

Mai 2009

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) :

Une pathologie très présente en Lorraine que l'on sait prévenir et qui peut se traiter

Avec des taux de mortalité dépassant la moyenne nationale de 55 % entre 2000 et 2006, la Lorraine est la région française la plus touchée par la mortalité par bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Cette pathologie est responsable de 421 décès par an en Lorraine, mais ce chiffre est probablement sous-estimé du fait du nombre élevé de malades non diagnostiqués¹. Il serait possible de réduire de 160 le nombre annuel de décès dans la région si les taux de mortalité par âge et par sexe étaient les mêmes que dans l'ensemble de la France métropolitaine. Une telle réduction passerait par une diminution de la fréquence des facteurs de risque de cette pathologie : tabagisme, expositions à risque dans le cadre de certaines situations de travail, pollution atmosphérique par des poussières fines. Cela permettrait également de réduire la mortalité due à d'autres pathologies telles que les tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon pour lesquelles on observe une surmortalité de 22 % en Lorraine par rapport à la France métropolitaine, soit un excès de 250 décès par an sur les 1 292 observés en Lorraine. C'est dire que la BPCO est une pathologie qui peut se prévenir et se traiter. C'est pourquoi le GRSP de Lorraine met en œuvre un programme spécifique de prévention de la bronchopneumopathie chronique obstructive.

La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) se caractérise par une réduction permanente des débits expiratoires maximaux, reflétant une obstruction irréversible des voies aériennes.

Le diagnostic clinique de la BPCO se fait à partir d'un examen de spirométrie qui mesure le volume maximum expiré en une seconde. Quand ce volume est inférieur à 70% de la valeur théorique, on parle de BPCO.

Intitulés retenus¹ pour caractériser la BPCO avec la CIM 10
(10^{ème} classification internationale des maladies) :

J40 : Bronchite non précisée comme aiguë ou chronique

J41 : Bronchite chronique simple et mucopurulente

J42 : Bronchite chronique, sans précision

J43 : Emphysème

J44 : Autres maladies pulmonaires obstructives chroniques

¹ BEH n°27-28 / 3 juillet 2007 (Numéro thématique portant sur la BPCO)

Forte surmortalité lorraine par BPCO avec des disparités territoriales

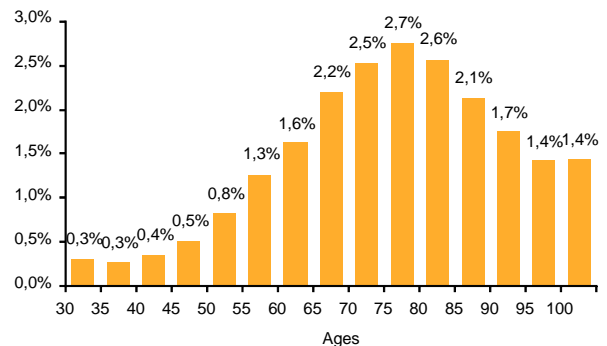
Les hommes entre 65 et 84 ans sont davantage touchés

Entre 2000 et 2006, on observe 421 décès par BPCO en moyenne chaque année en Lorraine, soit 2,0 % de la mortalité dans la région. Cette proportion est plus élevée entre 65 et 89 ans (2,5 %) et particulièrement entre 75 et 79 ans (2,7 %). Avant 65 ans, la BPCO représente 0,9 % de la mortalité.

Cette pathologie se déclare après plusieurs dizaines d'années d'exposition à risque et ne deviendra cause de décès qu'après une période d'évolution. Ainsi, la mortalité prématurée est moins fréquente parmi les décès par BPCO (10 %) que parmi l'ensemble des décès toutes causes confondues (21 %). Les hospitalisations avant 65 ans sont en revanche plus courantes. Elles représentent 31 % des hospitalisations pour BPCO.

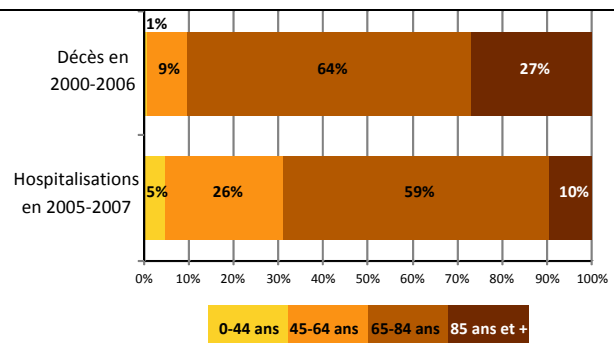
La BPCO concerne beaucoup plus les hommes que les femmes. En effet, 72 % des décès dus à cette pathologie concernent des personnes de sexe masculin. Cette proportion atteint 81 % avant 45 ans. La proportion d'hommes est un peu plus faible parmi les hospitalisations et elle ne décroît pas avec l'âge avant 85 ans.

Graphique - 1
Part de la BPCO dans la mortalité par tranche d'âge en Lorraine entre 2000 et 2006



Source : INSERM (CépiDc)

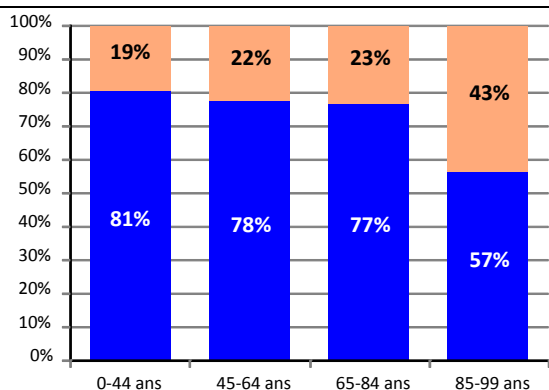
Graphique - 2
Répartition des décès et des hospitalisations par BPCO par tranche d'âge en Lorraine



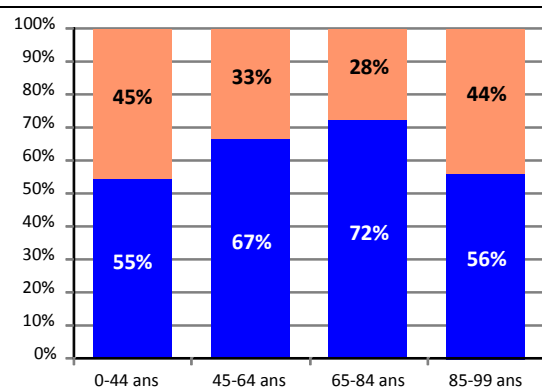
Source : INSERM (CépiDc), ATIH (PMSI)

Répartition (en %) des décès et des hospitalisations par sexe et par tranche d'âge - Lorraine

Graphique - 3
Décès par BPCO en 2000-2006



Graphique - 4
Hospitalisations pour BPCO en 2005-2007



Femmes

Hommes

Source : INSERM (CépiDc)

