
2

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

La disponibilité croissante d'indicateurs sur les causes de décès en Europe et l'amélioration de la standardisation des méthodes de production des données, permettent de réaliser des analyses comparatives de plus en plus fiables des niveaux de la mortalité dans les pays de l'Union Européenne (Jouglà et Pavillon, 1997 ; Jouglà et coll., 1998). Dans le domaine du cancer, ce type d'études s'avère très opérationnel pour mettre « indirectement » en évidence les disparités des facteurs de risque et des pratiques de prévention. L'objectif de ce chapitre est d'analyser le poids de la mortalité par cancer dans l'Union Européenne (UE) et de caractériser la situation particulière de la France (Jouglà et coll., 2003)¹.

L'analyse est basée sur les données de mortalité en 1999 dans l'UE (15 membres)², 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 (ensemble et moins de 65 ans) et les ratios de mortalité entre sexes. Les évolutions à court terme (1994-1999) sont également étudiées.

Cancer et causes de décès prématurés dans l'Union Européenne

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 %

1. 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 mortalité par cancer dans l'Union européenne. *BEH* 2003, 41-42 : 198-201

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

(261 000 décès) et le cancer constitue la première cause de décès devant la mortalité cardiovasculaire. Pour les hommes (534 000 décès par cancer), celui du poumon représente 28 % de l'ensemble de la mortalité par cancer. Viennent ensuite les cancers de l'intestin (11 %) et de la prostate (10 %). Pour les femmes, c'est le cancer du sein qui prédomine (un décès sur cinq) devant celui de l'intestin (12 %) et du poumon (11 %).

Pour la plupart des localisations cancéreuses, on observe de 1994 à 1999, une amélioration globale des niveaux de mortalité dans l'UE (tableaux 2.I et 2.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, la fréquence de certaines localisations stagne : pancréas, foie, lymphomes et leucémies (deux sexes) et voies aérodigestives supérieures (femmes). 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. 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).

Tableau 2.1 : Taux de décès par cancer dans l'Union Européenne et en France¹ ; sexe masculin

	Tous âges					< 65 ans				
	UE	Fr	Fr/UE	Var ²	Var ²	UE	Fr	Fr/UE	Var ²	Var ²
	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 hématolymphatiques	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 %

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

Tableau 2.II : Taux de décès par cancer dans l'Union Européenne et en France¹ ; sexe féminin

	Tous âges					< 65 ans				
	UE	Fr	Fr/UE	Var ²	Var ²	UE	Fr	Fr/UE	Var ²	Var ²
	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 hématolymphatiques	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 %
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 %

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

Taux de décès par cancer en France par rapport à l'Union Européenne

On observe des disparités très marquées du niveau de mortalité globale par cancer et selon le type, entre les pays de l'Union Européenne (tableau 2.III).

Mortalité par cancer chez les hommes

Pour les hommes, c'est en France que l'on observe, toutes localisations confondues, le taux de décès par cancer le plus élevé. Viennent ensuite la Belgique et les Pays-Bas. Les taux de décès les plus faibles s'observent en Suède, en Finlande et en Grèce. Le niveau de la mortalité est supérieur de 50 % en France par rapport à la Suède et de 20 % par rapport au Royaume-Uni.

La situation défavorable des hommes vivant en France s'explique pour la plus grande part, par le poids des cancers des VADS, du foie et du poumon. Ainsi, 65 % de la surmortalité globale par cancer en France par rapport au Royaume-Uni est due aux taux de décès plus élevés pour ces trois types de localisations. Pour les cancers VADS, la France occupe la première place au sein de l'UE avec un écart très important par rapport à tous les autres pays.

