

Épidémiologie du cancer

Avec 28 % des décès, le cancer représente la deuxième cause de mortalité en France. Liés en partie au vieillissement de la population, les nouveaux cas ont augmenté de 36 % durant les 20 dernières années, mais les décès ont, eux, diminués de 8 % grâce à une amélioration du dépistage et des soins.

Cancer : situation française et mise en perspectives européennes

Laurence Chérié-Challine

Médecin

épidémiologiste, coordonateur du programme de surveillance des cancers

Juliette Bloch

Médecin

épidémiologiste, responsable du département des maladies chroniques et des traumatismes
Institut de veille sanitaire

Le cancer représente un problème sanitaire important, en France et dans le monde, pour lequel il existe de nombreuses possibilités d'intervention. L'Organisation mondiale de la santé estime que les cancers ont causé près de 12 % des 56 millions de décès enregistrés dans le monde en 2000, cette proportion dépassant 25 % dans les pays développés. En France, les cancers sont responsables de près de 28 % des décès, occupant ainsi la deuxième cause de mortalité derrière les affections cardio-vasculaires.

En 2000, 10 millions de nouveaux cas de cancers auraient été diagnostiqués dans le monde, 53 % survenant chez les hommes. Ce nombre pourrait atteindre 15 millions en 2020. En France, on a estimé à 278 000 le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en 2000.

Cet article fait un point actualisé sur la situation des différents cancers en France et leur évolution durant les deux dernières décennies. Les taux de décès en France en 1999 et leur évolution entre 1994 et 1999 seront comparés aux taux européens pour les principaux cancers. La description de l'évolution des nouveaux cas et des décès par site de cancer en France permettra de formuler, quand cela est possible, des

hypothèses pouvant expliquer les tendances et de proposer des recommandations en termes d'actions de santé publique.

Source des données

Les nouveaux cas

Les nouveaux cas apparus chaque année sont recueillis par les registres qui ne couvrent qu'une partie limitée du territoire national (approximativement 15 %). Les résultats fournis dans cet article ont été produits à partir des données de 14 registres de cancer :

- 9 registres généraux, couvrant les populations des départements du Bas-Rhin, du Calvados, du Doubs, du Haut-Rhin, de l'Hérault, de l'Isère, de la Manche, de la Somme et du Tarn,

- 5 registres spécialisés (digestif dans le Calvados et les Côte d'Or/Saône-et-Loire, hématologie en Côte d'Or, thyroïde en Marne/Ardenne, côlon-sein en Loire-Atlantique).

Le recueil des cas de cancer couvre des périodes variables, comprises entre 1978, première année de disponibilité dans les registres les plus anciens, et 1997,

dernière année de données validées au moment de la réalisation des dernières estimations nationales. Les données sont centralisées dans une base commune gérée au sein du département de biostatistiques des Hospices civils de Lyon (HCL).

Les décès

Les décès par cancer sont fournis par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm). Les certificats de décès comportant en cause principale de décès un des codes 140 à 208 de la classification internationale des maladies 9^e révision sont retenus si la personne réside en France métropolitaine. Les caractéristiques précises des données utilisées pour produire les indicateurs présentés sont décrites dans les articles et ouvrages référencés.

Les décès sont dits « prématurés » s'ils surviennent avant 65 ans, soit le seuil retenu dans les comparaisons internationales en raison de sa pertinence en termes de prévention. Les données européennes utilisées sont diffusées par Eurostat. Les décès sont utilisés pour l'estimation des incidences nationales à partir des données des registres, par modélisation du rapport incidence/mortalité (voir références pour la méthodologie statistique).

Les données de population

Les données de population utilisées pour calculer les taux de mortalité et d'incidence sont fournies par l'Institut de statistiques et des études économiques (Insee) pour chaque département pour les recensements de 1975, 1982, 1990 et 1999.

Méthodologie statistique

Les travaux collaboratifs du réseau des registres du cancer (Francim), du service de biostatistique des HCL, du CépiDC et de l'Institut de veille sanitaire ont permis de produire des estimations nationales d'incidence et de mortalité couvrant la période 1978-2000 [29, 30], des données observées de mortalité en France entre 1980 et 1999, intéressant également la mortalité prématurée par cancer [11], des projections jusqu'en 2014 du cancer du poumon chez la femme [13], des données sur les cancers de la thyroïde en relation avec l'accident de Tchernobyl en France [7, 9, 12, 18, 19]. La méthodologie statistique utilisée pour produire les différents indicateurs ainsi que les résultats sont détaillés dans les articles et ouvrages référencés.

