

Contexte

Les affections étudiées dans cette fiche sont celles classées dans le chapitre "Maladies de l'appareil respiratoire" de la classification internationale des maladies. Des pathologies graves ou fréquentes, et notamment le cancer du poumon, le mésothéliome pleural, la tuberculose pulmonaire, ou encore le syndrome d'apnées du sommeil ou la mucoviscidose, ne sont pas traitées dans cette fiche.

■ Les maladies de l'appareil respiratoire regroupent des affections très différentes, notamment en terme de gravité, et parfois difficiles à classer, en particulier chez le sujet âgé. Elles peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumonie, infections des voies respiratoires supérieures), ou d'évolution chronique (bronchite chronique ou asthme, voir fiche "Asthme").

■ En médecine de ville, les maladies respiratoires arrivent au deuxième rang des motifs de recours aux soins (18 % des séances en 2007), en raison de la fréquence des recours liés aux affections aiguës des voies respiratoires supérieures, souvent bénignes [1, 2].

■ A l'hôpital, les affections respiratoires constituent le diagnostic principal de 5 % des hospitalisations en service de court séjour (775 000 en 2007), avec une grande diversité des affections concernées, notamment selon l'âge [3].

■ Parmi les affections respiratoires, la bronchite chronique et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) occupent une place importante, en raison de leur fréquence et de la gravité potentielle de leur évolution. Pathologies fortement liées au tabagisme, elles touchent surtout les hommes, avec toutefois un écart hommes-femmes qui tend à se réduire. La bronchite chronique, qui altère notablement la qualité de vie, concernerait 3 à 4 % de la population [4-6]. La prévalence de la BPCO, plus difficile à évaluer, serait de 1,5 % dans la population de 20 à 44 ans et de 7,5 % au-delà de 45 ans [5, 7]. Cette maladie est toutefois largement sous-diagnostiquée et donc insuffisamment prise en charge [8, 9]. Au sein de l'Union européenne, la France occupe une position favorable concernant la prévalence de la BPCO [7, 10].

■ Les personnes souffrant d'une insuffisance respiratoire chronique (IRC) grave, en lien notamment avec un asthme ou une BPCO, peuvent être admises en affection de longue durée (ALD). En 2007, environ 40 800 admissions ont ainsi été prononcées pour cette affection parmi les per-

sonnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie (3 % de l'ensemble des admissions) [11]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour IRC grave est estimé à 320 200 en 2009 [12, 13].

■ Les personnes souffrant d'IRC grave avec hypoxémie peuvent bénéficier d'une oxygénothérapie de longue durée à domicile, qui améliore sensiblement leur état de santé et leur espérance de vie. 93 000 adultes étaient concernés par un tel traitement en 2006 [9].

■ Les affections respiratoires ont constitué la cause initiale de 32 600 décès en 2007, soit 6 % de l'ensemble des décès [14]. Cette proportion sous-estime toutefois l'impact des maladies respiratoires sur la mortalité car ces pathologies jouent souvent un rôle favorisant ou aggravant d'autres pathologies. Les infections respiratoires basses et la BPCO sont les deux principales affections respiratoires à l'origine de ces décès, et la BPCO est en outre souvent notifiée comme cause de décès associée [9]. Le taux de mortalité par maladie respiratoire croît de façon importante avec l'âge, notamment au-delà de 65 ans, et à structure d'âge identique, ce taux est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes [14]. Cette surmortalité masculine résulte pour une large part de la plus forte consommation de tabac des hommes, mais aussi de leur exposition plus importante à certains environnements professionnels à risque. Au sein de l'Union européenne, la France se situe parmi les pays où la mortalité par maladie de l'appareil respiratoire est la moins élevée [15].

■ Depuis le début des années 2000, le taux standardisé de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire a diminué en moyenne chaque année de 3,1 % chez les hommes et de 2,5 % chez les femmes, ceci étant lié pour partie au changement des règles de codage des causes de décès [16, 17]. Par contre, pour la mortalité par BPCO après 45 ans, aucune tendance significative ne se dégage sur la période 2000-2006 [9].

