

CONTEXTE NATIONAL [1]

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, des 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 représentent 97 % des décès par tumeurs [1].

En France, les cancers occupent une place de plus en plus importante en termes de morbidité. Le réseau français des registres du cancer (Francim) estime le nombre de nouveaux cas à environ 280 000 pour l'année 2000 en France métropolitaine, dont 58% chez l'homme (161 000 cas) [2]. Ce nombre a augmenté de 32 % par rapport à 1990 [2, 3]. Cette augmentation est liée à l'accroissement, au vieillissement de la population, à l'amélioration du dépistage et du diagnostic et à l'augmentation, à âge égal, de l'incidence de certains cancers. 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 sont dans l'ordre, chez l'homme, la prostate, le poumon et le côlon-rectum ; chez la femme ce sont le sein, le côlon-rectum. Ces localisations représentent, pour chaque sexe, la moitié des nouveaux cas de cancers.

En termes de mortalité, les tumeurs constituent la première cause de décès chez les hommes et la deuxième cause chez les femmes, après les affections cardio-vasculaires. En 2003, elles sont responsables de 153 000 décès en France métropolitaine, dont 59% survenant chez les hommes (91 000 décès) [3]. La plupart de ces décès (72%) surviennent chez les personnes âgées de plus de 65 ans. Les localisations cancéreuses à l'origine du plus grand nombre de décès sont, comme pour l'incidence, les cancers du poumon et de la prostate pour les hommes et les cancers du sein et du côlon-rectum chez les femmes. Contrairement au taux d'incidence, le taux de 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 [5]. Cette évolution est due à la fois aux progrès thérapeutiques et au changement de la nature des cancers diagnostiqués. 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 chez l'homme.

Au sein de l'Union Européenne, la France connaît une mortalité masculine par cancer élevée notamment par rapport aux autres pays de l'ouest de l'Europe (15^{ème} rang des 24 pays pour lesquels l'information est disponible en 2001-2003, classés par mortalité croissante). Chez les femmes, la situation apparaît moins défavorable (6^{ème} rang) [3, 6].

Les personnes atteintes d'un cancer sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD) 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 2004, 285 000 admissions en ALD ont été prononcées selon les 3 principaux régimes d'assurance maladie [7]. Pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour affections est estimé à 1 264 000 en 2004 [8].

Les traitements des cancers reposent 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 738 800 séjours hospitaliers dans les établissements de soins de courte durée en 2004 (hors séjours itératifs pour séances de

chimiothérapie ou radiothérapie dont les modalités actuelles de recueil ne permettent pas le dénombrement) [9].

La survie des personnes atteintes d'un cancer a très nettement augmenté au cours des dernières décennies. La France connaît actuellement avec l'Autriche, le taux de survie à 5 ans le plus élevé d'Europe [3, 10, 11]

Les facteurs de risque des cancers sont très divers et peuvent se cumuler. La responsabilité du tabac, de l'alcool et de la nutrition est bien établie : on leur attribue respectivement 22%, 12% et 35% des décès par cancer. La proportion de cancers attribuables aux expositions professionnelles est de 4%, mais serait sous-estimée [12]. L'étude SUVIMAX a confirmé le rôle important de l'alimentation. Ainsi sur une cohorte de 13 000 personnes suivies pendant 7 ans, le risque de cancer a diminué de 31% chez les hommes ayant reçu une supplémentation en antioxydants par rapport au groupe témoin [13].

Le Plan cancer lancé en 2003 constitue un programme stratégique sur 5 ans, avec pour objectif de diminuer la mortalité de 20% à l'horizon 2007 [14, 15]. Il comporte 70 mesures réparties en 6 chapitres : prévention, dépistage, accès à des soins de qualité, accompagnement social, formation et recherche.

SITUATION A LA REUNION

Deux sources d'informations permettent d'approcher l'incidence des cancers à La Réunion : le Registre des cancers (géré par le Département) et les admissions en Affections de Longue Durée pour cancers.

