

— ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION EN BRETAGNE

— Septembre 2010



LES SOURCES DE DONNÉES

Les systèmes d'informations continus

• Les données de population

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, estimation de population, état-civil, tableaux de bord de l'économie bretonne...

• Les données de mortalité

Les données de mortalité proviennent de la statistique annuelle des causes médicales de décès qui est gérée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), elle concerne les années de 1990 à 2007 (dernière année disponible). La cause médicale de décès retenue est la cause principale (ou initiale) du décès et est codée selon la Classification internationale des maladies 10ème révision (CIM10) permettant la réalisation de comparaisons régionales, nationales ou encore internationales.

• Les données d'incidence médico-sociale

Les admissions en affection de longue durée (ALD) issues des trois régimes d'assurance maladie (CNAMTS, CCMSA et RSI) sont fournies annuellement par l'assurance maladie aux Observatoires régionaux de santé par l'intermédiaire de leur fédération (Fnors). Elles sont au nombre de 30 dont la liste est fixée par décret. La dernière année disponible est 2007.

• Les données d'incidence des cancers

Le Réseau français des registres des cancers (Francim) en partenariat avec le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), l'Institut national du cancer (INCa) et l'Institut de veille sanitaire (InVS) procède à la réalisation d'estimations de l'incidence des cancers en France et dans les 22 régions de France métropolitaine à partir des données collectées dans les registres départementaux sur l'ensemble des cancers (registres généraux) ou uniquement sur certaines localisations cancéreuses (registres spécialisés). Les estimations régionales sont produites depuis 1980 tous les 5 ans selon la méthodologie utilisée pour l'analyse des tendances de l'incidence¹, la dernière année disponible est 2005.

• Les données de recours à l'hospitalisation

Les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sont issues de l'exploitation annuelle des bases de données réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Les données concernant les motifs de recours à l'hospitalisation reposent sur l'étude du diagnostic principal ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant, défini à la fin de tout séjour effectué dans les services de court séjour des établissements publics et privés et sont rapportées au lieu de domicile du patient. Les données présentées concernent des séjours et non des patients. La dernière année disponible est 2007.

• Les autres sources utilisées

D'autres sources de données ont également été utilisées, elles sont de différents types (rapports, articles, statistiques...) et proviennent de producteurs variés (Fnors, ARS, Creai Bretagne, CIRDD Bretagne, OFDT, Cetaf, Cram de Bretagne, Cnaf, Dreal Bretagne,...)². Elles sont systématiquement mentionnées en regard des tableaux, des graphiques ou des cartes présentés dans l'ensemble du document.

Les enquêtes nationales et régionales

Des données issues d'enquêtes nationales et régionales ont été utilisées. Il s'agit notamment des enquêtes réalisées par l'ORS Bretagne auprès des jeunes dans la région (La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université en 2006, La santé des jeunes scolarisés en Bretagne en 2007, La santé des jeunes des missions locales en 2009,...) mais aussi les résultats nationaux et régionaux de l'enquête Escapad 2008 de l'OFDT. Ont également été exploités les résultats régionaux d'enquête nationale comme ObEpi 2009 (Inserm-Institut Roche), l'enquête « Établissements sociaux et médico-sociaux » (ES) de 2006 (Drees),...

LES INDICATEURS UTILISÉS

• Les taux spécifiques selon l'âge

C'est le nombre d'événements étudiés pour chaque tranche d'âge rapporté à la population du même âge. Exemple : s'il s'agit des décès, on parle de taux spécifiques de mortalité selon l'âge.

• Le taux standardisé de mortalité

Le taux standardisé de mortalité est un indicateur qui permet de comparer le niveau de mortalité de différentes unités géographiques indépendamment de la structure par âge et sexe des populations qui les composent. Pour ce faire, les taux spécifiques selon l'âge de chaque population sont appliqués à une population de référence (ici, la population française 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. Cet indicateur permet des comparaisons dans le temps, dans l'espace et entre hommes et femmes.

• Le taux standardisé d'incidence des cancers

La méthode de calcul et le principe sont les mêmes que pour le taux standardisé de mortalité mais cet indicateur repose sur les données d'estimation d'incidence des cas de cancer publiées par le réseau Francim et l'InVS et la population de référence est la population mondiale telle que définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

• L'indice comparatif de mortalité (ICM)

Un indice comparatif de mortalité est un indicateur qui permet de comparer le niveau de risque de décès dans une zone géographique (département, pays,...) par rapport au niveau national (égal à 100 par définition) indépendamment des variations dues aux différences de structures d'âge et de sexe entre les populations étudiées. Par exemple un ICM égal à 110 signifie, qu'à âge égal, la zone géographique considérée présente un risque de mortalité supérieur de 10% au niveau national reflétant une situation défavorable. À l'inverse, un ICM inférieur à 100 traduit une situation favorable par rapport à la moyenne nationale. Les ICM sont calculés sur un nombre d'années suffisant afin de rendre les résultats statistiquement valides. Ainsi, pour les ICM issus de la base de données Score-santé de la Fnors, l'année mentionnée dans les graphiques correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2006 se rapporte à la période 2005-2007.

• L'indice comparatif de recours à l'hospitalisation (ICR)

La méthode de calcul et le principe sont les mêmes que pour l'indice comparatif de mortalité mais cet indicateur repose sur les données du PMSI, c'est-à-dire sur les séjours réalisés dans les services de court séjour des établissements de santé publics et privés. L'ICR permet donc de juger si la fréquence du recours dans une zone géographique est supérieure à celle observée au niveau national (ICR France = 100).

• Le taux standardisé de recours à l'hospitalisation

La méthode de calcul et le principe sont les mêmes que pour le taux standardisé de mortalité mais cet indicateur repose sur les données du PMSI exploitées par la Drees et la population de référence est la population française (ici l'estimation localisée de population au 1^{er} janvier 1990 rétropolée à partir du recensement 1999, France métropolitaine, les deux sexes regroupés en 11 tranches d'âges).

• Les taux bruts d'incidence médico-sociale (ou taux bruts d'admission en ALD)

Il correspond au nombre d'admissions en affection de longue durée (ALD) de personnes domiciliées dans une zone géographique considérée (département, région) pour un type d'affections donné, rapporté au nombre d'habitants de la zone géographique étudiée.

¹ Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglia E, Benhamou E, Delafosse P et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Jun;56(3):159-175.

² Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors), Agence régionale de santé (ARS), Centre régional d'études et d'actions sur les inadaptations et les handicaps (Creai Bretagne), Centre d'information régional sur les drogues et les dépendances (Cirdr Bretagne), Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé (Cetaf), Caisse régionale d'assurance maladie (Cram Bretagne), Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf), Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement (Dreal Bretagne,...).

Étude réalisée avec le soutien de l'Agence régionale de santé de Bretagne
dans le cadre de la convention additionnelle au contrat de projets État-Région

Rédaction ARS Bretagne : Véronique Boitard, Arnaud Ganne, Anne Vidy, Fabienne Kerboas, Nicolas Beney

Rédaction ORS Bretagne : Léna Pennognon, Christophe Léon, Philippe Clappier, Dr Isabelle Tron
Conception graphique : Élisabeth Quéguiner

La mise en place de la loi HPST a installé dans le paysage sanitaire régional l'Agence régionale de Santé. LARS regroupe différentes administrations déconcentrées de l'Etat, des organismes d'Assurance Maladie et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation afin de promouvoir un pilotage décloisonné du système de santé en région.

Ce pilotage décloisonné doit pouvoir s'appuyer sur des objectifs stratégiques clairs et partagés, pouvant se décliner en schéma d'organisation ou programme spécifiques. Le Projet Régional de Santé constitue l'outil majeur fixant le cadre et les orientations, ainsi que les éléments de programmation pour 5 ans.

Il se compose de trois types de documents :

- le Plan Stratégique Régional de Santé qui trace les priorités de santé et les objectifs stratégiques,
- les schémas qui déclinent en objectifs opérationnels les priorités du PSRS,
- les programmes qui traduisent la mise en oeuvre des objectifs fixés au niveau des schémas.

Parallèlement de nouvelles instances de démocratie sanitaire se mettent en place. Réunissant des représentants de l'ensemble des acteurs de santé bretons, des collectivités locales, des organismes de protection sociale, ces instances sont consultées dans le cadre de la construction du PRS. Elles seront également amenées à formuler des avis lors des étapes majeures de sa construction.

Afin de pouvoir élaborer le plan stratégique régional de santé, il est donc indispensable de pouvoir s'appuyer sur un diagnostic de l'état de santé de la population d'une part et sur un diagnostic de l'offre en région d'autre part.

Dans ce contexte, l'Agence régionale de santé a sollicité l'Observatoire régional de santé afin qu'il contribue à la réalisation du présent document.

En termes de contenu cette synthèse repose sur des choix méthodologiques définis par l'ARS Bretagne en concertation avec l'ORS Bretagne :

- Les indicateurs analysés s'appuient sur des données mises à jour ou pour certaines plus anciennes, issues de travaux antérieurs et de sources diversifiées.
- L'approche axée sur les pathologies et sur les déterminants de santé est privilégiée et complétée de volets populationnels spécifiques aux personnes âgées et aux personnes handicapées. La santé des jeunes est, pour sa part, abordée de manière transversale au sein de plusieurs thématiques.
- L'étude territoriale précise le positionnement de la région par rapport à la France ainsi que, lorsque les informations sont disponibles, la situation des départements bretons. Le niveau infra départemental est abordé à partir de sujets identifiés comme des priorités de santé publique en Bretagne.
- La problématique de la répartition des inégalités sociales sur le territoire breton est moins développée, ce champ étant encore relativement peu exploré du point de vue de l'observation, tant au niveau national que régional.

D'autre part, pour pallier le caractère synthétique de ce type d'étude, la possibilité de consulter des publications plus approfondies est proposée tout au long de la synthèse. Ainsi sont évoqués, en lien avec les thématiques abordées, des travaux réalisés par différents organismes et par l'ORS Bretagne, notamment dans le cadre du suivi des priorités de santé, tels que les enquêtes mises en oeuvre auprès des étudiants, des jeunes scolarisés ou accueillis dans les missions locales, le tableau de bord sur les cancers en Bretagne et plus récemment, les 21 cahiers santé des pays de Bretagne ...

Au final, cette synthèse qui nécessite d'être mise en perspective avec l'analyse de l'offre dans les domaines de la prévention, du soin et de la prise en charge médico-sociale, a vocation à être un outil diagnostique, destiné à alimenter la réflexion des acteurs et des professionnels concernés.

Document de référence et d'appui au moment où l'élaboration du plan stratégique régional de santé est mise en oeuvre, ce diagnostic pourra si besoin à l'avenir être affiné et être amené à évoluer, notamment par une observation à l'échelle des territoires de santé et une actualisation de certains des indicateurs présentés, dans une perspective d'amélioration des connaissances des spécificités bretonnes, au bénéfice de l'ensemble de la population.

2

Méthodologie

3

Avant-propos

4

La population bretonne

6

La mortalité

8

La morbidité

10

La santé aux âges de la vie

12

Les cancers

16

Les maladies de l'appareil circulatoire

20

Les maladies de l'appareil respiratoire et les maladies transmissibles

22

La santé psychique et le suicide

24

Les personnes âgées

26

Les personnes handicapées

28

Les déterminants comportementaux : tabac / cannabis

30

Les déterminants comportementaux : alcool

32

Les déterminants comportementaux : nutrition

34

Les déterminants environnementaux

36

Les déterminants socio-économiques

38

Les inégalités sociales de santé

40

Les inégalités territoriales de santé

La Bretagne : 7^{ème} région de France la plus peuplée

La Bretagne comptait 3 141 000 habitants au 1^{er} janvier 2008, soit 234 000 habitants de plus qu'en 1999. La densité régionale s'établit à 115 habitants au km², très proche de la densité nationale, mais nettement moins concentrée puisque selon l'INSEE, « 60% des bretons résident sur 23,9% du territoire régional alors que 60% des français de métropole se répartissent sur 8,3% du territoire national »¹.

La répartition reste toutefois inégale en région avec une concentration de la population sur l'agglomération rennaise et le littoral (carte 2).

Environ 70% de la population bretonne réside dans l'espace à dominante urbaine, soit 10% de moins qu'en France métropolitaine

Sa répartition est très différente de par la structuration de son espace. La proportion de personnes résidant dans un pôle urbain est de 41% en Bretagne, pour 60% en France métropolitaine, contrairement à la couronne périurbaine où l'on observe l'effet inverse (30% contre 22%). L'espace à dominante rurale concentre, quant à lui, 28% de la population bretonne, proportion supérieure de 10 points au taux national², de nouveau en augmentation depuis 1999, du fait du solde migratoire positif (tableau 1).

Les années 2000 caractérisées par une inversion de tendance au profit des zones rurales et périurbaines

Entre 1990 et 1999, l'augmentation de population est essentiellement concentrée dans les pôles urbains et périurbains au détriment de l'espace rural qui a vu sa population diminuer. A partir de 1999, l'espace urbain a connu une croissance plus faible de sa population alors qu'une recrudescence s'est manifestée dans l'espace rural. Le dynamisme observé dans les zones périurbaines à la fin des années 90 s'est accentué dès le début des années 2000, plus particulièrement sur les communes multi polarisées³, conséquence des modes de vie et des facteurs économiques qui incitent les salariés à habiter de plus en plus loin des pôles urbains et de leur lieu de travail.

Une progression supérieure à celle observée en France métropolitaine ...

Entre 1999 et 2008, la population bretonne a progressé de 0,9% chaque année, plus rapidement que sur l'ensemble du pays (+0,7% sur la France métropolitaine) (tableau 1).

... qui résulte essentiellement de l'excédent migratoire, indifféremment sur les quatre départements bretons

Ainsi, il explique les ¾ de l'augmentation annuelle de la population, le ¼ restant étant dû au solde naturel, relativement faible en région à l'exception du département de l'Ille-et-Vilaine.

Depuis les années 1990, la population bretonne n'a cessé d'augmenter, à un rythme supérieur à la moyenne nationale, plus particulièrement dans les départements du Morbihan et de l'Ille-et-Vilaine, la population de ce dernier ayant progressé de plus de 20% en moins de 20 ans.

Le département des Côtes d'Armor est le seul à avoir connu une diminution de sa population, entre 1990 et 1996, pour finalement repartir sur une évolution positive à partir de cette date.

Le Finistère, 2^{ème} département le plus peuplé de Bretagne, est celui qui a connu le plus faible taux d'évolution de sa population depuis 1990.

Une espérance de vie à la naissance inférieure à la moyenne nationale

L'espérance de vie à la naissance est pour un homme de 76,3 ans et pour une femme de 83,8 ans en 2007, soit une durée de vie moyenne régionale inférieure à la moyenne nationale (77,5 ans pour un homme et 84,3 ans pour une femme en France métropolitaine). L'écart hommes-femmes en Bretagne tend à se réduire, avec une différence de 7,5 ans en 2007 alors qu'elle était de 8,4 ans en 1999 et de 9,5 ans en 1990. L'écart d'espérance de vie entre la Bretagne et la France métropolitaine diminue également pour les hommes (-1,9 an en 1990 contre -1,2 an en 2007) et reste stable pour les femmes (-0,5 an) (tableau 3).

La population bretonne est relativement plus âgée que la population de France métropolitaine

Les plus de 60 ans sont surreprésentés (24% contre 22%). La répartition de cette tranche d'âge est contrastée entre les départements bretons, l'Ille-et-Vilaine présentant un taux relativement faible (19,7%) alors que les trois autres départements affichent une proportion de plus de 60 ans proche ou supérieure à 25%.

La part des moins de 20 ans en Bretagne est équivalente à celle observée sur la France métropolitaine (24,4% contre 24,6%), l'Ille-et-Vilaine faisant encore exception avec un taux supérieur (26,4%). Une différence plus marquée s'observe enfin sur la tranche des 20-40 ans, sous-représentée en Bretagne (graphique 4).

Le vieillissement de la population est plus marqué en Bretagne...

L'indice de vieillissement⁴ est de 76% en Bretagne contre 67,4% en France métropolitaine. Il comporte des écarts très significatifs entre les départements : 93,2% dans les Côtes d'Armor, 80,9% dans le Finistère, 58,5% en Ille-et-Vilaine et 82,1% dans le Morbihan (carte 5).

... et cette tendance devrait se poursuivre à l'horizon 2030

La Bretagne compterait 3,47 millions d'habitants en 2030, soit 10% de plus qu'en 2008 selon de récentes projections fournies par l'INSEE⁵.

En 2030, 1 breton sur 3 aura 60 ans ou plus, contre 1 sur 4 en 2008, soit plus d'un million d'habitants en Bretagne.

Par ailleurs, la part de la population très âgée devrait augmenter lentement dans un premier temps, puis plus rapidement avec l'arrivée aux âges élevés, des générations nombreuses du baby-boom (tableau 6).

La proportion des plus de 80 ans, 5 % de la population aujourd'hui, devrait fortement progresser d'ici 2030 et plus que doubler d'ici 2050

Selon les hypothèses, cette progression serait significative dans tous les départements bretons d'ici 2030. L'Ille-et-Vilaine présenterait la plus faible part de plus de 80 ans. Néanmoins, il resterait, avec le Finistère, le département dont le nombre de plus de 80 ans serait le plus élevé avec plus de 70 000 habitants, contre 56 000 et 66 000 respectivement dans les Côtes d'Armor et le Morbihan.

¹ « La Bretagne au 1^{er} janvier 2006 : un dynamisme démographique largement dû aux migrations » - INSEE Bretagne, Le flash d'Octant n° 146 - janvier 2009.

² France métropolitaine

³ Il s'agit d'une commune située hors d'une aire urbaine (pôle urbain et couronne périurbaine) et dont au moins 40 % de la population résidente ayant un emploi travaille dans des aires urbaines

⁴ L'indice de vieillissement correspond au nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans en 2007.

⁵ « La population bretonne à l'horizon 2030 » - INSEE Bretagne, Octant n° 108 - Mars 2007.

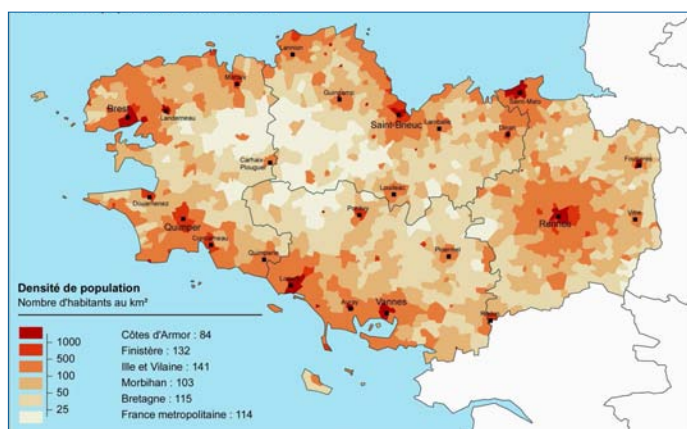
LA POPULATION BRETONNE

1 Répartition et évolution de la population selon le type d'espace en Bretagne et en France métropolitaine

Type d'espace	Population 2007		Part dans la population		Taux annuel moyen d'évolution		
	Bretagne	France Métropolitaine	Bretagne	France Métropolitaine	Bretagne 1990-1999	Bretagne 1999-2007	France Métropolitaine 1999-2007
Total espace urbain	1 286 544	37 077 523	41,2%	60,0%	0,5%	0,3%	0,5%
			0,0%	0,0%			
Communes monopolarisées	764 036	10 362 230	24,5%	16,8%	1,0%	1,8%	1,3%
Communes multipolarisées	179 282	3 201 743	5,7%	5,2%	0,5%	1,7%	1,2%
Total espace périurbain	943 317	13 563 973	30,2%	21,9%	0,9%	1,8%	1,3%
			0,0%	0,0%			
Communes appartenant à un pôle d'emploi de l'espace rural	208 664	3 140 892	6,7%	5,1%	0,1%	1,0%	0,4%
Communes appartenant à la couronne d'un pôle d'emploi de l'espace rural	4 959	270 202	0,2%	0,4%	0,4%	1,4%	0,8%
Autres communes de l'espace à dominante rurale	676 803	7 742 960	21,7%	12,5%	-0,1%	0,9%	0,8%
Total espace rural	890 426	11 154 054	28,5%	18,0%	-0,1%	0,9%	0,7%
Total	3 120 288	61 795 550	100,0%	100,0%	0,4%	0,9%	0,7%

Source : Insee

2 Densité de la population bretonne



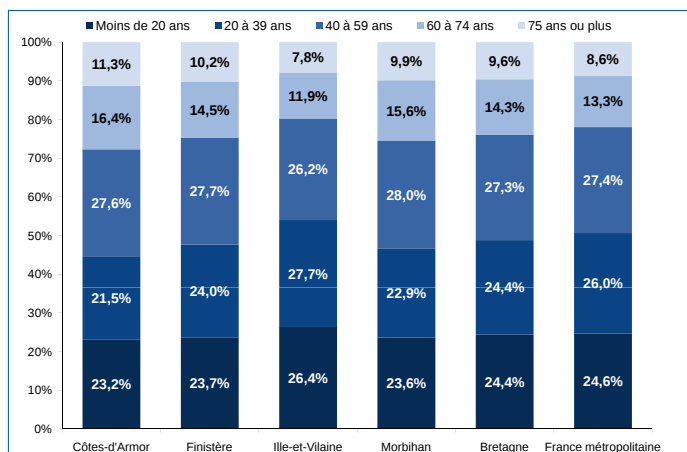
Sources : Insee recensement de la population en 2007 - Réalisation ARS Bretagne, 2010 - Source cartographique : Arctique

3 Espérance de vie à la naissance (en années)

	1990		2007	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Côtes d'Armor	70,4	80,5	75,7	83,5
Finistère	70,4	80,3	75,3	83,5
Ille-et-Vilaine	72,6	80,9	77,8	84,6
Morbihan	70,4	80,2	76,2	83,6
Bretagne	71,0	80,5	76,3	83,8
France métropolitaine	72,9	81,0	77,5	84,3

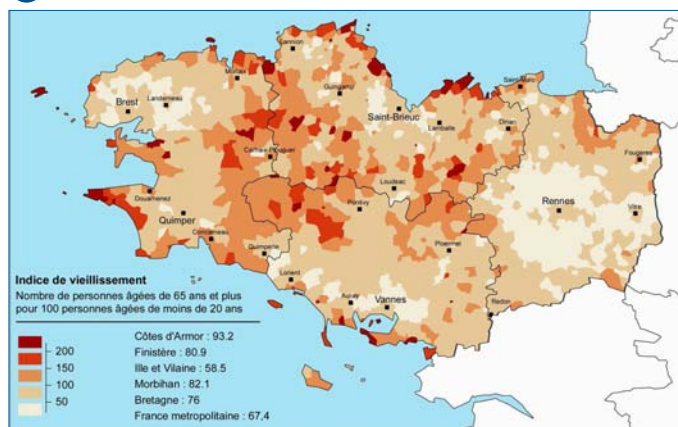
Sources : Insee, fichier état-civil (données domiciliées), estimations localisées de population

4 Répartition en % de la population par tranche d'âge en 2008



Source : Insee - estimations de population au 1^{er} janvier 2008

5 Indice de vieillissement de la population bretonne en 2007



Sources : Insee recensement de la population en 2007 - Réalisation ARS Bretagne, 2010 - Source cartographique : Arctique

6 Répartition et projections de la population à l'horizon 2030 selon les tranches d'âge

	Population totale			Moins de 20 ans			20-59 ans			60 ans et +			dont 80 ans et +		
	2008	2030	Evol.	2008	2030	Evol.	2008	2030	Evol.	2008	2030	Evol.	2008	2030	Evol.
Côtes d'Armor	579 000	605 151	4,5%	134 075	127 331	-5,0%	284 449	255 280	-10,3%	160 476	222 540	38,7%	37 321	56 031	50,1%
Finistère	888 500	917 669	3,3%	210 668	192 574	-8,6%	458 627	420 604	-8,3%	219 205	304 591	39,0%	52 508	70 859	34,9%
Ille-et-Vilaine	965 500	1 164 231	20,6%	254 503	280 697	10,3%	520 388	576 399	10,8%	190 609	307 135	61,1%	43 573	70 665	62,2%
Morbihan	708 000	784 226	10,8%	167 272	159 113	-4,9%	360 740	338 858	-6,1%	179 988	286 225	59,0%	40 091	66 678	66,3%
Bretagne	3 141 000	3 471 277	10,5%	766 518	759 715	-0,9%	1 624 204	1 591 141	-2,0%	750 278	1 120 491	49,3%	173 493	264 233	52,3%
France métropolitaine	62 131 000	67 204 319	8,2%	15 315 215	15 168 015	-1,0%	33 180 265	32 338 718	-2,5%	13 635 520	19 697 586	44,5%	3 121 367	4 831 991	54,8%

Source : Insee

DE QUOI PARLE-T-ON ?

Mortalité générale

C'est la mortalité qui concerne l'ensemble des décès tous âges confondus.

Mortalité prématurée

C'est la mortalité qui survient avant 65 ans.

Mortalité prématurée évitable

C'est la part de la mortalité prématurée correspondant aux décès qui pourraient être évités. Les décès prématurés évitables se subdivisent en 2 groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence :

Ceux liés aux habitudes de vie qui pourraient être évités par une modification des comportements individuels néfastes pour la santé (consommation d'alcool, de tabac, de drogues, suicide, sida, accident de la circulation,...). Ils constituent la mortalité prématurée évitable liée au comportement à risque.

Ceux liés au système de soins qui pourraient être évités par l'amélioration de la prise en charge des personnes, en particulier par le développement des actions de dépistage (cancers, tuberculose,...). Ils constituent la mortalité prématurée évitable liée au système de soins.

Cet indicateur étroitement lié aux pratiques de prévention primaire est présenté pour l'étude des inégalités territoriales par pays cf. pages 40 et 41.

Globalement, une position défavorable de la Bretagne...

Sur la période 2005-2007, quel que soit le sexe, les indicateurs de mortalité générale, prématurée et prématurée évitable situent la Bretagne parmi les régions en situation de surmortalité significative par rapport à la moyenne nationale (cartes 1, 2, 3 et 4).

En effet, dans la région, les hommes présentent par rapport à leurs homologues français, une surmortalité générale de +10%, une surmortalité prématurée de +14% et une surmortalité prématurée évitable de +22%, pour respectivement chez les femmes une surmortalité de +7%, +4% et +11%.

...masquant de fortes disparités départementales qui traduisent un gradient est-ouest de surmortalité générale

Sur la période 2005-2007, **chez les hommes**, la surmortalité générale par rapport à la moyenne nationale, observée à l'échelle de la région se retrouve dans tous les départements. Toutefois, il existe un gradient est-ouest. L'Ille-et-Vilaine présente la situation la moins défavorable avec un taux standardisé de mortalité inférieur à la moyenne régionale (1 154 pour 100 000 contre 1 239). A l'opposé le Finistère présente le taux standardisé de mortalité générale le plus élevé (1 287 pour 100 000) le situant dans la position la plus défavorable. Les Côtes d'Armor et le Morbihan (respectivement 1 268 et 1 264 pour 100 000) supérieurs à la moyenne régionale sont également tous deux en situation de surmortalité (graphique 5).

Chez les femmes, l'Ille-et-Vilaine fait exception avec un taux standardisé équivalent à la moyenne nationale (636 pour 100 000 contre 637 en France métropolitaine) tandis que les trois autres départements sont en situation de surmortalité, le Finistère occupant la position la plus défavorable avec le taux le plus élevé (718 pour 100 000). Bien qu'en situation de surmortalité par rapport à la moyenne française, les Côtes d'Armor et le Morbihan ont une position intermédiaire au sein de la région avec des taux proches de la moyenne régionale, respectivement 684 et 687 pour 100 000 contre 682 en Bretagne (graphique 6).

L'Ille-et-Vilaine, l'exception bretonne en termes de mortalité prématurée

Sur la période 2005-2007, quel que soit le sexe, l'Ille-et-Vilaine affiche une situation favorable avec des taux standardisés de mortalité prématurée inférieurs à ceux de la région et de la France métropolitaine.

A l'opposé, le Finistère présente la situation la plus défavorable de la région avec les taux les plus élevés pour les deux sexes.

Dans les Côtes d'Armor et le Morbihan, si la situation des femmes est proche de la moyenne régionale, en revanche, chez les hommes, l'écart est beaucoup plus marqué. Ainsi, les Côtes d'Armor affichent une situation dégradée proche de celle du Finistère, devant le Morbihan pour lequel l'écart à la moyenne régionale est moins important.

En termes de mortalité prématurée évitable, l'Ille-et-Vilaine conserve la position la plus favorable au sein de la région.

Près de 30 000 décès par an en Bretagne...

Sur la période 2005-2007, le nombre moyen annuel de décès dans la région est de 15 390 chez les hommes (soit 51% de l'ensemble des décès) et de 14 582 chez les femmes (soit 49%).

...qui surviennent près de 2 fois plus fréquemment chez les hommes

Sur la période 2005-2007, en Bretagne comme en France, le taux standardisé masculin de mortalité générale est près de 2 fois supérieur à celui des femmes : 1 239 et 682 pour 100 000 dans la région, 1 130 et 637 pour 100 000 au niveau national (graphique 5).

Un décès sur cinq (20%) survient prématurément, davantage chez les hommes

Sur la période 2005-2007, en Bretagne comme en France, si globalement un décès sur cinq survient avant 65 ans, les hommes sont plus fréquemment touchés par la mortalité prématurée que les femmes avec 27% de décès masculins avant l'âge de 65 ans contre 11% chez les femmes.

Plus de la moitié des décès prématurés (52%) pourrait être « évités »

Sur la période 2005-2007, en Bretagne, parmi les décès prématurés, 52% peuvent être considérés comme évitables dont le tiers (33%) pourrait l'être du fait d'une réduction des comportements à risque particulièrement ceux liés aux consommations de tabac, d'alcool ou encore aux conduites routières dangereuses et 19% du fait d'une meilleure prise en charge par le système de soins notamment dans le cadre d'actions de dépistage. La part de décès évitables liés aux comportements à risque est plus élevée chez les hommes (37%) que chez les femmes (25%).

Les maladies de l'appareil circulatoire : 1^{ère} cause de mortalité devant les cancers et les morts violentes

Sur la période 2005-2007, en Bretagne, les trois principales causes de décès sont les maladies de l'appareil circulatoire (30%), les cancers (28%) et les morts violentes (8%). En France métropolitaine, les cancers (29%) occupent la première place devant les maladies de l'appareil circulatoire (28%). Cependant, cette hiérarchie varie selon le sexe.

Les cancers, 1^{ère} cause de mortalité chez les hommes devant les maladies de l'appareil circulatoire

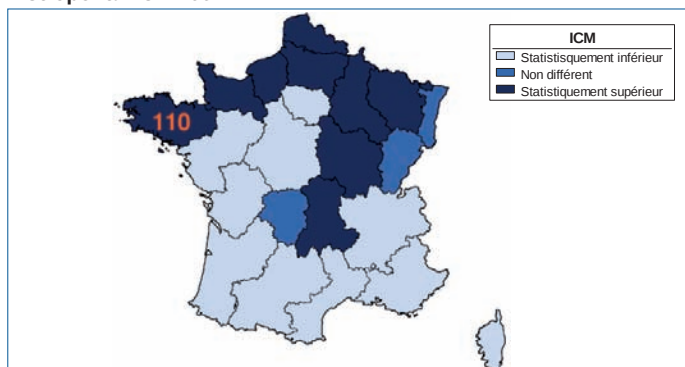
Sur la période 2005-2007, en Bretagne comme en France métropolitaine, les cancers sont responsables d'un décès masculin sur trois (33%) devant les maladies de l'appareil circulatoire qui représentent le quart (26%) de l'ensemble des décès masculins, viennent ensuite les morts violentes avec 10% (graphique 7).

Les maladies de l'appareil circulatoire, 1^{ère} cause de mortalité chez les femmes devant les cancers

Sur la période 2005-2007, en Bretagne comme en France métropolitaine, les maladies de l'appareil circulatoire sont responsables d'un tiers des décès féminins (33%) devant les cancers qui représentent près du quart (22%) de la mortalité féminine, viennent ensuite les morts violentes avec 8% (graphique 8).

