

CONTEXTE NATIONAL

Conséquence d'une prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe, les tumeurs occupent une place particulièrement importante dans la morbidité. Les tumeurs bénignes restent localisées et sont en général peu graves, alors que la gravité des tumeurs malignes (ou cancers) 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. Parmi l'ensemble des tumeurs, 96 % sont malignes. En France, les cancers occupent une place grandissante en termes de morbidité. Le réseau français des registres du cancer (Francim) estime à environ 278 000 le nombre de nouveaux cas de cancer pour l'année 2000 en France métropolitaine, soit une progression de 32 % entre 1990 et 2000. Le vieillissement de la population, l'amélioration du dépistage et du diagnostic et la plus grande fréquence de certains cancers expliquent cette évolution. En termes d'incidence, les localisations les plus fréquentes sont la prostate et le poumon chez l'homme et le sein et le côlon-rectum chez la femme.

En 2000, 143 300 décès enregistrés en France métropolitaine ont été attribués au cancer. Les cancers représentent la première cause de décès chez l'homme (32 % des décès masculins en 2000) et la deuxième chez la femme (22 % des décès féminins). Cette même année, 71 % des décès par cancer sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans ou plus. Chez les femmes, le cancer du sein est responsable du plus grand nombre de décès par cancer (10 915 décès en 2000) suivi par le cancer du côlon-rectum (7 589 décès). Chez les hommes, le cancer du poumon arrive en tête (20 542 décès) devant les cancers des voies aéro-digestives supérieures (9 075 décès) et de la prostate (9 071 décès). Contrairement à l'incidence, la mortalité par cancer, toutes localisations confondues, diminue depuis le début des années cinquante chez les femmes et a également tendance à baisser depuis le milieu des années quatre-vingt chez les hommes.

Les facteurs de risque des cancers sont divers et interagissent souvent entre eux. Pour certains cancers, la part des facteurs de risque dans la responsabilité des décès est clairement établie. En particulier, 22 % des décès par cancer sont attribués au tabac en 2000 et 12 % des décès par cancer sont imputables à l'alcool. D'autres facteurs comme la nutrition ou les expositions professionnelles ont un rôle certain, mais celui-ci est plus difficilement quantifié.

La prévention du cancer est donc pour une large part une prévention primaire (lutte contre le tabagisme, consommation d'alcool etc.). Certains cancers peuvent également faire l'objet d'un dépistage, c'est le cas des cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon-rectum et du mélanome. La prise en charge thérapeutique repose quant à elle principalement sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie, le choix du traitement étant fonction 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.

Le Plan cancer, lancé en 2003 a pour objectif de diminuer la mortalité de 20 % à l'horizon 2007. Ces mesures sont réparties en six chapitres : prévention, dépistage, accès à des soins de qualité, volet social et information, formation plus adaptée et enfin recherche.

SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

- Une surmortalité par cancer de 12 % chez les hommes et de 4 % chez les femmes en Picardie par rapport à la France.
- À partir de 45 ans, la mortalité masculine est au moins deux fois plus importante que la mortalité féminine.
- L'incidence des cancers augmente en Picardie pour chacun des deux sexes.
- Le cancer a été responsable d'un décès sur quatre en 2000.
- En terme d'incidence, les localisations les plus fréquentes sont la prostate chez l'homme et le sein chez la femme.

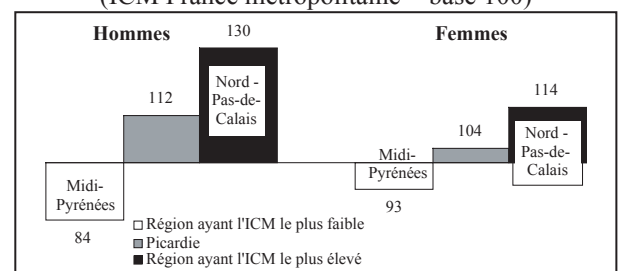
● Une surmortalité par cancer chez les hommes et les femmes en Picardie

Sur la période 1998-2000, la Picardie présente une surmortalité significative de 12 % par rapport à la moyenne nationale chez les hommes et se place au 3^e rang des régions métropolitaines à forte mortalité derrière le Nord-Pas-de-Calais et la Haute-Normandie.

