



La Bretagne en santé

PLAN RÉGIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE

Inégalités de santé observées en Bretagne

Données disponibles

Février 2008



Vertical line

Inégalités de santé observées en Bretagne Données disponibles

**Etude réalisée à la demande de la
Direction Régionale des Affaires Sanitaires
et Sociales de Bretagne**

*Odile Piquet
Alain Tréhony*

février 2008



OSERVATOIRE RÉGIONAL DE SANTÉ DE BRETAGNE
8 D rue Franz Heller - CS 70625 - 35706 Rennes cedex 7
Tél. 02 99 14 24 24 - Fax. 02 99 14 25 21
e-mail : orsb@orsbretagne.fr - <http://www.orsbretagne.fr>

Vertical line

Sommaire

| | |
|---|-----------|
| CONTEXTE DE L'ÉTUDE..... | 7 |
| SOURCES ET MÉTHODES | 9 |
| Mortalité..... | 10 |
| Morbidité | 12 |
| Déterminants de la santé | 16 |
| INÉGALITÉS DE SANTÉ HOMMES / FEMMES | 19 |
| Axe mortalité | 21 |
| Genres et santé : les travaux du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès en France | 21 |
| Genres et santé : limites de l'étude | 22 |
| Surmortalité masculine avant l'âge de 65 ans..... | 23 |
| Surmortalité masculine (tous âges) selon sept causes de décès spécifiques | 24 |
| <i>Tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons</i> | <i>25</i> |
| <i>Tumeurs des VADS et de l'œsophage</i> | <i>25</i> |
| <i>Tumeurs du côlon-rectum.....</i> | <i>25</i> |
| <i>Maladies cardiovasculaires.....</i> | <i>27</i> |
| <i>Maladies chroniques du foie et cirrhose.....</i> | <i>27</i> |
| <i>Suicide.....</i> | <i>27</i> |
| <i>Sida</i> | <i>28</i> |
| En résumé | 29 |
| Axe morbidité | 29 |
| Maladies infectieuses | 29 |
| Surpoids, obésité, maigreur..... | 30 |
| Tentatives de suicide | 31 |
| Maladies chroniques : affections de longue durée (ALD)..... | 28 |
| Maladies professionnelles..... | 32 |
| Morbidité perçue par les salariés de la filière viande du régime agricole | 35 |
| Axe déterminants de la santé..... | 37 |
| Comportements à risques | 37 |
| Habitudes alimentaires..... | 38 |
| Santé physique et psychique | 38 |
| En résumé | 39 |

| | |
|---|-----------|
| INÉGALITÉS GÉOGRAPHIQUES DE SANTÉ | 41 |
| Axe mortalité | 43 |
| Mortalité prématurée..... | 43 |
| Causes spécifiques de décès | 44 |
| <i>Tumeurs de la trachée, des bronches et des poumons</i> | 45 |
| <i>Tumeurs des VADS et de l'œsophage</i> | 46 |
| <i>Tumeurs du côlon-rectum</i> | 46 |
| <i>Tumeurs du sein (femmes)</i> | 47 |
| <i>Maladies cardiovasculaires</i> | 47 |
| <i>Maladies chroniques du foie et cirrhose</i> | 48 |
| <i>Suicide</i> | 48 |
| Evolution des indicateurs de mortalité | 49 |
| Axe morbidité | 51 |
| Maladies infectieuses..... | 51 |
| Affections de longue durée (ALD) | 52 |
| Risques professionnels : accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) | 53 |
| Tentatives de suicide | 54 |
| Axe déterminants de la santé | 55 |
| Comportements addictifs..... | 55 |
| Précarité | 57 |
| En résumé | 59 |
| INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ | 61 |
| Données disponibles en Bretagne | 63 |
| Axe mortalité | 63 |
| Axe morbidité | 64 |
| Surpoids, obésité, maigreur..... | 64 |
| Accès aux soins..... | 64 |
| Axe déterminants de la santé..... | 63 |
| Conduites addictives chez les jeunes | 67 |
| Conditions de travail..... | 68 |
| Risques professionnels : accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) | 68 |
| Inégalités sociales de santé en France : études récentes et perspectives..... | 71 |
| Résumé | 75 |
| CONCLUSION | 77 |
| Annexe : Classification Internationale des Maladies – dixième révision (CIM10) : liste résumée européenne et concordance avec les 8 ^{ème} et 9 ^{ème} révisions | 79 |

Contexte de l'étude

Le 3 octobre 2006, le Préfet de région a arrêté le Plan Régional de Santé Publique breton (PRSP). Ce Plan couvre la période 2006-2010. Trois objectifs généraux ont été retenus :

- Diminuer la mortalité prématurée.
- Réduire les inégalités de santé.
- Améliorer la qualité de vie.

Extrait du PRSP présentant l'objectif : Réduire les inégalités de santé.

« Pourquoi ?

L'analyse de l'état de santé de la population bretonne met en évidence des inégalités importantes. La région est marquée par des inégalités géographiques : un gradient important d'est en ouest où l'on observe les plus mauvais indicateurs, des différences entre le littoral et le centre, des écarts entre milieu urbain et rural. Les inégalités sociales de santé sont caractérisées par des taux de mortalité et morbidité plus élevés pour certaines catégories socioprofessionnelles. Les travailleurs, ouvriers ou employés, des secteurs agricoles ou agroalimentaires constituent une population spécifique nombreuse en Bretagne, « travailleurs pauvres » présentant de mauvais indicateurs de santé. Enfin les indicateurs sont meilleurs pour les femmes que pour les hommes.

Comment ?

Dans un premier temps, il s'agit de mieux documenter ces inégalités, définir un ensemble d'indicateurs qui permette de les caractériser au mieux, ainsi que leurs causes. Des leviers d'action pourront ainsi être identifiés pour, à la fois, choisir les stratégies les plus efficaces et orienter les interventions vers les populations et les territoires les plus touchés.

Changements attendus

Les inégalités de santé constatées au sein de la région devraient diminuer, avec une réduction des écarts entre territoires, catégories socioprofessionnelles, et genre.

Modalités de suivi

Les indicateurs disponibles ne rendent compte que de certains aspects : hommes / femmes mortalité prématurée, espérance de vie Territoriales ICM par territoires Socioprofessionnels mortalité par suicide, pathologies liées à l'alcool. Un travail complémentaire a été initié fin décembre 2005 dans le cadre du PRESTAT pour identifier d'autres données illustrant et caractérisant ces inégalités et leurs causes : consommations de soins, obésité, ... Le suivi des indicateurs ainsi construits permettra de rendre compte de l'évolution des inégalités de santé. Le travail sera disponible en avril 2006. L'analyse des causes des inégalités pourra amener à proposer des études complémentaires. »

La recherche initiée par le PRESTAT (Programme régional d'étude et de statistique) signalée ci-dessus a donné lieu à un rapport proposant le suivi d'indicateurs d'inégalités de santé selon trois axes : hommes / femmes, géographiques et sociales.

La présente étude s'appuie sur ce rapport et propose une première version des inégalités de santé en Bretagne destinée à dresser un tableau des données existantes en 2007, et des indicateurs de santé élaborés à partir de ces données. Les inégalités sont examinées selon les trois axes : inégalités liées au genre, inégalités géographiques, inégalités sociales.

Une série de questions de fond a orienté l'étude :

- Les inégalités de santé sont-elles d'une plus grande amplitude en Bretagne, qu'en moyenne française ?
- Comment les inégalités de santé en Bretagne évoluent-elles depuis une dizaine d'années ? Se maintiennent-elles ? Se réduisent-elles ? Est-ce que de nouvelles inégalités s'ajoutent à celles déjà existantes ?
- Quelles inégalités de santé pouvons-nous mesurer ?
- Les inégalités de santé sont-elles associées à des groupes de population définis dans les politiques de santé ?
- Pouvons-nous identifier des facteurs protecteurs des inégalités ?
- Les inégalités de santé peuvent-elles être analysées à l'échelon géographique des 21 pays en Bretagne ? Quelles inégalités révèle ce découpage ?

Les sources, la méthode

Pour dresser un état des lieux des inégalités de santé en Bretagne, l'étude distingue trois types d'indicateurs : mortalité, morbidité, déterminants de la santé et présente les données disponibles en trois parties : inégalités liées au genre, inégalités géographiques, inégalités sociales.

La troisième partie encore peu documentée sur les inégalités sociales de la population bretonne est complétée par un aperçu du contenu des études les plus récentes sur les inégalités sociales de santé en France :

- **Les inégalités sociales de santé**

édité sous la direction de Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang.

Editions La Découverte / INSERM, 2000 – Collection Recherches (448 pages).

- **La réduction des inégalités est au cœur de la cohésion sociale**

Martin Hirsch, éditorial.

Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Numéro spécial « Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux ». 23 janvier 2007. N° 2-3. Pages 9-10.

- **Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU**

Chadelat Jean-François,

La Documentation française 2006 Rapports publics (32 pages).

- **Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques**

Elbaum M.

Colloque de l'ADEF : «Épidémiologie sociale et inégalités de santé». Toulouse, 18-19 mai 2006.

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, numéro 1, février 2007, pages 47-54.

Mortalité

■ Source des données

Les données sont issues de la statistique nationale élaborée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm). Les causes de décès sont codées selon la Classification internationale des maladies – dixième révision. Nous utilisons les résultats diffusés selon la liste résumée européenne en 17 catégories et 65 items (liste présentée en annexe). Ces résultats sont obtenus par la consultation de la base de données du CépiDc en ligne <http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr> qui permet l'interrogation sur les années allant de 1979 à 2005.

La base de données Score santé, alimentée par les Observatoires régionaux de santé, fournit des indicateurs de mortalité jusqu'en 2003 actuellement (<http://www.fnors.org/>).

■ Sélection des causes de décès

Les causes de décès retenues dans la présente étude correspondent à deux concepts :

- La mortalité prématurée qui comprend l'ensemble des décès survenus avant 65 ans,
- Les causes de décès spécifiques, tous âges, sur les principaux cancers, les maladies cardiovasculaires, l'alcoolisme, le suicide et le sida (cette dernière cause est renseignée pour la Bretagne, selon le sexe).

Cette sélection est fondée sur son utilisation dans les études sur les inégalités de mortalité.

■ Indicateurs de mortalité

Les effectifs de décès sont fournis pour l'année 2005 (année la plus récente).

Pour la partie sur les inégalités hommes/femmes, les indicateurs de mortalité utilisés sont les taux standardisés (selon la structure par âge de la population française). Les ratios des taux de décès (rapport du taux de décès standardisé masculin au taux de décès standardisé féminin) mesurent les écarts de niveau de mortalité entre hommes et femmes. Les ratios pour la région Bretagne sont comparés aux ratios de la France métropolitaine.

Pour la partie sur les inégalités géographiques, les indicateurs utilisés sont les Indices Comparatifs de mortalité (ICM). L'ICM permet de comparer la mortalité d'un département avec la mortalité moyenne nationale. L'ICM est un rapport, en base 100, du nombre de décès observé dans le département, au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux moyens nationaux. L'ICM moyen national étant égal à 100, un ICM de 112 indique une mortalité supérieure de 12% à la moyenne nationale, un ICM de 90 indique une infériorité de 10% à la moyenne nationale.

La base de données Score santé fournit les ICM sur la période 1992-2003. Pour compléter cette période jusqu'en 2005, les pourcentages en surmortalité ou en sous-mortalité par rapport à la moyenne française, ont été calculés à partir des taux standardisés du CépiDc, période triennale 2003-2005.

Pour traiter des inégalités de mortalité selon le sexe, la présente étude a adopté la méthode du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (INSERM CépiDc-IFR 69), exposée dans les publications suivantes :

▪ **Disparités de mortalité « prématurée » selon le sexe et causes de décès « évitables ».**

H. Lefèvre, E. Jouglu, G. Pavillon, A. Le Toullec

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, volume 52, N° 4, septembre 2004, pages 317-328. Numéro spécial « Genres et santé » coordonné par Anne Tursz.

▪ **Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004**

Albertine Aouba, Françoise Péquignot, Alain Le Toullec, Eric Jouglu

Bulletin Epidémiologique hebdomadaire, n° 35-36, 18 septembre 2007, pages 308-314. Numéro thématique « Surveillance épidémiologique des causes de décès en France ».

En tant qu'inventaire des résultats disponibles sur les inégalités de mortalité, géographiques et sociales, les travaux suivants sont intégrés dans l'étude :

▪ **La santé dans les 21 pays de Bretagne : synthèse**

Observatoire régional de santé de Bretagne. 2003 (50 pages). Etude réalisée avec la participation de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et du Conseil Régional de Bretagne, dans le cadre du "Contrat de Plan Etat-Région.

▪ **Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès**

G. Menvielle, J.-F. Chastang, D. Luce, A. Leclerc, pour le groupe EDISC

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, numéro 2, avril 2007, pages 97-105.

▪ **Mortalité par suicide selon la catégorie socio-professionnelle**

Observatoire régional de santé de Bretagne. 2002 (6 pages).

▪ **L'inégalité sociale devant la mort**

Salem Gérard, Rican Stéphane, Jouglu Eric, In : Atlas de la santé en France. Volume 1 – Les causes de décès. Paris : John Libbey Eurotext 1999, pages 107-110.

▪ **Les inégalités socio-spatiales de santé**

In : La santé en France 2002 . Paris : Haut Comité de la Santé Publique, pages 200-202.

Morbidité

Les données de morbidité, sous la forme d'indicateurs comparant les régions ou les départements à la moyenne nationale, ne sont pas systématiquement disponibles.

Les données figurant dans les études récentes sont utilisées quand l'échelon local n'est pas renseigné dans les recueils de données.

■ Maladies infectieuses

Les données sur les cas annuels de diagnostic Sida sont issues de la notification obligatoire des maladies. Les résultats sont diffusés par l'Institut national de Veille Sanitaire <http://www.invs.sante.fr/>

Une enquête organisée en Bretagne, par les directions (régionale et départementales) des affaires sanitaires et sociales, auprès des laboratoires d'analyse médicale, recueille les résultats du dépistage des infections à VIH et VHC ainsi que du dépistage de la Syphilis. Le suivi du VIH est assuré depuis 1989, celui du VHC et de la Syphilis est assuré depuis 2003 (<http://www.orsbretagne.fr> Etudes)

- **Sida, VIH, VHC et Syphilis en Bretagne** PENNOGNON Léna, TRON Isabelle, Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORS Bretagne) Décembre 2007, 8 p.

■ Statut pondéral

Les données relatives au statut pondéral sont des mesures anthropométriques recueillies par des professionnels de santé, pour permettre le calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC). L'IMC est égal au rapport du poids (en kg) sur le carré de la taille (en mètre). Le seuil retenu pour l'obésité est un IMC égal ou supérieur à 30 kg/m², le seuil du surpoids est un IMC égal ou supérieur à 25 et le seuil de maigreur est égal ou inférieur à 18.5.

Cet indicateur est disponible dans des rapports d'études de l'ORS Bretagne (<http://www.orsbretagne.fr>) :

- **La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne.** Enquête réalisée en collaboration avec les universités de Brest, Rennes 1 et Rennes 2. Synthèse des premiers résultats. Juin 2007, 16 pages.

Mise en œuvre par l'ORS Bretagne : Dr Isabelle Tron et Léna Pennognon, avec le groupe de travail comprenant la DRASS de Bretagne, le Rectorat d'Académie, les Services de médecine préventive universitaire de Rennes et Brest, la Direction régionale jeunesse et sports.

- **La santé des jeunes en insertion observée dans les Centres d'examen de santé de Bretagne,**

Observatoire régional de santé. Etude réalisée dans le cadre du Contrat de Plan Etat-Région avec la participation du Conseil Régional de Bretagne. juillet 2006 (68 pages).

■ Tentatives de suicide

L'enregistrement des cas de tentative de suicide dépend de la mise en place d'un système de notification approprié dans les établissements de santé. En Bretagne, un enregistrement des cas de tentative de suicide a été réalisé sur l'année 1990 dans les services d'urgence des hôpitaux publics, ce sont les premières données disponibles.

Depuis l'année 2000, huit Unités médico-psychologiques (UMP), spécialisées dans la prise en charge des personnes admises en soins d'urgence pour le motif de tentative de suicide, enregistrent leur activité concernant les patients accueillis. Ce nouveau recueil de données renseigne sur la fréquence selon le sexe mais ne permet pas d'informer sur les disparités départementales. En effet, ces unités médico-psychologiques implantées dans huit établissements hospitaliers ne couvrent pas la totalité du territoire breton et leur enregistrement des tentatives de suicide n'est pas exhaustif pour chaque département.

Un autre moyen de fournir des connaissances sur les tentatives de suicide repose sur l'extraction de données de morbidité hospitalière à partir du PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information). L'analyse des données hospitalières concernant la prise en charge des tentatives de suicide en soins de courte durée (exploitation du PMSI - base régionale Bretagne 2004), fournit des taux par sexe et âge à l'échelon départemental. Ainsi les premiers résultats diffusés renseignent sur la tranche d'âge 15-24 ans pour chaque département breton.

Des rapports d'études rendent compte de l'utilisation des données produites concernant la population bretonne :

- **Les tentatives de suicide en Bretagne,**

BATT A., DEPOIVRE C., TRON-PASQUET I., TREHONY A., Observatoire régional de santé de Bretagne.

Etude réalisée avec le concours des services de l'Etat : Direction Générale de la Santé (DGS) et Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Bretagne. avril 1992, 53 pages.

- **Tentatives de suicide prises en charge par les unités médico-psychologiques en Bretagne.**

PENNOGNON Léna, Observatoire régional de santé de Bretagne. Novembre 2007 (2 pages).

Enquête réalisée avec le soutien de l'Etat - Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, et du Conseil régional de Bretagne.

- **Les hospitalisations pour tentative de suicide des 15-24 ans en Bretagne**

CAMPILLO Boris, TREHONY Alain, Observatoire Régional de Santé de Bretagne (ORS Bretagne). Septembre 2007, 4 p.

■ Affections de longue durée (ALD)

À partir des taux standardisés régionaux d'Affections de longue durée (ALD) présentées dans les publications (cancers, maladies cardiovasculaires) de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, les écarts de niveau de morbidité entre les hommes et les femmes ont été mesurés par les ratios des taux standardisés d'ALD*. Ces résultats sont insérés dans la partie sur les inégalités de santé hommes/femmes.

L'étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) qui présente la géographie des ALD (patients en ALD au 31 octobre 2004), procure des données de prévalence à l'échelon départemental sur les pathologies suivantes :

- cancer poumon,
- maladie alcoolique du foie,
- diabète,
- affections psychiatriques de longue durée,
- hypertension artérielle sévère,
- hépatite virale chronique.

Les indicateurs sont des taux standardisés sur l'âge et le sexe, des patients en ALD, dans la population affiliée au régime général d'assurance maladie.

Les données utilisées dans la présente étude, sont issues des documents suivants :

▪ **Le cancer dans les régions de France : mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations.** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, mai 2006, 72 pages (<http://www.fnors.org/> Publications).

▪ **Les maladies cardiovasculaires dans les régions de France : mortalité, affections de longue durée, hospitalisations.** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, mai 2006, 83 pages (<http://www.fnors.org/> Publications).

▪ **Disparités géographiques de la santé en France : les affections de longue durée**
Nathalie Vallier, Benoît Salanave, Alain Weill,
Caisse nationale de l'assurance maladies des travailleurs salariés - Points de repère N°1
- août 2006 - 8 pages.
http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pointreperen_1.pdf

▪ **La santé de la population en Bretagne : état des lieux préparatoire à la mise en place du Programme Régional de Santé Publique** - décembre 2004 - ORS Bretagne : Affections de longue durée pages 62-63.

■ Risques professionnels

Un recueil des déclarations des salariés a été effectué sur l'année 2005, par la Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DRTEFP). Le traitement des données, réalisé par l'ORS Bretagne, permet une diffusion des données régionales en 2007 (<http://www.orsbretagne.fr/Etudes>)

Ce recueil est différent des statistiques du service médical de l'assurance maladie, car il comporte la totalité des demandes de prise en charge déposées par les salariés. Cette première exploitation démontre la faisabilité annuelle du recueil et d'un suivi dans le temps.

La Caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne a publié les statistiques 2006 du Département des risques professionnels. La répartition départementale des effectifs salariés et des AT/MP (accidents du travail et maladies professionnelles - statistiques financières) a permis le calcul d'un indicateur, nombre d'AT/MP avec arrêt pour 1000 salariés dans chaque département breton.

Les statistiques médicales de la CCMSA (Caisse Centrale Mutualité Sociale Agricole) fournissent le nombre de maladies professionnelles (sans distinction du sexe) par département et pour la France métropolitaine, en distinguant les salariés agricoles des non-salariés. La présentation de ces données du régime agricole, sur l'année 2006, a rassemblé salariés et non salariés et précisé la part des affections périarticulaires dans l'ensemble des maladies professionnelles.

