

Le cancer dans les régions de France

Mortalité
Incidence
Affections de longue durée
Hospitalisations



Sommaire

Introduction	5
Ensemble des cancers	9
Pathologies par localisation	19
Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	
Cancer du côlon-rectum	
Cancer des VADS et de l'œsophage	
Cancers du col et du corps de l'utérus	
Cancer du sein	
Cancer de la prostate	
Mélanome malin de la peau	
Synthèse	61
Annexes	65

Ce rapport a été réalisé dans le cadre de la convention d'objectifs et de moyens 2005 passée entre la Fnors et la direction générale de la santé, par un groupe inter-ORS, sous l'égide de la Fnors :

ORS Bretagne : Alain Tréhony
ORS Franche-Comté : Dr Anne-Sophie Woronoff
ORS Languedoc-Roussillon : Dr Bernard Ledésert
ORS Limousin : Dr Francis Burbaud
ORS Pays de la Loire : Dr Anne Tallec
ORS Rhône-Alpes : Dr Olivier Guye
Fnors : Danièle Fontaine, Charline Boulay.

Les indicateurs et les données présentés dans ce document reposent pour une grande partie sur la base de données SCORE-santé : www.fnors.org.

Introduction

Dans le cadre du développement de la base de données SCORE-santé, dont la gestion est assurée depuis 2000 par la Fnors et les ORS, la direction générale de la santé a souhaité que soit mise en œuvre une exploitation des données de la base concernant le cancer.

Cette démarche a pour objectif d'améliorer la connaissance de l'évolution de la maladie, notamment au plan régional, qui constitue l'un des objectifs du Plan Cancer lancé en 2003 par le gouvernement.

Le présent document constitue une analyse de la situation comparée des régions de France métropolitaine* pour plusieurs localisations cancéreuses, à partir des données présentes dans la base et issues de quatre grandes sources :

- les statistiques de mortalité, établies par l'Inserm (CépiDc) ;
- les estimations d'incidence, réalisées pour la Fnors par le réseau des registres de cancer (Francim) ;
- les admissions en affection de longue durée, prononcées par les trois principaux régimes d'assurance maladie (Cnamts, MSA, Canam) ;
- les diagnostics principaux d'hospitalisation en établissements de soins de courte durée, issus du PMSI.

Les cancers étudiés ont été choisis en raison de leur importance en termes de nombre de cas diagnostiqués chaque année et de nombre de décès, ou en raison de l'existence de mesures de prévention, notamment en termes de dépistage.

Ce travail à visée descriptive met en évidence la grande diversité, pour la mortalité et l'incidence, des situations régionales actuelles et des évolutions observées au cours des vingt dernières années.

Il n'a pas pour objectif d'explorer les corrélations des données des différentes sources, ni de proposer des explications aux phénomènes observés. Ceci relève d'analyses plus complexes prenant en compte de multiples paramètres démographiques, sociologiques, comportementaux, environnementaux...non décrites dans le présent document.

L'approche menée dans ce document montre les possibilités qu'offre une base de données régulièrement actualisée et validée pour établir rapidement un état des lieux en matière d'épidémiologie descriptive.

* L'analyse n'a pas pu être menée pour les départements d'outre-mer, une partie des données, pour la période étudiée, n'étant pas homogène avec celles de métropole.

ENSEMBLE DES CANCERS

Ensemble des cancers

Les cancers sont la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme après les maladies de l'appareil circulatoire. Quatre localisations concentrent chaque année 53 % des nouveaux cas diagnostiqués et 42 % des décès : il s'agit des cancers du sein, de la prostate, du côlon-rectum et du poumon. Certains cancers sont accessibles à un dépistage, c'est le cas des cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon-rectum et du mélanome. Pour d'autres, une prévention primaire est possible, notamment en agissant sur la consommation de tabac et d'alcool ainsi que sur les facteurs nutritionnels.

Les tumeurs sont la conséquence d'une prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe. On distingue les tumeurs bénignes, qui restent localisées et sont en général peu graves, et les tumeurs malignes ou cancers. La gravité de ces dernières est notamment liée à leur aptitude à se disséminer par voie lymphatique ou sanguine, créant ainsi des foyers secondaires (métastases) à distance du foyer primitif. Les tumeurs malignes sont à l'origine de 96 % des décès par tumeurs.

Les carcinomes *in situ* sont des tumeurs malignes strictement localisées dans l'épaisseur du revêtement épithélial qui leur donne naissance. Un cancer *in situ* évolue vers un cancer invasif dès lors que des cellules cancéreuses franchissent la membrane qui délimite l'épithélium. Les données d'incidence, produites par les registres du cancer, ne concernent que les cancers infiltrants, mais les cancers *in situ* du col utérin et du sein font également l'objet d'un enregistrement.

En France, les cancers occupent une place de plus en plus importante en termes de morbidité. Le réseau français des registres de cancer (Francim) estime à environ 278 000 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués pour l'année 2000 en France métropolitaine : 161 000 chez les hommes et 117 000 chez les femmes [1]. Entre 1980 et 2000, le taux d'incidence (standardisé sur la population européenne) a augmenté de 29 % chez

les hommes, passant de 391 à 504 nouveaux cas pour 100 000, et de 31 % chez les femmes, passant de 236 à 309 pour 100 000.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes en termes d'incidence sont, chez l'homme, la prostate, le poumon et le côlon-rectum, et chez la femme, le sein et le côlon-rectum. Ces localisations représentent, pour chaque sexe, plus de la moitié des nouveaux cas de cancers. L'évolution de l'incidence est très variable selon les localisations : ainsi, par exemple, entre 1980 et 2000, le nombre annuel de nouveaux cas a augmenté de 170 % pour le cancer de la prostate et a diminué de 50 % pour le cancer du col de l'utérus.

D'une façon générale, l'évolution de l'incidence constatée depuis 20 ans résulte de l'accroissement et du vieillissement de la population, de l'amélioration du dépistage et du diagnostic, et de l'augmentation, à âge égal, de l'incidence de certains cancers comme celui du poumon chez la femme.

En termes de mortalité, les cancers constituent la première cause de décès chez les hommes et la deuxième chez les femmes après les affections cardio-vasculaires. En 2000, ils ont été responsables de 143 260 décès en France métropolitaine : 86 520 chez les hommes et 56 740 chez les femmes. La plupart de ces décès (71 %) surviennent chez les personnes âgées de plus de 65 ans [2]. Les localisations

cancéreuses à l'origine du plus grand nombre de décès sont le cancer du poumon puis celui de la prostate chez les hommes, le cancer du sein puis le cancer colo-rectal chez les femmes. Entre 1980-1982 et 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par cancers (standardisé sur la population française) a diminué de 11 % chez les hommes comme chez les femmes, passant de 383 à 342 décès pour 100 000 hommes, et de 173 à 154 décès pour 100 000 femmes. Ainsi, l'évolution de la mortalité depuis 20 ans se traduit par une augmentation du nombre de décès, mais par une baisse du taux de mortalité due en partie au changement de la nature des cancers diagnostiqués et en partie aux progrès thérapeutiques. Il faut toutefois signaler des augmentations de taux de mortalité pour certaines localisations telles que le cancer du poumon chez la femme ou le cancer de la prostate.

Les personnes atteintes d'un cancer sont le plus souvent admises en affection de longue durée par leur régime d'Assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. En 2002, 253 900 admissions en affection de longue durée ont ainsi été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'Assurance maladie : 135 100 pour les hommes et 118 800 pour les femmes [2].

La prise en charge thérapeutique des cancers repose d'une manière générale sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Le choix du traitement dépend de l'état de santé général du malade, de la localisation de la tumeur, de sa taille, de son type histologique et de l'existence ou non de métastases. Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) montrent que les cancers ont constitué le diagnostic principal de 712 600 séjours hospitaliers dans les établissements de soins de courte durée en 2001[3]. S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas le dénombrement.

Les facteurs de risque des cancers sont très divers et peuvent se cumuler. La responsabilité du tabac et de l'alcool est bien établie : on leur attribue respectivement 22 % et 12 % des décès par cancer, soit 31 500 et 17 200 décès en 2000. En revanche, la proportion de décès par cancer attribuable à la nutrition est plus difficilement quantifiée : elle est estimée à 35 % mais avec une faible précision (10 % à 70 %). Les expositions professionnelles seraient, quant à elles, responsables de 4 % des décès par cancer (2 % à 8 %) [4].

Comparaisons européennes

Selon les données issues des registres, l'incidence masculine des cancers en France est proche de celle observée en Angleterre-Pays de Galles et en Espagne, et plus faible que celle de l'Italie du Nord. Les incidences les plus basses sont observées dans les pays nordiques, où le sex-ratio est proche de un [1,7]. Chez les femmes, les différences d'incidence entre les pays sont plus modestes et la France n'apparaît pas être un pays à haut risque de cancer [1,7]. La mortalité par cancer des Français apparaît élevée par rapport aux autres pays de l'Ouest de l'Union européenne, la France se classant en 2000 au 16^e rang chez les hommes et au 6^e chez les femmes des 23 pays pour lesquels cette information est disponible (classés par mortalité croissante), après les pays de l'Est de l'Europe. Chez les hommes, les pays à mortalité élevée sont ceux de l'Est de l'Europe. Chez les femmes, les seuls pays à plus faible mortalité que la France sont situés essentiellement dans le Sud de l'Europe (Chypre, Espagne, Grèce, Portugal) [8].

La prévention du cancer est donc pour une large part une prévention primaire : lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, amélioration de l'équilibre nutritionnel, prévention des expositions professionnelles. Certains cancers (sein, col de l'utérus, côlon-rectum, mélanome) peuvent également faire l'objet d'un dépistage.

Le Plan cancer lancé en 2003 [5] constitue un programme stratégique sur cinq ans, avec pour objectif de diminuer la mortalité de 20 % à l'horizon 2007 [5,6]. Il comporte 70 mesures réparties en six chapitres :

- Prévention : lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme notamment ;
- Dépistage : dépistage régulier de certains cancers pour un diagnostic

plus précoce (cancer du sein, du col de l'utérus, du côlon-rectum et mélanome) ;

- Accès à des soins de qualité : programme personnalisé de soins, centre de coordination en cancérologie, réseau régional du cancer ;
- Volet social et information : accompagnement social plus humain et plus solidaire ;
- Formation plus adaptée : renforcement du nombre et de la qualification des professionnels ;
- Recherche : accélération de l'innovation et accroissement de la visibilité internationale, constitution de cancéropôles.

Références bibliographiques

1. REMONTET (L.), BUEMI (A.), VELTEN (M.) et al., Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, Francim, Paris, 2003, 217 p.
2. Données Inserm CépiDc (décès), Francim (incidence), Cnamts, MSA et Canam (ALD) in «Base de données SCORE-santé», Fnors, <http://www.fnors.org>
3. Données PMSI in <http://www.parhtage.sante.fr>
4. HILL (C.), DOYON (F.), SANCHO-GARNIER (H.), Epidémiologie des cancers, Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 1997, 81 p.
5. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Cancer : le plan de mobilisation nationale, Plan cancer, 2003, 44 p.
6. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, La dynamique du plan cancer : un an d'action et de résultats, Plan cancer, Rapport annuel, 2004, 39 p.
7. International agency for research on cancer world health organization, International association of cancer registries, Cancer incidence in five continents, IARC Scientific Publication, vol II n° 143, Lyon, 1997, 1240 p.
8. Eurostat - Base de données Newcronos

Classification internationale des maladies

Les cancers étudiés dans ce chapitre correspondent aux maladies classées :

- en CIM 9 : 140-208
 - en CIM 10 : C00-C97
- Sont exclus :
- les tumeurs bénignes : 210 - 229 en CIM 9 et D10-D36 en CIM 10
 - les carcinomes *in situ* et les tumeurs à évolution imprévisible et de nature non précisée (230-239 en CIM 9 et D00-D09, D37-D48 en CIM 10)

Définitions et précisions sur les indicateurs : voir annexe méthodologique

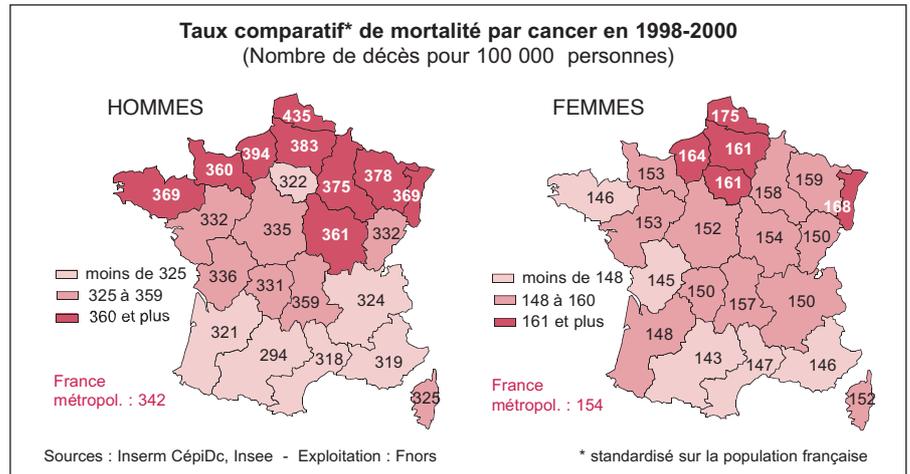
Mortalité par cancer

86 520 décès par cancer chez les hommes et 56 740 chez les femmes en 2000 en France métropolitaine

Sur la période 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par cancer chez les hommes atteint 342 décès pour 100 000 en France métropolitaine, mais les écarts entre les régions sont très importants, les taux variant de 294 en Midi-Pyrénées à 435 dans le Nord-Pas-de-Calais. Les taux les plus élevés tracent un croissant de surmortalité au Nord de la France, composé des huit régions les plus septentrionales, de la Bretagne à l'Alsace, et se poursuivant en Bourgogne. Les régions du Sud de la France et l'Île-de-France sont les moins touchées.

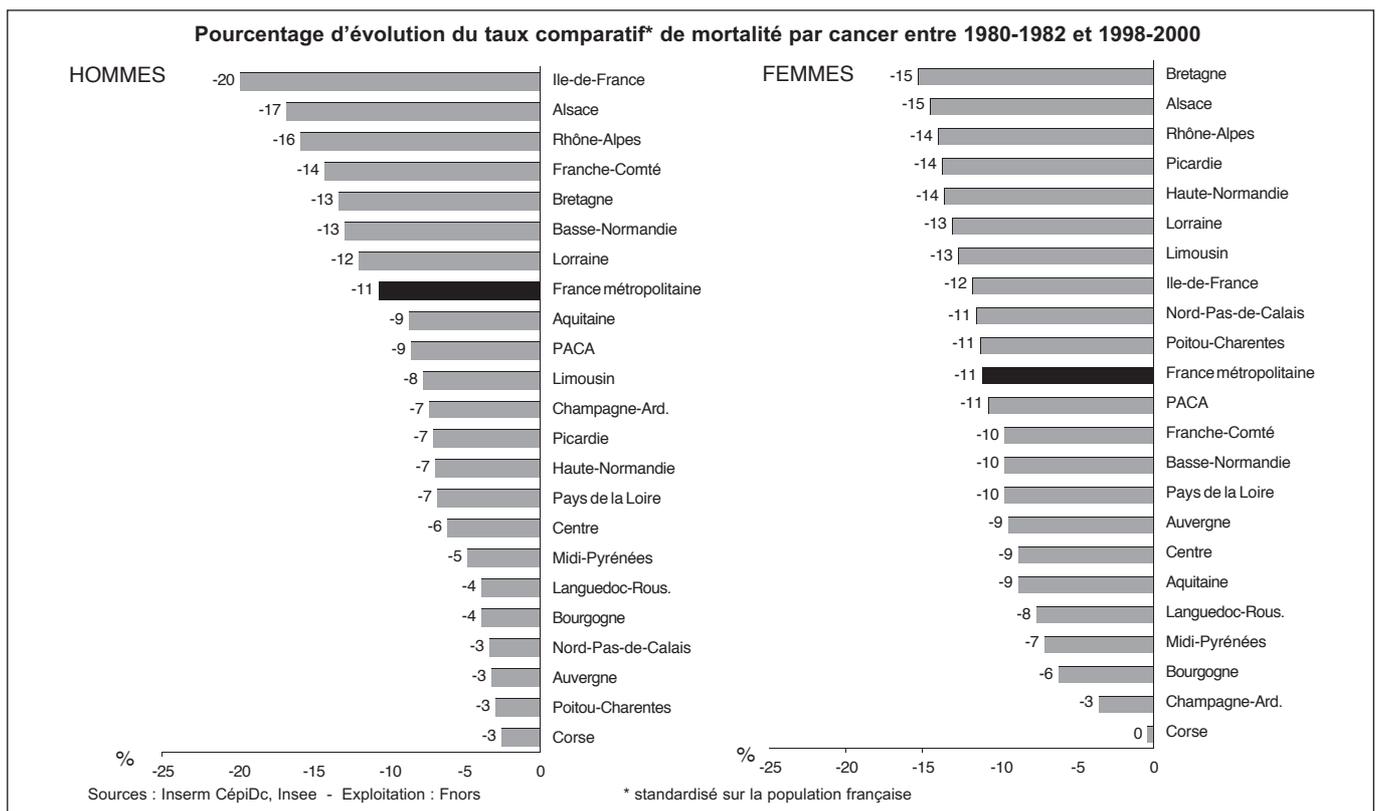
Pour les femmes, la moyenne nationale s'établit à 154 décès pour 100 000, les valeurs extrêmes des taux régionaux étant de 143 en Midi-Pyrénées et 175 dans le Nord-Pas-de-Calais. Les régions situées au Nord et à l'Est de la France présentent les taux de mortalité les plus forts, et, à l'opposé, les taux les moins élevés se rencontrent dans le Sud, ainsi qu'en Poitou-Charentes et Bretagne.

Entre 1980-1982 et 1998-2000, les taux de mortalité ont diminué de 11 % chez les hommes comme chez les femmes.

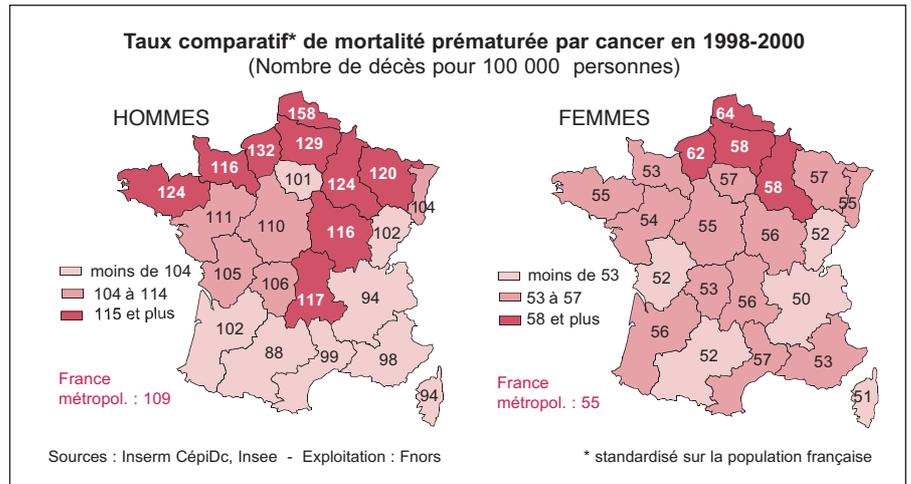


Chez les hommes, cette baisse se retrouve dans toutes les régions, mais avec une amplitude qui varie de 3 à 20 %. Elle dépasse 15 % en Île-de-France, Alsace et Rhône-Alpes, permettant à l'Alsace d'améliorer une situation qui était parmi les plus défavorables en 1980, et aux deux autres régions en position moyenne il y a 20 ans, de connaître aujourd'hui une mortalité relativement faible. Chez les femmes, les différences régionales en termes d'évolution de la mortalité par cancer sont également très sensibles. Les baisses les plus marquées, 14 à

15 %, concernent des régions qui connaissaient des taux de mortalité par cancer élevés en 1980, comme l'Alsace, la Haute-Normandie ou la Picardie, mais aussi des régions en position moyenne à cette époque, comme la Bretagne et Rhône-Alpes. Le Nord-Pas-de-Calais n'a connu qu'une diminution limitée du taux masculin et plutôt moyenne du taux féminin, ce qui maintient cette région dans la position la plus défavorable pour les deux sexes.



En termes de mortalité prématurée (survenant avant 65 ans), les cancers ont été responsables de 41 450 décès en 2000 : 27 000 chez les hommes et 14 450 chez les femmes. Pour les hommes, les écarts entre régions sont très marqués : le taux passe de 88 en Midi-Pyrénées à 158 dans le Nord-Pas-de-Calais. Il existe une forte analogie entre la carte des taux de mortalité prématurée et celle des taux de mortalité tous âges : les régions connaissant une mortalité prématurée élevée présentent le plus souvent une mortalité tous âges également élevée, et inversement.



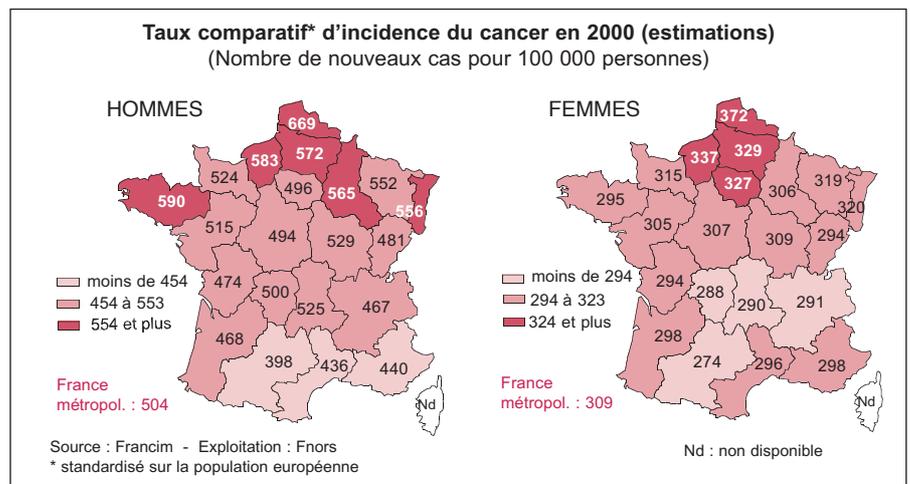
Incidence des cancers

161 000 nouveaux cas de cancers chez les hommes et 117 000 chez les femmes en 2000 en France métropolitaine

En 2000, le nombre de nouveaux cas de cancer chez les hommes, estimé par le réseau des registres du cancer (Francim), correspond à un taux d'incidence moyen de 504 cas pour 100 000. Les régions les plus touchées sont celles du Nord de la France, auxquelles il faut ajouter la Bretagne et l'Alsace. Les régions du Midi méditerranéen apparaissent à l'inverse les plus épargnées. Pour les femmes, le taux d'incidence moyen en 2000 est de 309 pour 100 000. Les régions qui connaissent les taux les plus forts sont, comme pour les hommes, situées à l'extrême nord de la France, mais la Bretagne n'est cette fois pas concernée, cette région se caractérisant par une situation très différente chez les hommes et chez les femmes.

À noter que ce sont les mêmes régions qui occupent les positions extrêmes pour les deux sexes : le Nord-Pas-de-Calais présente les taux les plus élevés pour les hommes (669) comme pour les femmes (372). À l'opposé, les taux les plus faibles sont observés en Midi-Pyrénées (respectivement 398 et 274).

Depuis 1980, le taux d'incidence masculin a augmenté en moyenne de 29 %. La hausse concerne toutes les régions mais varie de 24 % en Rhône-Alpes à 38 % en Auvergne. Cette évolution n'a toutefois pas conduit à



une réduction des écarts entre régions. En effet, parmi les régions qui connaissent, selon les estimations Francim, une forte incidence en 1980, seule l'Alsace a présenté une hausse limitée (+ 25 %), lui permettant d'améliorer sensiblement sa situation par rapport aux autres régions. À l'inverse, les hausses les plus fortes ont concerné des régions en position moyenne en 1980, à l'exception du Nord-Pas-de-Calais, région qui présentait à cette époque comme aujourd'hui la plus forte incidence. Pour elle, l'écart avec les autres régions s'est creusé.

Chez les femmes, la progression de l'incidence (+ 31 %) est proche de celle observée chez les hommes. Elle a concerné toutes les régions, comme

pour les hommes, mais de façon très homogène puisque 19 régions sur 22 ont présenté une évolution comprise entre 30 et 36 %. Seules l'Auvergne, Rhône-Alpes et surtout l'Alsace se distinguent avec des évolutions moins marquées. Cette dernière région a ainsi pu améliorer une situation qui était défavorable en 1980, de la même façon que ce qui a été observé pour les hommes. Enfin, comme pour les hommes, le Nord-Pas-de-Calais a vu, depuis vingt ans, se renforcer sa position de région au taux le plus élevé.

Hospitalisation pour cancer

712 600 séjours hospitaliers (hommes et femmes) dont le cancer a constitué le diagnostic principal en 2002 en France métropolitaine

Le cancer a constitué selon les données du PMSI le diagnostic principal de 712 600 séjours (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) dans des services hospitaliers publics et privés assurant des soins de courte durée.

Rapporté à la population, cela correspond à un taux de 1 118 séjours pour 100 000 personnes en France, qui varie de 981 pour 100 000 en Poitou-Charentes à 1 296 en Haute-Normandie.

On retrouve des taux parmi les plus forts en Haute-Normandie et Picardie, régions où les taux de mortalité, d'incidence et d'ALD sont aussi relativement élevés.

D'autres régions où les taux de mortalité, d'incidence et d'admission

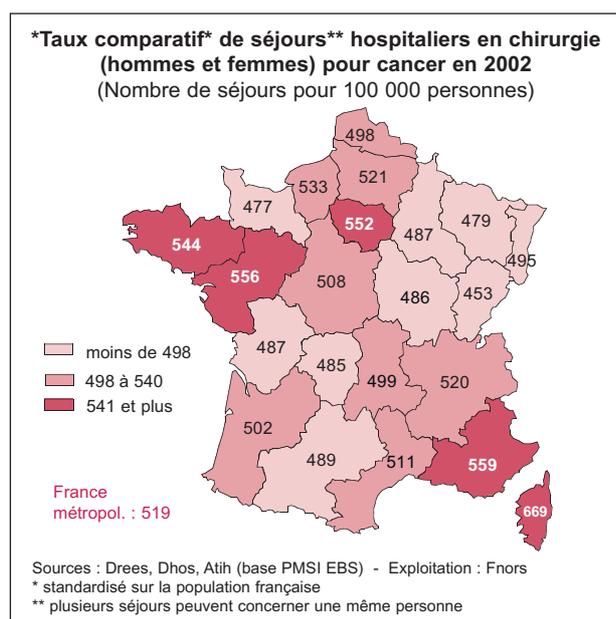
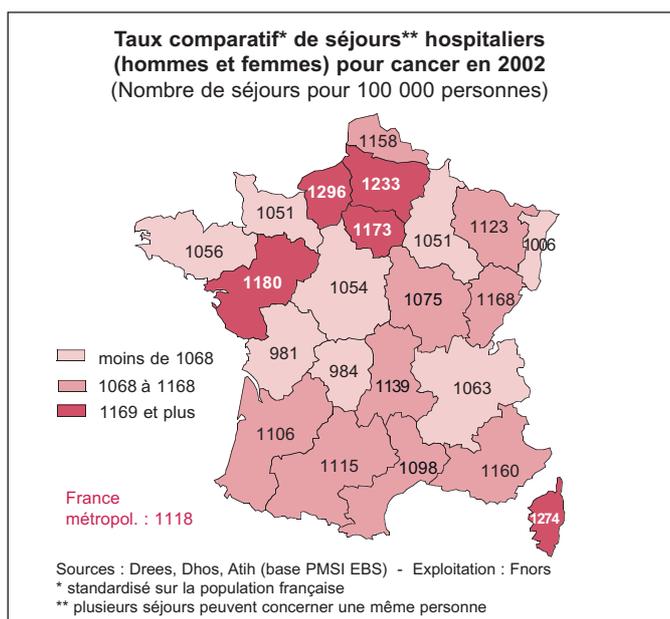
en ALD sont élevés, notamment chez les hommes, ne présentent pas un taux d'hospitalisation important : c'est le cas de la Bretagne, de la Basse-Normandie, du Nord-Pas-de-Calais, de Champagne-Ardenne. En revanche, la région Île-de-France, plutôt moins touchée que la moyenne par le cancer, présente un taux d'hospitalisation parmi les plus élevés.

Parmi les séjours hospitaliers pour cancer, environ 332 900 étaient des séjours chirurgicaux, soit 519 pour 100 000 personnes en France. L'écart entre régions va de 453 en Franche-Comté à 669 en Corse.

En Île-de-France, Pays de la Loire et Corse, le taux d'hospitalisation global et celui en chirurgie sont tous les deux élevés. Mais en Haute-Normandie le

taux global élevé ne se retrouve pas en chirurgie. La situation est inverse en Bretagne et PACA, régions qui connaissent une proportion relativement plus élevée de séjours chirurgicaux parmi les hospitalisations pour cancer.

Un poids relatif plus important dans certaines régions de localisations pour lesquelles le recours à la chirurgie est fréquent, ou, à l'inverse, de localisations qui donnent moins souvent lieu à un acte chirurgical, peut expliquer au moins en partie ces différences.



Pathologies par localisation

Cancer de la trachée, des bronches et du poumon

Le cancer du poumon est particulièrement fréquent et grave puisqu'en 2000, il a été responsable de 24 770 décès en France, dont 83 % concernaient des hommes. Le nombre total de nouveaux cas diagnostiqués cette année-là est estimé à 27 500. Ce cancer constitue la première cause de décès par cancer chez les hommes et la troisième chez les femmes. Au cours des deux dernières décennies, sa fréquence a augmenté de façon considérable chez les femmes, en lien avec la prévalence croissante du tabagisme, qui en constitue le principal facteur de risque.

Le cancer primitif de la trachée, des bronches et du poumon, plus communément appelé cancer du poumon, occupe une place prépondérante en France, comme dans tous les pays industrialisés, aussi bien en termes de nouveaux cas diagnostiqués chaque année qu'en termes de mortalité. Ce cancer primitif est à distinguer des cancers secondaires du poumon qui sont des localisations métastatiques de cancers d'autres organes. Relativement rare au début du siècle, le cancer du poumon a vu sa fréquence augmenter de façon considérable au cours des dernières décennies en raison de l'augmentation du tabagisme.

