



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFECTURE DE RÉGION BRETAGNE



Les cancers en Bretagne

Faits marquants

Avril 2010

Incidence en hausse, mortalité en baisse

Les tumeurs malignes, ou cancers, occupent une place de plus en plus importante dans la morbidité et la mortalité des pays développés.

Pour l'année 2009, le Réseau français des registres des cancers (Francim) estime par projection à près de 347 000 le nombre de nouveaux cas de cancers en France contre 170 000 trente ans plus tôt. Cette progression considérable des cancers s'explique, en partie, par l'augmentation de la population et par son vieillissement. Mais d'autres facteurs interviennent puisque, après standardisation sur la population mondiale, le taux d'incidence des hommes progresse de 278 à 378 cas pour 100 000 entre 1980 et 2009 (+1% par an) et celui des femmes de 177 à 262 cas pour 100 000 (+1,3%)¹.

L'essentiel de l'augmentation s'explique par le développement du dépistage, notamment du cancer du sein chez la femme et de la prostate chez l'homme et aussi par l'augmentation du cancer du poumon chez la femme.

En termes de mortalité, les cancers constituent la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme, juste derrière les affections cardio-vasculaires. En 2007, ils ont été responsables de près de 150 000 décès en France. Environ 29 % des décès par cancer (31% chez l'homme et 26% chez la femme) surviennent chez des personnes âgées de moins de 65 ans. Ces pathologies constituent ainsi la première cause de mortalité prématurée chez les hommes comme chez les femmes.

Contrairement à l'incidence, la mortalité par cancer, toutes localisations confondues, diminue depuis le milieu des années soixante chez les femmes et depuis la fin des années quatre-vingts chez les hommes : après standardisation sur la population mondiale, le taux de mortalité des hommes est passé de 214 à 161 cas pour 100 000 entre 1980 et 2005 (-1,1% par an) et celui des femmes de 100 à 80 cas pour 100 000 (-0,9%)^{1bis}. Cette diminution du risque de décéder d'un cancer traduit une amélioration progressive de l'espérance de vie des personnes atteintes d'un cancer, liée en partie au remplacement, dans l'incidence, de cancers de pronostic défavorable (voies aérodigestives supérieures et de l'œsophage, estomac) par des cancers de meilleur pronostic (prostate, sein).

Par rapport aux autres pays d'Europe², en 2007, la France occupe une position relativement défavorable en matière de mortalité par cancer chez les hommes (+4% par rapport au taux standardisé de l'Europe des 27), en raison notamment d'un niveau élevé de mortalité par cancer du foie et par cancers des voies aéro-digestives supérieures (lèvres, cavités buccales, pharynx, larynx, œsophage). La situation est plus favorable pour les Françaises dont la mortalité par cancer est inférieure de -12% à la moyenne de l'Europe des 27 grâce, à une mortalité par cancer de l'estomac plus faible et à une mortalité par cancer du poumon inférieure quoique en forte hausse.

Les facteurs de risque des cancers sont très divers et interagissent souvent entre eux. On estime actuellement que chaque année en France, 30 000 décès par cancer sont imputables au tabac chez l'homme (soit le tiers de l'ensemble des décès masculins par cancer), et 2 000 chez la femme (3,5 % des décès féminins par cancer). Le rôle de l'alcool et de l'alimentation est avéré mais plus difficile à préciser. Selon les auteurs^{3,4}, de 8 à 16% des décès par cancer seraient imputables à l'alcool et jusqu'à 35% aux facteurs nutritionnels. Le rôle des expositions professionnelles reste mal connu et très sous-estimé (il est confirmé cependant a minima pour l'exposition à l'amiante et aux poussières de bois).

RÉFÉRENCES

¹Hospices civils de Lyon / Institut de veille sanitaire / Institut national du cancer / Francim / Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2009. Rapport technique. Septembre 2009. <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers> [Accessed 12 10 2009].

^{1bis} A. Belot, M. Velten, P. Grosclaude, N. Bossard, G. Launoy, L. Remontet, E. Benhamou, L. Chérier-Challine et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005, Francim, INCa, Inserm, Hôpitaux de Lyon, INVS, décembre 2008.

² Données extraites du site web Eurostat : http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/database

³ C. Hill, F. Doyon, H. Sancho-Garnier, *Epidémiologie des cancers*, Médecine-Sciences, Flammarion, 1997.

⁴ WORLD HEALTH ORGANIZATION INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER IARC, Working Group, Reports, Volume 3, Attributable causes of cancer in France in the year 2000, Septembre 2007.

SIGLES UTILISÉS DANS LE DOCUMENT

ICM : indice comparatif de mortalité

ICR : indice comparatif de recours à l'hospitalisation

LBP : lèvre bouche pharynx

LMNH : lymphome malin non hodgkinien

RSI : ratio standardisé d'incidence

SNC : système nerveux central

Tum. Mal. Sec : tumeurs malignes secondaires

VADS : voies aérodigestives supérieures

Étude réalisée avec le soutien de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales dans le cadre de la convention additionnelle au contrat de projets État-Région

Rédaction : Léna Pennognon sous la direction du Dr Isabelle Tron

Conception graphique : Élisabeth Quéguiner

2 Contexte national

3 L'incidence en Bretagne

4 La mortalité en Bretagne

5 La mortalité : disparités à l'intérieur de la région

6 Incidence et mortalité selon les localisations cancéreuses

7 Évolution de la mortalité et de l'incidence au cours des 10 dernières années

8 Morbidité hospitalière

9 Le dépistage organisé dans la région

10 Le registre des cancers de l'enfant en Bretagne

11 Le registre des tumeurs de l'appareil digestif du Finistère

Une incidence en constante progression

En Bretagne comme en France métropolitaine, l'incidence des cancers est en progression depuis le début des années 80. Sur la période la plus récente entre 1995 et 2005, les tendances diffèrent selon le sexe. Si les bretonnes conservent leur avantage sur les françaises du fait d'une évolution semblable de l'incidence (+17%) entre 1995 et 2005, en revanche, les bretons présentent une évolution des taux plus marquée (+18% contre +14%) et une position plus défavorable par rapport à leurs homologues français. En effet, en 2005, l'incidence du cancer chez les hommes est plus fréquente en Bretagne, le nombre de nouveaux cas de cancer pour 100 000 hommes est estimé à 438 dans la région contre 376 pour 100 000 hommes en France. Chez les femmes, la situation est meilleure que celle des hommes puisque l'incidence des cancers chez les bretonnes est inférieure à la moyenne nationale (238 nouveaux cas de cancers pour 100 000 femmes en Bretagne contre 252 en France).

En vingt cinq ans, les cancers ont doublé dans la région

On estime le nombre de nouveaux cas de cancers en Bretagne pour l'année 2005 à plus de 18 150 (contre près de 9 000 vingt cinq ans plus tôt) avec une nette prédominance masculine (11 232 hommes, soit 62%).

Les cancers se développent avec l'âge, davantage chez les hommes

En Bretagne comme en France, les taux d'incidence sont faibles avant 45 ans et proches pour les deux sexes jusqu'à 50-54 ans. Ensuite, les taux augmentent progressivement, plus rapidement chez les hommes que chez les femmes. Si la situation est comparable chez les bretonnes et les françaises, en revanche, les taux bretons sont supérieurs aux taux français. L'écart entre les deux populations s'accroît à mesure que l'âge progresse et devient maximal entre 75 et 79 ans, âges où les taux culminent. Au-delà, les taux masculins diminuent et l'écart entre bretons et français reste relativement constant.

Comparée aux autres régions françaises, la Bretagne se caractérise par une situation défavorable chez les hommes et plutôt favorable chez les femmes

Chez les hommes, en 2005, la Bretagne se situe à la deuxième place des régions les plus touchées par le cancer juste derrière le Nord-Pas-de-Calais. L'incidence est supérieure de +15% par rapport à la moyenne nationale, les écarts variant de -17% en Midi-Pyrénées à +29% dans le Nord-Pas-de-Calais.

Chez les femmes, les variations géographiques selon les régions sont moindres. La Bretagne occupe une position moyenne comme la majorité des régions avec un ratio standardisé d'incidence égal à 95 pour l'année 2005, les écarts variant de -9% en Midi-Pyrénées à +20% dans le Nord-Pas-de-Calais.

