

ORS

LES PETITS-DÉJEUNERS PRESSE DE L'ORS PACA

Semaine européenne de prévention
du cancer du col de l'utérus

Le lundi 24 janvier 2011 à 9h30
à l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur



OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

INVITATION PRESSE

Les petits-déjeuners presse de l'ORS PACA *Semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus*

Lundi 24 janvier 2011 à 9h30
dans les locaux de l'Observatoire régional de la santé (ORS) PACA
23, rue Stanislas Torrents - 13006 MARSEILLE

Présidé par Michel Vauzelle, l'Observatoire Régional de la Santé Provence-Alpes-Côte d'Azur (ORS PACA) met à la disposition des acteurs de santé publique, responsables institutionnels et associatifs et des journalistes, des informations statistiques et des éléments d'analyse sur la santé de la population régionale. En participant à la production de connaissances nouvelles, il favorise l'aide à la décision.

C'est pour cette raison que l'ORS PACA vous propose cette année des rendez-vous réguliers pour dresser un tableau plus précis de l'état de santé des personnes en Provence-Alpes-Côte d'Azur, à la lumière de ses derniers travaux et de son système d'information régional en santé PACA (SIRSÉPACA).

Yolande Obadia, directrice de l'ORS PACA, vous invite à un petit déjeuner de presse le 24 janvier 2011 à 9h30 à l'ORS PACA pour vous présenter ses vœux et faire le point sur un premier thème d'actualité : le cancer du col de l'utérus.

La quatrième édition de la Semaine européenne de prévention du cancer du col de l'utérus aura lieu du 24 au 30 janvier prochain. Organisée notamment par l'Association Européenne contre le Cancer du Col de l'Utérus (ECCA), cette semaine d'action vise à sensibiliser les populations des pays d'Europe à cette maladie.

Le cancer du col de l'utérus touche chaque année dans le monde près de 500 000 femmes dont 80 % dans les pays en voie de développement. C'est la deuxième cause de cancer chez la femme avec 270 000 décès annuels. En France, il se situe au 12^{ème} rang des cancers féminins les plus fréquents et au 13^{ème} par mortalité. Si le cancer de l'utérus touche les femmes âgées, le cancer du col concerne des femmes jeunes avec un nombre de nouveaux cas importants à l'âge de 30 ans et un pic d'incidence à 40-45 ans. L'incidence de ce cancer du col est inférieure en PACA par rapport au reste de la France (-4 %).

D'autres chiffres et éléments vous seront communiqués à l'occasion de ce point presse notamment sur le dépistage du cancer du col et la vaccination contre les papillomavirus humains. Par exemple, en PACA, fin 2008, un quart des filles de 14 ans a reçu au moins une dose de vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

En espérant vous voir lundi, cordialement.

Chiffres clés en Paca

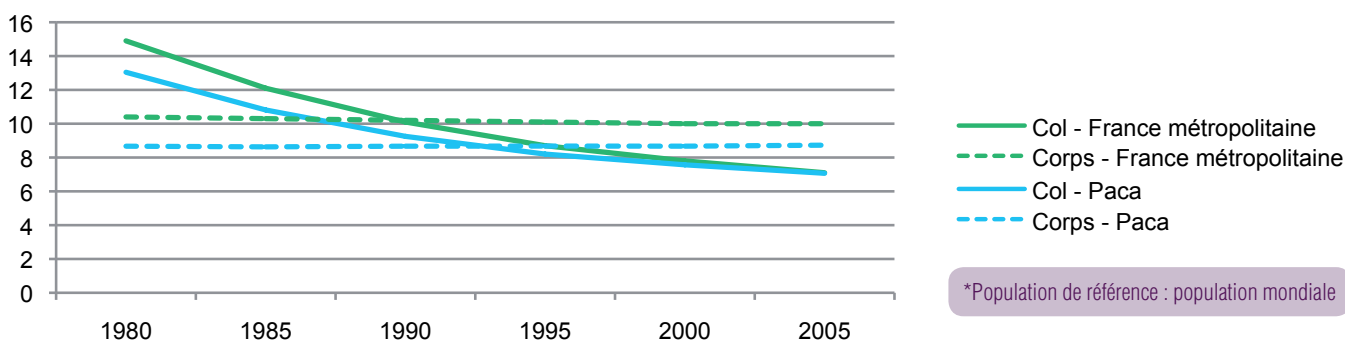
	Indicateur	Année/Période	Résultat
Morbidité	Nombre de nouveaux cas ¹	2005	674 (col : 241, corps : 433)
Mortalité	Nombre annuel moyen de décès ²	2005-2007	259
	Rang et part des décès parmi l'ensemble des décès par tumeur chez les femmes ²	2005-2007	9 ^{ème} , 5 %
	Part parmi l'ensemble des années potentielles de vie perdues par tumeur chez les femmes ³	2005-2007	6 %
	Part parmi l'ensemble des décès prématurés par tumeur (<65 ans) chez les femmes ²	2005-2007	6 %
Situation par rapport à la France	Ratio standardisé d'incidence ¹ (base 100 = France métropolitaine)	2005	Col : 96 Corps : 87
	Indice comparatif de mortalité ⁴ (base 100 = France métropolitaine)	2003-2005	93*
Evolution	Evolution du taux d'incidence standardisé ¹ ●	De 1980 à 2005	Col : -46 % Corps : +1 %
	Evolution du taux comparatif de mortalité ⁴	De 1980-1982 à 2003-2005	-34 %
Disparités géographiques	Rapport des taux comparatifs de mortalité par département ⁴ - max/min	2003-2005	1,6

