

# ETAT DE SANTE DE LA POPULATION EN BRETAGNE

# Introduction



L'état de santé de la population en Bretagne est une des trois briques constituant le diagnostic du Projet Régional de Santé (PRS) seconde génération, au côté de l'évaluation du PRS 2012-2016 et de l'analyse de l'offre de santé en Bretagne. Ces documents sont destinés à alimenter la réflexion des acteurs et des professionnels pour la rédaction du Cadre d'Orientation Stratégique (COS).

L'objectif de l'état de santé de la population en Bretagne est de réaliser un diagnostic synthétique et multi-thématique à partir des différentes sources de données mobilisables afin d'identifier les besoins et spécificités de la population bretonne en matière de santé.

L'étude propose deux niveaux d'analyse : une analyse régionale permettant de positionner la Bretagne par rapport à la France métropolitaine et une analyse infra régionale (au minimum départementale, communale lorsque le sujet et les données le permettent) qui permet d'identifier les inégalités territoriales au sein de la région. En fonction des territoires de démocratie sanitaire qui seront adoptés fin octobre 2016 et des zones du schéma régional de santé, ce diagnostic pourra être affiné ultérieurement sur son volet territorial.

Les thèmes abordés sont : les caractéristiques démographiques, la mortalité, la morbidité, les inégalités sociales de santé et les déterminants de l'état de santé. Une approche populationnelle est développée pour les populations faisant l'objet d'un travail pour améliorer les parcours d'accès aux soins et à la prévention : les jeunes et adolescents, les personnes âgées, les personnes en situation de handicap, les personnes en situation de précarité et pauvreté et les personnes vivant avec un trouble psychique.

Comme lors du premier PRS, l'ARS Bretagne a sollicité l'Observatoire régional de santé de Bretagne afin qu'il réalise le présent document. L'ARS a également fait appel à l'expertise du Centre Régional d'Études, d'Actions et d'Information en faveur des personnes en situation de vulnérabilité (CREAI) de Bretagne pour rédiger la partie relative aux personnes en situation de handicap. Elle a aussi mobilisé les différentes institutions en région produisant de l'information, pour élargir le diagnostic aux différents facteurs déterminant l'état de santé.

Une meilleure observation partagée avec les différents partenaires et la mise en place de nouvelles sources d'observation contribueront à améliorer ce diagnostic, en particulier nos connaissances sur les déterminants de santé et l'approche populationnelle. Elle comblera certains défauts d'observation mis en exergue dans cette étude et contribuerait à encore mieux identifier les enjeux de santé de la population bretonne.

Le Directeur Général

de l'Agence Régionale de Santé de Bretagne

Olivier de CADEVILLE

# Sommaire

INTRODUCTION .....	2
1. INDICATEURS DE SANTE TRANSVERSAUX .....	4
1.1 CADRAGE DEMOGRAPHIQUE .....	4
POPULATION .....	4
PROJECTIONS DE POPULATION.....	5
NATALITÉ ET FÉCONDITÉ.....	6
1.2 DONNEES SYNTHETIQUES DE MORTALITE .....	7
ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ GÉNÉRALE.....	7
CAUSES DE MORTALITÉ GÉNÉRALE .....	8
MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉVITABLE .....	10
CAUSES DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉVITABLE.....	11
1.3 PROBLEMES DE SANTE SPECIFIQUES ET ETAT DE SANTE GLOBAL DE LA POPULATION.....	13
AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD).....	13
PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES ET TRAITEMENTS .....	14
2. INDICATEURS THÉMATIQUES.....	16
2.1 MESURE DES INEGALITES DE SANTE ET DETERMINANTS DE L'ETAT DE SANTE .....	16
INDICATEURS SOCIAUX.....	16
DETERMINANTS LIES AUX COMPORTEMENTS INDIVIDUELS.....	19
DETERMINANTS LIÉS AU TRAVAIL.....	33
DETERMINANTS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT .....	36
2.2 APPROCHE POPULATIONNELLE .....	39
CADRAGE SYNTHÉTIQUE.....	39
PETITE ENFANCE (0-4 ANS).....	42
ENFANCE ET PRÉ-ADOLESCENCE (5-14 ANS).....	44
ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES (15-30 ANS) .....	46
LES PERSONNES ÂGÉES (75 ANS ET PLUS) .....	51
PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP .....	56
PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET DE PAUVRETÉ .....	60
PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE.....	63
2.3 MALADIES NON TRANSMISSIBLES .....	68
CANCERS .....	68
MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE .....	71
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE .....	74
DIABÈTE .....	76
2.4 MALADIES TRANSMISSIBLES .....	78

# 1. Indicateurs de santé transversaux

## 1.1 Cadrage démographique

### POPULATION

**Au 1<sup>er</sup> janvier 2012, 3,25 millions de Bretons**

L'Ille-et-Vilaine a, pour la première fois de son histoire, dépassé le cap du million d'habitants. Si la densité de la Bretagne (119 habitants par km<sup>2</sup>) est proche de celle de la France métropolitaine (116), sa répartition n'est pas homogène, la population étant concentrée sur l'agglomération rennaise et le littoral (figure 1). Le centre ouest Bretagne fait partie des territoires les moins peuplés de Bretagne.

#### Une croissance démographique concentrée à l'est d'un axe Saint-Brieuc-Lorient

La croissance démographique bretonne (+0,7 %) est supérieure à celle de la France métropolitaine (+0,5 %) entre 2008 et 2013. Le solde migratoire est le principal moteur de cette croissance puisqu'il en explique 85 % (essentiellement des actifs de plus de 30 ans et des retraités). Le reste est dû au solde naturel, relativement faible en région, sauf en Ille-et-Vilaine.

Globalement, la croissance démographique bretonne reste soutenue autour des principales villes, sur les axes qui les relient et le long du littoral (figure 2). Tous les départements bretons ont connu un accroissement de leur population : entre 2008 et 2013, +1,1 % en Ille-et-Vilaine, +0,8 % dans le Morbihan, +0,5 % dans les Côtes-d'Armor. Le Finistère est un peu en retrait, connaissant une progression sensiblement plus faible (+0,3 %) que celle enregistrée au niveau national.

#### Les espaces périurbains continuent de s'étendre

Près des deux tiers de la population bretonne vivent dans les grandes aires urbaines<sup>1</sup>, et 27 % dans les couronnes des grands pôles<sup>2</sup> (figure 3). Entre 1999 et 2010, ces couronnes constituent les espaces ayant la plus forte croissance démographique (+1,8 % par an en moyenne, contre +0,2 % dans les grands pôles). La croissance démographique est également dynamique dans les communes des moyennes aires urbaines ou les communes multipolarisées, c'est-à-dire sous influence de plusieurs aires urbaines<sup>3</sup>.

#### Définitions et méthode

<sup>1</sup> Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 de l'Insee permet d'obtenir une vision des aires d'influences des villes sur un territoire, à partir des déplacements entre domicile et lieu de travail.

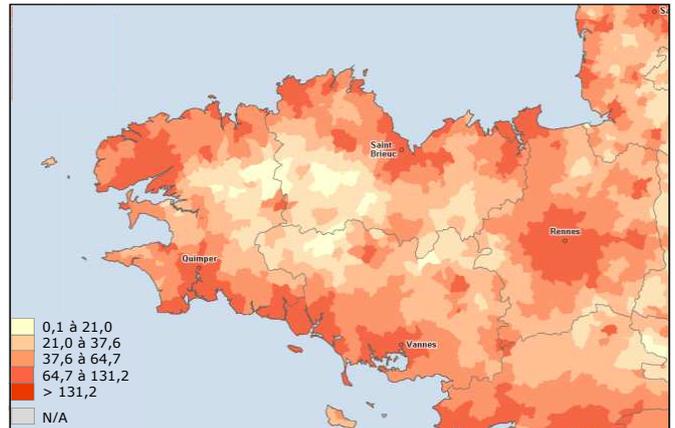
Les grandes aires urbaines comprennent les grands pôles, les couronnes des grands pôles et les communes multi polarisé des grandes urbaines.

<sup>2</sup> 10 000 emplois ou plus

#### Bibliographie

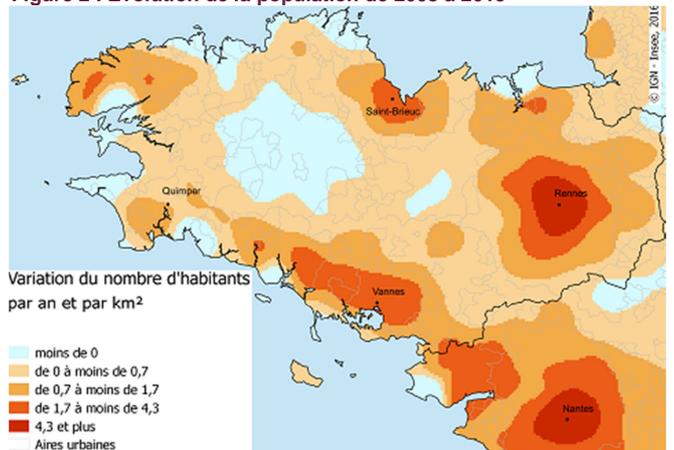
<sup>3</sup>Un demi-million de Bretons supplémentaires en 30 ans, dont 80 % dans l'est de la région - Insee Bretagne - Janvier 2014 - n° 56.

Figure 1 : Densité de la population bretonne en 2012 (en nombre d'habitants/km<sup>2</sup>)



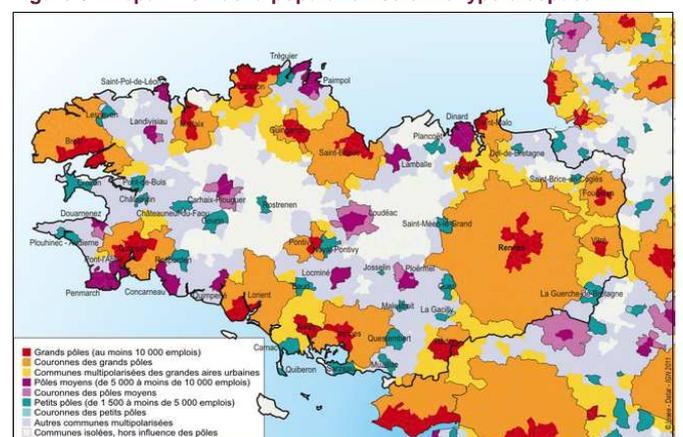
Source : Insee, recensement de la population 2012  
Lissage spatial simple

Figure 2 : Evolution de la population de 2008 à 2013



Source : Insee, recensements de la population 2008 et 2013

Figure 3 : Répartition de la population selon le type d'espace



Source : Insee, recensement de la population 2008 – Zonage en aires urbaines 2010

## Une population bretonne plus âgée que la population française, et un vieillissement plus marqué

En 2012, 26 % des Bretons ont 60 ans ou plus, contre 24 % en France métropolitaine. L'Ille-et-Vilaine présente le taux le plus faible (21 %) alors que le département des Côtes-d'Armor est le plus âgé avec 30 % d'habitants d'au moins 60 ans. Les moins de 20 ans représentent 24 % de la population régionale, soit le même taux qu'au niveau national, l'Ille-et-Vilaine faisant encore exception avec un taux supérieur (26 %). Une légère différence s'observe également chez les 20-39 ans, sous-représentés en Bretagne (23 % contre 25 % au niveau national) et en baisse par rapport à 2007 (25 %). Le vieillissement de la population, mesuré par l'indice de vieillissement<sup>1</sup>, est plus marqué en Bretagne qu'en France métropolitaine (80 % contre 72 %), particulièrement dans les Côtes-d'Armor (97 %). La population bretonne vieillit plus rapidement que la population française (déficit migratoire entre 20 et 30 ans, littoral très attractif pour les retraités en provenance d'autres régions françaises...). Le centre de la Bretagne, où le vieillissement s'est amorcé très tôt, fait partie des territoires les plus âgés avec le littoral (figure 1).

## PROJECTIONS DE POPULATION

### Une tendance au vieillissement qui se poursuivra à l'horizon 2040, avec un Breton sur trois âgé de 60 ans et plus

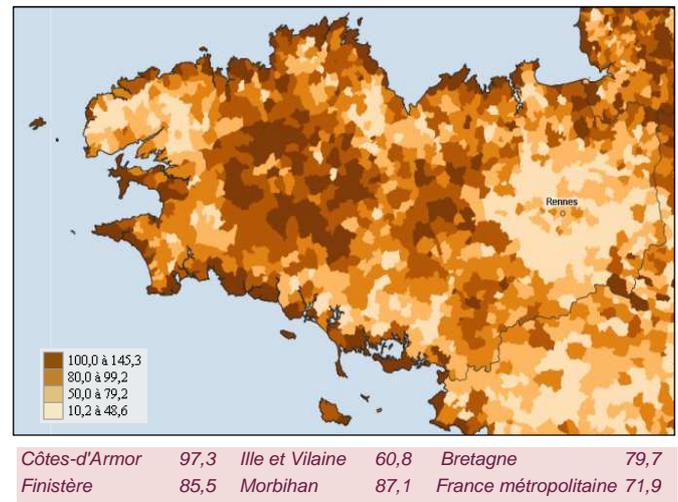
Si les tendances démographiques récentes perdurent, la Bretagne comptera 3,87 millions d'habitants en 2040, soit 18 % de plus qu'en 2015, et présentera une progression plus rapide qu'en France métropolitaine (+10 %) (figure 2). La croissance démographique devrait être très forte dans le Morbihan (+21 %) et en Ille-et-Vilaine (+20 %) et plus modérée dans le Finistère (+15 %) et les Côtes-d'Armor (+14 %).

En 2040, un Breton sur trois aura 60 ans ou plus, soit 1,08 million d'habitants en Bretagne. Cette proportion atteindrait 38 % dans les Côtes-d'Armor et 37% dans le Morbihan, ce dernier présentant l'évolution la plus forte.

### La proportion des 75 ans et plus (10 % de la population bretonne en 2015) devrait atteindre 16 % à l'horizon 2040

Cette progression serait significative dans tous les départements bretons. L'Ille-et-Vilaine présenterait la plus faible part de 75 ans et plus (13 %) et les Côtes-d'Armor la plus élevée (18 %). Du fait d'une espérance de vie plus élevée que celle des hommes, les femmes représenteraient en 2040 les deux tiers des personnes âgées de 75 ans ou plus.

Figure 1 : Indice de vieillissement de la population bretonne en 2012 (en %)



Source : Insee, recensement de la population 2012

Figure 2 : Projections et répartition de la population à l'horizon 2040

	Population totale (nb habitants)			Part des 60 ans et + dans la population totale			Part des 75 ans et + dans la population totale		
	2015	2040	Evol. en %	2015	2040	Evol. en points	2015	2040	Evol. en points
Côtes-d'Armor	599 438	682 000	14%	31%	38%	+7	12%	18%	+6
Finistère	907 423	1 039 000	15%	28%	34%	+6	11%	16%	+5
Ille-et-Vilaine	1 039 983	1 250 000	20%	22%	28%	+6	9%	13%	+4
Morbihan	747 458	902 000	21%	29%	37%	+8	11%	17%	+6
<b>Bretagne</b>	<b>3 294 302</b>	<b>3 873 000</b>	<b>18%</b>	<b>27%</b>	<b>33%</b>	<b>+6</b>	<b>10%</b>	<b>16%</b>	<b>+6</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>64 277 242</b>	<b>70 738 000</b>	<b>10%</b>	<b>25%</b>	<b>31%</b>	<b>+6</b>	<b>9%</b>	<b>15%</b>	<b>+6</b>

Source : Insee - Estimations de population 2015 - Projections de population 2040, modèle Omphale, scénario central

### Définitions et méthode

<sup>1</sup> L'indice de vieillissement est le rapport entre le nombre de personnes de 65 ans ou plus et le nombre de jeunes de moins de 20 ans en 2012, multiplié par 100. Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et plus et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions. Plus l'indice est faible, plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé, plus il est favorable aux personnes âgées.

Le modèle OMPHALE : la projection de population consiste à faire vieillir la population tout en intégrant des hypothèses sur les décès et les phénomènes migratoires. Le scénario dit « central » correspond, d'une part, au maintien des comportements migratoires observés au cours de la période 2000-2008 dans la région et chacun des quatre départements, et, d'autre part, à une baisse de la mortalité dans la région et chacun de ses départements au même rythme qu'en France métropolitaine.

## NATALITÉ ET FÉCONDITÉ

**Poursuite de la diminution du nombre de naissances sous l'effet de la baisse du nombre de femmes en âge de procréer et de leur fécondité.**

En 2014, avec près de 35 000 naissances domiciliées en Bretagne, la baisse de la natalité se poursuit : -0,7 % entre 2007 et 2014, contre -0,1 % au niveau national (figure 1). Le taux de fécondité en Bretagne diminue et s'écarte progressivement de celui de la France depuis 2008, se situant à un niveau inférieur en 2014 (51 pour 1 000 bretonnes âgées de 15 à 49 ans, contre 55 au niveau national). Parallèlement, la population féminine en âge de procréer (15 à 49 ans) a diminué en moyenne de -0,2 % par an en Bretagne sur la période 2007-2012.

### Déficit de naissances dans le centre ouest Bretagne

La répartition du nombre de naissances domiciliées par commune met en évidence des disparités territoriales (figure 2). Les naissances domiciliées sont les plus nombreuses en périphérie des villes les plus peuplées. Le déficit de naissances est notable dans le centre ouest Bretagne, où la proportion de femmes en âge de procréer est la plus faible. Parallèlement, les taux de fécondité y sont moins élevés, de même que sur le littoral sud et le pourtour costarmoricain.

**Avec 1,91 enfant par femme, la fécondité en Bretagne est pour la deuxième année consécutive depuis vingt ans en dessous du niveau métropolitain**

Cette baisse s'explique essentiellement par une fécondité moindre des femmes bretonnes âgées de 25 à 34 ans. L'indice conjoncturel de fécondité est plus élevé dans les Côtes d'Armor (1,98) et le Morbihan (1,97). A l'inverse le Finistère (1,85) et l'Ille-et-Vilaine (1,93) affichent des niveaux sensiblement inférieurs (figure 1).

### Part des familles nombreuses proche de la moyenne métropolitaine

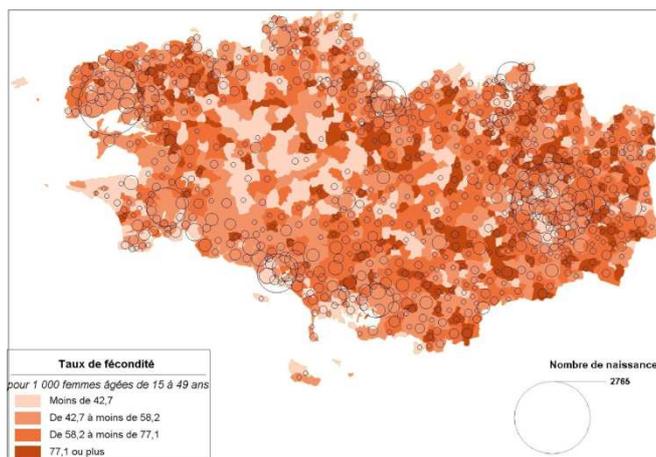
En Bretagne, plus d'une famille sur cinq (21,2 %) comprend trois enfants ou plus vivant encore à la maison. Cette part de familles nombreuses est plus élevée en Ille-et-Vilaine et dans les Côtes-d'Armor, plus faible dans le Morbihan et surtout le Finistère (figure 3).

Figure 1 : Nombre de naissances en 2007 et 2014 et Indice Conjoncturel de Fécondité en 2014

	Nombre de naissances			Indice Conjoncturel de Fécondité en 2014
	2007	2014	évolution en %	
Côtes-d'Armor	6 473	5 790	-1,4%	1,98
Finistère	9 962	9 088	-1,1%	1,85
Ille-et-Vilaine	12 606	12 555	-0,1%	1,93
Morbihan	7 968	7 554	-0,7%	1,97
<b>Bretagne</b>	<b>37 009</b>	<b>34 987</b>	<b>-0,7%</b>	<b>1,91</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>784 538</b>	<b>779 279</b>	<b>-0,1%</b>	<b>1,96</b>

Source : Insee

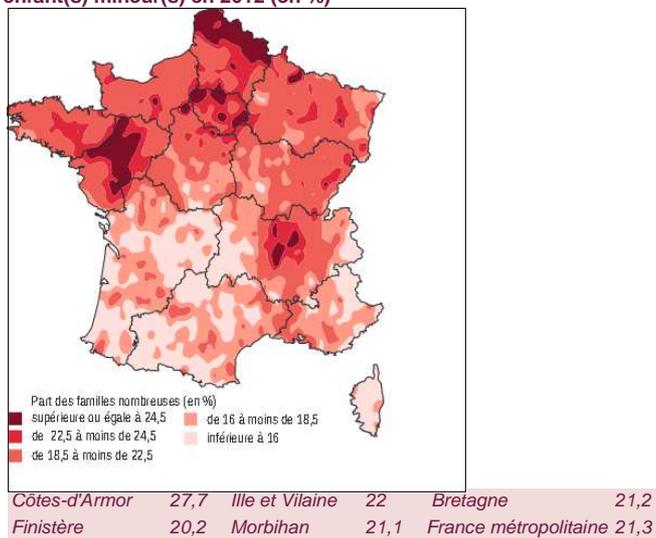
Figure 2 : Nombre de naissances domiciliées par commune en 2012



Source : Insee, Etat civil

Note: Le nombre de naissances n'est pas représenté dans les communes comptant moins de 10 naissances.

Figure 3 : Part des familles nombreuses<sup>1</sup> parmi les familles avec enfant(s) mineur(s) en 2012 (en %)



Source : Insee, recensement de la population 2012 - données lissées

### Définitions et méthode

<sup>1</sup>Une famille nombreuse est une famille composée de trois enfants ou plus

Le nombre de naissances : correspond aux enfants nés vivants

Le taux de fécondité est le rapport du nombre d'enfants nés vivants des femmes de 15 à 49 ans au cours de l'année rapporté à la population moyenne de l'année du même âge

L'indicateur conjoncturel de fécondité correspond au nombre moyen 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.

## 1.2 Données synthétiques de mortalité

### ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ GÉNÉRALE

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

L'espérance de vie régionale progresse tant pour les hommes que pour les femmes, ce qui tend à réduire l'écart avec le niveau métropolitain. En 2013, les Bretons ont une espérance de vie de 77,7 ans en moyenne, et les Bretonnes de 84,7 ans, contre respectivement 78,8 et 85,0 ans au niveau national (figure 1).

L'espérance de vie des Bretons reste inférieure de plus d'un an à la moyenne française et celle des Bretonnes de quatre mois environ. L'écart entre les sexes reste conséquent, mais se réduit peu à peu : différence de 7 ans en 2013, alors qu'elle était de 7,5 ans en 2007 et de 8,4 ans en 1999. L'espérance de vie à 60 ans s'élève à 22,2 ans pour les Bretons et à 27 ans pour les Bretonnes, se rapprochant de celle de la métropole (respectivement 22,8 et 27,3 ans). Seul l'Ille-et-Vilaine présente une espérance de vie à la naissance et à 60 ans supérieure à celle de la France métropolitaine, aussi bien pour les femmes que pour les hommes.

#### Quatrième région où le taux de mortalité est le plus important

Sur la période 2010-2012, 31 730 Bretons sont décédés en moyenne chaque année. Tous âges et sexes confondus, la Bretagne se situe au quatrième rang après la région Nord-Pas-de-Calais-Picardie, l'Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine et la Normandie. Cette situation s'explique notamment par le poids de la mortalité liée aux comportements à risque (alcoolisme, tabagisme...) et aux suicides, particulièrement important en Bretagne.

#### Risque de décès deux fois plus important pour les hommes sur la période 2010-2012

Sur la période 2010-2012, le taux standardisé de mortalité masculine s'élève à 1 088 décès pour 100 000 hommes, soit une surmortalité régionale de 8 % par rapport au taux national (1 008). Chez les femmes, la surmortalité régionale est de 4 % (611 décès pour 100 000 femmes en Bretagne contre 589 en France métropolitaine).

Figure 1 : Espérance de vie à la naissance et à 60 ans (en années)

	Espérance de vie à la naissance		Espérance de vie à 60 ans	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Côtes-d'Armor	76,8	84,4	21,8	26,8
Finistère	77,2	84,2	21,8	26,6
Ille-et-Vilaine	79,4	85,4	23,1	27,6
Morbihan	76,9	84,5	21,9	26,9
<b>Bretagne</b>	<b>77,7</b>	<b>84,7</b>	<b>22,2</b>	<b>27,0</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>78,8</b>	<b>85,0</b>	<b>22,8</b>	<b>27,3</b>

Source : Insee, statistiques de l'état civil et estimations de population

**Le nombre de décès va augmenter en France dans les prochaines années.** La population de la France a augmenté de plus de moitié depuis 70 ans et a vieilli, ce qui aurait dû entraîner une hausse du nombre annuel de décès. Deux facteurs expliquent qu'ils se soient maintenus à peu près constants au cours de cette période : l'augmentation de la durée de vie et l'arrivée aux grands âges des classes creuses nées pendant la Première Guerre mondiale. Leur extinction et l'arrivée à ces âges des générations nombreuses du baby-boom vont entraîner une hausse des décès dans les prochaines années. Source : Population et Sociétés n° 531, mars 2016.

#### Définitions et méthode

**Espérance de vie à la naissance :** durée de vie moyenne d'une génération fictive, soumise aux conditions de mortalité de l'époque considérée.

**Espérance de vie à 60 ans :** Durée de vie moyenne à partir de 60 ans d'une génération fictive ayant atteint cet âge, qui aurait tout au long du reste de son existence les conditions de mortalité par âge de l'année considérée.

**La mortalité générale** représente l'ensemble des décès quelle que soit la cause.

**Les taux standardisés de mortalité** permettent de comparer dans le temps, dans l'espace et entre hommes et femmes, la mortalité de différentes unités géographiques indépendamment de la structure par âge et sexe des populations qui les composent. Il est calculé à partir des taux de mortalité selon l'âge de chaque population, appliqués à une population de référence (ici, la population française au recensement de 2006).



Dans la suite du document, les déterminants

#### individuels sont détaillés :

- alcoolisme : page 19
- tabagisme : page 22
- suicide : page 66

**L'espérance de vie en bonne santé à 65 ans en France** est présentée page 51.

### Une mortalité plus défavorable à l'ouest

Globalement, la Bretagne est en position défavorable, avec de fortes disparités départementales (figures 1 et 2). Le Finistère présente le taux de mortalité le plus élevé, tant pour les hommes que pour les femmes. Le Morbihan occupe également une position défavorable pour les deux sexes. Seul l'Ille-et-Vilaine est en sous-mortalité par rapport à la France. Bien qu'en situation de surmortalité chez les hommes, les Côtes-d'Armor enregistrent un taux équivalent à la moyenne nationale pour les femmes.

### Une mortalité qui diminue en Bretagne et se rapproche du niveau national

Entre les périodes 2000-2002 et 2010-2012, le taux standardisé de mortalité générale en Bretagne est passé de 1 383 décès pour 100 000 hommes à 1 088 (-21 %) et de 754 décès pour 100 000 femmes à 611 (-19 %). Sur la même période, la baisse enregistrée au niveau métropolitain a été comparable (-20 % et -18 %). L'écart avec la France métropolitaine a tendance à se réduire depuis 2005-2007. Au sein de la région, chez les hommes, la diminution est la plus forte en Ille-et-Vilaine (-26 %) et la plus faible dans le Finistère (-18 %), ce qui tend à accentuer le gradient est-ouest de la mortalité. Chez les femmes, la baisse est relativement homogène selon les départements.

## CAUSES DE MORTALITÉ GÉNÉRALE

### Une surmortalité bretonne pour les trois principales causes de décès, à l'exception des tumeurs chez les femmes

Pour les trois principales causes (tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, causes externes) et pour chaque sexe, la Bretagne enregistre une surmortalité significative par rapport au niveau national, à l'exception des tumeurs chez les femmes, pour lesquelles la mortalité est comparable (figure 3).

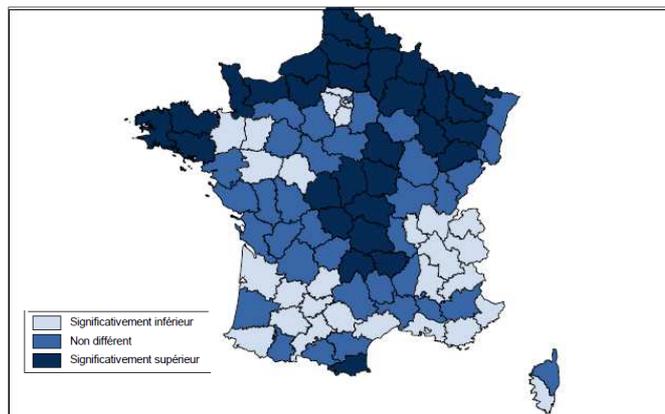
### Les tumeurs et les maladies de l'appareil circulatoire sont à l'origine de près de 60 % des décès

Les tumeurs représentent la première cause de mortalité tous sexes confondus en Bretagne comme en France. Ils couvrent 29 % des décès et devancent les maladies de l'appareil circulatoire qui représentent 28 % des décès. Les cinq premières grandes causes de décès (tumeurs, maladies de l'appareil circulatoire, causes externes, maladies respiratoires, maladies du système nerveux) sont à l'origine de près de quatre décès sur cinq (78 %).

Figures 1 et 2: Taux standardisés de mortalité générale par département en 2010 - 2012 (pour 100 000)

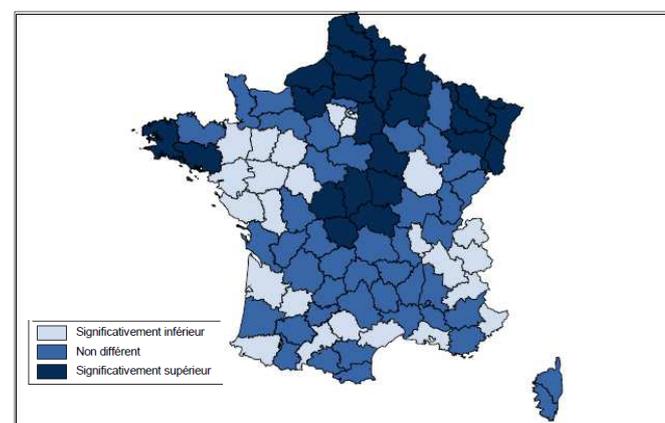
Significativité par rapport au taux de France métropolitaine :

#### HOMMES



Côtes-d'Armor	1 127	Ille et Vilaine	946	Bretagne	1088
Finistère	1194	Morbihan	1096	France métropolitaine	1008

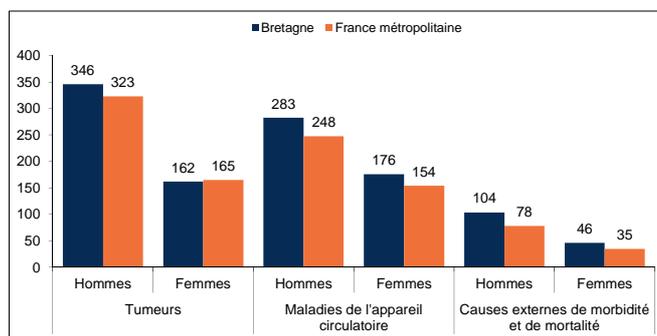
#### FEMMES



Côtes-d'Armor	607	Ille et Vilaine	565	Bretagne	611
Finistère	653	Morbihan	618	France métropolitaine	589

Source : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Bretagne

Figure 3 : Taux standardisés de mortalité selon les trois principales causes en 2010 - 2012



Source : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Bretagne

## Les tumeurs, première cause de mortalité masculine, en Bretagne comme en France

En Bretagne, les tumeurs constituent la principale cause de décès chez les hommes et sont responsables de plus de 5 300 décès en moyenne annuelle, soit un décès sur trois. Viennent ensuite les maladies de l'appareil circulatoire (25 %), les causes extérieures de traumatisme et empoisonnement (accidents de la circulation, chutes accidentelles et suicides notamment) qui représentent 10 % de l'ensemble des décès et les maladies de l'appareil respiratoire, autres que les tumeurs (7 %). Les maladies de l'appareil digestif sont la cause de 5 % des décès, comme les maladies du système nerveux.

Dans chaque département breton, en Bretagne et en France, cette répartition est similaire (figure 1).

## Les maladies de l'appareil circulatoire, première cause de mortalité féminine

Chez les femmes, les maladies de l'appareil circulatoire (31 % des décès) devançant les tumeurs (23 %) (figure 1). Avec les maladies du système nerveux et les maladies de l'appareil respiratoire, ces quatre groupes de maladies occasionnent plus des deux tiers des décès (69 %).

La répartition de la mortalité par grands groupes de pathologies évolue peu d'un département à l'autre (figure 1).

## Les maladies du système nerveux, troisième cause de mortalité féminine

La proportion de décès féminins liés aux maladies du système nerveux a été multipliée par deux (4 % en 2000-2002 et 8 % en 2010-2012). Ces pathologies ne représentent que la sixième cause de décès chez les hommes (5 % des décès). Cette part plus importante chez les femmes est liée à une forte progression des maladies neurologiques, notamment la maladie d'Alzheimer.

## Les causes externes de mortalité, qui regroupent principalement les accidents et les suicides, touchent plus fréquemment les hommes.

Elles sont responsables de 10 % des décès chez les hommes en Bretagne en 2010-2012 (7 % chez les femmes).

Figure 1: Nombre annuel moyen de décès selon les principales causes de décès en 2010-2012 et répartition en %

### HOMMES

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France métropolitaine
1-Tumeurs	1 133 (33%)	1 689 (34%)	1 247 (33%)	1 286 (34%)	5 355 (33%)	92 313 (33%)
2-Maladies de l'appareil circulatoire	897 (26%)	1 145 (23%)	969 (26%)	966 (25%)	3 976 (25%)	65 262 (24%)
3-Causes externes *	344 (10%)	451 (9%)	377 (10%)	389 (10%)	1 560 (10%)	22 187 (8%)
4-Maladies de l'appareil respiratoire	239 (7%)	359 (7%)	248 (7%)	231 (6%)	1 078 (7%)	18 071 (7%)
5-Maladies de l'appareil digestif	162 (5%)	247 (5%)	167 (4%)	196 (5%)	772 (5%)	12 314 (4%)
6-Maladies du système nerveux	143 (4%)	226 (5%)	192 (5%)	168 (4%)	729 (5%)	13 087 (5%)
<b>Toutes causes</b>	<b>3 466 (100%)</b>	<b>4 937 (100%)</b>	<b>3 783 (100%)</b>	<b>3 828 (100%)</b>	<b>16 014 (100%)</b>	<b>275 829 (100%)</b>

### FEMMES

	Côtes-d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France métropolitaine
1-Maladies de l'appareil circulatoire	1 057 (32%)	1 522 (31%)	1 164 (31%)	1 181 (32%)	4 924 (31%)	75 276 (28%)
2-Tumeurs	782 (24%)	1 082 (22%)	945 (25%)	882 (24%)	3 691 (23%)	5 744 (25%)
3-Maladies du système nerveux	233 (7%)	407 (8%)	254 (7%)	292 (8%)	1 186 (8%)	20 579 (8%)
4-Maladies de l'appareil respiratoire	219 (7%)	370 (8%)	260 (7%)	253 (7%)	1 102 (7%)	16 567 (6%)
5-Causes externes *	223 (7%)	340 (7%)	241 (6%)	236 (6%)	1 040 (7%)	14 850 (6%)
6-Maladies de l'appareil digestif	132 (4%)	174 (4%)	140 (4%)	141 (4%)	587 (4%)	16 567 (6%)
<b>Toutes causes</b>	<b>3 325 (100%)</b>	<b>4 906 (100%)</b>	<b>3 768 (100%)</b>	<b>3 716 (100%)</b>	<b>15 716 (100%)</b>	<b>268 137 (100%)</b>

Source : Inserm CépiDC

NB : premières causes de décès chez les hommes ou les femmes en Bretagne \*dont les accidents de la circulation, chutes accidentelles et suicides

### Définitions et méthode

Les tumeurs regroupent les tumeurs malignes (codes CIM-10 C00 à C97), ainsi que les tumeurs in situ, les tumeurs bénignes et les tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue (D00 à D48). Les décès pour ces trois catégories représentent 4,2 % de l'ensemble des décès par tumeurs, dont 0,01 % de décès par tumeurs bénignes.



Dans la suite du document, la plupart de ces pathologies sont détaillées :

- les cancers (tumeurs malignes) : page 68
- les maladies de l'appareil circulatoire : page 71
- les accidents de la circulation : page 29
- les chutes accidentelles (chez les personnes âgées) : page 28
- les suicides : page 66
- les maladies de l'appareil respiratoire : page 74
- la maladie d'Alzheimer : page 55

## MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉVITABLE

### Une part de mortalité prématurée évitable plus importante dans la région qu'en France

En Bretagne, le nombre de décès prématurés évitables est de 2 236 en moyenne annuelle en 2010-2012. Plus des trois quart d'entre eux (77 %) concernent des hommes.

La part des décès évitables avant 65 ans parmi l'ensemble des décès prématurés est de 40 % chez les hommes et de 28 % chez les femmes, soit une part nettement plus importante qu'au niveau national (respectivement 35 % et 23 %).

### Deuxième rang des régions où la mortalité prématurée évitable est la plus importante de France métropolitaine

Tous sexes confondus, la Bretagne se situe au second rang après Nord-Pas-de-Calais-Picardie. En 2010-2012, les taux standardisés de mortalité prématurée évitable pour les hommes comme pour les femmes étaient supérieurs de 28 % aux taux nationaux.

### Des décès prématurés évitables trois fois plus fréquents chez les hommes

Avec un nombre annuel moyen de décès de 1 721 et un taux standardisé de mortalité de 122 décès pour 100 000 hommes sur la période 2010-2012, les hommes sont plus fréquemment concernés par ces causes de décès que les femmes : 515 décès et un taux de 36 décès pour 100 000 femmes.

Cette différence s'explique notamment par les différences de comportements entre les hommes et les femmes : consommations d'alcool plus importantes, suicides plus fréquents, accidents plus nombreux...

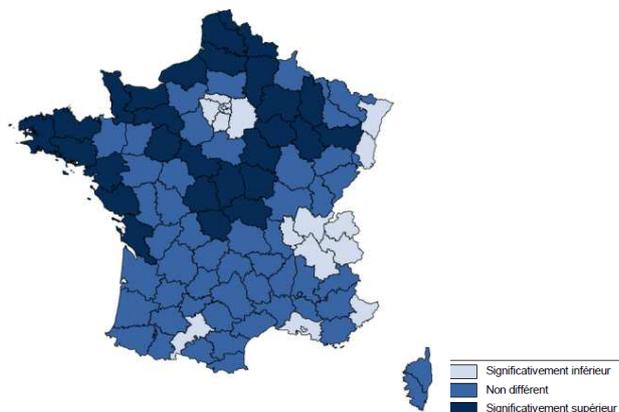
### Une situation défavorable dans le Finistère, les Côtes d'Armor et le Morbihan

Dans ces trois départements, les taux de mortalité prématurée évitable sont significativement supérieurs au niveau national, les Côtes d'Armor présentant le taux le plus important chez les hommes (139 décès pour 100 000) et le Finistère chez les femmes (40 décès pour 100 000).

A contrario, les taux observés en Ile-et-Vilaine sont les plus faibles et ne se différencient pas de la moyenne métropolitaine (figure 1).

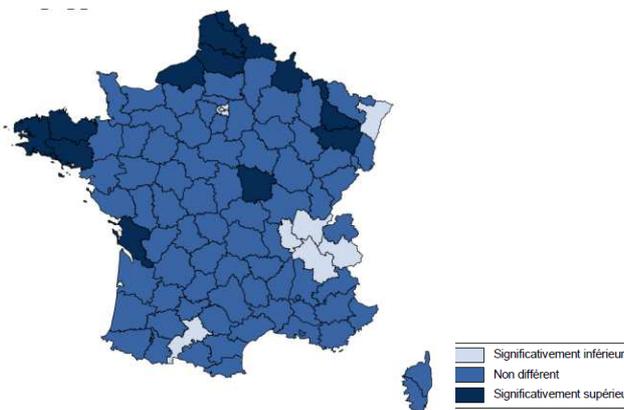
Figure 1 : Taux standardisés de mortalité prématurée évitable selon les départements en 2010 - 2012 (pour 100 000)

#### HOMMES



Côtes-d'Armor	139	Ile et Vilaine	91	Bretagne	122
Finistère	137	Morbihan	130	France métropolitaine	95

#### FEMMES



Côtes-d'Armor	39	Ile et Vilaine	30	Bretagne	36
Finistère	40	Morbihan	36	France métropolitaine	28

Significativité par rapport au taux de France métropolitaine :  
Source : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Bretagne

#### Définitions et méthode

Au sein de la mortalité, un sous-ensemble de causes de décès avant 65 ans est dénommé « mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de prévention primaire ». Cet indicateur regroupe des causes de décès dont la maîtrise ne nécessite ni connaissances médicales supplémentaires, ni équipements nouveaux mais qui pourraient être évitées par une réduction des comportements à risque (consommation d'alcool, de tabac, de drogues, suicide, sida, accidents de la circulation, chutes accidentelles)<sup>1</sup>.

#### Bibliographie

<sup>1</sup>L'état de santé de la population en France – Rapport 2015 – Drees – Tableau 3 « causes de mortalité évitable et codes CIM10 »

**Depuis au moins une quinzaine d'années, une mortalité prématurée évitable qui diminue, mais moins rapidement qu'en France métropolitaine**

Les taux de mortalité prématurée évitable ont diminué en Bretagne entre 2000-2002 et 2010-2012, plus nettement chez les hommes (-23 % contre -10 % chez les femmes), ce qui tend à réduire l'écart entre les deux sexes, mais moins rapidement qu'en France métropolitaine (-25 % chez les hommes et -12 % chez les femmes). Au final, l'écart avec la France métropolitaine a tendance à se réduire chez les hommes, tandis qu'il reste stable chez les femmes.

Au sein de la région, chez les hommes, la baisse a été la plus marquée en Ile-et-Vilaine (- 29 %) et la plus faible dans les Côtes-d'Armor (- 20 %), à l'inverse de chez les femmes : - 7 % en Ile-et-Vilaine et - 14 % dans les Côtes-d'Armor (figure 1).

**CAUSES DE MORTALITÉ PRÉMATURÉE ÉVITABLE**

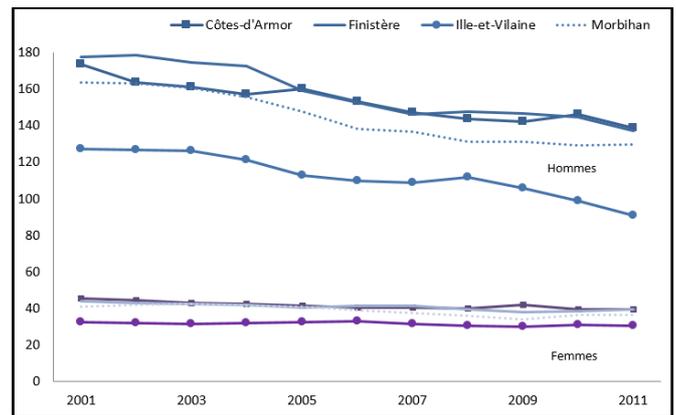
**La proportion de décès prématurés évitables est maximale chez les hommes de 15 à 24 ans**

Dans la tranche d'âge des 15-24 ans, 55 % des décès masculins (soit 66 décès) pourraient être évités chaque année en Bretagne. Parallèlement, chez les hommes de 55-64 ans, 843 décès prématurés évitables représentent 36 % de la mortalité totale (figure 2). Par ailleurs, l'écart observé entre les hommes et les femmes est variable selon les tranches d'âge : il est maximal entre 25 et 34 ans avec une mortalité prématurée évitable masculine 5 fois supérieure à celle des femmes.

**Causes externes : une surmortalité prématurée supérieure de 50 % en Bretagne**

Globalement, la Bretagne enregistre une surmortalité prématurée évitable significative par rapport au niveau national en 2010-2012 : c'est vrai pour les tumeurs chez les hommes et les causes externes pour les deux sexes. La mortalité par tumeur chez les femmes et celle par maladie de l'appareil circulatoire sont proches du niveau national. Au sein de ces causes principales, la mortalité prématurée par suicide est presque deux fois plus élevée en région. La situation régionale est également défavorable pour le cancer des VADS et de pathologies liées à l'alcool chez les hommes. En revanche, la région ne se distingue pas de la moyenne nationale pour les accidents de la circulation ni le cancer du poumon.

