

# Mortalité par cancer dans l'Union Européenne et situation de la France

L'objectif de cette communication est d'analyser le poids de la mortalité par cancer dans l'Union Européenne (UE) et de caractériser la situation particulière de la France (Jougla et coll., 2003)<sup>9</sup>. L'analyse est fondée sur les données de mortalité en 1999 dans l'UE (15 membres)<sup>10</sup>, diffusées par Eurostat selon une liste résumée de causes initiales de décès (comprenant 18 sous-catégories pour le cancer). Les indicateurs utilisés sont les effectifs de décès, les taux de décès standardisés selon la structure d'âge de l'UE (tous âges et moins de 65 ans) et les ratios de mortalité entre sexes. Les évolutions à court terme (1994-1999) sont également étudiées.

## Première cause de décès « prématuré » dans l'Union Européenne : le cancer

Les décès par cancer représentent un quart du total des décès qui surviennent annuellement dans les 15 pays de l'UE (960 000 décès par cancer par an). Pour les décès « prématurés » (avant 65 ans), cette part atteint 37 % (261 000 décès). Le cancer constitue la première cause de décès « prématuré » devant la mortalité cardiovasculaire.

Pour la plupart des localisations cancéreuses, on observe de 1994 à 1999, une amélioration globale des niveaux de mortalité dans l'UE (tableaux I et II). Les progrès les plus nets sont observés pour les cancers de l'estomac (deux sexes), de la vessie et du rein (hommes) et de l'utérus. À l'inverse, les taux de décès européens ont augmenté pour deux types de cancers : poumon chez la femme et mélanome de la peau chez l'homme. Pour les décès masculins survenus avant 65 ans, la baisse des taux a été, quel que soit le site anatomique, un peu plus prononcée que pour la population tous âges confondus.

9. Remerciements au Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire pour l'autorisation de reprise de l'article : JOUGLA E, SALEM G, RICAN S, PAVILLON G, LEFEVRE H. Disparités de la mortalité par cancer dans l'Union européenne. *BEH* 2003, 41-42 : 198-201.

10. Pour les données concernant l'Union Européenne à 25 membres, voir Boyle et Ferlay, 2005.

**Tableau I : Taux de décès par cancer dans l'Union Européenne et en France<sup>1</sup> ; sexe masculin**

	Tous âges					<65 ans				
	UE	Fr	Fr/UE	Var <sup>2</sup>	Var <sup>2</sup>	UE	Fr	Fr/UE	Var <sup>2</sup>	Var <sup>2</sup>
	1999	1999	1999	94/99	94/99	1999	1999	1999	94/99	94/99
			UE	Fr				UE	Fr	
Poumon	70,9	74,4	1,05	-9 %	-4 %	29,4	38,6	1,31	-11 %	-4 %
Colon-rectum	26,8	26,9	1,00	-4 %	-1 %	8,4	7,7	0,92	-6 %	-4 %
Prostate	25,7	27,8	1,08	-7 %	-7 %	2,5	2,5	1,00	-7 %	-14 %
Tissus hémolymphatiques	18,2	19,2	1,05	-1 %	-1 %	7,4	7,5	1,01	-5 %	-1 %
VADS	16,3	26,2	1,61	+7 %	-13 %	9,8	17,3	1,77	-8 %	-13 %
Vessie-rein	15,9	16,9	1,06	-11 %	-3 %	4,4	5,4	1,23	-15 %	-5 %
Estomac	14,8	10,2	0,69	-19 %	-15 %	5,0	3,5	0,70	-17 %	-5 %
Pancréas	11,0	11,7	1,06	-1 %	+2 %	4,5	4,9	1,09	0 %	+2 %
Foie	10,8	16,7	1,55	-1 %	-2 %	4,0	6,5	1,63	-5 %	-3 %
Mélanome cutané	2,4	2,2	0,92	+4 %	+5 %	1,4	1,4	1,00	0 %	+8 %
Autres	41,5	51,1	1,23	-3 %	-9 %	17,5	24,3	1,39	-5 %	-10 %
Total	254,3	283,3	1,11	+7 %	-6 %	94,3	119,6	1,27	-8 %	-6 %

<sup>1</sup> Taux standardisés pour 100 000 selon la population de l'UE ; <sup>2</sup> (taux 1999 - taux 1994) / (taux 1994) ; VADS : voies aérodigestives supérieures

