



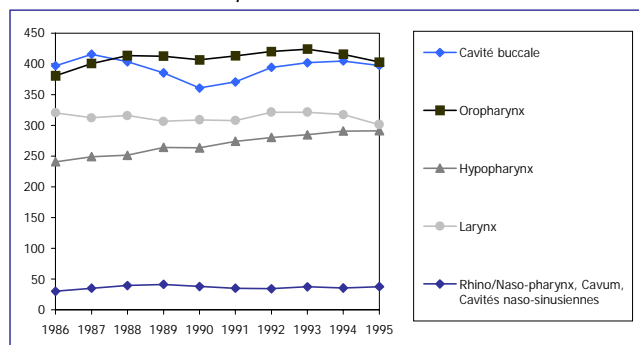
Cancers

LES INDICATEURS DE CONTEXTE	83
- L'incidence	83
Le registre des cancers des VADS du Nord et du Pas-de-Calais	83
Les données de l'Assurance maladie	83
- La mortalité	85
Méthodologie	85
Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon	87
Tumeurs malignes des VADS	87
Tumeurs malignes du sein chez les femmes	89
Tumeurs malignes de l'utérus	89
Tumeurs malignes de l'intestin	89
Tumeurs malignes de la prostate	91
En résumé	91
- Les facteurs de risque	91
- Prévention et dépistage	93
Résultats de l'enquête de l'ORS Nord – Pas-de-Calais	93
Données statistiques des activités de dépistage du cancer du sein dans le Nord	93
LES PROJETS RETENUS EN 2002	94
Le point sur...	
... L'évolution de la mortalité par cancer entre 1979 et 1999, dans le Nord – Pas-de-Calais	97

Cartes [23](#), [24](#), [35](#), [37](#), [38](#), [39](#)

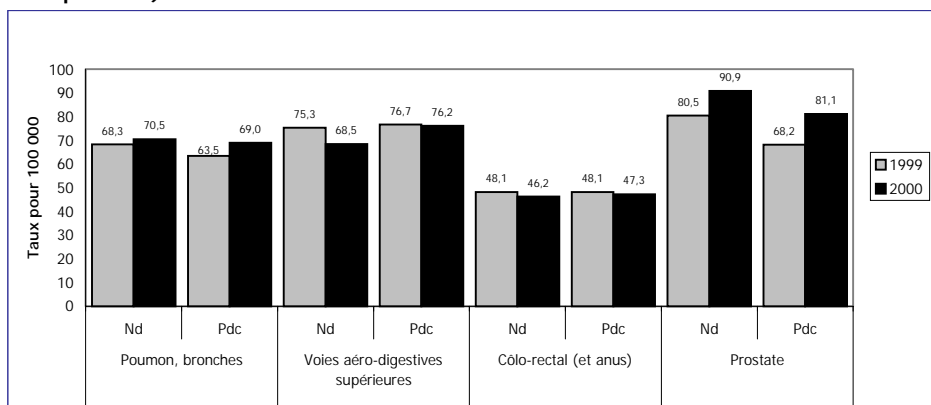
Cancers Challenge

4-1 Évolution du nombre moyen annuel* de nouveaux cas de cancers des Voies AéroDigestives Supérieures (VADS) selon leur localisation, dans le Nord – Pas-de-Calais



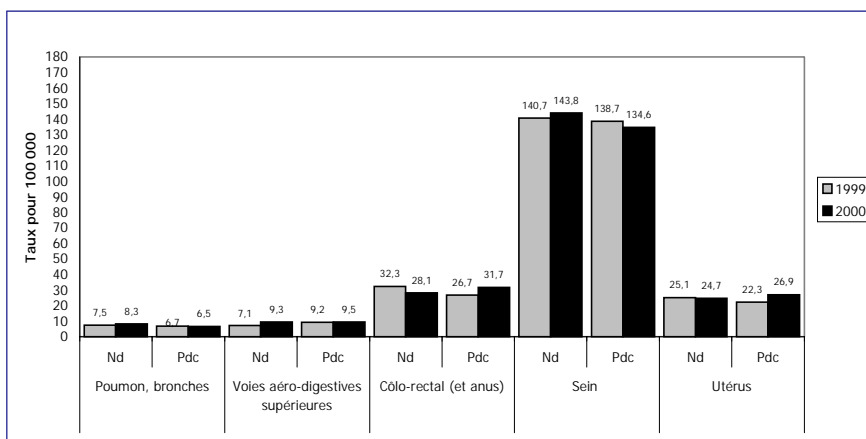
*Afin d'atténuer les fluctuations annuelles du nombre de nouveaux cas, nous avons choisi de calculer une moyenne mobile centrée sur trois années.
Source : Registre des cancers des voies aérodigestives du Nord – Pas-de-Calais.

4-2 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancer chez les hommes, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1999 et 2000 (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



Nd : Nord ; Pdc : Pas-de-Calais.
Source : Registre des services médicaux du régime général d'Assurance maladie, de l'AMPI, de la MSA et des Mines.

4-3 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancer chez les femmes, dans le Nord – Pas-de-Calais en 1999 et 2000 (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



Source : Registre des services médicaux du régime général d'Assurance maladie, de l'AMPI, de la MSA et des Mines.

Cancers Challenge

Les cancers représentent un enjeu de Santé Publique majeur dans la région Nord - Pas-de-Calais ; une part très importante de la mortalité leur est attribuée. De plus, la région présente une mortalité plus forte (voire beaucoup plus forte) que la moyenne française, en particulier pour certaines localisations comme les cancers du poumon et des voies aérodigestives supérieures chez l'homme. C'est pourquoi, dès sa première réunion en 1996, la Conférence Régionale de Santé a retenu les cancers comme l'un des thèmes prioritaires d'action. Ceci s'est concrétisé dès l'année 1997 par la mise en place d'un Programme Régional de Santé concernant les cancers intitulé Challenge.

4 objectifs généraux avaient été fixés pour la première période de 3 ans (1999-2001) et ont été redéfinis en 2002 pour 5 années. Il s'agit de :

- Gagner des années de vie en réduisant les mortalités prématurées

par la prévention, le dépistage, les soins et l'accompagnement, en rapport d'abord avec les 5 cancers dominants : poumon, sein, colon-rectum, voies aérodigestives supérieures, voies uro-génitales ;

- Améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leur entourage

en mettant l'accent particulièrement sur les droits des malades, la prise en charge notamment à domicile, la réinsertion, le soulagement de la douleur, la diffusion des soins continus ;

- Favoriser un accès égal pour tous aux dispositifs

selon les territoires ou en raison de situations psychologiques, socio-économiques précarisées ou géographiques ;

- Faire évoluer les mentalités

face au cancer, par le développement d'une culture commune.

Sur le plan opérationnel, l'orientation des actions a également été redéfinie selon les 7 domaines suivants :

- Préventions et cancers, en lien avec d'autres Programmes Régionaux de Santé

les objectifs majeurs pour ce thème visent à agir dans la durée, partir de la population et soutenir les initiatives ;

- Repérage précoce des cancers - Dépistage

il s'agit de généraliser le dépistage du cancer du col de l'utérus, du sein et du colon-rectum ;

- Qualité des soins – Droit du malade

l'objectif étant ici d'améliorer la prise en charge et la participation des personnes souffrant de cancer aux différents stades de la maladie ;

- Réinsérer les malades atteints de cancers

en s'adaptant aux différents publics de malades, en contrats de travail ou demandeurs d'emploi ;

- Soins continus et accompagnement

il s'agit d'assurer la continuité des soins des personnes gravement malades, d'accompagner les familles pendant la maladie et après le décès ;

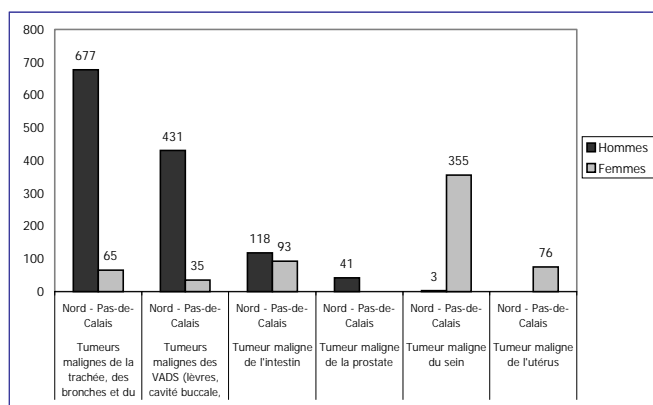
- Formations initiales en Cancérologie

les objectifs consistent à recentrer conjointement les formations initiales des principales professions ;

- Informations et recherches en sciences humaines et sociales.

