

Chapitre 3

PROBLEMES DE SANTE ET PATHOLOGIES

Emilie Bouquet, Marie-Christine Bournot, Dr Jean-François Buyck, Sandrine David, Isabelle Gailhard-Rocher, Bénédicte Pelletier, Philippe Pépin, Marie-Sylvie Sander, Dr Anne Tallec, François Tuffreau

Maladies infectieuses et parasitaires	50
Tumeurs malignes	58
Maladies endocriniennes	80
Troubles mentaux et du comportement	84
Maladies de l'oeil et de ses annexes	88
Maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	90
Maladies de l'appareil circulatoire	92
Maladies de l'appareil respiratoire	98
Maladies de l'appareil digestif	102
Maladies de l'appareil génito-urinaire	104
Grossesse, accouchement et puerpéralité	106

Maladies infectieuses et parasitaires¹

1. chapitre 1 de la Cim 10

1 Admissions en affection de longue durée pour maladies infectieuses et parasitaires Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

Code Cim 10	Motif d'admission	Hommes		Femmes	
		Total	dont < 65 ans	Total	dont < 65 ans
A15-A19	Tuberculose	98	74	88	58
B18	Hépatite virale chronique	200	179	122	98
B20-B24	Maladies dues au VIH	91	88	51	50
B90-B94	Séquelles de maladies infectieuses et parasitaires	15	8	17	12
	Autres	2	2	1	1
A00-B99	Ensemble des maladies infectieuses et parasitaires	406	351	279	219

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

2 Séjours hospitaliers en service de MCO pour maladies infectieuses et parasitaires¹

Pays de la Loire (2007)

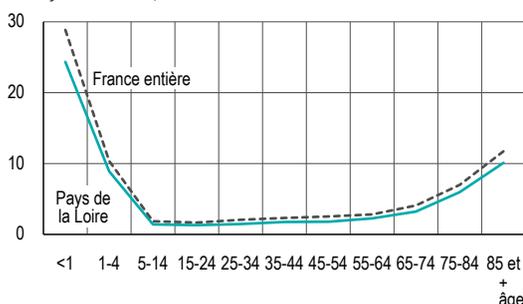
Code Cim 10	Diagnostic d'hospitalisation	Nombre de séjours		ICH
		Total	% 75 ans et +	
A00-A09	Maladies intestinales infectieuses	3 365	12 %	76*
A15-A19	Tuberculose	224	28 %	53*
A40, A41	Septicémies	1 731	46 %	74*
A50-A60, A63, A64	Maladies sexuellement transmissibles	438	1 %	77*
B15-B19	Hépatites virales	602	4 %	90*
B20-B24	Maladies dues au VIH ²	342	2 %	57*
	Autres	3 503	23 %	///
A00-B99	Ensemble des maladies infectieuses et parasitaires	10 205	21 %	80*

Source : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées
* différence significative avec la France métropolitaine au seuil de 5 %

1. séjours pour lesquels une maladie infectieuse ou parasitaire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation
2. à ces séjours s'ajoutent 63 séjours pour séropositivité au VIH (code Z21)

3 Taux d'hospitalisation en service de MCO pour maladies infectieuses et parasitaires selon l'âge

Pays de la Loire, France entière (2007)



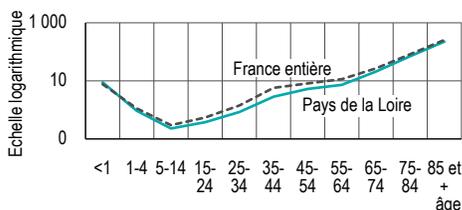
Source : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées
Unité : pour 1 000

Rang régional

La région des Pays de la Loire se caractérise par la fréquence des séjours hospitaliers pour maladies infectieuses la plus faible des régions françaises en 2007.

4 Taux de mortalité par maladies infectieuses et parasitaires selon l'âge

Pays de la Loire, France entière (moyenne 2005-2007)



Sources : Insem CépiDc, Insee
Unité : pour 100 000

5 Décès par maladies infectieuses et parasitaires

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

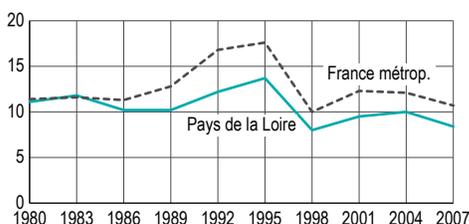
	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	52	169	221	77 *
Femmes	27	213	240	87 *
Ensemble	79	382	461	82 *

Sources : Insem CépiDc, Insee

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

6 Evolution du taux standardisé de mortalité par maladies infectieuses et parasitaires

Pays de la Loire, France métropolitaine (1980-2007)



Source : Insem CépiDc

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

Définitions et méthode

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

Causes médicales de décès : l'analyse de la mortalité par maladies infectieuses et parasitaires est basée sur les codes Cim 9 001-139 pour les années antérieures à 2000 et sur les codes Cim 10 A00-B99 pour les années plus récentes. Voir précisions sur www.santepaysdelaloire.com, "La santé observée - Sources".

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

ICH : indice comparatif d'hospitalisation.

ICM : indice comparatif de mortalité.

Taux standardisés et indices comparatifs : voir définitions p.28 et p. 34.

Contexte

■ Les maladies infectieuses et parasitaires sont provoquées par des virus, des bactéries, des parasites ou des prions. La diversité de ces affections résulte du grand nombre de micro-organismes impliqués, qui peuvent provenir de réservoirs humains, animaux, alimentaires ou environnementaux. Les maladies infectieuses sont contagieuses, leurs modes de transmission étant également très variés : contact direct, voie respiratoire, digestive, sexuelle... Elles peuvent engendrer des endémies (persistance d'une maladie dans une région) et des épidémies (propagation rapide d'une maladie chez un grand nombre d'individus) qui, lorsqu'elles s'étendent largement dans le monde, donnent lieu à une pandémie [1].

■ L'amélioration de l'hygiène, l'introduction des antibiotiques et les vaccinations ont permis une réduction majeure du risque infectieux au cours du XX^e siècle, surtout dans les pays développés. Certaines maladies ont fortement régressé (poliomyélite, diphtérie...), et la variole a été éradiquée grâce à la vaccination. Malgré ces progrès, les maladies infectieuses sont responsables de 40 % des décès dans les pays en développement contre 1 % dans les pays industrialisés [2]. En France, le risque de décès par maladies infectieuses a diminué au cours du XX^e siècle, à l'exception d'une augmentation dans les années 1980-1990, liée à l'infection au VIH/sida.

■ Au cours des dernières décennies, l'augmentation des mouvements de population ou l'expansion du commerce international sont des exemples de facteurs qui ont transformé les micro-organismes, leur environnement mais aussi les dynamiques de transmission des maladies infectieuses. On observe une nette émergence ou réémergence de certaines infections. Par ailleurs, certains virus comme celui de la grippe subissent des évolutions importantes susceptibles de remettre en cause l'efficacité de la vaccination. En outre, l'utilisation importante d'antibiotiques a entraîné l'apparition de souches de bactéries multirésistantes, favorisant le développement des problèmes sanitaires tels que les infections nosocomiales [3].

■ La prévention des maladies infectieuses s'articule autour de plusieurs axes : amélioration et diffusion de mesures d'hygiène, vaccination, connaissance des agents infectieux et du mode de transmission de la maladie, dépistage et traitements. Par ailleurs, la surveillance de ces maladies est indispensable à la prévention des épidémies et à leur détection précoce. En France, la veille et l'alerte concernant les maladies infectieuses sont coordonnées par l'Institut de veille sanitaire (InVS) [4].

■ L'analyse qui suit concerne les seules infections classées au chapitre 1 (Maladies infectieuses et parasitaires) de la classification internationale des maladies (Cim 10). En effet, la structure de la Cim est telle que certaines infections touchant spécifiquement un organe ne sont pas classées au chapitre 1 mais au chapitre correspondant à l'organe ou à l'appareil infecté. Ainsi, le chapitre 1 ne représente qu'une faible proportion des décès ou des hospitalisations pour maladies infectieuses (20 % des décès par infection en 1985) [5-7]. Les pneumopathies infectieuses, à l'origine d'une morbidité et d'une mortalité importantes, sont par exemple classées dans le chapitre 10 de la Cim 10 (maladies respiratoires) et présentées dans la fiche "Maladies de l'appareil respiratoire". De même, les infections ORL, particulièrement fréquentes, sont détaillées dans la fiche "Maladies de l'oreille et de l'audition".

■ Les maladies infectieuses du chapitre 1 de la Cim 10 sont principalement prises en charge en médecine de ville où elles sont à l'origine de 4 % des consultations et des visites en 2007 [8]. Toutefois, en raison de leur gravité et/ou de la fragilité des patients atteints, certaines affections nécessitent une hospitalisation. En 2007, 1 % des hospitalisations dans les services de court séjour (près de 230 000) avaient pour diagnostic principal une maladie du chapitre 1 de la Cim 10. Les infections les plus fréquemment en cause sont les infections intestinales (34 %), qui concernent surtout les moins de 25 ans et les septicémies (18 %), dont près des deux tiers affectent des personnes âgées (65 ans et plus) [9].

■ Les personnes atteintes d'une maladie infectieuse ou parasitaire peuvent dans certains cas être admises en affection de longue durée (ALD). Plus de 22 000 personnes ont été admises dans ce cadre en moyenne chaque année entre 2005 et 2007, par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie [10].

■ Moins de 2 % des décès sont dus à des maladies infectieuses et parasitaires classées au chapitre 1 de la Cim 10 (environ 10 200 décès en 2007 selon l'Inserm CépiDc), soit un taux de mortalité de 16 pour 100 000 habitants. Les septicémies sont les plus fréquemment en cause, notamment chez les sujets âgés. Les infections intestinales (17 %) et les infections à méningocoques (15 %) dominent également chez les sujets de moins de 25 ans, tandis que les décès chez les adultes jeunes sont le plus souvent dus à l'infection au VIH/sida (33 %) ou à des hépatites (14 %) [11].

Bibliographie page 207

Pays de la Loire

■ Les maladies infectieuses et parasitaires du chapitre 1 de la Cim 10 ont constitué, en 2007, le diagnostic principal de plus de 10 000 séjours hospitaliers de Ligériens dans les services de soins de courte durée. A structure par âge comparable, la fréquence de ces séjours est inférieure de 20 % à la moyenne nationale. La région se caractérise ainsi par la fréquence des séjours hospitaliers pour maladies infectieuses la plus faible de France. Cette moindre fréquence régionale s'observe pour les différentes pathologies de ce chapitre (fig. 2). Environ 685 Ligériens ont été admis en ALD pour maladies infectieuses ou parasitaires en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie, dont plus de 80 % sont âgés de moins de 65 ans (fig. 1).

■ Comme au niveau national, le taux d'hospitalisation pour ces affections a diminué de 12 % dans la région entre 2000 et 2007 [9].

■ 461 décès dus à des maladies classées au chapitre 1 de la Cim 10 ont été dénombrés en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 (1,6 % de l'ensemble des décès). Depuis le début des années 1980, le taux de mortalité régional a tout d'abord augmenté, en lien avec l'épidémie de sida, mais, de façon moins marquée qu'au niveau national. Il est ensuite revenu à un niveau inférieur à celui du début des années 1980, et est également inférieur à celui observé au niveau national (fig. 6) [10].

Infection à VIH et sida

1 Activité de dépistage de l'infection au VIH

Pays de la Loire, France entière (2010)

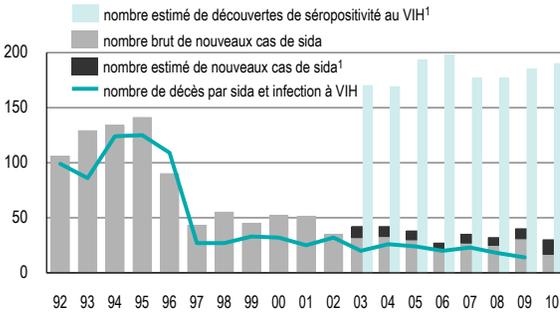
	LaboVIH ¹	
	Pays de la Loire	France entière
Nombre de sérologies	180 158	4 977 463
<i>dont tests anonymes en CDAG</i>	11 %	8 %
Nombre de sérologies pour 1 000 habitants	51	77
Nombre de sérologies positives	301	10 836
Nombre de sérologies positives pour 1 000 tests	1,7	2,2
Nombre de sérologies positives pour 1 000 tests anonymes	1,2	3,3

Sources : InVS, LaboVIH

1. taux de participation des laboratoires : 86 % en Pays de la Loire, 88 % en France

2 Nombre de découvertes de séropositivité au VIH et de nouveaux cas de sida selon l'année de diagnostic. Nombre annuel de décès par sida et infection à VIH

Pays de la Loire (1992-2010)



Sources : InVS, situation au 31/12/2010, Inserm CépiDc

1. données corrigées pour la sous-déclaration et pour les délais de déclaration

3 Caractère précoce ou tardif des nouveaux diagnostics d'infection à VIH, en fonction du mode de contamination

Pays de la Loire, France entière (2009-2010)

	Pays de la Loire			France entière		
	Mode de contamination			Mode de contamination		
	Rapports hétérosexuels	Rapports homosexuels	Tous modes	Rapports hétérosexuels	Rapports homosexuels	Tous modes
Diagnostic précoce ¹	28 %	43 %	35 %	27 %	47 %	35 %
Diagnostic intermédiaire	40 %	31 %	36 %	37 %	32 %	35 %
Diagnostic tardif ²	31 %	27 %	29 %	36 %	21 %	30 %

Source : InVS - situation au 31/12/2010 (données corrigées pour la sous-déclaration et pour les délais de déclaration)

1. Si diagnostic au stade de primo-infection, ou si taux de CD4 au diagnostic supérieur ou égal à 500/mm³ en l'absence de pathologie sida

2. Si diagnostic au stade sida, ou si taux de CD4 au diagnostic inférieur à 200/mm³ en dehors d'une primo-infection

Définitions et méthode

Incidence : nombre de nouveaux cas annuels déclarés.

Maladie à déclaration obligatoire : voir précisions sur www.santepaysdelaloire.com, "La santé observée - Sources".

Séropositivité : présence, chez une personne infectée, d'anticorps dirigés contre le virus du sida.

Sida : stade de l'infection à VIH durant lequel des maladies opportunistes majeures se déclarent.

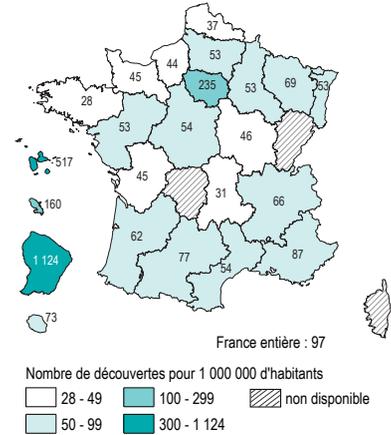
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine.

Rang régional

Avec 53 nouveaux cas de séropositivité au VIH par million d'habitants en 2010, les Pays de la Loire se situent au 10^e rang des régions les plus concernées par cette infection. Les départements d'outre-mer, l'Ile-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur sont les régions les plus touchées [4, 15].

4 Taux de découvertes de séropositivité au VIH

France entière (2010)



Sources : InVS - situation au 31/12/2010 (données corrigées pour la sous-déclaration et pour les délais de déclaration), Insee

La surveillance du VIH/sida [4]

La surveillance de l'infection à VIH, coordonnée par l'InVS, repose sur plusieurs systèmes anonymisés :

- La notification obligatoire des infections à VIH

Mise en place en 2003, cette surveillance permet de disposer d'indicateurs sur les découvertes de séropositivité, aux niveaux national et régional. Les estimations établies par l'InVS sont corrigées pour la sous-déclaration, et redressées pour le délai de déclaration pour les deux dernières années.

- La notification obligatoire des cas de sida

Mise en place depuis 1986, cette surveillance permet de décrire l'histoire de l'épidémie et les caractéristiques des malades du sida. Comme pour les données de déclaration de séropositivité, les cas notifiés de sida font l'objet d'une estimation intégrant la sous-déclaration (disponible au niveau régional seulement depuis 2003) et le délai de déclaration.

- La surveillance de l'activité de dépistage

Le réseau LaboVIH concerne l'activité de dépistage des laboratoires de villes et hospitaliers. Il permet d'estimer le nombre de sérologies réalisées chaque année depuis 2001, et la proportion de tests positifs.

Ce système est complété par les données issues de certaines Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), décrivant les caractéristiques des personnes consultant ces centres.

- Le Corevih des Pays de la Loire dispose d'une base de données décrivant de manière anonyme les caractéristiques des patients pris en charge dans les établissements de soin de la région. Cette base n'est pas exhaustive aujourd'hui, mais devrait conforter les autres sources d'information dans les années à venir.

Contexte

■ L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) entraîne le déclin progressif des fonctions immunitaires. Pendant une période qui peut durer plusieurs années, les personnes porteuses du VIH ne présentent aucun signe de l'infection. Puis cette dernière peut se manifester par différents symptômes, en lien avec la dégradation du système immunitaire (fatigue, amaigrissement, affections de la peau...). Lorsque le stade sida est atteint, des infections graves (pneumocystose, tuberculose...) ou des tumeurs se développent [1, 2].

■ En France, le nombre total de personnes infectées par le VIH est estimé à environ 152 000 fin 2008. Après une diminution significative entre 2004 et 2007, le nombre annuel estimé de découvertes de séropositivité s'est stabilisé autour de 6 300 entre 2008 et 2010 (6 265 au cours de cette dernière année). L'interprétation de cette évolution doit cependant rester prudente. Elle dépend en effet des comportements de recours au dépistage, mais aussi, de l'exhaustivité et du délai des déclarations, les données des deux dernières années étant provisoires [3, 4]. Par ailleurs, cette tendance ne concerne pas tous les modes de contamination. Entre 2003 et 2010, le nombre annuel de découvertes de séropositivité a diminué chez les personnes contaminées par usage de drogues injectables ou lors de rapports hétérosexuels, notamment chez les femmes de nationalité étrangère. En revanche, le nombre de découvertes de séropositivité en lien avec des rapports homosexuels est en nette augmentation [4]. Ce constat peut être rapproché de la résurgence des infections sexuellement transmissibles et de la hausse déclarée des comportements sexuels à risque chez les hommes ayant des rapports homosexuels [5-9].

■ L'introduction en 1996 des combinaisons de thérapies antirétrovirales a bouleversé l'évolution de l'épidémie. Ces traitements ont permis une diminution importante de la morbidité et de la mortalité (les patients traités dont le système immunitaire n'est pas déficient ont une mortalité comparable à celle de la population générale) [10, 11].

Le nombre annuel de nouveaux cas de sida est ainsi passé de 6 500 en 1995 à 1 510 en 2010, chiffre qui s'est

stabilisé depuis 2007. De même, si plus de 4 500 personnes résidant en France décédaient chaque année de l'infection au VIH au milieu des années 1990, environ 550 décès liés à cette infection ont été dénombrés par l'Inserm CépiDc en 2009. Fin 2008, le nombre de personnes vivant avec le sida en France est estimé à environ 35 000 [3, 4, 12].

■ La détection de l'infection par le VIH au plus près de la contamination permet un suivi médical et une prise en charge thérapeutique précoces. Pour améliorer l'efficacité du dépistage, la Haute autorité de santé préconise une stratégie en deux volets : sa généralisation à l'ensemble de la population âgée de 15 à 70 ans en dehors des situations d'exposition à risque, et la proposition ciblée et régulière du test de dépistage pour les personnes les plus exposées ou dans certains territoires prioritaires comme la Guyane. En 2010, selon le système de surveillance LaboVIH, près de 5 millions de tests de dépistage ont été réalisés, et 2,2 % se sont avérés positifs au VIH. 8 % de ces tests ont été effectués dans le cadre de Consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG), la proportion de tests positifs y atteignant 3,3 % [3, 13].

■ Certaines personnes accèdent cependant encore tardivement au dépistage et aux soins. En 2010, 10 % des personnes ayant découvert leur séropositivité ont été diagnostiquées précocement, au stade de primo-infection, 62 % l'ont été à un stade asymptomatique, 11 % à un stade symptomatique non sida et 14 % très tardivement au stade sida [3, 4].

■ Dans ce contexte, la prévention des comportements sexuels à risque représente un enjeu majeur, notamment auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, population qui reste très touchée (prévalence de l'infection deux cent fois supérieure à celle de la population hétérosexuelle), et chez qui les comportements à risque semblent persister, voire augmenter [4-6, 14].

■ Au niveau régional, les Corevih (Coordination régionale de lutte contre l'infection due au VIH) créés en 2007, rassemblent l'ensemble des acteurs impliqués (prévention, soins, surveillance épidémiologique...).

Pays de la Loire

■ 190 habitants de la région ont découvert leur séropositivité en 2010. Le taux de découvertes dans la région (53 par million d'habitants) est proche de celui des régions métropolitaines hors Ile-de-France (57), mais reste très inférieur à celui de la France entière (97). Les Pays de la Loire, au 10^e rang des 19 régions métropolitaines les plus touchées par le VIH, pour lesquelles les données étaient disponibles, ont perdu leur position relativement protégée [4, 15].

■ Les contaminations régionales par usage de drogues injectables ont aujourd'hui quasiment disparu. Celles par rapports hétérosexuels sont désormais majoritaires (54 % des séropositivités découvertes en 2009-2010 dans les Pays de la Loire). La part des contaminations par rapports homosexuels reste très élevée (45 %) [4].

■ L'augmentation de la proportion de personnes contaminées par rapports hétérosexuels est notamment due au nombre croissant de contaminations chez les femmes nées dans un pays d'Afrique subsaharienne (53 % des séropositivités découvertes chez des femmes en 2009-2010 dans la région) [4].

■ 180 200 sérologies ont été réalisées en 2010 dans les Pays de la Loire, soit 51 sérologies pour 1 000 habitants, taux le plus faible de France (77). Le taux de sérologies confirmées positives est, par contre, parmi les plus élevés des taux régionaux. Cette situation, observée depuis plusieurs années, témoigne d'un dépistage plus ciblé dans la région (fig. 1).

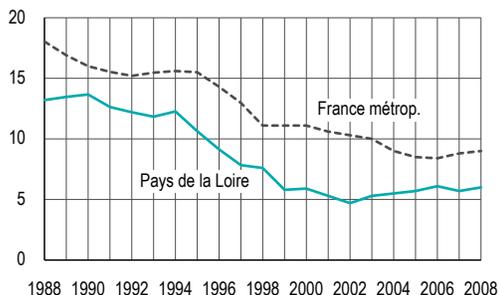
■ Le nombre annuel de nouveaux cas de sida diagnostiqués parmi les Ligériens s'est stabilisé autour de 35 depuis 2002. Le nombre de décès annuels par infection à VIH (environ 14 en 2009) est lui en diminution (fig. 2) [4].

■ Tous modes de contamination confondus, le taux de Ligériens chez qui une infection à VIH a été diagnostiquée à un stade tardif était de 29 % en 2009-2010, chiffre similaire à celui observé en France entière. Parmi les personnes contaminées par rapports homosexuels, le taux régional de diagnostics tardifs est supérieur au taux France entière (fig. 3).

■ Environ 3 200 personnes séropositives ou malades du sida ont été suivies dans les établissements de santé de la région en 2010 [16].

1 Evolution du taux d'incidence de la tuberculose déclarée

Pays de la Loire, France métropolitaine¹ (1988-2008)



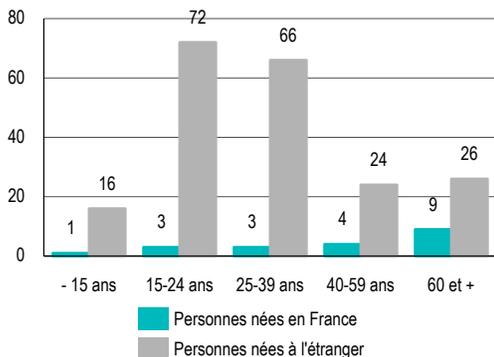
Sources : InVS, Insee

1. estimation n'incluant pas la Corse du Sud pour l'année 2007

Unité : pour 100 000

2 Taux d'incidence de la tuberculose déclarée par âge

Pays de la Loire (2005-2008)



Sources : Cire Pays de la Loire, Insee

Unité : pour 100 000

La déclaration obligatoire de la tuberculose

Les médecins et les biologistes qui suspectent ou diagnostiquent un cas de tuberculose doivent le signaler sans délai et par tout moyen approprié à l'Agence régionale de santé (ARS) de leur lieu d'exercice. Ce signalement est aussitôt transmis au Centre de Lutte Antituberculeuse (CLAT), qui coordonne la lutte antituberculeuse au niveau départemental et a en charge la réalisation des investigations et la mise en place de mesures pour contrôler la transmission de la maladie.

La notification du cas intervient après le signalement et le plus souvent, après confirmation du diagnostic au moyen d'une fiche spécifique à cette maladie (voir précisions sur www.santepaysdelaloire.com, "La santé observée - Sources").

Ces fiches sont adressées au médecin de santé publique de l'Agence régionale de santé, qui, après vérification des données, les transmet à l'Institut de veille sanitaire (InVS), organisme chargé de leur centralisation à l'échelon national. L'exhaustivité de la déclaration de la tuberculose est estimée à environ 65 % [16, 17]. Malgré cette sous-déclaration, très variable selon les départements, les données de déclaration obligatoire permettent de décrire l'évolution de l'incidence de la maladie dans le temps et dans l'espace.

Ce système a été modifié en 2003, avec la prise en compte des infections tuberculeuses latentes chez les enfants de moins de 15 ans, et l'intégration, en 2007, de la surveillance des issues de traitement [18].

Rang régional

Le taux d'incidence de la tuberculose déclarée dans la région des Pays de la Loire (6 pour 100 000 en 2008), inférieur au taux observé en France (9 pour 100 000), positionne favorablement la région, au 18^e rang des régions françaises les plus touchées.

3 Nombre de séjours hospitaliers en service de MCO pour tuberculose¹

Pays de la Loire (2007)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total
Hommes	94	42	136
Femmes	48	40	88
Ensemble	142	82	224

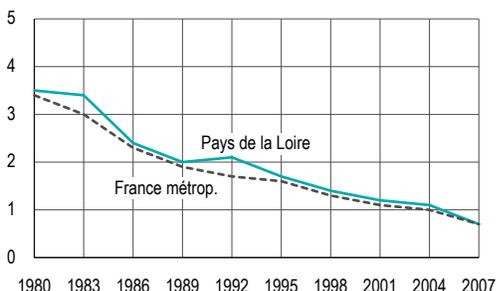
Source : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées

1. séjours pour lesquels une tuberculose a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation (codes A15-A19).

A ces séjours s'ajoutent huit séjours pour séquelles de tuberculose (code B90).

4 Evolution du taux standardisé de mortalité par tuberculose

Pays de la Loire, France métropolitaine (1980-2007)



Source : Inserm CépiDc

Moyennes sur 3 ans - Unité : pour 100 000

Définitions et méthode

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

Cas de tuberculose déclarés : le critère de déclaration est basé sur la présence d'une tuberculose maladie ayant conduit à la mise en route d'un traitement antituberculeux (au moins trois antituberculeux). La tuberculose infection ("primo-infection sans localisation patente" ou "simple virage des tests tuberculiques") et les infections dues aux mycobactéries atypiques ne doivent pas être déclarées.

Causes médicales de décès : l'analyse de la mortalité par tuberculose est basée sur les codes Cim 9 010-018 et 137 pour les années antérieures à 2000, et sur les codes Cim 10 A15-A19 et B90 pour les années plus récentes. Voir précisions sur www.santepaysdelaloire.com, "La santé observée - Sources".

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

Incidence : nombre de nouveaux cas annuels déclarés.

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Taux standardisé de mortalité : voir définition p. 28.

Maladies à déclaration obligatoire : voir précisions sur www.santepaysdelaloire.com, "La santé observée - Sources".

Contexte

■ La tuberculose est une maladie due au bacille de Koch (*Mycobacterium tuberculosis*), qui atteint le plus souvent les poumons. Cet agent se transmet exclusivement par voie aérienne, par l'intermédiaire de sécrétions émises par une personne contagieuse (toux...). Toutes les personnes infectées ne développeront pas la maladie, dans 90 % des cas le bacille reste à l'état dormant dans l'organisme (infection tuberculeuse latente, ITL). Seules 5 à 10 % des personnes contaminées feront une tuberculose maladie (TM). Cette proportion devient toutefois nettement plus élevée chez les personnes immunodéprimées. En l'absence ou en cas de refus de traitement, la TM évolue vers une atteinte grave, mortelle en quelques années dans la moitié des cas [1,2].

■ Au niveau mondial, on estime à neuf millions le nombre annuel de nouveaux cas de tuberculoses. La moitié de ces cas surviennent en Asie, l'Asie du Sud Est et la Chine étant particulièrement concernées, et près du tiers en Afrique subsaharienne. Le nombre de cas de tuberculoses dans cette zone est en rapide augmentation, en lien avec l'épidémie de VIH/sida. L'Europe présente un fort gradient Ouest-Est d'incidence et de mortalité, avec dans les pays de l'Est, les taux les plus élevés [3].

■ En France, les données de déclaration obligatoire montrent une décroissance régulière de l'incidence de la tuberculose depuis plusieurs décennies, malgré un léger ralentissement au début des années 1990, attribué aux tuberculoses chez les personnes atteintes par le VIH. En 2008, près de 5 600 cas ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire, soit une incidence de 9 cas pour 100 000 habitants. L'incidence de la tuberculose déclarée est particulièrement élevée en Ile-de-France (18 cas pour 100 000 habitants) et en Guyane (23 cas pour 100 000 habitants) [4-6]. En ce qui concerne la mortalité, le nombre annuel moyen de décès par tuberculose en France métropolitaine est passé de 1 400 en 1988-1990 à environ 750 en 2005-2007 (y compris les décès par séquelles de tuberculose) [7].

■ La maladie est plus fréquente chez les personnes âgées, dans les populations en extrême précarité comme

les personnes sans domicile fixe ou vivant dans des conditions insalubres, chez les personnes incarcérées et chez les migrants en provenance de pays à forte endémie [8]. Ces populations migrantes sont particulièrement vulnérables à cette maladie car elles cumulent plus fréquemment des infections latentes, le plus souvent acquises dans leur pays, et des conditions de vie défavorables.

■ La difficulté à améliorer le dépistage et la prise en charge des personnes atteintes a conduit les pouvoirs publics à réinscrire la tuberculose parmi les priorités de santé publique. Le programme national de lutte contre la tuberculose 2007-2009 vise à consolider la diminution régulière de l'incidence de la tuberculose maladie, et à réduire les disparités épidémiologiques, notamment par un renforcement des actions de dépistage. Il s'agit en particulier d'atteindre les populations les plus exposées, d'assurer un diagnostic précoce afin de garantir une prise en charge rapide pour réduire la période de contagion, de s'assurer de la bonne observance des traitements, ou encore, d'optimiser la stratégie vaccinale [9,10].

■ Au niveau mondial, l'apparition de formes de tuberculoses multirésistantes (résistant au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, antibiotiques de première ligne) et ultrarésistantes (résistant à tous les antibiotiques de première ligne et à au moins un antibiotique de deuxième ligne) est préoccupante. Le maintien de la résistance de souches tuberculeuses aux antibiotiques à un faible niveau constitue de ce fait l'un des axes du programme de lutte contre la tuberculose [9,11].

■ En France, l'obligation vaccinale a été suspendue chez l'enfant et l'adolescent en 2007. Une recommandation forte de vaccination est toutefois maintenue pour les enfants et les adolescents considérés à risque ou habitant en Ile-de-France et en Guyane [12]. Chez l'adulte, le Haut conseil de la santé publique a récemment recommandé la levée de l'obligation vaccinale chez les professionnels et étudiants des carrières sanitaires et sociales [13].

Bibliographie page 208

Pays de la Loire

■ 210 cas de tuberculose ont fait l'objet d'une déclaration obligatoire en 2008 dans la région, soit un taux d'incidence de 6 pour 100 000 habitants, inférieur au taux national (9 pour 100 000). L'incidence de la tuberculose déclarée semble en légère augmentation depuis 2002 (4,7 pour 100 000 habitants). Cette tendance est également observée au niveau national depuis 2006. Bien qu'en partie liée à l'amélioration de l'exhaustivité des déclarations, elle incite toutefois à la vigilance (fig. 1) [4].

■ L'incidence de la tuberculose, quelle que soit la classe d'âge considérée, est plus élevée chez les personnes nées à l'étranger. Chez ces dernières, la tuberculose affecte majoritairement les jeunes adultes (15-24 ans), en revanche, chez les personnes nées en France, l'incidence augmente avec l'âge [4,6].

■ Au cours de la période 2005-2007, environ 190 Ligériens ont été admis en ALD pour tuberculose, en moyenne chaque année. A structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD pour tuberculose est inférieure de 30 % à la moyenne nationale [14].

■ Pour l'année 2007, 224 séjours hospitaliers de Ligériens avaient pour diagnostic principal une tuberculose (fig. 3). Plus d'un séjour sur trois concerne une personne âgée de plus de 65 ans. Les hommes (136 séjours) sont plus souvent concernés que les femmes (88 séjours). La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète est de dix-sept jours. A structure d'âge comparable, la fréquence de ces séjours est inférieure de 47 % à la moyenne nationale [15].

■ Entre 2005 et 2007, 43 décès par tuberculose ou séquelles de tuberculose ont été dénombrés en moyenne chaque année dans la région. Les décès par séquelles de tuberculose représentent la moitié de l'ensemble des décès par tuberculose. Le taux standardisé de mortalité (0,7 pour 100 000) est similaire à celui de la France métropolitaine (moyenne 2006-2008) (fig. 4) [7].

1 Répartition des établissements de santé selon les indicateurs de la lutte contre les infections nosocomiales¹

Pays de la Loire, France entière (2006-2008)

	2006	2007	2008
Classe A ou B pour l'ICSHA ²	12 %	34 %	55 %
Surveillance ISO dans plus de 75 % des services ²	45 %	45 %	67 %
Classe A ou B pour l'ICATB ²	23 %	47 %	71 %
Classe A ou B pour le Score agrégé			
Pays de la Loire ²	29 %	66 %	81 %
France entière ³	24 %	51 %	71 %

Sources : CCLIN Ouest, Ministère de la santé et des sports
1. données non disponibles pour l'ICALIN en Pays de la Loire

2. CCLIN Ouest

3. Ministère de la santé et des sports (proportions calculées par rapport au nombre d'établissements répondeants, excluant les établissements ne réalisant pas de surveillance ISO)

Voir définition des classes ci-dessous

Les indicateurs de la lutte contre les infections nosocomiales des établissements de santé [16, 20]

ICALIN (Indice composite de lutte contre les IN) : score établi sur la base de trois critères : l'organisation, les moyens et les actions de la lutte contre les infections nosocomiales.

ICSHA : indicateur de consommation de produits ou solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains.

SURVISO : proportion des services de chirurgie qui se sont impliqués au cours de l'année dans une surveillance épidémiologique.

ICATB : score reflétant l'organisation, les moyens et les actions mis en œuvre pour promouvoir le bon usage des antibiotiques.

Un **Score agrégé** est élaboré à partir de ces quatre indicateurs.

Cinq classes de performance (de A pour la classe la plus performante à E) sont calculées pour l'ICALIN, l'ICSHA, l'ICATB et le Score agrégé. Les bornes de ces classes tiennent compte de la taille, des missions et des activités des établissements de santé.

SARM : indice établi sur trois ans à partir du nombre de patients hospitalisés chez lesquels au moins une souche de *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline a été isolée, rapporté à 1 000 journées d'hospitalisation.

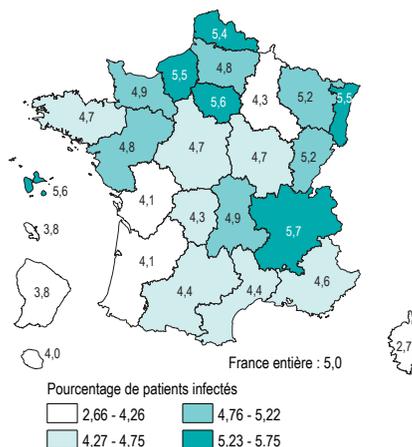
Rang régional

Avec une prévalence de patients infectés de 4,8 % lors de l'enquête nationale en 2006, les Pays de la Loire occupent une position moyenne, au 12^e rang des régions françaises les plus touchées. Les régions les plus concernées sont les territoires d'outre-mer (5,9 % des patients hospitalisés), la région Rhône-Alpes (5,7 %) et l'Île-de-France (5,6 %).

La faible prévalence des patients hospitalisés traités par antibiotiques (13,6 %) confère à la région une position très favorable, en avant-dernière position devant la Corse (10,3 %). Les prévalences les plus élevées sont observées dans les territoires d'outre-mer (32,8 %), en Guyane (29,5 %) et en Île-de-France (17,7 %) [3].

3 Prévalence brute des patients infectés

France entière (2006)



Source : Enquête nationale de prévalence (InVS)
Les données présentées sur cette carte peuvent illustrer des particularités régionales, mais leur interprétation doit rester prudente car elles sont influencées par le type d'établissements de santé ou de patients présents dans chaque région.

Définitions et méthode

Infections associées aux soins : une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours de la prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

Infections nosocomiales : du grec *nosos* (maladie) et *komein* (soigner). Infection contractée dans un établissement de santé, cliniquement et/ou microbiologiquement reconnaissable, qui affecte soit le malade soit le personnel hospitalier. Elle peut être liée à un acte de soins (infection iatrogène) ou non. L'infection doit être absente avant l'admission, les symptômes de la maladie pouvant, en revanche, apparaître pendant ou après le séjour hospitalier. Lorsque le statut infectieux à l'admission du patient est inconnu, un délai minimum de 48 heures est communément accepté pour distinguer une infection extra-hospitalière d'une infection nosocomiale. Ce délai peut cependant varier selon les infections.

