

JANVIER 2019

Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016

Corse

Auteurs

Guillaume Heuzé
Mélanie Cariou
Alice Billot-Grasset
Édouard Chatignoux

Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016

Corse

Étude collaborative

Réseau français des registres des cancers (réseau Francim), Service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices Civils de Lyon (HCL), Santé publique France, Institut national du cancer, dans le cadre du programme de travail partenarial relatif à la surveillance et à l'observation épidémiologiques des cancers à partir des registres.

Auteurs du profil régional

Guillaume Heuzé (Santé publique France Provence-Alpes-Côte d'Azur - Corse)
Mélanie Cariou (Registre finistérien des tumeurs digestives, Francim)
Alice Billot-Grasset (Registre finistérien des tumeurs digestives, Francim)
Édouard Chatignoux (Santé publique France)

Relecteurs du profil régional

Laëtitia Daubisse-Marliac (Registre des cancers du Tarn, Francim)

Auteurs des contextes nationaux, réalisés pour chaque localisation cancéreuse étudiée

Lèvre-bouche-pharynx : Sandrine Plouvier (Registre général des cancers de Lille et de sa région, Francim), Anne-Valérie Guizard (Registre général des tumeurs du Calvados, Francim), Bénédicte Lapôte-Ledoux (Registre du cancer de la Somme, Francim)

Œsophage : Véronique Bouvier (Registre des tumeurs digestives du Calvados, Francim), Jean-Baptiste Nousbaum (Registre finistérien des tumeurs digestives, Francim), Anne-Marie Bouvier (Registre bourguignon des cancers digestifs, Francim)

Estomac : Véronique Bouvier (Registre des tumeurs digestives du Calvados, Francim), Jean-Baptiste Nousbaum (Registre finistérien des tumeurs digestives, Francim), Anne-Marie Bouvier (Registre bourguignon des cancers digestifs, Francim)

Côlon-rectum : Anne-Marie Bouvier (Registre bourguignon des cancers digestifs, Francim), Véronique Bouvier (Registre des tumeurs digestives du Calvados, Francim), Jean-Baptiste Nousbaum (Registre finistérien des tumeurs digestives, Francim)

Foie : Jean-Baptiste Nousbaum (Registre finistérien des tumeurs digestives, Francim), Anne-Marie Bouvier (Registre bourguignon des cancers digestifs, Francim), Véronique Bouvier (Registre des tumeurs digestives du Calvados, Francim)

Pancréas : Anne-Marie Bouvier (Registre bourguignon des cancers digestifs, Francim), Véronique Bouvier (Registre des tumeurs digestives du Calvados, Francim), Jean-Baptiste Nousbaum (Registre finistérien des tumeurs digestives, Francim)

Larynx : Michel Velten (Registre des cancers du Bas-Rhin, Francim), Alice Billot-Grasset (Registre finistérien des tumeurs digestives, Francim)

Poumon : Patricia Delafosse (Registre du cancer de l'Isère, Francim), Gautier Defossez (Registre général des cancers de la région Poitou-Charentes, Francim), Florence Molinié (Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée, Francim), Anne-Sophie Woronoff (Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort, Francim), Emilie Marrer (Registre des cancers du Haut-Rhin, Francim)

Mélanome de la peau : Anne-Valérie Guizard (Registre général des tumeurs du Calvados, Francim), Anne-Sophie Woronoff (Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort, Francim), Sandrine Plouvier (Registre général des cancers de Lille et de sa région, Francim), Emilie Marrer (Registre des cancers du Haut-Rhin, Francim)

Sein : Florence Molinié (Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée, Francim), Brigitte Trétarre (Registre des tumeurs de l'Hérault, Francim), Anne-Valérie Guizard (Registre général des tumeurs du Calvados, Francim), Emilie Marrer (Registre des cancers du Haut-Rhin, Francim), Patricia Delafosse (Registre du cancer de l'Isère, Francim), Patrick Arveux (Registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or, Francim), Anne-Sophie Woronoff (Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort, Francim)

Col de l'utérus : Anne-Sophie Woronoff (Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort, Francim), Brigitte Trétarre (Registre des tumeurs de l'Hérault, Francim), Florence Molinié (Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée, Francim), Anne-Valérie Guizard (Registre général des tumeurs du Calvados, Francim), Marie-Laure Poillot (Registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or, Francim), Patricia Delafosse (Registre du cancer de l'Isère, Francim)

Corps de l'utérus : Emilie Marrer (Registre des cancers du Haut-Rhin, Francim), Anne-Valérie Guizard (Registre général des tumeurs du Calvados, Francim), Anne-Sophie Woronoff (Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort, Francim), Brigitte Trétarre (Registre des tumeurs de l'Hérault, Francim)

Ovaire : Brigitte Trétarre (Registre des tumeurs de l'Hérault, Francim), Florence Molinié (Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée, Francim), Anne-Sophie Woronoff (Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort, Francim), Anne-Valérie Guizard (Registre général des tumeurs du Calvados, Francim), Patrick Arveux (Registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or, Francim), Emilie Marrer (Registre des cancers du Haut-Rhin, Francim)

Prostate : Pascale Grosclaude (Registre des cancers du Tarn, Francim), Laëtitia Daubisse-Marliac (Registre des cancers du Tarn, Francim), Sandrine Plouvier (Registre général des cancers de Lille et de sa région, Francim), Tania d'Almeida (Registre général des cancers en Région Limousin, Francim)

Testicule : Gaëlle Coureau (Registre général des cancers de la Gironde, Francim), Simona Bara (Registre des cancers de la Manche, Francim), Sandrine Plouvier (Registre général des cancers de Lille et de sa région, Francim)

Vessie : Laëtitia Daubisse-Marliac (Registre des cancers du Tarn, Francim), Pascale Grosclaude (Registre des cancers du Tarn, Francim), Sandrine Plouvier (Registre général des cancers de Lille et de sa région, Francim), Michel Velten (Registre des cancers du Bas-Rhin, Francim), Simona Bara (Registre des cancers de la Manche, Francim), Gaëlle Coureau (Registre général des cancers de la Gironde, Francim)

Rein : Tania d'Almeida (Registre général des cancers en Région Limousin, Francim), Michel Velten (Registre des cancers du Bas-Rhin, Francim), Simona Bara (Registre des cancers de la Manche, Francim), Pascale Grosclaude (Registre des cancers du Tarn, Francim), Sandrine Plouvier (Registre général des cancers de Lille et de sa région, Francim), Laëtitia Daubisse-Marliac (Registre des cancers du Tarn, Francim), Gaëlle Coureau (Registre général des cancers de la Gironde, Francim)

Système nerveux central : Carine Pouchieu (Registre des tumeurs primitives du système nerveux central de Gironde, Francim), Patricia Delafosse (Registre du cancer de l'Isère, Francim), Brigitte Lacour (Registre national des cancers de l'enfant, Francim), Anne Cowpply-Boni (Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée, Francim), Isabelle Baldi (Registre des tumeurs primitives du système nerveux central de Gironde, Francim)

Thyroïde : Marc Colonna (Registre du cancer de l'Isère, Francim)

Lymphome malin non-hodgkinien : Alain Monnereau (Registre des hémopathies malignes de la Gironde, Francim), Sandra Le Guyader-Peyrou (Registre des hémopathies malignes de la Gironde, Francim), Xavier Troussard (Registre régional des hémopathies malignes de Basse-Normandie, Francim), Marc Maynadié (Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or, Francim)

Lymphome de Hodgkin : Sandra Le Guyader-Peyrou (Registre des hémopathies malignes de la Gironde, Francim), Alain Monnereau (Registre des hémopathies malignes de la Gironde, Francim), Marc Maynadié (Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or, Francim), Xavier Troussard (Registre régional des hémopathies malignes de Basse-Normandie, Francim), Sébastien Orazio (Registre des hémopathies malignes de la Gironde, Francim)

Myélome multiple et maladies immunoprolifératives : Xavier Troussard (Registre régional des hémopathies malignes de Basse-Normandie, Francim), Sandra Le Guyader-Peyrou (Registre des hémopathies malignes de la Gironde, Francim), Marc Maynadié (Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or, Francim), Alain Monnereau (Registre des hémopathies malignes de la Gironde, Francim)

Leucémies aiguës myéloïdes : Marc Maynadié (Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or, Francim), Morgane Mounier (Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or, Francim), Xavier Troussard (Registre régional des hémopathies malignes de Basse-Normandie, Francim), Alain Monnereau (Registre des hémopathies malignes de la Gironde, Francim)

Tous cancers : Marc Colonna (Registre du cancer de l'Isère, Francim), Philippe Pépin (Santé publique France Auvergne Rhône-Alpes)

Réalisation de l'étude

Extraction de la base commune des registres des cancers : Zoé Uhry (Santé publique France, Hospices civils de Lyon)

Gestion et extraction des bases CnamTS : Mehdi Gabbas (CnamTS), Marjorie Boussac-Zarebska (Santé publique France)

Data-management : Elsa Decool (Santé publique France)

Analyse : Édouard Chatignoux (Santé publique France), Laurent Remontet (Hospices civils de Lyon), Marc Colonna (Francim), Pascale Grosclaude (Francim), Zoé Uhry (Santé publique France, Hospices civils de Lyon)

Commentaires et interprétation : Registres des cancers du réseau Francim, Santé publique France

Coordination de la publication

Santé publique France : Florence de Maria, Olivier Catelinois, Philippe Pépin, Philippe Bouvet de la Maisonneuve, Édouard Chatignoux

Francim : Alice Billot-Grasset, Marc Colonna, Pascale Grosclaude, Mélanie Cariou

Institut national du cancer : Lionel Lafay, Philippe-Jean Bousquet

Remerciements

Les auteurs remercient l'ensemble des sources de données qui contribuent à l'enregistrement des cancers par les registres, en particulier les laboratoires d'anatomie et de cytologie pathologiques, les Départements de l'information médicale des établissements de soins publics et privés, les échelons locaux des services médicaux de l'Assurance maladie, les médecins généralistes et spécialistes.

Conception et réalisation graphique

Les couvertures ont été réalisées par Anne-Sophie Mélard (Santé publique France).

Financement

Santé publique France, Institut national du cancer.

TABLE DES MATIÈRES

Abréviations	6
1 Introduction	7
2 Source de données, aspects méthodologiques et contenu des profils régionaux	8
3 Synthèse	11
4 Fiches par localisation	15
4.1 Lèvre-bouche-pharynx	15
4.2 Œsophage	21
4.3 Estomac	27
4.4 Côlon-rectum	33
4.5 Foie	39
4.6 Pancréas	45
4.7 Larynx	51
4.8 Poumon	56
4.9 Mélanome de la peau	62
4.10 Sein	67
4.11 Col de l'utérus	71
4.12 Corps de l'utérus	75
4.13 Ovaire	79
4.14 Prostate	84
4.15 Testicule	89
4.16 Vessie	94
4.17 Rein	100
4.18 Système nerveux central	106
4.19 Thyroïde	112
4.20 Lymphome malin non-hodgkinien	118
4.21 Lymphome de Hodgkin	124
4.22 Myélome multiple et maladies immunoprolifératives	130
4.23 Leucémies aiguës myéloïdes	135
4.24 Tous cancers	140

ABRÉVIATIONS

ALD	Affection de longue durée
ARA	Auvergne-Rhône-Alpes
ARS	Agence régionale de santé
BEH	Bulletin épidémiologique hebdomadaire
CCR	Cancer colorectal
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CIM-10	Classification internationale des maladies 10 ^e révision
CIM-O-3	Classification internationale des maladies pour l'oncologie 3 ^e édition
CnamTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
DFA	Département français d'Amérique
FCU	Frottis cervico-utérin
Francim	Réseau français des registres des cancers
HCL	Hospices Civils de Lyon
HPV	Human Papilloma Virus ou papillomavirus humain
IC	Intervalle de confiance
INCa	Institut national du cancer
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
LAM	Leucémies aiguës myéloïdes
LBP	Lèvre-bouche-pharynx
LH	Lymphome de Hodgkin
LMNH	Lymphome malin non-hodgkinien
MM	Myélome multiple et maladies immunoprolifératives
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PSA	Prostate Specific Antigen ou antigène spécifique de la prostate
SEER	Surveillance, Epidemiology, and End Results Program
SIR	Rapport standardisé d'incidence
SMR	Rapport standardisé de mortalité
SNC	Système nerveux central
TSM	Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale
VADS	Voies aérodigestives supérieures

1. INTRODUCTION

En France, la production d'estimations d'incidence des cancers repose sur les données des registres des cancers et sur un partenariat associant le réseau Francim des registres des cancers, le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices Civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa). Les registres des cancers ont été créés progressivement depuis les années 1970. Ceux qui étudient l'épidémiologie des cancers des enfants et adolescents sont nationaux alors que pour la population adulte, la plupart sont départementaux. En métropole, leur couverture est d'environ 20 % de la population. Dans les territoires français ultra-marins, plusieurs registres existent, notamment en Guadeloupe, Guyane et Martinique. Pour les territoires non couverts par les registres, l'incidence doit donc être estimée en associant les données des registres à d'autres sources. Des travaux méthodologiques entrepris depuis les années 2000 par le réseau Francim, le service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL et Santé publique France avec l'appui financier de l'INCa, ont abouti en 2013 à une méthode valide [1, 2] qui utilise, en complément des données des registres, les données médico-administratives issues des affections longue durée (ALD) et du programme national de médicalisation des systèmes d'information en santé (PMSI). Des premières estimations régionales et départementales métropolitaines d'incidence pour 14 localisations cancéreuses ont ainsi été publiées en 2014, 2015 et 2016 [3-5]. Ces estimations contribuent à l'élaboration des politiques territoriales de santé publique et à leur évaluation.

Pour cerner les attentes des Agences régionales de santé (ARS) en matière d'informations épidémiologiques sur le cancer, Santé publique France a réalisé une enquête en 2015 [6] qui a révélé leur besoin d'information pour principalement sept cancers, les plus fréquents, les dépistables et ceux qui peuvent être prévenus (sein, prostate, côlon-rectum, poumon, col de l'utérus, lèvre-bouche-pharynx, mélanome de la peau). Ce résultat, associé au contexte des Projets régionaux de santé 2018-2022 des ARS, a incité le partenariat Francim-HCL-SpFrance-INCa à proposer pour la première fois en France, des profils régionaux présentant l'incidence et la mortalité des cancers dans chaque région et département métropolitain ainsi qu'en Guadeloupe, Guyane et Martinique. Dans le cadre de ce travail, des estimations régionales et départementales d'incidence ont été produites pour la première fois pour les cancers de l'estomac, du foie/homme, du pancréas, du rein, du système nerveux central (SNC)/homme, pour le lymphome de Hodgkin et pour l'entité " tous cancers ". Pour les localisations cancéreuses pour lesquelles la méthode ne permettait pas de produire des estimations d'incidence départementale (foie/femme, larynx, mélanome de la peau, SNC/femme, lymphome malin non-hodgkinien (LMNH)/femme, myélome multiple, leucémies aiguës myéloïdes) mais pour lesquelles des données de mortalité étaient disponibles à cette échelle, il a été décidé de les présenter en utilisant pour l'incidence les seules données disponibles : l'incidence observée dans les départements ou autres territoires couverts par un registre. Au final, des estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité ont été réalisées et commentées pour 24 localisations cancéreuses sur 16 territoires (les 13 régions métropolitaines et leurs départements, la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique). Elles sont accompagnées d'une synthèse régionale. Cette production territorialisée a été possible grâce à un travail collaboratif associant les registres des cancers du réseau Francim et les délégations régionales de Santé publique France (Cire).

Afin que les résultats soient opérationnels pour les ARS, l'étude est publiée sous forme de plusieurs documents :

- un document de type Profil régional, pour chaque région métropolitaine, la Guadeloupe, la Guyane et la Martinique,
- un document Matériel et méthodes,
- un document technique "pour aller plus loin" sur la méthode, détaillant l'Évaluation de l'utilisation des données médico-administratives pour estimer l'incidence départementale,
- un document regroupant les Annexes des profils régionaux.

Références

- [1] Uhry, Z., Remontet, L., Colonna, M., Belot, A., Grosclaude, P. *et al.* "Cancer incidence estimation at a district level without a national registry : A validation study for 24 cancer sites using French health insurance and registry data". *Cancer Epidemiology* 37.2 (2013), p. 99-114.
- [2] Chatignoux, É., Remontet, L., Iwaz, J., Colonna, M. et Uhry, Z. "For a sound use of health care data in epidemiology : evaluation of a calibration model for count data with application to prediction of cancer incidence in areas without cancer registry". *Biostatistics* (mar. 2018).
- [3] Colonna, M., Mitton, N., Remontet, L., Bossard, N., Grosclaude, P. *et al.* "Méthode d'estimation de l'incidence régionale des cancers à partir des données d'incidence des registres, des données de mortalité par cancer et des bases de données médico-administratives". *Bull Epidémiol Hebd* 43-44-45 (2013), p. 566-574.
- [4] Colonna, M., Chatignoux, E., Remontet, L., Mitton, N., Belot, A. *et al.* *Estimation de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administratives.* Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2015, 53 p.
- [5] Chatignoux, É., Uhry, Z., Remontet, L., Grosclaude, P., Decool, E. *et al.* "Estimations départementales de l'incidence du cancer de la thyroïde à partir des données des registres et du croisement de deux sources de données médico-administratives, France, 2007-2011." *Bull Epidémiol Hebd* 11-12 (2016), p. 2014-20.
- [6] Catelinois, O. *Attentes des ARS en matière de données de surveillance épidémiologique des cancers.* Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, 23 p.

2. SOURCE DE DONNÉES, ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES ET CONTENU DES PROFILS RÉGIONAUX

Source des données d'incidence et de mortalité

Données de mortalité

Les données de mortalité proviennent du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). Elles couvrent la période 2007-2014 et sont disponibles pour l'ensemble des départements français. Elles sont codées selon la Classification internationale des maladies 10^e révision (CIM-10).

Du fait qu'il existe une proportion importante et variable de certificats de décès par cancer de l'utérus ne différenciant pas col et corps utérin [1], les indicateurs de mortalité n'ont pas pu être étudiés pour le col et le corps de l'utérus.

Données d'incidence

Les données d'incidence des cancers ne sont disponibles que dans les départements couverts par un registre, où elles sont codées selon la classification internationale des maladies pour l'oncologie 3^e édition (CIM-O-3) et disponibles dans cette étude pour la période 2007-2014. Aussi l'incidence (I) au niveau départemental et régional des cancers doit être estimée. Ces estimations d'incidence ont été réalisées à partir de données médico-administratives (MA) en utilisant un modèle de calibration [2-9] : le rapport MA/Incidence observé dans les départements avec registre est utilisé pour redresser les données MA observées dans chaque département.

Une évaluation préalable de la qualité de ces estimations a été réalisée au sein de la zone registre, et ce pour chaque cancer et sexe séparément, et fait l'objet d'un rapport spécifique*. Trois indicateurs MA ont été testés, issus des Affections Longue Durée (méthode de prédiction ALD/I), des données d'hospitalisations du PMSI (méthode de prédiction PMSI/I) ou du croisement individuel de ces deux sources (méthode de prédiction AUP/I), afin de déterminer celui fournissant les meilleures prédictions d'incidence et d'évaluer si ces prédictions étaient d'une qualité suffisante. Pour les cancers pour lesquels la qualité était jugée suffisante, les estimations départementales et régionales d'incidence sont présentées dans les profils régionaux et en annexes†. Pour les cancers pour lesquels aucun des indicateurs ne permettait une estimation satisfaisante de l'incidence, seule l'incidence observée dans les départements couverts par un registre est présentée.

Les données médico-administratives sont codées selon la Classification internationale des maladies 10^e révision (CIM-10) et disponibles sur la période 2007-2016.

Méthodes statistiques

L'ensemble des méthodes statistiques mises en œuvre pour produire les indicateurs d'incidence et de mortalité sont présentées dans un rapport spécifique‡.

A noter que des méthodes de lissage spatial ont été employées afin de permettre une meilleure visualisation cartographique des gradients d'incidence et de mortalité par cancer.

Indicateurs présentés dans les fiches

Taux d'incidence et de mortalité standardisés

Les taux standardisés d'incidence et de mortalité étaient calculés en utilisant la population mondiale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1960 comme population de référence [10]. Ils correspondent aux taux d'incidence et de mortalité que l'on observerait dans cette population type, si elle était soumise à la force d'incidence et de mortalité observée. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

* Rapport "Évaluation de l'utilisation des données médico-administratives pour estimer l'incidence départementale : comparaison de l'incidence observée et prédite dans les registres sur la période 2007-2014"

† Rapport "Annexes aux profils régionaux"

‡ Rapport "Matériel et méthodes"

Rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR)

Le SIR (respectivement SMR), dans une zone géographique donnée (département ou région), est le rapport entre le nombre de cas incidents estimés (resp. de décès) et le nombre attendu de cas (resp. de décès) si les taux d'incidence (resp. de mortalité) par âge dans cette zone géographique étaient identiques à ceux de la France métropolitaine. Par exemple, un SIR de 1,2 dans un département représente 20 % de cas supplémentaires par rapport à ce qu'on attendrait si les taux d'incidence par âge du département étaient égaux aux taux nationaux. Au contraire, un SIR de 0,8 représente 20 % de cas en moins.

Pour les localisations non éligibles aux prédictions d'incidence, le nombre de cas attendu dans un département était calculé en utilisant les taux d'incidence par âge de l'ensemble des départements couverts par un registre. Les SIR s'interprètent donc dans ce cas comme des écarts à l'ensemble des départements couverts par un registre.

Intérêts et limites des deux méthodes de standardisation

Les deux méthodes de standardisation : directe (taux standardisés) et indirecte (SIR/SMR), fournissent des indicateurs synthétiques qui permettent de résumer les taux d'incidence et de mortalité par âges observés dans une population. Ces deux résumés sont cependant de nature différente, et peuvent parfois donner des résultats discordants [11]. Ainsi, les taux standardisés présentés dans cette étude ont été calculés en utilisant la population standard de l'OMS comme référence, cette population étant la référence habituellement utilisée dans la production d'indicateurs d'incidence et de mortalité pour les cancers dans le monde [12]. Il est à noter cependant que la structure de la population mondiale est beaucoup plus jeune que celle de la population française. Aussi, les taux standardisés monde (TSM) auront tendance à refléter davantage les taux observés dans les classes d'âges les plus jeunes que ceux observés dans les classes d'âges les plus âgées. Dans les cas (relativement rares) où les taux par âge des populations comparées se croisent, c'est-à-dire que les taux dans une des populations sont plus élevés chez les jeunes et inversement chez les personnes âgées, cet indicateur sera plus conséquent dans la population présentant les taux élevés aux âges jeunes. Dans le cas de la standardisation indirecte, le calcul des SIR et des SMR conserve les structures par âge des populations et mesure la différence relative d'incidence et de mortalité entre la France métropolitaine et le territoire étudié (département, région), étant donnée la répartition par âge de la population du territoire. La standardisation indirecte est particulièrement adaptée pour comparer la situation dans chacune des populations à celle de la population de référence.

Présentation des profils et guide de lecture

Les résultats sont présentés sous forme d'une synthèse régionale puis d'une fiche-type par localisation cancéreuse, comprenant une première partie intitulée "Contexte national", décrivant des indicateurs sur la France métropolitaine, et une seconde partie intitulée "Situation régionale et départementale", détaillant les indicateurs dans la région et ses départements.

Contexte national

Le contexte national comprend :

- Un tableau résumé présentant le nombre annuel moyen de cas prédit et de décès observés au niveau national, les taux d'incidence et de mortalité bruts nationaux, et les taux d'incidence et de mortalité standardisés sur la population mondiale. Ces indicateurs sont accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 %. L'étendue des variations des taux d'incidence et de mortalité standardisés départementaux (sous forme de 5^e et 95^e percentiles) est également reportée dans ce tableau.
- Une carte des SIR et des SMR départementaux lissés. Lorsque la localisation cancéreuse n'est pas éligible, seuls les SIR observés dans les départements couverts par un registre de cancer sont reportés sur la carte.
- Une figure représentant les SIR et les SMR lissés (axe des ordonnées) dans les départements de France métropolitaine (axe des abscisses), ordonnés par ordre croissant, et accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 %. Les départements de la région étudiée y sont représentés en surbrillance. Cette figure permet d'une part d'avoir une vision globale des variations géographiques[§] de l'incidence et de la mortalité et de leur précision, et d'autre part d'apprécier les différences des départements de la région entre eux et vis-à-vis des autres départements de France métropolitaine.

[§] La même échelle a été utilisée pour toutes les localisations cancéreuses (SIR et SMR entre 0,5 et 2).

Situation régionale et départementale

Les résultats présentant la situation régionale et départementale comprennent :

- Un tableau résumé de la région présentant le nombre annuel moyen de cas prédits et de décès observés et les taux d'incidence et de mortalité standardisés sur la population mondiale dans la région et au niveau national. Les rapports standardisés d'incidence et de mortalité de la région sont également reportés. Ces indicateurs sont accompagnés de leur intervalle de confiance.
- Un second tableau détaillant ces mêmes indicateurs par département de la région.
- Une figure représentant les taux standardisés (axe des abscisses) dans les régions de France métropolitaine (axe des ordonnées), ordonnés par ordre croissant. Les intervalles de confiance entourent les estimations. Une ligne verticale est placée à la valeur du taux standardisé national. Cette figure permet d'avoir une vision des variations géographiques de l'incidence et de la mortalité entre les régions[¶] et de la précision des estimations.

Références

- [1] Rogel, A., Belot, A., Suzan, F., Bossard, N., Boussac, M. *et al.* "Reliability of recording uterine cancer in death certification in France and age-specific proportions of deaths from cervix and corpus uteri." *Cancer epidemiology* 35.3 (juin 2011), p. 243-9.
- [2] Chatignoux, É., Remontet, L., Iwaz, J., Colonna, M. et Uhry, Z. "For a sound use of health care data in epidemiology : evaluation of a calibration model for count data with application to prediction of cancer incidence in areas without cancer registry". *Biostatistics* (mar. 2018).
- [3] Remontet, L., Mitton, N., Couris, C. M., Iwaz, J., Gomez, F. *et al.* "Is it possible to estimate the incidence of breast cancer from medico-administrative databases ?" *European Journal of Epidemiology* 23.10 (2008), p. 681-688.
- [4] Uhry, Z., Remontet, L., Grosclaude, P., Velten, M. et Colonna, M. "Estimations départementales de l'incidence du cancer colorectal en France à partir des données hospitalières, 1999–2003". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 57.5 (oct. 2009), p. 329-336.
- [5] Mitton, N., Colonna, M., Trombert, B., Olive, F., Gomez, F. *et al.* "A Suitable Approach to Estimate Cancer Incidence in Area without Cancer Registry". *Journal of Cancer Epidemiology* 2011 (2011), p. 1-11.
- [6] Uhry, Z., Colonna, M., Remontet, L., Grosclaude, P., Carré, N. *et al.* "Estimating infra-national and national thyroid cancer incidence in France from cancer registries data and national hospital discharge database". *European Journal of Epidemiology* 22.9 (2007), p. 607-614.
- [7] Uhry, Z., Belot, A., Colonna, M., Bossard, N., Rogel, A. *et al.* "National cancer incidence is estimated using the incidence/mortality ratio in countries with local incidence data : Is this estimation correct ?" *Cancer Epidemiology* 37.3 (2013), p. 270-277.
- [8] Bossard, N., Gomez, F., Remontet, L. et Uhry, Z. "Utilisation des données du PMSI pour estimer l'incidence des cancers en France à l'échelon infranational : la démarche du groupe Oncépi". *Bull. Épidémiol. Hebd* Numéro thématique (5-6) (2012), p. 77-80.
- [9] Colonna, M., Chatignoux, E., Remontet, L., Mitton, N., Belot, A. *et al.* *Estimation de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administratives*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2015, 53 p.
- [10] Ahmad, O. B., Boschi-Pinto, C., Lopez, A. D., Murray, C. J., Lozano, R. *et al.* *Age standardization of rates : a new WHO standard*. Geneva : World Health Organization, 2001. URL : <https://seer.cancer.gov/stdpopulations/>.
- [11] Bouyer, J. *Epidémiologie : principes et méthodes quantitatives*. Lavoisier, 2009, 498 p.
- [12] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.

[¶] La même échelle de variations relatives a été utilisée pour toutes les localisations cancéreuses (taux compris entre 0,5 et 1,7 fois le taux de la France métropolitaine).

3. SYNTHÈSE

Avertissement :

Pour de nombreuses localisations cancéreuses, les estimations en Corse sont basées sur un faible nombre de cas ou de décès. Du fait de ces faibles effectifs, les incertitudes sont importantes (intervalles de confiance larges) et il est souvent difficile de mettre en évidence des spécificités régionales pour la Corse.

FAITS MARQUANTS

- **1 802 nouveaux cas de cancer estimés par an** (toutes localisations confondues) dont 53 % chez l'homme
- Les 3 cancers les plus fréquents, responsables chaque année d'un peu plus de la moitié des nouveaux cas sont : prostate, poumon et côlon-rectum chez l'homme, sein, côlon-rectum et poumon chez la femme
- **843 décès par cancer estimés par an** dont 58 % chez l'homme
- **Une situation favorable chez les hommes et comparable chez les femmes** (toutes localisations confondues) **par rapport à la France métropolitaine**
Des disparités selon les localisations cancéreuses :
 - sur-incidences et/ou sur-mortalités principalement pour des cancers ayant comme facteur de risque le tabac (poumon, vessie ainsi qu'estomac, même si celui-ci a comme principal facteur de risque *Helicobacter pylori*)
 - sur-incidence du cancer de la thyroïde, sans sur-mortalité
 - sous-incidences et/ou sous-mortalités pour des cancers ayant comme facteur de risque l'alcool (foie, œsophage, lèvre-bouche-pharynx, colo-rectum, sein)
 - sous-incidence pour les cancers faisant l'objet d'un programme de dépistage organisé, avec en parallèle, une faible participation à ces programmes (côlon-rectum-anus, sein), les mortalités associées pouvant ne pas être différentes du niveau national (côlon-rectum-anus chez la femme et sein)
 - sous-incidence et sous-mortalité du cancer de la prostate

En Corse, les cancers les plus fréquents chez l'homme sont ceux du poumon (taux d'incidence standardisé monde estimé à 55,1 cas pour 100 000 personnes-années) et de la prostate (53,6), puis du côlon-rectum (29,5). Chez la femme, le cancer le plus fréquent est celui du sein (91,2), puis du poumon (26,0). Viennent ensuite les cancers du côlon-rectum (21,3) et de la thyroïde (20,1).

Au niveau de la mortalité chez l'homme, la première cause de décès par cancer est le cancer du poumon (taux de mortalité standardisé monde estimé à 41,6 décès pour 100 000 personnes-années) suivi du cancer du côlon-rectum (9,4). Chez la femme, les deux premières causes de décès par cancer sont les cancers du poumon (15,0) et du sein (14,6). Le cancer du côlon-rectum vient ensuite (7,0).

Cancers imputables au tabac ou à l'alcool

Deux des trois cancers ayant une incidence plus importante chez l'homme en Corse par rapport à la moyenne de la France métropolitaine, ont le tabac comme facteur de risque (estomac +15 %, poumon +9 %). De même, chez la femme, parmi les deux cancers avec une incidence supérieure à la moyenne nationale, l'un a aussi le tabac comme facteur de risque (poumon +36 %).

Au niveau de la mortalité chez l'homme, les trois cancers en sur-mortalité par rapport au niveau national, partagent tous le tabac comme facteur de risque (vessie +22 %, poumon +16 %, estomac +14 %). Chez la femme, le seul cancer présentant une sur-mortalité est celui du poumon (+31 %).

Il convient de rappeler que sur l'île, le tabac est soumis à une fiscalité réduite, qui entraîne un coût plus faible d'environ 25 % du paquet de cigarettes. Cette dérogation, qui devait prendre fin au 31 décembre 2015, est toujours en cours. Il n'existe pas de données sur la consommation de tabac en population générale en Corse. En effet, étant donné la taille de la région, les données de l'enquête Baromètre santé ne permettent pas actuellement d'obtenir des données de consommation pour l'île, mais il est prévu de réaliser un sur-échantillonnage sur la Corse lors de la prochaine enquête. Les seules données de consommation concernent les adolescent(e)s de 17 ans et proviennent de l'enquête ESCAPAD réalisée lors de la journée défense et citoyenneté (JDC) de 2014. Ces données montrent une consommation quotidienne en Corse supérieure au niveau national (38 % des adolescent(e)s interrogé(e)s *versus* 32,4 %), la proportion étant presque le double pour l'usage intensif (14 % *versus* 7,7 %) [1]. À travers le plan régional de réduction du tabagisme, l'ARS met en place des mesures pour lutter contre cette consommation.

Pour le cancer de la vessie chez l'homme, qui présente l'excès de mortalité le plus élevé, l'incidence est inférieure au niveau national. L'une des hypothèses évoquées pour expliquer cette situation serait le retard au diagnostic. Une analyse des stades au diagnostic permettra de documenter ce point.

À l'inverse des cancers en sur-incidence ou sur-mortalité chez l'homme, un des deux cancers en sous-incidence (côlon-rectum -18 % par rapport au niveau national), quatre des cinq cancers en sous-mortalité (foie -17 %, lèvre-bouche-pharynx -19 %, côlon-rectum -23 %, œsophage -24 %) et les deux cancers en sous-incidence chez la femme (sein et côlon-rectum, -7 % chacun) partagent l'alcool comme facteur de risque (foie, lèvre-bouche-pharynx et œsophage étant aussi associés au tabac). La consommation d'alcool en population générale n'est pas non plus connue, mais les jeunes Corses de 17 ans présentent un profil alcoolique semblable à celui des autres adolescents métropolitains [2]. D'autres facteurs interviennent donc probablement.

Cancers bénéficiant d'un programme national de dépistage organisé

La participation au programme de dépistage organisé du cancer du côlon-rectum en Corse est de 14,2 % alors qu'elle est de 33,5 % au niveau national pour 2016-2017 [3]. Ce faible taux, le plus bas de l'ensemble des régions de France, territoires ultra-marins compris, ne semble pas entraîner de sur-mortalité qui pourrait être due à un retard au diagnostic (l'homme présente une sous-mortalité et celle de la femme n'est pas différente du niveau national, sous réserve de l'étendue de l'intervalle de confiance).

Le cancer du sein, qui fait lui aussi l'objet d'un programme de dépistage organisé, présente une sous-incidence de 7 % par rapport au niveau national, avec une mortalité non différente. Dans ce contexte, la question du retard au diagnostic se pose aussi, d'autant que la participation des femmes corses au programme de dépistage organisé du cancer du sein fait partie des plus faibles, avec une valeur sur 2016-2017, de 35,6 %, le niveau national étant de 50,2 % [4]. Néanmoins, ces taux ne tiennent pas compte des dépistages individuels, ces derniers n'étant pas connus avec précision à l'heure actuelle.

Cancer de la thyroïde

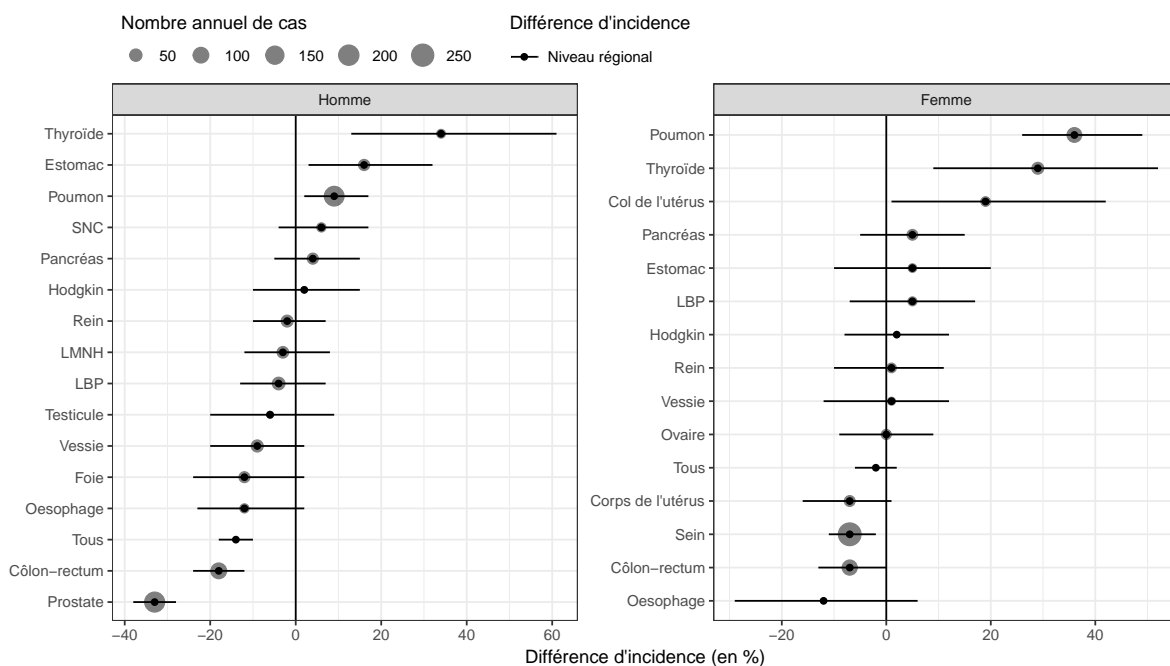
Pour le cancer de la thyroïde, il existe une sur-incidence pour les deux sexes, sans sur-mortalité. Cette sur-incidence se retrouve au niveau de plusieurs régions comme PACA, Nouvelle Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes. Des études spécifiques ont été réalisées sur les estimations d'incidence et de mortalité en Corse sur les périodes 1998-2001 puis 1998-2006 [5]. La dernière étude [6] porte sur la période 1998-2011. Les conclusions sont que l'augmentation de l'incidence des cancers de la thyroïde en Corse est probablement liée à une augmentation des diagnostics dans une population particulièrement sensibilisée à cette problématique. Toutefois, il n'est pas impossible qu'il existe également une réelle augmentation d'incidence liée au mode de vie, à l'environnement ou à des anomalies génétiques.

Références

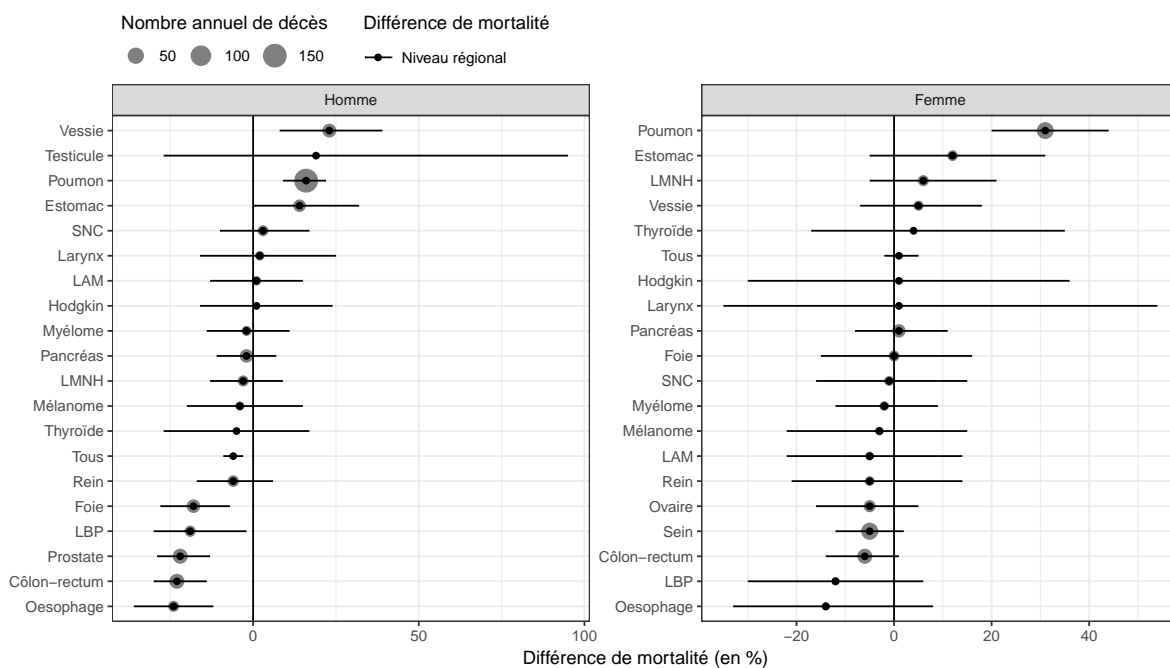
- [1] OFDT. *Enquête ESCAPAD 2014*. 2014. URL : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/ESCAPAD2014REGIONS.xls>.
- [2] Beck, F., Legleye, S., Le Nézet, O. et Spilka, S. "Fiche Corse." *Atlas régional des consommations d'alcool 2005. Données INPES/OFD*. Saint-Denis : INPES, Col. Études santé territoires, 2008, 336 p.
- [3] Santé publique France. *Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2016-2017*. URL : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2016-2017> (visité le 12/12/2018).
- [4] Santé publique France. *Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2016-2017*. URL : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2016-2017>.
- [5] Pascal, L. et Lasalle, J. *Estimation de l'incidence du cancer de la thyroïde en Corse – 1998 - 2006*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2012, 27 p. URL : http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=8354.
- [6] Pascal, L. *Estimation de l'incidence du cancer de la thyroïde, 1998-2011, Corse, France*. Saint-Maurice : Santé publique France, 44 p.

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

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



4. FICHES PAR LOCALISATION

4.1 Lèvre-bouche-pharynx

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	PMSI/I (A++) (CIM-10)
C00-C14	Toutes	C00-C14	C00-C14

4.1.1 Contexte national

La France est l'un des pays européens présentant les taux d'incidence des cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx les plus élevés [1]. Au cours de la période 2007-2016, ces cancers ont touché en moyenne 10004 hommes et 3008 femmes chaque année, représentant 5,1 % de l'ensemble des cas incidents de cancer chez l'homme et 1,9 % chez la femme (Tableau 1-1). Leur incidence diminue chez l'homme depuis les années 1980, alors qu'elle augmente chez la femme [2]. Dans le même temps, la mortalité est en diminution, surtout chez l'homme. Les cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx sont à l'origine de 3130 décès par an chez l'homme et de 795 décès chez la femme au cours de la période 2007-2014, soit respectivement 3,5 % et 1,3 % des décès par cancer (Tableau 1-1). Ils regroupent des entités variées, de pronostics différents selon leur siège. Pour les localisations les plus fréquentes, la survie nette à 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010 varie de 46 % pour les tumeurs de la cavité buccale à 28 % pour celles de l'hypopharynx [3].

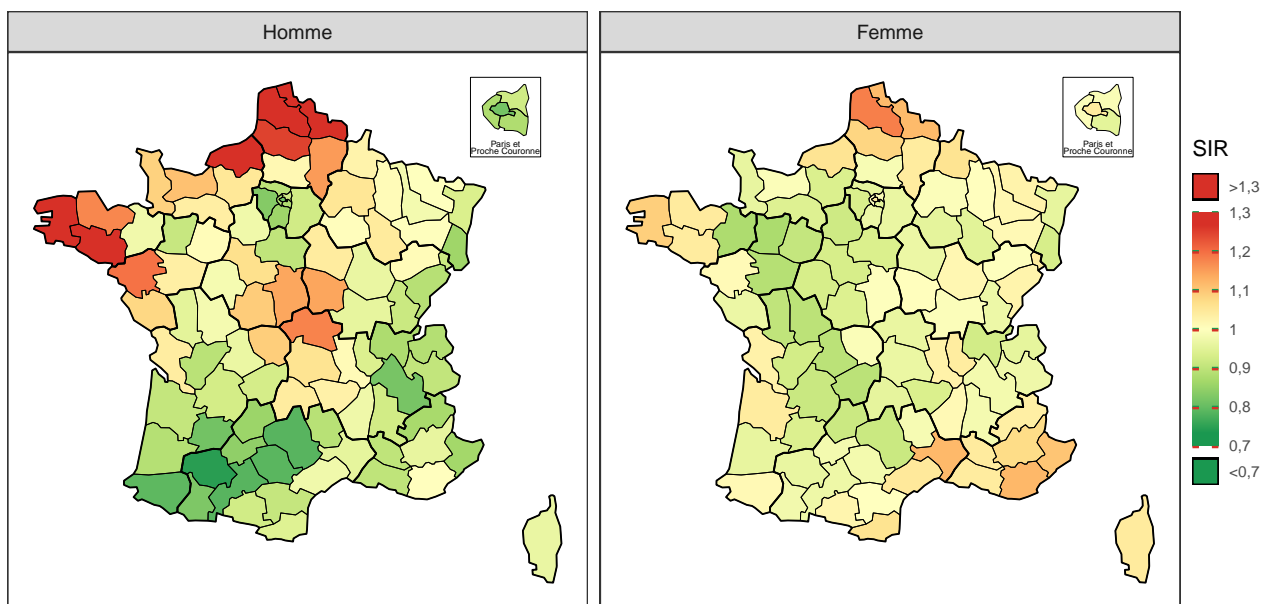
Les facteurs de risque majeurs de la plupart de ces cancers sont la consommation d'alcool et de tabac, l'exposition conjointe à ces deux facteurs ayant un effet synergique. L'évolution de l'incidence suit celle des habitudes de ces consommations avec un temps de latence. En France, la consommation d'alcool diminue globalement depuis plus de cinquante ans, ainsi que le tabagisme masculin, tandis que le tabagisme féminin s'est développé [4, 5]. Des virus du groupe HPV (human papillomavirus) ont été récemment identifiés comme responsables de certains cancers de l'oropharynx, notamment ceux survenant chez des sujets relativement jeunes. Le virus d'Epstein-Barr est pour sa part responsable de carcinomes nasopharyngés. Certaines expositions professionnelles sont également incriminées (exposition aux poussières de bois pour ces derniers) [6].

Le corrélât utilisé pour cette localisation cancéreuse est le PMSI (cf. document Evaluation). La validation croisée montre qu'il existe peu d'erreurs de prédiction dans les deux sexes, les résultats sont robustes. Le taux d'incidence standardisé monde est de 20,3 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 5,2 chez la femme. Il présente une certaine hétérogénéité sur le territoire (Tableau 1-1). La carte des rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés (Figure 1-1 a) met en évidence une sur-incidence chez l'homme dans le Nord et l'Ouest (Hauts-de-France, Bretagne, Loire-Atlantique, et dans une moindre mesure, Normandie), ainsi qu'au centre de la France (Allier, Cher, Nièvre). Chez la femme, la situation est moins contrastée, avec une sur-incidence modérée dans le Pas-de-Calais (Figure 1-1 a). Au total 15 départements pour l'homme et 6 pour la femme ont une incidence estimée supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale^{1,2}. Les départements allant du quart sud-ouest à la façade est apparaissent plutôt en sous-incidence : 31 départements pour l'homme et 9 pour la femme ont une incidence estimée inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale^{3,4}.

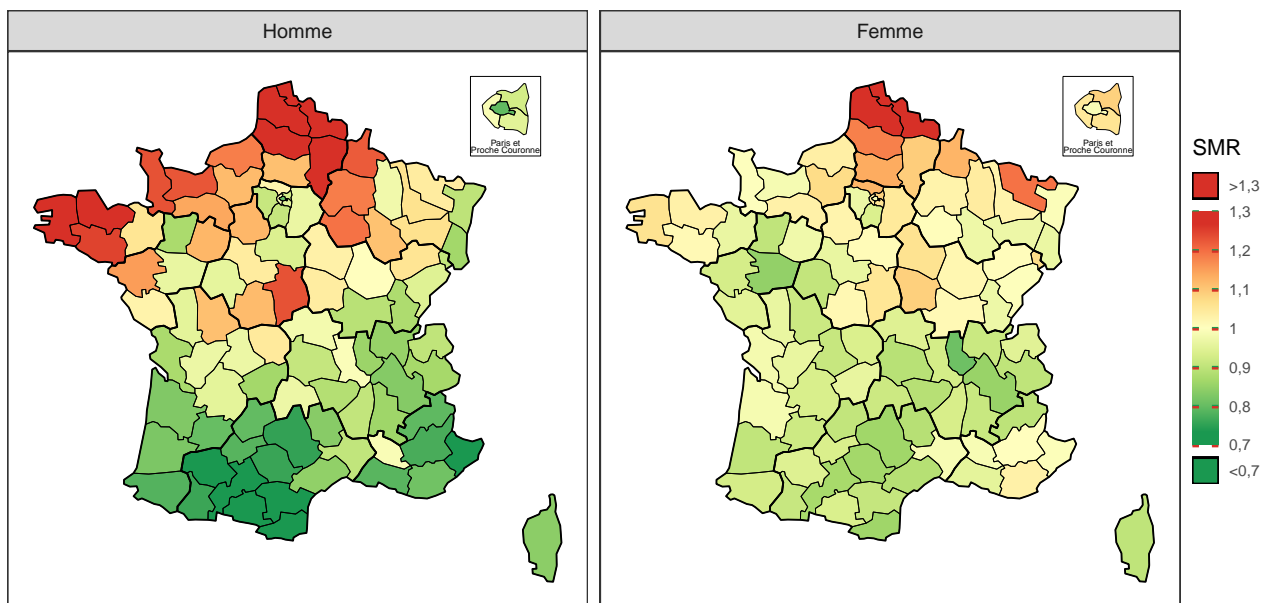
Le taux de mortalité standardisé monde est de 5,9 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 1,1 chez la femme (Tableau 1-1). La carte des rapports standardisés de mortalité (SMR) lissés est globalement superposable à celle des SIR, mais plus contrastée chez l'homme, avec une sur-mortalité dans le Nord et le Nord-Ouest, et une sous-mortalité dans le Sud. Chez les femmes, la sur-mortalité affecte le nord du pays (Figure 1-1 b). Au total 24 départements, 20 pour les hommes et 4 pour les femmes, ont une mortalité supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale^{5,6} et 42 départements, 37 pour les hommes et 5 pour les femmes, ont une mortalité inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale^{7,8}.

