Santé et précarité

Auteurs : Agence régionale de santé de Bretagne (ARS) et Conseil départemental du Morbihan (CD56)

Maladie, handicap, dépendance

Eux-mêmes influencés par des déterminants sociaux, les modes de vie (alimentation, consommation d'alcool et de tabac, sédentarité, …), l'environnement, les conditions de vie et de travail actuels et passés ont un impact sur l'état de santé des populations. Ils dessinent une cartographie contrastée de la prévalence de la maladie, du handicap et de la dépendance en Bretagne.

Maladies chroniques

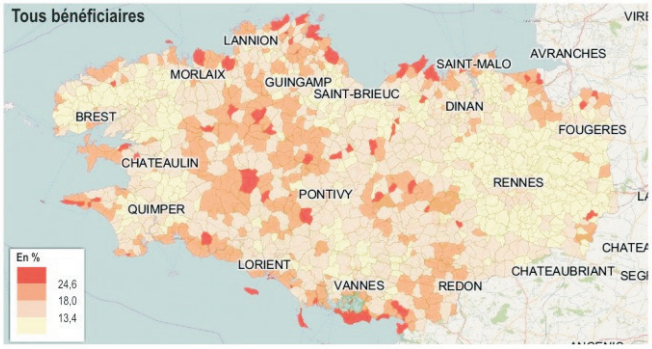
Le poids des maladies chroniques est de plus en plus important dans la population, du fait de l'allongement de la durée de vie, du vieillissement de la population et de l'évolution de nos modes de vie. Leur apparition augmente avec l'âge et les hommes ont un risque plus élevé que les femmes. La répartition des personnes en affection de longue durée est inégale sur le territoire : l'agglomération rennaise est moins concernée, de même que l'ouest du Finistère. Le centre de la Bretagne, le Morbihan et les Côtes-d'Armor sont plus touchés, ainsi que la frange littorale de la région *(figures 1 et 2)*.
D'après la méthodologie développée par la Cnam-TS (cartographie des pathologies et des dépenses), plus d'un Breton affilié au régime général de l'Assurance maladie sur trois (34,6 %) a été soigné en 2015 pour une pathologie chronique. Cette proportion augmente avec l'âge et dépasse 90 % pour les 75 ans ou plus.

Méthodologie

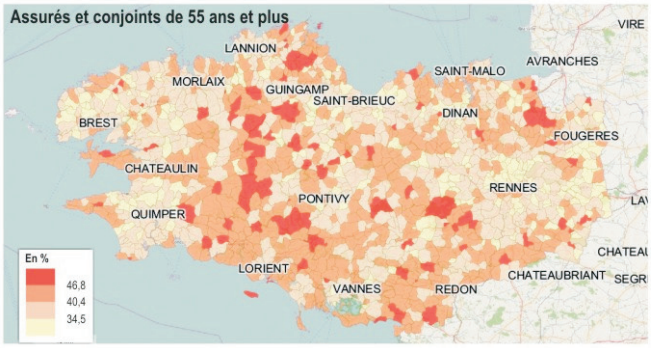
Affections de Longue Durée (ALD) : En cas d'affection comprenant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le Code de la sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge des assurés. La liste de ces 30 affections dites de « longue durée » est établie par décret. Une ALD donne lieu à un remboursement intégral des soins.

Cartographie des pathologies et des dépenses : Méthodologie développée par la CnamTS permettant de repérer pour chaque bénéficiaire du régime général de l'assurance maladie la présence de 55 pathologies chroniques sur la base d'algorithmes croisant les données ALD, les données d'hospitalisation (PMSI), les données de remboursement d'actes ou médicaments spécifiques (feuilles de soin).

1-2 Part (non standardisée) des personnes en affection de longue durée (ALD)



Ratio : nombre de bénéficiaires en Affection Longue Durée / nombre de bénéficiaires (assurés et ayants droit) du régime général (millésime : 2016).
Champ : régime général.
Note : carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord.
Source : CNAM, SIAM, ERASME.



Ratio : nombre d'assurés et conjoints en Affection Longue Durée / nombre d'assurés et conjoints inter-régime (millésime : 2015).
Champ : inter-régime.
Note : carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord.
Source : CNAV, SNSP, MSA.