Source : ATIH (PMSI)

Baisse de la prévalence

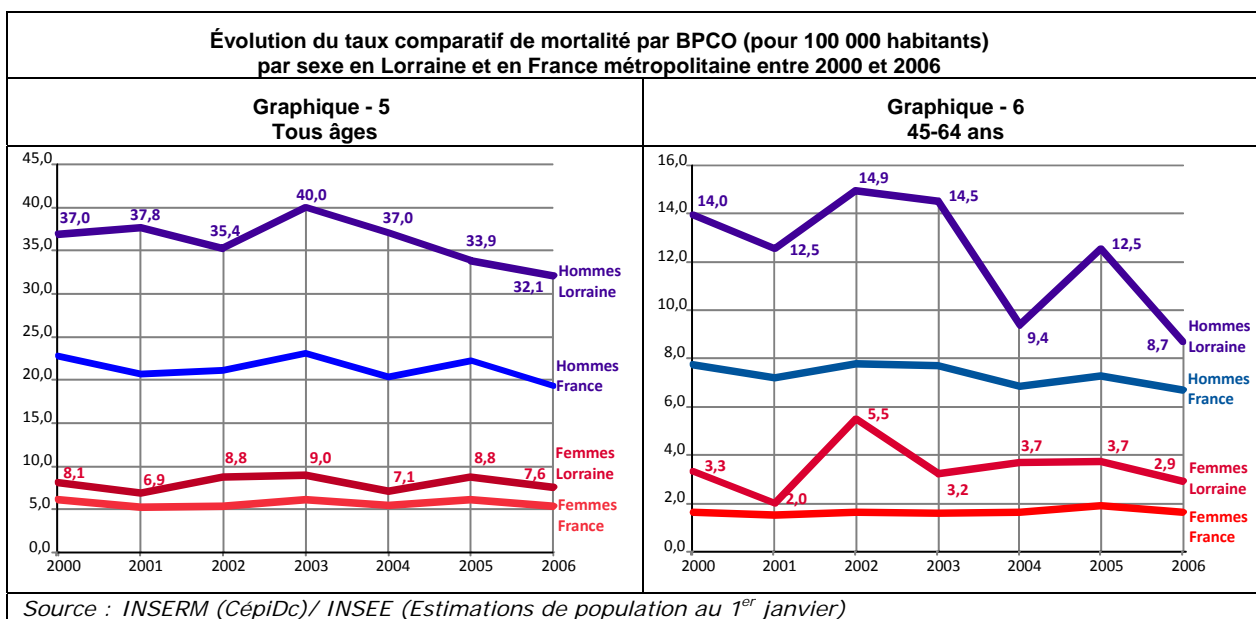
Entre les périodes 2000-2002 et 2004-2006, le nombre annuel de décès par BPCO en Lorraine est passé de 409 à 418, soit une hausse de 2,1 %. Cette augmentation, qui est autant masculine (+2,0%) que féminine (+2,3 %), est liée au vieillissement de la population. À pyramides des âges équivalentes, le **taux comparatif de mortalité** par BPCO entre les deux périodes diminue de 5 % dans la région pour les deux sexes réunis. Cette baisse est plus rapide chez les hommes (-6 %) que chez les femmes (-1 %). On note que la diminution des taux comparatifs de mortalité par BPCO est plus rapide en Lorraine que dans l'ensemble de la France métropolitaine où le taux a diminué de 3 %.

Qu'il s'agisse de la France métropolitaine ou de la Lorraine, la mortalité par BPCO diminue moins rapidement que l'ensemble de la mortalité toutes causes confondues.

Dans la région, alors que la mortalité générale diminue de 7 % entre les deux périodes, la mortalité par BPCO diminue de 5 %.

Entre 45 et 64 ans, la diminution de la mortalité masculine par BPCO en France métropolitaine est un peu plus prononcée que pour tous les âges confondus (-8 % contre -4 %). Chez les femmes, en revanche, la mortalité augmente plus rapidement entre 45 et 64 ans (+9%) que pour tous les âges confondus. En Lorraine, on observe une baisse plus rapide de la mortalité entre 45 et 64 ans chez les hommes (-26 %) que pour tous les âges confondus (-6 %). Le nombre de décès féminins est trop faible pour observer des évolutions significatives.

Taux comparatif : taux qui serait observé sur un territoire donné si celui-ci avait la même pyramide des âges que la France métropolitaine en 1990.



Taux de mortalité et d'hospitalisation plus élevés dans le Nord de la région

Entre 2000 et 2006, le taux comparatif de mortalité par BPCO en Lorraine, égal à 21,0 pour 100 000, dépasse de 55 % la moyenne nationale (13,6 pour 100 000).

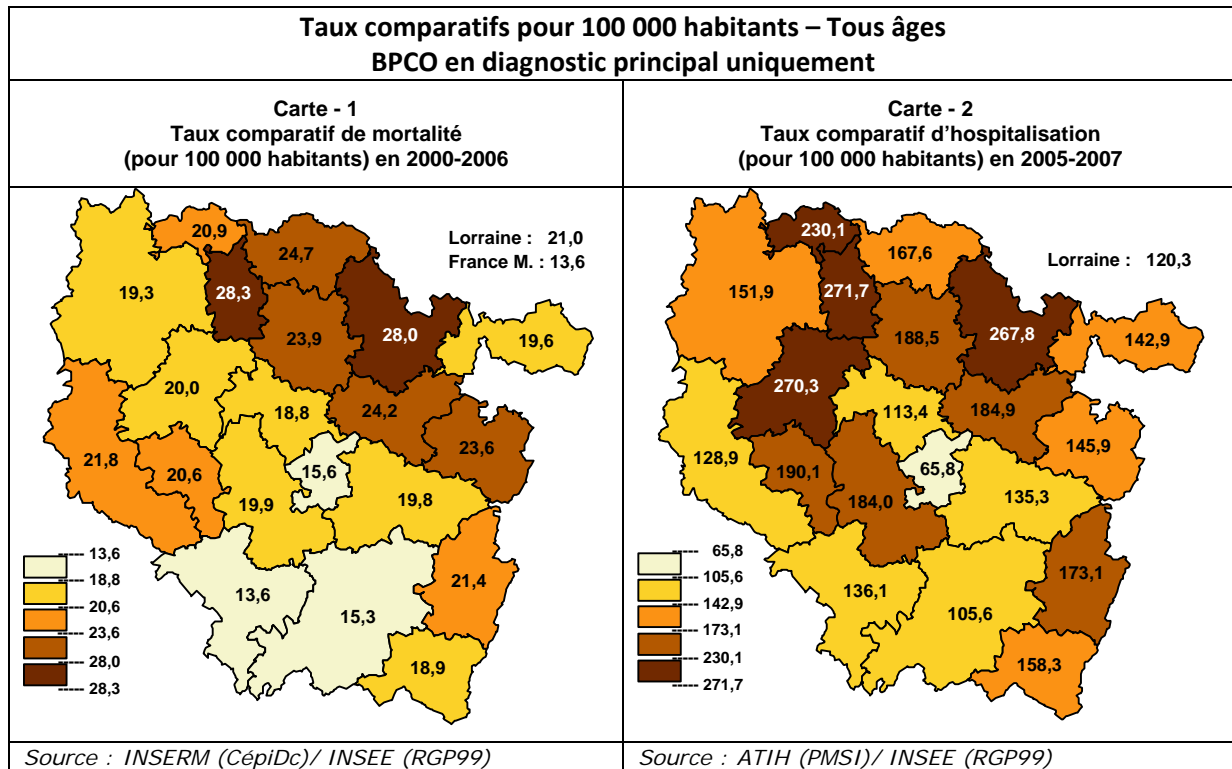
Il existe de très grandes disparités entre les territoires. En effet, dans le TSP des Vosges de l'Ouest, la mortalité par BPCO est égale à la moyenne nationale alors qu'elle est deux fois plus élevée dans le Bassin Houiller (28,0) et le territoire de Briey (28,3).