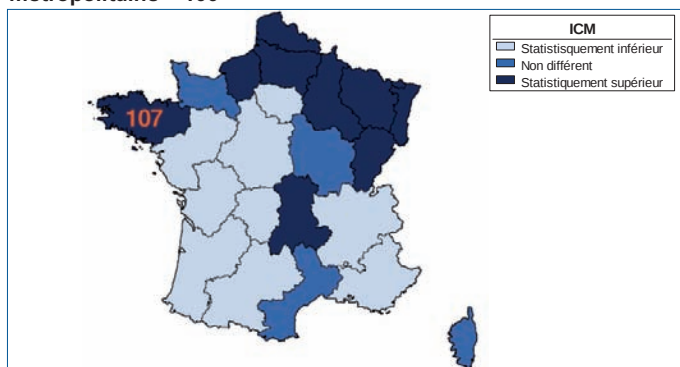
LA MORTALITÉ

1 Mortalité générale masculine en 2005-2007 - Référence : ICM France métropolitaine = 100



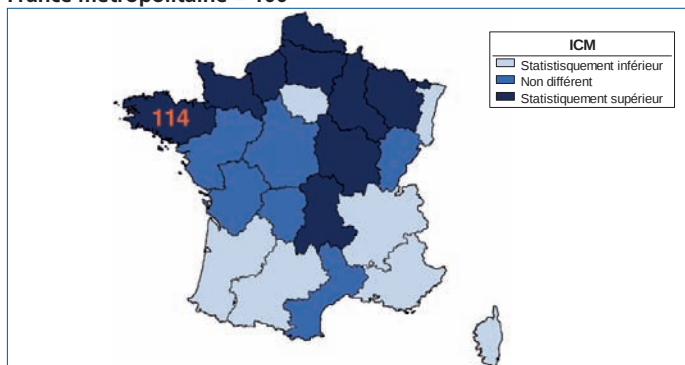
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

2 Mortalité générale féminine en 2005-2007 - Référence : ICM France métropolitaine = 100



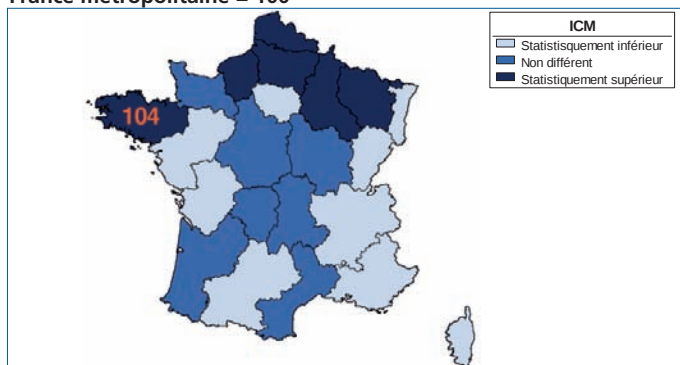
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

3 Mortalité prématurée masculine en 2005-2007 - Référence : ICM France métropolitaine = 100



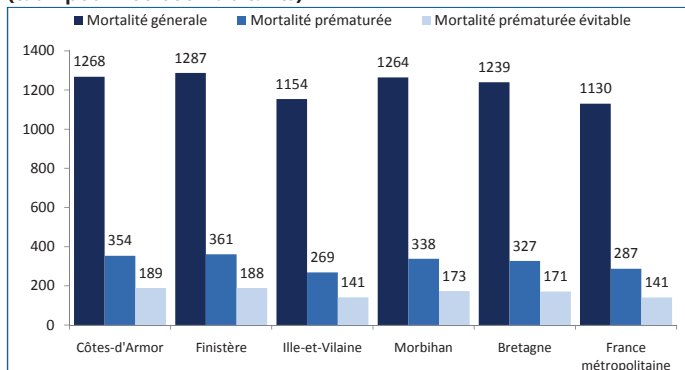
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

4 Mortalité prématurée féminine en 2005-2007 - Référence : ICM France métropolitaine = 100



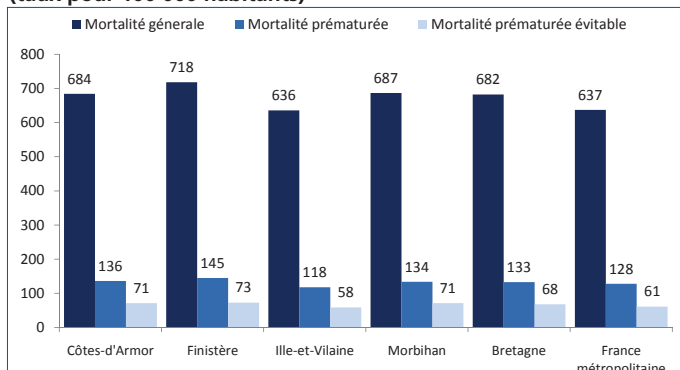
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

5 Taux standardisés de mortalité chez les hommes en 2005-2007 (taux pour 100 000 habitants)



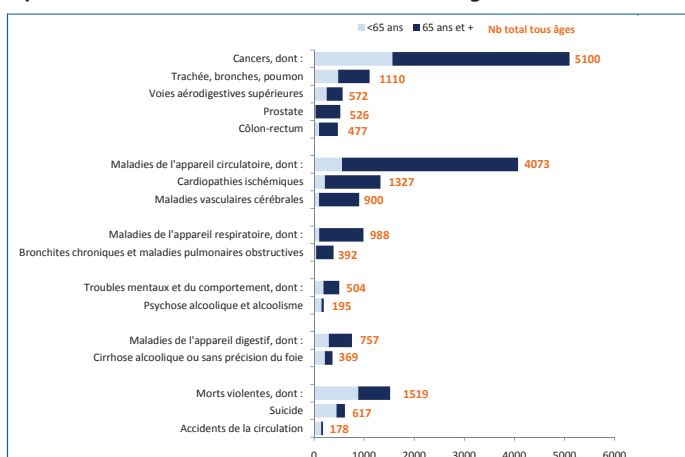
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé
Population de référence : cf. méthodologie page 2

6 Taux standardisés de mortalité chez les femmes en 2005-2007 (taux pour 100 000 habitants)



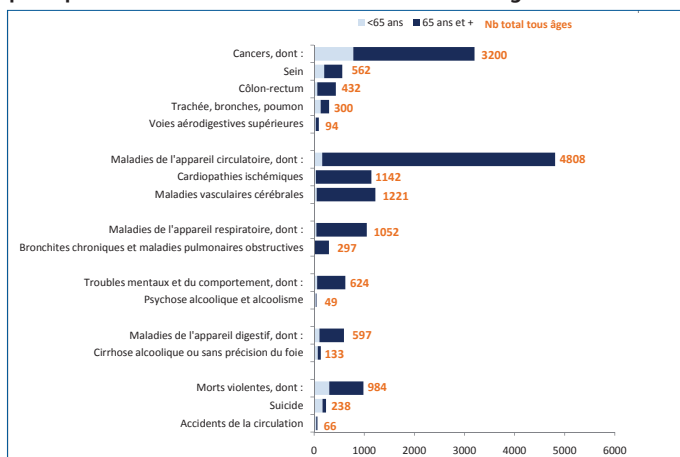
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé
Population de référence : cf. méthodologie page 2

7 Nombre annuel moyen de décès chez les hommes selon les principales causes de décès en 2005-2007 en Bretagne



Source : Inserm CépiDc

8 Nombre annuel moyen de décès chez les femmes selon les principales causes de décès en 2005-2007 en Bretagne



Source : Inserm CépiDc

ALD : AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Un taux brut d'admission en ALD proche du taux français

En 2007, le taux brut d'admission en ALD est de 21,7 pour 1 000 habitants en Bretagne contre 20,8 en France.

En Bretagne comme en France, le taux d'admission en ALD est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, respectivement 23,1 et 20,4 pour 1 000 habitants dans la région (22,6 et 19,2 pour 1 000 habitants en France) (*tableau 1*).

Les variations observées entre les départements bretons sont difficilement interprétables du fait de structures d'âge non comparables.

Plus de 67 000 nouvelles admissions en ALD en Bretagne

En 2007, 67 630 nouvelles admissions en ALD ont été prononcées par les 3 principaux régimes d'assurance maladie : régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes (CNAMTS, CCMSA et CANAM). 52% d'entre elles ont concerné des hommes.

Les taux augmentent fortement avec l'âge, davantage chez les hommes

En Bretagne comme en France, le taux d'admission en ALD est faible et proche pour les deux sexes jusqu'à 50 ans. Ensuite, il progresse fortement à mesure que l'âge augmente et l'écart se creuse entre les hommes et les femmes pour devenir maximal en Bretagne entre 70 et 74 ans. Les taux culminent chez les plus âgés et se rejoignent entre les deux sexes (*graphique 2*).

5 groupes d'affections représentent 9 admissions en ALD sur 10

En 2007, en Bretagne comme en France, quel que soit le sexe, les 5 principaux motifs d'admission en ALD sont dans l'ordre décroissant : les maladies cardiovasculaires (respectivement 36% contre 35%), les tumeurs (23%), le diabète et autres maladies métaboliques (11% contre 16%), les troubles mentaux (10% contre 8%) et les maladies du système nerveux (9% contre 8%). La région se distingue par rapport à la France, par une moindre fréquence des admissions en ALD pour diabète et autres maladies métaboliques (*graphique 3*).

La répartition des principales ALD varie selon le sexe...

Chez les hommes, les admissions pour maladies cardiovasculaires, tumeurs malignes et diabète et autres maladies métaboliques sont proportionnellement plus fréquentes que chez les femmes, respectivement 37% contre 34%, 25% contre 21% et 12% contre 10%. A l'inverse, chez les femmes, les admissions pour troubles mentaux et maladies du système nerveux sont proportionnellement plus fréquentes que chez les hommes, respectivement 11% contre 9% et 12% contre 6% (*graphique 3*).

... et de manière encore plus marquée selon l'âge

Chez les moins de 25 ans, les troubles mentaux représentent le premier motif d'admission et correspondent à 4 nouvelles demandes d'admissions en ALD sur 10 dans cette tranche d'âge. Entre 25 et 64 ans, les tumeurs et les maladies cardiovasculaires constituent les premiers motifs d'admission et représentent chacune à égale fréquence 26% de l'ensemble des admissions en ALD pour cette tranche d'âge.

A partir de 65 ans, les maladies cardiovasculaires sont le premier motif d'admission et constituent près d'1 admission sur 2 (46%) dans cette tranche d'âge.

MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE

Un recours à l'hospitalisation tous motifs confondus légèrement inférieur en Bretagne...

En 2007, l'indice comparatif de recours à l'hospitalisation tous motifs confondus est inférieur à la moyenne nationale de - 3% chez les hommes et de - 5% chez les femmes (*graphique 1*). Cette moindre fréquence se retrouve à tous les âges chez les hommes tandis que chez les femmes trois classes d'âge font exception avec un recours légèrement plus élevé qu'en moyenne française : les 1-4 ans, les 25-34 ans et les 85 ans et plus (*graphique 2*).

...masquant une situation plus contrastée selon les départements

En 2007, quel que soit le sexe, le département des Côtes d'Armor se démarque des trois autres départements bretons avec une fréquence des séjours hospitaliers supérieure à la moyenne nationale de + 6% chez les hommes et de + 5% chez les femmes. A l'inverse, l'Ille-et-Vilaine affiche le recours à l'hospitalisation tous motifs confondus le plus faible (- 15% chez les hommes et - 11% chez les femmes). Le Finistère et le Morbihan s'écartent peu de la moyenne française chez les hommes, respectivement - 1% et + 2% et présentent un recours moindre, respectivement - 5% et - 3% chez les femmes (*graphique 1*).

Plus de 785 000 séjours hospitaliers en Bretagne

En 2007, 785 139 séjours hospitaliers en services de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) ont concerné des patients bretons, majoritairement des femmes (53% contre 47% des hommes). Plus du tiers des séjours (36%) durent moins de 24 heures.

Le recours à l'hospitalisation varie selon l'âge

Le recours à l'hospitalisation est plus fréquent chez les nouveau-nés et chez les personnes âgées particulièrement à partir de 75 ans. Par ailleurs, à tous les âges, les hommes présentent des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux des femmes sauf entre 15 et 44 ans où celles-ci sont nettement surreprésentées en raison des hospitalisations liées à la grossesse et aux accouchements (*graphique 2*).

Les motifs de recours varient selon le sexe

A l'exception des « autres motifs de recours aux soins » qui représentent le premier motif d'hospitalisation chez les hommes comme chez les femmes avec respectivement 17% et 14% de l'ensemble des séjours, la répartition en fonction des principaux motifs de recours varie selon le sexe.

Chez les hommes*, Les maladies de l'appareil digestif constituent le deuxième motif d'hospitalisation (12% de l'ensemble des séjours masculins) devant les maladies de l'appareil circulatoire (10%). Viennent ensuite les lésions traumatiques et empoisonnements (8%), et à égale fréquence les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, les maladies de l'appareil respiratoire et les tumeurs malignes qui correspondent chacun à 6% de l'ensemble des séjours masculins (*graphique 3*).

Chez les femmes, la grossesse et l'accouchement représentent le deuxième motif d'hospitalisation (14% de l'ensemble des séjours féminins) devant les maladies de l'appareil digestif (10%). Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire (7%), puis à égale fréquence les lésions traumatiques et empoisonnements, les maladies de l'œil et les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif qui correspondent chacun à 6% de l'ensemble des séjours féminins (*graphique 3*).

* Les « symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs » représentent le 5^{ème} motif de recours à l'hospitalisation chez les hommes, soit 7% de l'ensemble des séjours. Ce chapitre de la CIM 10 comprend les états et symptômes mal définis pour lesquels aucun diagnostic qui puisse être classé ailleurs n'a été formulé.

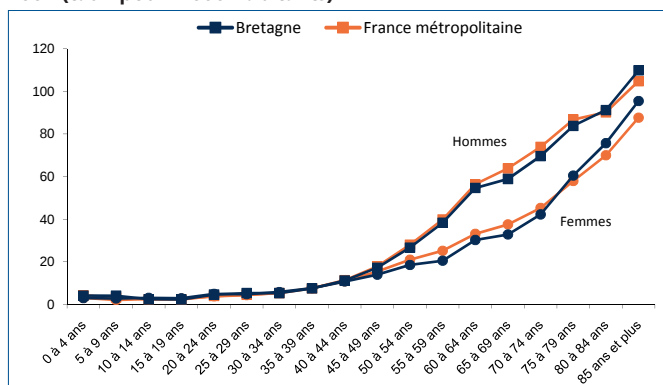
ALD : AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

1 Nombre et taux brut d'admission en ALD en 2007

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France entière
Effectif						
Hommes	7 397	9 138	9 736	8 678	34 949	696 036
Femmes	7 135	8 831	8 988	7 727	32 681	630 041
Ensemble	14 532	17 969	18 724	16 405	67 630	1 326 077
Taux pour 1 000 habitants						
Hommes	26,6	21,3	20,9	25,4	23,1	22,6
Femmes	23,9	19,3	18,4	21,4	20,4	19,2
Ensemble	25,2	20,3	19,6	23,4	21,7	20,8

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee

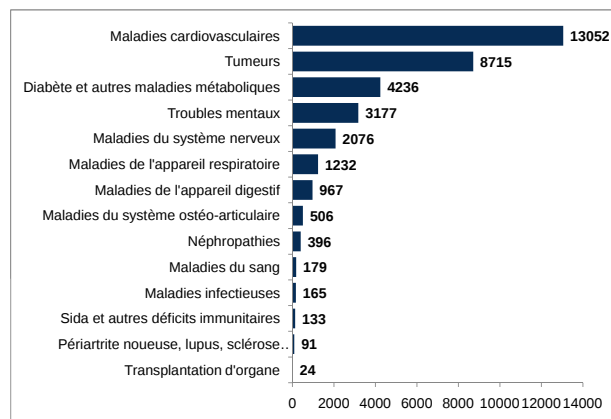
2 Taux spécifiques d'admission en ALD selon le sexe et l'âge en 2007 (taux pour 1 000 habitants)



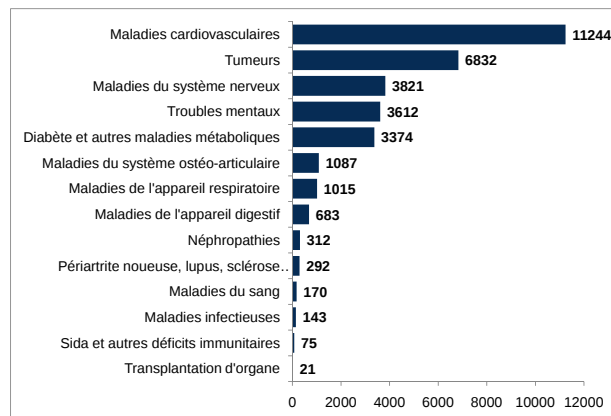
Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee

3 Nombre d'admissions en ALD selon le motif en Bretagne en 2007

Hommes



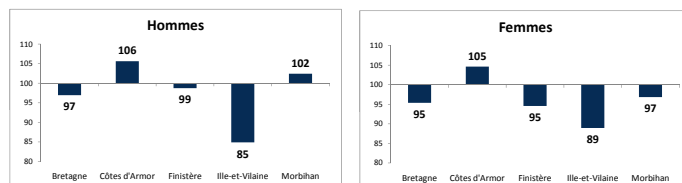
Femmes



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI

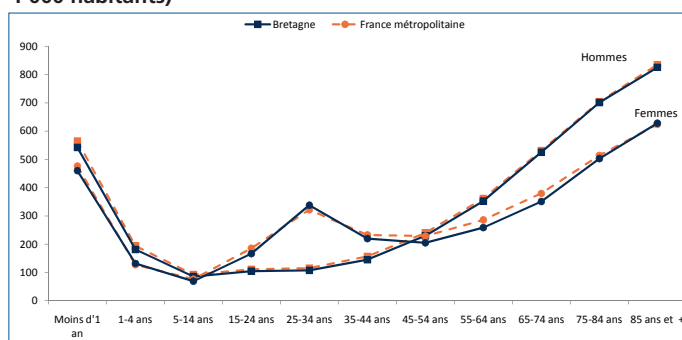
MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE

1 Indices comparatifs de recours à l'hospitalisation en Bretagne en 2007 (tous motifs confondus) - Référence : ICR France=100



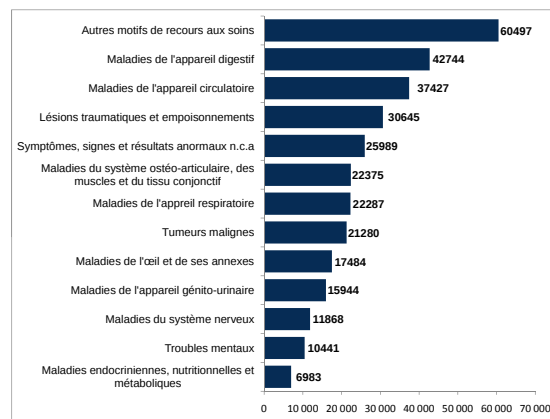
Source : Drees - PMSI court séjour 2007

2 Taux spécifiques de recours à l'hospitalisation selon le sexe et l'âge en Bretagne et en France métropolitaine en 2007 (taux pour 1 000 habitants)

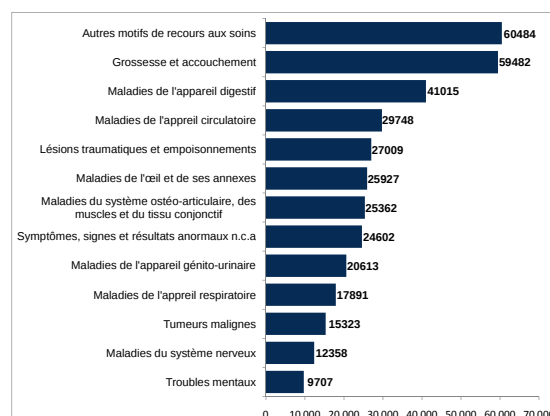


Source : Drees - PMSI court séjour 2007

3 Nombre de séjours hospitaliers selon les 13 principaux motifs de recours à l'hospitalisation en court séjour en Bretagne en 2007



Femmes



Source : Drees - PMSI court séjour 2007

Plus de 37 700 naissances en Bretagne en 2008⁶

Avec 37 659 naissances en 2008, la natalité repart à la hausse sans rattraper le niveau élevé atteint en 2006 mais tous les départements bénéficient de cette reprise, particulièrement le Morbihan (+4% par rapport à 2007). L'évolution est plus modérée en Ille-et-Vilaine (+1,8%) tandis que dans les Côtes d'Armor et le Finistère, la hausse est plus faible, respectivement +0,3% et +0,8%. Ainsi, près de la moitié du surplus des naissances observées entre 2007 et 2008 provient du Morbihan.

Par ailleurs, entre 2007 et 2008, la hausse de la natalité dans la région est supérieure à celle de la France métropolitaine (+1,8% contre +1,3%) (*tableau 1*).

Une fécondité plus élevée en Bretagne, surtout entre 25 et 34 ans

En 2007, le taux de fécondité est plus élevé en Bretagne qu'en France : 2 enfants par femme dans la région contre 1,97 en France. La fécondité des femmes âgées de 25 à 34 ans est nettement supérieure dans la région puisqu'en 2007, 100 bretonnes de 25 à 34 ans ont eu en moyenne 139 enfants contre 128 pour les françaises du même âge (*tableau 1*).

La mortalité infantile est plus faible en Bretagne qu'en France

Depuis le début des années 90, la mortalité infantile diminue en Bretagne comme au niveau national. Cette tendance, plus marquée dans la région, est plus importante chez les garçons creusant l'écart avec la moyenne française. Ainsi, en 2005-2007, le taux de mortalité infantile est nettement plus faible en Bretagne qu'en France avec 306 décès masculins et 230 décès féminins d'enfants de moins d'1 an pour 100 000 naissances vivantes dans la région contre 404 et 310 en France (*graphique 2*).

En 2007, 110 décès sont survenus chez des enfants de moins d'1 an en Bretagne, la moitié d'entre eux (54%) sont liés à des affections d'origine périnatale. Compte tenu de la faiblesse des effectifs régionaux, les différences de poids relatifs avec la France sont à interpréter avec prudence. Pareillement, en Bretagne comme en France, près de la moitié (45%) des séjours d'enfants de moins d'1 an ont pour motif des affections d'origine périnatale (*tableau 3*).

Enfants de 1 à 14 ans

En 2007, 66 décès d'enfants de 1 à 14 ans sont survenus en Bretagne. Les principales causes de décès sont : les tumeurs malignes avec 15 décès, les causes externes de traumatismes et d'empoisonnements avec 13 décès, les maladies du système nerveux avec 10 décès et les maladies de l'appareil respiratoire avec 7 décès. A elles quatre, ces causes représentent 69% de l'ensemble des décès de cette tranche d'âge en Bretagne contre 62% en France métropolitaine. Compte tenu de la faiblesse des effectifs régionaux, les différences observées entre les deux populations sont à interpréter avec prudence.

En 2007, plus de 1 800 nouvelles demandes d'admission en ALD ont concerné des enfants de moins de 15 ans. Les troubles mentaux sont le principal motif des nouvelles prises en charge en ALD avec 755 nouvelles demandes ; ces affections sont plus fréquentes en Bretagne qu'en France, respectivement 41% contre 32%. Viennent ensuite à un niveau comparable les maladies du système nerveux avec 12% en Bretagne comme en France puis les maladies du système ostéo-articulaire avec 10% dans la région contre 7% en France. A elles trois, ces affections représentent 63% de l'ensemble des nouvelles demandes d'ALD chez les enfants de moins de 15 ans en Bretagne contre 51% en France.

En 2007, sur près de 53 000 hospitalisations en court séjour d'enfants de 1 à 14 ans, plus de la moitié (55%) sont générées par : les maladies de l'appareil respiratoire (18%), les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (14%), les autres motifs de recours aux soins (12%) et les lésions traumatiques et empoisonnements (11%). On observe une plus grande fréquence des hospitalisations pour les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde en Bretagne qu'en France (14% contre 8%) (*tableau 3*).

Jeunes de 15 à 24 ans

En 2007, 190 décès ont concerné des jeunes de 15 à 24 ans, parmi lesquels, les causes externes de traumatismes et d'empoisonnements sont les principales causes. Elles sont plus fréquentes en Bretagne (71%) qu'en France (63%). Dans la région, les suicides représentent plus d'un décès sur 4 (26%) chez les jeunes de 15-24 ans contre 15% en France, à l'inverse la part des décès par accidents de transport est plus faible en Bretagne (25% contre 33% en France).

En 2007, près de 1 400 nouvelles demandes d'admission en ALD ont concerné cette tranche d'âge, les troubles mentaux représentent le principal motif avec une part de 40% en Bretagne contre 35% en France. Viennent ensuite les maladies du système nerveux avec 12% en Bretagne comme en France.

Sur près de 52 000 séjours, ceux liés à la grossesse et à l'accouchement (21%) représentent le 1^{er} motif d'hospitalisation chez les jeunes âgées de 15 à 24 ans suivies de près par les maladies de l'appareil digestif avec 19%, viennent ensuite les lésions traumatiques et empoisonnements qui occasionnent 14% des séjours hospitaliers des 15-24 ans. Enfin, les autres motifs de recours aux soins génèrent 11% des séjours. A eux quatre, ces motifs représentent les deux tiers des séjours hospitaliers des 15-24 ans en Bretagne comme en France (*tableau 3*).

Adultes de 25 à 64 ans

En 2007, sur plus de 5 700 décès, les cancers représentent la 1^{ère} cause chez les 25-64 ans avec 42% de l'ensemble des décès de cette tranche d'âge, viennent ensuite les causes externes de traumatismes et empoisonnements (19%), suivies par les maladies de l'appareil circulatoire (13%). Si les proportions de décès par cancers et par maladies de l'appareil circulatoire sont comparables en Bretagne comme en France, en revanche, le poids des morts violentes est plus élevé dans la région, notamment en raison de la sursuicidité bretonne.

Parmi près de 38 000 nouvelles demandes d'admission en ALD, les tumeurs et les maladies cardiovasculaires représentent les deux affections les plus fréquentes, à égalité avec 26% chacune. Ensuite, arrivent en Bretagne comme en France, en 3^{ème} et 4^{ème} position, le diabète et les troubles mentaux. Toutefois, les troubles mentaux apparaissent plus fréquents en Bretagne (15% contre 11% en France) et, à l'inverse, la proportion d'ALD pour diabète est plus faible (16% contre 21%).

Sur plus de 364 000 hospitalisations en court séjour, les « autres motifs de recours aux soins » représentent le 1^{er} motif chez les 25-64 ans avec 18%, suivies par la grossesse et les accouchements (13%) puis viennent les maladies de l'appareil digestif (11%). A eux 3, en Bretagne comme en France, ces motifs de recours à l'hospitalisation dans les services de court séjour représentent 42% de l'ensemble des séjours de cette tranche d'âge (*tableau 3*).

Adultes de 65 ans et plus

En 2007, parmi plus de 24 000 décès, les maladies de l'appareil circulatoire représentent la 1^{ère} cause de mortalité chez les personnes âgées de 65 ans et plus avec 34% de l'ensemble des décès de cette tranche d'âge, suivies par les cancers (25%). A elles deux, en Bretagne comme en France, ces causes sont à l'origine de 6 décès sur 10 chez les personnes de 65 ans et plus.

Sur près de 68 000 nouvelles demandes d'admission en ALD, ce sont également ces deux affections qui sont les plus fréquentes en Bretagne : 46% pour les maladies de l'appareil circulatoire et 22% pour les tumeurs, suivies par les maladies du système nerveux (12%). En Bretagne comme en France, ces trois affections génèrent environ 8 nouvelles demandes d'ALD sur 10 dans cette tranche d'âge (80% en Bretagne et 77% en France).

Parmi près de 300 000 hospitalisations en court séjour chez les plus de 65 ans, les trois principaux motifs de recours aux soins en Bretagne sont : les maladies de l'appareil circulatoire (14%), les « autres motifs de recours aux soins » (13%) et les maladies de l'œil et de ses annexes (12%). A eux trois, ils représentent, en Bretagne comme en France, 39% de l'ensemble des séjours hospitaliers de court séjour de cette tranche d'âge (*tableau 3*).

⁶ « Le bilan démographique 2008 en Bretagne » - Insee Bretagne, Octant n° 116 - juin 2009.

LA SANTÉ AUX ÂGES DE LA VIE

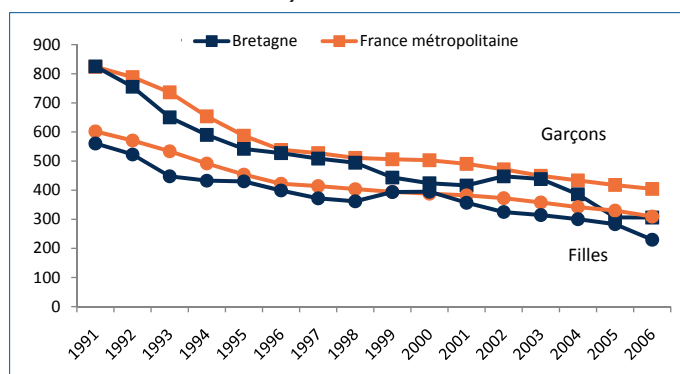
1 Nombre de naissances en 2007 et 2008 et Indice Conjonctuel de Fécondité (ICF) en 2007

	Nombre de naissances			Indice Conjonctuel de Fécondité en 2007
	2007	2008	évolution en %	
Côtes d'Armor	6 473	6 494	0,3%	2,15
Finistère	9 962	10 040	0,8%	1,97
Ille-et-Vilaine	12 606	12 837	1,8%	1,95
Morbihan	7 968	8 288	4,0%	2,06
Bretagne	37 009	37 659	1,8%	2
France métropolitaine	785 985	796 044	1,3%	1,97

Source : Insee

Note : l'indicateur conjonctuel de fécondité, ou somme des naissances réduites, mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés.

2 Évolution du taux de mortalité infantile selon le sexe¹ (taux pour 100 000 naissances vivantes)



Sources : Insee, Fnors Score-santé

¹ L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2006 correspond à la période 2005-2007.

3 Principales causes de décès, de motifs de nouvelles demandes d'affection de longue durée et de motifs de recours à l'hospitalisation en services de court séjour selon l'âge en 2007

Classes d'âge	Causes de décès en 2007			Affections de longue durée en 2007			Hospitalisations en court-séjour en 2007		
	Nombre total de décès et répartition en %			Nombre total de nouvelles demandes et répartition en %			Nombre total de séjours et répartition en %		
Moins d'un an	Nombre total de décès : 110			Les données concernant les moins d'1 an ne peuvent pas être distinctes. elles sont donc comptabilisées avec celles des 1-14 ans			Nombre total de séjours : 19278		
		Bretagne	France					Bretagne	France
	Certaines affections d'origine périnatale	54%	49%				Certaines affections d'origine périnatale	45%	45%
	Symptômes et états morbides mal définis	16%	13%				Autres motifs de recours aux soins	14%	9%
	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	11%	22%				Maladies de l'appareil respiratoire	10%	12%
1-14 ans	Nombre total de décès : 66			Nombre total de nouvelles demandes d'ALD : 1838			Nombre total de séjours : 52831		
		Bretagne	France		Bretagne	France		Bretagne	France
	Tumeurs malignes	23%	18%	Troubles mentaux	41%	32%	Maladies de l'appareil respiratoire	18%	17%
	Causes externes de traumatismes et d'empoisonnements	20%	32%	Maladies du système nerveux	12%	12%	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde	14%	8%
	Maladies du système nerveux et des organes des sens	15%	8%	Maladies du système ostéo-articulaire	10%	7%	Autres motifs de recours aux soins	12%	12%
	Maladies de l'appareil respiratoire	11%	4%				Lésions traumatiques et empoisonnements	11%	13%
15-24 ans	Nombre total de décès : 190			Nombre total de nouvelles demandes d'ALD : 1390			Nombre total de séjours : 51876		
		Bretagne	France		Bretagne	France		Bretagne	France
	Causes externes de traumatismes et d'empoisonnements dont :	71%	63%	Troubles mentaux	40%	35%	Grossesse et accouchement	21%	23%
	Accidents de transport	25%	33%	Maladies du système nerveux	12%	11%	Maladies de l'appareil digestif	19%	21%
	Suicide	26%	15%				Lésions traumatiques et empoisonnements	14%	13%
25-64 ans	Nombre total de décès : 5715			Nombre total de nouvelles demandes d'ALD : 37557			Nombre total de séjours : 364414		
		Bretagne	France		Bretagne	France		Bretagne	France
	Tumeurs malignes	42%	43%	Tumeurs	26%	24%	Autres motifs de recours aux soins	18%	17%
	Causes externes de traumatismes et d'empoisonnements	19%	14%	Maladies cardiovasculaires	26%	27%	Grossesse et accouchement	13%	12%
	Maladies de l'appareil circulatoire	13%	14%	Diabète et autres maladies métaboliques	16%	21%	Maladies de l'appareil digestif	11%	13%
65 ans et plus	Nombre total de décès : 24166			Nombre total de nouvelles demandes d'ALD : 67630			Nombre total de séjours : 296739		
		Bretagne	France		Bretagne	France		Bretagne	France
	Maladies de l'appareil circulatoire	34%	32%	Maladies de l'appareil circulatoire	46%	43%	Maladies de l'appareil circulatoire	14%	15%
	Tumeurs malignes	25%	26%	Tumeurs	22%	23%	Autres motifs de recours aux soins	13%	14%
				Maladies du système nerveux	12%	11%	Maladies de l'œil et de ses annexes	12%	10%

Sources : Inserm CépiDc, Cnamts, CCMSA, RSI, Drees PMSI court séjour

Dans la suite du document, la santé des jeunes est abordée dans les thématiques :

- Santé psychique et suicide : pages 22 et 23 ;
- Déterminants de santé : Tabac, Alcool et Nutrition : pages 28 à 33.

De même, les personnes âgées font l'objet d'une fiche spécifique : pages 24 et 25.

En comparaison à la France, la Bretagne est en situation défavorable chez les hommes et favorable chez les femmes

Que ce soit en incidence ou en mortalité, les hommes présentent une situation défavorable par rapport à la moyenne française avec des taux standardisés supérieurs, respectivement 438 nouveaux cas pour 100 000 hommes contre 376 et 380 décès pour 100 000 hommes contre 353 en France. A l'inverse, les femmes affichent une situation plus favorable avec des taux inférieurs à la moyenne nationale, respectivement 238 nouveaux cas pour 100 000 femmes contre 252 et 162 décès pour 100 000 femmes contre 167 en France (*tableaux 1 et 2*).

