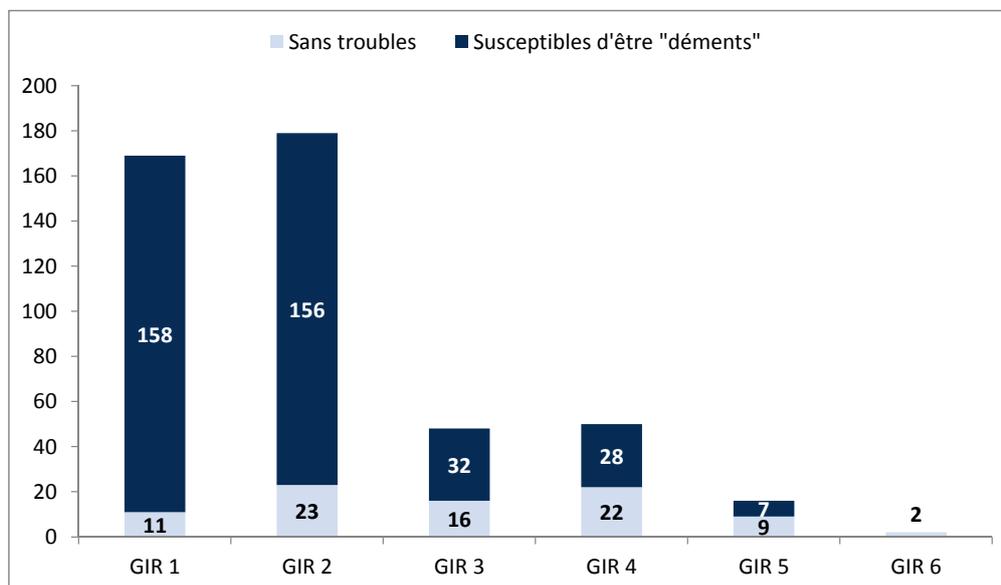
\*% par rapport au nombre total de patients en USLD et de résidents en EHPAD

### Un niveau élevé de dépendance des personnes susceptibles d'être «démontes»

Parmi les personnes dépendantes (GIR 1 à 4) on observe une majorité de patients ou résidents «susceptibles d'être déments», majorité qui s'accroît très fortement avec l'accroissement du niveau de dépendance (de 56% pour les GIR 4 à 94% pour les GIR 1).

On peut aussi remarquer que près de la moitié des personnes classées en GIR 5 rejoint cette catégorie.

**Figure 63 : Répartition des effectifs de patients et de résidents du CH de Tréguier selon les GIR et l'existence potentielle de démences en janvier 2011**



Source : CH Tréguier, Exploitation ORS Bretagne

Vertical line

## ***Analyse comparative et prospective des motifs de recours à l'hospitalisation en médecine pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et autres démences***

Une double approche concernant les séjours (activité) et les patients hospitalisés (épidémiologique) a été réalisée à partir des diagnostics principaux (motifs d'hospitalisation) reliés et associés pour la maladie d'Alzheimer et autres démences. Dans ce cadre :

- Une comparaison a été effectuée entre la population de la zone d'attraction du Centre hospitalier (A et B confondues) quel que soit son lieu d'hospitalisation et la population bretonne (taux standardisés d'hospitalisation). Les taux d'hospitalisation par âge ont aussi été observés.
- La « fuite » des patients des cantons des zones A et B (nombre de patients et proportion de séjours) vers d'autres centres hospitaliers a été analysée.
- Les taux par âge de recours à l'hospitalisation sur la zone d'attraction (A et B) ont été pris en compte afin d'extrapoler les besoins (nombre de patients concernés) à partir des projections de population à 5 ans.

## Méthodologie, source et définition

Le travail a été réalisé à partir de la base régionale du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des services de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) de l'année 2008, diffusée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Cette base regroupe les séjours des établissements publics, privés lucratifs et non lucratifs.

Les prises en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés ont été identifiées par les codes du chapitre VI et V de la Classification Internationale des Maladies (CIM 10) relatifs aux maladies du système nerveux et aux troubles mentaux mentionnés en diagnostic principal, relié et en diagnostic associé significatif.

Ont été retenus les séjours comportant en diagnostic principal, relié ou associé, un des codes CIM10 suivants :

- F00 à F03 correspondant aux démences,
- G30 correspondant à la maladie d'Alzheimer.

Par ailleurs, seuls les séjours de patients domiciliés en Bretagne sont pris en compte.

Afin de caractériser les patients atteints par la maladie d'Alzheimer et autres démences ayant effectué un séjour hospitalier en 2008, la procédure dite du « chaînage » des séjours est appliquée afin de relier les différents séjours d'une même personne hospitalisée grâce à un numéro anonyme unique.

### Le taux standardisé de recours à l'hospitalisation

La méthode de calcul est la même que pour le taux standardisé de mortalité. La population de référence est la population française (deux sexes confondus) au recensement de la population de 2006.

Dans l'analyse descriptive des séjours (activité), les taux sont calculés sur la base du nombre de séjours, alors que dans celle qui porte sur les patients hospitalisés (épidémiologique), les taux sont calculés sur la base du nombre de patients.

## ■ Comparaison entre la population de la zone d'attraction du CH de Tréguier et la population bretonne

### Plus de 11 500 bretons atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés ont été hospitalisés en court séjour en 2008

Plus de 17 000 séjours relatifs à une prise en charge en lien avec la maladie d'Alzheimer ou autres démences concernent des patients domiciliés en Bretagne. Les motifs de ces hospitalisations peuvent être directement dus à ces troubles cognitifs ou à d'autres pathologies (fracture du col du fémur, infarctus,...). Ces séjours permettent d'identifier plus de 11 500 patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences.

Les chiffres correspondants pour les personnes domiciliées dans la zone A+B du CH de Tréguier sont :

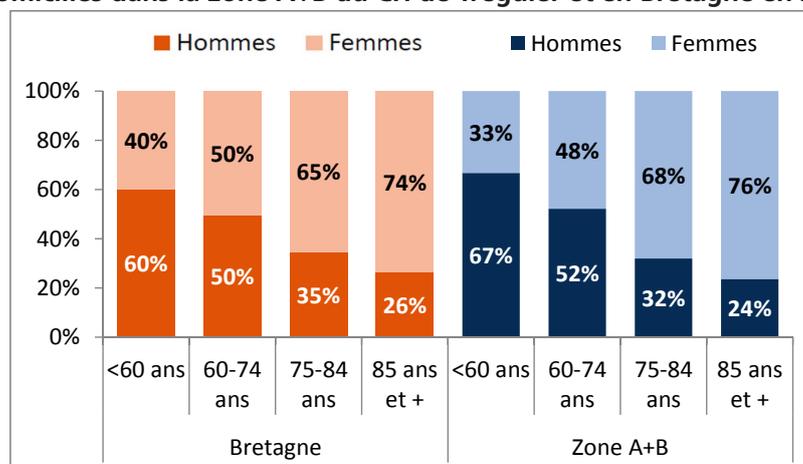
- 987 séjours,
- 704 patients.

La population de la zone d'attraction du CH de Tréguier qui représente un peu moins de 4 % de la population bretonne est donc impliquée dans plus de 6 % des hospitalisations prises en compte.

### Prédominance féminine des personnes hospitalisées en étant atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés chez les bretons comme chez les patients domiciliés dans la zone A+B du CH de Tréguier

Globalement, parmi les habitants de Bretagne comme pour ceux domiciliés dans la zone A+B du CH de Tréguier, environ deux tiers des patients hospitalisés en étant atteints de la maladie d'Alzheimer ou autres démences sont des femmes contre un tiers d'hommes. A mesure que l'âge augmente, la proportion de femmes s'accroît au détriment de celle des hommes, ce qui est cohérent avec l'espérance de vie plus élevée des femmes.

**Figure 64 : Répartition en % du nombre de séjours selon le sexe et l'âge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés domiciliés dans la zone A+B du CH de Tréguier et en Bretagne en 2008**



Source : PMSI MCO 2008, ATIH, Exploitation ORS Bretagne

**Des taux de recours à l'hospitalisation qui s'accroissent fortement avec l'âge et toujours supérieurs chez les patients domiciliés dans la zone A+B du CH de Tréguier qu'en moyenne régionale.**

En 2008, que l'on étudie le recours à l'hospitalisation chez les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences en termes d'activité (approche séjour) ou d'un point de vue épidémiologique (approche patient), les taux de recours à l'hospitalisation augmentent fortement avec l'âge, l'accroissement étant particulièrement remarquable à partir de 75 ans. Par ailleurs, à tous les âges, les taux observés chez les patients domiciliés dans la zone A+B du CH de Tréguier sont supérieurs à ceux mesurés en moyenne dans la région.

**Figure 65 : Nombre et taux de séjours de patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou autres démences selon l'âge domiciliés dans la zone A+B du CH de Tréguier et en Bretagne en 2008 (approche séjour)**

	Zone A+B		Bretagne	
	Nombre de séjours	Taux	Nombre de séjours	Taux
<60 ans	8	9,3	141	5,9
60-74 ans	121	525,7	1859	426,2
75-84 ans	498	4471,7	8584	3838,4
85 ans et +	360	10343,6	6464	9255,4
<b>Total</b>	<b>987</b>		<b>17048</b>	

Source : PMSI MCO 2008, ATIH, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Figure 66 : Nombre et taux de patients hospitalisés atteints de la maladie d'Alzheimer ou autres démences selon l'âge domiciliés dans la zone A+B du CH de Tréguier et en Bretagne en 2008 (approche patient)**

	Zone A+B		Bretagne	
	Nombre de patients	Taux	Nombre de patients	Taux
<60 ans	7	8,1	113	4,7
60-74 ans	90	391,0	1134	260,0
75-84 ans	350	3142,7	5560	2486,2
85 ans et +	257	7384,2	4697	6725,4
<b>Total</b>	<b>704</b>		<b>11504</b>	

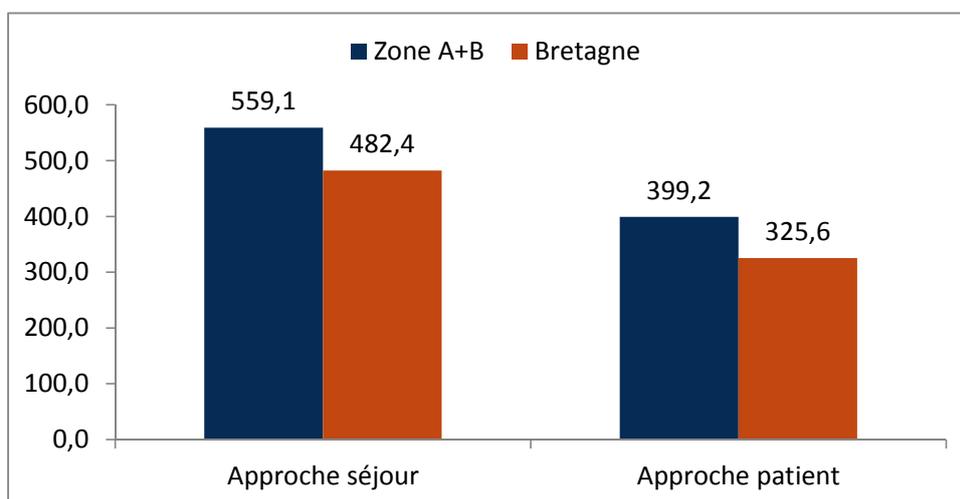
Source : PMSI MCO 2008, ATIH, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Au final, un recours à l'hospitalisation plus fréquent chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences domiciliés dans la zone A+B du CH de Tréguier qu'en moyenne régionale**

En 2008, quelle que soit l'approche privilégiée (approche séjour ou patient), le taux standardisé de recours à l'hospitalisation chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou autres démences domiciliés dans la zone d'attraction A+B du CH de Tréguier est supérieur à celui mesuré chez les bretons (+ 15,9 % concernant l'approche séjour ; + 22,6 % concernant l'approche patient).

**Figure 67 : Taux standardisés de recours à l'hospitalisation des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres démences domiciliées dans la zone A+B du CH de Tréguier et en Bretagne en 2008**



Source : PMSI MCO 2008, ATIH, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*données domiciliées

## ■ Analyse de la « fuite » des patients des cantons des zones A et B

### Plus du tiers des patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou autres démences domiciliés dans la zone A+B ont été pris en charge au CH de Tréguier en 2008

En 2008, parmi l'ensemble des personnes hospitalisées et atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres démences résidant dans la zone A+B du CH de Tréguier, plus du tiers (35%, soit 267 patients) ont effectué au moins un séjour au CH de Tréguier.

Cependant, c'est au CH de Lannion que la proportion de patients hospitalisés domiciliés dans la zone A et B est la plus élevée. Il a « attiré » 336 patients soit 44% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou autres démences ayant effectué un séjour hospitalier en 2008. Le CH de Guingamp et celui de Paimpol ont attiré pour leur part 14% des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'autres démences.

**Figure 68 : Nombre de séjours et de patients\* hospitalisés domiciliés dans la zone A et B du CH de Tréguier selon l'établissement de prise en charge en 2008**

	Nombre de séjours	%	Nombre de patients	%
CH Lannion	449	46%	336	44%
<b>CH Tréguier</b>	<b>330</b>	<b>33%</b>	<b>267</b>	<b>35%</b>
CH Guingamp	74	8%	58	7%
CH Paimpol	67	7%	51	7%
Autres établissements	66	7%	60	8%
<b>Total</b>	<b>987</b>	<b>100%</b>	<b>772</b>	<b>100%</b>

Source : PMSI MCO 2008, ATIH, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Le nombre de patients dénombrés ici est supérieur au nombre total de patients domiciliés dans la zone : un même patient ayant pu fréquenter 2 établissements différents au cours de l'année.

**Une «fuite» des patients résidant dans la zone d'attraction du CH de Tréguier vers d'autres établissements pour des motifs diversifiés** (voir tableau ci-après).

Six motifs principaux rassemblent près de trois quarts des séjours pour des patients hospitalisés sur d'autres établissements que Tréguier. Par ordre décroissant on trouve :

- **les troubles mentaux** (18 %) même si ceux-ci représentent 45% des séjours effectués au CH de Tréguier ;
- **les lésions traumatiques, empoisonnements et autres causes externes** (13 %) qui ne représentent qu'un pour cent des séjours au CH de Tréguier ;
- **les maladies cardiovasculaires** (12 %) : 2 % des séjours au CH de Tréguier ;
- **les symptômes... non classés ailleurs** (11 %) : 5 % des séjours au CH de Tréguier ;
- **les maladies de l'appareil respiratoire** (10 %) : 3 % des séjours au CH de Tréguier ;
- **les maladies du système nerveux** (9 %) : 2 % des séjours au CH de Tréguier.

**Figure 69 : Répartition du nombre de séjours effectués par des patients\* atteints de la maladie d'Alzheimer ou autres démences selon l'établissement de prise en charge et le diagnostic principal**

		CH Tréguier		Etablissements hors Tréguier		Ensemble	
		Nombre de séjours	%	Nombre de séjours	%	Nombre de séjours	%
A00-B99	Maladies infectieuses et parasitaires	2	1%	15	2%	17	2%
C00-C97	Tumeurs malignes	-	0%	17	3%	17	2%
D00-D48	Autres tumeurs (in situ, bénignes,...)	-	0%	1	0,2%	1	0,1%
D50-D89	Maladies du sang et des organes hématopoïétiques	5	2%	5	1%	10	1%
E00-E90	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	11	3%	10	2%	21	2%
<b>F00-F99</b>	<b>Troubles mentaux</b>	<b>150</b>	<b>45%</b>	<b>116</b>	<b>18%</b>	<b>266</b>	<b>27%</b>
G00-G99	Maladies du système nerveux	6	2%	62	9%	68	7%
H00-H59	Maladies de l'œil et de ses annexes	-	0%	2	0,3%	2	0,2%
H60-H95	Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	1	0,3%	1	0,2%	2	0,2%
I00-I99	Maladies de l'appareil circulatoire	8	2%	81	12%	89	9%
J00-J99	Maladies de l'appareil respiratoire	11	3%	63	10%	74	8%
K00-K93	Maladies de l'appareil digestif	2	1%	34	5%	36	4%
L00-L99	Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané	-	0%	5	1%	5	1%
M00-M99	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	9	3%	29	4%	38	4%
N00-N99	Maladies de l'appareil génito-urinaire	3	1%	21	3%	24	2%
R00-R99	Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	15	5%	75	11%	90	9%
S00-T98	Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	2	1%	83	13%	85	9%
Z00-Z99	Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé	105	32%	34	5%	139	14%
<b>Total Tous diagnostics principaux confondus</b>		<b>330</b>	<b>100%</b>	<b>656</b>	<b>100%</b>	<b>987</b>	<b>100%</b>

Source : PMSI MCO 2008, ATIH, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Patients domiciliés dans les cantons de la zone d'attraction A et B du CH de Tréguier

## ■ Estimation des besoins de prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer et autres démences domiciliés dans les cantons A et B à l'horizon 2017

En appliquant les taux de recours à l'hospitalisation selon le sexe et l'âge observés en 2008 aux projections de populations correspondantes pour les zones d'attraction A et B du CH de Tréguier, on obtient une estimation du nombre d'hospitalisations pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et autres démences chez les personnes domiciliées dans la zone d'attraction A et B du CH de Tréguier.

