

Mirko Sajkov de Pixabay

ÉPIDÉMIOLOGIE DES PRINCIPAUX CANCERS EN ÎLE-DE-FRANCE

On estime à 382 000 le nombre de nouveaux cas de cancers survenus en France métropolitaine en 2018 et à 157 400 le nombre de décès [1]. Du fait de l'augmentation et du vieillissement de la population, ces chiffres sont en croissance depuis plusieurs décennies. De plus, au-delà de ces aspects démographiques et malgré les progrès réalisés en matière de soins ou de prévention, certains indicateurs restent préoccupants.

Les cancers sont une des priorités d'action nationale de santé publique et font l'objet de plans spécifiques depuis 2003. En cohérence, l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARS) a inscrit les cancers parmi les pathologies prioritaires dans son second projet régional de santé (PRS2, 2018-2022). À mi-parcours du PRS2 et à l'issue de la conclusion du troisième plan cancer, l'ARS a souhaité disposer d'un bilan épidémiologique sur les principaux cancers en Île-de-France. Elle a confié cette étude à l'Observatoire régional de santé d'Île-de-France (ORS).

Pour réaliser ce bilan, l'ORS s'est basé sur les publications récentes de Santé publique France (évolutions, disparités géographiques) en les complétant par une analyse de l'évolution de la mortalité tous âges et prématurée.

Auteurs : Maylis Telle-Lamberton, Khadim Ndiaye
Directrice de publication : Isabelle Grémy

SOMMAIRE

- 2 Introduction
- 3 Chiffres-clés
- 4 Particularités franciliennes
- 6 Évolution nationale
- 8 Analyse par type de cancer
 - 9 Ensemble des cancers
 - 12 Lèvres, bouche et pharynx
 - 14 Estomac
 - 16 Côlon-rectum
 - 18 Foie
 - 20 Pancréas
 - 22 Poumon
 - 24 Sein
 - 26 Col de l'utérus
 - 27 Ovaire
 - 28 Prostate
 - 29 Rein
 - 31 Système nerveux central
 - 33 Lymphome de Hodgkin
 - 35 Lymphome malin non hodgkinien
 - 37 Leucémie aiguë myéloïde
- 38 Conclusion
- 39 Références

Introduction

L'observation épidémiologique des cancers repose sur trois indicateurs principaux : l'incidence (nombre de nouveaux cas sur une période donnée), la mortalité (nombre de décès) et la prévalence qui somme le nombre de cas sous surveillance « active » (indiquant des soins en cours tels que la chimiothérapie, la chirurgie, etc) et le nombre de cas sous surveillance « simple » (indiquant un suivi de routine). Ces indicateurs de volume sont complétés par des taux, rapportant les effectifs à la population observée.

Les données de mortalité sont disponibles sur l'ensemble de la France depuis de nombreuses décennies. En revanche, les données portant sur les cas ne sont directement disponibles que sur les territoires couverts par un registre. Pour obtenir des estimations d'incidence nationale ou régionale, il est nécessaire de combiner les données des registres avec trois autres sources : le Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) qui recense les cas d'affections de longue durée (ALD) indemnisés, les données des hôpitaux et autres établissements de santé qui recensent les hospitalisations (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information - PMSI) et enfin celles du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès (CépiDc). Toutes ces sources de données sont maintenant centralisées dans le Système national des données de santé (SNDS). Celui-ci permet également d'obtenir des estimations de prévalences régionales, encore partielles à l'heure actuelle.

La construction des indicateurs d'incidence nécessite un long travail de modélisation réalisé par le partenariat Francim-HCL-Santé publique France-INCa. Les dernières mises à jour ont été publiées en 2019 par Santé publique France [1-5]. Ces données, associées à une exploitation spécifique des données de mortalité de la région et de France métropolitaine, nous permettent de présenter dans ce « Focus santé » :

- (i) les principaux chiffres-clés relatifs aux cancers en Île-de-France et les particularités épidémiologiques,
- (ii) les évolutions d'incidence et de mortalité combinées observées à l'échelon national,
- (iii) pour un certain nombre de localisations de cancers : les disparités géographiques et l'évolution de la mortalité en Île-de-France tous âges et pour les moins de 65 ans (mortalité dite prématurée) comparée à celle de la France métropolitaine.

Pour en savoir plus sur les cancers en Île-de-France :

- [Cancers et inégalités territoriales en Île-de-France : Analyses spatiales ORS, 2016](#)
- [CIRCÉ : Cancer, inégalités régionales, cantonales et environnement : Étude des associations spatiales entre expositions environnementales, socio-économiques et sanitaires en Île-de-France – ORS, 2018](#)
- [Les cancers chez l'enfant de moins de 15 ans en Île-de-France – ORS, 2018](#)
- [Mieux connaître la santé des Franciliens et ses déterminants dans les nouveaux territoires de coordination : Profil des 22 territoires du projet régional de santé d'Île-de-France – ORS, 2019](#)
- [Hémopathies malignes : Évolutions et comparaisons en France et en Île-de-France – ORS, 2020](#)

Chiffres-clés en Île-de-France

Les dernières publications de Santé publique France estiment à 54 041 le nombre de nouveaux cas de cancer survenant en Île-de-France chaque année et 21 536 décès. Par ailleurs, selon le Système national des données de santé (SNDS), en 2017, un total de 486 000 Franciliens était sous surveillance pour la survenue antérieure d'un cancer dont 210 000 sous surveillance active (traitements) [6]. 65 000 hommes étaient concernés par un cancer de la prostate (26 000 cancers actifs) et 115 000 femmes par un cancer du sein (35 000 cancer actifs).

Chaque année, 54 000 nouveaux cas de cancers en Île-de-France et 22 000 décès

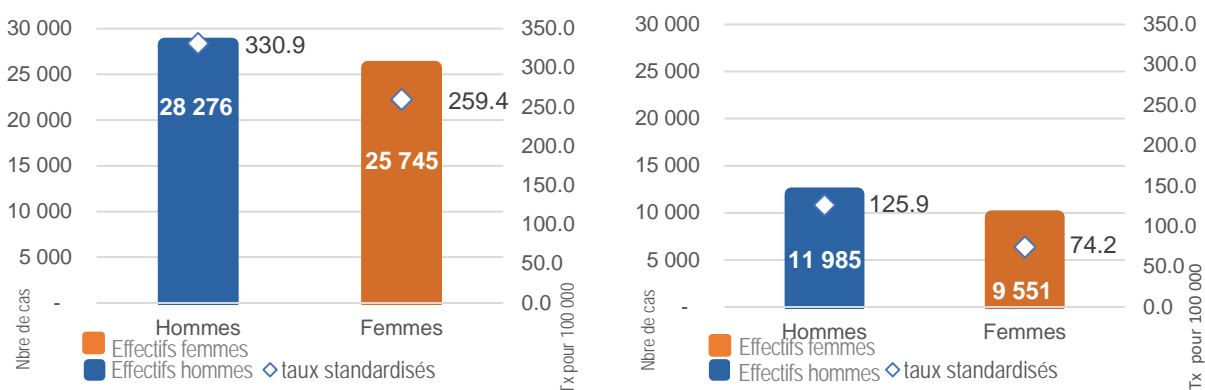
Les cancers sont la première cause de décès en Île-de-France. Ils sont la cause d'un décès sur trois chez les hommes et d'un décès sur quatre chez les femmes. Enfin, 28 % de ces décès surviennent avant 65 ans faisant des cancers la cause de mortalité prématurée de loin la plus fréquente [7].

Les estimations régionales des cas et décès annuels par Santé publique France sont basées sur les données de 2007-2016 (cas) et 2007-2014 (décès).

Chez l'homme, trois types de cancers totalisent environ 50 % des cas et des décès : le cancer de la prostate (7 232 cas annuels estimés pour la période 2007-2016, soit 25 % des cas et 1 140 décès annuels estimés pour la période 2007-2014, 9 % des décès), le cancer du poumon (4 124 cas, 15 % et 3 064 des décès, 26%) et enfin le cancer colorectal (3 089 cas, 11% et 1 122 décès, 9%) [4].

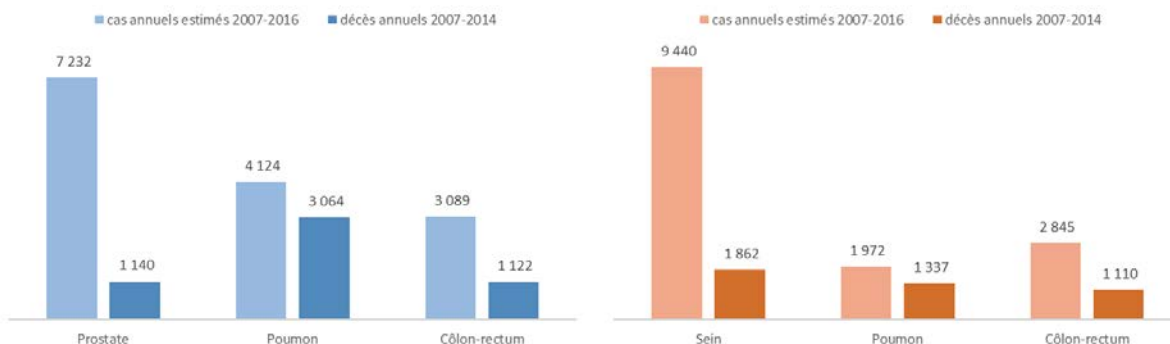
Chez la femme, trois localisations totalisent également près de 50 % des cas : les cancers du sein (9 940 cas annuels estimés pour la période 2007-2016, soit 37 % des cas et 1 862 décès annuels estimés pour la période 2007-2014, 19 % des décès), les cancers colorectaux (2 845 cas, 11 % et 1 110 décès, 12 %) et enfin les cancers du poumon (1 972 cas, 8 % et 1 337 décès, 14 %) [4].

Figure 1 – Le cancer en Île-de-France : effectifs et taux standardisés d'incidence et de mortalité
a) Nouveaux cas annuels b) Décès annuels



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé publique France, 2019. Exploitation ORS Île-de-France. Taux standardisés sur la population mondiale

Figure 2 – Principaux cancers en Île-de-France, nouveaux cas et décès annuels



Cas et décès annuels exprimés respectivement à partir des cas et décès observés sur la période 2007-2016 et 2007-2014

Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé publique France, 2019. Exploitation ORS Île-de-France.

Particularités franciliennes

Chez les hommes franciliens, l'incidence et la mortalité tous cancers sont inférieures à celles observées en France métropolitaine (SIR=0,94 IC95 % [0,93;0,96] et SMR=0,91 IC95 % [0,90 ;0,92]). Chez les femmes, l'incidence et la mortalité sont équivalentes en Île-de-France et en France métropolitaine (SIR=1,01 IC95 % [0,99 ;1,02] et SMR=1,00 IC95 % [1,00 ;1,01]). Des particularités sont toutefois à souligner par localisation.

Les cancers de l'estomac et du pancréas en sur-incidence pour les hommes comme pour les femmes

Chez les hommes et chez les femmes, les cancers de l'estomac et du pancréas sont en sur-incidence en Île-de-France sans que les raisons ne soient vraiment connues [1].

Chez les hommes, les lymphomes en sur-incidence

Chez les hommes, les lymphomes de Hodgkin et les lymphomes malins non hodgkiniens sont en sur-incidence en Île-de-France. Les causes de ces excès observés restent également à élucider [1]¹.

En revanche, aucune localisation de cancer n'est en surmortalité par rapport à la France métropolitaine. Les localisations suivantes sont à la fois en sous-incidence et en sous-mortalité : poumon, colon-rectum, testicules, œsophage, lèvres-bouche-pharynx (LBP). Les cancers de la vessie sont en sous-incidence. Enfin les cancers de la prostate, du rein, du système nerveux central, du foie et du larynx sont en sous-mortalité. Ces indicateurs favorables par rapport à la France métropolitaine, sont à rapprocher

des caractéristiques socio-professionnelles des Franciliens : consommations de tabac et d'alcool moins importantes pour les cancers liés à la consommation de tabac et d'alcool et expositions professionnelles cancérigènes moins élevées dans le passé (cancers du poumon, de la vessie) [8,9]. Un diagnostic plus précoce ou une offre de soins de qualité contribueraient-ils également à expliquer cette sous-mortalité ?

Chez les femmes, des indicateurs défavorables pour les cancers du poumon, du sein, du col de l'utérus, de l'ovaire et les leucémies aigües myéloïdes

Chez les femmes, les cancers du poumon et du sein sont à la fois en sur-incidence et en surmortalité ; les cancers du col de l'utérus et de l'ovaire sont en sur-incidence et enfin les leucémies aigües myéloïdes sont en surmortalité². Les seuls indicateurs favorables concernent les cancers du côlon-rectum (sous-incidence et sous-mortalité), du corps de l'utérus (sous-incidence³), du rein et les mélanomes (sous-mortalité).

Ces résultats défavorables sont à rapprocher de certaines caractéristiques sociales des Franciliennes : un tabagisme passé plus important chez les femmes franciliennes (cancer du poumon) [8], une « vie reproductive » plus à risque pour le cancer du sein (âge tardif au premier enfant, nombre d'enfants notamment) [4]. Pour les autres localisations, les écarts restent à élucider.

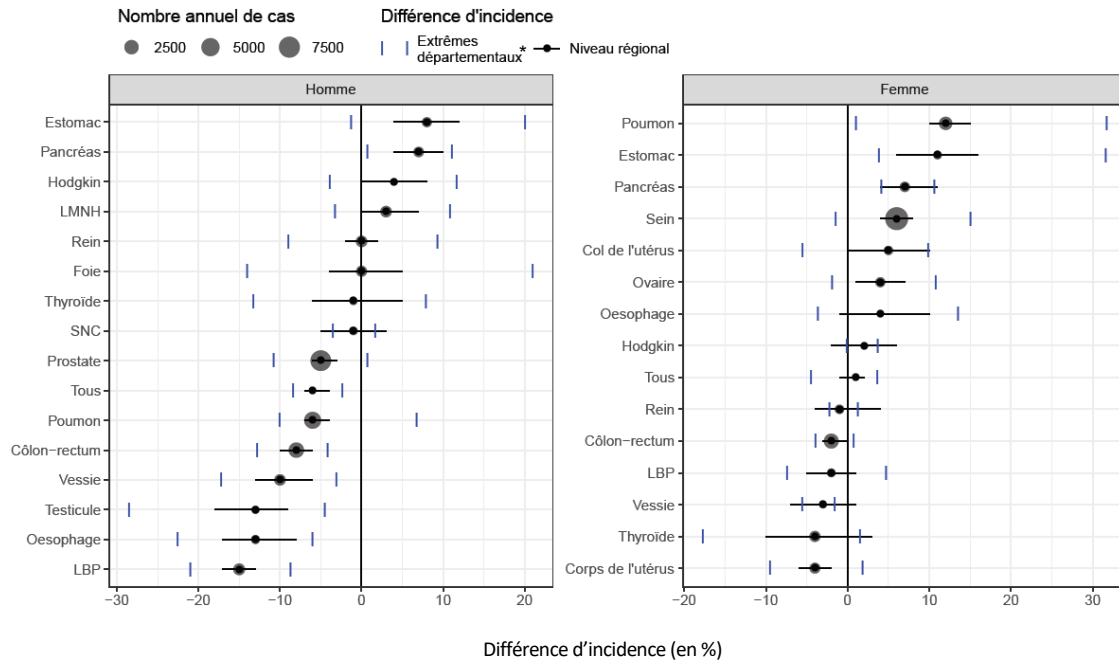
¹ Pour les femmes, on ne dispose pas de données d'incidence pour les lymphomes, les proxys utilisables dans les données médico-administratives n'étant pas suffisamment robustes.

² On ne dispose pas de données d'incidence pour les leucémies pour la même raison que précédemment.

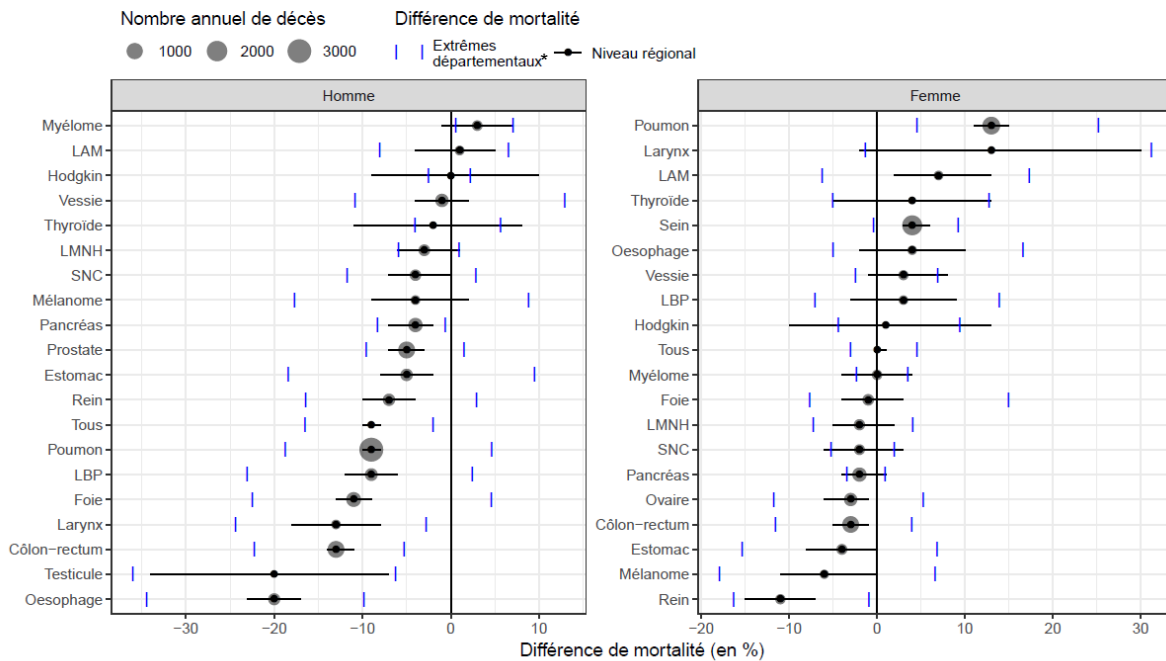
³ On ne dispose pas d'analyse de la mortalité par cancer du corps de l'utérus, la codification dans les certificats de décès ne discriminant pas suffisamment les cancers du col et du corps de l'utérus.

Figure 3 – Différence entre l'incidence et la mortalité de la région et le niveau de France métropolitaine, par localisation cancéreuse et par sexe

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



*Note de lecture : les indicateurs nommés différences d'incidence et de mortalité par Santé publique France sont égaux au rapport standardisé exprimé en % moins un. Ainsi, un SMR ou SIR de 1,05 correspond à une différence d'incidence ou de mortalité de 5%. De même un SMR ou SIR de 0,93 correspond à une différence d'incidence ou mortalité de -7%. Les nombres annuels moyens sont calculés sur la période 2007-2016 pour les cas et 2007-2014 pour les décès. *Les extrêmes départementaux sont les extrêmes sur la France métropolitaine.*

Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé publique France, 2019. Figure S-1, p. 13

Évolution nationale de l'incidence et de la mortalité

Les évolutions de l'incidence et de la mortalité par cancer sont des indicateurs essentiels tant pour évaluer les actions de prévention (diminution des facteurs de risque, efficacité du dépistage) que pour adapter ces actions au mieux à la situation d'un territoire. Les écarts entre l'évolution de l'incidence et de la mortalité peuvent aussi être un indicateur de situations plus ou moins favorables en matière d'offre de soins ou d'accès aux soins.

Les données d'incidence ne sont disponibles en évolution que pour l'échelon national et pour les zones qui disposent d'un registre, ce qui n'est pas le cas de l'Île-de-France. Le précédent bilan épidémiologique des cancers en Île-de-France faisait état de données d'évolution portant sur l'incidence des cancers en Île-de-France. Les estimations étaient déduites des données de mortalité de la région et des données d'incidence nationales en faisant l'hypothèse que le rapport entre la mortalité et l'incidence était constant sur l'ensemble du territoire [10]. Les estimations d'incidence les plus récentes (2007-2016), [4] sont basées sur des données médico-administratives dont la robustesse a été vérifiée [5]. Il est en revanche trop tôt pour disposer de séries chronologiques obtenues par cette méthode.

