

Incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale

La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif, à un horizon quinquennal, de stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale, estimée à 112 cas par million d'habitants avant l'instauration du réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN).

La mise en place d'un traitement de suppléance (dialyse ou greffe rénale préemptive, réalisée avant dialyse) est un événement de santé qui permet d'identifier facilement les nouveaux cas d'insuffisance rénale terminale traitée (IRTT). Il existe peu de contre-indications à la dialyse et son accès n'est pas limité. Aussi, l'incidence de l'insuffisance rénale terminale traitée (IRTT) peut raisonnablement être utilisée pour mesurer l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Les variations d'incidence ne reflètent toutefois pas forcément l'efficacité de mesures de prévention en amont du stade terminal. Elles peuvent également être liées à des variations géographiques ou temporelles liées à l'accès aux soins ainsi qu'à l'évolution des pratiques au fil du temps.

■ INDICATEURS PRINCIPAUX

Nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse et nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe préemptive

La connaissance de l'incidence de l'IRTT se précise au fur et à mesure de l'extension du réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN). En 2009, 8560 nouveaux malades (20 régions) ont entamé un premier traitement de suppléance (dialyse ou greffe préemptive). Parmi les nouveaux malades de 2009, 63% étaient des hommes, 38% avaient plus de 75 ans; en outre, 86% (7395) débutaient leur traitement de suppléance en hémodialyse, 10,4% (891) en dialyse péritonéale et 3% (274) bénéficiaient d'une greffe préemptive (dont 61 à partir d'un donneur vivant).

Les taux d'incidence bruts moyens ont varié de 135,6 cas par million d'habitants (pmh) en 2004 (9 régions), 139 en 2005 (13 régions), 137 en 2006 (16 régions), 139 en 2007 (18 régions), 146 en 2008 (20 régions) et 150 en 2009 (20 régions). Les taux standardisés sur l'âge et le sexe ont suivi la même évolution. Il faut cependant interpréter avec prudence les variations d'incidence observées et ne pas généraliser ces observations à l'ensemble du territoire car des variations pourraient être liées à la prise en compte de nouvelles régions se situant aux extrêmes. Parmi les 12 régions pour lesquelles on dispose de données exhaustives sur 5 ans, l'accroissement moyen est de 1,5% par an (taux standardisés). Mais cette évolution masque des tendances différentes en fonction de l'âge: l'incidence est stable chez les personnes âgées de moins de 75 ans alors

qu'elle a augmenté de 16% entre 2005 et 2009 (3,2% par an) chez les personnes âgées de 75 ans ou plus (graphique 1).

L'incidence de l'IRTT augmente avec l'âge: elle est de 9 cas par million d'habitants chez les 0-19 ans, de 667 chez les 75 ans ou plus. Elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (de 0,9 à 2,2 fois selon les régions). Les causes les plus fréquentes d'IRTT sont les néphropathies hypertensives et les néphropathies diabétiques, qui représentent à elles deux 67 nouveaux cas annuels par million d'habitants. Des variations importantes existent d'une région à l'autre. Le Nord - Pas-de-Calais enregistre l'incidence standardisée la plus élevée (202 cas pmh) et le Poitou-Charentes, la plus faible (99 cas pmh) (tableau 1). Les taux d'incidence standardisée varient également selon les pays, à l'échelle européenne. En 2008, la France (20 régions) a un taux d'incidence standardisée sur la population européenne de 147 cas par million d'habitants. L'Islande, la Finlande et la Roumanie enregistrent les taux les plus faibles (respec-

tivement 89,1 cas pmh, 92,1 et 98,9) et la Belgique francophone et la Grèce, les taux les plus élevés (respectivement 193,5 pmh et 180,1).

Nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19* (avec notion d'insuffisance rénale chronique)

Les données d'admission en affection de longue durée (ALD) 19* ne permettent pas actuellement d'estimer correctement l'incidence de l'IRCT (voir encadré méthodologique). Des études plus fines sont nécessaires sur les pratiques de codage (biais d'information) et sur l'exhaustivité par rapport à l'ensemble des causes d'insuffisance rénale chronique (diabète, hypertension artérielle mais aussi uropathies ou polykystose). On observe cependant que le nombre d'admission en ALD 19* a été multiplié par 3 entre 2000 et 2009 (tableau 2). ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • AGENCE DE LA BIOMÉDECINE.

synthèse

Dans les régions contribuant au réseau épidémiologique et information en néphrologie (REIN), le taux d'incidence annuel moyen de l'insuffisance rénale terminale traitée standardisé sur l'âge et le sexe est estimé à 150 cas par million d'habitants en 2009 (20 régions). Dans les 12 régions où les données ont été recueillies pendant cinq années consécutives (2005-2009), l'incidence a globalement augmenté de 1,5% par an en moyenne, mais ce résultat masque des évolutions différentielles avec l'âge. L'incidence est restée stable chez les personnes de moins de 75 ans alors qu'elle a crû chez les plus âgés (+3,2% par an sur la période). Cette tendance qui reste à confirmer avec l'extension de la couverture du registre sur le territoire national et plus de recul temporel, apparaît cependant de plus en plus crédible.

TABLEAU 1 • Incidence* de l'IRTT dans les régions du registre REIN en 2009

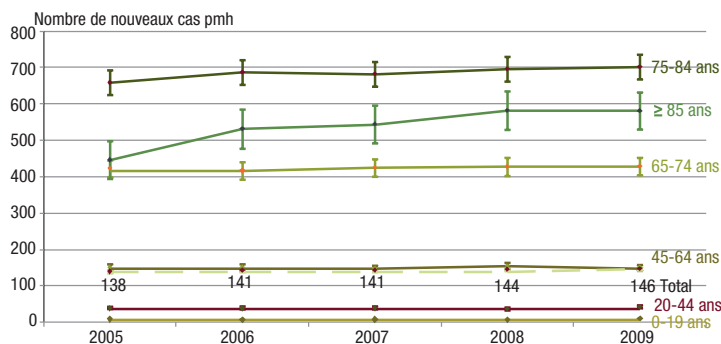
	Nombre de nouveaux cas	Taux brut	Taux standardisé	Indice de confiance à 95 %	Indice comparatif d'incidence	Indice de confiance à 95 %
Alsace	336	180	196	[175-217]	1,30	[1,17-1,45]
Auvergne	203	152	130	[112-148]	0,86	[0,75-0,99]
Bourgogne	217	133	115	[100-131]	0,77	[0,67-0,88]
Bretagne	372	119	111	[99-122]	0,73	[0,66-0,81]
Centre	400	158	144	[130-158]	0,96	[0,87-1,06]
Champagne-Ardenne	184	138	136	[117-156]	0,91	[0,78-1,05]
Corse	26	92	81	[50-112]	0,54	[0,37-0,79]
Haute-Normandie	286	157	163	[144-182]	1,08	[0,96-1,22]
Île-de-France	1 652	142	165	[157-173]	1,09	[1,04-1,15]
La Réunion	207	250	389	[332-446]	2,59	[2,23-2,99]
Languedoc-Roussillon	460	175	157	[143-172]	1,05	[0,95-1,15]
Limousin	107	147	120	[97-143]	0,80	[0,66-0,97]
Lorraine	410	175	176	[159-193]	1,17	[1,06-1,29]
Midi-Pyrénées	363	128	113	[101-125]	0,75	[0,68-0,83]
Nord – Pas-de-Calais	724	178	202	[187-217]	1,34	[1,25-1,44]
Pays de la Loire	435	124	121	[110-132]	0,80	[0,73-0,88]
Picardie	282	149	159	[141-178]	1,06	[0,94-1,19]
Poitou-Charentes	201	115	99	[85-113]	0,66	[0,57-0,76]
PACA	832	170	154	[143-164]	1,02	[0,96-1,10]
Rhône-Alpes	863	140	145	[135-154]	0,96	[0,90-1,03]
Total 20 régions	8 560	150	150	[147-154]		

* L'indice comparatif d'incidence est le rapport des taux d'incidence de chaque région après standardisation directe sur le taux d'incidence globale.

