

CONSEIL REGIONAL
D'ILE-DE-FRANCE

PREFECTURE
D'ILE-DE-FRANCE

Observatoire Régional de santé d'Ile-de-France

Epidémiologie des cancers en Ile-de-France

juin 2006

Cette étude a été réalisée par Philippe PEPIN, démographe
à l'Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

Remerciements à :

- Pascal LASALLE (CRAMIF/ARHIF) qui a réalisé l'exploitation de la base PMSI 2004 présentée dans ce document,
 - Dr. Martine SOUQUES (association PETRI, prévention et épidémiologie des tumeurs en région Ile-de-France), Dr. Emmanuelle GUERRIN-TRAN (responsable de l'étude de faisabilité d'un registre des cancers en Ile-de-France à la CIRE Ile-de-France), Dr. Catherine VINCELET, chargée d'études à l'ORS et Leïla DEKHLI, documentaliste à l'ORS, pour leur relecture.
- Travail réalisé sous la direction du Dr. Isabelle GREMY, directrice de l'ORS Ile-de-France.

Introduction	5
1 - Ensemble des cancers	9
Incidence	11
Incidence médico-sociale	12
Hospitalisation pour cancer	15
Mortalité	17
Incidence et mortalité par sexe et âge	19
Les évolutions de l'incidence et de la mortalité	21
Disparités géographiques	25
2 - Principales localisations cancéreuses	35
Incidence et mortalité	37
Evolutions par localisation	39
Taux de survie à 5 ans	47
3 – Comparaisons européennes	51
4 – La situation francilienne pour six cancers	59
Le cancer du sein	63
Le cancer de l'utérus	65
Le cancer du côlon-rectum	67
Le cancer de la prostate	69
Le cancer du poumon	71
Le mélanome malin de la peau	73
5 - Perspectives de développement du dispositif de surveillance des cancers en Ile-de-France	73
Conclusion	77
Sources de données et définitions	85
Annexes	93

Introduction

Les données récentes sur l'incidence des cancers permettent d'estimer, qu'en France, un homme sur deux et une femme sur trois seront touchés par cette maladie au cours de leur vie. En France comme dans tous les pays développés, alors que beaucoup de pathologies régressent, le cancer prend une importance croissante en termes de mortalité et surtout de morbidité. Le vieillissement de la population est en partie en cause dans cette évolution mais en partie seulement et certains cancers connaissent une réelle progression. Les comportements individuels (tabagisme, consommation d'alcool, alimentation) mais aussi l'exposition à des substances cancérigènes, notamment dans un cadre professionnel, sont fortement suspectés dans cette augmentation sans que la part de chaque facteur de risque soit clairement identifiée.

La lutte contre cette maladie se met en place au niveau national, avec un plan ambitieux de lutte contre le cancer lancé en mars 2003 à l'initiative du président de la République. Il comporte six chapitres opérationnels et prioritaires à l'horizon 2007 – prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir – pour un but unique : vaincre la maladie. L'objectif du plan est de diminuer la mortalité par cancer de 20% en France en cinq ans.

Au niveau de l'Ile-de-France, plusieurs objectifs ayant trait au cancer ont été retenus dans le cadre du Plan régional de santé publique (PRSP) pour la période 2006-2010. Ces objectifs visent notamment à réduire l'exposition individuelle ou en milieu professionnel à certains facteurs de risque, à développer le dépistage des cancers et à améliorer les conditions de vie des personnes atteintes par cette maladie.

Une des mesures du Plan cancer vise à développer les analyses épidémiologiques régionales. Dans ce cadre, et pour répondre à une demande conjointe de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales et du Conseil régional d'Ile-de-France, l'ORS a entrepris de réaliser une série d'études épidémiologiques sur le cancer qui donneront lieu à plusieurs publications. Ce premier document propose une vue d'ensemble de la situation épidémiologique des cancers en Ile-de-France. Il fait le point sur les sources de données disponibles, sur l'évolution récente de la morbidité et de la mortalité par cancer ainsi que sur les taux de survie des personnes atteintes d'un cancer. Les comparaisons avec les situations en France et en Europe permettent de dégager les spécificités régionales. Des analyses plus fines, au département ou au canton, révèlent par ailleurs des contrastes importants au sein de la région qui sont, comme souvent dans le domaine sanitaire, le reflet des fortes disparités sociales caractérisant cette région.

1 - Ensemble des cancers

Cette première partie présente les principales sources de données sur la morbidité et la mortalité par cancer en Ile-de-France.

Le nombre de nouveaux cas de cancers (près de 50 000 en 2003) est en forte hausse dans la région et le nombre de décès (environ 21 000) est relativement stable.

Après standardisation sur l'âge, l'incidence des cancers apparaît en hausse de 40% depuis le début des années 1980 tandis que la mortalité cancéreuse baisse un peu plus vite chez les hommes (-22%) que chez les femmes (-13%).

Les évolutions observées en Ile-de-France ne sont pas très différentes de celles observées au niveau national mais la situation apparaît globalement un peu plus favorable pour les hommes d'Ile-de-France que pour leurs homologues de province. C'est le contraire pour les Franciliennes, qui présentent une incidence des cancers plus élevée et une sur-mortalité cancéreuse par rapport aux femmes françaises.

Par ailleurs, la situation régionale recouvre d'importantes disparités dans la région, notamment en termes de mortalité cancéreuse chez les hommes, avec une situation qui apparaît classiquement plus favorable dans l'ouest que dans l'est francilien.

Les tumeurs sont la conséquence d'une prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe. On distingue les tumeurs bénignes, qui restent localisées et sont en général peu graves, et les tumeurs malignes ou cancers. La gravité de ces dernières est notamment liée à leur aptitude à se disséminer par voie lymphatique ou sanguine, créant ainsi des foyers secondaires (métastases) à distance du foyer primitif. La prise en charge thérapeutique des cancers repose d'une manière générale sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Le choix du traitement dépend de l'état de santé général du malade, de la localisation de la tumeur, de sa taille, de son type histologique et de l'existence ou non de métastases.

Le cancer est une pathologie grave, qui affecte un nombre important de personnes en France, mais pour laquelle il n'existe pas de système d'enregistrement homogène de l'incidence sur l'ensemble du territoire. Afin de disposer d'informations sur la fréquence et l'évolution de cette pathologie, certains départements français se sont dotés, à partir de 1975 pour les premiers, d'un registre des cancers, structure qui recense les nouveaux cas de cancers survenant sur le territoire (le département) qu'elle couvre en confrontant les différentes sources d'informations disponibles. Aujourd'hui, douze départements de France métropolitaine disposent d'un registre général, recensant l'ensemble des cancers et neuf départements disposent d'un registre spécialisé recensant uniquement certains types de cancers.¹

Près de 50 000 nouveaux cancers en Ile-de-France en 2003

C'est à partir des données d'incidence issues de ces registres, donc concernant les seuls départements couverts, représentant un peu moins de 15% de la population française, que le Réseau français des registres des cancers (FRANCIM) propose des estimations de l'incidence des cancers en France et dans les 22 régions de France métropolitaine.²

Ces estimations sont réalisées selon une méthode statistique qui repose sur l'utilisation du rapport entre incidence et mortalité (par sexe et âge) dans les unités géographiques couvertes par un registre des cancers, avec application ensuite aux différentes régions.

¹ A noter l'existence de registres généraux dans un département d'Outre-Mer, la Martinique, et dans deux territoires d'Outre-Mer, la Nouvelle Calédonie et la Polynésie française. Par ailleurs, deux registres nationaux couvrent les leucémies et les tumeurs solides chez l'enfant (0-14 ans).

² Ces estimations de l'incidence portent sur les années 1980, 1985, 1990, 1995 et 2000. Par ailleurs, à la demande de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France et de l'Agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France, une estimation des cancers en 2003 a été réalisée pour la région Ile-de-France.

Cette démarche, on le voit, repose sur l'hypothèse d'une relative homogénéité des rapports entre incidence et mortalité³. En d'autres termes, les niveaux de survie des différentes tumeurs sont supposés être relativement homogènes sur l'ensemble du territoire, y compris dans une région comme l'Ile-de-France, qui ne dispose pas encore d'un registre et qui présente pourtant des caractéristiques socio-démographiques et d'offre de soins assez singulières.

Selon la méthode exposée ci-dessus, le Réseau français des registres des cancers estime à 49 713 le nombre de nouveaux cas de cancers en Ile-de-France pour l'année 2003, dont 27 551 chez l'homme et 22 162 chez la femme.

Près de 46 000 admissions en ALD pour cancer en 2004

En cas d'affections nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la sécurité sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré. La liste de ces affections dites « de longue durée » (ALD) est établie par décret. Elle comporte actuellement trente affections ou groupes d'affections, dont les cancers. Le dénombrement des nouvelles admissions en ALD pour cancer fournit donc une évaluation de l'incidence de cette maladie. Cependant, les ALD ne sont pas déclarées aux caisses d'assurance maladie dans un but épidémiologique et cette incidence, aussi qualifiée « d'incidence médico-sociale », comporte des biais. Ceux-ci conduisent le plus souvent à une sous-estimation de la morbidité réelle mais aussi, dans certains cas, à une sur-déclaration. Les motifs de sous-déclaration sont le plus souvent liés au fait que le patient bénéficie déjà d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une autre affection (surtout s'il est âgé) ou bénéficie d'une complémentaire santé suffisante qui ne justifie pas d'entrer dans ce dispositif éventuellement ressenti comme stigmatisant. Le traitement d'un cancer peut d'ailleurs être constitué d'un acte chirurgical unique intégralement remboursé par l'Assurance maladie. Une autre cause de sous-déclaration réside dans la définition même de la maladie : des critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité de la pathologie non observés chez un patient peuvent conduire le médecin à ne pas entreprendre la démarche d'admission en ALD. Mais dans le cas précis des cancers, ce phénomène peut parfois conduire, au contraire, à une sur-déclaration, en particulier dans le cas d'états pré-cancéreux dont le traitement est lourd, ou lorsque la limite entre tumeur bénigne et tumeur maligne n'est pas très nette.

³ Compte tenu de la méthode, les variations d'incidence observées sont en fait, en grande partie, le reflet des variations de la mortalité.

Enfin, l'évolution d'un cancer peut comporter des périodes de rémissions relativement longues, ce qui peut conduire à une nouvelle attribution d'ALD plutôt qu'à une prolongation lors d'une récidive. Ces biais, on le voit, sont variables selon l'âge, la situation socio-économique du patient et la nature de la tumeur.

Malgré ces réserves, les données issues des trois principaux régimes d'assurance maladie, et faisant état de 45 812 admissions en affection de longue durée pour cancer en Ile-de-France au cours de l'année 2004, corroborent l'estimation du réseau FRANCIM de 49 713 nouveaux cas de cancers en 2003.⁴ Le détail par sexe indique 23 091 ALD chez les hommes et 22 721 chez les femmes en 2004, pour une incidence estimée par FRANCIM de respectivement 27 551 et 22 162 nouveaux cas en 2003. La sous-estimation de l'incidence des cancers par les données d'ALD issues des principaux régimes d'assurance maladie semble donc plus prononcée pour le sexe masculin que pour le sexe féminin.

Environ 185 000 Franciliens en ALD pour cancer

Les estimations de l'incidence par le réseau FRANCIM ou de l'incidence médico-sociale par les données de l'Assurance maladie correspondent à « un flux » annuel de nouveaux cas de cancer. Le nombre total de personnes souffrant de cette maladie est encore plus difficile à évaluer puisqu'il intègre les notions de taux de survie, de rémission et de guérison.

En l'absence de dispositifs permettant de suivre le devenir des patients atteints d'un cancer, seules des enquêtes ponctuelles permettent une évaluation de ce nombre. Au 31 décembre 2003, plus de 1 200 000 personnes étaient prises en charge au titre d'une affection longue durée en Ile-de-France soit environ 11% de la population. Par ailleurs, selon une enquête réalisée en 2002, les ALD les plus fréquentes en Ile-de-France seraient l'hypertension artérielle sévère (1 807 cas pour 100 000 Franciliens), les cancers (1 683 cas pour 100 000) et les artériopathies chroniques (1 519 cas pour 100 000)⁵. Selon cette enquête, ce serait donc environ 185 000 Franciliens qui seraient pris en charge au titre d'une ALD pour cancer en Ile-de-France.

⁴ Nombre d'avis favorables donnés, pour la région Ile-de-France, par les médecins-conseils du Régime Général des travailleurs salariés (y compris les sections locales mutualistes), du régime de l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI) et du Régime Agricole (MSA), pour les premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre des Affections de Longue Durée (ALD) en 2004. – Exploitation URCAMIF
En Ile-de-France, ces trois régimes couvrent environ 98% de la population.

⁵ Enquête réalisée par les services médicaux d'Ile-de-France en 2002 auprès d'un échantillon d'assurés des trois régimes (CNAMTS, MSA, AMPI)

Nombre de séjours en hospitalisation complète* en 2004, résidents d'Ile-de-France⁶

	Séjours chirurgicaux	Séjours médicaux	Total
- Séjours pour prise en charge du cancer	48 019	40 703	88 727
- Séjours pour complication liée au cancer ou affection intercurrente	18 205	61 856	80 061
- Total cancer	66 224	102 564	168 788
- Hospitalisations complètes tous motifs			1 709 000
- Nombre de séances de chimiothérapie			272 394
- Nombre de séances de radiothérapie (hors structures privées)			261 928

Source : PMSI MCO 2004 Ile-de-France – exploitation CRAMIF

Le programme de médicalisation des systèmes d'information

Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est un outil d'analyse de l'hospitalisation qui prend le séjour en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique (PMSI MCO) comme unité de base. Celui-ci est décrit à travers les informations suivantes : âge, sexe, code postal de résidence, durée du séjour, nombre de services fréquentés durant l'hospitalisation, filières d'entrée et de sortie de l'établissement, diagnostics posés ou déjà connus (un diagnostic principal et des diagnostics associés), actes réalisés (actes médicaux nécessitant le recours à un plateau technique).

Chaque séjour hospitalier est un épisode de soins qui se situe dans une suite logique de rencontres avec le système de santé, pour la prise en charge d'une pathologie aiguë ou chronique.

Les limites actuelles du PMSI à des fins de surveillance épidémiologique résident dans le fait que le diagnostic principal n'est pas toujours indiqué de façon précise et dans la difficulté à mettre en place le chaînage des séjours (mise en relation des différents séjours hospitaliers effectués par une même personne). Lorsqu'il sera effectif, le chaînage permettra l'édition de statistiques d'hospitalisations par cause mais aussi par sexe et âge.

* Hospitalisation de 24 heures ou plus

⁶ Le tableau des hospitalisations par localisation figure en annexe.

Le cancer a constitué le diagnostic principal pour près de 89 000 séjours hospitaliers en 2004

Les données extraites du PMSI permettent d'apprécier l'activité de cancérologie au sein de la région à partir du nombre de séjours dans les services hospitaliers publics et privés assurant des soins de courte durée. Deux types de séjours peuvent être distingués : les séjours pour prise en charge du cancer proprement dit (pour lesquels le cancer est enregistré en diagnostic principal), et les séjours pour complication liée au cancer ou affection intercurrente (pour lesquels le cancer est enregistré en diagnostic associé). Par ailleurs, deux secteurs d'hospitalisation peuvent être distingués : la médecine et la chirurgie. Les séjours chirurgicaux sont ceux au cours desquels un acte chirurgical classant a été réalisé, ce qui implique un recours au bloc opératoire de l'établissement. Toutes les autres prises en charge sont classées en médecine. Les séances de chimiothérapie et de radiothérapie font l'objet d'une classification séparée.

Quelles que soient les données analysées, elles concernent un nombre de séjours et non un nombre de patients. Le chaînage par patient prévu dans le PMSI rencontre des difficultés qui ne permettent pas, à ce jour, une analyse par patient. Pour les prises en charge en hospitalisation à domicile (HAD), fréquentes dans le cas des pathologies cancéreuses, le PMSI a été mis en place en 2005, et les données ne sont pas disponibles actuellement.

L'interprétation des données issues du PMSI est particulièrement délicate compte tenu des variabilités observées dans les modalités de prise en charge en cancérologie (type de traitement ; type de séjour : uniques ou itératifs ; lieu de traitement en ville ou à l'hôpital...). D'autre part, des habitudes de codage particulières d'une structure à l'autre peuvent être rencontrées dans le cadre du PMSI.

En 2004, dans les établissements d'Ile-de-France, le cancer a constitué le diagnostic principal de 88 727 séjours de Franciliens (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie). Rapporté à la population, le taux est de 788 séjours pour 100 000 Franciliens. La part des séjours chirurgicaux est de 54%, ce qui représente environ 426 séjours en chirurgie pour cancer pour 100 000 Franciliens. Les séjours pour complications liées au cancer ou affections intercurrentes représentent un total de 80 061 séjours, principalement dans des unités médicales (pour 77% d'entre eux). Au total, la cancérologie a représenté 9,9% du total des hospitalisations complètes de Franciliens dans la région. Par ailleurs, viennent s'ajouter à l'ensemble de ces séjours hospitaliers, 272 394 séances de chimiothérapie et 261 928 séances de radiothérapie (hors structures privées).

Les principales causes de décès en Ile-de-France (période 1999-2001)⁷

Tous âges	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
Cancers	12 116	33,0	9 110	24,4
Maladies de l'appareil circulatoire	8 816	24,0	11 055	29,6
Symptômes, signes et états morbides mal définis	3 442	9,4	3 708	9,9
Causes extérieures traumatismes et empoisonnements	2 787	7,6	2 270	6,1
Maladies de l'appareil respiratoire	2 380	6,5	2 507	6,7
Toutes causes	36 689	100,0	37 301	100,0

Chez les moins de 35 ans ⁸	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
Causes extérieures traumatismes et empoisonnements	677	34,7	232	22,0
Symptômes, signes et états morbides mal définis	413	21,2	177	16,8
Affect. dont l'origine se situe dans la période périnat.	220	11,3	167	15,9
Cancers	142	7,3	129	12,2
Malformations congénitales et anomalies chromosom.	115	5,9	96	9,1
Toutes causes	1 951	100,0	1 054	100,0

Chez les 35-64 ans	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
Cancers	4 304	40,7	2 531	50,7
Maladies de l'appareil circulatoire	1 614	15,3	526	10,5
Symptômes, signes et états morbides mal définis	1 283	12,1	474	9,5
Causes extérieures traumatismes et empoisonnements	1 063	10,1	434	8,7
Maladies de l'appareil digestif	737	7,0	308	6,2
Toutes causes	10 574	100,0	4 992	100,0

Chez les 65 ans ou plus	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
Maladies de l'appareil circulatoire	7 118	29,5	10 479	33,5
Cancers	7 670	31,7	6 449	20,6
Symptômes, signes et états morbides mal définis	1 746	7,2	3 057	9,8
Maladies de l'appareil respiratoire	2 054	8,5	2 365	7,6
Causes extérieures traumatismes et empoisonnements	1 047	4,3	1 603	5,1
Toutes causes	24 163	100,0	31 255	100,0

Source : INSERM - Exploitation ORS Ile-de-France

⁷ Nombre annuel moyen de décès pendant la période 1999-2001, et pourcentage dans le total des décès.

Le classement des 5 premières causes de décès a été effectué en fonction des décès hommes et femmes confondus.

⁸ Dans cette tranche d'âges, les décès « dont l'origine se situe dans la période périnatale » et des décès dus à des malformations congénitales ou anomalies chromosomiques, concernent presque exclusivement les très jeunes enfants de moins d'un an.

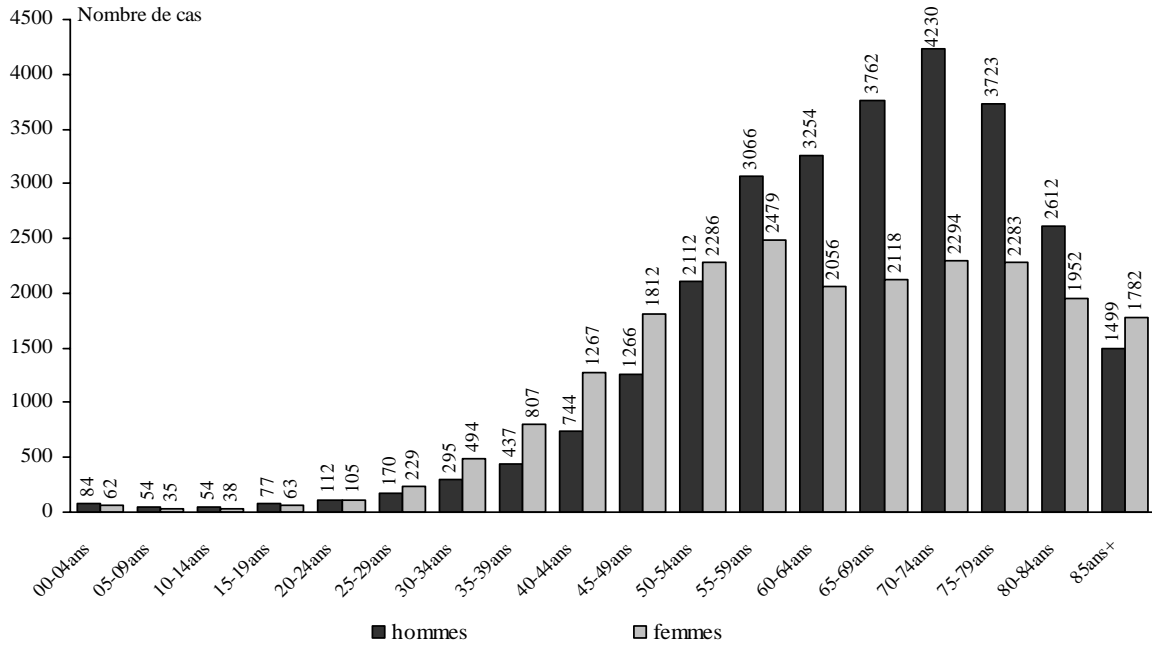
Environ 21 200 Franciliens décèdent d'un cancer chaque année

Du fait de l'existence d'un système bien rodé d'enregistrement exhaustif des décès et des causes médicales de décès sur l'ensemble du territoire auquel collaborent depuis 1968 l'INSEE et le CépiDc de l'INSERM (ancien Service d'information sur les causes médicales de décès), les données de mortalité bénéficient d'une bonne fiabilité et permettent notamment des analyses géographiques fines (voir la méthode du recueil d'informations en annexe). Pour les trois dernières années d'observation disponibles, les années 1999 à 2001, le nombre annuel moyen de décès de Franciliens (toutes causes) est de 73 990 dont 36 689 hommes et 37 301 femmes. Les causes de décès varient considérablement selon l'âge et, dans une moindre mesure, selon le sexe. La dixième révision de la Classification internationale des maladies (CIM10), utilisée depuis 2000 par l'INSERM pour produire la statistique des décès permet de distinguer des milliers de causes différentes mais, dans les faits, une grande partie des décès est classée dans un petit nombre d'affections (ou groupes d'affections).

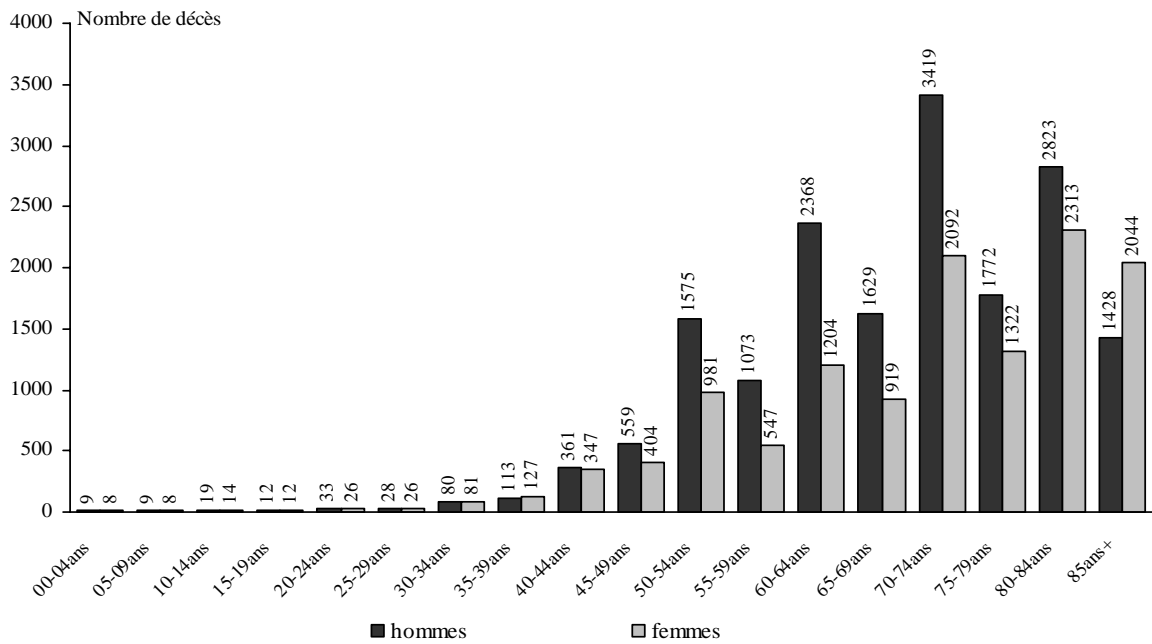
En Ile-de-France, tous âges confondus, deux groupes de pathologies, les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire, ont représenté 56% des décès survenus au cours de la période 1999-2001. Chez les hommes, les cancers prédominent nettement avec 12 116 décès annuels soit 33% du total, devant les maladies cardiaques, responsables de 24% des décès masculins. Chez les femmes, l'ordre est inversé puisque les maladies cardiaques sont responsables de 29,6 % des décès et les cancers de 9 110 décès, soit 24,4 % des décès féminins. Finalement, dans la région, les décès par cancers sont un peu plus nombreux que les décès par maladies de l'appareil circulatoire (21 226 contre 19 871). C'est l'inverse au niveau national, où les décès dus aux maladies de l'appareil circulatoire sont légèrement plus nombreux que ceux dus aux cancers. Cette différence résulte d'une moindre mortalité cardio-vasculaire dans la région et surtout d'une structure de population moins âgée (or les décès par maladies de l'appareil circulatoire surviennent majoritairement à des âges très élevés).

Les cancers représentent une cause majeure de décès à tous les âges de la vie. Chez les moins de 35 ans, si les causes accidentelles de décès prédominent, notamment chez les hommes, les cancers sont déjà responsables d'environ un décès sur dix (7,3% des décès masculins et 12,2% des décès féminins). Dans la tranche d'âges 35-64 ans, les cancers sont de loin la principale cause de décès aussi bien chez les hommes (40,7 % du total des décès) que chez les femmes (50,7%). Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, les cancers restent la première cause de décès chez les hommes (31,7% du total) mais elles sont la deuxième chez les femmes (20,6% du total), loin derrière les maladies de l'appareil circulatoire à l'origine de 33,5% des décès féminins de cette tranche d'âges.

Incidence des cancers en Ile-de-France par âge en 2003



Décès annuels par cancers en Ile-de-France par âge en 1999-2001



Source : FRANCIM pour l'incidence, CépiDc de l'INSERM pour la mortalité – Exploitation ORS Ile-de-France

Près de la moitié des cancers surviennent chez des personnes âgées de moins de 65 ans

Les cancers surviennent chez des hommes et des femmes de tous âges : en 2003, en Ile-de-France, près de la moitié des nouveaux cas de cancers (23 458 sur 49 713) sont survenus chez des personnes âgées de moins de 65 ans. Un peu moins de 500 sont survenus chez des personnes âgées de moins de 20 ans.

Les cas sont plus nombreux chez les hommes que chez les femmes à tous les âges, sauf entre 25 et 55 ans et après 85 ans. Rappelons que dans cette dernière tranche d'âges, les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes.