2 Caractéristiques des patients infectés

Pays de la Loire, France entière (2006)

	Pays de la Loire	France entière
65 ans et plus	57,9 %	55,7 %
Immuno-dépression	8,7 %	9,5 %
Interv. chirurgicale < 30 jours	21,5 %	21,3 %
Mac Cabe 1 ou 2 ¹	26,6 %	29,2 %
Au moins un acte invasif	24,3 %	26,6 %
Sonde urinaire ²	8,5 %	9,4 %
Cathéter vasculaire	21,3 %	24,0 %
Intubation / trachéotomie	1,9 %	1,8 %

Source : Enquête nationale de prévalence (InVS)

1. patients atteints, dans les trois mois précédant leur admission, d'une maladie potentiellement mortelle ou mortelle à cinq ans

2. le jour de l'enquête ou dans les sept jours précédant celle-ci

Contexte

■ Les infections nosocomiales (IN) sont des infections contractées lors d'un séjour hospitalier. Elles sont désormais intégrées au concept plus large d'infections associées aux soins (IAS), survenant lors de la prise en charge d'un patient, quel qu'en soit le lieu. Les IN peuvent entraîner une aggravation de la maladie, la prolongation du séjour hospitalier ainsi qu'une augmentation de la morbidité sur le long terme, voire le décès du patient [1].

■ En France, la dernière enquête de prévalence "un jour donné" (2006) a dénombré 18 000 patients infectés sur 360 000 personnes hospitalisées, soit une prévalence de 5 %, comparable à celle des autres pays européens. Les localisations les plus fréquentes sont l'appareil urinaire, les voies respiratoires et le site opératoire. Les germes les plus souvent en cause sont des entérobactéries (*Escherichia coli*...), ou des cocci à Gram positif (*Staphylococcus sp.*...). La prévalence de patients infectés est en diminution par rapport à 2001 (- 8 %) [2, 3]. Enfin, 7 à 9 % des décès qui surviennent à l'hôpital chaque année seraient directement imputables aux IN [4-8].

■ On distingue les infections d'origine endogène lorsque les germes responsables appartiennent à la flore du patient (contractées lors d'un acte invasif ou liées à une fragilité particulière), et les infections d'origine exogène, lorsque les germes proviennent d'un autre patient, du personnel soignant, ou de l'environnement par transmission croisée [1]. Leur gravité varie notamment selon l'état de santé du patient ou la virulence de l'agent infectieux.

■ La proportion d'infections nosocomiales à bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) est importante. Lors de l'enquête nationale de prévalence en 2006, plus de la moitié des *Staphylococcus aureus* acquis à l'hôpital étaient résistants à la pénicilline (SARM). De nombreux progrès ont cependant été réalisés, comme en témoignent les résultats des indicateurs dans ce domaine (diminution de 40 % des patients infectés par SARM entre les enquêtes de prévalence de 2001 et 2006) [2, 9].

■ La prévention des IN repose sur l'observance des recommandations d'hygiène, la mise en œuvre de mesures complémentaires chez les patients infectés ou colonisés par des BMR ou des micro-organismes parti-

culiers, et sur l'utilisation raisonnée des antibiotiques afin de limiter la survenue de résistances bactériennes [10-12]. Chaque établissement de santé doit disposer d'une instance de consultation et de suivi chargée de la lutte contre les infections nosocomiales et se doter d'une Equipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH), en coopération avec d'autres établissements de santé si besoin [13, 14]. Au niveau interrégional, cinq Centres de coordination de la lutte contre les IN (CCLIN) ont été créés en 1992. Parallèlement, sur l'initiative de certaines régions, des structures relais des CCLIN se sont développées afin de coordonner la lutte régionale contre les IN. Depuis 2006, des Antennes régionales de lutte contre les IN (ARLIN), assurant officiellement cette mission, se mettent progressivement en place [15, 16]. Au niveau national, le Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins (CTINILS), intégré depuis 2007 au Haut conseil de la santé publique, réunit l'expertise nécessaire pour l'évaluation et la gestion des risques liés aux IAS [1, 16].

■ Le Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales (Raisin), impliquant les CCLIN et l'Institut de veille sanitaire, coordonne la surveillance nationale contre les IN [17]. Les IN répondant à certains critères doivent être signalées aux Agences régionales de santé (ARS) et aux CCLIN [18, 19].

■ Les objectifs du programme national de lutte contre les IN 2004-2008 ont globalement été atteints [20, 21]. Le nouveau programme de lutte contre les IN est inclus dans le Plan stratégique national de prévention des IAS 2009-2013, dont l'objectif premier est d'étendre la prévention à tous les secteurs de soins (médicosocial, soins de ville, pratiques non médicales) [16, 22].

■ En dépit d'une réduction significative depuis 20 ans, la persistance du risque infectieux est liée à l'évolution constante des technologies médicales et à la modification des facteurs de risque propres aux patients, comme le vieillissement de la population.

Bibliographie page 208

57

Pays de la Loire

■ Le dispositif régional de lutte contre les IN s'est mis en place dès 1994, associant des réseaux interhospitaliers de proximité et l'Association des Pays de la Loire pour l'éviction des IN (APLEIN). Le rôle de relais régional du CCLIN Ouest, précédemment confié à l'APLEIN, est officiellement assuré par l'Antenne régionale de lutte contre les IN (ARLIN) depuis janvier 2010 [23, 24].

■ L'association MEDQUAL, centre d'information et de ressources pour le bon usage des produits de santé, coordonne dans la région des actions de conseil sur l'usage des anti-infectieux auprès des professionnels de santé hospitaliers et libéraux, et recueille des données sur la résistance bactérienne auprès d'un réseau de laboratoires d'analyses médicales [25]. Elle contribue ainsi à la surveillance dans ce domaine, en collaboration avec le CCLIN Ouest, au moyen de données partagées entre ces deux structures.

■ Le jour de l'enquête nationale de prévalence de 2006, près de 930 des 19 400 patients hospitalisés étaient atteints d'une ou plusieurs IN, soit une prévalence des patients infectés de 4,77 %, inférieure au niveau national (4,97 %) [26, 27]. La prévalence des patients infectés est restée stable entre les enquêtes de 2001 et de 2006 [2].

■ Soixante-douze IN ont fait l'objet d'un signalement en 2009 auprès du CCLIN Ouest et des Directions départementales des affaires sanitaires et sociales de la région, contre cinquante-deux en 2008. L'augmentation observée en 2009 peut être liée à des phénomènes épidémiques ou à une meilleure sensibilisation des établissements de santé [28].

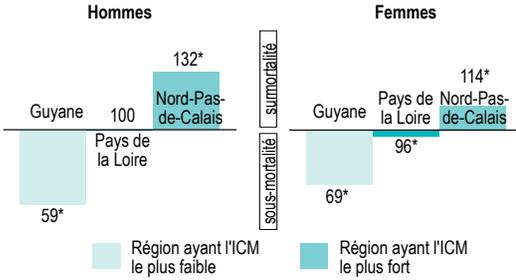
■ L'évolution des indicateurs des tableaux de bord des établissements de santé montre un renforcement des actions et des moyens de lutte contre les IN entre 2006 et 2008, dans la région comme en France (fig. 1, encadré) [29, 30].

■ Enfin, l'enquête nationale de prévalence de 2006 et l'indicateur triennal SARM des tableaux de bord montrent respectivement, dans la région, une faible prévalence des patients traités par antibiotiques d'une part, et la plus faible incidence de France de cas de SARM d'autre part [2, 9].

Ensemble des cancers

1 Indices comparatifs de mortalité par cancer

France entière (moyenne 2005-2007)

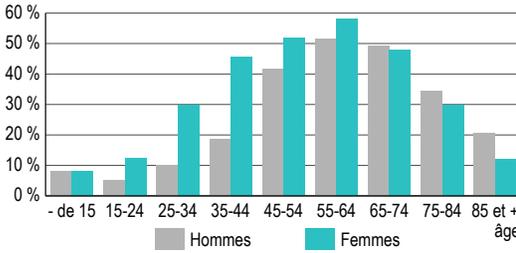


Sources : Inserm CépiDc, Insee

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

2 Part des décès par cancer parmi l'ensemble des décès

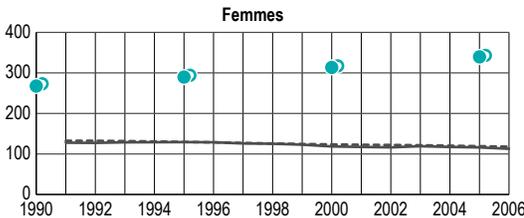
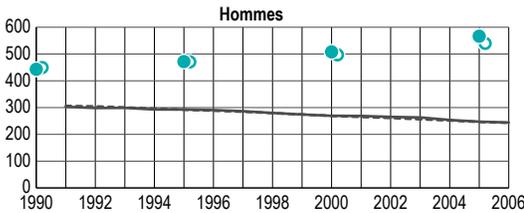
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Source : Inserm CépiDc

3 Evolution des taux standardisés d'incidence estimée et de mortalité par cancer

Pays de la Loire, France métropolitaine (1990-2006)



● Incidence Pays de la Loire — Mortalité Pays de la Loire
● Incidence France métrop. - - - Mortalité France métrop.

Sources : Francim, InVS, Inserm CépiDc, Insee

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

Taux standardisés de mortalité : données lissées sur 3 ans

Taux standardisés d'incidence : données annuelles (disponibles tous les 5 ans)

Rang régional

Les Pays de la Loire se situent parmi les régions ayant un taux standardisé de mortalité féminine par cancer relativement peu élevé (au 9^e rang des régions par ordre croissant).

Pour la mortalité masculine, la région occupe une position moyenne (15^e rang) [6].

4 Nombre estimé de nouveaux cas de cancers, toutes localisations¹

Pays de la Loire (1980-2005)

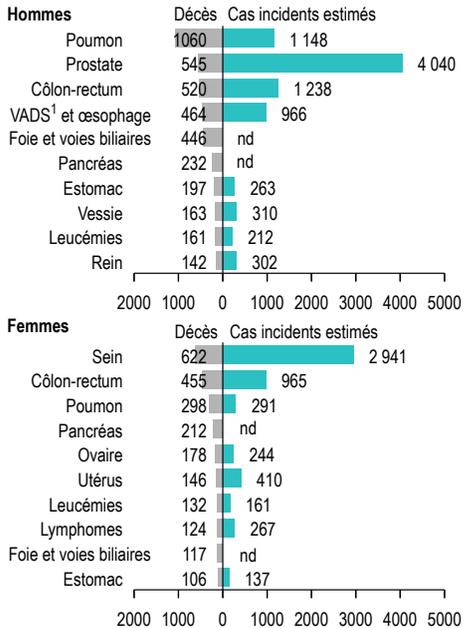
	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Hommes	4 664	5 484	6 357	7 478	8 891	10 902
Femmes	3 693	4 179	4 737	5 519	6 436	7 524

Sources : Francim, InVS

1. hors cancers de la peau non mélanique

5 Nombre annuel moyen de décès par cancer en 2005-2007, et nombre de cas incidents estimé en 2005 selon la localisation

Pays de la Loire



Sources : Inserm CépiDc, Francim, InVS

1. voies aérodigestives supérieures (lèvres, bouche, pharynx, larynx)

Définitions et méthode

Cancer : codes Cim 9 140-208 ; codes Cim 10 C00-C97.

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

Estimations Francim : ces estimations d'incidences sont calculées à partir des rapports incidence/mortalité des départements couverts par un registre. Elles ne concernent que les tumeurs invasives, en sont donc exclus les cancers *in situ*. De même, les cancers de la peau, autres que les mélanomes, ne sont pas pris en compte. Voir précisions sur www.santepaysdelaloire.com, "La santé observée - Sources".

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Taux standardisés et indices comparatifs : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

- Les tumeurs sont la conséquence d'une prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe. On distingue les tumeurs bénignes, dont la gravité éventuelle est liée à l'évolution locale, et les tumeurs malignes ou cancers. La gravité de ces dernières est surtout liée à leur aptitude à disséminer, créant ainsi des foyers secondaires (métastases) à distance du cancer primitif [1].
- Le Réseau français des registres de cancer Francim estime à 320 000 le nombre de nouveaux cas de cancers diagnostiqués en France en 2005, contre 170 000 en 1980. Cette augmentation de l'incidence s'explique en partie par l'augmentation et le vieillissement de la population. Mais les taux d'incidence standardisés, qui neutralisent les effets démographiques, ont également progressé sur cette période, de 1,2 % par an chez les hommes et de 1,4 % par an chez les femmes [2].
- Le cancer constitue aujourd'hui la première cause de décès en France (devant les maladies cardiovasculaires), et la première cause de mortalité prématurée (avant 65 ans). En 2007, il a été responsable du décès de près de 150 000 personnes (89 000 hommes et 61 000 femmes) [3].
- Contrairement à l'incidence, la mortalité par cancer recule en France. Entre 1980 et 2005, le taux standardisé de mortalité pour l'ensemble des cancers a diminué de 1,1 % par an chez les hommes et de 0,9 % par an chez les femmes. Chez ces dernières, la baisse a commencé au milieu des années 1960 alors que, chez les hommes, elle date de la fin des années 1980 et est plus marquée. Cette diminution de la mortalité par cancer alors que la fréquence des cas augmente doit être considérée localisation par localisation, mais elle traduit globalement une amélioration de l'espérance de vie des personnes atteintes. Elle est due à la diminution de l'incidence de cancers de pronostic défavorable (voies aérodigestives supérieures, œsophage, estomac) au profit de cancers de meilleur pronostic (prostate, sein), mais aussi à la détection plus précoce de certains cancers, notamment dans le cadre d'un dépistage organisé, et à des progrès sensibles dans le traitement de ces pathologies [2].
- Les localisations cancéreuses les plus fréquentes en termes d'incidence et de mortalité sont la prostate et le poumon chez l'homme, le sein et le côlon-rectum chez la femme. Celles dont le taux d'incidence a le plus progressé entre 1980 et 2005 sont la prostate chez l'homme et le sein chez la femme, en raison notamment d'une amélioration du diagnostic et du dépistage de ces cancers [2].
- Tous cancers confondus, le taux de survie relative à cinq ans des personnes diagnostiquées entre 1995 et 1999 atteint 46 % chez les hommes et 64 % chez les femmes [4].
- Au sein de l'Europe des 27, la France fait partie des pays où l'incidence (tous cancers confondus) est la plus élevée notamment chez les hommes. Cette mauvaise position s'explique essentiellement par le cancer de la prostate, davantage diagnostiqué dans notre pays. Pour la mortalité, la situation est plus favorable, avec pour les hommes une position intermédiaire, et pour les femmes, une mortalité parmi les moins élevées d'Europe [5].
- La mortalité par cancer varie de façon importante selon les régions, avec notamment dans le Nord-Pas-de-Calais une surmortalité marquée [6].
- Les inégalités sociales sont importantes, avec dans les groupes socioprofessionnels les moins favorisés, par rapport aux plus favorisés, une mortalité par cancer multipliée par 4,5 chez les hommes et par 2 chez les femmes [7].
- Les personnes atteintes d'un cancer sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie afin d'être exonérées du ticket modérateur pour les soins nécessités par cette affection. 288 000 admissions en ALD pour cancer ont ainsi été prononcées en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie [8]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cancer avoisine 1,8 million fin 2009, en progression de 42 % depuis 2004 [9].
- Les traitements contre le cancer sont variés (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie...), souvent associés, et dépendent notamment de la localisation et du stade au diagnostic. En 2007, le cancer a constitué le diagnostic principal de plus de 700 000 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [10].
- Le Plan cancer 2009-2013 vise notamment à réduire les inégalités face à la maladie, à mieux accompagner les personnes dans la vie "avant et après le cancer" et à réduire les facteurs de risque individuels et environnementaux [11]. Plusieurs facteurs de risque sont clairement identifiés : tabac, alcool, alimentation, manque d'exercice physique, certains agents physiques, chimiques ou infectieux. D'autres facteurs, notamment environnementaux, font encore l'objet d'études.

Bibliographie page 209

Pays de la Loire

- Deux sources d'information permettent d'approcher l'incidence régionale des cancers. Le réseau national des registres des cancers estime à environ 18 500 le nombre de nouveaux cas de cancers invasifs diagnostiqués chez des personnes en 2005 (fig. 4). Le nombre annuel moyen de personnes admises en ALD pour cancer par les trois principaux régimes d'assurance maladie sur la période 2005-2007 s'élève à plus de 17 000 [8].
- Pour le seul régime général, 100 000 Ligériens étaient en ALD pour cancer au 31 décembre 2009 [9].
- Les cancers ont causé 8 800 décès dans les Pays de la Loire en moyenne chaque année entre 2005 et 2007, dont 5 300 décès masculins et 3 500 décès féminins. Le cancer est ainsi la première cause de mortalité chez les hommes, à l'origine d'un tiers des décès masculins, et la deuxième chez les femmes (près d'un quart des décès féminins) [3].
- Les taux d'incidence et de mortalité masculins sont respectivement 1,7 et 2,2 fois plus élevés que les taux féminins [3, 12].
- 40 % des nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués avant 65 ans [12]. 30 % des décès masculins par cancer, et 24 % des décès féminins surviennent avant cet âge [3].
- Le nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancers a augmenté de 66 % entre 1990 et 2005 dans la région (51 % en France métropolitaine) (fig. 4). Cette forte progression résulte pour partie de l'accroissement des taux d'incidence masculins (+ 28 % dans la région, + 20 % en France) et féminins (respectivement + 27 % et + 26 %) (fig. 3).
- Par contre, la mortalité régionale par cancer a diminué de 19 % chez les hommes et de 11 % chez les femmes depuis le début des années 1990 (respectivement 21 % et 10 % en France) (fig. 3). Sur la période 2005-2007, elle est très proche de la moyenne nationale pour les hommes, et inférieure de 4 % chez les femmes (fig. 1).
- Un registre général des cancers fonctionne en Loire-Atlantique et en Vendée, couvrant plus de la moitié de la population régionale. Par ailleurs, le réseau Onco Pays de la Loire favorise la prise en charge pluridisciplinaire des patients.

Cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage

1 Incidence estimée des cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage

Pays de la Loire (1980-2005)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1980	1 141	97	96,7	6,0
1985	1 225	106	97,3	6,3
1990	1 233	119	91,4	6,5
1995	1 198	135	80,9	6,9
2000	1 106	157	67,7	7,3
2005	966	179	53,1	7,8

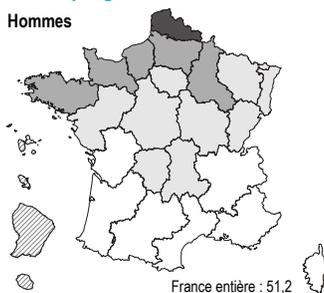
Sources : Francim, InVS

1. standardisation sur la population européenne

Unité : pour 100 000

2 Taux standardisés d'incidence estimée des cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage (2005)

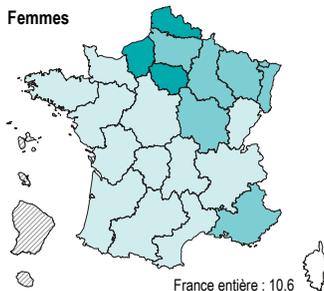
Hommes



Taux standardisés d'incidence estimée des cancers des VADS et de l'œsophage

□ < 40,6 □ 40,6 - 55,8 □ 55,9 - 73,6 □ 73,7 - 107,5 ▨ non disponible

Femmes



Taux standardisés d'incidence estimée des cancers des VADS et de l'œsophage

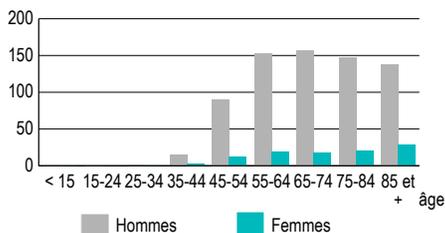
□ < 5,4 □ 5,4 - 9,3 □ 9,4 - 12,1 □ 12,2 - 16,2 ▨ non disponible

Sources : Francim, InVS

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

3 Taux d'admission en affection de longue durée pour cancer des voies aérodigestives supérieures ou de l'œsophage selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Unité : pour 100 000

Rang régional

Parmi les régions françaises, les Pays de la Loire occupent une position moyenne pour les cancers des VADS et de l'œsophage. Chez les femmes, le taux d'incidence régional est inférieur à la moyenne nationale [8].

4 Décès par cancer des voies aérodigestives supérieures ou de l'œsophage

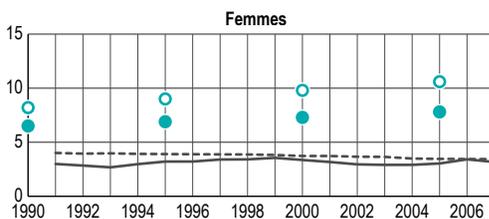
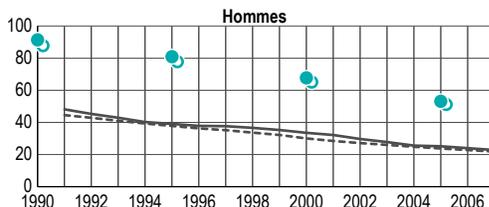
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	Hommes	Femmes	Ensemble	Répartition en %
20-44 ans	10	2	12	2 %
45-64 ans	213	27	240	43 %
65-84 ans	212	43	255	46 %
85 ans et plus	29	20	49	9 %
Total	464	92	556	100 %

Source : Inseem CépiDc

5 Evolution des taux standardisés d'incidence estimée et de mortalité des cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage

Pays de la Loire, France (1990-2007)



● Incidence Pays de la Loire — Mortalité Pays de la Loire
○ Incidence France entière - - - Mortalité France métrop.

Sources : Francim, InVS, Inseem CépiDc, Insee

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

Taux standardisés de mortalité : données lissées sur 3 ans

Taux standardisés d'incidence : données annuelles (disponibles tous les 5 ans)

Définitions et méthode

Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx :

codes Cim 9 : 140-149 ; codes Cim 10 : C00-C14.

Tumeur maligne de l'œsophage : code Cim 9 : 150 ; code Cim 10 : C15.

Tumeur maligne du larynx : code Cim 9 : 161 ; code Cim 10 : C32.

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

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Taux standardisé et indice comparatif : voir définitions p. 28 et p. 34.

Cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage

Contexte

■ Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) regroupent les cancers de la sphère "lèvres, bouche, pharynx" et ceux du larynx. Ils font souvent l'objet d'une approche épidémiologique globale, qui inclut également les cancers de l'œsophage, en raison de leurs caractéristiques communes. En effet ces différents cancers sont souvent des carcinomes épidermoïdes, dont la survenue est largement attribuable aux consommations de tabac et d'alcool, en particulier lorsque celles-ci sont associées. Le rôle d'une infection par le papillomavirus humain (types 16 et 18) dans la survenue de ce type de cancers est par ailleurs clairement établi [1, 2].

■ Toutefois, pour les cancers de l'œsophage, la part des adénocarcinomes (dont les principaux facteurs de risque sont le reflux gastro-œsophagien et l'obésité) est en constante augmentation [2]. Elle dépasse même celle des carcinomes épidermoïdes dans certains pays occidentaux.

■ Le nombre de nouveaux cas de cancers des VADS et de l'œsophage est estimé à 20 726 pour l'année 2005. Ces cancers surviennent principalement à partir de 40-50 ans, et 80 % concernent des hommes. Plus de la moitié sont localisés dans la sphère "lèvres, bouche, pharynx", 18 % au larynx et 23 % à l'œsophage. Toutes localisations comprises, les cancers des VADS et de l'œsophage se placent au 4^e rang des cancers les plus fréquents chez les hommes et au 8^e rang chez les femmes [3].

■ Le pronostic des cancers des VADS est intermédiaire (30 % à 60 % de survie à 5 ans selon la localisation), mais celui des cancers de l'œsophage est particulièrement mauvais avec une survie de seulement 10 % à 5 ans [5]. Le nombre de décès dus aux cancers des VADS et de l'œsophage atteint 9 256 pour l'année 2005 en France, dont 82 % concernent des hommes. Les cancers de l'œsophage sont responsables à eux seuls de plus de 40 % de ces décès [3].

■ Le profil évolutif des cancers des VADS et de l'œsophage, sur le plan épidémiologique, diffère nettement selon le sexe. Chez les hommes, on observe une baisse conjointe des taux d'incidence et de mortalité depuis deux décennies, en particulier pour les cancers de l'œsophage dont l'incidence a chuté de plus de 2,5 % par an depuis le début des années 80. Chez les femmes, le taux d'incidence de ces localisations cancéreuses est en augmentation [3, 4]. Cette tendance différente chez les femmes peut principalement s'expliquer par l'augmentation de la

consommation de tabac survenue plus tardivement que chez les hommes, ainsi que par le rôle des infections à papillomavirus humain. Pour l'année 2011, les projections estiment à 18 239 le nombre de nouveaux cas de cancers des VADS et de l'œsophage, et à 7 663 le nombre de décès par ces cancers [6].

■ La France occupe une position globalement très défavorable parmi l'ensemble des pays européens, que ce soit en termes de taux d'incidence ou de taux de mortalité [7].

■ Au sein de la France métropolitaine, les régions du nord présentent les plus forts taux de mortalité par cancers des VADS et de l'œsophage, chez les hommes comme chez les femmes, avec toutefois pour ces dernières des disparités régionales moins marquées. La région Nord-Pas-de-Calais présente des taux de mortalité particulièrement élevés, deux à trois fois supérieurs à ceux observés dans les régions françaises les plus épargnées [8].

■ Le nombre de personnes admises en affection de longue durée (ALD) pour un cancer des VADS ou de l'œsophage par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie a atteint 17 645 en moyenne chaque année au cours de la période 2005-2007 [9].

■ Le traitement de première intention des cancers localisés des VADS repose sur la chirurgie et/ou la radiothérapie. Une chimiothérapie adjuvante ou néo-adjuvante est indiquée pour les stades plus avancés [1, 10]. Concernant les cancers de l'œsophage, le traitement repose si possible sur une résection chirurgicale en association avec une chimiothérapie, et sinon sur une radiochimiothérapie [2]. En 2009, environ 45 400 patients ont été hospitalisés en court séjour avec pour diagnostic principal un cancer des VADS ou de l'œsophage. Parmi les prises en charge effectuées, on compte près de 13 000 séjours chirurgicaux, 188 000 séjours et séances de radiothérapie (hors activité des centres libéraux de radiothérapie) et près de 123 000 séjours et séances de chimiothérapie [11, 12].

■ La réduction de l'incidence de ces cancers passe par une sensibilisation accrue des professionnels de santé, notamment chirurgiens-dentistes, à la détection précoce de lésions précancéreuses hautes. Une stratégie de dépistage annuel parmi les sujets alcoolo-tabagiques est par ailleurs en cours d'évaluation en France [13]. Toutefois, la lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool reste une priorité pour la prévention des cancers des VADS et de l'œsophage.

Bibliographie page 209

Pays de la Loire

■ Le nombre de nouveaux cas de cancers des VADS ou de l'œsophage estimé par le réseau Francim pour l'année 2005 dans la population régionale s'élève à 1 145 (fig. 1). Environ 1 056 personnes ont été admises en ALD pour un cancer des VADS ou de l'œsophage en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 par l'un des trois régimes d'assurance maladie [9].

■ Ces cancers ont causé le décès de 556 Ligériens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 [14] (fig. 4). Par rapport à la moyenne nationale, la population régionale présente une légère surmortalité par ces affections.

■ Plus de 95 % des admissions régionales en ALD pour cancer des VADS ou de l'œsophage concernent des individus de 45 ans ou plus. Un peu plus de la moitié des décès surviennent après 65 ans (fig. 3 et 4).

■ Le taux standardisé de mortalité par cancer des VADS ou de l'œsophage est en nette diminution chez les hommes de la région au cours de la période 1991-2006, suivant la tendance nationale. Ce taux est par contre stable chez les femmes (fig. 5).

■ Le taux standardisé régional d'incidence, qui est estimé sur la base de ratios incidence/mortalité [15], suit la même tendance que la moyenne nationale. Il décroît nettement chez les hommes mais progresse légèrement chez les femmes (fig. 5).

Cancer du côlon-rectum

1 Incidence estimée du cancer du côlon-rectum

Pays de la Loire (1980-2005)

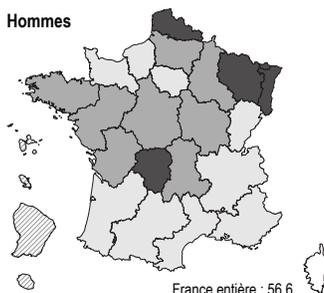
	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1980	639	583	51,5	32,9
1985	755	651	56,2	33,9
1990	872	718	59,7	34,7
1995	1 002	795	62,0	35,1
2000	1 126	876	62,8	35,4
2005	1 238	965	62,0	35,5

Sources : Francim, InVS

1. standardisation sur la population européenne
Unité : pour 100 000

2 Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du côlon-rectum (2005)

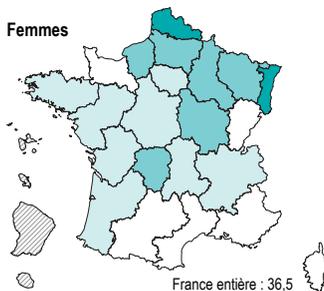
Hommes



Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du côlon-rectum pour 100 000

□ 38,6 □ 38,7 - 56,2 □ 56,3 - 62,1 ■ 62,2 - 68,3 ▨ non disponible

Femmes



Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du côlon-rectum pour 100 000

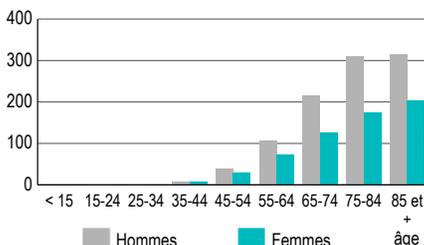
□ 28,8 - 34,0 □ 34,1 - 36,5 □ 36,6 - 39,3 ■ 39,4 - 46,0 ▨ non disponible

Sources : Francim, InVS

Standardisation sur la population européenne

3 Taux d'admission en affection de longue durée pour cancer du côlon-rectum selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Unité : pour 100 000

Rang régional

Les Pays de la Loire se classent parmi les dix régions françaises qui connaissent les taux de mortalité et d'incidence estimée les plus élevés pour le cancer du côlon-rectum chez les hommes. Chez les femmes, le rang des Pays de la Loire au sein des régions fluctue selon les années [6].

4 Décès par cancer du côlon-rectum

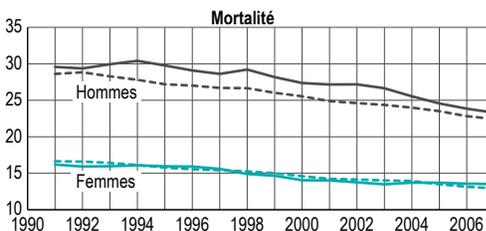
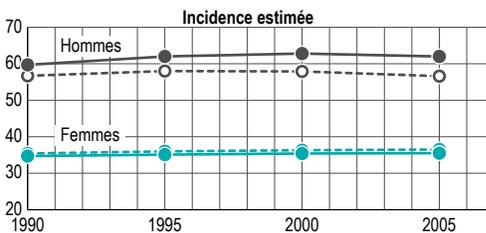
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	110	410	520	104
Femmes	70	386	455	103
Total	179	796	975	104

Source : Inseem CépiDc

5 Evolution des taux standardisés d'incidence estimée et de mortalité par cancer du côlon-rectum

Pays de la Loire, France (1990-2007)



● Incidence Pays de la Loire — Mortalité Pays de la Loire
○ Incidence France entière - - - Mortalité France métrop.

Sources : Francim, InVS, Inseem CépiDc, Insee

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

Taux standardisés de mortalité : données lissées sur 3 ans

Taux standardisés d'incidence : données annuelles (disponibles tous les 5 ans)

Définitions et méthode

Tumeur maligne du côlon-rectum : codes Cim 9 : 153-154 ; codes Cim 10 : C18-C21.

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

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Taux standardisé et indice comparatif : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

- Le côlon-rectum est la plus fréquente des localisations cancéreuses après la prostate et le poumon chez l'homme et après le sein chez la femme. Ce cancer, rare avant 50 ans, voit son incidence augmenter très rapidement au-delà. Les hommes sont à chaque âge un peu plus touchés que les femmes. On estime qu'en France, un homme sur 17 et une femme sur 20 seront atteints d'un cancer colorectal au cours de leur existence [1].
- Les taux d'incidence, en constante augmentation entre 1980 et 2000, ont eu tendance à se stabiliser chez les femmes et à baisser chez les hommes (- 0,5 % par an en moyenne) entre 2000 et 2005. Le nombre de nouveaux cas de cancers colorectaux est estimé à 37 400 en 2005 [2]. Les projections font état pour l'année 2011 de 40 500 cas (21 300 hommes et 19 200 femmes) [3].
- Le cancer colorectal est responsable du décès de 16 500 personnes en France en 2007 (8 750 hommes et 7 750 femmes). C'est la troisième cause de décès par cancer chez l'homme, après le cancer du poumon et celui de la prostate, et la deuxième chez la femme, après le cancer du sein [4]. La mortalité par cancer colorectal connaît une évolution plus favorable que l'incidence : sur la période 1980-2005, elle a baissé en moyenne de 1,1 % par an chez l'homme et de 1,3 % chez la femme [2].
- Le cancer colorectal est fréquent dans les pays développés et notamment en Australie, Europe de l'ouest et Amérique du nord. Il est rare en Amérique du sud, en Asie et surtout en Afrique. En 2008, la France occupe au sein de l'Europe une position assez favorable tant pour l'incidence que pour la mortalité [5].
- En France, la mortalité par cancer du côlon-rectum est relativement basse dans les départements d'outre-mer. En métropole, le taux régional de mortalité le plus élevé est deux fois supérieur au taux régional de mortalité le plus faible ; les régions du Sud de la France, et notamment la Corse, apparaissent les plus protégées ; à l'inverse les régions du Nord et du Centre présentent les plus forts taux de mortalité [6].
- Le taux de survie relative à cinq ans varie fortement en fonction du stade de la tumeur au moment du diagnostic du cancer colorectal. Il est de 57 % chez les hommes et de 58 % chez les femmes [7].

- Les personnes atteintes d'un cancer colorectal sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. Entre 2005 et 2007, environ 30 000 admissions en ALD pour ce cancer ont été prononcées en moyenne chaque année parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie [8]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cancer colorectal est estimé à 163 700 au 31 décembre 2009 [9].
- Le choix du traitement du cancer du côlon-rectum dépend en grande partie de sa localisation et du stade auquel il est détecté. Le traitement repose principalement sur la chirurgie, éventuellement complétée par de la radiothérapie et/ou de la chimiothérapie. Dans certaines formes, radiothérapie et/ou chimiothérapie sont réalisées en première intention. Le cancer colorectal a constitué le diagnostic principal de près de 73 600 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée en 2007 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [10].
- Le dépistage organisé de ce cancer a été généralisé à l'ensemble du territoire en 2008. Il repose sur un test de détection du sang occulte dans les selles proposé tous les deux ans aux personnes de 50 à 74 ans, par l'intermédiaire de leur médecin généraliste [11]. Le taux de participation à ce dépistage (34 % en 2009-2010), est inférieur à l'objectif européen minimal acceptable (45 %), et loin derrière le taux souhaitable de 65 % [12].
- Les sujets à risque élevé (antécédents personnels ou familiaux de polype, de cancer colorectal, de maladie inflammatoire de l'intestin) doivent quant à eux bénéficier d'un suivi spécifique par coloscopie. La recherche de prédispositions génétiques peut être proposée, dans le cadre de consultation d'oncogénétique, aux patients atteints de maladies associées aux gènes majeurs de susceptibilité du cancer colorectal (polypose adénomateuse familiale et syndrome de Lynch) et à leur famille [2].
- La prévention primaire du cancer colorectal est également importante. Le rôle favorisant de la consommation de viandes rouges, de charcuteries, d'alcool, ainsi que du surpoids et de l'obésité, et le rôle protecteur de l'activité physique notamment, sont bien établis [13].

Bibliographie page 210

Pays de la Loire

- Le nombre de nouveaux cas de cancers du côlon-rectum estimé par le réseau Francim pour l'année 2005 dans la population régionale s'élève à 2 200 (fig. 1). Environ 1 750 personnes ont été admises en ALD pour ce cancer en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie [8].
- Ce cancer a causé le décès de 975 Ligériens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 (fig. 4). Il constitue comme en France, la seconde cause de mortalité par cancer chez les femmes et la troisième chez les hommes [4].
- Les taux standardisés d'incidence et de mortalité masculins sont respectivement 1,7 et 1,8 fois supérieurs aux taux féminins (fig. 5). Pour ce cancer, 68 % des admissions en ALD et 82 % des décès surviennent après 65 ans (fig. 3 et 4).
- Les taux standardisés de mortalité par cancer du côlon-rectum dans les Pays de la Loire sont en recul constant chez les hommes comme chez les femmes depuis le début des années 1990, suivant ainsi la même évolution que la moyenne nationale. Les taux standardisés d'incidence régionaux, qui sont estimés sur la base de ratios incidence/mortalité [14], évoluent donc comme la moyenne nationale (fig. 5). Après avoir progressé jusqu'au début des années 2000, ils tendent à se stabiliser chez les femmes et à diminuer en 2005 chez les hommes. Toutefois, en raison du vieillissement de la population, le nombre de nouveaux cas de cancers colorectaux devrait continuer à augmenter (fig. 1).
- La situation de la région par rapport à la France est différente selon le sexe. Les taux de mortalité, d'incidence estimée et d'admission en ALD restent légèrement supérieurs à la moyenne nationale pour les hommes, et proches de cette moyenne pour les femmes (fig. 3 et 5) [8].
- Le taux de participation régional au programme de dépistage organisé du cancer colorectal atteint 43 % pour la période 2009-2010. Ce taux est parmi les plus élevés des régions françaises mais il reste inférieur à l'objectif souhaitable de 65 % [12].