Les données statistiques du régime agricole ont été obtenues auprès de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. Les résultats de l'enquête réalisée en Bretagne par la MSA auprès de 6000 salariés répartis en 16 entreprises de la filière viande, sont publiés par l'Institut de veille sanitaire :

- **État de santé des salariés de la filière viande du régime agricole en Bretagne. Relations avec leurs contraintes de travail physiques, organisationnelles et psychosociales.** Rapport enquête épidémiologique. Patrick Morisseau, Mutualité sociale agricole du Morbihan ; Christine Cohidon et Gaëlle Santin, Département santé travail - Institut de veille sanitaire
Rapport Institut de Veille Sanitaire, octobre 2007, 112 pages <http://www.invs.sante.fr/index.asp>

Les statistiques concernant les salariés du régime général proviennent de deux publications :

- **Déclarations professionnelles de l'année 2005. Région Bretagne,** J. Lefeuvre, N. Harié, M.C. Maillard, L. Marescaux, C. Verger, Direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle ; A. Tréhony, D. Séné, Observatoire régional de santé de Bretagne. Mars 2007, 8 pages. <http://www.orsbretagne.fr>
- **Statistiques 2006.** Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) de Bretagne – Département des risques professionnels (42 pages)
<http://www.cram-bretagne.fr/fichutil/admfichpdf/statistiques/StatsAnnuelles.pdf>

■ Indicateurs de santé des personnes en situation de précarité

Le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf), fournit des indicateurs permettant de comparer les consultants précaires aux non-précaires. Ainsi, les indicateurs de santé bucco-dentaire ont été utilisés dans la présente étude. <http://www.cetaf.asso.fr/>

- **Géographie de la santé dans les Centres d'examens de santé. Données régionalisées 2004.** Virginie Dauphinot, Caroline Dupré, René Guéguen, Florence Naudin, Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé (Cetaf), Réseau des Centres d'examens de santé, juin 2006 (87 pages).

Déterminants de la santé

■ Comportements à risques

L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) donne accès à des indicateurs locaux (région, département) sur les usages de drogues licites ou illicites (alcool, tabac, cannabis, cocaïne, héroïne), par la base de données localisées ILIAD qui fournit des données annuelles depuis 1997. <http://www.ofdt.fr/>

Les déclarations sur les usages de substances psychoactives (tabac, alcool, cannabis, médicaments psychotropes), par les jeunes de 17 ans, à l'échelon des régions de France, sont présentées dans deux rapports de l'enquête ESCAPAD : données 2002-2003, données 2005. <http://www.ofdt.fr>

L'enquête, réalisée en Bretagne, en 2007, intitulée « La santé des étudiants de première année d'université. Enquête réalisée en collaboration avec les universités de Brest, Rennes 1 et Rennes 2 » est la principale source d'information utilisée pour évoquer les comportements à risques, dont : consommations de substances psycho-actives, habitudes alimentaires, santé physique et psychique (<http://www.orsbretagne.fr> Etudes).

Les rapports d'enquête utilisées dans la présente étude, concernent les jeunes :

- **Les consommations de produits psychoactifs à 17 ans en Bretagne**

Analyse régionale ESCAPAD 2005,
BECK F., LEGLEYE S., LE NEZET O., SPILKA S. OFDT, 2007
<http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/donneesloc/atlas/2005.html>

- **La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne.** Enquête réalisée en collaboration avec les universités de Brest, Rennes 1 et Rennes 2. Synthèse des premiers résultats. Juin 2007, 16 pages. Mise en œuvre par l'ORS Bretagne : Dr Isabelle Tron et Léna Pennognon, avec le groupe de travail comprenant la DRASS de Bretagne, le Rectorat d'Académie, les Services de médecine préventive universitaire de Rennes et Brest, la Direction régionale jeunesse et sports. <http://www.orsbretagne.fr>

Les données relatives au remboursement par les trois principaux régimes d'assurance maladie bretons (régime général, MSA, RSI), de médicaments psychotropes (anxiolytiques, hypnotiques) ont été communiquées par l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) de Bretagne. A l'échelon départemental, ces données permettent un suivi dans le temps.

■ Environnement professionnel

L'identification de facteurs de risques d'origine sociale est un objet de recherche en épidémiologie et les résultats publiés apportent des éléments de base pour l'observation de ces risques en Bretagne. Ainsi, la publication de l'Unité 88 de l'INSERM, est retenue comme modèle d'approche :

- **Epidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé**

Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Fert F.
Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, septembre 2003 N°4 pages 381-401.

La répartition des accidents du travail et des maladies professionnelles selon le secteur d'activité professionnelle (Bâtiment, Alimentation, Bois Ameublement, ...), à l'échelon national et régional, permet d'établir un classement des secteurs d'activité professionnelle selon la fréquence des risques. Ainsi, l'indice de fréquence, des accidents du travail avec arrêt, d'une part, des maladies professionnelles, d'autre part, a pu être comparé entre la Bretagne et la France, à partir des statistiques technologiques sur les risques professionnels, de la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM de Bretagne) et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Les statistiques technologiques présentées sont issues des documents suivants :

▪ **Statistiques 2006**

Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) de Bretagne – Département des risques professionnels (42 pages).

<http://www.cram-bretagne.fr/fichutil/admfichpdf/statistiques/StatsAnnuelles.pdf>

▪ **Statistiques technologiques. Bilan 2006**

Caisse nationale de l'assurance maladies des travailleurs salariés – Direction des risques professionnels (8 pages).

Statistiques technologiques des maladies professionnelles. Année 2006. Résultats ventilés par CTN. Caisse nationale de l'assurance maladies des travailleurs salariés – Direction des risques professionnels (14 pages) <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/>

■ Précarité

Les indicateurs calculés à partir des prestations de protection sociale versées aux personnes en situation précaire ou défavorisée, indicateurs intitulés communément « minima sociaux » sont disponibles dans la base de données STATISS (Statistiques et indicateurs de la santé et du social) de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de la Statistique (DREES) du Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports : <http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm>.

Ces indicateurs sont fournis à l'échelon départemental, régional et national. Les statistiques sur le Revenu Minimum d'Insertion (RMI), la Couverture Maladie Universelle (CMU) de base, l'Allocation Supplémentaire du minimum Vieillesse (ASV), ont été utilisées dans la présente étude comme indicateurs exprimant une vulnérabilité de la population concernée.

Les données permettant d'estimer globalement la part de la population bretonne en situation de pauvreté sont extraites de trois publications de l'INSEE :

▪ **La pauvreté en Bretagne**

Isabelle LE BOËTTE, Sylvain DAJOUX, Agnès PALARIC, INSEE Bretagne ; Gérard BIDEAU, Andrée JOLY-PICARD, Catherine OGIER, François LAURAS, Pierre LEDUC, Caisses d'allocations familiales.

Les dossiers d'Octant, numéro 47, mai 2005, (100 pages).

▪ **Niveaux de vie et pauvreté en France**

Laurent AUZET, Magali FEVRIER, INSEE Bretagne ; Aude Lapinte, INSEE Insee première, numéro 1162, octobre 2007, 4 pages.

▪ **La pauvreté moins marquée en Bretagne,**

Sandra CHIRAZI, INSEE Bretagne

Octant, numéro 111, janvier 2008 (pages 22-25).

Pour la première, les cinq caisses d'allocations familiales se sont associées à l'Insee et les données transmises par les Caf ont été complétées par celles de la mutualité sociale agricole. Dans cette étude, portant sur l'année 2002, le taux de pauvreté correspond à la proportion de personnes de moins de 65 ans sous le seuil de bas revenus (population à bas revenus des Caf / population totale de moins de 65 ans).

La seconde et la troisième étude, sont basées sur la source Revenus disponibles localisés, provenant du traitement des déclarations de revenus et des données de la taxe d'habitation (année 2004). Le taux de pauvreté correspond à la proportion de personnes dont le niveau de vie est inférieur au seuil de pauvreté établi à 788 euros en France en 2004.

Inégalités de santé hommes/femmes

Cette première partie distingue les données concernant les hommes de celles des femmes pour l'ensemble de la région Bretagne, et compare l'écart hommes / femmes en Bretagne à l'écart hommes / femmes en France métropolitaine. Les écarts de mortalité hommes / femmes sont comparés sur une période de dix ans. La morbidité et les déterminants de santé selon le genre, sont présentés à partir des études fournissant des résultats pour la région Bretagne.

Vertical line

Axe mortalité

Genres et santé : les travaux du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès en France

Pour faire état des inégalités de santé hommes / femmes en Bretagne, nous prenons appui sur les travaux du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (INSERM CépiDc- IFR 69) :

- H. Lefèvre, E. Jougla, G. Pavillon, A. Le Toullec

Disparités de mortalité « prématurée » selon le sexe et causes de décès « évitables ».

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, volume 52, N° 4, septembre 2004, pages 317-328. Numéro spécial « Genres et santé » coordonné par Anne Tursz.

- Albertine Aouba, Françoise Péquignot, Alain Le Toullec, Eric Jougla

Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980-2004

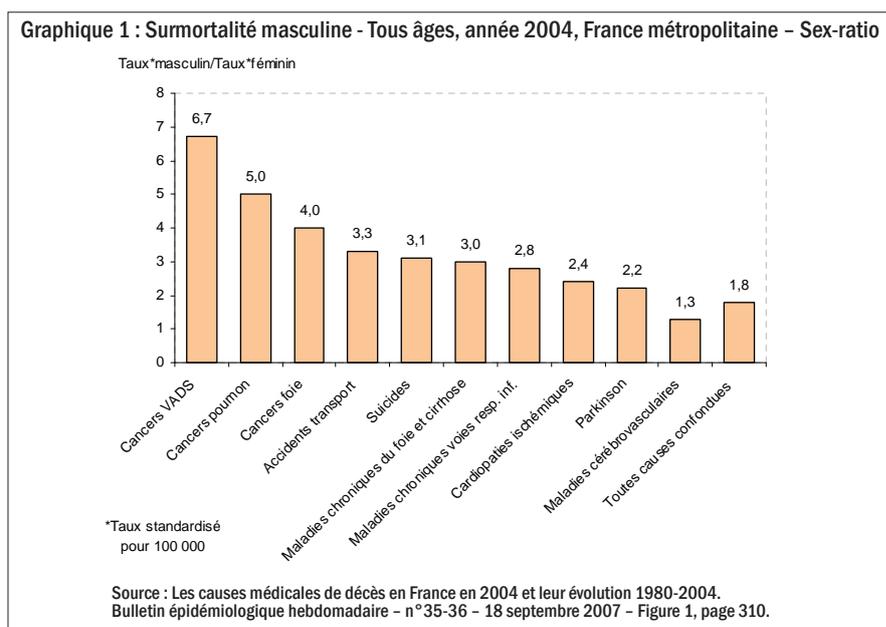
Bulletin Epidémiologique hebdomadaire, n° 35-36, 18 septembre 2007, pages 308-314. Numéro thématique « Surveillance épidémiologique des causes de décès en France ».

L'étude de H. Lefèvre, E. Jougla, et al., vise à apporter une explication à la différence de niveau de mortalité prématurée entre les sexes : « la part explicative de chaque catégorie de causes de décès dans la surmortalité masculine globale est mesurée ... ». Elle est basée sur les décès survenant avant 65 ans car « La France est un des pays d'Europe où l'excès de mortalité masculine (avant 65 ans) est le plus marqué et où les causes de décès « évitables » expliquent la part la plus importante des disparités entre sexes ».

L'étude traite les principales causes de décès évitables, c'est-à-dire, les décès liés en grande partie à des comportements à risques sur lesquels les politiques de santé et de prévention peuvent agir : cancer des voies aérodigestives supérieures, cancer du poumon, sida, accident de la circulation, éthyliisme chronique, suicide.

L'étude d'Albertine Aouba, Françoise Péquignot, et al., présente les données statistiques les plus récentes sur les causes médicales de décès et leur évolution depuis 1980. Elle établit la surmortalité masculine, tous âges, en 2004, en France métropolitaine sur les causes de

décès suivantes (classées par ordre décroissant) : cancers des VADS, cancers de la trachée des bronches et du poumon, cancers du foie, accidents de transport, suicides, maladies chroniques du foie et cirrhose, maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, cardiopathies ischémiques, maladie de Parkinson, maladies cérébrovasculaires (Graphique 1).



Genres et santé en Bretagne : limites de l'étude

La description de la surmortalité masculine, comprend les analyses suivantes :

- La surmortalité prématurée, c'est-à-dire celle des décès (toutes causes) survenus avant l'âge de 65 ans,
- La surmortalité, tous âges, concernant 7 causes de décès spécifiques : 1- cancers de la trachée, des bronches et du poumon ; 2 - cancers de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx et de l'œsophage ; 3 - cancers du côlon-rectum ; 4 - maladies cardiovasculaires ; 5 - maladie chronique du foie et cirrhose ; 6 - suicide ; 7 - sida.

Deux bases de données sont utilisées pour ces indicateurs de mortalité :

- Le CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès.

Les données utilisées sont :

- les effectifs de décès de l'année 2005
- les indicateurs de mortalité : taux standardisés par âge pour 100 000 à l'échelon national, et à l'échelon de la région Bretagne pour la période triennale 2003-2005.

- Score santé : la base de données alimentée par les Observatoires régionaux de la santé.

Les données utilisées sont :

- Les indicateurs de mortalité : taux standardisés par âge pour 100 000 à l'échelon national, et à l'échelon de la région Bretagne, sur les quatre périodes triennales suivantes : 1992-94 ; 1995-97 ; 1998-2000 ; 2001-2003.

Surmortalité masculine avant l'âge de 65 ans

Le nombre de décès prématurés en Bretagne en 2005 est de 5 864 (dont 4 213 décès masculins) soit 19.5% de l'ensemble des décès de la Bretagne (dont l'effectif est de 30 086).

En Bretagne, le taux de mortalité prématurée des hommes, soit 313.7 décès pour 100 000 sur la période triennale 2003-2005 est 2,5 fois plus élevé que le taux des femmes.

En France métropolitaine, le phénomène est moins accentué : le taux de mortalité des hommes avant 65 ans est 2,2 fois plus élevé que le taux féminin (Tableau 1).

Cette surmortalité masculine a connu une baisse régulière sur la décennie 1993-2002 : le ratio hommes/femmes était de 2,9 sur la période triennale 1992-1994 (Graphique 2).

L'explication est la suivante : en Bretagne, entre les périodes triennales 1992-1994 et 2001-2003, la diminution des taux de mortalité des hommes est supérieure à celle des femmes :

- les taux masculins ont diminué de 16.6%,
- les taux féminins ont diminué de 8%.

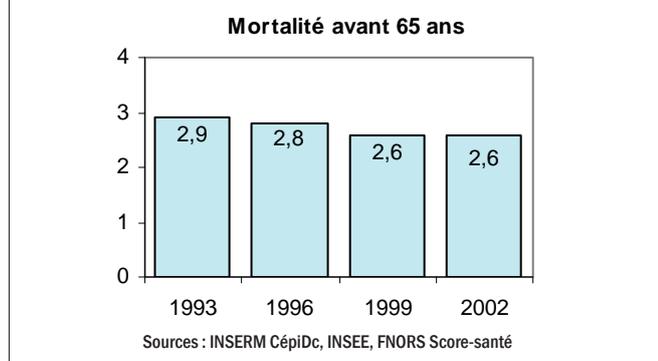
La moindre diminution des taux de mortalité féminins par rapport aux taux de mortalité masculins, entraîne une baisse de la surmortalité masculine.

Tableau 1 : Mortalité avant 65 ans : effectifs et taux de décès standardisés par âge, en Bretagne et en France métropolitaine. Taux pour 100 000

| | Hommes | | Femmes | | Taux masculin/Taux féminin |
|-----------------------|-----------|--------|-----------|--------|----------------------------|
| | Effectif* | Taux** | Effectif* | Taux** | |
| Bretagne | 4213 | 313,7 | 1651 | 123,2 | 2,5 |
| France métropolitaine | 73644 | 275,3 | 33663 | 122,5 | 2,2 |

Source : INSERM CépiDc
*Année 2005 **Période triennale 2003-2005

Graphique 2 : Mortalité prématurée en Bretagne : évolution du sex-ratio



Surmortalité masculine (tous âges) selon six causes spécifiques

Parmi les causes de décès retenues, figurent les cancers les plus fréquents :

- Cancer larynx, trachée, bronches, poumon,
- Cancer lèvre, cavité buccale, pharynx, œsophage (désigné aussi par voies aérodigestives supérieures-VADS, et œsophage),
- Cancer côlon rectum.

Les trois autres causes de décès sont : le groupe des maladies cardiovasculaires, les maladies chroniques du foie dont la cirrhose (comprises dans les maladies de l'appareil digestif), le suicide (compris dans les causes externes).

Le tableau 2 dresse les effectifs de décès de ces six causes pour l'année 2005, en Bretagne. L'effectif le plus élevé est le groupe des maladies cardiovasculaires (plus de 4 000 décès, le surplus des décès féminins correspond aux décès dans les tranches d'âge les plus élevées, dans lesquelles la population féminine est majoritaire). La cause de décès par cancer la plus fréquente chez les hommes est « larynx, trachée, bronches, poumon », chez les femmes, c'est « côlon-rectum ».

Le tableau 3 indique les taux standardisés par âge en Bretagne sur la période 2003-2005, et le sex-ratio breton comparé au sex-ratio de la France métropolitaine.

Le sex-ratio (qui est le rapport entre le taux de décès des hommes et le taux de décès des femmes) sur la période triennale 2003-2005, établit la surmortalité masculine pour chaque cause, en Bretagne et en France. Ces valeurs du sex-ratio sont à comparer à celles du graphique 1 concernant les valeurs de la surmortalité masculine en France métropolitaine en 2004.

Tableau 2 : Différence selon le sexe pour 6 causes de décès (tous âges). Effectifs en Bretagne, en 2005

| Nombre de décès | hommes | femmes | Ensemble |
|---|--------|--------|----------|
| par cancer larynx, trachée bronches poumon | 1171 | 276 | 1447 |
| par cancer lèvre, cavité buccale, pharynx et œsophage | 515 | 80 | 595 |
| par cancer côlon-rectum | 470 | 413 | 883 |
| par maladies cardiovasculaires | 4167 | 4851 | 9018 |
| par maladie chronique du foie | 389 | 125 | 514 |
| par suicide | 629 | 238 | 867 |

Sources : INSERM CépiDc,

Tableau 3 : Sumortalité masculine, taux standardisés par âge pour 100 000 - période 2003-2005

| Mortalité (tous âges) | Bretagne | | | France |
|---|-------------|-------------|-----------|-----------|
| | taux hommes | taux femmes | sex ratio | sex ratio |
| par cancer larynx, trachée bronches poumon | 72,7 | 13,3 | 5,5 | 5,2 |
| par cancer lèvre, cavité buccale, pharynx et œsophage | 33,3 | 3,6 | 9,2 | 6,1 |
| par cancer côlon-rectum | 33,5 | 19 | 1,8 | 1,7 |
| par maladies cardiovasculaires | 343,5 | 211,3 | 1,6 | 1,6 |
| par maladie chronique du foie | 25,1 | 7,3 | 3,4 | 2,8 |
| par suicide | 42,1 | 14,1 | 3,0 | 3,2 |

Sources : INSERM CépiDc,

■ Tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon

L'évolution de la mortalité par tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon est marquée par un décalage dans le temps du tabagisme des femmes par rapport au tabagisme des hommes : la tendance à une légère baisse continue des taux chez les hommes contraste avec une progression régulière des taux chez les femmes.

Cette progression des taux de mortalité féminine de presque 50% explique la baisse du sex-ratio de 8,4 à 5,4 en Bretagne sur la période 1993-2002 (graphique 3).

■ Tumeurs des VADS et de l'oesophage

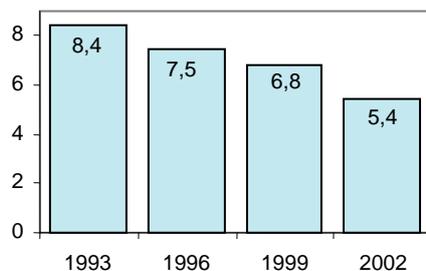
Les tumeurs des voies aérodigestives supérieures (lèvre, cavité buccale, pharynx, larynx) et de l'oesophage, conséquence de la consommation excessive de tabac et d'alcool, sont prédominantes chez les hommes : le sex-ratio est de 13,4 en 1992-1994, il passe à 9,4 en 2001-2003 (graphique 4).

Cette décroissance est due à l'évolution des taux de mortalité des hommes : ils ont baissé de 40% dans la période étudiée (de 66 à 40 pour 100 000) alors que les taux de mortalité des femmes, très bas, sont restés stables (autour de 4,5 décès pour 100 000).