Pour la France métropolitaine, le nombre de nouveaux cas annuels de cancer du poumon (incidence) estimé par le réseau français des registres du cancer (Francim) est de 27 500 pour l'année 2000, dont 83 % chez l'homme [8,9]. Ainsi, en termes d'incidence, le cancer du poumon est le plus fréquent des cancers masculins après le cancer de la prostate. Entre 1980 et 2000 en France, le taux d'incidence estimé (standardisé sur la population européenne) a augmenté pour les deux sexes, mais de façon beaucoup plus forte chez les femmes : il est ainsi passé sur cette période de 67 à 75 cas pour 100 000 chez les hommes et de 5 à 12 chez les femmes, soit des augmentations respectives de 11 et 133 %.

Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) montrent que les cancers du poumon ont constitué le diagnostic principal de 60 000 séjours hospitaliers dans les établissements de soins de courte durée en 2002, ce qui représente environ 8,4 % de l'ensemble des séjours hospitaliers pour cancers. S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas le dénombrement.

Les personnes atteintes d'un cancer du poumon sont le plus souvent admises en affection de longue durée par leur régime d'Assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. Ainsi, en 2002, environ 21 000 admissions en affection de longue durée pour cancer du poumon ont été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'Assurance maladie.

Responsable de 24 770 décès en 2000, le cancer du poumon constitue la première cause de décès par cancer pour les hommes. Pour les femmes, avec 4 230 décès annuels, ce cancer se situe au 3^e rang des décès par cancer, après le cancer du sein et celui du côlon-rectum. Depuis le début des années quatre-vingt, les taux de

mortalité (standardisés sur la population française) sont passés de 73 à 77 décès pour 100 000 chez les hommes et de 7 à 12 chez les femmes, soit des augmentations respectives de 5 % et 71 %. Il faut souligner que le cancer du poumon touche des personnes relativement jeunes, 39 % des décès survenant avant 65 ans. La létalité est importante puisqu'on estime que les taux de survie à un an ne dépassent pas 30 % en moyenne, et qu'à cinq ans ils n'atteignent que 5 à 10 % [1,3].

La consommation de tabac constitue le principal facteur de risque de cette affection qui se déclare après un long temps de latence (vingt ans). Selon certaines études, le tabagisme serait responsable de 80 à 90 % des décès par cancer du poumon. Il n'y a pas de seuil à l'effet du tabac sur la santé, mais la durée d'exposition augmente le risque de façon exponentielle. En outre, le risque du tabagisme passif est également bien identifié aujourd'hui.

Compte tenu de l'évolution relativement récente du tabagisme chez les femmes en France, on peut craindre que, dans les années qui viennent, le cancer du poumon ne devienne en France la première cause de mortalité par cancer chez les femmes, comme c'est le cas aux États-Unis, où le tabagisme des femmes est plus ancien [3,5].

Les expositions professionnelles constituent aussi des facteurs de risque connus du cancer du poumon, avec parfois un effet de multiplication du risque en cas d'association avec le tabac [4,7]. La législation française reconnaît comme cancers professionnels ceux survenant après exposition à l'amiante [2], à l'arsenic, au bis-chlorométhyl-éther, au chrome et au nickel, au radon, aux hydrocarbures polycycliques.

De nombreuses études sont en cours pour évaluer diverses techniques de dépistage du cancer du poumon [6]. Aucune n'ayant pour l'instant fait la preuve de son efficacité, la prévention du cancer du poumon repose donc actuellement sur la lutte contre les facteurs de risque, tabac et expositions professionnelles principalement. L'arrêt du tabac entraîne une diminution du risque relatif dès la première année, et celui-ci redevient proche de celui du non-fumeur après 13 à 15 ans d'abstinence tabagique.

Comparaisons européennes

Chez les hommes, le taux d'incidence du cancer du poumon varie fortement selon les pays, les registres des cancers observant des incidences élevées en France, Espagne et Italie, et faibles dans les pays du nord (Suède, Finlande et à un moindre degré Danemark). Chez les femmes, les taux d'incidence observés par les registres les plus élevés sont observés au Danemark et en Angleterre-Pays de-Galles, et les plus bas en Espagne [9].

Selon les données Eurostat, disponibles pour 23 des 25 pays de l'Union européenne, la France se classe en 2000 au 10^e rang des pays

(classés par mortalité croissante) pour la mortalité masculine par cancer du poumon. Les taux les plus élevés sont observés dans les pays de l'Est de l'Europe, et les plus faibles en Suède, en Finlande ou au Portugal. La situation de la mortalité féminine par cancer du poumon en Europe apparaît géographiquement très hétérogène, avec en 2000 les taux comparatifs les plus élevés en Hongrie, au Royaume-Uni, en Irlande et aux Pays-Bas, et les taux les plus bas en Espagne et au Portugal, mais aussi en Lettonie et en Lituanie. La France se situe au 6^e rang des 23 pays pour lesquels cette information est disponible (classés par mortalité croissante) [10].

Références bibliographiques

- 1 - DE ZELICOURT (M.) et coll., Epidémiologie et coûts du cancer du poumon en France. Bull Cancer, 2001, 88 (8) : 753-758.
- 2 - IMBERNON (E.), Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France, InVS, mars 2003.
- 3 - JANSSEN-HEIJNEN (ML), COEBERGH (JW), The changing epidemiology of lung cancer in Europe. Lung Cancer, 2003, 41 (3) : 245-258.
- 4 - LEGRAND CATTAN (K) et coll., Evaluation des expositions professionnelles et cancer bronchopulmonaire. Rev Mal Respir. 2000, 17 : 957-962.
- 5 - MENEGOZ (F), CHERIE-CHALLINE (L), Le cancer en France : Incidence et Mortalité. Situation en 1995. Evolution entre 1975 et 1995. Réseau FRANCIM, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, La documentation Française, 1998 : p25-27 et 64-69.
- 6 - MORO-SIBILOT (D), MILLERON (B), Dépistage des cancers bronchiques, Rev Mal Respir, 2002, 19 (6), 707-715.
- 7 - MOULIN (JJ) et coll., La mortalité par cancers bronchopulmonaires parmi les salariés de deux usines sidérurgiques, Rev. Epidém. et Santé Publ., 1995, 43 : 107-121.
- 8 - REMONTET (L) et coll., Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000, Rev Epidemiol Sante Publique, 2003, 51 : 3-30.
- 9 - REMONTET (L.), BUEMI (A.), VELTEN (M.) et al, Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, Francim, Paris, 2003, 217 p
10. Eurostat, Base de données Newcronos

Classification internationale des maladies

Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon étudiés dans ce chapitre correspondent aux maladies classées :

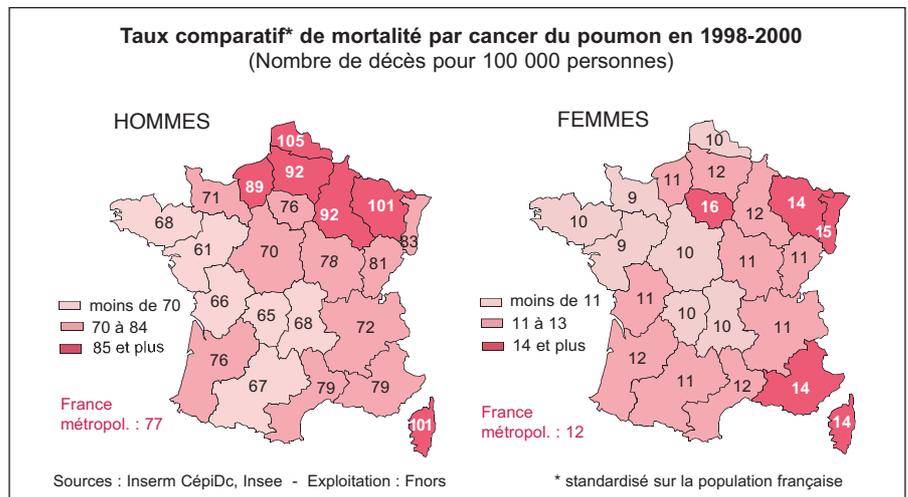
- en CIM 9 : 162
- en CIM 10 : C33 - C34

Définitions et précisions sur les indicateurs : voir annexe méthodologique

Mortalité par cancer du poumon

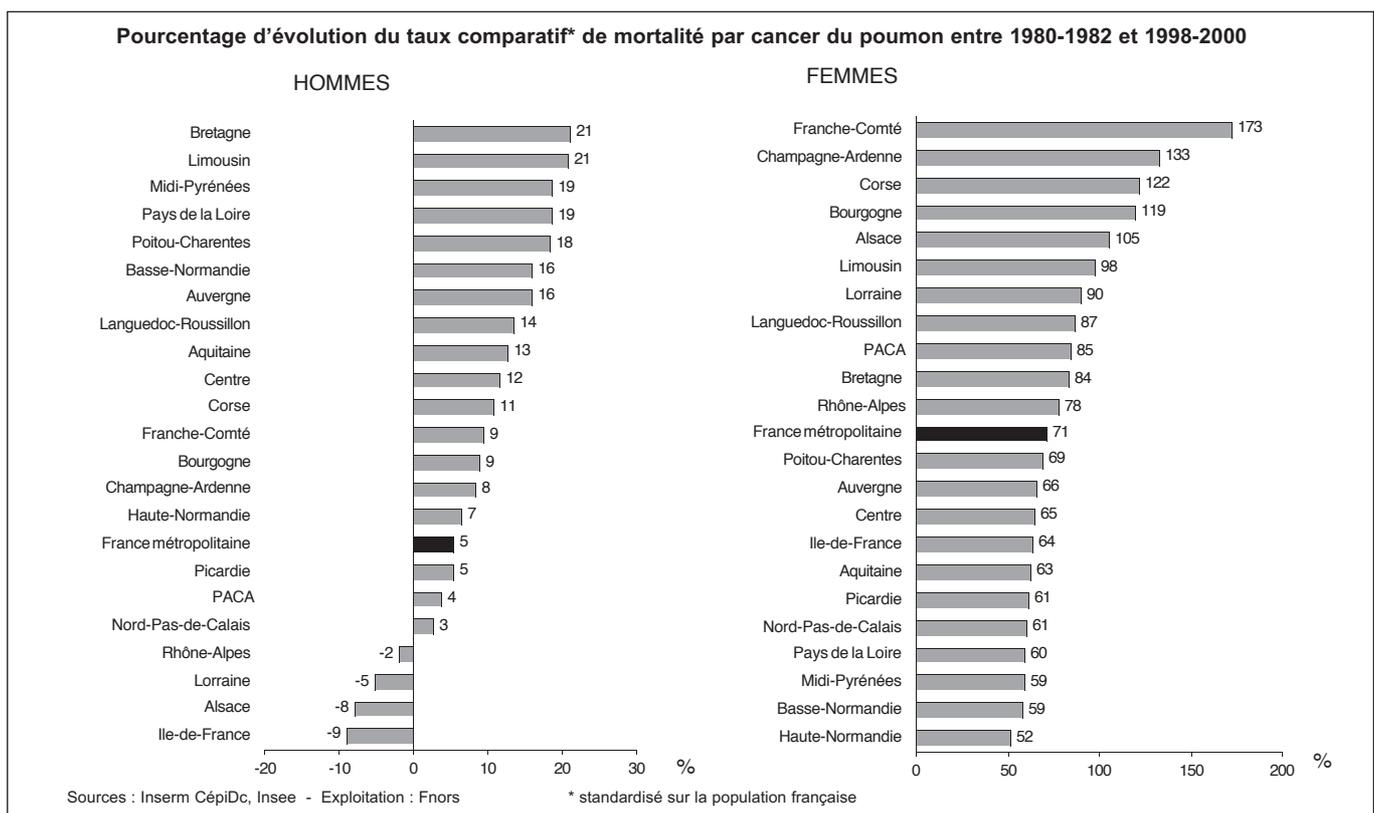
20 540 décès chez les hommes et 4 230 chez les femmes par cancer du poumon en 2000 en France métropolitaine

Sur la période 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par cancer du poumon chez les hommes est en moyenne de 77 décès pour 100 000 en France métropolitaine. Les taux régionaux varient de 61 dans les Pays de la Loire à 105 dans le Nord-Pas-de-Calais. Cinq régions dans le Nord-Est du pays, ainsi que la Corse, présentent les taux les plus élevés. À l’opposé, le taux est inférieur à 70 dans plusieurs régions de l’Ouest et du quart Sud-Ouest du pays. Chez les femmes, les taux sont beaucoup moins élevés, avec une moyenne de 12 décès pour 100 000 femmes. La plupart des régions ont un taux situé entre 10 et 12, mais cinq régions présentent des taux sensiblement plus élevés (14 et plus), le maximum étant observé en Île-de-France (16 pour 100 000). Depuis vingt ans, le taux de mortalité a légèrement augmenté chez les hommes (+5 %), passant de 73 à 77 pour 100 000 entre 1980-1982 et 1998-2000. Mais les évolutions ont été très différentes selon les régions, et ont eu tendance à réduire les disparités régionales. Ainsi, les six régions qui présentaient en 1981 les plus faibles taux de mortalité ont connu une augmentation particulièrement forte



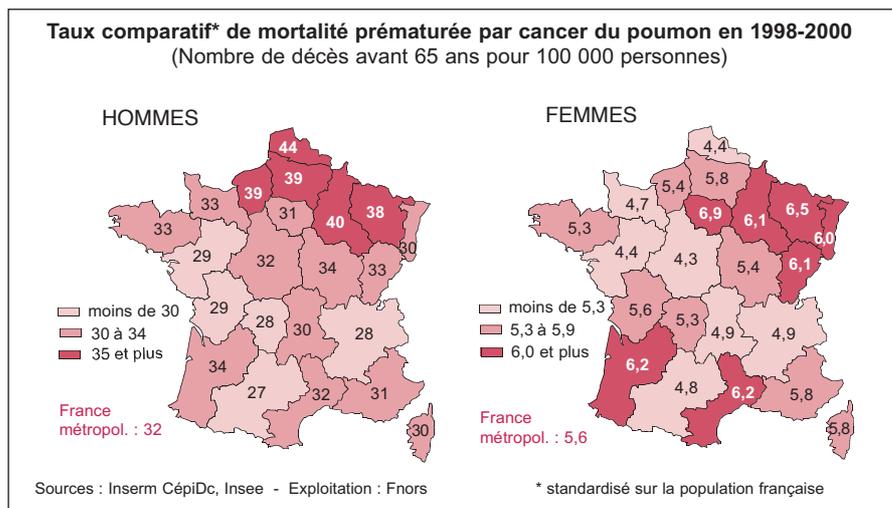
(16 à 20 %). À l’inverse, l’Île-de-France, l’Alsace, la Lorraine et, à un moindre degré, Rhône-Alpes ont connu une diminution de la mortalité sur ces deux décennies. Ces régions, sauf Rhône-Alpes, faisaient partie en 1980-1982 des régions à forte mortalité. À noter toutefois la dégradation de la situation dans certaines régions en position défavorable en 1980-1982, comme la Corse ou le Nord-Pas-de-Calais. Chez les femmes, le taux de mortalité a subi une très forte augmentation pendant ces vingt années, passant de 7 à 12 pour 100 000 (+71 %). Toutes les

régions ont enregistré une hausse supérieure à 50 %, y compris celles qui connaissaient les plus forts taux de mortalité en 1981. Les augmentations les plus importantes sont observées en Franche-Comté (+173 %), Champagne-Ardenne (+133 %) et Bourgogne (+119 %). Ces régions, qui présentaient des taux relativement bas en 1980-1982, se retrouvent aujourd’hui dans la moyenne. La forte augmentation observée en Corse doit être interprétée avec prudence, en raison du faible effectif concerné.



Le cancer du poumon touche souvent des personnes relativement jeunes puisque, en 2000, environ 9 640 décès sont survenus chez des personnes âgées de moins de 65 ans (soit 39 % des décès par cancer du poumon). Pour les hommes, le taux moyen de mortalité prématurée pour la France métropolitaine est de 32 pour 100 000, avec des valeurs extrêmes de 27 en Midi-Pyrénées et 44 dans le Nord-Pas-de-Calais. Hormis la Corse, ce sont les mêmes régions qui connaissent un taux élevé de mortalité prématurée et un taux élevé de mortalité tous âges.

Chez les femmes, le taux de mortalité prématurée est de 5,6 pour 100 000, variant de 4,3 dans le Centre à 6,9 en Île-de-France. On retrouve l'Île-de-France, la Lorraine et l'Alsace, régions à forte mortalité tous âges, parmi les régions présentant des taux élevés de



mortalité prématurée. Mais d'autres régions, qui connaissent une mortalité tous âges moyenne, sont également dans ce cas (Languedoc-Roussillon, Aquitaine, Champagne-Ardenne et Franche-Comté). À l'inverse, la région

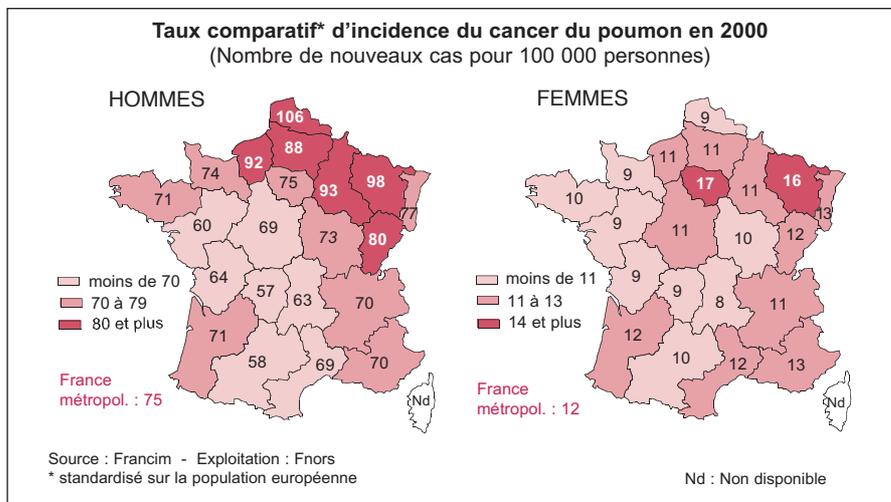
PACA connaît une forte mortalité tous âges alors que sa mortalité prématurée est modérée.

Incidence du cancer du poumon

23 000 nouveaux cas de cancer du poumon chez les hommes et 4 500 chez les femmes en 2000 en France métropolitaine

En 2000, chez les hommes, le nombre de nouveaux cas estimé par Francim correspond à un taux comparatif d'incidence de 75 cas pour 100 000 hommes en France métropolitaine. Les taux régionaux varient de 58 en Midi-Pyrénées à 106 dans le Nord-Pas-de-Calais. Les régions présentant les plus forts taux sont au nord-est du pays. À l'opposé, les régions situées à l'ouest d'une ligne Rouen-Marseille apparaissent moins touchées. Chez les femmes, le taux d'incidence moyen en France métropolitaine est de 12 cas pour 100 000 femmes, allant de 8 en Auvergne à 17 en Île-de-France. Contrairement à ce qui est observé chez les hommes, les régions du Nord-Est ne présentent pas de taux élevés, mise à part la Lorraine.

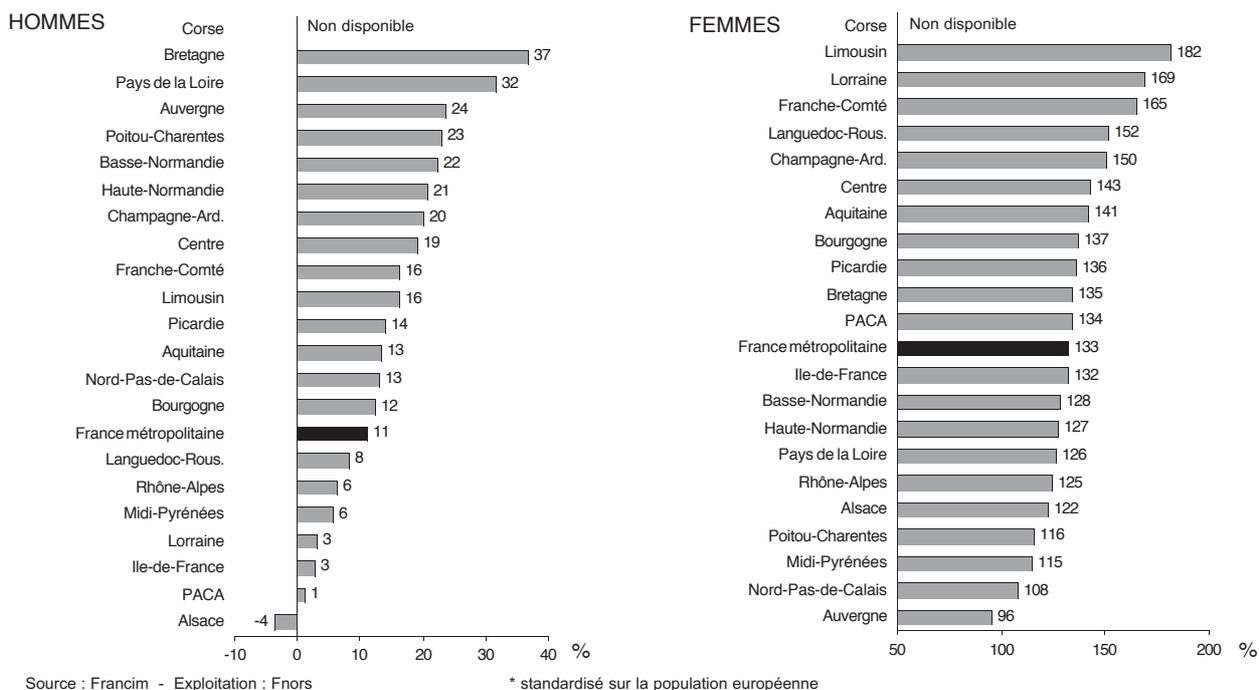
Entre 1980 et 2000, le taux comparatif d'incidence masculin a augmenté en moyenne de 11 % en France métropolitaine. Toutes les régions, sauf l'Alsace, ont connu une augmentation plus ou moins marquée. Les régions où



cette augmentation a dépassé 20 % présentaient en 1980 une incidence relativement faible, sauf la Haute-Normandie et Champagne-Ardenne. À l'inverse, les cinq régions où la hausse a été la plus limitée connaissaient une situation relativement défavorable en 1980, à l'exception de Midi-Pyrénées déjà bien placée à cette date.

Chez les femmes, l'évolution a été considérable puisque dans toutes les régions le taux d'incidence a été au moins multiplié par 2 en vingt ans. Les hausses les plus marquées (taux multiplié par 2,7 ou 2,8) se sont produites en Limousin, Franche-Comté et Lorraine.

Pourcentage d'évolution du taux comparatif* d'incidence du cancer du poumon entre 1980 et 2000

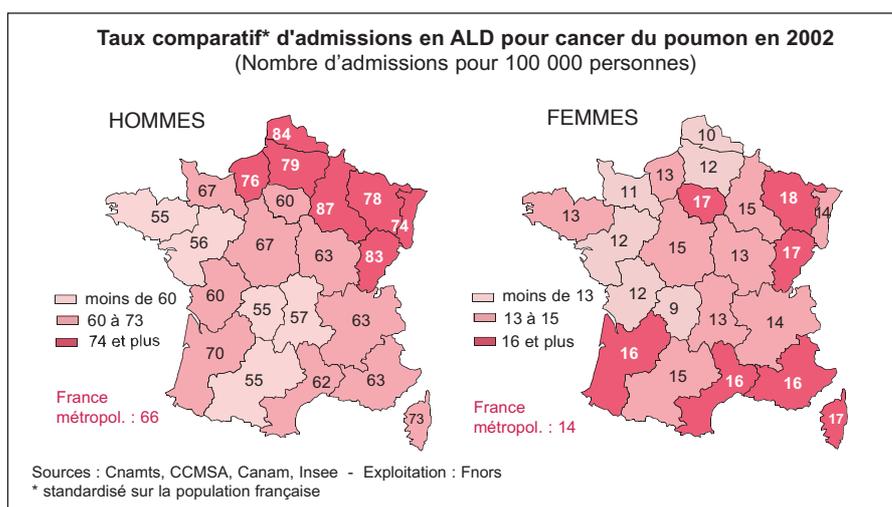


Affections de longue durée (ALD) pour cancer du poumon

16 700 admissions en ALD pour cancer du poumon chez les hommes et 4 400 chez les femmes en 2002 en France métropolitaine

Les admissions en ALD pour cancer du poumon représentent, chez les hommes, 12 % des admissions en ALD pour cancer en France, et 4 % chez les femmes.

Chez les hommes, le taux comparatif d'admission en ALD atteint 66 pour 100 000 hommes en moyenne en France métropolitaine. Les taux régionaux varient de 55 en Bretagne, Limousin et Midi-Pyrénées à 87 en Champagne-Ardenne. Comme pour la mortalité et l'incidence, les taux les plus élevés sont observés dans les régions du quart nord-est de la France. Chez les femmes, le taux moyen est cinq fois plus faible : il est de 14 admissions en ALD pour 100 000, avec des valeurs extrêmes de 9 dans le Limousin et de 18 en Lorraine. On retrouve dans deux régions, l'Île-de-France et la Lorraine, des taux élevés



pour les admissions en ALD, la mortalité tous âges et prématurée, et l'incidence. Le taux d'admission en ALD élevé s'accompagne d'une forte mortalité tous âges dans la région

PACA, et d'une forte mortalité prématurée en Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Franche-Comté.

Hospitalisation pour cancer du poumon

60 000 séjours hospitaliers (hommes et femmes) ayant pour diagnostic principal un cancer du poumon en 2002 en France métropolitaine

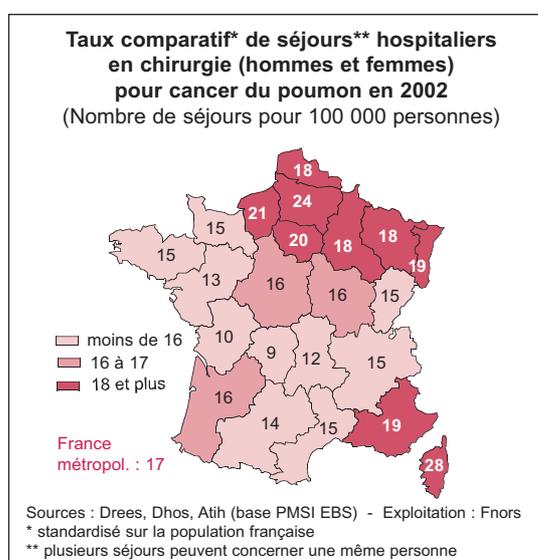
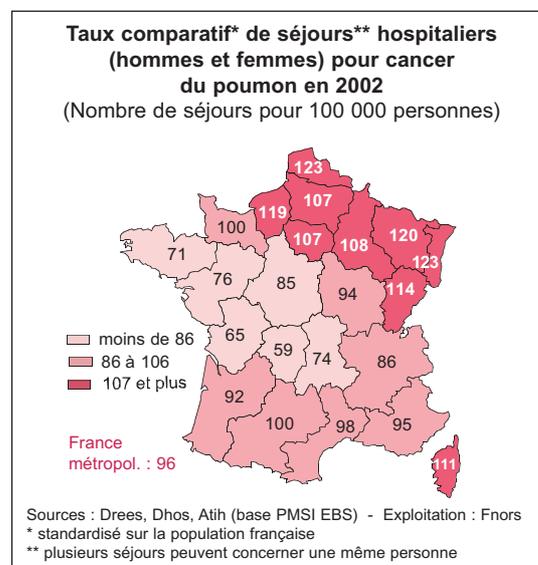
Le cancer du poumon a constitué, selon les données du PMSI, le diagnostic principal de 60 000 séjours (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) dans des services hospitaliers publics et privés assurant des soins de courte durée.

Rapporté à la population, cela correspond à un taux de 96 séjours pour 100 000 personnes en France, qui varie de 59 pour 100 000 dans le Limousin à 123 dans le Nord-Pas-de-Calais.

Les taux les plus élevés sont observés dans le quart Nord-Est du pays et en Corse, comme pour la mortalité, l'incidence et les admissions en ALD, notamment chez les hommes. Les taux les plus bas concernent la partie Ouest et Centre de la France.

Parmi les séjours hospitaliers pour cancer du poumon, environ 10 400 étaient des séjours chirurgicaux, soit 17 pour 100 000 personnes en France. Ce taux est minimum en Limousin (9 pour 100 000) et atteint 28 pour 100 000 en Corse.

La carte des taux régionaux de séjours chirurgicaux présente de nombreuses similitudes avec celle concernant l'ensemble des séjours hospitaliers. Mais deux régions se distinguent : d'une part, la Franche-Comté dont le taux global de séjours est élevé, mais pas le taux de séjours chirurgicaux, et, d'autre part, la région PACA qui connaît la situation inverse.



Cancer du côlon-rectum

Le cancer du côlon-rectum est fréquent aussi bien en termes de mortalité qu'en termes d'incidence quel que soit le sexe. Ces dernières années, les taux d'incidence augmentent, alors que les taux de mortalité diminuent tant chez les hommes que chez les femmes. La nutrition, dont le rôle dans la survenue de ce cancer est désormais démontré, doit être au cœur de la prévention primaire. Enfin, l'évaluation des campagnes de dépistage organisé en population générale est actuellement en cours dans des départements tests et doit permettre de définir des stratégies pour l'ensemble du pays.

En termes d'incidence et de mortalité, le cancer du côlon-rectum est le 3^e cancer le plus fréquent après ceux de la prostate et du poumon chez l'homme, et le 2^e après le cancer du sein chez la femme. Ce cancer est rare avant 50 ans mais au-delà, son incidence augmente très rapidement avec l'âge. Dans environ 80 % des cas, il est précédé pendant de nombreuses années par une tumeur épithéliale bénigne, le polype adénomateux [5].

Le nombre de nouveaux cas annuels, estimé par le réseau français des registres de cancer (Francim), est d'environ 36 000 pour l'année 2000 en France métropolitaine : plus de 19 000 chez les hommes et près de 17 000 chez les femmes. Entre 1980 et 2000, le taux d'incidence estimé, standardisé sur la population européenne, a augmenté de près de 20 % chez les hommes (passant de 50 à 59 nouveaux cas pour 100 000) et de près de 13 % chez les femmes (passant de 32 à 37 nouveaux cas pour 100 000) [4].