■ Au sein des régions françaises, celles du Nord et de l'Est, ainsi que la Bretagne et la Réunion, connaissent les taux les plus élevés de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire et par BPCO après 45 ans, mais aussi d'hospitalisations pour exacerbation de BPCO chez les plus de 25 ans [9, 18].

Pays de la Loire

■ Les maladies respiratoires ont constitué le diagnostic principal de 40 400 hospitalisations en court séjour de Ligériens en 2007 (5 % de l'ensemble des séjours). Les taux et les motifs d'hospitalisation varient fortement avec l'âge. Avant 15 ans, les maladies respiratoires constituent le diagnostic principal de 17 % de l'ensemble des séjours et correspondent une fois sur deux à des atteintes chroniques des amygdales et végétations adénoïdes. Au-delà de 15 ans, les pneumopathies infectieuses, la bronchite chronique, la BPCO et l'insuffisance respiratoire chronique sont les pathologies le plus souvent en cause, et voient leur poids relatif augmenter avec l'âge (fig. 2 et 3).

■ Près de 1 500 Ligériens sont admis chaque année en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique (IRC) grave par les trois principaux régimes d'assurance maladie (2,5 % du total des admissions) [11]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cette pathologie est estimé à 12 500 en 2009 [13].

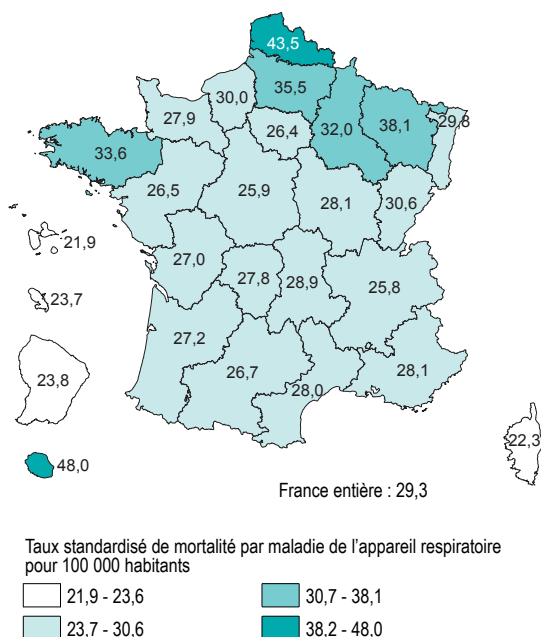
■ Les maladies respiratoires constituent la cause initiale d'environ 1 700 décès annuels dans la région entre 2005 et 2007. Le taux standardisé de mortalité est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes [14].

■ Depuis le début des années 2000, à structure d'âge comparable, la mortalité par maladie respiratoire a diminué dans la région de 2,1 % en moyenne chaque année (- 2,7 % en France) (fig. 4). Le taux d'hospitalisation est aussi en recul (fig. 5). En revanche, le taux standardisé de personnes relevant du régime général en ALD pour IRC grave progresse (+ 2,7 % par an entre 2004 et 2009) [13].

■ Par rapport à la moyenne nationale, la région connaît une situation globalement favorable pour les maladies respiratoires avec, à structure d'âge comparable, une mortalité inférieure de 7 %, une fréquence des admissions en ALD inférieure de 29 % et une fréquence des séjours hospitaliers inférieure de 7 % [14, 11, 3]. Ce constat peut être rapproché du moindre tabagisme qui a longtemps caractérisé la région. Les Pays de la Loire se distinguent toutefois depuis de nombreuses années par une fréquence des hospitalisations pour atteintes chroniques des amygdales et végétations adénoïdes très supérieure à la moyenne nationale (+ 36 %) (fig. 3).