■ Tumeurs du côlon-rectum

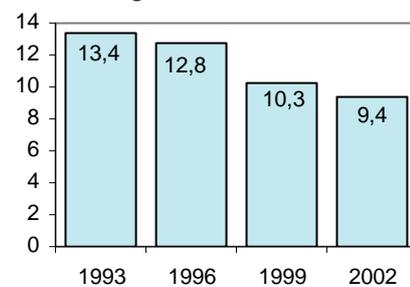
La mortalité par tumeurs du côlon-rectum a peu évolué au cours de la décennie allant de 1993 à 2002. La baisse des taux masculins et féminins est du même ordre (de 12 à 15%), ce qui a pour résultat une stabilité du sex-ratio à 1,8 (graphique 5).

Graphique 3 : Mortalité par tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon en Bretagne : évolution du sex-ratio



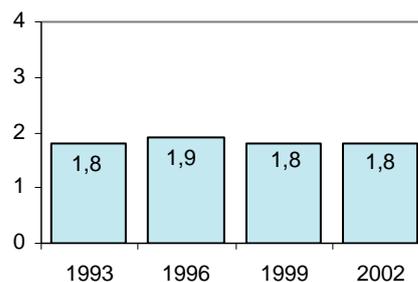
Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

Graphique 4 : Mortalité par tumeurs des voies aérodigestives supérieures et de l'oesophage, en Bretagne : évolution du sex-ratio



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

Graphique 5 : Mortalité par tumeurs du côlon-rectum en Bretagne : évolution du sex-ratio



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

■ Maladies cardio-vasculaires

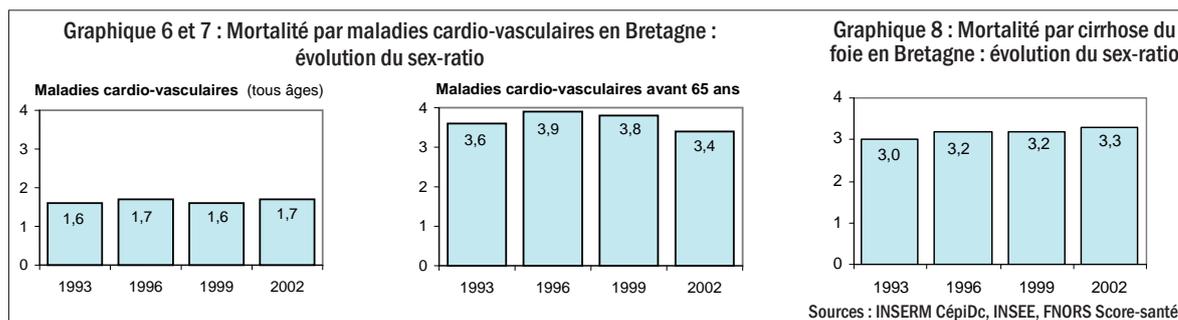
Ce groupe de maladies se place au premier rang des catégories de décès chez les femmes et au second rang chez les hommes.

La surmortalité masculine se traduit par un rapport de 1,7 et une stabilité entre 1993 et 2002. La baisse des taux de mortalité est du même ordre chez les hommes et les femmes (autour de moins 20%), ce qui ne cause pas de variation du sex-ratio (graphique 6).

Avant 65 ans, les hommes sont nettement plus touchés que les femmes par la mortalité cardio-vasculaire : le sex-ratio des moins de 65 ans atteint 3,4 soit le double du sex-ratio tous âges (graphique 7).

■ Maladies chroniques du foie et cirrhose

Maladie de l'appareil digestif, la cirrhose du foie résulte d'un excès de consommation régulière et excessive d'alcool. Au cours de la décennie 1993-2002, les taux comparatifs de mortalité par cirrhose du foie chez les femmes ont connu une décroissance plus forte que les taux des hommes : 15.5% contre 9.5% ; il en résulte une légère augmentation de la surmortalité masculine au cours de cette décennie, elle passe progressivement de 3 à 3,3 (graphique 8).



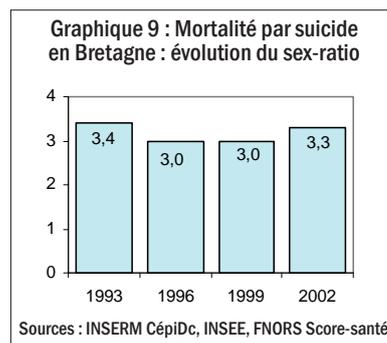
■ Suicide

Cause de décès spécifique classée dans la rubrique « Causes externes », le suicide touche majoritairement les hommes. Au cours de la période observée, de 1993 à 2002, les taux comparatifs de mortalité par suicide ne confirment pas de changement durable, ni plus favorable pour l'un des deux sexes, il en résulte une stabilité de la surmortalité masculine à 3,3 (graphique 9).

Evolution de la mortalité par suicide

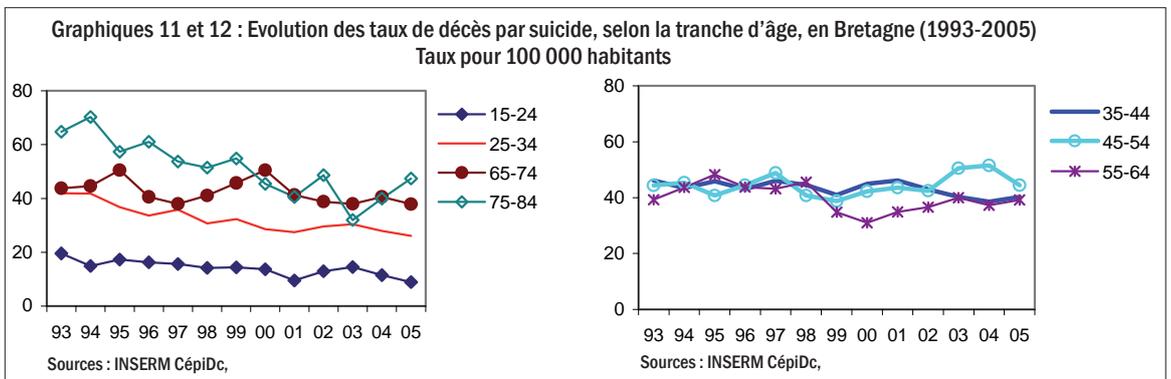
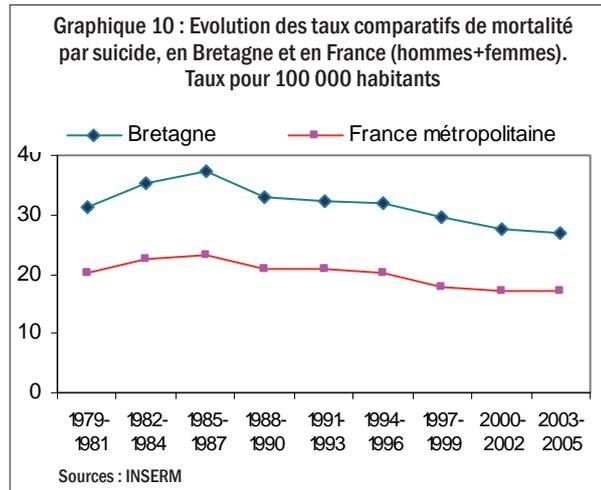
Du fait de la gravité du phénomène suicidaire en Bretagne (région affichant les taux les plus élevés de mortalité par suicide dans la population de moins de 65 ans), un complément d'information est apporté sur l'évolution de la mortalité par suicide. Cette évolution est présentée d'abord globalement, puis précisée selon les tranches d'âge de la population.

La courbe globale (hommes+femmes) des taux comparatifs de mortalité par suicide en Bretagne est comparée à celle des taux moyens français, sur la période 1979-2005 (graphique 10). Cette courbe présente d'abord une croissance puis une période de diminution des taux. Les tendances sont les mêmes en Bretagne et en France, les écarts Bretagne/France se maintiennent.



L'étude selon les tranches d'âge sur la période la plus récente (1993-2005) (graphiques 11 et 12), pointe les disparités suivantes :

- 3 tranches d'âge bénéficient nettement d'une diminution : 25-34 ans, 15-24 ans, 75-84 ans. La tranche d'âge 65-74 ans connaît une évolution irrégulière.
- Les tranches d'âge de 35 à 64 ans présentent une stabilité dans le temps.



■ Sida

Les décès par Sida et maladies à VIH en Bretagne (tableau 4), diminuent en effectifs et l'écart entre les hommes et les femmes se réduit : la valeur du sex ratio est passée de 5.5 en 1994-96 à 3.4 en 2003-2005.

Tableau 4 : Décès par SIDA et maladies à VIH en Bretagne. Ratio Hommes/Femmes

| | 1991-1993 | 1994-1996 | 1997-1999 | 2000-2002 | 2003-2005 |
|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Hommes | 66 | 82 | 26 | 23 | 17 |
| Femmes | 13 | 15 | 3 | 6 | 5 |
| Ratio H/F | 5,1 | 5,5 | 8,7 | 3,8 | 3,4 |

Sources : INSERM CépiDc,

En résumé

Les résultats sur l'évolution de la surmortalité masculine peuvent être résumés comme suit :

- Une baisse de l'écart entre les hommes et les femmes dans 3 domaines : mortalité prématurée ; mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon ; mortalité par cancer des VADS et de l'œsophage.
- Aucun changement dans le niveau de surmortalité masculine dans 3 autres domaines : cancer côlon-rectum ; maladies cardio-vasculaires ; suicide.
- Une augmentation de l'écart entre les hommes et les femmes pour maladies chroniques du foie et la cirrhose.

Globalement, les inégalités de mortalité entre les hommes et les femmes évoluent lentement, mais cependant dans le sens positif d'une réduction. L'évolution de la mortalité prématurée en est la manifestation la plus visible passant d'une valeur du sex-ratio de 2.9 en 1993 à 2.5 en 2004. Reste que la surmortalité masculine prématurée est plus élevée en Bretagne (sex-ratio de 2.5) qu'en moyenne nationale (sex-ratio de 2.2).

Axe morbidité

En France, en l'absence d'un dispositif de déclaration des maladies, les données régionales de morbidité sont peu nombreuses. L'analyse de la morbidité doit alors faire appel aux recueils d'informations spécifiques à telle ou telle pathologie, et aux résultats des enquêtes et études disponibles.

Maladies infectieuses

En Bretagne, une enquête auprès des laboratoires d'analyse médicale, recueillant les résultats positifs du dépistage des infections à VIH et VHC (virus de l'hépatite C) et de la Syphilis, fournit des données renseignées selon le sexe (tableaux 5, 6 et 7). La surmorbidity masculine apparaît pour chacune des maladies infectieuses faisant l'objet du dépistage.

Les cas de séropositivité au VHC sont les plus nombreux, et la surmorbidity masculine y est de 1.3 en 2006 (ce qui correspond à la moyenne des 3 années antérieures).

Les cas de séropositivité au VIH attestent d'un écart plus élevé entre les hommes et les femmes : le sex ratio y est de 2.2 en 2006, mais autour de 1.5 les années antérieures.

Les cas de syphilis dépistés en 2006 révèlent une prédominance masculine : le sex ratio affiche 2.4 en 2006 mais il dépasse 3 au cours des années antérieures.

Les cas de Sida dépistés en 2006, soit 10 cas, sont en attente de confirmation (tableau 8). L'année 2005 indique une surmorbidity masculine de 1.3 qui montre une réduction de l'écart hommes/femmes par rapport à la décennie antérieure (ce qui correspond à la tendance observée en France).

Tableau 5 : Nombre de cas de séropositivité au VIH dépistés et domiciliés en Bretagne
Ratio Hommes/Femmes

| | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Hommes | 69 | 69 | 71 | 53 | 46 | 73 | 65 |
| Femmes | 45 | 42 | 50 | 37 | 35 | 40 | 30 |
| Ratio H/F | 1,5 | 1,6 | 1,4 | 1,4 | 1,3 | 1,8 | 2,2 |

Source : Enquête VIH. Exploitation ORS Bretagne

Tableau 6 : Nombre de cas de séropositivité au VHC, dépistés et domiciliés en Bretagne. Ratio Hommes/Femmes

| VHC | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------------------|------------|------------|------------|------------|
| Hommes | 325 | 306 | 282 | 219 |
| Femmes | 304 | 279 | 193 | 163 |
| Ratio H/F | 1,1 | 1,1 | 1,5 | 1,3 |

Source : Enquête VIH. Exploitation ORS Bretagne

Tableau 7 : Nombre de cas de sérologie syphilitique positive, dépistés et domiciliés en Bretagne. Ratio Hommes/Femmes

| Syphilis | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------------------|------------|------------|------------|------------|
| Hommes | 50 | 55 | 86 | 47 |
| Femmes | 16 | 17 | 25 | 20 |
| Ratio H/F | 3,1 | 3,2 | 3,4 | 2,4 |

Source : Enquête Syphilis, exploitation ORS Bretagne

Tableau 8 : Cas de Sida par année de diagnostic en Bretagne. Ratio Hommes/Femmes

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 * | 2006 * |
|------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|----------|
| Hommes | 89 | 63 | 53 | 39 | 34 | 32 | 33 | 29 | 28 | 21 | 14 | 5 |
| Femmes | 19 | 14 | 10 | 9 | 9 | 6 | 8 | 16 | 6 | 4 | 11 | 5 |
| Ratio H/F | 4,7 | 4,5 | 5,3 | 4,3 | 3,8 | 5,3 | 4,1 | 1,8 | 4,7 | 5,3 | 1,3 | 1 |

Source : InVS Surveillance du sida - Données au 31/12/2006 - *Données provisoires

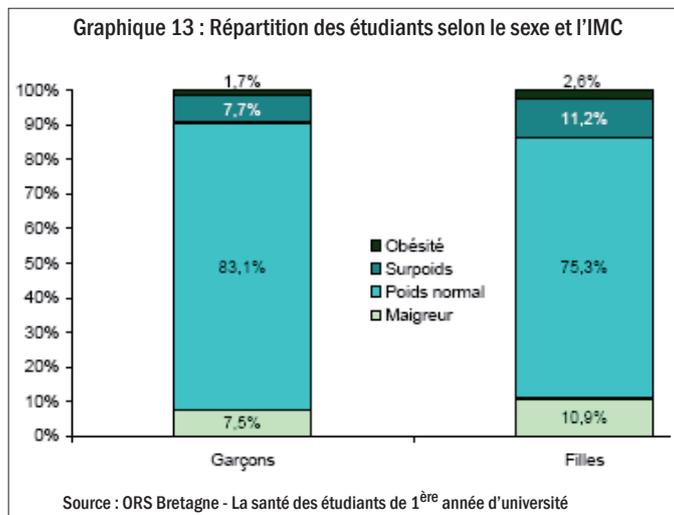
Surpoids, obésité, maigreur

L'enquête réalisée en 2007 « La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne », apporte les données les plus fiables sur l'obésité, la maigreur, le surpoids, car les mesures anthropométriques ont été effectuées au cours d'une visite médicale. La maigreur est aussi fréquente que l'excès de poids, les filles sont plus touchées que les garçons (graphique 13) :

- L'obésité est diagnostiquée chez 2.6% des filles, 1.7% des garçons
- Le surpoids est diagnostiqué chez 11.2% des filles, 7.7% des garçons
- La maigreur est diagnostiquée chez 10.9% des filles, 7.5% des garçons.

▪ **La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université en Bretagne. Enquête réalisée en collaboration avec les universités de Brest, Rennes 1 et Rennes 2. Synthèse des premiers résultats.** Juin 2007, 16 pages. Mise en œuvre par l'ORS Bretagne : Dr Isabelle Tron et Léna Pennognon, avec le groupe de travail comprenant la DRASS de Bretagne, le Rectorat d'Académie, les Services de médecine préventive universitaire de Rennes et Brest, la Direction régionale jeunesse et sports.

http://www.orsbretagne.fr/99_up99load/2_docupload1/orsbd11271302004.PDF



Tentatives de suicide

Huit Unités médico-psychologiques (UMP) sont implantées en Bretagne. Ce sont des équipes médicales mises en place au sein des établissements hospitaliers de Brest, Quimper, Lorient, Vannes, Pontivy, Saint-Brieuc, Saint-Malo, Rennes, qui assurent la prise en charge des personnes admises aux urgences pour tentative de suicide.

6243 tentatives de suicide ont été recensées au cours de l'année 2006, en Bretagne. Les gestes suicidaires des femmes sont plus fréquents que ceux des hommes : 1,6 femmes pour 1 homme.

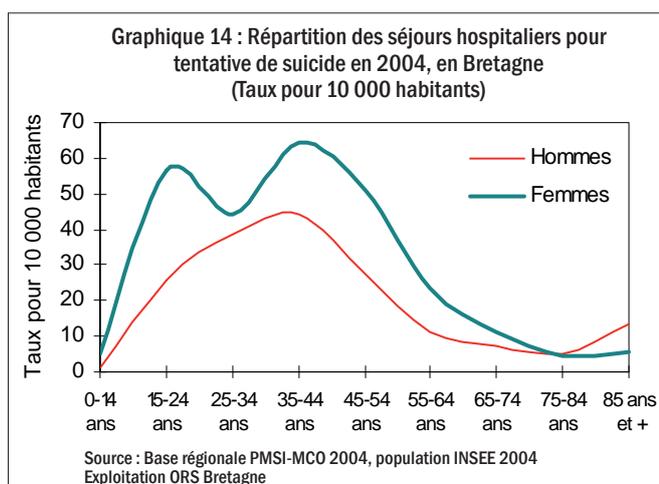
Ce résultat est identique à celui observée en 1990 dans l'enquête sur les tentatives de suicide dans les 26 services d'urgence des hôpitaux généraux bretons.

▪ **Les tentatives de suicide en Bretagne**, avril 1992, 53 pages. Etude réalisée par l'Observatoire régional de santé de Bretagne, avec le concours des services de l'Etat : Direction Générale de la Santé (DGS) et Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.

▪ **Tentatives de suicide prises en charge par les unités médico-psychologiques en Bretagne**. Enquête réalisée avec le soutien de l'Etat - Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, et du Conseil régional de Bretagne. Léna Pennognon, novembre 2007 (2 pages).

D'après l'exploitation des hospitalisations pour tentative de suicide à partir des données du PMSI pour la région Bretagne (base régionale PMSI MCO 2004), la prédominance féminine est un rapport identique : 1,6 femmes pour 1 homme (les effectifs d'hospitalisation pour tentative de suicide étant de 5 048 femmes, et 3 126 hommes).

La tranche d'âge 35-44 ans présente le taux de tentative de suicide le plus élevé : 64 tentatives de suicide pour 10 000 habitants chez les femmes, contre 44 pour 10 000 chez les hommes (graphique 14).



Maladies chroniques : Affections de longue durée (ALD)

En Bretagne comme en France, les quatre principaux motifs d'admission en Affections de Longue Durée (ALD) sont :

- Les maladies de l'appareil circulatoire,
- Les tumeurs,
- Les pathologies mentales,
- Le diabète.

Deux rapports de la Fédération nationale des Observatoires Régionaux de Santé, publiés en 2006, fournissent des taux comparatifs d'admission en ALD sur l'année 2002, pour ces principales pathologies à l'exception des troubles mentaux. Le tableau 9 présente les résultats pour la région Bretagne et la France métropolitaine, en y ajoutant le calcul du sex-ratio (rapport du taux comparatif d'admission en ALD masculin au taux comparatif d'admission en ALD féminin).

Tableau 9 : Affections de longue durée

Taux comparatifs* d'admissions en ALD (nombre d'admissions pour 100 000 personnes) et sex-ratios, en 2002

| | Bretagne | | | France métropolitaine | | |
|---|-------------|-------------|-----------|-----------------------|-------------|-----------|
| | taux hommes | taux femmes | ratio H/F | Taux hommes | Taux femmes | ratio H/F |
| Ensemble des cancers | 479 | 298 | 1,6 | 445 | 319 | 1,4 |
| cancer trachée bronches poumon | 55 | 13 | 4,2 | 66 | 14 | 4,7 |
| cancer VADS et œsophage | 82 | 12 | 6,9 | 61 | 10 | 6,4 |
| cancer côlon-rectum | 60 | 43 | 1,4 | 61 | 41 | 1,5 |
| Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire | 787 | 470 | 1,7 | 811 | 498 | 1,6 |
| maladies coronaires | 219 | 85 | 2,6 | 214 | 79 | 2,7 |
| accident vasculaire cérébral invalidant | 92 | 57 | 1,6 | 84 | 55 | 1,5 |
| hypertension artérielle sévère | 153 | 158 | 1,0 | 203 | 205 | 1,0 |
| artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques | 156 | 58 | 2,7 | 144 | 50 | 2,9 |
| insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, ou cardiopathies congénitales graves | 167 | 112 | 1,5 | 166 | 109 | 1,5 |
| diabète de type 1 et de type 2 | 194 | 137 | 1,4 | 309 | 221 | 1,4 |

*standardisé sur la population française
Sources : Cnamts, CCMSA, Canam, Insee - Exploitation Fnors

Une première observation relative à la surmorbidity masculine en Bretagne et en France est une quasi similitude de niveau dans la majorité des pathologies, et une réciprocité pour le reste : si la surmorbidity bretonne est supérieure à la moyenne française concernant deux pathologies (ensemble des cancers, cancers des VADS et de l'œsophage), elle est, par contre inférieure dans deux cas (cancer de la trachée, des bronches et du poumon ; artériopathies chroniques).