Alors que l'incidence augmente, la mortalité par cancer du côlon-rectum diminue chez les hommes comme chez les femmes ; néanmoins, ce cancer a été responsable en 2000 de près de 16 000 décès : soit près de 8 300 chez les hommes et de 7 600 chez les femmes [7]. Cette évolution dissociée entre incidence et mortalité semble liée à un diagnostic plus précoce, associé à une amélioration des traitements [3].

Les personnes atteintes d'un cancer sont le plus souvent admises en affection de longue durée par leur régime d'Assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. Ainsi, en 2002, plus de 28 000 admissions en affection de longue durée pour cancer du côlon-rectum ont été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes de sécurité sociale [7].

Actuellement le traitement de référence du cancer du côlon-rectum non compliqué reste la chirurgie [6]. Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) de l'année 2002 montrent que ce cancer a été la cause principale de plus de 70 500 séjours hospitaliers dans les services de courte durée dont près de 34 500 séjours chirurgicaux [8]. A ces 70 500 séjours doivent s'ajouter les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas le dénombrement.

La nutrition joue un rôle important dans l'étiologie de ces cancers et constitue donc un levier important de la prévention primaire. Le rôle protecteur des légumes, le rôle favorisant de la sédentarité et d'un apport calorique élevé sont les faits les mieux établis. Des données récentes suggèrent par ailleurs que le tabac serait un facteur d'apparition des adénomes et l'alcool d'augmentation de la taille des adénomes [5,1].

Les personnes à risque élevé ou très élevé de cancer du côlon-rectum (antécédents familiaux de cancer à transmission héréditaire, antécédents personnels ou familiaux de polypes ou de cancer, antécédents personnels de maladie inflammatoire de l'intestin) justifient un suivi particulier. Pour le reste de la population, les stratégies de prévention reposent sur la possibilité de repérer la présence de polypes adénomateux ou de cancer à un stade d'extension précoce. Il existe deux méthodes de dépistage : l'une par la recherche d'un saignement occulte dans les selles (test Hémocult), l'autre par la réalisation d'un examen endoscopique (sigmoïdoscopie ou coloscopie). La première méthode est simple, sans danger et peu coûteuse. Elle doit être suivie, en cas de positivité du test, d'un examen diagnostique par coloscopie. La seconde méthode est beaucoup plus sensible mais lourde, coûteuse et parfois grevée de complications. Elle ne répond pas aux critères de sélection d'un dépistage de masse.

Différents travaux ont montré qu'il est possible de diminuer de 15 à 20 % la mortalité par cancer colo-rectal [2] en faisant un test de recherche de saignements occultes dans les selles (Hémocult®) tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans, à condition que plus de la moitié de la population concernée participe régulièrement au dépistage et qu'une coloscopie soit faite en cas de dépistage positif.

Le plan national cancer lancé en 2003 [4], réaffirme la nécessité de poursuivre l'expérimentation du dépistage organisé du cancer colo-rectal. Vingt-deux départements pilotes s'y sont engagés en 2003 et 2004. Les résultats de ces expérimentations permettront de préciser les modalités d'une généralisation à l'ensemble du pays de ce dépistage organisé dans les quatre prochaines années.

Comparaisons européennes

En 2000, le taux comparatif de mortalité masculine de la France (18,3 pour 100 000 hommes) est proche du taux observé dans les 25 pays de l'Union européenne (18,4). Ces taux varient de 9,8 en Finlande à 29,8 en Tchéquie. Les taux les plus élevés se situent principalement à l'Est (Tchéquie, Hongrie, Slovaquie), alors que les taux les plus faibles sont enregistrés préférentiellement dans les pays baltes et scandinaves.

En 2000, le taux comparatif de mortalité féminine de la France (10,9 pour 100 000 femmes) se situe près de la moyenne de l'ensemble des pays de l'Union (12,1). Ces taux varient de 8,4 en Lituanie à 18,7 en Hongrie [8]

Références bibliographiques

1. BOUTRON (MC.), FAIVRE (J.), DPO (MC.), QUIPOURT(V.), SENESS (P.), Tobacco, alcohol and colorectal tumors : a multistep process, Am J Epidemiol, 1995, 141, 1038-46
2. FAIVRE (J.), Epidémiologie et prévention du cancer côlo-rectal, Springer Digest, France, 2001, 110 p.
3. FAIVRE-FINN (C.), BOUVIER-BENHAMICHE (AM.), PHELIP (JM.), manfredi (S.), dancourt (V.), faivre (J.), Colon cancer in France : evidence for improvement in management and survival. Gut 2002, 61, 60-4
4. REMONTET (L.), BUEMI (A.), VELTEN (M.) et al., Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, Francim, Paris, 2003, 217 p.
4. SAUTEREAU (D.), BOUARIOUA (N.), Cancer côlo-rectal in TUBIANA-MATHIEU (N.), Cancers : prévention et dépistage, Masson, Paris 2002, 215 p
6. Anaes : Prévention, dépistage et prise en charge des cancers du côlon, Conférence de consensus - janvier 1998
7. Données Inserm CépiDc (décès), Francim (incidence), Cnamts, MSA et Canam (ALD) in «Base de données SCORE-santé», Fnors, <http://www.fnors.org>
8. Données PMSI in <http://www.parhtage.sante.fr>
9. Eurostat - Base de données Newcronos
10. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Cancer : le plan de mobilisation nationale, Plan cancer, 2003, 44 p. <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/>

Classification internationale des maladies

Les cancers du côlon-rectum étudiés dans ce chapitre correspondent aux maladies classées :
 - en CIM 9 : 153,154
 - en CIM 10 : C18 à C21

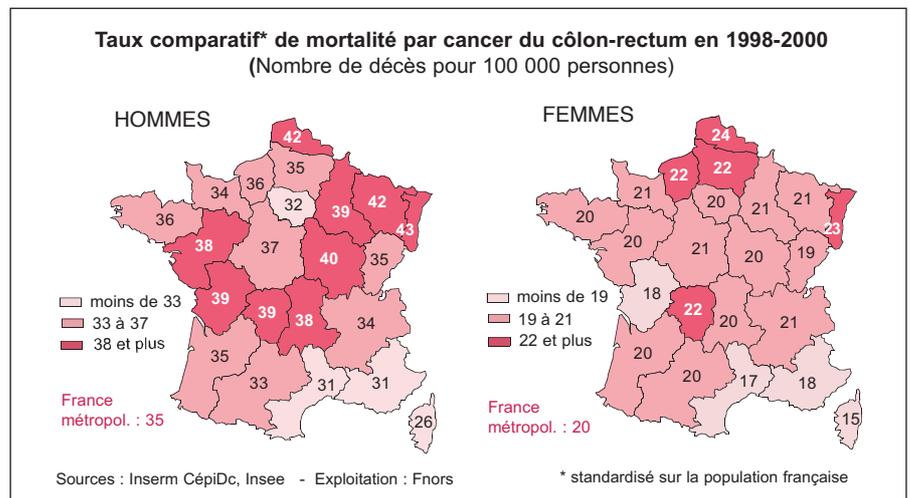
Définitions et précisions sur les indicateurs : voir annexe méthodologique

Mortalité par cancer du côlon-rectum

8 300 décès chez les hommes et 7 600 chez les femmes par cancer du côlon-rectum en 2000 en France métropolitaine

En France métropolitaine, en 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par cancer du côlon-rectum chez les hommes est de 35 décès pour 100 000 hommes. Il varie en région de 26 à 43. L'Alsace, le Nord-Pas-de-Calais et la Lorraine présentent un taux supérieur à 40. À l'opposé, la sous-mortalité est nette dans les régions méditerranéennes et en Île-de-France. Chez les femmes, le taux comparatif de mortalité en France métropolitaine est de 20 pour 100 000 femmes et varie en région de 15 à 24. Les taux les plus élevés se situent dans le Nord-Pas-de-Calais et en Alsace. La sous-mortalité concerne les régions méditerranéennes et le Poitou-Charentes.

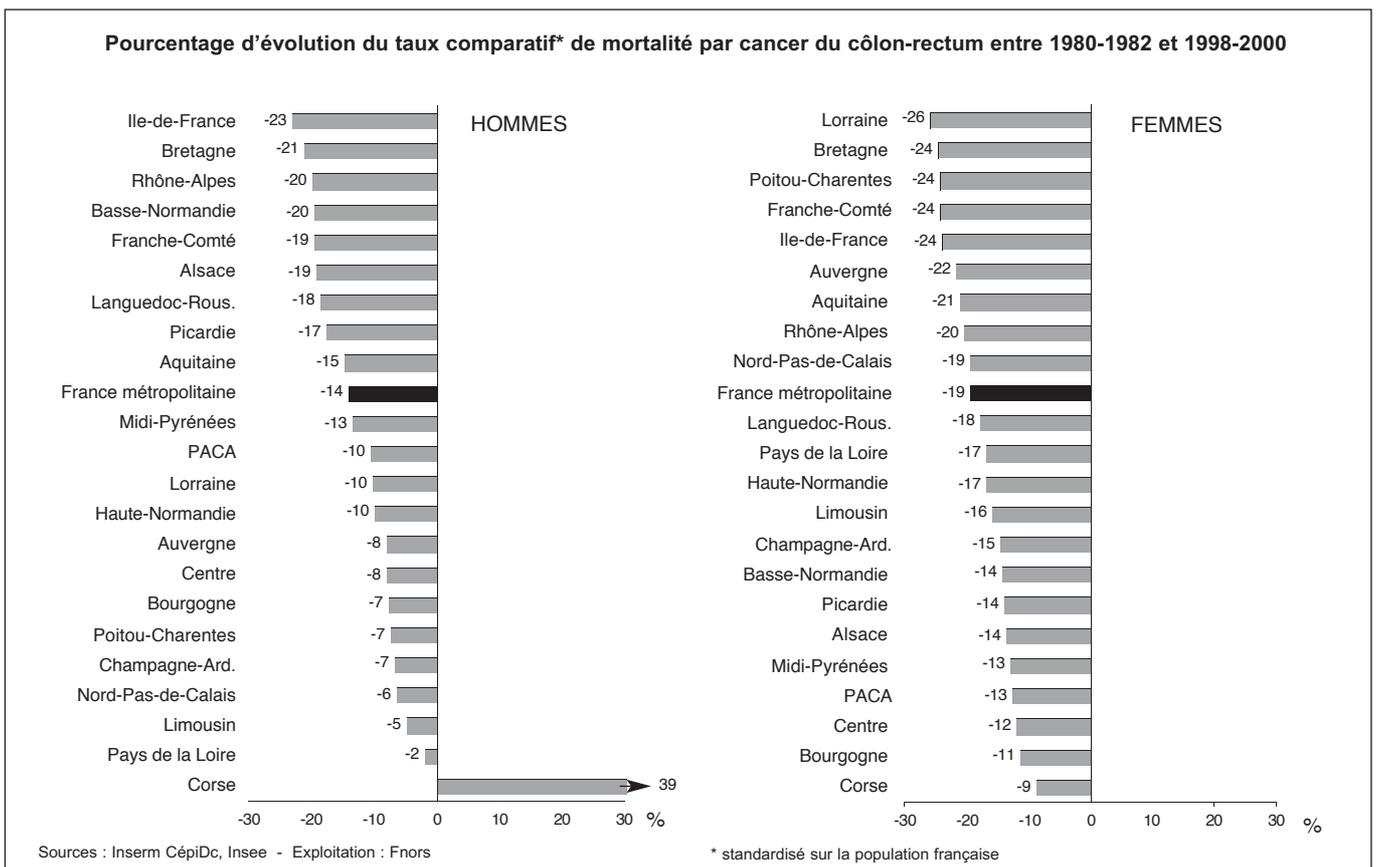
Entre 1980-1982 et 1998-2000, en France métropolitaine, les taux comparatifs de mortalité ont diminué de 14 % chez les hommes passant ainsi de 41 à 35 pour 100 000. Seule la Corse a connu une augmentation de 39 %. L'Alsace et la Bretagne qui présentaient des taux élevés en 1980-1982 ont une nette diminution de leur taux en 1998-2000. L'Île-de-France, la



Franche-Comté, la Basse-Normandie et Rhône-Alpes qui présentaient des taux proches de l'ensemble de la France métropolitaine enregistrent aussi une diminution supérieure à 19 %. Enfin le Languedoc-Roussillon, malgré un taux initial bas, montre également une diminution de plus de 18 %.

Chez les femmes, la baisse des taux comparatifs de mortalité entre 1980-1982 et 1998-2000 a été plus importante que chez les hommes puisque l'on enregistre une diminution de 19 % en

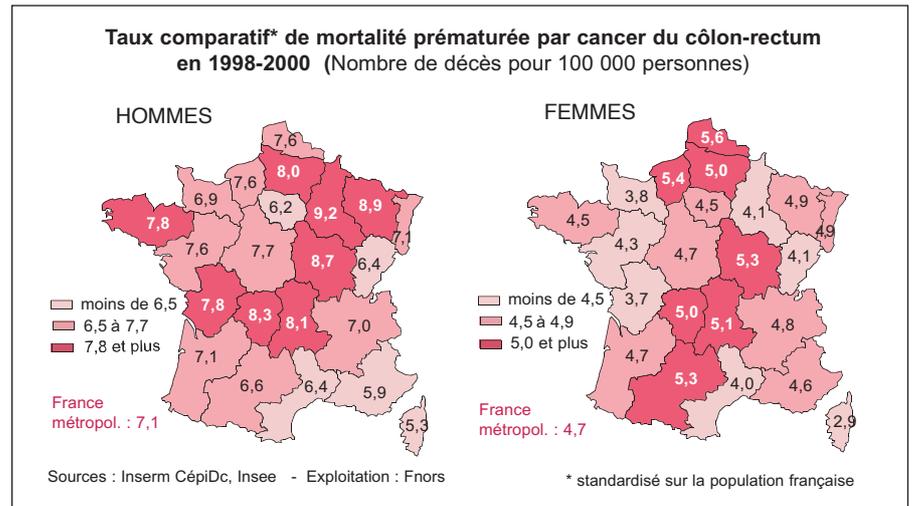
moyenne passant ainsi de 25 à 20 pour 100 000 femmes. Aucune région n'a enregistré d'augmentation. La Lorraine enregistre une diminution importante, mais présentait initialement des taux élevés. La Bretagne, le Poitou-Charentes, la Franche-Comté, l'Île-de-France, l'Auvergne, l'Aquitaine et la région Rhône-Alpes, bien que présentant des taux initiaux proches de la moyenne nationale, montrent des baisses de taux supérieures à 20 %.



En termes de mortalité prématurée, environ 2 900 personnes sont décédées en 2000 d'un cancer du côlon-rectum avant 65 ans (1 700 hommes et 1 200 femmes). Ces décès prématurés représentent 21 % des décès par cancer colo-rectal chez l'homme et 16 % chez la femme.

Le taux comparatif de mortalité prématurée masculine est de 7,1 pour 100 000 hommes en France métropolitaine. Ce taux varie d'une région à l'autre de 5,3 à 9,2. Cette distribution régionale des taux de mortalité prématurée semble superposable à la répartition des taux de mortalité pour l'ensemble des hommes, hormis pour le Nord-Pas-de-Calais qui présente un taux de mortalité prématurée proche de la moyenne nationale et la Picardie et la Bretagne qui présentent un taux de mortalité prématurée élevé.

En 2000, chez les femmes, le taux comparatif de mortalité prématurée



pour la France métropolitaine est de 4,7 pour 100 000 femmes et varie en région de 2,9 à 5,6. Les régions qui présentent des taux élevés présentent également des taux de mortalité par cancer du côlon-rectum pour l'ensemble de la population féminine plus éle-

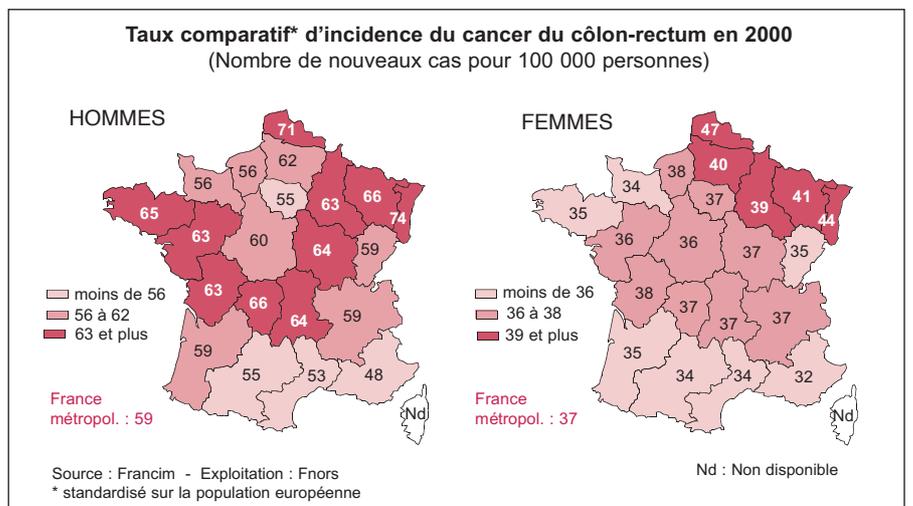
vés, à l'exception toutefois de Midi-Pyrénées, de la Bourgogne et de l'Auvergne qui présentent un taux de mortalité prématurée plus élevé que la moyenne nationale.

Incidence du cancer du côlon-rectum

19 000 nouveaux cas de cancer colo-rectal chez les hommes et 17 000 chez les femmes en 2000 en France métropolitaine

En 2000, chez les hommes, le nombre de nouveaux cas estimé par Francim correspond à un taux comparatif d'incidence de 59 cas pour 100 000 hommes en France métropolitaine. Ce taux d'incidence varie en région de 48 à 74. Les régions présentant les plus forts taux sont l'Alsace et le Nord-Pas-de-Calais. Cinq autres régions enregistrent des taux aux alentours de 65 : la Bretagne, la Bourgogne, la Lorraine, le Limousin et l'Auvergne. L'Île-de-France ainsi que les régions du Sud sont moins touchées.

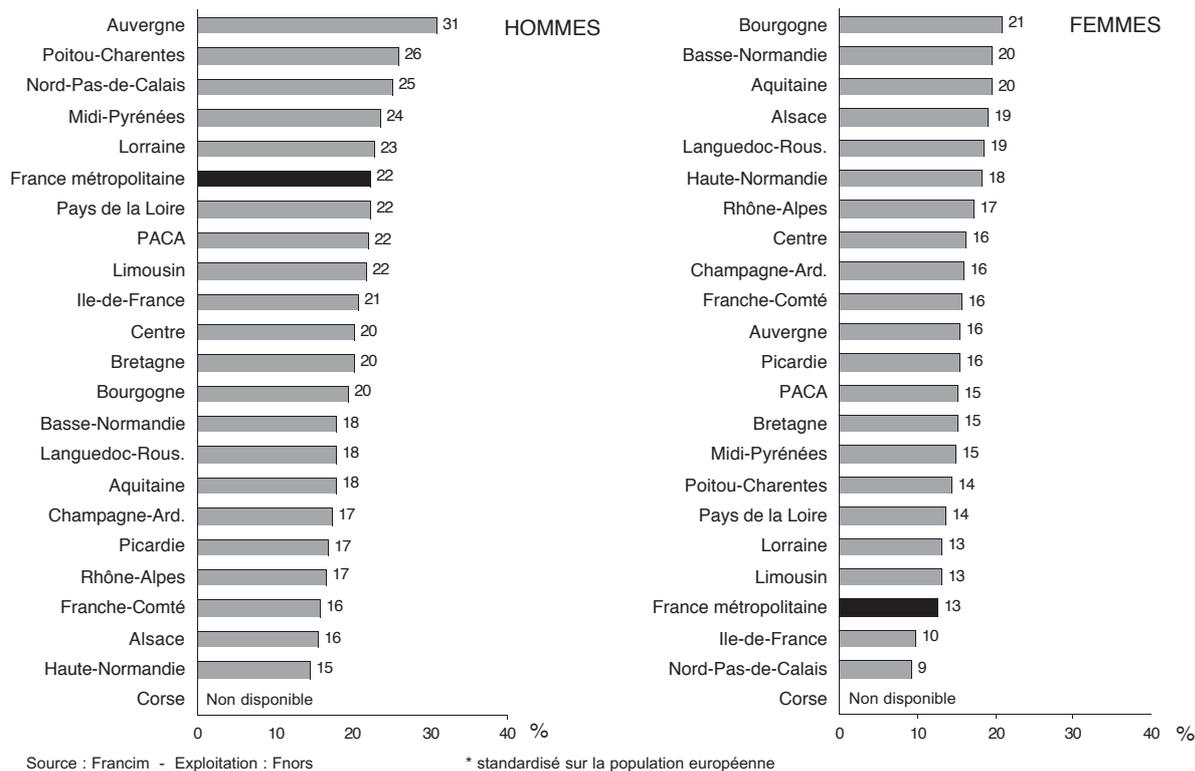
Chez les femmes, les 17 000 nouveaux cas de cancers en 2000 représentent un taux d'incidence de 37 cas pour 100 000 femmes en moyenne. Ce taux varie en région de 32 à 47. Les cinq régions ayant les taux les plus élevés sont situées au Nord-Est du pays, alors que les régions du Sud, mais aussi la Bretagne, la Basse-Normandie et la Franche-Comté sont plus épargnées. La Bretagne présente par ailleurs la particularité d'avoir un taux d'incidence éle-



vé chez les hommes et faible chez les femmes. Entre 1980 et 2000, le taux d'incidence estimé a augmenté de 22 % chez les hommes en France métropolitaine passant ainsi de 50 à 59 cas pour 100 000. Toutes les régions ont connu une augmentation, celle-ci variant de 15 % en Haute-Normandie à 31 % en Auvergne.

Chez les femmes, l'augmentation du taux d'incidence estimé a été de 13 % en moyenne en France, allant de 9 % dans le Nord-Pas-de-Calais à 21 % en Bourgogne.

Pourcentage d'évolution du taux comparatif* d'incidence du cancer du côlon-rectum entre 1980 et 2000



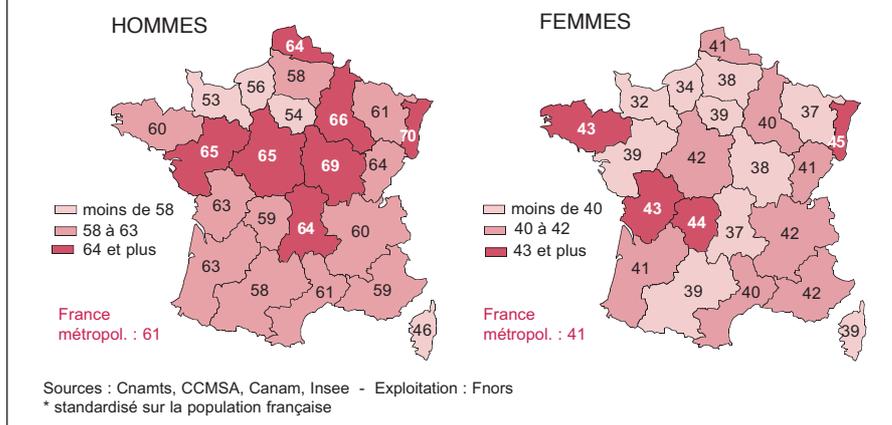
Affections de longue durée (ALD) pour cancer du côlon-rectum

14 800 admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum chez les hommes et 13 300 chez les femmes en 2002 en France métropolitaine

En 2002, les taux d'admissions en ALD prononcées pour cancer du côlon-rectum par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes), montrent des disparités régionales chez les hommes.

Les admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum représentent 11 % de l'ensemble des admissions pour cancer dans la population masculine. Le taux d'admission masculin pour la France métropolitaine est de 61 pour 100 000 hommes, variant en région de 46 à 70. L'Alsace, mais aussi la Bourgogne et la Champagne-Ardenne, présentent des taux d'admissions élevés. À l'inverse, trois régions (la Corse, la Basse-Normandie et l'Île-de-France) présentent des taux d'admission bas.

Taux comparatif* d'admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum en 2002 (Nombre d'admissions pour 100 000 personnes)



Chez les femmes, les admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum représentent 12 % de l'ensemble des admissions pour cancer. Le taux

d'admission en France métropolitaine est de 41 pour 100 000 femmes et varie en région de 32 à 45.

Hospitalisation pour cancer du côlon-rectum

70 500 séjours hospitaliers pour lesquels le cancer du côlon-rectum a constitué le diagnostic principal en 2002 en France métropolitaine, dont 34 500 séjours chirurgicaux

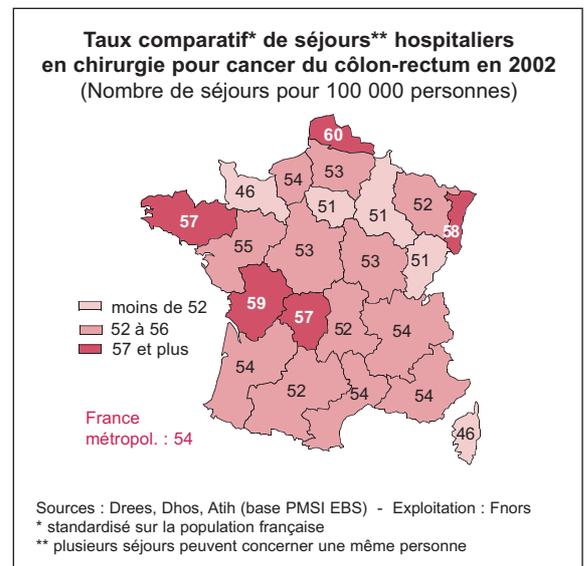
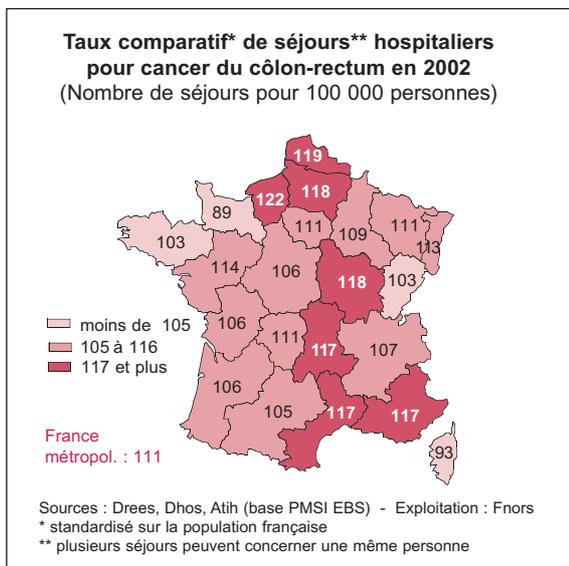
En 2002, le cancer du côlon-rectum a constitué selon les données du PMSI le diagnostic principal de 70 500 séjours (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) dans des services hospitaliers publics et privés assurant des soins de courte durée, plusieurs séjours pouvant dans certains cas concerner une même personne. Rapporté à la population, cela correspond à un taux de 111 séjours hospitaliers pour 100 000 personnes. Ce taux varie en région de 89 pour la Basse-Normandie à 122 pour la Haute-

Normandie. Cette région, ainsi que le Nord-Pas-de-Calais, la Bourgogne et la Picardie, présentent des taux de séjours hospitaliers supérieurs à 118. En revanche, la Basse-Normandie et la Corse présentent des taux inférieurs à 100.

En termes de séjours chirurgicaux, le taux moyen en France est de 54 pour 100 000 personnes, variant de 46 en Basse-Normandie à 60 dans le Nord-Pas-de-Calais. Cinq régions (Nord-Pas-de-Calais, Poitou-Charentes, Alsace, Limousin et Bretagne)

présentent des taux de séjours hospitaliers en chirurgie supérieurs à 57. La Basse-Normandie et la Corse présentent, elles, des taux inférieurs à 51.

La part des séjours chirurgicaux pour cancer colo-rectal par rapport à l'ensemble des séjours en courte durée est inférieure à 45 % en Bourgogne, Haute-Normandie et Auvergne et supérieure à 55 % en Bretagne et Poitou-Charentes.



Cancer des VADS et de l'œsophage

Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) regroupent les cancers de la lèvre, de la bouche, du pharynx et du larynx. Les cancers des VADS et de l'œsophage sont pour la plupart liés au tabagisme et à la consommation excessive d'alcool. Ils concernent essentiellement les hommes, et se positionnent au 3^e rang des cancers masculins en termes de fréquence et de mortalité. Les modifications des habitudes de vie des hommes et des femmes expliquent en partie que les taux d'incidence et de mortalité de ces cancers évoluent différemment selon le sexe depuis une vingtaine d'années. Ils diminuent fortement chez les hommes. Chez les femmes, les taux d'incidence augmentent alors que les taux de mortalité diminuent légèrement.

Les cancers des lèvres, de la cavité buccale, du pharynx et du larynx et les cancers de l'œsophage font fréquemment l'objet d'une approche épidémiologique globale en raison de leurs caractéristiques communes, parmi lesquelles le fait qu'ils soient pour la plupart très souvent liés au tabagisme et à la consommation excessive d'alcool. La majorité d'entre eux sont des carcinomes épidermoïdes différenciés, survenant principalement chez les hommes [1,2].

Le nombre de nouveaux cas de cancers des VADS et de l'œsophage est estimé par le réseau des registres du cancer (Francim) à 24 500 pour l'année 2000 en France métropolitaine dont 20 900 concernent les hommes [3] : 63 % sont localisés à la sphère « lèvres, cavité buccale, pharynx », 17 % au larynx et 20 % à l'œsophage. Les cancers des VADS et de l'œsophage se placent ainsi au 3^e rang des cancers les plus fréquents chez les hommes et au 8^e rang chez les femmes. Ils représentent 13 % des cas incidents de cancer toutes localisations confondues chez les hommes et 3 % chez les femmes.