L'Ille-et-Vilaine, le département le plus favorisé de la région

S'agissant de la mortalité, le constat global ne se vérifie pas dans l'ensemble des départements bretons, puisque l'Ille-et-Vilaine apparaît dans la position la plus favorisée avec des taux standardisés de mortalité inférieurs à la moyenne nationale et régionale, chez les hommes comme chez les femmes. A l'inverse, le Finistère se démarque avec la situation la plus dégradée pour les deux sexes affichant les taux les plus élevés de la région. A un degré moindre, le Morbihan présente également une surmortalité chez les hommes et les femmes, alors qu'elle ne concerne que les hommes des Côtes d'Armor, les femmes présentant une position plus favorable (*tableau 2*).

Prédominance masculine de l'incidence et de la mortalité

En 2005, le nombre de nouveaux cas annuels de cancers a été estimé en Bretagne à plus de 18 150 avec une nette prédominance masculine : 11 232 nouveaux cas chez les hommes (62%) et 6 927 chez les femmes (38%) (*tableau 1*).

Sur la période 2005-2007, le nombre moyen annuel de décès par cancer en Bretagne s'élève à plus de 8 300 cas avec une nette prédominance masculine : 5 101 décès chez les hommes (61%) et 3 201 décès chez les femmes (39%) (*tableau 2*). Pour toutes les localisations cancéreuses qui concernent les deux sexes, les taux standardisés d'incidence et de mortalité des hommes sont supérieurs à ceux des femmes.

Les cancers se développent avec l'âge et sont de plus en plus fréquemment responsables de décès

Que ce soit pour l'incidence ou pour la mortalité, les taux sont faibles et voisins pour les deux sexes avant 50 ans, ensuite ils progressent avec l'avancée en âge, plus rapidement chez les hommes. L'écart en incidence des cancers entre les hommes et les femmes est maximal entre 75-79 ans avant de diminuer ensuite, tandis que pour la mortalité, il poursuit sa progression chez les plus âgés (*graphique 3*).

Une incidence en constante progression et une mortalité en baisse

Depuis 1980, l'incidence des cancers ne cesse de croître. Sur la période 1995-2005, l'augmentation est comparable en Bretagne et en France chez les femmes (+17%), en revanche la croissance des taux masculins bretons est plus marquée que celle de leurs homologues français (+18% contre +14%) (*graphique 4*).

Sur la même période 1995-2005, la mortalité par cancer a diminué en Bretagne comme en France mais de façon plus marquée chez les hommes (-13% contre -10%) que chez les femmes (-2% contre -5%) (*graphique 5*).

Pour plus d'informations sur les cancers en Bretagne, consultez la plaquette générale « Les cancers en Bretagne – Faits marquants » et la plaquette détaillée sur « Etude de six localisations » téléchargeables sur le site internet de l'ORS Bretagne : www.orsbretagne.fr

Des évolutions contrastées selon le sexe et les localisations cancéreuses

Entre 1995 et 2005, les évolutions de l'incidence et de la mortalité sont variables selon les localisations cancéreuses et le sexe.

Chez les hommes, les évolutions conjointes de l'incidence et de la mortalité les plus remarquables traduisent **un net recul des cancers liés à l'alcool** (cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS = lèvres, cavité buccale, pharynx, oesophage, larynx) et de l'estomac, soit entre -25% et -36% pour l'incidence et entre -33% et -43% pour la mortalité), à l'inverse le mélanome présente une hausse importante en incidence (+20%) et en mortalité (+41%). Le cancer de la prostate affiche quant à lui la plus forte progression de l'incidence (+121%) associée à une baisse de la mortalité (-17%) tandis que le cancer du côlon-rectum relativement stable en incidence, diminue en mortalité (-12%). A l'inverse, le cancer de la vessie diminue en incidence (-17%) et reste stable en mortalité.

Chez les femmes, la situation s'est plus détériorée que chez les hommes. Seul le cancer de l'estomac a diminué en incidence et en mortalité, respectivement -28% et -33%. A l'inverse, **le cancer de la trachée, des bronches et du poumon accuse la plus forte progression** (+83% et +76%), suivis par le cancer du rein (+90% et +17%) et le mélanome (+14% en incidence et en mortalité). Plusieurs localisations présentent des évolutions divergentes de l'incidence et de la mortalité. Le cancer du sein croît fortement en incidence (+28%) alors que la mortalité est plutôt stable, tandis que celui de l'ovaire stable en incidence, diminue en mortalité (-10%). Le lymphome malin non hodgkinien, le cancer de l'utérus et le cancer du larynx affichent une forte augmentation de l'incidence associée à une diminution de la mortalité. A l'opposé, le cancer de la vessie se caractérise par une forte diminution de l'incidence alors que la mortalité augmente (*graphiques 6 hommes et femmes*).

La Bretagne occupe une position moyenne pour le recours à l'hospitalisation pour cancer...

Quel que soit le sexe, la Bretagne se situe à un niveau moyen avec en 2007, un indice comparatif de recours à l'hospitalisation pour cancer dans les services de court séjour des établissements bretons égal à 99 pour les hommes et à 96 pour les femmes, soit respectivement une fréquence des hospitalisations pour cancer inférieure de -1% et de -4% à la moyenne nationale.

...mais la situation est plus contrastée dans les départements

Dans un contexte de recours régional proche de la moyenne nationale, la situation est plus contrastée au niveau départemental. L'Ille-et-Vilaine se démarque par le recours à l'hospitalisation le plus bas de la région ceci pour les deux sexes, à l'opposé, les départements du Finistère et du Morbihan présentent un recours plus élevé (*tableau 7*).

Plus de 36 000 séjours hospitaliers pour cancer en Bretagne

En 2007, le cancer a généré 36 603 séjours hospitaliers en Bretagne, soit 5% des prises en charge en court séjour de la région. Une majorité de séjours a concerné des hommes (58%).

Les recours hospitaliers s'accroissent avec l'âge

Le recours à l'hospitalisation pour cancer selon l'âge est similaire en Bretagne et en France en 2007. Rares avant 45 ans, les hospitalisations pour cancer sont de plus en plus fréquentes avec l'avancée en âge, notamment chez les hommes. Si les taux d'hospitalisation sont faibles et proches pour les deux sexes jusqu'à 55 ans, ensuite l'écart entre hommes et femmes s'accroît et devient maximal chez les plus âgés (*graphique 8*).

Une participation aux campagnes de dépistage organisé du cancer du sein plus marquée en Bretagne

En 2008-2009, le taux de participation publié par l'Institut de veille sanitaire (Invs) s'élève à 60,9% dans la région contre 52,8% en France.

1 Nombre de nouveaux cas et taux standardisés d'incidence par cancer en 2005¹ (taux pour 100 000 habitants)

	Hommes		Femmes	
	Nombre de cas	Taux	Nombre de cas	Taux
Bretagne	11 232	438	6 927	238
France	183 485	376	135 895	252

Sources : Francim, Insee

Population de référence : cf. méthodologie page 2

¹ Les taux standardisés ne sont pas disponibles pour les deux sexes confondus

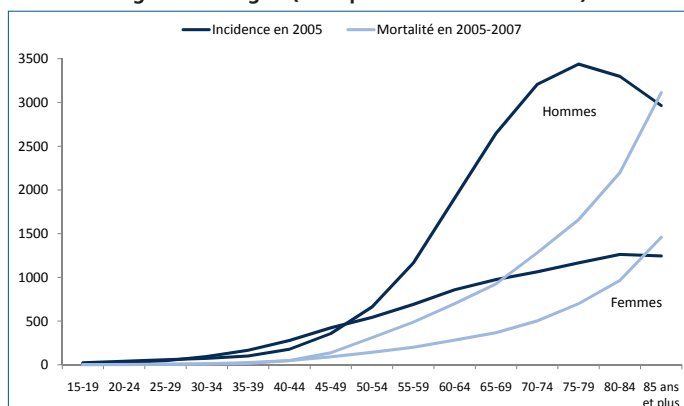
2 Nombre moyen annuel de décès et taux standardisés de mortalité par cancer en 2005-2007 (taux pour 100 000 habitants)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre de décès	Taux	Nombre de décès	Taux	Nombre de décès	Taux
Côtes d'Armor	1 096	389	666	160	1 762	251
Finistère	1 600	405	993	168	2 593	263
Ille-et-Vilaine	1 182	338	771	151	1 953	226
Morbihan	1 223	392	771	169	1 994	257
Bretagne	5 101	380	3 201	162	8 302	249
France métropolitaine	88 579	353	60 232	167	148 812	242

Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

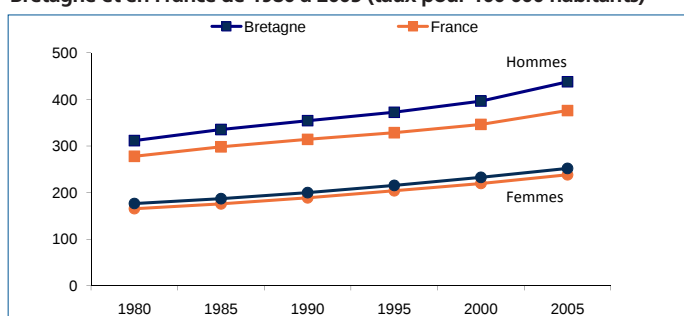
Population de référence : cf. méthodologie page 2

3 Évolution des taux spécifiques d'incidence et de mortalité selon le sexe et l'âge en Bretagne (taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Francim, Insee, Score-santé

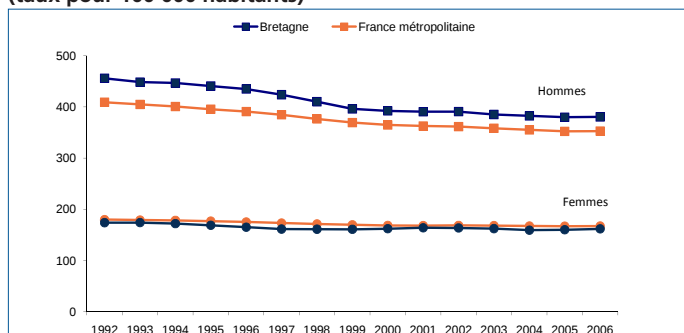
4 Évolution des taux standardisés d'incidence du cancer selon le sexe en Bretagne et en France de 1980 à 2005 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : Francim, Insee

Population de référence : cf. méthodologie page 2

5 Évolution des taux standardisés de mortalité par cancer selon le sexe en Bretagne et en France métropolitaine de 1991 à 2007¹ (taux pour 100 000 habitants)



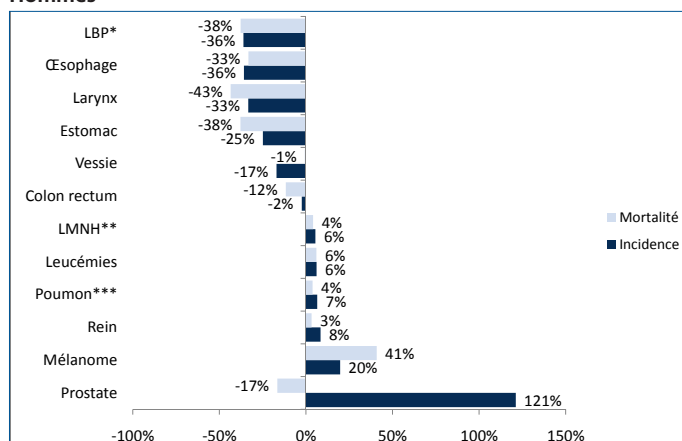
Sources : Francim, Insee - Population de référence : cf. méthodologie page 2

¹ L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée.

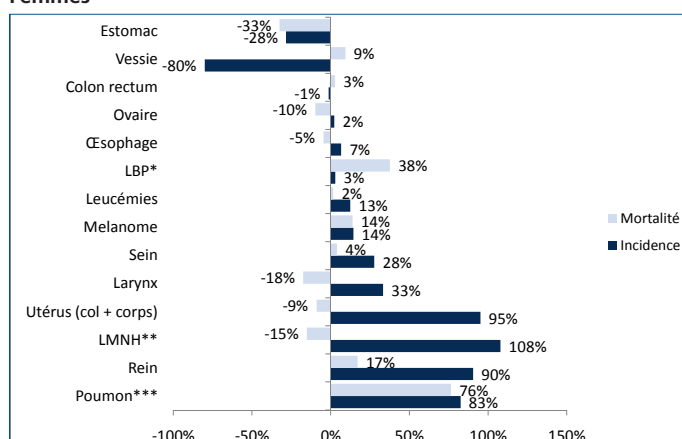
Exemple : 2006 correspond à la période 2005-2007.

6 Évolution en % des taux standardisés d'incidence et de mortalité selon les localisations cancéreuses entre 1995 et 2005

Hommes



Femmes



Sources : Inserm CépiDc, Francim, Insee, Fnors Score-santé

* Lèvre - bouche - pharynx

** Lymphome malin non hodgkinien

*** Trachée, bronches, poumon

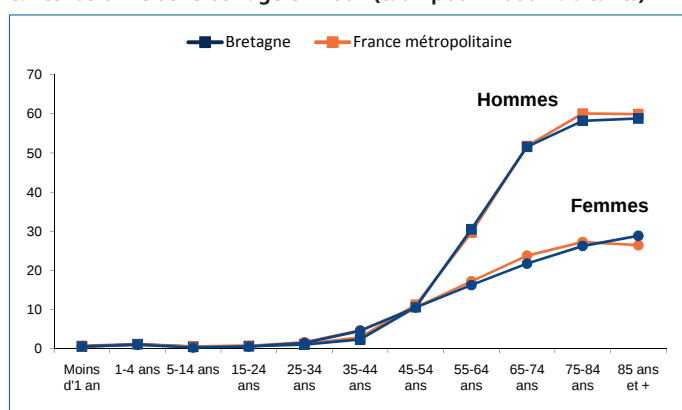
7 Nombre de séjours et taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour cancer en 2007 (taux pour 1 000 habitants)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre de séjours	Taux standardisés	Nombre de séjours	Taux standardisés	Nombre de séjours	Taux standardisés
Côtes d'Armor	4 424	12,7	3 171	7,5	7 595	9,6
Finistère	6 649	13,7	4 796	7,8	11 445	10,2
Ille-et-Vilaine	4 718	10,6	3 454	6,1	8 172	8,0
Morbihan	5 489	13,9	3 902	7,9	9 391	10,4
Bretagne	21 280	12,7	15 323	7,3	36 603	9,5
France métropolitaine	408 171	12,9	298 198	7,6	706 369	9,9

Sources : Drees PMSI court séjour, Insee

Population de référence : cf. méthodologie page 2

8 Taux spécifiques de recours à l'hospitalisation en court séjour pour cancer selon le sexe et l'âge en 2007 (taux pour 1 000 habitants)



Sources : Drees - PMSI court séjour, Insee

Une position régionale variable selon le sexe et les localisations

Chez les hommes, dans un contexte régional défavorable, le désavantage breton par rapport à la France, concerne principalement les cancers de la prostate, des voies aérodigestives supérieures (VADS) et le mélanome tandis que la région affiche une situation plus favorable pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon et se démarque peu pour le cancer du côlon-rectum.

Chez les femmes, dans un contexte régional favorable, l'avantage des bretonnes par rapport à la France concerne principalement les cancers du sein, et de la trachée, des bronches et du poumon alors que la situation est relativement similaire pour le cancer du côlon-rectum. En revanche, le mélanome fait exception, les bretonnes affichant les indicateurs les plus défavorables parmi l'ensemble des régions françaises.

Le cancer de la prostate : le plus fréquent en incidence

En 2005, avec 4 125 nouveaux cas de cancer de la prostate estimés en Bretagne, soit 37% de l'ensemble des nouveaux cas masculins de cancer, il se classe chez l'homme au **1^{er} rang des cancers incidents** et représente la **3^{ème} cause de décès par cancer** avec 526 décès en moyenne annuelle survenus sur la période 2005-2007 (*graphique 1*). Depuis 25 ans, le nombre de cas a été multiplié par 6,8 passant de 609 en 1980 à 4 125 en 2005, c'est le cancer qui a connu la plus forte progression. Par ailleurs, la Bretagne a toujours occupé une position défavorable avec un taux d'incidence continuellement supérieur à la moyenne nationale : en 2005, il atteint 151 cas pour 100 000 hommes contre 121 en France. Parallèlement, la mortalité par cancer de la prostate a augmenté jusqu'au début des années 1990 avant de diminuer ensuite. Bien que la baisse se soit accentuée à partir de 2000, la Bretagne conserve son désavantage par rapport à la France sur l'ensemble de la période et le taux standardisé de mortalité atteint 45 décès pour 100 000 hommes dans la région contre 41 en France en 2005-2007 (*graphique 3*).

Le cancer du sein : le plus fréquent chez la femme en incidence comme en mortalité

En 2005, avec 2 445 nouveaux cas de cancer du sein estimés en Bretagne, soit 35% de l'ensemble des nouveaux cas féminins de cancer, il se classe au **1^{er} rang des cancers incidents** chez la femme. Sur la période 2005-2007, cette localisation a également été responsable du plus grand nombre de décès, 562 en moyenne annuelle, soit 18% de la mortalité féminine par cancer ce qui en fait la **1^{ère} cause de décès par cancer** chez la femme (*graphique 2*). L'incidence du cancer du sein augmente de façon importante et continue depuis 25 ans : son taux d'incidence a presque doublé, passant de 49 en 1980 à 96 pour 100 000 femmes en 2005. Mais, sur cette période la Bretagne a toujours enregistré un taux d'incidence inférieur à la France. Parallèlement, depuis la deuxième moitié des années 1990, la mortalité est restée relativement stable en Bretagne alors qu'elle diminue au niveau national. Cependant les bretonnes conservent leur avantage en 2005-2007 sur les françaises avec un taux légèrement inférieur à la moyenne nationale (30 décès pour 100 000 femmes contre 32 en France) (*graphique 4*).

Le cancer du côlon-rectum en incidence comme en mortalité se situe au 2^{ème} rang chez la femme et au 4^{ème} rang chez l'homme

Chez les hommes, en 2005, avec 1 134 nouveaux cas de cancer du côlon-rectum estimés en Bretagne, soit 10% de l'ensemble des nouveaux cas masculins de cancer, cette localisation se situe au 4^{ème} rang de l'incidence des cancers. Sur la période 2005-2007, le cancer du côlon-rectum a été responsable de 477 décès en moyenne annuelle, soit 9% de la mortalité par cancer chez les hommes ce qui en fait aussi la 4^{ème} cause de décès par cancer chez les hommes (*graphique 1*).

Chez les femmes, en 2005, avec 940 nouveaux cas de cancer du côlon-rectum estimés en Bretagne, soit 14% de l'ensemble des nouveaux cas féminins de cancer, cette localisation se situe au 2^{ème} rang de l'incidence des cancers.

Sur la période 2005-2007, le cancer du côlon-rectum a été responsable de 432 décès en moyenne annuelle, soit 14% de l'ensemble des décès féminins par cancer ce qui en fait aussi la 2^{ème} cause de décès par cancer chez la femme (*graphique 2*).

Après une période de hausse jusqu'en 1995, le taux d'incidence du cancer du côlon-rectum a amorcé ensuite une diminution, passant de 41 cas pour 100 000 hommes en 1995 à 40 en 2005 chez les hommes tandis qu'il est resté stable chez les femmes (23 cas pour 100 000 habitants sur la même période). Sur cette période, les bretons ont toujours présenté un taux supérieur au taux français, en revanche la situation des bretonnes est restée relativement proche de celles des françaises. Parallèlement, la mortalité par cancer du côlon-rectum a diminué au fil du temps et le taux standardisé de mortalité atteint 37 décès masculins et 21 décès féminins pour 100 000 en 2005-2007, situant la Bretagne à un niveau similaire à celui de la France (*graphique 5*).

Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon : une évolution inquiétante, particulièrement chez les femmes

Avec 1 555 nouveaux cas annuels estimés en Bretagne en 2005, dont 79% survenant chez l'homme, le cancer du poumon est le **4^{ème} cancer le plus fréquent**. Il est aussi **le cancer le plus mortel** avec 1 411 décès en moyenne annuelle sur la période 2005-2007 dont 79% ont concerné des hommes (*graphiques 1 et 2*). Depuis 1980, chez les hommes, l'incidence de ce cancer est en constante augmentation dans la région alors qu'il diminue à partir de 2000 au niveau national. Chez les femmes, en Bretagne comme en France, la progression de l'incidence est particulièrement remarquable depuis 1995 (+83% dans la région contre +73% en France entre 1995 et 2005). Parallèlement, tout en se situant à un niveau inférieur au taux français, les taux de mortalité accusent également une croissance continue chez les femmes depuis 1995 tandis qu'elle est plus récente chez les hommes depuis le début des années 2000 (*graphique 6*).

Des spécificités régionales défavorables pour les cancers liés à l'alcool chez les hommes et pour le mélanome pour les deux sexes

Le cancer des voies aérodigestives supérieures au 2^{ème} rang chez l'homme

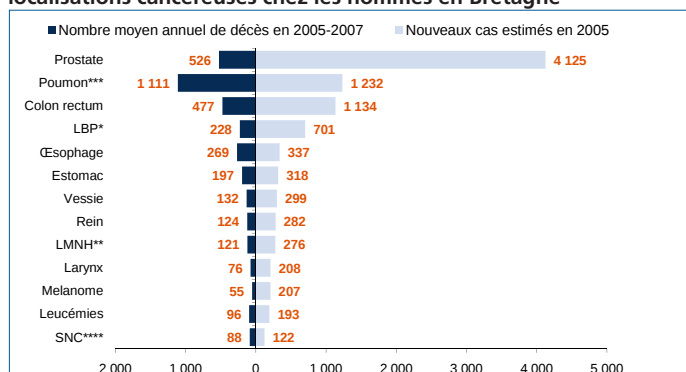
En incidence comme en mortalité, le cancer des VADS est la seconde localisation qui affecte le plus les hommes en Bretagne. En 2005, avec 1 246 nouveaux cas de cancer des VADS (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage, larynx), soit 11% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers masculins, il se classe au 2^{ème} rang des cancers incidents chez l'homme. Sur la période 2005-2007, le cancer des VADS a été responsable de 572 décès en moyenne annuelle, soit 11% de la mortalité masculine par cancer ce qui en fait la 2^{ème} cause de décès par cancer chez l'homme. Bien qu'en forte diminution depuis 1995, la Bretagne affiche, chez les hommes, une situation particulièrement défavorable par rapport à la moyenne nationale. Elle est la deuxième région la plus touchée en incidence et en mortalité derrière le Nord-Pas-de-Calais (*graphique 7*).

La Bretagne : la région la plus touchée de France pour le mélanome

Avec 497 nouveaux cas annuels de mélanome estimés en Bretagne en 2005, dont 58% chez les femmes et 107 décès en moyenne annuelle sur la période 2005-2007, dont 49% chez les femmes (*graphiques 1 et 2*), la Bretagne apparaît comme la 1^{ère} région la plus touchée de France avec les plus forts taux d'incidence et de mortalité. En Bretagne comme en France, l'incidence du mélanome a fortement augmenté jusqu'en 2000 puis s'est ralentie à partir de 2005. Parallèlement, au niveau de la mortalité, la tendance est également à l'augmentation mais celle-ci est plus irrégulière. Cependant, en incidence comme en mortalité, les taux bretons sont systématiquement supérieurs aux taux français et ceci quel que soit le sexe (*graphique 8*).

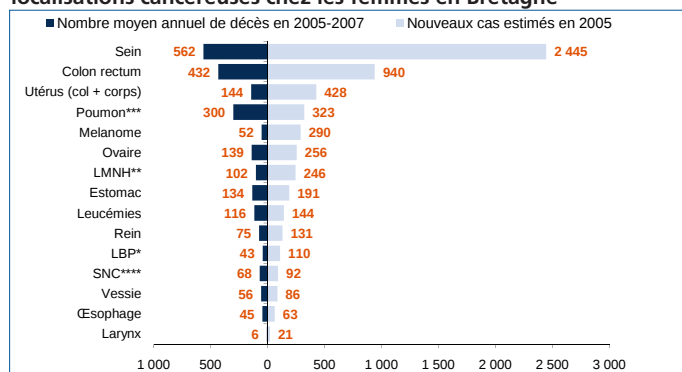
Les indicateurs de morbidité hospitalière traduisent les mêmes tendances que celle de l'incidence.

1 Nombre de décès et incidence estimée selon les principales localisations cancéreuses chez les hommes en Bretagne



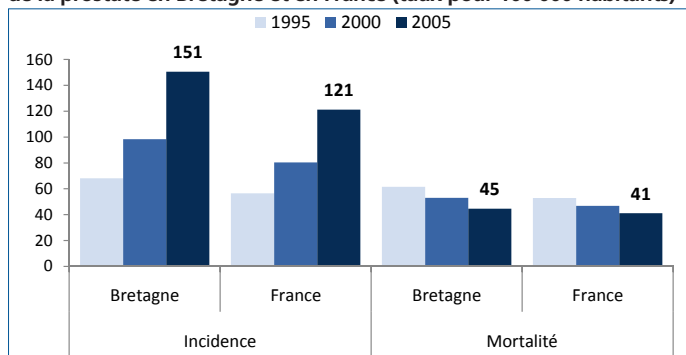
Sources : Inserm CépiDc, Francim
 * Lèvre - bouche - pharynx ** Lymphome malin non hodgkinien
 *** Trachée, bronches, poumon **** Système nerveux central

2 Nombre de décès et incidence estimée selon les principales localisations cancéreuses chez les femmes en Bretagne



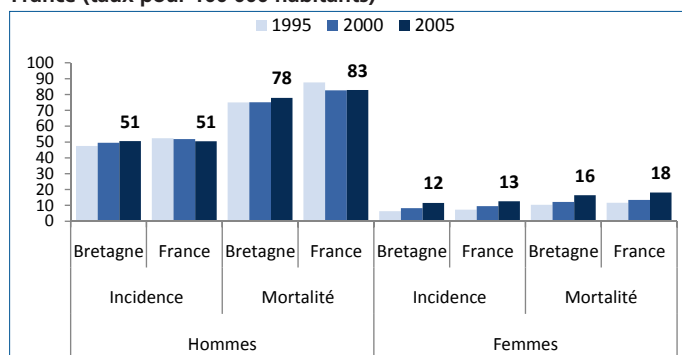
Sources : Inserm CépiDc, Francim
 * Lèvre - bouche - pharynx ** Lymphome malin non hodgkinien
 *** Trachée, bronches, poumon **** Système nerveux central

3 Évolution des taux standardisés d'incidence et de mortalité¹ par cancer de la prostate en Bretagne et en France (taux pour 100 000 habitants)



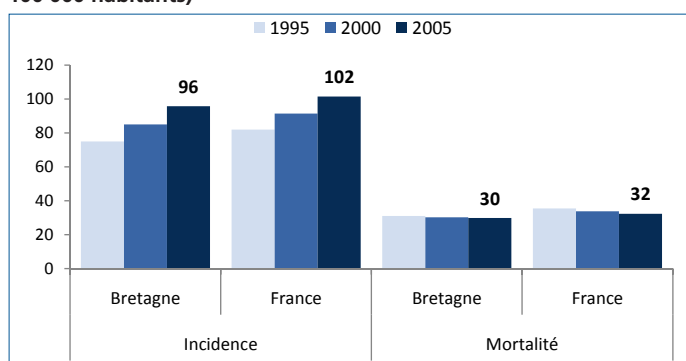
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Francim, Fnors, Score-santé
 Population de référence : méthodologie page 2
¹ Pour les données de mortalité, il s'agit des périodes triennales 1995-1997, 2000-2002 et 2005-2007

6 Évolution des taux standardisés d'incidence et de mortalité¹ par cancer de la trachée, des bronches et du poumon en Bretagne et en France (taux pour 100 000 habitants)



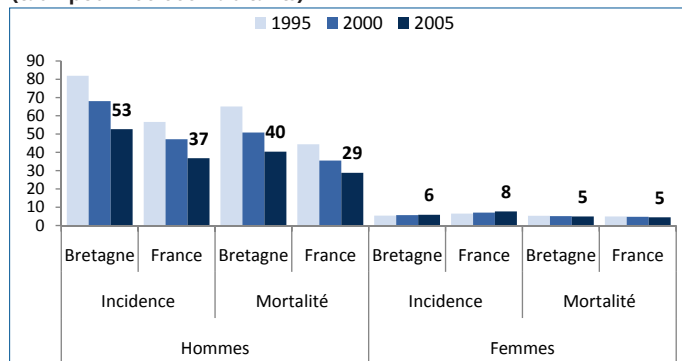
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Francim, Fnors, Score-santé
 Population de référence : méthodologie page 2
¹ Pour les données de mortalité, il s'agit des périodes triennales 1995-1997, 2000-2002 et 2005-2007

4 Évolution des taux standardisés d'incidence et de mortalité¹ par cancer du sein chez les femmes en Bretagne et en France (taux pour 100 000 habitants)



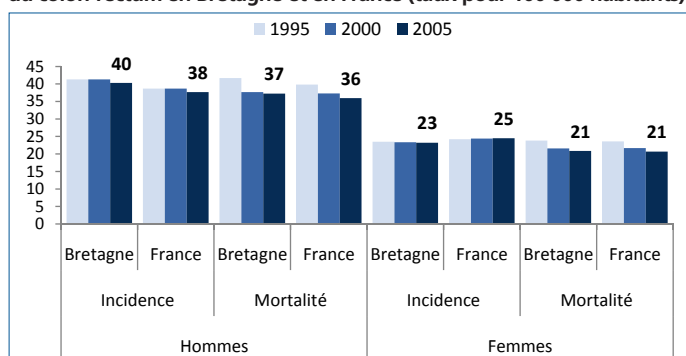
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Francim, Fnors, Score-santé
 Population de référence : méthodologie page 2
¹ Pour les données de mortalité, il s'agit des périodes triennales 1995-1997, 2000-2002 et 2005-2007

7 Évolution des taux standardisés d'incidence et de mortalité¹ par cancer des voies aérodigestives supérieures en Bretagne et en France (taux pour 100 000 habitants)



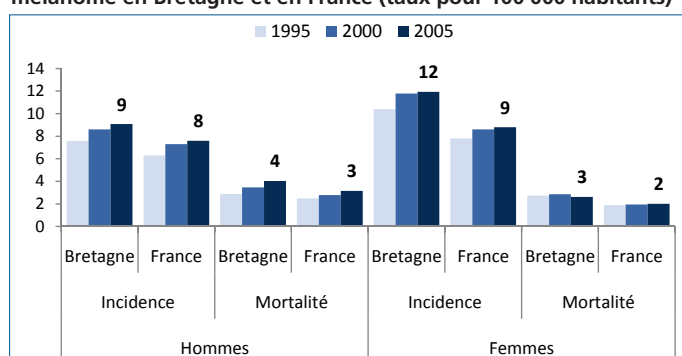
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Francim, Fnors, Score-santé
 Population de référence : méthodologie page 2
¹ Pour les données de mortalité, il s'agit des périodes triennales 1995-1997, 2000-2002 et 2005-2007

5 Évolution des taux standardisés d'incidence et de mortalité¹ par cancer du côlon-rectum en Bretagne et en France (taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Francim, Fnors, Score-santé
 Population de référence : méthodologie page 2
¹ Pour les données de mortalité, il s'agit des périodes triennales 1995-1997, 2000-2002 et 2005-2007

8 Évolution des taux standardisés d'incidence et de mortalité¹ par mélanome en Bretagne et en France (taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Francim, Fnors, Score-santé
 Population de référence : méthodologie page 2
¹ Pour les données de mortalité, il s'agit des périodes triennales 1995-1997, 2000-2002 et 2005-2007

Une surmortalité bretonne...

Bien que la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire soit, en Bretagne comme en France, en forte diminution depuis le début des années 1990, la région présente une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale sur l'ensemble de la période. Ainsi, en 2005-2007, la surmortalité (étudiée à partir des ICM) atteint +13% chez les hommes et +15% chez les femmes (*graphique 1*).

...qui se retrouve dans tous les départements

Sur la période 2005-2007, quel que soit le sexe, on observe dans tous les départements bretons un taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire supérieur à la moyenne nationale (*graphique 2*).

Chez les hommes, le Morbihan présente le taux le plus élevé et l'Ille-et-Vilaine le plus bas de la région. Les Côtes d'Armor et le Finistère ont une position intermédiaire avec des taux proches de la moyenne régionale.

Chez les femmes, le Finistère affiche le taux le plus élevé, et l'Ille-et-Vilaine le plus bas de la région. Les Côtes d'Armor et le Morbihan ont une position intermédiaire avec des taux proches de la moyenne régionale.

Près de 9 000 décès en moyenne annuelle par maladies de l'appareil circulatoire en Bretagne...

Sur la période 2005-2007, 4 073 hommes et 4 808 femmes sont décédés, en moyenne annuelle, par maladies de l'appareil circulatoire, soit respectivement 26% et 33% de l'ensemble des décès ce qui correspond à la 2^{ème} cause de décès chez les hommes et à la 1^{ère} cause chez les femmes.