Nous décrivons donc ici de façon résumée les évolutions nationales d'incidence et de mortalité par localisation principale.

Les données les plus récentes sur l'évolution de l'incidence et de la mortalité en France métropolitaine portent sur la période 1990-2018. Elles sont basées sur les estimations faites à partir des données observées sur les zones registres entre 1990 et 2015 et sont complétées par des projections pour les années 2016 à 2018 [1].

Nous présentons ici les évolutions récentes : entre 2010 et 2018. Les figures qui suivent permettent de distinguer quatre cas selon que l'incidence et la mortalité sont en augmentation (+) ou en diminution (-) : (+,+) en rouge, les deux sont en augmentation ; (-,-) en vert les deux sont en diminution ; (+,-) en orange-rose l'incidence est en augmentation, la mortalité en diminution et enfin en jaune (-,+) l'incidence est en diminution, la mortalité en augmentation.

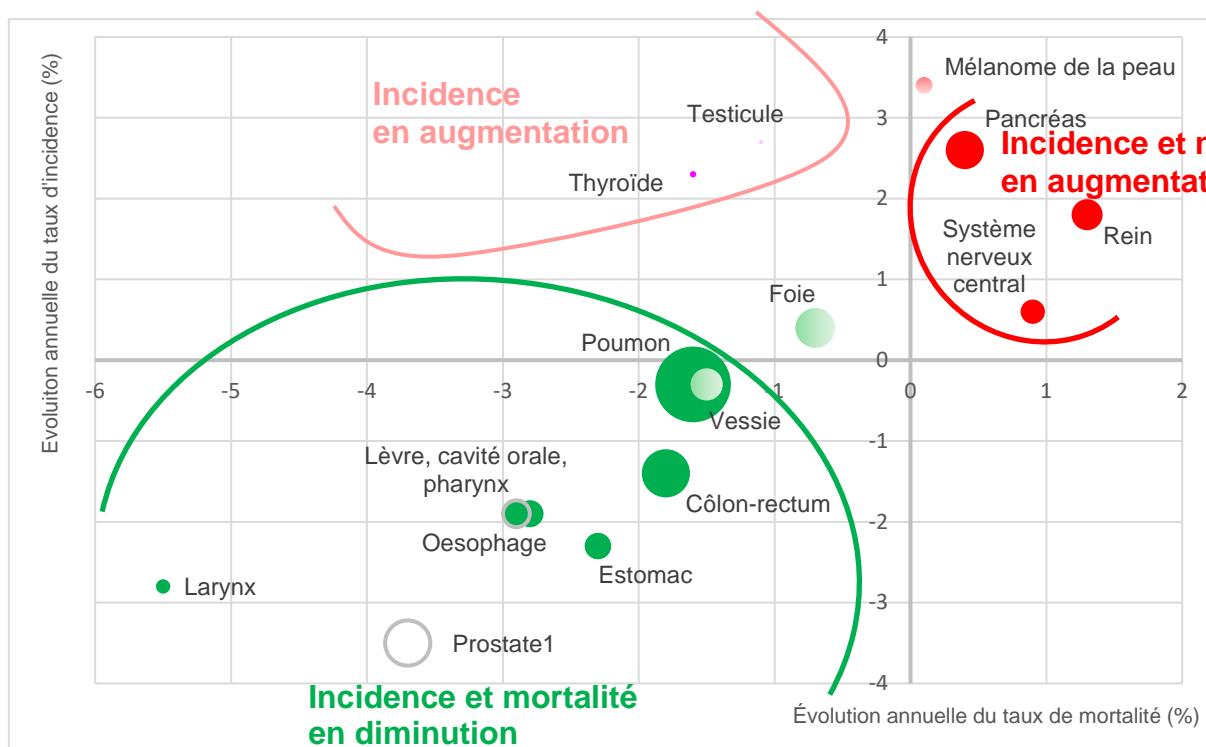
Entre 2010 et 2018, sont en augmentation statistiquement significatives tant en incidence qu'en mortalité trois localisations chez l'homme : les cancers du pancréas, du rein et du système nerveux central et deux localisations chez la femme : les cancers du poumon et du pancréas.

En augmentation chez les hommes, tant en incidence qu'en mortalité, les cancers du pancréas, du rein et du système nerveux central ; chez les femmes, les cancers du poumon et du pancréas

On observe enfin : (i) chez l'homme et chez la femme une augmentation significative de l'incidence du mélanome de la peau et du cancer de la thyroïde ; (ii) chez la femme une augmentation significative de l'incidence des cancers du sein, du foie, des lèvres-cavité orale-pharynx (LBP), du rein et de l'œsophage et de la mortalité par cancer du système nerveux central. La mortalité par cancer du corps de l'utérus est en augmentation significative mais ce résultat est à considérer avec prudence étant donnée la fiabilité des certificats de décès pour ces localisations [11].

À l'inverse, on observe à la fois une diminution de l'incidence et de la mortalité par cancer pour les localisations suivantes : chez l'homme, poumon, colon-rectum, LBP, estomac, œsophage et larynx ; chez la femme, col de l'utérus, ovaire et estomac.

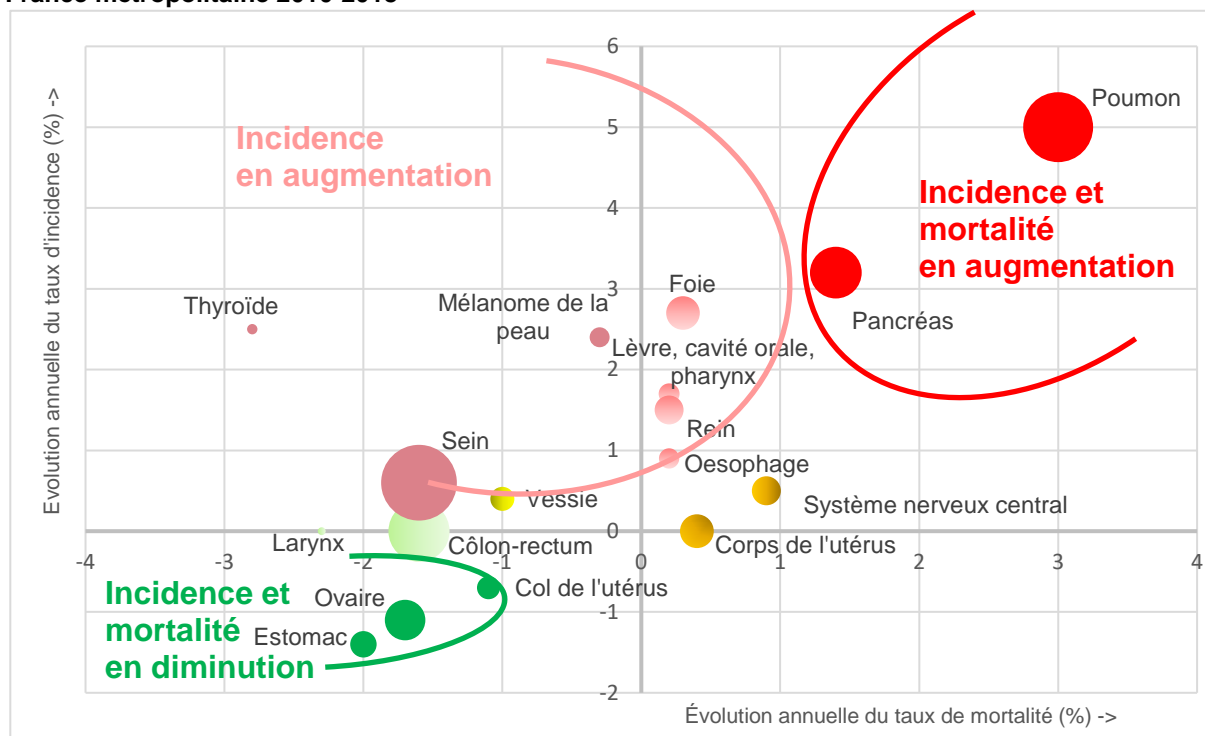
Figure 4 – Évolution annuelle des taux de mortalité et d'incidence des cancers chez les hommes en France métropolitaine 2010-2018



Légende : cercles proportionnels au nombre de décès. - Couleurs pleines : variations d'incidence et de mortalité significatives- Couleurs dégradées : l'une des deux valeurs n'est pas significative. 1 Pour la prostate les valeurs sont à prendre avec précaution les variations étant en grande partie dues aux variations dans les pratiques de dépistage

Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Vol. 1. Tumeurs solides. SPF, 2019

Figure 5 – Évolution annuelle des taux de mortalité et d'incidence des cancers chez les femmes en France métropolitaine 2010-2018



Légende : cercles proportionnels au nombre de décès. - Couleurs pleines : variations d'incidence et de mortalité significatives- Couleurs dégradées : l'une des deux valeurs n'est pas significative

Source : Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Vol. 1. Tumeurs solides. SPF, 2019

Analyse par type de cancer

Disparités territoriales et évolution de la mortalité

Pour la plupart des localisations de cancer, il est possible de préciser : (i) les disparités territoriales de l'incidence et de la mortalité à l'échelle départementale pour la période récente [4] et (ii) les évolutions de la mortalité tous âges et prématurée en Île-de-France comparée à celle de la France métropolitaine pour les 35 dernières années disponibles (1980-2014).

Les localisations retenues pour présenter ces données complémentaires l'ont été selon les critères suivants : fréquence importante, facteurs de risque permettant une prévention efficace (évitabilité), cancer en excès en Île-de-France ou évolution défavorable au niveau national. On obtient ainsi une liste de 15 localisations (tableau 1).

Tableau 1 – Types de cancer faisant l'objet d'une analyse détaillée d'incidence et de mortalité

CIM10	Pathologies	Critères de sélection	Nbre de cas/an Île-de-France (2007-2016)
C00-C14	LBP : lèvres, bouches et pharynx	Évitabilité*	1 846
C16	Cancer de l'estomac	Excès en Île-de-France chez les hommes et les femmes	1 211
C18-C21	Cancer colorectal	Fréquence, évitabilité	5 935
C22	Cancer du foie	Excès en Seine-Saint-Denis	ND
C25	Cancer du pancréas	Excès en Île-de-France chez les hommes et les femmes Évolution nationale défavorable	1 755
C33-C34	Cancer de la trachée, des bronches et du poumon	Fréquence, évitabilité Excès en Île-de-France chez les femmes Évolution nationale défavorable chez les femmes	6 096
C50	Cancer du sein chez la femme	Fréquence Excès en Île-de-France	9 440
C53	Cancer du col de l'utérus	Évitabilité Excès en Île-de-France	584
C56	Cancer de l'ovaire	Excès en Île-de-France	784
C61	Cancer de la prostate	Fréquence	7 232
C64-66	Cancer du rein	Évolution nationale défavorable chez les hommes	1 850
C71-C72	Cancer du système nerveux central	Évolution nationale défavorable chez les hommes	ND
C81	Maladie de Hodgkin	Excès en Île-de-France chez les hommes	391
C82-C85	Lymphome malin non hodgkinien	Excès en Île-de-France chez les hommes	ND
C92.0	Leucémie myéloïde aiguë	Excès en Île-de-France chez les femmes	ND

*facteurs de risque permettant une prévention efficace (tabac, alcool, papillomavirus, dépistage précoce)

ND : données non disponibles

Source pour le nombre de cas : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Exploitation ORS Île-de-France

Ensemble des cancers

Disparités géographiques

Les territoires de la France métropolitaine et notamment ceux d'Île-de-France sont hétérogènes sur le plan de la santé et la répartition des cancers ne fait pas exception.

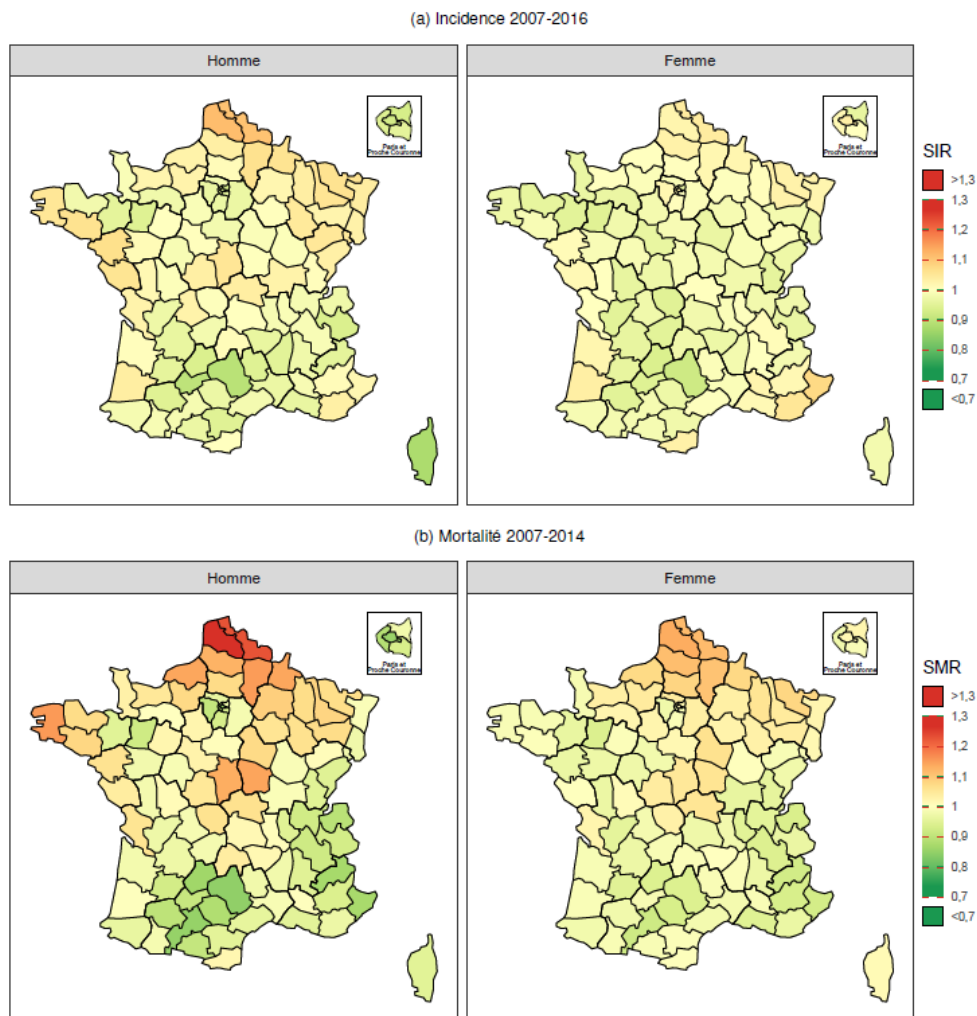
Les cartes ci-dessous décrivent la répartition de l'incidence et de la mortalité pour l'ensemble des cancers, chez les hommes et chez les femmes.

La distribution spatiale de l'incidence de l'ensemble des cancers est peu contrastée sur le territoire métropolitain, celle de la mortalité l'est un peu plus.

En Île-de-France, une sous-incidence et une sous-mortalité sont observées chez les hommes (SIR= 0,94 IC95%[0,93;0,96], SMR=0,91 IC95%[0,90;0,92]) et ces zones apparaissent respectivement en vert clair et foncé sur la carte. Chez les femmes, la situation est équivalente à celle de la France métropolitaine, et la zone Île-de-France figure en jaune.

Les figures qui suivent précisent les différences selon le département.

Figure 6 – Tous cancers : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 24-1, p. 164

Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

Chez les hommes, la sous-mortalité la plus importante est observée à Paris (SMR=0,83 IC95% [0,82;0,85]) et dans les Hauts-de-Seine (SMR=0,87 IC95% [0,86;0,89]). Ces résultats favorables sont à rapprocher des caractéristiques sociales et professionnelles plus privilégiées de ces deux départements.

Chez les hommes, une sous-mortalité importante à Paris et dans les Hauts-de-Seine

Chez les femmes, l'origine de la sur-incidence et de la surmortalité observées à Paris (SIR=1,04 IC95% [1,00;1,08] SMR=1,02 IC95% [1,00;1,03]) sera précisée dans l'analyse par localisation.

Trois départements présentent une sur-mortalité sans sur-incidence associée : la Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise, (respectivement SMR=1,02 IC95 % [1,00;1,04] SMR=1,05 IC95 %

[1,02;1,07]) et SMR=1,04 IC95 %[1,02;1,06]).

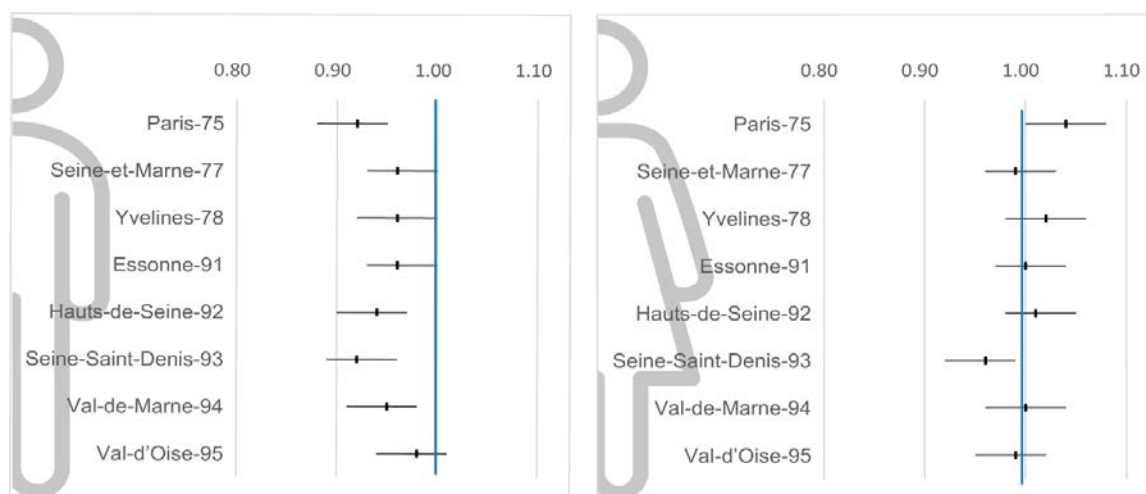
Chez les femmes, une sur-incidence et une surmortalité à Paris et une surmortalité sans sur-incidence en Seine-Saint-Denis, Seine-et-Marne et Val-d'Oise

Cette surmortalité peut être liée à des retards au diagnostic. La sous-incidence observée en Seine-Saint-Denis, département en situation sociale défavorable, plaide dans ce sens.

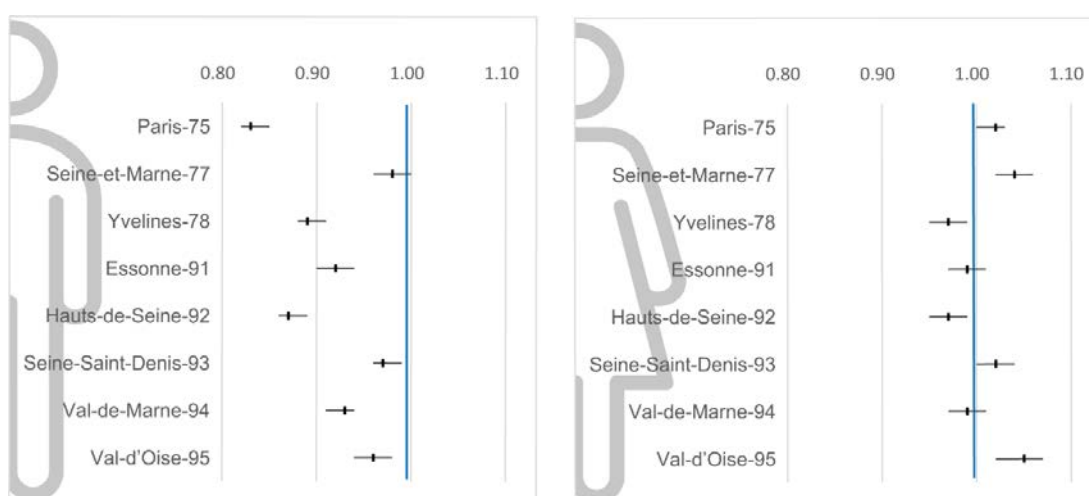
Enfin dans les Yvelines et les Hauts-de-Seine, on observe une sous-mortalité (valeur commune : SMR=0,97 IC95% [0,95;0,99]). Celle-ci n'est pas associée à une sous-incidence, on peut suggérer qu'elle pourrait être due en partie à un diagnostic et une prise en charge précoces, ou encore des soins de qualité, hypothèses qui demandent à être confirmées.

