



Cancers

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

- L'incidence

Estimations FRANCIM de l'incidence des cancers en 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000
Les données de l'Assurance Maladie

- La mortalité

Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon
Tumeurs malignes des VADS
Tumeurs malignes du sein chez les femmes
Tumeurs malignes de l'utérus
Tumeurs malignes de l'intestin
Tumeurs malignes de la prostate
En résumé

- Les facteurs de risque

- Prévention et dépistage

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

P 57

p 57

p 57

p 61

p 61

p 61

p 63

p 65

p 65

p 65

p 67

p 67

p 67

p 69

p 69

LES PROJETS RETENUS EN 2003

- Les objectifs

- Qui sont les porteurs d'actions ?

- Types d'actions mises en œuvre

- Répartition territoriale des actions

- Financement des actions

P 69

p 69

p 71

p 71

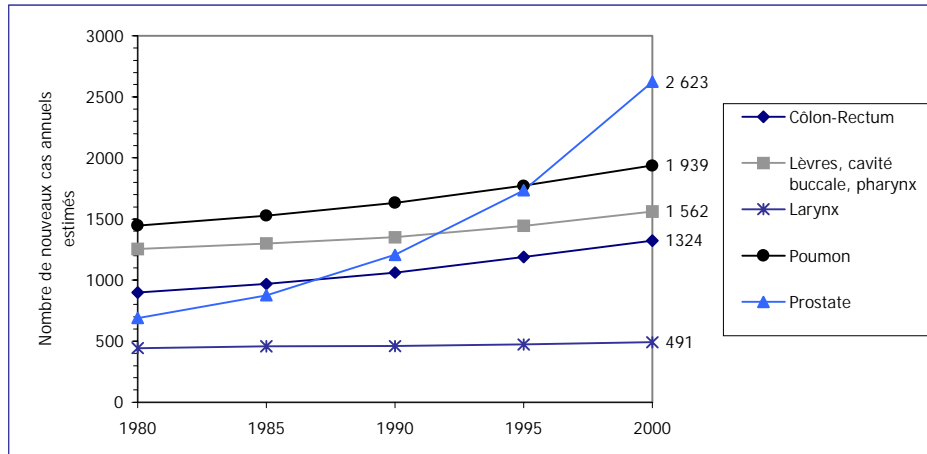
p 71

p 71

Cartes **06, 07, 16, 17, 35, 42**

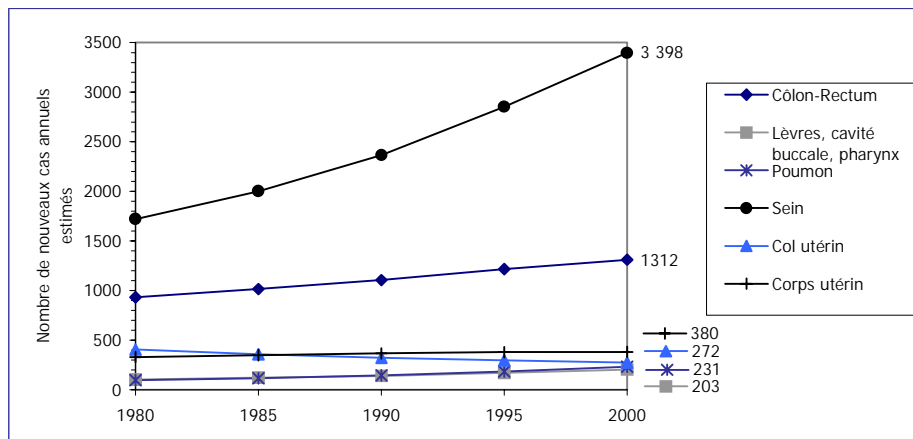
Cancers Challenge

4-1 Évolution du nombre de nouveaux cas annuels de cancers estimés, chez les hommes, dans la région Nord – Pas-de-Calais



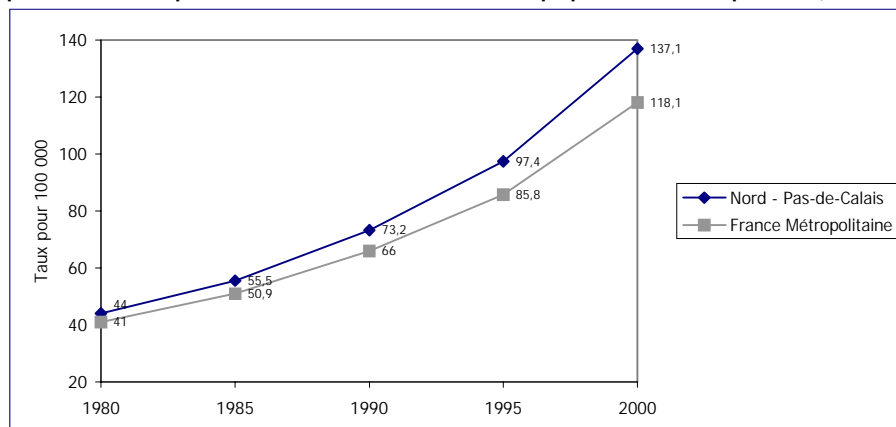
Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM).

4-2 Évolution du nombre de nouveaux cas annuels de cancers estimés, chez les femmes, dans la région Nord – Pas-de-Calais



Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM).

4-3 Évolution des taux d'incidence du cancer de la prostate en France et dans le Nord – Pas-de-Calais (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)



Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM).

Cancers Challenge

Les cancers représentent un enjeu de Santé Publique majeur dans la région Nord - Pas-de-Calais. En effet, une part croissante de la mortalité leur est attribuée et la région présente une mortalité plus forte (voire beaucoup plus forte) que la moyenne française, notamment en ce qui concerne 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 de septembre 1997 à décembre 1998 par la mise en place d'un Programme Régional de Santé axé sur les cancers, intitulé **Challenge** et qui fut adopté en janvier 1999.

4 objectifs généraux avaient été fixés sur une période de 3 ans (1999-2001). Ils 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, côlon-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, les 7 domaines d'intervention sont :

- Préventions et cancers, en lien avec les autres Programmes Régionaux de Santé : Développer des actions de prévention globale en accentuant la place de la population notamment précarisée.
- Repérage précoce et dépistage des cancers : Développer des actions visant à faciliter l'accès précoce au diagnostic des cancers en lien avec les structures de gestion départementales chargées du dépistage, ADCN pour le Nord et Opaline pour le Pas-de-Calais.
- Qualité des soins et droits des malades : Développer des actions visant à l'amélioration de la prise en charge et la participation des personnes souffrant de cancer aux différents stades de la maladie.
- Insertion et réinsertion des malades atteints de cancers : Développer des actions permettant d'éviter la désinsertion professionnelle et visant au maintien de l'emploi.
- Soins continus et accompagnement : Développer des actions visant à assurer la continuité des soins des malades et à accompagner les familles pendant la maladie et après le décès.
- Formations initiales : Développer des actions visant à recentrer conjointement les formations initiales des professions de santé autour de 3 objectifs : les relations avec les malades, les pratiques interprofessionnelles et les exigences techniques en cancérologie.
- Informations et recherches en sciences humaines et sociales : Développer des actions visant à mieux comprendre les facteurs de résistance à la prise en charge.

LES INDICATEURS DE CONTEXTE

L'incidence

L'incidence d'une maladie est définie par le nombre de nouveaux cas (le plus souvent annuels) de cette maladie.

En l'absence, dans le Nord – Pas-de-Calais, d'un registre général des cancers observés, l'incidence des cancers régionaux peut être estimée grâce aux données annuelles établies par le Réseau des registres français de cancers (FRANCIM) et le service de biostatistique du Centre Hospitalier Lyon-Sud¹.

Par ailleurs, dans le cadre du Programme Régional de Santé **Challenge**, chaque année depuis 1999, est réalisée une estimation de la morbidité des cancers, à partir de l'exploitation des données issues de l'Assurance Maladie portant sur les Affections de Longue Durée (ALD-30).