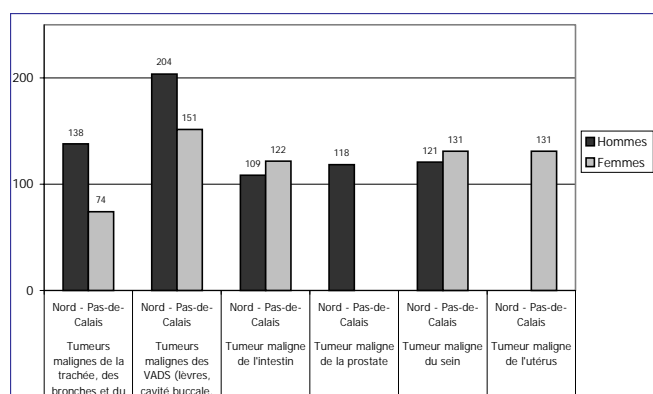
Cancers Challenge

4-4 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



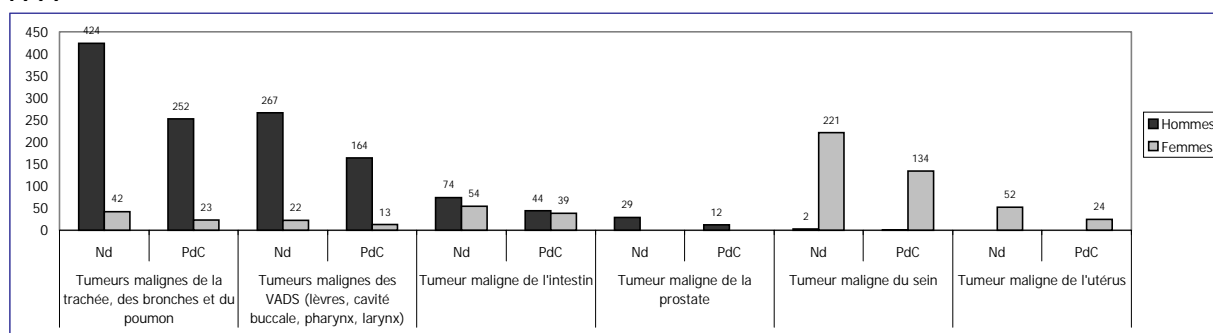
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4-5 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4-6 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, par département, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

L'incidence

L'incidence d'une maladie se définit comme le nombre annuel de nouveaux cas de cette maladie. D'après les données de 1985, établies sur les estimations régionales du réseau français du registre des cancers¹ (Francim) et les résultats 1995, obtenus à partir de projections des données Francim de 1992, le Nord – Pas-de-Calais comptait en 1985, 8 231 nouveaux cas de cancer chez les hommes et 5 974 chez les femmes. 10 ans après, ces chiffres sont passés à 10 322 nouveaux cas chez les hommes et à 7 562 nouveaux cas chez les femmes².

Il n'existe pas dans le Nord – Pas-de-Calais de registre général des cancers. Cependant, depuis 1985 un registre des cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS), a été mis en place au niveau régional.

Par ailleurs, dans le cadre du Programme Régional de Santé **Challenge**, pour tenter de suppléer au manque de données d'incidence régionale, une estimation de l'incidence des cancers a été réalisée à partir de l'exploitation des données issues de l'Assurance maladie portant sur les Affections de Longue Durée (ALD-30).

Le registre des cancers des voies aérodigestives supérieures du Nord et du Pas-de-Calais

En 1984, la région Nord – Pas-de-Calais s'est dotée d'un registre visant à recueillir chaque année auprès des spécialistes ORL et des laboratoires d'analyse du Nord et du Pas-de-Calais, les cas diagnostiqués comme cancers des voies aérodigestives supérieures. La gestion de ce registre est assurée par le Centre Oscar Lambret.

Entre 1985 et 1996, 16 982 nouveaux cas de cancers des voies aérodigestives ont été enregistrés³.

La Figure 4-1 a été réalisée à partir de l'analyse des données de ce registre et présente l'évolution du nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancers des voies aérodigestives supérieures pour les 6 localisations anatomiques suivantes :

- cavité buccale ;
- oropharynx ;
- hypopharynx ;
- larynx ;
- rhino-pharynx - naso pharynx - cavum ;
- cavités naso-sinusiennes.

Ces statistiques concernent l'ensemble des localisations cancéreuses. Certains patients dont les localisations sont multiples apparaissent plusieurs fois. Entre 1985 et 1996, les cancers pour ces 6 localisations représentent en moyenne 1 415 nouveaux cas chaque année. Les localisations les plus fréquentes sont l'oropharynx (29 % des cas), la cavité buccale (28 % des cas) et le larynx (22 % des cas).

Les données de l'Assurance maladie

Ces données concernent les affections longue durée (ALD-30) reconnues par les services médicaux des 4 régimes (général, mines, agricole, professions indépendantes). Elles sont traitées par le régime général sous l'autorité d'une cellule pluridisciplinaire.

Le caractère médico-social de la demande de prise en charge pour affection de longue durée représente un biais en soi, favorisant une sous-estimation de l'incidence. En effet, certains patients ne font pas la demande de prise en charge en affection longue durée pour un cancer, soit parce que cette demande a déjà été faite à un autre titre (affection cardiaque), soit parce que le patient ne fait pas valoir ses droits.

Ainsi, pour l'ensemble des régions françaises, les estimations d'incidence des cancers (Francim) sur la période 1993-1995 sont supérieures au nombre d'affections longue durée déclarées d'environ 30 % chez les hommes et d'environ 20 % chez les femmes².

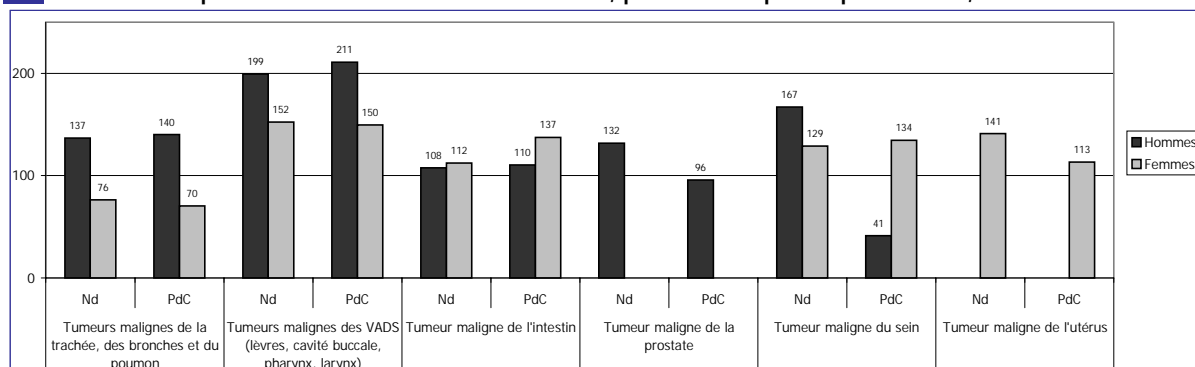
¹ Incidence du cancer en France : estimations régionales 1985-1995. Francim, 1999 ; 51p.

² Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé. *La santé observée dans les régions de France : les cancers*. Paris : mai 2001 ; 13 p.

³ Poirier G, Lacoste O. *Analyse du registre des cancers des voies aérodigestives supérieures du Nord et du Pas-de-Calais*. Lille : Observatoire Régional de la Santé du Nord – Pas-de-Calais, 1999 ; 18 p.

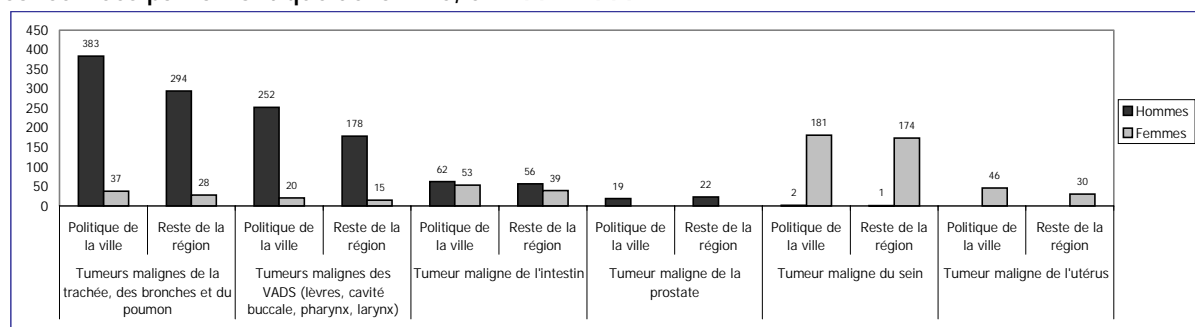
Cancers Challenge

4-7 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par département, en 1997-1999



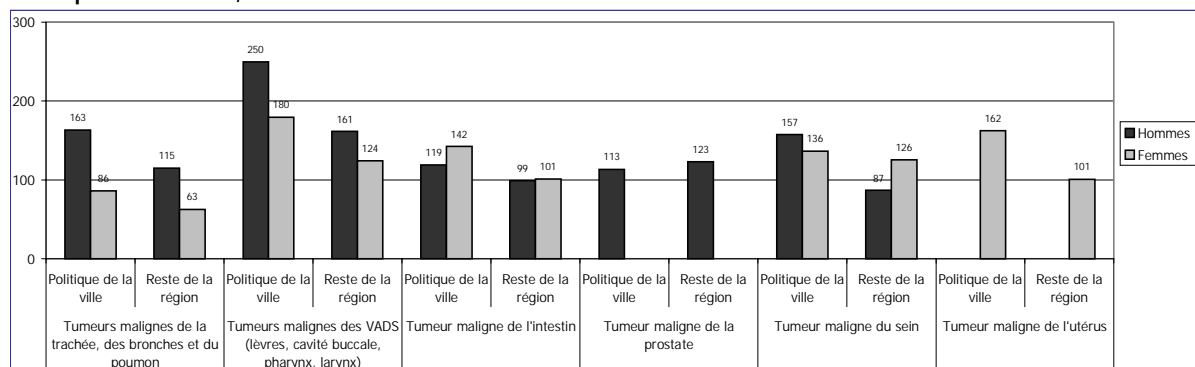
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4-8 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4-9 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe, dans les communes concernées par la Politique de la Ville, en 1997-1999



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Cancers Challenge

Les Figures 4-2 et 4-3 présentent pour 6 localisations de tumeurs, les résultats extraits de la publication présentant l'incidence des cancers en 1999 et en 2000¹.

