

Profil socioéconomique et facteurs de risque de maladies tumorales parmi les patients admis au Centre François Baclesse du Luxembourg

Rapport préparé par :

Anastase TCHICAYA, Responsable scientifique et coordinateur du
projet de recherche ESANDE (FNR/05/06/08)

Nathalie LORENTZ

Ont collaboré à la réalisation de cette recherche :

- Membres de l'équipe du CEPS/INSTEAD

Anastase TCHICAYA, PhD., Chargé de recherche, Economiste de la santé et de la protection sociale, Responsable scientifique et coordinateur du projet ESANDE

Nathalie LORENTZ, Technicienne de recherche, Statisticienne

Modou DIA, Ingénieur de recherche, Méthodologue

- ISP Belgique

Stefaan DEMAREST, Méthodologue

- Membres de l'équipe du CNR /CFB

Dr Michel UNTEREINER, Directeur Général et Médical du CNR/CFB

Félicie BOHNERT – FONCK, Directeur Administratif

Karine DILLON – LEFEVRE, Secrétaire de Direction, responsable de l'équipe des Secrétaires

Equipe des Secrétaires : Claudia ALVES-FERNANDES, Nadine ETTINGER, Dominique GUANCIAROSSA-PEIFFERT, Vania MEIRELES NUNES

Nathalie PODOLAK, Attachée de recherche clinique

Mihaela LAMBREXHE, Responsable de la Qualité

Nathalie COIFFIER, Assistante à la Responsable de la Qualité



AVANT-PROPOS

Cette recherche a été réalisée dans le cadre des activités du projet de recherche intitulé «Etat de santé et ses déterminants : une approche en termes d'inégalités sociales de santé » (ESANDE) financé en partie par le Fonds National de la Recherche (FNR/06/05/08), avec la collaboration du Centre National de Radiothérapie/Centre François Baclesse. Elle a aussi bénéficié, de manière spécifique, d'une contribution financière du FNR à travers la mesure d'accompagnement MA8 (FNR/07/MA8/04).

Elle visait à mieux connaître le profil socioéconomique et épidémiologique des patients admis dans ce service national de santé en complément des informations classiques disponibles au niveau des données de source administrative.

Grâce à l'engagement du Directeur du CNR/CFB, Dr Michel UNTEREINER, et au dévouement de son équipe, la collecte des données socioéconomiques auprès des patients a pu être réalisée au cours de la période de 2008-2009.

A cet effet, tous nos remerciements au personnel du CNR/CFB et aux patients, sans qui de telles données socioéconomiques n'auraient pu être collectées.

SOMMAIRE

RESUME	6
1 INTRODUCTION	7
2 MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	10
3 RÉSULTATS.....	11
3.1 <i>Description du profil démographique et socioéconomique de l'ensemble des patients (cf. tableau 1)</i>	<i>11</i>
3.2 <i>Description de la prévalence des facteurs de risque parmi l'ensemble des patients (cf. tableau 2)</i>	<i>15</i>
3.3 <i>Répartition des localisations tumorales pour l'ensemble des patients interrogés (cf. tableau 3)</i>	<i>17</i>
3.4 <i>Profil socioéconomique et facteurs de risque des patientes résidentes souffrant d'un cancer du sein (cf. tableaux 4 et 5)</i>	<i>19</i>
3.5 <i>Profil socioéconomique et facteurs de risque des patients résidents souffrant d'un cancer de la prostate (cf. tableaux 6 et 7).....</i>	<i>20</i>
3.5.1 <i>La distribution des patients selon les facteurs socioéconomiques.....</i>	<i>22</i>
3.5.2 <i>La distribution selon la profession.....</i>	<i>24</i>
4 DISCUSSION ET CONCLUSION	26
RÉFÉRENCES.....	28

Liste des tableaux

TABEAU 1 : PROFIL SOCIO-ÉCONOMIQUE DES PATIENTS	29
TABEAU 2 : FACTEURS DE RISQUE DE MALADIES TUMORALES.....	30
TABEAU 3 : RÉPARTITION SELON LE GENRE ET LA LOCALISATION TUMORALE (CHEZ LES RÉSIDENTS)	31
TABEAU 4 : PROFIL SOCIOÉCONOMIQUE DES PATIENTES RÉSIDENTES DONT LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL EST C50 (TUMEUR AU SEIN).....	32
TABEAU 5 : FACTEURS DE RISQUE DES PATIENTES RÉSIDENTES DONT LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL EST C50 (TUMEUR AU SEIN).....	33
TABEAU 6 : PROFIL SOCIOÉCONOMIQUE DES PATIENTS RÉSIDENTS DONT LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL EST C61 (TUMEUR DE LA PROSTATE).....	34
TABEAU 7 : FACTEURS DE RISQUE DES PATIENTS RÉSIDENTS DONT LE DIAGNOSTIC PRINCIPAL EST C61 (TUMEUR DE LA PROSTATE).....	35

Liste des graphiques

GRAPHIQUE 3-1 : DISTRIBUTION DU NIVEAU D'ÉTUDES DES PATIENTS DE SEXE MASCULIN ADMIS AU CFB PAR TRANCHES D'ÂGE	12
GRAPHIQUE 3-2 : DISTRIBUTION DU NIVEAU D'ÉTUDES DES PATIENTS DE SEXE FÉMININ ADMIS AU CFB PAR TRANCHES D'ÂGE	13
GRAPHIQUE 3-3 : DISTRIBUTION DE LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DES PATIENTS DE SEXE MASCULIN ADMIS AU CFB PAR TRANCHES D'ÂGE.....	14
GRAPHIQUE 3-4 : DISTRIBUTION DE LA CATÉGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DES PATIENTS DE SEXE FÉMININ ADMIS AU CFB PAR TRANCHES D'ÂGE.....	15
GRAPHIQUE 3-5 : PROPORTION DES PATIENTES RÉSIDENTES SOUFFRANT DE CANCER DU SEIN ADMISES AU CFB INTERROGÉES EN 2008-2009 EN FONCTION DE LA TRANCHE D'ÂGE	18
GRAPHIQUE 3-6 : PROPORTION DES PATIENTS RÉSIDENTS SOUFFRANT DE CANCER DES ORGANES GÉNITAUX DE L'HOMME ADMIS AU CFB INTERROGÉS EN 2008-2009 EN FONCTION DE LA TRANCHE D'ÂGE	18
GRAPHIQUE 3-7 : DISTRIBUTION DES DIAGNOSTICS DES PATIENTS RESIDENTS PAR NIVEAU D'ÉTUDES CHEZ LES HOMMES.....	23
GRAPHIQUE 3-8 : DISTRIBUTION DES DIAGNOSTICS DES PATIENTS RÉSIDENTS PAR NIVEAU D'ÉTUDES CHEZ LES FEMMES.....	23
GRAPHIQUE 3-9 : DISTRIBUTION DES DIAGNOSTICS DES PATIENTS RÉSIDENTS PAR STATUT PROFESSIONNEL CHEZ LES HOMMES.....	24
GRAPHIQUE 3-10 : DISTRIBUTION DES DIAGNOSTICS DES PATIENTS RÉSIDENTS PAR STATUT PROFESSIONNEL CHEZ LES FEMMES	25

RESUME

Background :

Les maladies tumorales représentent les principales causes de morbidité et de mortalité dans les pays industrialisés. De nombreux travaux scientifiques menés sur le sujet montrent que les facteurs socioéconomiques ont un impact significatif à la fois sur le risque de cancer et son pronostic. Mais face à l'inexistence de travaux portant sur les relations entre les facteurs socioéconomiques et la prévalence des cancers au Luxembourg, l'objectif principal de cette recherche est de connaître le profil socioéconomique des patients admis au Centre François Baclesse (CFB) afin d'identifier d'éventuelles disparités sociales.

Méthodes :

Un questionnaire a été élaboré et proposé à chaque nouveau cas au moment de la consultation dans le Centre National de Radiothérapie, Centre François Baclesse. Chaque patient interrogé était invité à remplir un formulaire de consentement éclairé. Ainsi, 1709 patients admis au CFB du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009 ont été interrogés. Pour mesurer les inégalités sociales de santé dans ce cadre, nous avons procédé à la comparaison de la distribution des facteurs socioéconomiques des patients avec celle de ceux de la population générale. Dans ce cas, les données proviennent de l'enquête EU-SILC sur les ménages privés.

Résultats :

Le profil socioéconomique des patients varie en fonction de la localisation tumorale. Ainsi, pour le cancer du sein, la proportion des cas augmente avec le niveau d'études, ou encore elle est plus élevée chez les femmes ayant un statut professionnel « employé ». Tandis que pour le cancer de la prostate, les écarts sont faibles entre les niveaux d'études ou entre les statuts professionnels, et ne font pas apparaître de gradient social.

Conclusions :

Les résultats améliorent nos connaissances sur le profil socioéconomique des personnes admises au CFB sur la période de 2008-2009. La distribution des facteurs socioéconomiques tels que le niveau d'études, le statut professionnel voire l'origine nationale des patients a révélé l'existence des disparités sociales de santé caractérisées par une surreprésentation de certains groupes sociaux par rapport à leur poids dans la population générale.

Mots-clés : Maladies tumorales, facteurs socioéconomiques, facteurs de risque, style de vie

1 INTRODUCTION

Dans les pays industrialisés, les maladies tumorales (cancers) représentent les principales causes de morbidité et mortalité. Il s'agit de maladies dont la survie pour la plupart des localisations reste médiocre (HERBERT ET LAUNOY, 2000). De nombreux travaux scientifiques menés sur le sujet montrent que les facteurs socioéconomiques ont un impact significatif à la fois sur le risque de cancer et son pronostic (HERBERT ET LAUNOY, 2000). Les inégalités entre genre ou entre facteurs socioéconomiques varient aussi en fonction des localisations des tumeurs. Cela implique donc de considérer la situation au regard de l'importance quantitative mais relative des localisations des cancers. Au Luxembourg, les cancers font partie des deux principales causes de mortalité, et étaient responsables de 35% des causes de décès prématurés (c'est-à-dire avant l'âge de 65 ans) en 2005. Sur la période 2002-2006, les cancers représentent 9% des hospitalisations. Cependant, contrairement à ce qui se dégage de la littérature internationale, les travaux sur les relations entre facteurs socioéconomiques et cancers sont presque inexistantes. Il est fort probable que l'absence de registre¹ de cancers dans le pays y soit en partie pour quelque chose. Les statistiques publiées concernant les cancers n'indiquent que les taux de mortalité, de prévalence et d'incidence par sexe et par âge. L'objectif principal de cette étude de cas est de connaître le profil socioéconomique des patients souffrant de pathologies tumorales admis au Centre François Baclesse (CFB), afin d'identifier d'éventuelles disparités sociales.