Figure 7 – Rapports d'incidence et de mortalité standardisés par département et par sexe

a) Incidence 2007-2016



b) Mortalité 2007-2014



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé publique France, 2019. Exploitation ORS Île-de-France

Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

Évolution de la mortalité tous cancers

Le nombre de décès annuels par cancer a augmenté chez les hommes franciliens de 12 328 en 1980 à 12 819 en 1992. Il diminue depuis (11 901 en 2014). Chez les femmes en revanche, le nombre de décès annuels par cancer a augmenté sur l'ensemble de la période, passant de 8 879 en 1980 à 9 756 en 2014.

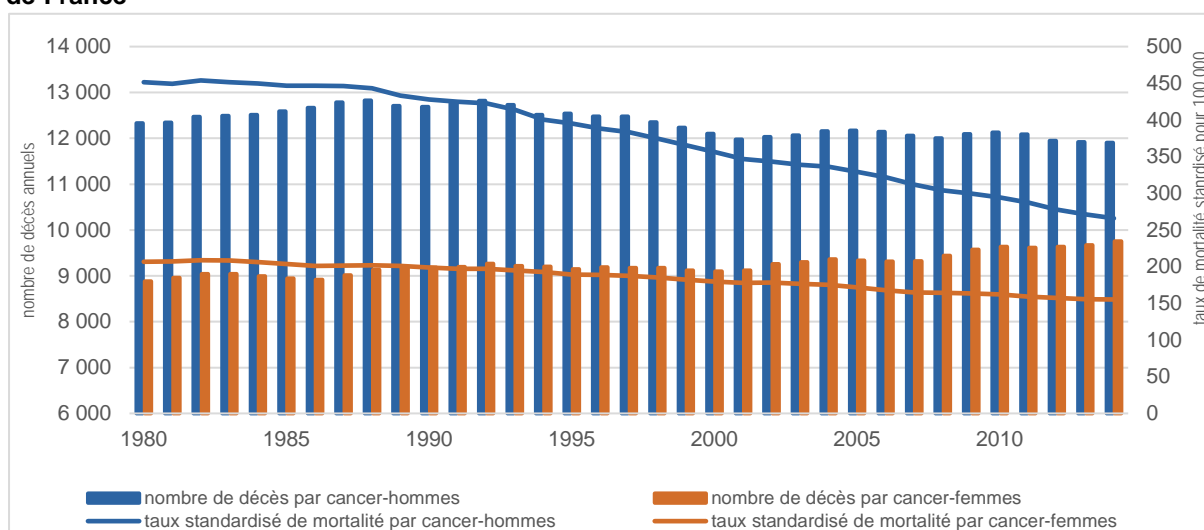
Une évolution favorable des taux de mortalité en 35 ans

Les taux de mortalité par cancer ont diminué régulièrement en Île-de-France sur l'ensemble de la période, passant de 452 à 266 pour 100 000 hommes

et de 207 à 155 pour 100 000 femmes soit une diminution de 1,5% par an chez les hommes et de 0,8% par an chez les femmes [12].

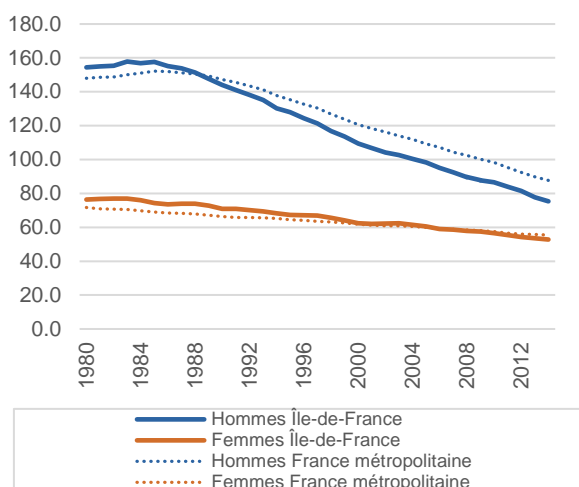
La comparaison avec la France métropolitaine est encourageante pour la région. Chez les hommes franciliens, la mortalité par cancer était supérieure à celle de la France métropolitaine jusqu'en 1988. Elle est inférieure depuis, et l'écart est de 10% en 2014. Chez les Franciliennes, la mortalité est supérieure sur l'ensemble de la période mais l'écart diminue et devient nul en 2014. La mortalité prématurée devient même inférieure à celle de France métropolitaine en 2006.

Figure 8 – Nombre de décès par cancer et taux de mortalité standardisés entre 1980 et 2014 en Île-de-France



Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 17/07/2020. Exploitation ORS Île-de-France

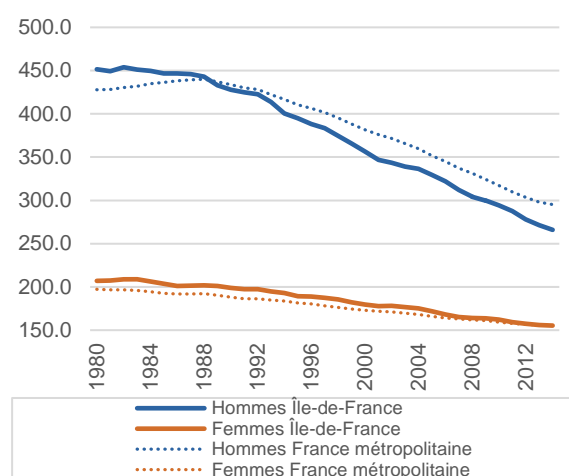
Figure 9 – Évolution des taux de mortalité par cancer entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000

Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Figure 10 – Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000

Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

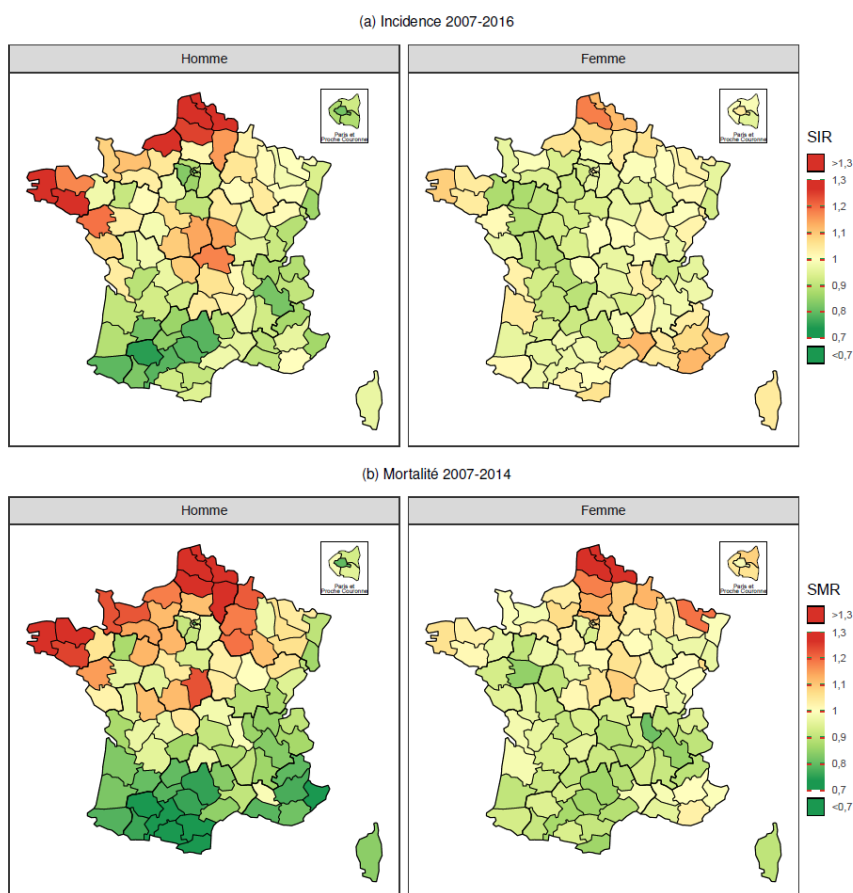
Cancer des lèvres-bouche-pharynx (LBP), une situation à améliorer pour les femmes

Un total de 1 846 nouveaux cas annuels moyen est estimé en Île-de-France pour la période 2007-2016, 1 368 chez les hommes et 478 chez les femmes [4]. Pour les cancers de la langue et de la cavité orale, la survie nette¹ à 5 ans est estimée à environ 40 % chez les hommes et 50 % chez les femmes, pour ceux du nasopharynx autour de 60 % et enfin ceux de l'hypopharynx autour de 30 % tant chez les hommes que chez les femmes [13]

Les facteurs de risque les plus importants de survenue des cancers LBP sont la consommation d'alcool et le tabagisme [14].

Les cartes d'incidence et de mortalité sont proches, mais les contrastes sont plus marqués pour la mortalité. Chez les hommes la Bretagne, la Normandie, et le Nord ont les taux de mortalité les plus élevés ; ils contrastent avec ceux du sud de la France. L'Île-de-France est dans une position intermédiaire. Chez les femmes, les contrastes Nord-ouest Sud-Est sont moins marqués que chez les hommes. Les taux de mortalité les plus élevés se situent dans les Hauts-de-France. Une surmortalité de 14 % est observée dans le Val-d'Oise à la limite de la significativité statistique (SMR=1,14[0,99;1,30]) [4].

Figure 11 – Disparités géographiques. Lèvres-bouches-pharynx : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 1-1, p. 19

Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

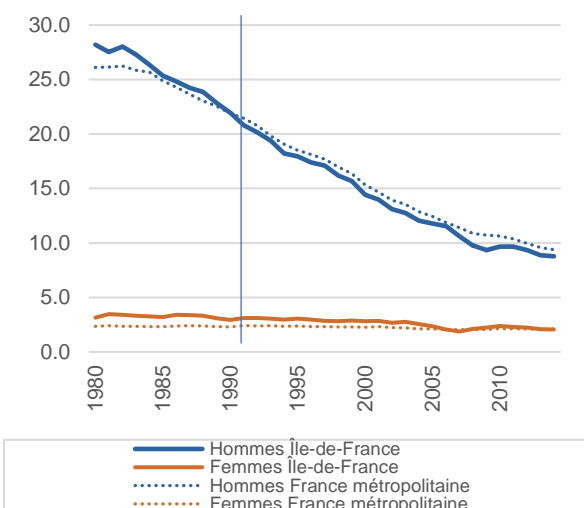
¹ La survie nette est définie comme la survie qui serait observée si la seule cause de décès possible était le cancer étudié (in Bossard N et al. Survie nette: concept, estimation et illustration à partir des résultats de la dernière étude du réseau Francim. Bull Epidemiol Hebd. 2013;(43-44-45):559-65.)

Évolution de la mortalité par cancer des lèvres, bouche et pharynx (LBP)

La mortalité par cancer LBP diminue sur l'ensemble de la période, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes franciliens, elle est inférieure à celle des métropolitains depuis 1991 et l'écart est de 6 % à en 2014. Chez les Franciliennes, elle est supérieure à celle observée chez les métropolitaines jusqu'en 2005 et la rejoint depuis.

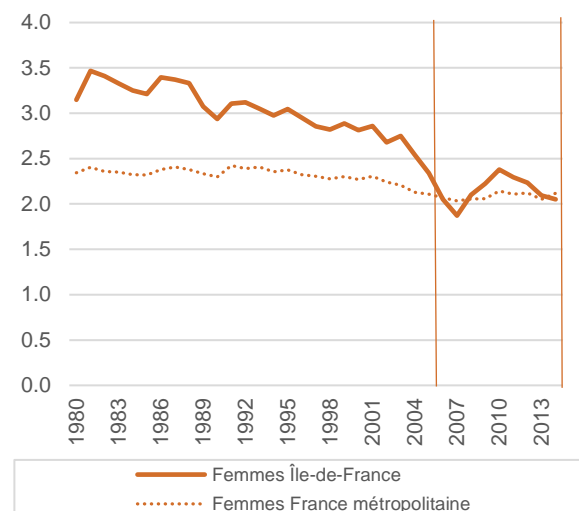
La mortalité prématurée par cancer LBP diminue également sur l'ensemble de la période, tant chez les hommes que chez les femmes. Les taux chez les hommes franciliens deviennent également inférieurs aux taux métropolitains en 1991. Chez les femmes,

Figure 12 – Évolution des taux de mortalité par cancer des lèvres, bouche et pharynx (LBP) entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Ci-dessous détail femmes

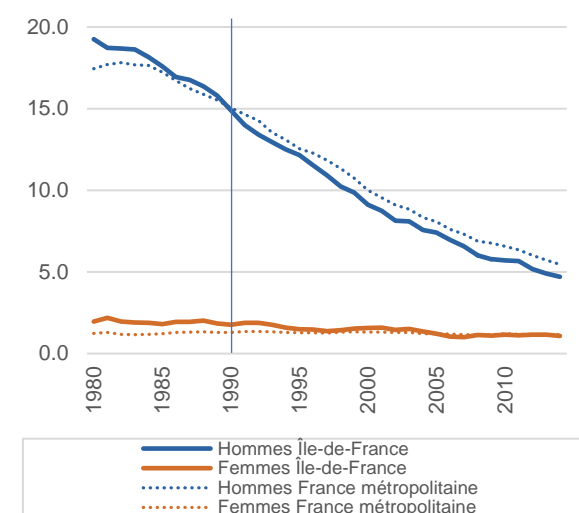


Taux exprimés pour 100 000

une évolution analogue aux taux tous âges est observée.

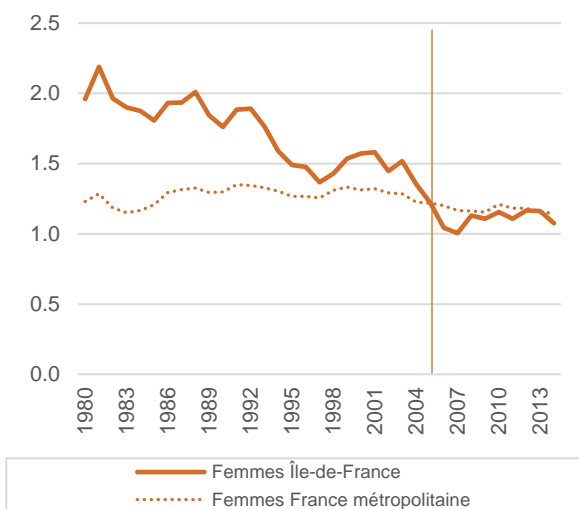
La surmortalité observée chez les Franciliennes est à rapprocher de leur consommation de tabac supérieure à celle de leurs homologues métropolitaines dans les décennies 1980 à 2000 [8]. L'inversion de tendance pour la mortalité prématurée à partir de 2006 donne l'espoir d'une amélioration de la situation francilienne.

Figure 13 – Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer des lèvres, bouche et pharynx (LBP) entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Ci-dessous détail femmes



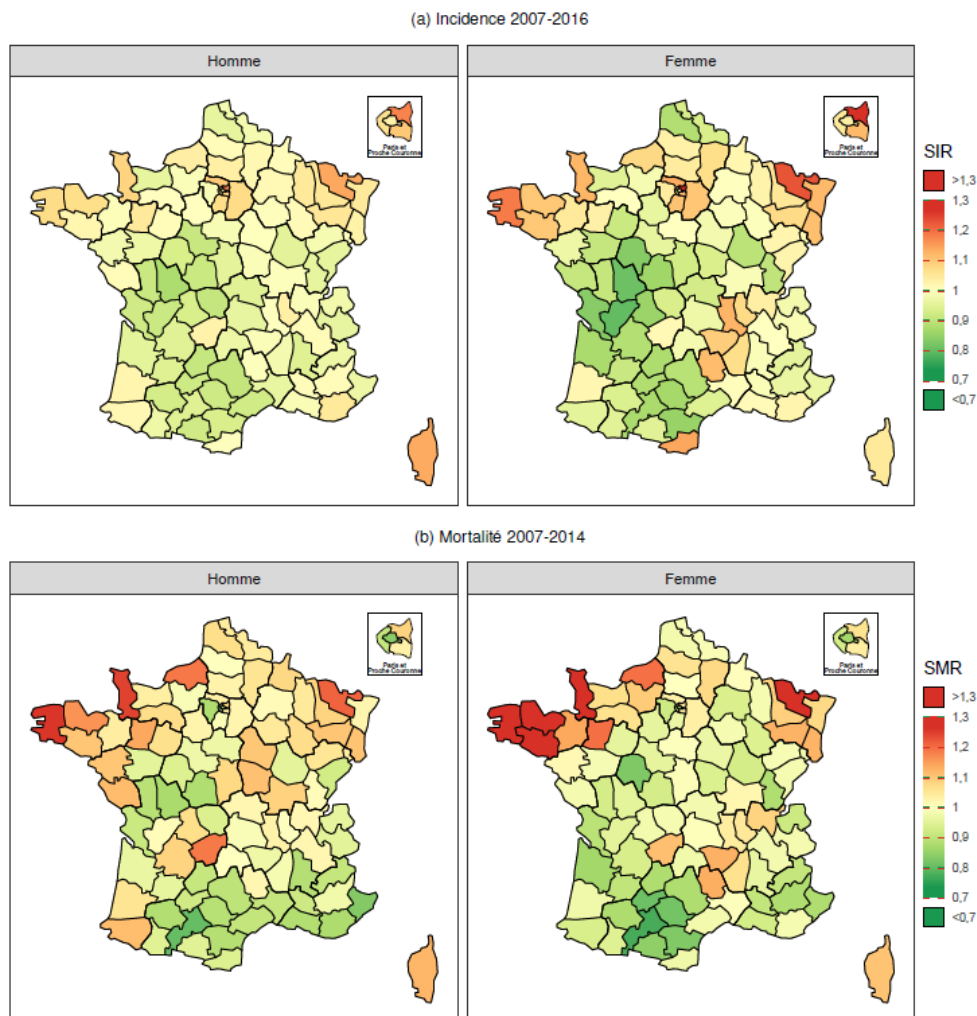
Taux exprimés pour 100 000

Cancer de l'estomac : une situation défavorable, notamment en Seine-Saint-Denis

Un total de 1 211 nouveaux cas annuels est estimé en Île-de-France pour la période 2007-2016, 773 chez les hommes et 438 chez les femmes [4]. La survie nette à cinq ans est estimée à 23 % chez les hommes et 28 % chez les femmes [13].

Les facteurs de risque principaux sont l'infection à *Helicobacter pylori* (89 % des cancers de l'estomac hors cancer du cardia¹ lui sont attribuables) la consommation de sel, l'obésité ainsi que les facteurs familiaux [1]. Le reflux œsophagien est facteur de risque pour les cancers du cardia [15].