Cancer du poumon

1 Incidence estimée du cancer du poumon

Pays de la Loire (1980-2005)

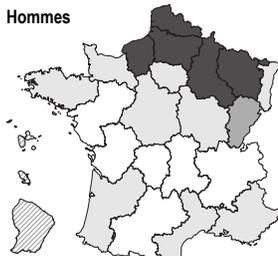
	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1980	563	61	46,5	3,8
1985	667	82	51,4	4,8
1990	774	106	55,5	6,0
1995	894	147	58,6	7,8
2000	1 021	204	60,8	10,1
2005	1 148	291	62,1	13,5

Sources : Francim, InVS

1. standardisation sur la population européenne
Unité : pour 100 000

2 Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du poumon (2005)

Hommes

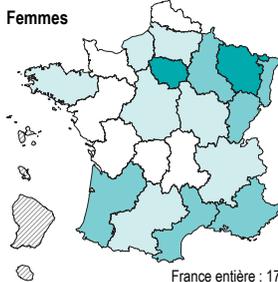


France entière : 72,1

Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du poumon pour 100 000

□ 58,0 - 65,7 □ 65,8 - 73,0 □ 73,1 - 77,0 □ 77,1 - 100,9 ▨ non disponible

Femmes



France entière : 17,5

Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du poumon pour 100 000

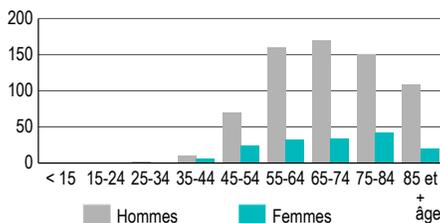
□ 13,3 - 14,4 □ 14,5 - 16,5 □ 16,6 - 19,3 □ 19,4 - 23,6 ▨ non disponible

Sources : Francim, InVS

Standardisation sur la population européenne

3 Taux d'admission en affection de longue durée pour cancer du poumon selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Unité : pour 100 000

Rang régional

Les Pays de la Loire se classent parmi les trois régions de France métropolitaine qui connaissent les plus faibles taux de mortalité et d'incidence estimée pour le cancer du poumon, chez les hommes comme chez les femmes ^[10].

4 Décès par cancer du poumon

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

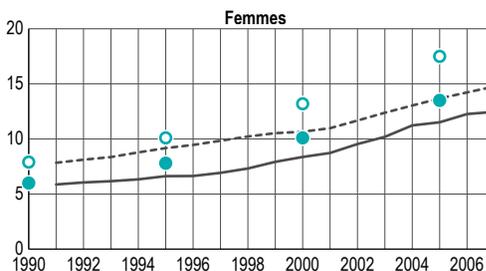
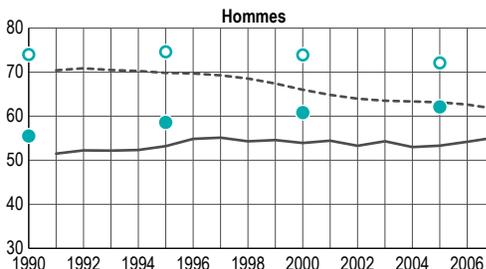
	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	475	585	1 060	85*
Femmes	130	168	298	85*
Total	605	753	1 358	85*

Source : Inseem CépiDc

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

5 Evolution des taux standardisés d'incidence estimée et de mortalité par cancer du poumon

Pays de la Loire, France (1990-2007)



● Incidence Pays de la Loire — Mortalité Pays de la Loire
○ Incidence France entière - - - Mortalité France métrop.

Sources : Francim, InVS, Inseem CépiDc, Insee

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

Taux standardisés de mortalité : données lissées sur 3 ans

Taux standardisés d'incidence : données annuelles (disponibles tous les 5 ans)

Définitions et méthode

Tumeur maligne de la trachée, des bronches et du poumon :

code Cim 9 162 ; codes Cim 10 C33-C34.

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

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Taux standardisé et indice comparatif : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

- Le cancer de la trachée, des bronches et du poumon a vu sa fréquence augmenter de façon considérable depuis les années 1950 dans la plupart des pays industrialisés en raison de l'augmentation du tabagisme. La consommation de tabac constitue en effet le principal facteur de risque de cette affection. En France, 83 % des cancers bronchiques chez l'homme et 69 % chez la femme seraient attribuables à ce facteur. Le risque de cancer augmente notamment en fonction de la quantité fumée (dose de tabac) ainsi que de l'ancienneté du tabagisme (durée) [1, 2]. Les expositions professionnelles constituent aussi des facteurs de risque du cancer du poumon, avec une augmentation du risque en cas de tabagisme associé. 10 à 20 % des cancers du poumon seraient d'origine professionnelle. De nombreux facteurs étiologiques sont identifiés, et c'est pour l'amiante que le nombre de cas induits est le plus important [3, 4].
- Le taux d'incidence standardisé du cancer du poumon a augmenté chez l'homme jusqu'en 2000 puis tend à diminuer. Chez la femme, ce taux est en constante progression [5]. Le nombre de nouveaux cas est estimé à 30 700 en 2005 (24 000 hommes et 6 700 femmes). Ce cancer se place au 2^e rang des cancers les plus fréquents chez l'homme, derrière le cancer de la prostate, et au 3^e rang chez la femme derrière le cancer du sein et celui du côlon-rectum. En 2011, les projections estiment à 39 600 le nombre de nouveaux cas annuels (27 700 hommes et 11 900 femmes) [6].
- Malgré une légère amélioration, le taux de survie relative à cinq ans de ce cancer reste faible, de 13 % chez les hommes et de 18 % chez les femmes [7].
- En 2007, le cancer du poumon est responsable de 28 900 décès en France (22 300 hommes et 6 600 femmes). C'est la première cause de décès par cancer chez l'homme et la troisième après le cancer du sein et le cancer colorectal chez la femme. Cette pathologie touche souvent des personnes relativement jeunes : près de 40 % des personnes décédées d'un cancer du poumon sont âgées de moins de 65 ans [8]. L'évolution de la mortalité par cancer du poumon depuis 1980 est assez conforme à celle de l'incidence de ce cancer : chez l'homme, elle progresse légèrement jusqu'au milieu des années 1990 puis s'oriente à la baisse, tandis que chez la femme elle connaît une forte progression sur toute la période.
- En Europe, la France occupe une position intermédiaire tant pour l'incidence que pour la mortalité par cancer du

poumon chez les hommes. Certains pays, d'Europe du Nord notamment, ont connu des niveaux d'incidence et de mortalité masculines beaucoup plus élevés qu'en France, mais ces taux ont commencé à diminuer plus tôt et plus rapidement qu'en France. Chez les femmes, la situation française dans le contexte européen est plutôt favorable. Mais, là encore, dans certains pays qui ont connu des niveaux d'incidence et de mortalité féminines par cancer du poumon beaucoup plus élevés que ceux atteints en France, une stabilisation voire une baisse des taux est amorcée, alors que la tendance est toujours nettement orientée à la hausse chez les Françaises [9].

- En France, les départements d'outre-mer présentent les plus bas niveaux de mortalité par cancer du poumon pour les deux sexes. En métropole, le taux régional de mortalité le plus élevé est 1,5 fois supérieur au taux régional le plus faible. Les régions qui connaissent la plus forte mortalité sont situées dans la moitié Nord de la France pour les hommes, alors que pour les femmes, hormis l'Île-de-France, il s'agit plutôt de régions de l'Est et du Sud [10].
- Les personnes atteintes d'un cancer du poumon sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD). Entre 2005 et 2007, près de 23 000 admissions en ALD ont ainsi été prononcées en moyenne chaque année parmi les personnes relevant d'un des trois principaux régimes d'assurance maladie [11]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cancer des bronches et du poumon est estimé à 70 000 au 31 décembre 2009 [12].
- Le traitement du cancer du poumon localisé repose en général sur la chirurgie, complétée ou non par de la chimiothérapie et/ou moins souvent de la radiothérapie. Les cancers du poumon sont le plus souvent diagnostiqués à un stade tardif. Dans ce cas et dans certaines formes histologiques, radiothérapie et/ou chimiothérapie sont réalisées en première intention. Le cancer du poumon a constitué le diagnostic principal de près de 63 000 séjours hospitaliers dans les unités de court séjour en 2007 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [13].
- De nombreuses études sont en cours pour évaluer diverses techniques de dépistage du cancer du poumon [14]. Aucune n'ayant pour l'instant fait la preuve de son efficacité, la prévention du cancer du poumon repose donc actuellement sur la lutte contre les facteurs de risque, tabac et expositions professionnelles principalement [15].

Bibliographie page 210

Pays de la Loire

- Le nombre de nouveaux cas de cancers du poumon estimés par le réseau Francim pour l'année 2005 dans la population régionale est estimé à environ 1 450 (fig. 1). Le nombre annuel de personnes admises en ALD pour ce cancer entre 2005 et 2007 par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie est d'environ 1 150 [10].
- Ce cancer a causé le décès de 1 360 Ligériens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 (fig. 4). Cette pathologie constitue chez les hommes la première cause de mortalité par cancer (21 % des décès par cancer) [7].
- Le cancer du poumon est cinq fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. 56 % des admissions en ALD et 45 % des décès liés à cette affection surviennent avant 65 ans (fig. 3 et 4).
- En termes d'évolution, la région connaît, comme la France, une augmentation importante des taux standardisés d'incidence et de mortalité chez les femmes. Chez les hommes, le taux d'incidence est toujours en légère augmentation et le taux de mortalité est stable, alors que ces taux sont désormais en baisse au plan national (fig. 5).
- Toutefois, pour les deux sexes, les taux régionaux d'incidence estimée, de mortalité, mais aussi d'admissions en ALD, restent très inférieurs à la moyenne nationale, même si les écarts tendent à se réduire chez les hommes (fig. 5) [11]. La mortalité régionale par cancer du poumon est ainsi inférieure de 15 % à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes, sur la période 2005-2007 (fig. 5). Cette situation est à rapprocher de la consommation de tabac dans les Pays de la Loire qui a longtemps été plus faible que la moyenne nationale (voir fiche "Tabagisme").

Mélanome de la peau

1 Incidence estimée du mélanome de la peau

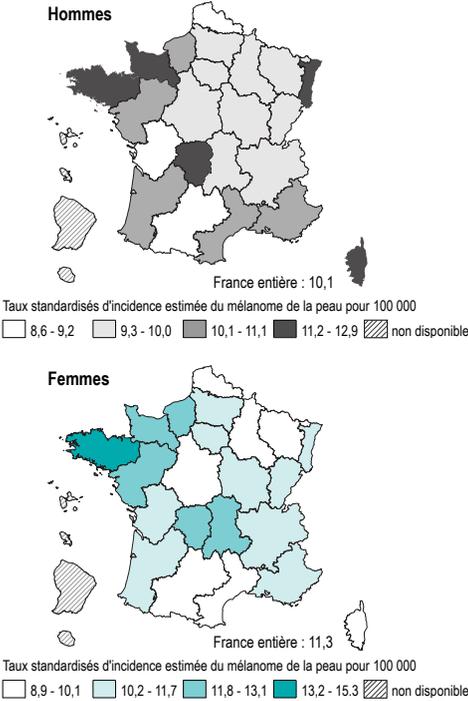
Pays de la Loire (1980-2005)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1980	42	89	3,4	5,9
1985	68	125	5,2	7,8
1990	99	162	7,0	9,6
1995	139	201	9,0	11,2
2000	175	233	10,4	12,2
2005	204	253	11,1	12,3

Sources : Francim, InVS

1. standardisation sur la population européenne
Unité : pour 100 000

2 Taux standardisés d'incidence estimée du mélanome de la peau (2005)

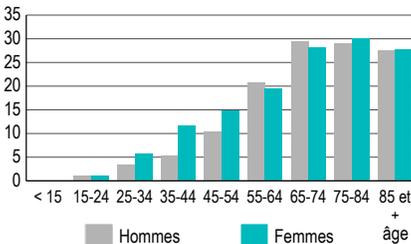


Sources : Francim, InVS

Standardisation sur la population européenne

3 Taux d'admission en affection de longue durée pour mélanome de la peau selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Unité : pour 100 000

Rang régional

Les Pays de la Loire se classent parmi le quart des régions qui connaissent les taux d'incidence estimée et de mortalité les plus élevés pour le mélanome de la peau, chez les hommes comme chez les femmes [11].

4 Décès par mélanome de la peau

Pays de la Loire (moyenne 2003-2007)

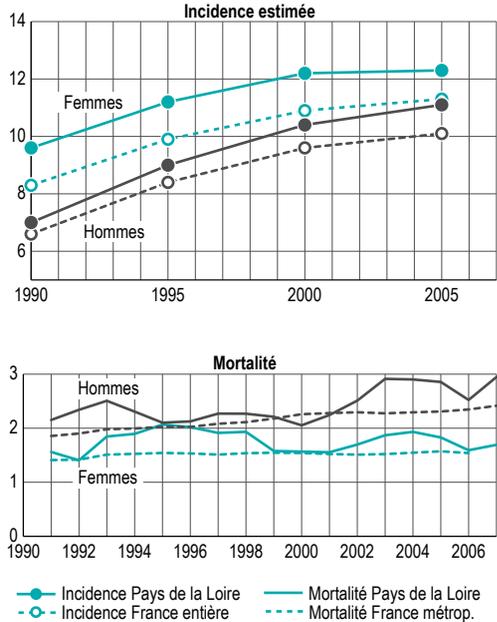
	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Hommes	24	29	52	115*
Femmes	15	32	47	121*
Ensemble	39	60	99	118*

Source : Inserm CépiDc

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

5 Evolution des taux standardisés d'incidence estimée et de mortalité par mélanome de la peau

Pays de la Loire, France (1990-2007)



Sources : Francim, InVS, Inserm CépiDc, Insee

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

Taux standardisés de mortalité : données lissées sur 3 ans

Taux standardisés d'incidence : données annuelles (disponibles tous les 5 ans)

Définitions et méthode

Mélanome de la peau : code Cim 9 : 172 ; code Cim 10 : C43.

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

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Taux standardisé et indice comparatif : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

- Le mélanome est le plus rare des cancers de la peau (2 % des cancers cutanés découverts). Mais c'est aussi le plus grave, notamment en cas de diagnostic tardif, en raison de sa capacité à métastaser^[1]. Le principal facteur de risque du mélanome, et plus largement de tous les cancers de la peau, est l'exposition au rayonnement solaire, particulièrement néfaste dans l'enfance où la peau est très sensible aux ultraviolets. Le risque de mélanome est aussi fonction du phototype des individus, plus important chez les personnes à peau claire, cheveux blonds ou roux et taches de rousseur, qui ne bronzent pas ou peu. La présence de nombreux grains de beauté (naevus) constitue également un facteur de risque^[1-3]. Enfin, 10 % des mélanomes surviennent dans un contexte familial, défini comme la survenue d'au moins trois mélanomes sur deux générations^[4, 5].
- La modification des habitudes d'exposition solaire, en lien avec l'impératif social du bronzage et un mode de vie orienté vers les activités de plein air, est à l'origine de l'augmentation importante de l'incidence du mélanome et de la mortalité liée à ce cancer depuis les années 1950 dans tous les pays d'Europe, l'Australie et les Etats-Unis^[4, 6].
- En France, les taux d'incidence standardisés ont fortement augmenté entre 1980 et 2000, au rythme annuel moyen de + 5,9 % chez l'homme et de + 4,3 % chez la femme. Entre 2000 et 2005, la progression a été beaucoup plus modérée, et les projections 2010 montrent une stabilisation des taux d'incidence pour les deux sexes. Le nombre de nouveaux cas, estimé à 7 400 en 2005, aurait dépassé 9 700 en 2011 (plus de 4 600 hommes et 5 100 femmes)^[7, 8].
- La mortalité par mélanome a progressé de façon plus modérée que l'incidence entre 1980 et 2000, avec des hausses annuelles moyennes de 2,9 % chez l'homme et de 2,2 % chez la femme. Depuis 2000, la mortalité a eu tendance à se stabiliser^[7, 8]. En 2007, le mélanome de la peau a été à l'origine de 1 550 décès en France (880 hommes et 670 femmes)^[9].
- Le mélanome de la peau est fréquent en Europe, même si les niveaux d'incidence et de mortalité restent très inférieurs à ceux observés en Australie ou en Nouvelle-Zélande. Au sein de l'Union européenne, la France présente des taux d'incidence intermédiaires, entre les taux élevés du Nord de l'Europe et ceux, plus faibles, de l'Europe du Sud^[10]. La situation est analogue pour la mortalité, avec toutefois un gradient Nord-Sud moins marqué et une position légèrement plus favorable de la France^[10].
- En France, la mortalité par mélanome est relativement basse dans les départements d'outre-mer. En métropole, le taux régional de mortalité le plus élevé est deux fois supérieur au taux régional de mortalité le plus faible^[11].

- Le taux de survie relative à cinq ans en France est parmi les meilleurs d'Europe pour les hommes (83 %), et en position médiane pour les femmes (88 %)^[12].
- En France comme dans la plupart des pays, les mélanomes sont donc plus fréquents chez les femmes, mais leur mortalité est plus élevée chez les hommes, sans doute en raison, en partie, d'un dépistage plus tardif chez ces derniers.
- Les personnes atteintes d'un mélanome sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD). Entre 2005 et 2007, plus de 6 000 admissions en ALD ont ainsi été prononcées en moyenne chaque année par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie^[13]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour mélanome est estimé à 43 000 en 2009. Ce nombre a pratiquement doublé en cinq ans^[14].
- Le traitement du mélanome est dominé par la chirurgie. A un stade très précoce, il est guéri dans la quasi-totalité des cas par simple exérèse chirurgicale. En revanche, l'efficacité des traitements au stade métastatique (radiothérapie, chimiothérapie, immunothérapie) demeure encore très faible. L'espoir dans les années à venir repose sur la vaccination et la thérapie cellulaire^[15]. Le mélanome a constitué le diagnostic principal de plus de 12 000 séjours hospitaliers en court séjour en 2007 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie)^[16].
- L'intérêt du diagnostic précoce de cette tumeur est reconnu. Son efficacité repose sur la complémentarité de l'action du patient, du médecin généraliste (ou du médecin du travail), du dermatologue et de l'anatomopathologiste. Les campagnes d'incitation au diagnostic précoce, développées en France comme dans de nombreux pays, ont un impact positif mais limité dans le temps. Leur efficacité en termes de diminution de la mortalité n'est pas encore certaine^[2].
- La prévention primaire du mélanome reste donc essentielle, par la réduction de l'exposition aux ultraviolets solaires, au moyen de photo-protecteurs efficaces contre les UVA et les UVB (indice de protection minimum de 40) mais aussi aux ultra-violets artificiels, dont les dangers sont maintenant clairement établis. La stabilisation de l'incidence du mélanome et la baisse de la mortalité en Australie et dans les pays du Nord de l'Europe, probablement en lien avec les actions massives d'information et de dépistage, confortent ces orientations^[2].
- Dans les prochaines décennies, la raréfaction de l'ozone atmosphérique est susceptible d'augmenter les doses d'ultraviolets solaires et donc le risque de mélanome^[17].

Bibliographie page 210

Pays de la Loire

- Le nombre de nouveaux cas de mélanomes de la peau estimés par le réseau Francim pour l'année 2005 dans la population régionale est estimé à 460 (fig. 1). Environ 370 personnes ont été admises en ALD pour ce cancer en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie^[13].
- Ce cancer a causé le décès de 99 Ligériens en moyenne chaque année entre 2003 et 2007 (fig. 4).
- 54 % des admissions en ALD et 39 % des décès concernent des moins de 65 ans (fig. 3 et 4). L'incidence est, comme au plan national, plus élevée chez les femmes que chez les hommes. La situation est inverse pour la mortalité (fig. 5).
- Les taux standardisés de mortalité par mélanome de la peau dans les Pays de la Loire connaissent des fluctuations importantes, en raison de la faiblesse des effectifs concernés. Mais globalement, pour les hommes comme pour les femmes, ils connaissent comme la moyenne nationale une hausse modérée (fig. 5).
- Le taux standardisé d'incidence régional, qui est estimé sur la base de ratios incidence/mortalité^[18], suit donc les mêmes tendances que la moyenne nationale. Après une période de forte croissance jusqu'en 2000, il se stabilise chez les femmes, et sa progression est désormais plus modérée chez les hommes (fig. 5).
- En lien avec la surmortalité observée en Pays de la Loire au cours des années récentes, l'incidence régionale du mélanome de la peau estimée pour l'année 2005 est supérieure d'environ 10 % à la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes (fig. 5). Le taux d'admission en ALD dépasse également d'environ 10 % la moyenne nationale^[13].

Cancer du sein

1 Incidence estimée du cancer du sein¹

Pays de la Loire, France entière (1980-2005)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ²	
	Pays de la Loire	France entière	Pays de la Loire	France entière
1980	1 113	21 704	76,9	76,4
1985	1 331	25 114	88,0	86,3
1990	1 605	29 649	101,0	97,8
1995	1 977	35 392	115,3	110,4
2000	2 419	42 000	130,3	123,4
2005	2 941	49 814	146,0	136,9

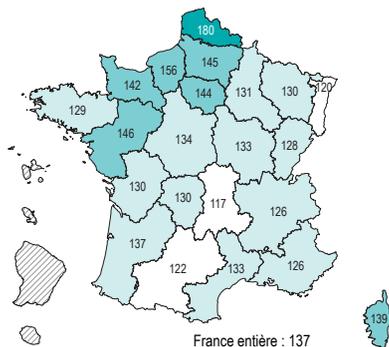
Sources : Francim, InVS

1. seuls sont pris en compte les cancers infiltrants

2. standardisation sur la population européenne

Unité : pour 100 000

2 Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du sein chez la femme (2005)



Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du sein pour 100 000

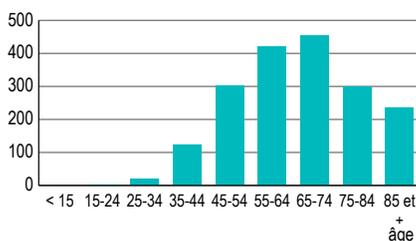
□ 117 - 122 □ 123 - 137 □ 138 - 156 □ 157 - 180 ▨ non disponible

Source : Francim, InVS

Standardisation sur la population européenne

3 Taux d'admission en affection de longue durée pour cancer du sein selon l'âge

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Unité : pour 100 000

Rang régional

Les Pays de la Loire se classent parmi les 10 régions françaises où les taux d'incidence estimée du cancer infiltrant du sein et les taux de mortalité pour cette affection, sont les plus élevés [6].

4 Décès par cancer du sein

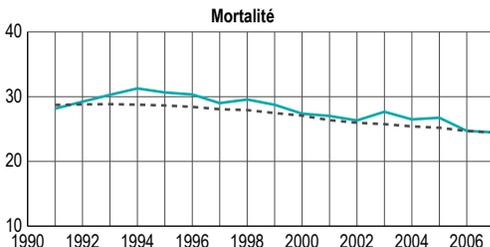
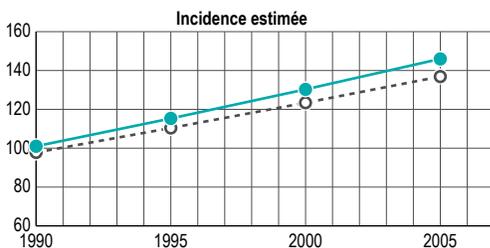
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	Nombre de décès	%
20-44 ans	38	6,1 %
45-64 ans	205	32,9 %
65-84 ans	281	45,2 %
85 ans et plus	98	15,8 %
Total	622	100,0 %

Source : Inserm CépiDc

5 Evolution des taux standardisés d'incidence estimée et de mortalité par cancer du sein

Pays de la Loire, France (1990-2007)



—○— Incidence Pays de la Loire — Mortalité Pays de la Loire
-○- Incidence France entière - - - Mortalité France métrop.

Sources : Francim, InVS, Inserm CépiDc, Insee

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

Taux standardisés de mortalité : données lissées sur 3 ans

Taux standardisés d'incidence : données annuelles (disponibles tous les 5 ans)

Définitions et méthode

Tumeur maligne du sein : code Cim 9 : 174 ; code Cim 10 : C50 (cette fiche ne porte que sur le cancer du sein chez la femme).

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

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Taux standardisé et indice comparatif : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

- Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers chez la femme. Du fait d'un diagnostic plus précoce et de l'élévation du risque pour les générations récentes, on observe une augmentation du taux d'incidence de ce cancer dans l'ensemble des pays à mode de vie occidental. Aujourd'hui, toutes générations confondues, douze Françaises sur cent risquent d'être atteintes par cette maladie au cours de leur existence [1].
- L'évolution de l'incidence du cancer infiltrant du sein est complexe à analyser. En effet, les estimations nationales montrent une progression constante de plus de 2 % par an du taux d'incidence standardisé entre 2000 et 2004. En 2005 et 2006, les données d'admissions en affection de longue durée (ALD) montrent par contre un recul annuel du taux d'incidence de 3 à 4 %, notamment chez les femmes de 50 ans et plus. Cette baisse pourrait être liée à la réduction massive et simultanée de la prescription de traitements hormonaux substitutifs de la ménopause (THS) [2]. Les nombres de nouveaux cas estimés pour l'année 2005 (49 800) et projeté pour 2010 (52 600) sont donc vraisemblablement surestimés [1].
- Le cancer du sein est également la première cause de décès par cancer chez la femme : en 2007, il a causé le décès de 11 500 femmes en France [3]. Le taux standardisé de mortalité, quasiment stable depuis 1980, a amorcé une décroissance depuis 2000 (- 1,3 % en moyenne annuelle entre 2000 et 2005) [4].
- Au niveau international, l'Europe fait partie des régions du globe les plus affectées par le cancer du sein. Au sein même de l'Europe des 27, la France affiche en 2008 une position particulièrement défavorable en termes d'incidence (au 2^e rang des pays les plus touchés derrière la Belgique). En termes de mortalité, la situation est également défavorable (8^e rang des pays pour la mortalité par cancer du sein) [5].
- En France, la mortalité par cancer du sein la plus faible est observée dans les quatre départements d'outre-mer. En métropole, le taux régional de mortalité le plus élevé est 1,5 fois supérieur au taux régional de mortalité le plus faible. Les taux les plus élevés sont observés dans les régions du Nord, et notamment en Nord-Pas-de-Calais avec un taux standardisé supérieur de 26 % au taux national sur la période 2005-2007 [6].
- Le nombre de femmes admises en ALD pour un cancer du sein par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie a atteint 55 200 en moyenne chaque année sur la

période 2005-2007 [7]. Pour le seul régime général, le nombre total de femmes en ALD pour cancer du sein atteint 510 000 fin 2009 [8]. Ce nombre a progressé de 37 % entre 2004 et 2009.

- Le traitement d'un cancer du sein repose principalement sur la chirurgie qui peut être associée, selon les cas, à une radiothérapie et/ou une chimiothérapie et/ou une hormonothérapie [9]. Le cancer du sein a constitué le diagnostic principal de près de 71 500 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée en 2007 (hors séjours de chimiothérapie et radiothérapie) [10].
- Le cancer du sein est une maladie multifactorielle et polygénique. Les formes familiales avec une prédisposition génétique (gènes BRCA 1 et BRCA 2 notamment) concernent 5 à 10 % des cancers. Le rôle de l'exposition aux oestrogènes (en lien notamment avec une puberté précoce ou une ménopause tardive, une première grossesse au-delà de 30 ans ou l'absence de grossesse) et de la consommation d'alcool est bien établi. D'autres facteurs joueraient également un rôle, notamment la surcharge pondérale (facteur de risque) et l'activité physique régulière (facteur protecteur) [11-14].
- De nombreuses expériences dans le monde ont montré que le dépistage chez la femme de plus de 50 ans pouvait entraîner une réduction de 30 % de la mortalité à condition que le taux de participation soit supérieur à 60 %. Le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie est depuis 2004 étendu à l'ensemble du territoire français. Le taux de participation est en progression : il est passé de 40 % en 2004 à 52 % en 2010 (soit près de 2 360 000 femmes dépistées au cours de l'année) au niveau national [15]. En dehors du dépistage organisé, les femmes peuvent avoir recours à un dépistage "individuel". Au total, la proportion de femmes âgées de 50 à 74 ans déclarant avoir réalisé une mammographie (dépistage organisé, individuel ou pour pathologie) dans les deux années précédentes est proche de 80 % en 2008 [16].
- Les progrès de la prise en charge du cancer du sein, avec d'une part un dépistage plus précoce et donc la découverte de tumeurs de petite taille, et, d'autre part, des traitements plus efficaces, ont permis d'améliorer considérablement son pronostic au cours des dernières décennies. En France, le taux de survie relative à cinq ans de ce cancer atteint 85 % [17].

Bibliographie page 211

Pays de la Loire

- Le nombre de Ligériennes admises en ALD pour cancer du sein par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie atteint 3 100 en moyenne chaque année pour la période 2005-2007 [7]. Le nombre de nouveaux cas de cancers infiltrants du sein parmi les femmes de la région, estimé par le réseau Francim pour l'année 2005, s'élève à 2 900. Mais comme en France, ce nombre est vraisemblablement surestimé (fig. 1).
- Le cancer du sein a été responsable du décès de 620 femmes en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 (fig. 4).
- Les femmes touchées par le cancer du sein sont souvent relativement jeunes : 60 % des admissions en ALD et 39 % des décès concernent des femmes âgées de moins de 65 ans (fig. 3 et 4).
- Le taux standardisé de mortalité par cancer du sein dans les Pays de la Loire a tendance à diminuer depuis la fin des années 1990, suivant ainsi la même évolution que la moyenne nationale. Le taux standardisé d'incidence régional, qui est estimé sur la base de ratios incidence/mortalité [18], est donc comme la moyenne nationale, en augmentation depuis 20 ans (fig. 5). Les données régionales d'admissions en ALD et les données d'incidence du registre des tumeurs de Loire-Atlantique/Vendée montrent toutefois, comme en France, un recul brutal autour des années 2003-2006 [19, 20].
- Depuis le début des années 1990, les taux de mortalité et les taux d'incidence estimés régionaux sont légèrement supérieurs à la moyenne nationale (fig. 5). Ce constat est conforté par le taux d'admission en ALD [7].
- Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein des Ligériennes âgées de 50-74 ans atteint 64 % sur la période 2009-2010. C'est le plus élevé des régions françaises [15].

Cancers du col et du corps de l'utérus

1 Incidence estimée des cancers du col et du corps de l'utérus

Pays de la Loire (1980-2005)

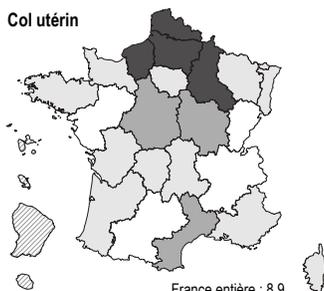
	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Col utérin	Corps utérin	Col utérin	Corps utérin
1980	230	198	16,7	13,0
1985	198	207	13,3	12,7
1990	173	216	10,7	12,4
1995	159	230	9,1	12,2
2000	148	251	8,1	12,1
2005	134	276	7,0	11,9

Sources : *Francim, InVS*

1. standardisation sur la population européenne
Unité : pour 100 000

2 Taux standardisés d'incidence estimée des cancers du col et du corps de l'utérus (2005)

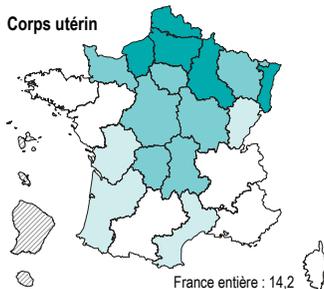
Col utérin



Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du col utérin

□ < 7,9 □ 7,9 - 9,0 ■ 9,1 - 10,0 ■ 10,1 - 12,0 ▨ non disponible

Corps utérin



Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du corps utérin

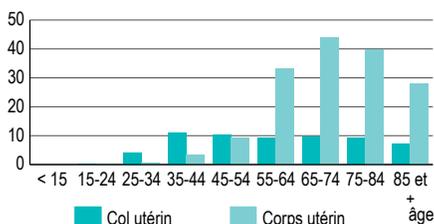
□ < 12,9 □ 12,9 - 14,1 □ 14,2 - 15,5 ■ 15,6 - 18,0 ▨ non disponible

Sources : *Francim, InVS*

Standardisation sur la population européenne
Unité : pour 100 000

3 Taux d'admission en affection de longue durée pour cancer du col ou du corps de l'utérus

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : *Cnamts, CCMSA, RSI, Insee*

Unité : pour 100 000

Rang régional

Les Pays de la Loire se situent parmi les régions françaises ayant les plus faibles taux d'incidence estimée pour les cancers du col et du corps de l'utérus, et les plus faibles taux de mortalité pour ces affections dans leur ensemble.

4 Décès par cancer de l'utérus (col et corps)

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

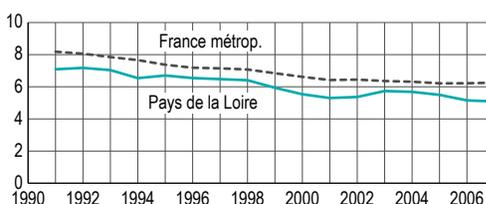
	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM
Femmes	39	107	146	85*

Source : *Inserm CépiDc*

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

5 Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer de l'utérus (col et corps)

Pays de la Loire, France métropolitaine (1991-2007)

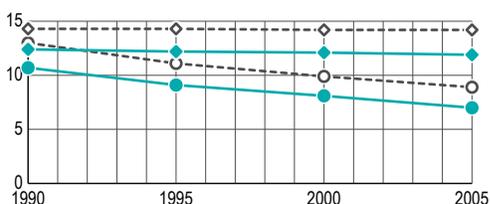


Sources : *Inserm CépiDc, Insee*

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

6 Evolution des taux standardisés d'incidence estimée des cancers du col et du corps de l'utérus

Pays de la Loire, France entière (1990-2005)



—●— Col utérin Pays de la Loire —◆— Corps utérin Pays de la Loire
-○- Col utérin France entière -◇- Corps utérin France entière

Sources : *Francim, InVS, Inserm CépiDc, Insee*

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

Taux standardisés de mortalité : données lissées sur 3 ans

Taux standardisés d'incidence : données annuelles (disponibles tous les 5 ans)

Définitions et méthode

Tumeur maligne de l'utérus : codes Cim 9 : 179, 180, 182 ; codes Cim 10 : C53-C55.

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

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Taux standardisé et indice comparatif : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

Les cancers de l'utérus regroupent les cancers du col et du corps de l'utérus, affections différentes par leur histoire naturelle, facteurs de risque, âge de survenue et pronostic.

Le cancer du corps de l'utérus touche essentiellement les femmes ménopausées. Ses principaux facteurs de risque sont l'obésité et certains traitements médicamenteux (Tamoxifène, œstrogènes non associés à des progestatifs) [1]. Le nombre de nouveaux cas de cancers du corps de l'utérus en France est estimé à 5 774 en 2005 (4^e rang des cancers féminins les plus fréquents) [2]. Le taux d'incidence est resté stable entre 1980 et 2005, la France présentant une position favorable au sein de l'Europe [3]. Les projections françaises estiment à 6 759 le nombre de nouveaux cas pour l'année 2011 [4].

- Le nombre de femmes admises en affection de longue durée (ALD) pour un cancer du corps de l'utérus par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie a atteint 4 624 (et 869 pour un cancer de l'utérus de localisation non précisée) en moyenne chaque année au cours de la période 2005-2007 [5]. Pour le seul régime général, le nombre total de femmes en ALD pour un cancer du corps de l'utérus atteint 34 503 fin 2009 (+ 39 % entre 2004 et 2009) [6].

- Le traitement de ce cancer repose, lorsque cela est possible, sur une intervention chirurgicale. Une radiochimiothérapie peut être discutée en complément. En situation métastatique, une hormonothérapie peut être indiquée [7]. Le cancer du corps de l'utérus a constitué le diagnostic principal de 10 500 séjours hospitaliers en 2010 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie), dont 7 400 séjours chirurgicaux [8].

- Les statistiques de causes médicales de décès ne permettent pas de distinguer aisément les décès par cancer du corps de l'utérus de ceux par cancer du col, 60 % des certificats de décès mentionnant un cancer de l'utérus ne précisant pas son siège. Les données de plusieurs registres des cancers permettent toutefois d'estimer à 1 800 le nombre de décès par cancer du corps de l'utérus en 2005. Entre 1980 et 2005, le taux de mortalité par ce cancer a diminué de 0,5 % par an [2].

Le cancer du col de l'utérus concerne des femmes plus jeunes. Il s'observe dès l'âge de 20 ans et présente un pic d'incidence à 40 ans. Son principal facteur de risque est l'infection à papillomavirus humain transmise par voie sexuelle, mais d'autres facteurs tels que le tabagisme et l'immunodépression concourent à la survenue de cette pathologie [9]. Les lésions du col peuvent se développer uniquement dans les tissus superficiels (dysplasies, cancers *in*

situ), ou devenir invasives. Le nombre de nouveaux cas de cancers invasifs du col de l'utérus est estimé à 3 068 en 2005 (10^e rang des cancers féminins les plus fréquents). Le taux d'incidence est en forte diminution, au rythme de 2,9 % par an entre 1980 et 2005, cette évolution pouvant s'expliquer en partie par le dépistage individuel par frottis cervico-utérin (FCU) qui s'est développé à partir des années 1960 [2]. La France présente actuellement une position favorable en Europe [3]. Les projections estiment à 2 810 le nombre de nouveaux cas pour l'année 2011 [4].

- Le nombre de femmes admises en ALD pour un cancer du col par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie a atteint 3 056 en moyenne chaque année au cours de la période 2005-2007 [5]. Pour le seul régime général, le nombre de femmes en ALD pour ce cancer atteint 27 405 fin 2009 (+ 23 % entre 2004 et 2009) [6].

- Le traitement du cancer du col fait appel, selon le stade de la maladie, à la chirurgie, la radiothérapie, la curiethérapie et la chimiothérapie, seules ou en association [10]. Cette pathologie a constitué le diagnostic principal de 5 500 séjours hospitaliers (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie), dont 3 800 séjours chirurgicaux [8].

- Le nombre de décès causés par le cancer du col de l'utérus est estimé à 1 067 pour l'année 2005. Entre 1980 et 2005, le taux de mortalité par ce cancer a fortement diminué (4 % par an en moyenne) [2].

- Du fait de leur évolution lente, les lésions du col peuvent être dépistées à un stade précoce et sont alors facilement curables. Le dépistage du cancer du col consiste en la réalisation d'un FCU tous les trois ans entre 25 et 65 ans. Le taux de couverture global de ce dépistage individuel est d'environ 57 %, mais présente d'importantes disparités sociodémographiques avec notamment un moindre recours au FCU chez les femmes âgées de plus de 50 ans et parmi les catégories socioprofessionnelles les plus modestes [11]. Des stratégies de dépistage organisé expérimentées à partir des années 1990 dans plusieurs départements ont permis une amélioration du taux de couverture. Cependant, il n'est pas possible de porter des conclusions quant à leur efficacité en termes de cancers évités et de diminution de la mortalité, et quant à leur efficacité [12]. Dans ce contexte et dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, des stratégies d'actions intégrées visant les femmes peu ou pas dépistées ont été lancées dans plusieurs départements en 2010 [13].