Maladies de l'appareil respiratoire

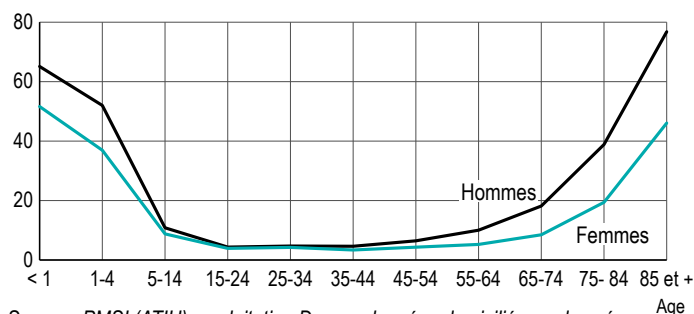
1 Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire (moyenne 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

2 Taux d'hospitalisation en service de MCO pour maladie de l'appareil respiratoire selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (2007)



Source : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées
Unité : pour 1 000

3 Séjours hospitaliers en service de MCO pour maladie de l'appareil respiratoire¹

Pays de la Loire (2007)

| Code Cim 10 | Diagnostic d'hospitalisation | Moins de 15 ans | 15 ans et plus | Total | ICH |
|-----------------------------------|---|-----------------|----------------|---------------|------------|
| J00-J06 | Affections aiguës des voies respiratoires supérieures | 1 256 | 499 | 1 755 | 88* |
| J12-J18 | Pneumopathies | 841 | 6 205 | 7 046 | 90* |
| J20-J22 | Bronchites et bronchiolites aiguës | 2 088 | 1 450 | 3 538 | 96* |
| J35 | Maladies chron. des amygdales et végétations adénoïdes | 7 949 | 1 072 | 9 021 | 136* |
| J45-J46 | Asthme, état de mal asthmatique | 1 392 | 844 | 2 236 | 74* |
| J40-J44, J47, J95.3, J96.1, J96.9 | Bronchite chronique, maladies pulmonaires obstructives chron., insuffisance respiratoire chron. | 78 | 3 817 | 3 895 | 76* |
| | Autres | 1 513 | 11 354 | 12 867 | /// |
| J00-J99 | Ensemble des maladies de l'appareil respiratoire | 15 117 | 25 241 | 40 358 | 93* |

Source : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées

* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

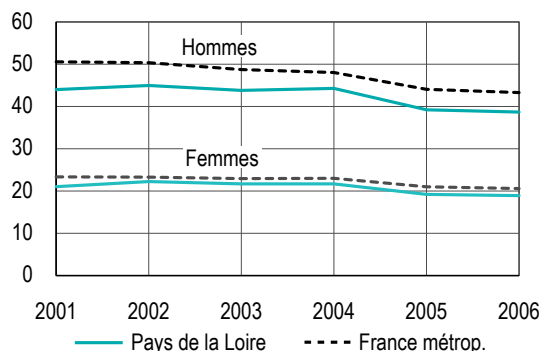
1. séjours pour lesquels une maladie de l'appareil respiratoire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

Rang régional

Les Pays de la Loire se situent parmi les dix régions françaises où les taux de mortalité et d'hospitalisation pour maladie de l'appareil respiratoire, ainsi que le taux de prévalence des admissions en ALD pour insuffisance respiratoire chronique grave, sont les plus faibles [13, 18].

4 Evolution du taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire

Pays de la Loire, France métrop. (2001-2006)

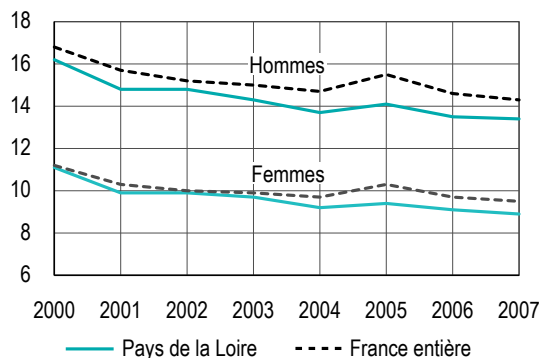


Sources : Inserm CépiDc, Insee

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

5 Evolution du taux standardisé d'hospitalisation en service de MCO pour maladie de l'appareil respiratoire

Pays de la Loire, France entière (2000-2007)



Source : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées

Unité : pour 1 000

Définitions et méthode

Maladies de l'appareil respiratoire : codes Cim 10 : J00-J99.