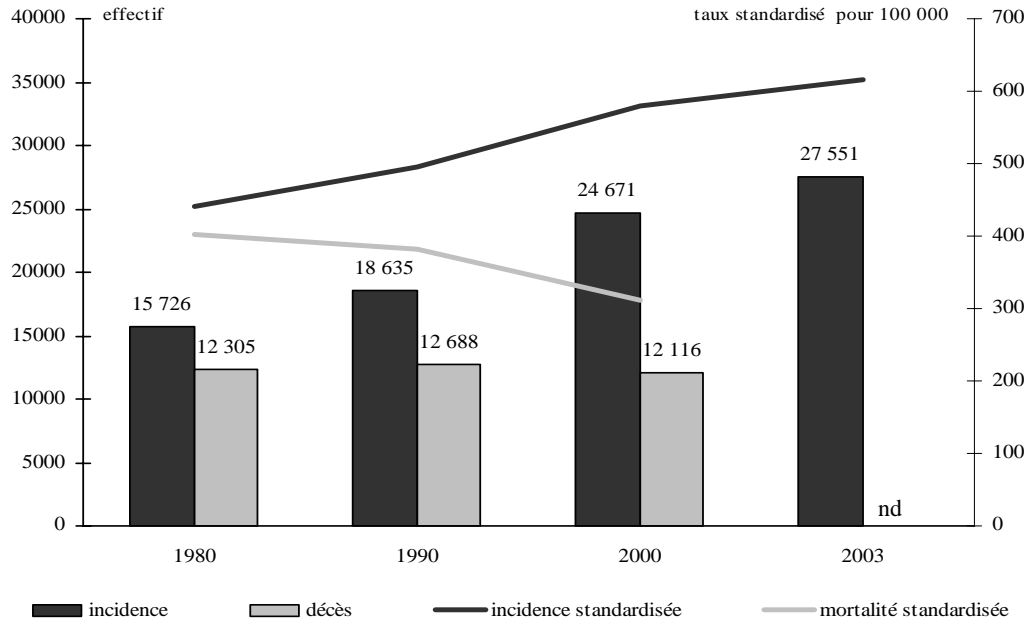
La distribution par âge de la mortalité cancéreuse est peu différente de celle de l'incidence : relativement peu nombreux avant 30 ans, les décès progressent ensuite fortement avec l'âge, notamment chez l'homme. Les cancers constituent ainsi une cause majeure de mortalité prématurée pour les deux sexes : sur les 12 116 décès masculins survenus en moyenne chaque année, 4 446, soit 37%, sont survenus chez des personnes âgées de moins de 65 ans et sur les 9 110 décès féminins 2 660, soit 29%, sont survenus avant 65 ans.

Si les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes à être atteintes d'un cancer entre 30 et 55 ans, les décès masculins par cancer sont en revanche plus nombreux dans cette tranche d'âges, traduisant le fait que les cancers masculins survenant à ces âges sont de plus mauvais pronostic que les cancers chez les femmes. Mais ces constats, qui reposent sur une analyse de l'ensemble des cancers, montrent tout l'intérêt d'une analyse par localisation cancéreuse.

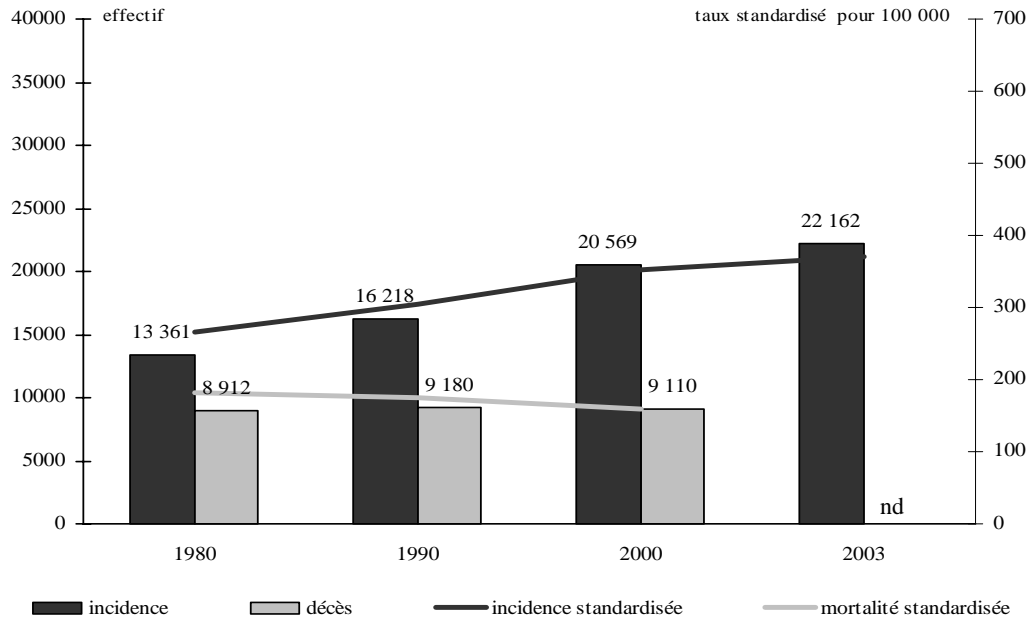
En Ile-de-France, l'âge moyen de survenue d'un cancer est de 65 ans chez les hommes et de 62 ans chez les femmes. L'âge moyen au décès par cancer est de 68 ans chez les hommes et de 71 ans chez les femmes.

Incidence* des cancers et mortalité par cancers en Ile-de-France**

Chez l'homme



Chez la femme



*Incidence estimée, source FRANCIM

** source INSERM – CépiDc, données lissées sur 3 ans

Population de référence pour les standardisations : INSEE France métropolitaine, Recensement de 1990.

Pour permettre les comparaisons incidence/mortalité, la population de référence est la population française au recensement de 1990. Dans la suite de ce rapport, l'incidence est standardisée sur la « population européenne ».

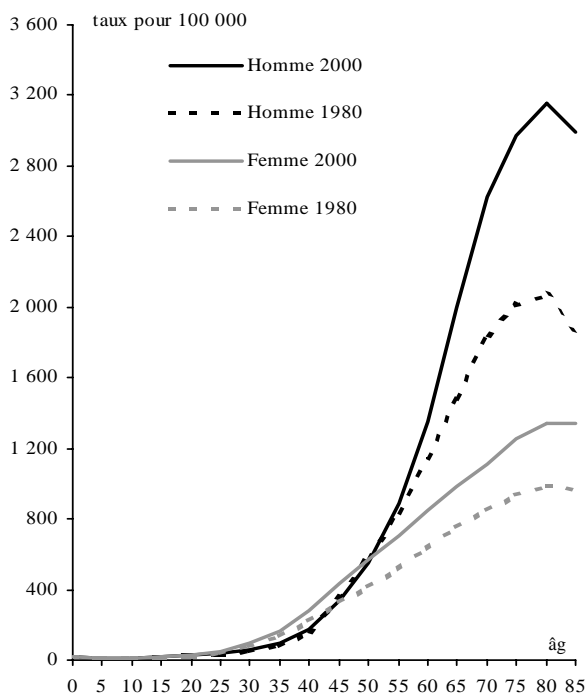
Cancers plus nombreux mais mortalité en baisse

L'incidence des cancers est en progression régulière depuis vingt ans : en Ile-de-France, le nombre des nouveaux cas de cancers estimé par FRANCIM est passé de 29 000 en 1980 à près de 50 000 en 2003 (+72%). L'évolution de la mortalité par cancer, telle qu'elle ressort de l'analyse de la statistique des décès, n'apparaît heureusement pas aussi défavorable que celle de l'incidence, avec un nombre annuel de décès quasiment stable au cours des vingt dernières années en Ile-de-France, compris entre 21 000 et 22 000 (un peu plus de 12 000 chez les hommes et environ 9 000 chez les femmes). Ces évolutions interviennent dans un contexte de croissance et de vieillissement de la population. La population francilienne est passée, en effet, de 10 millions à 11,2 millions d'habitants entre 1980 et 2003 et la part des personnes âgées, les plus susceptibles de développer un cancer, a progressé. En éliminant les effets dus à ces évolutions démographiques, la progression des cancers peut-être mieux appréhendée et elle reste très conséquente : standardisé sur la population française de 1990, le nombre de nouveaux cas annuels est passé de 441 à 616 cas pour 100 000 entre 1980 et 2003 chez les hommes, soit une progression de 40% et de 266 à 370 cas pour 100 000 chez les femmes, en progression de 39%. Standardisée sur la même population, la mortalité est passée, entre 1980-1982 et 1999-2001, de 402 à 312 décès pour 100 000 chez les hommes (en baisse de 22%) et de 182 à 158 décès pour 100 000 chez les femmes (en baisse de 13%).

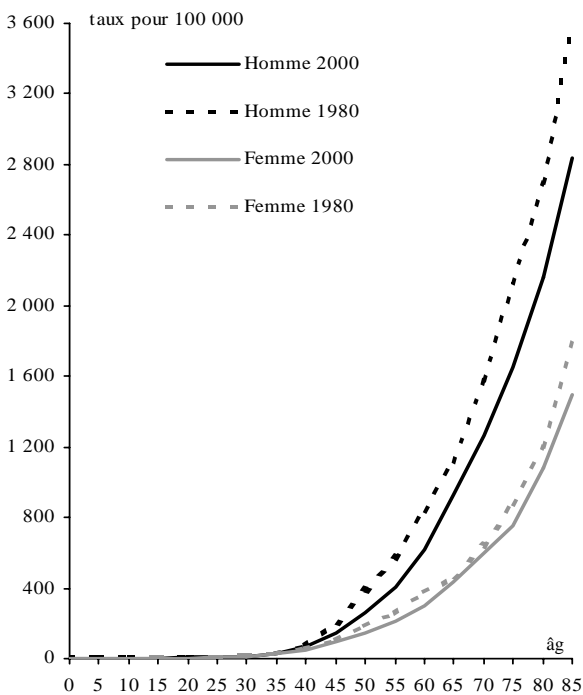
Si en 1980, le taux comparatif de décès par cancer représentait 83% de celui de l'incidence, la proportion n'est plus que de 50% en 2000, avec une différence entre les sexes : 54% chez l'homme et 45% chez la femme. Cette évolution du rapport entre incidence et mortalité est la conséquence de plusieurs phénomènes difficiles à isoler : la répartition des différentes localisations cancéreuses n'est plus la même (or les taux de survie sont très variables), la mise en place de campagnes de dépistage et l'évolution des techniques diagnostiques ont évolué conduisant à une augmentation de l'incidence de certaines localisations (sein et prostate notamment) plus importante que la mortalité et, enfin, l'amélioration des traitements a permis une progression des taux de survie de la plupart des cancers.

En éliminant les effets dus à l'augmentation et au vieillissement de la population, l'incidence des cancers a progressé de 40% en Ile-de-France depuis 20 ans, tandis que la mortalité par cancers baissait de 22% chez les hommes et de 13% chez les femmes.

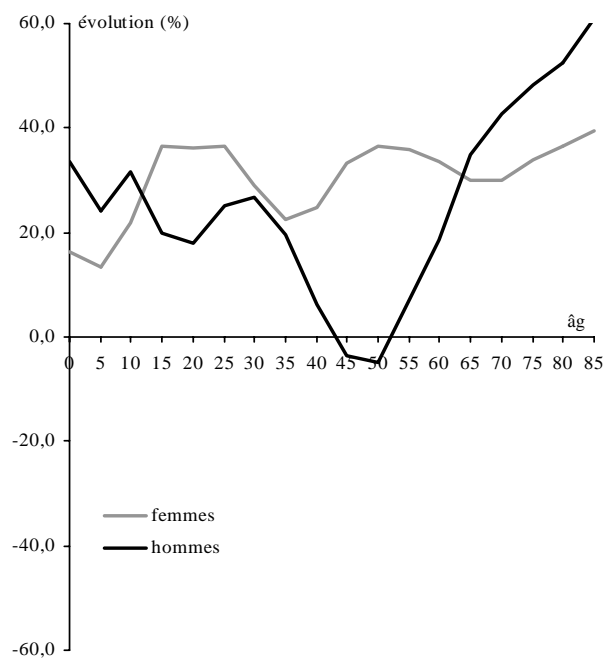
Taux d'incidence des cancers par âge en Ile-de-France



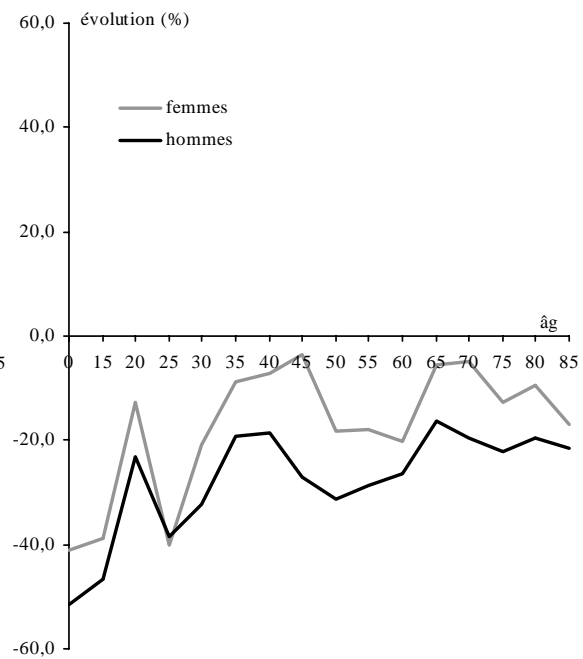
Taux de mortalité cancéreuse par âge en Ile-de-France



Evolution* de l'incidence par âge 1980-2000



Evolution* de la mortalité par âge 1980-2000



* Lecture des graphiques : Entre 1980 et 2000, le taux d'incidence des cancers a progressé de 33,7%. chez les garçons de 0-1 an et a baissé de 4,9% chez les hommes de 50-54 ans (graphe en bas à gauche). En ce qui concerne la mortalité par cancer (graphe en bas à droite), ces évolutions sont respectivement de -51,5% chez les garçons de 0-1 an et -31,4% chez les hommes de 50-54 ans.
Source : FRANCIM pour l'incidence, INSERM- CépiDc pour la mortalité, INSEE – Exploitation ORS Ile-de-France

Des évolutions un peu plus favorables chez les hommes⁹

Les taux d'incidence du cancer, relativement bas avant 30 ans, progressent ensuite de façon exponentielle pour les deux sexes. La progression est un peu plus rapide chez les femmes que chez les hommes entre 25 et 50 ans, mais beaucoup plus rapide chez ces derniers après 55 ans. Les taux se stabilisent à des valeurs très élevées vers 75-80 ans : le nombre de cas annuel atteint 3 pour 100 chez les hommes de 75 ans ou plus et 1,3 pour 100 chez les femmes du même âge.

Les taux de mortalité progressent beaucoup moins vite que les taux d'incidence, mais ne connaissent pas de palier comme ces derniers aux âges élevés et finissent par les évaluer : chez les personnes âgées de 85 ans ou plus, le taux de mortalité atteint 2,8 pour 100 pour les hommes et 1,5 pour 100 pour les femmes.

La confrontation des courbes de l'année 2000 et de l'année 1980 confirme les évolutions inverses de l'incidence et de la mortalité cancéreuse depuis 20 ans en Ile-de-France et permet d'en préciser les éventuelles variations par sexe et âge.

La progression de l'incidence chez les femmes est comprise entre 20 et 40% à tous les âges. Celle observée chez les hommes est du même ordre jusqu'à 40 ans environ puis beaucoup plus modérée. On observe même une légère baisse de l'incidence des cancers chez les Franciliens âgés de 45 à 54 ans. Passé cette tranche d'âges, les taux connaissent à nouveau une forte progression qui rejoint puis dépasse celle observée chez les femmes : chez les hommes de 85 ans ou plus, l'incidence des cancers a augmenté de plus de 60% au cours des 20 dernières années, progression en grande partie attribuable au seul cancer de la prostate.

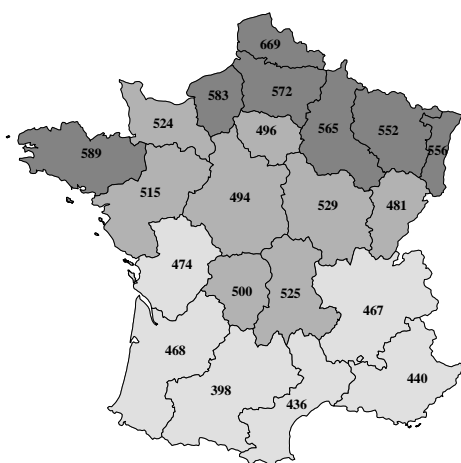
En ce qui concerne la mortalité, les taux ont baissé pour les deux sexes et à tous les âges entre 1980 et 2000. La baisse est légèrement plus marquée chez les hommes que chez les femmes et légèrement plus prononcée chez les jeunes (mais avant 30 ans, les effectifs de décès sont relativement faibles et les variations constatées doivent être considérées avec prudence).

⁹ Les évolutions décrites ici concernent l'Ile-de-France et sont légèrement plus favorables que celles observées au niveau national, notamment chez les hommes.

Taux comparatifs d'incidence du cancer en 2000 en France*

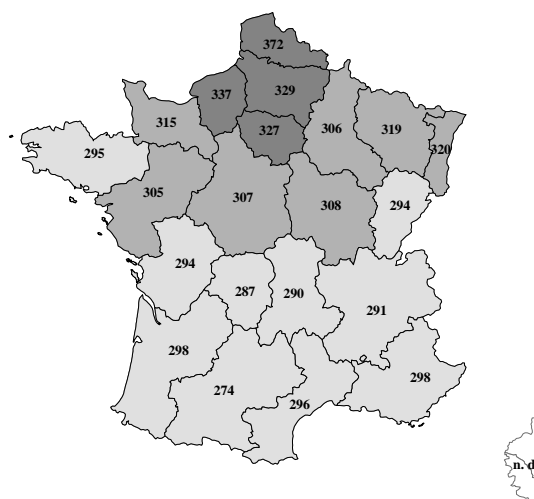
(nombre de nouveaux cas de cancers pour 100 000 personnes)

Hommes



France métropolitaine : 504

Femmes



France métropolitaine : 309

Estimation du nombre des cancers incidents par groupes d'âges en 2000 en Ile-de-France

	0-39 ans	40-64 ans	65 ans ou +	Tous âges
Hommes				
Paris	260	1 695	2 618	4 573
Seine-et-Marne	136	1 127	1 467	2 730
Yvelines	132	1 131	1 677	2 940
Essonne	124	965	1 360	2 449
Hauts-de-Seine	162	1 228	1 864	3 254
Seine-Saint-Denis	162	1 383	1 801	3 346
Val-de-Marne	136	1 120	1 622	2 878
Val-d'Oise	117	1 018	1 367	2 502
Ile-de-France	1 229	9 667	13 776	24 672
France	6 322	53 552	101 151	161 025
Femmes				
Paris	345	1 918	2 342	4 605
Seine-et-Marne	185	988	916	2 089
Yvelines	228	1 068	1 095	2 391
Essonne	155	931	856	1 942
Hauts-de-Seine	232	1 161	1 363	2 756
Seine-Saint-Denis	226	1 146	1 115	2 487
Val-de-Marne	194	1 032	1 117	2 343
Val-d'Oise	175	912	870	1 957
Ile-de-France	1 740	9 156	9 674	20 570
France	8 103	46 123	63 002	117 228

* Taux standardisé sur la population européenne.

Source : INSEE, FRANCIM, Exploitation ORS Ile-de-France

Forte incidence des cancers chez les Franciliennes

Pour permettre les comparaisons géographiques de l'incidence des cancers, le réseau des registres du cancer (FRANCIM) propose des taux standardisés sur la population européenne dans chaque région de France métropolitaine (sauf la Corse).

En 2000, le nombre de nouveaux cas de cancer correspond à un taux d'incidence moyen, en France, de 504 cas pour 100 000 chez les hommes et de 309 cas pour 100 000 chez les femmes. De fortes disparités régionales sont observées : le Nord-Pas-de-Calais présente le taux le plus élevé pour les hommes (669 cas pour 100 000) comme pour les femmes (372). À l'opposé, les taux les plus faibles sont observés en Midi- Pyrénées (398 cas pour 100 000 chez les hommes et 274 chez les femmes). De façon générale, les régions du nord de la France présentent une incidence des cancers élevée, tandis que les régions du sud apparaissent davantage épargnées. L'Ile-de-France apparaît dans la moyenne nationale pour les hommes (avec un taux d'incidence de 496 cas pour 100 000) mais très au-dessus de la moyenne nationale chez les femmes (avec un taux de 327 cas pour 100 000). Seules trois régions du nord de la France présentent une incidence standardisée chez la femme supérieure à celle de l'Ile-de-France.

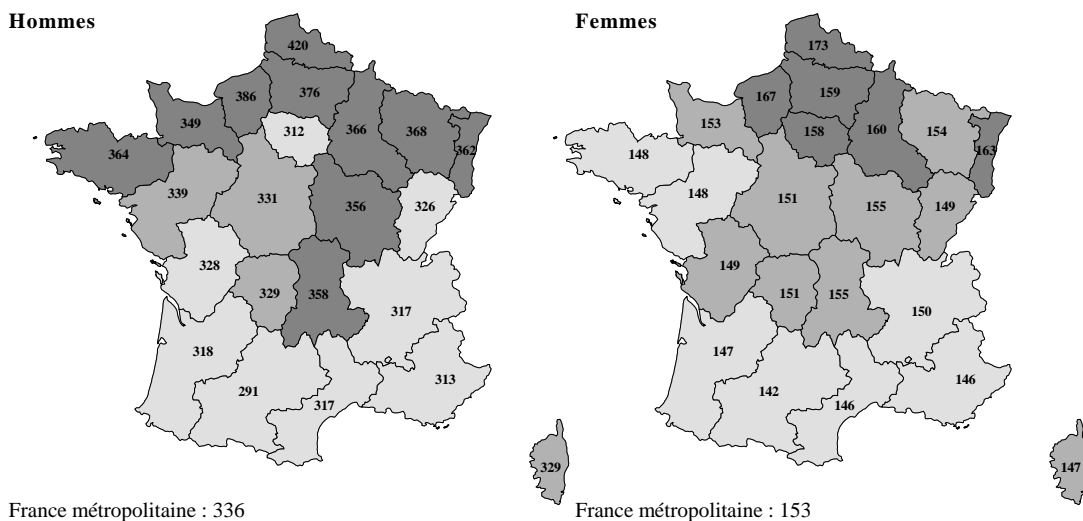
Le réseau FRANCIM ne calcule pas de taux d'incidence pour des niveaux géographiques infra-régionaux. En effet, les données disponibles actuellement ne permettent pas d'utiliser la méthode de modélisation au niveau infra-régional de façon suffisamment fiable. Les nombres de cas attendus dans chaque département de la région Ile-de-France ont été calculés par FRANCIM de façon plus empirique, en distribuant le nombre de cas total en fonction du ratio de mortalité observé sur la période 1995-1997. Ces ratio ont été calculés pour chaque département et pour trois tranches d'âges : 0-39 ans, 40-64 ans et 65 ans ou plus.¹⁰

Ces estimations révèlent une situation singulière à Paris, avec un nombre de cancers chez les Parisiennes supérieur à celui observé chez les Parisiens (en 2000, 49,8% des personnes atteintes d'un cancer sont des hommes dans ce département alors que cette proportion est de 54,5% en Ile-de-France et de 57,9% en France).¹¹ Ces résultats sont à rapprocher de ceux observés dans ce département au niveau de la mortalité (en page suivante).

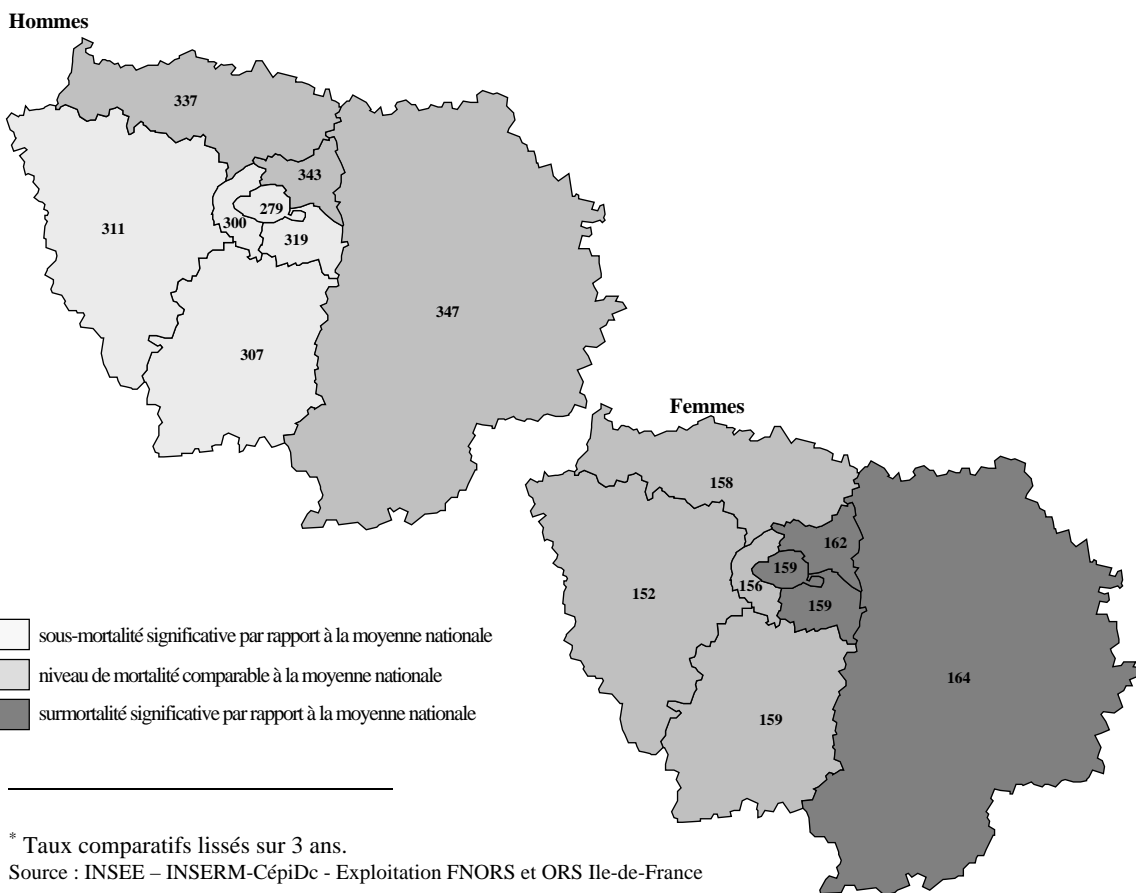
¹⁰ Estimation de l'incidence des cancers en Ile-de-France (1980 – 2003), FRANCIM

¹¹ Ce résultat est confirmé par l'exploitation des données ALD qui indiquent 5 265 admission chez les hommes et 5 982 admissions chez les femmes en 2004 à Paris.

Taux comparatifs de mortalité par cancers en France (période 1999-2001)*
(nombre de décès pour 100 000 personnes)



Taux comparatifs de mortalité par cancers en Ile-de-France (période 1999-2001)*
(nombre de décès pour 100 000 personnes)



Sur-mortalité par cancers chez les Franciliennes

La mortalité par cancers présente d'importantes disparités régionales en France avec, comme pour l'incidence des cancers, une situation globalement plus favorable dans le sud du pays que dans les régions du nord.

A structure d'âge comparable, comme pour l'incidence, les régions Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais présentent respectivement et pour les deux sexes, les niveaux de mortalité les plus bas et les plus élevés des 22 régions de France métropolitaine.

L'Ile-de-France se caractérise par une mortalité par cancer légèrement inférieure à la moyenne nationale pour les hommes (312 décès pour 100 000 personnes, contre 336 en France) et légèrement supérieure à la moyenne nationale pour les femmes (158 décès pour 100 000 personnes, contre 153 en France). La position de l'Ile-de-France en matière de mortalité par cancers est conforme à ce qui est observé pour l'incidence des cancers (mais avec une situation relative un peu plus favorable pour les Franciliens et un peu moins mauvaise pour les Franciliennes en termes de mortalité qu'en termes d'incidence).