Au regard des données disponibles dans le système d'informations hospitalières, il existe un besoin évident de données supplémentaires permettant d'effectuer une analyse plus approfondie des différences sociales de santé pour les personnes atteintes d'une pathologie tumorale. Pour satisfaire ce besoin de données supplémentaires, le CEPS/INSTEAD et le CFB² ont signé un accord de collaboration

¹ Depuis environ une année, dans le cadre de l'élaboration d'un plan national santé, le Ministère de la santé envisage de mettre en place un registre national de cancers à l'instar de ce qui existe dans d'autres pays développés comme l'Angleterre et la France par exemple. Selon le quotidien La Voix du Luxembourg (29/092008), le Ministre de la Santé entend développer le registre morphologique des tumeurs actuel afin de tenir compte « des différents types de cancers soignés au Luxembourg » et « des questions épidémiologiques à examiner ».

² Celui-ci est le Centre National de Radiothérapie du Luxembourg.

scientifique dans le cadre de la réalisation du projet ESANDE financé en partie par le Fonds National de la Recherche (FNR).

Selon la littérature internationale (SHI ET AL., 2005 ; SARKER ET AL., 2005 ; KRAVDAL, 2000), et quelle que soit la méthode adoptée pour évaluer les inégalités sociales, il en ressort que les inégalités sociales de santé en matière de cancers sont évidentes. Ainsi, dans une étude adoptant une approche purement environnementale avec des analyses de types multi-niveaux, SHI ET AL. (2005) arrivent à la conclusion selon laquelle l'éducation est la variable qui influe le plus sur les taux de mortalité, suivie du revenu, puis de l'accès au système de santé et de l'emploi. KRAVDAL (2000) trouve également que le niveau d'éducation semble influencer clairement sur la survie à certains cancers. Il observe, pour des décès de cancer colorectal masculin ayant eu lieu entre 1960 et 1991, que 1,7% des malades décédés avaient un niveau d'études élevé (plus de 17 ans de scolarité) contre 73% qui avaient un niveau d'études basique (entre 7 et 9 ans de scolarité). Pour le mélanome féminin, 7,3% avaient un niveau d'études supérieures, 30,6% avaient un niveau d'études intermédiaires et 62,1% un niveau d'études basiques, au cours de la même période de référence.

Par ailleurs, des études qui portent sur l'ethnicité montrent aussi qu'il existe des différences de taux de survie significatives en fonction de l'ethnie (SARKER ET AL., 2005). Cependant, des différences biologiques dues à l'appartenance ethnique, déterminantes pour le taux de survie, restent peu probables.

L'influence des facteurs socioéconomiques varie selon la localisation des cancers. Ainsi, les mortalités des cancers du sein et de la prostate sont très fortement associées au niveau d'études. De ce fait, si on considère un seul modèle regroupant tous les types de cancer, les hommes ayant eu une éducation post-secondaire (les catégories III et IV réunies) ont une mortalité 15% moins importante que ceux n'ayant reçu qu'une éducation basique. L'estimation correspondante pour les femmes est de 14%. KRAVDAL (2000) constate donc des inégalités sociales de survie flagrante dans un état comme la Norvège pourtant considéré comme très égalitaire.

Pour AUVINEN ET KARJALAINEN (1997), qui s'intéressent aux possibles explications des inégalités de survie de cancer développées dans différentes études aux Etats-Unis, ils recensent deux types de déterminants. Ceux-ci relèvent d'une part de l'explication causale et d'autre part, de l'explication factuelle. L'explication causale comprend les

différences de qualité du traitement, les réactions du corps face à la maladie, les propriétés biologiques de la tumeur et sa localisation, le diagnostic plus ou moins tardif selon l'apparition des premiers symptômes, et enfin les causes de mortalité autres que le cancer en lui-même (âge avancé,...).

Les explications factuelles relèvent davantage du statut socioéconomique du patient, de l'âge, du lieu de résidence et des facteurs démographiques tel que le statut marital ou l'appartenance ethnique. Pour AUVINEN ET KARJALAINEN (1997), il y a donc un trop grand nombre de facteurs influant sur la survie du patient pour pouvoir précisément savoir lequel prime sur les autres.

Quelle que soit la structure d'âge concernée, l'incidence du cancer, toutes localisations confondues, est plus élevée chez les personnes ayant un statut socioéconomique bas et la survie des patients atteints d'un cancer est plus faible lorsque le niveau socioéconomique est également bas (HERBERT ET LAUNOY, 2000, 241). D'après HERBERT ET LAUNOY (2000, 244), plusieurs études réalisées au niveau international montrent une augmentation du risque de cancer et de mortalité par cancer du sein associée à un statut socioéconomique élevé. Tandis que les études portant sur la survie du cancer du sein observent une survie moins bonne lorsque les femmes ont un statut socioéconomique bas.

KOGEVINAS ET AL. (1997) concluent que le gradient de survie le plus fort entre les différents niveaux socioéconomiques est toujours observé pour les cancers dont le pronostic est relativement bon, comme le cancer du sein (HERBERT ET LAUNOY, 2000, 246).

Selon plusieurs études, les différences dans l'exposition aux facteurs de risque (tabac, alcool, alimentation, excès de poids, vie sédentaire, etc.) expliqueraient en partie seulement les différences d'incidence entre les groupes sociaux (HERBERT ET LAUNOY, 2000, 246 ; KOGEVINAS ET AL., 1997 ; VAN LOON ET AL., 1997).

En tenant compte du poids relatif des différentes localisations des cancers chez les patients admis au CFB durant la période de collecte des données (2008-2009), nous avons mis l'accent sur deux types de cancer, à savoir le cancer du sein et le cancer de la prostate.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

1709 patients atteints de cancer admis au CFB du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2009 ont été interrogés.

La collecte des données utilisées s'est faite dans le cadre d'une collaboration scientifique entre le CFB et le CEPS/INSTEAD, afin de réaliser une des actions du projet de recherche ESANDE. Elle a permis, pour la première fois au Luxembourg, d'introduire les données socioéconomiques concernant les patients dans le système d'information des services nationaux de santé.

Les données socioéconomiques viennent en complément de celles régulièrement collectées et enregistrées dans la base de données du CFB, puis publiées dans le bilan d'activité. Elles concernent notamment les aspects suivants : la nationalité, la profession, le niveau d'éducation et le pays de résidence. Des informations concernant les facteurs de risque suivants ont également été collectées : l'indice de masse corporelle, la pratique d'activité physique, le statut tabagique, la consommation d'alcool.

La collecte des données concerne tous les nouveaux cas reçus chaque année ; chaque cas ne pouvant être interrogé qu'une fois au moment de son premier contact avec le service. Il faut noter que le CFB ne reçoit pas la totalité des cas de cancer diagnostiqués au Luxembourg, mais les patients relevant d'indications de radiothérapie.

La mesure des inégalités sociales de santé se fait à partir de la comparaison de la distribution des caractéristiques socioéconomiques des patients, avec la composition de la population issue des données de l'enquête EU-SILC réalisée chaque année par le CEPS/INSTEAD. La mesure utilisée est la différence des taux des principales caractéristiques socioéconomiques (niveau d'éducation et statut socioprofessionnel) entre les deux sources des données. Nous partons de l'hypothèse selon laquelle, en l'absence d'inégalités sociales, la distribution des caractéristiques socioéconomiques devrait être identique dans les deux populations.

Le traitement des données a été réalisé en utilisant le logiciel SAS 9.2.

3 RÉSULTATS

Les résultats de l'analyse des données recueillies au cours de la période 2008-2009 sont présentés en trois points principaux, à savoir la description du profil socioéconomique des patients et de la prévalence des facteurs de risque, la répartition des localisations tumorales et l'analyse du profil socioéconomique des patients résidents, souffrant de cancers du sein et de la prostate. A chaque fois que cela est possible, une comparaison de la composition des patients en fonction des facteurs socioéconomiques avec celle de la population générale est effectuée.