Lèvre-bouche-pharynx : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



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

| TABLEAU 1-1 |

Lèvre-bouche-pharynx, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	10 004 [9817 ; 10 196]	32,59 [31,98 ; 33,22]	20,32 [19,93 ; 20,71]	15,5 - 26,8	5,1
	Mortalité	3 130 [3091 ; 3169]	10,24 [10,12 ; 10,37]	5,94 [5,86 ; 6,02]	3,7 - 8,3	3,5
Femme	Incidence	3 008 [2935 ; 3085]	9,21 [8,98 ; 9,44]	5,21 [5,06 ; 5,36]	4,0 - 6,1	1,9
	Mortalité	795 [775 ; 815]	2,44 [2,38 ; 2,50]	1,13 [1,10 ; 1,16]	0,7 - 1,6	1,3

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

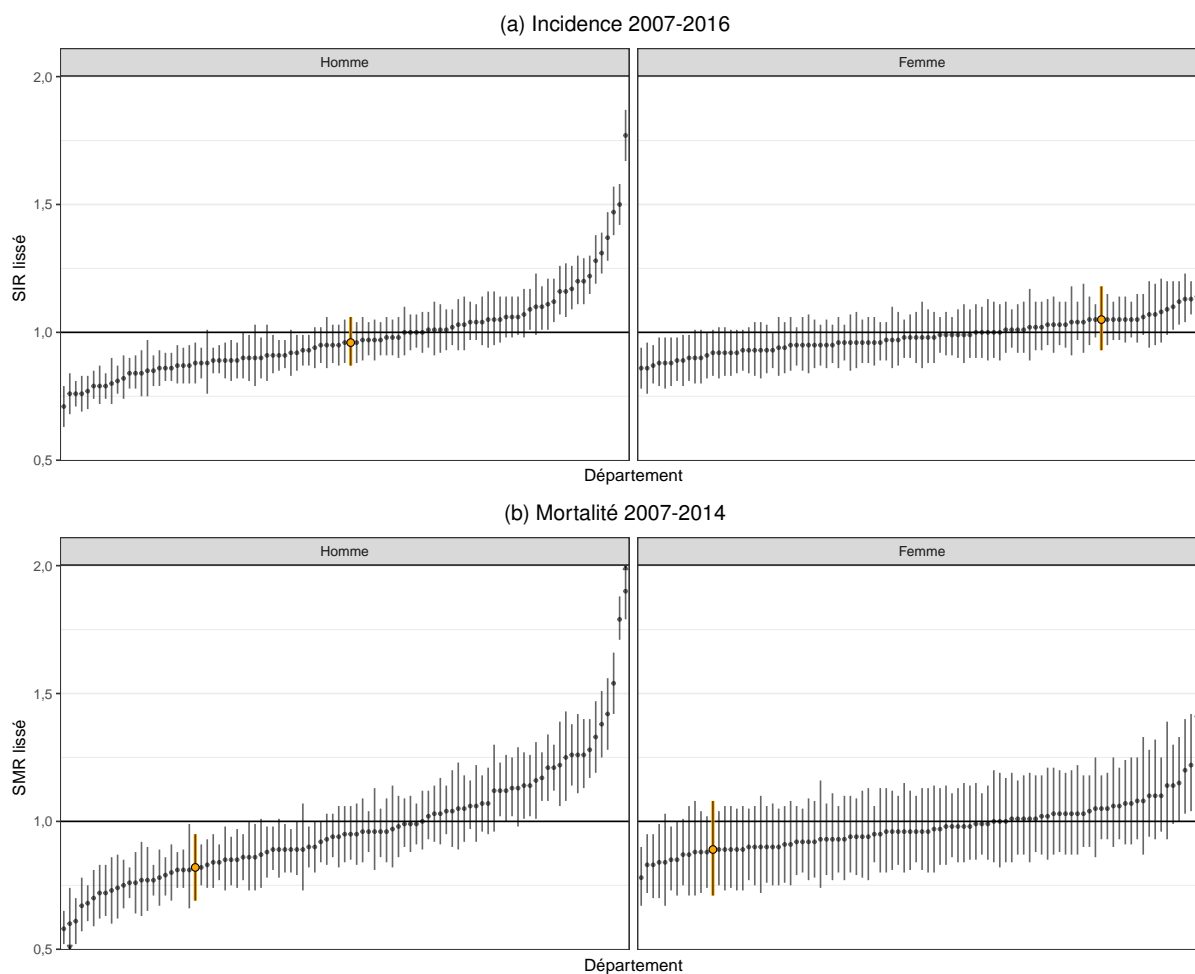
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 1-2 |

Lèvre-bouche-pharynx : rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pas-de-Calais (62), Nord (59), Finistère (29), Morbihan (56), Seine-Maritime (76), Somme (80), Loire-Atlantique (44), Allier (03), Côtes d'Armor (22), Aisne (02), Nièvre (58), Cher (18), Calvados (14), Indre (36), Manche (50).
2. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Pas-de-Calais (62), Var (83), Gard (30), Nord (59), Alpes-Maritimes (06), Finistère (29).
3. Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Gers (32), Haute-Garonne (31), Aveyron (12), Tarn (81), Pyrénées-Atlantiques (64), Lot-et-Garonne (47), Paris (75), Isère (38), Hautes-Pyrénées (65), Yvelines (78), Tarn-et-Garonne (82), Lot (46), Essonne (91), Haut-Rhin (68), Alpes-Maritimes (06), Hautes-Alpes (05), Ain (01), Hauts-de-Seine (92), Val-de-Marne (94), Haute-Savoie (74), Landes (40), Doubs (25), Charente (16), Val-d'Oise (95), Vaucluse (84), Bouches-du-Rhône (13), Loiret (45), Savoie (73), Gironde (33), Aude (11), Mayenne (53).
4. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Mayenne (53), Ile-et-Vilaine (35), Maine-et-Loire (49), Corrèze (19), Haute-Vienne (87), Vienne (86), Deux-Sèvres (79), Sarthe (72), Dordogne (24).
5. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pas-de-Calais (62), Nord (59), Finistère (29), Somme (80), Côtes d'Armor (22), Aisne (02), Morbihan (56), Cher (18), Manche (50), Calvados (14), Ardennes (08), Aube (10), Marne (51), Seine-Maritime (76), Loire-Atlantique (44), Orne (61), Sarthe (72), Eure-et-Loir (28), Eure (27), Oise (60).
6. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Pas-de-Calais (62), Nord (59), Moselle (57), Somme (80).
7. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Haute-Garonne (31), Ariège (09), Aude (11), Pyrénées-Orientales (66), Alpes-Maritimes (06), Gers (32), Aveyron (12), Tarn (81), Hautes-Pyrénées (65), Alpes de Haute-Provence (04), Pyrénées-Atlantiques (64), Tarn-et-Garonne (82), Bouches-du-Rhône (13), Hautes-Alpes (05), Paris (75), Lot (46), Lot-et-Garonne (47), Var (83), Landes (40), Gironde (33), Isère (38), Lozère (48), Corse (20), Hérault (34), Ain (01), Rhône (69), Drôme (26), Haut-Rhin (68), Corrèze (19), Savoie (73), Charente-Maritime (17), Mayenne (53), Saône-et-Loire (71), Bas-Rhin (67), Gard (30), Essonne (91), Yvelines (78).
8. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Rhône (69), Maine-et-Loire (49), Isère (38), Aveyron (12), Haute-Garonne (31).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [4] Observatoire français des drogues et des toxicomanies. *Séries statistiques alcool*. URL : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/> (visité le 15/05/2018).
- [5] Hill, C. *Le tabac en France, mise à jour 2015*. URL : www.gustaveroussy.fr/sites/default/files/le-tabac-en-france-maj-2015.pdf (visité le 15/05/2018).
- [6] IARC. *List of classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, Volumes 1 to 123*. URL : <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/Table4.pdf> (visité le 04/04/2018).

4.1.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

En Corse, que ce soit chez l'homme ou chez la femme, le rapport standardisé d'incidence (SIR) ne met pas en évidence de sur- ou de sous- incidence[†] par rapport à la France métropolitaine (Tableau 1-2) en ce qui concerne les cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx (LBP).

Chaque année, on estime à 54 le nombre de nouveaux cas chez l'homme sur la période 2007-2016, soit un taux d'incidence standardisé monde (TSM) de 19,7 pour 100 000 personnes-années (Tableau 1-2).

Chez la femme, le TSM d'incidence est de 5,8 pour 100 000 personnes-années. Cela correspond à une moyenne annuelle estimée de 18 nouveaux cas de cancer des LBP sur la période 2007-2016.

Mortalité régionale

Le rapport standardisé de mortalité (SMR) met en évidence une sous-mortalité importante[†] (19 %) chez l'homme par rapport à la France métropolitaine (Tableau 1-2 et Figure 1-2 b). Le nombre annuel de décès par LBP sur la période 2007-2014 est estimé à 14 chez l'homme (Tableau 1-2). Le TSM est de 4,5 pour 100 000 personnes-années (Tableau 1-2).

Chez la femme, le SMR met en évidence une mortalité qui est la plus faible par rapport aux autres régions de la France métropolitaine. Toutefois, l'intervalle de confiance très grand en raison d'un très faible effectif rends délicate l'interprétation de cette différence de mortalité par rapport à la France métropolitaine (Figure 1-3 b). En moyenne, en Corse, le nombre annuel de décès par cancers LBP est estimé à 3 chez la femme sur la période 2007-2014 (Tableau 1-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 1-2 |

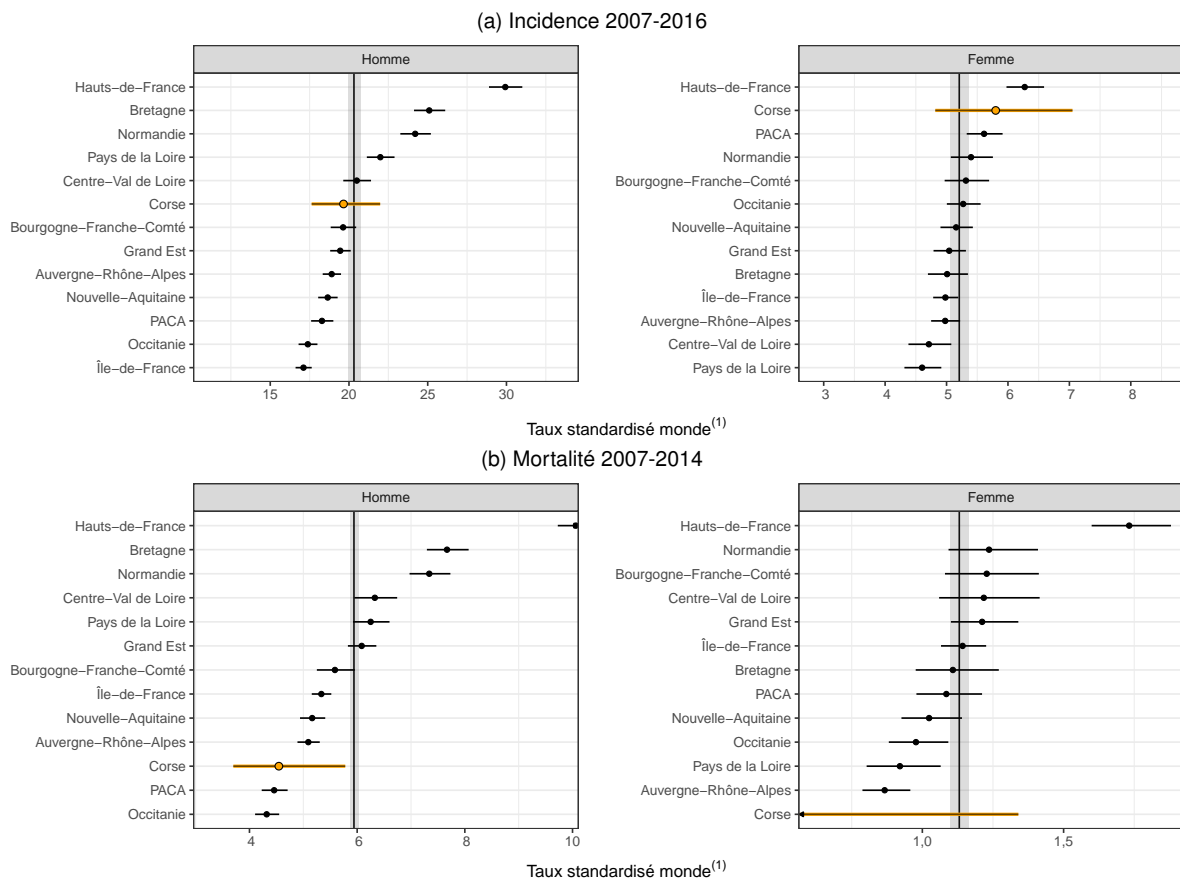
Lèvre-bouche-pharynx, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Corse	54[49;60]	19,65[17,63;21,98]	0,96[0,87;1,07]	14[11;17]	4,55[3,70;5,78]	0,81[0,70;0,98]
France métropolitaine	10004[9817;10196]	20,32[19,93;20,71]		3130[3091;3169]	5,94[5,86;6,02]	
<i>Femme</i>						
Corse	18[15;21]	5,80[4,82;7,05]	1,05[0,93;1,17]	3[2;4]	0,52[0,29;1,34]	0,88[0,70;1,06]
France métropolitaine	3008[2935;3085]	5,21[5,06;5,36]		795[775;815]	1,13[1,10;1,16]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.
 (2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 1-3 |

Lèvre-bouche-pharynx : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.2 Œsophage

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie	Morphologie	Cause principale	Homme : AUP/I (A++) Femme : AUP/I (A+)
(CIM-O-3)	(CIM-O-3)	(CIM-10)	(CIM-10)
C15	Toutes	C15	C15

4.2.1 Contexte national

Le cancer de l'œsophage est plus fréquent dans les pays les moins développés [1]. La France se situe dans la moyenne des pays de l'Europe de l'Ouest. Son incidence diminue depuis de nombreuses années chez l'homme alors qu'elle progresse chez la femme. Sur la période 2007-2016, elle était de 7,2 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 1,5 chez la femme, soit un sexe ratio de 4,85, représentant en moyenne 3998 cas incidents chez les hommes et 1072 chez les femmes par an (Tableau 2-1), soit 2,0 % des cas incidents de cancers chez l'homme et 0,7 % chez la femme. Il est à l'origine de 3825 décès par an entre 2007 et 2014 (Tableau 2-1), représentant 3,4 % des décès par cancer chez l'homme et 1,3 % des décès par cancer chez la femme. La survie nette à 5 ans sur la période 2005-2010 était de 14 % chez l'homme et de 18 % chez la femme [2].

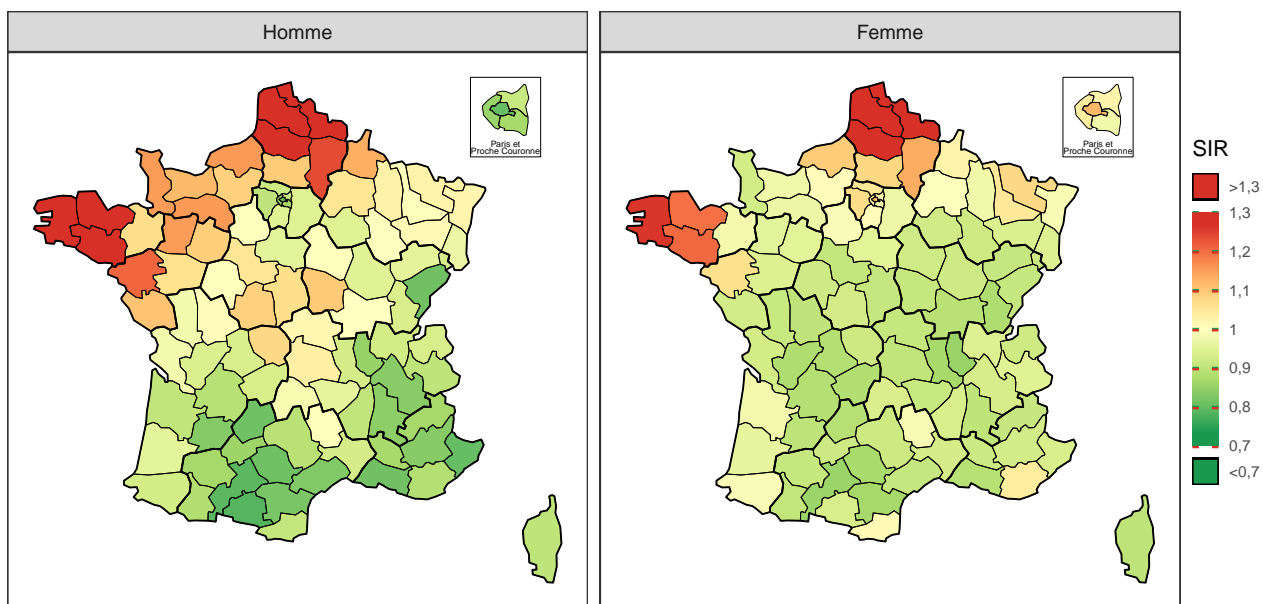
La majorité des cancers de l'œsophage peut être divisée en deux groupes histologiques. Les cancers de type épidermoïde sont les plus fréquents en France aussi bien chez l'homme que chez la femme [3]. Les facteurs de risque identifiés sont : le niveau socio-économique, le tabagisme chronique, l'alcoolisme. L'alimentation riche en fruits et légumes serait quant à elle protectrice [4]. L'OMS a reconnu par ailleurs comme cancérigènes les rayons X et gamma. L'autre type histologique est l'adénocarcinome. Sa fréquence devrait dépasser celle de l'épidermoïde en France selon certaines projections après 2017 [5]. Ses facteurs de risques sont le reflux gastro-œsophagien et l'obésité [6]. La plupart des adénocarcinomes de l'œsophage se développent sur un endobrachyoesophage (œsophage de Barrett), selon une séquence métaplasie, dysplasie, cancer. Les données utilisées dans ce rapport ne permettent pas de distinguer ces deux entités.

Le corrélât retenu pour cette localisation est le croisement ALD et PMSI (AUP) (cf. document Evaluation). La validation croisée indique peu d'erreurs de prédiction. Le taux d'incidence standardisé monde présente une hétérogénéité qu'illustre la représentation cartographique des rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés (Figure 2-1 a). Une sur-incidence de ce cancer est observée chez les hommes dans le Nord-Ouest de la France, en particulier en Bretagne et dans la région Hauts-de-France. Par rapport à la moyenne nationale, 12 départements présentent une sur-incidence¹ qui dépasse les 10 %. A l'inverse, une sous-incidence qui dépasse les 10 % est observée dans 22 départements essentiellement situés dans le sud de la France². Chez les femmes, une sur-incidence qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale est observée dans 6 départements (Côtes d'Armor, Finistère, Morbihan, Nord, Pas-de-Calais et Somme) appartenant aux régions Bretagne et Hauts-de-France. Le reste du territoire apparaît en sous-incidence, avec notamment une sous-incidence qui dépasse les 10 % dans les départements de la Haute-Garonne, de la Loire et du Rhône.

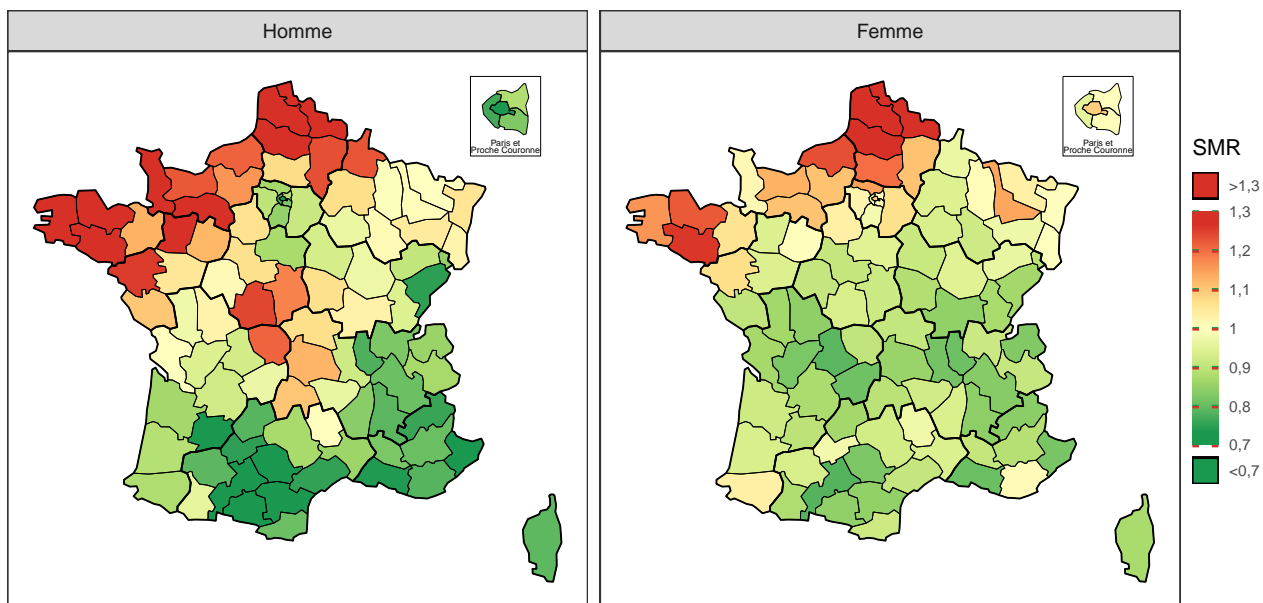
La mortalité liée au cancer de l'œsophage est également très contrastée sur le territoire national (Figure 2-1 b). Son taux standardisé monde est de 5,2 pour 100 000 personnes-années chez l'homme. Il existe une forte sur-mortalité dans les départements du Nord et de l'Ouest. Celle-ci dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans 21 départements³. A l'inverse, la sous-mortalité masculine concerne essentiellement la partie sud du territoire. Elle dépasse les 10 % dans 38 départements⁴. Chez la femme, le taux standardisé monde de mortalité est de 1,0 pour 100 000 avec également des disparités départementales. Une sur-mortalité qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale est observée dans 4 départements de la région des Hauts de France (Nord, Oise, Pas-de-Calais et Somme), dans les départements de Seine-Maritime et du Val-d'Oise ainsi que dans 2 départements de Bretagne (Côtes d'Armor et Morbihan). Le reste du territoire métropolitain apparaît en sous-mortalité. Celle-ci dépasse les 10 % dans 15 départements⁵.

Œsophage : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



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

| TABLEAU 2-1 |

Œsophage, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	3998 [3851 ; 4 153]	13,03 [12,55 ; 13,53]	7,23 [6,95 ; 7,51]	5,4 - 9,9	2,0
	Mortalité	3031 [2993 ; 3070]	9,92 [9,80 ; 10,05]	5,18 [5,11 ; 5,25]	3,2 - 8,1	3,4
Femme	Incidence	1072 [1018 ; 1130]	3,28 [3,12 ; 3,46]	1,49 [1,41 ; 1,58]	1,0 - 1,9	0,7
	Mortalité	794 [774 ; 813]	2,44 [2,38 ; 2,50]	0,96 [0,93 ; 0,98]	0,6 - 1,3	1,3

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

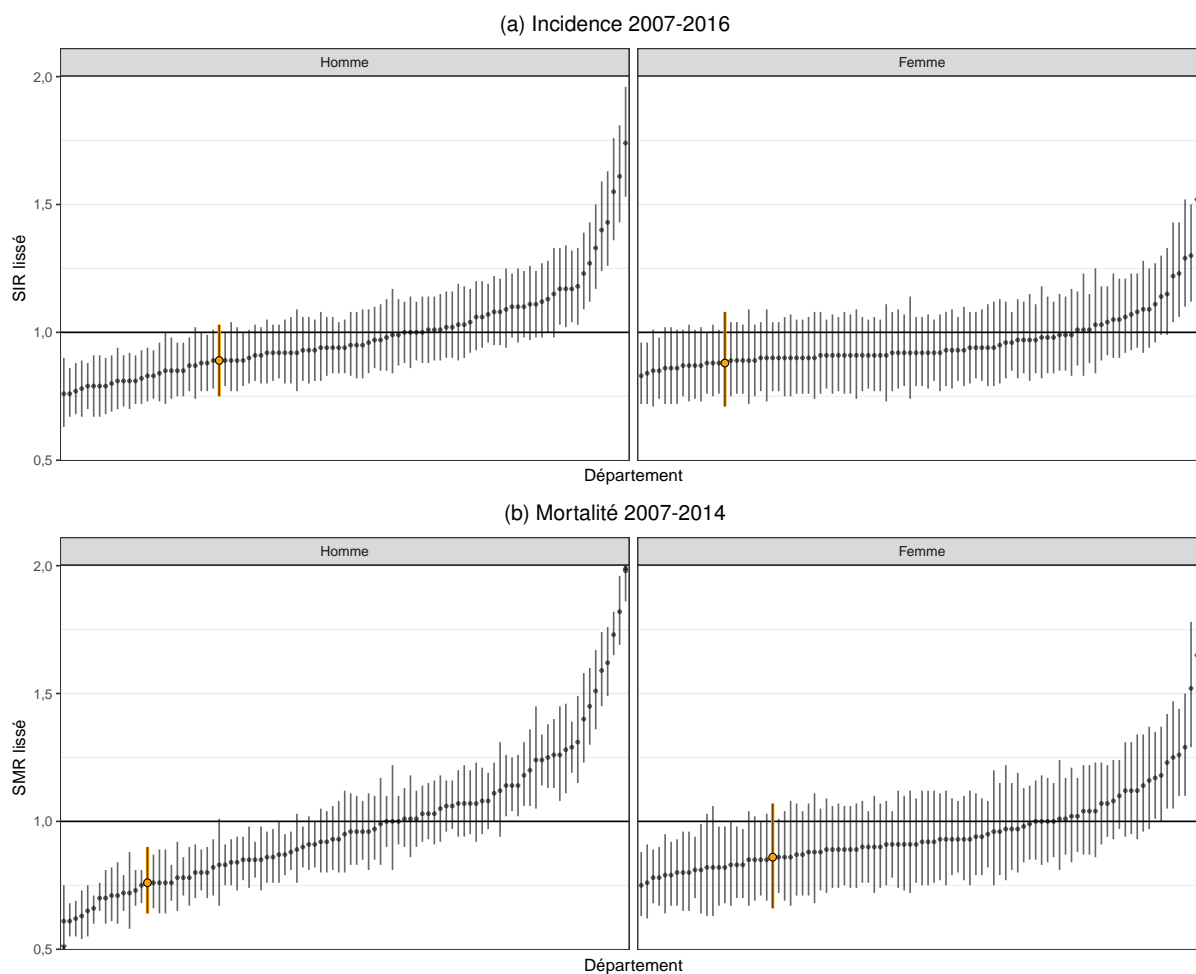
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 2-2 |

Œsophage : rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pas-de-Calais (62), Nord (59), Finistère (29), Côtes d'Armor (22), Somme (80), Morbihan (56), Aisne (02), Loire-Atlantique (44), Orne (61), Seine-Maritime (76), Manche (50), Mayenne (53).
2. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Ariège (09), Haute-Garonne (31), Paris (75), Alpes-Maritimes (06), Tarn (81), Lot (46), Bouches-du-Rhône (13), Doubs (25), Aude (11), Hérault (34), Lot-et-Garonne (47), Alpes de Haute-Provence (04), Isère (38), Drôme (26), Rhône (69), Hauts-de-Seine (92), Tarn-et-Garonne (82), Gers (32), Val-de-Marne (94), Vaucluse (84), Var (83), Dordogne (24).
3. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pas-de-Calais (62), Finistère (29), Nord (59), Morbihan (56), Côtes d'Armor (22), Somme (80), Manche (50), Orne (61), Mayenne (53), Loire-Atlantique (44), Indre (36), Aisne (02), Ardennes (08), Calvados (14), Seine-Maritime (76), Creuse (23), Cher (18), Eure (27), Ille-et-Vilaine (35), Puy-de-Dôme (63), Sarthe (72).
4. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Ariège (09), Haute-Garonne (31), Alpes-Maritimes (06), Tarn (81), Aude (11), Paris (75), Lot-et-Garonne (47), Bouches-du-Rhône (13), Doubs (25), Tarn-et-Garonne (82), Hérault (34), Hautes-Alpes (05), Hauts-de-Seine (92), Rhône (69), Var (83), Lot (46), Drôme (26), Gers (32), Corse (20), Alpes de Haute-Provence (04), Pyrénées-Orientales (66), Isère (38), Vaucluse (84), Ain (01), Val-de-Marne (94), Ardèche (07), Essonne (91), Haute-Savoie (74), Gard (30), Gironde (33), Val-d'Oise (95), Savoie (73), Aveyron (12), Loiret (45), Pyrénées-Atlantiques (64), Seine-Saint-Denis (93), Yvelines (78), Seine-et-Marne (77).
5. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Haute-Garonne (31), Haute-Vienne (87), Bouches-du-Rhône (13), Rhône (69), Corrèze (19), Loire (42), Alpes-Maritimes (06), Charente (16), Tarn (81), Haute-Savoie (74), Isère (38), Drôme (26), Vienne (86), Saône-et-Loire (71), Puy-de-Dôme (63).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides.* Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [3] Arnold, M., Soerjomataram, I., Ferlay, J. et Forman, D. "Global incidence of oesophageal cancer by histological subtype in 2012." *Gut* 64.3 (mar. 2015), p. 381-7.
- [4] Abnet, C. C., Arnold, M. et Wei, W.-Q. "Epidemiology of Esophageal Squamous Cell Carcinoma." *Gastroenterology* 154.2 (jan. 2018), p. 360-373.
- [5] Arnold, M., Laversanne, M., Brown, L. M., Devesa, S. S. et Bray, F. "Predicting the Future Burden of Esophageal Cancer by Histological Subtype : International Trends in Incidence up to 2030". *The American Journal of Gastroenterology* 112.8 (août 2017), p. 1247-1255.
- [6] Thrift, A. P. "The epidemic of oesophageal carcinoma : Where are we now ?" *Cancer epidemiology* 41 (avr. 2016), p. 88-95.

4.2.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

En Corse, que ce soit chez l'homme ou chez la femme, le rapport standardisé d'incidence (SIR) pour le cancer de l'œsophage ne met pas en évidence de sous-incidence importante[†] par rapport à la France métropolitaine (Tableau 2-2). Chez la femme, bien que le SIR soit bas par rapport aux autres régions de France métropolitaine, l'intervalle de confiance ne permet pas de conclure quant à une différence significative[†].

Chaque année, on estime à 19 le nombre de nouveaux cas chez l'homme sur la période 2007-2016, soit un taux standardisé monde (TSM) d'incidence de 6,1 pour 100 000 personnes-années (Tableau 2-2).

Chez la femme, le TSM d'incidence est de 1,0 pour 100 000 personnes-années, ce qui correspond à une moyenne annuelle estimée de 4 nouveaux cas sur la période 2007-2016.

Mortalité régionale

Chez l'homme, le rapport standardisé de mortalité (SMR) met en évidence en Corse une sous-mortalité par cancer de l'œsophage importante[†] d'environ 24 % par rapport à la France métropolitaine (Tableau 2-2 et Figure 2-2 b). Sur la période 2007-2014, le nombre moyen de décès est estimé à 13 par an, équivalent à un TSM de mortalité de 3,5 pour 100 000 personnes-années (Tableau 2-2 et Figure 2-3 b).

Chez la femme, le SMR ne met pas en évidence de sous- mortalité significative[†] par rapport à la France métropolitaine (Tableau 2-2 et Figure 2-3 b). Sur la période 2007-2014, le nombre moyen de décès est estimé à 3 par an, équivalent à un TSM de 0,5 pour 100 000 personnes-années (Tableau 2-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 2-2 |

Œsophage, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

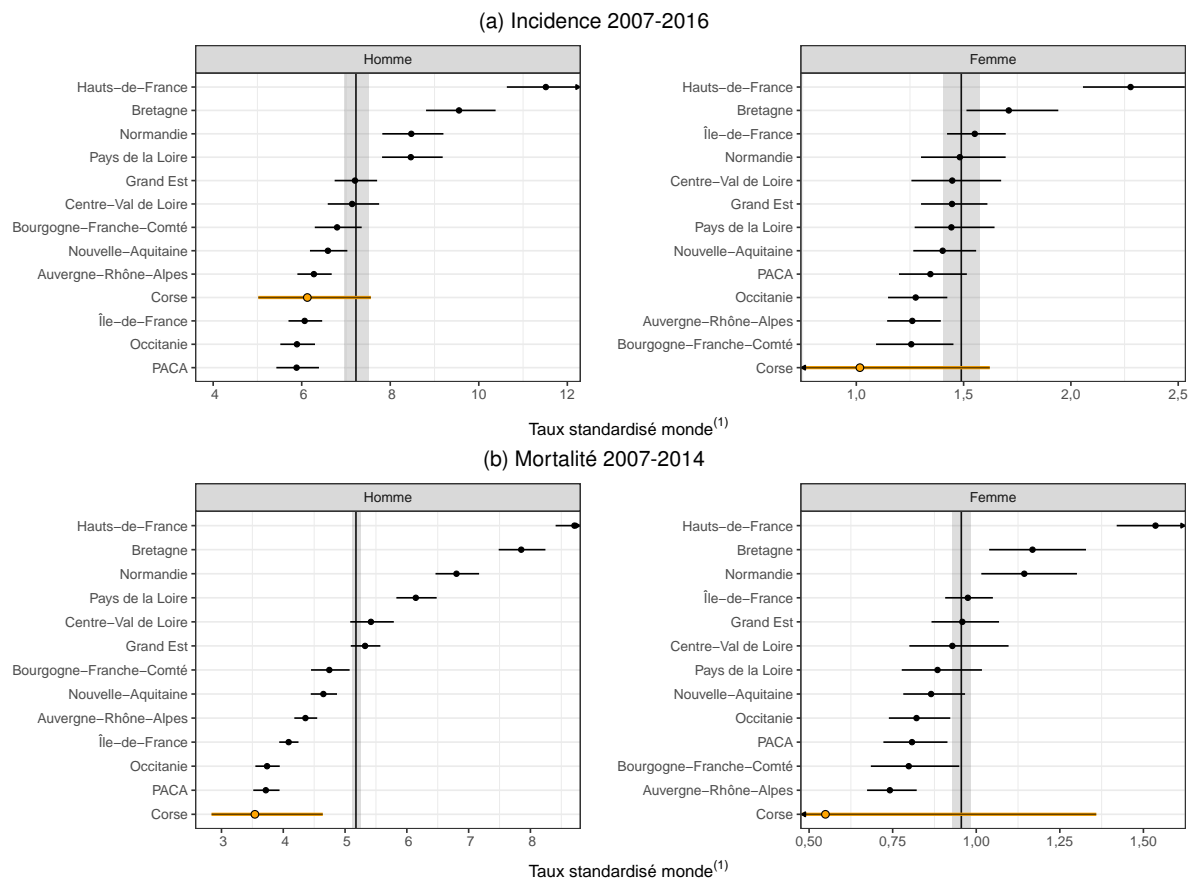
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Corse	19[16;24]	6,13[5,02;7,56]	0,88[0,77;1,02]	13[10;15]	3,54[2,84;4,64]	0,76[0,64;0,88]
France métropolitaine	3998[3851;4153]	7,23[6,95;7,51]		3031[2993;3070]	5,18[5,11;5,25]	
<i>Femme</i>						
Corse	4[3;6]	1,02[0,67;1,62]	0,88[0,71;1,06]	3[2;5]	0,55[0,32;1,36]	0,86[0,67;1,08]
France métropolitaine	1072[1018;1130]	1,49[1,41;1,58]		794[774;813]	0,96[0,93;0,98]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 2-3 |

Œsophage : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.3 Estomac

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie	Morphologie	Cause principale	Homme : AUP/I (A+) Femme : AUP/I (A++)
(CIM-O-3)	(CIM-O-3)	(CIM-10)	(CIM-10)
C16	Toutes	C16	C16

4.3.1 Contexte national

L'incidence du cancer de l'estomac estimée en France est la plus faible parmi les estimations fournies par l'OMS [1]. Ce cancer touche en moyenne 4 707 hommes et 2 587 femmes chaque année sur la période 2007-2016 (Tableau 3-1), soit 2,4 % des cas incidents de cancer chez l'homme et 1,6 % chez la femme. L'incidence du cancer de l'estomac est en baisse sur le long terme, cette baisse se poursuivant entre 2005 et 2012 [2]. La mortalité est également en constante baisse depuis les années 1990 [2]. Le cancer de l'estomac a entraîné près de 4 600 décès par an sur la période 2007-2014 (Tableau 3-1), soit 3,3 % des décès par cancer chez l'homme et 2,6 % chez la femme. La survie nette à 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010 est estimée à 23 % pour les hommes et 28 % pour les femmes [3].

Les facteurs de risque du cancer de l'estomac sont : l'infection à *Helicobacter pylori*, la consommation de sel, l'exposition aux composés Nnitroso (alimentation, tabac et synthèse endogène) et à l'acétaldéhyde (d'origine alimentaire, présent dans la fumée de tabac et résultant de la transformation de l'alcool en acétaldéhyde par les bactéries de la cavité buccale et de l'estomac en cas d'achlorhydrie). La consommation de fruits et de légumes a un effet protecteur. Le risque de cancer de l'estomac est augmenté chez les apparentés au premier degré d'un patient atteint de cancer de l'estomac, chez les patients ayant eu une gastrectomie partielle pour cancer ou ayant été traités par endoscopie pour une néoplasie gastrique, en cas de lésions précancéreuses de l'estomac et chez les sujets issus de pays à forte incidence. L'obésité et le reflux gastro-oesophagien sont des facteurs de risque du cancer du cardia [4-6].

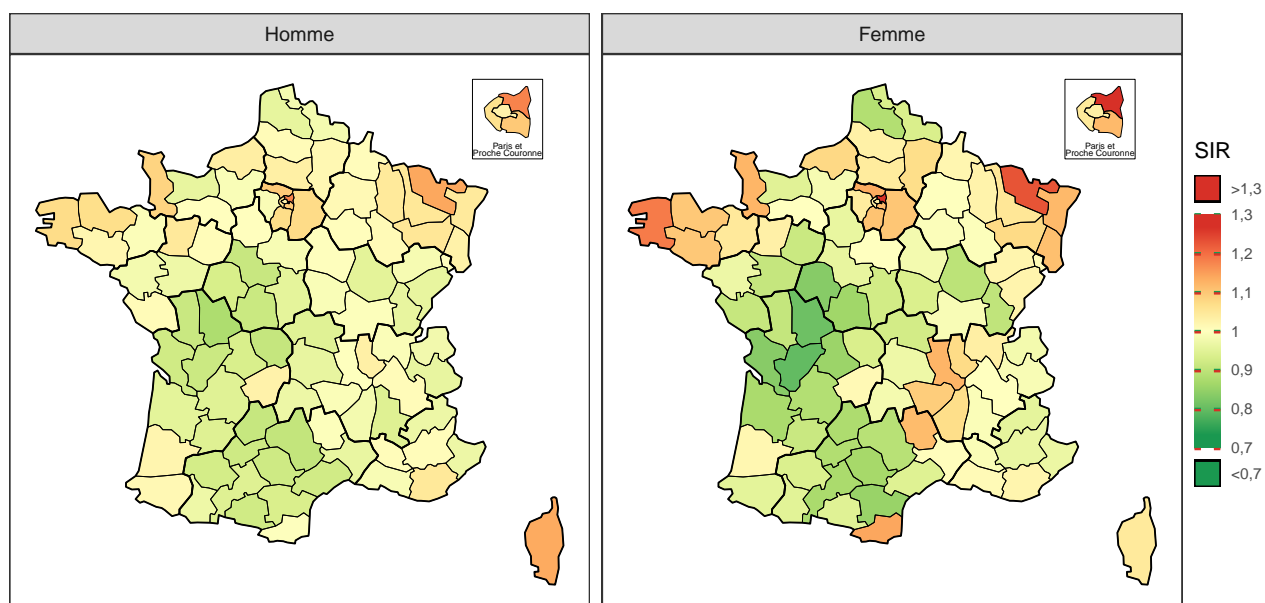
Le corrélat retenu pour cette localisation cancéreuse est le croisement ALD et PMSI (AUP) (cf. document Evaluation). La lecture des cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés montre qu'il existe peu de disparités départementales (Figure 3-1 a). Chez les hommes, 5 départements¹ présentent une sur-incidence qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale ; chez les femmes ces départements sont au nombre de 11² dont 4 communs aux deux sexes. La sous-incidence est plus prononcée dans le quart sud-ouest de la France. Elle dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans 2 départements chez les hommes³ et 13 départements⁴ chez les femmes. Les taux d'incidence standardisés monde sont de 15,3 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et 7,9 chez les femmes (Tableau 3-1). La distribution des taux estimés départementaux reflète un phénomène de relative homogénéité sur le territoire métropolitain : les 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux sont compris entre 6 et 9,3 chez l'homme et 2,3 et 3,9 chez la femme (Tableau 3-1).

Les différences entre les rapports standardisés de mortalité (SMR) sont plus prononcées. Les 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux sont compris entre 3,5 et 5,7 chez l'homme et 1,2 et 2,2 chez la femme pour un taux standardisé monde national respectif de 4,5 et 1,7 pour 100 000 personnes-années (Tableau 3-1). Une sur-mortalité est observée notamment en Bretagne. Cette sur-mortalité dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans 12 départements⁵ chez les hommes et 8 départements⁶ chez les femmes, dont 7 communs aux deux sexes. Une sous-mortalité est observée notamment dans le sud-ouest. Elle dépasse les 10 % dans 15 départements⁷ chez les hommes et 8 départements⁸ chez les femmes (Figure 3-1 b).

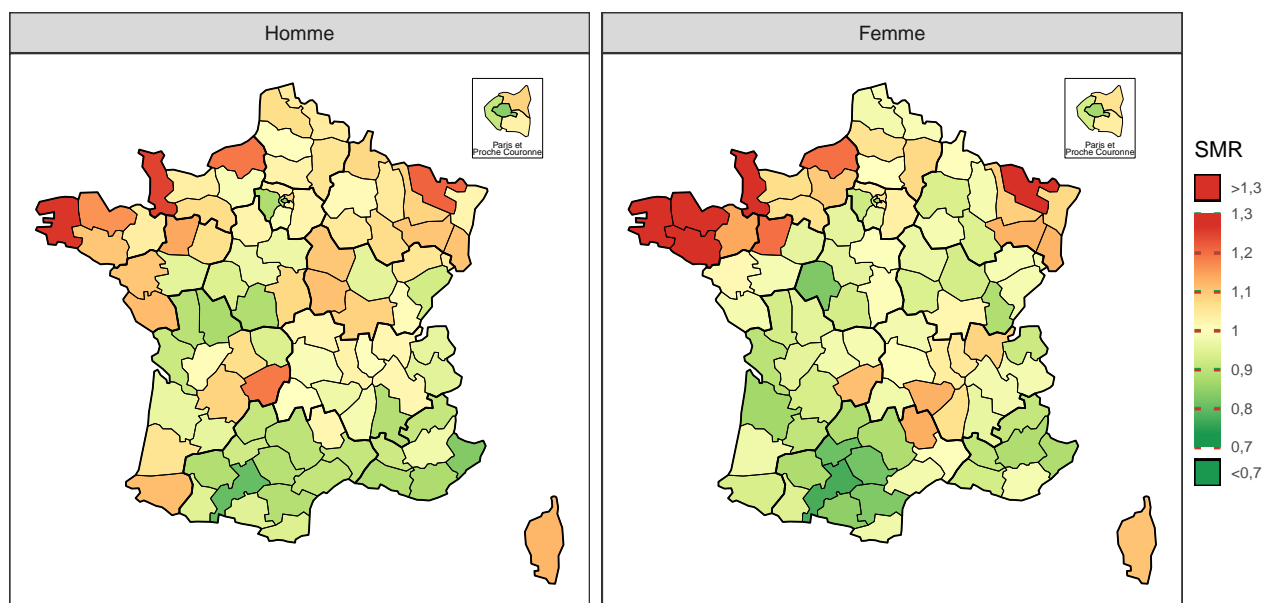
| FIGURE 3-1 |

Estomac : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



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

| TABLEAU 3-1 |

Estomac, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	4 707 [4561 ; 4859]	15,3 [14,9 ; 15,8]	7,88 [7,62 ; 8,14]	6,0 - 9,3	2,4
	Mortalité	2 952 [2914 ; 2990]	9,7 [9,5 ; 9,8]	4,54 [4,48 ; 4,61]	3,5 - 5,7	3,3
Femme	Incidence	2 587 [2508 ; 2670]	7,9 [7,7 ; 8,2]	3,22 [3,11 ; 3,34]	2,3 - 3,9	1,6
	Mortalité	1 665 [1637 ; 1694]	5,1 [5,0 ; 5,2]	1,71 [1,68 ; 1,75]	1,2 - 2,2	2,6

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

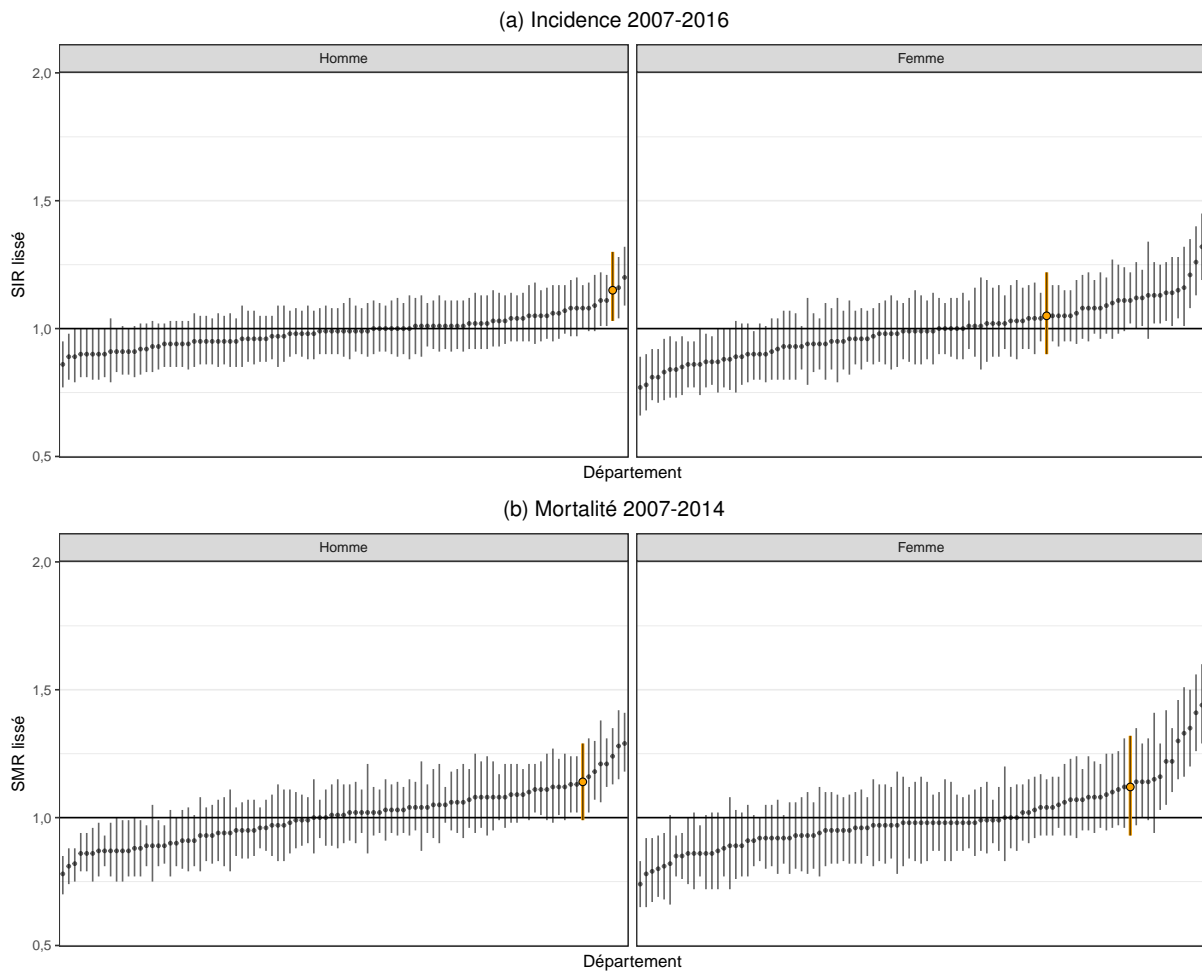
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 3-2 |

Estomac : rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Seine-Saint-Denis (93), Moselle (57), Corse (20), Val-de-Marne (94), Val-d'Oise (95).
2. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Seine-Saint-Denis (93), Moselle (57), Finistère (29), Pyrénées-Orientales (66), Val-d'Oise (95), Loire (42), Manche (50), Bas-Rhin (67), Val-de-Marne (94), Essonne (91), Seine-et-Marne (77).
3. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Vienne (86), Aveyron (12).
4. Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Charente (16), Vienne (86), Indre-et-Loire (37), Charente-Maritime (17), Aude (11), Haute-Vienne (87), Indre (36), Tarn (81), Gironde (33), Haute-Garonne (31), Pas-de-Calais (62), Dordogne (24), Maine-et-Loire (49).
5. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Finistère (29), Manche (50), Moselle (57), Seine-Maritime (76), Corrèze (19), Côtes d'Armor (22), Mayenne (53), Vendée (85), Pyrénées-Atlantiques (64), Haut-Rhin (68), Morbihan (56), Loire-Atlantique (44).
6. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Moselle (57), Finistère (29), Morbihan (56), Manche (50), Côtes d'Armor (22), Mayenne (53), Seine-Maritime (76), Ille-et-Vilaine (35).
7. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Haute-Garonne (31), Alpes-Maritimes (06), Paris (75), Vienne (86), Var (83), Yvelines (78), Indre (36), Bouches-du-Rhône (13), Aude (11), Drôme (26), Tarn (81), Deux-Sèvres (79), Hérault (34), Gard (30), Hauts-de-Seine (92).
8. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Haute-Garonne (31), Tarn-et-Garonne (82), Tarn (81), Indre-et-Loire (37), Aude (11), Paris (75), Gironde (33), Alpes-Maritimes (06).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [4] Sitarz, R., Skierucha, M., Mielko, J., Offerhaus, G. J. A., Maciejewski, R. *et al.* "Gastric cancer : epidemiology, prevention, classification, and treatment." *Cancer management and research* 10 (2018), p. 239-248.
- [5] Fock, K. M. "Review article : the epidemiology and prevention of gastric cancer." *Alimentary pharmacology & therapeutics* 40.3 (août 2014), p. 250-60.
- [6] Karimi, P., Islami, F., Anandasabapathy, S., Freedman, N. D. et Kamangar, F. "Gastric cancer : descriptive epidemiology, risk factors, screening, and prevention." *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 23.5 (mai 2014), p. 700-13.

4.3.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Chez l'homme, le rapport standardisé d'incidence (SIR) met en évidence pour la Corse une sur-incidence importante[†] pour le cancer de l'estomac de 16 % (SIR : 1,16 [1,03 ; 1,32]) par rapport à la France métropolitaine, équivalent à un taux standardisé monde (TSM) de 10,8 pour 100 000 personnes-années sur la période 2007-2016. L'estimation du nombre de nouveaux cas annuels sur cette période est de 37 (Tableau 3-2). Malgré un intervalle de confiance assez important, la Corse est la région ayant le plus fort TSM (Figure 3-3 a).

Chez la femme, le SIR du cancer de l'estomac en Corse ne montre pas de différence d'incidence[†] par rapport à la France métropolitaine (Tableau 3-2). Le TSM est de 3,4 pour 100 000 personnes-années (Tableau 3-2), soit une estimation de 15 nouveaux cas annuels sur la période 2007-2016.

Mortalité régionale

Le rapport standardisé de mortalité (SMR) montre un excès de mortalité élevé chez l'homme d'environ 14 % (Tableau 3-2), à la limite de la significativité[†]. À noter que cet excès de mortalité est difficile à mesurer à l'aide du TSM, dont les intervalles de confiance sont extrêmement larges (Figure 3-3 b). On observe ici une des conséquences de l'imprécision des estimations liées à des effectifs de décès faibles, qui invitent à tenir compte de la taille des intervalles de confiance dans l'interprétation des résultats.

Chez la femme, le SMR ne met pas en évidence de différence de mortalité[†] par cancer de l'estomac par rapport à la France métropolitaine.

En moyenne, en Corse, le nombre annuel de décès est estimé à 21 chez l'homme et 11 chez la femme sur la période 2007-2014 (Tableau 3-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 3-2 |

Estomac, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

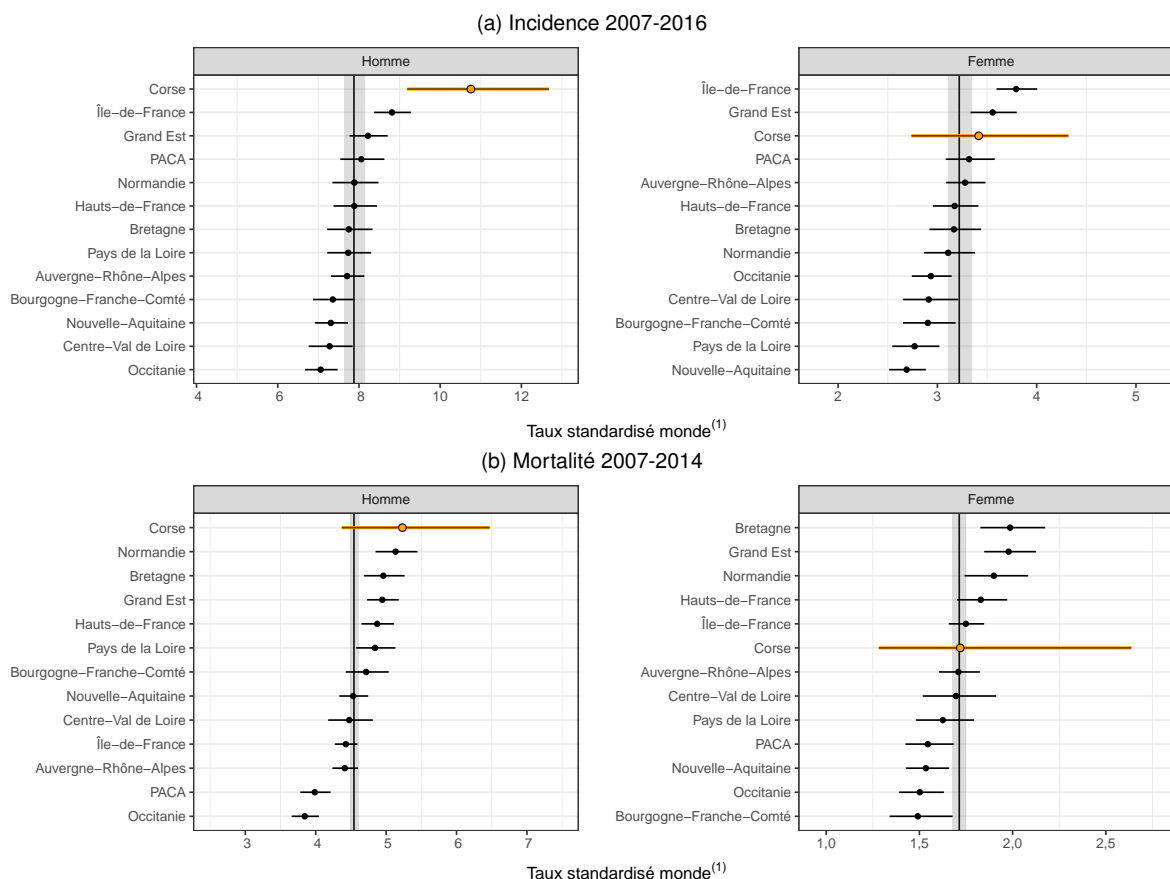
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Corse	37[32;43]	10,76[9,19;12,68]	1,16[1,03;1,32]	21[18;24]	5,23[4,37;6,47]	1,14[1,00;1,32]
France métropolitaine	4707[4561;4859]	7,88[7,62;8,14]		2952[2914;2990]	4,54[4,48;4,61]	
<i>Femme</i>						
Corse	15[13;19]	3,42[2,74;4,32]	1,05[0,90;1,20]	11[9;13]	1,72[1,28;2,64]	1,12[0,95;1,31]
France métropolitaine	2587[2508;2670]	3,22[3,11;3,34]		1665[1637;1694]	1,71[1,68;1,75]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 3-3 |

Estomac : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.4 Côlon-rectum

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	ALD/I (A++) (CIM-10)
C18-C21	Toutes	C18-C21	C18-C21

4.4.1 Contexte national

L'incidence du cancer colorectal (CCR) est élevée dans les pays développés [1]. En France, le taux d'incidence du CCR est comparable à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne [1]. Il touche en moyenne 22 828 hommes et 19 174 femmes chaque année sur la période 2007-2016 (Tableau 4-1), soit 12 % des cas de cancer incidents chez l'homme et la femme. Le CCR est l'un des trois cancers les plus fréquents et son incidence a diminué entre 2005 et 2012 [2]. La mortalité est en constante baisse depuis les années 1980 [2]. Le CCR a engendré près de 17 000 décès par an sur la période 2007-2014 (Tableau 4-1), soit 10 % des décès par cancer chez l'homme et 12 % chez la femme. La survie nette à 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010 est de 60 % pour les deux sexes [3].