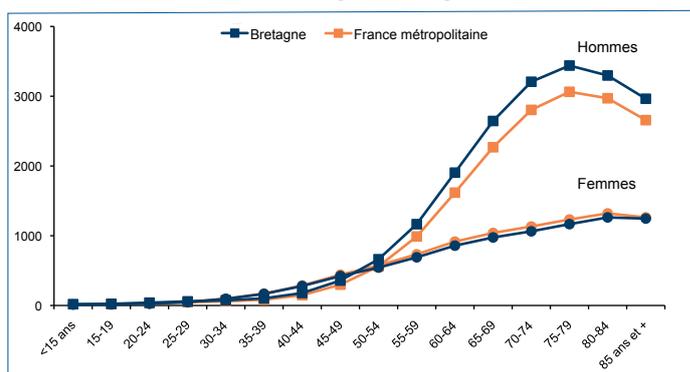
Incidence par sexe en Bretagne et en France

	1980	1985	1990	1995	2000	2005
Hommes						
Nombre de nouveaux cas en Bretagne	5 350	6 132	6 954	7 942	9 287	11 232
Taux standardisé en Bretagne	312	336	354	372	397	438
<i>Taux standardisé en France métropolitaine</i>	<i>278</i>	<i>298</i>	<i>314</i>	<i>329</i>	<i>346</i>	<i>376</i>
Femmes						
Nombre de nouveaux cas en Bretagne	3 641	4 063	4 564	5 206	5 979	6 927
Taux standardisé en Bretagne	166	176	189	204	220	238
<i>Taux standardisé en France métropolitaine</i>	<i>177</i>	<i>187</i>	<i>200</i>	<i>216</i>	<i>233</i>	<i>252</i>

Sources : Francim, Insee, Score-santé
Unité : Taux standardisés pour 100 000

Exploitation ORS Bretagne

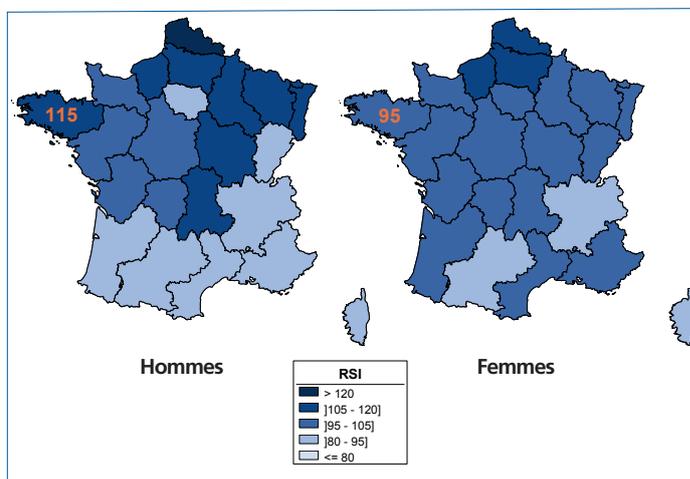
Taux d'incidence selon le sexe et l'âge en Bretagne en 2005



Sources : Francim, Insee,
Unité : Taux pour 100 000

Exploitation ORS Bretagne

Positionnement de la Bretagne au sein des régions françaises en 2005 – Ratio standardisé d'incidence (RSI France = 100)



Sources : Francim, Insee

Exploitation ORS Bretagne

PRÉCISION

Les estimations régionales de l'incidence en France sont réalisées par l'InVS sur la base des données des registres appartenant au réseau Francim, il n'existe pas d'estimation au niveau départemental.

DÉFINITION

Le ratio standardisé d'incidence (RSI) permet de comparer le taux d'incidence d'une population spécifique (région) à celui d'une population de référence (France métropolitaine). Ce ratio standardisé d'incidence se calcule par standardisation indirecte afin d'éliminer les variations de structure d'âge et de sexe. Ce ratio est également exprimé en base 100 : il n'existe pas de différence observée entre deux taux d'incidence si le ratio est égal à 100.

Une mortalité en baisse

Au cours de la dernière décennie (1995-2005), la mortalité par cancer a diminué de - 9% en Bretagne, de manière plus importante chez les hommes (-13%) que chez les femmes (-2%). Si la région est restée proche de la moyenne nationale tout au long de la période chez les femmes, en revanche, chez les hommes bien que toujours en situation de surmortalité par rapport à la moyenne française, l'écart s'est réduit depuis la fin des années quatre-vingt dix.

Une prédominance masculine

En Bretagne, le cancer a été la cause de plus de 8 300 décès en moyenne annuelle sur la période 2005-2007 (5101 hommes et 3201 femmes). La majorité des décès concerne des hommes (61%), et le taux masculin standardisé de mortalité est plus de 2 fois supérieur au taux féminin, respectivement 380 pour 100 000 contre 162 pour 100 000 sur la période 2005-2007. Ce constat se vérifie à l'échelle nationale où les taux standardisés masculins et féminins sont respectivement égaux à 353 et 167 pour 100 000.

Les taux de mortalité augmentent fortement avec l'âge, davantage chez les hommes

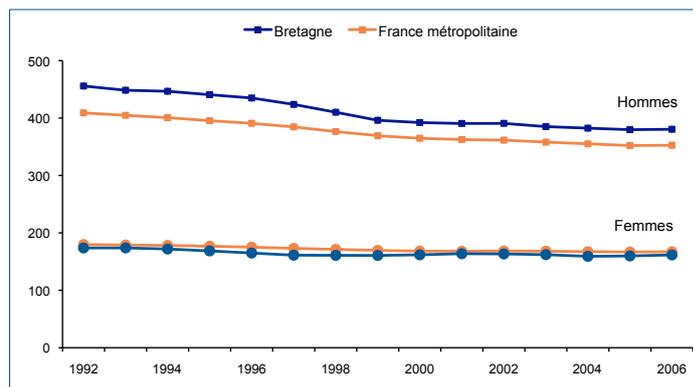
En Bretagne comme en France, la mortalité par cancer est faible et voisine pour les deux sexes jusqu'à 50 ans ensuite à mesure que l'âge augmente, l'écart se creuse entre les hommes et les femmes. Ainsi à partir 50 ans, les taux masculins sont plus de 2 fois plus élevés que ceux des femmes. La courbe culminant à 85 ans et plus : la surmortalité masculine est maximale chez les plus âgés.

Une position défavorable de la région chez les hommes et favorable chez les femmes

Chez les hommes, la Bretagne se situe parmi les régions les plus touchées avec une surmortalité par cancer de +8% par rapport à la moyenne française, les écarts variant de -14% en Midi-Pyrénées à +32% dans le Nord-Pas-de-Calais.

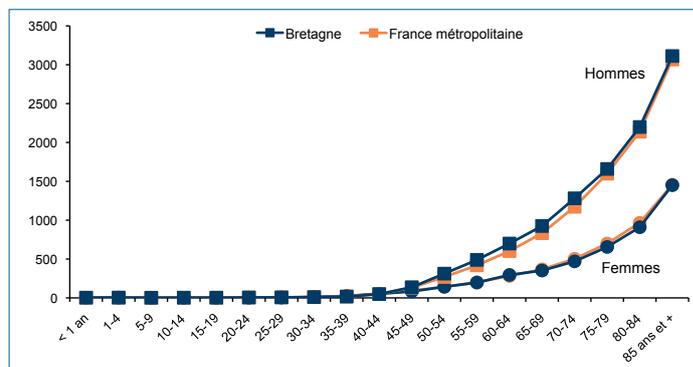
Chez les femmes, avec une sous-mortalité de -3%, la Bretagne occupe une position favorable parmi les régions françaises, les écarts variant de -7% en Midi-Pyrénées à +14% dans le Nord-Pas-de-Calais.

Évolution des taux standardisés de mortalité par cancer (toutes localisations confondues) depuis 1991-1993



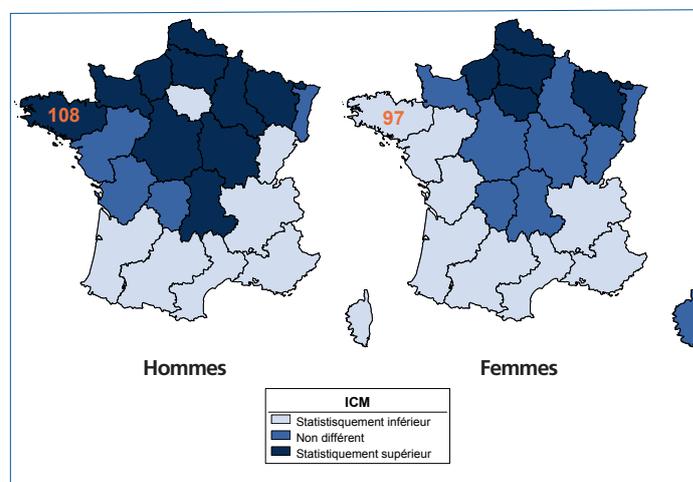
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé
Exploitation ORS Bretagne
(L'année est l'année centrale de la période triennale, ex : 1992 pour 1991-1993)
Unité : Taux standardisés pour 100 000

Taux de mortalité par cancer (toutes localisations confondues) selon le sexe et l'âge en Bretagne en 2005-2007



Sources : Inserm, Insee, Fnors Score-santé
Exploitation ORS Bretagne
Unité : Taux pour 100 000

Positionnement de la Bretagne au sein des régions françaises en 2005-2007 – Indice comparatif de Mortalité (ICM France = 100)



Sources : Francim, Insee, Fnors Score-santé
Exploitation ORS Bretagne

Détail des sigles utilisés : voir encart page 2.

PRÉCISION MÉTHODOLOGIQUE

La déclaration obligatoire du décès et de sa cause médicale permet de disposer de données exhaustives et de réaliser des études rétrospectives. Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm est l'organisme diffuseur de ces statistiques annuelles.
<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>

DÉFINITIONS

■ **Les taux standardisés de mortalité** s'expriment en nombre de décès pour 100 000 personnes. Ils correspondent au taux que l'on observerait dans la région si celle-ci avait la même structure par sexe et âge que la population de référence (ici, la population française au recensement de 2006). Les taux standardisés autorisent les comparaisons entre deux périodes, entre les sexes et entre les unités géographiques retenues. Les taux sont calculés sur une période triennale.

■ **Les indices comparatifs de mortalité (ICM)** permettent de comparer le niveau de risque de décès dans une zone géographique donnée (région, département, territoire de santé,...), à celui d'une zone géographique de référence (la France métropolitaine pour les comparaisons régionales et départementales et la Bretagne pour les territoires de santé, ICM référence = 100) indépendamment des variations de structure d'âge et de sexe. Par exemple, un ICM égal à 110 signifie, que toute chose égale par ailleurs, la zone géographique considérée présente un risque de mortalité accru de 10% par rapport au niveau de la zone choisie comme référence. Les ICM sont calculés sur une période triennale.

LA MORTALITÉ : DISPARITÉS À L'INTÉRIEUR DE LA RÉGION

Des disparités départementales de mortalité au sein de la région
Globalement, la mortalité par cancer varie selon les départements bretons. L'Ille-et-Vilaine est le département le moins touché avec le taux standardisé le plus faible de la région, à l'inverse le Finistère présente la situation la plus défavorable avec le taux standardisé le plus élevé.

Chez les hommes, trois départements présentent une surmortalité significative par rapport à la moyenne française :

- Le Finistère totalisant en moyenne 1600 décès annuels soit le taux standardisé de mortalité le plus élevé de la région (405 décès pour 100 000)
- Le Morbihan avec plus de 1200 décès annuels, soit 392 décès pour 100 000
- Les Côtes d'Armor avec près de 1100 décès annuels, soit un taux égal à 389 décès pour 100 000

À l'inverse, le département d'Ille-et-Vilaine présente une situation plus favorable que la moyenne française : si le nombre moyen annuel y atteint près de 1200 décès, en revanche, le taux standardisé de mortalité est inférieur au taux français, respectivement 338 décès pour 100 000 contre 353 pour 100 000.

Chez les femmes, deux départements se démarquent significativement de la moyenne française et présentent une sous mortalité :

- L'Ille-et-Vilaine avec plus de 770 décès annuels, soit un taux de 151 décès pour 100 000
- Les Côtes d'Armor avec près de 670 décès annuels, soit un taux de 160 décès pour 100 000

Bien que le cancer soit responsable annuellement de près de 1000 décès dans le Finistère et de plus de 770 dans le Morbihan, ces deux départements ne se distinguent pas significativement de la moyenne française, leurs taux standardisés de mortalité sont proches de celui de la France métropolitaine.

Une situation selon les territoires de santé plus fortement contrastée chez les hommes que chez les femmes

Globalement, la mortalité par cancer selon les territoires de santé est marquée par une opposition est-ouest : Rennes-Fougères-Vitré-Redon présente une situation favorable avec une sous-mortalité de -11% alors que Brest-Morlaix occupe une position défavorable avec une surmortalité de +9% ; les autres territoires se situent au niveau de la moyenne régionale.

Chez les hommes, la mortalité par cancer varie selon les territoires de santé. Le territoire de Rennes – Fougères - Vitré – Redon présente la situation la plus favorable avec une sous mortalité de -16% à l'inverse trois territoires se situent dans une position défavorable en situation de surmortalité par rapport à la moyenne régionale : Brest-Morlaix (+13%), Lorient - Quimperlé (+6%) et Saint-Brieuc – Guingamp (+5%). Les quatre autres territoires de santé ne se distinguent pas significativement de la moyenne régionale et affichent une position intermédiaire.

Chez les femmes, la situation selon les territoires de santé est beaucoup moins contrastée que chez les hommes puisque seul le territoire de santé de Rennes – Fougères – Vitré - Redon se distingue significativement de la moyenne régionale avec une sous mortalité par cancer de -6%, à l'inverse le territoire de Brest-Morlaix présente une surmortalité de +7%. Tous les autres territoires se positionnent au niveau de la moyenne régionale sans différence significative avec celle-ci.

Nombre moyen annuel de décès par cancer et taux standardisés de mortalité par cancer en 2005-2007

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre de décès	Taux standardisés 2005-2007	Nombre de décès	Taux standardisés 2005-2007	Nombre de décès	Taux standardisés 2005-2007
Côtes d'Armor	1 096	389	666	160	1 762	251
Finistère	1 600	405	993	168	2 593	263
Ille-et-Vilaine	1 182	338	771	151	1 953	226
Morbihan	1 223	392	771	169	1 994	257
Bretagne	5 101	380	3 201	162	8302	249
France métropolitaine	88 579	353	60 232	167	148 812	242

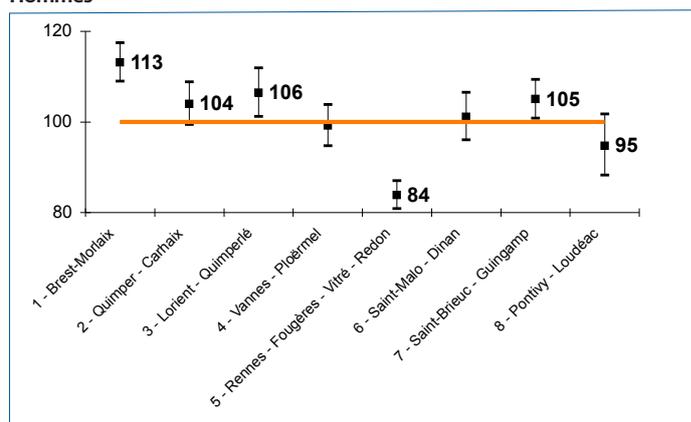
Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

Exploitation ORS Bretagne

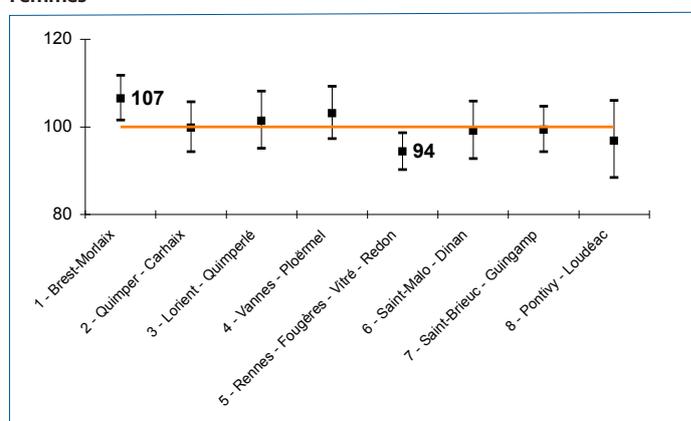
Unité : taux standardisés pour 100 000

Indices comparatifs de mortalité par cancer selon les territoires de santé en 2005-2007 (ICM Bretagne = 100)

Hommes



Femmes



Sources : Inserm CépiDc, Insee

Exploitation ORS Bretagne

LECTURE DU GRAPHIQUE

Lorsque l'indice comparatif de mortalité (ICM), symbolisé par l'intervalle de confiance et représenté par une barre verticale est :

- Coupé par la ligne orange correspondant à l'ICM Bretagne (égal à 100), il n'existe pas de différence significative avec la moyenne régionale.
- Inférieur à 100 et ne coupant pas la ligne orange, le territoire présente une sous mortalité significative par rapport à la moyenne régionale.
- Supérieur à 100 et ne coupant pas la ligne orange, le territoire présente une surmortalité significative par rapport à la moyenne régionale.

Seules les valeurs significatives ou en limite de significativité par rapport à la moyenne régionale sont indiquées dans les graphiques.

Détail des sigles utilisés : voir encart page 2.

DÉFINITION : LES TERRITOIRES DE SANTÉ

Le territoire de santé au niveau régional est un échelon géographique utilisé pour la réalisation des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Ces territoires sont au nombre de huit en Bretagne. Ils ont été définis suite à l'ordonnance du 4 septembre 2003 modifiant le dispositif de planification sanitaire par l'abandon de la logique de planification hospitalière au profit d'une démarche plus globale basée sur l'évaluation des besoins de santé. Ainsi, le SROS 3^{ème} génération (2006-2011) est devenu l'unique outil de planification et le territoire de santé le cadre réglementaire de l'organisation des soins.

INCIDENCE ET MORTALITÉ SELON LES LOCALISATIONS CANCÉREUSES

Poids des différentes localisations

En termes d'incidence dans l'ensemble de la population, les cinq localisations les plus fréquentes, en 2005, sont : le cancer de la **prostate** (4 125 cas), le cancer du **sein** (2 445 cas féminins), le cancer du **côlon rectum** (2 074 cas), le cancer de la **trachée, des bronches et du poumon** (1 555) et le cancer des **voies aérodigestives supérieures**¹(1 440 cas).

En termes de mortalité, le cancer de la **trachée, des bronches et du poumon** est responsable du plus grand nombre de décès (1 411 en moyenne annuelle en 2005-2007) suivi par le cancer du **côlon rectum** avec 909 décès, puis par le cancer des **voies aérodigestives supérieures** (666 décès) viennent ensuite avec des effectifs proches, le cancer du **sein** (562 décès) et celui de la **prostate** (526).

Chez les hommes

En Bretagne, le nombre de nouveaux cas de cancer chez les hommes a été estimé en 2005 à plus de 11 200 dont principalement 4 125 (37%) cancers de la **prostate**, 1 246 (11%) cancers des **VADS**, 1 232 cancers de la **trachée, des bronches et du poumon** (10%) et 1 134 (10%) cancers du **côlon rectum**.

Les cancers sont la première cause de mortalité chez l'homme avec plus de 5 100 décès en moyenne par an (soit 33% de l'ensemble des décès masculins). Le cancer de la **trachée, des bronches et du poumon** est responsable du plus grand nombre de décès avec 1 111 décès en moyenne annuelle (soit 22% de l'ensemble des décès par cancer) suivi par le cancer des **VADS** (572 décès, soit 11%), le cancer de la **prostate** (526 décès, soit 10%) et enfin, le cancer du **côlon rectum** (477, soit 9%).

Chez les femmes

En Bretagne, le nombre de nouveaux cas de cancer chez les femmes a été estimé à près de 7 000 en 2005. Le cancer du **sein** occupe la première place avec 2 445 cas (35% de l'ensemble des nouveaux cas) loin devant le cancer du **côlon rectum** (940 cas, soit 14%) puis le cancer de l'**utérus** (corps : 278 et col : 150, soit 6%). Le cancer de la **trachée, des bronches et du poumon** (323 cas, soit 5%) se classe en 4^{ème} position suivi, avec des effectifs proches, par le **mélanome** (290 cas, soit 4%) et enfin, le cancer de l'**ovaire** avec 256 nouveaux cas (4%).

Les cancers ont été responsables de plus de 3 200 décès féminins en moyenne annuelle sur la période 2005-2007, soit 22% de l'ensemble des décès, ils représentent la deuxième cause de décès après les maladies de l'appareil circulatoire. Le cancer du **sein** est au 1^{er} rang des décès par cancer chez la femme avec 562 décès (soit 18% des décès par cancer) devant le cancer du **côlon rectum** (432, soit 14%) puis le cancer de la **trachée, des bronches et du poumon** avec 300 décès, soit 9%. Ensuite, avec des effectifs proches, le cancer de l'**utérus**², le cancer de l'**ovaire** et le cancer de l'**estomac** représentent chacun 4% de l'ensemble des décès par cancer chez la femme.

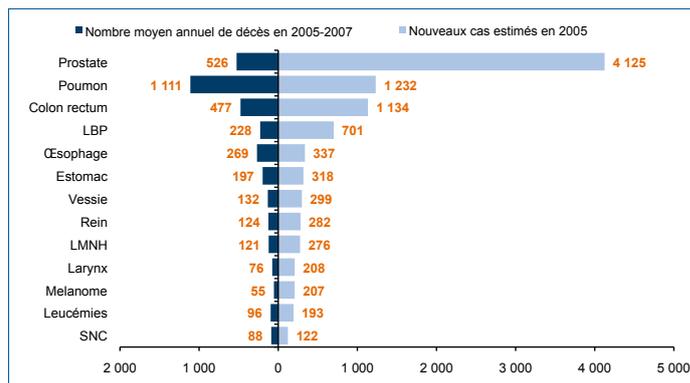
Les hommes nettement plus défavorisés que les femmes quelles que soient les localisations

En Bretagne, comme en France, les taux standardisés d'incidence et de mortalité des hommes sont toujours supérieurs à ceux des femmes. La différence Hommes/Femmes la plus marquée s'observe pour le cancer des VADS pour lequel l'incidence et la mortalité sont respectivement 9 et 8 fois plus élevées chez les hommes. Ensuite, le cancer de la vessie est 5 fois plus fréquent en termes d'incidence et la mortalité 4 fois plus élevée. Quant au cancer de la trachée, des bronches et du poumon, il touche près de 5 fois plus d'hommes que de femmes en incidence comme en mortalité.

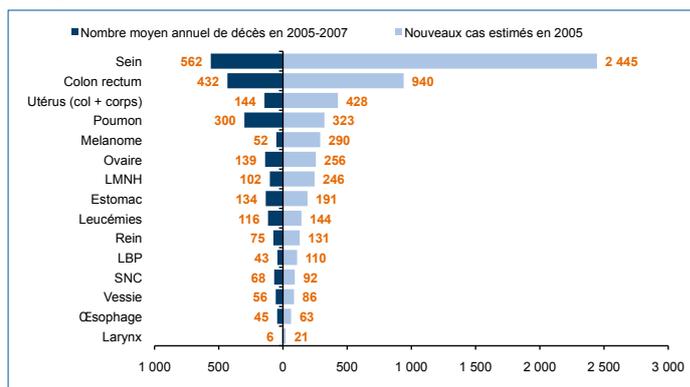
¹Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) regroupent les cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, les cancers de l'œsophage et les cancers du larynx (codes CIM10 : C00 à C14, C15 et C32).

²Une grande partie des décès par cancer de l'utérus est codée en CIM10 C55, c'est-à-dire en « tumeurs malignes de l'utérus sans précision », ainsi en Bretagne sur un total de 432 décès recensés pour la période 2005-2007, 111 mentionnaient le corps de l'utérus, 93 le col de l'utérus et 228 (soit 53%) étaient sans précision. On peut donc difficilement distinguer ces 2 localisations pour l'étude de la mortalité.

Classement des localisations cancéreuses en termes d'incidence et de mortalité, par ordre de fréquence décroissante de l'incidence Hommes



Femmes



Sources : Inserm CépiDc, Francim

Exploitation ORS Bretagne

Taux standardisés d'incidence en 2005 et de mortalité en 2005-2007 selon les localisations cancéreuses par ordre de fréquence décroissante de l'incidence

HOMMES	Mortalité en 2005-2007	Incidence en 2005
TOUS CANCERS	380,5	437,9
PROSTATE	45,4	150,6
TRACHEE BRONCHES POUMON	77,9	50,6
COLON RECTUM	37,3	40,3
LEVRE BOUCHE PHARYNX	15,9	30,7
OESOPHAGE	19,0	13,3
REIN	9,5	11,5
LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN	9,6	11,5
ESTOMAC	15,3	10,9
VESSIE	10,3	10,3
MELANOME DE LA PEAU	4,0	9,1
LARYNX	5,4	8,8
SYSTEME NERVEUX CENTRAL	6,1	6,1
LEUCEMIES AIGÜES	12,9*	4,9
LEUCEMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE		3,7

FEMMES	Mortalité en 2005-2007	Incidence en 2005
TOUS CANCERS	161,6	238,2
SEIN	17,6	95,8
COLON RECTUM	20,9	23,2
MELANOME DE LA PEAU	2,6	11,9
TRACHEE BRONCHES POUMON	16,4	11,5
CORPS DE L'UTERUS	7,4**	8,9
COL DE L'UTERUS		7,1
OVAIRES	10,5	8,8
LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN	5,1	7,9
ESTOMAC	6,5	4,3
REIN	3,7	4
SYSTEME NERVEUX CENTRAL	3,8	4
LEUCEMIES AIGÜES	6,4*	3,6
LEUCEMIE LYMPHOÏDE CHRONIQUE		1,8
LEVRE BOUCHE PHARYNX	2,3	3,5
VESSIE	2,7	1,9
OESOPHAGE	2,3	1,6
LARYNX	0,3	0,8

Sources : Inserm CépiDc, Francim, Insee, Fnors Score-santé
Unité : taux standardisé pour 100 000

Exploitation ORS Bretagne

Détail des sigles utilisés : voir encart page 2.

ÉVOLUTION DE LA MORTALITÉ ET DE L'INCIDENCE AU COURS DES 10 DERNIÈRES ANNÉES

Les cancers liés à l'alcool en net recul chez les hommes

Une diminution conjointe de l'incidence et de la mortalité est nettement marquée pour les cancers des VADS (lèvres, cavité buccale et pharynx, œsophage et larynx) et pour le cancer de l'estomac, de -25% et -36% pour l'incidence et de -33% et -43% pour la mortalité selon les différentes localisations concernées.

À l'inverse, le mélanome présente une augmentation conjointe de l'incidence et de la mortalité (respectivement, +20% et +41%).

Par ailleurs, le cancer de la prostate affiche la plus forte augmentation (+121%) de l'incidence associée à une diminution de la mortalité (-17%).

Le cancer du côlon rectum relativement stable en incidence (-2%) diminue en mortalité (-12%) tandis que le cancer de la vessie diminue en incidence (-17%) et reste stable (-1%) au niveau de la mortalité. Les autres localisations (cancer de la trachée, des bronches et du poumon, cancer du rein, leucémies et lymphôme malin non hodgkinien) évoluent peu, autour de +5%, en incidence comme en mortalité.

Les cancers du poumon en forte progression chez les femmes

Globalement, l'évolution au cours des 10 dernières années est moins favorable pour les femmes que pour les hommes puisque seul le cancer de l'estomac affiche une diminution conjointe de l'incidence et de la mortalité, respectivement (-28%) et (-33%).

À l'inverse, les localisations cancéreuses qui présentent une augmentation conjointe de l'incidence et de la mortalité sont nombreuses, les plus remarquables étant :

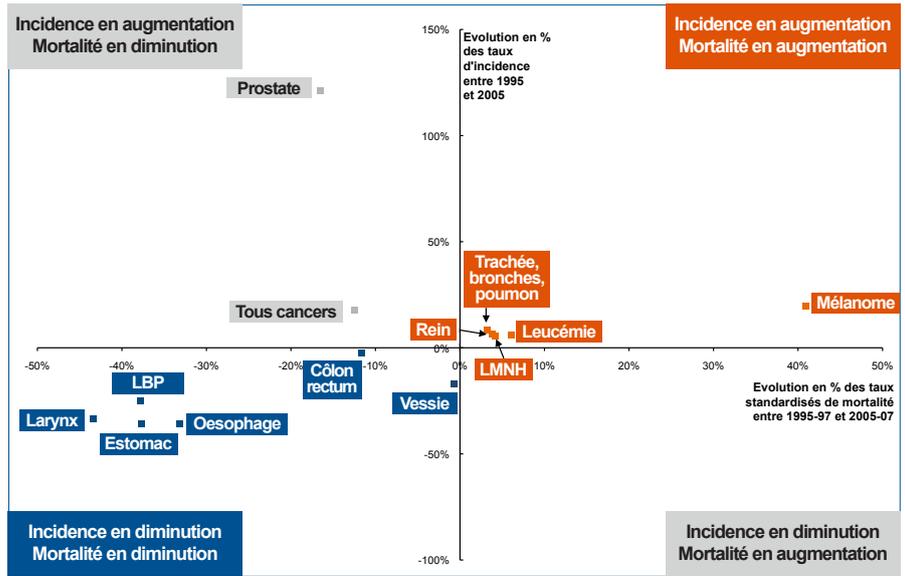
- le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (+83% en incidence, et +76% en mortalité)
 - le cancer du rein (+90% et +17%)
 - le mélanome (+14% en incidence comme en mortalité).
- Trois localisations se distinguent par une incidence en augmentation et une mortalité en baisse :
- le cancer de l'utérus (+95% et -9%)
 - le lymphome malin non hodgkinien (+108% et -15%)
 - le cancer du larynx (+33% et -18%)

Le cancer du sein croît fortement en incidence (+28%) alors que la mortalité est plutôt stable (+4%) tandis que le cancer de l'ovaire, stable en incidence, diminue en mortalité (-10%).

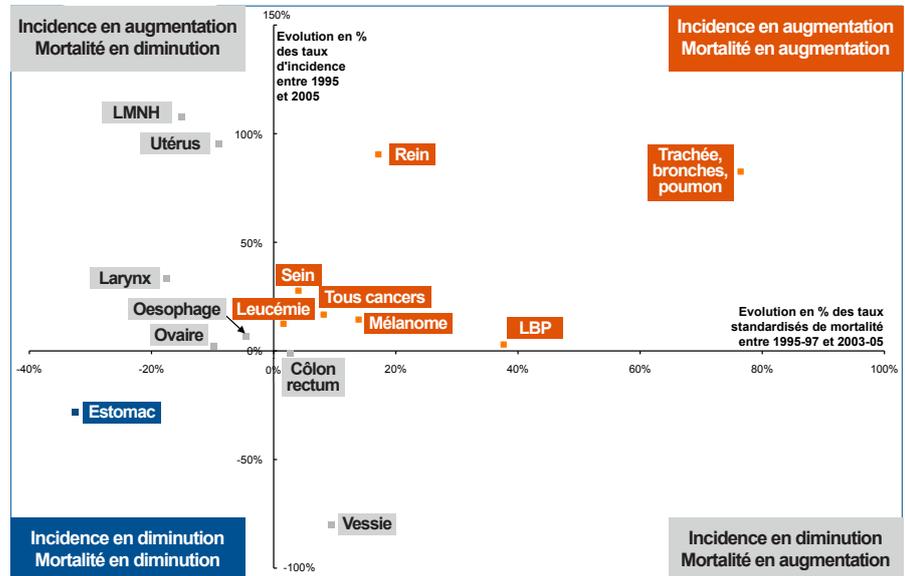
Le cancer de la vessie se différencie des autres localisations cancéreuses par une forte diminution de son incidence (-80%) alors que la mortalité augmente (+9%). Par ailleurs, une seule localisation cancéreuse évolue très peu : il s'agit du cancer du côlon rectum, relativement stable en incidence (-1%) et en mortalité (+3%).

Évolution des taux d'incidence et de mortalité par cancer en Bretagne entre 1995 et 2005

Hommes



Femmes



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Fnors Score-santé

Exploitation ORS Bretagne

LECTURE DU GRAPHIQUE

L'évolution des taux standardisés d'incidence estimée entre 1995 et 2005 et celle des taux standardisés de mortalité entre 1995-1997 et 2005-2007 ont été représentées sur les deux graphiques suivants.

L'évolution de l'**incidence** s'exprime le long de l'**axe vertical** : plus un point est haut, plus l'incidence est en augmentation, à l'inverse tous les points situés au-dessous de l'axe horizontal traduisent une diminution de l'incidence, ainsi plus les points sont bas plus la diminution de l'incidence est forte.

L'évolution de la **mortalité** s'exprime le long de l'**axe horizontal** : plus un point se situe à droite, plus la mortalité s'est accrue, à l'inverse tous les points situés à gauche de l'axe horizontal reflètent une baisse de la mortalité, ainsi plus les points sont éloignés à gauche plus la baisse de la mortalité a été importante entre les deux périodes.

Les points proches de l'origine du graphique témoignent, quant à eux, d'une situation qui évolue peu tant en incidence qu'en mortalité.

Plus de 36 600 séjours hospitaliers pour cancer en Bretagne

En 2007, 36 603 séjours hospitaliers pour cancer ont été décomptés en Bretagne, soit 5% de l'ensemble des hospitalisations en unité de court séjour (6% chez les hommes et 4% chez les femmes). Une majorité de ces séjours concerne des hommes (58%), sauf entre 25 et 44 ans et à partir de 85 ans où les femmes sont plus nombreuses.

Les recours hospitaliers pour cancer augmentent fortement avec l'âge, davantage chez les hommes

Le recours à l'hospitalisation pour cancer selon l'âge est similaire en Bretagne et en France. Rares avant 45 ans, les hospitalisations pour tumeurs malignes augmentent ensuite fortement, plus particulièrement pour les hommes. Si les taux d'hospitalisations pour tumeurs malignes sont voisins pour les deux sexes jusqu'à 55 ans, ensuite l'écart entre hommes et femmes s'accroît à mesure que l'âge progresse. Le recours à l'hospitalisation pour cancer selon l'âge en Bretagne est similaire à la moyenne française.

Le cancer de la prostate, 1^{er} motif d'hospitalisation en soins de courte durée pour cancer

Les motifs de recours les plus fréquents concernent le cancer de la prostate avec 4 323 séjours soit 12% de l'ensemble des séjours pour cancer, suivi par le cancer du côlon rectum (3 825 séjours, soit 10%) puis, à égale fréquence, le cancer du sein (3 456 séjours, soit 9%) et le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (3 337, soit 9%).

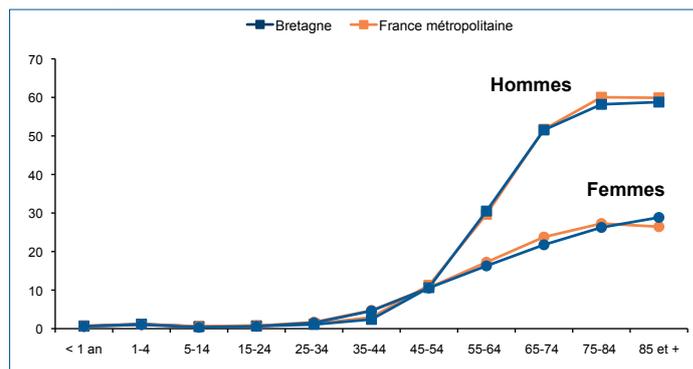
Une position régionale dans la moyenne...

Quel que soit le sexe, les variations géographiques du recours à l'hospitalisation en court séjour pour cancer selon les régions françaises sont peu marquées. La Bretagne se situe à un niveau moyen avec un ICR égal à 99 pour les hommes et à 96 pour les femmes, soit respectivement une fréquence des hospitalisations pour cancer inférieure de -1% et de -4% par rapport à la moyenne nationale.

...mais une situation contrastée au sein de la région

Dans un contexte de recours régional proche de la moyenne nationale, la situation est plus contrastée au niveau départemental. Les départements des Côtes d'Armor et d'Ille-et-Vilaine se démarquent par un recours à l'hospitalisation pour cancer plus faible que la moyenne nationale ceci pour les deux sexes, à l'opposé, les départements du Finistère et du Morbihan présentent un recours plus élevé.

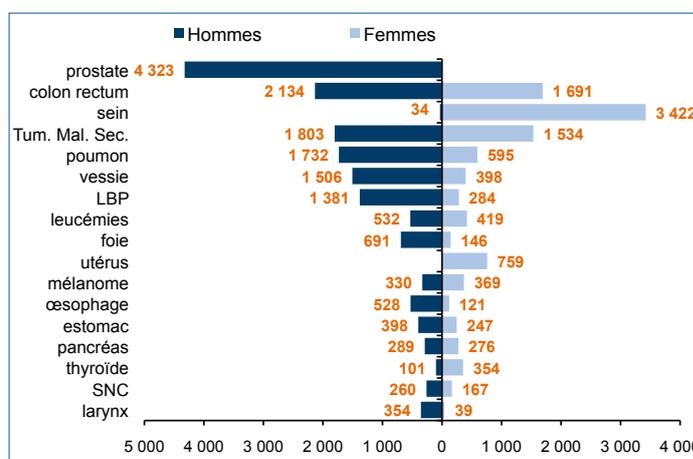
Taux d'hospitalisation en soins de courte durée pour cancer selon le sexe et l'âge en Bretagne en 2007



Sources : DREES PMSI MCO 2007
Unité : Taux pour 1 000

Exploitation ORS Bretagne

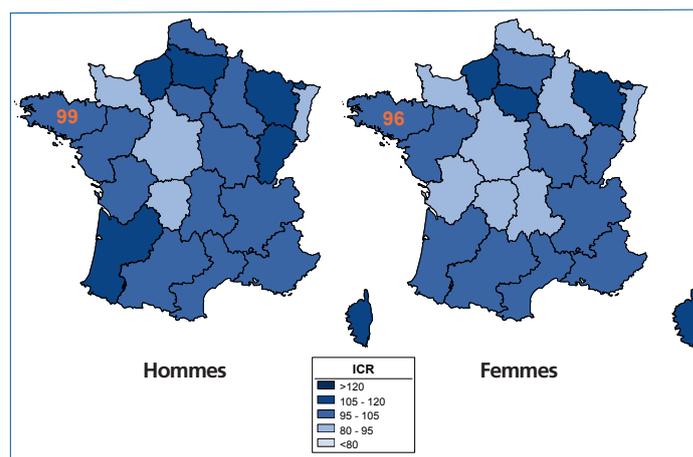
Poids des différentes tumeurs malignes comme motifs d'hospitalisation en soins de courte durée selon le sexe en 2007 par ordre de fréquence décroissante des effectifs masculins



Sources : DREES PMSI MCO 2007

Exploitation ORS Bretagne

Positionnement de la Bretagne au sein des régions françaises en 2005-2007 – Indice comparatif de Recours à l'hospitalisation (ICR France = 100)



Sources : Francim, Insee, Fnors Score-santé

Exploitation ORS Bretagne

Nombre de séjours et taux standardisés de recours à l'hospitalisation pour cancer selon le sexe en 2007

	Hommes		Femmes		Ensemble	
	Nombre de séjours	Taux standardisés	Nombre de séjours	Taux standardisés	Nombre de séjours	Taux standardisés
Côtes d'Armor	4 424	12,7	3 171	7,5	7 595	9,6
Finistère	6 649	13,7	4 796	7,8	11 445	10,2
Ille-et-Vilaine	4 718	10,6	3 454	6,1	8 172	8,0
Morbihan	5 489	13,9	3 902	7,9	9 391	10,4
Bretagne	21 280	12,7	15 323	7,3	36 603	9,5
<i>France métropolitaine</i>	<i>408 171</i>	<i>12,9</i>	<i>298 198</i>	<i>7,6</i>	<i>706 369</i>	<i>9,9</i>

Sources : DREES PMSI MCO 2007,
Unité : Taux standardisés pour 1 000

Exploitation ORS Bretagne

PRÉCISION MÉTHODOLOGIQUE

Les données de morbidité hospitalières présentées sont issues de la base de données PMSI de la Direction de la Recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Elles permettent une approche en termes de prise en charge associée aux cancers affectant la population bretonne. L'unité de compte est le séjour dans les services de soins de courte durée MCO (Médecine, Obstétrique et Chirurgie) et non pas le patient. Les venues en hospitalisation inférieure à 24 heures pour des traitements réalisés en séances (chimiothérapies, radiothérapies...) sont exclues du champ de l'étude. De même, sont absentes les unités de soins de courte durée MCO des hôpitaux locaux et celles des établissements à tarif d'autorité. De fait, les données ne reflètent pas l'incidence et s'en écartent sensiblement.

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DANS LA RÉGION

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN

Le dépistage organisé du cancer du sein, généralisé à l'ensemble de la région en 2003, s'adresse à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans qui sont invitées à réaliser une mammographie tous les deux ans. L'association pour le cancer du sein en Ille-et-Vilaine (ADEC) a organisé la première campagne de dépistage en 1996. En 2003, elle a été rejointe par les structures de gestion des trois autres départements. Ainsi, l'année 2007 correspond pour les Côtes d'Armor (ADEC ARMOR), le Finistère (ADEC 29) et le Morbihan (ADECAM) à la 1^{ère} année de leur 3^{ème} campagne et pour l'Ille-et-Vilaine à la 2^{ème} année de la 6^{ème} campagne.

Une participation en hausse par rapport à 2005, atteignant près de 60% en 2007

Le taux de participation pour la région est de 59,4%. Cependant, il existe des disparités selon les départements, en partie liées aux différences de planification des invitations. Le Morbihan apparaît comme le département où la mobilisation est la plus forte (65%), les autres départements se situent dans une fourchette variant de 57 à 59%.

6 cancers du sein pour 1 000 dépistages

Les résultats basés sur les données d'une seule année de campagne ont un caractère provisoire qui limite l'analyse des comparaisons départementales. Au niveau régional, 1000 dépistages se concluent par le diagnostic de 6 cancers du sein. Les Côtes d'Armor et le Finistère ont des taux supérieurs à ceux observés en Ille-et-Vilaine et dans le Morbihan.

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU CÔLON

Le dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble de la région en 2008. Il repose sur le test Hemoccult (recherche de sang occulte dans les selles) proposé tous les deux ans aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans. Une coloscopie complète doit être réalisée en cas de test positif. Le dépistage est organisé depuis 2003 en Ille-et-Vilaine, depuis fin 2004 dans le Finistère, juillet 2007 dans les Côtes d'Armor et janvier 2008 dans le Morbihan.

Participation contrastée dans le Finistère et en Ille-et-Vilaine¹

La participation dans le Finistère accuse une diminution en 2007 en raison d'un démarrage retardé, sur la même période elle a progressé en Ille-et-Vilaine. Dans ce contexte, les taux de participation ne pourront être réellement interprétés qu'à partir des dépistages réalisés sur l'ensemble de la campagne et non sur une seule année. La valeur prédictive positive du test Hémoccult pour un cancer est équivalente en 2007 dans les deux départements : 8,5% dans le Finistère et 8,6% en Ille-et-Vilaine.

Taux de participation dans les départements et sur la région en 2005 et en 2007

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Taux en 2007	57,7%	58,9%	56,6%	64,6%	59,4%
Taux en 2005	50,4%	58,2%	55,8%	59,9%	56,4%

Sources : Structures de gestion

Exploitation ORS Bretagne

Cancers du sein dépistés dans les départements et sur la région en 2007

	Côtes d'Armor	Finistère	Ille-et-Vilaine	Morbihan	Bretagne
Nombre provisoire de cancers détectés	173	245	180	178	776
Taux provisoire de cancers pour 1000 dépistages	6,6	6,3	5,3	5,2	5,8

Sources : Structures de gestion

Exploitation ORS Bretagne

Taux de participation dans le Finistère et en Ille-et-Vilaine en 2007

	Finistère	Ille-et-Vilaine
Taux en 2007	40,4%	49,9%
Taux de la campagne précédente	50%	46,5%

Sources : Structures de gestion

Exploitation ORS Bretagne

Cancers du côlon rectum dépistés dans le Finistère et en Ille-et-Vilaine en 2007

	Finistère	Ille-et-Vilaine
Nombre provisoire de cancers détectés	68	76
Taux provisoire de cancer colorectal*	8,5%	8,6%

*Nombre de cancers dépistés rapportés au nombre de coloscopie pour H+

Sources : Structures de gestion

Exploitation ORS Bretagne

¹Seuls départements présentant des données pour l'année 2007.

Depuis 1991, le registre des cancers de l'enfant recense l'ensemble des cas de cancers diagnostiqués chez les enfants âgés de moins de 15 ans. Le registre des cancers de l'enfant en Bretagne (RCEB), créé sous l'égide de l'Institut régional de la Mère et de l'Enfant, est sous la responsabilité technique de l'Observatoire régional de la santé de Bretagne. Il collabore depuis leur création aux registres nationaux des hémopathies malignes (RNHE) et des tumeurs solides (RNTSE). L'ensemble des praticiens libéraux non hospitaliers de la région Bretagne, ainsi que les autres professionnels des établissements publics et privés et du Centre Régional de Lutte contre le Cancer (CRLC) contribuent également au bon fonctionnement de ce registre.

Près de 1 200 enfants ont été atteints par un cancer dans la région entre 1991 et 2005

1 177 cas¹ ont été recensés par le registre breton des cancers de l'enfant au cours de la période 1991-2005, soit en moyenne 78 nouveaux cas par an.

Les deux tiers des cancers sont des leucémies, des tumeurs du système nerveux central et des lymphomes

Les trois principaux groupes diagnostiques qui constituent 66% de l'ensemble des cancers chez les enfants entre 0 et 14 ans sont les leucémies (30%), les tumeurs du SNC (système nerveux central : 24%) et les lymphomes (12%).

Plus de 2 cancers sur 5 (44%) sont diagnostiqués avant 5 ans

44% des cancers ont été diagnostiqués chez des enfants âgés de 0 à 4 ans et 28% chez les enfants de 5 à 9 ans comme chez les enfants de 10 à 14 ans.

L'incidence des cancers de l'enfant diminue avec l'âge

L'incidence des cancers est maximale chez les moins d'un an puis les taux décroissent avec l'âge, passant de 347 cas par million d'enfants avant 1 an, à 121 cas par million entre 1 et 4 ans, à 82 entre 5 et 9 ans et à 77 entre 10 et 14 ans.

La fréquence des types histologiques varie selon l'âge

Avant 1 an, les tumeurs du système nerveux sympathique (SNS) présentent l'incidence la plus élevée (95 cas par million) suivies par les tumeurs du SNC (62 cas par million) et les rétinoblastomes qui occupent la 3^{ème} place avec 33 cas par million. Entre 1 et 4 ans, les leucémies prédominent (44 cas par million) devant les tumeurs du SNC avec 26 cas par million et les tumeurs du SNS (15 cas par million). Entre 5 et 9 ans, les deux groupes diagnostiques les plus représentés sont les leucémies (27 cas par million) et les tumeurs du SNC (24 cas par million) suivi par les lymphomes (12 cas par million). Entre 10 et 14 ans, les 3 groupes diagnostiques les plus fréquents sont les mêmes qu'entre 5 et 9 ans, à la différence qu'ils présentent dans cette tranche d'âge des taux d'incidence très proches, respectivement 20, 18 et 17 cas par million.

Une incidence des cancers de l'enfant homogène selon les départements mais supérieure à la moyenne nationale

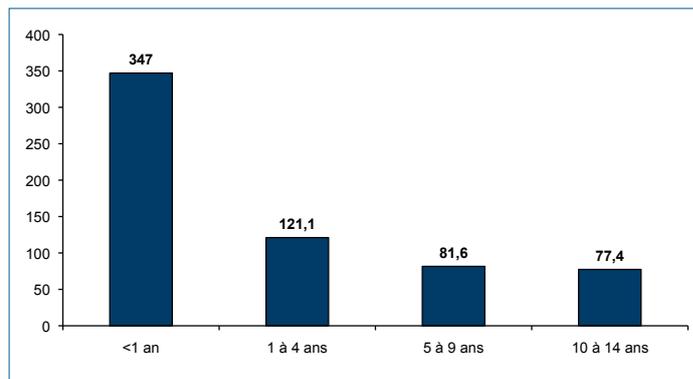
Aucune des différences observées au niveau départemental n'est statistiquement significative par rapport à la moyenne régionale sur la période 1991-2005. Cependant, l'incidence des cancers de l'enfant en Bretagne entre 1991 et 2005 est supérieure à celle mesurée sur la période 1990-1999 au niveau national à partir de l'ensemble des registres régionaux. Les principaux groupes diagnostiques concernés sont les leucémies (48,6 par million vs 42,3), les tumeurs du SNC (39 vs 29), les rétinoblastomes (6,5 vs 3,7), les tumeurs hépatiques (3,3 vs 1,5) et les tumeurs germinales (8,4 vs 4,5).

Nombre total de cas inclus, moyenne annuelle et taux standardisés d'incidence en Bretagne sur la période 1991-2005

Types histologiques	Bretagne ¹ période 1991-2005			France ² période 1990-1999	
	Effectifs cumulés	%	Effectifs moyen annuel	Taux d'incidence par million	Taux d'incidence par million
Leucémies lymphomes					
Leucémies	355	30%	24	48,6	42,3
Lymphomes	143	12%	10	16,7	15,6
Tumeurs solides					
Tumeurs du SNC	282	24%	19	39,0	29,1
Tumeurs du SNS	93	8%	6	19,0	14,1
Rétinoblastome	31	3%	2	6,5	3,7
Tumeurs rénales	60	5%	4	9,9	9,1
Tumeurs hépatiques	15	1%	1	3,3	1,5
Tumeurs osseuses	57	5%	4	6,4	6,6
Sarcomes	67	6%	4	9,6	7,4
Tumeurs germinales	53	5%	4	8,4	4,5
Carcinomes	20	2%	1	2,4	3,3
Tous cancers	1176	100%	78	169,5	137,5

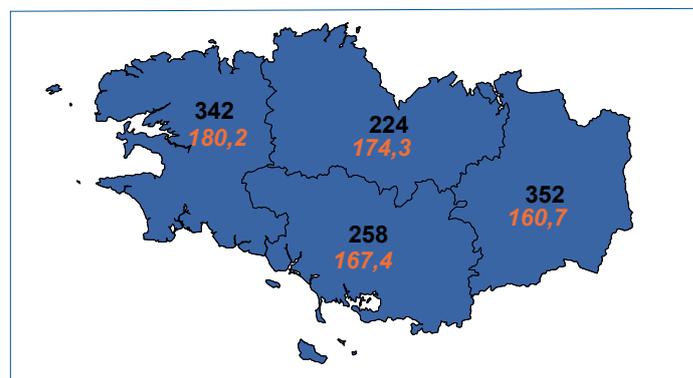
Sources : ORS Bretagne, Registre des cancers de l'enfant en Bretagne, exploitation Cire-Ouest
¹Les résultats reposent sur les 1 176 cas dont la localisation géographique a pu être renseignée.
²Estimations France réalisées à partir de 6 registres régionaux.

Taux d'incidence des cancers (par million) selon l'âge en Bretagne sur la période 1991-2005



Sources : ORS Bretagne, Registre du cancer de l'enfant en Bretagne, Exploitation Cire-Ouest

Effectifs cumulés et taux standardisés d'incidence (par million) selon les départements en Bretagne sur la période 1991-2005



Sources : ORS Bretagne, Registre du cancer de l'enfant en Bretagne, Exploitation Cire-Ouest

POUR EN SAVOIR PLUS sur la survie des cancers de l'enfant en Bretagne et en France : consultez l'article de l'European journal of cancer volume 44 sur le site de l'ORS Bretagne : http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/cancers_de_lenfant/

¹Les résultats reposent sur les 1 176 cas dont la localisation géographique a pu être renseignée.
 Détail des sigles utilisés : voir encart page 2.

LE REGISTRE DES TUMEURS DE L'APPAREIL DIGESTIF DU FINISTÈRE

Depuis 1984, le registre finistérien des tumeurs de l'appareil digestif recense de façon continue les patients atteints par une tumeur primitive, y compris un cancer in situ, du tractus digestif, du foie, du pancréas, des voies biliaires, du péritoine et des tissus rétro-péritonéaux. Il participe au Réseau national des registres Francim depuis 2003, et est reconnu par le comité national des registres (CNR).

Plus de 1 200 personnes atteintes par une tumeur digestive dans le Finistère en 2003-2005

1 185 nouveaux cas de tumeurs digestives ont été enregistrés par le Registre des tumeurs digestives du Finistère en moyenne annuelle sur la période 2003-2005. La majorité concerne des hommes (733 cas masculins et 470 cas féminins).

Le colon rectum : la localisation la plus fréquente

Le cancer colorectal est le plus fréquent : il est responsable de plus de la moitié (57%) des nouveaux cas de cancers digestifs dans le Finistère (52% des cas masculins et 64% des cas féminins).

Chez les hommes, viennent ensuite le cancer de l'œsophage avec 17% des cas et le cancer de l'estomac avec 13%.

Chez les femmes, ce sont les cancers de l'estomac qui se classent au second rang derrière les cancers colorectaux avec 13% des nouveaux cas. Les autres localisations affectent un nombre plus faible de femmes.

Les cancers digestifs deux fois plus fréquents chez l'homme

Les cancers digestifs, quelle que soit la localisation, sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes. Globalement, les hommes sont plus de deux fois plus touchés par un cancer digestif que les femmes avec un taux de 139 cas pour 100 000 hommes contre 62 cas pour 100 000 femmes. La différence Hommes/Femmes est particulièrement marquée pour les localisations cancéreuses liées à la consommation d'alcool. Ainsi, les hommes sont plus souvent touchés que les femmes pour :

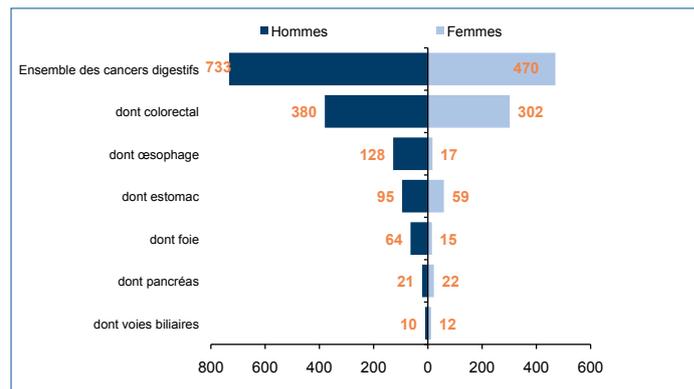
- le cancer de l'œsophage : 11 fois plus,
- le cancer du foie : 5 fois plus et,
- le cancer de l'estomac : 3 fois plus.

Incidence en baisse chez les hommes et en hausse chez les femmes

D'une manière générale, l'évolution des taux standardisés d'incidence des cancers digestifs varie en sens inverse selon le sexe : la tendance globale est à la baisse chez les hommes tandis que chez les femmes ces cancers sont en augmentation. Chez les hommes, les cancers de l'estomac et de l'œsophage sont en forte décroissance et contribuent à la baisse globale malgré une progression constante des cancers colo-rectaux depuis le début des années 90.

Chez les femmes, la diminution des cancers de l'estomac et la stagnation des cancers de l'œsophage ne suffisent pas à compenser la progression des cancers colo-rectaux qui concourent quant à eux à l'augmentation générale.

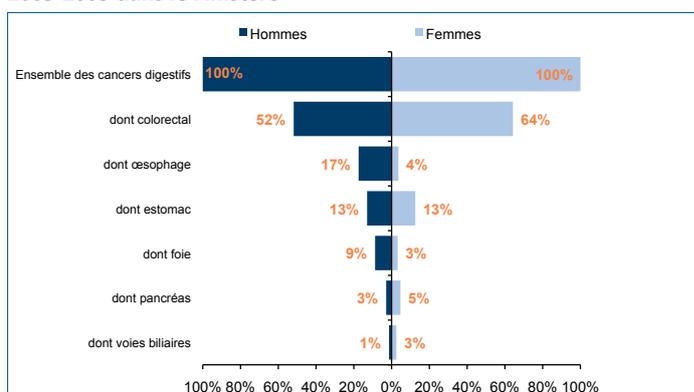
Nombre de cancers diagnostiqués¹ en moyenne annuelle en 2003-2005 dans le Finistère



Source : Registre finistérien des tumeurs digestives

Exploitation ORS Bretagne

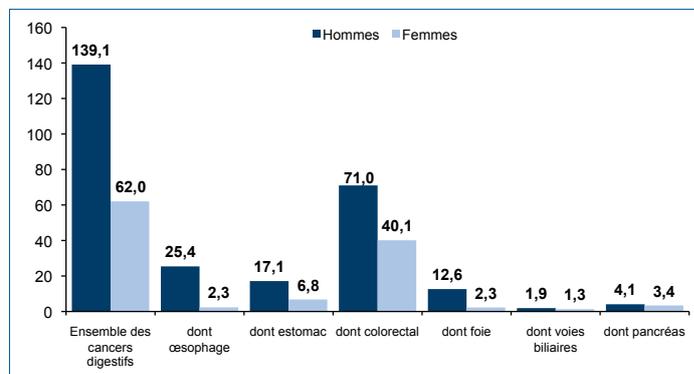
Répartition en % des cancers diagnostiqués en moyenne annuelle en 2003-2005 dans le Finistère



Source : Registre finistérien des tumeurs digestives

Exploitation ORS Bretagne

Taux standardisés d'incidence des tumeurs digestives enregistrées dans le Finistère en 2003-2005

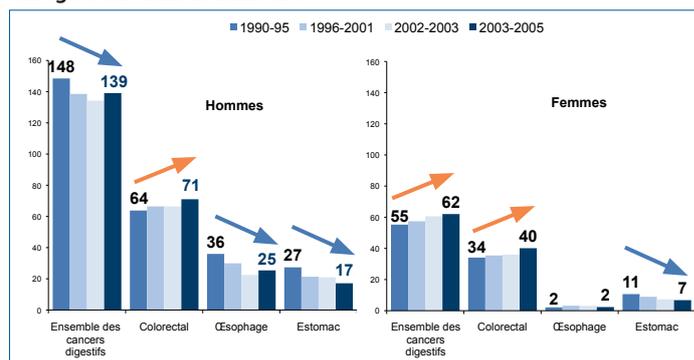


Source : Registre finistérien des tumeurs digestives

Exploitation ORS Bretagne

Unité : Taux standardisés pour 100 000

Évolution des taux standardisés d'incidence des tumeurs digestives enregistrées dans le Finistère



Source : Registre finistérien des tumeurs digestives

Exploitation ORS Bretagne

Unité : Taux standardisés pour 100 000

¹Les cancers colo-rectaux correspondent aux codes CIM10 : C18 à C20 comme c'est le cas pour la morbidité hospitalière, l'anus n'est pas compris contrairement aux données de l'Inserm et du réseau Francim.

À retenir ...

Entre 1995 et 2005, l'incidence des cancers en Bretagne a progressé de près de 20% quel que soit le sexe, en revanche la diminution de la mortalité est plus marquée chez les hommes que chez les femmes (-13% vs -2%).

Comparée à la France, en incidence comme en mortalité la Bretagne se caractérise par une position défavorable des hommes.

Au niveau infra-régional, la mortalité par cancer présente une opposition Est-Ouest, qui se traduit par une sous-mortalité de l'Ille-et-Vilaine et une surmortalité des trois autres départements bretons par rapport à la moyenne nationale. Ces disparités géographiques sont confortées à l'échelon des territoires de santé, au regard de la moyenne régionale.

En termes d'incidence, les cancers de la prostate chez l'homme et du sein chez la femme représentent chacun plus du tiers des nouveaux cas de cancers. Viennent ensuite chez les hommes, dans des proportions équivalentes (10%) les cancers des VADS, de la trachée, des bronches et du poumon et du colon rectum et chez les femmes, les cancers du côlon-rectum avec 1 peu plus d'un cas sur 10, et à une moindre fréquence, autour de 5% pour chaque localisation, les cancers de l'utérus, de la trachée, des bronches et du poumon et le mélanome.

En termes de mortalité par cancer, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes et le cancer du sein chez les femmes se situent autour d'1 décès sur 5. Viennent ensuite chez les hommes dans des proportions équivalentes (10%), les cancers des VADS, de la prostate, et du côlon-rectum et chez les femmes, le cancer du côlon rectum (14%), et le cancer de la trachée, des bronches et du poumon (9%).

En termes d'évolution au cours de la dernière décennie, deux caractéristiques majeures et opposées sont à mettre en exergue : si les cancers liés à l'alcool apparaissent en net recul chez les hommes, à l'inverse le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, étroitement lié à la consommation tabagique, progresse fortement chez les femmes.

Parallèlement la situation se dégrade pour le mélanome malin, qui présente une augmentation conjointe de l'incidence et de la mortalité chez les hommes comme chez les femmes.

Le cancer du sein progresse en incidence pour une mortalité stable, et le cancer du côlon-rectum d'incidence constante quel que soit le sexe, diminue en mortalité plus nettement chez les hommes que chez les femmes.

Ces deux dernières localisations font l'objet d'un **dépistage organisé sur la région** : pour le sein, le taux de participation régional atteint 60% en 2007, la généralisation du dépistage du cancer du côlon-rectum étant effective sur l'ensemble du territoire breton depuis 2008.

Enfin la Bretagne s'est dotée de **deux registres de morbidité**, qui permettent de suivre au plus près l'évolution des cancers de l'enfant sur l'ensemble du territoire breton depuis 1991, et celle des tumeurs de l'appareil digestif dans le Finistère depuis 1984.