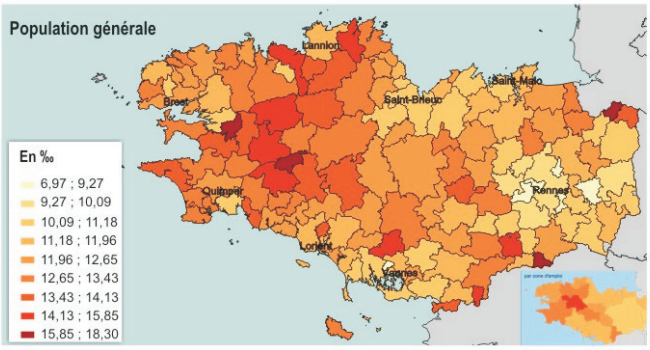
Décès

La cartographie de la mortalité est aussi très segmentée. La proximité des villes semble favorable, notamment autour de Rennes et Saint-Brieuc *(figures 3 et 4)*. Une large bande de surmortalité englobe les territoires à l'ouest d'un arc Paimpol/Concarneau et se prolonge le long d'un axe reliant le centre ouest Bretagne à Redon. Le taux de mortalité est plus élevé pour les hommes que pour les femmes et les écarts entre territoires plus prononcés.

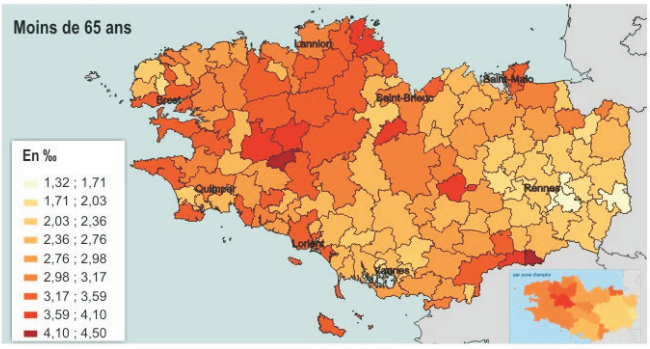
La mortalité avant 65 ans, aussi appelée mortalité prématurée, fait ressortir plus nettement en surmortalité le centre ouest Bretagne.

Pour une année donnée, le risque de décès est deux fois plus important chez les hommes que chez les femmes : les tumeurs représentent la première cause de décès, suivies des maladies de l'appareil circulatoire ; la surmortalité bretonne par décès prématurés évitables et ses localisations sont à mettre en relation avec les problèmes d'addiction et de santé mentale sur le territoire.

3-4 Taux standardisé de mortalité par bassin de vie



Champ : décès 2010 à 2014.
Source : CepiDC.

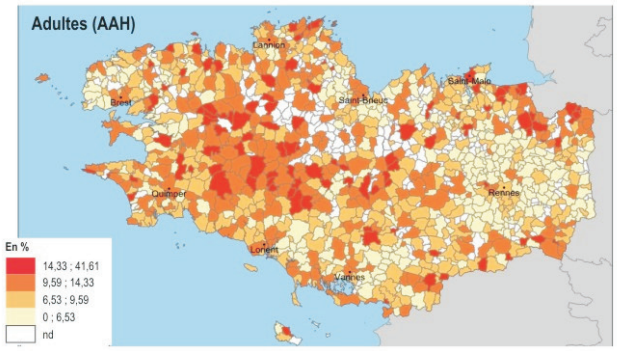


Champ : décès 2010 à 2014.
Source : CepiDC.

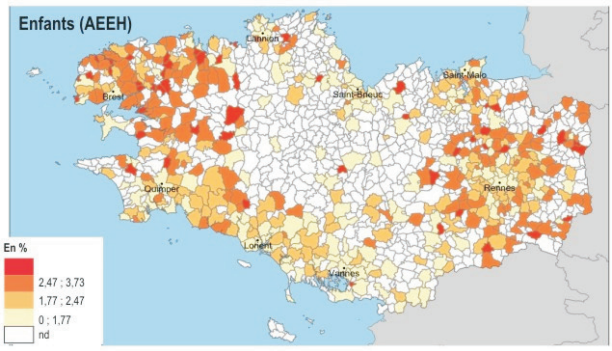
Handicap

L'information sur la part des foyers allocataires de l'AAH et de l'AEEH n'est pas disponible pour toutes les communes pour des raisons de secret statistique. On note cependant pour l'AAH une part plus importante des foyers concernés à la fois dans les centres-villes et dans les espaces ruraux les plus éloignés des villes *(figure 5)*. Pour l'AEEH, la proportion est moins importante dans les villes et leur proche périphérie *(figure 6)*. En revanche elle est plus forte autour de Rennes et dans le nord du Finistère. À noter que le recours à l'AAH est plus élevé en Bretagne qu'au niveau national, alors que c'est le contraire pour l'AEEH.

5-6 Part des foyers allocataires percevant l'AAH ou l'AEEH



Champ : régime général.
Source : CNAF-DSER / FILEAS BCA.