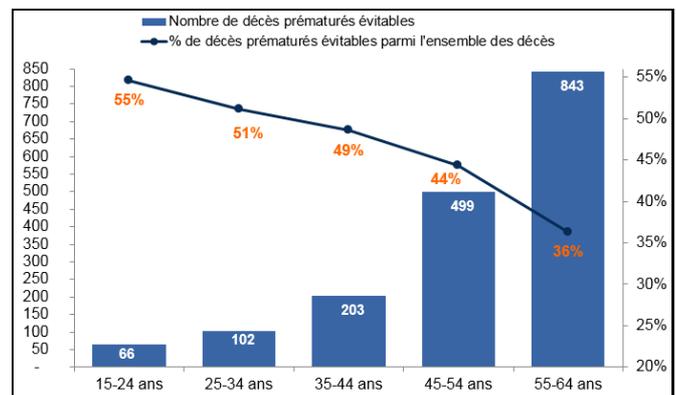
Figure 1 : Evolution des taux standardisés de mortalité prématurée évitable entre 2000-2002 et 2010-2012 (pour 100 000)



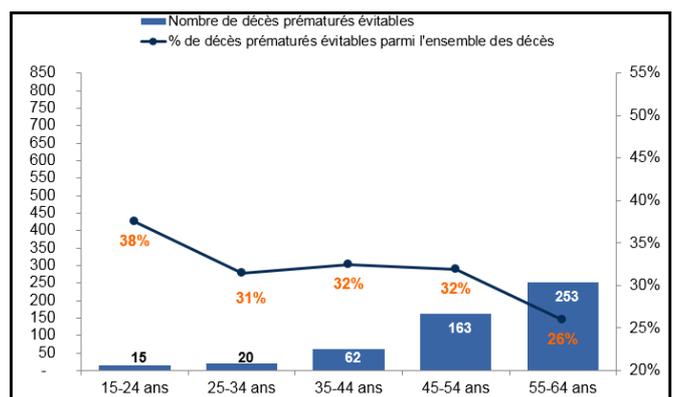
Source : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Bretagne

Figure 2 : Nombre annuel moyen de décès prématurés\* évitables selon l'âge et % de décès prématurés évitables parmi le nombre total de décès en 2010-2012

**HOMMES**



**FEMMES**



Source : Inserm CépiDC, Insee \*Avant 65 ans

### Cancer du poumon, première cause de mortalité prématurée évitable

Au sein de la mortalité prématurée évitable, les cancers du poumon représentent la cause de décès la plus fréquente (654 décès)<sup>1</sup>. Ils sont suivis par les suicides (625 décès), les causes directement liées à l'alcoolisme<sup>2</sup> (470 décès), les cancers des voies aéro-digestives supérieures<sup>3</sup> (265 décès) et les accidents de la circulation (138 décès). Cancers du poumon et suicide sont les deux premières causes chez les hommes comme chez les femmes. Les causes de décès évitables les plus fréquentes sont, entre 15 et 24 ans, les accidents de la circulation, entre 25 et 44 ans le suicide, et entre 45 et 64 ans, le cancer du poumon.

### Sept fois plus de risque de décéder prématurément par cancer des VADS pour les hommes

Les écarts maximaux de mortalité entre les hommes et les femmes concernent les cancers des VADS avec, en 2010-2012, des taux de décès sept fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes. La surmortalité masculine est quatre fois plus élevée pour les pathologies liées à l'alcool et les accidents de la circulation, et trois fois plus élevée pour les suicides et le cancer du poumon (figure 1).

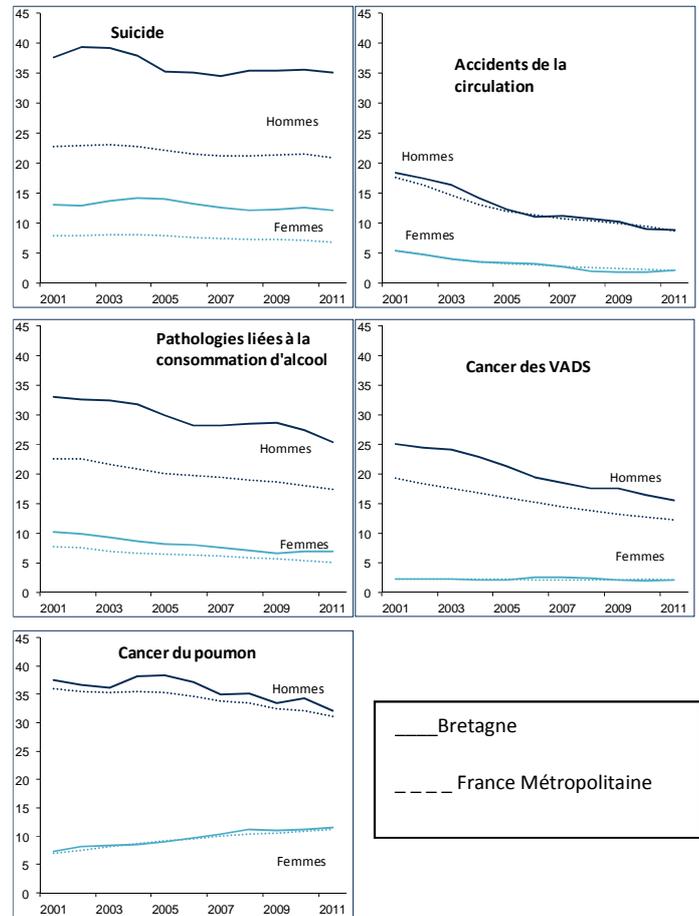
### Progression du cancer du poumon chez les femmes

En dépit d'une diminution du taux global de décès prématurés évitables entre 2000-2002 et 2010-2012, le cancer du poumon chez les femmes ne cesse de progresser. En revanche, il diminue chez les hommes. Le développement important de ce cancer chez la femme a davantage touché la classe d'âge des 55-64 ans.

Parallèlement, sur cette même période, les diminutions les plus importantes chez les hommes s'observent pour

les accidents de la circulation, notamment entre 2000-2002 et 2005-2007, et les cancers des VADS. Chez les femmes, les accidents de la circulation et les pathologies liées à la consommation d'alcool sont en régression.

Figure 1 : Evolution des taux standardisés de mortalité prématurée évitable de 2000-2002 à 2010-2012



Source : Inserm CépiDC, Insee - Données lissées sur 3 ans - Unité pour 100 000 Standardisation RP2006

#### Bibliographie

<sup>1</sup> La consommation de tabac est responsable d'au moins 80% des cancers du poumon. Source : Gilhodes J, Belot A, Bouvier AM, Remontet L, Delafosse P, Ligier K, et al. Évolution de l'incidence du cancer du poumon en France chez les jeunes adultes entre 1982 et 2012. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(17-18):296-300.

#### Définitions et méthode

<sup>2</sup> Psychose alcoolique, Cirrhose alcoolique ou sans précision du foie  
<sup>3</sup> Cancer des VADS : lèvres, cavité buccale, pharynx, larynx, œsophage.



Les causes de décès selon l'âge sont détaillées page

38.

# 1.3 Problèmes de santé spécifiques et état de santé global de la population

## AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD)

### Plus de 75 000 nouvelles admissions en ALD par an en Bretagne

En 2011-2013, 75 388 nouvelles admissions en ALD ont été prononcées en moyenne chaque année par les trois principaux régimes d'assurance maladie : régime général (Cnamts), régime agricole (MSA) et régime des professions indépendantes (RSI) pour des personnes domiciliées en Bretagne (figure 1). Plus de la moitié d'entre elles (52 %) ont concerné des hommes et 43 % des Bretons âgés de moins de 65 ans (46 % en France métropolitaine).

### En Bretagne, un taux de nouvelles admissions en ALD globalement inférieur au taux français ...

En 2011-2013, le taux standardisé annuel d'admission en ALD est de 2 159 pour 1 000 habitants en Bretagne, contre 2 204 en France. Les Bretons présentent une position similaire au niveau national et les Bretonnes une situation plus favorable. Au sein de la région, le Morbihan se démarque par un taux significativement supérieur à la moyenne nationale (2 364), tandis que les autres départements se situent dans une position plutôt favorable. En Bretagne comme en France, le taux d'admission en ALD est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (figure 1).

### ... et en progression chez les hommes

En Bretagne, les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD ont progressé entre 2006-2008 et 2011-2013 plus rapidement chez les hommes (+5 %) que chez les femmes (+3 %), contre respectivement +4 % et +5 % au niveau national (figure 2).

### Des taux qui augmentent fortement avec l'âge, davantage chez les hommes

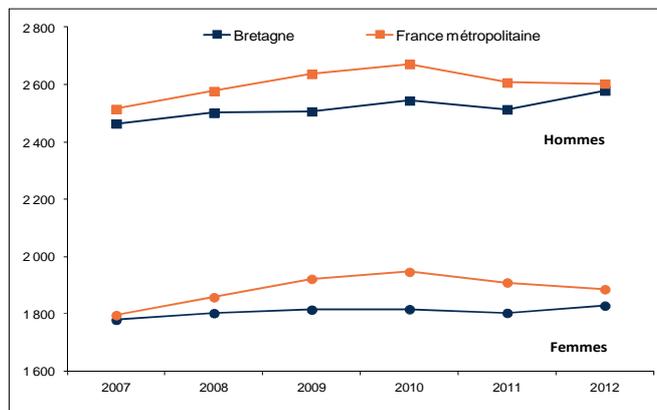
En Bretagne comme en France, le taux d'admission en ALD est faible et proche pour les deux sexes jusqu'à 50 ans. Ensuite, il progresse fortement à mesure que l'âge augmente et l'écart se creuse entre les hommes et les femmes pour devenir maximal en Bretagne dans la tranche d'âge des 90 ans et plus.

Figure 1 : Nombre et taux standardisés de nouvelles admissions en ALD en 2011-2013

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France*
<b>Effectif</b>						
Hommes	7 658	10 513	10 818	10 099	39 088	744 562
Femmes	7 141	10 062	9 889	9 207	36 300	680 913
Ensemble	14 799	20 575	20 707	19 306	75 388	1 425 475
<b>Taux standardisés pour 100 000 habitants</b>						
Hommes	2 474	2 450	2 580	2 822	2 579	2 603
Femmes	1 749	1 740	1 835	2 002	1 828	1 885
Ensemble	2 070	2 051	2 166	2 364	2 159	2 204

Source : Cnamts, MSA, RSI, Insee Exploitation ORS Bretagne  
Données lissées sur 3 ans – Unité pour 100 000 - Standardisation RP 2006

Figure 2 : Evolution des taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour 100 000 habitants



Source : Cnamts, MSA, RSI, Insee Exploitation ORS Bretagne  
Données lissées sur 3 ans – Standardisation RP 2006

### Définitions et méthode

En cas d'affection comprenant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré. La liste de ces 30 affections dites de « longue durée » (ALD) est établie par décret. La morbidité peut être approchée par les nouvelles admissions en ALD disponibles pour les trois principaux régimes de l'Assurance Maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes). Les données peuvent présenter toutefois des biais d'exhaustivité. Les effectifs sont fiabilisés depuis 2006.

### Les maladies de l'appareil circulatoire, responsables du plus grand nombre de nouvelles admissions en ALD, suivies par les tumeurs

En Bretagne comme en France, environ trois nouvelles admissions sur dix concernent les maladies de l'appareil circulatoire (figure 1). Les tumeurs arrivent en deuxième position et correspondent à près d'un quart des nouvelles admissions. Une nouvelle admission sur dix est attribuée au diabète, et en proportion équivalente aux affections psychiatriques de longue durée. Au sein de la région, les nouvelles admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire sont proportionnellement plus fréquentes dans les Côtes d'Armor, et moindre en Ille-et-Vilaine. Celles pour tumeurs sont plus nombreuses dans le Finistère. Enfin, la proportion de nouvelles admissions en ALD pour affections psychiatriques est plus élevée en Ille-et-Vilaine, et plus faible dans les Côtes-d'Armor.

### Moins d'ALD pour diabète en Bretagne

La Bretagne se démarque de la France métropolitaine par une moindre proportion de nouvelles admissions en ALD pour diabète. A l'inverse, celles liées aux maladies de l'appareil circulatoire et aux affections psychiatriques sont surreprésentées.

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

Le diabète et les maladies de l'appareil circulatoire sont plus fréquents chez les hommes, tandis que la maladie d'Alzheimer et autres démences sont plus représentées chez les femmes.

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

Chez les moins de 25 ans et les 25-44 ans, les troubles mentaux représentent le premier motif d'admission et correspondent à respectivement 37 % et 35 % des nouvelles admissions en ALD. Entre 45 et 64 ans, les tumeurs constituent le premier motif et représentent 28 % de l'ensemble des admissions en ALD. Le cancer le plus fréquent est celui du sein chez les femmes et celui de la prostate chez les hommes. A partir de 65 ans, les maladies de l'appareil circulatoire sont le premier motif d'admission en ALD (39 %).

## PRÉVALENCE DES PATHOLOGIES ET TRAITEMENTS

### Une prise en charge fréquente pour risque vasculaire

En Bretagne comme en France, les traitements du risque vasculaire sont globalement les prises en charge les plus fréquentes en 2013 (14 % des Bretons bénéficiaires du régime général concernés contre 13 % au niveau national), suivi par les traitements psychotropes, respectivement 11 % et 10 % (figure 2).

Figure 1 : Nombre annuel moyen de nouvelles admissions en ALD pour les principaux groupes de pathologies en 2011-2013

	Côtes d'Armor		Finistère		Ille-et-Vilaine		Morbihan		Bretagne		France métropolitaine
	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	Nb	%	%
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire <sup>1</sup> (ALD n°1, 3, 5 et 13)	5 084	34%	6 167	30%	6 049	29%	6 003	31%	23 303	31%	28%
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique <sup>2</sup> (ALD n°30)	3 336	23%	4 842	24%	4 474	22%	4 306	22%	16 958	22%	23%
Diabète de type 1 et diabète de type 2 (ALD n°8)	1 747	12%	2 353	11%	2 361	11%	2 268	12%	8 728	12%	17%
Affections psychiatriques de longue durée (ALD n°23)	1 227	8%	2 215	11%	2 650	13%	2 112	11%	8 204	11%	9%
Maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD n°15)	904	6%	1 367	7%	997	5%	1 069	6%	4 336	6%	5%
Insuffisance respiratoire chronique grave (ALD n°14)	456	3%	545	3%	717	3%	593	3%	2 310	3%	3%

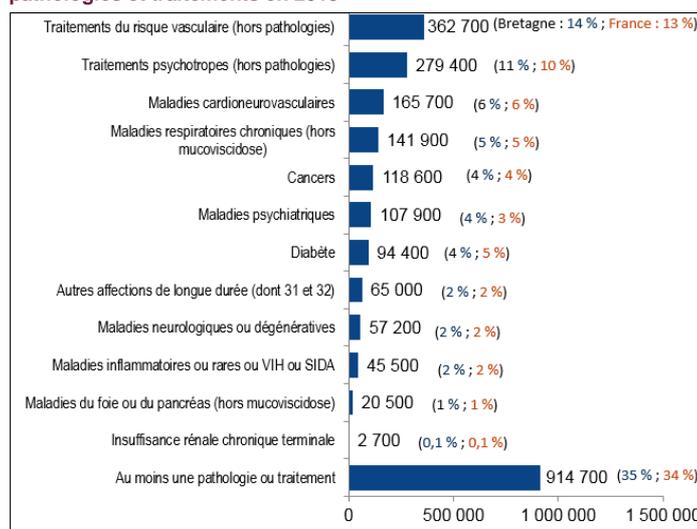
Source : Cnamts, MSA, RSI, Insee

### Définitions et méthode

<sup>1</sup> Comprend : Accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n°1), Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (ALD n°3), Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves (ALD n°5) et Maladie coronaire (ALD n°13). L'hypertension artérielle sévère est exclue.

<sup>2</sup> Les données présentées ici correspondent à l'ensemble des ALD attribuées au titre de l'ALD n°30. Ces chiffres comprennent donc les quelques ALD attribuées pour « Tumeurs in situ » (codes Cim D00-D09) et « Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue » (codes Cim D37-D48).

Figure 2 : Effectifs et taux de prévalence (en %) des groupes de pathologies et traitements en 2013\*



Source : Cnamts (Données du Régime général), cartographie  
 \*sur 2,6 millions de bénéficiaires du régime général en Bretagne et 56 millions en France  
 Remarque : les effectifs détaillés ne se cumulent pas, une personne pouvant avoir plusieurs pathologies, traitements, événements de santé au cours de l'année.

### Une pathologie chronique ou un traitement chronique pour un Breton sur trois en 2013

Sur les 2,6 millions de Bretons affiliés au régime général de l'Assurance Maladie, 35 % ont eu recours en 2013 à des soins en lien avec une pathologie ou un traitement chronique, tel qu'un psychotrope, un anti-hypertenseur ou un hypolipémiant (34 % au niveau national).

### Les traitements antihypertenseurs sont les plus fréquents en Bretagne chez les hommes comme chez les femmes

En 2013, environ un Breton sur 10 a eu recours à un traitement antihypertenseur. Les traitements hypolipémiants et les maladies respiratoires chroniques arrivent au deuxième rang chez les hommes, tandis qu'il s'agit des traitements anxiolytiques chez les femmes (figure 1).

### Des écarts marqués selon l'âge entre la région et le niveau national pour certaines pathologies ou traitements

En Bretagne, les personnes âgées de 75 ans et plus sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu recours en 2013 aux traitements hypolipémiants (22 % contre 19 % en France) et aux traitements hypnotiques (15 % contre 11 %). A l'inverse, la prise en charge du diabète est moins fréquente chez les Bretons de 55 ans et plus (10 % d'entre eux contre 14 % en France).

#### Définitions et méthode

Une cartographie des pathologies a été développée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés à partir des données du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance Maladie (Sniiram). Elle permet d'identifier les personnes prises en charge par groupe de pathologies, états de santé (maternité, hospitalisation non liée à une pathologie chronique...) et traitements parmi les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie (sections locales mutualistes comprises : fonctionnaires, étudiants...). Elle présente également des données sur la polypathologie.

La classification des pathologies, événements de santé et traitements s'effectue à partir d'algorithmes utilisant : les diagnostics des affections de longue durée (personnes en ALD au cours de l'année) ; les diagnostics des séjours hospitaliers (principaux, reliés ou associés selon les cas) en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et en psychiatrie, identifiés par leur code selon la 10e révision de la classification internationale des maladies (CIM-10) ; les délivrances de médicaments spécifiques et les réalisations d'actes spécifiques de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Les effectifs ne se cumulent pas, une personne pouvant avoir plusieurs pathologies, traitements, événements de santé au cours de l'année.

-Traitements du risque vasculaire (hors pathologies) : Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments, mais sans maladie coronaire ou accident vasculaire cérébral ou insuffisance cardiaque, ou artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ou insuffisance rénale chronique terminale traitée, ou diabète.

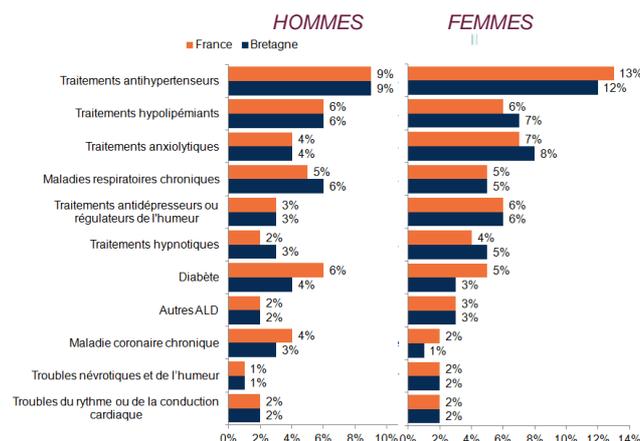
-Traitements psychotropes (hors pathologies) : Personnes ayant reçu au moins 3 délivrances de médicaments, sans pathologie psychiatrique

-Maladies cardiovasculaires : Syndrome coronaire aigu, Maladie coronaire chronique, AVC aigu ou séquelle, AIT, Insuffisance cardiaque aiguë ou chronique, AOMI, Troubles du rythme ou conduction, Maladie valvulaire, Embolie pulmonaire aiguë

- Les antihypertenseurs : ils sont utilisés pour rétablir une tension artérielle normale en cas d'hypertension.

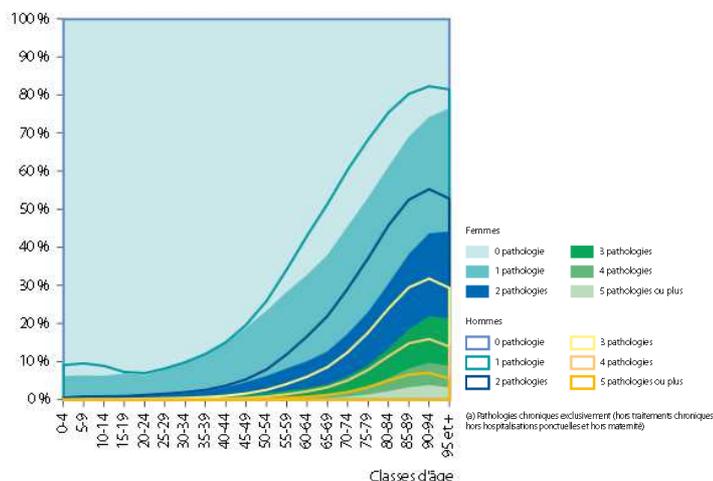
- Les hypolipémiants : ils sont destinés à faire diminuer le taux de graisses dans le sang.

Figure 1: Répartition en % des sous-groupes de pathologies ou traitements par sexe en 2013 en Bretagne



Source : Cnamts (Données du Régime général), cartographie des pathologies

Figure 2: Nombre de maladies chroniques (a), selon l'âge et le sexe, en 2013



Source : Cnamts, cartographie des pathologies

### La polypathologie en France et son évolution (ci-dessus)

L'accroissement de la polypathologie (au moins deux maladies chroniques) pose des défis majeurs aux systèmes de soins. La polypathologie est fortement liée à l'âge et au sexe. Elle augmente rapidement à partir de 50 ans, davantage chez les hommes que chez les femmes : 8 % des hommes entre 50 et 54 ans et 29 % entre 70 et 74 ans sont concernés, contre respectivement 6 % et 17 % des femmes. La polypathologie est plus fréquente dans un contexte socio-économique défavorisé.

## 2. INDICATEURS THÉMATIQUES

### 2.1 Mesure des inégalités de santé et déterminants de l'état de santé

#### INDICATEURS SOCIAUX

##### Moins de cadres en Bretagne, mais leur poids dans la population active progresse

La Bretagne compte, en 2012, 25,5 % d'ouvriers, 6,3 % d'artisans-commerçants-chefs d'entreprise et 2,7 % d'agriculteurs, proportions plus élevées qu'au niveau national (respectivement 22,9 %, 6 % et 1,6 %). A l'inverse, les cadres et les professions intermédiaires sont moins représentés en Bretagne avec respectivement 12,7 % et 24,3 % contre 15,8 % et 24,7 % des actifs pour la France métropolitaine (figure 1). Entre 2007 et 2012, les proportions d'ouvriers et d'agriculteurs ont diminué (respectivement 25,8 % et 3,8 % en 2007). A l'inverse, les proportions de cadres, d'employés et de professions intermédiaires ont augmenté (respectivement 12,5 %, 27,8 % et 23,8 % en 2007). L'écart à la France se réduit.

##### La Bretagne affiche un taux de chômage en hausse, tout en restant l'un des plus faibles de France

A la fin de l'année 2015, le taux de chômage en Bretagne (8,9 %) est plus faible qu'en France métropolitaine (10 %). A l'image de l'ensemble des régions, la Bretagne affiche un taux de chômage à la hausse entre 2008 et 2014, tout en restant l'un des plus faibles. En 2008, il était de 5,9 % (le plus bas entre 2008 et 2014) contre 7,1 % au niveau national. L'Ille-et-Vilaine demeure le département breton avec le taux de chômage le moins important. La zone d'emploi de Guingamp culmine avec un taux de chômage de 10,6 %, suivi des zones d'emploi de Carhaix-Plouguer et Lorient avec des taux de 10,4 %. A l'opposé, la zone d'emploi de Vitré conserve le chômage le plus bas en Bretagne avec un taux de 5,5 % (figure 2).

##### Une proportion de personnes pas ou peu diplômées la plus faible de France métropolitaine, après l'Île-de-France

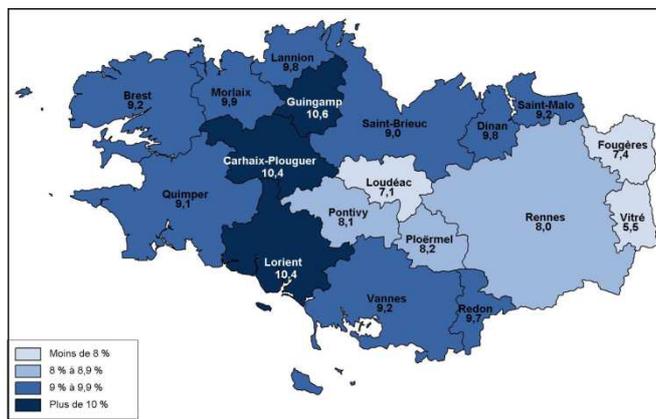
En 2012, un quart (24 %) de la population bretonne est sans diplôme ou peu diplômée (uniquement le certificat d'études primaires), proportion plus élevée chez les femmes (28 %) que chez les hommes (20 %) (figure 3), et en baisse par rapport à 2006 (30 %). Parallèlement, en Bretagne comme en France métropolitaine, les femmes sont plus diplômées de l'enseignement supérieur (26 %) que leurs homologues masculins (24 %). La proportion de Bretons diplômés d'un Bac+2 ou plus est en hausse (20 % des hommes et 22 % des femmes en 2006).

Figure 1 : Répartition des actifs selon la catégorie socioprofessionnelle en 2012 et évolution depuis 2007

	Bretagne			France métropolitaine		
	% (2007)	Nb (2012)	% (2012)	% (2007)	Nb (2012)	% (2012)
Ensemble	100,0 %	1 463 945	100,0 %	100,0 %	29 560 598	100,0 %
Agriculteurs exploitants	3,8 %	39 872	2,7 %	2,0 %	460 363	1,6 %
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	6,3 %	92 910	6,3 %	5,9 %	1 767 968	6,0 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	12,5 %	185 976	12,7 %	15,8 %	4 676 630	15,8 %
Professions intermédiaires	23,8 %	355 977	24,3 %	24,8 %	7 311 646	24,7 %
Employés	27,8 %	416 053	28,4 %	28,4 %	8 562 941	29,0 %
Ouvriers	25,8 %	373 156	25,5 %	23,1 %	6 781 050	22,9 %

Source : Insee, RP 2012

Figure 2 : Taux de chômage en Bretagne par zone d'emploi au quatrième trimestre 2015



Côtes-d'Armor	9,2	Ille et Vilaine	8,0	Bretagne	8,9
Finistère	9,2	Morbihan	9,5	France métropolitaine	10,0

Source : Insee

Figure 3 : Niveau de diplôme obtenu, selon le sexe en 2012

	Pas ou peu diplômé		BEPC, CAP, BEP, Baccalauréat		Bac+2 ou plus	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Côtes d'Armor	23 %	31 %	56 %	46 %	21 %	23 %
Finistère	17 %	26 %	58 %	47 %	25 %	26 %
Ille-et-Vilaine	21 %	27 %	51 %	43 %	28 %	30 %
Morbihan	22 %	29 %	57 %	47 %	21 %	24 %
Bretagne	20 %	28 %	55 %	46 %	24 %	26 %
France métropolitaine	24 %	30 %	50 %	43 %	26 %	27 %

Source : Insee, RP 2012

#### Définitions et méthode

Le taux de chômage est le rapport entre le nombre de chômeurs au sens du bureau international du travail (BIT) sur la population active.

**La Bretagne est globalement moins exposée aux difficultés sociales que d'autres régions, mais des fragilités sont visibles dans certains bassins de vie ruraux<sup>1</sup>**

Les revenus médians les plus élevés se situent dans les centres urbains et périurbains (figure 1). Les bassins de vie aux revenus les plus faibles sont majoritairement situés en centre Bretagne et aux frontières régionales. Six bassins de vie figurent parmi les plus pauvres de France (d'ouest en est : Châteauneuf- du-Faou, Huelgoat, Callac, Rostrenen, Pontivy et Collinée), ainsi que quatre bassins de vie situés à proximité des régions voisines (Guéméné-Penfao, Derval, Saint-James et Louvigné-du-Désert).

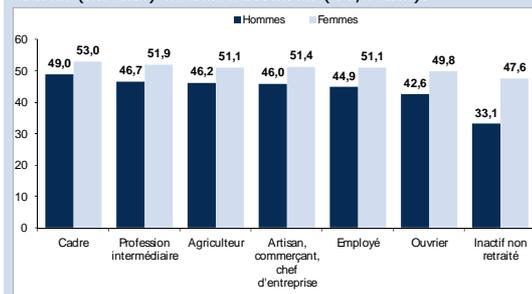
**Moins de familles défavorisées en Bretagne**

Près des trois quarts des enfants bretons vivent dans des familles traditionnelles. Pays de la Loire exceptés, la Bretagne présente la plus petite part de familles monoparentales parmi les régions françaises (18 %), nettement inférieure à la moyenne nationale (22 %)². L'Ille-et-Vilaine détient le ratio le plus faible (17 %) et le Finistère le plus élevé (19 %). Parallèlement, la Bretagne fait partie des régions où la part des enfants vivant au sein d'une famille recomposée est la plus faible (10 %)². Elle présente le taux le plus bas de familles avec mineur dans lesquelles aucun des parents n'est en emploi et se situe avec un taux de 7 %, 4 points en dessous de la moyenne nationale (taux allant de 6 % pour l'Ille-et-Vilaine à 8 % pour les Côtes-d'Armor). Comparées aux autres régions françaises, les familles bretonnes apparaissent moins souvent défavorisées au regard de différents critères socioéconomiques (monoparentalité, chômage, bas revenus ou surpeuplement)³. Si les familles habitant le périurbain semblent relativement favorisées, celles des villes-centres sont plus fréquemment en difficulté.

**Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales**

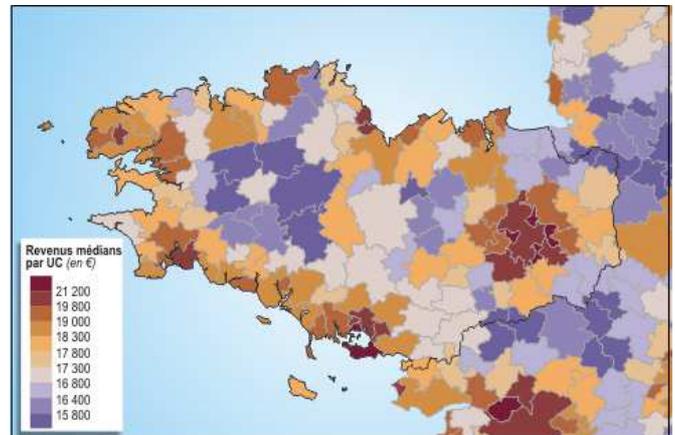
→ A 35 ans, un homme cadre a une espérance de vie de 49 ans, un ouvrier, de 42,6 ans, soit 6 ans d'écart.

→ Chez les femmes, 3 ans séparent l'espérance de vie à 35 ans des cadres (53 ans) et des ouvrières (49,8 ans).



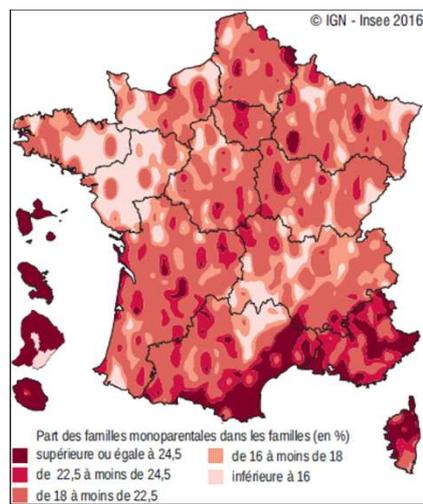
Source : Insee Première N° 1584 - février 2016 - « Les hommes cadres vivent toujours 6 ans de plus que les hommes ouvriers »

Figure 1 : Répartition des bassins de vie bretons par décile de revenus médians par unité de consommation (en euros, en 2010)



Source : Insee- Revenus fiscaux localisés 2010

Figure 2 : Part des familles monoparentales parmi les familles avec enfant(s) mineur(s) en 2012



Note : données lissées, sauf en Guyane (données communales). Champ : France hors Mayotte.

Source : Insee, recensement de la population de 2012 (exploitation complémentaire).

**Définitions et méthode**

L'unité de consommation (UC) est un système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation.

**Bibliographie**

- <sup>1</sup> « Portrait social des bassins de vie bretons : moins de fragilités dans le périurbain proche » - Insee Bretagne N° 54 - octobre 2013
- <sup>2</sup> Le visage des familles en Bretagne : davantage de grands-parents et d'enfants dans les familles traditionnelles (Insee, Octant Info n° 34)
- <sup>3</sup> Des familles plus présentes et avec moins de fragilités sociales dans les couronnes périurbaines - Insee Analyses Bretagne N° 34 - mars 2016

## La part des propriétaires plus élevée en Bretagne

Deux tiers des résidences principales sont occupées par leurs propriétaires, soit 8 points de plus qu'au niveau national ; le tiers restant est loué (21 % à des locataires du secteur privé, 11 % à des locataires du secteur HLM et des collectivités territoriales). Cette prépondérance des propriétaires est à relier à l'importance de l'habitat individuel en Bretagne : en effet, la part des propriétaires occupants dans le parc pavillonnaire est globalement élevée (83 % dans la région et 81 % dans l'ensemble du pays).

## Un parc locatif social peu développé

Au 1er janvier 2014, avec 163 568 logements sociaux, soit 50 logements pour 1 000 habitants contre 71 au niveau national, le parc locatif social breton est l'un des moins denses de France. Près des deux tiers des logements sociaux sont concentrés dans les sept principales agglomérations bretonnes<sup>1</sup>. L'Ille-et-Vilaine concentre 39 % du parc régional. Fin 2013, près d'une personne sur 10 perçoit une aide au logement, taux comparable à la moyenne française (figure 1).

### Bibliographie

<sup>1</sup> Parc locatif des bailleurs sociaux en Bretagne au 1<sup>er</sup> janvier 2014 – Dreal Bretagne.

<sup>2</sup> La France en sept classes. In : Trugeon A., Thomas N., Michelot F., Lémery B/ Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton. Collection Abrégés. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson; 2010, 280 p

### Inégalités sociales de santé

La Fédération des observatoires régionaux de la santé a réalisé en 2010 une analyse cantonale des indicateurs de santé, mettant en évidence une typologie des cantons, l'objectif étant de disposer d'une vue d'ensemble des disparités locales de santé, basée sur des indicateurs disponibles à l'échelon cantonal (figure 2).

Les résultats de cette analyse soulignent la forte influence des déterminants sociaux, plus fortement corrélés aux facteurs de santé que les variables d'offre de soins. La typologie obtenue fait ressortir les contrastes entre les milieux urbains et ruraux, dissocie les zones urbaines et péri-urbaines socialement favorisées ou défavorisées, et dessine des entités identifiées selon des critères géographiques, culturels et économiques.

Au niveau infrarégional, la majorité des cantons bretons se démarquent par une forte proportion d'ouvriers, et ils sont en surmortalité générale et prématurée par rapport au niveau national. A l'inverse, les cantons situés essentiellement en Ille-et-Vilaine ou à proximité des grandes agglomérations (Brest, Vannes et Saint-Brieuc) sont en situation plutôt favorable d'un point de vue sanitaire et social.

Figure 1 : Logement et parc locatif social au 1<sup>er</sup> janvier 2014 – aides au logement au 31 décembre 2013

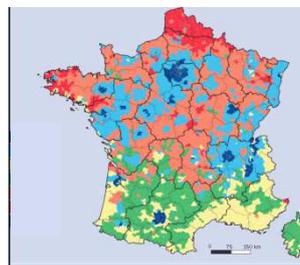
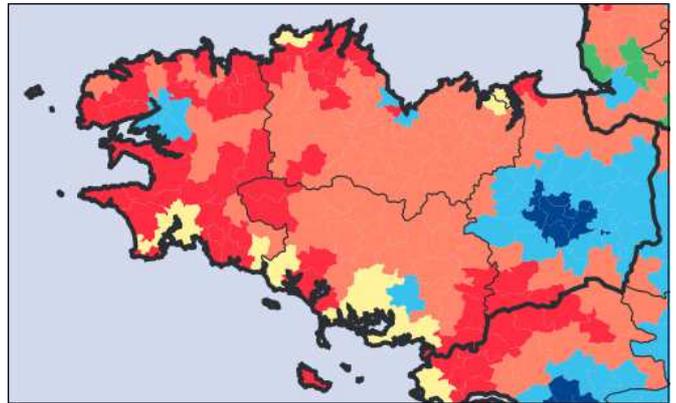
	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France métropolitaine
Nombre de logements sociaux (1)	21 484	44 757	63 308	34 019	163 568	4 547 594
Nombre de logements sociaux pour 1000 habitants	36	49	61	46	50	71
Part des logements sociaux dans les résidences principales (en %)	7,7	10,5	13,9	9,9	10,9	16,0
Nombre d'allocataires d'aides au logement*	51 155	82 881	114 284	64 392	312 712	6 288 184
Taux d'allocataires d'aides au logement*	9	9	11	9	9	10

Source : DREAL Bretagne – RPLS au 1<sup>er</sup> janvier 2014 - CCMSA, Cnaf

(1) Le parc de logements en Bretagne - chiffres clés 1er janvier 2014 - DREAL Bretagne

\*au 31 décembre 2013 – Définition du taux : Nombre d'allocataires de l'aide personnalisée au logement (APL), de l'allocation de logement à caractère familial (ALF) ou de l'allocation logement à caractère social (ALS) / Nombre de ménages au RP 2011 \* 100.

Figure 2 : Typologie en sept classes des cantons



Source : La France en sept classes<sup>2</sup>.

La classification a permis d'identifier sept classes regroupant des cantons au profil socio-sanitaire similaire. Classes :

- zones urbanisées, socialement favorisées, à proximité des services de soins, en sous-mortalité ;
- zones plutôt péri-urbaines, en situation moyenne par rapport au niveau national, tant pour la situation sociale que pour la mortalité, relativement peu dotées en services de soins de premier recours libéraux
- zones relativement peuplées, offre de soins de premier recours libérale importante, dans la moyenne nationale en regard de la mortalité, marquées par des différences sociales importantes entre les diverses populations qui la constituent ;
- zones rurales avec de fortes proportions d'agriculteurs exploitants et de personnes âgées, connaissant une certaine précarité, éloignées des services de soins, en sous-mortalités générale et prématurée, hormis pour les causes accidentelles ;
- zones rurales, avec des proportions d'ouvriers et d'agriculteurs exploitants élevées, de faibles densités de professionnels de santé, en surmortalités générale, prématurée et accidentelle au sens large ;
- zones industrielles avec une proportion d'ouvriers importante, des situations de précarité fréquentes, en surmortalités générale et prématurée ;
- zones avec une population jeune, une fécondité élevée, socialement défavorisées, en surmortalité par maladies vasculaires cérébrales et en sous-mortalité par cancers.

## DETERMINANTS LIES AUX COMPORTEMENTS INDIVIDUELS

### Conduites addictives liées à l'alcool

#### Plus de la moitié des décès pour les pathologies liées à l'alcool surviennent prématurément

En 2010-2012, en Bretagne, 735 décès annuels pour des pathologies liées à l'alcool sont survenus avant l'âge de 65 ans (soit 54 % de la mortalité pour ces pathologies), dont 81 % chez les hommes (figure 1). Chez les hommes, le cancer des VADS est responsable de 39 % de ces décès prématurés juste devant les cirrhoses alcooliques du foie (35 %) et les psychoses alcooliques (26 %).

Chez les femmes, les cirrhoses alcooliques prédominent et représentent plus de la moitié de ces décès prématurés (51 %) devant les psychoses alcooliques (26 %) et le cancer des VADS (23 %).

Au niveau des départements, le Finistère enregistre un tiers des décès de la région (figure 2).

#### Une situation régionale défavorable surtout pour les hommes...

En 2010-2012, en France comme en Bretagne, les taux de mortalité prématurée indiquent une forte prédominance masculine de la mortalité prématurée pour ces trois pathologies liées à l'alcool, celle-ci étant 3 à 5 fois supérieure à celle des femmes selon le niveau géographique considéré. En 2010-2012, le taux standardisé de mortalité prématurée objective une forte surmortalité masculine en Bretagne alors que chez les femmes bien que le taux breton soit supérieur au taux national, l'écart avec la moyenne française est relativement faible (figure 1).

#### ...sauf en Ile-et-Vilaine

Chez les hommes, les départements bretons, à l'exception de l'Ile-et-Vilaine, présentent des taux standardisés de mortalité supérieurs au niveau national. Le Finistère et les Côtes-d'Armor enregistrent les plus forts taux. Chez les femmes, les taux sont relativement équivalents entre les départements, et proches du taux métropolitain.

#### La mortalité prématurée baisse moins vite chez les Bretonnes

Entre 2000-2002 et 2010-2012, en Bretagne comme en France, les taux standardisés de mortalité prématurée n'ont cessé de diminuer, de manière plus marquée chez les Bretons (-30 %) que chez les Bretonnes (-25 %) en comparaison de la France métropolitaine où les taux de variation sont équivalents chez les hommes (-29 %) et les femmes (-30 %). L'écart entre les Bretons et les Français tend à se réduire.

Figure 1 : Nombre moyen annuel de décès prématurés pour les principales pathologies liées à l'alcool en Bretagne en 2010-2012

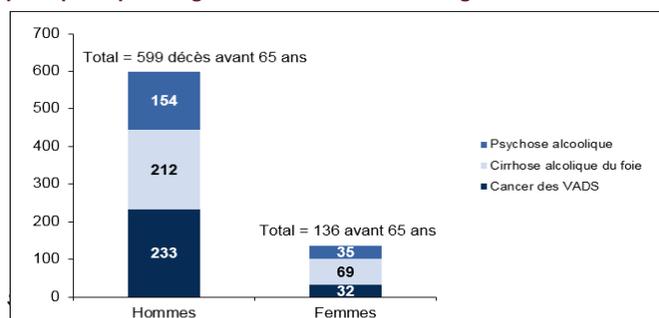
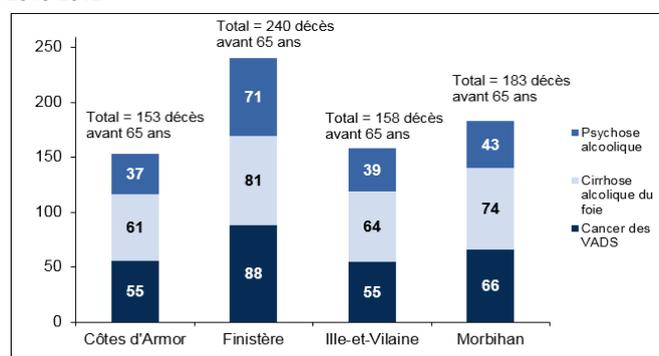


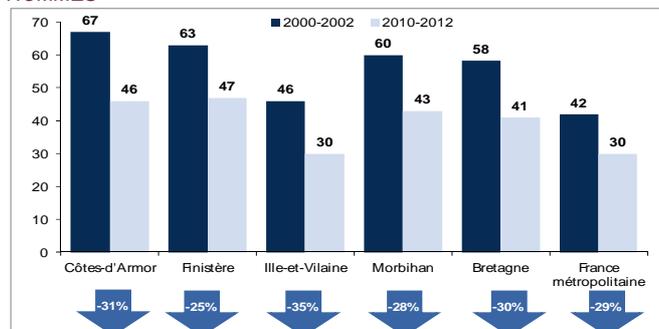
Figure 2 : Nombre moyen annuel de décès prématurés pour les principales pathologies liées à l'alcool selon les départements en 2010-2012



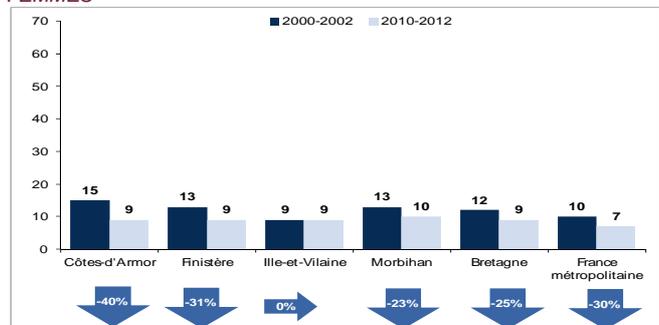
Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

Figure 3 : Evolution de la mortalité prématurée pour les principales pathologies liées à l'alcool selon les départements entre 2000-2002 et 2010-2012\*

#### HOMMES



#### FEMMES



Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

\*Taux standardisés de mortalité pour 100 000 habitants sur la population France entière deux sexes confondus au RP 2006

## Plus forte baisse enregistrée chez les hommes en Ile-et-Vilaine et les femmes dans les Côtes d'Armor

Chez les hommes, l'Ile-et-Vilaine est le département où la diminution est la plus importante (-35 %) à l'inverse du département du Finistère qui affiche la moins forte baisse (-25 %). Dans le Morbihan et les Côtes-d'Armor, l'évolution est proche de celle observée au niveau national (-29 %). **Chez les femmes**, l'Ile-et-Vilaine présente des taux stables sur la dernière décennie, alors que dans les Côtes-d'Armor la diminution est la plus marquée (-40 %). Le Finistère suit la tendance métropolitaine et le Morbihan, la tendance régionale (*figure 3*).

## La Bretagne est la région qui présente les niveaux les plus élevés d'ivresses déclarées

D'après les résultats du Baromètre santé 2010 de l'Inpes, la région ne compte pas davantage de buveurs quotidiens que la moyenne nationale : 12 % des Bretons âgés de 15 à 75 ans déclarent avoir consommé des boissons alcoolisées tous les jours au cours des 12 derniers mois, et 11 % en France métropolitaine (*figure 1*). En revanche, la Bretagne est la région qui présente la fréquence la plus élevée d'ivresses : les ivresses dans l'année (au moins 1 fois) concernent 28 % des Bretons contre 19 % des Français de 15 à 75 ans. Les ivresses répétées (au moins 3 fois dans l'année) se révèlent également nettement plus fréquentes (15 % des Bretons contre 8 % des Français).