En 2012, les habitants des zones A et B seraient à l'origine de 1 162 séjours pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et autres démences. En 2017, ils généreraient 1 278 séjours.

**L'activité liée à la prise en charge de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés devrait donc croître de +18% entre 2008 et 2012 et devrait continuer d'augmenter de +10% entre 2012 et 2017.**

**Figure 70 : Extrapolation des besoins de prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer et autres démences domiciliés dans les cantons A et B à l'horizon 2017**

	2008		Extrapolation des besoins		Variation 2007/2012		Variation 2012/2017	
	Nombre de séjours	Taux	2012	2017	Nombre de séjours	%	Nombre de séjours	%
<60 ans	8	9,3	8	8	-0,2	-2%	-0,2	-2%
60-74 ans	121	525,7	138	157	+17	+14%	+19	+14%
75-84 ans	498	4471,7	521	517	+23	+5%	-5	-1%
85 ans et +	360	10343,6	495	598	+135	+37%	+103	+21%
<b>Total</b>	<b>987</b>	<b>798,8</b>	<b>1162</b>	<b>1278</b>	<b>+175</b>	<b>+18%</b>	<b>+117</b>	<b>+10%</b>

Source : PMSI MCO 2008, ATIH, Insee, Exploitation ORS Bretagne

Vertical line

# Synthèse

## ***Le contexte démographique***

■ **Au dernier recensement disponible** (1<sup>er</sup> janvier 2007), la population résidant dans la zone d'attraction du CH de Tréguier est plus âgée que celle du département, de la région ou que la population française.

■ **A l'horizon 2017**, une augmentation de près de 10 000 personnes de 60 ans et plus est attendue sur la zone d'attraction du CH de Tréguier vis-à-vis de l'année 2007, dont près de 4 500 (+ 11 %) vis-à-vis de la population attendue en 2012. Sur la dernière période (2012-2017), les personnes âgées de 75 ans et plus pourraient augmenter d'environ 900 personnes (+ 5%) ; celles âgées de 85 ans et plus d'environ 1 000 personnes (+ 21 %).

## ***Le contexte épidémiologique***

■ **Concernant la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées** et sur la zone d'attraction du CH de Tréguier, on peut estimer qu'à l'horizon 2017, ce sont environ 750 nouvelles personnes âgées de 65 ans et plus qui seront en 2017 atteintes de la maladie d'Alzheimer (en augmentation de + 14 % par rapport au nombre de nouveaux malades attendus en 2012).

Environ 2 600 personnes âgées de 75 ans et plus et atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées seraient ainsi résidentes dans la zone d'attraction du CH de Tréguier à l'horizon 2017, en croissance de + 15 % par rapport au nombre de malades du même âge attendus en 2012.

■ **Concernant les besoins d'hébergement** et sur la zone d'attraction du CH de Tréguier, on estime qu'entre 2012 et 2017, **sur la base des taux d'hébergement observés en 2007**, environ 350 personnes supplémentaires âgées de 60 ans et plus pourraient être hébergées dans un service de moyen ou de long séjour, dans une maison de retraite, un foyer ou une résidence sociale<sup>34</sup>.

■ **Concernant la mortalité :**

- Sur la période 2006-2008 à population comparable et sur la zone d'attraction du CH de Tréguier, **la population résidente subit un phénomène de surmortalité vis-à-vis des moyennes départementale, régionale et nationale**. Cette surmortalité étant davantage marquée dans la population masculine.
- Sur la même période, **les cancers sont la cause du plus grand nombre de décès chez les hommes** (environ 270 décès en moyenne annuelle, soit environ un tiers de l'ensemble des décès) et **les maladies cardiovasculaires chez les femmes** (environ 250 décès en moyenne soit environ un tiers de l'ensemble des décès).  
On peut aussi remarquer qu'en moyenne annuelle, plus de 70 personnes qui représentent environ 5 % de l'ensemble des décès (dont 55 âgées de 75 ans et plus soit près de 80 %), sont identifiées comme étant décédées de pathologies liées à des troubles mentaux sur le bassin d'attraction du centre hospitalier.
- **Entre les périodes 1998-2000 et 2006-2008** et comparativement à ce que l'on peut observer dans le département, la région ou au niveau national, la zone d'attraction du CH de Tréguier se distingue notamment par :
  - une baisse de la mortalité masculine moins importante qu'aux autres niveaux géographiques pris en compte pour toutes les grandes catégories de pathologies (cancers, appareil respiratoire et maladies cardiovasculaires,...) et une très forte dégradation de la mortalité liée aux troubles mentaux, contrairement à ce qui peut s'observer aux échelles géographiques plus larges ;
  - une baisse de la mortalité féminine plus importante, notamment vis-à-vis des variations régionales et nationale pour les cancers et les troubles mentaux. Une baisse de niveau comparable pour les maladies cardiovasculaires et de l'appareil digestif et une baisse sensiblement moins importante pour les maladies de l'appareil respiratoire.
- **A l'horizon 2017** en moyenne annuelle et sous l'hypothèse d'un maintien des taux de mortalité par âge, environ 620 nouvelles personnes devraient décéder d'une maladie cardiovasculaire, environ 520 d'un cancer et environ une centaine d'une pathologie liée à un trouble mental ou du comportement.
- **Concernant spécifiquement la mortalité liée à la maladie d'Alzheimer** et à l'horizon 2017, on peut attendre environ 120 décès annuels sur le bassin d'attraction du CH de Tréguier, soit une évolution d'environ + 15 % vis-à-vis des effectifs attendus en 2012.

<sup>34</sup> Hors tout élément concernant l'évolution de l'offre et listes d'attente.

## **L'activité du Centre hospitalier de Tréguier**

■ **Concernant le service de médecine** en 2010 et comparativement à un panel de 54 services de médecine d'hôpitaux de proximité comparables (à vocation gériatrique), celui-ci se distingue notamment par :

- une population plus féminine et plus âgée ;
- une durée moyenne de séjour légèrement inférieure ;
- des entrées en provenance du domicile proportionnellement très supérieures à celles du panel et des modes de sortie comparables à ceux observés dans ce dernier ;
- une proportion de séjours liés aux maladies et troubles mentaux (qui représentent près d'un quart des séjours au CH de Tréguier) très supérieure à celle observée dans le panel (environ 10 %) ;
- un niveau de sévérité «moyenne» ou «lourde» deux fois plus élevé que dans le panel (50 % contre 26,9 %) ;
- des diagnostics principaux pour «*autres troubles précisés de la personnalité et du comportement chez l'adulte*», pour «*delirium surajouté à une démence*» et pour «*séance de transfusion de produit sanguin labile*» proportionnellement beaucoup plus élevés que dans le panel. A contrario, des diagnostics principaux pour «*soins palliatifs*» moins représentés.

■ **Concernant l'activité du service de soins de suite et de réadaptation** et comparativement à un panel de 61 services de soins de suite d'hôpitaux de proximité comparables (à vocation gériatrique), celui-ci se distingue notamment par :

- une population proche de celle du panel concernant son âge, sensiblement plus féminisée ;
- une durée moyenne de séjour légèrement supérieure ;
- des modes d'entrée par transfert plus nombreux (plus des deux tiers contre 60 % dans le panel) au détriment des mutations, et des retours au domicile pour plus de quatre patients sur cinq (3 patients sur 4 dans le panel) ;
- une répartition des semaines d'hospitalisation par catégories majeures cliniques (CMC) relativement proche de celle du panel à l'exception notamment des «*troubles mentaux et du comportement*» un peu moins représentés (6,5 % contre 9,2 % dans le panel) ;

- une valorisation en points ISA des CMC qui montre des prises en charge plus «*lourdes*» en moyenne que dans le panel, et ce, quelle que soit la CMC prise en compte (parmi les 6 principales CMC) ;
- parmi les finalités principales de prise en charge, les «*autres thérapies physiques*» et les «*soins impliquant d'autres moyens de rééducation*» rassemblent plus de la moitié des semaines d'hospitalisation (contre environ un tiers seulement dans le panel). A contrario, les «*convalescences après un autre traitement*» sont moins représentées ;
- des soins de rééducation-réadaptation essentiellement orientés vers la «*rééducation mécanique*» (39,7 % contre 51,3 % dans le panel) et vers les «*bilans*» (25,7 % contre 11,8 % dans le panel), soins qui rassemblent à eux deux près de deux tiers des actes de rééducation-réadaptation ;
- un score moyen de dépendance physique inférieur à celui du panel et un score de dépendance relationnelle comparable à ce dernier ;
- une évolution des scores de dépendance au cours des séjours comparable à ce qui peut s'observer en moyenne dans le panel.

■ **Concernant l'activité des secteurs de soins de longue durée et d'hébergement**, on peut remarquer qu'en janvier 2011 :

- la population accueillie présente un profil fortement dépendant, les Groupes iso-ressources (GIR) 1 et 2 rassemblant à eux seuls trois quarts des personnes accueillies (81 % en USLD et 74 % en EHPAD) ;
- globalement et parmi tous les patients (USLD) ou résidents (EHPAD) accueillis, plus de quatre sur cinq (82 %) sont susceptibles d'être déments dont 59 % présenteraient un niveau de démence sévère. Par ailleurs près de 4 patients ou résidents sur dix (38 %) sont susceptibles «*d'errer ou de déambuler*» dont 25 % avec un niveau de sévérité élevé.

■ **Concernant l'analyse comparative et prospective des motifs d'hospitalisation en médecine pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et autres démences**, on peut remarquer que :

- en 2008, les taux de recours à l'hospitalisation sont, pour les personnes qui résident dans la zone d'attraction du CH de Tréguier et quel que soit l'âge des personnes prises en compte, toujours supérieurs à ce qui s'observe en moyenne régionale ;
- en 2008 et parmi les personnes concernées par la maladie d'Alzheimer et autres démences qui résident dans la zone d'attraction du centre hospitalier et qui sont hospitalisées en médecine, près des deux tiers le sont dans un autre centre hospitalier, notamment à Lannion. Cette «*fuite*» des patients qui résident dans le bassin d'attraction s'observe pour des motifs d'hospitalisation diversifiés avec au premier rang les «*troubles mentaux et du comportement*» même si ceux-ci représentent déjà près de la moitié des séjours effectués au CH de Tréguier pour ces patients ;

- à l'horizon 2017, on peut estimer, sur la base des taux de recours à l'hospitalisation observés en 2008, que la population concernée par la maladie d'Alzheimer et autres démences sera susceptible de générer près de 1 300 hospitalisations en moyenne annuelle (quel que soit le lieu d'hospitalisation), en croissance de + 10 % vis-à-vis des hospitalisations attendues en 2012 pour cette même population.

Vertical line

# Annexes

**Annexe 1** : origine géographique des patients et résidents du CH de Tréguier en 2010

**Annexe 2** : données démographiques détaillées

**Annexe 3** : catégories de population et type de résidence par zone

**Annexe 4** : données de mortalité détaillées

**Annexe 5** : cartographie et liste des hôpitaux participant au panel pour le court séjour

**Annexe 6** : détail des principales catégories majeures de diagnostics - médecine hospitalisations complètes

**Annexe 7** : détail des principales catégories majeures de diagnostics - hôpital de jour «mémoire»

**Annexe 8** : détail des principales catégories majeures de diagnostics - hôpital de jour «évaluations nutritionnelles» et «prévention des chutes»

**Annexe 9** : cartographie et liste des hôpitaux participant au panel pour le SSR

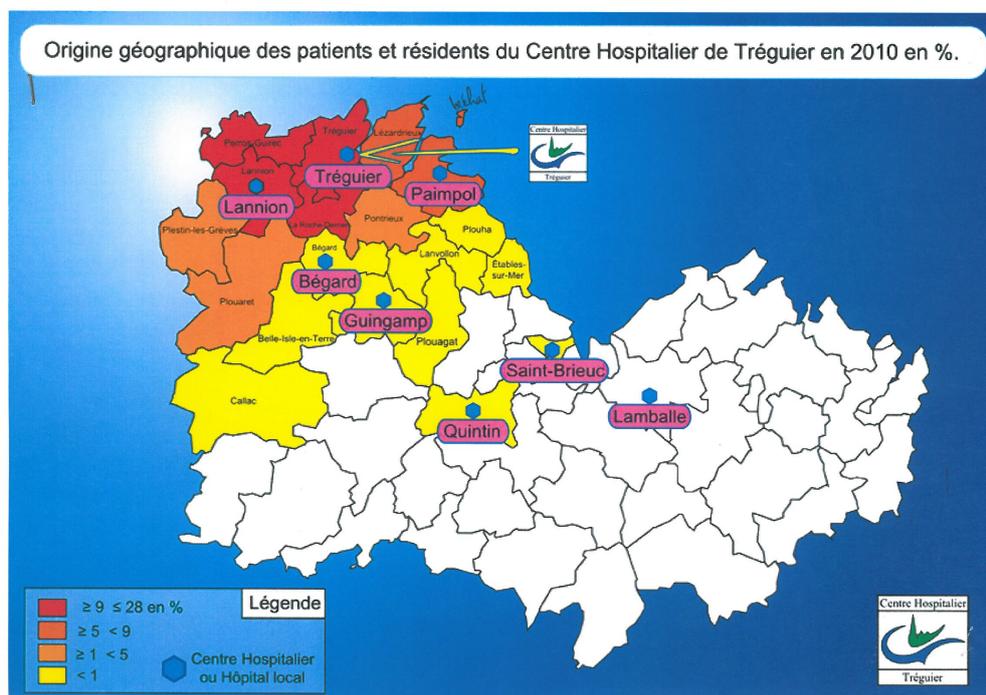
**Annexe 10** : détail des principales catégories médicales cliniques - soins de suite ou de réadaptation

**Annexe 11** : détail des principaux groupes de morbidité - soins de suite ou de réadaptation

**Annexe 12** : détail des niveaux de dépendance physique et de dépendance relationnelle

Vertical line

## Annexe 1 : Origine géographique des patients et résidents du CH de Tréguier en 2010



Source : CH Tréguier

## **Annexe 2 : Données démographiques**

### **■ Population des communes des zones d'attraction du CH de Tréguier au 1<sup>er</sup> janvier 2007**

Au total, la zone d'attraction du CH de Tréguier comprend 75 communes dont 35 communes définissent la zone A et 40 la zone B. Lannion est la commune la plus peuplée des 2 zones avec 19 773 habitants, loin devant les communes de Paimpol et de Perros-Guirec qui comptabilisent respectivement 7 756 et 7 333 habitants. Les autres communes appartenant aux deux principales zones du bassin d'attraction du CH de Tréguier sont beaucoup moins peuplées et recensent chacune moins de 4 000 habitants :

- moins de 500 habitants sont recensés dans 22 communes,
- entre 500 et 999 habitants sont dénombrés dans 11 communes,
- entre 1 000 et 1 999 habitants sont comptabilisés dans 25 communes,
- entre 2 000 et 2 999 habitants sont enregistrés dans 9 communes et,
- entre 3 000 et 3 999 habitants sont comptés dans 5 communes.

Dans les deux tableaux suivants, sont présentées pour chaque commune et pour chaque zone la population communale totale, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus et le nombre de personnes âgées de 75 ans et plus en 2007.

