



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 **7.5**

Les cancers du **côlon-rectum**

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., 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.

Conférence de consensus, «Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon», Texte de consensus : texte long», 29-30 janvier 1998, in *Gastro-entérol. Clin. Biol.*, 1998, 22, p. 205-218.

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

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Secrétariat d'Etat à la Santé et aux handicapés, *Programme national de lutte contre le cancer*, 1^{er} janvier 2000, 17 p.

«Dossier cancer colo-rectal», in *Revue Prescrire*, n° 187, 1998, p. 609-623.

Contexte

Le cancer colo-rectal est le plus fréquent des cancers chez les hommes après celui de la prostate et celui du poumon, et chez les femmes après le cancer du sein. On estime qu'une personne sur 25 en sera atteinte au cours de son existence, le plus souvent après 45 ans.

Le nombre de nouveaux cas annuels, estimé par le réseau des registres du cancer (Francim), est d'environ 36 000 pour l'année 1995 en France métropolitaine. Entre 1985 et 1995, le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) a augmenté de 22 % chez les hommes comme chez les femmes : il est passé de 35 à 42 pour 100 000 chez les hommes, et de 22 à 27 pour 100 000 chez les femmes.

Globalement, l'incidence du cancer du côlon augmente alors que celle du rectum diminue légèrement.

La France est dans une situation intermédiaire entre les pays à risque élevé (Amérique du Nord et les pays d'Océanie) et ceux où cette pathologie est rare (Inde, Amérique du sud et Afrique). Globalement, la fréquence de ce cancer s'accroît dans la plupart des pays. En Europe, cette augmentation est plus marquée dans les pays de l'Est et du Sud.

Malgré les progrès diagnostiques et thérapeutiques, le pronostic du cancer colo-rectal reste grave : le taux de survie à cinq ans est d'environ 40 %.

Alors que l'incidence augmente, la mortalité par cancer colo-rectal diminue chez les hommes comme chez les femmes ; néanmoins, ce cancer est responsable actuellement d'environ 16 000 décès chaque année.

Le risque de cancer colo-rectal est une fois et demie plus élevé chez l'homme que chez la femme, et augmente avec l'âge à partir de 45 ans.

Il semble plus élevé dans les populations urbaines que dans les populations rurales. Il paraît également corrélé positivement au statut socio-économique. Une alimentation trop riche en graisse animale et pauvre en fibres est souvent associée au risque de cancer colo-rectal, et le tabac semble également en cause. Par ailleurs, plusieurs études récentes concluent en faveur du rôle protecteur de l'activité physique.

De ce fait, la stratégie de prévention de ces cancers repose essentiellement sur le dépistage précoce.

On peut distinguer actuellement plusieurs groupes d'individus à risque de cancer colo-rectal, pour lesquels la stratégie de dépistage ne doit pas être la même.

Un groupe à haut risque est formé des sujets déjà traités pour un cancer ou un adénome colo-rectal, de leurs apparentés au premier degré et des femmes ayant eu un cancer du sein. Un groupe à très haut risque est constitué des personnes atteintes de polypose adénomateuse familiale et de celles concernées par les cancers colo-rectaux héréditaires sans polypose. Pour ces deux groupes, le dépistage repose sur une coloscopie.

Les personnes de plus de 45 ans qui ne font pas partie des deux groupes précédents constituent la catégorie à risque moyen, pour lequel le dépistage repose sur un dépistage de masse. Dans ce cas, des études ont prouvé l'efficacité du dépistage par test de recherche de saignement dans les selles (Hémocult II). Il est démontré que les dépistages annuels et biennaux diminuent l'incidence (repérage et ablation des polypes - étude de J. Mandel avec 18 ans de suivi).

La conférence de consensus organisée sous l'égide de l'Anaes en 1998 conclut de manière réservée : «le dépistage du cancer colo-rectal est possible par la recherche de saignement occulte dans les selles dans le cadre de campagnes de dépistage de masse soumises à des conditions strictes de

réalisation. Son efficacité pour les sujets à risque moyen ne pourra être définitivement affirmée en France qu'après l'examen des résultats de l'étude bourguignonne et après démonstration de sa faisabilité par des études pilotes».