...qui surviennent tardivement

Si la fréquence des décès par maladies de l'appareil circulatoire augmente avec l'âge et est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, la majorité (83%) survient chez des personnes âgées de 75 ans et plus. Ainsi, sur la période 2005-2007, rare avant 75 ans, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire progresse fortement au-delà et culmine chez les plus âgées. La Bretagne présente des taux comparables aux taux français jusqu'à 80 ans, puis à partir de cet âge, elle se différencie avec des taux plus élevés, particulièrement chez les femmes âgées de 85 ans et plus qui affichent la différence la plus notable (*graphique 3*).

Une plus grande fréquence des affections de longue durée pour maladies de l'appareil circulatoire en Bretagne...

En 2007, avec 13 052 nouvelles demandes d'ALD chez les hommes et 11 244 chez les femmes, le taux d'admission en ALD atteint respectivement 8,6 et 7,0 pour 1 000 habitants, soit un taux supérieur à celui observé en France quel que soit le sexe.

...masquant des disparités au niveau départemental

En 2007, quel que soit le sexe, les Côtes d'Armor présentent le taux le plus élevé de la région (10,8 pour 1 000 hommes et 9,5 pour 1 000 femmes), à l'inverse le Finistère affiche le taux le plus bas (7,4 pour 1 000 hommes et 6,1 pour 1 000 femmes) à un niveau inférieur à la moyenne nationale (8,3 pour 1 000 hommes et 6,3 pour 1 000 femmes).

L'Ille-et-Vilaine enregistre un taux d'admission proche (7,9 pour 1 000 hommes et 6,2 pour 1 000 femmes) de celui observé dans le Finistère et se situe également à un niveau inférieur à la moyenne française. Le Morbihan occupe une position intermédiaire chez les femmes avec un taux proche (7,2 pour 1 000 femmes) de la moyenne régionale tandis qu'il présente une plus grande fréquence chez les hommes avec un taux d'admission (9,4 pour 1 000 hommes) supérieur à la moyenne régionale (*tableau 4*).

Les maladies de l'appareil circulatoire : des affections qui surviennent tardivement, davantage chez les femmes

Les admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire concernent majoritairement des personnes âgées de 65 ans et plus, plus souvent des femmes (82%) que des hommes (60%). Ainsi, en 2007, rares avant 55 ans, les admissions en ALD s'accroissent avec l'âge, plus rapidement chez les hommes, et culminent chez les plus âgés. Si les taux bretons et français sont comparables jusqu'à 80 ans quel que soit le sexe, en revanche au-delà de cet âge, les taux bretons sont supérieurs aux taux français, particulièrement chez les femmes (*graphique 5*).

Un recours à l'hospitalisation moindre en Bretagne...

En 2007, avec 37 427 hospitalisations masculines pour maladies de l'appareil circulatoire et 29 748 hospitalisations féminines, le taux standardisé de recours à l'hospitalisation atteint 22,8 séjours masculins et 13,3 séjours féminins pour 1 000 habitants contre respectivement 25,2 et 14,4 en France.

...gommant une situation plus contrastée au niveau départemental

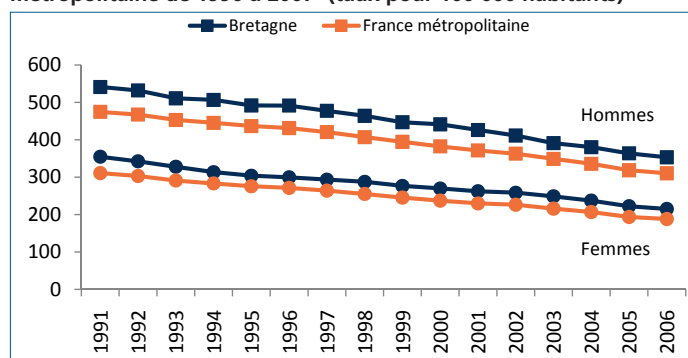
En 2007, les Côtes d'Armor, en comparaison à la moyenne nationale, se caractérisent par un taux standardisé de recours à l'hospitalisation égal chez les hommes et supérieur chez les femmes, respectivement 25,2 pour 1 000 hommes et 15,4 pour 1 000 femmes. Les trois autres départements présentent, quel que soit le sexe, un taux standardisé inférieur à la moyenne nationale. Toutefois, le Morbihan se distingue au sein de la région avec un taux standardisé supérieur à la moyenne régionale pour les deux sexes alors que le Finistère et l'Ille-et-Vilaine présentent des taux inférieurs à la moyenne régionale (*tableau 6*).

Le recours à l'hospitalisation concerne majoritairement des personnes âgées

En 2007, près des deux tiers (64%) des hospitalisations pour maladies de l'appareil circulatoire sont survenues à partir de 65 ans, davantage chez les femmes (69% contre 60% pour les hommes).

Très faibles avant 55 ans et proches pour les deux sexes, les taux de recours à l'hospitalisation s'accroissent fortement au-delà cet âge, plus rapidement pour les hommes. Le recours à l'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire est similaire en Bretagne et en France, à l'exception d'un écart observé chez les hommes âgés de 85 ans et plus, qui présentent un taux supérieur à celui des français (*graphique 7*).

1 Évolution des taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe en Bretagne et en France métropolitaine de 1990 à 2007¹ (taux pour 100 000 habitants)

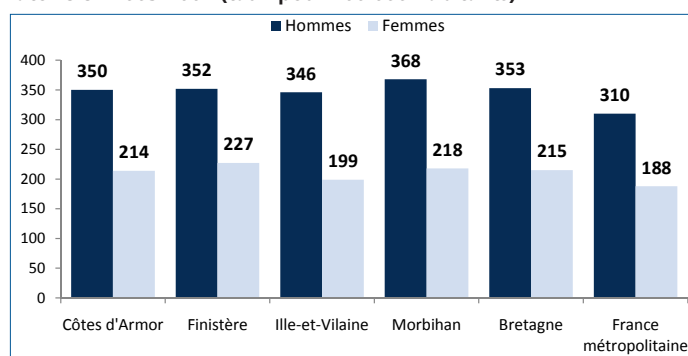


Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

Population de référence : méthodologie page 2

¹ L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2006 correspond à la période 2005-2007

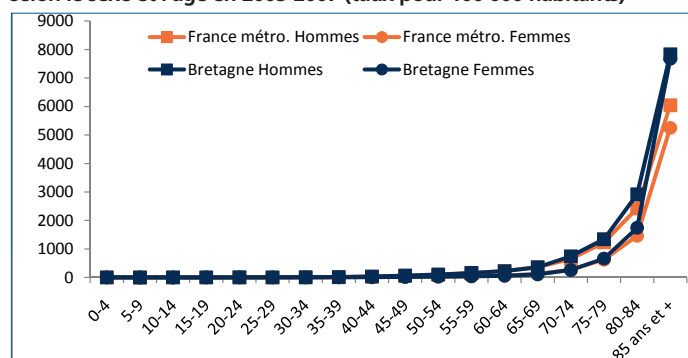
2 Taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en 2005-2007 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

Population de référence : méthodologie page 2

3 Taux spécifiques de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe et l'âge en 2005-2007 (taux pour 100 000 habitants)



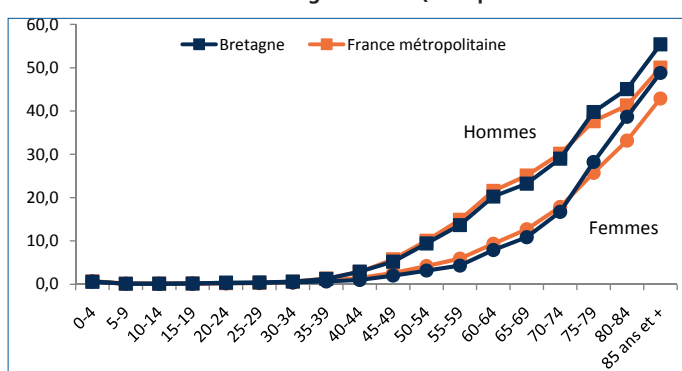
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

4 Nombre et taux bruts d'admission en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire en 2007 (taux pour 100 000 habitants)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes d'Armor	3005	10,8	2844	9,5	5849	10,2
Finistère	3173	7,4	2802	6,1	5975	6,7
Ille-et-Vilaine	3676	7,9	3013	6,2	6689	7,0
Morbihan	3198	9,4	2585	7,2	5783	8,2
Bretagne	13052	8,6	11244	7,0	24296	7,8
France	254701	8,3	205229	6,3	459930	7,2

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee

5 Taux spécifiques d'admission en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe et l'âge en 2007 (taux pour 1 000 habitants)



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee

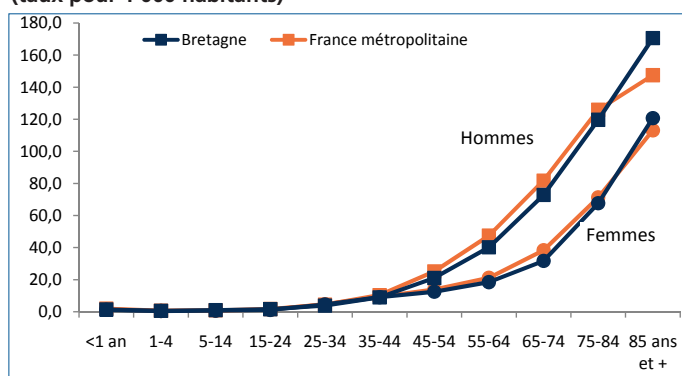
6 Nombre et taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour maladies de l'appareil circulatoire en 2007 (taux pour 1 000 habitants)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes d'Armor	8530	25,2	7045	15,4	15575	19,5
Finistère	10480	22,1	8351	12,5	18831	16,6
Ille-et-Vilaine	9201	20,9	7179	12,1	16380	15,9
Morbihan	9216	23,9	7173	13,9	16389	18,2
Bretagne	37427	22,8	29748	13,3	67175	17,4
France métro.	786399	25,2	593367	14,4	118775	19,2

Sources : Drees PMSI court séjour, Insee

Population de référence : méthodologie page 2

7 Taux spécifiques de recours à l'hospitalisation en court séjour pour maladies de l'appareil circulatoire selon le sexe et l'âge en 2007 (taux pour 1 000 habitants)



Sources : Drees PMSI court séjour, Insee

CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES

Une surmortalité bretonne par cardiopathies ischémiques...

Bien que la mortalité par cardiopathies ischémiques soit, en Bretagne comme en France, en forte diminution depuis le début des années 1990, la région présente une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale sur l'ensemble de la période. Ainsi, en 2005-2007, la surmortalité (étudiée à partir des ICM) atteint +14% chez les hommes et +25% chez les femmes (*graphique 1*).

...qui touche tous les départements

Sur la période 2005-2007, quel que soit le sexe, tous les départements bretons présentent un taux standardisé de mortalité par cardiopathies ischémiques supérieur à la moyenne nationale.

Chez les hommes, le Morbihan présente le taux le plus élevé, et le Finistère, le taux le plus bas suivi de près par l'Ille-et-Vilaine. Les Côtes d'Armor ont une position intermédiaire avec un taux proche de la moyenne régionale. **Chez les femmes**, c'est aussi le Morbihan qui affiche le taux le plus élevé, à l'inverse l'Ille-et-Vilaine présente le taux le plus bas, suivi de près par le Finistère. De même que chez les hommes, les Côtes d'Armor ont une position intermédiaire avec un taux proche de la moyenne régionale (*tableau 2*).

Près de 2 500 décès par cardiopathies ischémiques en Bretagne...

Sur la période 2005-2007, 1 327 hommes et 1 142 femmes sont décédés en moyenne annuelle par cardiopathies ischémiques, soit respectivement 33% et 24% de l'ensemble des décès par maladies de l'appareil circulatoire (*tableau 2*).

... qui surviennent tardivement

Les décès par cardiopathies ischémiques concernent essentiellement la population âgée : sur la période 2005-2007, 9 décès sur 10 sont survenus chez des personnes de 65 ans et plus, davantage chez les femmes où cette proportion atteint 97% contre 84% chez les hommes.

Plus de 5 000 admissions en affection de longue durée pour maladie coronaire en Bretagne

En 2007, les maladies coronaires ont été à l'origine de 3 399 admissions en ALD chez les hommes (67%) et 1 658 chez les femmes (33%). La majorité de ces affections (62%) concerne des personnes âgées de 65 ans et plus, davantage chez les femmes (81%) que chez les hommes (52%) (*tableau 3*).

Plus de 12 000 séjours hospitaliers en court séjour pour cardiopathies ischémiques en Bretagne

En 2007, les cardiopathies ischémiques ont constitué le motif principal d'hospitalisation de 8 611 hommes (71%) et de 3 521 femmes (29%) dans les établissements bretons de court séjour. Ces séjours concernent principalement des personnes âgées de 65 ans et plus (64%), plus souvent chez les femmes (78%) que chez les hommes (58%) (*tableau 4*).

MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES

Une surmortalité bretonne par maladies vasculaires cérébrales...

Bien que la mortalité par maladies vasculaires cérébrales soit, en Bretagne comme en France, en forte diminution depuis le début des années 1990, la région affiche une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale sur l'ensemble de la période. Ainsi, en 2005-2007, la surmortalité (étudiée à partir des ICM) atteint +23% chez les hommes et +19% chez les femmes (*graphique 1*).

...qui se retrouve dans tous les départements

Sur la période 2005-2007, quel que soit le sexe, tous les départements bretons présentent un taux standardisé de mortalité par maladies vasculaires cérébrales supérieur à la moyenne nationale. **Chez les hommes**, les différences sont peu marquées, en dehors des Côtes d'Armor qui présentent le taux le plus bas, les trois autres départements se situent à des niveaux comparables, supérieurs à la moyenne régionale. **Chez les femmes**, le Finistère se caractérise par la situation la moins favorable avec un taux nettement supérieur à la moyenne régionale et nationale. Les trois autres départements présentent des taux proches et inférieurs à la moyenne régionale (*tableau 2*).

Plus de 2 100 décès par maladies vasculaires cérébrales en Bretagne...

Sur la période 2005-2007, 900 hommes et 1 221 femmes sont décédés en moyenne annuelle par maladies vasculaires cérébrales, soit respectivement 22% et 25% de l'ensemble des décès par maladies de l'appareil circulatoire (*tableau 2*).

...qui surviennent tardivement

83% des décès par maladies vasculaires cérébrales surviennent après 65 ans, davantage chez les femmes (96%) que chez les hommes (89%).

Plus de 2 700 admissions en ALD pour accident vasculaire cérébral en Bretagne

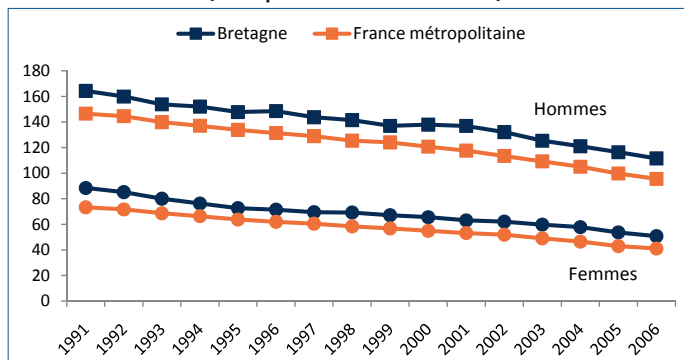
En 2007, l'accident vasculaire cérébral a été à l'origine de 1 364 admissions en ALD chez les hommes (50%) et de 1 383 admissions chez les femmes (50%). Plus des deux tiers (68%) concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, davantage chez les femmes (77%) que chez les hommes (58%) (*tableau 3*).

Près de 7 700 séjours hospitaliers en court séjour pour maladies vasculaires cérébrales en Bretagne

En 2007, les maladies vasculaires cérébrales ont constitué le motif principal d'hospitalisation dans les services de court séjour des établissements bretons de 4 087 hommes (53%) et de 3 592 femmes (47%). Plus des trois quarts de ces séjours (78%) ont concerné des personnes âgées de 65 ans et plus, davantage chez les femmes (84%) que chez les hommes (71%) (*tableau 4*).

CARDIOPATHIES ISCHÉMIQUES

1 Évolution des taux standardisés de mortalité par cardiopathies ischémiques selon le sexe en Bretagne et en France métropolitaine entre 1990 et 2007¹ (taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé
Population de référence : cf. méthodologie page 2
¹ L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée.
Exemple : 2006 correspond à la période 2005-2007

2 Nombre moyen annuel de décès et taux standardisés de mortalité par cardiopathies ischémiques en 2005-2007 (taux pour 100 000 habitants)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes d'Armor	290	114	255	52	545	76
Finistère	378	107	328	48	706	70
Ille-et-Vilaine	325	108	259	46	584	69
Morbihan	335	121	300	58	635	83
Bretagne	1 327	112	1 142	51	2 470	74
France métro.	22 059	96	16 905	41	38 964	63

Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé
Population de référence : cf. méthodologie page 2

3 Nombre et répartition en % des admissions en ALD pour maladie coronaire selon l'âge en Bretagne en 2007

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<45 ans	177	5%	28	2%	205	4%
45-54 ans	542	16%	98	6%	640	13%
55-64 ans	915	27%	178	11%	1093	22%
65-74 ans	862	25%	334	20%	1196	24%
75-84 ans	731	22%	667	40%	1398	28%
85 ans et +	172	5%	353	21%	525	10%
Total	3399	100%	1658	100%	5057	100%

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI

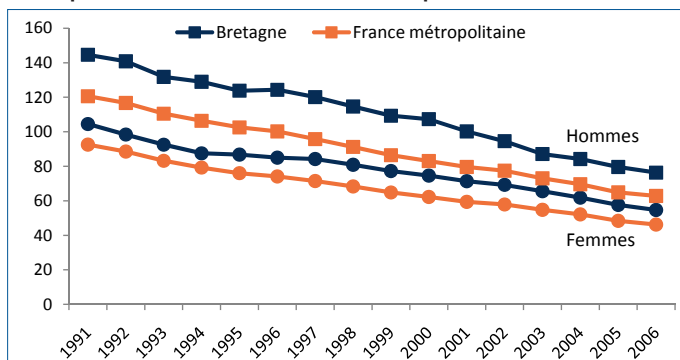
4 Nombre et répartition en % des hospitalisations en court séjour pour cardiopathies ischémiques selon l'âge en Bretagne en 2007

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<45 ans	359	4%	84	2%	443	4%
45-54 ans	1198	14%	224	6%	1422	12%
55-64 ans	2038	24%	447	13%	2485	20%
65-74 ans	2504	29%	818	23%	3322	27%
75-84 ans	2067	24%	1316	37%	3383	28%
85 ans et +	445	5%	632	18%	1077	9%
Total	8611	100%	3521	100%	12132	100%

Sources : Drees PMSI court séjour

MALADIES VASCULAIRES CÉRÉBRALES

1 Évolution des taux standardisés de mortalité par maladies vasculaires cérébrales selon le sexe en Bretagne et en France métropolitaine entre 1990 et 2007¹ (taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé
Population de référence : cf. méthodologie page 2
¹ L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée.
Exemple : 2006 correspond à la période 2005-2007

2 Nombre moyen annuel de décès et taux standardisés de mortalité par maladies vasculaires cérébrales en 2005-2007 (taux pour 100 000 habitants)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes d'Armor	189	75	245	51	433	60
Finistère	269	77	428	62	697	69
Ille-et-Vilaine	232	78	284	51	516	62
Morbihan	210	77	265	52	475	62
Bretagne	900	76	1 221	55	2 122	64
France métro.	13 857	63	18 868	46	32 724	53

Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé
Population de référence : cf. méthodologie page 2

3 Nombre et répartition en % des admissions en ALD pour accident vasculaire cérébral invalidant selon l'âge en Bretagne en 2007

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<45 ans	125	9%	97	7%	222	8%
45-54 ans	156	11%	101	7%	257	9%
55-64 ans	281	21%	120	9%	401	15%
65-74 ans	316	23%	225	16%	541	20%
75-84 ans	374	27%	537	39%	911	33%
85 ans et +	112	8%	303	22%	415	15%
Total	1364	100%	1383	100%	2747	100%

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI

4 Nombre et répartition en % des hospitalisations en court séjour pour maladies vasculaires cérébrales (codes CIM 10 : I60 à I66) selon l'âge en Bretagne en 2007

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<45 ans	172	4%	143	4%	315	4%
45-54 ans	343	8%	176	5%	519	7%
55-64 ans	669	16%	226	6%	895	12%
65-74 ans	1012	25%	536	15%	1548	20%
75-84 ans	1405	34%	1490	41%	2895	38%
85 ans et +	486	12%	1021	28%	1507	20%
Total	4087	100%	3592	100%	7679	100%

Sources : Drees PMSI court séjour

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Une surmortalité bretonne par maladies de l'appareil respiratoire...

Bien que la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire soit, en Bretagne comme en France, en baisse depuis le milieu des années 1990, la région affiche une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale sur l'ensemble de la période. Ainsi, en 2005-2007, la surmortalité (étudiée à partir des ICM) atteint +10% chez les hommes et +28% chez les femmes (*graphique 1*).

...qui touche tous les départements

Sur la période 2005-2007, quel que soit le sexe, tous les départements bretons présentent des taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire supérieurs à la moyenne nationale.

Chez les hommes, le Finistère se caractérise par la situation la plus défavorable avec un taux nettement supérieur à la moyenne régionale et nationale. Les trois autres départements présentent des taux équivalents ou légèrement inférieurs à la moyenne régionale.

Chez les femmes, les différences sont peu marquées, la situation est plutôt homogène dans tous les départements qui affichent des taux similaires à la moyenne régionale (*tableau 2*).

Plus de 2 000 décès par maladies de l'appareil respiratoire en Bretagne ...

Sur la période 2005-2007, 988 décès masculins et 1 052 décès féminins ont été enregistrés en moyenne annuelle en Bretagne. Ils représentent respectivement 6% et 7% de l'ensemble des décès (*tableau 2*).

... qui surviennent tardivement

Plus de 9 décès sur 10 concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, davantage chez les femmes (96%) que chez les hommes (90%).

Plus de 2 200 admissions en affections de longue durée pour maladies de l'appareil respiratoire en Bretagne

En 2007, 1 232 hommes (55%) et 1 015 femmes (45%) ont été admis en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire en Bretagne. La majorité de ces admissions (59%) concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, 60% pour les femmes et 57% pour les hommes (*tableau 3*).

Près de 40 200 séjours hospitaliers en court séjour pour maladies de l'appareil respiratoire

En 2007, les maladies de l'appareil respiratoire ont constitué le motif principal d'hospitalisation de 22 287 hommes (55%) et de 17 890 femmes (45%) ce qui représente 5% de l'ensemble des hospitalisations dans les services de court séjour des établissements bretons. Globalement, près de 6 hospitalisations pour maladies de l'appareil respiratoire sur 10 (58%) concernent des personnes âgées de moins de 65 ans, certaines affections étant plus spécifiques à la période infantile : maladies chroniques des amygdales, des végétations adénoïdes, asthme et affections aiguës des voies respiratoires supérieures (*tableau 4*).

MALADIES TRANSMISSIBLES⁷

Comparativement aux autres régions, la Bretagne est peu touchée par le sida et par l'infection à VIH

En 2004-2006, le taux brut de cas de SIDA diagnostiqué est de 10,3 cas pour 1 000 000 chez les hommes contre 28,2 en France entière et de 5,1 cas pour 1 000 000 chez les femmes contre 12,5 en France entière.

Le nombre de découverte de séropositivité au VIH en 2005-2007 est de 37,6 pour 1 000 000 de personnes en Bretagne pour 110,5 en France entière.

A l'exception de l'hépatite A, la région est en situation favorable par rapport aux hépatites virales

En 2004-2006, le taux standardisé de mortalité par hépatites virales est de 3,06 pour 100 000 chez les hommes (1,36 pour les femmes) contre 4,99 (2,37 pour les femmes) en France entière. D'autres indicateurs tels que le taux d'hospitalisations ou le taux d'ALD pour hépatites virales corroborent ce constat. Il est à noter cependant que la région est particulièrement touchée par l'hépatite A avec, en 2006-2007, un taux comparatif de 2,32 cas déclarés pour 100 000 en Bretagne contre 1,95 en France entière (*carte 1*).

La Bretagne est la 4^{ème} région française la plus touchée par la tuberculose

En 2004-2006, la Bretagne présente un taux moyen annuel de cas déclaré de 8,01 pour 100 000, inférieur au taux moyen France entière de 8,7 pour 100 000. Elle se situe derrière la Guyane, l'Île-de-France et la région PACA (*carte 2*).

La Bretagne est la 4^{ème} région française la plus touchée par les infections invasives à méningocoques

Avec 55 nouveaux cas d'infections invasives à méningocoques recensés dans la région en 2008, soit un taux d'incidence égal à 1,89 cas pour 100 000 habitants supérieur à la moyenne française de 1,14 cas pour 100 000 habitants, la Bretagne se positionne au 2^{ème} rang des régions françaises les plus touchées par les infections invasives à méningocoques derrière la Haute-Normandie⁸.

Un taux moyen de déclarations de toxi-infections alimentaires collectives supérieur à la moyenne française

Le taux standardisé de mortalité par maladies infectieuses intestinales est relativement faible en Bretagne avec 1,05 décès pour 100 000 contre 1,3 en France entière. Cependant, la Bretagne fait partie des régions les plus touchées par les toxi-infections alimentaires collectives 1,67 foyers détectés pour 100 000 personnes en 2005-2007 contre 1,4 France entière (*carte 3*).

On note également un risque infectieux alimentaire, lié aux contaminations des coquillages.

Une bonne couverture vaccinale contre la tuberculose et la grippe ...

En 2004, 93% des enfants de 2 ans sont vaccinés par le BCG contre 83,7% en France entière.

En 2007-2008, 68,2% des personnes âgées de 65 ans et plus sont vaccinées contre la grippe contre 63,4% en France entière.

En dehors de ces deux spécificités, le taux de couverture vaccinale breton est globalement comparable à la moyenne nationale (moins de 3 points d'écart pour les différents taux de couverture vaccinale considérés) (*carte 4*).

... cependant des améliorations sont à chercher notamment pour la rougeole

Plusieurs épidémies de rougeole ont été signalées depuis le début de l'année 2010 en Îlle-et-Vilaine et dans le Morbihan. Or le taux estimé de couverture vaccinale antirougeoleuse à 24 mois⁹ est inférieur à 90% en Îlle-et-Vilaine et Côtes d'Armor, et inférieur à 86% dans le Finistère et le Morbihan, pour un objectif national de 95%.

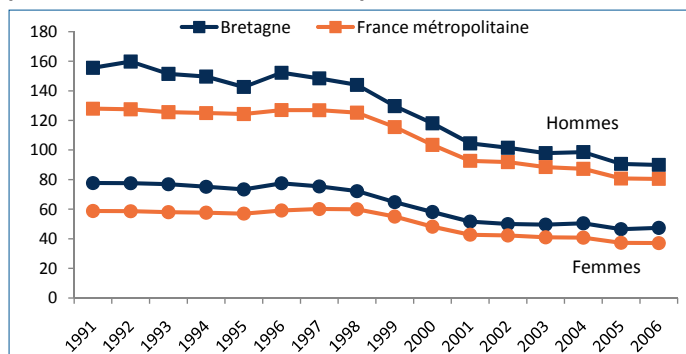
⁷ « Les maladies transmissibles dans les régions de France » - FNORS, octobre 2009.

⁸ InVS - Données épidémiologiques annuelles 1995-2008.

⁹ Rapport 2009/2010 Données DREES - INVS - CS 24.

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

1 Évolution des taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire selon le sexe en Bretagne et en France métropolitaine entre 1990 et 2007¹ (taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

Population de référence : cf. méthodologie page 2

¹ L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2006 correspond à la période 2005-2007

2 Nombre moyen annuel de décès et taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire en 2005-2007 (taux pour 100 000 habitants)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes d'Armor	217	90	223	47	440	62
Finistère	319	96	323	48	642	65
Ille-et-Vilaine	225	87	265	48	490	60
Morbihan	227	88	242	47	468	62
Bretagne	988	90	1 052	47	2 040	62
France métro.	17 053	80	15 448	37	32 501	52

Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

Population de référence : cf. méthodologie page 2

3 Nombre et répartition en % des admissions en ALD pour maladies de l'appareil respiratoire selon l'âge en Bretagne en 2007

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
<45 ans	127	10%	150	15%	277	12%
45-54 ans	124	10%	101	10%	225	10%
55-64 ans	279	23%	152	15%	431	19%
65-74 ans	303	25%	185	18%	488	22%
75-84 ans	309	25%	287	28%	596	27%
85 ans et +	90	7%	140	14%	230	10%
Total	1 232	100%	1 015	100%	2 247	100%

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI

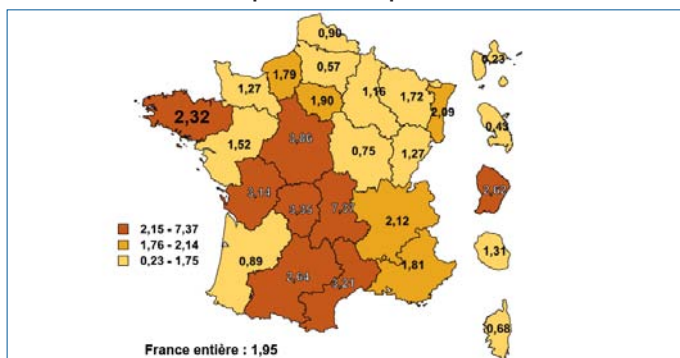
4 Nombre total des hospitalisations en court séjour pour maladies de l'appareil respiratoire et part des moins de 65 ans en Bretagne en 2007

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	dont % <65 ans	Effectif	dont % <65 ans	Effectif	dont % <65 ans
Pneumonie	3967	38%	3781	28%	7748	33%
Maladies chroniques des amygdales, des végétations adénoïdes	3455	99%	2716	99%	6171	99%
Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives chroniques	3009	33%	2249	28%	5258	31%
Bronchite et bronchiolite aiguës	1666	67%	1445	52%	3111	60%
Asthme	1073	90%	1061	77%	2134	84%
Affections aiguës des voies respiratoires	825	94%	713	93%	1538	93%
Pleurésie	918	37%	563	37%	1481	37%
Autres maladies de l'appareil respiratoire	7374	59%	5362	52%	12736	56%
Ensemble des maladies de l'appareil	22287	60%	17890	54%	40177	58%

Source : Drees PMSI court séjour

MALADIES TRANSMISSIBLES

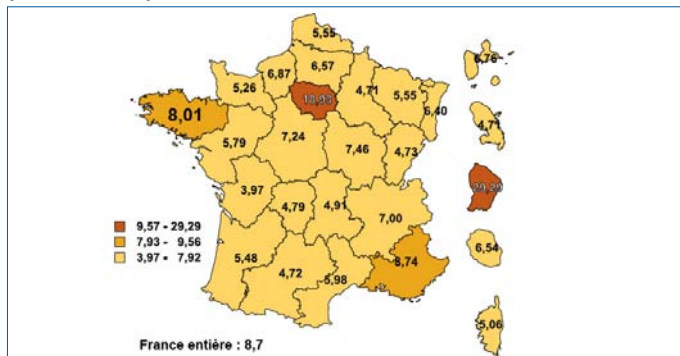
1 Taux standardisés* d'hépatite A aiguës déclarées en 2006-2007 - nombre de déclarations pour 100 000 personnes



Sources : Invs (maladies à déclaration obligatoire), Insee, Fnors Score-santé

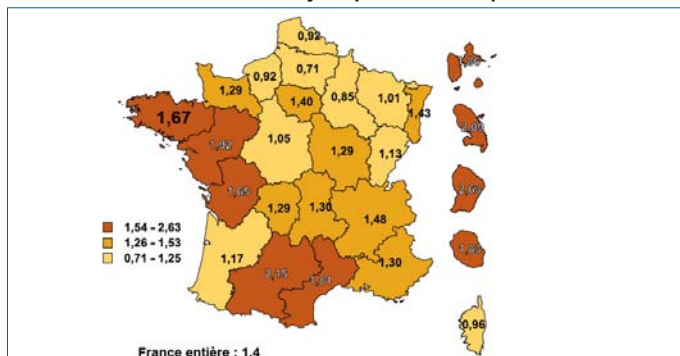
* Taux standardisés sur la population hexagonale

2 Taux de cas déclarés de tuberculose en 2004-2006 - nombre de cas pour 100 000 personnes



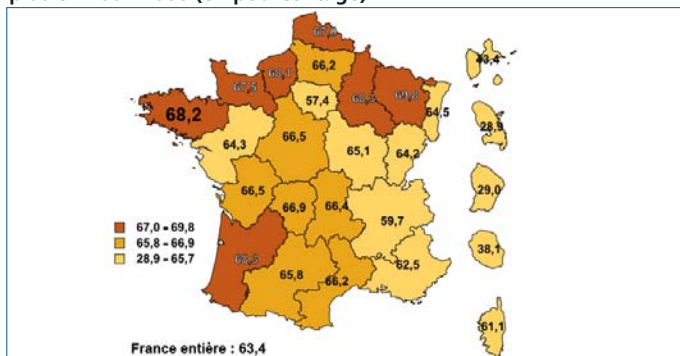
Sources : Invs (maladies à déclaration obligatoire), Insee, Fnors Score-santé

3 Foyers de toxi-infections alimentaires collectives en 2005-2007 en France entière - nombre de foyers pour 100 000 personnes



Sources : Invs - exploitation Fnors

4 Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les 65 ans ou plus en 2007-2008 (en pourcentage)



Sources : Cnamts - exploitation Fnors

Actuellement en Bretagne, il n'existe pas d'enquête régionale décrivant la santé psychique de la population générale à l'image du Baromètre santé. Cette enquête réalisée au niveau national, comporte depuis 2005 une composante santé mentale portant sur les troubles dépressifs. Elle permet de disposer de données de bonne qualité sur la prévalence des troubles dépressifs et sur leur prise en charge.