Importantes disparités départementales en Ile-de-France

Les statistiques de mortalité permettent des analyses départementales. Pour les hommes, la situation apparaît particulièrement favorable dans le centre et l'ouest de la région : la sous-mortalité atteint 17 % à Paris par rapport à la moyenne nationale et quatre autres départements, les Hauts-de-Seine, les Yvelines, l'Essonne et le Val-de-Marne présentent également une sous-mortalité significative par cancer chez les hommes.

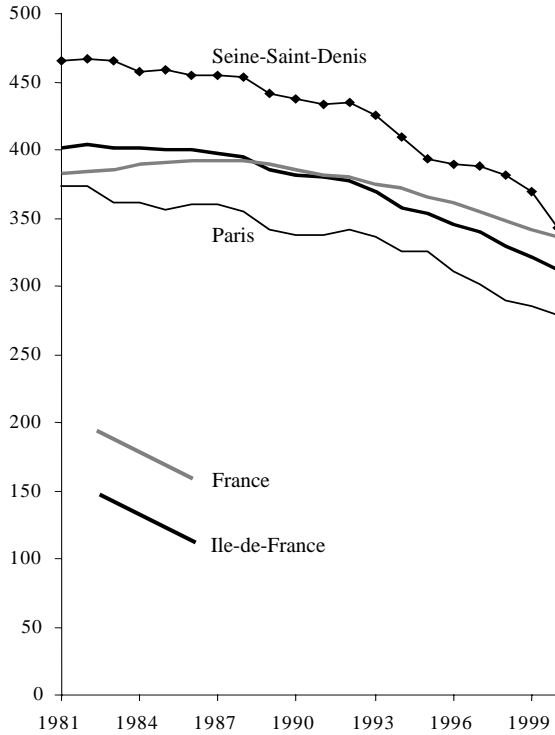
La situation est moins favorable dans le nord et l'est de la région, avec un niveau de mortalité cancéreuse chez l'homme très proche de la moyenne nationale dans le Val-d'Oise, la Seine-Saint-Denis et la Seine-et-Marne.

Pour les femmes, la situation est globalement moins favorable en Ile-de-France. Aucun département francilien ne se situe au dessous de la moyenne nationale et quatre départements, Paris, le Val-de-Marne, la Seine-Saint-denis et la Seine-et-Marne présentent un niveau de mortalité cancéreuse chez la femme significativement supérieur à la moyenne nationale.

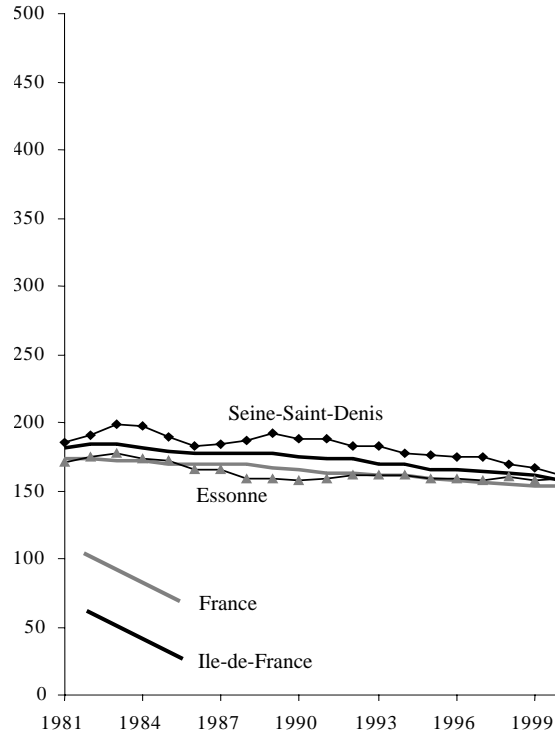
Il faut noter la situation de Paris, département qui, par rapport à la moyenne nationale, présente une situation très favorable pour les hommes (sous-mortalité de 17 %) et défavorable pour les femmes (sur-mortalité de 4 %).

Evolution des taux comparatifs de mortalité par cancer entre 1980 et 2001*

Hommes



Femmes



*Taux comparatifs lissés sur 3 ans

Hommes	1980-82		1999-2001		Evolution du taux comparati
	Nombre décès	Taux comparatif	Nombre décès	Taux comparatif	
Paris	3 170	373	2 388	279	-25,2 %
Seine-et-Marne	1 044	406	1 352	347	-14,5 %
Yvelines	1 153	386	1 434	311	-19,4 %
Essonne	976	392	1 173	307	-21,7 %
Hauts-de-Seine	1 831	402	1 621	300	-25,4 %
Seine-Saint-Denis	1 684	466	1 568	343	-26,4 %
Val-de-Marne	1 462	404	1 437	319	-21,0 %
Val-d'Oise	1 024	444	1 141	337	-24,1 %
Ile-de-France	12 344	402	12 115	312	-22,4 %
France	75 232	383	86 749	336	-12,3 %
Femmes					
Paris	2 830	189	2 198	159	-15,9%
Seine-et-Marne	669	177	901	164	-7,3 %
Yvelines	793	177	996	152	-14,1 %
Essonne	638	171	855	159	-7,0 %
Hauts-de-Seine	1 355	185	1 290	156	-15,7 %
Seine-Saint-Denis	1 014	186	1 020	162	-12,9 %
Val-de-Marne	1 024	178	1 074	159	-10,7 %
Val-d'Oise	635	179	775	158	-11,7 %
Ile-de-France	8 959	182	9 110	158	-13,2 %
France	49 353	173	56 935	153	-11,6 %

Source : INSEE, INSERM-CépiDc, Exploitation ORS Ile-de-France

Les baisses observées depuis 20 ans modifient peu les disparités géographiques de la mortalité par cancer

Les graphiques ci-contre présentent l'évolution des taux comparatifs de mortalité par cancer pour les deux sexes entre 1980 et 2001 en France et en Ile-de-France, ainsi que dans les départements franciliens présentant une situation particulière (mortalité la plus élevée ou la plus basse, ou évolution singulière).

Au niveau national, la mortalité cancéreuse a diminué dans des proportions comparables chez les hommes (-12%) et chez les femmes (-12%) au cours de ces vingt années.¹² En Ile-de-France, la baisse de la mortalité cancéreuse a été à peine plus prononcée qu'au niveau national chez les femmes (-13%), mais beaucoup plus chez les hommes (-22%). Conséquence de ces évolutions différentielles, les Franciliens qui avaient un niveau de mortalité par cancer supérieur à celui de leurs homologues de province jusqu'au début des années 90 connaissent aujourd'hui une sous-mortalité, tandis que les Franciliennes conservent une légère surmortalité pendant toute la période.

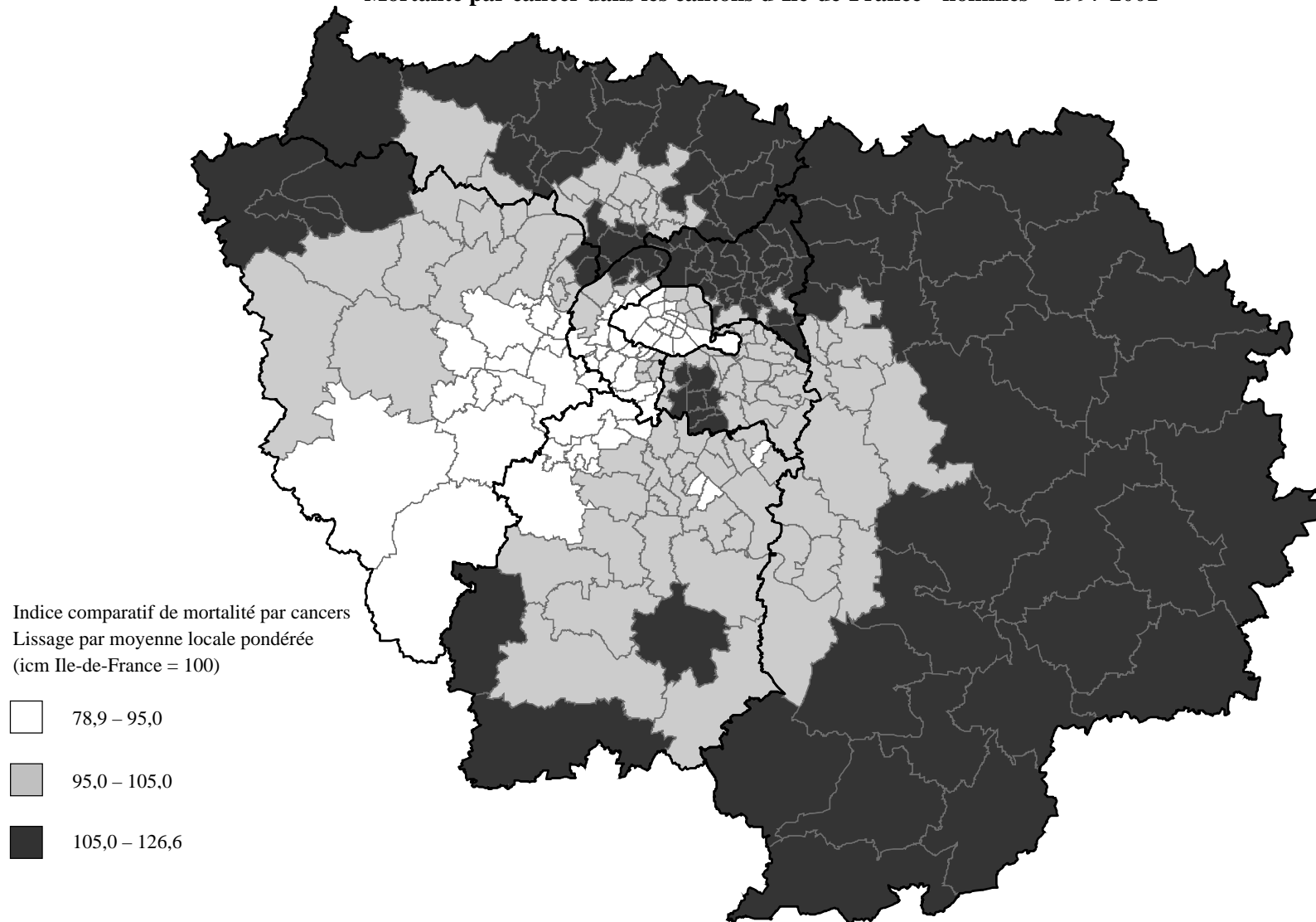
Les évolutions observées au niveau régional recouvrent des disparités départementales importantes :

- pour les hommes, la baisse atteint 24% dans le Val-d'Oise, 25% à Paris et dans les Hauts-de-Seine et 26% en Seine-Saint-Denis (la baisse est concentrée sur les dernières années dans ce département), mais (seulement) 19% dans les Yvelines et 15% en Seine-et-Marne.
- pour les femmes, la baisse atteint 16% à Paris et dans les Hauts-de-Seine, mais ne dépasse pas 7% en Essonne et en Seine-et-Marne.

Il est à noter qu'au cours de ces 20 années, les écarts de mortalité par cancer entre départements franciliens ont peu varié chez les hommes et ont légèrement diminué chez les femmes.

¹² C'est une diminution beaucoup plus modérée que celle observée pour la mortalité générale (-29% chez les hommes et -30% chez les femmes). Ainsi, bien que la mortalité par cancer a diminué, le poids des cancers dans la mortalité totale a progressé au cours de ces 20 années.

Mortalité par cancer dans les cantons d'Ile-de-France - hommes - 1997-2001



Source : INSEE - INSERM - Exploitation ORS Ile-de-France

Fortes disparités cantonales de mortalité par cancer chez les hommes¹³

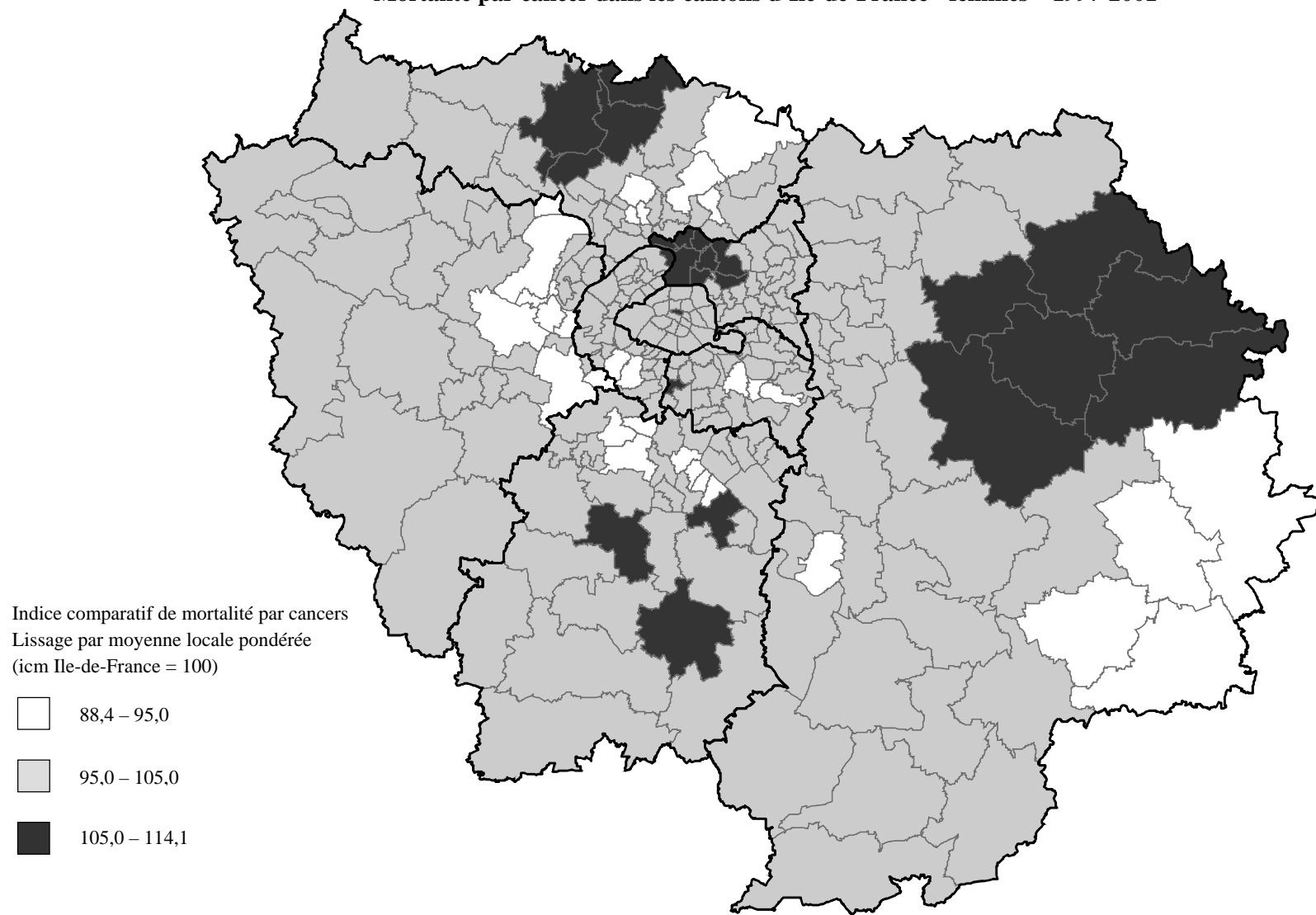
Les statistiques de mortalité permettent des analyses géographiques fines, jusqu'au niveau communal. Toutefois, pour disposer d'une puissance statistique suffisante, les données présentées ici sous forme cartographique ont été agrégées au niveau des « cantons-villes » de l'INSEE et couvrent cinq années d'observation (méthode décrite en annexe).

Chez les hommes, la mortalité par cancer révèle d'importantes disparités en Ile-de-France. Tous les cantons situés en périphérie nord et est de la région apparaissent en sur-mortalité cancéreuse. Plus au centre, la quasi-totalité des cantons de Seine-Saint-Denis apparaissent en sur-mortalité, avec un prolongement vers l'ouest (nord des Hauts-de-Seine et sud du Val-d'Oise). C'est le cas également de quelques cantons du Val-de-Marne (de Villejuif à Vitry-sur-Seine). A l'inverse, l'analyse permet de distinguer une vaste zone de sous-mortalité allant de Paris (arrondissements du centre et du sud-ouest) jusqu'aux confins des Yvelines.

Il est à noter que les caractères urbain/rural et central/périphérique ne semblent pas exercer d'influence déterminante sur le niveau de mortalité cancéreuse puisque, dans Paris comme en proche couronne et en grande couronne, se côtoient des zones présentant un faible niveau de mortalité et d'autres présentant au contraire une surmortalité. Les disparités observées trouvent plus vraisemblablement leur origine dans les importantes disparités socio-économiques qui caractérisent la région Ile-de-France et qui opposent les espaces aisés de l'ouest aux territoires plus populaires de l'est. L'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle détermine en grande partie, en effet, l'environnement professionnel, le cadre et les conditions de vie : certains cancers, notamment ceux favorisés par la consommation d'alcool, de tabac ou par des expositions professionnelles à certains agents cancérigènes sont sur-représentés chez les hommes des catégories inférieures de la hiérarchie sociale. Ils sont à l'origine d'une mortalité prématurée (avant 65 ans) importante et contribuent ainsi fortement aux inégalités d'espérance de vie. Celles-ci sont loin d'être négligeables puisque des travaux de l'INSEE portant sur l'évaluation de la mortalité sociale différentielle à partir du suivi d'un échantillon de plusieurs centaines de milliers de personnes montrent que les hommes cadres ou exerçant une profession libérale ont une espérance de vie à 35 ans supérieure de 7 ans à celle des ouvriers et de 6 ans supérieure à celle des employés.

¹³ L'analyse de la mortalité prématurée par canton présentée ici porte sur les années 1997 à 2001. La mortalité de référence est celle de l'Ile-de-France sur la période 1997-2001.

Mortalité par cancer dans les cantons d'Ile-de-France - femmes - 1997-2001



Source : INSEE - INSERM - Exploitation ORS Ile-de-France

Des disparités cantonales de mortalité par cancer chez les femmes difficilement interprétables ¹⁴

L'analyse par canton de la mortalité cancéreuse chez les femmes révèle des disparités moins marquées et plus difficiles à interpréter que celles observées chez les hommes. Comme pour ces derniers, les caractères urbain/rural et central/périphérique ne semblent pas exercer d'influence sur le niveau de mortalité. Mais les conditions socio-économiques, qui sont primordiales pour interpréter les disparités cantonales de mortalité par cancer chez les hommes, semblent beaucoup moins déterminantes chez les femmes.

Les décès par cancer sont tout d'abord moins nombreux chez les femmes que chez les hommes, notamment avant 65 ans : chaque année les cancers sont responsables d'environ 4 500 décès prématurés masculins contre 2 700 féminins en Ile-de-France. Or les disparités de la mortalité liées aux conditions socio-économiques sont maximales chez les (jeunes) adultes et beaucoup moins prononcées aux âges élevés. De plus, les localisations cancéreuses à l'origine du plus grand nombre de décès féminins (sein, colo-rectal, poumon) ne sont pas des « marqueurs » sociaux chez la femme. Certains facteurs de risque du cancer du sein (âge élevé au premier enfant par exemple) sont même plus fréquents chez les femmes des catégories supérieures. Enfin, les cancers les plus marqués socialement chez les hommes (cancers des voies aéro-digestives supérieures ou certains cancers d'origine professionnelle notamment) sont beaucoup moins fréquents chez les femmes et moins discriminants socialement en raison d'une part d'une exposition professionnelle souvent moins importante mais surtout parce que les facteurs de risque majeurs de ces cancers (tabagisme et alcoolisme en particulier) ne sont pas aussi différenciés socialement et, de toute façon, d'une intensité moindre chez les femmes que chez les hommes¹⁵. D'une manière générale, les disparités sociales de mortalité vont dans le même sens chez les hommes et chez les femmes, mais elles sont beaucoup plus modérées chez ces dernières : selon les travaux de l'INSEE, les différences d'espérance de vie à 35 ans entre cadres et ouvriers, qui atteignent 7 ans chez les hommes, sont de 3 ans chez les femmes et celles entre cadres et employés, qui atteignent 6 ans chez les hommes, sont de 1,5 an (seulement) chez les femmes¹⁶.

¹³L'analyse de la mortalité prématurée par canton présentée ici porte sur les années 1997 à 2001. La mortalité de référence est celle de l'Ile-de-France sur la période 1997-2001.

¹⁵ Les inégalités sociales de santé, éditions La Découverte/INSERM, sous la direction de Annette Leclerc, Didier Fassin, Hélène Grandjean, Monique Kaminski, Thierry Lang, Chapitre IV.25, Comportements, Omar Brix, Thierry Lang.

¹⁶ Christian Monteil, Isabelle Robert-Bobée, INSEE PREMIERE N° 1025 juin 2005, Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes, division Enquêtes et études démographiques.

2 - Principales localisations cancéreuses

Cette deuxième partie présente les données d'incidence et de mortalité pour les principales localisations cancéreuses. Les cancers les plus fréquents chez l'homme sont les cancers de la prostate (7 274 nouveaux cas estimés en 2003), les cancers du poumon (3 903 cas), les cancers côlo-rectaux (2 922 cas) et les cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx (2 155 cas). En termes de mortalité, les cancers du poumon arrivent très nettement en tête avec 3 052 décès annuels sur la période 1999-2001, suivis de la prostate (1 155 décès), du côlon-rectum (1 087 décès) et du foie (658 décès). Chez la femme, les cancers les plus fréquents sont les cancers du sein (8 341 cas), les cancers côlo-rectaux (2 749 cas), les cancers du poumon (1 216 cas) et les mélanomes malins de la peau (923 cas). En termes de mortalité, les cancers du sein arrivent en tête avec 1 874 décès annuels, suivis du côlon-rectum (1 127 décès) et du poumon (885 décès).

Certains cancers sont de moins en moins fréquents, c'est le cas notamment du cancer de l'estomac (pour les deux sexes) et des cancers des voies aéro-digestives supérieures chez les hommes. D'autres connaissent au contraire une progression, comme le cancer du sein et le cancer du poumon chez la femme. Des cancers moins fréquents connaissent une progression inquiétante, c'est le cas notamment des mélanomes malins de la peau, des lymphomes malins non Hodgkinien et des tumeurs du système nerveux central.

Grâce à des diagnostics plus précoces et à des traitements plus efficaces, les taux de survie des patients atteints d'un cancer progressent mais, là encore, de façon inégale selon la localisation.

Cas incidents et nombre de décès pour les principales localisations cancéreuses en Ile-de-France

Chez l'homme	Incidence estimée*		Décès**	
	Nombre	%	Nombre	%
Prostate	7 274	26,4	1 155	9,5
Poumon	3 903	14,2	3 052	25,2
Côlon-rectum	2 922	10,6	1 087	9,0
Lèvre, cavité buccale, pharynx	2 155	7,8	595	4,9
Vessie	1 603	5,8	496	4,1
Lymphome malin non hodgkinien	1 111	4,0	350	2,9
Rein	910	3,3	287	2,4
Estomac	640	2,3	398	3,3
Mélanome malin de la peau	633	2,3	120	1,0
Larynx	549	2,0	219	1,8
Leucémie	594	2,2	387	3,2
Oesophage	545	2,0	443	3,7
Système nerveux central	488	1,8	275	2,3
Pancréas	n. d.	-	562	4,6
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	n. d.	-	658	5,4
Tous cancers	27 551	100,0	12 116	100,0

Chez la femme	Incidence estimée*		Décès**	
	Nombre	%	Nombre	%
sein	8 341	37,6	1 874	20,6
Côlon-rectum	2 749	12,4	1 127	12,4
Poumon	1 216	5,5	885	9,7
Mélanome malin de la peau	923	4,2	101	1,1
Lymphome malin non hodgkinien	878	4,0	337	3,7
Corps de l'utérus***	831	3,7	81	0,9
Ovaire	753	3,4	485	5,3
Col de l'utérus***	606	2,7	137	1,5
Lèvre, cavité buccale, pharynx	597	2,7	143	1,6
Système nerveux central	485	2,2	208	2,3
Rein	481	2,2	176	1,9
Leucémie	423	1,9	345	3,8
Estomac	370	1,7	278	3,1
Vessie	338	1,5	194	2,1
Pancréas	n. d.	-	502	5,5
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	n. d.	-	249	2,7
Oesophage	n. d.	-	119	1,3
Larynx	n. d.	-	31	0,3
Tous cancers	22 162	100,0	9 110	100,0

* Incidence estimée en 2003, source FRANCIM

** Nombre annuel moyen de décès période 1999-2001, source : INSERM – CépiDc

*** Les effectifs de décès sont très sous-estimés pour ces localisations car le certificat de décès ne distingue pas toujours la localisation utérine exacte (corps ou col) du cancer, entraînant alors une inscription dans la rubrique « tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée ».

Les principaux cancers en Ile-de-France : la prostate et le poumon chez l'homme, le sein chez la femme

Selon la méthode exposée en première partie de ce rapport, le réseau français des registres des cancers estime l'incidence des principales localisations cancéreuses. Les données de mortalité étant par ailleurs disponibles pour chacune de ces localisations, il est possible de mesurer le poids (en termes de morbidité et de mortalité) des différents cancers en Ile-de-France pour chaque sexe.

Chez l'homme

En Ile-de-France, les cancers les plus fréquents chez l'homme sont les cancers de la prostate (7 274 nouveaux cas estimés en 2003), les cancers du poumon (3 903 cas), les cancers côlo-rectaux (2 922 cas), les cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx (2 155 cas) et les cancers de la vessie (1 603 cas).

En terme de mortalité, les cancers du poumon arrivent très nettement en tête avec 3 052 décès annuels, suivis de la prostate (1 155 décès), du côlon-rectum (1 087 décès), du foie (658 décès), des lèvres, de la bouche et du pharynx (595 décès) et du pancréas (562 décès).

Chez la femme

Les cancers les plus fréquents chez la femme sont les cancers du sein (8 341 nouveaux cas estimés en 2003), les cancers côlo-rectaux (2 749 cas), les cancers du poumon (1 216 cas), les mélanomes malins de la peau (923 cas) et les lymphomes malins non hodgkinien (878 cas).

Le cancer du sein représente plus de 37% de l'ensemble des cancers féminins dans la région.

En terme de mortalité, les cancers du sein arrivent en première place avec 1 874 décès annuels sur la période 1999-2001, suivis du côlon-rectum (1 127 décès), du poumon (885 décès), du pancréas (502 décès) et de l'ovaire (485 décès).

