Diagnostic territorial

Union hospitalière de Cornouaille

Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

7 juillet 2021

ORS BRETAGNE
Observatoire Régional de la Santé

fnors
Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

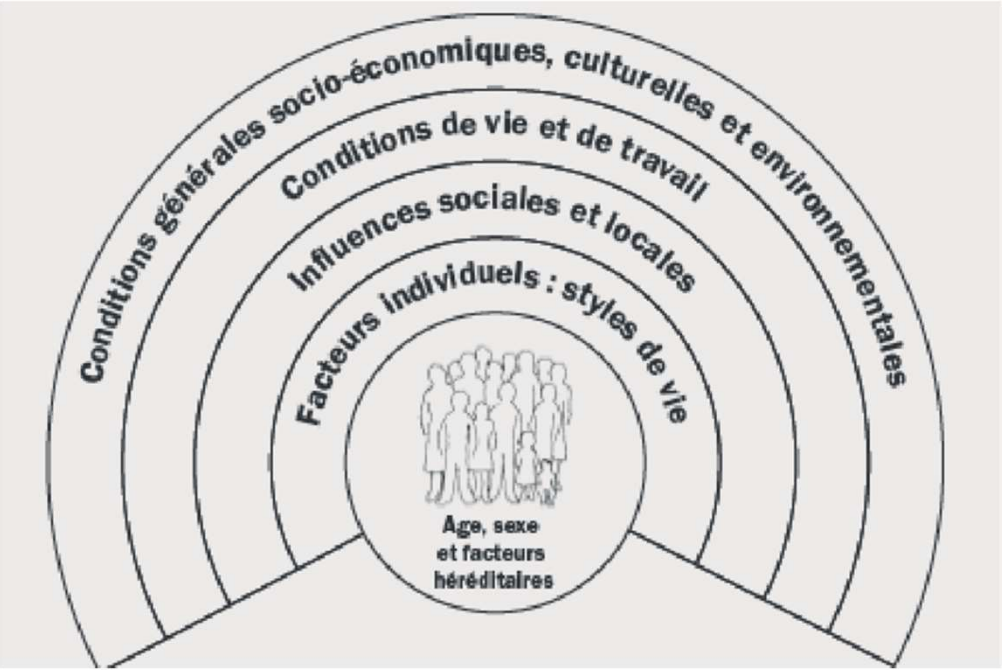
FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

Introduction

Plusieurs facteurs déterminent la santé des populations : les facteurs individuels (âge, sexe, hérédité, habitudes de vie), le milieu de vie (hébergement, famille, communauté), les systèmes (aménagement du territoire, offre de soins et services sociaux), ou encore le contexte global (démographique, environnemental, économique, politique) et, ces différents déterminants de la santé sont inter-reliés.



Source : d'après Whitehead et Dahlgren

Réaliser un diagnostic territorial en santé repose sur l'analyse de données de santé mais aussi de ces déterminants.
Aussi vous trouverez dans ce document des indicateurs divers portant sur :

- la démographie,
- l'environnement social,
- l'état de santé et la consommation de soins,
- l'offre de santé,

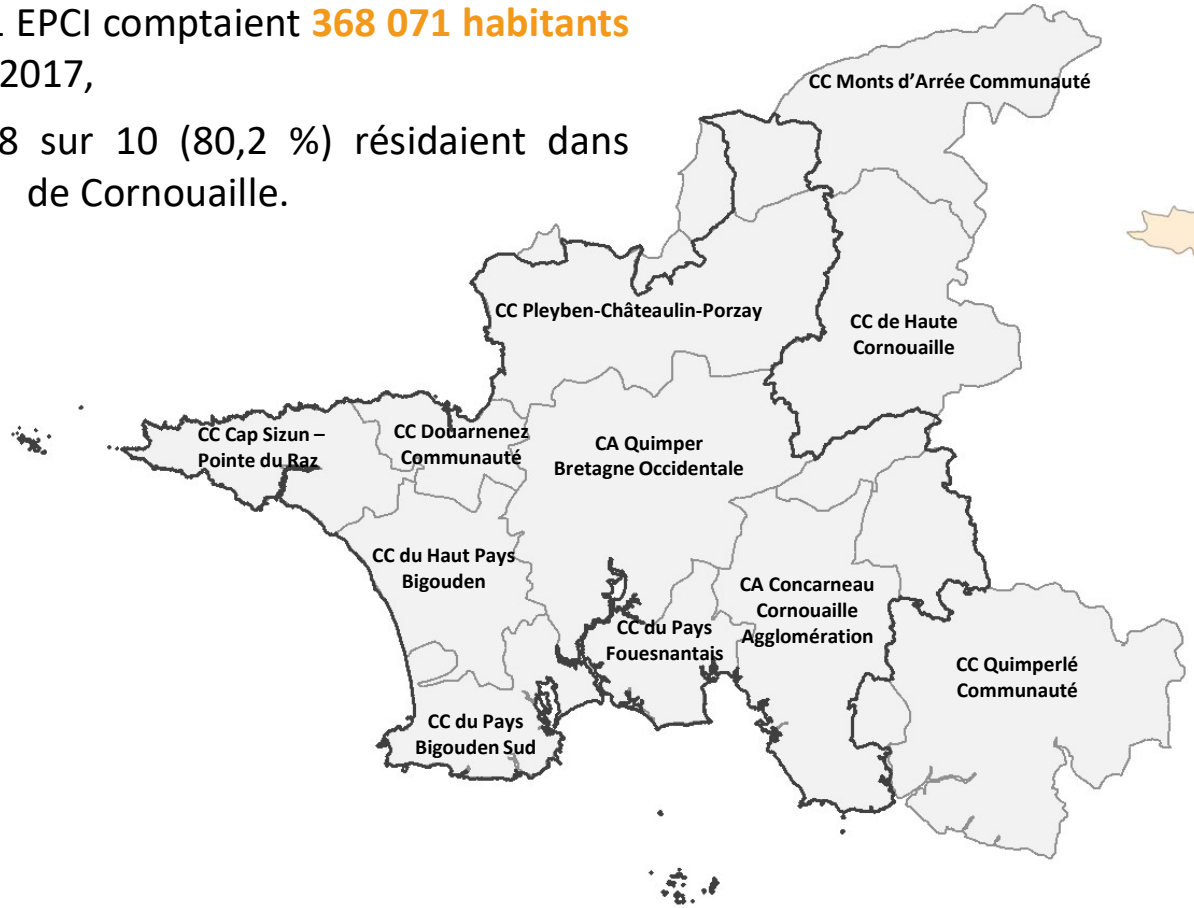
- et avant tout une présentation succincte du territoire concerné par ce diagnostic territorial.

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

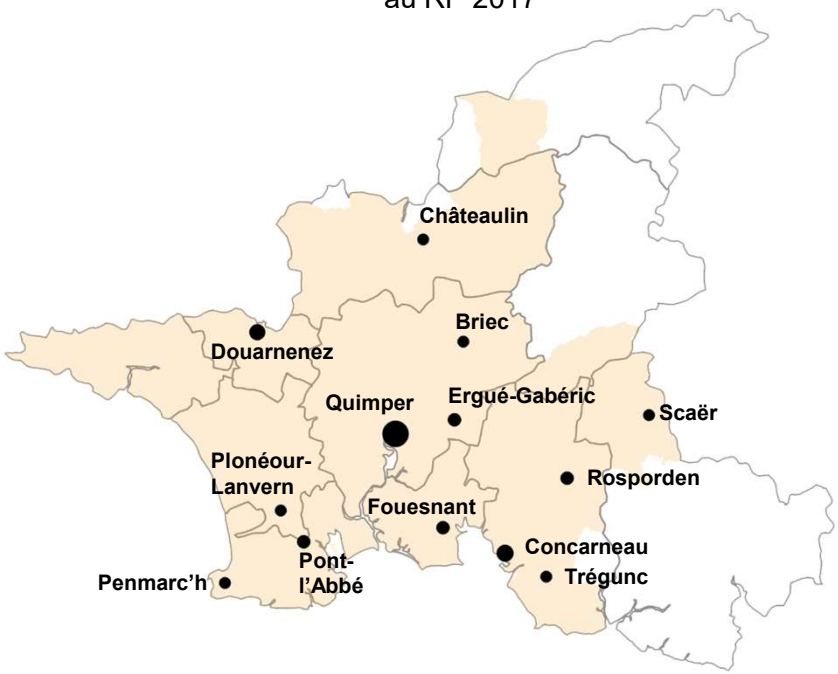
Présentation du territoire de responsabilité populationnelle pour l'Union hospitalière de Cornouaille (TRP Cornouaille)

→ 11 EPCI (intercommunalités) couvrent partiellement le territoire de responsabilité populationnelle (TRP) de Cornouaille.

- Ces 11 EPCI comptaient **368 071 habitants** au RP 2017,
- Dont 8 sur 10 (80,2 %) résidaient dans le TRP de Cornouaille.



Villes de 5 000 habitants ou plus
au RP 2017



Source : Insee RP 2017 - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Démographie

Le volume de la population, la manière dont elle se répartit géographiquement et les dynamiques du peuplement dans le temps esquissent les premiers contours du portrait de territoire. En lien aux questions de santé, ces indicateurs permettent une première approche des besoins en matière d'offre de santé.

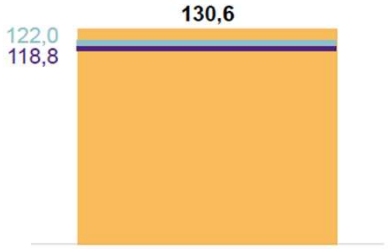
Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

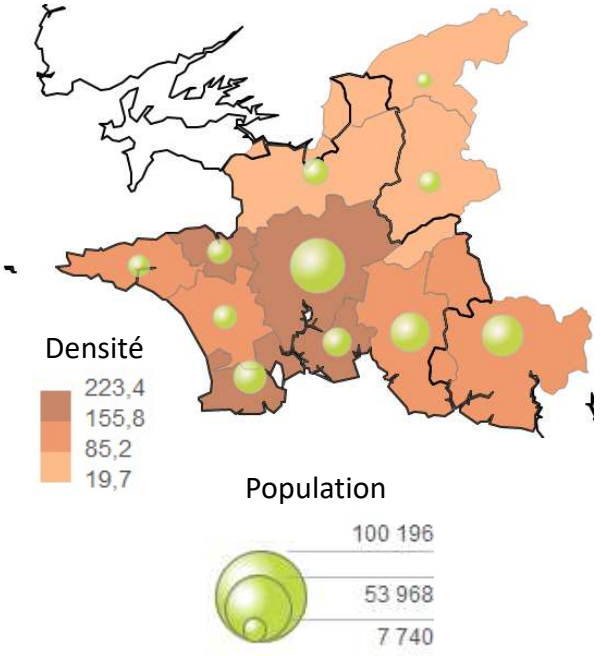
Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

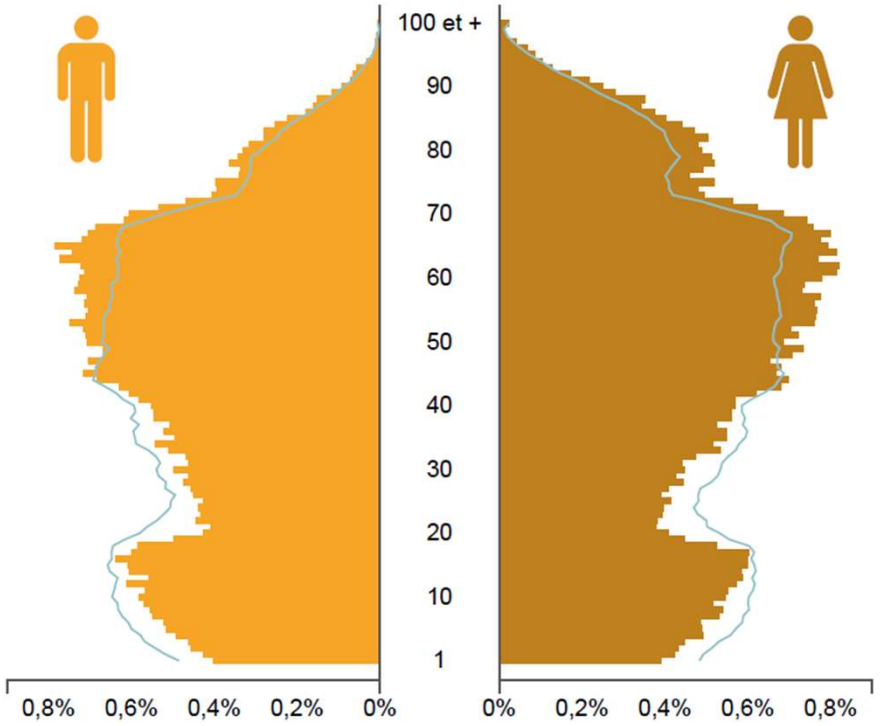
Démographie

295 404 habitants
au RP 2017

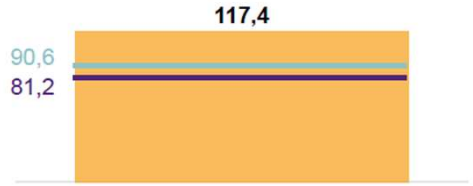
Densité de la population
nombre d'habitants au km²

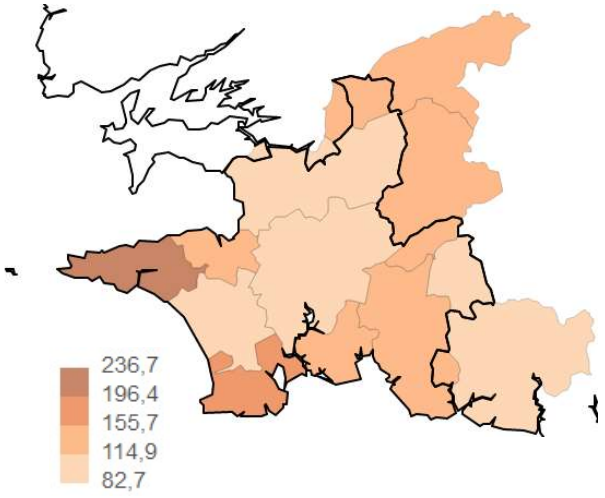






Indice de vieillissement
nombre de personnes de 65 ans et plus sur le nombre de personnes de moins de 20 ans * 100





- À l'instar de la Bretagne, **davantage de personnes de 75 ans et plus** : 12,2 % *vs* 10,5 % en région et 9,4 % en France.

TRP de Cornouaille
Bretagne
France hexagonale

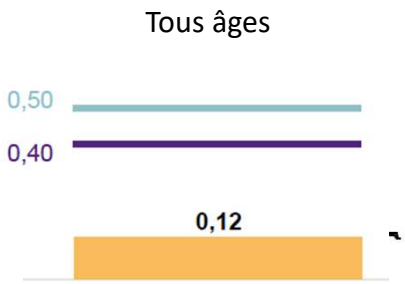
Source : Insee RP 2017 - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

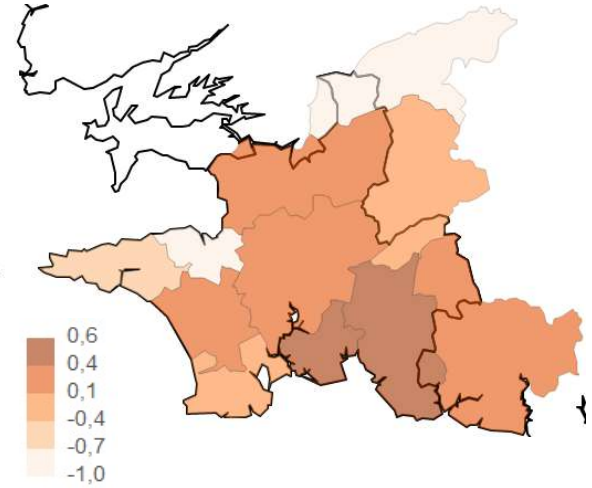
Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Démographie

Accroissement de la population aux différents recensements par rapport à la population de 1975 (en %)

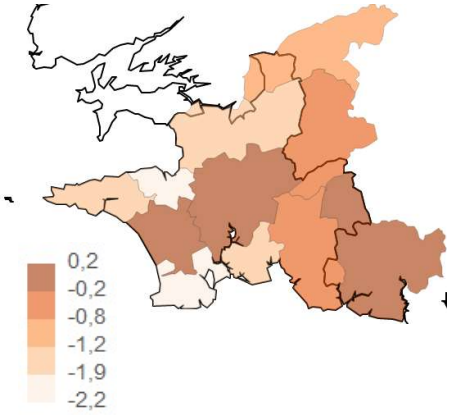
Taux d'accroissement annuel moyen de la population en 2012-2017 (en %)



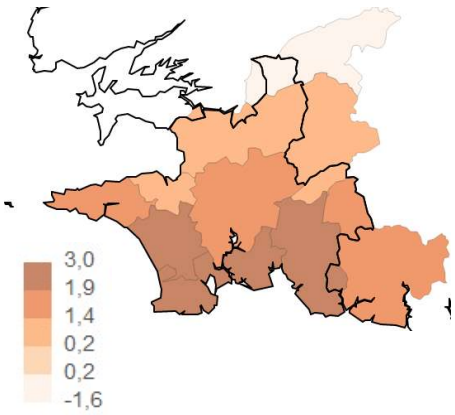


- **+2 791 habitants** entre 2012 et 2017 dans le TRP Cornouaille, mais une croissance moins forte qu'en Bretagne et en France.
- Mais, une **forte diminution de la population des moins de 20 ans, davantage marquée sur le TRP** : soit un taux d'accroissement annuel moyen en 2012-2017 de -0,59 % vs une hausse en région (+0,19 %) et en France (+0,18 %).
- **La population des 80 ans et plus ne cesse d'augmenter** avec un taux d'accroissement annuel moyen de +2,01 % en 2012-2017, soit à un niveau proche de celui de la France (+1,95 %) et un peu plus faible qu'en Bretagne (+2,25 %).