- Selon les données du Registre des cancers de La Réunion, 1 600 nouveaux cas de cancers ont été diagnostiqués dans notre région en 2000.
- En moyenne, chaque année, sur la période 2002-2004, 1 400 Réunionnais ont été admis en ALD pour cancer, par l'un des régimes d'assurance maladie.
- Le taux d'incidence des cancers est de 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Et 54% des nouveaux cas de cancers sont diagnostiqués avant 65 ans.
- La région connaît une augmentation très importante du nombre annuel de nouveaux cas de cancers (+82% entre 1990 et 2003), nettement plus forte que celle observée en métropole entre 1990 et 2000 (+32%).
- Le cancer a été à l'origine de près de 7 800 recours aux soins hospitaliers, ce qui représente 5% de l'ensemble des recours. 54% des séjours concernaient des femmes et 75% des personnes de moins de 65 ans.
- Les cancers ont été responsables de près de 870 décès en moyenne chaque année sur la période 2001-2003, dont 540 décès masculins et 230 décès féminins.
- Le cancer constitue la 2^{ème} cause de mortalité après les maladies cardio-vasculaires, quel que soit le sexe (près d'1/4 des décès masculins et 1 décès féminin sur 5).
- Le taux de mortalité par cancers est de 2 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Près de 50% des décès masculins et 40% des décès féminins surviennent avant 65 ans.
- Contrairement à la situation métropolitaine, la mortalité régionale 2001-2003 est en augmentation depuis 2 décennies (+18% chez les hommes et +4% chez les femmes par rapport à la période 1981-1983 à La Réunion).
- La Réunion est caractérisée par une sous-mortalité par cancers : mortalité inférieure à la moyenne métropolitaine de 9% chez les hommes et de 14% chez les femmes.
- Le réseau ONCORUN favorise la prise en charge pluridisciplinaire des patients dans notre région.

ENSEMBLE DES CANCERS A LA REUNION

Incidence estimée des cancers, toutes localisations

La Réunion (1990-2003)

	Nombre de nouveaux cas		Taux d'incidence standardisé*	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
1990	491	412	392,0	226,9
1995	653	449	381,9	204,3
2000	843	618	425,7	257,9
2003	958	685	447,9	278,4

Source : Registre des cancers (Département) Exploitation ORS
 * standardisation sur la population européenne – unité : pour 100 000

Nombre d'admissions en Affections de Longue Durée (ALD) pour cancers selon l'âge et le sexe

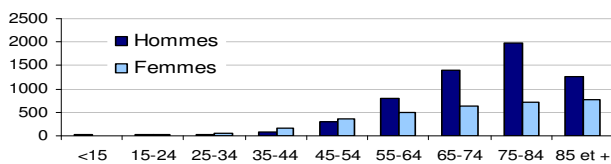
La Réunion (moyenne 2002-2004)

Age	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
<25 ans	30	4,0	23	3,6
25-44 ans	61	8,1	141	21,7
45-64 ans	320	42,5	277	42,6
65-84 ans	325	43,2	184	28,2
85 ans et +	17	2,2	26	3,9
Total	753	100,0	652	100,0
65 ans et +	342	45,4	210	32,2

Source : CNAMTS, RSI, FNORS Exploitation ORS

Taux d'admissions en affections de longue durée (ALD) pour cancers selon l'âge et le sexe (taux pour 100 000 personnes)

La Réunion (moyenne 2002-2004)



Source : CNAMTS, RSI, FNORS, INSEE Exploitation ORS

Séjours dans les établissements de soins de courte durée MCO¹ pour cancer du sein, en 2004

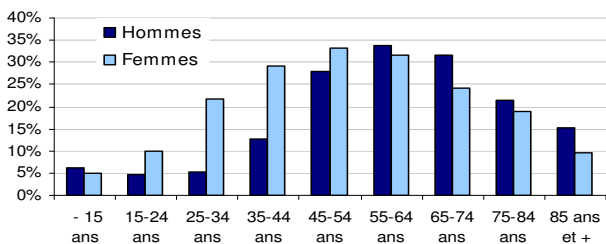
La Réunion (moyenne 2002-2004)

Age	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
<25 ans	360	8,5	356	10,0	716	9,2
25-34 ans	441	10,5	180	5,1	621	8,0
35-44 ans	953	22,6	382	10,8	1335	17,2
45-54 ans	946	22,4	645	18,2	1591	20,5
55-64 ans	634	15,0	901	25,4	1535	19,8
65-74 ans	510	12,1	696	19,6	1206	15,5
75 ans et +	370	8,8	389	11,0	759	9,8
Total	4214	100,0	3549	100,0	7763	100,0
65 ans et +	3334	79,1	2464	69,4	5798	74,7