3.1 DESCRIPTION DU PROFIL DÉMOGRAPHIQUE ET SOCIOÉCONOMIQUE DE L'ENSEMBLE DES PATIENTS (CF. TABLEAU 1)

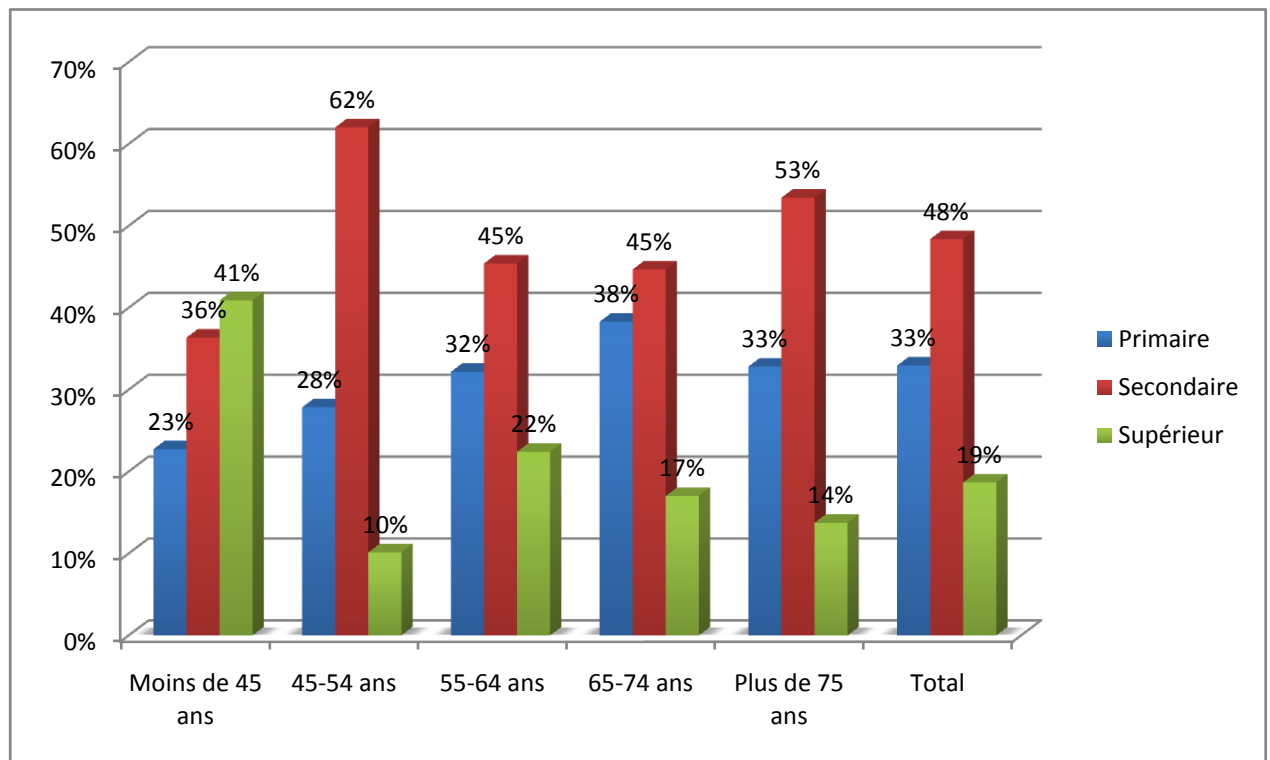
Parmi les patients interrogés au cours de la période 2008-2009, environ sept sur dix (71,1%) étaient âgés de plus de 54 ans et 53,8% étaient des femmes. Chez les femmes, plus de la moitié des patientes (61,6%) avaient moins de 65 ans, tandis que chez les hommes, c'était l'inverse car 53,7% avaient 65 ans et plus.

La situation matrimoniale des personnes interrogées est caractérisée par une grande prédominance des personnes mariées (73,7%), suivie des célibataires, des divorcées ou séparées (10,8%) et des veuves (7,2%). Cette distribution se retrouve globalement tant chez les hommes que chez les femmes.

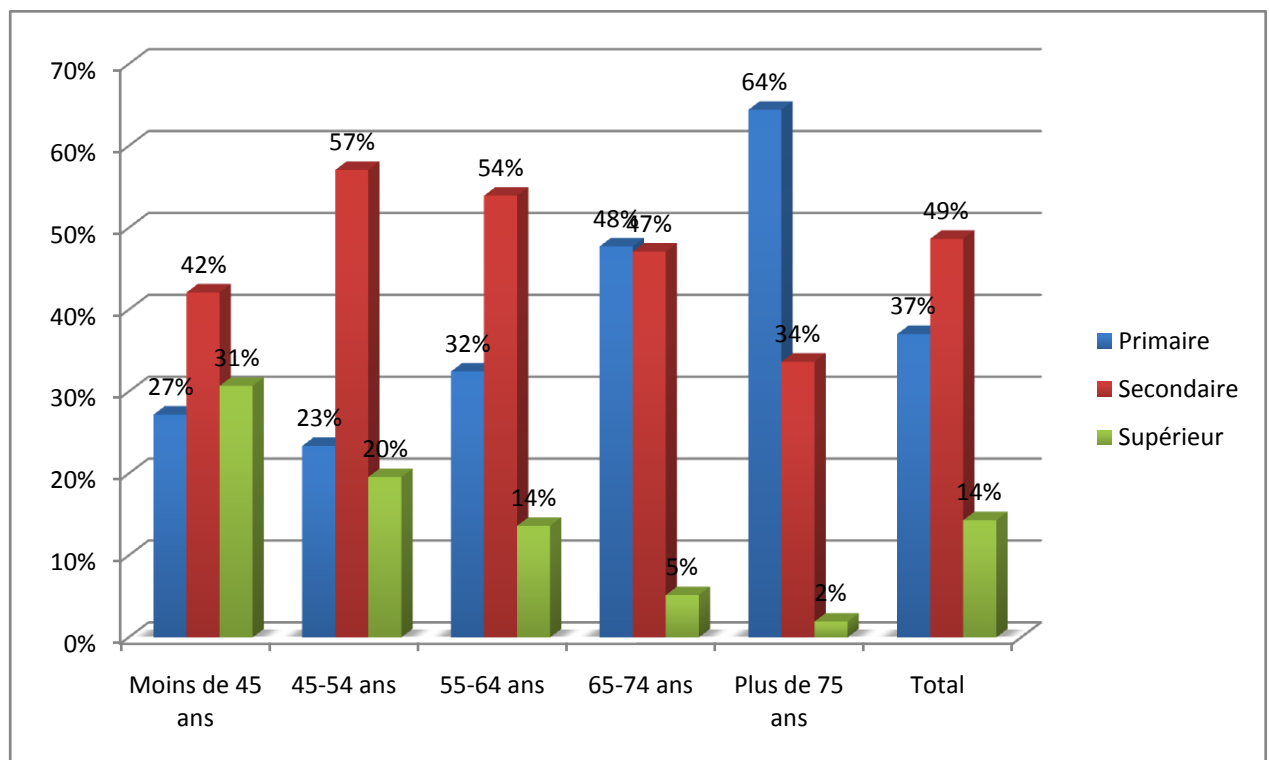
Concernant le niveau d'études³, une majorité relative des patients a un niveau secondaire (48,5%), 35,2% a un niveau primaire et 16,3% le niveau supérieur. Chez les hommes, un tiers des patients a le niveau primaire et chez les femmes 37%. Cette distribution est différente de celle observée au niveau des données de l'enquête relative aux revenus et conditions de vie des ménages privés (PSELL3/EU-SILC) réalisée chaque année par le CEPS/INSTEAD. Par exemple, parmi les patients de sexe masculin âgés de 55-64 ans, la surreprésentation des personnes ayant simplement un niveau d'études primaire correspond à +11,7 points de pourcentage. Chez les

³ Il y a 20,2% des patients pour qui cette information est manquante et cela peut jouer sur la répartition réelle des patients par niveau d'études. Nous n'avons pas utilisé la technique d'imputation des données manquantes.

patientes âgés 55-64 ans, l'écart qui représente -5,7 points indique plutôt une surreprésentation des femmes qui ont plus que le niveau d'études primaire.



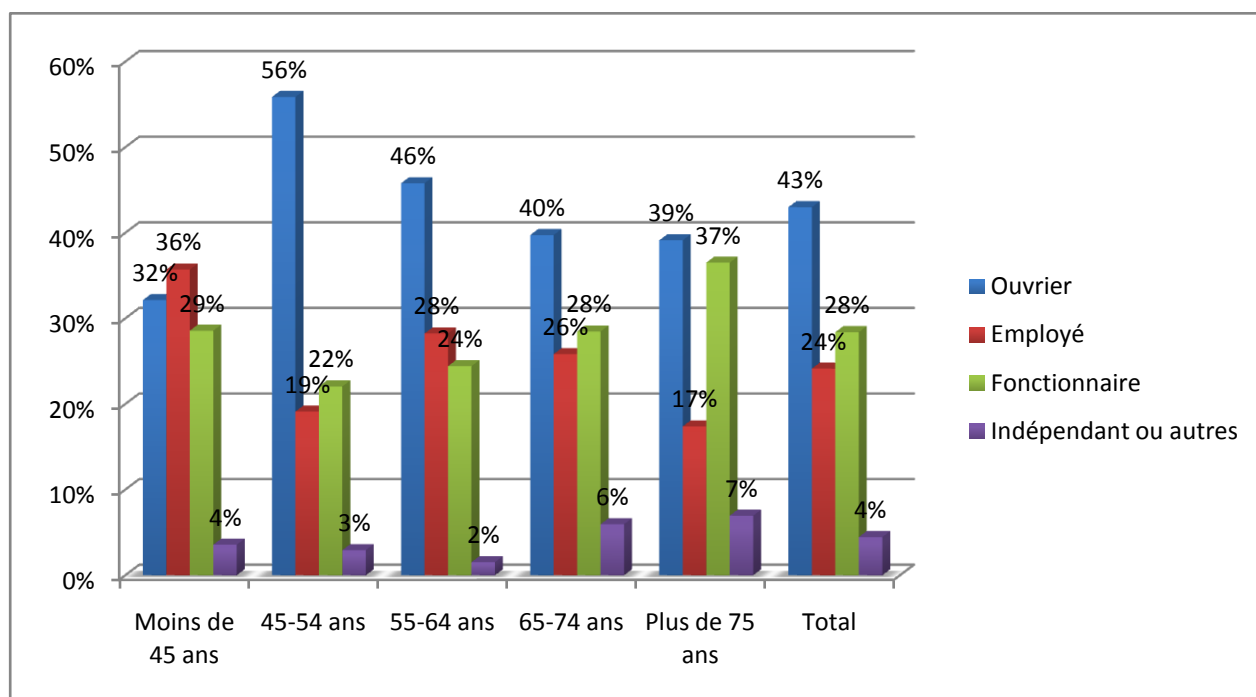
Graphique 3-1 : Distribution du niveau d'études des patients de sexe masculin admis au CFB par tranches d'âge



Graphique 3-2 : Distribution du niveau d'études des patients de sexe féminin admis au CFB par tranches d'âge