Résultats

Mortalité nationale par cancer : globale et prématurée (avant 65 ans)

Avec 148 584 décès observés en 1999, les cancers représentent globalement la deuxième cause de mortalité en France derrière les affections cardio-vasculaires, soit environ 28 % des décès. Ils sont la première cause chez les hommes : près d'un décès sur trois (32 %

des décès masculins), et la seconde cause chez les femmes : près d'un décès sur quatre (22 % des décès féminins). Pendant la période 1980-1984, les cancers ne représentaient que 27 % de la mortalité générale chez l'homme et 19 % chez la femme.

Les cancers sont la première cause de mortalité prématurée en France, responsables de 42 000 décès par an avant 65 ans et représentant globalement, sur la période 1995-1999, 28 % de la mortalité toutes causes confondues chez l'homme et seulement 13 % chez la femme. Ils représentent de loin la première cause des décès prématurés (36 % chez l'homme, 44 % chez la femme), suivis des décès par morts violentes (accidents : 21 %, suicides : 16 %), puis des décès par maladie circulatoire. La mortalité prématurée par cancer occupe une part variable en fonction du sexe (un peu moins d'un décès sur trois chez l'homme et un sur quatre chez la femme) et en fonction de la localisation anatomique du cancer¹ [17] (tableau 1).

Les cancers à prédominance masculine liés aux facteurs de risque tabac et alcool sont de survenue précoce et de mauvais pronostic. Il s'agit des cancers du poumon et des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Les écarts de mortalité prématurée par cancer entre régions sont importants chez l'homme, avec une surmortalité au nord, une sous-mortalité au sud ; mais une baisse de la mortalité prématurée concernant l'ensemble des régions, plus marquée chez l'homme que chez la femme, est enregistrée. La France est un des pays européens dans lequel le gradient de mortalité spécifique par maladie chronique lié au statut professionnel est le plus marqué.

Incidences nationales entre 1978 et 2000 [29, 30]

Le nombre de nouveaux cas incidents de cancer en France en 2000 est de 278 000, soit une augmentation de 63 % depuis 1978. Cette augmentation est la résultante de 3 facteurs : le vieillissement de la population (+25 %), l'augmentation de la taille de la population (+20 %), l'augmentation du « risque » de cancer (+55 %), qui correspond en fait à la progression de l'incidence à âge constant. Les localisations expliquant l'essentiel de cette augmentation sont les cancers de la prostate chez l'homme et du sein chez la femme. Le risque de développer un cancer de la prostate augmente très fortement pour les cohortes jeunes. Ces résultats s'expliquent par le vieillissement de la population et l'évolution des pratiques de prise en charge diagnostiques et thérapeutiques, notamment l'introduction des marqueurs sériques (PSA) et de la ponction biopsie échoguidée. Les raisons de l'augmentation très significative des cancers du sein ne sont pas parfaitement comprises. Cette augmentation est la résultante de différents facteurs : vieillissement de la population, dépistage, augmentation de facteurs de risque dans la population générale, tels qu'obésité, traitement hormonal substitutif, faible nombre d'enfants, conçus tardivement, peu allaités... Les localisations présentant les plus

1. Données de mortalité par cancer sur le site www.invs.sante.fr.

Les références entre crochets renvoient à la bibliographie p. 58.

fortes augmentations sont les lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH), les mélanomes de la peau [10], les tumeurs du système nerveux central (SNC), les cancers de la thyroïde [12, 18, 19] dans les deux sexes et les cancers du poumon [13] chez la femme.

L'augmentation de l'incidence du mélanome de la peau est liée aux pratiques d'exposition au soleil (exposition pendant l'enfance, exposition intermittente et forte au soleil) et notamment à l'évolution des pratiques de loisirs [10].

L'augmentation importante des cancers thyroïdiens est en partie expliquée par l'amélioration des pratiques diagnostiques, mais également par une évolution dans la classification de ces tumeurs (certaines tumeurs autrefois classées bénignes sont comptabilisées parmi les cancers). À ce jour, les éléments dont disposent les épidémiologistes français ne permettent pas de penser qu'il s'agit là d'un effet de l'accident nucléaire de Tchernobyl.

