

8.10 Les maladies respiratoires

Contexte **national**

Outre les cancers broncho-pulmonaires, les maladies respiratoires regroupent des affections très différentes, d'évolution aiguë ou chronique, difficiles à classer, en particulier chez le sujet âgé. En France, en 1999, ces affections étaient responsables de 8,2 % de l'ensemble des décès (mais 12,8 % si l'on inclut les 25 196 cancers broncho-pulmonaires).

En 1991-92, l'enquête décennale sur la santé (INSEE-CREDES) montrait que 7 % des Français souffraient de maladies respiratoires. Ces affections étaient aussi à l'origine de 5,7 % des séjours hospitaliers (DREES, base nationale PMSI, 1998) et de 7 consultations sur 100 en médecine libérale (Enquête CREDES, clientèle et motifs de recours en médecine libérale, 1992). Au cours de ces consultations, les bronchites aiguës sont le plus fréquemment observées (54 %), suivies de l'asthme (21 %), alors que la bronchite chronique et l'emphysème motivent moins souvent (9 %) ces interventions médicales.

On observe depuis la fin des années 1970 une augmentation de la morbidité et de la mortalité liées à l'asthme. La rapidité d'évolution de ce phénomène fait qu'il ne peut être expliqué par la seule modification des facteurs génétiques et souligne la part prépondérante des facteurs exogènes. L'étude ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood) a montré que 13 % des adolescents ont déjà fait une crise d'asthme au cours de leur vie et qu'il existe un net gradient Nord/Sud puisque les adolescents du Sud de la France sont les plus touchés. L'asthme est aussi l'affection respiratoire professionnelle la plus fréquente dans les pays industrialisés puisqu'il constitue la 1^{ère} cause de maladie respiratoire liée au travail.

On estime qu'il y a en France 2 à 3 millions de personnes atteintes de bronchite chronique. Les bronchopneumopathies chroniques obstructives (BPCO) sont la cause la plus fréquente d'insuffisance respiratoire chronique et toucheraient de 700 000 à 1 million de français. Le tabagisme est le facteur de risque majeur des BPCO. Il explique à lui seul 80 à 90 % du risque de développer une telle maladie. Compte-tenu d'un temps de latence de l'ordre de 20 ans entre habitudes tabagiques et apparition de l'insuffisance respiratoire chronique, on peut prévoir pour les années à venir une poursuite de l'augmentation de mortalité par BPCO et une augmentation de la prévalence des insuffisances respiratoires chroniques chez les femmes. Selon les principaux régimes d'assurance maladie, près de 32 000 personnes ont été admises en affection de longue durée pour une insuffisance respiratoire chronique grave en 1999.

Sur un plan étiologique, la bronchite chronique obstructive représente plus de la moitié des patients insuffisants respiratoires chroniques. Les possibilités thérapeutiques offertes par la ventilation spontanée en pression positive continue ont entraîné depuis 1992 une augmentation importante du nombre de patients suivis présentant un syndrome d'apnée du sommeil.

Situation à Marseille : **faits marquants**

· *Marseille affiche une légère sous-mortalité non significative par maladies respiratoires par rapport à la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes. Chez les hommes, cette sous-mortalité est moins marquée que celle de la région. Chez les femmes, elle est plus marquée que celle du département mais voisine de celle de la région.*

