

## CONTEXTE NATIONAL

En France, le nombre de nouveaux cas de cancers du côlon-rectum diagnostiqués au cours de l'année 2000 est estimé à 19 000 pour les hommes et à 17 000 pour les femmes selon le Réseau français des registres des cancers (Francim). Il s'agit de la 4<sup>e</sup> localisation cancéreuse en termes d'incidence chez l'homme, après le cancer de la prostate, du poumon et des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Chez les femmes, il est le plus fréquent après le cancer du sein. Rare avant 50 ans, son incidence augmente très fortement après cet âge. Il est précédé pendant de nombreuses années par une tumeur épithéliale bénigne, le polype adénomateux. Alors que l'incidence du cancer colo-rectal progresse, la mortalité diminue chez les hommes comme chez les femmes. Néanmoins, il a été responsable de près de 16 000 décès en 2000 (8 300 chez les hommes et 7 600 chez les femmes). Cette évolution dissociée entre incidence et mortalité semble liée à un diagnostic plus précoce, associé à une amélioration du traitement (baisse de la mortalité opératoire et augmentation de l'opérabilité). Le cancer du côlon-rectum a motivé plus de 28 000 admissions en affection de longue durée (ALD) parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie en 2002. Ainsi, ces personnes ont pu bénéficier de l'exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. Cette même année, le cancer du côlon-rectum a constitué le diagnostic principal de 70 500 séjours en établissements de soins de courte durée, dont près de 34 500 séjours chirurgicaux selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'informations (PMSI). S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou radiothérapie, dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas de dénombrement.

La nutrition joue un rôle important dans l'étiologie des cancers colo-rectaux et constitue par là, un levier important de prévention primaire. Le rôle protecteur des légumes, le rôle favorisant d'un apport calorique élevé et le rôle de la sédentarité sont les faits les mieux établis. Des données récentes suggèrent également que le tabac est un facteur d'apparition des adénomes. Comme il est habituellement précédé de polypes adénomateux, la stratégie de prévention de ce cancer repose sur la possibilité d'identifier la présence de ces polypes et de cancer à un stade d'extension précoce. Il existe deux méthodes de dépistage : la recherche de saignements occultes dans les selles et la réalisation d'une coloscopie totale. La première technique est simple, sans danger mais n'est qu'un test de sélection ; la deuxième, plus lourde pouvant provoquer des complications rares mais potentiellement graves, permet, elle, de poser le diagnostic. Selon différents travaux, il serait possible de diminuer de 15 % à 20 % la mortalité par cancer colo-rectal en faisant un test de recherche de saignements occultes dans les selles (Hémocult®) tous les deux ans aux personnes 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. Les personnes à risque élevé (antécédents personnels ou familiaux de cancer colo-rectal ou de polypes, antécédents de maladie inflammatoire de l'intestin) doivent bénéficier d'un suivi spécifique. Le plan national cancer lancé en 2003 réaffirme la nécessité de poursuivre l'expérimentation du dépistage organisé du cancer du côlon-rectum.

## SITUATION EN PICARDIE : FAITS MARQUANTS

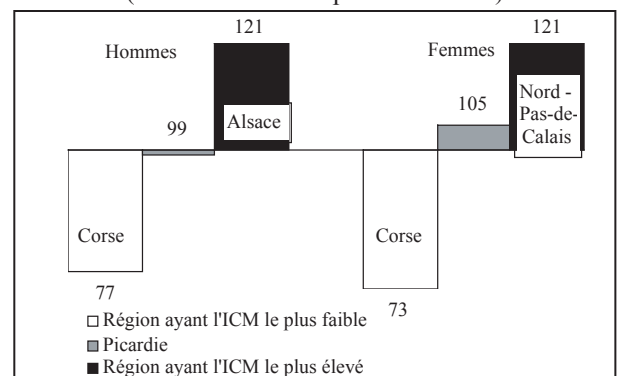
- Près de 1 100 nouveaux cas de cancer du côlon-rectum en 2000, dont près de 30 % sont survenus avant 65 ans.
- Une mortalité par cancer colo-rectal proche de la moyenne nationale pour les hommes comme pour les femmes.
- Progression de l'incidence, mais diminution de la mortalité.
- Près de 750 bénéficiaires d'une ALD pour cancer du côlon-rectum en 2002.