**Figure 71 : Population des communes de la zone A du CH de Tréguier au 1<sup>er</sup> janvier 2007 (nombre total, 60 ans et plus, 75 ans et plus)**

Nom de la commune	Population totale	60 ans et plus	75 ans et plus
Berhet	210	39	30
Camlez	790	136	69
Caouënnec-Lanvézéac	813	146	66
Cavan	1378	280	187
Coatascorn	252	42	26
Coatréven	417	72	41
Hengoat	216	74	44
Kermaria-Sulard	935	198	88
Langoat	1138	243	151
Lanmérin	450	59	23
Lannion	19773	4481	2548
Louannec	2853	848	381
Mantallot	177	23	6
Minihy-Tréguier	1092	267	135
Penvénan	2580	1024	610
Perros-Guirec	7333	2986	1853
Pleumeur-Bodou	3996	1118	508
Ploubezre	2955	663	358
Plougrescant	1354	486	274
Plouguiel	1952	648	366
Ploulec'h	1635	370	180
Pommerit-Jaudy	1191	241	143
Pouldouran	145	44	27
Prat	1122	266	175
Quemperven	376	76	46
La Roche-Derrien	1094	351	217
Rospéz	1681	317	138
Saint-Quay-Perros	1454	418	182
Trébeurden	3742	1269	709
Trégastel	2397	867	485
Tréguier	2668	1242	907
Trélévern	1392	476	264
Trévou-Tréguinnec	1419	540	321
Trézény	265	58	31
Troguéry	279	44	22
<b>TOTAL ZONE A</b>	<b>71522</b>	<b>20412</b>	<b>11612</b>

Source : Insee - RP 2007 - Exploitation ORS Bretagne

**Figure 72 : Population des communes de la zone B du CH de Tréguier au 1<sup>er</sup> janvier 2007 (nombre total, 60 ans et plus, 75 ans et plus)**

Nom de la commune	Population totale	60 ans et plus	75 ans et plus
Ile de Bréhat	439	173	108
Bréhidy	305	81	47
Kerbors	340	128	65
Kerfot	592	128	62
Lanmodez	432	141	67
Lanvellec	549	207	139
Lézardrieux	1603	623	375
Loguivy-Plougras	964	322	198
Paimpol	7756	2882	1812
Plestin-les-Grèves	3701	1565	1040
Pleubian	2508	1063	626
Pleudaniel	994	250	148
Pleumeur-Gautier	1139	313	203
Ploëzal	1203	363	208
Plouaret	2230	775	534
Ploubazlanec	3250	1139	612
Plouëc-du-Trieux	1126	352	239
Plouézec	3322	1217	667
Plougras	460	110	58
Ploumiliau	2489	720	396
Plounérin	738	196	112
Plounévez-Moëdec	1429	446	272
Plourivo	2134	598	305
Plouzélambre	209	53	36
Plufur	544	157	96
Pluzunet	1012	230	146
Pontrieux	1110	394	259
Quemper-Guézennec	1059	303	167
Runan	249	58	38
Saint-Clet	837	241	123
Saint-Gilles-les-Bois	421	99	57
Saint-Michel-en-Grève	474	155	84
Tonquédec	1072	205	104
Trédarzec	1088	306	171
Trédez-Locquémeau	1412	442	262
Tréduder	191	49	25
Trégrom	386	101	50
Trémel	398	117	60
Le Vieux-Marché	1161	345	202
Yvias	708	178	112
<b>TOTAL ZONE B</b>	<b>52033</b>	<b>17223</b>	<b>10285</b>

Source : Insee - RP 2007 - Exploitation ORS Bretagne

## ■ Projections de population à l'horizon 2017

### Dans la zone d'attraction A+B du CH de Tréguier selon le sexe

Figure 73 : Projections de population masculine selon l'âge dans la zone d'attraction du CH de Tréguier et évolution attendue entre 2007-2012 et 2012-2017

Hommes	2007	2012	2017	Evolution			
				2007/2012		2012/2017	
				Nombre	%	Nombre	%
<20 ans	14 188	14 140	14 265	-48	-0,3%	+125	+0,9%
20-59 ans	29 707	28 695	27 886	-1 012	-3%	-809	-3%
60 ans et +	15 523	18 200	20 311	+2 677	+17%	+2 111	+12%
75 ans et +	5 029	5 759	6 231	+730	+15%	+472	+8%
85 ans et +	862	1 319	1 630	+457	+53%	+311	+24%
<b>Total</b>	<b>59 418</b>	<b>61 035</b>	<b>62 462</b>	<b>+1 617</b>	<b>+3%</b>	<b>+1 427</b>	<b>+2%</b>

Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

Figure 74 : Projections de population féminine selon l'âge dans la zone d'attraction du CH de Tréguier et évolution attendue entre 2007-2012 et 2012-2017

Femmes	2007	2012	2017	Evolution			
				2007/2012		2012/2017	
				Nombre	%	Nombre	%
<20 ans	13 088	12 989	12 965	-99	-0,8%	-24	-0,2%
20-59 ans	29 283	28 294	27 281	-989	-3%	-1 013	-4%
60 ans et +	21 759	24 432	26 813	+2 673	+12%	+2 381	+10%
75 ans et +	9 507	10 686	11 097	+1 179	+12%	+411	+4%
85 ans et +	2 595	3 466	4 147	+871	+34%	+681	+20%
<b>Total</b>	<b>64 130</b>	<b>65 715</b>	<b>67 059</b>	<b>+1 585</b>	<b>+2%</b>	<b>+1 344</b>	<b>+2%</b>

Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

## Dans la zone d'attraction A du CH de Tréguier

### Plus de 26 500 habitants de la zone A auraient 60 ans ou plus en 2017

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, la population des personnes âgées de 60 ans et plus pour la zone d'attraction A du CH de Tréguier représentent 28% de la population totale, soit 20 211 personnes. A l'horizon 2012, cette tranche d'âge comprendrait 23 663 habitants, soit 3 452 personnes de plus qu'en 2007 et représenterait près d'un habitant sur 3 (32%). Entre 2012 et 2017, la croissance se poursuit mais se ralentit par rapport à la période 2007-2012 (respectivement +12% contre +17%).

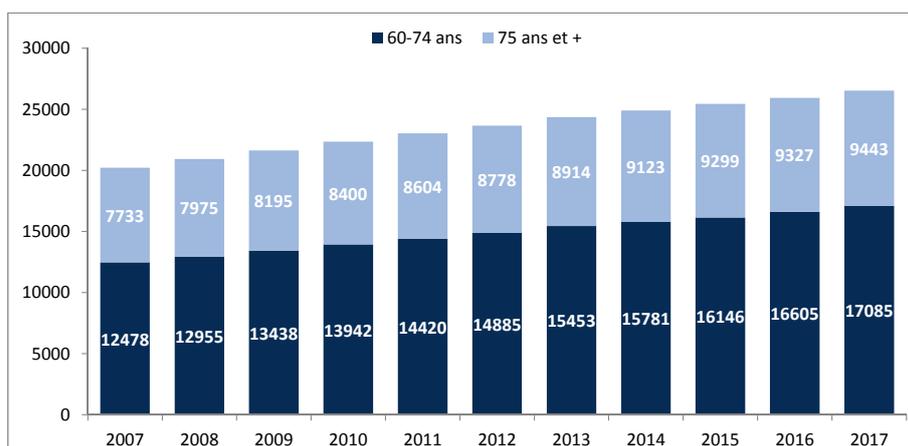
A l'horizon 2017, la population des 60 ans et plus s'élèverait à 26 528 personnes, soit près de 2 900 personnes de plus qu'en 2012 et représenterait 35% de la population totale.

**Figure 75 : Projections de la population des 60 ans et plus de la zone A et évolution des effectifs attendus entre 2007-2012 et 2012-2017**

	2007	2012	2017	Evolution 2007-2012		Evolution 2012-2017	
				Nombre	%	Nombre	%
60-74 ans	12478	14885	17085	+2 407	+19%	+2 200	+15%
75 ans et +	7733	8778	9443	+1 045	+14%	+665	+8%
<b>60 ans et +</b>	<b>20211</b>	<b>23663</b>	<b>26528</b>	<b>+3 452</b>	<b>+17%</b>	<b>+2 865</b>	<b>+12%</b>

Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

**Figure 76 : Evolution des effectifs annuels attendus selon l'âge chez les 60 ans et plus de la zone A à l'horizon 2017**



Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

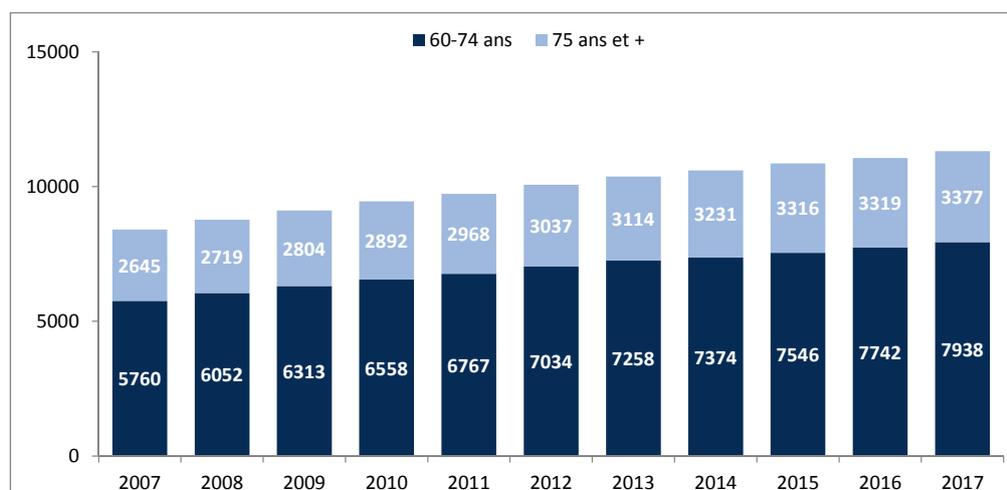
• **Chez les hommes de la zone A**

**Figure 77 : Projections de la population masculine des 60 ans et plus de la zone A et évolution des effectifs attendus entre 2007-2012 et 2012-2017**

	2007	2012	2017	Evolution 2007-2012		Evolution 2012-2017	
				Nombre	%	Nombre	%
60-74 ans	5760	7034	7938	+1 274	+22%	+904	+13%
75 ans et +	2645	3037	3377	+392	+15%	+340	+11%
<b>60 ans et +</b>	<b>8405</b>	<b>10071</b>	<b>11315</b>	<b>+1 666</b>	<b>+20%</b>	<b>+1 244</b>	<b>+12%</b>

Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

**Figure 78 : Evolution des effectifs annuels attendus selon l'âge chez les hommes âgés de 60 ans et plus de la zone A à l'horizon 2017**



Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

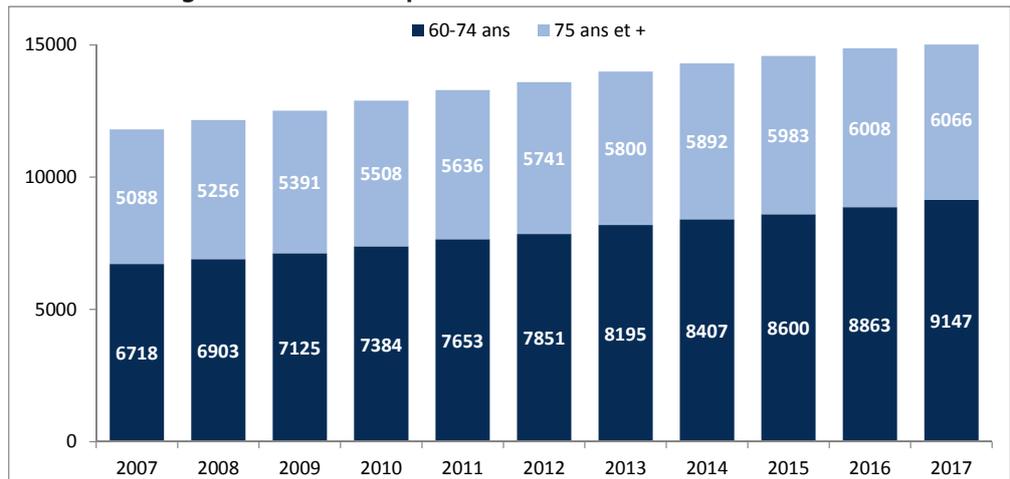
• *Chez les femmes de la zone A*

**Figure 79 : Projections de la population féminine des 60 ans et plus de la zone A et évolution des effectifs attendus entre 2007-2012 et 2012-2017**

	2007	2012	2017	Evolution 2007-2012		Evolution 2012-2017	
				Nombre	%	Nombre	%
60-74 ans	6718	7851	9147	+1 133	+17%	+1 296	+17%
75 ans et +	5088	5741	6066	+653	+13%	+325	+6%
<b>60 ans et +</b>	<b>11806</b>	<b>13592</b>	<b>15213</b>	<b>+1 786</b>	<b>+15%</b>	<b>+1 621</b>	<b>+12%</b>

Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

**Figure 80 : Evolution des effectifs annuels attendus selon l'âge chez les femmes âgées de 60 ans et plus de la zone A à l'horizon 2017**



Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

## Dans la zone d'attraction B du CH de Tréguier

### Plus de 20 500 habitants de la zone B auraient 60 ans ou plus en 2017

Au 1er janvier 2007, la population des personnes âgées de 60 ans et plus pour la zone d'attraction B du CH de Tréguier représentent 33% de la population totale, soit 17 071 personnes. A l'horizon 2012, cette tranche d'âge comprendrait 18 969 habitants, soit près de 1 900 personnes de plus qu'en 2007 et représenterait plus d'un habitant sur 3 (36%). Entre 2012 et 2017, la croissance se poursuit mais se ralentit légèrement par rapport à la période 2007-2012 (respectivement +9% contre +11%).

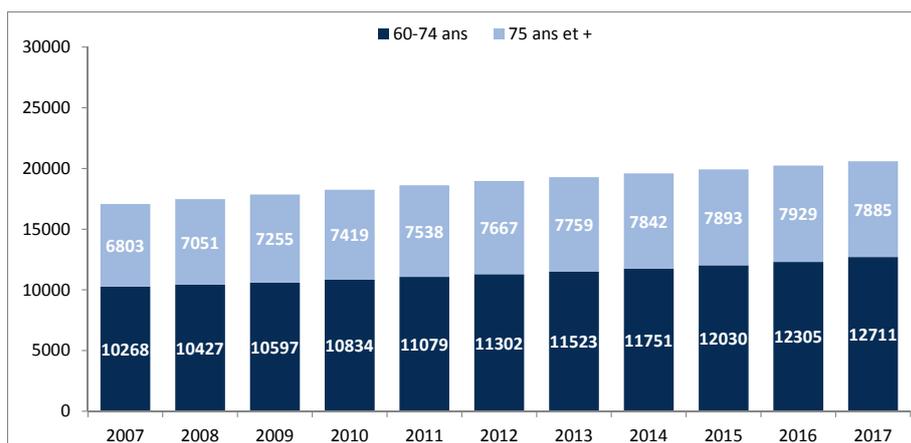
A l'horizon 2017, la population des 60 ans et plus s'élèverait à 20 596 personnes, soit plus de 1 600 personnes de plus qu'en 2012 et représenterait 38% de la population totale.