Tableau 2.III : Taux de décès standardisés par cancer dans les pays de l'UE¹ ; sexe masculin ; tous âges

	Total		Poumon		Colon-rectum		VADS		Foie	
	1999	var/94 ²	1999	var/94	1999	var/94	1999	var/94	1999	var/94
France	283,3	- 6 %	74,4	- 4 %	26,9	- 1 %	26,2	- 13 %	16,7	- 2 %
Belgique ³	282,5		102,9		26,9		16,5		6,6	
Pays-Bas	275,8	- 5 %	86,2	- 13 %	28,5	+ 1 %	14,8	+ 10 %	3,9	+ 86 %
Espagne	265,1	- 1 %	79,3	- 2 %	27,6	+ 10 %	16,3	- 9 %	12,3	- 1 %
Danemark ³	262,1		72,0		33,5		15,2		5,1	
Italie	260,3	- 7 %	78,4	- 9 %	24,3	- 4 %	11,6	- 14 %	18,4	- 10 %
Irlande	252,5	- 3 %	59,2	- 16 %	34,6	+ 3 %	18,0	- 7 %	5	+ 2 %
Allemagne	248,7	- 9 %	65,3	- 10 %	30,2	- 9 %	15,5	- 6 %	7,2	+ 4 %
Luxembourg	240,6	- 11 %	73,7	- 10 %	23,1	- 20 %	18,9	+ 19 %	8,2	- 34 %
Royaume-Uni	238,9	- 9 %	64,9	- 17 %	25,7	- 11 %	17,2	- 1 %	4	+ 11 %
Autriche	236,0	- 8 %	59,6	- 10 %	31,1	- 12 %	14,8	+ 14 %	10,1	+ 3 %
Portugal	224,7	- 4 %	46,6	- 6 %	28,6	+ 6 %	16,4	+ 1 %	7,5	+ 6 %
Grèce	218,4	- 1 %	77,1	- 3 %	15,8	+ 24 %	4,6	+ 5 %	16,6	- 11 %
Finlande	212,3	- 6 %	54,8	- 14 %	19,1	- 9 %	8,6	+ 21 %	7,7	+ 12 %
Suède	196,0	0 %	33,6	- 5 %	21,3	+ 1 %	7,9	0 %	5,9	- 3 %
UE	254,3	- 7 %	70,9	- 9 %	26,8	- 4 %	16,3	- 7 %	10,8	- 1 %

¹ Taux standardisés pour 100 000 selon la population de l'UE ; ² (taux 1999 - taux 1994)/(taux 1994) ; ³ Taux de décès estimés en 1999 et variation 1994 - 1999 non disponible

Pour les cancers du foie, trois pays prédominent avec des taux de décès du même ordre : l'Italie, la France et la Grèce. Cependant, alors que la mortalité baisse fortement en Italie et en Grèce, les taux français stagnent. Pour le cancer du poumon, la France se situe dans la moyenne européenne. Les taux belges et hollandais sont les plus élevés. Mais si l'on observe, dans de nombreux pays, une diminution des cancers du poumon, les taux français ne baissent pas de façon significative. Pour la mortalité avant 65 ans, la France est dans le groupe des pays à plus forte mortalité pour ce cancer avec la Belgique et l'Espagne.

Ces spécificités mises à part, la France est dans une situation moyenne ou favorable pour les autres types de cancers chez les hommes, alors que, pour certaines localisations, on note des taux de décès particulièrement élevés dans certains pays : estomac au Portugal, prostate en Suède, colon-rectum en Irlande et au Danemark, mélanome de la peau au Danemark et en Suède.

Avant 65 ans (tableau 2.IV), la France a (avec l'Espagne et la Belgique) les taux de mortalité masculine les plus élevés. Cette situation s'explique en grande partie par la fréquence élevée des cancers du poumon dans ces trois pays. De même, la France arrive en tête des pays de l'UE pour la mortalité

Tableau 2.IV : Taux de décès standardisés par cancer dans les pays de l'UE¹ ; sexe masculin ; moins de 65 ans