Les taux présentés dans chacune des figures sont des taux d'incidence standardisés sur une population-type européenne et sont exprimés pour 100 000 personnes. Les taux standardisés d'incidence portant sur l'année 1998² ont déjà été présentés dans le *Moniteur 2001*. Toutefois, leur dénominateur correspondait à la population régionale recensée en 1990. Concernant les années 1999 et 2001, les taux standardisés d'incidence présentés ont cette fois-ci été calculés sur la base du dernier recensement de la population de mars 1999. L'interprétation de l'évolution chronologique des résultats demeure pour l'instant limitée car nous ne disposons que de deux années d'observation comparables.

Les entrées en ALD pour cancer du sein sont très largement dominantes dans la région, avec des taux d'incidence variant entre 134,6 et 143,8 pour 100 000 selon le département et l'année.

Chez les hommes, les 3 localisations principales sont le poumon et les bronches, les voies aérodigestives supérieures et la prostate. Pour les 2 premières localisations, il existe une sur-morbidité masculine marquée (de 8 à 13 fois plus de prise en charge chez les hommes).

La mortalité

Le Nord – Pas-de-Calais apparaît comme une région où la mortalité prématurée est plus élevée (voire beaucoup plus élevée), que la moyenne nationale. Réduire cette mortalité est l'une des priorités définies dans le PRS **Challenge**. Aussi, afin d'aider les acteurs de la santé à mieux identifier les besoins locaux de la population en matière de santé, depuis maintenant 2 ans, le *Moniteur des Programmes Régionaux de Santé* présente les résultats de la mortalité prématurée par département, arrondissement, mais aussi suivant que les décès aient eu lieu ou non dans l'une des 157 communes concernées par la Politique de la Ville.

Méthodologie

Les indicateurs ont été mis à jour à partir des dernières données de mortalité de l'année 1999 diffusées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM.

La mortalité présentée ici concerne les décès à tout âge et surtout les décès survenant avant 65 ans qui, compte tenu de l'espérance de vie à la naissance en France (75 ans chez les hommes et 82,5 ans chez femmes en 1999), sont considérés comme prématurés (donc évitables) et apparaissent de ce fait plus adaptés pour évaluer les besoins en matière de prise en charge, de dépistage et de prévention.

Dans le Nord - Pas-de-Calais, le nombre de décès prématurés par tumeurs cumulés, sur les années 1997, 1998 et 1999, s'élevait à 7 445 cas chez les hommes et 3 268 cas chez les femmes ; représentant ainsi 38,1 % de l'ensemble des décès prématurés masculins et 39 % des décès prématurés féminins. Sur la même période, en France métropolitaine, ces proportions étaient de 36,3 % chez les hommes et 43,7% chez les femmes.

Deux indicateurs ont été retenus pour décrire la mortalité territoriale de la région Nord – Pas-de-Calais : le nombre annuel moyen de décès survenus avant 65 ans et l'Indice Comparatif de Mortalité des moins de 65 ans.

Principe de calcul de l'Indice Comparatif de Mortalité (ICM) avant 65 ans

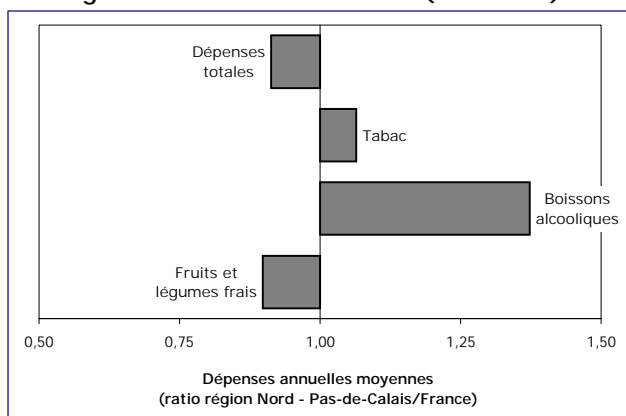
Cet indicateur permet de comparer le niveau de mortalité de différentes zones géographiques sans que cette comparaison ne soit faussée par la différence de structure par âge de leur population. Il est calculé par la méthode de la standardisation indirecte qui consiste à utiliser la mortalité d'une population de référence, ici la France Métropolitaine. Cet indice résulte du rapport entre le nombre de décès observés au sein d'une zone géographique et le nombre de décès que l'on obtiendrait en appliquant à la population de cette zone les taux de mortalité par âge de la France. Ces ratios sont multipliés par 100 et calculés indépendamment pour chaque sexe. Un indice de 100 indique que la mortalité de la zone géographique est de même intensité que celle de la France métropolitaine, un indice de 130 signifie une mortalité supérieure de 30 % à la mortalité nationale, un indice de 90, une mortalité inférieure de 10 %.

¹ PRS Cancers "Challenge". Le cancer dans le Nord – Pas-de-Calais incidence 1999 – 2000. Données issues de l'Assurance maladie. Volume 4, avril 2002, 111 p.

² Théis D. Le cancer dans le Nord – Pas-de-Calais incidence 1998. Données issues de l'Assurance maladie. Analyse complémentaire. PRS Cancers "Challenge". Volume 2, janvier 2001, 67 p.

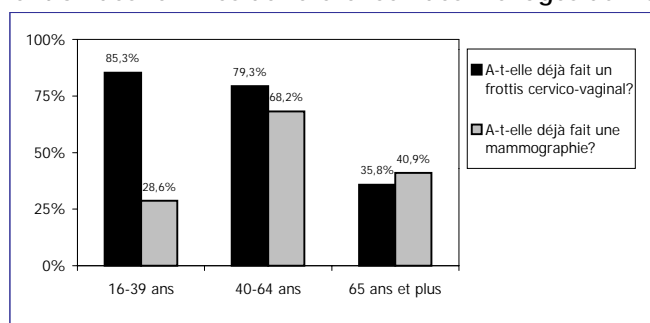
Cancers Challenge

4-10 Consommation des ménages du Nord - Pas-de-Calais (France=1)



Source: INSEE, enquête Budget des ménages, 1995. Traitement: ORS Nord-Pas-de-Calais.

4-11 Habitudes de prévention des femmes de référence* des ménages du Nord - Pas-de-Calais



*selon le cas, femme célibataire, épouse ou mère de famille

Source: Enquête sur les représentations, habitudes et comportements de la population vis-à-vis du système de soins. ORS Nord - Pas-de-Calais, 1998.

4-12 Données statistiques (en %) des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord

	Vague 1				Vague 2
	1997	1998	1999	2000	2001**
Mammographies de dépistage					
Population visée non corrigée*	247532	247532	247532	247532	303428
Population invitée cumulée***	35610	89056	164000	213820	102626
Taux cumulé d'invitation	14,4%	36,0%	66,3%	86,4%	33,8%
Nombre cumulé de mammothèses	5573	22814	44620	65855	11139
Taux cumulé de participation	2,3%	9,2%	18,0%	26,6%	3,7%
Nombre cumulé de cancers confirmés	57	222	443	621	41
Mammographies individuelles					
Nombre	-	37218	31673	35512	-
Taux de couverture	-	15,0%	12,8%	14,3%	-

*INSEE Recensement Général de la Population de 1999

** Janvier à octobre

*** Effectif corrigé

Source: Association pour le Dépistage du Cancer du Sein dans le département du Nord (ADCSN)

Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon

Ce type de cancer est, de très loin, la première cause de mortalité masculine par tumeur en France et dans le Nord – Pas-de-Calais. Entre 1997 et 1999, les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon ont provoqué en moyenne à tout âge, le décès de 1 665 hommes et de 201 femmes ; soit 25,9 % des décès masculins par tumeurs et 5 % des décès féminins par tumeurs.

40,6 % des décès masculins dus à ce type de tumeur surviennent avant 65 ans et représentent plus d'un quart (27,3 %) des décès prématurés par tumeur et 10,4 % de l'ensemble des décès prématurés.

Parmi les décès prématurés, la part des décès par tumeur liés à cette localisation anatomique est nettement plus réduite chez les femmes (6 %).

Chez les hommes, l'Indice Comparatif de Mortalité prématurée indique une mortalité régionale dépassant de 38 % celle de la France métropolitaine (Figure 4-5). En revanche, celui des femmes s'élève à 74, indiquant ainsi une mortalité inférieure de 26 % à la mortalité nationale.

La surmortalité masculine régionale provient sans doute d'une exposition des hommes aux facteurs de risque responsables de cette maladie (tabac, exposition professionnelle) plus importante dans la région qu'en France. En effet, les résultats issus de l'enquête de l'INSEE sur le budget des familles (Figure 4-10) indiquent qu'en 1995 les ménages vivant dans le Nord – Pas-de-Calais dépensaient en moyenne davantage (+6 %) en consommation de tabac qu'un ménage moyen français, alors que leurs dépenses totales moyennes étaient en revanche inférieures au niveau national (-9 %).

Dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais (Figure 4-7), la valeur des Indices Comparatifs de Mortalité prématurée des hommes demeure très proche du niveau régional (respectivement 137 et 140). Pour les femmes, l'Indice Comparatif de Mortalité prématurée est de 70 dans le Pas-de-Calais, marquant ainsi une sous-mortalité féminine particulièrement nette (-30 %) dans ce département par rapport à la France.

D'après les cartes présentant les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée par arrondissement (Cartes 23 et 24), seuls les arrondissements de Valenciennes (ICM prématurée de 34,6) et de Dunkerque (ICM prématurée de 54,4) indiquent chez les femmes une mortalité prématurée significativement plus basse que celle de la France. Dans le département du Pas-de-Calais, seuls 2 arrondissements se caractérisent par une sous-mortalité prématurée féminine significative. Il s'agit des arrondissements de Béthune (ICM prématurée de 41,7) et d'Arras (ICM prématurée de 48,3).