Principales localisations cancéreuses

Evolution de l'incidence des cancers en Ile-de-France*

(nombre de cas pour 100 000 personnes du même sexe)

Chez l'homme	1980	1990	2000	2003	<i>Evolution annuelle 1980-2003 (%)</i>
Mélanome malin de la peau	3,2	5,6	9,9	11,7	5,8
Prostate	39,7	63,7	114,5	139,2	5,6
Lymphome malin non hodgkinien	9,1	13,2	18,9	20,9	3,7
Rein	9,9	12,8	16,3	17,6	2,5
Système nerveux central	6,2	7,8	8,9	9,3	1,8
Tous cancers	394,1	431,0	495,8	526,5	1,3
Vessie	24,7	28,1	30,3	30,6	0,9
Côlon-rectum	47,7	51,9	55,1	55,8	0,7
Poumon	73,0	74,8	75,1	75,4	0,1
Leucémie	11,4	11,3	11,3	11,3	0,0
Lèvre, cavité buccale, pharynx	56,4	50,4	43,3	41,5	-1,3
Estomac	17,9	15,4	12,8	12,1	-1,7
Oesophage	17,9	14,7	11,5	10,5	-2,3
Larynx	18,3	14,9	11,6	10,7	-2,3
Chez la femme	1980	1990	2000	2003	<i>Evolution annuelle 1980-2003 (%)</i>
Mélanome malin de la peau	4,8	7,7	12,8	14,9	5,0
Poumon	7,2	11,1	16,8	19,0	4,3
Lymphome malin non hodgkinien	6,2	8,6	11,7	13,0	3,3
Rein	3,5	5,0	6,7	7,4	3,3
Système nerveux central	4,7	6,1	7,5	8,0	2,3
Sein	80,8	103,5	128,6	136,3	2,3
Lèvre, cavité buccale, pharynx	6,1	7,4	9,1	9,5	1,9
Tous cancers	246,9	282,6	327,3	343,0	1,4
Côlon-rectum	32,6	35,4	37,0	37,4	0,6
Ovaire	11,2	11,9	12,0	12,0	0,3
Vessie	4,6	4,6	4,4	4,4	-0,2
Corps de l'utérus	13,9	14,5	13,4	13,0	-0,3
Leucémie	6,9	6,7	6,5	6,4	-0,3
Estomac	8,2	6,5	5,1	4,8	-2,3
Col de l'utérus	18,8	13,4	10,3	9,7	-2,8

*Taux standardisé sur la population européenne

Source FRANCIM, Réseau français des registres des cancers

Incidence et mortalité : des évolutions très contrastées

Au cours des vingt dernières années, la progression annuelle de l'incidence des cancers, en Ile-de-France, est de 1,3% chez les hommes et de 1,4% chez les femmes, tandis que la mortalité a baissée de 1,3% par an chez les hommes et de 0,7% chez les femmes.

Ces valeurs moyennes recouvrent des évolutions par site très diverses. La diminution du nombre de **cancers de l'estomac** est remarquable pour les deux sexes aussi bien en termes de mortalité que d'incidence. L'évolution favorable de ce cancer est généralement attribuée aux progrès réalisés dans la conservation des aliments (diminution des saumures et salaisons au profit de la réfrigération) et, plus récemment aux progrès thérapeutiques dans le traitement de la bactérie *helicobacter pilori*. L'Ile-de-France présente une sous-mortalité significative par cancer de l'estomac pour les deux sexes.

Chez l'homme, les **cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx**, de **l'œsophage** et du **larynx** enregistrent également de fortes baisses, plus marquées en Ile-de-France qu'en moyenne en France. Ces localisations ont en commun d'être favorisées par une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac. La moindre fréquence de ces cancers est consécutive à la baisse de la consommation d'alcool observée chez les hommes (notamment chez les Franciliens) depuis plusieurs décennies et, dans une moindre mesure, celle, plus récente, de la consommation tabagique. Cette évolution favorable de la consommation tabagique chez l'homme commence également à infléchir les courbes du **cancer du poumon**, aussi bien celle de l'incidence (quasiment stable sur la période après avoir beaucoup progressé pendant les décennies 50 à 80) que celle de la mortalité (en baisse légère et récente). La baisse est un peu plus marquée en Ile-de-France qu'en moyenne en France de sorte que, depuis le milieu des années 90, les Franciliens présentent une sous-mortalité significative par cancer du poumon après des décennies de surmortalité. Pour la même raison, les **cancers du rein** (incidence en hausse et mortalité stable) et de la **vessie** (hausse légère de l'incidence et mortalité en baisse), pour lesquels le tabagisme constitue un des principaux facteurs de risque pourraient également connaître une évolution favorable chez l'homme dans les prochaines années.

Cette évolution favorable des cancers pour lesquels l'alcool et le tabac constituent les principaux facteurs de risque n'est malheureusement pas observée chez les femmes qui enregistrent notamment une forte augmentation de l'incidence et de la mortalité par cancer du poumon depuis 20 ans.

Principales localisations cancéreuses

Evolution de la mortalité par cancers en Ile-de-France *

(nombre de décès pour 100 000 personnes du même sexe)

Chez l'homme	1981	1990	2000	Evolution annuelle 1981-2000 (%)
mélanome malin peau	1,6	2,2	2,7	2,7
Lymphome malin non hodgkinien	5,4	8,6	9,0	2,7
système nerveux central	4,4	6,2	6,1	1,7
rein	7,6	8,1	7,6	0,0
poumon	83,0	86,8	73,5	-0,6
leucémie	12,3	11,4	10,3	-0,9
vessie	17,2	16,0	14,1	-1,0
prostate	46,3	48,0	36,9	-1,2
tous cancers	401,7	382,2	311,8	-1,3
côlon-rectum	41,0	36,3	30,5	-1,5
œsophage	18,6	15,9	10,2	-3,1
Lèvre, cavité buccale, pharynx	24,5	19,7	12,8	-3,4
estomac	23,5	16,0	10,6	-4,1
larynx	17,9	10,2	5,1	-6,4

Chez la femme	1981	1990	2000	Evolution annuelle 1981-2000 (%)
Lymphome malin non hodgkinien	3,2	5,4	5,9	3,2
poumon	9,9	12,7	15,7	2,4
mélanome malin peau	1,1	1,4	1,7	2,2
système nerveux central	2,7	3,6	3,8	1,8
corps de l'utérus**	1,2	1,1	1,5	1,2
ovaire	8,5	9,7	8,7	0,1
sein	33,2	35,2	32,5	-0,1
vessie	3,4	3,4	3,3	-0,2
rein	3,2	3,3	3,1	-0,2
œsophage	2,3	2,7	2,1	-0,4
tous cancers	182,4	174,9	158,4	-0,7
Lèvre, cavité buccale, pharynx	3,0	2,6	2,5	-1,1
leucémie	7,3	6,6	5,8	-1,2
côlon-rectum	26,0	23,2	19,3	-1,6
col de l'utérus**	3,2	2,9	2,3	-1,7
estomac	11,1	8,0	4,7	-4,4

*Taux standardisé sur la population France métropolitaine RP 1990

Source : INSEE, INSERM, Exploitation ORS Ile-de-France et FNORS

*** Les effectifs de décès sont très sous-estimés pour ces localisations car le certificat de décès ne distingue pas toujours la localisation utérine exacte (corps ou col) du cancer (entraînant alors une inscription dans la rubrique « tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée »).

Compte tenu de l'augmentation de la consommation de tabac chez les femmes dans les dernières décennies et du délai entre exposition tabagique et survenue d'un cancer du poumon (de l'ordre de 30 ans environ), il est probable que l'incidence de cette pathologie continue de croître encore pendant des années et que le cancer du poumon devienne, en France comme aux Etats-Unis où le tabagisme féminin est plus ancien, la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Parmi les régions françaises, l'Ile-de-France présente une situation très défavorable pour le cancer du poumon chez les femmes (mortalité supérieure de 30% à la moyenne nationale) mais aussi, dans une moindre mesure, pour les cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx, de l'œsophage et du larynx (et ce malgré une baisse récente de la mortalité).

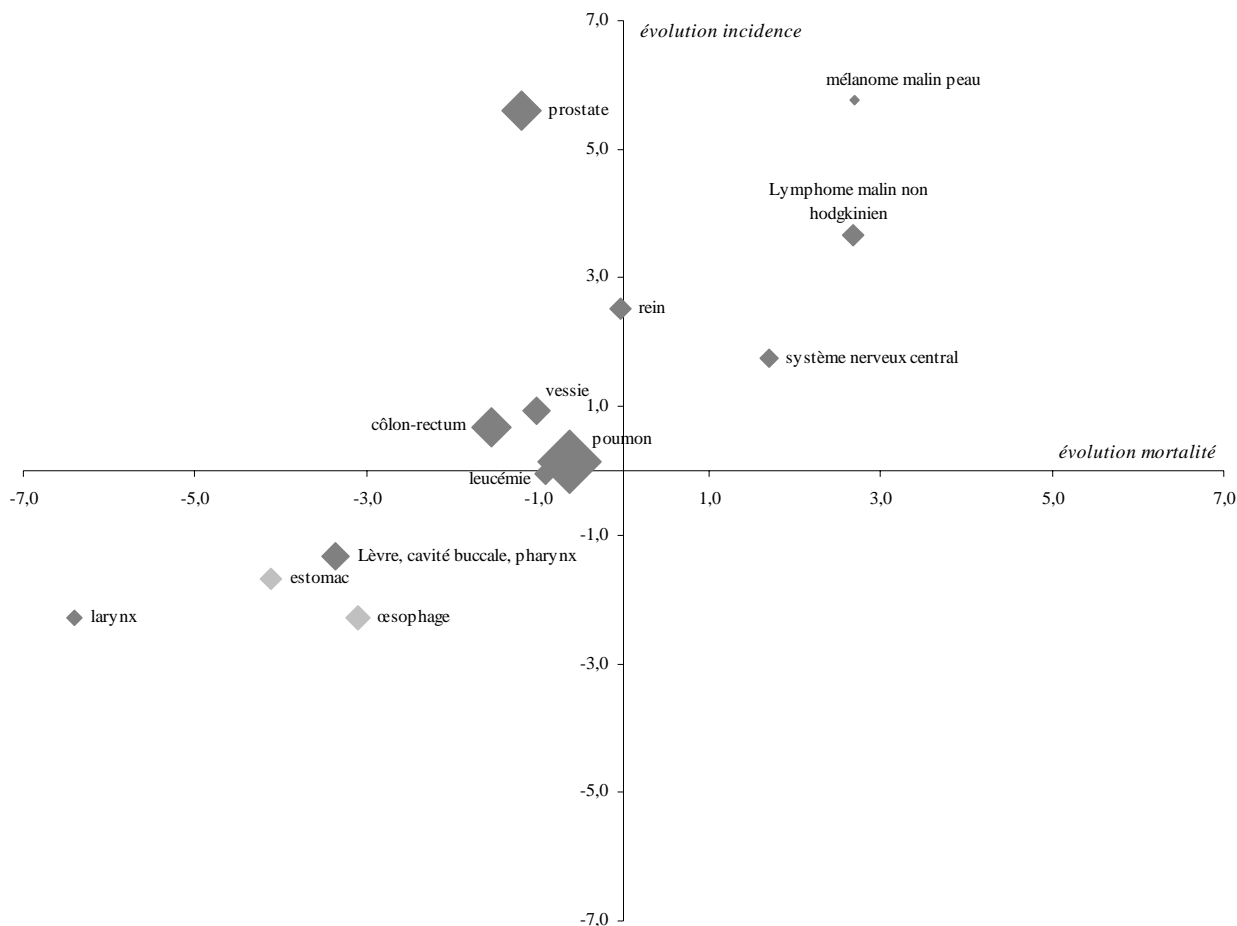
Les **cancers de l'utérus** regroupent deux localisations principales, le **col et le corps**, qui sont deux maladies bien distinctes en termes d'histoire naturelle, d'âge de survenue, de facteurs de risque et de pronostic. Les principaux facteurs de risque identifiés du cancer du corps de l'utérus sont la surcharge pondérale et l'utilisation d'œstrogènes non associés à des progestatifs comme traitement substitutif de la ménopause. Pour le cancer du col de l'utérus, il est maintenant largement montré qu'il est lié à une maladie sexuellement transmissible et que le papillomavirus (HPV) en est le principal facteur étiologique. En terme d'incidence, le cancer du corps de l'utérus enregistre une baisse très légère, alors que la baisse est beaucoup plus marquée pour le col de l'utérus dont la fréquence a été divisée par deux en 20 ans. Cette baisse est en grande partie attribuable au dépistage des lésions pré-cancéreuses par frottis cervico-utérin. Une grande partie des cas surviennent donc chez des femmes qui n'ont pas accès à un suivi gynécologique régulier.

En termes de mortalité, ces deux cancers évoluent également de manière distincte : forte baisse pour le cancer du col et légère hausse pour le cancer du corps de l'utérus. Il faut cependant noter qu'il existe une importante sous-estimation des décès pour ces deux localisations liée aux difficultés à distinguer la localisation utérine exacte sur les certificats de décès. Elle conduit à interpréter avec prudence l'évolution de la mortalité pour ces localisations (le taux d'évolution calculé n'étant représentatif de l'évolution réelle que si la sous-estimation est relativement homogène sur la période). La mortalité par cancers de l'utérus (sans distinction de la localisation exacte) est du même niveau en Ile-de-France qu'en France.

Le **cancer de l'ovaire**, relativement fréquent et à forte létalité (près de 500 décès par an en Ile-de-France) est quasiment stable sur l'ensemble de la période tant pour l'incidence que pour la mortalité. La mortalité par cancer de l'ovaire est de même niveau en Ile-de-France qu'en France métropolitaine.

Evolution des cancers en Ile-de-France ¹⁷

Chez l'homme



¹⁷ Lecture du graphique :

Chaque localisation cancéreuse est positionnée sur le graphique en fonction de l'évolution de son taux d'incidence standardisé (progression annuelle 1980-2003) et de l'évolution de son taux comparatif de mortalité (progression annuelle 1981-2000). La taille du losange est proportionnelle à l'effectif de décès pour cette localisation (moyenne annuelle de la période 1999-2001). La couleur du losange indique une éventuelle sur-mortalité (gris foncé) ou sous-mortalité (gris clair) dans la région par rapport à la moyenne nationale en 1999-2001.

Exemples (pour les deux localisations extrêmes en termes de décès) :

Le mélanome malin de la peau a connu une progression annuelle moyenne de 5,8% son incidence entre 1980 et 2003 et une progression annuelle moyenne de 2,7% de son taux comparatif de mortalité. Entre 1999 et 2001, le nombre moyen de décès masculins dus au mélanome malin de la peau est de 120 en Ile-de-France. Pour le cancer du poumon, les valeurs sont respectivement 0,1%; -0,6% et 3 053 décès.

Source : INSEE, INSERM, FRANCIM, Exploitation ORS Ile-de-France

Le **cancer du sein**, de loin le plus fréquent chez la femme, a augmenté à un rythme soutenu et constant au cours des vingt dernières années. Actuellement, toutes générations confondues, une Française sur dix risque d'être atteinte par cette maladie au cours de son existence mais le risque est supérieur chez les femmes des générations les plus récentes et plus élevé en Ile-de-France qu'en France (dans tous les pays, l'incidence de ce cancer est plus élevée en zone urbaine qu'en zone rurale). De nombreux facteurs de risques (premières règles précoces et ménopause tardive, nulliparité, âge élevé au premier enfant, alimentation, exposition à certains polluants, prédisposition héréditaire) ont été identifiés pour ce cancer sans que la responsabilité de chacun soit clairement établie et mesurée. Une partie de l'augmentation de l'incidence s'explique par le développement du dépistage, qui permet un diagnostic plus précoce des tumeurs mammaires. Le dépistage organisé du cancer du sein par mammographie est depuis 2004 étendu à l'ensemble du territoire français. De nombreuses expériences dans le monde ont montré que le dépistage chez la femme de plus de 50 ans pouvait entraîner une réduction de 30% de la mortalité à condition que le taux de participation soit supérieur à 60%. Les progrès de la prise en charge du cancer du sein, avec d'une part un dépistage plus précoce et donc la découverte de tumeurs de petite taille, et, d'autre part, des traitements plus efficaces, ont permis d'améliorer considérablement son pronostic au cours des dernières décennies.

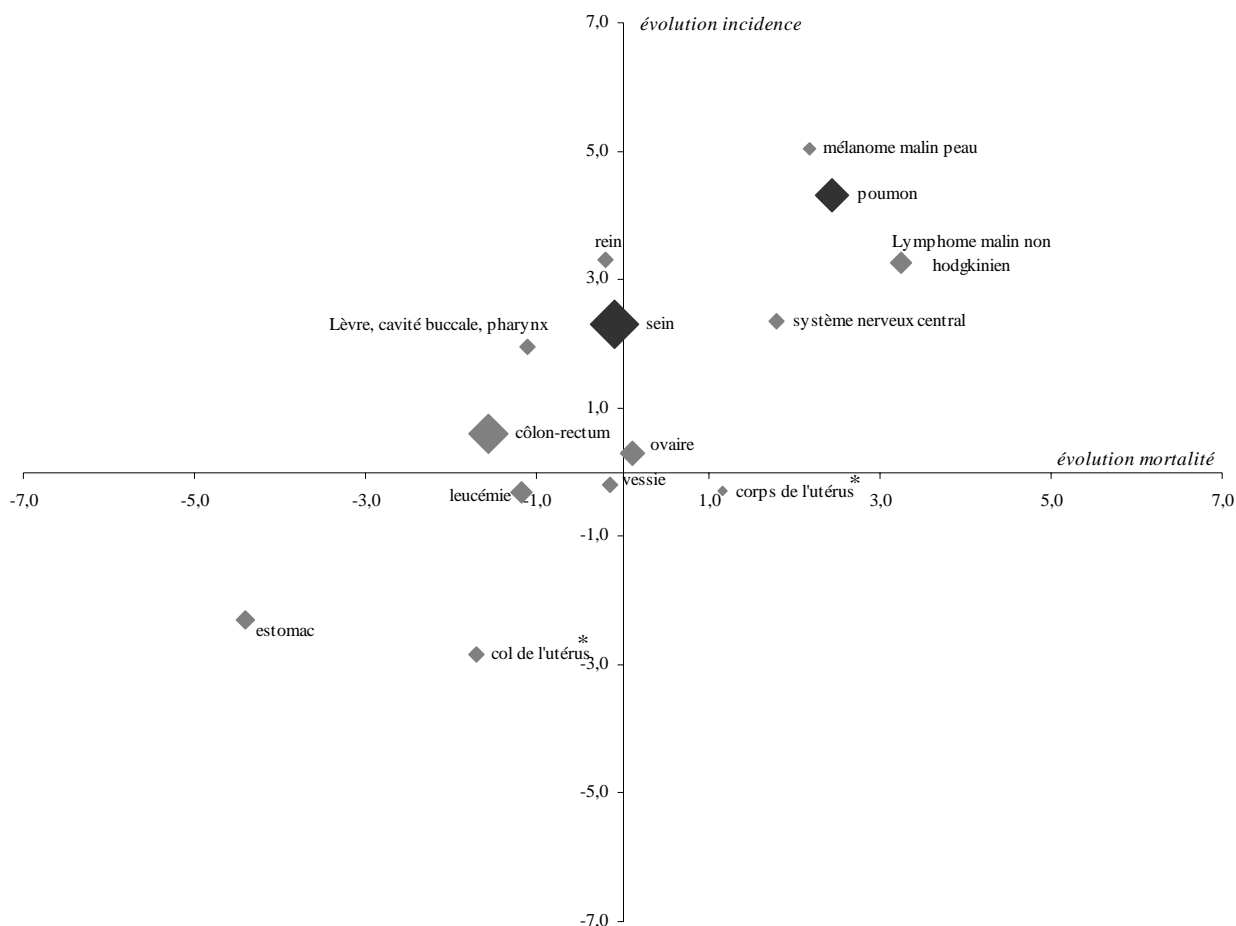
Par rapport à leurs homologues de province, les Franciliennes présentent une surmortalité significative par cancer du sein.

Le **cancer de la prostate**, dont le taux d'incidence a plus que triplé en 20 ans est aujourd'hui, en Ile-de-France comme en France, le premier cancer masculin en terme d'incidence et le deuxième en terme de mortalité. L'étiologie de ce cancer, qui s'observe essentiellement chez les hommes âgés, est assez mal connue. L'augmentation de l'incidence s'explique en grande partie par la diffusion de nouvelles méthodes de diagnostic qui permettent de détecter des tumeurs à un stade de plus en plus précoce. Le vieillissement démographique (le nombre d'hommes âgés de 85 ans ou plus a plus que doublé en Ile-de-France depuis 20 ans) a également contribué à l'augmentation des cas incidents passés de 1 551 cas en 1980 à 7 274 cas en 2003, soit une multiplication par près de 5. La fréquence élevée de ce cancer chez les sujets très âgés sans que le pronostic vital soit nécessairement engagé amène à s'interroger sur le bien fondé d'un dépistage systématique de ce cancer par le dosage du PSA (antigène spécifique de la prostate). On estime en effet que 40% des hommes de plus de 50 ans sont porteurs de lésions histologiques cancéreuses mais que seuls 8% développeront un cancer clinique.

Les Franciliens présentent une légère sous-mortalité par cancer de la prostate par rapport à leurs homologues de province.

Evolution des cancers en Ile-de-France ¹⁸

Chez la femme



¹⁸ Lecture du graphique :

chaque localisation cancéreuse est positionnée sur le graphique en fonction de l'évolution de son taux d'incidence standardisé (progression annuelle 1980-2003) et de l'évolution de son taux comparatif de mortalité (progression annuelle 1981-2000). La taille du point est proportionnelle à l'effectif de décès pour cette localisation (moyenne annuelle de la période 1999-2001). La couleur du losange indique une éventuelle sur-mortalité (gris foncé) ou sous-mortalité (gris clair) dans la région par rapport à la moyenne nationale en 1999-2001.

Exemples (pour les deux localisations extrêmes en termes de décès) :

le cancer du corps de l'utérus a connu une progression annuelle moyenne de -0,3% de son incidence entre 1980 et 2003 et une progression annuelle moyenne de 1,2% de son taux comparatif de mortalité. Entre 1999 et 2001, le nombre moyen de décès féminins dus au cancer du corps de l'utérus est de 81 en Ile-de-France. Pour le cancer du sein, les valeurs sont respectivement 2,3%; -0,1% et 1874 décès.

* Les effectifs de décès sont très sous-estimés pour ces localisations car le certificat de décès ne distingue pas toujours la localisation utérine exacte (corps ou col) du cancer (entraînant alors une inscription dans la rubrique «tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée»). Les évolutions ont toutefois été calculées pour ces deux localisations, considérant que la sous-estimation pouvait être à peu près homogène sur l'ensemble de la période.

Source : INSEE, INSERM, FRANCIM, Exploitation ORS Ile-de-France

Le **cancer du côlon-rectum**, qui se manifeste essentiellement chez des personnes âgées de plus de 50 ans est fréquent aussi bien en termes d'incidence que de mortalité pour les deux sexes. Au cours des vingt dernières années, les taux d'incidence ont légèrement progressé alors que les taux de mortalité ont baissé de manière sensible pour les deux sexes. L'alimentation et la sédentarité sont les principaux facteurs de risque de ce cancer. Deux départements franciliens (l'Essonne et la Seine-Saint-Denis) se sont engagés depuis peu dans une campagne de dépistage organisé de ce cancer par test Hemocult[®] et celui-ci pourrait être rapidement étendu à tous les départements français. Les hommes d'Ile-de-France présentent une légère sous-mortalité par cancer colo-rectal, tandis que le niveau de mortalité des Franciliennes est comparable à celui des femmes françaises pour ce cancer.

Le **mélanome malin de la peau**, les **lymphomes malins non hodgkinien** et les **cancers du système nerveux central** connaissent les progressions les plus importantes depuis 20 ans aussi bien en termes d'incidence que de mortalité pour les deux sexes (s'ajoute à cette liste le poumon chez la femme). Relativement rares au début des années 80, ces cancers occupent une place de plus en plus importante. Les lymphomes malin non hogkinien, par exemple arrivent aujourd'hui en sixième position parmi l'ensemble des cancers pour les deux sexes en Ile-de-France. Les raisons de cette augmentation ne sont pas parfaitement connues. L'infection par le VIH est un facteur de risque de lymphome non hodgkinien mais l'augmentation est observée de façon assez homogène dans toute la population française (masculine et féminine, francilienne ou non) indépendamment des taux de prévalence très variables de l'infection par le VIH.

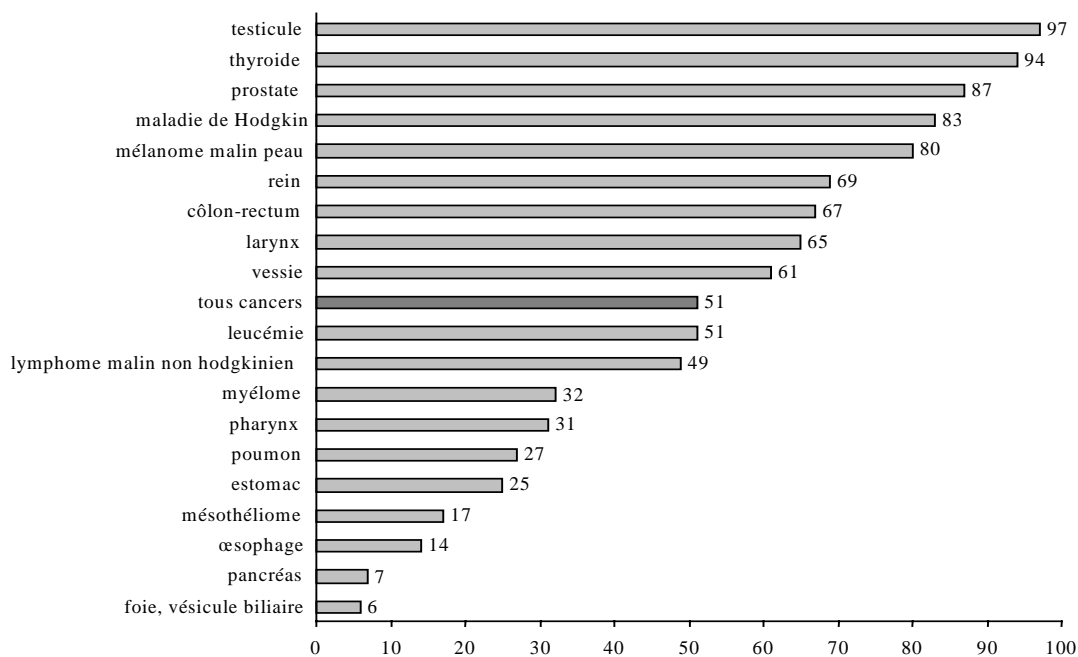
Les cancers du système nerveux central (cerveau et moelle épinière) surviennent à tous les âges et notamment chez des enfants.

Le mélanome malin de la peau, dont le facteur de risque est l'exposition solaire en particulier des individus à peau claire, connaît une très forte progression de son incidence (la plus élevée de tous les cancers) et une progression un peu plus modérée de la mortalité. On peut noter que le mélanome malin de la peau est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, mais cause davantage de décès chez ces derniers. L'augmentation plus rapide de l'incidence suggère un diagnostic plus précoce conduisant à un meilleur pronostic. De fait, le traitement du mélanome à un stade précoce consiste le plus souvent en un acte chirurgical « simple » (avec un taux de survie à 5 ans très élevé) alors que l'efficacité des traitements au stade métastatique demeure très faible. L'Ile-de-France ne se distingue pas de la moyenne nationale en ce qui concerne la mortalité par mélanome malin de la peau.

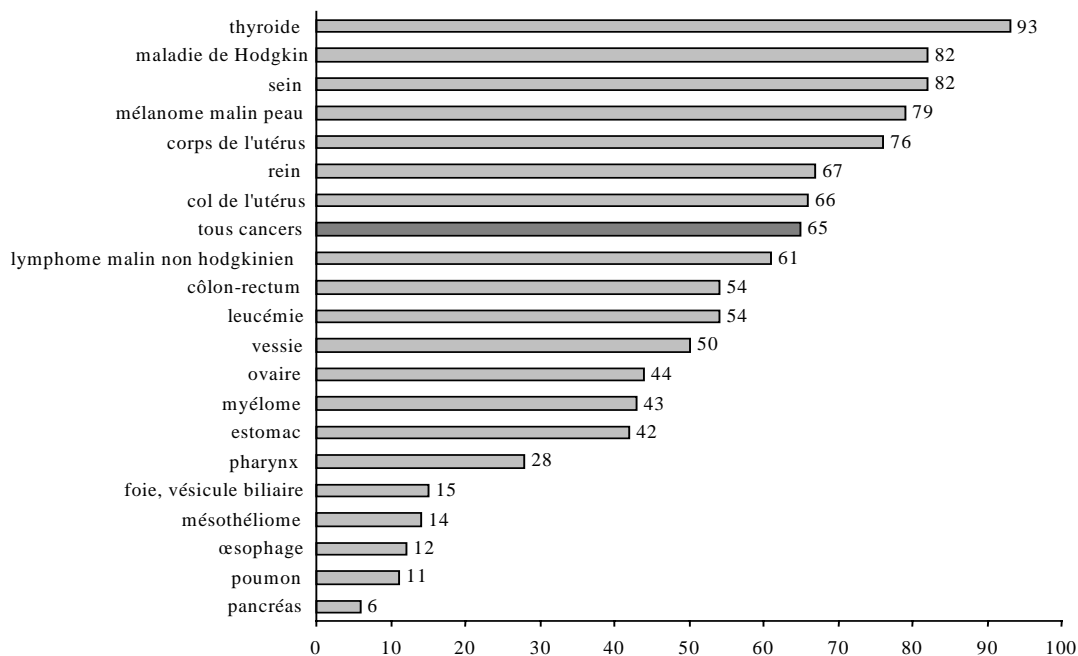
Survie à 5 ans des cancers incidents en Ile-de-France

(taux de survie relative*, à 5 ans, en %)

Chez l'homme



Chez la femme



Source : Survie à 5 ans des cancers incidents en Ile-de-France, cohorte 1994-1999, association Prévention et épidémiologie des tumeurs en région Ile-de-France (PETRI). - Les tableaux complets figurent en annexe.