La carte de répartition des taux d'hospitalisation pour BPCO fait apparaître des disparités encore plus importantes entre les

territoires, avec un taux 4 fois plus élevé dans le territoire de Briey (271,7 pour 100 000) que dans celui de Nancy (65,8 pour 100 000). La répartition des taux d'hospitalisation est assez proche de la répartition des taux de mortalité. On observe, toutefois, des différences importantes pour les territoires du Haut Val de Meuse, du Sud Ouest Meurthe-et-Mosellan et de la Déodatie où les taux d'hospitalisation sont plus élevés que la moyenne régionale, alors que les taux de mortalité y sont plus faibles.

Les différences entre les deux répartitions proviennent en partie du fait que les hospitalisations se produisent à des âges plus jeunes que les décès. Ces deux indicateurs concernent donc deux populations qui ne sont

pas identiques. Les personnes décédées, étant plus âgées, ont pu connaître des expositions différentes au cours de leur vie, en particulier pendant leur période active.



Entre 45 et 64 ans, la Lorraine enregistre un taux comparatif de mortalité par BPCO égal à 8,1 pour 100 000, soit 72 % de plus que la moyenne nationale (4,7 pour 100 000). Ce taux est presque quatre fois plus élevé chez les hommes (12,7 pour 100 000) que chez les femmes (3,5 pour 100 000). La répartition infrarégionale de la mortalité par BPCO entre 45 et 64 ans est différente de la répartition pour tous les âges confondus. Les territoires de la Déodatie et du Haut Val de Meuse enregistrent des taux trois fois plus élevés que la moyenne nationale et des taux équivalents à plus du double de la mortalité française sont observés dans les territoires de Metz, du Bassin Houiller, de Sarreguemines-Sarralbe-Bitche, de Sarrebourg et du Saulnois.

Contrairement à ce qui est observé pour tous les âges confondus, le territoire de Briey n'enregistre pas de taux de mortalité supérieur à la moyenne régionale. Cette différence est probablement liée à la fermeture des mines de fer dans ce secteur. La dernière, ayant fermé en 1997, il existe aujourd'hui peu d'anciens mineurs âgés de moins de 65 ans.

La carte de répartition des taux d'hospitalisation entre 45 et 64 ans, en revanche, montre des taux particulièrement élevés dans le territoire de Longwy (364,9 pour 100 000). Des taux importants sont également enregistrés dans les TSP du Bassin Houiller (310,3), de la Déodatie (274,2) et de Briey (259,6).

Dans le cas de maladies chroniques avec comorbidités, l'analyse de la diversité des causes rapportées par le médecin sur le certificat de décès permet de mieux prendre en compte le poids global d'une cause de décès¹. Cette approche, qui cumule les décès pour lesquels la BPCO est indiquée soit en tant que cause initiale, soit en tant que cause associée, montre que, tous âges confondus, le nombre de décès liés à cette pathologie en Lorraine est égal à 957 par an, dont 698 hommes et 259 femmes, soit 2,3 fois plus que lorsque la BPCO est indiquée uniquement en tant que cause initiale. Le même type d'analyse peut être fait à partir des données hospitalières en cumulant les diagnostics principaux et les diagnostics associés. Dans ce cas, le taux comparatif

¹ Israël RA, Rosenberg HM, Curtin LR. Analytical potential for multiple cause-of-death data am J Epidemiol 1986; 124:161-79

d'hospitalisation lorrain est égal à 791,5 pour 100 000, soit 6,5 fois le taux calculé avec les diagnostics principaux seuls.

Les cartes obtenues à partir de ces deux sources sont très proches de la carte de répartition de la mortalité par BPCO en cause initiale. Elles font apparaître des taux très élevés dans les territoires de Thionville, du Bassin Houiller, de Sarrebourg et de Briey.

Entre 45 et 64 ans, en incluant les décès pour lesquels la BPCO est mentionnée en tant que cause associée, le territoire de la Déodatie enregistre un taux comparatif de mortalité une fois et demie plus élevé que la moyenne régionale (35,5 pour 100 000 contre 22,1). Des taux de mortalité élevés sont également enregistrés dans les territoires de Thionville (32,5 pour 100 000) et du Saulnois (31,8). Cette carte est relativement proche de la carte de répartition obtenue en prenant en compte uniquement les causes initiales de décès.

En incluant les diagnostics associés, le taux d'hospitalisation pour BPCO en Lorraine est égal à 1 261,6 pour 100 000. Le taux le plus élevé est observé dans le territoire de Longwy (2 180,4 pour 100 000) et le plus faible dans les territoires de Sarreguemines (917,9) et de Lunéville (913,2).