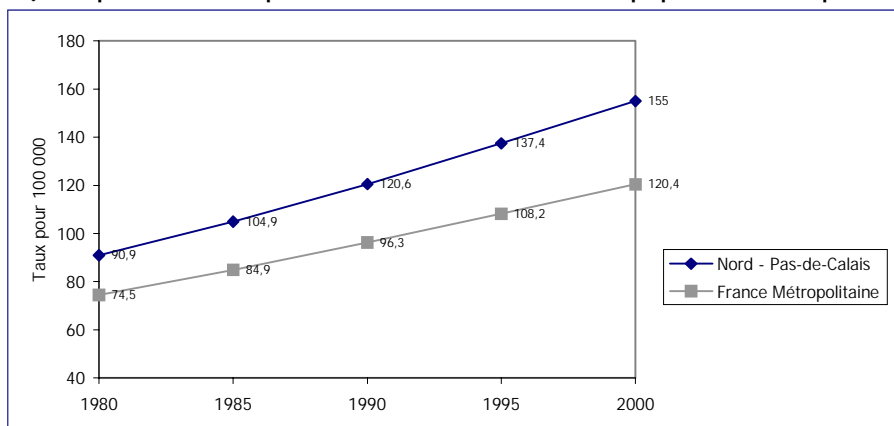
Estimations FRANCIM de l'incidence des cancers en 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000

Les estimations présentées dans ce chapitre concernent les cancers de la prostate, du sein, du col et du corps de l'utérus et du côlon-rectum. L'évolution de l'incidence de cancers étroitement liés à la consommation à risque de tabac et d'alcool (cancer du poumon, cancer des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, cancer du larynx) est présentée dans le chapitre traitant des Conduites de consommation à risque.

¹ L'incidence des cancers est calculée par modélisation "modèle âge cohorte" qui s'appuie sur le ratio incidence/mortalité et sur l'incidence réelle de plusieurs registres départementaux. Cette méthode est décrite dans : Remontet L, Estève J, Bouvier A-M, Grosclaude P et al. Cancer incidence and mortality in France over the periode 1978-2000. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2003 ; 51 : 3-30.

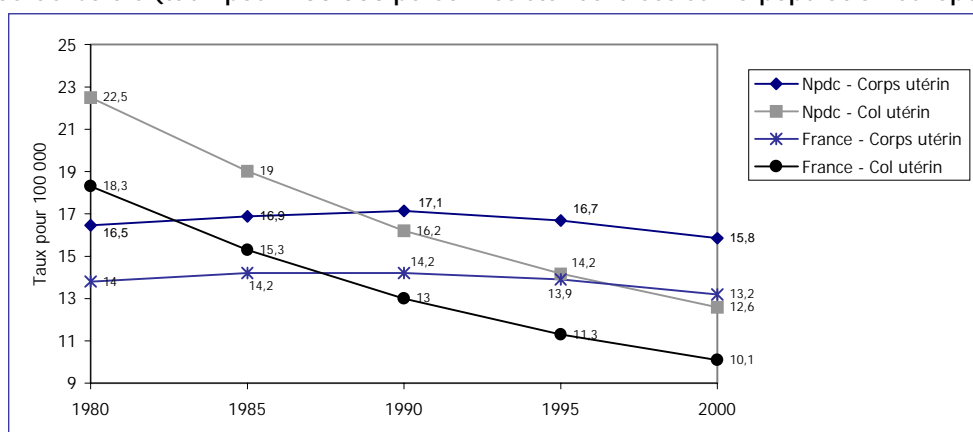
Cancers Challenge

4-4 Évolution des taux d'incidence du cancer du sein chez les femmes en France et dans le Nord – Pas-de-Calais (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)



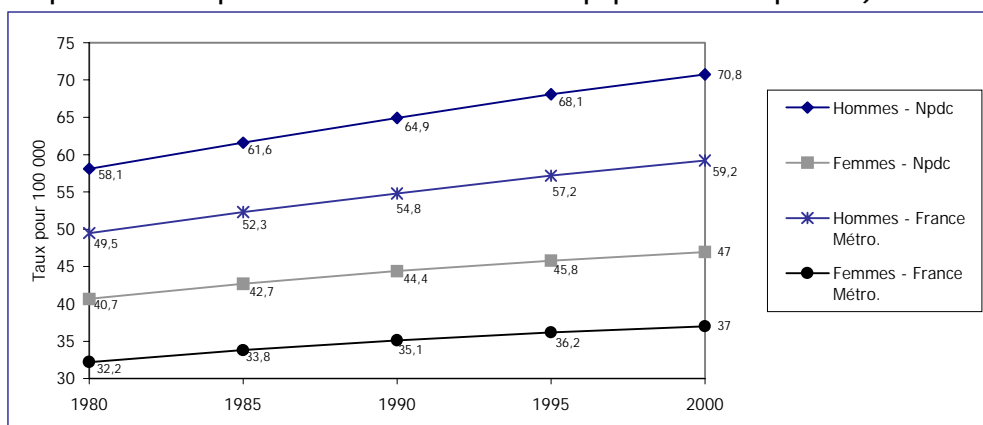
Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM).

4-5 Évolution des taux d'incidence des cancers du col et du corps de l'utérus en France et dans le Nord – Pas-de-Calais (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)



Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM).

4-6 Évolution des taux d'incidence des cancers côlo-rectaux en France et dans le Nord – Pas-de-Calais (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)



Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM).

Cancers Challenge

Dans le Nord – Pas-de-Calais, entre 1980 et 2000, le nombre de nouveaux cas annuels de cancers estimés est passé de 7 672 à 12 430 chez les hommes et de 5 620 à 8 812 chez les femmes, marquant respectivement sur cette période un accroissement de +62 et +57 %. Le vieillissement de la population explique en partie cet accroissement puisque dans le même temps les taux standardisés sur l'âge traduisent un accroissement moins élevé du risque de cancer de +36 % chez les hommes et de +35 % chez les femmes. Toutefois, cette hausse s'explique aussi par l'accroissement du risque de cancers de la prostate chez les hommes et du sein chez les femmes. En 2000, à structure d'âge égale, pratiquement 2 fois plus d'hommes que de femmes ont été touchés par le cancer (sexe ratio de 1,8).

En 2000, dans la région Nord – Pas-de-Calais, le cancer du sein chez les femmes représente, comme au niveau national, la première cause d'affection tumorale (17 % de l'ensemble des cancers) avec 3 398 nouveaux cas annuels (Figures 4-1 et 4-2) ; suivent le cancer de la prostate (2 623 nouveaux cas annuels), le cancer du poumon chez les hommes (1 939), les cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx chez les hommes (1 562) et le cancer du côlon-rectal avec un nombre de nouveaux cas pratiquement égal entre hommes et femmes (respectivement 1 324 et 1 312). L'incidence des cancers a connu entre 1980 et 2000 des évolutions différentes suivant la localisation anatomique de la tumeur maligne.

Cancer de la prostate (Figure 4-3)

En France métropolitaine, comme dans la région Nord – Pas-de-Calais, le cancer de la prostate a connu entre 1980 et 2000, une très forte progression (+281 %), passant en 20 ans de 689 à 2 623 nouveaux cas annuels. Au cours de la période 1995-2000, ce cancer devient prédominant chez les hommes, dépassant le niveau d'incidence du cancer du poumon. Le vieillissement de la population n'explique qu'en partie cet accroissement puisque dans le même temps, les taux standardisés sur l'âge ont été multipliés par 3 (+211 %). En effet, cette augmentation est liée à l'utilisation de nouvelles techniques de dépistage (endoscopie, Antigène Spécifique de la Prostate (PSA), biopsie guidée), permettant de détecter les tumeurs prostatiques à un stade moins évolué. Par rapport à la France métropolitaine, le taux régional d'incidence standardisé sur l'âge, déjà supérieur de 7 % en 1980, atteint +16 % en 2000, marquant ainsi un accroissement de la sur-incidence régionale.

Cancer du sein chez les femmes (Figure 4-4)

En 20 ans, dans la région Nord – Pas-de-Calais, le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du sein est passé de 1 721 à 3 398 (+97 %). Sur la même période, les taux standardisés sur l'âge passent de 90,9 nouveaux cas annuels pour 100 000 femmes en 1980 à 155 nouveaux cas annuels pour 100 000 femmes en 2000, soit un accroissement de l'incidence de 70,4 %. Déjà dominant en 1980, le cancer du sein représente en 2000 plus d'un tiers (38,6 %) des cancers chez les femmes. Par rapport à la France métropolitaine, les taux régionaux standardisés sur l'âge montrent une sur-incidence régionale des cancers en constante progression. En effet, entre 1980 et 2000, l'écart entre les taux régionaux et nationaux s'est creusé, passant de +22 % en 1980 à +28,7 % en 2000.