* Cette méthode tient compte de la structure d'âge et de la mortalité générale dans la population pour le calcul de la survie attendue.

Des taux de survie à 5 ans très variables selon la localisation

Les services médicaux des trois principaux régimes d'assurance maladie : le Régime général, la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime d'Assurance Maladie des Professions indépendantes (AMPI) ont réalisé, sous l'égide de l'association PETRI (Prévention et épidémiologie des tumeurs en Région Ile-de-France), une étude descriptive de la mortalité cancéreuse en Ile-de-France. Un des intérêts de l'étude est de présenter des résultats en termes de survie au niveau d'une région entière, l'Ile-de-France, qui couvre 20% de la population française et qui par ailleurs ne dispose pas de registre des cancers.

Cette étude de cohorte a débuté en 1994 par une première phase consistant en un recueil exhaustif des cancers incidents déclarés en Ile-de-France à l'Assurance Maladie à partir des admissions en ALD pour tumeur maligne : 27 080 patients ont ainsi été inclus dans la cohorte. Une deuxième phase a consisté à assurer un suivi à 1 an, 3 ans et 5 ans d'un échantillon de 4 166 patients issu de cette cohorte, permettant un suivi de la survie pour les principales localisations cancéreuses.¹⁹

Tous cancers confondus, la survie relative à 5 ans de l'ensemble de l'échantillon est de 51% pour les hommes et de 65% pour les femmes, ce qui signifie que plus d'un homme sur deux et près de deux femmes sur trois atteints d'un cancer sont encore en vie cinq ans plus tard.

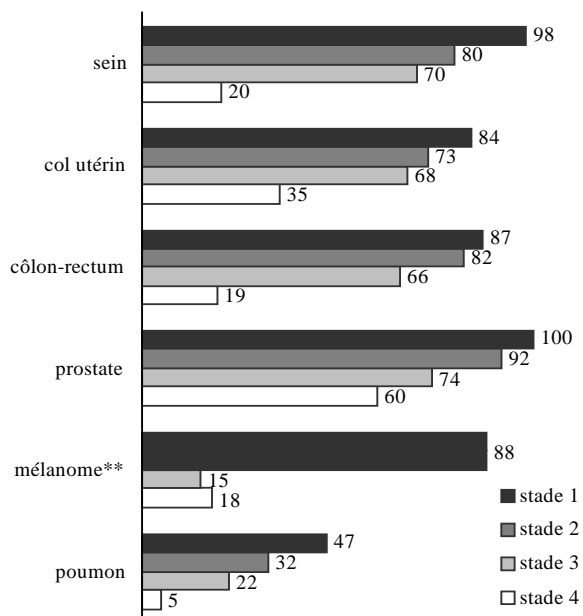
Les taux de survie les plus faibles concernent les cancers du pancréas, du foie, de l'œsophage, de l'estomac, du poumon et les mésothéliomes. Ces cancers beaucoup plus fréquents chez les hommes que chez les femmes sont souvent détectés à un stade avancé et donc inopérables.

Les taux de survie les plus élevés concernent les cancers du testicule et de la prostate chez les hommes, les cancers du sein et du corps de l'utérus chez les femmes, le cancer de la thyroïde, la maladie de Hodgkin et le mélanome malin de la peau pour les deux sexes.

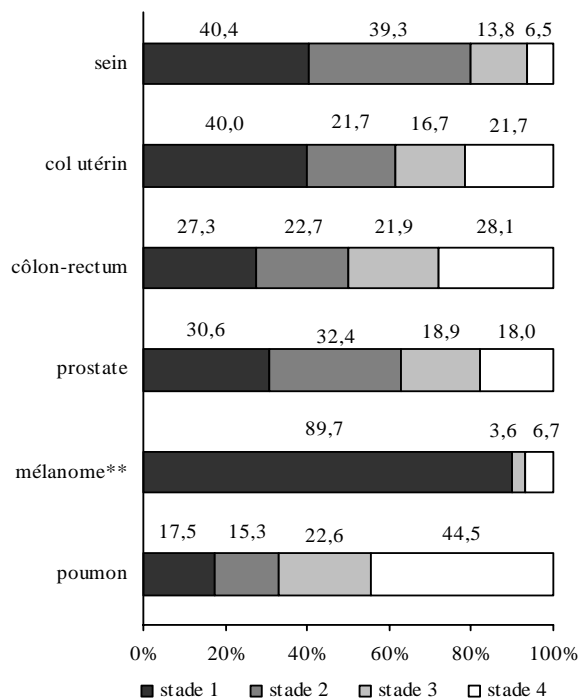
La seule localisation pour laquelle il a été noté une différence significative de la survie à 5 ans selon le sexe est le cancer de l'estomac (survie relative à 5 ans de 42% pour les femmes et de 25% pour les hommes).

¹⁹ Tirage au sort aléatoire après stratification sur la localisation tumorale avec un taux de sondage variable permettant que chaque localisation soit suffisamment représentée pour l'étude des taux de survie.

Survie à 5 ans des cancers incidents selon le stade au diagnostic
(taux de survie relative*, à 5 ans, en % pour les deux sexes)



Répartition par stade au moment du diagnostic



*Cette méthode tient compte de la structure d'âge et de la mortalité générale dans la population pour le calcul de la survie attendue.

** tumeurs de stade 1 et de stade 2 regroupées

Source : Survie à 5 ans des cancers incidents en Ile-de-France, cohorte 1994-1999, association Prévention et épidémiologie des tumeurs en région Ile-de-France (PETRI).

L'importance d'un diagnostic précoce

Dans l'étude menée par l'association PETRI, tous les cas de l'échantillon ont été revus par le même anatomopathologiste tant sur le plan des données cliniques qu'anatomopathologiques, ce qui permet de présenter des données cohérentes de survie par stade et par type anatomopathologique. Il ressort que, si les taux de survie sont très variables selon la localisation, ils varient tout autant, pour une même localisation, selon le stade de développement de la tumeur au moment du diagnostic. Les taux de survie à 5 ans en effet, apparaissent statistiquement différents selon le stade TNM (classification des tumeurs malignes) au moment du diagnostic pour la plupart des localisations.

Le tableau ci-contre présente les taux de survie relative à 5 ans des principales localisations, sein, col de l'utérus, côlon-rectum, prostate, mélanome pour lesquelles un programme de dépistage est envisageable (ou déjà mis en place) ainsi que pour le cancer du poumon.

La survie relative à 5 ans des cancers du sein tous stades confondus est de 82%, mais elle est de 98% pour les tumeurs de stade 1 (petites tumeurs sans envahissement ganglionnaire), qui constituent 40% des cas de l'échantillon. Pour ceux-ci, le taux de survie est très proche de celui de la population générale. Le taux de survie relative à 5 ans des tumeurs de stade 4 (moins de 7% des cas dans l'échantillon), n'est en revanche que de 20%. Dans le cas du cancer du sein, les taux de survie sont donc particulièrement élevés lorsque la tumeur est diagnostiquée à un stade précoce mais très bas si le diagnostic est tardif, ce qui justifie totalement la généralisation du dépistage de ce cancer. Selon ces mêmes critères et indépendamment des problèmes d'organisation et de coûts, le dépistage apparaît pertinent pour les cancers du col utérin, du côlon-rectum et du mélanome, beaucoup moins pour le cancer de la prostate compte tenu des taux de survie relativement élevés à tous les stades et de l'âge généralement très élevé des hommes concernés. Le cancer du poumon présente un taux de survie « global » particulièrement bas car il cumule mauvais pronostic quel que soit le stade au moment du diagnostic et surtout proportion élevée de tumeurs détectées à un stade avancé en raison d'une symptomatologie tardive. Une amélioration sensible du taux de survie global pourrait toutefois être obtenue par une augmentation de la part des tumeurs détectées à un stade précoce (pour lesquelles le taux de survie est proche de 50%). Mais se pose alors la faisabilité d'un programme de dépistage, dont aucune méthode n'a fourni la preuve de son efficacité, sachant qu'il doit s'adresser à une population nombreuse : les fumeurs des deux sexes et dans une large tranche d'âges, ce cancer survenant notamment chez des adultes relativement jeunes.

3 – Comparaisons européennes

L'étude des disparités géographiques de la mortalité par cancer gagne à être replacée dans le contexte européen.

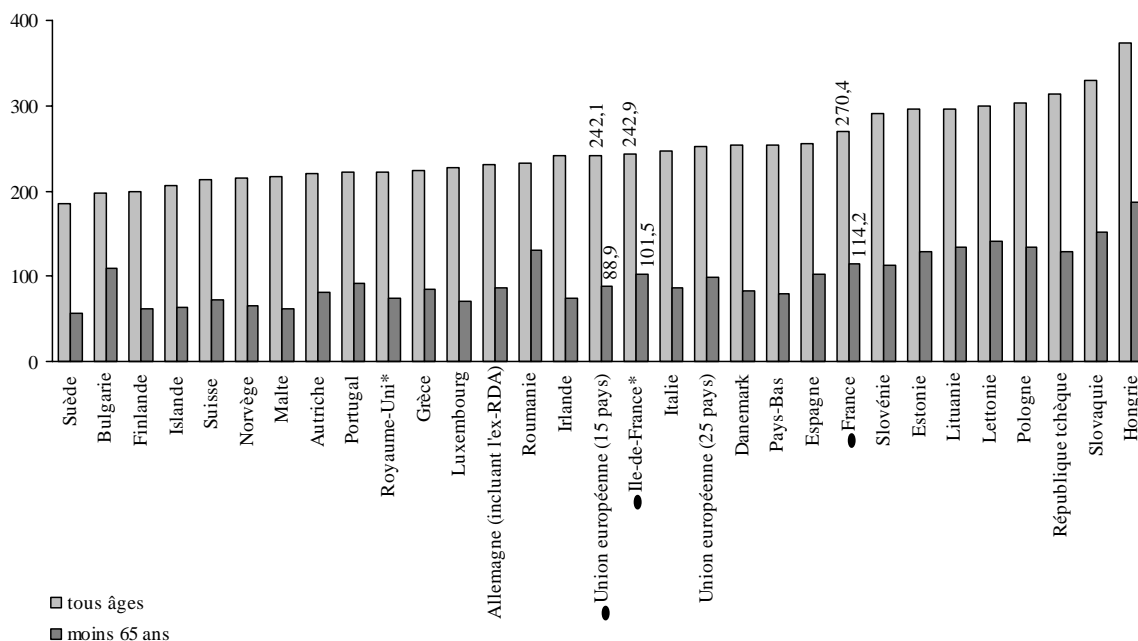
Pour les hommes, la situation apparaît particulièrement défavorable en France : toutes localisations confondues, le taux de décès par cancer est supérieur de près de 12% à la moyenne observée dans les pays de l'Europe des quinze.

La situation défavorable des Français s'explique en grande partie par le poids des cancers des voies aéro-digestives supérieures et du foie, à l'origine d'une mortalité masculine trois à cinq fois plus élevée en France que dans certains pays scandinaves. Si l'on considère les seuls hommes âgés de moins de 65 ans, la surmortalité cancéreuse apparaît encore plus remarquable en France puisque celle-ci atteint 28,5% par rapport à la moyenne européenne. Là encore, les cancers des voies aéro-digestives supérieures et du foie expliquent ce mauvais résultat, auxquels s'ajoute le cancer du poumon.

Contrairement aux hommes, les femmes Françaises se situent dans une position relativement favorable au sein de l'Union européenne avec un taux de mortalité cancéreuse (toutes localisations confondues) inférieur de 8% à la moyenne observée dans l'Europe des quinze.

En matière de mortalité par cancer (niveau et répartition par localisation), la situation francilienne apparaît finalement pour les deux sexes plus proche de celle observée en Europe (quinze pays) que de celle observée en France.

Taux comparatif de mortalité par cancer (toutes localisations) chez les hommes en 2001
(nombre de décès pour 100 000 personnes)



* Année 2000 pour le Royaume-Uni et moyenne des années 2000 à 2002 pour l'Ile-de-France

Taux comparatif de mortalité par localisation cancéreuse chez les hommes en 2001*
(nombre de décès pour 100 000 personnes)

	Tous âges			Moins de 65 ans		
	Ile-de-France	France	Europe**	Ile-de-France	France	Europe**
Prostate	22,3	26,2	24,8	2,1	2,4	2,5
Poumon	65,9	70,9	68,0	33,0	37,4	27,8
Côlon-rectum	21,2	25,2	25,9	6,4	7,6	8,2
Lèvre, cavité buccale, pharynx	11,8	12,5	7,5	8,3	9,0	5,2
Vessie	9,6	9,5	9,6	2,3	2,4	2,0
Tissus hémo-lymphatiques***	18,6	20,5	18,4	6,9	7,4	7,1
Rein	5,1	5,9	5,6	1,9	2,3	2,3
Estomac	8,3	9,6	13,5	3,4	3,5	4,5
Oesophage	8,6	11,0	8,2	5,0	6,2	4,2
Mélanome malin de la peau	2,2	2,4	2,5	1,3	1,5	1,5
Pancréas	11,4	11,6	11,1	4,7	5,1	4,6
Foie et voies biliaires intra-hép.	13,1	15,9	10,4	5,1	5,9	3,8
Tous cancers	242,9	270,4	242,1	101,5	114,2	88,9

* Année 2001 pour l'Europe et la France, moyenne des années 2000 à 2002 pour l'Ile-de-France

** Union européenne (15 pays)

*** Maladie de Hodgkin et lymphomes malins non hodgkinien

Source : Eurostat, les taux sont standardisés sur la population de l'Union européenne

Mortalité cancéreuse supérieure à la moyenne européenne chez les Français, comparable chez les Franciliens

La disponibilité d'indicateurs sur les causes de décès en Europe permet de réaliser des analyses comparatives des niveaux de mortalité dans les pays de l'Union européenne.

Pour les hommes, la situation apparaît particulièrement défavorable en France : toutes localisations confondues, le taux de décès par cancer est supérieur de près de 12% à la moyenne observée dans les pays de l'Europe des quinze. Seuls certains pays d'Europe de l'Est (Hongrie, République Tchèque et Pologne notamment) ont un taux de mortalité par cancer chez les hommes supérieur à celui de la France. A l'opposé, les taux les plus bas sont observés dans les pays d'Europe du Nord (Suède et Finlande notamment).

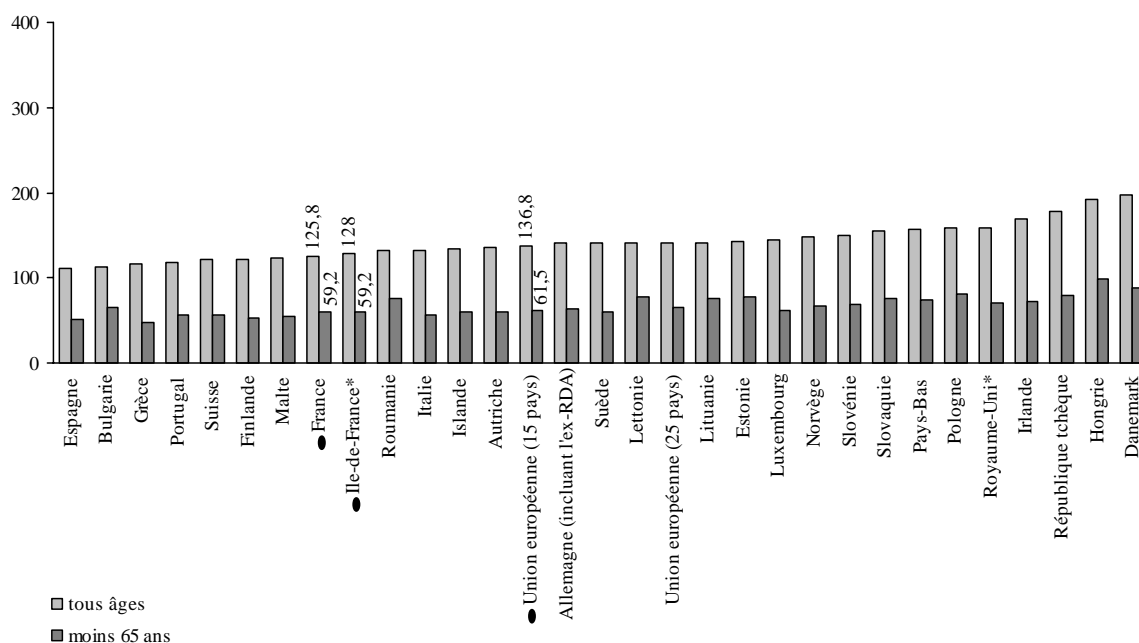
La situation défavorable des Français s'explique, en grande partie, par le poids des cancers des voies aéro-digestives supérieures (lèvres, cavités buccales, pharynx, œsophage) et du foie. Ces cancers, qui ont en commun d'être favorisés notamment par la consommation d'alcool et/ou de tabac, sont à l'origine d'une mortalité masculine trois à cinq fois plus élevée en France que dans certains pays scandinaves. Ces spécificités mises à part, la France se situe dans la moyenne pour la plupart des localisations et présente une sous-mortalité par cancer de l'estomac.

Si l'on considère les seuls hommes âgés de moins de 65 ans, la sur-mortalité cancéreuse apparaît encore plus évidente en France puisque celle-ci atteint 28,5% par rapport à la moyenne européenne. Là encore, les cancers des voies aéro-digestives supérieures et du foie expliquent ce mauvais résultat, auxquels s'ajoute le cancer du poumon puisque, en France, la mortalité prématurée masculine due à ce cancer dépasse de 35% la moyenne européenne.

La situation apparaît un peu moins défavorable pour les Franciliens, qui présentent un taux comparatif de mortalité par cancer strictement comparable à la moyenne européenne. La mortalité des Franciliens par cancers des voies aéro-digestives supérieures et du foie est pourtant presque aussi élevée que celle des Français (et donc bien supérieure à la moyenne européenne) mais elle est compensée par une mortalité relativement faible par cancer de la prostate, du côlon-rectum et du poumon et une sous-mortalité par cancer de l'estomac encore plus prononcée qu'au niveau national.

Comme au niveau national, en revanche, les cancers des VADS, du foie et du poumon sont à l'origine d'une sur-mortalité prématurée par cancer chez les Franciliens qui, toutes localisations confondues, atteint 14% (28,5% en France) par rapport à la moyenne européenne.

Taux comparatif de mortalité par cancer (toutes localisations) chez les femmes en 2001
(nombre de décès pour 100 000 personnes)



* Année 2000 pour le Royaume-Uni et moyenne des années 2000 à 2002 pour l'Ile-de-France

Taux comparatif de mortalité par localisation cancéreuse chez les femmes en 2001*
(nombre de décès pour 100 000 personnes)

	Tous âges			Moins de 65 ans		
	Ile-de-France	France	Europe**	Ile-de-France	France	Europe**
Sein	27,9	26,9	27,0	16,8	16,6	16,3
Côlon-rectum	13,9	14,4	16,0	4,3	4,6	5,2
Poumon	14,3	11,4	16,3	7,7	6,7	8,0
Utérus	6,4	6,8	6,4	3,4	3,6	3,4
Mélanome malin de la peau	1,5	1,5	1,6	0,9	0,9	1,0
Tissus hémo-lymphatiques**	11,6	12,0	11,5	4,1	4,5	4,6
Ovaire	7,4	7,6	8,1	3,8	3,9	4,3
Lèvre, cavité buccale, pharynx	2,3	1,6	1,8	1,5	1,2	0,9
Rein	2,1	2,4	2,4	0,9	1,1	0,9
Estomac	3,6	3,7	6,4	1,2	1,2	2,2
Vessie	2,0	1,8	2,1	0,5	0,4	0,4
Pancréas	7,0	7,0	7,7	2,3	2,4	2,6
Foie et voies biliaires intra-hép.	3,3	3,5	3,6	0,9	1,2	1,1
Oesophage	1,9	1,5	1,9	0,8	0,7	0,7
Tous cancers	128,0	125,8	136,8	59,2	59,2	61,5

* Année 2001 pour l'Europe et la France, moyenne des années 2000 à 2002 pour l'Ile-de-France

** Union européenne (15 pays)

*** Maladie de Hodgkin et lymphomes malins non hodgkinien

Source : Eurostat, les taux sont standardisés sur la population de l'Union européenne

Mortalité cancéreuse inférieure à la moyenne européenne chez les Françaises et les Franciliennes

Contrairement aux hommes, les femmes Françaises se situent dans une position relativement favorable au sein de l'Union européenne avec un taux de mortalité cancéreuses (toutes localisations confondues) inférieur de 8% à la moyenne observée dans l'Europe des quinze.

C'est au Danemark et en Hongrie que les taux sont les plus élevés et en Espagne, Bulgarie, Grèce et Portugal qu'ils sont les plus bas.

Les Françaises se distinguent par une faible mortalité par cancer de l'estomac (comme les Français) mais aussi (et contrairement aux hommes) par une faible mortalité par cancer du poumon. Il est à noter, toutefois, que c'est chez les femmes françaises que le taux de décès par cancer du poumon a le plus progressé pendant les années 90. Les Françaises se situent par ailleurs dans la moyenne européenne pour le cancer du sein mais la mortalité due à ce cancer évolue plus favorablement dans la plupart des pays voisins. L'évolution relativement défavorable de ces deux localisations majeures pourrait donc rapidement remettre en cause la place favorable de la France en matière de mortalité des femmes par cancer.

Chez les femmes de moins de 65 ans, la mortalité cancéreuse apparaît (très) légèrement inférieure à la moyenne européenne en raison d'une sous-mortalité par cancer de l'estomac et du poumon chez les Françaises. Pour cette dernière localisation, toutefois, la différence est beaucoup moins marquée dans cette tranche d'âges (moins de 65 ans) que chez les femmes plus âgées, ce qui tend à confirmer la disparition prochaine de la sous-mortalité des Françaises pour ce cancer.

Comme les Françaises, les Franciliennes présentent une sous-mortalité par cancer mais celle-ci est un peu moins marquée en raison de niveaux relativement élevés de mortalité par cancers du sein et des VADS (supérieurs à ceux observés en France et en Europe) et d'un niveau de mortalité par cancer du poumon intermédiaire entre celui des Françaises et des Européennes.

Avant 65 ans, la sous-mortalité prématurée due au cancer observée chez les Françaises s'observe également chez les Franciliennes malgré une mortalité par cancer du poumon plus élevée (très proche du niveau européen) que compensent de faibles niveaux de mortalité par cancers de l'estomac et du côlon-rectum.

Taux de survie 5 ans après diagnostic de cancer *

Taux de survie relative standardisé sur l'âge (en %)

	Hommes		Femmes	
	France	Europe	France	Europe
Sein	-	-	81,3	76,1
Col utérin	-	-	67,8	62,1
Côlon-rectum	54,1	47,6	60,0	50,5
Prostate	75,2	65,4	-	-
Mélanome malin de la peau	81,8	74,8	85,3	84,3
Poumon	13,1	9,7	15,9	9,6
Tous cancers**	44,6 [43,6 ; 45,7]	39,8 [39,5 ; 40,1]	58,9 [43,6 ; 45,7]	51,2 [50,9 ; 51,5]

* Cancers diagnostiqués entre 1990 et 1994 dans 22 pays d'Europe.

Pour la France, les données concernent 4 départements couverts par un registre : le Bas-Rhin, le Calvados, la Côte d'Or et l'Isère (représentant environ 4% de la population française). Au total, 17 093 cancers masculins et 12 819 cancers féminins ont pu être suivis dans ces 4 registres pendant les 5 années d'études.

** Toutes tumeurs malignes sauf cancer de la peau autre que mélanome malin (code CIM9 : 140-172 ; 174-208)

Source : EUOCARE-3, cancer survival in Europe at the end of the 20th century

Les taux de survie des patients atteints d'un cancer relativement élevés en France et en Ile-de-France

Le programme EUROCORE-3 analyse la survie de plus d'un million huit cent mille patients adultes chez qui a été diagnostiqué un cancer entre 1990 et 1994 dans 22 pays d'Europe²⁰.

Tous cancers confondus, le taux de survie relative à 5 ans (standardisé sur l'âge) est de 39,8% chez les hommes et de 51,2% chez les femmes pour l'ensemble des pays. Pour la France, ces taux sont respectivement de 44,6% et 58,9%.²¹

Tous cancers confondus et pour la plupart des localisations étudiées, les résultats de cette étude placent la France dans la bonne moyenne européenne pour les taux de survie, derrière les pays d'Europe du nord qui bénéficient des taux les plus élevés mais devant ceux du sud et surtout ceux de l'est où les taux de survie sont très bas.

Les taux de survie produits dans le cadre de l'étude PETRI et privilégiés dans la partie précédente de ce rapport car issus d'un échantillon francilien ne sont pas directement comparables à ceux du programme EUROCORE car les périodes d'études et les protocoles ne sont pas identiques (voir notamment les limites liées à l'utilisation des données issues des admissions en ALD de l'Assurance maladie). Toutefois, la confrontation des résultats semble indiquer des taux de survie pour les deux sexes légèrement supérieurs en Ile-de-France à ceux observés dans les départements français participant au programme EUROCORE, sans que l'on puisse préciser si ceux-ci résultent d'un dépistage plus précoce des tumeurs dans la région ou d'une meilleure prise en charge.

²⁰ EUROCORE-3 summary: cancer survival in Europe at the end of the 20th century, *Annals of oncology*, 2003
M. P. Coleman¹, G. Gatta, A. Verdecchia, J. Estève, M. Sant, H. Storm, C. Allemani, L. Ciccolallo, M. Santaquilani, F. Berrino and the EUROCORE Working Group

²¹ Les registres départementaux français participant à ce programme couvrent une population représentant environ 4% de la population française.

4 - La situation francilienne pour six cancers

Les pages qui suivent présentent de façon synthétique les principaux chiffres franciliens de morbidité et de mortalité pour six localisations cancéreuses :

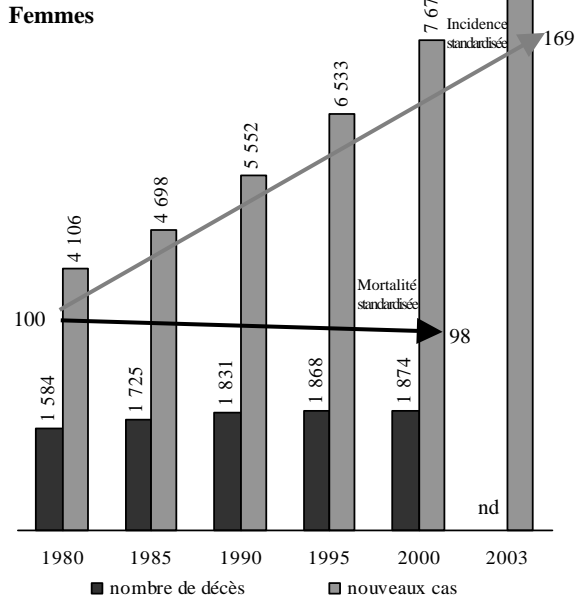
- le cancer du sein,*
- le cancer de l'utérus,*
- le cancer du côlon-rectum,*
- le cancer de la prostate,*
- le cancer du poumon,*
- le mélanome malin de la peau.*

Ces localisations ont été retenues parce qu'elles pèsent lourdement en termes de morbidité et de mortalité (sein, poumon, côlon-rectum, prostate) ou parce qu'elles connaissent une progression inquiétante (poumon chez la femme, mélanome malin de la peau) ou bien encore parce qu'elles pourraient connaître des évolutions favorables par une modification des comportements individuels (poumon) ou par une généralisation des campagnes de dépistage (sein, col de l'utérus, côlon-rectum).

