



L'ÉVOLUTION DES MALADIES CHRONIQUES EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

NOVEMBRE 2016

L'ÉVOLUTION DES MALADIES CHRONIQUES EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Ce travail a été réalisé à la demande et avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, par l'**Observatoire régional de la santé Rhône-Alpes avec la collaboration de l'Observatoire régional de la santé Auvergne**

Mathurine BASSET, Apprentie en statistiques

Pauline BOLAMPERTI, Statisticienne

Martine DRENEAU, Directrice adjointe

Magali VENZAC, Statisticienne



SOMMAIRE

SYNTHÈSE ET MÉTHODE	7
ENSEMBLE DES PATHOLOGIES	11
LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES	15
LES CANCERS	19
LE DIABÈTE	23
LES MALADIES NEUROLOGIQUES	27
LES MALADIES RESPIRATOIRES	31
LES MALADIES DIGESTIVES	35
LES MALADIES RHUMATOLOGIQUES	39
LES MALADIES INFECTIEUSES	41
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	47





Les maladies chroniques se définissent comme des maladies de longue durée et évolutives, entraînant souvent une détérioration de la qualité de vie et parfois associées à une invalidité ou des complications graves de santé. Parmi ces maladies dites chroniques, les affections comportant le plus grand nombre de cas et à l'origine du plus grand nombre de décès sont les maladies cardio-vasculaires et les cancers, mais de nombreuses autres affections font partie des maladies chroniques, telles que le diabète, les maladies neurologiques, les maladies respiratoires, les maladies digestives, certaines maladies infectieuses...

Si les cancers sont devenus depuis 2006 la première cause de décès en Auvergne-Rhône-Alpes, comme en France métropolitaine, ils ne représentent que le 3ème motif des Affections de longue durée (ALD), derrière les maladies cardio-vasculaires et le diabète. Les ALD permettent d'évaluer, avec une sous-estimation plus ou moins importante selon les pathologies, la prévalence de certaines maladies chroniques. Les maladies cardio-vasculaires, avec 520 000 ALD comptabilisées au 31/12/2014 chez les assurés des trois principaux régimes d'assurance-maladie d'Auvergne-Rhône-Alpes, constituent de loin le groupe de maladies chroniques le plus fréquent. Le diabète est devenu le deuxième motif d'ALD des assurés de la région et totalise 300 000 ALD au 31/12/2014, devançant ainsi les cancers (275 700 ALD). Les autres motifs importants d'ALD sont les maladies neurologiques (108 600 ALD), les maladies rhumatologiques (59 700 ALD), les maladies respiratoires (44 300 ALD).

SOURCES D'INFORMATION

Différentes sources d'information sont disponibles pour estimer la fréquence des maladies chroniques en France, qu'il s'agisse de données de mortalité (base des causes médicales de décès de l'INSERM -CépiDC) ou de morbidité (motifs des Affections de longue durée prises en charge par l'assurance maladie, maladies à déclaration obligatoire, motifs d'hospitalisation ou de recours aux soins, estimations à partir de Registres...). Pour suivre l'évolution des pathologies sur une longue période, il est nécessaire de disposer de bases de données issues de systèmes d'information existant depuis longtemps et suffisamment stables au fil des années, tant au niveau de leur mode de recueil que de leur couverture géographique. Ainsi, les données de recours aux soins peuvent difficilement être retenues pour suivre une pathologie dans le temps, d'une part en raison d'une diffusion trop récente et non uniforme sur le territoire de ces données (ex : remboursements de médicaments par l'assurance maladie), et d'autre part en raison des nombreux facteurs qui apporteraient des biais importants à l'analyse de l'évolution du recours aux soins : offre de soins présente ou non sur le territoire aux différentes époques, évolution des thérapeutiques et des pratiques médicales, évolution des remboursements des médicaments...

Ce document exploitera donc essentiellement les données issues de deux systèmes d'information : celui des causes médicales de décès et celui des admissions en ALD (Affection de longue durée). Les données sur les causes médicales de décès, par sexe et âge (donc permettant de calculer les taux standardisés), sont disponibles dans les Observatoires Régionaux de Santé depuis 1980 et les données d'incidence des ALD (nouvelles admissions annuelles) depuis 2000.

Bien que les données de mortalité soient relativement stables dans le temps, un changement de CIM (Classification internationale des maladies) est intervenu en 2000, et le passage de la CIM9 à la CIM10 oblige parfois à faire des ajustements pour certains groupes de pathologies afin d'obtenir des données comparables avant et après l'année 2000.

Les données d'incidence des admissions en ALD, bien que disponibles pour les trois principaux régimes



d'assurance maladie (général, agricole, indépendant) depuis 2000, sont sujettes à des changements réglementaires qui peuvent avoir des répercussions plus ou moins importantes sur les effectifs de personnes admises en ALD. Il est donc important d'analyser les données d'évolution des effectifs d'ALD au regard des évolutions réglementaires. Ainsi par exemple, en juin 2011, la suppression de l'ALD n°12 (hypertension artérielle) a entraîné une chute artificielle des effectifs de personnes admises en ALD pour maladie cardio-vasculaire, ainsi que de l'ensemble des personnes admises en ALD. Par ailleurs, les données d'admission en ALD ne sont pas considérées comme des données reflétant l'incidence réelle des pathologies, puisqu'elles reposent sur un dispositif nécessitant d'une part une démarche de demande d'ALD par le patient (et son médecin traitant) et d'autre part un accord par le médecin conseil de l'assurance maladie. Cette limite (certains patients ne font pas la démarche de demander l'ALD par exemple parce qu'ils estiment avoir une bonne couverture maladie complémentaire) et le fait que les données des trois principaux d'assurance maladie couvrent environ 96% de la population (et non 100%) conduisent à penser que les données d'ALD sous-estiment légèrement l'incidence réelle de certaines pathologies. Les définitions de chaque ALD peuvent également s'avérer plus ou moins larges que les définitions des pathologies adoptées par d'autres systèmes d'information (notamment en matière de tumeurs). Malgré toutes ces limites, le dispositif des ALD, du fait de la disponibilité de ses données sur une quinzaine d'années et de l'étendue des pathologies abordées (30 catégories de pathologies) permet de dessiner des évolutions intéressantes de l'incidence des maladies chroniques.

Ce dossier n'abordera pas l'évolution de la prévalence des ALD (nombre total des personnes en ALD à une date donnée), ces données n'étant disponibles que de façon très récente.

Si l'ensemble des nouvelles admissions en ALD est retenu pour approcher l'incidence des maladies chroniques, ce sont environ 178 300 nouveaux cas de maladies chroniques qui sont enregistrés par ce système d'information pour l'année 2014 en Auvergne-Rhône-Alpes, chiffre en forte augmentation depuis l'année 2000 (+49% entre 2000 et 2014). L'augmentation du taux standardisé correspondant n'est toutefois que de 16% sur la même période, compte-tenu des changements démographiques (accroissement et vieillissement de la population).

LES MALADIES CARDIO-VASCULAIRES (MCV)

Les maladies cardio-vasculaires, avec 52 760 nouvelles admissions en ALD en 2014 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, constituent le premier motif de mise en ALD. Entre 2000 et 2014, le nombre annuel de ces ALD pour MCV a augmenté de 40% chez les hommes et de 18% chez les femmes. Dans le même temps, les taux masculins d'admission en ALD ont augmenté de 4% dans la région, et les taux féminins ont diminué de 12%. Ces évolutions sont toutefois un peu faussées, du fait de la suppression en 2011 de l'ALD pour hypertension artérielle, qui a introduit une brusque inflexion dans une tendance à la hausse observée entre 2006 et 2010.

Sur la période 1980-2013, les effectifs de décès par MCV ont connu une baisse régulière, dans la région comme en France, d'environ 1,1% en moyenne par an. Les taux standardisés de décès par MCV sont ainsi passés de 774 pour 100 000 hommes en 1980 à 262 en 2013, et de 524 pour 100 000 femmes en 1980 à 171 en 2013. Pendant longtemps le premier motif de décès, les MCV sont devenues en 2006 le second motif de décès après les cancers.

LES CANCERS

Les cancers, avec 40 320 nouvelles admissions en ALD en 2014 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, constituent le second motif de mise en ALD. Entre 2000 et 2014, le nombre annuel des ALD pour tumeurs a augmenté de 31% chez les hommes et de 46% chez les femmes. Dans le même temps, les taux masculins d'admission en ALD ont diminué de 2% dans la région, et les taux féminins ont augmenté de 17%. Ces évolutions concernent l'ensemble des cancers et masquent des évolutions qui peuvent être divergentes entre les différentes localisations de cancers.

Ainsi, chez les hommes, la relative stabilité de la courbe d'incidence entre 2000 et 2014 cache des évolutions différentes des trois principales localisations de cancer chez l'homme : le taux d'incidence du cancer du poumon baisse de façon régulière, alors que celui du cancer de la prostate a fortement augmenté entre



2000 et 2007 (stabilisation à partir de 2008-2009) et que celui du cancer colorectal augmente de façon régulière. Chez les femmes, plusieurs localisations (et surtout les trois localisations principales : sein, côlon-rectum et poumon) contribuent à l'augmentation du taux général d'incidence en ALD pour tumeurs : le sein (augmentation du taux d'incidence jusqu'en 2005, puis stabilisation), le côlon-rectum (augmentation régulière) et le poumon (en forte augmentation continue).

Sur la période 1980-2013, les effectifs de décès par cancers ont connu une baisse régulière, dans la région comme en France, d'environ 0,7% en moyenne par an. Les taux standardisés de décès par cancers sont ainsi passés de 476 pour 100 000 hommes en 1980 à 325 en 2013, et de 218 pour 100 000 femmes en 1980 à 166 en 2013. On observe une réduction de l'écart des taux masculins et féminins de mortalité par cancers, attribuée en grande partie à l'évolution inverse des taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes (diminution des taux) et chez les femmes (augmentation des taux).

LE DIABÈTE

Le diabète, avec 28 560 nouvelles admissions en ALD en 2014 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, constitue le troisième motif de mise en ALD. Entre 2000 et 2014, le nombre annuel de ces ALD pour diabète a connu une augmentation très importante, de 90% chez les hommes et de 70% chez les femmes. Dans le même temps, les taux masculins d'admission en ALD ont augmenté de 49% dans la région, et les taux féminins de 37%. Ces évolutions sont fortement liées à la progression de la prévalence de l'obésité dans la région, comme en France. Ainsi l'enquête OBEPI, réalisée tous les trois ans depuis 1997, montre une augmentation très forte de la prévalence de l'obésité dans la population française dans les années 1997-2003 (d'environ 18% tous les trois ans), puis un peu moins forte dans les années 2003-2009 (d'environ 10% tous les trois ans), et beaucoup plus faible entre 2009 et 2012 (+ 3,4%).

Sur la période 2000-2013, les effectifs de décès par diabète ont connu une baisse régulière, dans la région, d'environ 2,3% en moyenne par an. Les taux standardisés de décès par diabète sont ainsi passés de 27,5 pour 100 000 hommes en 2000 à 22,1 en 2013, et de 19,3 pour 100 000 femmes en 2000 à 13,3 en 2013.

LES MALADIES NEUROLOGIQUES

Les maladies neurologiques, comprenant notamment la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, comptent 16 780 nouvelles admissions en ALD en 2014 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Entre 2005 et 2014, le nombre annuel de ces ALD pour maladies neurologiques a augmenté de 71% chez les hommes et de 53% chez les femmes. Dans le même temps, les taux masculins d'admission en ALD ont augmenté de 37% dans la région, et les taux féminins de 24%.

Sur la période 1980-2013, les effectifs de décès par maladies neurologiques ont connu une augmentation régulière, dans la région comme en France, d'environ 4% en moyenne par an. Les taux standardisés de décès par maladies neurologiques sont ainsi passés de 33,1 pour 100 000 hommes en 1980 à 61,2 en 2013, et de 24,1 pour 100 000 femmes en 1980 à 53,9 en 2013.

LES MALADIES RESPIRATOIRES

Les maladies respiratoires chroniques, comprenant les insuffisances respiratoires liées à l'asthme ou à la BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), comptent 5 020 nouvelles admissions en ALD en 2014 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Entre 2000 et 2014, le nombre annuel de ces ALD pour maladies respiratoires a augmenté de 21% chez les hommes et de 54% chez les femmes. Dans le même temps, les taux masculins d'admission en ALD ont diminué de 9,3% dans la région, alors que les taux féminins ont augmenté de 22,6%. Comme pour le cancer du poumon, la BPCO est très liée au tabagisme et la consommation croissante de tabac chez les femmes est en grande partie à l'origine de l'augmentation de l'incidence de cette pathologie chez les femmes.

Sur la période 1980-2013, les effectifs de décès par maladies respiratoires (incluant les maladies aiguës) ont connu une baisse importante entre 1999 et 2000, dans la région comme en France, baisse liée à un changement de classification internationale des maladies (passage de la CIM9 à la CIM10). Les taux standardisés de décès par maladies respiratoires sont ainsi passés de 162,4 pour 100 000 hommes en 1980 à 78,1 en 2013, et de 75,9 pour 100 000 femmes en 1980 à 39,4 en 2013.



LES MALADIES DIGESTIVES

Les maladies digestives comptent 3 895 nouvelles admissions en ALD en 2014 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Entre 2000 et 2014, le nombre annuel de ces ALD pour maladies digestives a augmenté de 26% chez les hommes et de 34% chez les femmes. Dans le même temps, les taux masculins d'admission en ALD ont augmenté de 9% dans la région, alors que les taux féminins ont augmenté de 19%.

Sur la période 1980-2013, les effectifs de décès par maladies digestives ont connu une baisse importante dans la région comme en France. Les taux standardisés de décès par maladies digestives sont ainsi passés de 135,4 pour 100 000 hommes en 1980 à 43,4 en 2013, et de 69,3 pour 100 000 femmes en 1980 à 24,1 en 2013.

LES MALADIES RHUMATOLOGIQUES

Les maladies rhumatologiques, comprenant un ensemble de maladies telles que la polyarthrite rhumatoïde, la scoliose structurale évolutive, la spondylarthrite ankylosante, comptent 7 170 nouvelles admissions en ALD en 2014 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Entre 2000 et 2014, le nombre annuel de ces ALD pour maladies rhumatologiques a plus que doublé (+134% chez les hommes et +138% chez les femmes). Dans le même temps, les taux masculins d'admission en ALD ont augmenté de 96,5% dans la région, et les taux féminins de 106%.

LES MALADIES INFECTIEUSES

Les maladies infectieuses comprennent un ensemble de pathologies très diverses dont les évolutions peuvent être différentes. En termes de mortalité, sur la période 1980-2013, les effectifs de décès par maladies infectieuses ont connu une augmentation dans la région comme en France, mais les taux standardisés de décès par maladies infectieuses ont peu évolué, passant de 24,2 pour 100 000 hommes en 1980 à 20,2 en 2013, et de 14,3 pour 100 000 femmes en 1980 à 13,4 en 2013.

Les infections VIH et le sida comptent 779 nouvelles admissions en ALD en 2014 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Sur une période de 15 ans, les effectifs d'admission pour VIH ont augmenté de 53% chez les hommes et ont doublé chez les femmes.

Concernant la tuberculose, de 2006 à 2014, les effectifs d'admission en ALD ont diminué de 17% chez les hommes et de 37% chez les femmes. 271 nouvelles admissions en ALD sont enregistrées en 2014 dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

Concernant les hépatites, sur la période 2006-2014, les effectifs d'admission en ALD ont diminué de 19,5% chez les hommes et de 7% chez les femmes. Les taux standardisés correspondants ont également diminué, de 23,4% chez les hommes, et de 13,6% chez les femmes.



**LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) – TOUS MOTIFS****DURANT L'ANNÉE 2014, 178 300 NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD ENREGISTRÉES EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Près de 1,5 million de nouvelles ALD, tous motifs confondus, ont été attribuées en France métropolitaine durant l'année 2014, dont 12% aux habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes assurés aux trois principaux régimes d'assurance maladie (général, agricole, indépendant).

Les taux régionaux standardisés d'admission en ALD, de 2 647 pour 100 000 hommes et de 1 965 pour 100 000 femmes, sont proches des taux nationaux, respectivement 2 675 et 1 968. Au niveau régional, comme au niveau national, les taux masculins sont supérieurs aux taux féminins d'environ 680 points. Parmi l'ensemble de ces admissions en ALD, près des trois quarts concernent des personnes de 55 ans et plus, et seulement 4% des enfants de moins de 15 ans.

Les maladies cardio-vasculaires constituent le premier motif d'admission en ALD (29,6% des nouvelles admissions en 2014), suivies des tumeurs (22,6%) et du diabète (16%).