Cancer du corps et du col de l'utérus (Figure 4-5)

Entre 1980 et 2000, le nombre de nouveaux cas estimés de cancer du corps de l'utérus a légèrement progressé dans la région Nord – Pas-de-Calais (+16,4 %), passant ainsi de 329 à 383 nouveaux cas annuels estimés. Ceci semble essentiellement dû au vieillissement de la population puisque dans le même temps les taux standardisés sur l'âge ont accusé une très légère baisse (-3,7 %). Néanmoins, la région connaît par rapport à la France une sur-incidence demeurant autour de +20 % sur toute la période.

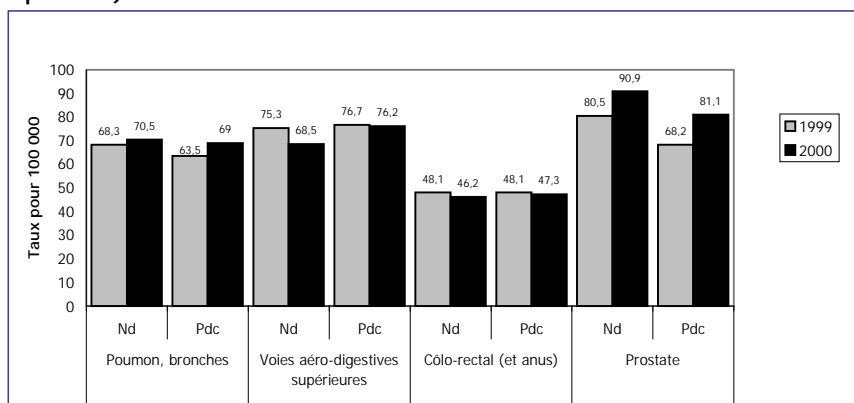
Le nombre de nouveaux cas annuels de cancers du col de l'utérus est passé de 405 en 1980 à 272 en 2000, marquant une baisse de 32,8 %. Ce type de cancer (qui touche des femmes plus jeunes que celles développant un cancer du corps de l'utérus), a donc connu, dans la région Nord – Pas-de-Calais comme en France métropolitaine, une baisse substantielle de son incidence (-44 %). Par rapport à la France métropolitaine, le Nord – Pas-de-Calais accuse toutefois une sur-incidence régionale pratiquement stable, se situant autour de +24 % en moyenne pour les 5 années estimées.

Cancers côlo-rectaux (Figure 4-6)

D'après les estimations FRANCIM, 1 324 hommes et 1 312 femmes de la région Nord – Pas-de-Calais ont eu un cancer côlo-rectal en 2000. À structure d'âge identique, les hommes connaissent un risque d'être frappés par cette maladie 1,5 fois plus élevé que les femmes. Entre 1980 et 2000, les taux d'incidence masculins standardisés sur l'âge sont passés de 58,1 à 70,8 cas pour 100 000 hommes, soit une progression de 21,8 %. Concernant les femmes, l'évolution est un peu moins forte (+15,5 %), avec des taux passant de 40,7 à 47 cas annuels pour 100 000 femmes. Par rapport à la France métropolitaine, la région Nord – Pas-de-Calais connaît en 2000 une sur-incidence de 27 % chez les femmes et de 19,6 % chez les hommes avec un léger creusement chez ces derniers.

Cancers Challenge

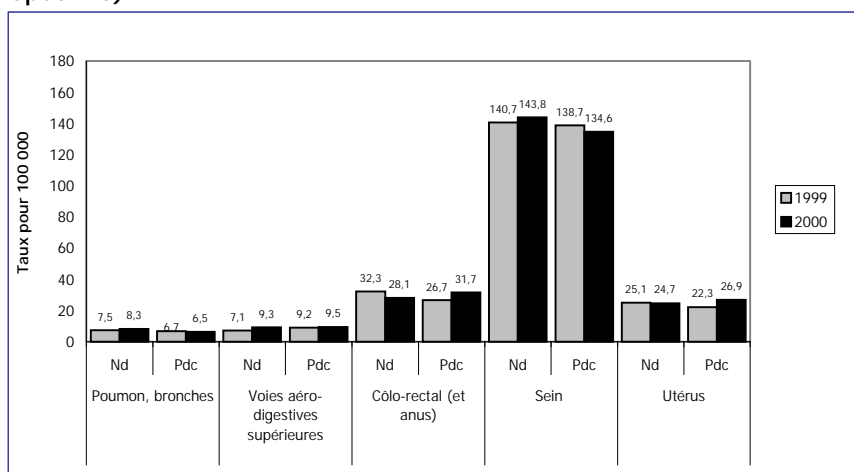
4-7 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancers dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1999 et 2000, chez les hommes (taux pour 100 000 personnes standardisés sur la population européenne)



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.

4-8 Incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) pour cancers dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1999 et 2000, chez les femmes (taux pour 100 000 personnes 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.

4-9 Comparaison entre l'incidence estimée (FRANCIM) et l'incidence des entrées en Affection de Longue Durée (ALD-30) en 2000 dans la région Nord – Pas-de-calais

Localisation	Estimation FRANCIM				ALD-30		
	Regroupement CIM10	Nombre de cas		Regroupement CIM10	Nombre de cas		
		Hommes	Femmes		Hommes	Femmes	
Sein	C50	Non estimé	3 398	C50, D05, D48,6	25	3 002	
Poumon, bronche (et trachée pour FRANCIM)	C33 à C34	1 939	231	C34, D02.2	1 265	179	
Lèvres, cavité buccale et pharynx	C00 à C14	1 562	203	C00.0 à C14.8, D00.0, D37.0	988	175	
Larynx	C32	491	Non estimé	C32, D02.2	264	21	
Prostate	C619	2 623	-	C61, D075, D40.0	1 662	-	
Côlon-Rectum (et anus)	C18 à C21	1 324	1 312	C18.0 à C21.8, D01.0 à D01.3, D37.4 à D37.5	859	776	

Source : Réseau des registres français de cancers (FRANCIM). Registre des services médicaux du régime général d'Assurance Maladie, de l'AMPI, de la MSA et des Mines.

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 concernent les maladies pour lesquelles une demande d'exonération du ticket modérateur a été obtenue (prise en charge à 100 %). Ces données sont traitées par le régime général sous l'autorité d'une cellule pluridisciplinaire. Le caractère médico-social de la demande de prise en charge conduit à une sous-estimation de la morbidité réelle, variable selon le type de cancer. En effet, certains patients ne font pas de demande de prise en charge en affection longue durée pour un cancer ; soit parce que cette demande a déjà été faite pour une autre maladie (notamment chez les patients âgés), soit parce que le patient dispose d'une couverture complémentaire satisfaisante ou encore qu'il ne fait pas valoir ses droits. Enfin, certaines interventions chirurgicales (au niveau intestinal notamment) d'un coefficient égal et supérieur à 50, donnent droit à l'exonération du ticket modérateur sans demande d'ALD. La **Figure 4-9** indique que le nombre de demandes de prise en charge pour ALD est toujours inférieur aux estimations FRANCIM, avec des écarts plus ou moins marqués selon la localisation tumorale. De fait, certains cancers conduisent le malade à faire pratiquement dans tous les cas une demande d'ALD (sein, poumon, VADS). D'autres cancers (côlo-rectaux, prostatiques) n'entraînent pas systématiquement de demande ; ceci engendre une sous-estimation plus marquée de la morbidité réelle. Par ailleurs, l'incidence estimée par le réseau FRANCIM peut être sous-estimée lorsque la mortalité du cancer est faible (cancer de la thyroïde). Les **Figures 4-7 et 4-8** reprennent, pour 6 localisations de tumeurs, les résultats extraits de la publication présentant l'incidence des cancers en 1999 et en 2000¹. Les taux d'incidence ont été calculés sur la base de la population recensée en mars 1999 et ont été standardisés sur la population européenne. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes. L'interprétation de l'évolution chronologique des résultats demeure pour l'instant limitée car nous ne disposons que de deux années d'observation comparables. En effet, les taux d'incidence de l'année 2001 n'ont pas été standardisés sur l'âge et ceux de l'année 1998 ont été calculés sur la base du recensement de la population de 1990.

