

les cancers

Contexte national

Selon les estimations établies par le réseau français de registres des cancers (Francim), le nombre de nouveaux cas annuels de cancers diagnostiqués en France est passé de 189 000 à 240 000 entre 1985 et 1995. Cette augmentation de l'incidence est liée en partie à l'accroissement du vieillissement de la population. mais elle résulte également de l'augmentation de la fréquence des cancers puisque les taux d'incidence (standardisés sur la population mondiale) sont passés de 299 à 319 pour 100 000 chez les hommes et de 185 à 212 chez les femmes.

Les localisations cancéreuses les plus fréquentes chez l'homme sont la prostate, le poumon, les voies aéro-digestives supérieures et le côlon-rectum ; chez la femme, il s'agit des cancers du sein, du côlon-rectum et de l'utérus.

En 1993, 707 000 séjours dans les services de soins de courte durée ont été motivés par une pathologie cancéreuse, ce qui représente 5,3 % de l'ensemble des séjours de courte durée (1).

Les cancers sont la première cause de mortalité chez l'homme avec 32 % des décès entre 1993 et 1995 et la deuxième chez la femme (23 %) après les maladies de l'appareil circulatoire (36 %). Chaque année, on enregistre environ 142 000 décès par cancer dont 70 % chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Les deux principales causes de décès par cancer chez l'homme sont les cancers du poumon (20 000 décès par an) et celui de la prostate (9 300) ; chez la femme, ce sont les cancers du sein (10 700 par an) et le cancer côlo-rectal (7 750). La mortalité par cancer toutes localisations confondues diminue depuis 1950 chez la femme et tend également à reculer depuis le milieu des années 80 chez l'homme.

Les principaux facteurs de risque des cancers sont le tabac, l'alcool et l'alimentation. Les effets des deux premiers sont importants et bien connus. Sur l'ensemble des décès par cancers, 22 % sont attribués au tabac et 12 % à l'alcool. Les effets nutritionnels sont probablement importants et on estime que 35 % des décès par cancer pourraient leur être attribués (2).

Situation en Provence-Alpes-Côte d'Azur : Faits marquants

- La mortalité par cancer en Provence-Alpes-Côte d'Azur est inférieure de 6 % à la moyenne nationale.
- Plus de 11 500 décès et plus de 17 500 nouveaux cas de cancers chaque année entre 1993 et 1995.
- Une mortalité en baisse entre 1988-90 et 1993-95.
- La pathologie tumorale est responsable d'un décès sur quatre et frappe deux fois plus les hommes à partir de 45 ans.
- Les localisations cancéreuses les plus importantes sont le poumon chez les hommes et le sein chez les femmes.

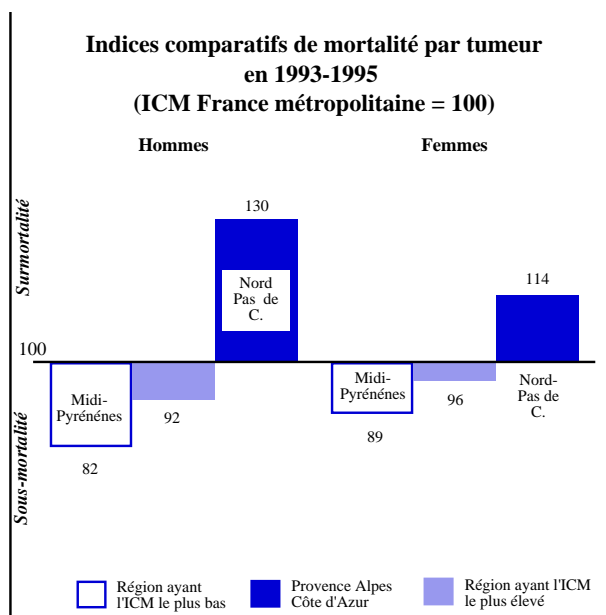
Légère sous-mortalité régionale pour l'ensemble des tumeurs

Sur la période 1993-95 dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, on observe une sous-mortalité par tumeur significative de 6 % par rapport à la moyenne nationale (ICM = 94).