Les LMNH, les cancers du SNC, les mésothéliomes et les cancers du poumon chez la femme ont présenté une augmentation importante de l'incidence et de la mortalité au cours des vingt dernières années. On peut faire l'hypothèse que cette augmentation conjointe traduit une augmentation du risque lié à des facteurs dont la prévalence augmente ou a augmenté (si l'on considère le délai de latence entre l'exposition et la survenue du cas), ces facteurs pouvant concerner le comportement individuel ou des facteurs environnementaux (professionnel, pollution de l'air, de l'eau, du sol) à mieux expliciter.

Les hommes sont particulièrement touchés par les cancers liés à l'alcool et au tabac. On constate cependant un ralentissement encourageant de l'augmentation des cancers du poumon et une diminution sensible des cancers liés à l'alcool (tableau 2).

Chez la femme, les cancers accessibles au dépistage sont largement en tête des localisations cancéreuses, représentant 47 % des nouveaux cas de cancers en 2000 (tableau 3).

Comparaisons européennes [17]

Les hommes français présentent globalement les taux de cancer les plus élevés au sein des pays de l'Union européenne, tant pour la mortalité tous âges que pour la mortalité prématurée (tableau 4). La situation défavorable des hommes vivant en France s'explique pour la plus grande part par le poids des cancers des VADS et du poumon. Ces spécificités mises à part, la France est dans une situation moyenne ou favorable pour les autres cancers [17].

Chez la femme, la France présente globalement au sein de l'Europe des taux de mortalité intermédiaires, entre les pays du Nord, à taux élevés, et du Sud, à taux faibles (tableau 5). Ces différences perdurent entre 1950 et 1999 tant pour la mortalité tous âges que la mortalité prématurée par cancer. Si le taux de cancer du poumon chez la femme se situe parmi les taux moyens européens, les tendances sont particulièrement préoccupantes, conséquence de la progression du tabagisme chez les femmes depuis les années soixante.

On notera également que, dans la plupart des pays européens, l'évolution des taux de décès féminins par cancer entre 1994 et 1999 indique une tendance à la baisse. En France, on constate une petite augmentation des décès par cancers survenant avant 65 ans, en relation notamment avec l'augmentation des cancers du poumon.

La France est donc caractérisée par une mortalité évitable liée aux risques individuels élevée chez l'homme (cancers des VADS, du poumon en relation avec l'alcool

tableau 1

Décès par localisation cancéreuse tous âges et prématurés (moins de 65 ans), classés par ordre de fréquence décroissante du nombre de décès prématurés 2 sexes (France, moyenne annuelle sur la période 1995-1999)

	Nombre de décès Tous âges		Nombre de décès 0-64 ans		Poids de la mortalité prématurée (en %)		Années potentielles de vie perdues 0-64 ans (APVP)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Poumon	20606	3935	8142	1322	39,5	33,6	81529	16044
VADS	10126	1566	5262	544	51,9	34,7	56702	5379
Sein	-	10913	-	4277	-	39,2	-	53152
Côlon-rectum	8460	7733	1798	1192	21,2	15,4	16016	11853
Prostate	9331	-	617	-	6,6	-	3343	-
Mélanome de la peau	615	600	312	243	50,7	40,5	4912	4076
Col utérin*	-	1057	-	504	-	51,6	-	8597
Tous cancers	86652	56171	28063	13504	32,4	25,6	302927	180868

* : Estimation incluant des « utérus, partie non précisée », en utilisant la méthode décrite dans le rapport [29].

tableau 2

Incidence des cancers pour les hommes en 2000 et évolution annuelle entre 1978 et 2000

	Estimation Incidence nationale en 2000			Taux d'évolution annuel moyen de l'incidence entre 1978 et 2000
	Nombre de cas	Intervalle de confiance à 95 %	Taux standardisé (pop. monde)	
Prostate	40 309	34 168 – 46 450	75,3	+5,33 %
Poumon	23 152	20 892 – 25 412	52,2	+0,58 %
Côlon-rectum	19 431	18 718 – 20 144	39,1	+0,99 %
Lèvre-bouche-pharynx	12 990	11 716 – 14 264	32,2	-1,00 %
Vessie	8 986	7 651 – 10 321	18,3	+1,14 %
Lymphome malin non hodgkinien	5 527	4 733 – 6 321	13,3	+3,82 %
Rein	5 306	4 658 – 5 954	12,2	+2,70 %
Foie	5 014	3 927 – 6 101	11,0	+4,84 %
Estomac	4 520	3 940 – 5 100	9,0	-2,01 %
Œsophage	4 040	3 477 – 4 603	9,3	-2,13 %
Larynx	3 865	3 008 – 4 722	9,3	-1,66 %
Leucémies	3 609	3 077 – 4 141	8,9	+0,04 %
Mélanome de la peau	3 066	2 625 – 3 507	7,6	+5,93 %
Pancréas	2 701	2 199 – 3 203	5,8	+1,27 %
Système nerveux central	2 697	1 706 – 3 688	7,4	+2,25 %
Myélome multiple et maladies immuno-prolifératives	1 942	1 411 – 2 473	4,0	+2,65 %
Thyroïde	821	563 – 1 079	2,2	+2,89 %
Maladie de Hodgkin	736	545 – 975	2,2	-1,37 %
Mésothéliome	671	535 – 807	1,4	+4,76 %
Total cancers¹	161 025		349,4	+1,31 %