**Tableau II : Taux de décès par cancer dans l'Union Européenne et en France<sup>1</sup> ; sexe féminin**

	Tous âges					<65 ans				
	UE	Fr	Fr/UE	Var <sup>2</sup>	Var <sup>2</sup>	UE	Fr	Fr/UE	Var <sup>2</sup>	Var <sup>2</sup>
	1999	1999	1999	94/99	94/99	1999	1999	1999	94/99	94/99
			UE	Fr				UE	Fr	
Sein	27,9	28,5	1,02	-9 %	0 %	17,2	18,0	1,05	-10 %	+1 %
Colon-rectum	16,8	15,2	0,90	-8 %	-4 %	5,6	4,9	0,88	-7 %	-4 %
Poumon	15,8	11,3	0,72	+5 %	+26 %	7,7	6,6	0,86	+10 %	+38 %
Tissus hémolymphatiques	11,8	11,7	0,99	+1 %	-1 %	5,0	4,5	0,90	-4 %	-8 %
Ovaire	8,3	7,9	0,95	-7 %	-2 %	4,5	4,1	0,91	-8 %	-5 %
Pancréas	7,5	6,9	0,92	+1 %	+10 %	2,5	2,5	1,00	0 %	+19 %
Estomac	6,9	4,0	0,58	-19 %	-15 %	2,4	1,3	0,54	-14 %	+8 %

<sup>1</sup> Taux standardisés pour 100 000 selon la population de l'UE ; <sup>2</sup> (taux 1999 - taux 1994) / (taux 1994)

	Tous âges					<65 ans				
	UE	Fr	Fr/UE	Var <sup>2</sup>	Var <sup>2</sup>	UE	Fr	Fr/UE	Var <sup>2</sup>	Var <sup>2</sup>
	1999	1999	1999	94/99	94/99	1999	1999	1999	94/99	94/99
			UE	Fr				UE	Fr	
Utérus	6,7	7,0	1,04	-13 %	-9 %	3,6	3,5	0,97	-12 %	-15 %
Vessie-rein	4,9	4,7	0,96	-6 %	+2 %	1,5	1,4	0,93	-6 %	0 %
Foie	3,8	3,4	0,89	-3 %	+3 %	1,2	1,2	1,00	0 %	0 %
VADS	3,6	3,5	0,97	0 %	+3 %	1,8	2,1	1,17	+13 %	+5 %
Mélanome cutané	1,6	1,6	1,00	-6 %	0 %	1,0	1,0	1,00	-9 %	0 %
Autres	27,3	25,7	0,94	-5 %	-9 %	10,6	10,5	0,99	-9 %	-7 %
Total	142,9	131,4	0,92	-5 %	-1 %	64,6	61,6	0,95	-6 %	+1 %

<sup>1</sup> Taux standardisés pour 100 000 selon la population de l'UE ; <sup>2</sup> (taux 1999 - taux 1994) / (taux 1994)

Pour les femmes, la réduction des taux a été du même ordre pour les décès « prématurés » et pour l'ensemble des décès. On note cependant, une forte progression de la mortalité féminine avant 65 ans par cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures (VADS).

### Écarts entre taux de décès masculins et féminins

La surmortalité masculine par cancer s'observe dans tous les pays (tableau III), mais c'est en Espagne et en France que les écarts entre sexes sont maximum (taux de décès 2,2 fois plus élevé chez les hommes). Par localisation, ce sont pour les cancers des VADS et du poumon que la surmortalité masculine est la plus élevée (4,5 pour l'ensemble de l'UE). Entre 1994 et 1999, le niveau de la surmortalité masculine est resté stable, sauf pour les cancers du poumon et des VADS pour lesquels l'écart entre hommes et femmes s'est réduit.

**Tableau III : Ratios des taux de décès par cancer « hommes/femmes » dans les pays de l'UE<sup>1</sup> ; tous âges ; 1999**

	Total	VADS	Poumon	Foie	Rein-vessie	Estomac	Colon-rectum	Tissus hémolympatiques <sup>2</sup>
Espagne	2,3	9,1	12,0	2,7	5,1	2,3	1,8	1,6
France	2,2	7,5	6,6	4,9	3,6	2,6	1,8	1,6
Italie	1,9	4,8	6,5	2,7	4,6	2,2	1,7	1,6
Belgique <sup>3</sup>	1,9	4,8	6,3	2,1	3,1	2,2	1,5	1,7

<sup>1</sup> Rapport des taux de décès standardisés « hommes / femmes » ; <sup>2</sup> Y compris lymphomes ; <sup>3</sup> Ratios estimés