Source : ORS Bretagne - La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université

Une deuxième observation est à mettre en évidence pour prévenir les erreurs d'interprétation des résultats : à propos du diabète, l'écart hommes / femmes est le même en Bretagne et en France (sex-ratio 1.4), mais la lecture des taux comparatifs d'admission en ALD montre que la Bretagne est nettement moins touchée par le diabète :

- 194 admissions en ALD pour 100 000 hommes en Bretagne, contre 309 pour 100 000 en France métropolitaine,
- 137 admissions en ALD pour 100 000 femmes en Bretagne, contre 221 pour 100 000 en France métropolitaine.

La troisième observation est que les plus importants écarts entre les hommes et les femmes, en matière de morbidité (ainsi que de mortalité), sont observés pour les cancers des VADS et de l'œsophage, ainsi que pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon.

▪ **Le cancer dans les régions de France : mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations.** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, mai 2006, 72 pages.

▪ **Les maladies cardiovasculaires dans les régions de France : mortalité, affections de longue durée, hospitalisations.** Fédération nationale des observatoires régionaux de santé, mai 2006, 83 pages.

Quant aux troubles mentaux, motif d'admission en ALD plus fréquent en Bretagne qu'en France métropolitaine, les effectifs bretons de l'année 2001 provenant des trois régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, RSI), montrent une prépondérance féminine : 4681 ALD concernent des femmes et 3270 concernent des hommes, soit un rapport de 1,4 femmes pour 1 homme.

▪ Extrait de « **La santé de la population en Bretagne** – décembre 2004 – ORS Bretagne » : Affections de longue durée pages 62-63.

Maladies professionnelles

Suite à une commande de la Direction Régionale du Travail de l'emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP), une étude récente de l'ORS Bretagne « Déclarations des maladies professionnelles de l'année 2005. Région Bretagne » de mars 2007, rend compte du recueil des déclarations de maladies professionnelles faites par les salariés du régime général d'Assurance maladie, en Bretagne, au cours de l'année 2005 (tableau 10). Les Troubles musculo-squelettiques représentent 78% des maladies professionnelles déclarées. Leur nombre est plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

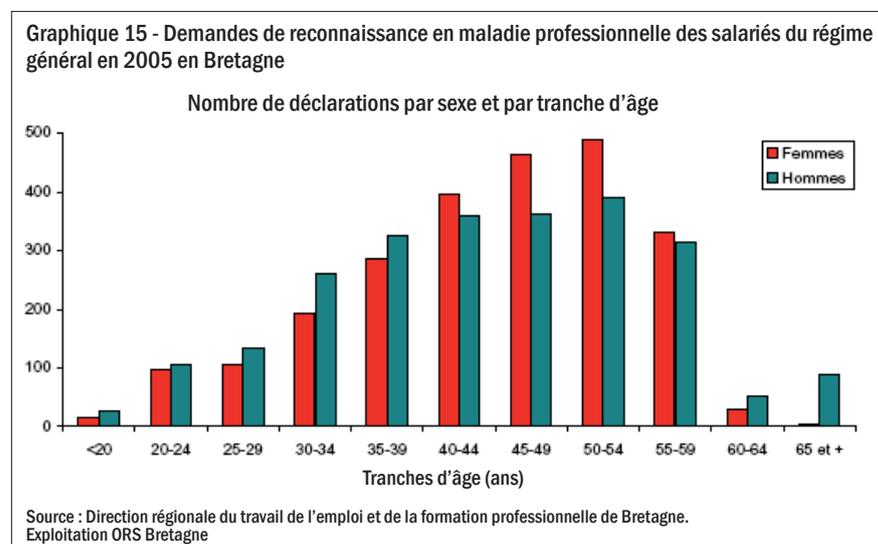
Tableau 10 : Demandes de prise en charge en maladies professionnelles par les salariés du régime général en 2005 en Bretagne

| Maladies professionnelles déclarées par les salariés du régime général en 2005 | | | |
|--|-------------|-------------|-------------|
| | Hommes | Femmes | Total |
| Effectif total | 2421 | 2407 | 4828 |
| <i>dont troubles musculo-squelettiques</i> | 1620 | 2144 | 3764 |
| <i>dont affections chroniques du rachis lombaire/charges lourdes</i> | 222 | 69 | 291 |

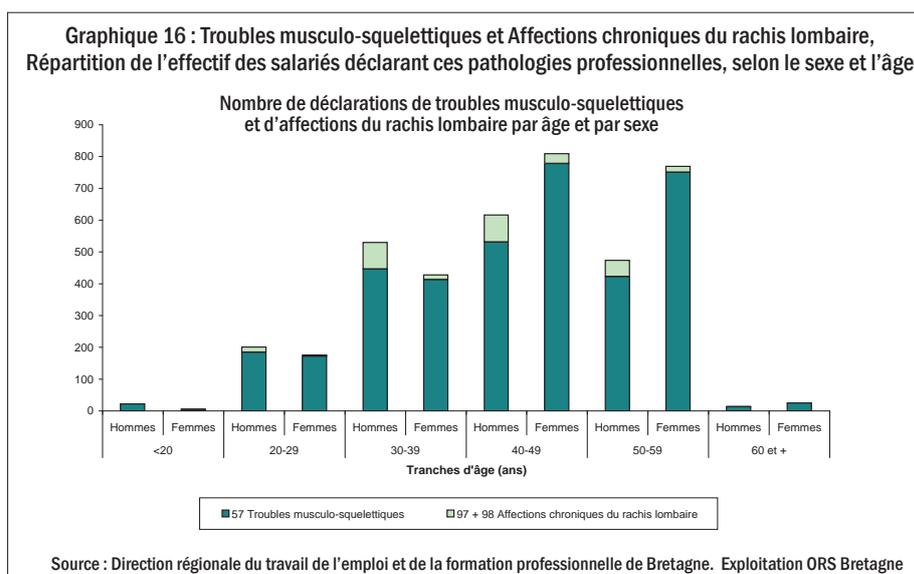
Source : DRTEFP- Recueil 2005 des demandes des salariés pour la prise en charge en maladie professionnelle. Exploitation ORS Bretagne

4 828 déclarations ont été établies en Bretagne, en nombre égal entre hommes et femmes, alors que l'effectif salarié féminin est inférieur à l'effectif masculin. Leur répartition selon le sexe et l'âge (graphique 15), montre que le nombre de maladies professionnelles est plus élevé chez les femmes (que chez les hommes) dans les tranches d'âge allant de 40 à 60 ans et inversement pour les autres tranches d'âge.

▪ **Déclarations professionnelles de l'année 2005. Région Bretagne**, J. Lefeuvre, N. Harié, M.C. Maillard, L. Marescaux, C. Verger, Direction régionale du travail de l'emploi et de la formation professionnelle ; A. Tréhony, D. Séné, Observatoire régional de santé de Bretagne. Mars 2007, 8 pages.



Quarante ans apparaît comme un âge discriminant entre hommes et femmes. Avant cet âge les déclarations masculines de troubles musculo-squelettiques et affections du rachis lombaire sont un peu plus nombreuses que les déclarations féminines, après cet âge la situation est inversée. L'écart entre les deux sexes est particulièrement marqué dans la tranche d'âge des 50-59 ans : le nombre de troubles musculo-squelettiques déclaré par des femmes est de plus de 50% supérieur au nombre déclaré par les hommes (graphique 16).



La morbidité perçue par les salariés de la filière viande du régime agricole en Bretagne

L'enquête en milieu de travail en Bretagne réalisée par la Mutualité Sociale Agricole, avec le concours de l'Institut de veille sanitaire, intitulée :

▪ **Etat de santé des salariés de la filière viande du régime agricole en Bretagne. Relations avec leurs contraintes de travail physiques, organisationnelles et psychosociales.** Rapport-Enquête épidémiologique. 73 pages.

dont les résultats ont été publiés en octobre 2007, pointe la fréquence des TMS chez les femmes. La conclusion précise la portée de cette enquête pour l'ensemble des entreprises de la filière viande en Bretagne, et les relations entre l'état de santé des hommes et femmes de ces entreprises, et leurs conditions de travail :

« La bonne participation à l'enquête, la représentativité de l'échantillon analysé ainsi que la cohérence des résultats obtenus ... permettent d'envisager l'extrapolation des résultats à l'ensemble des salariés de la filière viande agricole en Bretagne. »

« Cette étude montre en effet que cette population de salariés est particulièrement fragilisée du point de vue de la santé perçue physique et psychique en général, et des TMS en particulier, les femmes et les salariés les plus âgés y apparaissent tout spécialement vulnérables. » Extraits de la conclusion, page 73 – Rapport : Institut de veille sanitaire – Etat de santé des salariés de la filière viande du régime agricole en Bretagne.

Vertical line

Axe déterminants de la santé

La connaissance des déterminants de la santé à l'échelon de la Bretagne et des inégalités de genre, est basée sur une enquête récente « La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université ». Ce groupe de population peut refléter des évolutions à venir.

Comportements à risques

Les comportements de santé désignés comportements à risques, notamment les consommations de substances psycho-actives, sont renseignés dans des enquêtes réalisées en Bretagne et montrent des résultats selon le sexe.

Les résultats 2007 de l'enquête « Les étudiants de 1^{ère} année d'université » sont les suivants :

- Un étudiant sur quatre fume quotidiennement sans différence marquée entre les filles et les garçons (graphique 17).
- La consommation régulière d'alcool et les ivresses sont des comportements à prédominance masculine (tableau 11).
- L'usage régulier de cannabis est plus répandu chez les garçons que chez les filles (tableau 12).
- La prise régulière de médicaments est déclarée par 16% des étudiants, sans distinction selon le sexe. Par contre, la consommation de médicaments en période d'examen est plus fréquente chez les filles : 20% d'entre elles déclarent consommer des médicaments en période d'examen contre 7% des garçons.

La comparaison de ces résultats à ceux de l'enquête ESCAPAD 2005 auprès des jeunes de 17 ans, est commentée dans la partie « Inégalités sociales de santé ».

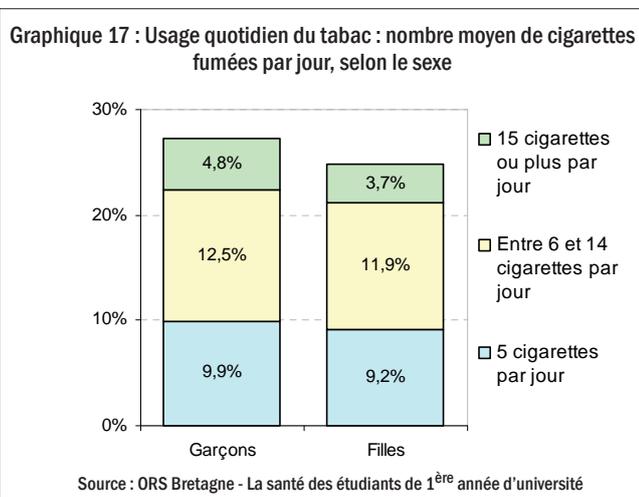


Tableau 11 : Usage d'alcool et ivresses (%)

| | Santé des étudiants en Bretagne en 2006 (19,6 ans) | | | ESCAPAD 2005 (17 ans) Bretagne | | |
|----------------------------|--|--------|-------|--------------------------------|--------|-------|
| | Garçons | Filles | Total | Garçons | Filles | Total |
| Usage au cours du mois | 94% | 92% | 93% | 90% | 85% | 87% |
| Usage régulier | 17% | 6% | 10% | 17% | 7% | 12% |
| Ivresse au cours de la vie | 80% | 66% | 72% | 79% | 69% | 74% |
| Ivresses répétées | 51% | 25% | 35% | 55% | 39% | 48% |

Source : ORS Bretagne - La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université

Tableau 12 : Usage du cannabis (%)

| | Santé des étudiants en Bretagne en 2006 (19,6 ans) | | | ESCAPAD 2005 (17 ans) Bretagne | | |
|-----------------|--|--------|-------|--------------------------------|--------|-------|
| | Garçons | Filles | Total | Garçons | Filles | Total |
| Expérimentation | 62% | 44% | 51% | 67% | 61% | 64% |
| Usage régulier | 7% | 1% | 4% | 18% | 10% | 14% |

Source : ORS Bretagne - La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université

Habitudes alimentaires

La moitié des étudiants a un comportement alimentaire relativement sain et équilibré en adéquation avec les recommandations du Plan National Nutrition Santé. Les comportements alimentaires varient selon le sexe :

- Les garçons sont plus fréquemment consommateurs que les filles de viandes, féculents, frites, gâteaux apéritifs, produits sucrés.
- Les filles se distinguent des garçons par une consommation plus importante de fruits frais, légumes crus ou cuits.

Santé physique et psychique

La pratique sportive (de loisirs ou occasionnelle, de compétition, de haut niveau) est très répandue chez ces étudiants, elle est déclarée par 76% des garçons et 66% des filles.

Les troubles du sommeil sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons :

- Insomnies : 10% contre 4%,
- Nuits agitées, cauchemars : 17% contre 4%,
- Difficultés à l'endormissement : 43% contre 32%.

Les signes anxio-dépressifs sont plus fréquents chez les filles : 19% des filles déclarent « assez souvent » un état de déprime, contre 10% des garçons.

Les $\frac{3}{4}$ des étudiants (sans différence selon le sexe) ont consulté un médecin généraliste au cours des 6 derniers mois. Le recours au service d'urgence est plus marqué chez les garçons (14%) que chez les filles (9%), mais le suivi psychologique est un recours spécifiquement féminin (4% des filles contre 1% des garçons).

En résumé

Les indicateurs de morbidité et des déterminants de santé permettent d'appréhender les inégalités hommes / femmes sous une autre perspective que les indicateurs de mortalité.

Pour la presque totalité des maladies chroniques identifiées par les affections de longue durée (l'ensemble des cancers, la plupart des maladies de l'appareil circulatoire), les hommes sont plus touchés que les femmes. Deux exceptions cependant : l'hypertension artérielle sévère, et surtout les troubles mentaux qui touchent plus fréquemment les femmes que les hommes.

Les indicateurs disponibles sur les maladies professionnelles sont moins favorables aux femmes en particulier les troubles musculo-squelettiques.

Les indicateurs relatifs aux tentatives de suicide sont très nettement défavorables aux femmes. Il en est de même, chez les jeunes, des indicateurs en lien avec les problèmes de nutrition : maigreur et surpoids (et ce malgré des consommations d'aliments plus propices à la santé par les femmes) ainsi que des manifestations de difficultés psychiques : sommeil, tendances dépressives. À l'inverse, les comportements addictifs à l'alcool et au cannabis chez les jeunes sont plus fréquents chez les hommes.

Ainsi, selon les problématiques de santé en cause, leur gravité ou leur chronicité mais aussi l'âge, les indicateurs de morbidité et de déterminants de santé sont, alternativement, favorables ou défavorables à l'un des sexes par rapport à l'autre.

Vertical line

Inégalités géographiques de santé

Dans la présente étude, les inégalités géographiques désignent les disparités infra-régionales en Bretagne. Les inégalités géographiques de santé sont décrites selon trois types d'indicateurs relatifs à : la mortalité, la morbidité, les déterminants de la santé.

Les indicateurs de mortalité sont, comme dans la première partie de l'étude, issus des bases de données CépiDc et Score santé ; l'analyse porte sur les disparités entre les départements bretons sans distinguer les hommes des femmes. Les indicateurs utilisés pour présenter les inégalités géographiques relatives à la morbidité et aux déterminants de santé, sont issus de publications d'études récentes.

Encart : Les inégalités à l'échelon des pays de Bretagne

Il convient de rappeler les inégalités de santé à l'échelon géographique des pays. Celles-ci ont été décrites dans une étude publiée en 2003 :

▪ La santé dans les 21 pays de Bretagne : synthèse (50 pages)

Etude réalisée avec la participation de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales et la participation du Conseil Régional de Bretagne, dans le cadre du "Contrat de Plan Etat-Région : programme d'observation de la santé".

Les indicateurs de santé cartographiés mettaient en évidence :

- Une opposition entre le bord de mer et l'intérieur des terres : à l'exception de l'agglomération de Rennes, la population est concentrée autour des villes situées sur le littoral.

L'implantation des établissements de santé et des cabinets de spécialistes médicaux est associée à la localisation de ces principales villes. Les pays du littoral et le pays de Rennes sont, par conséquent, mieux desservis. L'offre de soins de proximité (médecins généralistes, pharmacies, services de soins à domicile pour personnes âgées), constitue un réseau couvrant les pays où la population est moins dense.

- Un contraste Est/Ouest, c'est-à-dire un territoire coupé en deux par une ligne reliant Saint-Brieuc à Auray : cette opposition est notamment observée en ce qui concerne la mortalité des hommes dans les pays, par un excédent à l'ouest de cette ligne et une sous-mortalité dans une série de pays partant de la frontière Est et s'arrêtant au pays de Saint-Brieuc. Ce schéma évoque une amélioration de la santé qui pourrait progressivement s'étendre jusqu'à l'Ouest.

- Le pays de Rennes se détache du reste de la Bretagne, tant par sa position enviable de sous-mortalité généralisée que par la présence de tous les services et professionnels de santé. Cette position d'exception paraît être le reflet de sa position socio-économique : Rennes est la principale agglomération de la région, concentrant les emplois en majorité tertiaires.

Vertical line

Axe mortalité

Les indicateurs de mortalité utilisés pour examiner les inégalités géographiques de mortalité sont d'une part, basés sur un groupe d'âge (de la naissance à 65 ans), et d'autre part, sur une série de causes de décès (7 causes) comprises dans les études sur les disparités géographiques de santé. Ces indicateurs de mortalité ont les mêmes intitulés que ceux utilisés pour décrire les inégalités de santé liées au genre, avec une seule différence : l'ajout du cancer du sein. Quant au traitement statistique, il diffère : les deux sexes sont réunis (ensemble hommes+femmes), et les quatre départements bretons sont d'une part, comparés entre eux, et d'autre part, leur niveau de mortalité est situé par rapport à la moyenne française.

Mortalité prématurée

Les disparités de mortalité prématurée sont particulièrement marquées dans les départements bretons : l'écart entre le département du Finistère (taux le plus élevé : 236 pour 100 000), et le département d'Ille-et-Vilaine (taux le plus faible : 186 pour 100 000) est de 26%, sur la période triennale 2003-2005 (Tableau 13).

Par rapport à la moyenne française, les départements bretons se situent sur trois niveaux concernant la mortalité avant 65 ans (graphique 18) :

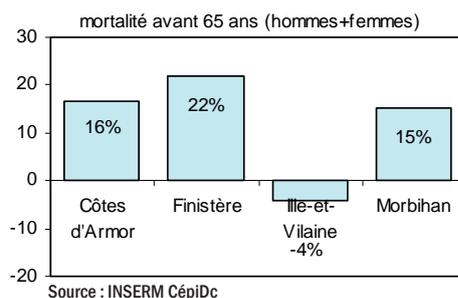
- En sous-mortalité (-4%) en Ille-et-Vilaine.
- En sur-mortalité autour de 15% en Côtes d'Armor et Morbihan.
- En sur-mortalité de 22% dans le Finistère.

Tableau 13 : Mortalité prématurée dans les départements bretons et en France métropolitaine

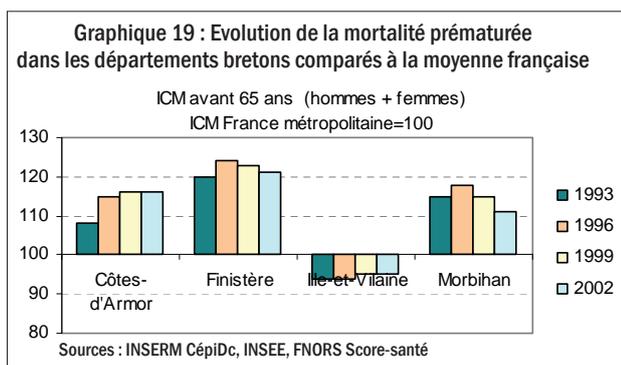
| Décès avant 65 ans (hommes+femmes) | Côtes d'Armor | Finistère | Ille et Vilaine | Morbihan | France métropolitaine |
|--|---------------|-----------|-----------------|----------|-----------------------|
| Effectifs de décès en 2005 | 1206 | 1820 | 1443 | 1395 | 107307 |
| Taux standardisés par âge pour 100 000 habitants - Période triennale 2003-2005 | 226,2 | 236,4 | 186,3 | 223,5 | 194,1 |

Source : INSERM CépiDc

Graphique 18 : Mortalité prématurée : pourcentage en surmortalité ou sous-mortalité par rapport à la moyenne française - période triennale 2003-2005 (hommes+femmes)



L'évolution observée au cours d'une période de dix ans (1993-2002) montre une stabilité en Côtes d'Armor et Ile-et-Vilaine, et une amélioration depuis 1996 dans le Finistère et le Morbihan (graphique19).