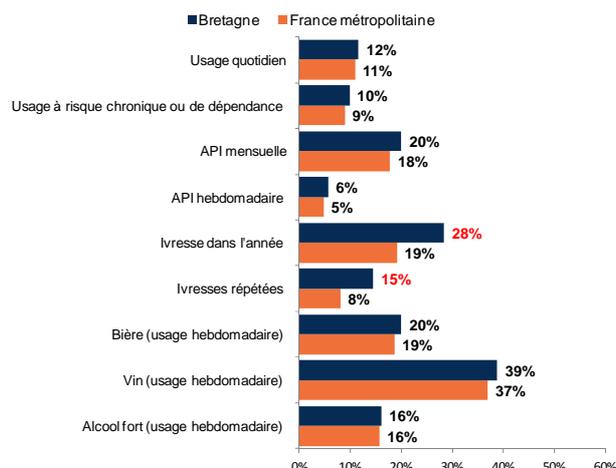
### ...notamment chez les 15-30 ans

En Bretagne, les fréquences des ivresses (ponctuelles ou répétées) chez les jeunes sont les plus élevées de France (*figure 2*). Plus de la moitié (56 %) des jeunes Bretons déclarent avoir été ivres au moins une fois dans l'année contre 38 % sur l'ensemble du territoire. Par ailleurs, la Bretagne est la deuxième région la plus consommatrice d'alcool, notamment de bière, de manière hebdomadaire, ce qui n'est pas le cas en population générale.

## La consommation régulière d'alcool diminue, mais l'ivresse progresse

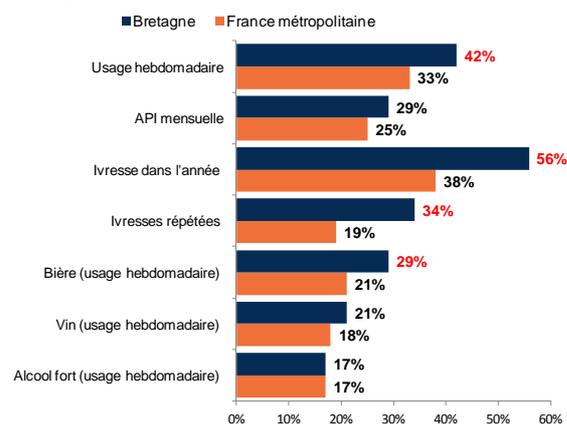
Chez les Bretons de 15 à 75 ans, la consommation quotidienne de boissons alcoolisées est en baisse (elle est passée de 14 % en 2005 à 12 % en 2010, soit -2 points), de même que le niveau de consommation hebdomadaire d'alcool fort (-3 points). En revanche, la fréquence des ivresses a augmenté (+4 points pour les ivresses répétées et +5 points pour les ivresses ponctuelles).

Figure 1 : L'usage d'alcool chez les 15-75 ans en Bretagne et en France métropolitaine en 2010 (proportions standardisées d'utilisateurs, en %)



Source : Baromètre santé 2010 de l'Inpes. Analyses régionales 2013.

Figure 2 : L'usage d'alcool chez les 15-30 ans en Bretagne et en France métropolitaine en 2010 (proportions standardisées d'utilisateurs, en %)



Source : Baromètre santé 2010 de l'Inpes. Analyses régionales 2013.

### Définitions et méthode

Le Baromètre santé Inpes 2010 est une enquête menée auprès de près de 30 000 personnes, dont 6 000 jeunes de 15 à 30 ans. Ses données ont permis d'établir un nouveau Baromètre santé jeunes, publié en 2013. Les enquêtes Baromètre santé sont de type déclaratif. L'échantillon pour la région comprend 1 387 Bretons âgés de 15 à 75 ans, dont 276 jeunes de 15 à 30 ans.

Afin d'éliminer les effets dus aux différences de structure démographique de la population, les données présentées ont été standardisées sur une structure de référence. Les valeurs en rouge sont significativement supérieures au reste de la France.

API (alcoolisation ponctuelle importante) : 6 verres ou plus en une même occasion

Ivresses répétées : déclarer avoir été ivre au moins trois fois durant les douze derniers mois

Usage à risque chronique ou de dépendance : consommation de plus de 21 verres par semaine pour les hommes, de plus de 14 verres par semaine pour les femmes, ou consommation d'au moins 6 verres en une occasion au moins une fois par semaine.

**Chez les jeunes Bretons**, la hausse des épisodes d'ivresse (ponctuels ou répétés) est particulièrement inquiétante. La proportion de 15-30 ans déclarant avoir déjà été ivres au cours de l'année a augmenté de manière significative (passant de 44 % en 2005 à 56 % en 2010). De même, il faut souligner une nette augmentation des ivresses répétées : 24 % en 2005 et 34 % en 2010. Au niveau national, les tendances sont similaires, sauf pour la consommation hebdomadaire d'alcool fort chez les 15-75 ans qui est stable.

### Un accident de la circulation mortel sur trois en lien avec l'alcool

Sur la période cumulée 2012-2014, l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR) dénombre en Bretagne 161 personnes tuées sur les routes en moyenne chaque année. Sans se situer parmi les régions où la proportion d'accidents mortels avec un taux d'alcool positif est la plus élevée, la Bretagne dépasse la moyenne nationale : l'alcool y est impliqué dans 33% des accidents mortels contre 30 % en France métropolitaine (*figure 1*). D'importantes disparités existent entre les départements : de 29 % dans le Morbihan à 41 % dans le Finistère. Ce département fait partie des départements métropolitains où ce taux est le plus élevé.

**Figure 1 : Part des accidents mortels avec alcool dans l'ensemble des accidents mortels au taux d'alcoolémie connu en 2012-2014**

Part des accidents mortels avec alcool dans l'ensemble des accidents mortels au taux d'alcoolémie connu	
Côtes d'Armor	28 %
Finistère	41 %
Ille-et-Vilaine	33 %
Morbihan	29 %
<b>Bretagne</b>	<b>33 %</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>30 %</b>

Source : ONISR - Bilan définitif de l'accidentalité routière 2014, exploitation ORS Bretagne

#### Définitions et méthode

Les conduites addictives liées à une consommation excessive d'alcool constituent un véritable enjeu de santé publique en Bretagne en raison de leur impact sur la santé en matière de cancers, de pathologies cardio-vasculaires ou de santé mentale. L'alcool est également impliqué dans les accidents de la route, du travail, les violences. Au total, 13 % des décès masculins et 5 % des décès féminins seraient attribuables à l'alcool<sup>1</sup>.

Trois pathologies liées à l'alcool sont généralement étudiées :

- les cirrhoses du foie (codes CIM10 : K70 et K746),
- les psychoses alcooliques et l'alcoolisme (codes CIM10 : F10),
- les cancers des voies aéro-digestives supérieures (codes CIM10 : C00-14, C15 et C32).

Attention : l'alcool est un facteur de risque de ces pathologies, mais il existe d'autres facteurs aggravants.

#### Bibliographie

<sup>1</sup> Guérin S., Laplanche A., Dunant A. et Hill C., Alcohol-attributable mortality in France - European Journal of Public Health, vol.23, n°4, 2013, pp. 588-593

Beck F., Guignard R., Léon C., Richard J.-B. Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoires,



Les conduites addictives en lien avec l'alcool chez les jeunes de 17 ans sont spécifiquement abordés page 49 dans la fiche « Jeunes ».

## Conduites addictives liées au tabac

### Plus d'1 décès sur 4 pour des pathologies liées au tabac survient prématurément en Bretagne

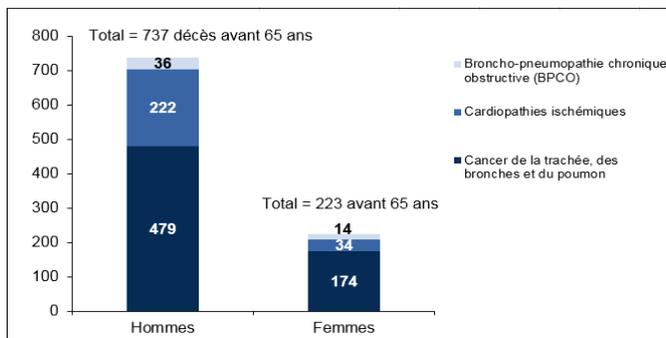
En 2010-2012, en moyenne annuelle, 737 hommes et 223 femmes sont décédés avant l'âge de 65 ans de l'une des trois pathologies principalement liées au tabac, ce qui représente 27 % de l'ensemble de la mortalité liée au tabagisme (figure 1). Chez les hommes, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon est responsable de 65% des décès prématurés liés au tabac, devant les cirrhoses alcooliques du foie (30 %) et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) (5 %). Chez les femmes, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon sont responsables de plus des trois quarts des décès prématurés liés au tabac (78 %), viennent ensuite les cardiopathies ischémiques (16 %) et enfin, les BPCO (6%). Au niveau des départements, le Finistère enregistre plus d'un tiers des décès de la région (figure 1).

#### ... alors qu'elle baisse chez les hommes

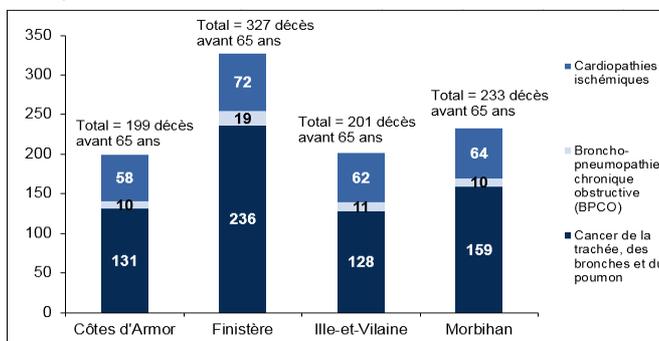
Chez les hommes, le Finistère est le département où la diminution est la plus importante (-22 %), alors qu'elle se situe à un niveau équivalent dans les trois autres départements bretons. Chez les femmes, les Côtes-d'Armor affichent l'augmentation la plus marquée (+63 %), tandis que l'évolution en Ille-et-Vilaine et dans le Morbihan est relativement similaire à celle observée au niveau régional. Le Finistère suit la tendance métropolitaine.

Figure 1 : Nombre moyen annuel de décès prématurés pour les principales pathologies liées au tabac en Bretagne en 2010-2012

Par sexe :



Par département :



Source : Inserm CépiDc Exploitation ORS Bretagne

#### L'impact du tabagisme est considérable sur la santé publique.

Outre les problèmes de dépendance, le tabagisme accroît le risque de survenue de maladies cardio-vasculaires, de maladies pulmonaires ainsi que de nombreux cancers, ce qui en fait la première cause de mortalité évitable en Bretagne devant l'alcool. Les complications commencent à apparaître vers 20 à 30 ans après le début du tabagisme. Les femmes sont actuellement moins touchées que les hommes car les femmes qui ont 70 ans aujourd'hui sont peu nombreuses à avoir fumé. En revanche, le nombre de décès féminins par cancer du poumon devrait augmenter dans les années à venir. En 2025, il devrait égaler le nombre de décès par cancer du sein.

Source : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

#### Définitions et méthode

Le tabac, même s'il n'est pas le seul apparaît comme le principal facteur de risque associé à trois causes médicales de décès :

- le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (codes CIM10 : C33-C34),
- les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) (codes CIM10 : J40-44),
- les cardiopathies ischémiques (codes CIM10 : I20-25).

### Une prédominance masculine marquée

En 2010-2012, quel que soit le niveau géographique considéré, les taux standardisés indiquent une forte prédominance masculine de la mortalité prématurée, celle-ci étant environ 3 fois supérieure à celle des femmes (figure 1).

### Une situation régionale équivalente à celle de la France...

En 2010-2012, chez les hommes comme chez les femmes, les taux standardisés de mortalité prématurée sont proches entre la Bretagne et la France.

### ... masquant une situation fortement contrastée selon les départements : le Finistère est le plus touché chez les hommes comme chez les femmes

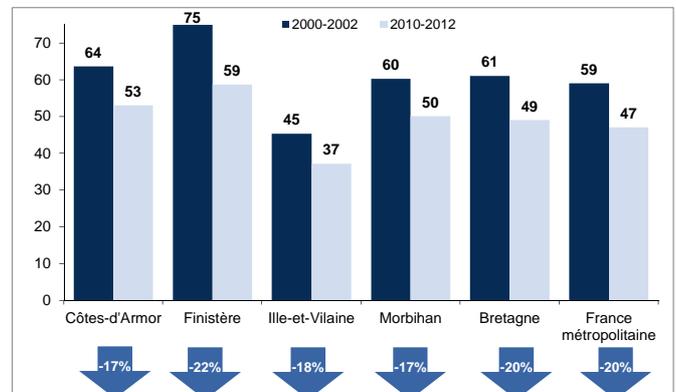
L'Ille-et-Vilaine présente une situation favorable avec le taux le plus faible et inférieur à la moyenne métropolitaine (37 décès prématurés pour 100 000 hommes et 11 chez les femmes contre respectivement 47 et 14 au niveau métropolitain) alors que le Finistère (59 pour 100 000 hommes et 17 chez les femmes) se démarque défavorablement affichant le taux le plus élevé de la région et supérieur chez les hommes à la moyenne nationale (figure 1).

### La mortalité prématurée pour les pathologies liées au tabac augmente chez les femmes et plus fortement en Bretagne ...

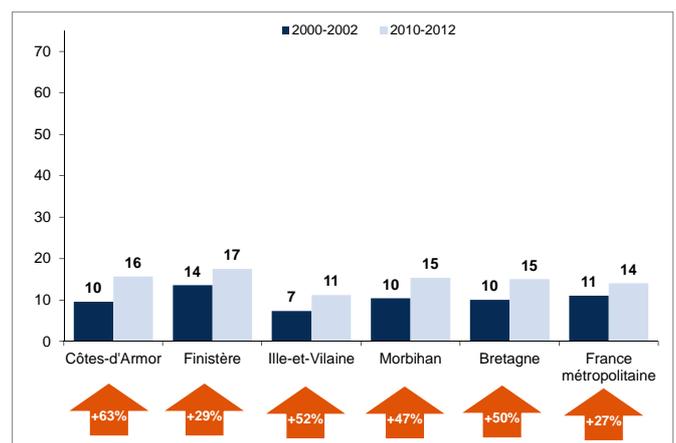
Entre 2000-2002 et 2010-2012, en Bretagne comme en France, les taux standardisés masculins de mortalité prématurée ont globalement diminué de -20 %, alors que chez les femmes la tendance est inversée : les taux féminins ont nettement progressé, de manière plus importante en Bretagne qu'en France (respectivement +50 % et +27 %).

Figure 1 : Evolution de la mortalité prématurée pour les pathologies principales liées au tabac selon les départements entre 2000-2002 et 2010-2012\*

#### HOMMES



#### FEMMES



Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne  
\*Taux standardisés de mortalité pour 100 000 habitants sur la population France entière deux sexes confondus au RP 2006

**Entre 15 et 30 ans, près d'un jeune Breton sur deux fume**

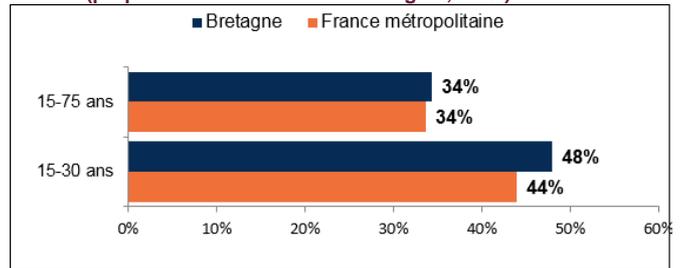
Selon les résultats du Baromètre Santé 2010 de l'Inpes, les jeunes Bretons de 15-30 ans sont 48 % à fumer de manière au moins occasionnelle contre 34 % pour l'ensemble des 15-75 ans (figure 1). L'usage de tabac chez les 15-75 ans apparaît globalement semblable à celui observée au niveau métropolitain et stable entre 2005 et 2010.

**Les ventes moyennes de cigarettes et de tabac à rouler par habitant en 2013, à l'échelon départemental, situent le Finistère parmi les niveaux de vente les plus élevés.**

La Bretagne, éloignée des frontières donnant accès à du tabac à moindre coût, enregistre relativement à sa population des ventes plus importantes de cigarette et de tabac à rouler qu'au niveau métropolitain (figure 2). Le niveau de vente de tabac à rouler y est près de deux fois plus important. Le Finistère se place au 11e rang par ordre décroissant pour les ventes de cigarettes par habitant et au 3e rang pour le tabac à rouler.

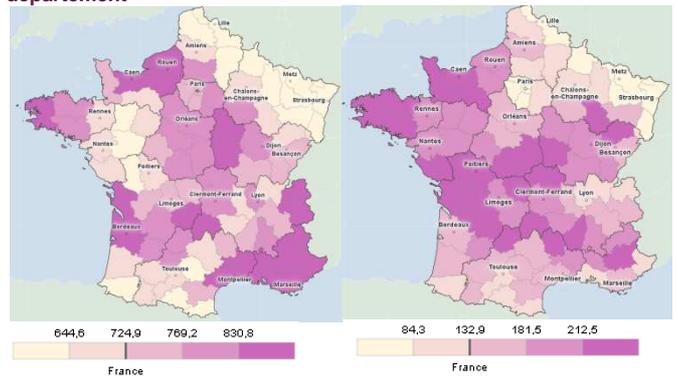
Le Morbihan et les Côtes-d'Armor dépassent également la moyenne française pour les ventes de cigarettes, contrairement à l'Ille et Vilaine qui se démarque nettement par une vente moyenne par habitant plus faible. Pour le tabac à rouler, si les quatre départements bretons enregistrent des ventes moyennes supérieures au niveau métropolitain, l'Ille-et-Vilaine occupe la position la plus favorable.

Figure 1 : Usage actuel de tabac (quotidien ou occasionnel) chez les 15-75 ans et les 15-30 ans en Bretagne et en France métropolitaine en 2010 (proportions standardisées d'usagers, en %)



Source : Baromètre santé 2005 et 2010 de l'Inpes. Analyses régionales.

Figure 2 : Ventes de cigarettes et de tabac à rouler en 2013 par département



	Cigarettes (en nb/hab)	Tabac à rouler (en grammes/hab)
Côtes-d'Armor	800,0	243,8
Finistère	879,3	249,5
Ille-et-Vilaine	679,7	192,3
Morbihan	820,9	221,0
Bretagne	739,1	224,1
France	724,9	132,9
France métropolitaine		132,9

Source : Logista France, OFDT/ODICER

### Baisse des ventes de cigarettes depuis 2009 s'accroissant à partir de 2010

Après avoir diminué régulièrement sur la période 1999-2004, les ventes de cigarettes se sont stabilisées en France et en Bretagne sur la période 2004-2010 (figure 1).

La forte baisse observée entre 2002 et 2004 s'explique principalement par l'augmentation des prix du tabac mais également par une offre en termes de prise en charge plus développée pour les fumeurs souhaitant arrêter<sup>1</sup>.

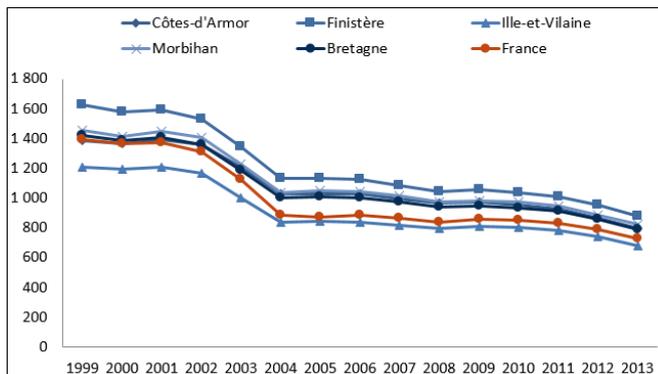
A partir de 2010, l'écart entre la région et le niveau national tend à se réduire. Au cours de la dernière décennie, si l'évolution des ventes de cigarettes par habitant a été relativement similaire quel que soit l'échelon géographique observé, le Finistère se distingue avec le volume des ventes par habitant le plus élevé sur l'ensemble de la période, tandis que l'Ille-et-Vilaine s'est maintenue à un niveau inférieur à la moyenne métropolitaine.

### La progression des ventes de tabac à rouler suggère la tendance du report des consommateurs de cigarettes vers ce type de conditionnement du tabac

Entre 2007 et 2013, les ventes de tabac à rouler par habitant sont orientées à la hausse contrairement à celles des cigarettes manufacturées, et ce pour les quatre départements bretons (figure 2).

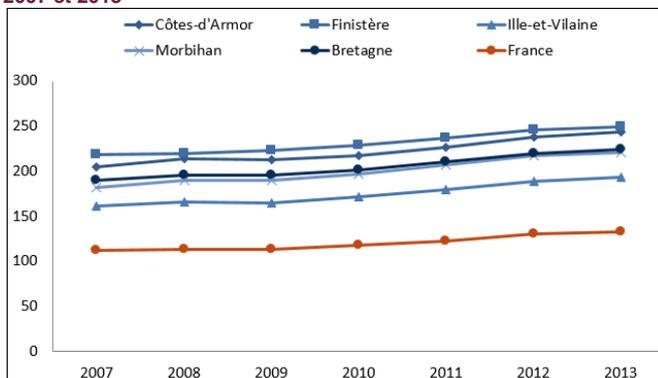
Depuis 2010, les ventes de tabac à rouler augmentent moins rapidement en Bretagne qu'en France, respectivement +11 % et +13 %. Trois départements (Côtes-d'Armor, Ille-et-Vilaine et Morbihan) enregistrent une évolution de +12 %, la progression observée dans le Finistère étant la plus faible (+9 %).

Figure 1 : Evolution des ventes de cigarettes dans les départements bretons (en nombre de cigarettes par habitant) entre 1999 et 2013



Source : OFDT – Odicer

Figure 2 : Evolution des ventes de tabac à rouler dans les départements bretons (en grammes de tabac par habitant) entre 2007 et 2013



Source : OFDT – Odicer

### Bibliographie

<sup>1</sup> Source Inpes (<http://www.inpes.sante.fr>)

## Conduites addictives liées au cannabis et autres drogues

### La Bretagne expérimente plus qu'ailleurs le cannabis et se classe en tête pour la consommation régulière chez les 15-30 ans

D'après les résultats du Baromètre santé 2010 de l'Inpes chez les 15-64 ans (figure 1) et chez les 15-30 ans (figure 2), la Bretagne se distingue par des niveaux d'expérimentation supérieurs à la moyenne métropolitaine pour le cannabis. En effet, plus d'un tiers (36 %) de la population bretonne de 15-64 ans l'a déjà expérimenté (contre 32 % en France métropolitaine), ainsi que la moitié (56 %) des Bretons de 15-30 ans (contre 44 % en France).

Si l'usage actuel chez les 15-64 ans est proche du niveau national, en revanche, il est plus élevé chez les 15-30 ans qui sont un quart à en avoir consommé dans l'année écoulée (contre 19 % en moyenne nationale). Cependant, la région ne se distingue pas du reste de la France pour l'usage récent.

### La Bretagne, première région pour l'expérimentation du poppers chez les jeunes

La région apparaît également comme sur-consommatrice des autres drogues illicites (poppers, champignons hallucinogènes, cocaïne, ecstasy). Le poppers est la drogue illicite la plus expérimentée après le cannabis, en Bretagne comme en France, tout particulièrement chez les jeunes (16 % l'ont testé, contre 9 % en France).

### Dans un contexte national de stabilité de l'expérimentation de cannabis parmi les 15-30 ans, en Bretagne, ce comportement apparaît plus fréquent

La proportion de Bretons déclarant avoir déjà expérimenté du cannabis au cours de l'année a augmenté de manière significative entre 2005 et 2010 (+5 points chez les 15-64 ans et les 15-30 ans). En revanche, le niveau d'usage actuel de cannabis apparaît stable et l'usage récent présente une baisse de 2 points chez les 15-30 ans.

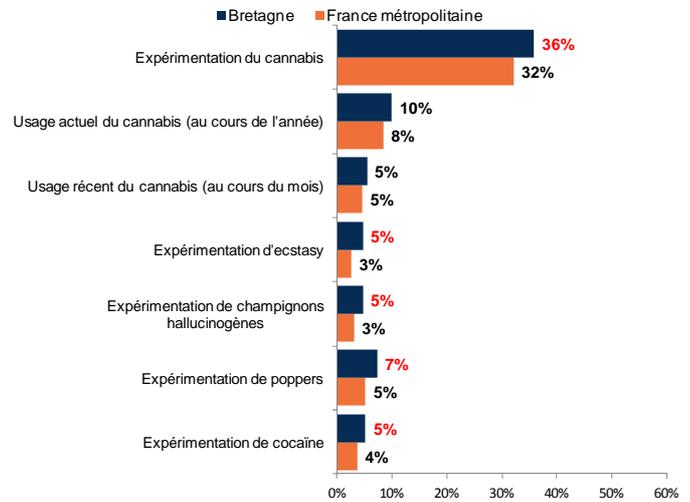
Chez les 15-64 ans, les évolutions à la hausse observées en Bretagne méritent d'être soulignées, les taux d'expérimentation pour les quatre produits illicites analysés (poppers, champignons hallucinogènes, cocaïne, ecstasy) étant tous supérieurs à la moyenne métropolitaine en 2010, alors qu'aucun d'entre eux ne l'était en 2005.

#### Le cannabis multiplie le risque d'accident mortel de la route par 1,8

La perte de vigilance et de réflexes liée à la prise de produit(s) psychoactif(s) peut entraîner des accidents de la route provoquant des dommages pour soi et /ou pour les autres. D'après l'étude « Stupéfiants et accidents mortels » de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), le risque d'être responsable d'un accident mortel est multiplié par 1,8 chez les conducteurs testés positifs au cannabis seul. De plus, 40% des conducteurs contrôlés positifs au cannabis le sont également à l'alcool. Le risque est alors multiplié par 14 en cas de consommation associée d'alcool. L'étude a également permis de proposer une estimation de la prévalence du cannabis parmi l'ensemble des conducteurs « circulants » de 2,8 %.

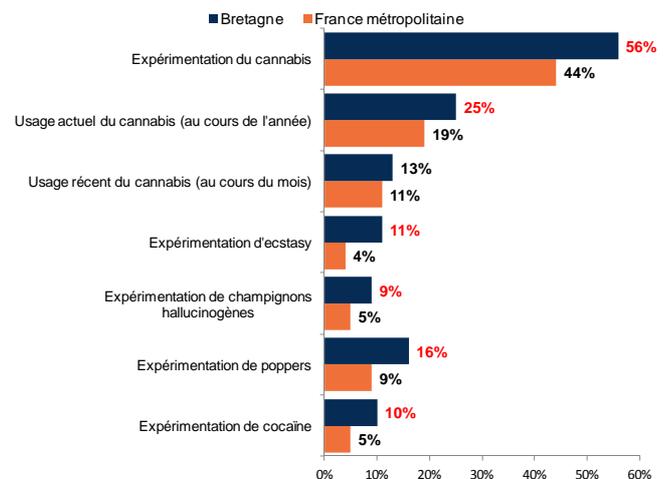
Source : Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) - Analyse épidémiologique, OFDT, Mai 2011, 166 pages

Figure 1 : L'usage de cannabis et autres drogues chez les 15-64 ans en Bretagne et en France métropolitaine en 2010 (proportions standardisées d'utilisateurs, en %)



Source : Baromètre santé 2010 de l'Inpes. Analyses régionales 2013.

Figure 2 : L'usage de cannabis et autres drogues chez les 15-30 ans en Bretagne et en France métropolitaine en 2010 (proportions standardisées d'utilisateurs, en %)



Source : Baromètre santé 2010 de l'Inpes. Analyses régionales 2013.

#### Définitions et méthode

Afin d'éliminer les effets dus aux différences de structure démographique de la population, les données présentées ont été standardisées sur une structure de référence. Les valeurs en rouge sont significativement supérieures au reste de la France.

Usage récent : au moins une consommation au cours des 30 derniers jours.

Usage actuel : au moins une consommation au cours de l'année

Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie.

#### Bibliographie

- Tendances récentes et nouvelles drogues : Rennes et Bretagne - TREND 2014, Mars 2016
- Tableau de bord Addictions de l'ORS Bretagne, à paraître prochainement sur son site



Les conduites addictives en lien avec le cannabis chez les jeunes de 17 ans sont spécifiquement abordés page 50 dans la fiche « Jeunes ».

## Accidents de la vie courante

### Premier rang des régions à plus forte mortalité

Sur la période 2010-2012, la région présente une surmortalité par accidents de la vie courante par rapport à la France métropolitaine (+28 %). La Bretagne se place au premier rang des régions à plus forte mortalité chez les hommes comme chez les femmes. Au niveau des départements, le Finistère enregistre la mortalité la plus élevée (figure 1). La surmortalité bretonne concerne aussi bien les chutes (+18 %, au 2e rang des régions après Nord - Pas-de-Calais - Picardie), que les intoxications (+32 %, 2e rang après N-PDC-P), les suffocations (+42 %, 1er rang) et les noyades (mortalité double par rapport au niveau métropolitain, 1er rang). L'origine de cette surmortalité est inconnue.

### Près de 1 500 décès par accidents de la vie courante, soit 8 fois plus que les décès par accident de la circulation

Sur la période 2010-2012, les accidents de la vie courante ont conduit au décès de 1 428 Bretons en moyenne annuelle (724 hommes et 704 femmes). Tous âges confondus, ils sont responsables de 4,5 % des décès. Parmi ces décès, 3 % mentionnent la présence d'alcool.

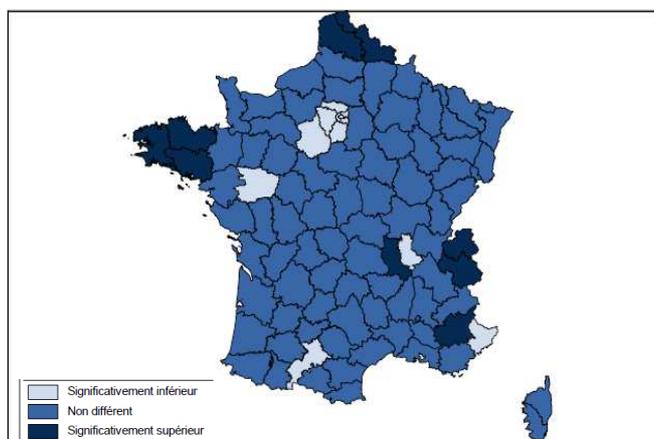
### Risque de mortalité plus élevé à partir de 65 ans, surtout chez les hommes

Les deux-tiers des décès surviennent chez les 75 ans et plus. Dans cette tranche d'âge, les décès sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, celles-ci étant plus nombreuses dans la population aux âges avancés (figure 2). Les taux bruts de mortalité selon le sexe et l'âge montrent en réalité une surmortalité masculine dans toutes les tranches d'âge. Avant 25 ans, les taux de mortalité sont faibles. Au-delà, ils ne cessent d'augmenter pour atteindre leur maximum à 85 ans et plus.

### Diminution plus marquée chez les hommes sur la dernière décennie

Entre 2000-2002 et 2010-2012, le taux standardisé de mortalité par accident de la vie courante a diminué chez les hommes de 16 % en Bretagne et de 13 % en France métropolitaine. Chez les femmes, l'évolution est également à la baisse : 13 % en région et 23 % en France métropolitaine. Cette diminution s'explique probablement grâce aux campagnes de prévention et d'information mises en place. La baisse de la mortalité a été la plus forte chez les enfants de moins de 15 ans (-42 %), que chez les 65 ans et plus (-21 %).

Figure 1 : Taux standardisés de mortalité par accident de la vie courante selon les départements en 2010-2012 (pour 100 000) Significativité par rapport au taux de France métropolitaine



Côtes-d'Armor	38	Ille et Vilaine	31	Bretagne	37
Finistère	42	Morbihan	37	France métropolitaine	29

Source : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Bretagne

Figure 2 : Nombre et taux bruts de mortalité par accident de la vie courante selon l'âge et le sexe, en Bretagne en 2010-2012 (taux pour 100 000)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
0-4 ans	4	4	2	2	6	3
5-14 ans	3	1	2	1	4	1
15-24 ans	20	10	3	1	22	6
25-34 ans	28	16	5	3	34	9
35-44 ans	45	21	12	6	57	13
45-54 ans	79	36	26	12	105	24
55-64 ans	109	53	42	19	150	35
65-74 ans	96	73	54	35	149	52
75-84 ans	159	174	172	121	331	142
85 ans et plus	181	669	388	571	569	599

Source : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Bretagne

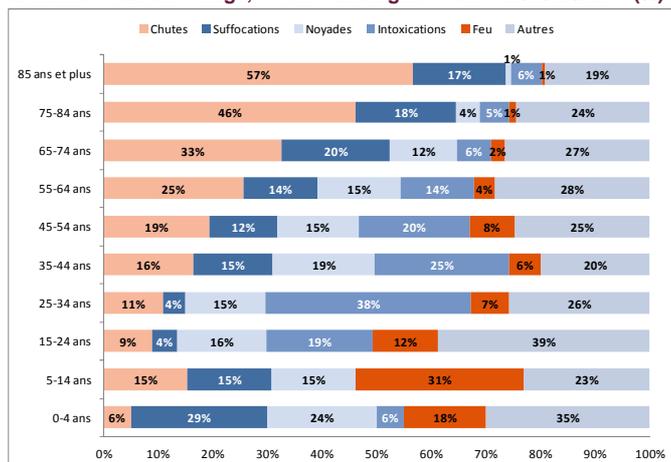
## Les chutes représentent la moitié des accidents de la vie courante

Les chutes accidentelles ont causé 42 % des décès (599 sur 1 428). Les suffocations représentent la deuxième cause de mortalité par accidents de la vie courante (234), suivies des intoxications (132), et des noyades et submersions accidentelles (98).

## Une cause importante de mortalité chez les jeunes enfants et les personnes âgées

Pour les moins de 4 ans, les principales causes de décès par accident de la vie courante sont les suffocations (29 % des décès par AcVC) et les noyades (24 %). Il s'agit ensuite des accidents avec le feu pour les 5-14 ans. Dans les âges avancés (plus de 75 ans), les décès par chutes accidentelles deviennent majoritaires (figure 1).

Figure 1 : Répartition des différents types d'accidents de la vie courante selon l'âge, en Bretagne en 2010-2012 (%)



Source : Inserm CépiDC - Exploitation ORS Bretagne

### Définitions et méthode

Les accidents de la vie courante (AcVC) sont définis comme les accidents survenant au domicile ou dans ses abords immédiats, lors de pratiques sportives ou de loisirs, à l'école et, de façon plus générale, dans le cadre de la vie privée (chutes accidentelles, suffocations, intoxications accidentelles, noyades, expositions à la fumée et aux feux...), à l'exception des accidents de la circulation, du travail, des suicides et des agressions (Source : Institut de veille sanitaire - InVS). Les décès par AcVC ont été sélectionnés lorsque la cause initiale de décès appartenait à la « liste de référence des AcVC » de la CIM-10 (Barry Y, Lasbeur L, Thélot B. *Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2008. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2011 de l'InVS*).

Pour les chutes accidentelles sont retenus les décès pour lesquels la cause initiale est codée en Cim10 W00-W19 (chute) ou pour lesquels la cause initiale est codée X59 (exposition à des facteurs, sans précision) alors que le code S72 (fracture du fémur) est présent en cause associée.

### Biais et limites d'interprétation des causes médicales de décès pour les accidents de la vie courante

Le lieu de survenue de l'accident n'est pas renseigné précisément, il n'est donc pas toujours possible de différencier les accidents de la vie courante des accidents du travail, ceux-ci sont de fait inclus. Par ailleurs, la nature du traumatisme, accidentelle ou intentionnelle (suicides notamment) est parfois difficile à déterminer.

### 84 noyades entre le 1er juin et le 30 septembre 2015

L'enquête Noyades 2015 réalisée par l'InVS recense 84 noyades en Bretagne dont 39 ont été suivies d'un décès. Parmi ces noyades, la majorité (63 sur les 84 noyades) ont eu lieu en mer. Les noyades accidentelles suivies ou non de décès sont plus nombreuses dans le Morbihan puis le Finistère. Par rapport à l'année 2009, on note une diminution du nombre de noyades accidentelles (94) ainsi que de celles suivies d'un décès (45).

Source : Surveillance épidémiologique des noyades. Institut de veille sanitaire.

## Accidents de la circulation

**La Bretagne se situe au troisième rang des régions présentant les taux de mortalité les plus faibles.**

Sur la période 2010-2012, 175 décès par accident de la circulation sont observés en moyenne annuelle. La mortalité est proche du niveau métropolitain, que ce soit chez les hommes (9 décès pour 100 000 hommes en Bretagne, comme en France métropolitaine) ou chez les femmes (respectivement 2 et 3 décès pour 100 000).

### Mortalité divisée par deux en 10 ans

L'évolution du taux de mortalité par accident de la circulation entre 2000-2002 et 2010-2012 présente une nette diminution quel que soit le sexe (figure 1) : Chez les hommes, il a diminué de 54 % en Bretagne et de 51 % en France métropolitaine ; chez les femmes de 61 % dans la région et de 58 % en France métropolitaine. La diminution est plus forte en Bretagne qu'en France.

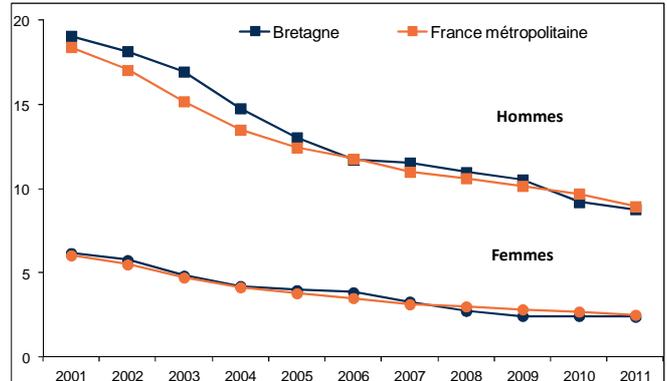
### Les hommes de 20-24 ans particulièrement touchés

Le taux brut de mortalité par accidents de la circulation est maximal chez les jeunes hommes de 20-24 ans (24 décès pour 100 000) ; chez les femmes le taux est de 5 décès pour 100 000).

La mortalité des hommes est supérieure à celle des femmes quelles que soient les tranches d'âge, l'écart le plus important étant observé entre 20 et 24 ans (figure 2).

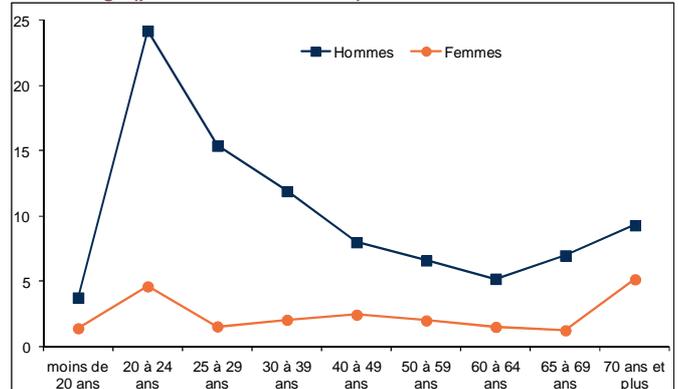
Dans cette tranche d'âge, la Bretagne se situe dans la moyenne métropolitaine et les taux ont été divisés par deux sur la dernière décennie, comme au niveau national.

**Figure 1 : Evolution des taux standardisés de mortalité par accident de la circulation selon le sexe (pour 100 000 habitants) entre 2000-2002 et 2010-2012**



Source : Inserm CépiDC, Insee - Données lissées sur 3 ans, Exploitation ORS Bretagne Standardisation RP2006

**Figure 2 : Taux de mortalité par accident de la circulation selon le sexe et l'âge (pour 100 000 habitants) en 2010-2012**



Source : Inserm CépiDC, Insee - Données lissées sur 3 ans, Exploitation ORS Bretagne

### L'indice de gravité

Il rapporte le nombre de tués pour 100 accidents corporels et s'établit à 6,6 % en Bretagne (contre 12,6 % en France). Il est le plus élevé dans les Côtes-d'Armor (8,3 %), et le plus faible dans le Morbihan (5,8 %), les autres départements occupant une position intermédiaire : Finistère (6,6 %) et Ille-et-Vilaine (6,3 %). En Bretagne, plus de la moitié (53 %) des tués sur la route sont des piétons, vélos, cyclos ou motos). Parmi les jeunes de 18-24 ans décédés, 42 % étaient usagers d'un deux roues motorisés et 21 % étaient sous l'emprise de l'alcool au moment de l'accident.

Source : DREAL Bretagne - Bilan annuel 2013 de la sécurité routière en Bretagne

**Nutrition**

→ Peu d'indicateurs régionaux sont disponibles sur cette thématique dont l'observation reste à améliorer.

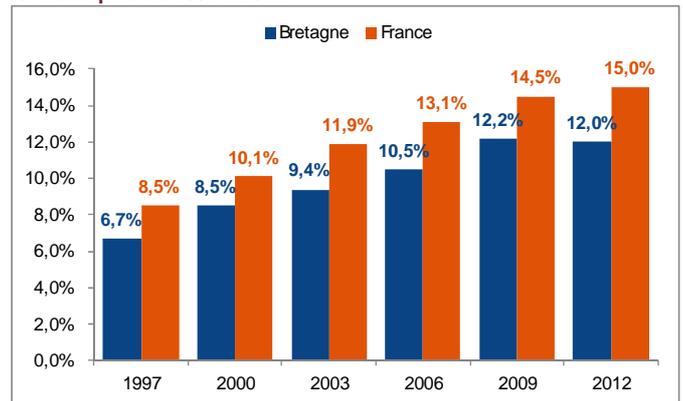
**Obésité : une situation relativement favorable de la région, mais une prévalence qui augmente**

En Bretagne, la prévalence de l'obésité chez les plus de 18 ans est passée de 6,7 % à 12 % entre 1997 et 2012, soit un quasi-doublement en 15 ans (figure 1). Près d'une personne sur 8 est aujourd'hui concernée. En France, 15 % des Français sont obèses. Les derniers chiffres disponibles semblent cependant montrer un ralentissement de l'augmentation de l'obésité ces dernières années.

**Surpoids et obésité de l'adulte en France en 2012 : Résultats de l'enquête Obépi**

En 2012, 32,3 % des Français adultes (plus de 18 ans) sont en surpoids et 15 % sont obèses, soit 7 millions de personnes. La prévalence de l'obésité est plus élevée chez les femmes (15,7% en 2012 contre 14,3 % chez les hommes) et augmente avec l'âge jusqu'à 65 ans (18 %) puis diminue. L'augmentation depuis 15 ans est plus nette chez les femmes notamment chez les 18-25 ans. Il persiste un très net gradient social de l'obésité : elle est deux fois plus importante chez les personnes ayant un niveau d'éducation court que chez celles ayant un niveau d'études supérieur au bac +2. Il existe une relation inversement proportionnelle entre niveau de revenus du foyer et prévalence de l'obésité. La prévalence de l'obésité est la plus forte dans les plus petites agglomérations et en zone rurale (16,7 % en zone rurale et 15,5 % dans les villes de 2 000 à 20 000 habitants).

Figure 1: Evolution de la prévalence de l'obésité chez les adultes de 18 ans et plus de 1997 à 2012



Source : Obépi Exploitation ORS Bretagne

**L'enjeu de la prise en charge du surpoids chez l'enfant**

D'après l'Enquête nationale de santé réalisée en milieu scolaire (Drees-DGESCO)<sup>3</sup>, 8,7% des élèves scolarisés en grande section de maternelle (5-6 ans) en 2012-2013 étaient en surpoids et 3,2% étaient obèses. À cet âge, la prévalence du surpoids et de l'obésité est plus élevée chez les filles (respectivement 9,7% et 3,8%) que chez les garçons (7,3% et 3,1%). Les enquêtes réalisées en 2007-2008<sup>4</sup> auprès des classes de CM2 et des adolescents des classes de troisième (2008-2009)<sup>5</sup> rapportent que respectivement 14,8% et 13,7% étaient en surpoids et que l'obésité concernait 4,0% et 3,9% des élèves. Ces enquêtes mettent en évidence de fortes inégalités sociales, la prévalence du surpoids et de l'obésité étant toujours de 3 à 4 fois plus élevée parmi les enfants dont le père est ouvrier que parmi ceux dont le père est cadre ou de profession intermédiaire.

**La dénutrition**

Elle touche les populations souffrant de maladies aiguës ou chroniques, les individus en situation économique précaire, les adolescents et jeunes adultes atteints de troubles alimentaires et surtout les personnes âgées. En France, la prévalence de la dénutrition chez les personnes âgées vivant à domicile est de 5%. Cette prévalence atteint 15 à 38% parmi ceux qui vivent en maison de repos et 30 à 70 % en cas d'hospitalisation gériatrique<sup>1</sup>. À l'hôpital, 10 à 15 % des enfants présentent un indice nutritionnel compatible avec une dénutrition<sup>2</sup>.

**Bibliographie**

- <sup>1</sup> VAN DER SCHUEREN T, VANHALEWYN M. Dénutrition de la personne âgée : dépistage, diagnostic et prise en charge. Janvier 2012
- <sup>2</sup> HANKARD R, COLOMB V, PILOQUET H, BOCQUET A, BRESSON JL, BRIEND A, et al. Dépister la dénutrition de l'enfant en pratique courante. Arch Pédiatrie Organe Off Société Fr Pédiatrie. Octobre 2012
- <sup>3</sup> La santé des élèves de grande section de maternelle en 2013 : des inégalités sociales dès le plus jeune âge - Drees, Etudes et Résultats n°920 de juin 2015
- <sup>4</sup> La santé des élèves de CM2 en 2007-2008 - Drees, Etudes et Résultats n°853 de septembre 2013
- <sup>5</sup> La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième - Drees, Etudes et Résultats n°865 de février 2014

## Activité physique et sportive

### La Bretagne, une région sportive

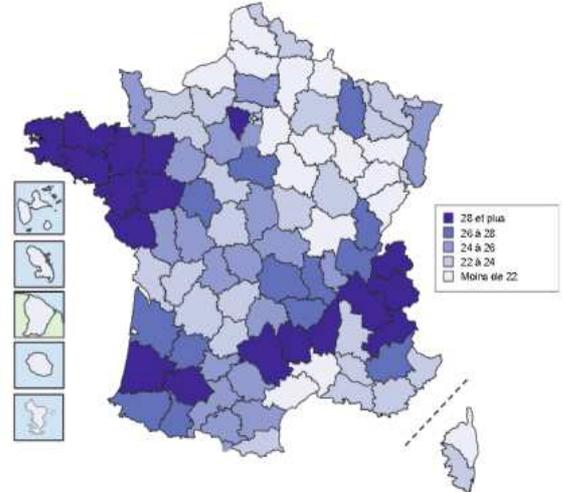
Rapporté à la population régionale, la Bretagne fait partie des régions où la proportion de licenciés dans la population est la plus élevée (plus de 28 licenciés pour 100 habitants, contre 24 pour 100 en France métropolitaine)<sup>1</sup>.