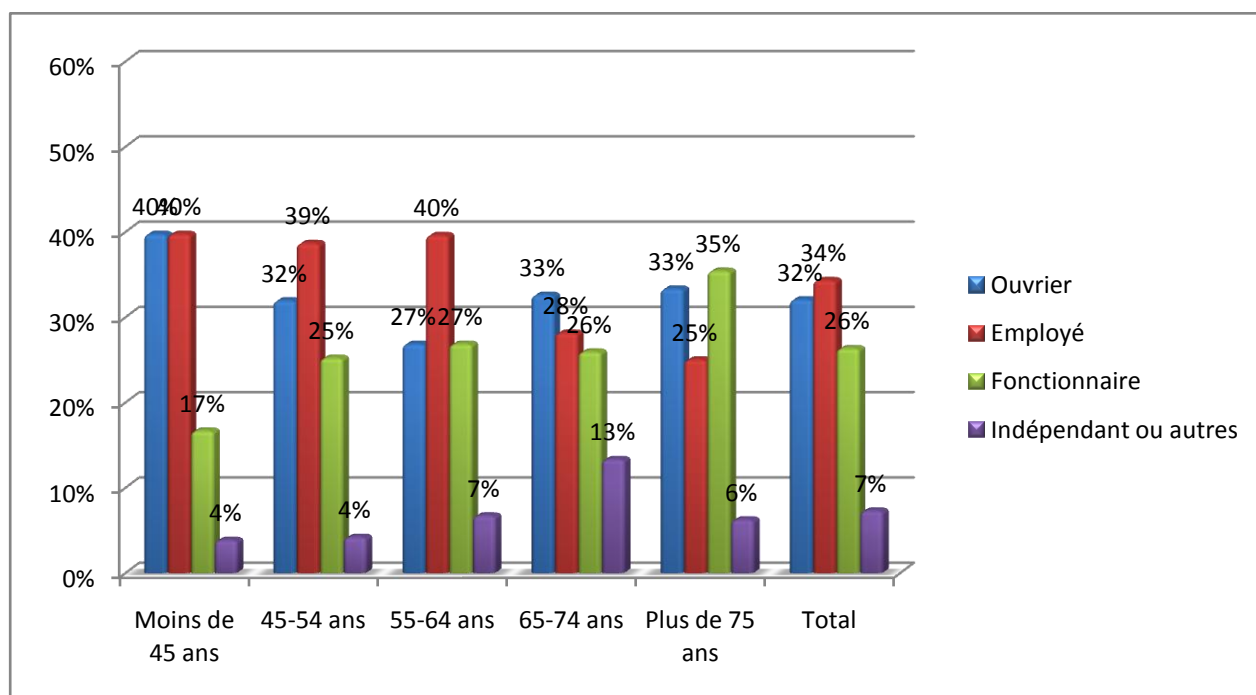
La composition des patients admis au CFB par catégorie socioprofessionnelle⁴ montre une prédominance toute relative des patients ayant le statut d'ouvrier (37,1%), suivie par ceux ayant le statut d'employé (29,6%), de fonctionnaire (27,3%) et d'indépendant, ou autres (6%). Chez les hommes, 43% ont le statut d'ouvrier et 24,1% ont le statut d'employé, tandis que chez les femmes, ce sont respectivement 32,1% et 34,3%.

⁴ Il y a 37,4% des patients pour qui cette information est manquante du fait de la réforme de l'assurance maladie instituant le régime unique à partir de janvier 2009. A partir de ce moment, il est devenu impossible d'identifier les patients selon le régime professionnel comme cela était le cas auparavant. En l'absence d'une base de données de référence, la technique d'imputation des données n'a pas été utilisée. De fait, cette composition est à prendre avec beaucoup de réserve.



Graphique 3-3 : Distribution de la catégorie socioprofessionnelle des patients de sexe masculin admis au CFB par tranches d'âge

En comparant la distribution du statut socioprofessionnel des patients avec celle observée au niveau de l'enquête SILC, il apparaît que la surreprésentation des patients ayant le statut d'ouvrier varie en fonction du groupe d'âge. Chez les hommes par exemple, la différence est de +9,2 points de pourcentage parmi les patients âgés de 55 à 64 ans. Alors que chez les femmes, pour le même groupe d'âge, les patientes ayant le statut « ouvrier » sont sous-représentées.



Graphique 3-4 : Distribution de la catégorie socioprofessionnelle des patients de sexe féminin admis au CFB par tranches d'âge

En toute logique, les patients de nationalité luxembourgeoise représentent près des deux-tiers des patients interrogés au cours de la période 2008-2009. Ils sont suivis par les patients français (8,7%) et portugais (8,3%). Chez les hommes, nous avons dénombré 67,2% des patients luxembourgeois, alors que chez les femmes, ce sont 63,2%.

Enfin, parmi les patients interrogés, 9,3% résident à l'étranger, dont 5,9% en France et 2,9% en Belgique.

3.2 DESCRIPTION DE LA PRÉVALENCE DES FACTEURS DE RISQUE PARMIS L'ENSEMBLE DES PATIENTS (CF. TABLEAU 2)

Les facteurs de risque présentés sont le tabagisme, la consommation d'alcool, la surcharge pondérale et l'inactivité physique.

L'examen du statut tabagique de l'ensemble des patients interrogés montre qu'un peu plus de la moitié (51,8%) des patients était des fumeurs. Cette proportion de fumeurs est plus élevée chez les hommes (70,5%) que chez les femmes (35,9%).

La consommation d'alcool, mesurée en dose par jour, conformément aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), indique que 11,2%

des patients ont une consommation supérieure aux recommandations. La consommation d'alcool est plus élevée parmi les hommes avec 18% des cas contre seulement 5,3% parmi les femmes.

La surcharge pondérale (surpoids + obésité), mesurée à partir de l'indice de masse corporelle, est bien présente parmi les patients interrogés au cours de cette période. En effet, si elle représente en moyenne 53,3% de l'ensemble des patients, elle atteint tout de même 59,1% chez les hommes et 48,6% chez les femmes. Le niveau de la prévalence de l'obésité est supérieur à celui observé au niveau de la population générale qui est de 18% en 2008 (TCHICAYA ET LORENTZ, 2010).

L'inactivité physique est un facteur de risque qui concerne environ trois personnes sur dix parmi les patients. Quatre personnes sur dix pratiquent occasionnellement une activité physique et trois sur dix en pratiquent une régulièrement. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux (34,4%) que les femmes (24,8%) à pratiquer régulièrement une activité physique. En population générale, les écarts sont plus faibles puisque 31,2% et 29%, respectivement des hommes et des femmes, pratiquent régulièrement une activité physique.

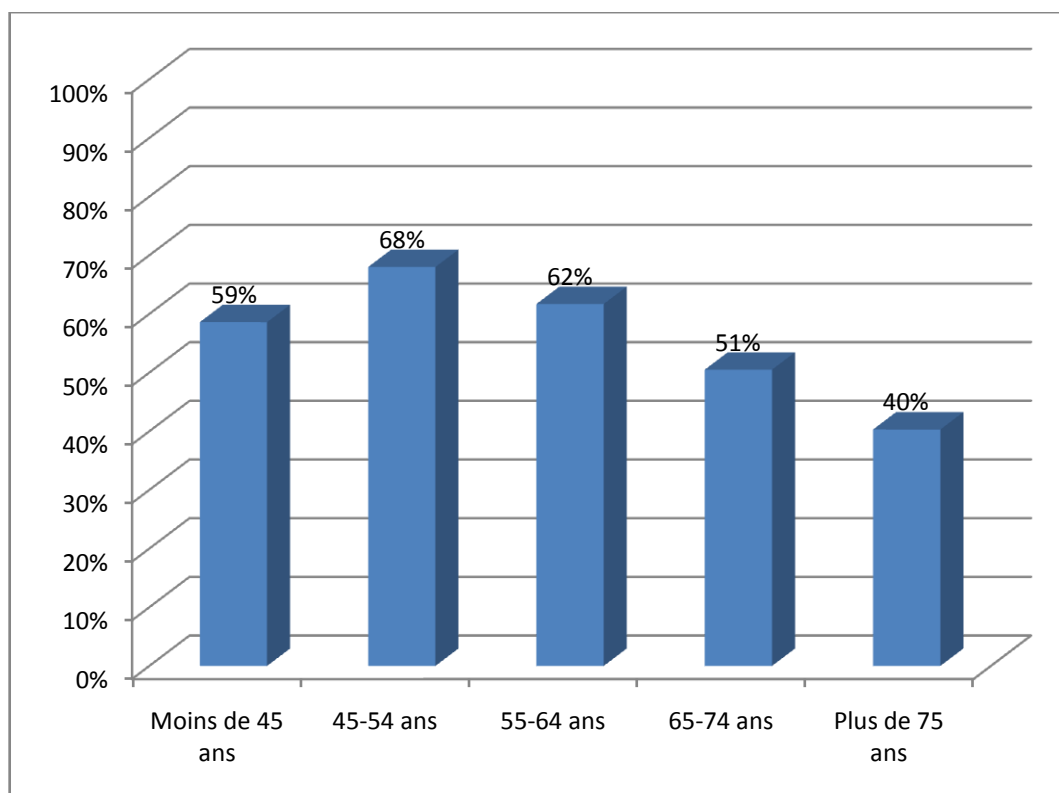
3.3 RÉPARTITION DES LOCALISATIONS TUMORALES POUR L'ENSEMBLE DES PATIENTS INTERROGÉS (CF. TABLEAU 3)

Sur l'ensemble des patients interrogés, 30,6% souffraient d'un cancer du sein, 13,4% d'un cancer des organes génitaux de l'homme, 8,3% d'un cancer des organes respiratoires et intra-thoraciques, 6,2% de cancer des organes digestifs et 6,1% de cancer des organes génitaux de la femme.