Moins de 20 ans



80 ans et plus

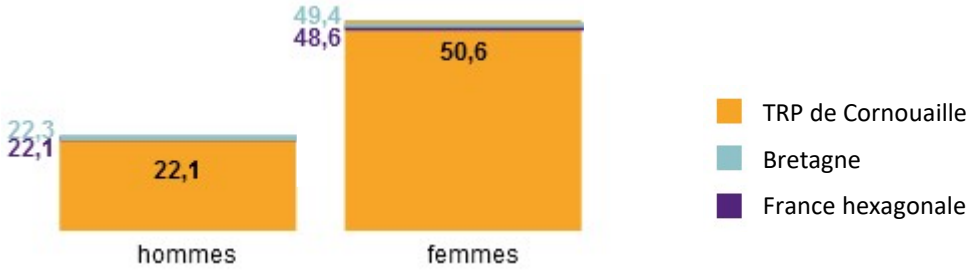


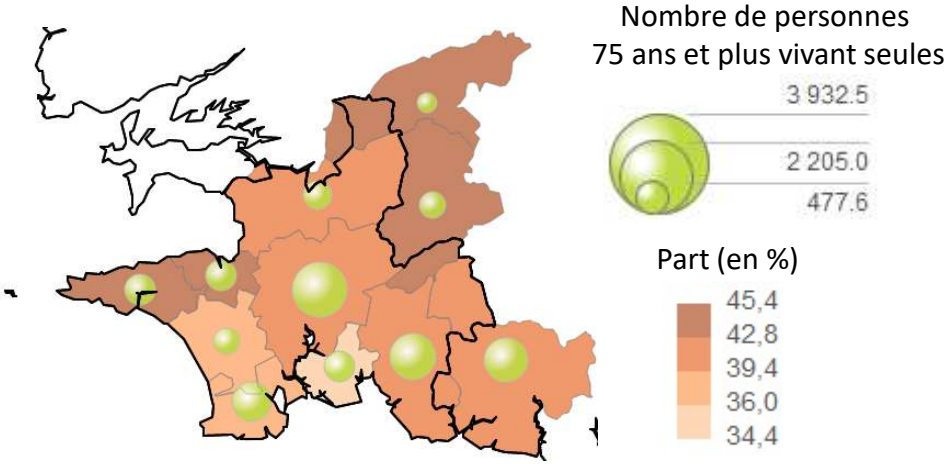
Source : Insee RP 2017 – Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Démographie

Part de personnes de 75 ans et plus vivant seules à domicile en 2017 (en %)

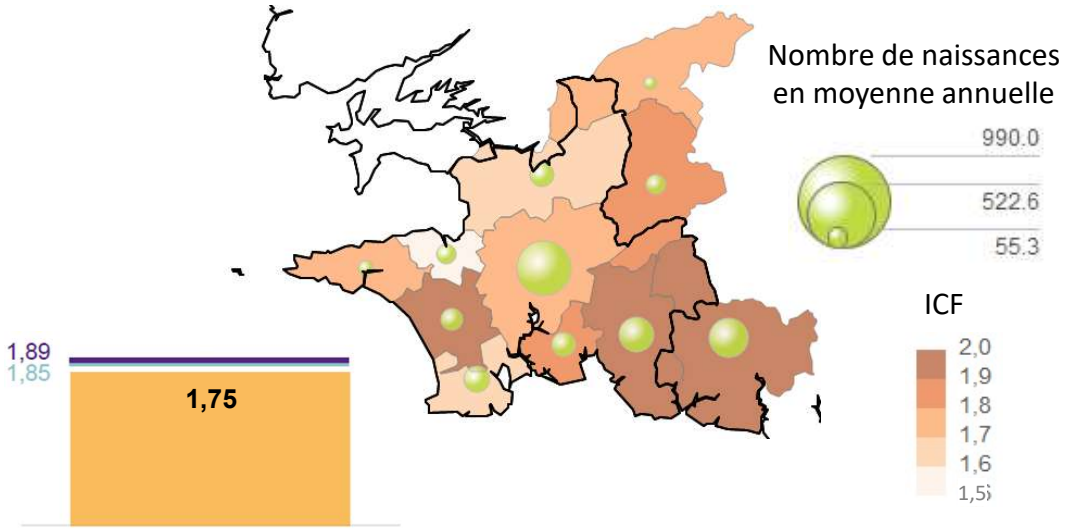




- **7 801 personnes de 75 ans et plus vivent seules à domicile**, soit 41,1 % des 75 ans et plus ; une part un peu plus importante qu'en France 38,4 %.

2 436 naissances
vivantes en moyenne annuelle
en 2013-2019

Indice conjoncturel de fécondité (ICF) en 2013-2019
(nombre d'enfant(s) par femmes)



- **un ICF plus faible dans le TRP Cornouaille** qu'en région et qu'en France, mais de fortes disparités selon les EPCI.

Source : Insee RP2017 - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

Environnement social et économique

Les déterminants socio-économiques (ou environnement social et économique) sont des déterminants majeurs de l'état de santé.

Des études de l'Insee le confirment ; des écarts d'espérance de vie sont observés selon la catégorie socio-professionnelle des habitants (exemple : les cadres ont une espérance de vie plus importante que les ouvriers), selon les niveaux de diplômes ou encore selon les revenus.

Le niveau de vie peut aussi par exemple conditionner l'accès aux soins.
De plus, les personnes avec un niveau de vie plus faible ont plus fréquemment que les autres des comportements défavorables pour leur santé.

Chiffres clés*

6,4 ans Écart d'espérance de vie à la naissance entre les hommes ouvriers et hommes cadres

7,5 ans Écart d'espérance de vie à 35 ans entre les hommes sans diplôme et les hommes diplômés du supérieur

12,7 ans Écart d'espérance de vie à la naissance entre les 5 % d'hommes ayant les plus faibles revenus et les 5 % ayant les plus importants

11 % Des adultes les plus modestes ont déclaré avoir renoncé à consulter un médecin dans l'année pour raisons financières contre 1 % des plus aisés

59 % Des personnes à bas revenus ont eu au moins une activité sportive dans l'année contre 77 % des personnes à hauts revenus

* Résultats nationaux

Sources : Insee, Credoc, DREES, Irdes

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

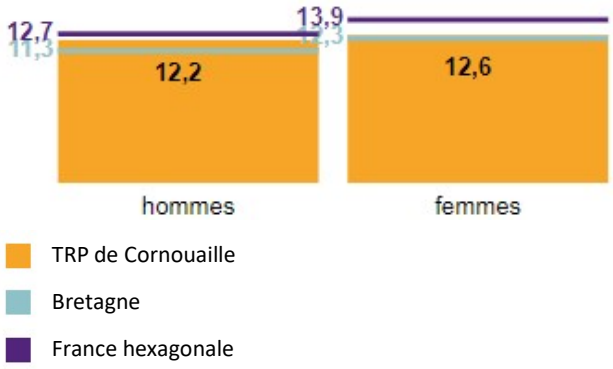
Environnement social : chômage

- **16 156 chômeurs, soit 12,4 % des actifs de 15 ans et plus**
- Le taux de chômage du TRP Cornouaille est :
  - Supérieur au taux régional (11,8 %) mais inférieur au taux national (13,3 %)
  - Plus important chez les femmes
  - Particulièrement élevé chez les jeunes
  - Plus élevé dans les EPCI de Douarnenez Communauté et des Monts d'Arrée Communauté

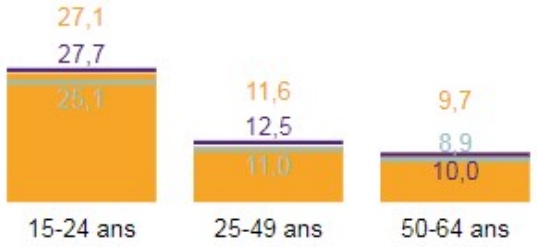
Définition & Précision méthodologique :
Les chômeurs au sens du recensement de la population (RP) sont les personnes (de 15 ans ou plus) qui se sont déclarées chômeurs (inscrits ou non à Pôle Emploi) sauf si elles ont, en outre, déclaré explicitement ne pas rechercher de travail ; et d'autre part les personnes (âgées de 15 ans ou plus) qui ne se sont déclarées spontanément ni en emploi, ni en chômage, mais qui ont néanmoins déclaré rechercher un emploi.

Taux de chômage des 15 ans et plus (au sens du RP) en 2017 (en %)

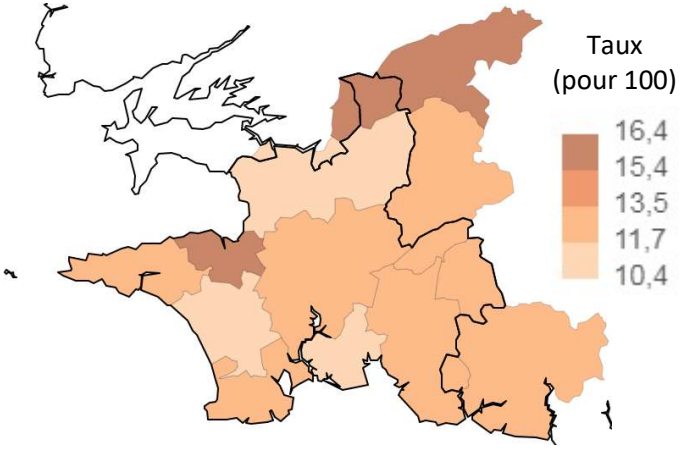
selon le sexe



selon l'âge



selon les EPCI



Source : Insee RP2017 - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

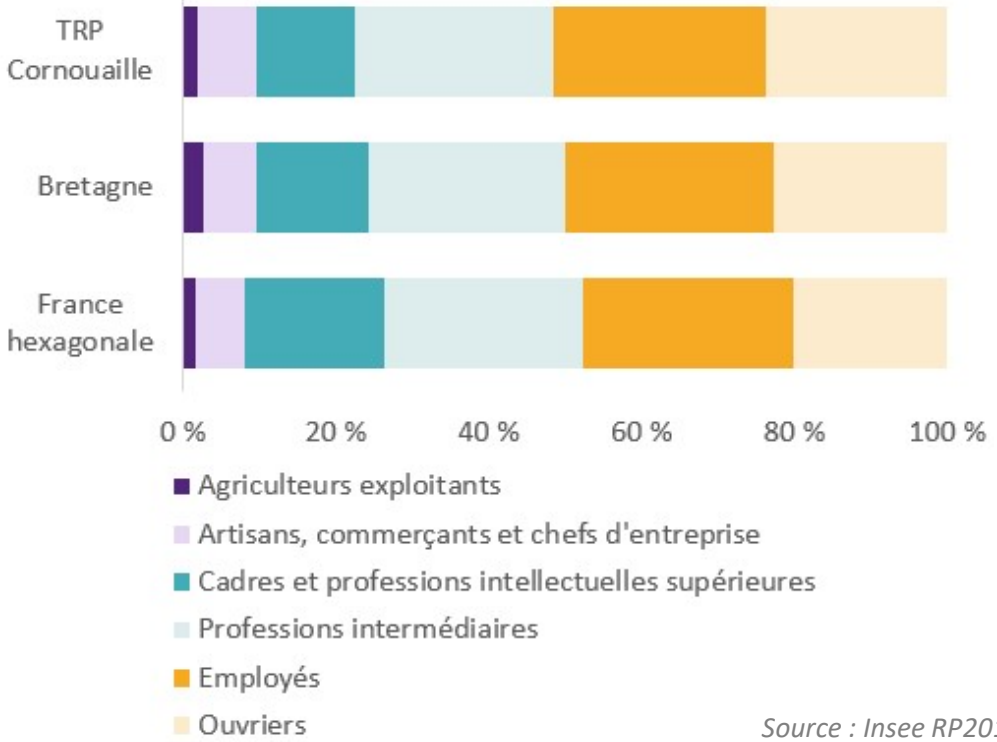
Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Environnement social : catégories socio-professionnelles

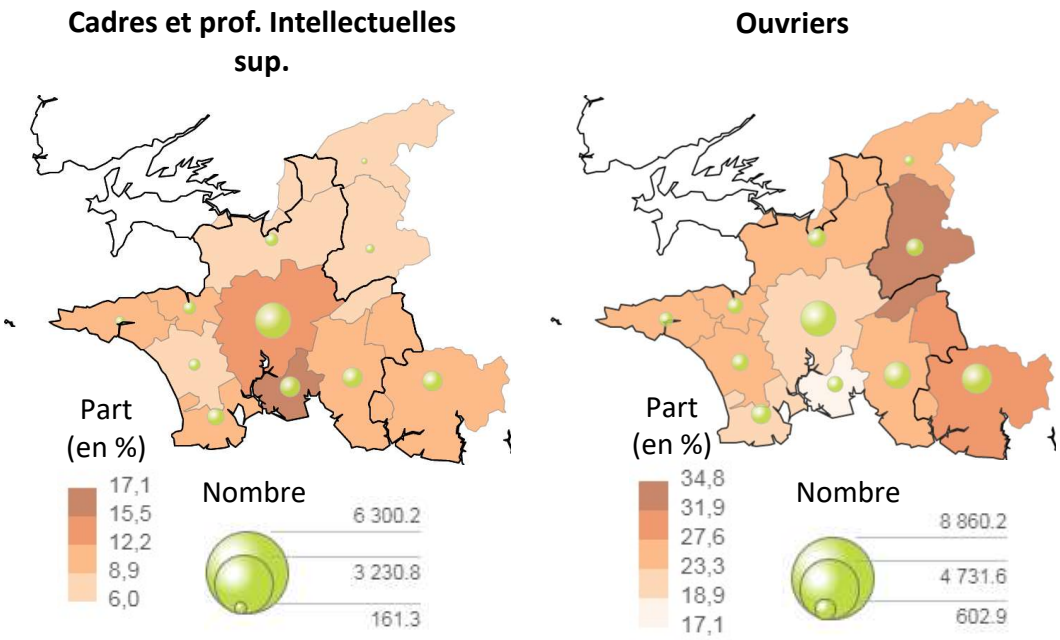
114 315 actifs ayant un emploi

- Plus d'ouvriers (23,7 % vs 22,8 % en Bretagne et 20,1 % en France).
- Moins de cadres et professions intellectuelles supérieures (12,7 % vs 14,7 % en Bretagne et 18,3 % en France).

Répartition des actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi par catégorie socio-professionnelle en 2017 (en %)



Actifs de 15 ans ou plus ayant un emploi en 2017



Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont fortement sous représentés dans les trois EPCI au nord du TRP et dans celle du Haut Pays Bigouden, à l'inverse, **les ouvriers** sont les plus représentés dans les EPCI de l'ouest du TRP.

Source : Insee RP2017 - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Environnement social : inactivité

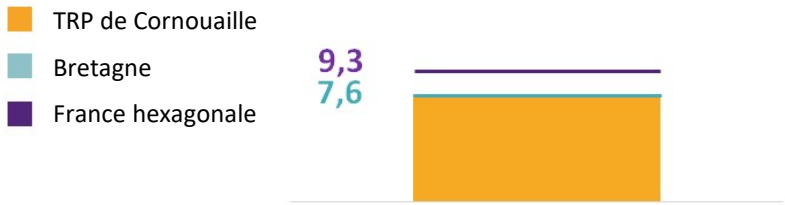
Au total, 7 930 personnes âgées de 25-54 ans sont sans emploi ou au chômage, soit 7,6 % du groupe d'âge.