Champ : régime général.
Note : le dénominateur du ratio cartographié pour l'AEEH est l'ensemble des foyers allocataires

Méthodologie

L'Allocation aux Adultes handicapés (AAH) permet de garantir un revenu minimal à un adulte handicapé. Elle est versée sous condition de ressources.

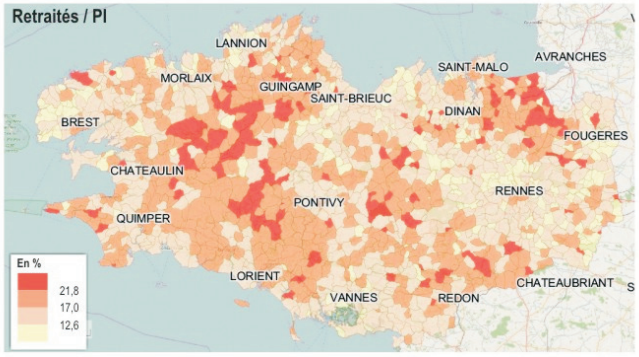
L'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) s'adresse aux familles ayant à leur charge des enfants handicapés. Elle est versée sans condition de ressources.

À la suite d'une maladie ou d'un accident d'origine non professionnelle ayant entraîné une réduction de la capacité de travail, un salarié peut, sous certaines conditions, bénéficier d'une pension d'invalidité. La pension d'inaptitude médicale au travail permet la liquidation de la retraite au taux plein de 50 %, même si le nombre de trimestres de cotisation est insuffisant. Dès lors qu'un salarié bénéficiaire d'une pension d'invalidité a atteint l'âge légal de la retraite, cette prestation peut être transformée en pension de retraite.

Personnes âgées avec invalidité

La part des personnes âgées qui touchent une indemnité du fait de leur invalidité est forte dans une large zone qui s'étend du pays du Centre Ouest Bretagne au pays de Guingamp vers le nord et à l'ouest du Morbihan vers le sud *(figure 7)*. À cette zone, s'ajoutent les pays qui ceinturent Rennes à l'exclusion de celui de Vitré.

7 Part des retraités bénéficiaires d'une pension ex-invalidité et au titre de l'inaptitude de 55 ans et plus

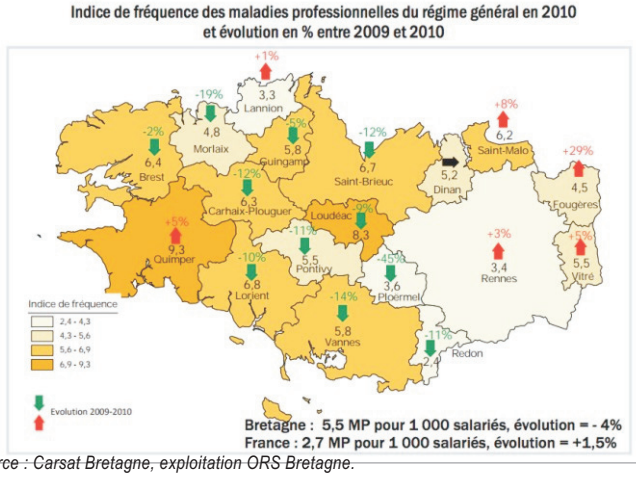


Ratio : nombre de retraités ex-invalides et au titre de l'inaptitude ou assimilés / nombre de retraités de droit direct inter régime (millésime : 2015).
Champ : inter-régime.
Note : carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord.
Source : CNAV, SNSP, MSA.

Maladies professionnelles

La fréquence des maladies professionnelles et des accidents du travail baisse, mais elle reste plus élevée en Bretagne qu'en France *(figure 8)*. 95 % des maladies professionnelles reconnues en Bretagne sont des troubles musculo-squelettiques. La fréquence des maladies professionnelles est très variable d'une zone d'emploi à l'autre. Elle varie dans un rapport de 1 à 4 entre la zone d'emploi de Redon où elle est la plus faible et celle de Quimper où elle est la plus forte. D'une manière générale, l'Ille-et-Vilaine est moins touchée. Les maladies professionnelles et les accidents du travail sont plus fréquents dans les zones les plus industrielles et ouvrières, notamment celles où le poids des industries agroalimentaires dans l'emploi est élevé.

8 Maladies professionnelles (MP)



Source : Carsat Bretagne, exploitation ORS Bretagne.