Chez les femmes, la surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale se chiffre à +4%, elle est, comme pour les hommes, significative. La Picardie occupe le 5^e rang.

Indice comparatif de mortalité par cancer en 1998-2000

(ICM France métropolitaine = base 100)

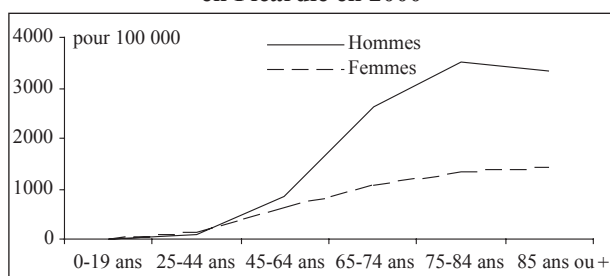


Sources : INSERM CépiDc, INSEE

L'indice comparatif de mortalité (ICM), appelé aussi *standardized mortality rate* (SMR), est le rapport en base 100 du nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui seraient obtenus si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France métropolitaine = 100). Un test de chi² au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent être comparés les uns aux autres.

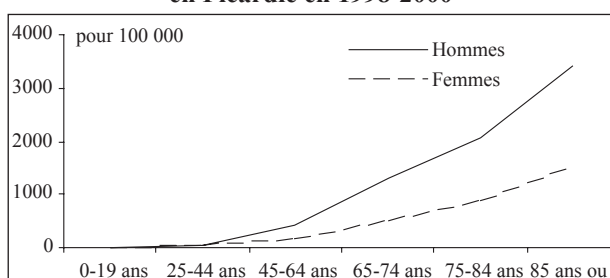
LES CANCERS

Incidence estimée du cancer selon l'âge en Picardie en 2000



Sources : Francim, INSEE

Mortalité par cancer selon l'âge en Picardie en 1998-2000



Sources : Inserm CépiDC, INSEE

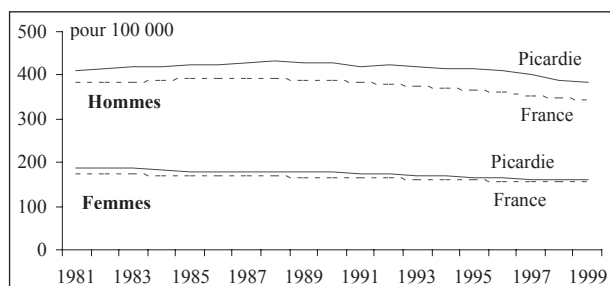
Incidence estimée des cancers entre 1980 et 2000

	1980	1985	1990	1995	2000
Hommes nb	3 207	3 494	3 921	4 548	5 366
Taux*	537	572	616	665	730
France	488	517	553	598	645
Femmes nb	2 279	2 515	2 805	3 191	3 651
Taux*	299	319	339	361	387
France	278	297	317	341	362

Sources : Francim, INSEE

*standardisé sur la population française de 2001, taux pour 100 000

Taux comparatifs de mortalité par cancer de 1981 et 1999*



Sources : INSERM CépiDC, INSEE

* Données lissées sur trois ans

● Une mortalité et une incidence croissantes avec l'âge

En 2000, 9 017 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués en Picardie. 60 % de ces nouveaux cas sont survenus chez des hommes.

Les taux bruts d'incidence augmentent avec l'âge. Plus l'âge est élevé, plus le risque est grand. Globalement, une sur-incidence est enregistrée chez les hommes par rapport aux femmes. Une seule exception s'observe pour le groupe d'âge 20-44 ans : l'incidence est plus élevée chez les femmes compte tenu de l'importance des cancers du sein.

Sur la période 1998-2000, 4 448 Picards sont décédés en moyenne chaque année d'un cancer. 63 % de ces décès sont survenus chez des hommes.

