



Fédération nationale des
observatoires régionaux de la santé
62 bd Garibaldi 75015 PARIS
Tél. 01 56 58 52 40



dans les régions de France

Chapitre **7.4**

Les cancers

Ce chapitre est l'un de ceux du document intitulé «La santé observée dans les régions de France», dont la première édition a été publiée par la Fnors en 1997.

Il s'agit ici de la première mise à jour de ce chapitre. Ce fascicule peut être intégré dans le classeur diffusé lors de la première édition ou rester indépendant.

Quelques références bibliographiques

HILL C., «20 ans d'épidémiologie des cancers : le point de vue de l'épidémiologiste», in *RESP*, Vol. 44 N°6, 1996, p. 547-555.

HILL C., DOYON F., SANCHO-GARNIER H., *Épidémiologie des cancers*, Médecine-Sciences, Paris, Flammarion, 1997, 81 p.

MÉNÉGOZ F., CHÉRIÉ-CHALLINE L., *Le cancer en France : incidence et mortalité. Situation en 1995. Évolution entre 1975 et 1995*, Paris, La Documentation Française, 1998, 182 p.

Francim, *Incidence du cancer en France : estimations régionales 1985-1995*, Francim, 1999, 51 p.

Contexte

En France, les tumeurs malignes ou cancers occupent une place de plus en plus importante en termes de morbidité : le réseau français des registres du cancer (Francim) estime le nombre de nouveaux cas à environ 240 000 pour l'année 1995 en France métropolitaine.*

Ce nombre a augmenté de 12 % entre 1975 et 1985, et de 27 % entre 1985 et 1995. Cette augmentation est liée non seulement à l'accroissement et au vieillissement de la population, mais aussi à la plus grande fréquence des cancers, réelle ou liée à l'amélioration de leur dépistage.

Ainsi, entre 1985 et 1995, le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) a nettement augmenté chez les femmes (+14 %), passant de 185 à 212 nouveaux cas pour 100 000, mais beaucoup moins chez les hommes (+7 %), passant de 299 à 319 pour 100 000.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes sont, chez l'homme, la prostate, le poumon et le côlon-rectum, et, chez la femme, le sein, le côlon-rectum et l'utérus.

En termes de mortalité, les tumeurs (dont 97 % sont des cancers) constituent globalement la deuxième cause de décès après les affections cardio-vasculaires. En 1997, elles sont responsables de 146 000 décès par an en France métropolitaine et 1 700 dans les départements d'outre-mer. En métropole, elles représentent la première cause de décès chez l'homme (88 500 décès, soit 32 % des décès masculins en 1995-97) et la deuxième chez la femme (58 000 décès, soit 23 %).

Globalement, 71 % des décès par tumeurs surviennent chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

** Le terme «tumeurs malignes» désigne les cancers. Le terme «tumeurs» recouvre à la fois les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes ; dans l'ensemble de la mortalité par tumeurs, leur répartition est de 97 % et 3 % respectivement en France pour la période 1995-97.*

Au niveau national, les deux principales causes de décès par tumeurs chez l'homme sont le cancer du poumon (20 000 décès par an) et le cancer de la prostate (9 300) ; chez la femme, ce sont le cancer du sein (10 800 décès par an) et le cancer colo-rectal (7 700).

Contrairement à l'incidence, la mortalité par cancers, toutes localisations confondues, diminue depuis le début des années cinquante chez les femmes et a également tendance à baisser depuis le milieu des années quatre-vingt chez les hommes.

Les facteurs de risque des cancers sont très divers et agissent entre eux.

Pendant la période 1995-97, chaque année en France, 30 000 décès par cancers pouvaient être imputable au tabac chez l'homme (soit 35 % de l'ensemble des décès masculins par cancers), contre 1 900 chez la femme (3,4 % des décès féminins par cancers).

En ce qui concerne l'alcool, on estime qu'entre 8 % et 16 % des décès par cancers lui sont imputables. Enfin, environ 35 % des cancers sont actuellement imputés aux facteurs nutritionnels.

En février 2000, un "programme cancer" a été annoncé par le secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale. Il s'articule autour de 5 grands axes :

- renforcer la prévention (tabac et alcool notamment) ;
- généraliser le dépistage de certains cancers (prévu pour 2001) : cancer du sein, du col de l'utérus et du côlon-rectum ;
- favoriser la qualité des soins, réduire les inégalités inter-régionales, améliorer l'accès aux techniques innovantes... ;
- améliorer les conditions de vie des malades et garantir leurs droits : soutien psychologique, soins palliatifs, reconnaissance des maladies professionnelles... ;
- coordonner la recherche.

Définitions

Incidence

L'incidence annuelle d'une maladie est le nombre de cas nouveaux de cette maladie enregistrés chaque année.

Le taux d'incidence est le nombre de ces nouveaux cas annuels rapportés à la population de l'année correspondante.

Dans le cas des cancers, les incidences et les taux d'incidence ont été établis par le réseau français des registres du cancer (Francim). Les données Francim pour 1985 et 1992 en France métropolitaine et par régions sont des estimations, réalisées à partir des données de neuf registres départementaux (Doubs, Calvados, Côte-d'Or, Hérault, Isère, Bas-Rhin, Haut-Rhin, Somme, Tarn). Les données Francim de 1995 sont des projections établies à partir des données 1992.