ENTRE 2000 ET 2014, LE NOMBRE ANNUEL DE NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD A AUGMENTÉ DE 49% EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, LE TAUX D'INCIDENCE D'ADMISSION EN ALD DE 16%

Sur une période de 15 ans, alors que les effectifs annuels d'admission en ALD augmentaient de 49% dans la région (51,8% chez les hommes et 46,6% chez les femmes), les taux standardisés d'incidence des ALD, tous motifs confondus, passaient de 2 283 pour 100 000 hommes en 2000 à 2 647 en 2014, soit une augmentation de 17%. L'augmentation observée sur la même période chez les femmes est du même ordre, avec des taux passant de 1 690 pour 100 000 femmes à 1 965.

Effectifs et taux standardisés d'admission en ALD (tous motifs)

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	61 015	2 283	510 636	2 258
2005	69 629	2 322	585 540	2 327
2010	88 864	2 718	765 258	2 819
2014	92 617	2 647	771 432	2 675

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	58 438	1 690	491 704	1 675
2005	61 571	1 633	524 813	1 653
2010	82 602	2 011	713 050	2 078
2014	85 691	1 965	710 378	1 970

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Si l'évolution régionale des taux standardisés annuels d'admissions en ALD suit de très près la tendance nationale, l'évolution observée sur l'ensemble de la période n'est pas uniforme. Les inflexions les plus visibles se sont produites en 2006-2007 (augmentation des nouvelles admissions), puis en 2011-2012 (baisse des nouvelles admissions). L'augmentation annuelle des effectifs, d'environ 2% par an en moyenne entre 2000 et 2005, s'est accélérée entre 2006 et 2010 (+5% par an), et a repris sur un rythme plus faible après la chute de 2011-2012.

Ces ruptures de tendance sont en partie liées à des évolutions réglementaires des ALD. En 2006, un nouveau parcours de soins est mis en place : le médecin traitant doit constater la pathologie et établir un protocole de soins, qui définit les soins liés à cette pathologie et pris en charge à 100 % au titre de l'ALD. Les référentiels de mise en ALD ont été également mis à jour cette année-là, entraînant une meilleure prise en charge des patients en ALD pour leurs différentes pathologies. Le nombre moyen d'affections déclarées par patient en ALD est ainsi passé de 1,16 en 2005 à 1,24 en 2012.

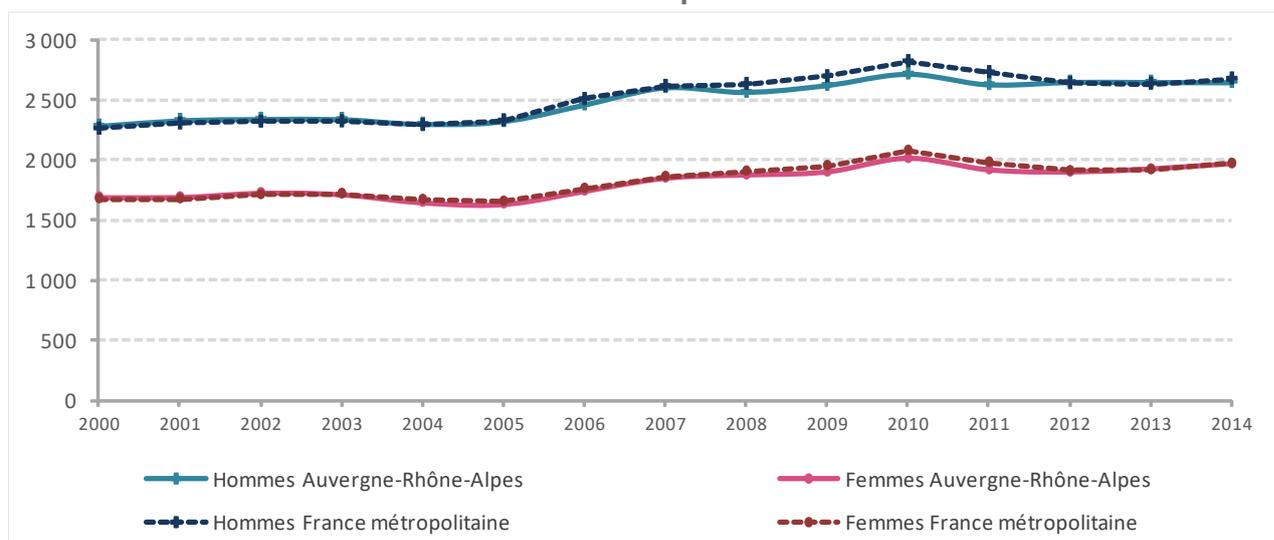
Deuxième date importante pour l'analyse de la courbe d'évolution des admissions en ALD, en juin 2011

est intervenue la suppression de l'ALD n°12, qui concernait les cas d'hypertension isolée, non associée à d'autres risques cardio-vasculaires. Cette modification a impacté fortement l'évolution de l'ensemble des admissions dès 2011, puis de façon plus nette en 2012.

Si les évolutions réglementaires des ALD expliquent en partie les ruptures de tendances, l'évolution à la hausse de l'ensemble des admissions en ALD sur une période de 15 ans s'explique essentiellement par l'évolution démographique (vieillesse de la population) et par les évolutions épidémiologiques (ex : augmentation des pathologies sévères en lien avec l'augmentation de l'obésité). Certaines actions ou programmes nouveaux visant à détecter plus précocement certaines pathologies graves et/ou à élargir la population cible sont également susceptibles d'augmenter temporairement l'incidence de certaines ALD.

De façon générale, il convient d'être prudent dans l'interprétation des évolutions observées au niveau de l'ensemble des ALD, certains motifs d'ALD prenant une part plus importante et d'autres une part moins importante sur l'ensemble de la période observée.

Évolution du taux standardisé d'admission en ALD sur la période 2000-2014



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

LA MORTALITÉ (TOUTES CAUSES)

64 090 DÉCÈS D'HABITANTS D'AUVERGNE-RHÔNE-ALPES EN 2013

Environ 556 200 décès, toutes causes confondues, ont été enregistrés en 2013 en France métropolitaine, dont 12% de personnes domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes.

Les taux régionaux standardisés de mortalité, de 1 076 pour 100 000 hommes et de 655 pour 100 000 femmes, sont inférieurs d'environ 5% aux taux nationaux, respectivement 1 119 et 687. Au niveau régional, comme au niveau national, les taux masculins sont supérieurs aux taux féminins d'environ 64%.

Comme pour les admissions en ALD, les maladies cardio-vasculaires et les cancers constituent les deux causes principales de décès (53% des décès pour les deux causes réunies), mais l'ordre des deux causes est différent selon le sexe. Chez les hommes les cancers représentent la première cause de décès depuis le début des années 2000 (32% des décès masculins en 2014), alors que les maladies cardio-vasculaires restent la première cause de décès chez les femmes (27% des décès féminins en 2014). L'écart tend cependant à se réduire. Tous sexes confondus, le cancer est devenu la première cause de décès depuis 2006.

ENTRE 1980 ET 2013, LE NOMBRE ANNUEL DE DÉCÈS A AUGMENTÉ DE 4% EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, MAIS LE TAUX DE MORTALITÉ A BAISSÉ DE 47%

Sur cette longue période (34 ans), alors que les effectifs annuels de décès augmentaient de 4% dans la région, la population régionale a connu, selon les estimations de l'Insee, une hausse de 24%. Cette situation, couplée au vieillissement de la population et donc au fait que les décès interviennent plus tardivement, se traduit par une baisse de la mortalité : le taux standardisé de mortalité a chuté de 47,4% chez les hommes, passant de 2 045 pour 100 000 hommes en 1980 à 1 076 en 2013, et de 46% chez les femmes, passant de 1 213 pour 100 000 femmes en 1980 à 655 en 2013.

La même tendance s'observe au niveau national avec une baisse du taux général de mortalité de 44%.

Effectifs et taux standardisés de décès (Toutes causes)

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	32 238	2 045	283 699	2 036
1990	31 154	1 696	270 955	1 688
2000	30 738	1 413	270 712	1 451
2010	31 577	1 137	274 600	1 178
2013	32 330	1 076	280 071	1 119

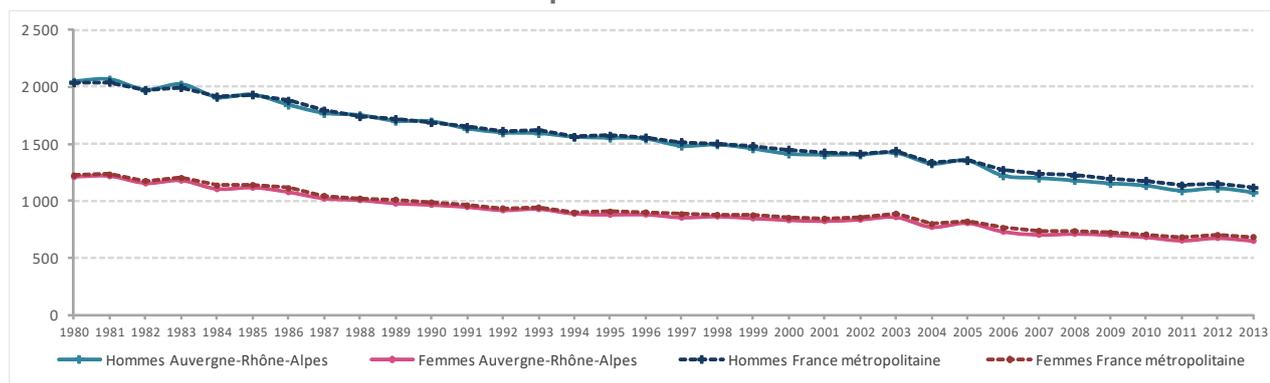
Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	29 394	1 214	260 722	1 226
1990	28 837	969	252 614	990
2000	29 629	836	258 051	855
2010	30 563	688	264 483	710
2013	31 759	655	276 147	687

Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Exploitation ORS Rhône-Alpes
Taux standardisés pour 100 000 habitants

L'évolution régionale des taux standardisés annuels de décès suit de très près la tendance nationale, dans un mouvement de baisse relativement régulier, hormis à l'occasion d'évènements particuliers.

Les épisodes de surmortalité sont liés à des événements ponctuels, tels que la survenue de canicules (2003 par exemple), de périodes de grand froid ou encore d'épidémies (comme la grippe touchant particulièrement les personnes vulnérables, notamment les plus âgées). Aux années de surmortalité succèdent souvent des années de moindre mortalité, les évènements ponctuels ayant juste avancé dans le temps le décès des personnes les plus vulnérables.

Évolution du taux standardisé de décès sur la période 1980-2013



Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Méthode : les taux standardisés

Définition : le taux standardisé de la région Auvergne-Rhône-Alpes est le taux que l'on observerait dans cette population si celle-ci avait la même structure par âge que la population de référence de la France métropolitaine au RP 2012.

Calcul :

- calcul des taux spécifiques par classe d'âge quinquennal (18 taux) : effectif annuel de décès ou d'admission en ALD pour l'année T divisé par l'effectif de la population estimé par l'Insee à l'année T.
- calcul du taux standardisé : moyenne pondérée par la population de référence des taux spécifiques

Chacun des taux standardisés calculés répond à cette définition et cette méthode de calcul.

**LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) - MALADIES CARDIO-VASCULAIRES (MCV)**

Les maladies cardio-vasculaires comprennent un ensemble de maladies fréquentes et graves, dont les cardiopathies ischémiques, les maladies cérébro-vasculaires, les maladies vasculaires périphériques, les maladies hypertensives, l'insuffisance cardiaque...

Les principaux facteurs de risque de ces pathologies, qui peuvent interagir entre eux, sont l'hypercholestérolémie, l'hypertension artérielle, le tabagisme, l'obésité, la sédentarité, le diabète, le stress.

EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, 52 760 NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES CARDIO-VASCULAIRES EN 2014, DONT 57% CHEZ DES HOMMES

En 2014, environ 441 300 nouvelles admissions en ALD ont eu pour motif une maladie cardio-vasculaire en France métropolitaine, et 12% de ces admissions concernaient des habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes assurés aux trois principaux régimes d'assurance maladie (général, agricole, indépendant).

Les taux régionaux standardisés d'admission en ALD pour MCV, de 893 pour 100 000 hommes et de 484 pour 100 000 femmes, sont proches des taux nationaux, respectivement 908 et 487. Au niveau régional, comme au niveau national, les taux masculins sont presque deux fois (x1,8) supérieurs aux taux féminins. Parmi l'ensemble de ces admissions en ALD, 92% concernent des personnes de 50 ans et plus.

Les maladies cardio-vasculaires représentent près de 30% de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD (32,7% chez les hommes, 26,2% chez les femmes, dans la région comme au niveau national).

ENTRE 2000 ET 2014, LE NOMBRE ANNUEL DE NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR MCV A AUGMENTÉ DE 40% CHEZ LES HOMMES ET DE 18% CHEZ LES FEMMES

Sur une période de 15 ans, alors que les effectifs annuels d'admission en ALD pour MCV augmentaient de 30% dans la région (40% chez les hommes et 18% chez les femmes), les taux standardisés d'incidence des ALD pour MCV passaient de 858 pour 100 000 hommes en 2000 à 893 en 2014, soit une augmentation de 4%. A l'inverse, durant la même période, les taux féminins ont diminué de 12%, avec des taux passant de 554 pour 100 000 femmes à 484. Les évolutions au niveau national sont du même ordre de grandeur.

Effectifs et taux standardisés d'admission en ALD

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	21 561	858	181 513	853
2005	23 629	819	197 598	818
2010	32 794	1 035	288 467	1 096
2014	30 308	893	254 561	908

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	19 035	554	162 649	554
2005	17 990	470	154 570	479
2010	27 081	637	240 518	677
2014	22 452	484	186 717	487

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Les tendances régionales d'évolution des taux standardisés d'admission en ALD pour MCV, de 2000 à 2014, suivent globalement les tendances nationales, avec parfois des taux régionaux légèrement inférieurs aux taux nationaux, notamment sur les années 2009 à 2011. L'évolution observée sur l'ensemble de la période est loin d'être uniforme puisque des périodes de forte croissance (notamment entre 2005 et 2006, puis dans une moindre mesure en 2010) ont précédé une chute importante des taux d'admission en ALD pour MCV en 2011 et 2012.



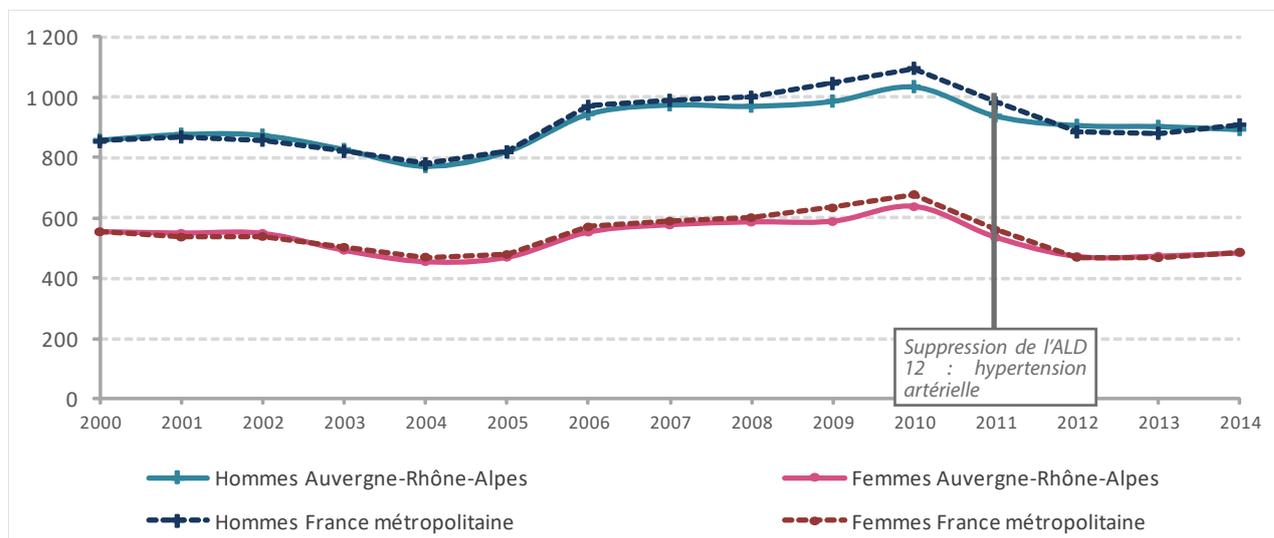
Ces ruptures de tendance sont en grande partie liées aux évolutions réglementaires des ALD. En 2006, le nouveau parcours de soins mis en place, passant par le médecin traitant, a entraîné une meilleure prise en charge des patients en ALD pour leurs différentes pathologies. Le nombre moyen d'affections déclarées par patient en ALD a ainsi augmenté, l'impact de cette mesure ayant été particulièrement marqué pour les admissions en ALD pour MCV.