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

Chez les hommes, les cancers prostatiques, broncho-pulmonaires et des voies aérodigestives supérieures sont dominants. Pour ces 2 derniers, il existe une sur-morbidité masculine marquée (de 8 et 13 fois plus de prises en charge chez les hommes).

La mortalité

Le Nord – Pas-de-Calais connaît une mortalité prématurée (décès des moins de 65 ans) souvent plus élevée que la moyenne nationale. La réduire demeure une des priorités définies dans le PRS Challenge. Aussi, pour aider les acteurs de la santé à identifier les besoins de la population, depuis maintenant 3 ans, le **Moniteur des Programmes Régionaux de Santé** présente les résultats de la mortalité prématurée par département, arrondissement et depuis cette année par *intercommunalité*², mais aussi selon que les décès ont eu lieu ou non dans l'une des 157 communes concernées par la Politique de la Ville. L'analyse infra-régionale de la mortalité est faite au travers de l'Indice Comparatif de Mortalité Prématurée (ICMP) qui permet de situer la mortalité de chaque territoire par rapport à un indice 100 correspondant au niveau de mortalité national (France métropolitaine). Cet indice permet de comparer la mortalité de différentes zones géographiques sans que leurs différences de structure par âge n'interfèrent. Les indicateurs ont été actualisés à partir des données de mortalité des années 1997, 1998 et 1999, les plus récentes diffusées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'INSERM (Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale).

Dans le Nord - Pas-de-Calais, le cumul du nombre de décès prématurés par tumeurs des années 1997, 1998 et 1999, s'élève 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.

Tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon

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

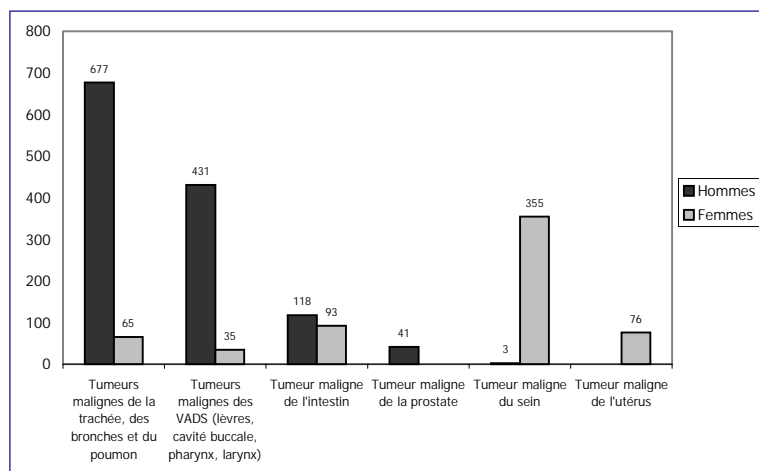
40,6 % de ces décès masculins surviennent avant 65 ans ; ce qui représente pour ce sexe plus d'un quart (27,3 %) des décès prématurés par tumeur et 10,4 % de l'ensemble des décès prématurés.

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 C'est-à-dire par pays, communauté d'agglomération et communauté urbaine.

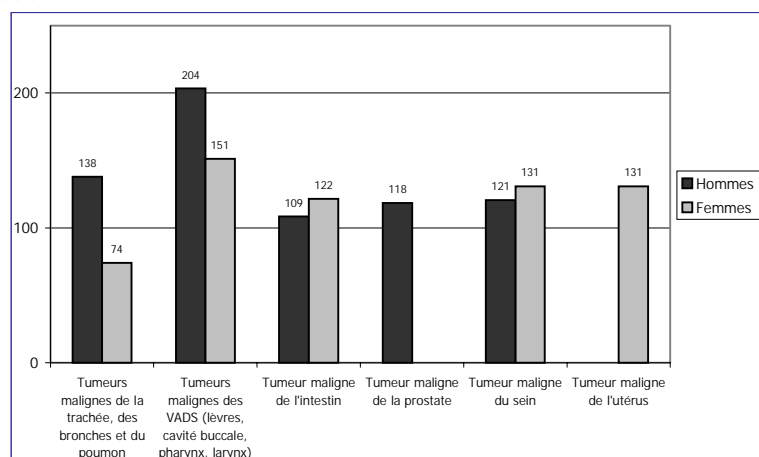
Cancers Challenge

4-10 Nombre moyen annuel de décès avant 65 ans, par sexe et par cause, dans le Nord – Pas-de-Calais, en 1997-1999



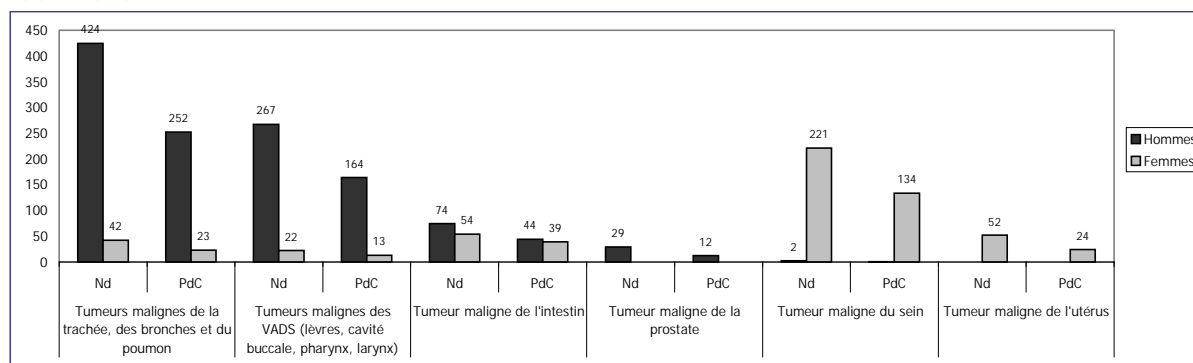
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4-11 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.

4-12 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.

Cancers Challenge

Parmi les décès prématurés féminins par cancer, la part des décès par tumeur broncho-pulmonaire est nettement plus réduite (6 %). Chez les hommes, l'Indice Comparatif de Mortalité Prématurée (ICMP) indique une mortalité régionale dépassant de 38 % celle de la France métropolitaine (Figure 4-11). En revanche, celui des femmes (ICMP : 74), indique une mortalité de 26 % inférieure au niveau national.

Dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais (Figure 4-13), la valeur des Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée des hommes demeure très proche du niveau régional (respectivement 137 et 140). Pour les femmes, il n'est que de 70 dans le Pas-de-Calais ; marquant ainsi une sous-mortalité féminine de -30 % dans ce département par rapport à la France métropolitaine. L'ICMP calculé à partir de l'ensemble des décès des personnes domiciliées dans les communes concernées par la Politique de la Ville (Figure 4-15) 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.

Arrondissements et intercommunalités

D'après les cartes présentant les Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée par arrondissement (Cartes 06 et 07), seuls les arrondissements de Valenciennes (ICMP de 34,6) et de Dunkerque (ICMP 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 arrondissement de Béthune (indice de mortalité prématurée de 41,7) et d'Arras (ICMP 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. Ceux-ci s'échelonnent de 123 (arrondissement de Douai) pour le moins élevé, à 177 (arrondissement de Lens) pour 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 métropolitaine.

À l'échelle des *intercommunalités*, chez les hommes, 12 territoires sur 26 se caractérisent par un Indice Comparatif de Mortalité Prématurée significativement supérieur au niveau national. Parmi ceux-ci, les communautés d'agglomération (C. A.) de la porte du Hainaut et d'Hénin-Carvin se distinguent par un niveau de mortalité par cancer broncho-pulmonaire supérieur au niveau régional, avec respectivement des ICMP de 184,6 et de 243. Les 11 autres territoires voient leur ICMP s'échelonner de 138 (communauté urbaine (C. U.) de Dunkerque) à près de 162 (C. A. de l'Artois). Chez les femmes, bien que la majorité des *intercommunalités* présentent des Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée inférieurs au niveau national, seuls ceux de la C. U. de Dunkerque, de la C. A. de la Porte du Hainaut et de la C. A. de l'Artois sont significativement inférieurs, traduisant une sous-mortalité respective de -58, -79 et -57 %.