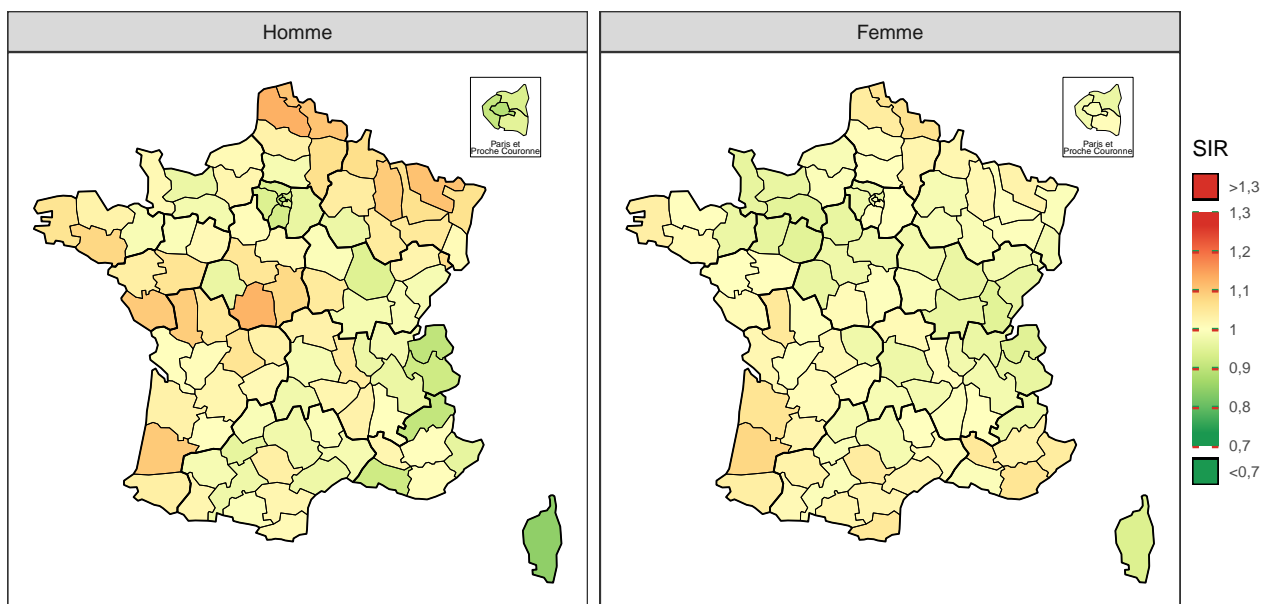
Les facteurs de risque du CCR peuvent être subdivisés en facteurs génétiques et facteurs environnementaux. Les déterminants du mode de vie occidental qui ont un impact sur le risque sont l'alimentation (consommation fréquente de viandes rouges ou de viandes transformées, faible consommation de fibres alimentaires, de vitamines anti-oxydantes), la consommation d'alcool et de tabac, la sédentarité et l'obésité. Les facteurs individuels prédisposant sont un antécédent personnel ou familial d'adénome ou de cancer colorectal, les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI), un âge supérieur à 50 ans [4-6]. Le CCR se développe à travers la séquence adénome-carcinome qui s'étale sur plusieurs années. Ce délai d'apparition des manifestations cliniques du cancer ouvre une fenêtre temporelle autorisant la détection des adénomes et des formes précoces. En France, le dépistage du cancer du CCR dans les populations à risque moyen est de ce fait organisé depuis 2007. Le taux de participation à ce dépistage en 2015-2016 est de 29,3 %, variant selon les régions [7].

Le corrélat retenu pour cette localisation cancéreuse est l'ALD qui induit une validation croisée comportant peu d'écarts de prédiction (cf. document Evaluation). Les taux d'incidence standardisés monde sont de 37,8 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et 24,4 chez les femmes. La lecture des cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés montre peu de disparités départementales (Figure 4-1 a). La distribution des taux d'incidence départementaux standardisés monde reflète une homogénéité sur le territoire métropolitain avec cependant 8 départements en sur-incidence qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale chez les hommes¹ et 5 départements en sous-incidence² supérieure à 10 % (Tableau 4-1). Il y a peu de disparités d'incidence entre les départements chez les femmes.

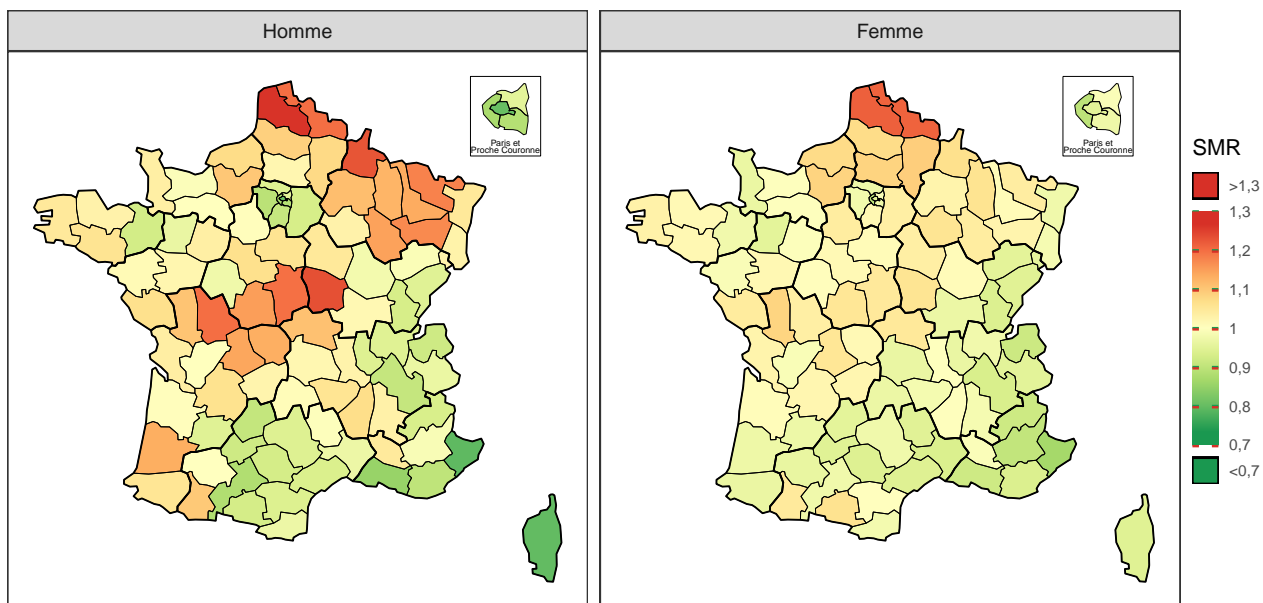
Les différences entre les rapports standardisés de mortalité (SMR) sont plus prononcées (Figure 4-1 b). Les 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux sont compris entre 10,6 et 16,0 chez les hommes et 6,2 et 8,7 chez les femmes pour un taux standardisé monde national respectif de 12,7 et 7,5 pour 100 000 personnes-années (Tableau 4-1). Les départements du Pas-de-Calais et du Nord (région Hauts-de-France) et, dans une moindre mesure ceux de la région Grand Est (surtout en Ardennes) ainsi que ceux de l'alignement Vienne-Nièvre (centre de la France) présentent une mortalité plus élevée chez l'homme (Figure 4-1 b). Au total, 21 départements sont en sur-mortalité³ qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale et 12 en sous-mortalité⁴ supérieure à 10 %. Chez la femme, une sur-mortalité qui dépasse les 10 % est observée dans 3 départements des Hauts-de-France (Aisne, Pas-de-Calais et Nord) alors qu'une sous-mortalité qui dépasse les 10 % est observée dans 2 départements du sud de la France (Alpes de Haute-Provence, Alpes-Maritimes) et dans le département des Hauts-de-Seine.

Côlon-rectum : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



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

| TABLEAU 4-1 |

Côlon-rectum, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	22828 [22442 ; 23222]	74,4 [73,1 ; 75,7]	37,8 [37,2 ; 38,5]	33,2 - 42,9	11,6
	Mortalité	8976 [8910 ; 9041]	29,4 [29,2 ; 29,6]	12,7 [12,6 ; 12,8]	10,6 - 16,0	10,1
Femme	Incidence	19174 [18895 ; 19458]	58,7 [57,8 ; 59,6]	24,4 [24,0 ; 24,8]	22,1 - 26,7	12,1
	Mortalité	7938 [7877 ; 8000]	24,4 [24,2 ; 24,6]	7,5 [7,4 ; 7,6]	6,2 - 8,7	12,5

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

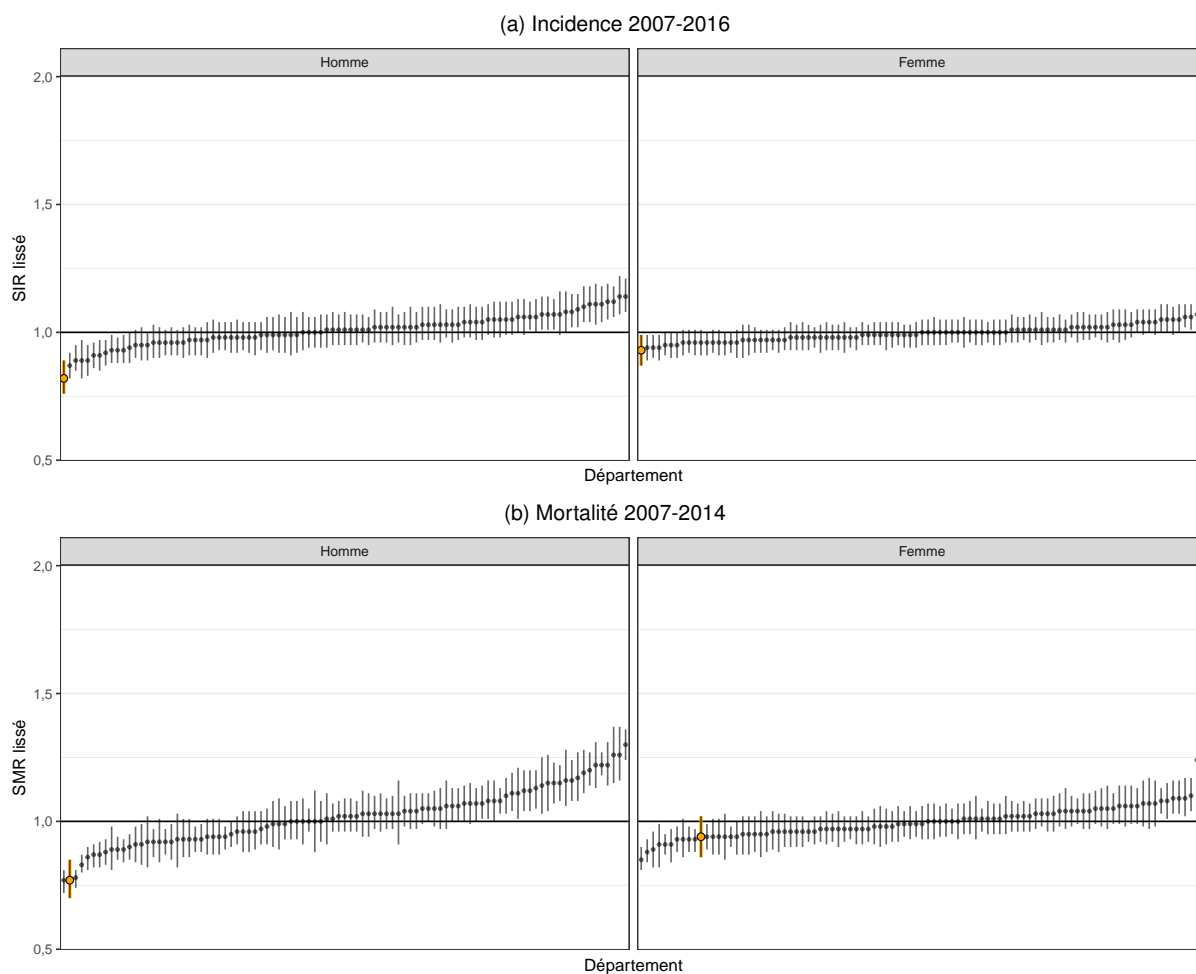
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 4-2 |

Côlon-rectum : rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pas-de-Calais (62), Indre (36), Moselle (57), Nord (59), Landes (40), Vendée (85), Meuse (55), Deux-Sèvres (79).
2. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Corse (20), Paris (75), Haute-Savoie (74), Hautes-Alpes (05), Hauts-de-Seine (92).
3. Départements présentant une **mortalité** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pas-de-Calais (62), Nièvre (58), Ardennes (08), Vienne (86), Nord (59), Cher (18), Moselle (57), Vosges (88), Indre (36), Haute-Marne (52), Haute-Vienne (87), Meurthe-et-Moselle (54), Landes (40), Creuse (23), Meuse (55), Marne (51), Allier (03), Deux-Sèvres (79), Eure (27), Hautes-Pyrénées (65), Somme (80).
4. Départements présentant une **mortalité** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Alpes-Maritimes (06), Corse (20), Paris (75), Bouches-du-Rhône (13), Hauts-de-Seine (92), Haute-Garonne (31), Val-de-Marne (94), Yvelines (78), Var (83), Lot (46), Isère (38), Essonne (91).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [4] Chan, A. T. et Giovannucci, E. L. "Primary prevention of colorectal cancer." *Gastroenterology* 138.6 (juin 2010), 2029-2043.e10.
- [5] Johnson, C. M., Wei, C., Ensor, J. E., Smolenski, D. J., Amos, C. I. *et al.* "Meta-analyses of colorectal cancer risk factors." *Cancer causes & control : CCC* 24.6 (juin 2013), p. 1207-22.
- [6] Vieira, A. R., Abar, L., Chan, D. S. M., Vingeliene, S., Polemiti, E. *et al.* "Foods and beverages and colorectal cancer risk : a systematic review and meta-analysis of cohort studies, an update of the evidence of the WCRF-AICR Continuous Update Project." *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology* 28.8 (août 2017), p. 1788-1802.
- [7] Santé publique France. *Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016*. 2017. URL : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2016-2017> (visité le 09/05/2018).

4.4.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

En Corse, chez l'homme, le rapport standardisé d'incidence (SMR) montre une sous-incidence importante[†] des cancers du côlon-rectum, de l'ordre de 18 %, par rapport à la France métropolitaine (Tableau 4-2).

Le taux standardisé monde (TSM) est de 29,5 pour 100 000 personnes-années (Tableau 4-2), soit le plus faible des régions de métropole (Figure 4-3 a). Ce taux représente une estimation moyenne annuelle de 102 nouveaux cas sur la période 2007-2016.

Chez la femme, le SIR met en évidence une légère sous-incidence, à la limite de la significativité[†], des cancers du côlon-rectum par rapport à la France métropolitaine (Tableau 4-2), avec un SIR de 0,93 [0,87 ; 1,00]. Chaque année, on estime à 91 le nombre de nouveaux cas sur la période 2007-2016, soit un TSM d'incidence de 21,3 pour 100 000 personnes-années.

En comparaison des départements français, la Corse présente le SIR le plus faible, que ce soit chez l'homme ou chez la femme (Figure 4-2 a).

Mortalité régionale

En Corse, le rapport standardisé de mortalité (SMR) met en évidence une sous-mortalité importante[†] de 23 % chez l'homme par rapport à la France métropolitaine (Tableau 4-2 et Figure 4-2 b). Le nombre annuel de décès sur la période 2007-2014 est estimé à 38. Le TSM est de 9,4 pour 100 000 personnes-années (Tableau 4-2).

Chez la femme, le SMR ne montre pas de sous-mortalité significative[†] par cancer du côlon-rectum par rapport à la France métropolitaine (Tableau 4-2). Le TSM est de 7,0 pour 100 000 personnes-années. En moyenne, le nombre annuel de décès est estimé à 39 sur la période 2007-2014.

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 4-2 |

Côlon-rectum, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

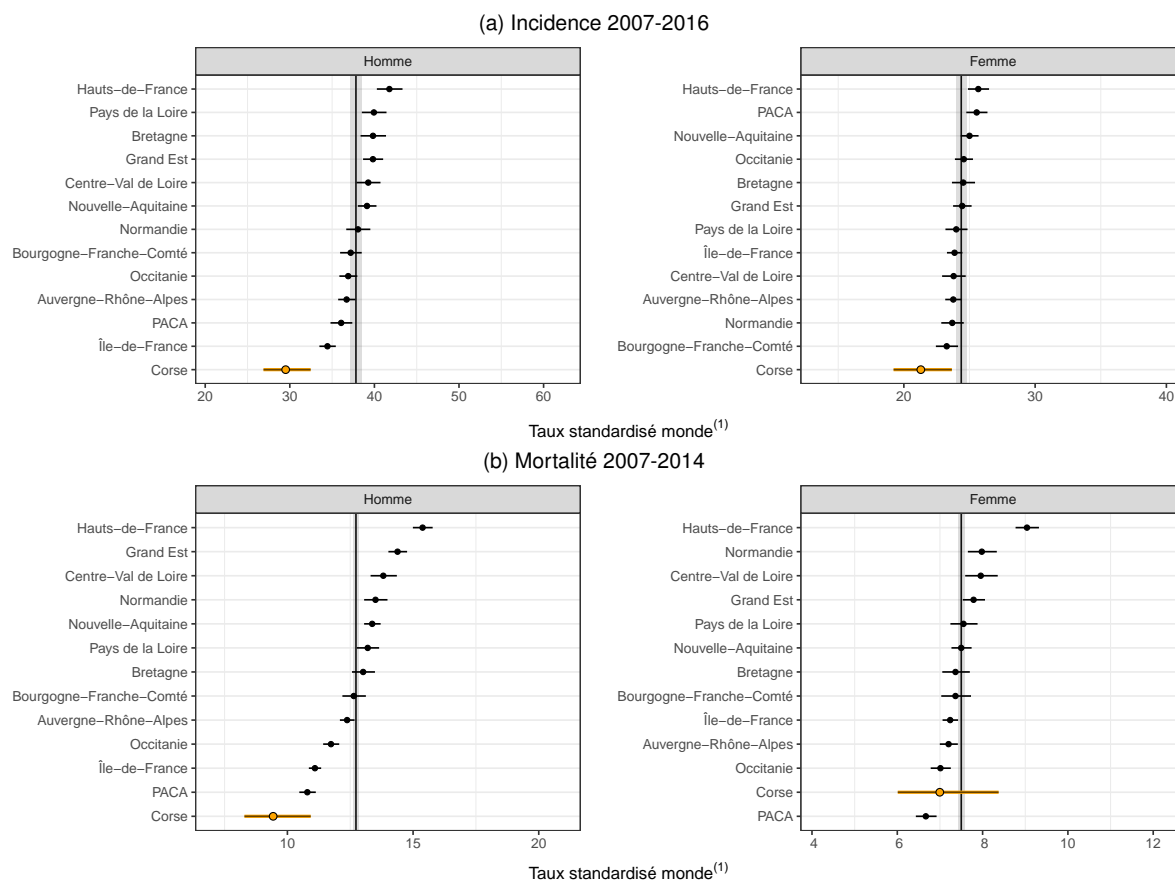
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Corse	102[93;112]	29,5[26,9;32,5]	0,82[0,76;0,88]	38[34;43]	9,4[8,3;10,9]	0,77[0,70;0,86]
France métropolitaine	22828[22442;23222]	37,8[37,2;38,5]		8976[8910;9041]	12,7[12,6;12,8]	
<i>Femme</i>						
Corse	91[83;100]	21,3[19,2;23,7]	0,93[0,87;1,00]	39[35;43]	7,0[6,0;8,4]	0,94[0,86;1,01]
France métropolitaine	19174[18895;19458]	24,4[24,0;24,8]		7938[7877;8000]	7,5[7,4;7,6]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 4-3 |

Côlon-rectum : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.5 Foie

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie	Morphologie	Cause principale	Homme : AUP/I (A++) Femme : Pas de méthode éligible
(CIM-O-3)	(CIM-O-3)	(CIM-10)	(CIM-10)
C22	Toutes	C22	C22

4.5.1 Contexte national

Le cancer du foie regroupe le carcinome primitif du foie ou carcinome hépatocellulaire (le HCC représente plus de 80 % des cas) et le cancer des voies biliaires intra-hépatiques. Il est plus fréquent en France qu'en Europe et dans les pays développés [1]. Il concerne, en moyenne annuelle sur la période 2007-2016, 6989 hommes (Tableau 5-1), soit 3,5 % des cas incidents de cancer chez l'homme (l'estimation n'a pas pu être réalisée chez la femme, cf. document Evaluation). Chez l'homme, la mortalité est en baisse depuis 1995 mais une tendance inverse est observée chez la femme [2]. Néanmoins, la qualité des données de mortalité issues des certificats de décès remet en question l'évolution temporelle des taux d'incidence mais influence peu les variations géographiques. Le nombre de décès annuel est en moyenne de 5739 sur la période 2007-2014 chez l'homme (soit 6,4 % des décès masculins par cancer) et 2118 chez la femme (soit 3,3 % des décès féminins par cancer) (Tableau 5-1). Pour les cas récemment diagnostiqués (période 2005-2010), la survie nette à 5 ans est de 15 % [3].

Les facteurs de risques avérés du carcinome primitif du foie sont nombreux [4, 5] : consommation d'alcool, virus des hépatites B et C, obésité [6], diabète, tabac. Quelques facteurs environnementaux sont incriminés : aflatoxines, chlorure de vinyle. Le cancer des voies biliaires a quant à lui comme facteurs de risque la douve du foie, les maladies des voies biliaires (la cholangite sclérosante primitive et la maladie de Carolie) et l'exposition à certains composés chimiques tels le dichloropropane ou dichlorométhane [7].

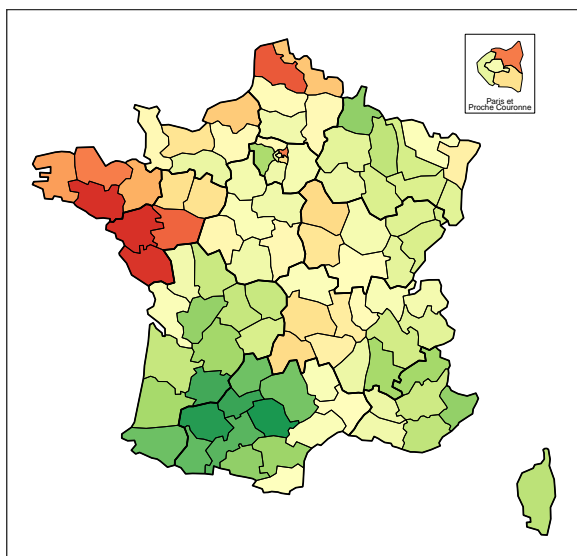
Le corrélat retenu pour l'incidence chez l'homme est le croisement entre les données d'ALD et celles du PMSI (AUP) (cf. document Evaluation). Le taux d'incidence standardisé monde, de 12,4 pour 100000 personnes-années, présente une amplitude importante (Tableau 5-1). La lecture des cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) montre qu'il existe de fortes disparités régionales et départementales (Figure 5-1 a). Après lissage, chez l'homme, une sous-incidence s'observe dans la majorité des départements des régions Occitanie et Nouvelle Aquitaine. Au total 18 départements ont une incidence estimée inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale¹. Il existe une sur-incidence dans tous les départements de Bretagne, en Pays de la Loire (Loire-Atlantique, Vendée, Maine-et-Loire), dans le Pas-de-Calais et en Seine-Saint-Denis (Figure 5-1 a). Pour les femmes, les estimations départementales ne pouvant être produites (cf. document Evaluation), nous commentons l'incidence observée dans les départements couverts par un registre général ou spécialisé dans les cancers digestifs (Figure 5-1 b). Les départements à l'est du territoire présentent une incidence plus élevée (Bas-Rhin, Haut-Rhin et Doubs). Une sous-incidence est observée en Saône et Loire, dans le Tarn et dans la Haute-Vienne.

Les différences de mortalité sont prononcées chez les hommes mais ne se superposent pas exactement à celles trouvées pour l'incidence au niveau départemental (Figure 5-1 c). Il existe une sous-mortalité masculine qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans 30 départements² essentiellement situés en Occitanie, en Nouvelle Aquitaine et en PACA, mais aussi en Île-de-France (Figure 5-1 c). Une sur-mortalité qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale concerne 20 départements³ pour les hommes, essentiellement dans les Pays de la Loire, dans tous les départements de Bretagne et dans les Hauts-de-France. Chez la femme, on observe une sous-mortalité qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans 17 départements⁴ situés essentiellement au sud de la France et une forte sur-mortalité qui dépasse les 10 % dans 10 départements⁵ situés essentiellement dans les Hauts-de-France et le Grand-Est. L'effet du lissage est manifeste sur les rapports standardisés de mortalité (SMR) pour les femmes (Tableau 3-5 en Annexes).

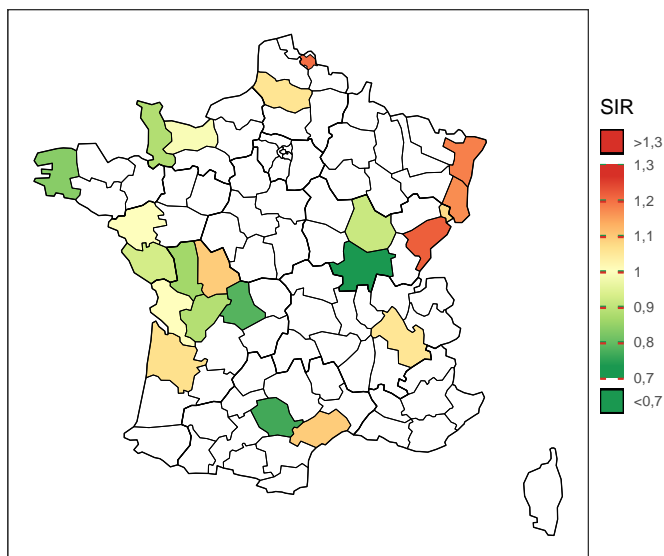
Les variations géographiques d'incidence observées sur la période étudiée pourraient être expliquées par l'hétérogénéité de la prévalence des maladies chroniques liées à l'alcool, aux virus des hépatites B et C et aux stéatopathies [4]. L'amélioration de la prise en charge des patients atteints de cirrhose permet à la carcinogénèse de se poursuivre et participe ainsi à la hausse du nombre de cas [4], notamment des voies biliaires intrahépatiques alors que d'autres types histologiques, comme le HCC, sont en baisse [8]. La répartition géographique différenciée des principaux facteurs de risque de ce cancer, en particulier la consommation d'alcool, explique très probablement la majeure partie des différences entre les départements en sur-incidence et sur-mortalité.

Foie : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR), par sexe

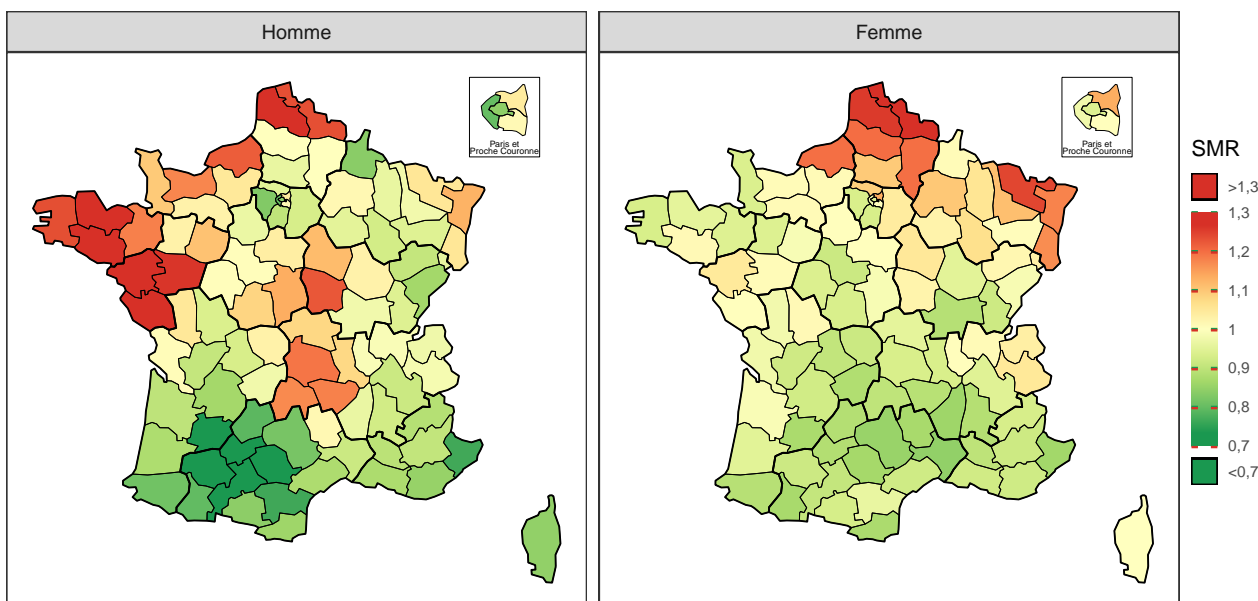
(a) Hommes : incidence lissée 2007-2016, départements de France métropolitaine



(b) Femmes : incidence observée 2007-2014, départements couverts par un registre des cancers



(c) Mortalité lissée 2007-2014, départements de France métropolitaine



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

| TABLEAU 5-1 |

Foie, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 chez l'homme et de la mortalité 2007-2014 par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM), accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	6 989 [6 730 ; 7 261]	22,8 [21,9 ; 23,7]	12,38 [11,91 ; 12,87]	9,0 - 16,3	3,5
	Mortalité	5 739 [5 686 ; 5 791]	18,8 [18,6 ; 19,0]	9,25 [9,16 ; 9,34]	6,4 - 12,4	6,4
Femme	Mortalité	2 118 [2 087 ; 2 151]	6,5 [6,4 ; 6,6]	2,24 [2,20 ; 2,29]	1,7 - 2,8	3,3

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

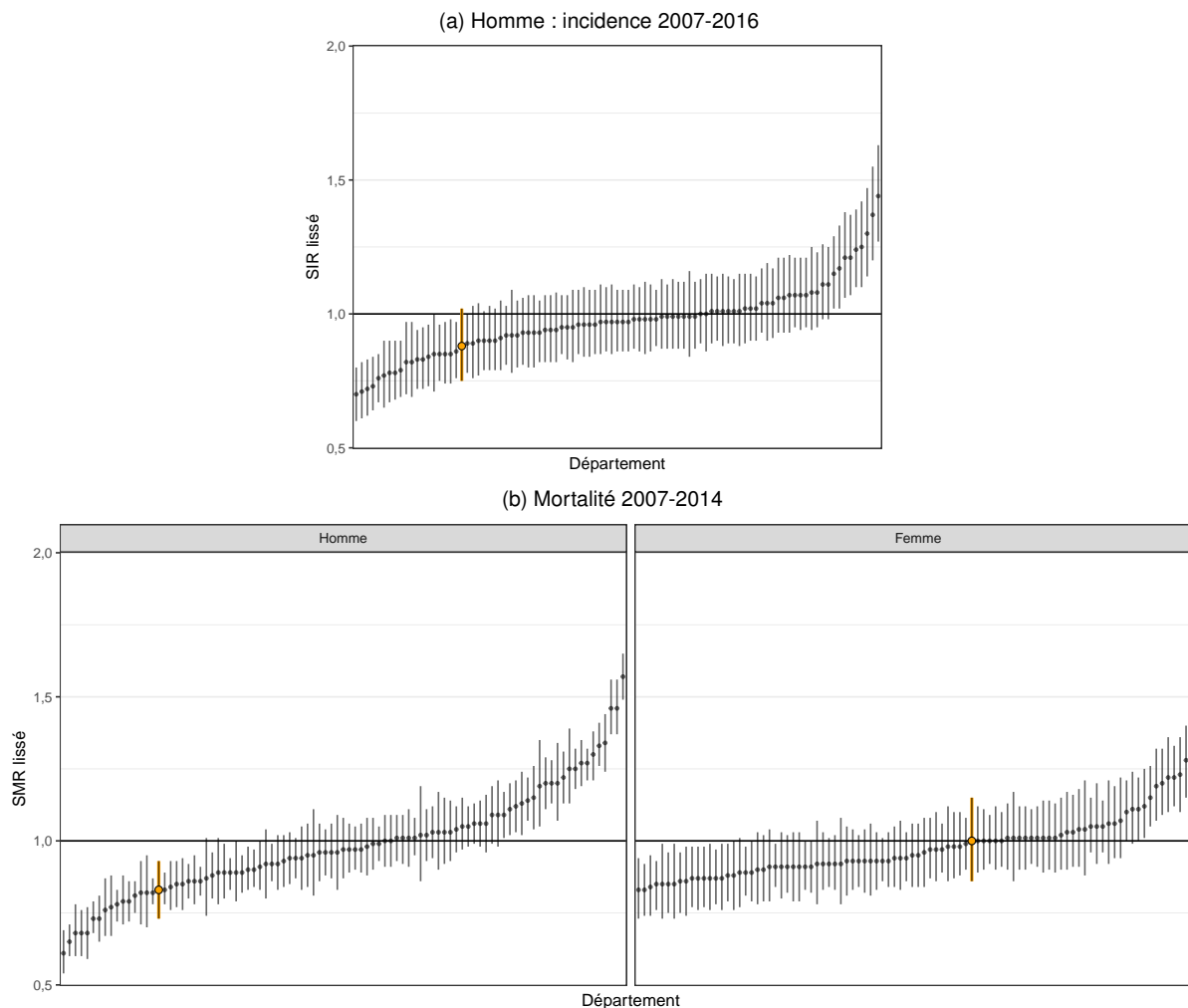
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 5-2 |

Foie : rapports standardisés d'incidence chez l'homme et de mortalité par sexe lissés, accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR=1 et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Tarn (81), Gers (32), Tarn-et-Garonne (82), Lot-et-Garonne (47), Haute-Garonne (31), Hautes-Pyrénées (65), Pyrénées-Atlantiques (64), Lot (46), Aveyron (12), Ardennes (08), Ariège (09), Alpes-Maritimes (06), Charente (16), Aude (11), Dordogne (24), Landes (40), Drôme (26), Yvelines (78).
2. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Tarn (81), Haute-Garonne (31), Lot-et-Garonne (47), Tarn-et-Garonne (82), Gers (32), Aude (11), Alpes-Maritimes (06), Lot (46), Hautes-Pyrénées (65), Hauts-de-Seine (92), Pyrénées-Atlantiques (64), Aveyron (12), Yvelines (78), Ardennes (08), Ariège (09), Paris (75), Corse (20), Var (83), Pyrénées-Orientales (66), Doubs (25), Dordogne (24), Bouches-du-Rhône (13), Hérault (34), Landes (40), Vaucluse (84), Gironde (33), Essonne (91), Charente (16), Isère (38), Gard (30).
3. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Loire-Atlantique (44), Vendée (85), Morbihan (56), Côtes d'Armor (22), Pas-de-Calais (62), Maine-et-Loire (49), Finistère (29), Nord (59), Nièvre (58), Seine-Maritime (76), Puy-de-Dôme (63), Ille-et-Vilaine (35), Haute-Loire (43), Calvados (14), Cantal (15), Cher (18), Bas-Rhin (67), Yonne (89), Sarthe (72), Manche (50).
4. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Gard (30), Aveyron (12), Ardèche (07), Alpes-Maritimes (06), Tarn (81), Hautes-Pyrénées (65), Lozère (48), Lot-et-Garonne (47), Pyrénées-Orientales (66), Corrèze (19), Tarn-et-Garonne (82), Lot (46), Drôme (26), Saône-et-Loire (71), Pyrénées-Atlantiques (64), Vaucluse (84), Haute-Garonne (31).
5. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Nord (59), Pas-de-Calais (62), Moselle (57), Somme (80), Seine-Maritime (76), Aisne (02), Bas-Rhin (67), Haut-Rhin (68), Seine-Saint-Denis (93), Meurthe-et-Moselle (54).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [4] IARC. *List of classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, Volumes 1 to 123*. URL : <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/Tab1e4.pdf> (visité le 04/04/2018).
- [5] El-Serag, H. B. "Hepatocellular carcinoma." *The New England journal of medicine* 365.12 (sept. 2011), p. 1118-27.
- [6] Gupta, A. et Dixon, E. "Epidemiology and risk factors : intrahepatic cholangiocarcinoma." *Hepatobiliary surgery and nutrition* 6.2 (avr. 2017), p. 101-104.
- [7] Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., Grosse, Y., Bianchini, F. *et al.* "Body Fatness and Cancer—Viewpoint of the IARC Working Group." *The New England journal of medicine* 375.8 (août 2016), p. 794-8.
- [8] Petrick, J. L., Braunlin, M., Laversanne, M., Valery, P. C., Bray, F. *et al.* "International trends in liver cancer incidence, overall and by histologic subtype, 1978-2007." *International journal of cancer* 139.7 (2016), p. 1534-45.

4.5.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Chez l'homme, le rapport standardisé d'incidence (SIR) ne met pas en évidence une sous-incidence significative[†] en Corse par rapport à la France métropolitaine (Tableau 5-2). Sur la période 2007-2016, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale (TSM) est de 10,8 pour 100 000 personnes-années, et l'on estime que l'on diagnostique en moyenne 35 nouveaux cas par an.

Les estimations d'incidence du cancer du foie n'étant pas disponibles pour la femme, les disparités géographiques ne peuvent être approchées qu'au travers de l'incidence observée dans les départements couverts par un registre collectant les cas pour ce type de cancer. On se réfèrera au contexte national pour une description dans la zone couverte par un registre des cancers sur la période 2007-2014 (section 4.5.1).

Mortalité régionale

Chez l'homme, le rapport standardisé de mortalité (SMR) met en évidence pour le cancer du foie une sous-mortalité importante[†] de 17 % en Corse par rapport à la France métropolitaine (Tableau 5-2). Sur la période 2007-2014, le nombre moyen de décès par cancer du foie est estimé à 27 par an, équivalent à un TSM de 7,7 pour 100 000 personnes-années.

En revanche, chez la femme, le SMR ne met pas en évidence de sur- ou de sous-mortalité[†] par rapport à la France métropolitaine. Chaque année, dans la région, on estime que ce cancer est responsable en moyenne de 12 décès chez la femme.

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 5-2 |

Foie, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas, taux d'incidence standardisé (TSM) et rapports standardisés d'incidence lissés (SIR) chez l'homme, et du nombre annuel de décès, taux de mortalité standardisé (TSM) et rapports standardisés de mortalité lissés (SMR) par sexe, accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC)

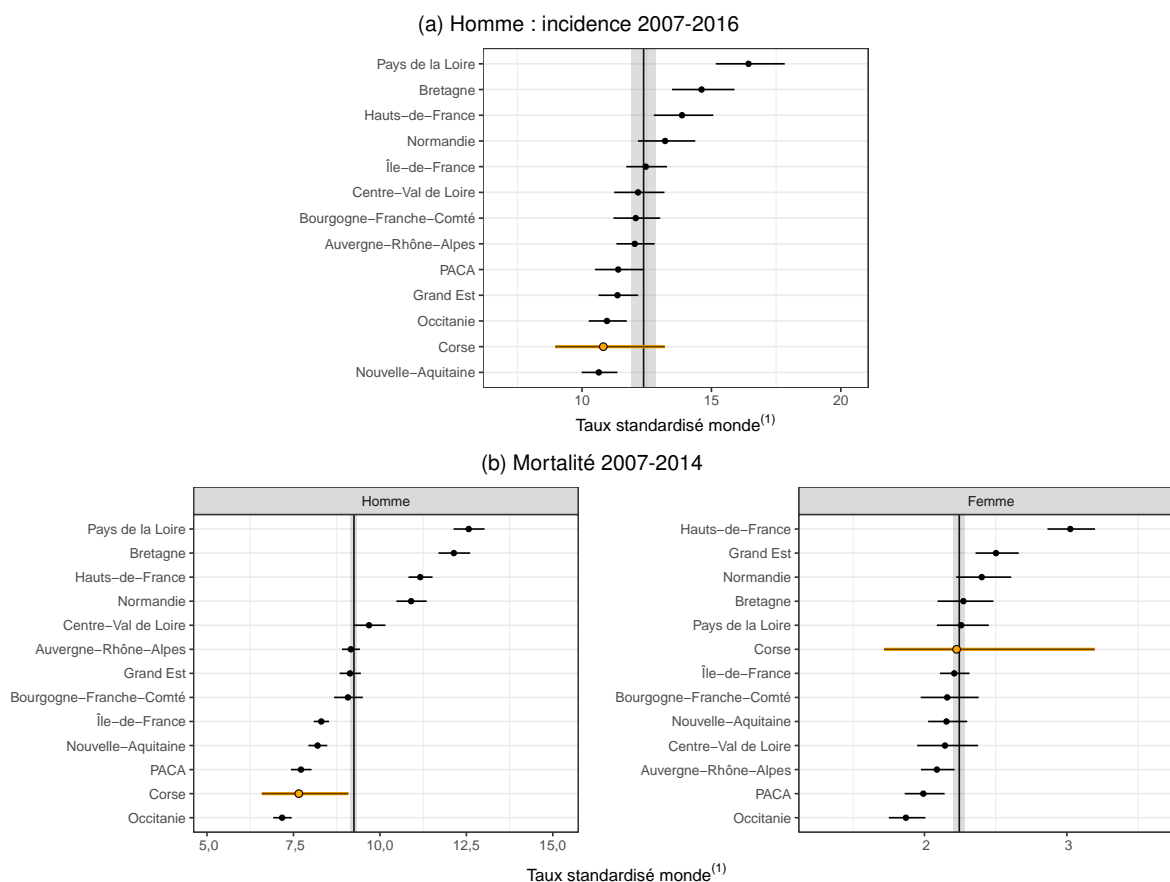
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Corse	35[29;42]	10,82[8,96;13,20]	0,88[0,76;1,02]	27[24;31]	7,66[6,58;9,09]	0,82[0,72;0,93]
France métropolitaine	6989[6730;7261]	12,38[11,91;12,87]		5739[5686;5791]	9,25[9,16;9,34]	
<i>Femme</i>						
Corse				12[10;15]	2,23[1,72;3,20]	1,00[0,85;1,16]
France métropolitaine				2118[2087;2151]	2,24[2,20;2,29]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 5-3 |

Foie : taux standardisés d'incidence chez l'homme et de mortalité par sexe, accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.6 Pancréas

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	AUP/I (A++) (CIM-10)
C25	Toutes	C25	C25

4.6.1 Contexte national

L'incidence du cancer du pancréas est plus élevée dans les pays d'Europe de l'Est, en France et au Japon [1]. En France, le taux d'incidence du cancer du pancréas est supérieur à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne [2]. Il touche en moyenne 5581 hommes et 5278 femmes chaque année sur la période 2007-2016 (Tableau 6-1), soit 2,8 % des cas incidents de cancer chez l'homme et 3,3 % chez la femme. Le cancer du pancréas est l'un des 10 cancers les plus fréquents et son incidence a augmenté chez les deux sexes entre 2005 et 2012 alors que la mortalité a peu varié depuis les années 1980 [2]. Ce cancer a engendré près de 9409 décès par an sur la période 2007-2014, soit 5,4 % des décès par cancer chez l'homme et 7,3 % chez la femme (Tableau 6-1). Au cours de la période 2005-2010, la survie nette à 5 ans est de 8 % chez l'homme et 7 % chez la femme [3].

Le tabac et l'obésité sont les facteurs de risque environnementaux les plus établis du cancer du pancréas. Les régimes hypercaloriques, une forte consommation d'alcool et une augmentation de la graisse abdominale ont été rapportés comme des facteurs favorisants, alors que les régimes riches en fruits et légumes, en folates et l'activité physique régulière seraient protecteurs [4].

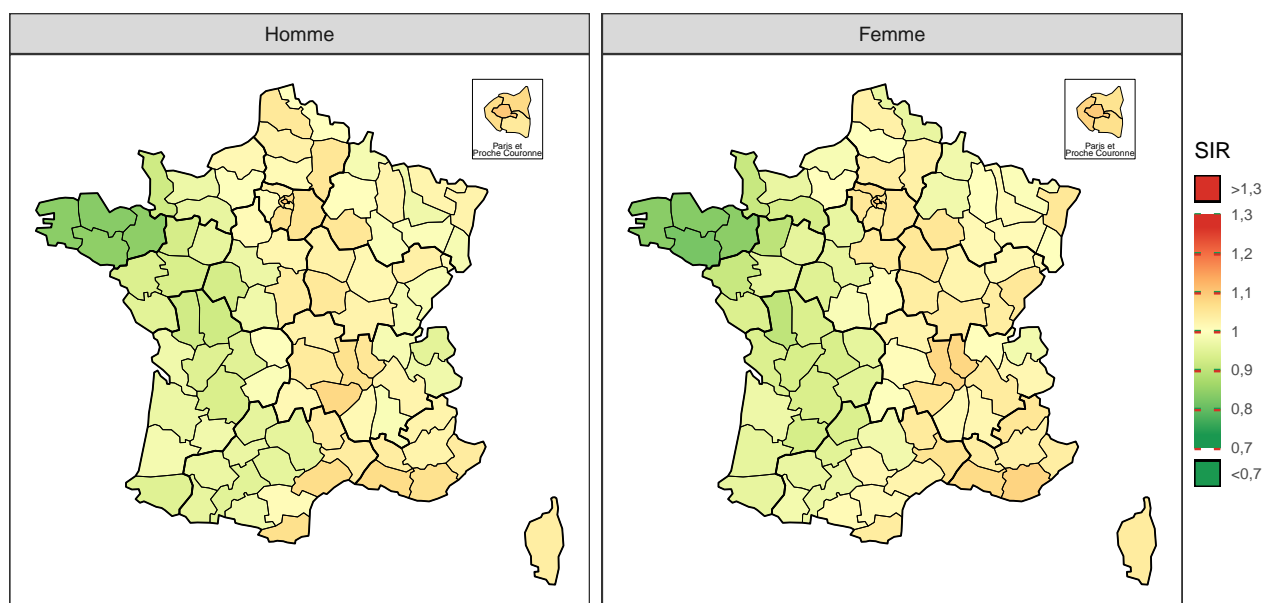
Le corrélât entériné pour cette localisation cancéreuse est le croisement ALD et PMSI (AUP) (cf. document Evaluation). La validation croisée fait état de peu d'erreurs de prédiction, les résultats sont robustes. La lecture des cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés montre qu'il existe quelques disparités régionales ou départementales pour le cancer du pancréas (Figure 6-1 a). L'incidence est moins élevée dans la moitié ouest de la France et notamment dans tous les départements de Bretagne pour les deux sexes, ainsi qu'en Mayenne, dans les Deux-Sèvres, la Manche et en Loire-Atlantique chez la femme. Paris est le seul département en sur-incidence qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale pour les deux sexes. Le taux d'incidence standardisé monde est de 9,5 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et 6,5 chez les femmes (Tableau 6-1). La distribution des taux estimés départementaux témoigne de l'homogénéité de l'incidence sur le territoire métropolitain (Tableau 6-1).

Les différences entre les rapports standardisés de mortalité (SMR) sont peu prononcées. Les 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux sont compris entre 6,7 et 9,0 chez les hommes et entre 4,2 et 5,6 chez les femmes pour un taux standardisé monde national respectif de 7,7 et 4,8 pour 100 000 personnes-années (Tableau 6-1). La mortalité est inférieure à la moyenne nationale dans tous les départements de Bretagne. Nous observons une sur-mortalité qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans le Pas-de-Calais pour les deux sexes, dans l'Hérault chez les hommes, dans le Doubs et le Bas-Rhin chez la femme (Figure 6-1 b).

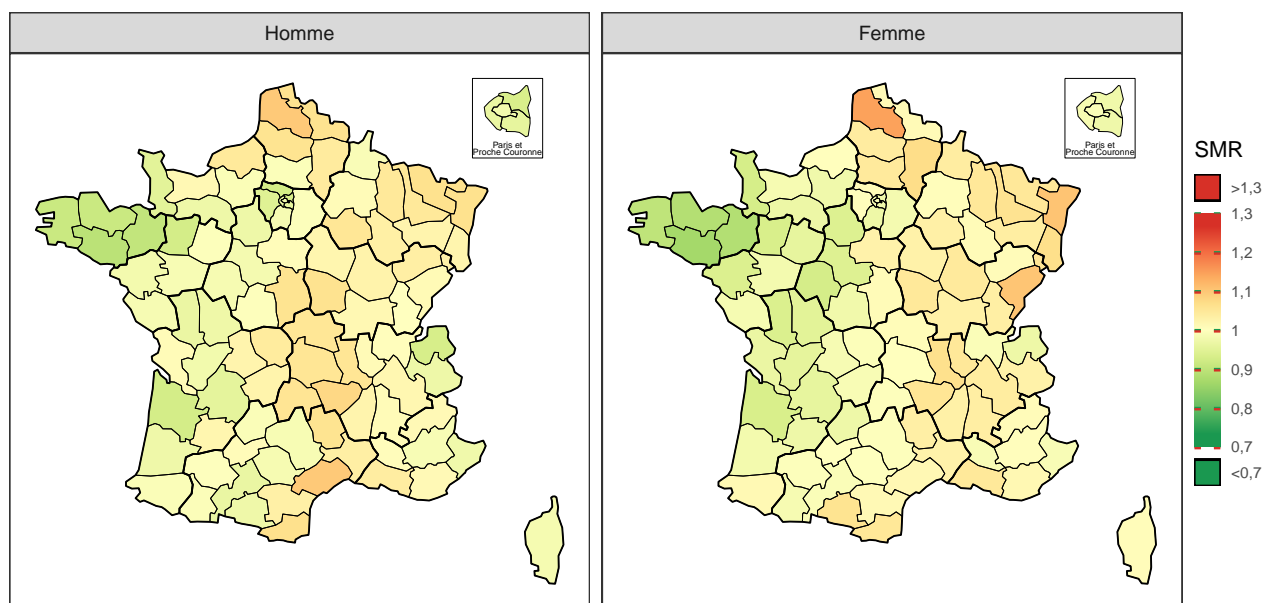
| FIGURE 6-1 |

Pancréas : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



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

| TABLEAU 6-1 |

Pancréas, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	5 581 [5 460 ; 5 705]	18,2 [17,8 ; 18,6]	9,52 [9,30 ; 9,74]	8,0 - 10,8	2,8
	Mortalité	4 808 [4 760 ; 4 857]	15,7 [15,6 ; 15,9]	7,70 [7,62 ; 7,79]	6,7 - 9,0	5,4
Femme	Incidence	5 278 [5 152 ; 5 407]	16,2 [15,8 ; 16,5]	6,46 [6,29 ; 6,63]	5,2 - 7,3	3,3
	Mortalité	4 601 [4 554 ; 4 648]	14,1 [14,0 ; 14,3]	4,83 [4,77 ; 4,89]	4,2 - 5,6	7,3

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

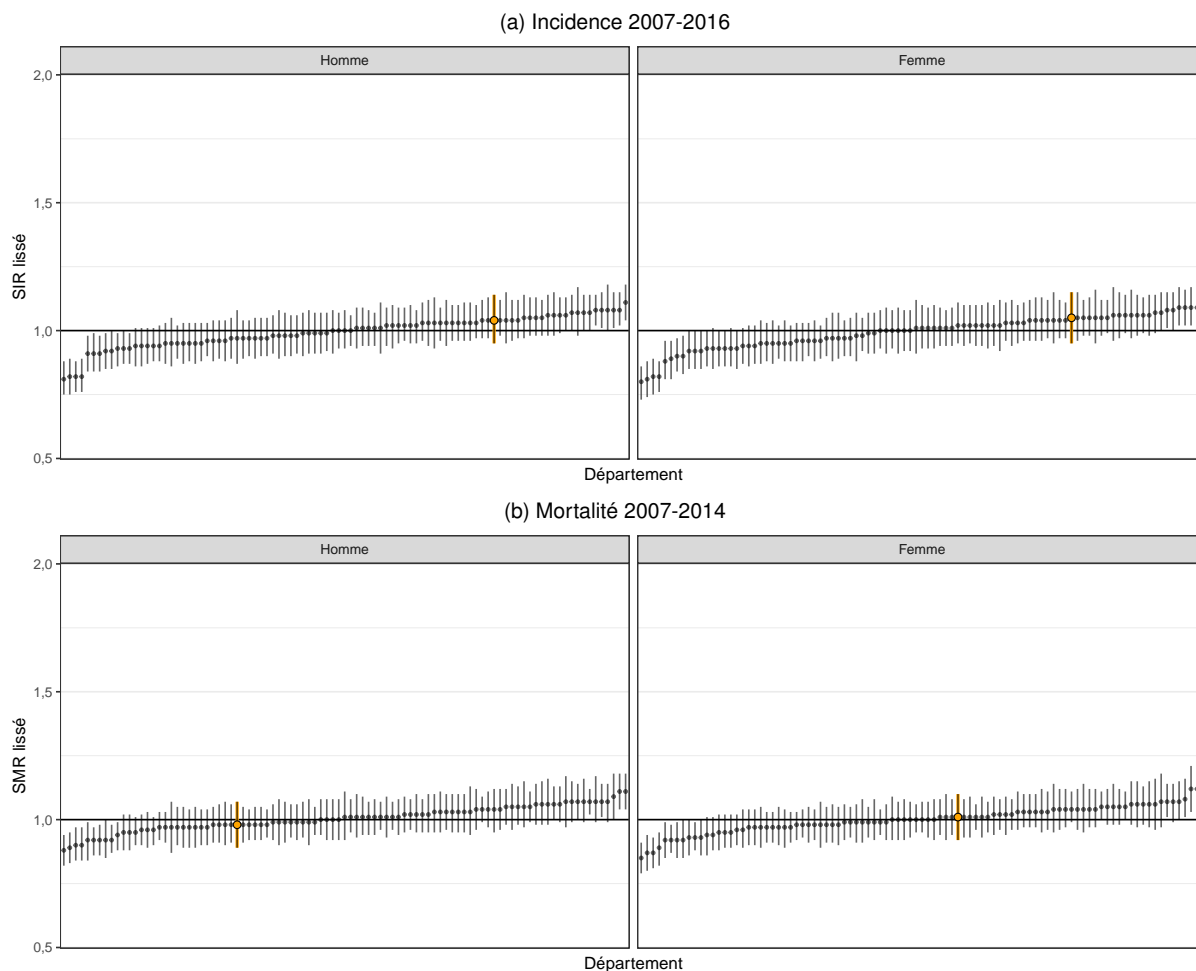
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 6-2 |

Pancréas : rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [4] IARC. *List of classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, Volumes 1 to 123*. URL : <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/Table4.pdf> (visité le 04/04/2018).

