



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 **7.6**

Les cancers de l'utérus

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

COLEMAN M.P., ESTÈVE J., DAMIECKI P., ARSLAN A., RENARD H., «Trends in cancer incidence and mortality», World health organization international agency for research on cancer, International union against cancer, International association of cancer registries, in *IARC Scientific publications* , N°121, Lyon, 1993.

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.

MOLLER JENSEN O., ESTEVE J., MOLLER H. , RENARD H. , «Cancer in the European Community and its Member States», in *Eur J Cancer*, 26 , 1990, p. 1167-1256.

SCHAFFER P., ANTHONY S., ALLEMAND H., *La prévention du cancer du col passe-t-elle par un rythme rapproché des frottis ?*, Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, XXXIII^e Congrès de la fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française, Lille, 1990.

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

«Cancer incidence in five continents, vol. VII», International agency for research on cancer world organization, International association of cancer registries, Ed. by Parkin D.M., Whelan S.L., Ferlay J., Raymond L. and Young J., in *IARC Scientific publications* , N° 143, Lyon, 1997.

Contexte

Les cancers de l'utérus regroupent deux localisations principales, le col et le corps qui sont deux maladies bien distinctes en termes d'histoire naturelle, d'âge de survenue, de facteurs de risque et de pronostic.

Les principaux facteurs de risque identifiés du cancer du corps de l'utérus sont la surcharge pondérale et l'utilisation d'œstrogènes non associés à des progestatifs comme traitement substitutif de la ménopause.

Pour le cancer du col de l'utérus, il est maintenant largement montré qu'il est lié à une maladie sexuellement transmissible et que le papillomavirus (HPV) en est le principal facteur étiologique.

Le nombre de nouveaux cas annuels de cancers de l'utérus (corps et col), estimé par le réseau français des registres du cancer (Francim), est d'environ 8 600 pour l'année 1995 en France métropolitaine. Ce nombre est resté stable depuis 1985.

Le taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) est en légère baisse entre 1985 et 1995, passant de 21 à 19 pour 100 000 femmes.

Les cancers de l'utérus sont au troisième rang, par leur fréquence, des localisations cancéreuses chez les femmes, après ceux du sein et du côlon-rectum.

Dans la plupart des pays, depuis 1950, l'incidence du cancer du corps de l'utérus augmente, et celle du col de l'utérus diminue ou se stabilise. En France, entre 1975 et 1995, le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du col de l'utérus a pratiquement diminué de moitié, alors que le nombre de cancers du corps restait stable.

Il existe une importante variation des taux d'incidence du cancer du col de l'utérus dans le monde, les taux les plus élevés étant observés en Afrique, Amérique centrale, Amérique du Sud et en Asie, à l'exclusion du Japon. Des taux faibles sont observés en Amérique du Nord, en Australie et en Europe du Nord et de l'Ouest.

Cette situation peut s'expliquer par une différence d'exposition aux facteurs de risque et/ou par des politiques de dépistage différentes.

Ainsi, par exemple, en Finlande, où un programme de dépistage existe depuis le début des années

soixante, l'incidence est trois fois moins élevée qu'en Norvège où le dépistage ne couvre qu'une faible partie de la population.

En Europe, pour la période 1988-92, les taux d'incidence du cancer du col (standardisé sur la population mondiale) les plus élevés (compris entre 21 et 12 cas pour 100 000 habitants) sont observés en Allemagne, au Danemark, dans les pays d'Europe de l'Est, la Norvège et l'Angleterre. Avec un taux de 10 pour 100 000, la France a un taux supérieur (par ordre décroissant) à ceux de la Suisse, de la Suède, de l'Italie, de l'Espagne et de la Finlande.

L'augmentation de l'incidence chez les femmes jeunes (moins de 35 ans), récemment observée dans certains pays du Nord de l'Europe n'a pas été signalée en France. En ce qui concerne le cancer du corps de l'utérus, on observe les taux d'incidence les plus élevés en Amérique du Nord, et les taux les plus faibles en Asie et en Afrique, avec des taux intermédiaires en Europe.

Les statistiques de mortalité ne permettent pas de distinguer les deux localisations en raison d'une proportion importante (60 %) de localisations utérines non précisées.