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 en moyenne de 662 décès annuels chez les hommes de tout âge. Pratiquement deux tiers (65 %) de ces décès interviennent avant 65 ans. Seconde cause de mortalité prématurée masculine par tumeur (17,4 %), après les cancers broncho-pulmonaires, elle représente 6,6 % de l'ensemble des décès prématurés masculins. Les femmes sont nettement moins touchées par ce cancer (1,6 % de l'ensemble des décès féminins par tumeur, et 3,21 % des décès prématurés féminins par tumeur).

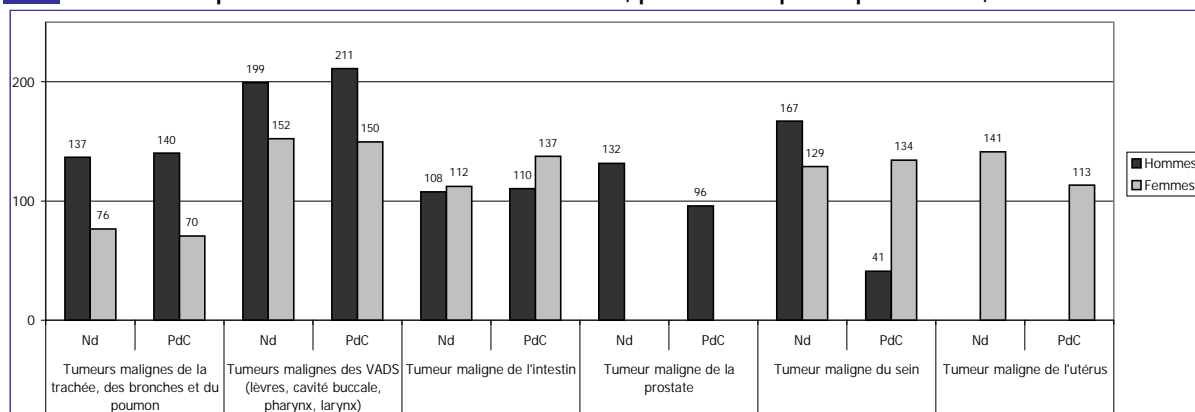
L'Indice Comparatif de Mortalité Prématurée (ICMP) régional (Figure 4-11) indique une surmortalité très marquée chez les hommes, dépassant de 104 % le niveau national. Ce surcroît de décès prématurés est aussi observé chez les femmes (+51 %). Cette surmortalité régionale apparaît aussi à l'échelle départementale (Figure 4-13) et est quasiment identique quel que soit le département (ICMP du Nord : 152, ICMP du Pas-de-Calais : 150). Chez les hommes habitant le Pas-de-Calais, la mortalité prématurée dépasse de 111 % le niveau national. Enfin (Figure 4-15), les ICMP propres au groupe constituant les communes impliquées dans la Politique de la Ville sont aussi très élevés : 250 chez les hommes (+150 %) et 180 chez les femmes (+80 %).

Arrondissements et intercommunalités (Carte 16)

Chez les femmes, seuls les Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée (ICMP) des arrondissements de Béthune (218) et de Lille (245) indiquent des niveaux significativement supérieurs à la moyenne nationale. Il en est de même pour les *intercommunalités* où uniquement la C. A. de l'Artois et la C. U. de Lille Métropole affichent des indices de mortalité prématurée reflétant des niveaux de mortalité prématurée féminine significativement au-dessus de la moyenne nationale (respectivement +147 et +156) et significativement au-dessus de la moyenne régionale (indice de mortalité prématurée de 151) en ce qui concerne la C. U. de Lille Métropole.

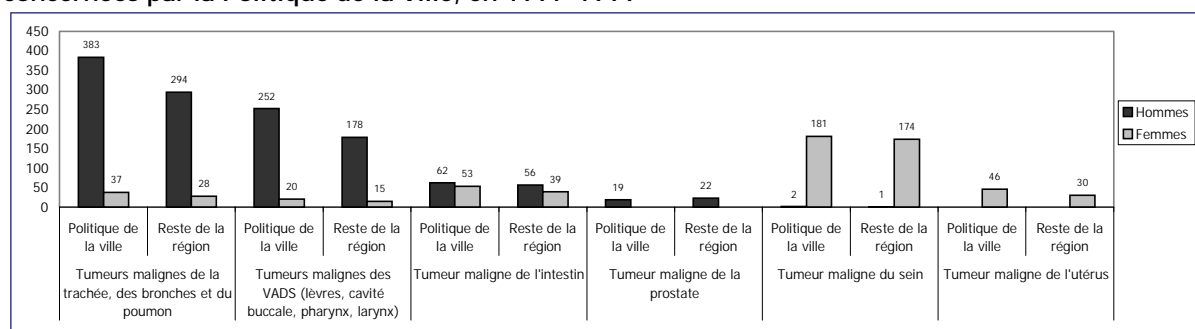
Cancers Challenge

4-13 Indices Comparatifs de Mortalité avant 65 ans, par sexe et par département, en 1997-1999



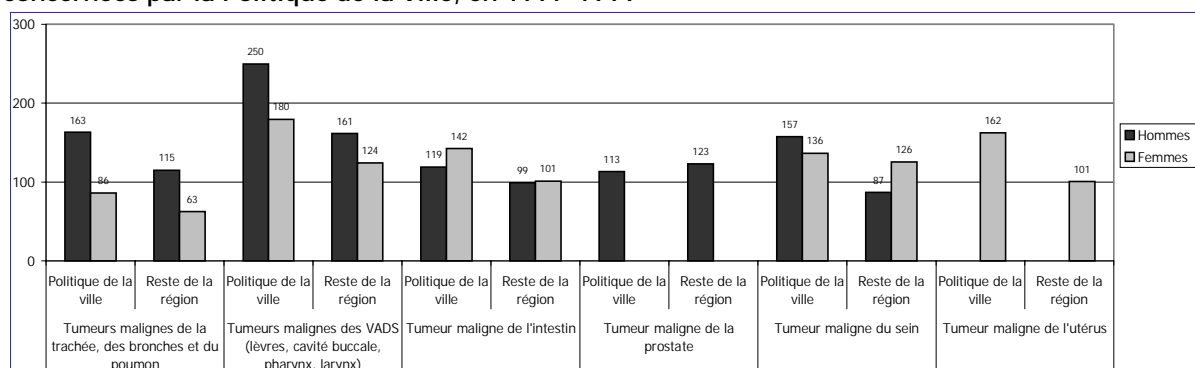
Source : INSEE, INSERM : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

4-14 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.

4-15 Indices Comparatifs de Mortalité 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.

Cancers Challenge

Chez les hommes, quel que soit l'arrondissement, les ICMP indiquent tous une surmortalité située entre +45 % pour la valeur la moins élevée (arrondissement de Saint-Omer) et +173 % pour la valeur la plus élevée (arrondissement de Lens). 9 arrondissements connaissent une mortalité prématurée au minimum 2 fois plus élevée que le niveau national, et l'arrondissement de Lens connaît une surmortalité significativement supérieure à la région Nord – Pas-de-Calais (Indice Comparatif de Mortalité Prématurée de 273).

De même, la majorité des *intercommunalités* connaissent des indices de mortalité prématurée au-dessus de la moyenne nationale dont 17 de façon significative. Pour ces 17 *intercommunalités*, les ICMP s'échelonnent de 152 pour le Pays de *Sambre-Avesnois*, à 274 pour la C. A. de Lens-Liévin. Ces deux *intercommunalités* sont les seules à obtenir des Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée qui se distinguent significativement l'un de l'autre. De plus, la C. A. de Lens-Liévin se caractérise par une surmortalité masculine significativement supérieure au niveau régional ; situation déjà observée pour l'arrondissement de Lens.

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. À tout âge, cette pathologie 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 (Figure 4-11). Sur le plan départemental (Figure 4-13), la tendance des Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée (ICMP) s'écarte peu de la tendance régionale, avec un indice de 129 dans le département du Nord et de 134 dans celui du Pas-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 4-15).

Arrondissements et intercommunalités (Carte 17)

À l'échelle des arrondissements, les Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée dont les résultats sont significatifs, révèlent tous une surmortalité par rapport à la France qui s'échelonne de plus de 26 % dans l'arrondissement de Lille à plus de 53 % dans celui de Calais. Parallèlement, 8 *intercommunalités* ont des indices de mortalité prématurée significativement supérieurs à la moyenne nationale, s'échelonnant de 127 (C. A. de Lille Métropole) à 158,5 (C. A. du Calaisis). Cependant, tant à l'échelle des arrondissements que des *intercommunalités*, aucun territoire ne se démarque significativement l'un de l'autre, ni par ailleurs du niveau régional.