Affection de longue durée (ALD) : voir fiche "Affections de longue durée" et voir précisions sur www.santepaysdelaloire.com, "La santé observée - Sources".

Diagnostic principal : voir fiche "Diagnostics d'hospitalisation".

ICH : Indice comparatif d'hospitalisation.

ICM : Indice comparatif de mortalité.

Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans.

Taux standardisés et indices comparatifs : voir indicateurs.

Sources

Les liens et sites internet mentionnés ont été consultés le 3 janvier 2012.

- [1] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 1998, IMS-Health, exploitation Irdes.
- [2] Enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM) 2007, IMS-Health, exploitation Irdes.
- [3] ATIH. Bases nationales PMSI MCO 2000-2007, exploitation Drees.
- [4] Fuhrman C, Roche N, Vergnenègre A, Chouaid C, Zureik M *et al.* (2008). Bronchite chronique : prévalence et impact sur la vie quotidienne. Analyse des données de l'enquête santé Insee 2002-2003. *InVS*. 37 p.
- [5] Roche N, Dalmay F, Perez T *et al.* (2008). Impact of chronic airflow obstruction in a working population. *The European respiratory journal*. vol. 31, n° 6. pp. 1227-1233.
- [6] Huchon GJ, Vergnenègre A, Neukirch F *et al.* (2002). Chronic bronchitis among French adults: high prevalence and underdiagnosis. *The European respiratory journal*. vol. 20, n° 4. pp. 806-812.
- [7] de Marco R, Accordini S, Cerveri I *et al.* (2004). An international survey of chronic obstructive pulmonary disease in young adults according to GOLD stages. *Thorax*. vol. 59, n° 2. pp. 120-125.
- [8] Piperno D, Bart F, Serrier P *et al.* (2005). Patients à risque de broncho-pneumopathie chronique obstructive en médecine générale : enquête épidémiologique avec 3411 patients. *La Presse médicale*. vol. 34, n° 21. pp. 1617-1622.
- [9] Fuhrman C, Delmas MC. (2010). Epidémiologie descriptive de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France. *Revue des maladies respiratoires*. vol. 27, n° 2. pp. 160-168.
- [10] Rennard S, Decramer M, Calverley PMA *et al.* (2002). Impact of COPD in North America and Europe in 2000: subjects' perspective of confronting COPD international survey. *The European respiratory journal*. vol. 20, n° 4. pp. 799-805.
- [11] Cnamts, CCMSA, RSI. Bases nationales des admissions en affections de longue durée (ALD) 2005-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [12] Païta M, Weill A. (2009). Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. *Points de repère*. Cnamts. n° 27. 12 p.
- [13] Cnamts. Site de l'Assurance maladie. www.ameli.fr
- [14] Inserm CépiDc. Bases nationales des causes médicales de décès 1980-2007, exploitation ORS Pays de la Loire.
- [15] Eurostat. Site de l'Office statistique de l'Union européenne. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- [16] Pavillon G, Boileau J, Renaud G *et al.* (2005). Conséquences des changements de codage des causes médicales de décès sur les données nationales de mortalité en France, à partir de l'année 2000. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. *InVS*. n° 4. pp. 13-16.
- [17] Aouba A, Eb M, Rey G *et al.* (2011). Données sur la mortalité en France : principales causes de décès en 2008 et évolutions depuis 2000. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*. *InVS*. n° 22. pp. 249-255.
- [18] Fnors. Score-Santé. Site commun d'observation régionale en santé. www.scoresante.org

Remerciements

Merci pour leur contribution à

Dr Anicet Chaslerie, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire

Dr Claire Fuhrman, InVS

Pr Antoine Magnan, CHU Nantes

Dr Jacques Pivette, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire

Dr Pierre Touboul, ERSM Assurance maladie Pays de la Loire

Etude cofinancée par l'ARS et le Conseil Régional des Pays de la Loire

Réalisation en partenariat avec l'ORS Ile-de-France