Les taux masculins d'incidence (standardisés sur la population européenne) pour l'année 2000 sont estimés à 43,9 pour 100 000 personnes pour les cancers de la sphère « lèvres, cavité buccale, pharynx », à 13,2 pour les cancers œsophagiens et à 12,9 pour les cancers laryngés [3]. Le ratio d'incidence homme/femme est

supérieur à 6 pour chacune de ces localisations et atteint un maximum de 13 pour les cancers laryngés [3]. Au cours des deux dernières décennies, les taux d'incidence de ces cancers ont évolué de façon inverse selon le sexe, diminuant chez les hommes et augmentant chez les femmes. L'écart est particulièrement marqué pour le cancer de l'œsophage, avec un taux moyen annuel d'évolution de -2,1 % chez les hommes et de +2,3 % chez les femmes [3].

Le nombre de décès dus aux cancers des VADS et de l'œsophage est de 10 500 pour l'année 2000 en France métropolitaine [5]. Ces cancers sont au 3^e rang en terme de mortalité par cancer chez les hommes et au 10^e rang chez les femmes. Ils représentent 11 % des décès annuels par cancer chez les hommes et 3 % chez les femmes. Près de la moitié de ces décès surviennent avant l'âge de 65 ans et plus de 85 % concernent des hommes [5]. Le taux comparatif de mortalité par cancers des VADS et de l'œsophage est de 34,5 pour 100 000 chez les hommes et de 4,4 pour 100 000 chez les femmes [5]. Au cours des deux dernières décennies, il a fortement diminué chez les hommes et faiblement chez les femmes [3].

Les taux d'incidence et de mortalité de ces cancers commencent à augmenter après l'âge de 40 ans. Chez les hommes, ils s'accroissent de façon très marquée pour atteindre une valeur maximale vers 70 ans. Chez les

femmes, ils poursuivent leur croissance modérée jusqu'à plus de 85 ans [3].

Les cancers des VADS et de l'œsophage sont de mauvais pronostic. Ils ont tendance à s'étendre rapidement et surviennent en outre chez des personnes exposées à d'autres pathologies en lien avec le tabac et la consommation excessive d'alcool [2, 4, 5]. La survie relative à 5 ans est de 35 % pour les cancers de la sphère « lèvres, cavité buccale, pharynx » et de 52 % pour les cancers du larynx [3].

La gravité de cette pathologie, son diagnostic potentiellement onéreux, son traitement coûteux et prolongé ainsi que le suivi qu'elle nécessite, justifient d'une exonération du ticket modérateur. En 2002, près de 19 000 admissions en affection de longue durée pour cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage ont été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes de sécurité sociale [5].

Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information de 2002 montrent que les cancers des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage ont constitué le diagnostic principal de plus de 55 000 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée, dont près de 15 000 séjours chirurgicaux [5]. À ces 55 000 séjours doivent s'ajouter les séjours itératifs pour séances de

chimiothérapie ou de radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas le dénombrement.

La prévention primaire de ces cancers repose essentiellement sur la lutte contre le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, deux priorités du Plan Cancer lancé en mars 2003 [6]. Les autres facteurs de risque identifiés sont une consommation insuffisante de légumes et de fruits, une mauvaise hygiène bucco-dentaire, les traumatismes prothétiques, le soleil et la radioactivité pour les localisations labiales [2, 4, 7-10].

Le diagnostic précoce de ces cancers est un des éléments déterminants de leur pronostic. En l'absence

Comparaisons européennes

La France est, après la Hongrie, la Slovaquie et la Lituanie, le pays de l'Union européenne où les taux d'incidence et de mortalité masculins pour les cancers de la sphère "lèvres, cavité buccale, pharynx". Pour les cancers de l'œsophage, les taux en France sont plus élevés que la moyenne de l'Union mais se situent après le Royaume-Uni, l'Irlande, le Pays Bas, la Hongrie et le Danemark.. Les taux observés, en France pour les femmes sont également élevés par rapport à ce qui est relevé dans les autres pays de l'Union pour les cancers "lèvres, cavité buccale et pharynx" et moins élevés pour les cancers de l'œsophage. Pour les cancers du larynx, ces taux sont élevés en France comme dans les autres pays d'origine latine, à la différence des pays anglo-saxons.

d'examen de dépistage, il est donc nécessaire d'inciter les praticiens à réaliser un examen clinique de la sphère aérodigestive supérieure,

notamment de la cavité buccale, chez les patients exposés au tabac et à l'alcool [2,7].

Références bibliographiques

1. MUIR (C.), WEILAND (L.), Upper aerodigestive tract cancers, Cancer 1995, 75:147-53.
2. BESSEDE (JP.), DAVID (N.), Cancers des voies aériennes et digestives, in Tubiana-Mathieu « Cancers : Prévention et dépistage », Masson, Paris, 2002. pp. 152-164
3. REMONTET (L.), BUEMI (A.), VELTEN (M.) et al, Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, Institut de veille sanitaire, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, août 2003, 217 p.
4. HILL (C.), DOYON (F.), SANCHO-GARNIER (H.), Epidémiologie des cancers, Ed. Flammarion Médecine-Sciences, mars 1997, 111 p
5. Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé : Base de données SCORE-santé : <http://www.fnors.org>
6. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Cancer : le plan de mobilisation nationale, Plan cancer, 2003, 44 p.
7. Site Internet du National Cancer Institute. <http://cis.nci.nih.gov>
8. LUCE (D.), BRUGERE (J.), ESCHWEGE (F.), Cancers des voies aérodigestives supérieures, in « Les cancers professionnels », tome 1, Ed Margaux Orange, Paris, 2000. pp. 429-460
9. NOTANI (PN.), JAYANT (K.), Role of diet in upper aerodigestive tract cancers, Nutr Cancer 1987, 10 :103-13
10. MACFARLANE (GJ.), MACFARLANE (TV.), LOWENFELS (AB.), The influence of alcohol consumption on worldwide trends in mortality from upper aerodigestive tract cancers, in J Epidemiol Community Health, 1996, 50(6):636-9.

Classification internationale des maladies

Les cancers des voies aérodigestives et de l'œsophage étudiés dans ce chapitre correspondent aux maladies classées :

- en CIM 9 : 140 à 149, 150,161
- en CIM 10 : C00 à C14, C15, C32

Définitions et précisions sur les indicateurs : voir annexe méthodologique

Précisions

La sphère aérodigestive supérieure se compose de la filière respiratoire supérieure (fosses nasales, sinus de la face, partie supérieure du pharynx, larynx), de la filière digestive supérieure (lèvres, cavité buccale, parties moyenne et inférieure du pharynx) et des glandes salivaires. Elle se prolonge par l'œsophage.

Les données de ce chapitre "Cancers des VADS et de l'œsophage" concernent les tumeurs malignes des lèvres,

de la cavité buccale et du pharynx (CIM9=140-149 et CIM10=C00-C14), du larynx (CIM9=161 et CIM10=C32) et de l'œsophage (CIM9= 150 et CIM10=C15). Elles comprennent donc les tumeurs de la partie supérieure du pharynx (rhinopharynx ou cavum, CIM10=C11), les tumeurs malignes de la glande parotide (CIM10=C07), des glandes salivaires (CIM10=C08) et les tumeurs de l'amygdale (CIM10=C09). Elles ne comprennent pas les tumeurs malignes des fosses nasales et des sinus de la face (CIM 9=160.0 et 160.2 à 160.9, CIM10= C30.0 et CIM10= C31).

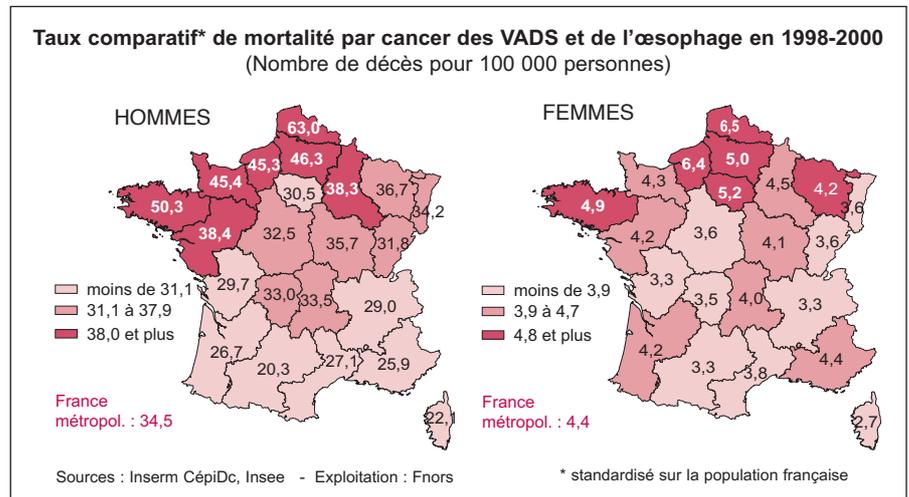
Mortalité par cancer des VADS et de l'œsophage

9 100 décès chez les hommes et 1 600 décès chez les femmes par cancer des VADS et de l'œsophage en 2000 en France métropolitaine

Chez les hommes, en 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par cancer des VADS et de l'œsophage est de 34,5 décès pour 100 000 en France métropolitaine. La variation des taux régionaux est importante chez les hommes, les extrêmes sont de 20 dans la région Midi-Pyrénées à 63 dans le Nord - Pas-de-Calais. Six régions du Sud et la Région parisienne présentent les taux les plus faibles. À l'opposé, sept régions du Nord et de l'Ouest présentent les taux les plus élevés.

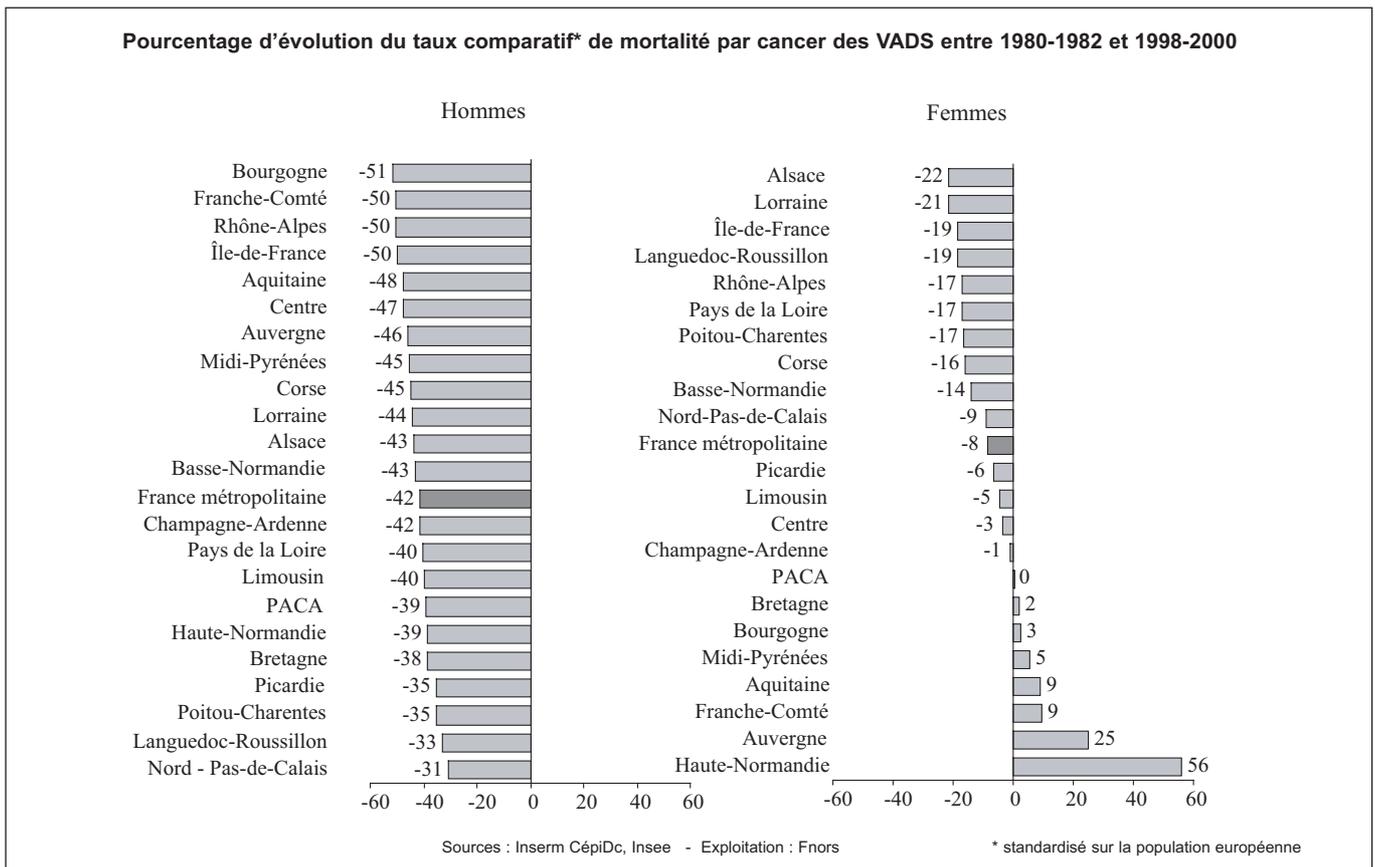
Chez les femmes, les taux sont beaucoup moins élevés, avec 4,4 décès pour 100 000 femmes en France métropolitaine. Les écarts entre les régions sont moins importants que chez les hommes. Les valeurs extrêmes vont de 3,3 décès pour 100 000 femmes en Rhône-Alpes, Poitou-Charentes et Midi-Pyrénées à 6,5 dans le Nord - Pas-de-Calais.

Depuis 20 ans, les taux de mortalité ont fortement diminué chez les hommes (-43%), et peu chez les femmes (-8%).



Chez les hommes, cette amélioration a bénéficié à l'ensemble des régions. La plus forte diminution a concerné la Basse-Normandie (-51%), la plus faible le Nord - Pas-de-Calais (-31%). Chez les femmes, les résultats sont contrastés, des régions ont bénéficié d'une amélioration relativement importante, d'autre ont subi une forte dégradation. La plus forte amélioration a concerné l'Alsace (diminution du taux de 22 %), la dégradation la plus importante a concerné la Haute-Normandie

(croissance du taux de 56 %). Le cancer des VADS et de l'œsophage peut toucher des populations relativement jeunes. Chez les hommes, 50 % des décès concernent des personnes de moins de 65 ans et sont considérés comme prématurés. Ce pourcentage est plus élevé que celui concernant les cancers toutes localisations confondues : 31 %. À l'exception de quelques décès chez des personnes très jeunes, les décès par cancer des VADS et de l'œsophage

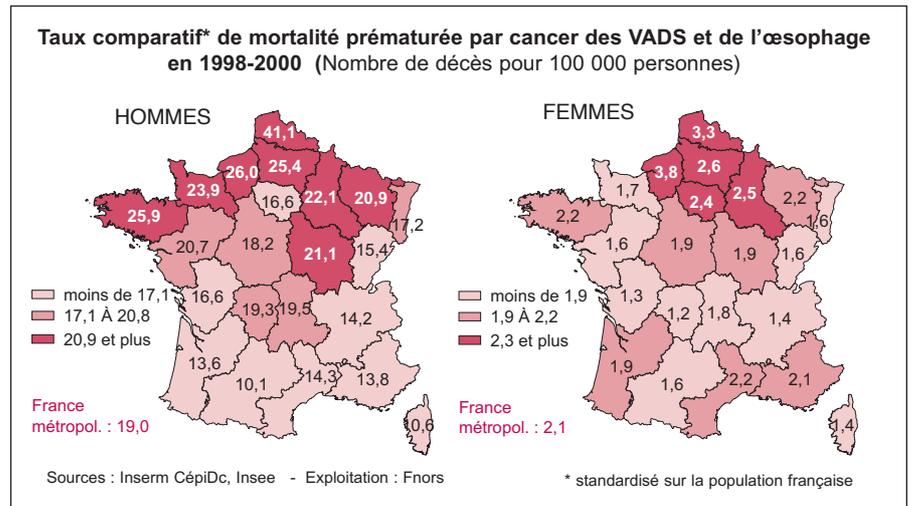


apparaissent dès la tranche d'âge de 35-39 ans, avec 60 décès en France métropolitaine en 2000. Ce nombre est multiplié par 5 dans la tranche d'âge suivante, celle des 40-44 ans.

Le taux de décès prématurés pour la France métropolitaine est de 19 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans.

La géographie de la mortalité prématurée par cancer des VADS et de l'œsophage est proche de celle de la mortalité tous âges confondus. Elle oppose les régions du Sud, qui présentent les taux les plus bas aux régions du Nord et de l'Ouest, qui présentent les taux les plus élevés. Les écarts entre régions sont importants. Les valeurs extrêmes des taux vont de 10 en Midi-Pyrénées à 41 dans le Nord - Pas-de-Calais.

Chez les femmes, 35 % des décès concernent des personnes de moins de 65 ans et sont considérés comme prématurés. Ce pourcentage est plus élevé



que celui concernant les cancers toutes localisations confondues : 25 %. À l'exception de quelques décès chez les femmes de moins de 40 ans, les décès par cancer des VADS et de l'œsophage apparaissent dès la tranche d'âge de 40-44 ans, avec 47 décès en France métropolitaine en 2000.

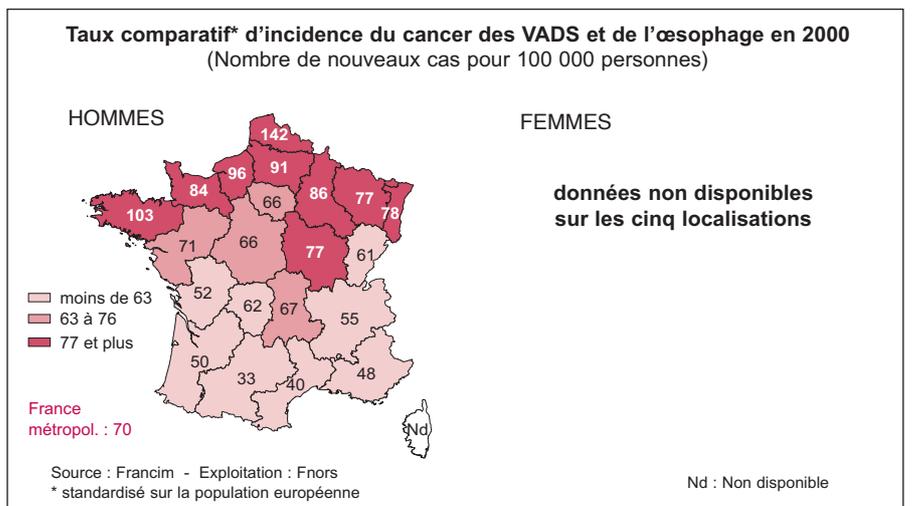
Le taux de décès prématurés pour la France métropolitaine est de 2,1 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans. La géographie de la mortalité prématurée par cancer des VADS et de l'œsophage est proche de celle de la mortalité tous âges confondus.

Incidence du cancer des VADS et de l'œsophage

20 800 nouveaux cas de cancer chez les hommes en 2000 en France métropolitaine

Avertissement : l'étude de l'incidence du cancer des VADS et de l'œsophage est réalisée à partir des données produites par le réseau des registres Francim. Les données régionales ne sont pas toutes disponibles. Pour les femmes, les données sont calculées uniquement pour trois localisations : la lèvre, la bouche et le pharynx. Pour les hommes, les données concernent les cinq localisations et permettent de présenter les résultats qui suivent.

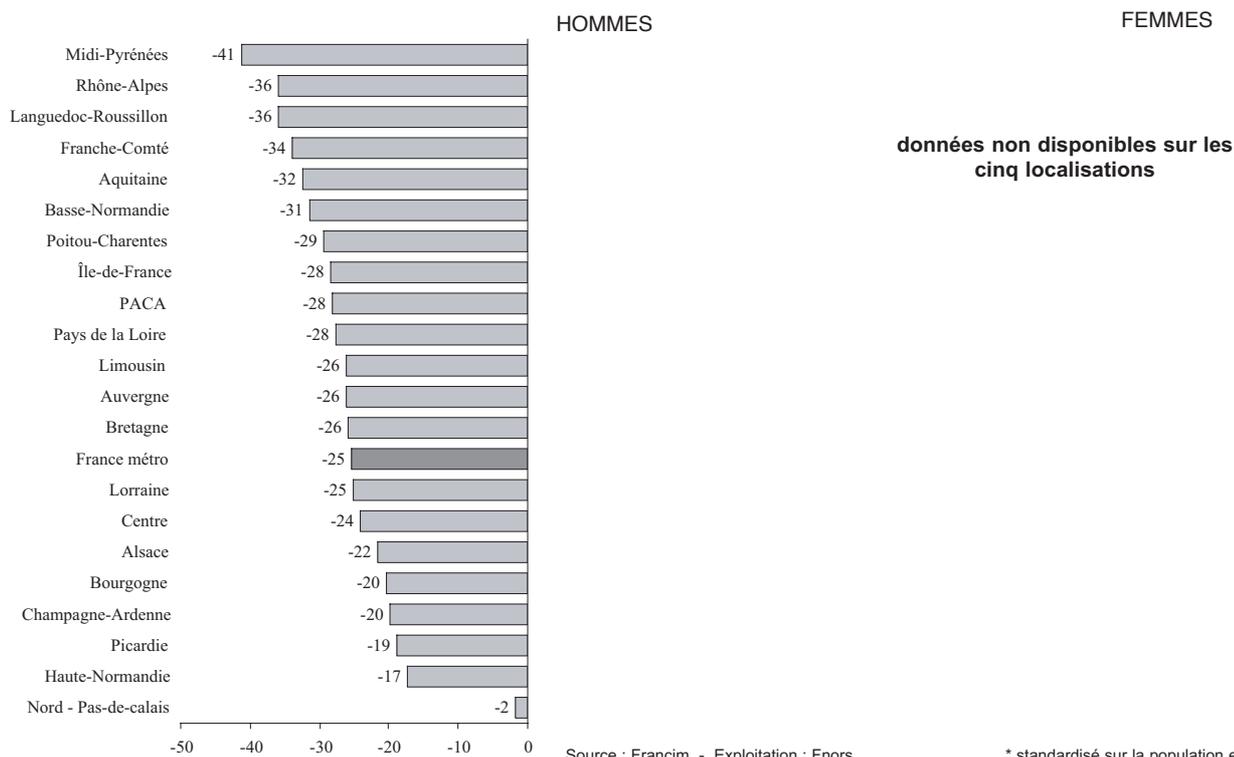
Chez les hommes en 2000, le nombre de nouveaux cas estimé par Francim correspond à un taux comparatif d'incidence de 70 cas pour 100 000 hommes en France métropolitaine. La géographie de l'incidence du cancer des VADS et de l'œsophage est marquée par une forte disparité entre les régions du Sud de la France où les taux sont faibles et celles du Nord où ils sont élevés. Les écarts entre les régions extrêmes sont particulièrement importants. La région la moins touchée est Midi-Pyrénées (taux de 33 pour 100 000), la région la plus touchée est



le Nord-Pas-de-Calais (taux de 142 pour 100 000). Entre 1980 et 2000, le taux comparatif d'incidence masculine a diminué de 25 % en France métropolitaine. Cette diminution a bénéficié, à une exception près, à l'ensemble des régions.

Cependant elle a été plus importante dans les régions du Sud que dans celles du Nord, accroissant ainsi les disparités entre régions. L'exception concerne le Nord - Pas-de-Calais pour laquelle le taux n'a quasiment pas évolué entre 1980 et 2000.

Pourcentage d'évolution du taux comparatif* d'incidence du cancer des VADS et de l'œsophage entre 1980 et 2000



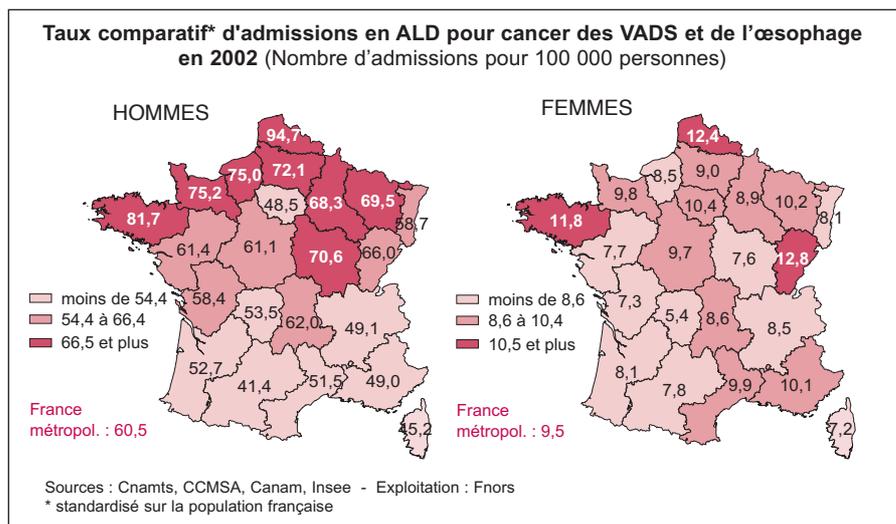
Affections de longue durée (ALD) pour cancer des VADS et de l'œsophage

15 700 admissions en ALD chez les hommes et 2 950 chez les femmes en 2002 en France métropolitaine

Les admissions en ALD pour cancer des VADS et de l'œsophage représentent chez les hommes, 12 % des admissions en ALD pour cancer toutes localisations confondues en France, et 2 % chez les femmes.

Chez les hommes, le taux comparatif d'admission en ALD est de 60,5 pour 100 000 hommes en France métropolitaine. Les taux régionaux varient entre 41,4 en Midi-Pyrénées et 94,7 en Nord-Pas-de-Calais. Les taux sont moins élevés dans le Sud de la France que dans le Nord, cependant les écarts sont moindres que ceux mis en évidence par les taux de mortalité et d'incidence.

Chez les femmes, le taux comparatif d'admission en ALD est de 9,5 pour 100 000 femmes en France métropolitaine. Les taux régionaux varient entre 5,4 en Limousin à 12,8 en Franche-Comté.



Hospitalisation pour cancer des VADS et de l'œsophage

55 388 séjours hospitaliers, hommes et femmes confondus, ayant pour diagnostic principal ce cancer en 2002 en France métropolitaine

Le cancer des VADS et de l'œsophage a constitué, selon les données du PMSI, le diagnostic principal de plus de 55 288 séjours, hors séances de chimiothérapie et radiothérapie, dans les services hospitaliers publics et privés assurant des soins de courte durée. Les séjours ayant donné lieu à une intervention chirurgicale sont minoritaires et représentent 27 % de l'ensemble des séjours. Ce pourcentage s'explique par la nature des soins mis en œuvre pour ce type de cancer. Il est moins élevé que celui du cancer toutes

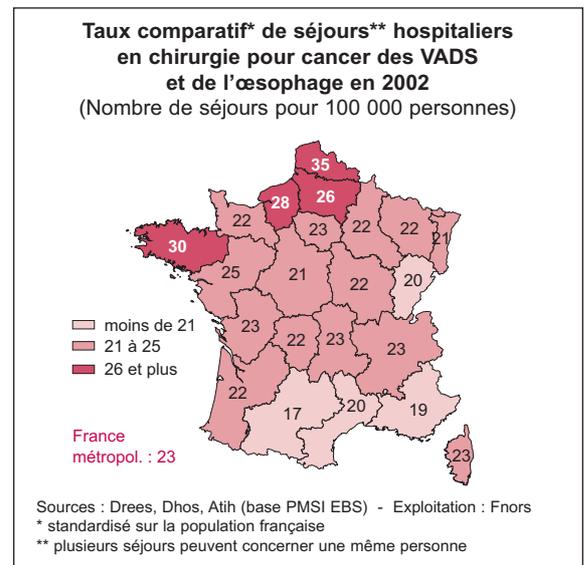
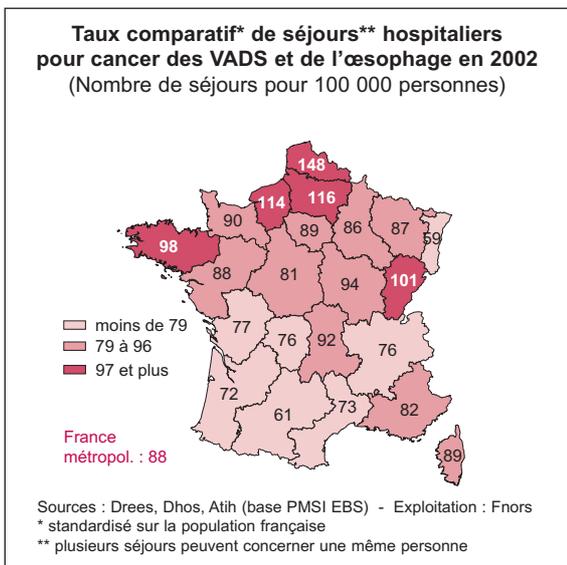
localisations confondues, qui atteint 47 %.

Rapporté à la population, le nombre de séjour hospitalier correspond à un taux de 88 séjours pour 100 000 personnes des deux sexes en France.

Géographiquement, ce taux, à une exception près, varie dans le même sens que les taux de décès et d'incidence : il est moins élevé dans les régions du Sud de la France que dans celles du Nord. Cependant, les écarts sont moindres que ceux mis en évidence par les taux de mortalité et

d'incidence. L'exception est la région Alsace qui présente le plus faible taux de séjours hospitaliers en France : 59 séjours pour 100 000 personnes.

La carte des taux régionaux de séjours uniquement chirurgicaux est proche de celle de l'ensemble des séjours. La part des séjours donnant lieu à une intervention chirurgicale est plus ou moins élevée selon les régions. Les régions extrêmes sont la Franche-Comté et l'Alsace avec respectivement 20 % et 35 % des séjours hospitaliers qui sont chirurgicaux.



Cancers du col et du corps de l'utérus

Les cancers du col et du corps de l'utérus constituent la sixième cause de décès par cancer chez la femme. Le dépistage individuel par frottis cervico-vaginal a largement contribué à la diminution de l'incidence du cancer du col de l'utérus. Actuellement quatre départements pilotes ont des programmes de dépistage organisé.

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.

Le cancer du corps de l'utérus touche les femmes à partir de 40 ans. Son principal facteur de risque est l'hyperœstrogénie, qu'elle soit d'origine endogène (en cas d'obésité, de nulliparité ou de ménopause précoce) ou exogène (traitements hormonaux de la ménopause par œstrogènes sans progestatifs, traitements des cancers du sein). Son pronostic est plutôt favorable, avec une survie relative à 5 ans de 75 % en Europe [1].