Chez les hommes, quel que soit l'arrondissement, les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée dont les résultats sont significatifs, indiquent tous des valeurs supérieures au niveau national. Celles-ci s'échelonnent de 123 (arrondissement de Douai) pour le niveau le moins élevé, à 177 (arrondissement de Lens) pour le niveau le plus élevé. Outre l'arrondissement de Lens, les arrondissements de Béthune et de Valenciennes connaissent aussi une situation défavorable, se traduisant par une mortalité supérieure de 50 % à celle de la France.

L'Indice Comparatif de Mortalité prématurée calculé à partir des décès des personnes domiciliées dans les communes concernées par la Politique de la Ville (Figure 4-9) est uniquement significatif chez les hommes pour lesquels la mortalité prématurée est de 63 % supérieure à celle de la France, et dépasse aussi nettement le niveau régional.

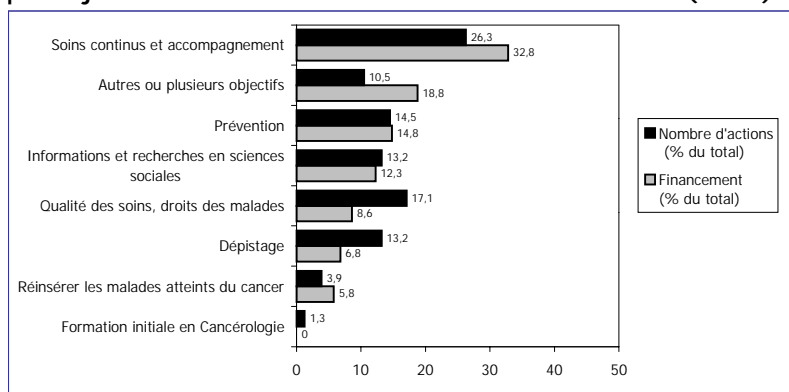
Tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx et larynx)

Dans la région Nord – Pas-de-Calais, sur la période 1997-1999, les tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures sont à l'origine de 662 décès annuels moyens chez les hommes de tout âge. Pour ce type de tumeur, pratiquement deux tiers (65 %) des décès masculins interviennent avant 65 ans. Par ailleurs, c'est la seconde cause de mortalité par tumeur (17,4 %) après le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, chez les hommes âgés de moins de 65 ans, et représente aussi 6,6 % de l'ensemble des décès prématurés. Par contre, les femmes demeurent moins touchées par ce type de cancer (1,6 % de l'ensemble des décès féminins par tumeurs, et 3,21 % des décès prématurés féminins par tumeur).

L'Indice Comparatif de Mortalité prématurée régional indique une surmortalité très marquée chez les hommes, dépassant de 104 % le niveau national. Ce surcroît de décès prématurés est aussi observé chez les femmes (+51 %). Les consommations de tabac et d'alcool apparaissent comme les facteurs de risque principalement responsables de ce type de tumeurs. Nous avons vu pour la localisation précédente (tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon) une sur-dépense régionale des ménages en consommation de tabac. D'après la même enquête, les ménages du Nord – Pas-de-Calais dépensent en moyenne chaque année 558,73 euros (3 665 FF) en consommation de boissons alcoolisées, soit 37 % de plus qu'une famille française moyenne (Figure 4-10) ; ce qui renforce l'idée d'une surexposition des populations régionales à ces facteurs de risque.

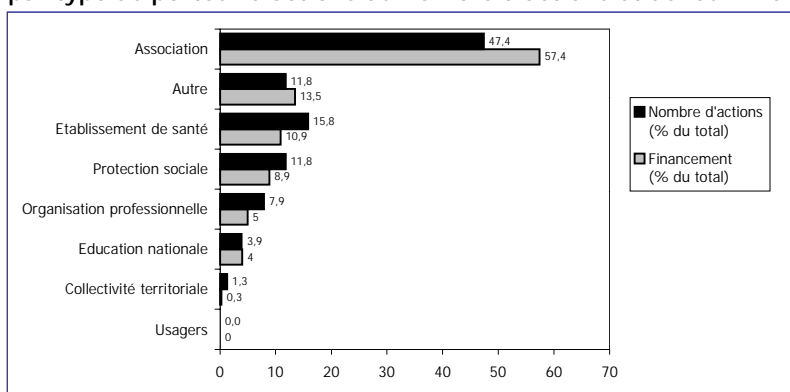
Cancers Challenge

4-13 Répartition par objectif du nombre d'actions et de leur financement (en %)



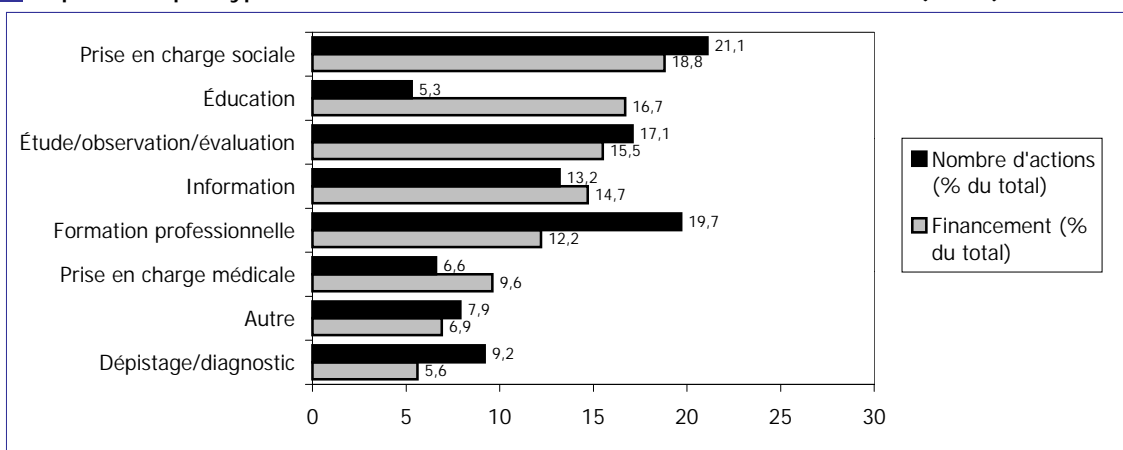
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-14 Répartition par type de porteur d'actions du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-15 Répartition par type d'action du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Cancers Challenge

Cette surmortalité régionale se retrouve au niveau départemental (Figure 4-7). Elle est quasiment équivalente chez les femmes vivant dans le département du Nord ou du Pas-de-Calais avec des Indices Comparatifs de Mortalité prématurée respectivement de 152 et de 150. Chez les hommes habitant le Pas-de-Calais, la mortalité prématurée dépasse de 111 % le niveau national.

Au niveau territorial, chez les femmes, seuls les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée des arrondissements de Béthune (218) et de Lille (245) indiquent des niveaux significativement supérieurs à la moyenne nationale ; aussi n'avons-nous pas jugé utile de réaliser une carte pour ce sexe.

Chez les hommes (Carte 35), quel que soit l'arrondissement, les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée indiquent tous une surmortalité située entre plus de 45 % pour la valeur la plus basse (arrondissement de Saint-Omer) et plus de 172 % pour la valeur la plus élevée (arrondissement de Lens). Notons que 9 arrondissements connaissent une mortalité prématurée dépassant de 100 % le niveau national.

Enfin, les indices de mortalité prématurée propres à l'ensemble des communes impliquées dans la Politique de la Ville sont aussi très élevés avec des ICM de 250 (+150 %) chez les hommes et de 180 (+80 %) chez les femmes (Figure 4-9).

Tumeurs malignes du sein chez les femmes

Entre 1997 et 1999, ce type de cancer est la première cause de décès par tumeur chez les femmes tant au niveau national que régional. A tout âge, cette cause de mortalité est responsable de près d'un quart (21,3 %) des décès féminins par tumeur, soit 851 décès en moyenne chaque année.

La part des décès prématurés féminins pour ce type de cancer s'élève à 41,7 %. Cette maladie est par ailleurs responsable de 32,6 % des décès prématurés féminins par tumeur.

La région Nord – Pas-de-Calais se caractérise par une surmortalité prématurée du cancer du sein supérieure de 31 % au niveau national.

Sur le plan départemental (Figure 4-7), la tendance des Indices Comparatifs de Mortalité prématurée s'écarte peu de la tendance régionale avec un indice de mortalité prématurée de 129 dans le département du Nord et de 134 dans le Pas-de-Calais.

Au niveau des arrondissements (Carte 39), les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée dont les résultats sont statistiquement significatifs, indiquent tous une surmortalité par rapport à la France qui s'échelonne entre plus de 26 % dans l'arrondissement de Lille à plus de 53 % dans l'arrondissement de Calais.

L'ensemble des communes concernées par la Politique de la Ville se caractérise aussi par une surmortalité par décès précoces de 36 % supérieure à celle de la France (Figure 4-9).

Tumeurs malignes de l'utérus

Pour les années 1997-1999, les tumeurs malignes de l'utérus apparaissent comme la 5^{ème} cause de mortalité régionale par tumeur. En moyenne 240 femmes de tout âge en meurent chaque année. Ce type de tumeur représente 7,0 % des décès prématurés par tumeur.

Dans la région Nord – Pas-de-Calais, la mortalité prématurée par tumeur de l'utérus dépasse de 31 % le niveau national.

La surmortalité dans le Nord apparaît plus marquée que dans le Pas-de-Calais. Le Nord obtient en effet un Indice Comparatif de Mortalité prématurée de 141 (+41 %) alors qu'il n'est que de 113 (+13 %) dans le Pas-de-Calais.