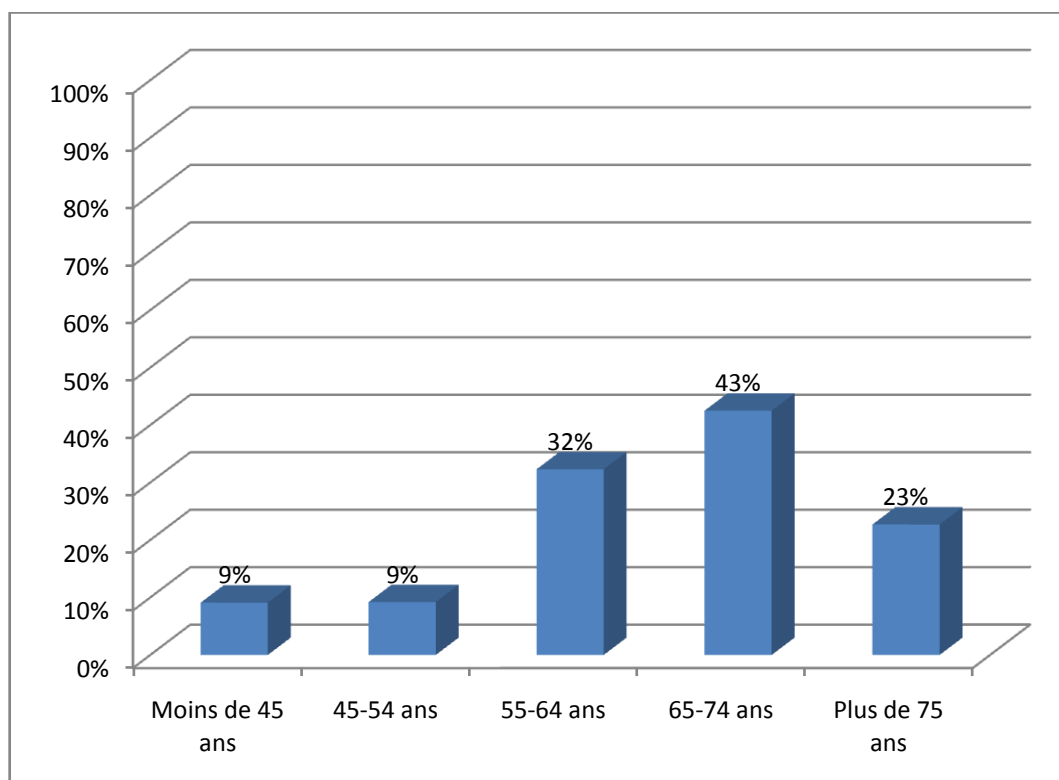
Chez les hommes, 29% d'entre eux étaient admis au CFB pour des cancers au niveau des organes génitaux, 14,7% au niveau des organes respiratoires et intra-thoraciques et 10,7% au niveau des organes digestifs. Chez les femmes, 56,6% des cas concernent le cancer du sein, 11,5% le cancer des organes génitaux et 4,6% le cancer des organes digestifs.

La répartition par tranche d'âge des localisations tumorales fait apparaître une proportion élevée des cas de cancer du sein parmi les patientes âgées de 45-54 ans (68%) et de 55-64 ans (61,9%) et des cas de cancer des organes génitaux parmi les patients âgés de 65-74 ans (42,5%).

Les graphiques ci-après illustrent deux aspects importants, à savoir que le cancer du sein chez les femmes demeure dans des proportions élevées dans chaque tranche d'âge, tandis que le cancer des organes génitaux de l'homme reste une pathologie des hommes âgés, dans la mesure où avant 55 ans, seulement 9% des patients masculins sont concernés pour chaque tranche d'âge.



Graphique 3-5 : Proportion des patientes résidentes souffrant de cancer du sein admises au CFB interrogées en 2008-2009 en fonction de la tranche d'âge



Graphique 3-6 : Proportion des patients résidents souffrant de cancer des organes génitaux de l'homme admis au CFB interrogés en 2008-2009 en fonction de la tranche d'âge

3.4 PROFIL SOCIOÉCONOMIQUE ET FACTEURS DE RISQUE DES PATIENTES RÉSIDENTES SOUFFRANT D'UN CANCER DU SEIN (CF. TABLEAUX 4 ET 5)

Le profil socioéconomique des patientes souffrant d'un cancer du sein est examiné à partir des quatre caractéristiques suivantes : le niveau d'études, la situation matrimoniale, la catégorie socioprofessionnelle et la nationalité.

Chez les patientes âgées de 20 à 39 ans, le profil socioéconomique prédominant est marqué par une proportion élevée de personnes qui ont au moins un niveau d'études secondaire (78,8%), qui sont à près de deux-tiers mariées, à plus d'un tiers de statut ouvrier ou employé et à 30,3% de nationalité luxembourgeoise et 21% de nationalité portugaise.

Le profil associé aux facteurs de risque fait apparaître des patientes ayant plutôt majoritairement un poids normal (61,8%), car seules 38,2% sont en surcharge pondérale dont 17,7% sont obèses. 23,5% des patientes de cette tranche d'âge pratiquent régulièrement une activité physique, 33,3% fument et 2,9% ont une consommation d'alcool supérieure aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Chez les patientes âgées de 40 à 49 ans, sept personnes sur dix ont atteint au moins le niveau d'études secondaire, deux-tiers sont mariées, 46,8% ont le statut d'employé et 53% sont de nationalité luxembourgeoise. La surcharge pondérale ne concerne que 35% des patientes (dont 8,8% sont obèses) de cette tranche d'âge, tandis que 22,1% des patientes pratiquent régulièrement une activité physique et toutes ont une consommation d'alcool conforme aux recommandations de l'OMS.

Chez les patientes âgées de 50 à 59 ans, trois quarts d'entre elles ont atteint au moins le niveau d'études secondaire, 77,6% sont mariées, 37,9% ont le statut de fonctionnaire et deux tiers d'entre elles sont de nationalité luxembourgeoise. Parmi ces patientes, 55,6% sont en surcharge pondérale dont 20% sont obèses, 29,5% pratiquent régulièrement une activité physique, 38,4% fument et 9% ont une consommation d'alcool supérieure aux recommandations de l'OMS.

Enfin, chez les 60-85 ans, la proportion des patientes ayant atteint seulement le niveau d'études primaire est la plus élevée (47,5%), les mariées représentent 78,7%,

les patientes ayant le statut d'employé sont 36,7% et celles de nationalité luxembourgeoise représentent 76,1%.

La surcharge pondérale concerne 58,8% des patientes (dont 29,7% sont obèses), la pratique régulière d'une activité physique est faite par 23,4% des patientes, 20,8% des patientes fument et 2% ont une consommation d'alcool supérieure aux recommandations internationales.

En resituant la distribution des différentes caractéristiques socioéconomiques et des différents facteurs de risque par rapport à celle observée en population générale, il est possible de faire divers constats. D'abord, en matière de niveau d'études, l'hétérogénéité des situations est grande en fonction du groupe d'âge. En effet, chez les 20-39 ans il existe une forte surreprésentation (+14,5 points de pourcentage) des patientes ayant le niveau d'études supérieur et une faible surreprésentation (+4 points) des patientes ayant le niveau d'études primaire, tandis que chez les 40-49 ans, ce sont les patientes ayant le niveau d'études primaire qui sont surreprésentées (+5 points). Chez les 50-59 ans et 60-85 ans, ce sont les patientes ayant le niveau d'études secondaire qui sont surreprésentées, respectivement +12 points et 11 points. Ensuite, concernant la catégorie socioprofessionnelle, les patientes âgées de 20 à 39 ans ayant le statut d'ouvrier et de fonctionnaire sont surreprésentées, tandis que chez les patientes de 40 à 49 ans ce sont celles ayant le statut d'employé et de fonctionnaire qui le sont. Chez les patientes de 50 à 59 ans, celles ayant le statut de fonctionnaire sont plus surreprésentées (+13 points), et chez les patientes de 60-85 ans, ce sont celles qui ont le statut d'employé et de fonctionnaire qui sont surreprésentées (respectivement, +9 points pour chacun de deux statuts).

3.5 PROFIL SOCIOÉCONOMIQUE ET FACTEURS DE RISQUE DES PATIENTS RÉSIDENTS SOUFFRANT D'UN CANCER DE LA PROSTATE (CF. TABLEAUX 6 ET 7)

Le profil socioéconomique des patients résidents souffrant d'un cancer de la prostate varie légèrement en fonction de la tranche d'âge.

Chez les 45-60 ans, plus de deux-tiers des patients ont atteint au moins le niveau d'études secondaire dont 25,8% le niveau d'études supérieur. A cette tranche d'âge,

les patients sont pour près de trois-quarts mariés, ils ont principalement le statut d'ouvrier (45,8%) et majoritairement sont de nationalité luxembourgeoise (55,9%). Les patients résidents portugais et français représentent respectivement 20,6% et 8,8% des cas. Les facteurs de risque que présentent les patients de cette tranche d'âge sont élevés car 80,7% de ceux-ci sont en surcharge pondérale dont 22,6% sont obèses, 17,9% seulement pratiquent régulièrement une activité physique, 67,7% sont fumeurs et 29,4% consomment l'alcool quotidiennement au-delà des doses journalières recommandées par l'OMS.

Chez les 60-69 ans, la majorité des patients a au moins un niveau d'études secondaire dont 17,9% le niveau d'études supérieur, près de neuf patients sur dix sont mariés, 40,4% ont le statut d'employé et 72,4% sont de nationalité luxembourgeoise. Près de trois-quarts des patients sont en surcharge pondérale dont 38,8% d'obèses, 46,2% pratiquent régulièrement une activité physique, 44,6% sont des fumeurs et 17,3% consomment l'alcool au-delà des recommandations de l'OMS.

Chez les 70-85 ans, les patients ayant au moins un niveau d'études secondaire sont également majoritaires (61,3%), mais la proportion des patients ayant le niveau d'études primaire approche les 39%. La proportion des patients mariés atteint 82%, celle des personnes ayant le statut d'ouvrier 40,7% et 89,9% des patients sont de nationalité luxembourgeoise.

La surcharge pondérale touche trois-quarts des patients dont 32,1% sont obèses. Environ quatre patients sur dix pratiquent régulièrement une activité physique, 60,7% sont des fumeurs et 10,2% consomment l'alcool plus que ce qui est recommandé.

Par comparaison aux données recueillies en population générale (enquête PSELL3/EU-SILC 2008), la distribution des caractéristiques socioéconomiques des patients souffrant d'un cancer de la prostate telles que l'éducation et la catégorie socioprofessionnelle fait apparaître, d'une part, une surreprésentation des personnes ayant un niveau d'études primaire parmi les patients appartenant aux tranches d'âge de 45 à 59 ans et de 60 à 69 ans, et une sous représentation de celles-ci parmi les patients âgés de 70 à 85 ans. Cela suppose qu'entre 45 et 69 ans, les personnes ayant atteint seulement le niveau d'études primaire développent plus la pathologie que les autres. La sous représentation des patients ayant le niveau d'études primaire parmi

les personnes de 70 à 85 ans est probablement la conséquence d'un effet de sélection «naturelle» lié notamment aux décès précoces des personnes moins éduquées.