Les taux d'incidence sont standardisés sur la population mondiale.

Les cancers concernent toutes les localisations sauf le cancer de la peau non mélanique.

Indice comparatif de mortalité (ICM)

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi standardized mortality ratio (SMR), permet de comparer la situation des régions en éliminant les effets de la structure par âge. L'ICM est le rapport en base 100 du nombre de décès observés au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans chaque région avaient été identiques aux taux nationaux. La base est 100 en France métropolitaine. Les ICM des hommes et des femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

Taux comparatif de mortalité

Le taux comparatif de mortalité, ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de France métropolitaine au recensement de 1990, deux sexes confondus). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les sexes, entre les périodes et entre les régions.

Affections de longue durée (ALD)

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» est établie par décret et comporte 30 affections ou groupes d'affections : c'est la liste ALD30. D'autres pathologies entraînant des traitements coûteux ou particulièrement invalidantes peuvent faire l'objet d'une exonération du ticket modérateur.

Les données figurant dans ce document concernent les assurés et ayants-droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Il s'agit de nombres annuels moyens de premiers avis favorables d'admission en ALD pendant la période considérée. Ce nombre dépend de la morbidité régionale, mais aussi d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou encore l'avis des médecins conseils. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

Abréviations concernant les régions : PACA Provence-Alpes-Côte d'Azur
DOM Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion)

Incidence du cancer chez les hommes

136 000 nouveaux cas de cancer en 1995
91 000 admissions en ALD pour cancer chaque année en 1993-95

D'après les estimations régionales du réseau Francim pour 1985 et les projections pour 1995, le nombre de nouveaux cas de cancer chez les hommes a augmenté en France métropolitaine, passant de 108 000 à 136 000 environ.

Pendant la période 1993-95 en France (métropole et outre-mer), environ 91 000 hommes ont été admis chaque année en affection de longue durée (ALD) pour cancer par les principaux régimes de Sécurité sociale. Ce motif représente 25 % des admissions en ALD chez les hommes en France.

Pour toutes les régions, les estimations d'incidence sont supérieures aux nombres d'ALD déclarées, d'environ 30 % (et même 50 % dans les Pays de la Loire).

Cette supériorité d'effectifs peut être expliquée par le fait que certains patients ne sont pas admis en ALD pour plusieurs motifs : soit ils bénéficient d'une exonération du ticket modérateur à un autre titre, soit ils ne font pas valoir leurs droits vis-à-vis de l'Assurance maladie, soit ils ne remplissent pas les conditions médicales de gravité.

HOMMES

Estimations du nombre de nouveaux cas de cancer chez les hommes en 1985 et projections pour 1995 (Incidence)

	1985	1995
Ile-de-France	17 416	19 898
Rhône-Alpes	9 283	11 572
PACA	8 286	10 699
Nord-P-d-C.	8 231	10 322
Bretagne	6 208	7 945
Pays de la Loire	5 438	7 584
Aquitaine	5 664	7 170
Centre	4 670	6 205
Lorraine	4 569	6 175
Midi-Pyrénées	4 517	5 742
Languedoc-Rous.	4 227	5 519
Picardie	3 484	4 552
Bourgogne	3 549	4 545
Haute-Normandie	3 401	4 373
Poitou-Charentes	3 269	4 198
Alsace	3 086	3 892
Auvergne	2 879	3 653
Basse-Normandie	2 783	3 428
Champagne-Ard.	2 689	3 342
Franche-Comté	1 995	2 426
Limousin	1 824	2 107
Corse	526	645
France métropol.	107 994	135 992

Source : Francim

Ces estimations n'ont pas été calculées pour l'outre-mer.

HOMMES

Nombre annuel moyen d'admissions en affections de longue durée pour cancer chez les hommes et pourcentage chez les moins de 65 ans en 1993-95

	Nb total	% < 65 ans
Ile de France	15 587	52,7
Rhône-Alpes	7 865	43,0
PACA	6 590	42,1
Pays de la Loire	5 089	43,4
Nord-P-d-C.	5 081	56,0
Aquitaine	4 696	38,7
Centre	4 680	40,8
Bretagne	4 537	30,9
Midi-Pyrénées	4 331	35,6
Lorraine	3 775	50,0
Languedoc-Rous.	3 511	40,4
Poitou-Charentes	3 010	39,8
Bourgogne	2 959	41,3
Picardie	2 741	48,7
Haute-Normandie	2 737	47,7
Champagne-Ard.	2 391	46,8
Basse-Normandie	2 346	43,4
Auvergne	2 261	42,3
Alsace	2 246	53,3
Franche-Comté	1 775	43,4
Limousin	1 468	36,5
Corse	461	45,7
France métropol.	90 135	44,3
Réunion	412	59,2
Guadeloupe	335	38,9
Martinique	319	38,9
Guyane	42	78,6

Exploitation Fiors

Sources : Cnamts, MSA, Canam

Incidence du cancer chez les femmes

103 000 nouveaux cas de cancer en 1995
81 500 admissions en ALD pour cancer chaque année en 1993-95

Chez les femmes, les estimations régionales de Francim pour 1985 et les projections pour 1995, montrent un nombre de nouveaux cas de cancer en augmentation en France métropolitaine, passant de 81 000 à 103 000 environ.

Cette augmentation est un peu plus marquée que celle observée chez les hommes.

