



ENQUÊTE

Cet article est publié à nouveau intégralement du fait d'une erreur de titre

LES REGISTRES DES CANCERS EN FRANCE

F. MÉNÉGOZ, secrétaire du réseau FRANCIM*

INTRODUCTION

Il est essentiel, pour mettre en œuvre une politique de santé cohérente, de connaître la part prise par le cancer par rapport aux autres maladies. Les statistiques de **mortalité** apportent des informations largement disponibles à travers le monde. Elles sont centralisées par l'O.M.S. à Genève. Elles jouent un rôle non négligeable pour connaître le poids du cancer sur la santé au niveau national, et au niveau mondial. Elles ont cependant des limites, ce qui justifie la mise au point de statistiques, non plus au moment du décès, mais au moment de l'apparition du cancer. Les registres des cancers sont ainsi chargés de mettre au point les statistiques de **morbidity**. Le registre du Connecticut, le plus ancien registre dans le monde, a vu le jour en 1936, et celui du Danemark, le plus ancien en Europe, en 1942. Le premier registre du cancer en France est celui du Bas-Rhin (Pr P. Schaffer), qui a commencé à publier des données d'incidence pour l'année 1975, soit 40 ans après le Connecticut.

MORTALITÉ ET MORBIDITÉ

Les chiffres de mortalité présentent l'inconvénient de sous-estimer la fréquence de la maladie dans la population. En effet, pour la période 1978-1982, la comparaison des chiffres de 5 registres français fait apparaître que (cancers de la peau exclus) l'incidence pour le sexe masculin est de 370/100 000, et la mortalité* seulement de 297/100 000. La mesure de l'impact du cancer sur la santé des hommes est donc sous-estimée de près de 20 % par les chiffres de mortalité en France. Comme, décès ou pas, les malades sont pris en charge par le système de soins, cette notion a son importance. Pour le sexe féminin, ces chiffres sont respectivement de 232 et 136, soit une sous-estimation de 40 %.

Un autre inconvénient des chiffres de mortalité est qu'ils se situent plus à distance dans le temps d'un facteur causal éventuel, rendant sa recherche plus difficile. C'est pour cette raison que les études d'épidémiologie analytique s'adressent plus souvent aux données d'incidence qu'aux données de mortalité.

Les chiffres de mortalité gardent cependant de l'importance, car ils existent à l'échelon de tous les départements, alors qu'il est hors de question de susciter des registres de morbidité dans tous les départements du fait des dépenses très élevées qui en résulteraient.

ORGANISATION DES REGISTRES DES CANCERS EN FRANCE

Jusqu'en 1982, le nombre des registres en France était limité à 5 : Bas-Rhin, Côte-d'Or, Doubs, Calvados et Isère. Depuis 1982, ce chiffre a rapidement augmenté, puisqu'en 1988, le Comité national des registres dénombrait plus de 25 structures pratiquant un enregistrement du cancer. En 1991, le réseau des registres français (FRANCIM), regroupant les registres dont la qualité scientifique a été reconnue par le Comité national des registres, comprenait 16 registres, dont 8 spécialisés et 8 généraux (carte n° 1). Les registres spécialisés de ce réseau s'intéressent aux cancers digestifs, aux hémopathies malignes, aux cancers de l'enfant, aux cancers gynécologiques et aux cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Dans un premier temps, en l'absence de politique officielle, les registres se sont mis en place à la suite d'initiatives locales. Puis le Comité national des registres, structure mixte émanant de la Direction générale de la Santé et de l'I.N.S.E.R.M., a émis en 1987 un avis sur l'intérêt que représentent les registres pour la recherche et la santé publique. Suite à cet avis, 6 registres ont obtenu un financement public national et sont devenus des équipes associées à l'I.N.S.E.R.M. et à la Direction générale de la Santé (Bas-Rhin, Bourgogne [digestif], Calvados, Doubs, Isère, Martinique). En 1990, sont venus se rajouter aux registres déjà financés, le Tarn et la Côte-d'Or (hémopathies). Ces registres se rencontrent avec d'autres dans le cadre de l'Association des registres des cancers des pays de langue latine, où ils présentent leurs