En regroupant 15 % des licenciés de Bretagne, le football affiche une représentation 3 fois plus forte que le tennis (deuxième sport le plus pratiqué) et plus importante qu'en France (12 %). L'Union générale sportive de l'enseignement libre (UGSEL) forte de près de 162 000 membres, représente 18 % des licenciés, contre 5 % en France. Les départements bretons présentent des proportions de licenciés parmi les plus élevés de France, de même que les départements limitrophes à la Bretagne (figure 1).

### Les femmes moins représentées quel que soit l'âge

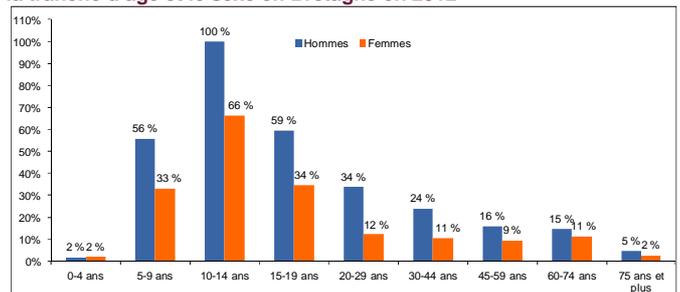
La détention d'une licence est fortement liée à l'âge et au sexe (figure 2). En Bretagne, en 2012, 64 % des licenciés sont des hommes. Le taux de licenciés dans la population croît très rapidement chez les jeunes enfants, pour atteindre son maximum entre 10 et 14 ans : à cet âge, presque la totalité des garçons et 66 % des filles détiennent au moins une licence. La pratique chute ensuite très vite. Entre 20 et 29 ans, les garçons ne sont plus que 34 % et les filles 12 % à détenir une licence. Il est à noter qu'un même individu peut avoir deux licences dans deux fédérations différentes.

Figure 1 : Nombre de licences sportives délivrées en 2013 pour 100 habitants selon le département de résidence



Source : recensement annuel du nombre de licences réalisé par la Mission des Etudes, de l'Observation et des Statistiques auprès des fédérations sportives agréées par le Ministère en charge des Sports ; Recensement de la population de l'Insee

Figure 2 : Taux des licenciés auprès des fédérations sportives selon la tranche d'âge et le sexe en Bretagne en 2012 \*



Source : Ministère chargé des Sports, Insee, recensement de la population – Exploitation ORS Bretagne

\* Il s'agit d'un recensement exhaustif au lieu d'habitation de la personne (et non au lieu de pratique), auprès de l'ensemble des fédérations françaises agréées délivrant des titres de participation. Il permet de mesurer le niveau de la pratique sportive encadrée.

### Définitions et méthode

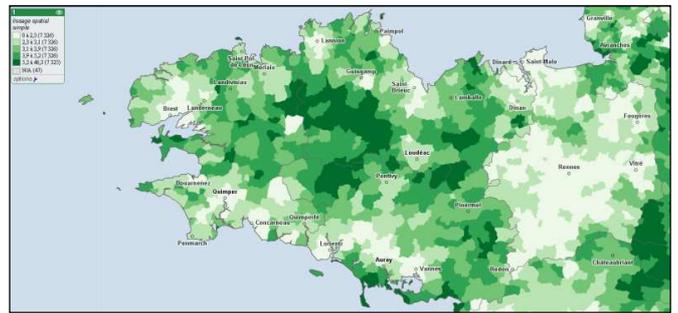
<sup>1</sup> Ne sont comptabilisées dans les licences que les adhésions à une fédération sportive agréée qui donnent lieu au paiement d'une cotisation annuelle, hors "Autre Titre de Participation" (ATP). Une licence est définie comme un titre payant, permettant une pratique annuelle, même si le possesseur de la licence ne pratique que deux mois dans l'année.

Source : Statistiques du Comité Régional Olympique et Sportif (CROS Bretagne) – Données 2013/2014.

### Des équipements sportifs nombreux

L'ensemble du territoire breton est couvert par un maillage d'équipements sportifs divers. L'offre d'équipements est légèrement supérieure en Bretagne (2,7 équipements sportifs pour 1 000 habitants en 2014) par rapport au niveau métropolitain (2,3). Les zones rurales apparaissent mieux dotées en équipements sportifs que les zones urbaines (figure 1). Les taux d'équipements sont en effet plus élevés dans les territoires ruraux que dans les espaces urbains, plus peuplés. Parallèlement, le nombre de clubs est plus important (3 clubs pour 1 000 habitants en 2014) qu'en moyenne nationale (2 clubs pour 1 000 habitants). Les Côtes-d'Armor devancent (3) les trois autres départements bretons (2). Outre leur densité, l'accessibilité des équipements est un élément important de la qualité de l'offre : c'est dans les espaces urbains que les temps d'accès sont les plus courts et donc l'utilisation n'en est que plus élevée.

Figure 1 : Taux d'équipements sportifs \* en 2014 dans les cantons de Bretagne (pour 1 000 habitants)



Côtes-d'Armor	3,3	Ille et Vilaine	1,9	Bretagne	2,7
Finistère	2,9	Morbihan	3,3	France métropolitaine	2,3

\* Tous les équipements sportifs (bassins de natation, bouledromes, tennis, équipements de cyclisme, domaine skiable, centre équestre, athlétisme, golf, parcours, sports de glace, plateaux et terrains de jeux extérieurs, salles, terrains de football et rugby, plateaux multisports, sports nautiques, bowling)  
Source : Insee, Base Permanente des Equipements – Géoclip

### Fréquence de la pratique physique ou sportive des enfants et adolescents en France (selon l'enquête ENNS 2007)

#### → Enfants de 3 à 10 ans :

- 26 % d'entre eux pratiquent des jeux en plein air les jours avec peu ou pas d'école, et 35% les jours d'école.
- 39 % ne pratiquent jamais de jeux en plein air les jours d'école et 13 % jamais les jours avec peu ou pas d'école.
- 67 % font un sport en dehors de l'école et 82 % ont un cours d'éducation physique et sportive à l'école.
- 39 % se rendent à l'école par un mode de transport actif (marche, vélo, trottinette).

#### → Enfants de 11 à 14 ans :

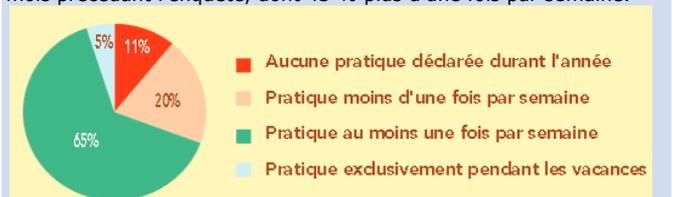
- 60% pratiquent une activité physique d'intensité modérée au minimum 150 minutes par semaine et 39 % au moins 210 minutes par semaine.

#### → Adolescents de 15 à 17 ans :

- 42 % des garçons et 19 % des filles font 30 minutes d'activité physique (y compris marche) par jour.

### Fréquence de la pratique physique ou sportive de la population adulte en France

L'enquête «Pratique physique et sportive 2010» menée sur un échantillon représentatif de personnes âgées de 15 ans et plus, résidant en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, a montré que 65 % des personnes avaient pratiqué une activité physique ou sportive au moins une fois par semaine au cours des 12 mois précédant l'enquête, dont 43 % plus d'une fois par semaine.



Source : enquête «Pratique physique et sportive 2010», CNDS/Direction des Sports, INSEP, MEOS

### Niveau d'activité physique recommandé

Le manque d'activité physique peut avoir de graves conséquences pour la santé, et la sédentarité est aussi l'un des facteurs de risque de nombreuses maladies.

En France, la recommandation diffusée depuis 2002 par le ministère chargé de la santé, dans le cadre du Programme national nutrition santé (PNNS), est de pratiquer l'équivalent d'au moins 30 minutes de marche rapide par jour.

## DÉTERMINANTS LIÉS AU TRAVAIL

Les conditions de travail (pénibilité, déplacements...), son organisation (clarté de l'organisation, niveau de tension...) et le management conditionnent de manière évidente le bien être des travailleurs et leur état de santé. Pour autant, les accidents du travail et les maladies professionnelles en mesurent partiellement l'impact sur la santé.

### Les accidents du travail concernent majoritairement des hommes jeunes

Les populations touchées par les maladies professionnelles ne sont pas automatiquement les plus exposées au risque d'accidents du travail. En effet, les salariés les plus touchés par les accidents du travail sont les hommes, tandis que pour les maladies professionnelles, les hommes sont autant exposés que les femmes, à l'exception du régime agricole où elles sont plus concernées. On constate un même effet inverse concernant l'âge des salariés. Les plus jeunes salariés sont davantage vulnérables face aux accidents du travail, alors que les salariés les plus âgés sont plus souvent touchés par les maladies professionnelles. Cependant, les accidents de travail des plus âgés entraînent plus souvent que chez les jeunes des séquelles physiques permanentes.

### Des secteurs d'activité bretons aux conditions de travail difficiles

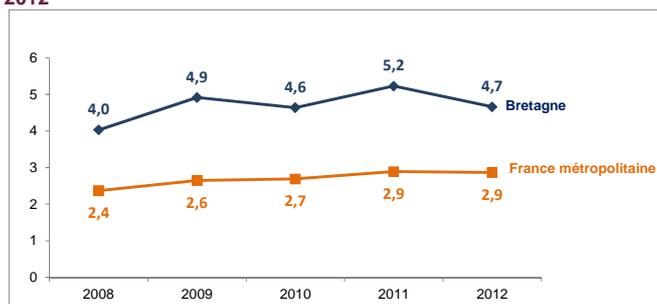
La sur représentation de certains secteurs d'activité en Bretagne (agriculture, industrie agro-alimentaire, bâtiment) liée à des conditions de travail moins favorables, a pour conséquence la survenue plus fréquente de maladies professionnelles ou d'accidents du travail.

### La Bretagne totalise 10% du volume total national des maladies professionnelles indemnisées, pour seulement 5% du volume de salariés.

En 2012, près de 4 200 maladies professionnelles (MP) ont été indemnisées en Bretagne pour le régime général (près de 540 pour le régime agricole). Leur fréquence est supérieure de 62 % à celle observée en France (+78 % pour le régime agricole).

Pour le régime général, en Bretagne comme en France, la tendance générale sur l'ensemble de la période 2008-2012 est à la hausse malgré la baisse observée en région en 2012 (*figure 1*).

Figure 1 : Evolution de l'indice de fréquence des MP pour 1 000 salariés du régime général en Bretagne et en France entre 2008 et 2012\*



\* Hors compte spécial. Toutes les MP ne peuvent pas être affectées à un établissement et/ou à un secteur d'activité en raison de la difficulté potentielle à identifier l'employeur à qui imputer le risque lorsque l'entreprise a fermé ou lorsque plusieurs employeurs sont concernés. Dans ce cas, les MP sont alors comptabilisées dans un compte spécial.

#### Définitions et méthode

Maladie professionnelle : Une maladie est dite « professionnelle » si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique ou biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle et qu'elle fait partie d'un tableau de reconnaissance de maladies professionnelles des organismes de sécurité sociale.

Accident du travail : « Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail chez toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. » L'indice de fréquence exprime le nombre d'événements pour 1 000 salariés. L'indice de fréquence avec incapacité partielle permanente (IPP) exprime le nombre d'événements ayant occasionné une incapacité entraînant l'attribution d'une indemnité ou d'une rente pour 1 000 salariés.

Secteur de la coopération : il comprend notamment le stockage et le conditionnement ; l'approvisionnement, le traitement des produits laitiers et de la viande ; la conserverie des produits autres que la viande.

Seuls sont étudiés les accidents du travail avec arrêt.

## Les troubles musculo-squelettiques, à l'origine des maladies professionnelles dans plus de 9 cas sur 10

Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont une des principales causes de maladie professionnelle : ils représentent 93 % des maladies professionnelles du régime général en 2012 et 97 % pour le régime agricole. La Bretagne enregistre un fort indice de fréquence de TMS, deux fois plus élevé qu'au niveau national.

### Des accidents du travail avec arrêt plus fréquents en Bretagne qu'au niveau national....

En 2012, les salariés du régime général en Bretagne ont été victimes de près de 34 000 accidents du travail (AT). Leur fréquence est supérieure de 17 % à celle observée en France. Cependant, en Bretagne comme en France, la tendance est à la baisse depuis 2008 et l'écart entre la moyenne régionale et nationale s'est réduit en 2012 (*figure 1*). Concernant le régime agricole, leur fréquence est supérieure de 6 % à celle observée en France. Cependant, la tendance est à la baisse depuis 2008 et la diminution est deux fois plus importante en Bretagne qu'en France.

### ... mais qui génèrent moins d'incapacité permanente

La part des AT avec incapacité partielle permanente (IPP) est inférieure à celle observée en France (4,7 % contre 5,9 %).

### Les secteurs de la construction et l'agroalimentaire sont les plus accidentogènes

Dans le régime général, le secteur le plus concerné par les accidents du travail (AT) est celui de la construction. Dans le régime agricole, il s'agit de la coopération. Les ouvriers sont beaucoup plus exposés aux accidents du travail que les autres catégories de salariés.

### Des risques d'accidents du travail plus élevés dans les Côtes-d'Armor

C'est dans le département des Côtes-d'Armor que le risque d'accident est le plus élevé. Les maladies professionnelles y sont également plus fréquentes, suivi par le Finistère. L'Ille-et-Vilaine occupe la position la plus favorable de la région.

Figure 1 : Evolution de l'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt pour 1 000 salariés du régime général en Bretagne et en France entre 2008 et 2012



#### Bibliographie

« Tableau de bord Santé au Travail en Bretagne » - ORS Bretagne, Direccte Bretagne et CRPRP Bretagne, mai 2014.  
A télécharger sur le site de l'ORS ([www.orsbretagne.fr](http://www.orsbretagne.fr)), rubrique « Santé au travail »

## Maladies à caractère professionnel (MCP)

Le programme national de surveillance des Maladies à Caractère Professionnel (MCP) est mené en Bretagne depuis 2012 de manière conjointe entre l'Institut de veille sanitaire (InVS), la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) de Bretagne et l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de Bretagne. Ce programme, débuté en 2003, regroupe 12 régions françaises en 2014. La mise en place de ce dispositif repose sur les déclarations systématiques des médecins du travail volontaires de la région lors de périodes de quinze jours consécutifs deux fois par an. En 2014, 57 médecins du travail ont participé au recueil, soit un taux de participation de 17,4 % (21,1 % en 2013).

### Moins d'un salarié sur 10 concerné

En Bretagne, parmi les 5 387 salariés vus en consultation au cours des deux Quinzaines 2014, 6,2 % ont fait l'objet d'un signalement d'une MCP (6,4 % au niveau national en 2012). Près de la moitié des signalements concernent les ouvriers. Plus de la moitié des pathologies signalées sont des affections de l'appareil locomoteur (ALM), essentiellement des troubles musculo-squelettiques (TMS). La souffrance psychique liée au travail arrive en seconde position, avec près de 4 pathologies signalées sur 10. Les irritations et/ou allergies regroupent 2,9 % des MCP.

### Les taux de prévalence les plus élevés concernent les affections de l'appareil locomoteur (ALM) puis la souffrance psychique

Parmi les salariés bretons vus, 3,2 % présentaient des ALM liées au travail, soit une prévalence légèrement plus faible qu'en France (figure 1). Le maximum est observé chez les 55-59 ans pour les deux sexes (figure 2). Par ailleurs, en Bretagne, les taux de prévalence de la souffrance psychique sont sensiblement plus élevés qu'en France (2,6 % contre 2,2 %). La classe d'âge la plus touchée est celle des femmes de 45 à 54 ans.

### Le secteur de la construction est le plus touché par les ALM avec un taux de prévalence de 5,4 %.

Les secteurs de l'industrie et de la santé humaine/action sociale le sont également. Le travail avec force, qui comprend le port de charge (agents mis en cause dans 52 % des ALM signalées), les mouvements répétitifs (40 % des troubles signalés) ainsi que les postures (37 % des troubles signalés) sont, de loin, les facteurs les plus souvent cités.

Le principal secteur concerné par la souffrance psychique au travail est celui de l'administration publique, avec un taux de prévalence de 7 %. Les problèmes liés à l'organisation fonctionnelle de l'activité et au management sont cités dans 60 % des cas (tout particulièrement la surcharge de travail).

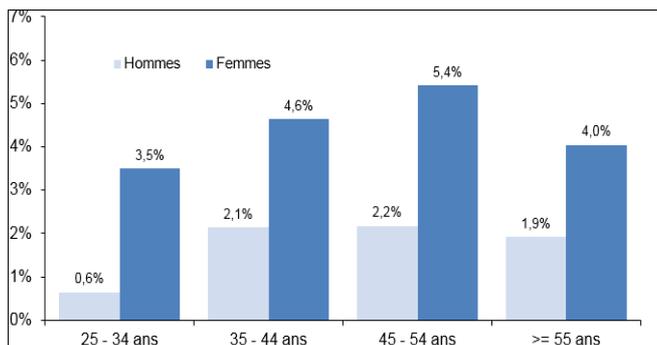
**Figure 1 : Taux de prévalence des deux principaux groupes de pathologies en Bretagne - Comparaison avec le niveau national et position par rapport aux autres régions – Évolution**

Fourchette de variation*	Taux de prévalence des affections de l'appareil locomoteur		Taux de prévalence de la souffrance psychique	
	Indicateur	Taux (%)	Indicateur	Taux (%)
Bretagne (2014)	■ ■ ■ ■	3,2 %	■ ■ ■	2,6 %
Rappel Bretagne (2013)	■ ■ ■ ■ ■	4,2 %	■ ■ ■ ■	3,5 %
Rappel Bretagne (2012)	■ ■ ■ ■ ■ ■	5,5 %	■ ■ ■ ■	2,6 %
Minimum (2013)	■ ■ ■	2,4 % (Picardie)	■	1,0 % (Picardie)
Maximum (2013)	■ ■ ■ ■ ■	3,7 % (Alsace)	■ ■ ■ ■	2,6 % (Alsace)
Taux national (2012)	■ ■ ■ ■ ■	3,4 %	■ ■ ■	2,2 %

\* Parmi les régions participantes ayant publié leurs résultats au moment de la diffusion de cette plaquette.

Source : Quinzaines MCP, exploitation ORS Bretagne

**Figure 2 : Taux de prévalence de la souffrance psychique selon le sexe et l'âge**



Source : Quinzaines MCP 2014 – Exploitation ORS Bretagne  
Les données pour les moins de 25 ans ne sont pas présentées car les effectifs sont inférieurs à 5.

### Définitions et méthode

Le taux de signalement correspond au nombre de salariés pour lesquels un signalement de MCP a été fait au cours des Quinzaines, rapporté au nombre de salariés vus pendant les Quinzaines.

Les taux de signalement sont déclinés selon plusieurs caractéristiques (sexe, âge...). Le nombre de signalements est alors rapporté à la population concernée.

La prévalence d'une pathologie signalée en MCP correspond au nombre de signalements de cette pathologie rapporté au nombre total de salariés vus pendant les Quinzaines.

Le taux de prévalence désigne la part de personnes souffrant d'au moins une pathologie de tel ou tel type.

### Bibliographie

Consultez la plaquette Surveillance des maladies à caractère professionnel en région sur le site de l'ORS, rubrique « Santé au travail » et le dossier thématique MCP sur le site de l'InVS.

## DÉTERMINANTS LIÉS À L'ENVIRONNEMENT

### Des populations plus ou moins vulnérables

À chaque étape de la vie, les individus sont soumis à des expositions dont l'importance et les effets varient selon de nombreux facteurs : âge, état de santé ou physiologique, spécificités génétiques, conditions et modes de vie, habitat, contexte socio-économique et professionnel ...

Certaines populations sont plus vulnérables que d'autres : les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées, les catégories socio-professionnelles plus exposées et les populations en situation de précarité.

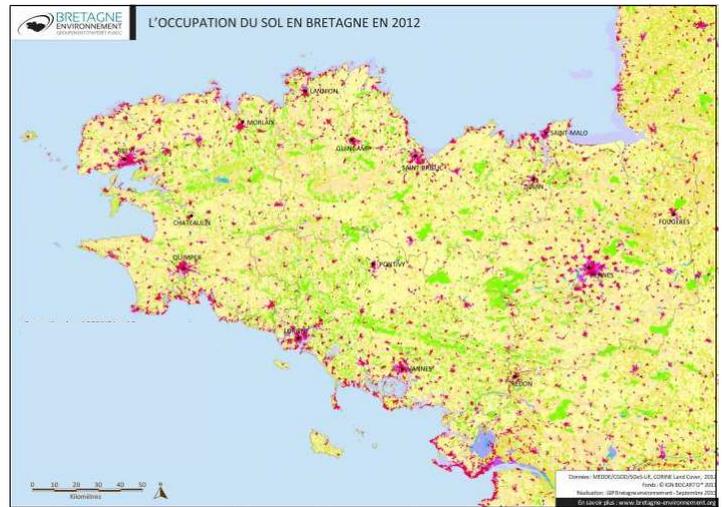
Plus âgée et vieillissante qu'au niveau national, la population bretonne est inégalement répartie sur le territoire. Elle présente des disparités sociales territoriales.

### Des pressions sur l'environnement

Différents types de pressions s'exercent sur l'environnement : pression foncière, tourisme, transports, agriculture, installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) et entreprises émettrices de polluants.

En Bretagne, les pressions sont concentrées essentiellement sur les agglomérations principales, à l'image de l'urbanisation. En zones côtières, le développement de l'urbanisation se conjugue avec celui du tourisme. Par ailleurs, la pression est également forte dans les zones où le poids de l'agriculture est important (*figure 1*).

Figure 1 : L'occupation du sol en Bretagne en 2012



<span style="color: red;">■</span>	Zones urbanisées
<span style="color: purple;">■</span>	Zones industrielles ou commerciales et réseaux de communication
<span style="color: magenta;">■</span>	Mines, décharges et chantiers
<span style="color: pink;">■</span>	Espaces verts artificialisés, non agricoles
<span style="color: orange;">■</span>	Terres arables
<span style="color: yellow;">■</span>	Cultures permanentes
<span style="color: lightgreen;">■</span>	Prairies
<span style="color: green;">■</span>	Zones agricoles hétérogènes
<span style="color: darkgreen;">■</span>	Forêts
<span style="color: lightyellow;">■</span>	Milieux à végétation arbustive et/ou herbacée
<span style="color: lightgrey;">■</span>	Espaces ouverts, sans ou avec peu de végétation
<span style="color: blue;">■</span>	Zones humides intérieures
<span style="color: cyan;">■</span>	Zones humides côtières
<span style="color: lightblue;">■</span>	Eaux continentales
<span style="color: verylightblue;">■</span>	Eaux maritimes

Source: Corinne Land Cover

### Bibliographie

- Etat des lieux du Plan Régional Santé Environnement (PRSE3 2017-2021), réalisé par l'Agence régionale de santé de Bretagne et la DREAL.
- Plaquette « Santé environnement en Bretagne - 10 indicateurs » édition 2015
- « Les cancers en Bretagne » - Les études de l'ARS n°10 - Observatoire régional de la santé de Bretagne et Agence régionale de santé de Bretagne - Novembre 2015
- À télécharger sur le site de l'ORS Bretagne : [www.orsbretagne.fr](http://www.orsbretagne.fr), rubrique « Santé environnementale »
- La qualité de l'eau du robinet en France - Synthèse 2014 - Ministère des Affaires sociales et de la santé



Les spécificités de la population bretonne sont

#### abordées :

- cadrage démographique : page 4
- indicateurs sociaux : page 16
- personnes en situation de précarité et de pauvreté : page 60

### La Bretagne, région vulnérable

La Bretagne présente des vulnérabilités, notamment peu de ressources en eaux souterraines, le plus long linéaire côtier de France et un sous-sol granitique émetteur de radon (figure 1).

### Différentes sources d'exposition de la population

La population est soumise à différentes sources d'exposition au niveau de l'habitat et l'air intérieur, de l'air extérieur et de l'eau.

La Bretagne est concernée par les émissions de radon. Trois départements sont classés prioritaires: Côtes-d'Armor, Finistère et Morbihan (figure 1).

Sept zones sensibles pour la qualité de l'air ont été définies en Bretagne, pour l'essentiel à cause de surémissions en oxydes d'azote liées au transport (figure 2) : Grand agglomération de Rennes, Proximité de Saint-Malo, Grande agglomération de Saint-Brieuc-Lamballe, Grande agglomération de Vannes - golfe du Morbihan, Grande agglomération de Lorient, Carhaix, Arc Brest – Quimper.

Les non-conformités de l'eau potable en nitrates et pesticides sont en diminution quasi constante depuis 15 ans (figure 3) et la situation est meilleure qu'en moyenne nationale. En 2014, seuls 0,03% de la population bretonne ont été concernés par un dépassement de la limite de qualité de 50 mg/l en nitrates, contre 10% en 2000 (1 % en France) et 6,3% de la population par des non-conformités ponctuelles accidentelles en pesticides (6 % en France).

Les eaux de baignade en mer sont de bonne qualité, mais un nombre important de sites de pêches à pied sont dégradés et la prolifération des algues vertes reste à surveiller.

### Vulnérabilité de l'environnement breton

Les principaux points forts et points faibles de l'environnement physique breton au regard des pressions qui s'y exercent :

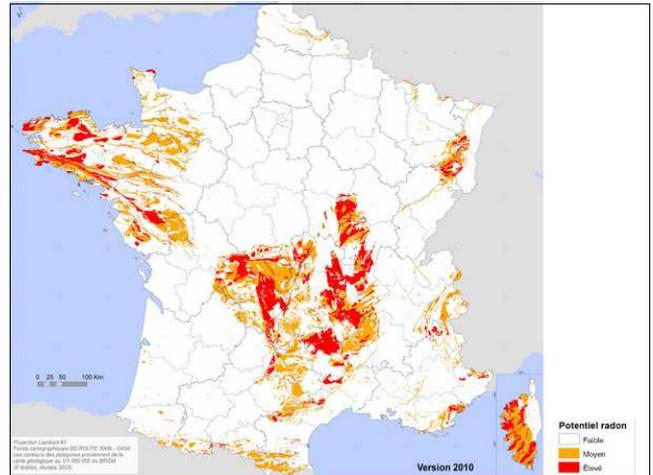
<b>GÉOLOGIE</b>	Absence de ressources d'eaux souterraines abondantes, obligeant à recourir aux eaux superficielles, plus sensibles aux pollutions	Sous-sol granitique conduisant à des émissions de radon et de radioactivité des eaux plus importante que la moyenne nationale	
<b>CLIMAT</b>	Températures ressenties significativement plus faibles que dans le Sud de la France et conduisant à un faux sentiment de sécurité au regard du risque des rayons ultra-violet (UV), alors que celui-ci n'est que peu lié à la température	Vents permettant une plus grande dispersion des polluants atmosphériques	
<b>HYDROLOGIE</b>	Vulnérabilité des eaux, particulièrement en été (été sévère) ; comme il n'y a pas de grand fleuve en Bretagne, que les bassins versants sont en moyenne peu étendus et que les activités humaines occupent une place prépondérante, les cours d'eau présentent une réponse rapide aux pollutions, qu'elles soient ponctuelles ou diffuses	Réseau superficiel constitué de nombreux bassins versants indépendants les uns des autres, permettant une individualisation de la gestion et la maîtrise totale de l'eau au niveau régional (pas de dépendance lointaine d'amont-aval)	Capacité de réaction plus rapide des eaux de surface à des mesures d'amélioration de la qualité, en comparaison avec les nappes souterraines
<b>LITTORAL</b>	Milieux littoraux très vulnérables vis-à-vis des pollutions marines et terrestres. Or, la Bretagne dispose du plus long linéaire côtier de France avec plus de 2730 km de côtes.		

POINTS FAIBLES                      POINTS NEUTRES                      POINTS FORTS



Source : Santé Environnement en Bretagne, état des lieux de la santé environnementale en Bretagne, PRSE 2011-2015, 106 pages

Figure 1: Potentiel radon des formations géologiques



Source : IRSN  
Remarque : Cette cartographie permet de cibler les zones dans lesquelles la présence de radon dans les habitations à des concentrations élevées est la plus probable.

Figure 2 : Communes classées en zone sensible pour la qualité de l'air dans le cadre du schéma régional du climat, de l'air et de l'énergie 2013-2018

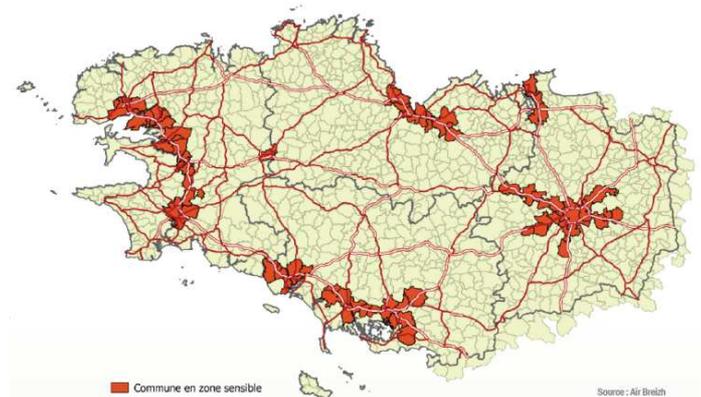
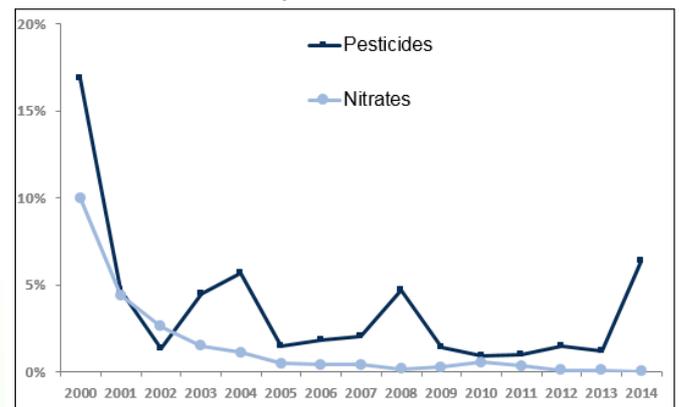


Figure 3: Part de la population bretonne ayant été exposée à une eau non conforme en nitrates et pesticides entre 2000 et 2014



Source : ARS Bretagne

### Les effets sur la santé

L'environnement est un déterminant de la santé reconnu parmi un ensemble de facteurs de risque qui peuvent interagir entre eux. Par ailleurs si les agents présentent une toxicité avérée, les seuils de toxicité sont difficiles à caractériser, la part attribuable aux facteurs environnement est difficilement quantifiable et les expositions et voies d'exposition sont multiples. Parallèlement les conséquences sur la santé, peuvent se manifester tardivement et varient selon les individus. Différentes pathologies sont identifiées comment étant liées à l'environnement, à des degrés divers :

- Les tumeurs : de nombreux facteurs environnementaux sont reconnus comme cancérigènes certains (amiante, radon, métaux lourds, benzène, UV, formaldéhyde, certains pesticides, certains perturbateurs endocriniens...) ;
- Les maladies de l'appareil circulatoire : les principaux facteurs de risque relèvent de comportements individuels (tabac, alcool, nutrition, activité physique), mais aussi de facteurs environnementaux d'origine physique ou chimique : bruit, monoxyde de carbone, pollution atmosphérique ;
- Les maladies de l'appareil respiratoire : la qualité de l'air (extérieur et intérieur) est un déterminant environnemental majeur de ces pathologies ;
- Les maladies neuro-dégénératives : bien qu'il soit aujourd'hui difficile d'évaluer la part attribuable à des agents environnementaux dans la survenue de ces maladies, les agents chimiques (pesticides, plomb, arsenic, PCB...) sont susceptibles de participer au développement de ces maladies.

Parmi ces pathologies, certaines présentent des spécificités en Bretagne :

- Une surmortalité par tumeur chez les hommes.
- Une surmortalité par maladies de l'appareil respiratoire au niveau régional, notamment chez les femmes, avec une inscription territoriale forte.
- Une surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire en Bretagne, avec des inégalités territoriales.
- Certains des pays de Bretagne apparaissent en situation défavorable par rapport à la moyenne française sur une sélection d'indicateurs de santé retenus dans l'état des lieux du PRSE : pays de Centre-Ouest Bretagne et de Brest, et dans une moindre mesure pays de Fougères, Lorient, Pontivy, Centre Bretagne et Ploërmel.

### Baromètre Santé Environnement – Bretagne 2014

Les résultats du baromètre santé environnement, réalisé en 2014 auprès d'un échantillon de 1 400 personnes résidant en Bretagne et âgées de 18 à 75 ans, permettent d'appréhender les connaissances, attitudes et comportements des Bretons face à la perception des risques sanitaires liés à l'environnement.

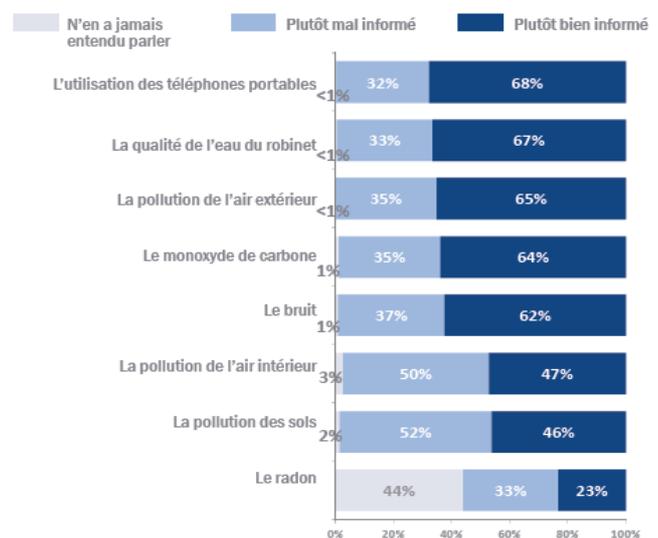
**Trois craintes pour la santé du fait de l'environnement sont principalement exprimées** : en premier lieu celle d'être affecté par un cancer, ensuite l'anxiété, le stress et les troubles du sommeil, puis l'asthme et les pathologies respiratoires.

**Le monoxyde de carbone, et dans une moindre mesure la pollution de l'air extérieur, sont considérés comme les facteurs de l'environnement les plus à risque.** A l'opposé, les incinérateurs et la qualité de l'eau du robinet sont considérés les moins à risque.

**Les femmes sont en général plus conscientes des risques pour la santé que les hommes**, notamment pour le monoxyde de carbone, le radon, les produits ménagers, de bricolage, de jardinage et les produits cosmétiques, la qualité des eaux de piscines et la téléphonie mobile.

**En 2014, le ressenti des habitants de la région, quant à leur niveau d'information, varie selon les thématiques environnementales** : l'information est jugée insuffisante sur le radon, et dans une moindre mesure sur la pollution des sols et de l'air intérieur.

### Niveau d'information ressenti sur les éventuels effets sur la santé des différents thèmes:



Parmi les personnes qui se sont prononcées (hors « Ne sait pas »)  
Source : Baromètre Santé Environnement Bretagne 2014, Exploitation ORS Bretagne

### Bibliographie

- Baromètre Santé Environnement en Bretagne – Résultats 2014 et évolution 2007-2014, février 2015, 32 pages.
  - Baromètre Santé Environnement en Bretagne – Faits marquants 2014 -Les 10 indicateurs clés du Baromètre Santé Environnement regroupés dans une plaquette 3 volets, février 2015
- À télécharger sur le site de l'ORS Bretagne : [www.orsbretagne.fr](http://www.orsbretagne.fr), rubrique « Santé environnementale ».

## 2.2 Approche populationnelle

### CADRAGE SYNTHÉTIQUE

Figure 1 : Principales causes de décès, de motifs de nouvelles admissions en affection de longue durée et de motifs de recours à l'hospitalisation en services de court séjour selon l'âge en Bretagne et en France métropolitaine

Classes d'âge	Causes de décès en 2012			Affections de longue durée en 2013				Hospitalisations en court-séjour en 2013				
	Nombre total de décès et répartition en %			Nombre total de nouvelles admissions et répartition en %				Nombre total de séjours et répartition en %				
Moins d'un an	Nombre total de décès			Nombre total de nouvelles demandes d'ALD				Nombre total de séjours				
	119			1 962				16 748				
		Bretagne	France*		Bretagne	France*		Bretagne	France*		Bretagne	France*
	Certaines affections d'origine périnatale	55%	52%	Les données concernant les moins d'1 an ne peuvent pas être distinctes. elles sont donc comptabilisées avec celles des 1-14 ans				Certaines affections d'origine périnatale	44%	43%		
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	17%	21%	Maladies de l'appareil respiratoire					12%	14%			
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen clinique et de laboratoire, non classés ailleurs	14%	16%	Autres motifs de recours aux soins					9%	12%			
1-14 ans	Nombre total de décès			Nombre total de nouvelles demandes d'ALD				Nombre total de séjours				
	64			1 962				47 974				
		Bretagne	France*		Bretagne	France*		Bretagne	France*		Bretagne	France*
	Causes externes de morbidité et de mortalité, dont :	34%	29%	Troubles mentaux		37%	34%	Maladies de l'appareil respiratoire		17%	16%	
	Accidents de la vie courante	14%	15%	Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif, dont :		13%	8%	Autres motifs de recours aux soins		12%	13%	
	Tumeurs	25%	20%	Dorsopathies		11%	7%	Maladies de l'oreille et apophyse mastoïde		11%	7%	
15-24 ans	Nombre total de décès			Nombre total de nouvelles demandes d'ALD				Nombre total de séjours				
	157			1 573				48 053				
		Bretagne	France*		Bretagne	France*		Bretagne	France*		Bretagne	France*
	Causes externes de morbidité et de mortalité, dont :	66%	60%	Troubles mentaux		37%	36%	Grossesse et accouchement		21%	21%	
	Accidents de la circulation	29%	28%	Maladies du système nerveux		11%	11%	Maladies de l'appareil digestif		21%	24%	
	Suicide	25%	17%	Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		10%	10%	Lésions traumatiques et empoisonnements		13%	10%	
25-64 ans	Nombre total de décès			Nombre total de nouvelles demandes d'ALD				Nombre total de séjours				
	5 749			29 358				356 310				
		Bretagne	France*		Bretagne	France*		Bretagne	France*		Bretagne	France*
	Tumeurs	42%	43%	Tumeurs		25%	24%	Autres motifs de recours aux soins		16%	16%	
	Causes externes de morbidité et de mortalité, dont :	18%	13%	Maladies de l'appareil circulatoire		21%	21%	Maladies de l'appareil digestif		12%	14%	
	Suicide	10%	6%	Troubles mentaux		18%	14%	Grossesse et accouchement		12%	12%	
65-74 ans	Nombre total de décès			Nombre total de nouvelles demandes d'ALD				Nombre total de séjours				
	4 153			15 155				123 487				
		Bretagne	France*		Bretagne	France*		Bretagne	France*		Bretagne	France*
	Tumeurs	47%	48%	Maladies de l'appareil circulatoire		34%	31%	Autres motifs de recours aux soins		15%	15%	
	Maladies de l'appareil circulatoire	19%	18%	Tumeurs		30%	30%	Tumeurs		13%	13%	
				Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques		16%	20%	Maladies de l'appareil digestif		12%	13%	
75 ans et plus	Nombre total de décès			Nombre total de nouvelles demandes d'ALD				Nombre total de séjours				
	22 550			28 540				201 572				
		Bretagne	France*		Bretagne	France*		Bretagne	France*		Bretagne	France*
	Maladies de l'appareil circulatoire	34%	30%	Maladies de l'appareil circulatoire		45%	41%	Maladies de l'appareil circulatoire		17%	17%	
Tumeurs	21%	22%	Tumeurs		18%	19%	Maladies de l'oeil et de ses annexes		13%	12%		
			Maladies du système nerveux		17%	17%	Autres motifs de recours aux soins		9%	10%		

\*France métropolitaine

En rouge : écarts significatifs Bretagne/France métropolitaine

Sources : Inserm CépiDc, Cnamts, CCMSA, RSI, Drees PMSI court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique)

#### Définitions et méthode

Les causes externes de morbidité et de mortalité comprennent principalement les accidents de la vie courante, les accidents de la circulation, les suicides et les homicides.

Les autres motifs de recours aux soins comprennent : les examens et investigations sans mention de résultats anormaux, les surveillances de grossesse ou de nouveau-né normal, les thérapies sans raison médicale, les dialyses, les radiothérapies, les chimiothérapies pour tumeur, les surveillances post traitement médical ou chirurgical et les recours pour raison économique ou sociale.



Dans la suite du document, la santé des jeunes est abordée dans des fiches spécifiques (page 42). Les personnes âgées font l'objet d'une fiche page 51. De même, la plupart des principales pathologies sont détaillée dans la partie x du document :

- Les cancers (tumeurs malignes) : page 68
- Les maladies de l'appareil circulatoire : page 71
- Les accidents de la circulation : page 29
- La santé mentale et le suicide : page 63
- Les maladies de l'appareil respiratoire : page 74

### **Avant l'âge d'un an : les affections d'origine périnatale, premières causes de décès et d'hospitalisation**

En 2012, en Bretagne, 119 décès sont survenus chez des enfants de moins d'1 an, soit deux fois plus de décès que dans la tranche d'âge des 1-14 ans (*figure 1*). La moitié des décès (55 %) sont liés à des affections d'origine périnatale (52 % en France métropolitaine). Les malformations congénitales et anomalies chromosomiques représentent la 2<sup>e</sup> cause de mortalité (environ 17 % des décès en Bretagne), avec une fréquence plus faible qu'en France métropolitaine (21 %). Selon les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en 2013, en Bretagne comme en France métropolitaine, les motifs principaux d'hospitalisation en court séjour avant l'âge d'un an sont les affections périnatales et les pathologies respiratoires.

### **Chez les enfants âgés de 1 à 14 ans : des décès dus aux accidents ou aux tumeurs, des hospitalisations pour des pathologies respiratoires et de nouvelles admissions en ALD pour troubles mentaux**

En 2012, 64 décès d'enfants de 1 à 14 ans sont survenus en Bretagne, dus principalement aux causes externes de morbidité et de mortalité (22 décès) et aux tumeurs (16 décès). Ces deux causes représentent 59 % de l'ensemble des décès de cette tranche d'âge en Bretagne contre 49 % en France métropolitaine. Compte tenu de la faiblesse des effectifs régionaux, les différences observées entre les deux populations sont à interpréter avec prudence.

En 2013, plus de 1 900 nouvelles admissions en ALD ont concerné des enfants de moins de 15 ans, dont le principal motif est lié aux troubles mentaux (731 nouvelles admissions parmi lesquelles près de la moitié concernent des troubles envahissants du développement). Ces affections sont un peu plus fréquentes en Bretagne qu'en France, respectivement 37 % contre 34 %. Viennent ensuite les maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (essentiellement des dorsopathies), nettement plus fréquentes en Bretagne (13 %) qu'en France (8 %), puis les maladies du système nerveux à un niveau comparable (12 %). A elles trois, ces affections représentent 62 % de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD chez les enfants de moins de 15 ans en Bretagne contre 54 % en France. En 2013, sur près de 48 000 hospitalisations en court séjour d'enfants de 1 à 14 ans, plus de la moitié (52 %) sont générées par les maladies de l'appareil respiratoire (17 %), les autres motifs de recours aux soins (12 %), les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde (11 %) et les lésions traumatiques et empoisonnements (11 %). Il faut souligner la plus grande fréquence des hospitalisations pour les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde en Bretagne qu'en France (11 % contre 7 %).

### **Chez les jeunes de 15 à 24 ans : des décès par suicide et accident de la circulation et des nouvelles admissions en ALD pour troubles mentaux**

En 2012, 157 décès ont concerné des jeunes de 15 à 24 ans, parmi lesquels, les causes externes de morbidité et de mortalité sont les principales causes. Elles sont plus fréquentes en Bretagne (66 %) qu'en France métropolitaine (60 %). Dans la région, les suicides représentent un décès sur 4 (25 %) chez les jeunes de 15-24 ans contre 17 % en France. Les proportions de décès par accidents de la circulation sont proches (29 % en Bretagne et 28 % en France).

En 2013, plus de 1 500 nouvelles admissions en ALD ont concerné cette tranche d'âge, les troubles mentaux (essentiellement des troubles spécifiques de la personnalité) représentent le principal motif avec une part de 37 % en Bretagne et 36 % en France. Viennent ensuite les maladies du système nerveux avec 11 % en Bretagne comme en France.

Sur plus de 48 000 séjours, ceux liés à la grossesse et à l'accouchement (21 %) représentent le 1<sup>er</sup> motif d'hospitalisation en court séjour avec les maladies de l'appareil digestif (21 %), viennent ensuite les lésions traumatiques et empoisonnements qui occasionnent 13 % des séjours hospitaliers des 15-24 ans. Enfin, les « autres motifs de recours aux soins » génèrent 8 % des séjours. A eux quatre, ces motifs représentent près des deux tiers des séjours hospitaliers des 15-24 ans en Bretagne comme en France.