Cette sous-mortalité est un peu plus importante chez les hommes (-8 %) que chez les femmes (-4 %). Cette situation est quasiment identique à la situation observée dans la période 1988-90.

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality ratio (SMR)*, est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge avaient été identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de χ^2 au seuil de 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative.

Le terme "tumeur" englobe les tumeurs bénignes. Le terme "cancer" les exclut (cim9 : 140 à 208).



Source : INSERM SC8
INSEE estimations

Exploitation : ORS

les cancers

Incidence estimée des cancers en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 1992

	0-19 ans	20-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 et +	Total
HOMMES							
nb cas /an	58	528	3135	3384	2191	577	9873
taux*/100 000	10,4	69,1	657,0	1 841,9	2 348,1	2 421,3	470,8
FEMMES							
nb cas /an	54	801	2529	2069	1596	670	7719
taux*/100 000	10,3	102,2	501,2	903,8	1 051,6	1 116,6	342,2

Sources : Francim, INSEE estimations Exploitation ORS

* Taux brut

Mortalité par cancer en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 1993-95

	0-19 ans	20-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 et +	Total
HOMMES							
nb cas /an	22	193	1738	2234	1905	889	6981
taux*/100 000	4	25,3	352,1	1123,6	2134,1	3 338,0	328,5
FEMMES							
nb cas /an	15	166	930	1137	1276	1077	4601
taux*/100 000	2,9	21,2	178,2	462,1	887,5	1 652,8	201,0

Sources : INSERM SC8, INSEE estimations Exploitation ORS

* Taux brut

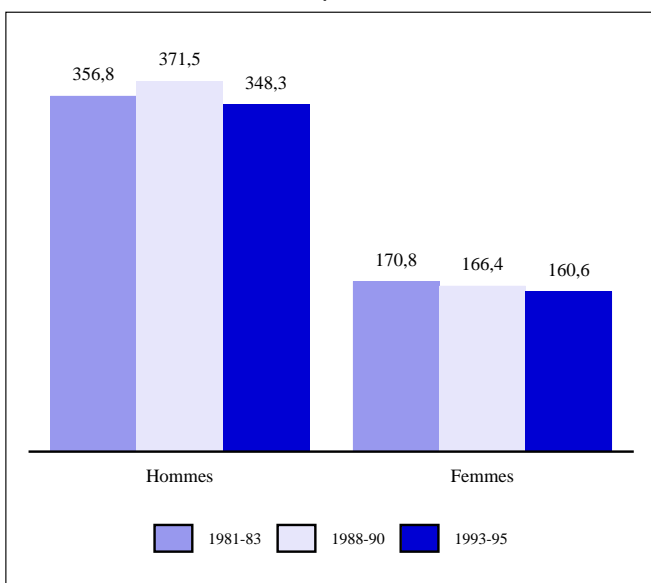
Incidence estimée du cancer des cancers en 1985 et 1992 et projections pour 1995 en Provence-Alpes-Côte d'Azur

	1985	1992	1995
Hommes			
Nombre de nouveaux cas	8286	9873	10699
Taux d'incidence pour 100 000*	271,3	284,9	287,6
Femmes			
Nombre de nouveaux cas	6401	7719	8326
Taux d'incidence pour 100 000*	176,9	195,1	200,8

Sources : Francim

*Taux standardisé sur la population mondiale

Evolution de la mortalité* par cancer en Provence-Alpes-Côte d'Azur



Source : INSERM SC8, INSEE RGP 90 Exploitation : ORS
INSEE estimations au 1.1.1994 et 95

*Taux pour 100 000 personnes (standardisés sur la population française au RP 90)

Réalisation **ors** Provence-Alpes-Côte d'Azur / 1999 /

Augmentation du risque avec l'âge

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'estimation Francim compte 17 592 nouveaux cas de cancers survenus en 1992 dont 56 % chez des hommes.

Les taux bruts d'incidence augmentent avec l'âge d'un facteur 100 et montrent une sur-incidence à partir de 45-64 ans. Les taux sont au moins deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes après 65 ans. Entre 20 et 44 ans, le taux est au contraire plus élevé chez la femme du fait de l'incidence des cancers du sein.