**Figure 81 : Projections de la population des 60 ans et plus de la zone B et évolution des effectifs attendus entre 2007-2012 et 2012-2017**

	2007	2012	2017	Evolution 2007-2012		Evolution 2012-2017	
				Nombre	%	Nombre	%
60-74 ans	10268	11302	12711	+1 034	+10%	+1 409	+12%
75 ans et +	6803	7667	7885	+864	+13%	+218	+3%
<b>60 ans et +</b>	<b>17071</b>	<b>18969</b>	<b>20596</b>	<b>+1 898</b>	<b>+11%</b>	<b>+1 627</b>	<b>+9%</b>

Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

**Figure 82 : Evolution des effectifs annuels attendus selon l'âge chez les 60 ans et plus de la zone B à l'horizon 2017**



Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

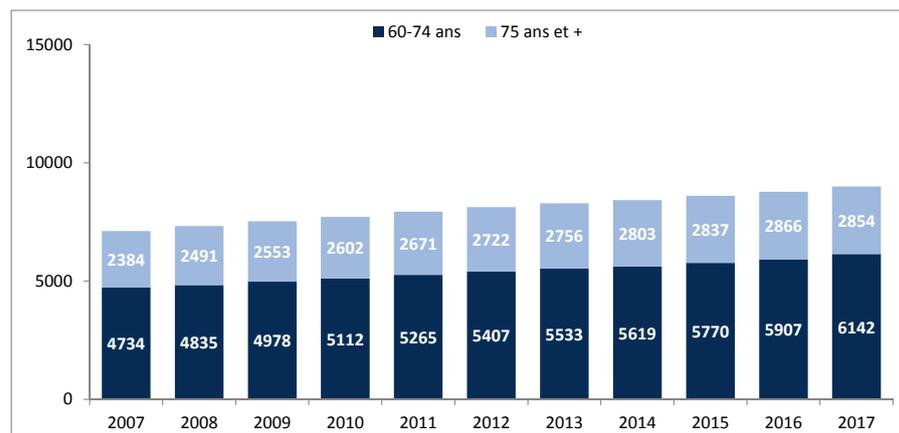
• *Chez les hommes de la zone B*

**Figure 83 : Projections de la population masculine des 60 ans et plus de la zone B et évolution des effectifs attendus entre 2007-2012 et 2012-2017**

	2007	2012	2017	Evolution 2007-2012		Evolution 2012-2017	
				Nombre	%	Nombre	%
60-74 ans	4734	5407	6142	+673	+14%	+735	+14%
75 ans et +	2384	2722	2854	+338	+14%	+132	+5%
<b>60 ans et +</b>	<b>7118</b>	<b>8129</b>	<b>8996</b>	<b>+1 011</b>	<b>+14%</b>	<b>+867</b>	<b>+11%</b>

Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

**Figure 84 : Evolution des effectifs annuels attendus selon l'âge chez les hommes âgés de 60 ans et plus de la zone A à l'horizon 2017**



Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

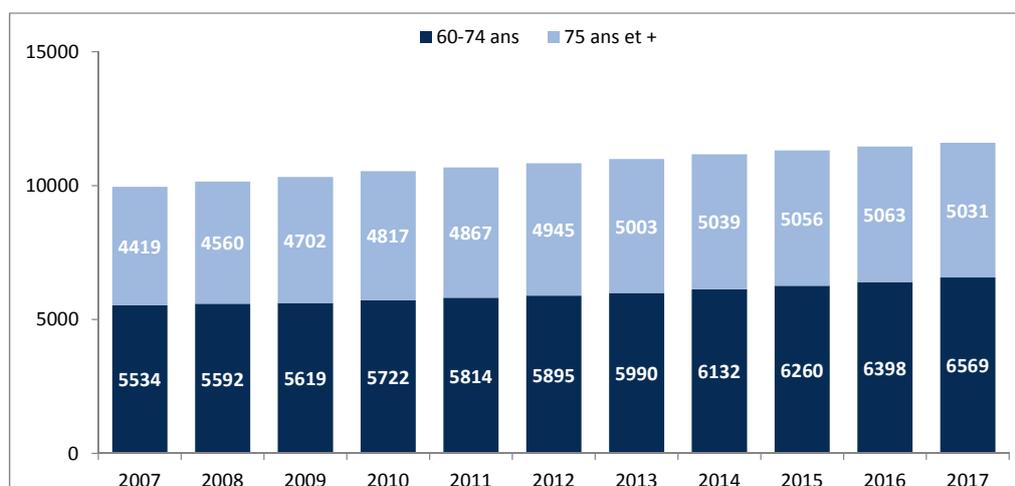
• *Chez les femmes de la zone B*

**Figure 85 : Projections de la population féminine des 60 ans et plus de la zone B et évolution des effectifs attendus entre 2007-2012 et 2012-2017**

	2007	2012	2017	Evolution 2007-2012		Evolution 2012-2017	
				Nombre	%	Nombre	%
60-74 ans	5534	5895	6569	+361	+7%	+674	+11%
75 ans et +	4419	4945	5031	+526	+12%	+86	+2%
<b>60 ans et +</b>	<b>9953</b>	<b>10840</b>	<b>11600</b>	<b>+887</b>	<b>+9%</b>	<b>+760</b>	<b>+7%</b>

Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

**Figure 86 : Evolution des effectifs annuels attendus selon l'âge chez les femmes âgées de 60 ans et plus de la zone A à l'horizon 2017**



Source : Insee – Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

## Annexe 3 : catégories de population et type de résidence par zone

### ■ Dans la zone d'attraction A du CH de Tréguier

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, selon les chiffres du recensement de la population de l'Insee, 1 000 personnes âgées de 60 ans et plus sont accueillies dans les services de moyen ou long séjour de la zone d'attraction A du CH de Tréguier.

**Figure 87 : Population totale par âge et catégorie de population dans la zone d'attraction A du CH de Tréguier au 1<sup>er</sup> janvier 2007\***

Zone A	Logement ordinaire	Service de moyen ou long séjour	Communauté religieuse	Foyer étudiant	Habitation mobile, marinière, sans-abri
<60 ans	50046	317	4	577	164
60-64 ans	4777	29	1	0	6
65-69 ans	3949	34	4	2	0
70-74 ans	3751	73	6	0	1
75-79 ans	3159	132	10	0	2
80-84 ans	2248	254	8	0	1
85 ans et +	1481	480	7	0	0
<b>Total 60 ans et +</b>	<b>19364</b>	<b>1000</b>	<b>35</b>	<b>2</b>	<b>10</b>
<b>Total Tous âges</b>	<b>69411</b>	<b>1317</b>	<b>39</b>	<b>579</b>	<b>174</b>

Source : Insee – Recensement de la population 2007, Exploitation ORS Bretagne

\* Hors caserne, quartier, base ou camp militaire

### ■ Dans la zone d'attraction B du CH de Tréguier

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, selon les chiffres du recensement de la population de l'Insee, les services de moyen ou long séjour de la zone d'attraction B du CH de Tréguier hébergent 685 personnes âgées de 60 ans et plus.

**Figure 88 : Population totale par âge et catégorie de population dans la zone d'attraction B du CH de Tréguier au 1<sup>er</sup> janvier 2007\***

Zone B	Logement ordinaire	Service de moyen ou long séjour	Communauté religieuse	Habitation mobile, marinière, sans-abri
<60 ans	34614	17	1	104
60-64 ans	3614	15	1	0
65-69 ans	3280	25	2	2
70-74 ans	3402	44	2	1
75-79 ans	2927	93	2	1
80-84 ans	2115	180	2	3
85 ans et plus	1184	328	1	0
<b>Total 60 ans et +</b>	<b>16521</b>	<b>685</b>	<b>10</b>	<b>7</b>
<b>Total Tous âges</b>	<b>51136</b>	<b>702</b>	<b>11</b>	<b>80</b>

Source : Insee – Recensement de la population 2007, Exploitation ORS Bretagne

\* Hors caserne, quartier, base ou camp militaire

## ■ Estimation des besoins d'hébergement selon la zone

Dans l'hypothèse où les taux d'hébergement en services de moyen ou long séjour seraient constants sur toute la période 2007-2017, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus accueillies dans les services de moyen ou long séjour :

- augmenterait de +220 personnes dans la zone A, soit une croissance de +15% entre 2012 et 2017 alors que la population du même âge s'accroît de +12%,
- augmenterait de +137 personnes dans la zone B, soit un accroissement de +14% entre 2012 et 2017 alors que la population du même âge s'accroît de +9%.

**Figure 89 : Estimation du nombre de personnes de 60 ans et plus hébergées dans un service de moyen ou long séjour dans la zone A du CH de Tréguier à l'horizon 2017**

Zone A	2007	2012	2017	Evolution 2012-2017	
				Nombre	%
60-64 ans	28	38	36	-2	-4%
65-69 ans	33	41	54	+14	+34%
70-74 ans	74	73	89	+17	+23%
75-79 ans	138	145	143	-2	-1%
80-84 ans	281	302	322	+20	+7%
85 ans et plus	632	853	1026	+173	+20%
<b>Total 60 ans et +</b>	<b>1186</b>	<b>1451</b>	<b>1671</b>	<b>+220</b>	<b>+15%</b>

Source : Insee – Recensement de la population 2007 et Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

**Figure 90 : Estimation du nombre de personnes de 60 ans et plus hébergées dans un service de moyen ou long séjour dans la zone B du CH de Tréguier à l'horizon 2017**

Zone B	2007	2012	2017	Evolution 2012-2017	
				Nombre	%
60-64 ans	15	19	19	-0	-1%
65-69 ans	25	28	36	+8	+29%
70-74 ans	45	40	45	+5	+13%
75-79 ans	96	98	87	-10	-10%
80-84 ans	194	208	215	+7	+3%
85 ans et plus	417	596	723	+127	+21%
<b>Total 60 ans et +</b>	<b>791</b>	<b>988</b>	<b>1125</b>	<b>+137</b>	<b>+14%</b>

Source : Insee – Recensement de la population 2007 et Projections de population OMPHALE 2007-2042, Exploitation ORS Bretagne

## Annexe 4 : données de mortalité

### ■ Effectifs moyens annuels, part et taux standardisés - tous âges pour chaque zone

*Dans la zone d'attraction A du CH de Tréguier*

Figure 91 : Nombre moyen annuel, part en % et taux standardisés selon les principales causes de décès et selon le sexe pour la zone A d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008

Zone A	Hommes			Femmes			Ratio TxH/ TxF
	Effectifs	%	Taux*	Effectifs	%	Taux*	
<b>Tumeurs malignes dont</b>	<b>138</b>	<b>33%</b>	<b>370,0</b>	<b>88</b>	<b>21%</b>	<b>163,0</b>	<b>2,3</b>
<i>Poumon</i>	31	7%	78,9	10	2%	20,9	3,8
<i>Hémopathies malignes</i>	9	2%	25,5	7	2%	13,4	1,9
<i>Colorectal</i>	13	3%	37,0	16	4%	28,0	1,3
<i>Sein</i>	0,3	0,1%	0,9	16	4%	30,6	0,03
<i>VADS</i>	11	3%	29,8	2	0%	4,0	7,5
<i>Prostate</i>	16	4%	47,6	-	-	0,0	-
<i>Pancréas</i>	6	1%	15,7	6	2%	11,1	1,4
<i>Estomac</i>	2	0%	5,5	1	0%	1,2	4,5
<i>Vessie</i>	3	1%	8,0	2	0%	3,6	2,2
<i>Foie</i>	13	3%	32,1	2	1%	3,9	8,2
<b>Troubles mentaux</b>	<b>19</b>	<b>5%</b>	<b>66,7</b>	<b>29</b>	<b>7%</b>	<b>42,1</b>	<b>1,6</b>
<b>Maladies Cardiovasculaires dont</b>	<b>106</b>	<b>25%</b>	<b>331,9</b>	<b>129</b>	<b>31%</b>	<b>195,3</b>	<b>1,7</b>
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	35	8%	103,2	22	5%	33,9	3,0
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	21	5%	66,7	35	9%	54,9	1,2
<i>Maladies hypertensives</i>	4	1%	11,5	9	2%	12,2	0,9
<i>Insuffisance cardiaque</i>	15	4%	56,0	25	6%	36,1	1,5
<b>Maladies de l'appareil respiratoire dont</b>	<b>27</b>	<b>6%</b>	<b>92,1</b>	<b>29</b>	<b>7%</b>	<b>44,2</b>	<b>2,1</b>
<i>Pneumonie-Grippe</i>	5	1%	16,6	9	2%	12,7	1,3
<i>Maladies chroniques des voies</i>	10	2%	33,5	6	2%	9,8	3,4
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>19</b>	<b>4%</b>	<b>54,9</b>	<b>19</b>	<b>5%</b>	<b>33,1</b>	<b>1,7</b>
<b>Maladies du système nerveux et des organes</b>	<b>21</b>	<b>5%</b>	<b>64,0</b>	<b>25</b>	<b>6%</b>	<b>39,3</b>	<b>1,6</b>
<b>Morts violentes dont</b>	<b>41</b>	<b>10%</b>	<b>128,1</b>	<b>24</b>	<b>6%</b>	<b>43,7</b>	<b>2,9</b>
<i>Accidents</i>	24	6%	78,9	16	4%	26,9	2,9
<i>Suicide</i>	15	4%	43,2	6	1%	12,6	3,4
<b>Symptômes et états morbides mal définis</b>	<b>21</b>	<b>5%</b>	<b>61,7</b>	<b>30</b>	<b>7%</b>	<b>48,5</b>	<b>1,3</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>424</b>	<b>100%</b>	<b>1269,4</b>	<b>410</b>	<b>100%</b>	<b>670,7</b>	<b>1,9</b>

Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Taux standardisés pour 100 000 habitants – Population de référence France – Deux sexes, RP 2006

## Dans la zone d'attraction B du CH de Tréguier

Figure 92 : Nombre moyen annuel, part en % et taux standardisés selon les principales causes de décès et selon le sexe pour la zone B d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008

Zone B	Hommes			Femmes			Ratio TxH/ TxF
	Effectifs	%	Taux*	Effectifs	%	Taux*	
<b>Tumeurs malignes dont</b>	<b>128</b>	<b>34%</b>	<b>423,5</b>	<b>72</b>	<b>22%</b>	<b>158,4</b>	<b>2,7</b>
<i>Poumon</i>	26	7%	81,9	8	3%	21,2	3,9
<i>Hémopathies malignes</i>	9	3%	33,4	6	2%	11,4	2,9
<i>Colorectal</i>	10	3%	31,9	10	3%	20,1	1,6
<i>Sein</i>	0	-	0,0	12	4%	30,3	-
<i>VADS</i>	13	4%	42,4	2	1%	5,2	8,2
<i>Prostate</i>	15	4%	55,8	-	-	0,0	-
<i>Pancréas</i>	5	1%	17,1	2	1%	4,6	3,7
<i>Estomac</i>	5	1%	15,9	3	1%	6,9	2,3
<i>Vessie</i>	4	1%	13,0	1	0%	2,6	5,0
<i>Foie</i>	12	3%	36,9	4	1%	8,5	4,3
<b>Troubles mentaux</b>	<b>14</b>	<b>4%</b>	<b>55,5</b>	<b>10</b>	<b>3%</b>	<b>21,6</b>	<b>2,6</b>
<b>Maladies Cardiovasculaires dont</b>	<b>96</b>	<b>26%</b>	<b>372,8</b>	<b>117</b>	<b>35%</b>	<b>221,8</b>	<b>1,7</b>
<i>Cardiopathies ischémiques</i>	23	6%	85,8	31	9%	58,9	1,5
<i>Maladies cérébrovasculaires</i>	20	5%	79,9	25	8%	48,3	1,7
<i>Maladies hypertensives</i>	5	1%	19,6	6	2%	11,4	1,7
<i>Insuffisance cardiaque</i>	14	4%	62,3	18	6%	33,9	1,8
<b>Maladies de l'appareil respiratoire dont</b>	<b>25</b>	<b>7%</b>	<b>102,8</b>	<b>22</b>	<b>7%</b>	<b>40,5</b>	<b>2,5</b>
<i>Pneumonie-Grippe</i>	6	2%	21,2	5	2%	9,6	2,2
<i>Maladies chroniques des voies</i>	8	2%	35,7	8	2%	14,6	2,5
<b>Maladies de l'appareil digestif</b>	<b>19</b>	<b>5%</b>	<b>67,3</b>	<b>14</b>	<b>4%</b>	<b>29,7</b>	<b>2,3</b>
<b>Maladies du système nerveux et des organes</b>	<b>12</b>	<b>3%</b>	<b>46,0</b>	<b>18</b>	<b>5%</b>	<b>35,7</b>	<b>1,3</b>
<b>Morts violentes dont</b>	<b>32</b>	<b>8%</b>	<b>124,3</b>	<b>18</b>	<b>6%</b>	<b>44,0</b>	<b>2,8</b>
<i>Accidents</i>	18	5%	70,5	14	4%	29,7	2,4
<i>Suicide</i>	12	3%	45,3	4	1%	12,1	3,8
<b>Symptômes et états morbides mal définis</b>	<b>18</b>	<b>5%</b>	<b>74,8</b>	<b>23</b>	<b>7%</b>	<b>45,2</b>	<b>1,7</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>373</b>	<b>100%</b>	<b>1377,2</b>	<b>331</b>	<b>100%</b>	<b>672,5</b>	<b>2,0</b>

Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Taux standardisés pour 100 000 habitants – Population de référence France – Deux sexes, RP 2006

## ■ Effectifs moyens annuels de décès et part en % chez les personnes âgées de 60 ans et plus

*Dans la zone d'attraction A+B du CH de Tréguier*

### ● Deux sexes confondus

**Figure 93 : Effectifs moyens annuels et répartition en % des principales causes de décès par grands chapitres de la CIM10 selon l'âge chez les personnes résidant dans la zone A+B du CH de Tréguier en 2006-2008**