### **Chez les adultes de 25 à 64 ans : les tumeurs, premières causes de décès et de motifs d'admission en ALD**

En 2012, sur plus de 5 700 décès, les tumeurs représentent la 1<sup>ère</sup> cause chez les 25-64 ans avec 42 % de l'ensemble des décès de cette tranche d'âge, viennent ensuite les causes externes (18 %), suivis par les maladies de l'appareil circulatoire (12 %). Si les proportions de décès par tumeurs et par maladies de l'appareil circulatoire sont comparables en Bretagne et 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 30 000 nouvelles admissions en ALD, les tumeurs (25 %) et les maladies de l'appareil circulatoire (21 %) représentent les deux affections les plus fréquentes. Ensuite, arrivent en Bretagne, en 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> position, les troubles mentaux et les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques. Toutefois, les troubles mentaux apparaissent plus fréquents en Bretagne (18 % contre 14 % en France) et, à l'inverse, la proportion d'ALD pour maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques est plus faible (17 % contre 22 %).

Sur plus de 356 000 hospitalisations en court séjour, les « autres motifs de recours aux soins » occupent la première place chez les 25-64 ans avec 16 %, suivis par les maladies de l'appareil digestif et par la grossesse et les accouchements, à fréquence égale (12 %). A eux trois, en Bretagne comme en France, ces motifs de recours à l'hospitalisation dans les services de court séjour représentent plus de 40 % de l'ensemble des séjours de cette tranche d'âge.

### **Chez les adultes de 65 à 74 ans : les tumeurs, premières causes de décès, et les maladies de l'appareil circulatoire, premier motif de nouvelles admissions en ALD**

En 2012, parmi plus de 4 000 décès, les tumeurs représentent la première cause de mortalité chez les personnes âgées de 65 à 74 ans avec 47 % de l'ensemble des décès de cette tranche d'âge, suivis par les maladies de l'appareil circulatoire (19 %). A elles deux, en Bretagne comme en France, ces causes sont à l'origine des deux tiers des décès.

Sur plus de 15 000 nouvelles admissions en ALD, ce sont également ces deux affections qui sont les plus fréquentes en Bretagne : 34 % pour les maladies de l'appareil circulatoire et 30 % pour les tumeurs, suivies par les maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (16 %). En Bretagne comme en France, ces trois affections génèrent 8 nouvelles admissions en ALD sur 10 dans cette tranche d'âge.

Parmi plus de 120 000 hospitalisations en court séjour chez les plus de 65-74 ans, les « autres motifs de recours aux soins » occupent la première place en Bretagne.

### **Chez les adultes de 75 ans et plus : une prédominance des maladies de l'appareil circulatoire**

Dans cette tranche d'âge, en Bretagne comme en France métropolitaine, les maladies de l'appareil circulatoire représentent la première cause de décès (34 %), le premier motif de nouvelles admissions en ALD (45 %) et d'hospitalisation en court séjour (17 %). Les nouvelles admissions en ALD concernent également fréquemment les tumeurs et les maladies du système nerveux. Les maladies de l'œil et de ses annexes constituent le 2<sup>e</sup> motif d'hospitalisation en court séjour en Bretagne comme en France.

## PETITE ENFANCE (0-4 ANS)

### Une proportion de moins de 5 ans constante d'ici 2040

Cette classe d'âge compte 183 859 enfants en Bretagne en 2015. Leur part dans la population bretonne devrait rester stable à l'horizon 2040, autour de 5,5 %.

### Forte scolarisation des enfants de deux ans en Bretagne, plus particulièrement dans le Morbihan et le Finistère

Les départements bretons ont des taux de scolarisation à deux ans au dessus de la moyenne nationale, tout particulièrement dans le Morbihan et le Finistère où près de 3 enfants sur 8 sont scolarisés à deux ans, contre 1 sur 8 en moyenne nationale. En 5 ans, les taux de scolarisation à deux ans ont diminué, notamment dans les Côtes-d'Armor (figure 1).

### Une bonne capacité globale d'accueil des enfants de moins de trois ans

L'ensemble des départements bretons affiche des capacités d'accueil théorique (accueil collectif et familial, assistantes maternelles et écoles maternelles) d'environ 70 places pour 100 enfants de moins de trois ans, nettement supérieures à la moyenne métropolitaine (56)<sup>1</sup>.

### Plus d'un enfant de moins de 4 ans sur dix vit dans une famille pauvre

En 2011, en Bretagne, 12 % des enfants âgés de moins de 4 ans vivent sous le seuil de pauvreté, contre 17 % en France métropolitaine.

### La mortalité infantile en Bretagne proche de celle de la France

Le taux de mortalité infantile en 2011-2013 est proche du taux national avec 3,9 décès masculins et 2,9 décès féminins d'enfants de moins d'1 an pour 1 000 naissances vivantes, contre 3,6 et 3 en France métropolitaine (figure 2). Les taux sont relativement homogènes entre les départements. Depuis la fin des années 90, la mortalité infantile diminue en Bretagne comme au niveau national. Cependant, depuis 2008-2010, les taux de mortalité chez les garçons sont légèrement plus élevés dans la région, alors qu'auparavant ils étaient plutôt inférieurs. Les taux de mortalité néonatale en Bretagne en 2011-2013 (2 pour 1 000) et post-néonatale<sup>1</sup> (1 pour 1 000) sont équivalents aux taux métropolitains.

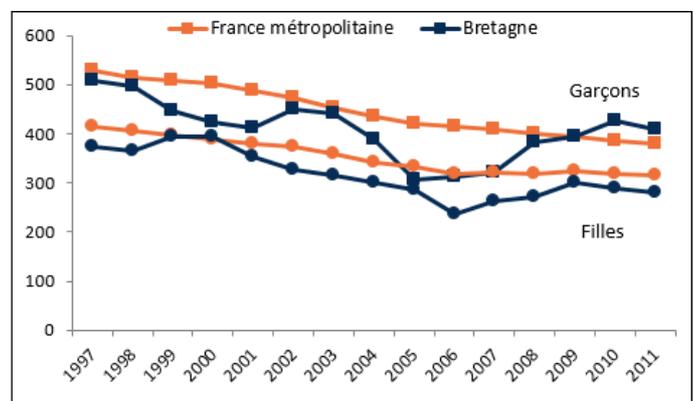
Figure 1 : Nombre d'enfants scolarisés à deux ans et taux de scolarisation par département en 2010 et 2015\*

	Nombre d'enfants de 2 ans scolarisés		Taux de scolarisation des enfants de 2 ans		Evolution
	2010	2015	2010	2015	
Côtes-d'Armor	2 434	1 580	37%	26%	-29%
Finistère	4 342	3 475	43%	37%	-13%
Ille-et-Vilaine	3 549	3 134	27%	24%	-11%
Morbihan	3 952	2 986	47%	38%	-19%
<b>Académie de Rennes</b>	<b>14 277</b>	<b>11 175</b>	<b>37%</b>	<b>31%</b>	<b>-16%</b>
<b>France métropolitaine et DOM (hors Mayotte)</b>	<b>111 658</b>	<b>93 306</b>	<b>14%</b>	<b>12%</b>	<b>-15%</b>

Source : MENESR-Insee, traitements DEPP

\*Démographie définitive pour 2010, provisoire pour 2015

Figure 2 : Evolution du taux de mortalité infantile (avant 1 an) selon le sexe entre 1997 et 2012\* (taux pour 1 000 naissances vivantes)



Source : Insee Etat-civil, Fnors Score-santé

\*L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée. Exemple : 2012 correspond à 2011-2013

### Bibliographie

<sup>1</sup> Observatoire national de la Petite Enfance — L'accueil du jeune enfant en 2014, données statistiques – Rapport 2015

### Définitions et méthode

- Le taux de mortalité infantile est égal au nombre de décès d'enfants de moins de 1 an, par sexe, rapporté aux naissances vivantes par sexe.
- L'ensemble de la mortalité néonatale (décès avant 28 jours) et post-néonatale (décès entre 28 jours et 1 an) constitue la mortalité infantile (décès avant 1 an). Le taux de mortalité périnatale (enfants nés sans vie et les décès d'enfants de moins de 7 jours) n'est pas disponible pour la Bretagne.
- Il existe des liens étroits entre la situation sociale et l'état de santé. Les inégalités de santé témoignent d'un gradient social en défaveur des groupes sociaux les plus modestes. Ces inégalités sociales de santé sont présentes dès l'enfance, Cf. les indicateurs sociaux abordés page 16.

## Naissances prématurées et nouveau-nés de faible poids : une situation régionale plutôt favorable

La prématurité correspond à un âge gestationnel inférieur à 37 semaines d'aménorrhée. D'après les données de la Drees en 2013, elle varie dans les départements bretons de 6 % des naissances (Côtes-d'Armor) à 6,8 % (Finistère) soit un niveau inférieur au taux métropolitain (7 %). Les nouveau-nés de petit poids de naissance (inférieur à 2500 g), quel que soit le terme, représentent de 6,3 % des naissances (Ille-et-Vilaine et Morbihan) à 7 % (Finistère) soit un niveau inférieur au taux métropolitain (7,3 %).

## Avant l'âge d'un an, les affections d'origine périnatale, premières causes de décès et d'hospitalisation

La mortalité des enfants se concentre principalement sur la première année de vie : on enregistre sur cette période environ 85 % des décès des moins de 5 ans, dus principalement aux affections d'origine périnatale, en particulier : fœtus et nouveau-né affectés par des troubles maternels et par des complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement (27 %), affections hémorragiques et hématologiques du fœtus et du nouveau-né (21 %). Entre 1 et 4 ans, les taux de mortalité sont faibles et en diminution au fil du temps. Les décès à cet âge sont dus principalement aux causes externes de morbidité et de mortalité, accidents de la vie courante par exemple (un tiers des cas), puis à des tumeurs et des maladies du système nerveux. Selon les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en 2013, le taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an est de 472 séjours pour 1 000 enfants et celui des 1-4 ans est de 137. Les motifs principaux d'hospitalisation avant l'âge d'un an sont les affections périnatales, 44 % des séjours (prématurité, hypotrophie) et les pathologies respiratoires, 12 % des séjours (bronchiolites, bronchites). Les hospitalisations d'enfants de 1-4 ans sont quant à elles motivées par les maladies de l'appareil respiratoire dans un quart des cas, suivis par les maladies de l'oreille et apophyse mastoïde (17 % des séjours).

## Plus d'enfants de moins de 5 ans asthmatiques dans le Finistère

En Bretagne, près de 1 000 enfants de moins de 5 ans ont été hospitalisés pour asthme en 2013 (*figure 1*). La situation est contrastée selon les départements. Les taux de recours à l'hospitalisation pour asthme les plus élevés s'observent dans le Finistère (8 pour 1 000), à l'opposé de l'Ille-et-Vilaine (4), des Côtes-d'Armor (4) et du Morbihan (3) qui apparaissent moins concernés. Les taux sont restés relativement stables entre 2011 et 2013, à l'exception du Finistère où la tendance est à la hausse.

Figure 1 : Nombre et taux spécifiques d'enfants de moins de 5 ans hospitalisés pour asthme en 2011 et 2013\*

	Nombre d'enfants de 0-4 ans hospitalisés pour asthme		Taux spécifiques pour 1 000 enfants de 0-4 ans	
	2011	2013	2011	2013
Côtes-d'Armor	159	142	5	4
Finistère	309	385	6	8
Ille-et-Vilaine	283	267	4	4
Morbihan	146	132	4	3
<b>Bretagne</b>	<b>897</b>	<b>926</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>20 975</b>	<b>22 061</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

Source : PMSI MCO, exploitation ORS Bretagne

\* Sélection des patients hospitalisés pour asthme : J45 (J450, J451, J458 ou J459) ou J46 en Diagnostic Principal

## Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (AcVC) donnant lieu à un recours aux urgences

En 2013, 81 % des accidents concernant des enfants de moins de 5 ans ont eu lieu au domicile. Il s'agit principalement de chutes (dans 59 % des cas).

Source : Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Résultats 2013 en France métropolitaine. Institut de veille sanitaire ; janvier 2015.

## ENFANCE ET PRÉ-ADOLESCENCE (5-14 ANS)

### Une proportion de jeunes de 5 à 14 ans en légère baisse d'ici 2040

Cette classe d'âge compte 410 229 enfants en Bretagne en 2015. Leur part dans la population bretonne devrait passer de 12,5 % en 2015 à 11,3 % en 2040.

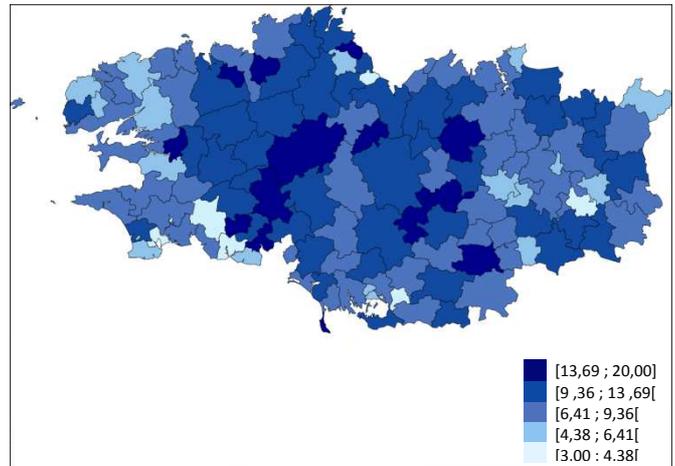
### Près d'un élève breton sur dix avec au moins un an de retard à l'entrée en sixième

Ce taux est inférieur à celui de la France métropolitaine (11 %). Le taux de retard varie selon les bassins de vie (figure 1). Il est plus élevé au centre de la région. Le retard à l'entrée en 6ème est en forte baisse depuis 2005.

### Les causes externes de morbidité et de mortalité responsables d'un tiers des décès chez les 5-14 ans

En Bretagne, en 2010-2012, 37 décès ont concerné cette tranche d'âge en moyenne annuelle (figure 2). Les causes externes de morbidité et de mortalité et les tumeurs sont les deux principales causes de décès. Leur fréquence ne diffère pas de celle de la France métropolitaine. Les taux standardisés bretons de mortalité sont faibles entre 5 et 14 ans, et ont fortement diminué au fil du temps. En 2010-2012, ils sont au niveau métropolitain.

Figure 1 : Taux de retard scolaire à l'entrée en classe de sixième à la rentrée 2015



Bretagne 9% (15% à la rentrée 2005 et 11% en 2010)  
France métropolitaine 11% (18% à la rentrée 2005 et 14% en 2010)

Source : Rectorat de l'Académie de Rennes Exploitation ORS Bretagne

Figure 2 : Principales causes de décès pour les enfants âgés de 5 à 14 ans sur la période 2010-2012

	Bretagne		France métropolitaine
	Nb	%	%
Causes externes de morbidité et de mortalité	12	32%	31%
Tumeurs	10	27%	27%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	4	11%	5%
Maladies du système nerveux	4	11%	9%
...			
<b>Total</b>	<b>37</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Source : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne

### Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (AcVC) donnant lieu à un recours aux urgences

En 2013, 28 % de ces accidents concernent des enfants de 5-14 ans. Les accidents chez les 5-9 ans ont lieu au domicile dans 43 % des cas ; chez les 10-14 ans, principalement dans les aires de sport ou de jeux (34 %) et l'enseignement et les lieux publics (33 %).

Source : Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Résultats 2013 en France métropolitaine. Institut de veille sanitaire ; janvier 2015.

### Définitions et méthode

Le taux de retard scolaire à l'entrée en classe de sixième est donné à titre d'indicateur social. Selon l'Insee, la probabilité d'être en retard pour un élève varie fortement selon ses caractéristiques sociodémographiques (sexe, nationalité...), et celles de sa famille (profession des parents), ainsi que selon l'environnement géographique. Les retards scolaires sont les plus fréquents dans les territoires marqués par une forte précarité économique et sociale. Le risque de retard scolaire est lié significativement aux caractéristiques du voisinage, au-delà des seules caractéristiques des élèves.

Source : Le retard scolaire à l'entrée en sixième : plus fréquent dans les territoires les plus défavorisés - Insee Première - N°1512 - Septembre 2014



Les indicateurs sociaux sont abordés page 16.

### Premiers motifs d'hospitalisation : lésions traumatiques et empoisonnements chez les garçons et pathologies digestives chez les filles

En 2013, chez les garçons, les lésions traumatiques et empoisonnements ont été à l'origine de 14 % des séjours hospitaliers puis viennent les maladies de l'appareil digestif (12 %). Chez les filles, les maladies de l'appareil digestif occupent la 1ère place avec 15 % des séjours hospitaliers (figure 1). Globalement, les taux de recours à l'hospitalisation des 5-14 ans sont plus faibles en Bretagne (67 pour 1 000) qu'au niveau métropolitain (75) et en baisse par rapport à 2003 (85). Au niveau des départements, les taux sont plus élevés dans les Côtes-d'Armor et le Finistère (71) et plus faibles en Ile-et-Vilaine (61) et dans le Morbihan (67). Par rapport à la répartition nationale, les maladies de l'appareil digestif apparaissent moins fréquentes, à l'inverse de celles de l'oreille et de l'apophyse mastoïde qui le sont plus en Bretagne.

### Premiers motifs d'admission en ALD : troubles mentaux chez les garçons et maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif chez les filles

En 2011-2013, les troubles mentaux constituent le premier motif d'admission en ALD pour les garçons (54 %) avec principalement des troubles envahissants du développement, alors que pour les filles, il s'agit des maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif (32 %), principalement la scoliose (figure 2). Globalement, les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD des 5-14 ans sont proches en Bretagne (321 pour 100 000) et au niveau métropolitain (318), et en hausse par rapport à 2006-2008 (299).

### Moindre recours au chirurgien-dentiste en Bretagne

La Haute Autorité de Santé préconise une visite annuelle chez le chirurgien-dentiste dès l'apparition des dents de lait. Or, le recours aux soins dentaires des enfants est inférieur à cette recommandation : selon les données de l'Assurance Maladie, près d'un tiers (30 %) des 5-9 ans ont consulté un chirurgien-dentiste au cours de l'année 2014. Cette proportion varie selon les départements avec un recours plus élevé en Ile-et-Vilaine (35 %) que dans le Finistère (29 %) ou le Morbihan et les Côtes-d'Armor (28 %). Le recours augmente avec l'âge puisque près de la moitié des 10-14 ans (45 %) ont consulté au cours de la même année, davantage en Ile-et-Vilaine (50 %) que dans le Morbihan (43 %), le Finistère (42 %) ou les Côtes-d'Armor (41 %). En moyenne en France, le taux de recours est nettement plus élevé puisque 64 % des 5-9 ans et 74 % des 10-15 ans ont consulté un chirurgien-dentiste au cours de l'année<sup>1</sup>.

Figure 1 : Nombre de séjours hospitaliers\* par diagnostic principal pour les enfants de 5 à 14 ans selon le sexe, en Bretagne en 2013

	Garçons		Filles	
	Nb	%	Nb	%
Lésions traumatiques et empoisonnements	2 127	14%	1 409	12%
Maladies de l'appareil digestif	1 845	12%	1 796	15%
Maladies de l'appareil respiratoire	1 582	10%	1 304	11%
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1 176	8%	289	2%
Maladies oreille et apophyse mastoïde	1 036	7%	828	7%
...				
<b>Total</b>	<b>15 379</b>	<b>100%</b>	<b>11 762</b>	<b>100%</b>

Sources : DREES, Base nationale PMSI Exploitation ORS Bretagne  
\* Services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique) des établissements publics et privés

Figure 2 : Principaux motifs d'admission en ALD pour les enfants de 5 à 14 ans, selon le sexe, en Bretagne en 2011-2013

	Garçons		Filles	
	Nb	%	Nb	%
Ensemble des ALD pour troubles mentaux	374	54%	152	28%
Ensemble des ALD par maladies du système nerveux	73	11%	61	11%
Ensemble des ALD par maladies de l'appareil respiratoire	53	8%	29	5%
Ensemble des ALD par maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	47	7%	51	9%
Ensemble des ALD par maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	35	5%	175	32%
...				
<b>Total</b>	<b>690</b>	<b>100%</b>	<b>546</b>	<b>100%</b>

Source : Cnamts, MSA, RSI Exploitation ORS Bretagne

### Bibliographie

<sup>1</sup> Etude de la Drees « Santé bucco-dentaire des enfants : des inégalités dès le plus jeune âge » n° 847 de juillet 2013

## ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES (15-30 ANS)

### Une proportion des jeunes de 15-24 ans constante d'ici 2040

Cette classe d'âge compte 373 328 jeunes en Bretagne en 2015. Ils sont les plus nombreux en Ille-et-Vilaine (38 %). Viennent ensuite le Finistère avec 27 %, puis le Morbihan (20 %) et les Côtes-d'Armor (15 %). La grande majorité des 15-24 ans résident dans une aire urbaine. Leur part dans la population bretonne devrait rester stable en 2040, autour de 11,2 % (13 % en Ille-et-Vilaine ; 11 % dans le Finistère ; 10 % dans les Côtes-d'Armor et le Morbihan).

### Plus d'un jeune actif Breton de 15-24 ans sur cinq au chômage

En Bretagne comme sur l'ensemble du territoire métropolitain, le chômage des jeunes de 15 à 24 ans a fortement augmenté entre 2008 et 2014. Au cours de cette période, le taux de chômage est passé de 15,9 % à 21,7 % en Bretagne et de 18,3 % à 23,4 % en moyenne nationale. Il a augmenté plus vite sur le territoire breton (+ 5,8 points) qu'en France métropolitaine (+ 5,1).

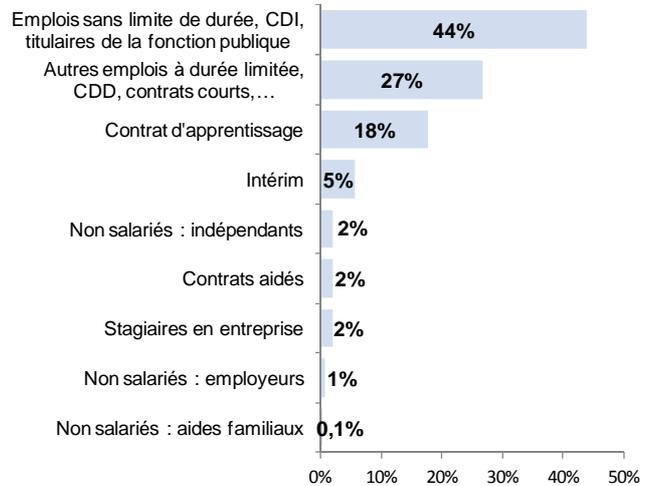
### Plus de la moitié des 15-24 ans en emploi précaire

En 2012, plus de la moitié des 15-24 ans sont élèves, étudiants ou stagiaires non rémunérés (au nombre de 203 755, soit 54 %). Un tiers (32 %), soit environ 120 000 jeunes, sont actifs avec un emploi. Parmi eux, 54 % sont concernés par un emploi précaire (intérim, CDD, contrat aidé, stage ou apprentissage) contre 10 % pour les 25 ans et plus (*figure 1*). La part des 15-24 ans en emploi sans limite de durée (CDI, fonctionnaires) est de 44 %, contre 76 % pour les 25 ans et plus. Le premier CDI est acquis aux environs de 28-29 ans<sup>1</sup>.

### Une faible part de jeunes de 15-24 ans ni diplômés ni scolarisés

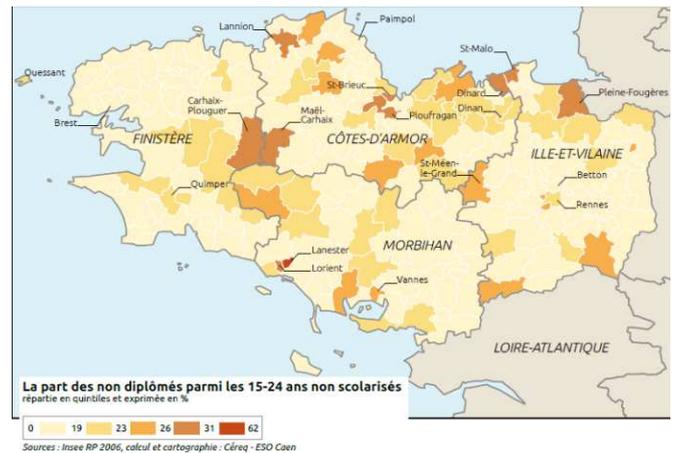
La part des jeunes non diplômés parmi les 15-24 ans non scolarisés représente un indicateur de difficulté scolaire et met en évidence les sorties prématurées du système scolaire (*figure 2*). Presque tous les cantons de l'académie de Rennes concentrent une part de jeunes non diplômés parmi les 15-24 ans non scolarisés plus faible que la moyenne nationale (19 % contre 27 %). Cinq cantons font exception à cette règle : Lannion (29 %), Maël-Carhaix (28 %) et Dinan (28 %) dans les Côtes-d'Armor, Lanester dans le Morbihan (34 %), Dinard en Ille-et-Vilaine (28 %).

Figure 1 : Répartition des actifs de 15-24 ans ayant un emploi selon le statut d'emploi



Source : Insee RP 2012 Exploitation ORS Bretagne

Figure 2 : Part des non diplômés parmi les 15-24 ans non scolarisés, qu'ils soient ou non en emploi, selon les cantons de Bretagne



### Bibliographie

<sup>1</sup> Charte d'engagement pour les jeunes en Bretagne – Conseil Régional de Bretagne – 2011

### Définitions et méthode

- Le taux de chômage est le rapport entre le nombre de chômeurs au sens du bureau international du travail (BIT) sur la population active. « Le taux de chômage des hommes dépasse désormais celui des femmes » Insee Flash Bretagne N° 12 - décembre 2015
- La part des non diplômés parmi les 15-24 ans non scolarisés, qu'ils soient ou non en emploi, est calculé à partir des données du recensement de la population de 2006. Afin de donner un ordre de grandeur, parmi les 2 760 000 jeunes de 15-24 ans qui ne sont plus scolarisés (soit 35 % de cette classe d'âge), 750 000 n'ont pas de diplôme, soit 27 % en moyenne pour la France métropolitaine (RP 2006). Il s'agit là d'une estimation « en stock » et retardée des effets cumulés des sorties sans diplôme du système éducatif.

## Les jeunes en difficultés de lecture plus nombreux dans les Côtes-d'Armor

Les évaluations effectuées dans le cadre de la Journée Défense et Citoyenneté 2013 et 2014 fournissent une mesure de la proportion de jeunes ayant des difficultés de lecture. C'est dans les Côtes-d'Armor que les taux sont les plus élevés. Ainsi, en 2014, 8,4 % des participants de 17 ans ou plus sont concernés, contre 6,9 % en Ile-et-Vilaine, et 6,8 % dans le Finistère et le Morbihan. Les jeunes en grande difficulté de lecture sont plus fréquemment des garçons.

## Moins de retard scolaire à l'entrée en seconde générale et technologique qu'en moyenne nationale

Avec un taux de retard à l'entrée en seconde générale et technologique de 6 % et de 38 % pour la seconde professionnelle, l'académie de Rennes est moins touchée qu'au niveau national (respectivement 9 % et 40 %). Le département du Morbihan présente les taux de retard les plus élevés de la région, à l'opposé de l'Ille-et-Vilaine où les taux sont les plus faibles (figure 1). Alors qu'en 2005, 15 % des élèves de l'académie présentaient un retard scolaire à l'entrée en seconde générale et technologique (50 % en 2010 pour la seconde professionnelle), ils sont près de deux fois moins nombreux dans ce cas en 2015. Au niveau national, l'évolution est similaire.

Figure 1 : Taux de retard scolaire d'un an ou plus à l'entrée en classe de seconde à la rentrée 2015

	Taux de retard scolaire à l'entrée en classe de seconde à la rentrée 2015	
	Seconde générale et technologique	Seconde professionnelle
Côtes-d'Armor	6%	37%
Finistère	6%	37%
Ille-et-Vilaine	5%	36%
Morbihan	7%	42%
<b>Académie de Rennes</b>	<b>6%</b>	<b>38%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>9%</b>	<b>40%</b>

Source : Rectorat de l'Académie de Rennes (Public + Privé sous contrat)

## Le travail, les loisirs, la culture et les études/formations : premiers besoins d'information cités par les jeunes bretons

D'après l'enquête du CRIJ sur les bretons de 15-29 ans, plus de 4 jeunes sur 10 expriment un besoin d'information concernant le travail (41 %) juste devant les loisirs (32 %). La culture, les études et les formations professionnelles viennent ensuite à égalité (26 %). Pour la thématique santé/prévention santé (qui arrive en 8<sup>e</sup> place), les femmes s'informent beaucoup plus sur le sujet que les hommes, toutes tranches d'âge confondues. Le recours à Internet pour rechercher des informations est une pratique relativement fréquente chez les jeunes. Environ 88 % des jeunes interrogés ont eu recours à Internet pour y chercher des informations.

Source : Les jeunes bretons et leurs stratégies d'information, Réseau Information Jeunesse Bretagne, enquête 2013.

## Les allocataires CAF bretons de moins de 30 ans

Les jeunes allocataires bretons de moins de 30 ans apparaissent sur-représentés dans les catégories d'allocataires confrontés à des situations de précarité. Ils sont à ce titre particulièrement accompagnés au titre des prestations d'aide au logement (les ¾ d'entre eux), du RSA (un allocataire sur trois bénéficiaire du Rsa a moins de 30 ans) et sont proportionnellement plus nombreux à vivre sous le seuil de bas revenus\* (43 % des allocataires de moins de 30 ans vivent sous le seuil de bas revenus contre 29 % chez les 30 ans et plus).

\*Le seuil de bas revenus correspond à 60 % de la médiane des revenus des ménages.

Source : Cahier des données sociales 2012. Fédération bretonne des Caisses d'Allocations Familiales.

## Les accidents de la circulation, première cause de mortalité des 15-24 ans

Sur la période 2010-2012, les accidents de circulation sont à l'origine d'un quart des décès chez les jeunes de 15-24 ans (26 %), davantage chez les jeunes hommes (29 %) que chez les jeunes femmes (17 %). Les suicides sont la deuxième cause de mortalité, avec près d'un quart (23 %) des décès (24 % chez les garçons et 20 % chez les filles). Les taux standardisés de mortalité par accidents de circulation sont orientés à la baisse, et sont proches de la moyenne nationale dans chacun des départements bretons. En revanche, en ce qui concerne la mortalité par suicide, les taux standardisés évoluent peu depuis 2001, et trois des quatre départements bretons (Côtes-d'Armor, Finistère, Morbihan) présentent une surmortalité vis-à-vis du niveau national.

## Les affections psychiatriques, premier motif de nouvelles admissions en ALD

Sur la période 2011-2013, en moyenne annuelle, 749 garçons et 750 filles de 15-24 ans ont été admis en affections de longue durée (figure 1). Les troubles mentaux constituent le premier motif de prise en charge de longue durée pour les jeunes (chez les garçons, troubles spécifiques de la personnalité et psychoses ; chez les filles, troubles de l'alimentation et épisodes dépressifs). Les taux sont stables dans le temps.

### 1 apprenti sur 15 déclare avoir déjà fait une tentative de suicide

D'après l'enquête sur la santé des apprentis en Bretagne, en 2014, les filles ont tenté de se suicider deux fois plus souvent que les garçons (10 % contre 5 %). Pour un quart des apprentis, personne ne s'est rendu compte de cet acte.

### Les étudiants se déclarent plus souvent bien dans leur peau que leurs homologues féminines

D'après l'enquête sur les « Conditions de vie et de santé des étudiants de Rennes », près des trois quarts des étudiants (73 %) déclarent se sentir bien dans leur peau « en permanence », « très souvent » ou « souvent », alors que cela ne concerne que 58 % des étudiantes.

### Plus d'un apprenti sur 7 en surpoids ou obèses, davantage les filles

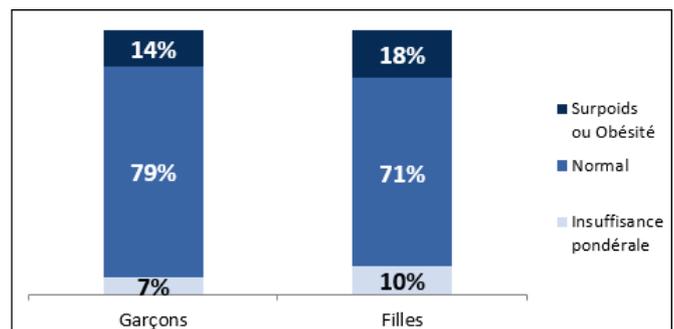
15 % des apprentis présentent un surpoids ou sont obèses, davantage les filles (18 %) que les garçons (14 %) (figure 2). L'insuffisance pondérale touche également plus les filles (10 %) que les garçons (7 %). Globalement, près de trois quarts des apprentis (74 %) ont une perception positive de leur image corporelle : 75 % pour les garçons et un peu moins pour les filles (71 %). Les filles s'estiment plus fréquemment grasses et les garçons plus souvent maigres.

Figure 1 : Principaux motifs d'admission en ALD pour les jeunes de 15 à 24 ans, selon le sexe, en Bretagne en 2011-2013

	Garçons		Filles	
	Nb	%	Nb	%
Troubles mentaux	304	41%	253	34%
Maladies du système nerveux	82	11%	87	12%
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	71	10%	67	9%
Tumeurs	62	8%	67	9%
Maladies de l'appareil digestif	62	8%	74	10%
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	59	8%	108	14%
...				
<b>Total</b>	<b>749</b>	<b>100%</b>	<b>750</b>	<b>100%</b>

Source : Cnamts, MSA, RSI - Exploitation ORS Bretagne

Figure 2 : Indice de masse corporelle (IMC) selon le sexe



Source : Santé des apprentis 2015, Exploitation ORS Bretagne

### Enquête sur la santé des apprentis en Bretagne en 2015

Cette enquête aborde, outre les caractéristiques sociodémographiques des apprentis, leurs conditions de vie et d'apprentissage, leur santé physique et psychique, leurs comportements et consommations (sexualité, produits psycho-actifs,...). Le taux de participation est d'environ 88 %, soit près de 2 700 apprentis participants. Près des trois quarts des apprentis (71 %) sont des garçons et 29 % des filles. Les apprentis ont en moyenne 20 ans.

Source : Enquête Santé des apprentis en Bretagne en 2015 - Observatoire Régional de Santé de Bretagne, Conseil Régional de Bretagne, Mars 2016. A télécharger sur le site de l'ORS Bretagne.

### Enquête « Conditions de vie et de santé des étudiants de Rennes » 2013-2014

Cette enquête aborde les principales thématiques des conditions de vie et de la santé des étudiants suivant une formation à Rennes et inscrits dans les deux universités rennaises (tous niveaux, toutes filières d'étude). Le taux de participation est d'environ 19 %, soit 7 560 étudiants participants (42 % sont des garçons et 58 % des filles). Les « bac+1 » et « bac+2 » (des universités comme des écoles ou de l'IUT) représentent 44 % des répondants à l'enquête, les « bac+3 » et « bac+4 » 33 %. Les données ont été redressées.

Source : Etude « Conditions de vie et de santé des étudiants de Rennes » 2013-2014 - Ville de Rennes, Rennes Métropole, EHESP, les Universités de Rennes 1 et 2 ainsi que l'Agence d'Urbanisme et de Développement Intercommunal de l'Agglomération Rennaise (AUDIAR)

### Obésité et troubles alimentaires chez les jeunes

Selon l'Académie Nationale de Médecine, 1 % des adolescents sont concernés par l'anorexie, soit environ 2 300 jeunes en Bretagne (essentiellement des filles).

Par ailleurs, d'après l'enquête Obépi 2012, la prévalence de l'obésité parmi les jeunes français de 18-24 ans est plus importante chez les filles (6 %) que chez les garçons (4,7 %).

**Zoom** Les indicateurs relatifs à la nutrition sont abordés

page 30.

### A 17 ans, deux jeunes sur 5 déclarent fumer quotidiennement pour les garçons comme pour les filles

Selon l'enquête Escapad 2014 en Bretagne, 37 % des bretons de 17 ans fument tous les jours, soit une proportion plus importante qu'en France (32 %). Le tabagisme quotidien est comparable entre les garçons et les filles. Après une phase de décroissance jusqu'en 2008, la tendance s'oriente à la hausse depuis 2011. Parallèlement, l'âge moyen d'initiation au tabac a tendance à se stabiliser depuis 2011 après avoir diminué. En 2014, il est de 14,0 ans en Bretagne comme en France (contre respectivement 15 ans et 15,1 ans en 2008). La durée de passage entre expérimentation et tabagisme quotidien se maintient à 1 an en Bretagne comme en France.

### Près de 4 étudiants rennais sur 10 déclarent fumer

Plus précisément un quart des étudiants indiquent fumer régulièrement et 16 % occasionnellement. Les étudiants rennais fument moins que la moyenne nationale. En effet, selon l'enquête nationale sur la santé des étudiants de la Mutuelle Des Etudiants (LMDE) en 2014, 28 % des étudiants fument du tabac (17 % tous les jours, et 11 % occasionnellement).

### Une consommation régulière d'alcool pour un quart des garçons bretons en hausse plus rapide qu'au niveau national

En Bretagne, après les niveaux les plus bas observés en 2008, l'usage régulier d'alcool (au moins 10 fois dans le mois) poursuit sa recrudescence observée en 2011 en particulier chez les garçons : il concerne 24 % des garçons et 10 % des filles en 2014, contre 15 % et 4 % en 2008. Cette hausse est plus rapide en Bretagne qu'au niveau national. Quel que soit le sexe, les jeunes Bretons sont en proportion plus nombreux à consommer régulièrement de l'alcool qu'en moyenne nationale (figure 1).

### Plus de 4 apprentis sur 10 sont des consommateurs réguliers d'alcool, surtout les garçons

D'après l'enquête sur la santé des apprentis en Bretagne, en 2014, 44 % des apprentis sont des consommateurs réguliers (10 fois ou plus dans le mois), davantage les garçons que les filles (51 % contre 27 %) (figure 2).

Figure 1 : Évolution de la consommation régulière\* d'alcool à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France

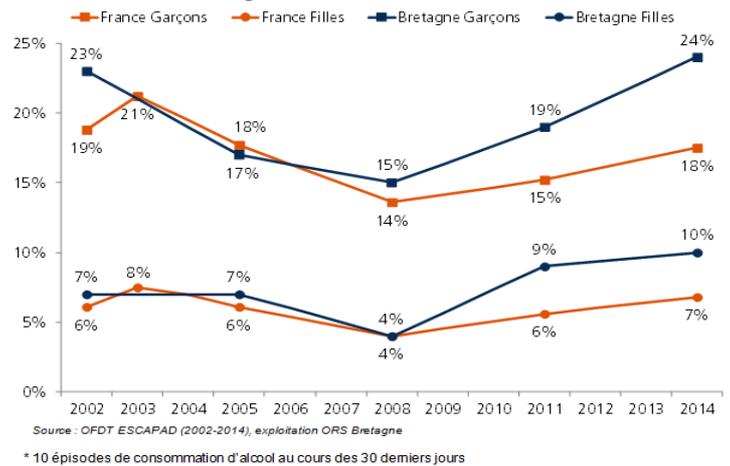
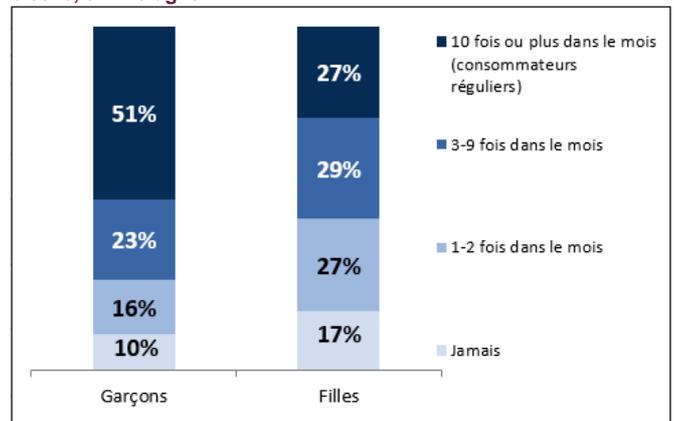


Figure 2 : Consommation régulière d'alcool chez les apprentis, selon le sexe, en Bretagne



### Vie affective et sexuelle

En 2012, 113 naissances ont concerné des mineures en Bretagne, soit 3 naissances vivantes sur 1 000. Depuis 2000, les naissances chez les mineures restent marginales et représentent entre 3 et 4 naissances vivantes sur 1 000 en Bretagne contre 5-6 naissances vivantes sur 1 000 en France métropolitaine. Par ailleurs, la région, avec 7,5 IVG pour 1 000 femmes mineures, affiche le plus faible recours parmi l'ensemble des régions de France métropolitaine.  
Source : Tableau de bord « vie affective et sexuelle », Observatoire Régional de Santé de Bretagne, mars 2015

### Enquête Escapad

Mise en œuvre par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) depuis 2000 en partenariat avec la Direction du service national (DSN), l'enquête Escapad se déroule lors de la Journée défense et citoyenneté auprès d'adolescents âgés de 17 ans en majorité.  
Pour en savoir plus : Les drogues à 17 ans : analyse régionale de l'enquête ESCAPAD 2014, Tendances N° 102, juillet 2015 - OFDT.

**Près d'un quart des étudiants rennais consomment de l'alcool plusieurs fois par semaine**

La consommation d'alcool des étudiants est plus fréquente que celles des étudiantes (figure 1). La consommation répétée au cours de la semaine concerne moins d'une étudiante sur cinq (18 %) contre près d'un tiers des étudiants (31 %).

Par ailleurs, les étudiants boivent plus de verres d'alcool que les étudiantes : près de 42 % des étudiants consomment 5 verres d'alcool ou plus un jour de consommation d'alcool, alors que ce n'est le cas que d'un quart des étudiantes.

**L'ivresse régulière à 17 ans : une pratique 2 fois plus fréquente en Bretagne qu'en France mais en baisse en 2014**

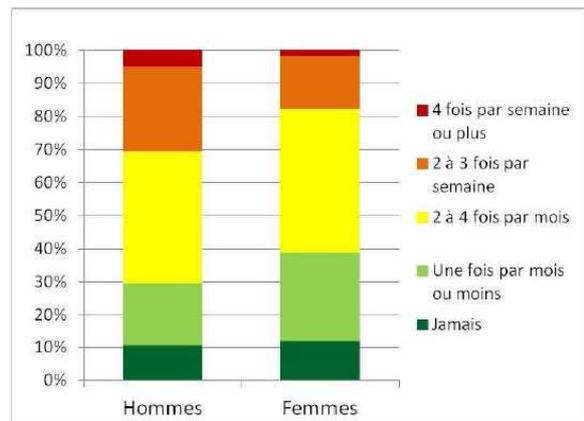
En 2014, un quart des garçons (25 %) et près d'une fille sur dix (9 %) déclarent avoir été ivres au moins 10 fois au cours de l'année, soit des proportions nettement supérieures à la moyenne nationale (respectivement 13 % et 5 %). La situation qui s'était dégradée en 2011, retrouve en 2014 les niveaux observés en 2008 (figure 2). Parallèlement, l'âge moyen de l'expérimentation de l'ivresse a tendance à augmenter depuis 2008 et s'avère légèrement plus précoce qu'au niveau national : en 2014, il est de 15,1 ans en Bretagne, contre 15,3 ans en France (contre respectivement 15 ans et 15,1 ans en 2008).

**L'usage régulier de cannabis presque 3 fois plus répandu chez les garçons et en hausse**

Les garçons sont presque 3 fois plus nombreux que les filles (15 % contre 6 % en 2014) à avoir fumé un joint au moins 10 fois dans le mois. Depuis le début des années 2000, l'usage régulier de cannabis a connu une forte décroissance, particulièrement marquée entre 2005 et 2008. Cependant, la tendance est à la hausse en 2014, chez les garçons comme chez les filles, en Bretagne comme en France.

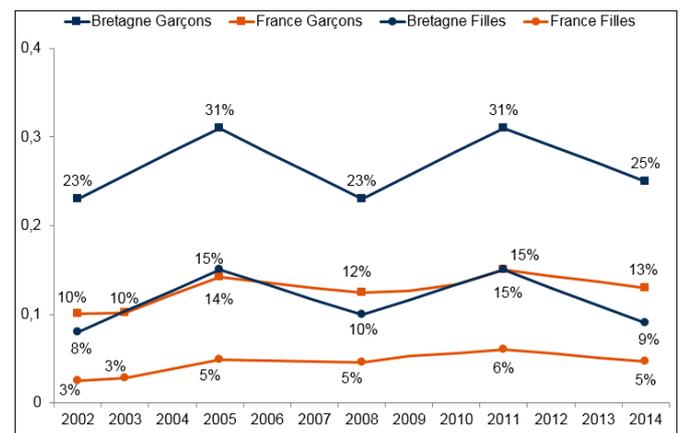
Parallèlement, l'âge moyen de l'expérimentation du cannabis s'avère un peu plus précoce en Bretagne qu'au niveau national : en 2014, il est de 15,1 ans en Bretagne, contre 15,3 ans en France. L'expérimentation de cannabis est plus fréquente en Bretagne qu'en France : 53 % contre 48 % et plus répandue chez les garçons que chez les filles (57 % contre 48 %). L'expérimentation des drogues illicites autres que le cannabis est peu fréquente et, peu différenciée selon le sexe sauf pour les champignons hallucinogènes, le LSD et les amphétamines, plus souvent testés par les garçons.

Figure 1 : Répartition des étudiants (en %) selon la fréquence de consommation d'alcool et le sexe



Source : Etude « Conditions de vie et de santé des étudiants de Rennes » 2013-2014

Figure 2 : Évolution de l'ivresse régulière\* à 17 ans selon le sexe en Bretagne et en France



Source : OFDT ESCAPAD (2002-2014), exploitation ORS Bretagne  
\* Ivresse au moins 10 fois au cours des 12 derniers mois

**Les jeunes Bretons de 15 à 30 ans présentent des profils d'alcoolisation supérieurs à la moyenne nationale**, que ce soit pour l'ivresse, les consommations ponctuelles excessives ou l'usage régulier. Cf. fiches « conduites addictives » page 19.

