



BEH

Évolution de l'incidence des cancers déclarés à l'assurance maladie en Île-de-France entre 1980 et 1994 : p. 11

N° 3/2000

18 janvier 2000

*L'équipe du Bulletin épidémiologique hebdomadaire
adresse à ses lecteurs ses meilleurs vœux pour l'année 2000.*

ÉTUDE

ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE DES CANCERS DÉCLARÉS À L'ASSURANCE MALADIE EN ÎLE-DE-FRANCE ENTRE 1980 ET 1994

P. Pfister¹, B. Asselain², B. Blanchon³, D. Gartenlaub¹, P. Hecquard⁴, E. Martin², M. Parmentier³,
A. Rezvani², M. Souques², B. Trutt¹, K. Zimmer²

INTRODUCTION

En 1980 et 1994, deux études portant sur les patients admis en maladie de longue durée pour cancer par l'Assurance Maladie en Île-de-France ont été effectuées. La comparaison des résultats de ces deux enquêtes distantes de 14 ans apporte un éclairage intéressant sur l'épidémiologie des cancers dans cette région.

L'Île-de-France est une région constituée par huit départements, sa population atteignait dix millions d'habitants en 1980 et onze millions en 1994.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Étude de 1980 : en 1980, le Service du contrôle médical du régime général de l'Assurance Maladie de l'Île-de-France a procédé à l'étude des patients habitant la région parisienne (sauf la Seine-et-Marne) et admis en maladie de longue durée pour une affection maligne.

Pour chaque patient inclus dans l'étude, un questionnaire était rempli par le médecin-conseil indiquant le diagnostic du médecin traitant ou du service hospitalier, ainsi que l'âge et le sexe du malade. Le diagnostic était codé selon la 9^e révision de la classification internationale des maladies (CIM 9) de l'OMS.

Étude de 1994 : en 1994, les trois régimes d'Assurance Maladie (Régime Général, Mutualité Sociale Agricole, Assurance Maladie des Professions Indépendantes) ont réalisé, avec l'association PETRI (Prévention et Épidémiologie des Tumeurs en Région Île-de-France), une étude descriptive dont l'objectif principal était de connaître l'incidence des cancers mis en affection de longue durée en Île-de-France durant l'année 1994 et d'en décrire la distribution par sexe, âge, siège, anatomopathologie, stade. Cette étude a été baptisée « COHORTE 1994 » (résultats parus au troisième trimestre 1999). Pour chaque tumeur ou

affection maligne, une fiche de recueil était remplie par le médecin-conseil, indiquant en particulier la localisation anatomique en clair et codée selon la CIM 10 de l'OMS, en vigueur depuis 1993.

Comparaison des deux études : afin d'effectuer une comparaison entre ces deux années, nous avons extrait de l'étude de 1994 les malades relevant du régime général et ne demeurant pas en Seine-et-Marne.

Les conditions de prise en charge à 100 % des cancers ont peu changé entre 1980 et 1994. En 1987, sont parues les recommandations du Haut comité médical de la sécurité sociale sur l'exonération du ticket modérateur, concernant la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (30 affections).

D'après ces recommandations, l'exonération du ticket modérateur pour les tumeurs malignes et les affections malignes du tissu lymphatique ou hématopoïétique est fondée sur la malignité, qu'elle soit indiscutable ou résultante d'un faisceau d'arguments convergents. La seule restriction porte sur l'épithélioma cutané basocellulaire qui, sauf exception, « ne doit pas être exonéré du ticket modérateur car il ne s'agit pas d'une affection longue et coûteuse ».

Nous avons établi les correspondances entre les codes OMS de la CIM 9 et de la CIM 10 indiquées au *tableau 1*.

L'incidence brute calculée est une « incidence médico-sociale » correspondant aux affections malignes prises en charge à 100 % (sans ticket modérateur) dans le cadre d'une maladie individualisée.

Le calcul de cette « incidence médico-sociale » brute a été effectué sur la population totale résidant en Île-de-France (hors Seine-et-Marne) à partir des estimations de l'INSEE pour 1980 à partir du recensement de 1975 et pour 1994 à partir du recensement de 1990.

Le régime général couvrait au 31 décembre 1993, 90 % de la population francilienne. Ce taux se situe à 80 % en 1980 (source CNAMTS).

Une incidence standardisée sur la population européenne théorique par méthode directe a également été calculée.

Tableau 1. Code OMS utilisé pour les localisations

Localisation	CIM 9	CIM 10
VADS*	140 à 149 + 161	C00 à C14 + C32
Trachée bronches poumons	162	C33 + C34
Œsophage	150	C15
Estomac	151	C16
Côlon rectum anus	153 + 154	C18 à C21
Mélanome de la peau	172	C43
Sein	174 + 175	C50
Utérus	179 à 182	C53 à C55 + C58
Ovaire	183	C56
Testicule	186	C62
Prostate	185	C61
Vessie	188	C67
Rein et voies urinaires	189	C64 à C68
Thyroïde	193	C73

* VADS : Voies aéro-digestives supérieures.