Définitions

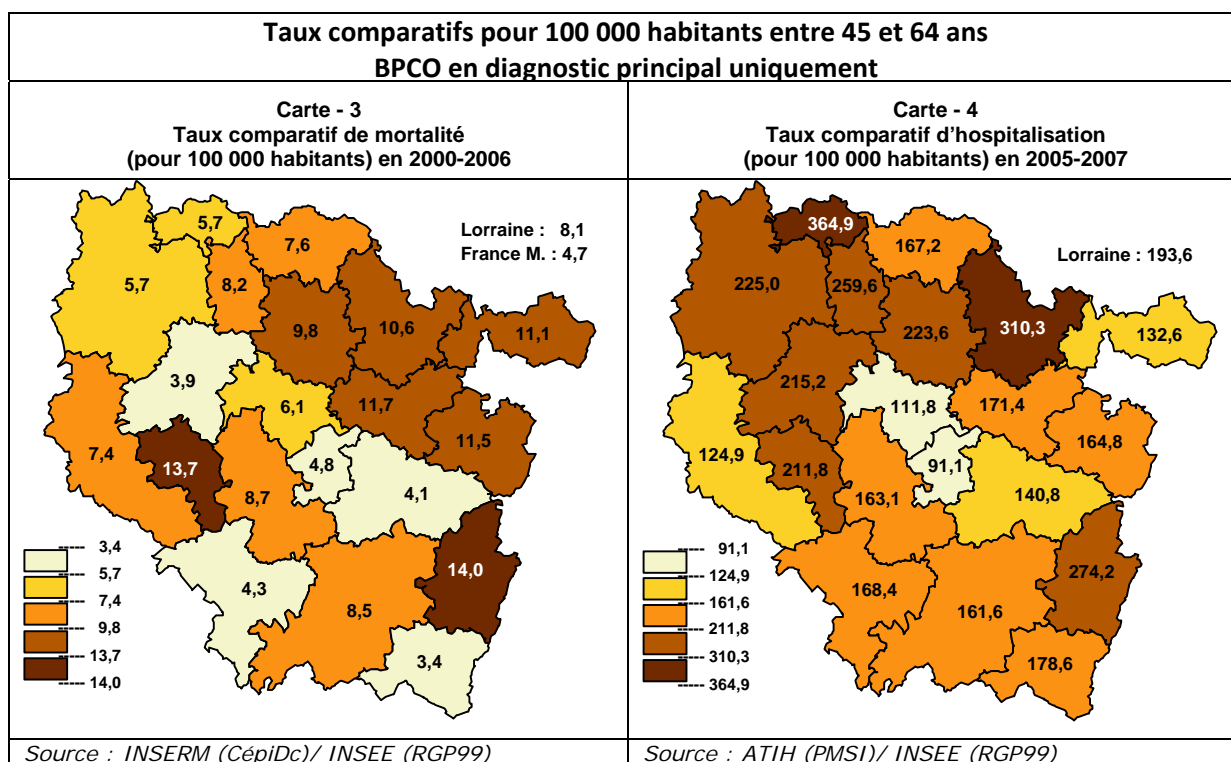
Diagnostic principal : diagnostic ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours du séjour hospitalier.

Diagnostic associé ou « *diagnostic associé significatif* » ayant donné lieu à une prise en charge diagnostique ou thérapeutique au cours du séjour.

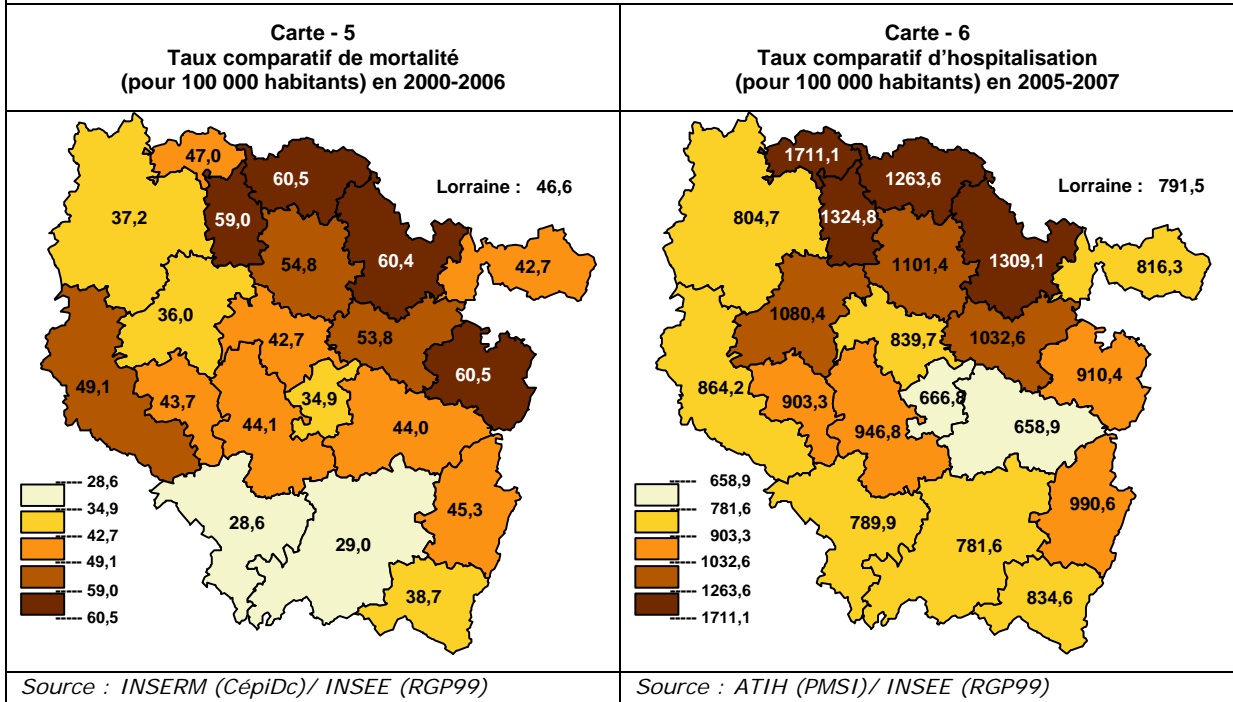
Cause initiale de décès : cause à l'origine de la séquence des événements morbides ayant entraîné la mort.

Causes associées de décès :