Pendant la période 1993-95 en France (métropole et outre-mer), environ 81 500 femmes ont été admises chaque année en affection de longue durée (ALD) pour cancer par les principaux régimes de Sécurité sociale. Ce motif représente 25 % des admissions en ALD chez les femmes en France.

Pour toutes les régions, les estimations d'incidence sont supérieures aux nombres d'ALD déclarées, d'environ 20 % (et même 40 % dans les Pays de la Loire).

Cette différence peut être expliquée, comme pour les hommes, par le fait que certaines patientes ne sont pas admises en ALD pour plusieurs motifs : soit elles bénéficient d'une exonération du ticket modérateur à un autre titre, soit elles ne font pas valoir leurs droits vis-à-vis de l'assurance maladie, soit elles ne remplissent pas les conditions médicales de gravité.

Ainsi, les données de morbidité des régimes d'assurance maladies ne rendent pas compte de la totalité des malades.

FEMMES

Estimations du nombre de nouveaux cas de cancer chez les femmes en 1985 et projections pour 1995 (Incidence)

	1985	1995
Ile-de-France	14 432	18 117
Rhône-Alpes	7 205	9 004
PACA	6 401	8 326
Nord-P-d-C.	5 974	7 562
Aquitaine	4 206	5 573
Pays de la Loire	4 117	5 548
Bretagne	4 194	5 317
Centre	3 380	4 589
Lorraine	3 223	4 414
Midi-Pyrénées	3 491	4 184
Languedoc-Rous.	3 123	4 129
Picardie	2 477	3 280
Bourgogne	2 450	3 232
Haute-Normandie	2 442	3 076
Poitou-Char.	2 399	3 041
Alsace	2 514	3 002
Auvergne	2 144	2 687
Basse-Normandie	1 972	2 596
Champagne-Ard.	1 772	2 385
Franche-Comté	1 468	1 801
Limousin	1 318	1 565
Corse	386	506
France métropol.	81 088	103 934

Source : Francim

Ces estimations n'ont pas été calculées pour l'outre-mer.

FEMMES

Nombre annuel moyen d'admissions en affections de longue durée pour cancer chez les femmes et pourcentage chez les moins de 65 ans en 1993-95

	Nb total	% < 65 ans
Ile de France	16 041	59,0
Rhône-Alpes	7 180	50,8
PACA	6 290	51,5
Pays de la Loire	4 516	52,2
Nord-P-d-C.	4 300	56,3
Aquitaine	4 184	46,8
Centre	3 952	49,6
Bretagne	3 667	39,7
Midi-Pyrénées	3 469	52,4
Languedoc-Rous.	3 259	50,6
Lorraine	3 153	53,1
Bourgogne	2 468	46,4
Poitou-Charentes	2 435	49,0
Picardie	2 293	55,1
Haute-Normandie	2 271	51,8
Alsace	2 059	55,4
Basse-Normandie	2 058	49,4
Auvergne	1 938	50,3
Champagne-Ard.	1 905	50,9
Franche-Comté	1 494	49,1
Limousin	1 235	43,4
Corse	484	51,2
France métropol.	80 650	51,9
Réunion	304	67,1
Guadeloupe	255	60,4
Martinique	244	62,3
Guyane	48	56,3