- En complément du dépistage, une vaccination contre plusieurs sérotypes de papillomavirus humain est actuellement recommandée pour toutes les filles dès 14 ans [14].

Bibliographie page 211

Pays de la Loire

- Le nombre de nouveaux cas de cancers du corps de l'utérus estimé par le réseau Francim pour l'année 2005 parmi les habitantes des Pays de la Loire s'élève à 276 (fig. 1). 235 femmes ont été admises en ALD pour ce cancer en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 [5], dont 40 % étaient âgées de plus de 65 ans (fig. 3).

- Le nombre de nouveaux cancers du col de l'utérus dans la population régionale pour l'année 2005 est estimé à 134 par le réseau Francim (fig. 1). 110 femmes ont été admises en ALD pour ce cancer en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 [5], dont 70 % étaient âgées de moins de 65 ans (fig. 3).

- Après avoir fortement diminué, le taux standardisé régional de mortalité par cancer de l'utérus (col et corps confondus) est resté quasiment stable depuis le début des années 2000, suivant ainsi la même évolution que la moyenne nationale (fig. 5). Les taux standardisés régionaux d'incidence, estimés à partir de ratios incidence/mortalité [15], suivent donc également les mêmes tendances qu'au niveau national : ils restent stables pour le cancer du corps de l'utérus et diminuent pour le cancer du col de l'utérus (fig. 6).

- Depuis le début des années 1990, les taux régionaux de mortalité et d'incidence estimée pour ces affections sont inférieurs à la moyenne nationale (fig. 5 et 6). En 2005, les Pays de la Loire font partie des régions ayant les plus faibles taux d'incidence pour les cancers du col et du corps de l'utérus (fig. 2).

- Le taux de couverture du dépistage individuel du cancer du col était évalué à 66 % dans la population régionale affiliée à l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie, au cours de la période 2007-2009, situant la région dans une position favorable par rapport à la moyenne nationale [16].

Cancer de l'ovaire

1 Incidence estimée du cancer de l'ovaire

Pays de la Loire, France entière (1980-2005)

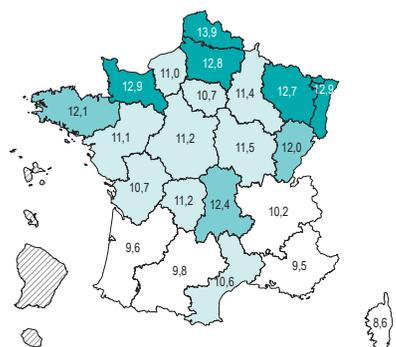
	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Pays de la Loire	France entière	Pays de la Loire	France entière
1980	174	3 403	11,8	11,9
1985	189	3 613	12,0	12,1
1990	199	3 818	12,0	12,1
1995	216	4 023	11,9	12,0
2000	232	4 218	11,6	11,7
2005	244	4 375	11,1	11,2

Sources : Francim, InVS

1. standardisation sur la population européenne

Unité : pour 100 000

2 Taux standardisés d'incidence estimée du cancer de l'ovaire (2005)



France entière : 11,2

Taux standardisés d'incidence estimée du cancer de l'ovaire pour 100 000

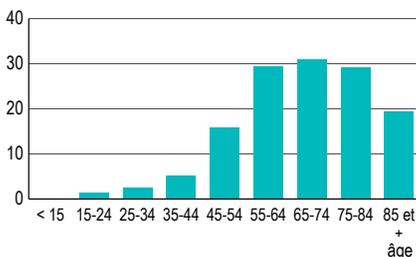
□ < 10,2 □ 10,2 - 11,5 □ 11,6 - 12,4 □ 12,5 - 13,9
 ▨ non disponible

Sources : Francim, InVS

Standardisation sur la population européenne

3 Taux d'admission en affection de longue durée pour cancer de l'ovaire

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Unité : pour 100 000

Rang régional

Parmi les régions françaises, les Pays de la Loire occupent une position intermédiaire pour le cancer de l'ovaire, que ce soit en termes d'incidence estimée ou de mortalité [7].

4 Décès par cancer de l'ovaire

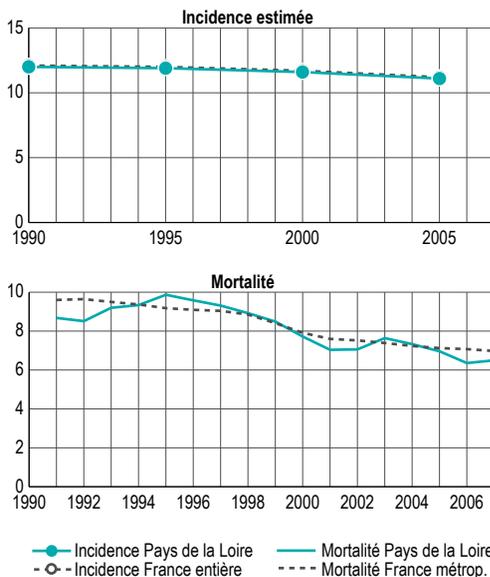
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	Nombre de décès	Répartition en %
15-54 ans	18	10,1 %
55-64 ans	25	14,0 %
65-84 ans	113	63,5 %
85 ans et plus	23	12,9 %
Total	178	100,0 %

Source : Inserm CépiDc

5 Evolution des taux standardisés d'incidence estimée et de mortalité par cancer de l'ovaire

Pays de la Loire, France (1990-2007)



Sources : Francim, InVS, Inserm CépiDc, Insee

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

Taux standardisés de mortalité : données lissées sur 3 ans

Taux standardisés d'incidence : données annuelles (disponibles tous les 5 ans)

Définitions et méthode

Tumeur maligne de l'ovaire : code Cim 9 : 183 ; codes Cim 10 :

- pour l'incidence estimée : C56-C574

- pour la mortalité : C56-C577

- pour les affections de longue durée : C56-C579

Les codes Cim 10 C56 représentent l'essentiel (> 95 %) des tumeurs malignes de l'ovaire.

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

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Taux standardisé et indice comparatif : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

■ Avec 4 375 nouveaux cas estimés en 2005 en France, le cancer de l'ovaire se situe au 7^e rang des cancers de la femme, et au 3^e rang parmi les cancers gynécologiques après les cancers du sein et du corps de l'utérus. Relativement peu fréquent avant 40 ans, son incidence augmente avec l'âge pour atteindre un maximum entre 75 et 79 ans [1]. L'âge médian au diagnostic est de 65 ans et le taux de survie à 5 ans est de 40 % tous stades confondus. Mais le pronostic dans les formes de découverte tardive est beaucoup plus défavorable [2]. En 2007, le cancer de l'ovaire a été responsable de 3 461 décès en France [3].

■ Le profil évolutif du cancer de l'ovaire, sur le plan épidémiologique, met en évidence une baisse modérée du taux d'incidence (- 8 % entre 1995 et 2005) et un peu plus marquée du taux de mortalité (- 14 % entre 1993-1997 et 2003-2007) [4]. Le léger recul du taux d'incidence pourrait être en lien avec l'utilisation de contraceptifs oraux par les générations nées après 1940 [1]. Pour l'année 2011, les projections estiment à 4 617 le nombre de nouveaux cas de cancers de l'ovaire et à 3 154 le nombre de décès dus à ce cancer [5].

■ Par rapport aux taux moyens observés dans l'ensemble des pays européens, la France se trouve dans une situation particulièrement favorable tant en termes d'incidence du cancer de l'ovaire qu'en termes de mortalité. Des résultats favorables s'observent aussi dans plusieurs pays d'Europe du sud (Portugal, Chypre, Espagne, Grèce et Italie notamment) sans qu'un réel gradient Nord-Sud ne se dégage clairement. L'Islande, et la Finlande dans une moindre mesure, présentent ainsi des taux d'incidence et de mortalité eux aussi relativement favorables [6].

■ En France, les départements d'outre-mer présentent les plus bas niveaux de mortalité par cancer de l'ovaire. En métropole, le taux régional de mortalité le plus élevé (Nord-Pas-de-Calais) est 1,5 fois supérieur au taux régional de mortalité le plus faible (Aquitaine) sur la période 2005-2007. Les plus forts taux de mortalité sont observés dans les régions du nord et de l'est de la France, hors Ile-de-France et Champagne-Ardennes [7].

■ Le nombre de femmes admises en affection de longue durée (ALD) pour cancer de l'ovaire par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie a atteint 4 027 en moyenne chaque année au cours de la période 2005-2007 [8]. Pour le seul régime général, le nombre total de femmes en ALD pour cancer de l'ovaire atteint 25 245 fin 2009 (+ 31 % entre 2004 et 2009) [9].

■ Le traitement du cancer de l'ovaire repose essentiellement sur la chirurgie. L'intervention comprend une annexectomie bilatérale avec hystérectomie, chez la femme ménopausée ou ne désirant plus d'enfant. En cas de tumeurs survenant chez une femme désirant un enfant, une chirurgie conservatrice peut être proposée sous certaines conditions. L'indication d'une chimiothérapie adjuvante dépend du stade, du type et du grade de la tumeur. Une radiothérapie n'est envisagée que pour certaines situations de récurrence [10]. Le cancer de l'ovaire a constitué le diagnostic principal d'environ 8 200 séjours hospitaliers en soins de courte durée en 2010 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) dont 5 800 séjours chirurgicaux [11].

■ Les facteurs de risque du cancer de l'ovaire sont encore mal connus. On estime que 10 % surviennent dans un contexte de prédisposition génétique, qui doit être recherché dans le cadre d'une consultation d'oncogénétique devant un âge de survenue précoce ou des antécédents personnels ou familiaux de cancers gynécologiques ou d'autres localisations (notamment dans le cadre du syndrome de Lynch II). Parmi les prédispositions génétiques fréquemment retrouvées, les mutations des gènes BRCA 1 ou 2 sont associées à des cancers de meilleurs pronostics car plus chimiosensibles [10]. Concernant les facteurs de risque non génétiques, la prise d'un traitement contraceptif est un facteur protecteur. A l'inverse, la nulliparité, les règles précoces et la ménopause tardive seraient associées à une augmentation du risque [1, 10]. Enfin, les études ayant évalué l'influence d'un traitement hormonal substitutif de la ménopause sur le risque de cancer de l'ovaire donnent des résultats mitigés, variables selon le type et la durée du traitement évalué [12].

■ Le cancer de l'ovaire présente généralement un développement progressif au sein de la cavité abdominale, ainsi qu'une symptomatologie peu spécifique aux premiers stades de la maladie. Ceci explique pourquoi ce type de cancer est le plus souvent diagnostiqué tardivement, et est dans ce cas de mauvais pronostic. Au-delà de l'importance d'un suivi régulier, notamment chez les femmes pouvant présenter des facteurs de risque, la découverte et la validation de nouveaux biomarqueurs diagnostiques plus performants que le CA-125 actuellement recommandé [10], ainsi que la recherche de nouveaux facteurs de prédisposition génétique, sont des pistes prometteuses pour l'amélioration du pronostic de ce type de cancer [13].

Bibliographie page 212

Pays de la Loire

■ Le nombre de nouveaux cas de cancers de l'ovaire, estimé par le réseau Francim pour l'année 2005 dans la population régionale, s'élève à 244 (fig. 1). Environ 217 femmes ont été admises en ALD pour ce cancer en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 par l'un des trois régimes d'assurance maladie [8].

■ Ce cancer a causé le décès de 178 Ligériennes en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 (fig. 4). Il constitue la 5^e cause de mortalité par cancer chez les femmes de cette région (5 % des décès par cancer) [3].

■ Plus de 90 % des admissions régionales en ALD pour cancer de l'ovaire concernent des femmes de 45 ans ou plus. La grande majorité des décès (76 %) surviennent après 65 ans (fig. 3 et 4).

■ Les taux standardisés régionaux de mortalité par cancer de l'ovaire fluctuent autour de la moyenne nationale, et tendent à diminuer depuis le début des années 1990, dans les Pays de la Loire comme en France (fig. 5).

■ Le taux standardisé régional d'incidence, estimé sur la base de ratios incidence/mortalité [14], suit donc les mêmes tendances que la moyenne nationale, avec une diminution progressive depuis le début des années 1990 qui s'accroît très légèrement depuis le début des années 2000 (fig. 5).

1 Incidence estimée du cancer de la prostate

Pays de la Loire, France entière (1980-2005)

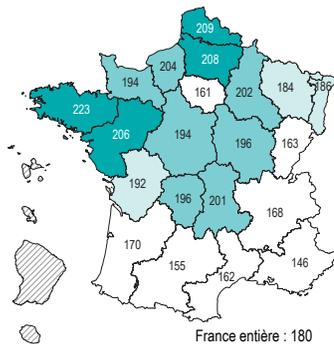
	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Pays de la Loire	France entière	Pays de la Loire	France entière
1980	585	10 756	45,5	42,2
1985	809	14 190	57,7	53,1
1990	1 128	18 979	73,9	67,1
1995	1 650	26 760	97,9	87,8
2000	2 522	39 636	137,9	122,0
2005	4 040	62 245	206,1	180,0

Sources : Francim, InVS

1. standardisation sur la population européenne

Unité : pour 100 000

2 Taux standardisés d'incidence estimée du cancer de la prostate (2005)



Taux standardisés d'incidence estimée du cancer de la prostate pour 100 000

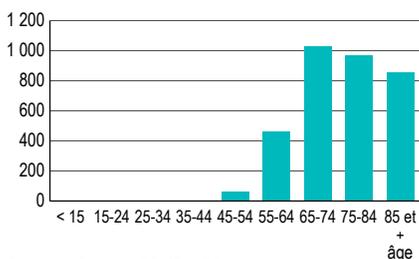
□ 129 - 170 □ 171 - 192 □ 193 - 204 ■ 205 - 223 ▨ non disponible

Sources : Francim, InVS

Standardisation sur la population européenne

3 Taux d'admission en affection de longue durée pour cancer de la prostate

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Unité : pour 100 000

Rang régional

Les Pays de la Loire se classent parmi les régions de France métropolitaine qui connaissent une incidence estimée et une mortalité plutôt élevées pour le cancer de la prostate [5].

4 Décès par cancer de la prostate

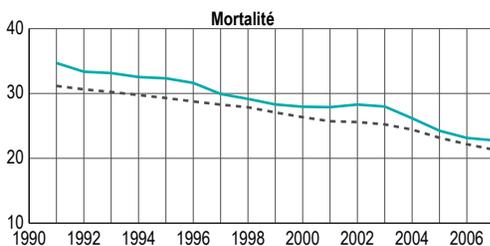
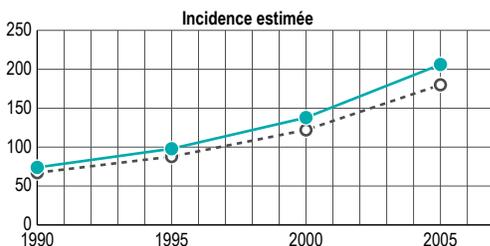
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	Nombre de décès	%
20-64 ans	37	6,8 %
65-74 ans	99	18,2 %
75-84 ans	243	44,6 %
85 ans et plus	167	30,6 %
Total	545	100,0 %

Source : Inserm CépiDc

5 Evolution des taux standardisés d'incidence estimée et de mortalité par cancer de la prostate

Pays de la Loire, France (1990-2007)



● Incidence Pays de la Loire — Mortalité Pays de la Loire
○ Incidence France entière - - - Mortalité France métrop.

Sources : Francim, InVS, Inserm CépiDc, Insee

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

Taux standardisés de mortalité : données lissées sur 3 ans

Taux standardisés d'incidence : données annuelles (disponibles tous les 5 ans)

Définitions et méthode

Tumeur maligne de la prostate : code Cim 9 : 185 ; code Cim 10 : C61.

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

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Taux standardisé et indice comparatif : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

■ Le cancer de la prostate est le plus fréquent des cancers de l'homme, avec un nombre estimé de nouveaux cas qui atteint 62 250 pour l'année 2005, ce qui représente un tiers du nombre total de cancers masculins [1]. Les projections établies pour l'année 2011 font état de 71 200 nouveaux cas [2].

Ce cancer touche surtout des hommes âgés mais le risque pour un homme d'en être atteint avant l'âge de 75 ans augmente avec la cohorte de naissance. Chez les hommes nés en 1940, le risque est de 19 %, soit un risque environ sept fois plus élevé que celui des hommes nés en 1910.

■ Entre 1980 et 2005, le taux d'incidence standardisé du cancer de la prostate n'a cessé de progresser, au rythme annuel moyen de 6,3 %. Une part de cette augmentation s'explique par le développement du dépistage individuel de ce cancer par dosage du PSA [1, 2].

■ Le cancer de la prostate est la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme, après le cancer du poumon. En 2007, il est responsable du décès de 9 300 hommes en France [3]. Après une période de faible croissance jusqu'en 1990, le taux standardisé de mortalité par cancer de la prostate s'est orienté à la baisse, celle-ci s'accroissant entre 2000 et 2005 (- 2,5 % en moyenne annuelle sur cette période). Le dépistage et l'amélioration de la prise en charge de ce cancer peuvent expliquer cette évolution favorable de la mortalité.

■ Au niveau international, l'Europe fait partie des régions du globe les plus affectées par le cancer de la prostate. Au sein même de l'Europe des 27, la France affiche en 2008 une position particulièrement défavorable en termes d'incidence (au 2^e rang des pays les plus touchés derrière l'Irlande). En termes de mortalité, la situation est moins défavorable, la France se situant en position médiane parmi les pays européens [4].

■ En France, la mortalité par cancer de la prostate est particulièrement élevée en Antilles-Guyane. En métropole, le taux régional de mortalité le plus élevé est 1,7 fois supérieur au taux régional de mortalité le plus faible. Les régions présentant une surmortalité se situent principalement dans le Nord et dans le Centre du pays. Les taux les plus faibles concernent les régions du Sud avec un minimum en Corse et en Provence-Alpes-Côte d'Azur [5].

■ Le nombre d'hommes admis en affection de longue durée (ALD) pour un cancer de la prostate par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie a atteint 52 000 en moyenne chaque année sur la période 2005-2007 [6]. Pour le seul régime général, le nombre total d'hommes inscrits en ALD pour cancer de la prostate est de 322 000 au 31 décembre 2009 [7]. Ce nombre a

progressé de 69 % entre 2004 et 2009. Cette forte progression s'explique par le vieillissement de la population, l'augmentation du dépistage et l'augmentation de la durée de vie des personnes atteintes par ce cancer.

■ En France, le taux de survie relative à cinq ans pour ce cancer est proche de 80 % [8].

■ Les principales modalités de prise en charge des cancers localisés de la prostate sont la chirurgie, la radiothérapie (radiothérapie externe et curiethérapie), la surveillance active (qui permet de différer la mise en route d'un traitement) et l'hormonothérapie. D'autres techniques sont en cours d'évaluation (ultrasons focalisés de haute intensité, cryothérapie) [9]. Le cancer de la prostate a constitué le diagnostic principal de 69 500 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée en 2007 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) [10].

■ L'opportunité du dépistage du cancer de la prostate, notamment par dosage sanguin du PSA éventuellement associé au toucher rectal, a fait l'objet de nombreuses évaluations. A ce jour, le bénéfice en termes de réduction de la mortalité globale d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA sérique total n'est pas démontré. Les résultats préliminaires publiés en 2009 des deux premières études randomisées menées sur de grands effectifs en Europe (ERSPC) et aux Etats-Unis (PLCO) sont en effet contradictoires [11, 12]. C'est pourquoi, la Haute autorité de santé (HAS) a conforté en 2010 les avis précédemment formulés, et ne recommande pas la mise en place d'un dépistage systématique par dosage du PSA pour cette affection [13-15]. La HAS relève aussi l'importance des inconvénients du dépistage, qui risque de conduire à la découverte de petites tumeurs qui ne se seraient jamais manifestées, et à leur traitement par des techniques relativement lourdes et souvent à l'origine d'importants effets secondaires.

■ Les résultats de ces études, qui portent sur le dépistage systématique, ne permettent pas de conclure quant à l'intérêt du dépistage individuel. Pour ce dernier, l'association française d'urologie (AFU) a renouvelé en 2009 ses recommandations d'un dépistage "modulé" en fonction de l'âge et de certains facteurs de risques familiaux ou ethniques [1, 16]. Le dépistage individuel est actuellement très largement pratiqué, puisque 4,3 millions de dosages du PSA ont été remboursés en 2008 par le régime général d'assurance maladie (1,5 million en 2000) [17]. Dans ce contexte, la HAS insiste sur l'importance de l'information à apporter aux hommes envisageant la réalisation d'un tel dépistage et rappelle les recommandations émises à ce sujet en 2004 [13, 15].

Bibliographie page 212

Pays de la Loire

■ Le nombre de nouveaux cas de cancers de la prostate estimé par le réseau Francim pour l'année 2005 dans la population régionale s'élève à 4 000 (fig. 1). Environ 3 500 hommes ont été admis en ALD pour ce cancer en moyenne chaque année sur la période 2005-2007 par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie [6].

■ Ce cancer a causé le décès de 545 Ligériens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 (fig. 4). Il constitue, dans la région comme en France, la deuxième cause de mortalité masculine par cancer, après le cancer du poumon [3].

■ 70 % des admissions en ALD et 93 % des décès surviennent après 65 ans (fig. 3 et 4).

■ Le taux standardisé de mortalité par cancer de la prostate dans les Pays de la Loire diminue depuis le début des années 1990, suivant ainsi la même évolution que la moyenne nationale. Le taux standardisé d'incidence régional, qui est estimé sur la base de ratios incidence/mortalité [18], est donc comme la moyenne nationale, en augmentation (fig. 5).

■ Depuis 1990, la mortalité des Ligériens pour cette pathologie est toujours restée supérieure à la moyenne nationale, avec des écarts de 5 à 10 % selon les années (fig. 5). Les Pays de la Loire se situent parmi les régions ayant une incidence estimée pour l'année 2005 élevée pour le cancer de la prostate (fig. 2). Ce constat est conforté par le taux d'admission en ALD pour cette affection en 2005-2007, qui dépasse d'environ 15 % la moyenne nationale [6].

Cancer du rein

1 Incidence estimée du cancer du rein

Pays de la Loire (1980-2005)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1980	122	65	9,9	4,2
1985	156	89	11,9	5,3
1990	192	111	13,6	6,3
1995	231	133	14,9	6,9
2000	269	151	15,7	7,1
2005	302	159	16,0	6,9

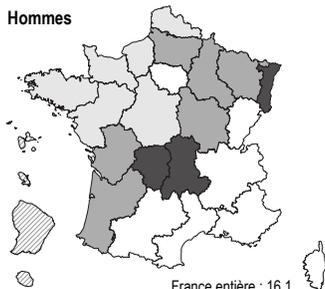
Sources : Francim, InVS

1. standardisation sur la population européenne

Unité : pour 100 000

2 Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du rein (2005)

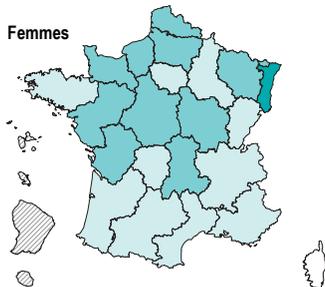
Hommes



Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du rein pour 100 000

□ < 15,2 □ 15,2 - 17,1 □ 17,2 - 18,6 □ 18,7 - 21,0 non disponible

Femmes



Taux standardisés d'incidence estimée du cancer du rein pour 100 000

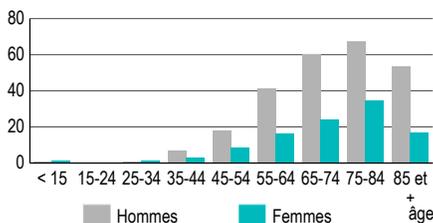
□ < 4,1 □ 4,1 - 6,2 □ 6,3 - 7,2 □ 7,3 - 8,5 non disponible

Sources : Francim, InVS

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

3 Taux d'admission en affection de longue durée pour cancer du rein selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Unité : pour 100 000

Rang régional

Les Pays de la Loire occupent une position intermédiaire parmi les régions françaises pour la mortalité par cancer du rein, chez les hommes comme chez les femmes [9]

4 Décès par cancer du rein

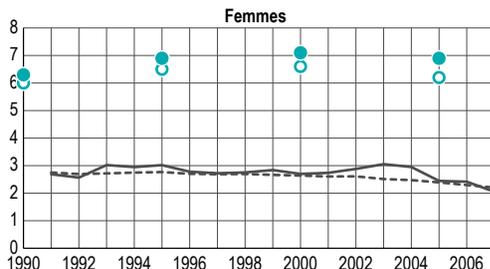
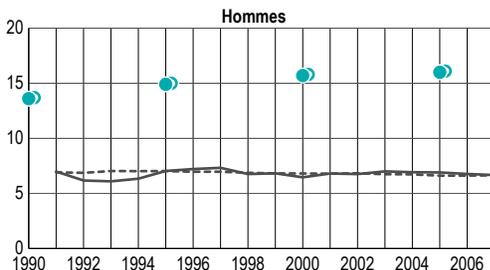
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	Hommes	Femmes	Ensemble	Répartition en %
20-44 ans	3	0	4	2 %
45-64 ans	40	15	55	25 %
65-84 ans	82	40	122	56 %
85 ans et plus	17	21	38	17 %
Total	142	76	218	100 %

Source : Inserm CépiDc

5 Evolution des taux standardisés d'incidence estimée et de mortalité par cancer du rein

Pays de la Loire, France (1990-2007)



● Incidence Pays de la Loire — Mortalité Pays de la Loire
○ Incidence France entière - - - Mortalité France métropolitaine

Sources : Francim, InVS, Inserm CépiDc, Insee

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

Taux standardisés de mortalité : données lissées sur 3 ans

Taux standardisés d'incidence : données annuelles (disponibles tous les 5 ans)

Définitions et méthode

Tumeur maligne du rein : code Cim 9 189 ; codes Cim 10 C64-C66 et C68.

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

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Taux standardisé et indice comparatif : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

■ Les cancers du rein regroupent deux entités distinctes : les tumeurs du parenchyme rénal, et les tumeurs des voies excrétrices urinaires supérieures hors vessie (TVEUS). Ces deux entités, longtemps étudiées globalement dans les statistiques de mortalité, font toujours l'objet d'une approche épidémiologique commune pour des raisons d'homogénéité des séries de données.

■ Les tumeurs du parenchyme rénal représentent plus de 80 % des cancers du rein, et sont essentiellement composées de carcinomes à cellules rénales (CCR). Ces cancers surviennent en grande majorité après 50 ans. Leurs principaux facteurs de risque sont le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle et la dialyse chronique. Les mécanismes physiopathologiques conduisant à la survenue d'un CCR restent toutefois mal connus. Dans moins de 5 % des cas, il s'agit de formes familiales suspectées devant un âge de survenue précoce (moins de 45 ans), des atteintes bilatérales ou multifocales, ou la présence d'autres manifestations tumorales (notamment, hémangioblastomes et phéochromocytome dans le cadre de la maladie de Von Hippel Lindau) [1].

■ Les TVEUS sont essentiellement des carcinomes urothéliaux dont la physiopathologie se rapproche de celle des cancers de la vessie. Ces cancers surviennent majoritairement après 50 ans. En France, les principaux facteurs de risque sont le tabagisme et certaines expositions professionnelles (amines aromatiques, hydrocarbures aromatiques polycycliques), ainsi que certaines prises médicamenteuses (cyclophosphamide, phénacétine) [2].

■ Avec 7 949 nouveaux cas estimés en 2005 en France, les cancers du rein se situent au 7^e rang des cancers chez l'homme, et au 12^e rang pour la femme. Ils sont deux à trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes et voient leur taux d'incidence augmenter avec l'âge pour atteindre un pic entre 75 et 79 ans [3]. L'âge moyen au diagnostic est 66 ans et le pronostic est intermédiaire avec une survie relative à 5 ans de 62 % [4]. Ces cancers ont été responsables de 3 747 décès en France au cours de l'année 2007 [5].

■ Le profil évolutif des cancers du rein, sur le plan épidémiologique, diffère selon le sexe. Chez les femmes, le taux d'incidence est en nette diminution (1,4 % par an en moyenne) depuis le début des années 2000, après avoir progressé de manière marquée au cours des deux décennies précédentes. Chez les hommes, on observe par contre toujours une légère hausse du taux d'incidence bien que celui-ci tende à se stabiliser. Le taux de mortalité par ce cancer est en diminution chez les hommes comme chez les femmes depuis le début des années 2000 [3, 6]. Pour l'année 2011, les projections estiment à 11 092 le nombre de nouveaux cas de cancers du rein et à 3 841 le nombre de décès dus à ces cancers [7].

■ La France occupe, avec plusieurs autres pays d'Europe du Sud, une position plutôt favorable au sein de l'Union Européenne, que ce soit pour le taux d'incidence ou pour le taux de mortalité par ces cancers. Toutefois, cet assez bon positionnement global s'explique par la présence de bons résultats chez les femmes, contrebalancés par de mauvais résultats chez les hommes [8].

■ En France, les départements d'outre-mer présentent les plus bas niveaux de mortalité par cancer du rein. En métropole, aucun gradient géographique n'apparaît de manière évidente. La région Alsace présente les plus forts taux de mortalité, chez les hommes comme chez les femmes, au cours de la période 2005-2007 [9].

■ Le nombre de personnes admises en affection de longue durée (ALD) pour un cancer du rein (tumeur du parenchyme rénal ou TVEUS) par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie a atteint 8 220 en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 [10]. Concernant les tumeurs du parenchyme rénal, et pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD atteint 43 092 fin 2009 (+ 75 % entre 2004 et 2009) [11].

■ Le traitement des tumeurs du parenchyme rénal et notamment des CCR, peu chimiosensibles et peu radiosensibles, repose essentiellement sur un acte chirurgical préservant le plus possible la fonction rénale (néphrectomie partielle voire totale). Les interventions mini-invasives de type radiofréquence ou cryoablation peuvent être indiquées pour les tumeurs de petite taille. La prise en charge des formes métastatiques par des thérapies ciblées semble par ailleurs très prometteuse et connaît un important développement depuis plusieurs années [12, 13]. Le traitement des TVEUS repose essentiellement lui aussi sur un acte chirurgical qui peut être complété par une radiochimiothérapie adjuvante selon le stade de la maladie. Les cancers du rein ont constitué le diagnostic principal d'environ 16 300 séjours hospitaliers en soins de courte durée en 2010 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) dont 11 200 séjours chirurgicaux [14].

■ Les cancers du rein ne bénéficient pas d'un bon pronostic en raison d'une symptomatologie peu spécifique et d'apparition tardive, et de l'absence de biomarqueur diagnostique performant. La multiplication des examens d'imagerie abdominale permettant la découverte fortuite de petites masses tumorales encore de bon pronostic, est une des raisons avancées pour expliquer la baisse de la mortalité par ces cancers observée au cours des dernières années. Toutefois, un dépistage organisé des cancers du rein dans la population générale à l'aide de ce type d'examen n'est pas recommandé en raison d'une balance bénéfices-risques défavorable [15].

Bibliographie page 213

Pays de la Loire

■ Le nombre de nouveaux cas de cancers du rein, estimé par le réseau Francim pour l'année 2005 dans la population régionale, s'élève à 461 (fig. 1). Environ 454 personnes (293 hommes et 161 femmes) ont été admises en affection de longue durée pour ce cancer en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 par l'un des trois régimes d'assurance maladie. Plus de 90 % de ces personnes étaient âgées de 45 ans ou plus [10].

■ Ce type de cancer a causé le décès de 218 Ligériens en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 (fig. 4) [5], situant la région dans la moyenne nationale en termes de taux de mortalité.

■ Chez les hommes, le taux standardisé de mortalité par cancer du rein est proche de la moyenne nationale. Comme en France, il est globalement stable sur la période 1991-2007. Le taux standardisé régional d'incidence, estimé à partir de ratios incidence/mortalité [16], suit donc la tendance nationale, et continue ainsi d'augmenter (fig. 5).

■ Chez les femmes, le taux standardisé de mortalité est resté très légèrement supérieur à la moyenne nationale entre 1993 et 2006. Cette situation explique que l'incidence régionale estimée dépasse la moyenne nationale. Depuis le milieu des années 2000, la région suit la tendance à la baisse de la mortalité observée un peu plus précocement à l'échelle nationale (fig. 5).

Cancer de la vessie

1 Incidence estimée du cancer de la vessie

Pays de la Loire (1980-2005)

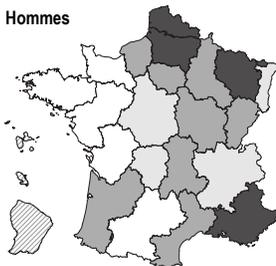
	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé ¹	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1980	189	64	15,4	3,4
1985	230	72	17,3	3,5
1990	265	75	18,2	3,3
1995	294	79	18,2	3,2
2000	309	82	17,1	3,0
2005	310	86	15,2	2,9

Sources : Francim, InVS

1. standardisation sur la population européenne
Unité : pour 100 000

2 Taux standardisés d'incidence estimée du cancer de la vessie (2005)

Hommes

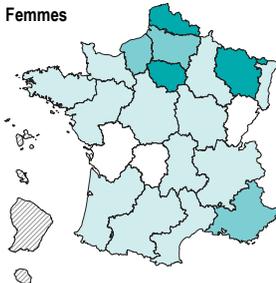


France entière : 22,3

Taux standardisés d'incidence estimée du cancer de la vessie pour 100 000

□ < 18,6 □ 18,6 - 21,5 □ 21,6 - 23,8 □ 23,9 - 30,6 ▨ non disponible

Femmes



France entière : 3,3

Taux standardisés d'incidence estimée du cancer de la vessie pour 100 000

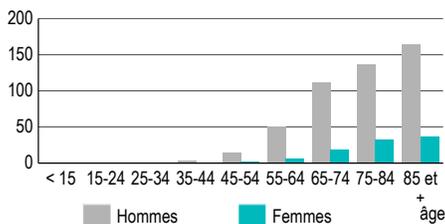
□ < 2,7 □ 2,7 - 3,2 □ 3,3 - 3,7 □ 3,8 - 3,9 ▨ non disponible

Sources : Francim, InVS

Standardisation sur la population européenne

3 Taux d'admission en affection de longue durée pour cancer de la vessie selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Unité : pour 100 000

Rang régional

Chez les hommes, la région des Pays de la Loire se classe parmi les régions de France métropolitaine qui connaissent les plus faibles taux de mortalité et d'incidence estimée pour le cancer de la vessie. Chez les femmes, la région occupe une position moyenne [7].

4 Décès par cancer de la vessie

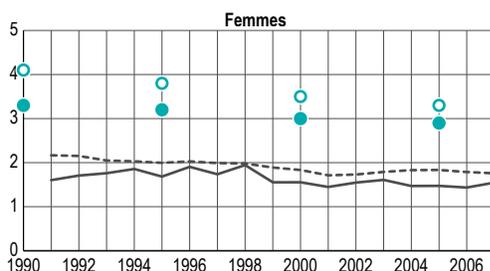
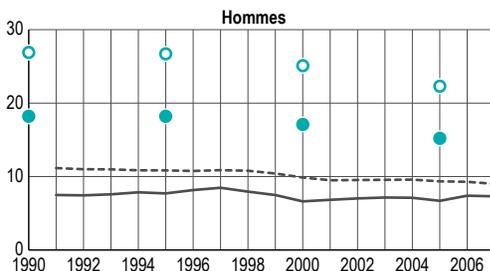
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	Hommes	Femmes	Ensemble	Répartition en %
20-44 ans	0	0	1	0 %
45-64 ans	34	3	37	17 %
65-84 ans	100	31	131	60 %
85 ans et plus	29	23	52	23 %
Total	163	58	220	100 %

Source : Inserm CépiDc

5 Evolution des taux standardisés d'incidence estimée et de mortalité par cancer de la vessie

Pays de la Loire, France (1990-2007)



● Incidence Pays de la Loire — Mortalité Pays de la Loire
○ Incidence France entière - - - Mortalité France métrop.

Sources : Francim, InVS, Inserm CépiDc, Insee

Standardisation sur la population européenne - Unité : pour 100 000

Taux standardisés de mortalité : données lissées sur 3 ans

Taux standardisés d'incidence : données annuelles (disponibles tous les 5 ans)

Définitions et méthode

Tumeur maligne de la vessie : code Cim 9 188 ; codes Cim 10 C67.

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

Estimations Francim : voir fiche "Ensemble des cancers".

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Taux standardisé et indice comparatif : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

■ Les tumeurs de la vessie se développent dans leur quasi-totalité à partir de la muqueuse interne de cet organe. Elles peuvent rester superficielles et sont alors d'excellent pronostic. Dans 30 % des cas cependant, les tumeurs de la vessie sont dites non superficielles, s'infiltrant vers le muscle vésical et pouvant être responsables de métastases à distance [1].

■ Les données d'incidence estimée provenant des registres du réseau Francim concernent uniquement les tumeurs non superficielles de la vessie. Pour les données d'affection longue durée (ALD), s'y ajoutent des tumeurs superficielles voire des tumeurs non infiltrantes nécessitant des traitements récurrents. En outre, certaines personnes atteintes d'un cancer de la vessie ne rentrent pas dans le cadre d'une admission en ALD car elles bénéficient d'une reconnaissance de cette pathologie au titre d'une maladie professionnelle. Ces éléments expliquent les écarts relativement importants entre les chiffres d'incidence estimée et d'admissions en ALD.

■ Avec 9 679 nouveaux cas estimés en 2005 en France, le cancer de la vessie se situe au 5^e rang des cancers chez l'homme, et au 16^e rang pour la femme. Ce cancer est cinq fois plus fréquent chez les hommes que chez les femmes, et concerne essentiellement les personnes de plus de 45 ans. Le taux de survie à 5 ans des personnes atteintes est inférieur à 50 % [2]. Ce type de cancer a causé 4 857 décès en 2007 en France [3].