Figure 14 – Disparités géographiques. Cancer de l'estomac : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 3-1, p. 33

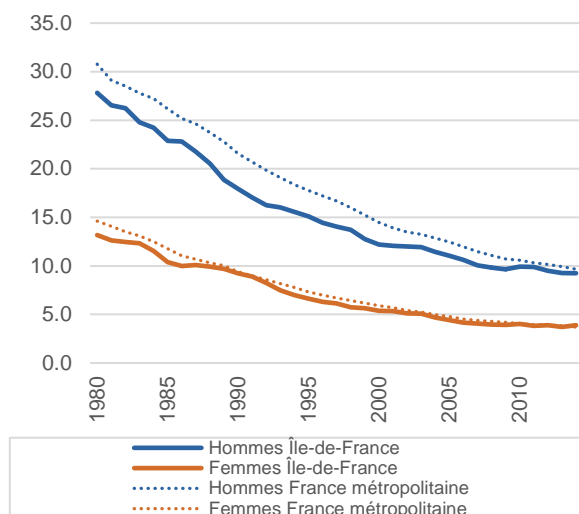
Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

¹ Partie supérieure de l'estomac, intermédiaire avec l'œsophage

L'Île-de-France est en sur-incidence chez les hommes et chez les femmes (SIR=1,08 IC95 % [1,04;1,12] et SIR=1,11 IC95 % [1,06;1,16]). Le département le plus touché est la Seine-Saint-Denis (SIR=1,20 IC95 % [1,09;1,30] et SIR=1,32 IC95 % [1,19;1,45]). Ceux les moins touchés (absence de différence ou excès non significatif) sont les Yvelines, Paris et les Hauts-de-Seine. Ces observations vont dans le sens d'une association avec le niveau socio-économique du territoire. Des investigations sur la prévalence du virus *Helicobacter pylori* seraient utiles pour comprendre ce phénomène et tenter de l'enrayer.

La situation est meilleure pour l'Île-de-France en ce qui concerne la mortalité, notamment dans l'ouest de la région.

Figure 15 – Évolution des taux de mortalité par cancer de l'estomac entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

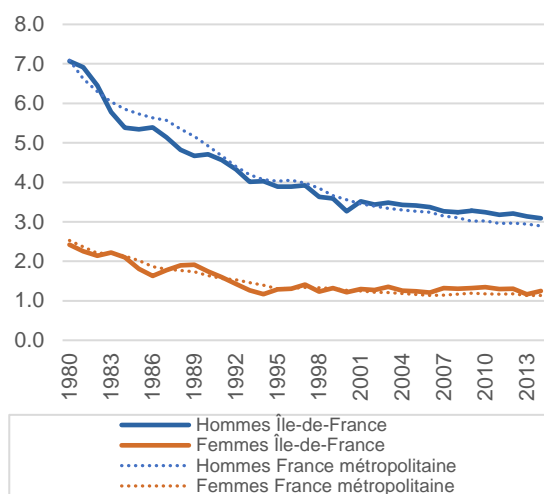
Évolution de la mortalité par cancer de l'estomac

La mortalité par cancer de l'estomac diminue sur l'ensemble de la période, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes franciliens, elle est inférieure à celle des métropolitains sur l'ensemble de la période mais l'écart se réduit passant de 10 % au début des années 1980 à 5 % depuis 2010. Un phénomène analogue est observé chez les femmes mais les deux courbes se superposent depuis les années 2010.

La mortalité prématurée semble indiquer une détérioration de la situation francilienne depuis les années 2000

La mortalité prématurée par cancer de l'estomac diminue également sur l'ensemble de la période, tant chez les hommes que chez les femmes. Les courbes sont proches sur les deux territoires. On note toutefois que depuis 2001, les taux franciliens sont systématiquement légèrement supérieurs aux taux métropolitains, chez les hommes et chez les femmes.

Figure 16 – Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer de l'estomac entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

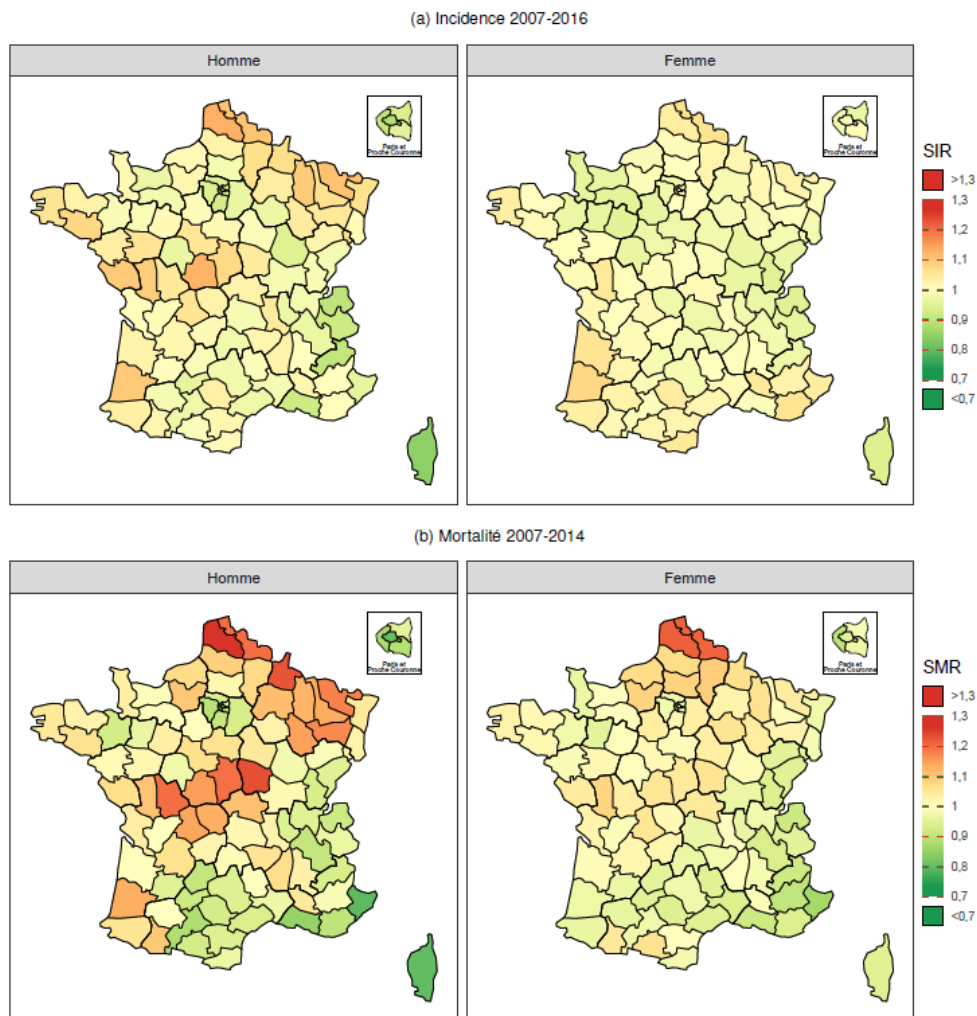
Cancer du côlon-rectum : une situation favorable chez les hommes franciliens

Un total de 5 935 nouveaux cas annuels est estimé en Île-de-France pour la période 2007-2016, 3 090 chez les hommes et 2 845 chez les femmes [4]. La survie nette à 5 ans est estimée à environ 60 % chez les hommes comme chez les femmes [13].

Les facteurs de risque principaux de cancer colorectal sont les facteurs familiaux. Les facteurs liés au mode de vie sont également en cause : tabagisme, consommation d'alcool, de viande rouge ou ultra-transformée, faible consommation de fibres alimentaires ainsi qu'obésité, diabète et sédentarité [14].

La distribution spatiale de l'incidence du cancer colorectal est peu contrastée notamment chez la femme. En revanche, celle relative à la mortalité fait apparaître des territoires avec une situation défavorable mais l'Île-de-France n'est pas concernée. La situation est même favorable chez les hommes. L'analyse de la précocité du dépistage et du diagnostic permettrait peut-être d'éclaircir ces disparités.

Figure 17– Disparités géographiques. Cancer du côlon-rectum : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine



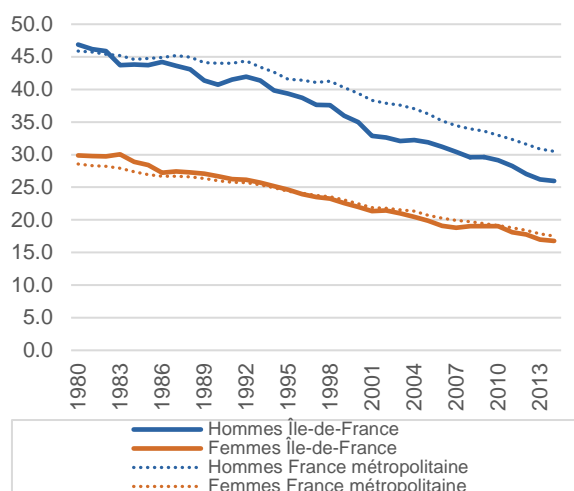
Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 4-1, p. 40

Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

Évolution de la mortalité par cancer du côlon-rectum

La mortalité par cancer colorectal diminue sur l'ensemble de la période, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes franciliens, elle est inférieure à celle des métropolitains depuis 1983 et l'écart passe de 3 % à cette date à 15 % en 2014. Chez les Franciliennes, elle ne devient inférieure qu'en 1996 et les écarts sont moindres : 1 % en 1996 et 4 % en 2014.

Figure 18 – Évolution des taux de mortalité par cancer du côlon-rectum entre 1980 et 2014



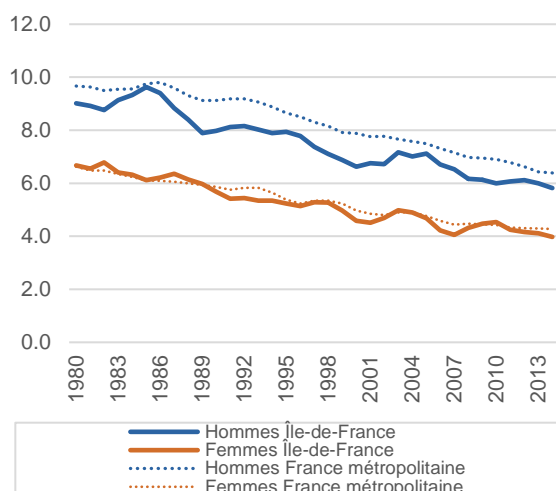
Taux exprimés pour 100 000

Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

La mortalité prématurée par cancer colorectal diminue également sur l'ensemble de la période, tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes franciliens, elle est inférieure à celle des métropolitains sur l'ensemble de la période avec un écart autour de 8 % les dernières années.

Chez les femmes, les taux sont du même ordre de grandeur entre l'Île-de-France et la France métropolitaine sur l'ensemble de la période.

Figure 19 – Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer du côlon-rectum entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000

Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

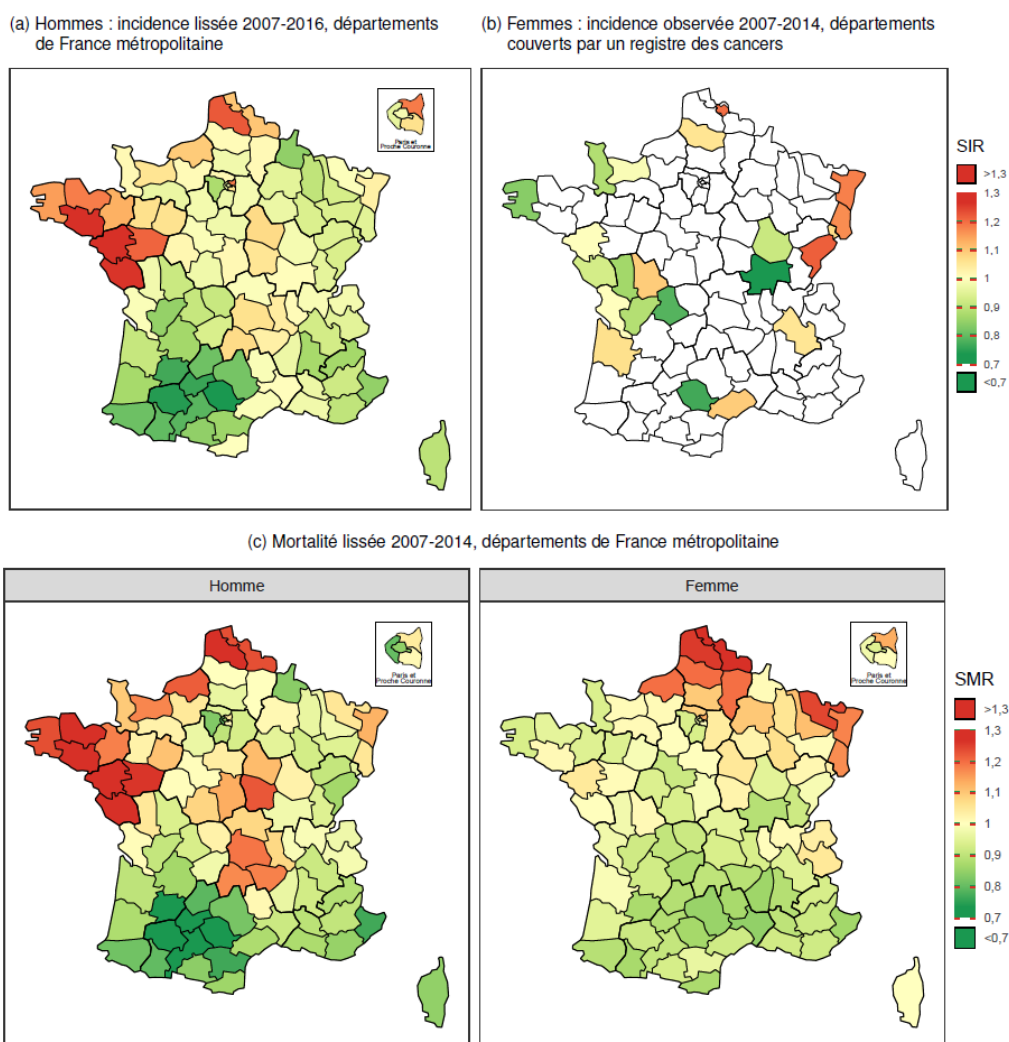
Cancer du foie : une situation défavorable en Seine-Saint-Denis

Un total de 1 052 nouveaux cas annuels est estimé en Île-de-France pour la période 2007-2016 chez les hommes. La robustesse des données médico-administratives est trop faible pour permettre une estimation chez les femmes [4]. La survie nette à 5 ans est estimée à environ 15 % chez les hommes et 14 % chez les femmes [13].

Les principaux facteurs de risque de cancer du foie sont la consommation d'alcool et de tabac, les virus des hépatites B et C, l'obésité et le diabète [14].

Chez les hommes, une sur-incidence et une surmortalité sont observées dans le nord et dans l'ouest de la France (Bretagne et Vendée). Dans la région Île-de-France, une sur-incidence est observée en Seine-Saint-Denis (SIR= 1,21 IC95% [1,07;1,37]). Chez les femmes, une surmortalité est observée en Seine-Saint-Denis (SMR= 1,15 [1,05;1,26]). Une attention particulière devra être portée sur les facteurs de risque dans ce département (hépatites, populations immigrées etc).

Figure 20 – Disparités géographiques. Foie : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 5-1, p. 47

Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

Évolution de la mortalité par cancer du foie

Chez les hommes, on observe une augmentation de la mortalité par cancer du foie jusqu'en 1993 chez les franciliens et jusqu'en 1997 chez les métropolitains. À partir de 1989, la mortalité francilienne est inférieure à la mortalité métropolitaine.

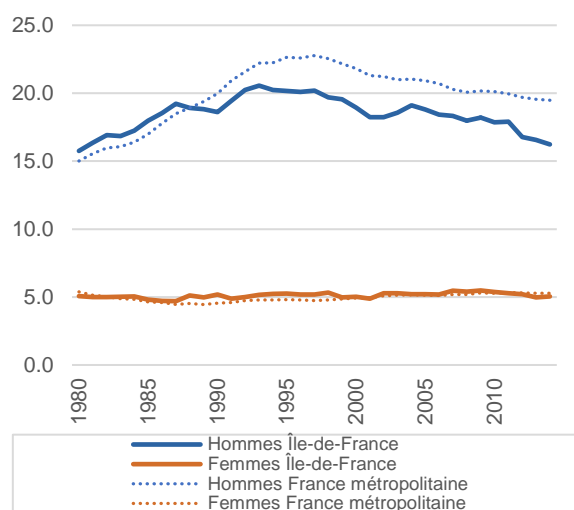
Chez les femmes métropolitaines, on observe une diminution de la mortalité par cancer du foie jusqu'en 1989 et une augmentation depuis. Les taux chez les franciliennes sont instables en raison de faibles effectifs. Ils sont toutefois du même ordre de grandeur que ceux de leurs homologues métropolitains.

Chez les hommes de moins de 65 ans, on observe une augmentation de la mortalité par cancer du foie jusqu'en 1989 chez les Franciliens et jusqu'en 1993 chez les métropolitains. À partir de 1989, la mortalité

francilienne est inférieure à la mortalité métropolitaine.

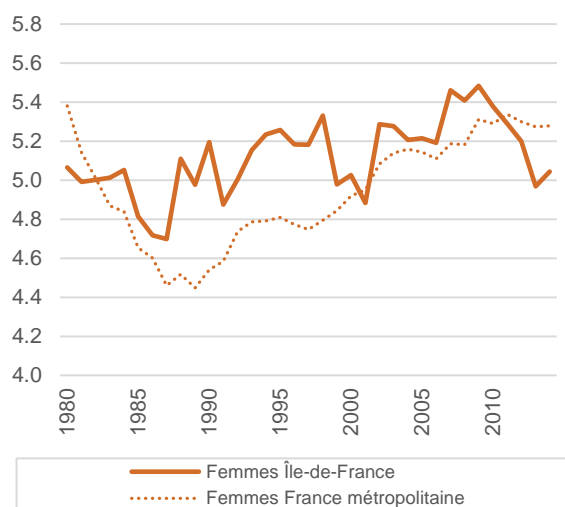
Chez les femmes de moins de 65 ans tant franciliennes que métropolitaines, on observe une diminution de la mortalité par cancer du foie jusqu'en 2001 et une augmentation depuis. Malgré les faibles effectifs, les taux chez les Franciliennes sont moins instables que ceux de la mortalité tous âges confondus. Une analyse de la précision des certificats de décès par tranche d'âge (confusions possibles entre tumeurs primaires et secondaires) permettrait d'investiguer l'hypothèse d'erreurs de classification plus fréquentes aux âges élevés.

Figure 21 – Évolution des taux de mortalité par cancer du foie entre 1980 et 2014



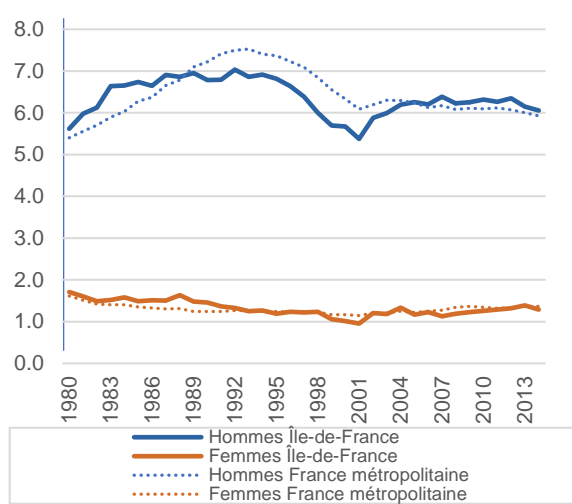
Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Ci-dessous détail femmes



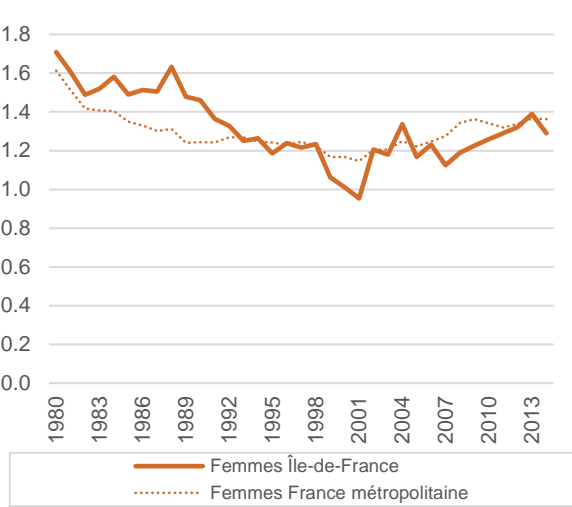
Taux exprimés pour 100 000

Figure 22 – Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer du foie entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Ci-dessous détail femmes



Taux exprimés pour 100 000

Cancer du pancréas : une situation défavorable, notamment à Paris

Un total de 1 755 nouveaux cas annuels est estimé en Île-de-France pour la période 2007-2016, 900 chez les hommes et 855 chez les femmes [4]. La survie nette à 5 ans est estimée à 8 % chez les hommes et 7 % chez les femmes [13].