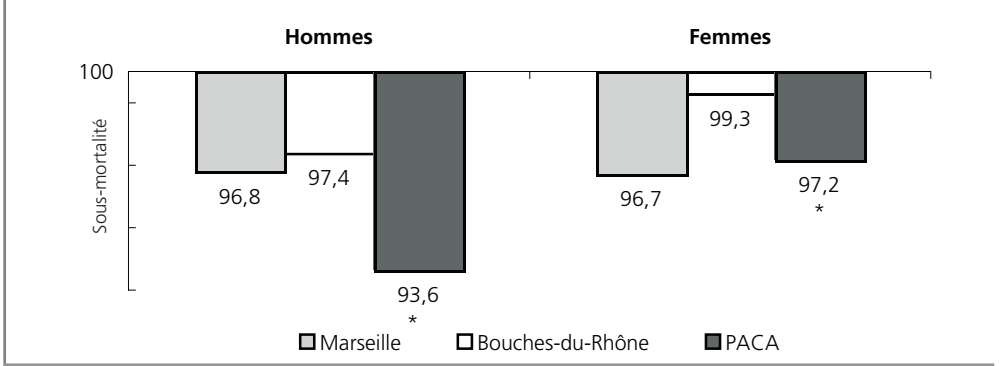
· *Plus des trois quarts des décès par maladies respiratoires surviennent après 75 ans. Cette proportion dépasse les 90 % pour la grippe, alors que les décès liés à l'asthme concernent des personnes plus jeunes.*

· *Le risque de décéder d'une maladie respiratoire est deux fois plus élevé pour les hommes que pour les femmes, à Marseille comme au niveau national. Ceci est sans doute à mettre sur le compte des bronchites chroniques liées au tabagisme et aux expositions professionnelles aux poussières.*

· *La mortalité par maladies respiratoires à Marseille a augmenté entre 1988-1990 et 1997-1999 de façon plus marquée chez les femmes (+22 %) que chez les hommes (+7 %). Cette évolution ne se retrouve pas au niveau national où la mortalité a diminué chez les hommes et est restée stable chez les femmes.*

· *En moyenne, sur la période 2001-2002, 302 personnes ont été admises en Affection Longue Durée pour insuffisances respiratoires. Dans les deux sexes, plus de 60 % de ces admissions concernent des personnes de 66 ans et plus.*

**1. INDICES COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR MALADIES RESPIRATOIRES EN 1997-1999
(BASE 100 = FRANCE MÉTROPOLITAINE)**



* Différence significative au seuil de 5 % par rapport à la France métropolitaine

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

L'INDICE COMPARATIF DE MORTALITÉ (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans une zone au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test du χ^2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

2. NOMBRE DE DÉCÈS ANNUEL MOYEN PAR MALADIES RESPIRATOIRES À MARSEILLE EN 1997-1999

	Hommes	Femmes	Total
Pneumonie, bronchopneumonie	148	143	291
<i>dont 75 ans et plus</i>	112	127	239
Grippe	4	11	15
<i>dont 75 ans et plus</i>	4	10	14
Bronchite chronique	114	81	195
<i>dont 75 ans et plus</i>	80	70	150
Asthme et alvéolite allergique	9	19	28
<i>dont 75 ans et plus</i>	5	9	14
Autres maladies app. respiratoire	56	62	118
<i>dont 75 ans et plus</i>	41	50	90
Ensemble des mal. respiratoires	331	317	648
<i>dont 75 ans et plus</i>	242	266	507

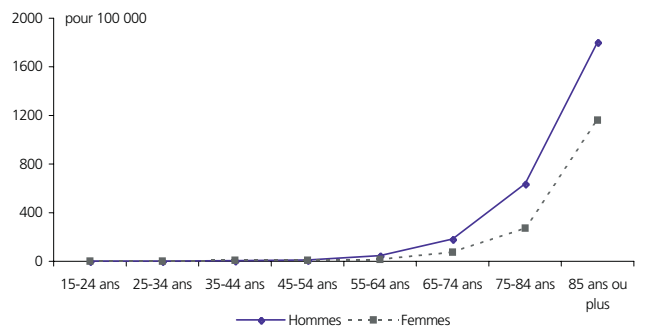
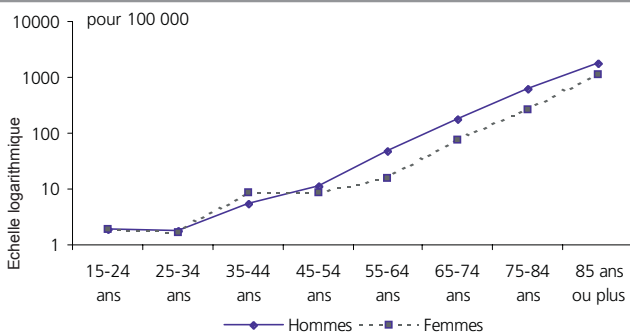
Source : INSERM CépiDC