### ● Une mortalité par cancer colo-rectal proche de la moyenne nationale

L'indice comparatif n'indique pas de surmortalité significative en Picardie par rapport à la moyenne nationale, chez les hommes, comme chez les femmes pour le cancer du côlon-rectum.

Les ICM varient fortement selon les régions ; ils s'échelonnent de 77 en Corse à 121 en Alsace pour les hommes et de 73 en Corse à 121 dans le Nord - Pas-de-Calais pour les femmes. Il faut noter que sur la période 1995-1997, la surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale était significative.

Indice comparatif de mortalité (ICM) par cancer du côlon-rectum (1998-2000)  
(ICM France métropolitaine = 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 chi<sup>2</sup> au seuil 5 % est calculé pour déterminer si la différence avec la moyenne nationale est significative. Les ICM hommes et femmes ne peuvent pas être comparés les uns aux autres.

# LES CANCERS DU CÔLON-RECTUM

## Incidence estimée (2000) et mortalité (1998-2000) par cancer du côlon-rectum en Picardie

	25-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Ensemble
<b>Incidence</b>						
<b>Hommes</b>						
Nombre	14	162	207	160	48	591
Taux*	5,2	75,8	311,6	484,3	552,5	64,5
<b>Femmes</b>						
Nombre	16	118	139	149	85	507
Taux*	5,9	55,9	168,1	289,8	368,3	53,5
<b>Mortalité</b>						
<b>Hommes</b>						
Nombre	5	56	70	68	38	238
Taux*	1,8	26,7	105,4	215,5	450,2	26,0
<b>Femmes</b>						
Nombre	2	37	48	68	69	223
Taux*	0,7	17,7	57,5	135,6	302,8	23,5

Sources : Francim, Inserm CépiDC, INSEE

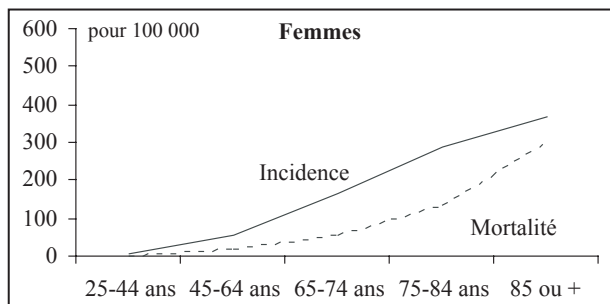
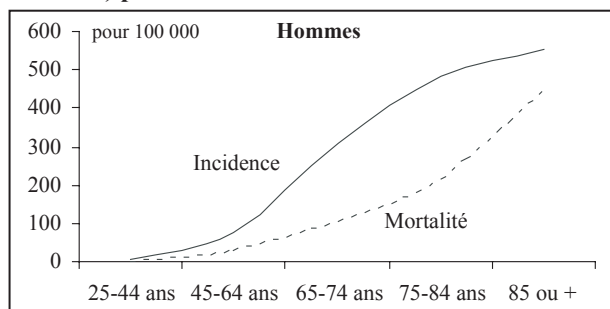
\*taux brut pour 100 000

## ● Près de 1 100 nouveaux cas de cancer du côlon-rectum en 2000

En 2000, le nombre de nouveaux cas de cancer du côlon-rectum est estimé à 591 en Picardie chez les hommes et à 507 chez les femmes. Chez les hommes, 30 % des nouveaux cas se sont déclarés avant 65 ans, contre 26 % chez les femmes.

Sur la période 1998-2000, 461 décès par cancer colorectal ont été enregistrés en moyenne chaque année, dont 52 % chez des hommes. Parmi ces décès, 26 % sont survenus avant l'âge de 65 ans chez les hommes contre 17 % chez les femmes.

## Taux d'incidence (2000) et taux de mortalité (1998-2000) par cancer du côlon-rectum en Picardie



Sources : Francim, INSEE, Inserm, CépiDC, INSEE

## ● Une mortalité et une incidence croissantes avec l'âge

Pour l'incidence comme pour la mortalité, les taux progressent avec l'âge, chez les hommes comme chez les femmes. Les valeurs maximales s'observent donc pour le dernier groupe d'âge : 85 ans ou plus.