Le cancer du col de l'utérus est un cancer de la femme jeune, puisqu'il concerne essentiellement les femmes de 20 à 50 ans. Il est maintenant largement montré qu'il est lié à une maladie sexuellement transmissible, le papillomavirus (HPV) en constituant le principal facteur étiologique. Les lésions du col peuvent se développer dans les tissus superficiels (cancer *in situ*) ou envahir les tissus plus profonds, constituant alors un cancer infiltrant. Ces derniers ont un pronostic moins favorable, et la survie relative à 5 ans des femmes qui en sont atteintes est d'environ 60 %. [1].

Tous les cancers du col de l'utérus sont enregistrés par les registres de cancer, mais seuls les cancers invasifs sont comptabilisés pour le calcul de l'incidence. Le nombre de nouveaux cas annuels de cancers de l'utérus (incidence), estimé par le réseau français des registres de cancer (Francim), est d'environ 8 400 pour l'année 2000 en France métropolitaine, qui se répartissent en 3 400 pour le cancer infiltrant du col et 5 000 pour le cancer du corps. Le nombre total est resté stable depuis 1980, mais le nombre de cancers du col a diminué, alors que celui des cancers du corps augmentait [1]. Le cancer du corps de l'utérus est, par sa fréquence, au

troisième rang des localisations cancéreuses chez la femme, après ceux du sein et du côlon-rectum. Celui du col est en huitième position. Le taux d'incidence, standardisé sur la population européenne, est en baisse entre 1980 et 2000 pour le cancer du col, passant de 18,3 à 10,1 pour 100 000 femmes ; il est resté stable pour le cancer du corps, passant de 13,8 à 13,2 [1].

Les statistiques de mortalité ne permettent pas de distinguer les deux localisations en raison d'une proportion importante (60 %) de localisations utérines non précisées [2]. Avec environ 2 800 décès en 2000, les cancers de l'utérus constituent la sixième cause de décès par cancer chez la femme après ceux du sein, du côlon-rectum, du poumon, de l'ovaire et du pancréas. Le taux de mortalité, standardisé sur la population française au recensement de 1990, diminue depuis vingt ans, passant de 12,6 à 8,2 décès pour 100 000 femmes entre 1980-1982 et 1998-2000 [3]. 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 [1].

Les personnes atteintes d'un cancer de l'utérus sont le plus souvent admises en affection de longue durée par leur régime d'assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. Ainsi, en 2002, environ 4 500 admissions en affection de longue durée pour cancer du col de l'utérus et 3 200 pour celui du corps ont été prononcées parmi les femmes relevant des trois principaux régimes de sécurité sociale [3].

Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) montrent que le

cancer du col de l'utérus a constitué le diagnostic principal d'environ 7 100 séjours hospitaliers dans les établissements de soins de courte durée en 2002, dont 4 000 séjours chirurgicaux. Le cancer du corps de l'utérus a lui été le diagnostic principal de 8 900 séjours hospitaliers dans les établissements de soins de courte durée en 2002, dont 6 700 séjours chirurgicaux [4,5]. S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas le dénombrement.

Le cancer du corps de l'utérus ne permet pas de dépistage systématique. Par contre, pour le cancer du col, de nombreuses études épidémiologiques ont démontré que le dépistage organisé par frottis cervico-vaginal était particulièrement efficace, permettant la diminution de l'incidence et de la mortalité, à condition que soit mis en place un contrôle de qualité des frottis (prélèvement et lecture) [6,7,8,9]. Un dépistage organisé, généralisé à l'ensemble de la population cible, pourrait ainsi diminuer de 90 % l'incidence du cancer invasif du col utérin [10].

En France, les recommandations de l'ANAES (1998) préconisent un dépistage par frottis tous les 3 ans entre 25 et 65 ans, après deux frottis normaux à un an d'intervalle. Des programmes de dépistage organisé fonctionnent depuis 1993 dans quatre départements pilotes (Doubs, Isère, Bas-Rhin et Martinique). Dans les autres départements français, le dépistage est prescrit aux femmes à titre individuel par un médecin. La diminution de l'incidence des cancers invasifs et l'augmentation de celle des lésions *in situ* permettent de penser que ce dépistage non organisé du cancer du col de l'utérus se traduit déjà par des bénéfices non négligeables.

En France, pour l'année 2000, 5,5 millions de frottis cervico-vaginaux ont été remboursés par l'Assurance maladie. Cependant la répartition de ces frottis ne couvre pas l'ensemble de la population cible. En effet, ils sont réalisés à un rythme trop fréquent chez un certain nombre de femmes alors que d'autres bénéficient d'un suivi insuffisant (femmes de plus de 45 ans n'ayant plus de suivi gynécologique, femmes de milieux socio-économiques défavorisés) [11].

Un des objectifs du Plan national cancer lancé en 2003 est que 80 % des femmes entre 25 et 69 ans bénéficient d'un dépistage individuel du cancer du col de l'utérus, basé sur l'analyse d'un frottis cervico-vaginal [12,13].

Le cancer du col de l'utérus peut également bénéficier d'une prévention primaire par les mesures de protection contre les maladies sexuellement transmissibles (préservatif, diaphragme, spermicides).

Comparaisons internationales

Selon les données des registres européens, la France se situe, avec le Danemark, l'Espagne et l'Angleterre, parmi les pays aux taux d'incidence les plus élevés [1].

À l'inverse, la mortalité par cancer du col de l'utérus apparaît basse en France par rapport aux autres pays de l'Union européenne, la France se plaçant, après l'Italie, Chypre et la Grèce, au 4^e rang des 23 pays de l'Union, classés par mortalité croissante, pour lesquels cette information est disponible [14].

Les variations des taux d'incidence du cancer du col de l'utérus peuvent s'expliquer par une différence d'exposition aux facteurs de risque et par des politiques de dépistage différentes. La Finlande, où un programme de dépistage existe depuis

le début des années soixante, a un taux d'incidence parmi les plus bas, sa mortalité est également basse.

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 [15].

Selon les registres européens, la France se situe, avec l'Italie, l'Angleterre et l'Irlande, parmi les régions de faible incidence [1]. À l'inverse, se sont l'Espagne, la Finlande, le Danemark et la Suède qui ont les taux d'incidence les plus élevés.

Les comparaisons européennes ne sont pas disponibles pour la mortalité car les données d'Eurostat n'individualisent pas le cancer du corps de l'utérus.

Références bibliographiques

1. REMONTET (L.), BUEMI (A.), VELTEN (M.) et al., Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, Francim, Paris, 2003, 217 p.
2. JENSEN (O.M.), Cancer in the European Community and its member states, Eur J Cancer, vol 26 n°11-12, 1990, p 1167-1256.
3. Données Inserm CépiDc (décès), Francim (incidence), Cnamts, MSA et Canam (ALD) in «Base de données SCORE-santé», Fnors, <http://www.fnors.org>
4. Données PMSI in <http://www.parhtage.sante.fr>
5. MOUQUET (M-C.), CHERIE-CHALLINE (L.), MARESCAUX (C.), L'analyse des séjours chirurgicaux au sein du PMSI : un nouvel indicateur pour l'observation des cancers, Drees Document de travail Série Etudes n° 27, novembre 2002.
6. Haut comité de la santé publique, Le dépistage des cancers féminins en France, La santé en France 1994-1998, La Documentation française, Paris, 1998, p 243-252.
7. Fédération des gynécologues et obstétriciens de langue française, Collège national des gynécologues et obstétriciens français, Conférence de consensus sur le dépistage du cancer du col utérin, J Gynecol Obstet Reprod, vol 19, 1990, p 1-14.
8. Société française de santé publique, Le dépistage du cancer du col de l'utérus en France, Santé Publique, vol 12, n° spéc., mai 2000, 88 p.
9. SCHAFFER (P.), Le dépistage du cancer du col de l'utérus, Bull. Cancer, 1996 ; 83 : p 736-741.
10. WEIDMANN (C.), SCHAFFER (P.), HEDELIN (G.) et al., L'incidence du cancer du col de l'utérus régresse régulièrement en France, BEH n°5/1998, février 1998, p 17-19.
11. ROUSSEAU (A.), BOHET (P.), MERLIERE (J.) et al., Evaluation du dépistage organisé et du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus : utilité des données de l'Assurance maladie, BEH n°19/2002, p 81-83.
12. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Cancer : le plan de mobilisation nationale, Plan cancer, 2003, 44 p.
13. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, La dynamique du plan cancer : un an d'action et de résultats, Plan cancer, Rapport annuel, 2004, 39 p.
14. International agency for research on cancer world health organization, International association of cancer registries, Cancer incidence in five continents, IARC Scientific Publication, vol II n°143, Lyon, 1997, 1240 p

Classification internationale des maladies

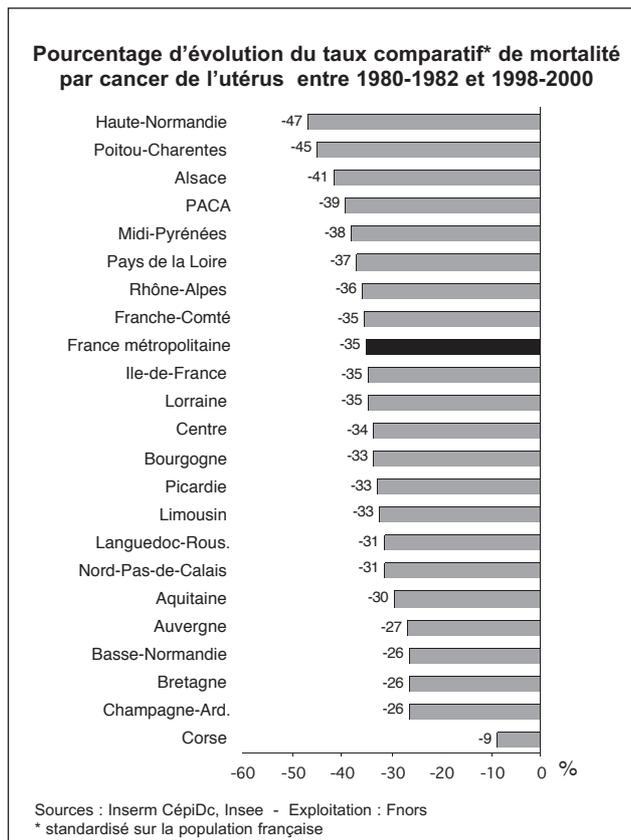
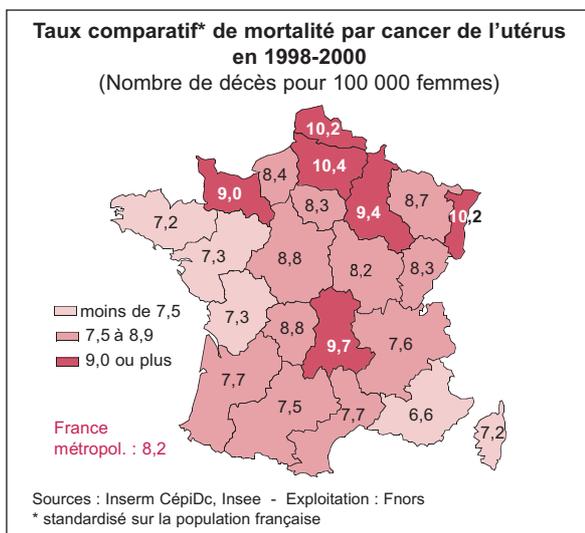
Les cancers du corps et du col de l'utérus étudiés dans ce chapitre correspondent aux maladies classées :
 - en CIM 9 : 180 pour le col, 182 pour le corps, 179 pour les tumeurs de l'utérus partie non précisée
 - en CIM 10 : C53 pour le col, C54 pour le corps, C55 pour les tumeurs de l'utérus partie non précisée

Définitions et précisions sur les indicateurs : voir annexe méthodologique

Mortalité par cancers de l'utérus (col et corps de l'utérus)

2 800 décès en 2000 en France métropolitaine

Les cancers de l'utérus représentent 5 % de l'ensemble des décès par cancer chez la femme. En 1998-2000 en France métropolitaine, le taux comparatif de mortalité par cancer de l'utérus est de 8,2 décès pour 100 000 femmes. Les écarts entre les régions sont faibles, les taux variant de 6,6 à 10,4. Trois régions ont des taux supérieurs à 10,0 : Picardie, Nord-Pas-de-Calais et Alsace. À l'opposé, cinq régions ont un taux inférieur à 7,5 : celles de la côte Ouest, Provence-Alpes-Côte d'Azur et la Corse.



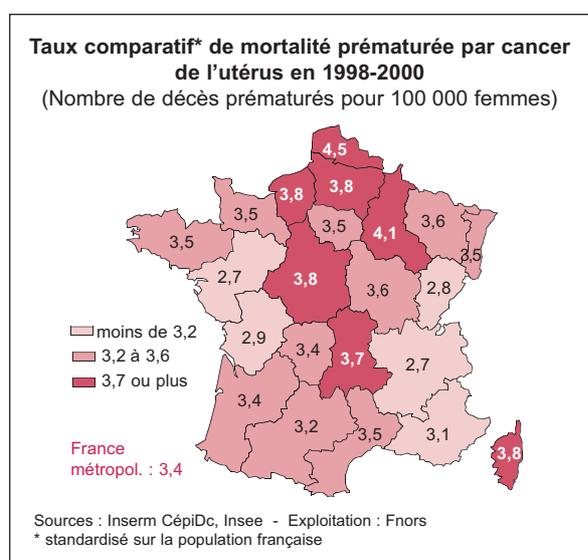
Entre 1980-1982 et 1998-2000, le taux de mortalité par cancer de l'utérus a nettement diminué, passant de 12,6 à 8,2 pour 100 000 femmes, soit une baisse de 35 %. Toutes les régions, à l'exception de la Corse, ont eu une diminution d'au moins 25 %. Trois régions ont connu une baisse de plus de 40 % : Alsace, Poitou-Charentes et Haute-Normandie. Malgré cette très forte baisse, l'Alsace, qui avait le taux le

plus élevé en 1980-1982, garde une surmortalité importante. Par contre, la baisse observée en Haute-Normandie, qui avait également un taux élevé en 1980-1982, ramène sa mortalité au niveau de la moyenne nationale. À l'inverse, les baisses les moins importantes (inférieures à 30 %) ont concerné l'Auvergne, la Basse-Normandie, la Bretagne, Champagne-Ardenne et la Corse.

En termes de mortalité prématurée, ce sont environ 870 femmes qui sont décédées en 2000 d'un cancer de l'utérus avant 65 ans. Ces décès prématurés représentent 31 % des décès par cancer de l'utérus.

En 1998-2000 en France métropolitaine, le taux comparatif de mortalité prématurée est de 3,4 pour 100 000 femmes de moins de 65 ans. Ce taux varie d'une région à l'autre de 2,7 à 4,5.

Pour la plus grande majorité des régions françaises, la distribution des taux de mortalité prématurée est superposable à la répartition des taux de mortalité pour l'ensemble des femmes. Quelques régions ont une surmortalité prématurée alors que leur taux de mortalité tous âges confondus est, soit au niveau de la moyenne nationale (Haute-Normandie et région Centre), soit en dessous (Corse). D'autres, au contraire, ont une sous-mortalité prématurée alors que leur mortalité tous âges confondus est proche de la moyenne française (Franche-Comté et Rhône-Alpes).



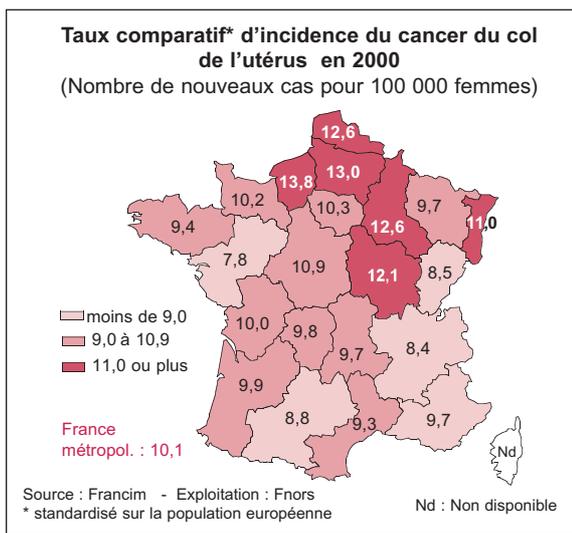
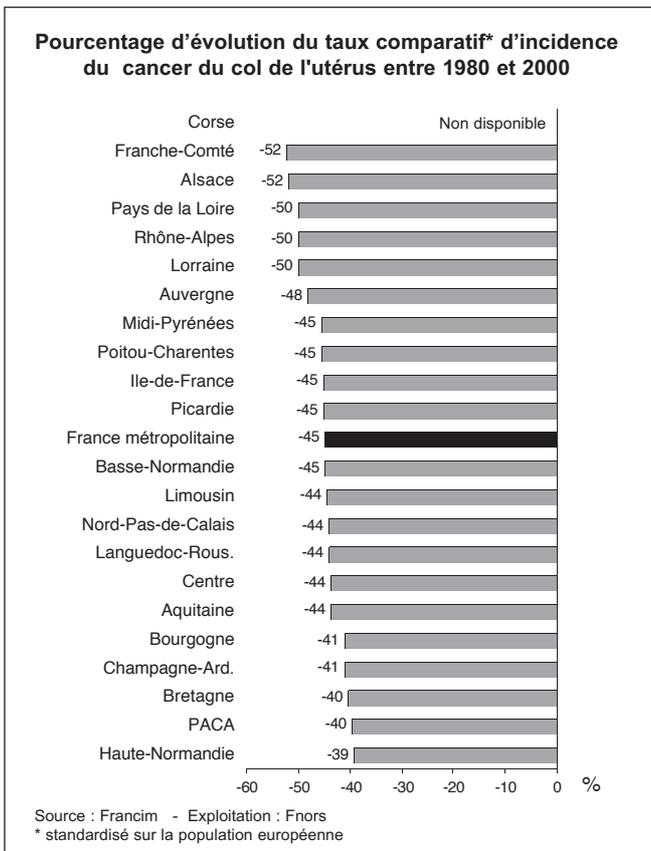
Incidence du cancers de l'utérus (col et corps de l'utérus)

3 400 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 5 000 du corps de l'utérus en 2000 en France métropolitaine

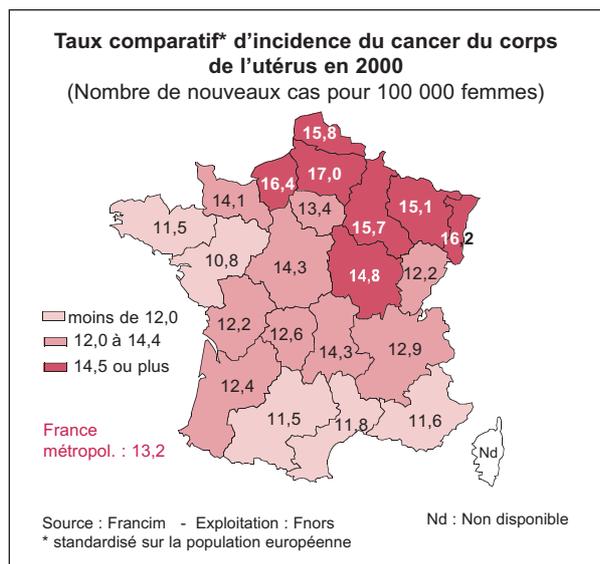
En 2000, le nombre de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus, estimé par le réseau des registres du cancer (Francim), représente 2,9 % de l'ensemble des cancers féminins. Il correspond à un taux comparatif d'incidence de 10,1 nouveaux cas pour 100 000 femmes. Les taux régionaux varient de 7,8 à 13,6.

Les régions présentant les plus forts taux se situent au Nord de la France ; à l'opposé, la région des Pays de la Loire semble plus épargnée.

Entre 1980 et 2000, le taux d'incidence a baissé de 45 % en moyenne en France. La baisse la moins importante a concerné la Haute-Normandie (-39 %) ; en Franche-Comté et, en Alsace, la diminution a dépassé 50 %.

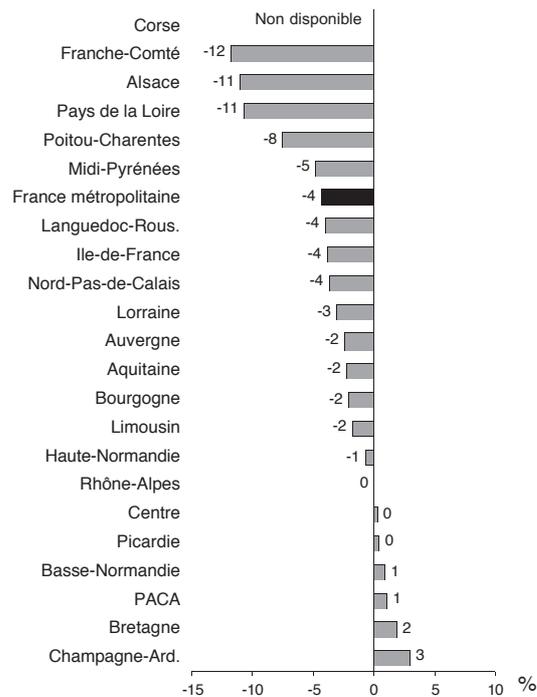


Pour le cancer du corps de l'utérus, le nombre de nouveaux cas, estimé en 2000 par Francim, représente 4,3 % de l'ensemble des cancers féminins. Il correspond à un taux comparatif d'incidence de 13,2 nouveaux cas pour 100 000 femmes. Ce taux varie d'une région à l'autre de 10,8 à 17,0. Les régions qui ont un taux d'incidence élevé sont les mêmes que pour le cancer du col, avec la Lorraine en plus. Trois des cinq régions qui ont un taux faible pour le cancer du col ont également un taux bas pour le cancer du corps : Pays de la Loire, Midi-Pyrénées et Provence-Alpes-Côte d'Azur. La Bretagne et le Languedoc-Roussillon, qui ont des taux d'incidence du cancer du col proches de la moyenne nationale, ont des taux d'incidence du cancer du corps très en dessous de la moyenne.



Le taux d'incidence du cancer du corps de l'utérus a peu bougé en moyenne en France au cours des vingt dernières années (baisse de 4 %), mais les variations ont été diverses selon les régions. Comme pour le cancer du col de l'utérus, ce sont la Franche-Comté, l'Alsace et les Pays de la Loire qui ont enregistré les baisses les plus importantes (supérieures à 7 %) mais aussi Poitou-Charentes.

Pourcentage d'évolution du taux comparatif* d'incidence du cancer du corps de l'utérus entre 1980 et 2000



Source : Francim - Exploitation : Fnors
* standardisé sur la population européenne

Affections de longue durée (ALD) pour cancers de l'utérus (col et corps de l'utérus)

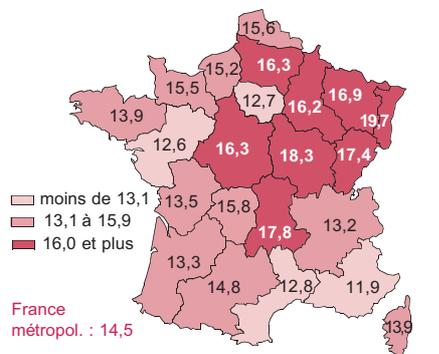
4 500 admissions en ALD pour cancer du col de l'utérus et 3 200 pour cancer du corps de l'utérus en 2002 en France métropolitaine

En 2002, les taux d'admissions en ALD prononcées pour cancer du col de l'utérus par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes) présentent des disparités régionales.

Les admissions en ALD pour ce cancer représentent 3,8 % de l'ensemble des admissions pour cancer chez les femmes. Le taux comparatif d'admission en ALD pour cancer du col de l'utérus est de 14,5 pour 100 000 femmes, il varie selon les régions de 11,9 à 19,7. Les taux les plus élevés sont observés dans l'Est de la France, le taux le plus bas en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

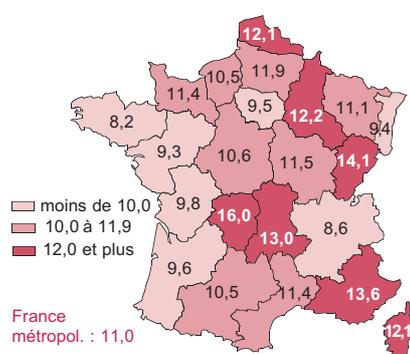
Les admissions en ALD pour cancer du corps de l'utérus représentent 2,7 % des admissions pour cancer chez les femmes. En 2002, le taux comparatif d'admission en ALD prononcées pour cancer du corps de l'utérus est de 11,0 pour 100 000 femmes. Les taux varient du simple au double : 8,2 à 16,0 pour 100 000. Les taux les plus élevés sont observés en Limousin et en Franche-Comté, les taux les plus bas en Bretagne et Rhône-Alpes, les régions de toute la côte Ouest de la France semblent également plus épargnées.

Taux comparatif* d'admissions en ALD pour cancer du col de l'utérus en 2002
(Nombre d'admissions pour 100 000 femmes)



Source : Cnamts, CCMSA, Canam, Insee - Exploitation : Fnors
* standardisé sur la population française

Taux comparatif* d'admissions en ALD pour cancer du corps de l'utérus en 2002
(Nombre d'admissions pour 100 000 femmes)



Source : Cnamts, CCMSA, Canam, Insee - Exploitation : Fnors
* standardisé sur la population française

Hospitalisation pour cancers de l'utérus (col et corps de l'utérus)

7 150 séjours hospitaliers motivés par des cancers du col de l'utérus et 8 900 par des cancers du corps de l'utérus en 2002 en France métropolitaine

Les cancers du col ou du corps de l'utérus ont constitué, selon les données du PMSI, le diagnostic principal d'environ 16 000 séjours (7 150 pour cancer du col et 8 900 pour cancer du corps de l'utérus), hors séances de chimiothérapie et radiothérapie, dans des services hospitaliers publics et privés assurant des soins de courte durée.

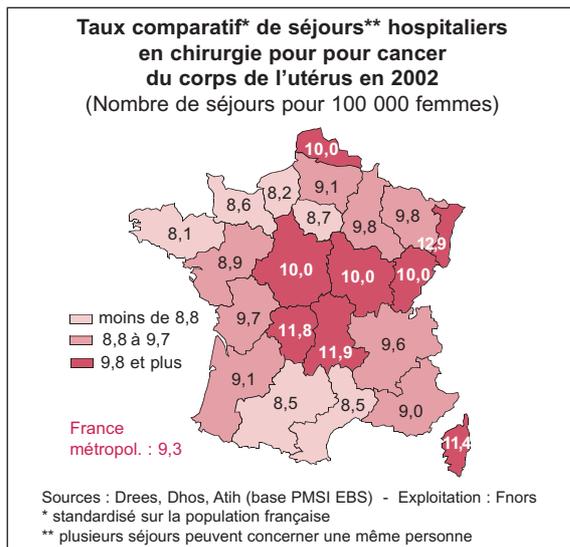
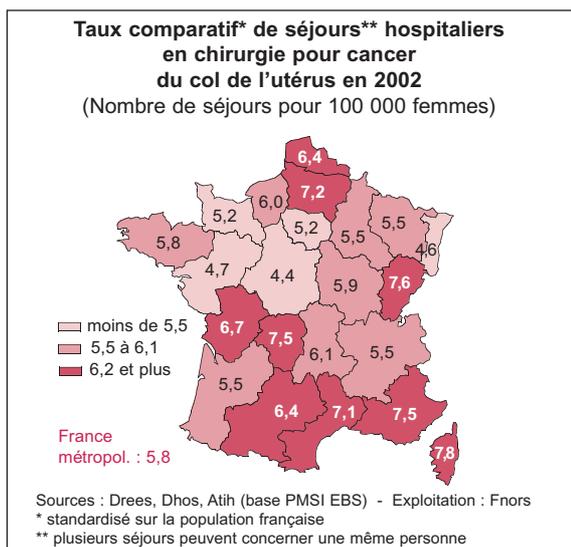
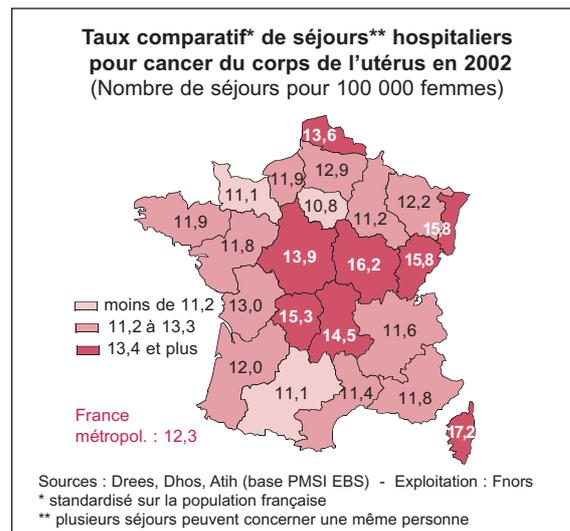
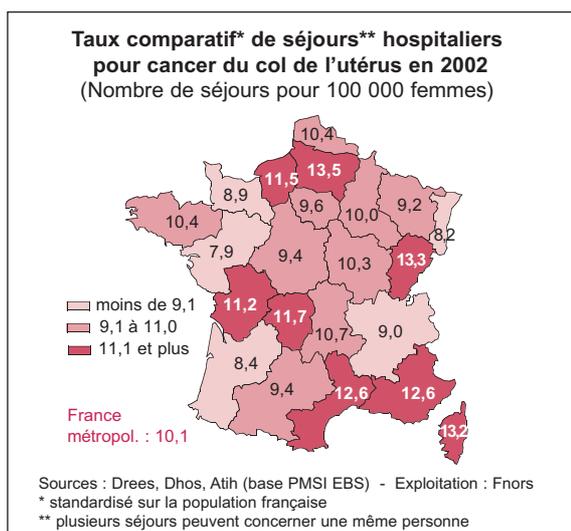
Rapporté à la population, le nombre de séjours hospitaliers pour cancer du col de l'utérus correspond, en 2002, à un taux comparatif de 10,1 pour 100 000 femmes en France métropolitaine. Ce taux varie en région entre 7,9 et 13,5. Le Sud méditerranéen de la France, mais aussi la Franche-Comté et la Picardie, présentent des taux de séjours hospitaliers supérieurs à 12,5 pour 100 000. À l'inverse, les taux les plus bas sont observés sur la côte Ouest et en Alsace.