Le taux d'inactifs est :

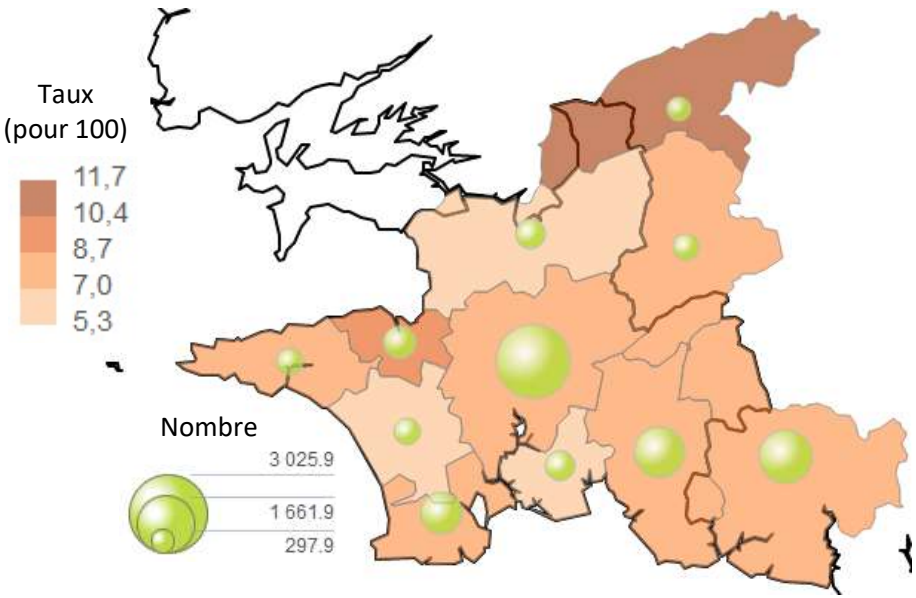
- Semblable à celui de la Bretagne et plus faible qu'en France (9,3 %).
- À l'inverse, sur le TRP de Cornouaille, le taux le plus élevé concerne l'EPCI des Monts d'Arrée communauté avec 11,7 % et les taux les plus faibles concernent trois EPCI : la CC du Haut Pays Bigouden (5,3 %), la CC du Pays Fouesnantais (5,4 %) et la CC Pleyben-Châteaulin-Porzay (6,3 %).

Définition & Précision méthodologique :
Les inactifs sont par convention les personnes qui ne sont ni en emploi (BIT) ni au chômage : jeunes de moins de 15 ans, étudiants et retraités ne travaillant pas en complément de leurs études ou de leur retraite, hommes et femmes au foyer, personnes en incapacité de travailler… Ici : seules les personnes de 25-54 ans sont pris en compte, excluant ainsi les jeunes de moins de 25 ans et les retraités.

Taux standardisé sur l'âge des inactifs de 25-54 ans au sens du RP en 2017 (en %)



Selon les EPCI



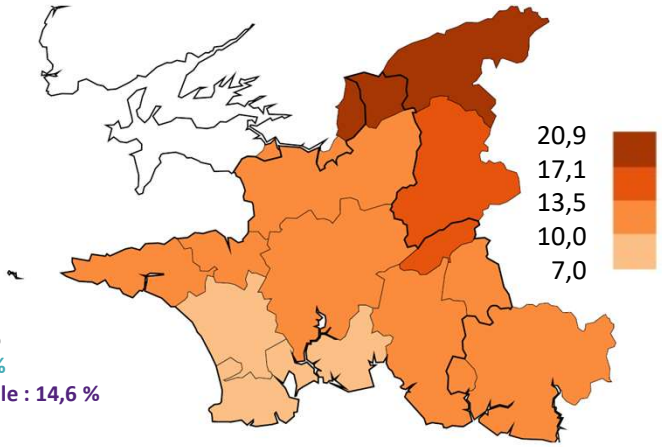
Source : Insee RP 2017 - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

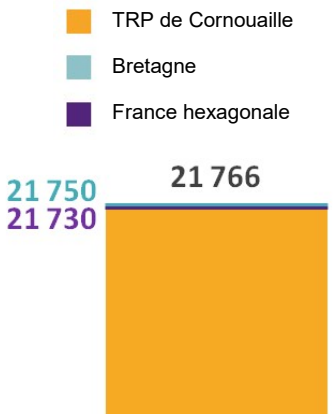
Environnement social : niveau de vie

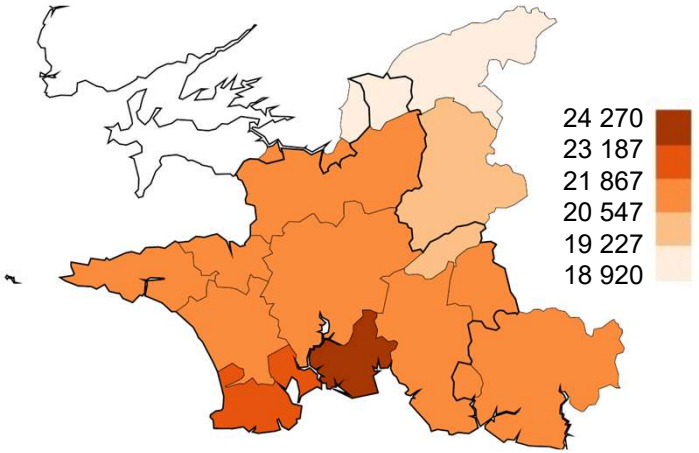
Taux de pauvreté en 2018 (en %)



Finistère : 10,6 %
Bretagne : 10,9 %
France hexagonale : 14,6 %

Revenu disponible médian en 2018 (en euros)





- **Des taux de pauvreté variables selon les EPCI,** compris dans une fourchette allant d'un minimum de 7,0 % dans l'EPCI du Pays Fouesnantais à un maximum de 20,9% dans celui des Monts d'Arrée Communauté.

- **En moyenne, un revenu médian proche dans le TRP Cornouaille** par rapport aux niveaux régional et national.
- Logiquement, **une géographie inverse à celle du taux de pauvreté**, avec les revenus les plus élevés dans les EPCI des Pays Fouesnantais et Bigouden Sud et le plus faible dans celui des Monts d'Arrée Communauté.

Définition & précision méthodologique :
Le taux de pauvreté monétaire correspond à la part d'individus dont le niveau de vie est inférieur à un seuil, dénommé seuil de pauvreté (fixé à 60 % du niveau de vie médian en France, soit à un revenu inférieur à 1 063 € par mois en 2018).
En l'absence de données disponibles suffisantes au niveau communal du fait du secret statistique, le taux de pauvreté n'a pas pu être calculé à l'échelle du TRP. En effet, il n'est disponible que pour 39,5% de l'ensemble des communes du TRP.

Définition & précision méthodologique :
Le revenu médian est le revenu qui divise la population en deux parties égales, telles que 50 % de la population aient un revenu supérieur et 50 % un revenu inférieur.
Le revenu médian du TRP est égal à la moyenne des revenus médian des communes composant le TRP, pondérés par la population des personnes des ménages fiscaux des communes le composant. Ici, la totalité des communes du TRP sont disponibles.

Source : Insee, Filosofi 2018 - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

Environnement social : niveaux de diplôme

2 184 jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés, soit 8,3 % de la classe d'âge

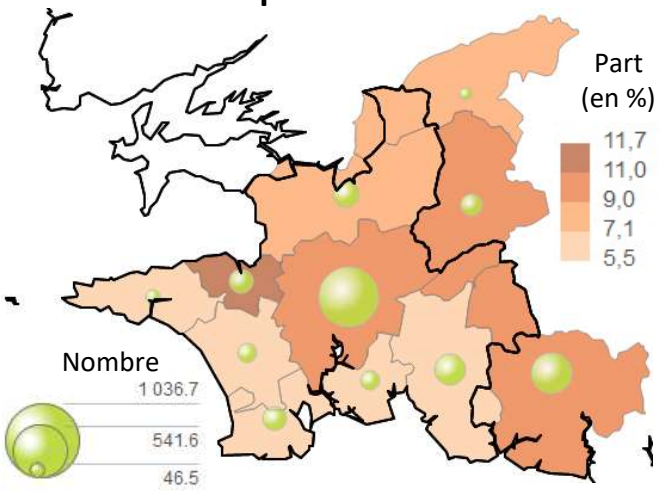
Soit, une part :

- Proche de la moyenne régionale (9 %) mais nettement inférieure à celle de la France (12,8 %).
- Plus élevée chez les hommes que les femmes.
- La plus forte dans la CC Douarnenez Communauté avec 11,7 %.

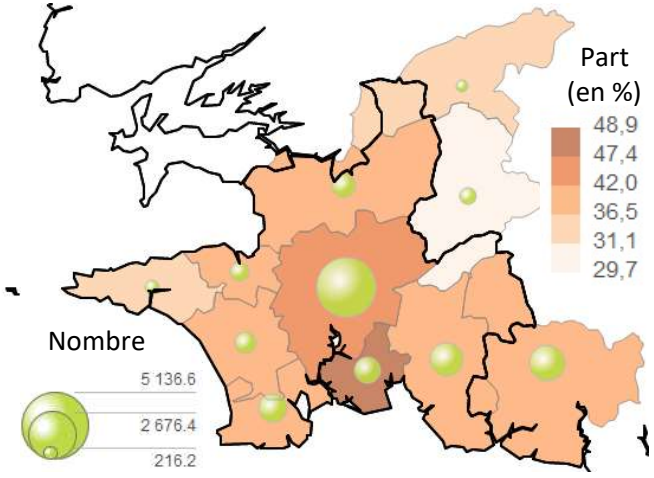
11 291 jeunes de 25-34 ans ayant un bac + 2, soit 43,1 % de la classe d'âge

- Une part plus faible qu'en Bretagne (45,3 %) et France (45,8 %).
- Le niveau de diplôme bac + 2 plus représenté chez les femmes que les hommes.
- La part la plus élevée (48,9 %) concerne la CC du Pays Fouesnantais.

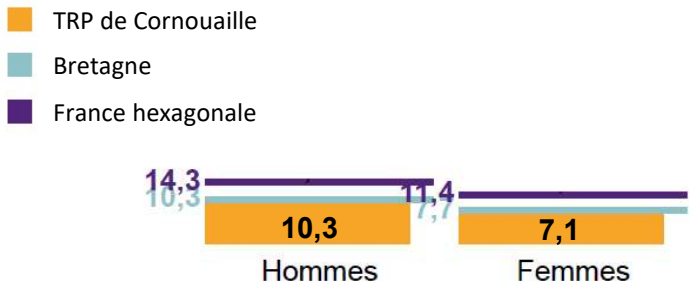
Jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés en 2017



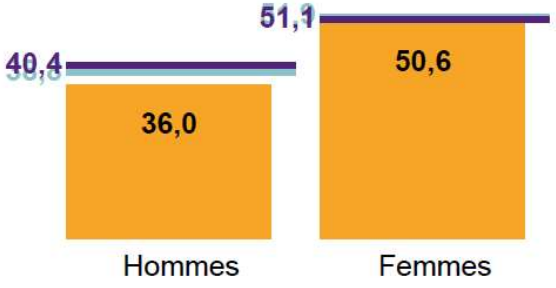
Jeunes de 25-34 ans ayant un bac +2 en 2017



Part des jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés en 2017 (en %)



Part des jeunes de 25-34 ayant un bac + 2 en 2017 (en %)

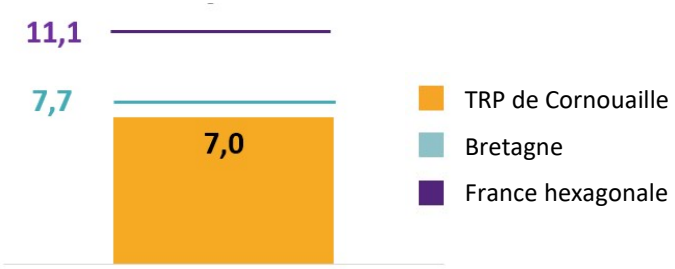


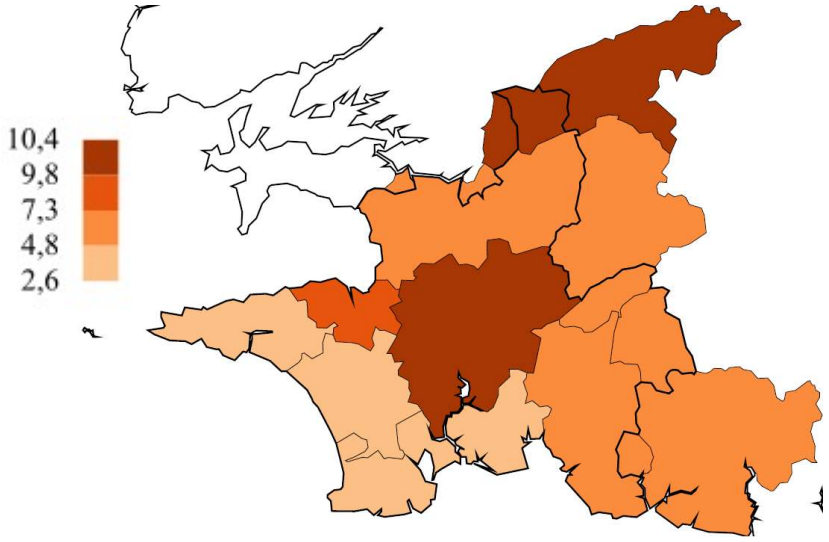
Source : Insee RP 2017 - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Environnement social : précarité d'accès aux soins

Part de bénéficiaires de la CSS parmi les consommants affiliés au régime général (RG)* au 31 décembre 2019 (en %)





16 955 bénéficiaires de la CSS, soit 7 % des consommants de soins affiliés au régime général.

- Une part proche du niveau de la région (7,7 %) mais moins élevée qu'en France (11,1 %).
- Des disparités infra-territoriales importantes.

* Les consommants de soins affiliés au régime général (RG) couvrent :
- 76 % des consommants du TRP de Cornouaille
- 76 % des consommants de la région Bretagne
- 81 % des consommants au niveau national

Définition :
Depuis le 1er novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). La CSS est une aide accordée sous condition de ressources, dont le plafond varie selon la composition du foyer. Elle donne droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale.

Sources : SNDS (DCIRS) – Exploitation Fnors, ORS Bretagne

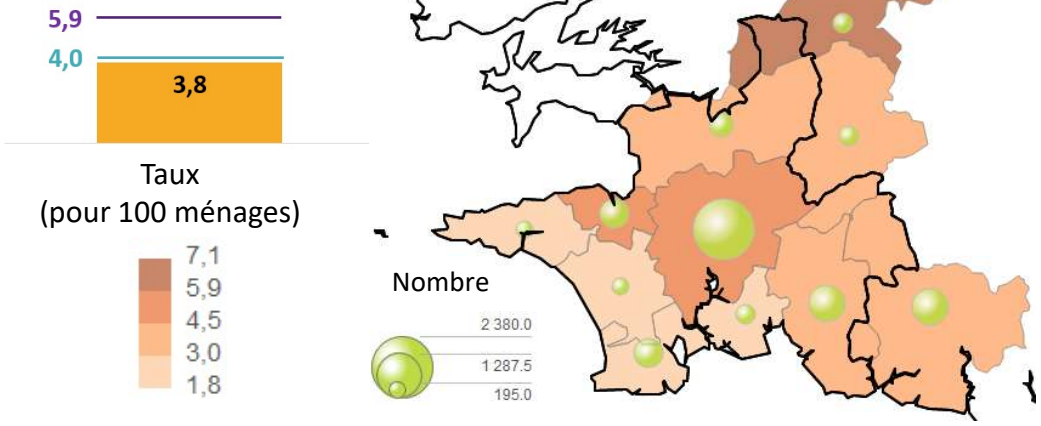
Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Environnement social : allocations

5 391 allocataires du RSA en 2019, soit 3,8 % des ménages

- Un taux proche du niveau régional (4 %) mais plus faible qu'en France (5,9 %).
- Le plus élevé dans la CC Monts d'Arrée Communauté.