Avec environ 3 000 décès annuels, pour la période 1995-97, les cancers de l'utérus constituent la cinquième cause de décès par cancers chez les femmes après ceux du sein, du côlon-rectum, du poumon et de l'ovaire.

Le taux de mortalité (standardisé sur la population française) diminue, passant de 12 à 9 décès pour 100 000 femmes entre 1981-83 et 1995-97.

Les données des registres montrent que cette baisse du taux de mortalité concerne essentiellement le cancer du col, celui du corps représentant désormais la majorité des décès.

En termes de mortalité par cancer du col de l'utérus, les taux de mortalité les plus faibles sont trouvés en Finlande, en Italie, en Grèce et en Espagne. La France occupe la 5^e place, et les taux les plus élevés sont observés dans les pays de l'Europe de l'Est.

On retrouve à peu près le même classement en ce qui concerne la mortalité par cancer du corps de

l'utérus. La France étant, avec l'Italie, le 2^e pays le moins touché d'Europe.

Le cancer du corps de l'utérus ne permet pas de dépistage systématique. Par contre, de nombreuses études épidémiologiques internationales ont démontré que le dépistage organisé du cancer du col par le frottis cervical était particulièrement efficace. Ces actions de dépistage ont permis la diminution de l'incidence des cancers du col de l'utérus et une diminution de la mortalité. L'efficacité du dépistage est étroitement liée à l'existence d'un contrôle de qualité des frottis (prélèvement et lecture).

En 1990, une conférence de consensus a préconisé la réalisation d'un frottis tous les 3 ans chez les femmes de 25 à 65 ans. Les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en 1995 préconisaient le même rythme mais dès 20 ans. C'est cet âge qui a été retenu pour les programmes de dépistage organisés mis en place dans les départements pilotes. Ces campagnes sont menées depuis 1993 dans quatre

départements : le Doubs, l'Isère, le Haut-Rhin et la Martinique.

Bien que le nombre de frottis actuellement effectués (environ 5 millions par an) soit susceptible d'assurer la couverture de la population, leur répartition n'est pas optimale. En effet, d'une part, les femmes de plus de 45 ans (âge à partir duquel l'incidence du cancer du col augmente) ne bénéficient pas d'une surveillance suffisante, et, d'autre part, les femmes des milieux socio-économiques défavorisés participent moins aux démarches de dépistage. Il est donc important de cibler spécifiquement ces femmes lors de la mise en place des campagnes de dépistage du cancer du col de l'utérus.

La généralisation de programmes de dépistage performants, concernant notamment le cancer du col de l'utérus, fait partie des 5 objectifs du programme national de lutte contre le cancer élaboré par le secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale en février 2000. La mise en œuvre de ce programme national est prévue pour 2001.

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 des cancers de l'utérus

8 600 cas de cancer de l'utérus en 1995
7 000 admissions en ALD pour cancer de l'utérus 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 de l'utérus a peu évolué en France, passant de 8 400 cas en 1985 à 8 600 en 1995. Pour cette dernière année, les cancers de l'utérus représentent 8,2 % de l'ensemble des cancers féminins.

Entre 1993 et 1995 en France, 7 005 femmes ont été admises chaque année en affection de longue durée (ALD) pour cancer de l'utérus par les principaux régimes de Sécurité sociale. Ce motif représente 8,7 % des admissions en ALD pour tumeurs chez les Françaises de métropole, ce pourcentage est beaucoup plus élevé dans les départements d'outre-mer (il atteint 20 % en Guadeloupe).

Sauf pour trois régions (Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Bourgogne), les estimations d'incidence sont supérieures au nombre d'ALD déclarées. Cette différence 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.

Les données issues des registres et des données d'ALD, deux sources d'information qui permettent d'approcher l'incidence, sont relativement cohérentes entre elles. Pour la moitié des régions, les écarts ne dépassent pas 20 %. Seules pour quelques régions (Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Champagne-Ardenne, Alsace, et Aquitaine), les données d'incidence estimées atteignent presque le double de celles d'ALD (écarts de 35 à 50 %).