Ces six localisations font l'objet d'une attention particulière dans le cadre du plan régional de santé publique.

Incidence et mortalité par cancer du sein en Ile-de-France

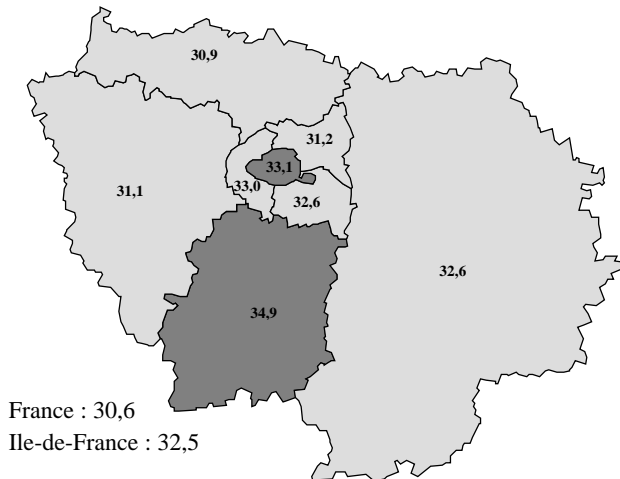
évolution des taux standardisés (base 100 en 1980) et des effectifs



Sources : FRANCIM pour l'incidence, INSERM – CépiDc pour la mortalité, exploitation ORS Ile-de-France

Taux comparatifs de mortalité par cancer du sein en Ile-de-France en 1999-2001

nombre de décès annuel pour 100 000 personnes, période 1999-2001



- sous-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale
- niveau de mortalité comparable à la moyenne nationale
- sur-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale

Sources : INSEE – INSERM - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

Le cancer du sein en Ile-de-France

Morbidité

8 341 cas de cancers du sein estimés en 2003 dans la région.

9 924 femmes ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour cancer du sein en 2004.

Le taux d'incidence standardisé²² du cancer du sein est plus élevé en Ile-de-France qu'en moyenne en France (95 cas pour 100 000 femmes dans la région contre 89 en France).

En Ile-de-France comme en France, l'incidence standardisée du cancer du sein est en forte hausse depuis 20 ans (+2,3% par an en Ile-de-France).

Mortalité

Sur la période 1999-2001, 1 874 Franciliennes sont décédées chaque année d'un cancer du sein, dont 777 avant l'âge de 65 ans.

Le cancer du sein est responsable de 20% des décès par cancer chez les Franciliennes et de 12,9% de la mortalité prématurée féminine (29,2% de la mortalité prématurée par cancer). Il s'agit, et de loin, de la première cause de mortalité par cancer chez les femmes.

En Ile-de-France, le taux comparatif de mortalité par cancer du sein est significativement supérieur à la moyenne nationale (+ 6,2%).

En Ile-de-France comme en France, la mortalité par cancer du sein est quasiment stable depuis 20 ans.

Disparités départementales de la mortalité par cancer du sein

Le niveau de mortalité par cancer du sein est relativement élevé dans les huit départements d'Ile-de-France. Deux départements, Paris et l'Essonne, présentent une sur-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale en 1999-2001. Au cours des années 1990 la mortalité par cancer du sein a régulièrement baissé dans le département du Val-d'Oise. Ce département a été le premier de la région, en 1991, à mettre en place une campagne de dépistage organisé du cancer du sein. Il est toutefois encore prématuré d'attribuer à celle-ci la baisse de la mortalité observée, les taux de participation à la campagne restant un peu en deçà des valeurs nécessaires.

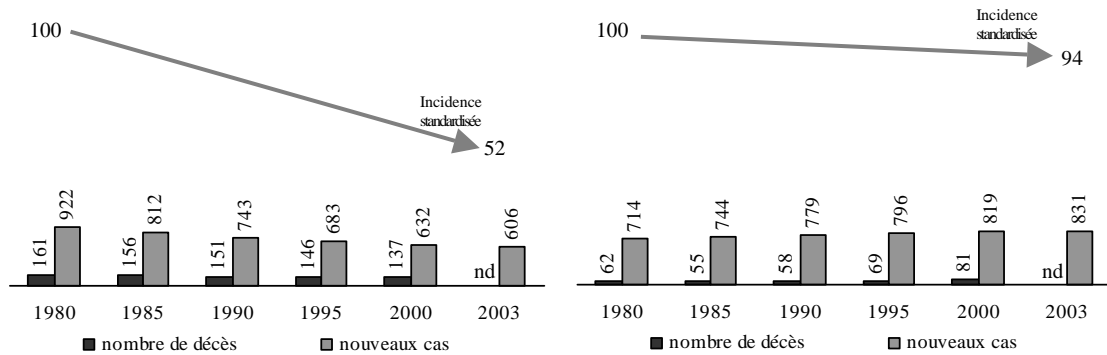
²² Taux d'incidence standardisé sur la population européenne (année 2000)

Incidence et mortalité* par cancer de l'utérus en Ile-de-France

évolution des taux standardisés (base 100 en 1980) et des effectifs

col de l'utérus

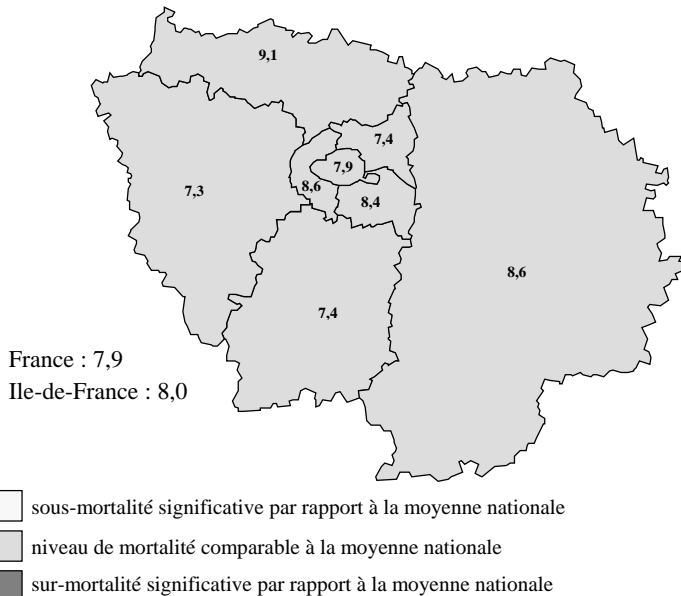
corps de l'utérus



Sources : FRANCIM pour l'incidence, INSERM – CépiDc pour la mortalité, exploitation ORS Ile-de-France

Taux comparatifs de mortalité par cancer de l'utérus (col, corps et partie non précisée) en Ile-de-France

nombre de décès annuel pour 100 000 personnes, période 1999-2001



Sources : INSEE - INSERM - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

* Les données de mortalité sous-estiment grandement les décès par cancers du col et du corps de l'utérus puisque la localisation exacte n'est pas mentionnée sur près de la moitié des certificats de décès, entraînant alors une inscription dans la rubrique « tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée ». Pour cette raison, l'évolution des taux standardisés de mortalité ne figure pas sur les graphiques

Le cancer de l'utérus en Ile-de-France

Morbidité

606 cas de cancers du col de l'utérus et 831 cas de cancers du corps de l'utérus estimés en 2003 dans la région.

658 femmes ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour cancer du col de l'utérus et 524 pour cancer du corps de l'utérus en Ile-de-France en 2002.

Les taux d'incidence standardisés²³ des cancers du col et du corps de l'utérus sont de même niveau en Ile-de-France qu'en moyenne en France.

En Ile-de-France comme en France, l'incidence standardisée du cancer de l'utérus est en légère baisse depuis 20 ans mais celle-ci résulte de deux évolutions très contrastées : baisse sensible pour le cancer du col et quasi-stabilité pour les cancers du corps et autres parties de l'utérus.

Mortalité

Sur la période 1999-2001, 461 Franciliennes sont décédées chaque année d'un cancer de l'utérus, dont 137 d'un cancer du col et 81 d'un cancer du corps de l'utérus (pour 243 femmes, la localisation exacte n'était pas spécifiée).

Sur les 461 femmes décédées d'un cancer de l'utérus, 165 étaient âgées de moins de 65 ans.

Les cancers de l'utérus sont responsables de 5,1% des décès par cancer chez les Franciliennes et de 2,7% de la mortalité prématurée féminine (6,2% de la mortalité prématurée par cancer).

Le taux comparatif de mortalité par cancer de l'utérus est de même niveau en Ile-de-France qu'en moyenne en France.

En Ile-de-France comme en France, la mortalité par cancer de l'utérus a baissé depuis 20 ans (le taux comparatif de mortalité est passé de 13 à 8 décès pour 100 000 femmes).

Disparités départementales de la mortalité par cancer de l'utérus

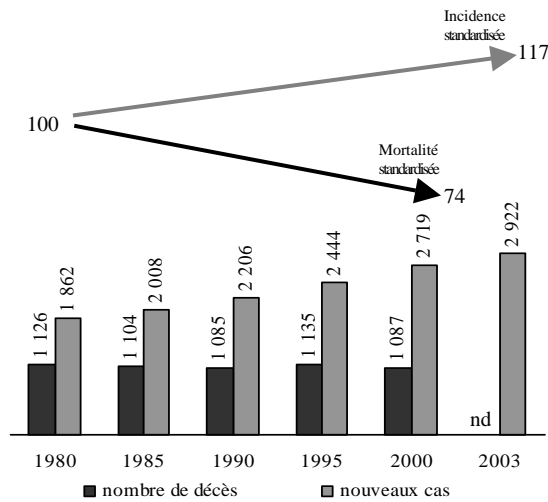
Le taux comparatif de mortalité par cancer de l'utérus (col, corps et non précisé) varie dans les départements franciliens de 7,3 décès pour 100 000 dans les Yvelines à 9,1 dans le Val-d'Oise mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

²³ Taux d'incidence standardisé sur la population européenne

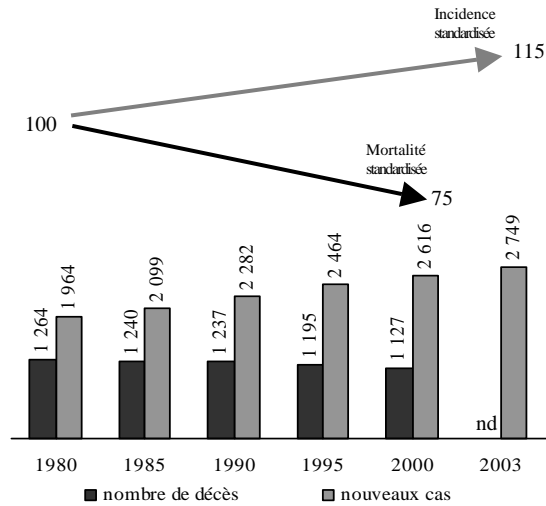
Incidence et mortalité par cancer du côlon-rectum en Ile-de-France

évolution des taux standardisés (base 100 en 1980) et des effectifs

Hommes



Femmes

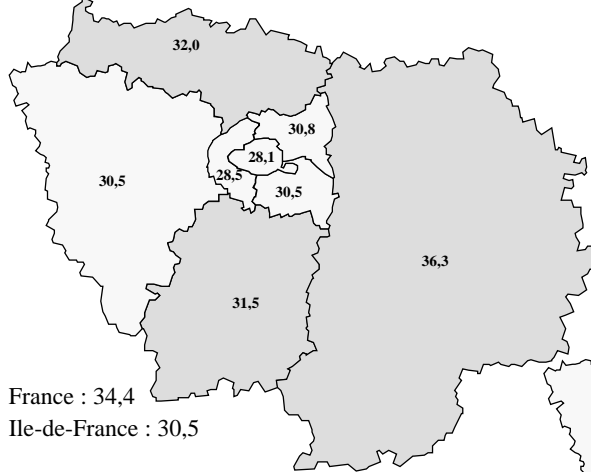


Sources : FRANCIM pour l'incidence, INSERM – CépiDc pour la mortalité, exploitation ORS Ile-de-France

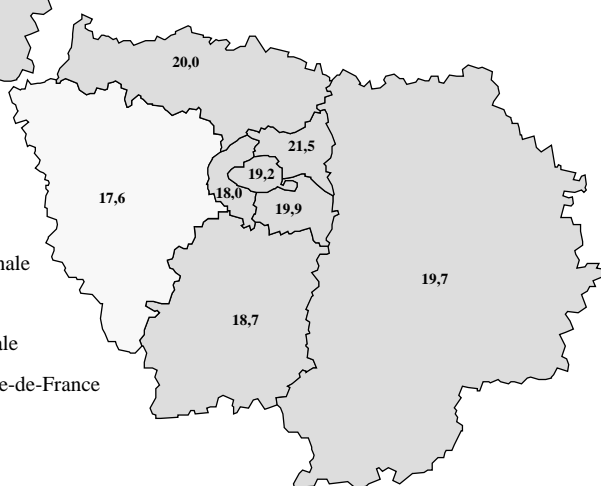
Taux comparatifs de mortalité par cancer du côlon-rectum en Ile-de-France

nombre de décès annuel pour 100 000 personnes, période 1999-2001

Hommes



Femmes



- sous-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale
- niveau de mortalité comparable à la moyenne nationale
- sur-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale

Sources : INSEE - INSERM - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

Le cancer du côlon-rectum en Ile-de-France

5 671 cas estimés en 2003 (2 922 hommes et 2 749 femmes).

4 418 personnes, dont 2 255 hommes et 2 163 femmes, ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour cancer du côlon, du rectum, de la jonction recto-sigmoïdiennes et de l'anus en 2004.

L'incidence²⁴ du cancer du côlon-rectum est légèrement moins élevée chez les hommes d'Ile-de-France qu'en moyenne en France, alors qu'elle est comparable à la moyenne nationale chez les Franciliennes.

En Ile-de-France comme en France et pour les deux sexes, l'incidence du cancer du côlon-rectum est en légère augmentation (de l'ordre de +0,6% par an) depuis 20 ans.

Mortalité

Sur la période 1999-2001, 2 214 Franciliens (1 087 hommes et 1 127 femmes) sont décédés chaque année d'un cancer du côlon-rectum. Il s'agit de la troisième cause de décès par cancer chez les hommes et de la seconde chez les femmes. La sur-représentation féminine parmi les décédés est liée au fait que les femmes sont plus nombreuses que les hommes aux âges élevés auxquels se produisent la plupart des décès par cancers côlo-rectaux. La mortalité prématurée due à ce cancer n'est toutefois pas négligeable : 264 décès masculins annuels (5,9% des décès prématurés par cancer) et 191 décès féminins annuels (7,2% des décès prématurés par cancer) sur la période 1999-2001.

Le taux comparatif de mortalité par cancer du côlon-rectum est de même niveau en Ile-de-France qu'en moyenne en France chez les femmes, tandis que les Franciliens présentent une sous-mortalité statistiquement significative pour ce cancer.

La mortalité par cancer du côlon-rectum diminue depuis 20 ans (au rythme annuel de 1,5% environ pour les deux sexes).

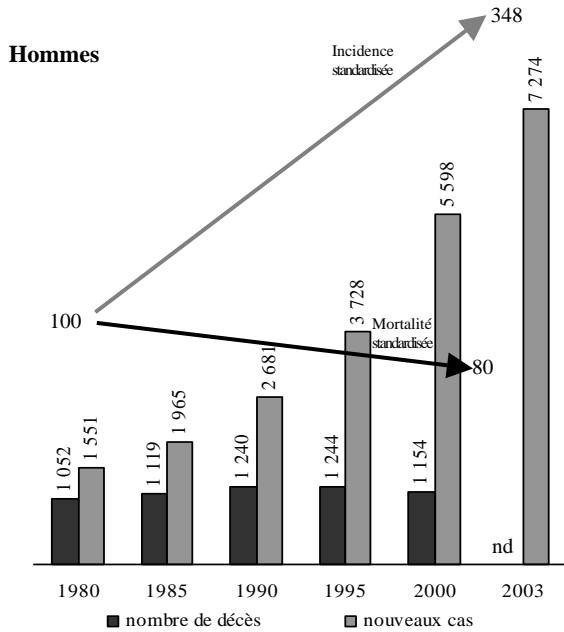
Disparités départementales de la mortalité par cancer du côlon-rectum

La mortalité par cancer du côlon rectum est inférieure à la moyenne nationale dans les Yvelines pour les deux sexes. La situation apparaît également favorable dans le centre de la région (départements de Paris et de proche couronne) pour les hommes.

²⁴ Taux d'incidence standardisé sur la population européenne

Incidence et mortalité par cancer de la prostate en Ile-de-France

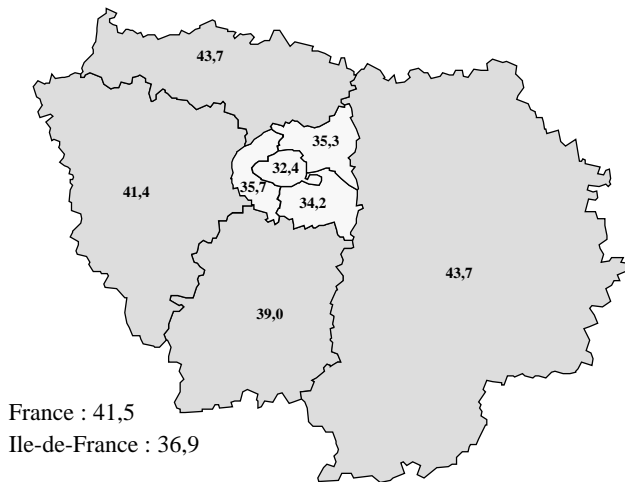
évolution des taux standardisés (base 100 en 1980) et des effectifs



Sources : FRANCIM pour l'incidence, INSERM – CépiDc pour la mortalité, exploitation ORS Ile-de-France

Taux comparatifs de mortalité par cancer de la prostate en Ile-de-France

nombre de décès annuel pour 100 000 personnes, période 1999-2001



- sous-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale
- niveau de mortalité comparable à la moyenne nationale
- sur-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale

Sources : INSEE - INSERM - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

Le cancer de la prostate en Ile-de-France

Morbidité

7 274 cas de cancers de la prostate estimés en 2003 dans la région.

7 329 hommes ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour cancer de la prostate en 2004.

Le taux d'incidence standardisé²⁵ du cancer de la prostate est légèrement moins élevé en Ile-de-France qu'en moyenne en France (73 cas pour 100 000 hommes contre 75,3).

En Ile-de-France comme en France, l'incidence standardisée du cancer de la prostate est en très forte hausse depuis 20 ans (+5,6% par an en Ile-de-France).

Mortalité

Sur la période 1999-2001, 1 154 Franciliens sont décédés chaque année d'un cancer de la prostate, dont 87 avant l'âge de 65 ans. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité par cancer chez les hommes (9,5% des décès par cancer chez les Franciliens). Le cancer de la prostate touchant essentiellement des hommes âgés ne constitue pas une cause majeure de mortalité prématurée : il est responsable de 0,7% des décès prématurés masculins (moins de 2% de la mortalité prématurée par cancer).

Le taux comparatif de mortalité par cancer de la prostate est moins élevé en Ile-de-France qu'en moyenne en France (36,9 décès pour 100 000 hommes contre 41,5).

En Ile-de-France comme en France, la mortalité par cancer de la prostate est en légère baisse depuis 20 ans (-1,2% par an en Ile-de-France).

Disparités départementales de la mortalité

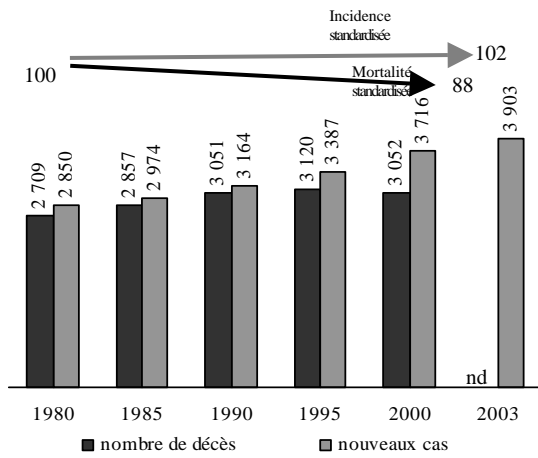
Le niveau de mortalité par cancer de la prostate est légèrement inférieur à la moyenne nationale en Ile-de-France mais la situation régionale recouvre deux situations bien distinctes : une sous-mortalité très nette dans les départements du centre (Paris en particulier et proche couronne) et une mortalité comparable à la moyenne nationale dans les départements de grande couronne.

²⁵ Taux d'incidence standardisé sur la population européenne (année 2000)

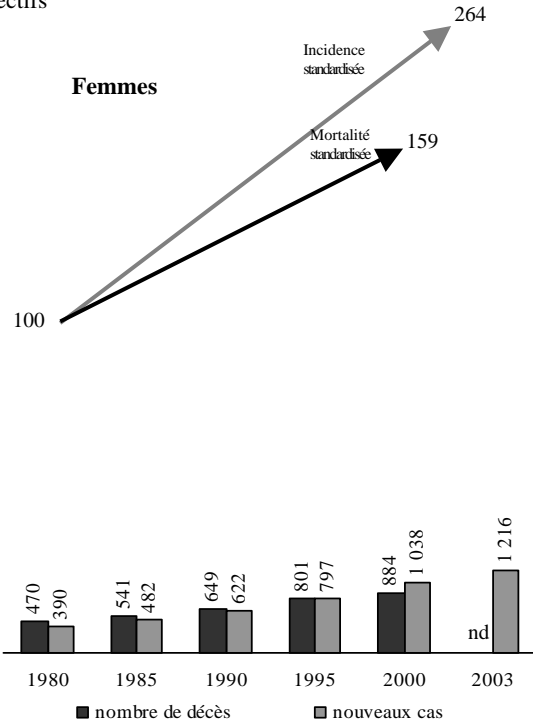
Incidence et mortalité par cancer du poumon en Ile-de-France

évolution des taux standardisés (base 100 en 1980) et des effectifs

Hommes



Femmes

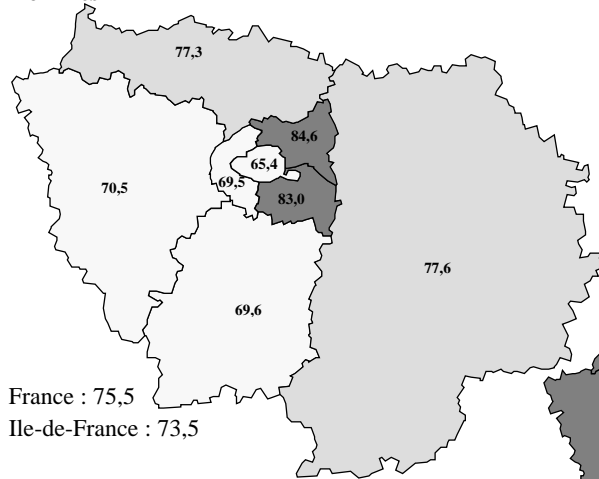


Sources : FRANCIM pour l'incidence, INSERM – CépiDc pour la mortalité, exploitation ORS Ile-de-France

Taux comparatifs de mortalité par cancer du poumon en Ile-de-France

nombre de décès annuel pour 100 000 personnes, période 1999-2001

Hommes



Femmes



- sous-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale
- niveau de mortalité comparable à la moyenne nationale
- sur-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale

Sources : INSEE - INSERM - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

Le cancer du poumon en Ile-de-France

Morbidité

5 119 cas estimés en 2003 (3 903 hommes et 1 216 femmes).

3 817 personnes, 2 744 hommes et 1 073 femmes, ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour cancer du poumon, de la trachée et des bronches en Ile-de-France en 2004.

Chez les hommes l'incidence²⁶ du cancer du poumon est comparable en Ile-de-France et en France, alors qu'elle est nettement supérieure chez les Franciliennes que chez les Françaises.

En Ile-de-France comme en France, l'incidence du cancer du poumon tend à se stabiliser chez les hommes, alors qu'elle augmente très fortement chez les femmes.

Mortalité

Sur la période 1999-2001, 3 936 Franciliens (3 052 hommes et 884 femmes) sont décédés chaque année d'un cancer du poumon. Il s'agit, et de loin, de la première cause de décès par cancer chez les hommes et de la troisième chez les femmes.

La mortalité prématurée due à ce cancer est considérable : 1 329 Franciliens et 327 Franciliennes de moins de 65 ans décèdent chaque année du cancer du poumon.

Le taux comparatif de mortalité par cancer du poumon est légèrement moins élevé en Ile-de-France qu'en moyenne en France chez les hommes, tandis que les Franciliennes présentent une sur-mortalité importante pour ce cancer.

Chez les hommes, la mortalité par cancer du poumon a progressé jusqu'au milieu des années 1990 et diminue depuis, à un rythme plus soutenu en Ile-de-France qu'en province. Chez les femmes, la mortalité par cancer du poumon a augmenté de 60% depuis 20 ans en Ile-de-France comme en France et la sur-mortalité francilienne se maintient.

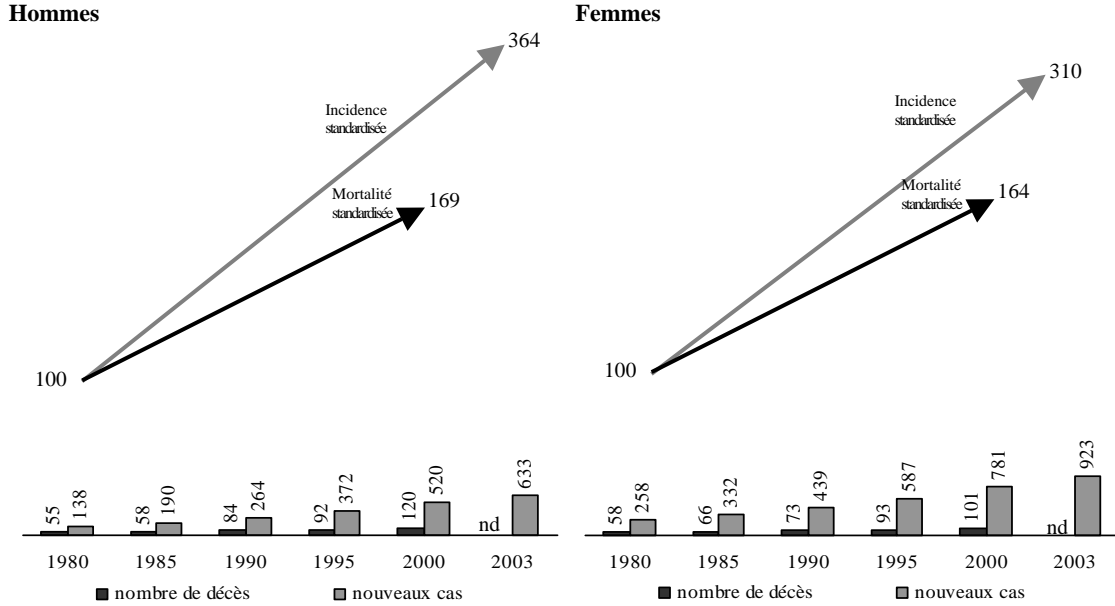
Disparités départementales de la mortalité par cancer du poumon

Chez les femmes, la mortalité par cancer du poumon est statistiquement supérieure à la moyenne nationale dans les huit départements d'Ile-de-France et notamment à Paris. Chez les hommes, la situation est très contrastée avec une sous-mortalité significative à Paris et dans les départements de l'ouest de la région et, au contraire, une sur-mortalité significative en Seine-Saint-Denis et dans le Val-de-Marne.