Allocataires du RSA au 31 décembre 2019



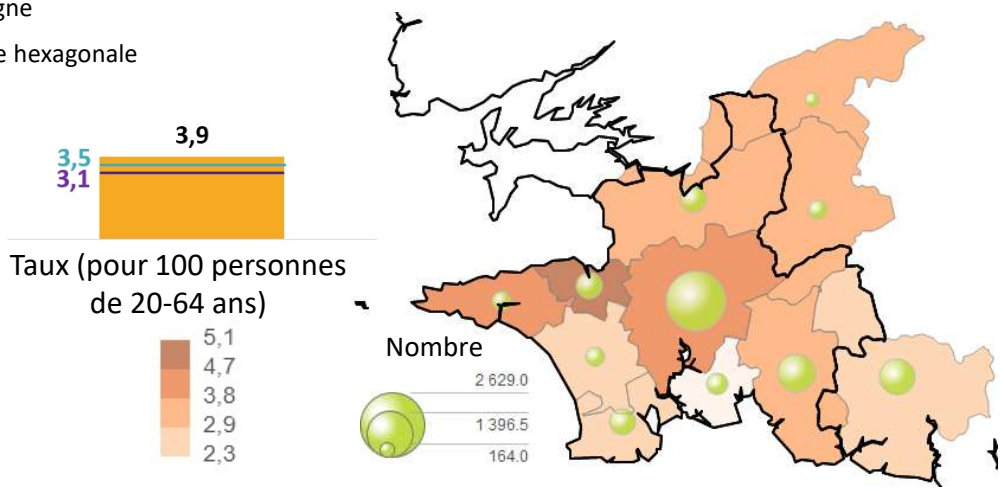
Définition & Précision méthodologique :
Le revenu de solidarité active (RSA) assure aux personnes disposant de faibles ressources un niveau minimum de revenu qui varie selon la composition du foyer. Ce niveau minimum pour une personne vivant seule sans enfant est de 565 euros, pour un couple avec deux enfants de 1 187 euros.

Source : Insee - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

6 255 bénéficiaires de l'AAH en 2019, soit 3,9 % des habitants âgés de 20 à 64 ans

- Une part plus élevée qu'en Bretagne (3,5 %) et en France (3,1 %).
- La plus forte dans la CC de Douarnenez.

Bénéficiaires de l'AAH au 31 décembre 2019



Définition & Précision méthodologique :
L'allocation aux adultes handicapés (AAH) est une aide financière qui permet d'assurer un revenu minimum aux personnes en situation de handicap. Accordée sur décision de la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH), l'AAH est attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge, de résidence et de ressources. Son montant vient compléter les autres ressources. Le montant maximal est de 904 euros.

Sources : CCMSA, CNAF, Insee - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

Autres déterminants de santé : équipements sportifs et licences sportives

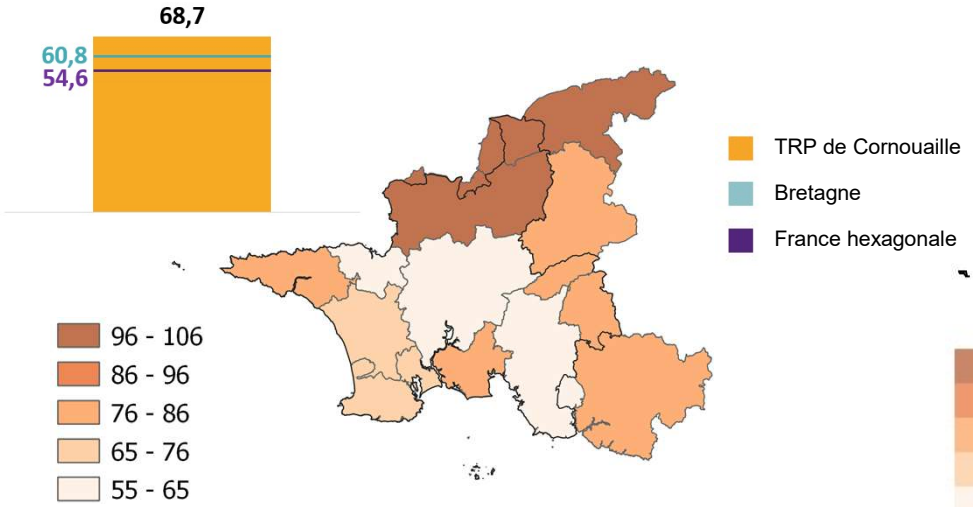
2 013 équipements sportifs dans le TRP de Cornouaille, soit 10 % de l'ensemble des équipements bretons

- Un taux d'équipements sportifs plus élevé qu'en Bretagne et en France.

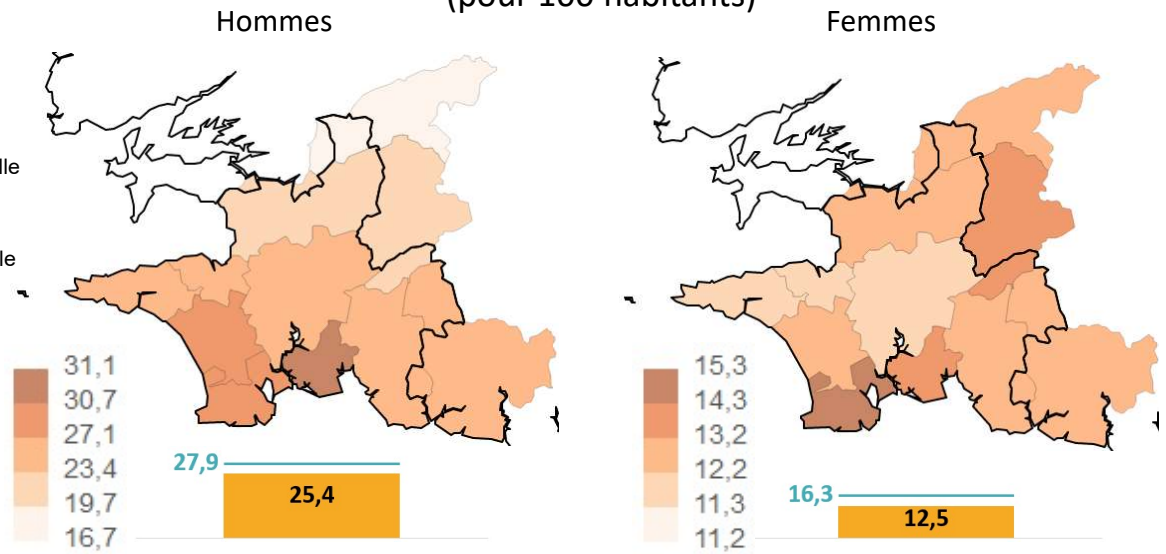
52 251 licences sportives délivrées, soit 7 % des licences de la région

- Des taux de licences sportives un peu plus faibles qu'au niveau régional et plus important chez les hommes.

Taux d'équipements sportifs en avril 2021
(pour 10 000 habitants)



Taux standardisés selon l'âge de licences sportives* délivrées en 2017
(pour 100 habitants)



*Données non disponibles pour la France hexagonale

Définition & Précisions méthodologiques :
Le recensement des licences et des clubs sportifs est réalisé annuellement par la Mission enquêtes, données et études statistiques (MEDES) auprès des fédérations sportives agréées par le ministère en charge des sports. Celles-ci fournissent des données sur les licences qu'elles délivrent et sur les clubs qui leur sont affiliés. Ces fichiers sont retraités par l'Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire (INJEP). Les licences sportives dénombrées sont celles délivrées par les fédérations sportives agréées par le ministère chargé des sports, hors union nationale du sport scolaire -UNSS-, union sportive de l'enseignement du premier degré et fédération des arts énergétiques et martiaux chinois qui ne sont pas répertoriées au lieu de domicile du licencié. Il est à noter que le recensement des licences fournit un nombre de licences et non de licenciés, des personnes peuvent donc être comptées plusieurs fois s'ils sont licenciés dans plusieurs fédérations.

Sources : Ministère en charge des sports - RES, INJEP-MEDES / Recensement des licences et clubs sportifs, Insee - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

État de santé

L'examen de l'état de santé d'une population peut être abordé au travers de différentes éléments que sont notamment l'espérance de vie, la mortalité, la morbidité (ici, total des affections de longue durée – ALD - au 31 décembre), la santé ressentie (non étudiée ici) et la consommation de soins.

Sont ainsi présentés ici des indicateurs issus de l'exploitation de bases de données de santé auxquelles ont accès la Fnors et les ORS, grâce à des conventionnements avec les producteurs de données, des décrets les y autorisant et au respect de règles pour l'utilisation de ces données.

Les indicateurs sont notamment des taux standardisés sur l'âge qui s'affranchissent des effets liés à l'âge et autorisent des comparaisons entre territoires et entre périodes. Sont aussi présentés des indicateurs évaluant par exemple le différentiel de mortalité entre le territoire étudié et la France hexagonale et sa significativité statistique.

Sont d'abord abordés des indicateurs de santé générale, de santé mentale puis des *focus* sur les pathologies faisant l'objet des travaux de responsabilité populationnelle de la FHF, à savoir le diabète et l'insuffisance cardiaque, et enfin des indicateurs de recours à certains professionnels de santé.

La FHF produit également des indicateurs complémentaires provenant de l'exploitation des données du PMSI (hospitalisations).

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

État de santé : vue d'ensemble

1 719 décès — nombre de décès annuel moyen en 2009-2015 — 1 784 décès

+228 décès

Écart entre le nombre de décès relevé et celui qui serait observé avec la même mortalité qu'en France

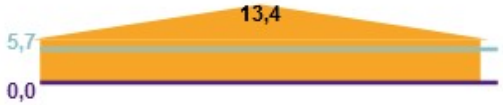
+201 décès

Une espérance de vie à la naissance en 2009-2015 de :
76,7 ans chez les hommes et de **84,1 ans chez les femmes**

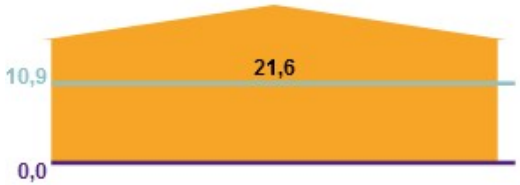
- **Soit des valeurs bien moindres qu'en France :**
-2 ans pour les hommes et -1,1 ans pour les femmes.
- **Et, à un degré moindre, qu'en région :**
-1 an pour les hommes et -0,8 pour les femmes.

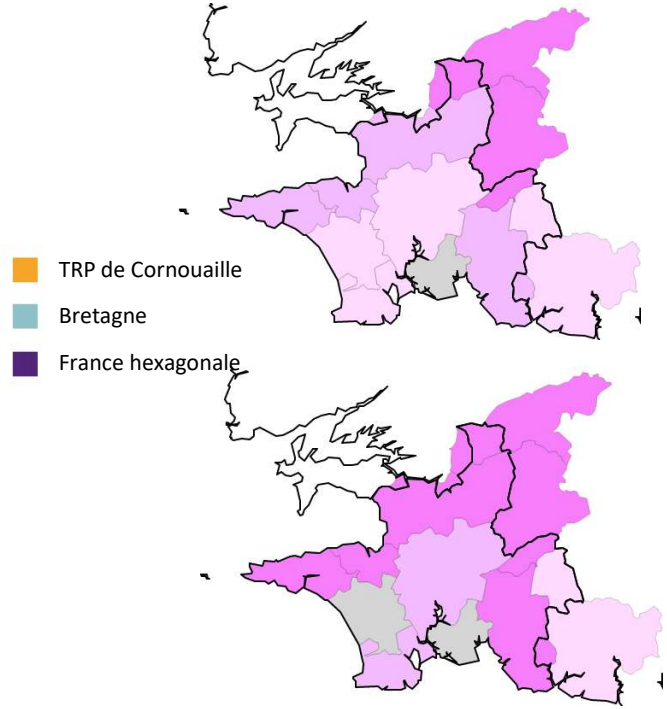
Différentiel de mortalité* en regard de la France hexagonale en 2009-2015
(en %)

Tous âges



Moins de 65 ans



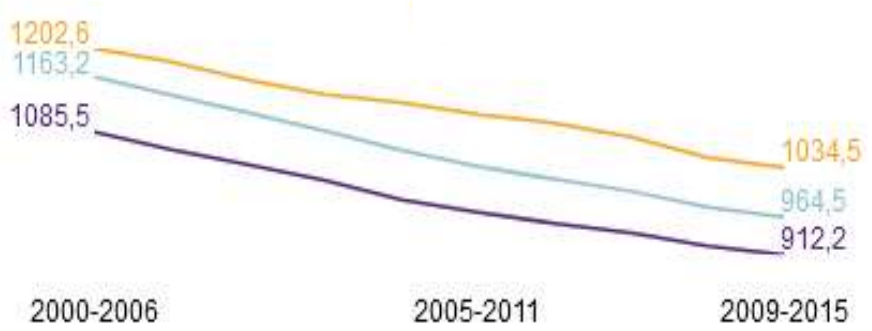


pas de différence significative

sous-mortalité

surmortalité

Évolution du taux standardisé de mortalité
(pour 100 000 habitants)



surmortalité > à 45 %
surmortalité comprise entre 25 % et 45 %
surmortalité comprise entre 15 % et 25 %
surmortalité comprise entre 5 % et 15 %
pas de différence significative
sous-mortalité comprise entre -5 % et -15 %
sous-mortalité < à -15 %

* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

État de santé : Mortalité évitable chez les moins de 75 ans…

… liée à la prévention

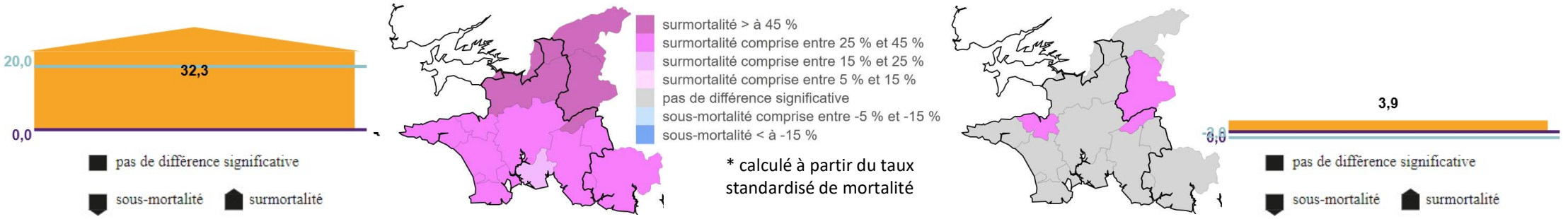
397 — nombre de décès annuel moyen en 2009-2015 — 124

…liée au système de soins

102 — nombre de décès annuel moyen en 2009-2015 — 88

Évolution du taux standardisé de mortalité évitable chez les moins de 75 ans (pour 100 000 habitants)

Différentiel de mortalité évitable* en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)



* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

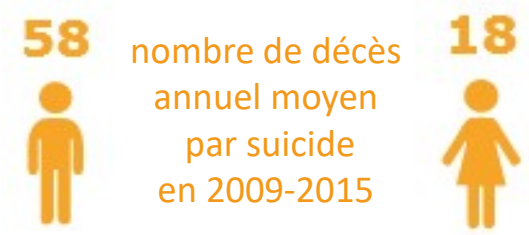
Définition & Précision méthodologique :
La mortalité évitable considérée (OCDE/Eurostat - novembre 2019) est celle définie dans le document intitulé *Avoidable mortality : OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death (November 2019 version)* publié en novembre 2019. Deux types de mortalité évitable peuvent être calculés, celle liée au système de soins et celle liée à la prévention. La mortalité évitable liée à la prévention regroupe toutes les causes de décès qui, chez les moins de 75 ans, compte-tenu des connaissances sur les déterminants de la santé à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à des actions de prévention dans un sens très large. La mortalité évitable liée au système de soins regroupe toutes les causes de décès qui, chez les moins de 75 ans, compte-tenu des connaissances médicales et techniques à la date du décès, auraient pu être en grande partie évitées grâce à une bonne qualité du système de soins large.