Causes spécifiques de décès

Ces causes spécifiques de décès ont déjà fait l'objet d'études effectuées par l'ORS Bretagne, à l'échelon des départements bretons, en distinguant les variables hommes, femmes. Les plus récentes sont les suivantes :

- Mortalité liée à la consommation excessive d'alcool et de tabac (période 1981-2001). Il s'agit d'un chapitre inclus dans le rapport CIRDD-ORS « Indicateurs de suivi des conduites addictives en Bretagne », paru en octobre 2006. Les causes de décès traitées sont : cancer de la trachée, des bronches et du poumon, cancer des VADS et de l'œsophage, cirrhose du foie et psychose alcoolique.
- Les autres pathologies (cancers du côlon et du rectum ; cancer du sein ; maladies cardio-vasculaires) et le suicide, font partie des thèmes traités dans le rapport « La santé de la population en Bretagne » de décembre 2004 (Etat des lieux préparatoire à la mise en place du Programme régional de Santé Publique).

L'effectif de décès par département varie selon les causes de décès (tableau 14). L'effectif le plus élevé correspond à l'ensemble des maladies cardio-vasculaires. L'effectif le plus faible est soit le cancer du sein (ne concernant que les femmes), soit la cirrhose du foie. Ces effectifs les plus faibles sont suffisants pour le calcul des taux standardisés par période de trois ans à l'échelon départemental.

Tableau 14 : Effectifs des décès (tous âges), en 2005 en Bretagne, pour 7 causes spécifiques

| Effectifs de décès en 2005 (hommes+femmes) | Côtes d'Armor | Finistère | Ile et Vilaine | Morbihan | Bretagne |
|---|---------------|-----------|----------------|----------|----------|
| par cancer larynx, trachée, bronches et poumon | 292 | 533 | 290 | 332 | 1447 |
| par cancer lèvre, cavité buccale, pharynx et œsophage | 124 | 195 | 127 | 149 | 595 |
| par cancer côlon-rectum | 192 | 263 | 225 | 203 | 883 |
| par cancer du sein - Femmes | 103 | 196 | 150 | 140 | 589 |
| par maladies cardiovasculaires | 1925 | 2768 | 2159 | 2166 | 9018 |
| par cirrhose du foie | 105 | 158 | 125 | 126 | 514 |
| par suicide | 189 | 258 | 225 | 195 | 867 |

Sources : INSERM CépiDc,

La comparaison des résultats des taux standardisés bretons par rapport à la moyenne nationale (tableau 15) montre une surmortalité dans les quatre départements bretons pour :

- Suicide,
- Cirrhose du foie,
- Maladies cardio-vasculaires,
- Cancer lèvre, cavité buccale, pharynx, et œsophage.

Pour les autres causes de décès, la situation est :

- plus favorable qu'en moyenne française dans les quatre départements bretons pour le cancer du sein,
- plus favorable dans trois départements pour le cancer du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon,
- équivalente pour le cancer du côlon-rectum.

**Tableau 15 : Mortalité dans les départements bretons comparés à la moyenne française (hommes+femmes)
Taux standardisés pour 100 000 habitants - période triennale 2003-2005**

| Taux standardisés pour 100 000 habitants (hommes+femmes) - Période triennale 2003-2005 | Côtes d'Armor | Finistère | Ille et Vilaine | Morbihan | France métropolitaine |
|--|---------------|-----------|-----------------|----------|-----------------------|
| par cancer larynx, trachée, bronches et poumon | 37,6 | 48,7 | 28,9 | 39,9 | 42,7 |
| par cancer lèvre, cavité buccale, pharynx et œsophage | 17,0 | 18,8 | 14,9 | 17,5 | 12,2 |
| par cancer côlon-rectum | 25,9 | 24,8 | 23,2 | 25,5 | 25,0 |
| par cancer du sein - Femmes | 25,4 | 28,0 | 27,1 | 28,0 | 29,8 |
| par maladies cardiovasculaires | 260,0 | 274,5 | 244,0 | 272,1 | 232,6 |
| par cirrhose du foie | 15,2 | 15,7 | 14,0 | 17,0 | 11,9 |
| par suicide | 30,4 | 27,9 | 23,8 | 28,1 | 17,0 |

Sources : INSERM CépiDc,

■ Tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon

Cette localisation cancéreuse est liée à l'usage du tabac. Par exemple, la surmortalité observée dans le département du Finistère correspond à une consommation supérieure à la consommation moyenne française, antérieure à 1980 (d'après l'étude de l'ORS Bretagne : Les indicateurs de consommation de tabac en Bretagne, 1988).

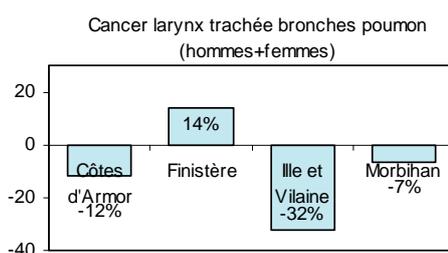
Un changement est intervenu dans la Classification Internationale des Maladies : le passage à la dixième révision en 2000 a inclus les tumeurs du larynx avec les tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon, il faut en tenir compte dans les résultats sur l'évolution récente.

L'écart extrême est observé entre le Finistère et l'Ille-et-Vilaine, il est de 68% (tableau 15).

Sur la période récente 2003-2005, trois départements bretons présentent une sous-mortalité par rapport à la mortalité moyenne française (graphique 20).

Sur la période 1993-2002 (graphique 21), les écarts entre départements bretons évoluent peu.

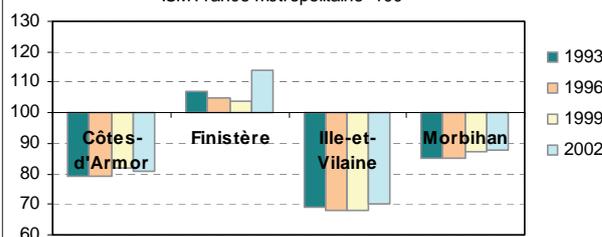
Graphique 20 : Pourcentage en surmortalité ou sous-mortalité par rapport à la moyenne française période triennale 2003-2005 (hommes+femmes)



Sources : INSERM CépiDc,

Graphique 21 : Evolution

ICM cancer trachée bronches poumon (hommes+femmes)
ICM France métropolitaine=100



Sources : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS Score-santé

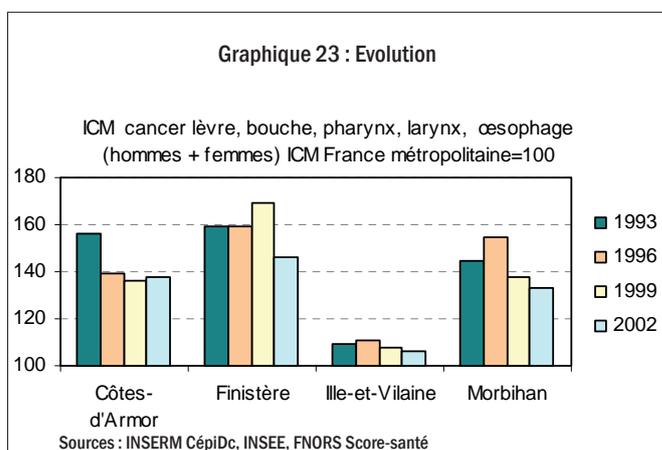
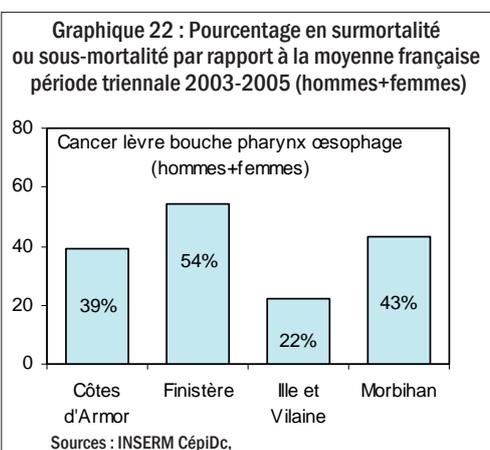
■ Tumeurs des VADS et de l'œsophage

Le nord et l'ouest de la France sont plus touchés par ces localisations cancéreuses qui ont été regroupées sous l'intitulé VADS (voies aérodigestives supérieures pour lèvre, cavité buccale, larynx et pharynx). Depuis le passage en 2000 à la CIM10, la liste résumée du CépiDc, classe maintenant le larynx avec trachée, bronches, poumon.

Les quatre départements bretons présentent une surmortalité particulièrement importante, allant jusqu'à 54% dans le Finistère (graphique 22).

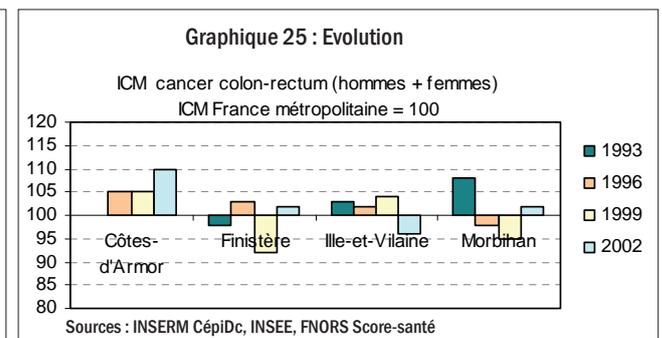
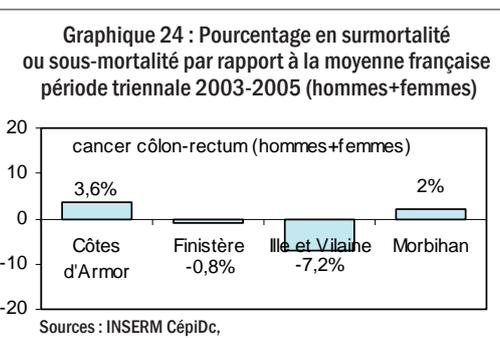
L'écart extrême est observé entre le Finistère et l'Ille-et-Vilaine.

Au cours de la période 1993-2002, la situation s'améliore dans les départements bretons : la surmortalité par rapport à la moyenne française diminue (graphique 23) et les écarts entre départements se réduisent.



■ Tumeurs du côlon-rectum

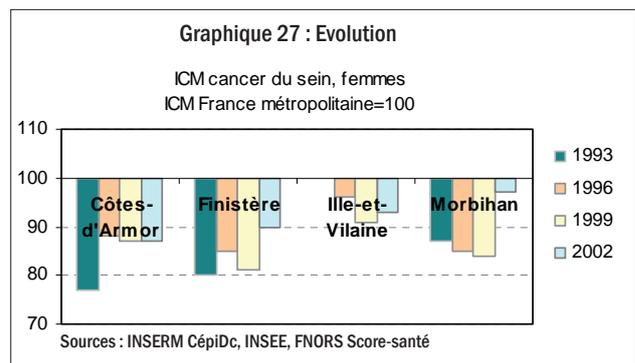
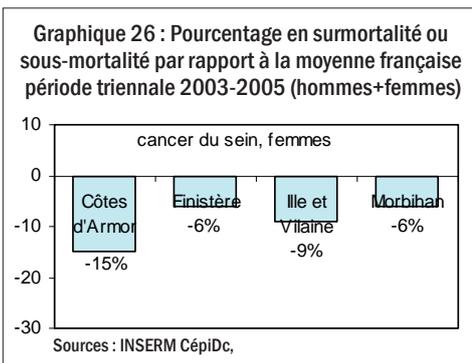
En observant les résultats sur la période récente 2003-2005 (graphique 24) et sur la période 1993-2002 (graphique 25), il n'est pas possible de conclure à une surmortalité ou une sous-mortalité. La mortalité par cancer du côlon rectum est très proche de la moyenne française, sur la période la plus récente.



■ Tumeurs du sein (femmes)

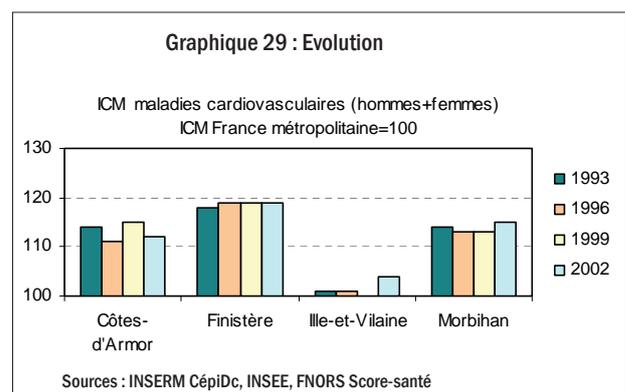
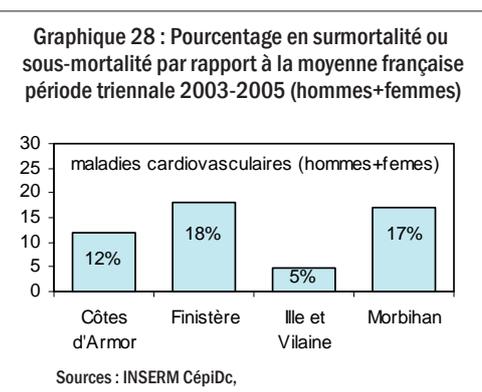
Les quatre départements bretons présentent une situation plus favorable que la moyenne française (graphique 26).

Cependant l'écart à la moyenne française a eu tendance à se réduire ainsi que les écarts entre départements (graphique 27).



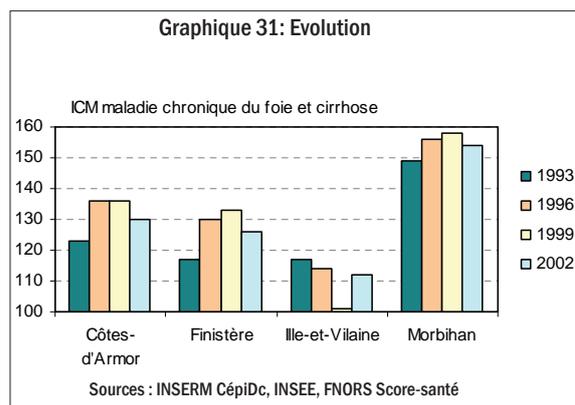
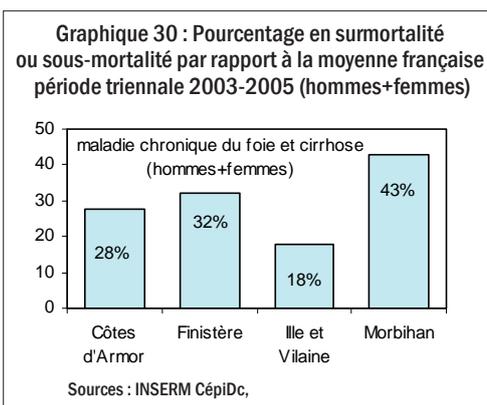
■ Maladies cardio-vasculaires

Les disparités constatées sur la période la plus récente, 2003-2005 (graphique 28), sont les mêmes que sur les périodes précédentes (graphique 29) : les inégalités entre les départements bretons demeurent et la position en surmortalité de 3 des 4 départements bretons par rapport à la moyenne française est stable.



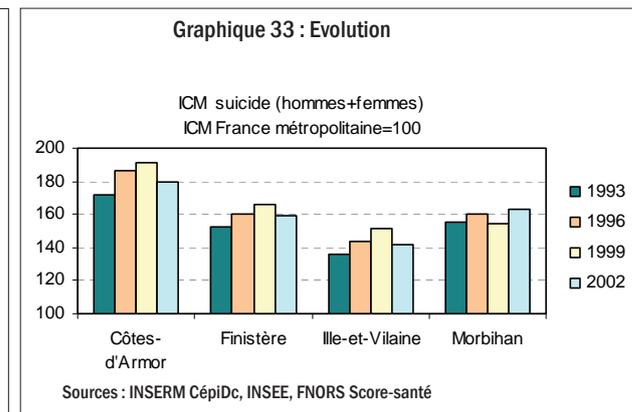
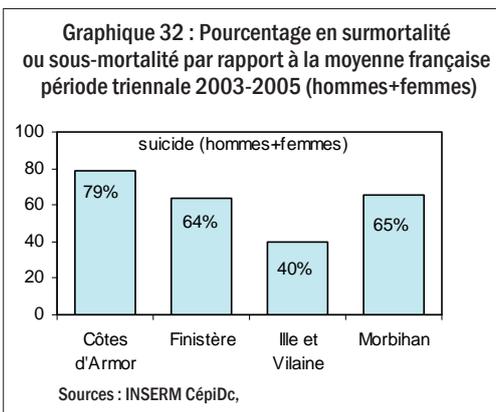
■ Maladie chronique du foie et cirrhose

Cette cause de décès touche particulièrement les quatre départements bretons (graphique 30). Les inégalités départementales persistent au cours du temps (graphique 31). La surmortalité par rapport à la moyenne française décroît légèrement. Le Morbihan présente les taux les plus élevés et l'évolution la moins favorable.



■ Suicide

Le suicide est la cause de décès qui présente la surmortalité la plus élevée par rapport à la moyenne française. Les résultats sur la période la plus récente, 2003-2005 (graphique 32) sont au même niveau que ceux observés sur les dix années précédentes (graphique 33). Les inégalités entre les départements et la surmortalité par rapport à la moyenne française ne se réduisent pas.



Evolution des indicateurs de mortalité

L'évolution de la mortalité (deux sexes réunis) varie selon les causes dans la période 1993-2005 :

- Diminution à tous les échelons géographiques, concernant les maladies cardio-vasculaires ainsi que les maladies chroniques du foie dont cirrhose et le cancer du côlon-rectum (mais diminution plus faible pour cette cause de décès).
- Légère diminution de la mortalité par suicide en moyenne française, qui n'est pas observée dans les départements bretons (mortalité par suicide deux sexes réunis).
- Évolution défavorable dans trois départements bretons pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon. Seul le département d'Ille-et-Vilaine maintient son niveau de sous-mortalité par rapport à la moyenne française.
- Évolution défavorable, sauf en Ille-et-Vilaine, concernant le cancer du sein, chez les femmes. Les Côtes d'Armor, le Finistère et le Morbihan, présentent un score de sous-mortalité par rapport à la moyenne française, moins favorable qu'au début des années quatre vingt dix.
- Les cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage, affichent une légère baisse de la surmortalité des quatre départements bretons par rapport à la moyenne française.

En résumé

Les disparités départementales de mortalité en Bretagne sont observables à partir des années soixante dix (voir La santé en Bretagne, rapport de 1989, page 56 : une mortalité en recul dans les départements).

Sur la période retenue dans la présente étude pour l'évolution des indicateurs de mortalité, soit 1993-2002, les fluctuations de disparités départementales sont faibles. Les inégalités de mortalité existantes entre les départements bretons au début des années quatre vingt dix, sont proches de celles rencontrées au début des années deux mille, soit :

- écarts extrêmes entre Ille-et-Vilaine (situation la plus favorable) et Finistère (situation la moins favorable) pour la majorité des indicateurs de mortalité,
- écart extrême entre Ille-et-Vilaine et Côtes d'Armor pour le suicide,
- écart extrême entre Ille-et-Vilaine et Morbihan pour les maladies chroniques du foie et la cirrhose.

Cependant, l'indicateur de mortalité prématurée, incluant l'ensemble des causes de décès avant 65 ans, montre au cours de la période une légère réduction des écarts entre départements et parmi les causes de décès étudiées, deux d'entre elles présentent une légère réduction des écarts : les cancers des VADS et œsophage et les maladies chroniques du foie et cirrhose.

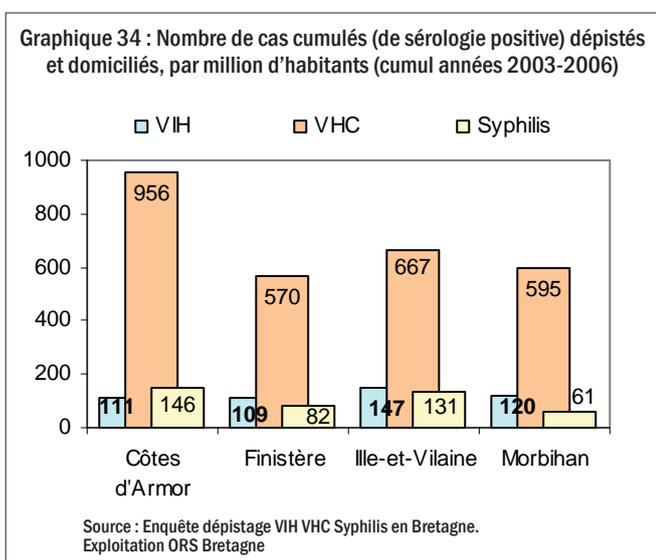
Vertical line

Axe morbidité

Les indicateurs de morbidité permettant de mettre en évidence des inégalités géographiques de santé sont limités à des problèmes de santé pour lesquels des données sont recueillies et exploitées : les maladies infectieuses, les affections de longue durée, les maladies professionnelles et les accidents du travail, les tentatives de suicide.