Carte 1. — Registres des cancers, membres du réseau FRANCIM (1991-1992)



travaux. Ils sont aussi nombreux à faire partie de l'Association internationale des registres des cancers (I.A.C.R.). Enfin, le réseau FRANCIM a été créé en 1991, dans un désir de standardiser les méthodes d'enregistrement (amélioration de la comparabilité des résultats) et pour favoriser la mise en route de travaux de recherche en commun. Il est intégré au réseau européen EURO-CIM.

QUELQUES RÉSULTATS

En 1992, les registres généraux du réseau FRANCIM (7 départements) couvraient une population de 4 760 000 habitants, soit 8,4 % de la population française. Les taux d'incidence standardisés pour la population européenne varient de 367 (Tarn) à 469 (Bas-Rhin) pour le sexe masculin et pour le sexe féminin de 227 (Calvados) à 277 (Bas-Rhin) pour 100 000 personnes et par an. C'est ainsi que dans le département de l'Isère (1 000 000 d'habitants), un peu plus de 3 000 cas apparaissent chaque année. En 1990, en collaboration avec l'I.N.S.E.R.M., 5 registres des cancers français ont publié une estimation de l'incidence du cancer en France. Le nombre annuel estimé de nouveaux cas de cancers était de 91 600 chez l'homme, et de 72 100 chez la femme sur le territoire français. Chez l'homme (fig. 1), le cancer du poumon se situe au premier rang : 17 % des cas, suivi des cancers colo-rectaux (13 %), du pharyngo-larynx (11 %), de la prostate (10 %), de la vessie (6,6 %), de l'estomac (6 %), de la cavité buccale (5,8 %), de l'œsophage (5,3 %) et du rein (2,3 %).

Chez la femme (fig. 2), le cancer du sein (29 %) est suivi des cancers colo-rectaux (16 %), de l'utérus (col + corps : 12,2 %), de l'estomac (5,3 %), des ovaires (4,3 %), de la vessie (2,8 %), du poumon (2,2 %), de la cavité buccale (1,4 %), du rein (1,2 %), des localisations pharyngo-laryngées (1 %) et de l'œsophage (0,8 %).

Cette estimation nationale a son utilité, mais ne doit pas faire méconnaître les grandes variations qui existent à l'intérieur de chaque département (tabl. 1). Les taux d'incidence sont traditionnellement exprimés par tranche d'âge, et on voit (fig. 3) à quel point les personnes âgées sont plus concernées par cette maladie que les jeunes.

* Registre du cancer de l'Isère, 21, chemin des Sources, 38240 Meylan.