Les résultats de cette étude bourguignonne ont confirmé la possibilité de réduire la mortalité par cancer colo-rectal grâce à la réalisation d'un test Hémo occult tous les deux ans.

En février 2000, un programme cancer a été lancé par le secrétariat d'Etat à la Santé. Il a pour objectif de renforcer la prévention, de généraliser le dépistage (celui du cancer colo-rectal n'est pas programmé précisément), d'améliorer la prise en charge, de garantir les droits des malades et de coordonner les efforts de 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 du côlon-rectum chez les hommes

19 000 nouveaux cas de cancer colo-rectal en 1995
 10 000 admissions en ALD pour cancer colo-rectal chaque année en 1993-95

D'après les estimations du réseau Francim pour 1985 et les projections pour 1995, le nombre de nouveaux cas de cancer colo-rectal chez les hommes a augmenté en France métropolitaine, passant de 13 000 à 19 000.

Pendant la période 1993-95 en France, environ 10 000 hommes ont été admis chaque année en affection de longue durée (ALD) pour cancer par les principaux régimes de Sécurité sociale. Ce motif représente 11 % des admissions en ALD pour cancer colo-rectal en France.

Pour toutes les régions, les estimations d'incidence sont supérieures aux nombres d'ALD déclarées, d'environ 40 % (voire 50 % ou plus dans certaines régions).

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.

En ce qui concerne les ALD, la part de personnes de moins de 65 ans est variable en fonction du sexe et de la région. Elle est de 36 % chez les hommes (32 % chez les femmes) et varie, en métropole, de 30 % en Limousin à 47 % en Alsace.

HOMMES

Estimation du nombre de nouveaux cas de cancer colo-rectal chez les hommes en 1985 et projections pour 1995 (incidence)

	1985	1995
Ile-de-France	1 966	2 608
Rhône-Alpes	1 198	1 673
Nord-Pas-de-Calais	910	1 327
PACA	981	1 307
Aquitaine	780	1 164
Bretagne	732	1 157
Pays de la Loire	716	1 086
Centre	635	927
Midi-Pyrénées	653	911
Lorraine	538	824
Languedoc-Rous.	557	791
Poitou-Charentes	492	690
Bourgogne	469	682
Alsace	422	654
Picardie	397	581
Auvergne	380	560
Basse-Normandie	299	551
Champagne-Ard.	318	462
Haute-Normandie	354	461
Franche-Comté	253	304
Limousin	262	296
Corse	32	84
France métropol.	13 312	19 016

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 colo-rectal chez les hommes et pourcentage chez les moins de 65 ans en 1993-95

	Nb total	% < 65 ans
Ile-de-France	1 646	35,7
Rhône-Alpes	1 069	36,9
Aquitaine	644	30,7
Pays de la Loire	600	37,5
Centre	542	34,5
Midi-Pyrénées	561	33,2
Nord-Pas-de-Calais	502	43,4
Bretagne	487	37,6
Languedoc-Rous.	441	33,1
PACA	436	36,5
Lorraine	429	41,0
Poitou-Charentes	396	32,2
Bourgogne	358	32,4
Picardie	303	38,9
Auvergne	295	34,9
Haute-Normandie	250	38,0
Champagne-Ard.	248	35,9
Alsace	280	45,4
Basse-Normandie	183	31,6
Franche-Comté	214	32,2
Limousin	198	30,3
Corse	25	31,6
France métropol.	10 108	35,9
Réunion	24	60,3
Martinique	57	65,3
Guadeloupe	16	62,5
Guyane	3	66,7

Exploitation Firois

Sources : Chamis, MSA, Canam

Incidence du cancer du côlon-rectum chez les femmes

17 000 nouveaux cas de cancer colo-rectal en 1995
9 000 admissions en ALD pour cancer colo-rectal 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 colo-rectal en augmentation en France métropolitaine, passant de 12 000 à 17 000.

Cette augmentation est de même ampleur que celle observée chez les hommes (environ 40 %).

Pendant la période 1993-95 en France, environ 9 000 femmes ont été admises chaque année en affection de longue durée (ALD) pour cancer colo-rectal par les principaux régimes de Sécurité sociale. Ce motif représente 11 % des admissions en ALD pour cancer en France.