1. Les tumeurs de la peau, autres que les mélanomes, sont exclues.

tableau 3

Incidence des cancers pour les femmes en 2000 et évolution annuelle entre 1978 et 2000

	Estimation Incidence nationale en 2000			Taux d'évolution annuel moyen de l'incidence entre 1978 et 2000
	Nombre de cas	Intervalle de confiance à 95 %	Taux standardisé (pop. monde)	
Sein	41 845	37 731 – 45 959	88,9	+2,42 %
Côlon-rectum	16 826	15 572 – 18 080	24,6	+0,83 %
Corps de l'utérus	5 064	4 222 – 5 906	9,2	+0,25 %
Poumon	4 591	4 182 – 5 000	8,6	+4,36 %
Ovaire	4 488	4 091 – 4 885	9,0	+0,55 %
Lymphome malin non hodgkinien	4 381	3 755 – 5 007	7,8	+3,46 %
Mélanome de la peau	4 165	3 103 – 5 227	9,5	+4,33 %
Col de l'utérus	3 387	2 874 – 3 900	8,0	-2,88 %
Rein	2 987	2 501 – 3 473	5,7	+3,74 %
Thyroïde	2 890	1 532 – 4 248	7,5	+4,80 %
Leucémies	2 634	1 900 – 3 368	5,5	0,00 %
Estomac	2 606	2 238 – 2 974	3,4	-2,52 %
Système nerveux central	2 602	1 093 – 4 111	6,4	+3,01 %
Lèvre-bouche-pharynx	2 395	2 079 – 2 717	4,7	+1,73 %
Pancréas	2 186	1 569 – 2 803	3,2	+2,07 %
Vessie	1 785	1 475 – 2 095	2,3	-0,50 %
Myélome multiple et maladies immuno-prolifératives	1 645	1 063 – 2 227	2,5	+1,96 %
Foie	962	654 – 1 270	1,5	+3,38 %
Œsophage	928	815 – 1 041	1,5	+2,35 %
Maladie de Hodgkin	631	399 – 863	2,0	-0,50 %
Larynx	361	271 – 451	0,7	0,00 %
Mésothéliome	200	123 – 277	0,4	+6,83 %
Total cancers¹	117 228		226,3	+1,36 %

1. Les tumeurs de la peau, autres que les mélanomes, sont exclues.

La prise en charge du cancer

et le tabac) et partiellement chez la femme, ce qui lui confère une situation défavorable au sein des pays européens.

Conclusion

Globalement en France, comme dans l'ensemble des pays occidentaux, on met en évidence une évolution divergente des nouveaux cas de cancer et des décès par cancer. Si l'on tient compte des différents facteurs intervenant dans ces évolutions, notamment la taille de la population et son vieillissement, les nouveaux cas ont augmenté en France de 36 % durant les deux dernières décennies et les décès ont, quant à eux, diminué de 8 %. L'augmentation des nouveaux cas de cancers de la prostate explique à elle seule 68 % de l'augmentation globale par cancer chez l'homme, et celle du sein expliquant 63 % de l'augmentation globale de l'incidence chez les femmes. La diminution du risque de décéder d'un cancer traduit en partie les effets du

dépistage et les progrès thérapeutiques. L'exemple des cancers du sein et de la prostate est parlant : les nouveaux cas augmentent fortement en lien avec l'évolution des pratiques de dépistage alors que les décès restent stables, allant dans le sens probablement d'un diagnostic plus précoce, du dépistage de formes peu évolutives et d'une amélioration de l'efficacité thérapeutique, le rôle de ces pratiques devant cependant être mieux explicitées.