Maladies infectieuses

Les disparités départementales d'incidence des maladies infectieuses, établies à partir des résultats de l'enquête auprès des laboratoires d'analyses médicales en Bretagne, classe au premier rang le département des Côtes d'Armor, particulièrement touché par le taux d'infection à VHC (graphique 34).



Affections de longue durée (ALD)

Une étude de la CNAMTS « fréquence et coût des ALD en 2004 » présente une cartographie des ALD à l'échelon des départements français. Les indicateurs sont des taux de personnes affiliées au régime général en affection de longue durée, standardisés sur l'âge et le sexe. Cette cartographie de la fréquence des ALD, est produite pour l'ensemble des ALD (carte 1) et pour les pathologies suivantes :

- cancer poumon,
- maladie alcoolique du foie,
- diabète,
- affections psychiatriques de longue durée,
- hypertension artérielle sévère,
- hépatite virale chronique.

La situation est homogène dans les quatre départements bretons (par rapport aux autres départements) sur la fréquence des ALD pour :

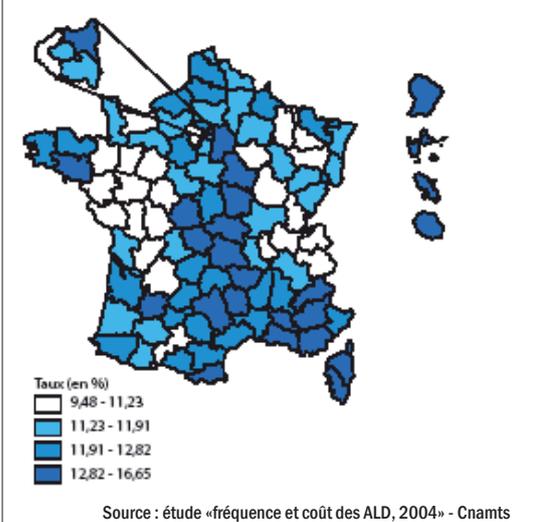
- Diabète : avec moins de 193 ALD pour diabète pour 10 000 personnes, les départements bretons font partie du groupe de départements français les moins touchés par le diabète.
- Hépatite virale chronique : les taux d'ALD sont inférieurs à 12 pour 10 000 chez les hommes et à 8 pour 10 000 chez les femmes. Tous les départements du nord-ouest de la France sont marqués par une faible prévalence de l'hépatite virale chronique.
- Maladie alcoolique du foie : chez les hommes, comme chez les femmes, les départements bretons et toute la partie nord-ouest de la France présentent une prévalence élevée (plus de 8 pour 10 000 chez les hommes, plus de 4 pour 10 000 chez les femmes).
- Affections psychiatriques de longue durée : le taux est supérieur à 168 ALD pour 10 000 personnes dans les départements des Côtes d'Armor et de l'Ille-et-Vilaine d'une part, et supérieur à 215 pour 10 000 dans le Finistère et le Morbihan.

Des disparités départementales, en Bretagne sont constatées, dans la fréquence des autres ALD cartographiées dans l'étude CNAMTS, pour :

- Ensemble des ALD : les valeurs extrêmes sont présentes en Ille-et-Vilaine, où le taux est inférieur à 1123 ALD pour 10000 personnes, et Morbihan où le taux est supérieur à 1282 ALD pour 10000 personnes (carte 1).
- Cancer du poumon : les valeurs extrêmes sont présentes en Ille-et-Vilaine (taux les plus bas) et Finistère (taux les plus élevés).
- Hypertension artérielle sévère : en Ille-et-Vilaine le taux est inférieur à 109 pour 10 000, il est compris entre 109 et 127 pour 10 000 en Côtes d'Armor et Finistère. Le Morbihan présente un taux supérieur à 127 pour 10 000 personnes protégées.

L'Ille-et-Vilaine bénéficie du score le plus favorable parmi les quatre départements bretons.

Carte 1 : Taux de personnes en affection de longue durée, standardisés sur l'âge et le sexe, régime général (2004)



Les risques professionnels : accidents du travail et maladies professionnelles AT/MP

■ Les travailleurs salariés du régime général

Le département des risques professionnels de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Bretagne, dans sa publication « Statistiques 2006 » indique, à l'échelon départemental, les effectifs de l'ensemble des risques professionnels : accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP), ainsi que le nombre de salariés. Un indicateur départemental, le nombre d'AT/MP avec arrêt pour 1000 salariés, place en situation la plus défavorable, les départements du Finistère et des Côtes d'Armor (tableau 16).

Tableau 16 : Répartition départementale des AT/MP avec arrêt en 2006 dans les départements bretons (salariés régime général)

| | Côtes d'Armor | Finistère | Ille-et-Vilaine | Morbihan |
|--|---------------|-----------|-----------------|----------|
| Nombre d'AT/MP avec arrêt | 7011 | 11715 | 13564 | 8500 |
| Nombre de salariés | 129707 | 212758 | 304769 | 167904 |
| Nombre d'AT/MP avec arrêt pour 1000 Salariés | 54,1 | 55,1 | 44,5 | 50,6 |

Source : Caisse Régionale d'Assurance Maladie de Bretagne, Département risques professionnels, statistiques financières 2006

L'indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt en 2006, égal à 47.7 pour 1000 salariés en Bretagne, et à 39.4 pour 1000 en France, n'est pas disponible à l'échelon départemental.

L'étude régionale des demandes de reconnaissance en maladies professionnelles (MP), des salariés relevant du Régime général, permet de calculer le nombre de MP pour 1000 salariés. Le plus faible taux est celui d'Ille-et-Vilaine (5.1 pour 1000) et le taux le plus élevé est celui du Finistère (8.3 pour 1000) (Tableau 17).

Tableau 17 : Demandes de reconnaissance en maladie professionnelle en 2005. Salariés relevant du régime général

| | Côtes d'Armor | Finistère | Ille-et-Vilaine | Morbihan |
|--------------------------------|---------------|-----------|-----------------|----------|
| Nombre de demandes | 825 | 1561 | 1326 | 1116 |
| Effectif des salariés | 110934 | 186790 | 258475 | 144883 |
| Nb demandes pour 1000 salariés | 7,4 | 8,4 | 5,1 | 7,7 |

Sources : DRTEFP et ORS Bretagne (maladies professionnelles), Assedic 2004 (effectifs salariés)

■ Les salariés et non salariés de la Mutualité sociale agricole (MSA)

En Bretagne, le nombre de maladies professionnelles des assurés du régime agricole est de 828 en 2006 se répartissant comme suit : 643 chez les salariés, 185 chez les non salariés (Tableau 18). La part des affections péri-articulaires chez les salariés est de près de 90%, ce qui est plus élevé que chez les salariés du régime général en Bretagne (83%).

Tableau 18 : Effectifs des maladies professionnelles du régime agricole (salariés et non-salariés) en 2006

| | Côtes d'Armor | Finistère | Ille-et-Vilaine | Morbihan | Bretagne | France |
|-----------------------------------|---------------|-----------|-----------------|----------|----------|--------|
| Maladies professionnelles | 272 | 260 | 96 | 200 | 828 | 4984 |
| dont Affections péri-articulaires | 245 | 227 | 84 | 180 | 736 | 3999 |
| % | 90,1 | 87,3 | 87,5 | 90,0 | 88,9 | 80,2 |

Source : CCMSA

Tentatives de suicide

En Bretagne, les disparités géographiques concernant les taux de tentatives de suicide sont renseignées dans l'enquête réalisée en 1990 auprès des 26 services d'urgence des hôpitaux généraux bretons :

▪ A. Tréhony, A. Batt, C. Depoivre, I. Tron-pasquet
Les tentatives de suicide en Bretagne, Rennes : Observatoire régional de santé, avril 1992 (53 pages).

Les résultats départementaux de l'enquête sont ainsi résumés :

- L'Ille-et-Vilaine et le Finistère présentent les taux standardisés masculins les plus élevés : 22 pour 10 000 habitants.
- L'Ille-et-Vilaine présente le taux standardisé féminin le plus élevé : 38 pour 10 000 habitants.
- Le département du Morbihan est en situation la moins défavorable.
- La répartition géographique par canton fait apparaître des taux généralement plus élevés dans les villes qu'en milieu rural. Par ailleurs, certaines zones apparaissent plus concernées : nord-ouest des Côtes d'Armor, nord-est du Finistère, sud-est du Finistère. Les cantons présentant de faibles taux sont situés au centre de la région.

Les résultats à l'échelon des cantons indiquent des taux élevés, (taux égal ou supérieur à 35 tentatives de suicide pour 10 000 habitants), dans les cantons de Lannion, Scaër, Saint Briec, Dinan, Saint-Malo, Rennes.

L'exploitation des données du PMSI (Base régionale PMSI 2004) concernant les hospitalisations pour tentatives de suicide dans les départements bretons, est disponible pour une tranche d'âge particulièrement touchée, celle des 15-24 ans (Tableau 19). Les départements des Côtes d'Armor et du Finistère présentent les taux les plus élevés (jusqu'à 44 tentatives de suicide pour 10 000 jeunes de 15-24 ans du Finistère). Le département d'Ille-et-Vilaine se situe au 3^{ème} rang avec un taux de 35.8 et le département du Morbihan affiche le taux le moins élevé : 33.4 tentatives de suicide pour 10 000 jeunes de 15-24 ans.

Tableau 19 : Répartition des hospitalisations pour tentative de suicide des 15-24 ans en Bretagne

| | Nb hospitalisations pour TS* | Taux pour 10000 jeunes 15-24 ans |
|-----------------|------------------------------|----------------------------------|
| Côtes d'Armor | 273 | 44,0 |
| Finistère | 458 | 42,8 |
| Ille-et-Vilaine | 466 | 35,8 |
| Morbihan | 270 | 33,4 |
| Bretagne | 1467 | 38,6 |

*personnes domiciliées dans un département breton
Source : base régionale PMSI-MCO 2004 - Exploitation ORS Bretagne

Axe déterminants de la santé

L'étude des indicateurs des déterminants de santé complète l'approche par la morbidité. L'ensemble de ces indicateurs (morbidité et déterminants de santé) permettent d'introduire la précarité dans le regard porté sur les inégalités géographiques de santé.

Comportements addictifs et consommation de psychotropes

Des données départementales sur les comportements addictifs sont extraites de la base de données ILIAD de l'OFDT (Observatoire français des drogues et toxicomanies). Les indicateurs sont répartis selon le type d'addiction : alcool, tabac, cocaïne – héroïne (tableau 20).

Tableau 20 : Indicateurs départementaux sur les addictions, données 2005

| | | Côtes d'Armor | Finistère | Ille-et-Vilaine | Morbihan | France métropolitaine |
|---|--|---------------|-----------|-----------------|----------|-----------------------|
| Alcool | | | | | | |
| Nombre de buveurs venus consulter dans les CCAA | Nombre | 2059 | 1891 | 2388 | 1225 | 121409 |
| | Pour 1000 hab. de 20 à 70 ans | 5,9 | 3,4 | 4,0 | 2,8 | 3,1 |
| Accidents corporels avec alcool | Nombre | 54 | 76 | 105 | 113 | 6641 |
| | % de l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu | 15,3 | 12,8 | 13,6 | 15,6 | 9,8 |
| Tabac | | | | | | |
| ventes de cigarettes | Nombre en million | 0,582 | 0,993 | 0,787 | 0,722 | 54,805 |
| | Nombre par habitant (tous âges) | 1028 | 1133 | 847 | 1049 | 901 |
| Cocaïne, héroïne | | | | | | |
| Vente de Stéribox® | Nombre d'unités en milliers | 14,425 | 27,68 | 25,023 | 13,425 | 2560 |
| | Pour 100 hab. de 20 à 39 ans | 11,4 | 12,6 | 9,3 | 8,1 | 15,7 |
| Vente de Subutex® | Nombre de boîtes en milliers | 23,285 | 53,135 | 40,276 | 30,258 | 6003 |
| | Pour 100 hab. de 20 à 39 ans | 18,4 | 24,1 | 15,0 | 18,3 | 36,7 |

Source : OFDT Observatoire français des drogues et des toxicomanies - Base de données ILIAD (Indicateurs locaux pour l'information sur les addictions)

■ Consultations CCAA

L'indicateur, nombre de buveurs venus consulter pour 1000 habitants de 20 à 70 ans, révèle une valeur non cohérente avec le problème de santé dans le Morbihan, c'est la valeur la plus faible, alors que les indicateurs de mortalité et morbidité y sont particulièrement élevés. Cela peut provenir d'une organisation différente des soins en addictologie dans ce département.

■ Accidents corporels avec alcool

Les quatre départements dépassent la moyenne nationale, en ce qui concerne la part des accidents corporels avec alcool dans l'ensemble des accidents corporels au taux d'alcoolémie connu. La gravité est plus élevée dans les Côtes d'Armor et le Morbihan.

■ Vente de cigarettes

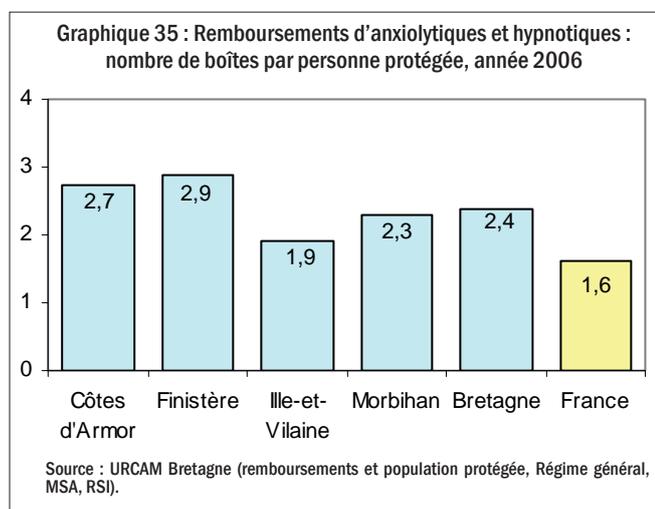
Seul le département d'Ille-et-Vilaine, enregistre un nombre de cigarettes vendues par habitant inférieur à celui de la moyenne française.

■ Usage d'opiacés

Les ventes de Stéribox® et de Subutex® dans les départements bretons sont inférieures aux ventes moyennes françaises. Elles correspondent à une moindre utilisation des opiacés. Cependant, le niveau des ventes dans le département du Finistère est nettement supérieur au niveau des trois autres départements.

■ Usage d'anxiolytiques et d'hypnotiques

Les données fournies par l'URCAM Bretagne, sur le nombre de boîtes d'anxiolytiques et d'hypnotiques remboursées par personne protégée, apporte une estimation globale qui situe les départements bretons au-dessus de l'estimation moyenne nationale, le Finistère et les Côtes d'Armor étant les plus forts consommateurs (graphique 35). Ce résultat correspond à ceux présentés dans une étude par la CNAMTS concernant les données du régime général de l'année 2000.



Précarité

L'état des lieux de la pauvreté en Bretagne a été décrit par l'INSEE, d'une part, à partir des données de la population allocataire de minima sociaux sur l'année 2002, et d'autre part, sur l'année 2004, à partir des sources fiscales (dans ce dernier cas, les situations les plus accentuées de pauvreté ne sont pas prises en compte).

■ Les bas revenus en 2002 (moins de 65 ans)

La comparaison dans les quatre départements bretons, de la population à bas revenus (seuil de bas revenu égal à 60% du revenu médian) pointe des inégalités selon le département de domicile : la part de la population à bas revenus est la plus importante en Côtes d'Armor, et la plus faible en Ille-et-Vilaine (tableau 21). Le nombre de personnes en situation de bas revenu en Bretagne (au seuil de 60%) atteint 340 000 au 31 décembre 2002, et représente 14% de la population de moins de 65 ans. Ce taux de bas revenu est inférieur de 4,5 points à celui de la métropole.

La comparaison des principales villes bretonnes concernant leur part de population à bas revenu, place la ville de Saint Brieuc en tête avec 25.5% de sa population, suivi par la ville de Lorient (24.9%). Quimper et Rennes sont à l'opposé avec respectivement 17.7% et 16.6% de leur population en dessous du seuil de bas revenu (tableau 22).

Tableau 21 : Les foyers allocataires à bas revenus* des CAF de Bretagne au 31/12/2002 (en %)

| | Nombre de foyers allocataires | Hommes isolés | Femmes isolées | Couples sans enfant | Familles monoparentales dont le chef de famille est | | Couples avec enfant(s) | Population des foyers à bas revenus | Part des allocataires sous le seuil de bas revenus*** |
|-----------------|-------------------------------|---------------|----------------|---------------------|---|-------------|------------------------|-------------------------------------|---|
| | | | | | un homme | une femme** | | | |
| Côtes-d'Armor | 27 626 | 25 | 18,7 | 5,1 | 1,7 | 22,8 | 26,7 | 64 955 | 15,0 |
| Finistère | 43 902 | 26,7 | 20,5 | 5 | 1,6 | 23,4 | 22,8 | 97 096 | 13,9 |
| Ille-et-Vilaine | 43 675 | 25,2 | 21,1 | 7,1 | 1,5 | 20,6 | 24,5 | 99 239 | 13,1 |
| Morbihan | 33 581 | 23,8 | 19,3 | 5,3 | 1,7 | 23 | 26,9 | 78 789 | 14,6 |
| Bretagne | 148 784 | 25,3 | 20,1 | 5,7 | 1,6 | 22,4 | 24,9 | 340 079 | 14,0 |

Source : Caf de Bretagne - Insee, estimations localisées de population 2003

* Seuil de bas revenu égal à 60 % du revenu médian

** Y compris les femmes enceintes sans enfant

*** Part de la population à bas revenus dans la population de moins de 65 ans au 01/01/2003.

Tableau 22 : Population à bas revenus en Bretagne au 31/12/2002 (seuil à 60%)

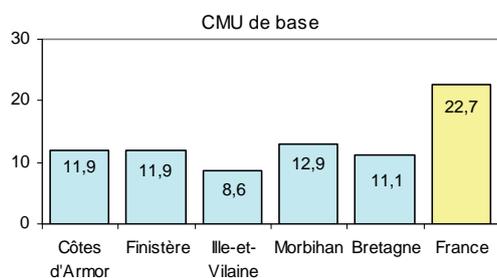
| Pourcentage de la population couverte par les CAF dans la population de moins de 65 ans | |
|---|------|
| Saint Brieuc | 25,5 |
| Lorient | 24,9 |
| Saint Malo | 21,1 |
| Brest | 19,8 |
| Vannes | 18,5 |
| Quimper | 17,7 |
| Rennes | 16,6 |

Sources : CAF 2002-2003, INSEE estimations de population 2002.

■ La population en dessous du seuil de pauvreté en 2004

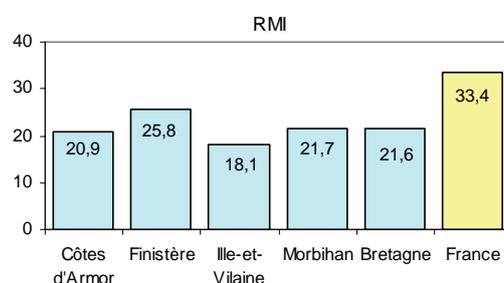
284 000 Bretons vivent sous le seuil de pauvreté, en 2004, soit 9.6% de la population. Ce seuil était établi au niveau national à 788 euros par mois, et touchait 11.7% de la population française. La Bretagne se place parmi les régions au taux de pauvreté les plus faibles avec l'Alsace (8.4%) et les Pays de la Loire (9.9%). Elle est aussi parmi les moins inégalitaires car les revenus des plus aisés sont relativement modérés et les bas revenus moins faibles qu'ailleurs. Les taux de couverture en CMU de base et en RMI vont dans le même sens (graphiques 36 et 37).

Graphique 36 : Couverture maladie universelle : nombre de bénéficiaires de la CMU de base pour 1000 habitants
Données au 1/01/2006 (Données France métropolitaine au 1/01/2005)



Source : DRASS - CAF - MSA.

Graphique 37 : Revenu Minimum d'Insertion : nombre d'allocataires CAF du RMI pour 1000 personnes de 20 à 59 ans
Données au 31/12/2006



Sources : Caisses d'allocations familiales (CAF) de Bretagne et estimations population INSEE.