Pour toutes les régions, les estimations d'incidence sont supérieures aux nombres d'ALD déclarées, d'environ 40 % à 50 %.

Cette supériorité d'effectifs peut être expliquée 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 maladie ne rendent pas compte de la totalité des malades.

En ce qui concerne les ALD, la part des personnes de moins de 65 ans est variable en fonction du sexe et de la région. Elle est de 32 % chez les femmes (36 % chez les hommes) et varie, en métropole, de 25 % en Bourgogne à 43 % en Ile de France.

FEMMES

Estimations du nombre de nouveaux cas de cancer colo-rectal chez les femmes en 1985 et projections pour 1995 (incidence)

	1985	1995
Ile-de-France	2 072	2 594
Rhône-Alpes	1 067	1 460
Nord-Pas-de-Calais	963	1 440
PACA	889	1 331
Aquitaine	656	1 024
Bretagne	659	920
Pays de la Loire	636	841
Lorraine	472	816
Centre	528	795
Midi-Pyrénées	533	776
Languedoc-Rous.	455	694
Bourgogne	365	612
Poitou-Charentes	383	604
Haute-Normandie	333	604
Picardie	349	504
Alsace	378	455
Auvergne	331	421
Basse-Normandie	288	390
Champagne-Ard.	282	357
Limousin	208	297
Franche-Comté	226	251
Corse	42	80
France métropol.	12 073	17 186

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 colo-rectal chez les femmes et pourcentage chez les moins de 65 ans en 1993-95

	Nb total	% < 65 ans
Ile-de-France	1 720	43,2
Rhône-Alpes	939	29,9
Aquitaine	584	27,6
Nord-Pas-de-Calais	523	33,8
Pays de la Loire	510	29,6
Centre	456	26,3
Midi-Pyrénées	449	27,4
Bretagne	426	31,2
PACA	384	31,0
Languedoc-Rous.	366	27,0
Lorraine	337	31,5
Poitou-Charentes	307	27,2
Bourgogne	289	25,3
Picardie	258	32,9
Haute-Normandie	246	26,8
Auvergne	246	30,5
Basse-Normandie	178	28,1
Champagne-Ard.	209	28,7
Alsace	234	36,9
Franche-Comté	196	28,6
Limousin	180	27,0
Corse	26	30,8
France métropol.	9 063	32,0
Réunion	26	53,9
Guadeloupe	17	41,2
Martinique	48	60,4
Guyane	2	50,0