De façon positive en France, on notera une diminution des cancers alcoolo-dépendants et liés au tabagisme chez les hommes, mais à l'inverse une augmentation préoccupante de ces cancers chez les femmes. Les nouveaux cas des cancers du poumon ont augmenté fortement chez l'ensemble des femmes, mais particulièrement chez les plus jeunes. La mortalité féminine par cancer du poumon pourrait doubler en 2010-2014 [13]. Ces tendances sont en relation évidente avec la croissance importante du tabagisme chez ces dernières.

tableau 4

Taux de mortalité standardisés à la population européenne pour 100 000 habitants en 1999 et évolution entre 1994 et 1999, sexe masculin

	Poumon				Côlon-rectum				VADS				Tous cancers			
	Tous âges		0-64 ans		Tous âges		0-64 ans		Tous âges		0-64 ans		Tous âges		0-64 ans	
	1999	Var/94	1999	Var/94	1999	Var/94	1999	Var/94	1999	Var/94	1999	Var/94	1999	Var/94	1999	Var/94
France	74,4	-4 %	38,6	-4 %	26,9	-1 %	7,7	-4 %	26,2	-13 %	17,3	-13 %	283,3	-6 %	119,6	-6 %
Pays-Bas	86,2	-13 %	28,4	-17 %	28,5	+1 %	8,6	-2 %	14,8	+10 %	7,2	+14 %	275,8	-5 %	86,9	-9 %
Allemagne	65,3	-10 %	27,2	-14 %	30,2	-9 %	9,4	-13 %	15,5	-6 %	10,6	-11 %	248,7	-9 %	91,2	-11 %
Royaume-Uni	64,9	-17 %	20,6	-15 %	25,7	-11 %	8,1	-12 %	17,2	-1 %	7,8	0 %	238,9	-9 %	79,5	-7 %
Espagne	79,3	-2 %	38,6	+1 %	27,6	+10 %	8,6	+4 %	16,3	-9 %	11,0	-9 %	265,1	-1 %	107,8	-3 %
Italie	78,4	-9 %	29,8	-19 %	24,3	-4 %	7,6	-7 %	11,6	-14 %	6,3	-19 %	260,3	-7 %	91,9	-14 %
Finlande	54,8	-14 %	17,9	-14 %	19,1	-9 %	6,2	+15 %	8,6	+21 %	4,6	+44 %	212,3	-6 %	68,4	-5 %
Suède	33,6	-5 %	11,8	-17 %	21,3	+1 %	6,3	0 %	7,9	0 %	3,8	+12 %	196,0	0 %	59,0	-10 %
Union européenne	70,9	-9 %	29,4	-11 %	26,8	-4 %	8,4	-6 %	16,3	-7 %	9,8	-8 %	254,3	-7 %	94,3	-8 %

tableau 5

Taux de mortalité standardisés à la population européenne pour 100 000 habitants en 1999 et évolution entre 1994 et 1999, sexe féminin

	Poumon				VADS				Sein				Tous cancers			
	Tous âges		0-64 ans		Tous âges		0-64 ans		Tous âges		0-64 ans		Tous âges		0-64 ans	
	1999	Var/94	1999	Var/94	1999	Var/94	1999	Var/94	1999	Var/94	1999	Var/94	1999	Var/94	1999	Var/94
France	11,3	+26 %	6,6	+38 %	3,5	+3 %	2,1	+5 %	28,5	0 %	18,0	+1 %	131,4	-1 %	61,6	+1 %
Pays-Bas	23,1	+20 %	13,5	+11 %	5,0	+11 %	2,3	+10 %	36,6	-4 %	22,1	-6 %	165,8	0 %	77,6	-3 %
Allemagne	15,3	+13 %	7,9	+14 %	3,3	+3 %	1,9	+6 %	28,5	-9 %	17,3	-10 %	151,0	-8 %	65,4	-9 %
Royaume-Uni	30,7	0 %	11,8	-1 %	7,0	+3 %	2,5	+4 %	31,8	-13 %	19,2	-15 %	167,3	-5 %	73,9	-7 %
Espagne	6,6	+14 %	3,6	+24 %	1,8	-10 %	0,9	0 %	21,3	-13 %	13,6	-20 %	116,4	-5 %	53,4	-9 %
Italie	12,1	+3 %	5,3	0 %	2,4	+4 %	1,2	+9 %	25,2	-12 %	15,3	-15 %	133,8	-8 %	58,4	-12 %
Finlande	10,7	+3 %	4,2	0 %	3,1	-3 %	1,2	+33 %	23,9	+3 %	14,9	-1 %	125,1	-3 %	52,5	-5 %
Suède	18,5	+16 %	10,1	+6 %	2,4	-11 %	0,8	-27 %	22,4	-5 %	13,4	-11 %	141,8	+1 %	62,9	-5 %
Union européenne	15,8	+5 %	7,7	+10 %	3,6	0 %	1,8	+13 %	27,9	-9 %	17,2	-10 %	142,9	-5 %	64,6	-6 %