	Total		Poumon		Colon-rectum		VADS		Foie	
	1999	var/94 ²	1999	var/94	1999	var/94	1999	var/94	1999	var/94
France	119,6	- 6 %	38,6	- 4 %	7,7	- 4 %	17,3	- 13 %	6,5	- 3 %
Espagne	107,8	- 3 %	38,6	+ 1 %	8,6	+ 4 %	11,0	- 9 %	4,9	+ 2 %
Belgique ³	99,3		40,4		8,0		10,5		2,2	
Portugal	93,0	- 6 %	23,6	- 9 %	9,9	+ 13 %	11,5	+ 5 %	2,9	- 15 %
Italie	91,9	- 14 %	29,8	- 19 %	7,6	- 7 %	6,3	- 19 %	6,8	- 14 %
Allemagne	91,2	- 11 %	27,2	- 14 %	9,4	- 13 %	10,6	- 11 %	2,8	+ 4 %
Danemark ³	90,2		26,2		9,8		8,3		1,6	
Autriche	87,0	- 9 %	27,0	- 9 %	9,7	- 14 %	10,0	+ 12 %	4,5	+ 13 %
Pays-Bas	86,9	- 9 %	28,4	- 17 %	8,6	- 2 %	7,2	+ 14 %	1,3	+ 44 %
Luxembourg	86,5	- 6 %	31,1	- 1 %	7,0	+ 19 %	16,3	+ 31 %	2,8	- 48 %
Grèce	86,3	0 %	35,0	+ 1 %	4,7	+ 15 %	2,6	+ 30 %	5,9	- 3 %
Irlande	84,6	- 9 %	17,8	- 36 %	12,7	+ 6 %	8,7	+ 9 %	1,8	+ 13 %
Royaume-Uni	79,5	- 7 %	20,6	- 15 %	8,1	- 12 %	7,8	0 %	1,6	+ 7 %
Finlande	68,4	- 5 %	17,9	- 14 %	6,2	+ 15 %	4,6	+ 44 %	2,6	+ 13 %
Suède	59,0	- 10 %	11,8	- 17 %	6,3	0 %	3,8	+ 12 %	2,2	+ 10 %
UE	94,3	- 8 %	29,4	- 11 %	8,4	- 6 %	9,8	- 8 %	4,0	- 5 %

¹ Taux standardisés pour 100 000 selon la population de l'UE ; ² (taux 1999 - taux 1994)/(taux 1994) ; ³ Taux de décès estimés en 1999 et variation 1994 - 1999 non disponible

« prématurée » par cancer VADS (avec le Luxembourg) et par cancer du foie (avec l'Italie).

Mortalité par cancer chez les femmes

Contrairement aux hommes, les femmes françaises se situent dans une position globalement favorable au sein de l'UE (tableaux 2.V et 2.VI). Les taux de décès féminins par cancer, toutes localisations confondues, sont les plus élevés au Danemark, en Irlande, au Royaume-Uni et aux Pays-bas. Par localisation, les plus fortes mortalités sont observées : pour le sein au Danemark et aux Pays-Bas, pour le poumon et les VADS au Danemark, au Royaume-Uni et en Irlande, pour le colon-rectum au Danemark et en Allemagne, pour l'estomac au Portugal et pour le foie en Grèce et en Italie. Au Danemark, le cancer du poumon constitue désormais la localisation la plus fréquente chez les femmes devant le cancer du sein. Au Royaume-Uni, les deux types de cancers ont la même fréquence dans la population féminine.

L'évolution des taux de décès féminins par cancer entre 1994 et 1999 indique une tendance à la baisse (plus forte diminution en Autriche et au Luxembourg). Par rapport à cette tendance générale, on note cependant une stagnation du niveau de la mortalité dans certains pays dont la France. Cette

Tableau 2.V : Taux de décès standardisés par cancer dans les pays de l’UE¹ ; sexe féminin ; tous âges