Focus sur le Morbihan : Les bénéficiaires de l 'APA

Près de 7 500 personnes âgées de 60 ans et plus sont bénéficiaires de l'APA à domicile dans le Morbihan. Le taux de recours à l'APA à domicile est de 3,5 % pour les personnes âgées de 60 ans et plus et de 8 % pour les plus de 75 ans. Si on ajoute les 8 700 bénéficiaires de l'APA en établissement, le département compte plus de 16 000 bénéficiaires de l'APA, soit près de 8 % de la population âgée de 60 ans et plus. 214 000 personnes de 60 ans et plus habitent le Morbihan en 2014. Ils seraient 340 000 en 2040 selon les projections de l'Insee (modèle Omphale 2017, scenario central) ; la population âgée de 75 ans et plus doublerait au cours de la même période. Cette accélération du vieillissement démographique soulève d'importants enjeux en termes de prestations, de développement de services et de solutions d'accueil en établissement.

Méthodologie

L'allocation personnalisée d'autonomie (APA) est versée par les Conseils Départementaux aux personnes âgées en perte d'autonomie, quel que soit leur niveau de revenu. Le degré de perte d'autonomie est évaluée par une équipe de professionnels au moyen du GIR (groupe iso-ressources, qui prend les valeurs 1 à 4, 1 décrivant la perte d'autonomie la plus sévère).

Éloignement, renoncement, non-recours

Une autre forme de précarité et d'inégalité tient à l'éloignement des populations aux soins. Cet éloignement peut être géographique mais aussi trouver son origine dans des difficultés à accéder à des soins existants d'ordre économique, social, ou lié à la dépendance des individus. Parfois les difficultés se combinent : personnes âgées, isolées, en perte de mobilité, dans des territoires en désertification où il est difficile de trouver un nouveau médecin traitant. Le risque est celui du non recours aux soins et à la prévention de populations qui ont besoin de soins.

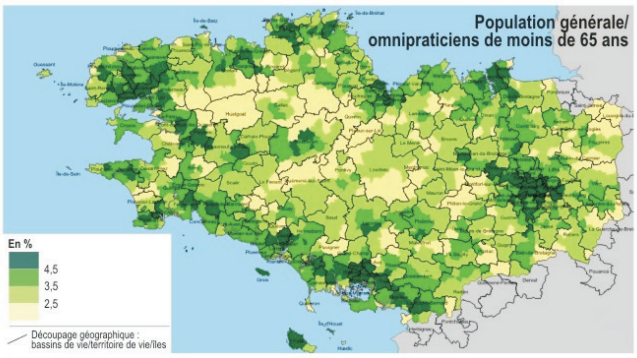
Accessibilité (APL) au médecin généraliste

Si la problématique de la désertification rurale est moins vive en Bretagne que dans d'autres régions de France, certains de ses territoires ne sont pas épargnés. La Bretagne intérieure a une accessibilité moindre aux soins de médecine générale, sauf dans quelques petites et moyennes villes *(figure 9)*. En revanche, l'accessibilité aux soins est d'autant plus forte qu'on est dans une agglomération ou sur le littoral. Le littoral est plus urbanisé mais aussi plus touristique ce qui permet le maintien de cabinets médicaux, même si leur activité est moindre en période non estivale.

Méthodologie

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin, la commune. Il tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes (on considère que l'accessibilité au professionnel diminue avec la distance). L'APL tient également compte du niveau d'activité des professionnels en exercice ainsi que de la structure par âge de la population de chaque commune qui influence les besoins de soins.

9 Accessibilité au médecin généraliste



Champ : consultations en centres de santé et réalisées par des médecins généralistes libéraux de moins de 65 ans ayant pratiqué au moins 250 actes dans l'année, à l'exclusion de certains médecins généralistes d'exercice particulier (allergologues, médecine d'urgence, …).
Source : DREES 2017.

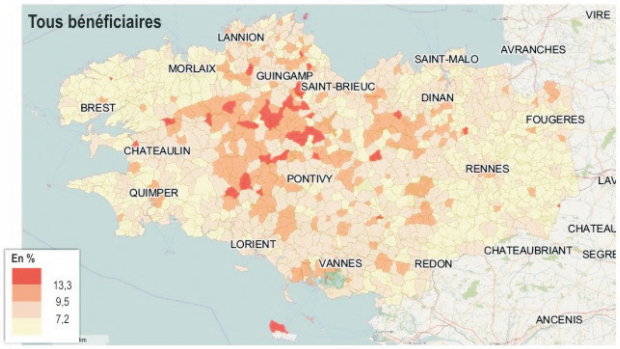
Pas de médecin traitant déclaré

Une proportion importante de personnes sans médecin traitant déclaré sur le territoire peut refléter une pénurie de l'offre de médecin ou l'absence de démarche de la part des populations concernées. Dans les deux cas, elle reflète un éloignement des populations aux soins primaires. De ce point de vue, les populations les plus éloignées des soins se trouvent au centre de la région Bretagne *(figures 10 et 11)*. Une grande partie de l'Ille-et-Vilaine et le nord du Finistère sont particulièrement moins concernés, notamment autour de Rennes et Brest.