Toutefois, en Bretagne, la dimension de la souffrance psychique a été largement étudiée auprès de la population des jeunes scolarisés et des étudiants de 1^{ère} année d'université.

FOCUS JEUNES SCOLARISÉS ET ÉTUDIANTS

Le sentiment de solitude* : premier déterminant de la souffrance psychique

Que ce soit chez les jeunes scolarisés en collège et lycée ou chez les étudiants de 1^{ère} année, le sentiment de solitude est le facteur qui accroît le plus le risque d'être en souffrance psychique et le risque augmente à mesure que ce sentiment s'intensifie.

Les manifestations anxio-dépressives plus fréquentes chez les filles

Par ordre de fréquence, les sentiments de solitude et de déprime sont les plus répandus, suivis par le sentiment de désespoir* et enfin les pensées suicidaires*. Ainsi, globalement, 62% des jeunes et 59% des étudiants se sont sentis seuls, respectivement 63% et 65% déprimés, 49% et 41% désespérés en pensant à l'avenir et 23% et 8% ont eu des pensées suicidaires. Ces manifestations sont plus souvent le fait des filles que des garçons (*graphique 1*).

De même, la tentative de suicide est davantage l'apanage des filles que des garçons : elles sont 16% chez les jeunes et 6% chez les étudiantes à avoir déjà attenté à leurs jours contre respectivement 6% et 1% pour les garçons.

Des indicateurs témoins d'une réelle souffrance psychique qui s'accroissent avec l'âge jusqu'au lycée puis semblent se stabiliser à l'université

À l'exception des pensées suicidaires, les signes anxio-dépressifs sont de plus en plus prégnants avec l'âge, et pour certains d'entre eux, un palier est observé à 16 ans, entre le collège et le lycée, période au cours de laquelle ces sentiments sont plus fréquemment exprimés. Cependant, les étudiants présentent des fréquences moindres par rapport aux jeunes de 18 ans et plus. S'agissant des pensées suicidaires, elles sont stables selon l'âge chez les garçons tandis que chez les filles, elles sont les plus fréquentes entre 14 et 15 ans. Parallèlement, la prévalence de la tentative de suicide ne varie pas selon l'âge chez les garçons alors qu'elle apparaît deux fois plus fréquente chez les lycéennes de 18 ans et plus, que chez les collégiennes de moins de 14 ans (22% contre 11%). Toutefois, les étudiants affichent une prévalence de la tentative de suicide beaucoup plus faible (*tableau 2*).

*ressentis au cours des douze derniers mois

Pour plus d'informations sur les jeunes scolarisés en collège et en lycée et les étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne, consultez les plaquettes thématiques téléchargeables sur le site de l'ORS Bretagne : www.orsbretagne.fr

La Bretagne : la région la plus touchée de France par le suicide

Bien que la mortalité par suicide soit, en Bretagne comme en France, en diminution depuis le début des années 1990, la région affiche une situation particulièrement défavorable par rapport à la moyenne nationale sur l'ensemble de la période. Ainsi, en 2005-2007, la surmortalité (étudiée à partir des ICM) atteint +59% chez les hommes et +67% chez les femmes (*graphique 1*).

Une surmortalité généralisée dans tous les départements

Sur la période 2005-2007, quel que soit le sexe, tous les départements bretons affichent des taux standardisés de mortalité par suicide nettement supérieurs aux taux français.

Chez les hommes, les Côtes d'Armor se caractérisent par la situation la plus défavorable avec un taux supérieur à la moyenne régionale et près de 2 fois plus élevé que la moyenne nationale. L'Ille-et-Vilaine affiche le taux le plus bas, inférieur à la moyenne régionale. Le Finistère et le Morbihan occupent une position intermédiaire avec un taux équivalent et proche de la moyenne régionale.

Chez les femmes, la situation des départements présente moins de disparités et d'écart par rapport à la moyenne régionale, le taux observé dans les Côtes d'Armor étant malgré tout le plus élevé (*tableau 2*).

Prédominance masculine de la mortalité par suicide...

En 2005-2007, 617 décès masculins par suicide et 238 décès féminins ont été dénombrés en moyenne annuelle en Bretagne, près de 3 décès par suicide sur 4 (72%) ont concerné des hommes.

...qui se retrouve à tous les âges

Quelle que soit la tranche d'âge, en Bretagne comme en France, les taux masculins sont supérieurs aux taux féminins.

Chez les hommes, à l'exception de la tranche d'âge des 55-74 ans, la fréquence des décès augmente avec l'âge et, dans la région, le taux de mortalité par suicide est multiplié par 7,7 entre la population des 15-24 ans et celle des 85 ans et plus. La tendance selon l'âge en Bretagne est superposable à celle observée au niveau national.

Chez les femmes, les taux féminins bretons progressent jusqu'à 55-64 ans avant de diminuer au-delà alors qu'en France un premier pic est atteint dans la tranche d'âge des 45-54 ans, puis les taux sont relativement constants jusqu'à 84 ans avant de culminer chez les 85 ans et plus (*graphique 3*).

Prédominance féminine des tentatives de suicide, surtout chez les jeunes

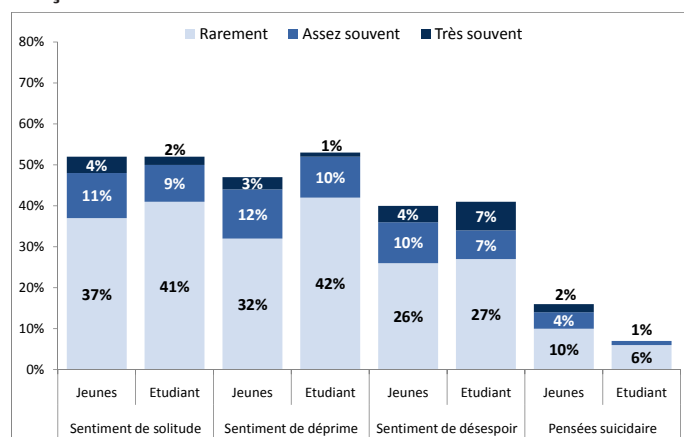
Les caractéristiques des personnes ayant fait une tentative de suicide diffèrent fortement de celles qui sont décédées par suicide. Du fait de l'inexistence d'un système d'enregistrement exhaustif des tentatives de suicide, les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information court séjour ont été utilisées par l'ORS afin d'étudier le phénomène suicidaire en Bretagne¹⁰.

Cette étude révèle, contrairement aux décès par suicide, une prédominance féminine des hospitalisations pour tentative de suicide. Jusqu'à 74 ans les taux d'hospitalisations féminins sont supérieurs à ceux des hommes, au-delà la tendance s'inverse. L'écart le plus important est observé entre 15 et 24 ans, le recours à l'hospitalisation y étant deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Les tentatives de suicide sont le fait de personnes jeunes, particulièrement chez les femmes où les tentatives de suicide sont très nombreuses dès l'adolescence et restent à un niveau élevé jusqu'à 55-64 ans (*graphique 4*).

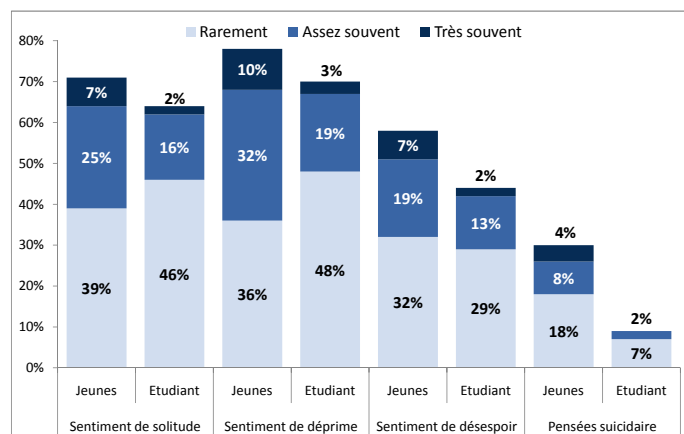
¹⁰ ORS Bretagne, F. Champion, Dr I. Tron. *Étude des tentatives de suicide prises en charge en court séjour en Bretagne : Analyse réalisée à partir de la base PMSI court séjour 2006, décembre 2008.*

1 Répartition en % des jeunes et des étudiants selon les manifestations anxio-dépressives ressenties au cours des douze derniers mois en Bretagne

Garçons



Filles



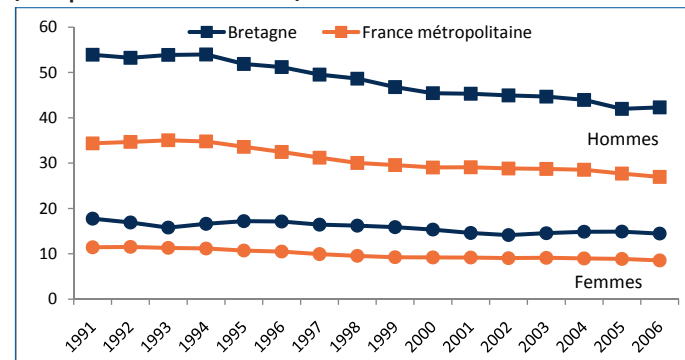
Sources : ORS Bretagne, La santé des jeunes en Bretagne - 2007 et La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université 2006

2 Prévalence de la tentative de suicide selon l'âge chez les jeunes et chez les étudiants en Bretagne

	<14 ans	14-15 ans	16-17 ans	18 ans et plus	Etudiants de 1 ^{ère} année
Garçons	6%	7%	5%	7%	1%
Filles	11%	17%	16%	22%	6%

Sources : ORS Bretagne - La santé des jeunes en Bretagne - 2007 et La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université - 2006.

1 Évolution des taux standardisés de mortalité par suicide selon le sexe en Bretagne et en France métropolitaine entre 1990 et 2007¹ (taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé
Population de référence : méthodologie page 2

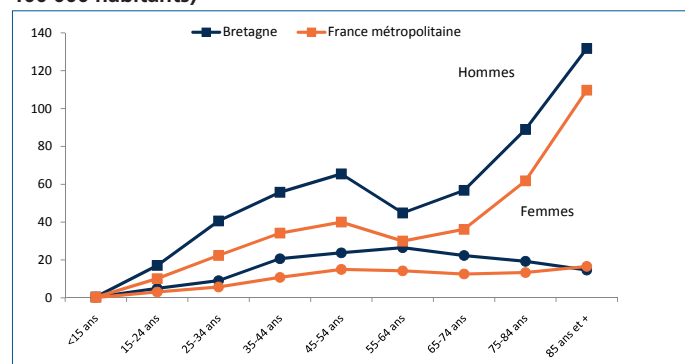
¹ L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée.
Exemple : 2006 correspond à la période 2005-2007

2 Nombre moyen annuel de décès et taux standardisés de mortalité par suicide en 2005-2007 (taux pour 100 000 habitants)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes d'Armor	140	50	53	16	193	32
Finistère	175	42	65	14	240	27
Ille-et-Vilaine	153	36	71	15	225	25
Morbihan	148	45	49	13	198	28
Bretagne	617	42	238	14	856	27
France métr.	7 589	27	2 794	9	10 384	17

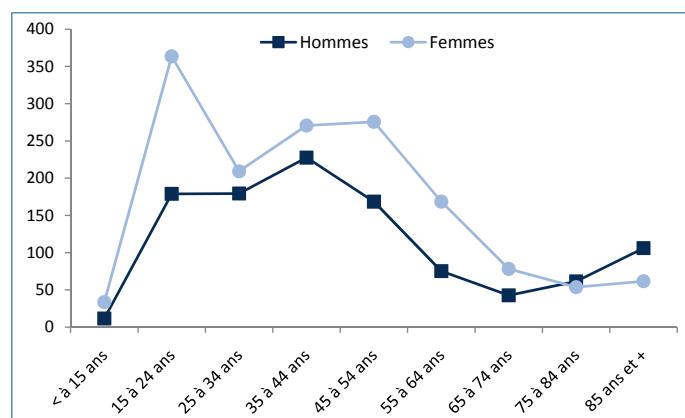
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors, Score-santé
Population de référence : méthodologie page 2

3 Taux spécifiques de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge en Bretagne et en France métropolitaine en 2005-2007 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

4 Taux spécifiques de recours à l'hospitalisation en court séjour pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge en Bretagne en 2006 (taux pour 100 000 habitants)



Sources : PMSI court séjour 2006, ATIH, Insee

L'espérance de vie à 75 ans progresse mais reste inférieure à celle de la France

Malgré une forte diminution du taux de mortalité, l'espérance de vie à 75 ans est inférieure en Bretagne à celle de la France. Elle est de 9,5 ans pour les hommes (10 ans pour la France) et de 12,5 ans pour les femmes (12,8 ans France).

Des taux standardisés de mortalité plus élevés pour les maladies de l'appareil circulatoire et respiratoire¹¹

En 2002-2004, les taux standardisés de mortalité générale sont supérieurs en Bretagne par rapport à la France métropolitaine (75,4 pour 1 000 contre 70,8 pour 1 000).

Cet écart est plus particulièrement observé pour les maladies de l'appareil circulatoire (29,5 décès pour 1 000 personnes contre 25,3 pour 1 000) (*carte 1*), les maladies de l'appareil respiratoire (6,4 décès pour 1 000 personnes contre 5,5 pour 1 000) et les chutes et lésions traumatiques (1,8 pour 1000 contre 1,6 pour 1 000).

En revanche, le taux standardisé de mortalité par tumeur des plus de 75 ans se situe dans la moyenne nationale (14,2 décès pour 1 000 personnes contre 14,3 pour 1 000).

Un taux de recours hospitalier en court séjour des plus de 75 ans légèrement inférieur en Bretagne au taux national

En 2005, 645 séjours pour 1 000 personnes ont été observés en Bretagne contre 664 en France métropolitaine (*carte 2*).

Des personnes âgées bretonnes aux revenus moins élevés

Le revenu fiscal médian breton des plus de 75 ans est inférieur à celui de la France métropolitaine : 11 442 euros contre 12 576 euros en 2005¹².

Par contre si le revenu fiscal médian est moindre, la part des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse l'est également : avec 4,5% de personnes de 65 ans bénéficiaires en 2005, la Bretagne se situe en dessous du taux moyen de bénéficiaires en France métropolitaine qui est de 5%¹².

En Bretagne la part des bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) est plus importante que dans le reste de la France

Le nombre de bénéficiaires de l'APA pour 100 personnes de plus de 75 ans est de 20,2 soit au dessus de la moyenne nationale de 18,8 (*carte 3*).

Par ailleurs les bénéficiaires de l'APA sont passés de 723 000 au 30 juin 2003 en Bretagne à 1 094 000 au 30 juin 2008. Ils devraient être 1 307 000 en 2012¹³.

Un profil breton de perte d'autonomie proche de celui de la France

La répartition des bénéficiaires par GIR est comparable à celle observée au niveau national (*tableau 4*).

De nombreux bénéficiaires de l'APA en établissement

La Bretagne se distingue par un pourcentage de bénéficiaires de l'APA hébergés en établissement (52,1%) nettement supérieur à la structure nationale (38,3%) (*tableau 5*).

L'augmentation de la population âgée en situation de dépendance

Les projections à 2015 traduisent une croissance forte de la dépendance (+13,4% en Bretagne par rapport à 2006), en particulier pour les GIR 1 (+22%) et les GIR 2 et 3 (+15,8% et +15%).

La dépendance : des enjeux différenciés au sein de la région

Les enjeux de la dépendance se posent différemment entre les quatre départements de la Bretagne. Les projections à 2015 permettent d'identifier des évolutions plus fortes dans le Morbihan (+19,8%) et en Ille-et-Vilaine (+15%) que dans le Finistère (+9%) et les Côtes d'Armor (+11%) (*tableau 6*).

Maladie d'Alzheimer : une progression générale du nombre de malades en région

L'INSERM a estimé en 2007 dans son rapport, cité en¹⁴ que 6% des personnes âgées de 65 ans et plus étaient atteintes par cette maladie. On estime à plus de 51 000 le nombre de bretons âgés de 75 ans et plus atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées. Ce chiffre devrait être de plus de 58 000 en 2015 (*tableau 7*).

Le Finistère, le département de Bretagne où l'on estime le plus grand nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Le Finistère est le département où l'on estime le plus grand nombre de malades avec plus de 15 000 personnes atteintes de cette maladie en 2007. A l'horizon 2015, ce sont près de 17 000 personnes âgées de 75 ans et plus qui seront concernées par ce type d'affection.

A l'inverse, le département des Côtes d'Armor enregistre l'estimation la plus faible, soit environ 11 000 personnes en 2007 et 12 500 personnes à l'horizon 2015.

Les deux autres départements occupent une position plus médiane avec un nombre estimé de malades relativement proche (*tableau 7*).

Un accroissement possible du nombre de malades plus fort en Ille-et-Vilaine et dans le Morbihan d'ici 2015

En termes de pourcentage d'évolution, on observe que le Finistère connaîtrait une augmentation de +19% d'ici 2015 par rapport à 2007, les Côtes d'Armor progressant de +20,8%. L'Ille-et-Vilaine et le Morbihan, pour leur part, verraient une évolution plus marquée du nombre de malades estimés d'ici 2015 : respectivement +27,7% et +27,8%.

La maladie d'Alzheimer serait sous diagnostiquée

Au 31 décembre 2008, la Bretagne recensait plus de 14 000 personnes de 60 ans et plus bénéficiant d'une ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences, valeur très en deçà de l'estimation du nombre de cas réalisée à partir de la cohorte PAQUID (51 382).

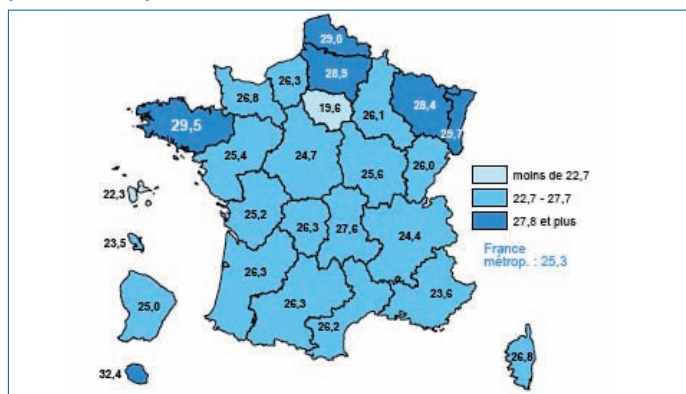
¹¹ Source : INSERM CépiDc, INSEE

¹² Source : INSEE – enquête revenus fiscaux

¹³ Source : DREES

¹⁴ «La prise en charge des personnes âgées en Bretagne : bilan et perspectives». Pennec Etudes Conseils, Drass de Bretagne, septembre 2009.

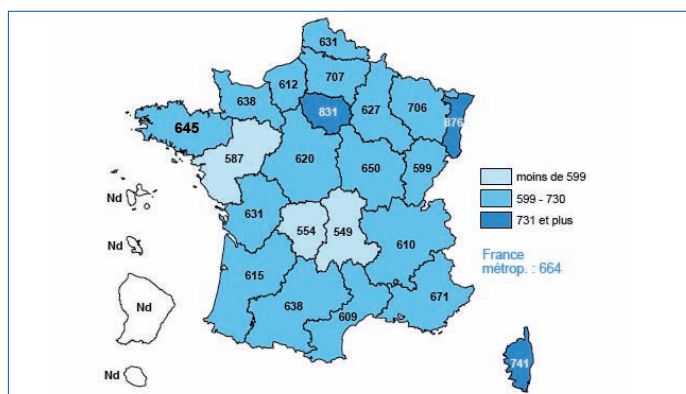
1 Taux standardisés* de mortalité par maladies de l'appareil cardio-vasculaire chez les 75 ans et plus en 2002-2004 - nombre de décès pour 100 000 personnes



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

* taux standardisés sur la population au recensement de la population 1990

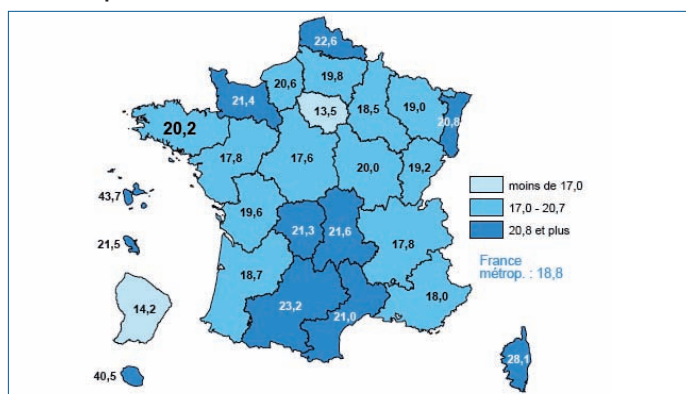
2 Taux standardisés* de séjours hospitaliers en court séjour chez les 75 ans et plus en 2005 - nombre de séjours pour 1 000 personnes



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

* taux standardisés sur la population au recensement de la population 1990

3 Bénéficiaires de l'allocation personnalisée à l'autonomie chez les 75 ans et plus au 31 décembre 2005 (en %)



Sources : Drees, Insee, Fnors Score-santé

4 Répartition en % des bénéficiaires de l'APA par GIR au 30 juin 2008

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Bretagne	2,4%	18,1%	21,2%	58,3%
France	3,0%	17,9%	22,1%	57,0%

Sources : Drees

5 Nombre et répartition en % des bénéficiaires de l'APA par type d'hébergement au 30 juin 2008

	Total	bénéficiaires en établissement	bénéficiaires à domicile
Côtes d'Armor	13 612	54,5%	45,5%
Finistère	19 319	46,6%	53,4%
Ille-et-Vilaine	15 270	56,5%	43,5%
Morbihan	13 378	52,4%	47,6%
Bretagne	61 479	52,1%	47,9%
France	1 094 000	38,3%	61,7%

Source : La prise en charge des personnes âgées en Bretagne : bilan et perspectives - Pennec Etudes Conseil - Drass de Bretagne - septembre 2009.

6 Évolution en % par rapport à 2006 du nombre de personnes dépendantes âgées de 75 ans et plus à l'horizon 2015

		GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	TOTAL
Côtes d'Armor	2010	9,7	5,9	6,8	4,1	5,5
	2015	20,1	14,2	13	7,9	11,3
Finistère	2010	7,7	4,7	5,2	2,8	4,3
	2015	16,8	11,5	10	5,2	9,2
Ille-et-Vilaine	2010	10,3	7,9	7,4	5,3	6,5
	2015	23,6	19,2	17	11,6	15
Morbihan	2010	12,2	9	9,9	7,3	9
	2015	26,8	21,4	20	15,7	19,8
Bretagne	2010	10,2	6,6	7	4,7	6,1
	2015	22,3	15,8	15	9,7	13,4

Sources : Insee, modèle Omphale et estimations localisées de population. «La prise en charge des personnes âgées en Bretagne : bilan et perspectives» - PENNEC Etudes Conseils, DRASS Bretagne - septembre 2009.

7 Évolution du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (estimation à partir des taux de la cohorte PAQUID)

Estimation du nombre de cas prévalents			
	2007	2010	2015
Côtes d'Armor	11 246	11 868	12 467
Finistère	15 265	16 087	16 846
Ille-et-Vilaine	13 013	14 018	15 244
Morbihan	11 858	12 929	14 135
Bretagne	51 382	54 902	58 692

Sources : France 2003 - cohorte PAQUID, Insee - Projections de population à partir du modèle Omphale

Le dénombrement de la population handicapée en France et en Bretagne est basé sur des estimations

Il est difficile aujourd'hui de connaître le nombre exact de personnes handicapées en France ou en Bretagne. Seule une estimation réalisée sur l'extrapolation de taux de prévalence ou de résultats d'enquêtes est possible. Ces chiffres sont donc à prendre avec précaution.

Ainsi en fonction des données sur la prévalence et du type de handicap, **la population des enfants handicapés** de 0 à 19 ans estimée varie de 6 000 à plus de 14 000 (*tableau 1*).

Les déficiences motrices, les déficiences intellectuelles sévères et les troubles envahissants du développement sont celles qui présentent les taux de prévalence les plus forts selon la prévalence RHEOP (génération 1980-1996) avec des taux respectifs de 3,2 pour 1 000, 2,9 pour 1 000 et 2,4 pour 1 000 (*tableau 2*).

L'estimation du nombre d'enfants autistes ou présentant des troubles envahissants du développement (TED) est également fluctuante pour la Bretagne en fonction des différentes estimations : elle est pour l'ensemble des TED de 2 079 en référence à des taux de prévalence de l'enquête INSERM 2002, de 4 570 à 5 331 si on prend en compte les taux de prévalence issus de la Haute Autorité de Santé¹⁵.

Concernant **la population handicapée adulte à domicile** de 20 à 59 ans, elle oscille selon les estimations entre 58 000 et 71 000 en 2007 (*tableau 3*).

La déficience motrice présente le taux de prévalence le plus élevé d'après l'enquête CTNERHI avec un taux de 13,1 pour 1 000. La déficience mentale suit avec un taux de prévalence de 5,1 pour 1 000 (*tableau 4*).

Finistère et Ile-et-Vilaine concentrent le plus grand nombre de bénéficiaires de l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et de l'Allocation de l'adulte handicapé (AAH)

Les bénéficiaires de l'AEEH sont plus nombreux en Ile-et-Vilaine et dans le Finistère (plus de 2 200 bénéficiaires dans les deux départements), suivent ensuite le Morbihan avec 1 600 bénéficiaires et les Côtes d'Armor avec près de 1 000 bénéficiaires. Le nombre d'allocataires pour 1 000 enfants de moins de 20 ans est légèrement inférieur en Bretagne au taux moyen en France métropolitaine (9,3 contre 9,9). Ce taux est supérieur au taux moyen régional dans le Finistère et le Morbihan (*tableau 5*).

Le nombre de bénéficiaires de l'AAH a augmenté entre décembre 2007 et décembre 2008. Au 31 décembre 2008, Morbihan et Côtes d'Armor ont un nombre de bénéficiaires relativement comparable. Le Finistère est le département dans lequel leur nombre est le plus important, l'Ile-et-Vilaine se positionnant juste après.

On peut par ailleurs noter que le taux d'allocataires pour 1 000 personnes de 20 ans et plus est supérieur en Bretagne par rapport à la France métropolitaine (18,8 pour 1 000 contre 17,5 pour 1 000). Ce taux est nettement au dessus de la moyenne régionale dans les Côtes d'Armor (21,8 pour 1 000) (*tableau 6*).

Il faut noter que ces allocations sont versées dans un cadre réglementaire précis (taux d'incapacité, condition d'âge, de ressources...) et ne peuvent donc à elles seules permettre de déterminer la population handicapée adulte ou des enfants handicapés. Si ces éléments permettent de disposer de tendances, les évolutions des données disponibles doivent donc être analysées à l'aune de ces précisions.

¹⁵ Autisme et autres troubles envahissants du développement, HAS 2010.

Déficiences intellectuelles et psychiques : principales déficiences dans les établissements et services médico-éducatifs en Bretagne

Fin 2006 près de 4 enfants sur 10 en SESSAD présentent comme déficience principale une déficience intellectuelle. 2 enfants sur 10 souffrent de troubles psychiques, la part de ces enfants ayant par ailleurs augmenté depuis 2001 (20% fin 2006 contre 13% fin 2001¹⁶). En établissement la part des déficiences intellectuelles, tout comme celle des troubles du psychisme est plus grande (respectivement 49,7% et 22,7%) qu'en SESSAD. A l'inverse la proportion des déficients auditifs et visuels est plus importante en SESSAD que dans l'ensemble des établissements (22,8% contre 11,2%). C'est également le cas des déficiences motrices (8,2% contre 5,8%). La part des polyhandicaps est quant à elle plus élevée en établissements (*tableau 7*).

Handicap psychique et vieillissement au sein de la population des adultes handicapés

La reconnaissance par la loi de 2005 du handicap psychique constitue une nouvelle donne. Celle-ci vient conforter le passage d'un certain nombre de personnes porteuses d'une maladie mentale chronique vers les structures médico-sociales. Elle souligne également les parcours à mettre en place entre les structures sanitaires et médico-sociales.

Le vieillissement des personnes handicapées entraîne l'apparition de nouveaux besoins

L'évolution de la proportion des structures d'âges au sein des différents équipement ou services en Bretagne est à ce sujet utile à observer (*tableau 8*).

Les effets du vieillissement ainsi que l'espérance de vie sont différents en fonction de la nature des handicaps, de leur sommation éventuelle ou non mais aussi des modes de vie : on peut évoquer un vieillissement différentiel¹⁷. Ainsi, les pathologies associées à l'âge sont susceptibles d'apparaître prématurément pour certains types de handicap. Pour d'autres catégories le processus de vieillissement peut se rapprocher de celui de l'ensemble de la population.

L'évolution positive de l'espérance de vie des personnes handicapées entraîne l'apparition de nouveaux besoins et leur prise en compte dans les politiques de l'offre médico-sociale. Le passage des adultes handicapés d'un milieu avec travail à un nouvel environnement sans travail peut ainsi constituer une préoccupation, ce changement étant susceptible de provoquer un bouleversement de repères pour les intéressés¹⁸. Le développement de pathologies (cancers, maladies cardio-vasculaires) ou d'incapacités nouvelles liées à l'âge nécessite en outre l'intégration de réponses complémentaires à offrir à ce public.

Par ailleurs, certaines populations nécessitent des soins moins techniques mais de valeur thérapeutique importante au regard de l'état de leurs besoins :

- les personnes souffrant de problématiques relevant de la santé mentale,
 - les traumatisés crâniens,
 - les personnes souffrant de certains types de polyhandicap.
- Enfin, une réponse doit aussi être apportée aux jeunes souffrant de Troubles Sévères de l'Apprentissage (TSA).

¹⁶ Evaluation CROSM 2005-2009 CREAI Bretagne-DRASS.

¹⁷ Les personnes handicapées et vieillissantes : espérance de vie et de santé ; qualité de vie. Bernard Azéma et Nathalie Martinez, RFAS n°2-2005.

¹⁸ Ibid.