■ La pauvreté des plus de 65 ans en 2004

L'étude de l'Insee « Niveaux de vie et pauvreté en France* » précisant le taux régional de pauvreté des enfants de zéro à dix-sept ans d'une part, et des 65 ans et plus d'autre part (tableau 23), aboutit au constat « Les régions de l'Ouest sont moins touchées par la pauvreté. C'est notamment le cas des départements bretons et de la Loire-Atlantique, où seules les personnes âgées connaissent des taux de pauvreté proches de la moyenne nationale ». En Bretagne, les personnes de 65 ans et plus ont un taux de pauvreté supérieur à celui de la moyenne française : 10.2% contre 7.8% en France métropolitaine. En Côtes d'Armor, cette proportion de personnes âgées pauvres atteint 12.2% (tableau 24).

Tableau 23 : Taux de pauvreté des enfants et des plus âgés selon la région

| Région | Taux de pauvreté des enfants de 0 à 17 ans | Taux de pauvreté des 65 ans et plus |
|--------------------------------|--|-------------------------------------|
| Île-de-France | 14,2 | 4,4 |
| Champagne-Ardenne | 18,4 | 6,8 |
| Picardie | 18,5 | 6,8 |
| Haute-Normandie | 16,8 | 4,9 |
| Centre | 14,4 | 6,7 |
| Basse-Normandie | 16,4 | 7,7 |
| Bourgogne | 15,2 | 7,1 |
| Nord - Pas-de-Calais | 25,3 | 7,2 |
| Lorraine | 17,6 | 6,4 |
| Alsace | 12,8 | 4,4 |
| Franche-Comté | 14,5 | 7,4 |
| Pays de la Loire | 12,7 | 8,4 |
| Bretagne | 11,3 | 10,2 |
| Poitou-Charentes | 16,2 | 11,8 |
| Aquitaine | 15,3 | 9,6 |
| Midi-Pyrénées | 16,1 | 12,0 |
| Limousin | 17,2 | 13,4 |
| Rhône-Alpes | 13,9 | 6,5 |
| Auvergne | 17,1 | 11,5 |
| Languedoc-Roussillon | 24,8 | 10,8 |
| Provence - Alpes - Côte d'Azur | 21,3 | 7,6 |
| Corse | 22,3 | 15,6 |

Source : revenus disponibles localisés 2004, INSEE - DGI INSEE Première n° 1162 - octobre 2007.

*Laurent Auzet, Magali Février, Insee Bretagne, Aude Lapinte, division Revenus et patrimoine des ménages, Insee Niveaux de vie et pauvreté en France : les départements du Nord et du Sud sont les plus touchés par la pauvreté et les inégalités. Insee première N°1162 - octobre 2007.

Cependant la part des allocataires de l'Allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASV), dans les départements bretons, est inférieure à celle des allocataires en moyenne nationale (graphique 38).

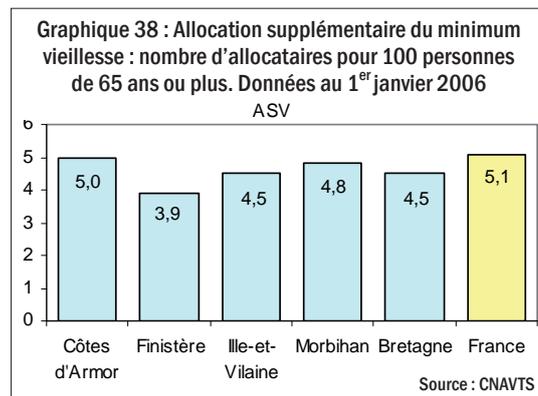


Tableau 24 : Taux de pauvreté par département et par tranche d'âge (en %)

| | moins de 18 ans | de 18 à 29 ans | de 30 à 64 ans | 65 ans et plus |
|-----------------------|-----------------|----------------|----------------|----------------|
| Côtes-d'Armor | 13,6 | 11,3 | 9,4 | 12,2 |
| Finistère | 10,8 | 11,1 | 7,8 | 9,5 |
| Ille-et-Vilaine | 9,9 | 11,2 | 6,9 | 8,5 |
| Morbihan | 12,1 | 10,5 | 8,6 | 11,2 |
| Bretagne | 11,3 | 11 | 8 | 10,2 |
| France métropolitaine | 16,4 | 14,3 | 10,1 | 7,8 |

Source : INSEE, revenus disponibles localisés 2004

En résumé

L'analyse des inégalités géographiques de santé à partir d'indicateurs de morbidité et de déterminants de la santé souffre du peu d'informations disponibles. Deux approches sont néanmoins possibles, l'une à partir des indicateurs de santé, l'autre à partir des indicateurs de pauvreté et de précarité sans qu'ils puissent être mis en regard des premiers.

Approche par les indicateurs de santé : il est remarquable de constater que pour la presque totalité des indicateurs disponibles, le département de l'Ille-et-Vilaine se détache favorablement des 3 autres départements qui apparaissent relativement homogènes entre eux. Ainsi, l'analyse départementale des pathologies chroniques identifiées dans les affections de longue durée, montre pour une part d'entre elles (maladies considérées dans leur ensemble, cancers du poumon, hypertension artérielle sévère), une situation favorable de l'Ille-et-Vilaine. Pour les autres pathologies, les données disponibles ne permettent pas de constater des différences marquées. La position favorable de l'Ille-et-Vilaine se retrouve aussi dans le champ des accidents du travail et des maladies professionnelles étudiés dans leur ensemble et pour les seules demandes de reconnaissance de maladies professionnelles. Les indicateurs départementaux relatifs aux déterminants de la santé sont insuffisamment précis pour une analyse comparée.

Approche par les indicateurs de pauvreté et de précarité : dans un contexte régional favorable en France (à l'exception notable des populations de plus de 65 ans), les indicateurs de bas revenus et de seuil de pauvreté des départements bretons placent l'Ille et Vilaine en position la plus favorable, suivie du Finistère, du Morbihan puis des Côtes d'Armor. Il apparaît, par ailleurs, que les écarts de bas revenus sont plus marqués dans les grandes villes bretonnes qu'à l'échelon départemental. Les indicateurs de précarité (bénéficiaires de la CMU, bénéficiaires du RMI) positionnent à nouveau l'Ille-et-Vilaine favorablement.

Le contexte régional est par contre défavorable aux populations de plus de 65 ans, pour lesquels les taux de pauvreté dans chaque département (avec cependant la même hiérarchie entre eux) sont plus élevés que le taux national.

Vertical line

Inégalités sociales de santé

Deux approches sont présentées :

1- Les inégalités sociales de santé en Bretagne à partir des résultats tirés des études illustrant la mortalité, la morbidité et les déterminants de santé de la Bretagne. Il s'agit de recenser les connaissances actuelles des liens probables entre état de santé et facteurs socio-économiques.

2- Les inégalités sociales de santé à travers les études récentes en France. Il s'agit ici de situer les lignes de force de la réflexion menée à l'heure actuelle.

Vertical line

Données disponibles en Bretagne

Axe mortalité

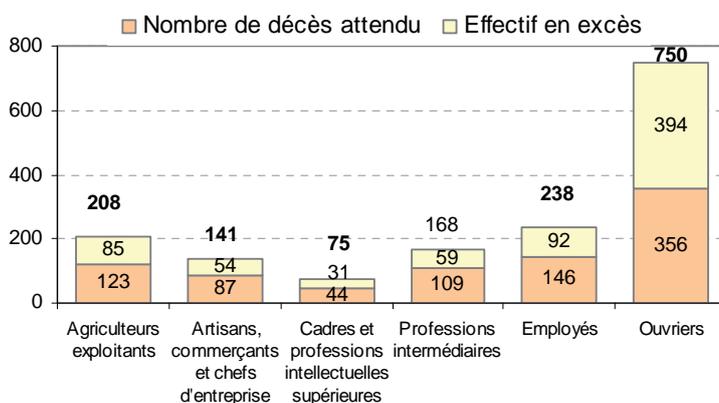
L'analyse des données de mortalité en fonction de l'âge et des catégories socioprofessionnelles n'est pas une pratique courante car, d'une part les professions mentionnées sur le certificat de décès ne sont pas suffisamment précises et d'autre part, ces données caractérisant la catégorie professionnelle et sociale sont recueillies au moment du décès. Le détenteur de ces données est le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (INSERM). À l'échelon national, et sur la population de 25 à 59 ans, elles sont réalisées à des périodicités décennales, ou plus. Au niveau géographique régional, ces études de mortalité selon la catégorie socio-professionnelle sont très rares.

En Bretagne, sur la période 1988-1992, l'Observatoire régional de santé de Bretagne, a comparé le risque de décès par suicide des hommes de 25-59 ans, de Bretagne et France métropolitaine, pour chacune des six grandes catégories professionnelles. Cette comparaison Bretagne/France dans une même catégorie professionnelle est différente d'une comparaison des catégories professionnelles entre elles dans une zone géographique donnée.

Les résultats de cette étude sont les suivants :

- Le risque de décès par suicide en Bretagne est environ 1,6 fois celui observé en France, selon chaque catégorie socio-professionnelle, excepté pour les ouvriers pour lesquels il est multiplié par deux.
- C'est de la CSP « ouvriers » que provient la majorité de l'excès de mortalité par suicide (graphique 39).

Graphique 39 : Comparaison entre le nombre de décès par suicide observé et le nombre de décès attendu, chez les hommes de 25-59 ans en Bretagne Période 1988-1992



Source : RGP 1990-INSEE, INSERM SC8 - Exploitation ORS Bretagne

Axe morbidité

Surpoids, obésité, maigreur

Les données anthropométriques nécessaires à la détermination du statut pondéral (poids normal, surpoids, obésité, maigreur) ont été mesurées au cours d'un examen clinique dans deux études réalisées par l'Observatoire régional de santé de Bretagne, auprès des jeunes en insertion et des jeunes salariés dans les Centres d'Examen de Santé (CES) de Bretagne, auprès des étudiants de 1^{ère} année dans les Services de médecine préventive universitaires.

Les données des Centres d'Examen de santé sont celles de l'année 2003. La comparaison entre les jeunes en insertion et les jeunes salariés donne les résultats suivants :

- Le pourcentage de surcharge pondérale est le même : 11.8%
- Le pourcentage d'obésité est plus élevé chez les jeunes en insertion (5.2%) que chez les jeunes salariés (2.3%).
- Le pourcentage de maigreur est plus élevé chez les jeunes en insertion (8.8%) que chez les jeunes salariés (6%).

Les données sur le statut pondéral des étudiants de 1^{ère} année (mesures effectuées en 2007), montrent un pourcentage inférieur pour la surcharge pondérale (9.4%) et l'obésité (2.1%), mais un pourcentage supérieur concernant la maigreur (9.2%).

Accès aux soins

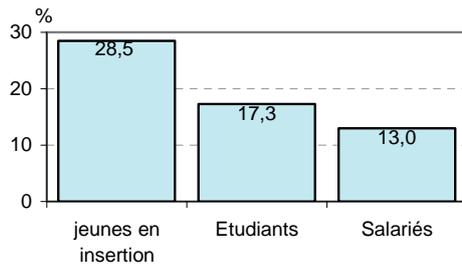
Dans les Centres d'Examen de Santé (CES) de l'assurance maladie, les jeunes de 16-25 ans dans un dispositif d'insertion sont compris dans la population des consultants en situation de précarité.

Les données sur les consultants de 16-25 ans de l'année 2003 ont été analysées selon trois catégories : jeunes en insertion, étudiants, salariés (graphique 40). En matière de soins médicaux, les jeunes en insertion consultent moins que les autres jeunes. En matière de soins bucco-dentaires, le désavantage est double : la proportion de jeunes présentant au moins une carie est 2 à 3 fois plus élevée chez les jeunes en insertion que chez les autres et de plus, les jeunes en insertion ont moins fréquemment recours au dentiste

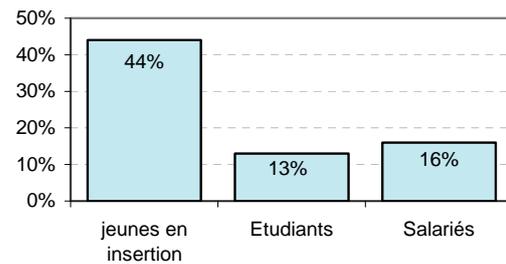
Les données sur la tranche d'âge 25-59 ans, des consultants des Centres d'Examen de Santé de l'année 2004, région Bretagne, confirment le résultat qui précède : les personnes en situation de précarité consultent moins souvent un dentiste et présentent une plus forte proportion de caries (tableau 25).

Graphique 40

Pourcentage de jeunes de 16-25 ans n'ayant pas eu recours au dentiste lors des 2 dernières années



Pourcentage de jeunes de 16-25 ans présentant au moins une carie lors de l'examen bucco-dentaire



Source : CPAM, Centres d'Examens de santé de Bretagne, données 2003.

Tableau 25 : Taux comparatifs de non-recours au dentiste (en %), dans la population de 25-59 ans en Bretagne

| | non-précaires | précaires |
|--------|---------------|-----------|
| HOMMES | 14,5 | 32,7 |
| FEMMES | 9,8 | 13 |

Taux comparatifs de personnes avec au moins une dent cariée non traitée (en %) en Bretagne

| | non-précaires | précaires |
|--------|---------------|-----------|
| HOMMES | 26,3 | 55,6 |
| FEMMES | 17 | 41,3 |

Source : CETAF données régionalisées 2004 des Centres d'Examen de santé.

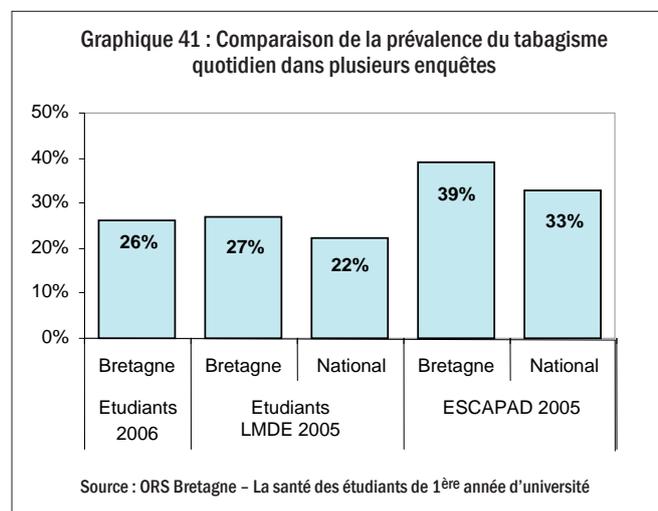
Vertical line

Axe déterminants de la santé

Conduites addictives chez les jeunes

En Bretagne, les conduites addictives des étudiants (enquête La santé des étudiants de 1^{ère} année d'université-2007) ont été comparées à celles de l'ensemble des jeunes de 17 ans (enquête ESCAPAD 2005).

- L'usage quotidien du tabac, touche une proportion plus importante de la population générale des jeunes de 17 ans, soit 39% (enquête ESCAPAD), que de la population des étudiants de 1^{ère} année, soit 26% (graphique 41).
- Les ivresses répétées sont déclarées par 48% des jeunes de 17 ans en population générale, et par 35% des étudiants de 1^{ère} année (tableau 11 page 38).
- L'usage régulier du cannabis est déclaré par 14% des jeunes de 17 ans en population générale, et par 4% des étudiants d'université de 1^{ère} année (tableau 12 page 38).



Conditions de travail

Parmi les maladies professionnelles, la Bretagne est particulièrement touchée par les affections péri-articulaires. En 2006, en Bretagne, 4111 cas d'affections péri-articulaires ont été enregistrés par le régime général et le régime agricole.

Le cas des affections péri-articulaires est retenu comme exemple de conséquences de contraintes économiques par Goldberg M., Melchior M., Leclerc A., Fert F. dans leur article :

Epidémiologie et déterminants sociaux des inégalités de santé- Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, septembre 2003 N°4 pages 381-401.

d'où est extrait le paragraphe suivant :

« une illustration des effets du contexte économique est donnée par la véritable pandémie d'affections péri-articulaires observée au niveau international depuis les années 80 (en France, par exemple, le nombre de maladies professionnelles indemnisées pour ce type d'affection a été multiplié par 7 entre 1985 et 1995), qui sont expliqués par l'élévation de la productivité liée aux contraintes économiques, avec le développement de méthodes de « juste à temps », d'absence de stocks et de dépendance économique en situation de sous-traitance. »

Risques professionnels : accidents du travail et maladies professionnelles

■ Accidents du travail avec arrêt

Les statistiques 2006 du Département risques professionnels de la Caisse régionale d'assurance maladie de Bretagne, fournissent l'indice de fréquence des accidents de travail avec arrêt par Comité Technique National (CTN) correspondant aux secteurs d'activités professionnelles.

La comparaison de cet indice entre la Bretagne et la France (Graphique 42), montre un risque plus élevé en Bretagne qu'en France dans tous les secteurs d'activités professionnelles.

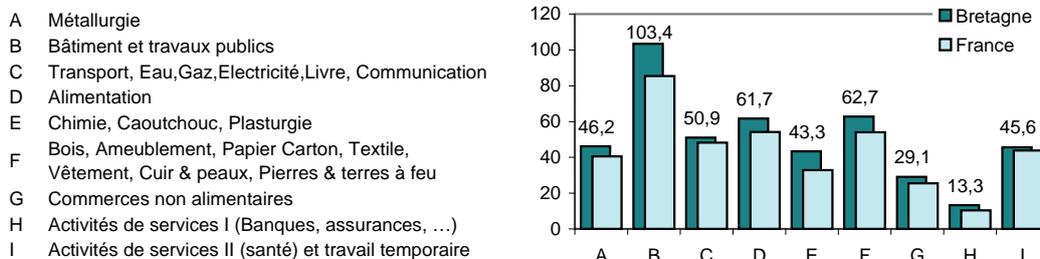
Les activités professionnelles les plus touchées sont :

1. Bâtiment et travaux publics
2. Bois, Ameublement, Papier Carton, Textile, Vêtement, Cuir & peaux, Pierres & terres à feu
3. Alimentation
4. Transport, Eau, Gaz, Electricité, Livre, Communication
5. Métallurgie
6. Activités de services II (santé) et travail temporaire

■ Maladies professionnelles

Le risque de maladie professionnelle varie selon les secteurs d'activité professionnelle et la zone géographique considérée (Graphique 43). Par rapport au risque moyen en France, le risque auquel sont exposés les salariés bretons est multiplié par 2 (Bois ameublement papier carton textile ... ; Chimie caoutchouc plasturgie ; Métallurgie), par 3 dans le Bâtiment et travaux publics, et par 4 dans les activités de l'Alimentation.

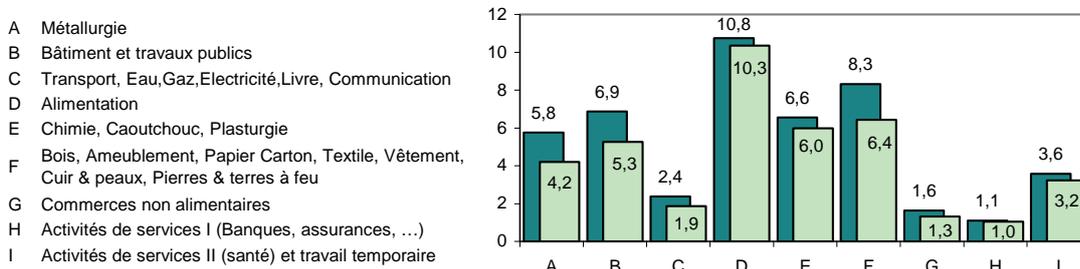
Graphique 42 : Indice de fréquence des accidents du travail avec arrêt, en Bretagne et en France, en 2006
 Nombre d'accidents avec arrêt rapporté à 1000 salariés de la branche professionnelle



Sources : CNAMTS Direction des risques professionnels, CRAM de Bretagne Département risques professionnels, statistiques technologiques 2006

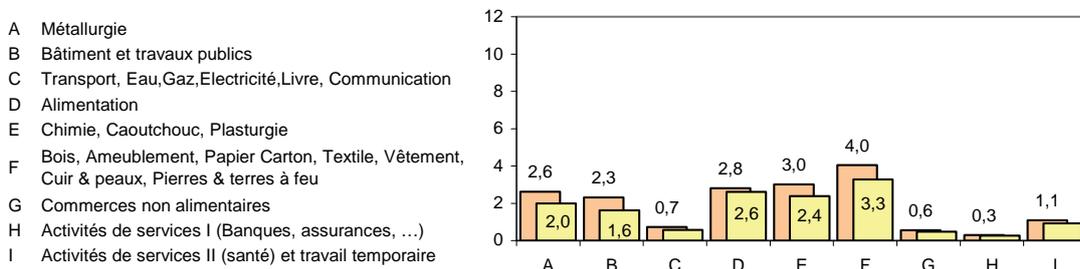
Graphique 43 - Indice de fréquence des maladies professionnelles en Bretagne et en France
 Nombre de maladies professionnelles pour 1000 salariés

Bretagne



Source : CRAM de Bretagne - Département des risques professionnels - Statistiques 2006

France



Source : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés - Direction des risques professionnels - Statistiques 2006

Vertical line

Les inégalités sociales de santé en France : études récentes et perspectives

Un ouvrage paru en 2000, est la référence majeure :

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

Parmi les textes de cette publication figure **La mortalité** (pages 147 à 162) dont l'objectif est « de décrire les disparités de mortalité en fonction des caractéristiques socio-économiques de la population. Dans la plupart des résultats présentés, la situation socio-économique est caractérisée par la catégorie socio-professionnelle des sujets ». L'étude porte uniquement sur la mortalité de la population masculine en activité professionnelle de la classe d'âge 25-54 ans, car, d'une part, l'ancienne profession des retraités et celles d'autres personnes ayant cessé leur activité est insuffisamment connue, et d'autre part, un nombre élevé de femmes sont sans activité professionnelle. Les données de causes médicales de décès sont celles de la période 1987-1993.