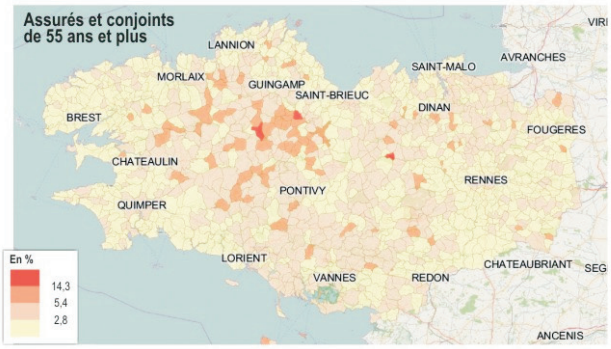
Méthodologie

Déclarer un médecin traitant ou consulter un généraliste installé depuis moins de 5 ans permet de bénéficier du parcours de soin coordonné et d'être mieux remboursé par l'Assurance Maladie.

10-11 Pas de médecin traitant déclaré



Ratio : nombre de bénéficiaires sans médecin traitant déclaré / nombre de bénéficiaires (de 16 ans et plus) (millésime 2016).
Notes : cartes et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord .Si le médecin est installé depuis moins de 5 ans, il n'est pas soumis au système médecin traitant.
Source : CNAM, SIAM, ERASME.

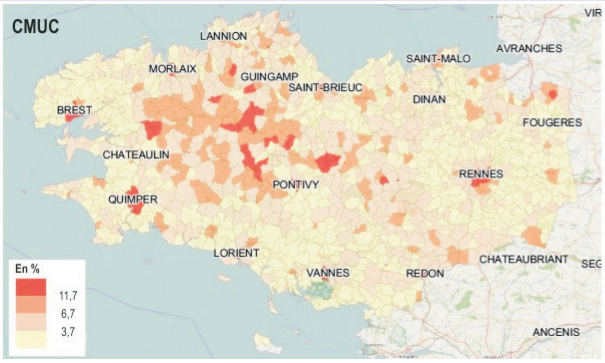


Ratio : nombre d'assurés et conjoints de 55 ans et plus sans médecin traitant déclaré / nombre d'assurés et conjoints de 55 ans et plus (millésime 2015).
Notes : cartes et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord. Si le médecin est installé depuis moins de 5 ans, il n'est pas soumis au système médecin traitant.
Champ : inter-régime
Source : CNAV, SNSP, MSA.

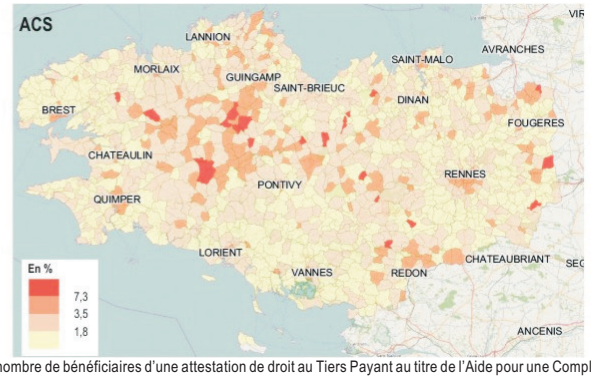
Pas de couverture complémentaire (CMUC, ACS, Mutuelle)

Les complémentaires santé permettent de couvrir ou réduire le reste à charge pour les assurés sur les soins non remboursés par la sécurité sociale. À titre d'exemple, les soins dentaires sont remboursés à 35 % par l'Assurance Maladie, le reste étant à la charge de l'assuré. La CMUC et l'ACS sont ouverts sur critères sociaux pour réduire les inégalités d'accès aux soins pour les personnes en situation de précarité. À noter que toutes les personnes qui en relèvent ne demandent pas l'accès à ces droits et que le taux de couverture par la CMUC comme par l'ACS est bas en Bretagne, comparativement aux autres régions. Le poids des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS est plus important dans les grandes villes, notamment à Rennes et à Brest, ainsi que dans le centre de la Bretagne *(figures 12 et 13)*. La cartographie des bénéficiaires avec soins sans mutuelle fait ressortir les Côtes-d'Armor comme abritant des usagers du système de santé sans mutuelle, notamment dans sa partie ouest autour de Guingamp *(figue 14)*. Il en va de même mais à un degré moindre pour le pourtour de l'Ille-et-Vilaine et le nord du Morbihan. En revanche, le Finistère apparaît plus préservé.