La part des séjours hospitaliers en chirurgie pour cancer du col de l'utérus par rapport au total des hospitalisations en structures de courte durée est de 58 %. Cette proportion varie selon les régions, allant de 47 % en région Centre à 68 % en Midi-Pyrénées. Le taux de séjours hospitaliers pour les seuls

séjours chirurgicaux est de 5,8 pour 100 000 femmes, il existe de grandes variations selon les régions, avec un minimum de 4,4 et un maximum de 13,2.

En 2002, le taux comparatif de séjours hospitaliers pour cancer du corps de l'utérus est de 12,3 pour 100 000 femmes. Ce taux varie en région entre 10,8 et 17,2. La Bourgogne, la Franche-Comté et l'Alsace ont des taux autour de 16,0 pour 100 000, l'Ile-de-France a le taux le plus bas.

La part des séjours hospitaliers en chirurgie pour cancer du corps de l'utérus, par rapport au total des hospitalisations en structures de courte durée, est de 76 %, avec un minimum de 62 % en Bourgogne et un maximum de 88 % en Champagne-Ardenne. Le taux de séjours hospitaliers pour les seuls séjours chirurgicaux est de 9,3 pour 100 000 femmes, les taux variant de 8,1 à 12,9.



Cancer du sein

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme aussi bien en termes d'incidence que de mortalité. Depuis 1980, le nombre de nouveaux cas de cancer du sein a été multiplié par deux, parallèlement la mortalité est restée stable. Depuis début 2004, le dépistage du cancer du sein est organisé sur l'ensemble du territoire français, avec l'objectif de faire diminuer la mortalité par cancer du sein.

La grande majorité des tumeurs malignes du sein est développée aux dépens du tissu superficiel des canaux et des lobules constituant la glande mammaire (carcinomes canaux et carcinomes lobulaires). Elles peuvent y rester localisées (cancer *in situ*) ou envahir les tissus plus profonds (cancer infiltrant). Le carcinome canalaire *in situ*, de pronostic plus favorable que les cancers infiltrants, est de plus en plus fréquemment diagnostiqué. Il est enregistré par les registres de cancer mais non comptabilisé dans l'incidence des cancers du sein.

En termes d'incidence, en France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Le réseau français des registres de cancer (Francim) estime à environ 41 700 le nombre de nouveaux cancers infiltrants diagnostiqués au cours de l'année 2000 en France métropolitaine [1]. Entre 1980 et 2000, ce nombre a augmenté de 98 % en France et le taux d'incidence, standardisé sur la population européenne, est passé de 75 à 120 pour 100 000 femmes [1]. Actuellement, toutes générations confondues, une Française sur dix risque d'être atteinte par cette maladie au cours de son existence.

Malgré cette augmentation de l'incidence, la mortalité par cancer du sein reste plutôt stable depuis les années quatre-vingt. En 2000, ce cancer a néanmoins été responsable de 10 900 décès féminins, quatre décès sur dix survenant avant 65 ans. Il est responsable de 19 % des décès par cancer et reste la première cause de

décès par cancer chez la femme [2]. Le contraste entre l'augmentation de l'incidence et la stabilité de la mortalité peut être expliqué en partie par l'amélioration des thérapeutiques et par un diagnostic plus précoce [1].

Les personnes atteintes d'un cancer du sein sont le plus souvent admises en affection de longue durée par leur régime d'Assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. En 2002, 50 000 admissions en affection de longue durée pour cancer du sein ont été prononcées parmi les femmes relevant des trois principaux régimes de sécurité sociale [2].

Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) montrent que le cancer du sein a constitué le diagnostic principal de plus de 72 800 séjours hospitaliers dans les établissements de soins de courte durée en 2002, dont plus de 60 000 séjours chirurgicaux [3,4]. S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas le dénombrement. En 1999, la grande majorité des séjours chirurgicaux concernait des mastectomies partielles (59 %) ou totales (30 %), et 11 % des actes de chirurgie réparatrice.

La précocité de l'âge aux premières règles, la nulliparité, un âge supérieur à trente ans lors de la première grossesse menée à terme, ou une ménopause tardive sont des

facteurs de risque de cancer du sein. Par ailleurs, un facteur héréditaire existe dans 5 % des cas. Les facteurs environnementaux liés au mode de vie occidental semblent également avoir un rôle dans la survenue de ces cancers [5]. Les actions de prévention primaire sont donc difficilement envisageables.

Par contre, l'évolution lente à un stade localisé du cancer du sein ainsi que les stratégies thérapeutiques de plus en plus efficaces permettent son dépistage à un stade précoce et une amélioration du pronostic. De nombreuses expériences dans le monde ont montré l'efficacité du dépistage par mammographie chez les femmes de plus de 50 ans (diminution de la mortalité d'environ 30 % chez les femmes dépistées). Cette efficacité dépend de l'organisation de la campagne de dépistage, de la définition de la population cible (femmes âgées de 50 à 74 ans) et de la qualité technique des examens. Le taux de participation de ces femmes au programme de dépistage doit, selon les références européennes, être supérieur à 70 % pour observer une baisse de la mortalité [6]. L'évaluation des programmes qui fonctionnent depuis plusieurs années dans 32 départements montre la difficulté à atteindre ces pourcentages puisque globalement la moyenne des taux de participation aux campagnes en cours n'est que de 43 % [7]. Par ailleurs, le dépistage individuel sur prescription médicale existe en France depuis le début des années quatre-vingt.

Depuis le 1^{er} janvier 2004, le dépistage organisé du cancer du sein est étendu à l'ensemble des départements dans le cadre du Plan national cancer lancé en 2003 [8]. Toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans sont invitées tous les deux ans à réaliser une mammographie de dépistage. L'objectif du plan est qu'au moins 80 % des femmes concernées participent au dépistage. Des actions ciblées en faveur des populations en situation de précarité ou mal informées devraient être mises en place [9]. Les femmes déjà atteintes d'un cancer du sein ou celles qui ont une prédisposition familiale de cancer du sein ne sont pas concernées par ces programmes de dépistage et nécessitent un suivi particulier.

Comparaisons internationales

L'augmentation de l'incidence du cancer du sein s'observe dans l'ensemble des pays occidentaux du fait d'un diagnostic plus précoce et de l'élévation du risque pour les jeunes générations. Les pays à haut risque de cancer du sein se trouvent en Amérique du Nord et en Europe occidentale (où les taux d'incidence sont plus élevés dans le Nord que dans le Sud). Le continent sud-américain présente des taux intermédiaires, et enfin, l'Asie présente les taux les plus faibles (Japon) [10]. Dans tous les pays, l'incidence est plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale. Selon les taux observés par les registres, la France se classe, avec les pays d'Europe du nord, parmi les pays d'Europe ayant l'incidence la plus élevée [1].

Selon les données Eurostat, disponibles pour 23 des 25 pays de l'Union européenne, la France se classe en 2000 au 12^e rang des pays (classés par mortalité croissante) pour la mortalité féminine par cancer du sein avec un taux équivalent à la moyenne des pays de l'Union. Les pays méditerranéens présentent, à l'exception de Malte, les situations les plus favorables. Les cinq pays aux taux les plus bas sont Chypre, l'Espagne, la Pologne, la Grèce et le Portugal alors que les taux comparatifs les plus élevés correspondent à Malte, à l'Irlande, aux Pays-Bas, à la Hongrie et au Luxembourg [11].

Références bibliographiques

1. REMONTET (L.), BUEMI (A.), VELTEN (M.) et al., Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, Francim, Paris, 2003, 217 p.
2. Données Inserm CépiDc (décès), Francim (incidence), Cnamts, MSA et Canam (ALD) in «Base de données SCORE-santé», Fnors, <http://www.fnors.org>
3. Données PMSI in <http://www.parhtage.sante.fr>
4. MOUQUET (M.-C.), CHERIE-CHALLINE (L.), MARESCAUX (C.), L'analyse des séjours chirurgicaux au sein du PMSI : un nouvel indicateur pour l'observation des cancers, Drees Document de travail Série Etudes n° 27, nov 2002.
5. MC PHERSON (K.), STEEL (C.M.), DIXON (J.-M.), ABC of Breast Diseases, Breast cancer - Epidemiology, risk factors, and genetics, British Medical Journal 2000, 321 : p 624-628.
6. Europ Against Cancer, European guidelines for quality assurance in mammography screening, European commission 2001.
7. ANCELLE-PARK (R.), NICOLAU (J.), PATY (A.-C.), Programme de dépistage organisé du cancer du sein : tendances des indicateurs précoces, BEH n°4/2003, janvier 2003, p 14-16.
8. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Cancer : le plan de mobilisation nationale, Plan cancer, 2003, 44 p.
9. Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, La dynamique du plan cancer : un an d'action et de résultats, Plan cancer, Rapport annuel, 2004, 39 p.
10. International agency for research on cancer world health organization, International association of cancer registries, Cancer incidence in five continents, IARC Scientific Publication, vol II n° 143, Lyon, 1997, 1240 p.
11. Eurostat - Base de données Newcronos

Classification internationale des maladies

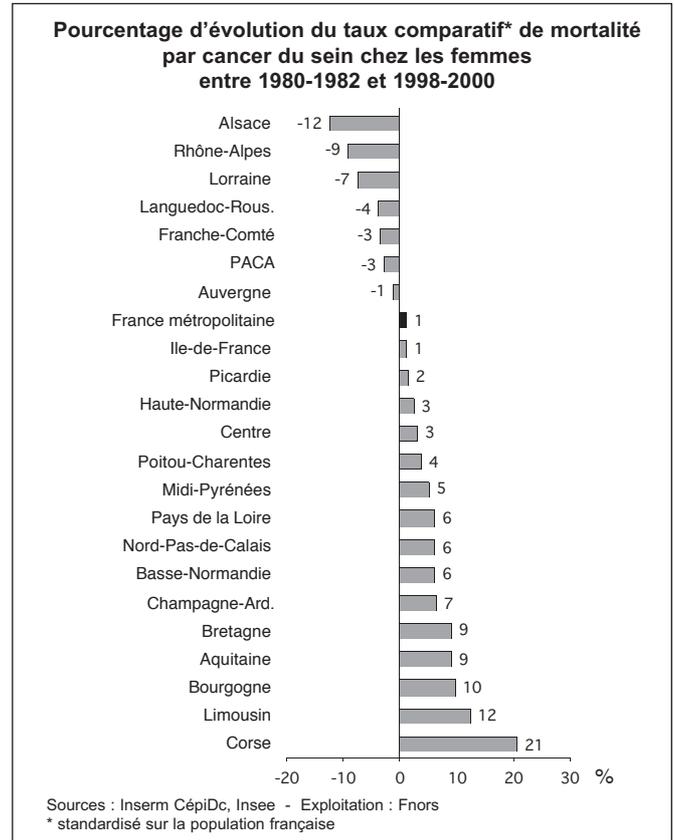
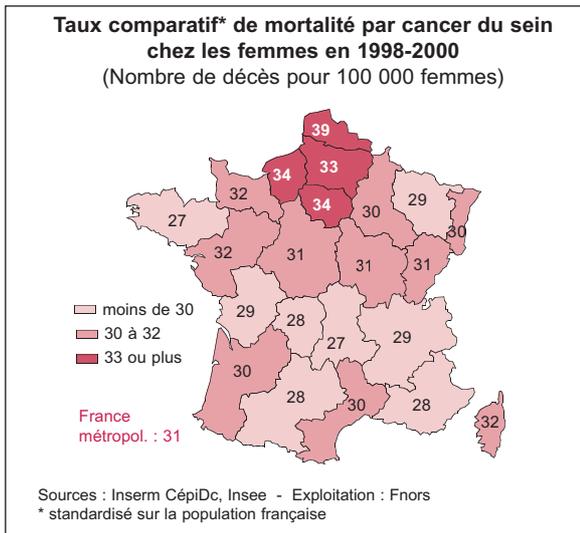
Les cancers du sein dans ce chapitre correspondent aux maladies classées :
 - en CIM 9 : 174-175
 - en CIM 10 : C50

Définitions et précisions sur les indicateurs : voir annexe méthodologique

Mortalité par cancer du sein

10 900 décès en 2000 en France métropolitaine

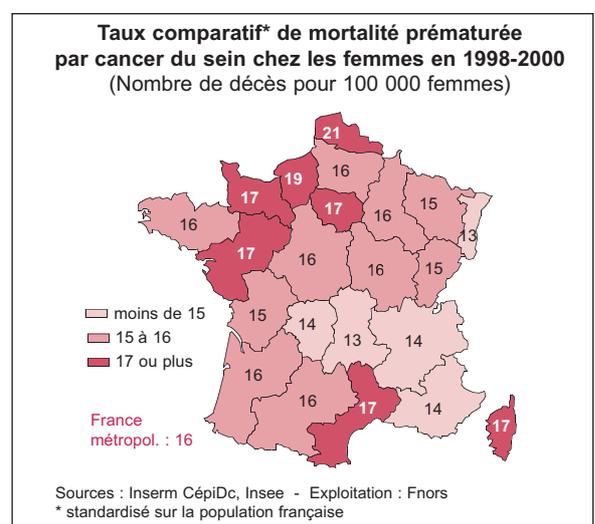
Sur la période 1998-2000, le taux comparatif moyen de mortalité par cancer du sein est de 31 pour 100 000 femmes en France métropolitaine. Les taux régionaux varient peu autour de ce chiffre. Néanmoins la région Nord-Pas-de-Calais se détache avec un taux de 39 pour 100 000. L’Auvergne et la Bretagne présentent les taux les plus bas, mais ceux-ci restent peu éloignés de la moyenne nationale. Entre 1980-1982 et 1998-2000, le taux de mortalité par cancer du sein est resté stable en moyenne en France.



Cependant, l'évolution est variable selon les régions. Des baisses sensibles sont observées en Alsace (-12 %), Rhône-Alpes (-9 %) et Lorraine (-7 %). Cinq régions ont connu une augmentation d'au moins 9 % et pouvant aller jusqu'à 21 % en Corse. Il faut cependant noter que ces régions présentaient des taux de mortalité parmi les plus bas en 1980.

En termes de mortalité prématurée (avant 65 ans), le cancer du sein a entraîné 4 150 décès en 2000, soit 38 % des décès tous âges pour cette cause. Le taux standardisé de mortalité prématurée varie entre 13 pour 100 000 femmes en Auvergne et en Alsace, et 21 en Nord-Pas-de-Calais.

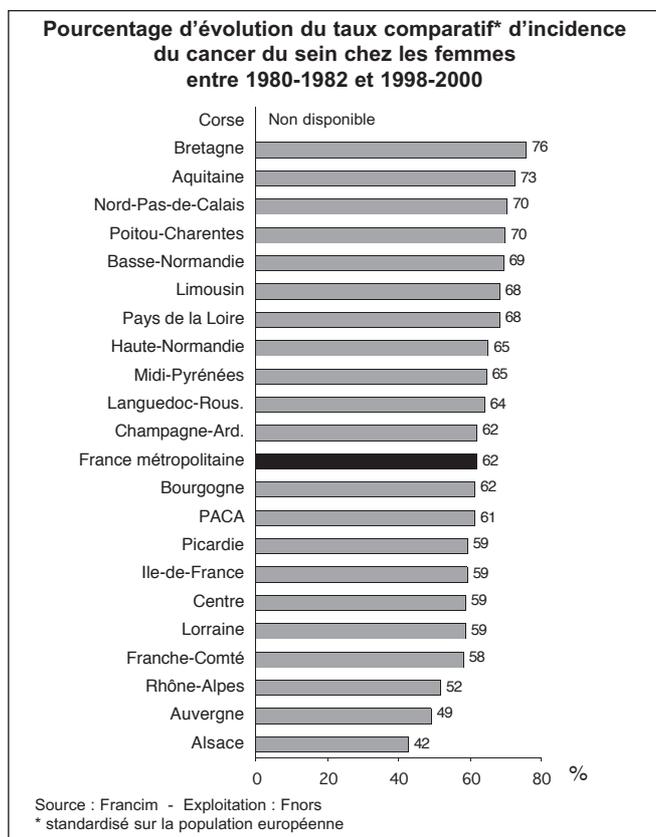
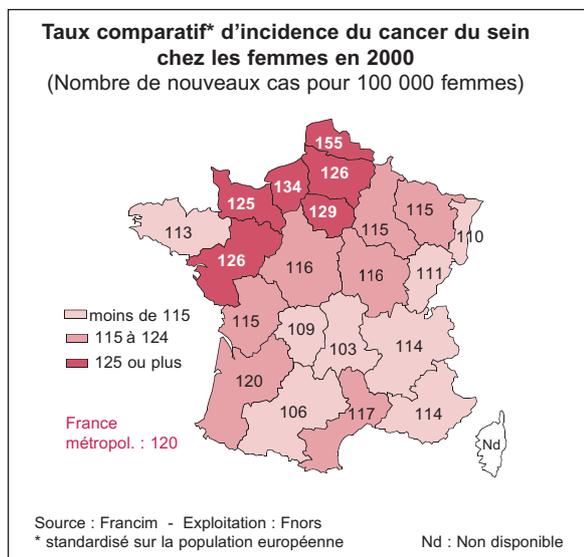
Les régions aux taux de mortalité prématurée les plus élevés correspondent, globalement, à celles qui présentent les taux de mortalité tous âges les plus forts.



Incidence du cancer du sein

41 700 nouveaux cas de cancer du sein en 2000 en France métropolitaine

Le réseau des registres du cancer (Francim) estime à environ 41 700 le nombre de nouveaux cas de cancers du sein en France pour l'année 2000, soit un taux d'incidence de 120 pour 100 000 femmes. Les taux régionaux varient de 103 en Auvergne à 155 en Nord-Pas-de-Calais. C'est dans le quart nord-ouest du pays que les taux sont les plus élevés, à l'exception de la Bretagne. À l'opposé, les régions du Sud et de l'Est du pays apparaissent moins touchées.



Entre 1980 et 2000, le taux d'incidence estimé du cancer du sein a augmenté de 62 % sur l'ensemble du pays et d'au moins 40 % dans toutes les régions. Les régions Aquitaine et Bretagne présentent des hausses supérieures à 70 %. Le Nord-Pas-de-Calais, région au taux le plus élevé en 1980,

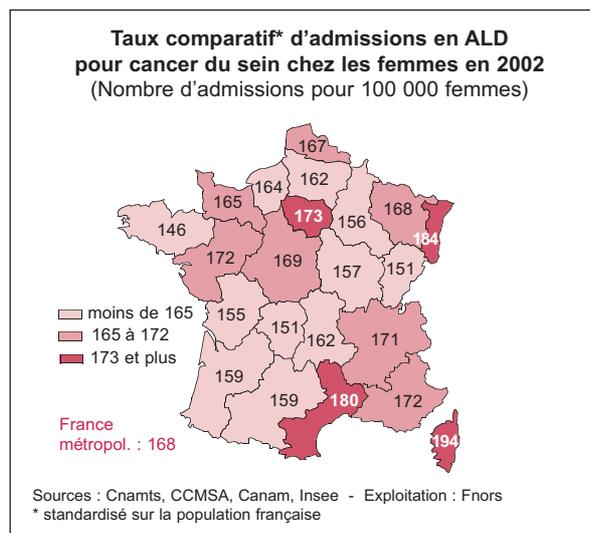
confirme cette position par une augmentation de 70 %. Trois régions ont connu une augmentation inférieure à 55 % : l'Alsace et Rhône-Alpes, dont les taux étaient supérieurs à la moyenne nationale en 1980-1982, et l'Auvergne, dont le taux était inférieur à la moyenne en 1980-1982.

Affections de longue durée (ALD) pour cancer du sein

50 000 admissions en ALD pour cancer du sein en 2002 en France métropolitaine

Ces admissions ont été prononcées par les trois principaux régimes d'assurance-maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes) et représentent 40 % des admissions en ALD pour cancers chez les Françaises de métropole.

Le taux d'admission en ALD pour ce cancer est de 168 pour 100 000 femmes, variant selon les régions de 146 en Bretagne, à 194 en Corse. Seize régions sur 22 ont des taux compris entre 155 et 175 et trois régions ont des taux supérieurs à 180 (Corse, Alsace et Languedoc-Roussillon).



Hospitalisation pour cancer du sein

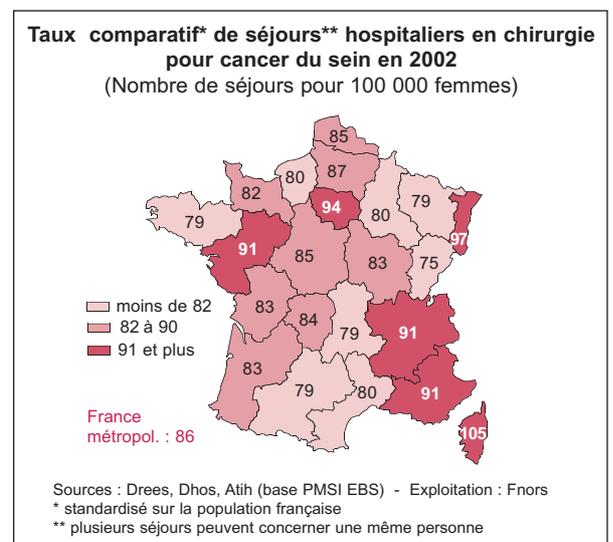
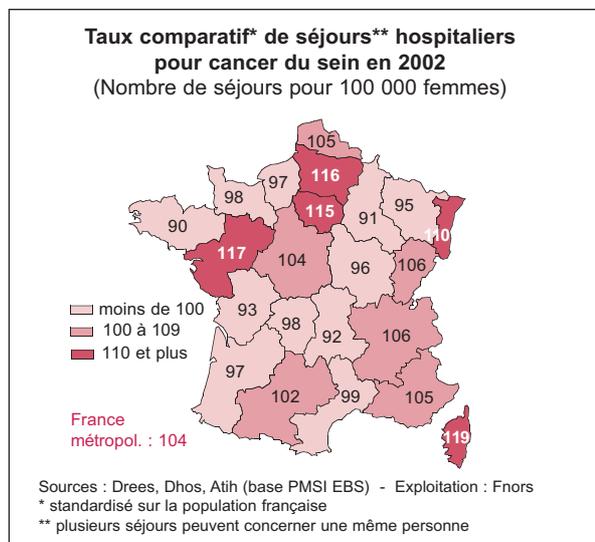
72 800 séjours hospitaliers dont le cancer du sein a constitué le diagnostic principal en 2002 en France métropolitaine

Le cancer du sein a constitué selon les données du PMSI le diagnostic principal de 72 800 séjours (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) dans des services hospitaliers publics et privés assurant des soins de courte durée.

Rapporté à la population, cela correspond à un taux de 104 séjours pour 100 000 femmes en France, qui varie de 90 en Bretagne à 119 en Corse.

Plus de 80 % de ces séjours ont lieu en chirurgie, soit un taux de 86 séjours pour 100 000 personnes. Ce taux de séjours en

chirurgie varie de 75 en Franche-Comté, où la part des séjours chirurgicaux est de 71 %, à 105 en Corse.



Cancer de la prostate

Le cancer de la prostate est une affection qui touche surtout l'homme âgé. Parmi l'ensemble des cancers atteignant la population masculine, c'est le 1^{er} en termes d'incidence et le 2^e en termes de mortalité. Ces dernières années, les taux d'incidence ont augmenté régulièrement, alors que les taux de mortalité semblaient diminuer. L'intérêt de son dépistage de masse reste à évaluer.

Tous âges confondus, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme en termes d'incidence. C'est un cancer de l'homme âgé puisque, parmi les 40 000 nouveaux cas de cancer de la prostate estimés par le réseau français des registres de cancer (Francim) pour l'année 2000, près de la moitié sont diagnostiqués après 75 ans. L'augmentation générale de l'espérance de vie tend donc à accroître le nombre de nouveaux cas.

Le taux d'incidence estimé, standardisé sur la population européenne, est de 118 pour 100 000 hommes en 2000 [1, 2]. En 1980, ce taux d'incidence était de 41 pour 100 000 hommes. Depuis ces vingt dernières années, l'amélioration et l'utilisation plus large des méthodes de dépistage individuel ont pu largement contribuer à l'augmentation de ce taux.

En France, le cancer de la prostate est la deuxième cause de décès par cancer chez l'homme après le cancer du poumon et avant le cancer colo-rectal. Il a été responsable de plus de 9 000 décès en 2000. Depuis le début des années quatre-vingt, le taux de mortalité standardisé (sur la population française au recensement de 1990) est resté stable, autour de 44 décès pour 100 000 hommes [2]. Il est important de souligner que la mortalité prématurée (avant 65 ans) due à ce cancer est relativement faible, ne représentant que 7 % environ des décès par cancer de la prostate en 2000.

Les personnes atteintes d'un cancer de la prostate sont le plus souvent admises en affection de longue durée par leur régime d'Assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. Ainsi, en 2002, 39 800 admissions en affection de longue durée pour cancer de la prostate ont été prononcées parmi les hommes relevant des trois principaux régimes de sécurité sociale [2].

Les stratégies thérapeutiques tiennent compte du stade de développement du cancer et de son extension, de l'âge et de l'état général du patient [3, 4, 5]. Actuellement, le traitement du cancer de la prostate non métastatique repose sur l'utilisation isolée ou combinée de 4 moyens thérapeutiques : la chirurgie, la radiothérapie externe, l'hormonothérapie et la curiethérapie. Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) de l'année 2002 montrent que le cancer de la prostate a été le diagnostic principal de 55 000 séjours hospitaliers dans les services de soins de courte durée dont 29 000 séjours chirurgicaux [6]. À ces séjours doivent s'ajouter les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas le dénombrement.

L'intérêt d'un dépistage de masse du cancer de la prostate reste à évaluer [7, 8]. En effet, l'efficacité d'un traitement précoce n'a jamais pu être

démontrée dans le cadre d'études prospectives contrôlées. Un dépistage de masse risquerait de mettre en évidence des petites lésions tumorales qui auraient pu rester asymptomatiques.

En 1998, l'Anaes [9] a réalisé un travail sur l'opportunité du dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage du PSA (antigène spécifique de la prostate). Celui-ci concluait que "les connaissances actuelles ne permettaient pas de recommander un dépistage de masse du cancer de la prostate".

En juillet 2001, un groupe d'experts réunis à la demande du ministère chargé de la Santé a conclu à l'absence d'argument récent en faveur d'un dépistage organisé : le dépistage doit être proposé dans un cadre individuel, selon la volonté de la personne, après information sur les conséquences du dépistage et en fonction de ses propres facteurs de risque.

Comparaisons européennes

Selon les données publiées par le bureau Europe de l'Organisation mondiale de la santé, la France présente en 2001 une mortalité par cancer de la prostate très proche de la moyenne européenne : 25,5 décès pour 100 000 hommes en France et 24,9 dans l'Union européenne (taux standardisé sur la population européenne). Les taux varient du simple au double entre pays de l'Union européenne : 17,1 à Malte et 34,8 en Suède. Les pays où on observe les taux les plus bas se situent le plus souvent dans le Sud de l'Europe : Malte, Italie, Grèce et Espagne. Mais la Pologne fait également partie du quinté des pays ayant les taux de mortalité les plus bas. À l'opposé, les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans des pays du Nord de l'Europe : Finlande, Irlande, Danemark et Suède, auxquels il faut ajouter un pays situé plus au Sud, la Slovénie.

Références bibliographiques

1. REMONTET (L.), BUEMI (A.), VELTEN (M.) et al., Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, Francim, Paris, 2003, 217 p.
2. Données Inserm CépiDc (décès), Francim (incidence), Cnamts, MSA et Canam (ALD) in «Base de données SCORE-santé», Fnors, <http://www.fnors.org>
3. Anaes, Cancer non localisé de la prostate Recommandations et Références Médicales, Paris 1997
4. Anaes, Les traitements du cancer localisé de la prostate, Paris, Janvier 2001
5. Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer : Standards, options et recommandations pour la prise en charge des patients atteints de cancer de la prostate non métastatique. janvier 2001, <http://www.fnclcc.fr/>
6. Données PMSI in <http://www.parhtage.sante.fr>
7. BOUREL (M.), ARDAILLOU (R.), Académie Nationale de Médecine. Sur le dépistage du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) dans le plasma Bull Acad Natl Med. 2003; 187(5) : 985-95.
8. VILLERS (A.), REBILLARD (X.), SOULIE (M) et al., Association Française d'Urologie. Dépistage du cancer de la prostate Prog Urol. 2003 Avril, 13(2):209-14.
9. Anaes, Opportunité d'un dépistage systématique du cancer de la prostate par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate, Paris, Janvier 1999.
10. OMS Europe – Health for all : European mortality database – Janvier 2006 (<http://data.euro.who.int/hfadbf/>)

Classification internationale des maladies

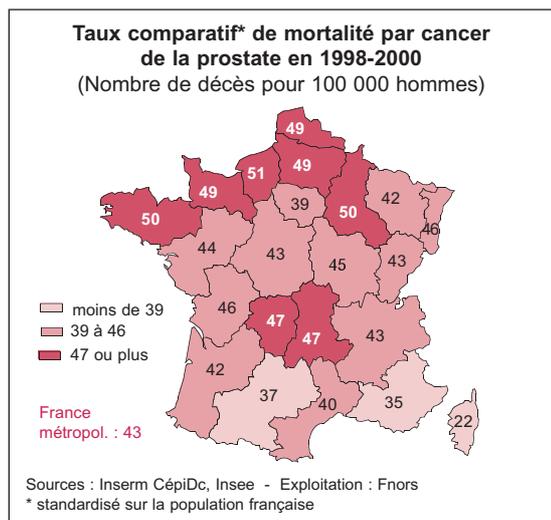
Les cancers de la prostate dans ce chapitre correspondent aux maladies classées :
- en CIM 9 : 185
- en CIM 10 : C61

Définitions et précisions sur les indicateurs : voir annexe méthodologique

Mortalité par cancer de la prostate

9 050 décès par cancer de la prostate en 2000 en France métropolitaine

Le cancer de la prostate est la cause de plus de 10 % des décès par cancer chez l'homme. Sur la période 1998-2000, le taux comparatif de mortalité par cancer de la prostate est de 43 décès pour 100 000 hommes en France métropolitaine.