■ Le profil évolutif du cancer de la vessie, sur le plan épidémiologique, montre une baisse conjointe des taux d'incidence et de mortalité. Cette diminution s'observe dès le début des années 1980 chez les femmes, et seulement depuis le début des années 1990 chez les hommes. Le recul s'est amplifié entre 2000 et 2005, la baisse annuelle moyenne du taux d'incidence atteignant 2,5 % chez les hommes et 1,6 % chez les femmes [4]. Pour l'année 2011, les projections estiment à 10 956 le nombre de nouveaux cas de cancers de la vessie et à 4 674 le nombre de décès par ce cancer. Ces projections sont toutefois à considérer avec précaution compte tenu des évolutions de la définition des tumeurs infiltrantes [5].

■ La France occupe une position favorable parmi l'ensemble des pays européens, pour le taux d'incidence du cancer de la vessie comme pour le taux de mortalité, notamment chez les femmes [6].

■ Au sein de la France, les départements d'outre-mer présentent les plus bas niveaux de mortalité par cancer de la vessie. En métropole, les régions du Nord et de l'Est présentent les plus forts taux de mortalité. Le taux régional de mortalité le plus élevé chez les hommes (Nord-Pas-de-Calais) est deux fois supérieur au taux le plus faible observé en Corse, sur la période 2005-2007. Chez les femmes, et ce rapport est de 1,6 entre le Nord-Pas-de-Calais et la Bretagne [7].

■ Le nombre de personnes admises en ALD pour un cancer de la vessie par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie a atteint 12 034 en moyenne chaque année au cours de la période 2005-2007 [8]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cancer de la vessie est de 75 789 fin 2009 (+ 43 % entre 2004 et 2009) [9].

■ Le traitement de référence des tumeurs non superficielles de la vessie repose sur une intervention chirurgicale radicale par cystectomie incluant une prostatectomie chez l'homme. Une chimiothérapie adjuvante peut être indiquée en présence de facteurs de mauvais pronostic, notamment de métastases. Une radiochimiothérapie exclusive peut enfin être proposée comme alternative à la cystectomie, sous certaines conditions (stade T2, patient non opérable ou refus d'intervention) [2]. En 2010, le cancer de la vessie a constitué le diagnostic principal d'environ 48 100 séjours hospitaliers en soins de courte durée (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) dont 41 700 séjours chirurgicaux [10].

■ Le tabac et les expositions professionnelles sont les principaux facteurs de risque du cancer de la vessie en France. La fraction de ces cancers attribuable au tabac était estimée en 2008 à 53 % chez les hommes et à près de 40 % chez les femmes. Le risque relatif de survenue d'un cancer de la vessie est 2,8 fois plus élevé pour les fumeurs par rapport aux non-fumeurs. Cet excès de risque diminue très progressivement dans le temps à l'arrêt du tabagisme [11]. Les expositions professionnelles seraient à l'origine de 8 à 14 % des cas de cancers de la vessie chez les hommes en France. Les principales substances en cause sont les amines aromatiques et les hydrocarbures aromatiques polycycliques [12]. Aux secteurs traditionnels à risque que sont les industries des colorants et du caoutchouc, s'ajoutent certains secteurs de la plasturgie, de la recherche, de l'industrie de l'aluminium, ainsi que les cokeries, les fonderies, l'usinage du bois traité à l'arsenic et les métiers de la vigne (traitement anticryptogamique) [13].

■ Les tumeurs de la vessie se révèlent classiquement par une hématurie macroscopique. A l'apparition de ce symptôme, le cancer peut déjà avoir atteint un stade avancé. Les personnes à risque, telles que les travailleurs exposés ou ayant été exposés à des substances cancérigènes, bénéficient d'un suivi réglementaire régulier par bandelette et cytologie urinaire. Les performances diagnostiques de ces tests restent toutefois insuffisantes. De nouveaux tests sont en cours de développement et semblent prometteurs [1]. Dans tous les cas, c'est principalement par la lutte contre le tabagisme et la prévention des risques professionnels qu'une forte proportion de cancers de la vessie pourra être évitée.

Bibliographie page 213

Pays de la Loire

■ Le nombre de nouveaux cas de cancers non superficiels de la vessie estimé par le réseau Francim pour l'année 2005 dans la population régionale s'élève à 396 (fig. 1). Environ 556 personnes ont été admises en ALD pour une tumeur de la vessie en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 par l'un des trois régimes d'assurance maladie [8].

■ 78 % des nouveaux cas de cancers de la vessie, 80 % des admissions en ALD et 74 % des décès par cette pathologie concernent des hommes.

■ Ce cancer a causé le décès de 220 personnes dans les Pays de la Loire en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 (fig. 4). La région présente une nette sous-mortalité par cancer de la vessie par rapport à la moyenne nationale (- 19 %), plus marquée chez les hommes que chez les femmes [3].

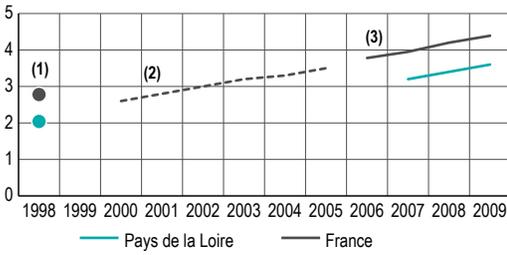
■ Le taux standardisé de mortalité par cancer de la vessie est relativement stable dans les Pays de la Loire au cours de la période 1991-2006, chez les hommes comme chez les femmes (fig. 5).

■ Le taux standardisé régional d'incidence, qui est estimé sur la base de ratios incidence/mortalité [14], suit la même tendance que la moyenne nationale. Il décroît progressivement chez les hommes comme chez les femmes (fig. 5).

Diabète

1 Taux de prévalence du diabète traité

Pays de la Loire, France (1998-2009)



(1) au moins un remboursement d'antidiabétique oral ou d'insuline au cours du 1^{er} trimestre 1999 (prévalence calculée parmi les assurés du régime général *stricto sensu*) [16]

(2) au moins deux remboursements d'antidiabétique oral ou d'insuline au cours de l'année (prévalence calculée parmi l'échantillon permanent des assurés sociaux du régime général *stricto sensu* - EPAS ; données disponibles uniquement au niveau national) [3]

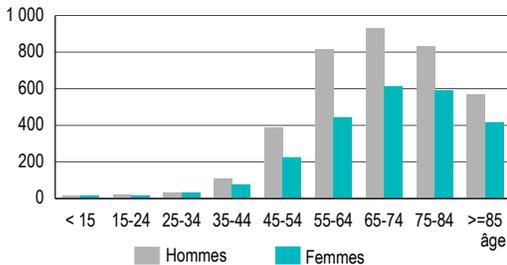
(3) délivrance d'antidiabétique oral ou d'insuline à au moins trois dates différentes au cours de l'année (prévalence calculée parmi l'ensemble des assurés du régime général (avec sections locales mutualistes), extrapolée à la population générale) [3]

Source : Cnamts

Unité : pour 100 habitants

2 Taux d'admissions en affection de longue durée pour diabète¹ selon le sexe et l'âge

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee

Unité : pour 100 000

1. ALD n°8

3 Taux standardisés de séjours hospitaliers en service de MCO de personnes diabétiques¹ présentant une plaie du pied²

Pays de la Loire, France entière (2007)

	Hommes	Femmes	Ensemble
Pays de la Loire (PDL)	37,7	10,9	22,7
France entière (FE)	44,6	17,5	29,9
Différence PDL - FE	-15 %	-38 %	-24 %

Sources : ARH (PMSI, données domiciliées non redressées, exploitation ORS), Drees (PMSI, données domiciliées non redressées)

1. séjours ayant comme diagnostic principal, relié ou associé, un diabète ou une complication de diabète, ou séjours au cours de la grossesse avec diabète sucré préexistant ou non précisé, soit 46 644 séjours dans les Pays de la Loire (voir définitions pour codes Cim 10 utilisés)

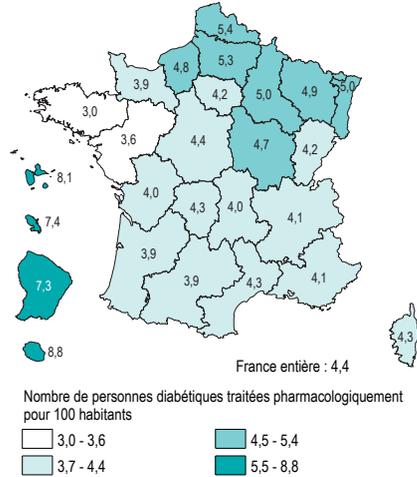
2. séjours ayant comme diagnostic principal, relié ou associé, une plaie du pied (voir définitions pour codes Cim 10 utilisés)

Rang régional

Les Pays de la Loire se situent parmi les régions françaises ayant les plus faibles taux standardisés de prévalence du diabète traité (2^e rang) [3], et les plus faibles taux de mortalité pour cette affection (5^e rang) [15].

4 Taux standardisés de prévalence du diabète traité

France entière (2009)



Source : Cnamts

Recommandations concernant le suivi des patients diabétiques et le dépistage précoce des complications du diabète

Le suivi du diabète sucré, tel qu'il est recommandé par la Haute autorité de santé (HAS) inclut le dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) au moins trois fois dans l'année en tant que témoin du contrôle glycémique sur les quatre derniers mois, et la réalisation annuelle d'un bilan lipidique à jeun.

La HAS recommande également le dépistage précoce des complications du diabète en particulier ophtalmologiques, cardiaques et rénales, par la réalisation annuelle d'un examen du fond d'œil, d'un électrocardiogramme de repos, d'un dosage de la créatininémie et de la recherche d'albumine dans les urines [17].

Définitions et méthode

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

Antidiabétiques oraux : le diabète de type 2 se traite par antidiabétiques oraux et parfois par antidiabétiques oraux et insuline injectable. Les diabétiques de type 1 ne sont traités que par insuline.

Codes Cim 10 utilisés dans les analyses des données du PMSI

(fig. 3) :

Diabète : E10 à E14.

Complications du diabète : G590, G632, H280, H360, I792, M142, N083.

Séjours au cours de la grossesse avec diabète sucré préexistant ou non précisé : O240 à O243 et O249.

Séjours pour plaies du pied : L97, M8607, M8617, M8627, M8637, M8647, M8657, M8667, M8687, M8697, S90 et S91.

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Régime général stricto sensu : sections locales mutualistes exclues.

Contexte

- Le diabète se caractérise par une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de la sécrétion d'insuline et/ou d'anomalies de l'action de l'insuline. Les deux formes principales sont le diabète de type 1, maladie auto-immune qui débute le plus souvent chez l'enfant ou l'adulte jeune de façon rapide voire brutale, et le diabète de type 2, dont l'émergence est favorisée par la sédentarité et l'obésité. Ce dernier, qui représente plus de 90 % des cas, s'installe le plus souvent de façon très progressive, et peut rester longtemps asymptomatique. Le traitement par insuline injectable est indispensable aux diabétiques de type 1, alors que le diabète de type 2 est traité par des mesures hygiéno-diététiques (régime, activité physique) qui peuvent être associées dans un second temps à des médicaments antidiabétiques oraux ou injectables [1, 2].
- La prévalence du diabète traité pharmacologiquement est estimée en 2009 à 4,4 % de la population française (métropole et outre-mer), ce qui correspond à environ 2,9 millions de personnes. Cette prévalence augmente avec l'âge, est plus élevée chez les hommes ainsi que dans les groupes sociaux les moins favorisés. Les disparités géographiques sont marquées, avec une prévalence dépassant 5 % dans le Nord-Est de la France et atteignant 7 à 9 % dans les départements d'outre-mer, alors qu'elle reste inférieure à 4 % dans les régions de l'ouest [3, 4].
- Au sein de l'Europe, la France fait partie des pays les plus protégés avec ceux du pourtour méditerranéen pour le diabète de type 1, alors qu'elle semble occuper une position moyenne pour le diabète de type 2 [1].
- Le diabète constitue la 3^e cause d'admission en affection de longue durée pour les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie, avec 180 000 admissions par an en moyenne entre 2005 et 2007 [5].
- Les complications du diabète, fréquentes et graves, sont principalement de nature vasculaire. Elles peuvent toucher les microvaisseaux de la rétine (risque de cécité), du rein (à l'origine d'insuffisance rénale et de mise en dialyse) ou des nerfs périphériques. Ces dernières prédisposent aux plaies du pied, qui conduisent parfois à l'amputation. Le principal déterminant de ces complications microvasculaires est la durée d'exposition à l'hyperglycémie. Les atteintes des gros vaisseaux peuvent se traduire par un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral ou une artérite des membres inférieurs [1, 6]. Outre l'hyperglycémie, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, et le tabagisme favorisent ces atteintes macrovasculaires.

En 2007, 16,7 % des diabétiques interrogés dans l'étude Entred rapportaient un antécédent d'infarctus du myocarde ou d'angor, 3,9 % la perte de la vue d'un œil, 0,3 % déclaraient une dialyse ou une greffe rénale et 1,5 % une amputation au niveau d'un membre inférieur [2].

- Le diabète a constitué le diagnostic principal de 153 000 séjours hospitaliers dans les services de court séjour en 2007 [7]. En métropole, près de 11 400 séjours de diabétiques, correspondant à 9 200 personnes, ont donné lieu à une amputation au niveau du membre inférieur. Le taux de personnes diabétiques amputées en 2007 peut ainsi être estimé à 3,8 pour 1 000 [8].

- La mortalité liée au diabète est difficile à apprécier car, pour les décès liés à ses complications, l'étiologie diabétique n'est pas toujours mentionnée. En 2006, 6,1 % des certificats de décès des personnes résidant en France (métropole et outre-mer) mentionnaient un diabète en tant que cause initiale (2,2 %) ou associée. Les disparités géographiques de mortalité sont cohérentes avec celles de la prévalence, avec des taux élevés dans les départements d'outre-mer et dans le Nord et l'Est de la France, et plus faibles dans les régions de l'ouest et en Ile-de-France [8].

- Les facteurs génétiques jouent un rôle dans la survenue du diabète de type 1 et surtout du diabète de type 2. Mais pour ce dernier les facteurs hygiéno-diététiques sont prépondérants, dès lors qu'il existe une prédisposition génétique. La prévention primaire du diabète de type 2 repose donc sur une alimentation équilibrée et une activité physique régulière, et fait partie des objectifs du Programme national nutrition santé (PNNS) [9]. La Haute autorité de santé (HAS) préconise un dépistage du diabète de type 2 au-delà de 45 ans, chez les personnes à risque et dans les populations en situation de précarité [10].

- Le suivi des patients diabétiques, ainsi que le traitement médicamenteux des facteurs de risque cardiovasculaire associés au diabète se sont améliorés ces dernières années, mais des progrès restent à faire, notamment pour les populations les moins favorisées [3, 11].

- La coordination des soignants, ainsi que la participation active et durable des patients sont indispensables à la qualité et l'efficacité de la prise en charge. De nombreuses initiatives se sont développées dans cette perspective, notamment les réseaux diabète ou encore le programme Sophia, implanté par l'assurance maladie dans un certain nombre de départements, qui offre aux patients le souhaitant un accompagnement personnalisé à distance [12, 13].

Bibliographie page 213

Pays de la Loire

- Les Pays de la Loire sont l'une des régions françaises où le diabète est le moins fréquent. Cette situation peut être mise en regard de la moindre prévalence régionale de l'obésité. Cependant, comme à l'échelle nationale, la situation tend à s'aggraver (fig. 1).

- La prévalence standardisée du diabète traité dans les Pays de la Loire est estimée à 3,6 pour 100 habitants en 2009, soit une prévalence inférieure à la moyenne nationale (4,4 %). On peut ainsi estimer à environ 120 000 le nombre de personnes concernées dans la région.

Le diabète a été à l'origine, en moyenne, de 8 700 admissions annuelles en affection de longue durée (ALD) sur la période 2005-2007 parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. A structure d'âge comparable, le taux régional d'admission en ALD pour diabète est inférieur de 14 % à la moyenne nationale [5].

- Le diabète a constitué le diagnostic principal de 6 500 séjours hospitaliers de Ligériens dans les services de court séjour en 2007. A structure d'âge comparable, la fréquence de ces séjours est inférieure de 24 % à la moyenne nationale [7].

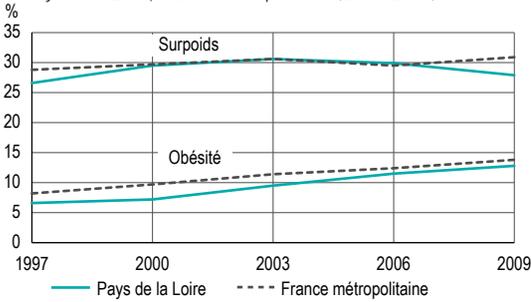
- Le taux régional de séjours hospitaliers de personnes diabétiques présentant des plaies du pied est également inférieur de 24 % à la moyenne nationale, à structure d'âge comparable (fig. 3).

- Le diabète a été mentionné sur près de 1 400 certificats médicaux de décès en moyenne chaque année sur la période 2005-2007 (dont 500 en cause initiale) [14]. Sur la période 2006-2008, le taux régional de mortalité est l'un des plus faibles de France pour les deux sexes [15].

- Un réseau diabète fonctionne dans chaque département des Pays de la Loire, de même qu'un réseau régional Diabenfant. Le programme Sophia est par ailleurs implanté dans le département de la Sarthe [13].

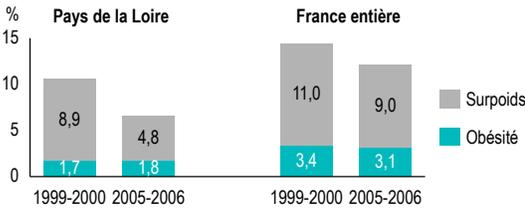
Surpoids et obésité

1 Evolution de la prévalence de l'obésité et du surpoids chez les 15 ans et plus (données "automesurées", déclarées) Pays de la Loire, France métropolitaine (1997-2009)



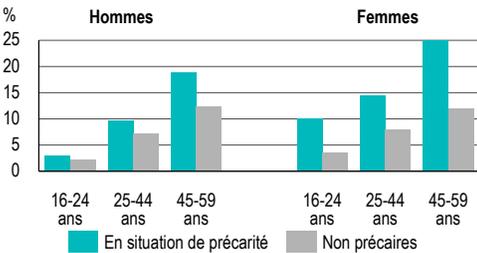
Source : Enquêtes ObEpi. Inserm-Institut Roche (exploitation secondaire)

2 Evolution des prévalences de l'obésité et du surpoids et chez les enfants de 5-6 ans (données mesurées) Pays de la Loire, France entière (1999-2000 et 2005-2006)



Sources : Enquêtes auprès des enfants de grandes sections de maternelle (Drees)

3 Prévalence de l'obésité parmi les consultants des centres d'exams de santé selon la situation sociale et le sexe (données mesurées) Pays de la Loire (2005)



Sources : Centres d'exams de santé des Pays de la Loire

Précisions sur les sources utilisées

L'Etude nationale nutrition santé (ENNS), réalisée en 2006, et les enquêtes réalisées par la Drees à l'occasion des bilans de santé scolaires évaluent la prévalence de l'obésité et du surpoids à partir de données mesurées (de façon standardisée) du poids et de la taille [5-8].

A l'exception des enquêtes réalisées auprès des 5-6 ans, ces enquêtes ne présentent pas de résultats régionaux.

Les enquêtes ObEpi et Baromètres santé jeunes Pays de la Loire (15-25 ans) fournissent des prévalences régionales de l'obésité et du surpoids, mais celles-ci sont sous-estimées. En effet, elles reposent sur des données du poids et de la taille respectivement "automesurées, déclarées" pour les premières et "déclarées" pour les secondes [9, 20, 21].

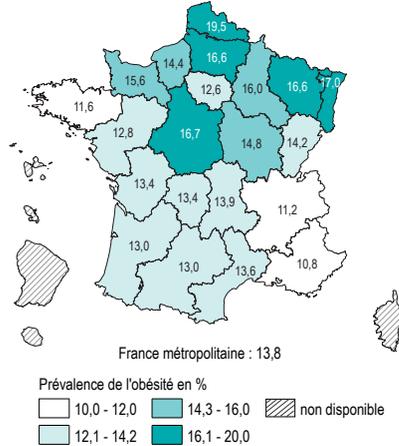
Cependant, l'utilisation de ces résultats reste pertinente pour décrire les situations régionales et leurs évolutions, si on admet l'hypothèse que l'importance de la sous-estimation reste "identique" dans l'espace et dans le temps, et si on base leur analyse sur des méthodes comparatives.

A noter toutefois, que contrairement aux Baromètres santé jeunes Pays de la Loire, les échantillons des enquêtes ObEpi sont construits au plan national par la méthode des quotas. Les prévalences calculées pour chaque région présentent donc l'inconvénient de reposer sur des sous-échantillons susceptibles de ne pas être représentatifs de leur population.

Rang régional

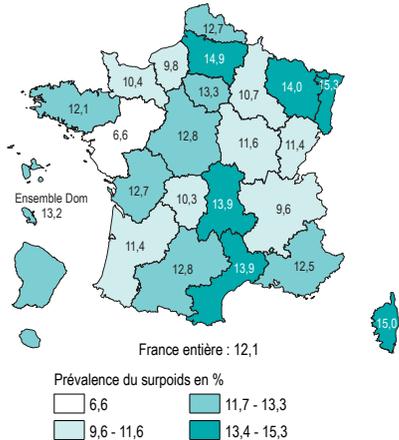
Les Pays de la Loire présentent la plus faible proportion d'enfants de 5-6 ans en surcharge pondérale (obésité incluse) des régions françaises en 2006, et se classent parmi celles où la prévalence de l'obésité chez les adultes est la moins importante (5^e rang par ordre croissant) (fig. 4 et 5).

4 Prévalence de l'obésité chez les 15 ans et plus (données "automesurées", déclarées) (2009)



Source : Enquête ObEpi. Inserm-Institut Roche (exploitation secondaire)

5 Prévalence de la surcharge pondérale à six ans (données mesurées) (2005-2006)



Source : Enquête auprès des enfants de grandes sections de maternelle (Drees) - données mesurées

Définitions et méthode

Indice de masse corporelle (IMC) : mesure internationale de référence de la corpulence, égale au rapport entre le poids (P en kg) et la taille (T en m) élevée au carré (P/T²).

Surpoids et obésité : chez l'adulte, l'obésité est définie par un IMC supérieur ou égal à 30, et le surpoids par un IMC compris entre 25 et 29,9. Chez l'enfant, les références utilisées sont celles de l'International obesity task force (IOTF) et varient selon l'âge.

Contexte

- La surcharge pondérale, qui correspond au fait d'avoir un poids trop élevé par rapport à la taille en raison d'un excès de masse grasse, a pour principale origine un déséquilibre de la balance énergétique résultant d'une suralimentation relative et/ou d'une insuffisance d'activité physique. Ces situations résultent de comportements et de modes de vie individuels, mais l'impact de l'environnement et notamment de l'offre alimentaire sur ces facteurs individuels est très important. Des facteurs génétiques modulent également la capacité de stockage du surplus énergétique. Enfin, des travaux suggèrent le rôle possible de déterminants précoces, *in utero* et postnatals [1, 2]. Une fois acquise, la surcharge pondérale est difficilement réversible, et la propension d'une reprise pondérale après un régime d'amaigrissement est élevée [3].
- L'obésité est une maladie qui, outre son retentissement sur le bien-être social des individus, augmente le risque de mortalité. Elle augmente également le risque de diabète non insulino-dépendant, de résistance à l'insuline, de pathologies biliaires, d'hypertension artérielle, de maladies coronariennes, d'accidents cérébrovasculaires, de certains cancers (sein, utérus, côlon notamment), ainsi que de difficultés respiratoires, d'arthrose [2]... Chez l'enfant, le risque de l'obésité est sa persistance à l'âge adulte, observée dans 50 à 70 % des cas lorsqu'elle est constatée après la puberté [4].
- La moitié des français de 18 à 74 ans présente une surcharge pondérale en 2006 (17 % une obésité et 32 % un surpoids), ces prévalences augmentant avec l'âge. L'obésité touche les deux sexes de façon comparable mais le surpoids est plus fréquent chez les hommes [5]. Chez les plus jeunes, la surcharge pondérale concerne 12 % des enfants de 5-6 ans en 2006 (obésité : 3 %, surpoids : 9 %), 20 % des élèves de CM2 en 2005 (respectivement 4 % et 16 %), et 16 % des élèves de troisième en 2004 (4 % et 12 %). A 5-6 ans, les filles sont plus fréquemment en surpoids que les garçons, mais cette différence n'est plus retrouvée chez les jeunes plus âgés [6-8].
- Les populations les moins favorisées sont les plus touchées : en 2009, la prévalence de l'obésité est deux fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures [9]. Cette inégalité

se manifeste tôt : en 2005, la surcharge pondérale est trois fois plus fréquente parmi les enfants scolarisés en CM2 lorsque leur père est ouvrier que lorsqu'il est cadre, et l'écart est encore plus marqué pour l'obésité [6-8].

- Les variations géographiques sont importantes : en 2009, le Nord-Pas-de-Calais compte deux fois plus d'adultes obèses que la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Un écart identique est observé entre l'Alsace et les Pays de la Loire pour la prévalence de la surcharge pondérale à 5-6 ans en 2006 [6, 9].

- Au sein des pays de l'Union européenne, la France présente l'une des plus faibles prévalences de l'obésité en population adulte, les plus élevées étant observées au Royaume-Uni et à Malte [10, 11]. Sa position est relativement moyenne pour la fréquence de la surcharge pondérale entre 11 et 15 ans, les pays d'Europe du sud étant les plus concernés (Malte, Portugal, Grèce, Italie, Espagne) [12].

- Pour les adultes de 15 ans et plus, la progression de la prévalence de l'obésité a été très importante entre 1997 et 2009, avec un taux de croissance annuel moyen atteignant 4,4 % par an. Cette augmentation concerne les deux sexes, l'ensemble des tranches d'âge et des catégories socioprofessionnelles, excepté les cadres et les artisans-commerçants. La progression du surpoids a été beaucoup plus modérée sur l'ensemble de cette période (+ 0,6 % par an), mais sur les années récentes, elle s'est avérée très marquée chez les jeunes de 15 à 24 ans (+ 8,5 % par an entre 2006 et 2009) [13].

Chez les 5-6 ans, la prévalence de la surcharge pondérale, qui était passée de 11 % à 14 % au cours des années 1990, a ensuite évolué favorablement pour atteindre 12 % en 2006 [6, 8, 14].

- La prévention primaire du surpoids et de l'obésité est notamment développée à travers le Programme national nutrition santé (PNNS). Il associe des actions s'adressant aux individus et des actions susceptibles de modifier l'environnement, tant en matière d'alimentation que d'activité physique. Ce programme prévoit également des actions en matière de dépistage et de prise en charge de l'obésité, notamment chez les enfants [15-19].

Bibliographie page 214

Pays de la Loire

- La prévalence régionale de l'obésité chez les Ligériens de 15 ans et plus atteint 12,8 % en 2009, et celle du surpoids (hors obésité) 27,9 %. Il s'agit là de valeurs minimum car elles proviennent d'une enquête basée sur des données auto-mesurées déclarées, vraisemblablement sous-estimées [20].

Comme en France, la prévalence régionale de l'obésité a fortement augmenté au cours des années 2000. Les Pays de la Loire ont connu l'un des taux annuels moyens de progression les plus marqués des régions françaises (+ 5,7 % par an entre 1997 et 2009 vs + 4,4 % en France), et l'écart avec la moyenne nationale s'est réduit.

La prévalence régionale de l'obésité chez l'adulte de 15 ans et plus reste toutefois inférieure à la moyenne nationale (12,8 % vs 13,8 % en 2009). Cette situation est également observée pour le surpoids (27,9 % vs 30,9 % en 2009), mais ce constat est récent et reste à conforter (fig. 1 et 4).

- Chez les jeunes de 15-25 ans, les données déclarées issues du Baromètre santé jeunes montrent comme en France une croissance marquée de la prévalence de l'obésité dans la région entre 2005 et 2010, mais aussi du surpoids [21].

- Chez les enfants de 5-6 ans des Pays de la Loire, la prévalence de la surcharge pondérale mesurée a, comme au plan national, diminué entre 2000 et 2005. La baisse a été plus prononcée dans la région qu'en France (- 7,6 % par an vs -2,9 %), renforçant ainsi les Pays de la Loire dans leur position de région française la plus protégée dans ce domaine. En 2006, l'obésité concerne ainsi 2 % des 5-6 ans (vs 3 % en France), et le surpoids 5 % (9 %) (fig. 2 et 5).

- Dans la région comme en France, les populations les moins favorisées sont les plus touchées : en 2005, l'obésité est deux fois plus fréquente chez les consultants des centres d'examen de santé de 15 à 59 ans en situation de précarité que chez les autres consultants du même âge (fig. 3).

- L'obésité a constitué le diagnostic principal d'environ 2 100 séjours hospitaliers dans la région en 2007, concernant huit fois sur dix des femmes. 21 % de ces séjours avaient pour objet un traitement par chirurgie bariatrique [22].

1 Admissions en affection de longue durée pour troubles mentaux

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

Hommes Cim 10	0-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
F00-F09 Troubles mentaux organiques (dont démences)	4	167	710	882
F20-F29 Psychoses	320	114	23	456
F30-F39 Troubles de l'humeur	170	280	56	506
F40-F48 Troubles névrotiques	33	27	12	72
F70-F79 Retard mental	95	27	3	125
Autres troubles mentaux	477	233	21	733
F00-F99 Ensemble des troubles mentaux	1 101	850	825	2 775

Femmes Cim 10	0-44 ans	45-74 ans	75 ans et +	Total
F00-F09 Troubles mentaux organiques (dont démences)	2	241	1 806	2 049
F20-F29 Psychoses	144	122	60	326
F30-F39 Troubles de l'humeur	282	566	199	1 047
F40-F48 Troubles névrotiques	37	55	29	120
F70-F79 Retard mental	68	25	4	97
Autres troubles mentaux	335	227	67	627
F00-F99 Ensemble des troubles mentaux	867	1 236	2 164	4 266

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

2 Décès par troubles mentaux et suicide

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

Cim 10	Cause médicale de décès	Tous âges			Moins de 65 ans		
		Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
F00-F99 Troubles mentaux		410	525	935	141	34	175
F01-F03 - Démences		191	414	605	2	1	3
F10 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool		146	31	177	106	19	126
X60-X84 Suicide		555	187	742	402	121	523
Ensemble		965	712	1 677	543	155	698

Source : Inserm CépiDc

3 Prévalence des troubles dépressifs au cours des 12 derniers mois chez les 15-25 ans selon le sexe

Pays de la Loire (2010)

	Garçons	Filles
Episode dépressif caractérisé	5 %	10 %
dont : - léger	2 %	1 %
- moyen	2 %	7 %
- sévère	1 %	3 %

Source : Baromètre santé jeunes 2010. ORS, Inpes

Définitions et méthode

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

File active : nombre de patients vus au moins une fois dans l'année.

Secteurs psychiatriques : zones géographiques au sein desquelles des équipes pluridisciplinaires prennent en charge les patients en ambulatoire ou en hospitalisation. On distingue des secteurs de psychiatrie générale (pour les adultes) et des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (voir fiche "Soins en psychiatrie").

La **Classification internationale des maladies** de l'OMS, dixième révision (Cim 10) classe les troubles mentaux et du comportement en une dizaine de groupes différents : les troubles liés à des problèmes organiques (démences principalement F00-03), à l'utilisation de substances psychoactives (alcool, opiacés... F10-19), la schizophrénie et les troubles psychotiques (F20-29), les troubles de l'humeur dont la dépression (F30-39), les troubles névrotiques (troubles anxieux phobiques... F40-48), les syndromes comportementaux (alimentation, sommeil, vie sexuelle... F50-59), les troubles de la personnalité et du comportement (F60-69), le retard mental (F70-79), les troubles du développement psychologique (F80-89), et les troubles du comportement et émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence (F90-98).

Le DSM-IV-TR classe les troubles mentaux selon cinq axes : Pathologies psychiatriques caractérisées, troubles développementaux et de l'apprentissage, addictions et intoxications, Troubles de la personnalité et retard mental, Pathologies autres que psychiatriques ou neuropsychiatriques, Problèmes psychosociaux et environnementaux altérant le fonctionnement ou secondaires aux symptômes, Échelle de fonctionnement global.

Contexte

■ L'état des conceptions actuelles sur les troubles mentaux et du comportement conduit à proposer une définition de la santé mentale qui se décline selon trois dimensions : la santé mentale positive qui recouvre l'épanouissement personnel, la détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles, et les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications nosographiques renvoyant à des critères diagnostiques précis et à des actions thérapeutiques ciblées [1].

■ La classification des pathologies s'effectue le plus souvent à l'aide de la Classification internationale des maladies (10^e révision-Cim10) de l'Organisation mondiale de la santé [2], non spécifique à la santé mentale, ou du Manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux (DSM 4^e révision-DSM-IV-TR) [3] de l'Association américaine de psychiatrie. D'autres classifications peuvent être utilisées, en référence à des cadres théoriques spécifiques.

■ De manière générale, l'étude de la fréquence des troubles mentaux dans la population générale s'avère problématique en raison de la difficulté à trouver un consensus entre les différents cadres théoriques et classifications, mais aussi dans la construction d'outils de mesure. Selon Falissard, la mesure des troubles mentaux est d'ailleurs un sujet polémique [4] ! Cela tient notamment à l'absence de frontière nette entre le normal et le pathologique, et au fait que, diagnostic, dysfonctionnement social et besoin de soins ne sont pas superposables : établir un diagnostic de trouble mental n'équivaut pas nécessairement à identifier un besoin de soins en santé mentale [5].

■ Au-delà de ces difficultés, les indicateurs disponibles témoignent de la fréquence de ces troubles dans la population. Environ 500 000 personnes souffrent de troubles bipolaires et 4 millions de troubles névrotiques et anxieux. La fréquence des troubles dépressifs varie selon les instruments de mesure utilisés, mais les estimations effectuées sont assez convergentes [6]. Selon le Baromètre santé 2005, 7,8 % des personnes âgées de 15 à 75 ans ont souffert d'un épisode dépressif caractérisé au cours des douze derniers mois (avec une prévalence deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes) [7]. La prévalence de la schizophrénie est estimée à 1 % dans le monde [8], quel que soit le pays, et 2,8 % de la population âgée de 18 ans et plus présenterait des syndromes d'allure psychotique en France [9].

■ Le risque suicidaire occupe une place très importante dans la pathologie psychiatrique. 200 000 tentatives de suicide donnent lieu à un contact avec le système de soins, et environ 11 000 décès par suicide sont dénombrés chaque année [10]. Le suicide est environ vingt fois plus fréquent chez les patients souffrant d'une dépression majeure que dans la population générale, et le risque suicidaire est élevé également chez les personnes qui souffrent d'autres troubles mentaux (schizophrénie, troubles de la personnalité...) [11].

■ Une analyse des dépenses de santé par groupes de pathologie a montré que les soins directement en lien avec la maladie mentale se situent au deuxième rang des dépenses de santé en France (10,6 % des dépenses), après les maladies de l'appareil circulatoire [12].

■ Près d'un quart de la population protégée par le régime général a bénéficié en 2000 d'un remboursement d'au moins un médicament psychotrope : principalement des anxiolytiques (17,4 %), des antidépresseurs (9,7 %), des hypnotiques (8,8 %) et des neuroleptiques (2,7 %) [13]. Une étude plus récente sur la ville de Marseille (2005) aboutit à des estimations proches [14]. Dans ce domaine, la France fait partie des pays à forte consommation en Europe, avec l'Espagne, l'Italie et la Belgique, la proportion de consommateurs étant presque deux fois plus élevée qu'en Allemagne et en Hollande [15].

■ Dans le Baromètre santé 2005, environ une personne âgée de 12 à 75 ans sur vingt déclare avoir eu recours à un professionnel de santé mentale au cours des douze derniers mois [7]. Les personnes ayant consulté un professionnel de santé suite à un épisode dépressif majeur ont consulté principalement un médecin généraliste (21 %), ou un psychiatre (13 %). La prise en charge des troubles mentaux relève en effet de nombreux professionnels de santé : les médecins généralistes (les problèmes de santé mentale sont un des principaux motifs de recours), la psychiatrie publique sectorisée sur l'ensemble du territoire, les psychiatres libéraux, les psychologues (dont les actes ne sont pas remboursés par l'assurance maladie) mais aussi le secteur médicosocial, qui contribue à l'accueil des personnes souffrant de troubles psychiques chroniques, sources de handicaps sociaux et relationnels.

■ Les pathologies psychiatriques ont souvent un caractère chronique. Au 31 décembre 2009, près d'un million de personnes sont en affection de longue durée (ALD) au titre de l'ALD n° 23 "affection psychiatrique de longue durée". Parmi ces personnes, les affections les plus fréquentes sont la schizophrénie (121 000 personnes), les troubles spécifiques de la personnalité (188 000) et les épisodes dépressifs sévères (163 000). Pour 65 % de ces personnes, l'admission date de plus de cinq ans, voire de plus de quinze ans pour une personne sur quatre [16].

■ Les pathologies mentales sont parfois très invalidantes, et éloignent de nombreuses personnes du marché du travail. Selon l'enquête HID (Handicaps-incapacités-dépendance), 74 % des 20-59 ans exercent une activité professionnelle, mais parmi les personnes de même âge déclarant être suivies régulièrement pour troubles psychiques ou mentaux, ce chiffre est de seulement 40 % [17]. En 2006, les affections psychiatriques représentaient la première cause de mise en invalidité parmi les bénéficiaires du régime général (28 % des nouvelles admissions). Parmi ces personnes, trois sur quatre sont considérées comme "incapables d'exercer une activité professionnelle quelconque" [18].

Bibliographie page 214

Pays de la Loire

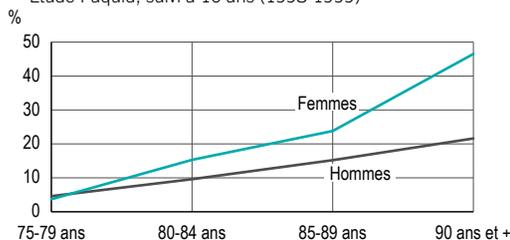
■ Dans les Pays de la Loire, 6 800 personnes ont bénéficié d'une admission en ALD en moyenne au cours des années 2005-2007 pour une affection psychiatrique de longue durée. Avant 45 ans, les nouvelles admissions concernent majoritairement des hommes, avec pour premier motif la schizophrénie et les troubles psychotiques. Après 45 ans, la situation s'inverse, les femmes étant nettement plus nombreuses que les hommes. Au-delà de 75 ans, les troubles mentaux organiques (dont démences) sont le premier motif d'admission (fig. 1).