Les résultats de cette étude sont parus dans :

- Atlas de la santé en France. Volume 1 – Les causes de décès sous le titre « **L'inégalité sociale devant la mort** », 1999, pages 107-110. Editions John Libbey Eurotext.
- La santé en France 2002, sous le titre « **Les inégalités socio-spatiales de santé** » pages 200-202. Haut Comité de la Santé Publique.

L'extrait suivant explique la représentation cartographique des résultats :

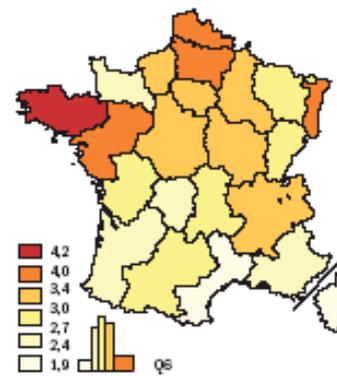
« Les disparités sociales de mortalité s'observent dans toutes les régions : le ratio de mortalité entre le taux des ouvriers et employés et celui des cadres supérieurs et professions libérales est partout supérieur à 1. Il définit cependant une géographie particulière et apparaît corrélé aux disparités régionales de mortalité générale. Les valeurs maximales sont observées en Bretagne et dans le Nord-Pas-de-Calais puis en Alsace, dans les Pays de la Loire, en Picardie et en Haute-Normandie. Les valeurs minimales se retrouvent dans les régions du sud de la France. En d'autres termes, les régions de forte mortalité sont caractérisées par d'importantes disparités sociales alors que les régions les plus favorisées ont les plus faibles écarts entre catégories sociales extrêmes (carte 2).

Le contexte régional (environnemental, socio-économique, culturel, etc.) constitue donc un facteur essentiel des disparités sociospatiales de santé. Si les analyses écologiques indiquent que les caractéristiques socioprofessionnelles des populations constituent le déterminant prin-

cipal des disparités spatiales de mortalité, elles indiquent aussi que les disparités entre zones subsistent après contrôle des dites caractéristiques. L'étude précise de l'interaction entre catégorie socioprofessionnelle, contextes sociaux, environnementaux et sanitaires nécessiterait donc des analyses à des échelles plus fines et plus pertinentes. »

En Bretagne, le risque de décès masculin des « ouvriers et employés » est multiplié par 4.2 par rapport au risque de décès des « cadres supérieurs et professions libérales » (carte 2).

Carte 2 : Ratios entre les taux comparatifs de mortalité pour la catégorie «ouvriers/employés» et pour la catégorie « cadres supérieurs/professions libérales»



Source : Inserm, CépiDc, RGP 90.

© Galano, Ricard, Jouglu, Atlas de la Santé en France

En 2007, les spécialistes sur la recherche relative aux inégalités sociales de santé, apportent une nouvelle contribution :

▪ G. Menvielle, J.-F. Chastanga, D. Luce, A. Leclerc, pour le groupe EDISC*

Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès.

Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, numéro 2, avril 2007, pages 97-105.

Les auteurs mettent en évidence l'importance des inégalités sociales de mortalité en France et leur accroissement au cours du temps. Ils concluent dans les termes suivants :

« La hausse des inégalités sociales de mortalité à la fois chez les hommes et chez les femmes pour la quasi-totalité des causes de décès montre l'ampleur et l'actualité du problème des inégalités sociales de mortalité en France. Une question de recherche importante est celle de savoir si les évolutions observées dans cette étude vont se poursuivre sur des périodes plus récentes, le niveau d'études ayant continué à augmenter depuis 1990. Par ailleurs, ces résultats montrent qu'une amélioration globale de la santé de la population peut s'accompagner d'une augmentation des inégalités, augmentation qui est loin de porter exclusivement sur les populations souffrant d'une exclusion sociale. La question pertinente pourrait être ici celle des moyens à mettre en oeuvre pour que l'ensemble de la population rejoigne la situation des groupes sociaux les plus favorisés. »

La question suggérée par cette étude :

Quels moyens mettre en œuvre pour que l'ensemble de la population rejoigne la situation des groupes sociaux les plus favorisés ? est proche du questionnement exprimé par Martin Hirsch dans l'éditorial du Bulletin Epidémiologique hebdomadaire consacré aux inégalités sociales de santé en France en 2006 (numéro 2-3 janvier 2007). En évoquant l'objectif « réduire les inégalités de santé » qualifié d'objectif prioritaire de santé publique, il énonce la question :

*groupe EDISC : Jean-François Chastang, Annette Leclerc, Danièle Luce, Gwenn Menvielle, Inserm U687, Saint-Maurice Béatrice Geoffroy-Perez, Ellen Imbernon, Institut de veille sanitaire DST, Saint-Maurice ; Christine Couet, Isabelle Robert-Bobée, Insee, Paris ; Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles, Inserm U149, Villejuif ; Éric Jouglu, Inserm CepiDc, Le Vésinet.

Que faire pour que les inégalités de santé se réduisent effectivement ? et préconise trois orientations :

La première piste est que « *les politiques sociales réduisent les inégalités de santé* » «... tout ce qui réduira la précarité du travail, la précarité du logement, luttera contre la paupérisation au travail, augmentera les bas revenus, contribuera à réduire les inégalités de santé. »

La deuxième piste « *a trait aux politiques de prévention et de dépistage* » « ... repenser les politiques de prévention pour qu'elles soient efficaces vis-à-vis des populations les plus défavorisées ... Les campagnes de prévention doivent être, plus que toute autre politique publique, conçues en fonction de cibles prioritaires, qui sont les catégories sociales les plus modestes. »

La troisième piste « *concerne l'accès au système de soins proprement dit* ». En 2006, des comportements de refus de soins envers les bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale d'Etat (AME), ont été mis en évidence et un rapport sur ce sujet a été présenté au ministre de la santé en novembre 2006 <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000895/0000.pdf>.

Par ailleurs, le rapport officiel de l'Observatoire national des Zones Urbaines Sensibles (ZUS) a montré « *que l'offre de soins est souvent inversement proportionnelle à la demande* ». D'où l'affirmation de Martin Hirsch : « *Réduire les inégalités de santé imposera de développer des modes de tarification, de rémunération des professionnels qui garantissent que le système de santé répond bien aux besoins des plus défavorisés* ».

Le colloque de l'ADEL (Association des épidémiologistes de langue française) tenu en 2006 (18-19 mai) à Toulouse, a nourri les échanges sur « *Epidémiologie sociale et inégalités de santé* ». La communication finale de ce colloque :

Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques*,

par Mireille Elbaum (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère de la santé et des solidarités) place la question au niveau des décisions politiques en matière de santé publique.

Ses questions porte sur le ciblage des actions de santé publique :

- Faut-il cibler en priorité les enfants très jeunes ?
- Faut-il concentrer l'effort sur les populations les plus défavorisées ?
- Faut-il privilégier une politique au niveau des territoires ?

« *Ces questions n'ont pas de réponses simples, et posent le problème politique de l'introduction de la « discrimination positive » dans le champ des politiques de santé. Elles appellent en tout cas une mise en débat, et sans doute des expérimentations dans le cadre d'une action d'ensemble* ».

***Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques**, M. Elbaum, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ministère de la santé et des solidarités - Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique, février 2007, pages 47-54.

« Si l'on en vient à quelques propositions plus précises, les pouvoirs publics pourraient en tout cas réfléchir :

- à une reformulation du rôle assigné à la protection maternelle et infantile (PMI) dans un sens plus résolument orienté vers les comportements de prévention et les modes de vie ;
- aux règles d'accès aux cantines scolaires et aux activités périscolaires, dont on sait, pour les premières, qu'elles sont parfois fermées aux enfants de chômeurs, et, pour les deuxièmes, qu'elles restent socialement très discriminantes ;
- à la sensibilisation des professionnels de santé au repérage des situations sociales difficiles ainsi qu'à une meilleure prise en compte des problèmes d'alcool ;
- aux mécanismes susceptibles d'inciter les entreprises à prévenir la mise à l'écart des salariés fragiles en termes de santé et à prendre en compte dans leurs politiques de gestion des ressources humaines la chronicisation de certaines maladies ;
- à la façon dont les chômeurs pourraient se voir proposer, dans le cadre du Service public de l'emploi (SPE), un suivi et un accompagnement en termes de santé, au même titre que des actions de formation ou de réinsertion ;
- aux voies d'une meilleure articulation entre les politiques d'action sociale et de santé mentale, qui relèvent de logiques et de responsabilités différentes, mais qui ont de plus en plus tendance à s'interpénétrer ;
- au ciblage et à la modulation des messages de prévention, dont il faut sans doute réévaluer la capacité à atteindre les différents groupes sociaux, par exemple en matière d'habitudes de vie ou de nutrition. »

Le prochain congrès des Observatoires régionaux de santé, a retenu le thème « **Les inégalités de santé : nouveaux savoirs, nouveaux enjeux politiques** »

<http://www.congresors-inegalitesdesante.fr/>

En résumé

Peu de données permettent de caractériser les inégalités sociales de santé à l'échelon régional mais aussi à l'échelon national. Il apparaît qu'actuellement la mesure des inégalités sociales de santé est davantage un objet de recherche qu'une pratique établie. Les débats actuels au sein de la communauté de santé publique (publications d'équipes de recherche, congrès) montrent son intérêt pour cette approche en s'attachant à y rencontrer les préoccupations des politiques de santé.

Les données bretonnes disponibles permettent de porter un regard sur quelques situations d'inégalités sociales de santé.

L'écart de mortalité selon les catégories socioprofessionnelles serait plus important en Bretagne que dans les autres régions françaises.

Une étude de l'Inserm portant sur les années 1987 – 1993 a mis en évidence que la Bretagne détenait l'écart le plus élevé des régions françaises, pour le taux de mortalité générale des hommes entre la catégorie des ouvriers / employés et celle des cadres supérieurs / professions libérales.

Une autre étude, de l'ORS Bretagne, portant sur la même période, a montré que la catégorie des ouvriers bretons présentait un taux de décès par suicide double de celui de la moyenne des ouvriers en France. Ces travaux n'ont pas été suivis.

Des données récentes permettent de porter un autre regard sur les inégalités socioprofessionnelles en Bretagne.

En milieu de travail, les secteurs d'activité déterminent des écarts de santé parmi les personnes qui y sont salariés. Les écarts de fréquence des accidents du travail et des maladies professionnelles vont de 1 à 10 selon les secteurs d'activité.

Pour les personnes en situation de précarité, le recours aux soins est inférieur à celui de la population générale : ce constat a en particulier été mis en évidence chez les jeunes en situation de précarité s'agissant du recours aux médecins et chez les jeunes et les adultes en situation de précarité, s'agissant du recours aux soins dentaires.

Chez les jeunes, les écarts existent selon leur statut d'étudiant, de salariés et de jeunes en d'insertion : ces derniers présentent généralement les indicateurs de santé les moins bons.

Vertical line

Conclusion

Les inégalités de santé en Bretagne ont été présentées selon trois axes : genre, géographique et social.

Pour chacun de ces axes, trois catégories d'indicateurs ont été produits et analysés : indicateurs de mortalité, de morbidité, des déterminants de santé.

Les résultats ont été, à chaque fois, résumés.

À l'issue de cette étude, l'accent peut être mis sur plusieurs constats :

1- les données et études disponibles en Bretagne permettent d'analyser des inégalités de santé dans plusieurs domaines notamment les jeunes, leurs comportements, leur recours aux soins, les personnes en situation de travail dans les secteurs d'activité, celles en situation de précarité, les personnes ayant une maladie chronique. Cette analyse peut être effective à l'échelon géographique des départements. Les inégalités peuvent être spécifiées selon les pathologies en cause (plus nettement pour les maladies somatiques que pour les maladies psychiques). L'objectif de réduction des inégalités de santé du Plan régional de santé publique peut ainsi être documenté.

2- des données utiles à l'analyse des inégalités de santé manquent pour améliorer les indicateurs de morbidité et de déterminants de santé. Cependant, la sensibilité des questions de santé publique dans la région actuellement s'accompagne progressivement d'une production d'informations nouvelles, soit issues de recueil de données provenant du dispositif de santé lui-même (comme par exemple le PMSI pour les personnes hospitalisées ou les ALD pour les prise en charge des malades chroniques lourds ou encore les maladies professionnelles), soit par des travaux d'enquête et d'étude dans des domaines prioritaires, (comme par exemple les jeunes ou les conduites addictives). Reste que les nouveaux dispositifs et programmes de santé qui se mettent en place progressivement (par exemple les réseaux de santé, les organisations ambulatoires pluri professionnelles, les structures de dépistage ou de coordination dans le domaine des cancers, les programmes de surveillance de pathologies infectieuses,...) sont encore trop peu sollicités pour recueillir des données issues de leurs activités ou de leurs observations, et les mettre à disposition de la collectivité dans le but d'une utilisation en santé publique et en particulier en inégalités de santé. Le système d'information en santé publique est à améliorer.

3- le champ particulier des inégalités sociales de santé est sans doute à aborder avec beaucoup de prudence et beaucoup de patience. L'état de la recherche sur la mesure des inégalités sociales de santé, sur la signification des écarts observés, et plus généralement sur les orientations qu'elle doit prendre pour répondre aux besoins de la collectivité, ne permet pas de disposer actuellement d'un ensemble d'outils de mesure validés. Il semble cependant que le mouvement soit engagé, soutenu par l'importance croissante des questions de santé dans les politiques publiques. La participation à la recherche en science sociale dans le champ des inégalités de santé gagnerait à être portée collectivement par les acteurs du domaine de la santé dans notre région.

Vertical line

Annexe



 **Classification internationale des maladies 10^{ème} révision (CIM 10). Liste résumée européenne et concordance avec les 8^{ème} et 9^{ème} révision:**

| | CIM10 | CIM9 | CIM8 |
|--|------------------|------------------|------------------------------------|
| Toutes causes de décès | A00-Y89 | 001-E999 | 0001-E999 |
| I. Maladies infectieuses et parasitaires | A00-B99 | 001-139 | 001-136 |
| Tuberculose | A15-A19,B90 | 010-018,137 | 010-019 |
| Infection à méningocoques | A39 | 036 | 036 |
| SIDA et maladies à VIH | B20-B24 | 042-044 | - |
| Hépatites virales | B15-B19 | 070 | 070 |
| Autres | | | |
| II. Tumeurs | C00-D48 | 140-239 | 140-239 |
| Tumeurs malignes | C00-C97 | 140-208 | 140-209 |
| - Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx | C00-C14 | 140-149 | 140-149 |
| - Tumeur maligne de l'oesophage | C15 | 150 | 150 |
| - Tumeur maligne de l'estomac | C16 | 151 | 151 |
| - Tumeur maligne du côlon | C18 | 153 | 153 |
| - Tumeur maligne du rectum et de l'anus | C19-C20-C21 | 154 | 154 |
| - Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques | C22 | 155 | 155, 197.8 |
| - Tumeur maligne du pancréas | C25 | 157 | 157 |
| - Tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon | C32-C34 | 161-162 | 161-162 |
| - Mélanome malin de la peau | C43 | 172 | 172 |
| - Tumeur maligne du sein | C50 | 174-175 | 174 |
| - Tumeur maligne du col de l'utérus | C53 | 180 | 180 |
| - Tumeur maligne d'autres parties de l'utérus | C54-55 | 179,182 | 182 |
| - Tumeur maligne de l'ovaire | C56 | 183.0 | 183.0 |
| - Tumeur maligne de la prostate | C61 | 185 | 185 |
| - Tumeur maligne du rein | C64 | 189.0 | 189.0 |
| - Tumeur maligne de la vessie | C67 | 188 | 188 |
| - Tumeur maligne des tissus lymphoïdes et hématopoïétiques | C81-C96 | 200-208 | 200-209 |
| - Autres tumeurs malignes | | | |
| Autres tumeurs | | | |
| III. Maladies du sang et des organes hématopoïétiques | D50-D89 | 279-289 | 280-289 |
| IV. Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques | E00-E90 | 240-278 | 240-279 |
| Diabète | E10-E14 | 250 | 250 |
| Autres | | | |
| V. Troubles mentaux et du comportement | F00-F99 | 290-319 | 290-315 |
| Abus d'alcool (y compris psychose alcoolique) | F10 | 291,303 | 291,303 |
| Pharmacodépendance, toxicomanie | F11-F16, F18-F19 | 304-305 | 304-305 |
| Autres | | | |
| VI. Maladies du système nerveux et des organes des sens | G00-H95 | 320-389 | 320-389 |
| Méningites (autres que infection à méningocoques) | G00-G03 | 320-322 | 320 |
| Autres | | | |
| VII. Maladies de l'appareil circulatoire | I00-I99 | 390-459 | 390-444.1, 444.3-458, 782.4 |
| Cardiopathies ischémiques | I20-I25 | 410-414 | 410-414 |
| Autres cardiopathies | I30-I33, I39-I52 | 420-423, 425-429 | 420-423, 425-429 |

| | | | |
|--|------------------|------------------------|--|
| VII. Maladies de l'appareil circulatoire | I00-I99 | 390-459 | 390-444.1, 444.3-458, 782.4 |
| Cardiopathies ischémiques | I20-I25 | 410-414 | 410-414 |
| Autres cardiopathies | I30-I33, I39-I52 | 420-423, 425-429 | 420-423, 425-429 |
| Maladies cérébrovasculaires | I60-I69 | 430-438 | 430-438 |
| Autres | | | |
| VIII. Maladies de l'appareil respiratoire | J00-J99 | 460-519 | 460-519 |
| Grippe | J10-J11 | 487 | 470-474 |
| Pneumonie | J12-J18 | 480-486 | 480-486 |
| Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures | J40-J47 | 490-494,496 | 491-493, 518 |
| - Asthme | J45-J46 | 493 | 493 |
| Autres | | | |
| IX. Maladies de l'appareil digestif | K00-K93 | 520-579 | 520-577,444.2 |
| Ulcère gastro-duodéal | K25-K28 | 531-534 | 531-534 |
| Maladie chronique du foie | K70, K73-K74 | 571.0-571.9 | 571.0-571.9 |
| Autres | | | |
| X. Maladies de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané | L00-L99 | 680-709 | 680-709 |
| XI. Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif | M00-M99 | 710-739 | 710-738 |
| Arthrite rhumatoïde et ostéoarthrite | M05-M06, M15-M19 | 714-715 | 712-713 |
| Autres | | | |
| XII. Maladies de l'appareil génito-urinaire | N00-N99 | 580-629 | 580-629, 792 |
| Maladies du rein et de l'uretère | N00-N29 | 580-594 | 580-594 |
| Autres | | | |
| XIII. Complication de la grossesse, et de l'accouchement | O00-O99 | 630-676 | 630-678 |
| XV. Malformations congénitales | Q00-Q99 | 740-759 | 740-759 |
| Malformations congénitales du système nerveux | Q00-Q07 | 740-742 | 740-743 |
| Malformations congénitales de l'appareil circulatoire | Q20-Q28 | 745-747 | 746-747 |
| Autres | | | |
| XVI. Symptômes et états morbides mal définis | R00-R99 | 780-799 | 780-782.3, 782.5-791, 793-796 797.9, 798.0, 799.9 |
| Mort subite du nourrisson | R95 | 798.0 | - |
| Causes inconnues ou non précisées | R96-R99 | 798.1-9, 799.0,2-3,5-9 | 795-796, 797.9,798.0, 799.9 |
| Autres | | | |
| XVII. Causes externes | V01-Y89 | E800-E999 | E800-E999 |
| Accidents | V01-X59 | E800-E928 | E800-E929, E940-E942 |
| - Accidents de transport | V01-V99 | E800-E848 | E800-E845 |
| - Chutes accidentelles | W00-W19 | E880-E888 | E880-E887 |
| - Intoxications accidentelles | X40-X49 | E850-E869 | E850-E877 |
| - Autres | | | |
| Suicides | X60-X84 | E950-E958 | E950-E959 |
| Homicides | X85-Y09 | E960-E968 | E960-E969 |
| Événements dont l'intention n'est pas déterminée | Y10-Y34 | E980-E988 | E980-E989 |
| Autres | | | |

Vertical line