Exploitation Finors

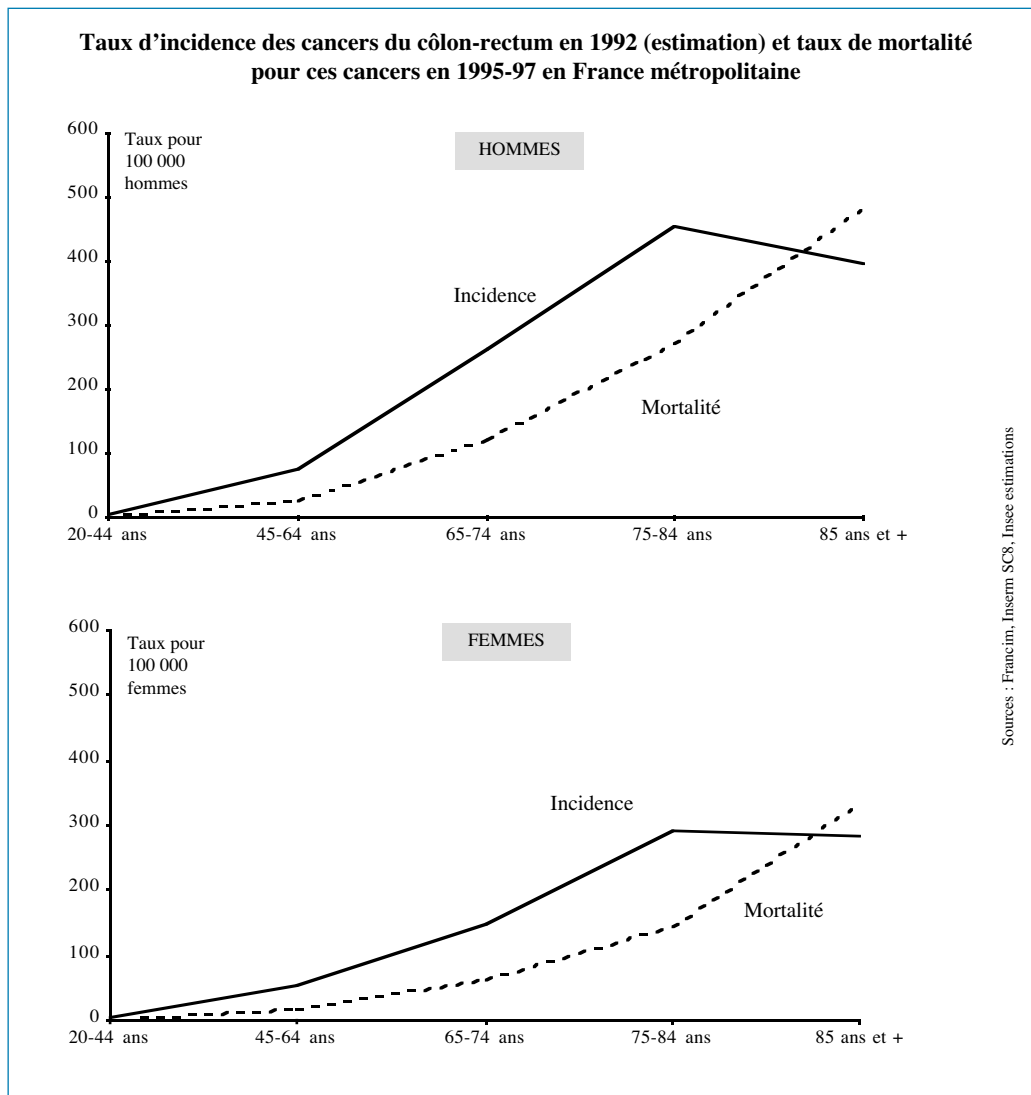
Sources : Chamis, MSA, Canam

Incidence des cancers du côlon-rectum et mortalité selon l'âge

Une progression régulière suivant l'âge pour la mortalité, un plafond à 75 ans pour l'incidence

Chez les hommes comme chez les femmes, le taux d'incidence par âge augmente jusqu'à 75-84 ans et décroît ensuite.

Les taux de mortalité se situent toujours à un niveau inférieur aux taux d'incidence, sauf après 85 ans où la tendance s'inverse.



Incidence des cancers du côlon-rectum

Les hommes plus touchés que les femmes,
les régions du Nord de la France plus touchées que celles du Sud

Le réseau Francim estime à environ 18 000 le nombre de nouveaux cas de cancers du côlon-rectum en 1995 chez les hommes de France métropolitaine.