En ce qui concerne la part du cancer de l'utérus parmi l'ensemble des cancers féminins en France métropolitaine, elle est tout à fait comparable pour les deux sources de données (8,2 % par les données d'incidence estimées et 8,7 % par les données d'ALD).

Estimations du nombre de nouveaux cas de cancers de l'utérus en 1985 et projections pour 1995 (incidence)

	1985	1995
Ile-de-France	1 494	1 454
Rhône-Alpes	714	718
PACA	583	651
Nord-Pas-de-Calais	670	649
Aquitaine	418	495
Pays de la Loire	377	436
Lorraine	358	408
Centre	368	401
Bretagne	380	368
Midi-Pyrénées	356	348
Alsace	296	330
Languedoc-Rous.	308	311
Auvergne	218	282
Picardie	317	269
Basse-Normandie	200	255
Haute-Normandie	295	251
Champagne-Ard.	212	237
Poitou-Charentes	255	233
Bourgogne	280	205
Franche-Comté	166	138
Limousin	133	99
Corse	29	30
France métropol.	8 427	8 568

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

Source : Francim

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

	Nb total	% < 65 ans
Ile-de-France	1 621	64
Rhône-Alpes	580	51
PACA	670	59
Nord-Pas-de-Calais	340	61
Aquitaine	321	49
Pays de la Loire	299	56
Lorraine	297	69
Centre	290	56
Bretagne	285	57
Midi-Pyrénées	300	52
Alsace	166	60
Languedoc-Rous.	264	69
Auvergne	203	51
Picardie	221	60
Basse-Normandie	134	58
Haute-Normandie	194	58
Champagne-Ard.	149	55
Poitou-Charentes	191	56
Bourgogne	226	53
Franche-Comté	121	53
Limousin	100	44
Corse	27	79
France métropol.	7 005	58
Guadeloupe	51	57
Martinique	41	61
Réunion	7	67
Guyane	7	86

Exploitation Fnoirs

Sources : Cnamts, MSA, Canam

Incidence et mortalité par cancers de l'utérus

Une incidence qui varie selon l'âge et la localisation utérine

Du fait de l'imprécision des données de mortalité par cancers de l'utérus (60 % des cas sont sans précision quant à la localisation), il n'est pas possible de distinguer les cancers du col de ceux du corps. Or ces deux cancers ne touchent pas les femmes aux mêmes âges.

Le cancer du col atteint majoritairement les femmes de moins de 65 ans (66 % des femmes ayant un cancer du col ont moins de 65 ans) ; celui du corps touche plutôt les femmes de 65 ans ou plus (65 % ont 65 ans ou plus).

La courbe d'incidence des cancers de l'utérus, toutes localisations confondues, montre une augmentation régulière des taux jusqu'à 65-74 ans, puis une diminution après cette classe d'âge.

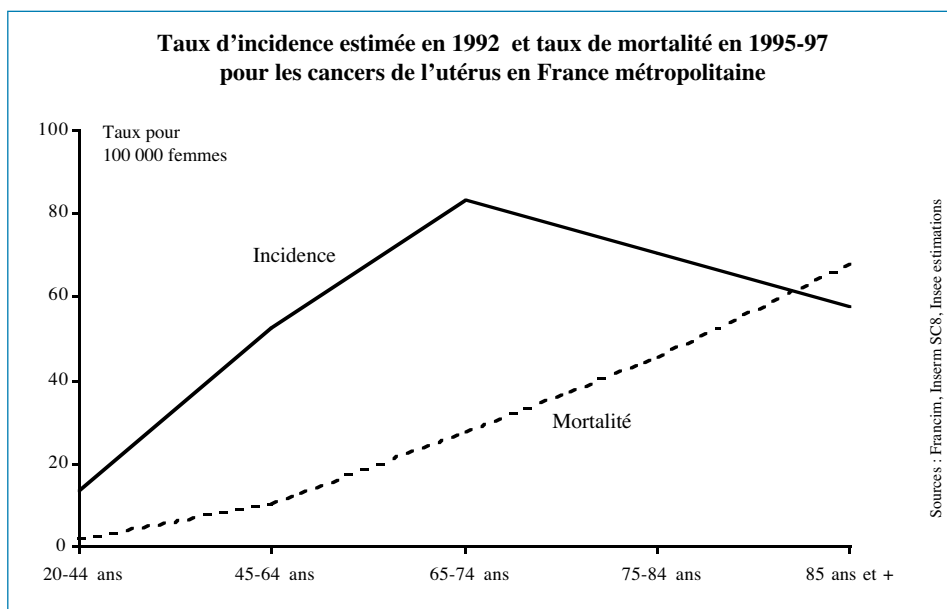
La proportion de femmes ayant un cancer de l'utérus diagnostiqué avant 65 ans est de 55,4 %.