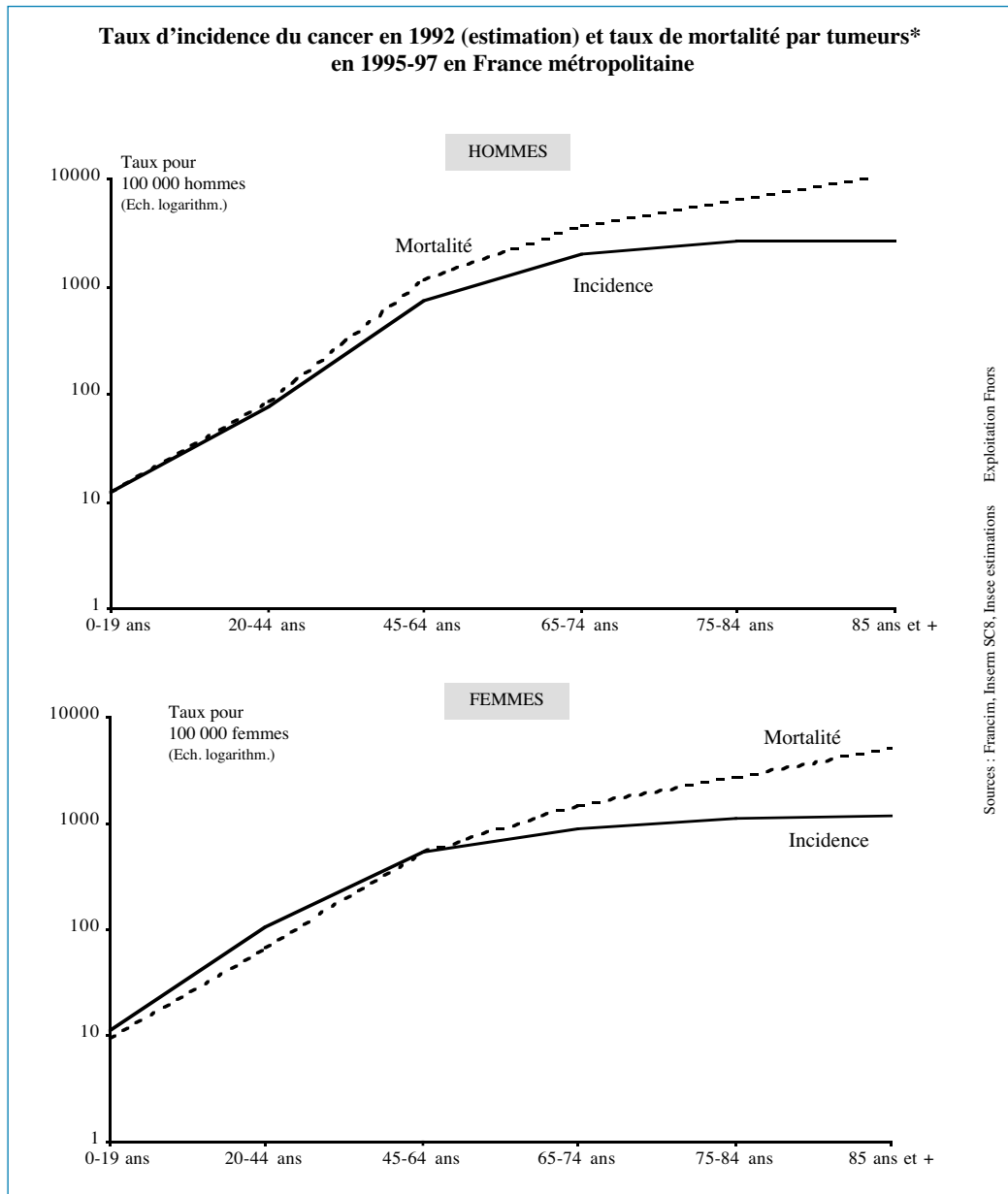
Exploitation Finors

Sources : Cnamts, MSA, Canam

Incidence et mortalité selon l'âge

Chez les hommes, la courbe des taux d'incidence des cancers montre une augmentation plutôt régulière jusqu'à 65-74 ans, puis une stagnation aux alentours de 2 500 cas pour 100 000 hommes. La courbe des décès par tumeurs suit la même évolution, à un niveau toujours supérieur à celui de l'incidence et cet écart s'accroît avec l'âge.

Chez les femmes, la courbe des taux d'incidence du cancer présente une augmentation régulière jusqu'à 45-64 ans, puis se stabilise aux environs de 1000 cas pour 100 000 femmes. La courbe des décès par tumeurs se situe en-dessous de celle de l'incidence jusqu'à 45-64 ans, puis la dépasse pour s'en éloigner de plus en plus avec l'âge.



* Mortalité par tumeurs : inclut les tumeurs malignes et les tumeurs bénignes

Incidence et mortalité par cancers selon la localisation cancéreuse

Poumon et prostate chez les hommes et sein et côlon-rectum chez les femmes sont aux deux premiers rangs

La juxtaposition de l'incidence et de la mortalité permet de mettre en évidence les différences de possibilités thérapeutiques et de pronostic des différents cancers.

En termes d'incidence, les cancers les plus fréquents chez les hommes en France sont les cancers de la prostate et du poumon, puis les cancers ORL* et ceux du côlon-rectum.

En termes de mortalité, les trois premières causes de décès par tumeurs sont les cancers du poumon (avec 20 450 décès par an, représentant 23 % des décès par tumeur), les cancers de la prostate (9 300 décès par an, 11 % des décès par tumeurs) et les cancers du côlon-rectum (8 400 décès, 9 %).

Chez les femmes, en termes d'incidence, les trois cancers les plus fréquents sont ceux du sein, du côlon-rectum et de l'utérus (col et corps).

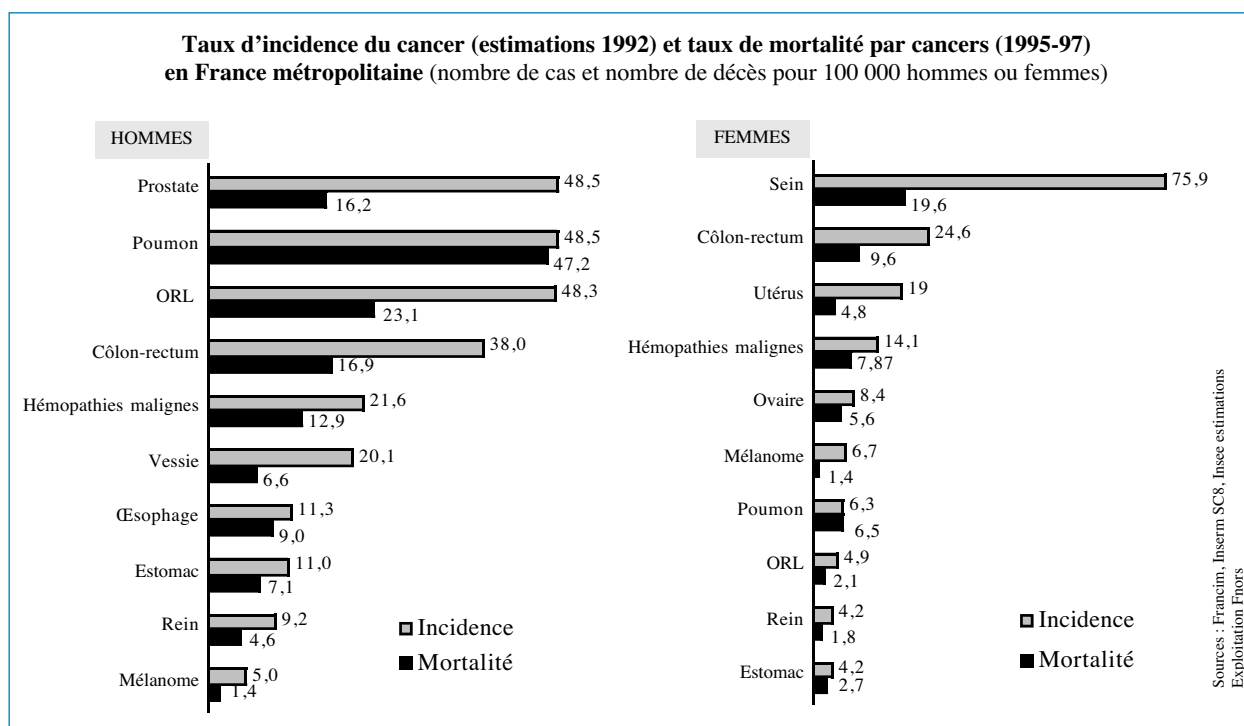
En termes de mortalité, c'est le cancer du sein qui représente la première cause de décès par cancer (10 800 décès, soit 19 % des décès par tumeurs). Il est suivi par les cancers du côlon-rectum (7 700 décès, 13 % des décès par tumeurs). Ensuite, viennent les hémopathies malignes et les cancers de l'ovaire, plus souvent mortels que les cancers de l'utérus.