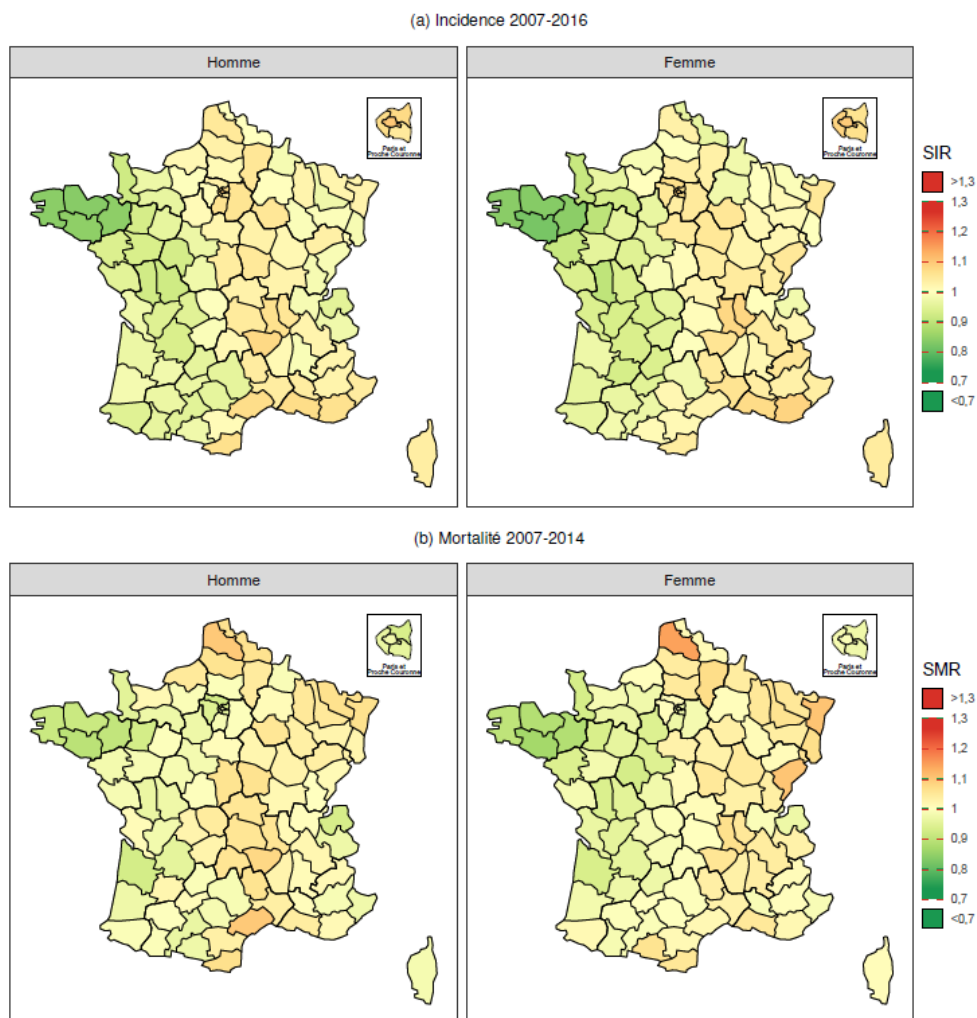
Les facteurs de risque principaux de cancer du pancréas sont le tabac et l'obésité. Les facteurs suivants sont également mis en cause : consommation d'alcool, diabète et sédentarité [14].

La distribution spatiale de l'incidence du cancer du pancréas montre une sous-incidence dans l'ouest de

la France et particulièrement en Bretagne, tant chez les hommes que chez les femmes. Cette caractéristique est également présente dans la distribution de la mortalité mais dans une moindre mesure.

L'Île-de-France n'est pas dans une position favorable : à Paris un excès d'incidence de 7 % par rapport à la France métropolitaine est observé, tant chez les hommes que chez les femmes (SIR=1,07 IC95% [1,04;1,10] SIR=1,07 IC95% [1,04;1,11]). La situation est meilleure pour la mortalité (SMR = 0,96 IC95 % [0,93 0,98] et SMR=0,98 IC95% [0,96;1,01]).

Figure 23 – Disparités géographiques. Pancréas : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine



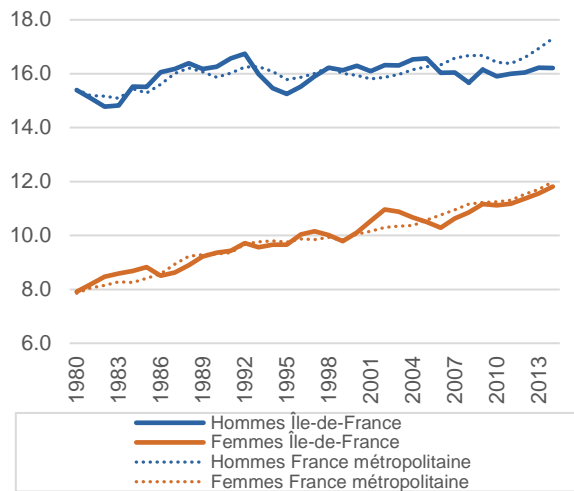
Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 6-1, p. 54

Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

Évolution de la mortalité par cancer du pancréas

On notera qu'étant donné le faible taux de survie associé au cancer du pancréas, la mortalité peut être considérée comme un bon proxy de l'incidence. Elle augmente sur l'ensemble de la période mais de façon plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Les taux franciliens et métropolitains sont très proches. Chez les hommes toutefois un écart de l'ordre de 4 % est observé en faveur de l'Île-de-France.

Figure 24 – Évolution des taux de mortalité par cancer du pancréas entre 1980 et 2014



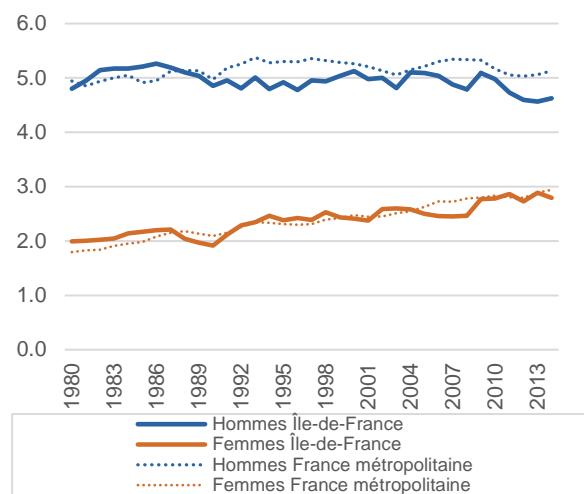
Taux exprimés pour 100 000

Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Chez les hommes de moins de 65 ans, la mortalité est stable sur la période, tant en Île-de-France qu'en France métropolitaine. Elle est en revanche en augmentation chez les femmes de moins de 65 ans.

Le tabagisme peut expliquer l'augmentation plus importante chez la femme que chez l'homme mais il ne suffit pas à expliquer l'ensemble de l'augmentation, présente chez les hommes également. L'augmentation de la prévalence de l'obésité dans la population pourrait avoir joué un rôle [16].

Figure 25 – Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer du pancréas entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000

Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Cancer du poumon : une répartition géographique différente chez les hommes et chez les femmes

Un total de 6 096 nouveaux cas annuels est estimé en Île-de-France pour la période 2007-2016, 4 124 chez les hommes et 1 972 chez les femmes [4]. La survie nette à 5 ans est estimée à 16 % chez les hommes et 20 % chez les femmes [13].

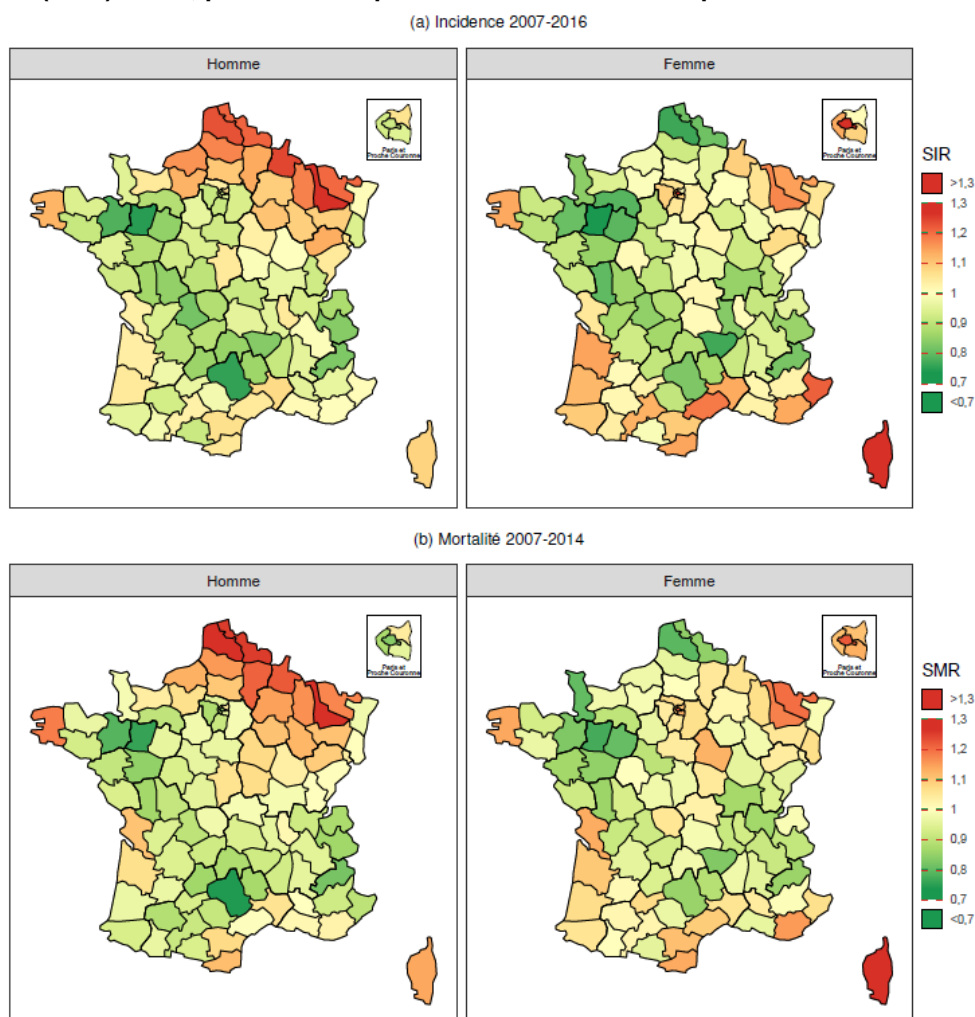
Le facteur de risque le plus important de survenue du cancer du poumon reste de loin le tabagisme. Toutefois de nombreuses substances chimiques ou minérales (amiante) sont des cancérrogènes avérés de cancer du poumon [14]. Les situations d'exposition à ces substances peuvent être professionnelles ou environnementales.

Les cartes d'incidence et de mortalité sont quasiment

superposables ce qui s'explique par le faible taux de survie associé à ce cancer.

Les profils géographiques observés pour le cancer du poumon sont très différents chez les hommes et chez les femmes, que ce soit pour l'incidence ou la mortalité. On observe pour les hommes des valeurs moins élevées en Île-de-France que sur le reste du territoire et ceci est en cohérence avec une exposition aux facteurs de risque moindre en Île-de-France que dans les autres régions (expositions professionnelles et tabagisme passés). À l'inverse chez les femmes le tabagisme, principal facteur de risque pour celles-ci, a été antérieur en Île-de-France [8].

Figure 26 – Disparités géographiques. Cancer du poumon : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 8-1, p. 66

Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

Évolution de la mortalité par cancer du poumon

Chez les hommes, la mortalité par cancer du poumon augmente en Île-de-France comme en France métropolitaine pendant la décennie 1980. Un plateau est ensuite observé jusqu'en 1993 en Île-de-France et 1997 en France métropolitaine, puis les taux décroissent. Sur toute cette période, la mortalité des Franciliens est moins élevée que celle des métropolitains. L'écart est de 10 % en 2014.

Chez les femmes, la mortalité par cancer du poumon augmente en Île-de-France comme en France métropolitaine sur toute la période. Les taux des Franciliennes sont supérieurs à ceux des métropolitaines mais se rapprochent de la valeur métropolitaine. L'écart est de 6 % en 2014.

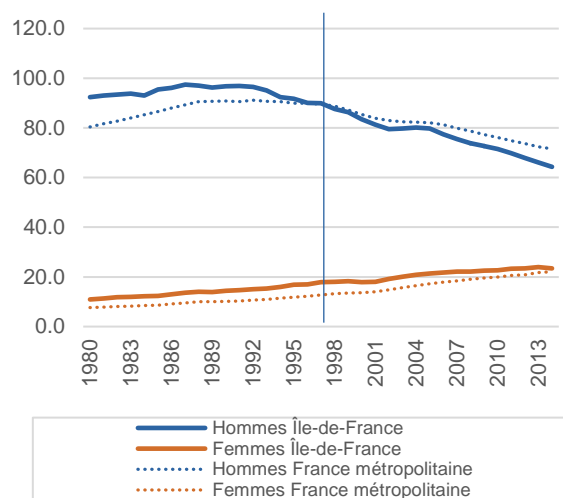
Chez les hommes franciliens de moins de 65 ans, un profil de type augmentation, plateau et diminution est également observé. Chez leurs homologues métropolitains une augmentation est observée jusqu'en 1992. Puis, les taux décroissent avec une mortalité

chez les Franciliens moins élevée que celle des métropolitains. L'écart est de 19 % en 2014.

Les évolutions du tabagisme expliquent en grande partie ces tendances chronologiques [17]. Les écarts résiduels en faveur des hommes franciliens peuvent être dus à d'autres facteurs de risque, comme les expositions professionnelles, moins fréquentes en Île-de-France que dans d'autres régions [9].

Chez les Franciliennes de moins de 65 ans, il semble qu'un plateau ait été atteint entre 2009 et 2013 et que **l'amorce d'une décroissance apparaisse**, à confirmer dans les années ultérieures.

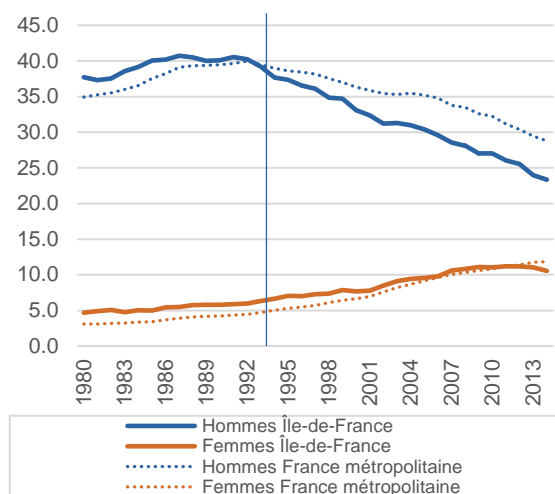
Figure 27 – Évolution des taux de mortalité par cancer du poumon entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000

Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Figure 28 – Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer du poumon entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000

Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Cancer du sein chez la femme : une situation défavorable

Un total de 9 440 nouveaux cas annuels est estimé chez les femmes d'Île-de-France [4]. La survie nette à 5 ans est estimée à 88 % [13]. Les facteurs de risque principaux de cancer du sein sont les facteurs familiaux (mère, fratrie) et certaines caractéristiques de la « vie reproductive » : âge tardif au premier enfant (facteurs de risque), nombre élevé d'enfants et allaitement (facteurs protecteurs) ; des facteurs de risque professionnels sont également avérés (rayonnements ionisants) ou suspectés (travail de nuit) [14].

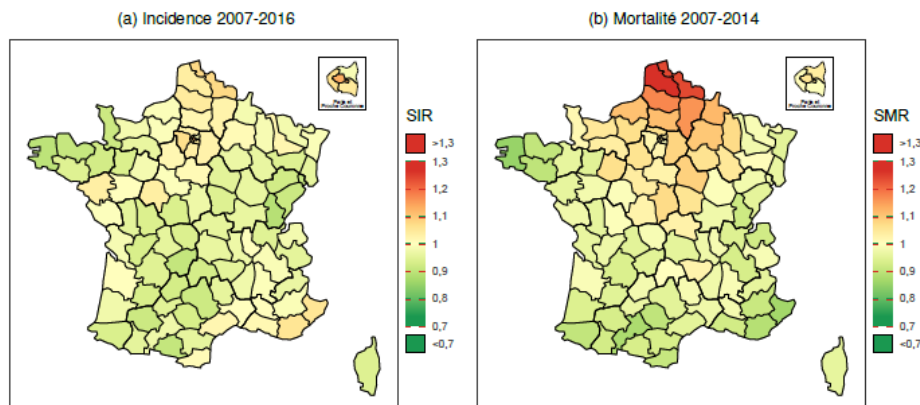
La distribution spatiale de l'incidence du cancer du sein est peu contrastée mais l'Île-de-France est dans une situation défavorable (SIR= 1,06 IC95% [1,04;1,08]). La situation n'est également pas favorable pour la mortalité, mais dans une moindre mesure (SMR= 1,04 IC95% [1,03;1,06]) [4]. Ce résultat est à rapprocher de certaines caractéristiques sociales des Franciliennes : une « vie reproductive »

défavorable vis-à-vis du cancer du sein (âge tardif au premier enfant et nombre d'enfants notamment) [18].

Les départements les plus touchés par la sur-incidence sont Paris, les Yvelines et les Hauts-de-Seine (SIR=1,15 IC95 % [1,10;1,21] ; SIR=1,07 IC95 % [1,03;1,12] ; SIR= 1,07 IC95% [1,02;1,12]). Ceux les plus touchés par la surmortalité sont Paris, la Seine-et-Marne et la Seine-Saint-Denis (SMR= 1,06 IC95% [1,03 ; 1,10] ; SMR=1,09 IC 95% [1,05;1,14] ; SMR =1,04 IC95% [1,00;1,09]) [4].

Ce contraste entre la distribution spatiale de l'incidence et de la mortalité, déjà observé dans les analyses spatiales de 2016 [19], pourrait être lié à des difficultés de diagnostic précoce entraînant une mortalité plus élevée, à des problèmes d'offre ou accès aux soins ou d'autres facteurs d'ordre socio-culturels.

Figure 29 – Disparités géographiques. Cancer du sein chez la femme : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés par département de France métropolitaine



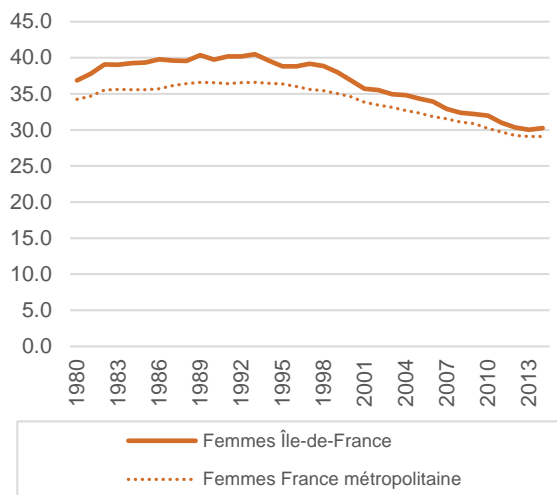
Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 10-1, p. 78

Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

Évolution de la mortalité par cancer du sein

La mortalité par cancer du sein chez la femme augmente jusqu'en 1993 et diminue depuis, tant en Île-de-France qu'en France métropolitaine. Elle est supérieure chez les Franciliennes sur l'ensemble de la période, mais l'écart diminue depuis 1998 passant de 10 % à cette date à 4 % en 2014.