Source : Beck F., Guignard R., Léon C., Richard J.-B. Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoires, 2013 : 104 p

## LES PERSONNES ÂGÉES (75 ANS ET PLUS)

### Plus d'un Breton sur 6 âgé de 75 ans et plus à l'horizon 2040

Au nombre de 344 885, les personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 10 % de la population bretonne en 2015, les femmes étant plus nombreuses dans cette tranche d'âge (63 %). La proportion de personnes âgées de 75 ans ou plus devrait être proche de 16 % en 2040. La progression serait significative dans tous les départements bretons. L'Ille-et-Vilaine présenterait la plus faible part de 75 ans et plus (13 %) et les Côtes-d'Armor la plus élevée (18 %), le Finistère et le Morbihan affichant une position intermédiaire (respectivement 16 % et 17 %). Les 95 ans et plus sont au nombre de 5 865 en 2015 et seront plus de 3 fois plus nombreux en 2040 (près de 20 000).

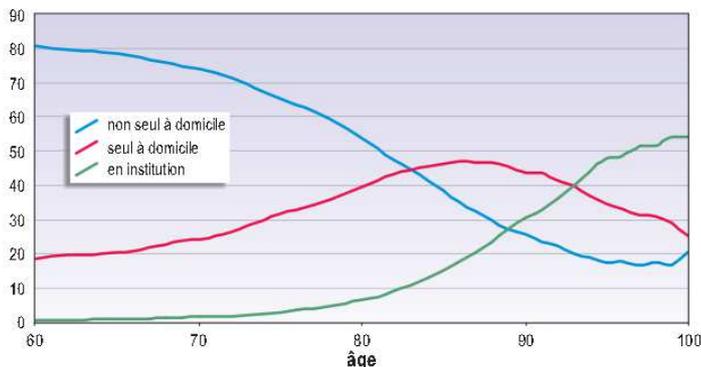
### En couple, ensuite seul, puis en institution aux grands âges

En 2009, 66 % des Bretons de 60 ans ou plus vivent en ménage avec d'autres personnes et 29 % vivent seuls à domicile. Chez les personnes de 85 ans ou plus, la vie seule à domicile concerne 45 % de la population (figure 1). Seulement 5 % de l'ensemble de la population bretonne des 60 ans ou plus résident en institution en 2009. Parmi les personnes âgées de 85 ans ou plus, un quart vit en institution. Parmi celles âgées de 90 ans ou plus, cette proportion s'élève à 40 %.

### Près de 4 personnes âgées de 75 ans ou plus sur 10 vivent seules chez elles

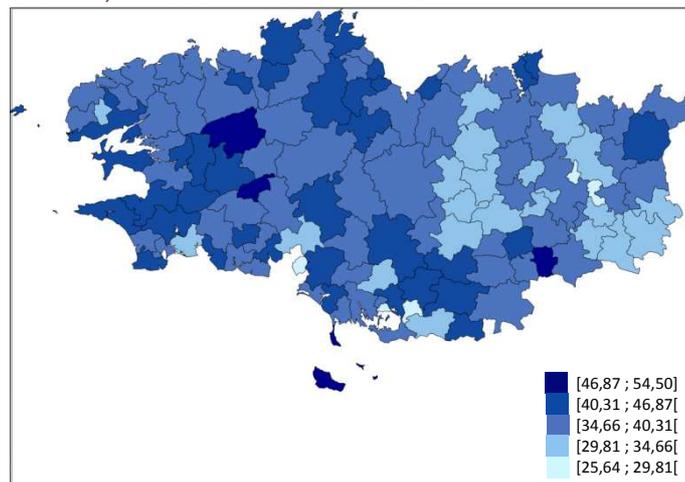
En Bretagne, en 2012, 129 905 personnes âgées de 75 ans et plus vivent seules, ce qui représente 39 % de la population dans cette tranche d'âge, soit une proportion proche de la moyenne nationale (38,6 %). Cette part est la plus élevée dans le Finistère (40 %), suivi par les Côtes-d'Armor et le Morbihan (39 %), et plus faible en Ille-et-Vilaine (37 %). Les 75 ans ou plus vivant seuls se concentrent à l'est d'un axe Saint-Brieuc-Redon, principalement dans les bassins de vie du Palais, de Quiberon, Gourin, Huelgoat (figure 2). La part des personnes âgées vivant seules a légèrement diminué en Bretagne, passant de 41 % en 2007 à 39 % en 2012, davantage en Ille-et-Vilaine (-1,8 points) que dans le Finistère (-1,1 points).

Figure 1 : Mode de vie des Bretons âgés de 60 ans ou plus (en %)



Source : Insee, Recensement de la population 2009

Figure 2 : Part des personnes âgées de 75 ans ou plus vivant seules à domicile, selon les bassins de vie en 2012



Source : Insee, RP 2012 Exploitation ORS Bretagne

### Espérance de vie en bonne santé à 65 ans en France

En France, en 2013, l'espérance de vie en bonne santé, à 65 ans, c'est-à-dire sans limitations d'activités ou sans incapacités majeures, est estimée à 74,8 ans pour les hommes et à 75,7 ans pour les femmes. Cette espérance de vie a augmenté : 0,9 an pour les femmes et 0,8 an pour les hommes entre 2010 et 2013.

Source : Eurostat

### Près de 1000 centenaires en 2013 en Bretagne

Au recensement de la population en 2013, 973 centenaires vivent en Bretagne. Ils seraient 10 000 en 2060 selon l'estimation de l'Insee basée sur le scénario standard.

Source : « 15 000 centenaires en 2010 en France, 200 000 en 2060? », Insee Première N° 1319 - octobre 2010.

### Des personnes âgées bretonnes aux revenus moins élevés qu'en France

Le revenu disponible moyen breton des plus de 75 ans est largement inférieur à celui de la France métropolitaine : 24 677 euros contre 27 940 euros en 2011<sup>1</sup>. Il est de 25 534 euros en Ille-et-Vilaine, 25 084 dans le Morbihan, 24 224 dans le Finistère et 23 866 dans les Côtes-d'Armor. Malgré l'attractivité de son littoral pour les retraités relativement aisés venant d'autres régions, la Bretagne compte également des personnes âgées aux revenus plus modestes (femmes seules, retraitées de l'agriculture)<sup>2</sup>. Par contre si le revenu disponible moyen est moindre, la part des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) et de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) l'est également : avec 2,5 % de personnes de 61 ans ou plus bénéficiaires en 2014, la Bretagne se situe en dessous du taux moyen de bénéficiaires en France qui est de 3,4 %<sup>3</sup>.

Dans les départements, le taux est plus élevé en Ille-et-Vilaine (2,7 %), suivi des Côtes-d'Armor (2,6 %), du Morbihan (2,5 %) et du Finistère (2,3 %).

### Une croissance du nombre de personnes âgées dépendantes soutenue dans les territoires périurbains et sur le littoral morbihannais

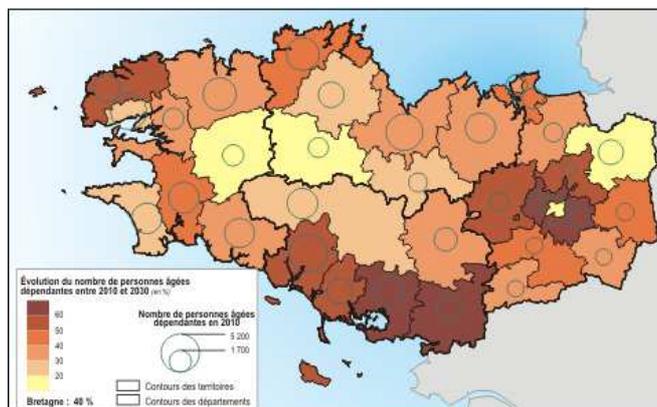
Entre 2010 et 2030, le nombre de personnes âgées dépendantes progresserait de 40 % en Bretagne, légèrement plus qu'en Métropole (38 %). La population âgée dépendante devrait croître dans les territoires proches de Rennes et de Vannes, actuellement peu touchées par le vieillissement, et de manière plus modérée dans les zones rurales aujourd'hui âgées, ainsi que dans les zones urbaines<sup>4</sup> (figure 1).

### De nombreux bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement

L'APA, versée par le conseil départemental, est destinée aux personnes âgées de 60 ans et plus, quels que soient leurs revenus, et en perte d'autonomie, c'est-à-dire avoir un degré de perte d'autonomie évalué comme relevant des groupes iso-ressources (GIR) 1, 2, 3 ou 4 par une équipe de professionnels.

En 2013, le taux de bénéficiaires de l'APA pour 100 personnes de plus de 75 ans est de 20 soit un peu en dessous de la moyenne nationale de 21. Le taux est stable par rapport à 2008. Au sein de la région, le taux varie de 19 % dans le Finistère à 21 % dans les Côtes-d'Armor et l'Ille-et-Vilaine, le Morbihan affichant une position intermédiaire (20 %). Par ailleurs la Bretagne se distingue par un pourcentage de bénéficiaires de l'APA hébergés en établissement (53 %) nettement supérieur à la structure nationale (41 %) (figure 2), qui se maintient au niveau de 2008. Au sein des départements, le Finistère se démarque par une plus forte proportion de bénéficiaires en établissement qu'en 2008. Enfin, 80 % des bénéficiaires à domicile ont plus de 80 ans.

Figure 1 : Evolution de la population âgée dépendante dans les territoires d'action infra-départementaux entre 2010 et 2030



Source : Insee, enquêtes Handicap-Santé 2008-2009, projections de population Omphale 2010

Figure 2 : Nombre et répartition en % des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) par type d'hébergement en 2013 et en 2008

	2008			2013		
	Total	bénéficiaires en établissement	bénéficiaires à domicile	Total	bénéficiaires en établissement	bénéficiaires à domicile
Côtes-d'Armor	13 612	55%	46%	15 129	55%	45%
Finistère	19 319	47%	53%	18 489	52%	48%
Ille-et-Vilaine	15 270	57%	44%	17 652	55%	45%
Morbihan	13 378	52%	48%	15 793	51%	49%
<b>Bretagne</b>	<b>61 479</b>	<b>52%</b>	<b>48%</b>	<b>67 063</b>	<b>53%</b>	<b>47%</b>
<b>France</b>	<b>1 094 000</b>	<b>38%</b>	<b>62%</b>	<b>1 211 092</b>	<b>41%</b>	<b>59%</b>

Source : Drees Exploitation ORS Bretagne

#### Bibliographie

<sup>1</sup>Source : Insee, Revenus disponibles localisés 2011. Le revenu disponible d'un ménage comprend les revenus d'activité (nets des cotisations sociales), les revenus du patrimoine, les transferts en provenance d'autres ménages et les prestations sociales (y compris les pensions de retraite et les indemnités de chômage), nets des impôts directs.

<sup>2</sup>Moins de pauvreté et d'inégalités de revenus entre les ménages et entre les territoires - Insee Analyses Bretagne N° 20 - juin 2015

<sup>3</sup>Source : enquête Drees sur les allocations du minimum vieillesse

<sup>4</sup>Personnes âgées dépendantes en Bretagne : une augmentation potentielle de 40 % à l'horizon 2030 (Octant Analyse n° 35)

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

La répartition des bénéficiaires de l'APA à domicile selon les GIR est comparable en 2013 à celle observée au niveau national (*figure 1*) et stable par rapport aux données de 2008. En Bretagne, selon les départements, 17 à 22 % des personnes recevant l'APA à domicile ont une restriction d'autonomie très marquée et relèvent des GIR 1 et 2. Seule l'Ille-et-Vilaine présente une part moindre par rapport au niveau national.

## Mortalité plus élevée en Bretagne, plus particulièrement dans le Finistère

Entre 2010 et 2012, il y a eu en moyenne chaque année 6 625 décès de personnes de plus de 75 ans domiciliées dans le Finistère, 5 155 en Ille-et-Vilaine, 5 075 dans le Morbihan et 4 691 dans les Côtes-d'Armor, soit un total de 21 546 en Bretagne (dont 58 % de femmes). Les taux standardisés de mortalité masculine sont plus élevés qu'en moyenne métropolitaine en Bretagne, et dans chacun des départements, à l'exception de l'Ille-et-Vilaine en situation de sous-mortalité. Chez les femmes, la Bretagne et deux de ses départements, Finistère et Morbihan, sont en surmortalité, tandis que les Côtes-d'Armor et l'Ille-et-Vilaine ne se démarquent pas de la moyenne. Les taux standardisés de mortalité masculins sont sur tous les territoires une fois et demie supérieurs aux taux féminins (*figure 2*).

## Moindre baisse de la mortalité des Bretons

Entre 2000-2002 et 2010-2012, la mortalité générale des personnes de 75 ans et plus a fortement diminué chez les hommes comme chez les femmes. Cette baisse est moins importante, chez les bretonnes (-12 %) qu'en France métropolitaine (-15 %) et pour les hommes (-15 % contre -14%).

## Les maladies de l'appareil circulatoire, 1ère cause de décès

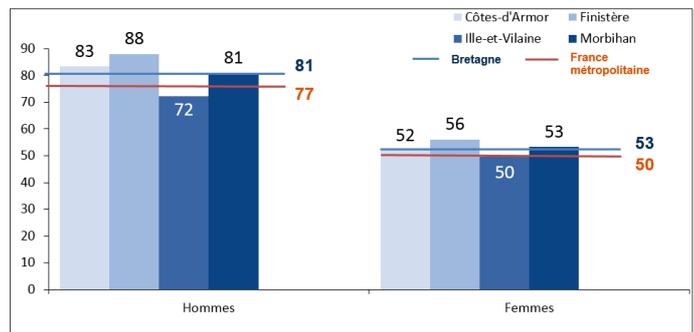
Que ce soit en Bretagne, dans chacun de ses départements ou au niveau de la France métropolitaine, les maladies cardio-vasculaires constituent la première cause de décès chez les 75 ans et plus. En Bretagne, elles sont à l'origine de 7 422 décès en moyenne annuelle en 2010-2012, soit plus de 34 % des décès (31 % en France métropolitaine), plus fréquemment chez les femmes. Les autres principales causes de décès sont les tumeurs (22 % en Bretagne comme en France métropolitaine) plus présentes chez les hommes, puis les maladies de l'appareil respiratoire (8 %), les maladies du système nerveux (7 % en Bretagne et 8 % en France métropolitaine) plus fréquentes chez les femmes et les causes externes de morbidité et mortalité (5 %). Cette dernière catégorie comprend les accidents, dont en premier lieu les chutes (1,4 % des décès), et les suicides (0,6 %).

Figure 1 : Répartition en % des bénéficiaires de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile, par groupes iso-ressources (GIR) au 31 décembre 2013

	GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4
Côtes-d'Armor	3%	19%	22%	57%
Finistère	2%	18%	27%	52%
Ille-et-Vilaine	1%	16%	23%	60%
Morbihan	3%	17%	12%	68%
<b>Bretagne</b>	<b>2%</b>	<b>17%</b>	<b>21%</b>	<b>59%</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>2%</b>	<b>17%</b>	<b>22%</b>	<b>59%</b>

Source : Drees - Exploitation ORS Bretagne

Figure 2 : Taux standardisés de mortalité générale chez les 75 ans et plus selon les départements en 2010-2011-2012 (pour 1 000)



Source : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Bretagne

## Mortalité et morbidité aux grands âges (85 ans et plus)

En 2010-2012, 12 624 Bretons âgés de 85 ans ou plus sont décédés, soit un taux standardisé de mortalité de 141 pour 1 000, supérieur au niveau national (132). Les maladies de l'appareil circulatoire sont la première cause de mortalité (38 % des décès), devant les tumeurs (15 %) et les maladies de l'appareil respiratoire (9 %). En 2011-2013, près de 10 830 Bretons âgés de 85 ans et plus ont été admis en affections de longue durée soit 14 % du total des nouvelles admissions. Les maladies cardio-vasculaires représentent 46 % des nouvelles admissions, devant les maladies du système nerveux (22 %) et les tumeurs (13 %).

### Une surmortalité bretonne par maladies de l'appareil circulatoire chez les 75 ans et plus

Les taux standardisés de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire pour chacun des sexes sont significativement supérieurs dans la région et les départements à ceux de la France métropolitaine, à l'exception des taux masculins en Ile-et-Vilaine qui sont proches (*figure 1*). La mortalité par tumeur apparaît très supérieure à la moyenne nationale chez les hommes en Bretagne, particulièrement dans le Finistère. La mortalité par maladie respiratoire est également plus élevée en Bretagne, particulièrement dans le Morbihan chez les femmes et dans le Finistère chez les hommes comme chez les femmes. Les taux de mortalité sont globalement proches en Bretagne et en France métropolitaine pour les maladies du système nerveux, mais des disparités existent selon les départements chez les femmes : le Finistère présente une surmortalité, à l'inverse de l'Ile-et-Vilaine en sous-mortalité.

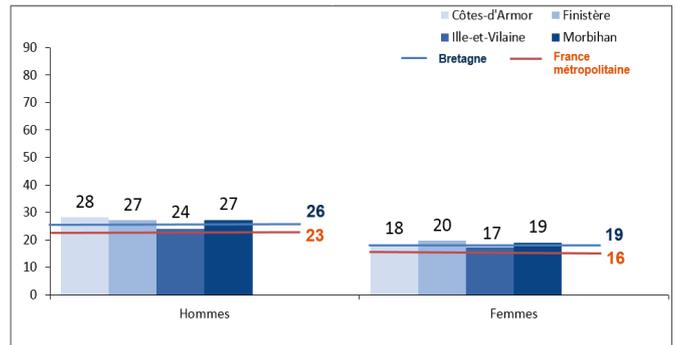
### Décroissance de la mortalité et des hospitalisations liées aux fractures du col du fémur

En 2010-2012, 180 personnes âgées de 75 ans et plus, dont deux tiers de femmes, sont décédés suite à une fracture du col du fémur. Le taux standardisé de mortalité breton a diminué au cours des années 2000 et s'établit à 52 pour 100 000, taux identique au niveau national. Les taux de mortalité sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes. La fracture du col du fémur est à l'origine de 3 772 hospitalisations en court séjour en 2013 pour les patients âgés de 75 ans ou plus, dont les trois quarts pour des femmes. Entre 1998 et 2013, les taux d'hospitalisation selon l'âge, relativement proches du niveau national, ont baissé de manière similaire (-26 % chez les 75-84 ans en Bretagne comme en France et -17 % chez les plus de 85 ans en Bretagne et -18 % pour la France) (*figure 2*). Les taux standardisés de recours à l'hospitalisation sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

### Plus de la moitié des nouvelles admissions en ALD chez les personnes de plus de 75 ans liées à des maladies de l'appareil circulatoire

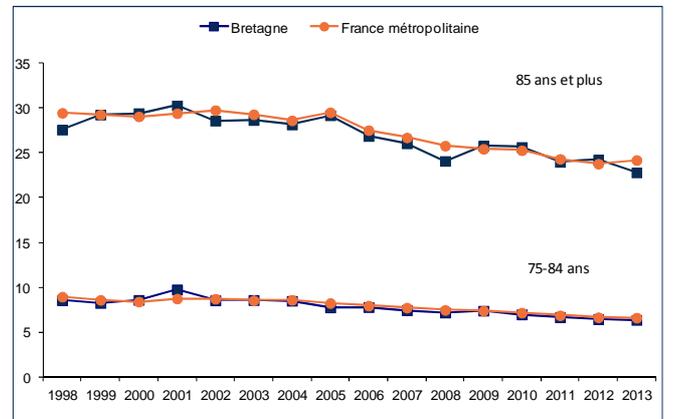
En 2011-2013, près de 28 457 Bretons âgés de 75 ans et plus ont été admis en affections de longue durée soit près de 38 % du total des nouvelles admissions. Les maladies cardio-vasculaires représentent 43 % des nouvelles admissions, devant les tumeurs (18 %) et les maladies du système nerveux (17 %).

Figure 1 : Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire chez les 75 ans et plus selon les départements en 2010-2012 (pour 1 000)



Source : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Bretagne

Figure 2 : Evolution des taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour fractures du col du fémur pour 1 000 personnes en Bretagne et en France métropolitaine



Source : Drees – PMSI MCO

### Les activités physiques et sportives en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

L'Agence Régionale de Santé de Bretagne (ARS) a sollicité l'ORS Bretagne afin de procéder à l'évaluation des Parcours d'Activité Santé Séniors (PASS). Les acteurs de l'évaluation (bénéficiaires, professionnels des établissements, éducateurs sportifs, ...) ont déclaré, parfois avec des proportions très élevées, des améliorations en termes d'autonomie, de qualité de vie, de remobilisation et de socialisation des bénéficiaires suite à l'utilisation des PASS, ce qui constitue en soi un impact très positif. L'enquête spécifiquement dédiée aux chutes n'a pas démontré une diminution significative du nombre de chutes ainsi que de leur gravité en lien avec la participation aux séances. En revanche, le niveau d'autonomie et le risque de chute est resté relativement constant entre les deux périodes, malgré une dépendance chez les personnes âgées en augmentation du fait de leur vieillissement.

Source : Évaluation du Parcours d'Activité Santé Séniors (PASS) en Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) – Observatoire Régional de Santé de Bretagne, Mars 2016

### Les chutes chez les personnes âgées

Le Baromètre santé 2010 de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) aborde des questions spécifiques chez les 55-85 ans en France, notamment les chutes. Au sein de cette tranche d'âge, la prévalence des chutes au cours des douze derniers mois est la plus forte parmi les 75-79 ans (27,3 % d'entre eux), et les 80-85 ans (24,2 %), davantage chez les femmes que chez les hommes. Le nombre de chutes est plus élevé chez les plus âgés (2,3 chutes en moyenne au cours des douze mois écoulés chez les 75-85 ans contre 1,7 chez les 65-74 ans).

Source : Beck F., Léon C.. dir. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2014 : 196 p.

### Avec le vieillissement de la population, un fort accroissement du nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer

Par extrapolation à partir des taux de prévalence établis grâce à l'étude PAQUID (figure 1), il est possible d'estimer à près de 59 000 le nombre de Bretons de 75 ans et plus atteints de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées en 2015 : 16 050 hommes et 42 770 femmes (figure 2). Ce chiffre devrait quasi doubler à l'horizon 2040. La prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer augmente avec l'âge et elle est plus marquée chez les femmes à partir de 80 ans.

### Maladie d'Alzheimer sous-diagnostiquée

En moyenne annuelle sur 2011-2013, la Bretagne recensait plus de 3 920 personnes de 75 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 (59 000).

Figure 1 : Prévalence (%) de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus : données réactualisées de la cohorte Paquid en 2003\*

%	HOMMES	FEMMES
75-79	7,7	5,7
80-84	12,5	16,6
85+	23,9	38,4

Source : Etude PAQUID  
[\\*http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Chapitre\\_15.htm#titre\\_n2\\_3](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/113/Chapitre_15.htm#titre_n2_3)  
 Ramaroson H, Helmer C, Barberger-Gateau P, Letenneur L, Dartigues JF. Prévalence de la démence et de la maladie d'Alzheimer chez les personnes de 75 ans et plus: données réactualisées de la cohorte Paquid. Rev Neurol (Paris). 2003 ; 159:405-41

Figure 2 : Estimation du nombre de personnes âgées de 75 ans et plus atteintes de la démence et de la maladie d'Alzheimer en 2015 selon les départements (estimation à partir des taux de la cohorte PAQUID)

	75-79 ans		80-84 ans		85 ans et plus		75 ans et plus	
	H	F	H	F	H	F	H	F
Côtes-d'Armor	880	900	1 100	2 370	1 500	6 020	3 480	9 290
Finistère	1 150	1 250	1 380	3 270	1 880	8 060	4 410	12 580
Ille-et-Vilaine	1 060	1 060	1 320	2 770	1 930	6 960	4 310	10 790
Morbihan	1 020	1 020	1 160	2 640	1 670	6 450	3 850	10 110
<b>Bretagne</b>	<b>4 110</b>	<b>4 230</b>	<b>4 960</b>	<b>11 050</b>	<b>6 980</b>	<b>27 490</b>	<b>16 050</b>	<b>42 770</b>

Source : Etude PAQUID, Insee Exploitation ORS Bretagne

### Analyse de la consommation de soins des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne

Selon les données 2013 issues du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI MCO), avec 205 897 séjours, les personnes de 75 ans ou plus ont été à l'origine de 31 % des séjours. Entre 2011 et 2013, le taux de recours à l'hospitalisation en court séjour des 75 ans et plus est proche de la moyenne nationale et stable. 40 % des séjours chirurgicaux des 75 ans et plus sont relatifs à la chirurgie ophtalmique. Selon les données du RIM-P 2012, la Bretagne présente des taux de recours aux soins en psychiatrie supérieurs à la moyenne nationale, particulièrement chez les 75-89 ans où les écarts sont les plus importants.

Source : Analyse de la consommation de soins des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne - En milieu hospitalier et en ville - Mars 2016 - ARS Bretagne

### Que nous apprend le Baromètre santé 2010 de l'Inpes sur les comportements de santé des Français de 75 ans et plus?

L'enquête Baromètre Santé 2010 fait le point sur les comportements, attitudes et connaissances en santé des personnes âgées de 55 à 85 ans en France : dépression, pratiques addictives, accidents de la vie courante, consommation de soins et nutrition.

- Parmi les Français âgés de 75 à 85 ans, 23 % des femmes et 11,6 % des hommes seraient en état de détresse psychologique\*
- 24 % des hommes et 3,6 % des femmes déclarent avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze derniers mois
- La première crainte en matière de santé est le risque de cancer, exprimée par 49,6 % des 75-85 ans. Les accidents de la vie domestique sont le seul risque pour lequel le niveau de crainte est plus important chez les personnes âgées de 75 à 85 ans (28,4 %) que chez les 65-74 ans (22,4 %).

\*La détresse psychologique est définie par un score inférieur à 56 au test MH5.

Source : Beck F., Léon C., dir. Les comportements de santé des 55-85 ans. Analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2014 : 196 p

## PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

### Un taux de foyers bénéficiaires de l'AAEH inférieur à celui de la France métropolitaine

C'est la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) du département qui décide de l'attribution de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AAEH) et éventuellement d'un complément d'allocation, après appréciation de l'état de santé de l'enfant. Fin 2015, la Bretagne comptait près de 10 000 foyers bénéficiaires de l'AAEH, représentant plus de 12 foyers bénéficiaires pour 1 000 enfants de moins de 20 ans, un taux inférieur à celui observé en France métropolitaine (15) (*figure 1*). Seul le Finistère présente un taux supérieur au taux métropolitain. Le Morbihan et les Côtes-d'Armor présentent quant à eux des taux nettement inférieurs. Depuis 2011, le nombre de foyers bénéficiaires bretons a augmenté moins rapidement qu'au niveau hexagonal (8,3 % contre 23 %). Toutefois, une légère baisse est observée depuis 2014, à l'exception de l'Ille-et-Vilaine.

### A l'inverse, un taux de bénéficiaires de l'AAH supérieur

L'attribution de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) dépend de 4 critères (incapacité, âge, nationalité et revenus). Fin 2015, près de 58 000 bénéficiaires de l'AAH étaient enregistrés en Bretagne. La Bretagne compte ainsi près de 36 bénéficiaires pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans, soit un taux supérieur à la moyenne métropolitaine (31) (*figure 2*). Depuis 2011, le nombre de bénéficiaires bretons de l'AAH a augmenté de 14,5 % (11 % au niveau national). Seules les Côtes-d'Armor enregistrent une stabilité de leur nombre de bénéficiaires. 56 % des bénéficiaires CAF présentaient un taux d'incapacité de 80 % et plus. Les bénéficiaires de l'AAH sont en majorité des personnes ne vivant pas en couple, inactifs, ils présentent des indicateurs socio-économiques défavorables : 47 % d'entre eux touchent un revenu inférieur à 681 euros par mois (contre 19 % des 20-59 ans de la population générale) et plus de 50 % n'ont pas de diplôme (contre 14 %). Fin 2015, qu'elles perçoivent ou non l'AAH, 13 000 personnes percevaient en Bretagne la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou l'Allocation Compensatrice de Tierce Personne (ACTP), aide financière versée par le département, destinée à rembourser les dépenses liées à la perte d'autonomie.

**Figure 1 : Nombre de foyers bénéficiaires de l'AAEH en décembre 2015 et taux de foyers bénéficiaires pour 1 000 enfants de 0 à 19 ans**

	Nombre	Taux
Côtes-d'Armor	1 277	9,2
Finistère	3 282	15,6
Ille-et-Vilaine	3 567	13,6
Morbihan	1 671	9,7
<b>Bretagne</b>	<b>9 797</b>	<b>12,5</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>232 368</b>	<b>15,0</b>

Source : CNAF, fichier FILEAS-BENETRIM et MSA ; Insee, RP2012 exploitation principale Exploitation CREAI

**Figure 2 : Nombre de bénéficiaires de l'AAH en décembre 2015 et taux de bénéficiaires pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans**

	Nombre	Taux
Côtes-d'Armor	10 473	37,6
Finistère	16 326	36,3
Ille-et-Vilaine	17 824	33,6
Morbihan	13 153	36,8
<b>Bretagne</b>	<b>57 776</b>	<b>35,8</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>1 027 133</b>	<b>31,3</b>

Source : CNAF, fichier FILEAS - BENETRIM ; MSA ; Insee, RP2012 exploitation principale. Exploitation CREAI

### Un repérage complexe des personnes en situation de handicap

Le handicap résulte de l'interaction entre des facteurs personnels et des facteurs environnementaux qui peuvent créer une restriction d'activité et une limitation de participation sociale (Définition du handicap dans la loi n° 2005-102). Il se distingue de la maladie ou de l'accident, qui peuvent être à l'origine du handicap. Le handicap ne donne pas systématiquement lieu à une reconnaissance administrative pouvant ouvrir des droits à des prestations ou à des dispositifs d'accompagnement spécifiques. Il n'existe pas de recensement des personnes en situation de handicap mais différentes sources qui permettent d'approcher cette population : nombre de bénéficiaires d'allocation (AAEH et AAH), estimation de population à partir de taux de prévalence des déficiences, nombre de personnes accompagnées par des structures médico-sociales, ... ces données ne sont pas cumulables car elles représentent des sous-populations qui se recoupent pour partie.

## Plus de 7 000 enfants ou adolescents bretons présenteraient un handicap sévère

Près de 7 000 jeunes bretons de moins de 20 ans présenteraient un handicap sévère et plus du double, un handicap quelle que soit sa nature (*figure 1*). Parmi ces jeunes, près de 3 000 présenteraient une déficience intellectuelle sévère, près de 2 000 une déficience motrice (dont la moitié une paralysie cérébrale/infirmiété motrice cérébrale), 500 une déficience auditive sévère et 400 une déficience visuelle sévères.

Ces déficiences peuvent se cumuler. 500 à 800 jeunes de moins de 20 ans seraient concernés par un polyhandicap.

Dans l'enquête Handicap-santé-ménages (HSM), environ 6 % des 20 à 59 ans vivant à domicile déclarent une limitation fonctionnelle motrice, 6 % une limitation cognitive, 2,4 % une limitation auditive et 2 % une limitation visuelle grave.

Environ 6 % bénéficient d'une reconnaissance administrative du handicap. Près de 130 000 adultes bretons vivant à domicile seraient en situation de handicap (*figure 3*) dont plus de 50 000 dans une acceptation restreinte du handicap.

## Plus de 14 000 élèves en situation de handicap scolarisés dans le milieu ordinaire

A la rentrée 2015, près de 8 400 élèves en situation de handicap étaient scolarisés dans le 1er degré (dont près de 1 900 en ULIS (unités localisées pour l'inclusion scolaire) et plus de 6 000 dans le second degré (dont plus de 1 300 en ULIS). La scolarisation en milieu ordinaire a ainsi progressé de 57 % depuis la rentrée 2010. Les troubles intellectuels et cognitifs ainsi que des troubles du psychisme sont les plus représentés (respectivement 42% et 20% à la rentrée 2012 en Bretagne).

**Figure 1 : Estimation du nombre d'enfants atteints d'une déficience (0-19 ans) en 2014 par type de déficience en Bretagne**

	Taux de prévalence pour 1 000 enfants	Estimation du nombre d'enfants atteints d'une déficience en Bretagne
Handicaps sévères	9,1	7 118
dont déficiences intellectuelles sévères*	3,5	2 738
dont trisomie 21	0,5	391
dont déficiences motrices	2,4	1 877
dont paralysie cérébrale / imc	1,4	1 095
dont déficiences auditives sévères	0,6	469
dont déficiences visuelles sévères	0,5	391

Source : RHEOP 2013 ; Insee, RP2012 exploitation principale.

Exploitation CREA I

\* Selon l'expertise INSERM sur la déficience intellectuelle (2016), le taux de prévalence de la déficience intellectuelle sévère serait de 3 à 4 personnes pour 1 000.

**Figure 2 : Estimations du nombre d'enfants atteints de troubles du spectre autistique (0-19 ans) en 2014 en Bretagne à partir des prévalences Fombonne 2009 retenues par l'HAS \***

	Taux de prévalence pour 1 000 enfants	Estimation du nombre d'enfants atteints de troubles du spectre autistique en Bretagne
Autisme typique	2,1	1 611
Syndrome d'Asperger	0,6	469
TED sans précision	3,7	2 894
<b>Total</b>	<b>6,4</b>	<b>4 975</b>

Source : E. Fombonne, 2009 ; Insee, RP2012 exploitation principale.

Exploitation CREA I

TED : Trouble Envahissant du Développement

\*Pour information, taux de prévalences Fombonne 2011 : 2,5 pour 1 000 pour autisme typique et 10 pour toutes formes

**Figure 3 : Différentes estimations de la population handicapée à domicile de 20 à 59 ans en 2014 en Bretagne à partir de l'enquête Santé Handicap**

	Taux de prévalence pour 1 000 adultes	Estimation de la population handicapée à domicile de 20 à 59 ans en Bretagne
Champ restreint : 20-59 ans, avec allocation, pension ou carte invalidité	33	53 318
Champ large : 20-59 ans, avec allocation, pension, carte ou taux invalidité ou RQTH*	80	129 256

Source : HSM 2008, exploitation EHESP 2011 et Dares 2011 ; Insee, RP2012 exploitation principale.

Exploitation CREA I

\*Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé

### Définitions et méthode

Pour un handicap donné, la prévalence est calculée en rapportant le nombre de cas présents à un moment donné dans une population à la population totale. Les déficiences mesurées par les registres ne font pas à elles seules le handicap, mais peuvent être à l'origine d'une limitation d'activité ou d'une restriction de participation à la vie en société pour les enfants concernés.

Le Registre des Handicaps de l'Enfant et Observatoire Périnatal (RHEOP) enregistre chaque année les enfants âgés de 7 ans avec déficience sévère domiciliés en Isère, en Savoie et en Haute-Savoie. La déficience est identifiée à partir de plusieurs sources, comme les dossiers médicaux des MDPH, services de pédiatrie, CAMSP, hôpitaux de jour, le DIM, etc. Plus de vingt années d'enregistrement permettent de produire des estimations de prévalence pour ces trois départements. Faute de connaissances précises sur la géographie du handicap, et afin d'estimer le nombre d'enfants susceptibles d'être concernés par une déficience sévère dans la région, les taux calculés par ce registre sont appliqués aux populations d'enfants de la Bretagne. Ils sont utilisés afin de donner des ordres de grandeur.

## Plus de 21 000 personnes handicapées accompagnées par des établissements et services médico-sociaux (ESMS)

Les ESMS accueillent fin 2010 (*figures 1 et 2*) plus de 7 000 jeunes en structures pour enfants (dont 34 % accompagnés par un service à domicile de type SESSAD), près de 7 000 travailleurs handicapés en ESAT, plus de 7 000 personnes en foyer de vie, FAM ou MAS et plus de 3 000 personnes accompagnés par un service d'accompagnement en milieu ouvert de type SAVS/SAMSAH. La déficience intellectuelle est la déficience principale la plus fréquente (55 % en établissements pour enfants, 40 % en SESSAD, 70 % en ESAT, 42 % en SAVS/SAMSAH, 52 % en foyers de vie et 42 % en MAS/FAM), suivent ensuite les troubles du psychisme. Parmi les enfants et adolescents accompagnés en ESMS, une partie nécessite des soins psychiatriques. Parmi ces derniers, certains sont également confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance, démultipliant alors les acteurs à coordonner.

### 1 enfant sur 3 atteint d'autisme ou d'un autre trouble envahissant du développement serait accompagné par un ESMS en Bretagne et 2 adultes sur 10

En Bretagne, près de 5 000 enfants de moins de 20 ans et 10 000 adultes de 20 à 59 ans sont estimés autistes à partir des prévalences (*figure 2 page précédente*). Fin 2010, 1 700 enfants / adolescents et 2 143 adultes accompagnés en ESMS bretons étaient déclarés atteints de TED (« autisme ou autres TED » ou « psychose infantile »), soit 25 % des publics des ESMS pour enfants et 17 % des ESMS pour adultes. Les difficultés les plus fréquentes chez les jeunes avec TED concernent la mise en danger par leur propre comportement et comportement anormalement agressif, ainsi que des incapacités pour lire, pour sortir de leur lieu d'hébergement et pour la toilette.

### Les handicaps rares : un difficile repérage et des réponses complexes à mettre en œuvre.

Défini par l'arrêté du 2 août 2002, le handicap rare est décrit comme une « configuration rare de déficiences ou de troubles associés, incluant fréquemment une déficience intellectuelle et dont le taux de prévalence ne peut être supérieur à un cas pour 10 000 habitants. Sa prise en charge nécessite la mise en œuvre de protocoles particuliers qui ne sont pas la simple addition des techniques et moyens employés pour la prise en charge de chacune des déficiences considérées ».

Ainsi, les handicaps rares combinent trois types de rareté : rareté des publics, rareté des combinaisons de déficiences et rareté des techniques pour la prise en charge et des expertises. En appliquant le taux de prévalence du RHEOP\* de 1,47 cas de handicap rare pour 1 000 enfants, plus de 1 000 enfants de moins de 20 ans seraient concernés en Bretagne et plus de 2 000 adultes de 20 à 59 ans. Parmi eux, plus de 150

personnes seraient concernées par la maladie d'Huntington (1 pour 10 000 habitants).

Figures 1 et 2: Répartition des déficiences principales des personnes accompagnées par les ESMS au 31.12.2010

#### ENFANTS

Déficience principale	SESSAD (intervention sur lieux de vie)	Etablissement	Total	
			Effectif	%
Déficience intellectuelle	977	2 634	3 611	50,0%
Troubles du psychisme	546	1 208	1 755	24,3%
Déficience motrice	253	217	470	6,5%
Polyhandicap	18	244	262	3,6%
Plurihandicap	13	56	69	1,0%
Déficience auditive	235	195	430	6,0%
Déficience visuelle	221	58	279	3,9%
Autre déficience	169	172	341	4,7%
<b>Total</b>	<b>2 432</b>	<b>4 784</b>	<b>7 217</b>	<b>100,0%</b>

#### ADULTES

Déficience principale	SAVS SAMSAH	ESAT	Foyer hébergement	Foyer de vie	MAS FAM
Déficience intellectuelle	1 338	4 795	1 599	1 650	1 085
Troubles du psychisme	849	1 581	458	681	475
Déficience motrice	439	200	60	154	401
Polyhandicap	11	2	3	23	394
Plurihandicap	30	42	2	52	168
Déficience auditive	268	44	10	32	21
Déficience visuelle	161	47	10	16	7
Autre déficience	92	131	34	21	26
<b>Total</b>	<b>3 188</b>	<b>6 842</b>	<b>2 176</b>	<b>2 629</b>	<b>2 577</b>

Source : Enquête ES handicap 2010 – Drees : données déclaratives, pondérées ; exploitation : ARS Bretagne

MAS : Maison d'accueil spécialisée ; FAM : Foyer d'accueil médicalisé ; SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale ; SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

## En population générale, 1 % de la population avec un handicap d'origine psychique selon l'UNAFAM

La loi n°2005-102 reconnaît les troubles psychiques comme pouvant être à l'origine d'un handicap. Un demandeur de l'AAH sur quatre souffre d'une maladie mentale. Des difficultés d'ouverture de droits sont observées particulièrement pour cette population du fait de l'appréciation du caractère invalidant des troubles de santé et du déni de la maladie pour certains d'entre eux.

## Les maladies neuro-dégénératives (MND) constituent un défi pour notre système de santé

Le plan 2014-2019 concerne l'ensemble des malades atteints d'Alzheimer (dont des personnes malades âgées de moins de 60 ans), de Parkinson, de sclérose en plaques et est élargi à l'ensemble des maladies neuro-dégénératives, dont certaines étant des maladies rares et/ou des handicaps rares, telle que la maladie d'Huntington. Les MND sont des affections invalidantes.

En Bretagne, près de 80 000 personnes sont touchées par les MND : Alzheimer 65 000 personnes dont 1 500 avant 65 ans ; Parkinson 10 000 dont 900 avant 45 ans, SEP 5 000 et SLA 300 (données issues de l'état des lieux du plan MND réalisé par l'ARS Bretagne).

## L'augmentation du nombre de personnes handicapées vieillissantes en ESMS se poursuit

L'avancée en âge des personnes handicapées nécessite un besoin en soins de plus en plus important comme en population générale, mais avec des conséquences plus sévères du fait des déficiences préexistantes. L'apparition d'une démence à partir de 65 ans serait 2 à 3 fois plus fréquente chez les personnes déficientes intellectuelles (DI) qu'en population générale. Cette précocité du vieillissement chez les personnes avec DI semble, de façon générale, surtout liée à des maladies spécifiques comme l'épilepsie, aux traitements médicamenteux, à l'environnement social et aux difficultés d'accès aux soins et à la prévention.

## L'accès aux soins des personnes en situation de handicap, un enjeu de santé publique reconnu par la signature de la Charte Romain Jacob.

Selon l'enquête HSM, les personnes en situation de handicap vivant à domicile auraient un moindre accès aux soins dentaires et gynécologiques, en raison notamment de leur situation sociale, des problèmes d'accessibilité physique aux structures ou aux transports. De même, ces personnes ont un moindre accès aux soins de prévention (dépistage du cancer du col de l'utérus ou à la mammographie) que celles sans handicap. L'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par les ESMS est malmené pour des raisons de pratiques professionnelles (polarisation fréquente sur le handicap au détriment d'une globalité d'approche de la santé, inaccessibilité des démarches d'éducation à la santé et de prévention, insuffisance de coordination des divers intervenants) et des difficultés d'accès (architecturale, transport, informationnelle, durée et modalités de consultation non adaptées...). La difficulté d'accès aux services de soins primaires provoque un excès d'hospitalisations en urgence et une augmentation de la durée d'hospitalisation.

## Bibliographie

« Les personnes souffrant d'un handicap psychique : Allocation aux adultes handicapés et emploi. Données de cadrage », RFAS 1/2009 (n° 1-2)

## Définitions et méthode

Le RHEOP n'a pas été prévu pour décompter la catégorie « handicap rare », aussi le décompte réalisé s'attache à repérer les associations de handicaps sévères définies dans l'arrêté. Selon les auteures, cette prévalence peut être sous ou surestimée.

## PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ ET DE PAUVRETÉ

### Une augmentation du nombre de bénéficiaires du RSA

Le revenu de solidarité active (RSA), dans ses différentes composantes : socle et activité, était versé fin 2014 à 80 523 allocataires. La prestation couvre 161 500 personnes (allocataires et ayants droit), soit 4,9 % de la population bretonne, pourcentage nettement inférieur au taux métropolitain de 7,4 % (figure 1). Depuis la mise en place du RSA (2009), le nombre de personnes couvertes a augmenté plus fortement (+33 %) qu'au niveau national (+26 %), particulièrement dans les Côtes-d'Armor (+38 %). Le RSA concerne avant tout les 25-29 ans, les familles monoparentales et les personnes isolées. En 2013, la tranche d'âge des 25-29 ans était celle qui bénéficiait le plus du RSA socle (en Bretagne, 6 % des 25-29 ans le perçoivent contre 7 % en France métropolitaine). Parmi les allocataires du RSA en Bretagne, 32 % étaient des familles monoparentales et 51 % des personnes isolées.

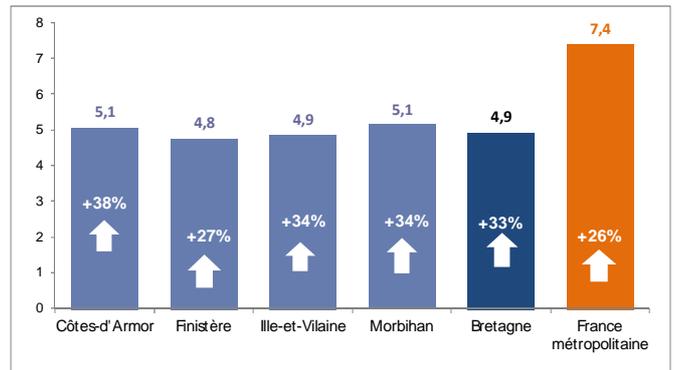
### Un allocataire sur 7 avec des revenus constitués en totalité de prestations versées par les CAF

En Bretagne, un allocataire sur 7 a un revenu constitué en totalité des prestations CAF, soit 14,4 % en 2013 contre 13,5 % en 2011. Les allocataires concernés sont proportionnellement plus nombreux dans les cantons de Saint-Brieuc et Lorient (26 % et 24 %), à l'inverse de ceux de Châteaugiron et Melesse (6 %) (figure 2).