La mortalité par cancer est croissante avec l'âge chez les hommes comme chez les femmes. Les taux de mortalité sont toujours inférieurs chez les femmes par rapport aux hommes, et la surmortalité masculine est maximale pour le groupe d'âge 65-74 ans (surmortalité masculine de +163 %).

● Progression de l'incidence du cancer

Entre 1980 et 2000, le nombre de nouveaux cas de cancer a progressé de 67 % chez les hommes et de 60 % chez les femmes. Cette progression s'explique par le vieillissement de la population, l'incidence étant plus forte au sein des populations âgées, mais pas seulement. Les taux standardisés d'incidence ont progressé de 36 % chez les hommes et de 29 % chez les femmes sur la période. Enfin, l'incidence est significativement plus élevée en Picardie que sur l'ensemble du territoire (+13 % chez les hommes et +7 % chez les femmes en 2000).

● Une mortalité par cancer en baisse

Chez les hommes, la mortalité par cancer a dans un premier temps progressé à la hausse entre 1981 et 1989. Ensuite, elle diminue. Entre 1981 et 1999, la mortalité a diminué de 7 % chez les hommes.

Chez les femmes, la mortalité diminue depuis 1981. En vingt ans, la baisse se chiffre à -14 %.

En France, l'évolution se chiffre à -11 % pour les deux sexes.

Le taux comparatif de mortalité ou taux standardisé direct est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au recensement de 1990). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. L'année pour laquelle est placée le point est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.

Incidence Les données d'incidence utilisées correspondent aux données du Réseau français des registres de cancer Francim. Elles proviennent de registres généraux sur 9 départements : Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Manche, Somme et Tarn et de registres spécialisés sur 6 départements : Ardennes, Calvados, Côte-d'Or, Loire-Atlantique, Marne et Saône-et-Loire. 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. Les estimations ont été réalisées sur 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000.

● Près de 7 500 admissions en ALD pour cancer

En 2002, près de 7 500 Picards ont été admis en ALD pour cancer. 55 % de ces bénéficiaires étaient des hommes. Chez ces derniers, 44 % étaient âgés de moins de 65 ans contre 53 % chez les femmes.

● Des séjours en établissements de santé pour cancer plus nombreux en Picardie qu'en France

En 2002, près de 22 600 séjours en établissements de santé effectués par des Picards avaient pour diagnostic principal un cancer. Près de la moitié des ces séjours (48 %) concernaient des personnes âgées de moins de 65 ans. L'indice comparatif d'hospitalisation met en évidence un recours aux établissements de santé plus fréquent en Picardie qu'en France. La région présente ainsi le 2^e recours le plus élevé chez les hommes et le 5^e chez les femmes. La Haute-Normandie est en tête de classement.

● En terme d'incidence, le sein chez la femme et la prostate chez l'homme sont les localisations les plus fréquentes

En terme d'incidence, le cancer de la prostate est la première localisation chez l'homme. Le cancer des VADS et le cancer du poumon occupent les 2^e et 3^e places du classement (chacun 15 % des nouveaux cas de cancer). Le cancer du poumon est responsable du plus grand nombre de décès par cancer : un sur quatre.

Les deux localisations suivantes sont les VADS (13 %) et la prostate (10 %). Chez les femmes, la localisation la plus fréquente en terme d'incidence est le sein (36 % des nouveaux cas de cancer en 2000) suivi du côlon-rectum (14 %). Les cancers de l'utérus (col et corps) et de l'ovaire rassemblent 13 % des nouveaux cas de cancer en Picardie contre 11 % pour la moyenne française. Le cancer du sein reste la première localisation en terme de mortalité suivi du cancer du côlon-rectum.