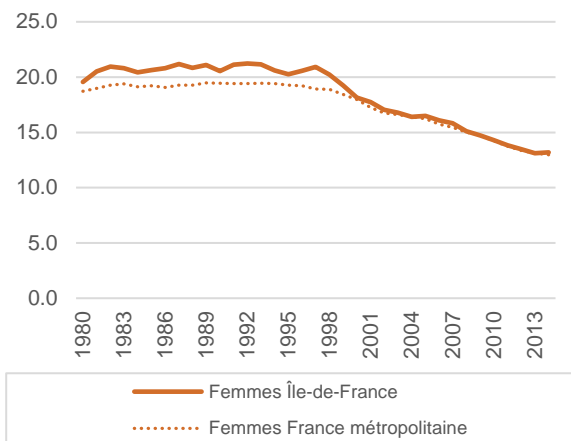
Figure 30 – Évolution des taux de mortalité par cancer du sein entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Chez les moins de 65 ans, on observe un plateau sur la période 1982-1997 avec des valeurs supérieures en Île-de-France. Depuis, les taux diminuent et à partir de 2003, ils sont quasiment identiques sur les deux territoires.

Figure 31 – Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer du sein entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Cancer du col de l'utérus : une situation défavorable à Paris et dans les Hauts-de-Seine

Un total de 584 nouveaux cas annuels est estimé chez les femmes d'Île-de-France pour la période 2007-2016 [4]. La survie nette à 5 ans est estimée à 64 % [13]. Le facteur de risque principal pour le cancer du col de l'utérus est l'infection au papillomavirus [14]. La prévalence de celui-ci dans la population est plus élevée dans les zones défavorisées [20]. Pour améliorer la prévention de ce cancer, un dépistage organisé a été mis en place en 2019 sur l'ensemble du territoire.

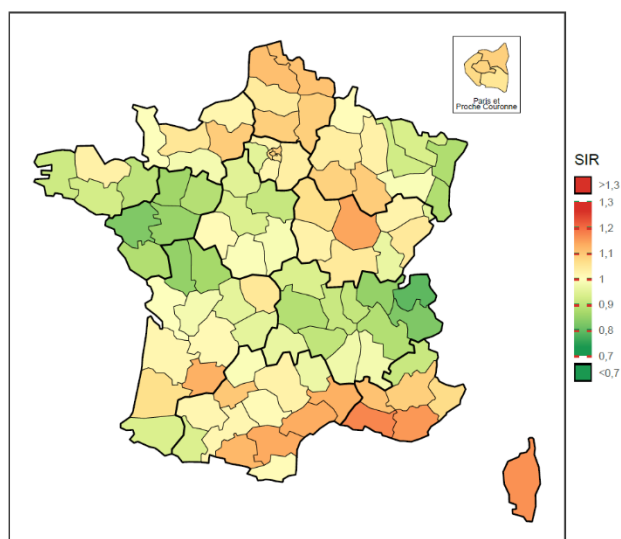
Les territoires les plus concernés sont la Corse, le pourtour méditerranéen, les Hauts-de-France, une partie de la Bourgogne ainsi que Paris et sa proche couronne. L'incidence est plus élevée de 5% en Île-de-France qu'en France métropolitaine (SIR= 1,05 IC95%[1,00 ;1,10]).

Les écarts les plus importants dans la région sont observés à Paris et en Seine-Saint-Denis (SIR= 1,09 IC95%[0,97;1,23] et (SIR= 1,10 IC95%[0,97;1,24] respectivement).

Mortalité par cancer du col de l'utérus

Les certificats de décès en cas de cancer de col de l'utérus ne sont pas suffisamment fiables pour permettre une analyse spécifique. En effet, la moitié des certificats de décès mentionnant un cancer de l'utérus est qualifiée de col ou corps sans précision. Nous ne présentons donc pas les données pour cette localisation de cancer.

Figure 32 – Disparités géographiques. Cancer du col de l'utérus : rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés par département de France métropolitaine



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 11-1, p. 84

Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

Cancer de l’ovaire : une situation défavorable à Paris

Un total de 784 nouveaux cas annuels est estimé chez les femmes d’Île-de-France pour la période 2007-2016 [4]. La survie nette à 5 ans est estimée à 43 % [13].

Les facteurs de risque principaux associés à ce cancer sont les facteurs hormonaux et reproductifs : nombre d’ovulations, longue durée de la vie reproductive, faible nombre d’enfants et prise de traitement hormonal substitutif sont des facteurs de risque), allaitement et prise de contraception orale des facteurs protecteurs [14].

La distribution spatiale de l’incidence de l’ovaire est peu contrastée, mais une incidence plus élevée de 4 % est observée en Île-de-France. (SIR = 1,04 IC95%[1,01;1,07]). Cette sur-incidence est de 11 % à Paris (SIR = 1,11 IC95%[1,04;1,18]) [1]. Ceci est cohérent avec la composition socio-démographique de ce département : niveau socio-économique plus

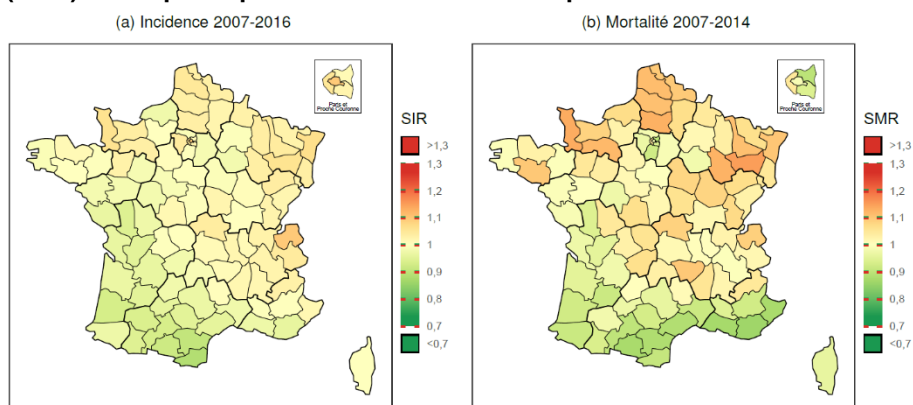
élevé, âge plus tardif au premier enfant [18]. La mortalité est en revanche équivalente à celle de la France métropolitaine, ce qui plaide en faveur d’une bonne prise en charge de ce cancer dans la région.

Évolution de la mortalité par cancer de l’ovaire

Après une période d’augmentation, la mortalité par cancer de l’ovaire diminue tant en Île-de-France qu’en France métropolitaine. Elle est inférieure chez les Franciliennes sur l’ensemble de la période, mais l’écart diminue progressivement jusqu’à se superposer en 2011. Ce rapprochement des courbes doit être considéré comme un signal pour la région : son origine reste à préciser.

Chez les moins de 65 ans, la décroissance porte sur l’ensemble de la période.

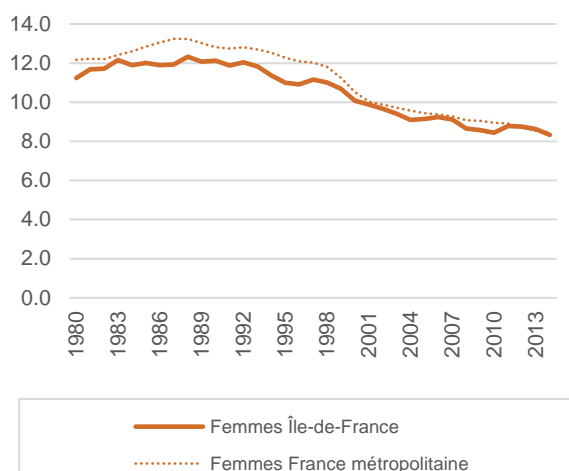
Figure 33 – Disparités géographiques. Cancer de l’ovaire : rapports standardisés d’incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés par département de France métropolitaine



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d’incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 13-1, p. 94

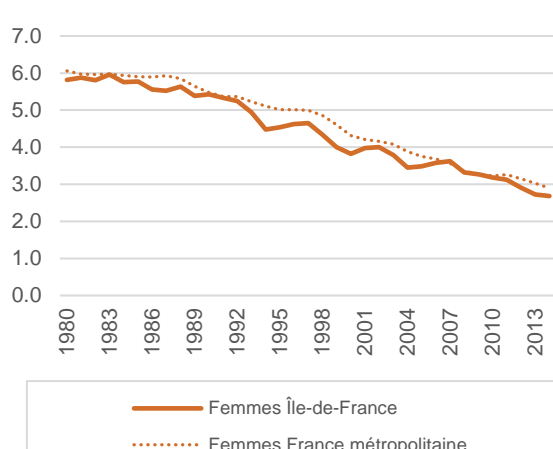
Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

Figure 34 – Évolution des taux de mortalité par cancer de l’ovaire entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Figure 35 – Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer de l’ovaire entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Cancer de la prostate : une situation favorable dans le centre de la région

Un total de 7 232 nouveaux cas annuels est estimé chez les hommes d'Île-de-France pour la période 2007-2016 [4]. La survie nette à 5 ans est estimée à 94 % [13]. En dehors des facteurs individuels (âge, antécédents familiaux ou origine ethnique), les facteurs suspectés de cancer de la prostate sont les pesticides (chlordécone notamment) et les facteurs alimentaires [15].

La distribution spatiale du cancer de la prostate est plus contrastée pour la mortalité que pour l'incidence et le quart nord-ouest du pays est dans une situation défavorable pour la mortalité, à l'exception de l'Île-de-France. Pour celle-ci, une sous-incidence et une sous-mortalité sont observées (SIR = 0,95 IC95% [0,94;0,97] ; SMR = 0,95 IC95% [0,93;0,97]). Les départements à la fois en sous-incidence et en sous-mortalité sont Paris, la Seine-Saint-Denis et le Val-de-Marne [1]. L'excès de mortalité de 17,5 % ob-

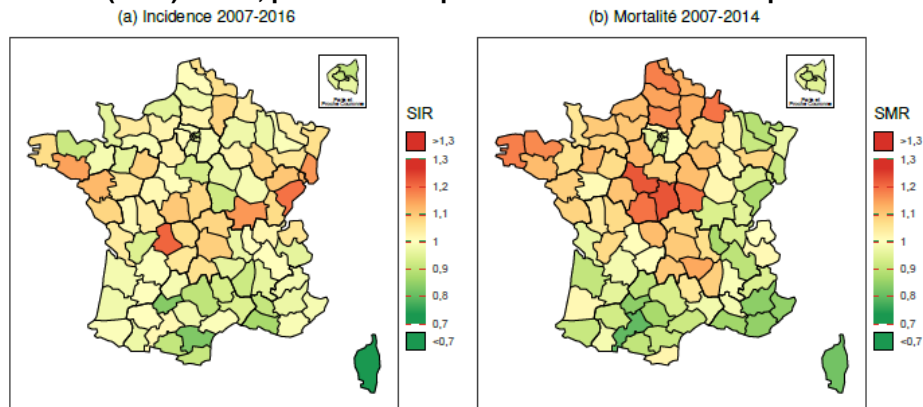
servé dans les zones rurales d'Île-de-France par rapport à la région sur la période 2010-2013 incite à explorer les facteurs liés à la ruralité [21].

Évolution de la mortalité par cancer de la prostate

La mortalité par cancer de la prostate est stable en Île-de-France de 1980 à 1989. Sur cette même période, elle augmente en France métropolitaine. Jusqu'en 1985, elle est supérieure en Île-de-France puis la tendance s'inverse pour aboutir à un écart de 5 % en 2014.

Chez les moins de 65 ans, la mortalité métropolitaine dépasse la mortalité francilienne à partir de 1983. Du fait du faible nombre de décès annuels (moins de 100) les fluctuations sont plus erratiques. L'écart de mortalité entre l'Île-de-France et la France métropolitaine est également de l'ordre de 5 % dans les années récentes.

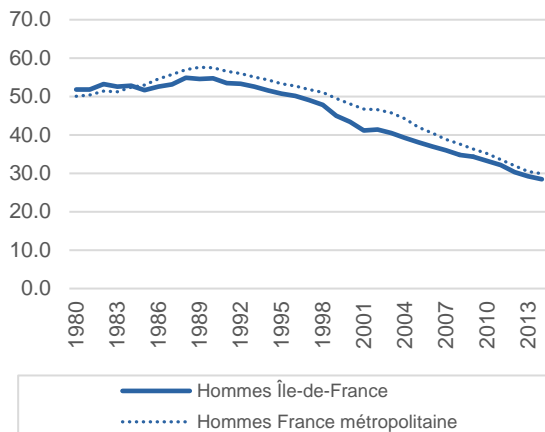
Figure 36 – Disparités géographiques. Cancer de la prostate : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 14-1, p. 100

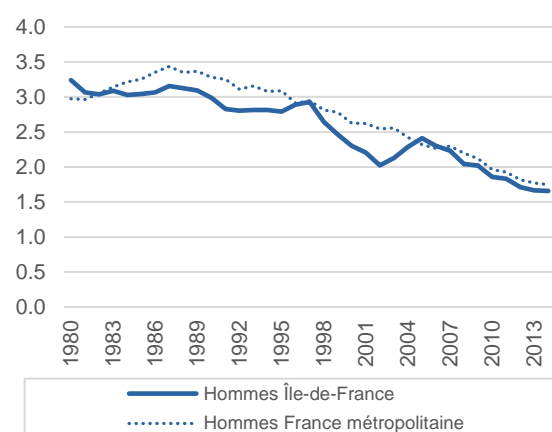
Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

Figure 37– Évolution des taux de mortalité par cancer de la prostate entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Figure 38– Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer de la prostate entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

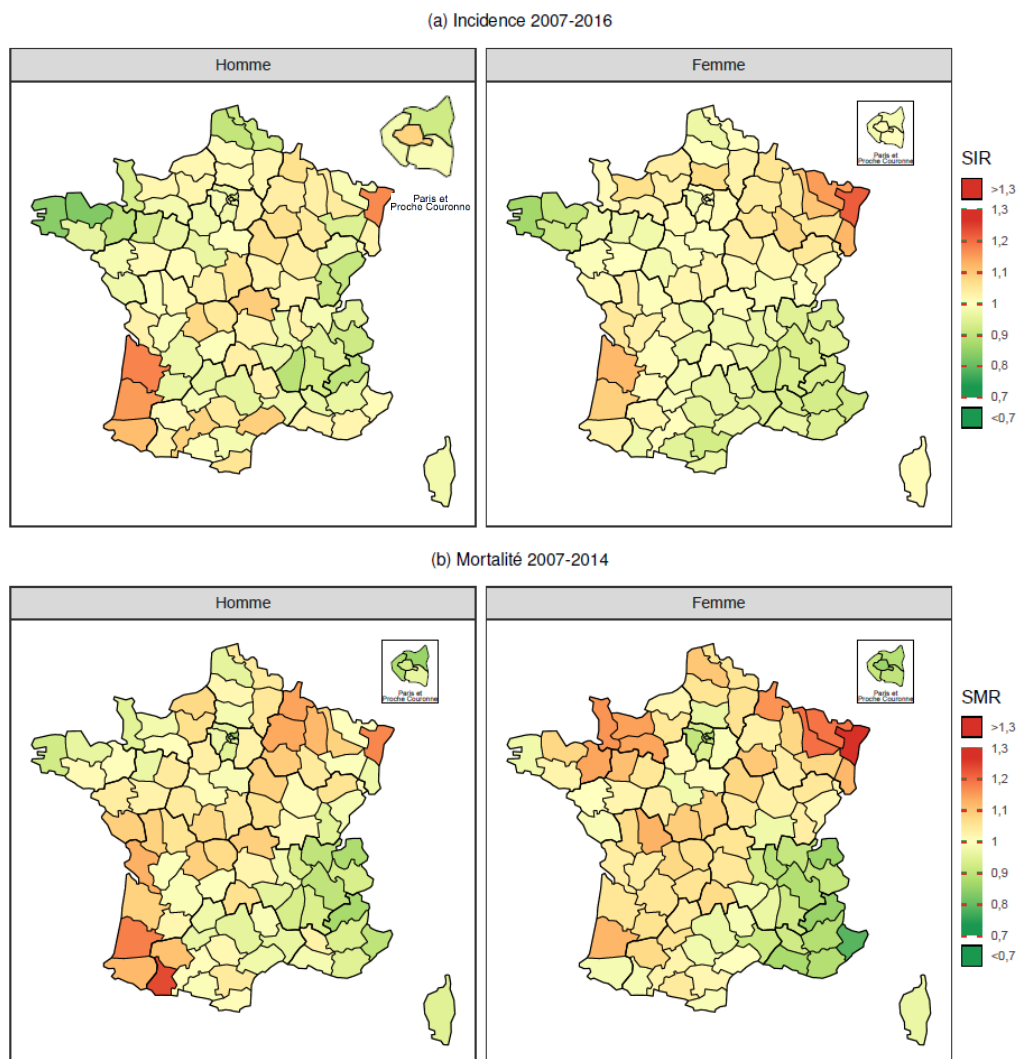
Cancer du rein : une sur-incidence chez les hommes à Paris

Un total de 1 850 nouveaux cas annuels est estimé en Île-de-France pour la période 2007-2016, 1 227 cas chez les hommes et 623 cas chez les femmes [4]. La survie nette à 5 ans est estimée à 71% pour les deux sexes [13]. Les facteurs de risque principaux sont le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle, le diabète, le trichloréthylène [14].

Le Bas-Rhin et les Landes sont en excès d'incidence et de mortalité tant chez les hommes que chez les femmes. Le Finistère est en sous-incidence pour les deux sexes et les Alpes-Maritimes en sous-mortalité.

Une sur-incidence est observée à Paris chez les hommes (SIR = 1,09 IC95% [1,04;1,15]). Les indicateurs de mortalité sont en revanche favorables en Île-de-France.

Figure 39 – Disparités géographiques. Cancer du rein : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 17-1, p. 119

Note : la référence est la France métropolitaine (SIR et SMR=1)

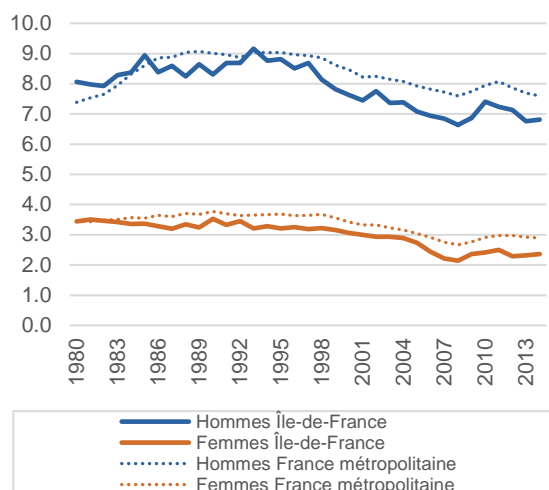
Évolution de la mortalité par cancer du rein

En France métropolitaine, la mortalité par cancer du rein augmente jusqu'au la fin des années 80 chez les hommes comme chez les femmes. Elle décroît depuis avec un rebond autour de l'année 2010. Les taux franciliens suivent la même évolution dans l'ensemble tout en étant inférieurs depuis deux décennies.

La mortalité prématurée suit chez les hommes la même évolution avec une décroissance toutefois plus rapide. Chez les femmes, la mortalité prématurée décroît sur l'ensemble de la période¹.

Les taux franciliens sont également inférieurs aux taux métropolitains.