Dans les départements d'outre-mer, la répartition des causes de décès par types de cancers diffère de celle observée en métropole.

Chez les hommes, la cause de décès la plus fréquente est le cancer de la prostate (26 % à la Martinique et en Guadeloupe), puis le cancer du poumon (20 % à la Réunion) et le cancer de l'estomac (13 % en Martinique).

Chez les femmes, les cancers de l'utérus sont la première cause de décès par cancers (21 % en Guyane), puis vient le cancer du sein (18 % en Guyane) ; comme chez les hommes, le poids du cancer de l'estomac dans la mortalité par cancers est plus important qu'en métropole.

* Cancers ORL = cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, des fosses nasales, de l'oreille moyenne et des sinus annexes, et du larynx.



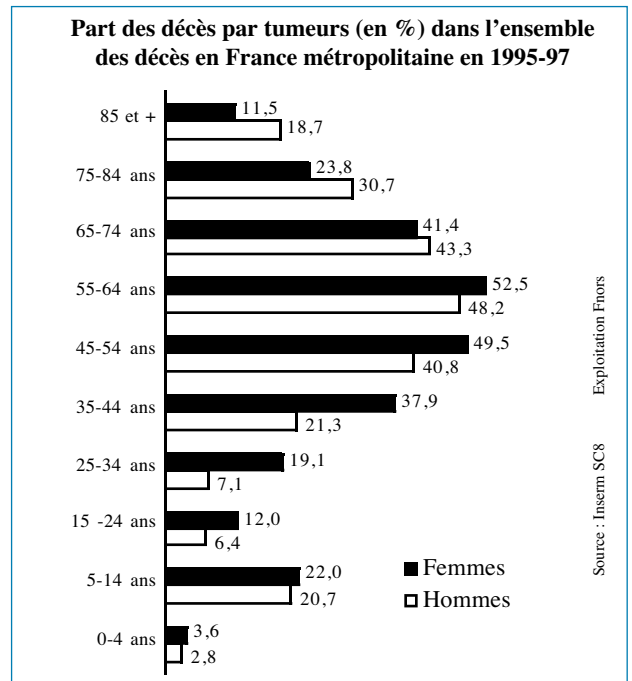
Part des décès par tumeurs* dans l'ensemble des décès

Les tumeurs sont responsables de 28 % des décès

Globalement les tumeurs* sont à l'origine de 28 % de l'ensemble des décès masculins et féminins : 32 % chez les hommes et 23 % chez les femmes. Contrairement aux pathologies cardiaques, elles constituent une cause non négligeable de décès dès les premières années de la vie (un décès sur cinq entre 5 et 14 ans). Elles représentent environ 50 % des décès des hommes et des femmes entre 55 et 64 ans.

Le poids des décès par tumeurs dans la mortalité totale est plus important chez les femmes que chez les hommes jusqu'à 64 ans ; ceci s'explique par la part moins importante dans la mortalité féminine des autres causes de décès, en particulier des morts violentes.