* Différence statistiquement significative au seuil de 5 % / ¹ Source : InVS, Inserm, Francim, Hospices Civils de Lyon – exploitation ORS Paca / ² Source : Inserm-CépiDc – exploitation ORS Paca / ³ Selon la liste abrégée des causes de décès et la méthodologie de l'Inserm-CépiDc (limite d'âge retenue : 65 ans). Source : Inserm-CépiDc – exploitation ORS Paca / ⁴ Source : Inserm-CépiDc, Insee – exploitation FnoRS (SCORE-Santé) et ORS Paca / **NB** : - Les cancers du col et du corps de l'utérus ne concernent que les tumeurs invasives. - Les données de mortalité issues des certificats de décès ne permettent pas de distinguer les lésions du col et du corps de l'utérus, 60 % des certificats mentionnant « utérus sans autre indication » - L'incidence étant une estimation (basée sur l'extrapolation du rapport incidence/mortalité de la zone couverte par les registres de cancer), la significativité du ratio standardisé d'incidence ne peut être calculée. / ● Indicateur de suivi de l'atteinte des objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Incidence

Evolution des taux d'incidence standardisés* des cancers du col et du corps de l'utérus en Paca et en France métropolitaine de 1980 à 2005 (pour 100 000 femmes)

Pour 100 000 femmes



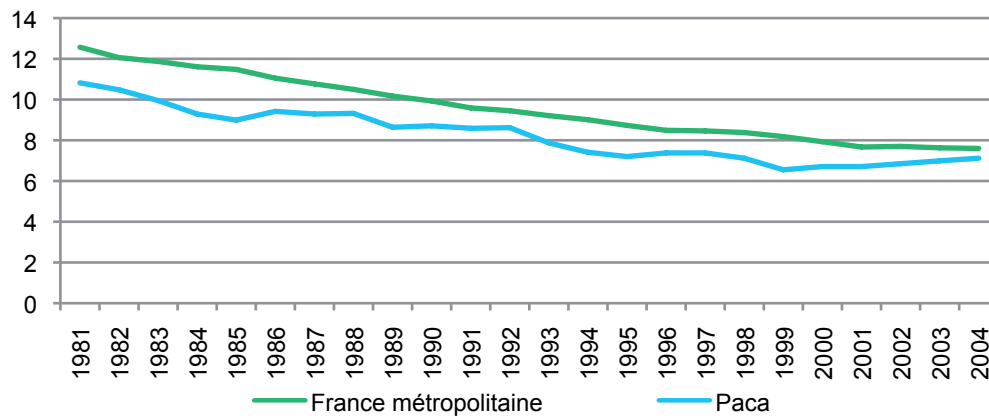
*Population de référence : population mondiale

Source : InVS - Francim - Hospices Civils de Lyon - exploitation ORS Paca

Mortalité

Evolution des taux comparatifs de mortalité* par cancer de l'utérus (col et corps) en Paca et en France métropolitaine de 1980-1982 à 2003-2005 (pour 100 000 femmes)

Pour 100 000 femmes



*Les taux comparatifs de mortalité ont été calculés en une période de trois ans. L'année mentionnée en le graphique est l'année centrale de cette période (population de référence : population de France métropolitaine, Insee, RP 1990).