1 Différentes estimations du nombre d'enfants handicapés (0-19 ans) à partir de la prévalence

	Taux de prévalence pour 1000	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Population estimée 0-19 ans au 1er janvier 2007 (ELP) publiée au 1er janvier 2009	-	133 543	211 471	249 557	166 778	761 619
RHEOP* 1980-97 Handicaps sévères	8,2 pour 1000	1 095	1 736	2 046	1 368	6 245
INSERM 1998, Handicaps sévères	8 pour 1000	1 068	1 694	1 996	1 334	6 093
INSERM 1998 tous handicaps	19 pour 1000	2 537	4 023	4 742	3 169	14 471

Source : Creai Bretagne

* Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal de l'Isère, la Savoie et la Haute-Savoie

2 Estimation du nombre d'enfants handicapés (0-19 ans) par type de déficience, à partir de la prévalence RHEOP* (génération 1980-1986)

	Taux de prévalence pour 1000	Effectif estimé
Population estimée 0-19 ans au 1er janvier 2007 (ELP) publiée au 1er janvier 2009		761 619
Déficience motrice	3,2	2 437
dont paralysies cérébrales	2,1	1 599
Déficiences intellectuelles sévères	2,9	2 209
Troubles envahissants du développement	2,4	1 828
dont autisme	0,7	533
Déficiences auditives sévères	0,8	609
Déficiences visuelles sévères	6	4 570
Polyhandicap (1)	0,9	678

Source : Creai Bretagne

(1) : à partir de la prévalence RHEOP (génération 1991-1995)

* RHEOPS : Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal de l'Isère, la Savoie et la Haute-Savoie

3 Différentes estimations de la population handicapée adulte à domicile de 20 à 59 ans à partir de 3 enquêtes

	Taux de prévalence pour 1000	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Population estimée 20-59 ans au 1er janvier 2007 (ELP) publiée au 1er janvier 2009	-	284 964	459 973	522 631	361 563	1 629 131
CDV*-INSEE, champ: 20-59 ans à domicile	56	10 259	16 559	18 815	13 016	58 649
Saône et Loire - CTNERHI**, champ: 20-59 ans population à domicile	43,6	12 424	20 055	22 787	15 764	71 030
HID***-INSEE champ: 17-59 ans avec taux d'invalidité	37	10 544	17 019	19 337	13 378	60 278

Source : Creai Bretagne

* CDV : Enquête «conditions de vie» de l'Insee

** CTNERHI : Centre technique national d'étude et de recherche sur les handicaps et les inadaptations

*** HID : Enquête «handicap invalidité dépendance» de l'Insee

4 Estimation de la population adulte handicapée de 20 à 59 ans par type de déficience en Bretagne, d'après l'enquête CTNERHI - Saône et Loire 1992, population à domicile

	Taux de prévalence pour 1000	Effectif estimé
Population estimée 20-59 ans au 1er janvier 2007 (ELP) publiée au 1er janvier 2009		1 629 131
Déficience mentale (1)	5,1	8 309
Maladie mentale (1)	3,7	6 028
Déf.mentale+physique (2)	3,6	5 865
Maladie mentale+physique (2)	2	3 258
Déficience motrice (1)	13,1	21 342
Déficience visuelle (1)	1,8	2 932
Déficience auditive (1)	0,8	1 303
Déficience viscérale (1)	3	4 887
Pluridéficience physique (2)	10,4	16 943
Total	43,6	71 030

Source : Creai Bretagne

(1) : personnes atteintes uniquement de la déficience mentionnée

(2) : personnes atteintes d'au moins deux types de déficiences

5 Nombre de bénéficiaires de l'AEEH versée par les CAF

	Nombre d'allocataires au 31 décembre 2008	Nombre d'allocataires de l'AEEH pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans
Côtes d'Armor	992	7,4
Finistère	2 204	10,5
Ille-et-Vilaine	2 258	8,9
Morbihan	1 679	10,0
Bretagne	7 133	9,3
France métropolitaine	151 951	9,9

Sources : CAF - MSA, DRASS Bretagne, Statiss 2009

6 Nombre de bénéficiaires de l'AAH versée par les CAF

	Nombre d'allocataires au 31 décembre 2007	Nombre d'allocataires de l'AAH pour 1 000 personnes de 20 ans et plus	Nombre d'allocataires au 31 décembre 2008	Nombre d'allocataires de l'AAH pour 1 000 personnes de 20 ans et plus
Côtes d'Armor	9 365	21,2	9 720	21,8
Finistère	12 660	18,8	13 166	19,4
Ille-et-Vilaine	11 372	16,1	11 913	16,8
Morbihan	9 420	17,6	9 755	18,0
Bretagne	42 817	18,2	44 554	18,8
France métropolitaine	785 472	16,9	820 316	17,5

Sources : CAF - MSA, DRASS Bretagne, Statiss 2009

7 Part des types de déficiences des enfants handicapés en services et établissements médico-sociaux en Bretagne en 2006

Déficience principale	SESSAD*	Ensemble (établissements + SESSAD)
Déficience intellectuelle	38,6%	49,7%
Trouble du psychisme	19,9%	22,7%
Trouble du langage ou de la parole	3,5%	2,8%
Déficience auditive ou visuelle	22,8%	11,2%
Déficience motrice	8,2%	5,8%
Plurihandicap	0,8%	1,4%
Déficiences viscérales, métaboliques et nutritionnelles	0,1%	0,1%
Polyhandicap	1,1%	4,3%
Autres déficiences ou inconnues	3,1%	1,0%
Non réponse	1,8%	1,1%

Sources : Enquête ES 2006, Drees - Drass de Bretagne

Evaluation CROSMS 2005-2009 - Creai de Bretagne - Drass de Bretagne

* SESSAD : Services d'éducation spécialisée et de soins à domicile

8 Répartition en % par tranche d'âges des populations handicapées accueillies dans les établissements médico-sociaux et ESAT bretons

	moins de 35 ans		50 ans et plus	
	1995	2006	1995	2006
Foyers d'hébergement	51%	34%	5%	20%
Foyers de vie	39%	27%	24%	30%
Maison d'accueil spécialisée	65%	24%	6%	31%
Foyer d'accueil médicalisé	65%	34%	11%	24%
	plus de 45 ans			
	1995	2006		
Etablissement et services d'aide par le travail	21%	29%	-	-

Sources : Enquêtes ES 1995, 2006, Drees - Drass de Bretagne

Evaluation CROSMS 2005-2009, fenêtre personnes handicapées - Creai de Bretagne - Drass de Bretagne

La Bretagne au 5^{ème} rang des régions où les ventes de cigarettes par habitants sont les plus élevées¹⁹

En 2008, la région figure parmi les plus consommatrices de France avec un taux de 947 cigarettes vendues pour 1 000 habitants, supérieur à la moyenne nationale de 843 cigarettes vendues pour 1 000 habitants. La situation est contrastée selon les départements avec un gradient est-ouest. L'Ille-et-Vilaine présente le taux le plus faible de la région à un niveau inférieur à la moyenne française avec 804 cigarettes pour 1 000 habitants, à l'inverse le Finistère affiche le taux le plus élevé avec 1 049 cigarettes vendues pour 1 000 habitants. Les Côtes d'Armor et le Morbihan occupent une position intermédiaire, leurs taux étant proches de la moyenne régionale mais supérieurs à la moyenne nationale, respectivement 979 et 989 cigarettes vendues pour 1 000 habitants (*carte 1*).

Par ailleurs, si l'on observe en Bretagne comme en France une légère baisse du nombre de cigarettes vendues entre 2007 et 2008, en revanche celle-ci est compensée par l'augmentation des quantités de tabac à rouler vendues sur la même période, ceci malgré la hausse des prix.

Près de 4 500 décès imputables au tabac en Bretagne en 2007 dont plus d'un sur cinq (21%) sont survenus prématurément

En 2007, les trois principales causes de décès les plus directement liées au tabagisme (cancers de la trachée, des bronches et du poumon, bronchites chroniques et maladies pulmonaires obstructives (BPCO), cardiopathies ischémiques) ont entraîné 4 443 décès en Bretagne, dont 948 sont survenus avant 65 ans. Ils représentent 15% de l'ensemble des décès toutes causes (16% de l'ensemble des décès prématurés) et concernent majoritairement des hommes (61%) (*graphique 2*).

Une évolution de la mortalité prématurée liée au tabac qui s'améliore chez les hommes mais se dégrade chez les femmes²⁰

En Bretagne comme en France, la mortalité prématurée liée au tabac évolue différemment selon le sexe.

Chez les hommes, la situation évolue favorablement mais de manière moins marquée en Bretagne qu'en France : sur les dix dernières années, le taux standardisé de mortalité prématurée liée au tabac a diminué de -12% dans la région contre -16% en France. En 2003-2005, les bretons demeurent en situation de surmortalité avec un taux standardisé de 51,8 pour 100 000 habitants contre 49,3 en France.

À l'inverse, **chez les femmes**, la tendance est à l'augmentation, plus marquée sur les dix dernières années en Bretagne qu'en France (respectivement +25% et +21%). En 2003-2005, les taux standardisés sont équivalents pour les deux populations et proches de 11 pour 100 000 habitants.

Ce constat global en termes de mortalité prématurée liée au tabac, diffère selon les causes de décès :

Chez les hommes, entre 1993-1995 et 2003-2005, la mortalité prématurée par cancer de la trachée, des bronches et du poumon est restée relativement stable dans la région (-1%) alors que la baisse est plus marquée au niveau national (-6%). Les autres causes de mortalité diminuent de façon comparable (environ -26%) en Bretagne comme en France (*graphique 3*).

À l'inverse, **chez les femmes**, la mortalité prématurée par cancer de la trachée, des bronches et du poumon a progressé fortement entre les deux périodes, de manière plus importante en Bretagne (+109% contre +79% en France) alors que les autres causes de mortalité diminuent de façon comparable (environ -30%) en Bretagne comme en France (*graphique 3*).

¹⁹ « Etat des lieux des phénomènes liés aux drogues et dépendances en Bretagne, année 2008 » - CIRDD Bretagne – mars 2010 (version allégée).

²⁰ « Tableau de bord Addictions – Année 2007 » - CIRDD et ORS Bretagne – novembre 2008.

FOCUS JEUNES SCOLARISÉS ET ÉTUDIANTS

1 collégien-lycéen sur 5 et 1 étudiant sur 4 fume tous les jours

Le tabac est le produit psycho-actif vis-à-vis duquel les comportements des filles et des garçons sont les plus proches. Par ailleurs, les enquêtes nationales et régionales les plus récentes, réalisées auprès des jeunes, attestent du recul du tabagisme. En Bretagne, la prévalence du tabagisme quotidien concerne 19% des jeunes scolarisés, 26% des étudiants de 1^{ère} année et 30% des jeunes âgés de 17 ans. Chez ces derniers, entre 2005 et 2008, la baisse a été plus marquée au niveau régional, ainsi en 2008, les jeunes bretons âgés de 17 ans présentent des niveaux d'usage quotidien de tabac comparables à la moyenne nationale (*graphique 1*).

L'avancée en âge favorise l'installation dans le tabagisme quotidien...

Le tabagisme se développe avec l'âge plus nettement à partir de 16 ans : entre 14-15 ans et 16-17 ans, le nombre de fumeurs quotidiens est multiplié par 3 chez les garçons (de 9% à 28%) et par 2 chez les filles (de 12% à 24%) (*graphique 2*). Cependant, cette tendance semble se ralentir à partir de l'entrée à l'université puisque pour les deux sexes confondus, les étudiants de 1^{ère} année sont moins nombreux à déclarer une consommation quotidienne de tabac que les jeunes scolarisés âgés de 18 ans et plus (respectivement, 37% contre 26%). Par ailleurs, pour les jeunes scolarisés comme pour les étudiants, le nombre de cigarettes consommées par les fumeurs quotidiens atteint en moyenne 8 cigarettes par jour.

Le désir d'arrêter de fumer : un sentiment largement exprimé par les fumeurs quotidiens

Chez les jeunes scolarisés, 40% des fumeurs quotidiens manifestent le souhait d'arrêter de fumer, ils sont 46% chez les étudiants de 1^{ère} année.

La consommation de cannabis : un comportement plus masculin que féminin qui se développe avec l'âge

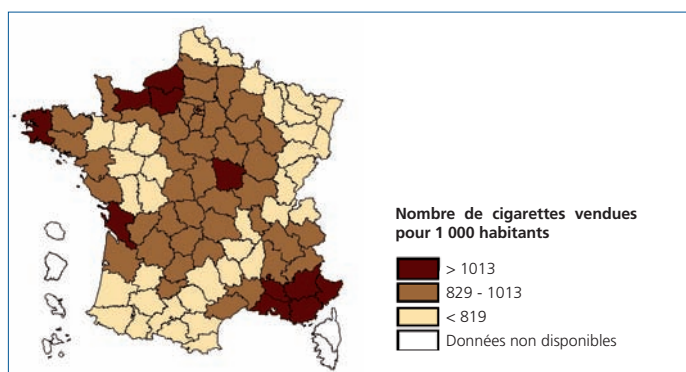
Plus d'1 jeune scolarisé sur 4 (26%) et un tiers des étudiants de 1^{ère} année déclarent avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, davantage les garçons que les filles avec respectivement 30% et 24% pour les jeunes scolarisés et 43% contre 26% pour les étudiants. Avec l'avancée en âge et plus particulièrement à partir de 16 ans, la consommation s'accroît et l'écart entre les garçons et les filles se creuse. À 14-15 ans, 13% des garçons déclarent consommer du cannabis dont plus de la moitié occasionnellement (1 ou 2 fois) ; à 16-17 ans, 47% sont consommateurs et pour 20% d'entre eux, il s'agit d'un usage répété (10 fois ou plus). Chez les filles, le phénomène est moins marqué, cependant si la consommation occasionnelle prédomine, les usages répétés sont de plus en plus fréquents avec l'âge (*graphique 3*).

1 jeune scolarisé sur 5 et 1 étudiant sur 6 déclare une consommation récente de cannabis, davantage les garçons

Les caractéristiques de la consommation au cours de l'année se vérifient pour la consommation récente de cannabis (au cours du dernier mois). Ainsi, les garçons sont davantage concernés que les filles et cette tendance s'accroît à mesure que l'âge et la fréquence de consommation augmentent (*graphique 4*).

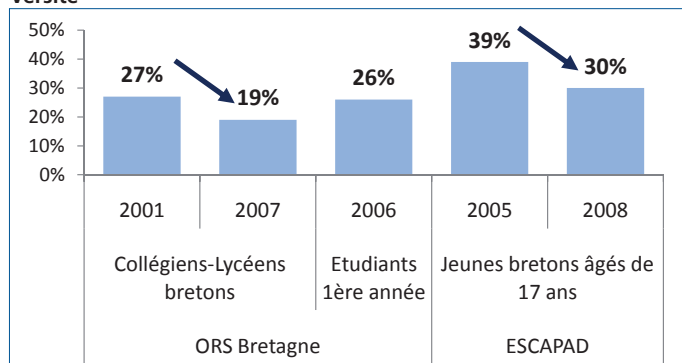
Pour plus d'informations sur les jeunes scolarisés en collège et en lycée et les étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne, consultez les plaquettes thématiques téléchargeables sur le site de l'ORS Bretagne : www.orsbretagne.fr

1 Vente de cigarettes par habitants en 2008 – Nombre de cigarettes vendues pour 1 000 habitants



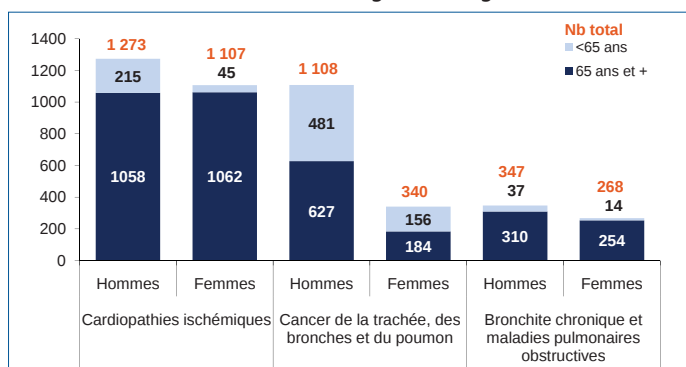
Sources : Données ILIAD, OFDT

1 Évolution de la prévalence du tabagisme quotidien dans deux enquêtes régionales auprès des jeunes en Bretagne et prévalence du tabagisme quotidien chez les étudiants bretons de 1^{ère} année d'université



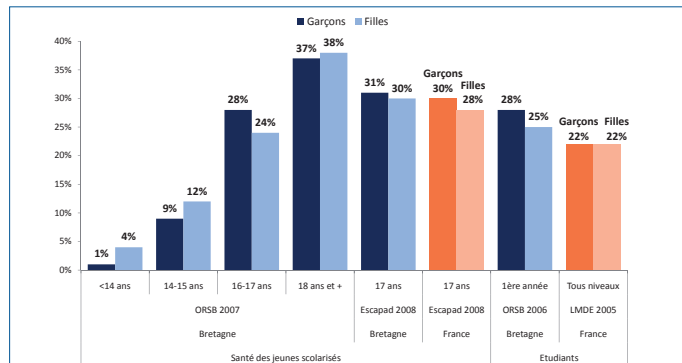
Sources : ORS Bretagne, OFDT

2 Nombre de décès pour les trois principales causes les plus directement liées au tabac selon le sexe et l'âge en Bretagne en 2007



Source : Inserm CépiDc

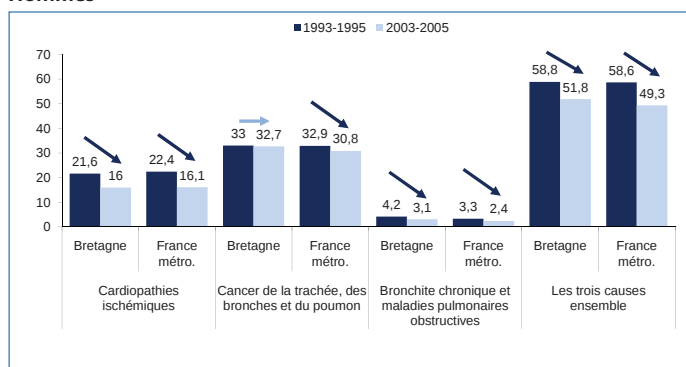
2 Comparaison de la prévalence du tabagisme quotidien dans plusieurs enquêtes nationales ou régionales



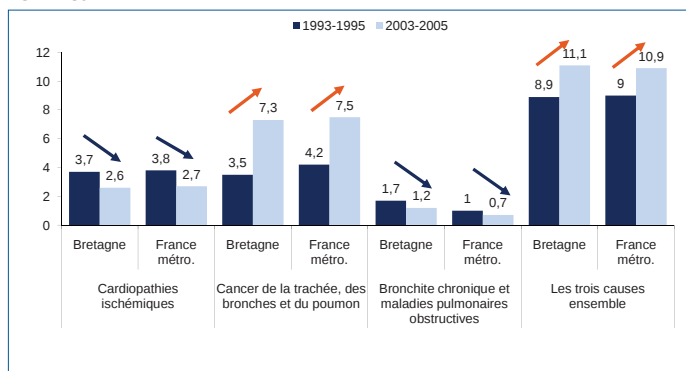
Sources : ORS Bretagne, OFDT, LMDE

3 Évolution des taux standardisés de mortalité prématurée pour les trois causes les plus directement liées au tabac selon le sexe entre 1993-1995 et 2003-2005 (taux pour 100 000 habitants)

Hommes

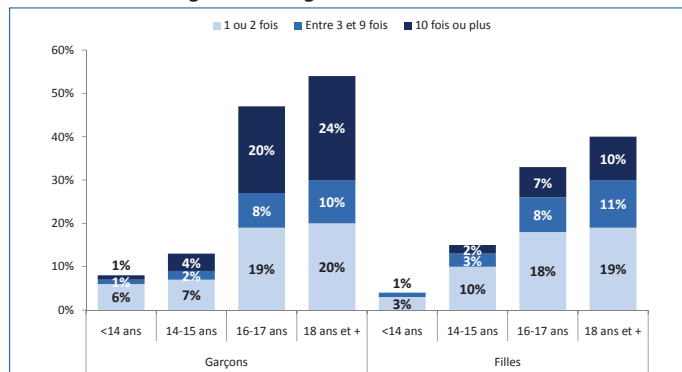


Femmes



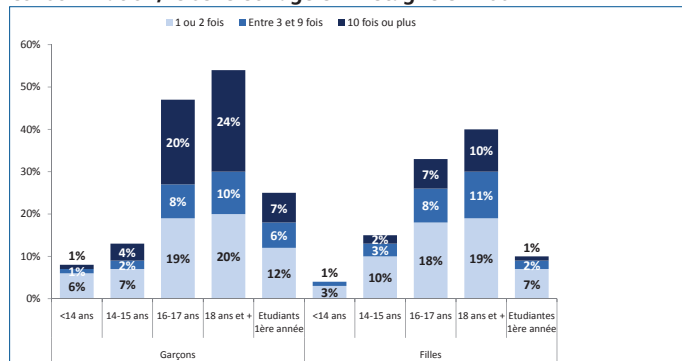
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Francim, Fnors, Score-santé
Population de référence : cf. méthodologie page 2

3 Répartition en % des jeunes scolarisés déclarant avoir consommé du cannabis au cours de l'année selon la fréquence de consommation, le sexe et l'âge en Bretagne en 2007



Sources : ORS Bretagne – La santé des jeunes en Bretagne en 2007

4 Répartition en % des jeunes scolarisés déclarant avoir consommé du cannabis au cours du dernier mois selon la fréquence de consommation, le sexe et l'âge en Bretagne en 2007



Sources : ORS Bretagne – La santé des jeunes en Bretagne en 2007

Près de 1 400 décès imputables à l'alcool en Bretagne en 2007 dont plus de la moitié (54%) sont survenus prématurément

En 2007, les trois principales causes de décès les plus directement liées à l'alcoolisation chronique (Cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS), cirrhose alcoolique du foie et psychose alcoolique) ont été responsables de 1 397 décès en Bretagne, dont 750 sont survenus prématurément (avant 65 ans). Ils représentent 5% de l'ensemble des décès toutes causes (12% de l'ensemble des décès prématurés) et concernent majoritairement des hommes (79%) (graphique 1).

Une mortalité prématurée liée à l'alcool en forte baisse, mais une situation régionale qui demeure défavorable par rapport à la France²¹

Sur la dernière décennie, en Bretagne comme en France, la tendance est à la diminution de la mortalité prématurée liée à l'alcool, à l'exception des psychoses alcooliques qui ont peu évolué.

Chez les hommes, entre 1993-1995 et 2003-2005, le taux standardisé de mortalité prématurée liée à l'alcool a diminué de -31% en Bretagne et de -27% en France. Cependant, en 2003-2005, la Bretagne conserve une situation défavorable par rapport à la France avec un taux standardisé de 46,5 hommes pour 100 000 habitants dans la région contre 32,2 en France. En Bretagne comme au niveau national, la baisse la plus importante des taux est observée pour les cancers des VADS, respectivement -43% et -39%, suivis par les cirrhoses alcooliques -28% tandis que les psychoses alcooliques ont légèrement augmenté +4% en Bretagne et +5% en France (graphique 2).

Chez les femmes, entre 1993-1995 et 2003-2005, le taux standardisé de mortalité prématurée liée à l'alcool a baissé de -24% en Bretagne et de -22% en France. Mais, en 2003-2005, la région reste dans une situation défavorable par rapport à la France avec un taux standardisé de 9,1 femmes pour 100 000 habitants contre 7,8 en France. En Bretagne comme au niveau national, la diminution la plus importante des taux est observée pour les cirrhoses alcooliques du foie, respectivement -30% et -32% suivies par les cancers des VADS avec -15% et -10%, ensuite si la mortalité prématurée par psychoses alcooliques est restée stable au niveau national, en revanche, le taux standardisé breton a diminué de -12% (graphique 2).

Des proportions d'accidents mortels avec alcool parmi les plus élevées dans les départements bretons

Selon l'observatoire national interministériel de sécurité routière²², la conduite sous l'emprise d'alcool est la première cause infractionnelle de mortalité au volant. Sur la période 2003-2007, le nombre cumulé est de 1 105 accidents mortels sur les routes bretonnes parmi lesquels 250 accidents avaient un taux d'alcoolémie inconnu. La proportion d'accidents mortels avec alcool (calculée sur le nombre d'accidents mortels dont le taux d'alcoolémie est connu) varie selon les départements. La Bretagne occupe une position défavorable puisque sur la période cumulée 2003-2007, les départements bretons se classent parmi les plus défavorisés de France avec des proportions d'accidents mortels avec alcool parmi les plus élevées (tableau 3).

Près de 9 500 consultations dans les Centres de Cures Ambulatoires en Alcoologie (CCAA) bretons en 2007

En 2007, 9 495 personnes ont consulté dans l'un des 16 CCAA répartis sur les 4 départements bretons dont 4 691 (52%) étaient des nouveaux patients. La file active est à prédominance masculine avec 74% d'hommes et présente une surreprésentation des personnes âgées de 25 à 49 ans (61% des consultants). C'est dans les Côtes d'Armor que le taux de personnes et de patients vus dans les CCAA est le plus élevé, à l'inverse, il est le plus faible dans le Morbihan. Le Finistère et l'Ille-et-Vilaine présentent quant à eux des valeurs intermédiaires (tableau 4).

²¹ « Tableau de bord Addictions - Année 2007 » - CIRDD et ORS Bretagne - novembre 2008

²² Observatoire national interministériel de sécurité routière - Le bilan de l'accidentologie de l'année 2007. Données accessibles en ligne sur www.securiteroutiere.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=266

FOCUS JEUNES SCOLARISÉS, ÉTUDIANTS ET JEUNES DES MISSIONS LOCALES

La consommation récente d'alcool : un comportement largement répandu

Que ce soit chez les jeunes scolarisés, chez les étudiants ou chez les jeunes des missions locales, les données observées soulignent l'importance de la consommation récente en Bretagne. Ainsi, les ¾ des jeunes scolarisés et des jeunes des missions locales déclarent avoir bu de l'alcool au cours des 30 derniers jours, cette proportion atteint 93% chez les étudiants de 1^{ère} année.

Des habitudes de consommations régulières à prédominance masculine

La consommation régulière d'alcool définie par le fait d'avoir connu au moins 10 épisodes de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours est un comportement plus masculin que féminin, l'écart entre les filles et les garçons se creusant avec l'avancée en âge. Le développement des habitudes de consommation régulière est particulièrement notable à partir de 16 ans : entre 14-15 ans et 16-17 ans chez les garçons, la proportion de jeunes consommateurs réguliers passe de 13% à 31%. Chez les filles, la progression de la consommation régulière est moins marquée que chez les garçons, les fréquences les plus importantes étant observées en milieu scolaire (graphique 1).

En Bretagne, l'usage régulier des jeunes de 17 ans recule et s'aligne sur le niveau national...

D'après l'enquête Escapad, en 2008 l'usage régulier d'alcool enregistre en Bretagne une baisse significative par rapport à 2005, situant désormais la région à un niveau comparable à la moyenne nationale. Ainsi, en 2008, près d'1 jeune sur 10 (9%), âgé de 17 ans, consomme régulièrement de l'alcool en Bretagne comme en France contre 12% en 2005 (graphique 2).

...mais la fréquence des ivresses répétées reste élevée dans la région plus particulièrement chez les garçons

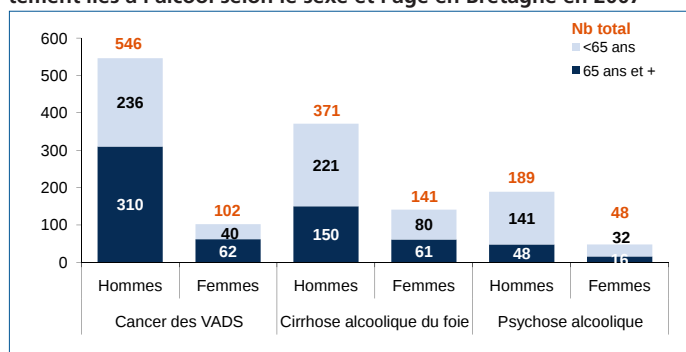
Si les ivresses répétées, mesurées par Escapad, ont diminué en Bretagne entre 2005 et 2008 alors qu'en France elles sont restées relativement stables, cet usage demeure plus important en Bretagne qu'au niveau national. En 2008, globalement, 39% des jeunes bretons âgés de 17 ans ont déclaré avoir connu au moins 3 épisodes d'ivresse eu cours de l'année contre 26% en France. De même que pour l'usage régulier d'alcool, les ivresses sont plus souvent l'apanage des garçons (graphique 3).

La fréquence des ivresses répétées progresse fortement à partir de 16 ans chez les jeunes scolarisés : entre 14-15 ans et 16-17 ans, la proportion de jeunes déclarant des ivresses répétées est multipliée par 5 chez les garçons passant de 11% à 51%, elle est triplée chez les filles passant de 10% à 29%. A 18 ans et plus, elle atteint 60% chez les garçons et 32% chez les filles. A l'université, la moitié (51%) des garçons et le quart des filles (26%) déclarent ce type de consommation. Le profil des jeunes des missions locales est proche de celui des jeunes de 17 ans puisque chez les garçons, 44% des jeunes des missions locales et 46% des jeunes de 17 ans déclarent des ivresses répétées, chez les filles ces proportions atteignent respectivement 26% et 32% (graphique 4).

Pour plus d'informations sur les jeunes scolarisés en collège et en lycée et sur les étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne, consultez les plaquettes thématiques ainsi que le document « Enquête sur la consommation d'alcool chez les jeunes des missions locales » téléchargeables sur le site de l'ORS Bretagne : www.orsbretagne.fr

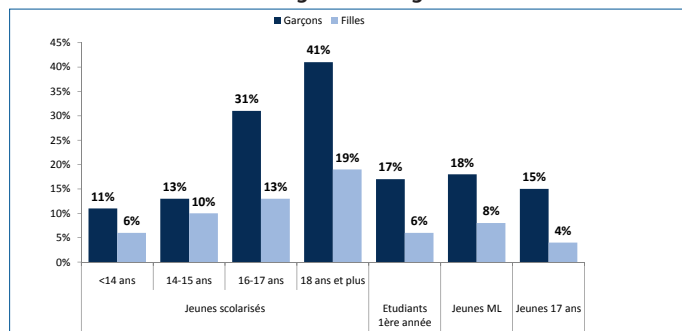
LES DÉTERMINANTS COMPORTEMENTAUX : ALCOOL

1 Nombre de décès pour les trois principales causes les plus directement liées à l'alcool selon le sexe et l'âge en Bretagne en 2007



Source : Inserm CépiDc

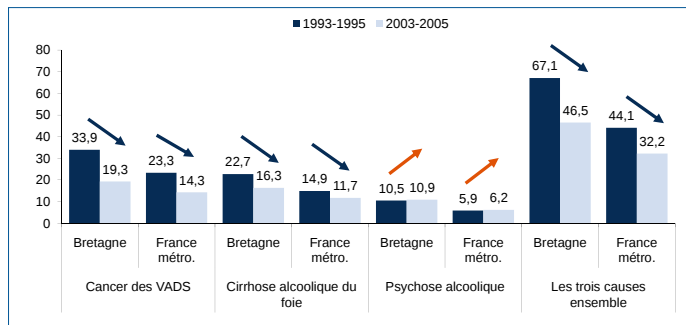
1 Prévalence de la consommation régulière d'alcool chez les jeunes scolarisés, les étudiants, les jeunes des missions locales et les jeunes de 17 ans selon le sexe et l'âge en Bretagne



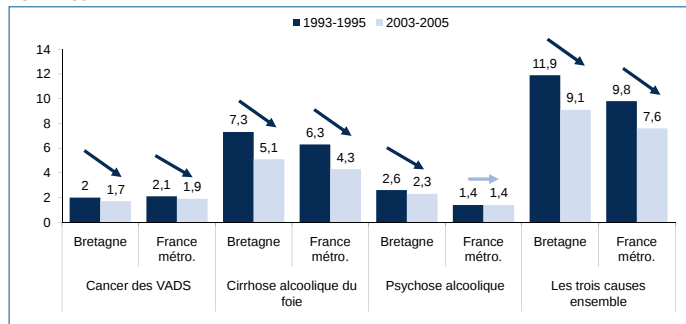
Sources : ORS Bretagne, OFDT

2 Évolution des taux standardisés de mortalité prématurée pour les trois causes les plus directement liées à l'alcool selon le sexe entre 1993-1995 et 2003-2005 (taux pour 100 000 habitants)

Hommes

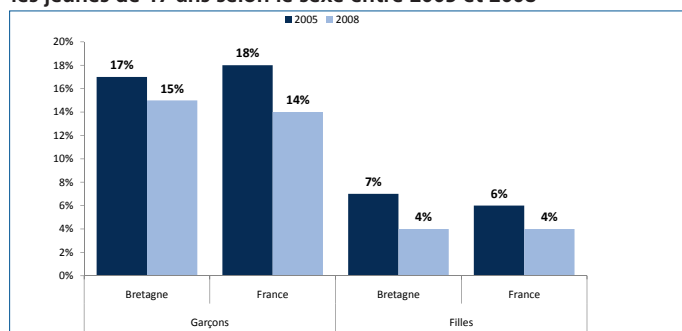


Femmes



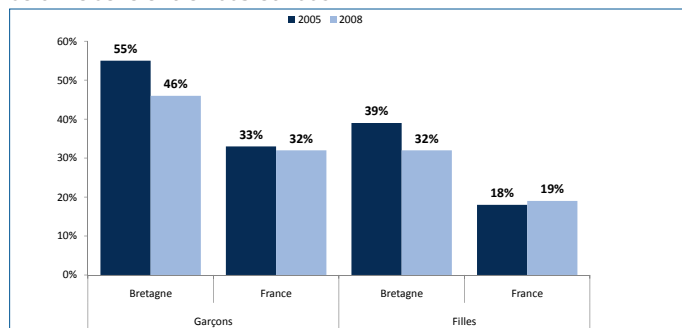
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Francim, Fnors, Score-santé
Population de référence : cf. méthodologie page 2

2 Évolution des niveaux de consommation régulière d'alcool chez les jeunes de 17 ans selon le sexe entre 2005 et 2008



Source : OFDT

3 Évolution des niveaux d'ivresses répétées chez les jeunes de 17 ans selon le sexe entre 2005 et 2008



Source : OFDT

3 Proportion d'accidents mortels avec alcool parmi l'ensemble des accidents mortels – Rang des départements - période 2003-2007

	Proportion d'accidents mortels avec alcool	Rang par fréquence décroissante
Côtes d'Armor	33,3%	19ème
Finistère	32,1%	27ème
Ille-et-Vilaine	32,6%	23ème
Morbihan	36,7%	11ème
France métropolitaine	29,2%	-

Source : ONISR, fichier des accidents, bilan 2007

4 Taux de patients venus dans les centres spécialisés en alcoologie en Bretagne en 2007 (taux pour 1 000 habitants de 20-74 ans)

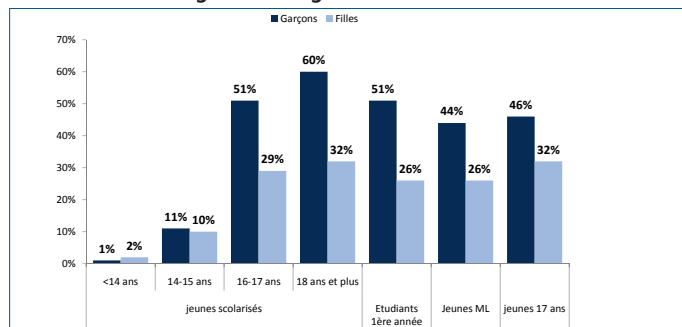
	Taux de personnes vues (1)	Taux de patients vus (2)	Taux de nouveaux patients
Côtes d'Armor	6,4	6,1	2,9
Finistère	4,3	3,9	2,2
Ille-et-Vilaine	4,8	4,2	2,0
Morbihan	3,4	3,0	1,9

Source : Rapports d'activité annuels des Centres de Cures Ambulatoires en Alcoologie (CCAA)

(1) Les personnes peuvent être vues par l'équipe dans les locaux de la structure ou en dehors (visite à l'hôpital, établissement pénitentiaire,...)