La chute des taux d'incidence en 2011, poursuivie en 2012, correspond tout à fait à la suppression, en juin 2011, de l'ALD n°12, qui concernait les cas d'hypertension isolée, non associée à d'autres risques cardio-vasculaires. Cette modification a impacté fortement l'évolution des admissions en ALD pour MCV dès 2011, puis de façon plus nette en 2012. La Cnamts a montré, dans ses analyses, que la chute globale des ALD pour MCV, en 2012, pouvait masquer la poursuite de la hausse de certaines ALD cardio-vasculaires, notamment celle de l'ALD n°5 (cardiopathie, troubles du rythme et valvulopathie) dont les effectifs de nouvelles admissions ont augmenté de 6,4% en 2012 par rapport à 2011 [2].

Sur la période récente, 2012 à 2014, le nombre annuel des nouvelles admissions en ALD pour MCV a augmenté de 4,2% (6,8% en France métropolitaine). Quant au taux régional d'incidence, il reste stable sur ces trois années (+0,2%) alors que l'on assiste à une remontée du taux national (+3,3%).

Les évolutions des taux standardisés chez les hommes et chez les femmes suivent les mêmes tendances.

Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour maladies cardio-vasculaires sur la période 2000-2014



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

LA MORTALITÉ - MALADIES CARDIO-VASCULAIRES (MCV)

EN 2013, 16 000 DÉCÈS PAR MCV EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

En 2013, 16 084 décès ont eu pour cause une maladie cardio-vasculaire chez les personnes domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes, soit 11,5% des 139 000 décès enregistrés pour les mêmes causes en France métropolitaine. Les MCV sont ainsi à l'origine du quart de l'ensemble des décès enregistrés en 2013 dans la région.

Les taux régionaux standardisés de mortalité par MCV, de 262 pour 100 000 hommes et de 171 pour 100 000 femmes, sont inférieurs à ceux observés au niveau national, respectivement 271 et 178. Les taux masculins, dans la région comme en France, sont environ 1,5 fois supérieurs aux taux féminins.

En Auvergne-Rhône-Alpes, 88% des décès par MCV concernent des personnes de 70 ans et plus. Cette part est plus importante chez les femmes (94%) que chez les hommes (80%).

Tous sexes confondus, les maladies cardio-vasculaires ont été longtemps la première cause de mortalité (30,5% en 2000) avant de devenir le second motif en 2006 (28,5%) derrière les cancers.



ENTRE 1980 ET 2013, LE TAUX DE MORTALITÉ PAR MCV A CHUTÉ DE 66% EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Sur cette longue période (34 ans), les effectifs annuels de décès pour MCV ont chuté de 31% pour chaque sexe dans la région. Compte-tenu des changements démographiques (accroissement et vieillissement de la population), cette situation se traduit par une baisse très forte de la mortalité par MCV : le taux standardisé de mortalité a chuté de 66% chez les hommes, passant de 774 pour 100 000 hommes en 1980 à 262 en 2013, et de 68% chez les femmes, passant de 524 pour 100 000 femmes en 1980 à 171 en 2013. La même tendance s'observe au niveau national.

Effectifs et taux standardisés de décès par maladies cardio-vasculaires

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	10 769	774	94 453	765
1990	9 099	542	78 818	547
2000	8 532	428	74 775	439
2010	7 585	293	66 223	304
2013	7 471	262	64 221	271

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	12 359	524	109 206	528
1990	10 485	355	94 911	375
2000	9 876	277	86 555	285
2010	8 857	194	76 233	199
2013	8 613	171	74 680	178

Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)

Taux standardisés pour 100 000 habitants

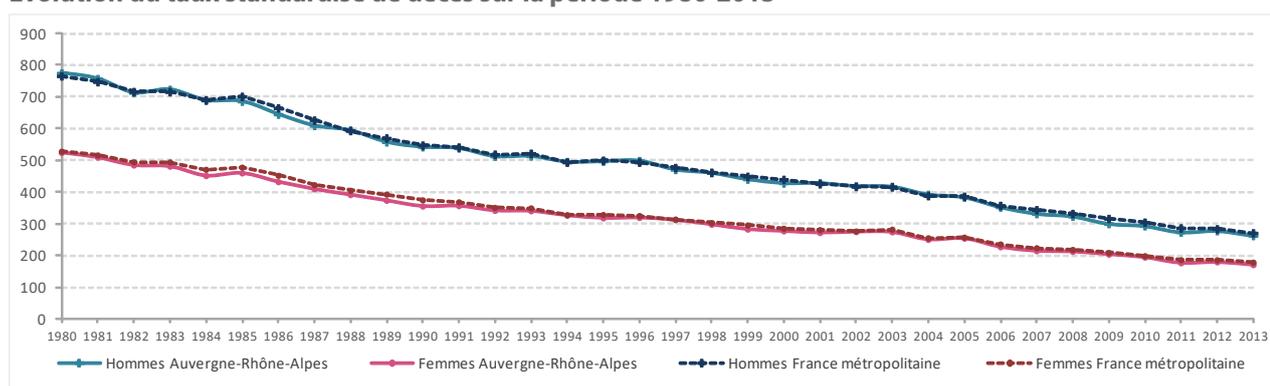
Exploitation ORS Rhône-Alpes

L'évolution régionale des taux standardisés annuels de décès suit de très près la tendance nationale, dans un mouvement de baisse relativement régulier, en moyenne de 3,3% par an sur la longue période.

La mortalité par MCV est toujours plus importante chez les hommes que chez les femmes, à structure d'âge égale, ceci sur toute la période de 1980 à 2013. Cependant l'écart entre les deux taux diminue passant de 250 points en 1980 à 92 points en 2014.

La part des décès par MCV chez les hommes de 70 ans et plus a augmenté, passant de 69% en 1980 à 80% en 2013. Chez les femmes cette évolution est moins importante : de 89,3% en 1980 à 94% en 2013.

Évolution du taux standardisé de décès sur la période 1980-2013



Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)

Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Méthode :

Admissions en Affection de Longue Durée (ALD) : les maladies cardio-vasculaires sont le regroupement des ALD suivantes :

- ALD 1 : Accident vasculaire cérébral
- ALD 3 : Arthériopathie chronique
- ALD 5 : Pathologie cardiaque
- ALD 12 : Hypertension artérielle (À noter que le décret n° 2011-726 du 24 juin a retiré l'hypertension artérielle sévère (ALD 12) de la liste des ALD 30 à compter du 27 juin 2011)
- ALD 13 : Maladie coronaire

Mortalité : les codes correspondant aux maladies cardio-vasculaires sont

- CIM-9 (de 1980 à 1999) : 390-459
- CIM-10 (de 2000 à 2013) : I00-I99



LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) - TUMEURS

Les cancers représentent une place grandissante en termes de morbidité en France. Selon les projections d'incidence réalisées par l'Institut de Veille Sanitaire à partir de différentes sources de données, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine est estimé à environ 385 000 pour l'année 2015 (211 000 chez l'homme et 174 000 chez la femme).

Les localisations les plus fréquentes de cancer, en termes d'incidence, restent la prostate chez l'homme et le sein chez la femme.

EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, 40 320 NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR TUMEURS EN 2014

En 2014, environ 333 770 nouvelles admissions en ALD ont eu pour motif une tumeur en France métropolitaine, et 12% de ces admissions concernaient des habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes assurés aux trois principaux régimes d'assurance maladie (général, agricole, indépendant).

Les taux régionaux standardisés d'admission en ALD pour tumeurs, de 579 pour 100 000 hommes et de 470 pour 100 000 femmes, sont proches des taux nationaux, respectivement 586 et 467. Au niveau régional, comme au niveau national, les taux masculins sont plus de 1,2 fois supérieurs aux taux féminins. Parmi ces admissions en ALD, 91% concernent des personnes de 45 ans et plus.

Les tumeurs représentent près de 23% de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD (22% chez les hommes, 23,3% chez les femmes, dans la région comme au niveau national).

ENTRE 2000 ET 2014, LE NOMBRE ANNUEL DE NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR TUMEURS A AUGMENTÉ DE 31% CHEZ LES HOMMES ET DE 45,6% CHEZ LES FEMMES

Sur une période de 15 ans, alors que les effectifs annuels d'admission en ALD pour tumeurs augmentaient de 38% dans la région (31% chez les hommes et 45,6% chez les femmes), les taux standardisés d'incidence des ALD pour tumeurs passaient de 591 pour 100 000 hommes en 2000 à 580 en 2014, soit une diminution de 2%. A l'inverse, durant la même période, les taux féminins ont augmenté de 17%, avec des taux passant de 401 pour 100 000 femmes à 471. Les évolutions au niveau national sont du même ordre de grandeur.

Effectifs et taux standardisés d'admission en ALD pour tumeurs

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	15 517	590,8	128 748	578,9
2005	18 526	631,0	152 772	618,7
2010	19 742	607,0	162 481	603,1
2014	20 332	579,2	169 124	585,9

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	13 735	400,6	114 948	396,8
2005	15 532	416,8	130 884	417,7
2010	17 714	441,6	149 289	445,4
2014	19 992	470,5	164 643	467,4

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)

Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Les tendances régionales d'évolution des taux standardisés d'admission en ALD pour tumeurs, de 2000 à 2014, suivent globalement les tendances nationales. L'évolution observée sur l'ensemble de la période est linéaire. L'évolution annuelle du taux standardisé chez les hommes, sur l'ensemble de la période, est quasiment nulle (-0,1% en moyenne par an sur les 15 ans). En revanche, chez les femmes, la tendance est à la hausse (1,2% en moyenne par an d'augmentation sur 15 ans). Les évolutions divergentes chez les hommes et chez les femmes conduisent à une diminution de l'écart entre les taux d'incidence des deux sexes, qui passent de 190 points en 2000 à 109 points en 2014.

Ces courbes d'évolution de l'incidence de l'ensemble des cancers masquent toutefois des évolutions qui

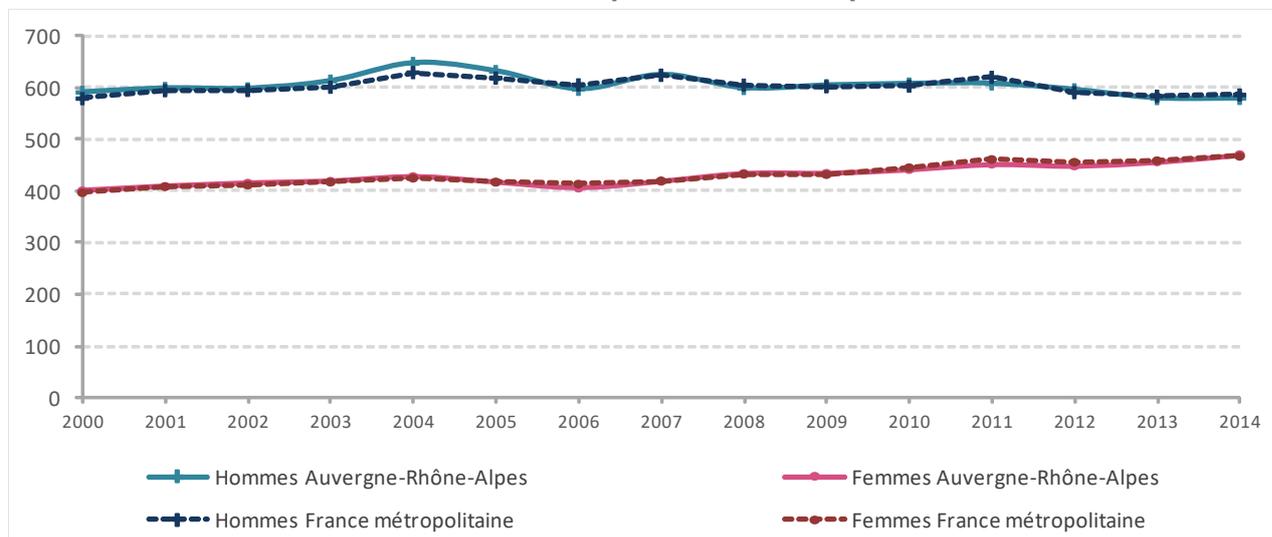
peuvent être divergentes entre les incidences des différentes localisations de cancers.

Ainsi, chez les hommes, pour les trois localisations principales, les évolutions des taux standardisés d'admission en ALD divergent en termes d'incidence : forte augmentation pour le cancer de la prostate entre 2000 et 2007 (diminution à partir de 2008-2009), diminution faible mais régulière pour le cancer du poumon, et augmentation faible mais régulière pour le cancer du côlon-rectum.

Chez les femmes, plusieurs localisations (et surtout les trois localisations principales : sein, côlon-rectum et poumon) contribuent à l'augmentation du taux général d'incidence en ALD pour tumeurs : le sein (augmentation du taux d'incidence jusqu'en 2005, puis stabilisation), le côlon-rectum (augmentation régulière) et le poumon (en forte augmentation continue).

Si certaines évolutions, comme celle de l'incidence du cancer du poumon ou des voies aéro-digestives correspondent à l'évolution de comportements individuels (principalement en matière de tabagisme et d'alcoolisme), d'autres évolutions semblent liées soit à des modifications des pratiques de diagnostic ou de dépistage (cas du cancer de la prostate) soit à des modifications de prescriptions médicamenteuses (cas des traitements hormonaux substitutifs dont la diminution de prescription a pu entraîner une baisse probablement temporaire de l'incidence du cancer du sein) [3].

Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour tumeurs sur la période 2000-2014



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

LA MORTALITÉ - CANCERS

EN 2013, 17 860 DÉCÈS PAR CANCERS EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

En 2013, 17 864 décès ont eu pour cause un cancer chez les personnes domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes, soit 11,7% des 152 765 décès enregistrés pour les mêmes causes en France métropolitaine. Les cancers sont ainsi à l'origine de 28% de l'ensemble des décès enregistrés en 2013 dans la région, ils représentent la première cause de mortalité.

Les taux régionaux standardisés de mortalité par cancers, de 325 pour 100 000 hommes et de 165 pour 100 000 femmes, sont inférieurs à ceux observés au niveau national, respectivement 334 et 172. Les taux masculins, dans la région comme en France, sont environ deux fois plus élevés que les taux féminins.

En Auvergne-Rhône-Alpes, 85% des décès par cancers concernent des personnes de 60 ans et plus.

Tous sexes confondus, les cancers ont été longtemps la seconde cause de mortalité (27,4% de l'ensemble des décès en 2000) avant de devenir le premier motif en 2006 (29,1%), devant les maladies cardiovasculaires.

ENTRE 1980 ET 2013, LE TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCERS A DIMINUÉ DE 27% EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Sur cette longue période (34 ans), les effectifs annuels de décès par cancers ont augmenté de 23% chez les hommes et 30% chez les femmes. Compte-tenu des changements démographiques (accroissement et vieillissement de la population), cette situation se traduit par une baisse très forte de la mortalité par cancers : le taux standardisé de mortalité par cancers a baissé de 32% chez les hommes, passant de 476 pour 100 000 hommes en 1980 à 325 en 2013, et de 24% chez les femmes, passant de 218 pour 100 000 femmes en 1980 à 166 en 2013. La même tendance s'observe au niveau national.

Effectifs et taux standardisés de décès par cancers

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	8 456	475,8	74 179	469,2
1990	9 374	467,8	83 902	478,8
2000	9 826	411,7	86 521	425,5
2010	10 243	342,9	89 166	357,8
2013	10 384	325,4	88 515	333,8

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	5 734	218,0	49 720	216,4
1990	6 203	206,0	53 546	207,1
2000	6 687	193,5	56 742	192,3
2010	7 263	171,1	63 043	177,9
2013	7 480	165,8	64 250	172,3

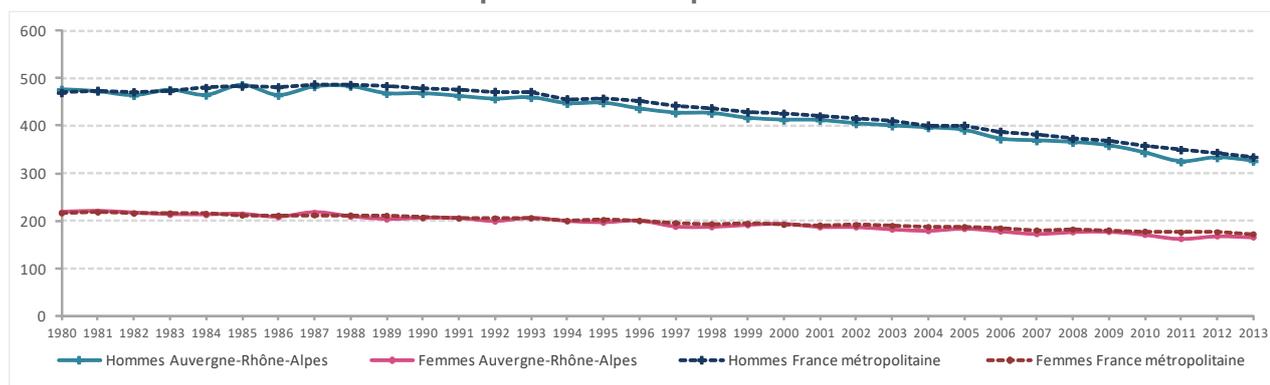
Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

L'évolution régionale des taux standardisés annuels de décès suit de très près la tendance nationale, dans un mouvement de baisse relativement régulier, en moyenne de 0,9% par an sur la longue période.