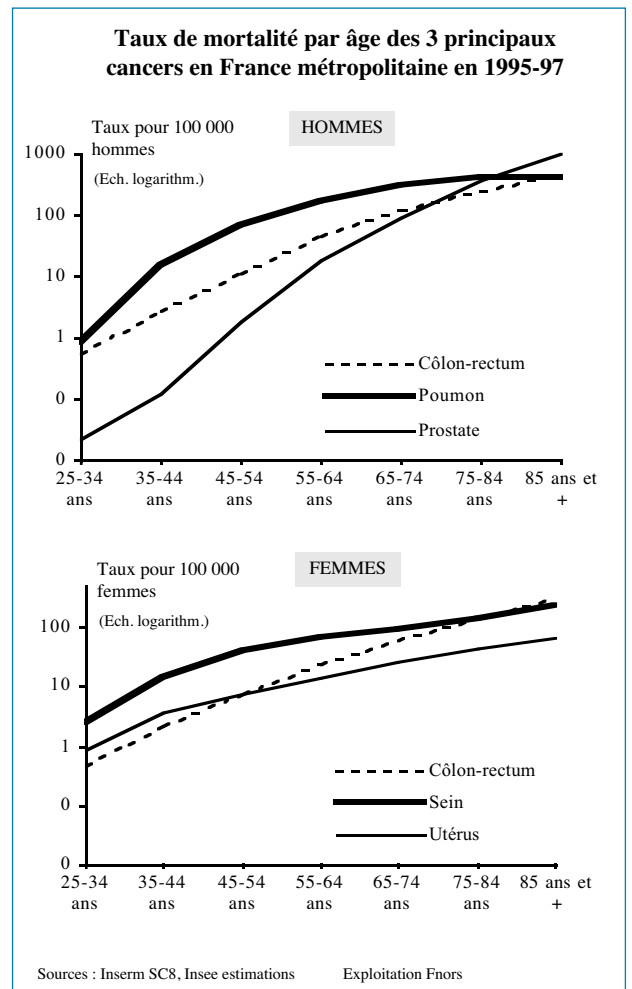
Dans les départements d'outre-mer, du fait d'une population plus jeune, le poids de la mortalité d'origine tumorale (20 %) est inférieur à celui observé en métropole (28 %).



Avant 35 ans, les décès par tumeurs* sont peu nombreux. Ils sont dus essentiellement aux leucémies et aux tumeurs de l'encéphale chez les hommes comme chez les femmes.

Entre 30 et 80 ans, le cancer du poumon est la première cause de décès par tumeurs chez les hommes. Au-delà de cet âge, il est devancé par le cancer de la prostate. Le cancer colo-rectal est la deuxième cause de décès avant 75 ans et la troisième après.

Chez les femmes, le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment mortel jusqu'à 80 ans, devancé ensuite par le cancer colo-rectal. Les cancers de l'utérus constituent la deuxième cause avant l'âge de 50 ans, et la troisième après cet âge.



* Le terme «tumeurs» inclut les tumeurs malignes (cancers) et les tumeurs bénignes, ces dernières ne représentant que 3 % de la mortalité par tumeurs.

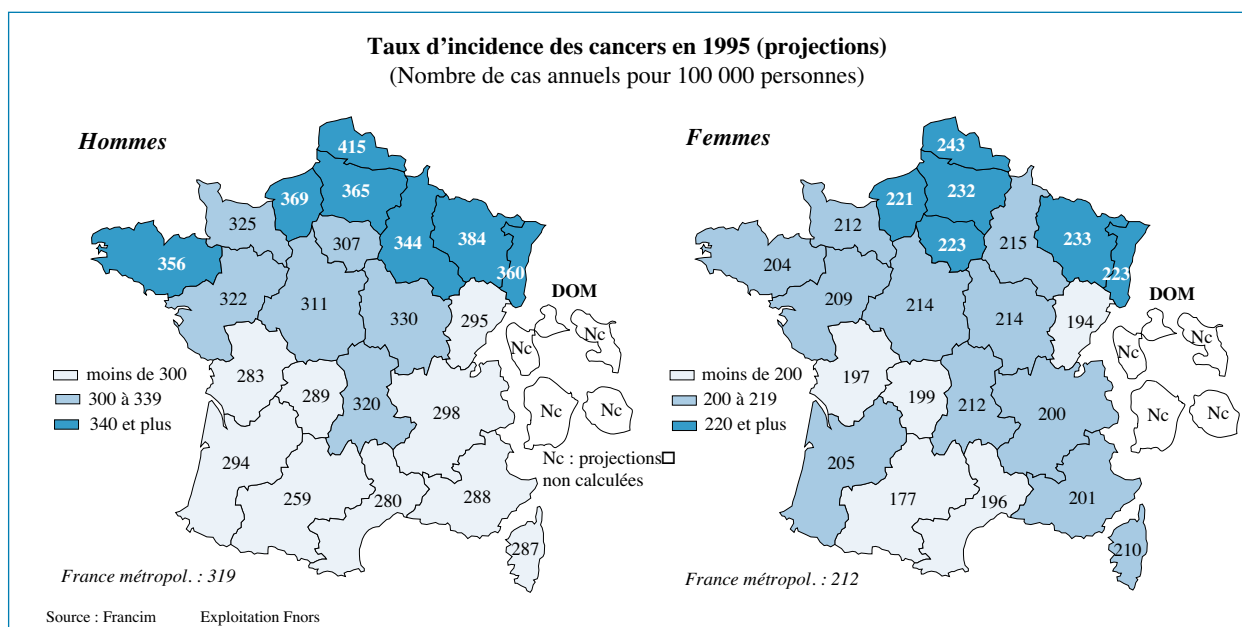
Incidence des cancers

Un contraste nord-sud

En France métropolitaine, selon les projections établies par le réseau Francim, le nombre de nouveaux cas de cancers en 1995 est d'environ 136 000 chez les hommes, ce qui représente un taux d'incidence de 319 cas pour 100 000 hommes.

Les régions de la moitié nord enregistrent des taux souvent supérieurs, avec un maximum dans le Nord-Pas-de-Calais. A l'opposé, le taux le plus faible est observé en Midi-Pyrénées, les régions du Sud étant d'une manière générale moins touchées.