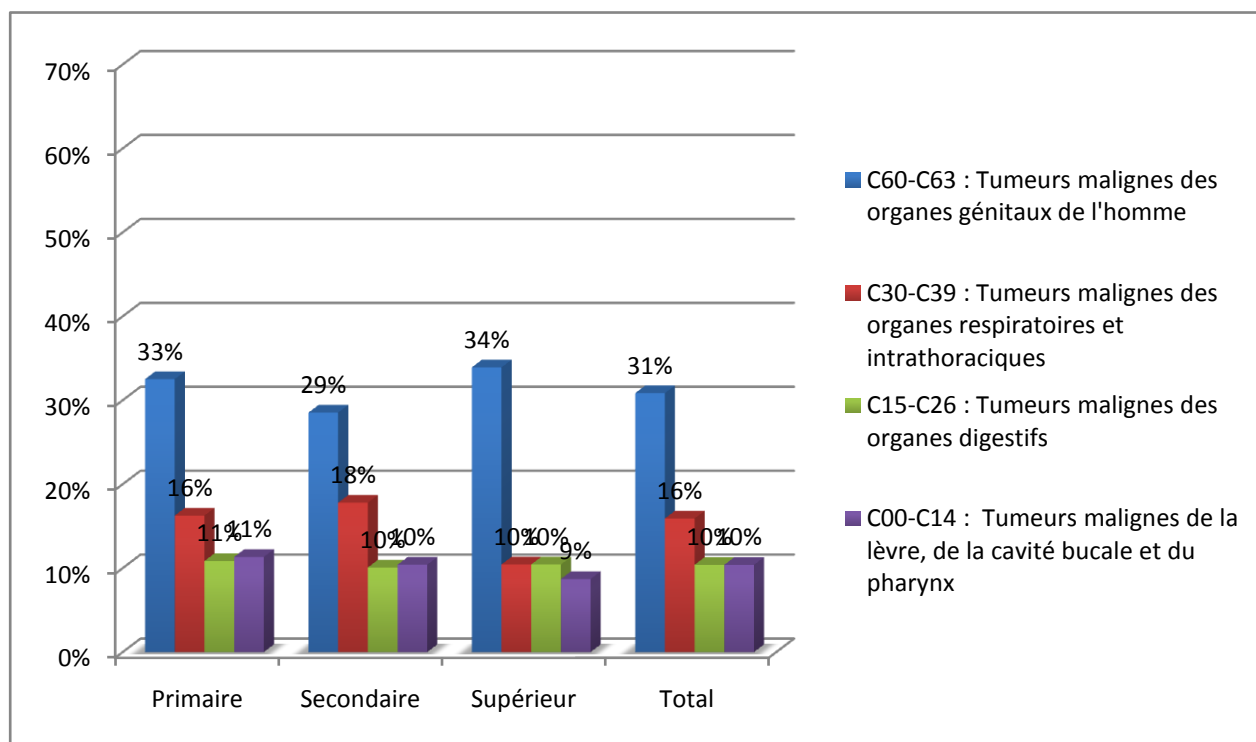
D'autre part, concernant la catégorie socioprofessionnelle, les patients ayant le statut d'ouvrier sont surreprésentés dans la tranche d'âge de 45-59 ans et sous représentés dans les deux tranches d'âge suivantes. Les patients ayant le statut d'employé ou de fonctionnaire sont surreprésentés dans la tranche d'âge de 60-69 ans et ceux ayant le statut de fonctionnaire sont surreprésentés dans la tranche d'âge de 70-85 ans.

Bien que les facteurs de risque associés aux cancers de la prostate demeurent « mal établis et fortement discutés » selon L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER de France (2008), l'obésité, le tabac et l'alcool constitueraient des facteurs aggravants. Par exemple, la proportion de patients obèses est largement supérieure à celle observée dans la population dans les groupes d'âge de 60-69 ans et de 70-85 ans, respectivement d'environ 15 et 8 points de pourcentage.

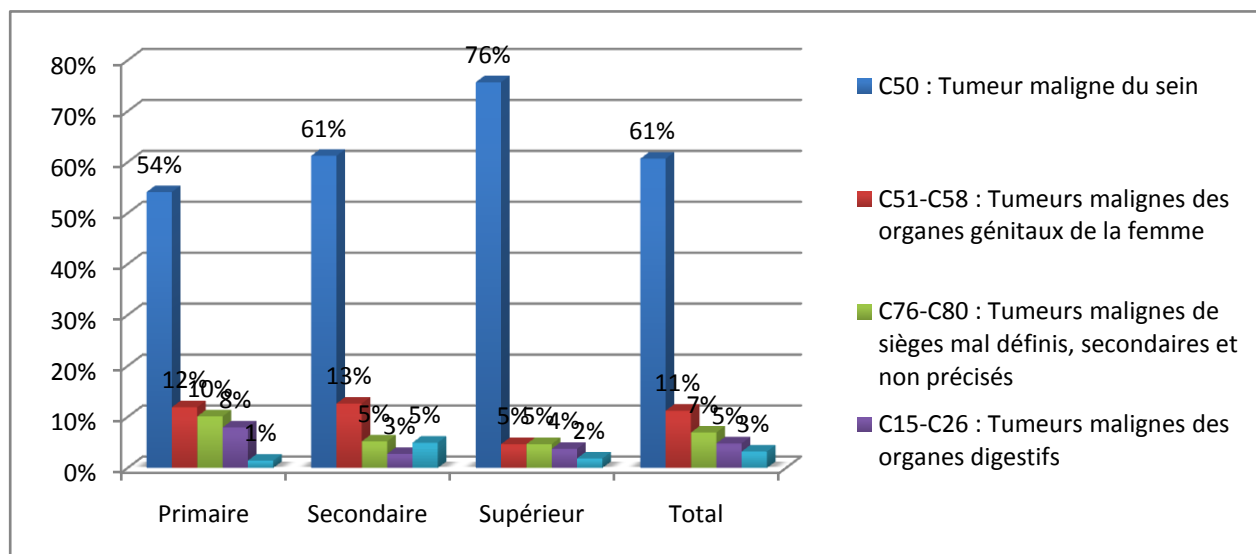
3.5.1 La distribution des patients selon les facteurs socioéconomiques

Le profil épidémiologique des patients admis au CFB est bien différent entre les hommes et les femmes. Chez les hommes, bien que les cancers des organes génitaux soient prédominants, nous observons la présence de plusieurs types de cancers qui représentent au moins 10% des cas dans chaque groupe de niveau d'études. Tandis que chez les femmes, le cancer du sein représente plus de la moitié des cas parmi les patientes de niveau d'études primaire et trois-quarts des cas parmi celles de niveau d'études supérieur. Avec des réserves d'usage liées au problème de la représentativité des cas, nous observons qu'en matière de cancer du sein il existe un gradient social «positif»⁵ de prévalence de ce cancer de même nature que celui rapporté par d'autres travaux. En ce qui concerne le cancer de la prostate ou des organes génitaux chez les hommes, ce gradient n'existerait pas.

⁵ C'est-à-dire que le taux de prévalence du cancer du sein augmente avec le niveau d'études.



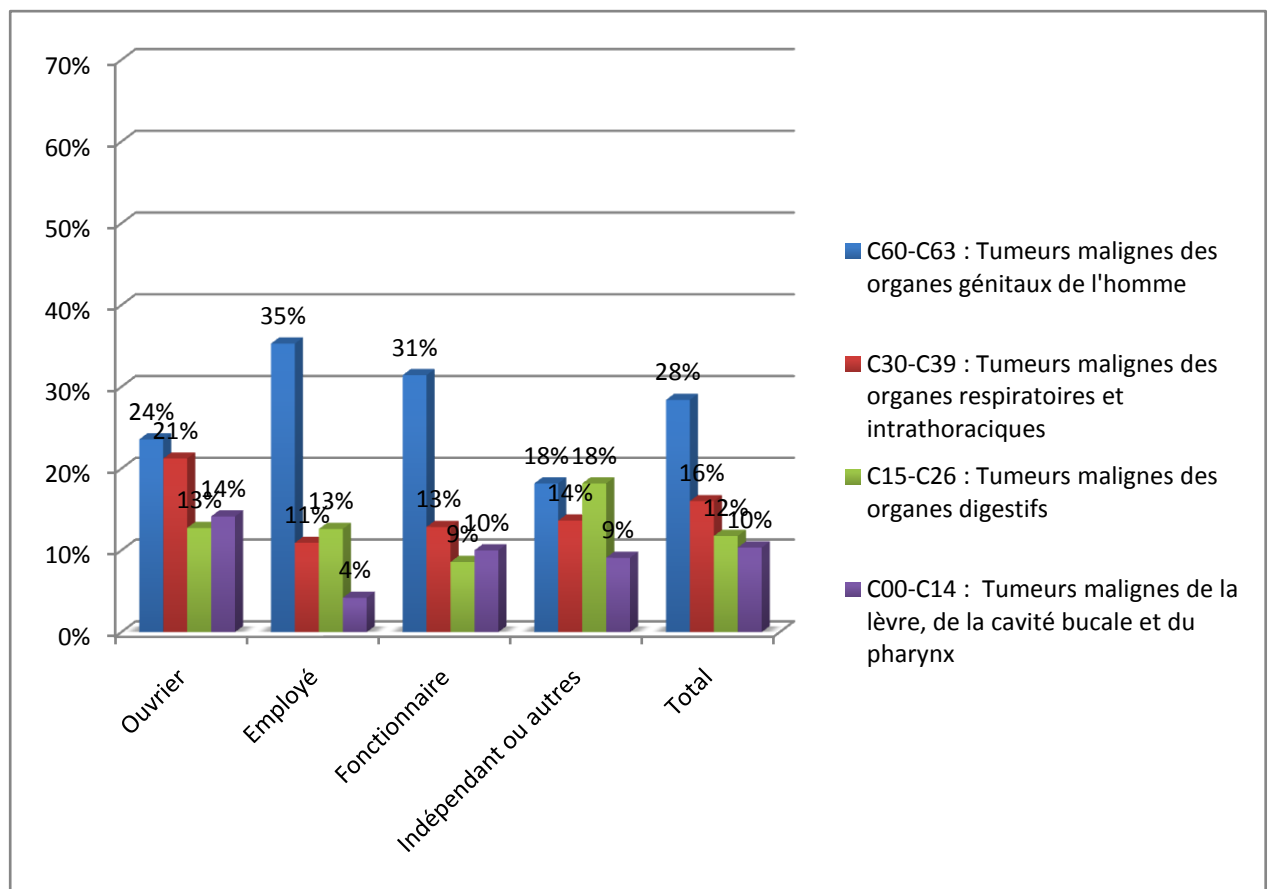
Graphique 3-7 : Distribution des diagnostics des patients résidents par niveau d'études chez les hommes