La mortalité par cancers est toujours plus importante chez les hommes que chez les femmes, à structure d'âge égale, ceci sur toute la période de 1980 à 2013. Cependant l'écart entre les deux taux diminue, passant de 258 points en 1980 à 160 points en 2014. Chez les hommes, la diminution du taux de mortalité par cancers s'accélère en effet à partir de 1995 (-1,8% en moyenne par an, contre -0,4% par an sur la période 1980-1995). Cette réduction de l'écart des taux de mortalité par cancers est attribuée en grande partie à l'évolution inverse des taux de mortalité par cancer du poumon chez les hommes (diminution des taux) et chez les femmes (augmentation des taux).

Évolution du taux standardisé de décès par cancers sur la période 1980-2013



Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Méthode :

Admissions en Affection Longue Durée (ALD) : les cancers correspondent à l'ALD 30

Mortalité : les codes correspondant aux cancers sont

- CIM-9 (de 1980 à 1999) : 140-208
- CIM-10 (de 2000 à 2013) : C00-C97



LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) - DIABÈTE

Le diabète est une maladie métabolique chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone qui régule la concentration de sucre dans le sang (glycémie).

On différencie le diabète de type 1, lié à une déficience d'activité du pancréas (qui apparaît généralement avant 30 ans, de façon rapide, et qui nécessite une prise d'insuline) et le diabète de type 2, plutôt lié à l'alimentation, qui s'installe progressivement et peut rester longtemps asymptomatique. Ce dernier représente environ 92% des cas de diabète, il est traité par des mesures diététiques associées à des médicaments, avec ou sans prise d'insuline.

Le diabète est à l'origine de nombreuses complications sévères : maladies cardio-vasculaires, neuropathie, rétinopathie diabétique, néphropathie diabétique avec insuffisance rénale.

EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, 28 560 NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR DIABÈTE EN 2014, DONT 56% CHEZ DES HOMMES

En 2014, environ 235 400 nouvelles admissions en ALD ont eu pour motif le diabète (diabète de types 1 et 2) en France métropolitaine, et 12% de ces admissions concernaient des habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes assurés aux trois principaux régimes d'assurance maladie (général, agricole, indépendant).

Les taux régionaux standardisés d'admission en ALD pour diabète, de 442 pour 100 000 hommes et de 295 pour 100 000 femmes, sont proches des taux nationaux, respectivement 441 et 294. Au niveau régional, comme au niveau national, les taux masculins sont 1,5 fois supérieurs aux taux féminins.

Parmi l'ensemble de ces admissions en ALD, 62% concernent des personnes de 60 ans et plus. Les personnes en ALD pour diabète sont âgées, à 94%, de 40 ans ou plus.

Le diabète représente près de 16% de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD (17% chez les hommes, 15% chez les femmes, dans la région comme au niveau national). Ces parts en font le troisième motif de mise en ALD.

ENTRE 2000 ET 2014, LE NOMBRE ANNUEL DE NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR DIABÈTE A AUGMENTÉ DE 90% CHEZ LES HOMMES ET DE 70% CHEZ LES FEMMES

Sur une période de 15 ans, alors que les effectifs annuels d'admission en ALD pour diabète augmentaient de 80% dans la région (90% chez les hommes et 70% chez les femmes), les taux standardisés d'incidence des ALD pour diabète passaient de 297 pour 100 000 hommes en 2000 à 442 en 2014 (soit une augmentation de 49%), et de 216 pour 100 000 femmes en 2000 à 295 en 2014 (soit une augmentation de 37%). Les évolutions au niveau national sont du même ordre de grandeur.

Effectifs et taux standardisés d'admission en ALD pour diabète

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	8 489	297,0	71 565	298,1
2005	10 267	323,9	91 115	345,3
2010	14 434	422,6	127 779	450,6
2014	16 083	441,9	132 612	441,5

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	7 360	216,0	62 803	217,4
2005	8 173	219,8	72 409	232,4
2010	11 690	292,6	102 248	306,6
2014	12 477	295,1	102 815	294,2

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes



Les tendances régionales d'évolution des taux standardisés d'admission en ALD pour diabète, de 2000 à 2014, suivent globalement les tendances nationales d'orientation à la hausse. L'évolution observée sur l'ensemble de la période est loin d'être uniforme puisqu'une période de forte croissance démarre en 2004 jusqu'en 2011 (augmentation du taux standardisé de 5% en moyenne par an pour chacun des sexes).

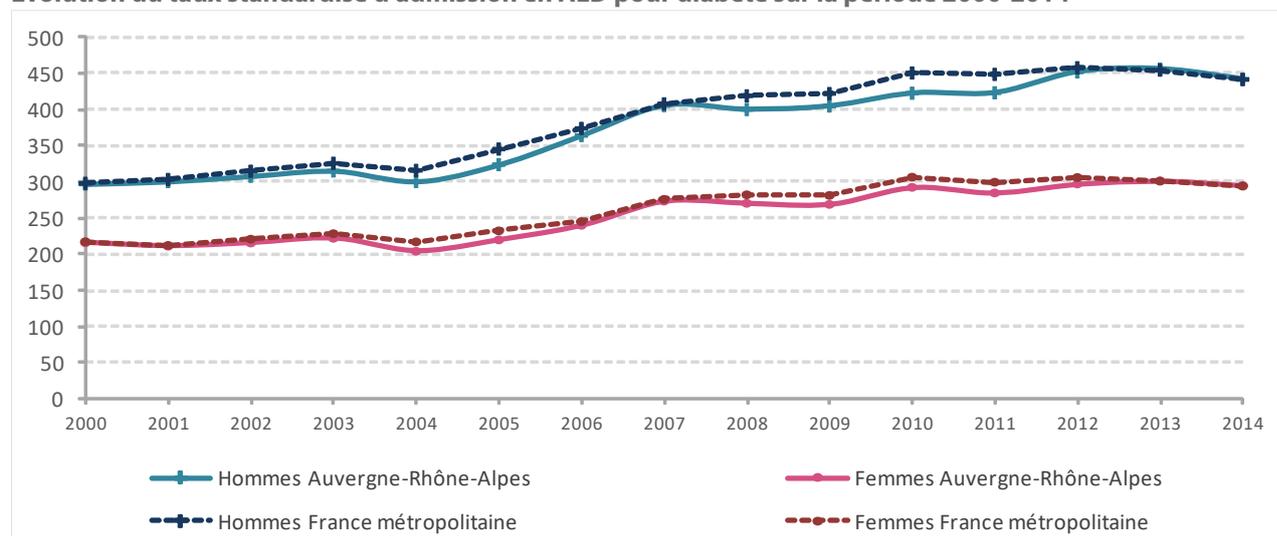
Sur la période récente, de 2012 à 2014, les effectifs et les taux se stabilisent. Le nombre des nouvelles admissions en ALD pour diabète a augmenté seulement de 1,4% sur ces trois années (diminution de 1,1% en France métropolitaine). Quant au taux régional d'incidence, il reste stable sur ces trois années (-1,6%) alors que l'on assiste à une baisse plus importante au niveau national (-3,6%).

L'augmentation des principaux facteurs de risque du diabète de type 2 (obésité et surpoids, sédentarité) est à mettre en parallèle avec les évolutions des admissions en ALD pour diabète. Ainsi l'enquête OBEPI, réalisée tous les trois ans depuis 1997, montre une augmentation très forte de la prévalence de l'obésité dans la population française dans les années 1997-2003 (d'environ 18% tous les trois ans), puis un peu moins forte dans les années 2003-2009 (d'environ 10% tous les trois ans), et beaucoup plus faible entre 2009 et 2012 (+ 3,4%).

La prévalence de l'obésité est par ailleurs jusqu'à deux fois plus élevée dans la population en situation de précarité, et l'augmentation de la précarité, en période de crise économique, conduit également à une aggravation de l'état de santé (et notamment du diabète) chez les personnes les plus précaires.

Les évolutions des taux standardisés chez les hommes et chez les femmes suivent les mêmes tendances.

Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour diabète sur la période 2000-2014



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

LA MORTALITÉ - DIABÈTE

EN 2013, 1 296 DÉCÈS PAR DIABÈTE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Le diabète est rarement une cause directe de décès. En revanche, il peut en être une cause indirecte, par ses complications ou son rôle aggravant. Les décès associés au diabète regroupent tous les décès dont le certificat mentionne un diabète, que ce soit en cause principale ou en cause associée.

En 2013, 1 296 décès ont eu pour cause le diabète chez les personnes domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes, soit 11,6% des 11 172 décès enregistrés pour les mêmes causes en France métropolitaine.

Les taux régionaux standardisés de mortalité par diabète, de 22 pour 100 000 hommes et de 13 pour 100 000 femmes, sont équivalents à ceux observés au niveau national, respectivement 22 et 14. Les taux masculins, dans la région comme en France, sont environ 1,7 fois supérieurs aux taux féminins.

Les décès liés au diabète interviennent à des âges élevés. La totalité des décès survient après 50 ans et une grande majorité touche les personnes de 70 ans et plus (80% chez les hommes et 93% chez les

femmes d'Auvergne-Rhône-Alpes, pourcentages légèrement plus importants qu'au niveau national : respectivement 75% et 90%).

ENTRE 2000 ET 2013, LE TAUX DE MORTALITÉ PAR DIABÈTE A BAISSÉ DE 26% EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Sur cette période de 14 ans, contrairement aux effectifs de décès masculins en augmentation (+10,6%), les effectifs chez les femmes sont en baisse de 3,4%. Compte-tenu des changements démographiques (accroissement et vieillissement de la population), cette situation se traduit par une baisse très forte de la mortalité par diabète : le taux standardisé de mortalité a baissé de 20% chez les hommes, passant de 27,5 pour 100 000 hommes en 2000 à 22,1 en 2013, et de 31% chez les femmes, passant de 19,3 pour 100 000 femmes en 2000 à 13,3 en 2013. La même tendance s'observe au niveau national avec une diminution du taux moins forte pour les femmes (-27,6%).

Effectifs et taux standardisés de décès par diabète

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	585	27,5	4 935	27,3
2003	631	28,7	5 383	28,0
2007	633	25,6	5 121	24,4
2010	584	21,6	5 093	22,3
2013	647	22,1	5 451	22,2

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	672	19,3	5 845	19,5
2003	763	20,9	6 417	20,6
2007	709	17,2	5 832	16,9
2010	647	14,4	5 587	14,8
2013	649	13,3	5 721	14,1

Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

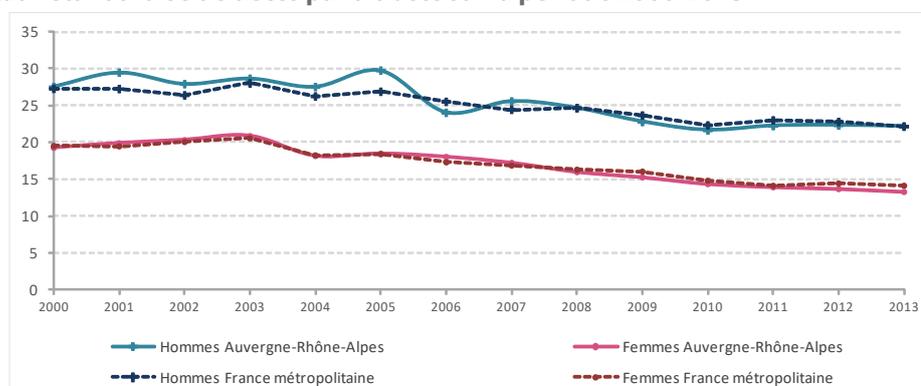
Exploitation ORS Rhône-Alpes

L'évolution régionale des taux standardisés annuels de décès suit de très près la tendance nationale, dans un mouvement de baisse relativement régulier, en moyenne de 2,3% entre 2000 et 2013 (-2,0% en France métropolitaine).

La mortalité liée au diabète est toujours plus importante chez les hommes que chez les femmes, à structure d'âge égale, ceci sur toute la période de 1980 à 2013. L'écart est stable, restant aux alentours des 8 points entre les deux taux.

La répartition des décès entre les hommes et les femmes a toutefois évolué. En 2000, 46,5% des décès concernaient des hommes et 53,5% des femmes alors qu'en 2014 ces deux parts sont à égalité.

Évolution du taux standardisé de décès par diabète sur la période 2000-2013



Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Méthode :

Admissions en Affection de Longue Durée (ALD) : le diabète correspondent à l'ALD 8

Mortalité : les codes correspondant au diabète sont : - CIM-10 (de 2000 à 2013) : E10-E14;O24;G590;G632;H280;H360;I792;M142;N083
Ces codes CIM-10 sont recherchés en causes principales et associées de décès.

**LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) - MALADIES NEUROLOGIQUES**

Les maladies affectant des cellules nerveuses ou neurones demeurent très variées dans leur mode d'expression et sont, pour certaines d'entre elles, associées au vieillissement. Ces maladies comprennent notamment la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, mais également d'autres pathologies comme l'épilepsie, la sclérose latérale amyotrophique ou différents troubles sensitivo-moteurs.

Certaines de ces maladies ont bénéficié ces dernières années de nouveaux traitements qui contribuent à améliorer la qualité de vie des malades. Mieux connues et mieux repérées, leur fréquence apparaît en croissance.

EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, 16 780 NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES NEUROLOGIQUES EN 2014, DONT 59% CHEZ DES FEMMES

En 2014, environ 137 600 nouvelles admissions en ALD ont eu pour motif une maladie neurologique en France métropolitaine, et 12% de ces admissions concernaient des habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes assurés aux trois principaux régimes d'assurance maladie (général, agricole, indépendant).

Les taux régionaux standardisés d'admission en ALD pour les maladies neurologiques, de 211 pour 100 000 hommes et de 212 pour 100 000 femmes, sont proches des taux nationaux, respectivement 205 et 214. Au niveau régional, comme au niveau national, les taux masculins sont très proches des taux féminins.

Parmi l'ensemble de ces admissions en ALD, 70% concernent des personnes de 70 ans et plus (76% chez les femmes et 61% chez les hommes).

Les maladies neurologiques représentent près de 9,4% de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD (7,3% chez les hommes et 11,6% chez les femmes, dans la région comme au niveau national).

ENTRE 2005 ET 2014, LE NOMBRE ANNUEL DE NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES NEUROLOGIQUES A AUGMENTÉ DE 71% CHEZ LES HOMMES ET DE 53% CHEZ LES FEMMES

Sur une période de 10 ans, alors que les effectifs annuels d'admission en ALD pour maladies neurologiques augmentaient de 59,7% dans la région (71% chez les hommes et 53% chez les femmes), les taux standardisés d'incidence des ALD pour maladies neurologiques passaient de 154 pour 100 000 hommes en 2005 à 211 en 2014 (soit une augmentation de 37%) et de 171 pour 100 000 femmes à 212 soit une augmentation de 24%). Les évolutions au niveau national sont du même ordre de grandeur. Davantage de femmes sont touchées par une maladie neurologique (59,5%) que d'hommes (40,5%).