Source : Données PMSI, site du Ministère de la santé Exploitation ORS

Part des décès par cancer parmi l'ensemble des décès

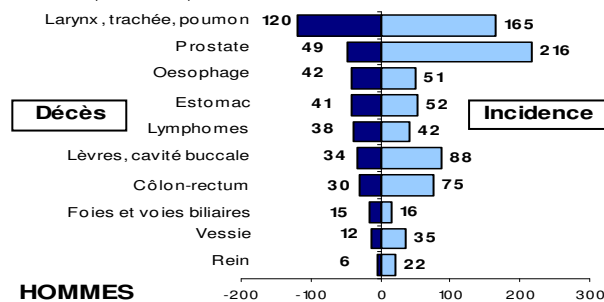
La Réunion (moyenne 2001-2003)



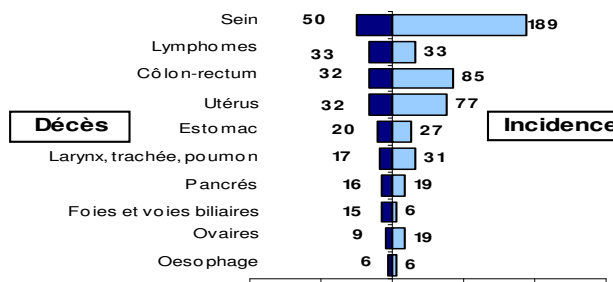
Source : INSERM CépiDc Exploitation ORS

Nombre annuel moyen de décès par cancer en 2001-2003, et incidence en 2003 selon la localisation, selon le sexe

La Réunion (1988-2003)



HOMMES

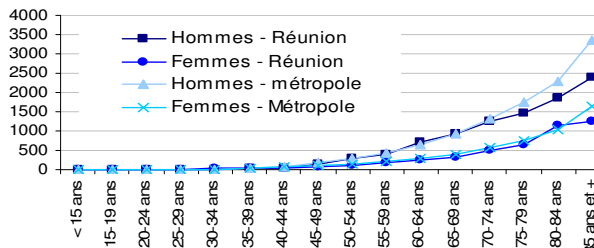


FEMMES

Source : Inserm CépiDc, Registre des cancers (Département) Exploitation ORS

Taux bruts de mortalité par cancer, toutes causes confondues (Taux pour 100 000 femmes)

La Réunion et métropole (moyenne 2001-2003)



Source : INSERM-CEPIDC, FNORS * Données lissées sur 3 ans, l'année figurant sur le graphe est l'année centrale de la période triennale.

Evolution du taux comparatif de mortalité par cancer (toutes causes confondues)

La Réunion et métropole

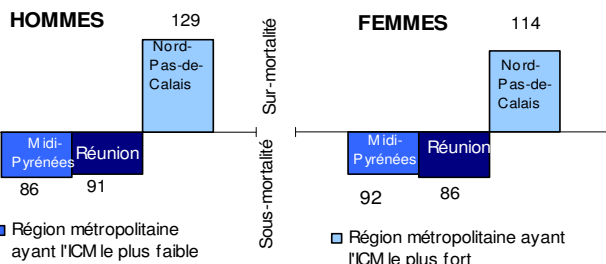
	1981-1983	1988-1992	1993-1995	2001-2003	Evolution par rapport à 1981-1983
Réunion					
Hommes	242	298	347	296	18%
Femmes	128	125	139	134	4%
Métropole					
Hommes	384	389	371	336	-14%
Femmes	173	167	161	157	-10%

Source : INSERM-CEPIDC, INSEE, FNORS

Exploitation ORS

Indices Comparatifs de mortalité par cancer

Moyenne 2001-2003



Source : INSERM CépiDc, INSEE, FNORS

Exploitation ORS

¹ Médecine – Chirurgie – Obstétrique

ENSEMBLE DES CANCERS A LA REUNION

DEFINITIONS

Incidence : nombre de nouveaux cas apparus sur une période donnée.

Décès par cancer : codes CIM9 140-208 pour les années antérieures à 2000, et codes CIM10 C00-C97 (sauf C88.0, C94.4, C94.5) pour les années plus récentes.

Indice comparatif de mortalité (ICM) appelé aussi standardized mortality ratio (SMR) : cet indice permet de comparer, globalement ou pour une cause médicale de décès donnée, la mortalité dans la région ou dans un département, avec la moyenne nationale.