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

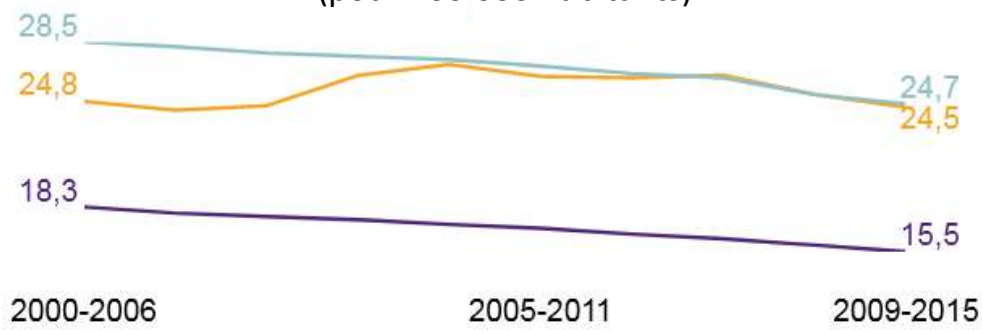
Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

État de santé : *Focus* santé mentale sur le suicide

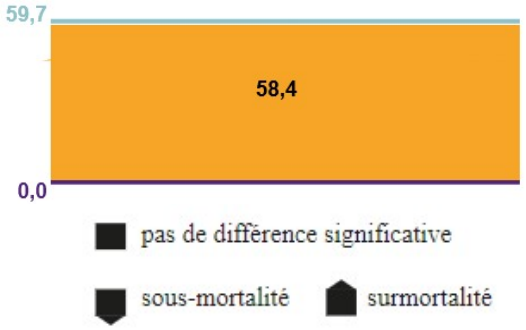


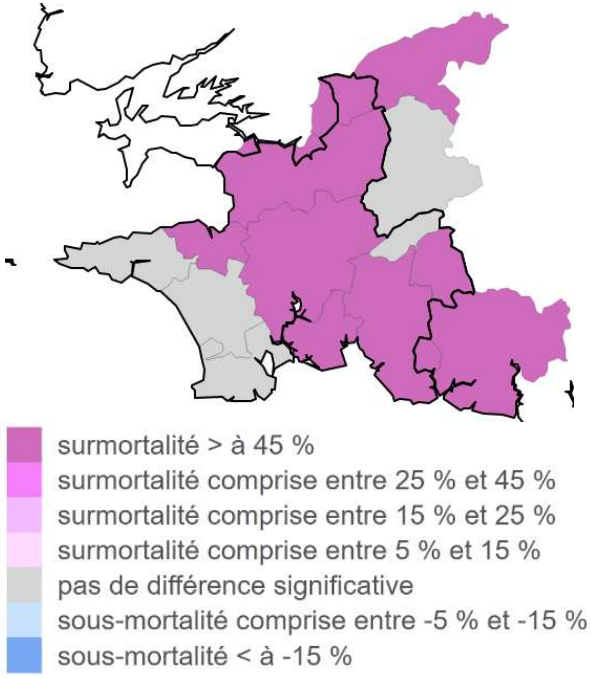
- Comme au niveau régional, le TRP de Cornouaille affiche **une forte surmortalité par suicide** par rapport au niveau national, soit un différentiel de mortalité supérieur de **+58,4 % dans le TRP** et +59,7 % en Bretagne.
- Une situation défavorable observée dans la moitié des EPCI du TRP.
- En parallèle, la mortalité par causes inconnues ou morts violentes dont l'intention n'a pas été déterminée est aussi équivalente à celle de la région avec 18,5 décès pour 100 000 habitants en 2009-2015 dans le TRP et 18,8 en Bretagne mais elle est près de 2 fois moins importante qu'en France (34,0).

Évolution du taux standardisé de mortalité par suicide
(pour 100 000 habitants)



Différentiel de mortalité* par suicide en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)





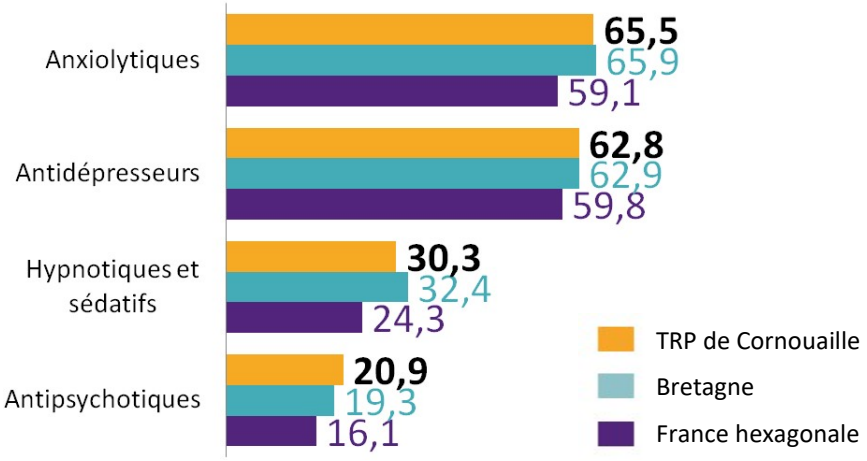
Précisions méthodologiques :
Différentes études ont pu mettre en évidence que des biais pouvaient entrainer une sous-estimation des décès par suicide. Selon la dernière évaluation réalisée par le CépiDc, certains suicides seraient en particulier enregistrés en tant que causes inconnues de décès (code R99) ou morts violentes dont l'intention n'a pas été déterminée (codes Y10-Y34). Ce défaut d'identification pourrait entrainer, selon l'étude, une sous-estimation potentielle des décès par suicide de 9,4 % en France (données 2006). Cette sous-estimation semble variable selon les territoires.

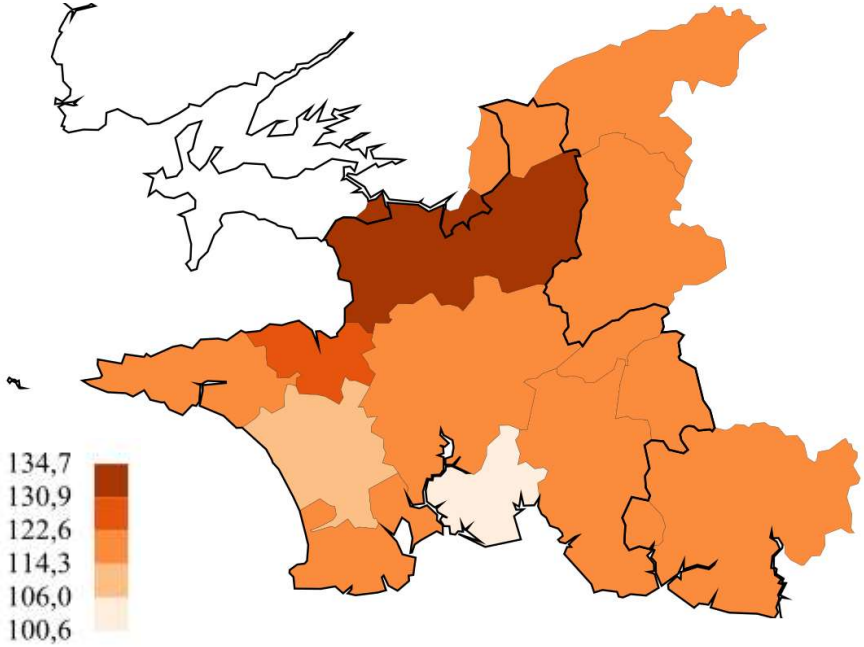
Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation FNORS, ORS Bretagne

* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

État de santé : *Focus* santé mentale sur la consommation de psychotropes

Patients pris en charge par traitements psychotropes réguliers en 2019
(taux standardisés pour 1 000 consommants de soins)





**42 115 patients traités par psychotropes,
soit 119,3 pour 1 000 consommants de soins.**

- Un taux plus important qu'en France (110,8 pour 1 000).
- Les EPCI de Pleyben - Châteaulin – Porzay (134,7) et Douarnenez Communauté (123,0) affichent les consommations les plus élevées, à l'inverse le taux le plus faible concerne l'EPCI du Pays Fouesnantais (100,6).

Définition & Précision méthodologique :
Les personnes prises en charge pour les différentes classes de traitements psychotropes (antipsychotiques N05A, anxiolytiques N05B, hypnotiques et sédatifs N05C, antidépresseurs N06A, psycholeptiques N05A/N05B/N05C) correspondent aux personnes ayant reçu au moins 3 délivrances des traitements de la classe ATC concernée dans l'année.

Sources : SNDS (DCIR-PMSI), Insee – Exploitation Fnors, ORS Bretagne

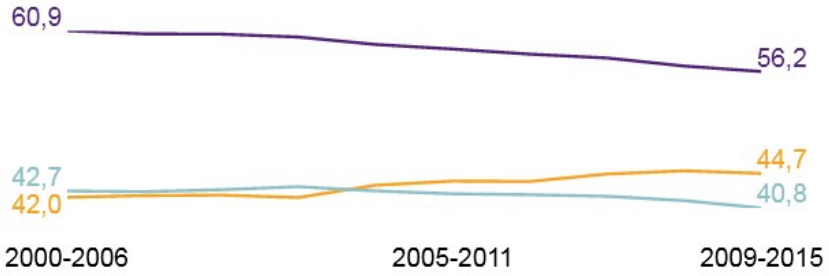
Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

État de santé : Mortalité liée au diabète

84 nombre de décès annuel moyen par diabète en 2009-2015 72

Évolution du taux standardisé de mortalité par diabète (pour 100 000 habitants)

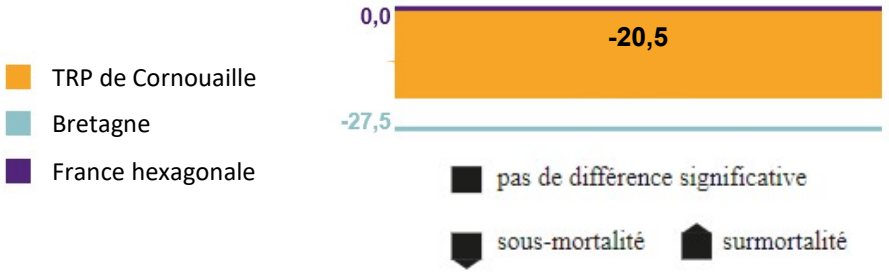


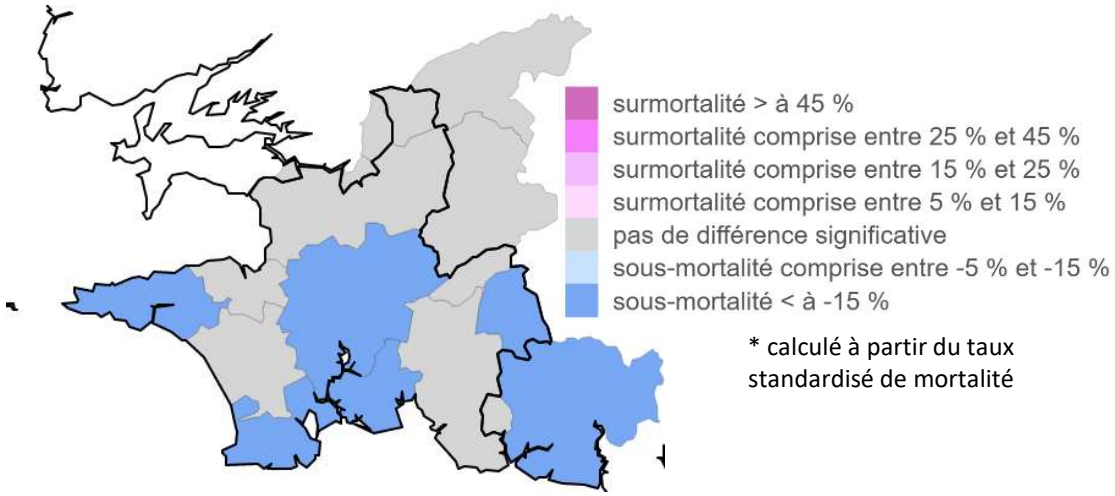
- Les **décès par diabète représentent 37,3% des décès par maladies endocriniennes** dans le TRP (45,1 % au niveau de la France).

Précision méthodologique :
La mortalité liée au diabète est étudiée ici en tant que causes initiale, associée et comorbidités.

- Avec 156 **décès par diabète en 2009-2015, le TRP reste en situation favorable (-20,5 %)** par rapport à la moyenne nationale malgré des taux standardisés de mortalité en progression alors qu'ils diminuent en France.

Différentiel de mortalité* par diabète en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)





* calculé à partir du taux standardisé de mortalité

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

État de santé : Affections longue durée (ALD) pour diabète

ALD pour diabète de type 1

767 nombre total d'ALD au 31 décembre 2019 (1,9 % du total d'ALD) **606**

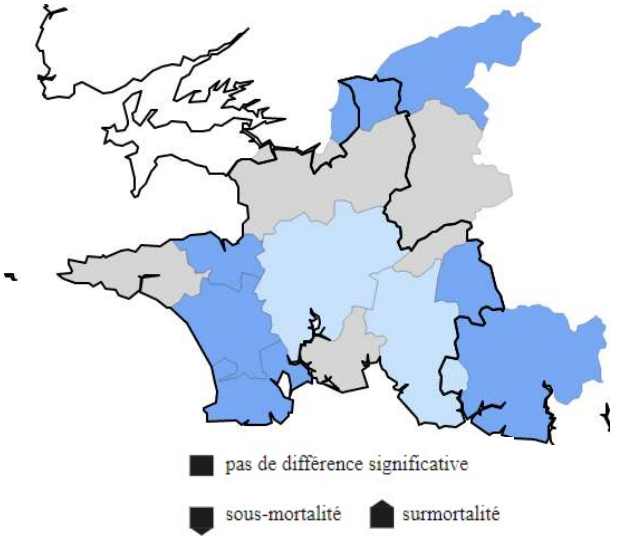
- TRP de Cornouaille
- Bretagne
- France hexagonale

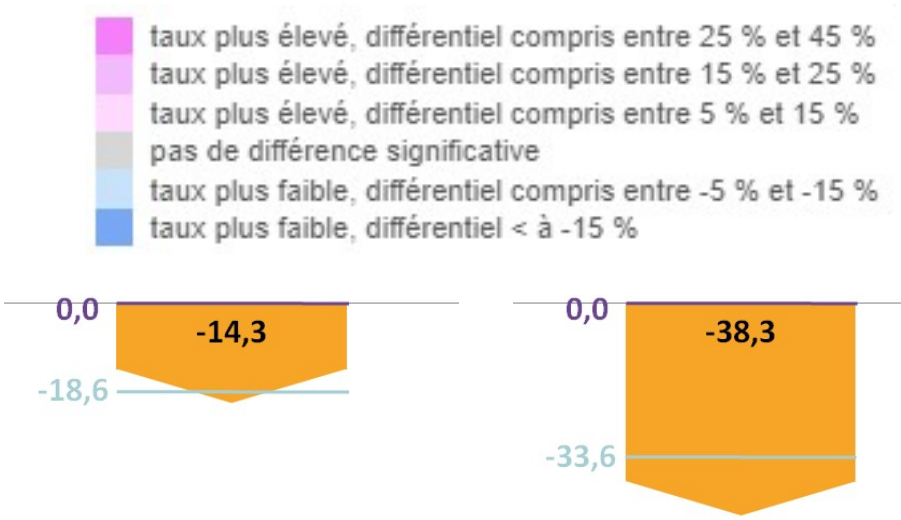
ALD pour diabète de type 2

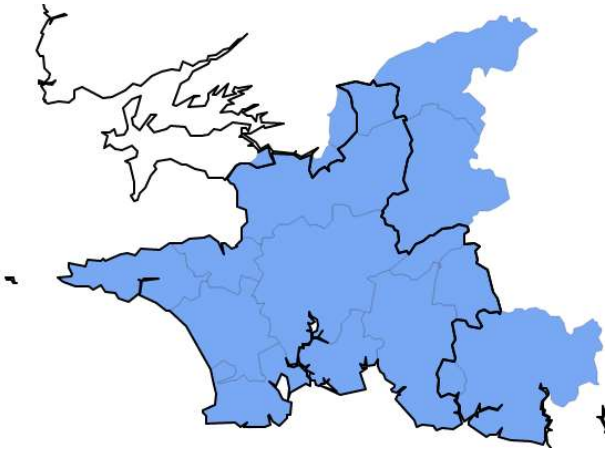
5 101 nombre total d'ALD au 31 décembre 2019 (12,8 % du total d'ALD) **4 126**

Différentiel du total des ALD* pour diabète en regard de la France hexagonale - en 2009-2015 (en %)

* calculé à partir du taux standardisé







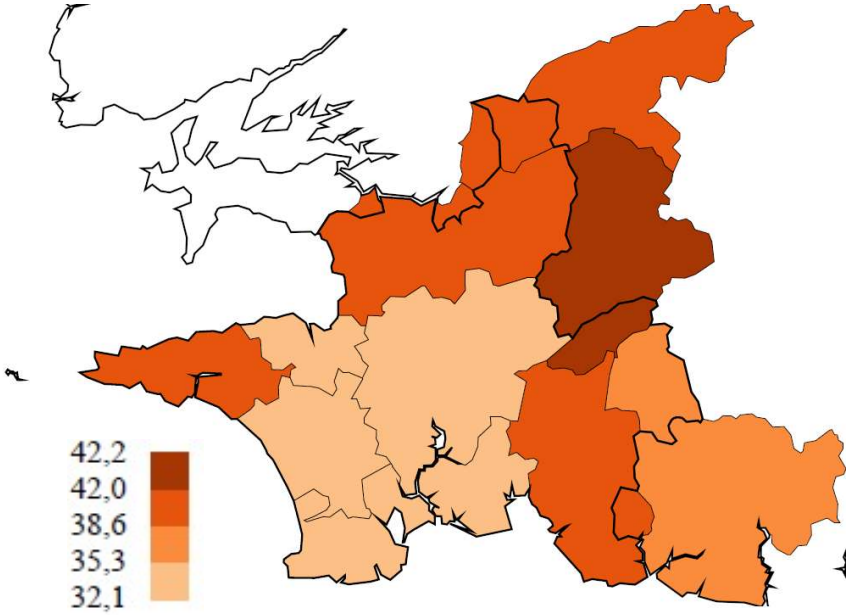
Précision méthodologique :
Il faut noter que ces données de prévalence d'ALD dépendent naturellement de la situation de la population face à la pathologie, mais également des modalités d'attribution de la part du service médical de l'Assurance maladie et de la demande des personnes via leur médecin. De plus, certaines personnes ne sont pas forcément diagnostiquées et ne sont, de fait, pas comptabilisées dans ce recueil. Aussi, les indicateurs calculés à partir des données d'ALD ne reflètent pas la morbidité réelle, mais constitue une approche d'une certaine morbidité diagnostiquée et prise en charge.