### Des taux de pauvreté importants dans le Centre Bretagne et dans les villes-centres

Le taux de pauvreté est moins élevé en Bretagne (10,5 % de la population), qu'en moyenne nationale (14,3 %). Ce taux est stable depuis 2008 (10,8 %). Au sein de la région, il est le plus faible en Ile-et-Vilaine (9,9 %), suivi du Finistère (10,2 %). Le Morbihan (10,9 %) et plus encore les Côtes-d'Armor (11,5 %) apparaissent davantage concernés par la pauvreté. Les taux de pauvreté les plus importants se retrouvent dans le Centre-Bretagne et les villes-centres des grandes aires urbaines (figure 3). Au niveau des communes du Centre-Bretagne, le taux de pauvreté est bien souvent supérieur à 13 % (contre 10,5 % pour la région), dépassant parfois 19 % comme à Callac ou à Rostrenen et culminant même à plus de 23 % à Guingamp.

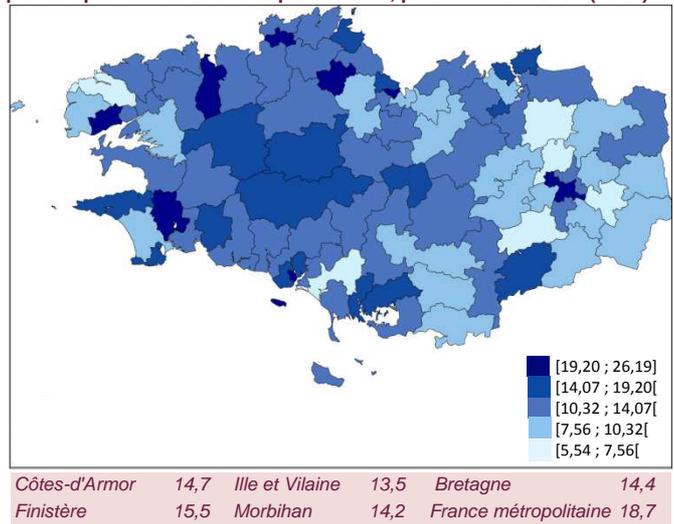
Figure 1 : Proportion de personnes couvertes\* par le RSA au 31 décembre 2014 pour 100 habitants et % d'évolution depuis 2009



Sources : CNAF, MSA Exploitation ORS Bretagne

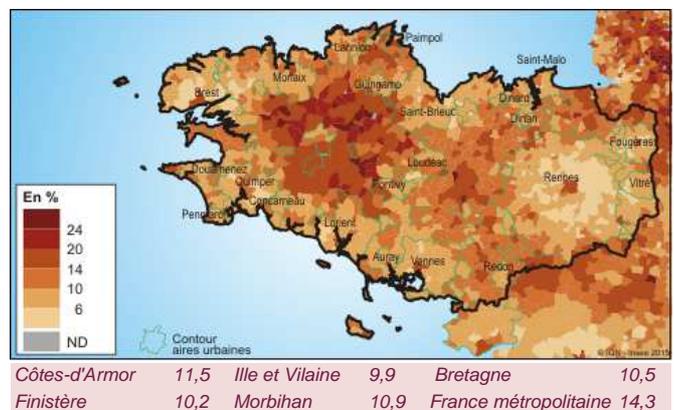
\* la proportion de personnes couvertes par la prestation a été calculée en divisant le nombre de personnes couvertes (allocataire+conjoint+enfants) par la population estimée INSEE.

Figure 2 : Part des allocataires dont le revenu est constitué à 100% par des prestations versées par les CAF, par canton en 2013 (en %)



Sources : CNAF, CCMSA, Insee Exploitation ORS Bretagne

Figure 3 : Taux de pauvreté par commune en 2012



Sources : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Fichier localisé social et fiscal

## L'intensité de la pauvreté moins élevée en Bretagne qu'en moyenne nationale

L'intensité de la pauvreté en Bretagne est l'une des plus modérées des régions de métropole : les 335 000 Bretons qui vivent sous le seuil de pauvreté disposent en général de revenus plus proches de ce seuil que la population pauvre des autres régions<sup>1</sup>.

## Les familles monoparentales et les jeunes les plus exposés à la pauvreté

Comme au niveau national, le taux de pauvreté est plus élevé chez les familles monoparentales et les ménages dont le référent fiscal a moins de 30 ans<sup>1</sup>. Dans les grands pôles urbains, un quart des personnes de moins de 30 ans vit sous le seuil de pauvreté. Par ailleurs, la Bretagne se distingue par un niveau de vie médian des ménages dont le référent fiscal a 75 ans ou plus, inférieur au niveau métropolitain.

## Un surendettement croissant des particuliers

En hausse de plus de 4 % par rapport à 2012, plus de 10 050 dossiers de surendettement ont été déposés en Bretagne en 2015, ce qui correspond à 11 382 personnes, pour un endettement moyen de 40 458 euros<sup>2</sup>.

## Moins de bénéficiaires de la CMUC en Bretagne

Fin 2014, 55 985 personnes bénéficiaient de la Couverture maladie universelle (CMU) de base en Bretagne, et 142 750 de la CMU complémentaire, soit un taux de couverture de la population pour la CMUC de 4,3 % pour les trois principaux régimes (CNAMTS, RSI, CCMSA), taux très inférieur à la moyenne de la métropole de 7 % (figure 1). Les départements bretons présentent les plus faibles taux de la Métropole, notamment le Finistère. En 2008, les bénéficiaires de la CMUC en Bretagne représentaient 3,4 % de la population.

**Figure 1 : Nombre de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle en 2014 et taux de couverture de la population**

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne	France métropolitaine
CMU de base (Fonds CMU) Nombre de bénéficiaires du régime général	10 124	15 134	18 674	12 053	<b>55 985</b>	<b>1 933 800</b>
CMU complémentaire (Fonds CMU) Nombre total de bénéficiaires	26 790	35 555	48 911	31 494	<b>142 750</b>	<b>4 511 759</b>
Part de la population bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)	4,3	3,8	4,7	4,2	<b>4,3</b>	<b>7,0</b>

Sources : Données CNAMTS, RSI, CCMSA Calculs Fonds CMU ; Insee, estimations provisoires de population au 01/01/2014 – Ecosanté et rapport d'activité Fonds CMU

### Définitions et méthode

• Si les notions de **pauvreté et de précarité** sont souvent utilisées indistinctement, la notion de précarité englobe souvent celle de pauvreté.

La définition européenne de la pauvreté considère comme pauvres « les personnes dont les ressources matérielles, culturelles et sociales sont si faibles qu'elles sont exclues des modes de vie minimaux acceptables dans l'État dans lequel elles vivent ». Cette définition met l'accent sur le caractère complexe de la pauvreté qui ne doit pas se réduire au seul revenu monétaire.

La précarité quant à elle, renvoie à l'instabilité, à la fragilité des situations de vie. Elle fait référence aux incertitudes et aléas qui pèsent sur les individus au-delà même de leurs ressources du moment. Les ménages en situation de précarité sont plus fragiles et plus vulnérables à tout « accident de parcours ». Ils connaissent donc plus que les autres des passages récurrents par l'état de pauvreté.

• **Le revenu de solidarité active (RSA)** existe sous deux formes, le RSA socle pour ceux qui n'ont aucune ressource et le RSA activité qui complète des revenus modestes.

• **Le taux de pauvreté** correspond à la proportion d'individus dont le niveau de vie est inférieur pour une année donnée à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (fixé en France en 2012 à un revenu inférieur à 990 € pour une personne seule, soit à 60 % du niveau de vie médian).

• **L'intensité de la pauvreté** est un indicateur qui permet d'apprécier à quel point le niveau de vie de la population pauvre est éloigné du seuil de pauvreté. L'Insee mesure cet indicateur comme l'écart relatif entre le niveau de vie médian de la population pauvre et le seuil de pauvreté. Plus cet indicateur est élevé et plus la pauvreté est dite intense, au sens où le niveau de vie des plus pauvres est très inférieur au seuil de pauvreté.

### Bibliographie

<sup>1</sup> Moins de pauvreté et d'inégalités de revenus entre les ménages et entre les territoires - Insee Analyses Bretagne N° 20 - juin 2015

<sup>2</sup> Banque de France. Le surendettement des ménages. Enquête typologique 2015. Janvier 2016.

<sup>1</sup> Institut de recherche et documentation en économie de la santé n° 209 - mai 2015 - Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France?

### Complémentaire santé

Selon l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé<sup>3</sup>, en France en 2012, 5 % de la population ne bénéficient pas de complémentaire santé. Cette part passerait à 4 % après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Les plus âgés, les plus jeunes, les plus malades sont plus souvent non couverts. Le taux de non-couverture est aussi très élevé chez les chômeurs, les personnes au foyer et les autres inactifs et les salariés précaires.

### 5% des résidences principales bretonnes du parc privé estimées indignes en 2011

En 2011, 5,3 % des résidences principales du parc privé breton sont indignes, soit plus de 69 000 logements (figure 1). Ce sont majoritairement des maisons rurales anciennes, habitées par leurs propriétaires, généralement âgés.

#### Définition et méthode

La loi de mobilisation pour le logement et la lutte contre les exclusions du 25 mars 2009 en a donné la définition suivante : "Constituent un habitat indigne les locaux et installations utilisés aux fins d'habitation et impropres par nature à cet usage ainsi que les logements dont l'état, ou celui du bâtiment dans lequel ils sont situés, expose les occupants à des risques manifestes pouvant porter atteinte à leur sécurité physique ou à leur santé". L'habitat indigne recouvre les logements insalubres ou dangereux, qui peuvent présenter des risques pour la sécurité : chute, électrocution, incendie ainsi que pour la santé : intoxication au monoxyde de carbone (liée au dysfonctionnement du chauffage), saturnisme (lié à la présence de peintures au plomb dégradées), allergies et problèmes respiratoires (liés à l'humidité ou au froid).

### Les difficultés d'ordre familial, principal motif d'entrée dans un CHRS

Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) ont pour mission d'assurer l'accueil, le logement, l'accompagnement et l'insertion sociale des personnes ou familles connaissant de graves difficultés en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale. Sur l'ensemble de l'année 2012, les CHRS bretons ont accueilli près de 2 300 personnes, dont la moitié sont des hommes seuls. Globalement, les jeunes de moins de 25 ans représentent 46 % des personnes accueillies, soit une part équivalente à celle de la France (figure 2). Trois adultes sur dix sont entrés en CHRS suite à des difficultés d'ordre familial<sup>1</sup>.

#### Les personnes sans abri ou vivant dans des habitations mobiles

En Bretagne, l'Insee recense environ 7 000 personnes vivant en habitations mobiles ou sans-abri. La dernière enquête de la délégation interministérielle à l'hébergement et l'accès au logement sur les campements illicites de fin septembre 2014 a identifié 26 lieux en Ile-et-Vilaine et dans le Morbihan, représentant 533 personnes, majoritairement des sites de gens du voyage marginalisés et précarisés.

La grande majorité des personnes vivant à la rue sont des étrangers, dont la moitié environ sont des mineurs. Parmi eux, la proportion de familles avec enfants a augmenté ces dernières années.

Par ailleurs, en 2012, près de neuf sans-domiciles sur dix ont consulté un médecin au cours des douze derniers mois. Au sein de cette population, les femmes et les personnes de moins de 60 ans se rendent plus fréquemment chez le généraliste ou le spécialiste.

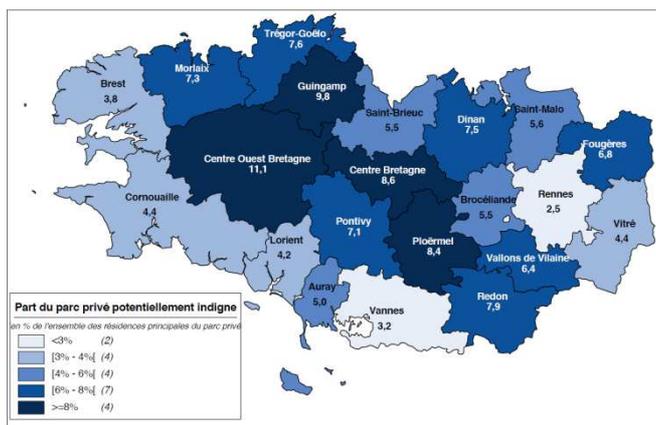
Sources :

- Rapport de la Fondation Abbé Pierre "Etat du mal logement - Eclairage régional en Bretagne en 2015"
- « Le recours aux soins des sans-domicile : neuf sur dix ont consulté un médecin en 2012 » - Etude DREES n°0933 - septembre 2015

#### Bibliographie

<sup>1</sup> "Profils et parcours vers le logement des usagers des CHRS de Bretagne" - Juillet 2015, CREA/DRJSCS  
Enquête ES 2012 : "Plus de 2 000 personnes prises en charge dans les CHRS de Bretagne en 2012" - L'info Statistique Dossiers n°21, janvier 2016, DRJSCS de Bretagne

Figure 1 : Part du parc privé indigne selon les pays de Bretagne en 2011



Sources : Dreal Bretagne, Datar – 2013 (fond cartographique Pays), exploitation ORS Bretagne

Figure 2 : Répartition des adultes accueillis en Centres d'hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) au 15/12/2012 selon la tranche d'âge

Tranches âge	Bretagne			France
	Hommes	Femmes	Ensemble	
Moins de 18 ans	28%	38%	32%	30%
De 18 à 24 ans	15%	13%	14%	15%
De 25 à 34 ans	21%	21%	21%	19%
De 35 à 44 ans	18%	18%	18%	18%
De 45 à 59 ans	17%	10%	14%	16%
60 ans ou plus	1%	<1%	1%	2%
<b>Ensemble</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Source : DRJSCS Bretagne, Enquête ES 2012

#### Les besoins d'hébergement

Mesure du plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, les diagnostics territoriaux à 360° visent à fournir une image des besoins en hébergement et logement social. Globalement, les diagnostics départementaux ont permis de mettre en lumière plusieurs catégories de publics à prioriser :

- les jeunes : l'accès au logement est particulièrement tendu pour les jeunes de moins de 25 ans ayant des problèmes de ressources ou de ruptures familiales, notamment ceux sortants des dispositifs de l'Aide Sociale à l'Enfance ; problématique des jeunes en errance ou de jeunes maintenus en CHRS.

- les personnes de plus de 50 ans,
- les personnes en situation de handicap (notamment psychique auxquels s'ajoutent les sortants d'hôpital psychiatrique ou de milieu pénitentiaire),

- les personnes conjuguant plusieurs de ces problématiques. Les publics prioritaires sont aussi : ceux avec un statut administratif fragile, les ménages en situation d'expulsion ou reconnus prioritaires par la commission de médiation vers un logement de transition, et les femmes victimes de violence.

Sources :

- Diagnostics territoriaux partagés à 360° du sans-abrisme au mal logement des quatre départements bretons - 2015.
- « Jeunes et adolescents nécessitant des prises en charge multiples et coordonnées » - CREA Bretagne, 2015

## PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE PSYCHIQUE

### Plus de 1 200 Bretons décèdent annuellement des suites de troubles mentaux

Chaque année en moyenne (sur la période 2010-2012), 1 253 Bretons décèdent de pathologies qualifiées de troubles mentaux et du comportement (soit 4 % du total des décès). La majeure partie de ces décès (65 %) est due à des « troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques » dont des démences dégénératives (maladie d'Alzheimer) ou vasculaires (figure 1). La répartition des décès par cause varie selon le sexe : les décès par troubles mentaux organiques sont plus fréquents chez les femmes (77 % contre 50 % chez les hommes), tandis que ceux liés à l'usage de substances psychoactives sont plus représentés chez les hommes (39 % contre 8 % chez les femmes).

### Une nouvelle admission en ALD sur dix est attribuée aux affections psychiatriques

En Bretagne, en moyenne sur la période 2011-2013, plus de 8 200 nouvelles admissions en ALD ont été attribuées aux affections psychiatriques (ALD 23), soit 11 % du nombre total, contre 9 % au niveau national. Par ailleurs, 6 % concernent les maladies d'Alzheimer et autres démences. Les taux standardisés sont supérieurs en Bretagne au niveau national, notamment dans le Morbihan (figure 2).

### Des hospitalisations en médecine pour troubles mentaux plus fréquentes en Bretagne, surtout chez les hommes

En 2013, selon les données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), 21 301 séjours hospitaliers pour troubles mentaux et du comportement ont été dénombrés pour des patients résidant dans la région (11 691 hommes et 9 610 femmes). Ces séjours correspondent à des taux standardisés supérieurs au taux métropolitain chez les hommes comme chez les femmes (figure 3), plus élevés dans les Côtes-d'Armor et plus faibles dans le Finistère. Cependant, il est à noter que les taux de recours s'expliquent à la fois par l'état de santé de la population mais aussi par l'offre. Les taux d'hospitalisation selon l'âge augmentent de manière exponentielle au-delà de 75 ans (figure 4). En dehors de cette tranche d'âge, les taux les plus élevés sont observés entre 45 et 54 ans chez les hommes comme chez les femmes, ainsi qu'entre 65 et 74 ans chez les femmes, en Bretagne comme en France.

#### Définition et méthode

Dans la catégorie « décès par troubles mentaux et du comportement » sont regroupés par l'Inserm, selon la CIM 10 :

- les troubles mentaux organiques (F00 à F09, maladie d'Alzheimer et autres démences organiques) ;
- les troubles mentaux psychiatriques et comportementaux à savoir : les troubles liés à l'usage de substances psycho-actives (F10 à 19), les troubles psychotiques (F20 à 29), les troubles de l'humeur (F30 à 39), les troubles névrotiques (F40 à 48) et « autres troubles », qui comportent les troubles de la personnalité, les troubles du comportement liés à des facteurs physiques, le retard mental, les

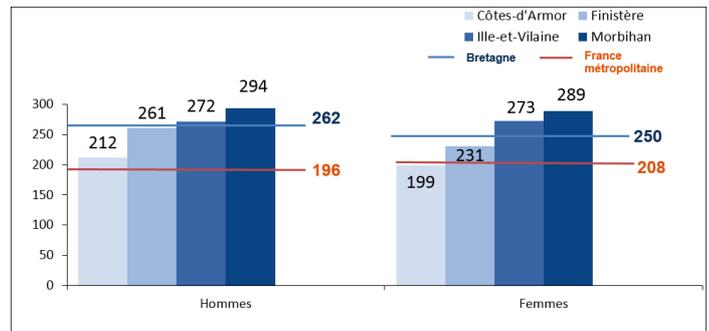
troubles du développement, et les troubles du comportement de l'enfance et de l'adolescence.

Figure 1 : Nombre moyen annuel et répartition en % des décès liés aux troubles mentaux et du comportement, selon le sexe en Bretagne en 2010-2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Troubles mentaux organiques	276	50%	534	77%	810	65%
Usage de substances psychoactives	216	39%	57	8%	273	22%
Troubles de l'humeur	25	4%	53	8%	78	6%
Psychoses	19	3%	23	3%	42	3%
Névroses	9	2%	15	2%	24	2%
Autres	12	2%	14	2%	26	2%
<b>Ensemble des décès liés aux troubles mentaux et du comportement</b>	<b>557</b>	<b>100%</b>	<b>696</b>	<b>100%</b>	<b>1 253</b>	<b>100%</b>

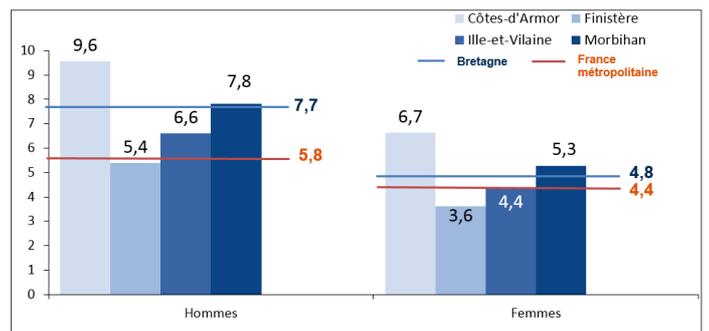
Source : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

Figure 2 : Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour troubles mentaux (ALD 23) selon le sexe en 2011-2013 (pour 100 000 habitants)



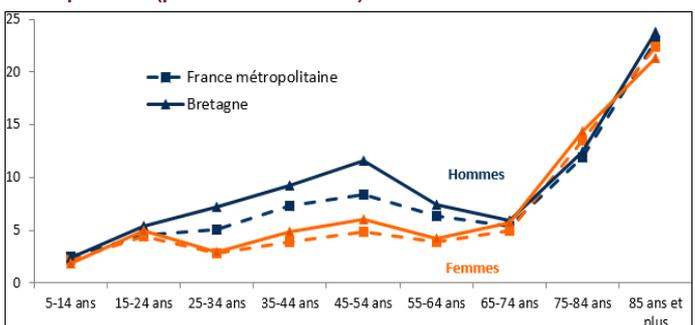
Source : Cnamts, MSA, RSI, Insee Exploitation ORS Bretagne

Figure 3 : Taux standardisés de recours à l'hospitalisation en médecine pour troubles mentaux en 2013 (pour 100 000 habitants)



Source : Drees - PMSI MCO Exploitation ORS Bretagne

Figure 4 : Taux bruts d'hospitalisation en médecine pour troubles mentaux selon le sexe et l'âge en Bretagne et en France métropolitaine (pour 1 000 habitants)



Source : Drees – PMSI MCO Exploitation ORS Bretagne

### La consommation d’alcool est la première cause d’hospitalisation en médecine

En Bretagne, parmi les séjours des hommes hospitalisés pour troubles mentaux, près de 38 % ont pour diagnostic principal une intoxication aiguë due à l’alcool (36 % en France métropolitaine). Elle correspond à la première cause masculine d’hospitalisation devant les alcoolisations chroniques et troubles mentaux dus à l’alcool qui représentent le motif d’hospitalisation d’environ 21 % des séjours (16 % en France métropolitaine). Pour les femmes, le premier diagnostic rencontré est l’intoxication aiguë due à l’alcool (20 %) suivie des démences et des troubles névrotiques, de la personnalité et du comportement, dans des proportions comparables (17 %). En France métropolitaine, en revanche, les dépressions (18 %) et les démences (18 %) devancent l’intoxication aiguë due à l’alcool (16 %).

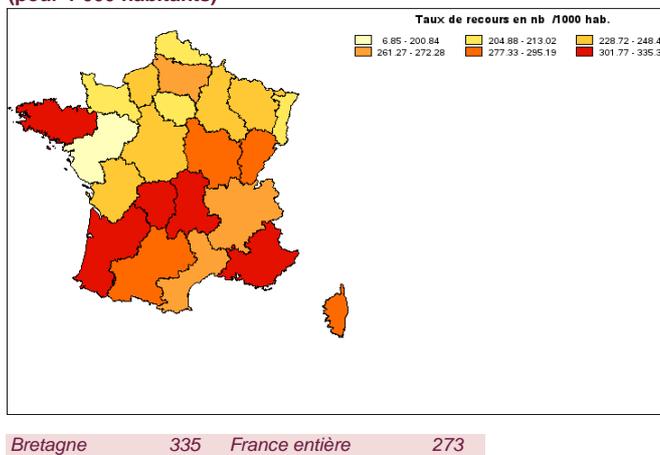
### Un recours aux soins psychiatriques très supérieur pour la population bretonne...

En Bretagne, au cours de l’année 2014, plus de 28 600 personnes ont été hospitalisées à temps plein dans les services de psychiatrie<sup>1</sup>, représentant 45 107 séjours (dont 5 910 sous contrainte et 2 010 avec isolement thérapeutique). L’âge moyen de ces patients est de 50,2 ans, 95 % ont plus de 18 ans et 53 % sont des hommes. Le taux standardisé de recours aux soins psychiatriques (335 pour 1 000 personnes) est nettement supérieur au taux national (273), mais en baisse de 16 % depuis 2008 où le taux atteignait 397 (figure 1).

#### ... quel que soit l’âge

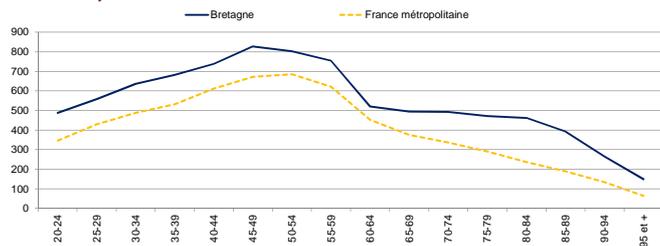
La Bretagne présente pour chaque tranche d’âge des taux de recours en psychiatrie supérieurs à la moyenne nationale et notamment pour les 75-89 ans où les écarts sont les plus importants (figure 2)<sup>1</sup>. Les 45-59 ans recourent plus fréquemment à la psychiatrie. Alors que le recours aux soins diminue en France métropolitaine chez les 60-89 ans, il reste stable en Bretagne.

Figure 1 : Taux standardisés de recours en psychiatrie\* en 2014 (pour 1 000 habitants)



Source : RIM-P 2014, ScanSanté ATIH  
\*prise en charge à temps plein

Figure 2 : Taux de recours à la psychiatrie selon l’âge en Bretagne et en France métropolitaine en 2012 (en nombre de journées pour 1 000 habitants)



Source : RIM-P 2012 Exploitation ARS Bretagne

#### Bibliographie

<sup>1</sup>Analyse de la consommation de soins des personnes âgées de 75 ans et plus en Bretagne – Mars 2016 – ARS Bretagne

### Une prise en charge pour des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool deux fois plus importante en Bretagne qu'en France

Parmi les motifs d'hospitalisation, la schizophrénie représente le premier motif d'hospitalisation, avec 18 % des journées (22 % en France), devant les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (14 %) et les épisodes dépressifs (13 %) (figure 1).

Cependant, cette répartition diffère de celle observée au niveau français où la proportion des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool est presque deux fois moins importante (8 %).

### Plus de 10 % de la population bretonne prend régulièrement un traitement psychotrope.

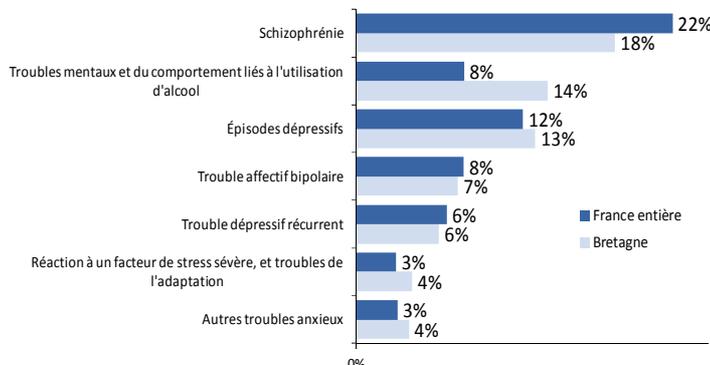
En 2013 en Bretagne, près de 280 000 bénéficiaires du Régime Général étaient sous traitement régulier psychotrope, soit un peu plus d'une personne sur 10 (figure 2). Le taux standardisé breton est supérieur au taux national (respectivement 106 ‰ et 99 ‰). Les anxiolytiques sont les médicaments psychotropes les plus utilisés. Viennent ensuite les antidépresseurs, les hypnotiques et les neuroleptiques.

A l'exception des neuroleptiques, les femmes bénéficient deux fois plus de psychotropes que les hommes, l'écart étant maximal pour les antidépresseurs.

### La Bretagne, région la plus consommatrice d'hypnotiques

Les niveaux de prévalence sont plus élevés en région qu'en moyenne française pour les anxiolytiques et les hypnotiques ; pour ces derniers, la Bretagne se classe au 1er rang des régions les plus concernées.

Figure 1 : Principaux motifs de prise en charge à temps plein en psychiatrie (en % du nombre total de journées) en 2014



Source : RIM-P 2014, ScanSanté ATIH

Figure 2 : Effectifs et taux standardisés de personnes traitées par médicaments psychotropes en 2013 (pour 1 000 personnes)

	Hommes		Femmes		Ensemble		Taux France
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux	
Anxiolytiques	50 700	43‰	110 400	78‰	161 100	62‰	55‰
Anti-dépresseurs ou régulateurs de l'humeur	37 000	31‰	94 000	66‰	131 000	50‰	49‰
Hypnotiques	31 900	27‰	66 300	47‰	98 200	38‰	29‰
Neuroleptiques	7 100	6‰	9 000	6‰	16 100	6‰	6‰
<b>Ensemble Psychotropes</b>	Nd		Nd		<b>279 400</b>	<b>106‰</b>	<b>99‰</b>

Source : Cnamts (Données du Régime général), cartographie Exploitation ORS Bretagne

### Bibliographie

- Recours aux soins hospitaliers en psychiatrie : diagnostic régional – ARS Bretagne – Juin 2013
- Bilans annuels de l'activité des établissements de santé à partir de l'exploitation des données du RIM-P, disponibles sur le site de l'ARS Bretagne

### Définitions et méthode

Définition du traitement régulier psychotrope : au moins 3 délivrances de médicaments au cours de l'année.

**Plus de 2 suicides et 18 hospitalisations pour tentative de suicide par jour**

Chaque année en moyenne (sur la période 2010-2012), le suicide est à l'origine de 856 décès (626 hommes et 230 femmes), soit plus de 2 décès par jour. Les trois quarts sont masculins. Parallèlement, 6 658 séjours hospitaliers en lien avec une tentative de suicide ont été dénombrés en médecine en 2013 (soit une moyenne de 18 tentatives de suicide hospitalisées par jour). 60 % des patients sont des femmes.

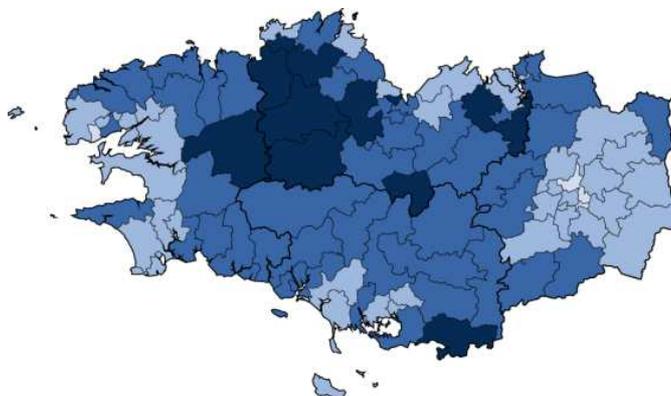
**La Bretagne : région la plus touchée par le suicide**

Sur la période 2005-2012, quel que soit le sexe, la surmortalité bretonne (26 décès pour 100 000 habitants) est observée dans tous les départements de la région. Les taux standardisés sont plus élevés chez les hommes (42 décès pour 100 000) que chez les femmes (12 pour 100 000), comme en France métropolitaine : respectivement 26 et 8 pour 100 000. Cette position défavorable s'observe également pour les tentatives de suicide hospitalisées en médecine, chez les hommes comme chez les femmes : en 2013, les taux standardisés atteignent 175 séjours pour 100 000 hommes et 254 pour 100 000 femmes, contre respectivement 145 et 218 pour 100 000 en France métropolitaine.

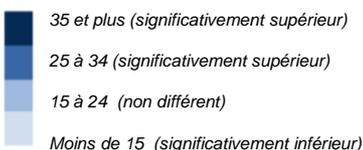
**Des taux de suicide parmi les plus élevés dans plusieurs cantons des Côtes-d'Armor**

L'approche à l'échelle des nouveaux cantons (découpage 2014) souligne l'étendue des disparités régionales, avec une mortalité deux fois supérieure dans les cantons des Côtes-d'Armor et du Finistère (proches d'un axe Lannion - Carhaix-Plouguer et autour de Loudéac, Dinan et Muzillac), par rapport à ceux de l'Ille-et-Vilaine (alentours de Rennes) et celui de Brest-Plouzané (figure 1).

Figure 1 : Taux standardisés de mortalité en 2005-2012 par suicide pour les deux sexes confondus dans les cantons de Bretagne (pour 100 000 habitants)



Côtes-d'Armor	31	Ille et Vilaine	23	Bretagne	26
Finistère	26	Morbihan	27	France métropolitaine	16



Sources : Inserm-CépiDc, Insee – Exploitation ORS Bretagne

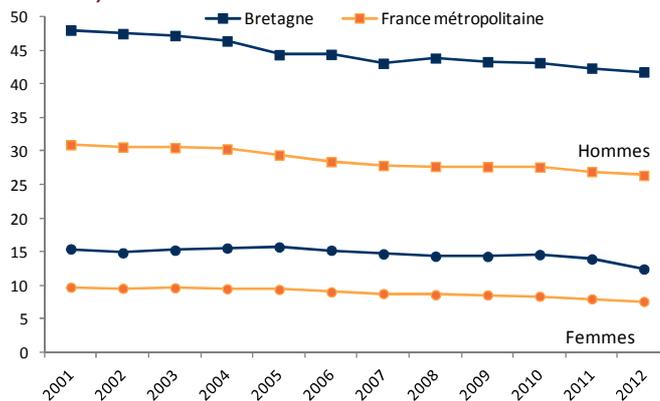
### Une situation qui s'améliore moins vite qu'en France

L'observation de l'évolution de la mortalité par suicide depuis 2000 permet de constater une tendance à la baisse, plus rapide chez les bretonnes (-19 %) que chez les bretons (-13 %), mais moins importante qu'au niveau métropolitain : respectivement -22 % et -15 % (figure 1). Parallèlement, les taux standardisés d'hospitalisation en lien avec une tentative de suicide ont diminué de 10 % entre 2008 et 2013 (-7 % chez les bretons et -12 % chez les bretonnes).

### Des populations jeunes et actives majoritairement concernées

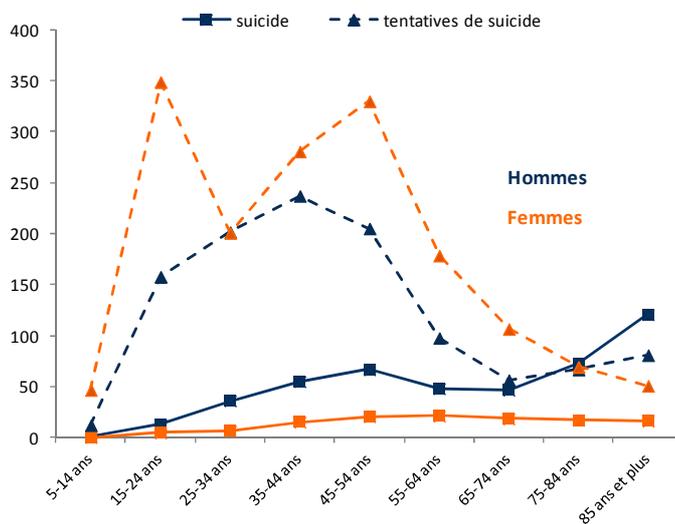
Environ 7 suicides sur 10 surviennent avant 65 ans. Chez les 25-34 ans, 29 % des décès sont dus à un suicide. En taux, la mortalité est supérieure dans la population masculine quel que soit l'âge, l'écart avec les femmes étant particulièrement marqué chez les plus âgés (figure 2). C'est aux âges les plus avancés que le taux de suicide est le plus élevé. En parallèle, les taux de recours à l'hospitalisation pour tentative de suicide les plus élevés sont observées chez les femmes de 45-54 ans puis les 15-24 ans.

Figure 1 : Évolution des taux standardisés de mortalité par suicide selon le sexe en Bretagne et en France de 2000 à 2013\* (unité pour 100 000)



Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne.  
\*Standardisation sur la population française au RP 2006. L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée.

Figure 2 : Taux de mortalité par suicide et de recours à l'hospitalisation en médecine pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge, en Bretagne (unité : pour 100 000)



Sources : PMSI MCO 2011-2013, ATIH, INSEE, Inserm CépiDc 2011-2013. Exploitation ORS Bretagne

### Bibliographie

- Tableau de bord, "Observation du phénomène suicidaire en Bretagne et dans les pays de Guingamp et du Trégor-Goëlo" – 2015 – ORS Bretagne
- Rapport de l'Observatoire national du suicide (ONS) « Suicide : connaître pour prévenir. Dimensions nationales, locales et associatives » - février 2016

### Actions contre le suicide mises en œuvre en Bretagne

Bien que la situation régionale s'améliore, la région conserve une situation très défavorable par rapport à la moyenne nationale. De ce fait, la « promotion de la santé mentale et prévention du suicide » est une des priorités du Programme Régional de Santé (PRS). Plusieurs actions sont menées au niveau de la région : l'animation de réseaux locaux de prévention du suicide avec mise en œuvre de formations sur le repérage et l'intervention en cas de crise suicidaire ; le déploiement d'un dispositif de recontact des personnes ayant fait une tentative de suicide (VigilanS) ; le dénombrement et la description des tentatives de suicide ayant fait l'objet d'une prise en charge dans les services d'urgence de Guingamp, Lannion et Paimpol ; une étude sur la prévention des récurrences suicidaires par l'envoi de SMS (projet du Pr Walter CHU Brest).

## 2.3 Maladies non transmissibles

### CANCERS

#### Evolution des ALD plus favorable en Bretagne : plus forte baisse pour les hommes, moindre progression pour les femmes

En 2009-2011, les hommes se situent dans la moyenne nationale avec des taux standardisés proches, respectivement 583 nouvelles admissions pour 100 000 hommes et 585 en France métropolitaine. Les femmes affichent une situation plus favorable avec des taux inférieurs à la moyenne nationale, respectivement 410 nouvelles admissions pour 100 000 femmes, contre 434 pour 100 000 en France (figure 1).

Les taux standardisés d'incidence des ALD pour cancer ont progressé entre 2006-2008 et 2009-2011 chez les femmes (+3 %), mais moins rapidement qu'au niveau métropolitain (+5 %). Chez les hommes, les taux ont diminué plus vite (-4 % contre -1 %) (figure 1).

#### Des disparités d'incidence des ALD selon les départements

Chez les hommes, les départements d'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor sont en situation favorable par rapport à la moyenne nationale (respectivement -7 % et -5 %), tandis que le Morbihan présente une incidence supérieure de +8 %. Le Finistère ne se distingue pas de cette moyenne.

Chez les femmes, le Finistère et les Côtes-d'Armor présentent une incidence significativement inférieure au niveau national (respectivement -8 % et -7 %), tandis que le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine ne se différencient pas de cette moyenne.

#### Une surmortalité masculine en Bretagne

Chez les hommes, la Bretagne présente une surmortalité par cancer de +6 % par rapport à la moyenne française en 2009-2011. Chez les femmes, elle occupe une position proche de la moyenne nationale (figure 2).

#### Faible mortalité en Ille-et-Vilaine

Chez les hommes, l'Ille-et-Vilaine apparaît dans la position la plus favorisée avec des taux standardisés de mortalité inférieurs à la moyenne nationale (figure 3). A l'inverse, le Finistère puis les Côtes-d'Armor se démarquent avec une situation plus défavorable, affichant des taux plus élevés qu'en France. Le Morbihan ne se différencie pas de la moyenne française.

Chez les femmes, les quatre départements se situent au niveau moyen national.

Figure 1 : Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD pour cancer et taux standardisés, par sexe en Bretagne et en France en 2009-2011 - Evolution depuis 2006-2008

	Hommes	Femmes
Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD pour cancer en Bretagne	8 730	7 578
Taux standardisé en Bretagne	583	410
Taux standardisé en France métropolitaine	585	434
Evolution du taux standardisé en Bretagne	-4 %	3 %

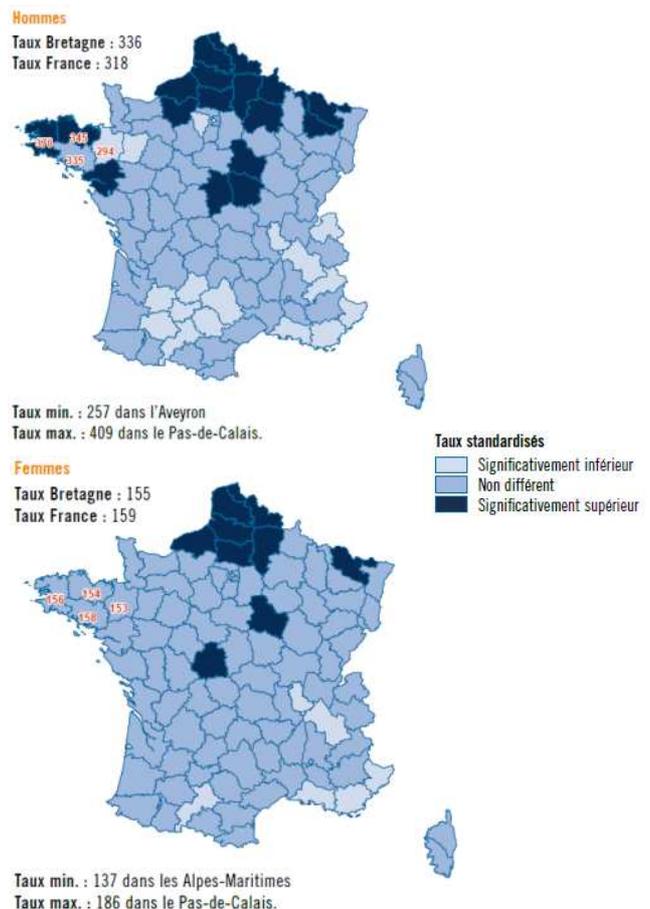
Source : CNAMTS, MSA, RSI. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

Figure 2 : Nombre moyen annuel de décès par cancer et taux standardisés, par sexe en Bretagne et en France en 2009-2011

	Hommes	Femmes
Nombre moyen annuel de décès par cancer en Bretagne	5 086	3 430
Taux standardisé en Bretagne	336	155
Taux standardisé en France métropolitaine	318	159

Sources : Inserm CépiDc. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

Figure 3 : Positionnement des départements - Taux standardisés de mortalité par cancer par sexe en 2009-2011



Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

#### Définitions et méthode

La mortalité concerne uniquement les cancers (ou tumeurs malignes). Les tumeurs in situ, les tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue et les tumeurs bénignes ne sont pas prises en compte.

## Deux fois plus de décès chez les hommes que chez les femmes

Sur la période 2009-2011, plus de la moitié (53 %) des nouvelles admissions en ALD pour cancer concerne des hommes (figure 1 page précédente). Parallèlement, le nombre moyen annuel de décès par cancer en Bretagne s'élève à plus de 8 500 cas avec une nette prédominance masculine (60 %) (figure 2 page précédente). Le risque de cancer est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

## Une mortalité globale en baisse de 14 %

Entre 2000-2002 et 2009-2011, la mortalité a diminué de 14 % en Bretagne, avec une accentuation de cette diminution depuis 2004-2006 (-8 %). Cette baisse de la mortalité tout au long de la période est plus élevée chez les hommes (-18 %) que chez les femmes (-8 %) (figure 1).

## L'évolution de la mortalité renforce le contraste entre les départements : forte mortalité dans le Finistère, faible en Ille-et-Vilaine

Chez les hommes, le Finistère se positionne en surmortalité vis-à-vis des autres départements sur l'ensemble de la période 2000-2011 et connaît l'évolution la moins favorable depuis 2004-2006 (-7 %) (figure 1).

L'Ille-et-Vilaine présente la situation la plus favorable de la région avec une sous-mortalité observée depuis 2000-2002 et la plus forte diminution entre 2000 et 2011 (-21 %). Les Côtes-d'Armor et le Morbihan affichent une position intermédiaire.

Chez les femmes, la situation dans les départements est beaucoup moins contrastée.

## Le cancer de la prostate : le plus fréquent chez les hommes

En 2011-2013, avec 2 357 nouvelles admissions en ALD en moyenne annuelle, le cancer de la prostate se classe au premier rang des cancers masculins pour l'incidence en Bretagne et représente la deuxième cause de décès par cancer avec 554 décès en moyenne annuelle sur la période 2009-2011 (figure 2).

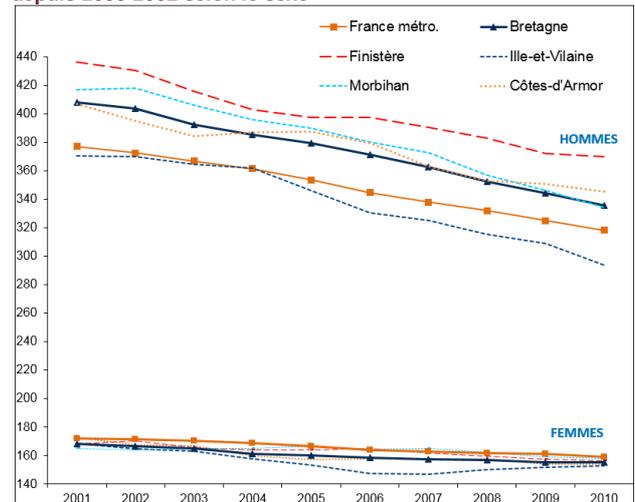
## Le cancer du sein : au premier rang chez les femmes en incidence comme en mortalité

Avec 2 923 nouvelles admissions en ALD le cancer du sein se classe au premier rang des cancers pour l'incidence chez les femmes dans la région. Il a également été responsable du plus grand nombre de décès, 559 en moyenne annuelle, ce qui en fait la première cause de décès par cancer chez les femmes.

### Bibliographie

Les données présentées sur les cancers sont issues de l'étude « Les Cancers en Bretagne » – Les études de l'ARS Bretagne n°10 – ORS Bretagne et ARS Bretagne – Novembre 2015.

Figure 1 : Évolution des taux standardisés de mortalité par cancer depuis 2000-2002 selon le sexe

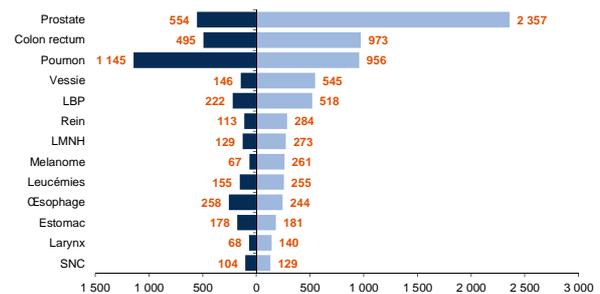


Sources : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne. Unité : taux standardisés pour 100 000  
Note : données lissées sur 3 ans.