(2) Est considéré comme patient, toute personne en difficulté avec sa consommation de substances psychoactives qui a pu bénéficier d'au moins un acte de prise en charge (médicale, psychologique, sociale ou éducative).

4 Prévalence des ivresses répétées chez les jeunes scolarisés, les étudiants, les jeunes des missions locales et les jeunes de 17 ans selon le sexe et l'âge en Bretagne



Sources : ORS Bretagne, OFDT

Définition des indicateurs présentés :

- Consommation récente d'alcool : avoir connu au moins un épisode de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours.
- Consommation régulière d'alcool : avoir connu au moins 10 épisodes de consommation d'alcool au cours des 30 derniers jours.
- Ivresses répétées : avoir connu au moins 3 ivresses alcooliques au cours des 12 derniers mois.

Poursuite de l'augmentation de l'obésité chez l'adulte mais la Bretagne demeure en situation favorable

Selon l'enquête Obépi 2009, en Bretagne comme en France métropolitaine, la prévalence de l'obésité chez l'adulte de 18 ans et plus ne cesse de croître, de manière plus marquée dans la région. Entre 1997 et 2009, la prévalence de l'obésité est passée de 6,7% à 12,2% en Bretagne et de 8,5% à 14,5% en France métropolitaine, soit respectivement une augmentation significative de +82,1% contre +70,6% (*graphique 1*).

Cependant, en 2009, la Bretagne conserve une position favorable au sein des régions françaises puisqu'elle se classe au 3^{ème} rang des régions où la prévalence de l'obésité chez l'adulte est la plus faible derrière les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes.

Une prévalence plus faible de l'obésité en Bretagne chez les consultants des centres d'examen de santé (CES)

Sur les années 2006-2007, quel que soit le sexe, la prévalence de l'obésité dans les CES place la Bretagne au 1^{er} rang des régions les moins touchées avec les taux les plus faibles de France : 9,8% contre 12,5% en moyenne nationale chez les hommes et 11,8% contre 15,8% chez les femmes. Par ailleurs, en Bretagne comme en France, la proportion de consultants obèses augmente avec l'âge jusqu'à la tranche d'âge des 65-74 ans avant de diminuer au delà de 75 ans (*tableau 2*).

Une moindre fréquence des admissions en affection de longue durée (ALD), pour diabète en Bretagne...

En 2007, avec 3 902 nouvelles demandes d'ALD pour diabète chez les hommes et 3 133 chez les femmes, le taux d'admission atteint respectivement 2,6 et 2,0 pour 1 000 habitants, soit un taux inférieur à celui observé en France quel que soit le sexe.

...qui se retrouve dans tous les départements

Les différences selon les départements sont peu marquées. Bien que les Côtes d'Armor affichent, quel que soit le sexe, le taux d'admission en ALD pour diabète le plus élevé de la région, celui-ci demeure nettement inférieur à la moyenne française. L'Ille-et-Vilaine présente les taux les plus faibles de la région tandis que le Finistère et le Morbihan se situent à un niveau proche de la moyenne régionale (*tableau 3*).

De nouvelles admissions qui progressent dès 45 ans

En 2007, en Bretagne comme en France et quel que soit le sexe, les taux d'admission sont faibles et superposables avant 45 ans. Ils progressent ensuite rapidement avec l'âge et culminent à 60-64 ans avant de diminuer chez les hommes et de se stabiliser chez les femmes, plus particulièrement chez les bretonnes.

Un recours à l'hospitalisation semblable en Bretagne et en France

En 2007, avec 4 060 hospitalisations masculines et 3 695 hospitalisations féminines, le taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour diabète atteint 2,4 séjours masculins et 1,9 séjours féminins pour 1 000 habitants en Bretagne comme en France métropolitaine.

Quel que soit l'âge, le taux de recours à l'hospitalisation pour diabète en Bretagne reste proche de la moyenne française. Faibles avant 45 ans et voisins pour les deux sexes, les taux de recours à l'hospitalisation augmentent fortement au-delà de cet âge, et culminent chez les 65-74 ans pour les hommes et chez les 75-84 ans pour les femmes. Ils diminuent dans les tranches d'âges suivantes (*graphique 4*).

FOCUS JEUNES SCOLARISÉS ET ÉTUDIANTS

Environ 1 individu sur 5 a un problème de poids

La surcharge pondérale (obésité comprise) concerne 10 % des jeunes scolarisés et 12% des étudiants de 1^{ère} année, à l'inverse l'insuffisance pondérale touche 7% des jeunes scolarisés et 10% des étudiants. Que ce soit chez les jeunes scolarisés en collège et lycée ou chez les étudiants de 1^{ère} année d'université, l'insuffisance pondérale concerne davantage les filles que les garçons tandis que l'excès de poids est plus fréquent chez les jeunes garçons scolarisés et chez les étudiantes (*graphique 1*). La surcharge pondérale est plus fréquente chez les individus à faible pratique sportive.

La perception du corps est variable selon le sexe et l'âge

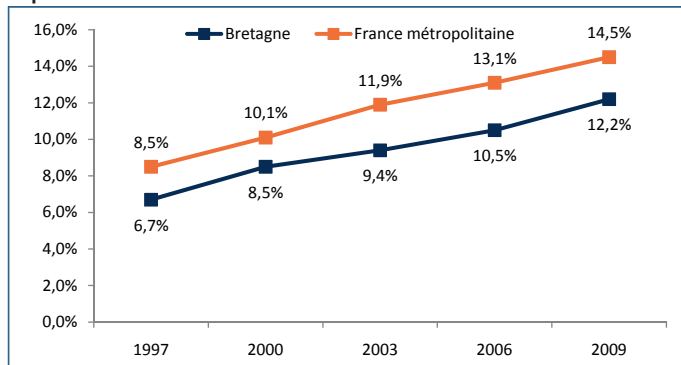
La perception de l'image corporelle et le sexe sont étroitement liés. Si, globalement 64% des jeunes scolarisés et 71% des étudiants de 1^{ère} année d'université se trouvent bien comme ils sont, en revanche, les filles se trouvent grosses pour 36% des jeunes scolarisés et 25% des étudiantes contre respectivement 13% et 7% des garçons. Inversement, les garçons sont plus nombreux que les filles à se considérer maigres : 17% des jeunes scolarisés et 22% des étudiants contre respectivement pour les filles : 7% et 2%. L'âge influe aussi sur la perception de l'image de soi. Côté garçons : l'impression « d'être gros » est plus forte chez les plus jeunes tandis que le sentiment de maigreur s'accroît chez les 18 ans et plus, et les étudiants (respectivement 21% et 22%). Côté filles : c'est à 14-15 ans que l'impression de forte corpulence est la plus importante mais contrairement aux garçons c'est à 18 ans et plus, que le sentiment de maigreur est le plus faible (2% des filles de 18 ans et plus et des étudiantes) (*graphique 2*).

Plus de la moitié des individus ont un comportement alimentaire relativement sain et équilibré

Que ce soit chez les jeunes scolarisés en collège et lycée ou chez les étudiants de 1^{ère} année d'université, la typologie des consommateurs a mis en évidence le fait que la majorité des individus adoptent des habitudes alimentaires en adéquation avec les recommandations du Programme National Nutrition Santé (PNNS). Elles s'accompagnent souvent d'un schéma alimentaire régulier (impasse des repas plutôt rare, restauration rapide peu courante,...). Cependant, l'irrégularité des habitudes alimentaires s'installe avec l'âge. Ainsi, 77% des collégiens et lycéens prennent un petit-déjeuner tous les jours de la semaine contre 59% chez les étudiants de 1^{ère} année d'université. La régularité du schéma alimentaire étant associée à de meilleures habitudes de consommation, les individus qui déclarent faire l'impasse de repas sont plus souvent consommateurs de boissons sucrées, chips ou biscuits apéritifs salés, et, ils délaissent plus volontiers la consommation de fruits et/ou légumes et celle des produits laitiers (*graphique 3*).

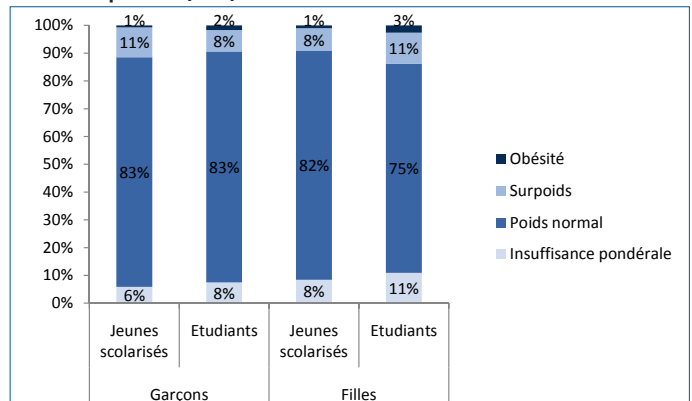
Pour plus d'informations sur les jeunes scolarisés en collège et en lycée et sur les étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne, consultez les plaquettes thématiques téléchargeables sur le site de l'ORS Bretagne. www.orsbretagne.fr

1 Évolution de la prévalence de l'obésité chez les adultes de 18 ans et plus de 1997 à 2009



Source : Obépi - Roche 2009

1 Répartition en % des jeunes et des étudiants selon l'Indice de masse corporelle (IMC) et le sexe



Source : ORS Bretagne

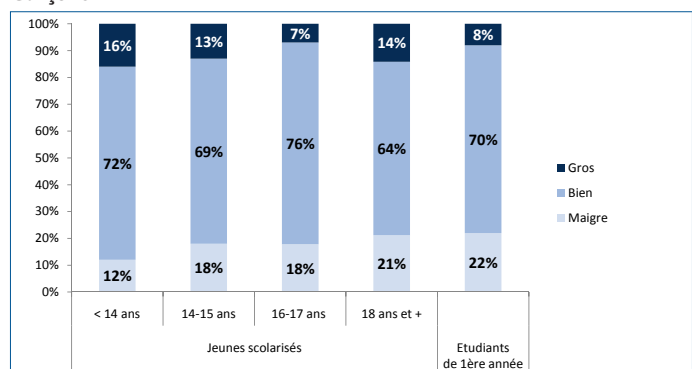
2 Prévalence de l'obésité selon le sexe et l'âge chez les consultants des centres d'examen de santé en 2006-2007

	Bretagne		France entière	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
16-24 ans	4%	8%	5%	8%
25-49 ans	7%	9%	10%	13%
50-64 ans	13%	14%	18%	20%
65-74 ans	18%	17%	20%	22%
75 ans et +	15%	15%	18%	21%
Total	9,8%	11,8%	12,5%	15,8%

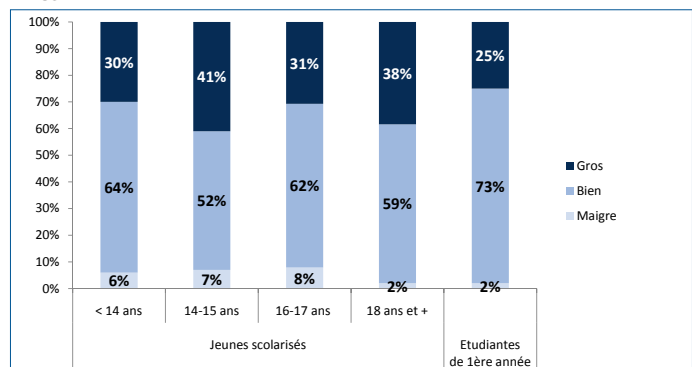
Source : CETAF, géographie de la santé, données pondérées 2006-2007

2 Répartition en % des jeunes et des étudiants selon la perception du corps

Garçons



Filles



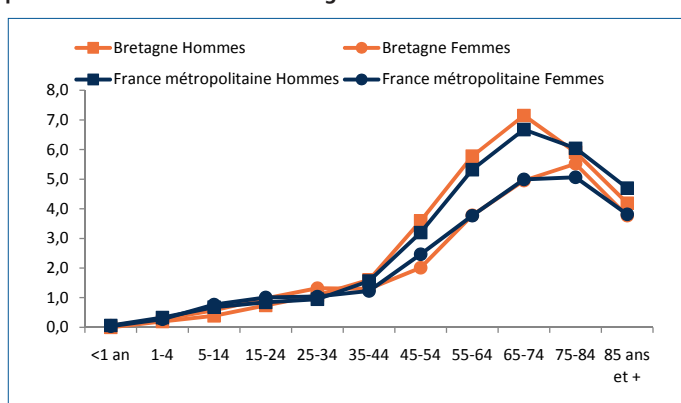
Source : ORS Bretagne

3 Nombre et taux bruts d'admission en ALD pour diabète en 2007

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes d'Armor	833	3,0	664	2,2	1 497	2,6
Finistère	1 056	2,5	859	1,9	1 915	2,2
Ille-et-Vilaine	1 060	2,3	878	1,8	1 938	2,0
Morbihan	953	2,8	732	2,0	1 685	2,4
Bretagne	3 902	2,6	3 133	2,0	7 035	2,3
France	114 604	3,7	93 043	2,8	207 647	3,3

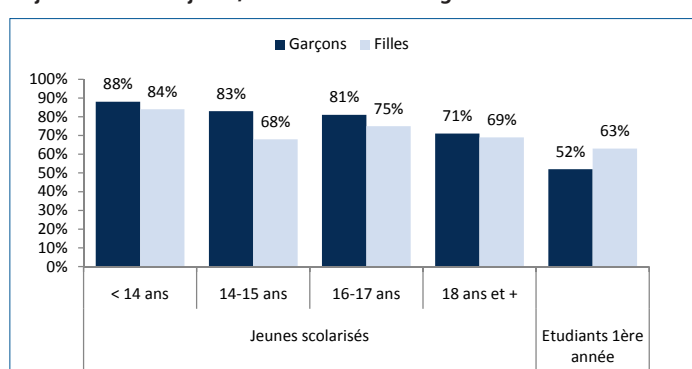
Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, Insee

4 Taux spécifiques de recours à l'hospitalisation en court séjour pour diabète selon le sexe et l'âge en 2007



Sources : Drees PMSI court séjour, Insee

3 Part des jeunes et des étudiants qui déclarent prendre un petit-déjeuner tous les jours, selon le sexe et l'âge



Source : ORS Bretagne

SANTÉ - TRAVAIL

Un taux d'activité qui augmente

Au 1^{er} janvier 2006, 1 393 000 actifs âgés de 15 à 64 ans résident en Bretagne. Le taux d'activité des bretons de 15 à 64 ans s'établit à 71,1%. Il est plus élevé qu'en 1999 (67,8%) et s'est rapproché de la moyenne observée en France (71,5% en 2006)²³.

Un nombre de maladies professionnelles reconnues en baisse depuis 2006

En 2008, 3 769 nouveaux cas de maladies professionnelles ont été recensés en Bretagne parmi les salariés dépendant du régime général. Après une hausse quasi continue depuis les années 70, le nombre de maladies professionnelles reconnues semble diminuer depuis 2006 (- 5% en 2008 par rapport à 2007). Ce recul s'explique en partie par le repli du nombre d'affections du rachis lombaire et du nombre de pathologies liées à l'exposition à l'amiante.

En 2008, les affections péri-articulaires constituent la très grande majorité des maladies professionnelles reconnues en Bretagne (84%) (graphique 1).

Parmi l'ensemble des maladies professionnelles, plus d'un tiers (34%) ont donné lieu à une incapacité permanente.

Concernant les salariés du régime agricole, 483 maladies professionnelles avec arrêt ont été reconnues en 2008. Le taux moyen d'incapacité permanente partielle est comparable à celui observé en France (12,7%). Près de 93% des maladies professionnelles reconnues en 2008 concernent des affections péri-articulaires dues à des gestes et postures.

Un nombre d'accident du travail avec arrêt supérieur de 20% à la moyenne nationale en 2008

En 2008, le nombre d'accidents du travail avec arrêt s'élève à 37 117 chez les salariés bretons dépendant du régime général. Après 2 années consécutives de hausse, ce nombre est en recul de 2% par rapport à 2007. La sinistralité reste cependant supérieure d'environ 20% à la moyenne nationale.

Le secteur du bâtiment demeure le secteur d'activité qui connaît la fréquence des accidents du travail avec arrêt la plus élevée (97,7 pour 1 000 salariés dépendant du régime général), suivi dans une moindre mesure par les secteurs bois, ameublement, papier, carton, textiles, vêtements, cuirs et peaux, pierres et terres à feu (62,9%) et alimentation (57,6%) (graphique 2).

Après la forte baisse enregistrée en 2007, le nombre d'accidents graves (ayant occasionné une incapacité permanente) est resté stable en 2008 (1 754 contre 1 782 en 2007) et le nombre d'accidents mortels est, quant à lui, en augmentation (22 contre 17 en 2007).

Concernant les salariés dépendant du régime agricole, 3 669 accidents de travail avec arrêt et 5 accidents de travail mortels ont été observés en 2008. Le taux moyen d'incapacité permanente partielle est de 9,4%, soit un niveau équivalent à celui observé en France (9,6%).

Des accidents de trajet de nouveau en hausse en 2008

Parmi les salariés dépendant du régime général, le nombre d'accidents de trajet avec arrêt s'élève à 3 060 pour la région en 2008 (dont 14 ont été mortels). Après une baisse en 2007, les accidents de trajet sont de nouveau en augmentation (+ 3,9%). Cependant, le nombre d'accidents de trajets graves ainsi que le nombre de décès ont baissé et la fréquence observée reste inférieure à celle observée pour 1 000 salariés au niveau national.

Les secteurs du bâtiment et des travaux publics (4,4 accidents de trajet pour 1 000 salariés dépendant du régime général), de l'agroalimentaire (5,2%) et les activités de service II et le travail temporaire (5,4%) demeurent les secteurs d'activité qui connaissent le plus grand nombre d'accidents de trajet en Bretagne (graphique 3).

Parmi l'ensemble des accidents de trajet, 7% ont donné lieu à une incapacité permanente.

En 2008, 219 accidents de trajets avec arrêt ont été recensés parmi les salariés du régime agricole mais aucun n'a été mortel. Le taux moyen d'incapacité permanente partielle est de 13,1%, soit un niveau supérieur à celui observé en France (12,7%).

SANTÉ - ENVIRONNEMENT ²⁴

L'environnement breton est soumis à un certain nombre de pressions, les plus caractéristiques étant celles induites par un secteur agricole et agro-alimentaire particulièrement développé, un trafic routier intense, et une importante pression foncière.

L'air breton est en deçà des valeurs réglementaires de pollution.

Si les émissions de polluants d'origine agricole sont surreprésentées, celles d'origine urbaine ou industrielle sont conformes aux poids démographique de la Bretagne voire sous-représentées. Cependant sa pollution aurait un impact sanitaire non négligeable. A titre d'exemple, selon une étude de 2002, 1 à 2% de la mortalité totale de Brest pourrait être évitée en diminuant de 25% les niveaux chroniques de particules (carte 1).

L'eau de consommation est de bonne qualité en Bretagne pour l'ensemble des paramètres contrôlés.

Cependant, les eaux brutes restent médiocres, ce qui a des impacts sur la qualité des baignades, des produits de la pêche, voire de l'air des plages dans le cas des algues vertes. Plusieurs éléments structurels majeurs influent sur la qualité des eaux brutes : la prédominance des ressources en eaux superficielles pour la production d'eau potable (plus vulnérables aux pollutions que les eaux souterraines), des activités humaines à prédominance agricole et faiblement industrielles, un fort potentiel de contamination microbienne du littoral lié à la concentration de population sur la frange littorale (tableau 2).

La structure géologique granitique fait de la Bretagne l'une des régions les plus exposées au radon, gaz radioactif. En particulier, le radon s'accumule dans l'air intérieur des habitations et peut provoquer des cancers du poumon (carte 3).

Les facteurs environnementaux sont suspectés de jouer un rôle non négligeable, voire majeur, dans la survenue de certaines pathologies (cancers, pathologies respiratoires ...) ainsi que dans certaines pathologies émergentes comme Alzheimer ou Parkinson). Ainsi, dans les pays développés, 14% de l'ensemble des pathologies selon l'OMS, et 5 à 20% des cancers, seraient dus à l'environnement. Cet impact est également mis en évidence en Bretagne pour certains facteurs environnementaux (ex : radon et amiante et cancer du poumon, UV et mélanomes, pollution atmosphérique et pathologies respiratoires) (tableau 4).

Les Bretons sont particulièrement sensibilisés aux relations entre leur environnement et leur santé. Ainsi ils sont 3 sur 4 à se déclarer sensibles ou très sensibles à l'environnement et 4 sur 10 à estimer que leur environnement leur fait courir des risques pour leur santé. La pollution chimique de l'eau, de l'air et de l'alimentation est un sujet de préoccupation pour 93% de la population.

²⁴ « La santé environnementale en Bretagne. Etat des lieux réalisé dans le cadre de la préparation du Programme régional santé environnement 2010-2014 » - ORS Bretagne, DRASS.

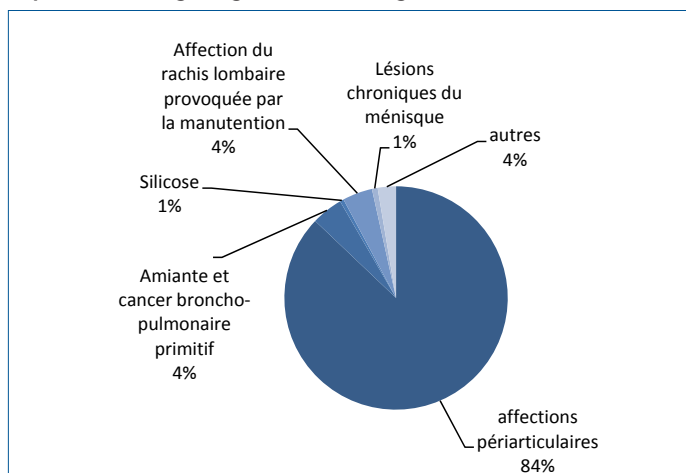
À noter :

Dans le cadre de l'élaboration du plan Régional Santé Travail, la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE) de Bretagne a mandaté l'ORS Bretagne pour la réalisation du diagnostic santé-travail. Celui-ci est actuellement en cours de réalisation et devrait être finalisé fin 2010.

²³ Insee - Recensement de la population 2006.

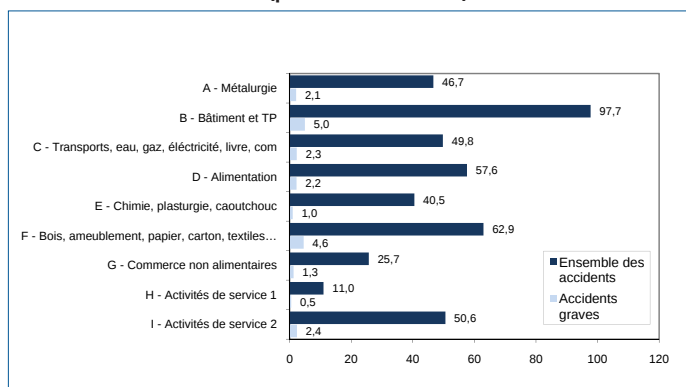
SANTÉ - TRAVAIL

1 Principales maladies professionnelles reconnues pour les salariés dépendant du régime général en Bretagne en 2008



Source : Cram de Bretagne - données 2008

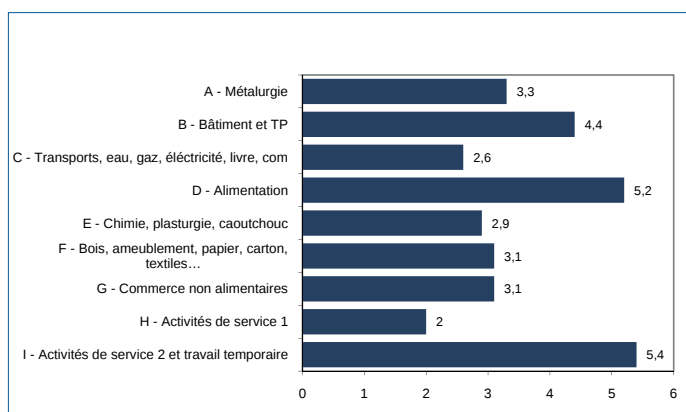
2 Indices de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail¹ pour les salariés dépendant du régime général en Bretagne en 2008 selon le secteur d'activité (pour 1 000 salariés)



Source : Cram de Bretagne - données 2008

¹ L'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt de travail représente le nombre d'accidents du travail avec arrêt de travail rapporté à 1 000 salariés.

3 Indices de fréquence des accidents de trajet avec arrêt de travail² pour les salariés dépendant du régime général en Bretagne en 2008 selon le secteur d'activité (pour 1 000 salariés)

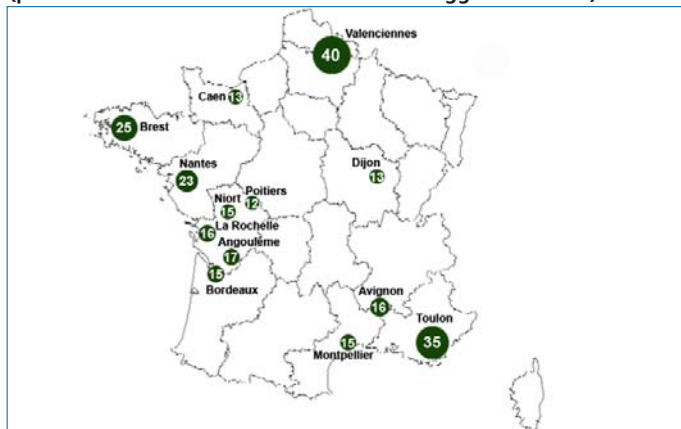


Source : Cram de Bretagne - 2008

² L'indice de fréquence des accidents de trajet avec arrêt de travail représente le nombre d'accidents de trajet avec arrêt de travail rapporté à 1 000 salariés.

SANTÉ - ENVIRONNEMENT

1 Nombre de décès moyen annuel pour 100 000 habitants pouvant être évités par une réduction de la pollution atmosphérique de 25% (périodes d'études de 1999-2003 selon les agglomérations)



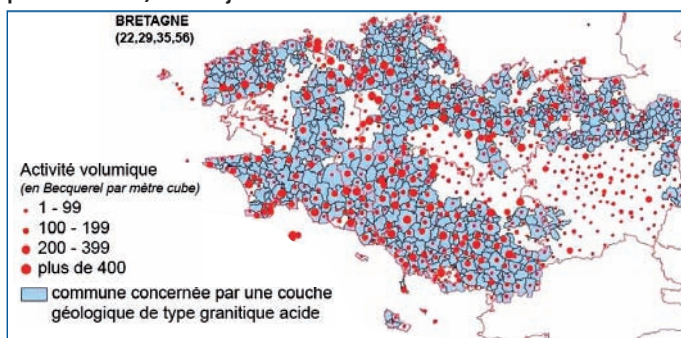
Source : « La santé environnementale en Bretagne. Etat des lieux réalisé dans le cadre de la préparation du programme régional de santé environnement 2010-2014 » Drass - ORS Bretagne.

2 Principales sources de polluants dans les eaux bretonnes

Polluants	Sources
Pesticides	Agriculture, dans une moindre mesure usages domestiques, collectivités
Nitrates	Agriculture, industries
Azote	Agriculture (déjections animales épandage de lisiers), industrie, eaux usées domestiques
Phosphore	Agriculture, industrie, eaux usées domestiques
Matières organiques	Agriculture (déjections animales épandage de lisiers), industrie (majoritairement représentée par l'agroalimentaire), eaux usées domestiques
Résidus de médicaments	Agriculture (à usage vétérinaire), établissements de soins, eaux usées domestiques

Sources : « La santé environnementale en Bretagne. Etat des lieux réalisé dans le cadre de la préparation du programme régional de santé environnement 2010-2014 » Drass - ORS Bretagne.

3 Activité volumique du radon dans les habitations (valeur maximale par commune) - Bilan janvier 2000



Sources : PRSE 2010-2014 (ARS, Région Bretagne, Préfecture de la Région Bretagne)

4 Résumé des principales données concernant l'impact sanitaire de certains facteurs environnementaux cancérigènes

Facteurs environnementaux	Impact sanitaire en Bretagne	Part attribuable dans ce type de cancer
Rayonnement solaire	Mélanome : 487 cas et 92 décès en 2000 (INSERM, FRANCIM)	
Amiante (expositions professionnelles)	Mésothéliome : 13 décès en 2000 (InVS) Cancer du poumon : 122 cas et 107 décès en 2000 chez l'homme (InVS)	85% 7 à 12%
Radon	Cancer du poumon : 230 décès en 2000 (IPSN)	20%
Particules fines (Pollution atmosphérique)	Cancer du poumon : 75 cas en 2002 (AFSSET)	6,4%
Tabagisme passif	Cancer du poumon : 26% d'augmentation du risque (DGS)	
Poussières de bois (expositions professionnelles)	Cancer nez-sinus : 10 cas en 2000 (InVS)	45%

Source : « La santé environnementale en Bretagne. Etat des lieux réalisé dans le cadre de la préparation du programme régional de santé environnement 2010-2014 » Drass - ORS Bretagne

Le tertiaire domine, avec cependant un poids de l'agriculture et de l'agroalimentaire très marqué

Au 31 décembre 2007, la Bretagne offre 1,27 million d'emplois, soit 4,9 % de l'emploi de France métropolitaine. Le secteur tertiaire est prédominant, il regroupe désormais 71 % de l'emploi. Cependant l'agriculture et les industries agroalimentaires sont très présentes sur l'ensemble du territoire régional. Ces secteurs sont d'importants pourvoyeurs d'emplois en Bretagne. Ils rassemblent 8,6 % des emplois salariés privés de la région. Dans une moindre mesure, d'autres secteurs emploient aussi une part plus importante de salariés que la France entière, notamment la pêche et l'aquaculture (*graphique 1*).

La Bretagne compte, en 2007, 26,1% d'ouvriers et 3,8% d'agriculteurs, des proportions plus fortes qu'au niveau national (respectivement 22,9% et 2,1%). A l'inverse, les cadres et les professions intermédiaires sont moins représentés en Bretagne avec respectivement 12,3% et 23,6% contre 15,8% et 24,8% des actifs pour la France métropolitaine (*tableau 2*).

La Bretagne touchée par la crise garde un taux de chômage parmi les plus faibles de France.

L'économie bretonne a aussi été éprouvée par la crise entraînant un recul de l'emploi breton pendant six trimestres consécutifs avant de se stabiliser au 4^{ème} trimestre 2009²⁵. La détérioration du marché du travail a entraîné une aggravation du taux de chômage, fin 2009 il se situe à 8,2 % de la population active en Bretagne contre 9,6 % de la population active pour la France métropolitaine. Le taux de chômage en Bretagne demeure ainsi l'un des plus faibles de France, le second plus bas de France, juste après le Limousin. Les femmes sont plus touchées par le chômage en Bretagne, fin 2009 elles représentent 51,3 % des demandeurs d'emploi contre 49,6 % au niveau national. A la même date, trois demandeurs d'emplois sur dix sont des demandeurs de longue durée (plus d'un an) (*graphique 3*).

La Bretagne occupe le 6^{ème} rang pour le revenu médian

En 2007, le revenu médian par Unité de Consommation (UC) en Bretagne est de 17 248 €, ce qui la place au 6^{ème} rang des régions françaises. Les inégalités de revenus sont moins fortes en Bretagne qu'en France, elles sont cependant plus marquées dans les villes-centres où se côtoient des populations pauvres et des populations riches. C'est en périphérie des grandes villes bretonnes que les revenus médians sont les plus élevés. Plus on s'éloigne des villes-centres, plus les ménages sont modestes avec une prédominance des familles avec enfants. Quant aux retraités, ils se répartissent en fonction de leurs revenus entre terre et mer. Ainsi, l'arrière-pays accueille des retraités aux revenus modérés voire très faibles (anciens agriculteurs) et les villes balnéaires des retraités plus aisés²⁶ (*carte 4*).

Une situation plutôt favorable au regard des minima sociaux...

La proportion de bénéficiaires des principaux minima sociaux est plus faible en Bretagne qu'au niveau national. Fin 2008, la Bretagne comptait 32 900 bénéficiaires du Revenu minimum d'insertion (RMI) (20,2 allocataires pour 1 000 personnes de 20 à 59 ans) et 5 300 bénéficiaires de l'Allocation de parent isolé (API) (7,7 allocataires pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans), soit parmi les taux les plus faibles de France. En 2009, le Revenu de solidarité active (RSA) est venu se substituer à ces deux allocations, il est versé fin 2009 à 57 900 foyers bretons. En Bretagne, les bénéficiaires du Revenu de solidarité active ont plus souvent des revenus d'activité que la moyenne nationale (41% contre 37 %), le RSA intervient alors comme complément pour améliorer le revenu du ménage.

²⁵ « Bilan économique et social 2009 » Insee Bretagne Octant analyse n° 3, avril 2010.

²⁶ « Disparités territoriales des revenus des ménages bretons » Insee Bretagne Octant n° 118, mars 2010.

L'Allocation adulte handicapé (AAH) est versée en 2008 à 44 600 personnes, correspondant à un taux de 18,8 pour 1 000 personnes de 20 ans et plus, légèrement supérieur à la moyenne nationale de 17,5.