Figure 40 – Évolution des taux de mortalité par cancer du rein entre 1980 et 2014

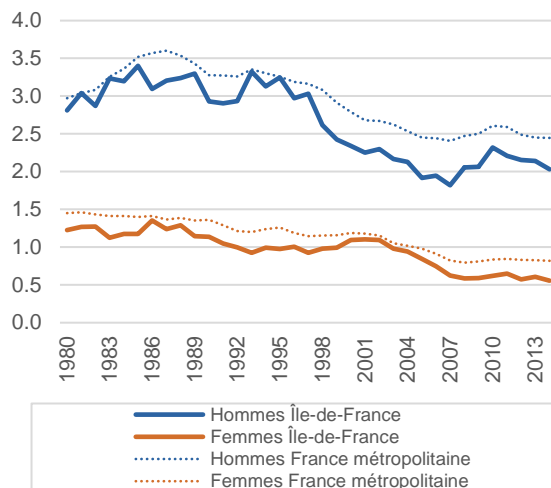


Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 18/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

L'origine de ces évolutions reste à élucider : l'augmentation des années 1980 peut être liée à une amélioration du diagnostic, sans que les progrès thérapeutiques ne suffisent à compenser dans un premier temps. Dans un second temps, les progrès permettent de faire diminuer les taux de mortalité.

Les données d'évolution publiées par Santé publique France pour la période 2010-2018 indiquent une augmentation de la mortalité en France métropolitaine [2] que l'on n'observe pas ici. Ceci peut provenir des extrapolations utilisées pour réaliser des projections jusqu'en 2018 qui utilisent le rebond observé entre 2008 et 2011.

Figure 41 – Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer du rein entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 18/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

¹ Les données sont en effet des observations jusqu'à l'année 2015 (ou 2014) et résultent pour les années suivantes de projections basées sur les années les plus récentes.

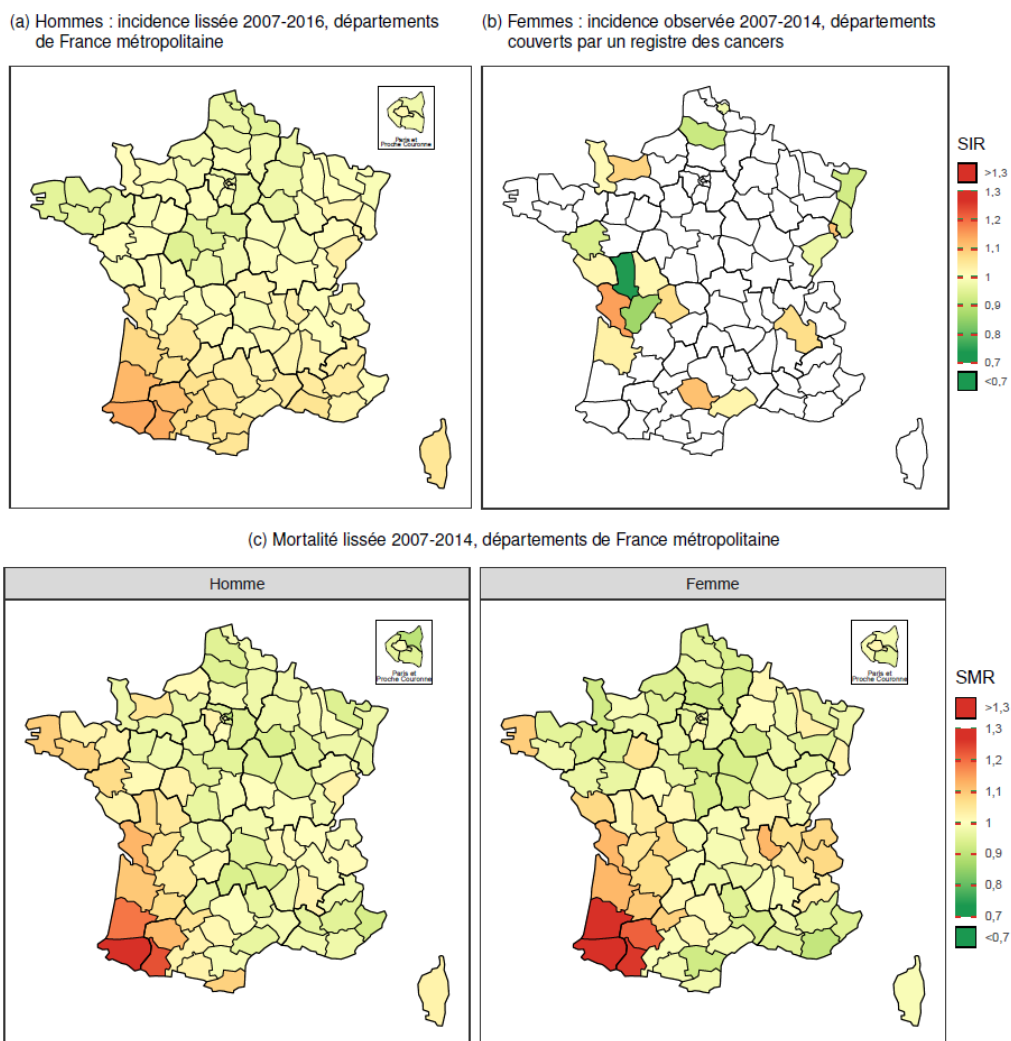
Cancer du système nerveux central : une sous-mortalité en Seine-Saint-Denis

Un total de 450 nouveaux cas annuels de cancers du système nerveux central est estimé en Île-de-France pour la période 2007-2016 chez les hommes. Chez les femmes, la robustesse des données médico-administratives est trop faible pour permettre une estimation [4]. La survie nette est estimée à environ 19 % chez les hommes et 21 % chez les femmes [12]. Les facteurs de risque avérés sont les facteurs héréditaires et les rayonnements ionisants (radiothérapie). D'autres facteurs environnementaux sont suspectés : certains pesticides ainsi que les radiofréquences [14].

La distribution spatiale de l'incidence, uniquement disponible pour l'homme, est peu contrastée, mais le sud-ouest est plus touché. Cette zone ressort très fortement en excès en mortalité, tant chez les hommes que chez les femmes.

L'Île-de-France est en revanche dans une position plutôt favorable avec même une sous-mortalité chez les hommes en Seine-Saint-Denis (SMR = 0,88 IC 95% [0,80 ; 0,96]).

Figure 42 – Disparités géographiques. Cancer du système nerveux central : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) par sexe et par département



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 18-1, p. 126

Note : la référence est la zone registre pour l'incidence chez la femme (SIR=1) et la France métropolitaine pour l'incidence chez l'homme et pour la mortalité (SIR et SMR=1)

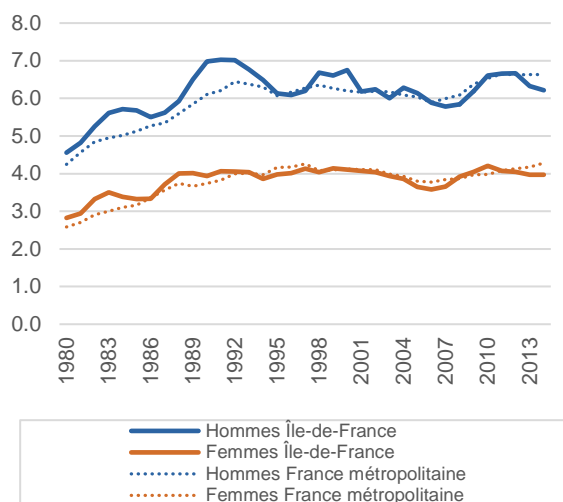
Évolution de la mortalité par cancer du système nerveux central

En France métropolitaine, l'évolution de la mortalité par cancer du système nerveux central connaît trois phases successives : forte augmentation, décroissance légère jusqu'en 2006, hausse depuis. La première phase s'arrête chez les hommes à la fin des années 1980 et chez les femmes en 1996.

Les taux franciliens étaient au-dessus des taux métropolitains jusqu'au milieu des années 1990, ils sont plus proches depuis.

Des évolutions comparables sont observées pour la mortalité prématurée mais de façon moins marquée.

Figure 43 – Évolution des taux de mortalité par cancer du système nerveux central entre 1980 et 2014

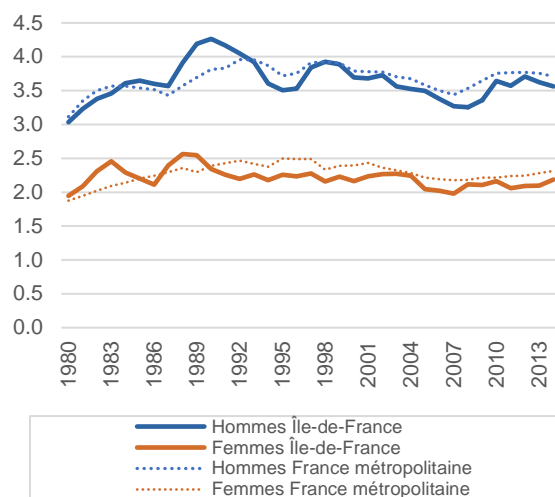


Taux exprimés pour 100 000

Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 18/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Les données de mortalité par cancer du système nerveux central sont à prendre avec précaution, les tumeurs primitives et secondaires n'étant pas toujours bien distinguées dans les certificats de décès [9]. L'augmentation de l'incidence nationale mentionnée plus haut plaide toutefois pour une augmentation réelle depuis 2006 et non un artefact de codage. Les causes de cette augmentation restent à élucider. Celle-ci pourrait être liée en partie à une amélioration des techniques diagnostiques [2].

Figure 44 – Évolution des taux de mortalité prématurée par cancer du système nerveux central entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000

Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 18/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Lymphome de Hodgkin : une situation défavorable chez les hommes franciliens

Un total de 391 nouveaux cas de lymphomes de Hodgkin annuels est estimé en Île-de-France pour la période 2007-2016, 221 chez les hommes et 170 chez les femmes [4]. La survie nette à 5 ans est estimée à 83 % pour les hommes et 88 % pour les femmes [22].

Le virus d'Esptein-Barr est fortement mis en cause dans l'étiologie de ce cancer ainsi que des facteurs génétiques. Le déficit immunitaire est également un facteur de risque suspecté [23].

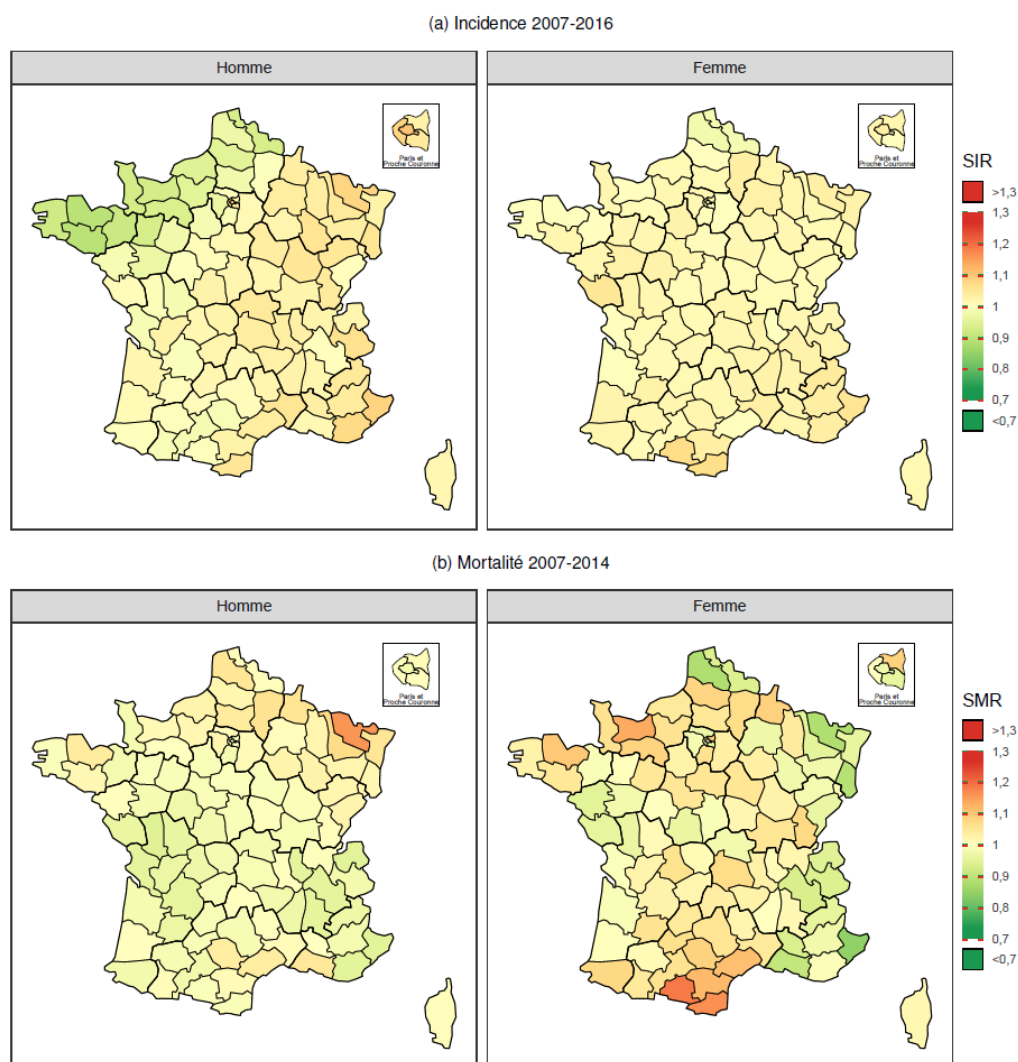
La distribution spatiale de l'incidence du lymphome de Hodgkin est peu contrastée mais on observe toutefois une sur-incidence en Île-de-France chez les

hommes SIR=1,04 IC95%[1,00;1,08]. Deux départements sont particulièrement concernés : Paris (SIR=1,12 IC95%[1,03;1,22]) et les Hauts-de-Seine (SIR=1,09 IC95%[1,00;1,19]).

Pour la mortalité, chez les hommes, seul le département de la Meuse apparait en surmortalité et l'Île-de-France a un profil comparable à celui de la France métropolitaine. Chez les femmes, la distribution est plus contrastée.

Le département de Seine-Saint-Denis apparait en surmortalité mais la valeur n'est pas statistiquement significative (SMR=1,09 IC95%[0,87;1,45]).

Figure 45 – Disparités géographiques. Lymphome de Hodgkin : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

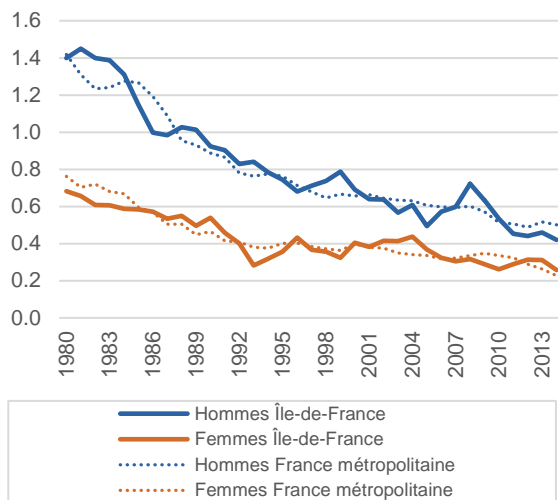


Évolution de la mortalité par lymphome de Hodgkin

La mortalité par lymphome de Hodgkin diminue sur l'ensemble de la période, tant chez les hommes que chez les femmes. Étant donné le faible niveau des taux, les écarts entre les taux franciliens et métropolitains sont instables sur le plan statistique mais il ne semble pas y avoir de différence entre les taux de mortalité.

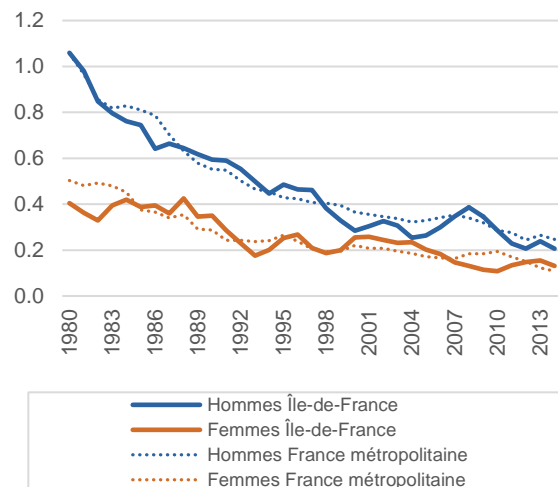
Les mêmes observations peuvent être faites pour la mortalité prématurée.

Figure 46 – Évolution des taux de mortalité par lymphome de Hodgkin entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Figure 47 – Évolution des taux de mortalité prématurée par lymphome de Hodgkin entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000
Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, score-santé, accédé le 04/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Lymphome malin non Hodgkinien : une sur-incidence à Paris chez les hommes

Un total de 1 237 nouveaux cas annuels de lymphome non hodgkinien est estimé en Île-de-France pour la période 2007-2016 chez les hommes, la robustesse des données médico-administratives est trop faible pour permettre une estimation chez les femmes [4]. La survie dépend du type de lymphome. Ainsi, pour les lymphomes diffus à grandes cellules B, la survie est de l'ordre de 60 %, alors qu'elle est de l'ordre de 85 % pour les lymphomes folliculaires et les lymphomes de la zone marginale [22].

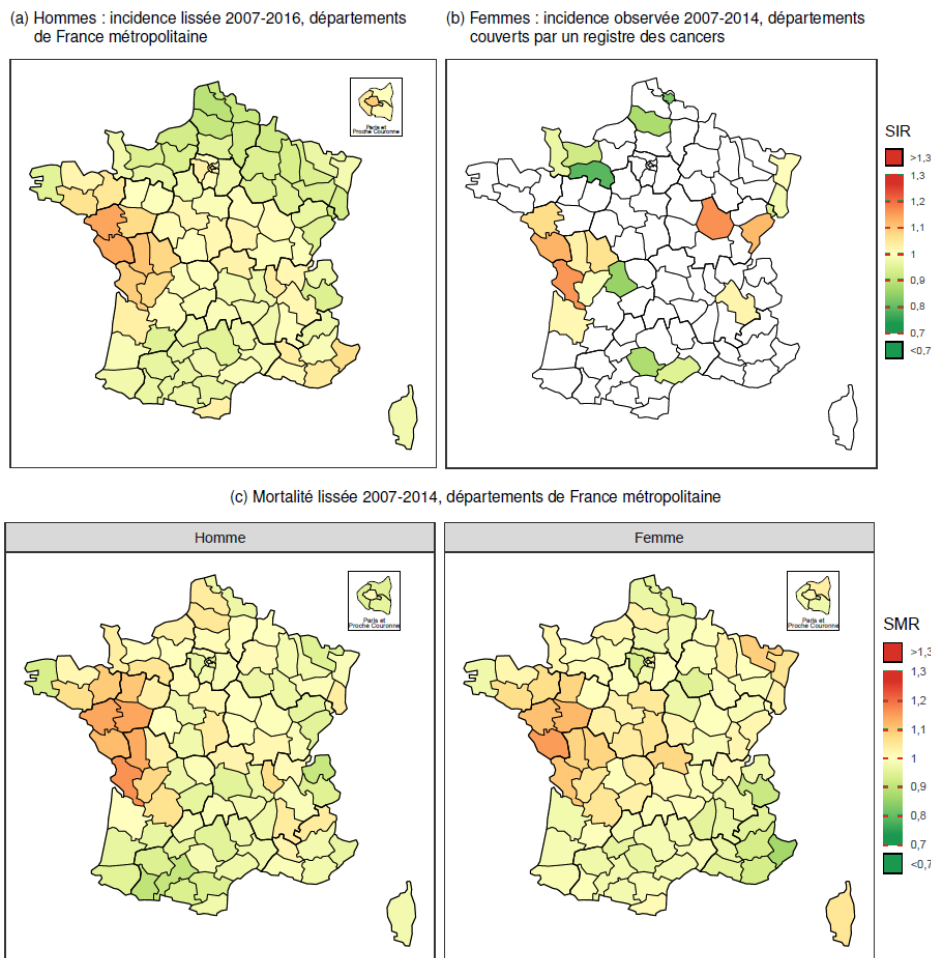
Les facteurs de risque connus sont les déficits immunitaires primitifs, l'infection par le VIH, les greffes d'organes, les agents infectieux tels que *Helicobacter Pylori*, le virus de l'hépatite C ou le virus lymphotrope humain T-HTLV-1, les maladies auto-immunes telles que le syndrome de Sjögren et le lupus érythémateux disséminé, les antécédents familiaux et personnels d'hémopathies malignes [4]. Certaines substances utilisées comme les herbicides (glyphosate)

ou insecticides (diazinon, malathion) sont également classées cancérogènes probables par le CIRC avec pour pathologies concernées les lymphomes non hodgkiniens [24,25]. Les pesticides sont depuis peu l'objet d'un tableau de reconnaissance en maladie professionnelle pour les salariés du régime agricole de sécurité sociale [26].