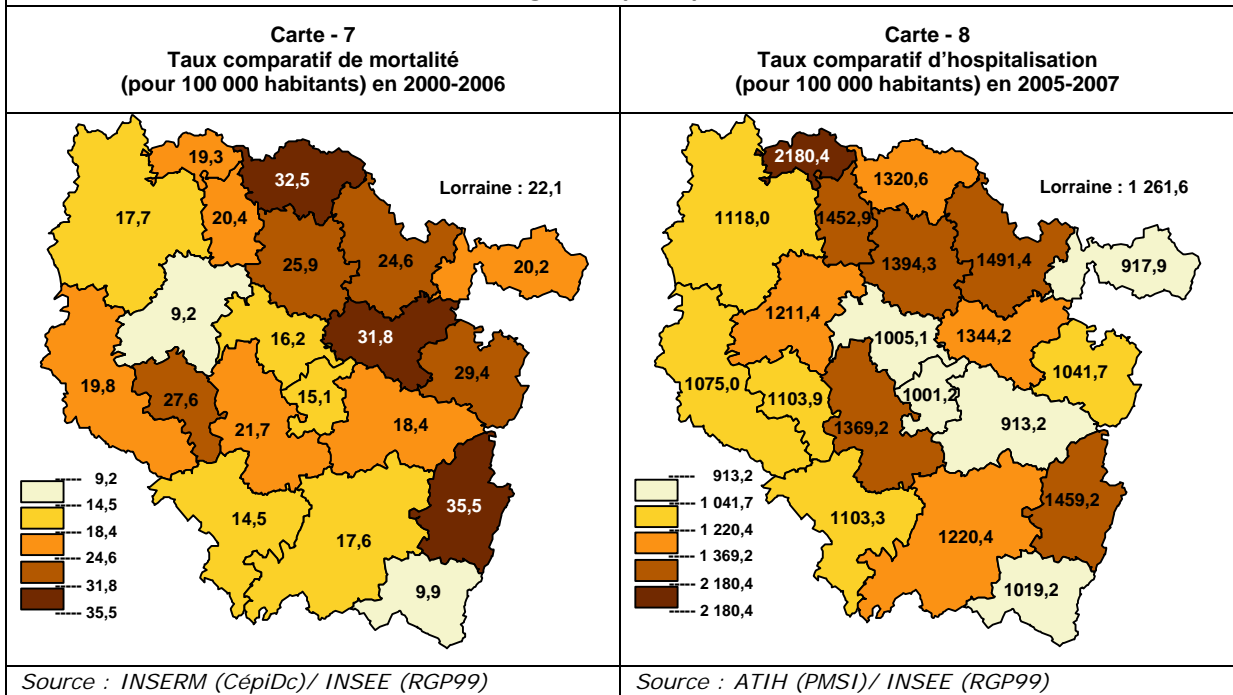
- maladies ou affections ayant directement provoqué le décès. Elles sont la conséquence de la cause initiale de décès.
- autres états morbides qui ne sont pas à l'origine du décès mais qui ont pu y contribuer.



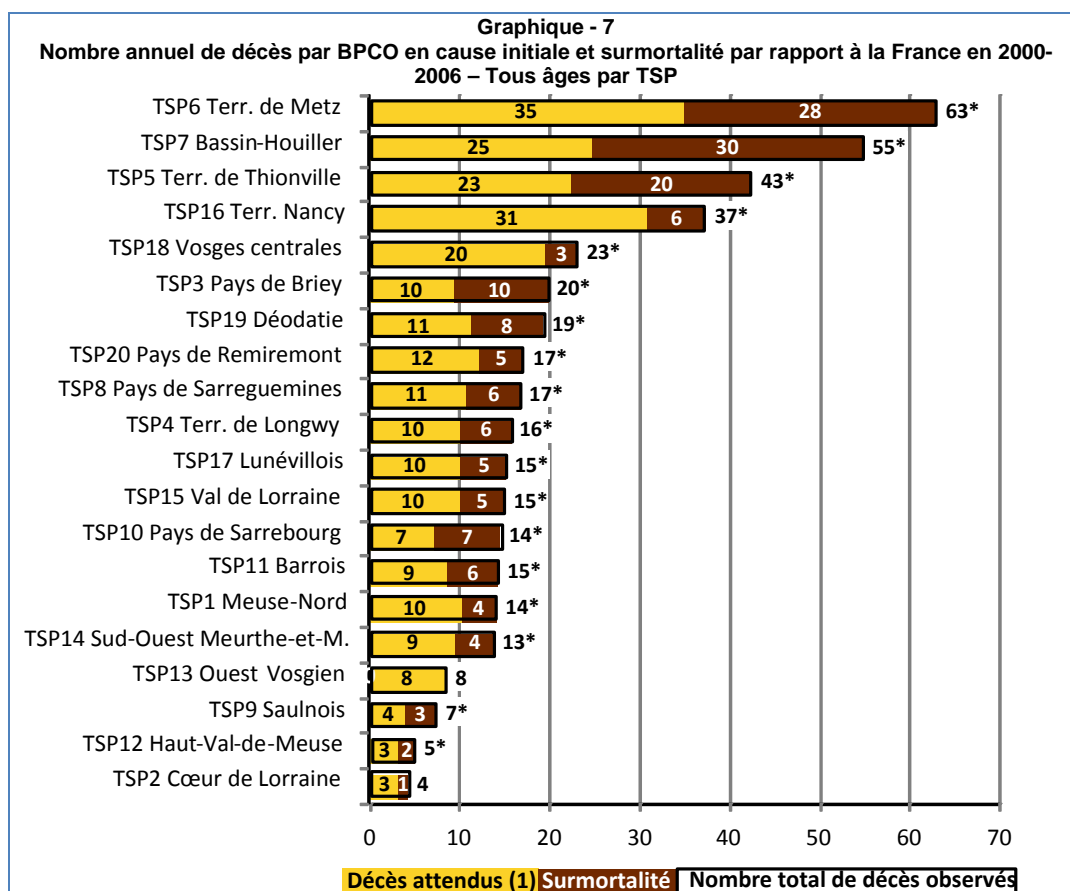
**Taux comparatifs pour 100 000 habitants – Tous âges
BPCO en diagnostic principal ou associé**



**Taux comparatifs pour 100 000 habitants – Entre 45 et 64 ans
BPCO en diagnostic principal ou associé**



Près de la moitié de la surmortalité lorraine par BPCO est concentrée sur trois territoires



Source : INSERM (CépiDc)

(1) : Décès attendus : Nombre de décès qui seraient observés dans le territoire si la mortalité par âge était la même que dans l'ensemble de la France métropolitaine.

* : Nombre de décès observés significativement différent du nombre de décès attendus (seuil de 95 %)

Le graphique se lit de la manière suivante : Pour le TSP n° 6 (territoire de Metz), 63 décès par BPCO en cause initiale ont été enregistrés en 2000-2006. Si, pour ce territoire, la mortalité par âge pour cette cause de décès avait été la même que dans l'ensemble de la France métropolitaine, on devrait en attendre 35. La différence entre le nombre de décès observés et le nombre de décès attendus traduit la surmortalité constatée (63-35=28). Cette surmortalité est significative au seuil de 95 % de certitude (test du khi 2).

Entre 2000 et 2006, on observe 421 décès par an par BPCO en cause principale en Lorraine alors que ce nombre aurait dû être égal à 261 si la mortalité par âge et par sexe avait été la même que dans l'ensemble de la France métropolitaine. On peut donc considérer que, chaque année, un surplus de 160 décès par BPCO est enregistré en Lorraine. Trois territoires regroupent à eux seuls près de la moitié de cette surmortalité. Il s'agit du Bassin Houiller (+30 décès par an), du territoire de Metz (+28) et du territoire de Thionville (+20). Dans les territoires moins peuplés de Briey et de Sarrebourg, le nombre de décès en excès est moins important (respectivement +10 et +7 par an) malgré des taux de surmortalité très élevés (voir carte 1).

Entre 45 et 64 ans, la BPCO est responsable de 38 décès par an en Lorraine, soit 16 de plus que le nombre attendu si la mortalité par âge avait été la même que dans l'ensemble de la France métropolitaine.