4.6.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Que ce soit chez l'homme ou chez la femme, le rapport standardisé d'incidence (SIR) ne met pas en évidence en Corse de sur-incidence significative[†] pour le cancer du pancréas par rapport à la France métropolitaine (Tableau 6-2).

Chaque année en Corse, on estime à 36 le nombre de nouveaux cas chez l'homme sur la période 2007-2016, soit un taux d'incidence standardisé sur la population mondiale (TSM) de 10,7 pour 100 000 personnes-années (Tableau 6-2).

Chez la femme, le TSM en Corse est de 6,8 pour 100 000 personnes-années. Cela correspond à une moyenne annuelle estimée de 32 nouveaux cas de cancer du pancréas sur la période 2007-2016.

Mortalité régionale

Le rapport standardisé de mortalité (SMR) ne met pas en évidence de sur- ou de sous-mortalité[†] en Corse par rapport à la France, chez l'homme ou la femme (Tableau 6-2).

En moyenne, dans la région, le nombre annuel de décès par cancer du pancréas est estimé à 27 chez l'homme et 26 chez la femme sur la période 2007-2014 (Tableau 6-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 6-2 |

Pancréas, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

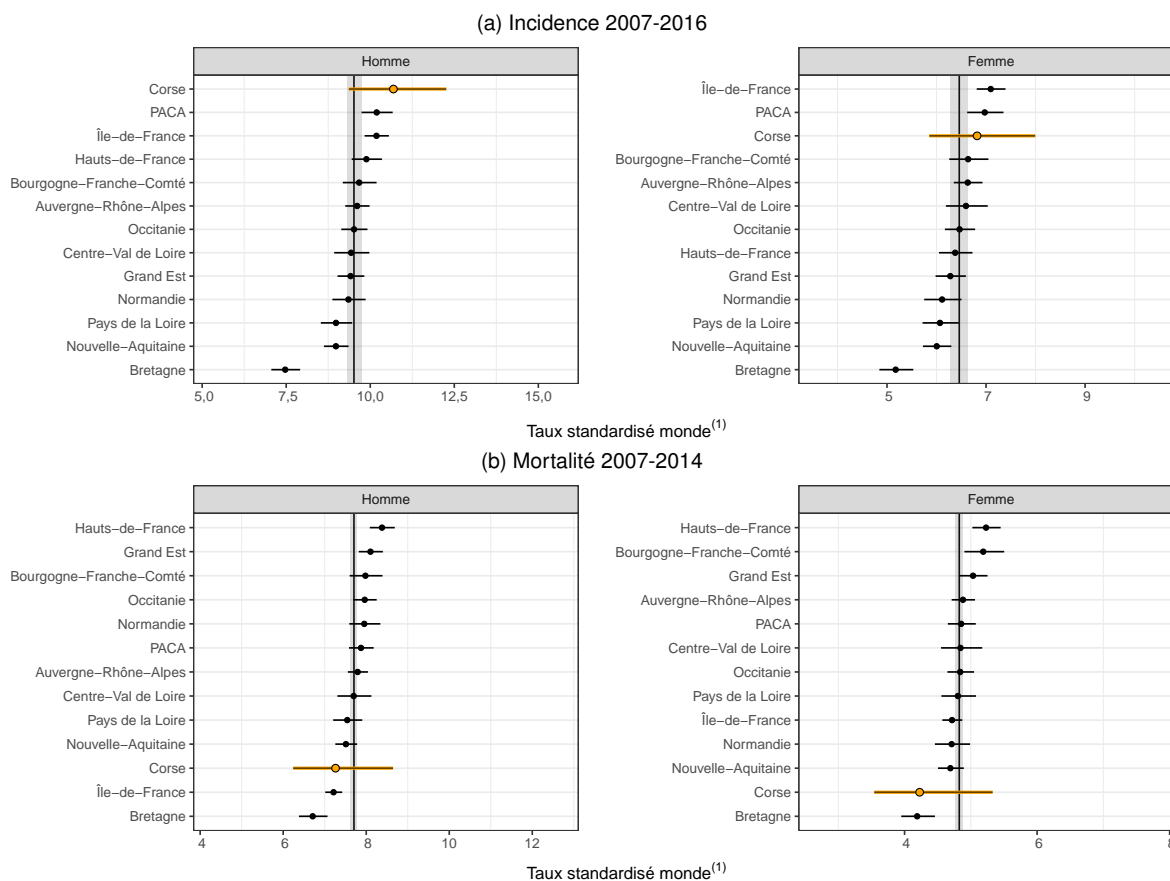
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Corse	36[32;41]	10,69[9,36;12,26]	1,04[0,95;1,15]	27[24;31]	7,26[6,24;8,65]	0,98[0,89;1,07]
France métropolitaine	5581[5460;5705]	9,52[9,30;9,74]		4808[4760;4857]	7,70[7,62;7,79]	
<i>Femme</i>						
Corse	32[28;37]	6,82[5,85;7,99]	1,05[0,95;1,15]	26[22;30]	4,23[3,54;5,33]	1,01[0,92;1,11]
France métropolitaine	5278[5152;5407]	6,46[6,29;6,63]		4601[4554;4648]	4,83[4,77;4,89]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 6-3 |

Pancréas : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.7 Larynx

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	Pas de méthode éligible
C32	Toutes	C32	

4.7.1 Contexte national

Comparativement aux autres pays européens, le cancer du larynx est en France, plus fréquent chez la femme alors qu'il est proche de la moyenne européenne chez l'homme [1]. En 2012, le nombre de nouveaux cas était estimé à 3322 dont 85 % survenant chez l'homme. Les taux d'incidence standardisés étaient de 5,4 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 0,9 chez la femme, soit un rapport hommes/femmes de 6 [2]. Le cancer du larynx est un cancer dont l'incidence diminue de façon notable chez les hommes depuis de nombreuses années, cette diminution étant encore plus marquée au cours des dernières années. En revanche chez les femmes, la tendance est à l'augmentation [2]. L'évolution de la mortalité chez l'homme est assez semblable à celle de l'incidence. Chez la femme, l'évolution de la mortalité est également orientée à la baisse [2]. Ce cancer a engendré près de 1 192 décès par an sur la période 2007-2014, soit 1,2 % des décès par cancer chez l'homme et 0,2 % chez la femme (Tableau 7-1). La survie nette à 5 ans pour les cas diagnostiqués entre 2005 et 2010 est de 57 % pour les hommes et 60 % pour les femmes [3].

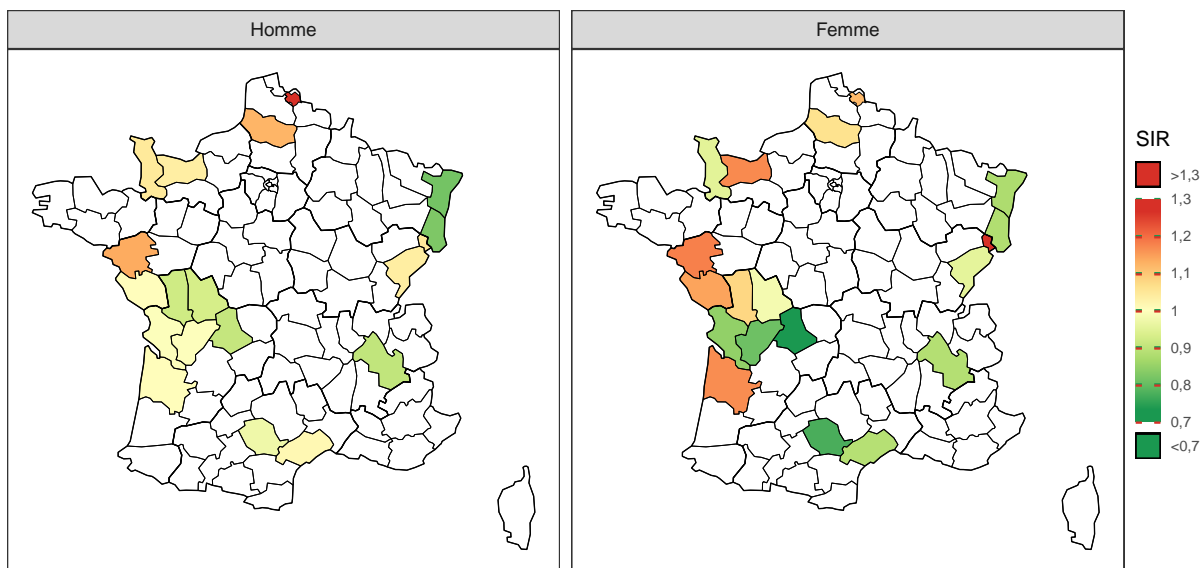
Comme pour les autres cancers des voies aérodigestives supérieures fortement liés à la consommation d'alcool et de tabac, l'évolution de l'incidence des cancers du larynx suit principalement l'évolution de cette consommation avec un décalage d'une vingtaine à une trentaine d'années [4]. Ainsi, chez les hommes, la diminution importante de la consommation d'alcool amorcée à partir de la fin des années 1950 a conduit à la diminution du taux d'incidence, de façon d'autant plus marquée qu'à la réduction de l'effet propre de l'alcool sur le risque de cancer du larynx s'ajoute la réduction supplémentaire de l'effet de l'exposition conjointe au tabac et à l'alcool, fréquente dans la population française.

La modélisation, quel que soit le corrélât utilisé n'a pas permis d'obtenir des estimations d'incidence départementales fiables (cf. document Evaluation). L'adéquation entre les estimations d'incidence et l'incidence observée dans les registres était toujours insuffisante. Du fait de ces résultats la présentation cartographique n'utilise que l'incidence observée dans les départements couverts par un registre des cancers tant pour les hommes que pour les femmes (Figure 7-1 a). On y observe une forte hétérogénéité, avec une incidence légèrement supérieure dans les départements couverts par un registre situés dans l'ouest de la France, notamment pour les femmes.

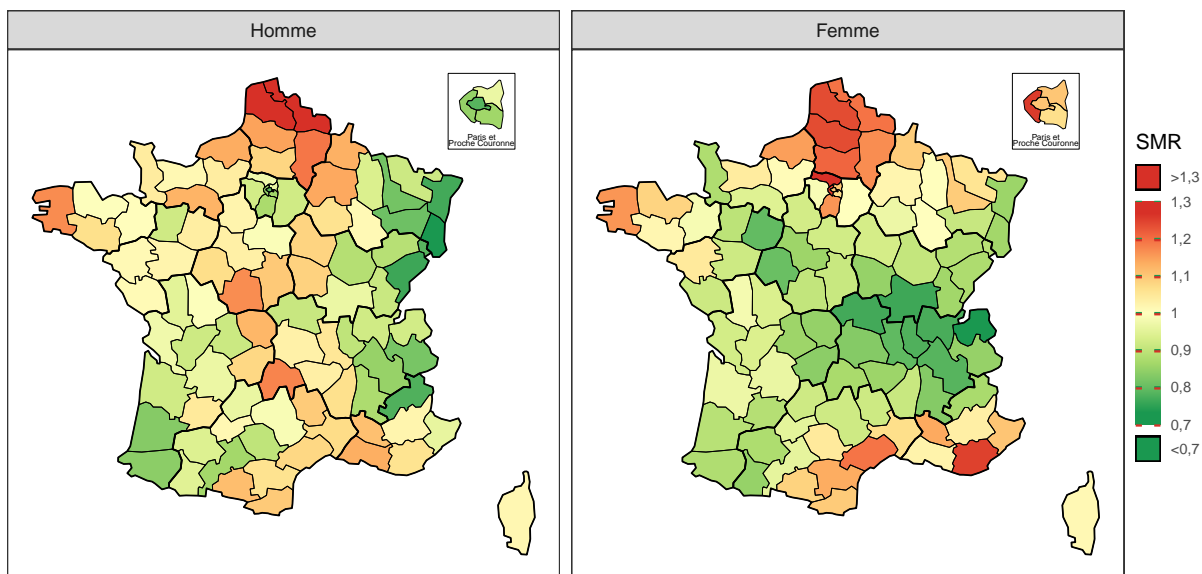
La mortalité par cancer du larynx est en revanche disponible pour l'ensemble des départements. La méthode de lissage permet de fournir une représentation cartographique plus lisible. Ainsi, pour les deux sexes, des contrastes de mortalité persistent après lissage des rapports standardisés de mortalité (SMR) (Figure 7-1 b). Ces contrastes présentent une structuration spatiale prononcée : sur-mortalité dans le Nord et dans une moindre mesure dans le Sud-Est. Les contrastes sont plus marqués chez les femmes. Au total, 6 départements¹ pour les hommes, ont une mortalité supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale et à l'inverse, 20 départements^{2,3} (16 pour les hommes et 4 pour les femmes) ont une mortalité inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale.

Larynx : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR), par sexe

(a) Incidence observée 2007-2014, départements couverts par un registre des cancers



(b) Mortalité lissée 2007-2014, départements de France métropolitaine



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

TABLEAU 7-1 |

Larynx, estimation nationale de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des décès dans le total

Sexe	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	1 058 [1 035 ; 1 081]	3,46 [3,39 ; 3,54]	1,85 [1,81 ; 1,90]	1,2 - 2,6	1,2
Femme	134 [126 ; 143]	0,41 [0,39 ; 0,44]	0,20 [0,18 ; 0,21]	0,0 - 0,3	0,2

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

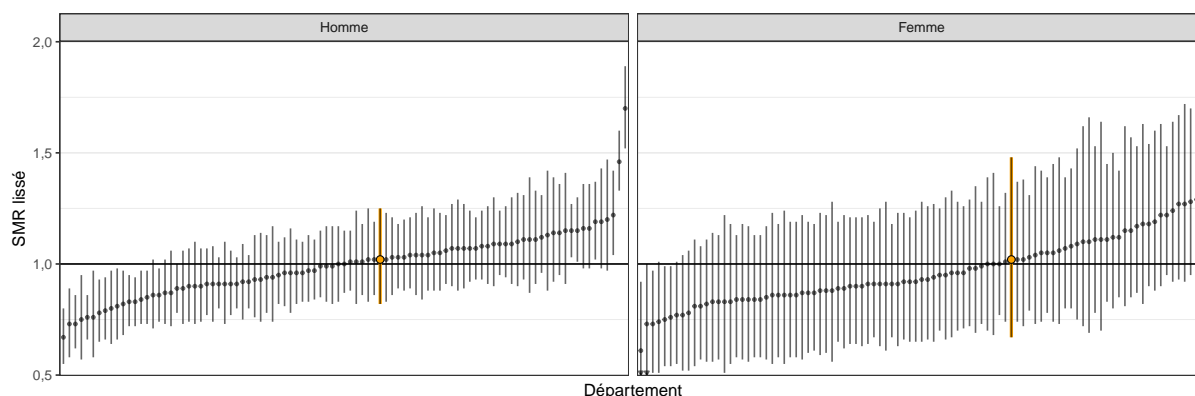
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux de mortalité départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des décès dans le nombre total de décès.

FIGURE 7-2 |

Larynx : rapports standardisés de mortalité 2007-2014 lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

- Départements présentant une **mortalité** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pas-de-Calais (62), Nord (59), Aisne (02), Finistère (29), Seine-Maritime (76), Bouches-du-Rhône (13).
- Départements présentant une **mortalité** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Haut-Rhin (68), Doubs (25), Bas-Rhin (67), Hautes-Alpes (05), Paris (75), Territoire-de-Belfort (90), Vosges (88), Meurthe-et-Moselle (54), Savoie (73), Landes (40), Pyrénées-Atlantiques (64), Hauts-de-Seine (92), Isère (38), Val-de-Marne (94), Haute-Garonne (31), Essonne (91).
- Départements présentant une **mortalité** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Haute-Savoie (74), Saône-et-Loire (71), Rhône (69), Isère (38).

Références

- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- Guérin, S. et Hill, C. "[Cancer epidemiology in France in 2010, comparison with the USA]." *Bulletin du cancer* 97.1 (jan. 2010), p. 47-54.

4.7.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Les estimations d'incidence du larynx n'étant pas disponibles, les disparités géographiques ne peuvent être approchées qu'au travers de l'incidence observée dans les départements couverts par un registre collectant les cas pour ce type de cancer. On se réfèrera au contexte national pour une description dans la zone couverte par un registre des cancers sur la période 2007-2014 (section 4.7.1).

Mortalité régionale

Le rapport standardisé de mortalité (SMR) ne met pas en évidence de sur-mortalité significative[†] en Corse par rapport à la France métropolitaine pour les 2 sexes (Tableau 7-2).

En moyenne dans la région, le nombre annuel de décès par cancer du larynx est estimé à 6 chez l'homme et à 1 chez la femme sur la période 2007-2014 (Tableau 7-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 7-2 |

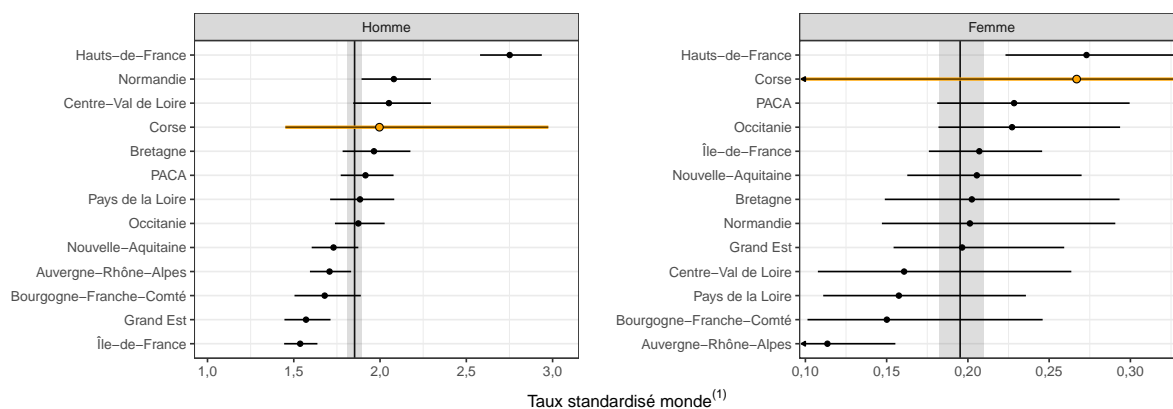
Larynx, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de décès, taux de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés de mortalité lissés (SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

	Mortalité 2007-2014					
	Homme			Femme		
	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
Corse	6[5;8]	2,00[1,45;2,98]	1,02[0,84;1,25]	1[0;2]	0,27[0,09;1,09]	1,01[0,65;1,54]
France métropolitaine	1 058[1 035;1 081]	1,85[1,81;1,90]		134[126;143]	0,20[0,18;0,21]	

- (1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.
 (2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 7-3 |

Larynx : taux standardisés de mortalité 2007-2014 accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.8 Poumon

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	ALD/I (A++) (CIM-10)
C33-C34	Toutes	C33-C34	C33-C34

4.8.1 Contexte national

Le cancer du poumon est le cancer le plus fréquent dans le monde en incidence et en mortalité. C'est la localisation cancéreuse la plus fréquente en Europe Centrale et de l'Est, et la deuxième dans les autres pays européens [1]. Il est devenu la première cause de décès pour la femme dans plusieurs pays d'Europe du Nord et d'Europe Centrale, et pour l'ensemble de l'UE selon les prédictions de l'année 2017 [2]. En France, pour les hommes, l'incidence est quasiment stable depuis 1980 avec une tendance à la baisse depuis 2005. Chez les femmes, l'incidence et la mortalité sont en forte augmentation depuis les années 80, en lien notamment avec l'augmentation de leur consommation tabagique [3]. Sur la période 2007-2016, le cancer du poumon touche en moyenne 28 614 hommes et 11 021 femmes chaque année (Tableau 8-1), soit 14 % des cas incidents de cancer chez l'homme et près de 7 % chez la femme. Les taux d'incidence standardisés monde sont de 51,8 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et de 17,9 chez les femmes (Tableau 8-1). Il est la cause de 22 253 décès annuels chez l'homme et de 7 593 décès chez la femme au cours de la période 2007-2014. Le taux de mortalité standardisé monde est de 38,2 pour l'homme (2^e cause de décès par cancer) et de 11,1 pour la femme (2^e cause de décès par cancer mais tendant à se rapprocher de plus en plus de la mortalité par cancer du sein) (Tableau 8-1). La survie nette à 5 ans est faible, elle est de 16 % pour l'homme et de 20 % pour la femme [4].

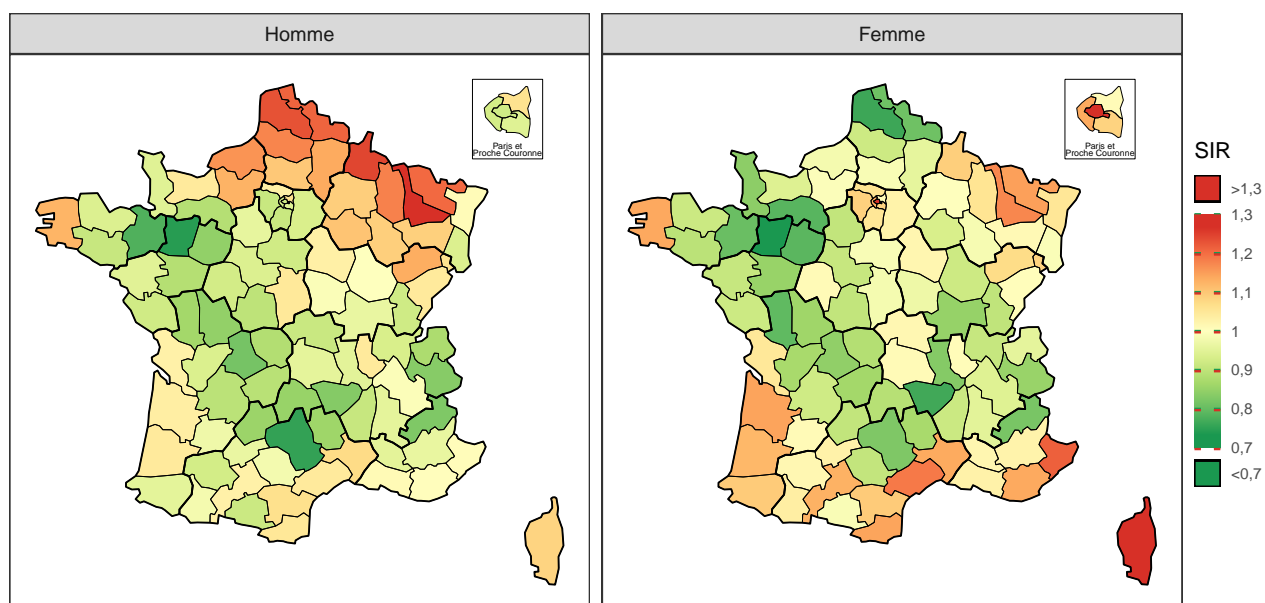
Le principal facteur de risque est la consommation tabagique. Des facteurs professionnels comme l'exposition à l'amiante, et environnementaux, comme l'exposition au radon ou la pollution atmosphérique, sont également reconnus. Ce cancer est la plupart du temps encore diagnostiqué à un stade avancé et la survie demeure péjorative quelle que soit l'histologie [5]. Cependant, le pronostic des carcinomes non à petites cellules du poumon tend à s'améliorer avec le développement des thérapies ciblées et d'une meilleure identification des marqueurs moléculaires à visée théranostique pour les patients atteints de cancer au stade métastatique [6, 7].

L'utilisation des ALD comme corrélats pour ce cancer donne des résultats robustes (cf. document Evaluation). La validation croisée montre qu'il y a peu d'erreurs de prédiction. Il existe une certaine hétérogénéité entre les départements (Tableau 8-1). Les cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés montrent des disparités chez l'homme avec une sur-incidence dans les départements du nord de la France et inversement chez la femme, dans les départements du sud comme les Alpes Maritimes, l'Hérault, la Corse et en Meurthe-et-Moselle notamment (Figure 8-1 a). Au total 17 départements pour l'homme et 18 pour la femme ont une incidence estimée supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale^{1,2}. Les régions avec la moins forte consommation de tabac comme Rhône-Alpes et les Pays de Loire présentent une sous-incidence [8]; 26 départements chez les hommes et 33 chez les femmes ont une incidence estimée inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale^{3,4}.

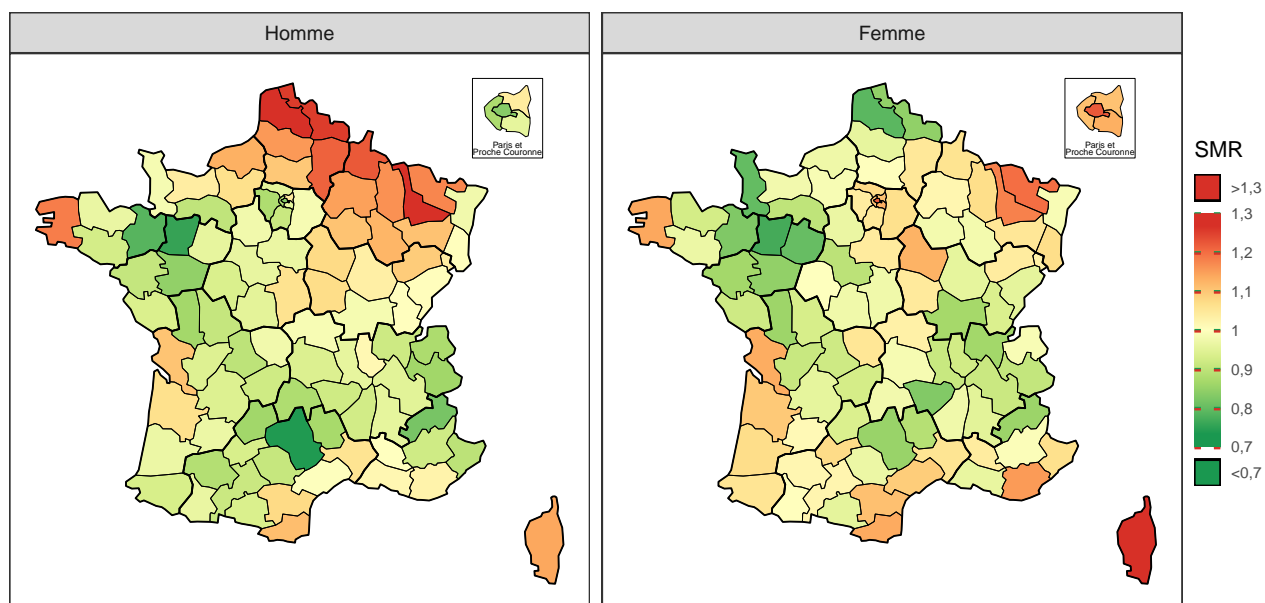
La variation géographique des rapports standardisés de mortalité (SMR) (Figure 8-1 b) est superposable à celle des SIR, en lien avec le pronostic très péjoratif de ce cancer. Au total 34 départements, 19 pour les hommes et 15 pour les femmes, ont une mortalité supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale^{5,6} et à l'inverse, 43 départements (23 pour les hommes et 20 pour les femmes) ont une mortalité inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale^{7,8}.

Poumon : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



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

| TABLEAU 8-1 |

Poumon, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	28 614 [28 237 ; 28 996]	93,2 [92,0 ; 94,5]	51,8 [51,1 ; 52,5]	41,2 - 62,5	14,5
	Mortalité	22 253 [22 149 ; 22 356]	72,8 [72,5 ; 73,2]	38,2 [38,0 ; 38,4]	30,8 - 47,7	25,0
Femme	Incidence	11 021 [10 822 ; 11 225]	33,7 [33,1 ; 34,4]	17,9 [17,6 ; 18,3]	13,6 - 21,7	6,9
	Mortalité	7 593 [7 532 ; 7 653]	23,3 [23,2 ; 23,5]	11,1 [11,0 ; 11,2]	8,8 - 13,9	12,0

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

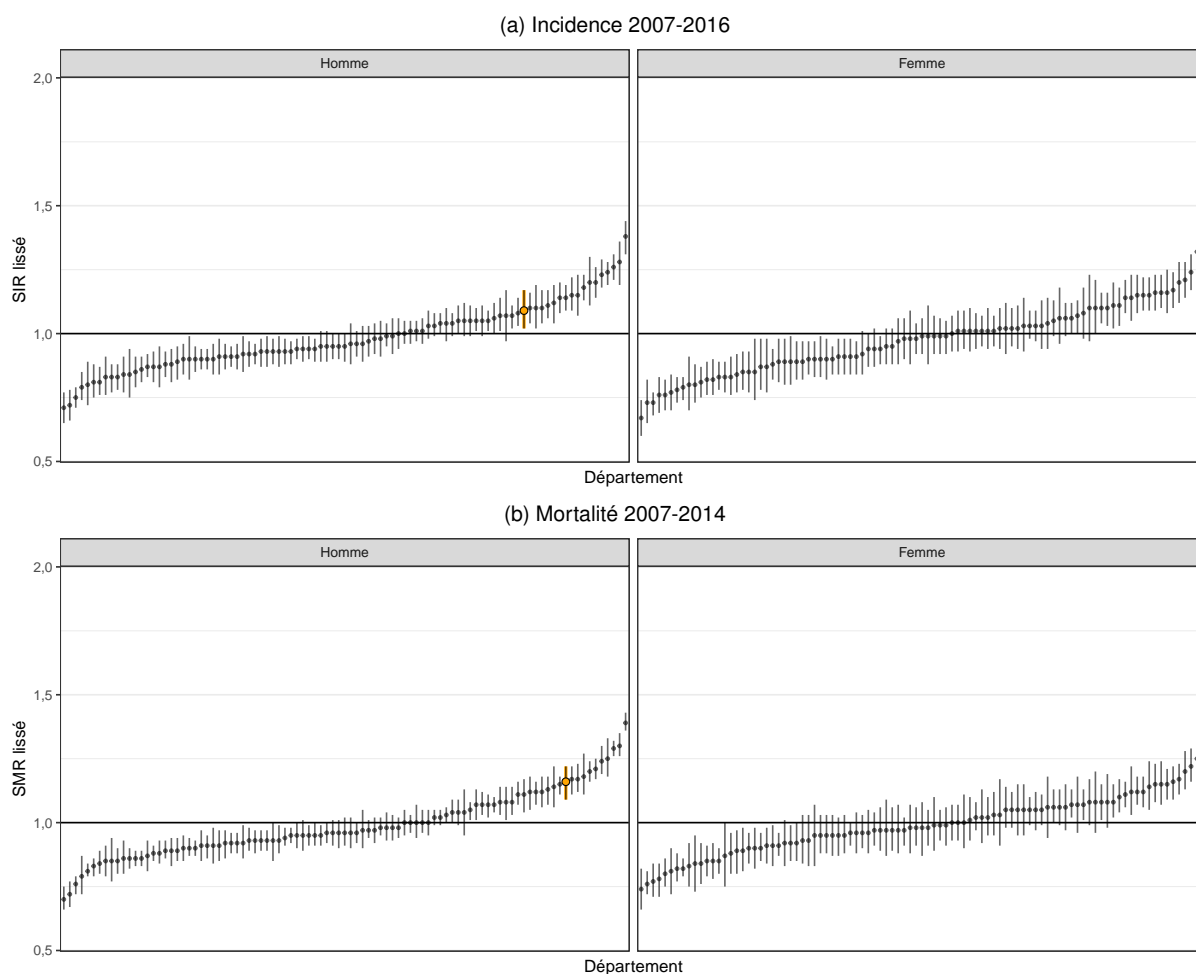
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 8-2 |

Poumon : rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Meurthe-et-Moselle (54), Ardennes (08), Pas-de-Calais (62), Nord (59), Moselle (57), Meuse (55), Somme (80), Seine-Maritime (76), Aisne (02), Haute-Saône (70), Eure (27), Finistère (29), Aube (10), Oise (60), Marne (51), Haute-Marne (52), Vosges (88).
2. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Corse (20), Paris (75), Alpes-Maritimes (06), Hérault (34), Meurthe-et-Moselle (54), Moselle (57), Gironde (33), Pyrénées-Orientales (66), Finistère (29), Var (83), Gard (30), Hauts-de-Seine (92), Haute-Garonne (31), Landes (40), Pyrénées-Atlantiques (64), Aude (11), Yvelines (78), Val-de-Marne (94).
3. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Mayenne (53), Aveyron (12), Ille-et-Vilaine (35), Haute-Vienne (87), Hautes-Alpes (05), Haute-Loire (43), Savoie (73), Sarthe (72), Vienne (86), Cantal (15), Lot (46), Lozère (48), Deux-Sèvres (79), Haute-Savoie (74), Creuse (23), Maine-et-Loire (49), Orne (61), Corrèze (19), Dordogne (24), Indre (36), Ardèche (07), Morbihan (56), Yvelines (78), Essonne (91), Allier (03), Ariège (09).
4. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Mayenne (53), Pas-de-Calais (62), Haute-Loire (43), Orne (61), Sarthe (72), Deux-Sèvres (79), Ille-et-Vilaine (35), Nord (59), Hautes-Alpes (05), Aveyron (12), Loire (42), Manche (50), Haute-Vienne (87), Saône-et-Loire (71), Maine-et-Loire (49), Savoie (73), Vienne (86), Corrèze (19), Lozère (48), Charente (16), Creuse (23), Cantal (15), Morbihan (56), Jura (39), Lot (46), Eure-et-Loir (28), Indre (36), Tarn (81), Ain (01), Loire-Atlantique (44), Loir-et-Cher (41), Côtes d'Armor (22), Ardèche (07).
5. Départements présentant une **mortalité** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pas-de-Calais (62), Meurthe-et-Moselle (54), Nord (59), Ardennes (08), Aisne (02), Finistère (29), Moselle (57), Meuse (55), Somme (80), Marne (51), Corse (20), Seine-Maritime (76), Haute-Marne (52), Pyrénées-Orientales (66), Vosges (88), Aube (10), Charente-Maritime (17), Oise (60), Haute-Saône (70).
6. Départements présentant une **mortalité** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Corse (20), Paris (75), Moselle (57), Meurthe-et-Moselle (54), Var (83), Finistère (29), Pyrénées-Orientales (66), Charente-Maritime (17), Val-de-Marne (94), Yonne (89), Aude (11), Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93), Gironde (33), Hérault (34).
7. Départements présentant une **mortalité** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Aveyron (12), Mayenne (53), Ille-et-Vilaine (35), Hautes-Alpes (05), Paris (75), Maine-et-Loire (49), Savoie (73), Lot (46), Deux-Sèvres (79), Lozère (48), Haute-Savoie (74), Hauts-de-Seine (92), Cantal (15), Yvelines (78), Gers (32), Alpes-Maritimes (06), Haute-Vienne (87), Orne (61), Loire-Atlantique (44), Vienne (86), Tarn (81), Essonne (91), Haute-Garonne (31).
8. Départements présentant une **mortalité** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Mayenne (53), Pas-de-Calais (62), Manche (50), Sarthe (72), Ille-et-Vilaine (35), Haute-Loire (43), Nord (59), Maine-et-Loire (49), Aveyron (12), Hautes-Alpes (05), Deux-Sèvres (79), Ain (01), Loire-Atlantique (44), Saône-et-Loire (71), Loir-et-Cher (41), Orne (61), Savoie (73), Loire (42), Charente (16), Isère (38).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Malvezzi, M., Carioli, G., Bertuccio, P., Boffetta, P., Levi, F. *et al.* "European cancer mortality predictions for the year 2017, with focus on lung cancer." *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology* 28.5 (mai 2017), p. 1117-1123.
- [3] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [4] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [5] Colonna, M. "Epidémiologie du cancer du poumon en France : incidence, mortalité et survie (tendance et situation actuelle)". *Revue des Maladies Respiratoires Actualités* 8.5 (sept. 2016), p. 308-318.
- [6] Travis, W. D., Brambilla, E., Burke, A., Marx, A. et Nicholson, A. *WHO classification of tumours of the lung, pleura, thymus and heart*. Lyon : International Agency for Research on Cancer, 2015, 412 p.
- [7] Lantuejoul, S. "Pourquoi une nouvelle classification histomoléculaire des tumeurs pulmonaires en 2015 ?" *Annales de Pathologie* 36.1 (jan. 2016), p. 1-4.
- [8] Beck, F., Guignard, R., Léon, C. et Richard, J.-B. *Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoire, 2013, 104 p.

4.8.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Chez l'homme, le rapport standardisé d'incidence (SIR) met en évidence[†] une sur-incidence du cancer du poumon en Corse par rapport à la France métropolitaine (SIR : 1,09 [1,02 ; 1,17], Tableau 8-2). Dans la région, sur la période 2007-2016, le nombre de nouveaux cas est estimé à 185 par an et le taux standardisé monde (TSM) d'incidence est de 55,1 pour 100 000 personnes-années.

Chez la femme, le SIR met en évidence une sur-incidence importante[†], de l'ordre de 36 %, du cancer du poumon par rapport à la France métropolitaine (Tableau 8-2). Malgré un intervalle de confiance large, le TSM d'incidence en Corse chez la femme est très nettement au-dessus des autres régions de métropole. Le nombre annuel de nouveaux cas est estimé à 84, soit un TSM de 26,0 cas pour 100 000 personnes-années.

Dans les deux sexes, la Corse a une incidence élevée en comparaison des départements de France métropolitaine, en particulier pour les femmes corses (Figure 8-2 a).

Mortalité régionale

Dans les deux sexes, le rapport standardisé de mortalité (SMR) met en évidence une sur-mortalité importante[†] par rapport à la France métropolitaine, d'environ 16 % pour l'homme et 31 % pour la femme (Tableau 8-2).

Les TSM sont de 41,6 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et 15,0 pour 100 000 chez la femme. Comme pour l'incidence, le TSM de mortalité chez la femme est très nettement au-dessus des autres régions de métropole, malgré un large intervalle de confiance (Figure 8-3 b).

Le nombre annuel de décès est estimé à 152 chez l'homme et 56 chez la femme sur la période 2007-2014.

Comme pour l'incidence, la Corse montre des SMR importants en comparaison des départements de France métropolitaine pour les deux sexes, en particulier chez les femmes (Figure 8-2 b).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 8-2 |

Poumon, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

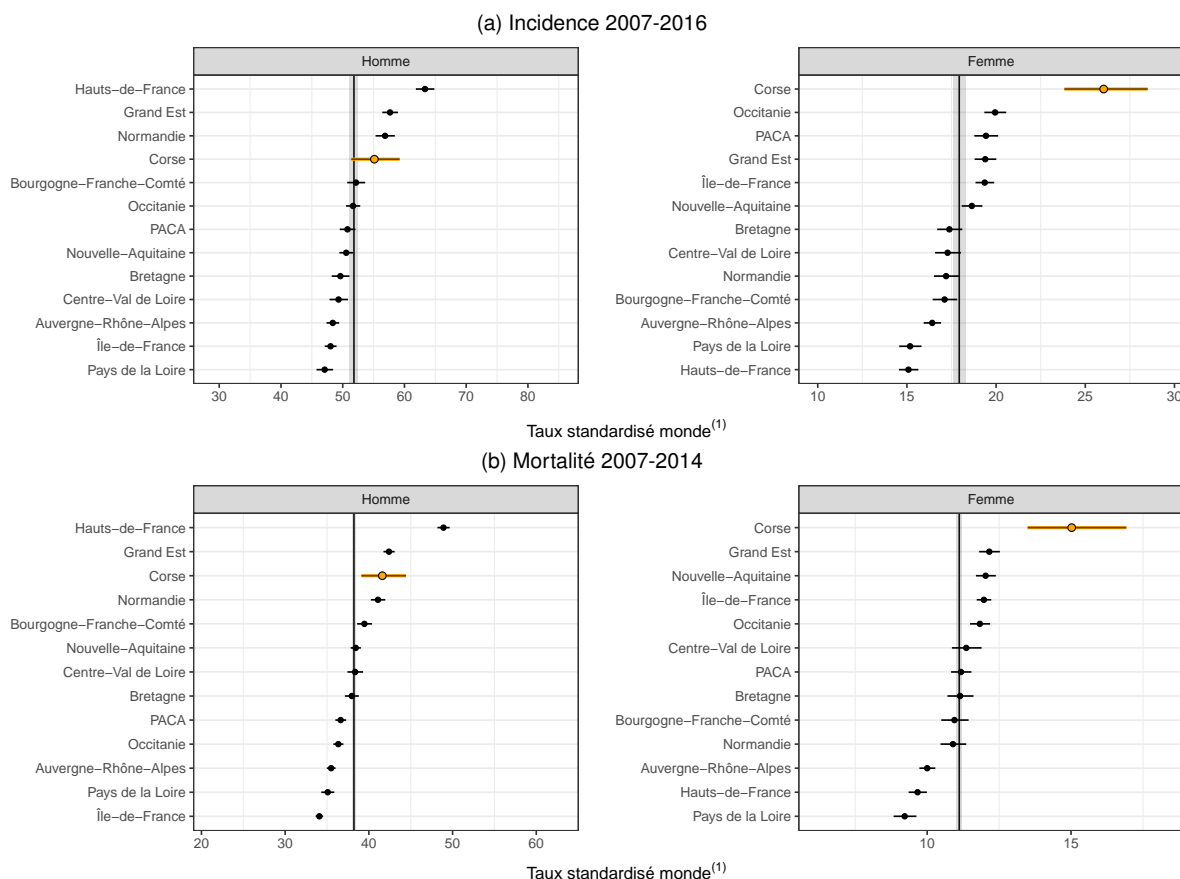
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Corse	185[173;198]	55,1[51,4;59,2]	1,09[1,02;1,17]	152[144;161]	41,6[39,1;44,4]	1,16[1,09;1,22]
France métropolitaine	28 614[28 237;28 996]	51,8[51,1;52,5]		22 253[22 149;22 356]	38,2[38,0;38,4]	
<i>Femme</i>						
Corse	84[78;92]	26,0[23,8;28,5]	1,36[1,26;1,49]	56[51;62]	15,0[13,5;16,9]	1,31[1,20;1,44]
France métropolitaine	11 021[10 822;11 225]	17,9[17,6;18,3]		7 593[7 532;7 653]	11,1[11,0;11,2]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 8-3 |

Poumon : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.9 Mélanome de la peau

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	Pas de méthode éligible
C43	8720-8780	C43	

4.9.1 Contexte national

L'incidence du mélanome de la peau est plus élevée dans les pays développés et notamment en Europe. Les taux d'incidence standardisés monde de la France sont supérieurs à la moyenne européenne [1]. En 2012, le nombre de nouveaux cas était estimé à 11 176 dont 51 % survenant chez la femme. Les taux d'incidence standardisés monde étaient de 10,8 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 11,0 chez la femme [2]. Le mélanome de la peau est un cancer dont l'incidence augmente de façon notable chez les hommes et les femmes depuis de nombreuses années, cette augmentation tendant à ralentir depuis 2005 [2]. Le nombre de décès est en moyenne de 952 par an chez les hommes et 752 chez les femmes au cours de la période 2007-2014, ce qui représente 1 % du total des décès par cancer (Tableau 9-1). Les taux de mortalité standardisés étaient de 1,7 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 1,0 chez la femme. L'évolution de la mortalité chez l'homme est assez semblable à celle de l'incidence avec un ralentissement de l'augmentation. Chez la femme, après une période d'augmentation, le taux de mortalité tend à diminuer au cours des dernières années [2]. La survie nette à 5 ans des cas diagnostiqués entre 2005 et 2010 était de 86 % chez les hommes et 92 % chez les femmes [3].

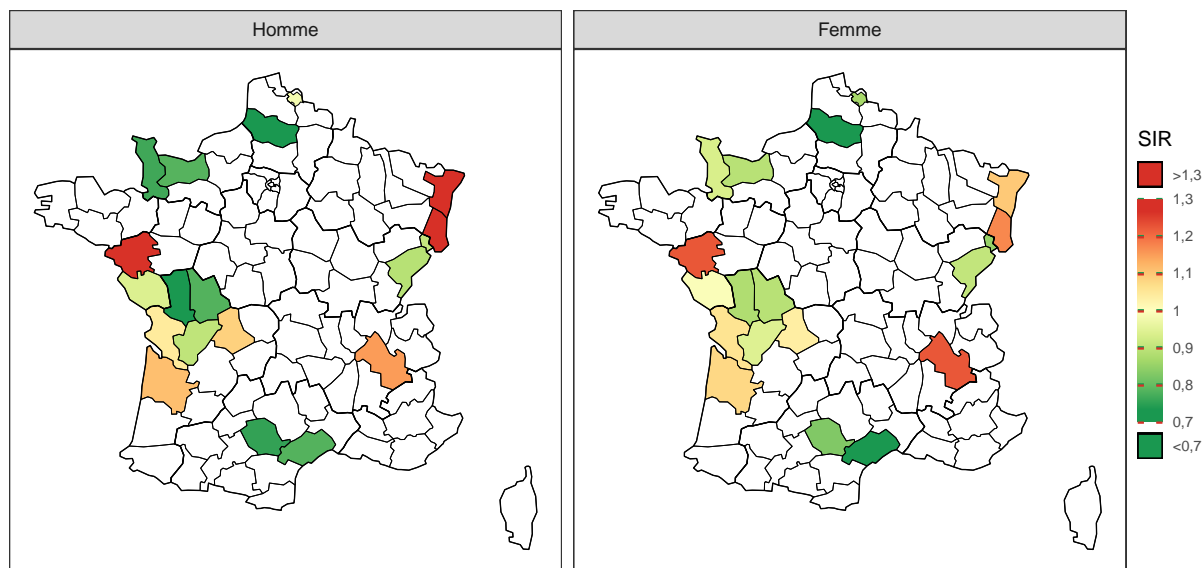
Le facteur de risque principal est l'exposition aux rayonnements ultra-violet. Les autres facteurs de risques sont génétiques (phénotype clair, phénotype naevique, maladies prédisposantes, mélanomes héréditaires) ou extrinsèques (immunosuppression infectieuse ou thérapeutique). L'effet sur l'incidence des campagnes de prévention vis-à-vis de l'exposition solaire reste difficile à apprécier. Le ralentissement de l'augmentation de l'incidence pourrait être en partie liée aux interventions pour une détection précoce mises en place depuis vingt ans, qui, en diagnostiquant des formes in situ, diminue les diagnostics de formes infiltrantes. L'évolution de la mortalité peut s'expliquer par une augmentation de l'incidence qui semble due principalement à l'augmentation des lésions de faible épaisseur en Europe [4] comme en France [5].

La modélisation, quel que soit le corrélat utilisé, n'a pas permis d'obtenir des estimations d'incidence fiables (cf. document Evaluation). L'adéquation entre l'incidence estimée et l'incidence observée dans les registres était toujours insuffisante. Du fait de ces résultats, la présentation cartographique n'utilise que l'incidence observée dans les départements couverts par un registre des cancers tant pour l'homme que pour la femme (Figure 9-1a). On y observe une hétérogénéité prononcée de l'incidence, avec une incidence plus élevée dans les départements d'Alsace, en Loire-Atlantique et en Isère.

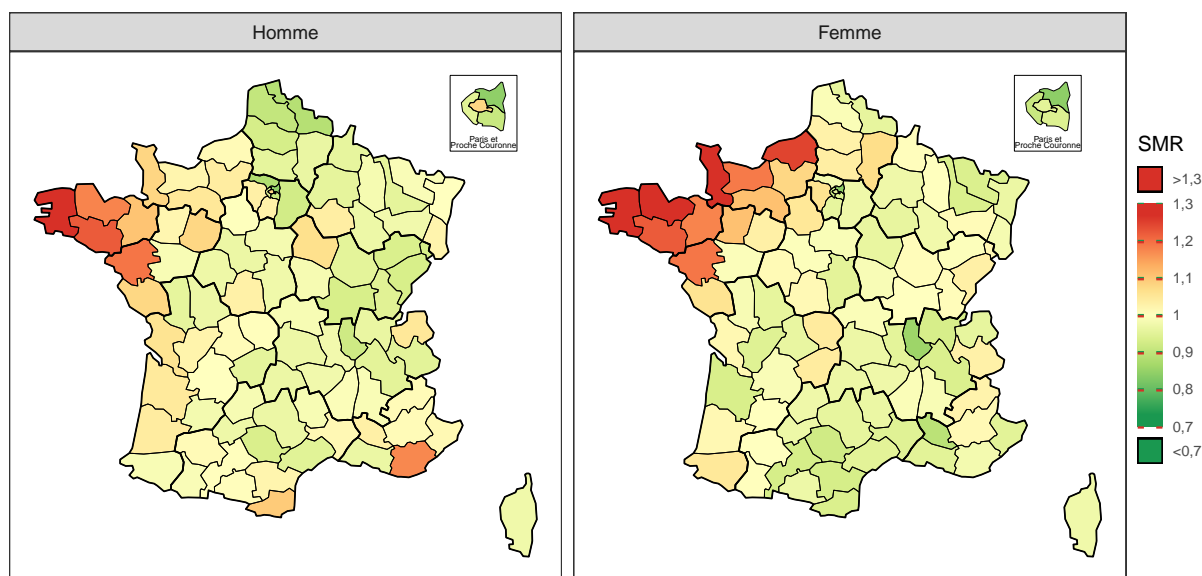
Les estimations de la mortalité par mélanome de la peau sont disponibles pour l'ensemble des départements. La méthode de lissage, permet de fournir une représentation cartographique lisible mettant en évidence des contrastes de mortalité pour les deux sexes (Figure 9-1b). On observe une sur-mortalité qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans le Nord-Ouest chez les femmes, où elle concerne 8 départements¹. Chez les hommes, une sur-mortalité dépassant les 10 % concerne 5 départements² dont 4 sont situés sur la façade ouest du territoire. Sur le reste du territoire, on observe une mortalité inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale dans le Rhône chez les femmes, dans les départements du Nord et du Val-d'Oise chez les hommes et en Seine-Saint-Denis pour les deux sexes.

Mélanome de la peau : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR), par sexe

(a) Incidence observée 2007-2014, départements couverts par un registre des cancers



(b) Mortalité lissée 2007-2014, départements de France métropolitaine



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

| TABLEAU 9-1 |

Mélanome de la peau, estimation nationale de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des décès dans le total

Sexe	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	952 [931 ; 974]	3,12 [3,05 ; 3,19]	1,67 [1,63 ; 1,71]	1,3 - 2,2	1,1
Femme	752 [733 ; 771]	2,31 [2,25 ; 2,37]	1,05 [1,02 ; 1,08]	0,7 - 1,5	1,2

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

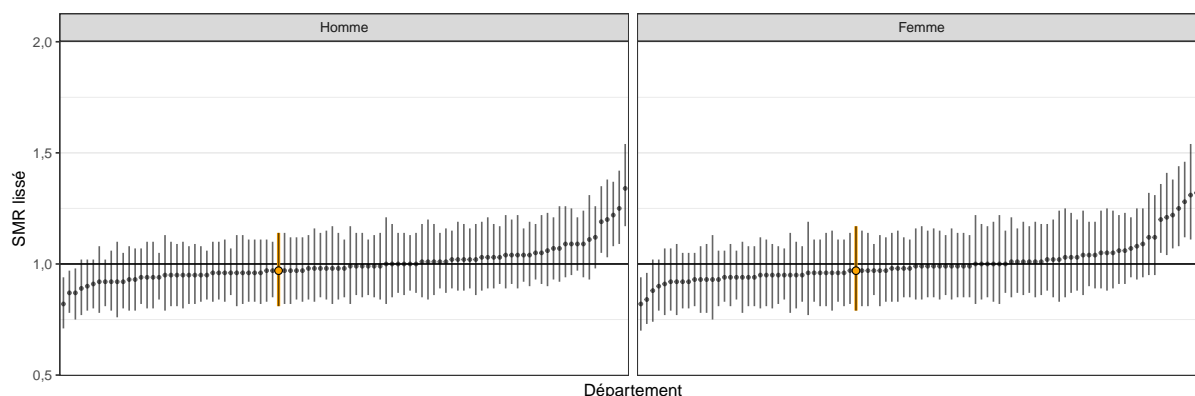
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux de mortalité départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des décès dans le nombre total de décès.

| FIGURE 9-2 |

Mélanome de la peau : rapports standardisés de mortalité 2007-2014 lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

- Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Côtes d'Armor (22), Finistère (29), Manche (50), Seine-Maritime (76), Morbihan (56), Loire-Atlantique (44), Calvados (14), Ille-et-Vilaine (35).
- Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Finistère (29), Morbihan (56), Loire-Atlantique (44), Côtes d'Armor (22), Var (83).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Cowplli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [4] Sacchetto, L., Zanetti, R., Comber, H., Bouchardy, C., Brewster, D. H. *et al.* "Trends in incidence of thick, thin and in situ melanoma in Europe." *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 92 (mar. 2018), p. 108-118.
- [5] Thuret, A., Binder-Foucard, F., Coutard, L., Belot, A., Danzon, A. *et al.* *Mélanome cutané infiltrant en France : évolution de l'incidence en fonction des facteurs histopronostiques sur la période 1998-2005*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2012, 17 p.