Entre 1993 et 1995, on dénombre chaque année en moyenne 11 582 décès par cancers dans la région dont 60 % chez l'homme. La surmortalité masculine est observée à tous les âges avec des taux au moins deux fois plus élevés chez les hommes à partir de 45-64 ans.

Augmentation de l'incidence depuis 1985

Entre 1985 et 1995, le nombre annuel de nouveaux cas de cancers aurait augmenté de 2413 cas chez les hommes (+29 %) et de 1925 cas chez les femmes (+30 %). Cette évolution résulte du vieillissement de la population et de la prolongation jusqu'en 1995 de la tendance croissante estimée entre 1985 et 1992.

Selon la tendance constatée entre 1985 et 1992 au sein des registres (et extrapolée à la région Provence-Alpes-Côte d'Azur), l'incidence comparative qui gomme l'effet du vieillissement n'aurait augmenté que de 6 % chez les hommes et de 13,5 % chez les femmes.

Les taux de mortalité par cancers en baisse

En Provence-Alpes-Côte d'Azur comme en France, les taux comparatifs de mortalité par cancers sont en diminution significative chez les hommes (-6,2%) entre 1988-90 et 1993-95 alors qu'ils étaient en hausse la période précédente. On observe également une baisse chez les femmes qui, bien qu'un peu moindre que celle des hommes (-3,5 %), semble confirmer la tendance observée auparavant.

Estimations FRANCIM

Les données d'incidence utilisées correspondent aux données des registres du cancer français du réseau FRANCIM qui couvre environ 10 % de la population française. Elles proviennent de 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Côte d'Or, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Somme et Tarn. La méthode d'estimation du nombre de cas incidents par région, âge, sexe et localisation s'appuie sur le rapport Incidence/Mortalité des régions couvertes par les registres du cancer. L'utilisation de ce rapport s'intègre dans une modélisation prenant en compte l'effet de l'âge et du temps.

Taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct, est défini comme le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population française au recensement de 1990, deux sexes confondus).

Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises.

les cancers

Les tumeurs sont responsables de plus d'un quart de l'ensemble des décès

Les tumeurs en région Provence Alpes Côte d'Azur représentent 26,3 % de l'ensemble des causes de décès entre 1993 et 1995. Cette proportion est nettement plus importante chez les hommes (30,7 %) que chez les femmes (21,6 %) et a peu varié depuis 1988-90.

La part des causes tumorales dans la mortalité augmente avec l'âge jusqu'à être responsables de la moitié des décès à partir de 55-64 ans chez l'homme et dès 45-54 ans chez la femme.

Le moindre poids des cancers dans la mortalité masculine jusqu'à 64 ans s'explique par la plus grande part des autres causes de décès chez l'homme, notamment les traumatismes ou empoisonnements et les maladies cardio-vasculaires.

Les deux localisations les plus fréquentes : le poumon chez l'homme, le sein chez la femme

Les graphiques ci-contre montrent les 10 premières localisations cancéreuses en terme d'incidence ainsi que les taux de mortalité correspondant.

Chez l'homme, le cancer le plus fréquent, celui du poumon (17 % des nouveaux cas de cancers), est aussi le plus mortel. Il en est de même avec le cancer du sein chez les femmes (33 % des nouveaux cas).

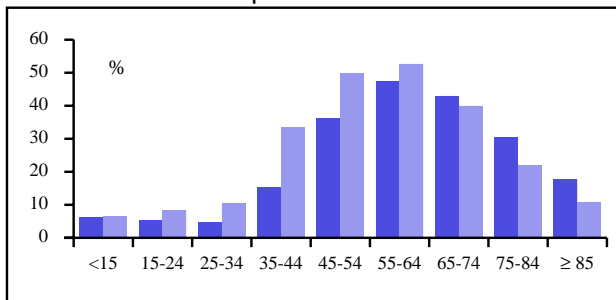
La prostate est la deuxième localisation cancéreuse chez les hommes mais la mortalité induite par ce cancer reste relativement faible.

Les localisations de tumeurs associées à une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac (cancers broncho-pulmonaires et des voies aéro-digestives : cavité buccale, pharynx, larynx et oesophage) représentent environ un tiers des tumeurs malignes masculines.