²⁶ Taux d'incidence standardisé sur la population européenne

Incidence et mortalité par mélanome malin de la peau en Ile-de-France

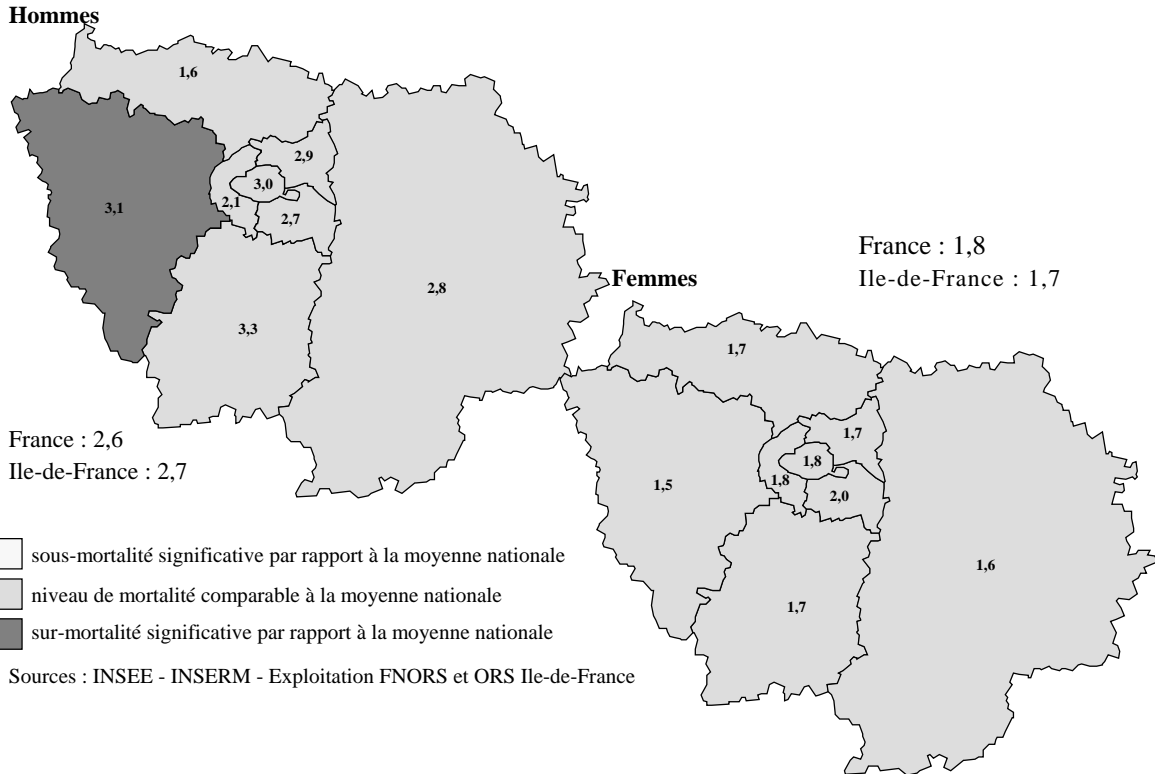
évolution des taux standardisés (base 100 en 1980) et des effectifs



Sources : FRANCIM pour l'incidence, INSERM – CépiDc pour la mortalité, exploitation ORS Ile-de-France

Taux comparatifs de mortalité par mélanome malin de la peau en Ile-de-France

nombre de décès annuel pour 100 000 personnes, période 1999-2001



Le mélanome malin de la peau en Ile-de-France

Morbidité

1 556 cas estimés en 2003 (633 hommes et 923 femmes).

724 personnes (328 hommes et 396 femmes) ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour mélanome malin de la peau en Ile-de-France en 2002.

L'incidence²⁷ du mélanome malin de la peau est comparable en Ile-de-France et en France pour les deux sexes.

En Ile-de-France comme en France, l'incidence du mélanome malin est en très forte progression pour les deux sexes.

Mortalité

Sur la période 1999-2001, 221 Franciliens (120 hommes et 101 femmes) sont décédés chaque année d'un mélanome malin de la peau. Environ la moitié des décès dus à ce cancer surviennent chez des personnes âgées de moins de 65 ans.

Il est à noter que si l'incidence des mélanomes est plus élevée chez les femmes, la mortalité est légèrement plus élevée chez les hommes.

Les taux comparatif de mortalité par mélanome malin de la peau en Ile-de-France ne sont pas différents de ceux observés en France métropolitaine.

La mortalité par mélanome malin de la peau, qui était très basse au début des années 1980, est en forte augmentation depuis 20 ans pour les deux sexes.

Disparités départementales de la mortalité par mélanome malin de la peau

Les taux comparatifs de mortalité par mélanome malin de la peau varient sensiblement dans les départements d'Ile-de-France mais les effectifs étant relativement faibles, les différences ne sont pas significatives sauf pour les hommes des Yvelines, en sur-mortalité significative par rapport à la moyenne nationale.

²⁷ Taux d'incidence standardisé sur la population européenne

5 – Perspectives de développement du dispositif de surveillance des cancers en Ile-de-France

Plusieurs projets visent à améliorer l'état des connaissances sur les cancers en Ile-de-France. Cette cinquième partie présente brièvement trois de ces projets :

- la création d'un registre régional des cancers,*
- la constitution d'une base de données histopathologiques des néoplasies mammaires diagnostiquées en Ile de France,*
- l'étude de faisabilité du système multi-sources de surveillance épidémiologique nationale des cancers de l'INVS.*

Création d'un registre général des cancers en Ile-de-France

Le plan cancer prévoit la création d'un registre des cancers en Ile-de-France. La taille de la population (11 millions d'habitants), le grand nombre de services hospitaliers susceptibles de prendre en charge des malades cancéreux, le grand nombre de structures d'anatomo-cytopathologie et la mobilité de la population francilienne rendent le suivi plus difficile que sur d'autres territoires. C'est probablement ce qui explique qu'il n'y ait à ce jour aucun registre des cancers en Ile-de-France et c'est pourquoi la CIRE Ile-de-France, responsable du projet, a commencé par une étude de faisabilité dans un département, le Val-de-Marne, et sur trois types de cancer : les cancers broncho-pulmonaires, les cancers des voies aéro-digestives supérieures et les mélanomes malins de la peau. La collecte des données a débuté en août 2005. La population cible est la population domiciliée dans le département âgée de 15 ans ou plus et atteinte, à partir du 1^{er} janvier 2004, par un des cancers retenus.

Le recueil pourrait être progressivement étendu à d'autres localisations cancéreuses et à d'autres départements de la région.

Constitution d'une base de données histopathologiques des néoplasies mammaires diagnostiquées en Ile de France

L'association CRISAPIF (Centre de regroupement informatique et statistique en anatomie pathologique de l'Ile-de-France), affiliée à la fédération nationale des CRISAP régionaux, regroupe les anatomopathologistes publics et privés de l'Ile-de-France. Elle travaille actuellement à la mise en place d'un recueil nominatif exhaustif et continu des données d'histopathologie mammaire provenant des structures d'anatomopathologie du Secteur Libéral et du Secteur Public en Ile de France. La constitution de ce recueil a pour objectif, d'une part, de préciser les principaux caractères morphologiques des néoplasies mammaires à l'échelle régionale et d'autre part d'en faire le dénombrement grâce aux données nominatives.

De plus, le transfert des données anatomopathologiques aux structures départementales de gestion du dépistage du cancer du sein pourrait permettre à ces structures d'évaluer les résultats de leurs actions : taux de faux négatifs (cancers non vus lors du dépistage), cancers de l'intervalle (cancers survenus entre deux dépistages), caractéristiques des tumeurs détectées (taille, degré d'envahissement ganglionnaire, stade de la lésion, etc).

Etude de faisabilité du système multi-sources de surveillance épidémiologique nationale des cancers de l'INVS

Les régions Ile-de-France et Nord-Pas-de-Calais ont été retenues par l'INVS pour tester un système de surveillance nationale des cancers. Le test porte dans un premier temps sur le cancer de la thyroïde. Les sources d'informations mises en commun grâce à un identifiant unique par patient sont les fichiers d'anatomo-cyto-pathologie, du PMSI et des ALD 30. Les données anonymisées et la procédure entièrement automatisée ne permettent pas un suivi aussi complet que dans le cas d'un registre (pas de « remontée » au dossier du patient, notamment). Mais l'extension du dispositif à d'autres cancers (notamment ceux pour lesquels une origine environnementale est suspectée et ceux pour lesquels un dépistage est possible) et à l'ensemble du territoire pourrait permettre la production régulière d'indicateurs actualisés sur les cancers.

Conclusion

Une progression importante de l'incidence des cancers

Le cancer est une maladie grave qui affecte un nombre important de Franciliens comme en témoignent les principaux indicateurs de morbidité et de mortalité disponibles sur cette pathologie :

- pour l'année 2003, le Réseau français des registres des cancers (Francim) estime à près de 50 000 le nombre de nouveaux cas de cancers dans la région,
- près de 46 000 Franciliens ont été admis en affection de longue durée (ALD) pour un cancer par l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie en 2004,
- dans les établissements de santé d'Ile-de-France, le cancer a constitué le diagnostic principal de 89 000 séjours de Franciliens en 2004 (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie). Les séjours pour complications liées au cancer ou affections intercurrentes représentent un total de 80 000 séjours. Au total, la cancérologie représente près de 10% du total des hospitalisations complètes des Franciliens dans la région.

Au début des années 1980, le réseau FRANCIM estimait à 29 000 le nombre annuel de nouveaux cancers dans la région, soit 21 000 de moins qu'en 2003. La progression observée entre 1980 et 2003 (+ 72%) est due en partie à l'accroissement et au vieillissement de la population. Mais en éliminant les effets liés à ces phénomènes, la progression reste considérable, de l'ordre de 40%. L'Ile-de-France ne se distingue aucunement des autres régions françaises sur ce point puisqu'une évolution comparable est observée au niveau national. Une part de cette augmentation s'explique par une amélioration du dépistage : on découvre aujourd'hui des cancers à des stades précoces qui n'auraient pas été détectés il y a vingt ans. Il n'en demeure pas moins qu'il existe, en Ile-de-France comme en France, une augmentation « réelle » de l'incidence des cancers avec des situations très variables selon la localisation (anatomique) considérée. Certains cancers sont de moins en moins fréquents, c'est le cas notamment du cancer de l'estomac (pour les deux sexes) et des cancers des voies aéro-digestives supérieures chez les hommes. D'autres connaissent au contraire une forte progression, comme le cancer du sein, premier cancer chez la femme, ou le cancer du poumon, en forte progression chez la femme alors qu'il n'augmente plus chez l'homme. Des cancers moins fréquents connaissent une progression inquiétante, c'est le cas notamment des mélanomes malins de la peau, des lymphomes malins non Hodgkinien et des tumeurs du système nerveux central. Les comportements individuels (tabagisme, consommation d'alcool, alimentation) mais aussi l'exposition à des substances cancérigènes notamment dans un cadre professionnel sont fortement suspectés dans cette augmentation sans que la part de chaque facteur de risque soit clairement identifiée.

Première cause de décès en Ile-de-France, mais mortalité en baisse

En termes de mortalité, les cancers constituent la première cause de décès dans la région devant les affections cardio-vasculaires. Chaque année, ils provoquent le décès de 12 000 Franciliens et de 9 000 Franciliennes (moyenne des années 1999-2001). Un grand nombre de ces décès surviennent chez des personnes âgées de moins de 65 ans (4 500 hommes et 2 700 femmes) ce qui fait du cancer, et de loin, la première cause de mortalité prématurée en Ile-de-France.

Les cancers à l'origine du plus grand nombre de décès sont chez l'homme le cancer du poumon (3 052 décès annuels), le cancer de la prostate (1 155 décès) et le cancer colo-rectal (1 087 décès). Chez la femme, ce sont le cancer du sein (1 874 décès par an), le cancer colo-rectal (1 127 décès) et le cancer du poumon (885 décès). Contrairement à l'incidence, la mortalité par cancer, après standardisation sur l'âge, tend à diminuer. C'est vrai depuis le début des années 1950 chez les femmes et depuis le milieu des années 1980 chez les hommes. Sur la période allant de 1980 à 2001, en Ile-de-France, la baisse est plus marquée chez les hommes (-22%) que chez les femmes (-13%). Mais comme pour la morbidité, ces évolutions globales (toutes localisations confondues) recouvrent d'importantes disparités selon le type de cancer considéré.

Des disparités géographiques importantes

Le niveau de la mortalité cancéreuse est très variable en France, avec une situation globalement plus favorable dans les régions du sud que dans celles du nord. Par rapport à la moyenne nationale, l'Ile-de-France se distingue par le fait qu'elle présente à la fois une sous-mortalité significative par cancer chez les hommes (taux comparatif de 312 décès annuels pour 100 000 hommes contre 336 en France) et une sur-mortalité significative chez les femmes (158 pour 100 000 contre 153). Ces comparaisons entre régions françaises doivent toutefois être replacées dans le contexte européen où la France se caractérise par un niveau très élevé de mortalité par cancer chez l'homme, en particulier avant 65 ans et, au contraire, une situation globalement favorable pour les Françaises. Les Français présentent en effet une forte sur-mortalité par cancers des voies aéro-digestives supérieures et par cancer du foie (ainsi que par cancer du poumon avant 65 ans) que ne compense pas leur faible mortalité par cancer de l'estomac, tandis que les Françaises bénéficient d'une sous-mortalité par cancers du poumon et de l'estomac. Mis à part la sous-mortalité par cancer de l'estomac qui s'observe également en Ile-de-France pour les deux sexes, ces spécificités françaises s'observent beaucoup moins en Ile-de-France, ce qui fait que la mortalité francilienne par cancer s'apparente finalement davantage à la situation européenne (Europe des quinze) qu'à celle de la France.

Au sein de la région, les disparités départementales sont également importantes, avec une situation qui apparaît classiquement plus favorable à l'ouest qu'à l'est. A un niveau géographique plus fin, le canton, les disparités sont également marquées, tout au moins chez les hommes. Tous les cantons situés en périphérie nord et est de la région présentent une sur-mortalité cancéreuse masculine. Plus au centre, la quasi-totalité des cantons de Seine-Saint-Denis apparaissent en sur-mortalité, avec un prolongement vers le nord des Hauts-de-Seine et le sud du Val-d'Oise. C'est le cas également de quelques cantons du Val-de-Marne (de Villejuif à Vitry-sur-Seine). A l'inverse, l'analyse permet de distinguer une vaste zone de sous-mortalité allant de Paris (arrondissements du centre et du sud-ouest) jusqu'au sud des Yvelines. Cette géographie contrastée de la mortalité masculine par cancer recouvre les importantes disparités socio-économiques qui caractérisent la région Ile-de-France et qui opposent les espaces aisés de l'ouest aux territoires plus populaires de l'est. Les cancers liés à la consommation de tabac, d'alcool ou à une exposition à des substances cancérigènes notamment dans un cadre professionnel semblent les plus en cause dans cette inégale répartition de la mortalité cancéreuse masculine. Elle révèle, de toute façon, une forte inégalité sociale devant cette maladie.

Des progrès considérables dans la survie des personnes atteintes d'un cancer

Les évolutions opposées de la morbidité (en forte hausse) et de la mortalité (en baisse) traduisent les progrès considérables réalisés en termes de survie des patients atteints d'un cancer. Grâce à des diagnostics plus précoces et à des traitements plus efficaces, les taux de survie relative à cinq ans (tous cancers confondus) atteignent 51% chez les hommes et 65% chez les femmes (cohorte de Franciliens admis en ALD pour cancer en 1994), ce qui signifie que plus d'un homme sur deux et près de deux femmes sur trois atteints d'un cancer sont encore en vie cinq ans plus tard. Les taux de survie les plus faibles concernent les cancers du pancréas, du foie, de l'œsophage, de l'estomac, du poumon et les mésothéliomes. Les taux de survie les plus élevés concernent les cancers du testicule et de la prostate chez les hommes, les cancers du sein et du corps de l'utérus chez les femmes, le cancer de la thyroïde, la maladie de Hodgkin et le mélanome malin de la peau pour les deux sexes. Si les taux de survie sont très variables selon la localisation, ils varient tout autant, pour une même localisation, selon le stade de développement de la tumeur au moment du diagnostic : les taux de survie des cancers du sein, du col de l'utérus, du côlon-rectum ou des mélanomes malins de la peau, par exemple, sont très élevés quand ils sont diagnostiqués de façon précoce mais très bas si le diagnostic est réalisé tardivement. Les cancers présentant les taux de survie les plus bas sont d'ailleurs, principalement, ceux qui restent longtemps asymptomatiques et qui, détectés à un stade avancé, ne peuvent plus être traités ou opérés (poumon notamment).

La généralisation des campagnes de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du côlon-rectum décidée au niveau national dans le cadre du Plan cancer et qui constitue un des axes prioritaires du plan régional de santé publique en Ile-de-France, a pour but d'augmenter la part des diagnostics précoces de ces cancers qui présentent alors des taux de survie très élevés. Une réelle efficacité de ces programmes suppose toutefois l'adhésion de la population puisque dans le cas du cancer du sein, par exemple, des expériences étrangères montrent qu'une baisse de la mortalité (de l'ordre de 25%) n'est observée que pour un taux de participation de 70% des femmes invitées. La mesure de ce taux est difficile en France et notamment en Ile-de-France où le dépistage individuel (hors campagne) est important.

Le cancer, une maladie chronique comme une autre ?

Les évolutions d'ores et déjà en cours dans le domaine du dépistage et du traitement des cancers pourraient progressivement conduire à une modification de la perception de cette maladie dans la population. En effet, le cancer demeure une affection très grave mais n'est plus, ou de moins en moins, « la » maladie dont on ne guérit pas. Alors qu'au début des années 1980 le nombre annuel de décès par cancer était presque aussi élevé que celui des cancers diagnostiqués, le taux de létalité est aujourd'hui de l'ordre de 40%. Ce qui signifie que de plus en plus de personnes survivent à « leur » cancer. Cette évolution, en soi positive, pourrait de plus constituer le début d'un cercle vertueux visant à réduire encore la mortalité cancéreuse car la crainte qu'inspire le cancer est probablement un facteur aggravant de cette maladie, une des causes les plus souvent invoquées par les personnes restant à l'écart de la prévention ou du dépistage étant précisément la crainte de cette maladie mortelle, qu'il ne faut pas « provoquer » tant qu'aucun symptôme ne se manifeste. Avec pour conséquence le risque d'un dépistage tardif et donc une moindre chance de survie.

Quoiqu'il en soit, l'augmentation de l'incidence des cancers et la diminution de la mortalité cancéreuse font que de plus en plus de personnes vivent avec un cancer ou survivent à un cancer. Après la période de traitement initial qui suit le diagnostic, la surveillance médicale vient rappeler à intervalles réguliers et pendant plusieurs années l'incertitude de la guérison, la possibilité d'une récurrence. La vie sociale et professionnelle sont alors gênées par les représentations négatives encore associées au cancer. Pour que les difficultés sociales ne s'ajoutent pas aux difficultés physiques et psychologiques, le plan cancer prévoit différentes mesures d'accompagnement social pour les personnes, de plus en plus nombreuses, vivant avec cette maladie.

En conclusion,

la progression des cancers justifie largement la mobilisation qui se met en place pour lutter contre cette maladie au niveau national et dans la région. Celle-ci repose sur trois axes distincts :

1- Lutter contre la progression actuelle des cancers

- par une meilleure connaissance des facteurs de risque des cancers,
- par l'adoption de comportements protecteurs (individuels et dans le cadre professionnel).

2- Accentuer la baisse de la mortalité

- par l'amélioration des traitements médicaux,
- par l'augmentation de la part des cancers diagnostiqués à un stade précoce.

3- Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer

- par des mesures d'accompagnement (médical et social) des malades.

Ces trois axes sont largement présents dans le Plan régional de santé publique de l'Ile-de-France où l'on retrouve notamment, parmi les objectifs prioritaires, le dépistage des cancers féminins, (sein et col de l'utérus) le dépistage du cancer colorectal, une étude de faisabilité du dépistage des cancers des voies aéro-digestives chez les sujets à haut risque, la lutte contre les cancers professionnels, la prévention du mélanome, le renforcement de la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme ou encore l'amélioration de l'information et de la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer.

Sources de données et définitions

Morbidité

Enregistrement de l'incidence des cancers en France

L'incidence d'une maladie est définie par le nombre de nouveaux cas annuel de cette maladie.

En l'absence d'un registre général des cancers observés en région Ile-de-France, l'incidence des cancers dans cette région est estimée grâce aux données annuelles établies par le Réseau des registres français de cancers (FRANCIM) et le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon - Centre Hospitalier Lyon-Sud²⁸.

Selon cette procédure, les estimations de l'incidence sont publiées régulièrement depuis 1980 pour le niveau national et pour chaque région de France. La plus récente concerne l'année 2000. Par ailleurs, à la demande de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Ile-de-France et de l'Agence régionale d'hospitalisation d'Ile-de-France, une estimation des cancers en 2003 a été réalisée pour la seule région Ile-de-France.

Les Affections de Longue Durée (ALD)

Les informations présentées dans ce document concernent les avis favorables donnés, pour la région Ile-de-France, par les médecins-conseils du Régime Général des travailleurs salariés (y compris sections locales mutualistes), du régime de l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI) et du Régime Agricole (MSA), pour les premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre des Affections de Longue Durée (ALD) en 2004.

L'incidence médico-sociale d'une maladie déterminée par la somme des ALD des régimes d'assurance maladie ne doit pas être confondue avec son incidence réelle habituellement calculée en épidémiologie car l'enregistrement effectué par les systèmes d'information médicaux de ces organismes n'est pas exhaustif.

Les nombres d'affections recensées par l'Assurance Maladie sont presque toujours inférieurs à la morbidité réelle. Les incidences médico-sociales calculées représentent donc une valeur par défaut de l'incidence réelle.

Les principales causes d'écart entre les deux valeurs sont les suivantes :

le patient peut être atteint d'une des 30 maladies de la liste des ALD, mais ne pas répondre aux critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité exigés (hypertension artérielle " sévère ", scoliose " évolutive ", néphropathie " grave "...),

le patient peut ne pas demander à être exonéré pour des raisons personnelles (couverture maladie universelle, assurance complémentaire satisfaisante, souci de confidentialité),

le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (précédente affection exonérante, invalidité ...), et donc ne pas faire l'objet d'une demande d'un médecin traitant pour une nouvelle ALD,

les médecins conseils peuvent ne pas individualiser une affection nouvelle pour un patient déjà exonéré au titre d'une ALD connexe partageant de mêmes mécanismes physiopathologiques (par exemple, infarctus du myocarde considéré comme complication chez un coronarien).

²⁸ L'incidence des cancers est calculée par modélisation "modèle âge cohorte" qui s'appuie sur le ratio incidence/mortalité et sur l'incidence réelle de plusieurs registres départementaux. Cette méthode est décrite dans : Remontet L, Estève J, Bouvier A-M, Grosclaude P et al. Cancer incidence and mortality in France over the periode 1978-2000. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 2003 ; 51 : 3-30.

Par ailleurs, des considérations d'ordre socio-économique peuvent également intervenir dans l'exhaustivité du recueil : il est probable que les personnes économiquement défavorisées (ou leur médecin traitant) sollicitent de façon plus fréquente et plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour ALD. Enfin, ces écarts ne sont pas systématiques et homogènes pour chacune des 30 affections de la liste. Selon l'âge de survenue de la pathologie, selon la fréquence d'association de cette pathologie avec d'autres, le défaut d'enregistrement sera plus ou moins important.

Malgré ces imperfections dont il est nécessaire de tenir compte, les systèmes d'information médicaux de l'Assurance Maladie relatifs aux Affections de Longue Durée constituent une source précieuse d'information sur la morbidité.

Voir le site : <http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/ile-de-france.0.html>

La base PMSI

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) a été introduit dans les années 1980 sous l'impulsion de la Direction des Hôpitaux.

Il s'agissait alors de mettre en place un outil commun à l'ensemble des établissements de soins publics dont l'objectif premier était la réduction des disparités budgétaires qui pouvaient être observées entre les établissements, en fournissant un outil suffisamment précis et homogène capable de mesurer l'activité réalisée dans l'ensemble des hôpitaux, de la valoriser sur la base commune d'une échelle de coût, puis de comparer ce budget théorique au budget réel alloué annuellement dans le cadre de la dotation globale.

Le PMSI consiste en un recueil systématique d'informations standardisées pour tout séjour dans un établissement de santé. Chaque séjour hospitalier donne lieu à un résumé standardisé de sortie (RSS) qui est le résultat agrégé des résumés d'unité médicale ou RUM (il existe autant de RUM que d'unités médicales ayant eu à prendre en charge le patient).

La base de données du Programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie et obstétrique (PMSI-MCO) rassemble, depuis 1997, la totalité des séjours hospitaliers de soins de courte durée en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), réalisés en France.

Construite dans un objectif budgétaire, la richesse de cette base permet aussi, dans une certaine mesure, des exploitations à des fins épidémiologiques. Les limites actuelles du PMSI à des fins de surveillance épidémiologique résident dans le fait que le diagnostic principal n'est pas toujours indiqué de façon précise et dans la difficulté à mettre en place le chaînage des séjours (mise en relation des différents séjours hospitaliers effectués par une même personne). Lorsqu'il sera effectif, le chaînage permettra l'édition de statistiques d'hospitalisations par cause mais aussi par sexe et âge.

Les données issues de la base PMSI présentées dans cette étude concernent l'année 2004. Elles ont été transmises à l'ORS par les services de la Caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF).

Mortalité

Depuis 1968, un laboratoire de l'INSERM est chargé d'élaborer tous les ans la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'INSEE. Ce laboratoire initialement appelé Service Commun d'information sur les causes médicales de décès (SC8) a été renommé Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc).

Recueil des informations

La statistique des causes de décès est établie à partir d'informations recueillies dans deux documents : le certificat et le bulletin de décès.

Le certificat de décès

A l'occasion du décès d'une personne le médecin établit un certificat de décès.

La partie supérieure, utilisée pour la déclaration à l'état civil, est nominale et comporte outre les nom et prénom, le domicile du décédé, la date et l'heure de la mort ainsi que certaines rubriques concernant les diverses opérations funéraires.

La partie inférieure du certificat de décès est anonyme et ne comporte, en dehors des renseignements médicaux, que le nom de la commune où est survenu le décès et la date de la mort. Les autres rubriques correspondant aux informations médicales sont divisées en deux sections. La première porte sur la cause du décès avec deux mentions : "cause immédiate de la mort" et "cause initiale". La deuxième intitulée "renseignement complémentaire", permet de déclarer d'éventuels états morbides ou physiologiques associés. Cette partie inférieure du certificat doit être cachetée par le médecin pour en garantir le caractère confidentiel.

Le bulletin de décès

Un bulletin de décès (bulletin 7) également non nominatif est établi par l'officier d'état civil à la mairie. Il comprend, entre autres, des renseignements d'état civil ainsi que des caractéristiques socio-démographiques : date et lieu de naissance (commune et département), date et lieu de décès, commune et département de domicile, état matrimonial, nationalité, catégorie socioprofessionnelle.

Circuit des informations du bulletin et du certificat de décès

Le médecin constate le décès, remplit le certificat de décès puis cache la partie inférieure. Ce document est remis à la mairie de la commune de décès où est détachée et conservée la partie supérieure nominale.