Tumeurs malignes de l'utérus

Pour les années 1997-1999, les tumeurs malignes de l'utérus sont 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 % des décès prématurés par tumeur.

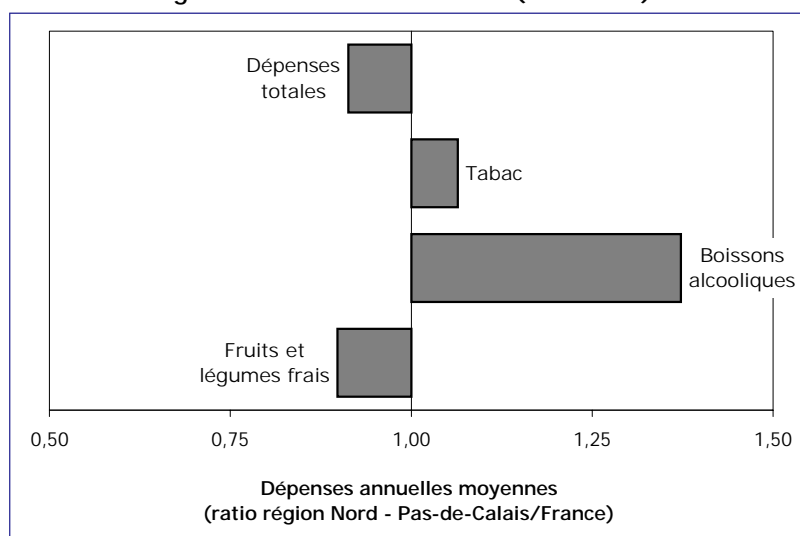
Dans la région Nord – Pas-de-Calais, la mortalité prématurée par tumeur de l'utérus dépasse de 31 % le niveau national (Figure 4-11). La surmortalité dans le Nord semble plus marquée que dans le Pas-de-Calais. Le Nord obtient en effet un Indice Comparatif de Mortalité Prématurée de 141 (+41 %), alors qu'il n'est que de 113 (+13 %) dans le Pas-de-Calais (Figure 4-13). Les communes impliquées dans la Politique de la Ville (Figure 4-15) se caractérisent par une surmortalité de 62 % supérieure au niveau national.

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 broncho-pulmonaires 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. 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. 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.

Cancers Challenge

4-16 Consommation des ménages du Nord - Pas-de-Calais (France=1)



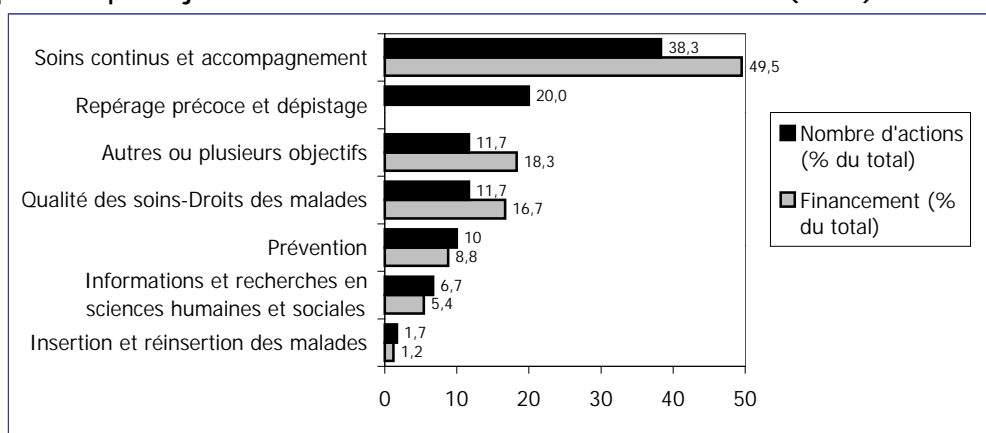
Source: INSEE, enquête Budget des ménages, 1995. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-17 Données statistiques (en %) des activités de dépistage du cancer du sein dans le département du Nord en 2001 et 2002

	Vague 2	
	2001	2002
Population cible non corrigée cumulée	125 816	287 182
Population invitée corrigée cumulée	123 015	281 283
Nombre cumulé des mammographies organisées (o)	29 732	64 934
Nombre cumulé des mammographies individuelles (i)	42 025	94 739
Nombre total cumulé des mammographies (o+i)	71 757	159 673
Taux cumulé de participation	58,3%	56,8%
Nombre cumulé de cancers confirmés par mammographies organisées	257	477

Source: Association pour le Dépistage du Cancer dans le département du Nord (ADCN).

4-18 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.

Cancers Challenge

Au niveau régional (Figure 4-11), l'Indice Comparatif de Mortalité Prématurée (ICMP) indique une surmortalité féminine de 22 % supérieure à celle de la France métropolitaine (ICMP non significatif chez les hommes). Concernant les comparaisons départementales, seul l'Indice Comparatif de Mortalité précoce féminin du Pas-de-Calais montre une surmortalité significative de +37 % (Figure 4-13).

Peu d'ICMP, tant à l'échelle des arrondissements que des *intercommunalités*, font apparaître des différences significatives. Par contre, les ICMP 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 4-15).

Tumeurs malignes de la prostate

Durant la période 1997-1999, 1 599 décès tous âges 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 ce qui concerne les arrondissement et *intercommunalités*, seul l'indice de mortalité prématurée du département du Nord (Figure 4-13) indique une surmortalité significative par rapport à la France métropolitaine (indice de mortalité prématurée de 132 (+32 %)).

En résumé

À l'exception des femmes décédées de tumeurs malignes de la trachée, des bronches et du poumon, les Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée traduisent tous une surmortalité régionale globale par cancer pour les deux sexes. Cette surmortalité est particulièrement marquée chez les hommes pour les cancers de la trachée, des bronches et du poumon, et pour les tumeurs malignes des voies aérodigestives supérieures. Des écarts importants existent aussi entre arrondissements. Ainsi, pour ces 2 causes de mortalité, les arrondissements de Saint-Omer et de Maubeuge obtiennent les indices de mortalité prématurée les moins élevés. Au contraire, l'arrondissement de Lens obtient les Indices Comparatifs de Mortalité Prématurée (ICMP) les plus élevés pour ces mêmes causes ; ce qui se retrouve aussi au niveau des *intercommunalités* pour la C. A. de Lens-Liévin.

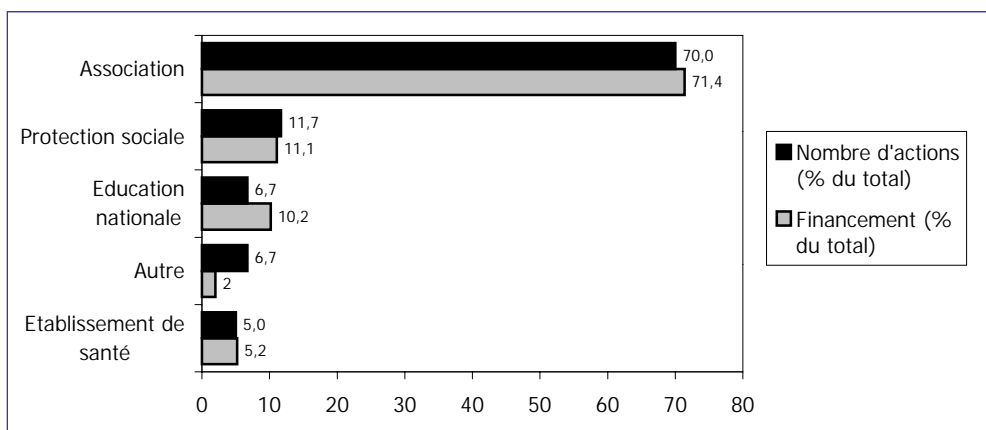
Les facteurs de risque

L'évaluation des facteurs de risque auxquels est exposée la population de la région Nord – Pas-de-Calais est primordiale. La consommation de tabac, de boissons alcoolisées, accroissent le risque de cancers broncho-pulmonaires, des voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage. Au contraire, la consommation régulière de fruits et de légumes frais a des effets protecteurs par rapport aux cancers digestifs. Les données issues de l'enquête de l'INSEE de 1995 sur le budget des ménages ont permis de situer le niveau des dépenses des ménages du Nord – Pas-de-Calais pour ces 3 groupes de 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 4-16 présente les dépenses annuelles moyennes des ménages, et la part représentée par les boissons alcooliques, le tabac et les fruits et légumes frais. Afin de tenir compte des différences entre régions, en ce qui concerne les dépenses totales, a été calculé, pour chaque poste budgétaire, 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 France métropolitaine.