Chez les femmes, la deuxième localisation de tumeur est le côlon-rectum qui représente également la deuxième cause de mortalité par cancer. L'utérus est en troisième position en ce qui concerne l'incidence, tandis que ce sont les hémopathies malignes qui tiennent ce rang en terme de mortalité.

La variation de l'écart entre l'incidence et la mortalité témoigne des possibilités thérapeutiques qui varient selon chaque type de cancer et les modalités de prise en charge. Les écarts les plus importants entre l'incidence et la mortalité sont retrouvés pour les cancers de l'utérus, du sein, de la prostate et de la vessie chez les hommes. Par contre, les taux de mortalité se rapprochent des taux d'incidence pour les cancers du poumon, de l'oesophage, de l'estomac et des ovaires.

Part des cancers dans l'ensemble des causes de décès en Provence-Alpes-Côte d'Azur en 1993-95

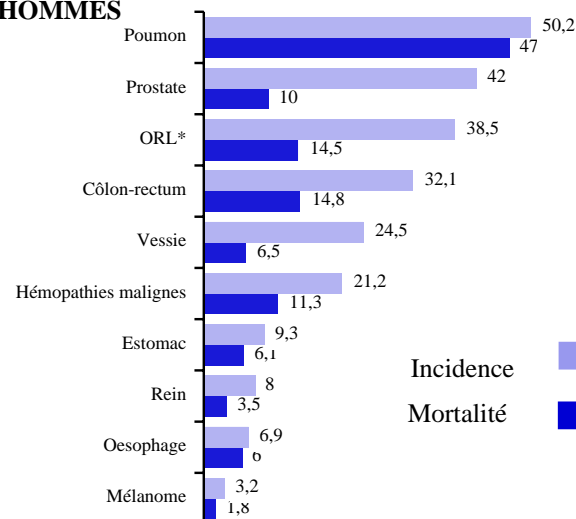


Source : INSERM SC8

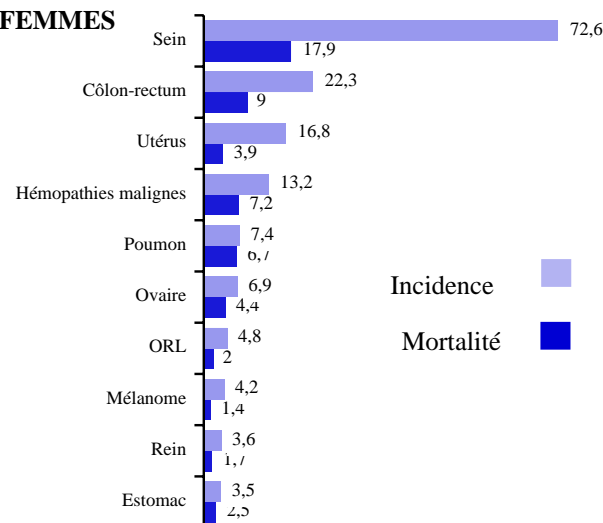
Exploitation ORS

Incidence estimée en 1992 et mortalité en 1993-95 des cancers les plus fréquents en Provence Alpes Côte d'Azur (Taux pour 100 000, standardisés sur la population mondiale)

HOMMES



FEMMES



Source : INSERM SC8

Exploitation ORS *

ORL : Tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (CIM9 : 140-149), des fosses nasales, de l'oreille moyenne et des sinus annexes (CIM9 : 160) et du larynx (CIM9 : 161).

La Santé Observée
en Provence Alpes
Côte d'Azur

les cancers

Les cancers en Provence-Alpes- Côte d'Azur : Analyse des causes de décès et de l'incidence

Dans le cadre de l'élaboration du SROS de cancérologie, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a chargé l'Observatoire Régional de la Santé de réaliser une analyse des causes de décès et de l'incidence des cancers en région Provence - Alpes - Côte d'Azur. Afin de confronter les résultats de cette étude à la pratique des médecins, six groupes de spécialistes de la région ont été réunis.