Entre 25-44 ans et 45-64 ans, l'incidence croît plus rapidement chez les hommes que chez les femmes.

**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.

# LES CANCERS DU CÔLON-RECTUM

## ● L'incidence du cancer colo-rectal en progression depuis 1980

Les taux standardisés d'incidence ont progressé de +21 % chez les hommes comme chez les femmes. En France, l'augmentation des taux standardisés d'incidence est un peu plus faible : +18 % pour les hommes et +16 % pour les femmes.

## Incidence estimée du cancer du côlon-rectum entre 1980 et 2000 en Picardie

	1980	1985	1990	1995	2000
<b>Nombre de nouveaux cas</b>					
Hommes	390	425	469	530	591
Femmes	339	373	413	455	507
<b>Taux d'incidence*</b>					
Hommes	70,5	75,3	79,2	82,8	85,0
(valeur France)	67,7	71,8	75,4	79,3	80,1
Femmes	43,8	46,5	49,1	50,7	52,8
(valeur France)	42,3	44,8	46,8	48,7	49,2

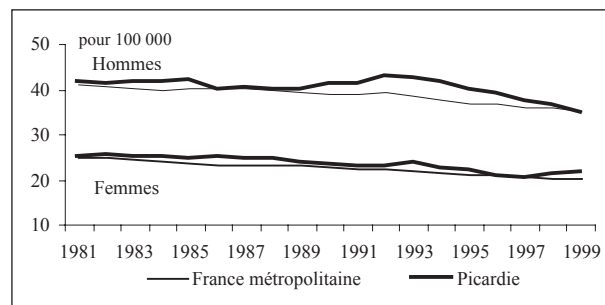
Sources : Francim, INSEE

\* taux pour 100 000 standardisés sur la population française de 2001

## ● Une baisse de la mortalité chez les hommes et chez les femmes

La mortalité par cancer colo-rectal diminue depuis 1981. Ainsi, la mortalité masculine a baissé de 14 % en Picardie (16 % en France) entre 1981 et 1999. Jusque 1992, le taux comparatif est relativement stable (autour de 41 pour 100 000). Après, la baisse du taux est nette, ce dernier passe en dessous de 40 pour 100 000 en 1996. Sur la période 1992-1995, la surmortalité picarde par rapport à la moyenne nationale est significative chez les hommes. Pour les femmes, la diminution se chiffre à -14 % en Picardie (-19 % en France) sur la même période. L'évolution est plus régulière chez les femmes, les taux sont très proches de la moyenne nationale.

## Taux comparatifs de mortalité par cancer du côlon-rectum 1981 et 1999\*



Sources : INSERM CépiDc, INSEE

\*données lissées sur trois ans

## ● 36 % des bénéficiaires d'une ALD pour cancer du côlon-rectum ont moins de 65 ans

En 2002, 757 cas de cancer colo-rectal ont été reconnus au titre d'une affection de longue durée par les trois principaux régimes d'Assurance maladie. Parmi les bénéficiaires, 36 % étaient âgés de moins de 65 ans. Cette proportion est plus élevée chez les hommes (41 %) que chez les femmes (30 %).

## Admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum en Picardie en 2002

	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	Effectif	%
Moins de 45 ans	14	3,4	8	2,3
45-64 ans	152	37,2	95	27,3
65 ans ou plus	243	59,4	245	70,4
<b>Ensemble</b>	<b>409</b>	<b>100,0</b>	<b>348</b>	<b>100,0</b>

Sources : CNAMTS, CCMSA, CANAM

**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.

**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 CANCERS DU CÔLON-RECTUM

## Les séjours en établissements de santé pour cancer du côlon-rectum

Au cours de l'année 2002, les Picards ont effectué près de 505 400 séjours en services de soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique) dans les établissements de santé publics et privés. Plus de 2 140 séjours avaient pour diagnostic principal un cancer du côlon-rectum.