Zone A+B	Ensemble					
	Tous âges	%	60-74 ans	%	75 ans et +	%
Tumeurs malignes	426	27,7%	144	46%	203	20%
Mal. de l'appareil circulatoire	448	29,1%	62	20%	361	35%
Mal. de l'appareil respiratoire	102	6,7%	16	5%	82	8%
Mal. de l'appareil digestif	71	4,6%	19	6%	38	4%
Mal. du système nerveux	75	4,9%	11	4%	58	6%
Trbles mentaux	72	4,7%	5	1%	55	5%
Morts violentes	115	7,5%	20	7%	54	5%
Sympt. et états morbides mal définis	92	6,0%	15	5%	65	6%
Autres causes	136	8,8%	19	6%	103	10%
<b>Toutes causes confondues</b>	<b>1539</b>	<b>100,0%</b>	<b>312</b>	<b>100%</b>	<b>1018</b>	<b>100%</b>

Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

● Chez les hommes

**Figure 94 : Effectifs moyens annuels et répartition en % des principales causes de décès par grands chapitres de la CIM10 selon l'âge chez les hommes résidant dans la zone A+B du CH de Tréguier en 2006-2008**

Zone A+B	Hommes					
	Tous âges	%	60-74 ans	%	75 ans et +	%
Tumeurs malignes	267	33%	102	48%	111	26%
Mal. de l'appareil circulatoire	202	25%	44	21%	138	32%
Mal. de l'appareil respiratoire	52	6%	11	5%	37	8%
Mal. de l'appareil digestif	38	5%	13	6%	15	3%
Mal. du système nerveux	33	4%	5	3%	23	5%
Trbles mentaux	34	4%	4	2%	20	5%
Morts violentes	73	9%	14	6%	28	6%
Sympt. et états morbides mal définis	39	5%	11	5%	19	4%
Autres causes	61	8%	10	5%	42	10%
<b>Toutes causes confondues</b>	<b>798</b>	<b>100%</b>	<b>213</b>	<b>100%</b>	<b>433</b>	<b>100%</b>

Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

● Chez les femmes

**Figure 95 : Effectifs moyens annuels et répartition en % des principales causes de décès par grands chapitres de la CIM10 selon l'âge chez les femmes résidant dans la zone A+B du CH de Tréguier en 2006-2008**

Zone A+B	Femmes					
	Tous âges	%	60-74 ans	%	75 ans et +	%
Tumeurs malignes	160	22%	42	42%	92	16%
Mal. de l'appareil circulatoire	246	33%	19	19%	223	38%
Mal. de l'appareil respiratoire	51	7%	5	5%	45	8%
Mal. de l'appareil digestif	33	4%	7	7%	23	4%
Mal. du système nerveux	42	6%	6	6%	35	6%
Trbles mentaux	38	5%	1	1%	35	6%
Morts violentes	42	6%	7	7%	26	4%
Sympt. et états morbides mal définis	53	7%	4	4%	46	8%
Autres causes	75	10%	9	9%	61	10%
<b>Toutes causes confondues</b>	<b>741</b>	<b>100%</b>	<b>99</b>	<b>100%</b>	<b>585</b>	<b>100%</b>

Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

## Dans la zone d'attraction A du CH de Tréguier

- Deux sexes confondus

Figure 96 : Nombre moyen annuel de décès et répartition en % selon les principales causes par grands chapitres de la CIM10 selon l'âge chez les personnes résidant dans la zone A d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008

Zone A	Ensemble					
	Tous âges	%	60-74 ans	%	75 ans et +	%
Tumeurs malignes	226	27%	79	46%	104	19%
Mal. de l'appareil circulatoire	235	28%	36	21%	184	34%
Mal. de l'appareil respiratoire	56	7%	10	6%	44	8%
Mal. de l'appareil digestif	38	5%	9	5%	19	3%
Mal. du système nerveux	45	5%	6	3%	35	6%
Trbles mentaux	48	6%	3	2%	39	7%
Morts violentes	65	8%	12	7%	30	6%
Sympt. et états morbides mal définis	51	6%	8	5%	35	6%
Autres causes	70	8%	9	5%	54	10%
<b>Toutes causes confondues</b>	<b>835</b>	<b>100%</b>	<b>174</b>	<b>100%</b>	<b>543</b>	<b>100%</b>

Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

- Chez les hommes

**Figure 97 : Nombre moyen annuel de décès et répartition en % selon les principales causes par grands chapitres de la CIM10 chez les hommes de la zone A d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008**

Zone A	Hommes					
	Tous âges	%	60-74 ans	%	75 ans et +	%
Tumeurs malignes	138	33%	56	47%	55	25%
Mal. de l'appareil circulatoire	106	25%	27	23%	67	31%
Mal. de l'appareil respiratoire	27	6%	7	6%	19	9%
Mal. de l'appareil digestif	19	4%	5	4%	6	3%
Mal. du système nerveux	21	5%	3	2%	14	6%
Trbles mentaux	19	5%	2	2%	12	5%
Morts violentes	41	10%	8	6%	15	7%
Sympt. et états morbides mal définis	21	5%	6	5%	10	4%
Autres causes	32	8%	6	5%	21	10%
<b>Toutes causes confondues</b>	<b>424</b>	<b>100%</b>	<b>120</b>	<b>100%</b>	<b>219</b>	<b>100%</b>

Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

- Chez les femmes

**Figure 98 : Nombre moyen annuel de décès et part en % selon les principales causes de décès par grands chapitres de la CIM10 chez les femmes de la zone A d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008**

Zone A	Femmes					
	Tous âges	%	60-74 ans	%	75 ans et +	%
Tumeurs malignes	88	21%	23	43%	49	15%
Mal. de l'appareil circulatoire	129	31%	9	17%	117	36%
Mal. de l'appareil respiratoire	29	7%	3	6%	25	8%
Mal. de l'appareil digestif	19	5%	4	8%	13	4%
Mal. du système nerveux	25	6%	3	6%	21	6%
Trbles mentaux	29	7%	1	1%	27	8%
Morts violentes	24	6%	4	7%	15	5%
Sympt. et états morbides mal définis	30	7%	2	4%	25	8%
Autres causes	38	9%	4	7%	33	10%
<b>Toutes causes confondues</b>	<b>410</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>324</b>	<b>100%</b>

Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

## Dans la zone d'attraction B du CH de Tréguier

- Deux sexes confondus

**Figure 99 : Nombre moyen annuel de décès et part en % selon les principales causes par grands chapitres de la CIM10 chez les personnes résidant de la zone B d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008**

Zone B	Ensemble					
	Tous âges	%	60-74 ans	%	75 ans et +	%
Tumeurs malignes	200	28%	65	47%	99	21%
Mal. de l'appareil circulatoire	213	30%	26	19%	177	37%
Mal. de l'appareil respiratoire	46	7%	6	4%	38	8%
Mal. de l'appareil digestif	34	5%	10	7%	19	4%
Mal. du système nerveux	30	4%	5	4%	23	5%
Trbles mentaux	24	3%	2	1%	16	3%
Morts violentes	50	7%	9	6%	24	5%
Sympt. et états morbides mal définis	41	6%	7	5%	30	6%
Autres causes	66	9%	10	7%	49	10%
<b>Toutes causes confondues</b>	<b>704</b>	<b>100%</b>	<b>138</b>	<b>100%</b>	<b>475</b>	<b>100%</b>

Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

- Chez les hommes

**Figure 100 : Nombre moyen annuel de décès et part en % selon les principales causes de décès par grands chapitres de la CIM10 chez les hommes de la zone B d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008**

Zone B	Hommes					
	Tous âges	%	60-74 ans	%	75 ans et +	%
Tumeurs malignes	128	34%	46	49%	56	26%
Mal. de l'appareil circulatoire	96	26%	16	18%	71	33%
Mal. de l'appareil respiratoire	25	7%	4	4%	18	8%
Mal. de l'appareil digestif	19	5%	8	8%	8	4%
Mal. du système nerveux	12	3%	3	3%	9	4%
Trbles mentaux	14	4%	2	2%	8	4%
Morts violentes	32	8%	6	6%	12	6%
Sympt. et états morbides mal définis	18	5%	5	5%	10	5%
Autres causes	29	8%	4	4%	21	10%
<b>Toutes causes confondues</b>	<b>373</b>	<b>100%</b>	<b>93</b>	<b>100%</b>	<b>213</b>	<b>100%</b>

Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

- Chez les femmes

**Figure 101 : Nombre moyen annuel de décès et part en % selon les principales causes de décès par grands chapitres de la CIM10 chez les femmes de la zone B d'attraction du CH de Tréguier en 2006-2008**

Zone B	Femmes					
	Tous âges	%	60-74 ans	%	75 ans et +	%
Tumeurs malignes	72	22%	19	41%	44	17%
Mal. de l'appareil circulatoire	117	35%	10	21%	106	41%
Mal. de l'appareil respiratoire	22	7%	2	4%	20	8%
Mal. de l'appareil digestif	14	4%	2	5%	11	4%
Mal. du système nerveux	18	5%	2	5%	14	5%
Trbles mentaux	10	3%	0	0%	8	3%
Morts violentes	18	6%	3	6%	11	4%
Sympt. et états morbides mal définis	23	7%	2	4%	20	8%
Autres causes	37	11%	6	13%	28	11%
<b>Toutes causes confondues</b>	<b>331</b>	<b>100%</b>	<b>45</b>	<b>100%</b>	<b>261</b>	<b>100%</b>

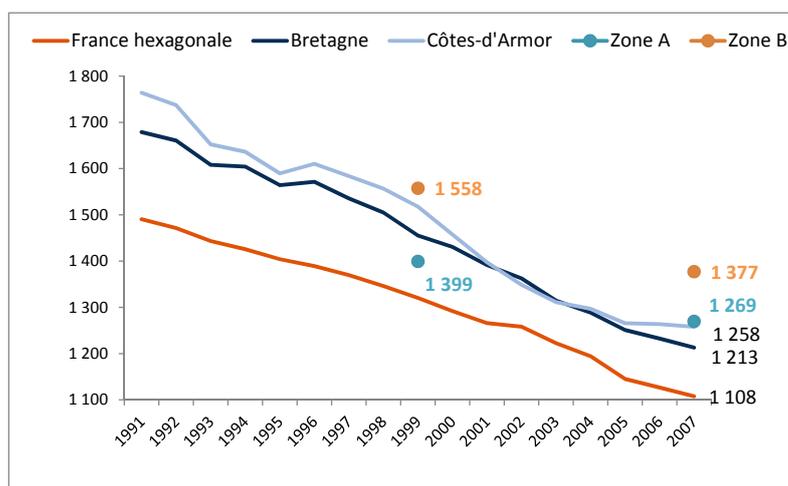
Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

## ■ Évolution des taux standardisés de mortalité depuis 1990-1992

Nous présentons ici successivement les courbes d'évolution des taux standardisés de mortalité selon les principales causes médicales de décès pour les grands chapitres de la CIM10 dans un premier temps pour les hommes, puis pour les femmes afin de visualiser les tendances évolutives de la mortalité depuis 1990-1992. Pour les périodes centrées sur les deux dernières années de recensement de la population, figurent également les valeurs des taux pour les deux zones du CH de Tréguier.

### Chez les hommes

**Figure 102 : Evolution des taux standardisés de mortalité toutes causes confondues de 1990-1992 à 2006-2008\***



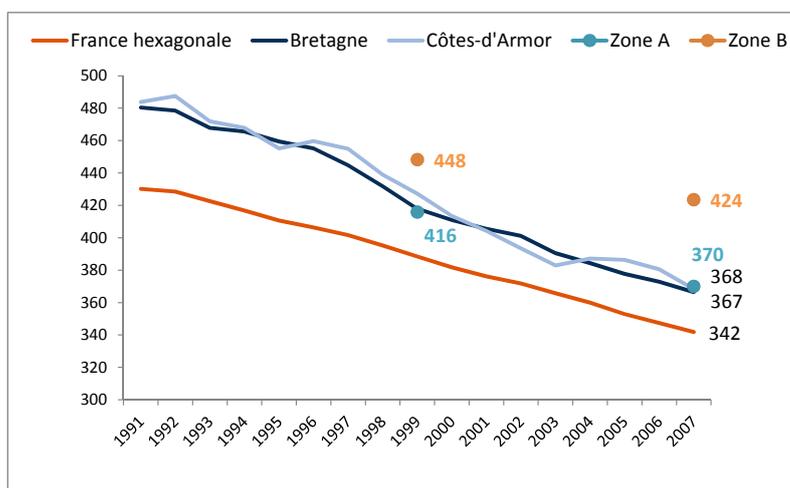
Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\* L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Exemple : 1991 correspond à la période 1990-1992.

Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Figure 103 : Evolution des taux standardisés de mortalité par cancers de 1990-1992 à 2006-2008\***



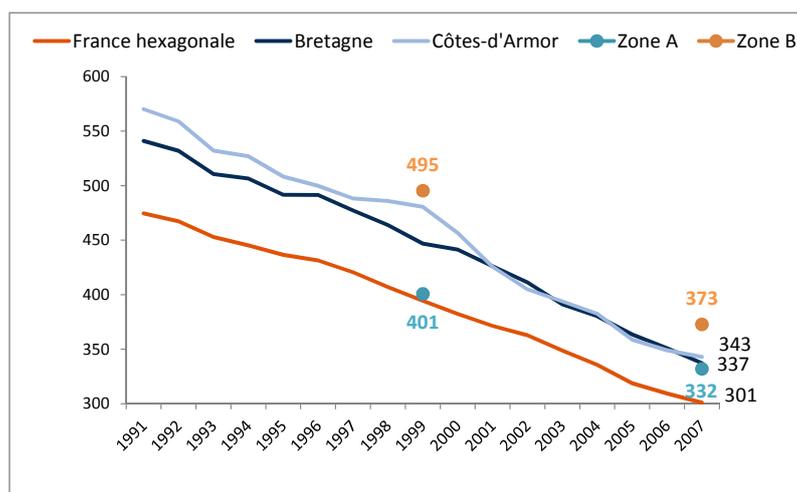
Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\* L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Exemple : 1991 correspond à la période 1990-1992.

Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Figure 104 : Evolution des taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire de 1990-1992 à 2006-2008\***



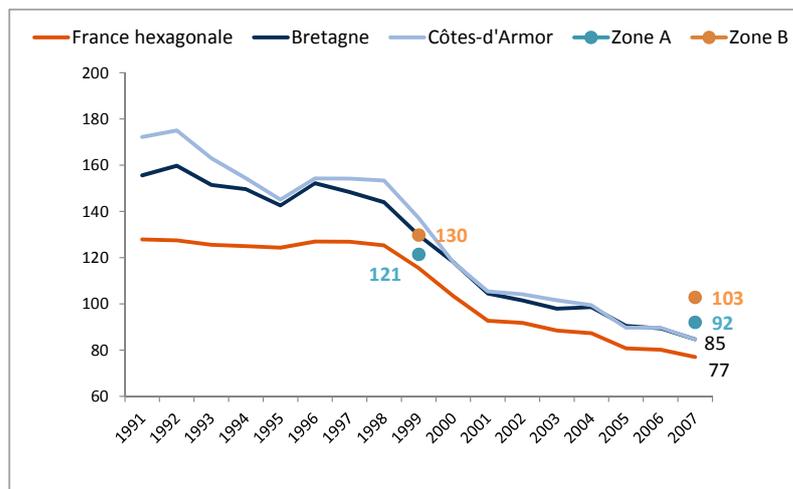
Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\* L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Exemple : 1991 correspond à la période 1990-1992.

Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Figure 105 : Evolution des taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire de 1990-1992 à 2006-2008\***



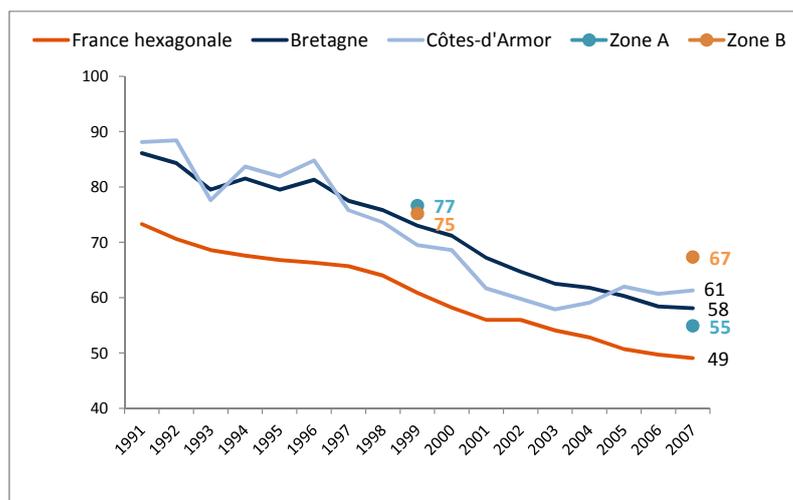
Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\* L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Exemple : 1991 correspond à la période 1990-1992.

Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Figure 106 : Evolution des taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil digestif de 1990-1992 à 2006-2008\***



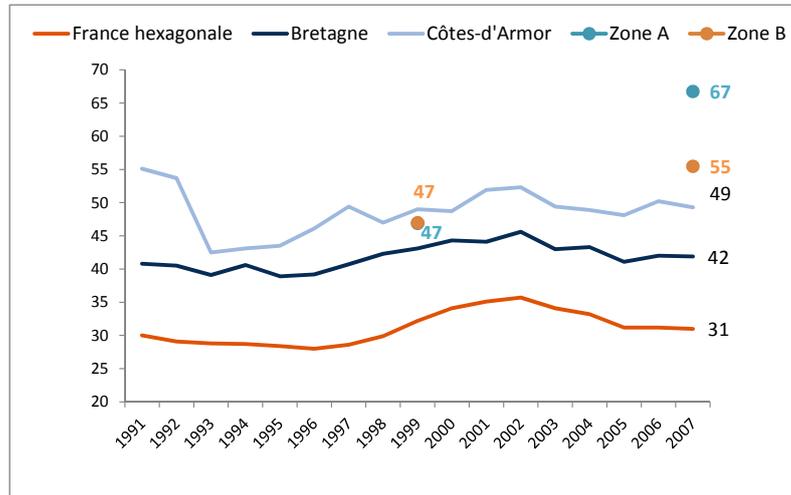
Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\* L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Exemple : 1991 correspond à la période 1990-1992.

Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Figure 107 : Evolution des taux standardisés de mortalité pour troubles mentaux de 1990-1992 à 2006-2008\***



Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

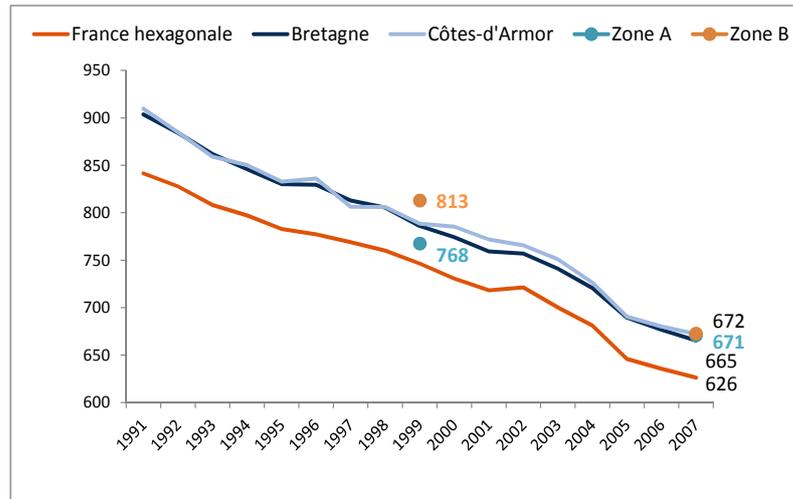
\* L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Exemple : 1991 correspond à la période 1990-1992.

Unité : Taux pour 100 000 habitants

## Chez les femmes

**Figure 108 : Evolution des taux standardisés de mortalité toutes causes confondues de 1990-1992 à 2006-2008\***

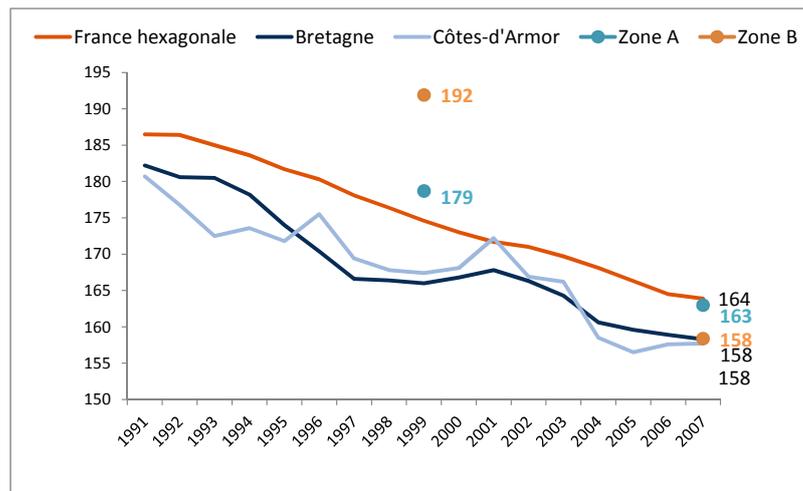


Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\* L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.  
Exemple : 1991 correspond à la période 1990-1992.

Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Figure 109 : Evolution des taux standardisés de mortalité par cancers de 1990-1992 à 2006-2008\***

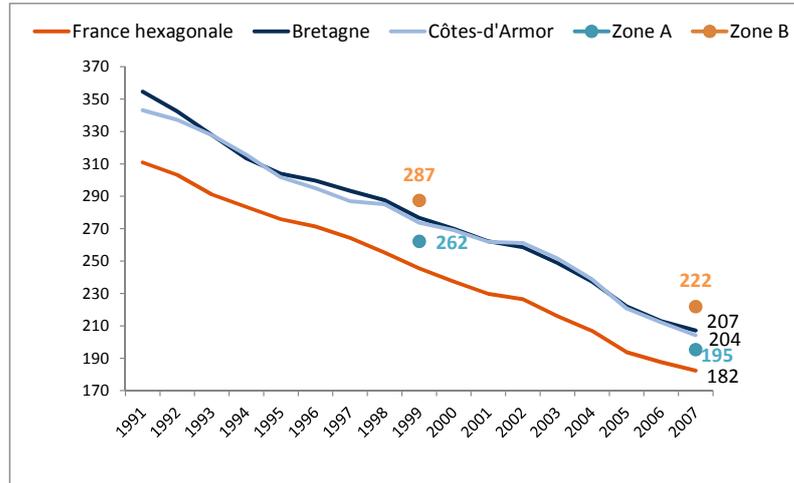


Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\* L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.  
Exemple : 1991 correspond à la période 1990-1992.

Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Figure 110 : Evolution des taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire de 1990-1992 à 2006-2008\***



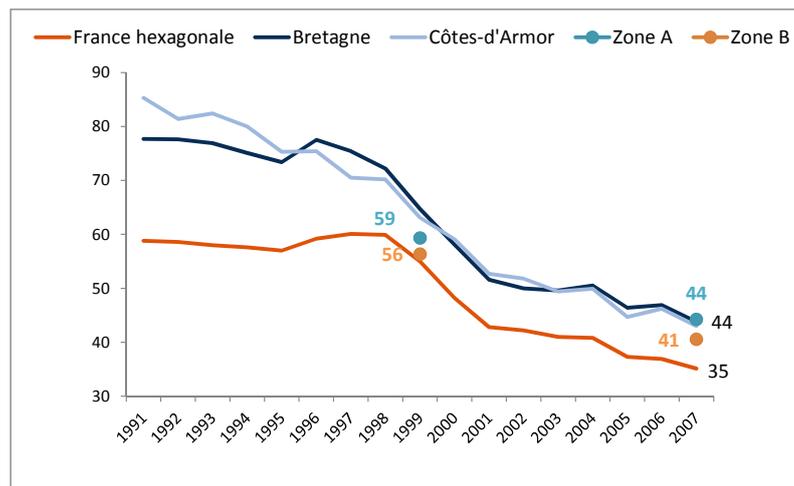
Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\* L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Exemple : 1991 correspond à la période 1990-1992.

Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Figure 111 : Evolution des taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire de 1990-1992 à 2006-2008\***



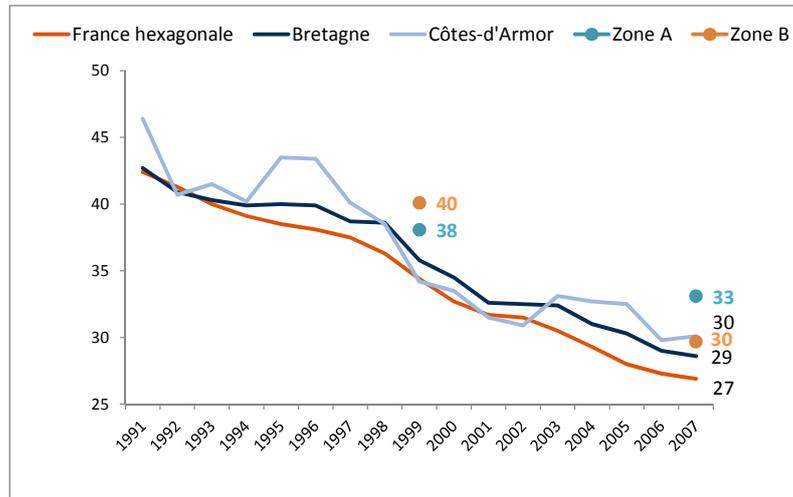
Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\* L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Exemple : 1991 correspond à la période 1990-1992.

Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Figure 112 : Evolution des taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil digestif de 1990-1992 à 2006-2008\***

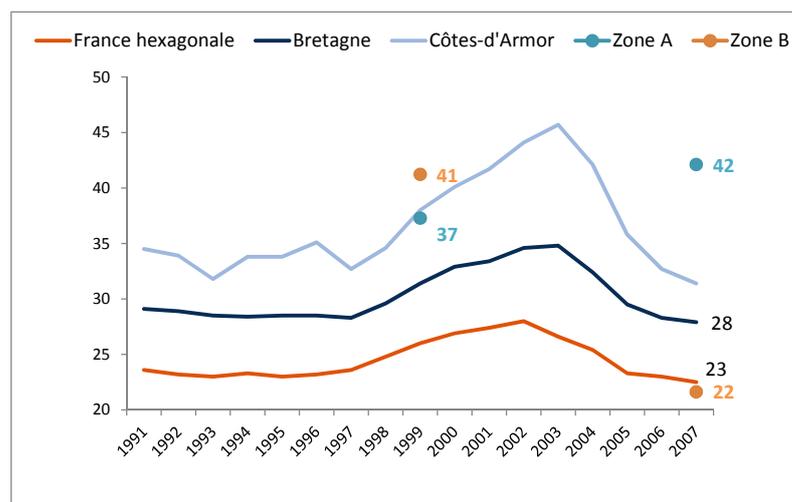


Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\* L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.  
Exemple : 1991 correspond à la période 1990-1992.

Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Figure 113 : Evolution des taux standardisés de mortalité pour troubles mentaux de 1990-1992 à 2006-2008\***



Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\* L'année figurant dans le graphique est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.  
Exemple : 1991 correspond à la période 1990-1992.

Unité : Taux pour 100 000 habitants

**Figure 114 : Taux standardisés de mortalité de la zone A et variation relative entre 1998-2000 et 2006-2008**

Zone A	Hommes			Femmes		
	1998-2000	2006-2008	Variation en %	1998-2000	2006-2008	Variation en %
Mal. de l'appareil circulatoire	400,8	331,9	-17%	262,2	195,3	-26%
Tumeurs malignes	415,9	370,0	-11%	178,7	163,0	-9%
Mal. de l'appareil respiratoire	121,4	92,1	-24%	59,3	44,2	-25%
Morts violentes	145,6	128,1	-12%	56,8	43,7	-23%
<i>Dont Suicide</i>	47,7	43,2	-9%	26,6	12,6	-53%
Mal. de l'appareil digestif	76,6	54,9	-28%	38,1	33,1	-13%
Sympt. et états morbides mal définis	55,6	61,7	+11%	46,1	48,5	+5%
Trbles mentaux et du comportement	46,9	66,7	+42%	37,3	42,1	+13%
Mal. du système nerveux	26,3	64,0	+143%	26,9	39,3	+46%
<b>TOTAL TOUTES CAUSES</b>	<b>1399,1</b>	<b>1269,4</b>	<b>-9%</b>	<b>767,6</b>	<b>670,7</b>	<b>-13%</b>

Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Taux standardisés pour 100 000 habitants – Population de référence France – Deux sexes, RP 2006

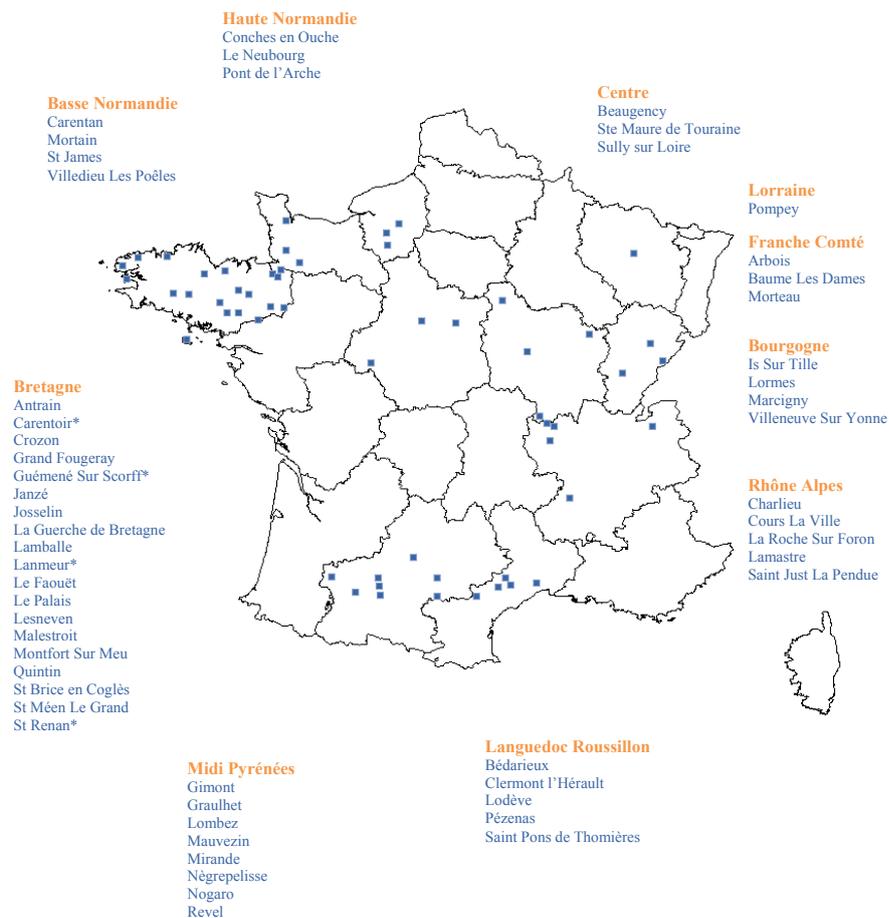
**Figure 115 : Taux standardisés de mortalité de la zone B et variation relative entre 1998-2000 et 2006-2008**

Zone B	Hommes			Femmes		
	1998-2000	2006-2008	Variation en %	1998-2000	2006-2008	Variation en %
Mal. de l'appareil circulatoire	495,3	372,8	-25%	287,4	221,8	-23%
Tumeurs malignes	448,2	423,5	-6%	191,9	158,4	-17%
Mal. de l'appareil respiratoire	129,8	102,8	-21%	56,3	40,5	-28%
Morts violentes	161,9	124,3	-23%	53,6	44,0	-18%
<i>Dont Suicide</i>	66,4	45,3	-32%	17,1	12,1	-29%
Mal. de l'appareil digestif	75,2	67,3	-10%	40,1	29,7	-26%
Sympt. et états morbides mal définis	63,6	74,8	+18%	42,5	45,2	+6%
Trbles mentaux et du comportement	47,0	55,5	+18%	41,2	21,6	-48%
Mal. du système nerveux	37,0	46,0	+24%	19,3	35,7	+85%
<b>TOTAL TOUTES CAUSES</b>	<b>1557,5</b>	<b>1377,2</b>	<b>-12%</b>	<b>812,9</b>	<b>672,5</b>	<b>-17%</b>

Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Taux standardisés pour 100 000 habitants – Population de référence France – Deux sexes, RP 2006

## Annexe 5 : Cartographie et liste des hôpitaux participant au panel pour le court séjour



Source : Déclaration 2010 des établissements

Exploitation ORS Bretagne

\* Etablissements dont les données sont traitées par l'ORS Bretagne uniquement pour la réalisation des rapports d'ensemble.