■ La prévalence des troubles dépressifs caractérisés est deux fois plus fréquente chez les filles âgées de 15-25 ans que chez les garçons de la même classe d'âge (respectivement 10 % et 5 %, fig. 3).

Maladie d'Alzheimer et démences associées

1 Taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer après 75 ans selon l'âge et le sexe

Etude Paquid, suivi à 10 ans (1998-1999)



Source : Paquid

2 Taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer après 75 ans selon l'âge et le sexe

Etude Paquid, suivi à 10 ans (1998-1999)

	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90 ans et +
Hommes	4,6 %	9,6 %	15,2 %	21,6 %
Femmes	3,7 %	15,3 %	23,8 %	46,5 %

Source : Paquid

3 Estimation du nombre de cas prévalents de la maladie d'Alzheimer après 75 ans selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire (2008)

	75-79 ans	80-84 ans	85-89 ans	90 ans et +	Total
Hommes	2 480	3 647	2 787	1 117	10 031
Femmes	2 799	9 648	9 002	8 969	30 418
Ensemble	5 279	13 295	11 789	10 086	40 449

Sources : Cnamts, Insee

4 Admissions en affection de longue durée pour maladie d'Alzheimer et autres démences (ALD n°15)

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	<65 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et +	Total
Hommes	35	133	477	232	877
Femmes	32	210	996	812	2 050
Ensemble	67	343	1 474	1 044	2 927

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

5 Prévalence des personnes suivies pour maladie d'Alzheimer ou autres démences¹ dans la population de 60 ans et plus

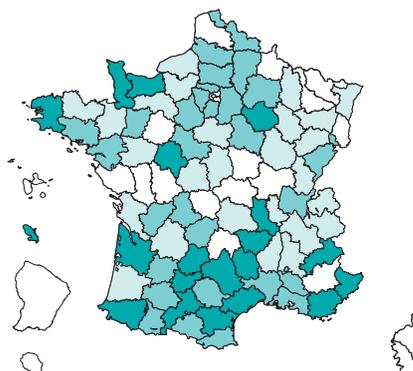
Pays de la Loire, France entière (2006-2007)

	Effectif de personnes en ALD n° 15 (2007)	Taux standardisés de prévalence de personnes suivies ¹ (2006)
Loire-Atlantique	5 035	1,8 %
Maine-et-Loire	3 001	1,5 %
Mayenne	1 625	1,8 %
Sarthe	2 466	1,5 %
Vendée	2 483	1,3 %
Pays de la Loire	14 610	nd
France entière	270 137	1,7 %

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee (exploitation InVS)

1. voir définitions et méthode

6 Taux standardisés de prévalence des personnes suivies pour maladie d'Alzheimer ou autres démences¹ dans la population de 60 ans et plus (2006)



France entière : 1 652

Taux standardisés de prévalence de personnes suivies²



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI, Insee (exploitation InVS)

1. voir définitions et méthode

2. pour 100 000 personnes

Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées

La maladie d'Alzheimer fait partie d'une famille de maladies intitulée "démences" qui se déclinent en trois types :

- les "dégénératives" comme la maladie d'Alzheimer,
- les "non-dégénératives" comme les démences vasculaires,
- et les "mixtes".

Elles sont caractérisées par une réduction acquise des capacités cognitives suffisamment importante pour retentir sur la vie du sujet et entraîner une perte d'autonomie à l'origine de besoins de prise en charge assez proches. Les enquêtes de cohorte qui étudient la survenue de la maladie d'Alzheimer, considèrent aussi les deux autres types. La maladie d'Alzheimer représente la majorité des démences (près de 80 % dans la cohorte française). Pour le grand public, le terme "démences" n'est pas associé à des pathologies spécifiques, mais est synonyme de "folie".

Face à cette compréhension stigmatisante, c'est l'expression "maladie d'Alzheimer et maladies apparentées" qui est généralement employée.

Définitions et méthode

Maladie d'Alzheimer : code Cim 10 : F00* (G30.-).

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

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Personnes suivies pour maladie d'Alzheimer ou autres démences : personnes bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur pour maladie d'Alzheimer ou autres démences (ALD n° 15) et/ou ayant bénéficié d'au moins deux remboursements dans l'année de médicaments spécifiques à la maladie d'Alzheimer, par les trois principaux régimes d'assurance maladie ⁽⁷⁾.

Contexte

■ La maladie d'Alzheimer est une pathologie du cerveau caractérisée par un déclin progressif de la mémoire associé à d'autres manifestations cognitives ainsi que neurologiques, avec un retentissement majeur sur les activités de la vie quotidienne. Des troubles du comportement sont fréquents et aggravent les troubles cognitifs. En l'absence d'intervention, l'état de santé du malade évolue progressivement vers la perte totale de mémoire, d'autonomie et l'état grabataire.

■ C'est une pathologie à évolution lente et continue, de délai de latence élevé : des examens de cerveaux prélevés sur des personnes saines décédées ont montré que, dès 47 ans, 50 % d'entre elles présentent déjà des lésions cérébrales caractéristiques [1]. Pendant la période de latence, le cerveau est capable de compenser les lésions qui se créent. C'est lorsque les capacités de compensations sont dépassées que les symptômes apparaissent [2]. Les rares manifestations symptomatiques chez de jeunes adultes sont souvent en lien avec une forme génétique de la maladie [3].

■ Aujourd'hui, il n'existe pas de vaccin contre la maladie ni de médicaments capables de la guérir. La prévention des maladies vasculaires, en particulier l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et le diabète, ainsi que la promotion d'une hygiène de vie adaptée pourraient retarder l'apparition de la maladie [3, 4]. Pour les malades diagnostiqués à un stade débutant, des traitements et des actions sur les fonctions cognitives permettent d'en retarder la progression.

■ Bien plus que le trouble mnésique méconnu et faussement attribué au vieillissement, ce sont généralement les troubles psychiatriques associés à la maladie d'Alzheimer, à l'origine de changements de comportement (dépression, agitation, agressivité...), qui déclenchent la visite médicale et le diagnostic. Ce retard au diagnostic, estimé à deux ans en France après les premiers symptômes caractéristiques [3], est préjudiciable pour la personne malade, qui vit au quotidien les effets d'une maladie dont elle ignore qu'elle est atteinte et qui ne peut bénéficier ainsi des traitements existants, mais aussi pour l'entourage familial.

■ La prise en charge pluridisciplinaire repose sur des compétences et des interventions médicosociales ainsi que sanitaires. Près de la moitié du coût global reste à la charge du malade et/ou de la famille (valorisation du temps passé par l'aidant à domicile, forfait hébergement en maison de retraite) [3]. L'investissement familial pour pallier la perte d'autonomie des malades et gérer l'étendue des variations d'intensité des troubles du comportement, est à l'origine de conséquences délétères pour les

proches, qui font de la maladie d'Alzheimer une "maladie de la famille". "Aux effets directs de détresse psychique, de dépression et de troubles du sommeil s'ajoute le fait que les aidants, dans la situation psychologique et sociale difficile qui est la leur - leur isolement souvent - négligent systématiquement leur propre santé..." et s'exposent à un risque de surmortalité [5].

■ L'épidémiologie de la maladie d'Alzheimer repose principalement en France sur le suivi de la cohorte Paquid. Selon cette étude, environ 850 000 personnes âgées de 65 ans ou plus seraient atteintes de démences (maladie d'Alzheimer et autres maladies apparentées) en 2004 et le nombre de nouveaux cas est estimé à 225 000 par an. Du seul fait du vieillissement de la population et en l'absence de progrès en matière de prévention de ces maladies, 1,3 million de personnes de plus de 65 ans pourraient souffrir d'une démence en 2020 [6]. La prévalence est caractérisée par une augmentation majeure avec l'avancée en âge - elle double environ tous les cinq ans - et une surreprésentation féminine, en particulier après 80 ans. Selon les chercheurs français, ce dernier point est probablement dû à la combinaison d'une incidence plus élevée de ces pathologies chez les femmes, et d'une survie deux fois plus longue une fois la maladie débutée, ce qui se manifeste notamment par une proportion très importante de femmes dans les formes très sévères de la maladie : 13,2 % des hommes et 20,5 % des femmes souffriraient d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée au-delà de 75 ans [3].

■ L'effectif de personnes traitées par un médicament spécifique Alzheimer et/ou ayant une reconnaissance d'affection de longue durée pour cette maladie (ALD n° 15) serait compris entre 374 000 et 381 000 personnes en 2007, ce qui représente environ 40 % du nombre de cas prévalents [7].

■ Pour faire face à l'importance des besoins d'accompagnement et de soins, un certain nombre de mesures ont été adoptées, notamment dans le cadre du plan Alzheimer 2008-2012, en matière de diagnostic (consultations mémoire...), de coordination des intervenants (maison de l'autonomie-MAIA), de structures de répit (accueil de jour, hébergement temporaire) et d'aides aux aidants (groupes de parole, réunions d'échanges, soutien psychologique...). Au sein des structures d'hébergement, l'accueil des résidents ayant des troubles du comportement modéré peut s'effectuer au sein des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), petites unités qui proposent un accueil à la journée. Les unités d'hébergement renforcé (UHR) proposent quant à elles un hébergement, des soins et des activités adaptées à des personnes qui ont des troubles du comportement plus marqués [8, 9].

Bibliographie page 215

Pays de la Loire

■ En appliquant les taux de prévalence de la maladie d'Alzheimer de l'étude Paquid à la population des Pays de la Loire, on peut estimer à 40 500 le nombre de personnes de 75 ans et plus souffrant de la maladie d'Alzheimer dans la région en 2008 (fig. 3). Avec le vieillissement de la population, cet effectif atteindrait environ 55 000 personnes en 2020 et près de 68 000 en 2030 (Omphale 2005).

■ En 2007, près de 15 000 Ligériens âgés de 60 ans et plus étaient reconnus en ALD pour maladie d'Alzheimer et autres démences. 3 000 admissions nouvelles sont prononcées en moyenne chaque année.

■ Les Pays de la Loire comptent 26 lieux de consultations mémoire (dont 13 labellisés) [10] et 535 places d'accueil de jour dédiées aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées [11].

Maladies de l'œil et de la vision

1 Séjours hospitaliers en service de MCO pour maladies de l'œil et de ses annexes¹

Pays de la Loire (2007)

Code Cim 10	Diagnostic principal	Nbre de séjours		ICH
		Total	dont < 24 h.	
H25, H26, H28.0-H28.2	Cataracte	34 160	17 136	106*
H33	Décollement, déchirure de la rétine	1 624	329	128*
H40, H42	Glaucome	1 142	298	126*
H49-H51	Strabisme, autres anomalies des mouvements binoculaires	1 141	181	149*
	Autres maladies de l'œil	6 968	4 120	///
H00-H59	Ensemble des maladies de l'œil et de ses annexes	45 035	22 064	106*

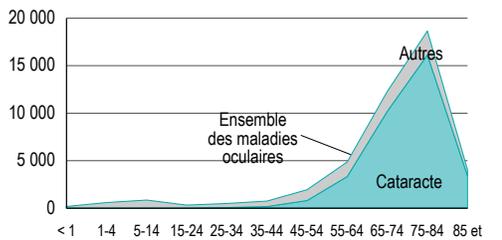
Source : PMSI (ATI), exploitation Drees - données domiciliées redressées

1. séjours pour lesquels une maladie de l'œil et de ses annexes a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

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

2 Nombre de séjours hospitaliers en service de MCO pour maladies de l'œil et de ses annexes selon l'âge et le diagnostic principal

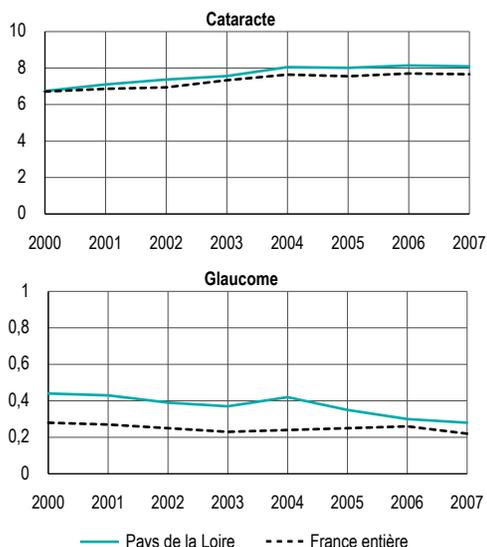
Pays de la Loire (2007)



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

3 Evolution des taux standardisés de séjours hospitaliers en service de MCO pour cataracte et pour glaucome

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

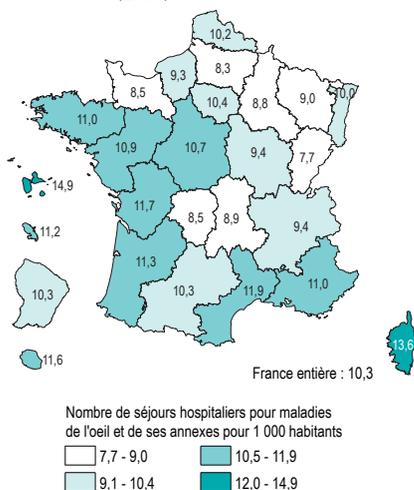


Source : PMSI (ATI), exploitation Drees - données domiciliées redressées
Unité : pour 1 000

Rang régional

Les Pays de la Loire font partie des régions qui connaissent une fréquence élevée des séjours pour maladies de l'œil et de ses annexes (fig. 4).

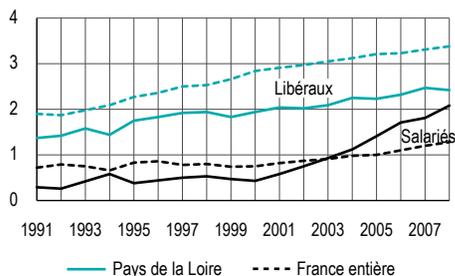
4 Taux standardisés de séjours hospitaliers en service de MCO pour maladies de l'œil et de ses annexes (2007)



Sources : PMSI (ATI), exploitation Drees - données domiciliées redressées, Insee

5 Evolution de la densité des orthoptistes libéraux et salariés

Pays de la Loire, France entière (1991-2008)



Sources : Adeli (Drees) - effectifs redressés, Insee
Unité : pour 100 000

Définitions et méthode

Maladies de l'œil et de ses annexes : codes Cim 10 : H00-H59.

Densité : nombre de médecins pour 100 000 habitants.

Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation".

ICH : Indice comparatif d'hospitalisation.

Taux standardisé de séjours et indice comparatif d'hospitalisation : voir définitions p. 34.

Contexte

- La pathologie oculaire regroupe un large éventail d'affections de fréquence et de gravité variables, allant du défaut réfractif corrigé par le port de lunettes ou de lentilles ou par la chirurgie réfractive, à des maladies plus graves pouvant conduire à la cécité. Les maladies de l'œil et troubles de la vue se situent au premier rang des affections les plus fréquemment déclarées [1]. Elles sont à l'origine de fréquents recours aux soins : 8 % des recours en médecine libérale [2] et 5 % des hospitalisations en unités de court séjour (soit 755 000 séjours) [3].
- Les troubles réfractifs sont les affections oculaires les plus fréquentes. Chez l'enfant, ils constituent un facteur de risque bien identifié d'amblyopie, particulièrement avant l'âge de 7 ans, ce qui justifie leur dépistage précoce [4, 5]. L'exploitation des bilans de santé scolaire montre que 14 % des enfants en grande section de maternelle portent des verres correcteurs [6]. La fréquence des problèmes réfractifs augmente de façon marquée à partir de quarante ans avec l'apparition de la presbytie, qui entraîne un besoin de correction optique en vision de près et motive un tiers des consultations et visites liées aux maladies de l'œil en médecine libérale [7].
- Parmi les maladies oculaires graves, la rétinopathie diabétique, la cataracte, le glaucome et la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) sont responsables de la majorité des déficiences visuelles chez l'adulte. Elles affectent principalement les personnes de plus de 50 ans.
- La rétinopathie diabétique est une complication fréquente du diabète, affection elle-même très fréquente puisque 4,4 % de la population française, soit environ 2,9 millions de personnes sont traitées pour un diabète en France en 2009 [8]. 17 % des diabétiques traités déclarent avoir bénéficié d'un traitement ophtalmologique par laser en raison d'une atteinte oculaire due au diabète ou à une autre pathologie, et 4 % avoir perdu la vision d'un œil [9]. Le dépistage de la rétinopathie diabétique reste toutefois insuffisant : en 2007, seuls 50 % des diabétiques traités ont bénéficié d'une consultation ophtalmologique en médecine de ville dans l'année (72 % sur une période de 2 ans) [10], alors que les recommandations actuelles préconisent un suivi ophtalmologique annuel [11]. Afin d'améliorer cette situation, la Haute autorité de santé

(HAS) propose en 2010 un dépistage adapté au niveau de risque des patients et aux besoins régionaux [12].

- Le glaucome, maladie complexe du nerf optique, conduit en l'absence de traitement à une destruction progressive et irréversible du champ visuel. Le dépistage du glaucome est généralement réalisé par l'ophtalmologiste, à l'occasion des consultations liées à la presbytie des personnes de plus de quarante ans. Toutefois, l'intérêt de son dépistage systématique n'est actuellement pas démontré [13].

- La cataracte affecte principalement les personnes de plus de 65 ans. Sa chirurgie est fréquente, à l'origine de 573 000 hospitalisations en 2007 [3].

- Enfin, la DMLA (ensemble des lésions dégénératives de la rétine centrale après 50 ans) se traduit par une perte progressive de la vision centrale, et est la première cause de déficience visuelle chez les plus de 65 ans. Certaines formes liées à une prolifération vasculaire, bénéficient depuis quelques années d'une thérapeutique par injections intravitréennes permettant de stabiliser la fonction visuelle [14].

- Entre 2000 et 2007, le nombre de séjours hospitaliers pour affections ophtalmologiques a augmenté de 30 %. Cette évolution ne résulte pas seulement de l'accroissement et du vieillissement de la population puisque sur la même période, le taux standardisé d'hospitalisation a également progressé de 13 %. Ce taux est en augmentation pour la cataracte (+ 14 %) et en diminution pour le glaucome (- 21 %) [3]. Cette diminution peut être mise en perspective avec l'introduction depuis une décennie de nouvelles modalités thérapeutiques pour le glaucome.

- Selon l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID), la prévalence des déficiences visuelles est estimée à 0,5 % chez les moins de 20 ans, 2 % entre 20 et 59 ans, 5 % chez les 60-74 ans et 16 % chez les 75 ans et plus [15]. Ces déficiences ont pour conséquence une réduction de l'autonomie dans la vie quotidienne. Elles sont en partie évitables mais leur nombre devrait augmenter en raison du vieillissement de la population.

- La densité des orthoptistes a pratiquement doublé depuis le début des années 1990. Celle des ophtalmologistes est relativement stable [16], mais devrait baisser dans les prochaines années [17].

Bibliographie page 215

Pays de la Loire

- 15 % des enfants de 5-6 ans de la région portent des verres correcteurs en 2005-2006 [6].
- La prévalence régionale des déficiences visuelles sévères (acuité visuelle du meilleur œil inférieure à 3/10) à l'âge de 8 ans est de 0,6 pour 1 000 [18], identique à celle observée par le Registre des handicaps de l'enfant de l'Isère [19].
- 45 000 séjours hospitaliers de Ligériens ont pour diagnostic principal une maladie oculaire en 2007, et la cataracte est le plus souvent en cause (plus de 34 000). La fréquence des séjours pour maladie oculaire dépasse de 6 % la moyenne nationale. Cette situation est principalement liée à la plus grande fréquence des séjours pour cataracte (+ 6 %), particulièrement marquée en Loire-Atlantique et en Vendée comme dans les autres départements du littoral Atlantique. La population régionale connaît aussi une plus grande fréquence des hospitalisations pour strabisme (+ 49 %), décollement ou déchirure de la rétine (+ 28 %) et glaucome (+ 26 %) (fig. 1).
- Comme en France, entre 2000 et 2007, le nombre et le taux standardisé d'hospitalisation des Ligériens pour maladies oculaires ont augmenté (respectivement + 36 % et + 16 %), de même que le taux d'hospitalisation pour la cataracte (+ 20 %). A l'inverse, le taux d'hospitalisation pour glaucome est en baisse (- 36 %) (fig. 3). Par ailleurs, la prise en charge de certaines formes de DMLA par injections intravitréennes se développe fortement.
- Les densités régionales des ophtalmologistes et orthoptistes suivent les tendances évolutives de la moyenne nationale, mais restent plus faibles en particulier pour les ophtalmologistes (- 18 %) [16]. La région se caractérise toutefois par une augmentation très marquée de la densité des orthoptistes salariés (fig. 5), en lien notamment avec le développement de la délégation de tâches [20].
- De nombreux professionnels contribuent à la réadaptation des déficients visuels, en libéral et dans divers établissements ou structures. La région dispose en particulier d'un réseau Basse Vision de proximité qui a pour mission d'organiser et de coordonner la réadaptation pluridisciplinaire des déficients visuels âgés de plus de 20 ans [21].

Maladies de l'oreille et de l'audition

1 Séjours hospitaliers en service de MCO pour maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde¹

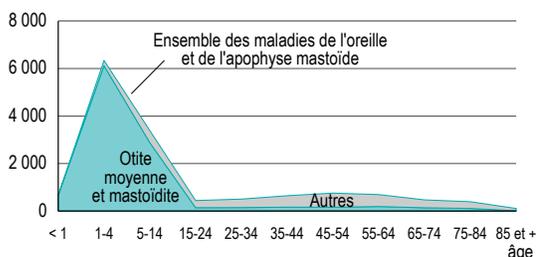
Pays de la Loire (2007)

Codes Cim 10	Diagnostic principal	Nbre de séjours		ICH
		Total	dont < 24 h.	
H65-H67, H70	Otite moyenne et mastoïdite	10 710	9 972	188*
H90, H91	Surdité	615	200	117*
	Autres maladies de l'oreille	3 075	469	///
H65-H95	Ensemble des maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde	14 400	10 641	155*

Source : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées
1. séjours pour lesquels une maladie de l'oreille et de l'apophyse mastoïde a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Nombre de séjours hospitaliers en service de MCO pour maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde selon l'âge et le diagnostic principal

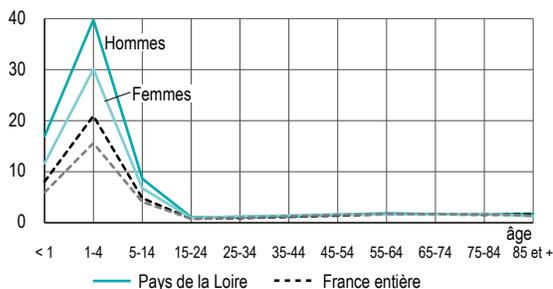
Pays de la Loire (2007)



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

3 Taux d'hospitalisation en service de MCO pour maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde selon l'âge et le sexe

Pays de la Loire, France entière (2007)



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

4 Nombre de médecins oto-rhino-laryngologistes et d'orthophonistes

Pays de la Loire, France entière (01/01/2008)

	France entière	Pays de la Loire	Loire-Atlantique	Maine-et-Loire	Mayenne	Sarthe	Vendée
Médecins ORL	2 986	122	54	31	7	17	12
% libéraux	76 %	66 %	70 %	61 %	71 %	65 %	67 %
densité ¹	4,7	3,5	4,3	4,0	2,3	3,0	2,0
Orthophonistes	18 250	895	430	196	49	105	115
% libéraux	80 %	82 %	82 %	85 %	69 %	77 %	84 %
densité ¹	28,5	25,5	34,2	25,3	16,2	18,8	18,7

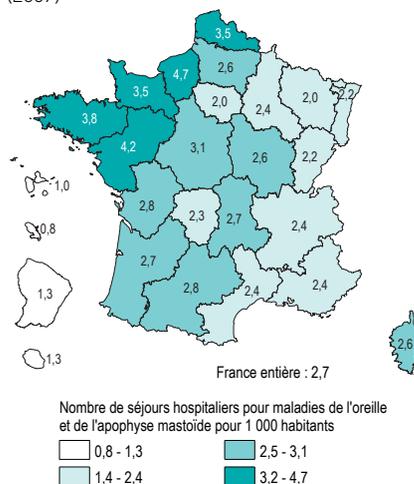
Sources : Adeli (Drees) - effectifs redressés, Insee
1. pour 100 000 habitants

Rang régional

Les Pays de la Loire sont l'une des régions françaises dont les habitants présentent les taux d'hospitalisation pour maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde les plus élevées (2^e rang après la Haute-Normandie).

5 Taux standardisés d'hospitalisation en service de MCO pour maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

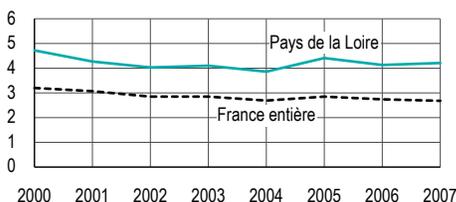
(2007)



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

6 Evolution du taux standardisé d'hospitalisation en service de MCO pour maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde

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'oreille et de l'apophyse mastoïde : codes Cim 9 : 380-389, codes Cim 10 : H60-H95.

Densité : nombre de médecins pour 100 000 habitants.

Diagnostic (principal) d'hospitalisation : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation".

ICH : Indice comparatif d'hospitalisation.

Taux standardisé de séjours et indice comparatif d'hospitalisation : voir définitions p. 34.

Contexte

■ La prévention et la prise en charge des maladies de l'oreille constituent deux enjeux importants, au vu des conséquences potentielles de ces affections sur la fonction auditive. Les maladies de l'oreille sont relativement fréquentes (5 % de la population déclare en souffrir), et à l'origine de 3 % des consultations et visites en médecine de ville [1]. Elles occasionnent 9 % des recours chez les moins de 15 ans, principalement à cause des otites qui motivent 7 % des consultations et visites [2, 3].

■ Les maladies de l'oreille ont constitué le diagnostic principal de 1 % des hospitalisations en court séjour en 2007, soit 165 000 séjours. 59 % de ces séjours ont concerné des enfants de moins de 15 ans [4]. Chez ces derniers, elles représentent le huitième motif d'hospitalisations (6 % des séjours) et chez les 1-4 ans, elles arrivent en seconde position (11 % des séjours). Trois séjours sur cinq durent moins de 24 heures et la pathologie infectieuse de l'oreille moyenne en constitue le diagnostic principal le plus fréquent (61 %). Entre 2000 et 2007, le nombre de séjours hospitaliers pour affections de l'oreille a diminué de 12 %. Dans le même temps, le taux standardisé, qui permet d'éliminer les effets de l'évolution de la structure par âge de la population, a baissé de 16 % [4]. Cette diminution pourrait résulter d'une meilleure utilisation de l'antibiothérapie.

■ Les déficiences auditives constituent en revanche un problème d'importance croissante, en raison du vieillissement de la population et de l'exposition accrue au bruit, et notamment aux bruits de loisirs [5].

■ Chez l'enfant, la déficience auditive est responsable d'un retard d'acquisition du langage et des apprentissages pouvant être pallié par une prise en charge précoce. La prévalence de la surdité permanente néonatale est estimée à au moins 1 pour 1 000 naissances (environ 800 cas par an en France). Son dépistage systématique chez le nouveau-né est préconisé par la Haute autorité de santé (HAS), mais sa pertinence reste discutée par les associations de patients [6].

L'exploitation des bilans de santé scolaire montre que 4 % des enfants scolarisés en CM2 ont un déficit auditif. Sur le territoire métropolitain, la proportion d'enfants de CM2 présentant, à l'examen, un trouble de l'audition varie de 2 % dans le Centre-Est (Auvergne, Rhône-Alpes) à 7 %

dans l'Ouest (Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes) [7].

■ Les nuisances sonores constituent une cause importante de troubles de l'audition. L'exposition prolongée à des niveaux de bruit intenses conduit en effet progressivement à une surdité de perception irréversible.

Chez les adolescents et jeunes adultes, deux études menées en France mettent en évidence des fréquences relativement élevées de déficits auditifs. Une évaluation de l'audition de lycéens de la région Rhône-Alpes montre qu'un élève de seconde sur quatre présente un déficit auditif [8]. Selon une autre étude réalisée dans les centres de sélection de l'armée, 9 % des jeunes âgés de 18 à 24 ans ont une perte auditive pour les fréquences moyennes et 15 % pour les fréquences aiguës [9]. Les otites à répétition dans l'enfance et l'exposition répétée aux bruits de loisirs constitueraient les principaux facteurs de risque de perte auditive.

■ En milieu de travail, l'enquête Surveillance médicale des risques professionnels (Sumer) de 2003, permet d'estimer qu'un tiers des salariés sont exposés à des bruits professionnels [10]. Près de 7 % sont exposés de façon prolongée à des bruits nocifs, les hommes plus fréquemment que les femmes (10 % vs 2 %). Les secteurs d'activité les plus concernés sont l'industrie, l'agriculture et la construction. Un tiers des personnes exposées aux bruits nocifs n'ont pas de protection auditive à leur disposition. Les atteintes auditives provoquées par les bruits lésonnels représentent la troisième maladie professionnelle la plus fréquemment reconnue en France, avec 1 000 à 1 200 nouvelles indemnisations chaque année par le régime général d'assurance maladie [11] (voir fiche "Accidents du travail et maladies professionnelles").

■ Chez les personnes âgées, la déficience auditive est particulièrement fréquente. La déficience auditive liée à l'âge (presbycusis) est souvent négligée et contribue à l'isolement relationnel et social. Selon l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID), la déficience auditive affecterait une personne sur cinq parmi les 60-74 ans et quatre sur dix parmi les 75 ans et plus [12]. Sa prévalence devrait augmenter dans les années à venir, en raison de l'accroissement de la durée de la vie.

Bibliographie page 215

Pays de la Loire

■ La prévalence régionale des déficiences auditives sévères est estimée à 0,8 pour 1 000 chez les enfants dans leur huitième année [13]. Elle est identique à celle observée par le Registre des handicaps de l'enfant de l'Isère [14].

■ Les maladies de l'oreille ont représenté, en 2007, le diagnostic principal de 14 400 séjours hospitaliers de Ligériens. La pathologie infectieuse de l'oreille moyenne est le diagnostic le plus fréquent, avec 10 700 séjours (74 %) (fig. 1). Comme pour l'ensemble de la France, ces séjours concernent majoritairement les enfants (fig. 2).

La fréquence des hospitalisations des habitants des Pays de la Loire pour maladies de l'oreille est supérieure de 55 % à la moyenne nationale, à structure par âge identique (fig. 1). Cette surmorbidity hospitalière est observée dans les cinq départements, mais elle est surtout marquée pour les habitants de Mayenne (+ 86 %) et de Loire-Atlantique (+ 79 %). Ces taux d'hospitalisation plus fréquents, qui concernent principalement les moins de quinze ans (fig. 3), pourraient correspondre à une prévalence des otites infantiles supérieure à la moyenne nationale.

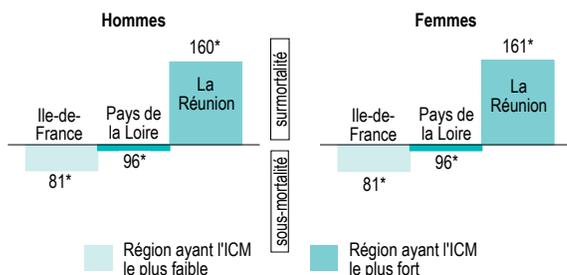
Le taux standardisé d'hospitalisation régional a diminué de 11 % entre 2000 et 2007, et une baisse analogue a été observée au plan national. L'écart région/France ne s'est donc pas réduit sur cette période (fig. 6).

■ Comme en France, les atteintes auditives provoquées par les bruits lésonnels sont la troisième cause la plus fréquente de maladie professionnelle parmi les salariés affiliés au régime général (30 à 40 cas par an) [15].

■ La densité régionale des Oto-rhino-laryngologistes et des orthophonistes (3,5 ORL et 25,5 orthophonistes pour 100 000 habitants) est plus faible que la moyenne nationale. Dans la région, elle est plus élevée en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire que dans les autres départements (fig. 4).

Maladies de l'appareil circulatoire

1 Indices comparatifs de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire (moyenne 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

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

2 Décès par maladie de l'appareil circulatoire

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM tous âges	ICM avant 65 ans
Hommes	528	3 269	3 796	96*	90*
Femmes	157	4 161	4 317	96*	81*
Total	685	7 430	8 115	96*	88*

Source : Insee CépiDc

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

3 Admissions en affection de longue durée pour maladie de l'appareil circulatoire

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

Code Cim 10	Motif d'admission	Hommes		Femmes	
		Total	dont < 65 ans	Total	dont < 65 ans
110 à 113, 115	Maladies hypertensives	2 564	997	2 870	628
120 à 125	Cardiopathies ischémiques	3 352	1 608	1 615	339
134 à 139	Valvulopathie card. non rhumatis.	436	136	334	52
144 à 149	Troubles de la conduction et du rythme cardiaque	1 365	316	1 076	95
150, 197, 1	Insuffisance cardiaque	832	160	842	62
160 à 169	Maladies cérébrovasculaires	967	321	859	183
170, 174	Athérosclérose, embolie et thrombose artérielles	1 563	706	699	106
	Autres	547	227	314	92
100 à 199	Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	11 626	4 471	8 609	1 557

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

4 Séjours hospitaliers en service de MCO pour maladie de l'appareil circulatoire¹

Pays de la Loire (2007)

Code Cim 10	Diagnostic principal	Nombre de séjours			ICH
		Hommes	Femmes	Total	
110 à 113, 115	Maladies hypertensives	538	706	1 244	54*
120 à 125	Cardiopathies ischémiques	9 014	3 745	12 759	73*
134 à 139	Valvulopathie card. non rhumatis.	1 208	841	2 049	110*
144 à 149	Troubles de la conduction et du rythme, arrêt cardiaque	5 568	3 819	9 387	92*
150, 197, 1	Insuffisance cardiaque	5 759	5 244	11 003	101*
160 à 166	Maladies cérébrovasculaires ²	3 409	2 901	6 310	88*
170	Athérosclérose	1 965	709	2 674	88*
126, 180 à 182	Embolie pulmonaire, phlébite et thrombophlébite, autres embolies et thromboses veineuses	1 341	1 594	2 935	83*
183	Varices des membres inférieurs	2 697	5 580	8 277	113*
184	Hémorroïdes	1 648	1 386	3 034	85*
	Autres	5 657	3 212	8 869	///
100 à 199	Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	38 804	29 737	68 541	88*

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

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

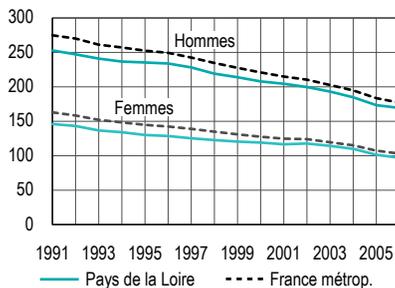
1. séjours pour lesquels une maladie de l'appareil circulatoire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation
 2. non compris les codes I67 à I69

Rang régional

Les Pays de la Loire se situent parmi les régions de France ayant les plus faibles taux de mortalité cardiovasculaire tous âges et avant 65 ans, chez les hommes (respectivement 6^e et 4^e rang par ordre croissant en 2005-2007) comme chez les femmes (4^e et 1^{er} rang) [10].

5 Evolution du taux standardisé de mortalité par maladie de l'appareil circulatoire

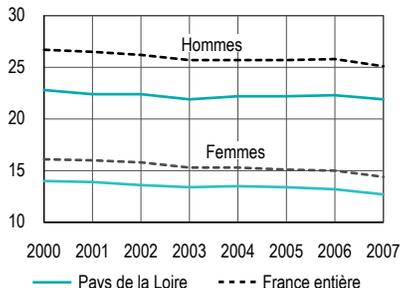
Pays de la Loire, France métrop. (1991-2006)



Sources : Insee CépiDc, Insee
 Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

6 Evolution du taux standardisé d'hospitalisation en service de MCO pour maladie de l'appareil circulatoire

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



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

Définitions et méthode

Maladies de l'appareil circulatoire :

codes Cim 10 : I00-I99.

Affection de longue durée (ALD) : pathologies regroupées par code Cim 10 pour l'analyse de l'incidence et par n° ALD pour l'analyse de la prévalence. Voir fiche "Affections de longue durée" et 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.

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans.
Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Taux standardisés et indices comparatifs : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

- Les maladies de l'appareil circulatoire sont pour la plupart des affections graves, souvent liées entre elles et susceptibles de mettre en jeu le pronostic vital. C'est le cas notamment des cardiopathies ischémiques, des cardiopathies valvulaires, de l'insuffisance cardiaque, des troubles du rythme cardiaque et des maladies vasculaires cérébrales. Les pathologies veineuses périphériques (phlébites, varices, hémorroïdes...) sont également fréquentes, mais en général de moindre gravité, sauf lorsqu'elles se compliquent d'une embolie pulmonaire.
- Les maladies cardiovasculaires constituent en France la première cause de recours aux soins en médecine libérale, d'admission en affection de longue durée (ALD) et de consommation médicale, la seconde cause de mortalité, la troisième cause de mortalité avant 65 ans et d'hospitalisation en court séjour, et la quatrième pour motif médical de mise en invalidité (12,5 %) [1-6].
- En médecine de ville, 22 % des consultations comportent une affection cardiovasculaire parmi leurs motifs [2].
- 33 % des admissions en ALD concernant la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie sont motivées par une maladie de l'appareil circulatoire (soit 431 000 admissions en 2007 en France métropolitaine) [7]. Pour le seul régime général, 4,9 % de la population protégée était en ALD pour maladie cardiovasculaire en 2008 en France, principalement en raison d'une hypertension artérielle sévère ou d'une maladie coronarique [3].
- Près de 9 % des séjours hospitaliers en service de court séjour avaient pour diagnostic principal une affection cardiovasculaire en 2007 (soit 1,4 million de séjours). Les pathologies les plus fréquemment en cause sont les cardiopathies ischémiques (22 %), l'insuffisance cardiaque (14 %), les troubles du rythme et de la conduction (13 %) et les maladies cérébrovasculaires (9 %). Les varices constituent le diagnostic principal de 10 % des séjours cardiovasculaires, mais ces derniers étant en général de courte durée, le poids de ces affections est bien moindre en termes de journées d'hospitalisation [8].
- Entre 2000 et 2007, le nombre de séjours hospitaliers pour affection cardiovasculaire a augmenté de 0,5 % en moyenne chaque année. Cette évolution résulte de la croissance et du vieillissement de la population puisque, sur la même période, le taux standardisé d'hospitalisation a diminué de 1,2 % en moyenne chaque année (fig. 6) [8].