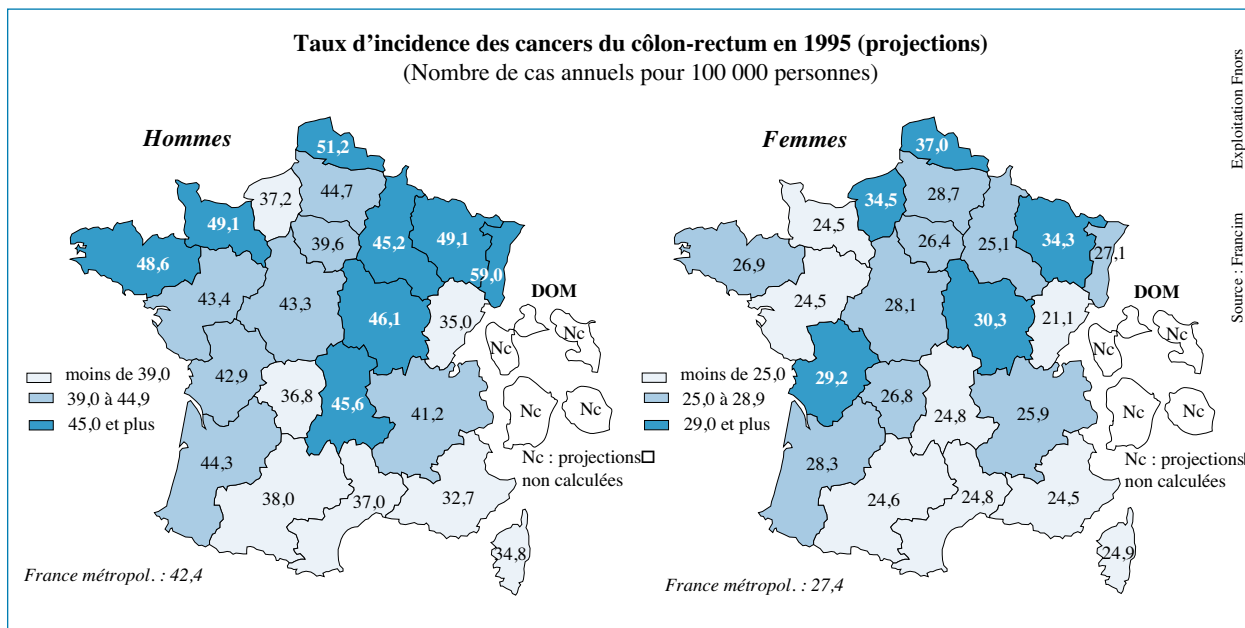
Le taux d'incidence pour l'ensemble de la France métropolitaine est de 42,4 cas pour 100 000 hommes.

La région présentant le plus fort taux est l'Alsace (59 pour 100 000) ; quatre autres régions enregistrent des taux aux alentours de 50 pour 100 000 : Bretagne, Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais et Lorraine. Les régions les plus au Sud sont moins touchées, avec un minimum en PACA (32,7 pour 100 000).

Chez les femmes, l'estimation est d'environ 16 000 nouveaux cas de cancers du côlon-rectum en 1995 en France métropolitaine.

Le taux d'incidence est moins élevé que chez les hommes : 27,4 cas pour 100 000 femmes. Il varie de 21,1 pour la région la moins touchée (Franche-Comté) à 37,0 pour la région la plus touchée (Nord-Pas-de-Calais).

Les trois régions les plus touchées sont situées au Nord du pays, alors que, comme pour les hommes, les régions du Sud sont plus épargnées. La Haute-Normandie présente la particularité d'un taux faible chez les hommes et élevé chez les femmes, à l'inverse de la Basse-Normandie.



Indices comparatifs de mortalité par cancers du côlon-rectum

Une surmortalité dans le Nord-Est

En France métropolitaine, les indices comparatifs de mortalité (ICM) par cancers du côlon-rectum varient chez les hommes de 60 pour la Corse, région la moins touchée (sous-mortalité de -40 % par rapport à la moyenne nationale) à 122 pour le Nord-Pas-de-Calais, région la plus touchée (surmortalité de +22 %).