En raison du nombre réduit de décès nous n'avons pas cartographié par arrondissement les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée. Les communes impliquées dans la Politique de la Ville (Figure 4-9) semblent se démarquer par un Indice Comparatif de Mortalité prématurée de 162 (+62 %).

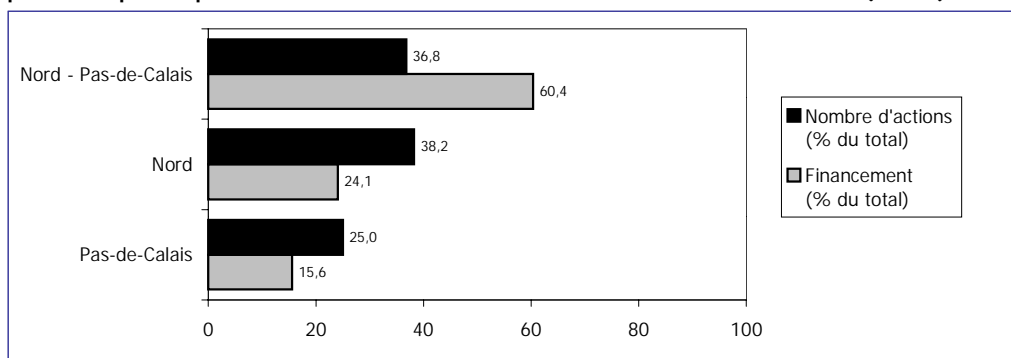
Tumeurs malignes de l'intestin

Les tumeurs de l'intestin apparaissent sur la période 1997-1999, comme la 3^{ème} cause de mortalité par tumeur chez les hommes de tout âge après les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon et les tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures.

Les 1 691 décès masculins cumulés de cette période (soit 563 décès moyens annuels), représentent 8,7 % du total des décès par tumeur à tout âge. Mais c'est surtout chez les hommes de plus de 65 ans que l'impact de ce type de cancer se fait le plus sentir. En effet, ils sont à l'origine de 11,3 % des décès par tumeur dans ce groupe d'âge. En revanche, les décès par tumeur de l'intestin ne représentent plus que 4,8 % des décès par tumeur chez les hommes de moins de 65 ans.

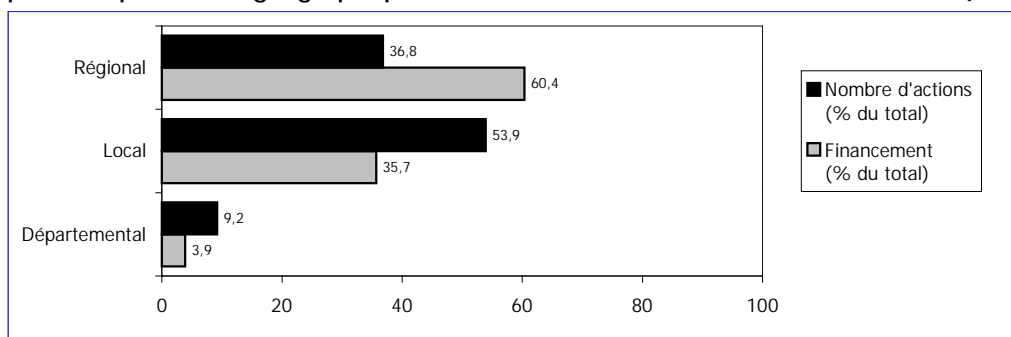
Cancers Challenge

4-16 Répartition par département du nombre d'actions et de leur financement (en %)



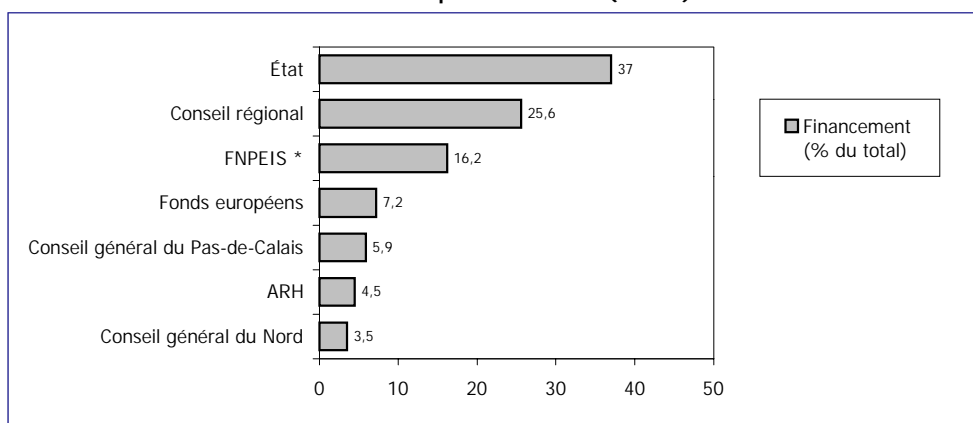
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-17 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-18 Répartition du financement des actions par financeur (en %)



*Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Informations Sanitaires (FNPEIS)

Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Cancers Challenge

Chez les femmes de tout âge, les cancers de l'intestin représentent la seconde cause de mortalité par tumeur après le cancer du sein. Sur la période 1997-1999, 1 685 femmes en sont mortes. À l'instar des hommes, ce type de tumeur est à l'origine, chez les femmes de plus de 65 ans, de 16,1 % de l'ensemble des décès par tumeur et de 8,5 % des décès prématurés par tumeur.

La faible consommation en fruits et légumes frais favorise le développement de ce type de cancer. Les résultats de l'enquête Budget des familles réalisée par l'INSEE en 1995 précisent que les familles vivant dans le Nord – Pas-de-Calais ont une dépense annuelle en moyenne inférieure de 10 % à la dépense moyenne nationale.

Au niveau régional (Figure 4-5), l'indice de mortalité prématurée indique une surmortalité féminine de 22 % supérieure à celle de la France métropolitaine (indice de mortalité prématurée non significatif chez les hommes). Concernant les comparaisons départementales, seul l'Indice Comparatif de Mortalité précoce féminin du Pas-de-Calais montre une surmortalité de +37 % (Figure 4-7).

Les Indices Comparatifs de Mortalité par arrondissement n'ont pas été présentés sous forme de carte car trop peu d'entre eux faisaient ressortir des résultats significatifs. Par contre, les indicateurs calculés pour l'ensemble des communes concernées par la Politique de la Ville indiquent une surmortalité prématurée de 19 % chez les hommes et de 42 % chez les femmes (Figure 4-9).

Tumeurs malignes de la prostate

Durant la période 1997-1999, 1 599 décès à tout âge dus aux tumeurs malignes de la prostate, ont été enregistrés dans le Nord – Pas-de-Calais ; ce qui représente 8,3 % de l'ensemble des décès par tumeur. Ces tumeurs représentent 12,5 % de l'ensemble des décès par tumeur des 65 ans et plus et seulement 1,7 % des décès prématurés par tumeur. En raison du faible nombre de décès prématurés, nous n'avons pas réalisé la carte des Indices Comparatifs de Mortalité prématurée par arrondissement pour ce type de cancer.

Seul l'Indice Comparatif de Mortalité prématurée du département du Nord (Figure 4-7) indique une surmortalité significative (indice de mortalité prématurée de 132 (+32 %)).

En résumé

Nous constatons qu'à l'exception des femmes décédées de tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée indiquent tous une surmortalité régionale globale par cancer pour les deux sexes. Cette surmortalité est encore plus marquée chez les hommes notamment pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, ainsi que pour les tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures. En outre, des différences importantes existent aussi entre arrondissements. Ainsi, pour les 2 causes de mortalité que sont le cancer de la trachée, des bronches et du poumon ainsi que celui des voies aérodigestives supérieures, les arrondissements de Saint-Omer et de Maubeuge obtiennent les Indices Comparatifs de Mortalité prématurée les moins élevés. Au contraire, l'arrondissement de Lens obtient les Indices Comparatifs de Mortalité les plus élevés pour ces mêmes causes.

Une analyse détaillée de l'évolution de la mortalité entre 1979 et 1999 pour ces différentes localisations de tumeur fait l'objet d'un chapitre spécial (Le point sur... L'évolution de la mortalité par cancer entre 1979 et 1999 dans le Nord – Pas-de-Calais).

Les facteurs de risque

Les données permettant de mesurer l'impact des facteurs de risque sur la population de la région Nord – Pas-de-Calais sont primordiales pour analyser les origines de la surmortalité régionale par cancer.

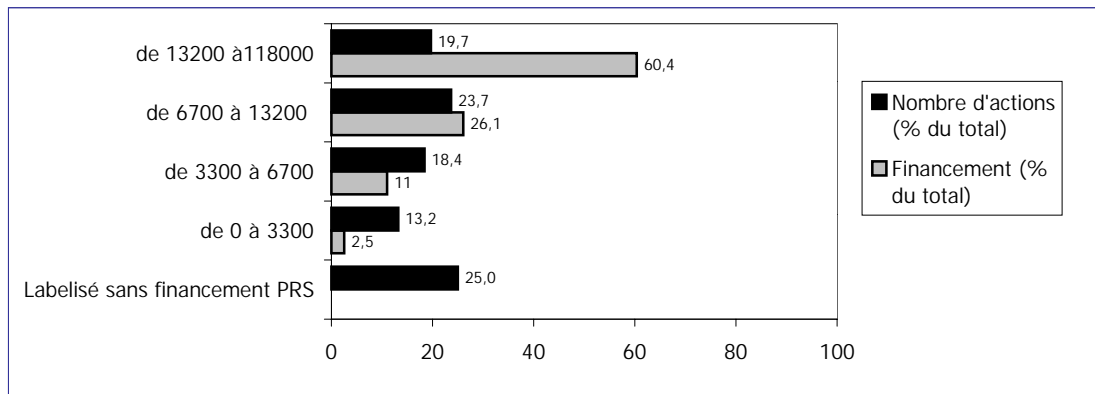
Le niveau de consommation de tabac, de boissons alcoolisées et de légumes frais sont des facteurs qui favorisent (alcool, tabac) ou au contraire limitent (légume frais) le développement des tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, des tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures et des tumeurs malignes de l'intestin.