RÉSULTATS

Les *tableaux 2 et 3* indiquent, pour chaque sexe et pour les principales localisations, l'effectif, « l'incidence médico-sociale » brute pour 100 000 en 1980 et 1994 ainsi que l'incidence standardisée sur la population européenne.

On observe une diminution importante de « l'incidence médico-sociale » standardisée entre 1980 et 1994 pour les localisations suivantes :

- chez l'homme : les voies aéro-digestives supérieures (- 21,7%) ;
- chez la femme : l'utérus (- 43,8%) ;
- dans les deux sexes :
 - l'œsophage (- 25,2 % chez l'homme, - 4,4 % chez la femme),
 - l'estomac (- 22,3 % chez l'homme, - 40,6 % chez la femme).

Pour les voies aéro-digestives supérieures (VADS) chez l'homme, la diminution constatée est due surtout aux cancers du larynx avec une baisse de - 46,3 % contre - 19,8 % pour les cancers du pharynx et - 0,7 % pour les tumeurs de la cavité buccale.

Pour l'utérus, en 1980, il n'était pas possible de distinguer la localisation au sein de l'organe pour 127 cas (9,3%). Pour cette

raison, l'évolution a été calculée sur les données totales. La baisse observée porte essentiellement sur les cancers du col.

Pour les autres localisations on constate une augmentation de « l'incidence médico-sociale » standardisée.

Chez l'homme, la plus forte progression concerne le cancer de la prostate (+ 125,2 %). Viennent ensuite le mélanome de la peau (+ 45 %), les cancers du rein et des voies urinaires (+ 40,9 %), le cancer de la thyroïde (+ 36,9 %), de la vessie (+ 33,3 %), du testicule (+ 31,5 %), les cancers du colon, du rectum et de l'an us (+ 12,4 %). Pour les cancers de la trachée, des bronches et des poumons l'augmentation est moindre (+ 1,6 %).

Pour les cancers colo-rectaux, l'augmentation de « l'incidence médico-sociale » standardisée chez l'homme est deux fois plus importante pour les cancers de la jonction recto-sigmoïdienne, du rectum et de l'an us regroupés que pour ceux du côlon.

Chez la femme, la plus forte progression concerne le cancer de la thyroïde (+ 101,5 %). Viennent ensuite les cancers des poumons (+ 49 %), le mélanome de la peau (+ 48,1 %), le cancer du sein (+ 31,2 %), des VADS (+ 29,2 %), du rein (+ 26,6 %) de la vessie (+ 18,5 %) de l'ovaire (+ 12,9 %).

On observe une augmentation moins importante pour les cancers du côlon, du rectum et de l'an us (+ 3,2 %).

DISCUSSION

« L'incidence médico-sociale » est plus faible que l'incidence réelle dans la mesure où tous les cancers ne sont pas individualisés par l'Assurance Maladie pour au moins deux motifs :

- le malade est déjà pris en charge à 100% pour une autre affection ou pour une raison médico-administrative (invalidité...) ; la proportion des patients déjà pris en charge à 100 % augmente avec l'âge ;
- aucune demande d'exonération du ticket modérateur n'est effectuée, soit parce que le malade bénéficie d'une couverture sociale complémentaire, soit parce que le cancer est diagnostiqué à un stade précoce sans traitement long et coûteux.

Il nous a paru utile de rapprocher ces résultats des estimations d'incidences calculées à partir des registres des cancers sur la période allant de 1975 à 1995. [1, 2]. Pour chacune des localisations étudiées, l'évolution de « l'incidence médico-sociale » standardisée observée dans cette étude entre 1980 et 1994 est comparable à celle décrite dans les travaux sur les estimations d'incidence [1].

Tableau 2. Comparaison entre 1980 et 1994 du nombre et de l'incidence des cancers pris en charge à 100 % en Île-de-France (sauf le département de la Seine-et-Marne) par le régime général pour les *hommes*