	Total	VADS	Poumon	Foie	Rein-vessie	Estomac	Colon-rectum	Tissus hémo-lymphatiques <sup>2</sup>
Grèce	1,9	3,3	7,3	2,3	4,3	2,3	1,3	1,6
Portugal	1,9	7,1	6,4	2,9	3,4	2,1	1,8	1,3
Luxembourg	1,8	3,2	3,7	4,1	2,7	2,1	1,3	2,0
Finlande	1,7	2,8	5,1	1,9	2,9	2,1	1,6	1,5
Pays-Bas	1,7	3,0	3,7	2,2	2,8	2,4	1,5	1,5
Autriche	1,6	4,9	3,7	3,0	2,6	1,8	1,7	1,5
Allemagne	1,6	4,7	4,3	2,5	2,9	1,9	1,5	1,5
Irlande	1,5	2,6	2,2	2,1	2,7	1,9	1,8	1,6
Royaume-Uni	1,4	2,5	2,1	2,0	2,7	2,5	1,6	1,5
Suède	1,4	3,3	1,8	1,8	2,2	2,0	1,4	1,5
Danemark <sup>3</sup>	1,3	3,1	1,7	1,5	2,6	2,3	1,4	1,7
UE	1,8	4,5	4,5	2,8	3,2	2,1	1,6	1,5

<sup>1</sup> Rapport des taux de décès standardisés « hommes / femmes » ; <sup>2</sup> Y compris lymphomes ; <sup>3</sup> Ratios estimés

## Comparabilité des données d'un pays à l'autre

Même si les méthodes de production des données sur les causes de décès sont de plus en plus standardisées avec le temps, de nombreuses analyses ont mis en évidence des disparités de pratiques entre pays, que ce soit au niveau de la certification médicale des causes de décès ou à celui de la codification (sélection d'une cause initiale pour chaque décès).

Parmi les différentes causes de décès, le cancer est une des causes pour lesquelles le niveau de comparabilité internationale s'avère le plus faible (par rapport à des pathologies comme les maladies cardiovasculaires ou les morts violentes), surtout si l'on procède par sous-groupes de localisations assez larges (Jouglé et coll., 2003). Certaines localisations posent cependant davantage de problèmes d'enregistrement que d'autres. Le cancer du poumon est caractérisé par une concordance satisfaisante entre l'information provenant de la mortalité et celle provenant de la morbidité. Pour le cancer du sein, les études basées sur la comparaison de la cause initiale de décès « officielle » et sur celle déterminée à partir d'autres sources cliniques concluent à une légère sous-estimation des statistiques officielles. Pour d'autres localisations, des différences de pratiques d'enregistrement entraînant des biais de comparabilité sont possibles. Elles peuvent être dues à la difficulté d'affirmer le caractère malin ou primitif de la tumeur (foie), ou de distinguer le site primaire parmi des organes voisins (estomac-œsophage, pancréas-voies biliaires, col-corps utérin), surtout lorsque les manifestations

cliniques, voire les types histologiques sont similaires. Enfin, le rôle dans le processus de décès de certains cancers d'assez bon pronostic peut être surestimé par rapport à des pathologies lourdes associées (prostate et côlon). À côté de ces biais potentiels, liés à des difficultés de diagnostic ou à des imprécisions dans la déclaration des médecins certificateurs, les données peuvent être affectées par des fluctuations aléatoires en particulier dans le cas où les taux de décès analysés pour un pays sont faibles (mélanomes de la peau, cancers « prématurés » de l'appareil urinaire...).

**Éric Jouglà,**

*Centre d'Épidémiologie  
sur les causes médicales de décès, Le Vésinet*

## **BIBLIOGRAPHIE**

BOYLE P, FERLAY J. Cancer incidence and mortality in Europe, 2004. *Ann Oncol* 2005, **16** : 481-488

JOUGLA E, ROSSOLLIN F, NIYONSENGA A, CHAPPERT JL, JOHANSSON LA, PAVILLON G. Comparability and quality improvement in European causes of death statistics. Eurostat, Project 96 / S 99-5761 / EN, 2001 : 190p [http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp\\_monitoring\\_1998\\_frep\\_04\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph/programmes/monitor/fp_monitoring_1998_frep_04_en.pdf).

JOUGLA E, SALEM G, RICAN S, PAVILLON G, LEFEVE H. Disparités de mortalité par cancer dans l'Union européenne. *BEH* 2003, **41-42** : 198-201