Les données issues de l'enquête de l'INSEE de 1995 sur le budget des ménages nous a permis de situer le niveau des dépenses des ménages du Nord – Pas-de-Calais pour ces 3 produits par rapport au niveau français.

Cette enquête a été réalisée en 1995 à partir d'un échantillon représentatif d'environ 10 000 ménages de France métropolitaine. La Figure 1-10 présente les dépenses annuelles moyennes des ménages, et la part des boissons alcooliques, du tabac et des fruits et légumes frais. Afin de tenir compte des différences entre régions en ce qui concerne les dépenses totales, nous avons calculé pour chaque poste budgétaire présenté, le ratio entre les dépenses moyennes annuelles des ménages du Nord – Pas-de-Calais et les dépenses annuelles moyennes des ménages de France métropolitaine. Un ratio de 1 indique que les dépenses des ménages de la région Nord – Pas-de-Calais sont en moyenne équivalentes à celles des ménages de la France métropolitaine.

Cancers Challenge

4-19 Répartition par niveau de financement du nombre d'actions et de leur financement (en %)



Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Cancers Challenge

Les résultats font clairement ressortir une situation nettement plus défavorable dans la région Nord – Pas-de-Calais. Alors que le budget annuel global destiné à la consommation est inférieure de 9 % au budget global moyen français, la part des dépenses annuelles moyennes des ménages de la région Nord – Pas-de-Calais est de +37 % pour ce qui est des boissons alcoolisées, de +6 % en ce qui concerne l'achat de tabac et de -10 % en ce qui concerne l'achat de fruits et de légumes frais.

Bien évidemment, les dépenses moyennes annuelles en consommation de tabac, de boissons alcoolisées ou encore de fruits et légumes frais ne traduisent pas directement le niveau de consommation des individus. Sans doute que derrière ses dépenses moyennes existent des situations contrastées pouvant opposer des sous-populations fortement consommatrices de boissons alcoolisées et de tabac à des sous-populations ayant au contraire un faible niveau de consommation de ces produits.

Prévention et dépistage

La prévention et le dépistage ont été clairement définis comme priorité des actions à développer dans le cadre du Programme Régional de Santé **Challenge**. Cependant, peu d'éléments statistiques permettent pour l'instant de les évaluer au niveau régional. Nous disposons cependant, d'une part des résultats de l'enquête mise en œuvre par l'Observatoire Régional de la Santé du Nord – Pas-de-Calais sur la perception et l'utilisation du système de soin dans la région¹ et d'autre part, des éléments statistiques sur le bilan au 24 octobre 2001 des activités de dépistage de cancer du sein entreprises par l'Association pour le dépistage du cancer du sein dans le département du Nord.

Résultats de l'enquête de l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais

L'ORS Nord – Pas-de-Calais a réalisé, en 1998, une enquête sur le recours aux soins de la population, portant sur un échantillon représentatif de 1 383 ménages de la région.

Parmi les femmes de référence des ménages interrogés (Figure 4-11), 22 % n'ont jamais réalisé ni frottis cervico-vaginal ni mammographie. 85,3 % des femmes ayant entre 16 et 39 ans ont déclaré avoir effectué un frottis cervico-vaginal. Cette fréquence diminue un peu chez les femmes de 40-64 ans (79,3 %) et ne concerne plus que 35,8 % des femmes de plus de 65 ans.

28,6 % des femmes âgées de 16 à 39 ans déclarent avoir effectué une mammographie. Cette proportion est maximale chez les femmes de 40-64 ans (68,2 %), puis redescend à 40,9 % chez les femmes de plus de 65 ans.

Données statistiques des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord

Deux campagnes de dépistage se sont succédées. La première a débuté en septembre 1997 et a été menée jusqu'en 2000. Elle visait 250 000 femmes du département du Nord ayant entre 50 et 69 ans.

La seconde campagne a été mise en œuvre en 2001 et a été élargie à 300 000 femmes du département âgées de 50 à 74 ans.

Dans la Figure 4-12, la population invitée à participer au dépistage concerne l'ensemble des femmes "ciblées" dans le cadre de ces campagnes après exclusion des fausses adresses, des femmes décédées, des femmes ayant refusé de participer, ayant un cancer du sein ou ayant déjà bénéficié d'une mammographie depuis moins d'un an.

Entre 1997 et 2000, 213 820 femmes ont été contactées pour participer à la première campagne de dépistage ; ce qui correspond à environ à 86,4 % des femmes âgées de 59 à 69 ans recensées en 1999 dans le département du Nord. Sur ces 213 820 femmes, 65 855 ont accepté de bénéficier d'une mammographie ; ce qui équivaut à un peu plus d'un quart de la population féminine âgée de 50 à 69 ans du département du Nord. Cette campagne a permis de détecter en 3 ans 621 cas de cancer du sein. Par ailleurs, les données transmises par les radiologues participant au réseau animé par l'ADCSN ont permis d'estimer entre 35 512 et 37 218 le nombre de mammographies individuelles réalisées chaque année en dehors du cadre de la campagne de 1998-2000. Ces chiffres représentent une couverture se situant autour de 14 % en moyenne. Les chiffres de la seconde campagne concernent uniquement les mois de janvier à octobre 2001. Durant cette période, 102 626 femmes de 50 à 74 ans ont été invitées (soit 33,8 % des femmes visées). 11 139 femmes ont souhaité bénéficier d'une mammographie.

¹ Spinosi L, Debeugny S, Lacoste O. *Perception et utilisation du système de soins, inégalités sociales de recours*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1998 ; 191 p.

LES PROJETS RETENUS EN 2002

En 2002, le Programme Régional de Santé pour les cancers **Challenge** a accepté la majorité des projets proposés. En effet, 76 des 94 projets (81 %) ont été acceptés et par conséquent financés dans le cadre de ce PRS. À titre de comparaison, pour l'ensemble des Programmes Régionaux de Santé, le taux d'acceptation a été de 58 % (588 projets sur 1 008).

Par rapport à 2001, le nombre de projets est resté quasiment stable, passant de 73 à 76. Cependant, sur ces 76 projets, 31 (40,8 %) étaient nouveaux et 45 (59,2 %) existaient déjà l'année précédente en tant que projets de portée pluriannuelle.

Les projets analysés sont ceux acceptés pour un financement dans le cadre du PRS **Challenge**. Les **Figures 4-13 à 4-19** représentent une ventilation des actions de chaque projet suivant leur effectif et leur financement.

Les variables de ventilation sont :

- l'objectif du PRS ;
- le type de porteur de projets ;
- le type d'action ;
- le département ;
- l'échelon géographique de l'action ;
- le financeur ;
- le niveau financier de l'action.

Les objectifs

C'est l'objectif intitulé "Soins continus et accompagnement" (**Figure 4-13**) qui en 2002, a fédéré le plus grand nombre d'actions, totalisant ainsi 20 actions sur 76 (26,3 %). Par ailleurs, elles représentent aussi la part la plus importante du financement (33 %). À l'opposé, les actions recoupant d'une part l'objectif "Formation initiale en Cancérologie" et d'autre part celui intitulé "Réinsérer les malades atteints du cancer" sont nettement moins nombreuses avec respectivement 1 et 3 actions. Les 52 autres actions se répartissent de manière relativement homogène, fluctuant entre 8 et 13 actions suivant la définition de l'objectif. Une part non négligeable du financement (18,8 %) concerne la rubrique intitulée "Autres ou plusieurs objectifs".

Qui sont les porteurs d'actions ?

La **Figure 4-14** fait ressortir de façon très nette la place prépondérante des associations en tant que porteuses de projets. Sur 76 porteurs, 36 (soit 47,4 %) étaient une association. Cette situation était déjà une caractéristique de l'année 2001 (47,2 % des porteurs). En outre, la part des associations impliquées dans le PRS Challenge est très proche de la proportion moyenne observée pour l'ensemble des Programmes Régionaux de Santé ; soit 48,9 % (287 associations). Au second rang, mais bien après les associations, viennent les établissements de santé (12 au total), qui représentent 15,8 % des porteurs de projets ; puis, à égalité, les organismes de protection sociale et les porteurs de projet n'entrant dans aucune rubrique, codés "Autres" qui représentent chacun 11,8 % (n=9) de l'ensemble des projets.

Sur le plan financier, les associations ont obtenu plus de la moitié (57,4 %) du financement, suivi des porteurs classés "Autres" qui représentent 13,5 % du financement, et les établissements hospitaliers avec 10,9 % du financement.

Type d'actions mises en oeuvre

Les actions sont en majorité orientées vers la prise en charge sociale (21,1 % des cas, 18,8 % du financement) ; la formation professionnelle (19,7 % des cas, 12,2 % du financement) ; les études, l'observation et l'évaluation (17,4 % des cas, 15,5 % du financement) ; l'information (13,2 % des cas, 14,5 % du financement). Les actions orientées vers l'éducation, la prise en charge médicale et le dépistage/diagnostic sont moins fréquentes, représentant entre 5,3 % et 9,2 % du total des actions (**Figure 4-15**). Cependant, l'éducation se situe au second rang en terme de financement (16,7 %). Par ailleurs, nous constatons que les actions relevant du dépistage ou du diagnostic sont peu représentées alors que ce thème apparaît comme une priorité pour diminuer la mortalité prématurée régionale.