Localisation	1980			1994			Évolution (%)	
	effectif	incidence brute	incidence standardisée	effectif	incidence brute	incidence standardisée	effectif	incidence standardisée
VADS	1 825	41,1	50,8	1 595	33,9	39,8	- 12,6	- 21,7
- cavité buccale	550	12,4	15,1	490	10,4	12,1	- 10,9	- 19,8
- pharynx	668	15,1	18,6	745	15,8	18,5	+ 11,5	- 0,7
- larynx	607	13,7	17,1	360	7,7	9,2	- 40,7	- 46,3
Trachée bronches	1 778	40,1	51,1	2 017	42,9	52,0	+ 13,4	+ 1,6
Œsophage	416	9,4	11,7	345	7,3	8,7	- 17,1	- 25,2
Estomac	430	9,7	12,3	370	7,9	9,5	- 14,0	- 22,3
Côlon rectum anus	966	21,8	28,4	1 243	26,4	31,9	+ 28,7	+ 12,4
- côlon	551	12,4	16,3	694	14,8	17,7	+ 26,0	+ 8,9
- rectum, anus	415	9,4	12,1	549	11,7	14,2	+ 32,3	+ 17,0
Testicule	147	3,3	-	205	4,4	4,1	+ 39,5	+ 31,5
Prostate	767	17,3	22,9	1 940	41,2	51,6	+ 152,9	+ 125,2
Vessie	436	9,8	13,0	664	14,1	17,4	+ 52,3	+ 33,3
Rein et voies urinaires	218	4,9	6,2	344	7,3	8,7	+ 57,8	+ 40,9
Mélanome de la peau	93	2,1	-	143	3,0	3,4	+ 53,8	+ 45,0
Thyroïde	55	1,2	1,4	85	1,8	1,9	+ 54,5	+ 36,9

Tableau 3. Comparaison entre 1980 et 1994 du nombre et de l'incidence des cancers pris en charge à 100 % en Île-de-France (sauf le département de la Seine-et-Marne) par le régime général pour les *femmes*

Localisation	1980			1994			Évolution (%)	
	effectif	incidence brute	incidence standardisée	effectif	incidence brute	incidence standardisée	effectif	incidence standardisée
VADS	226	4,8	5,1	334	6,7	6,6	+ 47,8	+ 29,2
– cavité buccale	109	2,3	2,5	158	3,1	3,0	+ 45,0	+ 21,5
– pharynx	80	1,7	1,8	129	2,6	2,6	+ 61,3	+ 42,2
– larynx	37	0,8	0,8	47	0,9	1,0	+ 27,0	+ 21,0
Trachée bronches	303	6,4	6,4	482	9,6	9,5	+ 59,1	+ 49,0
Œsophage	73	1,5	1,5	69	1,4	1,4	– 5,5	– 4,4
Estomac	341	7,2	6,0	212	4,2	3,6	– 37,8	– 40,6
Côlon rectum anus	1 167	24,8	22,7	1 309	26,1	23,4	+ 12,2	+ 3,2
– côlon	686	14,6	12,9	765	15,2	13,4	+ 11,5	+ 3,4
– rectum, anus	481	10,2	9,7	544	10,8	10,0	+ 13,1	+ 2,9
Sein	3 380	71,7	75,0	4 684	93,3	98,4	+ 38,6	+ 31,2
Utérus	1 360	28,9	31,2	866	17,2	17,5	– 36,3	– 43,8
– col de l'utérus	777	16,5	18,1	418	8,3	8,5	–	–
– corps de l'utérus	456	9,7	10,2	444	8,8	8,9	–	–
– utérus sans précision	127	2,7	2,8	4	–	–	–	–
Ovaire	375	8,0	8,3	457	9,1	9,4	+ 21,9	+ 12,9
Vessie	137	2,9	2,5	176	3,5	3,0	+ 28,5	+ 18,5
Rein et voies urinaires	126	2,7	2,5	167	3,3	3,2	+ 32,5	+ 26,6
Mélanome de la peau	135	2,9		213	4,2	4,5	+ 57,8	+ 48,1
Thyroïde	147	3,1	3,3	317	6,3	6,6	+ 115,6	+ 101,5

Incidences en diminution : on observe en France une baisse régulière de l'incidence des cancers des VADS et de l'œsophage chez l'homme depuis 1975, passant de 95 pour 100 000 cette année là, à 69 pour 100 000 en 1995 (– 27 %) [1]. Cette diminution est à rapprocher de la baisse de la consommation d'alcool sur la même période (INSEE).

L'incidence du cancer invasif du col de l'utérus régresse régulièrement en France, grâce au dépistage et à la prévention des MST.

Dans les deux sexes, on constate en France une baisse de l'incidence des cancers de l'estomac attribuée à la conservation des aliments par la réfrigération [1, 3].

Incidences en augmentation : l'incidence du cancer du poumon, pour les deux sexes, croît régulièrement en France depuis 1975 [1].

Il en est de même pour les femmes en ce qui concerne les cancers des VADS en France [1].

En Île-de-France, il existe une surmortalité féminine par cancer des VADS et du poumon par rapport à la France entière [4].