	Total		Sein		Colon-rectum		Poumon		Utérus ⁴		VADS	
	1999	var/94 ²	1999	var/94	1999	var/94	1999	var/94	1999	var/94	1999	var/94
Danemark ³	199,3		36,8		23,4		41,2				5,1	
Irlande	171,8	-6 %	34,7	-8 %	18,8	-9 %	26,4	-8 %	6,8	-6 %	7,0	-17 %
Royaume-Uni	167,3	-5 %	31,8	-13 %	16,4	-12 %	30,7	0 %	6,4	-12 %	7,0	+3 %
Pays-Bas	165,8	0 %	36,6	-4 %	19,0	-3 %	23,1	+20 %	6,1	-2 %	5,0	+11 %
Allemagne	151,0	-8 %	28,5	-9 %	20,4	-12 %	15,3	+13 %	7,3	-16 %	3,3	+3 %
Belgique ³	147,7		33,6		17,9		16,4				3,5	
Autriche	143,1	-10 %	26,4	-15 %	18,3	-8 %	16,3	+7 %	9,0	-14 %	3,0	+43 %
Suède	141,8	+1 %	22,4	-5 %	14,7	-6 %	18,5	+16 %	7,2	+7 %	2,4	-11 %
Luxembourg	135,5	-10 %	24,4	-27 %	18,1	-20 %	19,8	+24 %	8,3	+28 %	5,9	+79 %
Italie	133,8	-8 %	25,2	-12 %	14,6	-9 %	12,1	+3 %	5,8	-21 %	2,4	+4 %
France	131,4	-1 %	28,5	0 %	15,2	-4 %	11,3	+26 %	7,0	-9 %	3,5	+3 %
Finlande	125,1	-3 %	23,9	+3 %	12,1	-7 %	10,7	+3 %	5,3	-4 %	3,1	-3 %
Portugal	118,9	-5 %	22,1	-11 %	16,1	+5 %	7,3	+3 %	8,2	-14 %	2,3	-21 %
Espagne	116,4	-5 %	21,3	-13 %	15,3	-3 %	6,6	+14 %	6,2	-13 %	1,8	-10 %
Grèce	114,3	-1 %	21,2	-9 %	12,2	+22 %	10,5	-2 %	5,3	+13 %	1,4	0 %
UE	142,9	-5 %	27,9	-9 %	16,8	-8 %	15,8	+5 %	6,7	-13 %	3,6	0 %

¹Taux standardisés pour 100 000 selon la population de l’UE ; ²(taux 1999 - taux 1994)/(taux 1994) ; ³Taux de décès estimés en 1999 et variation 1994 - 1999 non disponible ; ⁴Col et Corps de l’utérus

stabilité des taux de décès en France s’explique en grande partie par les tendances observées pour les cancers du poumon, des VADS, du sein et de l’utérus. Ce sont les femmes vivant en France qui ont actuellement la plus forte augmentation pour les cancers pulmonaires (avec le Luxembourg et les Pays-Bas) et cette position défavorable est encore plus nette pour les décès avant 65 ans (progression de 40 % des taux entre 1994 et 1999). Pour les cancers VADS, c’est au Luxembourg et en Autriche que l’on observe les augmentations les plus marquées (les taux féminins progressent également en France mais plus modérément que dans ces deux pays). Les taux de décès par cancers du sein et de l’utérus stagnent en France, alors qu’ils sont à la baisse dans la plupart des pays de l’UE.

Écarts entre taux de décès masculins et féminins

La surmortalité masculine par cancer s’observe dans tous les pays (tableau 2.VII), 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). À l’inverse, les différences entre sexes sont les plus réduites au Danemark, en Suède et au Royaume-Uni (1,3). Par localisation, c’est pour les cancers des VADS et du poumon que la surmortalité masculine est la plus élevée (4,5 pour l’ensemble

Tableau 2.VI : Taux de décès standardisés par cancer dans les pays de l'UE¹ ; sexe féminin ; moins de 65 ans