Admissions en ALD pour cancer en Picardie en 2002

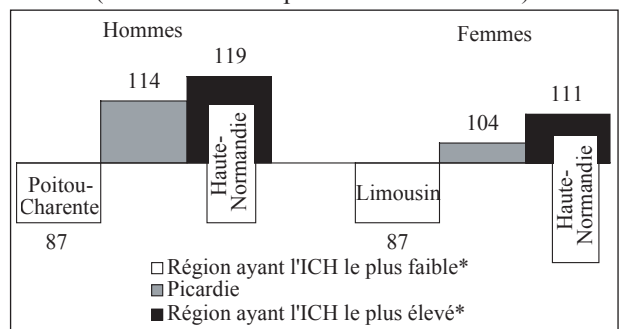
	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 45 ans	274	6,7	396	11,8
45-64 ans	1 542	37,6	1 377	41,0
65-84 ans	2 103	51,3	1 384	41,2
85 ans ou plus	182	4,4	205	6,1
Ensemble	4 101*	100,0	3 362	100,0

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

*plus 4 admissions dont l'âge du bénéficiaire est inconnu

Indice comparatif d'hospitalisation pour cancer en 2002

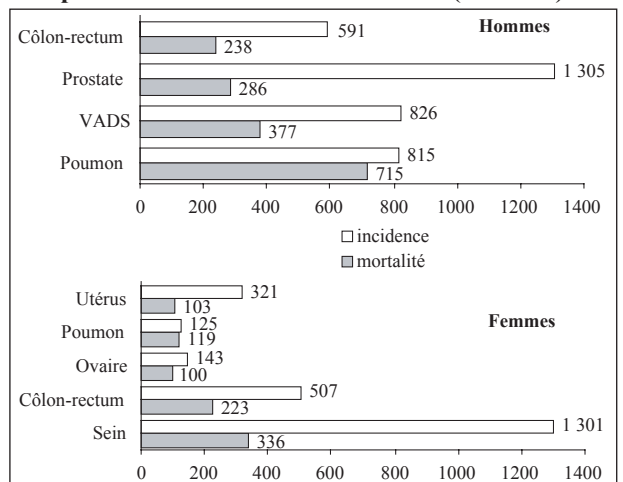
(France base 100 pour chacun des sexes)



Source : DHOS

* Hors Corse

Incidence estimée (2000) et mortalité (1998-2000) par cancers selon leur localisation (Picardie)



Sources : INSERM Cépide, Francim

ALD En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la Sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites «de longue durée» (ALD) est établie par décret. Les données figurant dans ce document concernent les assurés et les ayants droit du régime général, du régime agricole et du régime des professions indépendantes. Elles ont été fournies par les services médicaux de ces trois régimes et sont présentées sous forme de nombres annuels de premiers avis favorables. Ces nombres dépendent de la morbidité régionale, mais encore d'autres paramètres comme la réglementation, le comportement des assurés et de leurs médecins traitants ou l'avis de médecins conseil.

Les données sur les **établissements de santé** proviennent de l'exploitation de la base PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Cette base rassemble des données de séjours dans les services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. 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 ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours. Enfin, la Corse n'est pas représentée sur les graphiques du fait de sa spécificité. **L'indice comparatif d'hospitalisation (ICH)** est un indice en base 100 qui permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers entre deux territoires, en éliminant les effets liés aux différences de structure par sexe et âge. Un ICH de 106 en Picardie signifie que les séjours sont supérieurs de 6 % en Picardie par rapport à la moyenne nationale.