Remarque : l'hôpital de Lanmeur en Bretagne dispose d'un service de médecine depuis le 01/06/2010, son activité n'est pas prise en compte dans l'analyse

## **Annexe 6 : Détail des principales Catégories Majeures de Diagnostics (CMD) - Médecine en hospitalisation complète**

### **● CMD 19 Maladies et troubles mentaux**

146 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 19. La durée moyenne de séjour est de 16,0 jours. L'âge moyen des patients est de 83,8 ans. Le nombre de décès est de 6.

Les groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents dans cette CMD sont :

- GHM 19M062 Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 2 : 25 séjours,
- GHM 19M063 Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, niveau 3 : 20 séjours,
- GHM 19M202 Autres troubles mentaux, niveau 2 : 16 séjours,
- GHM 19M203 Autres troubles mentaux, niveau 3 : 10 séjours,
- GHM 19M023 Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, niveau 3 : 9 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- F688 Autres troubles précisés de la personnalité et du comportement chez l'adulte,
- F051 Delirium surajouté à une démence,
- R54+0 Syndrome de glissement (sénile),
- F4322 Troubles de l'adaptation réaction mixte, anxieuse et dépressive,
- F408 Autres troubles anxieux phobiques.

### **● CMD 04 Affections de l'appareil respiratoire**

80 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 04. La durée moyenne de séjour est de 14,6 jours. L'âge moyen des patients est de 84,0 ans. Le nombre de décès est de 11.

Les groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents dans cette CMD sont :

- GHM 04M053 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 : 21 séjours,
- GHM 04M073 Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans, niveau 3 : 6 séjours,
- GHM 04M054 Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans, niveau 4 : 5 séjours,
- GHM 04M093 Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 3 : 4 séjours,
- GHM 04M203 Bronchopneumopathies chroniques surinfectées, niveau 3 : 4 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- J180 Bronchopneumopathie, sans précision,
- J690 Pneumopathie due à des aliments et des vomissements,
- J441 Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision,
- J440 Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures,
- R060 Dyspnée

### ● **CMD 08 Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif**

74 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 08. La durée moyenne de séjour est de 12,0 jours. L'âge moyen des patients est de 85,3 ans. Le nombre de décès est de 2.

Les groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents dans cette CMD sont :

- GHM 08M253 Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 3 : 15 séjours,
- GHM 08M252 Fractures pathologiques et autres tumeurs malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, niveau 2 : 11 séjours,
- GHM 08M293 Autres pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, niveau 3 : 8 séjours,
- GHM 08M153 Tendinites, myosites et bursites, niveau 3 : 6 séjours,
- GHM 08M263 Fractures du rachis, niveau 3 : 5 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- M8008 Ostéoporose post-ménopausique avec fracture pathologique - Autres,
- M8098 Ostéoporose avec fracture pathologique, sans précision - Autres,
- M62890 Rhabdomyolyse, siège non précisé,
- S328 Fracture de parties autres et non précisées du rachis lombaire et du bassin,
- S325 Fracture du pubis.

### ● **CMD 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé**

70 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 23. La durée moyenne de séjour est de 13,5 jours. L'âge moyen des patients est de 77,3 ans. Le nombre de décès est de 25.

Les groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents dans cette CMD sont :

- GHM 23Z02Z Soins Palliatifs, avec ou sans acte dans un lit dédié : 37 séjours,
- GHM 23M061 Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 1 : 12 séjours,
- GHM 23M20Z Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD. 23 : 9 séjours,
- GHM 23M062 Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 2 : 7 séjours,
- GHM 23M063 Autres facteurs influant sur l'état de santé, niveau 3 : 4 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- Z515 Soins palliatifs,
- Z5130 Séance de transfusion de produit sanguin labile,
- Z742 Besoin d'assistance à domicile, aucun autre membre du foyer n'étant capable d'assurer les soins,
- R700 Accélération de la vitesse de sédimentation,
- R53+1 Malaise.

## **Annexe 7 : Détail des Catégories Majeures de Diagnostics (CMD) - Hôpital de jour « mémoire »**

### **● CMD 19 Maladies et troubles mentaux**

345 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 19. L'âge moyen des patients est de 78,2 ans. Aucun décès n'est survenu dans cette CMD.

Les groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents dans cette CMD sont :

- GHM 19M07T Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 80 ans, très courte durée : 103 séjours,
- GHM 19M06T Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 79 ans, très courte durée : 100 séjours,
- GHM 19M21Z Explorations et surveillance pour maladies et troubles mentaux : 94 séjours,
- GHM 19M02T Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, très courte durée : 38 séjours,
- GHM 19M11T Névroses dépressives, très courte durée : 3 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- Z092 Examen de contrôle après chimiothérapie pour d'autres affections,
- F00201 Démence moyenne de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, sans symptôme supplémentaire,
- F412 Trouble anxieux et dépressif mixte,
- F00100 Démence légère de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, sans symptôme supplémentaire,
- F4322 Troubles de l'adaptation réaction mixte, anxieuse et dépressive.

### **● CMD 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé**

85 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 23. L'âge moyen des patients est de 73,5 ans. Aucun décès n'est survenu dans cette CMD.

Le groupe homogène de malades (GHM) le plus fréquent dans cette CMD est le GHM 23M20T Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD 23, très courte durée (84 séjours).

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- R418 Symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience,

- Z04880 autres et non précisés,
- Z022 Autres examens et mises en observation pour d'autres raisons précisées,
- R413 Examen pour l'admission dans une autre institution,
- Z092 Autres formes d'amnésie,
- Z092 Examen de contrôle après chimiothérapie pour d'autres affections.

### ● **CMD 01 Affections du système nerveux**

20 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 01. L'âge moyen des patients est de 79,2 ans. Aucun décès n'est survenu dans cette CMD.

Les groupes homogènes de malades (GHM) représentés dans cette CMD sont :

- GHM 01M07T Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 79 ans, très courte durée : 8 séjours,
- GHM 01M08T Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 80 ans, très courte durée : 7 séjours,
- GHM 01M32Z Explorations et surveillance pour affections du système nerveux : 5 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- G318 Autres affections dégénératives précisées du système nerveux,
- Z092 Examen de contrôle après chimiothérapie pour d'autres affections,
- G210 Syndrome malin des neuroleptiques,
- G310 Atrophie cérébrale circonscrite,
- G259 Syndrome extrapyramidal et trouble de la motricité, sans précision.

### ● **CMD 20 Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci**

12 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 20. L'âge moyen des patients est de 68,8 ans. Aucun décès n'est survenu dans cette CMD.

Le groupe homogène de malades (GHM) représenté dans cette CMD est le GHM 20Z06T Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, très courte durée (12 séjours).

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- F1074 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : trouble résiduel ou psychotique de survenue tardive autre déficit cognitif persistant,
- F1073 Démence, due à l'alcool,
- F106 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool : syndrome amnésique,
- F136 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques : syndrome amnésique

## **Annexe 8 : Détail des Catégories Majeures de Diagnostics (CMD) - Hôpital de jour « évaluations nutritionnelles » et « prévention des chutes »**

### **● CMD 23 Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours au service de santé**

58 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 23. L'âge moyen des patients est de 71,2 ans. Aucun décès n'est survenu dans cette CMD.

Les groupes homogènes de malades (GHM) les plus fréquents dans cette CMD sont :

- GHM 23M20T Autres symptômes et motifs de recours aux soins de la CMD. 23, très courte durée : 40 séjours,
- GHM 23M08J Autres motifs de recours chez un patient diabétique, en ambulatoire : 17 séjours.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- Z04880 Autres examens et mises en observation pour d'autres raisons précisées,
- Z713 Surveillance et conseils diététiques.

### **● CMD 19 Maladies et troubles mentaux**

7 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 19. L'âge moyen des patients est de 80,0 ans. Aucun décès n'est survenu dans cette CMD.

Le groupe homogène de malades (GHM) le plus fréquent dans cette CMD est le GHM 19M10T Névroses autres que les névroses dépressives, très courte durée (5 séjours).

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- F408 Autres troubles anxieux phobiques,
- F4321 Troubles de l'adaptation réaction dépressive prolongée,
- F00231 Démence moyenne de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, avec symptômes essentiellement dépressifs.

## ● **CMD 01 Affections du système nerveux**

6 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 01. L'âge moyen des patients est de 81,3 ans. Aucun décès n'est survenu dans cette CMD.

Le groupe homogène de malades (GHM) représenté dans cette CMD est le GHM 01M34T Anomalies de la démarche d'origine neurologique, très courte durée (6 séjours).

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- R268 Anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées,
- R296 Chutes à répétition, non classées ailleurs.

## ● **CMD 10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles**

4 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 10. L'âge moyen des patients est de 56,3 ans. Aucun décès n'est survenu dans cette CMD.

Le groupe homogène de malades (GHM) le plus fréquent dans cette CMD est le GHM 10M09T Obésité, très courte durée (3 séjours).

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- E6600 Obésité due à un excès calorique, avec indice de masse corporelle inférieur à 40kg/m<sup>2</sup>,
- E6601 Obésité due à un excès calorique, avec indice de masse corporelle égal ou supérieur à 40kg/m<sup>2</sup>,
- E109 Diabète sucré insulino-dépendant, sans complication.

## ● **CMD 05 Affections de l'appareil circulatoire**

2 hospitalisations ont été réalisées dans la CMD 05. L'âge moyen des patients est de 60,0 ans. Aucun décès n'est survenu dans cette CMD.

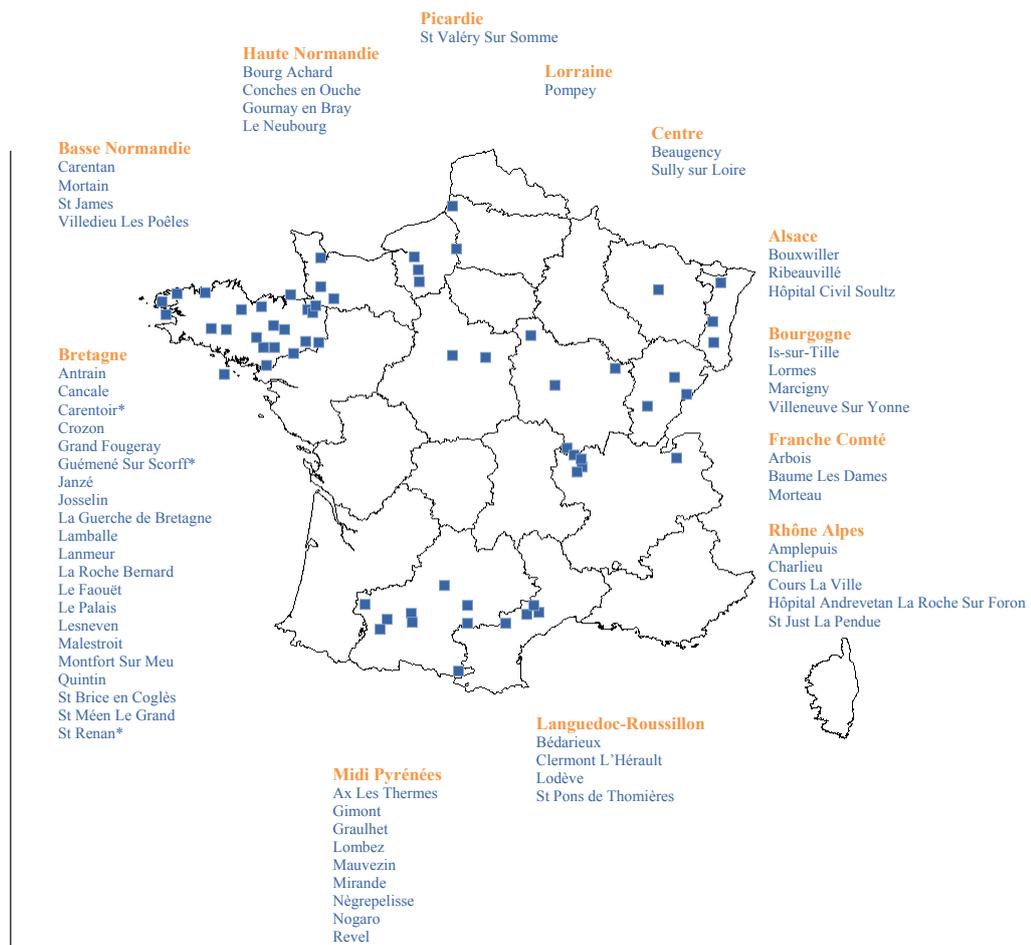
Les groupes homogènes de malades (GHM) représentés dans cette CMD sont :

- GHM 05M05T Syncopes et lipothymies, très courte durée : 1 séjour,
- GHM 05M15T Hypertension artérielle, très courte durée : 1 séjour.

Dans cette CMD, les diagnostics principaux d'entrée les plus fréquents sont :

- I951 Hypotension orthostatique,
- I10 Hypertension essentielle (primitive).

# Annexe 9 : Cartographie et liste des hôpitaux participant au panel pour le SSR



Source : Déclaration 2010 des établissements

Exploitation ORS Bretagne

\* Etablissements dont les données sont traitées par l'ORS Bretagne uniquement pour les réalisations des rapports d'ensemble.

## **Annexe 10 : Détail des principales Catégories Majeures Cliniques (CMC)**

### **• CMC 17 Poursuites de soins médicaux post-traumatique**

617 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 17, soit 3 811 journées. L'âge moyen des patients est de 81,5 ans.

Les Groupes de Morbidité Dominante (GMD) les plus représentés dans cette CMC sont :

- GMD 17A01 - Lésions ostéoarticulaires et tendons traumatiques, sauf poignet main, âge supérieur à 18 ans : 224 RHS,
- GMD 17A09 - Fracture du col du fémur avec ostéosynthèse, âge supérieur à 18 ans : 201 RHS,
- GMD 17A08 - Fracture du col du fémur avec pose de prothèse de hanche, âge supérieur à 18 ans : 122 RHS,
- GMD 17A04 - Lésions ostéoarticulaires et tendons traumatiques, poignet main, âge supérieur à 18 ans : 41 RHS,
- GMD 17A03 - Lésions traumatiques mult., complexes ou compliq., âge supérieur à 18 ans : 15 RHS.

Les Finalités Principales de Prise en Charge (FPPC) représentées sont :

- Autres thérapies physiques : 479 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 98 RHS,
- Convalescence après traitement d'une fracture : 26 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 14 RHS.

Les Manifestations Morbides Principales (MMP) les plus représentées sont :

- Présence d'autres implants osseux et tendineux : 278 RHS,
- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 130 RHS,
- Présence d'autres appareils précisés : 36 RHS,
- Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus : 26 RHS,
- Fractures d'autres parties de la jambe : 20 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Fracture du col du fémur : 295 RHS,
- Fracture de l'extrémité inférieure du fémur : 31 RHS,
- Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus : 28 RHS,
- Fracture de parties autres et non précisées du poignet et de la main : 27 RHS,
- Fracture de la diaphyse du tibia : 20 RHS.

## ● CMC 12 Poursuite de soins médicaux neuro-musculaires

429 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 12, soit 2 502 journées. L'âge moyen des patients est de 83,9 ans.

Les Groupes de Morbidité Dominante (GMD) les plus représentés dans cette CMC sont :

- GMD 12A22 - Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 18 ans : 297 RHS,
- GMD 12A02 - Lésions cérébrales non traumatiques, âge supérieur à 18 ans : 131 RHS.

Les Finalités Principales de Prise en Charge (FPPC) les plus représentées sont :

- Autres thérapies physiques : 205 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 193 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 20 RHS,
- Autres examens et mises en observation pour d'autres raisons précisées : 5 RHS,
- Prise en charge aiguë : 3 RHS.

Les Manifestations Morbides Principales (MMP) les plus représentées sont :

- Anomalies de la démarche et de la motilité, autres et non précisées : 166 RHS,
- Difficulté à la marche, non classée ailleurs : 82 RHS,
- Hémiplégié, sans précision : 61 RHS,
- Hémiplégié flasque récente, persistant au-delà de 24 heures : 19 RHS,
- Désorientation, sans précision : 15 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Maladie de Parkinson : 48 RHS,
- Infarctus cérébral, sans précision : 26 RHS,
- Infarctus cérébral dû à une occlusion ou sténose des artères précérébrales, de mécanisme non précisé : 15 RHS,
- Autres infarctus cérébraux : 12 RHS,
- Accident vasculaire cérébral, non précisé comme étant hémorragique ou par infarctus : 11 RHS.