	Total		Sein		Colon-rectum		Poumon		Utérus ⁴		VADS	
	1999	var/94 ²	1999	var/94	1999	var/94	1999	var/94	1999	var/94	1999	var/94
Danemark ³	95,8		22,6		7,8		23,1				2,7	
Pays-Bas	77,6	-3 %	22,1	-6 %	6,5	-6 %	13,5	+11 %	2,9	+7 %	2,3	+10 %
Irlande	76,2	-11 %	22,8	-8 %	6,3	-10 %	9,2	-21 %	4,4	0 %	2,6	+8 %
Royaume-Uni	73,9	-7 %	19,2	-15 %	5,4	-16 %	11,8	1 %	3,6	-12 %	2,5	+4 %
Belgique ³	68,3		21,1		5,6		9,2				2,1	
Allemagne	65,4	-9 %	17,3	-10 %	6,1	-12 %	7,9	+14 %	3,9	-15 %	1,9	+6 %
Autriche	62,9	-11 %	15,2	-16 %	5,8	-8 %	8,5	+8 %	4,9	-13 %	2,0	+54 %
Suède	62,9	-5 %	13,4	-11 %	4,5	-10 %	10,1	+6 %	3,7	+6 %	0,8	-27 %
France	61,6	+1 %	18,0	+1 %	4,9	-4 %	6,6	+38 %	3,5	-15 %	2,1	+5 %
Italie	58,4	-12 %	15,3	-15 %	5,4	-7 %	5,3	0 %	3,0	-19 %	1,2	+9 %
Portugal	56,5	-11 %	14,3	-19 %	5,9	+2 %	3,7	+9 %	4,8	-23 %	0,9	-36 %
Luxembourg	55,7	-18 %	15,5	-16 %	4,5	-13 %	10,1	+2 %	4,9	+20 %	3,2	+167 %
Espagne	53,4	-9 %	13,6	-20 %	5,6	-2 %	3,6	+24 %	3,3	-18 %	0,9	0 %
Finlande	52,5	-5 %	14,9	-1 %	4,1	+2 %	4,2	0 %	2,5	+25 %	1,2	+33 %
Grèce	51,6	-5 %	12,8	-16 %	4,0	+18 %	4,9	+7 %	3,1	+15 %	0,5	0 %
UE	64,6	-6 %	17,2	-10 %	5,6	-7 %	7,7	+10 %	3,6	-12 %	1,8	+13 %

¹ Taux standardisés pour 100 000 selon la population de l'UE ; ² (taux 1999 - taux 1994) (taux 1994) ; ³ Taux de décès estimés en 1999 et variation 1994 - 1999 non disponible ; ⁴ Col et Corps de l'utérus

de l'UE). Les taux de décès masculins par cancer du poumon sont 12 fois plus élevés que chez les femmes en Espagne (7 fois en France). De même, la surmortalité masculine par cancers VADS est environ de 10 dans ces deux pays. À l'opposé, les ratios de mortalité entre sexes pour ces localisations sont particulièrement faibles au Danemark, en Suède et au Royaume-Uni (environ 2). 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.

Comparabilité des données d'un pays à l'autre

Il est nécessaire de s'interroger sur la fiabilité des comparaisons entre pays sur lesquelles se basent les résultats précédents. L'analyse du niveau de comparabilité des données sur les causes de décès en UE fait actuellement l'objet de travaux dans le cadre de la *Task Force* « *Causes of death* » d'Eurostat (pratiques spécifiques de certification et de codification selon les pays). Dans ce contexte, un rapport est disponible comportant des recommandations agréées

Tableau 2.VII : Ratios des taux de décès par cancer « hommes/femmes » dans les pays de l'UE¹ ; tous âges ; 1999

	Total	VADS	Poumon	Foie	Rein-vessie	Estomac	Colon-rectum	Tissus hémolympatiques
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 ³	1,9	4,8	6,3	2,1	3,1	2,2	1,5	1,7
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 ³	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

¹ Rapport des taux de décès standardisés « Hommes/femmes » ; ² Y compris lymphomes ; ³ Ratios estimés

par l'ensemble des pays, pour l'amélioration de la qualité et de la comparabilité des données ainsi qu'une bibliographie des principales études scientifiques publiées sur ce thème (Jouglà et coll., 2001).

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). En ce qui concerne la certification médicale, il faut rappeler que l'ensemble des pays de l'UE utilise actuellement un certificat de décès similaire à celui recommandé par l'OMS dans la Classification Internationale des Maladies (CIM), avec une méthodologie commune pour décrire le processus morbide ayant conduit au décès (d'une cause initiale à une cause immédiate). De même, les pays de l'UE appliquent, d'une manière de plus en plus homogène, les règles de décision de la CIM pour sélectionner, à partir d'un certificat comportant plusieurs causes de décès concurrentes, la cause initiale sur la base de laquelle sont publiées les statistiques de décès (WHO, 1992). L'orientation actuelle vers des systèmes de codification automatique intégrant des règles de décision identiques pour le choix de la cause initiale de décès, contribuera fortement à la standardisation de l'étape de codification.