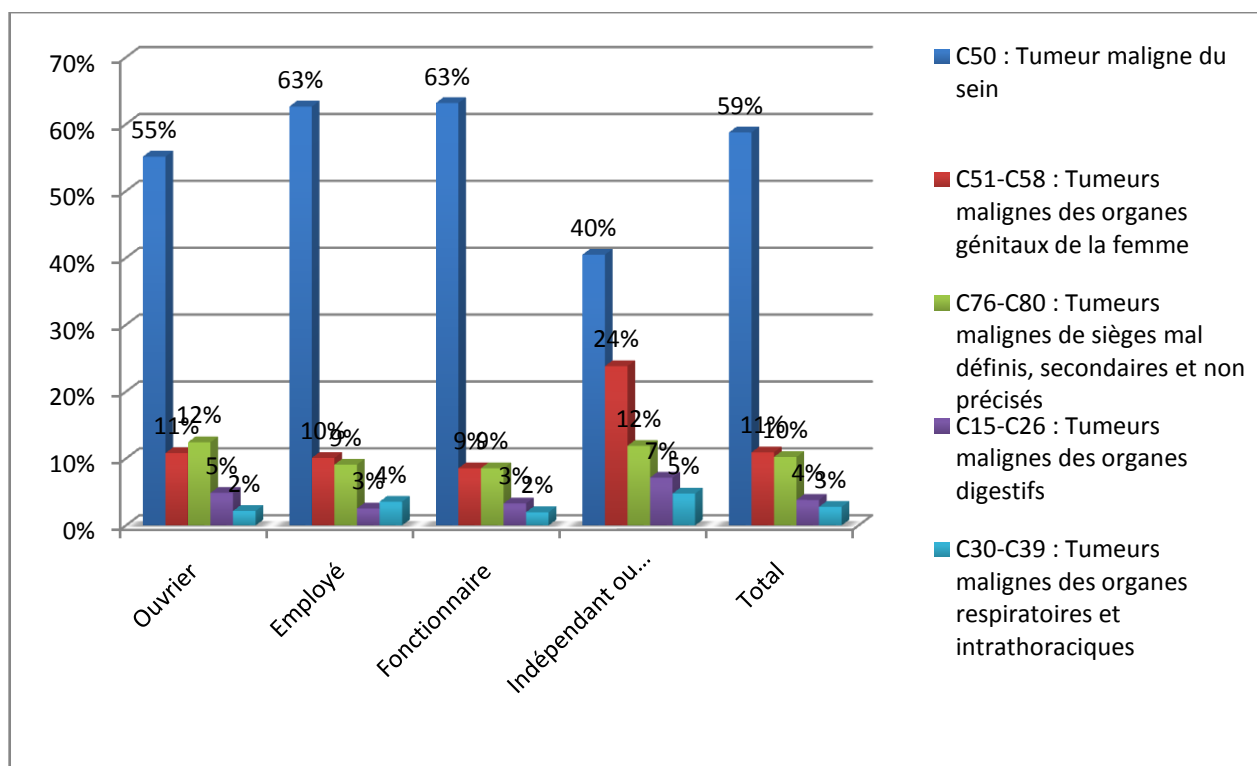
Graphique 3-8 : Distribution des diagnostics des patients résidents par niveau d'études chez les femmes

3.5.2 La distribution selon la profession

Le profil épidémiologique des patients en fonction du statut socioprofessionnel indique une proportion plus élevée des cas de cancers des organes génitaux parmi les hommes de statut « employé » (35%) par rapport à ceux de statut « ouvrier » (24%), et de statut « fonctionnaire » (31%). Chez les femmes, les patientes de statut « employé » présentent une proportion plus élevée de cas de cancer du sein (63%) que leurs homologues de statut « ouvrier » (55%), mais présentent un niveau équivalent à celui des femmes de statut « fonctionnaire ».



Graphique 3-9 : Distribution des diagnostics des patients résidents par statut professionnel chez les hommes



Graphique 3-10 : Distribution des diagnostics des patients résidents par statut professionnel chez les femmes

4 DISCUSSION ET CONCLUSION

Les résultats de cette recherche, fruits de la collaboration étroite entre le Centre National de Radiothérapie du Luxembourg et un Centre de recherche, améliorent nos connaissances sur le profil socioéconomique des personnes admises en radiothérapie au Centre François Baclesse sur une période de deux ans pour des pathologies tumorales, qui constituent l'une des premières causes de morbidité et de mortalité. Essayer de repérer, au regard de la revue de la littérature scientifique internationale, les facteurs socioéconomiques et les facteurs de risque qui sont associés aux personnes souffrant de telles pathologies dans le contexte du Luxembourg, c'est jeter les bases de réflexion sur les actions de politiques sociales et sanitaires à promouvoir. L'examen de la distribution des facteurs socioéconomiques tels que le niveau d'éducation, le statut professionnel, voire l'origine nationale des patients a révélé l'existence d'inégalités sociales de santé caractérisées par une surreprésentation de certains groupes sociaux par rapport à leur poids relatif dans la population générale. Mais, comme la plupart des études le rapportent, il y a pour beaucoup de cancers un nombre élevé de facteurs qui ont une influence sur l'incidence et la survie aux cancers. Pour AUVINEN ET KARJALAINEN (1997), par exemple, il n'y a aucune certitude quant à l'influence des gradients sociaux sur les taux de survie et les véritables raisons des inégalités restent peu connues. KRAVDAL (2000), quant à lui, considère que le niveau d'éducation semble influencer sur la survie à certains cancers. Dans plusieurs études, l'éducation est sans doute le facteur qui revient le plus souvent lors de l'étude de ces inégalités sociales ; le style de vie, le confort matériel et l'accès aux soins plus facile qui vont avec un niveau d'études élevé sont sans doute des explications plausibles.

Par ailleurs, il est nécessaire de rappeler que le CFB, bien qu'il soit un Centre national, n'accueille pas tous les cas de cancers diagnostiqués au Luxembourg, mais seulement les patients relevant d'indications de radiothérapie. A ce titre, les résultats ainsi obtenus n'apportent qu'un éclairage partiel sur le profil socioéconomique des patients souffrant de pathologies tumorales au Luxembourg, car limités au seul cas

du CFB. Cependant, étant une étude de cas, les résultats obtenus ici peuvent être considérés comme des tendances qui restent à confirmer ou à infirmer avec des données nationales plus représentatives de la prévalence ou de l'incidence des cancers.

A ce stade, nos résultats, concernant en particulier le profil socioéconomique des patientes souffrant du cancer du sein, semblent conformes à ceux rapportés par plusieurs études réalisées au niveau international (KOGEVINAS ET AL. ,1997 ; HERBERT ET LAUNOY, 2000), à savoir que le cancer du sein est plus fréquent dans les groupes socioéconomiques favorisés. Mais l'on peut aussi supposer que cette fréquence pourrait être la conséquence d'une meilleure information et/ou d'un meilleur accès aux techniques de dépistage ou de diagnostic des personnes des groupes sociaux favorisés.

Références

AUVINEN A KARJALAINEN S. (1997), Possible explanations for social class differences in cancer patient survival, *IARC Scientific Publication* 1997, No. 138, p. 377-97.

HERBERT C. ET LAUNOY G. (2000). « Les cancers », In Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (sous la direction de) 2000 : Les inégalités sociales de santé. Inserm /La Découverte, pp239-250.

INSTITUT NATIONAL DU CANCER (2008), Atlas de la mortalité par cancer en France métropolitaine (Evolution 1970 – 2004). Décembre 2008, 182 pages.

KOGEVINAS M. PEARCE N. SUSSE M. BOFFETTA P. (éd.) (1997). Social class inequalities and cancer. International Agency for Research Cancer, IARC Scientific Publications, Lyon, 138, 397 pages.

KRAVDAL O. (2000), Social inequalities in cancer survival, *Population studies*, Mars 2000, n° 1 volume 54, p 1-18 ;

SARKER M. JATOI I. ET BECHER H. (2005), Racial differences in breast cancer survival in women under age 60, publié le 8 Septembre 2005 sur <http://www.egms.de/en/meetings/gmds2005/05gmds212.shtml>

SHI L. MACINKO J. STARFIELD B. POLITZER R. WULU J. ET XU J. (2005), Primary care, social inequalities, and all cause, heart disease, and cancer mortality in US counties, 1990, *American journal of public health*, April 2005, vol 95 n°4, p 674-680.

TCHICAYA A. LORENTZ N. (2010), Prévalence du surpoids et de l'obésité de 1995 à 2008. Vivre au Luxembourg, chronique de l'enquête PSELL3/2007, Juin 2010, n°66.

VAN LOON AJM. GOLDBOHN RA. KANT I. SWAEN GMH. KREMER AM. VAN DEN BRANDT PA (1997), Socioeconomic status and Lung cancer incidence in Men in the Netherlands: is there a role for occupational exposure? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51, pp24-29.