- Les maladies de l'appareil circulatoire ont été responsables de plus de 148 000 décès en 2007 en France, la majorité survenant chez des personnes âgées de plus de 75 ans. La mortalité cardiovasculaire avant 65 ans (près de 15 000 décès par an) est 3 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes [9].
- Entre 1991 et 2006, les taux de mortalité cardiovasculaire générale et prématurée ont chacun diminué de près de 3 % en moyenne chaque année [10]. Ils sont les plus faibles de l'Union européenne [11]. D'importantes disparités existent toutefois entre les régions [5].
- Les inégalités sociales sont très marquées avec une mortalité cardiovasculaire 4 à 6 fois plus importante dans les groupes socioprofessionnels les moins favorisés par rapport aux plus favorisés. En outre, les disparités sociales de mortalité cardiovasculaire sont plus fortes chez les femmes que chez les hommes (en particulier pour les cardiopathies ischémiques), contrairement à ce qui est observé pour les autres causes de mortalité (celles par cancer ou liée aux traumatismes notamment) [12].
- Plusieurs facteurs constitutionnels et comportementaux, fréquents et souvent associés, favorisent la survenue des pathologies cardiovasculaires : hypertension artérielle (HTA), diabète, dyslipidémies, tabagisme, alimentation déséquilibrée, sédentarité, surcharge pondérale. Selon l'étude nationale nutrition santé 2006-2007, environ 30 % des personnes âgées de 18 à 74 ans présentent une HTA. La moitié d'entre elles sont traitées par médicament anti-hypertenseur, et seulement la moitié des personnes traitées ont une tension suffisamment abaissée [13, 14]. Selon cette même étude, 33 % des hommes et 27 % des femmes présentent une hypercholestérolémie LDL et/ou sont traités par médicaments hypolipémiants [15].
- Les mesures hygiéno-diététiques (évitement du tabagisme, alimentation équilibrée, limitation de la consommation d'alcool, activité physique régulière) sont essentielles pour la prévention des affections cardiovasculaires [16]. La mobilisation de tous les professionnels de santé doit permettre d'améliorer la prévention, le dépistage (calcul du risque cardiovasculaire global notamment), le diagnostic et la prise en charge des différents facteurs de risque [17-19].

Bibliographie page 216

93

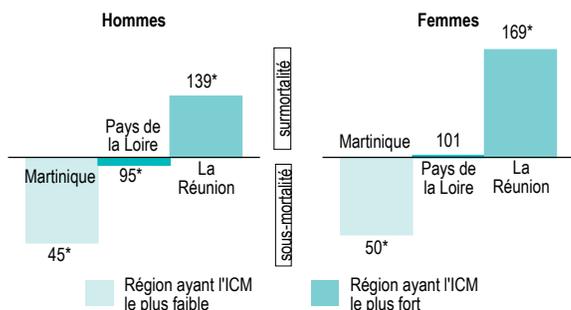
Pays de la Loire

- Les maladies de l'appareil circulatoire sont à l'origine de plus de 20 000 admissions annuelles en ALD en moyenne entre 2005 et 2007 pour les trois principaux régimes d'assurance maladie (fig. 3). Comme en France, cela représente un tiers du nombre total d'admissions. Depuis 2002-2004, le nombre de ces admissions a très fortement augmenté (près de 7 % par an en moyenne), avec notamment une progression importante de celles liées aux troubles de la conduction et du rythme cardiaque, aux maladies hypertensives et aux artériopathies périphériques [7, 20].
- Les maladies de l'appareil circulatoire ont constitué, en 2007, le diagnostic principal de près de 69 000 séjours hospitaliers en unité de court séjour (8 % de l'ensemble des séjours) (fig. 4). Entre 2000 et 2007, ce nombre a augmenté d'environ 1 % en moyenne par an. Cette évolution résulte de la croissance et du vieillissement démographique car sur cette période, le taux standardisé d'hospitalisation a baissé en moyenne de 0,9 % par an (fig. 6) [8].
- Environ 8 100 décès liés à ces pathologies ont été dénombrés en moyenne chaque année entre 2005 et 2007, dont 700 avant 65 ans (fig. 2). Depuis le début des années 1990, les taux de mortalité cardiovasculaire tous âges et prématurés ont chacun diminué de 2,5 % par an en moyenne [10]. Comme en France, la mortalité cardiovasculaire des hommes est très supérieure à celle des femmes, avec des taux standardisés de mortalité tous âges et de mortalité prématurée respectivement 1,7 et 3,5 fois plus élevés (fig. 5) [10].
- A structure d'âge comparable, la fréquence des admissions en ALD pour maladies de l'appareil circulatoire est inférieure de 9 % à la moyenne nationale, en lien principalement avec une moindre fréquence des admissions pour maladies hypertensives (- 26 %) [7]. Le constat est analogue en matière d'hospitalisation en unité de court séjour, avec une fréquence des séjours ayant pour diagnostic principal une maladie de l'appareil circulatoire inférieure de 12 % à la moyenne nationale (fig. 4). Enfin, la mortalité cardiovasculaire régionale est également plus basse que la moyenne nationale, avec un écart assez important pour la mortalité prématurée (- 10 % chez les hommes, - 19 % chez les femmes), et moins marqué pour la mortalité tous âges (- 4 % pour les hommes comme pour les femmes). Les Pays de la Loire sont par ailleurs la région française qui connaît la plus faible mortalité prématurée féminine pour les maladies cardiovasculaires en 2005-2007 (fig. 2) [10].

Cardiopathies ischémiques

1 Indices comparatifs de mortalité par cardiopathie ischémique

(moyenne 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

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

2 Décès par cardiopathie ischémique

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

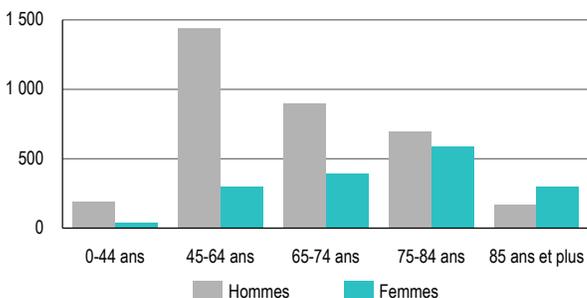
	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM tous âges	ICM avant 65 ans
Hommes	217	994	1 211	95*	89*
Femmes	30	960	990	101	72*
Total	247	1 954	2 201	98	87*

Source : Inserm CépiDc

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

3 Admissions en affection de longue durée pour maladie coronaire (ALD n° 13)

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

4 Séjours hospitaliers en service de MCO pour cardiopathie ischémique¹

Pays de la Loire (2007)

Code Cim 10	Diagnostic principal	Nombre de séjours			ICH
		Hommes	Femmes	Total	
I20	Angine de poitrine	3 849	1 633	5 482	77*
I21, I22	Infarctus aigu du myocarde	1 977	1 102	3 079	79*
I25	Cardiopathie ischémique chronique	2 886	885	3 771	66*
I23, I24	Autres	302	125	427	67*
I20-I25	Ensemble des cardiopathies ischémiques	9 014	3 745	12 759	73*

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

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

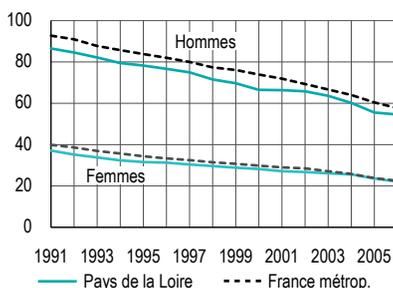
1. séjours pour lesquels une cardiopathie ischémique a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

Rang régional

Les Pays de la Loire se situent parmi les régions de France ayant les plus faibles taux de mortalité par cardiopathie ischémique avant 65 ans, chez les hommes (7^e rang par ordre croissant) comme chez les femmes (2^e rang). La mortalité tous âges régionale est dans la moyenne nationale [5].

5 Evolution du taux standardisé de mortalité par cardiopathie ischémique

Pays de la Loire, France métrop. (1991-2006)

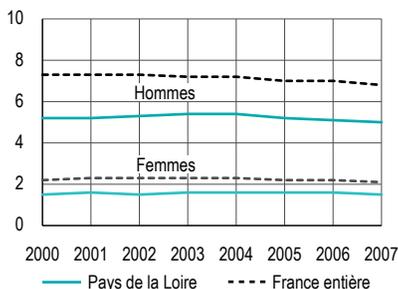


Sources : Inserm CépiDc, Insee

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

6 Evolution du taux standardisé d'hospitalisation en service de MCO pour cardiopathie ischémique

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



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

Unité : pour 1 000

Définitions et méthode

Cardiopathies ischémiques : codes Cim 10 : I20-I25.

Affection de longue durée (ALD) : pathologies regroupées par n° ALD pour l'analyse de l'incidence et l'analyse de la prévalence. Voir fiche "Affections de longue durée" et 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.

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans.

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Taux standardisés et indices comparatifs : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

■ Les cardiopathies ischémiques regroupent l'ensemble des troubles ou maladies caractérisés par la souffrance du muscle cardiaque lorsqu'il est privé d'oxygène, en raison de l'obstruction plus ou moins complète d'une artère coronaire le plus souvent par des phénomènes d'athérosclérose. Selon l'importance, la brutalité et la durée de la privation d'oxygène, la souffrance du myocarde se manifeste de différentes façons : douleurs d'angine de poitrine, infarctus aigu du myocarde (ou syndrome coronarien aigu), atteinte ischémique chronique avec insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, voire mort subite.

■ Les cardiopathies ischémiques ont constitué le diagnostic principal de 312 500 séjours en services hospitaliers de court séjour en 2007 (2 % de l'ensemble des séjours). L'augmentation de 0,8 % en moyenne chaque année de ce nombre de séjours depuis 2000 résulte de l'accroissement et du vieillissement de la population puisque, sur la même période, le taux standardisé d'hospitalisation a diminué en moyenne de 1 % par an (fig. 6) [1].

■ 95 700 admissions en affection de longue durée pour maladie coronaire (ALD n° 13) ont été prononcées dans la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie en 2007 en France métropolitaine, ce qui représente 7 % du nombre total d'admissions [2]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour maladie coronaire atteint, en France, 826 000 en 2008 et 871 000 en 2009 [3, 4].

■ Les cardiopathies ischémiques ont provoqué 38 700 décès en 2007, soit 7 % du nombre total des décès. Entre 1991 et 2006, la mortalité par cardiopathies ischémiques a diminué en moyenne de 3 % par an dans l'ensemble de la population comme chez les moins de 65 ans (fig. 5) [5]. Au sein des pays de l'Union européenne, la France présente les plus faibles taux de mortalité tous âges et de mortalité prématurée par cardiopathie ischémique [6].

■ Les trois registres de cardiopathies ischémiques (Bas-Rhin, Haute-Garonne, Lille) apportent des informations précises sur la morbi-mortalité coronaire. Selon les derniers résultats publiés, qui portent sur les années 1997-2002, le taux annuel moyen d'événements coronaires entre 35 et 64 ans est 5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le gradient décroissant de morbi-mortalité Nord-Sud observé entre les trois registres s'est

réduit par rapport aux années 1985-1994, mais reste marqué. Entre ces deux périodes, la mortalité coronaire globale a continué à décroître sur les trois sites pour les hommes, et s'est stabilisée pour les femmes. La létalité à 28 jours des personnes hospitalisées pour épisodes coronaires aigus a baissé de 4 % par an sur la période 1997-2002, mais reste très différente selon les sites. Enfin, la forte létalité des femmes de 35 à 44 ans interroge sur les conditions de diagnostic et de prise en charge des cardiopathies ischémiques dans ce groupe de population [7]. Les tendances récentes montrent une stabilisation de l'incidence en Haute-Garonne pour les hommes comme pour les femmes, alors qu'elle poursuit son recul sur les deux autres sites.

■ Des progrès importants ont été réalisés au cours des dernières décennies dans la prise en charge des malades. C'est notamment le cas en phase aiguë, avec la diffusion des traitements de reperfusion des artères coronaires, médicamenteux (thrombolyse) et mécanique (angioplastie). La prévention secondaire s'est également développée, avec la réadaptation et les programmes d'éducation thérapeutique des patients coronariens [8, 9]. Ces progrès ont permis une amélioration significative du pronostic vital et fonctionnel des patients, et ont contribué à la réduction du nombre de récidives. L'enjeu actuel réside dans la sensibilisation du public à l'identification des signes évocateurs de syndrome coronaire aigu et à l'alerte directe du Samu en appelant le 15, afin d'améliorer l'accès aux traitements de désobstruction [10]. L'implantation de défibrillateurs automatisés externes en de nombreux points du territoire, et la possibilité de leur usage par des non-médecins vise à réduire le nombre de morts subites cardiaques, qui chez l'adulte, sont d'origine coronaire dans la majorité des cas [11-14].

■ La prévention primaire des cardiopathies ischémiques n'en demeure pas moins essentielle, avec comme cibles prioritaires le tabagisme actif ou passif, la nutrition et la sédentarité et, de façon liée, le surpoids dont la prévalence est en augmentation. Enfin, le dépistage et le contrôle de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies et du diabète, facteurs de risque associés entre eux et souvent liés aux facteurs nutritionnels restent insuffisamment efficaces et doivent être améliorés [15, 16].

Bibliographie page 216

Pays de la Loire

■ Les cardiopathies ischémiques ont constitué le diagnostic principal de 12 800 séjours hospitaliers de Ligériens dans les services de soins de courte durée en 2007 (fig. 4). Près de 5 900 séjours avec un acte d'angioplastie coronaire ont été dénombrés en 2008. Ce nombre a augmenté d'environ 10 % par an depuis 2003 [17].

■ Environ 5 000 admissions en affection de longue durée (ALD) pour maladie coronaire (ALD n° 13) ont été prononcées en moyenne entre 2005 et 2007 dans la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Les deux tiers des personnes concernées sont des hommes, et 48 % d'entre eux ont moins de 65 ans (fig. 3) [2]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour maladie coronaire atteint 42 800 en 2008 et 45 000 en 2009 [4].

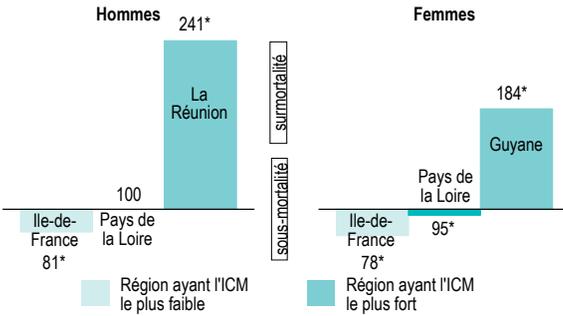
■ 2 200 décès par cardiopathie ischémique ont été dénombrés en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 (fig. 2). Comme en France, la mortalité par cardiopathie ischémique a fortement diminué entre 1991 et 2006, avec un recul de même importance pour la mortalité tous âges (- 3 % en moyenne par an chez les hommes comme chez les femmes) et pour la mortalité prématurée (respectivement - 3 % et - 4 % par an en moyenne). Le taux masculin de mortalité est 2,5 fois supérieur au taux féminin. 89 % de ces décès concernent des personnes âgées de plus de 65 ans. Près de 250 décès annuels surviennent toutefois chez des moins de 65 ans (fig. 2 et 5) [5].

■ A structure d'âge comparable, la fréquence régionale des hospitalisations en unité de court séjour ayant pour diagnostic principal une cardiopathie ischémique est nettement inférieure à la moyenne nationale (- 27 %), avec notamment une moindre fréquence des séjours pour angioplastie coronaire (fig. 4) [17]. Par contre, la fréquence des admissions en ALD pour maladie coronaire n'est pas significativement différente de la moyenne nationale [2].

■ La région connaît une sous-mortalité prématurée par cardiopathie ischémique assez nette, chez les hommes (- 11 %) et plus encore chez les femmes (- 28 %) (fig. 2). La mortalité tous âges est par contre proche de la moyenne nationale pour les femmes, et légèrement inférieure (- 5 %) pour les hommes (fig. 1 et 2).

Maladies vasculaires cérébrales

1 Indices comparatifs de mortalité par maladie vasculaire cérébrale (moyenne 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

2 Décès par maladie vasculaire cérébrale

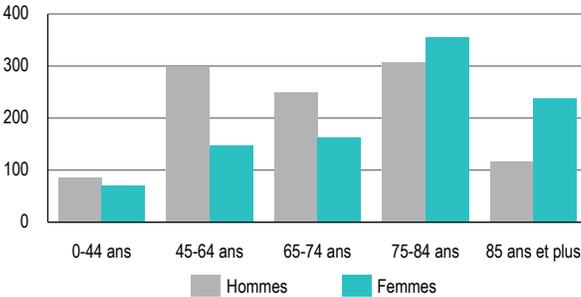
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	Moins de 65 ans	65 ans et plus	Total	ICM tous âges	ICM avant 65 ans
Hommes	101	705	806	100	101
Femmes	47	986	1 033	95*	85
Total	148	1 691	1 839	97*	96

Source : Inserm CépiDc
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %

3 Admissions en affection de longue durée pour accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n° 1)

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)



Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

4 Séjours hospitaliers en service de MCO pour maladie vasculaire cérébrale^{1, 2}

Pays de la Loire (2007)

Code Cim 10	Diagnostic principal	Nombre de séjours			ICH
		Hommes	Femmes	Total	
I60-I62	Hémorragie méningée, cérébrale, intra-crânienne	704	640	1 344	84*
I63, I65, I66	Occlusion ou sténose des artères cérébrales et pré-cérébrales	2 319	1 850	4 169	89*
I64	Accident vasculaire cérébral d'origine non précisée	386	411	797	89
I60-I66	Maladies vasculaires cérébrales²	3 409	2 901	6 310	88*
G45	Accident ischémique cérébral transitoire	849	829	1 678	83*

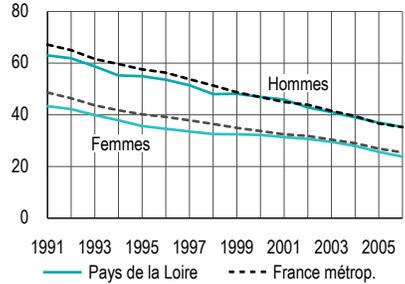
Source : PMSI (ATH), exploitation Drees - données domiciliées redressées
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %
1. séjours pour lesquels une maladie vasculaire cérébrale a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation
2. non compris les codes I67 à I69

Rang régional

Les Pays de la Loire se situent parmi les régions de France ayant d'assez faibles taux de mortalité cérébrovasculaire tous âges et avant 65 ans (5^e et 8^e rang par ordre croissant). La situation est toutefois plus favorable pour les femmes (4^e et 3^e rang) que pour les hommes (9^e et 10^e rang) [4].

5 Evolution du taux standardisé de mortalité par maladie vasculaire cérébrale

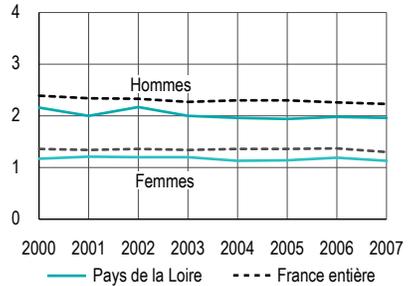
Pays de la Loire, France métrop. (1991-2006)



Sources : Inserm CépiDc, Insee
Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

6 Evolution du taux standardisé d'hospitalisation en service de MCO pour maladie vasculaire cérébrale¹

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



Source : PMSI (ATH), exploitation Drees - données domiciliées redressées - Unité : pour 1 000
1. non compris les codes I67 à I69

Définitions et méthode

Maladies vasculaires cérébrales :

codes Cim 10 : I60-I69.

Affection de longue durée (ALD) : pathologies regroupées par n° ALD pour l'analyse de l'incidence et l'analyse de la prévalence. Voir fiche "Affections de longue durée" et 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.

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans.

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Taux standardisés et indices comparatifs : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

■ Les maladies vasculaires cérébrales regroupent l'ensemble des maladies qui provoquent une altération de la circulation cérébrale. Elles se manifestent le plus souvent subitement, sous forme d'accidents vasculaires cérébraux (AVC). 80 à 90 % des AVC sont de nature ischémique, résultant de l'obstruction ou du rétrécissement d'un vaisseau, les autres sont liés à une hémorragie. La souffrance cérébrale se traduit par un déficit neurologique fonction de la zone atteinte. Il peut s'agir de déficiences motrices, sensitives, sensorielles, de troubles cognitifs... Les suites de l'AVC sont souvent graves, avec une forte létalité initiale et une proportion importante de survivants gardant des séquelles parfois très invalidantes. Les accidents ischémiques transitoires (AIT) sont des AVC d'origine ischémique caractérisés par une régression précoce et complète des déficits neurologiques, et par l'absence d'atteinte visible à l'imagerie cérébrale.

■ Le nombre de nouveaux cas d'AVC survenant chaque année en France n'est pas connu avec précision. Selon le registre des AVC de Dijon, les taux d'incidence de ces accidents, standardisés sur la population européenne pour 100 000 habitants, sont de 124 chez les hommes et 80 chez les femmes entre 2000 et 2004 [1]. L'âge moyen de survenue dépasse 71 ans chez les hommes et 76 ans chez les femmes pour la période 1985-2004 [2], mais près de 30 % des cas incidents surviennent chez des personnes de moins de 65 ans [3]. Entre 1985 et 2004, le taux d'incidence global des AVC est resté stable, l'âge moyen de survenue d'un premier AVC a augmenté de plus de 5 ans et le taux de mortalité à un mois a diminué [1, 2]. Les données issues de six registres européens sur la période 2004-2006 montrent des taux d'incidence des AVC plus élevés à l'est et au nord de l'Europe, la France occupant une position intermédiaire [3].

■ Les maladies vasculaires cérébrales ont provoqué 32 800 décès en 2007, soit 6 % du total des décès et 22 % des décès cardiovasculaires [4]. Cette mortalité est actuellement la plus faible des pays de l'Union européenne, mais il existe d'importantes disparités entre les régions françaises (fig. 1) [5]. Entre 1991 et 2006, le taux de mortalité cérébrovasculaire a été divisé par deux (fig. 5).

■ 40 660 admissions en affection de longue durée pour accident vasculaire cérébral invalidant (ALD n° 1) ont été prononcées pour la population relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie en 2007 en France métropolitaine, ce qui représente 3 % de l'ensemble des

admissions [6]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour accident vasculaire cérébral invalidant est estimé, en France, à 244 000 en 2008 et 265 000 en 2009 [7, 8].

■ L'AVC est une urgence qui doit être prise en charge au sein d'une filière de soins organisée, afin d'assurer un traitement global du patient, en phase précoce, comme à moyen et à long terme. Environ 130 000 hospitalisations en court séjour avec une maladie vasculaire cérébrale pour diagnostic principal (codes Cim 10 I60-I66) ont été dénombrées en 2007. Ce nombre, qui ne prend pas en compte les AIT mais qui inclut les premiers AVC et les récidives, a augmenté de 1 % en moyenne chaque année entre 2000 et 2007 [9]. Cette progression résulte de la croissance et du vieillissement de la population, puisque sur la même période le taux standardisé d'hospitalisation a diminué de 0,8 % en moyenne par an [9] (fig. 6).

Au cours des années récentes, l'usage de la thrombolyse dans les AVC d'origine ischémique et le développement d'unités neurovasculaires (UNV) ont transformé la prise en charge précoce des AVC [10]. Toutefois, alors que l'hospitalisation en UNV améliore le pronostic vital et fonctionnel, seuls 20 % des patients victimes d'AVC étaient accueillis dans les 78 UNV existantes en mars 2009, avec d'importantes disparités entre régions [11, 12]. Le développement des UNV et la structuration de filières de prise en charge coordonnées avec les UNV, mais aussi l'information du grand public sur les signes d'alerte font partie des mesures du plan "accidents vasculaires cérébraux 2010-2014" [13, 14].

La rééducation, à domicile ou en service de soins de suite et de réadaptation (SSR), constitue une étape essentielle de la prise en charge des AVC. En 2007, environ 31 % des patients hospitalisés en court séjour pour AVC ont bénéficié d'une hospitalisation en SSR [15].

■ Le principal facteur de risque d'accident vasculaire cérébral est l'hypertension artérielle. Outre certaines maladies cardiaques responsables d'embolie comme la fibrillation auriculaire, le diabète, les dyslipidémies, le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, ainsi que la contraception orale ou le traitement hormonal substitutif chez les femmes favorisent également la survenue d'AVC. La prise en compte de ces facteurs de risque est donc essentielle, en prévention primaire mais aussi pour lutter contre les récidives dont le taux varie de 6 à 12 % par an selon les études [16, 17].

Bibliographie page 217

Pays de la Loire

■ Plus de 6 300 hospitalisations en court séjour avec pour diagnostic principal une maladie vasculaire cérébrale (codes Cim 10 I60-I66) ont été dénombrées dans la population régionale en 2007 (fig. 4). La région dispose fin 2010 de deux unités neurovasculaires, aux CHU de Nantes et d'Angers. Elles ont accueilli près de 2 000 patients en 2009.

■ Les accidents vasculaires cérébraux invalidants sont à l'origine d'environ 2 000 admissions en ALD en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 pour les trois principaux régimes d'assurance maladie. Ces admissions ont été prononcées avant 65 ans pour 36 % des hommes et 22 % des femmes (fig. 3).

Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour accident vasculaire cérébral invalidant est estimé à 12 100 en 2008 et 13 100 en 2009 [8].

■ Plus de 1 800 décès par maladies vasculaires cérébrales ont été dénombrés en moyenne chaque année entre 2005 et 2007. 92 % d'entre eux concernent des personnes de plus de 65 ans (fig. 2). Le taux de mortalité est 1,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Comme en France, la mortalité cérébrovasculaire régionale diminue fortement entre 1991 et 2006 : près de 4 % en moyenne chaque année chez les hommes comme chez les femmes (fig. 5).

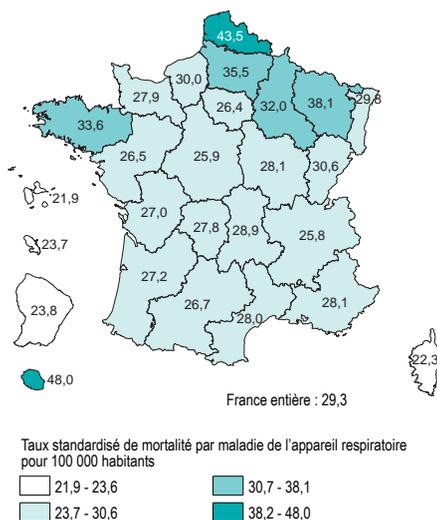
■ A structure d'âge identique, le taux d'hospitalisation en unité de court séjour avec pour diagnostic principal une maladie vasculaire cérébrale (codes Cim 10 I60-I66) est inférieur d'environ 12 % à la moyenne nationale (fig. 4).

La fréquence des admissions en ALD pour accident vasculaire cérébral invalidant est également inférieure à la moyenne nationale (- 6 %) [6].

Enfin, la mortalité régionale par maladie vasculaire cérébrale est proche de la moyenne nationale pour les hommes mais reste plus basse (- 5 %) pour les femmes (fig. 1 et 2).

Maladies de l'appareil respiratoire

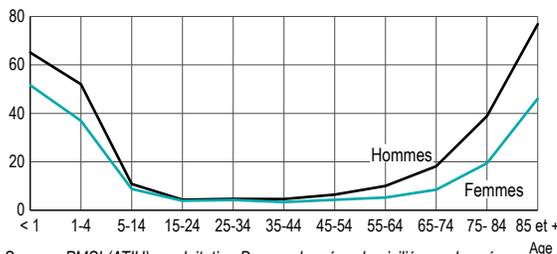
1 Taux standardisés de mortalité par maladie de l'appareil respiratoire (moyenne 2005-2007)



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 (ATH), 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*

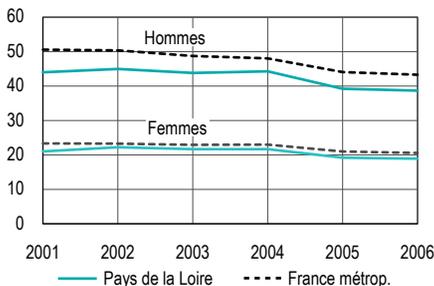
Source : PMSI (ATH), exploitation Drees - données domiciliées redressées
* différence avec la France métropolitaine significative au seuil de 5 %
1. séjours pour lesquels une maladie de l'appareil respiratoire a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

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

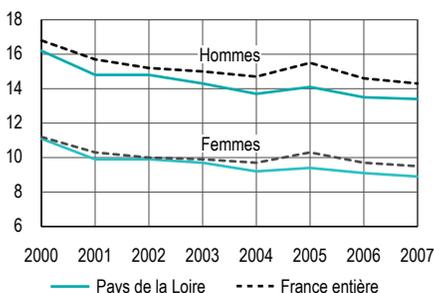
Pays de la Loire, France métrop. (2001-2006)



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 (ATH), 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 définitions p. 28 et p. 34.

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].

Bibliographie page 217

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 les 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).

1 Séjours hospitaliers en service de MCO pour asthme¹

Pays de la Loire (2009)

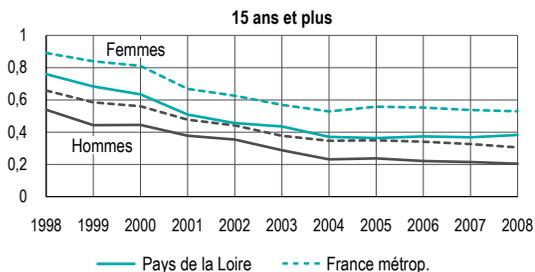
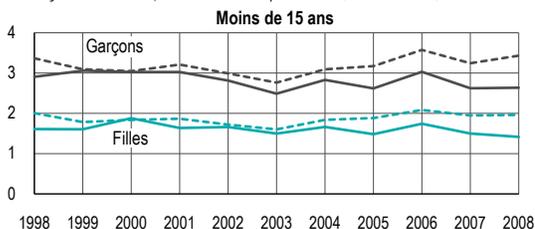
	Asthme (J45-J46)			Dont asthme aigu grave (J46)
	Hommes	Femmes	Total	
moins de 5 ans	710	336	1 046	58
5-14 ans	304	171	475	19
15-44 ans	114	234	348	102
45-74 ans	129	228	357	77
75 ans et plus	57	164	221	41
Tous âges	1 314	1 133	2 447	297

Source : PMSI (ATI), exploitation ORS Pays de la Loire - données domiciliées

1. séjours pour lesquels l'asthme a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

2 Evolution du taux standardisé d'hospitalisation en service de MCO pour asthme¹

Pays de la Loire, France métropolitaine (1998-2008)



Sources : PMSI (ATI), Drees - données domiciliées et redressées

Unité : pour 1 000

1. séjours pour lesquels l'asthme (J45-J46) a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

3 Admissions en affection de longue durée pour insuffisance respiratoire chronique grave avec un diagnostic d'asthme

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	Hommes	Femmes	Ensemble	Répartition en %
0-14 ans	47	20	67	16 %
15-44 ans	28	41	69	17 %
45-74 ans	67	97	165	40 %
75 ans et plus	42	67	109	27 %
Total	185	226	410	100 %

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

4 Décès par asthme

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

	Hommes	Femmes	Ensemble	Répartition en %
15-44 ans	2	0	2	3 %
45-74 ans	7	9	16	25 %
75 ans et plus	14	33	47	72 %
Total	23	42	65	100 %

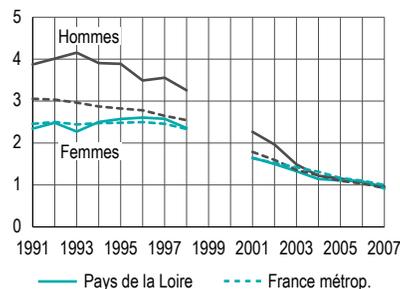
Source : Inserm CépiDc

Rang régional

Les Pays de la Loire présentent une prévalence de l'asthme plutôt élevée chez les enfants, mais se situent à un classement intermédiaire (12^e sur 26) en termes de mortalité [17].

5 Evolution du taux standardisé de mortalité par asthme

Pays de la Loire, France métrop. (1990-2008)

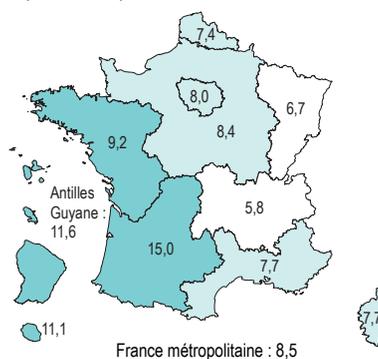


Sources : Inserm CépiDc, Insee

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

Données 1999 et 2000 non représentées compte tenu du passage à la Cim 10 et de modifications dans le codage des causes de décès par asthme

6 Prévalence de l'asthme actuel chez les enfants en classe de 3^e (2003-2004)



Taux pour 100 enfants

5,8 - 7,0

7,1 - 9,0

9,1 - 15,0

France métropolitaine : 8,5

Source : enquêtes triennales en milieu scolaire (Drees), non participation de l'académie de Toulouse

Définitions et méthode

Asthme : code Cim 9 : 493, codes Cim 10 : J45-J46.

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

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

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Taux standardisés : voir définitions p. 28 et p. 34.

Contexte

- L'asthme est une maladie chronique inflammatoire des voies aériennes qui se caractérise par une réactivité excessive des bronches (oedème, contraction des muscles bronchiques, sécrétion de mucus) à certaines agressions, provoquant une gêne à la circulation de l'air. L'origine de l'asthme est multifactorielle, faisant intervenir des facteurs génétiques et environnementaux (tabagisme maternel au cours de la grossesse, infections et expositions à certains allergènes lors des premières années de vie, expositions professionnelles, etc.). L'obésité est aussi décrite comme facteur de risque. Toutefois, l'étiologie de l'asthme n'est pas encore clairement élucidée à ce jour [1].
- La crise d'asthme, épisode de gêne respiratoire sifflante, constitue la manifestation clinique la plus typique de la maladie. Dans certains cas, une toux nocturne ou à l'effort, ou des difficultés respiratoires à l'effort sont les seuls symptômes. Cette symptomatologie peut être déclenchée par de nombreux facteurs : allergènes (acariens, moisissures, pollens, etc.), infections respiratoires, irritants respiratoires (tabagisme actif ou passif, pollution de l'air intérieur ou extérieur), et facteurs hormonaux notamment [2].
- Les personnes asthmatiques déclarent que cette affection a des retentissements sur leur vie quotidienne et professionnelle. 22 % d'entre elles se disent limitées dans les activités "que les gens font habituellement", contre 13 % chez les non-asthmatiques. Les asthmatiques déclarent plus souvent avoir dû interrompre leur activité professionnelle pour raison de santé [3].
- La surveillance de la prévalence de l'asthme dans la population générale repose sur trois enquêtes basées sur les déclarations des personnes : les enquêtes en milieu scolaire de la Drees (chez des enfants en classe de 3^e en 2003-2004, et chez des enfants en classe de CM2 en 2004-2005), l'enquête décennale santé de l'Insee, et l'enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes.
- Concernant la prévalence de l'asthme chez l'enfant, les enquêtes en milieu scolaire et l'enquête décennale santé 2003 montrent que 12-13 % des enfants âgés d'au moins 10 ans ont eu, dans leur vie, des crises d'asthme (prévalence cumulée). Près de 9 % des enfants présentent un asthme actuel (sifflements au cours des 12 derniers mois chez un enfant ayant déjà eu des crises d'asthme, ou traitement pour asthme au cours des 12 derniers mois) [4].
- Chez l'adulte, l'enquête décennale santé 2003 montre que 6 % des personnes de plus de 15 ans présentent un asthme actuel (crise d'asthme dans les 12 derniers mois, ou traitement actuel pour asthme). A partir de l'enquête ESPS et avec une définition plus large, l'Irdes évalue à 4,2 millions le nombre de personnes (tous âges confondus) souffrant de cette maladie en 2006 (7 % de la population française) [5].
- En Europe, la prévalence de l'asthme suit un gradient décroissant Nord-Sud. Le Royaume-Uni et l'Irlande sont particulièrement touchés avec des prévalences dépassant 30 %. La France est en position intermédiaire [6].
- En France, les départements d'outre-mer présentent une prévalence de l'asthme actuel chez les enfants en classe de 3^e plus élevée que la prévalence moyenne en métropole. En métropole, cette prévalence varie de 6 % dans le Centre-Est à 15 % dans le Sud-Ouest [7].
- La sévérité de cette pathologie réside d'une part, dans la survenue possible d'un asthme aigu grave (crise résistant au traitement habituel et mettant en jeu le pronostic vital), et d'autre part, dans le risque de développement de lésions bronchiques irréversibles causant une insuffisance respiratoire chronique. En 2009, l'asthme a constitué le diagnostic principal de 56 600 séjours hospitaliers en soins de courte durée [8]. Le taux annuel d'hospitalisation est globalement en diminution chez l'adulte sur la période 1998-2008, avec toutefois une relative stabilité depuis 2004. Chez l'enfant, ce taux est stable sur la période 1998-2008 [4, 9].
- Environ 12 400 admissions en affection de longue durée (ALD) pour insuffisance respiratoire chronique grave avec un diagnostic d'asthme ont été prononcées chaque année par les trois principaux régimes d'assurance maladie entre 2005 et 2007 [10]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour cette affection est estimé à 141 700 fin 2009 [11]. En 2006, 8 % des asthmatiques déclaraient être en ALD au titre de leur asthme [5].
- 1 053 décès par asthme sont survenus en 2007, dont près des deux tiers concernent des personnes de plus de 75 ans [12]. Le taux de mortalité est en diminution chez les hommes depuis le début des années 1990. Chez les femmes, la diminution s'observe seulement depuis les années 2000. Ces tendances concernent notamment les plus jeunes (enfants et adultes de moins de 45 ans) [4, 9].
- La prévention des exacerbations de l'asthme repose sur le contrôle de la symptomatologie asthmatique par une prise en charge globale, associant l'éviction des facteurs déclenchant les crises, un suivi thérapeutique conforme aux recommandations, et l'éducation thérapeutique du patient [13-15]. La diminution récente du taux de mortalité témoigne d'une amélioration de la prise en charge de l'asthme, mais des efforts restent à faire. En effet, le niveau de contrôle de l'asthme au regard des critères internationaux est insuffisant : plus de 6 asthmatiques sur 10 présentent un asthme partiellement ou non contrôlé. Le risque d'être insuffisamment contrôlé est particulièrement important dans les catégories sociales les moins favorisées, qui en outre connaissent une prévalence de l'asthme plus élevée [5].