Il s'agit du rapport en base 100 entre le nombre de décès observés dans la région au nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge étaient identiques aux taux nationaux (ICM France Métropolitaine = 100). Un ICM de 61 signifie une mortalité inférieure de 39% à la moyenne métropolitaine. A l'inverse, un ICM de 164 signifie une mortalité supérieure de 64% à la moyenne métropolitaine.

Taux comparatif ou standardisé (sur l'âge) : taux permettant de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structure par âge.

Taux comparatif de mortalité (TCM) : Le taux comparatif (ou taux standardisé direct) est le taux que l'on observerait dans la région ou le département si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de France métropolitaine au recensement de 1990 généralement)

Taux d'incidence standardisé (taux par personne et par an) : C'est l'incidence que l'on observerait dans la population d'étude si elle avait la même structure par âge que la population standard (ici la standardisation est effectuée sur la population européenne).

ALD : Affection de Longue Durée (encadré 2).

CONTEXTE NATIONAL

Pour la rédaction de ce tableau de bord, nous nous sommes inspirés du travail de l'ORS Pays de la Loire qui a permis d'actualiser le contexte national. La source est citée dans l'encart « Références bibliographiques et sources ».

AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

Les affections de longue durée (ALD) sont des maladies graves, nécessitant un traitement prolongé et des soins particulièrement coûteux. Ces affections, dont la liste est définie par un décret, sont actuellement au nombre de 30. Les personnes qui en sont atteintes peuvent bénéficier, à leur demande ou à celle de leur médecin, d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à cette affection.

Le caractère médico-administratif des motifs d'admission en ALD limite leur utilisation directe dans un objectif épidémiologique. Mais l'intérêt de ces données est de mieux en mieux perçu aujourd'hui, notamment pour certaines pathologies et/ou certains groupes d'âge, en complémentarité d'autres sources de données ou dans une perspective de suivi temporel.

La liste des 30 maladies ouvrant droit à l'exonération du ticket modérateur (ALD 30) est présentée dans article D. 322-1 du code de la sécurité sociale, modifié par le décret n° 2004-1049 du 4 octobre 2004, publié au Journal officiel du 5 octobre.

Pour en savoir plus :

Consulter le tableau de bord sur les Affections de longue durée (édition 2004) sur le site de l'ORS : www.orsrun.net

REGISTRE DES CANCERS DE LA REUNION

Le registre des cancers de La Réunion fonctionne de façon continue depuis 1988. Il est géré, depuis sa création, par le Département de La Réunion au sein de la Direction de la Santé Publique. Il consiste en l'enregistrement de tous les cas incidents de cancers pour les patients domiciliés dans le Département.

Il permet la surveillance de l'évolution de la morbidité cancéreuse, l'évaluation des actions de prévention et des effets thérapeutiques.

En prenant en compte les spécificités de l'île, diversité ethnique, mode de vie, climat, environnement, les données du registre sont précieuses, et ce, d'autant que le plateau technique (moyens diagnostics et thérapeutiques) proposé aux Réunionnais est maintenant proche de celui de la Métropole.

Il est une source utile pour la recherche épidémiologique en étant le point de départ d'investigations étiologiques, grâce à la comparaison des incidences avec les autres registres.

PREVENTION DU CANCER

• Ligue Nationale Contre le Cancer

- 19 all Thuyas - 97400 SAINT DENIS - tel : 0262 30 06 00 - tel : 0262 20 12 11 - fax : 0262 20 93 88
- 13 Bis r Antoine Roussin - 97460 SAINT PAUL - tel-fax : 0262 26 61 03

• MAMMORUN

17 r Decaen - 97400 SAINT DENIS - fax : 0262 46 57 82 - tel : 0262 30 90 90 - tel : 0262 46 57 79

• ONCORUN

Imm Europa 2 allée Bonnier - 97400 SAINT DENIS - tel : 0262 46 57 79

Repères bibliographiques et sources

[1] **Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations**

FNORS, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de La Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76p. (coll. Les Etudes du Réseau des ORS)

[2] **Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000**

L. Remontet, A. Buemi, M. Velten et Al. InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217p.

[3] **La santé observée dans les Pays de La Loire, Tableau de bord régional sur la santé**

Observatoire Régional de la Santé des Pays de La Loire, 2^{ème} édition, juin 2007, 222p.