Tableau 1 : Profil socio-économique des patients

	Total		Hommes		Femmes	
	N	%	N	%	N	%
Classe d'âge						
Moins de 45 ans	186	10,9	54	6.8	132	14.4
45-54 ans	308	18,0	99	12.5	209	22.7
55-64 ans	438	25,6	213	27.0	225	24.5
65-74 ans	447	26,2	244	30.9	203	22.1
Plus de 75 ans	330	19,3	180	22.8	150	16.3
Sexe						
Homme	790	46,2				
Femme	919	53,8				
Situation matrimoniale						
Marié	1252	73.7	597	76.2	655	71.7
Célibataire	184	10.8	81	10.3	103	11.3
Veuf	123	7.2	49	6.3	74	8.1
Divorcé/séparé	139	8.2	57	7.3	82	9.0
Valeur(s) manquante(s) = 11						
Niveau d'études						
Primaire	480	35.2	203	33.0	277	37.0
Secondaire	662	48.5	298	48.4	364	48.7
Supérieur	222	16.3	115	18.7	107	14.3
Valeur(s) manquante(s) = 345						
Catégorie socioprofessionnelle						
Ouvrier	397	37.1	212	43.0	185	32.1
Employé	317	29.6	119	24.1	198	34.3
Fonctionnaire	292	27.3	140	28.4	152	26.3
Indépendant ou autres	64	6.0	22	4.5	42	7.3
Valeur(s) manquante(s) = 639						
Nationalité						
Luxembourgeois	1106	65.1	531	67.2	575	63.2
Portugais	141	8.3	61	7.7	80	8.8
Italien	91	5.3	50	6.3	41	4.5
Français	148	8.7	72	9.1	76	8.4
Belge	82	4.8	35	4.4	47	5.2
Allemand	31	1.8	17	2.2	14	1.5
Autre	101	5.9	24	3.0	77	8.5
Valeur(s) manquante(s) = 9						
Pays de résidence						
Belgique	49	2.9	20	2.5	29	3.2
France	101	5.9	52	6.6	49	5.3
Germany	8	0.5	5	0.6	3	0.3
Luxembourg	1551	90.7	713	90.3	838	91.2

Tableau 2 : Facteurs de risque de maladies tumorales

	Total		Hommes		Femmes	
	N	%	N	%	N	%
Statut tabagique						
Fumeur	847	51.8	529	70.5	318	35.9
Non fumeur	789	48.2	221	29.5	568	64.1
Valeur(s) manquante(s) = 73						
Consommation d'alcool						
Dose par jour supérieure à la recommandation	182	11.2	135	18.0	47	5.3
Dose par jour conforme à la recommandation	1451	88.9	615	82.0	836	94.7
Valeur(s) manquante(s) = 76						
Indice de masse corporelle						
normal	677	46.7	267	40.9	410	51.4
surpoids	466	32.1	249	38.1	217	27.2
obésité	308	21.2	137	21.0	171	21.4
Valeur(s) manquante(s) = 258						
Activité physique						
Jamais	357	26.4	151	24.6	206	27.8
Jamais pour raison de santé	47	3.5	21	3.4	26	3.5
Occasionnellement	556	41.0	231	37.6	325	43.9
Régulièrement	395	29.2	211	34.4	184	24.8

Tableau 3 : Répartition selon le genre et la localisation tumorale (chez les résidents)

		C50	C60 C63	C76 C80	C30 C39	C15 C26	C51 C58	C00 C14	C69 C72	C43 C44	C81 C96	Autres
Moins de 45 ans	Homme	0.0	9.1	11.4	6.8	6.8	0.0	9.1	15.9	2.3	11.4	27.3
	Femme	58.6	0.0	4.3	0.9	2.6	10.3	1.7	3.5	1.7	3.5	12.9
	Total	42.5	2.5	6.3	2.5	3.8	7.5	3.8	6.9	1.9	5.6	16.9
45- 54 ans	Homme	0.0	9.2	10.3	13.8	19.5	0.0	26.4	8.1	2.3	3.5	6.9
	Femme	68.0	0.0	8.3	2.8	1.1	6.6	0.6	2.8	0.6	1.7	7.7
	Total	45.9	3.0	9.0	6.3	7.1	4.5	9.0	4.5	1.1	2.2	7.5
55- 64 ans	Homme	0.0	32.3	17.7	13.6	10.1	0.0	15.7	3.5	2.0	1.0	4.1
	Femme	61.9	0.0	8.6	3.8	4.8	11.0	3.8	1.4	0.5	1.0	3.3
	Total	31.9	15.7	13.0	8.6	7.4	5.6	9.6	2.5	1.2	1.0	3.7
65- 74 ans	Homme	0.5	42.5	16.7	17.7	7.2	0.0	3.2	2.7	1.8	0.9	6.8
	Femme	50.5	0.0	10.9	4.2	5.7	16.7	1.6	2.6	0.0	2.6	5.2
	Total	23.7	22.8	14.0	11.4	6.5	7.8	2.4	2.7	1.0	1.7	6.0
Plus de 75 ans	Homme	0.0	22.7	19.6	14.7	12.3	0.0	6.1	1.8	9.8	1.8	11.0
	Femme	40.3	0.0	15.1	1.4	7.9	12.2	4.3	5.0	5.0	0.7	7.9
	Total	18.5	12.3	17.6	8.6	10.3	5.6	5.3	3.3	7.6	1.3	9.6
Total	Homme	0.1	29.0	16.6	14.7	10.7	0.0	10.5	4.2	3.8	2.1	8.3
	Femme	56.6	0.0	9.6	2.9	4.4	11.5	2.4	2.9	1.3	1.8	6.8
	Total	30.6	13.4	12.8	8.3	7.3	6.2	6.1	3.5	2.5	1.9	7.5

C50 : Sein

C60C63 : Organes génitaux de l'homme

C76C80 : Tumeurs malignes de sièges mal définis, secondaires et non précisés

C30C39 : Organes respiratoires et intrathoraciques

C15C26 : Organes digestifs

C51C58 : Organes génitaux de la femme

C00C14 : Lèvre, cavité buccale et pharynx

C69C72 : Œil, cerveau et autres parties du système nerveux central

C43C44 : Peau

C81C96 : Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives, des tissus lymphoïde, hématopoïétique et apparentés

Tableau 4 : Profil socioéconomique des patientes résidentes dont le diagnostic principal est C50 (tumeur au sein)

	20-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-85 ans
Niveau d'études				
Primaire	21.2	29.9	24.0	47.5
Secondaire	30.3	46.8	58.9	45.6
Supérieur	48.5	23.4	17.1	7.0
Situation matrimoniale				
Marié	64.7	66.7	77.6	78.7
Célibataire	29.4	15.5	7.5	6.9
Veuf	0.0	2.4	3.4	11.4
Divorcé/séparé	5.9	15.5	11.6	3.0
Catégorie socioprofessionnelle				
Ouvrier	36.0	31.9	21.1	27.3
Employé	36.0	46.8	36.8	36.7
Fonctionnaire	24.0	19.2	37.9	28.1
Indépendant ou autres	4.0	2.1	4.2	7.9
Nationalité				
Luxembourgeois	30.3	53.0	66.4	76.1
Portugais	21.2	20.5	10.3	4.0
Italien	9.1	2.4	1.4	8.0
Français	9.1	4.8	6.9	3.5
Belge	9.1	2.4	2.1	3.0
Allemand	0.0	3.6	1.4	1.0
Autre	21.2	13.3	11.6	4.5

Tableau 5 : Facteurs de risque des patientes résidentes dont le diagnostic principal est C50 (tumeur au sein)

	20-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-85 ans
indice de masse corporelle				
normal	61.8	65.0	44.4	41.1
surpoids	20.6	26.3	35.6	29.1
obésité	17.7	8.8	20.0	29.7
Pratique d'une activité physique				
Jamais	11.8	29.9	20.2	30.4
Jamais pour raison de santé	0.0	0.0	0.8	5.7
Occasionnellement	64.7	48.1	49.6	40.5
Régulièrement	23.5	22.1	29.5	23.4
Statut tabagique				
Fumeur	33.3	46.3	38.4	20.8
Non fumeur	66.7	53.7	61.6	79.2
Consommation d'alcool				
Dose par jour supérieure à la recommandation	2.9	0.0	9.0	2.0
Dose par jour conforme à la recommandation	97.1	100.0	91.0	98.0

Tableau 6 : Profil socioéconomique des patients résidents dont le diagnostic principal est C61 (tumeur de la prostate)

	45-60 ans	60-69 ans	70-85 ans
Niveau d'études			
Primaire	32.3	35.8	38.7
Secondaire	41.9	46.3	44.0
Supérieur	25.8	17.9	17.3
Situation matrimoniale			
Marié	73.5	88.2	82.0
Célibataire	11.8	2.6	2.3
Veuf	2.9	2.6	9.0
Divorcé/séparé	11.8	6.6	6.7
Catégorie socioprofessionnelle			
Ouvrier	45.8	23.4	40.7
Employé	25.0	40.4	23.7
Fonctionnaire	25.0	34.0	32.2
Indépendant ou autres	4.2	2.1	3.4
Nationalité			
Luxembourgeois	55.9	72.4	89.9
Portugais	20.6	11.8	0.0
Italien	0.0	4.0	7.9
Français	8.8	4.0	0.0
Belge	5.9	2.6	1.1
Allemand	5.9	1.3	0.0
Autre	2.9	4.0	1.1

Tableau 7 : Facteurs de risque des patients résidents dont le diagnostic principal est C61 (tumeur de la prostate)

	45-60 ans	60-69 ans	70-85 ans
Indice de masse corporelle			
normal	19.4	26.9	23.8
surpoids	58.1	34.3	44.1
obésité	22.6	38.8	32.1
Pratique d'une activité physique			
Jamais	25.0	16.9	18.7
Jamais pour raison de santé	0.0	3.1	1.3
Occasionnellement	57.1	33.9	38.7
Régulièrement	17.9	46.2	41.3
Statut tabagique			
Fumeur	67.7	44.6	60.7
Non fumeur	32.4	55.4	39.3
Consommation d'alcool			
Dose par jour supérieure à la recommandation	29.4	17.3	10.2
Dose par jour conforme à la recommandation	70.6	82.7	89.8



B.P. 48
L-4501 Differdange
Tél.: +352 58.58.55-801
www.ceps.lu