Fin 2008, 31 500 personnes bénéficiaient de la Couverture maladie universelle (CMU) de base en Bretagne, et 93 800 de la CMU complémentaire, soit un taux de couverture de la population de 3,4 %, taux très inférieur à la moyenne de la métropole de 6,5 % (*tableaux 5 et 6*).

...mais une proportion importante de travailleurs à la limite de la pauvreté.

Selon une étude réalisée en 2006 par la direction régionale de l'INSEE²⁷, la mesure de la pauvreté est très sensible au seuil de bas revenu choisi. En France, le seuil de pauvreté est situé à 50% du revenu médian, au niveau européen la limite est fixée à 60%. En Bretagne, une proportion de la population plus importante qu'au niveau national se situe entre ces deux seuils. On passe ainsi de 210 000 personnes pauvres selon le premier seuil à 340 000 personnes pauvres selon le seuil européen. Autre particularité bretonne, ces personnes exercent très souvent une activité mais dans des emplois peu qualifiés et des secteurs peu rémunérateurs de l'économie bretonne (agroalimentaire, BTP, services aux personnes).

La part des propriétaires plus élevée en Bretagne

Près des deux tiers des résidences principales sont occupées par leurs propriétaires, soit 9 points de plus qu'au niveau national ; le tiers restant est loué (20 % à des locataires du secteur privé, 13% à des locataires du secteur HLM). L'habitat individuel est très développé, 71% des logements sont des maisons individuelles, proportion supérieure de 17 points à la moyenne nationale.

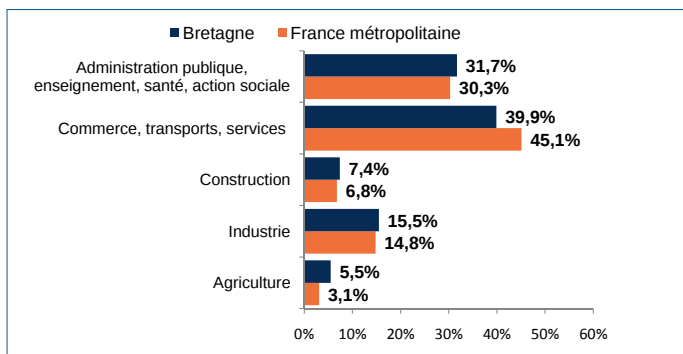
Un parc locatif social peu développé

Au 1^{er} janvier 2009, avec 148 238 logements sociaux, soit 47 logements pour 1 000 habitants contre 71 au niveau national, le parc locatif social breton est l'un des moins denses de France. Le taux de vacance y est quasiment nul. Les deux tiers des logements sociaux sont concentrés dans les sept principales agglomérations bretonnes. L'Ille-et-Vilaine concentre 38 % du parc régional. L'habitat individuel y a une part importante avec 23 % des logements sociaux²⁸. Fin 2008, près d'une personne sur 10 perçoit une aide au logement, taux comparable à la moyenne française (*tableau 7*).

²⁷ « La pauvreté en Bretagne » Insee Bretagne dossier d'Octant n°47, juin 2006.

²⁸ « Le parc locatif social en Bretagne » DREAL Bretagne - Résultat de l'enquête EPLS au 1^{er} janvier 2009.

1 Emplois selon le secteur d'activité en 2007



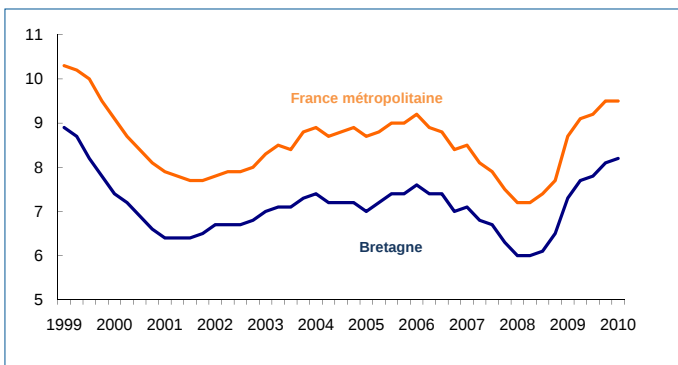
Source : Insee, RP 2007 exploitation complémentaire lieu de travail

2 Emplois par catégorie socioprofessionnelle en 2007

	Bretagne		France métropolitaine	
	Nombre	%	Nombre	%
Ensemble	1 271 379	100,0	25 460 841	100,0
Agriculteurs exploitants	48 757	3,8	524 964	2,1
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	79 891	6,3	1 511 875	5,9
Cadres et professions intellectuelles supérieures	156 329	12,3	4 023 418	15,8
Professions intermédiaires	300 651	23,6	6 308 069	24,8
Employés	354 140	27,9	7 256 364	28,5
Ouvriers	331 611	26,1	5 836 150	22,9

Source : Insee, RP 2007 exploitation complémentaire lieu de travail

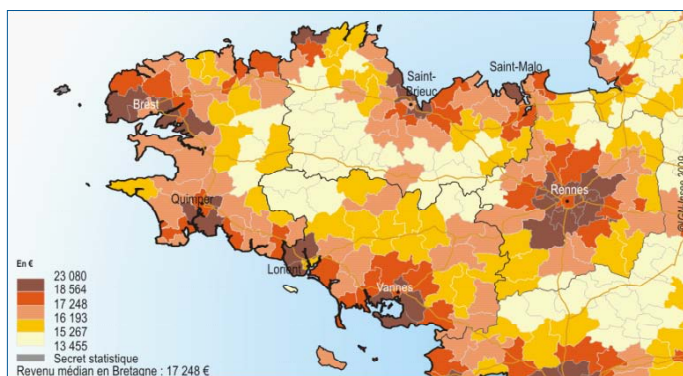
3 Évolution trimestrielle du taux de chômage depuis 1999 (en % CVS)¹



Source : Insee - Taux de chômage localisés

¹ Estimations provisoires au 1^{er} trimestre 2010

4 Revenu fiscal médian par unité de consommation en Bretagne par canton en 2007 (en euros)



Sources : Insee recensement de la population en 2007 - Réalisation ARS Bretagne, 2010 - Source cartographique : Arctique

5 Principales prestations d'intervention sociales au 31 décembre 2008

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France métropolitaine
Invalidité-handicap (1)						
Allocation adulte handicapé (AAH)	9 720	13 166	11 913	9 755	44 554	820 316
Nombre d'allocataires pour 1000 personnes de 20 ans et plus	21,8	19,4	16,8	18,0	18,8	17,5
Précarité (1)						
Revenu Minimum d'Insertion (RMI)	5 403	11 446	8 250	7 791	32 890	1 005 800
Nombre d'allocataires pour 1000 personnes de 20 à 59 ans	19,0	25,0	15,9	21,6	20,2	30,3
Allocation de Parent Isolé (API)	1 065	1 485	1 616	1 140	5 306	171 938
Nombre d'allocataires pour 1000 femmes de 15 à 49 ans	9,3	7,8	6,9	7,7	7,7	11,9
Couverture Maladie Universelle (CMU) (2)						
CMU de base	6 967	10 083	7 454	6 998	31 502	1 506 699
CMU complémentaire	17 014	26 440	31 692	18 703	93 849	3 801 186
Taux de couverture de la population par CMU complémentaire (en %)	3,4	3,4	3,6	3,2	3,4	6,5

Sources : [1] Caisses d'Allocations Familiales (CAF) - Mutualités Sociales Agricoles (MSA) [2] Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) - Fonds CMU

6 Nombre de bénéficiaires du RSA au 31 décembre 2009

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France métropolitaine
Revenu de solidarité active (RSA)	10 072	17 374	17 354	13 114	57 914	1 697 357

Source : CNAF

7 Logement - parc locatif social - aides au logement au 31 décembre 2008

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France métropolitaine
Nombre de logements sociaux (1)	19 479	41 443	56 467	30 849	148 238	4 373 000
Nombre de logements sociaux pour 1000 habitants	34	47	59	44	47	71
Part des logements sociaux dans les résidences principales (en %)	7,4	10,3	13,5	9,7	10,6	16,4
Nombre d'allocataires d'aides au logement	51 969	82 643	105 784	62 835	303 231	6 106 033

Source : DREAL Bretagne - EPLS - DGI taxe d'habitation - sitadel - CNAF

(1) Le parc de logements en Bretagne - chiffres clés » DREAL Bretagne internet juin 2009

Un lien entre état de santé et disparités sociales que les études tendent à souligner

De nombreuses recherches se sont attachées à identifier les facteurs de risque impliqués dans les inégalités sociales de santé. On retrouve ainsi notamment les conditions de vie dont celles liées au travail, l'accès aux soins, les expositions environnementales, les modes de vie et les comportements à risque, l'effet de la structure sociale, etc.²⁹.

Les inégalités sociales se traduisent ainsi en matière de santé par une « double peine »³⁰ portant à la fois sur la durée de vie et sur les conditions dans lesquelles elle se déroule, « double peine »

subie principalement par les catégories socioprofessionnelles les moins favorisées comme le précise le Haut Conseil de la santé publique³¹ : **une dernière partie de vie avec moins d'années sans incapacité au sein d'une vie globalement plus courte**. Ce phénomène implique la quasi-totalité des pathologies, des facteurs de risque et des états de santé, déficiences, handicaps ou encore santé perçue.

En France, au cours de la période 1990-1999 les hommes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont ainsi 46 ans **d'espérance de vie** à 35 ans contre 39 ans pour les ouvriers.

Cet écart se retrouve aussi chez les femmes mais cependant de façon moins importante : à 35 ans, les femmes cadres ou exerçant une profession intellectuelle supérieure ont en effet environ 50 ans d'espérance de vie contre 47 ans pour les ouvrières³¹.

Cette différenciation se retrouve également pour l'espérance de vie sans incapacité (visuelle, auditive, de la marche ou des gestes de la vie quotidienne) : les cadres masculins vivent ainsi en moyenne 10 années de plus que les ouvriers sans limitation fonctionnelle susceptible de gêner la réalisation des activités du quotidien et 7 années de plus sans dépendance physique³¹.

Peu de données permettent de caractériser les inégalités sociales de santé à l'échelon régional

La mesure des inégalités sociales est actuellement autant un objet de recherche qu'une pratique établie et normalisée. Cependant les données bretonnes disponibles permettent de porter un premier regard sur quelques situations d'inégalités sociales et territoriales susceptibles d'impacter les inégalités de santé.

L'étude des données socio-économiques nous a par exemple permis d'identifier en Bretagne une proportion d'ouvriers et d'agriculteurs plus importante que la moyenne française et a contrario, des proportions de cadres, de professions intellectuelles supérieures et de professions intermédiaires moins importantes qu'au niveau national. Dans l'étude INSERM publiée en 2000³² la Bretagne et le Nord-Pas de Calais, région où les ouvriers sont aussi surreprésentés, apparaissent parallèlement comme celles ayant les valeurs les plus élevées de disparités sociales de mortalité. Ainsi en Bretagne, « le risque de décès masculin des « ouvriers et employés » est multiplié par 4,2 par rapport au risque de décès des cadres supérieurs et professions libérales » (carte 1).

²⁹ L'Etat de la santé de la population en France – suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique – Rapport 2009-2011 DREES.

³⁰ Cambois E, Laborde C, Robine JM. *Population et Sociétés* 2008 ; 441 : 1-4.

³¹ « Les inégalités sociales de Santé : sortir de la fatalité », Haut Conseil de la santé publique, décembre 2009.

³² Les inégalités sociales de santé édité sous la direction de Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang – Editions La Découverte/INSERM, 2000 - Collection Recherches.

Par ailleurs et sur la période 1988-1992, l'ORS Bretagne a comparé le risque de décès par suicide en Bretagne³³ et en France métropolitaine des hommes âgés de 25 à 59 ans pour chacune des six grandes catégories professionnelles. Même si les analyses comparatives de mortalité selon la CSP doivent être interprétées avec prudence du fait de la relative imprécision qui guide le remplissage des certificats de décès concernant la profession des personnes, on a malgré tout pu observer que :

- Sur l'époque prise en compte, le risque de décès par suicide en Bretagne est environ 1,6 fois plus élevé que celui observé en France pour toutes les catégories socioprofessionnelles, exceptée celle des ouvriers pour lesquels il est multiplié par deux.

- C'est au sein de la CSP « ouvriers » que l'excès de décès par suicide (le surcroît de suicide vis-à-vis de la situation telle qu'elle serait si le phénomène suicidaire en Bretagne était à l'image de celui observé en France), est le plus élevé (graphique 2).

Enfin, on peut remarquer que même si **sur le plan des minima sociaux et de l'emploi**, la situation régionale est globalement plus favorable qu'en France, des différenciations infra régionales importantes peuvent se révéler susceptibles d'avoir un impact sur les inégalités de santé.

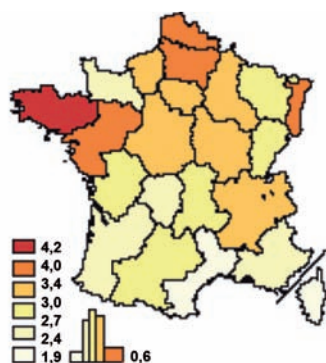
Sur le plan des bénéficiaires des principaux minima sociaux, la majorité des cantons est en situation plus favorable qu'en France. Malgré tout et en tendance, les cantons situés au centre de la Bretagne et à proximité des communes à forte population (à l'exception de Rennes notamment) enregistrent des proportions de bénéficiaires supérieures à la moyenne régionale, voire nationale. En revanche, les cantons situés à l'est enregistrent les proportions parmi les plus faibles de la région, notamment les cantons appartenant aux pays de Rennes, Vitré - Porte de Bretagne et Fougères (carte 3).

Sur le plan de l'emploi, si 11 des 21 pays bretons ont une proportion de chômeurs de longue durée proche de la moyenne régionale, 10 autres se distinguent de cette moyenne avec soit des proportions inférieures (3 pays voisins : Pontivy, Auray et Vannes ainsi que le pays de Vitré - Porte de Bretagne), soit avec des situations défavorables (Dinan, Saint-Brieuc, Guingamp, Centre-Ouest Bretagne, Lorient ainsi que le pays de Redon et Vilaine qui présente la situation la plus dégradée) (carte 4).

Au final, il importe de mettre en oeuvre une véritable réflexion afin de parvenir à objectiver les différents facteurs et mécanismes sociaux à l'origine ou participant aux inégalités de santé observées. En effet, si les mesures prises pour faciliter l'accès aux soins semblent indispensables à la réduction des inégalités, c'est aussi en amont du déclenchement des pathologies qu'il semble important d'agir : notamment par des interventions sur les déterminants sociaux qui participent aux inégalités, mais aussi par des actions ciblées en faveur de l'adhésion aux programmes de prévention, qui touchent probablement encore insuffisamment les publics les plus défavorisés, pourtant parmi les plus concernés par les inégalités de santé.

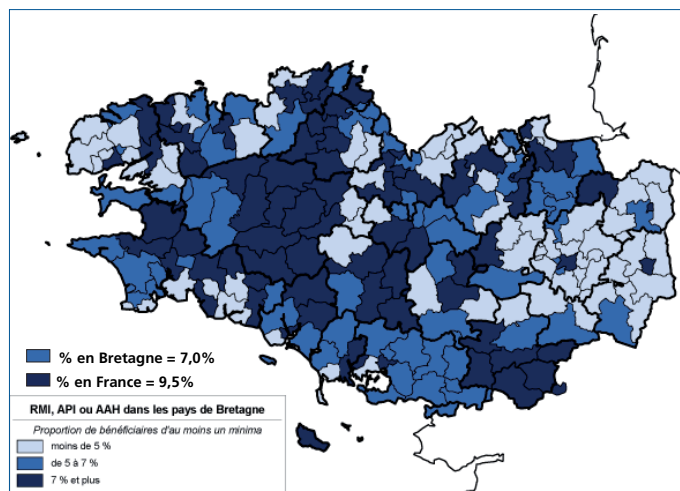
³³ Les inégalités de santé observées en Bretagne - Données disponibles - ORS Bretagne - février 2008.

1 Ratios régionaux entre les taux comparatifs de mortalité pour la catégorie «ouvriers - employés» et pour la catégorie «cadres supérieurs - professions libérales» sur la période 1987-1993



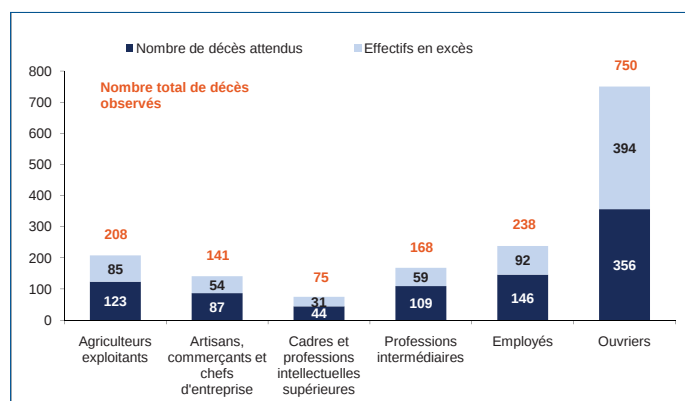
Source : Inégalités de santé observées en Bretagne - ORS Bretagne - 2008

3 Part des bénéficiaires du RMI, de l'API ou de l'AAH dans les cantons des 21 pays de Bretagne en 2006



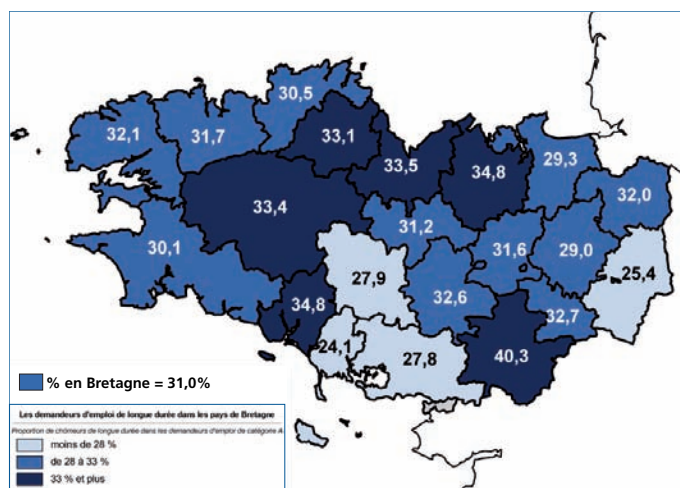
Source : La santé dans les 21 pays en Bretagne - ORS Bretagne - 2010

2 Effectifs cumulés de décès par suicide en excès au regard du niveau de risque français parmi l'ensemble des décès observés par suicide sur la période 1988-1992 selon les catégories socio-professionnelles chez les hommes de 25-59 ans en Bretagne



Source : Inégalités de santé observées en Bretagne - ORS Bretagne - 2008

4 Proportion de chômeurs de longue durée parmi les chômeurs dans les 21 pays de Bretagne au 31 décembre 2009



Source : La santé dans les 21 pays en Bretagne - ORS Bretagne - 2010

DE QUOI PARLE-T-ON ?

Mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risque

C'est la part de la mortalité évitable liée à des pratiques ou des comportements individuels néfastes pour la santé (consommation d'alcool, de tabac, de drogues, suicide, sida, accidents de la circulation...). Cet indicateur est notamment le reflet des marges de manoeuvre dont disposent la collectivité et les individus pour réduire la mortalité prématurée grâce à une amélioration des pratiques de prévention primaire.

La mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risque très prégnante, notamment à l'ouest de la Bretagne

Au niveau régional, la mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risque est en situation particulièrement défavorable chez les hommes comme chez les femmes (respectivement + 28 % et + 25 % vis-à-vis de la référence nationale).

Chez les hommes, une forte majorité de pays contribue à cette situation avec des indices dépassant de 50 % la moyenne française pour 4 pays, tous voisins et situés au nord-ouest de la Bretagne. Dans ce contexte, seul le pays de Rennes affiche une situation plus favorable qu'en France, 5 pays périphériques à ce dernier étant pour leur part comparables à la situation observée au niveau national.

Chez les femmes, la situation est plus tranchée entre les pays situés à l'ouest d'un axe Saint-Brieuc - Vannes qui se caractérisent tous par des niveaux de mortalité féminine évitable liée à des comportements à risque supérieurs à la référence française (avec des indices pouvant aller jusqu'à un maximum de +68 % dans le pays de Morlaix), et ceux situés à l'est de cet axe qui présentent dans leur ensemble un niveau comparable à celui de la France (*cartes 1 hommes et femmes*).

Parmi les grandes causes de décès, les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire représentent les deux causes qui occasionnent le plus grand nombre de décès chez les hommes comme chez les femmes. Par ailleurs, si le nombre de décès **par suicide ou en rapport avec les pathologies liées à l'alcoolisme** est nettement inférieur, ces deux causes sont malgré tout à prendre en compte au regard de la forte différenciation entre la situation en Bretagne et la situation au niveau national.

A la différence des femmes, une surmortalité masculine par cancer, toutes localisations confondues³⁴, qui concerne de nombreux pays

Dans un contexte régional de **surmortalité masculine**, seuls trois pays voisins et situés à l'est de la région se distinguent en terme de sous-mortalité (Rennes, Brocéliande et Vitré). L'ensemble des pays situés à l'ouest d'un axe Saint-Brieuc/Lorient se caractérisent par contre par des situations de surmortalité avec un maximum de +23 % dans le pays de Brest. Par contre **chez les femmes**, la situation est largement plus favorable puisque seul le pays de Redon et Vilaine présente une situation de surmortalité vis-à-vis de la référence nationale (+ 11 %). L'ensemble des autres pays sont soit dans une situation comparable à celle observée en France (14 pays), soit dans une situation plus favorable (6 pays essentiellement situés dans le centre-est de la région) (*cartes 2 hommes et femmes*).

À noter :

Concernant l'approche territoriale de la santé, l'ORS Bretagne a produit un cahier santé détaillé pour chacun des 21 pays de Bretagne à partir desquels le document «La santé dans les 21 pays de Bretagne - Synthèse» a été réalisé. Le lecteur est donc invité à se référer pour plus de détails concernant un pays spécifique à ces cahiers, disponibles sur le site de l'ORS Bretagne ainsi que sur ceux du Conseil régional et de l'Agence régionale de santé de Bretagne.

³⁴ L'étude des différentes localisations cancéreuses n'a pas été incluse dans le présent document. Pour plus de détail, se référer au document « La santé dans les 21 pays de Bretagne. Synthèse » - ORS Bretagne - Juin 2010.

Une surmortalité régionale pour les maladies de l'appareil circulatoire qui concerne une très forte majorité de pays, chez les hommes comme chez les femmes

Chez les hommes comme chez les femmes, seul le pays de Rennes affiche une situation de sous-mortalité avec des indices respectivement inférieurs de -8 % et de -6 % vis-à-vis de la référence nationale. **Concernant les hommes**, à l'exception des pays de Brocéliande et de Vitré en situation comparable au niveau national, les 18 autres pays enregistrent des indices défavorables allant d'un minimum de +6 % dans le pays de Vannes à un maximum de +36 % dans le pays de Pontivy. **Chez les femmes**, seuls les pays de Saint-Brieuc, de Dinan et de Vannes sont en situation comparable au niveau national. Les 17 autres pays sont en situation défavorable avec des indices allant d'un minimum de +5 % au sein du pays de Saint-Malo à un maximum de +35 % dans le pays du Centre-Ouest Bretagne (*cartes 3 hommes et femmes*).

Pour les deux sexes, une situation fortement défavorable en matière de suicide

Chez les hommes³⁵ et dans un contexte régional de mortalité par suicide élevée (+ 58 % par rapport à la référence nationale), l'ensemble des pays de Bretagne présente une situation de surmortalité vis-à-vis de la moyenne française avec des indices allant d'un minimum de +23 % pour le pays de Rennes à un maximum de +131 % pour le pays de Guingamp. Les pays présentant les indices les plus défavorables étant situés dans le quart nord-ouest de la région ainsi que sur la bande côtière sud-est.

Chez les femmes, et là aussi dans un contexte de surmortalité régionale (+ 60 % en moyenne par rapport à la référence nationale), seuls 4 pays présentent une situation comparable à celle de la France (Saint-Malo, Centre-Bretagne, Ploërmel - Cœur de Bretagne et Auray). Les autres pays affichent tous une situation défavorable avec des indicateurs allant d'un minimum de +43 % dans le pays de Redon et Vilaine à un maximum de +109 % dans le pays du Trégor-Goëlo (*carte 4 - femmes*).

Bien que globalement dans un contexte défavorable, une situation plus contrastée relative aux pathologies liées à l'alcoolisme

Même si la surmortalité masculine liée à l'alcool touche quasiment l'ensemble des pays bretons avec des indicateurs supérieurs de +50 % à la moyenne française dans 5 pays (pays de Cornouaille, du Centre-Ouest Bretagne, de Guingamp, de Lorient et de Redon et Vilaine), 5 pays, tous situés à l'est de la région, présentent malgré tout des indices comparables à la moyenne française (*carte 5 - hommes*). **La surmortalité féminine** quant à elle est concentrée sur les pays du littoral, les pays de la bande centrale régionale affichant une mortalité comparable à la moyenne nationale. On peut aussi observer que le pays de Rennes est le seul qui affiche une situation de sous-mortalité vis-à-vis de la référence nationale (-37 %)³⁶.

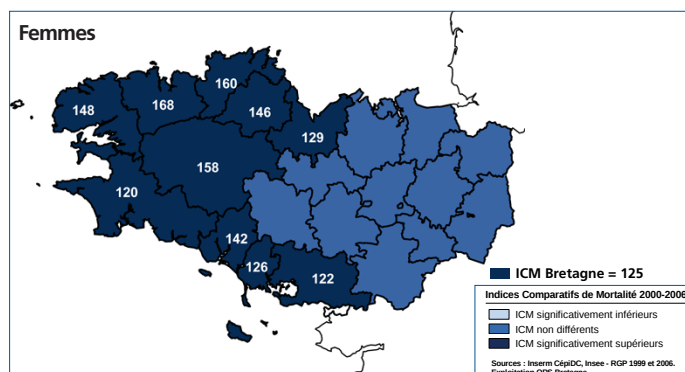
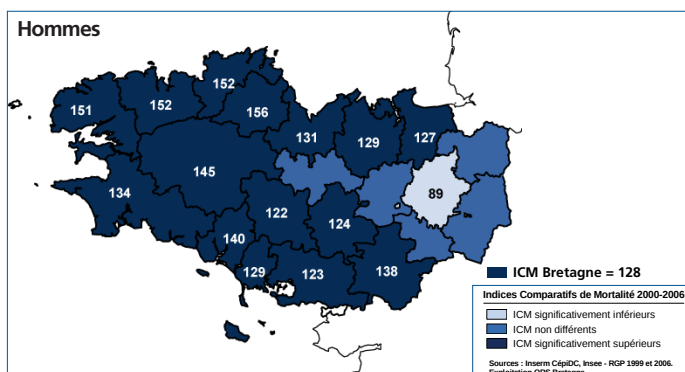
Enfin et vis-à-vis des accidents de la circulation³⁶, seuls les pays de Rennes et de Brest (c'est-à-dire les pays les plus urbanisés), pour les hommes, présentent une situation de sous-mortalité par rapport à la référence nationale. L'ensemble des autres pays étant en situation comparable ou défavorable chez les hommes comme chez les femmes.

³⁵ La carte de la mortalité masculine par suicide n'a pas été représentée dans la page ci-contre du fait de son homogénéité en terme de surmortalité.

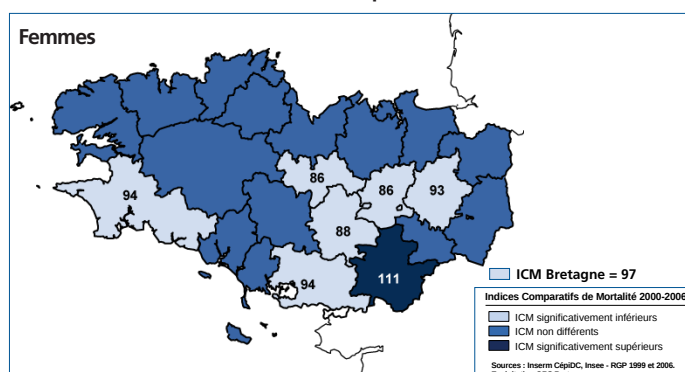
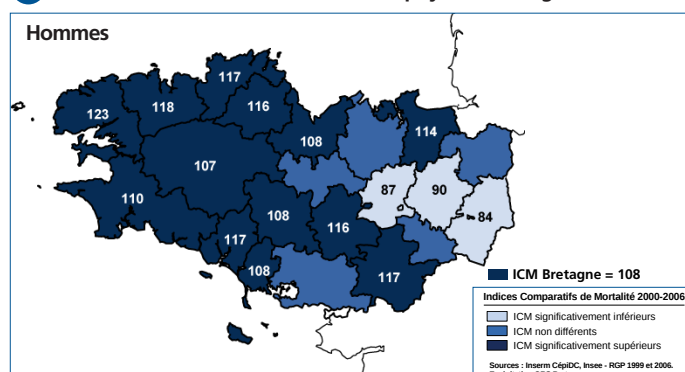
³⁶ La santé dans les 21 pays de Bretagne. Synthèse - ORS Bretagne - Juin 2010.

LES INÉGALITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ

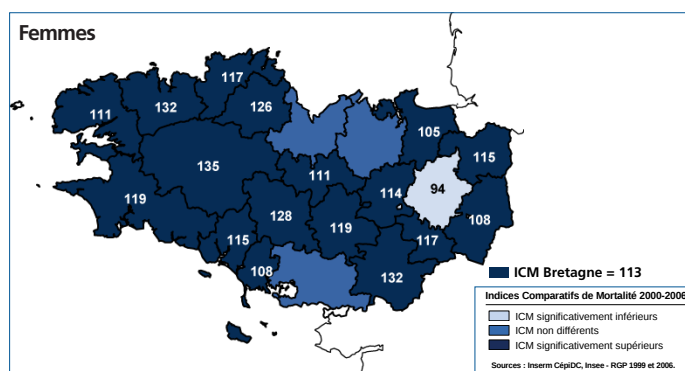
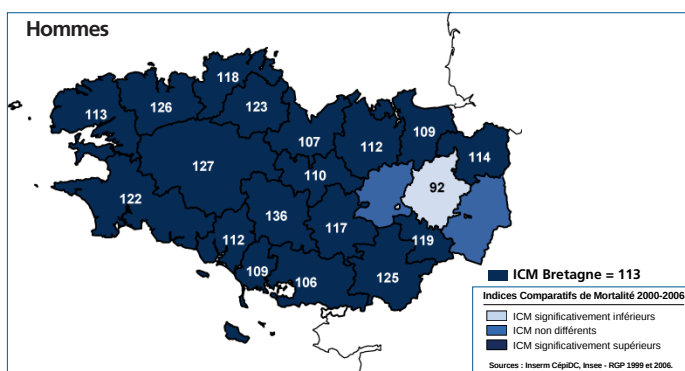
1 Mortalité prématurée évitable liée à des comportements à risque - Période 2000-2006 - Référence ICM France métropolitaine = 100



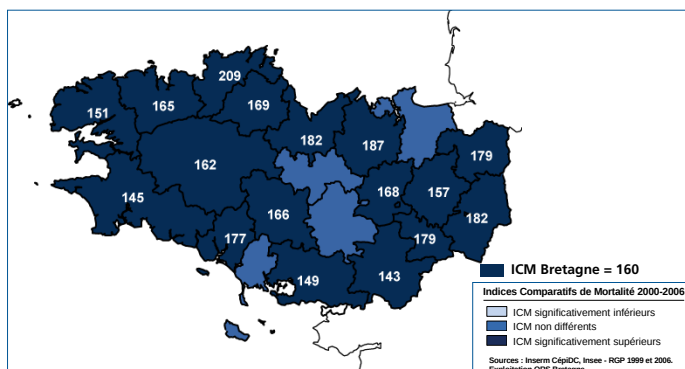
2 Mortalité liée aux cancers dans les pays de Bretagne - Période 2000-2006 - Référence ICM France métropolitaine = 100



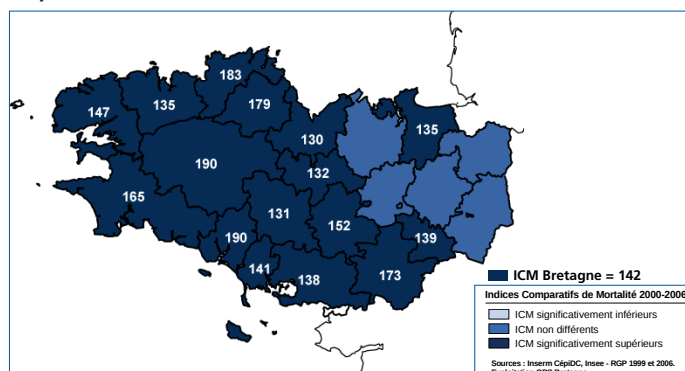
3 Mortalité liée aux maladies de l'appareil circulatoire - Période 2000-2006 - Référence ICM France métropolitaine = 100



4 Mortalité féminine liée au suicide dans les pays de Bretagne - Période 2000-2006 - Référence : ICM France métropolitaine = 100



5 Mortalité masculine liée aux pathologies alcooliques dans les pays de Bretagne - Période 2000-2006 - Référence : ICM France métropolitaine = 100



Sources : Inserm CépiDc, Insee - RGP 1999 et 2006 - Exploitation ORS Bretagne