Si ces deux cancers atteignent les femmes à des âges

différents, leurs décès surviennent, pour le col comme pour le corps, et comme pour les autres cancers, principalement après 65 ans.

Ainsi, les taux de mortalité augmentent de façon plus régulière avec l'âge, 71 % de l'ensemble des décès par cancers de l'utérus surviennent chez des femmes âgées de plus de 65 ans.

Il est possible d'estimer la part de chaque localisation dans la mortalité par cancer de l'utérus grâce à un modèle décrit par Moller Jensen. Cette estimation permet d'observer que jusqu'à 55 ans, la mortalité concerne essentiellement les femmes atteintes de cancer du col de l'utérus. Entre 55 et 80 ans, les taux de mortalité sont comparables. Et après 80 ans, c'est le cancer du corps qui est responsable de la majorité des décès.



Incidence des cancers de l'utérus

Un taux qui varie du simple au double selon les régions

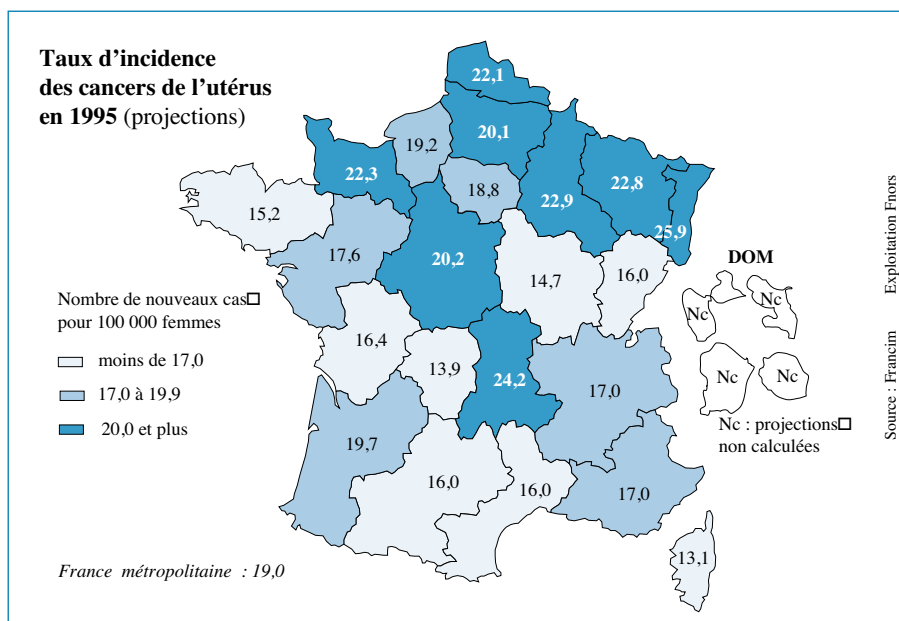
En 1995, le réseau des registres du cancer (Francim) estime à près de 8 600 le nombre de nouveaux cas de cancers de l'utérus, soit un taux de 19 cas pour 100 000 femmes. Ce taux d'incidence du cancer de l'utérus (standardisé sur la population mondiale) a diminué depuis 1985, où il atteignait 21 cas pour 100 000 femmes, ce qui correspond à une baisse de 10 % en dix ans.

Cette baisse est plus ou moins marquée selon les régions. Elle est surtout importante (de -20 % à -35 %) en Bourgogne, Franche-Comté, Haute-Normandie, Limousin, Picardie et Poitou-Charentes.

Seules l'Auvergne et la Basse-Normandie ont une incidence qui augmente (respectivement +20 % et +13 %).

Les taux régionaux d'incidence vont du simple au double : 13 cas pour 100 000 femmes en Corse et 26 cas pour 100 000 en Alsace.