Sources : Régime général, Mutualité sociale agricole, Sécurité sociale des indépendants, Insee - Eploitation FNORS, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

État de santé : Diabète pris en charge par le système de soins

Patients pris en charge pour diabète en 2019
(taux standardisés pour 1 000 consommants de soins)



13 923 patients diabétiques dans le TRP Cornouaille, soit 36,0 pour 1 000 consommants de soins

- Un taux proche de la moyenne régionale (37,1 pour 1 000) mais nettement plus faible qu'en France (53,2 pour 1 000).
- Tous les EPCI du TRP affichent un taux inférieur à la moyenne nationale : ils varient dans une fourchette allant d'un minimum de 32,1 pour 1 000 dans l'EPCI du Pays Fouesnantais à un maximum de 42,2 dans celui de Haute-Cornouaille.

Précision méthodologique :
Les personnes prises en charge pour diabète correspondent :
- aux personnes ayant reçu au moins 3 délivrances (à différentes dates) d'antidiabétiques oraux ou d'insuline (ou au moins 2 en cas d'au moins un grand conditionnement) au cours de l'année, et/ou personnes ayant une ALD (Affection de Longue Durée) au cours de l'année avec codes CIM-10 de diabète.
- et/ou personnes hospitalisées au cours de l'année avec codes CIM10 de diabète (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR)),
- et/ou personnes hospitalisées au cours de l'année pour une complication du diabète (en DP ou en DR) avec un code CIM10 de diabète en diagnostic associé (DA), ou en DP ou DR de RUM (Résumé d'Unité Médicale).

Sources : SNDS (DCIR-PMSI), Insee – Exploitation Fnors, ORS BFC

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

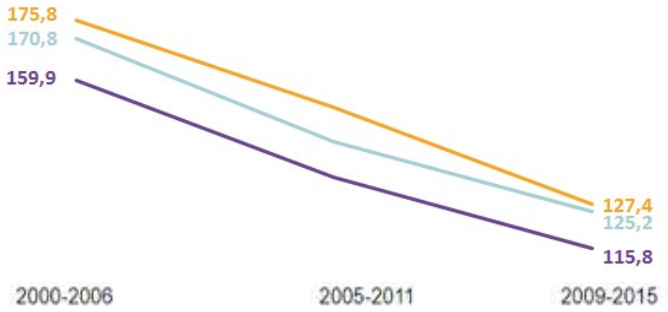
Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

État de santé : mortalité et ALD pour insuffisance cardiaque

176 nombre de décès annuel moyen par insuffisance cardiaque en 2009-2015 — **255**

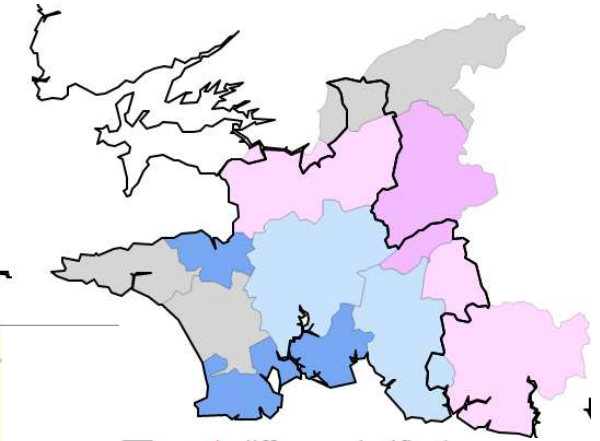
438 nombre total d'ALD pour insuffisance cardiaque au 31 décembre 2019 — **545**

Évolution du taux standardisé de mortalité par insuffisance cardiaque

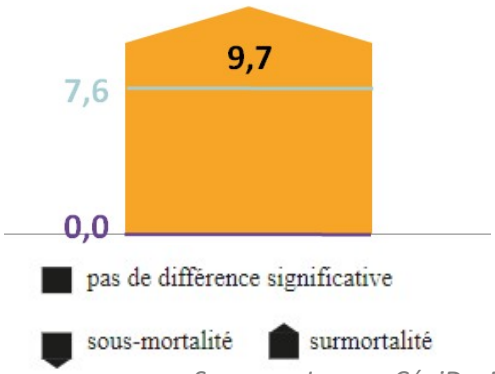


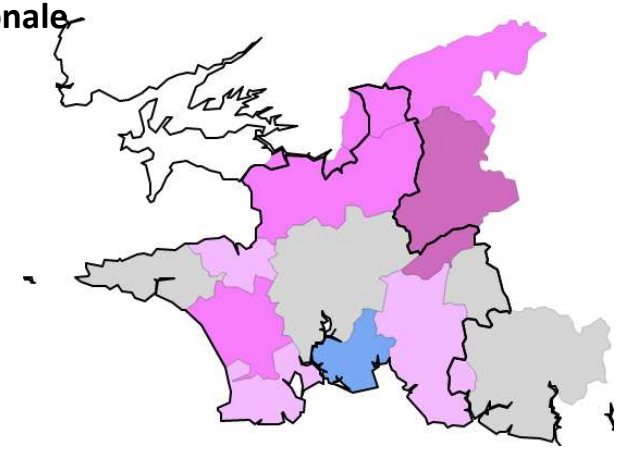
- TRP de Cornouaille
- Bretagne
- France hexagonale

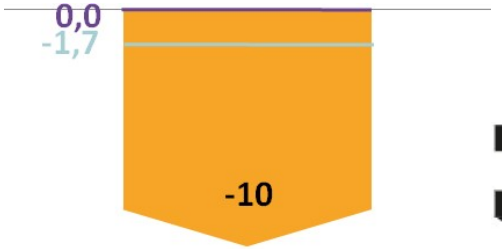
Différentiel du total des ALD pour insuffisance cardiaque en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)

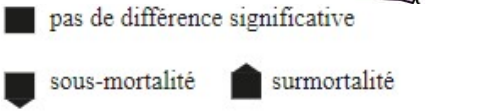


Différentiel de mortalité par insuffisance cardiaque en regard de la France hexagonale en 2009-2015 (en %)









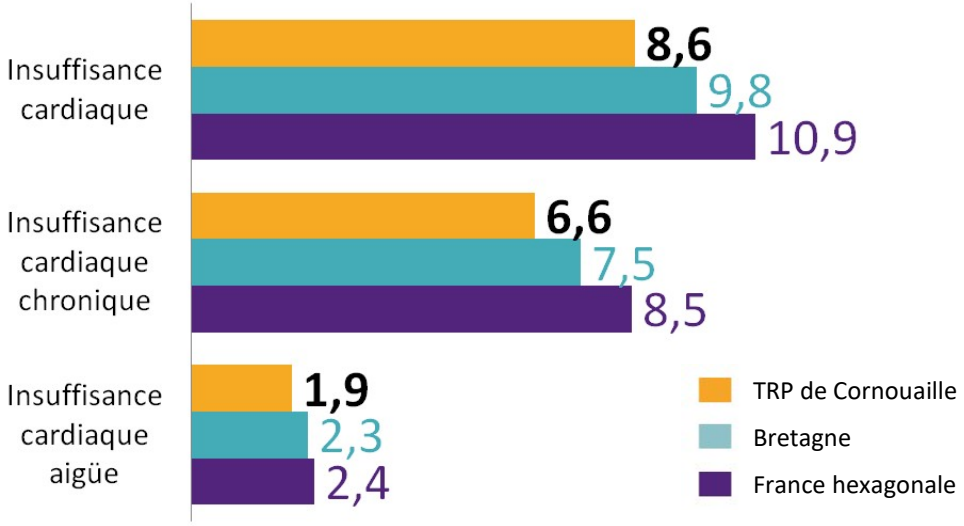
Précision méthodologique :
La mortalité liée à l'insuffisance cardiaque est étudiée ici en tant que causes initiale, associée et comorbidités.
Les ALD sont une estimation du nombre de patients a minima atteints (cf. page 23) et sont relativement imprécises pour l'insuffisance cardiaque.

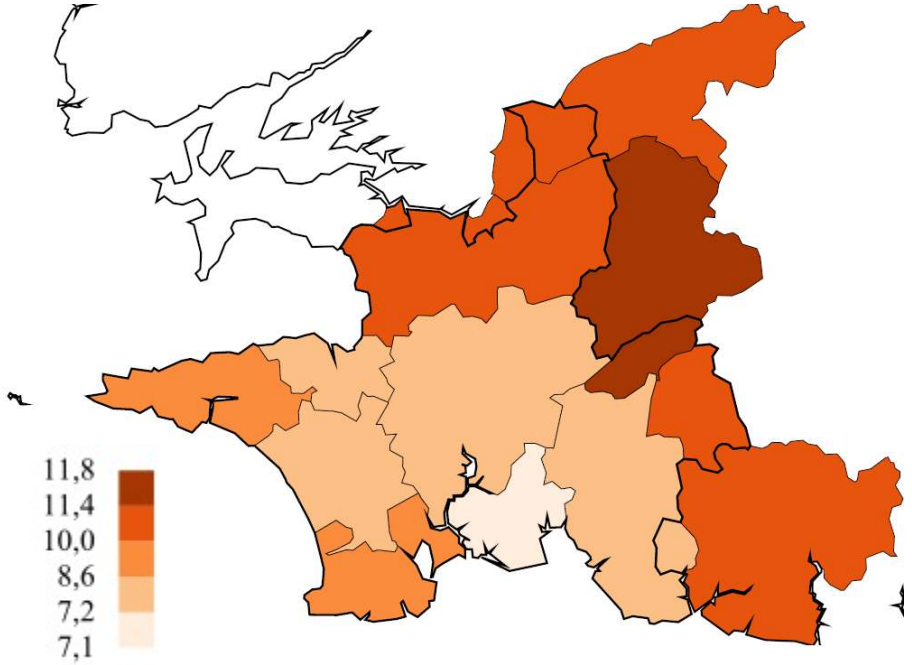
Sources : Inserm CépiDc, Régime général, Mutualité sociale agricole, Sécurité sociale des indépendants, Insee - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

État de santé : Insuffisance cardiaque prise en charge par le système de soins

Patients pris en charge pour insuffisance cardiaque (IC) en 2018
(taux standardisés pour 1 000 consommants de soins du régime général)





2 493 patients traités pour IC dans le TRP, soit 8,6 pour 1 000 consommants de soins

- Un taux plus faible qu'en région (9,8 pour 1 000) et qu'en France (10,9).
- Les quatre EPCI, situés au nord et à l'est affichant les taux les plus élevés.

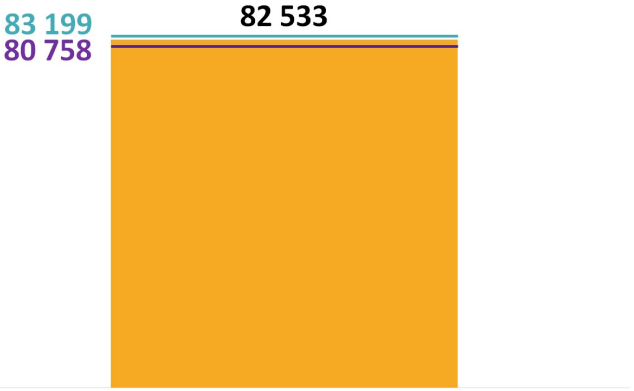
Précision méthodologique :
Les données sur les personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque aiguë et/ou insuffisance cardiaque chronique sont issues de la cartographie des pathologies disponible dans le portail SNDS de l'Assurance Maladie.

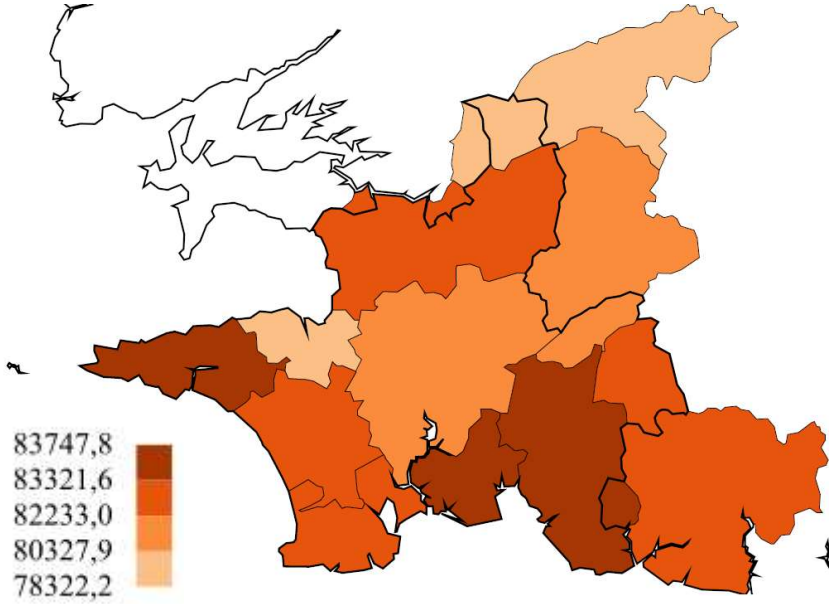
Sources : SNDS (DCIR-PMSI, cartographie des pathologies), Insee - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

État de santé : recours aux soins de médecins généralistes

Personnes ayant eu recours à un médecin généraliste (MG) de ville en 2019
(taux standardisés pour 100 000 consommants de soins)





Plus de 8 personnes sur 10 ont eu recours à un MG de ville, soit 82 533 pour 100 000 consommants de soins

- Un taux plus important qu'en France (80 758 pour 100 000), mais un peu plus faible qu'en moyenne régionale (83 199).
- La CC Cap Sizun – Pointe du Raz à l'ouest et celles de la CC du Pays du Fouesnantais et de la CA Concarneau Cornouaille Agglomération situés au sud du territoire affichent les taux de recours les plus élevés.

Précisions méthodologiques :
Sont pris en compte ici les recours aux médecins généralistes libéraux ou mixtes (exerçant en cabinet) et/ou aux médecins généralistes salariés d'un centre de santé.

Sources : SNDS (DCIRS), Insee – Exploitation Fnors, ORS Bretagne

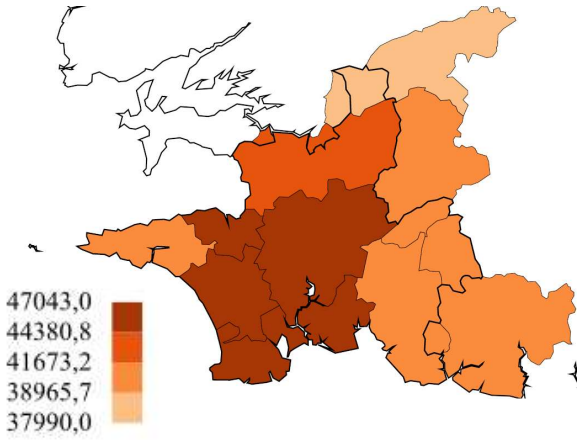
Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

État de santé : recours aux soins d'autres professionnels de santé

Personnes ayant eu recours à un infirmier, un chirurgien-dentiste et/ou un masseur-kiné de ville en 2019
(Nombre dans le TRP et taux standardisés pour 100 000 consommants de soins)

Recours aux soins de proximité	TRP de Cornouaille		Bretagne	France hexagonale
	Nombre de patients	Taux std p. 100 000	Taux std p. 100 000	Taux std p. 100 000
Infirmiers	69 669	19 642	20 904	17 023
Chirurgiens-dentistes	137 292	44 384	43 593	40 558
Masseurs-kinésithérapeutes	53 734	16 303	16 589	14 503

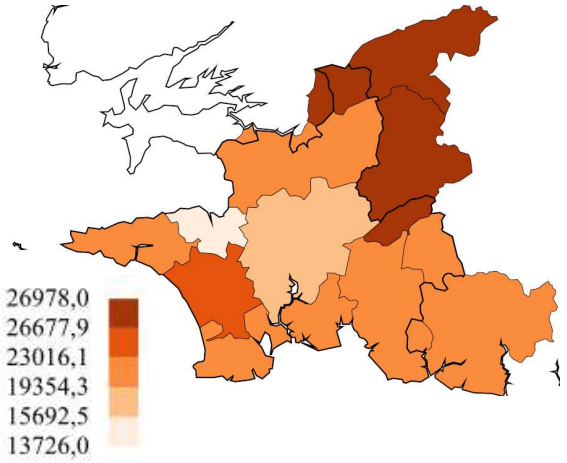
Chirurgiens-dentistes



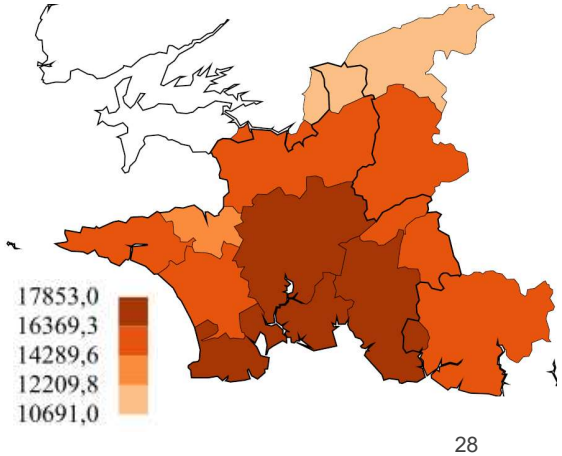
Des recours aux PS du 1er recours autre que le MG plus importants dans le TRP qu'en France :

- Taux de recours aux infirmiers > taux national
- Taux de recours aux chirurgiens-dentistes > taux national
- Taux de recours aux masseurs-kiné > taux national

Infirmiers



Masseurs-kinésithérapeutes



Précisions méthodologiques :
Les professionnels de santé de proximité (autres que le médecins généralistes) considérés ici, sont les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes. Sont pris en compte les recours à ces 3 types de professionnels de santé libéraux ou mixtes (exerçant en cabinet) et/ou salariés d'un centre de santé.