La sous-mortalité régionale par cancer bénéficie principalement aux hommes. Cette sous-mortalité concerne neuf localisations tumorales : l'œsophage, l'utérus, les voies aéro-digestives supérieures, l'estomac, les ovaires, la prostate, le rein, l'intestin, les autres parties de l'appareil digestif.

En revanche, une surmortalité est observée pour quatre localisations : le poumon, les tissus conjonctifs et autres tissus mous, la vessie, les leucémies.

A l'intérieur de la région, des écarts de mortalité sont également mis en évidence.

Dans les **Alpes Maritimes** le risque de décéder par cancer est moindre qu'au niveau national et ceci pour la plupart des localisations. Cependant, on note dans ce département le maintien d'une surmortalité par leucémie et d'une surmortalité féminine par cancer du poumon.

A l'opposé, le département des Bouches du Rhône, où persistent des taux de mortalité supérieurs au niveau national pour les cancers des poumons et de la vessie et pour les leucémies chez les femmes, voit en 1994-95 apparaître une surmortalité significative pour les cancers du larynx, les cancers des tissus conjonctifs chez les femmes et les maladies d'Hodgkin chez les hommes.

Dans le **Var**, en plus des cancers du poumon et de la vessie, la surmortalité s'étend en 1994-95 aux cancers des os, aux tumeurs malignes du tissu conjonctif et aux maladies d'Hodgkin, ainsi qu'aux cancers de la bouche, du pharynx, de l'œsophage et des intestins chez les femmes et aux leucémies chez les hommes.

Le **Vaucluse**, présente en 1994-95 une surmortalité pour les cancers de la vessie, du pancréas et des reins ainsi que pour les cancers colorectaux chez les femmes.

Dans les **Alpes de Haute Provence**, une surmortalité apparaît pour les cancers du pancréas chez les hommes.

Dans les **Hautes Alpes**, on retrouve en 1994-95 une surmortalité par cancer de l'estomac chez les hommes.

L'analyse des corrélations entre les différents indicateurs caractérisant les zones d'emploi et la mortalité par cancer dans ces zones révèle l'importance des facteurs socio-économiques dans la mortalité par cancer. D'autres facteurs non pris en compte dans cette analyse, notamment les facteurs individuels et environnementaux interviennent sûrement directement dans la variation de la mortalité par cancer. Cependant, les résultats concordent avec la perception de plusieurs cliniciens interrogés.

Les ORL notamment, confirment que les cancers bucco-pharyngés se retrouvent plus souvent parmi les populations défavorisées et qu'il existe un réel problème de retard au diagnostic lié au recours tardif aux spécialistes. Le même constat est fait par les pneumologues interrogés qui insistent sur la nécessité de renforcer la surveillance des personnes à risque (tabagiques et personnes exposées professionnellement).

L'amélioration du suivi gynécologique bénéficie davantage aux femmes appartenant à des catégories sociales favorisées, ce qui entraîne un accroissement de l'écart avec celles issues de milieux défavorisés.

La responsabilité des facteurs de risques professionnels dans les cancers de la vessie est perçue nettement par les urologues du groupe.

Enfin, les différents spécialistes en cancérologie, interrogés sur ces résultats, ont souvent insisté sur la nécessité d'améliorer la prise en charge des cancers chez les personnes âgées pour tenir compte de l'augmentation de l'espérance de vie moyenne et du nombre croissant de personnes âgées parmi les malades.

Pour pallier l'imprécision des données des certificats de décès, dont la qualité de remplissage peut varier selon les zones, et pour suivre les évolutions des incidences réelles par cancer, différents experts interrogés préconisent la mise en place d'un registre des tumeurs chez les adultes au niveau régional qui viendrait compléter le registre existant sur les tumeurs de l'enfant.

Parmi les recommandations des experts on retrouve la nécessité de renforcer les structures isolées dans le cadre d'un travail en réseau ainsi que de favoriser l'accès aux spécialistes d'organe pour améliorer la précocité des diagnostics.

Références du contexte national :

(1) DREES "Les pathologies traitées en 1993 dans les services de soins de courte durée. Enquête de morbidité hospitalière du Ministère de la Santé", 1993, 274, 255 pages.

(2) Hill C., Doyon F., Sancho-Garnier H., "Epidémiologie des cancers", Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 1997, p81.