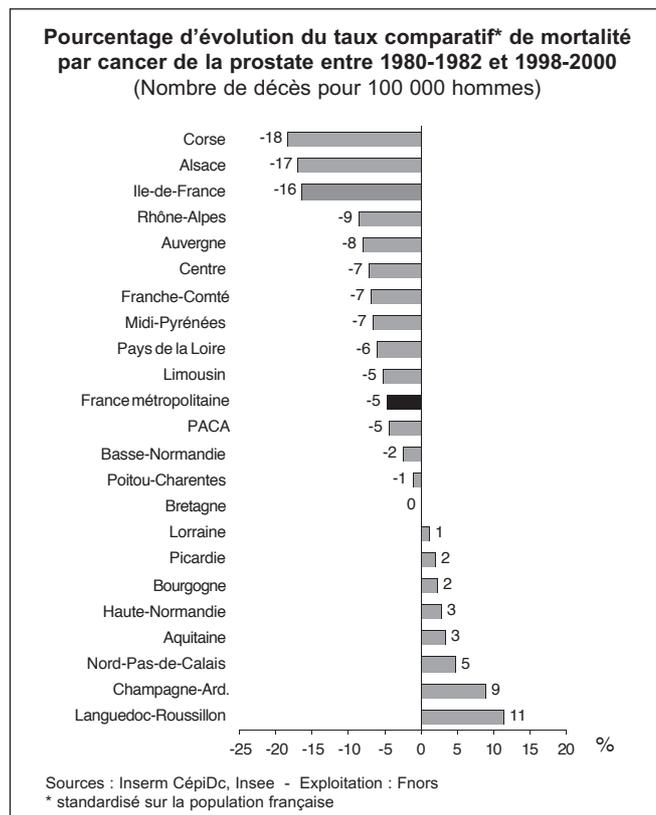


Les taux régionaux les plus élevés se situent sur un croissant nord-ouest allant de la Champagne-Ardenne à la Bretagne. Les taux les plus faibles sont observés dans les régions du Sud, avec un minimum en Corse (22), les chiffres pour cette dernière région devant être interprétés avec prudence compte tenu du faible nombre de décès relevés.

Depuis vingt ans, le taux de mortalité a peu varié (-5 %) en France, passant de 45 en 1980-1982 à 43 en 1998-2000. Les évolutions ont été différentes selon les régions. Les baisses les plus fortes (de -16 à -18 %) sont observées en Corse, en

Alsace et en Île-de-France, trois régions qui présentaient des situations très diverses en 1980-1982. La Corse présentait alors le taux le plus favorable, l'Alsace le plus défavorable et l'Île-de-France un taux médian.

À l'opposé, le Languedoc-Roussillon (11 %) et la Champagne-Ardenne (9 %) ont connu une augmentation sensible de leur taux.

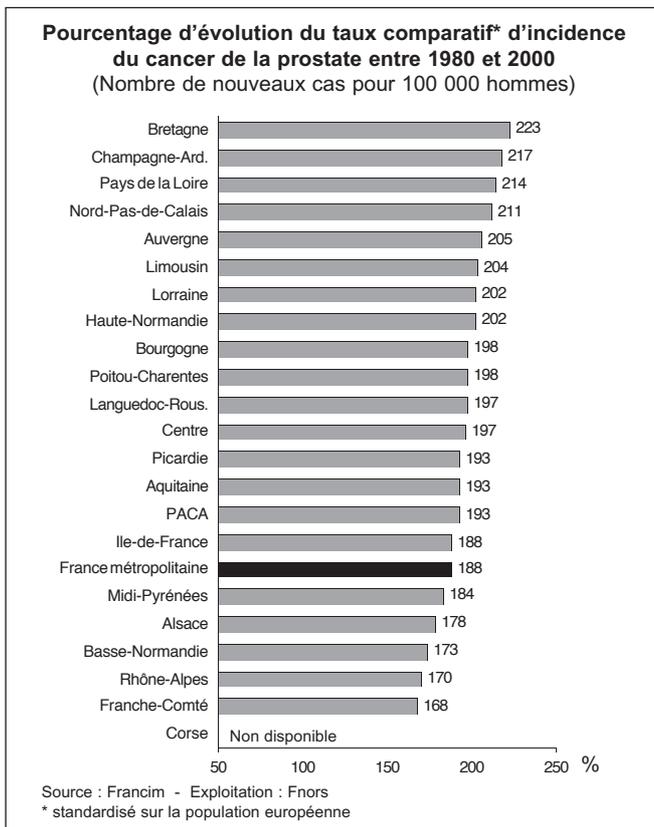
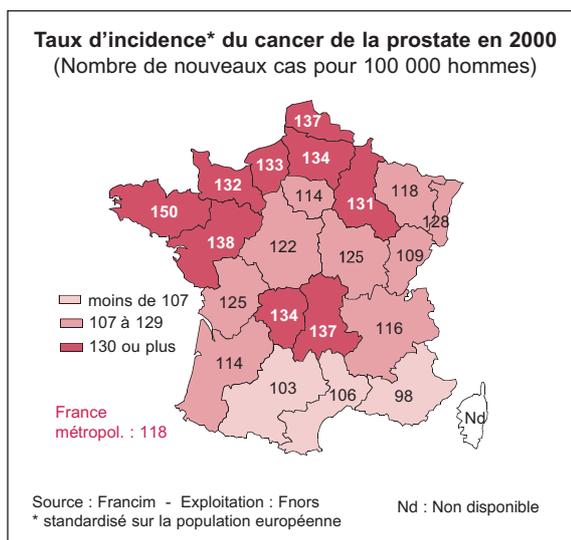


La part des décès survenus avant 65 ans (mortalité prématurée) pour le cancer de la prostate est la plus faible des principales localisations cancéreuses. Elle est inférieure à 7 % en 2000 (600 décès) et correspond à un taux comparatif de mortalité prématurée de 2,6 pour 100 000 hommes. En raison des faibles effectifs, les taux régionaux ne sont pas présentés pour la mortalité prématurée.

Incidence du cancer de la prostate

40 000 nouveaux cas de cancer de la prostate en 2000 en France métropolitaine

En 2000, le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate, estimé par le réseau des registres du cancer (Francim), correspond à un taux d'incidence (standardisé sur la population européenne) de 118 cas pour 100 000 hommes. Ce taux varie de 98 en Provence-Alpes-Côte d'Azur à 150 en Bretagne. Les régions à taux élevé d'incidence sont les régions du Nord et de l'Ouest de la France, ainsi que le Limousin et l'Auvergne.



Entre 1980 et 2000, le taux d'incidence des cancers de la prostate a presque triplé (+188 %) en France métropolitaine. Ces évolutions varient de +168 % en Franche-Comté à

+223 % en Bretagne, région qui présentait déjà un des taux les plus défavorables en 1980.

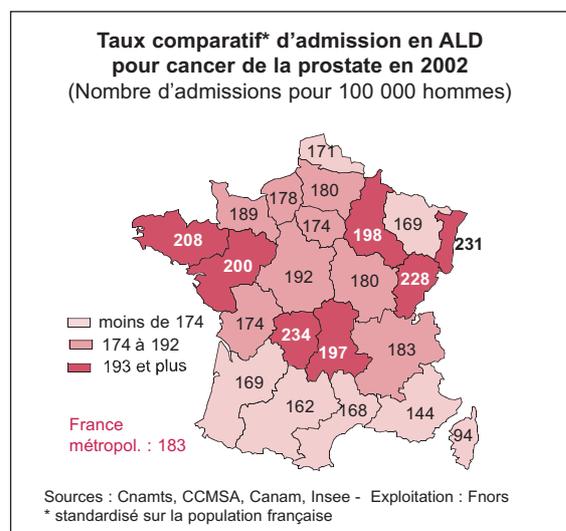
Affections de longue durée (ALD) pour cancer de la prostate

39 800 admissions en ALD pour cancer de la prostate en 2002 en France métropolitaine

Les admissions en affection de longue durée pour cancer de la prostate ont été prononcées par les trois principaux régimes d'Assurance maladie (Cnamts, MSA, Canam) et représentent 29 % des admissions en ALD pour cancers chez les hommes de métropole.

Le taux comparatif d'admission en ALD pour ce cancer est de 183 pour 100 000 hommes, variant selon les régions de 94 en Corse à 234 en Limousin.

Certaines régions telles que le Nord-Pas-de-Calais ou la Haute-Normandie présentent un taux d'ALD inférieur à la moyenne nationale alors que leurs taux d'incidence et de mortalité sont élevés. La Franche-Comté présente la situation inverse avec un taux élevé d'ALD et des indicateurs de mortalité et d'incidence favorables.



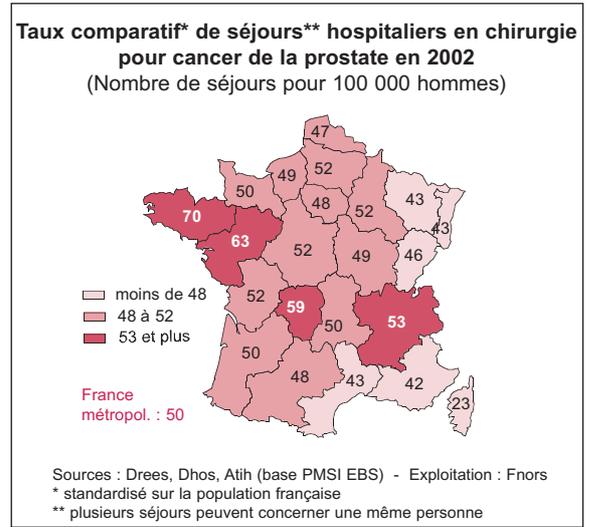
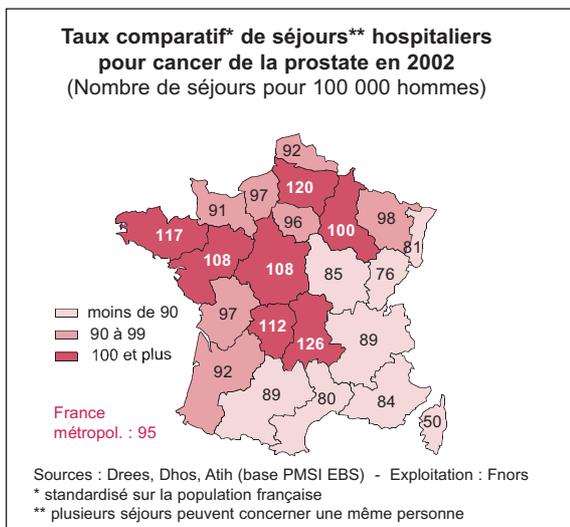
Hospitalisation pour cancer de la prostate

55 000 séjours hospitaliers ayant pour diagnostic principal un cancer de la prostate en 2002 en France métropolitaine

Le cancer de la prostate a constitué, selon les données du PMSI, le diagnostic principal de 55 000 séjours (hors séances de chimiothérapie et de radiothérapie) dans des services hospitaliers publics et privés assurant des soins de courte durée.

Rapporté à la population, cela correspond à un taux de 95 séjours pour 100 000 hommes en France, qui varie de 50 en Corse à 126 en Auvergne. On retrouve parmi les régions qui présentent les taux d'hospitalisation les plus élevés les régions du Centre, de l'Ouest et d'une partie du Nord de la France.

Parmi les séjours hospitaliers pour cancer de la prostate, environ la moitié de ces séjours (53 %) ont lieu en service de chirurgie, soit un taux de 50 séjours pour 100 000 hommes. Ce taux varie de 23 en Corse à 70 en Bretagne.



Mélanome malin de la peau

Le mélanome malin de la peau est un cancer en forte progression. Depuis 1980, le nombre de nouveaux cas a plus que triplé et le nombre de décès doublé. La prévention primaire repose sur la limitation de l'exposition solaire. Une détection et un traitement chirurgical précoce de ce cancer permettent une guérison dans la grande majorité des cas.

Le mélanome malin de la peau est un cancer dont le principal facteur favorisant est le soleil. L'exposition excessive aux rayonnements ultraviolets est particulièrement néfaste pendant les premières années de vie, notamment la répétition de coups de soleil subis avant l'âge de 15 ans. Les lampes fluorescentes sans diffuseur et les lampes à bronzer ont aussi été incriminées.

Le risque de ce cancer cutané varie toutefois selon le phototype de l'individu : il est très élevé chez les personnes à peau claire, cheveux blonds ou roux et taches de rousseur. La préexistence de nævus ("grains de beauté") est également un facteur de risque de mélanome, avec un risque d'autant plus important que ces nævus sont nombreux (plus de 50) et atypiques. Il existe aussi des mélanomes familiaux qui nécessitent une surveillance étroite [1].

Le nombre de nouveaux cas de mélanome, estimé par le réseau français des registres du cancer (Francim), est d'environ 7 300 pour l'année 2000 en France métropolitaine, dont 58 % chez la femme. Il a été multiplié par trois en vingt ans. Le taux d'incidence moyen du mélanome, standardisé sur la population européenne, est estimé en France à 10 pour 100 000 hommes et 12 pour 100 000 femmes. Entre 1980 et 2000, les taux d'incidence ont progressé de 213 % pour les hommes et de 142 % pour les femmes [2, 3].

L'augmentation des taux d'incidence peut être expliquée par une plus grande précocité du diagnostic, une modification des habitudes d'exposition solaire, en particulier dans l'enfance, ainsi qu'un recueil plus exhaustif des cas.

Entre 1980-1982 et 1998-2000, la mortalité par mélanome a progressé de 50 % [3]. Le mélanome malin de la peau a causé environ 1 300 décès en 2000 en France, avec une répartition égale entre les deux sexes. Ils correspondent, respectivement pour l'homme et pour la femme, à des taux de mortalité standardisés sur la population française du recensement de 1990, de 2,5 et de 1,8 pour 100 000.

S chez les femmes, les hommes en meurent davantage, notamment avant 65 ans, ce qui peut être expliqué par une plus grande vigilance des femmes qui consultent plus tôt pour des lésions cutanées et bénéficient d'un diagnostic plus précoce. Une autre hypothèse serait qu'à stade égal les cas masculins aient une évolutivité plus rapide et plus sévère que les cas féminins [4].

L'augmentation plus rapide de l'incidence par rapport à la mortalité suggère un diagnostic plus précoce conduisant à un meilleur pronostic, du fait d'une plus grande efficacité des traitements. Les données des registres de cancer montrent également une fréquence croissante des formes de

mélanomes à extension superficielle qui présentent des risques plus faibles de métastases [5].

Les personnes atteintes d'un cancer sont le plus souvent admises en affection de longue durée par leur régime d'Assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. Ainsi, en 2002, environ 4 700 admissions en affection de longue durée pour mélanome ont été prononcées parmi les personnes relevant des trois principaux régimes de sécurité sociale [3].

Le traitement du mélanome est dominé par la chirurgie ; à un stade précoce il est guéri dans la quasi-totalité des cas par simple exérèse chirurgicale. En revanche, l'efficacité des traitements au stade métastatique demeure encore très faible, avec un espoir cependant pour les années à venir avec la vaccination. Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI) montrent que le mélanome a constitué le diagnostic principal de plus de 11 700 séjours hospitaliers dans les établissements de soins de courte durée en 2002, dont plus de 5 000 séjours chirurgicaux [6,7]. S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou de radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas le dénombrement.

La prévention primaire du mélanome repose principalement sur la limitation de l'exposition solaire. Mais s'il apparaît que la population est dans l'ensemble correctement informée, elle n'en modifie pour autant que très lentement ses habitudes dans ce domaine. Depuis 1998, une journée de sensibilisation et de dépistage gratuit est organisée chaque année à l'initiative du Syndicat national des dermatologues.

Le Plan national cancer, lancé en 2003, prévoit d'améliorer les conditions de détection précoce du mélanome et de développer des campagnes d'information sur le risque d'exposition solaire des petits enfants [8,9].

Comparaisons européennes

En 2000, la mortalité par mélanome en France chez les hommes est proche de la moyenne de l'Union européenne (25 pays) : les taux standardisés sont respectivement de 2,3 et 2,5 pour 100 000 personnes. Les taux varient dans l'Union de 0,5 à Chypre et 4,2 en Slovénie.

Les taux féminins sont plus bas et la France présente, là aussi, une valeur proche de la moyenne européenne : 1,6 contre 1,7 pour 100 000 pour les 25 pays de l'Union. Le taux le plus bas est observé à Chypre (aucun décès en 2000), et le plus élevé en Lettonie (3,7 pour 100 000).

Pour les hommes comme pour les femmes, les taux les plus élevés sont généralement observés au Nord de l'Europe et les plus bas dans les pays du Sud.

Références bibliographiques

- HILL (C.), DOYON (F.), SANCHO-GARNIER (H.), *Épidémiologie des cancers*, Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 1997, 81 p.
- REMONTET (L.), BUEMI (A.), VELTEN (M.) et al., *Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000*, Francim, Paris, 2003, 217 p.
- Données Inserm CépiDc (décès), Francim (incidence), Cnamts, MSA et Canam (ALD) in «Base de données SCORE-santé», Fnors, <http://www.fnors.org>
- CHERIE-CHALLINE (L.), HALNA (J-M.), REMONTET (L.), *Situation épidémiologique du mélanome cutané en France et impact en termes de prévention*, BEH n°2/2004, janvier 2004, p 5-8.
- LIPSKER (Dan M.), HEDELIN (G.), HEID (E.), et al. *Striking increase of thin melanomas contrasts with stable incidence of thick melanomas*, Arch Dermatol, vol. 135, décembre 1999, p 1451-1456.
- MOUQUET (M-C.), CHERIE-CHALLINE (L.), MARESCAUX (C.), *L'analyse des séjours chirurgicaux au sein du PMSI : un nouvel indicateur pour l'observation des cancers*, Drees Document de travail Série Etudes n° 27, nov 2002.
- Données PMSI in <http://www.parhtage.sante.fr>
- Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, *Cancer : le plan de mobilisation nationale*, Plan cancer, 2003, 44 p.
- Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, *La dynamique du plan cancer : un an d'action et de résultats*, Plan cancer, Rapport annuel, 2004, 39 p.
- International agency for research on cancer world health organization, International association of cancer registries, *Cancer incidence in five continents*, IARC Scientific Publication, vol II n° 143, Lyon, 1997, 1240 p.
- Haut comité de la santé publique, *Dossier cancer, Actualité et dossier en santé publique*, n°25, Paris, décembre 1998, p 17-52.

Classification internationale des maladies

Le mélanome malin de la peau analysé dans ce chapitre correspond aux maladies classées :
 - en CIM 9 : 172
 - en CIM 10 : C43

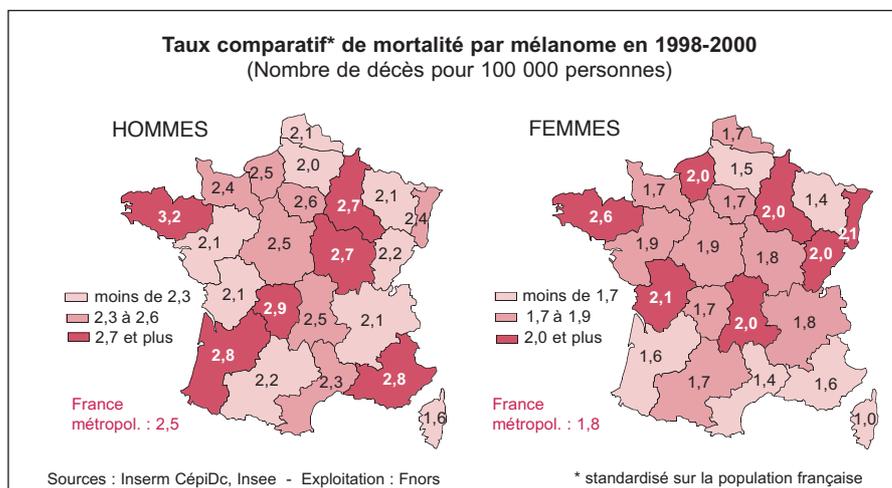
Définitions et précisions sur les indicateurs : voir annexe méthodologique

Mortalité par mélanome

700 décès chez les hommes et 640 chez les femmes par mélanome malin de la peau en 2000 en France métropolitaine

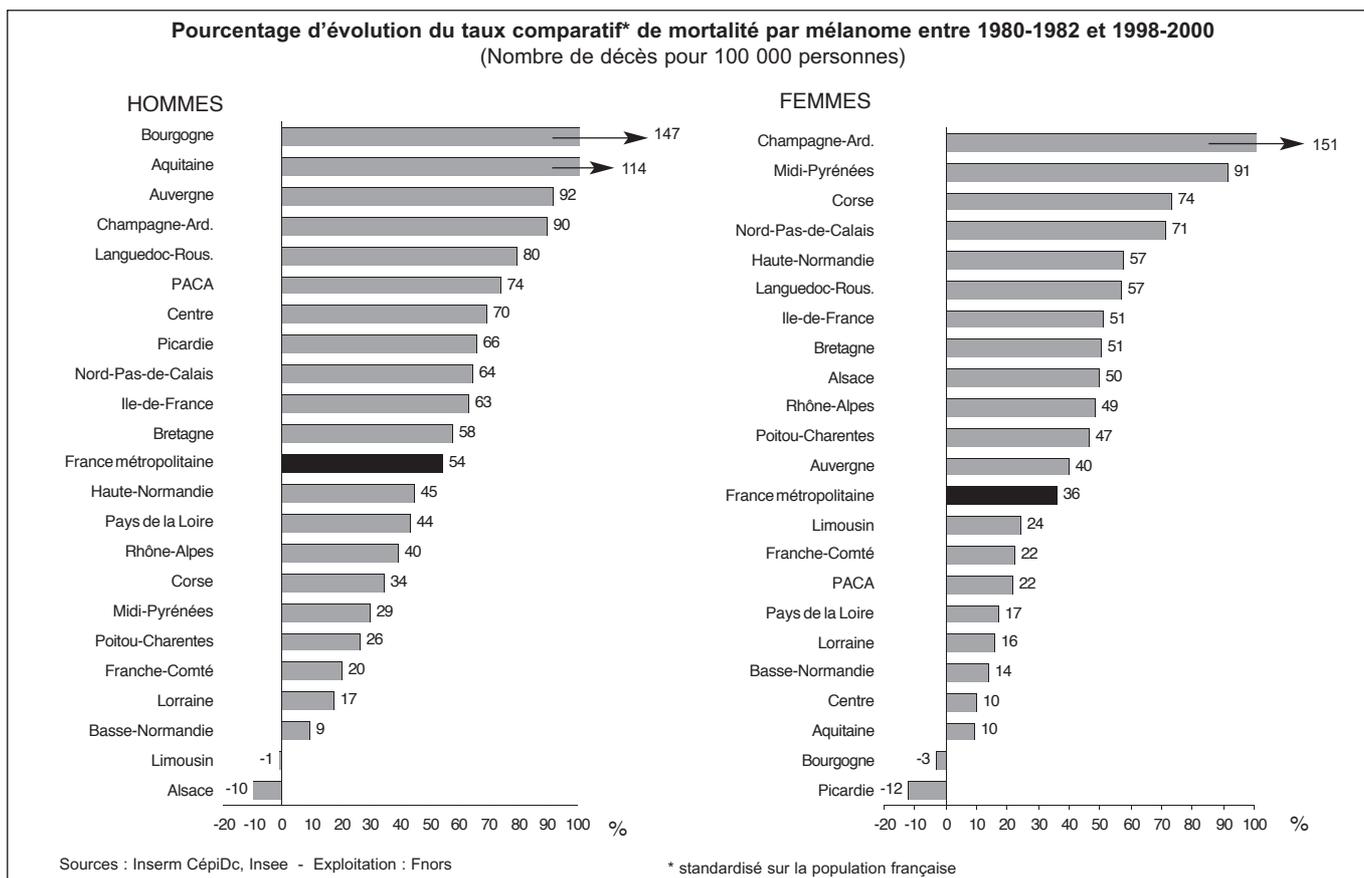
En 1998-2000, les taux comparatifs de mortalité par mélanome malin de la peau sont de 2,5 décès pour 100 000 hommes et 1,8 pour 100 000 femmes en France métropolitaine. La Bretagne présente les taux les plus élevés pour les hommes (3,2) comme pour les femmes (2,6). À l'inverse, la Corse connaît les taux les plus bas : 1,6 pour les hommes et 1,0 pour les femmes. Cependant, pour cette région, les chiffres sont à interpréter avec prudence compte tenu du faible nombre de décès recensés.

Entre 1980-1982 et 1998-2000, l'augmentation des taux de mortalité a été très forte : +54 % chez les hommes et +36 % chez les femmes. Chez les hommes, deux régions ont connu une baisse du taux : l'Alsace et le Limousin. À l'opposé, dans quatre régions le taux a augmenté d'au moins 90 % : Bourgogne, Aquitaine, Auvergne et Champagne-Ardenne. Chez les femmes, on observe un taux en baisse dans deux régions : Picardie et Bourgogne. Les augmentations de



taux les plus importantes (plus de 90 %) concernent les régions Champagne-Ardenne et Midi-Pyrénées. Les niveaux de mortalité et les évolutions observées sur les vingt dernières années peuvent être très différents dans certaines régions entre les hommes et les femmes.

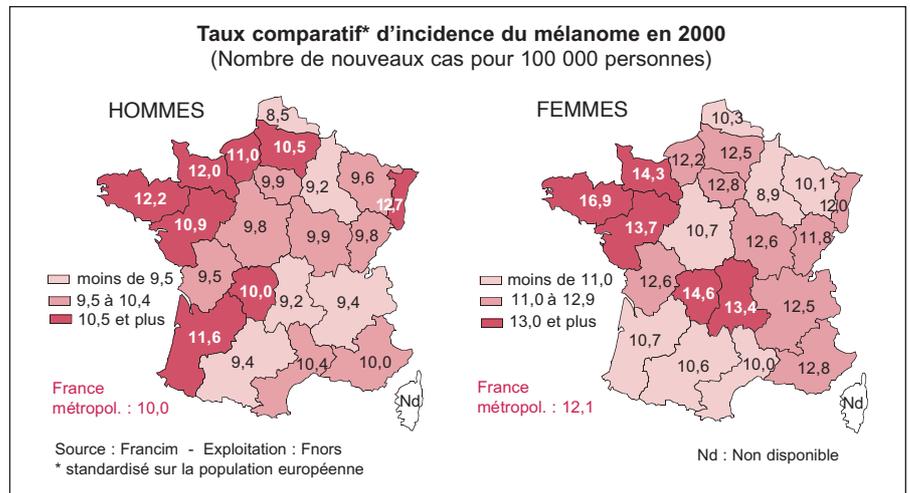
En termes de mortalité prématurée (avant 65 ans), le mélanome malin de la peau a entraîné 480 décès en 2000 (220 hommes et 260 femmes). Ces décès prématurés représentent 31 % des décès par mélanome chez les hommes et 41 % chez les femmes. Le faible nombre de décès prématurés par région rend difficile les comparaisons interrégionales des taux de mortalité prématurée.



Incidence du mélanome

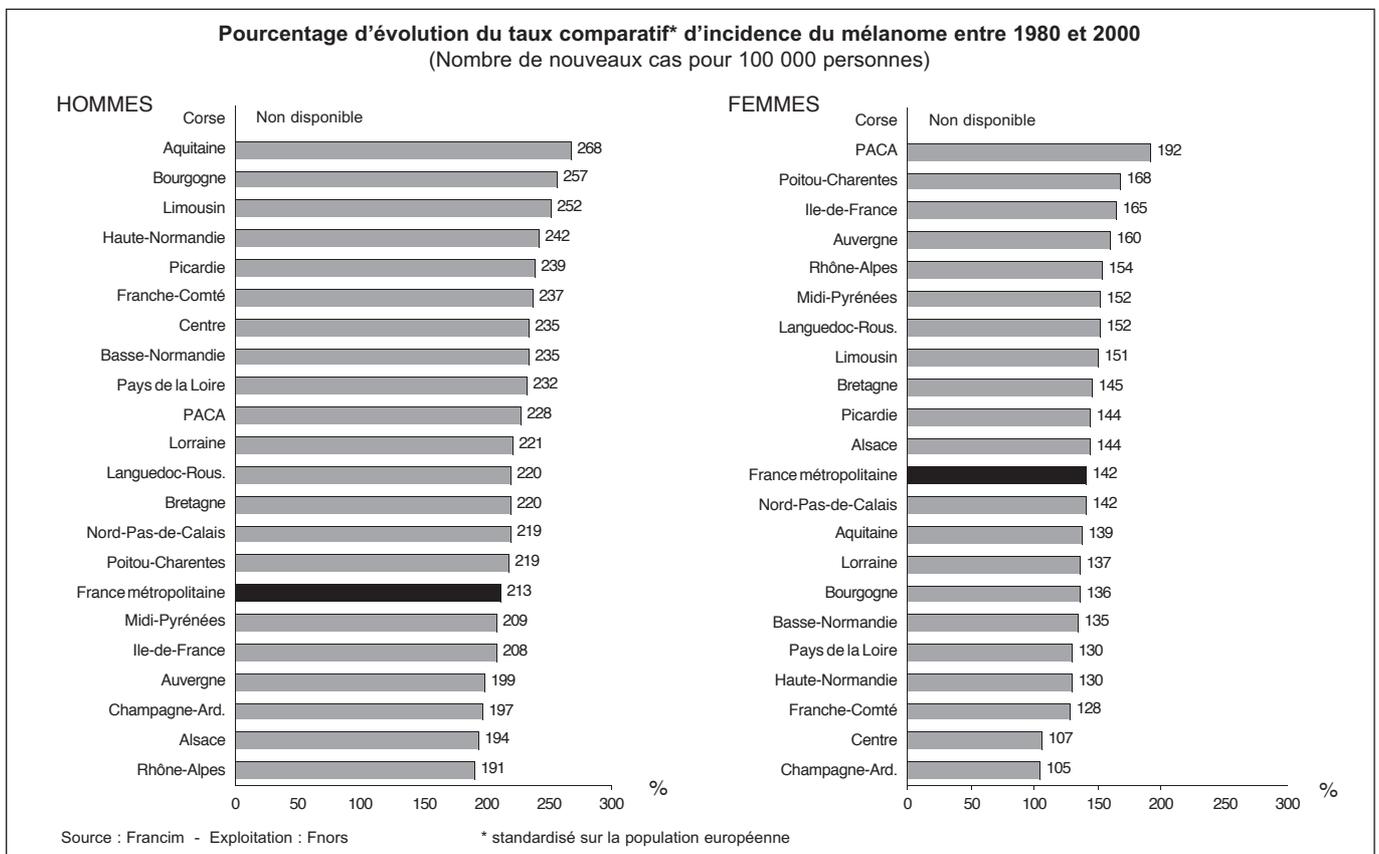
3 100 nouveaux cas chez les hommes et 4 200 chez les femmes en 2000 en France métropolitaine

En 2000, chez les hommes, les 3 100 nouveaux cas estimé par Francim correspondent à un taux d'incidence de 10,0 cas pour 100 000 en France métropolitaine. Les régions présentant les plus forts taux (supérieurs à 12) sont l'Alsace, la Bretagne et la Basse-Normandie. À l'opposé, c'est dans le Nord-Pas-de-Calais que le taux est le plus faible (8,5). Chez les femmes, les 4 200 nouveaux cas de cancers en 2000 correspondent à un taux d'incidence de 12,1 cas pour 100 000 femmes en France métropolitaine. Le taux est particulièrement élevé en Bretagne (16,9 pour 100 000), puis en Limousin et Basse-Normandie (plus de 14). C'est la Champagne-Ardenne qui présente le taux le plus faible (8,9). Entre 1980 et 2000, les taux d'incidence ont très fortement augmenté : +213 % chez les hommes et +142 % chez les femmes. Le taux d'incidence chez les hommes est ainsi passé de 3,2 à 10,0 pour 100 000. Toutes les régions ont connu une



augmentation de l'ordre de 200 %, dépassant +250 % en Aquitaine, Bourgogne et Limousin. Ces trois régions avaient des taux inférieurs à la moyenne en 1980-82 et se trouvent aujourd'hui proches ou supérieurs à la moyenne. Malgré une augmentation parmi les moins importantes, l'Alsace maintient depuis vingt ans sa position de région au taux le plus élevé. Chez

les femmes, le taux est passé de 5,0 à 12,1 pour 100 000. Là aussi, toutes les régions ont connu une nette augmentation. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur a connu la plus forte augmentation : d'un niveau inférieur à la moyenne en 1980-82, elle passe aujourd'hui au-dessus de la moyenne nationale.