4.9.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Pour les hommes comme pour les femmes, les estimations départementales d'incidence du mélanome de la peau ne peuvent pas être produites. On se réfèrera donc au contexte national (section 4.9.1) pour une description dans la zone couverte par un registre des cancers sur la période 2007-2014.

Mortalité régionale

Les rapports standardisés de mortalité (SMR) ne mettent pas en évidence de sur- ou de sous-mortalité[†] en Corse par rapport à la France métropolitaine aussi bien chez l'homme que chez la femme. En moyenne en Corse, le nombre annuel de décès par mélanome de la peau est estimé à 5 chez l'homme et 4 chez la femme sur la période 2007-2014, ce qui correspond à des taux de mortalité standardisés monde (TSM) respectifs de 1,6 et 1,2 pour 100 000 personnes-années (Tableau 9-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

TABLEAU 9-2 |

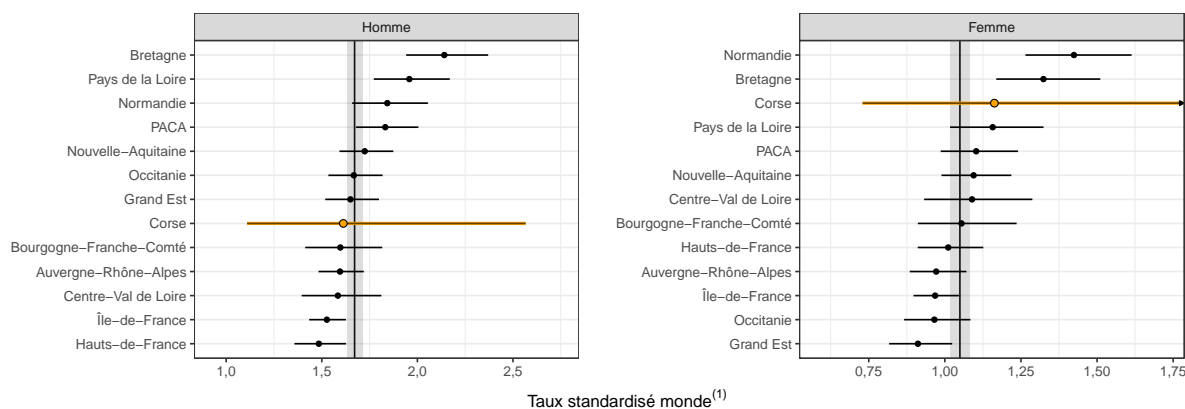
Mélanome de la peau, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de décès, taux de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés de mortalité lissés (SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

	Mortalité 2007-2014					
	Homme			Femme		
	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
Corse	5[4;7]	1,61[1,11;2,57]	0,96[0,80;1,15]	4[2;5]	1,16[0,73;2,11]	0,97[0,78;1,15]
France métropolitaine	952[931;974]	1,67[1,63;1,71]		752[733;771]	1,05[1,02;1,08]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.
 (2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

FIGURE 9-3 |

Mélanome de la peau : taux standardisés de mortalité 2007-2014 accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.10 Sein

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	AUP/I (A++) (CIM-10)
C50	Toutes	C50	C50

4.10.1 Contexte national

L'incidence du cancer du sein est plus élevée dans les pays développés, notamment en France qui, avec les pays d'Europe du Nord et de l'Ouest, présente une incidence particulièrement élevée [1]. Sur la période 2007-2016, le cancer du sein touche en moyenne 53 172 femmes chaque année (Tableau 10-1), soit 33 % des cas incidents de cancer chez la femme. Après une forte augmentation jusqu'en 2005, l'incidence du cancer du sein a chuté puis s'est stabilisée après 2008 [2, 3]. Malgré une diminution observée depuis le milieu des années 1990, la mortalité reste élevée avec 11 640 décès par an sur la période 2007-2014, soit 18,4 % des décès par cancer chez la femme (Tableau 10-1). Ce cancer reste toutefois de bon pronostic avec une survie nette à 5 ans de 88 % pour les cancers diagnostiqués entre 2005 et 2010 [4].

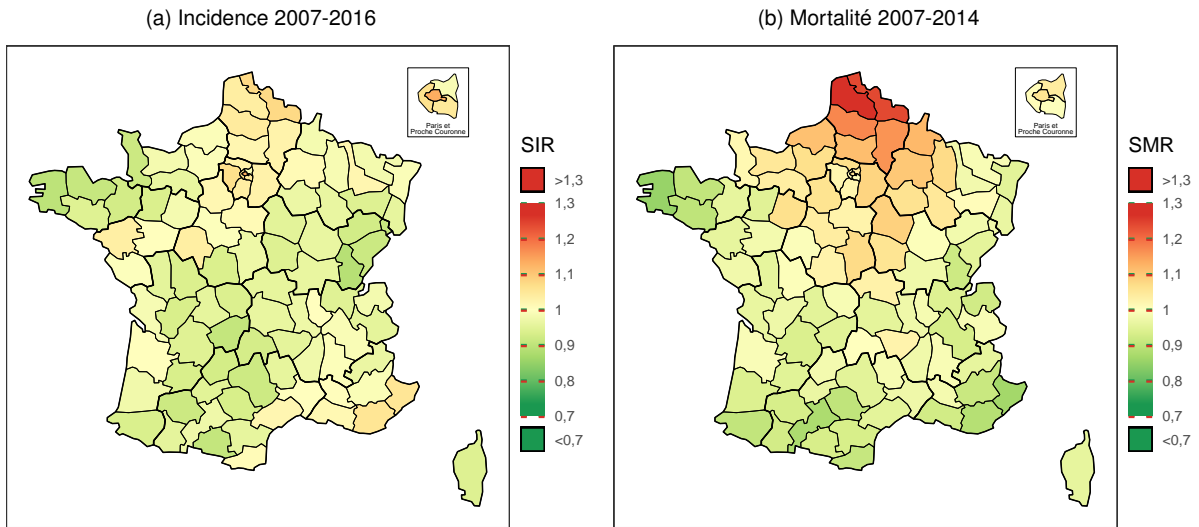
Les principaux facteurs de risque connus sont liés aux facteurs hormonaux et reproductifs (puberté précoce, ménopause tardive, âge élevé au premier enfant, faible nombre d'enfant, absence d'allaitement, prise de traitement hormonal) [5]. D'autres facteurs de risque sont reconnus dont la consommation d'alcool, l'obésité après la ménopause, l'activité physique réduite et le tabagisme [5]. Une prédisposition génétique serait responsable de 5 à 10 % des cancers du sein, essentiellement par le biais d'une altération sur les gènes BRCA1 et BRCA2 [6]. Par ailleurs, l'incidence du cancer du sein est également influencée par l'évolution des pratiques de dépistage. Le taux de participation au dépistage organisé, qui couvre l'ensemble du territoire français depuis 2004, est de 51 % en 2015-2016 pour les femmes âgées de 50 à 74 ans, mais ce taux varie selon les départements [7]. Des pratiques de dépistage individuel existent également mais sont moins bien documentées.

Le corrélât entériné pour cette localisation cancéreuse est le croisement entre les données PMSI et ALD (AUP) (cf. document Evaluation). La validation croisée montre qu'il y a peu d'erreurs de prédiction, les résultats sont robustes. Les écarts entre les départements sont peu importants, avec un taux d'incidence standardisé national de 97,7 pour 100 000 femmes (Tableau 10-1). Les cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés montrent peu de disparités régionales ou départementales pour le cancer du sein (Figure 10-1 a). La distribution des taux estimés départementaux semble assez homogène sur le territoire métropolitain (Tableau 10-1). Il existe une sous incidence qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans le Jura, le Territoire de Belfort, le Doubs, le Finistère, les Côtes-d'Armor, en Ariège et en Corrèze. Paris est le seul département en sur-incidence qui dépasse les 10 %.

Les différences entre les rapports standardisés de mortalité (SMR) sont plus prononcées (Figure 10-1 b). Le taux standardisé monde national est de 15,5 pour 100 000 personnes-années (Tableau 10-1). Contrairement à l'homogénéité des SIR, il existe une sur-mortalité qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans tous les départements des Hauts-de-France, dans les Ardennes, la Marne, en Seine-Maritime et dans l'Yonne. La mortalité est inférieure à la moyenne nationale dans de nombreux départements du Sud de la France et de Bretagne. Au total 10 départements ont une mortalité inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale¹ (Figure 10-1 b).

| FIGURE 10-1 |

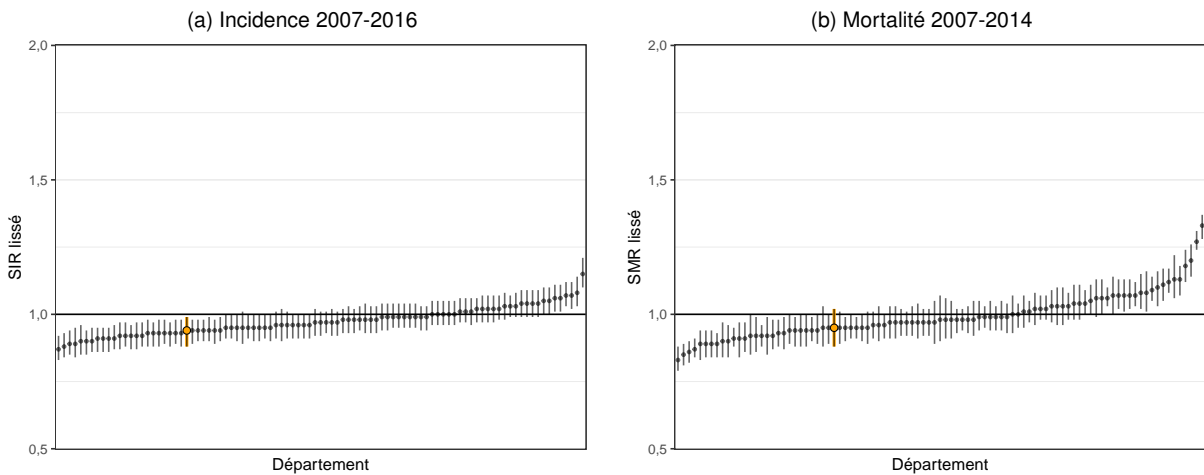
Sein : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés par département de France métropolitaine



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

| FIGURE 10-2 |

Sein : rapports standardisés lissés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Sein, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014 : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Incidence	53 172 [52 420 ; 53 937]	162,7 [160,4 ; 165,1]	97,7 [96,3 ; 99,1]	87,4 - 104,6	33,4
Mortalité	11 640 [11 566 ; 11 715]	35,8 [35,6 ; 36,0]	15,5 [15,4 ; 15,6]	13,2 - 17,9	18,4

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

Notes

1. Départements présentant une **mortalité** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale : Finistère (29), Alpes-Maritimes (06), Haute-Garonne (31), Var (83), Morbihan (56), Tarn (81), Côtes d'Armor (22), Pyrénées-Atlantiques (64), Pyrénées-Orientales (66), Alpes de Haute-Provence (04).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Molinié, F., Vanier, A., Woronoff, A. S., Guizard, A. V., Delafosse, P. *et al.* "Trends in breast cancer incidence and mortality in France 1990-2008." *Breast cancer research and treatment* 147.1 (août 2014), p. 167-75.
- [4] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [5] International Agency For Research On Cancer. *IARC hand books of cancer prevention. Vol. 15. Breast cancer screening*. Lyon, France : IARC Press, 2015.
- [6] Antoniou, A., Pharoah, P. D. P., Narod, S., Risch, H. A., Eyfjord, J. E. *et al.* "Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case Series unselected for family history : a combined analysis of 22 studies." *American journal of human genetics* 72.5 (mai 2003), p. 1117-30.
- [7] Rogel, A., Hamers, F., Quintin, C., Maria, F. de, Bonaldi, C. *et al.* *Incidence et dépistage du cancer du sein en France. Dernières données disponibles : octobre 2016*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2016, 20 p.

4.10.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Les estimations mettent en évidence une légère sous-incidence du cancer du sein chez la femme en Corse par rapport à la France métropolitaine (SIR : 0,93 [0,89 ; 0,98]). Sur la période 2007-2016, le nombre moyen de nouveaux cas de cancer du sein est estimé à 266 par an. Le taux d'incidence standardisé monde (TSM) est de 91,2 pour 100 000 personnes-années (Tableau 10-2).

Mortalité régionale

La Corse ne présente pas de sur- ou de sous- mortalité[†] pour le cancer du sein chez la femme par rapport à la moyenne nationale. En moyenne, le nombre annuel de décès par cancer du sein est estimé à 59 sur la période 2007-2014. Le TSM de mortalité est de 14,6 pour 100 000 personnes-années (Tableau 10-2).

TABLEAU 10-2

Sein, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC)

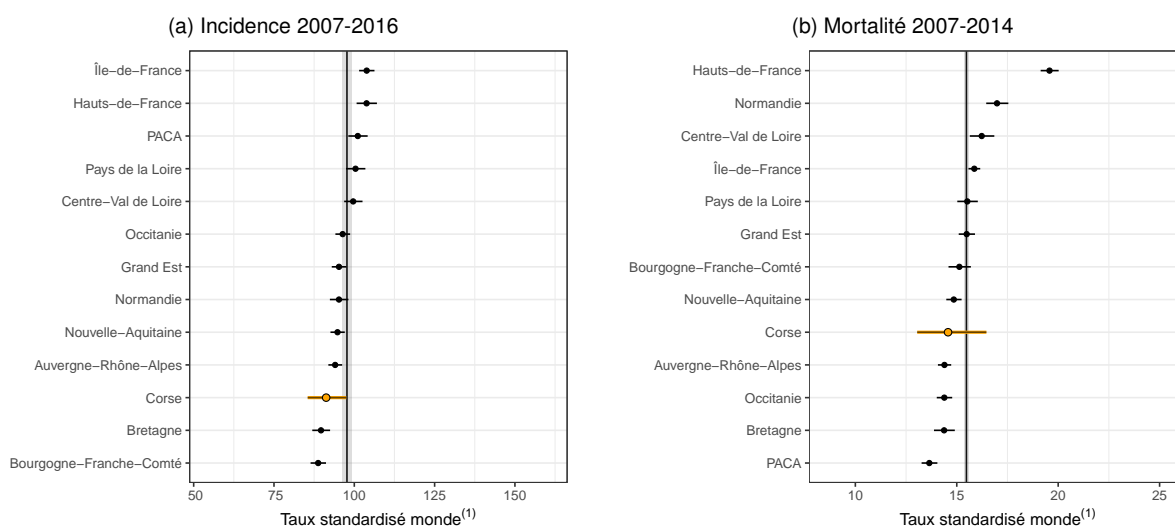
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
Corse	266[250;284]	91,2[85,5;97,5]	0,93[0,89;0,98]	59[54;65]	14,6[13,0;16,5]	0,95[0,88;1,02]
France métropolitaine	53 172[52 420;53 937]	97,7[96,3;99,1]		11 640[11 566;11 715]	15,5[15,4;15,6]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

FIGURE 10-3

Sein : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

4.11 Col de l'utérus

Incidence		Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	PMSI/I (A+) (CIM-10)
C53	Toutes	C53

4.11.1 Contexte national

L'incidence du cancer du col de l'utérus est moins élevée dans les pays développés qui utilisent depuis de nombreuses années le frottis cervico-utérin (FCU) comme examen de dépistage. Avec les pays d'Europe de l'Ouest et du Nord, la France fait partie des pays aux taux les plus bas [1]. Sur la période 2007-2016, le cancer du col de l'utérus touche en moyenne chaque année, 3 159 femmes (Tableau 11-1), ce qui représente 2 % des cas incidents de cancer chez la femme. Son incidence et sa mortalité sont en constante baisse depuis les années 1980, avec un ralentissement de cette décroissance depuis les années 2000 [2]. La survie nette à 5 ans pour les cas diagnostiqués entre 2005 et 2010, est de 64 % [3].

Le cancer du col de l'utérus est dû à la persistance au niveau du col utérin d'une infection sexuellement transmissible à papillomavirus humain à haut risque oncogène (HPV-HR) [4]. Le tabagisme actif, l'existence d'autres infections génitales, l'utilisation au long cours de contraceptifs oraux, un déficit immunitaire acquis peuvent favoriser la persistance de l'infection ou l'évolution vers un cancer.

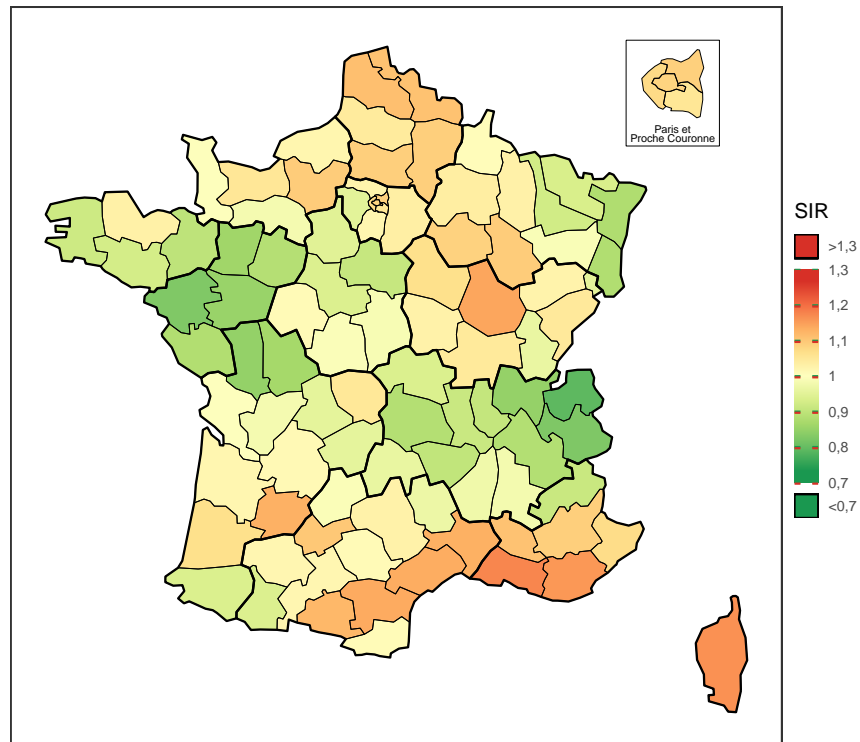
La tendance à la baisse de l'incidence et de la mortalité est essentiellement expliquée par l'existence depuis les années soixante du dépistage individuel par FCU. Cependant la couverture du dépistage reste insuffisante en France, elle était de 62 % en 2010-2012 dans les 13 départements ayant un dépistage organisé [5]. Le Plan cancer 2014-2019 prévoit la généralisation du dépistage organisé à l'ensemble du territoire français en 2018 et fixe comme objectif un taux de participation de 80 % [6]. Ce cancer bénéficie depuis 2007 d'une prévention primaire par la vaccination anti-HPV des adolescentes. Les effets de la vaccination sur l'incidence et la mortalité ne pourront être observés qu'à moyen terme, d'une part du fait du délai long entre l'infection par HPV-HR et l'apparition des lésions, et, d'autre part, du fait du très faible taux actuel de couverture vaccinale. Ce cancer pourrait devenir exceptionnel si les moyens de prévention primaire et secondaire disponibles étaient utilisés de façon optimale.

Le corrélat retenu est le PMSI (cf. document Evaluation). Même si la validation croisée met en évidence des erreurs non négligeables dans l'adéquation, les prédictions restent informatives et permettent de rendre compte d'importantes disparités géographiques d'incidence (Tableau 11-1, Figure 11-2). Le taux d'incidence standardisé monde est de 6,6 pour 100 000 femmes (Tableau 11-1). La lecture des cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés reflète les disparités géographiques (Figure 11-1). On observe une sur-incidence qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale sur le pourtour méditerranéen (Bouches-du-Rhône, Var, Gard, Hérault) et en Côte d'Or. L'incidence est plutôt inférieure à la moyenne nationale dans les Pays de la Loire (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Mayenne) et en Auvergne-Rhône-Alpes (Haute-Savoie, Savoie, Ain, Isère). Au total, 10 départements ont une incidence estimée inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale¹ (Figure 11-1).

Du fait qu'il existe une proportion importante et variable de certificats de décès par cancer de l'utérus ne différenciant pas col et corps utérin, les taux de mortalité ne peuvent pas être calculés de façon distincte pour le col et le corps de l'utérus aux niveaux départemental et régional.

| FIGURE 11-1 |

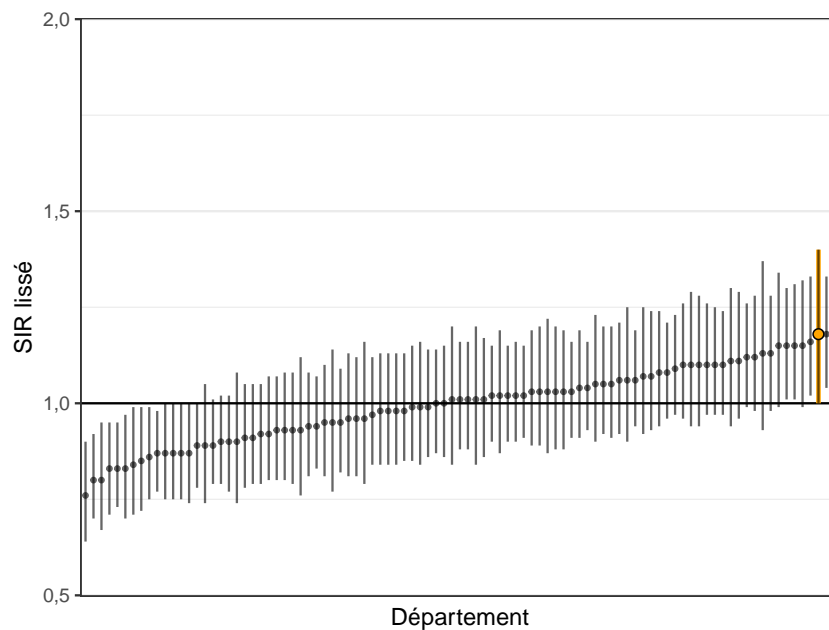
Col de l'utérus : rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés 2007-2016 par département de France métropolitaine



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

| FIGURE 11-2 |

Col de l'utérus : rapports standardisés d'incidence lissés 2007-2016 accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le SIR de la France métropolitaine (=1) est représenté par la ligne horizontale.

| TABLEAU 11-1 |

Col de l'utérus, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas dans le total

N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
3 159 [3020 ; 3307]	9,7 [9,2 ; 10,1]	6,6 [6,3 ; 7,0]	4,5 - 8,8	2,0

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux d'incidence départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas dans le nombre total de cas de cancers incidents.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale : Haute-Savoie (74), Savoie (73), Loire-Atlantique (44), Deux-Sèvres (79), Ain (01), Maine-et-Loire (49), Mayenne (53), Vienne (86), Bas-Rhin (67), Isère (38).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [4] Schiffman, M., Castle, P. E., Jeronimo, J., Rodriguez, A. C. et Wacholder, S. "Human papillomavirus and cervical cancer." *Lancet (London, England)* 370.9590 (sept. 2007), p. 890-907.
- [5] Hamers, F. F., Dupont, N. et Beltzer, N. "Population-based organized cervical cancer screening pilot program in France." *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)* (mar. 2017).
- [6] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé. *Plan Cancer 2014-2019*. 2014. URL : <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019> (visité le 24/04/2018).

4.11.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Le rapport standardisé d'incidence (SIR) met en évidence une sur-incidence importante[†] du cancer du col de l'utérus en Corse par rapport à la moyenne nationale, avec un excès de 19 %, l'un des plus élevés en comparaison de l'ensemble des départements de France métropolitaine (Tableau 11-2 et Figure 11-2). On estime à 22 le nombre annuel moyen de nouveaux cas sur la période 2007-2016, soit un taux d'incidence standardisé monde (TSM) de 9,2 pour 100 000 personnes-années (Tableau 11-2).

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, les incertitudes entourant les estimations (intervalles de confiance larges) étant importantes (Tableau 11-2 et Figures 11-2 et 11-3).

Mortalité régionale

Rappelons que les taux de mortalité ne peuvent pas être calculés de façon distincte pour le col et le corps de l'utérus aux niveaux régional et départemental (cf. contexte national).

| TABLEAU 11-2 |

Col de l'utérus, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas, taux d'incidence standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence lissés (SIR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC)

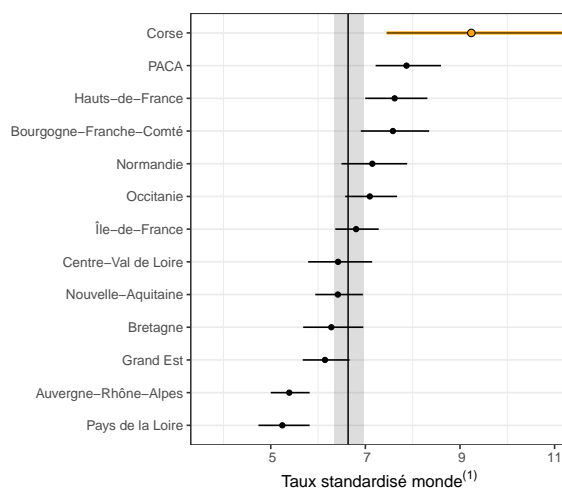
	Incidence 2007-2016		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾
Corse	22[18;28]	9,2[7,4;11,6]	1,19[1,01;1,42]
France métropolitaine	3 159[3 020;3 307]	6,6[6,3;7,0]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 11-3 |

Col de l'utérus : taux standardisés d'incidence 2007-2016 accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

4.12 Corps de l'utérus

Incidence		Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	PMSI/I (A++) (CIM-10)
C54	Toutes	C54

4.12.1 Contexte national

L'incidence du cancer du corps utérin est plus élevée dans les pays développés. En France, comparativement aux autres pays européens, le taux d'incidence standardisé est inférieur à la moyenne européenne [1]. Sur la période 2007-2016, ce cancer touche en moyenne 6951 femmes chaque année (Tableau 12-1), soit 4,4% des cas incidents de cancer chez la femme. Depuis les années 1980, son incidence reste stable et sa mortalité est en légère diminution [2]. C'est un cancer de bon pronostic avec une survie nette à 5 ans de 74% pour les cas diagnostiqués entre 2005 et 2010 [3].

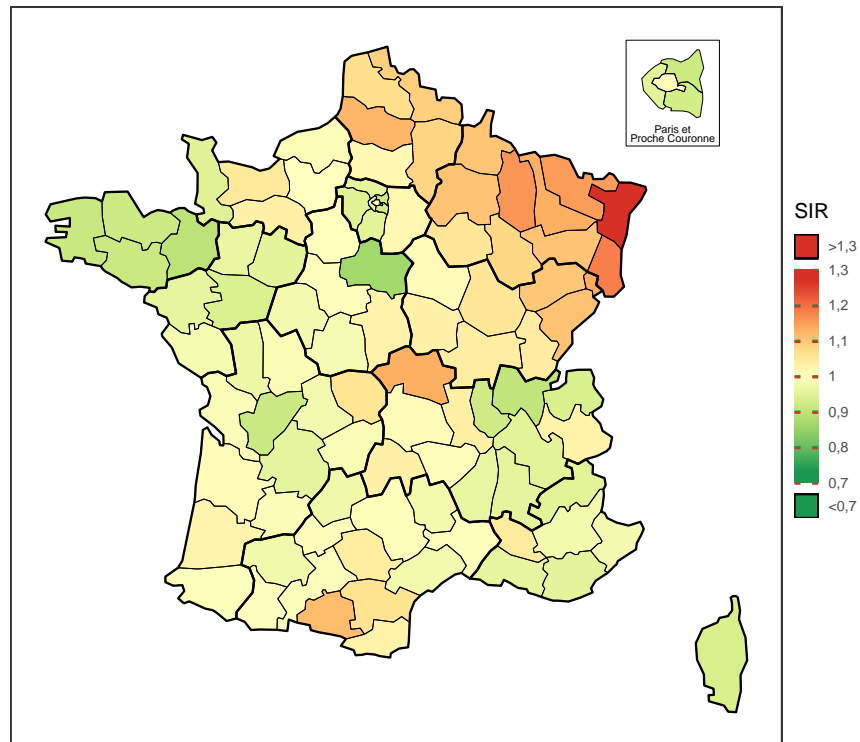
Les cancers du corps utérin surviennent principalement chez des femmes ménopausées et sont le plus souvent diagnostiqués sur des signes cliniques (métrorragies) à un stade localisé. Les cancers du corps de l'utérus sont majoritairement des adénocarcinomes de l'endomètre. Les principaux facteurs de risque sont l'hyperoestrogénie endogène (puberté précoce, ménopause tardive, nulliparité) et exogène (traitement hormonal substitutif non ou mal compensé par des progestatifs, prise de tamoxifène) [4]. Il existe également des facteurs de risque métaboliques (obésité notamment, diabète) et génétiques (syndrome de Lynch, antécédent familial au premier degré) [4]. À l'inverse, la prise de contraceptifs oraux œstroprogestatifs combinés, la pratique d'une activité physique et la consommation de tabac sont associés à un risque plus faible [4-6]. Les tendances de l'incidence du cancer du corps utérin et sa répartition géographique pourraient également être influencées par la prévalence des femmes ayant eu une hystérectomie pour une pathologie bénigne [7].

Le corrélât retenu est le PMSI (cf. document Evaluation). La validation croisée indique peu d'erreurs de prédiction. Le taux d'incidence standardisé monde est de 10,5 pour 100 000 femmes (Tableau 12-1). La lecture des cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés reflète les disparités géographiques (Figure 12-1). L'incidence est plus élevée dans la majorité des départements du Grand Est et en Bourgogne-Franche-Comté (Territoire-de-Belfort, Doubs, Haute-Saône). Au total, 15 départements ont une incidence estimée supérieure d'au moins 10% à la moyenne nationale¹. À l'inverse, l'incidence estimée est inférieure d'au moins 10% à la moyenne nationale en Bretagne (Ille-et-Vilaine, Finistère, Morbihan), dans le Loiret, l'Ain et la Charente (Figure 12-1).

Du fait qu'il existe une proportion importante et variable de certificats de décès par cancer de l'utérus ne différenciant pas col et corps utérin, les taux de mortalité ne peuvent pas être calculés de façon distincte pour le col et le corps de l'utérus aux niveaux départemental et régional.

| FIGURE 12-1 |

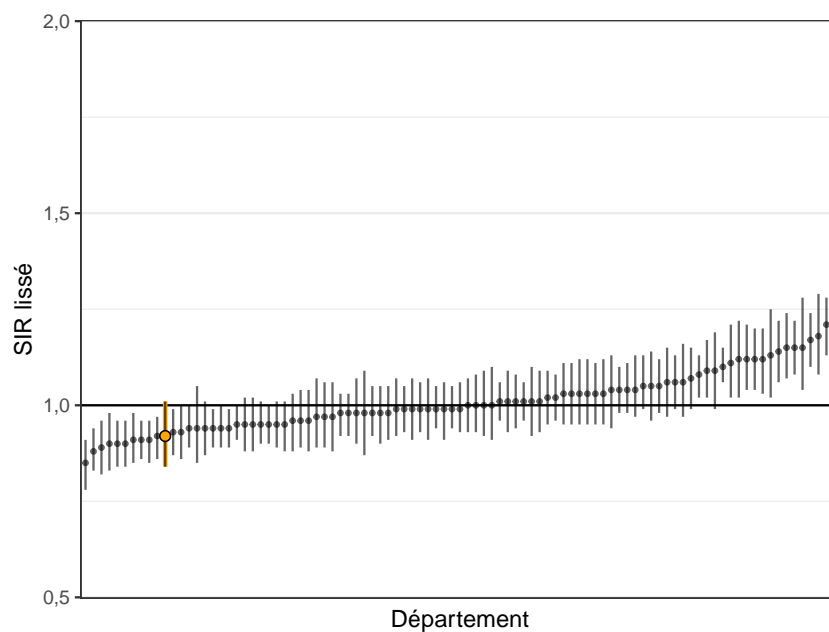
Corps de l'utérus : rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés 2007-2016 par département de France métropolitaine



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

| FIGURE 12-2 |

Corps de l'utérus : rapports standardisés d'incidence lissés 2007-2016 accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le SIR de la France métropolitaine (=1) est représenté par la ligne horizontale.

| TABLEAU 12-1 |

Corps de l'utérus, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas dans le total

N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
6951 [6834 ; 7070]	21,3 [20,9 ; 21,6]	10,5 [10,3 ; 10,6]	9,2 - 12,6	4,4

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux d'incidence départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas dans le nombre total de cas de cancers incidents.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale : Bas-Rhin (67), Haut-Rhin (68), Meuse (55), Moselle (57), Territoire-de-Belfort (90), Meurthe-et-Moselle (54), Allier (03), Somme (80), Ariège (09), Doubs (25), Marne (51), Vosges (88), Ardennes (08), Haute-Saône (70), Nord (59).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [4] Kitson, S. J., Evans, D. G. et Crosbie, E. J. "Identifying High-Risk Women for Endometrial Cancer Prevention Strategies : Proposal of an Endometrial Cancer Risk Prediction Model." *Cancer prevention research (Philadelphia, Pa.)* 10.1 (jan. 2017), p. 1-13.
- [5] Schmid, D., Behrens, G., Keimling, M., Jochem, C., Ricci, C. *et al.* "A systematic review and meta-analysis of physical activity and endometrial cancer risk." *European journal of epidemiology* 30.5 (mai 2015), p. 397-412.
- [6] Felix, A. S., Yang, H. P., Gierach, G. L., Park, Y. et Brinton, L. A. "Cigarette smoking and endometrial carcinoma risk : the role of effect modification and tumor heterogeneity." *Cancer causes & control : CCC* 25.4 (avr. 2014), p. 479-89.
- [7] Temkin, S. M., Minasian, L. et Noone, A.-M. "The End of the Hysterectomy Epidemic and Endometrial Cancer Incidence : What Are the Unintended Consequences of Declining Hysterectomy Rates?" *Frontiers in oncology* 6 (2016), p. 89.

4.12.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

La Corse ne présente pas de sur- ou de sous- incidence[†] pour le cancer du corps de l'utérus par rapport à la France métropolitaine. Sur la période 2007-2016, le nombre annuel moyen de nouveaux cas diagnostiqués est estimé à 34. Le taux d'incidence standardisé monde (TSM) est de 9,8 pour 100 000 personnes-années (Tableau 12-2 et Figure 12-3).

Mortalité régionale

Rappelons que les taux de mortalité ne peuvent pas être calculés de façon distincte pour le col et le corps de l'utérus aux niveaux régional et départemental (cf. contexte national).

| TABLEAU 12-2 |

Corps de l'utérus, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas, taux d'incidence standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence lissés (SIR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC)

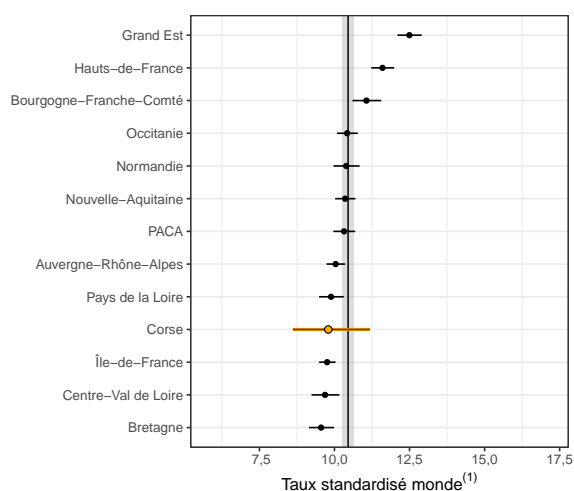
	Incidence 2007-2016		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾
Corse	34[30;38]	9,8[8,6;11,2]	0,93[0,84;1,01]
France métropolitaine	6951[6834;7070]	10,5[10,3;10,6]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 12-3 |

Corps de l'utérus : taux standardisés d'incidence 2007-2016 accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

4.13 Ovaire

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	AUP/I (A++) (CIM-10)
C56,C57	Toutes sauf 8442, 8451, 8461, 8462, 8472 et 8473	C56,C57	C56,C57

4.13.1 Contexte national

L'incidence du cancer de l'ovaire est plus élevée dans les pays développés [1]. En France, le taux d'incidence standardisé se situe dans la moyenne des pays de l'Europe de l'Est, mais est inférieur au reste des autres pays européens. Le cancer de l'ovaire touche en moyenne 4 782 femmes chaque année, soit 3 % des cas incidents de cancer chez la femme au cours de la période 2007-2016 (Tableau 13-1). Son incidence et sa mortalité sont en constante baisse depuis les années 1980 [2, 3]. La mortalité par cancer de l'ovaire reste toutefois élevée avec 3 590 décès par an sur la période 2007-2014, soit 5,7 % des décès féminins par cancer (Tableau 13-1). La survie nette à 5 ans pour les cas diagnostiqués entre 2005 et 2010 est de 43 % [4].

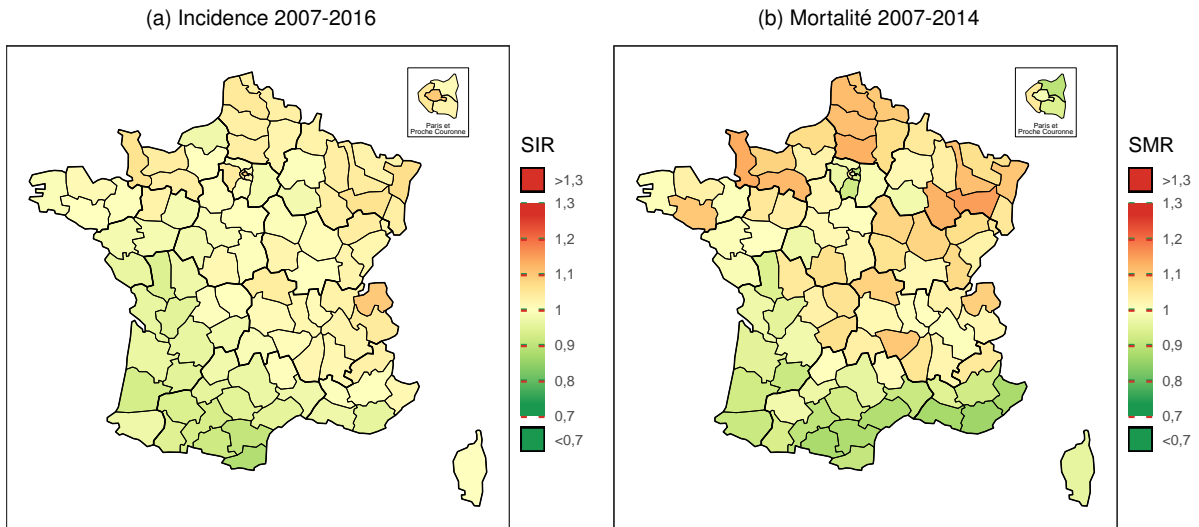
Les variétés histologiques des cancers de l'ovaire sont nombreuses, chacune présentant ses propres caractéristiques épidémiologiques, étiologiques et pronostiques. Il s'agit le plus souvent de tumeurs épithéliales et majoritairement de carcinomes séreux de haut grade. Les facteurs de risque de ces tumeurs sont essentiellement liés aux facteurs hormonaux et reproductifs. Ceux qui diminuent le nombre d'ovulation durant la vie d'une femme seraient protecteurs (puberté tardive, ménopause précoce, parité, allaitement, contraception orale). Par l'effet inverse, les pubertés précoces, les ménopauses tardives et la prise de traitement hormonal substitutif sont des facteurs de risque reconnus [5]. Plusieurs autres facteurs de risque ont été étudiés (tabac, alcool, obésité, activité physique, alimentation, exposition à l'asbestose ou au talc) avec des résultats pas toujours concordants ou ne montrant des liens qu'avec un ou plusieurs sous-types histologiques [6]. Une prédisposition génétique serait responsable de 5 à 10 % des cancers de l'ovaire, essentiellement par le biais d'une altération sur le gène BRCA1 et plus rarement sur le gène BRCA2 [7].

Le corrélat entériné pour cette localisation cancéreuse est le croisement entre les données PMSI et ALD (AUP) (cf. document Evaluation). La validation croisée montre qu'il y a peu d'erreurs de prédiction, les résultats sont robustes. La lecture des cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés montre qu'il existe peu de disparités régionales ou départementales pour le cancer ovarien (Figure 13-1 a). Le taux d'incidence standardisé monde est de 7,7 pour 100 000 femmes. La distribution des taux estimés départementaux reflète un phénomène d'homogénéité sur le territoire métropolitain avec une sur-incidence de 11 % par rapport à la moyenne nationale en Haute-Savoie et à Paris (Tableau 13-1 et Figure 13-1 a).

Les différences entre les rapports standardisés de mortalité (SMR) sont plus prononcées (Figure 13-1 b). Les 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux sont compris entre 3,7 et 5,5 pour un taux standardisé monde national de 4,5 pour 100 000 (Tableau 13-1). Il existe un gradient Nord-Sud des SMR, avec une sur-mortalité essentiellement dans les régions Hauts-de-France, Grand Est et Normandie. Au total, 11 départements ont une mortalité supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale¹. A l'inverse, une sous-mortalité est observée dans de nombreux départements du Sud de la France. Au total, 10 départements ont une mortalité inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale² (Figure 13-1 b).

| FIGURE 13-1 |

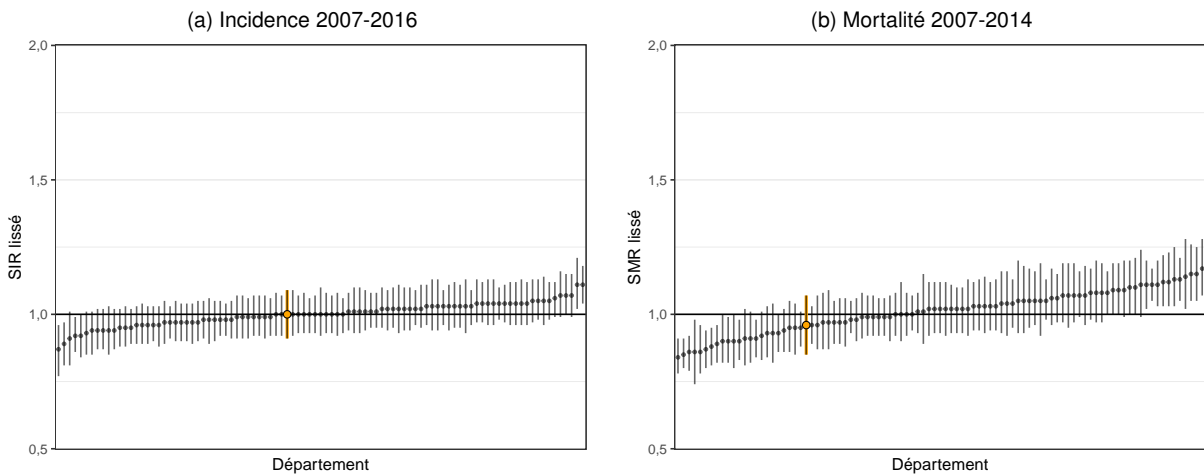
Ovaire : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés par département de France métropolitaine



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

| FIGURE 13-2 |

Ovaire : rapports standardisés lissés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Ovaire, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014 : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Incidence	4 782 [4 659 ; 4 908]	14,6 [14,3 ; 15,0]	7,71 [7,50 ; 7,93]	6,4 - 9,0	3,0
Mortalité	3 590 [3 548 ; 3 631]	11,0 [10,9 ; 11,2]	4,47 [4,41 ; 4,53]	3,7 - 5,5	5,7

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

Notes

- Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale : Vosges (88), Manche (50), Oise (60), Haute-Marne (52), Orne (61), Pas-de-Calais (62), Somme (80), Meurthe-et-Moselle (54), Bas-Rhin (67), Morbihan (56), Nord (59).
- Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale : Var (83), Bouches-du-Rhône (13), Ariège (09), Alpes-Maritimes (06), Aude (11), Hérault (34), Seine-Saint-Denis (93), Haute-Garonne (31), Pyrénées-Atlantiques (64), Gard (30).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Trétarre, B., Molinié, F., Woronoff, A.-S., Bossard, N., Bessaoud, F. *et al.* "Ovarian cancer in France : trends in incidence, mortality and survival, 1980-2012." *Gynecologic oncology* 139.2 (nov. 2015), p. 324-9.
- [4] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [5] Riman, T., Nilsson, S. et Persson, I. R. "Review of epidemiological evidence for reproductive and hormonal factors in relation to the risk of epithelial ovarian malignancies." *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 83.9 (sept. 2004), p. 783-95.
- [6] Reid, B. M., Permuth, J. B. et Sellers, T. A. "Epidemiology of ovarian cancer : a review." *Cancer biology & medicine* 14.1 (fév. 2017), p. 9-32.
- [7] Antoniou, A., Pharoah, P. D. P., Narod, S., Risch, H. A., Eyfjord, J. E. *et al.* "Average risks of breast and ovarian cancer associated with BRCA1 or BRCA2 mutations detected in case Series unselected for family history : a combined analysis of 22 studies." *American journal of human genetics* 72.5 (mai 2003), p. 1117-30.

4.13.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Le rapport standardisé d'incidence (SIR) du cancer ovarien ne met pas en évidence de sur- ou de sous-incidence[†] en Corse par rapport à la France métropolitaine (Tableau 13-2 et Figure 13-2 a). En moyenne, dans la région, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer de l'ovaire est estimé à 26 sur la période 2007-2016. Le taux d'incidence standardisé monde (TSM) est de 7,8 pour 100 000 personnes-années (Tableau 13-2).

Mortalité régionale

Le rapport standardisé de mortalité (SMR) ne met pas en évidence de sur- ou de sous-mortalité[†] en Corse par rapport à la France métropolitaine (Tableau 13-2 et Figure 13-2.b). En moyenne dans la région, le nombre annuel de décès par cancer de l'ovaire est estimé à 18 sur la période 2007-2014 (Tableau 13-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

TABLEAU 13-2

Ovaire, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC)

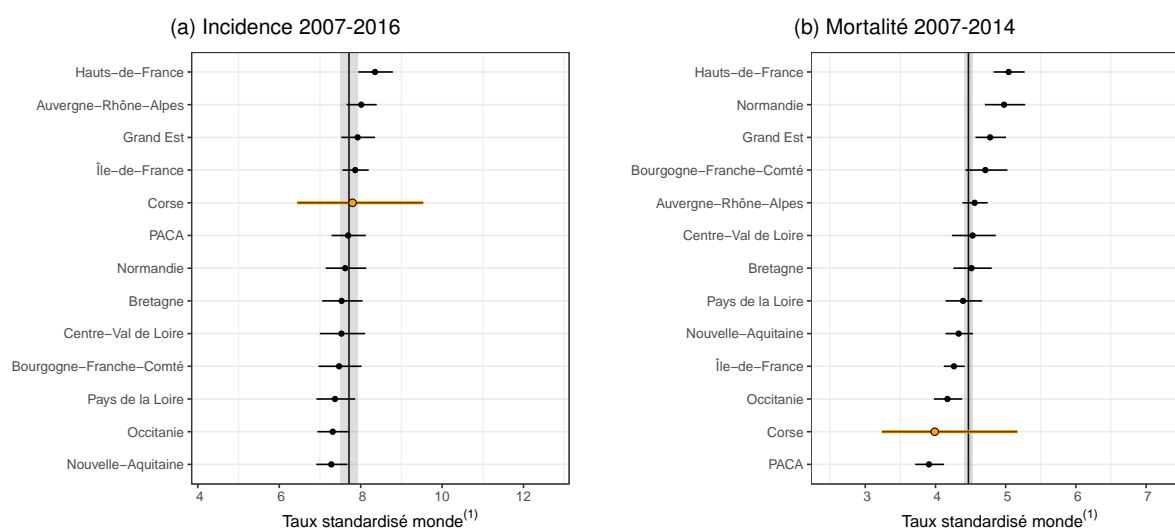
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
Corse	26[22;31]	7,80[6,44;9,54]	1,00[0,91;1,09]	18[15;21]	3,99[3,24;5,17]	0,95[0,84;1,05]
France métropolitaine	4 782[4 659;4 908]	7,71[7,50;7,93]		3 590[3 548;3 631]	4,47[4,41;4,53]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

FIGURE 13-3

Ovaire : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.14 Prostate

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	ALD/I (A++) (CIM-10)
C61	Toutes	C61	C61

4.14.1 Contexte national

Les variations majeures de l'incidence du cancer de la prostate, liées pour l'essentiel à l'usage du dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) comme test de dépistage, ont largement contribué aux évolutions du nombre de cancers de la prostate diagnostiqués dans les vingt dernières années. Ces cancers représentent 25 % des cas incidents de cancer chez les hommes. Il existe actuellement une baisse très rapide de l'incidence par rapport aux taux atteints autour de 2005 (avec un taux standardisé monde de 124,5 pour 100 000 en 2005 et 82,6 en 2013) mais son évolution précise reste difficilement prévisible [1, 2]. Des phénomènes comparables sont observés dans la plupart des pays développés [3]. La mortalité baisse faiblement mais constamment depuis les années 90 [4]. Le cancer de la prostate a provoqué en moyenne un peu plus de 8 700 décès par an en France métropolitaine sur la période 2007-2014, soit 9,9 % des décès par cancer chez les hommes (Tableau 14-1). Cette faible proportion s'explique par le bon pronostic de ces tumeurs diagnostiquées à un stade précoce. Pour les cas diagnostiqués récemment (période 2005-2010), la survie nette à 5 ans est de 94 % [5].

Les seuls facteurs de risque avérés du cancer de la prostate sont individuels. Il s'agit de l'âge, de l'origine ethnique et des antécédents familiaux de cancer de la prostate. Parmi les facteurs environnementaux, les perturbateurs endocriniens du fait de leur capacité à interférer avec le système hormonal sont considérés comme des facteurs de risque potentiel de plusieurs cancers, dont celui de la prostate. Parmi ceux-ci, les pesticides et notamment le chlordécone (classé cancérigène possible selon le CIRC) sont associés à un risque augmenté de cancer de la prostate. Pour ces facteurs, ainsi que pour les facteurs alimentaires qui sont aussi suspectés de jouer un rôle dans l'apparition de ce cancer, les résultats doivent encore être consolidés [6, 7].

L'utilisation des ALD comme corrélat pour ce cancer donne des résultats robustes (cf. document Evaluation). La validation croisée montre qu'il y a peu d'erreurs de prédiction. Les taux d'incidence estimés pour les différents départements sont généralement proches de la moyenne nationale mais il existe quelques zones en sur- ou sous-incidence (Figure 14-3 a). La lecture des cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) montre qu'il existe quelques disparités régionales ou départementales, peu systématisées (Figure 14-1 a). Après lissage, une sous-incidence s'observe dans des départements du sud (notamment Corse, Bouches-du-Rhône, Aude, Tarn et Garonne ; au total, 11 départements ont une incidence estimée inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale¹) et une sur-incidence persiste sur un croissant allant du sud de la Bretagne à l'est de la France, notamment dans les départements Morbihan, Loire-Atlantique, Haute-Vienne, Saône-et-Loire, Doubs (au total, 10 départements ont une incidence estimée supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale²) (Figure 14-1 a).

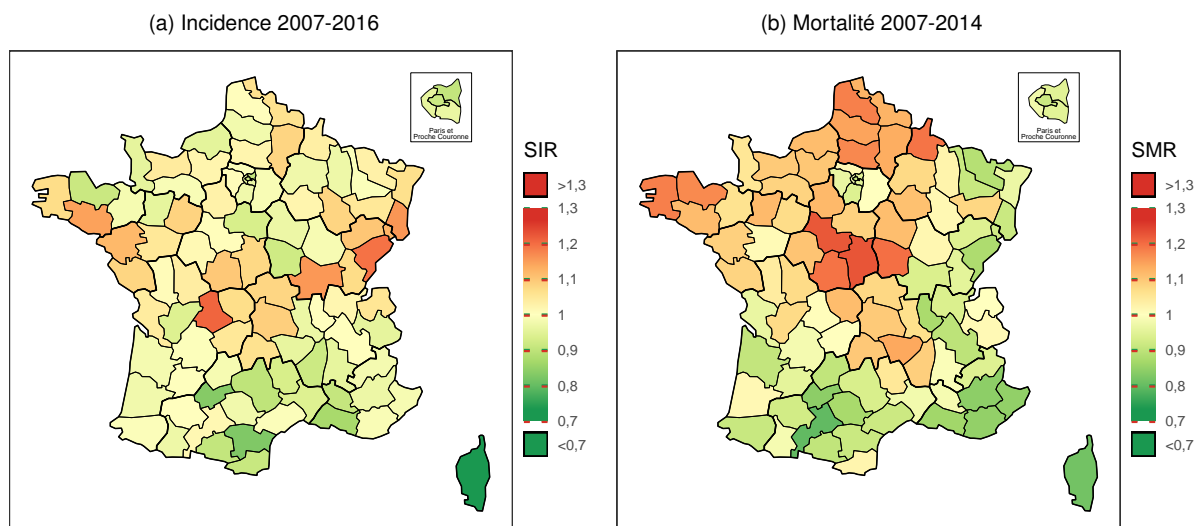
Les différences de mortalité sont plus prononcées mais ne se superposent pas exactement à celles trouvées pour l'incidence au niveau départemental (Figure 14-1 b). Après lissage apparaît une zone Sud et Est où la mortalité est en général plus faible (Haute-Garonne, Tarn-et-Garonne, Tarn, Corse, Alpes-de-Haute-Provence, Alpes-Maritimes, Var ; au total, 20 départements ont une mortalité inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale³), et une zone englobant le Nord-Ouest et le Centre (hors Île-de-France) où la mortalité est plus forte (principalement Finistère, Indre, Cher et Loir-et-Cher, Nièvre, Ardennes, Pas-de-Calais ; au total, 28 départements ont une mortalité supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale⁴) (Figure 14-1 b).