Sources : SNDS (DCIRS), Insee – Exploitation Fnors, ORS Bretagne

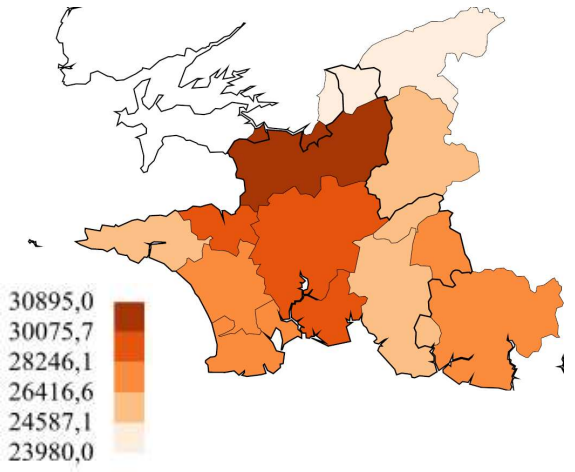
Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

État de santé : recours aux soins d'autres spécialités médicales de ville

Personnes ayant eu recours à un cardiologue, un ophtalmologue et/ou un psychiatre de ville en 2019
(Nombre dans le TRP et taux standardisés pour 100 000 consommants de soins)

Recours aux PS de ville	TRP de Cornouaille		Bretagne	France hexagonale
	Nombre de patients	Taux std p. 100 000	Taux std p. 100 000	Taux std p. 100 000
Ophtalmologues	91 120	27 921	28 273	27 295
Cardiologues	19 777	5 304	7 011	8 931
Psychiatres	5 529	1 793	1 743	2 162

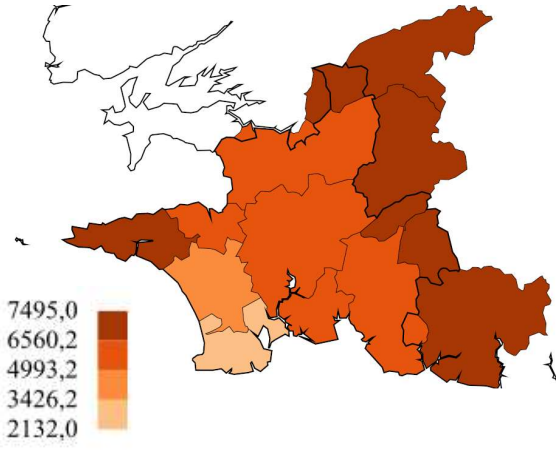
Ophtalmologues



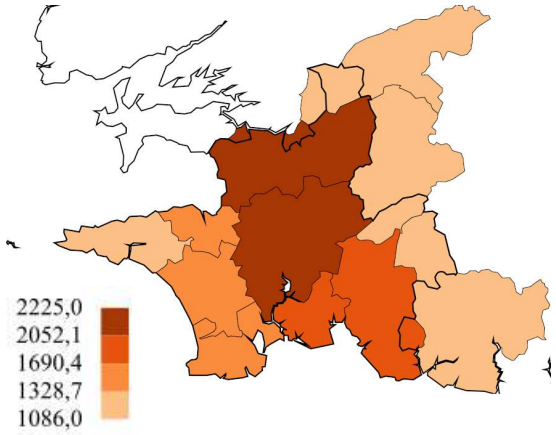
Des recours variables à ces trois spécialistes dans le TRP…

- Équivalents à la moyenne régionale pour les ophtalmologues et les psychiatres.
- Moindres aux niveaux régional et national pour les cardiologues
- Des taux de recours à ces spécialistes inégalement répartis selon les EPCI du TRP.

Cardiologues



Psychiatres



Précision méthodologique :
Sont pris en compte les recours aux cardiologues, ophtalmologues et psychiatres libéraux ou mixtes (exerçant en cabinet) et/ou salariés d'un centre de santé.

Sources : SNDS (DCIRS), Insee – Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Offre de soins, offre de santé

Même si, dans la constitution des inégalités de santé, la part attribuable aux soins apparait plus limitée que celle attribuable aux facteurs sociaux et environnementaux, l'accès aux soins reste néanmoins un élément central des politiques de santé et constitue un axe important dans le cadre des travaux de responsabilité populationnels de la FHF qui souhaite s'appuyer sur les ressources présentes sur les territoires.

Les professionnels libéraux sont *a priori* les principaux acteurs de la prise en charge organisée des « soins primaires », dits aussi de premier recours ou de proximité, centrés autour des médecins généralistes, qui assurent également l'orientation de leurs patients, vers des soins de second recours dispensés par les médecins spécialistes voire de troisième recours en établissement de santé ou en structure adaptée.

Ainsi, sont déclinés des éléments sur la densité de professionnels de santé libéraux ou mixtes et leur accessibilité (en durée) sur les territoires étudiés.
Sont également présentés des éléments en matière d'offres d'accompagnements/hébergements médico-sociaux pour les personnes âgées ainsi que les dispositifs connus d'exercices coordonnés et enfin, des éléments quant à des programmes d'Education thérapeutique du patient (ETP) disponibles sur les territoires (l'ETP étant un outil notamment déployé dans le cadre des pathologies diabétiques et d'insuffisance cardiaque).

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

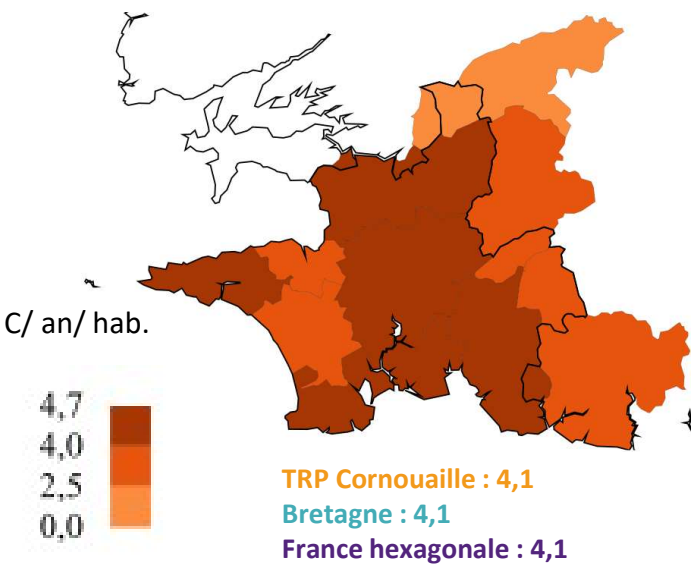
Offre de soins libérale : APL au médecin généraliste

Précision méthodologique :
L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur d'adéquation territoriale entre l'offre et la demande de soins de ville (hors hôpital). Il permet de mesurer à la fois la proximité et la disponibilité des professionnels de santé. Il est donc plus fin que les indicateurs usuels de densité ou de temps d'accès. Calculé au niveau de la commune, il tient compte de l'offre et de la demande issues des communes environnantes, de façon décroissante avec la distance. Il intègre en outre une estimation du niveau d'activité des professionnels en exercice, sur la base des observations passées, ainsi que des besoins de soins de la population locale, en fonction des consommations de soins moyennes observées par tranche d'âge.

➔ **De l'APL à la sous-densité :**
La Drees a retenu, pour déterminer si une commune est sous-dense ou pas en médecins généralistes, le seuil de 2,5 consultations par an et par habitant standardisé (C/an/hab). Ainsi, Un territoire est dit sous-doté (ou sous-dense) si son APL est inférieur ou égal à 2,5 C/an/hab. Il est dit moyennement doté si son APL est compris entre 2,5 et 4 C/an/hab et bien doté si son APL excède 4 C/an/hab.
L'indicateur d'APL d'une entité supra-communale est égal à la moyenne des APL des communes composant cette entité, pondérés par leur population standardisée. Il faut toutefois noter que plus l'indicateur d'APL est agrégé sur des mailles larges, plus il se rapproche d'un indicateur de densité.
Source : Drees.

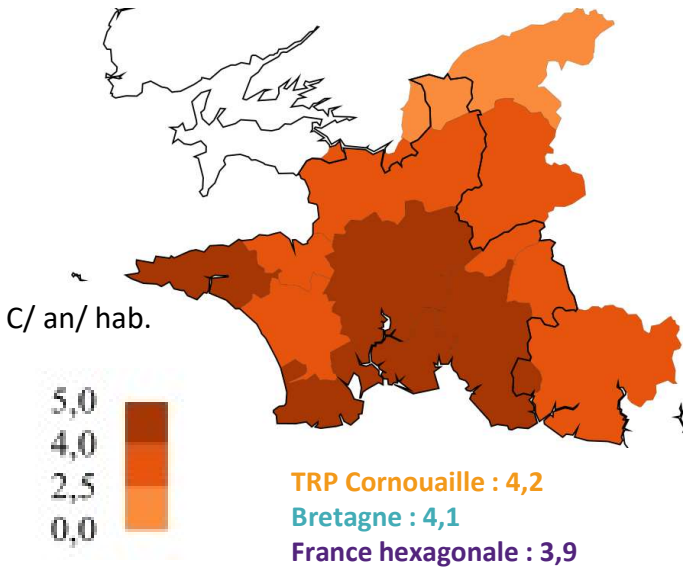
Accessibilité potentielle localisée (APL) au médecin généraliste
(en nombre de consultations par an et par habitant)

2015



TRP Cornouaille : 4,1
Bretagne : 4,1
France hexagonale : 4,1

2019



TRP Cornouaille : 4,2
Bretagne : 4,1
France hexagonale : 3,9

- Une **accessibilité spatiale aux médecins généralistes plus élevée dans le TRP Cornouaille** qu'en Bretagne et en France en 2019 (4,2 cons. accessibles par an et par habitant contre respectivement 4,1 en Bretagne et 3,9 en France).
- Une situation relativement similaire par rapport à 2015 :
seule la CC Pleyben – Châteaulin - Porzay a vu son accessibilité diminuer passant de bien dotée à moyennent dotée.

Sources : Insee RP2017, Drees / Asip-Santé, RPPS, CartoSanté-FNPS - INSEE-Distancier METRIC / Calculs ARS - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

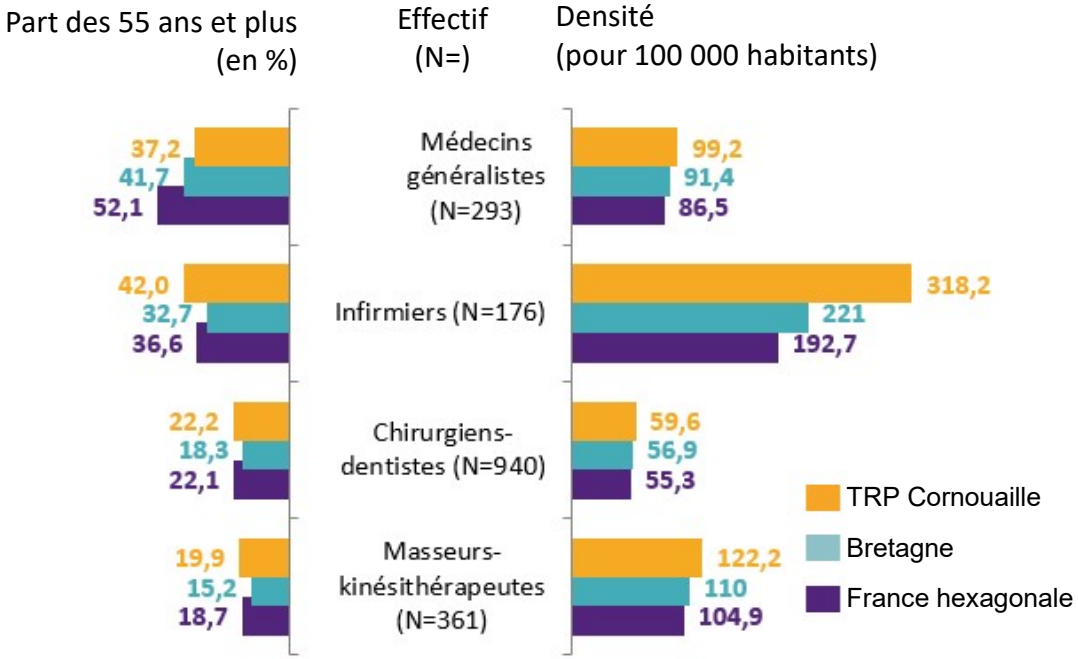
Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

Offres de soins de 1er recours

- **Globalement, un territoire mieux doté en offre libérale de premier recours,** avec des densités plus élevées qu'aux niveaux régional et national.
- Des **médecins généralistes proportionnellement plus jeunes**, à l'inverse des infirmiers libéraux (ou mixtes) un peu plus âgés. Les parts de chirurgiens-dentistes et de masseurs-kinés âgés de 55 ans et plus sont, quant à elles, proches des moyennes nationales.
- Une très **grande proximité de l'ensemble des professionnels de 1er recours** sur le TRP comme au niveau régional et national.

Professionnels de santé libéraux (ou mixtes) au 1er janvier 2020



Précision méthodologique :
Depuis 2016, les distances et temps d'accès aux professionnels de santé et aux structures sont calculées à partir des distances routières fournies par le distancier Métric de l'Insee. Ils ont donc un caractère théorique car, en pratique, les trajets ne se font pas forcément en voiture, et certains critères ne sont pas pris en compte dans la modélisation (recherche d'une place de parking, feux rouges…). Ils permettent cependant d'appréhender des situations très diverses en matière d'accessibilité et d'enclavement des territoires. Pour chaque commune, le temps d'accès à un équipement, par exemple un professionnel de santé, est le temps d'accès entre le chef-lieu de la commune et celui de la commune équipée la plus proche. Lorsque le professionnel est présent dans la commune, le temps d'accès est alors considéré comme étant nul.
Le temps moyen d'accès pour un territoire supracommunal -par exemple une région- représente la moyenne des temps d'accès communaux de ce territoire pondérée par la population. La population de chaque commune est prise en compte de sorte qu'une commune très peuplée pèse davantage dans le calcul qu'une commune moins peuplée.