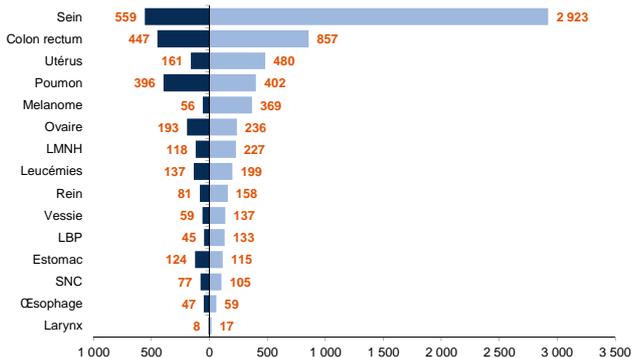
Figure 2 : Classement des localisations cancéreuses en termes d'incidence des ALD et de mortalité, par ordre de fréquence décroissante de l'incidence en Bretagne

### HOMMES

■ Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD en 2011-2013 ■ Nombre moyen annuel de décès en 2009-2011



### FEMMES



Sources : Inserm CépiDc, CNAMTS, MSA, RSI Exploitation ORS Bretagne  
LMNH : lymphome malin non hodgkinien - LBP : lèvre bouche pharynx  
SNC : système nerveux central

### Définitions et méthode

En cas d'affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré. La liste de ces affections dites « de longue durée » (ALD) est établie par décret. Les données présentées ici correspondent à l'ensemble des ALD attribuées au titre de l'ALD n°30. Ces chiffres comprennent les quelques ALD attribuées pour « Tumeurs in situ » (codes Cim D00-D09) et « Tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue » (codes Cim D37-D48). Les tumeurs bénignes ne sont pas prises en compte.

## Le cancer du côlon-rectum : le deuxième le plus fréquent

Chez les hommes, avec 973 nouvelles admissions en ALD, le cancer du côlon-rectum se situe au deuxième rang de l'incidence des cancers en Bretagne. Il est responsable de 495 décès en moyenne annuelle, ce qui en fait aussi la troisième cause de décès par cancer chez les hommes. Chez les femmes, avec 857 nouvelles admissions en ALD, il se situe au deuxième rang de l'incidence des cancers, et avec 447 décès en moyenne annuelle, il est aussi la deuxième cause de décès par cancer chez les femmes.

## Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon : cancer le plus mortel chez les hommes

Le cancer du poumon est le troisième cancer le plus fréquent chez les hommes et le quatrième chez les femmes. Il se situe au premier rang de la mortalité par cancers chez les hommes et au troisième rang chez les femmes (*figure 2 page précédente*).

## Une position bretonne en termes d'incidence et de mortalité qui diffère selon le sexe et les localisations cancéreuses

Chez les hommes, le désavantage breton par rapport à la France, concerne principalement la mortalité par cancer de la prostate, de l'estomac et du mélanome et à la fois la mortalité et l'incidence pour les cancers des lèvres, de la cavité buccale, du pharynx et de l'œsophage. A l'inverse, la région affiche une situation plus favorable pour l'incidence des cancers de la trachée, des bronches et du poumon et du rein, ainsi que pour la mortalité et l'incidence du cancer de la vessie.

Chez les femmes, l'avantage des bretonnes par rapport aux françaises concerne principalement l'incidence et la mortalité par cancer du sein et l'incidence du cancer de la trachée, des bronches et du poumon et de la vessie. En revanche, les bretonnes affichent des indicateurs plus défavorables pour l'incidence du mélanome.

## Des évolutions contrastées selon le sexe et les localisations cancéreuses

Chez les hommes (*figure 1*), les évolutions conjointes de l'incidence et la mortalité les plus remarquables traduisent un recul des cancers liés à l'alcool (cancers des VADS) et de la prostate. Le mélanome, les cancers du rein, de la vessie et les leucémies affichent une progression de l'incidence associée à une mortalité stable, tandis que les cancers du côlon-rectum et de l'estomac relativement stables en incidence, diminuent en mortalité. Quant au cancer de la trachée, des bronches et du poumon, la mortalité est en baisse, mais l'incidence reste orientée à la hausse.

Chez les femmes, l'incidence et la mortalité du cancer de l'estomac sont en baisse. A l'inverse, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon accuse la plus forte progression en mortalité, et son incidence progresse. Quant au cancer du sein, la mortalité

diminue mais l'incidence est en hausse. Le cancer du côlon-rectum et le lymphome malin non hodgkinien se caractérisent par une forte diminution de la mortalité et une incidence stable. A l'opposé, le mélanome, les leucémies, les cancers du rein et du système nerveux central, relativement stables en mortalité, affichent quant à eux une forte augmentation de l'incidence.

**Figure 1 : Taux standardisés de mortalité et d'incidence selon les localisations cancéreuses (pour 100 000 personnes)**

HOMMES	MORTALITE 2010-2012			INCIDENCE 2011-2013		
	Bretagne		France métro.	Bretagne		France métro.
	Taux	Evo. depuis 2000-2002 (%)	Taux	Taux	Evo. depuis 2006-2008 (%)	Taux
TOUS CANCERS	333	-18	311	563	-7	569
PROSTATE	39	-27	34	147	-29	150
COLON ET RECTUM	32	-18	32	62	-2	63
TRACHEE - BRONCHES - POUMON	71	-6	75	59	6	65
LEVRE - BOUCHE - PHARYNX	14	-29	10	32	-11	27
VESSIE	11	9	14	35	17	44
LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN	9	-17	9	18	9	19
REIN	8	9	8	18	24	20
OESOPHAGE	16	-30	10	15	-8	11
MELANOME DE LA PEAU	4	29	3	17	22	15
LEUCEMIES	11	-8	11	16	11	17
ESTOMAC	12	-32	10	12	-7	11
LARYNX	4	-41	4	9	-19	9
SYSTEME NERVEUX CENTRAL	7	12	7	8	11	8

FEMMES	MORTALITE 2010-2012			INCIDENCE 2011-2013		
	Bretagne		France métro.	Bretagne		France métro.
	Taux	Evo. depuis 2000-2002 (%)	Taux	Taux	Evo. depuis 2006-2008 (%)	Taux
TOUS CANCERS	154	-8	158	423	6	446
SEIN	26	-16	30	160	5	176
COLON ET RECTUM	19	-14	19	41	-2	42
MELANOME DE LA PEAU	3	-7	2	20	22	14
TRACHEE - BRONCHES - POUMON	20	55	21	21	22	24
CORPS DE L'UTERUS	8	-3	8	14	8	14
COL DE L'UTERUS				10	11	11
OVAIRES	9	-14	9	12	9	13
LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN	5	-26	5	12	-3	13
LEUCEMIES	6	1	6	10	14	11
REIN	3	10	3	8	15	9
LEVRE - BOUCHE - PHARYNX	2	6	2	7	3	8
VESSIE	2	12	3	7	11	8
ESTOMAC	5	-36	4	5	-21	5
SYSTEME NERVEUX CENTRAL	4	-9	4	6	18	6
OESOPHAGE	2	-27	2	3	9	2
LARYNX	0,4	41	0,3	1	20	1

Sources : Inserm CépiDc, CNAMTS, MSA, RSI, Insee, Fnors-Score-Santé Exploitation ORS Bretagne.

Note : en gras, les différences significatives par rapport à la France métropolitaine. Indicateurs actualisés par rapport à l'étude sur les cancers en Bretagne.

## Dépistages organisés des cancers du sein et du côlon-rectum en Bretagne

Le dépistage du cancer du sein, généralisé à l'ensemble de la région en 2003, s'adresse à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans. La participation régionale (61 % en 2013-2014) est supérieure au niveau national (52 %). Pour le dépistage du cancer colorectal, généralisé en 2008, et proposé tous les 2 ans aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans, le taux régional de participation est également supérieur au taux national (33 % en 2013-2014 contre 30 %).

## MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

### Malgré une baisse de la mortalité, des taux toujours supérieurs à ceux de la France...

La mortalité par maladie de l'appareil circulatoire est en Bretagne comme en France, en forte diminution depuis le début des années 2000 (d'environ 32 %). La situation de la région reste préoccupante (figure 1) : en 2010-2012, la région se place au deuxième rang, des plus fortes mortalités régionales après le Nord-Pas-de-Calais-Picardie.

### ... dans tous les départements

Sur la période 2010-2012, quel que soit le sexe, on observe dans tous les départements bretons un taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire supérieur à la moyenne métropolitaine (figure 2). Les taux les plus élevés sont observés dans les Côtes-d'Armor pour les hommes et dans le Finistère pour les femmes. L'Ille-et-Vilaine affiche le taux le plus bas de la région pour les deux sexes.

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

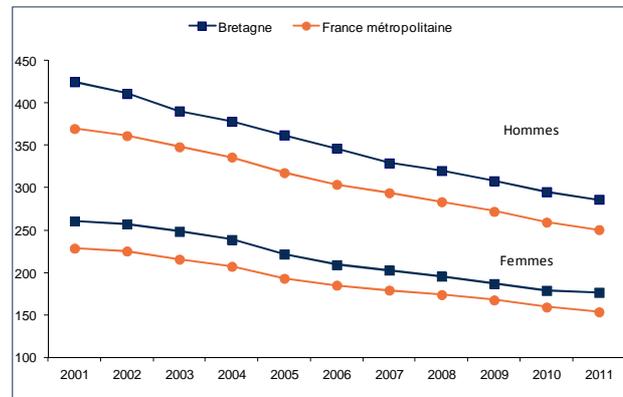
Sur la période 2010-2012, 3 976 hommes et 4 924 femmes sont décédés, en moyenne annuelle, par maladie de l'appareil circulatoire, soit respectivement 25 % et 31 % de l'ensemble des décès ce qui correspond à la deuxième cause de décès chez les hommes et à la première cause chez les femmes.

### ...qui surviennent tardivement

Si la fréquence des décès par maladie 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.

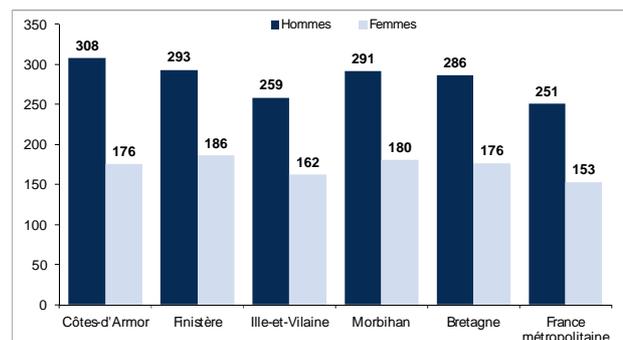
Ainsi, en 2012, rare avant 75 ans, la mortalité par maladie de l'appareil circulatoire progresse fortement au-delà et culmine chez les plus âgés. La Bretagne présente des taux comparables aux taux français jusqu'à 80 ans, puis à partir de cet âge, elle se différencie avec des taux plus élevés, particulièrement chez les hommes âgés de 95 ans et plus qui affichent la différence la plus notable (figure 3).

Figure 1 : Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire selon le sexe en Bretagne et en France de 2000 à 2012 (taux pour 100 000)



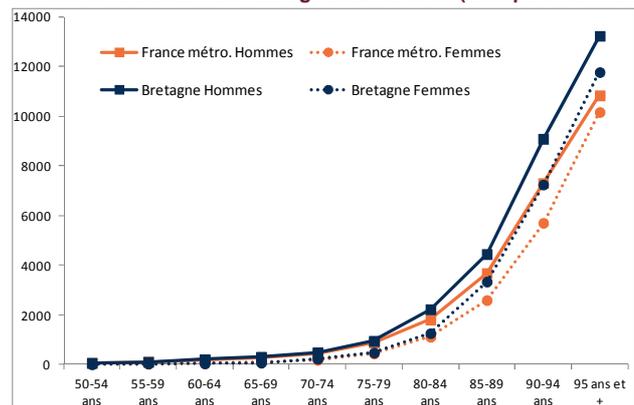
Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Standardisation sur la population française au RP 2006. L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée.

Figure 2 : Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire en 2010-2012 (taux pour 100 000)



Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne

Figure 3 : Taux spécifiques de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire selon le sexe et l'âge en 2010-2012 (taux pour 100 000)



Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne

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

En 2013, avec 40 132 hospitalisations masculines pour maladie de l'appareil circulatoire et 32 036 hospitalisations féminines, les taux standardisés de recours à l'hospitalisation atteignent 22 séjours masculins et 13 séjours féminins pour 1 000 habitants, soit des taux légèrement inférieurs à la France métropolitaine (respectivement 24 et 14) et en baisse par rapport à 2003 (24 séjours masculins et 15 séjours féminins pour 1 000 habitants en Bretagne) (figure 1).

### ...sauf dans les Côtes-d'Armor

En 2013, les Côtes-d'Armor affichent les taux standardisés de recours à l'hospitalisation les plus élevés de la région, quel que soit le genre, et proches de la moyenne métropolitaine. Les trois autres départements présentent des taux inférieurs, particulièrement l'Ille-et-Vilaine.

### Des personnes âgées majoritairement concernées

En 2013, les deux tiers des hospitalisations pour maladie de l'appareil circulatoire sont survenues à partir de 65 ans (63 % en 2003), davantage chez les femmes (72 % contre 61 % chez les hommes). Le recours à l'hospitalisation selon l'âge croît avec l'âge, plus rapidement chez les hommes, et culminent chez les plus âgés. Les taux bretons et français sont relativement comparables quel que soit le sexe.

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

En 2011-2013, avec 13 221 nouvelles admissions en ALD chez les hommes et 10 081 chez les femmes, les taux atteignent respectivement 883 et 445 pour 100 000 habitants et sont supérieurs à ceux observés en France métropolitaine quel que soit le sexe (figure 2).

### ...masquant des disparités au niveau départemental

En 2011-2013, quel que soit le sexe, le Morbihan, avec les taux les plus élevés de la région et les Côtes-d'Armor se situent à un niveau supérieur à la France métropolitaine. A l'inverse, le Finistère affiche les taux les plus bas et à un niveau inférieur à la moyenne nationale. L'Ille-et-Vilaine présente un taux de nouvelles admissions en ALD supérieur chez les hommes, mais enregistre chez les femmes un taux proche de la moyenne métropolitaine.

### Alors que la mortalité baisse, des taux de nouvelles admissions en ALD en hausse

Entre 2006-2008 et 2011-2013, les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD ont augmenté au niveau régional, de manière plus marquée chez les hommes (+18 %) que chez les femmes (+16 %). C'est le contraire en France métropolitaine +19 % et +26 %.

Figure 1 : Nombre de séjours et taux standardisés de recours à l'hospitalisation en court séjour pour maladie de l'appareil circulatoire en 2013 (taux pour 1 000 habitants)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes-d'Armor	8 903	23	7 349	14	16 252	18
Finistère	11 605	22	9 589	13	21 194	17
Ille-et-Vilaine	9 717	19	7 521	11	17 238	15
Morbihan	9 907	22	7 577	13	17 484	17
<b>Bretagne</b>	<b>40 132</b>	<b>22</b>	<b>32 036</b>	<b>13</b>	<b>72 168</b>	<b>17</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>835 364</b>	<b>24</b>	<b>616 199</b>	<b>14</b>	<b>1 451 563</b>	<b>18</b>

Sources : Drees PMSI MCO, Insee Exploitation ORS Bretagne

Figure 2 : Nombre moyen annuel et taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour maladie de l'appareil circulatoire en 2011-2013 (taux pour 100 000)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux	Effectif	Taux
Côtes-d'Armor	2 833	906	2 251	471	5 084	664
Finistère	3 436	811	2 731	408	6 167	585
Ille-et-Vilaine	3 510	871	2 539	429	6 049	627
Morbihan	3 442	962	2 561	488	6 003	701
<b>Bretagne</b>	<b>13 221</b>	<b>883</b>	<b>10 081</b>	<b>445</b>	<b>23 303</b>	<b>640</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>233 986</b>	<b>834</b>	<b>168 846</b>	<b>427</b>	<b>402 831</b>	<b>610</b>

Source : Cnamts, MSA, RSI, Insee Exploitation ORS Bretagne  
Données lissées sur 3 ans – Unité pour 100 000 - Standardisation RP 2006

### Bibliographie

Prise en charge de l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) en phase aiguë dans les établissements bretons de santé soumis à la T2A - Bilan PMSI 2013 – ARS Bretagne

### Des affections qui surviennent tardivement, davantage chez les femmes

Près des trois quart (73 %) des nouvelles admissions en ALD pour maladie de l'appareil circulatoire concernent des personnes âgées de 65 ans et plus (64 % chez les hommes et 84 % chez les femmes). En 2011-2013, rares avant 55 ans, les nouvelles 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 hommes (figure 1).

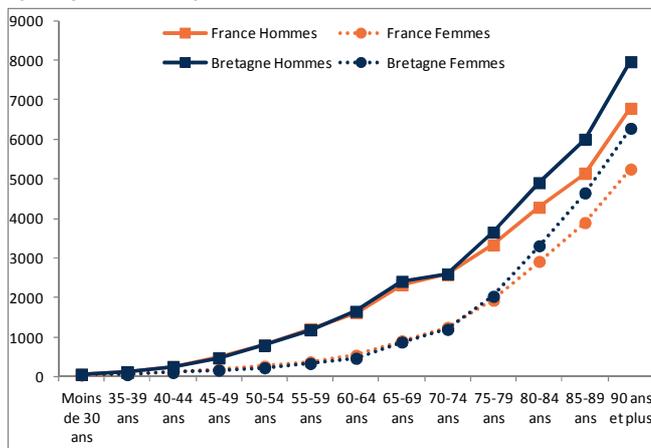
### Une surmortalité bretonne par cardiopathie ischémique et maladie vasculaire cérébrale

Les maladies de l'appareil circulatoires responsables du plus grand nombre de décès sont les cardiopathies ischémiques (1 276 décès masculins et 1 056 décès féminins en moyenne annuelle sur 2010-2012), soit 26 % des décès par maladie de l'appareil circulatoire et les maladies vasculaires cérébrales (844 décès masculins et 1 226 décès féminins), soit 23 % des décès par maladie de l'appareil circulatoire. Bien que la mortalité par cardiopathie ischémique et par maladie vasculaire cérébrale soit, en Bretagne comme en France, en forte diminution, la région présente une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale pour chacun des sexes (figure 2). La région se place au 1er rang des plus fortes mortalités régionales pour les cardiopathies ischémiques et au 2e rang après le Nord-Pas-de-Calais-Picardie pour les maladies vasculaires cérébrales.

### De nouvelles admissions pour AVC invalidants plus élevées qu'au niveau national, mais moindre pour les maladies coronaires

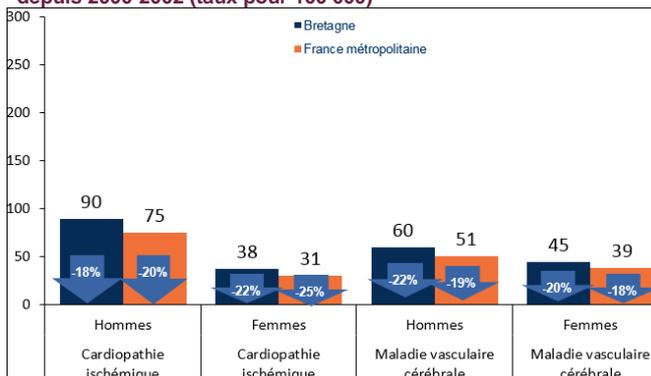
En 2011-2013, 6 096 personnes domiciliées en Bretagne ont été nouvellement admises en ALD pour maladie coronaire (ALD n°13) en moyenne chaque année et 3 625 pour accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n°1). La région se place au 1er rang des plus forts taux régionaux d'admissions en ALD pour les AVC invalidants pour chacun des sexes, mais se place en position plus favorable pour les maladies coronaires. Entre 2006-2008 et 2011-2013, les taux standardisés pour ces deux affections sont en baisse (figure 3).

Figure 1 : Taux spécifiques de nouvelles admissions en ALD pour maladie de l'appareil circulatoire selon le sexe et l'âge en 2011-2013 (taux pour 100 000)



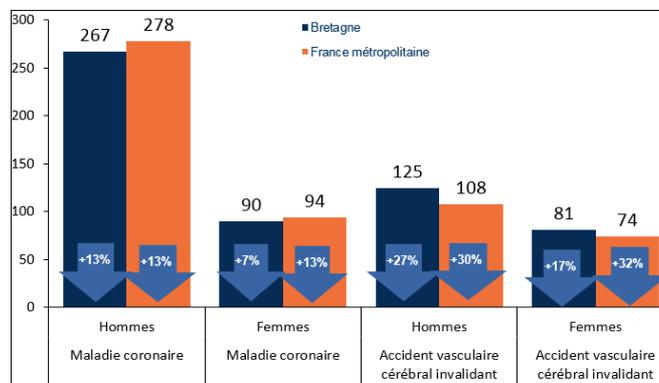
Source : Cnamts, MSA, RSI, Insee Exploitation ORS Bretagne  
Données lissées sur 3 ans – Unité pour 100 000

Figure 2 : Taux standardisés de mortalité par cardiopathies ischémiques et maladies vasculaires cérébrales selon le sexe, en Bretagne et en France métropolitaine en 2010-2012 et évolution depuis 2000-2002 (taux pour 100 000)



Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne

Figure 3 : Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour maladie coronaire et accident vasculaire cérébral selon le sexe, en Bretagne et en France métropolitaine en 2011-2013 et évolution depuis 2006-2008 (taux pour 100 000)



Source : Cnamts, MSA, RSI, Insee Exploitation ORS Bretagne

## MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

### En Bretagne, 2 180 décès par maladie de l'appareil respiratoire...

Sur la période 2010-2012, 1 078 décès masculins et 1 102 décès féminins ont été enregistrés en moyenne annuelle en Bretagne. Ils représentent respectivement 6,7 % et 7 % de l'ensemble des décès. Les pneumonies-bronchopneumonies et les broncho-pneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont à l'origine de la moitié des décès par maladie respiratoires en Bretagne (53 %) comme en France métropolitaine (55 %).

### ... qui surviennent tardivement

Plus de 9 décès sur 10 concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, davantage chez les femmes (95 %) que chez les hommes (89 %).

### Une surmortalité bretonne par maladie de l'appareil respiratoire...

La région affiche une situation défavorable par rapport à la moyenne nationale sur la période 2010-2012 chez les hommes comme chez les femmes (*figure 1*). Elle se classe au 3<sup>e</sup> rang des régions les plus touchées après Nord - Pas-de-Calais - Picardie et Alsace - Champagne-Ardenne - Lorraine.

### ...qui touche tous les départements, à l'exception de l'Ille-et-Vilaine

Quel que soit le sexe, le Finistère, puis les Côtes-d'Armor et le Morbihan présentent des taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire supérieurs à la moyenne nationale, tandis que l'Ille-et-Vilaine affiche un taux très proche. Chez les hommes, le Finistère se caractérise par la situation la plus défavorable avec un taux nettement supérieur à la moyenne nationale, suivi par les Côtes d'Armor. L'Ille-et-Vilaine et le Morbihan ne diffèrent pas de la moyenne nationale. Chez les femmes, tous les départements affichent une surmortalité, à l'exception de l'Ille-et-Vilaine qui présente un taux similaire à la moyenne nationale.

### Plus de 2 300 nouvelles admissions en affection de longue durée par an pour insuffisance respiratoire chronique grave en Bretagne

En 2011-2013, 1 222 hommes (53 %) et 1 088 femmes (47 %) ont été admis en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave en Bretagne. La majorité de ces admissions (59 %) concernent des personnes âgées de 65 ans et plus, 62% pour les femmes et 56 % pour les hommes (*figure 2*). Sur la même période, les taux standardisés bretons sont inférieurs au niveau métropolitain. Les Côtes-d'Armor et le Finistère présentent des taux moins élevés que la France, chez les hommes comme chez les femmes, alors que l'Ille-et-Vilaine et le Morbihan affichent une situation proche de la moyenne nationale.

Figure 1 : Nombre moyen annuel de décès et taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire selon les départements en 2010-2012 (pour 100 000)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Côtes-d'Armor	239	83	219	38	458	53
Finistère	359	96	370	47	729	63
Ille-et-Vilaine	248	69	260	37	508	49
Morbihan	231	73	253	40	484	51
<b>Bretagne</b>	<b>1 078</b>	<b>80</b>	<b>1 102</b>	<b>41</b>	<b>2 180</b>	<b>54</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>18 071</b>	<b>71</b>	<b>16 567</b>	<b>34</b>	<b>34 638</b>	<b>48</b>

Source : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Bretagne  
Données lissées sur 3 ans - Unité pour 100 000 - Standardisation RP 2006

Figure 2 : Nombre moyen annuel et taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave selon les départements en 2011-2013 (pour 100 000)

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nb	Taux	Nb	Taux	Nb	Taux
Côtes-d'Armor	247	77	209	50	456	62
Finistère	285	65	260	46	545	54
Ille-et-Vilaine	383	90	334	61	717	73
Morbihan	307	84	285	61	593	70
<b>Bretagne</b>	<b>1 222</b>	<b>79</b>	<b>1 088</b>	<b>54</b>	<b>2 310</b>	<b>65</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>25 769</b>	<b>89</b>	<b>21 360</b>	<b>59</b>	<b>47 129</b>	<b>72</b>

Source : Cnamts, MSA, RSI, Insee - Exploitation ORS Bretagne  
Données lissées sur 3 ans - Unité pour 100 000 - Standardisation RP 2006

### Une mortalité et une incidence en baisse dans la région

De 2000 à 2012, les taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire ont connu une baisse importante de l'ordre de 24 % chez les hommes et 22 % chez les femmes en Bretagne, comme en France métropolitaine (respectivement -23 % et -20 %) (figure 1).

Entre 2006-2008 et 2011-2013, les taux standardisés de nouvelles admissions en ALD ont également présenté une diminution au niveau régional, plus marquée chez les hommes (-10 %) que chez les femmes (-4 %), alors qu'au niveau national, les taux ont eu tendance à augmenter (respectivement +5 % et +14 %) (figure 2).

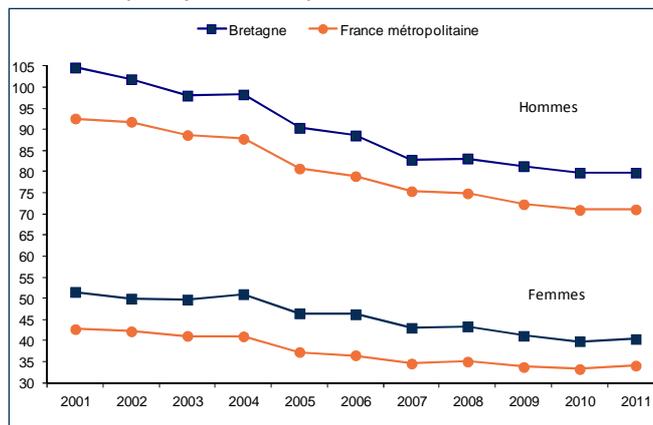
### Les séjours hospitaliers pour asthme concernent plus souvent les enfants de moins de 5 ans

En Bretagne, parmi les 2 295 personnes hospitalisées pour asthme en court séjour en 2013, 40% ont moins de 5 ans (44 % en France métropolitaine).

### Des taux de prévalence de patients sous traitements anti-asthmiques plus élevés dans le Finistère

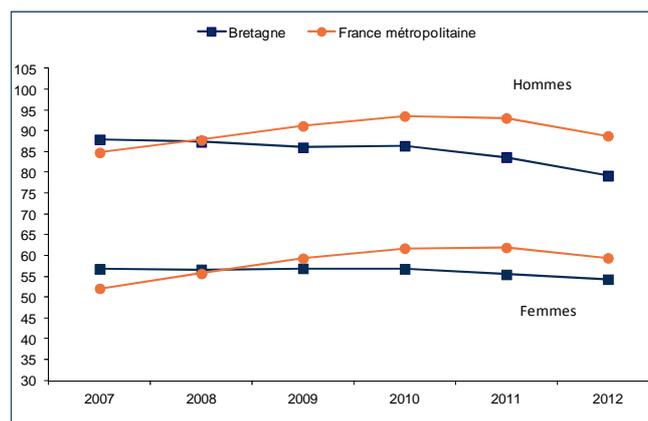
En 2014, 32 819 patients âgés de 5 à 44 ans ont fait l'objet d'au moins trois remboursements pour prescription de médicaments antiasthmiques dans la région, soit un taux standardisé de 27 pour 1 000 habitants. Cependant, la situation est contrastée selon les départements. Les taux les plus élevés s'observent dans le Finistère (30 pour 1 000) puis dans les Côtes-d'Armor (28) et dans le Morbihan (27). A l'opposé, l'Ille-et-Vilaine apparaît moins concerné (25).

Figure 1 : Évolution des taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire selon le sexe en Bretagne et en France de 2000 à 2012 (unité pour 100 000)



Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Standardisation sur la population française au RP 2006. L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée.

Figure 2 : Évolution des taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave selon le sexe en Bretagne et en France de 2006 à 2013 (unité pour 100 000)



Source : Cnamts, MSA, RSI, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Standardisation sur la population française au RP 2006. L'année mentionnée dans le graphique correspond à l'année centrale de la période triennale étudiée.

## DIABÈTE

### Malgré une progression des nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 2, un taux inférieur à la France...

En 2011-2013, avec 4 514 nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 2 chez les hommes et 3 340 chez les femmes, les taux standardisés atteignent respectivement 284 et 176 pour 100 000 habitants, soit un taux inférieur à celui observé en France quel que soit le sexe (figure 1). Les Bretons sont 1,5 fois plus concernés que les Bretonnes.

Entre 2006-2008 et 2011-2013, les taux ont augmenté d'environ 16 % en région, soit un accroissement légèrement plus important qu'au niveau métropolitain (+14 %). La progression est plus rapide chez les Bretons (+19 %) que chez les Bretonnes (+13 %), alors qu'au niveau métropolitain, elle est similaire (+14 %) entre les sexes (figure 2).

### ...qui se retrouve dans tous les départements

Les différences selon les départements sont peu marquées. Bien que le Morbihan affiche, quel que soit le sexe, le taux d'admission en ALD pour le diabète de type 2 le plus élevé de la région, celui-ci demeure nettement inférieur à la moyenne française. Le Finistère présente les taux les plus faibles de la région tandis que l'Ille-et-Vilaine et les Côtes-d'Armor se situent à un niveau proche de la moyenne régionale (figure 1).

### De nouvelles admissions qui progressent dès 45 ans

En 2011-2013, en Bretagne comme en France et quel que soit le sexe, les taux d'admission sont faibles et proches avant 45 ans (figure 3). Ils progressent ensuite rapidement avec l'âge et culminent entre 65-69 ans avant de rediminuer.

#### Définitions et méthode

Il existe deux types de diabète. Le diabète dit « de type 1 » est dû à une absence de sécrétion d'insuline par le pancréas. Il est le moins fréquent et atteint le sujet jeune. Le diabète dit « de type 2 » est dû à une mauvaise utilisation de l'insuline par les cellules de l'organisme. Il est fréquent (90 % des nouvelles admissions en ALD pour diabète en Bretagne en 2011-2013, contre 10 % pour le diabète de type 1). Les complications cardio-vasculaires jouent un rôle majeur dans la mortalité liée au diabète (Source : Fagot-Campagna A, Romon I, Fosse S, Roudier C. Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France -Institut de veille sanitaire, novembre 2010).

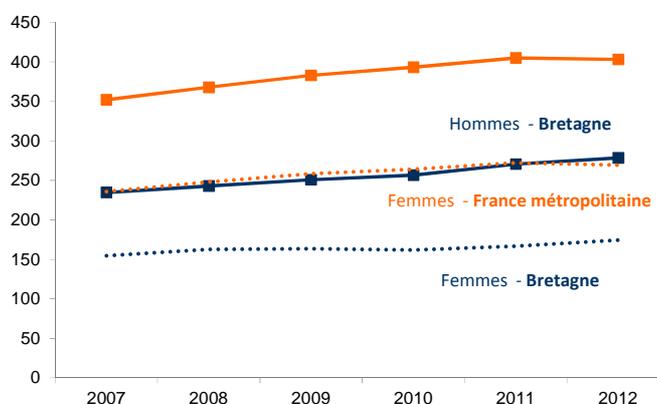
Les données présentées dans cette page concernent le diabète de type 2, forme la plus fréquente de diabète.

Figure 1 : Nombre moyen annuel et taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 2 en 2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Côtes-d'Armor	913	282	656	169	1 569	222
Finistère	1 175	259	871	159	2 046	205
Ille-et-Vilaine	1 230	284	913	180	2 143	228
Morbihan	1 196	315	900	199	2 096	252
<b>Bretagne</b>	<b>4 514</b>	<b>284</b>	<b>3 340</b>	<b>176</b>	<b>7 854</b>	<b>226</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>121 631</b>	<b>409</b>	<b>94 825</b>	<b>272</b>	<b>216 457</b>	<b>336</b>

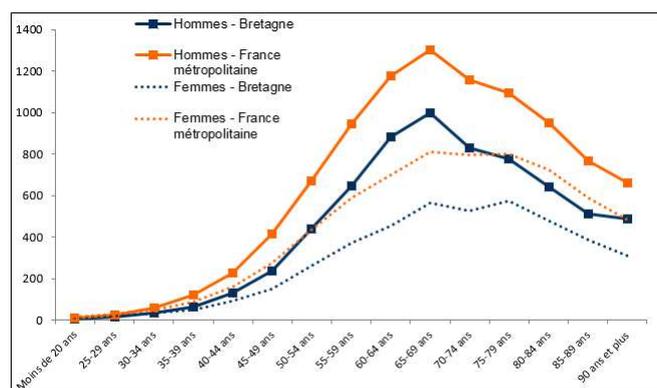
Source : Cnamts, MSA, RSI, Insee Exploitation ORS Bretagne  
Données lissées sur 3 ans – Unité pour 100 000 – Standardisation RP 2006

Figure 2 : Évolution des taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 2



Source : Cnamts, MSA, RSI, Insee Exploitation ORS Bretagne  
Données lissées sur 3 ans – Unité pour 100 000 – Standardisation RP 2006

Figure 3 : Taux spécifiques de nouvelles admissions en ALD pour diabète de type 2 selon le sexe et l'âge en 2012



Source : Cnamts, MSA, RSI, Insee Exploitation ORS Bretagne  
Données lissées sur 3 ans – Unité pour 100 000

## Environ 130 décès annuels liés au diabète de type 2

En 2010-2012, 426 décès liés au diabète ont été enregistrés en Bretagne, dont 130 pour le diabète de type 2, soit un taux standardisé de mortalité pour ce type de diabète égal à 3 pour 100 000 qui est inférieur au taux observé en France métropolitaine (5), ceci étant vrai quel que soit le sexe (figure 1). Les différences selon les départements sont peu marquées. Entre 2000-2002 et 2010-2012, les taux ont augmenté d'environ 7 % en région, alors qu'ils ont baissé de 1 % au niveau national.

Faibles avant 75 ans, les taux standardisés de mortalité pour le diabète de type 2 augmentent de manière exponentielle au-delà de cet âge, et culminent chez les 95 ans et plus.

### Les réseaux de santé « Diabète » en Bretagne

Les réseaux de santé forment des organisations destinées à faciliter l'accès des malades à des soins continus et coordonnés. L'ARS Bretagne finance 5 réseaux sur la thématique Diabète. Ces réseaux sont en cours de fusion au sein des plateformes territoriales d'appui à la coordination des cas complexes instituées par la loi de modernisation de notre système de santé en janvier 2016.

Figure 1 : Nombre moyen annuels de décès et taux standardisés de mortalité pour diabète de type 2 en 2010-2012

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux	Effectifs	Taux
Côtes-d'Armor	11	4	14	3	25	3
Finistère	16	4	16	2	32	3
Ille-et-Vilaine	15	4	22	3	37	3
Morbihan	15	4	21	3	36	4
<b>Bretagne</b>	<b>57</b>	<b>4</b>	<b>73</b>	<b>3</b>	<b>130</b>	<b>3</b>
<b>France métropolitaine</b>	<b>1 701</b>	<b>6</b>	<b>1 814</b>	<b>4</b>	<b>3 515</b>	<b>5</b>

Source : Inserm Cépi-DC, Insee Exploitation ORS Bretagne  
Données lissées sur 3 ans – Unité pour 100 000 - Standardisation RP 2006

### Définitions et méthode

- La mortalité par diabète est difficile à quantifier dans la mesure où les décès ne sont pas directement liés à la maladie mais plutôt des complications de celle-ci. Ainsi, tous les décès pour lesquels le diabète de type 2 est inscrit soit en tant que cause initiale, soit en tant que cause associée ou en comorbidité dans les certificats de décès ont été pris en compte.
- La cartographie des patients développée par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) à partir des données du Sniiram permet d'identifier les personnes prises en charge pour diabète. Celles-ci ont été repérées par un algorithme utilisant l'affection de longue durée (ALD) « diabète » et/ou l'existence de trois remboursements d'antidiabétiques oraux ou d'insuline et/ou les hospitalisations avec un code CIM-10 de diabète en diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR) et/ou les hospitalisations avec complication du diabète en DP ou DR et un code de diabète en diagnostic associé, au cours de l'année 2012 ou 2013. A partir de ces données, la prévalence standardisée du diabète parmi les bénéficiaires du régime général a été estimée en Bretagne à 36 pour 1 000 habitants, soit un taux très inférieur à celui de la France (54 pour 1 000). La Bretagne se classe ainsi au 1er rang des régions les moins touchées.

## 2.4 Les maladies transmissibles

### Une couverture vaccinale insuffisante pour la rougeole, la grippe et les infections invasives à méningocoques

Le taux de couverture vaccinale pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) actuel est insuffisant, les quatre départements bretons affichant un taux inférieur à l'objectif national de 95% (figure 1).

Concernant la vaccination contre la grippe, durant la campagne 2014-2015, moins de la moitié des plus de 65 ans résidant dans les Côtes-d'Armor et l'Ille-et-Vilaine se sont fait vacciner contre la grippe (figure 2). Le taux national s'établit à 48,5 %. Le recours à la vaccination est inférieur à celui de la campagne 2013-2014, où les quatre départements bretons affichaient des taux supérieurs à 50 %.

La couverture vaccinale pour les infections invasives à méningocoques a augmenté dans toutes les classes d'âges et dans tous les départements depuis 2012.

En nette augmentation chez les 2-4 ans (en 2014, varie de 64 % dans le Morbihan à 78 % dans le Finistère), elle est encore insuffisante chez les jeunes de 10-14 ans (varie de 32 % dans les Côtes-d'Armor à 53 % dans le Finistère) et de 20-24 ans (varie de 7 % dans les Côtes-d'Armor à 13 % dans le Finistère).

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

En 2014, le nombre de personnes ayant découvert leur séropositivité dans la région est de 46 pour 1 000 000 d'habitants, taux deux fois moins élevé que le taux national (100 pour 1 000 000 d'habitants), mais en légère augmentation depuis 2004.

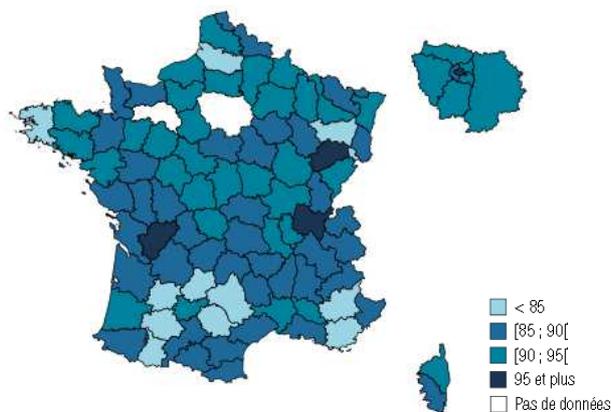
En 2014, on estime 6 nouveaux cas de SIDA pour 1 000 000 d'habitants\*, en baisse par rapport à 2004, et inférieur au taux observé en France métropolitaine (hors Bretagne et Ile-de-France) de 14 pour 1 000 000.

### La région en situation favorable par rapport aux hépatites virales

En 2010-2012, le taux standardisé de mortalité par hépatites virales, en baisse depuis 2004, est de 6 pour 1 000 000 chez les hommes (3 pour les femmes) contre 13 (7 pour les femmes) en France métropolitaine. D'autres indicateurs tels que le taux d'hospitalisations ou le taux d'ALD pour hépatites virales corroborent cette position favorable.

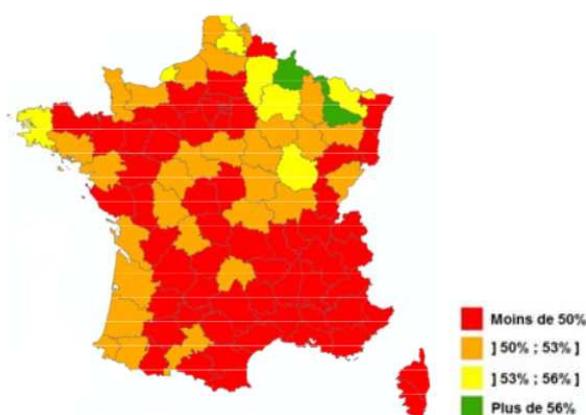
Concernant l'hépatite A, son incidence a diminué depuis 2006, et en 2012, elle est plus faible en Bretagne qu'au niveau national : 11 cas pour 1 000 000 personnes contre 16.

Figure 1 : Couverture vaccinale pour la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR) chez les enfants de deux ans selon les départements en 2005-2012



Sources : Drees et Cnamts, traitement InVS

Figure 2 : Taux de couverture vaccinale contre la grippe chez les 65 ans ou plus selon les départements en 2014-2015 (%)



Source : InVS

Depuis 2007, la **vaccination contre la tuberculose** n'est plus exigée, cependant, le vaccin reste recommandé dès la naissance. Les données régionales ne sont pas disponibles.

#### Définitions et méthode

\* Estimation régionale calculée sur des données brutes non corrigées à interpréter avec prudence

### Un taux breton de déclaration de la tuberculose qui diminue et se rapproche de celui du reste de la province

Le taux de déclaration de la tuberculose a globalement décru en Bretagne depuis 2010. En 2013, il est de 63 cas pour 1 000 000 habitants et se situe presque au niveau de celui du reste de la province (57), alors qu'il lui était supérieur depuis 2001.

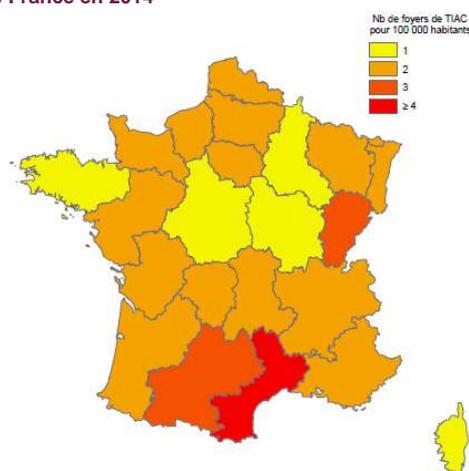
### Une incidence des infections invasives à méningocoques plus élevée en Bretagne qu'en France

Avec 42 nouveaux cas d'infections invasives à méningocoques recensés dans la région en 2015, le taux d'incidence de 13 cas pour 1 000 000 habitants est presque le double de la moyenne française (7). Depuis 1999, l'incidence bretonne est plus élevée qu'en France métropolitaine en dehors d'une quasi égalité en 2010.

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

En Bretagne, en 2010-2012, le taux standardisé de mortalité par maladies infectieuses intestinales (34 décès pour 1 000 000) est proche de celui de la France métropolitaine (29). Après une forte augmentation du nombre de foyers de toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) déclarés entre 2000 et 2007, la situation se stabilise en 2008-2010 avec 178 foyers. En 2014, la Bretagne se situe parmi les régions les moins touchées par les TIAC : 10 foyers déclarés pour 1 000 000 personnes contre 20 en France entière (*figure 1*). Lorsque la catégorie d'aliments mis en cause était identifiée ou suspectée (dans 63 % des cas), il s'agissait le plus fréquemment de viande (12 % des foyers) et de poisson ou fruits de mer hors coquillages (12 %). Les coquillages ont été mis en cause dans 4 % des foyers de TIAC.

Figure 1 : Nombre de foyers de toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) déclarés pour 100 000 habitants selon les régions de France en 2014



Source : Insee, estimations de population 2014, InVS – Données actualisées Janvier 2015

#### Bibliographie

- Surveillance VIH et Sida en Bretagne en 2014 – Décembre 2015 – Corevih, Cire Ouest, ARS Bretagne et ORS Bretagne
- Maladies à déclaration obligatoire - Tendances 2006-2013 des cas d'hépatite A et de légionelloses en Bretagne – Bulletin de veille sanitaire de la Cire Ouest – Mai 2014
- La tuberculose en Bretagne, 2001-2013 – Bulletin de veille sanitaire de la Cire Ouest – Juin 2015
- Les infections invasives à méningocoques en Bretagne entre 1995 et 2015 – Bulletin de veille sanitaire de la Cire Ouest – Février 2016
- Maladies à déclaration obligatoire – Les foyers de toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) déclarés en Bretagne, 2008-2010 – Bulletin de veille sanitaire de la Cire Ouest – Juin 2012
- Données relatives aux toxi-infections alimentaires collectives déclarées en France en 2014- InVS
- Couverture vaccinale des enfants âgés de 6 ans, scolarisés en Grande section de maternelle, Fonteneau L, Guignon N, Collet M, Urcun JM, Guthmann JP et al. - France, 2005-2006.
- Dossier de presse « Lancement de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière » - Octobre 2015 – Cnamts, InVS, Ansm, Inpes
- L'état de santé de la population en France – Edition 2015, Drees