Chez les hommes, l'incidence du lymphome malin non hodgkinien est plus élevée dans une zone autour de la Vendée. L'Île-de-France semble également en sur-incidence (SIR = 1,03 IC95% [1,00;1,07]). L'excès concerne particulièrement Paris (SIR = 1,11 IC95% [1,02;1,21]).

On retrouve pour la mortalité une zone plus touchée en Vendée, tant chez les hommes que chez les femmes. Les taux d'Île-de-France sont en revanche équivalents à ceux de la France métropolitaine

Figure 48 – Disparités géographiques. Lymphome malin non-hodgkinien : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) par sexe et département de France métropolitaine



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 20-1, p. 140

Note : la référence est la zone registre pour l'incidence chez la femme (SIR=1) et la France métropolitaine pour l'incidence chez l'homme et pour la mortalité (SIR et SMR=1)

Évolution de la mortalité par lymphome malin non Hodgkinien

La mortalité par lymphome malin non Hodgkinien augmente dans un premier temps puis diminue. Cette diminution est effective à partir des années 2000. Les taux franciliens sont au-dessus des taux métropolitains jusqu'en 1999 chez les hommes et jusqu'en 2005 chez les femmes.

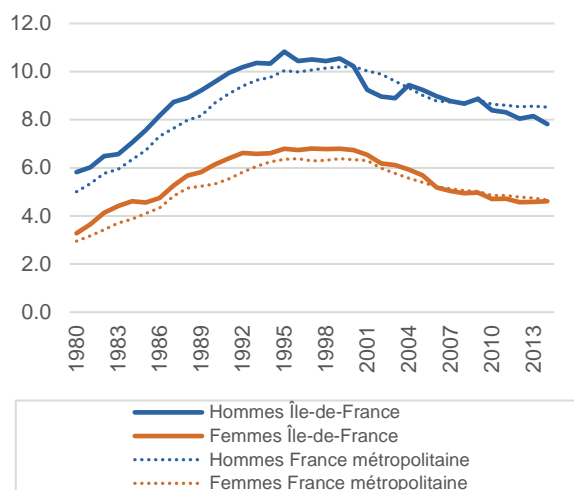
Les évolutions observées pour la mortalité prématurée sont analogues.

L'analyse que nous avons réalisée sur les hémopathies [27] montrait déjà cette évolution en deux périodes. Les régressions effectuées avaient alors mis en évidence une augmentation entre les années 1980 et 1990 de l'ordre de 6 % par an. La diminution observée par la suite était de 1,8 % par an chez les hommes et de 3,2 % chez les femmes en Île-de-France et de 1,5 % chez les hommes et 2,4 % chez

les femmes en France métropolitaine. Santé publique France a par ailleurs montré une augmentation de la majorité des lymphomes non hodgkiniens depuis les années 1990 [3].

On peut alors envisager que dans un premier temps l'augmentation de l'incidence se soit traduite également par une augmentation de la mortalité ; puis que les progrès thérapeutiques aient permis une baisse de la mortalité. L'origine de l'augmentation nationale de l'incidence reste à élucider.

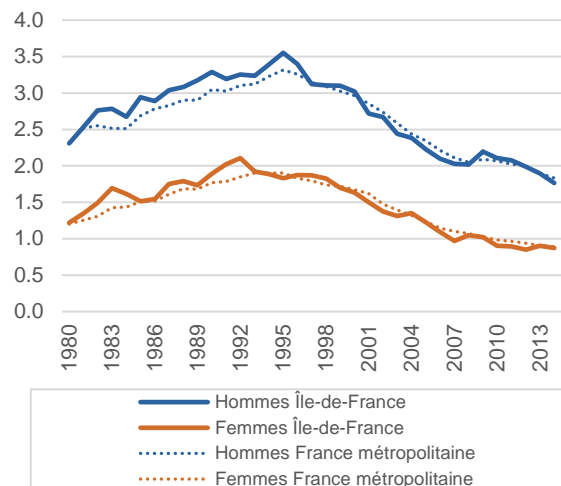
Figure 49 – Évolution des taux de mortalité par lymphome malin non Hodgkinien entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000

Source : Cepi-dc, score-santé, accédé le 19/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Figure 50 – Évolution des taux de mortalité prématurée par lymphome malin non Hodgkinien entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000

Source : Cepi-dc, score-santé, accédé le 19/08/2020. Exploitation ORS Île-de-France

Leucémie aigüe myéloïde : une situation défavorable chez les femmes franciliennes

La robustesse des données médico-administratives est trop faible pour permettre une estimation des cas incidents de leucémies aigües myéloïdes dans la région [4]. La survie nette à 5 ans est de 21 % chez les hommes et 25 % chez les femmes [13]. Les facteurs de risque connus sont les facteurs génétiques mais également le tabac, les rayonnements ionisants, le benzène et le formaldéhyde. Le diazinon inclus dans les pesticides est également classé cancérigène probable pour les leucémies par le CIRC [25].

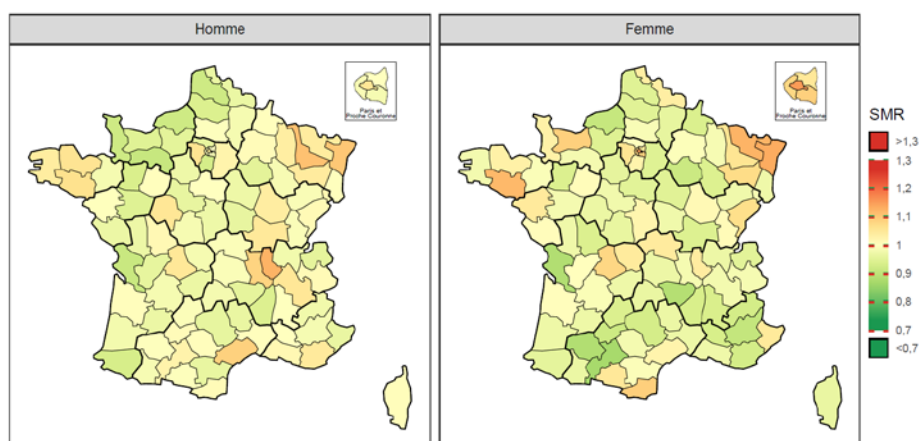
La distribution spatiale de la mortalité par leucémie aigüe myéloïde est difficile à interpréter, aucune zone ou gradient n'apparaissant clairement. L'Île-de-France est en surmortalité chez les femmes (SMR =

1,07 IC95% [1,02;1,13]), le département le plus concerné étant Paris (SMR = 1,17 IC95% [1,05;1,31])

Évolution de la mortalité par leucémie aigüe myéloïde

L'analyse que nous avons réalisée sur les hémopathies [27] montrait une augmentation de la mortalité par leucémie aigüe myéloïde tant en France qu'en Île-de-France. Les régressions mettaient en évidence les périodes d'augmentation significative suivantes : 1,7 % par an chez les hommes, en Île-de-France comme en France métropolitaine depuis 1991, 2,7 % chez les femmes en Île-de-France depuis 2001 et 1,2 % en France métropolitaine depuis 1996.

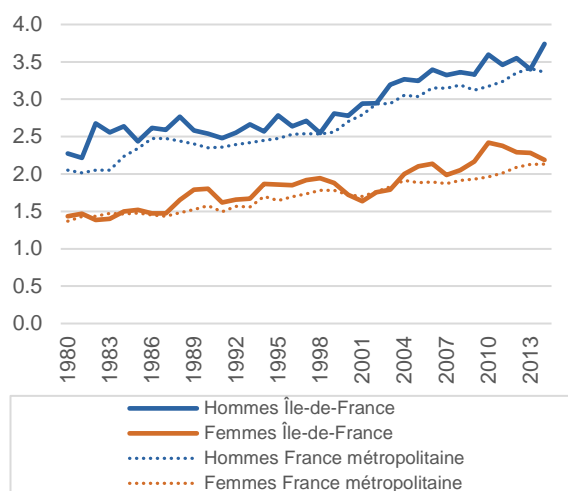
Figure 51 – Disparités géographiques. Leucémie aigüe myéloïde : rapport standardisés de mortalité (SMR) lissée 2007-2014 par sexe et département de France métropolitaine



Source : Mathieu P, Lepoutre A, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Santé Publique France, 2019. Figure 23-1, p. 159

Note : la référence est la zone registre pour l'incidence (SIR=1) et la France métropolitaine (SMR=1)

Figure 52 – Évolution des taux de mortalité par leucémie aigüe myéloïde entre 1980 et 2014



Taux exprimés pour 100 000

Source : Cépi-dc, standardisation RP2006, Exploitation ORS Île-de-France

Conclusion et perspectives

D'après les dernières estimations disponibles, 54 000 nouveaux cas de cancers surviennent chaque année en Île-de-France et 22 000 décès annuels sont observés. Les quatre cancers les plus fréquents totalisent plus de la moitié des cas incidents: près de 10 000 cancers du sein, 7 000 cancers de la prostate, 6 000 cancers du poumon et 6 000 cancers du côlon-rectum. Par ailleurs, la situation est globalement plus favorable chez les hommes franciliens que chez leurs homologues métropolitains alors que chez les femmes, la situation est équivalente, tant en incidence qu'en mortalité. Des différences départementales sont à souligner. Trois départements présentent une surmortalité par cancer toutes localisations confondues sans sur-incidence associée : la Seine-Saint-Denis, la Seine-et-Marne et le Val-d'Oise. À l'inverse les Yvelines et les Hauts-de-Seine présentent une sous-mortalité sans sous-incidence associée. Les inégalités sociales de santé présentes au sein de la région expliquent probablement en grande partie ces disparités.

On observe une sur-incidence de cancers de **l'estomac** et du **pancréas** par rapport à la France métropolitaine tant chez les hommes que chez les femmes. Pour le premier, le virus *Helicobacter pylori* peut être mis en cause (89 % des cancers de l'estomac hors cardia lui sont attribuables) et des investigations poussées devraient être menées, notamment en Seine-Saint-Denis. La mortalité par cancer du pancréas est par ailleurs en augmentation en France comme en Île-de-France. L'augmentation de la prévalence de l'obésité, du surpoids ou du diabète pourrait en être à l'origine mais l'augmentation plus élevée des taux chez les femmes va pour celles-ci dans le sens d'un effet du tabagisme.

Le tabagisme féminin en augmentation dans les années 1960-70 continue à avoir des conséquences sur la mortalité par cancer du **poumon** chez les femmes : taux de mortalité des Franciliennes supérieurs à ceux des métropolitaines et augmentation sur la période. Toutefois, les taux chez les Franciliennes de moins de 65 ans semblent amorcer une décroissance encourageante. Les taux de cancers **LBP**, également plus élevés chez les Franciliennes de moins de 65 ans jusqu'en 2004, sont inférieurs aux taux métropolitains depuis.

Pour le cancer du **sein**, la sur-incidence et la surmortalité observées en Île-de-France, liées aux caractéristiques sociales de la région (vie reproductive) sont toujours observées mais les taux franciliens et métropolitains se rapprochent pour être identiques même chez les moins de 65 ans. La sur-incidence de cancers de **l'ovaire**, notamment à Paris, a probablement une origine analogue. Enfin, pour le cancer du col de l'utérus, la situation n'est pas favorable notamment à Paris, dans les Hauts-de-Seine et en Seine-Saint-Denis. Ceci justifie pleinement les efforts mis sur la vaccination contre le papillomavirus (cancer du col de l'utérus) et le dépistage de ces deux cancers dans la région. Le dépistage organisé du cancer **colorectal** aurait-il eu des effets positifs, puisque l'on observe une diminution de la mortalité et une sous-incidence en Île-de-France chez les hommes ?

Enfin, cette étude met à jour certaines observations épidémiologiques sans éléments explicatifs. Quelques hypothèses peuvent être néanmoins formulées : excès de cancers du **foie** en Seine-Saint-Denis qui pourrait être associé à une sur-incidence d'hépatite C ou à une surconsommation d'alcool par le passé ; cancer de la **prostate** en excès dans les zones rurales qui pourrait être associé à une surexposition aux pesticides ; augmentation des cancers du **système nerveux central** due à une amélioration du diagnostic ou à des effets environnementaux encore inconnus ; augmentation **des lymphomes et des leucémies myéloïdes aigües** associée à des facteurs infectieux (infection VIH, *Helicobacter pylori*, hépatite C) ou environnementaux (pesticides, pollution atmosphérique pour les leucémies aigües myéloïdes).

Enfin, la surmortalité, toutes causes de cancer confondues, sans sur-incidence associée, observée chez les femmes de Seine-Saint-Denis, de Seine-et-Marne et du Val-d'Oise interroge sur l'accès (au sens large) au système de santé des populations qui y habitent.

Les pathologies examinées dans cette étude devront continuer à être l'objet d'une attention particulière dans les politiques de santé publique d'Île-de-France et d'un suivi épidémiologique régulier.

Références

- [1] Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Saint-Maurice: Santé publique France, 2019.
- [2] Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Synthèse. Saint-Maurice: Santé publique France, 2019.
- [3] Le Guyader-Peyrou S, Defossez G, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Volume 2 - Hémopathies malignes. Saint-Maurice: Santé publique France, 2019.
- [4] Mathieu P, Lepoutre A, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Île-de-France. Saint-Maurice: Santé Publique France, 2019.
- [5] Chatignoux É, Remontet L, et al. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Matériel et méthodes. Saint-Maurice: Santé publique France, 2019. 18 p
- [6] Interrogation du SNDS, ORS Île-de-France, mars 2020.
- [7] Inserm. Cépidc. Interrogation des données sur les causes de décès de 1980 à 206
Disponible à partir de l'URL : <http://cepidc-data.inserm.fr/inserm/html/index2.htm>, accédé le mars 2020.
- [8] Sauvage C, Embersin-Kyprianou C, et al. Consommation de tabac chez les Franciliens : Résultats du Baromètre santé 2010 de l'INPES. 2013. ORS Île-de-France, Paris.
- [9] Direccte Île-de-France. Les expositions aux agents cancérigènes dans le cadre du travail et les cancers professionnels en Île-de-France, Bref Île-de-France Supplément n°5, mars 2007.
- [10] Pepin P. Atlas de la mortalité par cancer en Île-de-France 2000-2007. ORS Île-de-France, 2012
- [11] Rogel A, Belot A, et al. Reliability of recording uterine cancer in death certification in France and age-specific proportions of deaths from cervix and corpus uteri. *Cancer epidemiology*. 2011;35(3):243-9.
- [12] Fnors. Base d'indicateurs de Score-santé
Disponible à partir de l'URL : <https://www.scoresante.org/indicateurs.html>, interrogée le 17/07/2020
- [13] Cowpli-Bony A, Uhry Z, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989–2013. Partie 1–Tumeurs solides. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire. 2016;274.
- [14] Wild CP, Weiderpass E, Stewart BW, editors, *World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer.2020
- Disponible à partir de l'URL : <http://publications.iarc.fr/586>.
Licence: CC BY-NC-ND3.0 IGO.
- [15] Centre Léon Bérard, [en ligne] *Cancer environnement. Cancer de l'estomac* 2020.
Disponible à partir de l'URL : <https://www.cancer-environnement.fr/417-Cancer-de-lestomac.ce.aspx>. Accédé le 25 août 2020
- [16] Ilic M, Ilic I. Epidemiology of pancreatic cancer. *World J Gastroenterol*. 2016;22(44):9694-9705.
Disponible à partir de l'URL : doi:10.3748/wjg.v22.i44.9694
- [17] Hill, C, Laplanche A, 2004. *Tabac, les vrais chiffres*. Paris: La Documentation Française.
- [18] ORS Île-de-France. *Intersanté - Indicateurs territorialisés de santé, 2020*
Disponible à partir de l'URL : https://cartoviz.institutparisregion.fr/?id_appli=ors&x=661319.7242841895&y=6848820.091995642&zoom=2. Accédé le 25/08/2020.
- [19] Telle-Lamberton M, Karusisi N, et al. *Cancers et inégalités territoriales en Île-de-France : analyses spatiales*. ORS Île-de-France, 2016. (Rapport & Enquête).
- [20] Akinlotan, M, Bolin JN, et al. (2017). Cervical cancer screening barriers and risk factor knowledge among uninsured women. *Journal of Community Health*, 42(4), 770-778.
- [21] Camard JP. *Les espaces ruraux d'Île-de-France : démographie, mortalité et offre de soins libérale*. ORS Île-de-France. 2019. (Focus santé)
- [22] Monnereau A, Uhry Z, et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France Métropolitaine, 1989–2013. Partie 2-Hémopathies Malignes*. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire. 2016;144.
- [23] Swerdlow A. Epidemiology of Hodgkin's disease and non-Hodgkin's lymphoma. *European journal of nuclear medicine and molecular imaging*. 2003;30(1):S3-S12.
- [24] IARC. *Some organophosphate insecticides and herbicides: tetrachlorvinphos, parathion, malathion, diazinon and glyphosate*. IARC Working Group. Lyon; 3–10 March 2015. IARC Monogr Eval Carcinog Risk Chem Hum. IARC monograph. 2018;112.
- [25] Guyton KZ, Loomis D, et al. Carcinogenicity of tetrachlorvinphos, parathion, malathion, diazinon, and glyphosate. *The Lancet Oncology*. 2015;16(5):490-1.
- [26] INRS. *Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux de maladies professionnelles du régime général et du régime agricole*. 2016;ED 835.
- [27] Telle-Lamberton M, Ndiaye K, et al. *Hémopathies malignes : évolutions et comparaisons en France et en Île-de-France*. ORS Île-de-France. 2020. (Rapport & Enquête).

ÉPIDÉMIOLOGIE DES PRINCIPAUX CANCERS EN ÎLE-DE-FRANCE

L'essentiel de l'étude

- En Île-de-France, le nombre de nouveaux cas de cancer survenant chaque année est estimé à environ 54 000 et plus de 21 000 décès sont comptabilisés, selon les dernières données de Santé publique France ;
- En 2017, 486 000 Franciliens étaient sous surveillance pour la survenue antérieure d'un cancer dont 210 000 en cours de traitement, selon les données du Système national des données de santé ;
- Les cancers sont la première cause de mortalité dans la région et, pour 28 % d'entre eux, ils interviennent avant 65 ans ;
- Chez les femmes, une surmortalité est constatée en Seine-Saint-Denis, Seine-et-Marne, et Val-d'Oise alors que les Yvelines et les Hauts-de-Seine affichent une sous-mortalité, en comparaison avec la France métropolitaine ;
- Chez les hommes, tous les départements de la région présentent une sous mortalité ;
- Les cancers de l'estomac et les cancers du pancréas présentent une incidence régionale supérieure au niveau métropolitain – hommes et femmes ;
- Chez les hommes, les lymphomes présentent une sur-incidence ;
- Chez les femmes, les cancers du poumon, du sein sont en sur-incidence et en surmortalité, les cancers du col de l'utérus et de l'ovaire présentent une sur-incidence et enfin les leucémies aigües myéloïdes sont en surmortalité ;
- En termes d'évolution, en France métropolitaine, entre 2010 et 2018, les cancers du pancréas, du rein et du système nerveux central sont en augmentation chez l'homme, tant en incidence qu'en mortalité. Chez la femme, c'est le cas pour les cancers du poumon et du pancréas.

Nous remercions Christine Canet pour sa relecture constructive et sa conception du document ainsi que nos relectrices internes, Isabelle Grémy, et Isabelle Dubois pour leurs commentaires constructifs.