Figure 1. — Incidence pour 100 000 hommes et par an

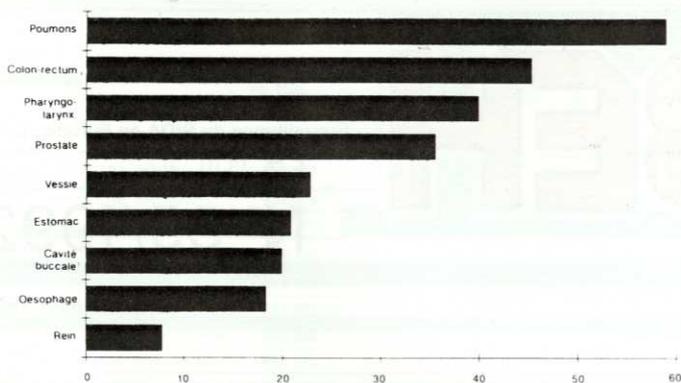


Figure 2. — Incidence pour 100 000 femmes et par an

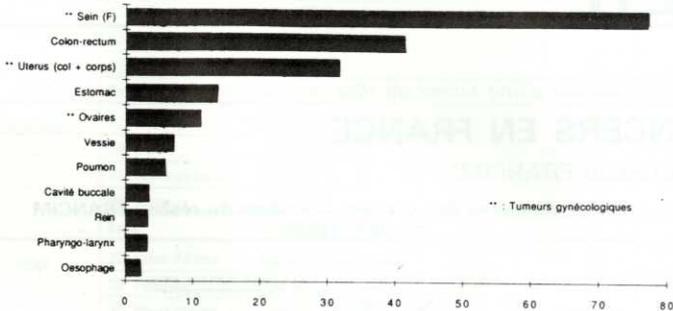
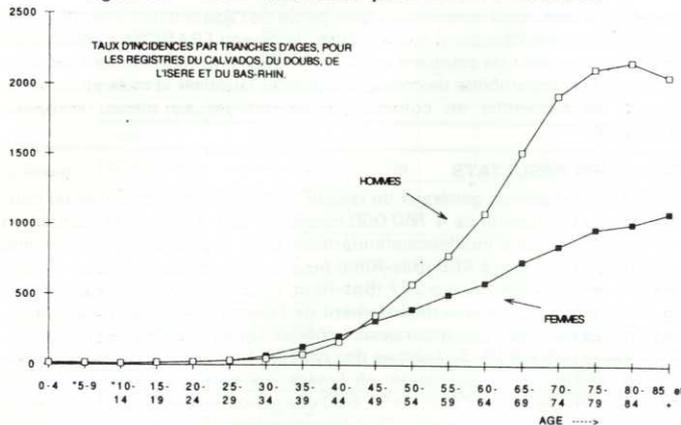


Tableau 1. — Hétérogénéité géographique de l'incidence des cancers à partir de quelques localisations dans les registres existant en 1982

LOCALISATION	Calvados	Côte-d'Or	Doubs	Isère	Bas-Rhin
LANGUE	8,0	-	11,3	6,0	9,9
BOUCHE	8,9	-	11,4	7,7	17,7
OROPHARYNX	18,4	-	11,9	8,4	14,0
OESOPHAGE	42,3	16,4	18,3	14,6	22,6
ESTOMAC	23,5	19,7	23,6	17,3	21,7
COLON	18,9	28,6	28,3	24,2	32,5
RECTUM	21,9	26,4	27,7	23,2	25,6
POUMON	58,2	-	73,3	65,2	81,8
PEAU (SPINOCELLULAIRES)	27,8	-	20,7	15,8	16,7
VESSIE	14,4	-	27,2	19,7	30,6
REIN	6,8	-	9,6	9,6	14,6

LOCALISATION	Calvados	Côte-d'Or	Doubs	Isère	Bas-Rhin
COLON	14,0	21,3	21,5	19,5	20,5
SEIN	73,0	-	72,5	79,1	82,1
COL UTERIN	21,2	-	16,4	17,1	19,9
CORPS UTERIN	11,9	-	13,7	13,5	17,0

Figure 3. — Taux d'incidence pour 100 000 habitants



OUTILS, ÉVALUATION ET RECHERCHE

Épidémiologie descriptive

Les taux d'incidence pour les différents cancers, par sexe, par âge, au fur et à mesure et par année constituent la production principale d'un registre. Des études géographiques sont possibles à l'intérieur d'un registre, ou avec d'autres registres. L'observation de zones de sur- ou de sous-incidence peut être la source d'hypothèses sur des facteurs de risques potentiels, qui feront ultérieurement l'objet d'études analytiques. Avec suffisamment de recul, on peut observer des variations d'incidence dans le temps (études de tendance).

L'observation de tumeurs de malignité atténuée, ou à des stades très précoces peut être utile, comme pour les cancers *in situ* du col utérin, dans la mesure où elle permet d'évaluer l'efficacité du dépistage.