Source : Inseem-CépiDc, Insee - exploitation Fnois (SCOPE-Santé) et OFS Paca

Mortalité annuelle par cancer de l'utérus (col et corps) selon les départements en Paca en 2003-2005

	Alpes-de-Haute-Provence	Hautes-Alpes	Alpes-Maritimes	Bouches-du-Rhône	Var	Vaucluse
Nb	10	5	64	86	49	22
TCM	10,1	6,2	7,6	7,0	6,8	6,5
ICM	122,6	76,9	96,6	92,8	88,2	85,1

Nb : Nombre annuel moyen de décès par cancer du col et du corps de l'utérus en 2003-2005 / **TCM** : Taux comparatif de mortalité par cancer du col et du corps de l'utérus en 2003-2005 (pour 100 000 femmes - population de référence : population de France métropolitaine, Insee, RP 1990) / **ICM** : Indice comparatif de mortalité par cancer du col et du corps de l'utérus chez les femmes en 2003-2005 (base 100 : France métropolitaine)

Source : Inseem-CépiDc, Insee - exploitation Fnois (SCOPE-Santé) et OFS Paca

dépistées est similaire à celle de la région en raison d'un faible recours au DI. Dans le Vaucluse, en raison d'un faible recours au DI et d'un taux modéré de participation au DO, le taux de couverture pour le dépistage du cancer du sein est le plus faible de la région. Dans les départements côtiers, de nombreuses femmes recourent au DI plutôt qu'au DO. Le Var est ainsi le département de la région où les femmes se font le plus dépister. Les Bouches-du-Rhône présentent le plus faible taux de participation au DO de la région et le 5ème taux le plus faible parmi les départements français (données 2008-2009). Ainsi, malgré un recours important au DI, la proportion de femmes dépistées est faible dans ce département.

Différences selon le statut socio-économique

En Paca comme en France, la participation au dépistage du cancer du sein varie selon le statut socio-économique. Les femmes de 50-70 ans, dont les revenus sont élevés ou ayant un suivi médical régulier, participent plus au dépistage que les autres. Toutefois, en France, entre 2000 et 2005, la participation au DO a plus augmenté chez les femmes à revenus modestes grâce aux actions d'information [156].

En Paca, le taux de participation au dépistage (individuel et organisé) est inférieur chez les bénéficiaires de la CMUC par rapport aux non bénéficiaires (55 % versus 69 %).

Handicap physique ou mental et recours au dépistage

En Paca, comme en France, les femmes avec un handicap physique ou mental bénéficient moins fréquemment d'un dépistage du cancer du sein que la population générale. Ceci est lié à la fois aux attitudes et représentations des médecins vis-à-vis des personnes handicapées mais aussi à des difficultés pratiques pour réaliser la mammographie (matériel pas toujours adapté, par exemple) [157]. Le problème se pose aussi pour les femmes avec un handicap se trouvant en institution [158].

b) Dépistage du cancer du col de l'utérus

Recours au frottis cervico-utérin

Le dépistage du cancer du col de l'utérus par frottis cervico-utérin (FCU) permet de diagnostiquer des lésions précancéreuses, et ainsi de diminuer l'incidence du cancer du col. Une meilleure couverture du dépistage pourrait permettre de diminuer encore l'incidence de ce cancer. En France, en 2005, 81 % des femmes de 25 à 65 ans ont déclaré avoir eu un FCU au cours des trois dernières années [159]. Les données ne sont pas disponibles au niveau régional.

Des programmes pilotes de DO par FCU sont en cours dans plusieurs départements. Dans les Bouches-du-Rhône, les femmes de 25 à 69 ans sans frottis depuis plus de 2 ans reçoivent un kit pour un auto prélèvement vaginal ou une invitation pour frottis [53].

La stratégie de dépistage du cancer du col de l'utérus n'est pas stabilisée, notamment en raison de la montée en puissance de la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) [25], et du développement de méthode de détection des HPV [160, 161].