Répartition territoriale des actions

Pour effectuer l'analyse territoriale des actions, nous avons considéré qu'une action était locale si le territoire concerné se limitait à un arrondissement. Si au sein d'un même département, une action englobe plus d'un arrondissement, elle devient départementale. Lorsqu'une action intervient sur plusieurs arrondissements situés pour certains dans le Nord et pour d'autres dans le Pas-de-Calais, l'action est alors considérée comme régionale. Pour la représentation cartographique, une action sera comptée autant de fois qu'elle intervient dans différents arrondissements. Aussi l'analyse cartographique porte-t-elle sur 81 actions au total dont 50 agissent au niveau de l'arrondissement. Aussi l'interprétation cartographique de la distribution des actions sur le territoire régional porte-t-elle sur de petits effectifs par arrondissement, atteignant un maximum de 8 actions dans l'arrondissement de Lille.

36,8 % des actions concernent la région (Figure 4-16) et représentent la part du financement la plus importante (60,4 % du financement total) ; 38,2 % des actions concernent exclusivement le département du Nord et 25 % exclusivement celui du Pas-de-Calais. Parmi ces actions, plus de la moitié (53,9 %) a été menée localement, ce qui s'explique par le poids important des associations en tant que porteuses de projets qui agissent souvent localement (Figure 4-17). En 2001, cette proportion n'était que de 41,1 %, ce qui indique un renforcement des actions locales.

Sur le plan territorial, en 2002 les arrondissements de Montreuil, de Saint-Omer, de Maubeuge se caractérisent par le faible nombre, voire l'absence d'action dans l'arrondissement de Montreuil (Carte 38). L'arrondissement de Lille totalise le plus grand nombre d'actions, soit 8 au total. Viennent ensuite les arrondissements de Douai, d'Arras et de Dunkerque qui totalisent chacun 6 actions. Ces actions sont en majorité portées par des associations qui, dans le cas de 8 arrondissements pilotent au minimum la moitié des projets (Carte 37). À Lille, les actions sont majoritairement des actions d'éducation ; à Arras, ce sont les actions de prise en charge sociale qui prévalent.

Financement des actions

Sur le plan financier, les 76 actions financées dans le cadre du PRS Challenge, représentent un budget global de 653 108 euros, ce qui correspond à 10,6 % du financement total des Programmes Régionaux de Santé en 2002. Pratiquement les deux tiers du financement de ces actions proviennent de l'État (37 %), un quart (25,6 %) du Conseil régional et 16,2 % du Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Informations Sanitaires (Figure 4-18). Par ailleurs, 25 % des actions n'ont pas reçu de financement dans le cadre du PRS Challenge mais ont seulement été labellisées.

En raisonnant cette fois-ci sur l'ensemble des actions ayant reçu ou non un financement (labellisées), 19 % des actions ont obtenu un financement qui s'échelonne entre 13 200 euros et 118 000 euros ; ce qui représente 60,4 % du financement (Figure 4-19).

Le point sur...

L'évolution de la mortalité par cancer entre 1979 et 1999 dans le Nord – Pas-de-Calais

L'objet de cette étude est de comparer entre 1979 et 1999, l'évolution de la mortalité régionale par cancer avec celle de la France métropolitaine pour plusieurs localisations importantes (poumon, sein, utérus, VADS, prostate, intestin). Cependant, il convient de rappeler que l'évolution de la mortalité n'est que le reflet indirect de l'évolution de l'incidence. Ainsi, une baisse de la mortalité d'une maladie ne signifie pas automatiquement une baisse de l'incidence de cette maladie. Elle peut aussi résulter de l'allongement de la durée moyenne de survie des malades après le diagnostic du cancer, durée qui, elle, dépend du type de tumeur soignée. Par ailleurs, l'amélioration de la détermination de la cause principale de décès par les médecins grâce à l'amélioration du diagnostic, peut entraîner pour certaines causes de décès une augmentation du nombre de morts sans que cela ne traduise pour autant une aggravation de la situation. Cependant, le choix de la période d'observation présente ici un avantage majeur ; c'est l'unique 9^{ème} révision de la classification internationale des maladies (CIM-9) qui a servi à coder les décès entre 1979 et 1999. Ceci évite en effet la variation du nombre de décès pour certaines causes de maladies dues à la modification des règles de codification décidées par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à l'issue de chaque révision.

LES INDICATEURS

Taux standardisés selon la méthode directe

La comparaison des taux bruts de mortalité peut être faussée par des différences de structure par âge liées au vieillissement de la population et aux différences régionales de la structure par âge de la population. En effet, la région Nord - Pas-de-Calais apparaît comme la région la plus jeune de France et s'écarte en cela de la structure de population de la France métropolitaine.

Le calcul du taux de mortalité standardisé sur l'âge suivant la méthode directe prend en compte l'effet

de l'âge ; ce qui autorise les comparaisons entre sexes, entre périodes et entre zones géographiques (ici région *versus* France). La méthode directe consiste à appliquer la mortalité des populations que l'on souhaite comparer à une population standard. Dans cette étude, la population de référence choisie pour standardiser les taux de la France métropolitaine et du Nord – Pas-de-Calais est la structure par âge de la population-type européenne.

Le rapport entre le taux standardisé du Nord – Pas-de-Calais et le taux standardisé de la France métropolitaine multiplié par 100, permet d'obtenir l'Indice Comparatif de Mortalité régionale.

Un indice de 100 indique que le niveau de mortalité régional équivaut à celui de la France ; un indice de 110 indique un niveau de mortalité régional de 10 % supérieur au niveau français ; un indice de 90 indique au contraire une sous-mortalité régionale de 10 %.

De même, le sexe ratio est le rapport du taux standardisé masculin et du taux standardisé féminin. Un ratio de 1 indique une intensité de la mortalité identique entre hommes et femmes, un ratio de 3 signifie qu'il meurt 3 fois plus d'hommes que de femmes.

Dans cette étude, nous avons procédé au calcul de "taux moyens mobiles" centrés sur 3 années. Par exemple, un taux centré sur l'année 1980 a été calculé à partir des décès des années 1979, 1980 et 1981. Le taux de 1981 est calculé sur les années 1980, 1981, 1982 et ainsi de suite jusqu'en 1998. Cette méthode permet de lisser les courbes sur toute la période afin d'en dégager les principales tendances en atténuant leur aspect accidenté dû à la fluctuation annuelle des décès.

ENSEMBLE DES TUMEURS

Durant ces 20 dernières années, la mortalité par tumeur a pris une place croissante dans la mortalité générale en France et plus généralement dans les pays industrialisés. La diminution successive de la mortalité par maladies infectieuses entre 1940 et

1950, puis par maladies cardiovasculaires, le vieillissement de la population, mais aussi l'accentuation du comportement à risque comme l'élévation de la consommation de tabac chez les femmes et plus récemment chez les jeunes, sont autant de facteurs responsables de cet accroissement.

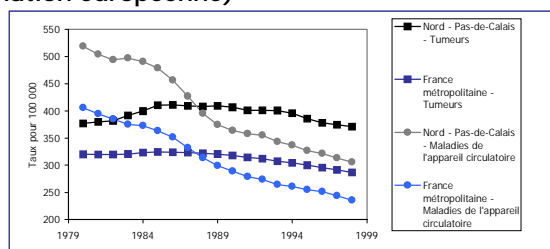
Ainsi, en 1980, les tumeurs provoquaient en moyenne le décès de 5 563 hommes et de 3 791 femmes domiciliées dans le Nord – Pas-de-Calais, soit 25,4 % des décès masculins et 19,6 % des décès féminins. En 1998, la proportion moyenne des décès par tumeurs dans la mortalité générale est passée à 33,5 % chez les hommes et 22,9 % chez les femmes.

Les tendances des figures 1 et 2 illustrent le fait que la mortalité par maladies circulatoires ait considérablement baissé en 20 ans par rapport à la mortalité par tumeur. Ces dernières deviennent à partir de 1988, la première cause des décès masculins tant au niveau régional que national. Chez les femmes, les taux standardisés indiquent que la mortalité par tumeur dans le Nord – Pas-de-Calais demeure la seconde cause de décès après les maladies de l'appareil circulatoire.

Quel que soit le sexe, l'évolution des taux dans le Nord – Pas-de-Calais est caractérisée par une surmortalité régionale par rapport à celle de la France métropolitaine. Elle est toutefois plus marquée chez les hommes avec en 1998 un Indice Comparatif de Mortalité régionale de 129 alors qu'il n'est que de 114 chez les femmes.

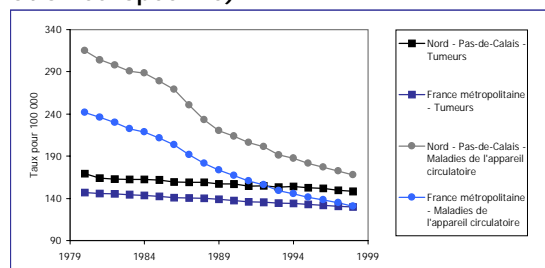
Cependant, la mortalité masculine régionale par tumeur connaît une évolution différente. En effet, alors que chez les femmes, la tendance indique une baisse lente et régulière, la courbe des taux standardisés de mortalité masculine indique un accroissement jusqu'en 1986, date à partir de laquelle les taux standardisés se stabilisent puis amorcent une baisse qui s'accélère après 1994. Globalement, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, l'évolution des courbes des taux standardisés de la région Nord – Pas-de-Calais demeure parallèle à celle de la France métropolitaine ; ce qui semble indiquer que la surmortalité régionale est restée constante durant toute la période.