Effectifs et taux standardisés d'admission en ALD pour maladies neurologiques

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2005	3 983	154,2	33 351	152,0
2008	4 779	169,1	39 921	168,6
2011	5 759	190,9	47 131	188,3
2014	6 800	211,3	54 352	204,6

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2005	6 524	171,3	55 393	171,1
2008	7 737	184,7	65 080	185,5
2011	8 876	199,0	74 628	200,7
2014	9 982	212,1	83 288	213,7

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

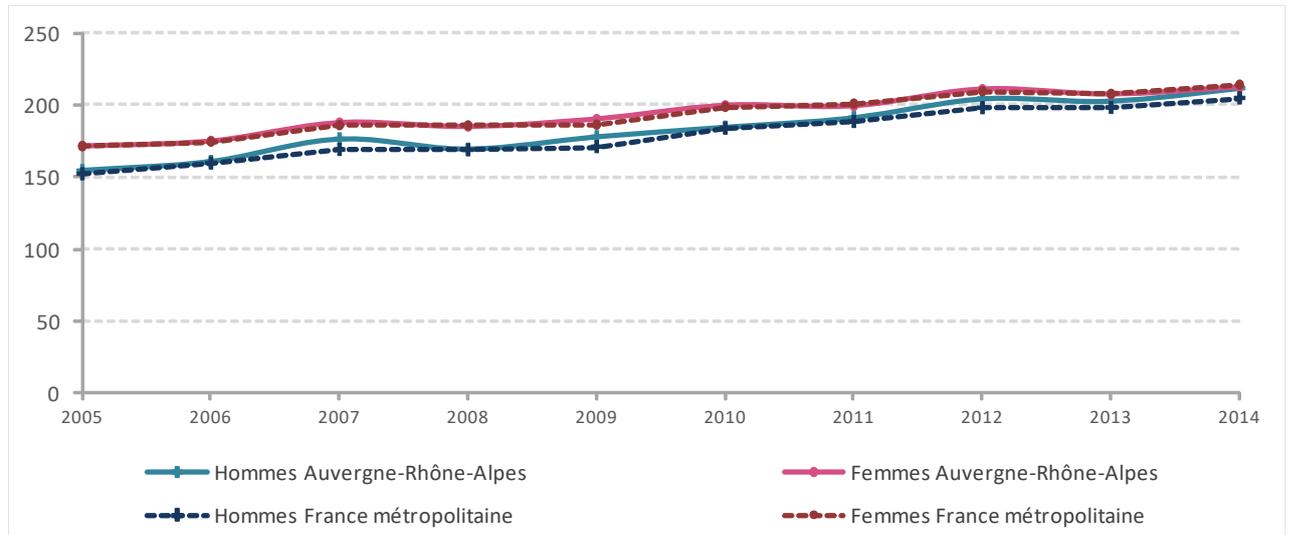
Les tendances régionales d'évolution des taux standardisés d'admission en ALD pour maladies neurologiques, de 2005 à 2014, suivent très fortement les tendances nationales.

Les taux standardisés des femmes sont légèrement supérieurs à ceux des hommes entre 2005 et 2011, avec des taux de 154 pour les hommes et 171 pour les femmes en 2005. A partir de 2012, les taux standardisés



des hommes se rapprochent de ceux des femmes. En 2014, les taux standardisés des hommes et des femmes sont devenus très proches.

Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour maladies neurologiques sur la période 2005-2014



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Taux standardisés pour 100 000 habitants

LA MORTALITÉ - MALADIES NEUROLOGIQUES ET ORGANES DES SENS

EN 2013, 4 400 DÉCÈS PAR MALADIES NEUROLOGIQUES EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

En 2013, 4 422 décès ont eu pour cause une maladie neurologique chez les personnes domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes, soit 12,6% des 35 000 décès enregistrés pour les mêmes causes en France métropolitaine.

Les taux régionaux standardisés de mortalité par maladies neurologiques, de 61 pour 100 000 hommes et de 54 pour 100 000 femmes, sont légèrement supérieurs à ceux observés au niveau national, respectivement 57 et 52. Les taux masculins, dans la région comme en France, sont un peu supérieurs aux taux féminins. En Auvergne-Rhône-Alpes, 84% des décès par maladies neurologiques concernent des personnes de 75 ans et plus. Cette part est plus importante chez les femmes (89%) que chez les hommes (76,6%).

Tous sexes confondus, la mortalité par maladies neurologiques représente seulement 2% de l'ensemble des décès en 1980, avant d'augmenter et de passer à 6,9% en 2013 (5,4% chez les hommes et 8,5% chez les femmes).

ENTRE 1980 ET 2013, LE TAUX DE MORTALITÉ PAR MALADIES NEUROLOGIQUES A DOUBLÉ EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Sur cette longue période (34 ans), les effectifs annuels de décès pour maladies neurologiques ont plus que triplé pour les hommes, passant de 568 en 1980 à 1 735 en 2013. Les effectifs annuels de décès pour maladies neurologiques pour les femmes ont été multipliés par 4, passant de 634 en 1980 à 2 687 en 2013 dans la région. En France métropolitaine, les effectifs des décès masculins ont doublé et ceux des décès féminins ont triplé. Compte-tenu des changements démographiques (accroissement et vieillissement de la population), cette situation se traduit par une augmentation très forte de la mortalité par maladies neurologiques : le taux standardisé de mortalité a augmenté de 85% chez les hommes, passant de 33 pour 100 000 hommes en 1980 à 61 en 2013, et de 123% chez les femmes, passant de 24 pour 100 000 femmes en 1980 à 54 en 2013. Au niveau national, le taux standardisé de mortalité a augmenté de 52% chez les hommes et de 94% chez les femmes.

Effectifs et taux standardisés de décès par maladies neurologiques (et des organes des sens)

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	568	33,1	5 416	37,6
1990	662	35,9	5 407	33,1
2000	1 058	51,1	8 741	49,2
2010	1 531	59,7	12 635	58,0
2013	1 735	61,2	13 480	57,1

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	634	24,1	6 005	26,9
1990	696	22,9	5 865	22,5
2000	1 355	38,5	11 306	37,8
2010	2 464	54,3	19 575	51,4
2013	2 687	53,9	21 555	52,1

Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

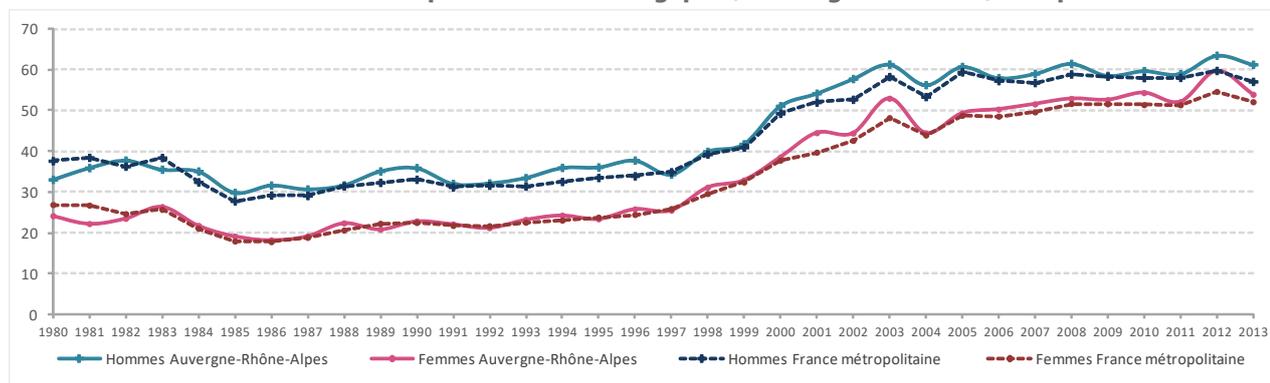
Exploitation ORS Rhône-Alpes

L'évolution régionale des taux standardisés annuels de décès suit de très près la tendance nationale, augmentant en trois périodes distinctes. De 1980 à 1997, l'évolution reste stable. Les taux augmentent ensuite progressivement d'environ 20 points jusqu'en 2003 et connaissent une nouvelle période d'accroissement de 2004 à 2013.

La mortalité par maladies neurologiques est toujours plus importante chez les hommes que chez les femmes, à structure d'âge égale, ceci sur toute la période de 1980 à 2013. Cependant l'écart entre les deux taux se réduit, passant de 37 points en 1980 à 7 points en 2014.

La part des décès par maladies neurologiques chez les hommes de 75 ans et plus a augmenté, passant de 37,7% en 1980 à 76,6% en 2013. Chez les femmes cette évolution est moins importante : de 61% en 1980 à 88,9% en 2013.

Évolution du taux standardisé de décès par maladies neurologiques (et des organes des sens) sur la période 1980-2013



Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Méthode :

Admissions en Affection de Longue Durée (ALD) : les maladies neurologiques sont le regroupement des ALD suivantes :

- ALD 9 : Affections neurologiques et musculaires, épilepsie
- ALD 15 : Maladie d'Alzheimer, autres démences (depuis 2005)
- ALD 16 : Maladie de Parkinson
- ALD 20 : Paraplégie
- ALD 25 : Sclérose en plaques

La série d'évolution commence en 2005. Précédemment l'ALD 15 concernait la lèpre.

Mortalité : les codes correspondant aux maladies neurologiques et des organes des sens sont :

- CIM-9 (de 1980 à 1999) : 320-389
- CIM-10 (de 2000 à 2013) : G00-H95

**LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) - MALADIES RESPIRATOIRES**

Les maladies respiratoires regroupent des affections très fréquentes qui peuvent être aiguës, essentiellement d'origine infectieuse (bronchite aiguë, pneumonie, pathologie des voies supérieures), mais aussi souvent d'évolution chronique, comme la bronchite chronique ou l'asthme.

Les maladies respiratoires sont représentées en affection longue durée par l'insuffisance respiratoire (ALD 14). Ces admissions se font en cas d'insuffisance respiratoire sévère consécutive principalement à une maladie asthmatique ou à une maladie chronique obstructive évoluée. Pour la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), la Haute Autorité de Santé (HAS) a fait évoluer en 2006 le guide médecin ALD vers un guide du parcours de soins BPCO, qui préconise une approche globale dès le diagnostic et plus seulement dès le seuil de gravité demandant l'entrée en ALD.

EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, 5 020 NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES RESPIRATOIRES EN 2014

En 2014, environ 49 000 nouvelles admissions en ALD ont eu pour motif une maladie respiratoire en France métropolitaine, et 10% de ces admissions concernaient des habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes assurés aux trois principaux régimes d'assurance maladie (général, agricole, indépendant).

Les taux régionaux standardisés d'admission en ALD pour maladies respiratoires, de 77,3 pour 100 000 hommes et de 54,1 pour 100 000 femmes, sont bien inférieurs aux taux nationaux, respectivement 91,4 et 63,6. Au niveau régional, comme au niveau national, les taux masculins sont 1,4 fois supérieurs aux taux féminins. Parmi ces admissions en ALD, 83% concernent des personnes de 50 ans et plus, et 6% des enfants de moins de 15 ans dans la région (9% en France métropolitaine).

Les maladies respiratoires représentent près de 3% de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD (2,9% chez les hommes, 2,7% chez les femmes), dans la région comme au niveau national.

ENTRE 2000 ET 2014, LE NOMBRE ANNUEL DE NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES RESPIRATOIRES A AUGMENTÉ DE 54% CHEZ LES FEMMES ET DE 21% CHEZ LES HOMMES

Sur une période de 15 ans, alors que les effectifs annuels d'admission en ALD pour maladies respiratoires augmentaient de 34% dans la région (21% chez les hommes et 54% chez les femmes), les taux standardisés d'incidence des ALD pour maladies respiratoires passaient de 85,2 pour 100 000 hommes en 2000 à 77,3 en 2014 (soit une diminution de 9,3%) et de 44,1 pour 100 000 femmes à 54,1 (soit une augmentation de 22,6%). La part des admissions concernant les hommes et les femmes a évolué ces dernières années. En 2000, 59% des admissions en ALD pour maladies respiratoires concernaient des hommes contre 53% en 2014.

Effectifs et taux standardisés d'admission en ALD

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	2 209	85,2	20 798	92,1
2005	1 857	63,3	18 252	73,0
2010	2 657	83,3	26 551	98,4
2014	2 665	77,3	26 329	91,4

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	1 525	44,1	15 427	52,4
2005	1 410	37,3	13 688	43,1
2010	2 171	53,0	22 413	66,0
2014	2 354	54,1	22 676	63,6

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

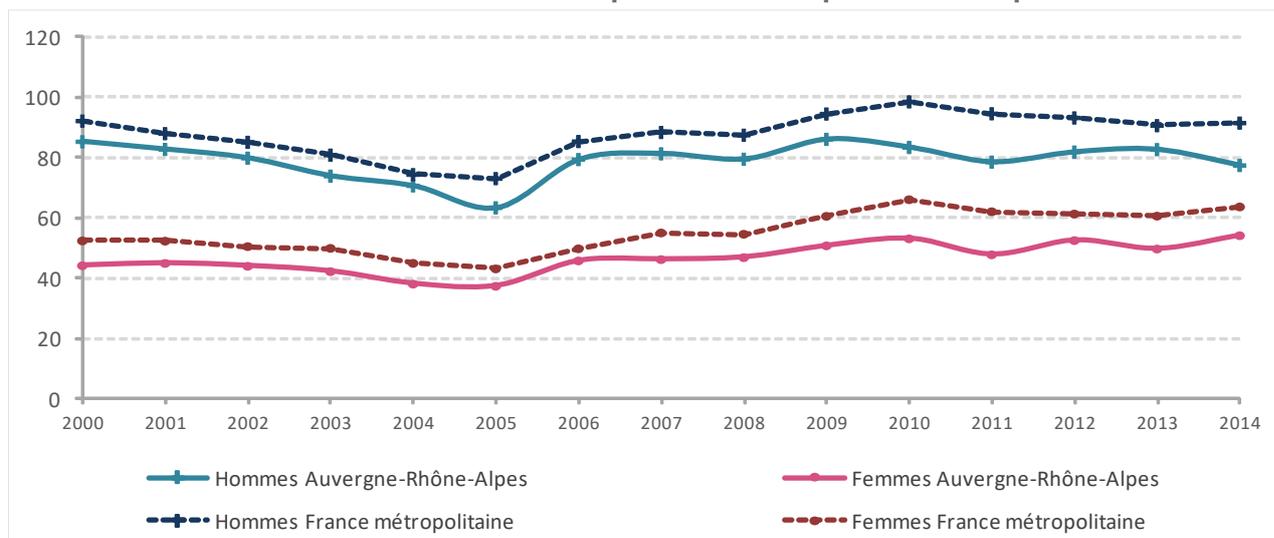
Les taux régionaux standardisés d'admission en ALD pour maladies respiratoires sont inférieurs à ceux de la France métropolitaine. L'écart entre les taux régionaux et nationaux, sur la période 2000-2005, en

moyenne de 6 points chez les hommes et de 7 points chez les femmes s'est accentué sur la période 2010-2014 : 13 points pour les taux masculins et 11 pour les taux féminins.

Les taux d'incidence masculins restent inférieurs aux taux féminins sur la période 2000-2014, mais la tendance est à la réduction de l'écart (41 points d'écart en 2000, 23 en 2014).

Sur la période récente, 2012 à 2014, le nombre annuel des nouvelles admissions en ALD pour maladies respiratoires a augmenté de 6% chez les femmes, comme en France métropolitaine, et le taux standardisé d'incidence de 3,9% (contre 3,1% en France métropolitaine). Chez les hommes, les effectifs régionaux ont baissé de 1,9% sur la même période, alors qu'ils augmentaient de 2,1% en France métropolitaine, et les taux d'incidence masculins ont baissé de 5,5% dans la région, contre 1,8% au niveau national. La BPCO, importante maladie respiratoire, étant fortement liée au tabagisme, l'évolution des taux d'admission en ALD pour insuffisance respiratoire est à mettre en parallèle avec l'évolution du tabagisme chez les hommes (diminution) et chez les femmes (augmentation).

Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour maladies respiratoires sur la période 2000-2014



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

LA MORTALITÉ - MALADIES RESPIRATOIRES

EN 2013, 4 146 DÉCÈS PAR MALADIES RESPIRATOIRES EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

En 2013, 4 146 décès ont eu pour cause de décès une maladie respiratoire chez les personnes domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes, soit 11,2% des 36 842 décès enregistrés pour les mêmes causes en France métropolitaine. Les maladies respiratoires sont ainsi à l'origine de près de 7% de l'ensemble des décès enregistrés en 2013 dans la région.

Les taux régionaux standardisés de mortalité par maladies respiratoires, de 78,1 pour 100 000 hommes et de 39,4 pour 100 000 femmes, sont inférieurs à ceux observés au niveau national, respectivement 81,7 et 42,9. Les taux masculins, dans la région comme en France, sont 2 fois supérieurs aux taux féminins.

En Auvergne-Rhône-Alpes, 89% des décès par maladies respiratoires concernent des personnes de 70 ans et plus. Cette part est plus importante chez les femmes (94%) que chez les hommes (85%).

ENTRE 1980 ET 2013, LE TAUX DE MORTALITÉ PAR MALADIES RESPIRATOIRES A CHUTÉ DE 49% EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Sur cette longue période (34 ans), les effectifs annuels de décès par maladies respiratoires ont augmenté de 5,5% chez les hommes et 15,1% chez les femmes. Cette différence est plus importante sur le territoire national avec des augmentations respectives de 0,2% et 24,3%. La population régionale ayant augmenté

durant cette période de 24% et les décès survenant plus tardivement, cette situation se traduit par une baisse très nette de la mortalité par maladies respiratoires : le taux standardisé de mortalité a ainsi chuté de 52% chez les hommes, passant de 162,4 pour 100 000 hommes en 1980 à 78,1 en 2013, et de 48% chez les femmes, passant de 75,9 pour 100 000 femmes en 1980 à 39,4 en 2013. Cette tendance s'observe au niveau national mais la baisse est moins forte chez les femmes (-40% pour les taux féminins et -51% pour les taux masculins).