Cette augmentation va inévitablement s'aggraver durant les prochaines années. Les effets d'une prévention efficace allant dans le sens d'une diminution du tabagisme chez la femme du fait du délai de latence entre l'exposition au tabagisme et la survenue du cancer ne pourraient être perceptibles rapidement.

De façon négative, on notera l'augmentation importante des mélanomes de la peau directement liée à l'exposition solaire, en particulier pendant les loisirs, qui est observée dans de nombreux pays occidentaux. Elle doit inciter à renforcer les campagnes de prévention dès l'enfance (information, sensibilisation) et à intensifier le diagnostic précoce.

L'augmentation de certains cancers est à ce jour insuffisamment comprise. C'est le cas notamment des lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH) dont l'augmentation chez les jeunes suggère une véritable augmentation du risque. C'est le cas également des tumeurs cérébrales qui ont augmenté probablement en partie du fait de l'amélioration des techniques diagnostiques, et notamment l'utilisation du scanner cérébral, mais pour lesquels on ne peut écarter non plus une vraie augmentation du risque. Le développement de l'Institut national du cancer sera certainement un atout pour faciliter le lancement et la réalisation de projets de recherche visant à mieux comprendre les causes de l'augmentation de ces cancers et la mise en œuvre de mesures permettant de réduire la mortalité prématurée par cancer dans notre pays. Concernant les cancers thyroïdiens, des études sur les facteurs de risque ont été lancées par l'Inserm et l'InVS en 2005 et devraient apporter les premiers résultats en 2008.

Enfin, on insistera sur la situation négative chez l'homme de la mortalité prématurée par cancer en France, qui représente la première cause de décès prématurés avec une augmentation importante durant les deux dernières décennies. Malgré une diminution depuis les années quatre-vingt-dix, la France est en tête des pays européens chez l'homme depuis trente ans, essentiellement à cause des cancers des VADS et des cancers du poumon. Pour ces deux cancers, qui pourraient être évités par une prévention alcool-tabagique,

il existe une corrélation entre catégories sociales et risque de décéder prématurément. Ce sont ces cancers qui expliquent en partie les différences observées en termes d'inégalités sociales de mortalité prématurée, plus importantes en France que dans la plupart des autres pays développés [17]. Chez la femme, la France occupe une situation intermédiaire pour la mortalité prématurée s'accompagnant de façon positive d'une diminution régulière durant les quatre dernières décennies, ce qui n'est pas le cas dans les autres pays européens. La France présente une situation favorable pour les cancers liés au système de soins. Cependant, les décès prématurés par cancer du poumon qui concernent actuellement 9 % des décès prématurés sont en augmentation importante et inquiétante. La lutte contre le tabac en direction des jeunes est un objectif prioritaire des responsables politiques qu'il est indispensable de mener à bien.

Au sein du pays, on met en évidence pour la mortalité prématurée un gradient nord-sud déjà décrit [17] plus marqué pour les cancers liés au mode de vie : à l'alcool et au tabac (VADS, poumon), à l'alimentation (côlon rectum, sein), mais également à l'accès au dépistage et aux soins des personnes défavorisées (col utérin, sein). Il est important de faire évoluer les comportements individuels exposant à la survenue d'un cancer, mais également de renforcer les efforts de prise en charge de ces pathologies, notamment dans le nord du pays, tant chez l'homme que chez la femme. Des programmes régionaux de santé (PRS) sur le cancer ont été entrepris dans différentes régions françaises. Ils doivent être poursuivis, intensifiés et accompagnés d'un suivi des indicateurs de surveillance. Le développement d'un système de surveillance multisource national des cancers reposant sur les bases médico-administratives (PMSI, ALD30 : exonération du ticket modérateur pour affections de longue durée) [19], et sur une base de données anatomo-cyto-pathologiques à construire avec la profession des pathologistes, est actuellement testé par l'InVS sur les cancers thyroïdiens [8, 9]. Il s'inscrit dans les mesures du Plan cancer gouvernemental et viendra compléter le dispositif de surveillance basé sur les registres. ▶