## ● CMC 16 Poursuites de soins médicaux rhumato/orthopédique

351 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 16, soit 2 013 journées. L'âge moyen des patients est de 81,0 ans.

Les Groupes de Morbidité Dominante (GMD) les plus représentés dans cette CMC sont :

- GMD 16A05 - Complications et suivi d'implants ostéoarticulaires, âge supérieur à 18 ans : 224 RHS,
- GMD 16A03 - Affections du rachis, âge supérieur à 18 ans : 89 RHS,
- GMD 16A01 - Arthropathies non infectieuses, âge supérieur à 18 ans : 17 RHS,

- GMD 16A02 - Arthropathies infectieuses et inflammatoires, ostéites et affections musculaires, âge supérieur à 18 ans : 10 RHS,
- GMD 16A04 - Malformations, déformations et dystrophies ostéoarticulaires, âge supérieur à 18 ans : 9 RHS.

Les Finalités Principales de Prise en Charge (FPPC) les plus représentées sont :

- Autres thérapies physiques : 282 RHS,
- Soins impliquant d'autres moyens de rééducation : 47 RHS,
- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 15 RHS,
- Convalescence après un autre traitement : 3 RHS,
- Prise en charge aiguë : 2 RHS.

Les Manifestations Morbides Principales (MMP) les plus représentées sont :

- Présence d'implants d'articulations orthopédiques : 197 RHS,
- Autres dorsalgies - Région dorso-lombaire : 21 RHS,
- Lombalgie basse - Région lombaire : 18 RHS,
- Lombalgie basse : 16 RHS,
- Déformation en flexion - Jambe : 10 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

- Coxarthrose, sans précision : 112 RHS,
- Ostéoporose post-ménopausique avec fracture pathologique - Autres : 57 RHS,
- Complication mécanique d'une prothèse articulaire interne : 45 RHS,
- Gonarthrose, sans précision : 22 RHS,
- Coxarthrose primaire, bilatérale : 14 RHS.

### ● CMC 15 Poursuites de soins médicaux viscéral

318 semaines d'hospitalisation ont été réalisées dans la CMC 15, soit 1 825 journées. L'âge moyen des patients est de 79,9 ans.

Les Groupes de Morbidité Dominante (GMD) représentés dans cette CMC sont :

- GMD 15A01 - Hémopathies et certaines tumeurs malignes, âge supérieur à 18 ans : 149 RHS,
- GMD 15A04 - Affections des organes digestifs, âge supérieur à 18 ans : 123 RHS,
- GMD 15A02 - Maladies infectieuses et affections immuno-hématologiques, âge supérieur à 18 ans : 25 RHS,
- GMD 15A03 - Affections des organes génitaux-urinaires, âge supérieur à 18 ans : 21 RHS.

Les Finalités Principales de Prise en Charge (FPPC) les plus représentées sont :

- Autres formes précisées de soins médicaux, non classées ailleurs : 221 RHS,
- Surveillance de colostomie : 43 RHS,
- Prise en charge aiguë : 12 RHS,
- Convalescence après intervention chirurgicale : 12 RHS,
- Convalescence après radiothérapie : 9 RHS.

Les Manifestations Morbides Principales (MMP) les plus représentées sont :

- Autres états post-chirurgicaux précisés : 57 RHS,
- Absence acquise d'autres parties de l'appareil digestif : 23 RHS,
- Ascite : 22 RHS,
- Absence acquise d'organe(s) génital(aux) : 18 RHS,
- Tumeur maligne du col de l'utérus, sans précision : 15 RHS.

Les Affections Etiologiques (AE) les plus représentées sont :

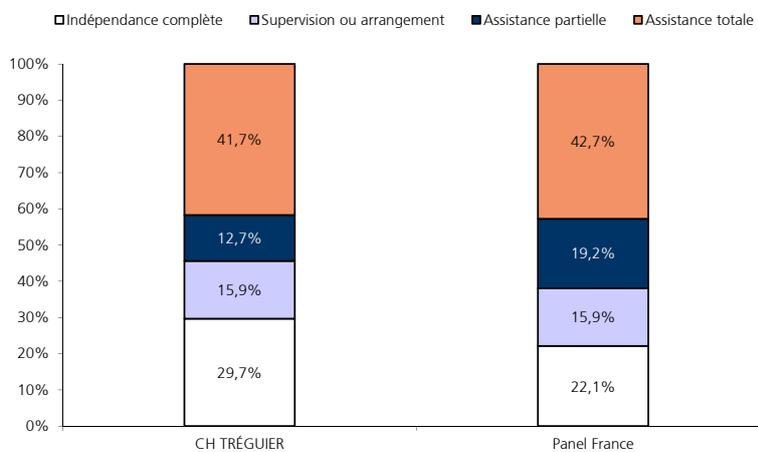
- Cirrhoses (du foie), autres et sans précision : 17 RHS,
- Tumeur maligne du côlon sigmoïde : 15 RHS,
- Tumeur maligne de la tête du pancréas : 11 RHS,
- Autres hernies de la paroi abdominale antérieure, avec gangrène : 8 RHS,
- Mélanome in situ d'autres sièges : 8 RHS.

## Annexe 11 : Détail des principaux Groupes de Morbidité Dominante (GMD)

GMD	Libellé	Nombre de semaines d'hospitalisation	%	Age moyen	Nombre de Journées	Panel France (% de semaines d'hospitalisation)
12A22	Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 18 ans	297	10,1%	83,5	1700	8,4%
16A05	Complications et suivi d'implants ostéoarticulaires, âge supérieur à 18 ans	224	7,6%	79,4	1292	3,8%
17A01	Lésions ostéoarticulaires et tendons traumatiques, sauf poignet main, âge supérieur à 18 ans	224	7,6%	78,9	1341	8,5%
17A09	Fracture du col du femur avec ostéosynthèse, âge supérieur à 18 ans	201	6,8%	83,9	1284	1,6%
60A22	Autres affections, âge supérieur à 18 ans	176	6,0%	85,1	1025	6,5%
15A01	Hémopathies et certaines tumeurs malignes, âge supérieur à 18 ans	149	5,0%	78,7	883	4,4%
40A22	Réadaptation et réinsertion, âge supérieur à 18 ans	133	4,5%	84,4	763	3,3%
12A02	Lésions cérébrales non traumatiques, âge supérieur à 18 ans	131	4,4%	84,9	796	4,8%
01A20	Autres affections respiratoires, âge supérieur à 18 ans	129	4,4%	81,5	760	4,8%
15A04	Affections des organes digestifs, âge supérieur à 18 ans	123	4,2%	78,5	687	3,4%
17A08	Fracture du col du femur avec pose de prothèse de hanche, âge supérieur à 18 ans	122	4,1%	81,5	750	3,9%
02A04	Insuffisances cardiaques, âge supérieur à 18 ans	120	4,1%	85,3	715	3,2%
20A22	Soins palliatifs, âge supérieur à 18 ans	104	3,5%	82,6	592	4,2%
16A03	Affections du rachis, âge supérieur à 18 ans	89	3,0%	83,9	492	1,3%
13A01	Démence, schizophrénie et retard mental, âge supérieur à 18 ans	81	2,7%	82,6	453	4,6%
14A06	Lésions traumatiques et soins cutanés post-chirurgicaux, âge supérieur à 18 ans	76	2,6%	80,3	418	2,1%
02A05	Affections vasculaires, âge supérieur à 18 ans	67	2,3%	80,6	404	2,1%
13A03	Troubles dépressifs et anxieux, âge supérieur à 18 ans	43	1,5%	74,5	257	1,3%
17A04	Lésions ostéoarticulaires et tendons traumatiques, poignet main, âge supérieur à 18 ans	41	1,4%	81,4	252	0,5%
13A20	Autres troubles mentaux, âge supérieur à 18 ans	40	1,4%	86,0	209	0,8%
02A20	Autres affections de l'appareil circulatoire, âge supérieur à 18 ans	35	1,2%	84,8	209	1,2%
02A03	Ischémies cardiaques, pontages, implants coronaires, âge supérieur à 18 ans	34	1,2%	81,8	181	1,1%
50A03	Diabète et obésité avec maladie associée, âge supérieur à 18 ans	34	1,2%	76,9	190	0,1%
14A07	Affections de la peau et des tissus sous-cutanés, âge supérieur à 18 ans	31	1,0%	82,0	173	1,2%
...	...	...	...	...	...	...

## Annexe 12 : Détail des niveaux de dépendance physique et de dépendance relationnelle

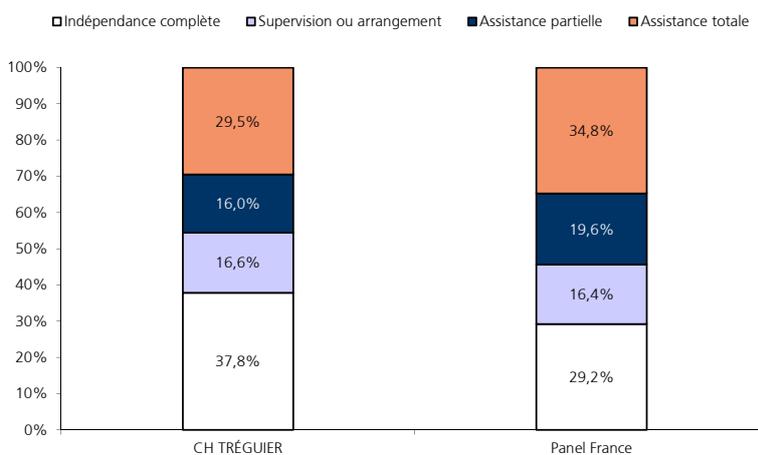
Répartition des semaines d'hospitalisation selon le niveau de dépendance de la variable HABILLAGE (en %)



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

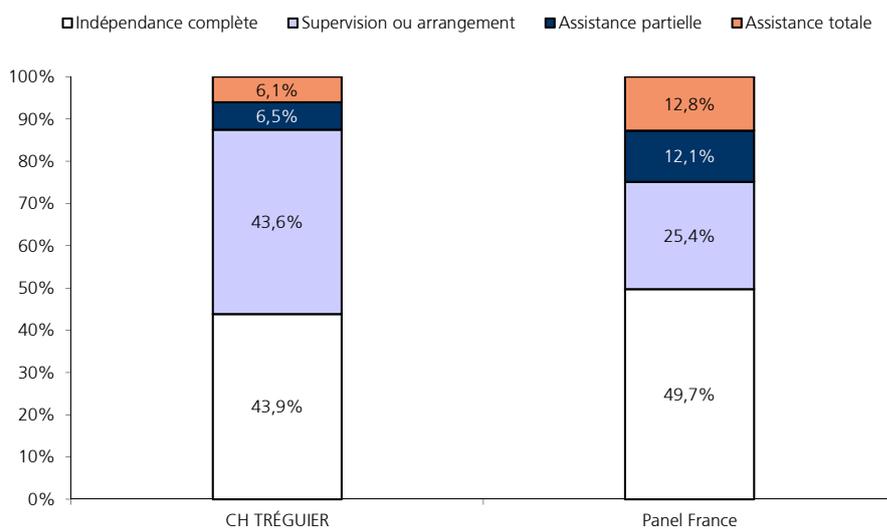
Répartition des semaines d'hospitalisation selon le niveau de dépendance de la variable DEPLACEMENT (en %)



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

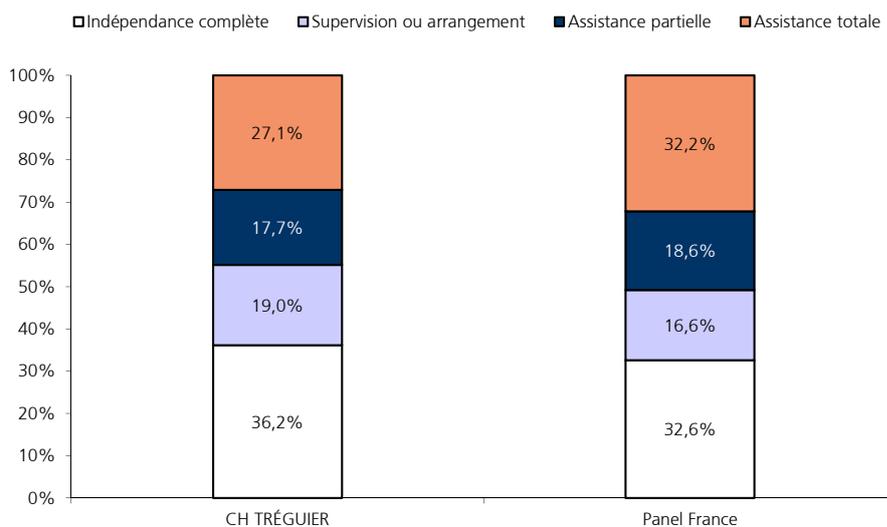
### Répartition des semaines d'hospitalisation selon le niveau de dépendance de la variable ALIMENTATION (en %)



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

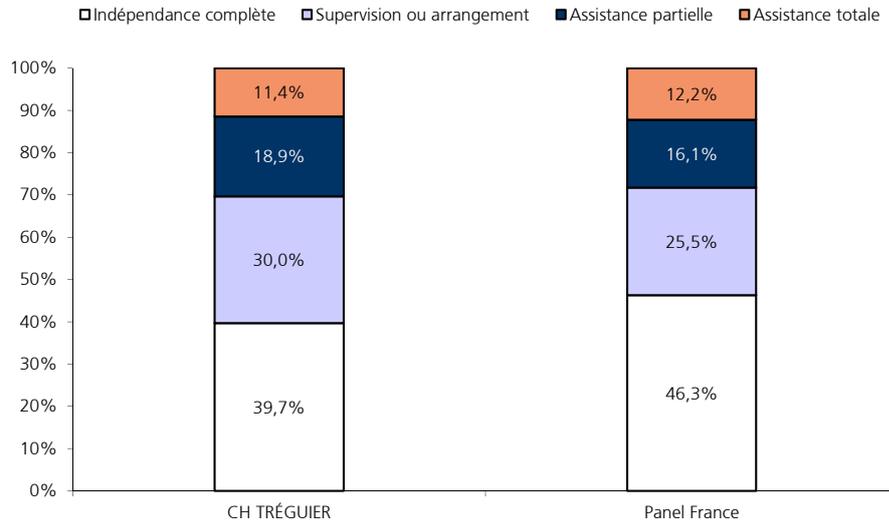
### Répartition des semaines d'hospitalisation selon le niveau de dépendance de la variable CONTINENCE (en %)



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

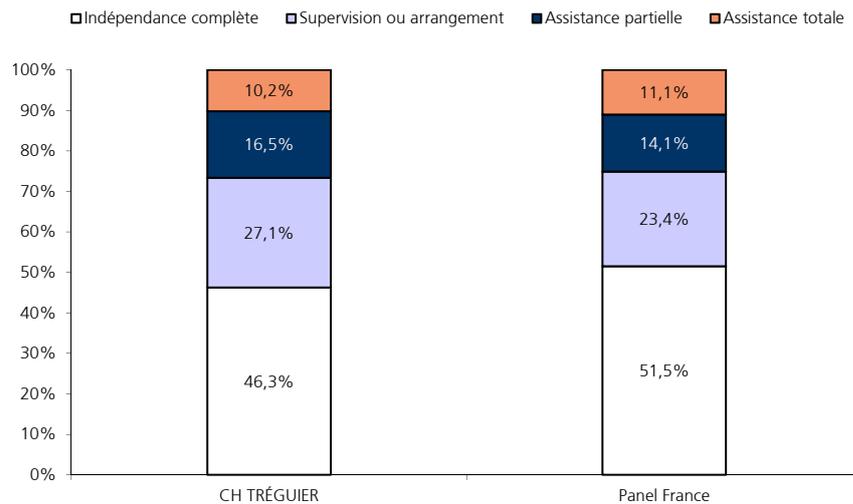
### Répartition des semaines d'hospitalisation selon le niveau de dépendance de la variable COMPORTEMENT (en %)



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne

### Répartition des semaines d'hospitalisation selon le niveau de dépendance de la variable RELATION (en %)



Source : PMSI SSR 2010

Exploitation ORS Bretagne



· OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE BRETAGNE  
· 8 D rue Franz Heller  
· CS 70625 - 35 706 RENNES Cedex 7  
· Tél. 02 99 14 24 24 - Fax. 02 99 14 25 21  
· E-mail : [orsb@orsbretagne.fr](mailto:orsb@orsbretagne.fr) - <http://www.orsbretagne.fr>