Effectifs et taux standardisés de décès par maladies respiratoires

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	2 059	162,4	18 951	165,3
1990	2 458	164,6	19 751	149,2
2000	2 020	110,0	18 283	113,6
2010	1 986	77,4	17 133	80,1
2013	2 173	78,1	18 998	81,7

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	1 714	75,9	14 357	71,7
1990	2 366	81,2	18 249	72,9
2000	2 013	55,9	17 330	56,7
2010	1 664	36,7	14 794	38,7
2013	1 973	39,4	17 844	42,9

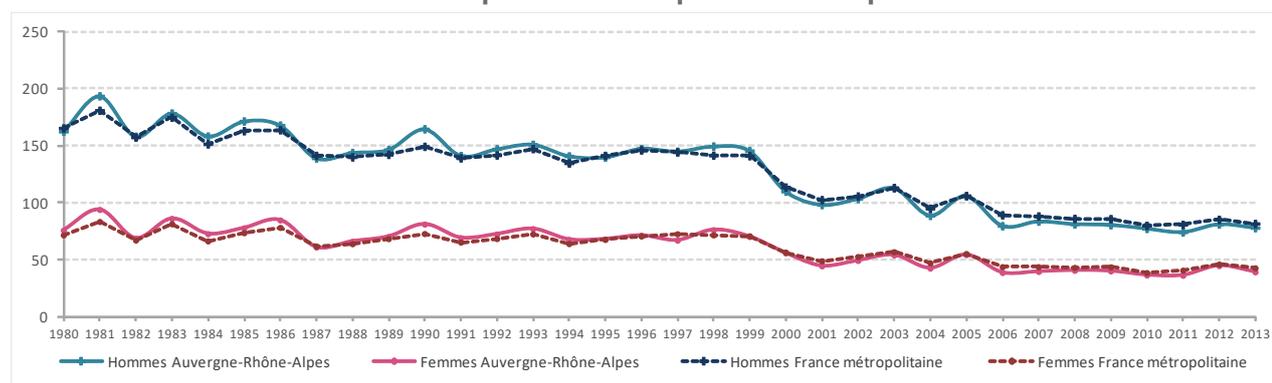
Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Sur cette période de 34 ans, la mortalité par maladies respiratoires est toujours plus importante chez les hommes que chez les femmes, à structure d'âge égale. Cependant l'écart entre les deux taux se réduit, passant de 86 points en 1980 à 39 points en 2014.

Pour les deux sexes, l'évolution des taux standardisés de mortalité est globalement en baisse, mais de façon non régulière, jusqu'en 2006. Une stabilisation s'effectue à partir de cette date. En effet, le taux d'accroissement annuel moyen devient alors proche de zéro (-0,3% chez les hommes et 0,2% chez les femmes). Par ailleurs, la baisse rapide des taux entre 1999 et 2001 résulte certainement d'un changement dans la Classification internationale des maladies (CIM) utilisée pour le codage des maladies respiratoires. Suite au passage de la CIM9 à la CIM10 en 2000, plusieurs pathologies initialement codées en maladies respiratoires ont été reclassées dans d'autres groupes de maladies, privilégiant un classement selon le processus physiopathologique de la maladie plutôt que selon l'organe touché (ex : maladie infectieuse au lieu de maladie de l'appareil respiratoire).

Évolution du taux standardisé de décès par maladies respiratoires sur la période 1980-2013



Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Méthode :

Admissions en Affection de Longue Durée : les maladies respiratoires correspondent à l'ALD 14, insuffisance respiratoire

Mortalité : les codes correspondant aux maladies respiratoires sont :

- CIM-9 (de 1980 à 1999) : 460-519
- CIM-10 (de 2000 à 2013) : J00-J99



**LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) - MALADIES DIGESTIVES**

Les maladies digestives regroupent l'ensemble des altérations du fonctionnement du système gastro-intestinal et du foie. Elles peuvent être aiguës ou chroniques. Certaines sont des affections sévères, d'autres sont de moindre sévérité mais peuvent altérer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes. Les facteurs de risque sont aussi divers que les pathologies en cause et peuvent être en lien avec l'environnement, le mode de vie, ou être d'origine génétique.

LES MALADIES DIGESTIVES REPRÉSENTENT UNE FAIBLE PART DES NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD CHAQUE ANNÉE

En 2014, environ 37 400 nouvelles admissions en ALD ont eu pour motif une maladie digestive en France métropolitaine, et 10,4% de ces admissions (soit 3 895 admissions) concernaient des habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes assurés aux trois principaux régimes d'assurance maladie (général, agricole, indépendant). Les taux régionaux standardisés d'admission en ALD pour maladies digestives, de 60,4 pour 100 000 hommes et de 40,5 pour 100 000 femmes, sont inférieurs aux taux nationaux, respectivement 69,9 et 47,7. Au niveau régional, comme au niveau national, les taux masculins sont 1,5 fois supérieurs aux taux féminins. Parmi l'ensemble de ces admissions en ALD, 69% concernent des personnes de 40 ans et plus. Une forte augmentation d'admission est observée à partir de 55 ans. Les maladies digestives représentent seulement 2% de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD (2,5% chez les hommes, 1,9% chez les femmes), dans la région comme au niveau national.

ENTRE 2000 ET 2014, LE NOMBRE ANNUEL DE NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES DIGESTIVES A AUGMENTÉ DE 26% CHEZ LES HOMMES ET DE 34% CHEZ LES FEMMES

Sur une période de 15 ans, alors que les effectifs annuels d'admission en ALD pour maladies digestives augmentaient de 29% dans la région (26% chez les hommes et 34% chez les femmes), les taux standardisés d'incidence des ALD pour maladies digestives passaient de 55 pour 100 000 hommes en 2000 à 60 en 2014 (soit une augmentation de 9%) et de 34 pour 100 000 femmes à 40 (soit une augmentation de 19%, double de celle observée chez les hommes). Les hausses des taux régionaux sont inférieures aux hausses nationales.

Effectifs et taux standardisés d'admission en ALD pour maladies digestives

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	1 801	55,5	16 562	60,4
2005	1 930	55,3	18 340	62,8
2010	2 077	57,0	20 716	68,7
2014	2 273	60,4	21 611	69,9

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	1 210	33,9	11 906	39,7
2005	1 248	33,2	13 232	42,1
2010	1 429	36,8	14 727	45,4
2014	1 622	40,5	15 783	47,7

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)

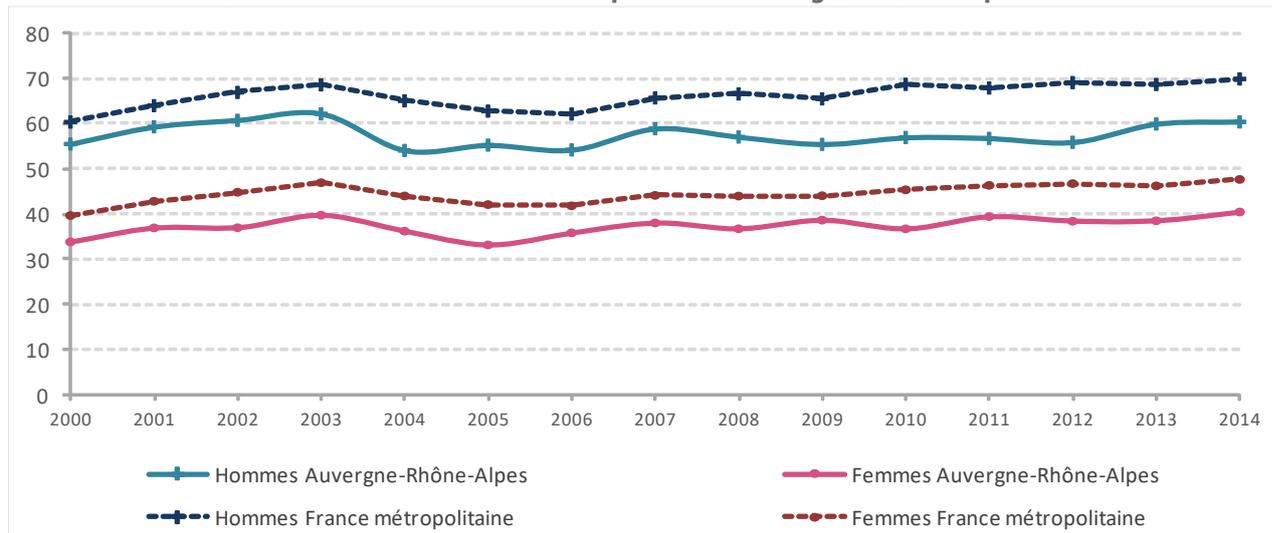
Exploitation ORS Rhône-Alpes

Taux standardisés pour 100 000 habitants

S'ils suivent la tendance d'évolution nationale, les taux régionaux standardisés d'admission en ALD pour maladies digestives, de 2000 à 2014, se situent à un niveau inférieur, avec un écart d'environ 8 points. L'évolution observée sur l'ensemble de la période est plutôt uniforme.

Les évolutions des taux standardisés chez les hommes et chez les femmes suivent les mêmes tendances, avec des taux masculins toujours supérieurs aux taux féminins.

Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour maladies digestives sur la période 2000-2014



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

LA MORTALITÉ - MALADIES DIGESTIVES

EN 2013, 2 500 DÉCÈS PAR MALADIES DIGESTIVES EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

En 2013, 2 513 décès ont eu pour cause une maladie digestive chez les personnes domiciliées en Auvergne-Rhône-Alpes, soit 11% des 22 400 décès enregistrés pour les mêmes causes en France métropolitaine. Les taux régionaux standardisés de mortalité par maladies digestives, de 43,4 pour 100 000 hommes et de 24,1 pour 100 000 femmes, sont inférieurs à ceux observés au niveau national, respectivement 46,2 et 26,2. Les taux masculins, dans la région comme en France, sont environ 1,8 fois supérieurs aux taux féminins.

En Auvergne-Rhône-Alpes, 79% des décès par maladies digestives concernent des personnes de 65 ans et plus. Cette part est plus importante chez les femmes (90%) que chez les hommes (70%).

Tous sexes confondus, les maladies digestives ne constituent qu'une faible part des causes de décès (3,9% en 2013).

ENTRE 1980 ET 2013, LE TAUX DE MORTALITÉ PAR MALADIES DIGESTIVES A CHUTÉ DE 67% EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

Sur cette longue période (34 ans), les effectifs annuels de décès pour maladies digestives ont chuté de 44% pour les hommes et de 31% pour les femmes dans la région. Compte-tenu des changements démographiques (accroissement et vieillissement de la population), cette situation se traduit par une baisse très forte de la mortalité par maladies digestives : le taux standardisé de mortalité a chuté de 68% chez les hommes, passant de 135 pour 100 000 hommes en 1980 à 43 en 2013, et de 65% chez les femmes, passant de 69 pour 100 000 femmes en 1980 à 24 en 2013. La même tendance s'observe au niveau national.

Effectifs et taux standardisés de décès par maladies digestives

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	2 420	135,4	19 982	127,7
1990	1 693	89,1	14 430	84,8
2000	1 414	61,6	12 549	62,6
2010	1 456	50,8	12 604	51,3
2013	1 343	43,4	12 060	46,2

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	1 700	69,3	15 566	71,2
1990	1 306	44,3	12 568	49,6
2000	1 113	31,5	11 102	37,1
2010	1 163	26,2	10 774	29,2
2013	1 170	24,1	10 384	26,2

Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

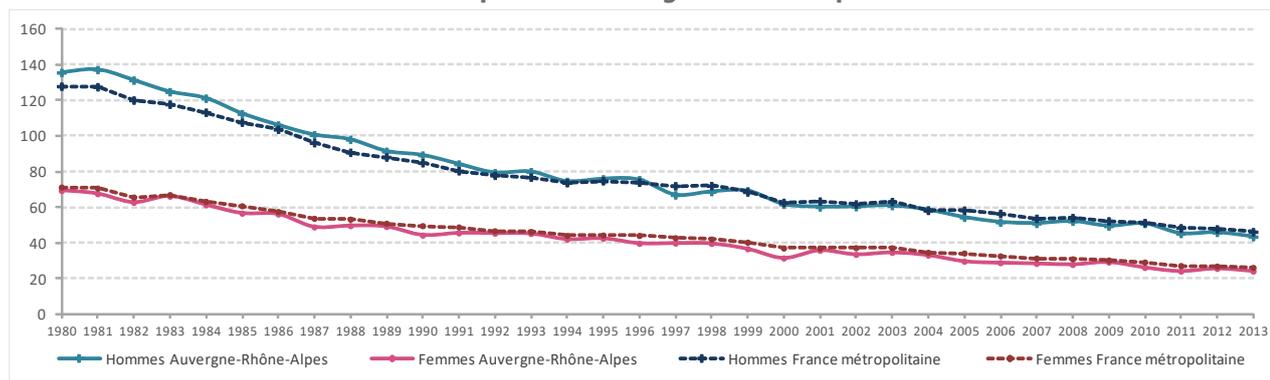
Exploitation ORS Rhône-Alpes

L'évolution régionale des taux standardisés annuels de décès suit de très près la tendance nationale, dans un mouvement de baisse continue, en moyenne de 3,3% sur la longue période.

La mortalité par maladies digestives est toujours plus importante chez les hommes que chez les femmes, à structure d'âge égale, ceci sur toute la période de 1980 à 2013. Cependant l'écart entre les deux taux se réduit, passant de 66 points en 1980 à 19 points en 2013. En 1980, 59% des décès par maladies digestives étaient des décès masculins, contre 53% en 2013.

La part des décès par maladies digestives chez les personnes de 65 ans et plus a augmenté, passant chez les hommes de 59% en 1980 à 70% en 2013, et chez les femmes de 81% en 1980 à 90% en 2013.

Évolution du taux standardisé de décès par maladies digestives sur la période 1980-2013



Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes



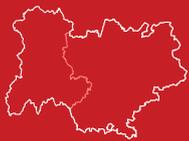
Méthode :

Admissions en Affection de Longue Durée (ALD) : les maladies digestives sont le regroupement des ALD suivantes :

- ALD 6 : maladie du foie, cirrhose
- ALD 24 : Rectocolite hémorragique, maladie de Crohn

Mortalité : les codes correspondant aux maladies digestives sont :

- CIM-9 (de 1980 à 1999) : 520-579
- CIM-10 (de 2000 à 2013) : K00-K93

**LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE (ALD) - MALADIES RHUMATOLOGIQUES**

Les maladies rhumatologiques comprennent un ensemble de maladies pouvant devenir très invalidantes telles que la polyarthrite rhumatoïde, la scoliose structurale évolutive, la spondylarthrite ankylosante. La rhumatologie s'intéresse au diagnostic et au traitement des maladies de l'appareil locomoteur, c'est à dire des maladies des os, des articulations, des muscles, des tendons et des ligaments, mais également certaines affections neurologiques périphériques comme la sciatique et l'ensemble des rhumatismes inflammatoires, maladies auto-immunes qui peuvent avoir de nombreuses manifestations extra-articulaires (peau, oeil, rein, poulons, etc...). Elles sont souvent sous-estimées, quelquefois mal diagnostiquées et mal traitées. Leur impact individuel est considérable et diminue gravement la qualité de vie.

EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES, 7 170 NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES RHUMATOLOGIQUES EN 2014, DONT PRÈS DE 70% CHEZ LES MOINS DE 65 ANS

En 2014, environ 51 240 nouvelles admissions en ALD ont eu pour motif une maladie rhumatologique en France métropolitaine, et 14% de ces admissions concernaient des habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes assurés aux trois principaux régimes d'assurance maladie (général, agricole, indépendant).

Les taux régionaux standardisés d'admission en ALD pour maladies rhumatologiques, de 61,6 pour 100 000 hommes et de 120,7 pour 100 000 femmes, sont bien supérieurs aux taux nationaux, respectivement 54,0 et 103,6 pour 100 000. Au niveau régional, comme au niveau national, les taux féminins sont deux fois supérieurs aux taux masculins. Parmi ces admissions en ALD, 69% concernent des personnes de moins de 65 ans, et 11% des enfants de moins de 15 ans (13,5% chez les femmes et 5,2% chez les hommes).

Les maladies rhumatologiques représentent en 2014 près de 4% de l'ensemble des nouvelles admissions en ALD dans la région (2,4% chez les hommes, 5,7% chez les femmes), parts supérieures à celles observées au niveau national (2,1% et 4,9%).