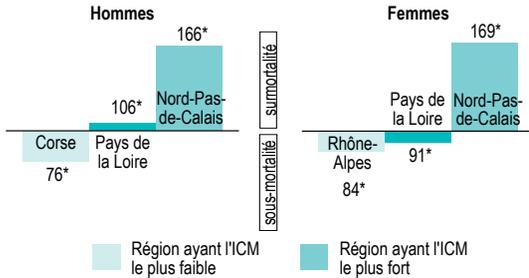
Bibliographie page 218

Pays de la Loire

- La prévalence de l'asthme actuel chez les enfants en classe de 3^e en 2003-2004 et habitant dans l'ouest de la France (Pays de la Loire, Bretagne, Poitou-Charentes), est plus élevée que la moyenne nationale (fig. 6) [7].
- L'asthme a constitué le diagnostic principal de 2 447 hospitalisations de Ligériens en 2009, dont 297 pour asthme aigu grave (fig. 1) [8]. Chez les hommes comme chez les femmes, et plus particulièrement chez les plus de 15 ans, le taux standardisé régional d'hospitalisation est resté inférieur à la moyenne nationale entre 1998 et 2008 (fig. 2).
- 65 décès par asthme, dont près des trois quarts concernent des personnes âgées de plus de 75 ans, ont été déclarés en moyenne chaque année sur la période 2005-2007 (fig. 4) [12].
- Comme en France, le taux standardisé régional de mortalité par asthme a beaucoup diminué depuis le début des années 1990. Chez les hommes, la diminution régionale a été encore plus marquée qu'au plan national, et le taux standardisé qui était supérieur à la moyenne nationale est devenu proche de cette moyenne à partir de 2003. Chez les femmes, les taux régionaux sont restés proches des taux nationaux (fig. 5).
- En 2011, trois structures d'éducation thérapeutique de type "école de l'asthme" fonctionnent dans la région dont une constituée en réseau en Loire-Atlantique [16].

Maladies de l'appareil digestif

1 Indices comparatifs de mortalité par maladie de l'appareil digestif (moyenne 2005-2007)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

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

2 Admissions en affection de longue durée pour maladie de l'appareil digestif¹

Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

Code Cim 10	Motif d'admission	Hommes		Femmes	
		Total	dont < 65 ans	Total	dont < 65 ans
K70-K77	Maladies du foie	499	348	220	148
K70	dont : - maladie alcoolique du foie	338	241	113	84
K74	- fibrose et cirrhose du foie	136	90	77	45
K50-K51	Maladie de Crohn et rectocolite hémorragique	213	192	255	233
K50	dont : - maladie de Crohn	102	95	139	127
K51	- rectocolite hémorragique ulcéreuse	111	97	116	105
	Autres	3	1	3	1
K00-K93	Ensemble des maladies de l'appareil digestif ¹	715	541	478	382

Sources : Cnamts, CCMSA, RSI

1. hors hépatites virales

Rang régional

Pour la mortalité par maladie de l'appareil digestif, la région des Pays de la Loire occupe une position moyenne (16^e rang par ordre croissant pour les hommes, 11^e rang pour les femmes).

4 Décès par maladie de l'appareil digestif

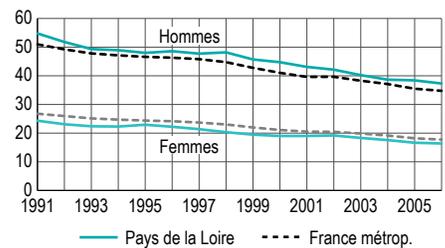
Pays de la Loire (moyenne 2005-2007)

Cause médicale de décès	Hommes	Femmes	Total	dont >65 ans
Maladies alcooliques du foie, cirrhoses du foie s.p.	374	122	496	57 %
Occlusion intestinale sans mention de hernie	70	96	167	7 %
Maladies de la vésicule biliaire, des voies biliaires et du pancréas	61	61	123	13 %
Hémorragie gastro-intestinale	58	46	104	25 %
Troubles vasculaires de l'intestin aiguë, s.p.	44	56	100	7 %
Autres	142	172	315	15 %
Ensemble	750	554	1 304	30 %

Source : Inserm CépiDc

5 Evolution du taux standardisé de mortalité pour maladie de l'appareil digestif

Pays de la Loire, France métropolitaine (1991-2006)



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Données lissées sur 3 ans - Unité : pour 100 000

Définitions et méthode

Maladies de l'appareil digestif : codes Cim 10 : K00-K93

Les cancers digestifs sont classés dans un autre chapitre de la Cim et sont étudiés dans les fiches "Cancers".

Maladies alcooliques du foie et cirrhoses du foie d'origine non précisée : codes Cim 10 : K70, K74.6.

Affection de longue durée (ALD) : pathologies regroupées, - pour l'analyse de l'incidence par n° ALD en France et par code Cim 10 dans les Pays de la Loire, - pour l'analyse de la prévalence par n° ALD et par code Cim 10 en France.

NB : l'ALD n° 6, maladies chroniques actives du foie et cirrhoses, concerne des affections classées dans plusieurs chapitres de la Cim et notamment au chapitre "Maladies infectieuses".

Voir fiche "Affections de longue durée" et précisions sur www.santepaysdelaloire.com, "La santé observée - Sources".

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

ICH : Indice comparatif d'hospitalisation.

ICM : Indice comparatif de mortalité.

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique.

Prévalence : nombre total de cas dans une population à un moment donné.

Taux standardisés et indices comparatifs : voir définitions p. 28 et p. 34.

3 Séjours hospitaliers en service de MCO pour maladie de l'appareil digestif¹

Pays de la Loire (2007)

Code Cim 10	Diagnostic d'hospitalisation	Nombre de séjours			ICH
		Hommes	Femmes	Total	
K20-K23	Maladies de l'oesophage	2 371	1 932	4 303	63*
K25-K28	Ulcères digestifs	636	478	1 114	59*
K35-K38	Appendicite	2 442	2 233	4 675	94*
K40-K46	Hernies abdominales	8 908	2 921	11 829	85*
K56, K91.3	Occlusion sans mention de hernie	1 554	1 805	3 359	89*
K57	Diverticulose intestinale	4 174	4 854	9 028	96*
K60, K61	Fistule, abcès rég. anale et rectale	1 412	700	2 112	90*
K70, K73, K74	Maladies alcooliques du foie et certaines autres atteintes hépatiques	2 246	955	3 201	127*
K80	Lithiase biliaire	2 321	4 155	6 476	92*
K92.0-K92.2	Hémorragie dig.sans mention ulcère	569	407	976	79*
	Autres maladies de l'appareil digestif	13 235	15 588	28 823	///
K09-K93	Ensemble des maladies de l'appareil digestif (hors maladies des dents et du parodonte)	39 868	36 028	75 896	83*

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

1. séjours pour lesquels une maladie de l'appareil digestif (hors maladies des dents et du parodonte, codes Cim 10 K00-K08) a constitué le diagnostic principal d'hospitalisation

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

Contexte

Les maladies étudiées dans cette fiche sont celles classées dans le chapitre "Maladies de l'appareil digestif" de la classification internationale des maladies (Cim), à l'exclusion des maladies des dents et du parodonte. Les cancers digestifs, dont la prévention et la prise en charge représentent une part importante de l'activité des gastroentérologues, sont étudiés dans les fiches "Cancers".

■ Parmi les maladies de l'appareil digestif, certaines sont des affections sévères, comme les pathologies du foie, les pancréatites ou les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin. D'autres sont de moindre gravité mais peuvent également altérer la qualité de vie des personnes atteintes (reflux gastro-œsophagien, troubles fonctionnels...).

■ Les maladies digestives sont fréquentes : 11 % des personnes de la population s'en déclarent atteintes en 2008. Ce pourcentage augmente avec l'âge pour atteindre 24 % au-delà de 65 ans [1]. En médecine de ville, les maladies digestives motivent 7 % des séances en 2007, les infections intestinales étant le plus souvent en cause [2, 3].

■ En établissement de santé, les maladies de l'appareil digestif constituent le diagnostic principal de 10 % des hospitalisations en 2007 (près de 1,7 million de séjours). Les séjours de moins de 24 heures (44 % des hospitalisations) sont notamment en lien avec la réalisation d'une endoscopie digestive à but diagnostique ou thérapeutique [4]. La Société française d'endoscopie digestive évalue à environ 2,4 millions le nombre de ces examens réalisés en 2008 en France, dont 93 % en milieu hospitalier public ou privé, le plus souvent en ambulatoire [5].

■ Deux groupes d'affections digestives chroniques, à la fois fréquentes et nécessitant des soins prolongés font partie des affections de longue durée (ALD) reconnues par l'assurance maladie : la rectocolite hémorragique et la maladie de Crohn, regroupées sous le terme de maladies

inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI). Elles ont motivé l'admission en ALD de 11 000 personnes par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie en 2007 (ALD n° 24) [6]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour ces affections est estimé à 112 300 en 2009, dont un peu plus de la moitié pour la maladie de Crohn. Ce nombre a augmenté de 6,4 % en moyenne chaque année depuis 2004 [7].

Les maladies chroniques actives du foie et les cirrhoses constituent des motifs d'admission en affection de longue durée encore plus fréquents (ALD n° 6). Elles peuvent être dues à la consommation excessive d'alcool, à des virus ou à des atteintes biliaires ou métaboliques. En 2007, 23 000 patients ont été admis en ALD pour ces affections hépatiques par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie [6]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour maladie chronique active du foie ou cirrhose en 2009 atteint 163 000, dont 85 000 pour hépatite virale chronique, 38 000 pour maladie alcoolique du foie et près de 35 000 pour fibrose et cirrhose du foie [7].

■ La gravité des atteintes hépatiques explique leur part importante dans la mortalité digestive. En 2007, 23 500 personnes sont décédées de maladies de l'appareil digestif (4 % des causes de décès). 37 % de ces décès sont liés à une maladie du foie, dont la majorité est d'origine alcoolique [8]. La mortalité par maladie de l'appareil digestif a diminué en moyenne de 2,5 % par an depuis le début des années 90 (fig. 5).

■ Outre l'amélioration du pronostic vital des affections les plus graves, l'un des enjeux actuel est l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de pathologies fréquentes telles que les troubles fonctionnels digestifs, le reflux gastro-œsophagien ou les affections proctologiques, ainsi que le développement de la prise en charge ambulatoire des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin.

Bibliographie page 218

Pays de la Loire

103

■ Les maladies de l'appareil digestif ont constitué le diagnostic principal de 76 000 hospitalisations en court séjour dans la population régionale en 2007 (9 % de l'ensemble des séjours). Plus de la moitié d'entre elles concernent des hommes. Chez ces derniers, les hernies abdominales sont le plus souvent en cause. Chez les femmes, les séjours pour diverticulose intestinale et lithiase biliaire sont les plus fréquents. Les hospitalisations pour troubles fonctionnels de l'intestin, qui constituaient le premier motif d'hospitalisation féminin en 2004, restent vraisemblablement très fréquentes, mais les données disponibles pour 2007 ne permettent pas de les individualiser (fig. 3).

■ La fréquence des hospitalisations ayant pour diagnostic principal une maladie de l'appareil digestif est inférieure de 17 % à la moyenne nationale en 2007. Cette fréquence est notamment très inférieure pour les maladies de l'œsophage (- 37 %) et pour les ulcères digestifs (- 41 %). Par contre, elle est supérieure de 27 % pour les maladies alcooliques du foie et certaines autres atteintes hépatiques (fig. 3). Comme en France, le taux standardisé d'hospitalisation est resté relativement stable entre 2000 et 2007 [4].

■ Près de 1 200 Ligériens sont admis chaque année en ALD pour une pathologie digestive, le plus souvent pour une MICI (470 admissions) ou une maladie alcoolique du foie (450 admissions) (fig. 2). La moitié des admissions en ALD pour MICI concernent des personnes de 20 à 40 ans. A structure d'âge comparable, la fréquence des admissions pour MICI est inférieure de 18 % à la moyenne nationale (- 15 % chez les femmes et - 21 % chez les hommes). Les trois quart des admissions en ALD pour maladies alcooliques du foie concernent des hommes, et 72 % sont prononcées avant l'âge de 65 ans (fig. 2). A structure d'âge comparable, la fréquence des admissions pour maladie alcoolique du foie est supérieure de 35 % par rapport à la moyenne nationale (+ 19 % chez les femmes et + 40 % chez les hommes).

Les admissions en ALD pour hépatite virale chronique (environ 320 par an), qui relèvent du chapitre "Maladies infectieuses" de la Cim, sont étudiées dans la fiche qui lui est consacrée. Leur fréquence est inférieure de 49 % à la moyenne nationale [6].

■ Les décès par maladie de l'appareil digestif (5 % de l'ensemble des décès) concernent chaque année environ 1 300 Ligériens dont près de 30 % sont âgés de moins de 65 ans (fig. 4). Depuis le début des années 1990, la mortalité par maladie de l'appareil digestif a diminué en moyenne de 2,5 % chaque année, en lien notamment avec le recul de la mortalité par maladie alcoolique du foie (fig. 5). Cette affection est toutefois encore responsable de 50 % des décès par maladie de l'appareil digestif chez les hommes et de 22 % chez les femmes. La mortalité masculine par maladie alcoolique du foie et cirrhose du foie d'origine non précisée dépasse toujours nettement la moyenne nationale (+ 24 % sur la période 2005-2007). Elle explique la surmortalité par maladie de l'appareil digestif des hommes de la région (fig. 1).

■ La région se caractérise donc par une forte morbi-mortalité liée à la consommation excessive d'alcool.

Insuffisance rénale chronique

1 Incidence et prévalence de l'insuffisance rénale chronique traitée par dialyse ou greffe

Pays de la Loire, France entière*

	Pays de la Loire		France*	
	Effectif	Taux ¹	Effectif	Taux ¹
Incidence de l'IRCT (2009)				
Nouveaux malades débutant un premier traitement de suppléance	435	121	8 560	150
dont : - dialyse	398	110	8 286	146
- greffe préemptive	37	11	274	5
Prévalence de l'IRCT (au 31/12/2009)				
Patients traités par dialyse ou greffe	3 458	969	62 739	1 098
dont : - dialyse	1 501	415	33 558	589
- greffon rénal fonctionnel	1 957	554	29 181	510

Source : Registre REIN

1. standardisation sur la population française - Unité : pour 1 000 000 habitants

* 20 régions du registre REIN (2009)

2 Evolution du devenir des malades en liste d'attente de greffe rénale inscrits et domiciliés dans la région Pays de la Loire

Pays de la Loire, France entière (2000-2010)

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Pays de la Loire							
Malades en attente d'une greffe au 1 ^{er} janvier	184	272	297	298	258	250	262
Nouveaux inscrits	144	181	167	151	182	198	265
Greffés	120	138	143	167	172	165	151
Décès sur liste d'attente	2	8	8	10	7	10	6
Sortis de liste	3	10	15	14	11	11	8
Taux de nouveaux inscrits ¹	44,5	54,5	50,0	43,9	52,5	56,6	74,0
Taux de greffés ¹	37,1	41,5	43,1	50,3	50,7	47,8	42,4
France							
Taux de nouveaux inscrits ¹	37,3	50,5	52,4	55,3	57,6	59,6	61,5
Taux de greffés ¹	30,9	40,9	43,3	45,5	45,5	43,6	44,0

Source : Agence de la biomédecine (données domiciliées)

1. Unité : pour 1 000 000 habitants

3 Evolution du devenir des malades en liste d'attente de greffe rénale inscrits dans la région Pays de la Loire

Pays de la Loire (2000-2010)

	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Malades en attente d'une greffe au 1 ^{er} janvier	345	459	471	470	421	384	386
Nouveaux inscrits	226	259	242	193	232	248	313
Greffés	173	205	203	208	232	221	176
Décès sur liste d'attente	7	24	15	12	14	13	10
Sortis de liste	11	19	25	22	23	12	16

Source : Agence de la biomédecine

Définitions et méthode

Le principe de **dialyse** repose sur l'échange entre le sang du malade et une solution de composition proche de celle du plasma normal (dialysat), à travers une membrane qui sert de filtre. Il existe deux méthodes de dialyse, selon la nature de la membrane utilisée :

- l'hémodialyse : elle utilise une membrane artificielle, située dans un appareil externe, et nécessite donc la mise en place d'un circuit de circulation extra-corporelle,
- la dialyse péritonéale : elle utilise comme membrane de filtration le péritoine. Le dialysat est introduit dans la cavité abdominale grâce à un cathéter posé chirurgicalement. Il s'agit d'une technique douce, qui convient particulièrement aux personnes âgées, mais qui doit se pratiquer quotidiennement.

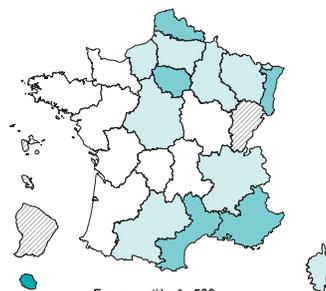
La dialyse peut être réalisée selon les modalités suivantes :

Hémodialyse en centre (ex centre lourd) : pour les malades dont l'état de santé nécessite une présence médicale permanente (patients gravement malades, d'un âge avancé, souffrant de polyopathologies).

Rang régional

Les Pays de la Loire se classent parmi les régions de France connaissant les plus faibles taux d'incidence et de prévalence d'IRCT traitée par dialyse. La prévalence régionale des patients porteurs d'un greffon rénal est par contre supérieure à la moyenne nationale.

4 Prévalence de l'insuffisance rénale chronique traitée par dialyse (2009)



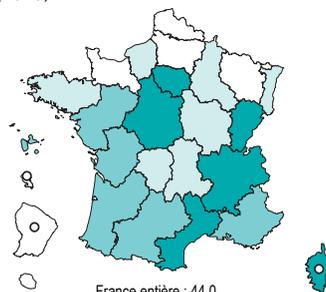
France entière* : 589



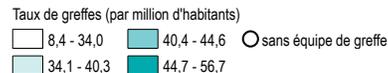
Source : Registre REIN

* 20 régions du registre REIN (2009)

5 Taux de greffes rénales (2010)



France entière : 44,0



Source : Agence de la biomédecine (données domiciliées)

Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (ex centre allégé) : pour les malades ne nécessitant pas un environnement médical lourd et permanent, mais pas assez autonomes pour se dialyser eux-mêmes. Les unités disposent d'un personnel infirmier et, en cas de besoin, d'un néphrologue.

Hémodialyse en unité d'autodialyse : pour les patients autonomes formés à l'hémodialyse, qui ne peuvent ou ne veulent pas réaliser la dialyse chez eux.

Dialyse à domicile : par hémodialyse ou dialyse péritonéale. L'hémodialyse est réservée à des patients autonomes formés, en mesure d'assurer tous les gestes nécessaires à leur traitement. La dialyse péritonéale peut être proposée à des patients non formés, personnes âgées par exemple, et elle est dans ce cas mise en œuvre par une tierce personne.

Contexte

- L'insuffisance rénale chronique (IRC) est une altération progressive et irréversible des fonctions d'épuration et hormonales des reins. Les principales affections à l'origine d'une IRC sont des néphropathies glomérulaires, vasculaires ou interstitielles, en lien avec une maladie rénale ou avec une maladie générale ayant un retentissement rénal (diabète et hypertension artérielle (HTA) notamment) [1]. L'insuffisance rénale chronique est terminale (IRCT) lorsque l'altération des fonctions rénales nécessite le recours à un traitement de suppléance, par dialyse ou par transplantation rénale. Cette dernière option doit être autant que possible privilégiée car elle est associée à une moindre mortalité et à une meilleure qualité de vie [2-4].
- L'épidémiologie de l'IRCT en France est estimée à travers les données de fréquence de ces traitements de suppléance, collectées dans le cadre du Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN). Ce registre, mis en place en 2002, s'est étendu progressivement sur le territoire et concerne l'ensemble des 26 régions depuis fin 2010 [5].
- 8 560 patients ont débuté un premier traitement de suppléance en 2009, dans les 20 régions concernées par le registre REIN à cette date. Le taux d'incidence standardisé de l'IRCT est estimé à 150 par million d'habitants (pmh) ce qui correspond, sur l'ensemble du territoire français, à environ 9 700 nouveaux cas d'IRCT par an. 97 % des cas sont traités par dialyse (87 % par hémodialyse et 10 % par dialyse péritonéale), et 3 % par une greffe rénale préemptive (c'est-à-dire par une greffe d'emblée, sans passer par l'étape de dialyse). La moitié des cas sont imputables à un diabète ou à une HTA. L'âge médian à l'initiation du traitement de suppléance est de 70 ans. Les hommes présentent un taux d'incidence supérieur à celui des femmes, quelle que soit la classe d'âge.
- Le taux d'incidence a connu une hausse annuelle moyenne de 1,5 % entre 2005 et 2009, dans les régions concernées par le registre REIN sur l'ensemble de cette période. Cette hausse concerne plus particulièrement les personnes âgées de plus de 75 ans et les diabétiques.
- 62 739 personnes bénéficiaient d'un traitement de suppléance des fonctions rénales au 31 décembre 2009 selon le registre REIN, dans les 20 régions considérées. Le taux de prévalence standardisé de l'IRCT est estimé à 1 098 pmh, soit environ 70 500 personnes en France. 53 % sont en dialyse (âge médian de 70 ans, et durée médiane depuis l'initiation du traitement de suppléance de 3 ans) et 47 % sont porteuses d'un greffon rénal (âge médian de 55 ans, et durée médiane de la greffe actuelle de 7 ans).
- La prévalence des cas dialysés a augmenté de 2,5 % à 4 % par an entre 2005 et 2009, alors que le nombre de personnes porteuses d'un greffon rénal fonctionnel a aug-

menté de manière plus marquée, de 4,5 % à 7 % par an, dans les régions concernées par le registre REIN au cours de cette période [5].

- Au sein de l'Europe, la France se situe dans une position intermédiaire en termes de prévalence de l'IRCT, similaire à celle de l'Espagne. Plusieurs pays d'Europe du Nord et de l'Ouest (Islande, Finlande, Pays-Bas, Royaume-Uni notamment) présentent une prévalence plus faible [6].
- En France, la Réunion présente des taux d'incidence et de prévalence très élevés (389 et 2709 pmh respectivement), et en métropole les disparités régionales sont importantes. Le taux d'incidence varie ainsi de 81 pmh en Corse à 202 pmh dans le Nord-Pas-de-Calais, et le taux de prévalence de 809 pmh en Poitou-Charentes à 1391 pmh en Ile-de-France [5]. Ces écarts sont complexes à interpréter : ils peuvent résulter de différences de fréquence de l'IRCT en lien notamment avec des écarts de prévalence du diabète et de l'HTA, mais aussi de différences de pratiques et d'accès aux traitements, en particulier d'une plus ou moins grande dynamique de prélèvement et de greffe.
- L'activité de greffe rénale française est l'une des plus élevées dans le monde [7]. Le nombre annuel de greffes est relativement stable depuis 2007 avec une augmentation des prélèvements sur donneurs vivants et sur donneurs après arrêt cardiaque, et une diminution des prélèvements sur sujets en état de mort encéphalique. En 2010, 2 892 greffes ont été réalisées dont près de 10 % avec donneur vivant. Cette activité reste cependant insuffisante en regard de l'augmentation des besoins. Le nombre annuel de nouveaux inscrits en liste d'attente pour une greffe est ainsi passé de 2 336 en 2000 à 4 043 en 2010, l'effectif total de malades en attente atteignant près de 8 400 au 1^{er} janvier 2011. La durée médiane d'attente avant greffe atteint 21 mois en 2007-2010, contre 14 mois en 1995-1998 [8,9].
- Dans ce contexte, la poursuite de toutes stratégies visant à augmenter le nombre de prélèvements et à optimiser la répartition des greffons apparaît indispensable. En parallèle, des efforts doivent être portés vers le dépistage et la prise en charge précoce de l'IRC afin d'en ralentir la progression vers le stade terminal. En 2009, plus du tiers des traitements de suppléance par hémodialyse seraient initiés dans un contexte d'urgence. Même si cette dernière donnée doit être interprétée avec prudence, elle souligne une marge de progression importante et nécessaire dans le suivi de l'IRC [5].
- Enfin, la prévention primaire du diabète et de l'HTA, ainsi qu'une meilleure prise en charge de ces affections, sont des éléments clés de la prévention de l'IRCT [10,11].

Bibliographie page 218

Pays de la Loire

- 435 Ligériens ont débuté en 2009 un premier traitement de suppléance des fonctions rénales selon le registre REIN. Le taux standardisé d'incidence de l'IRCT correspondant est de 121 pmh, situant les Pays de la Loire dans une position très favorable par rapport à la moyenne nationale, chez les hommes comme chez les femmes (fig. 1) [5].
- La part des initiations de traitement par hémodialyse réalisées en urgence est plus importante dans la région qu'au niveau national, mais cette donnée doit être interprétée avec précaution. Dans ce contexte, la proportion de patients pris en charge par dialyse péritonéale reste faible (6 % des initiations de traitement par dialyse dans la région) [5,12].
- La région présente depuis longtemps une activité de transplantation rénale importante, comme en témoigne le taux de Ligériens porteuses d'un greffon rénal fin 2009 (554 pmh contre 510 pmh en moyenne nationale) (fig. 1).
- Le nombre annuel de malades greffés dans la région est toutefois en diminution depuis 2008, passant de 232 à 176 en 2010. Le taux de Ligériens greffés au cours de cette dernière année est légèrement inférieur au taux national (42,4 pmh contre 44,0 pmh respectivement) (fig. 2 et 3) [13,14].
- Cette activité reste insuffisante par rapport aux pratiques et besoins régionaux, et à l'attractivité des équipes régionales de greffe : en 2010, 313 malades dont 265 Ligériens ont été nouvellement inscrits en liste d'attente de greffe dans la région (+ 26 % par rapport à 2009), et 386 malades dont 262 Ligériens étaient en attente de greffe (fig. 2 et 3).

1 Nombre et caractéristiques des accouchements selon le type de maternités

Pays de la Loire (2008)

	Type 1	Type 2	Type 3	Total
Nombre de maternités ¹	11	10	3	24
Nombre d'accouchements ^{2,4}	10 614	23 203	11 388	45 205
Nombre d'accouchements multiples ²	0,9 %	1,7 %	3,0 %	1,9 %
Taux de césariennes ¹	17,7 %	18,3 %	19,9 %	18,5 %
Taux d'anesthésies loco-régionales ³ (voies basses)	56,2 %	74,0 %	63,7 %	67,2 %
Taux d'épisiotomies ^{3,5} (voies basses)	20,8 %	28,0 %	27,9 %	26,1 %
Durée moyenne de séjour ²	5,0 jours	5,2 jours	5,4 jours	5,2 jours

Sources : PMSI (ARH), Réseau " Sécurité Naissance - Naître ensemble" (déclaration des maternités), SAE (Drees) - données enregistrées
 1. SAE 2. PMSI 3. Réseau " Sécurité Naissance - Naître ensemble"
 4. y compris IMG 5. données non disponibles pour 2 maternités

2 Evolution du taux de césariennes

Pays de la Loire, France entière (1993-2008)



Source : SAE (Drees) - données enregistrées

3 Naissances et caractéristiques des nouveau-nés selon le type de maternités

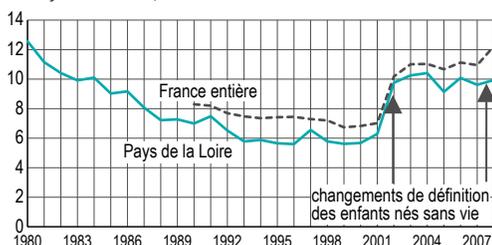
Pays de la Loire (2008)

	Type 1	Type 2	Type 3	Total
Nombre de naissances vivantes	10 623	23 448	11 528	45 599
Taux de prématurés (< 37 semaines de gestation)	1,6 %	5,3 %	8,3 %	5,2 %
< 28 semaines de gestation	-	-	0,4 %	0,1 %
entre 28 et 36 semaines de gestation	1,6 %	5,3 %	7,9 %	5,1 %
Taux de poids de naissances de moins de 2 000 gr	0,3 %	1,2 %	6,1 %	2,2 %
Taux de poids de naissances de moins de 2 500 gr	3,5 %	5,5 %	12,5 %	6,8 %

Source : PMSI (ARH) - données enregistrées

4 Evolution du taux de mortalité périnatale

Pays de la Loire, France entière (1980-2008)



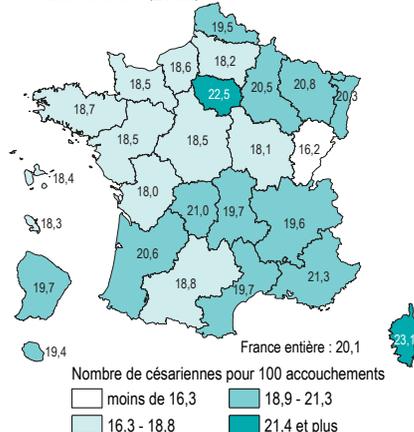
Source : Etat civil (Insee) - données domiciliées
 Unité : pour 1 000 naissances totales

Rang régional

La région Pays de la Loire se caractérise par un taux de césariennes relativement bas. Elle se situe au 9^e rang des régions françaises où ce taux est le plus faible (fig. 1 et 5).

5 Taux de césariennes

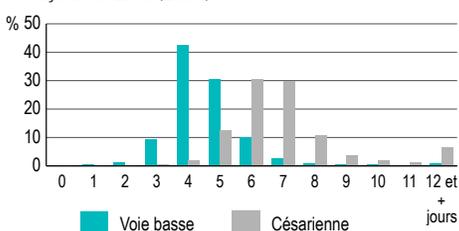
France entière (2008)



Source : SAE (Drees) - données enregistrées

6 Durée de séjour selon le mode d'accouchement

Pays de la Loire (2008)



Source : PMSI (ARH) - données enregistrées

Définitions et méthode

Anesthésies loco-régionales : anesthésie péridurale et rachianesthésie.

Données domiciliées : événements recensés au lieu de domicile de la personne.

Données enregistrées : événements recensés au lieu de leur survie.

Césariennes : le taux de césariennes est le nombre de césariennes pour 100 accouchements.

Maternités : voir fiche "soins en gynécologie obstétrique".

Mortalité périnatale : enfants sans vie (mort-nés) et décès d'enfants âgés de moins de 7 jours. Taux pour 1 000 néés vivants et enfants sans vie (naissances totales).

Les seuils minimums de durée de gestation (22 semaines d'aménorrhée) et le poids de naissance (500 grammes ou plus) qui étaient entrés en vigueur en 2001 ne sont plus pris en considération depuis 2008 pour définir la notion d'enfants non viables. Il n'est donc pas possible de commenter les évolutions récentes de cet indicateur.

Naissances prématurées : enfants nés vivants avant 37 semaines de gestation ; codes Cim 10 : P072-P073.

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) : voir fiche "Diagnosics d'hospitalisation" et précisions sur www.santepaysdelaloire.com, "La santé observée - Sources".

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé.

Voir précisions sur www.santepaysdelaloire.com, "La santé observée - Sources".

Contexte

Au cours des dernières décennies, les circonstances et les conditions de prise en charge de la grossesse et de l'accouchement se sont profondément transformées [1].

■ L'âge moyen à la maternité continue à augmenter en France comme en Europe, et atteint désormais 30 ans [2]. En vingt ans, le nombre d'accouchements de femmes de 35 ans ou plus a presque doublé (21 % en 2008 dont 4 % chez les femmes de plus de 40 ans). À l'inverse, 1,8 % des accouchements concernent des femmes de moins de 20 ans en 2008 contre 2,5 % en 1990 [3]. Cette augmentation de l'âge moyen des mères induit des risques accrus de grossesses multiples, de prématurité, d'anomalies congénitales et de complications maternelles [4].

■ La majorité des femmes enceintes bénéficient d'un suivi satisfaisant. Selon l'enquête nationale périnatale de 2003, 92 % d'entre elles avaient bénéficié des sept consultations prénatales obligatoires et 97 % d'au moins trois échographies durant leur grossesse [4]. Ces examens permettent notamment le dépistage d'éventuels problèmes de santé de la mère et de l'enfant à naître. Les modalités du dépistage de la trisomie 21, anomalie chromosomique la plus fréquente, ont considérablement évolué au cours des années récentes. Depuis 2009, ce dépistage doit être proposé dès le 1^{er} trimestre de grossesse, associant dosage de marqueurs sériques et mesures échographiques [5, 6]. Par ailleurs, afin d'améliorer la préparation à la naissance et à la parentalité, un entretien prénatal précoce a été instauré par le Plan périnatalité 2005-2007 et doit être proposé à toute femme enceinte dès le début de la grossesse [7].

La consommation de tabac et d'alcool par les femmes enceintes, à l'origine de nombreuses complications obstétricales et fœtales, reste fréquente [8]. En 2005, une sur cinq déclare fumer régulièrement ou occasionnellement, et 11 % avoir consommé de l'alcool au cours des sept derniers jours [9, 10].

■ Les interruptions de grossesse pour motif médical (IMG) peuvent être pratiquées en cas de risque pour la santé de la mère ou de l'enfant à naître, sur demande de la mère et après avis d'une commission pluridisciplinaire [11]. En cas de risque pour le fœtus, cette commission relève d'un des 44 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal agréés [12]. Le nombre d'IMG estimé à 8 000 par l'enquête SAE 2008, est très variable selon les sources [13].

■ Grossesse et accouchement constituent le premier motif d'hospitalisation des femmes (15 % en 2007). 20 % des accouchements sont réalisés par césarienne [14].

■ Le nombre de naissances avant terme tend à augmenter, et en 2007, 5,9 % des enfants nés vivants sont nés prématurément [14]. Les facteurs de risque de prématurité sont très variés. Les antécédents et affections obstétricales, l'âge jeune ou avancé des femmes enceintes, les grossesses multiples et la procréation médicalement assistée sont des facteurs bien identifiés [15]. Le rôle des conditions socio-économiques défavorables est également bien documenté, et peut être rapproché du moindre nombre de visites prénatales et d'examens échographiques ainsi que de la moindre fréquence de recours au diagnostic prénatal [16, 17].

■ Près de 5 % des femmes qui viennent d'accoucher ont bénéficié d'un traitement de l'infertilité pour cette grossesse. Cette proportion élevée est à mettre en lien avec les progrès techniques dans ce domaine mais aussi avec l'augmentation de l'âge à la maternité, la fertilité baissant avec l'âge pour les femmes comme pour les hommes [18]. Dans la moitié des cas, les traitements par inducteurs d'ovulation sont utilisés seuls [19]. Concernant plus spécifiquement l'assistance médicale à la procréation (AMP), elle est actuellement mise en œuvre dans 116 centres agréés [20]. En 2007, 2,5 % des enfants sont nés grâce aux différentes techniques d'AMP, fécondations *in vitro* et inséminations artificielles notamment [21].

■ L'amélioration de la surveillance prénatale et des conditions de prise en charge de l'accouchement a fait chuter de manière importante la mortalité autour de la naissance. En 2008, le taux de mortalité périnatale était de 12,2 pour 1 000 naissances totales (fig. 4).

■ 50 à 80 décès maternels sont dénombrés chaque année. Près de la moitié seraient évitables, notamment ceux liés aux hémorragies survenant au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans le *post-partum* [22, 23].

■ 95 % des usagères des maternités se déclarent très ou plutôt satisfaites du suivi de leur grossesse et du déroulement de leur accouchement. Toutefois, elles jugent souvent insuffisante l'information reçue sur les actes médicaux pratiqués au cours de l'accouchement, césariennes et épisiotomies notamment. Enfin, une femme sur cinq est insatisfaite de l'accompagnement à l'allaitement maternel [24].

Bibliographie page 218

107

Pays de la Loire

■ Plus de 45 000 accouchements ont eu lieu en 2008 dans les maternités ligériennes (fig. 1). La proportion d'accouchements multiples est en augmentation comme en France. La région se caractérise par un taux de césariennes inférieur à la moyenne nationale (fig. 2 et 5). 26 % des femmes ont eu une épisiotomie (fig. 1). 3,4 % des femmes ont présenté une hémorragie pendant l'accouchement ou le *post-partum* [25].

■ La proportion d'enfants nés vivants prématurément atteint 5,2 % en 2008 (fig. 3). Le taux de mortalité périnatale régional reste inférieur à la moyenne nationale (respectivement 9,9 et 12,2 pour mille naissances en 2008) (fig. 4).

■ Comme en France, la durée moyenne de séjours hospitaliers pour accouchements est de 5,2 jours en 2008. Elle atteint 7,5 jours en cas de césarienne (fig. 1 et 6).

■ Le taux d'allaitement maternel à la sortie de la maternité est de 55 % en 2008 [26]. En 2003, les Pays de la Loire faisaient partie des régions où ce taux était le plus faible, la France ayant elle-même un des taux les plus bas d'Europe [27].

■ 8,8 % des grossesses ont donné lieu à une amniocentèse en 2008 [26]. 300 à 400 IMG sont pratiquées chaque année dans la région [28].

■ Un peu plus de 7 000 tentatives d'assistance médicale à la procréation (AMP) ont été réalisées en 2007 dans les sept centres d'AMP ligériens [29].

■ Le réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble" organise la coopération entre les acteurs de la région, et élabore ou relaie des recommandations à l'intention des professionnels des maternités [30]. Pour la surveillance de la grossesse à bas risque, les recommandations élaborées en 2003 sous l'égide de l'Union régionale des médecins libéraux (URPS-ml), ont été mises à jour en 2011 [31].