Champ : France ; 20 régions.

Sources : Les données d'incidence de l'IRTT viennent du registre du REIN pour la dialyse et du système d'information du prélèvement et de la greffe pour les greffes rénales préemptives.

GRAPHIQUE 1 • Évolution de l'incidence standardisée de l'IRTT entre 2005 et 2009 dans 12 régions*



* Il s'agit des 12 régions contribuant aux registres du REIN, parmi lesquelles les données ont pu être recueillies sur les cinq années consécutives. Les taux sont standardisés sur la population française au 30 juin 2009.

Champ : France métropolitaine ; 12 régions.

Sources : Registres du REIN et système d'information du prélèvement et de la greffe.

TABLEAU 2 • Évolution du nombre de personnes nouvellement admises en ALD 19 avec notion d'insuffisance rénale chronique

	Nombre de nouveaux patients en ALD 19
2000	4 901
2001	5 807
2002	6 648
2003	7 978
2004	9 017
2005	9 677
2006	10 667
2007	11 771
2008	12 414
2009	14 484

Champ : France entière.

Sources : Données CNAMTS, RSI et MSA.

SOURCES • Les données d'incidence de l'IRTT viennent du registre du REIN pour la dialyse et du système d'information du prélèvement et de la greffe pour les greffes rénales préemptives.

CHAMP • France. Patients en insuffisance rénale terminale traitée, tous âges. La couverture géographique du réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) s'étend progressivement : 4 régions exhaustives en 2002, 7 en 2003, 9 en 2004, 13 en 2005, 16 en 2006, 18 en 2007 et 20 en 2008 et 2009.

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • Numérateur : nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse et nombre de patients ayant bénéficié d'une greffe préemptive. Dénominateur : population couverte par le registre dont sont issus les cas (statistiques démographiques de l'INSEE). Les taux d'incidence ont été standardisés sur l'âge et le sexe, selon la méthode de la standardisation directe en prenant comme référence la population française au 30 juin 2009. L'indice comparatif d'incidence est le rapport des taux d'incidence de chaque région après standardisation directe sur le taux d'incidence globale. Une région a une incidence significativement inférieure (ou supérieure) à l'incidence globale lorsque l'intervalle de confiance de l'indice comparatif ne contient pas la valeur 1. Pour comparer les taux d'incidence au cours du temps, ceux-ci ont été standardisés sur la distribution par âge et sexe de la population française au 30 juin 2009.

LIMITES ET BIAIS • L'extension progressive du registre impose de s'intéresser dans un premier temps aux variations des taux standardisés. La comparaison dans le temps doit tenir compte du fait que les régions considérées ne sont pas les mêmes d'une année sur l'autre.

RÉFÉRENCES •

- www.agence-biomedecine.fr/ pour les données annuelles du REIN entre 2002 et 2009.
- www.era-edta.org/ pour les données européennes.

SOURCES • Données MSA, RSI et CNAMTS.

CHAMP • France entière. Patients en ALD 19 avec notion d'insuffisance rénale chronique (code CIM10 N18).

LIMITES ET BIAIS • Biais potentiellement très important, non quantifié à ce jour. L'ALD 19 a pour libellé «Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif». Les malades relevant de cette ALD ne présentent donc pas tous une insuffisance rénale chronique. L'introduction du code CIM-10 N18 correspondant au libellé «Insuffisance rénale chronique» (IRC), et sous réserve des pratiques de codage (plutôt dans le sens d'une sous-déclaration), est censée permettre de mieux identifier la population des IRC. Mais un volume non quantifié de malades diabétiques ou hypertendus, déjà en ALD 8 ou 12 avant le passage en IRC, ne sont pas forcément reclassés ; or ces catégories de malades sont susceptibles de déterminer des variations importantes des taux.