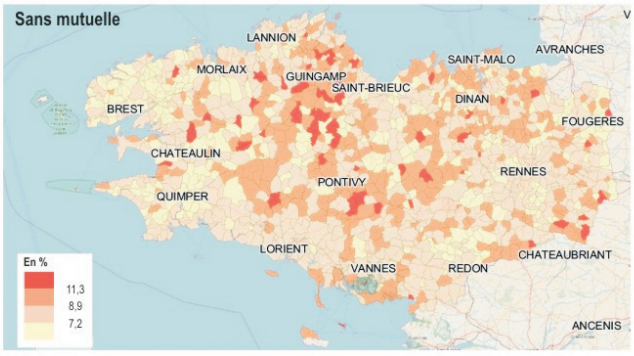
12-13-14 Pas de couverture complémentaire (CMUC, ACS, mutuelle)



Ratio : nombre de bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle – Complémentaire/ nombre de bénéficiaires (assurés et ayants droit) du RG (millésime 2016).



Ratio : nombre de bénéficiaires d'une attestation de droit au Tiers Payant au titre de l'Aide pour une Complémentaire Santé et bénéficiant d'un chèque ACS / nombre de bénéficiaires (assurés et ayants droit) du RG (millésime 2016).



Ratio : nombre de bénéficiaires avec remboursement de soins sans complémentaire santé/ nombre de bénéficiaires (assurés et ayants droit) du RG (millésime 2016).
Notes : Carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord.
Champ : régime général.
Source : CNAM, SIAM, ERASME.

Méthodologie

La CMUC donne droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital) et dispense de l'avance des frais. Les dépenses de santé sont donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. Elle est attribuée sous plafond de ressources.

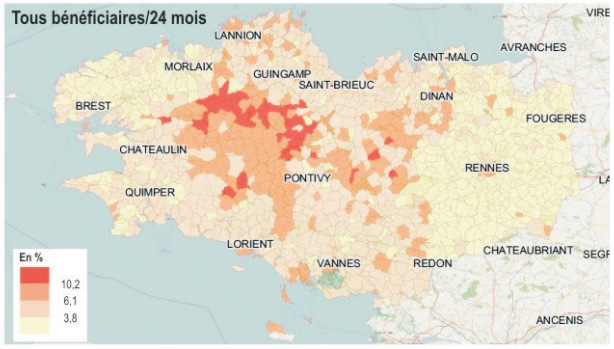
L'ACS est réservée aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMUC. Elle dispense de l'avance de frais et donne droit à une aide financière pour payer un contrat de complémentaire santé.

La CMUC et l'ACS sont réservées aux personnes qui résident en France de manière stable et régulière.

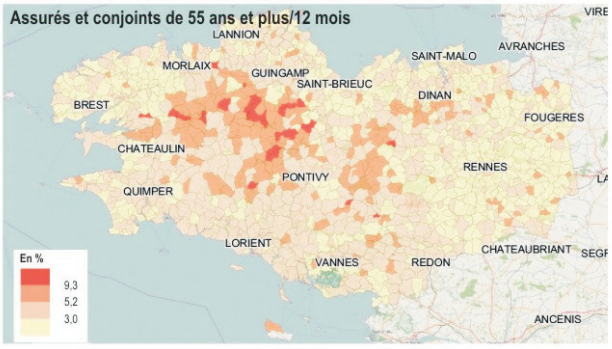
Poids du non-recours à tous types de soins

Le non-recours aux soins peut s'expliquer par une bonne santé mais aussi pour des raisons financières ou de difficultés d'accès, ou encore par un manque de sensibilisation aux questions de santé. Si le non-recours n'est pas synonyme de renoncement, un taux élevé de non-recours sur une période longue (24 mois, 12 mois pour les populations âgées de plus de 55 ans), même pour une simple visite de contrôle, doit alerter à l'échelle d'un territoire et orienter la politique de santé publique vers ces populations. Le non-recours aux soins est rare en Ille-et-Vilaine et dans le nord du Finistère *(figures 15 et 16)*. Les Côtes-d'Armor et le Morbihan sont en revanche plus touchés, notamment vers la partie centrale de la Bretagne, et en particulier l'ouest de celle-ci.