Le dépistage initié par le dosage du PSA est, en France métropolitaine, le principal facteur de variation de l'incidence du cancer de la prostate. Les variations géographiques d'incidence observées sur la période étudiée pourraient être expliquées par des évolutions différentes de la pratique de prescription du PSA. Toutefois les données issues du Sniiram [8-10] pour la période allant de 2010 à 2014 montre une moindre utilisation du PSA en Bretagne et Normandie et s'étendant en 2014 sur une diagonale allant jusqu'en Bourgogne et Rhône-Alpes, ce qui ne corrobore pas cette hypothèse.

Pour la mortalité, si l'on considère que la qualité des déclarations portées sur le certificat de décès est homogène, les différences ne pourraient venir que d'une plus grande fréquence des cas de mauvais pronostic ou d'une prise en charge moins efficace, car insuffisante ou trop tardive. En l'absence de facteurs de risque du cancer de la prostate ayant une répartition géographique bien systématisée à l'origine de cancers prostatiques plus agressifs, l'explication la plus probable serait alors à chercher du côté du diagnostic et de la prise en charge.

| FIGURE 14-1 |

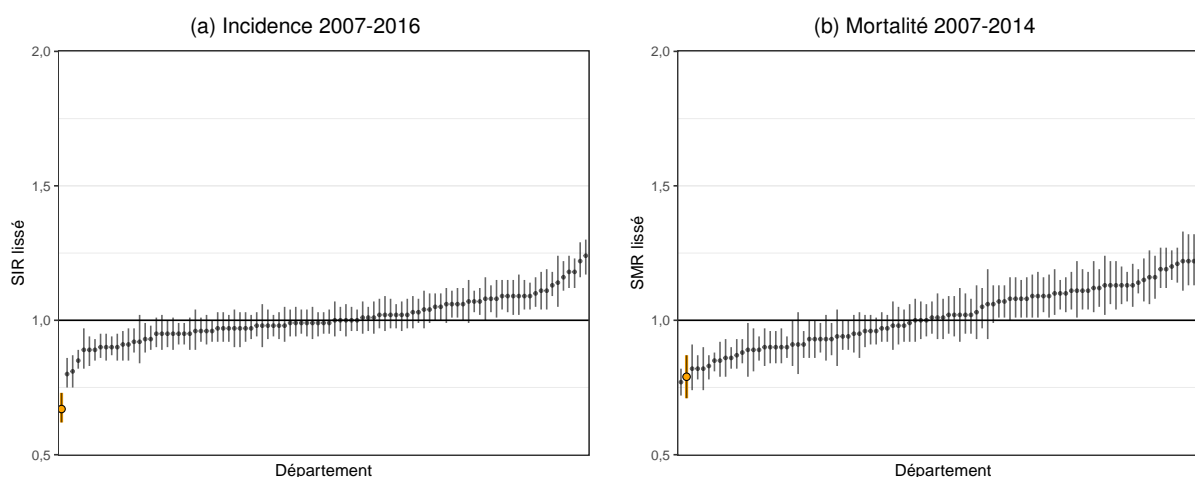
Prostate : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés par département de France métropolitaine



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

| FIGURE 14-2 |

Prostate : rapports standardisés lissés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Prostate, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014 : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Incidence	51 024 [50 387 ; 51 672]	166,2 [164,2 ; 168,3]	88,8 [87,7 ; 90,0]	77,4 - 104,4	25,9
Mortalité	8 787 [8 723 ; 8 853]	28,8 [28,6 ; 29,0]	10,0 [9,9 ; 10,1]	8,1 - 12,3	9,9

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

Notes

- Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale : Corse (20), Aude (11), Tarn-et-Garonne (82), Bouches-du-Rhône (13), Aveyron (12), Seine-Saint-Denis (93), Ariège (09), Vaucluse (84), Pyrénées-Orientales (66), Côtes d'Armor (22), Paris (75).
- Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale : Haute-Vienne (87), Doubs (25), Haut-Rhin (68), Saône-et-Loire (71), Morbihan (56), Territoire-de-Belfort (90), Loire-Atlantique (44), Haute-Saône (70), Indre (36), Puy-de-Dôme (63).
- Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale : Haute-Garonne (31), Corse (20), Tarn-et-Garonne (82), Alpes de Haute-Provence (04), Alpes-Maritimes (06), Var (83), Bouches-du-Rhône (13), Tarn (81), Rhône (69), Doubs (25), Moselle (57), Isère (38), Ariège (09), Lot (46), Gironde (33), Meurthe-et-Moselle (54), Pyrénées-Atlantiques (64), Aude (11), Haut-Rhin (68), Paris (75).
- Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale : Cher (18), Loir-et-Cher (41), Nièvre (58), Indre (36), Ardennes (08), Finistère (29), Pas-de-Calais (62), Oise (60), Côtes d'Armor (22), Somme (80), Haute-Loire (43), Aisne (02), Nord (59), Eure-et-Loir (28), Mayenne (53), Morbihan (56), Seine-Maritime (76), Creuse (23), Yonne (89), Aube (10), Indre-et-Loire (37), Eure (27), Cantal (15), Calvados (14), Puy-de-Dôme (63), Ardèche (07), Loire-Atlantique (44), Loiret (45).

Références

- Grosclaude, P., Remontet, L., Daubisse-Marliac, L., Velten, M., Uhry, Z. *et al.* "Le cancer de la prostate : incidence, survie et mortalité en France". *Bull Epidemiol Hebd* 39-40 (2016), p. 693-9.
- Jéhannin-Ligier, K., Dantony, E., Bossard, N., Molinié, F., Defossez, G. *et al.* *Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, 80 p.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- Lauby-Secretan, B., Scoccianti, C., Loomis, D., Grosse, Y., Bianchini, F. *et al.* "Body Fatness and Cancer—Viewpoint of the IARC Working Group." *The New England journal of medicine* 375.8 (août 2016), p. 794-8.
- IARC. *List of classifications by cancer sites with sufficient or limited evidence in humans, Volumes 1 to 123*. URL : <https://monographs.iarc.fr/wp-content/uploads/2018/07/Tab1e4.pdf> (visité le 04/04/2018).
- Tuppin, P., Samson, S., Perrin, P., Ruffion, A., Millat, B. *et al.* "[Prostate-specific antigen use among men without prostate cancer in France (2008-2010)]." *Bulletin du cancer* 99.5 (mai 2012), p. 521-7.
- Tuppin, P., Samson, S., Fagot-Campagna, A., Lukacs, B., Alla, F. *et al.* "Dépistage et diagnostic de cancer de la prostate et son traitement en France (2009-2011) selon le Sniiram". *Bull Epidemiol Hebd* 9-10 (2014), p. 163-71.
- Tuppin, P., Leboucher, C., Peyre-Lanquar, G., Lamy, P.-J., Gabach, P. *et al.* "Analyse des prescriptions de PSA total et libre en France entre 2012 et 2014". *La Presse Médicale* 46.10 (oct. 2017), e237-e247.

4.14.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

La Corse présente une sous-incidence importante[†] du cancer de la prostate par rapport à la France métropolitaine, estimée à 33 % (Tableau 14-2). Cette sous-incidence est la plus faible en comparaison de l'ensemble des départements de France métropolitaine (Figure 14-2 a). Le taux d'incidence standardisé monde (TSM) est de 53,6 pour 100 000 personnes-années. Il est très nettement le plus faible de toutes les régions de métropole (Figure 14-3 a). Le nombre moyen de nouveaux cas annuel est estimé à 192 sur la période 2007-2016 (Tableau 14-2).

Mortalité régionale

Une sous-mortalité importante[†] par rapport à la France métropolitaine (22 %) est également observée en Corse pour le cancer de la prostate (Tableau 14-2). Cette sous-mortalité fait partie des plus faibles en comparaison de l'ensemble des départements de France métropolitaine (Figure 14-2 b). Le nombre annuel moyen de décès pour ce cancer est estimé à 39 dans la région, soit un TSM de 7,0 pour 100 000 personnes-années sur la période 2007-2014 (Tableau 14-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 14-2 |

Prostate, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC)

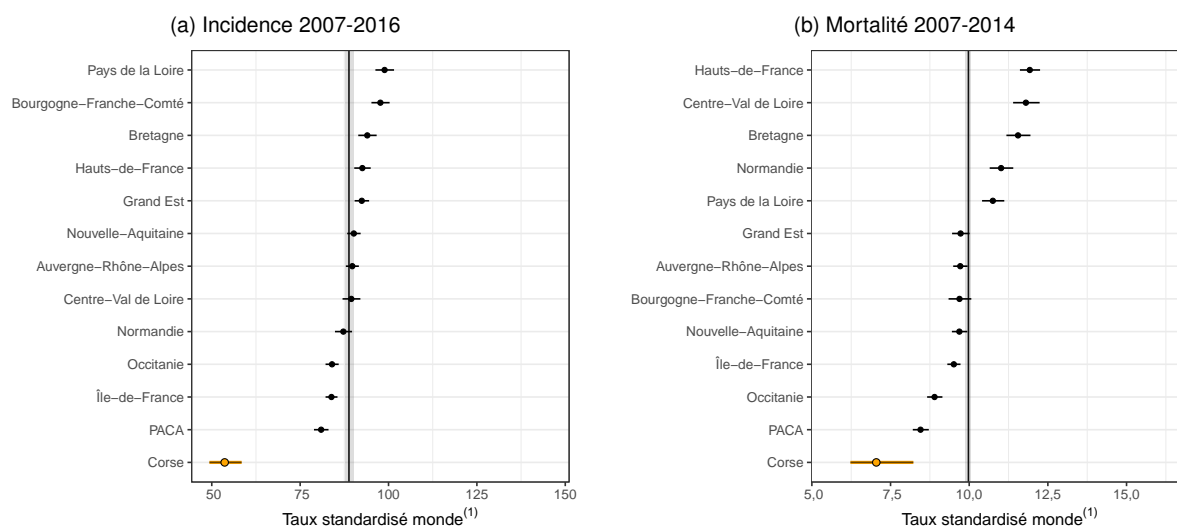
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
Corse	192[178;209]	53,6[49,3;58,5]	0,67[0,62;0,72]	39[35;43]	7,0[6,2;8,2]	0,78[0,71;0,87]
France métropolitaine	51 024[50 387;51 672]	88,8[87,7;90,0]		8 787[8 723;8 853]	10,0[9,9;10,1]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 14-3 |

Prostate : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.15 Testicule

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	AUP/I (A++) (CIM-10)
C62	Toutes	C62	C62

4.15.1 Contexte national

Le cancer du testicule est un cancer peu fréquent, avec une incidence annuelle standardisée de 1,5 pour 100 000 personnes-années dans le monde en 2012, ce qui représentait 0,4 % des cas incidents de cancer tous sexes et 0,7 % chez les hommes [1]. Les incidences les plus importantes sont observées dans les pays d'Europe, principalement du Nord et de l'Ouest, mais elles augmentent rapidement dans le reste de l'Europe depuis les années 1970, se rapprochant des incidences de l'Europe du Nord [1-3]. En France, l'incidence des cancers du testicule est en hausse comme dans de nombreux pays. Ce cancer concerne, en moyenne annuelle, 2 086 hommes sur la période 2007-2016, soit 1,1 % de l'ensemble des cas incidents de cancers masculins (Tableau 15-1). Malgré l'augmentation de l'incidence, la mortalité de ce cancer reste faible et continue de diminuer en France et en Europe, avec une baisse importante entre 1980 et 2012 [3, 4]. Avec en moyenne 92 décès par an au cours de la période 2007-2014, ce cancer représente 0,1 % de l'ensemble des décès par cancer chez l'homme (Tableau 15-1). Cette baisse de la mortalité s'explique à la fois par les traitements qui permettent de guérir la grande majorité des cancers du testicule et par l'augmentation possible de la part des formes séminomateuses de meilleur pronostic [5, 6]. La survie nette à 5 ans pour les cas diagnostiqués entre 2005 et 2010 est de 96 % [7].

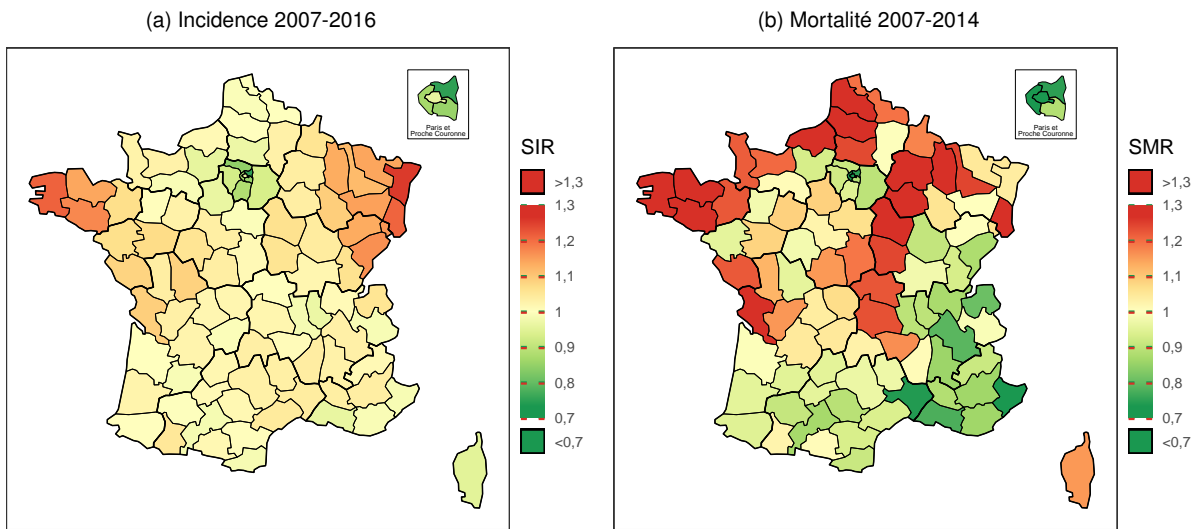
Peu de facteurs de risque ont été identifiés pour ce cancer, en dehors des antécédents de cryptorchidie et les antécédents personnels ou familiaux de cancers du testicule.

Le corrélât retenu est le croisement entre les données d'ALD et celles du PMSI (AUP) (cf. document Evaluation). Le taux d'incidence standardisé monde est de 6,6 pour 100 000 personnes-années (Tableau 15-1). La représentation cartographique des rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés montre qu'il existe quelques disparités avec une incidence estimée supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale dans 11 départements répartis dans 3 régions : la Bretagne, le Grand Est et la Bourgogne-Franche-Comté¹. A l'inverse, on observe une sous-incidence très localisée et qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale en Île-de-France (Essonne, Hauts-de-Seine, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Val-d'Oise) (Figure 15-1 a).

La mortalité liée au cancer du testicule est très faible. Les différences entre rapports standardisés de mortalité (SMR) sont un peu plus prononcées et les 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux sont compris entre 0,1 et 0,6 pour un taux standardisé monde national de 0,2 pour 100 000 personnes-années (Tableau 15-1). Des contrastes de mortalité persistent après lissage des SMR. La représentation cartographique de ces SMR lissés montre que la mortalité est plus forte au Nord, en Bretagne, en Vendée-Charente-Maritime, et du Puy-de-Dôme aux Ardennes et au Haut-Rhin ; elle est moins prononcée en Île-de-France² et dans le sud-est du pays (Figure 15-1 b). Les estimations restent cependant extrêmement incertaines et la majorité des SMR sont non significatifs (Figure 15-2 b).

| FIGURE 15-1 |

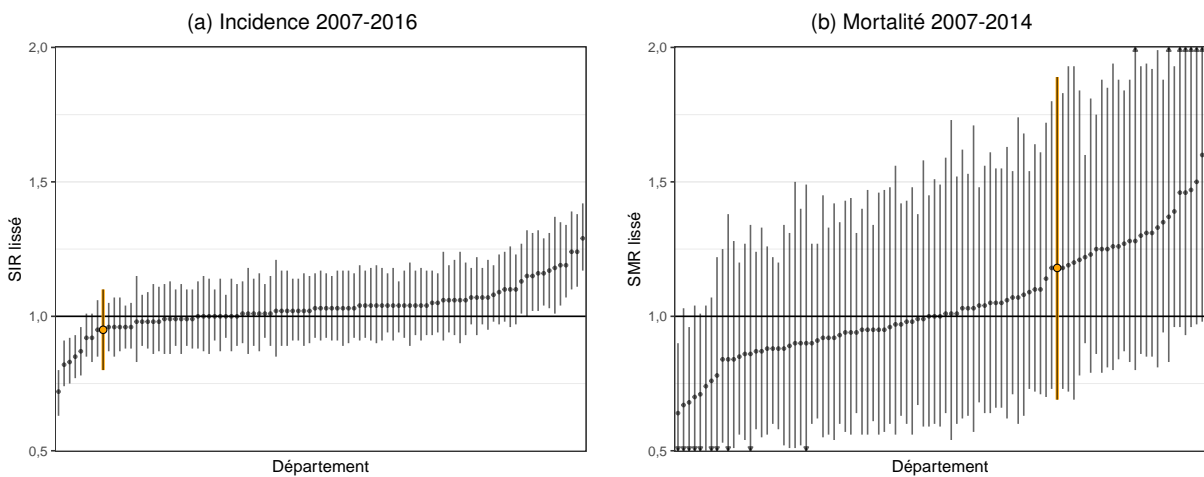
Testicule : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés par département de France métropolitaine



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

| FIGURE 15-2 |

Testicule : rapports standardisés lissés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

TABLEAU 15-1 |

Testicule, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014 : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Incidence	2086 [2016 ; 2159]	6,80 [6,57 ; 7,03]	6,59 [6,36 ; 6,83]	5,3 - 8,4	1,1
Mortalité	92 [85 ; 99]	0,30 [0,28 ; 0,32]	0,24 [0,22 ; 0,26]	0,1 - 0,6	0,1

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

Notes

- Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale : Seine-Saint-Denis (93), Val-d'Oise (95), Val-de-Marne (94), Hauts-de-Seine (92), Essonne (91).
- Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale : Paris (75), Hauts-de-Seine (92).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Trabert, B., Chen, J., Devesa, S. S., Bray, F. et McGlynn, K. A. "International patterns and trends in testicular cancer incidence, overall and by histologic subtype, 1973-2007." *Andrology* 3.1 (jan. 2015), p. 4-12.
- [3] Znaor, A., Lortet-Tieulent, J., Jemal, A. et Bray, F. "International variations and trends in testicular cancer incidence and mortality." *European urology* 65.6 (juin 2014), p. 1095-106.
- [4] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [5] Chia, V. M., Quraishi, S. M., Devesa, S. S., Purdue, M. P., Cook, M. B. *et al.* "International trends in the incidence of testicular cancer, 1973-2002." *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 19.5 (mai 2010), p. 1151-9.
- [6] Karim-Kos, H. E., Vries, E. de, Soerjomataram, I., Lemmens, V., Siesling, S. *et al.* "Recent trends of cancer in Europe : a combined approach of incidence, survival and mortality for 17 cancer sites since the 1990s." *European journal of cancer (Oxford, England : 1990)* 44.10 (juil. 2008), p. 1345-89.
- [7] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.

4.15.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

En Corse, les estimations montrent une sous-incidence du cancer testiculaire par rapport à la France métropolitaine (Tableau 15-2) qu'il est cependant difficile de caractériser compte-tenu des incertitudes importantes[†]. Le taux d'incidence standardisé monde (TSM) est de 5,1 pour 100 000 personnes-années. Chaque année, on estime à 8 le nombre moyen de nouveaux cas sur la période 2007-2016 (Tableau 15-2).

Mortalité régionale

La mortalité par cancer du testicule est très faible du fait du bon pronostic de ce cancer (cf. contexte national). En Corse, 6 décès étaient observés sur l'ensemble de la période 2007-2014.

Le TSM de mortalité est de 0,3 pour 100 000 personnes-années (Tableau 15-2). Du fait de ce faible effectif, l'incertitude entourant les estimations de la mortalité au niveau de la Corse est importante, et il est difficile de mettre en évidence des spécificités régionales de la mortalité pour ce cancer.

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 15-2 |

Testicule, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC)

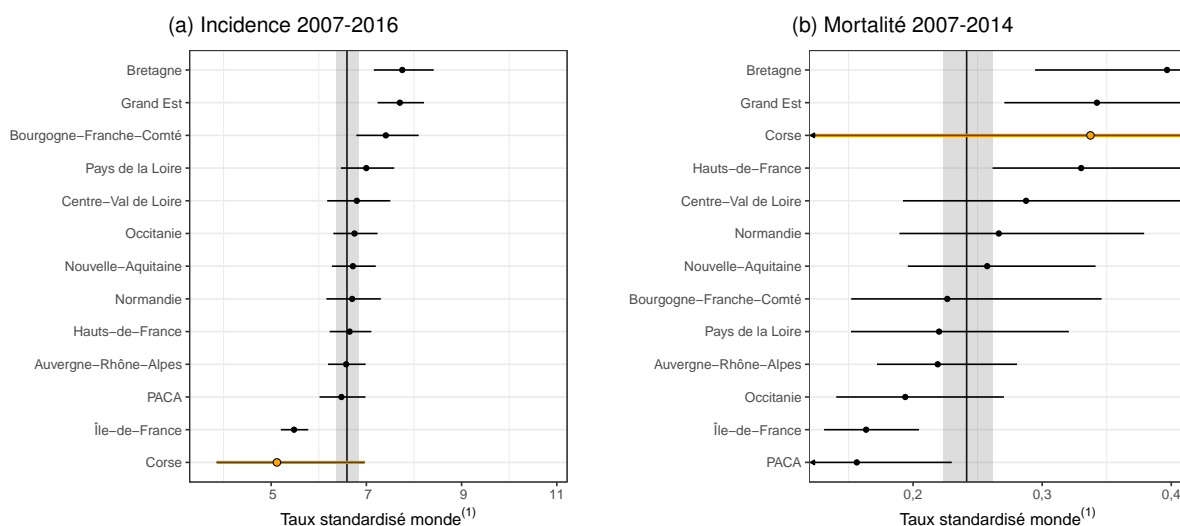
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
Corse	8[6;11]	5,12[3,85;6,97]	0,94[0,80;1,09]	1[0;2]	0,34[0,10;1,16]	1,19[0,73;1,95]
France métropolitaine	2086[2016;2159]	6,59[6,36;6,83]		92[85;99]	0,24[0,22;0,26]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 15-3 |

Testicule : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.16 Vessie

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie	Morphologie	Cause principale	Homme : ALD/I (A++) Femme : ALD/I (A+)
(CIM-O-3)	(CIM-O-3)	(CIM-10)	(CIM-10)
C67	Toutes	C67	C67

4.16.1 Contexte national

L'incidence du cancer de la vessie est plus élevée dans les pays développés, avec une nette prédominance masculine (4 hommes pour 1 femme) [1]. En France métropolitaine, ce cancer touche en moyenne chaque année 9 441 hommes et 2 188 femmes sur la période 2007-2016 (Tableau 16-1), représentant 4,8 % des cas incidents de cancer chez l'homme et 1,4 % chez la femme. Chez l'homme, l'incidence diminue régulièrement depuis 1990 alors qu'elle augmente légèrement chez la femme depuis 2005 [2]. Toutefois, ces chiffres et leur évolution doivent être interprétés avec prudence du fait d'une variabilité importante des pratiques d'enregistrement et de codage entre registres et au cours du temps pour ce cancer [1]. La mortalité est en constante baisse depuis les années 1990 [2]. Le cancer de la vessie est responsable de près de 5 000 décès par an dont trois-quarts survenant chez l'homme sur la période 2007-2014 (Tableau 16-1), représentant 4,2 % des décès par cancer chez l'homme et 1,9 % chez la femme. La survie nette à 5 ans pour les cancers diagnostiqués entre 2005 et 2010 est de 50 % pour les hommes et 43 % pour les femmes [3].

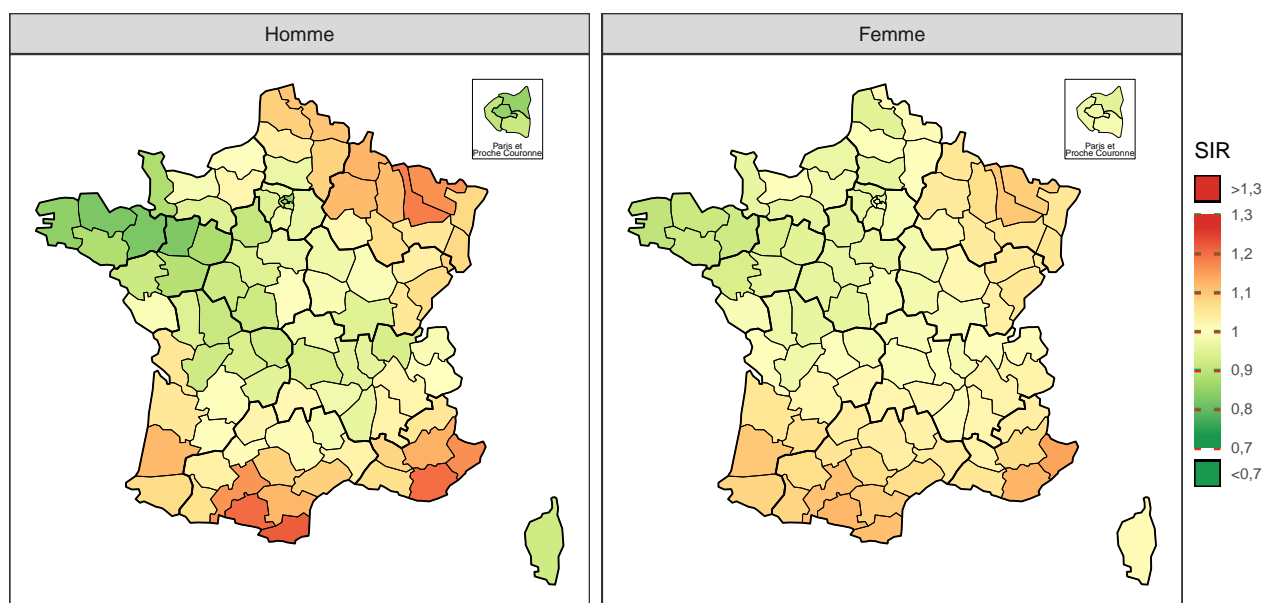
Le tabagisme est le principal facteur de risque et serait responsable en Europe d'un peu plus de 40 % des cancers de la vessie chez l'homme et d'un quart chez la femme [4]. Les expositions professionnelles (amines aromatiques, hydrocarbures aromatiques polycycliques...) représentent le second facteur de risque. Le rôle de l'exposition aux trihalométhanes présents dans l'eau du robinet est évoqué. Le risque attribuable à la bilharziose est important dans les pays en voie de développement. Des facteurs de prédisposition génétique interviennent aussi. En revanche, la consommation de fruits et légumes et l'activité physique pourraient avoir un effet protecteur [5-7].

Le corrélât sélectionné pour cette localisation cancéreuse est l'ALD (cf. document Evaluation). La validation croisée montre qu'il y a peu d'erreurs de prédiction chez l'homme, les résultats sont robustes. Chez la femme, la prédiction est moins bonne mais jugée acceptable. La lecture des cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés montre qu'il existe une structuration géographique chez l'homme que l'on retrouve de façon très atténuée chez la femme (Figure 16-1 a). L'incidence est globalement plus élevée dans le Sud (Ariège, Pyrénées-Orientales, Var) et le Nord-Est (Meurthe-et-Moselle) avec au total 14 départements chez les hommes¹ et 3 chez les femmes qui ont une incidence estimée supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale². A l'inverse, elle est moindre dans l'Ouest (Bretagne) avec 14 départements chez les hommes qui ont une incidence estimée inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale³. Ces cartes présentent certaines similitudes avec celles observées pour le cancer du poumon, ainsi qu'avec celles de la prévalence du tabagisme en France issues des différentes études Baromètre santé successives qui montrent une prévalence du tabagisme moindre dans l'Ouest et plus élevée dans le Sud [8, 9].

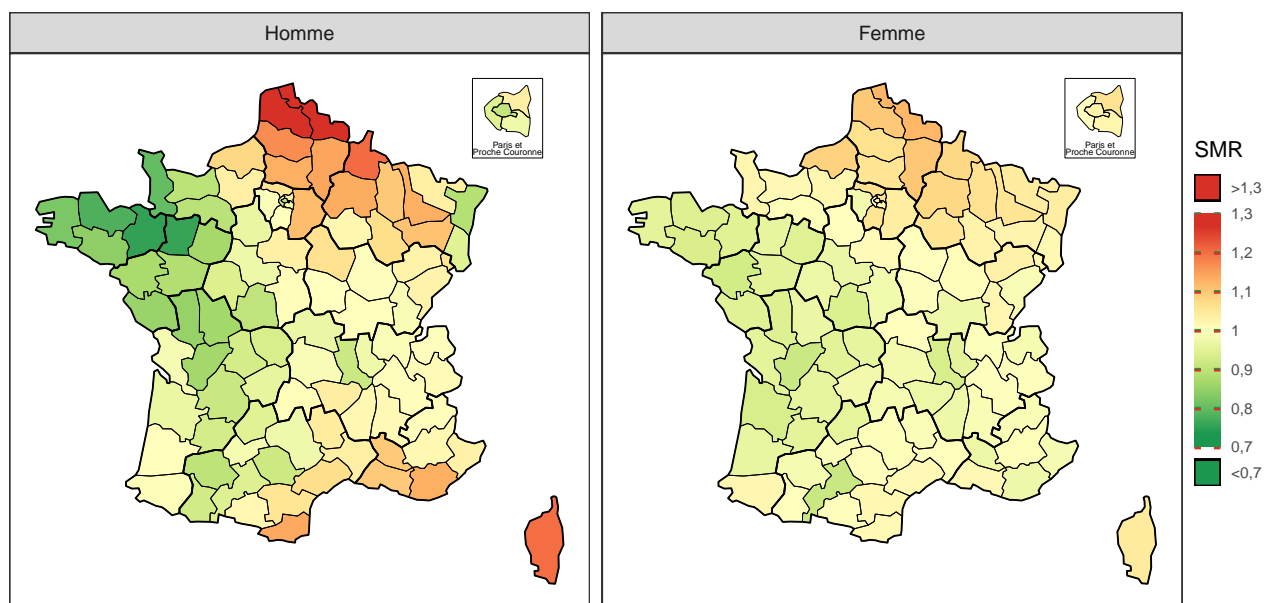
Pour la mortalité, on retrouve chez l'homme la dualité Ouest de la France versus le pourtour méditerranéen avec cette fois-ci, en plus, la Corse. S'y ajoute une zone de mortalité plus importante dans le Nord-Pas-de-Calais (Figure 16-1 b). La situation est beaucoup plus homogène chez la femme. Au total 21 départements chez les hommes ont une mortalité inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale⁴ alors que 16 départements, 15 chez les hommes et 1 chez les femmes, ont une mortalité supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale^{5,6}. Le taux de mortalité standardisé monde national est de 5,0 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 0,9 chez la femme ; les 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux correspondants sont de 3,9 et 6,1 chez l'homme, et de 0,7 et 1,3 chez la femme (Tableau 16-1).

Vessie : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



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

| TABLEAU 16-1 |

Vessie, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	9 441 [9 165 ; 9 728]	30,8 [29,9 ; 31,7]	14,53 [14,11 ; 14,98]	11,7 - 18,0	4,8
	Mortalité	3 765 [3 723 ; 3 808]	12,3 [12,2 ; 12,5]	5,03 [4,97 ; 5,10]	3,9 - 6,1	4,2
Femme	Incidence	2 188 [2 099 ; 2 283]	6,7 [6,4 ; 7,0]	2,31 [2,21 ; 2,41]	1,9 - 2,9	1,4
	Mortalité	1 178 [1 154 ; 1 202]	3,6 [3,5 ; 3,7]	0,95 [0,92 ; 0,97]	0,7 - 1,3	1,9

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

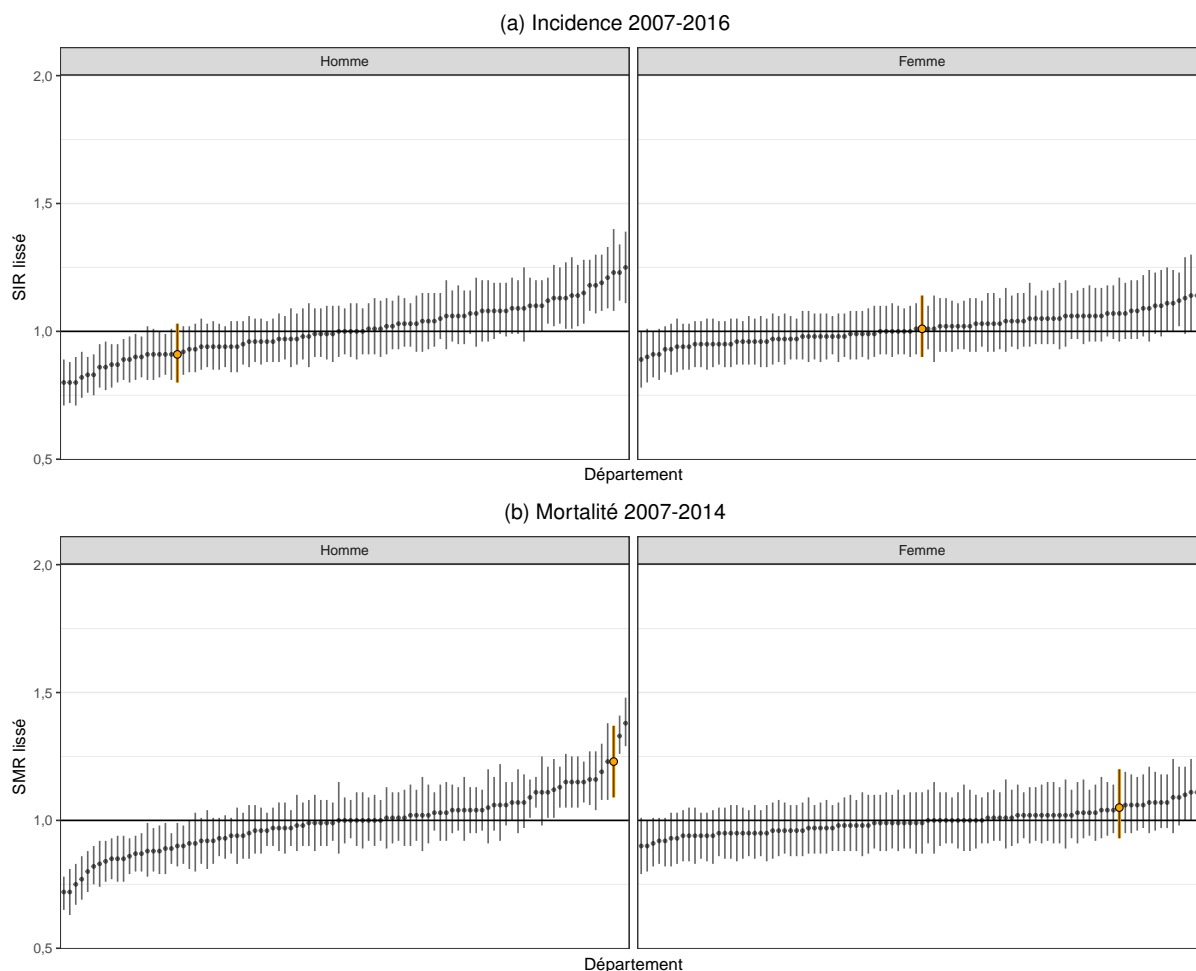
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 16-2 |

Vessie : rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pyrénées-Orientales (66), Ariège (09), Var (83), Meurthe-et-Moselle (54), Alpes-Maritimes (06), Moselle (57), Haute-Garonne (31), Alpes de Haute-Provence (04), Ardennes (08), Aude (11), Landes (40), Marne (51), Meuse (55), Nord (59).
2. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Alpes-Maritimes (06), Var (83), Haute-Garonne (31).
3. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Ille-et-Vilaine (35), Côtes d'Armor (22), Mayenne (53), Finistère (29), Paris (75), Seine-Saint-Denis (93), Sarthe (72), Manche (50), Morbihan (56), Maine-et-Loire (49), Hauts-de-Seine (92), Eure-et-Loir (28), Vienne (86), Val-de-Marne (94).
4. Départements présentant une **mortalité** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Ille-et-Vilaine (35), Mayenne (53), Côtes d'Armor (22), Manche (50), Finistère (29), Morbihan (56), Deux-Sèvres (79), Vendée (85), Vienne (86), Charente (16), Sarthe (72), Loire-Atlantique (44), Maine-et-Loire (49), Bas-Rhin (67), Orne (61), Calvados (14), Gers (32), Indre (36), Paris (75), Dordogne (24), Loire (42).
5. Départements présentant une **mortalité** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pas-de-Calais (62), Nord (59), Ardennes (08), Corse (20), Somme (80), Aisne (02), Pyrénées-Orientales (66), Marne (51), Var (83), Oise (60), Meurthe-et-Moselle (54), Seine-et-Marne (77), Vosges (88), Bouches-du-Rhône (13), Vaucluse (84).
6. Départements présentant une **mortalité** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Nord (59).

Références

- [1] Antoni, S., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Znaor, A., Jemal, A. *et al.* "Bladder Cancer Incidence and Mortality : A Global Overview and Recent Trends." *European urology* 71.1 (2017), p. 96-108.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [4] Osch, F. H. van, Jochems, S. H., Schooten, F.-J. van, Bryan, R. T. et Zeegers, M. P. "Quantified relations between exposure to tobacco smoking and bladder cancer risk : a meta-analysis of 89 observational studies." *International journal of epidemiology* 45.3 (2016), p. 857-70.
- [5] Burger, M., Catto, J. W. F., Dalbagni, G., Grossman, H. B., Herr, H. *et al.* "Epidemiology and risk factors of urothelial bladder cancer." *European urology* 63.2 (fév. 2013), p. 234-41.
- [6] Al-Zalabani, A. H., Stewart, K. F. J., Wesselius, A., Schols, A. M. W. J. et Zeegers, M. P. "Modifiable risk factors for the prevention of bladder cancer : a systematic review of meta-analyses." *European journal of epidemiology* 31.9 (2016), p. 811-51.
- [7] Galey, C., Corso, M., Guillet, A. et Le Tertre, A. *Relation entre l'incidence des cancers de la vessie et l'exposition aux sous-produits de la chloration présents dans l'eau du robinet en France*. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017, 69 p.
- [8] Guilbert, P., Baudier, F. et Gautier, A. *Baromètre santé 2000*. CFES, 2002, 614 p.
- [9] Beck, F., Guignard, R., Léon, C. et Richard, J.-B. *Atlas des usages de substances psychoactives 2010. Analyses régionales du Baromètre santé de l'Inpes*. Saint-Denis : Inpes, coll. Études santé territoire, 2013, 104 p.

4.16.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Chez l'homme, le rapport standardisé d'incidence (SIR) ne met pas en évidence de sur- ou de sous-incidence[†] du cancer de la vessie en Corse par rapport à la moyenne nationale (Tableau 16-2). Le taux d'incidence standardisé monde (TSM) est estimé à 11,9 pour 100 000 personnes-années. Le nombre annuel moyen de nouveaux cas est estimé à 47 sur la période 2007-2016.

Chez la femme, le SIR ne met pas non plus en évidence de sur- ou de sous-incidence[†] par rapport à la France métropolitaine (Tableau 16-2). Le TSM est de 2,6 pour 100 000 personnes-années, soit une estimation moyenne de 12 nouveaux cas par an pour la région sur la période 2007-2016.

Mortalité régionale

Chez l'homme, la région présente une sur-mortalité par cancer de la vessie importante[†], de 23 %, par rapport à la France métropolitaine (Tableau 16-2). Cela représente une moyenne de 30 décès par an en Corse, soit un TSM de 6,6 pour 100 000 personnes-années sur la période 2007-2014. La Corse a, chez les hommes, un SMR parmi les plus élevés en comparaison de l'ensemble des départements de France métropolitaine (Figure 16-2 b).

Chez la femme, le cancer de la vessie en Corse ne présente pas de sur- ou de sous-mortalité[†] par rapport à la moyenne nationale. Le TSM, de 1,3 pour 100 000 personnes-années, présente un intervalle de confiance très large (Tableau 16-2 et Figure 16-3 b). Chaque année, on estime que ces cancers seraient responsables en moyenne de 8 décès chez la femme sur la période 2007-2014 (Tableau 16-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 16-2 |

Vessie, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

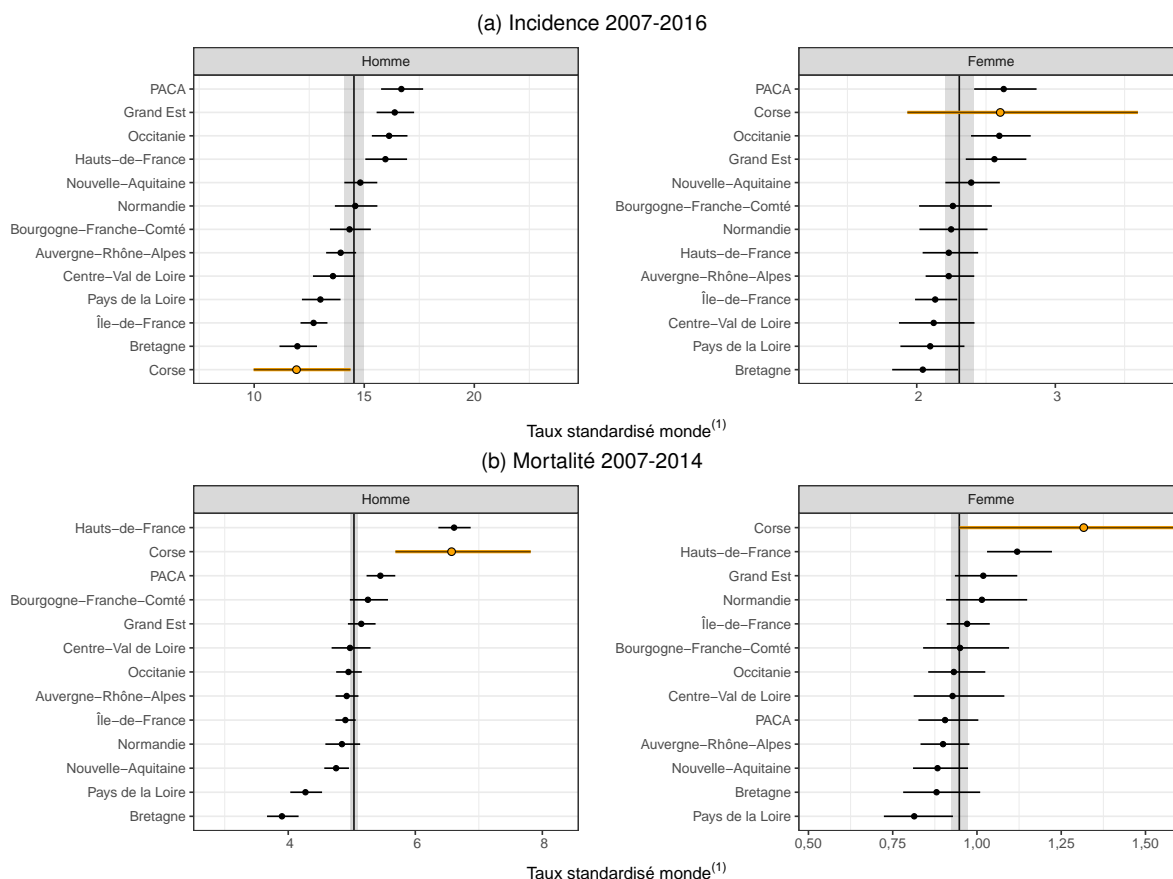
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
Homme						
Corse	47[40;56]	11,92[9,97;14,38]	0,91[0,80;1,02]	30[26;34]	6,57[5,69;7,82]	1,23[1,08;1,39]
France métropolitaine	9441[9165;9728]	14,53[14,11;14,98]		3765[3723;3808]	5,03[4,97;5,10]	
Femme						
Corse	12[9;16]	2,60[1,93;3,60]	1,01[0,88;1,12]	8[6;10]	1,32[0,95;2,19]	1,05[0,93;1,18]
France métropolitaine	2188[2099;2283]	2,31[2,21;2,41]		1178[1154;1202]	0,95[0,92;0,97]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 16-3 |

Vessie : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.17 Rein

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	AUP/I (A++) (CIM-10)
C64- C66,C68	Toutes	C64-C66,C68	C64-C66,C68

4.17.1 Contexte national

Le cancer du rein présente une incidence élevée en Amérique du Nord et en Europe [1, 2]. Environ 60 % des nouveaux cas surviennent chez les hommes [3]. La France fait partie des pays de l'Europe de l'Ouest présentant les taux d'incidence les plus élevés [2]. Ce cancer représente 4 % des cas incidents de cancer chez l'homme et 2,6 % chez la femme sur la période 2007-2016 (Tableau 17-1). On constate aussi en France une nette prédominance masculine : le nombre moyen de nouveaux cas par an est de 7947 chez l'homme et de 4058 chez la femme au cours de la période 2007-2016 (Tableau 17-1). L'incidence de ce cancer croît régulièrement depuis 1980, aussi bien chez les hommes que chez les femmes, phénomène qui semble en partie lié à une augmentation de la fréquence des examens d'imagerie réalisés pour d'autres motifs, favorisant le diagnostic fortuit à un stade précoce [4]. Par contre, la mortalité par cancer du rein reste stable [4], avec un nombre annuel moyen de 2934 décès chez l'homme et de 1446 décès chez la femme entre 2007 et 2014 (Tableau 17-1), ce qui reflète l'amélioration de la survie des patients atteints de ce cancer. Pour les cancers diagnostiqués entre 2005 et 2010, la survie nette à 5 ans est de 71 % pour les deux sexes [5].

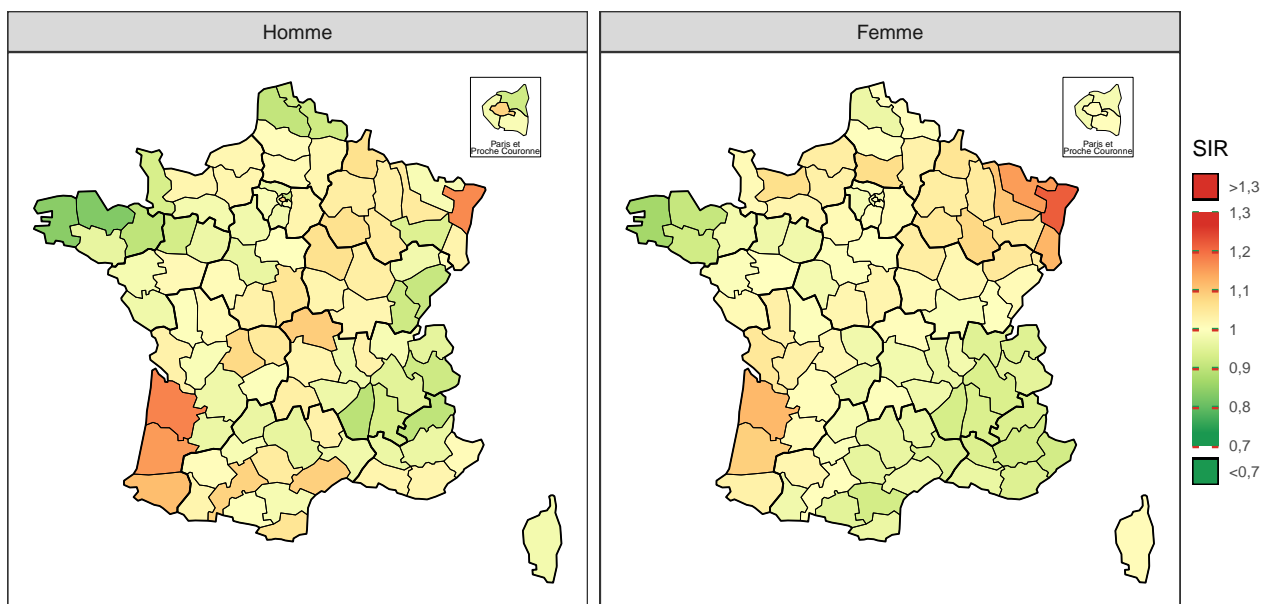
L'obésité, le tabagisme, ainsi que l'hypertension artérielle constituent les principaux facteurs de risque identifiés [6].

Le corrélât médico-administratif (AUP) retenu pour cette localisation repose sur la combinaison des données hospitalières (PMSI) avec les données de l'assurance maladie (ALD) et permet d'obtenir des estimations robustes ainsi qu'une bonne précision (cf. document Evaluation). Le taux d'incidence standardisé monde est de 14,8 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 6,3 chez la femme. Il présente une répartition assez homogène entre les départements (Tableau 17-1). Toutefois, dans le Nord-Est (Bas-Rhin) et le Sud-Ouest (Gironde), on observe des taux plus élevés que la moyenne nationale, aussi bien chez les hommes que chez les femmes (Figure 17-1 a). Au total 6 départements chez les hommes et 5 chez les femmes ont une incidence estimée supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale^{1,2} (Figure 17-1 a). À l'opposé, on observe une incidence plus faible en Bretagne et dans le Sud-Est (Côtes d'Armor, Finistère ; au total, 7 départements chez les hommes et 2 chez les femmes ont une incidence estimée inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale)^{3,4}.

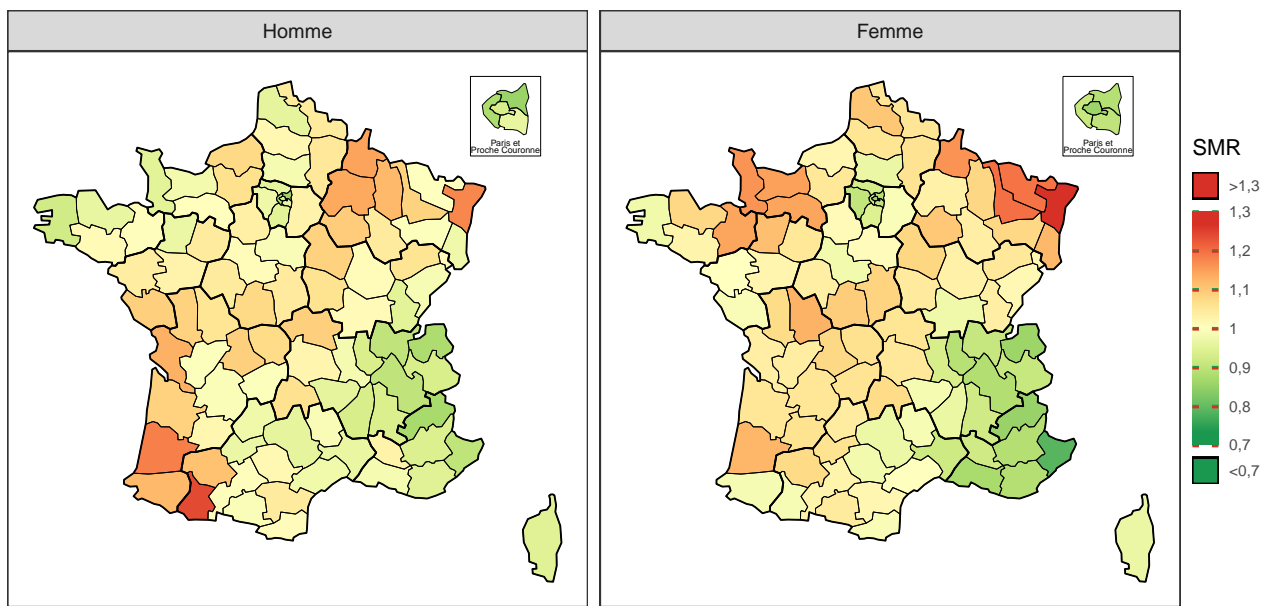
Le taux de mortalité standardisé monde est de 4,4 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 1,5 chez la femme. La répartition géographique de la mortalité est légèrement différente de celle de l'incidence (Figure 17-1 b). Le Sud-Est présente une mortalité qui semble moins importante que la moyenne nationale, tant chez l'homme que chez la femme avec 7 départements chez les hommes et 12 chez les femmes qui ont une mortalité inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale^{5,6}. Une sur-mortalité s'observe dans le Nord-Est et le Sud-Ouest, mais il existe également, pour les femmes uniquement, une zone de sur-mortalité située à cheval sur la Normandie et la Bretagne. Au total 8 départements chez les hommes et 8 chez les femmes ont une mortalité supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale^{7,8}.

Rein : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



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

| TABLEAU 17-1 |

Rein, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	7 947 [7 810 ; 8 087]	25,89 [25,44 ; 26,35]	14,77 [14,50 ; 15,05]	12,4 - 17,0	4,0
	Mortalité	2 934 [2 896 ; 2 972]	9,60 [9,48 ; 9,73]	4,41 [4,35 ; 4,47]	3,7 - 5,6	3,3
Femme	Incidence	4 058 [3 935 ; 4 184]	12,42 [12,04 ; 12,81]	6,29 [6,08 ; 6,52]	5,3 - 7,4	2,6
	Mortalité	1 446 [1 420 ; 1 473]	4,45 [4,37 ; 4,53]	1,45 [1,42 ; 1,49]	1,1 - 2,0	2,3

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

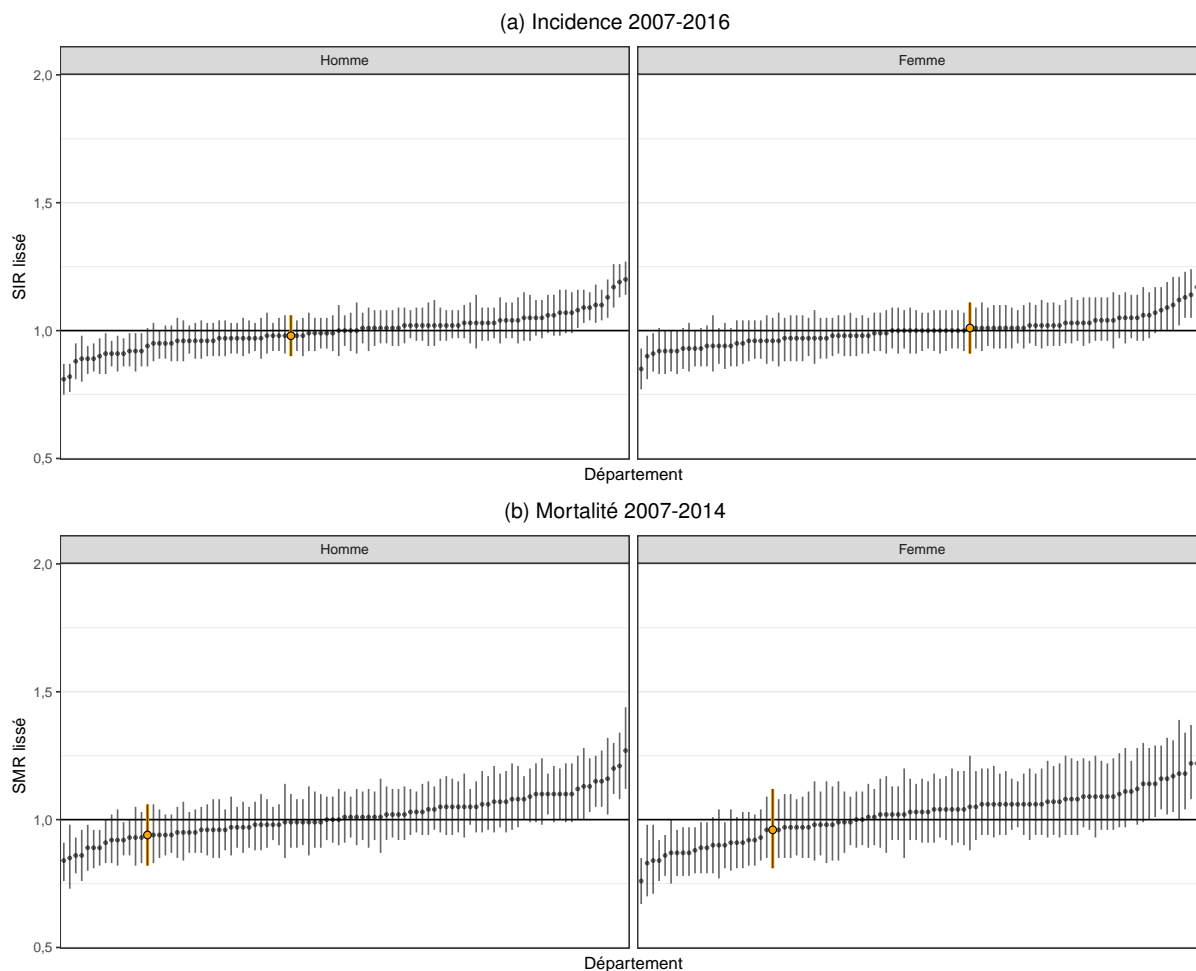
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 17-2 |

Rein : rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Gironde (33), Bas-Rhin (67), Landes (40), Pyrénées-Atlantiques (64), Allier (03), Hérault (34).
2. Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Bas-Rhin (67), Moselle (57), Haut-Rhin (68), Gironde (33), Meurthe-et-Moselle (54).
3. Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Côtes d'Armor (22), Finistère (29), Ardèche (07), Ille-et-Vilaine (35), Hautes-Alpes (05), Pas-de-Calais (62), Doubs (25).
4. Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Finistère (29), Côtes d'Armor (22).
5. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Seine-Saint-Denis (93), Hautes-Alpes (05), Haute-Savoie (74), Hauts-de-Seine (92), Alpes-Maritimes (06), Ain (01), Isère (38).
6. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Alpes-Maritimes (06), Hautes-Alpes (05), Paris (75), Haute-Savoie (74), Bouches-du-Rhône (13), Isère (38), Var (83), Seine-Saint-Denis (93), Rhône (69), Val-de-Marne (94), Yvelines (78), Hauts-de-Seine (92).
7. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Hautes-Pyrénées (65), Landes (40), Bas-Rhin (67), Ardennes (08), Marne (51), Charente-Maritime (17), Pyrénées-Atlantiques (64), Gironde (33).
8. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Bas-Rhin (67), Meurthe-et-Moselle (54), Moselle (57), Manche (50), Calvados (14), Orne (61), Ille-et-Vilaine (35), Vienne (86).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Znaor, A., Lortet-Tieulent, J., Laversanne, M., Jemal, A. et Bray, F. "International variations and trends in renal cell carcinoma incidence and mortality." *European urology* 67.3 (mar. 2015), p. 519-30.
- [3] Rossi, S. H., Klatte, T., Usher-Smith, J. et Stewart, G. D. "Epidemiology and screening for renal cancer." *World journal of urology* (avr. 2018).
- [4] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [5] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Voirin, N., Guizard, A.-V. *et al.* "Survival of solid cancer patients in France, 1989-2013 : a population-based study." *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)* 26.6 (nov. 2017), p. 461-468.
- [6] Chow, W.-H., Dong, L. M. et Devesa, S. S. "Epidemiology and risk factors for kidney cancer." *Nature reviews. Urology* 7.5 (mai 2010), p. 245-57.

4.17.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Que ce soit chez l'homme ou chez la femme, la Corse ne présente pas de sur- ou de sous-incidence[†] pour le cancer du rein par rapport à la France métropolitaine (Tableau 17-2).

Chaque année en Corse, on estime à 45 le nombre de nouveaux cas chez l'homme sur la période 2007-2016, soit un taux standardisé monde (TSM) d'incidence de 14,2 pour 100 000 personnes-années (Tableau 17-2).

Chez la femme, le TSM d'incidence est de 6,7 pour 100 000 personnes-années. Cela correspond à une moyenne annuelle estimée de 23 nouveaux cas de cancer du rein sur la période 2007-2016.

Mortalité régionale

Les rapports standardisés de mortalité (SMR) ne mettent pas en évidence de sur- ou de sous-mortalité[†] par cancer du rein en Corse par rapport à la France, aussi bien chez l'homme que chez la femme (Tableau 17-2).

En moyenne, en Corse, le nombre annuel de décès est estimé à 15 chez l'homme et 7 chez la femme sur la période 2007-2014 (Tableau 17-2). Les TSM de mortalité sont respectivement de 3,7 et 1,2 pour 100 000 personnes-années.

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 17-2 |

Rein, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

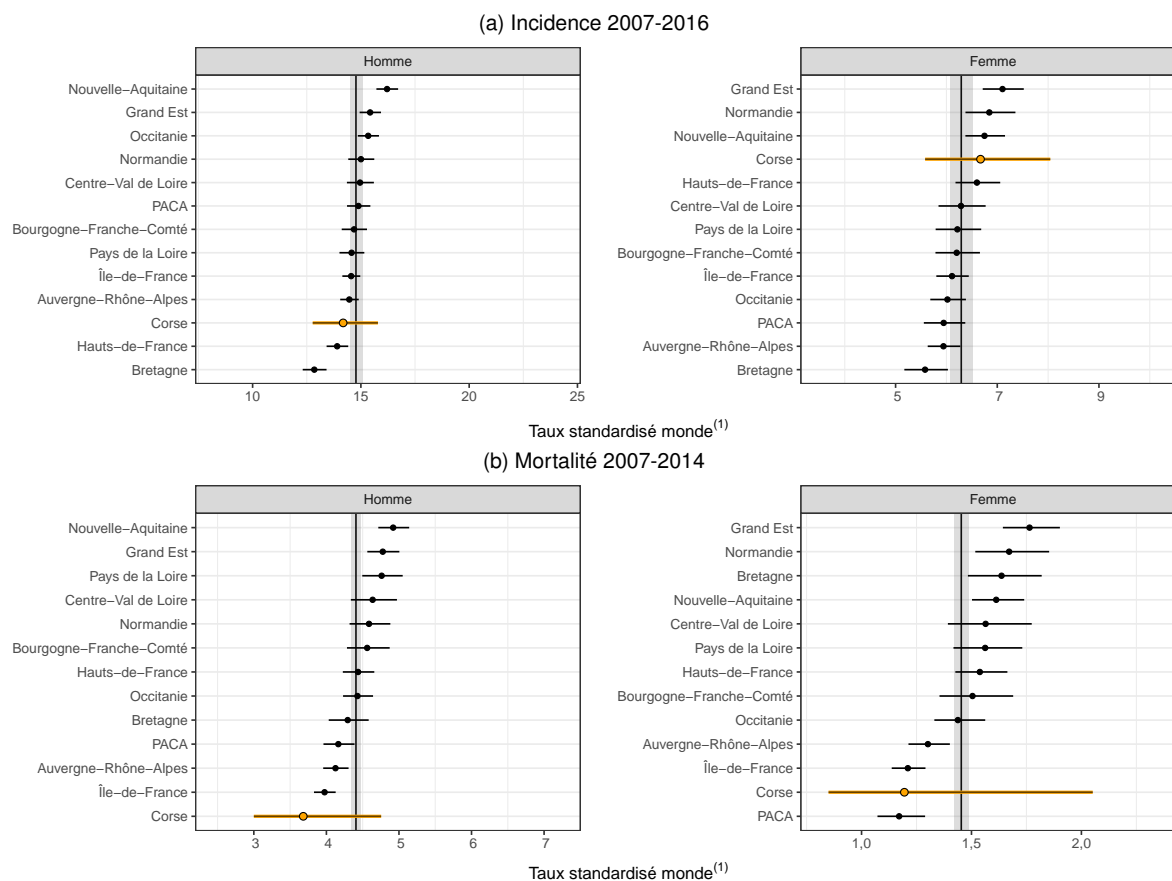
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Corse	45[41;49]	14,18[12,77;15,79]	0,98[0,90;1,07]	15[13;18]	3,68[3,00;4,75]	0,94[0,83;1,06]
France métropolitaine	7947[7810;8087]	14,77[14,50;15,05]		2934[2896;2972]	4,41[4,35;4,47]	
<i>Femme</i>						
Corse	23[19;27]	6,67[5,58;8,04]	1,01[0,90;1,11]	7[5;9]	1,19[0,85;2,05]	0,95[0,79;1,14]
France métropolitaine	4058[3935;4184]	6,29[6,08;6,52]		1446[1420;1473]	1,45[1,42;1,49]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 17-3 |

Rein : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.18 Système nerveux central

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie	Morphologie	Cause principale	Homme : PMSI/1 (A++) Femme : Pas de méthode éligible
(CIM-O-3)	(CIM-O-3)	(CIM-10)	(CIM-10)
C70-C72	≤9110 ou ≥9180	C70-C72	C70-C72

4.18.1 Contexte national

Dans le monde, l'incidence des tumeurs malignes du système nerveux central (SNC) est la plus élevée en Europe - en particulier dans les pays nordiques, en Australie et en Amérique du Nord [1]. En France métropolitaine, le taux d'incidence standardisé monde des tumeurs malignes du SNC est comparable à la moyenne européenne [2]. En nette augmentation au cours des dernières décennies, l'incidence des tumeurs malignes du SNC semble progresser de manière moins marquée au cours des dernières années [1, 2]. Ces tumeurs touchent en moyenne 2789 hommes chaque année (Tableau 18-1), soit un taux d'incidence standardisé monde de 6,2 pour 100 000 personnes-années, représentant 1 % des cas incidents de cancer chez l'homme sur la période 2007-2016 (l'estimation n'a pas pu être réalisée chez la femme, cf. document Evaluation). Avec 3391 décès par an sur la période 2007-2014, dont 57 % chez l'homme, ces tumeurs sont responsables d'environ 2,2 % des décès par cancer chez l'homme et 2,3 % chez la femme (Tableau 18-1). Les taux nationaux de mortalité standardisée monde sont de 3,9 pour 100 000 chez l'homme et de 2,5 chez la femme. La mortalité de ces tumeurs a légèrement augmenté jusqu'en 2000 et montre une légère tendance à la baisse depuis 2000 [2]. La survie nette à 5 ans parmi les patients diagnostiqués entre 2005 et 2010 est estimée à 19 % chez les hommes et 21 % chez les femmes [3].

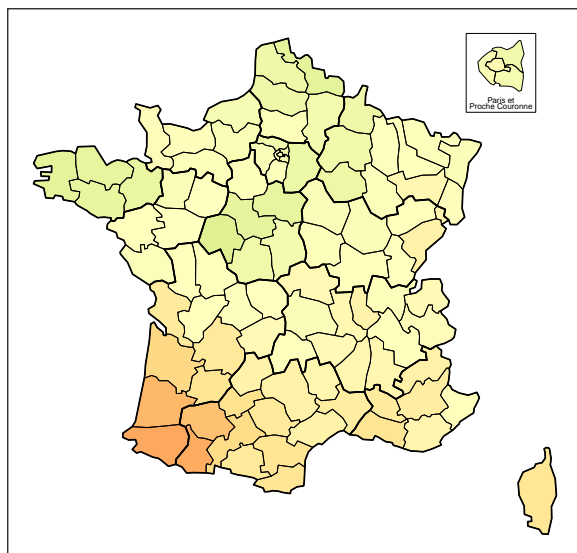
Les principaux facteurs de risque endogènes reconnus sont l'âge, le genre et certains syndromes héréditaires [4]. Les rayonnements ionisants sont classés cancérigènes certains pour l'homme et les radiofréquences émises par les téléphones portables sont classées cancérigènes probables par le CIRC [5, 6]. D'autres facteurs environnementaux comme les pesticides, les composés nitrosés et les champs électromagnétiques d'extrêmement basse fréquence sont encore débattus [4].

Le corrélat retenu pour cette localisation cancéreuse chez l'homme est le PMSI (cf. document Evaluation). La validation croisée montre qu'il y a peu d'écarts de prédiction. La carte des rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés fait ressortir des disparités départementales d'incidence avec un gradient Sud-Ouest - Nord caractérisé par une incidence plus élevée dans le Sud-Ouest et moindre dans le Nord (Figure 18-3 a). Il existe une sur-incidence qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans les 4 départements¹ de l'extrême sud-ouest du territoire. Pour les femmes, les estimations départementales ne pouvant être produites (cf. document Evaluation), l'incidence observée dans les départements couverts par un registre des cancers est présentée (Figure 18-1 b).

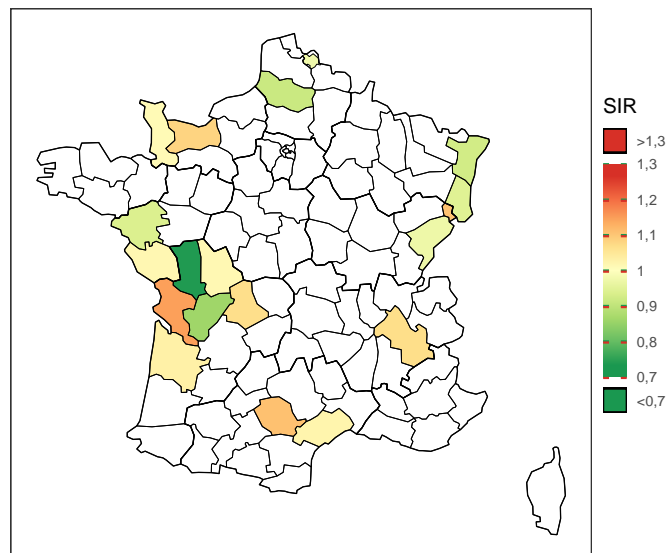
La représentation cartographique des rapports standardisés de mortalité (SMR) montre une configuration similaire à celle mise en évidence en termes d'incidence chez les hommes (Figure 18-1 b). Il existe une sur-mortalité qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans 6 départements² chez les hommes et 7 chez les femmes³, dont 6 communs aux deux sexes. A l'inverse, on observe une sous-mortalité qui dépasse les 10 % en Seine-Saint-Denis chez les hommes et dans le département du Var chez les femmes.

Système nerveux central : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR), par sexe

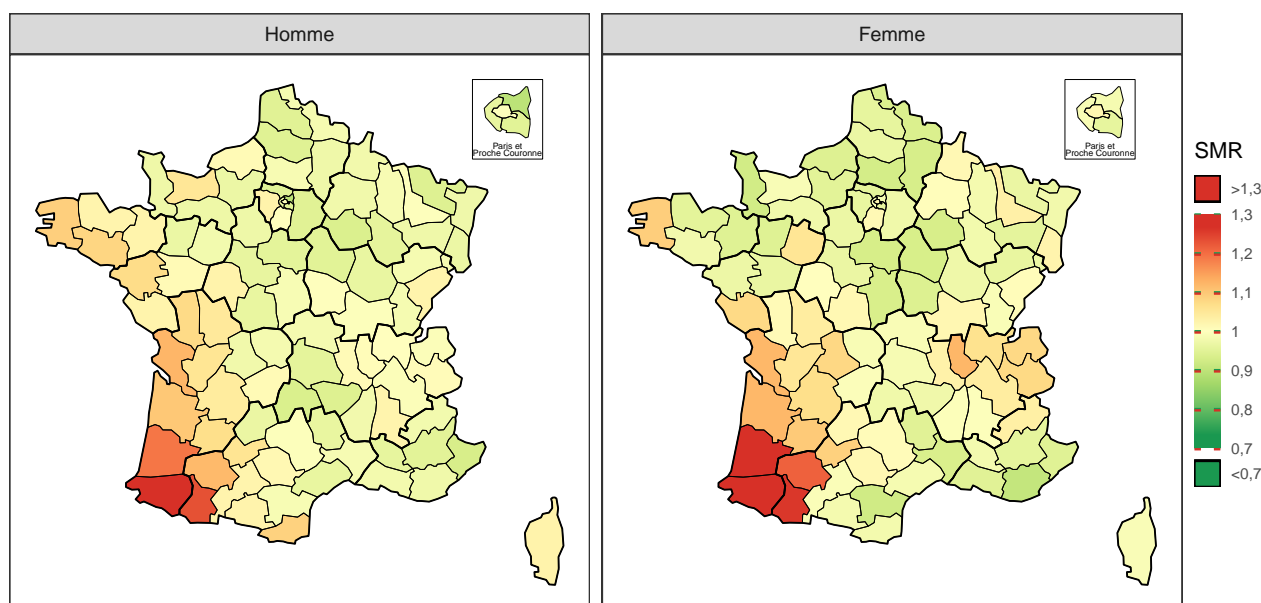
(a) Hommes : incidence lissée 2007-2016, départements de France métropolitaine



(b) Femmes : incidence observée 2007-2014, départements couverts par un registre des cancers



(c) Mortalité lissée 2007-2014, départements de France métropolitaine



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

| TABLEAU 18-1 |

Système nerveux central, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 chez l'homme et de la mortalité 2007-2014 par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM), accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	2789 [2685;2897]	9,1 [8,7;9,4]	6,22 [5,98;6,49]	5,1 - 7,4	1,4
	Mortalité	1925 [1895;1956]	6,3 [6,2;6,4]	3,94 [3,87;4,01]	3,1 - 4,7	2,2
Femme	Mortalité	1466 [1440;1493]	4,5 [4,4;4,6]	2,51 [2,45;2,56]	2,0 - 3,4	2,3

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

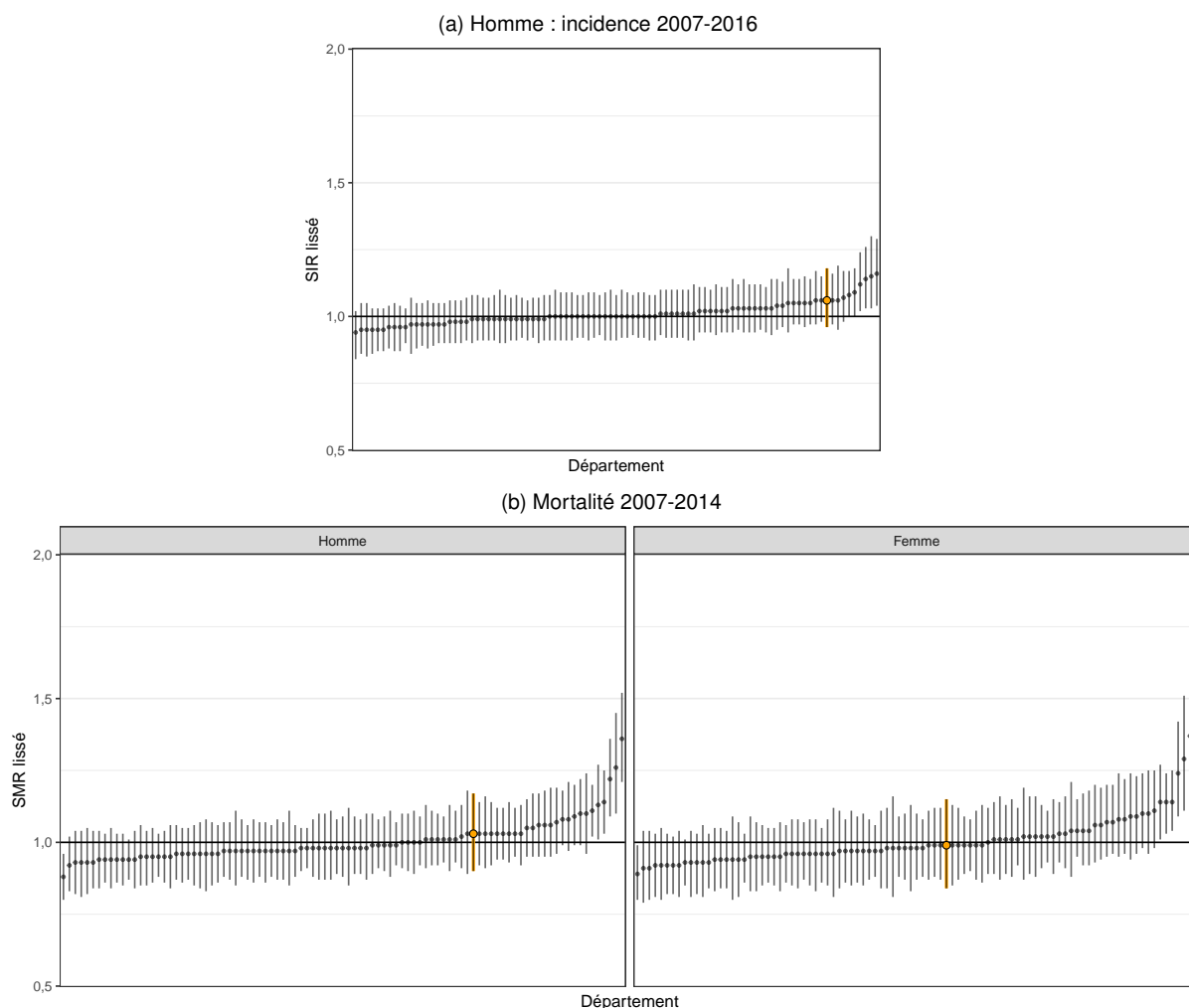
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 18-2 |

Système nerveux central : rapports standardisés d'incidence chez l'homme et de mortalité par sexe lissés, accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR=1 et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pyrénées-Atlantiques (64), Hautes-Pyrénées (65), Landes (40), Gers (32).
2. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pyrénées-Atlantiques (64), Hautes-Pyrénées (65), Landes (40), Charente-Maritime (17), Gers (32), Gironde (33).
3. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Pyrénées-Atlantiques (64), Landes (40), Hautes-Pyrénées (65), Gers (32), Rhône (69), Charente-Maritime (17), Gironde (33).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Voirin, N., Guizard, A.-V. *et al.* "Survival of solid cancer patients in France, 1989-2013 : a population-based study." *European journal of cancer prevention : the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)* 26.6 (nov. 2017), p. 461-468.
- [4] Bondy, M. L., Scheurer, M. E., Malmer, B., Barnholtz-Sloan, J. S., Davis, F. G. *et al.* "Brain tumor epidemiology : consensus from the Brain Tumor Epidemiology Consortium." *Cancer* 113.7 Suppl (oct. 2008), p. 1953-68.
- [5] Coureau, G., Bouvier, G., Lebailly, P., Fabbro-Peray, P., Gruber, A. *et al.* "Mobile phone use and brain tumours in the CERENAT case-control study." *Occupational and environmental medicine* 71.7 (juil. 2014), p. 514-22.
- [6] Loiseau, H., Huchet, A., Rué, M., Cowppli-Bony, A. et Baldi, I. "[Epidemiology of primary brain tumor]." *Revue neurologique* 165.8-9 (2009), p. 650-70.

4.18.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

En Corse, chez l'homme, les estimations ne montrent pas de sur- ou de sous-incidence[†] des tumeurs malignes du système nerveux central (SNC) par rapport à la France métropolitaine (Tableau 18-2).

Le taux d'incidence standardisé monde (TSM) est de 7,2 pour 100 000 personnes-années ; on estime que l'on diagnostique en moyenne 19 nouveaux cas de cancer du SNC par an sur la période 2007-2016 (Tableau 18-2).

Les estimations d'incidence des cancers du SNC n'étant pas disponibles chez la femme, les disparités géographiques ne peuvent être approchées qu'au travers de l'incidence observée dans les départements couverts par un registre collectant les cas pour ce type de cancer. On ne peut, dès lors, commenter l'incidence de ce cancer en Corse.

Mortalité régionale

Les rapports standardisés de mortalité (SMR) ne mettent pas en évidence[†] de sur- ou de sous-mortalité en Corse par rapport à la France métropolitaine (Tableau 18-2).

Les TSM de mortalité chez l'homme et la femme sont respectivement de 4,4 et 2,0 pour 100 000 personnes-années sur 2007-2014 (Tableau 18-2). En moyenne, le nombre annuel de décès par cancer du SNC est estimé à 12 chez l'homme et à 8 chez la femme sur la période 2007-2014 (Tableau 18-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 18-2 |

Système nerveux central, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas, taux d'incidence standardisé (TSM) et rapports standardisés d'incidence lissés (SIR) chez l'homme, et du nombre annuel de décès, taux de mortalité standardisé (TSM) et rapports standardisés de mortalité lissés (SMR) par sexe, accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC)

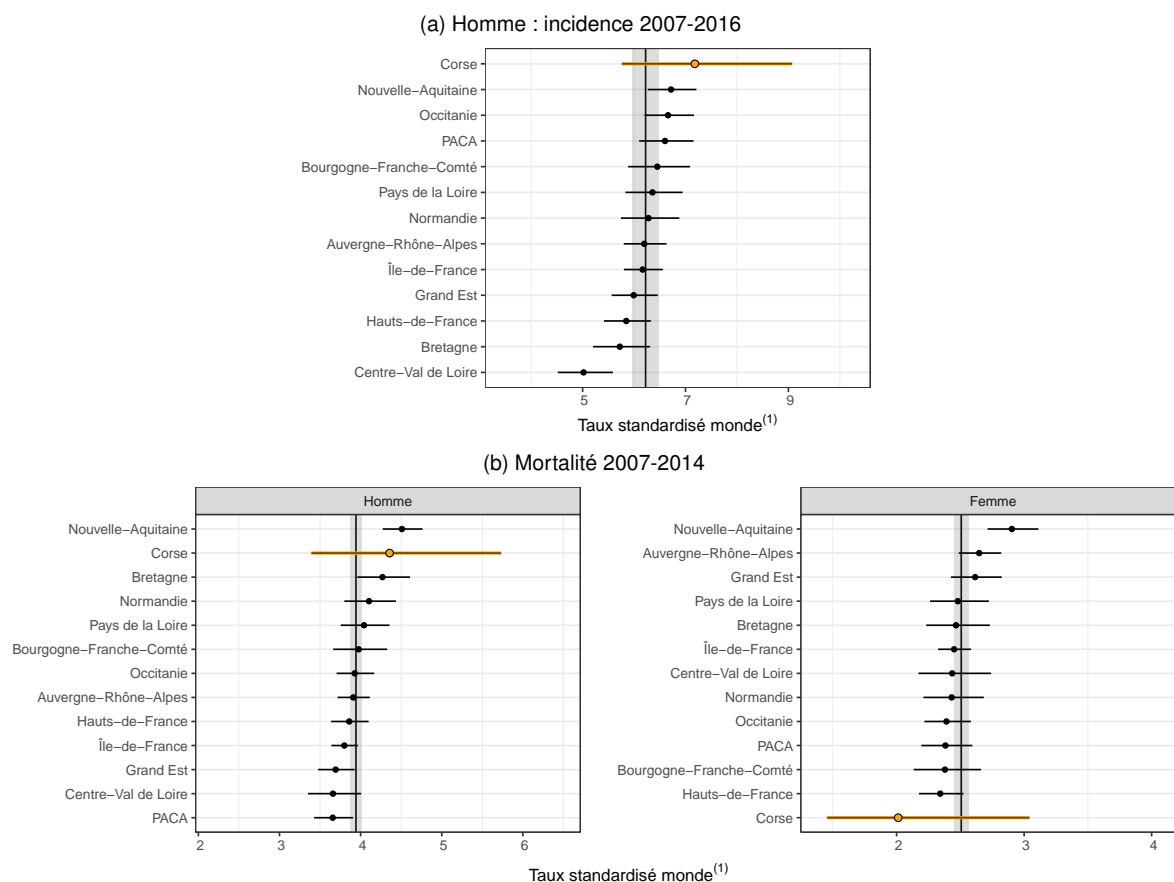
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Corse	19[16;24]	7,18[5,76;9,07]	1,06[0,96;1,17]	12[9;14]	4,36[3,39;5,73]	1,03[0,90;1,17]
France métropolitaine	2 789[2685;2897]	6,22[5,98;6,49]		1 925[1 895;1 956]	3,94[3,87;4,01]	
<i>Femme</i>						
Corse				8[6;10]	2,01[1,45;3,04]	0,99[0,84;1,15]
France métropolitaine				1 466[1 440;1 493]	2,51[2,45;2,56]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 18-3 |

Système nerveux central : taux standardisés d'incidence chez l'homme et de mortalité par sexe, accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.19 Thyroïde

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	AUP/I (A+) (CIM-10)
C73	Toutes	C73	C73

4.19.1 Contexte national

Le cancer de la thyroïde est plus fréquent dans les pays développés, notamment en France qui fait partie des pays européens ayant une incidence particulièrement élevée [1]. En France métropolitaine, ce cancer concerne, en moyenne annuelle sur la période 2007-2016, 2081 hommes et 6247 femmes (Tableau 19-1), soit 1 % des cas incidents de cancer chez l'homme et 4 % chez la femme. L'incidence de ce cancer est en forte augmentation depuis le début des années quatre-vingt avec un ralentissement chez les femmes depuis 2005 [2]. La mortalité, faible, est en baisse [2] et correspond à un ratio incidence/mortalité de 14 chez les hommes et 25 chez les femmes (Tableau 19-1). Le nombre annuel moyen de décès est de l'ordre de 150 chez les hommes et 250 chez les femmes, soit respectivement 0,2 % et 0,4 % des décès par cancer sur la période 2007-2014. La survie nette à 5 ans des personnes dont le cancer a été diagnostiqué entre 2005 et 2010 est estimée à 92 % pour les hommes et 98 % pour les femmes [3].

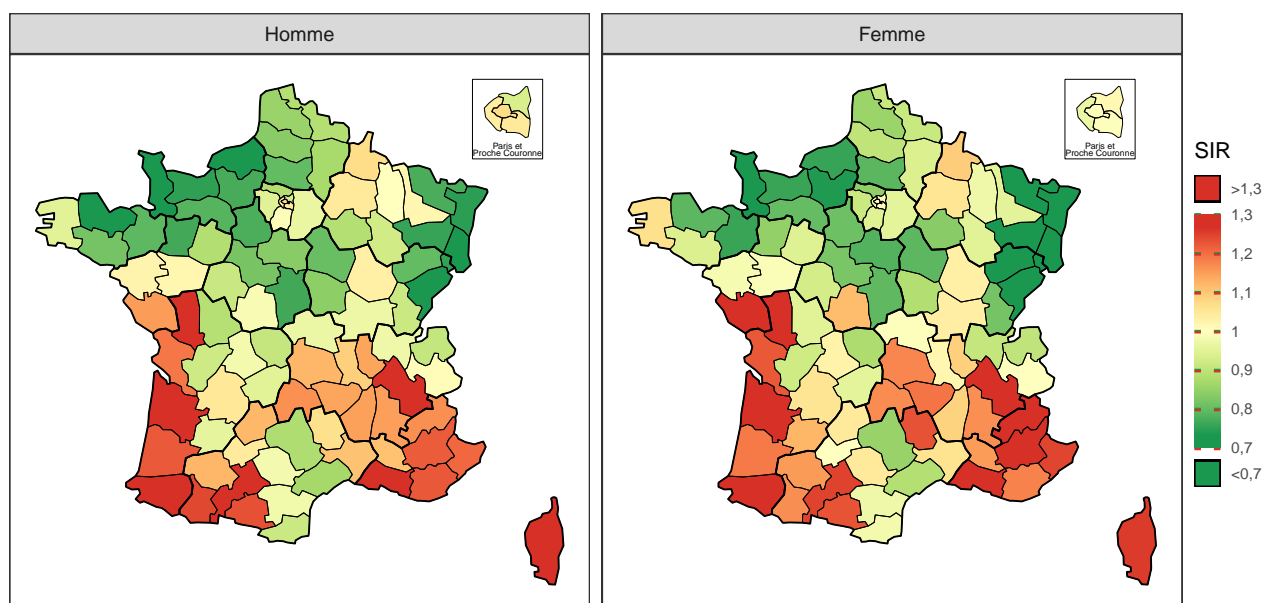
Plus de 85 % des cas incidents sont des cancers papillaires dont l'exposition aux rayonnements ionisants, notamment durant l'enfance, est reconnue comme un facteur de risque [4-6]. L'impact de l'évolution des pratiques médicales et l'amélioration des techniques diagnostiques, induisant un sur-diagnostic élevé, expliquent également une partie de l'évolution de l'incidence de ce type histologique [7, 8]. La carence en iode constitue un facteur de risque des cancers vésiculaires de la thyroïde [6]. Enfin, des prédispositions génétiques constituent un facteur de risque des cancers médullaires [9].

Le corrélât retenu est le croisement entre les données d'ALD et celles du PMSI (AUP) même si la validation croisée met en évidence des écarts de prédiction dans trois départements chez les femmes et un département chez les hommes (cf. document Evaluation). La possibilité de fournir des estimations départementales repose sur l'existence d'une disparité interdépartementale de l'incidence très supérieure à celles du ratio Incidence/AUP, quel que soit le sexe. Le taux d'incidence standardisé monde, de 4,9 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et de 14,8 chez les femmes, présente une amplitude importante entre les départements (Tableau 19-1). La représentation cartographique des rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés confirme l'existence de disparités départementales d'incidence qui correspondent à une incidence plus élevée dans le sud-est et le sud-ouest du territoire métropolitain et une moindre incidence dans la partie nord du territoire pour les deux sexes (Figure 19-1 a). La sur-incidence dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans 15 départements¹ pour les hommes et 18 départements² pour les femmes, dont 12 communs aux deux sexes. En termes de sous-incidence, une différence qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale est retrouvée dans 25 départements³ pour les hommes et 26 départements⁴ chez les femmes, dont 22 communs aux deux sexes.

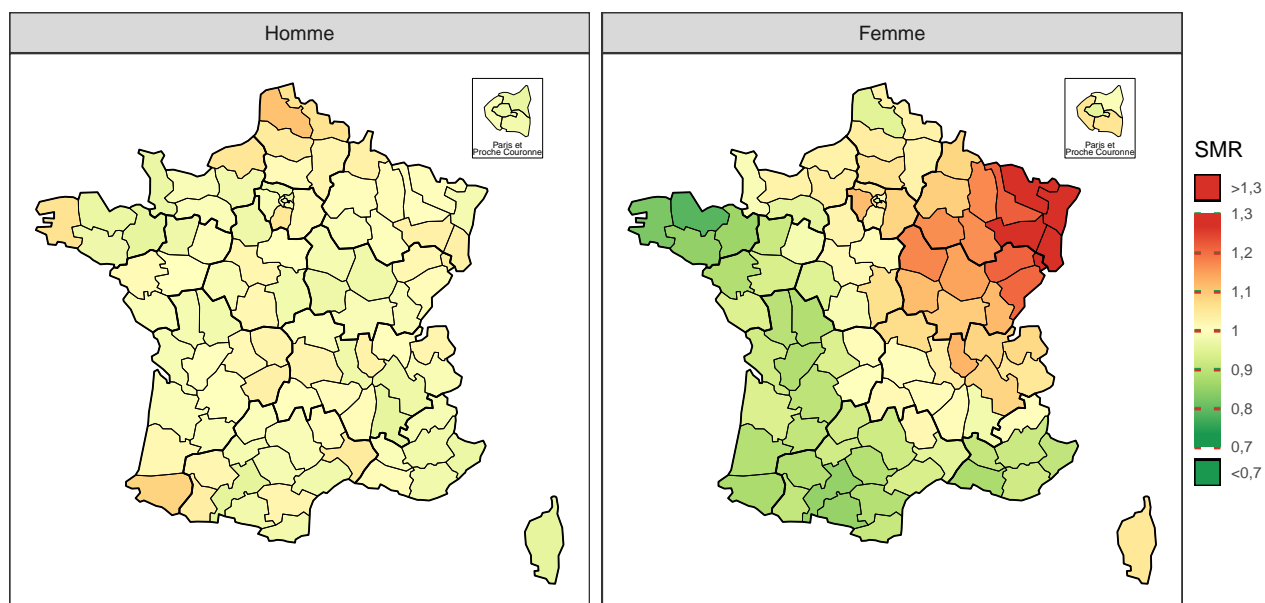
La mortalité liée au cancer de la thyroïde est (statistiquement) très faible et correspond à des taux de mortalité standardisés monde de 0,2 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et les femmes. La méthode de lissage, en réduisant le bruit de certains rapports standardisés de mortalité (non lissés) estimés à partir de très petits effectifs, permet de fournir une représentation cartographique plus lisible. Ainsi, chez les hommes, on obtient une carte neutre (Figure 19-1 b) que confirme le diagramme des SMR lissés avec leur intervalle de confiance (Figure 19-2 b). Chez les femmes par contre, des contrastes de mortalité persistent après lissage des SMR (Figure 19-2 b). Ces contrastes présentent une structuration spatiale prononcée : sur-mortalité dans le nord-est de la France et sous-mortalité dans la partie est et sud du territoire (Figure 19-1 b). Un département présente une sous-mortalité qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale (Côtes d'Armor) alors qu'ils sont 5 à présenter une sur-mortalité⁵ qui dépasse les 10 %, dont 4 appartiennent à la région Grand-Est.

Thyroïde : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



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

| TABLEAU 19-1 |

Thyroïde, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	2081 [1989 ; 2179]	6,78 [6,48 ; 7,10]	4,89 [4,67 ; 5,12]	3,2 - 7,3	1,1
	Mortalité	154 [145 ; 163]	0,50 [0,48 ; 0,53]	0,25 [0,23 ; 0,26]	0,1 - 0,4	0,2
Femme	Incidence	6247 [5951 ; 6562]	19,12 [18,21 ; 20,08]	14,83 [14,12 ; 15,59]	9,4 - 21,5	3,9
	Mortalité	246 [235 ; 257]	0,76 [0,72 ; 0,79]	0,23 [0,22 ; 0,25]	0,1 - 0,4	0,4

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

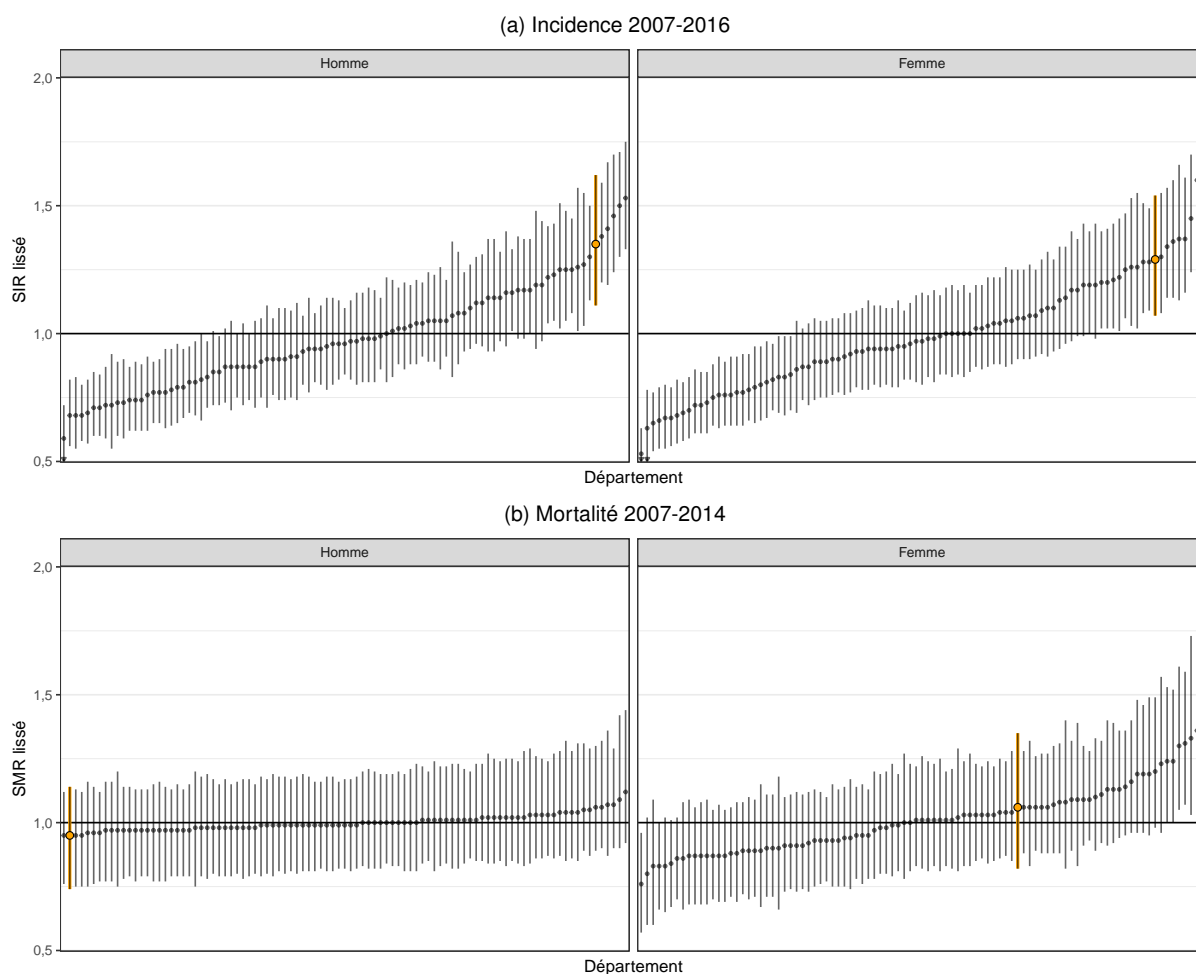
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 19-2 |

Thyroïde : rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Bouches-du-Rhône (13), Isère (38), Pyrénées-Atlantiques (64), Deux-Sèvres (79), Gironde (33), Corse (20), Haute-Garonne (31), Hautes-Pyrénées (65), Ariège (09), Var (83), Landes (40), Alpes de Haute-Provence (04), Alpes-Maritimes (06), Charente-Maritime (17), Rhône (69).
2. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Deux-Sèvres (79), Isère (38), Bouches-du-Rhône (13), Hautes-Alpes (05), Vendée (85), Pyrénées-Atlantiques (64), Gironde (33), Alpes de Haute-Provence (04), Corse (20), Haute-Garonne (31), Alpes-Maritimes (06), Lozère (48), Ariège (09), Charente-Maritime (17), Haute-Loire (43), Landes (40), Var (83), Puy-de-Dôme (63).
3. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Manche (50), Côtes d'Armor (22), Doubs (25), Seine-Maritime (76), Haut-Rhin (68), Bas-Rhin (67), Calvados (14), Territoire-de-Belfort (90), Vosges (88), Cher (18), Mayenne (53), Eure (27), Moselle (57), Eure-et-Loir (28), Orne (61), Ille-et-Vilaine (35), Haute-Saône (70), Oise (60), Yonne (89), Morbihan (56), Loir-et-Cher (41), Loiret (45), Somme (80), Pas-de-Calais (62), Hérault (34).
4. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Haut-Rhin (68), Territoire-de-Belfort (90), Moselle (57), Manche (50), Haute-Saône (70), Vosges (88), Doubs (25), Bas-Rhin (67), Eure (27), Seine-Maritime (76), Calvados (14), Ille-et-Vilaine (35), Loiret (45), Oise (60), Côtes d'Armor (22), Yonne (89), Cher (18), Orne (61), Eure-et-Loir (28), Jura (39), Loir-et-Cher (41), Aube (10), Val-d'Oise (95), Mayenne (53), Aveyron (12), Pas-de-Calais (62).
5. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Moselle (57), Vosges (88), Territoire-de-Belfort (90), Bas-Rhin (67), Haut-Rhin (68).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] Cowppli-Bony, A., Uhry, Z., Remontet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.
- [4] Colonna, M., Guizard, A.-V., Uhry, Z., Delafosse, P., Maria, F. de *et al.* "Analyse descriptive de l'incidence du cancer de la thyroïde à partir des données des registres des cancers sur la période 1982-2012 en France". *Bull Epidémiol Hebd* 11-12 (2016), p. 206-13.
- [5] Enewold, L., Zhu, K., Ron, E., Marrogi, A. J., Stojadinovic, A. *et al.* "Rising thyroid cancer incidence in the United States by demographic and tumor characteristics, 1980-2005." *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* 18.3 (mar. 2009), p. 784-91.
- [6] Vigneri, R., Malandrino, P. et Vigneri, P. "The changing epidemiology of thyroid cancer : why is incidence increasing ?" *Current opinion in oncology* 27.1 (jan. 2015), p. 1-7.
- [7] Vaccarella, S., Dal Maso, L., Laversanne, M., Bray, F., Plummer, M. *et al.* "The Impact of Diagnostic Changes on the Rise in Thyroid Cancer Incidence : A Population-Based Study in Selected High-Resource Countries." *Thyroid : official journal of the American Thyroid Association* 25.10 (oct. 2015), p. 1127-36.
- [8] Vaccarella, S., Franceschi, S., Bray, F., Wild, C. P., Plummer, M. *et al.* "Worldwide Thyroid-Cancer Epidemic? The Increasing Impact of Overdiagnosis." *The New England journal of medicine* 375.7 (août 2016), p. 614-7.
- [9] Accardo, G., Conzo, G., Esposito, D., Gambardella, C., Mazzella, M. *et al.* "Genetics of medullary thyroid cancer : An overview." *International journal of surgery (London, England)* 41 Suppl 1 (mai 2017), S2-S6.

4.19.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Les rapports standardisés d'incidence (SIR) mettent en évidence une sur-incidence importante[†] du cancer de la thyroïde en Corse par rapport à la France métropolitaine pour les 2 sexes.

Chez l'homme, cet écart est de 34 % (Tableau 19-2). Sur la période 2007-2016, le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer dans la région est estimé à 17. Le taux d'incidence standardisé monde (TSM) est de 7,5 pour 100 000 personnes-années, plaçant la Corse parmi les 3 régions ayant les TSM les plus importants, avec PACA et Nouvelle-Aquitaine (Figure 19-3 a).

Chez la femme, on observe une sur-incidence de 29 % par rapport à la France métropolitaine (Tableau 19-2). Sur la même période, le nombre annuel moyen de nouveaux cas est estimé à 44 et le TSM est de 20,1 pour 100 000 personnes-années.

Dans les deux sexes, la Corse a un SIR élevé en comparaison de l'ensemble des départements de France métropolitaine (Figure 19-2 a).

Ces résultats doivent être interprétés avec prudence, les incertitudes entourant les estimations (i.e. intervalles de confiance) étant importantes (Tableau 19-2 et Figures 19-2 a et 19-3 a).

Mortalité régionale

Le bon pronostic de la majorité des cancers de la thyroïde induit un nombre faible de décès, à la fois chez l'homme (seulement 2 décès observés sur toute la période 2007-2014, soit un TSM de 0,05 pour 100 000 personnes-années) et chez la femme (14 décès observés sur toute la période 2007-2014, soit un TSM de 0,25 pour 100 000 personnes-années). Du fait de ces faibles effectifs, l'incertitude entourant les estimations de la mortalité au niveau de la Corse est majeure, et il est difficile de caractériser les spécificités régionales de la mortalité pour ce cancer (Tableau 19-3 et Figure 19-3 b).

On peut simplement constater que compte tenu de ces incertitudes, la Corse ne se distingue pas de la moyenne nationale pour la mortalité par cancer de la thyroïde.

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 19-2 |

Thyroïde, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

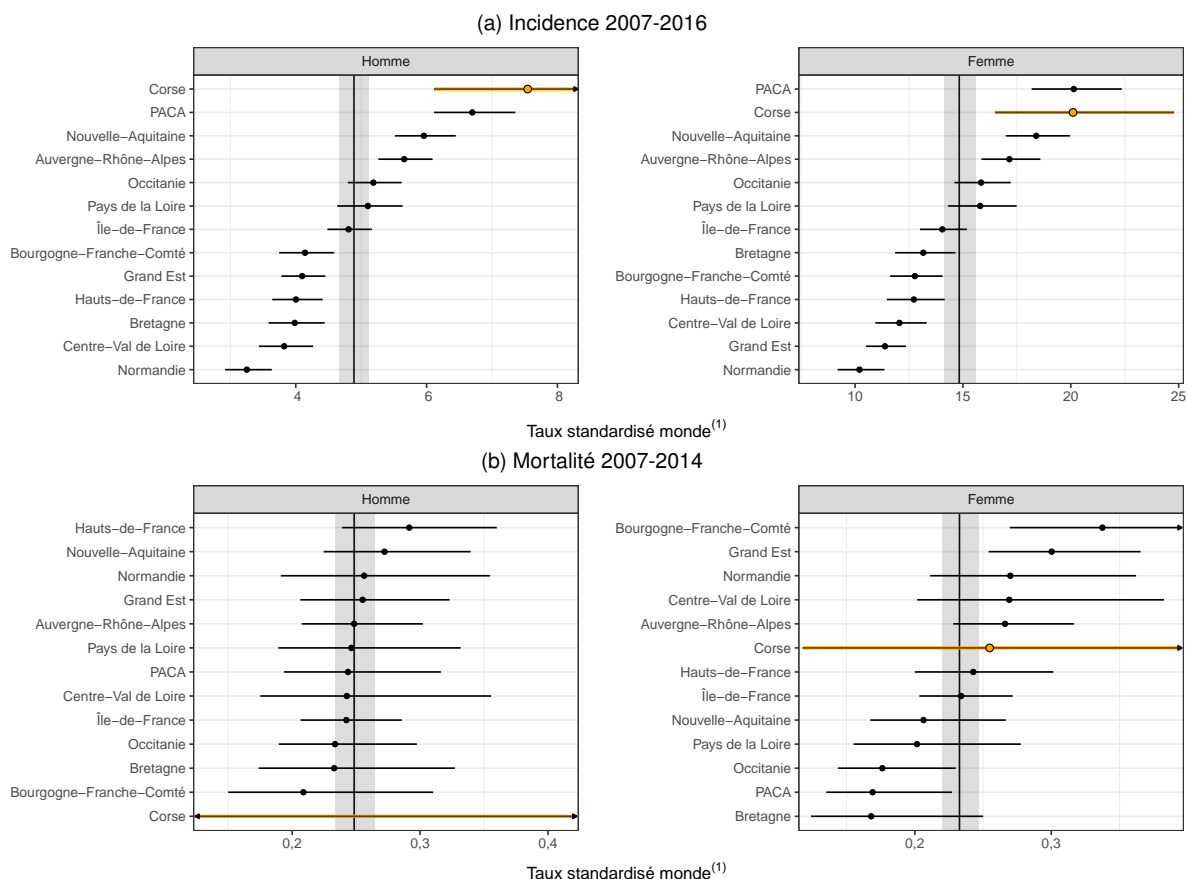
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Corse	16,6[13,6;20,5]	7,55[6,11;9,43]	1,34[1,13;1,61]	0,2[0,0;0,9]	0,05[0,00;0,80]	0,95[0,73;1,17]
France métropolitaine	2081,5[1989,3;2179,1]	4,89[4,67;5,12]		153,8[145,3;162,6]	0,25[0,23;0,26]	
<i>Femme</i>						
Corse	44,5[36,6;54,6]	20,10[16,48;24,79]	1,29[1,09;1,52]	1,8[1,0;2,9]	0,25[0,12;1,05]	1,04[0,83;1,35]
France métropolitaine	6247,1[5950,7;6562,4]	14,83[14,12;15,59]		246,2[235,5;257,4]	0,23[0,22;0,25]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 19-3 |

Thyroïde : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.20 Lymphome malin non-hodgkinien

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie	Morphologie	Cause principale	Homme : ALD/I (A+) Femme : Pas de méthode éligible
(CIM-O-3)	(CIM-O-3)	(CIM-10)	(CIM-10)
Toutes	9590-9597,9670-9719,9724-9729,9832-9838	C82-C85	C82-C85

4.20.1 Contexte national

Le lymphome malin non-hodgkinien (LMNH) regroupe des hémopathies malignes atteignant le tissu lymphoïde, notamment des ganglions lymphatiques, et constitue un groupe nosologique hétérogène en termes de présentation clinique, de prise en charge et de pronostic. Compte tenu de la méthode utilisée pour ce travail, qui est basée sur des données codées avec une ancienne classification (CIM10), la localisation lymphome malin non-hodgkinien correspond, dans ce rapport, à une ancienne définition utilisée dans l'estimation de l'incidence des cancers en France publiée en 2008 [1] et qui regroupe sous ce terme tous les sous-types d'hémopathies lymphoïdes à l'exclusion de la leucémie lymphoïde chronique et du myélome multiple.