3. TAUX SPÉCIFIQUES DE MORTALITÉ PAR MALADIES RESPIRATOIRES PAR ÂGE ET SEXE À MARSEILLE EN 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)

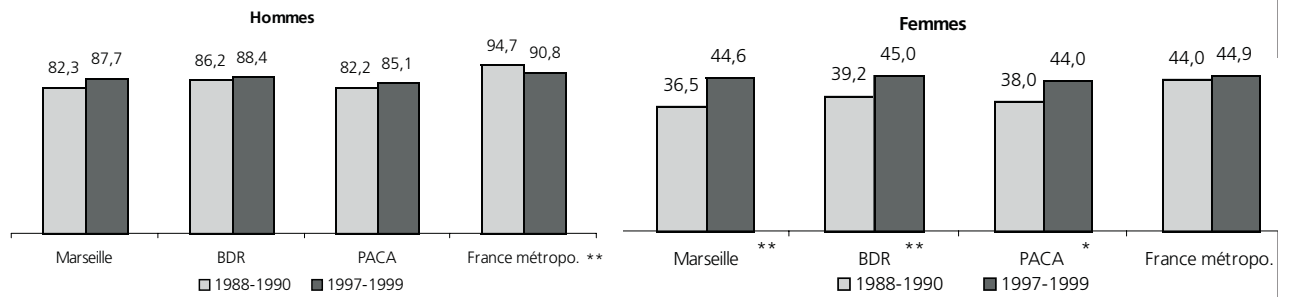
	Hommes		Femmes	
	Nb de décès*	Tx pour 100 000	Nb de décès*	Tx pour 100 000
15-24 ans	1	1,9	1	1,9
25-34 ans	1	1,8	1	1,7
35-44 ans	3	5,7	5	8,6
45-54 ans	6	11,4	5	8,6
55-64 ans	17	47,4	6	15,8
65-74 ans	61	183,6	33	75,8
75-84 ans	125	637,8	86	273,2
85 ans ou plus	116	1 803,9	180	1 162,7

* Nombre de décès annuel moyen

Sources : INSERM CépiDC, INSEE



4. ÉVOLUTION DES TAUX COMPARATIFS DE MORTALITÉ PAR MALADIES RESPIRATOIRES A MARSEILLE ENTRE 1988-1990 ET 1997-1999 (TAUX POUR 100 000 HABITANTS)



* Evolution significative (p<0,01)
 ** Evolution significative (p<0,001)

Sources : INSERM CépiDC, INSEE

LE TAUX COMPARATIF DE MORTALITÉ OU TAUX STANDARDISÉ DIRECT

est défini comme le taux que l'on observerait dans la zone si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre zones géographiques françaises.

5. LES ADMISSIONS EN AFFECTION LONGUE DURÉE POUR INSUFFISANCES RESPIRATOIRES À MARSEILLE EN 2001-2002 (MOYENNE ANNUELLE)

	Hommes		Femmes	
	Nb	%	Nb	%
16-35 ans	3	1,6	1	0,8
36-65 ans	66	36,1	39	32,8
66 ans et plus	114	62,3	79	66,4
Total	183	100,0	119	100,0

Dans la CIM 10, les insuffisances respiratoires correspondent aux pathologies codées J96 à J96.9.

Source : ERSM

DÉFINITION DES MALADIES RESPIRATOIRES

Le chapitre 'Maladies de l'appareil respiratoire' de la classification des maladies ne comprend pas les tuberculoses (chapitre 'Maladies infectieuses et parasitaires') ni les tumeurs (chapitre 'Tumeurs').