D'une façon générale, les taux sont plus élevés dans le Nord-Est, mais la Basse-Normandie, le Centre et l'Auvergne dépassent également les 20 cas pour 100 000.



Indices comparatifs de mortalité par cancers de l'utérus

Surmortalité dans le Nord-Est

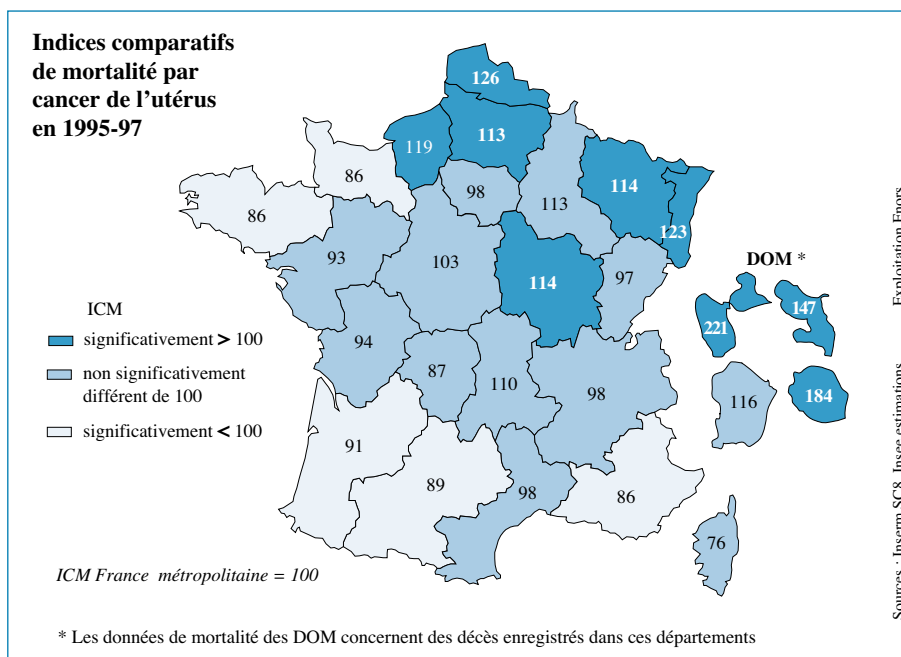
Sur la période 1995-97, la mortalité par cancers de l'utérus est significativement plus élevée dans les régions du Nord et du Nord-Est (Haute-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Lorraine, Alsace et Bourgogne).

Les régions en sous-mortalité se situent à l'Ouest et dans le Sud : Bretagne, Basse-Normandie, Aquitaine, Midi-Pyrénées et PACA.

Dans les départements d'outre-mer, la situation est beaucoup plus défavorable avec une mortalité qui est parfois plus du double de celle de la métropole (surmortalité de 121 % en Guadeloupe).

Deux régions se distinguent par des tendances opposées d'incidence et de mortalité.

Il s'agit d'une part de la Basse-Normandie, où co-existent une incidence élevée (supérieure de 19 % à la moyenne nationale) et une mortalité basse (sous-mortalité de 14 %) ; et à l'inverse, la Bourgogne où l'incidence est faible (inférieure de 21 % à la moyenne nationale) et la mortalité élevée (surmortalité de 14 %).



Taux comparatif de mortalité par cancer de l'utérus

Diminution de la mortalité

Le taux comparatif de mortalité par cancer de l'utérus est de 8,5 décès pour 100 000 femmes en 1995-97.

Il a diminué significativement de 16 % entre 1981-83 et 1988-90, et la baisse s'est poursuivie entre 1988-90 et 1995-97 (-12 %).

Cette diminution est observée dans toutes les régions de France métropolitaine. Elle n'est cependant significative que pour dix d'entre-elles (régions situées au Nord-Ouest, à l'Est et la région Midi-Pyrénées).

Dans les départements d'outre-mer, les taux sont partout plus élevés qu'en métropole, sauf en 1995-97 en Guyane où le taux est proche de la moyenne en métropole. Mais les évolutions constatées depuis 1988-90 ne sont pas statistiquement significatives, y compris pour la Guyane.