Le constat est analogue chez les femmes, les mêmes régions se trouvant dans les situations extrêmes. Le nombre total de nouveaux cas en France métropolitaine est estimé à environ 104 000, ce qui correspond à un taux d'incidence de 212 pour 100 000 femmes.



Indices comparatifs de mortalité par tumeurs*

Une zone relativement homogène de surmortalité au nord

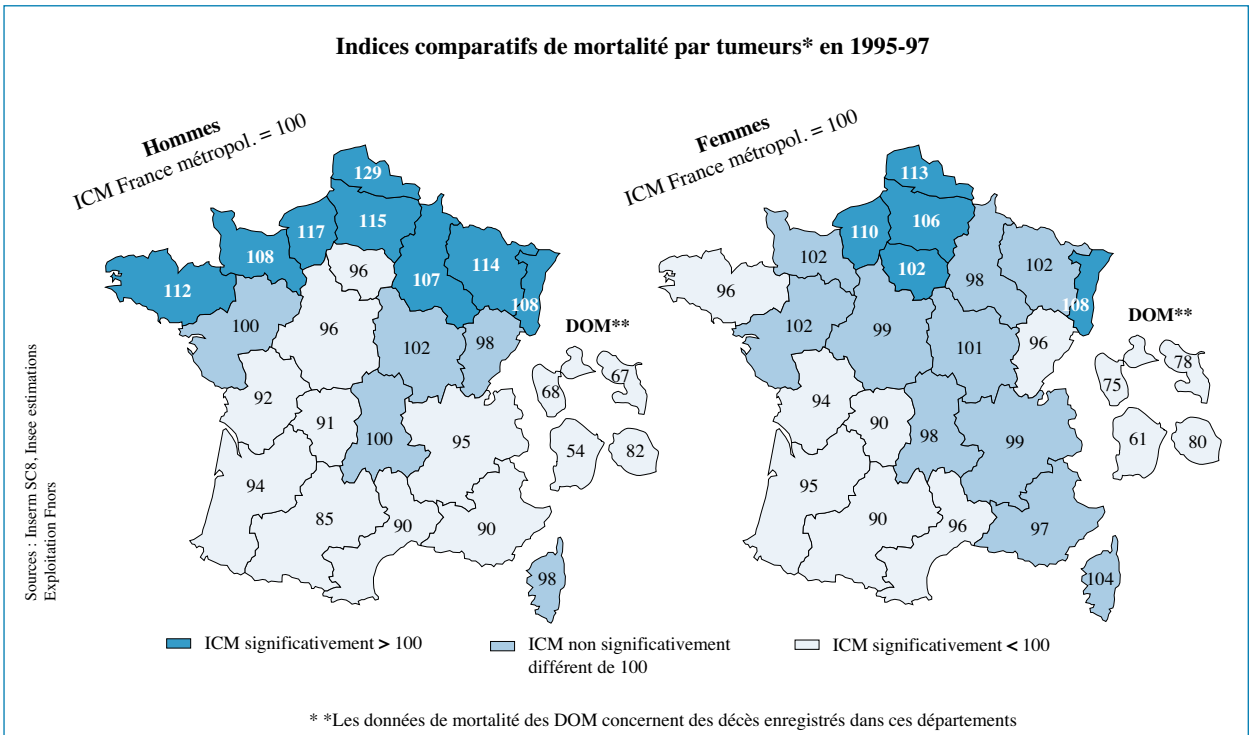
Les disparités nord-sud déjà constatées au cours des années précédentes sont quasiment identiques en 1995-97, les régions du nord de la France ayant, à structure d'âge égale, un excès significatif de décès par tumeurs par rapport à la moyenne.

Pour les hommes, un croissant de surmortalité est composé des huit régions les plus septentrionales, de la Bretagne à l'Alsace. Neuf autres régions enregistrent une sous-mortalité significative par tumeurs. L'écart entre les deux régions extrêmes (+29 % par rapport à la moyenne nationale dans le Nord-Pas-de-Calais et -15 % en Midi-Pyrénées) est du même ordre de grandeur qu'en 1988-90.

Pour les femmes, cinq régions situées au Nord et à l'Est présentent une surmortalité significative par tumeurs. L'écart entre les régions extrêmes est moindre que chez les hommes : +13 % dans le Nord-Pas-de-Calais, -10 % dans le Limousin et en Midi-Pyrénées.

Pour les deux sexes, si l'on considère la mortalité prématurée (avant 65 ans) par tumeurs, les écarts en sur ou sous-mortalité ont tendance à s'accroître par rapport à la mortalité tous âges confondus, sauf en Alsace où la mortalité rejoint alors le niveau national moyen.

Pour la période 1995-97, les DOM enregistrent une sous-mortalité par tumeurs significative pour les deux sexes.



* Le terme «tumeurs» inclut les tumeurs malignes (cancers) et les tumeurs bénignes, ces dernières ne représentant que 3 % de la mortalité par tumeurs.

Taux comparatifs de mortalité par tumeurs*

Diminution générale de la mortalité par tumeurs

Entre 1988-90 et 1995-97, la mortalité par tumeurs évolue de manière favorable tant pour les hommes (-7,6 %) que pour les femmes (- 5,0 %) dans toutes les régions françaises. Cette tendance fait suite à une évolution contrastée entre 1981-83 et 1988-90 où les taux de mortalité avaient augmenté chez les hommes dans une dizaine de régions et chez les femmes dans trois d'entre elles.