BPCO : une affection fréquemment associée à d'autres maladies provoquées par la consommation de tabac

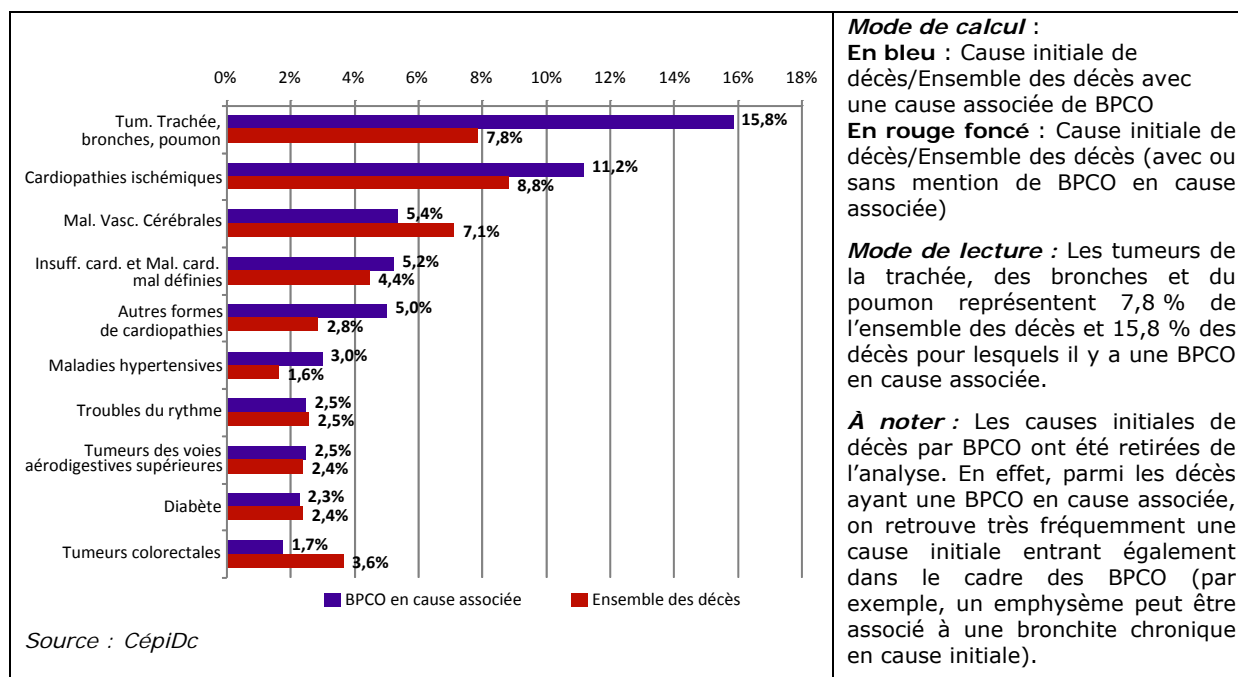
La BPCO est une pathologie chronique qui peut être une complication d'une autre affection ou représenter un facteur aggravant favorisant le décès. Ainsi, la mortalité liée à la BPCO est assez difficile à évaluer. Outre les 421 décès annuels pour lesquels la BPCO figure en tant que cause initiale en Lorraine, on enregistre 531 décès pour lesquels la BPCO figure en tant que cause associée.

Dans ces cas, la BPCO est fréquemment associée à des maladies provoquées par les mêmes facteurs de risque. Ainsi, parmi les décès ayant une BPCO en tant que cause associée, on enregistre **15,8 % de décès par tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon** (contre 7,8 % de l'ensemble de la mortalité), **11,2 % de décès par cardiopathie ischémique** (contre 8,8 %), **5,0 % d'autres cardiopathies** (contre 2,8 %) et **3,0 % de maladies hypertensives** (contre 1,6 %).

Les insuffisances cardiaques et autres maladies cardiaques mal définies sont également un peu plus fréquentes parmi les décès ayant une BPCO en tant que cause associée que parmi l'ensemble de la mortalité (5,2 % contre 4,4 %).

En revanche, les tumeurs des voies aérodigestives supérieures qui sont provoquées en grande partie par l'association du tabac à l'alcool sont aussi fréquentes parmi les décès ayant une BPCO en tant que cause associée (2,5 %) que parmi l'ensemble de la mortalité (2,4 %). On ne relève pas non plus d'association entre la BPCO et les maladies vasculaires cérébrales bien que cette dernière pathologie soit fréquemment provoquée par des facteurs associés à la BPCO. Notamment le tabac ou les maladies hypertensives.

Graphique - 9
Causes initiales de décès parmi les décès avec BPCO en cause associée et parmi l'ensemble des décès
(avec ou sans mention de BPCO en diagnostic associé)
Lorraine 2000-2006 (les deux sexes réunis)



BPCO et hospitalisations pour insuffisance respiratoire

Chaque année, on enregistre 3 623 hospitalisations de Lorrains avec une BPCO en tant que diagnostic principal et 23 172 hospitalisations pour BPCO en tant que diagnostic associé. Pour réaliser une analyse des hospitalisations ayant une BPCO en tant que diagnostic associé par rapport au diagnostic principal, il est nécessaire de retirer les 4 207 hospitalisations pour lesquelles le diagnostic principal correspond à un intitulé de la BPCO différent de la cause associée (*voir la définition en page 1*) ou appartient à la catégorie des « facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé ». Cette dernière catégorie ne correspond pas à une pathologie mais plutôt à des examens de contrôles ou des soins médicaux divers.