15-16 Poids du non-recours à tous types de soins



Ratio : nombre de bénéficiaires sans recours aux soins au cours des 24 derniers mois / nombre de bénéficiaires (assurés et ayants droit) du RG (millésime 2016).
Notes: Carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord. Le non-recours concerne les actes médicaux, paramédicaux, les prescriptions et les hospitalisations.
Champ : régime général.
Source : CNAM, SIAM, ERASME.

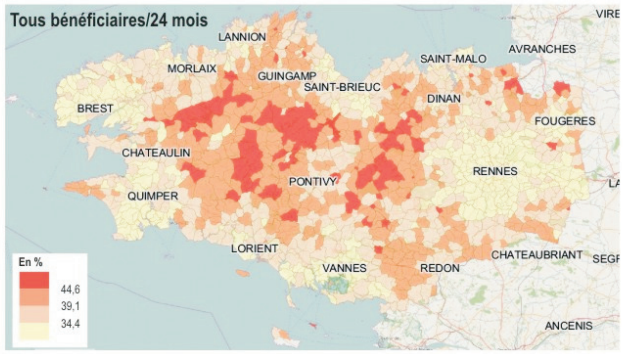


Ratio : nombre d'assurés et conjoints sans recours aux soins au cours des 12 derniers mois / nombre d' assurés et conjoints IR (55 ans et plus) (millésime 2015).
Notes : carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord. Le non-recours concerne les actes médicaux, paramédicaux, les prescriptions et les hospitalisations.
Champ : inter-régime.
Source : CNAM, SIAM, ERASME, MSA.

Poids du non-recours aux soins dentaires

La carte du non-recours aux soins dentaires est plus discriminante que celle globale du non-recours aux soins. Elle montre que les villes et leur périphérie proche à une vingtaine de minutes sont relativement préservées, de même que les littoraux *(figure 17)*. En revanche, l'ensemble du centre de la Bretagne est concerné, ainsi que les bordures de l'Ille-et-Vilaine.

17 Part des bénéficiaires sans consultations dentaires sur 24 mois (RG)

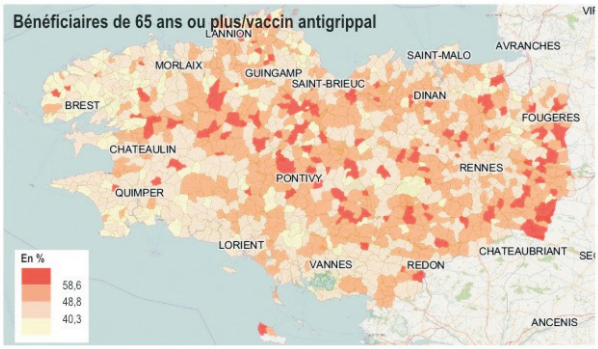


Ratio : nombre de bénéficiaires n'ayant pas eu une consultation dentiste au cours des 24 derniers mois / nombre de bénéficiaires du RG (millésime 2016).
Note: carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord.
Champ : régime général.
Source : CNAM, SIAM, ERASME.

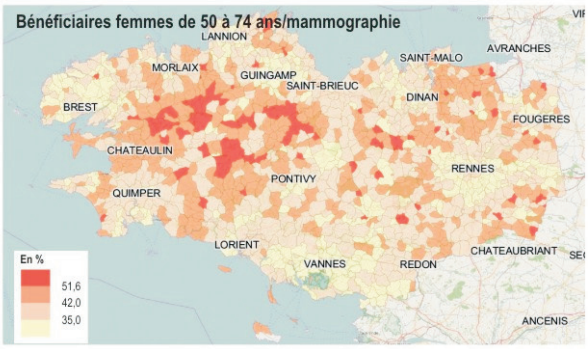
Poids du non-recours à la prévention sur 24 mois : vaccin antigrippal, mammographie

Le recours à la prévention contre la grippe par le biais de la vaccination est plus faible dans l'est de l'Ille-et-Vilaine, tandis que l'ouest et les littoraux paraissent mieux couverts par cette prévention *(figure 18)*. Le dépistage des cancers par mammographie montre une meilleure prévention dans les villes, à l'exception des deuxième et troisième couronnes de Rennes *(figure 19)*. Dans le centre ouest de la Bretagne, le taux de couverture n'atteint pas 50 % dans de nombreuses communes. Il est à noter que ces deux cartes offrent une vision partielle de l'accès à la prévention, dans la mesure où d'autres types de vaccination et d'actions de dépistage ou d'information existent qui ne sont pas examinés ici.

18-19 Poids du non-recours à la prévention sur 24 mois



Ratio : nombre de bénéficiaires n'ayant pas eu un acte de Vaccination Anti Grippe sur les 24 derniers mois / nombre de bénéficiaires du RG (65 ans et +) (millésime 2016).
Note: carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord.
Champ : régime général.
Source : CNAM, SIAM, ERASME.