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 inférieur 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. Derrière ses dépenses moyennes peuvent coexister des situations contrastées, susceptibles d'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.

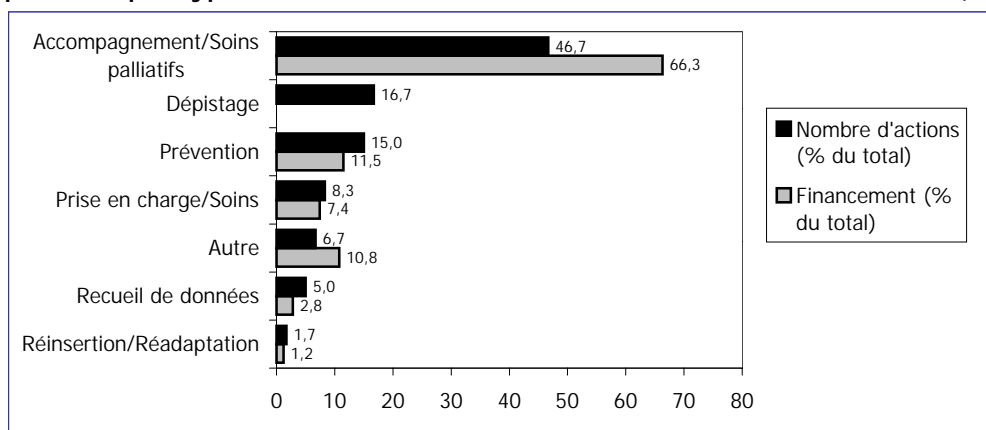
Cancers Challenge

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



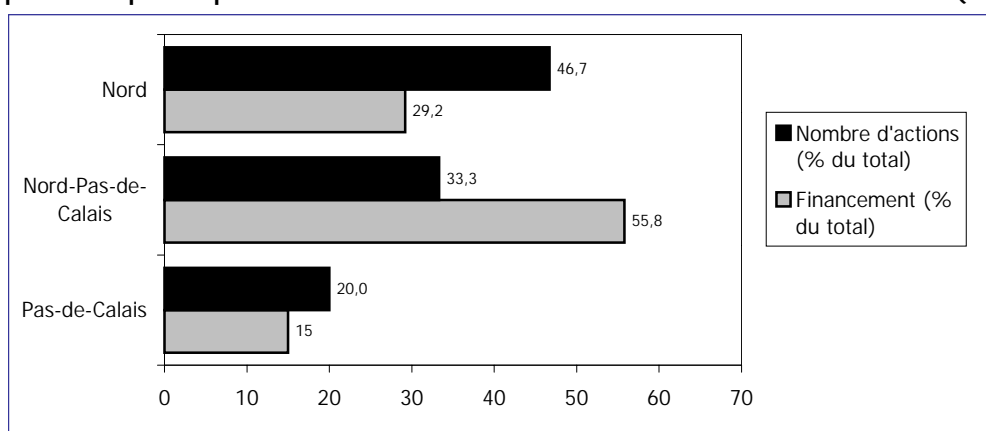
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-20 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.

4-21 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.

Prévention et dépistage

La prévention et le dépistage ont été clairement définis comme priorités des actions à développer dans le cadre du Programme Régional de Santé Challenge. L'Association pour le Dépistage du Cancer dans le département du Nord (ADCN) a déjà réalisé deux vagues de dépistage du cancer du sein et entamera en 2004 une campagne de dépistage des cancers colo-rectaux. Cette même année l'organisme Opaline débute le dépistage du cancer du sein dans le département du Pas-de-Calais.

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

Depuis fin 1997, l'ADCN a organisé 2 vagues successives de dépistage du cancer du sein. Son objectif était d'atteindre au moins 60 % de la population-cible, seuil minimum à partir duquel le dépistage de masse présente une efficacité réelle pour diminuer d'environ 30 % la mortalité par cancer du sein. En 2003, cet objectif a été relevé à 70 % pour la vague 3 de 2003-2004.

La première vague¹ a débuté en septembre 1997 et a été menée jusque fin 2000. Elle ciblait 247 532 femmes de 50 à 69 ans domiciliées dans le département du Nord². 213 820 d'entre elles ont été réellement en mesure de répondre à cette invitation (effectifs corrigés³). Parmi celles-ci, 65 855 ont accepté de bénéficier d'une mammographie de dépistage, ce qui a permis de détecter, à la date d'octobre 2003, 668 cancers du sein confirmés⁴.

Depuis 2000, l'ADCN réalise ce dépistage tous les deux ans (Figure 4-17) et l'a étendu aux femmes âgées de 70-74 ans, invitant ainsi au cours des années 2001 et 2002, 287 182 femmes non-touchées par cette maladie à bénéficier d'un mammothest. Parmi les 281 283 femmes susceptibles de répondre à cette invitation (effectifs corrigés), 159 673 d'entre elles ont passé une mammographie de dépistage organisée ou individuelle⁵ aboutissant à un taux de participation de 56,8 % en fin de campagne. Parmi les 64 934 femmes ayant bénéficié d'une mammographie organisée, 477 ont eu confirmation d'un cancer du sein.

LES PROJETS RETENUS EN 2003

Dans le cadre du Programme Régional de Santé pour les cancers Challenge, 60 des 89 actions proposées ont été acceptées⁶ au cours de l'année 2003. Ce chiffre s'élevait à 76 en 2002 et 73 en 2001. Les actions acceptées par le PRS Challenge représentent 9,5 % du nombre total des actions acceptées (630 actions) tous PRS confondus. Le total des actions financées par le PRS Challenge s'élève pour 2003 à environ 500 000 euros.

Les Figures 4-18 à 4-24 présentent une répartition, en pourcentage, des actions selon leur effectif et leur financement, suivant l'objectif du PRS, le type de porteur de projets, le type d'action, le département, l'échelon géographique (local, départemental, régional), le financeur et la catégorie de financement.

Les objectifs

C'est la catégorie d'objectif "Soins continus et accompagnement" (Figure 4-18) qui, en 2003, a fédéré le plus grand nombre d'actions, totalisant ainsi 23 actions sur 60 (38,3 %). Elle représente aussi la part la plus importante du financement (49,5 %). 12 actions sur 60 (20 %) correspondent à l'objectif "Repérage précoce et dépistage du cancer". Leur financement est par contre nul car déjà assuré hors PRS Challenge. Viennent ensuite les catégories "Qualité des soins et droits des malades" et "Autres ou plusieurs objectifs" regroupant chacune 7 actions et respectivement 16,7 et 18 % du financement global.

¹ Les statistiques de la première vague de dépistage ont été précédemment présentées dans les *Moniteurs* 2001 et 2002 des PRS.

² Les femmes invitées sont celles figurant dans les fichiers des caisses participant (Caisses Primaires d'Assurance Maladie du Nord, Mutualité Sociale Agricole, Caisse Maladie Régionale, etc.).

³ Il s'agit en effet de la population invitée corrigée ; c'est-à-dire après soustraction des femmes n'habitant plus à l'adresse indiquée, des femmes décédées, des femmes ayant refusé de participer et celles ayant déjà déclaré avoir eu un cancer du sein lors de la première vague.