Part de la population à moins de 5 minutes (en %)
et temps moyen d'accès (en minutes)

Professionnels de santé libéraux (ou mixtes)	TRP cornouaille % population à moins de 5 minutes	TRP cornouaille Temps moyen d'accès en minutes	Bretagne Temps moyen d'accès en minutes	France hex. Temps moyen d'accès en minutes
Médecins généralistes	90,5	0,7	1,1	1,2
Infirmiers	96,7	0,3	0,5	0,9
Chirurgiens-dentistes	79,1	2,0	2,2	2,1
Masseurs-kinésithérapeutes	91,8	0,7	1,1	1,3
Officines de ville	89,7	0,8	1,2	1,3

Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2020, CartoSanté-FNPS - Insee-Distancier METRIC / Calculs ARS, Insee RP 2017 - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

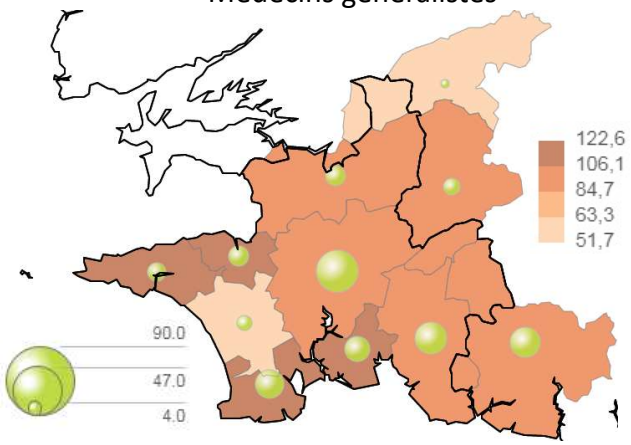
Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Offres de soins de 1er recours : les disparités intra-territoriales…

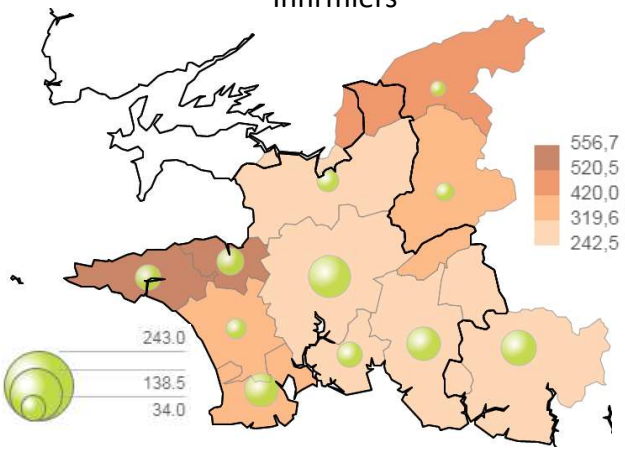
- **Des disparités géographiques d'implantation variables selon les professionnels :**
- Des **densités de médecins généralistes supérieures**, aux moyennes régionale (91,4) et nationale (86,5) dans l'essentiel des EPCI et, pour **les infirmiers, toutes les EPCI du TRP ont des densités plus élevées** qu'en Bretagne (221) et en France (192,7).
- À l'inverse, **des EPCI majoritairement moins dotés en chirurgiens-dentistes et en masseurs-kinésithérapeutes** qu'en moyenne régionale (56,9 et 110) et nationale (55,3 et 104,9).

Nombre et densité des professionnels de santé libéraux (ou mixtes) au 1er janvier 2020 (pour 100 000 habitants)

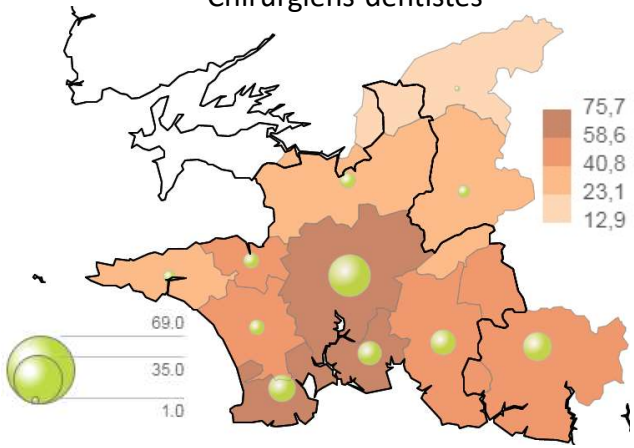
Médecins généralistes



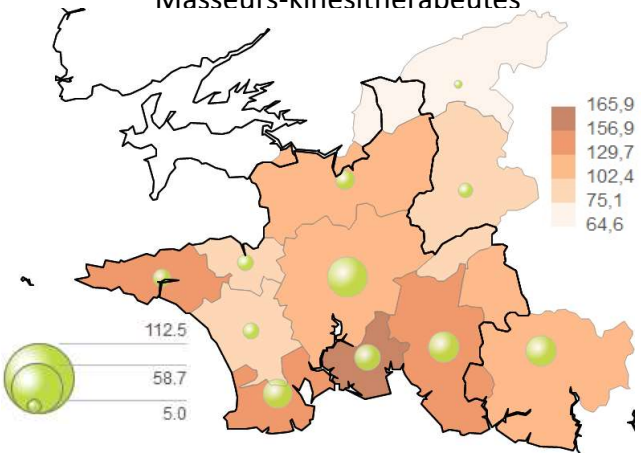
Infirmiers



Chirurgiens-dentistes



Masseurs-kinésithérapeutes



Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2020, Insee RP 2017 - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

Offres de soins en médecine de spécialités

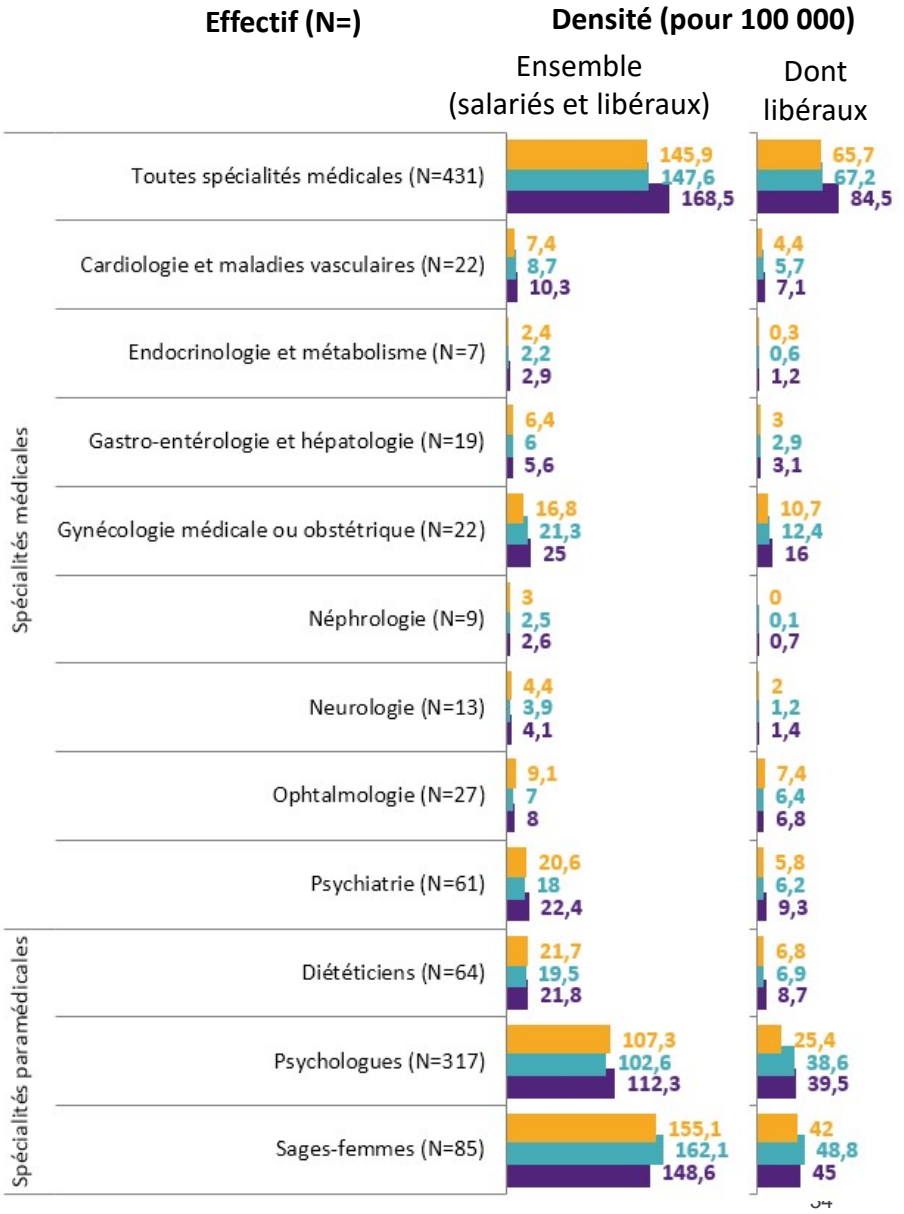
- Globalement, **un territoire moins doté en offre libérale et salariée pour la médecine de spécialité**, avec une densité de médecins spécialistes (120,6 pour 100 000 habitants) inférieure à celle de la région (143,3) et de la France (168,5)
- Un déficit en cardiologues, en psychiatres et psychologues par rapport à la France, à l'inverse, davantage d'ophtalmologues et de sages-femmes. Les autres spécialités affichent des niveaux proches.
- Une **proximité variable des professionnels libéraux** selon la spécialité.

Part de la population à moins de 5 minutes (en %)*
et temps moyen d'accès (en minutes)

Professionnels de santé libéraux	TRP Cornouaille		Bretagne	France métro.
	% de la population à moins de 5 minutes	Temps moyen d'accès en minutes	Temps moyen d'accès en minutes	Temps moyen d'accès en minutes
Sages-femmes libérales	61,4	3,9	4,8	4,6
Ophtalmologues libéraux	44,3	8,4	9,4	8,6
Gastro-entérologues libéraux	34,4	12,6	14,9	12,5
Cardiologues libéraux	33,0	12,8	11,2	9,5
Gynécologues libéraux	32,8	14,3	14,5	10,1
Psychiatres libéraux	31,1	14,6	14,4	10,7
Neurologues libéraux	26,0	16,2	20,9	16,7

** par fréquence décroissante*

Professionnels de santé au 1er janvier 2020



Sources : Drees / Asip-Santé - RPPS 2020, CartoSanté-FNPS - Insee-Distancier METRIC / Calculs ARS, Insee RP 2017 - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Offres de soins : dispositifs pour les personnes âgées

La vie en établissements

- 47 Ehpad ; 3 856 places d'hébergement complet
- 4 résidences autonomie ; 168 places

Par rapport à la valeur régionale :

Un taux de places en Ehpad inférieur *(pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus)*

Un taux de places en résidence autonomie deux fois moins élevé

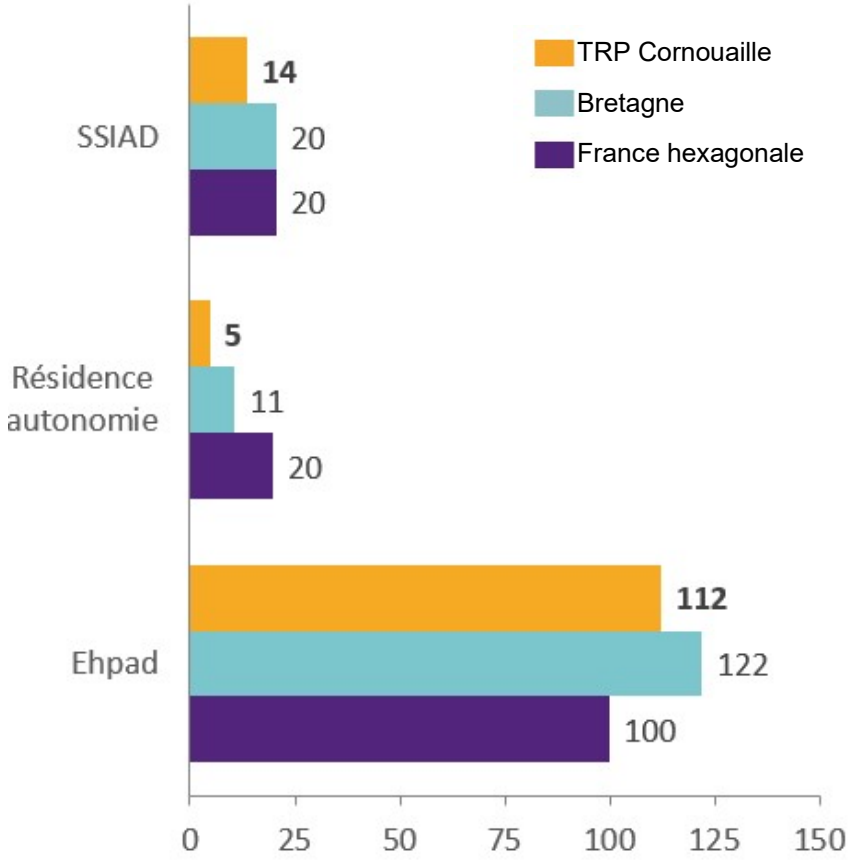
La vie à domicile

- Accueil temporaire en Ehpad : 104 places
- Accueil de jour en Ehpad : 83 places
- SSIAD : 492 places

Par rapport à la valeur régionale (pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus)

Un taux de places de SSIAD inférieur

Taux de places d'accompagnement en 2021
(pour 1 000 personnes de 75 ans ou plus)



Définitions :
Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
SSIAD : services de soins infirmiers à domicile et services polyvalents d'aide et de soin à domicile.

Sources : Finess, Insee RP 2017 - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Offres de soins : exercice coordonné et coordinations

Exercice coordonné de professionnels de santé

- 11 Maisons de santé pluridisciplinaires
- 2 Centres de santé polyvalents

→ **Consulter le site de la PTA de Cornouaille : https://www.appuisantecornouaille.fr/**

Dispositif d'appui à la coordination (DAC)

Le TRP est couvert par la plateforme d'appui à la coordination PTA organisée en 10 secteurs :

- Intègre les 2 MAIA (Ouest et Est Cornouaille) + le 3C (Centre de Coordination en Cancérologie)
- Travaille en lien avec les 6 CLIC implantés sur le TRP

→ À consulter Le site Bien Vieillir en Cornouaille : https://www.bien-vieillir-en-cornouaille.com/, élaboré par des professionnels de l'accompagnement des personnes âgées du territoire de l'Ouest Cornouaille, regroupés au sein du réseau MAIA.

→ Consulter l'annuaire des ressources en ligne : https://online.fliphtml5.com/xqrlp/chof/#p=2

Le territoire d'appui santé en Cornouaille

Définitions :
PTA : plateforme territoriale d'appui
MAIA : méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
PAERPA : dispositif pour personnes âgées en perte d'autonomie
CLIC : centres locaux d'information et de coordination

Sources : Finess au 21/12/2020, www.appuisantecornouaille.fr - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Diagnostic territorial : Union hospitalière de Cornouaille

Offres de soins : éducation thérapeutique du patient (ETP)

Plateforme de l'éducation thérapeutique du patient du Finistère recense, en janvier 2021, au total 13 programmes d'ETP autorisés par l'ARS Bretagne sur le sud-Finistère

ETP29 Soutient l'éducation thérapeutique en Finistère

https://www.etp29.fr

Programmes d'ETP recensés sur le territoire :

Addictions

- CSAPA Quimper : Addictologie des adultes (en cours)

Diabète

- CH Douarnenez : Patients diabétiques adultes
- Hôtel-Dieu de Pont l'Abbé : Patients diabétiques adultes et/ou en surcharge pondérale
- CHIC Quimper : Patients diabétiques adultes de type 1 et 2 et en enfants diabétiques de type 1

Maladies cardiovasculaires

- CH Douarnenez : Patients coronariens adultes et une action éducation ciblée personnalisée :« savoir traiter son traitement anticoagulant par AVK »

Maladies infectieuses : VIH / Sida

- CHIC Site de Concarneau : Patients vivant avec le VIH-SIDA

Maladies respiratoires

- CHIC Site de Concarneau : insuffisance respiratoire chronique et tuberculose ou infection tuberculeuse latente

Maladies cancéreuses

- CHIC Quimper : Action éducative ciblée personnalisée sur le suivi des patients avec primo-prescription de la chimiothérapie orale délivrée en pharmacie de ville

Maladies du système digestif

- CHIC Quimper : Patient adulte porteur d'une maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique (MICI) et son entourage

Polypathologie

- Maison de santé Ouest du Cap Sizun Esquibien : Patients porteurs de 2 pathologies minimum (maladies cardiovasculaires, maladies respiratoires, diabète de type 2)
- Pôle de santé du Pays de Dardoup Châteauneuf-du-Faou

Psychiatrie et santé mentale

- EPSM de Douarnenez : Patients schizophrènes adultes
- Clinique Kerfriden Châteaulin : Groupes de psycho-éducation pour les patients atteints de troubles bipolaires et leurs familles

Sources : www.etp29.fr - Exploitation Fnors, ORS Bretagne

Merci de votre attention

Observatoire Régional de la Santé de Bretagne
Immeuble Acropole
19 avenue Charles et Raymonde Tillon
35 000 RENNES

www.orsbretagne.fr

Téléphone : 02 99 14 24 24
E-mail : orsb@orsbretagne.fr

Responsabilité Populationnelle
Territoires pionniers

ORS BRETAGNE
Observatoire Régional de la Santé

fnors
Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé

FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE