



Observatoire régional de santé d'Ile-de-France

# Épidémiologie des cancers en Ile-de-France

---

Mars 2011

Cette étude a été réalisée par Philippe PEPIN et Oriane BROUSTAL

L'ORS Ile-de-France, département autonome de l'IAU île-de-France,  
est un observatoire scientifique indépendant financé par :  
l'Agence régionale de santé et par le Conseil régional d'Ile-de-France



## **Observatoire régional de santé d'Ile-de-France**

43 rue Beaubourg – 75003 PARIS ■ Tél : 01 77 49 78 60 ■ Fax : 01 77 49 78 61  
e-mail : [ors-idf@ors-idf.org](mailto:ors-idf@ors-idf.org) ■ Site internet : [www.ors-idf.org](http://www.ors-idf.org)

# Sommaire

<b>1 – Les principaux chiffres du cancer en Ile-de-France</b>	<b>5</b>
<b>2 – Comparaisons géographiques et évolutions récentes</b>	<b>15</b>
<b>3 – Contexte européen</b>	<b>31</b>
<b>4 - Principales localisations cancéreuses en Ile-de-France</b>	<b>41</b>
<b>5 - Mortalité prématurée par cancer</b>	<b>55</b>
<b>6 - La situation francilienne pour six cancers</b>	<b>63</b>
Le cancer du sein	65
Le cancer de l’utérus	69
Le cancer du côlon-rectum	73
Le cancer de la prostate	77
Le cancer du poumon	79
Le mélanome malin de la peau	83
<b>7 - Les cancers chez l’enfant</b>	<b>87</b>
<b>8 - Perspectives de développement du dispositif de surveillance des cancers en Ile-de-France</b>	<b>93</b>
<b>Conclusion</b>	<b>97</b>
<b>Annexes</b>	<b>105</b>



# 1 - Les principaux chiffres du cancer en Ile-de-France



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 évaluée notamment en fonction de la taille de la tumeur, l'atteinte des ganglions lymphatiques et la présence ou non de métastase (foyer secondaire créé 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.

## **Près de 50 000 nouveaux cancers en Ile-de-France en 2005**

Le cancer est une pathologie grave, qui affecte un nombre important de personnes. En 2005, le Réseau français des registres des cancers (FRANCIM) a estimé à 49 654 le nombre de nouveau cas de cancer en Ile-de-France (soit 15,5% de l'incidence nationale), dont 26 609 chez les hommes et 23 045 chez les femmes.

## **Plus de 46 000 admissions en ALD pour cancer chaque année**

Les personnes atteintes d'un cancer sont le plus souvent admises en Affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par cette affection. Entre 2006 et 2008, un peu plus de 46 000 admissions en ALD ont ainsi été prononcées en moyenne chaque année en Ile-de-France parmi les personnes relevant des trois principaux régimes d'assurance maladie. Pour le seul régime général, le nombre total de Franciliens inscrits en ALD pour cancer est de 320 491 au 31 décembre 2009.

### Nombre de séjours hospitaliers pour cancer en Ile-de-France en 2007

#### Hommes

Diagnostic principal d'hospitalisation*	Moins 65 ans	65 ans ou plus	Tous âges	ICH** IdF
<b>Tumeurs</b>	<b>58 975</b>	<b>47 403</b>	<b>106 377</b>	<b>102</b>
dont bénignes	24 032	10 044	34 079	104
<b>dont malignes</b>	<b>30 095</b>	<b>32 956</b>	<b>63 052</b>	<b>100</b>
dont évolution imprévisible ou inconnue	4 549	3 958	8 512	104
dont carcinomes in situ	292	437	729	71
<b>Total séjours toutes causes</b>	<b>847 508</b>	<b>367 117</b>	<b>1 214 621</b>	<b>97</b>

#### Femmes

Diagnostic principal d'hospitalisation*	Moins 65 ans	65 ans ou plus	Tous âges	ICH** IdF
<b>Tumeurs</b>	<b>73 548</b>	<b>38 561</b>	<b>112 109</b>	<b>108</b>
dont bénignes	40 089	10 278	50 367	110
<b>dont malignes</b>	<b>27 362</b>	<b>24 427</b>	<b>51 789</b>	<b>108</b>
dont évolution imprévisible ou inconnue	3 817	3 206	7 023	108
dont carcinomes in situ	2 272	645	2 920	88
<b>Total séjours toutes causes</b>	<b>1 121 503</b>	<b>430 683</b>	<b>1 552 186</b>	<b>100</b>

\* Le diagnostic principal est défini à la fin du séjour comme étant celui qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. Au cours d'un même séjour, plusieurs problèmes de santé ont pu faire l'objet d'une prise en charge, mais ces tableaux ne prennent en compte que le diagnostic principal.

\*\*ICH : Indice comparatif d'hospitalisation. Cet indice permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers de la région avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la région au nombre de séjours qui serait obtenu si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans la région étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

L'ICH France métropolitaine étant égal à 100, un ICH de 105 signifie une fréquence des séjours hospitaliers supérieure de 5 % à la moyenne nationale. Par contre, un ICH de 86 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 14 % à cette moyenne.

Sources : PMSI (ATIH), exploitation Drees - données domiciliées redressées, Insee



## **Les cancers ont constitué le diagnostic principal pour près de 115 000 séjours hospitaliers de Franciliens en 2007**

Les données des tableaux ci-contre proviennent du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), système de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Le PMSI consiste, pour chaque séjour dans un établissement de santé, à enregistrer de façon standardisée un nombre restreint d'informations administratives et médicales. Les séjours comptabilisés concernent les hospitalisations de personnes habitant l'Ile-de-France, quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Ces tableaux dénombrent des séjours et non des patients. Un même patient hospitalisé à plusieurs reprises est donc compté plusieurs fois.

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, ainsi que les séances de chimiothérapie et de radiothérapie.

En 2007, les cancers (tumeurs malignes) ont constitué le diagnostic principal de 114 841 séjours de Franciliens (63 052 hommes et 51 789 femmes). Ces chiffres n'incluent pas les séances de chimiothérapie et radiothérapie. Les hospitalisations ayant pour diagnostic principal un cancer représentent environ 4% du total des hospitalisations en Ile-de-France. Ces proportions, variables en fonction de l'âge, sont maximales chez les 35-64 ans.

**Les principales causes de décès en Ile-de-France (période 2005-2007)<sup>1</sup>**

Tous âges	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
<b>Cancers</b>	<b>12 600</b>	<b>36,1</b>	<b>9 769</b>	<b>28,2</b>
Maladies de l'appareil circulatoire	7 905	22,7	9 171	26,5
Symptômes, signes et états morbides mal définis	3 118	8,9	3 375	9,7
Causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements	2 302	6,6	1 861	5,4
Maladies de l'appareil respiratoire	2 056	5,9	2 135	6,2
<b>Toutes causes</b>	<b>34 883</b>	<b>100,0</b>	<b>34 644</b>	<b>100,0</b>

Chez les moins de 35 ans <sup>2</sup>	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
Causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements	466	30,7	157	17,8
Symptômes, signes et états morbides mal définis	312	20,5	141	16,0
Affect. Dont l'origine se situe dans la période périnatale	200	13,2	158	17,9
<b>Cancers</b>	<b>170</b>	<b>11,2</b>	<b>132</b>	<b>14,9</b>
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	107	7,0	85	9,6
<b>Toutes causes</b>	<b>1 519</b>	<b>100,0</b>	<b>883</b>	<b>100,0</b>

Chez les 35-64 ans	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
<b>Cancers</b>	<b>4 243</b>	<b>42,7</b>	<b>2 756</b>	<b>54,0</b>
Maladies de l'appareil circulatoire	1 500	15,1	500	9,8
Symptômes, signes et états morbides mal définis	1 185	11,9	480	9,4
Causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements	878	8,8	397	7,8
Maladies de l'appareil digestif	617	6,2	260	5,1
<b>Toutes causes</b>	<b>9 937</b>	<b>100,0</b>	<b>5 105</b>	<b>100,0</b>

Chez les 65 ans et plus	Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%
<b>Cancers</b>	<b>8 187</b>	<b>34,9</b>	<b>6 881</b>	<b>24,0</b>
Maladies de l'appareil circulatoire	6 340	27,1	8 624	30,1
Symptômes, signes et états morbides mal définis	1 621	6,9	2 754	9,6
Maladies de l'appareil respiratoire	1 775	7,6	2 010	7,0
Maladies du système nerveux et sensoriel	1 121	4,8	1 844	6,4
<b>Toutes causes</b>	<b>23 427</b>	<b>100,0</b>	<b>28 656</b>	<b>100,0</b>

Source : Insee, Inserm CépiDC - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

<sup>1</sup> Nombre annuel moyen de décès pendant la période 2005-2007, et pourcentage dans le total des décès.

<sup>2</sup> 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 22 400 Franciliens décèdent d'un cancer chaque année**

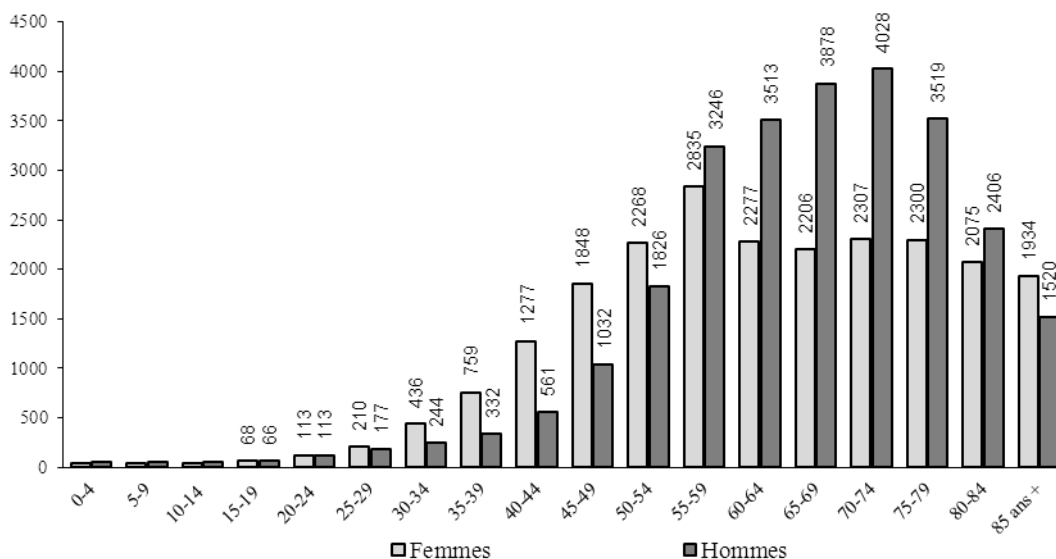
Du fait de l'existence d'un système d'enregistrement exhaustif des décès et des causes médicales de décès sur l'ensemble du territoire auquel collaborent depuis 1968 l'INSEE et le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'INSERM, les données de mortalité bénéficient d'une bonne fiabilité et permettent notamment des analyses géographiques fines. Pour les trois dernières années d'observation disponibles, les années 2005 à 2007, le nombre annuel moyen de décès de Franciliens (toutes causes) est de 69 527 dont 34 883 hommes et 34 644 femmes. Les causes de décès varient considérablement selon l'âge.

En Ile-de-France, tous âges confondus, deux groupes de pathologies, les cancers et les maladies de l'appareil circulatoire, ont représenté 57% des décès survenus au cours de la période 2005-2007. Chez les hommes, les cancers prédominent nettement avec 12 600 décès annuels soit 36,1% du total, devant les maladies cardiaques responsables de 22,7% des décès masculins. Chez les femmes, les cancers représentent aussi la principale cause de mortalité avec 9 769 décès soit 28,2%. Cependant, l'écart entre les deux premières causes de mortalité est moins marqué que chez les hommes. En effet, la mortalité par maladie cardiaque, correspondant à la deuxième cause de mortalité, représente 9 171 décès annuels soit 26,5% des décès féminins. Dans la région, les décès par cancers sont plus nombreux que les décès par maladies de l'appareil circulatoire (22 369 contre 17 076). Il en est de même au niveau national.

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'un peu plus d'un décès sur dix (11,2% des décès masculins et 14,9% 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 (42,7 % du total des décès) que chez les femmes (54%). Chez les personnes âgées de 65 ans ou plus, les cancers restent la première cause de décès chez les hommes (34,9% du total) mais passent en deuxième position chez les femmes (24% du total), loin derrière les maladies de l'appareil circulatoire à l'origine de 30,1% des décès féminins de cette tranche d'âges.

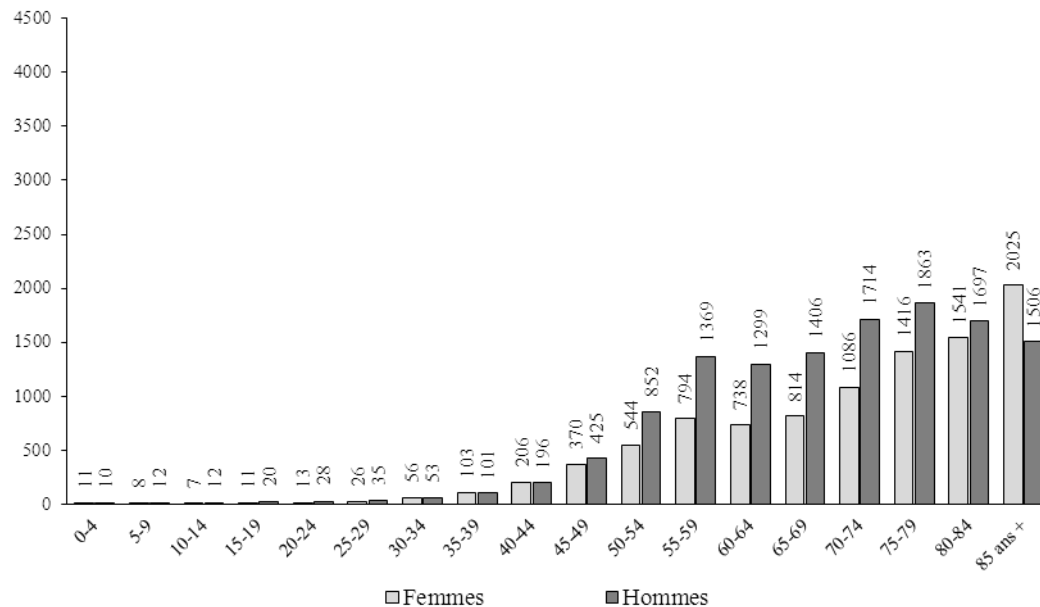
**Incidence des cancers en Ile-de-France par âge en 2005**

Nombre de cas\*



**Décès annuels par cancers en Ile-de-France par âge en 2005-2007**

Nombre de décès



\*132 cas diagnostiqués chez les femmes et 148 chez les hommes répartis sur la période des 0-14 ans  
 Source : Francim, InVS - Insee, Inserm CépiDC - Exploitation FNORS et 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 2005, en Ile-de-France, près de la moitié des nouveaux cas estimés de cancers (23 294 sur 49 467) sont survenus chez des personnes âgées de moins de 65 ans. Un peu moins de 450 sont survenus chez des personnes âgées de moins de 20 ans.

Entre 25 et 54 ans, les cas sont plus nombreux chez les femmes que chez les hommes, la tendance s'inverse entre 55 et 84 ans mais après 85 ans, le nombre de cancers diagnostiqués est à nouveau supérieur chez les femmes. Rappelons que dans cette dernière tranche d'âges, les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes.

Relativement peu nombreux avant 30 ans, les décès par cancer 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 12 599 décès masculins survenus en moyenne chaque année entre 2005 et 2007, 35% sont survenus chez des personnes âgées de moins de 65 ans. Cette proportion est un peu plus faible (30%) chez les femmes. Les décès chez les moins de 20 ans sont peu nombreux puisqu'ils ne représentent que 0,5% du total.

Si les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être atteintes d'un cancer entre 30 et 54 ans, la différence est moindre en termes de mortalité, traduisant le fait que les cancers survenant à ces âges sont généralement de plus mauvais pronostic chez les hommes que chez les femmes. De 55 à 84 ans, la mortalité masculine est supérieure à la mortalité féminine, ce qui s'explique par la forte incidence des cancers chez les hommes dans cette classe d'âge. Il n'y a que chez les plus de 85 ans que la mortalité féminine dépasse celle des hommes, en raison de la surreprésentation des femmes aux âges élevés.

**En Ile-de-France, l'âge moyen de survenue d'un cancer est de 66 ans chez les hommes et de 63 ans chez les femmes. L'âge moyen au décès par cancer est de 69 ans chez les hommes et de 71 ans chez les femmes.**



## 2 - Comparaisons géographiques et évolutions récentes

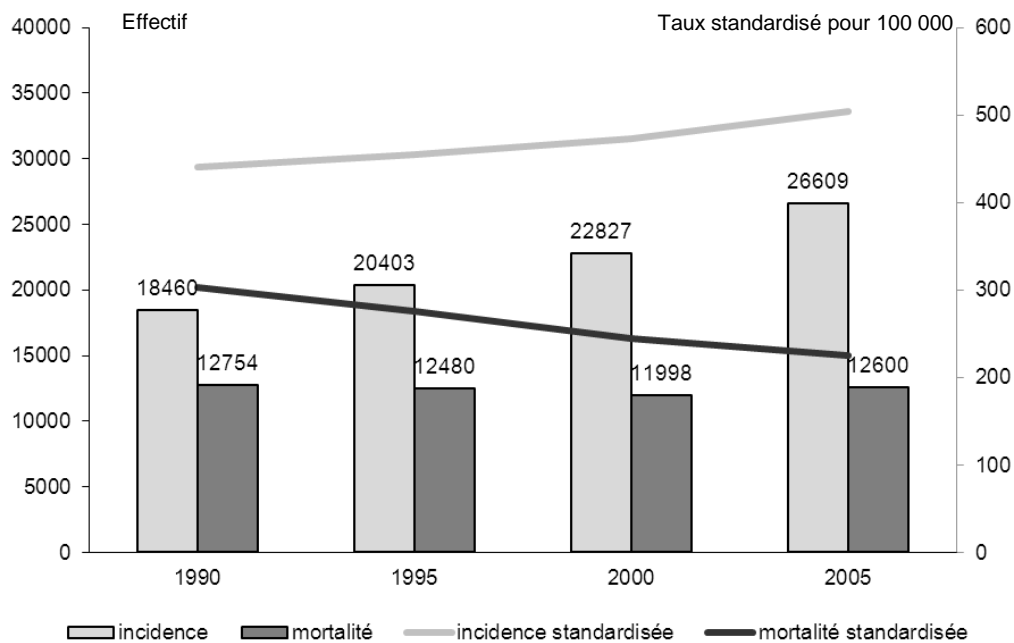
*Le nombre de nouveaux cas de cancer (près de 50 000 en 2005) est en hausse dans la région et le nombre de décès (environ 21 000) est relativement stable.*

*Après standardisation sur l'âge, l'incidence des cancers apparaît en hausse de 0,9% chez l'homme et de 1,5% chez la femme depuis le début des années 1990, tandis que la mortalité cancéreuse baisse plus fortement chez les hommes (-2% par an) que chez les femmes (-1% par an).*

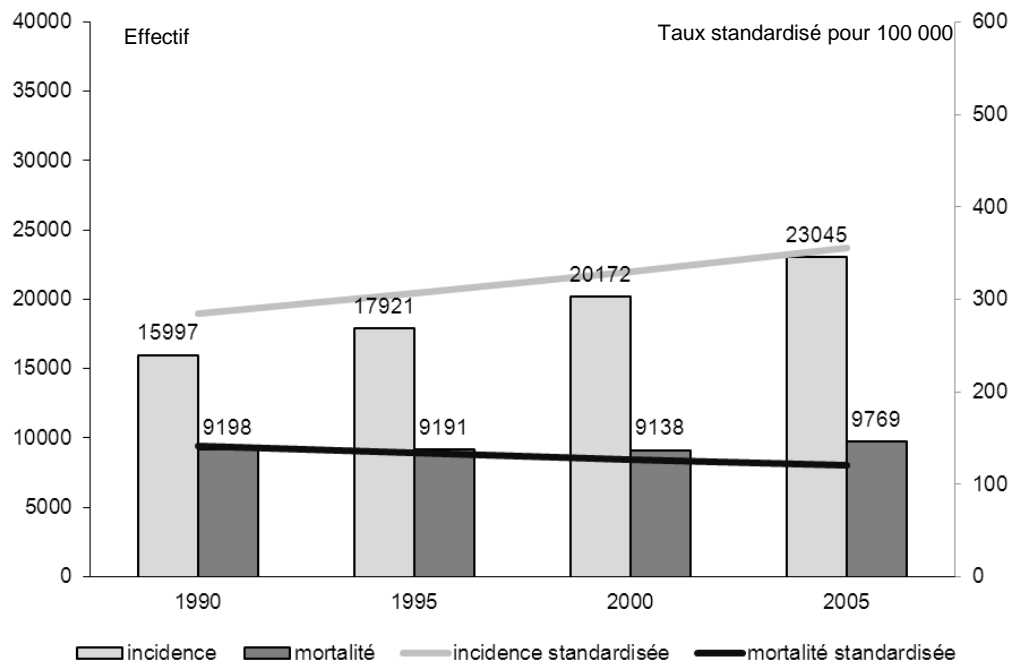
*Par ailleurs, la situation régionale recouvre d'importantes disparités. La mortalité est moins élevée dans l'ouest de la région pour les deux sexes.*

**Evolution de l'incidence des cancers et de la mortalité par cancer en Ile-de-France**

**Chez l'homme**



**Chez la femme**



Taux standardisés sur la population européenne

Source : Francim, InVS - Insee, Inserm CépiDC - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France



## **Cancers plus nombreux mais mortalité en baisse**

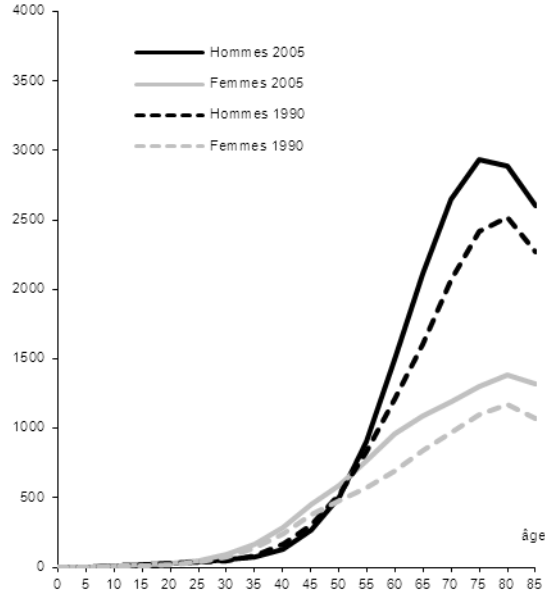
L'incidence des cancers est en progression régulière ces dernières décennies : en Ile-de-France, le nombre des nouveaux cas de cancers estimé par FRANCIM est passé de 34 500 en 1990 à près de 50 000 en 2005 (+45%). L'évolution de la mortalité par cancer n'est heureusement pas aussi défavorable que celle 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 un peu plus de 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 10,6 millions à 11,3 millions d'habitants entre 1990 et 2005 et la part des personnes âgées, les plus susceptibles de développer un cancer, a progressé. En éliminant les effets dus à ces évolutions démographiques, le taux standardisé d'incidence annuel est passé de 440 à 505 cas pour 100 000 entre 1990 et 2005 chez les hommes, soit une progression de 0,9% par an, et de 285 à 356 cas pour 100 000 chez les femmes, en progression de 1,5% par an. Le taux standardisé de mortalité a baissé, entre 1990-1992 et 2005-2007, de 303 à 225 décès pour 100 000 chez les hommes (-2% par an) et de 141 à 121 décès pour 100 000 chez les femmes (-1%).

Si en 1990, le taux standardisé de décès par cancer représentait 69% de celui de l'incidence chez les hommes et 46% chez les femmes, la proportion n'est plus que de 45% chez l'homme et 34% chez la femme en 2005. 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 0,9% par an chez l'homme et de 1,5% chez la femme en Ile-de-France depuis 15 ans, tandis que la mortalité a baissé de 2% par an chez l'homme et de 1% chez la femme.**

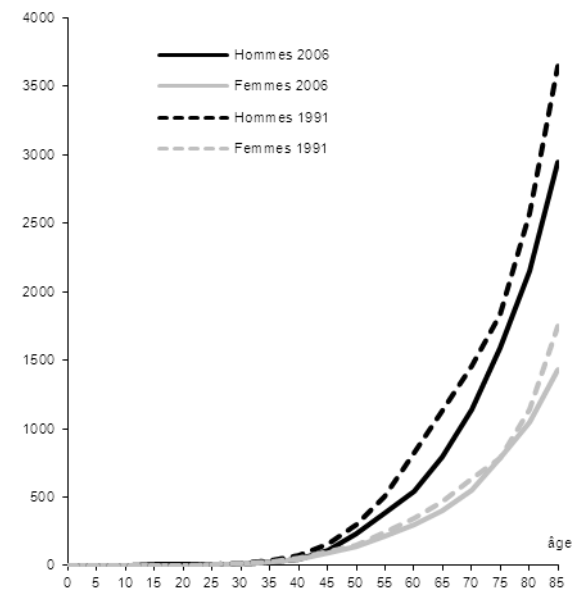
**Taux d'incidence des cancers par âge**

Taux pour 100 000

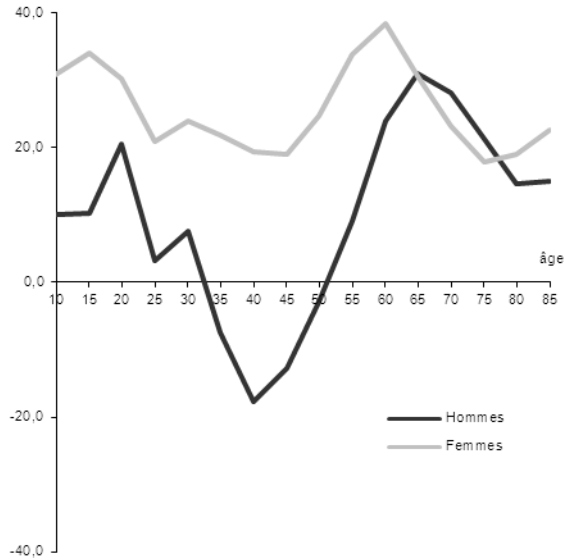


**Taux de mortalité cancéreuse par âge**

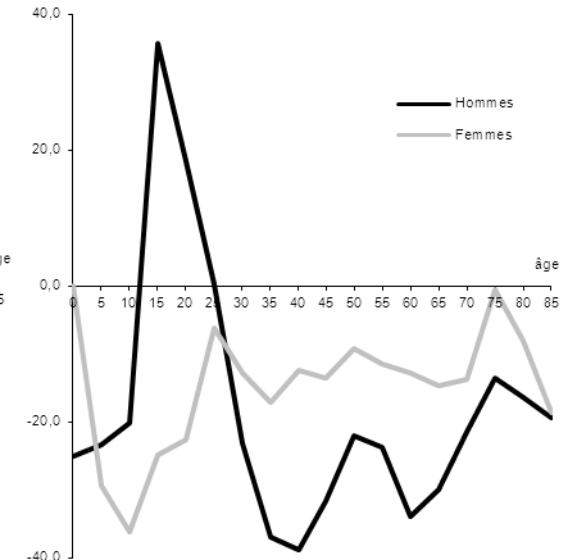
Taux pour 100 000



**Evolution de l'incidence par âge 1990-2005\***  
évolution (%)



**Evolution de la mortalité par âge 1991-2006\***  
évolution (%)



\* Lecture des graphiques : Entre 1990 et 2005, le taux d'incidence des cancers a progressé de 20,4% chez les hommes de 20-25 ans et a baissé de 17,6% chez les hommes de 40-44 ans (graphe en bas à gauche). En ce qui concerne la mortalité par cancer (graphe en bas à droite), ces évolutions sont respectivement de -25,0% chez les garçons de 0-5 ans et -22,0% chez les hommes de 50-54 ans.

L'analyse de la mortalité porte sur des périodes triennales : 1990-1992 (centrée sur 1991) et 2005-2007 (centrée sur 2006)

Sources : Francim, Invs - Insee, Inserm CépiDC - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

## **Des évolutions opposées pour la mortalité et l'incidence**

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 plus de 75 ans 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, les taux de mortalité par cancer atteignent 2,9 pour 100 chez les hommes et 1,5 pour 100 chez les femmes.

La confrontation des courbes des années 2005 et 1990 pour l'incidence et des années 2006 et 1991 pour la mortalité confirme les évolutions inverses de ces deux indicateurs en Ile-de-France et permet d'en préciser les éventuelles variations par sexe et âge.

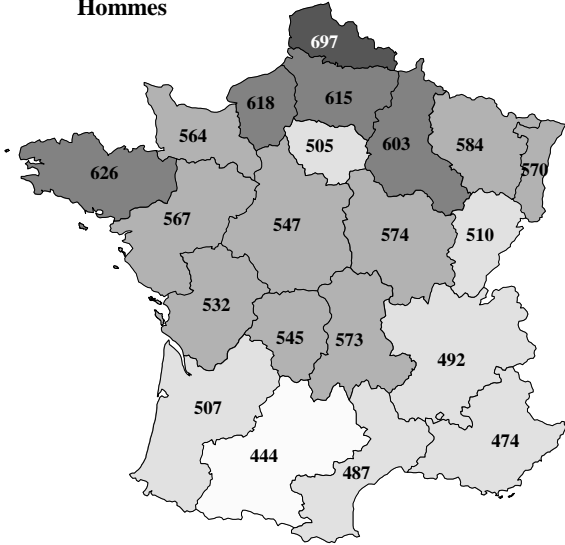
La progression de l'incidence chez les femmes est comprise entre 20% et 40% à tous les âges. Celle observée chez les hommes est beaucoup moins forte mais reste positive jusqu'à 30 ans. Entre 35 et 50 ans, on observe une forte baisse de l'incidence des cancers chez les Franciliens. Passé cette tranche d'âge, les taux connaissent à nouveau une forte progression qui rejoint celle observée chez les femmes.

En ce qui concerne la mortalité, les taux ont baissé pour les deux sexes et à tous les âges entre 1991 et 2006. La baisse est légèrement plus marquée chez les hommes que chez les femmes sauf chez les 15-25 ans. Cependant, dans cette classe d'âge, les effectifs de décès sont très faibles et les évolutions sont à considérer avec prudence.

**Taux standardisés d'incidence du cancer en 2005 en France\***

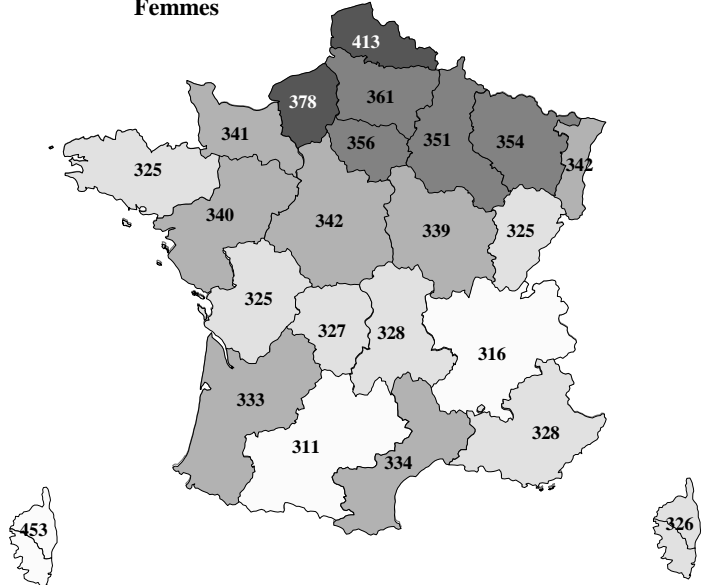
(Nombre de nouveaux cas de cancers pour 100 000 personnes)

**Hommes**



France métropolitaine : 524

**Femmes**

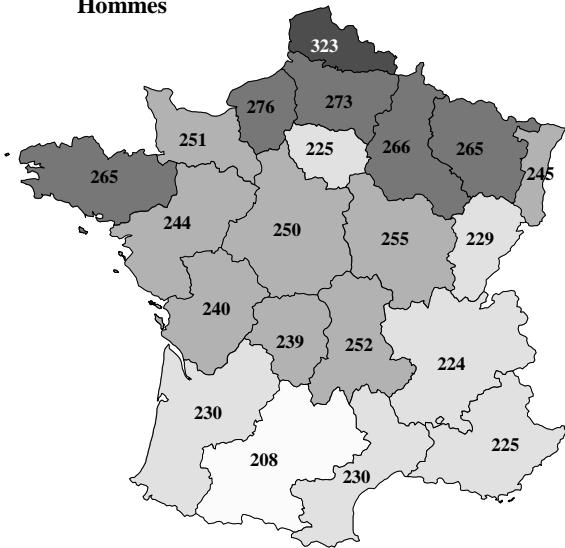


France métropolitaine : 336

**Taux standardisés de mortalité par cancer en 2006 en France\***

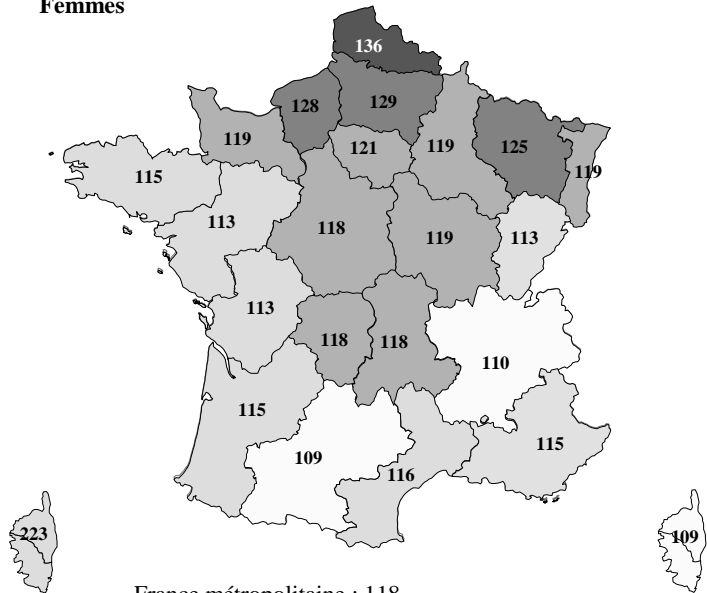
(Nombre de décès pour 100 000 personnes)

**Hommes**



France métropolitaine : 243

**Femmes**



France métropolitaine : 118

\* Taux standardisés sur la population européenne

Sources : Francim, InVS – Insee, Inserm CépiDC – Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

## **Incidence et mortalité par cancer présentent d'importantes disparités régionales en France**

En 2005, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer en France est de 524 pour 100 000 hommes et de 336 pour 100 000 femmes. De fortes disparités géographiques sont observées. D'une manière générale, les taux sont plus élevés dans les régions du nord de la France : ainsi, la région Nord-Pas-de-Calais présente les taux les plus élevés pour les hommes comme pour les femmes (respectivement 697 cas et 413 cas pour 100 000) tandis que les taux les plus faibles sont observés en Midi-Pyrénées (444 cas pour 100 000 chez les hommes et 311 chez les femmes).

Bien que localisée dans la moitié nord du pays, la région Ile-de-France présente un taux d'incidence relativement bas chez les hommes (505 cas pour 100 000). Celui des femmes (356 cas pour 100 000) se situe au-dessus de la moyenne nationale.

L'Ile-de-France se distingue ainsi par le fait qu'elle se place parmi les six régions françaises ayant l'incidence masculine la plus faible et parmi les cinq régions ayant l'incidence féminine la plus élevée.

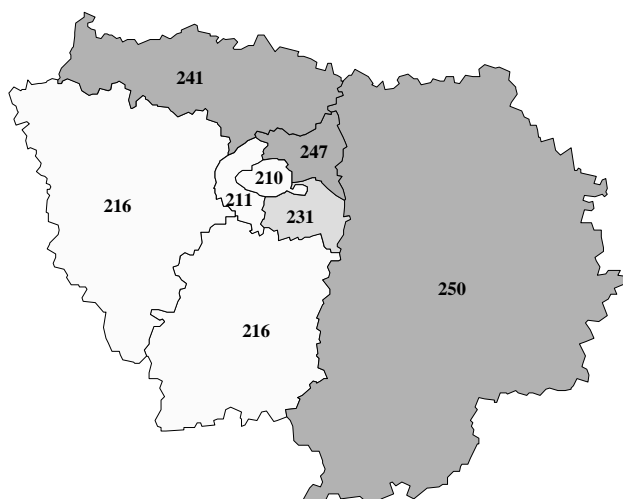
La mortalité par cancer présente également d'importantes disparités régionales en France avec, comme pour l'incidence, une situation globalement plus favorable dans le sud du pays que dans les régions du nord.

A structure d'âge comparable, 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 inférieure à la moyenne nationale pour les hommes (225 décès pour 100 000 personnes, contre 243 en France) et légèrement supérieure à la moyenne nationale pour les femmes (121 décès pour 100 000 personnes, contre 118 en France).

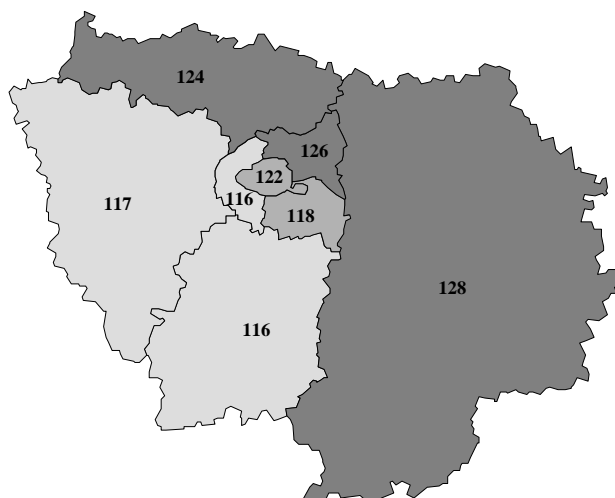
**Taux standardisés\* de mortalité par cancers en Ile-de-France (période 2005-2007)**  
(nombre de décès pour 100 000 personnes)

**Hommes**



Ile-de-France: 225  
France métropolitaine: 243

**Femmes**



Ile-de-France: 121  
France métropolitaine: 118

---

\* Taux standardisé sur la population européenne  
Source : Insee, Inserm CépiDC – Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

## **Importantes disparités départementales en Ile-de-France**

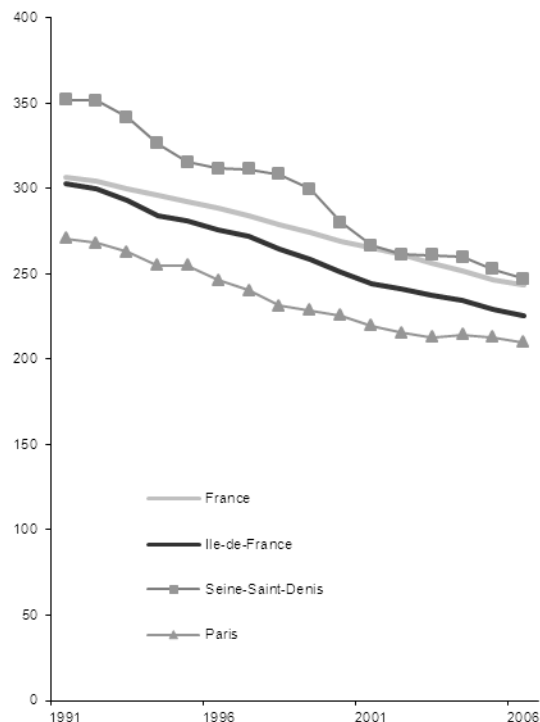
Pour les hommes, la situation apparaît particulièrement favorable dans le centre et l'ouest de la région : la sous-mortalité atteint 13 % à Paris par rapport à la moyenne nationale et quatre autres départements franciliens (les Hauts-de-Seine, les Yvelines, l'Essonne et le Val-de-Marne) présentent également une sous-mortalité par cancer chez les hommes. La situation est moins favorable dans 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 et légèrement supérieur à la moyenne en Seine-et-Marne et en Seine-Saint-Denis.

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

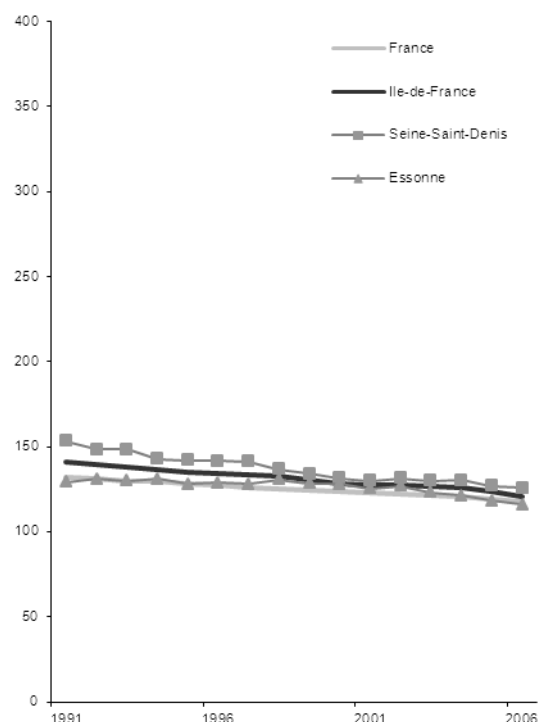
Il faut noter la situation de Paris, département qui, par rapport à la moyenne nationale, présente une situation très favorable pour les hommes (sous-mortalité de 13 %) et défavorable pour les femmes (sur-mortalité de 3 %).

**Evolution des taux standardisés de mortalité par cancer entre 1991 et 2006**

**Hommes**



**Femmes**



	1990-1992		2005-2007		Evolution du taux
<b>Hommes</b>	Nombre décès	Taux standardisé	Nombre décès	Taux standardisé	standardisé
Paris	2 775	271	2 384	210	-23%
Seine-et-Marne	1 232	311	1 462	250	-20%
Yvelines	1 395	298	1 528	216	-27%
Essone	1 166	300	1 263	216	-28%
Hauts-de-Seine	1 741	291	1 626	211	-28%
Seine-Saint-Denis	1 720	352	1 596	247	-30%
Val-de-Marne	1 523	311	1 491	231	-26%
Val-d'Oise	1 202	346	1 250	241	-30%
Ile-de-France	12 754	303	12 600	225	-26%
France	84 710	306	91 865	243	-21%
<b>Femmes</b>					
Paris	2 503	145	2 185	122	-16%
Seine-et-Marne	803	139	1 041	128	-8%
Yvelines	944	134	1 122	117	-13%
Essone	731	129	937	116	-10%
Hauts-de-Seine	1 341	142	1 359	116	-18%
Seine-Saint-Denis	1 093	153	1 104	126	-18%
Val-de-Marne	1 048	137	1 124	118	-14%
Val-d'Oise	735	140	897	124	-11%
Ile-de-France	9 198	141	9 769	121	-14%
France	54 068	132	63 372	118	-11%

Taux standardisé sur la population européenne

L'analyse de la mortalité porte sur des périodes triennales : 1990-1992 (centrée sur 1991) et 2005-2007 (centrée sur 2006)

Sources : Insee, Inserm CépiDC - Exploitation FNORS et 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 1991 et 2006 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).

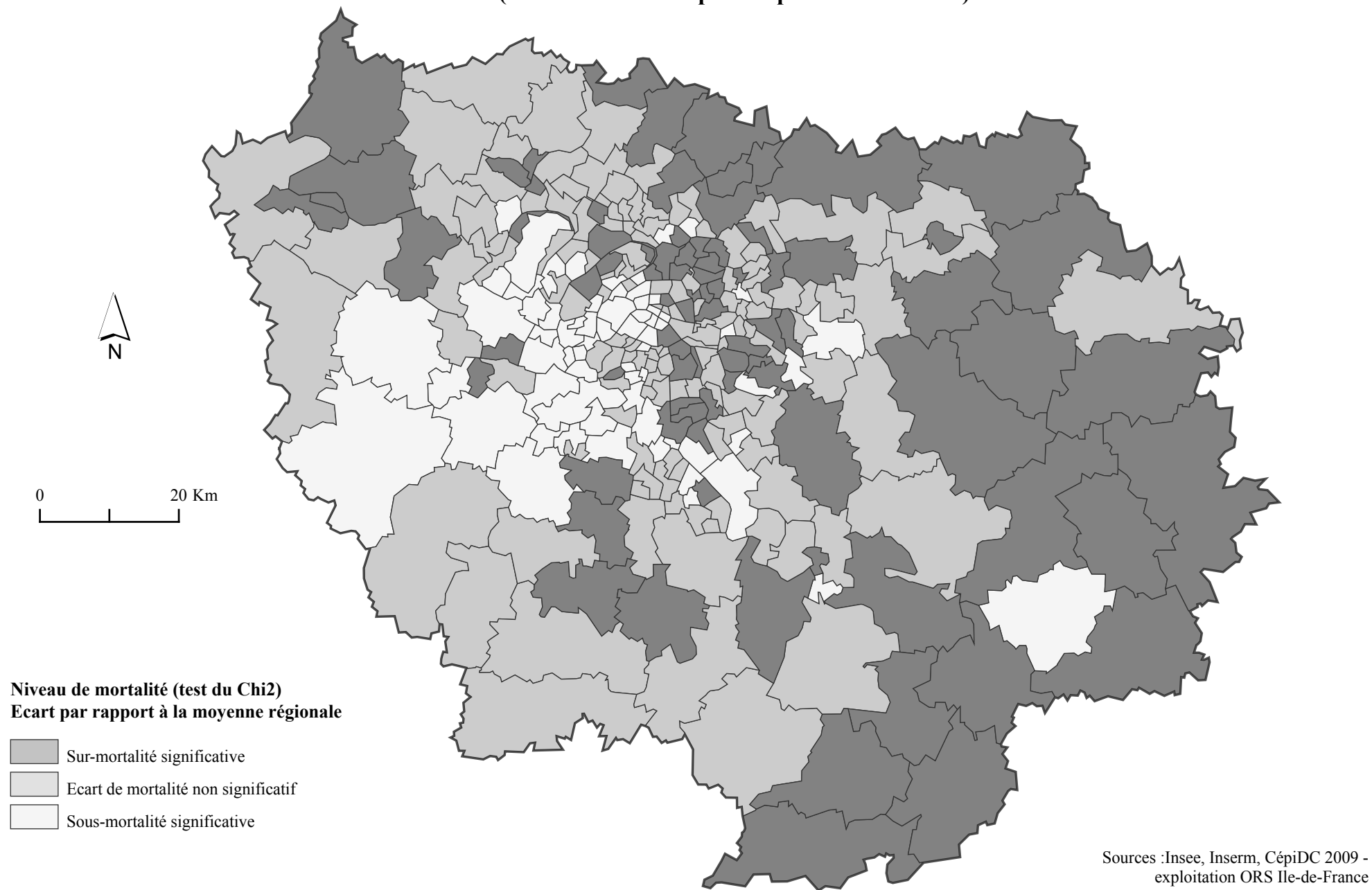
Au niveau national, la mortalité cancéreuse a diminué plus fortement chez les hommes (-21%) que chez les femmes (-11%) au cours de ces quinze années. En Ile-de-France, la baisse de la mortalité cancéreuse a été légèrement plus prononcée qu'au niveau national aussi bien chez les hommes (-26%) que chez les femmes (-14%). Conséquence de ces évolutions, la sous-mortalité des Franciliens par rapport à la moyenne nationale s'accroît depuis les années 90 et la situation des Franciliennes s'améliore : ces dernières restent en surmortalité mais l'écart avec la moyenne française diminue.

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

- pour les hommes, la baisse atteint 30% dans le Val-d'Oise et la Seine-Saint-Denis, 26% dans les Yvelines et les Hauts-de-Seine, 23% à Paris, mais (seulement) 20% en Seine-et-Marne. Les fortes diminutions de mortalité en Seine-Saint-Denis et dans le Val-d'Oise ont permis à ces départements, qui présentaient les plus forts taux franciliens en 1991, de réduire considérablement leur écart par rapport à la moyenne nationale.
- pour les femmes, la baisse atteint 18% dans les Hauts-de-Seine et la Seine-Saint-Denis mais ne dépasse pas 8% en Seine-et-Marne. En conséquence, la Seine-Saint Denis, qui présentait le plus fort taux de mortalité en 1991, est devancée par la Seine-et-Marne en 2006.

**Au cours des quinze dernières années, la baisse de la mortalité est légèrement plus importante en Ile-de-France qu'en France. Par ailleurs, les écarts de mortalité par cancer entre départements franciliens se sont légèrement réduits.**

# La mortalité par cancers chez les hommes dans les cantons d'Ile-de-France (mortalité annuelle pour la période 2004-2007)



## **Fortes disparités cantonales de mortalité par cancer chez les hommes**

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 quatre années d'observation (méthode décrite en annexe).

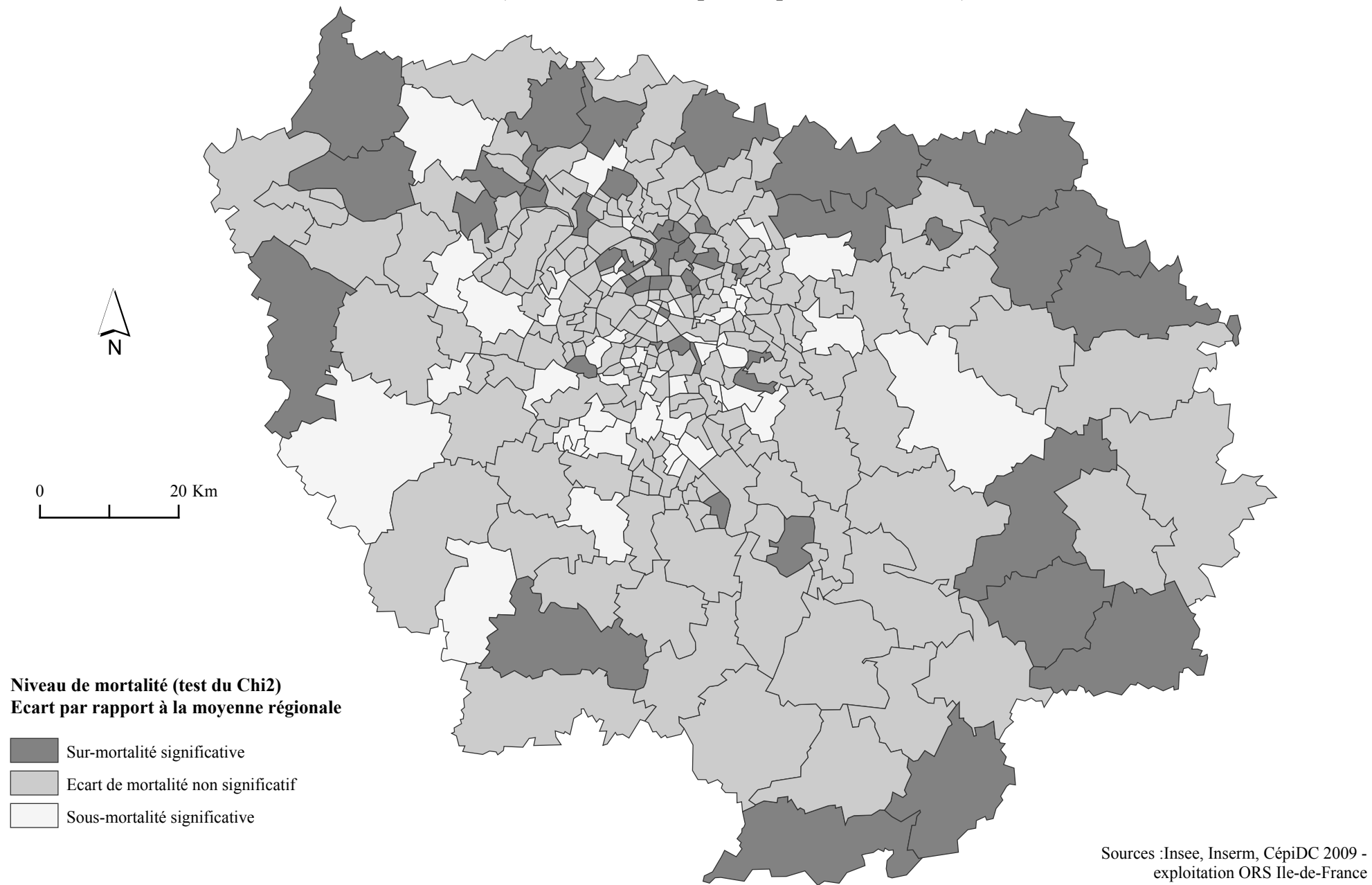
Chez les hommes, la mortalité par cancer révèle d'importantes disparités en Ile-de-France. Un grand nombre de cantons situés en périphérie est et nord-est de la région apparaissent en sur-mortalité cancéreuse. C'est le cas également de la majorité des cantons de Seine-Saint-Denis, de quelques cantons du Val-de-Marne et de l'Essonne. A l'inverse, l'analyse permet de distinguer une 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 cancérogènes 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 en France 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 à celle des employés.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> 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.

# La mortalité par cancers chez les femmes dans les cantons d'Ile-de-France (mortalité annuelle pour la période 2004-2007)



## **Des disparités cantonales de mortalité par cancer moins marquées chez les femmes que chez les hommes**

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 : en 2006, les cancers sont responsables d'environ 4 400 décès prématurés masculins contre 2 900 féminins en Ile-de-France. Or les disparités de 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, colorectal, 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 hommes<sup>4</sup>. 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 sont de 3 ans chez les femmes (contre 7 chez les hommes) et celles entre cadres et employés sont de 1,5 an chez les femmes contre 6 chez les hommes<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> 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 Bixi, Thierry Lang.

<sup>5</sup> Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes, division Enquêtes et études démographiques, déjà cité.



### 3 - Contexte européen

*Les données fournies par l'Office statistique de l'Union Européenne (Eurostat), l'Observatoire Européen du Cancer (OEC) et les études EURO CARE permettent des analyses comparatives des niveaux de mortalité, d'incidence et de survie suite au diagnostic d'un cancer au sein des pays de l'Union.*

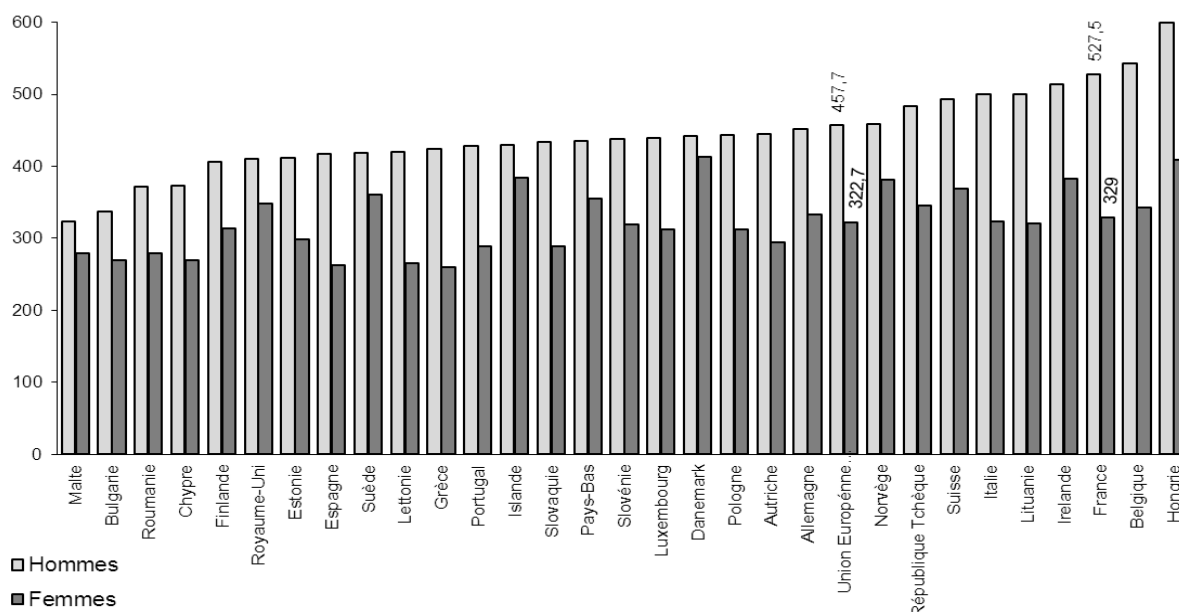
*Les hommes français présentent un taux standardisé de mortalité par cancer légèrement supérieur à celui de la population masculine de l'Union Européenne des 27. Il reste cependant inférieur aux taux de mortalité de la majorité des pays d'Europe de l'Est. La situation est encore moins favorable concernant l'incidence des cancers : le taux est supérieur de près de 15% à la moyenne observée dans les pays européens. La France se place ainsi parmi les pays ayant le taux d'incidence chez les hommes le plus élevé.*

*La situation est un peu plus favorable pour les Françaises, qui présentent une mortalité inférieure de 10% à la moyenne européenne et une incidence à peine supérieure à la moyenne.*

*En matière de mortalité par cancer (toutes localisations et deux sexes confondus), la situation francilienne apparaît relativement favorable, proche de celle des régions de Berlin et Oslo.*

### Taux standardisés d'incidence des cancers en Europe en 2006

(Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes)



### Taux standardisés d'incidence par localisation cancéreuse en 2006

(Nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes)

	Homme		Femme	
	France	Europe	France	Europe
Prostate	133,5	102,3	-	-
Sein	-	-	127,4	107,6
Poumon	75,5	72,1	15,0	21,3
Côlon-rectum	59,8	58,2	36,8	35,2
Corps utérus	-	-	19,8	19,5
Vessie	27,3	29,2	3,2	5,4
Col de l'utérus	-	-	13,2	13,8
Lymphome malin non hodgkinien	21,6	14,9	13,1	9,8
Ovaire	-	-	12,0	13,5
Foie	18,9	12,1	2,5	3,7
Reins	18,8	14,5	8,9	6,9
Mélanome malin de la peau	13,1	10,6	15,5	10,9
Leucémie	12,3	12,4	7,2	7,4
Estomac	12,0	18,8	4,5	8,4
Œsophage	11,3	9,1	2,5	2,1
Pancréas	8,7	11,0	5,1	7,3
Autres	114,7	92,5	42,3	49,9
Tous cancers	527,5	457,7	329,0	322,7

Taux standardisés sur la population européenne

Source : Eurostat - European Cancer Observatory, Observatoire Européen du Cancer



## **La France, parmi les pays européens ayant les plus hauts taux d'incidence de cancer chez les hommes**

Pour les hommes, la situation apparaît particulièrement défavorable en France : toutes localisations confondues, le taux standardisé d'incidence est supérieur de près de 15% à la moyenne observée dans les pays de l'Europe des vingt-sept (respectivement 527,5 et 457,7 cas pour 100 000 hommes en France et en Europe). La France se place ainsi parmi les trois pays européens présentant le plus fort taux, derrière la Belgique et la Hongrie. A l'opposé, les taux les plus bas sont observés à Malte et en Bulgarie.

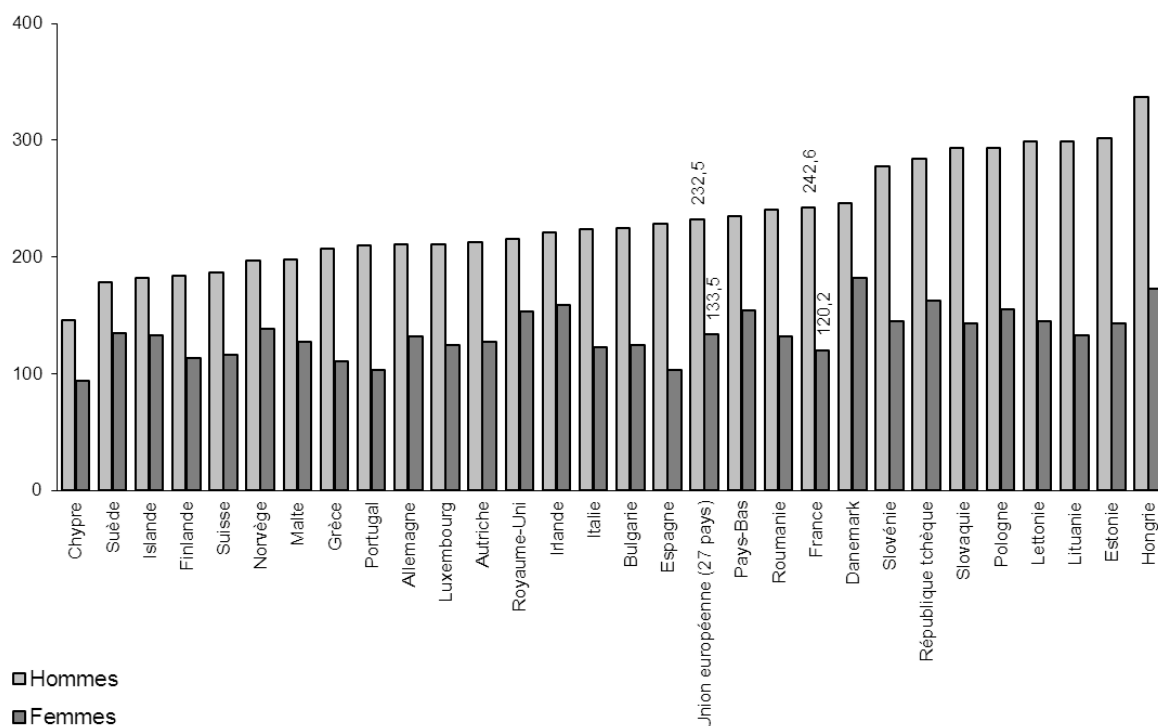
La mauvaise place de la France s'explique en grande partie par un taux d'incidence du cancer de la prostate supérieur de 30% à la moyenne européenne. Bien qu'aucun dépistage organisé ne soit mis en place en France, le dépistage individuel chez les hommes de plus de 50 ans est pratiqué par de nombreux médecins entraînant ainsi le diagnostic d'un nombre important de cancer de la prostate. Dans une moindre mesure, les nombres de cancers du poumon, du rein, du foie ainsi que les lymphomes non-hodgkinien sont élevés en France. A l'inverse, les nombres des cancers du pancréas et de l'estomac sont plus faibles en France.

Pour les femmes, la situation apparaît moins défavorable en France. Le nombre de cancers diagnostiqués en 2006 est légèrement supérieur à la moyenne européenne (respectivement 329 et 322,7 cas pour 100 000 femmes en France et en Europe). Les pays d'Europe du Nord présentent des taux d'incidence globalement plus élevés que ceux de l'Union Européenne, tandis que les pays d'Europe du Sud bénéficient de taux inférieurs.

Les Françaises se situent dans la moyenne pour la majorité des localisations cancéreuses à l'exception du cancer du sein (de 18% supérieur en France à la moyenne européenne) et des mélanomes malins de la peau (de 50% plus élevé en France qu'en Europe). A l'inverse, les cancers de l'estomac et du poumon sont moins fréquents chez les Françaises qu'en moyenne en Europe.

**Taux standardisé de mortalité par cancer en Europe en 2006**

(Nombre de décès pour 100 000 personnes)

**Taux standardisé de mortalité par localisation cancéreuse en 2006**

(Nombre de décès pour 100 000 personnes)

	Homme		Femme	
	France	Europe	France	Europe
Prostate	23,8	22,9	-	-
Sein	-	-	25,9	24,9
Poumon	60,0	62,6	13,7	18,0
Côlon-rectum	23,2	26,4	13,2	15,6
Foie	14,4	10,1	3,6	3,8
Ovaire	-	-	7,2	8,3
Pancréas	11,4	11,6	7,4	8,0
Vessie	9,1	9,4	1,6	2,0
Œsophage	9,1	7,7	1,6	1,7
Leucémie	7,9	7,7	4,7	4,6
Estomac	7,9	12,8	3,1	5,9
Col de l'utérus	-	-	4,9	6,2
Corps utérus	-	-	4,4	4,6
Lymphome malin non hodgkinien	7,0	6,1	4,3	3,9
Reins	5,4	5,8	3,6	2,6
Mélanome malin de la peau	2,5	2,7	1,6	1,8
Autres	65,7	50,6	22,1	24,1
Tous cancers	247,6	236,5	122,8	136,0

Taux standardisés sur la population européenne

Source : Eurostat - European Cancer Observatory, Observatoire Européen du Cancer

## **Mortalité cancéreuse supérieure à la moyenne européenne pour les Français, situation plus favorable pour les Françaises**

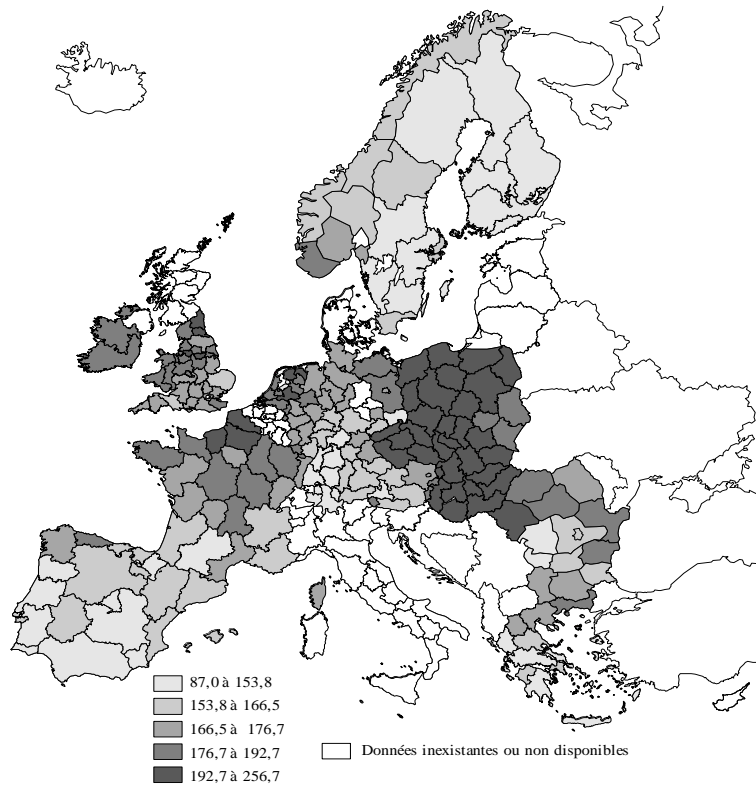
La mortalité par cancer des Français est supérieure de 4% à la moyenne européenne. Mise à part le Danemark, seuls les pays d'Europe de l'Est ont une mortalité par cancer chez les hommes supérieure à celle de la France (le taux le plus élevé étant celui de la Hongrie, de 45% supérieur à celui de l'UE). La mortalité par cancer du foie est particulièrement élevée en France mais les comparaisons sont délicates pour cette localisation<sup>6</sup>. La situation est en revanche favorable chez les Français en ce qui concerne la mortalité par cancer du côlon-rectum et de l'estomac.

La situation est plus favorable chez les femmes françaises, leur taux de mortalité par cancer étant inférieur de 10% à la moyenne observée dans l'Union Européenne. Les pays ayant les taux les plus élevés sont principalement des pays de l'Europe de l'Est mais aussi les Pays-Bas, l'Angleterre et le Danemark (ce-dernier présentant le taux de décès le plus élevé, de 36% supérieur à la moyenne). Comme les hommes, les Françaises se distinguent par une faible mortalité par cancer colorectal et de l'estomac mais aussi, et contrairement aux hommes, par une faible mortalité par cancer du poumon. Cependant, la mortalité par cancer du poumon chez les femmes a augmenté plus fortement en France qu'en Europe depuis 2001 et donc l'écart diminue. L'évolution relativement défavorable de cette localisation pourrait donc remettre en cause la sous-mortalité par cancer des Françaises.

---

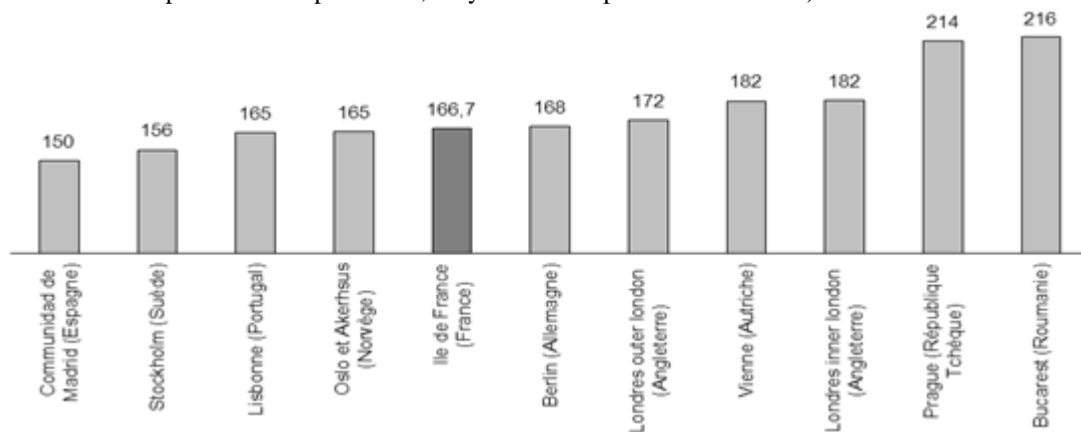
<sup>6</sup> Le cancer du foie peut être primaire ou secondaire et peut donc être ou ne pas être considéré comme la cause principale du décès. Ceci peut entraîner une variation géographique dans la manière de coder ce cancer et de l'enregistrer en tant que cause de décès.

**Taux standardisés de mortalité par cancer en Europe<sup>7</sup> en 2005**  
(nombre de décès pour 100 000 habitants, moyenné sur la période 2004-2006)



Taux standardisés : Union européenne (27 pays) = 178,1 ; France = 176,7 ; Ile-de-France = 166,7

**Taux standardisé de mortalité par cancer dans onze régions de capitales européennes en 2005**  
(nombre de décès pour 100 000 personnes, moyenné sur la période 2004-2006)



<sup>7</sup> Selon le découpage par unités territoriales statistiques de l'Union Européenne, NUTS 2. Les taux sont standardisés sur la population européenne.

Source : Eurostat ( [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search\\_database](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/statistics/search_database)).

## **Des disparités régionales importantes en Europe**

La mortalité par cancer présente d'importantes disparités dans les régions d'Europe. Le taux de mortalité varie de 87,0 décès pour 100 000 personnes aux Pays-Bas (région NUTS 2 de Flevoland) à 256,7 décès pour 100 000 en Hongrie (région NUTS 2 de Eszack-Alföld).

En France, les régions du sud apparaissent en situation favorable avec des taux similaires à ceux des pays du sud de l'Europe et des pays scandinaves, tandis que les régions du nord présentent de forts taux de mortalité, proches de ceux observés dans les pays d'Europe de l'Est.

L'Ile-de-France occupe une situation intermédiaire, avec un niveau de mortalité par cancer inférieur de 7% à la moyenne européenne (166,7 décès pour 100 000 en Ile-de-France contre 178,1 en moyenne dans l'Union Européenne des 27).

La comparaison des taux de mortalité par cancer dans onze régions « capitales » d'Europe confirme la situation médiane de l'Ile-de-France, qui se place au même niveau qu'Oslo et Berlin. Les niveaux de mortalité les plus élevés sont observés dans les régions de Prague (214) et Bucarest (216). Les niveaux les plus bas sont observés à Stockholm (155) et Madrid (150).

**Taux de survie 5 ans après diagnostic de cancer\***

Taux de survie relative standardisé sur la structure par âge de la population européenne (en %)

	Femmes		Hommes	
	France	Europe	France	Europe
Côlon-rectum	58,3	54,5	56,9	53,4
Poumon	17,8	14,2	13,3	11,6
Prostate	-	-	81,7	77,7
Mélanome malin de la peau	87,6	87,2	82,8	77,7
Sein	85,3	81,6	-	-
Col de l'utérus	69,6	66,7	-	-
<b>Tous cancers</b>	<b>63,7</b>	<b>58,2</b>	<b>46,3</b>	<b>45,9</b>

\* Cancers diagnostiqués entre 1995 et 1999 dans 23 pays européens

Source : EURO CARE-4, Survival of cancer patients in Europe (<http://www.eurocare.it/>). Consulté en Mars 2010)

## **Taux de survie des patients atteints d'un cancer relativement élevés en France et en Ile-de-France**

Tous cancers confondus, le taux de survie relative à 5 ans (standardisé sur l'âge) est de 45,9% chez les hommes et de 58,2% chez les femmes dans l'ensemble des pays européens. Pour la France, ces taux sont respectivement de 46,3% et 63,7%, donc légèrement supérieurs. Ces taux varient fortement en fonction de la localisation cancéreuse, mais la situation apparaît relativement favorable en France pour les principales localisations.

Les taux de survie en Ile-de-France produits dans le cadre de l'étude PETRI (issus d'un échantillon francilien) présentés plus loin dans ce rapport ne sont pas directement comparables à ceux du programme EURO CARE car, même si les périodes d'études sont identiques, les protocoles diffèrent. Toutefois, la confrontation des résultats semble indiquer des taux de survie pour les deux sexes légèrement supérieurs en Ile-de-France à ceux observés pour la France dans le cadre du programme EURO CARE, sans que l'on puisse préciser si cela résulte d'un dépistage plus précoce des tumeurs dans la région ou d'une meilleure prise en charge. (Voir plus loin les résultats de l'étude PETRI)





## 4 - Principales localisations cancéreuses en Ile-de-France

*Cette partie présente les données d'incidence et de mortalité pour les principales localisations cancéreuses.*

*Les cancers les plus fréquents chez l'homme sont le cancer de la prostate (8 315 nouveaux cas estimés en 2005), le cancer du poumon (3 621 cas) et le cancer colorectal (2 716 cas). En termes de mortalité, le cancer du poumon arrive nettement en tête avec 3 118 décès annuels sur la période 2005-2007, suivi de la prostate (1 141 décès) et du côlon-rectum (1 118 décès). Chez la femme, les cancers les plus fréquents sont le cancer du sein (8 759 cas), le cancer colorectal (2 651 cas) et le cancer du poumon (1 408 cas). En termes de mortalité, le cancer du sein arrive en tête avec 1 882 décès annuels, suivi du cancer du poumon (1 182 décès) et du côlon-rectum (1 074 décès).*

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

Chez les hommes	Incidence*		Décès**	
	Nombre	%	Nombre	%
Prostate	8 315	31,2	1 141	9,1
Poumon	3 621	13,6	3 118	24,7
Colon-rectum	2 716	10,2	1 118	8,9
Lèvre, cavité buccale, pharynx	1 516	5,7	513	4,1
Vessie	1 278	4,8	512	4,1
Lymphome malin non Hodgkinien	916	3,4	328	2,6
Rein	745	2,8	332	2,6
Estomac	622	2,3	409	3,2
Mélanome malin de la peau	537	2,0	130	1,0
Leucémie	528	2,0	421	3,3
Oesophage	504	1,9	388	3,1
Larynx	445	1,7	172	1,4
Système Nerveux Central	371	1,4	264	2,1
Pancréas	n.d.	-	619	4,9
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	n.d.	-	728	5,8
Tous cancers	26 609	100,0	12 600	100,0

Chez les femmes	Incidence*		Décès**	
	Nombre	%	Nombre	%
Sein	8 759	38,0	1 882	19,3
Colon-rectum	2 651	11,5	1 074	11,0
Poumon	1 408	6,1	1 182	12,1
Corps de l'utérus***	921	4,0	109	1,1
Lymphome malin non Hodgkinien	786	3,4	289	3,0
Mélanome malin de la peau	701	3,0	103	1,1
Ovaires	677	2,9	508	5,2
Lèvre, cavité buccale, pharynx	601	2,6	113	1,2
Col de l'utérus***	565	2,5	109	1,1
Leucémies	427	1,9	369	3,8
Rein	356	1,5	171	1,8
Estomac	348	1,5	233	2,4
Vessie	305	1,3	182	1,9
Système Nerveux Central	305	1,3	198	2,0
Oesophage	121	0,5	121	1,2
Larynx	25	0,1	25	0,3
Pancréas	n.d.	-	564	5,8
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	n.d.	-	282	2,9
Tous cancers	23 045	100,0	9 769	100,0

\* Incidence estimée en 2005, sources : Francim-InVS

\*\*Nombre annuel moyen de décès sur la période 2005-2007, sources : 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**

En Ile-de-France, les cancers les plus fréquents chez l'homme sont le cancer de la prostate (8 315 nouveaux cas estimés en 2005 soit 31,2% des cancers diagnostiqués), le cancer du poumon (3 621 cas soit 13,6%), le cancer colorectal (2 716 cas soit 10,2%) et les cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx (1 516 cas soit 5,7%).

En termes de mortalité, le cancer du poumon arrive très nettement en tête avec 3 118 décès ce qui représente 24,7% des décès annuels par cancer, suivi de la prostate (1 141 décès soit 9,1%), du côlon-rectum (1 118 décès soit 8,9%) et du foie (728 décès soit 5,8%).

Les cancers les plus fréquents chez la femme sont le cancer du sein (8 759 nouveaux cas estimés en 2005 soit 38% de l'ensemble des cancers féminins dans la région), le cancer colorectal (2 651 cas soit 11,5%), le cancer du poumon (1 408 cas soit 6,1%) et le cancer du corps de l'utérus (921 cas soit 4,0%).

La première cause de décès par cancer chez les Franciliennes est le cancer du sein (1 882 décès annuels sur la période 2005-2007 soit 19,3% des décès par cancer dans la région), suivi du poumon (1 182 décès soit 12,1%), du côlon-rectum (1 074 décès soit 11,0%), du pancréas (564 décès soit 5,8%) et de l'ovaire (508 décès soit 5,2%).

## Principales localisations cancéreuses

### Nombre de séjours hospitaliers en Ile-de-France en 2007

<b>Hommes</b>	<b>0-14 ans</b>	<b>15-34 ans</b>	<b>35-64 ans</b>	<b>65-84 ans</b>	<b>85 ans et +</b>	<b>Tous âges</b>	<b>ICH*</b>
<b>Localisation</b>							
- Lèvre, bouche, pharynx	6	62	2 476	971	61	3 577	92,2
- Œsophage	0	3	763	542	51	1 358	92,7
- Estomac	0	19	604	661	83	1 368	105,1
- Colon-rectum	0	60	2 386	3 216	377	6 040	97,3
- Foie et voies biliaires intrahépat.	11	22	1 054	941	52	2 081	106,5
- Pancréas	0	15	757	783	79	1 636	119,3
- Larynx	0	6	717	402	12	1 138	91,5
- Trachée, bronches, poumon	4	27	3 191	3 113	183	6 522	108,3
- Mélanome malin de la peau	4	82	435	385	53	959	101,7
- Leucémies	136	130	467	474	57	1 265	81,0
- Prostate	1	2	4 063	5 421	452	9 940	94,2
- Vessie	3	48	1 903	3 589	506	6 053	104,7
- Système nerveux central	121	82	436	267	10	917	79,4
<b>Tous cancers</b>	<b>856</b>	<b>1 738</b>	<b>27 501</b>	<b>29 597</b>	<b>3 359</b>	<b>63 052</b>	<b>100,2</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>175 151</b>	<b>162 377</b>	<b>509 980</b>	<b>321 182</b>	<b>45 935</b>	<b>1 214 621</b>	<b>97,0</b>

<b>Femmes</b>	<b>0-14 ans</b>	<b>15-34 ans</b>	<b>35-64 ans</b>	<b>65-84 ans</b>	<b>85 ans et +</b>	<b>Tous âges</b>	<b>ICH*</b>
<b>Localisation</b>							
- Lèvre, bouche, pharynx	14	45	634	361	50	1 106	114,2
- Œsophage	0	2	197	169	43	412	119,9
- Estomac	0	26	337	349	75	790	114,5
- Colon-rectum	2	72	1 760	2 587	669	5 090	104,5
- Foie et voies biliaires intrahépat.	15	6	225	310	45	601	112,5
- Pancréas	1	10	503	750	180	1 445	122,7
- Larynx	0	2	95	46	5	149	98,9
- Trachée, bronches, poumon	0	28	1 356	1 025	94	2 508	131,3
- Mélanome malin de la peau	1	116	486	341	64	1 008	101,1
- Leucémies	107	86	304	370	79	946	76,3
- Sein	1	317	8 341	3 854	359	12 878	135,9
- Utérus	1	112	1 361	848	87	2 411	96,4
- Vessie	2	18	447	813	232	1 514	112,9
- Système nerveux central	85	71	302	254	24	737	79,9
<b>Tous cancers</b>	<b>627</b>	<b>2 046</b>	<b>24 689</b>	<b>20 480</b>	<b>3 947</b>	<b>51 791</b>	<b>107,5</b>
<b>Toutes causes</b>	<b>121 494</b>	<b>413 667</b>	<b>586 342</b>	<b>338 141</b>	<b>92 542</b>	<b>1 552 185</b>	<b>100,0</b>

\*ICH : Indice comparatif d'hospitalisation. Cet indice permet de comparer la fréquence des séjours hospitaliers de la région avec la moyenne nationale. Il s'agit d'un rapport en base 100 du nombre de séjours observés dans la zone géographique étudiée au nombre de séjours qui serait obtenus si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de France métropolitaine.

Source : PMSI (ATIH), exploitation Drees, données 2007 domiciliées redressées, Insee

## **Les cancers ont constitué le diagnostic principal pour près de 115 000 séjours hospitaliers en 2007**

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. Les données présentées ci-contre concernent un nombre de séjours et non un nombre de patients.

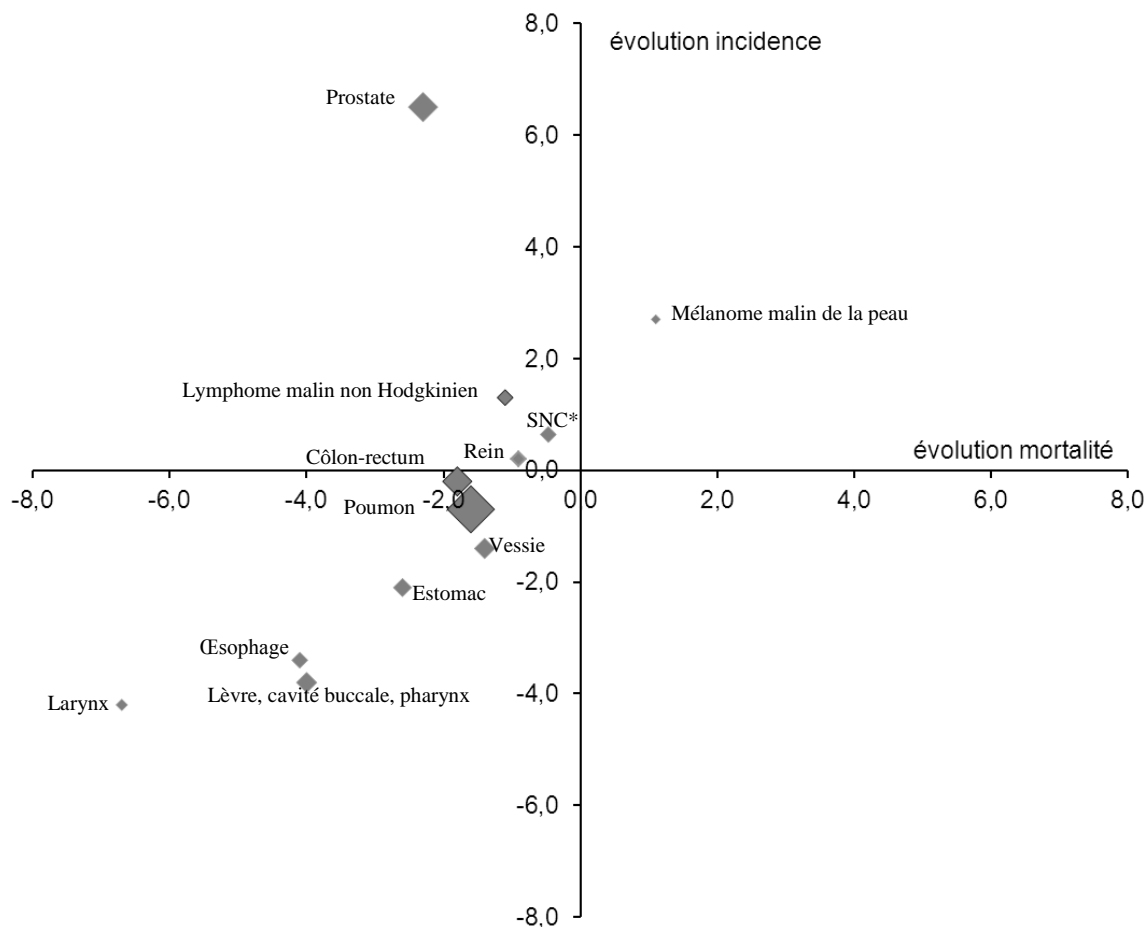
En 2007, le cancer a constitué le diagnostic principal de 63 052 séjours de Franciliens et de 51 791 séjours de Franciliennes (hors séances de chimiothérapie et radiothérapie). Les hospitalisations pour cancer représentent environ 4% des hospitalisations totales dans la région. Cette proportion atteint 9% chez les hommes de 65-84 ans. Le cancer de la prostate est la localisation cancéreuse à l'origine du plus grand nombre de séjours chez les hommes (9% des séjours), suivi des cancers de la trachée, des bronches et des poumons (6% des séjours). Chez les femmes, c'est le cancer du sein (11,5% des séjours), puis le cancer colorectal (4,5%).

A structure par âge comparable, le taux de séjour pour cancer des Franciliens est très proche de la moyenne nationale, mais le taux de séjour des Franciliennes est supérieur de 8% à celui des Françaises.

Il existe cependant une grande hétérogénéité en fonction des localisations cancéreuses. Par exemple, la région présente pour les deux sexes des taux d'hospitalisation élevés pour cancer du pancréas et très bas pour tumeurs du système nerveux central. Les taux d'hospitalisation des Franciliennes pour cancer de la trachée des bronches et du poumon et pour cancer du sein sont particulièrement élevés (respectivement +31% et + 36% par rapport à la moyenne nationale).

Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en Ile-de-France<sup>8</sup>

Chez l'homme



<sup>8</sup> Lecture du graphique :

Chaque localisation cancéreuse est positionnée sur le graphique en fonction de l'évolution de son taux d'incidence standardisé (progression annuelle 1990-2005) et de l'évolution de son taux standardisé de mortalité (progression annuelle 1991-2006). La taille du losange est proportionnelle à l'effectif de décès pour cette localisation (moyenne annuelle de la période 2005-2007).

Exemples : le mélanome malin de la peau a connu une progression annuelle moyenne de 2,7% de son taux d'incidence entre 1990 et 2005 et une progression annuelle moyenne de 1,1% de son taux de mortalité. Entre 2005 et 2006, le nombre moyen de décès masculins dus au mélanome malin de la peau est de 130 en Ile-de-France.

(Les tableaux avec les taux d'incidence et de mortalité ainsi que les évolutions figurent en annexe du rapport)

\* Tumeurs du système nerveux central

Source : Francim, InVS – Insee, Inserm CépiDC – Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

## **Incidence et mortalité : des évolutions très contrastées**

Au cours des quinze dernières années, la progression annuelle de l'incidence des cancers, en Ile-de-France, est de 0,9% chez les hommes et de 1,5% chez les femmes, tandis que la mortalité a baissé de 2,0% par an chez les hommes et de 1,0% 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 pylori*.

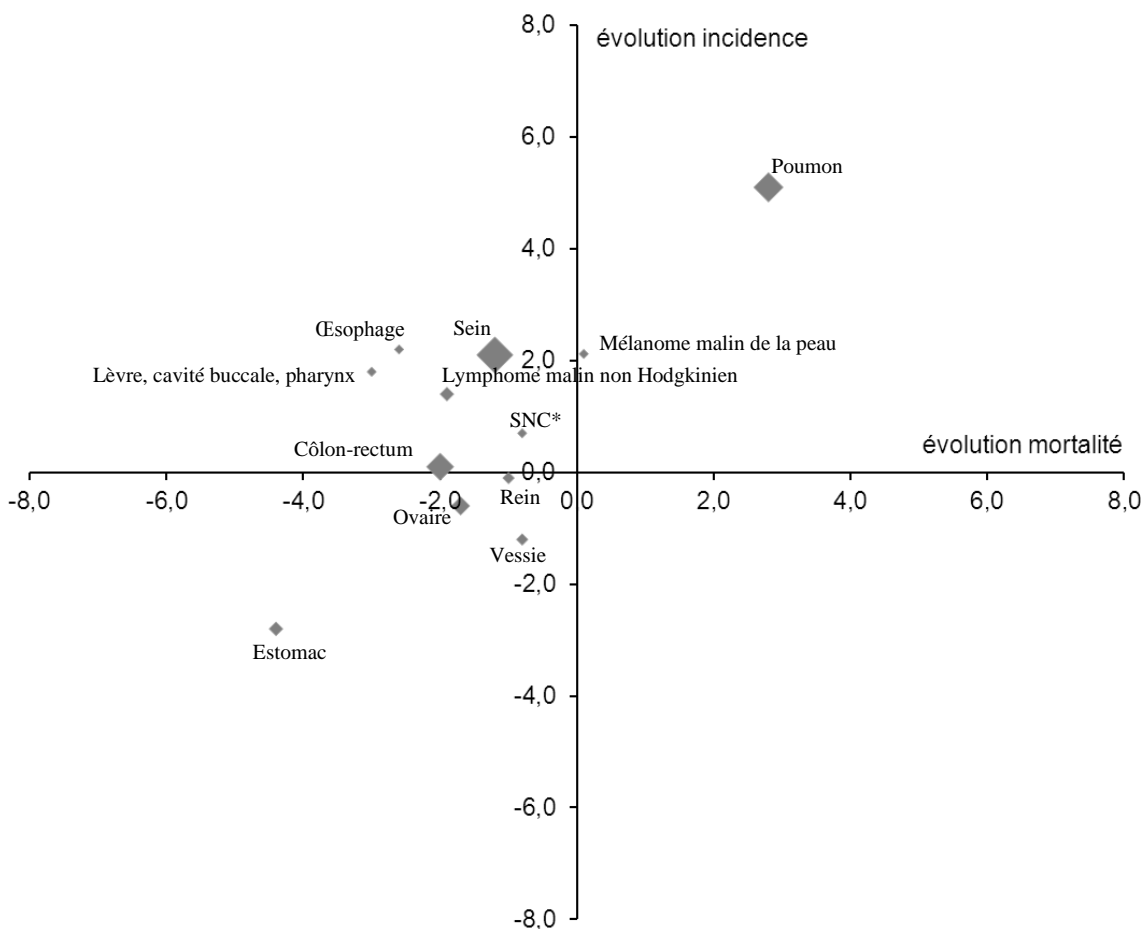
Chez l'homme, les **cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx**, de **l'œsophage** et du **larynx** enregistrent également de fortes baisses. Ces localisations ont en commun d'être favorisées par une consommation excessive d'alcool et/ou de tabac. La moindre fréquence de ces cancers est consécutive 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 que celle de la mortalité.

Chez les femmes, cette évolution des cancers pour lesquels l'alcool et le tabac constituent les principaux facteurs de risque n'est malheureusement pas très favorable notamment pour le cancer du poumon qui enregistre une forte augmentation de l'incidence et de la mortalité depuis 15 ans. Les cancers de l'œsophage et ceux des lèvres, de la bouche et du pharynx présentent une mortalité en baisse malgré une évolution positive de l'incidence.

Pour les **cancers de la vessie et du rein**, le tabagisme constitue aussi un des principaux facteurs de risque. Pour les raisons citées ci-dessus, le cancer de la vessie connaît aussi une évolution favorable chez l'homme (incidence et mortalité en baisse) et celui du rein (incidence en hausse et mortalité en baisse) pourraient également connaître une évolution plus favorable dans les prochaines années. Chez la femme, ces deux localisations cancéreuses présentent une légère baisse.

Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en Ile-de-France<sup>9</sup>

Chez la femme



<sup>9</sup>Lecture du graphique :

Chaque localisation cancéreuse est positionnée sur le graphique en fonction de l'évolution de son taux d'incidence standardisé (progression annuelle 1990-2005) et de l'évolution de son taux standardisé de mortalité (progression annuelle 1991-2006). La taille du point est proportionnelle à l'effectif de décès pour cette localisation (moyenne annuelle de la période 1999-2001).

Exemples : le cancer du poumon a connu une progression annuelle moyenne de 5,1% de son incidence entre 1990 et 2005 et une progression annuelle moyenne de 2,8% de son taux de mortalité. Entre 2005 et 2007, le nombre moyen de décès féminins dus au cancer du poumon est de 1 182 en Ile-de-France.

(Les tableaux avec les taux d'incidence et de mortalité ainsi que les évolutions figurent en annexe du rapport)

\* Tumeurs du système nerveux central

Source : Francim, InVS – Insee, Inserm CépiDC – Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France



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. Concernant l'incidence, le cancer du corps de l'utérus est stable, alors que l'évolution de celle du col de l'utérus présente une baisse marquée avec une fréquence divisée par deux en 15 ans. Cette baisse est en grande partie attribuable au dépistage des lésions pré-cancéreuses par frottis cervico-utérin. La distinction des deux localisations n'étant pas toujours faite sur les certificats de décès, le taux de mortalité calculé regroupe les décès dus à tous types de cancers de l'utérus. Il n'est donc pas possible de savoir si les cancers du col et du corps de l'utérus ont une évolution similaire ou non en termes de mortalité. L'évolution globale est toutefois favorable, avec une baisse de - 1,6% par an.

Concernant le **cancer de la prostate** et le **cancer du sein**, localisations cancéreuses représentant respectivement la deuxième cause de mortalité chez les hommes et la première chez les femmes, une augmentation de l'incidence et une baisse de la mortalité sont observées pour les deux localisations. L'évolution de l'incidence du cancer de la prostate est cependant plus marquée avec un taux qui a plus que doublé en 15 ans. Cette augmentation s'explique principalement par la généralisation du dépistage individuel pour ce cancer. Une partie de l'augmentation de l'incidence du cancer du sein chez les femmes s'explique aussi par le développement du dépistage, qui permet un diagnostic plus précoce des tumeurs mammaires.

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 quinze dernières années, les taux d'incidence sont restés stables alors que les taux de mortalité ont baissé de manière sensible pour les deux sexes.

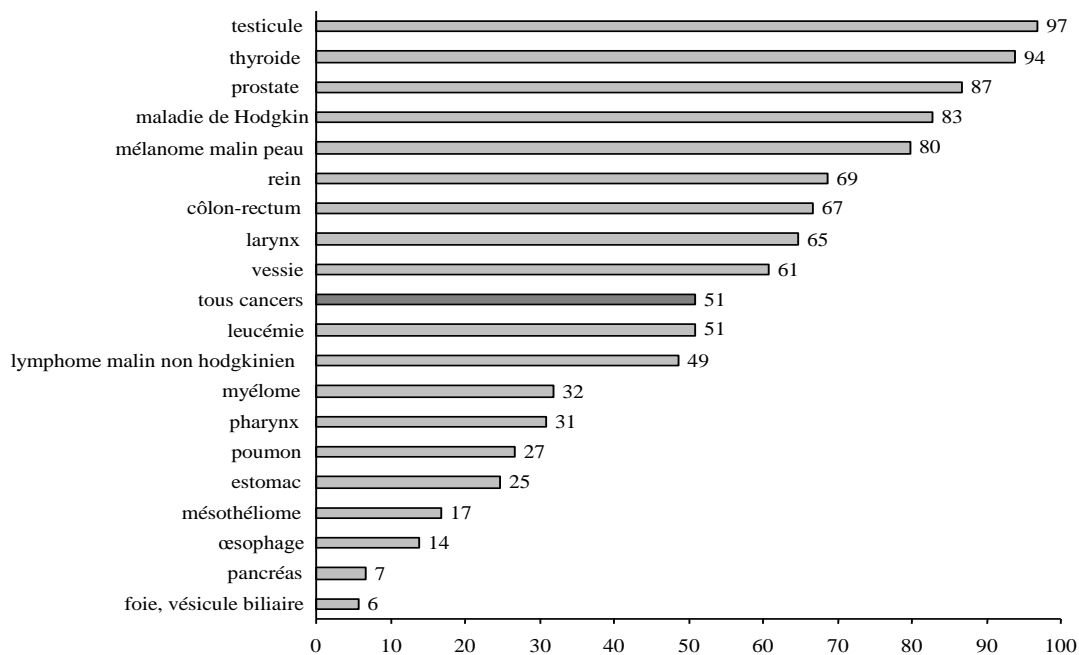
Le **mélanome malin de la peau** connaît une progression de son incidence, une mortalité stable chez les femmes et une légère augmentation de la mortalité chez les hommes. On peut noter que le mélanome malin de la peau est plus fréquent chez la femme que chez l'homme, mais cause davantage de décès chez ces derniers. L'augmentation plus rapide de l'incidence suggère un diagnostic plus précoce conduisant à un meilleur pronostic.

Les **lymphomes malins non hodgkinien** présentent une croissance de l'incidence avec une mortalité en baisse pour les deux sexes. Les raisons de l'augmentation de l'incidence 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. Des facteurs de risques environnementaux sont aussi suspectés chez l'adulte, comme par exemple, les composés organochlorés.

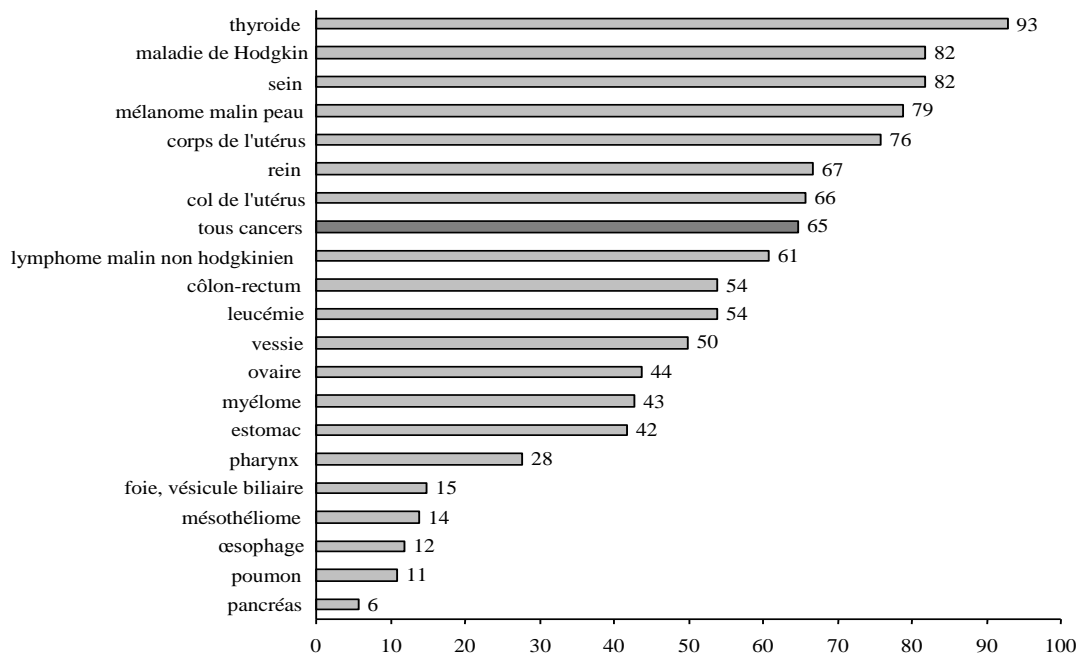
**Survie à 5 ans des cancers incidents en Ile-de-France**

(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), 73 p., 2004.

\* 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 issus de cette cohorte, permettant un suivi de la survie pour les principales localisations cancéreuses.<sup>10</sup>

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.

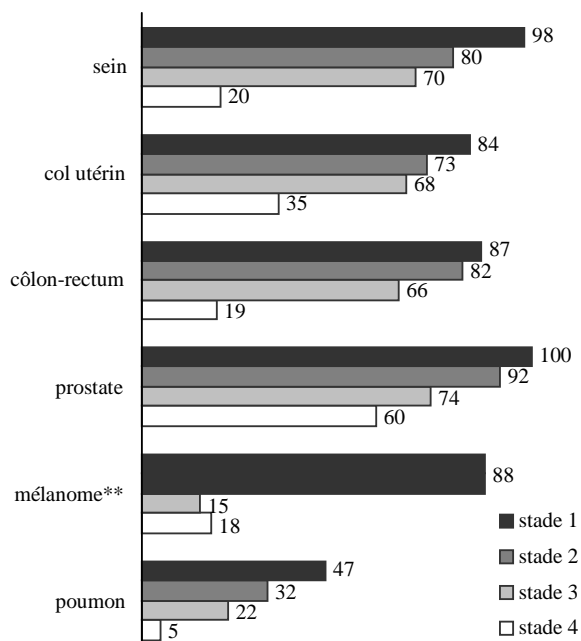
Les taux de survie les plus élevés concernent les cancers du testicule et de la prostate chez les hommes, les cancers du sein et du corps de l'utérus chez les femmes, le cancer de la thyroïde, la maladie de Hodgkin et le mélanome malin de la peau pour les deux sexes.

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).

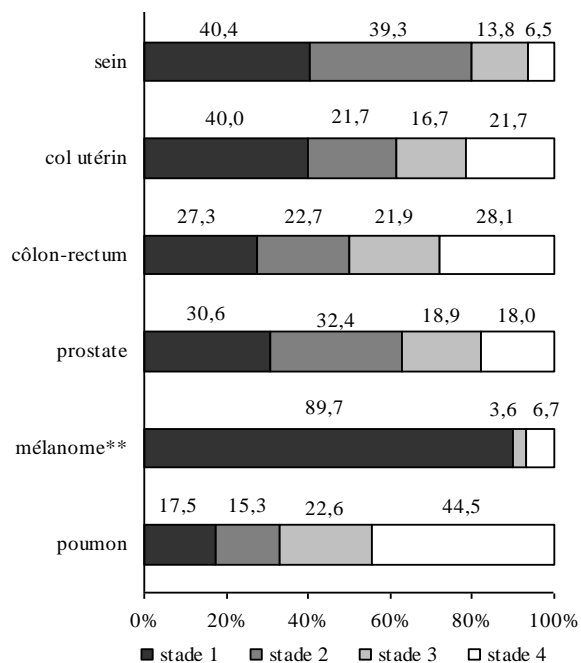
---

<sup>10</sup> 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 (PETRD), 73 p., 2004.

## 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.



## 5 - Mortalité prématurée par cancer

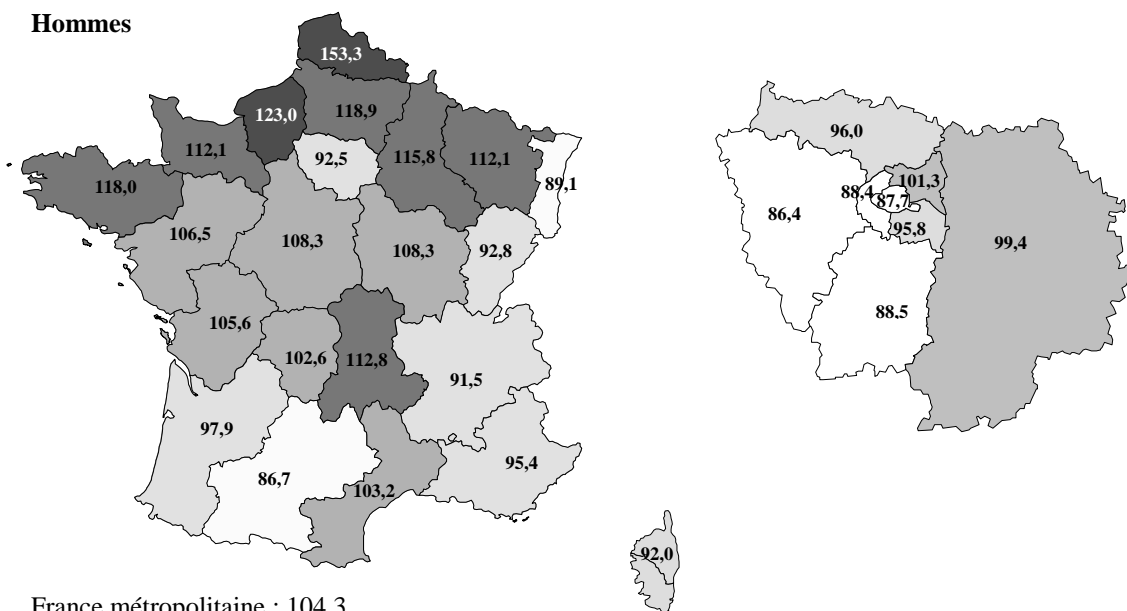
*Cette partie présente les données de mortalité prématurée (avant 65 ans) par cancer et pour les principales localisations cancéreuses.*

*Le cancer est responsable chaque année du décès de plus de 12 000 Franciliens et de près de 10 000 Franciliennes de moins de 65 ans, ce qui en fait, de loin, la première cause de décès prématurés pour les deux sexes.*

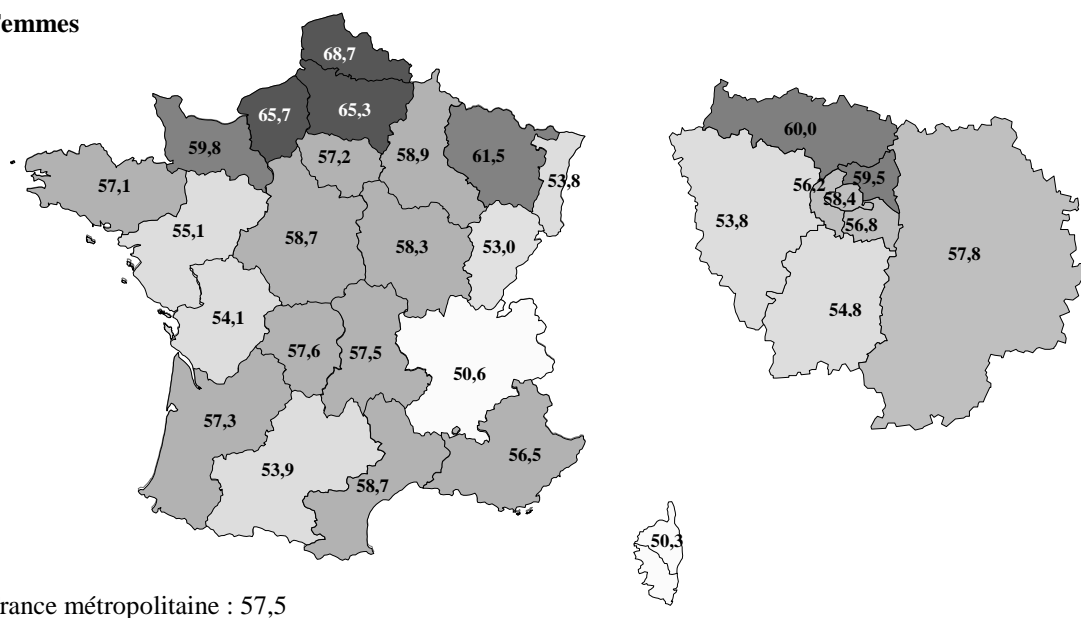
*Entre 1991 et 2006, la mortalité prématurée est à la baisse pour la majorité des localisations cancéreuses et pour les deux sexes, à l'exception notable des cancers de la trachée, des bronches et du poumon dont la mortalité progresse chez les femmes de moins de 65 ans.*

**Taux standardisés de mortalité prématurée par cancer en France\***  
(nombre de décès pour 100 000 personnes, période 2005-2007)

**Hommes**



**Femmes**



\* Taux standardisé sur la population européenne  
Sources : Insee, Inserm CépiDC - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France



## **La mortalité prématurée par cancer présente d'importantes disparités en France et en Ile-de-France**

En France, le cancer représente la première cause de mortalité prématurée des deux sexes. Le risque pour un homme de décéder d'un cancer avant 65 ans est pratiquement deux fois plus élevé que celui d'une femme. Les taux standardisés de France métropolitaine (104,3 décès pour 100 000 hommes et 57,5 décès pour 100 000 femmes) présentent d'importantes disparités régionales. Comme pour la mortalité tous âges, la situation est globalement plus favorable dans le sud du pays que dans les régions du nord, notamment pour les hommes.

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

L'Ile-de-France se caractérise par une mortalité prématurée par cancer inférieure à la moyenne nationale pour les hommes (92,5 décès pour 100 000 hommes) et tout à fait comparable à la moyenne nationale pour les femmes (57,2 décès pour 100 000 femmes). La situation francilienne, concernant la mortalité par cancer, apparaît donc relativement plus favorable chez les moins de 65 ans que chez les personnes plus âgées. Résultat d'autant plus intéressant que la baisse de la mortalité prématurée par cancer est plus importante en Ile-de-France qu'en France depuis quinze ans, ce qui peut augurer d'une moindre mortalité cancéreuse dans les nouvelles générations franciliennes.

## Nombre de décès\* par cancer chez les moins de 65 ans en Ile-de-France

Chez les hommes	Nombre de décès	dont <65 ans		Part dans la mortalité cancéreuse prématurée
		nombre	%	
Poumon	3 118	1 327	42,6	30,1%
Lèvres, cavité buccale et pharynx	513	314	61,2	7,1%
Côlon-rectum	1 118	302	27,0	6,8%
Foie et voies biliaires intrahépatiques	728	282	38,8	6,4%
Pancréas	619	226	36,5	5,1%
Œsophage	388	189	48,8	4,3%
Système nerveux central	264	158	59,8	3,6%
Estomac	409	153	37,4	3,5%
Leucémie	421	113	26,8	2,6%
Vessie	512	107	20,9	2,4%
Prostate	1 141	102	8,9	2,3%
Lymphome malin non-Hodgkinien	328	97	29,6	2,2%
Rein	332	94	28,3	2,1%
Larynx	172	84	48,7	1,9%
Mélanome malin de la peau	130	56	43,1	1,3%
<b>Tous cancers</b>	<b>12 600</b>	<b>4 413</b>	<b>35,0</b>	<b>100,0%</b>

Chez les femmes	Nombre de décès	dont <65 ans		Part dans la mortalité cancéreuse prématurée
		nombre	%	
Sein	1 882	773	41,1	26,8%
Poumon	1 182	467	39,5	16,2%
Côlon-rectum	1 074	201	18,7	7,0%
Ovaires	508	173	34,1	6,0%
Pancréas	564	115	20,4	4,0%
Système nerveux central	198	99	50,1	3,4%
Col de l'utérus	109	83	76,1	2,9%
Leucémie	369	74	20,1	2,6%
Estomac	233	59	25,3	2,0%
Foie et voies biliaires intrahépatiques	282	59	20,9	2,0%
Lymphome malin non-Hodgkinien	289	52	18,0	1,8%
Lèvres, cavité buccale et pharynx	113	49	43,5	1,7%
Mélanome malin de la peau	103	46	44,8	1,6%
Rein	171	37	21,6	1,3%
Œsophage	121	36	29,8	1,2%
Vessie	182	28	15,4	1,0%
Corps de l'utérus	109	21	19,3	0,7%
Larynx	25	10	39,5	0,3%
<b>Tous cancers</b>	<b>9 769</b>	<b>2 887</b>	<b>29,6</b>	<b>100,0%</b>

\* Moyenne annuelle sur la période 2005-2007, les localisations sont classées par ordre décroissant de décès prématurés.

Sources : Insee, Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France

## **Les principaux cancers avant 65 ans : le poumon pour les deux sexes et le cancer du sein chez la femme**

En Ile-de-France, les cancers responsables du plus grand nombre de décès prématurés chez les hommes sont le cancer du poumon (1 327 décès soit 30,1% des décès prématurés par cancer), suivis des cancers de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (314 décès soit 7,1%), du cancer colorectal (302 décès soit 6,8%) et du foie (282 décès soit 6,4%).

Chez les femmes, le cancer du sein arrive en première place avec 773 décès annuels sur la période 2005-2007 ce qui représente 26,8% des décès prématurés féminins par cancer dans la région. Suivent le poumon (467 décès soit 16,2%), le côlon-rectum (201 décès soit 7,0%) et l'ovaire (173 décès soit 6,0%).

## **En Ile-de-France, environ un tiers des décès par cancer sont prématurés**

En Ile-de-France, sur la période 2005-2007, environ un décès par cancer sur trois a concerné une personne âgée de moins de 65 ans. Cette proportion est de 35% chez les hommes et de 30% chez les femmes.

La part de la mortalité prématurée dans le nombre de décès tous âges pour chacune des localisations cancéreuses est très variables. Chez les hommes, la part des décès prématurés est particulièrement élevée pour les cancers des lèvres, cavité buccale et pharynx (61%), du système nerveux central (60%), du larynx et de l'œsophage (59%). A l'inverse, le cancer de la prostate touche majoritairement les plus de 65 ans avec seulement 9% de mortalité prématurée. Chez les femmes, le cancer du col de l'utérus est la localisation responsable de la plus forte part de mortalité prématurée (76% de décès avant 65 ans). Suivent le système nerveux central (50% de mortalité prématurée) et le mélanome malin de la peau (45%). Le cancer de la vessie présente la part la plus faible avec 15% de décès chez les moins de 65 ans.

**Evolution du taux standardisé\* de mortalité prématurée par cancer en Ile-de-France**

(nombre de décès pour 100 000 personnes de moins de 65 ans et du même sexe)

<b>Chez les hommes</b>	1991	1996	2001	2006	Evolution annuelle 1991-2006 (%)
Pancréas	4,6	4,3	4,7	4,8	0,3
Mélanome malin de la peau	1,2	1,2	1,3	1,1	-0,3
Prostate	2,6	2,6	2,1	2,2	-1,0
Colon-rectum	7,5	7,1	6,4	6,4	-1,1
Rein	2,4	2,5	2,1	2,0	-1,4
Estomac	4,2	3,5	3,3	3,2	-1,9
Trachée, bronches et poumon	37,3	33,2	30,4	27,9	-1,9
Vessie	3,1	2,9	2,3	2,3	-1,9
<b>Tous cancers</b>	<b>132,7</b>	<b>115,7</b>	<b>103,3</b>	<b>92,5</b>	<b>-2,4</b>
Lymphome malin non hodgkinien	3,0	3,2	2,6	2,0	-2,6
Leucémie	3,6	2,9	2,8	2,3	-2,7
Lèvre, cavité buccale, pharynx	13,0	10,6	8,2	6,5	-4,5
Oesophage	8,3	6,1	4,9	4,0	-4,8
Larynx	5,7	3,8	2,4	1,7	-7,6

<b>Chez les femmes</b>	1991	1996	2001	2006	Evolution annuelle 1991-2006 (%)
Trachée, bronches et poumon	5,5	6,4	7,3	9,3	3,6
Vessie	0,4	0,4	0,5	0,6	1,9
Pancréas	1,9	2,2	2,2	2,4	1,3
Mélanome malin de la peau	1,0	1,0	0,9	0,9	-0,8
<b>Tous cancers</b>	<b>67,4</b>	<b>62,8</b>	<b>59,9</b>	<b>57,2</b>	<b>-1,1</b>
Colon-rectum	5,0	4,6	4,2	4,0	-1,4
Utérus**	4,2	3,6	3,4	3,4	-1,4
Rein	0,9	0,9	1,0	0,7	-1,5
Sein	19,6	18,8	16,6	15,2	-1,7
Estomac	1,5	1,2	1,2	1,1	-1,8
Leucémie	2,2	2,2	1,8	1,5	-2,4
Oesophage	1,2	0,9	0,8	0,7	-3,6
Lèvre, cavité buccale, pharynx	1,8	1,3	1,5	1,0	-3,8
Lymphome malin non hodgkinien	1,9	1,7	1,4	1,0	-3,9

\*Taux standardisés sur la population européenne

\*\*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 de mortalité prématurée de ces deux localisations n'est pas précisée dans le tableau et seul le taux global pour toutes les localisations des cancers de l'utérus est fourni.

Sources : Insee, Inserm CépiDC - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

## **Grande hétérogénéité dans l'évolution des taux de mortalité prématurée**

Entre 1991 et 2006, la mortalité prématurée par cancer, en Ile-de-France, a diminué de 2,4% par an chez les hommes et de 1,1% chez les femmes. Ces valeurs moyennes recouvrent des évolutions par site très diverses.

Les cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx, de l'œsophage enregistrent les plus fortes baisses notamment chez les hommes.

Chez les hommes de moins de 65 ans, les principales localisations cancéreuses présentent une évolution à la baisse à l'exception du cancer du pancréas dont l'évolution est quasiment stable. Chez les femmes, le bilan est moins favorable avec trois cancers dont l'évolution est positive : le cancer du pancréas (+1,3% de décès annuel), le cancer de la vessie (+1,9%) et surtout les cancers de la trachée, des bronches et du poumon (+3,6%). Concernant ce dernier, les évolutions opposées observées chez les hommes et chez les femmes de moins de 65 ans correspondent à celles observées dans la population tous âges confondus avec, cependant, une augmentation plus marquée pour la mortalité prématurée que pour la mortalité tous âges chez les femmes.



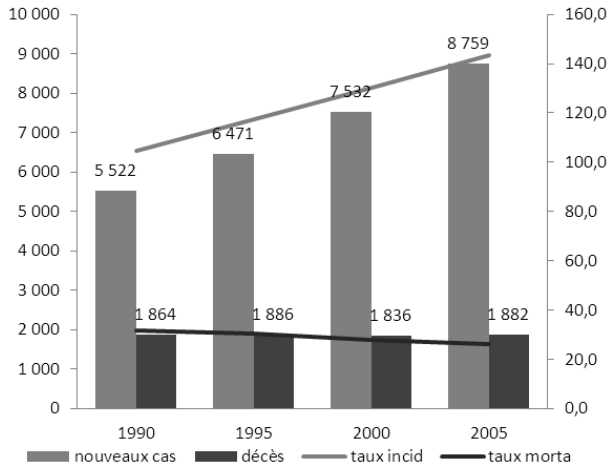
## 6 - La situation pour six cancers

- *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).*

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

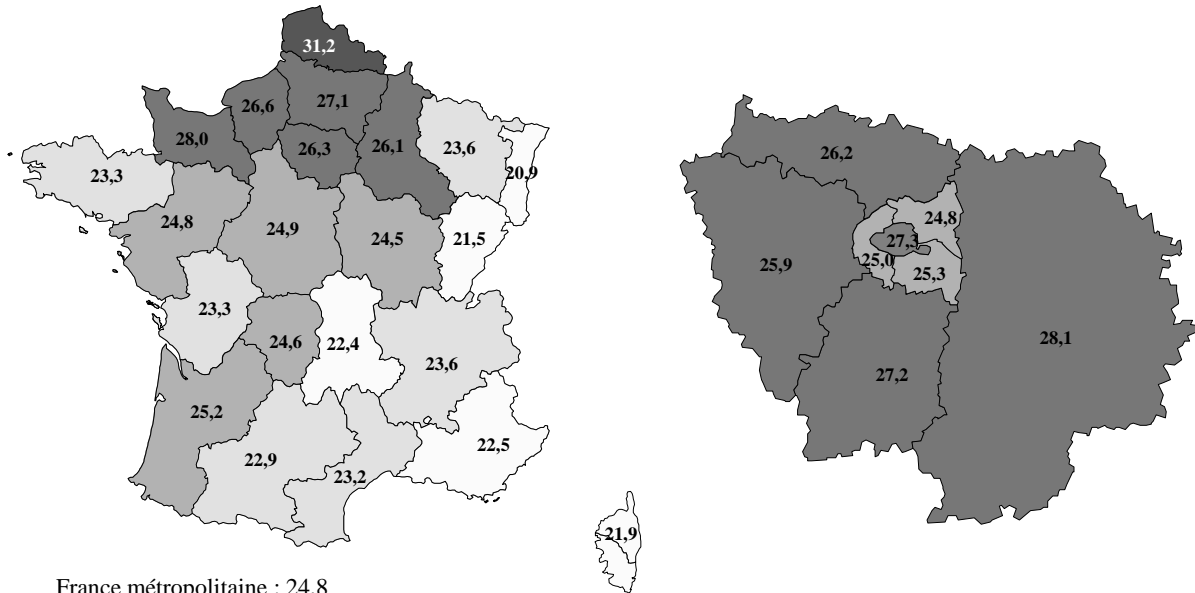
Evolution des taux standardisés et des effectifs



Sources : Francim, InVS, Insee, Inserm CépiDC - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

**Taux standardisés de mortalité par cancer du sein en France et en Ile-de-France**

(Nombre de décès annuel pour 100 000 femmes, période 2005-2007)



France métropolitaine : 24,8

Taux standardisés sur la population européenne

Source : Insee, Inserm CépiDC - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France



## **Cancer du sein en Ile-de-France**

### **Morbidité**

Dans la région, 8 759 cas de cancers du sein ont été estimés en 2005 et 9 668 femmes ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour cancer du sein chaque année entre 2006 et 2008. Le taux d'incidence standardisé du cancer du sein est plus élevé en Ile-de-France qu'en moyenne en France. En région Ile-de-France comme en France, l'incidence standardisée du cancer du sein est en hausse depuis 15 ans (+2,1% par an en Ile-de-France).

### **Mortalité**

Sur la période 2005-2007, 1 882 Franciliennes sont décédées chaque année d'un cancer du sein. Le cancer du sein est responsable de 19% des décès par cancer et est, de loin, la première cause de mortalité par cancer chez les femmes.

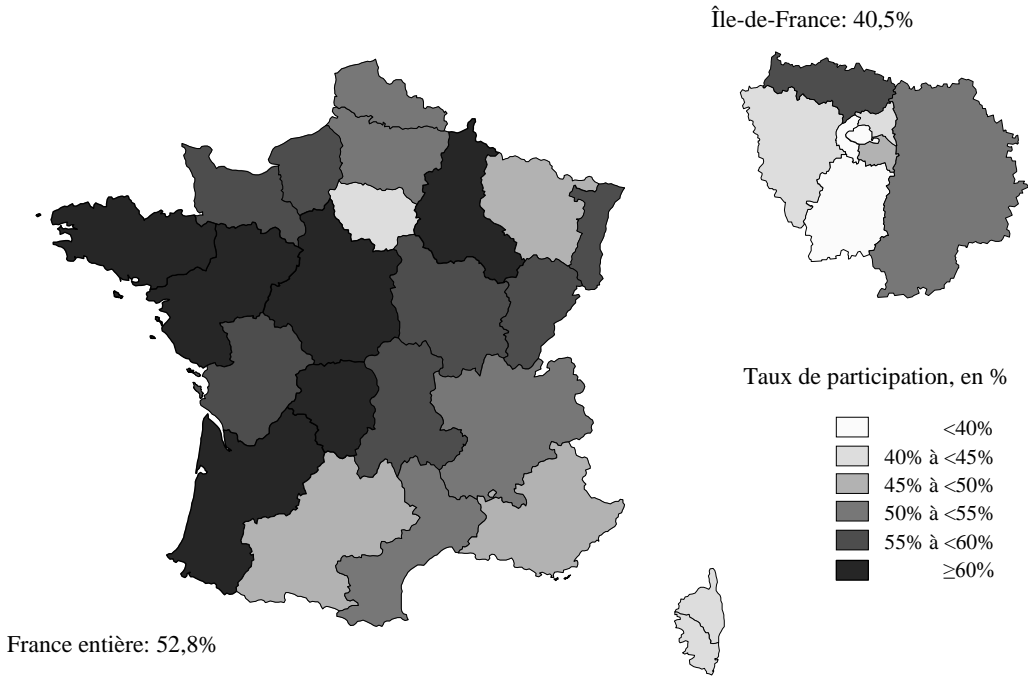
En Ile-de-France, le taux standardisé de mortalité par cancer du sein est significativement supérieur à la moyenne nationale (+ 6%) et, comme en France, la mortalité par cancer du sein est en légère baisse depuis 15 ans.

### **Disparités géographiques de la mortalité par cancer du sein**

Le niveau de mortalité par cancer du sein est relativement élevé dans le quart nord de la France. Les régions Nord-Pas-de-Calais et Alsace présentent respectivement les taux les plus élevés et les plus bas des 22 régions de France métropolitaine en 2005-2007.

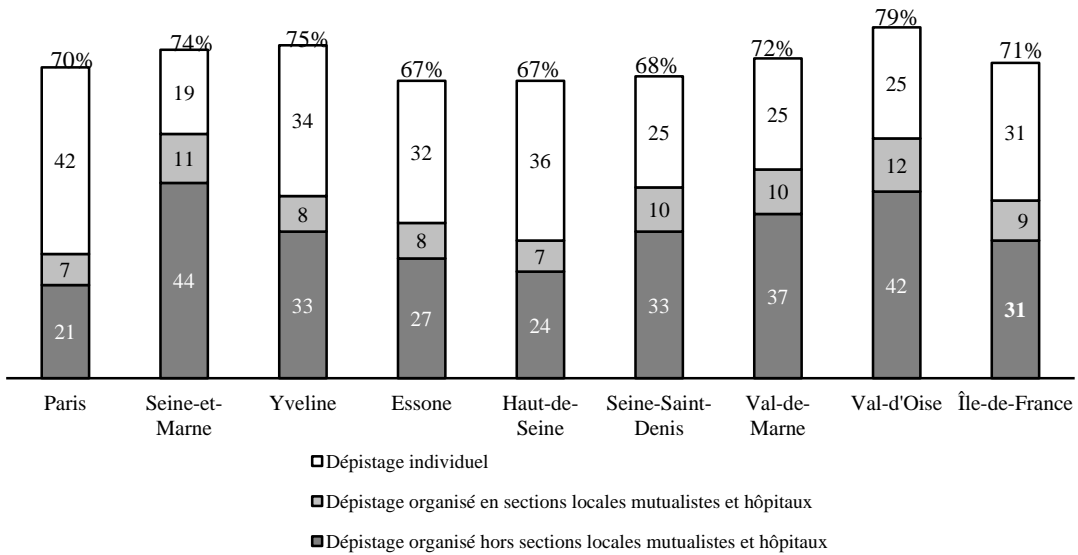
Le niveau de mortalité par cancer du sein est relativement élevé en Ile-de-France. Aucun département francilien ne se démarque favorablement pour ce cancer mais la situation apparaît légèrement plus favorable dans les trois départements de proche couronne.

**Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein pendant la période 2008-2009**



Source : InVS

**Taux global de couverture de la population cible dans les départements d’Ile-de-France, en 2008 (en %)**



Source : Drassif/Efect, tableau de bord du dépistage organisé du cancer de sein en Ile-de-France (exploitation des données 2008), Février 2010

## Cancer du sein en Ile-de-France

### Dépistage du cancer du sein

Le dépistage organisé du cancer du sein a été étendu à l'ensemble de la France en 2004. Il cible les femmes de 50 à 74 ans auxquelles est proposée une mammographie gratuite tous les deux ans avec double lecture des clichés. Il garantit ainsi un accès égal au dépistage sur l'ensemble du territoire. 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 70%. En conséquence, la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique fixe un objectif de 80% pour le taux de couverture des femmes de 50 à 74 ans (dans le cadre ou en dehors du dépistage organisé).

Le taux de participation des Franciliennes au programme de dépistage organisé est le plus faible des régions françaises, soit 40,5% de participation contre une moyenne nationale de 53%. Au sein de la région, le département de Paris présente les taux les plus bas (28%) et le seul département à dépasser la moyenne nationale est celui du Val-d'Oise (54%).

En France, l'exercice individuel du dépistage cohabite avec un dépistage organisé. Une étude réalisée par la DRASS d'Ile-de-France a permis d'estimer à 220 000 le nombre de femmes âgées de 50-74 ans ayant réalisé une mammographie en dehors du dépistage organisé en 2007.<sup>11</sup> Finalement, le taux global de couverture est de 71% en Ile-de-France, mais il varie de 67% en Essonne ou dans les Hauts-de-Seine à 79% dans le Val-d'Oise, seul département à atteindre l'objectif de la loi de santé publique de 2004.

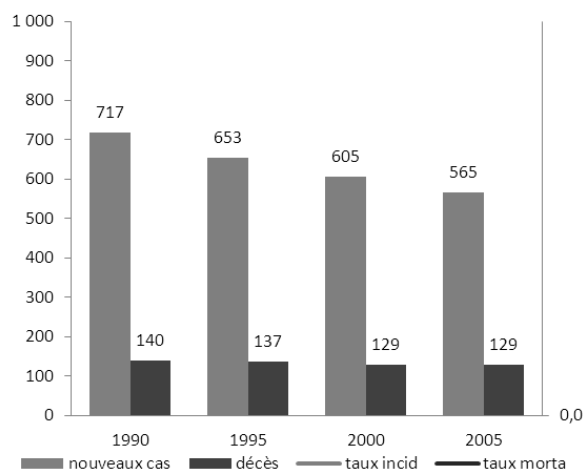
---

<sup>11</sup> Drassif/Efect, tableau de bord du dépistage organisé du cancer de sein en Ile-de-France (exploitation des données 2008), Février 2010, p.24

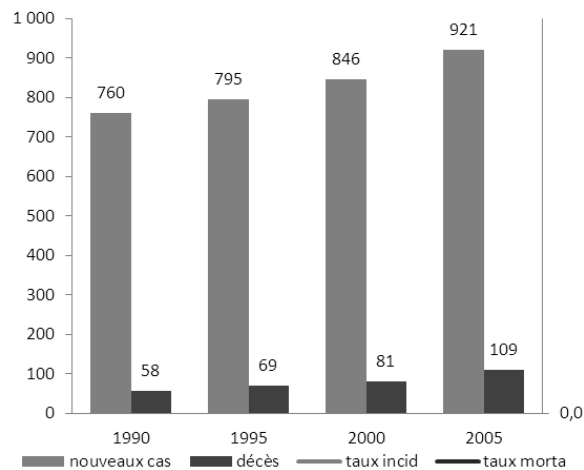
**Incidence et mortalité\* par cancer de l'utérus en Ile-de-France**

Evolution des taux standardisés et des effectifs

**Col de l'utérus**



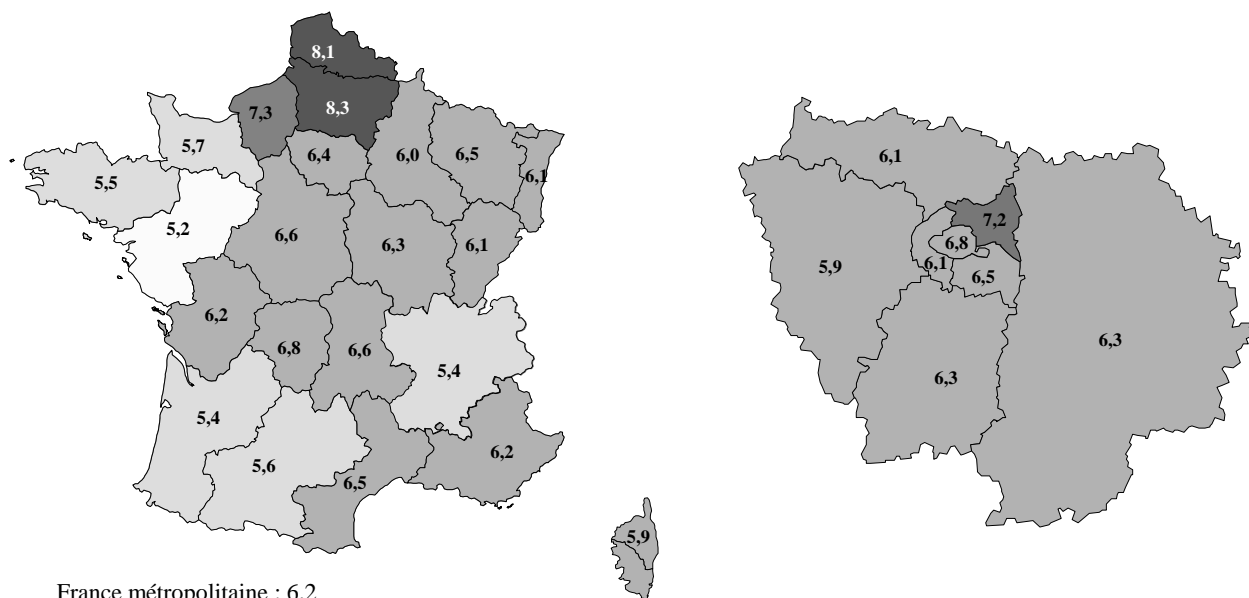
**Corps de l'utérus**



Sources : Francim, InVS pour l'incidence - Insee, Inserm CépiDC pour la mortalité

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

(Nombre de décès annuel pour 100 000 femmes, période 2005-2007)



Taux standardisés sur la population européenne

Source : Insee, Inserm CépiDC – Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

\* Les données de mortalité sont très sous-estimées pour ces localisations car le certificat de décès ne distingue pas toujours la localisation utérine exacte. 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**

Dans la région, 565 cas de cancers du col de l'utérus et 921 cas de cancers du corps de l'utérus ont été estimés en 2005. Entre 2006 et 2008, chaque année, 548 Franciliennes ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour cancer du col de l'utérus et 675 pour cancer du corps de l'utérus.

Les taux d'incidence standardisés des cancers du col et du corps de l'utérus sont de même niveau en Ile-de-France qu'en moyenne en France (9 cas de cancer du col pour 100 000 femmes et 14 cas de cancer du corps). L'incidence standardisée du cancer de l'utérus est en légère baisse depuis 15 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.

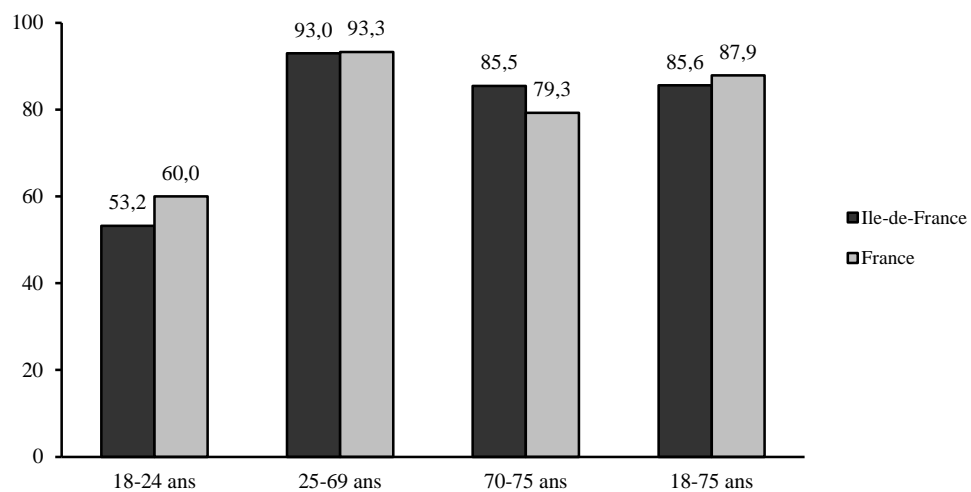
### **Mortalité**

Sur la période 2005-2007, 468 Franciliennes sont décédées chaque année d'un cancer de l'utérus, dont 129 d'un cancer du col et 109 d'un cancer du corps de l'utérus (pour 230 femmes, la localisation exacte n'était pas spécifiée). Ce cancer est responsable de 4,8% des décès par cancer chez les Franciliennes. Le taux standardisé de mortalité par cancer de l'utérus est de même niveau en Ile-de-France qu'en moyenne en France et diminue depuis 1990 (-1,6% en Ile-de-France).

### **Disparités géographiques de la mortalité par cancer de l'utérus**

En Ile-de-France, le niveau de mortalité par cancer de l'utérus (col, corps et non précisé) est proche de la moyenne nationale (respectivement 6,4 et 6,2 décès annuels pour 100 000 femmes). Les variations départementales ne sont pas importantes, seul le département de Seine-Saint-Denis se distingue par un taux de mortalité relativement élevé (7,2 décès pour 100 000). Les régions Picardie et Pays de la Loire présentent respectivement les taux les plus élevés et les plus bas des 22 régions de France métropolitaine.

**Pratique déclarée d'un frottis au cours de la vie selon l'âge en Ile-de-France, en 2005**  
(en %)



Source : Inpes, Baromètre santé 2005, Exploitation ORS Ile-de-France

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

### **Dépistage du cancer du col de l'utérus**

Il n'existe pas à ce jour de dépistage organisé du cancer col de l'utérus au niveau national. En 2008, seuls quatre départements (l'Isère, le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Martinique) avaient mis en place un programme de dépistage sous l'impulsion d'initiatives locales et chaque département a adopté des modalités différentes dans leur organisation. Cependant, un cahier des charges a été créé en 2006 et une harmonisation est en cours.<sup>12</sup>

Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose sur un test cytologique : le frottis cervico-utérin. Pour les femmes entre 25 et 65 ans, il est recommandé, suite à deux frottis négatifs, de réaliser un frottis tous les trois ans. Une grande majorité des Franciliennes âgées de 18 à 75 ans (85,6%) déclarent avoir déjà réalisé un frottis au cours de leur vie. Cette proportion est très légèrement inférieure à celle observée en France (87,9%), mais ceci peut s'expliquer par une forte proportion de femmes âgées de moins de 25 ans en Ile-de-France, or la pratique du frottis est relativement basse dans cette classe d'âge, notamment dans la région (53,2%).

---

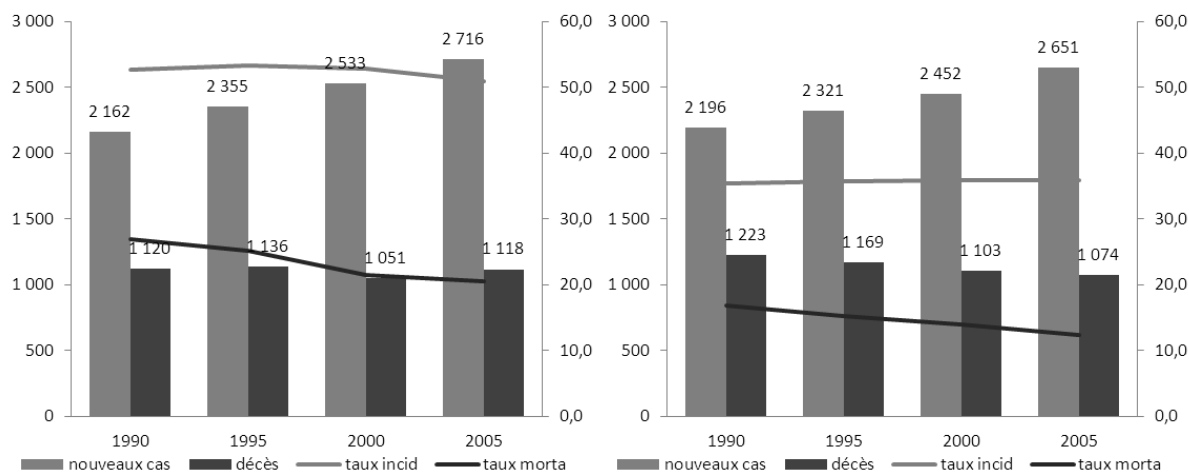
<sup>12</sup> Institut de Veille Sanitaire. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus – Etats de connaissances – Actualisation 2008

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

Evolution des taux standardisés et des effectifs

**Hommes**

**Femmes**



Sources : Francim, InVS - Insee, Inserm CépiDC - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France



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

### **Morbidité**

Dans la région, 5 367 cas ont été estimés en 2005 (2 712 hommes et 2 651 femmes) et 4 485 personnes, dont 2 241 hommes et 2 245 femmes, ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour cancer du côlon, du rectum, de la jonction recto-sigmoïdiennes et de l'anus chaque année entre 2006 et 2008.

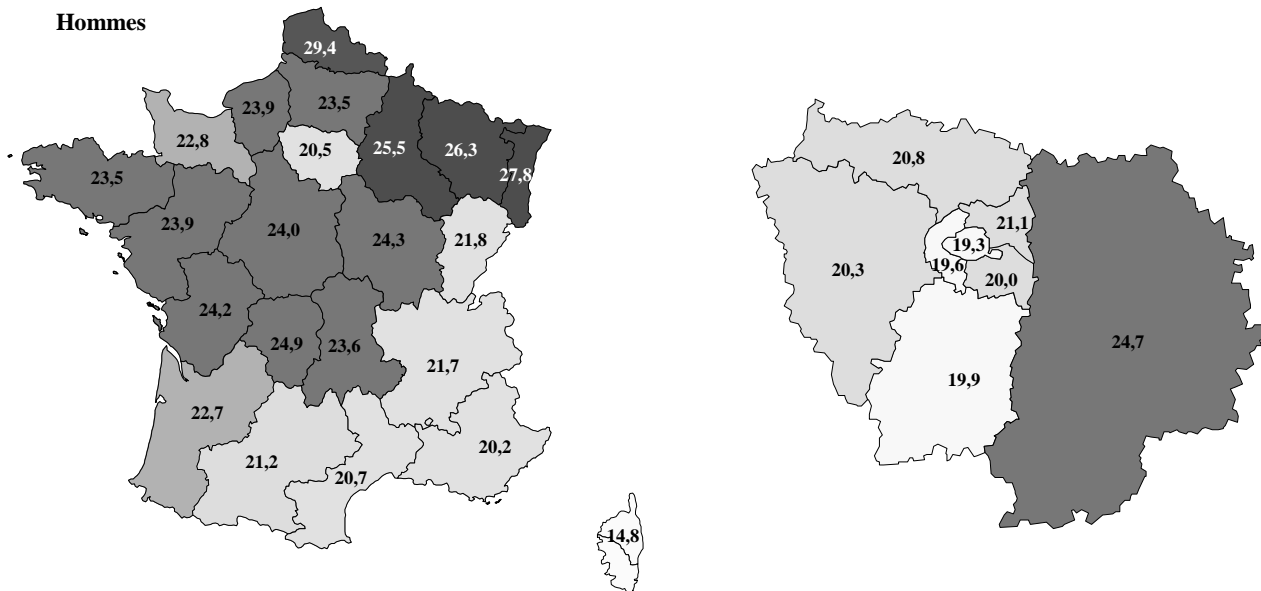
Le taux d'incidence standardisée du cancer du côlon-rectum est moins élevé chez les hommes d'Ile-de-France qu'en moyenne en France (respectivement 51 cas et 57 cas pour 100 000 hommes), alors qu'elle est comparable à la moyenne nationale chez les Franciliennes (36 cas pour 100 000 femmes). En Ile-de-France comme en France, entre 1990 et 2005, l'incidence du cancer du côlon-rectum est en légère diminution (de l'ordre de -0,3% par an) chez l'homme et reste stable chez la femme.

### **Mortalité**

Sur la période 2005-2007, chaque année, 2 192 Franciliens (1 118 hommes et 1 074 femmes) sont décédés d'un cancer du côlon-rectum. Il s'agit de la troisième cause de décès par cancer aussi bien chez les hommes que chez les femmes. En Ile-de-France, la mortalité par cancer colorectal est légèrement moins élevée qu'en France (cf carte au verso). Le taux standardisé de mortalité par cancer du côlon-rectum diminue depuis 1990 en Ile-de-France, au rythme annuel d'environ 2% pour les deux sexes.

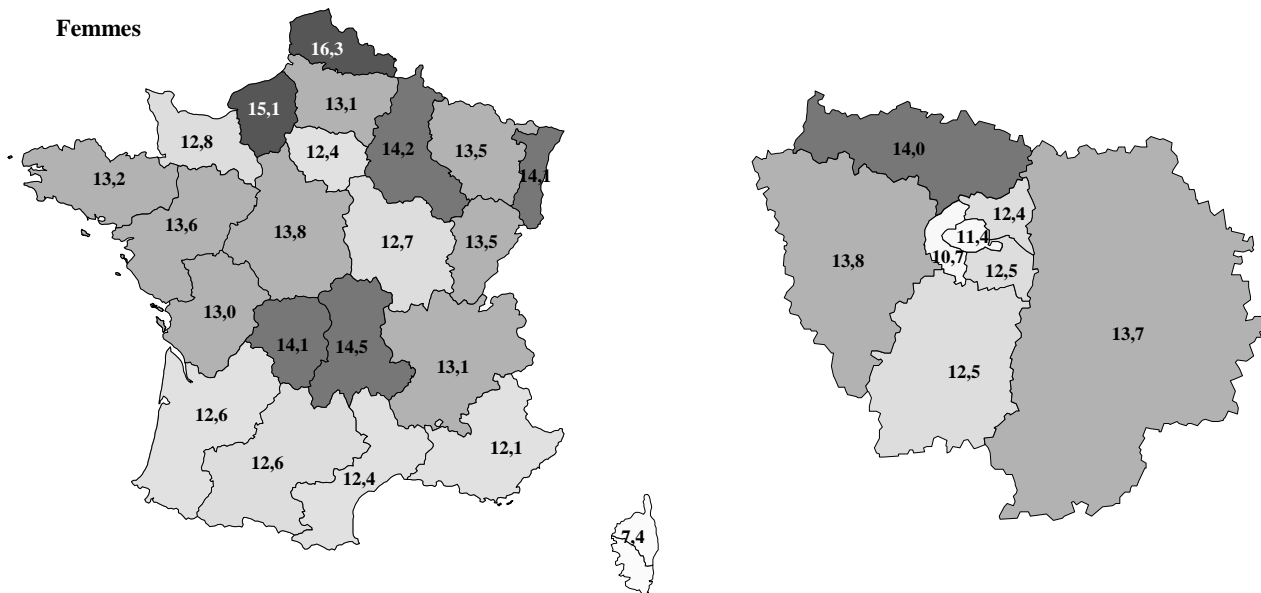
**Taux standardisé de mortalité par cancer colorectal en France et en Ile-de-France en 2005-2007**  
(Nombre de décès annuel pour 100 000 personnes)

**Hommes**



France métropolitaine : 22,9

**Femmes**



France métropolitaine : 13,2

Taux standardisés sur la population européenne  
Source : Insee, Inserm CépiDC, Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

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

### Disparités géographiques de la mortalité par cancer colorectal

Chez les hommes, les taux standardisés de mortalité par cancer du côlon-rectum présentent d'importantes variations dans les départements d'Ile-de-France, allant de 19,3 décès pour 100 000 homes à Paris à 24,7 décès en Seine-et-Marne. A l'exception de ce dernier département, les autres présentent tous des taux inférieurs à la moyenne nationale permettant ainsi à la région francilienne d'avoir un niveau de mortalité masculine par cancer colorectal parmi les plus bas de France. Les régions Nord-Pas-de-Calais et Corse présentent respectivement les taux les plus élevés et les plus bas des 22 régions de France métropolitaine.

Pour les Franciliennes, la situation est également favorable. L'Ile-de-France a un taux de mortalité inférieur à la moyenne nationale (12,4 pour 100 000 contre 13,2) ce qui la place parmi les quatre régions françaises ayant les plus bas taux de mortalité par cancer colorectal. Comme pour les hommes, la Corse présente la mortalité la plus faible et le Nord-Pas-de-Calais la plus forte. Au sein de la région francilienne, les taux varient de 10,7 à Paris à 14,0 dans le Val-d'Oise.

### Dépistage du cancer du côlon-rectum

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a été initié par les pouvoirs publics en 2002 dans 23 départements pilotes (dont la Seine-Saint-Denis et l'Essonne). Depuis 2007, ce programme a été étendu à tous les départements français. Celui-ci concerne les personnes de 50 à 74 ans (soit un peu moins de 3 millions de personnes en Ile-de-France) et est réalisé grâce à un test de détection de sang dans les selles à renouveler tous les deux ans. Cependant depuis décembre 2008, la Haute Autorité de la Santé recommande l'utilisation d'un nouveau test basé sur une détection immunologique du sang dans les selles.<sup>13</sup>

Selon l'InVS, le taux de participation national était de 42% en 2009 et les femmes participaient d'avantage que les hommes. Des déterminants socio-économiques, tel que l'âge et le niveau de précarité, influencent aussi la participation au dépistage organisé du cancer.<sup>14</sup>

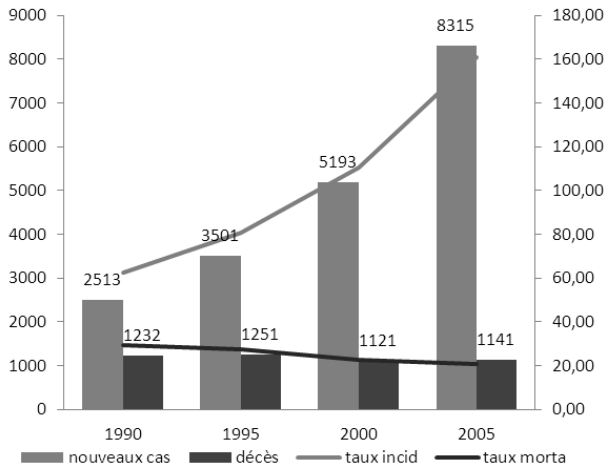
---

<sup>13</sup> HAS. Rapport d'orientation, Dépistage du cancer de la prostate, Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLOC publiés en mars 2009, Juin 2010

<sup>14</sup> C. Pernet et al. Déterminants socio-économiques de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, Calvados (France), 2004-2006. BEH, n°12, 109-112

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

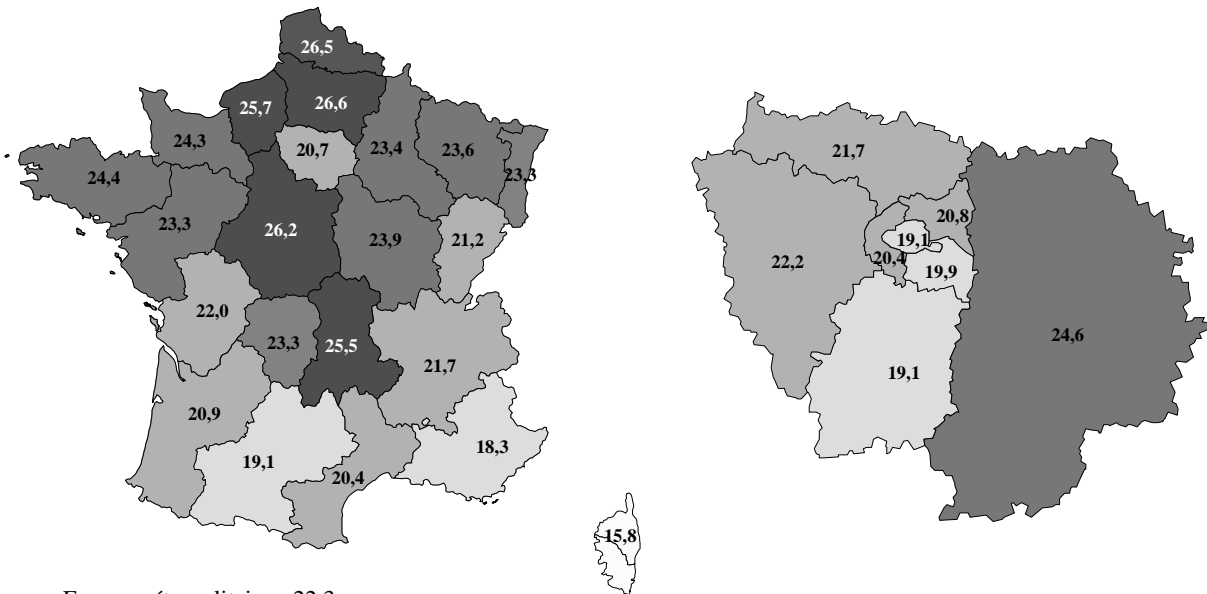
Evolution des taux standardisés et des effectifs



Sources : Francim, InVS pour l'incidence - Insee, Inserm CépiDC pour la mortalité

**Taux standardisé de mortalité par cancer de la prostate en France et en Ile-de-France en 2005-2007**

(Nombre de décès pour 100 000 hommes)



France métropolitaine : 22,3  
 Taux standardisés sur la population européenne  
 Source : Insee, Inserm CépiDC, Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

## **Le cancer de la prostate en Ile-de-France**

### **Morbidité**

Dans la région, 8 315 cas de cancers de la prostate ont été estimés en 2005. Ce cancer représente ainsi la principale localisation cancéreuse en termes d'incidence chez l'homme (31% du total des cancers masculins en Ile-de-France). Entre 2006 et 2008, chaque année, 7 309 hommes ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour ce cancer.

Le taux d'incidence standardisé du cancer de la prostate est moins élevé en Ile-de-France qu'en moyenne en France (160 cas pour 100 000 hommes contre 180). En région francilienne comme en France, l'incidence standardisée du cancer de la prostate est en forte hausse depuis 1990 (+6,5% par an en Ile-de-France).

### **Mortalité**

Sur la période 2005-2007, 1 141 Franciliens sont décédés chaque année d'un cancer de la prostate. Il s'agit de la deuxième cause de mortalité par cancer chez les hommes (9,1% des décès par cancer chez les Franciliens). Le taux standardisé de mortalité par cancer de la prostate est moins élevé en Ile-de-France qu'en moyenne en France (20,7 décès pour 100 000 hommes contre 22,3) et diminue depuis 1990 (-2,3% par an en Ile-de-France).

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 des situations bien distinctes : une surmortalité très nette dans le département de la Seine-et-Marne, une mortalité comparable à la moyenne nationale dans le Val-d'Oise et dans les Yvelines et une sous-mortalité dans les autres départements de grande couronne. A l'échelle de la France métropolitaine, la Picardie et la Corse présentent respectivement les taux le plus élevé et le plus bas des 22 régions.

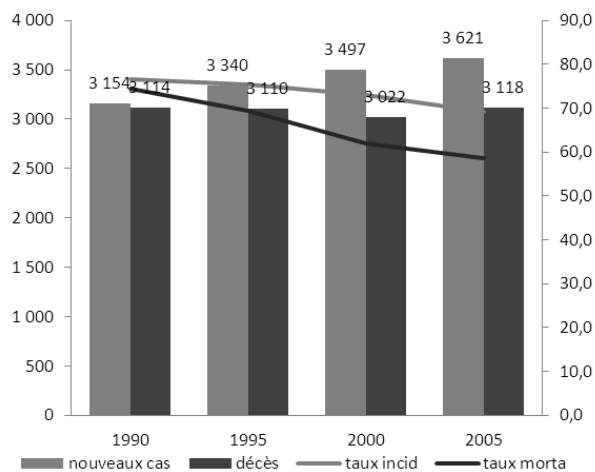
### **Dépistage du cancer de la prostate**

Le dépistage du cancer de la prostate est réalisé par dosage du PSA, un antigène spécifique de la prostate. La fréquence élevée de ce cancer chez les sujets très âgés sans que le pronostic vital soit nécessairement engagé et les effets indésirables associés ont conduit la Haute Autorité de Santé à ne pas recommander un dépistage systématique de ce cancer dans la population.

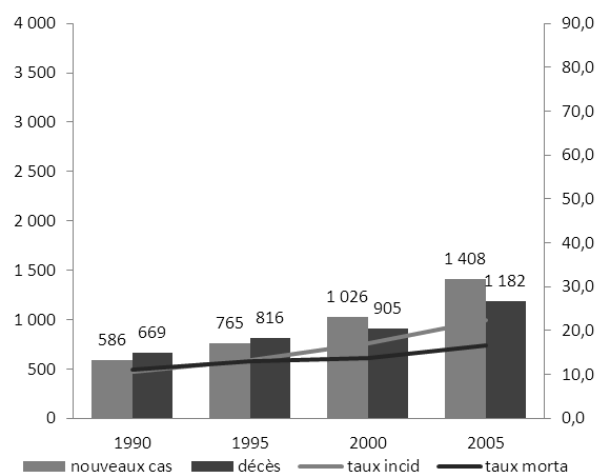
**Incidence et mortalité par cancer du poumon en Ile-de-France**

Evolution des taux standardisés et des effectifs

**Hommes**



**Femmes**



Sources : Francim, InVS - Insee, Inserm CépiDc - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

## **Le cancer du poumon en Ile-de-France**

### **Morbidité**

Dans la région, 5 029 cas de cancer du poumon ont été estimés en 2005 (3 621 hommes et 1 408 femmes) et 3 830 Franciliens (2 632 hommes et 1 198 femmes) ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour ce cancer en moyenne chaque année entre 2006 et 2008.

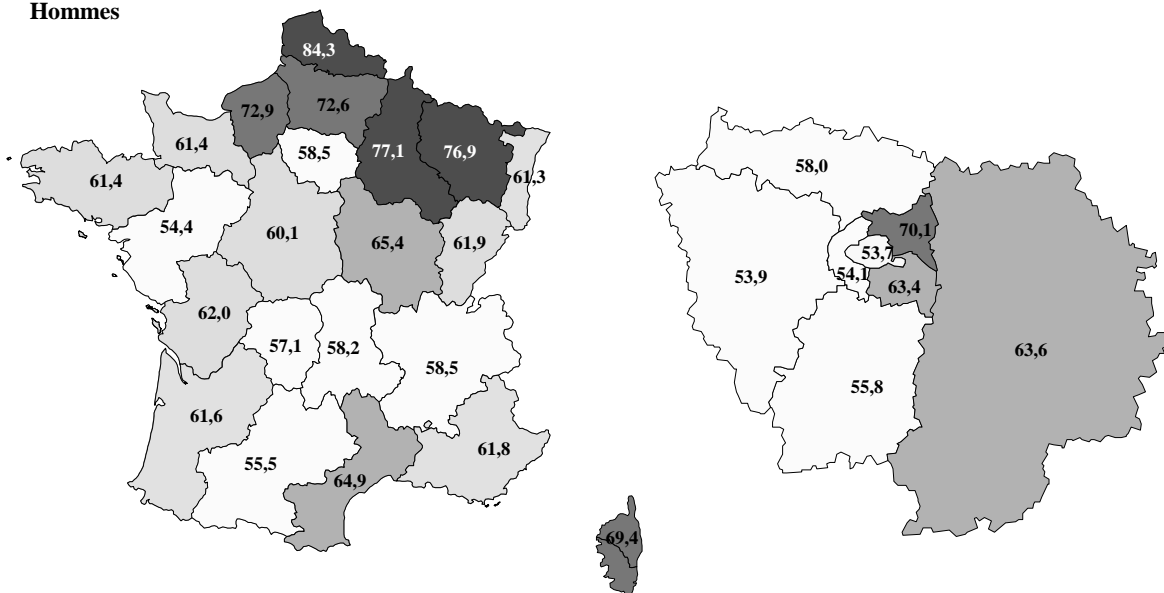
Le taux d'incidence standardisé du cancer du poumon est moins élevé chez les hommes d'Ile-de-France qu'en moyenne en France (respectivement 69 et 72 cas pour 100 000 hommes). A l'inverse, celui des Franciliennes est supérieur à la moyenne nationale (respectivement 22 et 17 cas pour 100 000 femmes). En Ile-de-France, entre 1990 et 2005, l'incidence du cancer du poumon est en légère diminution (de l'ordre de -0,7% par an) chez l'homme et en forte augmentation chez la femme (+5,1% par an).

### **Mortalité**

Sur la période 2005-2007, 4 300 Franciliens (3 118 hommes et 1 182 femmes) sont décédés chaque année d'un cancer du poumon. Il s'agit de la première cause de décès par cancer chez les hommes et de la deuxième chez les femmes. Le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon est légèrement inférieur en Ile-de-France à la moyenne nationale chez les hommes mais il est supérieur pour les Franciliennes (cf carte au verso). Dans la région comme au niveau national, l'évolution est plus favorable pour les hommes que pour les femmes. En effet, pour les premiers, la mortalité par cancer du poumon tend à diminuer entre 1991 et 2006 (-1,6% par an en Ile-de-France) tandis qu'elle augmente pour les femmes (+2,8% annuel).

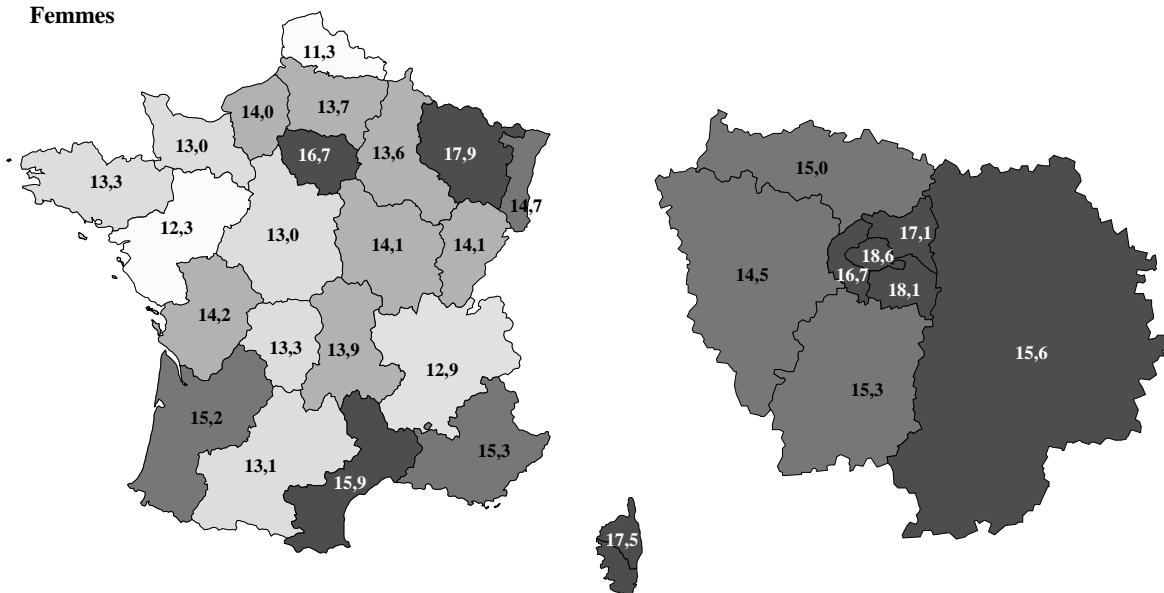
**Taux standardisé de mortalité par cancer du poumon en France et en Ile-de-France en 2005-2007**  
(Nombre de décès pour 100 000 personnes)

**Hommes**



France métropolitaine : 62,9

**Femmes**



France métropolitaine : 14,3

Taux standardisés sur la population européenne

Source : Insee, Inserm CépiDC - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France



## **Le cancer du poumon en Ile-de-France**

### **Disparités géographiques de la mortalité par cancer du poumon**

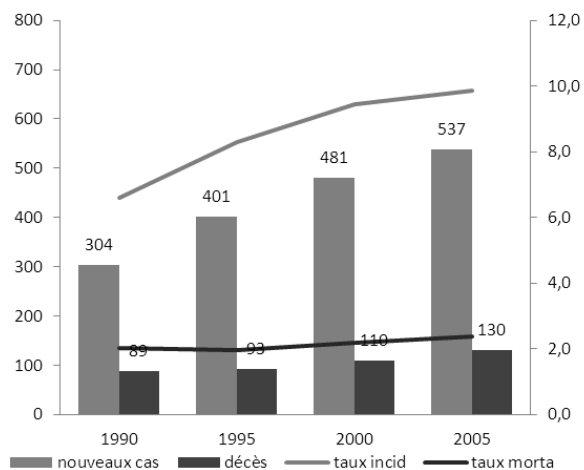
La région francilienne présente un taux standardisé de mortalité par cancer du poumon chez l'homme inférieur à celui de la France (59 décès pour 100 000 hommes contre 63). La région se place ainsi parmi les six régions à « faible » niveau de mortalité masculine par cancer du poumon. Les régions Nord-Pas-de-Calais et Pays-de-la-Loire présentent respectivement le taux le plus élevé et le plus bas des 22 régions de France métropolitaine. Les taux varient fortement dans les départements d'Ile-de-France : de 53,7 à Paris à 70,1 en Seine-Saint-Denis. Ce dernier département présente ainsi une mortalité par cancer du poumon significativement supérieure à la moyenne nationale.

Pour les Franciliennes, la situation est moins favorable. Le taux standardisé de mortalité par cancer du poumon des femmes d'Ile-de-France (16,7 décès pour 100 000 femmes) est supérieur à la moyenne française (14,3 pour 100 000). La région se place ainsi parmi les trois régions de France à forte mortalité par cancer du poumon chez la femme avec la Lorraine et la Corse. Le Nord-Pas-de-Calais présente pour cette localisation le taux le plus bas de France. Au sein de la région francilienne, les départements du centre et de l'Ouest présentent des situations moins défavorables que ceux de l'Est.

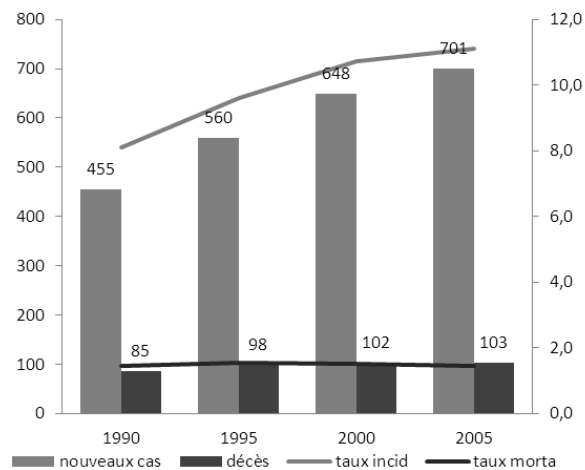
**Incidence et mortalité par mélanome malin de la peau en Ile-de-France**

Evolution des taux standardisés (base 100 en 1990) et des effectifs

**Hommes**



**Femmes**



Sources : Francim, InVS - Insee, Inserm CépiDC - Exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

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

### **Morbidité**

Dans la région, 1 238 cas de mélanome malin ont été estimés en 2005 (537 chez l'homme et 701 chez la femme) et 943 Franciliens (418 hommes et 525 femmes), ont obtenu l'exonération du ticket modérateur pour mélanome malin de la peau chaque année entre 2006 et 2008.

Les taux d'incidence standardisés du mélanome malin de la peau, en Ile-de-France, sont comparables aux moyennes françaises pour les deux sexes (10 cas pour 100 000 chez les hommes et 11 cas chez les femmes). En Ile-de-France comme en France, entre 1990 et 2005, l'incidence de ce cancer est en augmentation chez les hommes et chez les femmes (+2,4% de croissance annuelle en Ile-de-France).

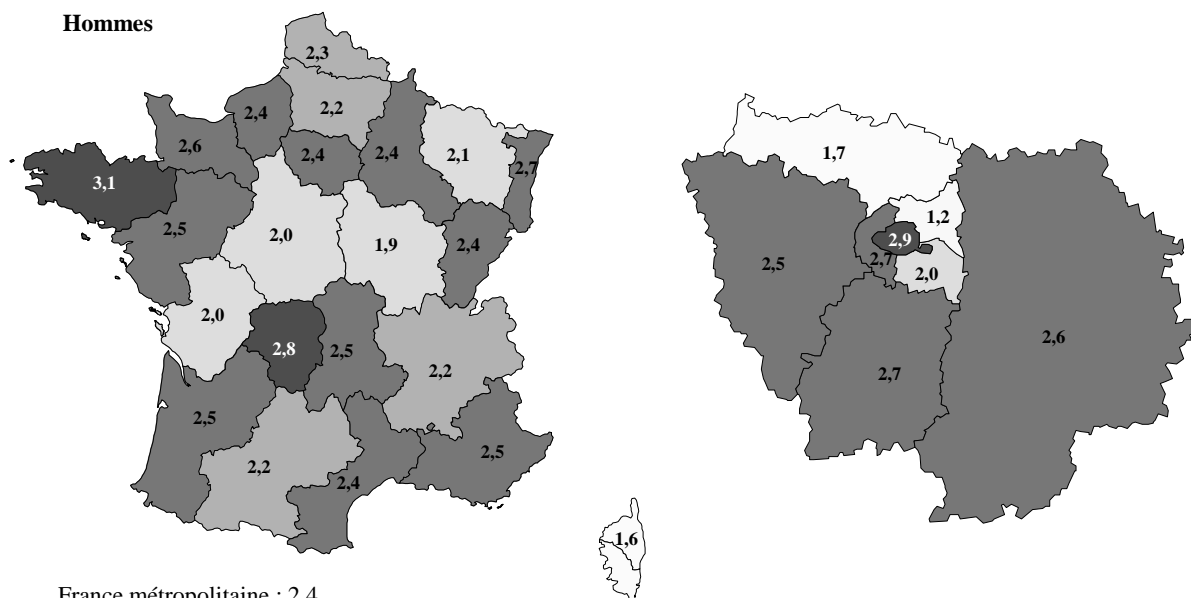
### **Mortalité**

Sur la période 2005-2007, 233 Franciliens (130 hommes et 103 femmes) sont décédés chaque année d'un mélanome malin de la peau. Les taux standardisés de mortalité par mélanome malin de la peau en Ile-de-France ne sont pas différents de ceux observés en France métropolitaine (cf cartes au verso). Entre 1990 et 2005, la mortalité par mélanome malin tend à augmenter chez les hommes (+1,1% par an en Ile-de-France) et à stagner chez les femmes (+0,1% annuel).

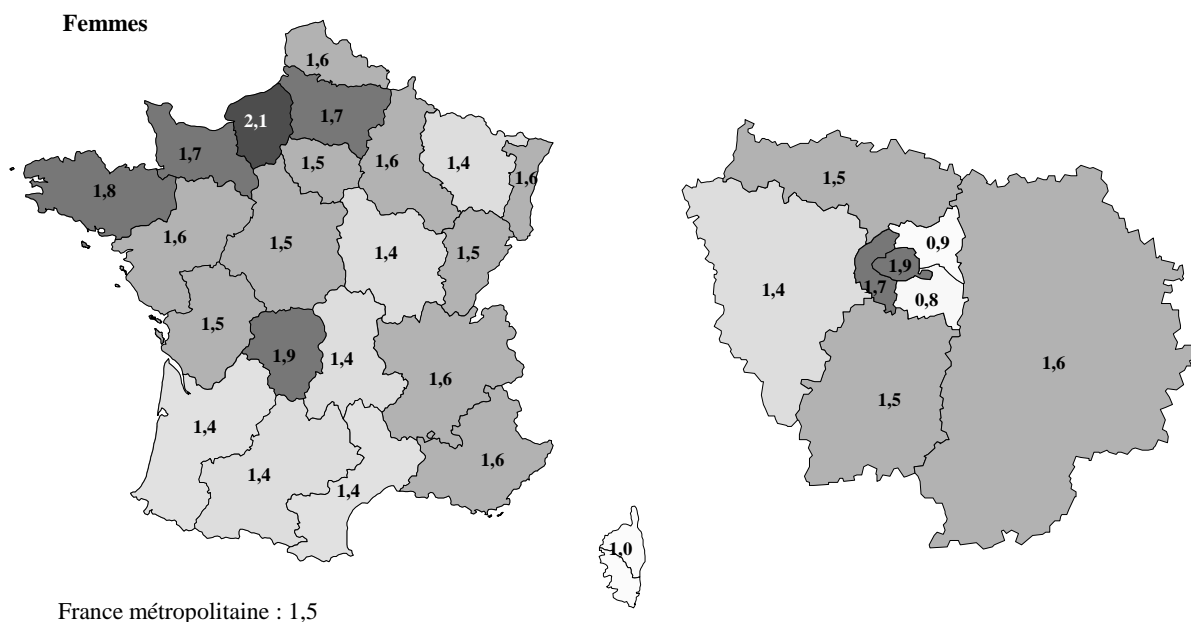
Il est à noter que si l'incidence des mélanomes est plus élevée chez les femmes, la mortalité est légèrement plus élevée chez les hommes.

**Taux standardisé de mortalité par mélanome malin de la peau en France et en Ile-de-France**  
(Nombre de décès pour 100 000 personnes, période 2005-2007)

**Hommes**



**Femmes**



Taux standardisés sur la population européenne

Source : Insee, Inserm CépiDC, exploitation FNORS et ORS Ile-de-France

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

### **Disparités géographiques de la mortalité par mélanome malin de la peau**

La région francilienne présente un taux standardisé de mortalité par mélanome de la peau comparable à celui de la France (2,4 décès pour 100 000 hommes). Ce taux varie, en France métropolitaine de 1,6 en Corse à 3,1 en Bretagne. Au sein de la région Ile-de-France, les disparités départementales sont tout aussi importantes : de 1,2 décès pour 100 000 en Seine-Saint-Denis à 2,9 à Paris.

Chez les femmes, les régions Haute-Normandie et Corse présentent respectivement le taux standardisé de mortalité par mélanome le plus élevé (2,1) et le plus bas (1,0) des 22 régions de France métropolitaine. Le taux francilien (1,5) est tout à fait comparable à la moyenne nationale. Au sein de la région francilienne, ce taux varie de 0,8 décès pour 100 000 dans le Val-de-Marne à 1,9 à Paris.

Précisons toutefois qu'en raison des faibles effectifs, les comparaisons régionales et plus encore départementales de la mortalité par mélanome (notamment chez les femmes) sont à considérer avec prudence car elles reposent sur de faibles effectifs de décès.

### **Dépistage du mélanome malin de la peau**

Le dépistage du mélanome malin consiste en un examen visuel réalisé par les dermatologues. Dans le but de sensibiliser la population à cette pathologie, une Journée annuelle de dépistage des cancers de la peau est organisée chaque année. 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. D'où l'importance de détecter le mélanome le plus tôt possible et de réduire les expositions aux ultra-violets, principaux facteurs de risque de ce cancer.



## 7 - Les cancers chez l'enfant

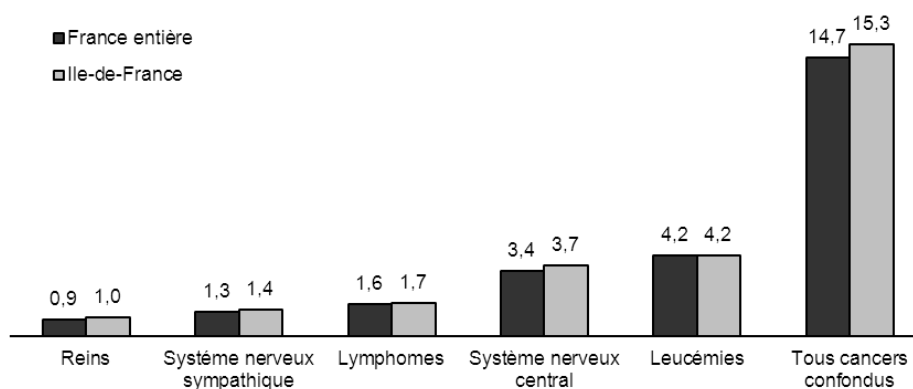
*Cette partie traite du cancer chez les enfants de moins de 15 ans.*

*Les cancers sont beaucoup plus rares chez l'enfant que chez l'adulte : selon les estimations du réseau national des registres des cancers, moins de 0,5% de l'ensemble des cancers diagnostiqués en France en 2005 sont survenus chez des enfants de moins de 15 ans alors que la population de cette tranche d'âge représente 17% de la population nationale. Les cancers chez l'enfant n'en sont pas moins un problème important de santé publique : chaque année environ 1 700 enfants sont atteints par ces pathologies en France et près de 300 en décèdent. En Ile-de-France, ces chiffres sont respectivement de 340 cas et 60 décès.*

**Nombre de cancers recensés chez les moins de 15 ans en Ile-de-France entre 2000 et 2007**

Localisation cancéreuse	Tranches d'âges				0-14 ans	part chez les 0-14 ans
	<1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans		
Leucémies	35	339	196	180	<b>750</b>	27,3%
Système nerveux central	50	219	230	170	<b>669</b>	24,4%
Lymphomes	6	44	100	166	<b>316</b>	11,5%
Système nerveux sympathique	94	111	31	10	<b>246</b>	9,0%
Reins	29	110	28	8	<b>175</b>	6,4%
Sarcomes des tissus mous	17	53	36	50	<b>156</b>	5,7%
Tumeurs malignes osseuses	1	8	36	79	<b>124</b>	4,5%
Tumeurs germinales	31	23	17	49	<b>120</b>	4,4%
Rétinoblastomes	37	46	5	3	<b>91</b>	3,3%
Mélanomes malins	5	4	17	42	<b>68</b>	2,5%
Autres tumeurs malignes	4	16	3	6	<b>29</b>	1,1%
<b>Tous cancers confondus</b>	<b>309</b>	<b>973</b>	<b>699</b>	<b>763</b>	<b>2 744</b>	<b>100,0%</b>

**Taux standardisé d'incidence pour les principales localisations cancéreuses chez les moins de 15 ans**  
(Période 2000-2007, données annualisées pour 100 000 enfants de moins de 15 ans)



**Taux standardisé d'incidence des cancers en Ile-de-France chez les moins de 15 ans**  
(Période 2000-2007, données annualisées pour 100 000 enfants)

	Incidence	Taux standardisés
Paris	52	16,5*
Seine-et-Marne	44	16,5*
Hauts-de-Seine	48	16,2
<b>Ile-de-France</b>	<b>343</b>	<b>15,3</b>
Seine-Saint-Denis	49	15,2
Yvelines	43	15,0
<b>France</b>	<b>1 688</b>	<b>14,7</b>
Val-d'Oise	36	14,6
Val-de-Marne	36	14,3
Essonne	35	14,1

Taux de mortalité standardisés à la population européenne, exprimés pour 100 000 enfants

\* différence significative avec le taux France (au seuil de 5%)

Source : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant et Registre national des tumeurs solides de l'enfant - Exploitation ORS Ile-de-France



## **Les principaux cancers chez les moins de 15 ans : la leucémie, le système nerveux central et le lymphome.**

En Ile-de-France, 2 744 cancers ont été recensés chez des enfants de moins de 15 ans entre 2000 et 2007 (soit en moyenne 343 par an). Près de la moitié survient chez des enfants âgés de moins de 4 ans.

Les principaux cancers diagnostiqués chez les moins de 15 ans sont la leucémie (27,3% des cas), le cancer du système nerveux central (24,4%) et les lymphomes (11,5%). A eux trois, ces cancers représentent plus de la moitié des cas de tumeurs chez l'enfant.

Le taux standardisé d'incidence tous cancers confondus est de 15,3 cas annuels pour 100 000 enfants en Ile-de-France, très légèrement supérieur à la moyenne nationale (14,7) mais la différence n'est pas significative (au seuil de 5%). Les taux d'incidence pour les principales localisations cancéreuses (leucémie, système nerveux et lymphome) ne sont pas différents en Ile-de-France et en France.

Au sein de la région, les taux standardisés d'incidence sont significativement supérieurs à la moyenne nationale dans deux départements, Paris et la Seine-et-Marne.

**Mortalité par tumeur chez l'enfant de moins de 15 ans en Ile-de-France selon la classe d'âge**  
(Période 2005-2007, données annualisées)

	Garçons		Filles		Deux sexes	
	Décès	Taux*	Décès	Taux*	Décès	Taux*
moins d'un an	2	2,4	2	2,5	4	2,5
1-4 ans	8	2,5	8	2,6	16	2,5
5-9 ans	12	3,2	8	2,2	20	2,7
10-14 ans	12	3,3	7	2,0	19	2,7
<b>&lt;15 ans**</b>	<b>34</b>	<b>3,0</b>	<b>25</b>	<b>2,3</b>	<b>59</b>	<b>2,7</b>

\* Taux de mortalité standardisés à la population européenne, exprimés pour 100 000 enfants

Sources : Insee, Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France

**Mortalité par localisations cancéreuses chez les moins de 15 ans en Ile-de-France**  
(Période 2005-2007, données annualisées)

	Garçons		Filles		Deux sexes	
	Décès	%	Décès	%	Décès	%
Lymphomes	1	2,9	1	4,0	2	3,3
Leucémie	6	17,6	7	28,0	13	21,7
Tumeurs in situ, évol. imprévis.	6	17,6	3	12,0	9	15,0
Os cartilage, articulation	3	8,8	1	4,0	4	6,7
Rein	2	5,9	0	0,0	2	3,3
Système nerveux central	14	41,2	7	28,0	21	35,0
Tissus mous	1	2,9	1	4,0	2	3,3
Autres tumeurs	1	2,9	5	20,0	7	11,7
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>25</b>	<b>100,0</b>	<b>59</b>	<b>100,0</b>

Sources : Insee, Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France

**Mortalité par tumeurs chez les moins de 15 ans**

(Période 2005-2007, données annualisées)

	Deux sexes	
	Décès	Taux standardisé
Paris	11	3,2
Seine-et-Marne	9	3,3
Yvelines	7	2,4
Essonne	5	2,0
Hauts-de-Seine	8	2,8
Seine-Saint-Denis	8	2,7
Val-de-Marne	6	2,4
Val-d'Oise	5	2,0
<b>Ile-de-France</b>	<b>59</b>	<b>2,7</b>
<b>France</b>	<b>296</b>	<b>2,6</b>

\* Taux de mortalité standardisés à la population européenne, exprimés pour 100 000 enfants

Sources : Insee, Inserm CépiDC - Exploitation ORS Ile-de-France

## **Une légère surmortalité chez les garçons**

Entre 2005 et 2007, 59 Franciliens de moins de 15 ans sont décédés chaque année d'une tumeur. Les niveaux de mortalité des différentes classes d'âge (moins d'un an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans) sont comparables. Les deux dernières classes d'âge sont marquées par une surmortalité masculine.

Après standardisation sur l'âge, le taux de mortalité par tumeur chez les Franciliens âgés de moins de 15 ans est de 2,7 décès annuels pour 100 000 enfants, comparable au taux national. Ce taux est de 3,0 chez les garçons et de 2,3 chez les filles.

### **Les tumeurs du système nerveux central sont responsables d'un tiers des décès par cancer chez les moins de 15 ans**

Les tumeurs du système nerveux central et les leucémies sont les principales causes de décès par tumeurs chez les moins de 15 ans. En Ile-de-France, sur la période 2005-2007, les tumeurs du système nerveux central sont à l'origine de près d'un tiers des décès par tumeur dans cette classe d'âges avec, cependant, une proportion beaucoup plus élevée chez les garçons (41,2%) que chez les filles (28,0%). Les leucémies représentent quant à elles, la deuxième cause de mortalité : elles sont à l'origine d'un peu moins d'un quart des décès par tumeurs avec une proportion plus forte chez les filles (28,0%) que chez les garçons (17,6%). Les lymphomes ne constituent qu'une très faible part des décès par cancer (3,3%), sans comparaison avec le poids relativement élevé de ces cancers en termes de morbidité.

Il est à noter, enfin, l'importance des tumeurs in situ ou à évolution imprévisible dans la mortalité par tumeur des moins de 15 ans. Constituées principalement de tumeurs cérébrales, celle-ci sont à l'origine de 15,0% des décès par tumeur chez les Franciliens de moins de 15 ans.

On observe des taux standardisés de mortalité par cancer variables dans les départements d'Ile-de-France, allant de 2 décès pour 100 000 en Essonne et dans le Val-d'Oise à 3,3 en Seine-et-Marne. Ces taux, calculés sur de faibles effectifs de décès, ne présentent pas de différence significative par rapport à la moyenne nationale.



## 8 - Perspectives de développement du dispositif de surveillance des cancers en Ile-de-France

*Le cancer est une maladie grave qui affecte un grand nombre de Franciliens. Pourtant, les données permettant de mesurer l'évolution de cette maladie dans une région comme l'Ile-de-France, qui ne dispose pas de registre des cancers, sont peu nombreuses et pas toujours très récentes.*

*Plusieurs projets visent à améliorer l'état des connaissances sur les cancers en Ile-de-France.*

- la constitution d'une base de données histopathologiques des néoplasies mammaires diagnostiquées en Ile de France,*
- le système multi-sources de surveillance épidémiologique nationale des cancers de l'INVS.*



### **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. En 2005, cette association a mis en place 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.

Les premiers résultats de ce recueil ont été publiés en Octobre 2009 sur la base des données recueillies au cours des 52 premiers mois d'activité. Le transfert des données anatomopathologiques aux structures départementales de gestion du dépistage du cancer du sein va 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). Suite à cette première évaluation, il est possible que l'association envisage d'étendre le registre à d'autres types de cancer pouvant bénéficier d'un dépistage organisé.

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

Dans le cadre du Plan cancer, l'Institut national de veille sanitaire (InVS) développe un projet croisant plusieurs bases d'information :

- le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI),
- les affections de longue durée (ALD 30), centralisées au niveau du Système d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIR-AM),
- les Compte-rendus d'anatomie cytopathologique (ACP).

Ce système "multi sources" a pour vocation, à terme, de couvrir l'ensemble du territoire national et devrait permettre, pour les cancers justifiant une surveillance nationale, l'enregistrement fiable, rapidement actualisé, pérenne et exhaustif des nouveaux cas de cancers <sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Institut de Veille Sanitaire. Dossiers thématiques Cancers. Surveillance à partir du système multi-sources cancer <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/default.htm> (visite: 8 septembre 2010)



# Conclusion



**Progression de l'incidence des cancers**

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

- pour l'année 2005, 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 moyenne chaque année entre 2006 et 2008,
- le cancer a constitué le diagnostic principal de près de 115 000 séjours hospitaliers de Franciliens en 2007 (hors séances de radiothérapies et chimiothérapies).

Au début des années 1990, le réseau FRANCIM estimait à 34 500 le nombre annuel de nouveaux cancers dans la région, soit 15 500 de moins qu'en 2005. La progression observée entre 1990 et 2005 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 importante surtout chez les femmes. Une part de cette augmentation générale des nouveaux cas de cancer s'explique par une amélioration du dépistage : on découvre aujourd'hui des cancers à des stades plus 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 cancéreuse 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 la prostate, premier cancer chez l'homme, le cancer du sein, premier cancer chez la femme, ou le cancer du poumon, en forte progression chez la femme alors qu'il commence à diminuer chez l'homme. Des cancers moins fréquents connaissent une progression de leur incidence, c'est le cas notamment des mélanomes malins de la peau, des tumeurs du système nerveux central et des lymphomes malins non-hodgkiniens (en progression chez l'homme et chez la femme) ou des cancers des voies aéro-digestives supérieures chez la femme.

Au sein de l'Europe, la France se place parmi les trois pays ayant le taux d'incidence standardisé le plus élevé chez les hommes. Cette mauvaise position s'explique notamment par le cancer de la prostate, davantage diagnostiqué dans notre pays. La situation est plus favorable chez les femmes. Pour celles-ci, la situation en France est proche de la moyenne européenne.

### **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. Chaque année, ils provoquent le décès de plus de 12 500 Franciliens et de 9 500 Franciliennes. Les cancers à l'origine du plus grand nombre de décès chez l'homme sont le cancer du poumon (3 118 décès annuels), le cancer de la prostate (1 141 décès) et le cancer du côlon-rectum (1 118 décès). Chez la femme, ce sont le cancer du sein (1 882 décès par an, le cancer du poumon (1 182 décès) et le cancer colorectal (1 074 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 la femme et depuis le milieu des années 1980 chez les hommes. Sur la période allant de 1991 à 2006, en Ile-de-France, la baisse est plus marquée chez les hommes que chez les femmes. La tendance nationale est identique mais les baisses sont un peu plus importantes dans la région, accentuant ainsi la sous-mortalité des Franciliens et réduisant la sous-mortalité des Franciliennes. Comme pour la morbidité, ces évolutions globales (toutes localisations confondues) recouvrent d'importantes disparités selon le type de cancer considéré. En effet, la mortalité due à certains cancers, tel que le mélanome malin de la peau chez l'homme et, surtout, les cancers de la trachée, des bronches et du poumon chez les femmes, présentent une évolution positive.

### **Première cause de mortalité prématurée dans la région**

Un grand nombre de décès par cancer survient chez des personnes âgées de moins de 65 ans : 4 413 Franciliens et 2 887 Franciliennes sont décédés prématurément d'un cancer chaque année entre 2005 et 2007. Cette pathologie est ainsi la première cause de mortalité prématurée en Ile-de-France. L'Ile-de-France se caractérise par une mortalité prématurée par cancer inférieure à la moyenne nationale pour les hommes et comparable pour les femmes. Arrivant très nettement en tête, le cancer du poumon est la principale cause de décès chez les hommes de moins de 65 ans et la deuxième chez les femmes après le cancer du sein.

Sur la période allant de 1991 à 2006, la mortalité prématurée par cancer diminue pour les deux sexes et de façon plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Chez ces dernières, on observe une progression inquiétante, de 3,6% par an, de la mortalité prématurée par cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

**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 par cancer chez les hommes (taux comparatif de 225 décès annuels pour 100 000 hommes contre 243 en France) et une sur-mortalité chez les femmes (121 pour 100 000 contre 118).

Ces comparaisons entre régions françaises doivent toutefois être replacées dans le contexte européen où la France se caractérise par un niveau élevé de mortalité par cancer chez l'homme et une situation globalement favorable pour les Françaises. Les Français présentent en effet une forte sur-mortalité par cancer du foie que ne compense pas leur faible mortalité par cancer de l'estomac et du côlon-rectum, tandis que les Françaises bénéficient d'une sous-mortalité par cancers de l'estomac, du côlon-rectum mais aussi du poumon.

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. Les cantons situés en périphérie nord-est 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. C'est le cas également de quelques cantons du Val-de-Marne et de l'Essonne. A l'inverse, l'analyse permet de distinguer une 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. Elle confirme 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 et du côlon-rectum décidée au niveau national dans le cadre du Plan cancer 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 30%) n'est observée que pour un taux de participation de 70% des femmes invitées. En Ile-de-France, la participation au programme de dépistage organisé est de 40,2%, soit le taux de participation le plus faible des régions françaises. Cependant, en tenant compte du dépistage individuel, le taux de couverture régional (nombre de femmes de la classe d'âge dépistées au cours des deux dernières années) est alors de 71%.

**Le cancer, une maladie chronique comme une autre ?**

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 est alors gênée 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.

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.





# Annexes

- *Evolution des taux standardisés d'incidence par localisation cancéreuse en Ile-de-France entre 1990-2005*
- *Evolution des taux standardisés de mortalité par localisation cancéreuse en Ile-de-France entre 1991-2006*
- *Sources de données et définitions*
- *Bibliographie*



### Evolution des taux standardisés d'incidence des cancers en Ile-de-France

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

<b>Chez l'homme</b>	1990	1995	2000	2005	<i>Evolution annuelle 1990-2005 (%)</i>
Prostate	62,6	80,7	110,4	160,8	6,5
Mélanome de la peau	6,6	8,3	9,4	9,9	2,7
Lymphome malin non Hodgkinien	13,9	16,0	17,1	17,0	1,3
<b>Tous cancers</b>	<b>439,9</b>	<b>454,7</b>	<b>472,6</b>	<b>504,7</b>	<b>0,9</b>
Leucémies aigües	4,5	4,7	4,9	5,1	0,8
Rein	12,9	13,8	14,3	14,1	0,6
Leucémie lymphoïde chronique	4,8	4,8	4,8	4,8	0,0
colorectal	52,7	53,3	52,8	50,9	-0,2
Poumon	76,7	75,5	72,9	69,1	-0,7
Vessie	29,2	28,9	27,0	23,8	-1,4
Estomac	15,9	14,4	12,9	11,6	-2,1
Oesophage	16,3	14,4	12,0	9,6	-3,4
Lèvre, cavité buccale, pharynx	51,7	45,6	37,6	28,8	-3,8
Larynx	16,2	13,8	11,1	8,5	-4,2

<b>Chez la femme</b>	1990	1995	2000	2005	<i>Evolution annuelle 1990-2005 (%)</i>
Poumon	10,6	13,4	17,1	22,4	5,1
Oesophage	2,1	2,4	2,6	2,9	2,2
Sein	104,7	117,4	130,4	143,5	2,1
Mélanome de la peau	8,1	9,6	10,7	11,1	2,1
Lèvre, cavité buccale, pharynx	7,2	7,9	8,7	9,4	1,8
<b>Tous cancers</b>	<b>284,7</b>	<b>306,5</b>	<b>329,8</b>	<b>355,7</b>	<b>1,5</b>
Lymphome malin non Hodgkinien	9,5	10,8	11,6	11,7	1,4
Leucémie lymphoïde chronique	2,5	2,6	2,7	2,7	0,6
Leucémies aigües	3,3	3,4	3,5	3,6	0,6
Colorectal	35,3	35,7	35,8	35,9	0,1
Corps de l'utérus	14,5	14,5	14,5	14,5	0,0
Rein	5,4	5,8	5,8	5,4	-0,1
Vessie	4,6	4,4	4,1	3,8	-1,2
Col de l'utérus	13,1	11,3	10,0	9,0	-2,5
Estomac	6,8	6,0	5,2	4,5	-2,8

Taux standardisé sur la population européenne

Source : FRANCIM-InVS

**Evolution des taux standardisés de mortalité par cancer en Ile-de-France**

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

<b>Chez les hommes</b>	1991	1996	2001	2006	Evolution annuelle 1991-2006 (%)
Mélanome malin de la peau	2,0	2,0	2,2	2,4	1,1
Pancréas	11,8	11,1	11,5	11,6	-0,1
Rein	6,6	6,7	6,1	6,1	-0,5
Leucémie**	8,7	8,1	8,0	7,6	-0,8
Lymphome malin non-Hodgkinien	7,1	7,4	6,4	6,0	-1,1
Vessie	11,6	11,4	9,7	9,4	-1,4
Trachée, bronches et poumon	74,5	69,3	61,9	58,5	-1,6
Côlon-rectum	26,9	25,2	21,4	20,5	-1,8
<b>Tous cancers</b>	<b>302,8</b>	<b>276,0</b>	<b>243,9</b>	<b>225,1</b>	<b>-2,0</b>
Prostate	29,5	27,6	22,7	20,7	-2,3
Estomac	11,4	9,8	8,3	7,6	-2,6
Lèvre, cavité buccale, pharynx	17,9	15,0	11,8	9,7	-4,0
Œsophage	13,7	10,9	8,6	7,3	-4,1
Larynx	9,0	6,4	4,1	3,2	-6,7

<b>Chez les femmes</b>	1991	1996	2001	2006	Evolution annuelle 1991-2006 (%)
Trachée, bronches et poumon	11,1	13,0	13,7	16,7	2,8
Pancréas	6,2	6,7	7,0	7,0	0,7
Mélanome malin de la peau	1,4	1,6	1,5	1,5	0,1
Vessie	2,3	2,4	2,0	2,0	-0,8
Leucémie**	5,0	5,2	4,6	4,4	-0,8
<b>Tous cancers</b>	<b>140,9</b>	<b>134,4</b>	<b>127,3</b>	<b>120,8</b>	<b>-1,0</b>
Rein	2,4	2,4	2,4	2,1	-1,0
Sein	31,5	30,6	27,8	26,3	-1,2
Utérus*	8,2	7,0	6,3	6,4	-1,6
Ovaire	9,1	8,2	7,4	7,0	-1,7
Lymphome malin non-Hodgkinien	4,5	4,5	4,3	3,3	-1,9
Côlon-rectum	16,8	15,3	13,9	12,4	-2,0
Œsophage	2,3	1,8	1,9	1,6	-2,6
Lèvre, cavité buccale, pharynx	2,6	2,3	2,3	1,6	-3,0
Estomac	5,6	3,9	3,6	2,8	-4,4

\* 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 de mortalité de chacune des localisation n'est pas précisé dans le tableau.

\*\* De même, les leucémies aigües et les leucémies lymphoïdes chroniques ne sont pas différenciées pour le calcul des taux standardisé de mortalité.

Taux standardisé sur la population européenne

Source : Score-santé

### **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.

A partir de 1975, certains départements français se sont dotés 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. En 2009, 25 registres existent en France métropolitaine : 13 registres généraux couvrant plus de 18,5% de la population et 12 registres spécialisés. A noter que, parmi les 12 registres spécialisés, 2 sont des registres nationaux couvrant les leucémie et les tumeurs solides de l'enfant (0-14 ans). Il existe aussi des registres généraux en Martinique, Nouvelle-Calédonie et Polynésie Française. La région Ile-de-France, quant à elle, ne possède pas de registres des cancers. Tous ces registres, à l'exception de ceux concernant les enfants, sont regroupés dans le Réseau français des registres des cancers (FRANCIM) créé en 1997.

Sur la base des données collectées, le réseau FRANCIM, en partenariat avec le département de biostatistique des Hospices civils de Lyon - Centre Hospitalier Lyon-Sud et l'Institut de Veille Sanitaire, propose des estimations d'incidence national et régionale des cancers. Ces estimations sont réalisées selon une méthode statistique qui repose sur l'utilisation du rapport entre incidence et mortalité dans les unités géographiques couvertes par un registre des cancers, avec application ensuite aux différentes régions. Cette démarche repose sur l'hypothèse d'une relative homogénéité des rapports entre incidence et mortalité, c'est-à-dire un niveau de survie, une tendance évolutive et une qualité des certificats de décès similaire partout en France.

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 2005.

### **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.

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 2007. Elles ont été exploitées par la Drees (données domiciliées et redressées).

### **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 2006, 2007 et 2008.

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)

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.

### **Données de mortalité**

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm, en collaboration avec l'INSEE, fournit annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès. Les données de mortalité sont établies à partir d'informations recueillies dans deux documents : le certificat et le bulletin de décès.

Les données du CépiDC couvrent toute la France et sont exhaustives. Elles permettent donc des études de la mortalité à des échelles très fines, telles que les cantons, ainsi que de l'évolution de la mortalité dans le temps et des variations spatiales.

**Taux standardisé (ou taux comparatif)**

Le taux standardisé 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 par âge observés dans la sous-population par la structure d'âge de la population de référence. Dans ce document, les taux standardisés de mortalité ou d'incidence sont calculés avec pour population de référence la population de européenne de 1976 (2 sexes).

**Cartes de la mortalité par canton :**

Ces cartes représentent les indices comparatifs de mortalité de la période 2004-2007. Le regroupement de quatre années d'observation augmente la validité des résultats à un niveau géographique fin.

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). Un test statistique permet de se prononcer sur le niveau de mortalité comparativement à la situation de référence. Dans ce document, le seuil de signification retenu est de 5%.

Le découpage de la région par canton utilisé pour ces cartes est le découpage en 258 « cantons-villes » de l'INSEE.

**Bibliographie :**

C. Pernet, O. Dejardin, F. Morlais, V. Bouvier, G. Launoy. Déterminants socio-économiques de la participation au dépistage organisé du cancer colorectal, Calvados (France), 2004-2006. *BEH*, n°12, 109-112

Institut National du Cancer. La situation du cancer en France en 2009, Collection Rapports&Synthèses, Octobre 2009

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.

Drassif/Efect. Tableau de bord du dépistage organisé du cancer de sein en Ile-de-France (Exploitation des données 2008), Février 2010

Institut de Veille Sanitaire. Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus, Etats des connaissances, Actualisation 2008

Registre national des hémopathies malignes de l'enfant, Registre national des tumeurs solides de l'enfant et InVS. Survie des cancers de l'enfant en France, 19990-1999 , Rapport du 27 novembre 2007

C. Hill, E. Jougl, F. Beck. Le point sur l'épidémie de cancer du poumon dû au tabagisme. *BEH*, n°19-20, 210-213

Haute Autorité de la Santé. Rapport d'orientation, Dépistage du cancer de la prostate, Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLOC publiés en mars 2009, Juin 2010

Agence française de la sécurité sanitaire de l'environnement et du travail. Une expertise collective de l'Inserm. Dossier Cancers et environnement, Octobre 2008

Réseau FRANCIM. Survie des patients atteints de cancer en France, Edition Springer, 2007

**Sites internet consultés :**

Institut de Veille Sanitaire  
<http://www.invs.sante.fr/index.asp>

SCORE-Santé de la FNORS  
<http://www.score-sante.org/score2008/index.htm>

Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2009, site de la Cnam :  
<http://www.ameli.fr/1-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/index.php>

CépiDC de l'Iserm  
<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>

Observatoire européen du Cancer du Centre international de Recherche sur le Cancer  
<http://eu-cancer.iarc.fr>

Eurostat (Statistiques générales et régionales de l'Union Européenne)  
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

EUROCARE (Données de survie sur des patients européens)  
<http://www.euocare.it/>