Différence selon l'âge et le statut socio-économique

La couverture de dépistage par FCU varie selon l'âge et la catégorie socioprofessionnelle (CSP). Les femmes en activité professionnelle et ayant moins de 60 ans, dont le ménage avait un revenu mensuel par unité de consommation supérieur à 1 500 euros, ayant un diplôme supérieur au baccalauréat déclaraient effectuer

plus souvent un FCU que les autres. L'inverse était observé pour les femmes sans couverture médicale complémentaire. Les inégalités sociales de participation au dépistage sont plus importantes pour ce cancer que pour le sein [26]. Les principaux freins au dépistage sont sa méconnaissance, la gêne des femmes par rapport à l'examen et des problèmes d'accès (faible démographie médicale, secteur 2, refus de CMU...) [26].

c) Dépistage du cancer du côlon-rectum

Le dépistage par la détection de sang occulte dans les selles permet de réduire la mortalité par cancer colorectal de 33 à 39 % chez les participants grâce à la détection des cancers à des stades précoces ou précancéreux, de meilleur pronostic [162]. Le DO du cancer colorectal a été généralisé en 2009 chez les personnes âgées de 50 à 74 ans, celles-ci étant invitées à pratiquer le test tous les 2 ans. Pour réduire significativement la mortalité dans la population, le taux de participation devrait être d'au moins 50 % [162]. Actuellement, ce taux n'est pas atteint en France.

Recours au dépistage du cancer colorectal dans les Bouches-du-Rhône

Dans les Bouches-du-Rhône (seul département de la région ayant un recul suffisant) le taux de participation au dépistage était de 43,9 % lors de la première campagne (qui a débuté en 2002 et a duré 2 ans) et 33,6 % lors de la seconde, contre 42,9 % et 40,4 % en moyenne pour l'ensemble des départements français participants. La participation plus faible lors de la deuxième campagne est à considérer avec prudence car les chiffres n'étaient pas consolidés au moment de la rédaction de ce document [163].

Différences selon le genre, l'âge et le statut socio-économique

En France, la participation au DO est plus faible chez les hommes, chez les personnes les plus jeunes et celles résidant dans les zones les moins favorisées [164].

1.1.5 Vaccinations

L'obtention et le maintien d'une bonne couverture vaccinale (CV) constituent des éléments clés dans le contrôle et l'élimination des maladies infectieuses. Les résultats d'un programme de vaccination s'évaluent non seulement par la surveillance de l'incidence des maladies cibles, les données sérologiques, le recensement des éventuels effets secondaires des vaccins, mais aussi par la mesure régulière des taux de couverture vaccinale dans la population. Pour les maladies en voie d'élimination (poliomyélite, etc.), ce suivi doit permettre d'identifier rapidement toute diminution de couverture vaccinale pouvant conduire à la résurgence de ces maladies. En outre, la persistance de cas sporadiques de tétanos pour les personnes âgées, associée à l'augmentation des voyages vers les pays où persistent des cas de poliomyélite, impliquent le maintien du suivi de la couverture vaccinale chez les adultes pour ces deux maladies aussi.

Les seules données disponibles en région Paca sur la population adulte concerne la vaccination antigrippale. Les données de couverture vaccinale contre la diphtérie, le tétanos, la poliomyélite, la coqueluche, l'*Haemophilus influenzae* B, l'hépatite B, le BCG et la vaccination rougeole-oreillons-rubéole, sont présentées dans le chapitre 5 « Santé des enfants ».

Différences selon la catégorie socioprofessionnelle

En France, l'incidence du cancer du sein est plus faible chez les femmes appartenant aux catégories socioprofessionnelles (CSP) les moins favorisées comparativement aux CSP les plus élevées : les premières ont eu en moyenne des grossesses plus précoces et plus nombreuses, deux facteurs protecteurs. Au début des années 1970, cette plus faible incidence se traduisait par une sous-mortalité par rapport aux femmes de CSP les plus favorisées. Aujourd'hui, ces dernières ont à la fois les taux d'incidence les plus élevés et la meilleure survie, en raison d'un meilleur accès au système de soins et d'un recours au dépistage plus important que les femmes ayant une situation sociale moins favorable [25].

Différences selon la taille des communes d'habitation

En Paca, les femmes résidant dans des zones rurales consultent plus tardivement après la découverte de signes suspects. De plus, le délai entre la consultation et le début du traitement est plus long chez les femmes vivant dans des villes de taille moyenne (< 200 000 habitants) que chez celles vivant dans des villes de plus de 200 000 habitants ou en zone rurale (Cohorte Elipse 40 en région Paca, ORS Paca).

2.4. Cancers du col et corps de l'utérus

Les données sur le dépistage du cancer du col de l'utérus sont présentées dans le chapitre 4.



*CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRS@PACA N°5*

Incidence

En France, en 2005, les cancers du col et du corps de l'utérus représentaient respectivement 2 et 4 % des nouveaux cas de cancers chez les femmes [23]. Alors que le cancer du corps concerne essentiellement les femmes âgées (pic d'incidence à 75 ans), le cancer du col concerne les femmes jeunes avec un nombre de nouveaux cas déjà important à l'âge de 30 ans et un pic d'incidence à 40-45 ans. Ces cancers sont de plutôt bon pronostic avec plus de 70 % de survie relative à 5 ans [21].

L'incidence du cancer du col de l'utérus est inférieure en Paca par rapport à la France (-4 %). Entre 1980 et 2005, l'incidence du cancer du col de l'utérus a diminué grâce au dépistage par frottis cervico-utérin. Néanmoins, cette diminution a été plus faible en Paca qu'au niveau national (-46 % versus -52 %).

L'incidence du cancer du corps de l'utérus est plus faible en Paca qu'en France (-13 %), et elle est constante depuis les années 1980 en Paca comme en France.

Mortalité

Les données de mortalité ne permettent pas de distinguer les cancers du col de ceux du corps de l'utérus : en Paca, en 2005-2007, ils ont été responsables de 5 % des décès par tumeur, 6 % des décès prématurés par tumeur et 6 % des années potentielles de vie perdues par tumeur.

Le risque de décéder d'un cancer de l'utérus est inférieur en Paca par rapport à la France (-7 %). On peut noter que le taux de prise en charge pour des lésions précancéreuses est particulièrement élevé en Paca par rapport à la France d'après les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) [26]. Néanmoins, alors que la mortalité française par cancer de l'utérus diminue depuis 1980, la mortalité en Paca augmente depuis les années 2000 après avoir diminué entre 1980 et 2000.

Différences selon les territoires de proximité

La mortalité par cancer de l'utérus est particulièrement faible dans les territoires de proximité les plus favorisés (Menton, Aix-en Provence et Pertuis) ainsi qu'à Marseille. Cela pourrait être dû à la facilité d'accès aux consultations gynécologiques. A l'inverse, la mortalité est significativement supérieure à celle de la France dans la région d'Apt.

3. Traumatismes

Parmi les traumatismes, les suicides et les accidents de la circulation contribuent majoritairement à la mortalité prématurée (respectivement 41 % et 24 % des décès prématurés par traumatismes).

3.1. Suicidalité

3.1.1. En population générale



CONSULTEZ LE DOCUMENT INDICATEURS STATISTIQUES THÉMATIQUES
ET CARTOGRAPHIES SIRSéPACA N°17

Incidence des tentatives de suicide et des idées suicidaires en population générale

En Paca, en 2005, le nombre de personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours a été estimé à 9 116¹. Le risque de suicide est beaucoup plus élevé chez les personnes ayant déjà fait une tentative de suicide que chez les autres [28].

Mortalité par suicide

En Paca, sur la période 2005-2007, en moyenne, 834 personnes sont décédées par suicide chaque année. Si l'on tient compte du sous enregistrement des suicides, estimé à 20 %², ce nombre serait après correction de près de 1 000 décès annuels. La mortalité par suicide est plus faible en Paca qu'en France chez les hommes (-10 %) mais pas chez les femmes. Après une baisse importante observée entre les périodes 1980-1982 et 1996-1998, on observe une tendance à la stabilisation de la mortalité par suicide depuis une dizaine d'années, en Paca comme en France.

En Paca, le suicide représente la deuxième cause de mortalité prématurée évitable pour les hommes comme pour les femmes [1]. S'il constitue la deuxième cause de décès après les accidents de la circulation chez les 15-24 ans, les taux de décès par suicide sont nettement plus élevés pour les hommes âgés que chez les jeunes et les femmes.

¹ Prévalence des tentatives de suicide observée dans le Baromètre santé 2005 [334] appliquée à la population de la région Paca de 2006.

² Le nombre de décès par suicide est sous-estimé du fait de la difficulté, pour certains décès, de reconnaître ou d'affirmer leur nature intentionnelle. De plus, certains instituts de médecine légale ne transmettent pas toujours les résultats des autopsies au Centre d'épidémiologie sur les causes de décès (CépiDC) de l'Inserm. Il en résulte qu'un certain nombre de décès par suicide sont classés en « causes inconnues » ou « traumatisme et empoisonnement non déterminé quant à l'intention ».



OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR

23, rue Stanislas Torrents
13006 Marseille

Tél. : 04 91 59 89 00

Fax : 04 91 59 89 24

accueil@orspaca.org