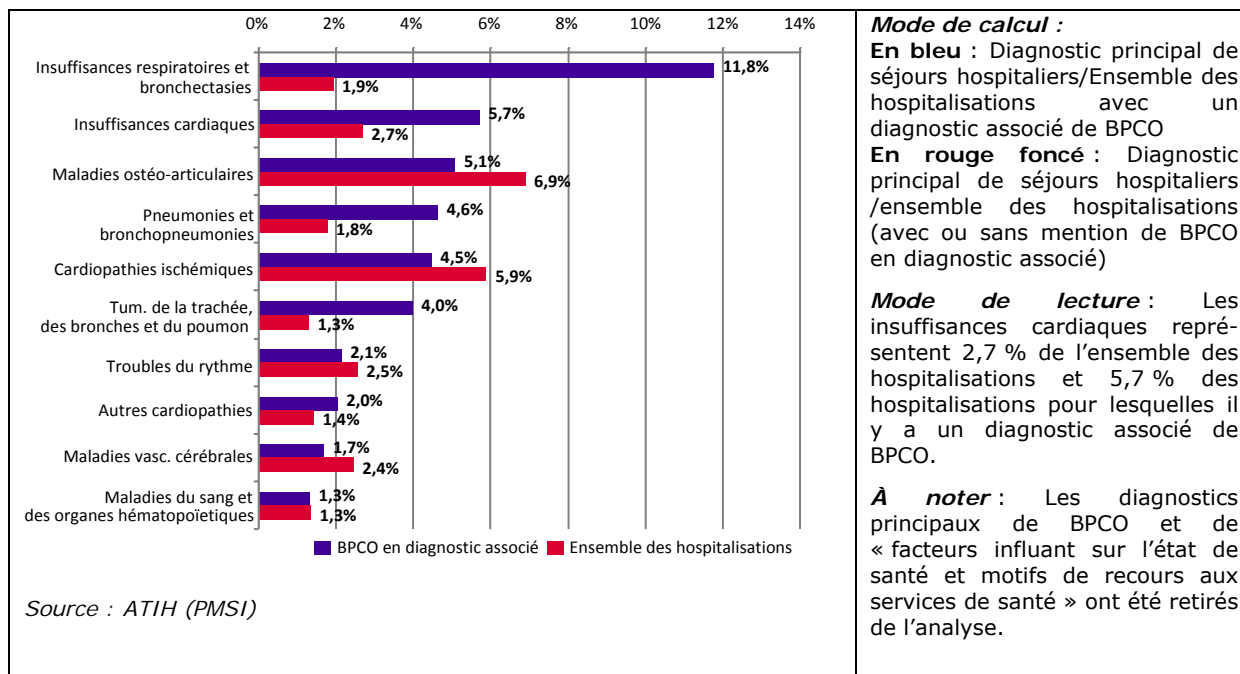
Parmi les 18 965 hospitalisations restantes, on enregistre une très forte proportion d'insuffisances respiratoires et bronchectasies (11,8 % contre 1,9 % de l'ensemble des hospitalisations), ces maladies étant des complications de la BPCO.

On relève également une surreprésentation des hospitalisations pour insuffisances cardiaques (5,7 % contre 2,7 %), pour pneumonies et bronchopneumonies (4,6 % et 1,8 %) et pour tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon (4,0 % contre 1,3 %). Ces pathologies ont pour caractéristiques, à l'instar de la BPCO, d'être favorisées par l'usage du tabac.

En revanche, contrairement à ce qui était observé au niveau de la mortalité, les diagnostics principaux de cardiopathies ischémiques sont plus rares parmi les hospitalisations ayant une BPCO en tant que diagnostic associé (4,5 %) que parmi l'ensemble des hospitalisations (5,9 %).

À l'instar de la mortalité, l'analyse statistique de l'hospitalisation ne fait pas apparaître de lien entre la BPCO en tant que diagnostic associé et les maladies vasculaires cérébrales ou les troubles du rythme en tant que diagnostic principal.

Graphique - 10
Diagnosics principaux d'hospitalisation parmi les hospitalisations avec BPCO en diagnostic associé et parmi l'ensemble des hospitalisations (avec ou sans BPCO en diagnostic associé).
Hospitalisations de Lorrains quelle que soit l'implantation géographique de l'hôpital 2004-2007 (les deux sexes réunis)



BPCO et facteurs de risque

La consommation de tabac est présentée par les experts comme responsable de 80 % des BPCO¹. Elle entraîne une irritation des bronches, ce qui favorise la production de mucus et diminue leur diamètre intérieur. Les goudrons contenus dans le tabac paralysent les cils situés sur la paroi interne des bronches. Ces derniers ne peuvent plus éliminer le mucus, ce qui conduit à une obstruction des bronches : On parle de bronchite chronique, celle-ci étant réversible après l'arrêt de l'usage du tabac. Lorsque la consommation se poursuit, l'atteinte évolutive des parois bronchiques devient irréversible et entraîne une perte progressive des capacités respiratoires risque de survenir.

De plus, le tabac est un important facteur de risque des tumeurs du poumon et des cardiopathies ischémiques. En association avec l'alcool, il favorise l'apparition de cancers des voies aérodigestives supérieures.

En 2000, d'après l'enquête Baromètre santé, la consommation quotidienne de tabac entre 15 et 75 ans était plus fréquente en Lorraine (31,7 %) que dans l'ensemble de la France métropolitaine (28,3 %). Depuis, cette fréquence a diminué plus rapidement en Lorraine qu'en France. En 2005, elle n'est plus que de 26,1 % en Lorraine et de 24,9 % en France métropolitaine et la différence n'est plus significative.

Plusieurs études montrent également que la consommation de cannabis est un facteur de risque important de BPCO^{2,3}. Un fumeur de cannabis absorberait 20 fois plus d'ammoniac, trois à cinq fois plus d'oxydes d'azote et de cyanure d'hydrogène par cigarette. Ainsi, en ce qui concerne le risque d'être atteint d'une « bronchite chronique », un paquet de 20 cigarettes de tabac équivaldrait à 3 ou 4 cigarettes de cannabis.

L'usage du cannabis s'est développé entre 1993 et 2002, période pendant laquelle son usage occasionnel (au moins dix fois par an) à 17 ans a triplé. Depuis, on observe une diminution de la consommation. L'enquête ESCAPAD montre que la consommation régulière de cannabis (au moins 10 usages par mois) à 17 ans est équivalente à la moyenne française (11 % contre 10,8 %).

La consommation fréquente de cannabis est relativement récente et concerne surtout les générations actuelles de 18 à 35-40 ans. Elle n'influence pas la mortalité actuelle par BPCO. Les actions visant à diminuer la consommation de cannabis pourraient réduire la mortalité durant les décennies à venir.

¹ Direction Générale de la Santé, « Connaître, prévenir et mieux prendre en charge la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ». Novembre 2005

² Rapport de la British Lung Foundation, "A smoking gun ? The impact of cannabis smoking on respiratory health", November 2002

http://www.lunguk.org/Resources/British%20Lung%20Foundation/Migrated%20Resources/Documents/A/A_Smoking_Gun.pdf

³ Aldington S., Williams M., Novitz M., Weatherhall M., Pritchard A., Mc Naughton A., Robinson G., Beasley R., "The effects of cannabis on pulmonary structure, function and symptoms", *Thorax* 2007;62:1058-1063 (Cité dans une note de lecture de Guillaumot A., "Réseau Insuffisance Respiratoire de Lorraine") http://www.rirlorraine.org/rirlor/jsp/site/Portal.jsp?page_id=647

BPCO et environnement professionnel

Les conditions de travail peuvent représenter un risque important de développer une BPCO par une exposition durable et intense à des poussières et des gaz irritants. « *L'analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'échantillon démographique permanent* » réalisée par l'InVS en 2006 montre que la mortalité par BPCO est très élevée dans les secteurs de la « *production de minerais et de métaux ferreux, première transformation de l'acier* » et de la « *production de combustibles minéraux solides et cokéfaction* ». Ces deux secteurs d'activité ont longtemps été très présents dans les territoires de santé et de proximité de Briey, de Thionville et du Bassin Houiller où on observe les taux de mortalité les plus élevés de la région.