Parallèlement, la partie cachetée du certificat, que l'on appelle certificat médical de cause de décès (CMCD), est agrafée avec le "bulletin 7" correspondant. Ces documents (maintenant tous deux anonymes) sont transmis au médecin de santé publique responsable de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

Celui-ci décache la partie inférieure du certificat de décès afin de prendre connaissance des causes de la mort. Il peut ainsi surveiller l'évolution du nombre de décès et avoir connaissance de certaines causes particulièrement intéressantes sur le plan de la santé publique. Puis le médecin de la DDASS transmet le bulletin de décès avec le certificat correspondant, toujours agrafés, au CépiDc de l'INSERM.

Codification des causes de décès

Le CépiDc, après avoir analysé les diagnostics inscrits sur les certificats médicaux de décès, les code selon les règles de la Classification Internationale des Maladies (CIM). La huitième révision de la classification (CIM-8) a été utilisée pour coder les décès de 1968 à 1978, la neuvième révision (CIM-9) a été utilisée de 1979 à 1999 et la dixième révision (CIM10) est utilisée depuis 2000.

Les évolutions du recueil des données

Depuis 1988, le codage des causes est directement réalisé sur console d'ordinateur. Ces codes médicaux, saisis et vérifiés simultanément, enrichissent le fichier des données socio-démographiques transmis au préalable par l'INSEE. C'est à partir de ce fichier qu'est établie annuellement la statistique nationale de mortalité. En 1997 a été mis en place un nouveau certificat de décès suivant le modèle conseillé par l'OMS dans la CIM-10 (quatre lignes pour décrire le processus morbide dans la première partie, caractéristiques des accidents, mention de grossesse...) et un certificat de décès néonatal selon le modèle conseillé par l'OMS.

Les projets d'évolution

La certification des quelques 540 000 décès survenant en France chaque année est actuellement basée sur la circulation de documents papier du médecin à la mairie, de la mairie aux Ddass et à l'Insee, puis des Ddass à l'Inserm. La circulation et la manipulation de ces documents entraînent des problèmes de délai, de fiabilité, de réactivité et de confidentialité. En particulier, le délai de mise à disposition des données, actuellement de plusieurs mois, a une influence sur la qualité puisqu'il est difficile de contacter le médecin certificateur pour obtenir des informations complémentaires lorsque cela est nécessaire. De plus, ce délai ne permet pas l'utilisation des données sur les causes médicales de décès dans le contexte d'un système d'alerte. Compte tenu des évolutions technologiques, le passage à un mode de certification électronique des causes médicales de décès permettrait d'améliorer considérablement le circuit actuel du certificat de décès. Cette orientation est d'ailleurs recommandée par le groupe de travail européen sur les causes médicales de décès piloté par Eurostat. Le principe de ce système consiste à donner au médecin la possibilité de certifier directement le décès sur un poste informatique en supprimant le document papier pour la partie médicale du certificat. Les principaux avantages qui en découleront sont :

- la diminution des délais de production des statistiques de mortalité (la transmission des données saisies sera presque immédiate) ;
- l'amélioration de la qualité et de la fiabilité des données en utilisant, si nécessaire, les possibilités d'interaction avec le médecin certificateur au moment de la certification d'un décès ;
- le renforcement de la confidentialité des données par des procédures de chiffrement ;
- l'allègement du circuit actuel du certificat de décès entraînant une réduction importante des coûts découlant de la manipulation des documents papiers en particulier pour le CépiDc de l'Inserm et pour les Ddass.

Voir le site : <http://www.cephdc.vesinet.inserm.fr/>

Les données européennes

Les données de mortalité des pays européens qui figurent dans le chapitre 3 de ce document sont consultables sur le site de statistiques de santé de l'Union européenne : EUROSTATS. (http://europa.eu/pol/health/index_fr.htm)

Les indicateurs de mortalité²⁹

Le taux brut de mortalité obtenu en rapportant le nombre de décès à la population moyenne ne permet pas de comparer correctement les niveaux de mortalité dans des populations différentes ou dans une même population à des périodes différentes car il ne tient pas compte des différences de structure d'âge des populations. Les taux comparatifs de mortalité et l'indice comparatif de mortalité (icm), obtenus à partir du calcul des taux de mortalité à chaque âge permettent de comparer la situation dans le temps ou dans l'espace en éliminant les effets de la structure par âge.

Taux comparatif de mortalité

Le taux comparatif de mortalité est défini comme le taux que l'on observerait dans une population si elle avait la même structure d'âge qu'une population de référence. On le calcule en pondérant les taux de mortalité par âge observés dans la sous-population par la structure d'âge de la population de référence. Dans ce document, les taux comparatifs de mortalité sont calculés avec pour population de référence celle de la France métropolitaine (2 sexes) au recensement de 1990. Dans le chapitre sur les comparaisons européennes, la population de référence est la population européenne de 1976 (cf le site eurostats).

Indice comparatif de mortalité

L'indice comparatif de mortalité est le rapport entre le nombre de décès observé dans une population et le nombre de décès que l'on observerait si cette population subissait une mortalité de référence (ou mortalité type).

Le chiffre obtenu est multiplié par 100.

- Si l'icm est inférieur à 100, c'est que la mortalité est inférieure dans la population à ce qu'elle est dans la population de référence.
- Si l'icm est égal à 100, c'est que la mortalité est comparable dans la population à ce qu'elle est dans la population de référence.
- Si l'icm est supérieur à 100, c'est que la mortalité est supérieure dans la population à ce qu'elle est dans la population de référence.

Pour les taux comparatifs et pour les indices comparatifs, un test statistique permet de se prononcer sur le niveau de mortalité comparativement à une situation de référence.

Dans ce document, le seuil de signification retenu est de 5 % pour les analyses régionale et départementale.

Cartes de la mortalité par canton :

Ces cartes représentent les indices comparatifs de mortalité de la période 1997-2001. Cette période a été retenue parce qu'elle entoure le recensement de population de 1999 (unique source de données démographiques au niveau de la commune et donc du canton). Par ailleurs, le regroupement de cinq années d'observation augmente la précision des résultats à un niveau géographique aussi fin. Le découpage de la région par canton utilisé dans ce rapport est le découpage en 258 « cantons-villes » de l'INSEE. Une modification a été apportée à ce découpage : la commune de Montenils, en Seine-et-Marne, (code 77304) a été déplacée du canton de Rebais (code 7726) vers le canton de La Ferté-Gaucher (code 7711) dont elle est contiguë, modification indispensable pour procéder ensuite au lissage par moyenne locale pondérée.

²⁹ Pour toute précision d'ordre méthodologique :

- Manuel d'analyse de la mortalité - R. PRESSAT - INED - 1985
- Principaux Indicateurs de Mortalité - INSERM - Service d'Information sur les Causes Médicales de Décès - SC8 et DGS - Bureau Observation de la santé - VS1

Bibliographie :

L.REMONTET, A. BUEMI, M. VELTEN, E. JOUGLA, J. ESTEVE, Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000, août 2003, Institut de veille sanitaire

M. COLONNA, L. REMONTET, P. GROSCLAUDE, Estimation de l'incidence des cancers en Ile-de-France (1980-2003) Réseau FRANCIM

L. CHERIE-CHALLINE, la situation épidémiologique des cancers en France dans le rapport de la commission d'orientation sur le cancer 2002.

F. CHINAUD, L. SLOTA, M. SOUQUES, B. ASSELAIN, B. BLANCHON, G. DUBOIS, E. MARTIN, A. REZVANI, et le groupe cohorte PETRI, Survie à 5 ans des patients ayant eu un diagnostic de cancer en 1994 en Ile-de-France, Revue épidémiologique de santé publique, 2005, 53 : 477-490.

M. P. COLEMAN, GATTA G, VERDECCHIA A, ESTEVE J, SANT M, Storm H, ALLEMANI C, CICCOLALLO L, SANTAQUILANI M, BERRINO F and the survival Working group, EUROCARE-3 summary : cancer survival in Europe at the end of the 20th century, in : Annals of oncology 14 (supplement 5) : v128-v149, 2003.

Catherine HILL, Françoise DOYON, Hélène SANCHO-GARNIER, Epidémiologie des cancers, Flammarion Médecine-sciences, Mars 1997.

FNORS, Le cancer dans les régions de France, juin 2005, rapport réalisé à la demande de la DGS par un groupe inter-ORS, sous l'égide de la FNORS.

Christian Monteil, Isabelle Robert-Bobée, INSEE PREMIERE N° 1025 juin 2005, Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes, division Enquêtes et études démographiques.

Eric Jouglu, Gérard Salem, Stéphane Rican, Gérard Pavillon, Hassina Lefèvre, BEH N°41-42 Octobre 2003, Disparités de la mortalité par cancer dans l'Union européenne, situation de la France, 1999.

Sites internet:

Site du Ministère de la santé et des solidarités :
<http://www.sante.gouv.fr>

URCAM Ile-de-France
<http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/ile-de-france.0.html>

CépiDc de l'INSERM :
<http://www.cepfdc.vesinet.inserm.fr/>

Site SCORE-santé de la FNORS :
<http://www.fnors.org/Score/accueil.htm>

Site Eurostat (statistiques générales et régionales) :
http://europa.eu/pol/health/index_fr.htm

Annexes

- *Nombre de séjours d'hospitalisation réalisés pour prise en charge d'un cancer chez des Franciliens en 2004,*
- *Nombre de séjours d'hospitalisation réalisés pour complication liée au cancer ou affection intercurrente d'un cancer chez des Franciliens en 2004,*
- *Taux d'incidence des cancers par âge (toutes localisations) en France et en Ile-de-France en 1980 et 2000,*
- *Taux de mortalité par cancer par âge (toutes localisations) en France et en Ile-de-France en 1980 et 2000,*
- *Nombre annuel de décès de Franciliens par tumeurs (période 1999-2001),*
- *Nombre annuel de décès de Franciliennes par tumeurs (période 1999-2001).*

Nombre de séjours d'hospitalisation réalisés pour prise en charge d'un cancer chez des Franciliens en 2004

	Type de séjour		Total
	Chirurgical	Médical	
Pleuro-pulmonaire	1 983	6 140	8 123
Sein	12 422	1 486	13 908
Organes génitaux féminins	3 275	1 424	4 699
Organes génitaux masculins (y compris prostate)	4 990	1 743	6 733
Système urinaire (hors prostate)	6 366	1 494	7 860
Appareil digestif hors système hépato-biliaire	6 640	7 928	14 568
Système hépato-biliaire	457	2 703	3 160
Cutané	2 657	438	3 095
VADS	1 974	4 147	6 121
Sang et organes hématopoïétiques	804	5 617	6 421
Os, tissu conjonctif et autres tissus mous	545	421	966
Glandes endocrines	996	943	1 939
Système nerveux central et oeil	603	1 094	1 697
Métastases sans primitif codé	1 308	1 785	3 093
Autres tumeurs malignes	3 072	3 402	6 474
Tous cancers	48 019 *	40 708 *	88 727 *

Source : PMSI MCO 2004 Ile-de-France

Nombre de séjours d'hospitalisation réalisés pour complication liée au cancer ou affection intercurrente d'un cancer chez des Franciliens en 2004

	Type de séjour		Total
	Chirurgical	Médical	
Pleuro-pulmonaire	1 437	9 675	11 112
Sein	3 450	6 568	10 018
Organes génitaux féminins	1 278	2 693	3 971
Organes génitaux masculins (y compris prostate)	1 628	5 010	6 638
Système urinaire (hors prostate)	1 454	3 384	4 838
Appareil digestif hors système hépato-biliaire	3 980	10 970	14 950
Système hépato-biliaire	357	2 569	2 926
Cutané	690	839	1 529
VADS	989	4 126	5 115
Sang et organes hématopoïétiques	1 211	8 652	9 863
Os, tissu conjonctif et autres tissus mous	420	1 065	1 485
Glandes endocrines	213	525	738
Système nerveux central et oeil	254	1 317	1 571
Métastases sans primitif codé	667	2 476	3 143
Autres tumeurs malignes	828	2 160	2 988
Tous cancers	18 205 *	61 856 *	80 061 *

Source : PMSI MCO 2004 Ile-de-France

* Les chiffres des lignes « tous cancers » sont légèrement inférieurs à la somme des différents appareils, certains cancers à localisation multiples étant comptés dans chaque appareil concerné.

Taux d'incidence des cancers par âge (toutes localisations)

(nombre de nouveaux cas dans l'année, pour 100 000 personnes)

Hommes	France		Ile-de-France		
	1980	2000	1980	2000	Evolution (%)
00-04 ans	16,2	21,6	16,8	22,4	33,7
05-09 ans	10,9	14,8	11,1	13,7	24,1
10-14 ans	10,9	14,4	10,9	14,4	31,5
15-19 ans	16,1	20,0	16,5	19,8	19,9
20-24 ans	23,9	30,4	24,7	29,1	17,9
25-29 ans	32,7	42,1	33,1	41,4	25,0
30-34 ans	49,5	62,2	47,0	59,6	26,8
35-39 ans	83,1	101,5	80,5	96,3	19,6
40-44 ans	165,7	187,5	165,6	175,9	6,2
45-49 ans	347,9	352,9	347,9	335,6	-3,5
50-54 ans	591,5	594,0	581,4	553,1	-4,9
55-59 ans	822,1	922,1	830,8	890,4	7,2
60-64 ans	1317,2	1367,2	1137,4	1347,3	18,5
65-69 ans	1358,5	2014,9	1478,6	1993,7	34,8
70-74 ans	1848,2	2679,1	1840,5	2624,6	42,6
75-79 ans	2079,4	2994,5	2005,4	2974,5	48,3
80-84 ans	2285,4	3484,9	2067,5	3155,5	52,6
85 ans ou +	2054,1	3015,6	1862,6	2996,1	60,9

Femmes	France		Ile-de-France		
	1980	2000	1980	2000	Evolution (%)
00-04 ans	13,9	16,3	15,3	17,8	16,4
05-09 ans	7,7	10,0	8,5	9,6	13,2
10-14 ans	7,9	9,8	8,4	10,2	21,9
15-19 ans	12,0	15,8	12,4	16,9	36,5
20-24 ans	19,3	27,5	20,1	27,3	36,1
25-29 ans	36,0	51,5	38,1	52,0	36,4
30-34 ans	75,8	93,1	74,2	95,8	29,1
35-39 ans	133,4	161,8	136,7	167,6	22,6
40-44 ans	207,5	268,7	224,7	280,6	24,9
45-49 ans	305,5	413,2	327,1	435,8	33,2
50-54 ans	394,5	552,0	415,2	567,2	36,6
55-59 ans	487,4	669,8	520,0	706,3	35,8
60-64 ans	694,9	787,8	634,7	848,6	33,7
65-69 ans	668,5	910,0	755,8	981,6	29,9
70-74 ans	827,9	1043,2	854,1	1111,6	30,1
75-79 ans	931,1	1174,9	938,7	1258,1	34,0
80-84 ans	1012,9	1372,9	985,7	1344,6	36,4
85 ans ou +	1060,5	1294,3	966,3	1346,3	39,3

Source : FRANCIM, INSEE

Taux de mortalité par cancer par âge

(nombre annuel de décès, pour 100 000 personnes)

Hommes	France		Ile-de-France		
	1980	2000	1980	2000	Evolution (%)
0-14 ans	5,7	2,8	5,3	2,6	-51,5
15-19 ans	6,7	4,6	6,1	3,3	-46,5
20-24 ans	8,4	6,3	7,4	5,7	-23,1
25-29 ans	10,5	7,4	10	6,2	-38,5
30-34 ans	17	12,3	17,6	11,9	-32,3
35-39 ans	35,3	25,3	32,4	26,2	-19,1
40-44 ans	82,2	75,7	77,5	63,0	-18,7
45-49 ans	192	169,3	201,9	147,1	-27,1
50-54 ans	354,8	285,8	383,3	263,0	-31,4
55-59 ans	532,5	450,0	566,2	403,2	-28,8
60-64 ans	800,3	659,5	839,4	617,8	-26,4
65-69 ans	1037,3	972,9	1108,4	926,3	-16,4
70-74 ans	1504,6	1338,2	1572,6	1264,3	-19,6
75-79 ans	2014,7	1726,0	2120,2	1647,1	-22,3
80-84 ans	2627,8	2347,8	2695,7	2164,8	-19,7
85 ans ou +	3373,5	3132,1	3609,9	2838,1	-21,4

Femmes	France		Ile-de-France		
	1980	2000	1980	2000	Evolution (%)
0-14 ans	4,0	2,2	3,5	2,1	-41,1
15-19 ans	5,1	3,4	5,6	3,4	-38,8
20-24 ans	5,1	3,6	4,2	3,7	-12,6
25-29 ans	8,1	6,3	9,4	5,6	-40,2
30-34 ans	16,0	12,9	15,1	11,9	-20,9
35-39 ans	32,5	30,2	31,1	28,3	-8,9
40-44 ans	56,8	56,8	56,9	52,8	-7,2
45-49 ans	96,4	97,9	104,2	100,4	-3,7
50-54 ans	162,5	142,3	180,1	146,9	-18,4
55-59 ans	234,2	214,2	257,9	211,4	-18,0
60-64 ans	336,7	281,7	374,3	298,1	-20,4
65-69 ans	417,2	391,7	460,2	434,4	-5,6
70-74 ans	597,4	549,2	632,5	602,0	-4,8
75-79 ans	835,3	731,1	868,8	757,6	-12,8
80-84 ans	1194,6	1047,4	1193,9	1082,8	-9,3
85 ans ou +	1757,4	1495,0	1800,4	1492,7	-17,1

Source : INSERM-CépiDc, INSEE

Décès annuels de Franciliens par tumeurs
(nombre annuel de décès, période 1999-2001)

localisation	Code CIM0	0 an	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95ou+	0-65 ans	Tous âges	
Poumon	C33-C34	-	-	-	-	-	-	0	5	19	72	173	319	343	399	469	480	408	192	125	38	10	1 329	3 052	
Prostate	C61	-	-	-	-	-	0	-	-	-	1	3	12	22	50	102	158	239	198	210	130	31	87	1 155	
Côlon-rectum	C18-C21	0	-	-	-	1	1	1	3	8	12	23	52	64	99	152	170	182	130	123	54	12	264	1 087	
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	C22	-	-	-	-	-	-	1	4	7	13	24	49	55	75	106	121	103	56	32	10	1	228	658	
Lèvre, cavité buccale, pharynx	C00-C14	-	0	-	0	-	1	-	2	5	26	62	104	92	82	82	57	43	18	14	4	1	375	595	
Pancréas	C25	-	-	-	-	-	1	1	0	4	11	21	45	58	64	82	94	84	44	39	13	3	204	562	
Vessie	C67	-	-	-	-	-	-	-	0	3	3	10	21	27	43	66	76	88	59	61	28	9	108	496	
Oesophage	C15	-	-	-	-	-	-	0	-	3	9	30	63	58	67	64	58	46	21	17	5	1	231	443	
Estomac	C16	-	-	-	-	0	0	1	1	6	7	15	30	32	40	51	57	64	42	31	18	4	132	398	
Leucémie	C91-C95	-	3	2	3	3	4	4	5	6	9	15	21	25	27	43	55	65	41	37	16	3	127	387	
Lymphome malin non hodgkinien	C82-C85, C96	-	-	-	1	1	2	3	5	8	11	17	23	22	34	45	55	50	32	28	10	3	127	350	
Rein	C64-C66, C68	-	-	0	1	-	0	1	0	3	4	10	20	22	27	39	46	48	25	28	10	2	89	287	
Système nerveux central	C70-C72	0	3	5	3	2	3	5	8	13	9	18	35	30	28	35	34	26	12	6	2	0	160	275	
Larynx	C32	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	19	29	24	32	34	27	25	8	10	4	1	109	219	
Myélome multiple	C88, C90	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	6	7	14	21	24	25	32	17	21	13	2	51	185	
Mélanome malin de la peau	C43	-	-	-	-	0	0	2	3	6	7	9	12	14	12	11	17	14	6	5	2	-	66	120	
Plèvre	C384, C450	-	-	-	-	0	0	-	0	1	1	3	6	8	14	15	19	21	13	6	3	0	33	111	
Os, cartilage articulaire	C40-C41	-	-	-	1	1	2	2	3	1	1	4	5	5	6	7	8	3	3	2	1	-	31	56	
Thyroïde	C73	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	1	2	2	2	7	4	4	2	1	1	1	1	8	27
Maladie Hodgkin	C81	-	-	-	0	1	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	2	3	2	2	1	-	13	26	
Autres localisations		2	1	2	2	2	5	5	10	19	43	94	159	154	172	192	226	221	129	118	55	14	672	1 628	
Tous cancers	C00-C80	2	7	9	10	12	21	28	53	113	248	559	1 016	1 073	1 295	1 629	1 791	1 772	1 051	915	416	98	4 446	12 116	
Tumeurs bénignes	D10-D36	1	0	-	-	-	0	-	0	-	1	2	2	1	2	4	5	8	4	1	1	0	10	33	
Tum. in situ, tum. évol. imprévisible	D00-D09, D37-D48	3	2	2	2	1	1	1	3	6	7	13	20	20	25	32	44	54	34	48	32	7	108	360	
Total tumeurs	C00-D4	6	10	11	12	13	23	29	56	119	256	574	1 038	1 095	1 323	1 665	1 840	1 834	1 089	964	449	105	4 564	12 509	

Le nombre de décès correspond à une moyenne annuelle (nombre de décès observé sur la période 1999-2001 divisé par 3). Les résultats sont arrondis au chiffre entier le plus proche. Pour cette raison, la somme des décès (en ligne ou en colonne) peut différer légèrement de la valeur « toutes causes ou tous âges » indiquée. De même, un tiret (-) signifie qu'il n'y a eu aucun décès pour la localisation et la tranche d'âge concernée, alors qu'un zéro (0) signifie qu'il y a eu un décès ($1/3 = 0,33$ arrondi à 0).

Source : INSERM-CépiDc, Exploitation ORS Ile-de-France

Décès annuels de Franciliennes par tumeurs
(nombre annuel de décès, période 1999-2001)

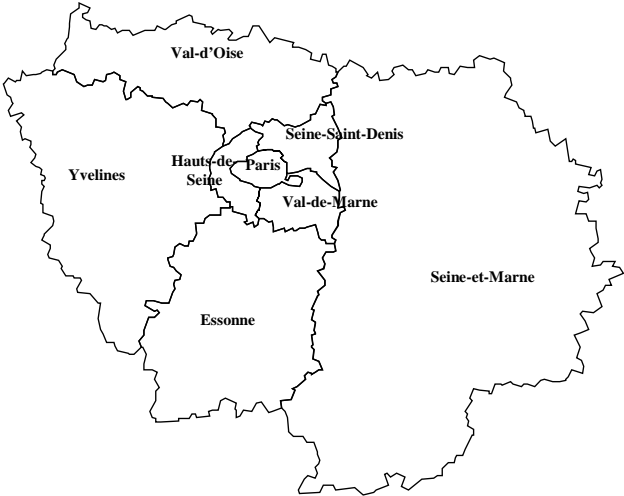
localisation	Code CIM0	0 an	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95ou+	0-65 ans	Tous âges
Sein	C50	-	-	-	-	-	-	2	13	47	77	126	178	162	172	192	230	223	143	161	115	34	777	1 874
Côlon-rectum	C18-C21	-	-	-	-	-	0	1	3	5	13	26	38	41	63	109	137	178	147	195	126	44	191	1 127
Poumon	C33-C34	-	-	-	-	-	0	1	4	9	33	62	76	67	75	104	138	126	84	73	23	10	327	885
Pancréas	C25	-	-	-	-	-	-	-	1	3	5	9	25	22	34	52	65	91	73	69	39	12	100	502
Ovaire	C56, C570-C576, C578	-	-	-	-	-	-	1	2	4	8	20	40	37	44	58	76	73	53	40	23	6	157	485
Leucémie	C91-C95	-	1	2	1	3	4	2	4	6	6	11	12	15	20	24	37	51	37	54	40	13	89	345
Lymphome malin non hodgkinien	C82-C85, C96	-	0	-	1	-	1	2	3	4	6	6	14	14	18	31	47	57	50	48	27	7	70	337
Estomac	C16	-	-	-	-	-	0	1	2	5	5	8	11	10	12	25	29	43	36	46	37	9	53	278
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	C22	-	0	-	-	-	-	1	1	0	2	6	9	12	11	30	42	45	34	36	15	5	42	249
Utérus, partie non précisée	C55	-	-	-	-	-	-	0	1	3	6	10	17	14	19	25	31	35	27	29	22	3	70	243
Système nerveux central	C70-C72	-	3	4	2	4	3	4	5	5	7	12	14	16	17	29	31	25	13	10	3	0	96	208
Vessie	C67	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2	3	3	7	8	13	21	34	30	37	25	9	25	194
Rein	C64-C66, C68	0	-	1	-	0	-	0	-	2	4	4	12	7	13	19	23	27	21	24	14	2	44	176
Myélocome multiple	C88, C90	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	3	6	6	10	22	25	30	24	29	15	5	25	175
Lèvre, cavité buccale, pharynx	C00-C14	-	-	-	-	-	-	-	-	2	5	13	17	14	16	14	18	15	8	11	9	2	67	143
Col de l'utérus*	C53	-	-	-	-	-	-	1	3	12	12	20	14	10	7	10	12	14	9	9	5	1	78	137
Oesophage	C15	-	-	-	-	-	-	0	-	-	2	4	7	11	10	12	19	15	14	13	10	3	34	119
Mélanome malin de la peau	C43	-	-	-	-	-	0	2	1	6	4	9	10	6	6	8	12	10	9	11	5	2	45	101
Corps de l'utérus*	C54	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0	2	1	5	7	12	16	15	8	8	4	1	16	81
Plèvre	C384, C450	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	2	4	4	7	7	8	9	10	12	3	1	17	66
Thyroïde	C73	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	2	3	2	2	5	5	8	5	4	4	3	8	42
Os, cartilage articulaire	C40-C41	-	0	0	1	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	3	4	3	1	3	2	1	15	33
Larynx	C32	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	4	4	3	4	4	4	3	1	2	1	0	16	31
Maladie Hodgkin	C81	-	-	-	0	0	2	1	2	1	-	0	2	2	1	1	3	1	1	3	-	-	12	22
Autres localisations		0	2	1	0	2	3	4	8	10	20	42	57	59	79	110	138	190	151	206	127	46	287	1 257
Tous cancers	C00-C80	1	7	8	6	12	14	26	55	127	220	404	577	547	657	919	1 173	1 322	991	1 132	693	219	2 660	9 110
Tumeurs bénignes	D10-D36	-	-	-	-	0	-	0	0	2	1	2	1	2	3	5	6	12	6	8	7	2	12	59
Tum. in situ, tum. évol. imprévisible	D00-D09, D37-D48	1	1	2	2	1	1	2	1	1	5	6	6	9	12	17	33	46	42	72	61	29	51	350
Total tumeurs	C00-D4	1	9	10	8	13	15	28	56	130	226	412	584	558	672	942	1 212	1 380	1 038	1 212	761	250	2 723	9 519

Le nombre de décès correspond à une moyenne annuelle (nombre de décès observé sur la période 1999-2001 divisé par 3). Les résultats sont arrondis au chiffre entier le plus proche. Pour cette raison, la somme des décès (en ligne ou en colonne) peut différer légèrement de la valeur « toutes causes ou tous âges » indiquée. De même, un tiret (-) signifie qu'il n'y a eu aucun décès pour la localisation et la tranche d'âge concernée, alors qu'un zéro (0) signifie qu'il y a eu un décès ($1/3 = 0,33$ arrondi à 0).

* Les décès par cancers du col de l'utérus et par cancers du corps de l'utérus sont sous-estimés (localisation exacte non précisée sur le certificat de décès). Voir la rubrique « utérus, partie non précisée » dans le tableau.

Source : INSERM-CépiDc, Exploitation ORS Ile-de-France

Ile-de-France – découpage départemental



Paris et proche couronne – découpage en 258 « cantons-villes »



Grande couronne – découpage en 258 « cantons-villes »