Plusieurs registres du cancer participent à des campagnes de dépistage, comme promoteurs et/ou comme évaluateurs : la Côte-d'Or et le Calvados (colon-rectum), l'Hérault, le Bas-Rhin, le Tarn et l'Isère pour le sein, le Doubs, la Martinique et le Bas-Rhin pour le cancer du col, etc. Des travaux ont été réalisés sur les filières de soins et les dépenses de santé (Doubs, Isère). Enfin des études sur la survie en population générale des cancers ont été réalisées par le Bas-Rhin, le Calvados (sein), le Doubs, les registres de Côte-d'Or, et le travail est en cours dans l'Isère.

Épidémiologie analytique

Les registres des cancers rendent de grands services pour le suivi des populations à risque. C'est ainsi que les registres français participent avec d'autres registres européens à l'étude de l'incidence des leucémies aiguës chez l'enfant, dans les années précédant et les années suivant l'accident de Tchernobyl.

Au niveau des départements, certains groupes de population sont exposés à des situations qui pourraient augmenter leurs risques de faire un cancer, notamment dans le monde de l'industrie. Avec l'accord des ouvriers et de la direction, et la collaboration de la médecine du travail, le registre du cancer peut exercer une surveillance de ces populations, et rendre compte d'un excès de cancers et, si besoin est, de cancers d'un type particulier. Des études ponctuelles de type cas-témoins ou de type cohorte permettant de préciser la part des facteurs professionnels et des autres facteurs de l'environnement.

Les registres peuvent aussi étudier les relations qui pourraient exister entre des maladies non cancéreuses et le cancer : maladies cardio-vasculaires, polypes colo-rectaux, polypes de la vessie, cirrhoses, etc.

Le rôle des poussières de bois dans certains cancers du poumon, de l'alcool dans le cancer de l'œsophage et du bucco-pharynx ont fait l'objet d'études dites « cas-témoins ». Des études sont en cours pour préciser les facteurs de risques des tumeurs cérébrales et des tumeurs colo-rectales.

REGISTRES DES CANCERS ET CONFIDENTIALITÉ

Comme pour toutes les études épidémiologiques classiques telles qu'elles sont réalisées depuis de nombreuses années par l'I.N.S.E.R.M. notamment, l'activité des registres des cancers pose le problème de la confidentialité des données. En effet, pour un bon fonctionnement, le registre doit recevoir des informations nominatives, notamment pour éviter d'enregistrer plusieurs fois la même personne (1).

Dans la pratique, les registres des cancers mettent en œuvre toute une série de mesures garantissant la protection des données qui leur ont été confiées, mesures qu'ils ont mises au point avec le Conseil de l'ordre des médecins, en suivant, les recommandations du Centre international de recherche sur le cancer.

CONCLUSION

Véritables observatoires de la maladie cancéreuse dans la population, les registres sont un maillon indispensable pour une lutte efficace contre cette pathologie. Points de rencontre entre la santé publique, la recherche épidémiologique et l'université scientifique et médicale, ils interviennent à tous les niveaux, tant pour la découverte de nouveaux facteurs de risque (et donc de causes potentielles), que pour la mise en place et l'évaluation des actions de prévention, et ceci dans un large partenariat.

(1) Chaque registre a déclaré son fichier à la C.N.I.L.

LE POINT SUR...

SURVEILLANCE DU SIDA EN EUROPE

Rapport trimestriel n° 33, 31 mars 1992
Centre européen pour la surveillance du SIDA* (extrait)

Au 31 mars 1992, un total cumulé de 71 570 cas de SIDA ont été déclarés dans les pays appartenant à la région Europe de l'O.M.S. Aucune des républiques qui composaient l'ex-U.R.S.S. et la Yougoslavie n'ont adressé séparément leurs données de surveillance au Centre. Certaines d'entre elles sont

membres des Nations unies mais ne sont pas encore membres de l'O.M.S. Pour des raisons de commodité et en attendant que la situation se clarifie, leurs données ont été regroupées respectivement sous l'appellation « C.E.I. + pays baltes » et « Yougoslavie ».