Figure 1 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs et par maladies de l'appareil circulatoire, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, chez les hommes à tout âge (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

Figure 2 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs et par maladies de l'appareil circulatoire, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine, chez les femmes à tout âge (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

TUMEURS MALIGNES DE LA TRACHÉE, DES BRONCHES ET DU POUMON

Dans le Nord – Pas-de-Calais, la mortalité des hommes a continué d'augmenter de façon importante jusqu'en 1985, date à partir de laquelle l'accroissement devient pratiquement nul, marquant ainsi un palier. A partir de 1995, une baisse est amorcée. Par rapport à la France, la région Nord – Pas-de-Calais connaît en 1998, une surmortalité de 39 % (Indice Comparatif de Mortalité de 139) chez les hommes. Cette surmortalité régionale est restée stable sur toute la période 1979-1999.

En revanche, chez les femmes, il existe une sous-mortalité régionale de 24 % par rapport à la France. Néanmoins, depuis 1979, tant au niveau national que régional, la tendance évolutive des taux semble indiquer une croissance lente et régulière, ce qui pourrait être la conséquence épidémiologique du tabagisme des femmes qui a commencé à prendre de l'importance après 1960 (20 ans après celui des hommes), et semble actuellement se renforcer alors que le tabagisme masculin tendrait au contraire à diminuer. Cependant, aucun test ne nous a permis pour l'instant de confirmer cette tendance.

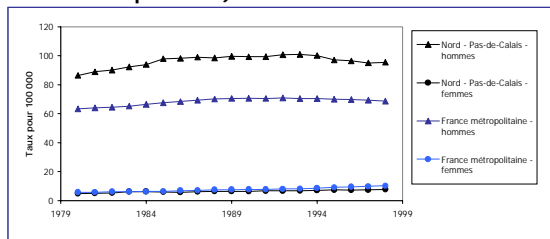
La prédominance de la mortalité masculine est très nette et apparaît plus marquée dans le Nord – Pas de Calais qu'en France métropolitaine. En effet, le sexe ratio est de 12,2 ; c'est-à-dire à peu près le double de celui de la France (ratio de 6,7).

Pour expliquer cette différence, l'une des hypothèses envisageables serait que les hommes de la région Nord – Pas-de-calais se trouvent davantage exposés aux facteurs de risque, c'est-à-dire en premier lieu le tabagisme, mais aussi les expositions professionnelles¹ qui actuellement et dans le passé peuvent ou non jouer un rôle particulièrement

¹ Declercq C, Lacoste O. *Mortalité par cancer dans le Nord – Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord – Pas-de-Calais, 1998 ; 85 p.

marqué dans une région qui a été et demeure encore industrielle. Tout comme au niveau national, la surmortalité masculine diminue progressivement dans le Nord – Pas-de-Calais en raison de la baisse des taux standardisés masculins, mais aussi en raison de l'augmentation des taux standardisés féminins.

Figure 3 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, par sexe et à tout âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

TUMEURS MALIGNES DES VOIES AÉRODIGESTIVES SUPÉRIEURES (LÈVRES, CAVITÉ BUCCALE, PHARYNX ET LARYNX)

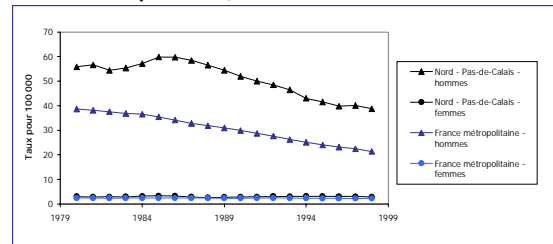
Après avoir connu, jusqu'en 1986, une hausse des taux standardisés de mortalité, la région Nord – Pas-de-Calais connaît une baisse très nette de l'intensité de la mortalité masculine après cette date. Cette baisse se retrouve sur le plan national ; il semble toutefois qu'elle ait été légèrement plus rapide dans la région. Néanmoins, l'écart entre la France et le Nord – Pas-de-Calais demeure important en 1998 ; les taux comparatifs étant en effet de 181 chez les hommes (+81 %) et de 128 chez les femmes (+28 %).

En 1998, les hommes vivant dans le Nord – Pas-de-Calais décèdent en moyenne 13,8 fois plus que les femmes alors que le sexe ratio n'est que de 9,5 au niveau national. Il semble donc que les hommes du Nord – Pas-de-Calais soient (à l'instar des tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon), davantage exposés aux facteurs de risque de cette maladie (tabac, alcool, facteurs professionnels) qu'au niveau national.

Pour les femmes, la tendance évolutive des taux est stable sur toute la période. Pour les deux sexes, la surmortalité régionale est demeurée à peu près constante entre 1979 et 1999.

Figure 4 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs malignes des Voies AéroDigestives Supérieures, par sexe et à tout âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine

(taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



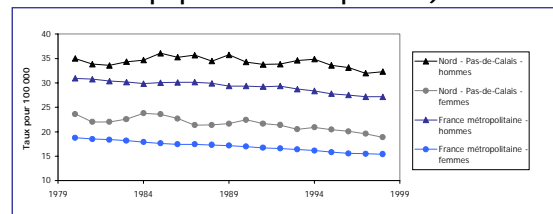
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

TUMEURS MALIGNES DE L'INTESTIN

Les courbes des taux standardisés semblent indiquer depuis 1979 une diminution très lente de l'intensité de la mortalité due à ces cancers tant chez les hommes que chez les femmes, tant au niveau régional que national. Cependant, malgré le lissage des taux, les courbes indiquent des fluctuations marquées pour le Nord – Pas-de-Calais, ce qui rend plus difficile l'interprétation des tendances.

En 1998, la surmortalité régionale se caractérise par un indice de 119 (+19 %) chez les hommes et de 123 (+23 %) chez les femmes. Le sexe ratio régional est très proche de celui de la France (ICM de 171 versus 176) et est beaucoup moins élevé que pour d'autres localisations de tumeurs.

Figure 5 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs malignes de l'intestin, par sexe et à tout âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

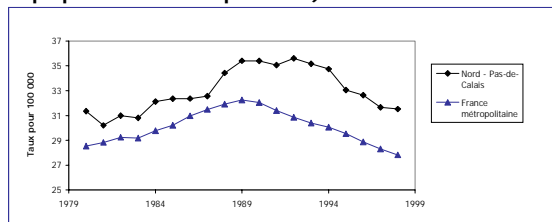
TUMEURS MALIGNES DE LA PROSTATE

La forme générale de la courbe caractérisant la mortalité du Nord – Pas-de-Calais suit globalement celle de la France. Sur le plan national, après une hausse régulière des taux jusqu'en 1989, une baisse du même ordre est constatée. Cette baisse n'intervient dans la région que 3 années plus tard.

Cependant, l'augmentation de ce type de cancer peut également être due à une amélioration du diagnostic pouvant faire apparaître plus souvent ce

type de tumeur comme cause principale de décès. En 1998, la mortalité régionale est de 13 % supérieure à celle de la France métropolitaine, et cet écart n'a pratiquement pas bougé depuis 1992.

Figure 6 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs malignes de la prostate à tout âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

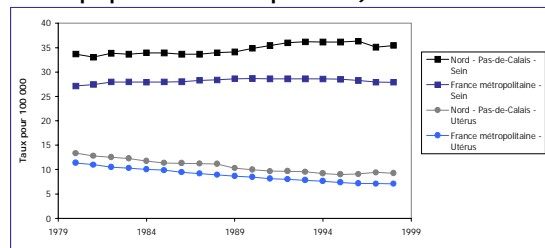
TUMEURS MALIGNES FÉMININES : SEIN, UTÉRUS

Les taux standardisés concernant les tumeurs malignes du sein évoluent un peu différemment dans la région Nord – Pas-de-Calais qu'en France métropolitaine. Au niveau national, cette augmentation est lente jusqu'en 1990 puis semble se stabiliser pour redescendre lentement. Dans la région, les taux semblent stables jusqu'en 1989, date à partir de laquelle les taux augmentent jusqu'en 1992 pour se stabiliser puis redescendre quelques années plus tard. Malgré ces évolutions, la mortalité par tumeur du sein semble légèrement augmenter dans le Nord – Pas-de-Calais, et ne pas avoir évolué en France métropolitaine. Toutefois, ces tendances n'ont pu être confirmées par un test statistique. Par ailleurs la surmortalité régionale est pratiquement la même en 1980 qu'en 1998 (ICM régional de 127).

Par contre, les courbes de la mortalité par tumeurs malignes de l'utérus indiquent une baisse régulière depuis 1980 tant au niveau régional que national.

L'évolution des deux courbes demeure cependant parallèle, témoignant ainsi du fait que la surmortalité régionale (+30 en 1998) se maintient sur toute la période.

Figure 7 : Taux standardisés de mortalité par tumeurs malignes du sein, de l'utérus, à tout âge, Nord – Pas-de-Calais versus France métropolitaine (taux pour 100 000, standardisés sur la population européenne)



Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

CONCLUSION

À structure par âge identique, nous constatons au niveau de la région, que la plupart des causes de décès retenues pour cette analyse connaissent sur la période 1979-1999 une baisse de l'intensité de la mortalité qui suit globalement les tendances observées au niveau national.

Ceci est particulièrement net pour les tumeurs malignes des VADS chez les hommes, pour les tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes à partir de 1994, pour les tumeurs malignes de la prostate à partir de 1992 et pour les tumeurs malignes de l'utérus sur toute la période. L'écart entre la région et la moyenne française traduit une surmortalité régionale impliquant la majorité des cancers (exception faite des tumeurs de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes) et qui globalement se maintient durant toute la période 1979-1999.