[4] **Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003**

Inserm CépiDc, exploitation FNORS – ORS.

[5] **Fréquence des cancers en France**

C. Hill, F. Doyon, Bulletin du cancer, vol.90, n°3, mars 2003, pp. 207-213.

[6] **Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes**

www.europa.eu.int/comm/eurostat

[7] **Base nationale des Affections de Longue Durée (ALD) 2002-2004**

CNAMTS – MSA – RSI, exploitation FNORS - ORS

[8] **Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance Maladie en 2004**

A. Weill, N. Vallier, B. Salanave et Al. Pratiques et Organisation des Soins, Cnamts, vol. 37, n°3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188.

[9] **Base nationale PMSI MCo 1998-2004, exploitation DREES**

[10] **Eurcocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary**

M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino et Al. Annals of Oncology, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp. 61-118.

[11] **Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim**

N. Bossard, M. Velten, L. Remontet et Al., Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVs, n°9-10, mars 2007, pp 66-69.

[12] **Epidémiologie des cancers**

C. Hill, F. Doyon, H. Sancho-Garnier, Ed. Flammarion, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217p.

[13] **The SU.VI.MAX, Study, A randomized, placebo-controlled trial of the health effects of antioxidant vitamins and minerals**

S. Hercberg, P. Galan, P. Preziosi et al., Archives of internal Mdecine, vol. 164, novembre 2004, pp. 2335-2342.

[14] **Cancer : plan de mobilisation nationale**

Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2003, 44p.

[15] **La dynamique du plan cancer : un an d'action et de résultats**

Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Plan cancer cancer, Rapport annuel, 2004, 39 p.

Pour en savoir plus

Les causes du cancer en France, version abrégée

Académie Nationale de médecine, Académie des sciences – Institut de France, Centre International de Recherche sur le Cancer (OMS – Lyon), Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, avec le concours de l'Institut National du cancer et de l'InVS, septembre 2007, 48p.

Cancer in the European Community and its member states

O-M Jensen, Eur J Cancer, vol 26 n°1, 11-12, 1-1990, p 1 1167-1256.

Le dépistage des cancers féminins en France, La santé en France 1994-1998

Haut comité de la santé publique, La Documentation française, Paris, 1998, p 243-252.

Estimations d'incidence des cancers 1980-2000

Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation FNORS – ORS.

Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire – Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour décembre 2006

ORS des Pays de La Loire, 2006, 84p.

L'analyse des séjours chirurgicaux au sein du PMSI : un nouvel indicateur pour l'observation des cancers

M-C. Mouquet, L. Cherie-Challine, C. Marescaux, Drees Document de travail, Série Etudes n° 27, novembre 2002.

Cancer incidence in five continents

International agency for research on cancer world health organization, International association of cancer registries., IARC Scientific Publication, vol II n°143, Lyon, 1997, 1240 p

Surveillance des cancers

INVS, BEH, n°41-43, 2003, pp. 189-208.

Variations géographiques des décès par cancers accessibles au dépistage dans les régions métropolitaines, France, 1998-2002

L. Charié-Challine, M.Boussac-Zarebska, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVS, n°9-10, mars 2007, pp.70-73.

La prise en charge du cancer

Dossier coordonné par C. Bara et S. Cotte, Actualité et dossier en Santé Publique, HCSP, n°51, juin 2005, pp.3-58.

Rapport de Commission d'orientation sur le cancer

L. Abenhaïm, Commission d'orientation sur le cancer. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, 2003, 336p.

Surveillance des cancers en France : état des lieux et perspectives 2007

INVS, BEH, n°9-10, mars 2003, pp. 65-84.

Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic

A.G. Le Corroller-Soriano, L. Malavolti, C. Mermilliod, Etudes et résultats, DREES, n°486, mai 2006, 12p.

Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic

L. Malavolti, C. Mermilliod, P. bataille, C. Compagnon, J.P. Moatti, Etudes et résultats, DREES, n°487, mai 2006, 8p.

Remerciements

Ce tableau de bord n'aurait pu être réalisé sans la participation de nos différents partenaires et producteurs de données. Nous tenons en particulier à remercier : la DRASS, la FNORS, l'INSEE, l'INSERM, l'ORS Pays de la Loire, le Registre des cancers (Département).

Contributions : Dr C. Deloffre (Département), Dr J-Y. Vaillant (Département)