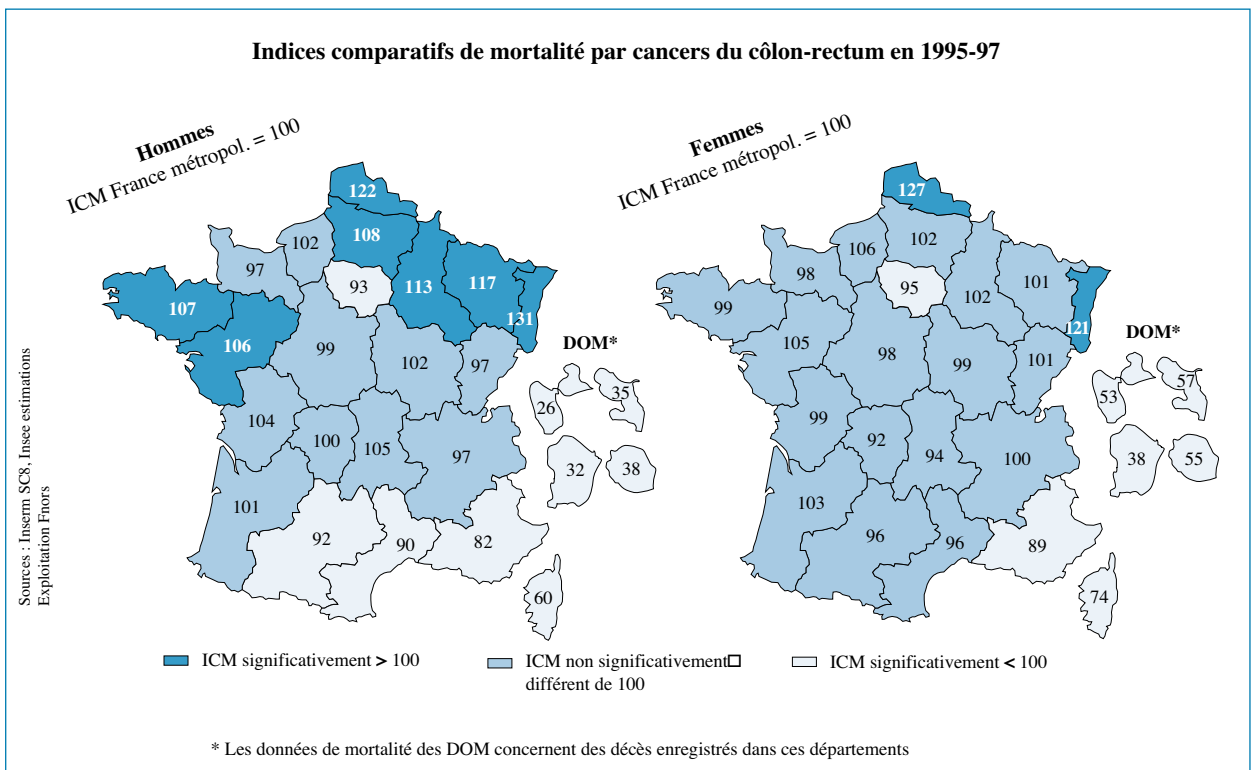
Sept régions présentent une surmortalité ; elles sont situées dans la moitié nord du pays.

A l’opposé, cinq régions sont en sous-mortalité : l’Ile-de-France et quatre régions situées au Sud du pays.

Dans les départements d’outre-mer, la sous-mortalité en 1995-97 est très importante, les ICM allant de 28 à 46.

Chez les femmes, les ICM sont en général proches de la moyenne nationale dans les régions de métropole. Seules deux régions présentent une surmortalité : Nord-Pas-de-Calais et Alsace.

De même, on observe une sous-mortalité dans trois régions de métropole (Ile-de-France, PACA et Corse) et dans les quatre départements d’outre-mer.



Taux comparatifs de mortalité par cancers du côlon-rectum

Diminution de la mortalité entre 1988-90 et 1995-97

Chez les hommes, les taux comparatifs de mortalité par cancers du côlon-rectum ont diminué dans toutes les régions de France métropolitaine. La décroissance des taux est variable selon les régions. Ce sont en général les régions dont les taux étaient les plus élevés en 1988-90 qui ont connu les plus fortes baisses, entraînant ainsi une diminution des écarts entre les régions. Cependant, les 2 régions présentant les plus forts taux sont les mêmes pour les deux périodes : le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace. Les taux de mortalité dans les DOM sont très inférieurs à ceux de métropole et se situent entre 9 et 15 pour 100 000 hommes. Leurs évolutions entre 1988-90 et 1995-97 ne sont pas statistiquement significatives.

Chez les femmes, entre 1988-90 et 1995-97, les taux comparatifs de mortalité par cancers du côlon-rectum ont diminué dans toutes les régions de métropole, à l'exception de Midi-Pyrénées et des Pays de la Loire. La décroissance des taux est variable selon les régions, et, comme chez les hommes, ce sont les régions dont les taux étaient les plus forts en 1988-90 qui ont connu les plus fortes baisses, entraînant une diminution des écarts entre les régions. Comme pour les hommes, les deux régions présentant les plus forts taux sont les mêmes pour les deux périodes : le Nord-Pas-de-Calais et l'Alsace. Les taux de mortalité dans les DOM sont très inférieurs à ceux de métropole et se situent entre 7 et 15 pour 100 000 femmes. Leurs évolutions entre 1988-90 et 1995-97 ne sont pas statistiquement significatives.