### ● Près de deux séjours sur trois ont été effectués par une personne âgée de 65 ans ou plus

Parmi l'ensemble des séjours pour cancer, 9,5 % avaient pour motif principal un cancer du côlon-rectum. Le poids du cancer colo-rectal dans l'ensemble des séjours pour cancer est croissant avec l'âge : cette proportion croît avec l'âge, atteignant 14,0 % des séjours pour le groupe d'âge 85 ans ou plus. Un peu moins de la moitié (46 %) des séjours pour cancer colo-rectal concernait un service de chirurgie. Les séjours pour cancer du côlon-rectum ont duré en moyenne 16,7 jours dans les services de chirurgie contre 5,8 dans les services non chirurgicaux. Le groupe d'âge des 85 ans ou plus enregistre les durées de séjours les plus élevées (respectivement de 22,6 jours et de 11,4 jours).

Parmi les séjours pour cancer du côlon-rectum, 35 % concernaient des personnes âgées de moins de 65 ans. Le taux brut de séjour est croissant avec l'âge, jusqu'au groupe d'âge 75-84 ans, atteignant près de 637 séjours pour 100 000 personnes. Enfin, le taux de fuite pour cette pathologie s'élève à 16 % des séjours, l'Île-de-France rassemblant près de la moitié de ces séjours hors Picardie. Sur la période 1998-2002, le nombre de séjours pour cancer colo-rectal est compris entre 2 100 et 2 150 séjours, excepté en 1999 où il approche les 2 300. Les projections chiffrent à un peu plus de 2 500 le nombre de séjours pour cette pathologie en 2010, soit une progression de +18 % entre 2001 et 2010.

Répartition des séjours par âge pour cancer du côlon-rectum, Picardie, 2002

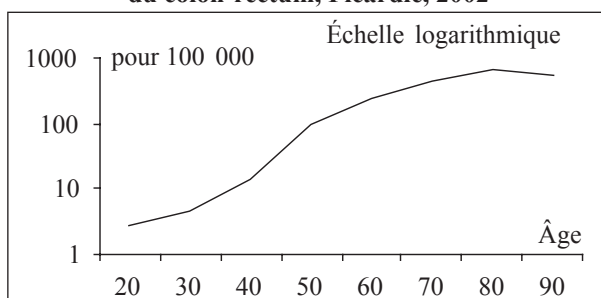
	Nb	%
Moins de 25 ans	7	0,3%
25-44 ans	52	2,4%
45-64 ans	689	32,2%
65-84 ans	1 240	57,9%
85 ans ou plus	154	7,2%
<b>Ensemble</b>	<b>2 142</b>	<b>100,0%</b>

Sources : DHOS, INSEE

### ● Un recours aux établissements de santé plus fréquent que sur l'ensemble du territoire pour les femmes

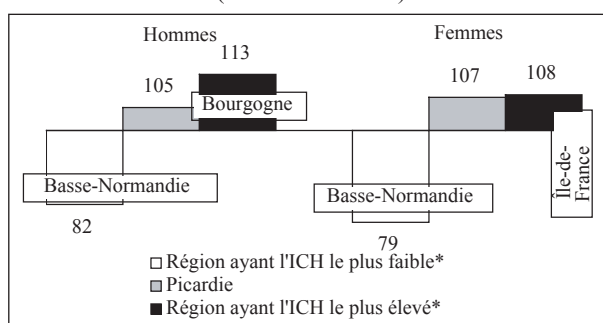
Le recours aux établissements de santé est proche de la moyenne nationale chez les hommes, alors qu'il est significativement plus élevé chez les femmes. On enregistre 7 % de séjours en plus que sur l'ensemble du territoire pour les femmes. De 1998 à 2000, les hommes présentaient un recours aux établissements de santé significativement supérieur en Picardie par rapport à l'ensemble du territoire, ce qui n'est plus le cas depuis. Les différences observées dans le cadre de ces données sur les séjours hospitaliers sont complexes à interpréter puisqu'elles peuvent résulter de plusieurs paramètres : différence de morbidité dans la population, différences de pratiques de soins ou de modalités de prise en charge (traitement en ville ou à l'hôpital, séjours uniques ou itératifs...) ou encore différences d'habitudes de codage dans le cadre du PMSI.

Taux brut de séjour par âge pour cancer du côlon-rectum, Picardie, 2002



Sources : DHOS, INSEE

Indice comparatif d'hospitalisation pour cancer du côlon-rectum en 2002 (France base 100)



Source : DHOS

\* Hors Corse

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.