ENTRE 2000 ET 2014, LE NOMBRE ANNUEL DE NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR MALADIES RHUMATOLOGIQUES A PLUS QUE DOUBLÉ, COMME LES TAUX D'INCIDENCE

Sur une période de 15 ans, les effectifs de nouvelles admissions en ALD ont plus que doublé (augmentation de 134% chez les hommes et de 138% chez les femmes). Les taux standardisés d'incidence des ALD suivent la même évolution, passant de 31,4 pour 100 000 hommes en 2000 à 61,6 en 2014 (+96,5%), et de 58,6 pour 100 000 femmes à 120,4 (+106%). Les évolutions au niveau national sont moins marquées surtout chez les femmes.

Effectifs et taux standardisés d'admission en ALD pour maladies rhumatologiques

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	966	31,4	7 617	29,5
2005	1 157	34,3	8 941	31,7
2010	1 718	48,6	12 798	43,7
2014	2 260	61,6	16 269	54,0

Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	2 068	58,6	16 725	56,2
2005	2 371	63,2	19 154	60,9
2010	3 353	85,7	25 981	79,5
2014	4 911	120,7	34 973	103,6

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

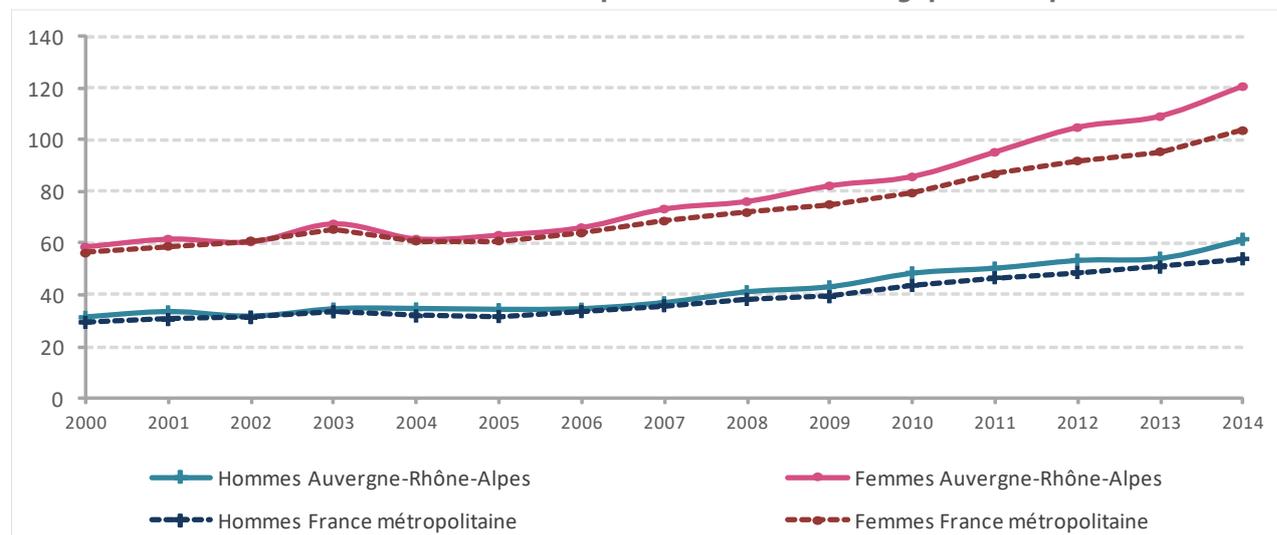
Exploitation ORS Rhône-Alpes

Les tendances régionales d'évolution des taux standardisés d'admission en ALD pour maladies rhumatologiques, de 2000 à 2014, suivent les taux nationaux en ce qui concerne les hommes, avec un léger décrochage à partir de 2009 (4,9 points de différence en moyenne par an entre 2010 et 2014). Chez les femmes, l'évolution connaît une tendance à la hausse, avec une augmentation plus rapide

en région. Dès 2007, les taux régionaux standardisés féminins sont plus élevés que les taux nationaux (respectivement 73 et 69 pour 100 000 femmes), soit un écart de 4 points. En 2014, cet écart s'est accru jusqu'à atteindre 17 points (taux de 120,7 en région et de 103,6 en France métropolitaine).

Sur la période récente, 2012 à 2014, le nombre annuel des nouvelles admissions en ALD pour maladies rhumatologiques a augmenté de 8,3% en moyenne par an. Quant au taux d'incidence, il s'accroît de 7,2% dans la région, contre 5,9% en France métropolitaine.

Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour maladies rhumatologiques sur la période 2000-2014



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Méthode :

Admissions en Affections Longue Durée : les maladies rhumatologiques sont le regroupement des ALD suivantes :

- ALD 21 : Périartérite noueuse, lupus érythémateux, sclérodermie
- ALD 22 : Polyarthrite rhumatoïde
- ALD 26 : Scoliose structurale évolutive
- ALD 27 : Spondylarthrite ankylosante



LE VIH

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est un rétrovirus qui s'attaque aux cellules du système immunitaire et les détruit ou les rend inefficaces. Aux premiers stades de l'infection, le sujet ne présente pas de symptômes. Cependant, l'évolution de l'infection entraîne un affaiblissement du système immunitaire et une vulnérabilité accrue aux infections opportunistes. Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est le dernier stade de l'infection à VIH. Il peut se déclarer au bout de 10 à 15 ans. Les antirétroviraux permettent de ralentir son évolution. Cette maladie est à déclaration obligatoire.

PRÈS DE 7 000 NOUVELLES CONTAMINATIONS VIH CHAQUE ANNÉE EN FRANCE

L'Institut de veille sanitaire (Santé publique France) publie régulièrement des estimations sur l'infection à VIH en France, à partir de différents systèmes de surveillance, notamment les déclarations obligatoires de maladies. D'après le point épidémiologique de l'InVS de novembre 2015 [17], le nombre de nouvelles personnes contaminées sur l'année 2012 est estimé à 6 900 pour l'ensemble de la France. Après une diminution des nouveaux cas jusqu'en 2010, leur nombre s'est stabilisé sur les années 2010-2012. La population la plus touchée reste les hommes qui ont une relation avec d'autres hommes (HSH), avec une incidence estimée à 3 800 cas en 2012. En France, le nombre de découvertes de séropositivité est estimé à près de 6 600 cas en 2014 (nombre stable depuis 2007).

750 NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR VIH EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

En 2014, environ 8 500 nouvelles admissions en ALD pour VIH ont été attribuées en France métropolitaine, dont 779 en Auvergne-Rhône-Alpes.

En termes de prévalence du VIH, fin 2014, 9 600 habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes assurés aux trois principaux régimes d'assurance maladie (général, agricole, indépendant) sont actuellement pris en charge par une ALD pour VIH (119 400 personnes le sont en France métropolitaine).

Sur une période de 15 ans, les effectifs d'admission pour VIH ont augmenté de 53% chez les hommes et ont doublé chez les femmes. Les évolutions des taux sont équivalentes pour les deux sexes. En France métropolitaine, elles sont moins fortes : 34% et 37% pour les effectifs, 31% et 36% pour les taux standardisés.

La répartition par sexe montre que ces admissions concernent à 67,5% les hommes. Cette part a baissé depuis 2000 puisqu'elle s'élevait à 73,7%.

Effectifs et taux standardisés d'admission en ALD pour VIH

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	330	9,0	4 223	13,8
2005	412	11,0	5 049	16,2
2010	461	12,2	5 465	17,4
2014	526	13,6	5 676	18,1

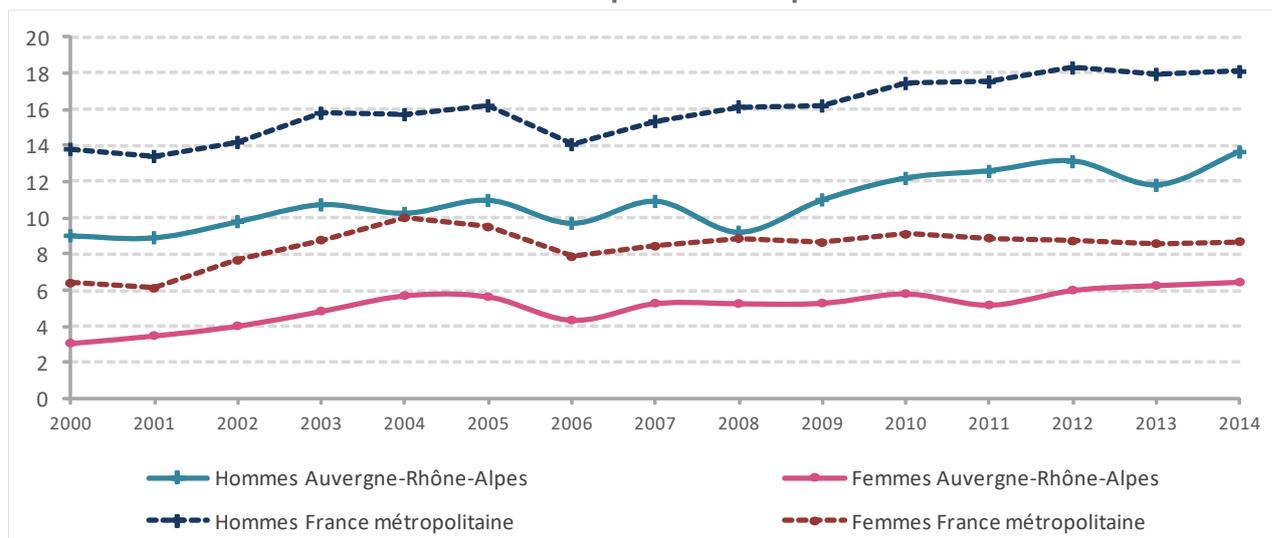
Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2000	118	3,1	2 033	6,4
2005	215	5,7	3 025	9,5
2010	224	5,8	2 901	9,1
2014	253	6,5	2 781	8,7

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Les tendances régionales d'évolution des taux standardisés d'admission en ALD pour VIH, de 2000 à 2014, suivent globalement les tendances nationales. Cependant les taux régionaux sont nettement en deçà des taux métropolitains.

Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour VIH sur la période 2000-2014



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Concernant la mortalité par sida, 39 décès ont été enregistrés chez les habitants d'Auvergne-Rhône-Alpes en 2013, soit 8,5% des décès de France métropolitaine (457 cas). Le sida représente 3% de l'ensemble des décès pour maladies infectieuses des habitants de la région, et 67% des personnes décédées du sida sont des hommes.

LA TUBERCULOSE

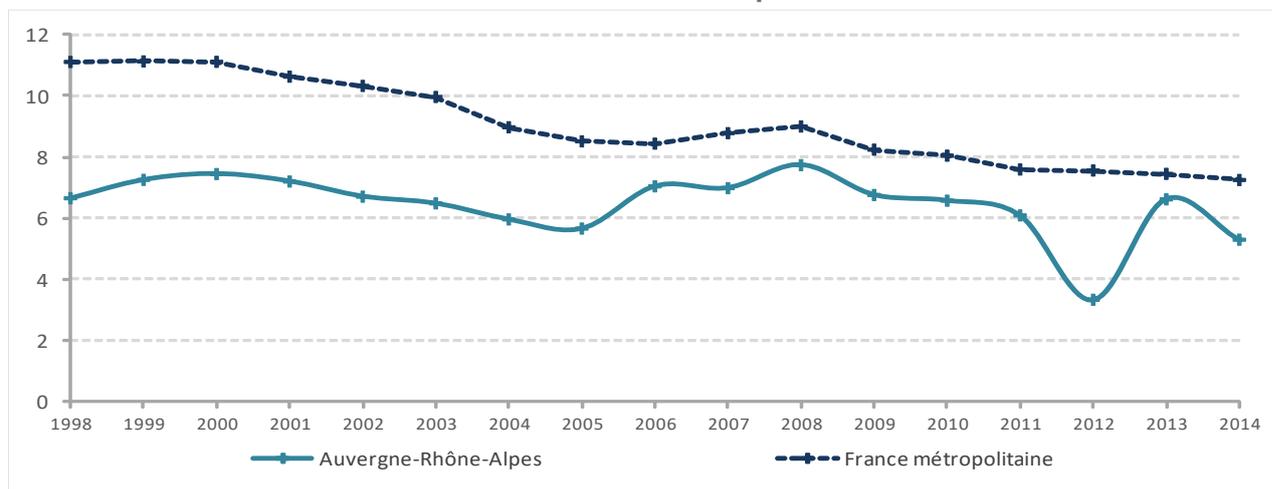
En France, la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire depuis 1964. Elle est due à un bacille qui atteint le plus souvent les poumons (tuberculose pulmonaire) mais qui peut atteindre d'autres organes (tuberculose extrapulmonaire). Elle est transmissible par voie aérienne, par dispersion de gouttelettes de sécrétions bronchiques. Seules les formes de la maladie affectant l'appareil respiratoire peuvent être contagieuses.

414 DÉCLARATIONS OBLIGATOIRES DE TUBERCULOSE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES EN 2014

Selon l'InVS, en France métropolitaine le nombre de cas de tuberculose maladie déclarés était de 6 475 en 1998 et de 4 638 en 2014, soit une baisse de 28,3%. En Auvergne-Rhône-Alpes, ces effectifs évoluent de 460 cas en 1998 à 414 en 2014, soit une baisse de 10%.

L'évolution du taux de déclaration de tuberculose est à la baisse avec des fluctuations en Auvergne-Rhône-Alpes. Cependant cette évolution est à interpréter avec prudence au vu des niveaux d'exhaustivité des déclarations qui sont faibles et qui peuvent varier.

Évolution du taux de déclaration de tuberculose maladie sur la période 1998-2014



Sources : InVS, (DO, mise à jour février 2016), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015)
Taux pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

271 NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR TUBERCULOSE EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

De 2006 à 2014, les effectifs d'admission en ALD pour tuberculose ont diminué de 17% chez les hommes et de 37% chez les femmes. En France métropolitaine, la baisse est moins forte chez les femmes (-22%) et similaire chez les hommes (-21%).

Effectifs et taux standardisés d'admission en ALD pour tuberculose

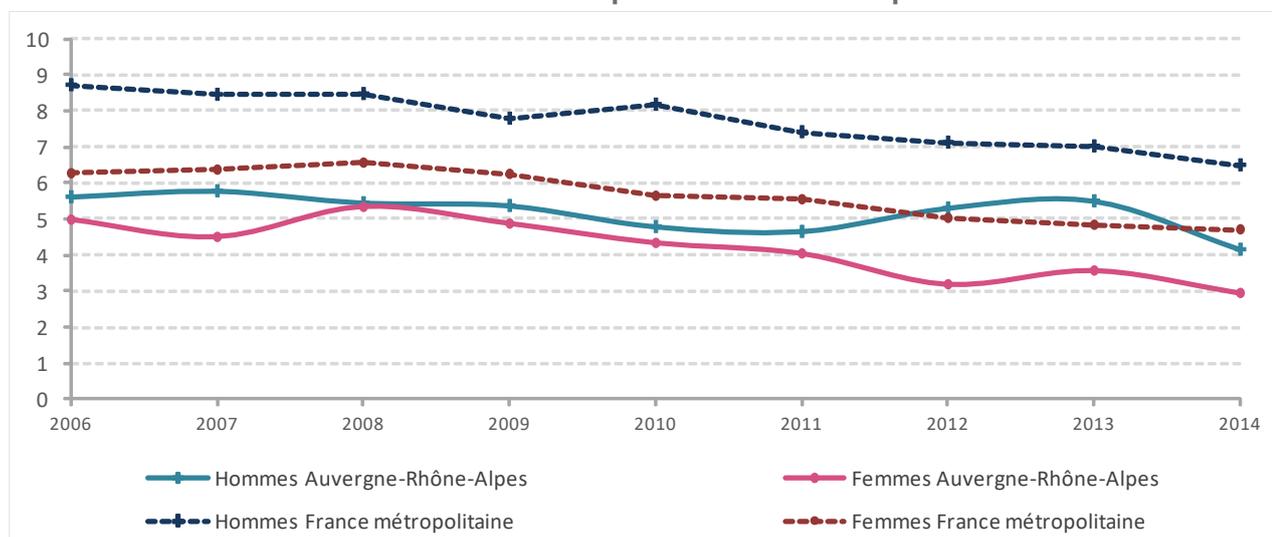
Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine		Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux		Effectif	Taux	Effectif	Taux
2006	183	5,6	2 508	8,7	2006	190	5,0	2 001	6,3
2009	190	5,4	2 312	7,8	2009	192	4,9	2 033	6,2
2012	189	5,3	2 137	7,1	2012	128	3,2	1 654	5,0
2014	152	4,1	1 977	6,5	2014	119	2,9	1 555	4,7

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Les tendances régionales d'évolution des taux standardisés d'admission en ALD pour tuberculose, de 2006 à 2014, suivent globalement les tendances nationales, à la baisse. Cependant les taux régionaux sont nettement en deçà des taux métropolitains. Malgré les fluctuations des taux masculins en 2012 et 2013, l'écart entre les taux masculins régionaux et nationaux reste relativement stable (3,1 points en 2006 et 2,3 en 2014). Chez les femmes, on retrouve cette même stabilité avec un écart de 1,3 point en 2006 et de 1,8 en 2014.

Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour tuberculose sur la période 2006-2014



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

La tuberculose représente près de 58% des décès par maladies infectieuses en 2013 en Auvergne-Rhône-Alpes (47% en France métropolitaine). Les hommes sont concernés dans 44% des cas (48% en France métropolitaine). Selon le CépiDC, en 1980, 214 cas de décès ont eu pour cause la tuberculose dans la région, soit 11% des décès du territoire national. Ces effectifs ont baissé et atteignent en 2013, 73 en Auvergne-Rhône-Alpes et 503 en France métropolitaine, soit des évolutions respectives de -66% et -74%.



LES HÉPATITES

Une hépatite est une inflammation aiguë ou chronique du foie. Elle peut être provoquée par des virus dans la majorité des cas ou par des substances toxiques. Il en existe cinq, nommés des lettres A à E, qui provoquent une infection et une inflammation du foie. Leur différence vient de leur mode de transmission (féco-ORALE pour les virus A et E ; parentérale pour les virus B et C) ainsi que de leur agressivité. Selon l'InVS «en France, avec l'amélioration des conditions d'hygiène, l'incidence de l'hépatite A a diminué et cette baisse est attestée par les enquêtes de séroprévalence chez les recrues du service national (de 50 % en 1978 à 10 % en 1999)» [18].

950 NOUVELLES ADMISSIONS EN ALD POUR HÉPATITES EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES EN 2014

Sur la période 2006-2014, les effectifs d'admission en ALD pour hépatites ont diminué de 19,5% chez les hommes et de 7% chez les femmes. Ces baisses sont différentes de celles observées au niveau national (respectivement -11,3% et -15%). Les taux standardisés ont également diminué : -23,4% chez les hommes en région (-13,7% en France), et -13,6% chez les femmes (-19,7% en France).

En 2014, 59% des admissions en ALD pour hépatites concernent des hommes. Cette part a légèrement baissé, elle était de 62% en 2006.

Effectifs et taux standardisés d'admission en ALD pour hépatites

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2006	692	19,1	6 775	22,4
2009	598	16,0	6 735	21,9
2012	573	15,3	6 384	20,6
2014	556	14,6	6 010	19,4

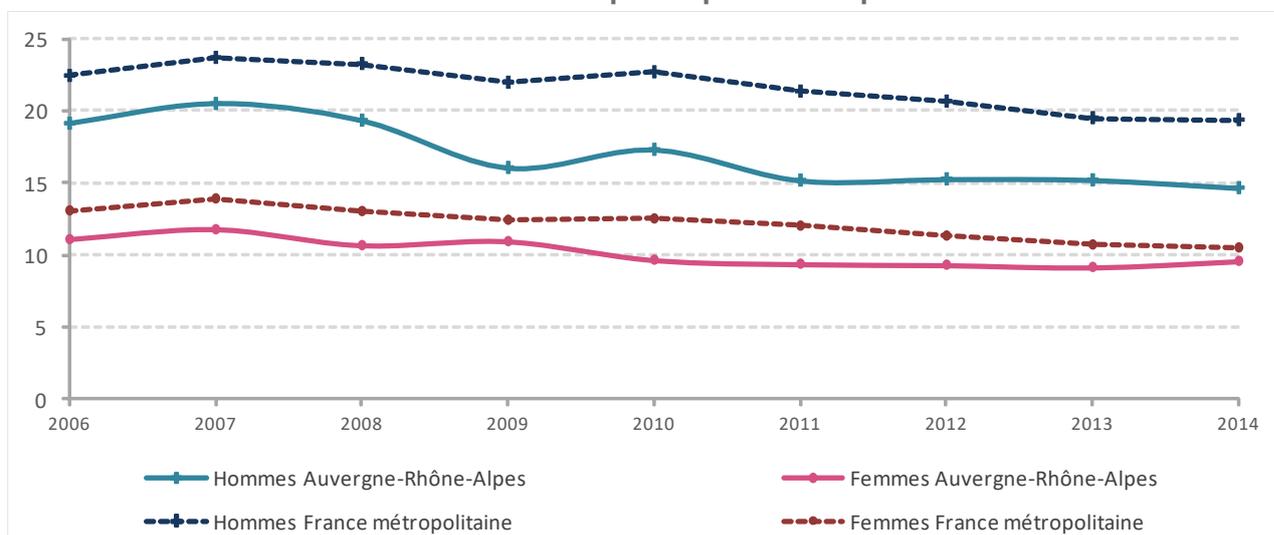
Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux
2006	415	11,1	4 121	13,1
2009	424	10,9	4 009	12,4
2012	366	9,3	3 723	11,3
2014	386	9,6	3 505	10,5

Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

En Auvergne-Rhône-Alpes, les taux masculins d'admission en ALD pour hépatites sont inférieurs aux taux nationaux. Une baisse de ces taux régionaux à partir de 2008 engendre l'augmentation de l'écart entre taux régionaux et nationaux : 3,3 points en 2006 et 4,7 en 2014. Chez les femmes les taux sont en légère baisse, dans la région comme en France, et l'écart entre les taux régionaux et nationaux est seulement de 1 point en 2014.

Évolution du taux standardisé d'admission en ALD pour hépatites sur la période 2006-2014



Sources : CnamTS, CCMSA, RSI, Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Les hépatites virales représentent 4,5% de la mortalité par maladies infectieuses dans la région en 2013 (5,8% au national). 56% des décès par hépatites touchent des hommes, en Auvergne-Rhône-Alpes comme en France métropolitaine. Selon le CépiDC, en 1980, 41 décès avaient eu pour motif une hépatite dans la région. Ces effectifs ont légèrement augmenté et atteignent 57 décès en 2013. En France métropolitaine, les décès par hépatites ont presque doublé, passant de 320 en 1980 à 624 en 2013.

LA MORTALITÉ - ENSEMBLE DES MALADIES INFECTIEUSES

Après avoir été longtemps la première cause de mortalité, les maladies infectieuses et parasitaires ont vu leur poids diminuer considérablement au cours du XX^{ème} siècle dans les pays développés, sous l'effet de l'amélioration des conditions de vie, des conditions d'hygiène, et de l'apparition des traitements antibiotiques à partir des années quarante. La survenue au début des années 80 de l'épidémie de sida a réinstallé ces pathologies parmi les causes importantes de mortalité.

EN 2013, 1 250 DÉCÈS PAR MALADIES INFECTIEUSES EN AUVERGNE-RHÔNE-ALPES

En 2013, 1 247 décès ont eu pour cause une maladie infectieuse dans la région. Ceux-ci représentent moins de 2% des décès des habitants de la région. Les taux observés en Auvergne-Rhône-Alpes sont de 20,2 décès pour 100 000 hommes et de 13,4 décès pour 100 000 femmes. Ces taux sont équivalents à ceux observés au niveau national.

92% de ces décès concernent des personnes de 60 ans et plus. Cette part est plus importante chez les femmes (95,6%) que chez les hommes (87,7%).

Effectifs et taux standardisés de décès par maladies infectieuses et parasitaires

Hommes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine		Femmes	Auvergne-Rhône-Alpes		France métropolitaine	
	Effectif	Taux	Effectif	Taux		Effectif	Taux	Effectif	Taux
1980	397	24,2	3 707	25,6	1980	353	14,3	3 213	14,4
1990	542	28,0	5 729	30,4	1990	435	14,5	3 869	14,8
2000	557	26,4	5 388	28,3	2000	615	17,3	5 149	17,0
2010	618	23,3	5 288	23,2	2010	618	13,9	5 430	14,5
2013	587	20,2	5 085	20,8	2013	660	13,4	5 573	13,7

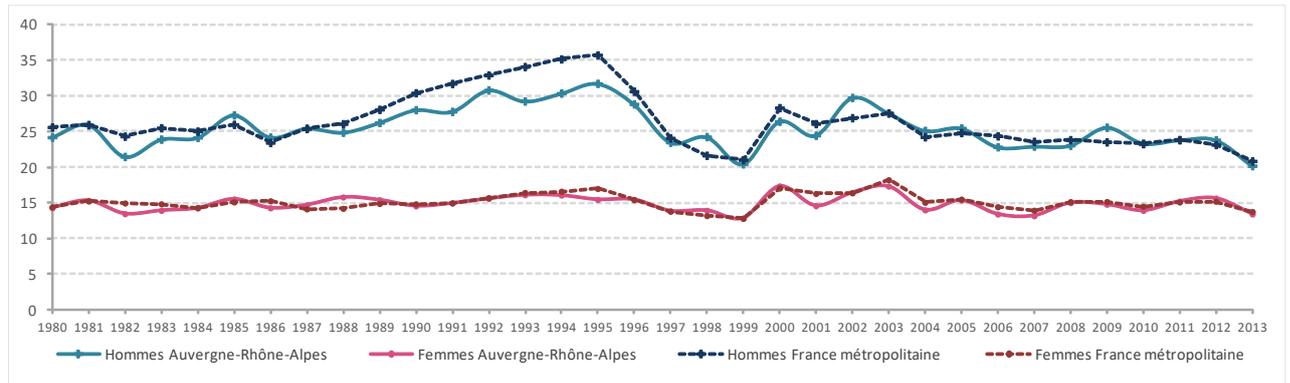
Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Entre 1980 et 2013, l'évolution des taux est très irrégulière surtout chez les hommes dans la période de 1988 à 1998. Les taux masculins sont supérieurs aux taux féminins sur toute la période. L'écart entre ces taux est cependant stable (hormis sur la période 1988-1998). Les écarts moyens des périodes 1980-1984 et 2009-2013 sont respectivement de 9,7 et 8,7 points. Selon l'Institut de veille sanitaire, les pics qui jalonnent la courbe d'évolution sont dus aux épidémies de grippe. Aussi, l'émergence du sida à partir de 1986 se traduit par une augmentation des taux de décès jusqu'en 1995. Les évolutions des taux masculins et féminins sont parallèles, mais l'importance de la mortalité par sida est plus marquée chez les hommes à partir des années 1990.



Évolution du taux standardisé de décès par maladies infectieuses et parasitaires sur la période 1980-2013



Sources : Inserm (CépiDC), Insee (Estimations données au 13 janvier 2015, RP2012)
Taux standardisés pour 100 000 habitants

Exploitation ORS Rhône-Alpes

Méthode :

Admissions en Affections de Longue Durée (ALD) :

- ALD 7 : VIH
- Tuberculose : CIM-10 A15-A19
- Hépatites : CIM-10 B15-B19

Mortalité : les codes correspondant aux maladies infectieuses sont :

- CIM-9 (de 1980 à 1999) : 001-139
- CIM-10 (de 2000 à 2013) : A00-B99



- [1] Uhry Z, Remontet L, Grosclaude P, Belot A, Colonna M, Bossard N, et al. **Tendances récentes des données d'affections de longue durée (ALD) : intérêt pour la surveillance nationale de l'incidence des cancers. Période 1997-2009, France.** Numéro thématique - Surveillance épidémiologique des cancers en France : utilisation des bases de données médicoadministratives. Bull Epidemiol Hebd, 2012, 5-6, 58-63. Disponible : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=7155
- [2] CNAMTS. **Indicateur n°14 : Effectif de malades pris en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD30) et dépense associée. Sous-indicateur n°14-1 : effectif annuel des maladies admises au bénéfice de l'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD30).** Extrait du PLFSS 2014. Disponible : http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss14_annexe1_pqe_maladie_indicateur14.pdf
- [3] Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. **Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides.** Institut de veille sanitaire, 2013, 122 p. Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/content/download/70152/266151/version/3/file/rapport_estimation_nationale_incidence_mortalite_cancer_france_1980_2012_tumeurs_solides.pdf
- [4] Monnereau A, Remontet L, Maynadié M, Binder-Foucard F, Belot A, Troussard X, et al. **Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. Partie 2 - Hémopathies malignes.** Institut de veille sanitaire, 2013, 88 p. Disponible: <http://www.invs.sante.fr/Dossiersthematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-descancers/Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite>
- [5] Guye O, Bernard M, Bolamperti P, Dreneau M, Fontaine-Gavino K, Sonko A. **Etat des lieux préalable à l'élaboration du plan stratégique régional de santé Rhône-alpes.** ORS Rhône-alpes, 2011, 151p. Disponible : http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Etat_des_lieux_PSRs.pdf
- [6] **Maladies cardio-neuro-vasculaires. Dossier thématique.** Santé publique France, mise à jour 27/10/2016. Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Maladies-cardio-neuro-vasculaires>
- [7] **Maladies chroniques et traumatismes. Dossier thématique.** Santé publique France, mise à jour 28/02/2014. Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes>
- [8] Colonna M, Chatignoux E, Remontet L, Mitton N, Belot A, Bossard N, Grosclaude P, Uhry Z. **Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administratives.** Institut de veille sanitaire, 2015. 50 p. Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2015/Estimations-de-l-incidence-departementale-des-cancers-en-France-metropolitaine-2008-2010>
- [9] Uhry Z, Remontet L, Colonna M, Belot A, Grosclaude P, Mitton N et al. **Estimation départementale de l'incidence des cancers à partir des données d'affection de longue durée (ALD) et des registres. Evaluation pour 24 localisations cancéreuses, 2000-2005.** Institut de veille sanitaire, 2011,101 p. Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies->



chroniques-et-traumatismes/2012/Estimation-departementale-de-l-incidence-des-cancers-a-partir-des-donnees-d-affection-de-longue-duree-ALD-et-des-registres

[10] Gabet A, Lamarche-Vadel A, Chin F, Juillièrre Y, de Peretti C, Olié V. **Mortalité due à l'insuffisance cardiaque en France, évolutions 2000-2010**. Bull Epidemiol Hebd, 2014, 21-22, 386-94. Disponible : http://www.invs.sante.fr/beh/2014/21-22/2014_21-22_3.html

[11] Gabet A et al. **Disparités régionales de la mortalité prématurée par maladie cardiovasculaire en France (2008-2010) et évolutions depuis 2000-2002**. Bull Epidemiol Hebd, 2014, 26, 430-436. Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/26/2014_26_1.html

[12] Mandereau-Bruno L, Denis P, Fagot-Campagna A, Fosse S. **Prévalence du diabète traité pharmacologiquement et disparités territoriales en France en 2012**. Bull Epidemiol Hebd, 2014, 30-31, 493-499. Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2014/BEH-n-30-31-2014>

[13] Bonaldi C, Romon I, Fagot-Campagna A. **Impacts du vieillissement de la population et de l'obésité sur l'évolution de la prévalence du diabète traité : situation de la France métropolitaine à l'horizon 2016**. Bull Epidemiol Hebd, 2006, 10, 69-71. Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2006/10/beh_10_2006.pdf

[14] Leone N, Voirin N, Roche L, Binder-Foucard F, Woronoff AS, Delafosse P, Remontet L, Bossard N, Uhry Z. **Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015**. Rapport technique. Institut de veille sanitaire, 2015, 62p. Disponible : http://invs.santepubliquefrance.fr/content/download/119170/419329/version/2/file/rapport_projection_incidence_mortalite_cancer_france_2015.pdf

[15] Remontet L, Belot A, Bossard N. **Tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France et projections pour l'année en cours : méthodes d'estimation et rythme de production**. Bull. Epidemiol. Hebd, 2009, 38, 405-408. Disponible : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=660

[16] Joseph V., Guye O, Magnin D. **Cancer, maladies cardio-vasculaires, sida et infection à VIH, diabète : projections épidémiologiques à l'horizon 2010 en Rhône-Alpes**. ORS Rhône-Alpes, 2006, 77p. Disponible : <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/projections.pdf>

[17] **Synthèse sur les infections par le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissibles. Point épidémiologique du 23 novembre 2015**. Institut de veille sanitaire, 23/11/2015, 7p. Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/%20fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/VIH-sida-IST/Infection-a-VIH-et-sida/Actualites/Infection-par-le-VIH-SIDA-et-les-IST.-Point-epidemiologique-du-23-novembre-2015>

[18] Pequignot F, Michel E, Le Toullec A, Jouglu E. **Mortalité par maladies infectieuses en France**. Institut de veille sanitaire, 2003, 29-34. Disponible : <http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/2003/snmi/SNMI-D-p027-034.pdf>