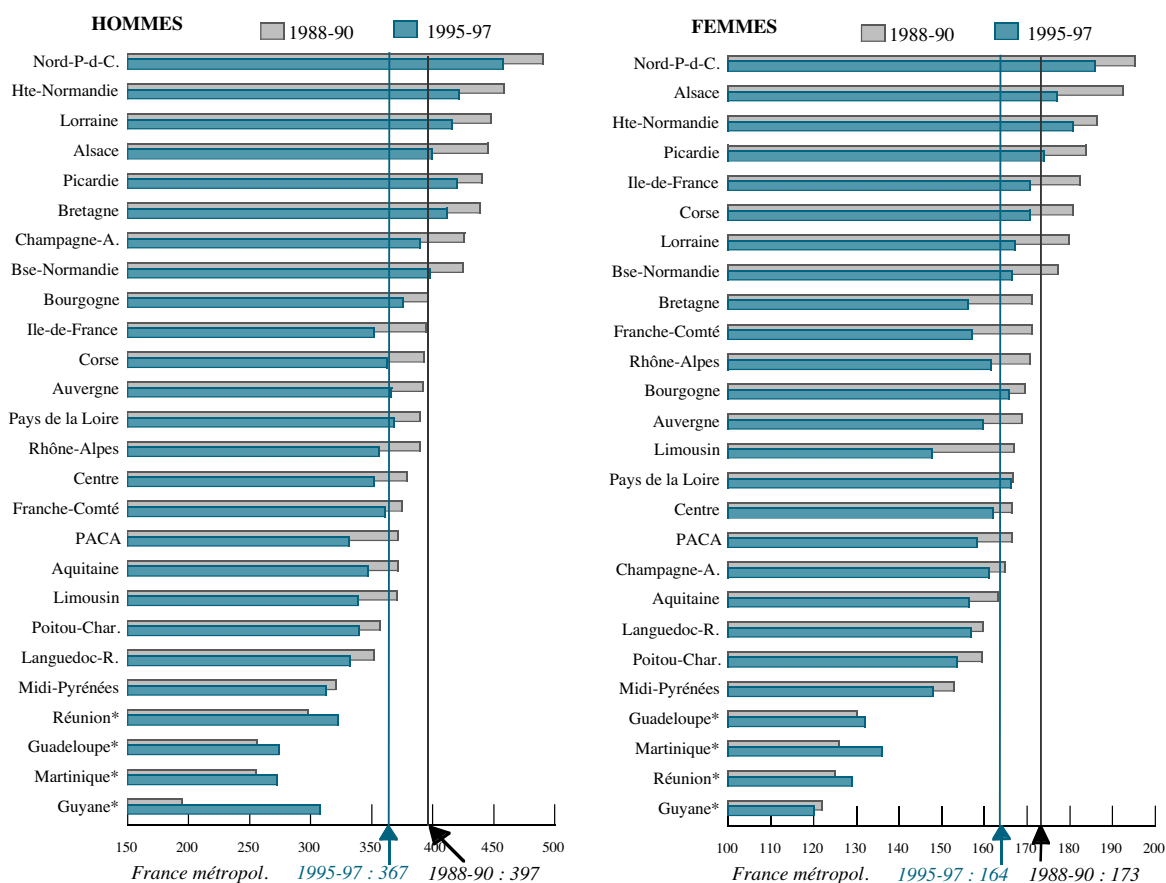
Chez les hommes, les 9 régions dont le taux comparatif de mortalité était inférieur au taux national en 1988-90 gardent cette position favorable en 1995-97. Les 8 régions en surmortalité voient leur situation s'améliorer, mais elles conservent un excès de mortalité par rapport à la moyenne française. L'écart se réduit en Alsace et en Champagne-Ardenne davantage qu'en Picardie. Dans les DOM, la mortalité par tumeurs se situe à un niveau

inférieur à celle de la métropole. Les diminutions constatées entre 1988-90 et 1995-97 ne sont pas statistiquement significatives.

Chez les femmes, les 14 régions en sous-mortalité en 1988-90 le sont toujours en 1995-97, sauf la Bourgogne et les Pays de la Loire dont les taux deviennent supérieurs à la moyenne en 1995-97. Les 8 régions en surmortalité en 1988-90 le sont encore dans la période suivante, malgré une diminution du taux de mortalité. C'est en Alsace que la baisse du taux a été la plus sensible parmi ces 8 régions. Dans les DOM, les taux sont très inférieurs au minimum observé en métropole. Les évolutions observées entre 1988-90 et 1995-97 sont faibles et ne sont pas statistiquement significatives (même en Guyane).

** Le terme «tumeurs» inclut les tumeurs malignes (cancers) et les tumeurs bénignes, ces dernières ne représentant que 3 % de la mortalité par tumeurs.

Evolution des taux comparatifs de mortalité par tumeurs** entre 1988-90 et 1995-97
(taux pour 100 000 hommes et 100 000 femmes)



* Les données de mortalité des DOM concernent des décès enregistrés et non domiciliés dans ces départements. D'autre part, la méthode de standardisation diffère légèrement de celle utilisée pour les régions de métropole.

Sources : Inserm SC8, Insee - Exploitation : Fnors