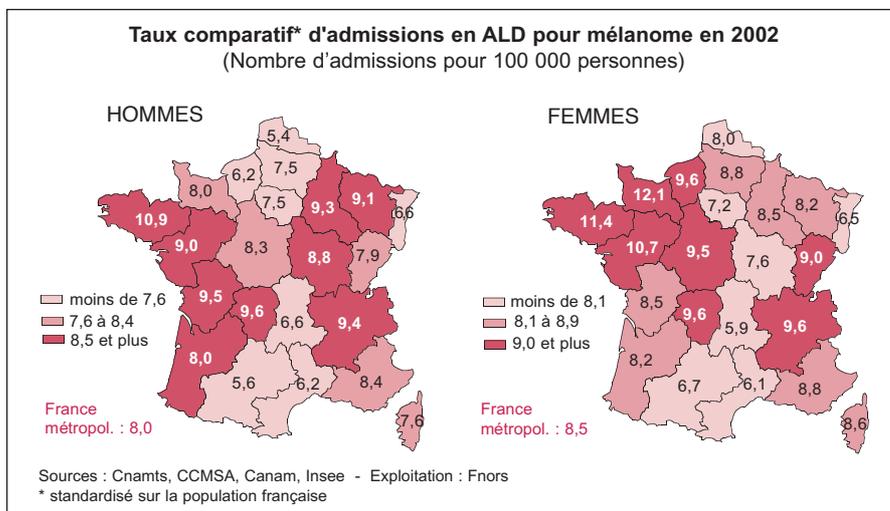


Affections de longue durée (ALD) pour mélanome

2 050 admissions en ALD pour mélanome malin de la peau chez les hommes et 2 610 chez les femmes en 2002 en France métropolitaine

En 2002, les admissions en ALD faites par les trois principaux régimes d'assurance maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes) pour mélanome malin de la peau représentent 1,5 % du total des admissions en ALD pour cancer en France chez les hommes et 2,2 % chez les femmes.

Ces admissions en ALD mettent en relief de fortes disparités entre régions. Le taux d'admission masculin est de 8,0 pour 100 000 hommes en France métropolitaine et varie entre 5,4 et 10,9. Les taux les plus bas sont observés en Nord-Pas-de-Calais ou Midi-Pyrénées alors que les taux les plus élevés concernent les régions Bretagne ou Limousin. Pour les femmes, le taux est légèrement supérieur : 8,5 admissions pour



100 000. Les valeurs extrêmes sont observées en Auvergne (5,9) et en Basse-Normandie (12,1).

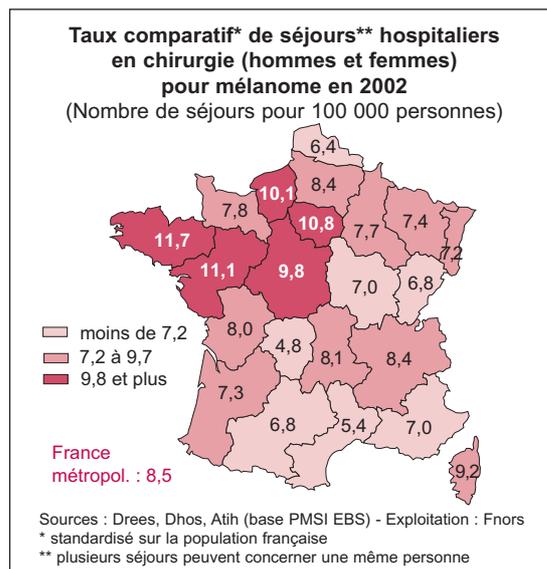
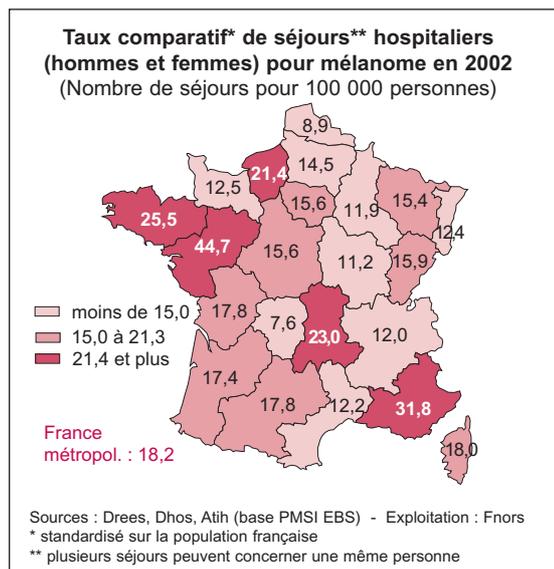
Hospitalisation pour mélanome

11 700 séjours hospitaliers (hommes et femmes) motivés par un mélanome en 2002 en France métropolitaine

Le mélanome a constitué selon les données du PMSI le diagnostic principal de 11 700 séjours (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie) dans des services hospitaliers publics et privés assurant des soins de courte durée. Rapporté à la population, cela correspond à un taux de 18,2 séjours pour

100 000 personnes en France. Le taux le plus bas est observé en Limousin (7,6). À l'opposé, deux régions se distinguent : Provence-Alpes-Côte d'Azur avec un taux de 31,8 et, surtout, Pays de la Loire où le taux atteint 44,7. La part des séjours en service de chirurgie est de 44 %. Elle atteint 69 %

en Île-de-France, mais n'est que de 22 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les écarts de taux entre régions pour les séjours chirurgicaux sont moindres que pour l'ensemble des séjours hospitaliers.



SYNTHÈSE

Des informations sur la mortalité et la morbidité dues aux cancers sont présentées dans ce document. Elles proviennent des principales sources fournissant régulièrement des données sur la santé des personnes résidant en France et sont toutes rapportées au lieu de résidence. La statistique de mortalité concerne toutes les personnes pour lesquelles un certificat de décès est parvenu au service de l'État civil. L'incidence des cancers est estimée à partir des données de mortalité pour chaque région sur la base des résultats apportés par les registres existants. Les entrées en affections de longue durée (ALD) correspondent à la reconnaissance par les praticiens conseil des trois principaux régimes de l'Assurance maladie de pathologies suffisamment graves pour bénéficier d'une exonération du ticket modérateur. Les séjours hospitaliers sont ceux pour lesquels un cancer a été retenu comme diagnostic principal de séjour dans les services de soins de courte durée des hôpitaux et cliniques. Ces quatre sources de données se complètent et permettent de présenter un tableau plus contrasté et dynamique de la situation dans les régions que celui reposant uniquement sur l'étude de la mortalité.

L'analyse en parallèle de ces différentes données pour les cancers toutes localisations confondues, permet plusieurs constats :

- il existe dans l'ensemble un net gradient de mortalité avec des taux allant croissant entre le sud et le nord du pays. Deux régions de la moitié nord font exceptions, l'Île-de-France chez les hommes et la Bretagne chez les femmes ;
- il en est de même pour l'incidence, avec des écarts de taux entre les régions plus importants que pour la mortalité ;
- la mortalité prématurée présente également ce même gradient bien qu'il soit moins net chez les femmes ;
- les taux d'entrée en ALD pour cancers chez les hommes se répartissent à l'échelon régional le plus souvent comme les taux de mortalité et d'incidence. Cela est moins souvent le cas chez les femmes ;
- l'étude des séjours hospitaliers apporte des résultats plus contrastés : taux plus élevés de séjours dans des régions présentant une forte mortalité, mais aussi dans des régions connaissant une mortalité inférieure à la moyenne nationale.

La confrontation de ces quatre sources permet de constater :

- que le classement des régions est proche selon que l'on examine les données d'ALD, de mortalité générale, de mortalité prématurée et d'incidence. Cependant, quelques différences, en particulier chez les femmes, incitent à poursuivre l'analyse des données statistiques issues des ALD afin de mieux comprendre ces différences ;
- que le classement des régions selon les données hospitalières diffère des classements à partir des autres sources. Deux raisons au moins peuvent être avancées : d'une part, la différence de nature des données hospitalières qui concernent des séjours et non des patients et, d'autre part, les différences de pratiques d'hospitalisation entre régions, du fait de différences dans l'organisation sanitaire ou les moyens disponibles ;
- que les écarts entre les taux de mortalité, d'incidence et d'ALD sont importants entre les régions présentant des valeurs extrêmes. Ces écarts sont plus marqués pour les hommes que pour les femmes. Ils sont le reflet d'une grande inégalité des populations régionales face au cancer.

Il faut aussi souligner l'intérêt de pouvoir étudier dans le temps (dans ce document, 20 années entre 1980 et 2000) l'évolution comparée des taux de mortalité et des taux d'incidence. Il s'agit des deux seules sources pour lesquelles des données sont actuellement disponibles et homogènes sur une longue période. Le constat est le suivant :

- l'incidence du cancer est en hausse, 30 % en moyenne en vingt ans alors que la mortalité est en baisse, 11 % sur la même période. Ainsi le nombre de personnes ayant survécu à un cancer est croissant ;
- la hausse de l'incidence touche toutes les régions et dans des proportions assez semblable, de 22 % à 38 % selon les régions et les sexes. Le cancer apparaît comme une pathologie de plus en plus présente dans la population des régions ;
- la baisse de la mortalité est peu homogène, elle varie de 0 % à 20 % selon les régions et les sexes. Ce n'est pas toujours dans les régions qui connaissaient la mortalité la plus forte que les évolutions ont été les plus favorables, et inversement ;
- les inégalités régionales face au cancer ne se sont pas sensiblement réduites entre 1980 et 2000.

Cette étude permet également de mettre en évidence l'hétérogénéité des situations selon les sexes, les localisations cancéreuses et les régions.

Les cancers de la trachée, des bronches et du poumon touchent très majoritairement les hommes. Cependant la hausse de l'incidence et de la mortalité concerne surtout les femmes. Entre 1980 et 2000, elles ont connu une croissance de l'incidence de 133 % en moyenne et de la mortalité de 71 %. Toutes les régions ont été concernées. Les deux sexes réunis, ce cancer touche moins fortement le sud et l'ouest que le nord et l'est de la France.

Les cancers des voies aérodigestives supérieures touchent aussi très majoritairement les hommes. Chez ceux-ci, l'incidence et la mortalité sont en forte baisse : respectivement de 25 % pour l'incidence et 42 % pour la mortalité en 20 ans. Les baisses sont relativement homogènes dans toutes les régions sauf en Nord - Pas-de-Calais où l'incidence n'a pas évolué au cours de la période étudiée. Ce cancer touche moins fortement le sud que le nord et l'ouest de la France, et les écarts entre régions sont particulièrement importants.

Le cancer du côlon rectum atteint de manière quasiment identique les deux sexes et les évolutions de l'incidence et de la mortalité sur 20 ans sont également assez proches, (croissance modérée de l'incidence et baisse modérée de la mortalité). L'opposition nord-sud est moins marquée pour ce cancer que pour les deux précédents.

Les cancers du col et du corps de l'utérus ont évolué différemment. L'incidence du cancer du col a fortement diminué au cours de la période 1980-2000 (45 % en moyenne) et d'une façon homogène pour l'ensemble des régions, alors que celle du cancer du corps est resté quasiment stable (-4 %). Pour ces deux cancers réunis, les régions du sud et de l'ouest sont moins touchées que celles du nord-est.

Le cancer du sein a connu en 20 ans une forte augmentation de l'incidence, 62 % en moyenne, sans croissance de la mortalité. Les différences géographiques de ce cancer sont peu marquées, à

l'exception peut être du nord et d'une partie de l'ouest de la France, qui présentent des taux plus élevés que la moyenne nationale.

Le cancer de la prostate a lui aussi connu en 20 ans une forte augmentation de l'incidence (188 %) avec une légère baisse de la mortalité (-5 %). Les contrastes entre régions sont marqués, le sud de la France étant relativement épargné.

Le mélanome est un cancer qui a connu en 20 ans une très forte croissance de son incidence (213 % chez les hommes et 142 % chez les femmes), accompagnée d'une augmentation, moindre, de la mortalité : respectivement 54 % et 36 %. L'évolution de la mortalité n'a pas été géographiquement homogène entre 1980 et 2000 : elle varie de -12 % à

+151 % selon les régions. En 2000, les régions présentant les incidences les plus élevées sont situées à l'ouest du pays.

Ce travail de synthèse permet de disposer d'un portrait comparatif des régions françaises dans le domaine des cancers montrant des contrastes importants entre régions, entre sources et entre pathologies. Les différences mises en évidence au sein d'une même région entre les indicateurs de santé retenus ne peuvent pas être explicitées dans ce document. En effet, la recherche de ces explications nécessite un travail commun entre les personnes recueillant et traitant chacun de ces types de données : les épidémiologistes travaillant sur les données de mortalité ou d'incidence, les médecins conseils de l'Assurance maladie qui sont à la base des données

sur les entrées en ALD et les praticiens des départements d'information médicale qui veillent au recueil des données du PMSI et dont sont issus les chiffres sur les séjours hospitaliers.

Cependant, d'ores et déjà, les différences mises en évidence plaident en faveur d'une individualisation des actions de prévention et de prise en charge au niveau de chaque territoire. Ainsi, ce travail peut être un des éléments servant à l'élaboration de politiques de santé adaptées aux besoins des populations dans les régions. Il permet en tout cas à chacun qu'il soit décideur, acteur ou tout simplement usager de ne plus ignorer les informations se rapportant aux cancers produites par le système de santé.

Annexes

A) Précisions méthodologiques	67
B) Les régions de France métropolitaine	71
C) Glossaire	71

A) Précisions méthodologiques

1-Cartographie

Les cartes de ce document représentent des taux comparatifs (ou taux standardisés) par région dont les méthodes de calculs sont précisées ci-après.

Toutes ces cartes comportent trois seuils pour les valeurs des taux, définis de la façon suivante : une classe centrale autour de la moyenne et des bornes à plus ou moins 10 % autour de cette moyenne. Cet écart autour de la moyenne a été parfois adapté en fonction des valeurs observées.

Les taux régionaux présentés sur les cartes ne comportent pas d'information sur leur niveau de significativité par rapport au taux moyen français. Il s'agit d'un choix délibéré, motivé par les remarques suivantes :

- l'utilisation de tests de significativité peut être discutée dans la mesure où il ne s'agit pas d'échantillons mais de données exhaustives (sauf pour l'incidence) ; *cependant, certains chercheurs estiment que le fait d'avoir un cancer résulte d'une somme de causes qui rendent l'apparition du cancer comme résultant d'un phénomène aléatoire. On peut alors considérer qu'il existe bien une notion de variabilité aléatoire, même dans le cas d'un enregistrement exhaustif des cas.*
- la présentation des valeurs des taux a été privilégiée plutôt que leur significativité pour faciliter la compréhension simple et rapide par des non spécialistes. *Toutefois, il faut garder en mémoire que l'estimation ponctuelle d'un intervalle de confiance peut être utile.*

2-Taux comparatif de mortalité

Définition

Le taux comparatif ou taux standardisé de mortalité s'exprime en nombre de décès pour 100 000 personnes. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus).

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les données recueillies, entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les unités géographiques retenues. Le taux est calculé sur une période triennale.

Le taux comparatif de mortalité prématurée concerne les décès survenus avant 65 ans.

Sources

- Inserm CépiDc pour le nombre de décès

C'est le service "CépiDc" de l'Inserm qui fournit les statistiques de décès en France par cause (principale ou associées) établies à partir des certificats de décès et de données de l'Insee. Les pathologies sont codées d'après la classification internationale des maladies dans sa 9^e révision (CIM 9) avant 2000 et dans sa 10^e révision (CIM 10) depuis.

Les résultats présentés sur ce document se rapportent à la cause principale de décès pour ce qui est des données relatives aux cancers.

- Insee pour la population de référence : population de la France métropolitaine, deux sexes confondus, au recensement de 1990.
- Insee pour le calcul des taux par âge : estimation de population au 1^{er} janvier.

Méthodes de calcul

$$\text{Taux comparatif de mortalité} = \sum_{i=1}^{21} P_i T_i$$

21 : le nombre de classes d'âge considérées : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, ... 95 ans et plus

i : l'indice de la classe d'âge considérée

Pi : la part de la classe d'âge i dans la population de référence
(population de la classe d'âge i / population totale)

Quelle que soit la région et la cause de décès considérée, la population de référence est la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus.

Ti : le taux spécifique de mortalité observé dans la région pour la classe d'âge i
(nombre moyen annuel de décès de la classe d'âge / population de la classe d'âge)

Les populations utilisées sont, quelle que soit la période considérée, les populations estimées en milieu de période, c'est-à-dire pour 1998-2000 : (estimation au 1^{er} janvier 1999 + estimation au 1^{er} janvier 2000) / 2

3-Taux comparatif d'incidence

Définition

Le taux comparatif ou taux standardisé d'incidence du cancer s'exprime en nombre de nouveaux cas annuels pour 100 000 personnes. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population européenne).

Source

Les données proviennent du réseau national des registres de cancer (Francim).

Il s'agit d'estimations nationales et régionales réalisées par Francim : elles sont le résultat d'une modélisation du rapport incidence sur mortalité, pour chaque localisation de cancer, en tenant compte de l'âge, du sexe et de la cohorte de naissance.

Les données fournies par Francim portent sur les estimations du nombre de nouveaux cas pour les années 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000 et sur les estimations des taux d'incidence pour ces mêmes années. Les taux sont standardisés sur la population européenne ou mondiale. Dans le présent document, ce sont les estimations standardisées sur la population européenne qui ont été utilisées.

Les estimations portent sur 21 régions de France métropolitaine, la Corse ne pouvant faire l'objet de ces estimations du fait de la faible taille de cette région.

Méthodes de calcul

D'un point de vue épidémiologique, la méthode d'estimation de l'incidence repose sur un certain nombre d'hypothèses :

- La première concerne la représentativité du rapport entre l'incidence et la mortalité observée dans les registres français. En d'autres termes, les niveaux de survie des différentes tumeurs sont supposés être relativement homogènes dans les différentes régions. Cette hypothèse semble vérifiée au niveau des départements couverts par un registre si l'on se réfère aux résultats de l'enquête Eurocare. Elle peut néanmoins être remise en cause si des politiques de santé publique différentes selon les régions sont mises en place, comme par exemple l'organisation de campagnes de dépistage de masse.
- Une seconde hypothèse concerne la nature transversale de la mesure du rapport incidence/mortalité : on admet alors l'hypothèse d'absence de décalage significatif des évolutions d'incidence entre les différentes régions. Ainsi, il ne faut pas, par exemple, qu'il existe une trop grande différence dans la mise en place de nouvelles pratiques thérapeutiques.
- On suppose également qu'il n'existe pas une trop forte mobilité géographique de la population atteinte de cancer afin que la mise en relation entre incidence et mortalité repose sur des groupes relativement homogènes.
- Enfin, il est clair que la qualité des certificats de décès est supposée comme relativement identique entre les différentes régions.

4-Taux comparatif d'admissions en affection de longue durée

Définition

Le taux comparatif ou taux standardisé s'exprime en nombre d'admissions en affection de longue durée (ALD) pour 100 000 personnes couvertes par les trois principaux régimes d'assurance maladie. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population française estimée au 1^{er} janvier 2000, deux sexes confondus).

Ces données correspondent aux nouvelles admissions en ALD prononcées par les trois régimes d'assurance maladie pour l'année étudiée (*cf.* ci-dessous). L'unité statistique de ce dénombrement est la pathologie, un bénéficiaire pouvant avoir plusieurs pathologies. Dans les calculs, le bénéficiaire est ainsi comptabilisé autant de fois qu'il a d'exonérations pour des pathologies différentes de la liste des ALD.

Sources

- Les données ALD sont fournies par les trois principaux régimes d'assurance maladie :
 - Cnamts : régime général
 - Canam : régime des professions indépendantes
 - CCMSA : régime agricole
- Insee : population estimée de la France métropolitaine au 1^{er} janvier 2000, deux sexes confondus.
- Cnamts : populations protégées 2001 et 2002 des trois régimes.

Méthode de calcul

$$\text{Taux comparatif d'admission en ALD} = \sum_{i=1}^{21} P_i T_i$$

21 : le nombre de classes d'âge considérées : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans,....., 95 ans et plus

i : l'indice de la classe d'âge considérée

P_i : la part de la classe d'âge i dans la population de référence (population de la classe d'âge i / population totale)

Quelles que soient la région et la cause d'ALD considérée, la population de référence est la population française estimée au 1^{er} janvier 2000, deux sexes confondus

T_i : le taux spécifique d'admission en ALD observé dans la région pour la classe d'âge i

(nombre annuel d'ALD de la classe d'âge / population protégée de la classe d'âge)

Population protégée par classe d'âge : elle est obtenue en appliquant la structure par sexe et âge de la population estimée au 1^{er} janvier 2000 à la moyenne des populations protégées en 2001 et 2002.

Précisions

Il s'agit du nombre d'admissions en ALD d'individus (assurés et ayants droit) ayant été reconnus pour la première fois par l'Assurance maladie, au cours d'une période choisie, comme atteints d'une affection de longue durée, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis du haut comité médical. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupe d'affections (ALD30). Ces personnes bénéficient d'une suppression du ticket modérateur pour les soins ayant un rapport avec cette affection.

Mises en garde

Les nombres d'affections recensées correspondent aux avis favorables donnés par les médecins-conseils (du régime concerné), pour les premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée une année donnée. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

Les nombres d'affections recensées par l'Assurance maladie sont systématiquement inférieurs à la morbidité réelle. Les principales causes de sous-déclaration sont les suivantes :

- le patient peut ne pas demander à être exonéré pour des raisons personnelles (assurance complémentaire satisfaisante, souci de confidentialité) ;
- le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (précédente affection exonérante, invalidité...) et donc ne pas faire l'objet d'une demande d'un médecin traitant pour une nouvelle ALD ;
- les médecins conseils peuvent ne pas individualiser une affection nouvelle pour un patient déjà exonéré au titre d'une ALD connexe partageant les mêmes mécanismes physio-pathologiques (par exemple, extension loco-

régionale, localisation secondaire...);

- le patient peut-être atteint d'une des 30 maladies de la liste des ALD, mais ne pas correspondre aux critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité exigés (par exemple certains cancers de la peau).

Par ailleurs, des considérations d'ordre socio-économiques peuvent également intervenir dans l'exhaustivité du recueil : il est probable que les personnes économiquement défavorisées (ou leur médecin traitant) sollicitent de façon plus fréquente et plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour ALD.

Pour ces différentes raisons, les incidences de morbidité calculées à partir des données d'ALD doivent plutôt être considérées comme des incidences « médico-sociales ».

Il faut enfin préciser que ces écarts ne sont pas systématiques et homogènes pour chacune des 30 affections de la liste. Selon l'âge de la survenue de la pathologie, selon la fréquence d'association de cette pathologie avec d'autres, le défaut sera plus ou moins important.

5-Taux comparatifs de séjours hospitaliers

Définition

Le taux comparatif ou taux standardisé s'exprime en nombre de séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique pour 100 000 personnes. Il correspond au 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 au recensement de 1999, deux sexes confondus).

Ce taux concerne le diagnostic principal d'hospitalisation, c'est-à-dire le diagnostic défini à la fin du séjour comme celui ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant pendant le séjour.

Sources

Les données proviennent de la base de données PMSI - Évaluation des besoins de santé (PMSI EBS). Cette base a été conçue pour permettre la mise en œuvre, dans chaque région, du cahier des charges établi par la DHOS pour l'évaluation des besoins de santé dans le cadre des SROS de 3^e génération, à partir de données comparables et homogènes. Elle résulte d'une exploitation spécifique des bases nationales PMSI pour les années 1998 à 2002, réalisée par la Drees, la Dhos et l'Atih.

Les données portent sur des séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés participant au PMSI.

Ce sont les données de diagnostic principal qui sont utilisées ici pour classer les séjours par pathologies. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ».

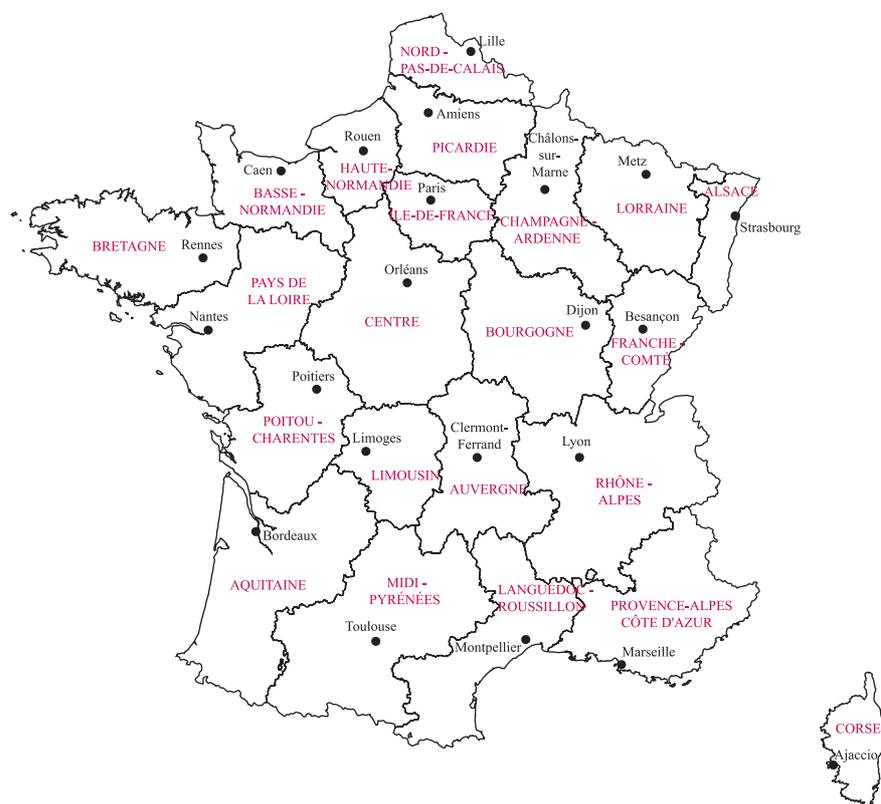
Précisions

- L'unité de compte est le séjour en soins de courte durée en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et non le patient. Plusieurs séjours peuvent donc concerner un même patient.
- Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient.
- Les données sont redressées pour corriger les défauts d'exhaustivité.
- Les séjours des nouveau-nés restés auprès de leur mère ne donnent pas lieu à l'ouverture d'un dossier administratif et ne sont pas pris en compte.
- Les venues pour des traitements réalisés en séances (chimiothérapies, radiothérapies...) sont exclues.
- Les unités de soins de courte durée MCO des hôpitaux locaux et des établissements de santé dont l'activité principale ne relève pas des soins de courte durée MCO (hôpitaux psychiatriques, établissements de soins de suite et réadaptation...) sont exclues.
- Les établissements à tarif d'autorité (« établissements non conventionnés ») sont exclus.

Mises en garde

Les différences entre les taux comparatifs d'hospitalisation de deux régions peuvent résulter d'une différence de morbidité dans leur population, de différences de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge (traitement en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs...), voire d'habitudes spécifiques de codage dans le cadre du PMSI.

B) Les régions de France métropolitaine



C) Glossaire

ADSP	Actualité et dossier en santé publique
ALD	Affection de longue durée
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé remplacé par la Haute Autorité de santé (HAS) depuis 2005
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
Canam	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CDIT	Centre de documentation et d'information sur le tabac
CIM	Classification internationale des maladies
CMU	Couverture maladie universelle
Cnamts	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
Dhos	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Fnors	Fédération nationale des observatoires régionaux de santé
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm CépiDc	Institut national de la santé et de la recherche médicale - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
MCO	Médecine, chirurgie et obstétrique
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de la santé
PMSI EBS	Programme de médicalisation des systèmes d'information - Évaluation des besoins de santé

FNORS

62, boulevard Garibaldi

75015 Paris

Tél : 01 56 58 52 40 Fax : 01 56 58 52 41

www.fnors.org

Ministère de la Santé et des Solidarités

Direction générale de la santé

14, avenue Duquesnes

75007 Paris

Tél : 01 40 56 60 00 Fax : 01 40 56 40 56

www.sante.gouv.fr

Ce document est téléchargeable aux adresses suivantes :

<http://www.fnors.org/fnors/ors/travaux/synthesekcer.pdf>

<http://www.sante.gouv.fr> à la rubrique “C” pour “Cancer”

mai 2006