Secteurs d'activité* présentant les risques relatifs de décéder par BPCO les plus élevés – sexe masculin

	Risque relatif**
Services domestiques	2,39
Industrie de la viande	2,36
Industrie laitière	2,18
Production de minerais et de métaux ferreux, première transformation de l'acier	1,73
Industries du cuir et de la chaussure	1,59
Production de combustibles minéraux solides et cokéfaction	1,57

Source : InVS (*Analyse de la mortalité et des causes de décès par secteur d'activité de 1968 à 1999 à partir de l'échantillon démographique permanent*).

* : Secteurs d'activité classés selon la NAP73 (*Nomenclature en vigueur de 1973 à 1992*).

** : Le risque relatif correspond au rapport entre le taux de mortalité observé dans un secteur d'activité donné et le taux de mortalité des personnes n'appartenant pas à ce secteur.

Depuis la disparition d'une grande partie des aciéries ainsi que la fermeture des dernières mines de fer en 1997 et de charbon en 2004, la répartition des secteurs d'activité à risque a beaucoup évolué dans la région. On peut donc s'attendre à ce que la forte surmortalité lorraine par BPCO et par rapport à la moyenne nationale diminue dans l'avenir.

En 2005, les territoires des Vosges de l'Ouest, de Thionville, de Longwy et du Barrois enregistrent les plus fortes proportions d'emplois salariés appartenant aux secteurs à risque. Si on considère que la BPCO se déclare après plusieurs dizaines d'années, ces territoires risquent de connaître dans le futur les taux de mortalité par BPCO plus élevés.

Si les facteurs professionnels sont une source reconnue d'inégalité sociale en matière de santé, on ne peut pas, pour autant, les considérer comme facteur explicatif déterminant des différences territoriales. L'absence de système permanent de surveillance épidémiologique de la santé au travail fait que l'on ne dispose pas de statistiques descriptives de l'état de santé des travailleurs en relation avec leur environnement. On estime toutefois, par exemple, qu'environ un tiers des différences sociales de mortalité par cancer serait expliqué par l'exposition à des facteurs professionnels. On peut également citer les récents travaux réalisés en Finlande qui ont permis d'estimer à 6 % chez les hommes et 1 % chez les femmes la part de l'ensemble des décès attribuables à des facteurs professionnels.

Ces données indicatives montrent donc que l'explication des différences territoriales de mortalité par BPCO en Lorraine ne peut pas se limiter aux seules différences d'environnement professionnel.

Conclusion

Les données de mortalité disponibles nous montrent que la Lorraine est la région dans laquelle le taux de mortalité par BPCO est le plus élevé de France. La surmortalité par rapport à la France métropolitaine, égale à 55 % entre 2000 et 2006, atteint 106 % dans le Bassin Houiller et 108 % dans le territoire de Briey. Malgré une baisse de 5 % de la mortalité standardisée sur l'âge entre 2000-2002 et 2004-2006, le nombre de décès par BPCO en valeurs absolues a augmenté de 2 % du fait du vieillissement de la population. En effet, les décès par BPCO surviennent surtout après 65 ans. Elle est en revanche une cause de morbidité répandue dès l'âge de 45 ans.

La consommation de tabac en Lorraine, bien que supérieure à la moyenne française, ne suffit pas à expliquer l'ensemble de cette surmortalité régionale par BPCO, tout comme elle ne peut pas rendre compte à elle seule de la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon qui est également élevée en Lorraine. D'autres facteurs, liés à la pollution atmosphérique ou à l'environnement des conditions de travail, peuvent se cumuler pour favoriser l'apparition des pathologies relevant de la BPCO.

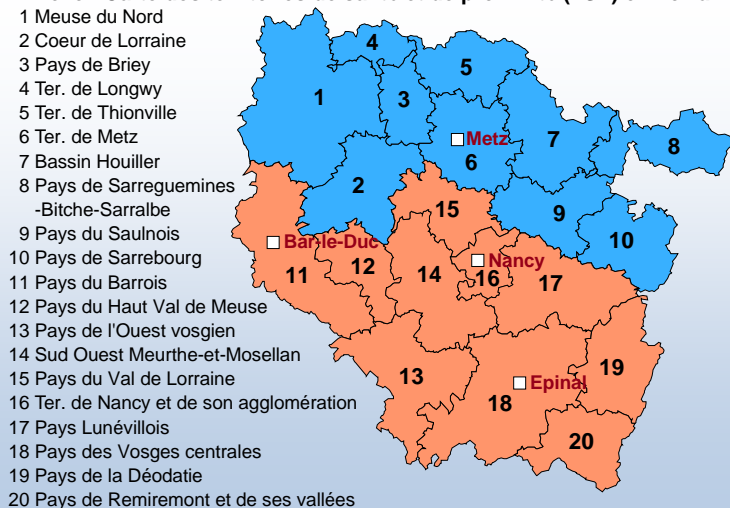
Les données concernant les facteurs de risque peuvent laisser penser, qu'à l'avenir, la surmortalité lorraine par BPCO par rapport à la France pourrait diminuer. En effet, la consommation de tabac semble baisser plus rapidement dans la région que dans le reste de

la France. De plus, la fermeture des mines de fer en 1997 et de charbon en 2004 entraîne la disparition d'un facteur de risque particulièrement important dans la région. Le développement récent de la consommation régulière de cannabis, aussi bien chez les jeunes lorrains que chez les jeunes français, tempère certainement ce constat. Ces évolutions pourraient également affecter la répartition infrarégionale de la mortalité par BPCO.

L'étude de la mortalité et de la morbidité liées à la BPCO se heurte à la difficulté d'en poser le diagnostic avec précision. Pour l'étude de la morbidité, le développement d'examens spirométriques systématiques faciliterait certainement l'épidémiologie de cette maladie. D'autre part, et pour ce qui concerne l'étude de la mortalité, la BPCO est susceptible de ne pas apparaître en tant que cause initiale de décès dès qu'elle est associée à une autre pathologie.

La confusion fréquente entre la bronchite chronique du fumeur, encore réversible, et l'atteinte plus définitive de la BPCO nécessite d'améliorer la sensibilisation du public. Un meilleur dépistage de la pathologie permettrait un traitement précoce destiné à empêcher une évolution vers un stade sévère. Des traitements lourds et des décès pourraient ainsi être évités. De plus, un dépistage plus fréquent permettrait de mieux connaître l'épidémiologie de cette pathologie encore sous-estimée.

Annexe : Carte des territoires de santé et de proximité (TSP) en Lorraine



Observatoire Régional de la Santé
et des Affaires Sociales en Lorraine
2, rue du Doyen Jacques Parisot
54500 Vandœuvre-lès-Nancy
Tél. 03 83 67 68 69
contact@orsas.fr
Mai 2009