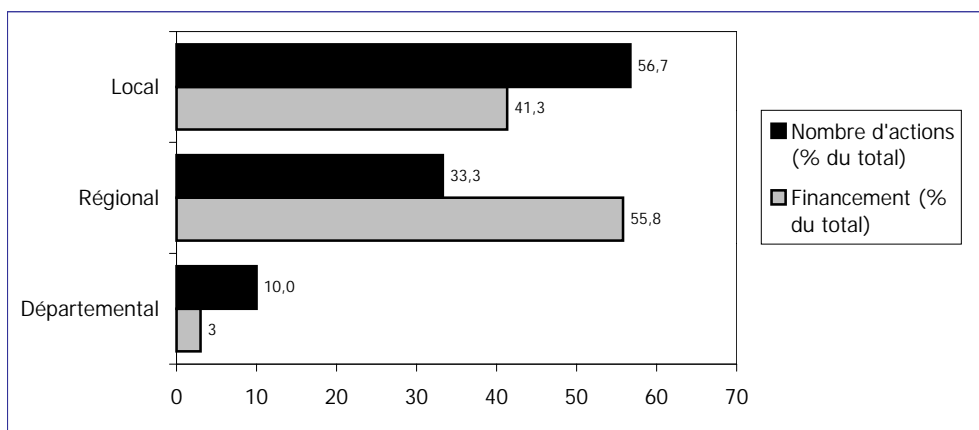
⁴ Ce chiffre a augmenté par rapport à l'édition 2002 du *Moniteur* car, depuis, de nouvelles informations ont été retournées à l'association par les médecins.

⁵ Contrairement à la première vague, les mammographies organisées et individuelles ont pu être regroupées. À terme, le système devrait s'orienter vers une forme unique de dépistage permettant une évaluation plus fine.

⁶ Accepté signifie financé, labellisé (sans financement PRS) ou pris en charge dans un Contrat d'Objectifs et de Moyens avec des associations de la région.

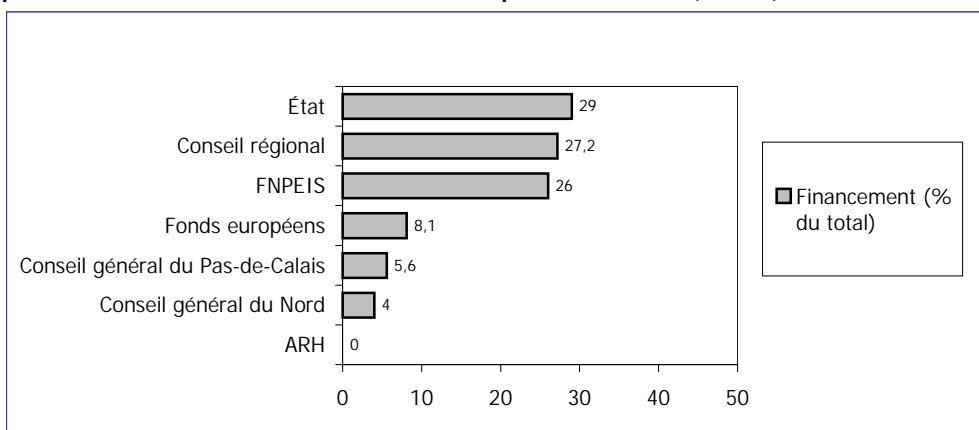
Cancers Challenge

4-22 Répartition par niveau géographique du nombre d'actions et de leur financement (en %)



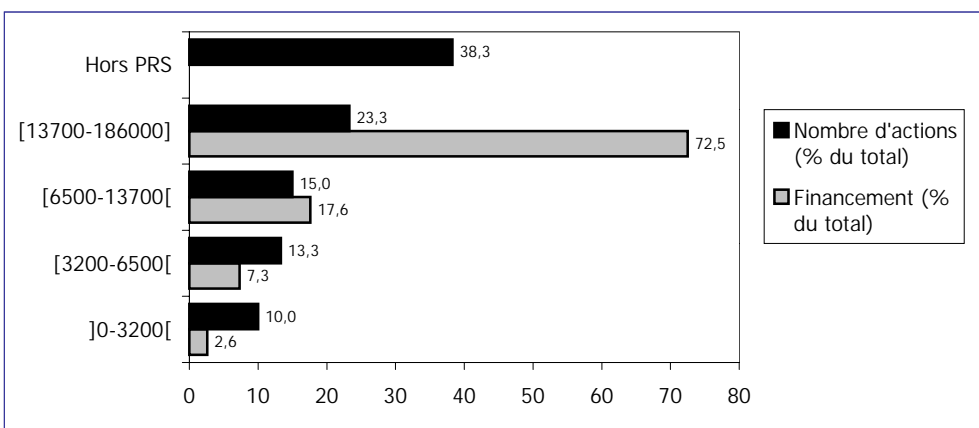
Source : Comité Régional des Politiques de Santé. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

4-23 Répartition du financement des actions par financeur (en %)



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

4-24 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.

Qui sont les porteurs d'actions ?

La **Figure 4-19** fait très clairement ressortir la place prépondérante du tissu associatif en tant que porteur de projets. En effet, 42 actions (70 %) ont été proposées par des associations ; chiffre en augmentation par rapport à 2002 où 36 actions (47,4 %) étaient portées par des associations. Ces dernières représentent aussi en 2003 le premier poste (71,4 %) du financement global du PRS Challenge. En outre, la part des actions du PRS Challenge menées par des associations est cette année supérieure à la proportion moyenne d'actions menées par les associations pour l'ensemble des Programmes Régionaux de Santé (52,7 %, 332 actions). Au second rang, mais bien après les associations, la Protection sociale a porté 7 actions qui représentent 11,1 % du financement total.

Les types d'actions mises en oeuvre

Les actions sont en majorité orientées vers l'accompagnement et les soins palliatifs (28 actions, 46,7 % des actions) et représentent les deux tiers du financement. 10 actions concernent le dépistage, 9 la prévention (**Figure 4-20**).

Répartition territoriale des actions

Pour effectuer l'analyse territoriale des actions, nous avons considéré qu'une action est locale lorsqu'elle se limite à un arrondissement d'un seul département. Si au sein d'un même département, une action englobe plus d'un arrondissement ou bien que seul le département est spécifié, elle est alors considérée comme départementale. Une action régionale ou intervenant sur plusieurs arrondissements du Nord – Pas-de-Calais dont au moins un se situe dans un département différent des autres est alors classée en action régionale.

33,3 % des actions concernent la région (**Figure 4-21**) et représentent la part du financement la plus importante (55,8 % du financement total) ; 46,7 % des actions concernent exclusivement le département du Nord et 20 % exclusivement celui du Pas-de-Calais. Parmi ces actions, plus de la moitié (56,7 %) a été menée localement, ce qui s'explique, comme nous l'avons souligné, par le poids important des associations en tant que porteuses de projets qui agissent le plus souvent localement (**Figure 4-22**). En 2002, la part des actions locales était de 53,9 % pour 41,1 % en 2001, ce qui semble indiquer un renforcement des actions locales. Ces dernières ont représentées en 2003, 41,3 % du financement du PRS Challenge.

Pour la représentation cartographique, une action a été comptée autant de fois qu'elle intervenait dans un arrondissement. Ainsi, une action portant sur trois arrondissements est comptée trois fois. Ainsi, 34 actions se situent à l'échelon de l'arrondissement. Cependant, 26 actions sur un total de 60 ne sont pas localisées à l'échelle de l'arrondissement. C'est pourquoi, l'interprétation cartographique de la distribution spatiale des actions porte sur un effectif réduit, ce qui limite la portée des commentaires.

En 2003, les arrondissements de Lille, Douai et Dunkerque ont bénéficié du plus grand nombre d'actions (respectivement 9, 6 et 5 actions). Concernant les autres arrondissements, ce nombre s'échelonne entre l'absence d'action (Cambrai), 1 action (Arras, Boulogne) et 2 actions (Maubeuge Valenciennes, Béthune et Montreuil). La majorité des actions (24 sur 34) est portée par des associations (**Carte 42**). Selon les arrondissements, ce nombre varie entre 0 et 5 (arrondissement de Lille). 18 actions sur 34 (dont 5 dans l'arrondissement de Lille) sont axées vers l'accompagnement et les soins palliatifs, et 6 actions (dont 3 dans l'arrondissement de Douai) sont centrées sur le dépistage (**Carte 35**).

Financement des actions

En 2003, les actions financées dans le cadre du PRS Challenge, représentent un budget global de près d'un demi million euros.

La majorité du financement (**Figure 4-13**) se répartit de façon à peu près égale entre l'État (29 %), le Conseil régional (27,2 %) et le Fonds National de Prévention d'Éducation et d'Informations Sanitaires (FNPEIS) (26 %).

23 actions (38,3 %) ayant obtenu le label PRS Challenge ont bénéficié de financements externes. 14 actions (23,3 %) totalisent pratiquement les trois quarts (72,5 %) du financement global et se situent dans la tranche de financement la plus élevée (**Figure 4-24**).