L'incidence du cancer du sein augmente dans les pays développés mais il est difficile de faire la part du dépistage [3]. En France, la mortalité pour cette localisation chez la femme est relativement stable depuis 1980 [3, 5]. On constate en Île-de-France une surmortalité par rapport à la France entière [4].

L'incidence du cancer du testicule augmente alors que sa mortalité baisse depuis 20 ans [1, 3].

En ce qui concerne le cancer de la prostate, l'augmentation de l'incidence en France et dans les pays développés est difficile à interpréter, compte tenu des progrès dans la prise en charge de cette maladie [1, 3]. Il existerait une sous mortalité francilienne par rapport à la France entière [4].

Dans cette étude, on constate une légère augmentation de l'incidence standardisée du cancer de l'ovaire alors que l'estimation des incidences à partir des registres du cancer constate une baisse entre 1985 et 1995 [1].

L'incidence du cancer de la vessie augmente en Europe depuis 1973, surtout chez la femme, mais sa mortalité commencerait à

baisser [1, 3]. Le tabac est le facteur de risque principal de ce cancer (près d'un cas sur deux) [3, 5].

L'incidence du cancer du rein a augmenté en France entre 1975 et 1995 [1, 3].

Le mélanome de la peau est un cancer rare mais son incidence augmente dans les deux sexes depuis 20 ans [1, 3, 6].

L'augmentation de l'incidence des cancers de la thyroïde est difficile à interpréter compte tenu de l'amélioration des méthodes diagnostiques [1, 3].

CONCLUSION

Ces observations sur l'évolution en Île-de-France des cas déclarés de tumeurs malignes correspondent aux constatations de la littérature sur la France entière. Elle confirme l'augmentation d'incidence des cancers liés au tabac chez la femme pour lesquels il existe une surmortalité en Île-de-France. Le suivi des ALD présente, malgré ses limites, un intérêt dans la surveillance des cancers, en particulier dans les zones où il n'existe pas de registre.

RÉFÉRENCES

- [1] Ménégoz F., Chérié-Challine L. – Le cancer en France : incidence et mortalité, situation en 1995, évolution entre 1975 et 1995 - réseau FRANCIM – La Documentation Française.
- [2] de Vathaire F. *et al.* – Estimation de l'incidence des cancers en France, 1983-1987 – Édition INSERM 1996.
- [3] Hill C. *et al.* – Épidémiologie des cancers, 1997 – Médecine Sciences - Flammarion.
- [4] Pépin P. – La mortalité par cancer en Île-de-France, 1993-1994 – Observatoire régional de santé d'Île-de-France, juin 1997.
- [5] Rezvani A. *et al.* – Atlas de la mortalité par cancer en France, période 1986-1993 – Édition INSERM, 1997.
- [6] Baccard M., Havard S., Souques M. and the PETRI Melanoma Group Prospective study of the incidence of melanoma in the Paris region in 1994 – Melanoma Research 1997 ; 7 : 335-338.

Du fait de mouvements de protestation des médecins inspecteurs de santé publique et d'autres catégories de personnel du Ministère chargé de la santé, les relevés hebdomadaires de déclarations obligatoires de maladies ne sont pas transmises par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales.

Dans ces conditions, la publication des données relatives à la situation épidémiologique hebdomadaire des maladies transmissibles est momentanément suspendue.

Directeur de la publication : P^r J. DRUCKER – **Rédactrice en chef :** D^r Corinne LE GOASTER – **Présidente du comité de lecture :** P^r Elisabeth BOUVET – **Rédaction :** D^{rs} Rosemary ANCELLE-PARK, Ellen IMBERNON, Martine LE QUELLEC-NATHAN, Daniel LEVY-BRUHL, Florence LOT, Véronique VAILLANT.

Secrétariat de rédaction : Sonia ORTIZ – Institut de Veille Sanitaire 12, rue de Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex Tél. : 01 41 79 67 18 – Fax. : 01 41 79 68 40 – e-mail : s.ortiz@invs.sante.fr – N° CPP : 2015 AD – N° INPI : 1 732 278 – ISSN 0245-7466

Diffusion : LA DOCUMENTATION FRANÇAISE – Service abonnements
124, rue Henri-Barbusse, 93308 AUBERVILLIERS CEDEX (France)
Tél. : 01 40 15 70 00 – Télécopie : 01 40 15 68 00

Tarif 1999 – France : 46,00 € – 301,74 FF TTC, Europe : 51,50 € – 337,82 FF TTC
DOM/TOM et Pays R.P. (Régime Particulier : Pays de la Zone francophone de l'Afrique [hors Maghreb] et de l'Océan Indien), avion économique : 50,00 € – 327,98 FF HT
Autres pays, avion économique : 53,00 € – 347,66 FF HT ; suppl. par avion rapide : 3,80 € – 24,93 FF HT.