Parmi les différentes causes de décès, le cancer est une des causes pour lesquelles le niveau de comparabilité internationale s'avère le plus fiable (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 (Jouglà et coll., 2003). Certaines localisations posent cependant davantage de problèmes d'enregistrement que d'autres. Le cancer du poumon, le plus fréquent siège de tumeurs pour l'homme, 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 sièges anatomiques, 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 diagnostics 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...).

En conclusion, les résultats de l'analyse des niveaux de mortalité par cancer mettent en évidence des disparités spatiales importantes entre pays de l'UE. Dans ce contexte, la France apparaît dans une situation défavorable pour le niveau de cancer masculin. Cette mauvaise position s'explique en grande partie par des taux de décès très augmentés pour les cancers du poumon, des VADS et du foie. Même si les expositions professionnelles ont certainement un poids important en tant que déterminants des niveaux de mortalité (mais difficilement mesurables du fait du manque de données), on sait que ce type de cancers est fortement lié à deux facteurs de risque : la consommation excessive d'alcool et le tabagisme. De même, si la France apparaît dans une position plutôt favorable pour les cancers féminins, des tendances très inquiétantes sont observées pour le cancer du poumon. Compte tenu des délais d'impact du tabagisme, l'évolution de la mortalité est la conséquence de la progression du tabagisme chez les femmes depuis les années 1960. Cette situation est d'autant plus préoccupante que les indicateurs du tabagisme féminin ne sont pas favorables actuellement (Beck et Legleye, 2003). L'analyse des disparités par cancer en UE montre ainsi clairement l'impact particulièrement négatif et augmenté en France par rapport à d'autres pays, de la consommation d'alcool et de tabac sur le niveau de la mortalité. Les

répercussions du tabagisme et de la consommation d'alcool s'observent également dans d'autres pays, en particulier chez les femmes. Pour les cancers du sein et de l'utérus, on note une stagnation de la mortalité en France en comparaison des diminutions observées dans de nombreux pays. On peut s'interroger à cet égard sur l'impact des politiques nationales de dépistage (Uhry et coll., 2003), mais ces résultats doivent être confrontés aux données d'incidence et de survie. Cette étude a également mis en évidence des mortalités augmentées dans certains pays pour d'autres localisations spécifiques (estomac, prostate, colon-rectum, mélanomes de la peau). Un atlas réalisé dans le cadre d'Eurostat fournit une cartographie à un niveau régional de ces causes de décès permettant ainsi de caractériser plus précisément les disparités spatiales de mortalité dans l'UE (Jouglà et coll., 2003).

BIBLIOGRAPHIE

BECK F, LEGLEYE S. Tabac à l'adolescence. Résultats de l'enquête Escapad, *BEH* 2003, **22-23** : 101-102

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

JOUGLA E, PAVILLON G, ROSSOLLIN F, DE SMEDT M, BONTE J. Improvement of the quality and comparability of causes of death statistics inside the European Community. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1998, **46** : 447-456

JOUGLA E, PAVILLON G. International comparability of causes of death data. In : *Morbidity and Mortality data-problems of comparability*. WUNSH G, HIANCIOGLU A. (eds), Hacettepe University-Institute of Populations Studies, Hacettepe 1997 : 75-95

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>

JOUGLA E, SALEM G, GANCEL S, MICHEL V, KURZINGER ML, et coll. Atlas on mortality. European Commission, Eurostat, Health statistics, 2003 : 117p

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

UHRY Z, FOURME E, JOUGLA E, CHÉRIÉ-CHALLINE L, ANCELLE-PARK R. et les coordinateurs des structures de gestion départementales. Mortalité par cancer du sein dans les départements ayant mis en place depuis 1990 un programme de dépistage organisé du cancer du sein. *BEH* 2003, **4** : 19-21

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Classification of Diseases-tenth revision, Geneva 1992