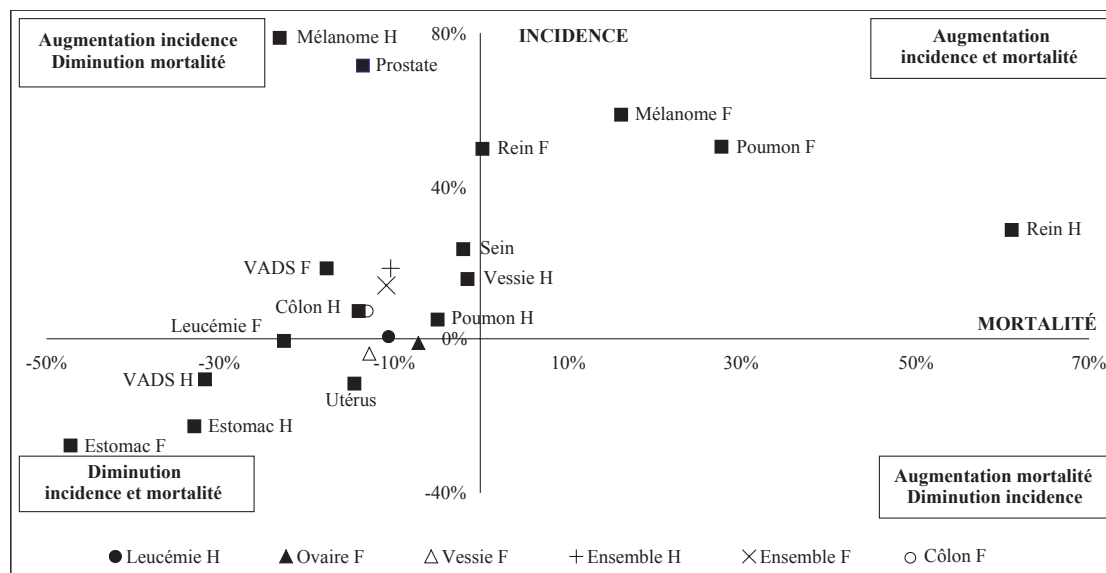
LES CANCERS

Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer au cours des années quatre-vingt-dix

Le plan factoriel ci-dessous présente conjointement l'évolution de la mortalité et celle de l'incidence au cours des années quatre-vingt-dix pour l'ensemble des cancers et quelques localisations cancéreuses. Sur l'axe des abscisses figurent les taux de croissance entre 1988-1991 et 1998-2001 des taux standardisés de mortalité. Sur l'axe des ordonnées, sont représentés les taux de croissance des taux standardisés d'incidence entre 1990 et 2000.

Chez les hommes, la mortalité par cancer a diminué de 11 % alors que l'incidence a progressé de +19 % sur la période. Chez les femmes, l'évolution de la mortalité est identique (-11 %) mais l'incidence a augmenté moins fortement que chez les hommes (+14 %). La majorité des cancers se place autour des deux points présentant l'évolution pour l'ensemble des cancers toutes localisations confondues, avec un taux de croissance de l'incidence entre 0 % et +20 % et un taux de croissance de la mortalité compris entre -20 % et 0 %. Certains cancers se distinguent de l'évolution globale, soit par une forte progression de l'incidence (accompagnée ou non par une progression de la mortalité), soit par une évolution favorable des indicateurs (baisse de l'incidence et la mortalité).

Évolution des taux standardisés de mortalité (entre 1988-1991 et 1998-2001) et d'incidence (entre 1990 et 2000) en Picardie



Sources : Inserm CépiDC, Francim, INSEE

Exploitation ORS Picardie

Pour le cancer du rein et le mélanome, pour chacun des deux sexes, le cancer du poumon chez la femme et le cancer de la prostate chez l'homme, l'incidence a progressé fortement au cours des années quatre-vingt-dix. Parmi ces localisations, l'évolution de la mortalité est favorable pour le mélanome chez l'homme et pour le cancer de la prostate.

Les évolutions les plus favorables (baisse de la mortalité et de l'incidence) s'observent pour le cancer des VADS chez l'homme, de l'utérus et de la vessie chez la femme et pour le cancer de l'estomac pour chacun des deux sexes.

Pour aucune localisation parmi celles retenues pour ce graphique, la mortalité a augmenté simultanément à une diminution de l'incidence.

Parmi les évolutions les plus remarquables, on retrouve l'augmentation marquée de l'incidence féminine du cancer du poumon, conséquence de la progression du tabagisme féminin et l'augmentation de l'incidence du cancer de la prostate. Enfin, le mélanome se démarque également : il se caractérise par une progression inquiétante de son incidence, chez les hommes (+79 %) comme chez les femmes (+59 %). L'évolution de la mortalité est différente selon le sexe, elle a progressé chez les femmes (+16 %) mais régressé chez les hommes (-23 %).

Le taux standardisé de mortalité est le taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici, la population de France métropolitaine au 1^{er} janvier 2001). Les taux comparatifs éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les deux périodes, entre les deux sexes et entre les régions françaises. Les taux ont été calculés sur quatre ans pour la mortalité (période 1988-1991 et 1998-2001) pour disposer d'effectifs suffisants.