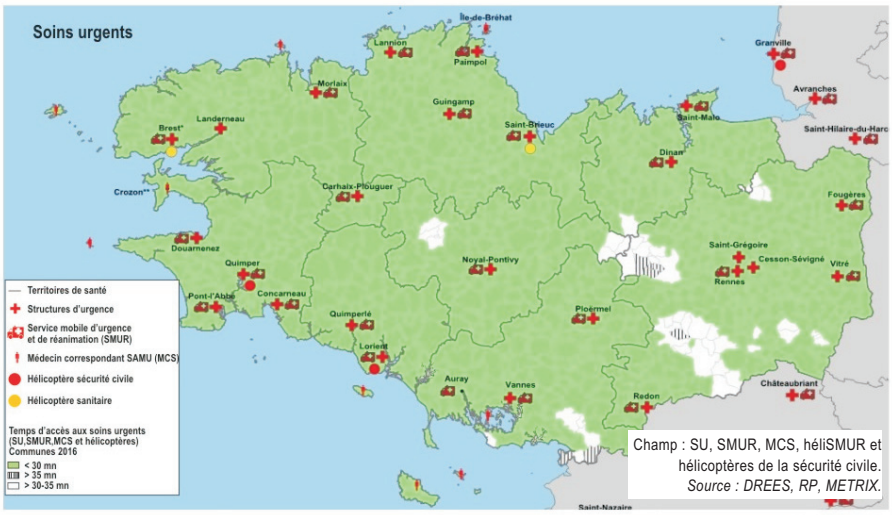


Ratio : nombre de bénéficiaires femmes de 50 à 74 ans n'ayant pas eu un acte de mammographie sur les 24 derniers mois / nombre de bénéficiaires femmes de 50 à 74 ans (millésime 2016).
Note: Carte et données issues de l'Observatoire des Fragilités Grand Nord.
Champ : régime général.
Source : CNAM, SIAM, ERASME.

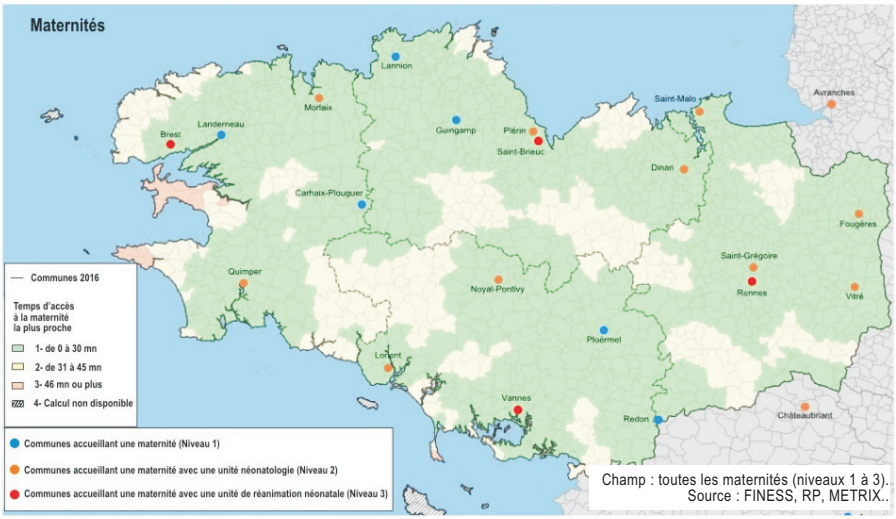
Éloignement des soins urgents, des maternités : communes à plus de 30 ou 45 minutes

Malgré un relief découpé de côtes et d'îles, peu de communes en Bretagne se trouvent à plus de 30 minutes de soins urgents *(figure 20)*. Elles représentent 2,2 % de la population et se situent principalement en Ille-et-Vilaine sur un axe Bain-de-Bretagne/St Méen-le-Grand. Ces mêmes territoires se trouvent à plus de 30 minutes d'une maternité *(figure 21)*. S'y ajoutent le littoral ouest, la zone frontière entre le Finistère et le Morbihan ainsi que le sud des Côtes-d'Armor. Seules quelques îles et presqu'îles sont à plus de 45 minutes d'une maternité.■

20-21 Éloignement des soins urgents, des maternités



Champ : SU, SMUR, MCS, héliSMUR et hélicoptères de la sécurité civile.
Source : DREES, RP, METRIX.



Champ : toutes les maternités (niveaux 1 à 3).
Source : FINESS, RP, METRIX..