Le LMNH ainsi défini, est environ 2,5 fois plus fréquent dans les pays développés, notamment en France qui fait partie des pays européens ayant une incidence particulièrement élevée [2].

En France métropolitaine, le LMNH concerne, en moyenne annuelle sur la période 2007-2016, 7 504 hommes (Tableau 20-1), soit 4 % des cas incidents de cancer chez l'homme (l'estimation n'a pas pu être réalisée chez la femme, cf. document Evaluation). L'incidence du LMNH connaît une forte augmentation depuis le début des années quatre-vingt avec un ralentissement depuis 2005 sauf pour certains sous-types histologiques [3]. La mortalité, en baisse depuis le début des années 2000 [1] correspond à un ratio incidence/mortalité de 3 chez les hommes (Tableau 20-1). Le nombre annuel moyen de décès est de l'ordre de 2 310 chez les hommes et 1 952 chez les femmes, soit respectivement 2,6 % et 3,1 % des décès par cancer en France métropolitaine sur la période 2007-2014 (Tableau 20-1). La survie nette à 10 ans des personnes diagnostiquées entre 1999 et 2004 est estimée à 49 % [4].

Les facteurs de risque reconnus du LMNH sont les déficits immunitaires primitifs, l'infection par le VIH, les greffes d'organes, les agents infectieux tels que *Helicobacter Pylori*, le virus de l'hépatite C ou le virus lymphotrope humain T-HTLV-1, les maladies auto-immunes telles que le syndrome de Sjögren et le lupus érythémateux disséminé, les antécédents familiaux et personnels d'hémopathies malignes [5, 6]. Le rôle des autres facteurs de risque, y compris le mode de vie et les facteurs environnementaux, reste encore controversé même si les preuves scientifiques sont aujourd'hui suffisantes pour classer en cancérigènes probables un certain nombre de matières actives entrant dans la composition de pesticides [7]. Les facteurs de risque bien établis accréditent quant à eux l'idée d'une hétérogénéité étiologique sous-jacente à la diversité des sous-types de LMNH. Ceci n'exclut pas que plusieurs sous-types de LMNH puissent partager des facteurs de risque, notamment environnementaux [8, 9].

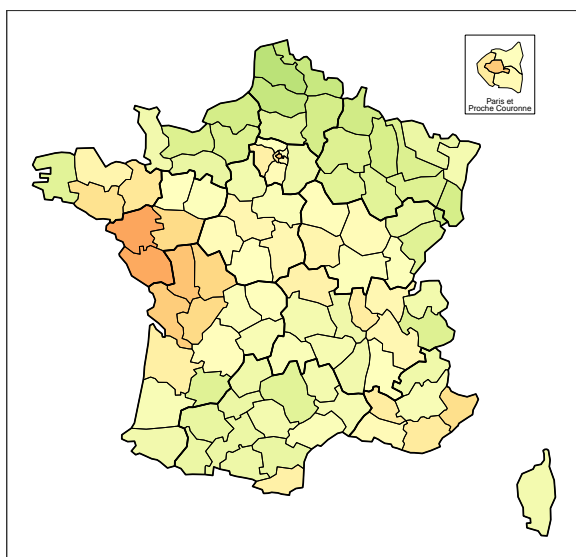
Le corrélat retenu est l'ALD pour l'homme, même si la validation croisée met en évidence des écarts de prédiction dans deux départements, tandis qu'aucun corrélat n'a permis d'obtenir des estimations fiables chez la femme (cf. document Evaluation). La possibilité de fournir des estimations départementales chez l'homme repose sur l'existence d'une disparité interdépartementale de l'incidence très supérieure à celle du ratio Incidence/ALD. Le taux d'incidence standardisé monde chez l'homme, de 14,7 pour 100 000 personnes-années, présente une amplitude importante entre les départements (de 12,3 à 17,2 pour 100 000, Tableau 20-1). La représentation cartographique des rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés confirme l'existence de disparités régionales et départementales d'incidence chez l'homme (Figure 20-1 a) qui correspondent à une incidence estimée supérieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale dans l'ouest du territoire métropolitain¹ et une moindre incidence (inférieure d'au moins 10 % à la moyenne nationale) dans la partie nord du territoire² (Figure 20-1 a). Concernant les femmes, la présentation cartographique n'utilise que l'incidence observée dans les départements couverts par un registre des cancers (Figure 20-1 b) et retrouve une forte hétérogénéité, avec une incidence légèrement supérieure dans les registres situés à l'Ouest mais également à l'est, donc pas entièrement superposable aux résultats chez l'homme.

Les taux de mortalité standardisés monde liés au LMNH sont de 3,4 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et 1,9 chez les femmes. Les différences entre les rapports standardisés de mortalité (SMR) sont moins prononcées que pour l'incidence (Figure 20-1 c). Cependant, les 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux sont compris entre 2,7 et 4,0 chez les hommes et 1,4 et 2,2 chez les femmes (Tableau 20-1). La méthode de lissage rend plus lisible la représentation cartographique. Ainsi, dans les deux sexes, on observe des contrastes de mortalité persistants après lissage des SMR (Figure 20-2 b). Ces contrastes présentent une structuration spatiale prononcée : sur-mortalité qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans l'ouest de la France^{3,4} et sous-mortalité dépassant les 10 % dans la partie sud et sud-est du territoire^{5,6}(Figure 20-1 c).

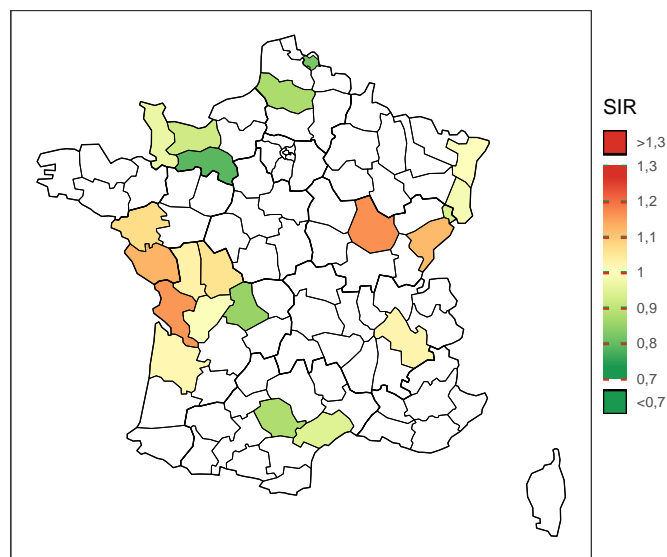
| FIGURE 20-1 |

Lymphome malin non-hodgkinien : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR), par sexe

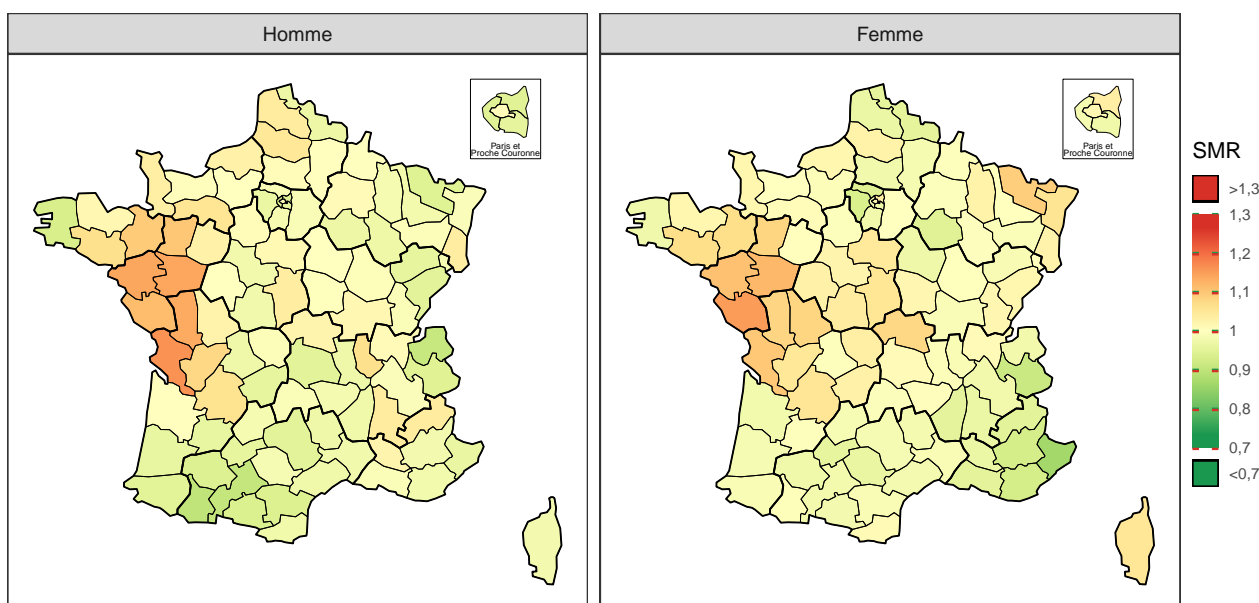
(a) Hommes : incidence lissée 2007-2016, départements de France métropolitaine



(b) Femmes : incidence observée 2007-2014, départements couverts par un registre des cancers



(c) Mortalité lissée 2007-2014, départements de France métropolitaine



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

| TABLEAU 20-1 |

Lymphome malin non-hodgkinien, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 chez l'homme et de la mortalité 2007-2014 par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM), accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	7 504 [7 271 ; 7 746]	24,4 [23,7 ; 25,2]	14,65 [14,16 ; 15,17]	12,3 - 17,2	3,8
	Mortalité	2 310 [2 277 ; 2 343]	7,6 [7,5 ; 7,7]	3,41 [3,35 ; 3,47]	2,7 - 4,0	2,6
Femme	Mortalité	1 952 [1 922 ; 1 983]	6,0 [5,9 ; 6,1]	1,86 [1,83 ; 1,90]	1,4 - 2,2	3,1

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

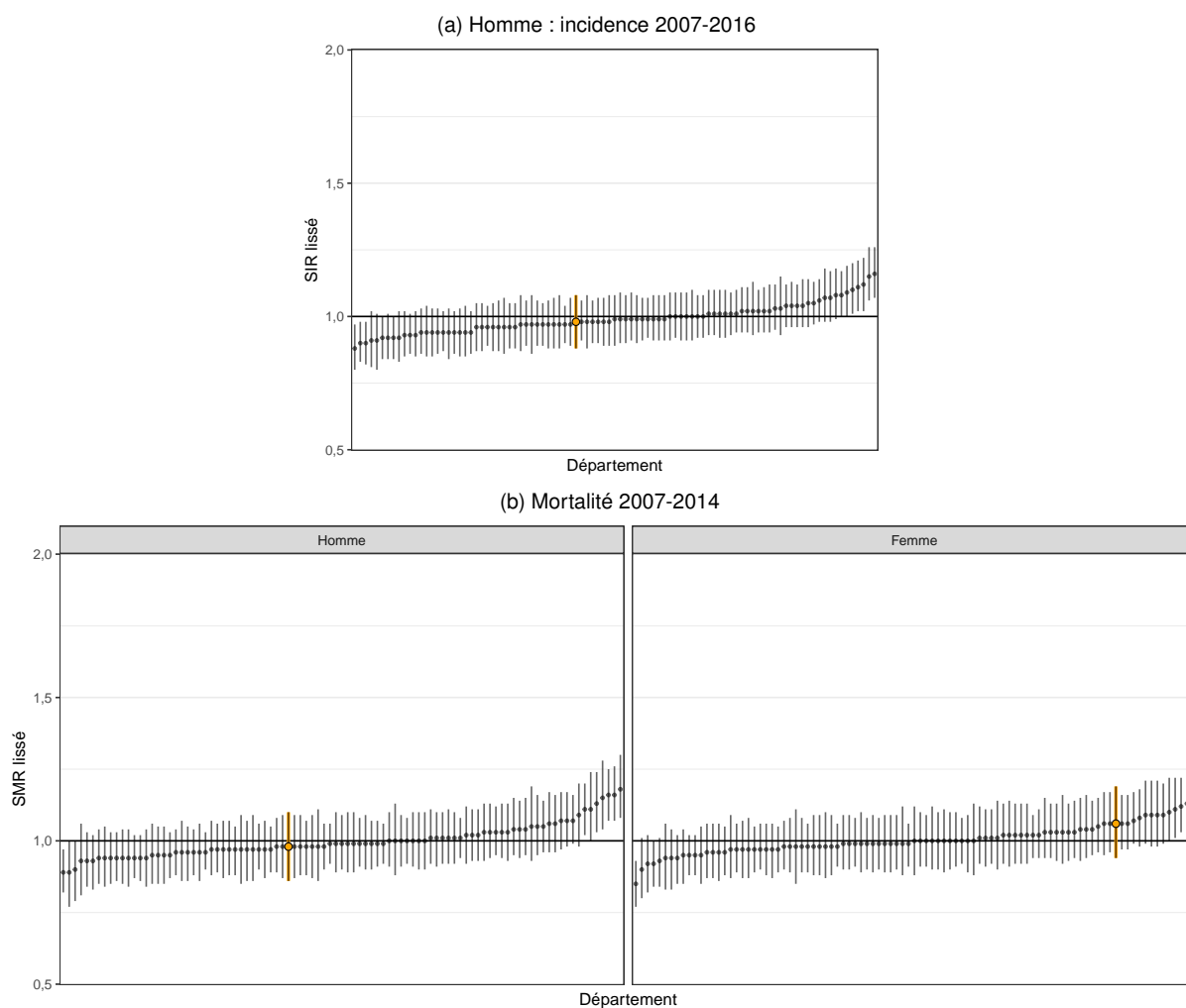
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 20-2 |

Lymphome malin non-hodgkinien : rapports standardisés d'incidence chez l'homme et de mortalité par sexe lissés, accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR=1 et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Loire-Atlantique (44), Vendée (85), Deux-Sèvres (79), Paris (75), Charente-Maritime (17).
2. Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Pas-de-Calais (62), Somme (80), Nord (59).
3. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Charente-Maritime (17), Maine-et-Loire (49), Loire-Atlantique (44), Deux-Sèvres (79), Vendée (85), Ille-et-Vilaine (35).
4. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Vendée (85), Maine-et-Loire (49), Loire-Atlantique (44), Charente-Maritime (17).
5. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Haute-Garonne (31).
6. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Alpes-Maritimes (06).

Références

- [1] Belot, A., Grosclaude, P., Bossard, N., Jouglu, E., Benhamou, E. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the period 1980–2005". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 56.3 (juin 2008), p. 159-175.
- [2] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [3] Le Guyader-Peyrou, S., Belot, A., Maynadié, M., Binder-Foucard, F., Remontet, L. *et al.* "Cancer incidence in France over the 1980–2012 period : Hematological malignancies". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 64.2 (avr. 2016), p. 103-112.
- [4] Monnereau, A., Uhry, Z., Bossard, N., Cowppli-Bony, A., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 2 – Hémopathies malignes*. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 44 p.
- [5] Alexander, D. D., Mink, P. J., Adami, H.-O., Chang, E. T., Cole, P. *et al.* "The non-Hodgkin lymphomas : a review of the epidemiologic literature." *International journal of cancer* 120 Suppl (2007), p. 1-39.
- [6] Ekström-Smedby, K. "Epidemiology and etiology of non-Hodgkin lymphoma—a review." *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)* 45.3 (2006), p. 258-71.
- [7] International Agency For Research On Cancer. *Classification des substances cancérigènes par le CIRC*. URL : http://monographs.iarc.fr/ENG/Classification/latest_classif.php (visité le 25/05/2018).
- [8] Morton, L. M., Slager, S. L., Cerhan, J. R., Wang, S. S., Vajdic, C. M. *et al.* "Etiologic heterogeneity among non-Hodgkin lymphoma subtypes : the InterLymph Non-Hodgkin Lymphoma Subtypes Project." *Journal of the National Cancer Institute. Monographs* 2014.48 (août 2014), p. 130-44.
- [9] Morton, L. M., Sampson, J. N., Cerhan, J. R., Turner, J. J., Vajdic, C. M. *et al.* "Rationale and Design of the International Lymphoma Epidemiology Consortium (InterLymph) Non-Hodgkin Lymphoma Subtypes Project." *Journal of the National Cancer Institute. Monographs* 2014.48 (août 2014), p. 1-14.

4.20.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

En Corse, chez l'homme, les estimations ne montrent pas de sur- ou de sous-incidence[†] des lymphomes malins non-hodgkiniens (LMNH) par rapport à la France métropolitaine (Tableau 20-2).

Le taux standardisé monde (TSM) est de 14,3 pour 100 000 personnes-années (Tableau 20-2). Cela représente une estimation moyenne annuelle de 41 nouveaux cas sur la période 2007-2016.

Les estimations d'incidence des LMNH n'étant pas disponibles chez la femme, les disparités géographiques ne peuvent être approchées qu'au travers de l'incidence observée dans les départements couverts par un registre collectant les cas pour ce type de cancer. On se référera au contexte national pour une description dans la zone couverte par un registre des cancers sur la période 2007-2014 (section 4.20.1).

Mortalité régionale.

Chez l'homme, les rapports standardisés de mortalité (SMR) ne mettent pas en évidence de sur- ou de sous-mortalité[†] en Corse par rapport à la France métropolitaine (Tableau 20-2). Le nombre annuel de décès par LMNH sur la période 2007-2014 est estimé à 13 chez l'homme, soit un TSM de 3,3 pour 100 000 personnes-années (Tableau 20-2).

Chez la femme, les SMR ne mettent pas en évidence de sur- ou de sous-mortalité[†] en Corse par rapport à la moyenne nationale (Tableau 20-2). On estime à 13 le nombre annuel de décès sur la période 2007-2014, soit un TSM de 2,5 pour 100 000 personnes-années (Tableau 20-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 20-2 |

Lymphome malin non-hodgkinien, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas, taux d'incidence standardisé (TSM) et rapports standardisés d'incidence lissés (SIR) chez l'homme, et du nombre annuel de décès, taux de mortalité standardisé (TSM) et rapports standardisés de mortalité lissés (SMR) par sexe, accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC)

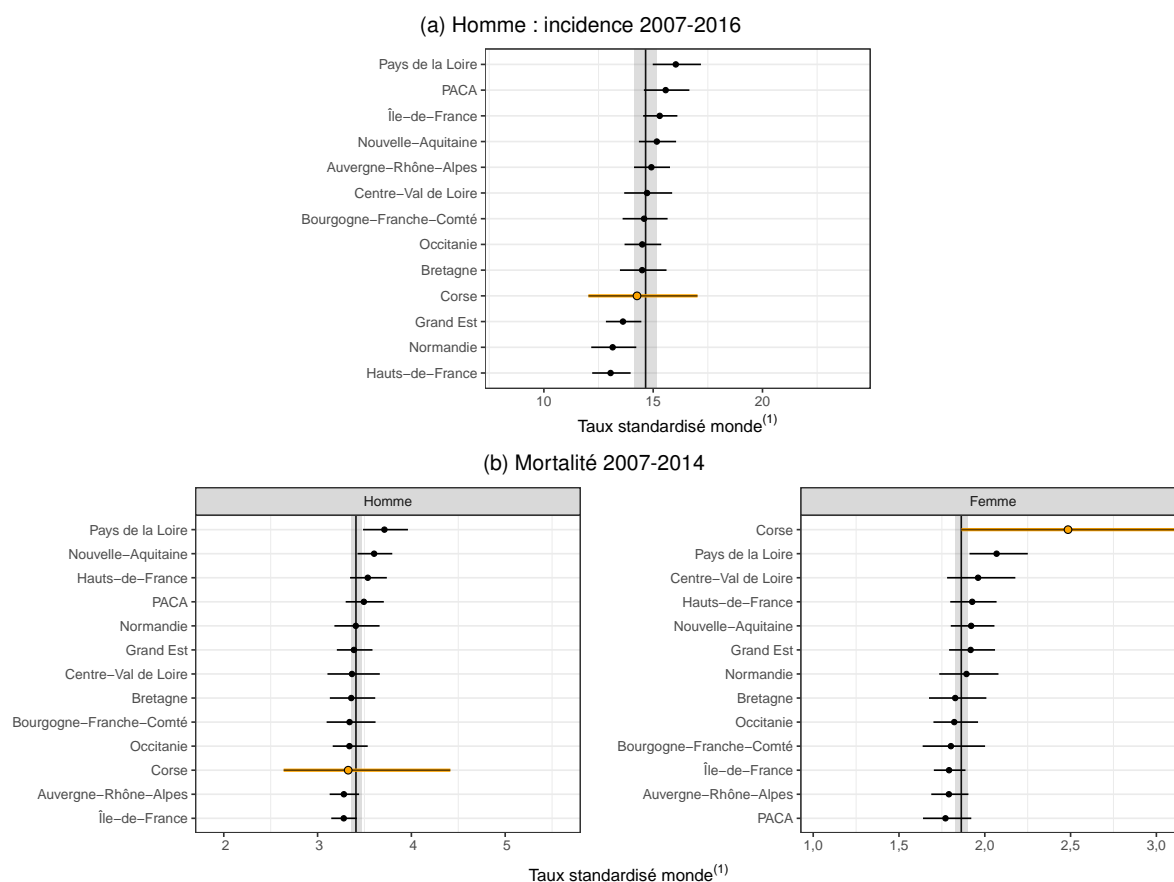
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Corse	41 [35;49]	14,26 [12,04;17,03]	0,97 [0,88;1,08]	13 [11;16]	3,33 [2,64;4,42]	0,97 [0,87;1,09]
France métropolitaine	7504 [7271;7746]	14,65 [14,16;15,17]		2310 [2277;2343]	3,41 [3,35;3,47]	
<i>Femme</i>						
Corse				13 [10;15]	2,49 [1,86;3,56]	1,06 [0,95;1,21]
France métropolitaine				1952 [1922;1983]	1,86 [1,83;1,90]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 20-3 |

Lymphome malin non-hodgkinien : taux standardisés d'incidence chez l'homme et de mortalité par sexe, accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.21 Lymphome de Hodgkin

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	ALD/I (A+) (CIM-10)
C81	9650-9667	C81	C81

4.21.1 Contexte national

Le lymphome de Hodgkin (LH) représente environ 10 % des lymphomes. Son incidence est plus élevée dans les pays développés [1]. En France, le taux d'incidence du LH est comparable à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne [2]. Il concerne, en moyenne annuelle sur la période 2007-2016, 1 129 hommes (soit 56 % des cas incidents de cancer) et 871 femmes (Tableau 21-1). Le LH a engendré 271 décès par an sur la période 2007-2014, soit moins de 0,2 % des décès par cancer chez l'homme et chez la femme. Le LH fait partie des cancers dont la mortalité est la plus faible et la survie la plus favorable : la survie nette à 5 ans sur la période 2005-2010 est en effet estimée à 83 % chez les hommes et 88 % chez les femmes [3].

Le LH fait partie des premiers cancers à être traité avec succès par radiothérapie utilisée seule puis par polychimiothérapie et/ou radiothérapie limitée au stade localisé. Comme la grande majorité des patients LH sont guéris, les effets secondaires à long terme sont une préoccupation importante et les protocoles thérapeutiques ont été délimités pour réduire les séquelles de traitement sans compromettre le pronostic de la maladie. L'épidémiologie du LH est complexe [4]. Il y a une incidence de LH spécifique à l'âge qui varie entre différentes populations telles que les pays industrialisés du monde occidental et les pays en développement. De plus, le sous-type de LH varie avec l'âge et avec l'association des cellules de Hodgkin/Reed Sternberg avec le virus d'Epstein Barr (EBV).

Le statut socioéconomique influe sur l'épidémiologie du LH avec une diminution du risque si on a plusieurs frères et sœurs, un rang de naissance plus élevé, des conditions de vie surpeuplées, un statut socioéconomique inférieur. Ces observations conduisent au modèle de l'infection tardive selon lequel une faible exposition infectieuse dans l'enfance augmente le risque de LH chez les jeunes adultes [5]. Le virus EBV, responsable de la mononucléose peut entraîner une augmentation du risque d'être atteint du lymphome de Hodgkin.

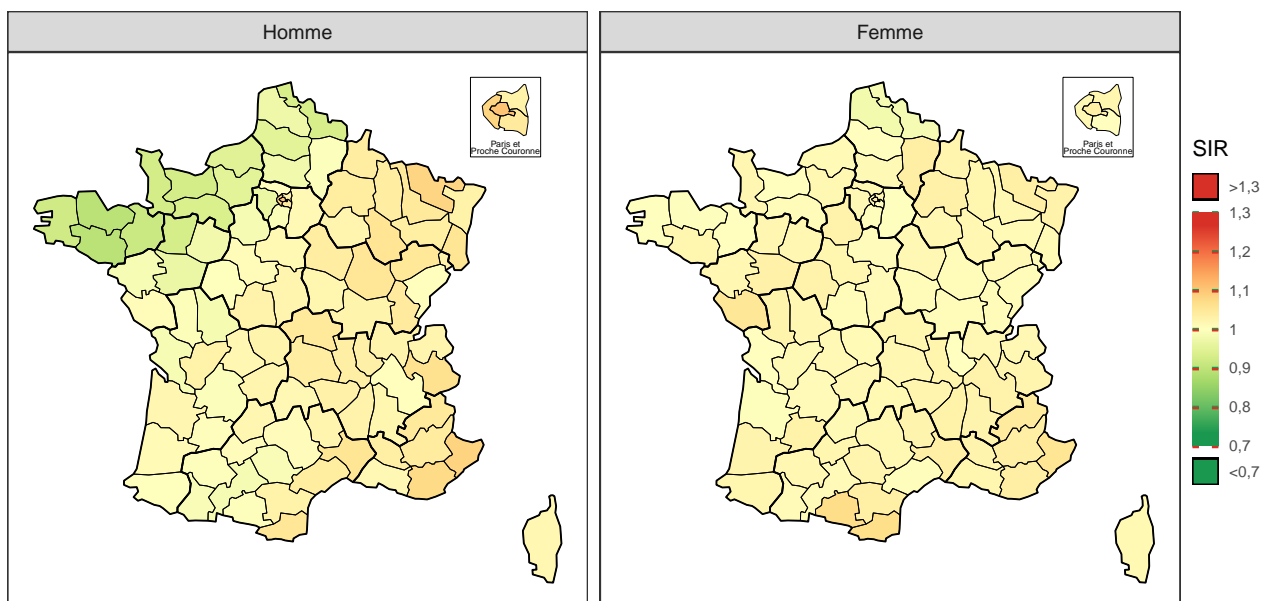
En ce qui concerne le risque familial, des études épidémiologiques ont montré que le risque de LH était quadruplé chez les proches des patients atteints de LH [6]. D'autres situations sont suspectées d'augmenter le risque de LH comme l'eczéma [5] et les maladies auto-immunes [7].

Le corrélât retenu pour cette localisation cancéreuse est l'ALD pour les deux sexes (cf. document Evaluation). La lecture des cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés montre qu'il n'existe pas de disparités régionales ou départementales pour le LH (Figure 21-1 a). Le taux d'incidence standardisé monde de 3,4 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et 2,7 chez les femmes ainsi que la distribution des taux estimés départementaux reflètent un phénomène d'homogénéité sur le territoire métropolitain encore plus prononcé chez la femme (Tableau 21-1). Seul le Morbihan et Paris semblent présenter des incidence qui s'écartent de plus de 10 % de la moyenne nationale chez l'homme^{1,2}.

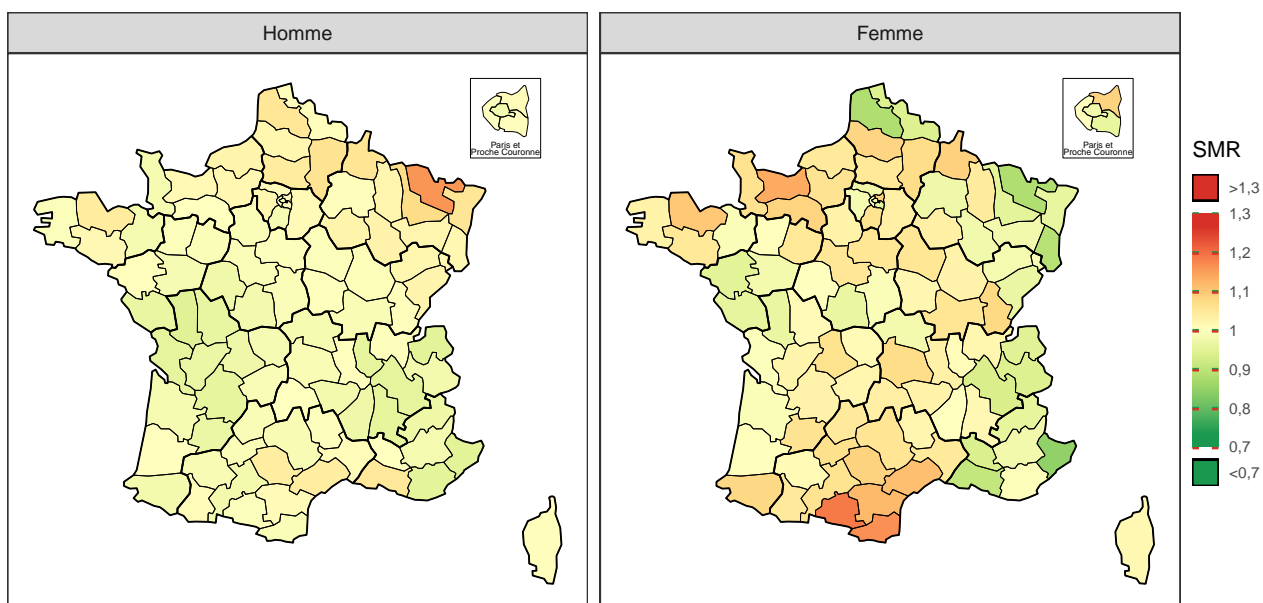
Les différences entre les rapports standardisés de mortalité (SMR) sont un peu plus prononcées mais restent très faibles (Figure 21-1 b). Les 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux sont compris entre 0,2 et 0,5 chez les hommes et 0,0 et 0,4 chez les femmes pour un taux standardisé monde national respectif de 0,3 et 0,2 pour 100 000 (Tableau 21-1). La représentation cartographique des SMR lissés montre que la mortalité est plus forte dans le département de la Moselle chez l'homme, dans les départements des Pyrénées-Orientales et de l'Ariège pour les femmes, tandis que la mortalité est moins prononcée chez celles-ci dans le Pas-de-Calais, le Haut-Rhin et les Alpes-Maritimes (Figure 21-1 b). Les estimations restent cependant extrêmement incertaines et la majorité des SMR sont non significatifs (Figure 21-2 b).

Lymphome de Hodgkin : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR) lissés, par sexe et département de France métropolitaine

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



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

| TABLEAU 21-1 |

Lymphome de Hodgkin, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	1 129 [1 082 ; 1 178]	3,68 [3,53 ; 3,84]	3,37 [3,22 ; 3,52]	2,6 - 4,0	0,6
	Mortalité	157 [149 ; 166]	0,51 [0,49 ; 0,54]	0,32 [0,30 ; 0,34]	0,2 - 0,5	0,2
Femme	Incidence	871 [825 ; 920]	2,67 [2,53 ; 2,81]	2,68 [2,53 ; 2,84]	2,0 - 3,6	0,5
	Mortalité	114 [106 ; 121]	0,35 [0,33 ; 0,37]	0,18 [0,16 ; 0,19]	0,0 - 0,4	0,2

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

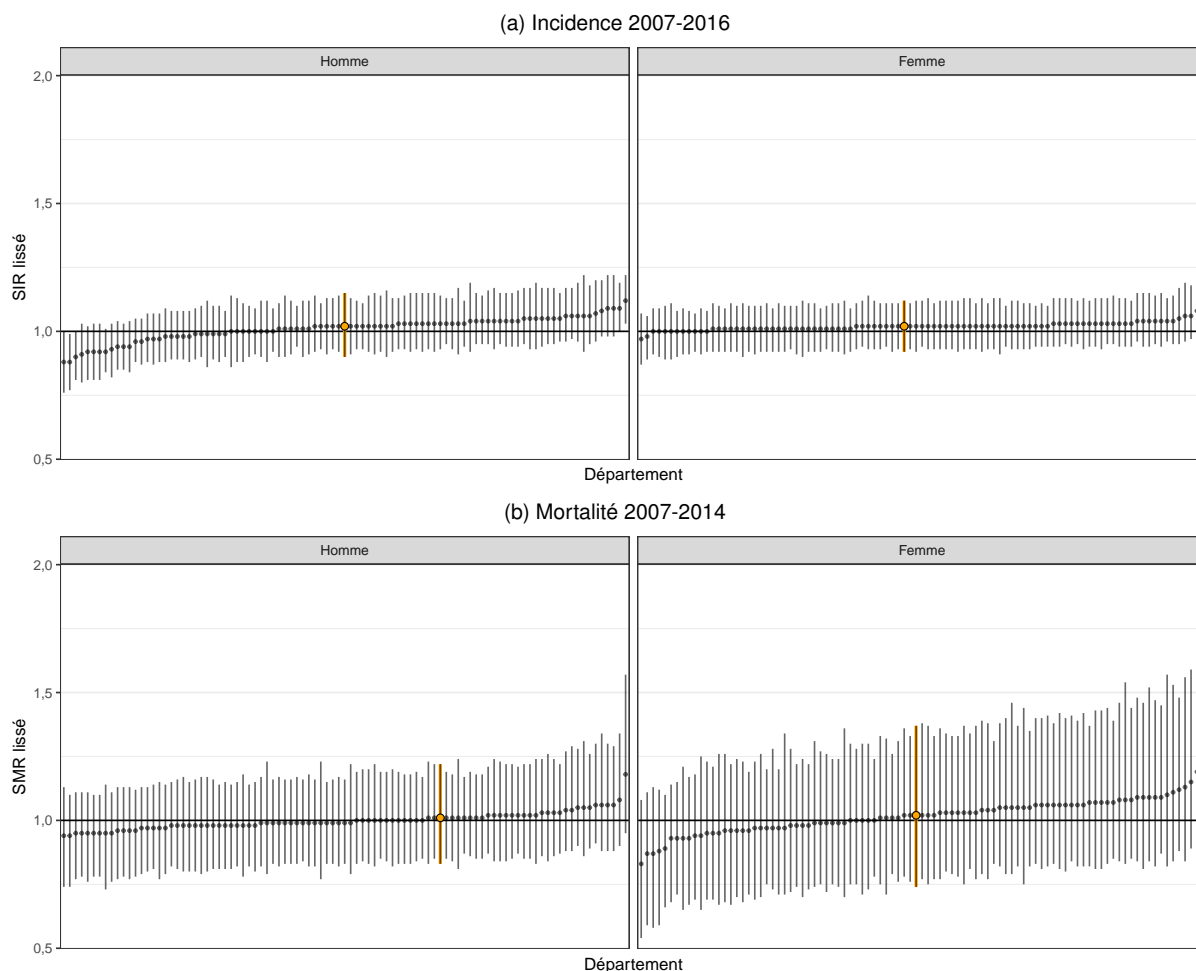
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 21-2 |

Lymphome de Hodgkin : rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Morbihan (56).
2. Départements présentant une **incidence estimée** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Paris (75).

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Le Guyader-Peyrou, S., Belot, A., Maynadié, M., Binder-Foucard, F., Remontet, L. *et al.* "Cancer incidence in France over the 1980–2012 period : Hematological malignancies". *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 64.2 (avr. 2016), p. 103-112.
- [3] Monnereau, A., Troussard, X., Belot, A., Guizard, A.-V., Woronoff, A.-S. *et al.* "Unbiased estimates of long-term net survival of hematological malignancy patients detailed by major subtypes in France." *International journal of cancer* 132.10 (mai 2013), p. 2378-87.
- [4] Hjalgrim, H. "On the aetiology of Hodgkin lymphoma." *Danish medical journal* 59.7 (juil. 2012), B4485.
- [5] Cozen, W., Hamilton, A. S., Zhao, P., Salam, M. T., Deapen, D. M. *et al.* "A protective role for early oral exposures in the etiology of young adult Hodgkin lymphoma." *Blood* 114.19 (nov. 2009), p. 4014-20.
- [6] Goldin, L. R., Björkholm, M., Kristinsson, S. Y., Turesson, I. et Landgren, O. "Highly increased familial risks for specific lymphoma subtypes." *British journal of haematology* 146.1 (juin 2009), p. 91-4.
- [7] Kristinsson, S. Y., Landgren, O., Sjöberg, J., Turesson, I., Björkholm, M. *et al.* "Autoimmunity and risk for Hodgkin's lymphoma by subtype." *Haematologica* 94.10 (oct. 2009), p. 1468-9.

4.21.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Que ce soit chez l'homme ou chez la femme, la Corse ne présente pas de sur- ou de sous-incidence[†] pour le lymphome de Hodgkin (LH) par rapport à la France métropolitaine (Tableau 21-2).

Le taux standardisé monde (TSM) régional est de 3,4 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et 2,5 chez la femme (Tableau 21-2).

En moyenne, dans la région, le nombre annuel de nouveaux cas de LH est estimé à 6 chez l'homme et 4 chez la femme sur la période 2007-2016 (Tableau 21-2).

Mortalité régionale

Le bon pronostic du lymphome de Hodgkin induit un nombre faible de décès. Sur l'ensemble de la période 2007-2014, 8 décès sont observés en Corse chez l'homme et 5 chez la femme. Les taux de mortalité standardisés monde correspondant sont respectivement de 0,2 et 0,1 pour 100 000 personnes années.

Du fait de ces faibles effectifs, l'incertitude entourant les estimations de la mortalité au niveau de la région est majeure et il est difficile de caractériser les spécificités régionales de la mortalité pour ce cancer (Tableau 19-3 et Figures 19-2 b et 19-3 b).

On peut simplement constater que compte tenu de ces incertitudes, la Corse ne se distingue pas de la moyenne nationale pour la mortalité par lymphome de Hodgkin.

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 21-2 |

Lymphome de Hodgkin, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

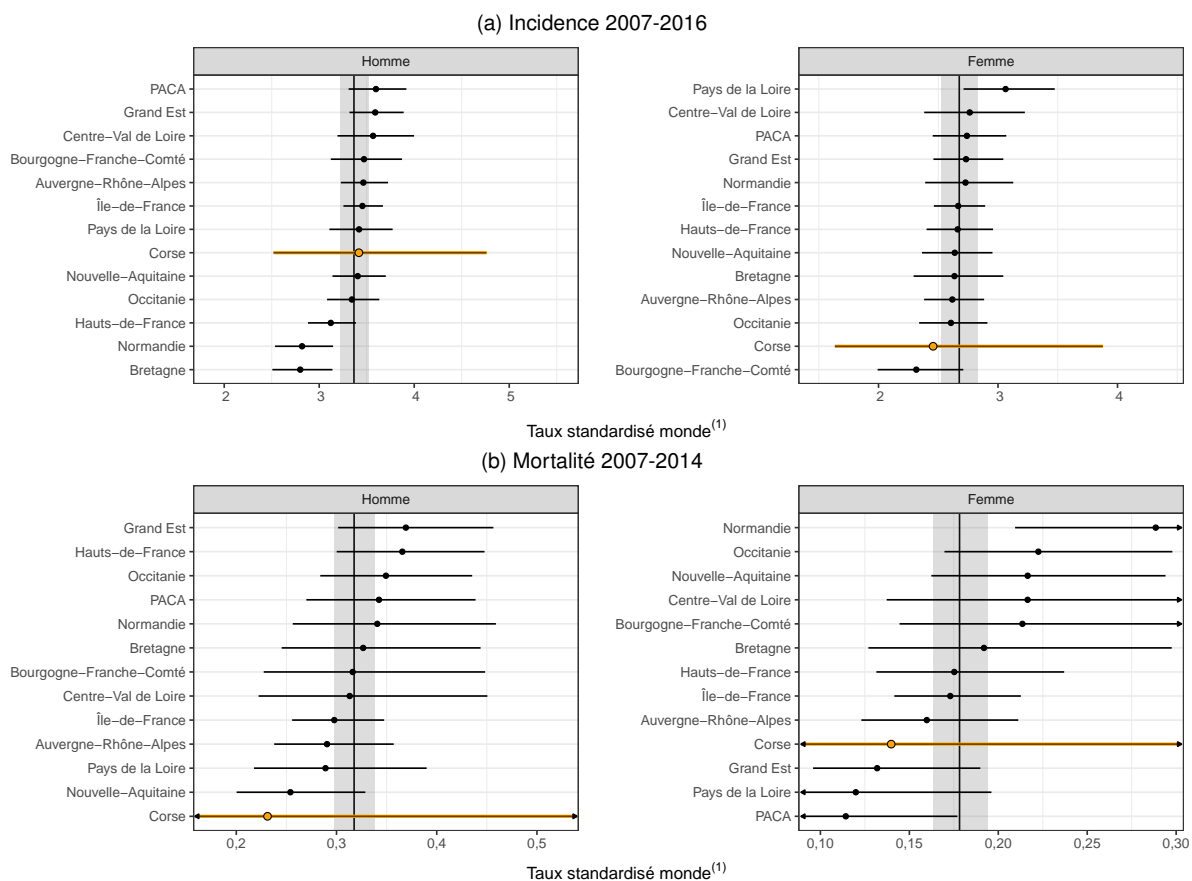
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
Homme						
Corse	6,1 [4,6;8,2]	3,42 [2,52;4,76]	1,02 [0,90;1,15]	1,0 [0,4;2,0]	0,23 [0,09;0,98]	1,01 [0,84;1,24]
France métropolitaine	1 128,7 [1 082,0;1 177,9]	3,37 [3,22;3,52]		157,1 [148,6;166,1]	0,32 [0,30;0,34]	
Femme						
Corse	4,0 [2,7;6,0]	2,46 [1,63;3,88]	1,02 [0,92;1,12]	0,6 [0,2;1,5]	0,14 [0,02;0,96]	1,01 [0,70;1,36]
France métropolitaine	870,8 [825,2;919,6]	2,68 [2,53;2,84]		113,8 [106,5;121,4]	0,18 [0,16;0,19]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 21-3 |

Lymphome de Hodgkin : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.22 Myélome multiple et maladies immunoprolifératives

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	Pas de méthode éligible
C90,C88	9731-9734,9760-9764	C90,C88	

4.22.1 Contexte national

Les classifications des néoplasies plasmocytaires (PCM) varient avec le temps. Dans la dernière classification OMS [1], le myélome multiple (MM) des os est l'entité la plus fréquente : plus rares sont le myélome multiple indolent (MMI), les plasmocytomes osseux ou extra osseux, les maladies des dépôts d'immunoglobuline monoclonale, amyloïdes ou non, ou enfin les maladies immunoprolifératives.

Les maladies immunoprolifératives sont représentées essentiellement par la maladie des chaînes lourdes α , appelée maladie immunoproliférative de l'intestin grêle (IPSID pour *immunoproliférative small intestinal disease*). L'IPSID atteint préférentiellement les adultes jeunes et correspond à une infiltration de l'intestin grêle par une population mixte de cellules d'aspect centrocytique et de plasmocytes, qui sécrètent une chaîne lourde alpha d'immunoglobuline monotypique tronquée qui n'est pas associée à une chaîne légère. L'infiltration de la muqueuse intestinale conduit à une entéropathie exsudative et une malabsorption.

Il est habituel dans les études épidémiologiques de présenter de façon associée le MM avec les maladies immunoprolifératives, le MM restant de très loin l'entité la plus fréquente. Il serait dans le futur utile et pédagogique de distinguer le MM de l'IPSID. Le MM est toujours précédé d'une gammopathie de signification indéterminée (MGUS).

Les antécédents de MGUS [2], les antécédents familiaux de MM, un indice de masse corporelle élevé, l'exposition à certains pesticides pourraient être des facteurs favorisant la survenue de MM. Le rôle des radiations ionisantes [3] reste discuté : les traitements cytotoxiques ou l'implication de certains virus sont aussi des facteurs de risque évoqués.

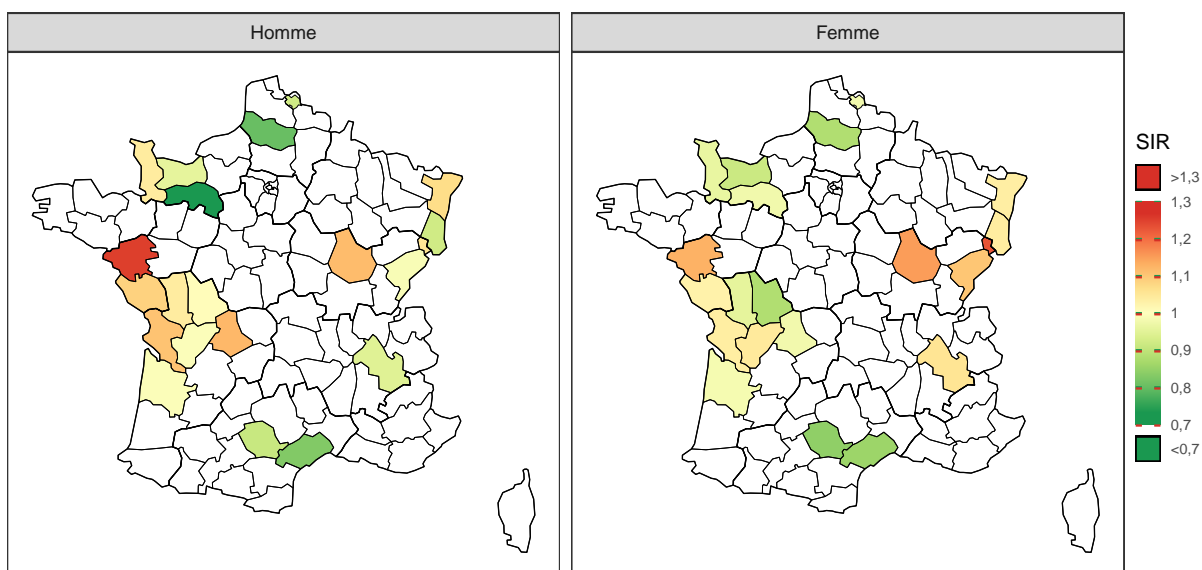
En France métropolitaine, un peu moins de 5 000 nouveaux cas ont été enregistrés en 2012 : 2 561 chez l'homme (52,3 %) et 2 337 chez la femme (47,7 %). Le taux d'incidence standardisé était de 4,2 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et de 2,9 chez les femmes [4]. L'estimation nationale de la mortalité 2007-2014 montre qu'en moyenne, 1 457 hommes et 1 374 femmes sont décédés de cette maladie chaque année. Le taux de mortalité standardisé monde est de 2,0 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et de 1,2 chez les femmes avec une distribution des taux estimés départementaux Q5 et Q95 variant entre 1,5 et 2,5 chez l'homme et 0,9 et 1,5 chez la femme (Tableau 22-1). Sur la période de diagnostic 1989-2013, on estimait une survie observée de 78 % à 1 an, 57 % à 3 ans, 42 % à 5 ans et une survie nette de 81 % à 1 an, 62 % à 3 ans, 47 % à 5 ans [5].

La méthode de lissage rend plus lisible la représentation cartographique. Ainsi, chez l'homme, on observe des contrastes de mortalité persistants après lissage des rapports standardisés de mortalité (SMR) (Figure 22-2). Ces contrastes présentent une structuration spatiale prononcée : sur-mortalité qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale dans l'ouest de la France¹ et sous-mortalité dépassant les 10 % dans la partie sud (2 départements) et est du territoire (2 départements)² (Figure 22-1 b). Chez la femme, la mortalité semble plus homogène sur le territoire français excepté pour la partie Ouest (Bretagne et Pays de la Loire)³ (Figures 22-1 b et 22-2).

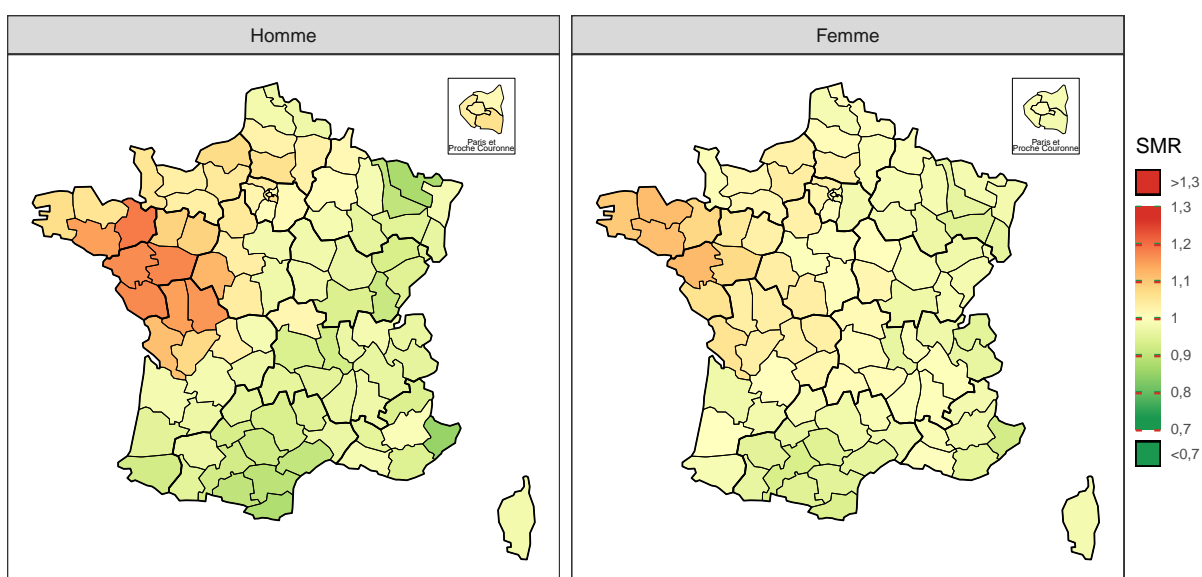
Bien qu'il n'y ait pas de méthode éligible pour la méthode de prédiction de l'incidence (cf. document Evaluation), la représentation cartographique des rapports standardisés d'incidence (SIR) observés dans les départements couverts par les registres des cancers montre qu'il existe quelques disparités régionales et départementales d'incidence qui correspondent à une incidence plus élevée en Loire-Atlantique chez les hommes et les femmes (chez celles-ci, on retrouve aussi un SIR >1,3 dans le territoire de Belfort) et une incidence plus faible dans la Somme et au Sud (Figure 22-1 a).

Myélome multiple et maladies immunoprolifératives : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR), par sexe

(a) Incidence observée 2007-2014, départements couverts par un registre des cancers



(b) Mortalité lissée 2007-2014, départements de France métropolitaine



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

TABLEAU 22-1 |

Myélome multiple et maladies immunoprolifératives, estimation nationale de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des décès dans le total

Sexe	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	1 457 [1 431 ; 1 484]	4,8 [4,7 ; 4,9]	1,98 [1,94 ; 2,02]	1,5 - 2,5	1,6
Femme	1 374 [1 348 ; 1 400]	4,2 [4,1 ; 4,3]	1,25 [1,22 ; 1,28]	0,9 - 1,5	2,2

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

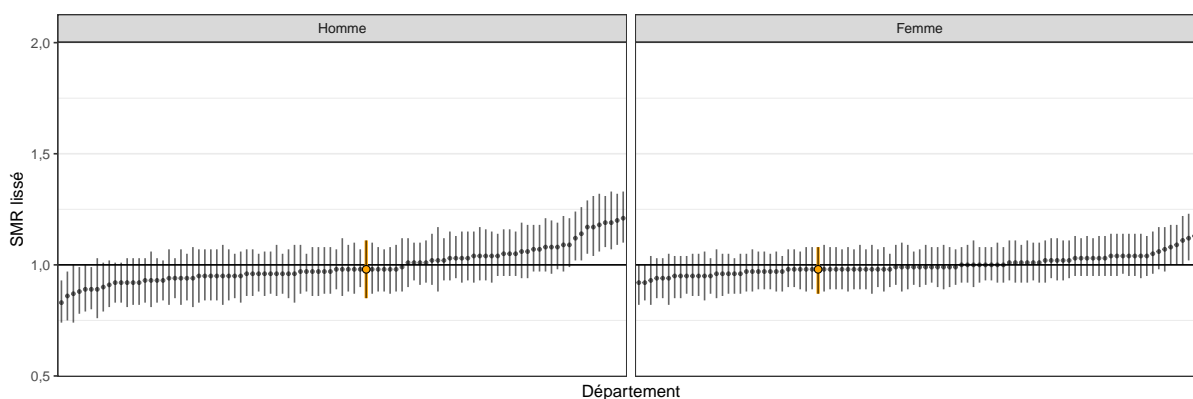
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux de mortalité départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des décès dans le nombre total de décès.

FIGURE 22-2 |

Myélome multiple et maladies immunoprolifératives : rapports standardisés de mortalité 2007-2014 lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

- Départements présentant une **mortalité** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Ille-et-Vilaine (35), Maine-et-Loire (49), Vendée (85), Loire-Atlantique (44), Vienne (86), Morbihan (56), Deux-Sèvres (79), Indre-et-Loire (37), Charente-Maritime (17).
- Départements présentant une **mortalité** de 10 % **inférieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Alpes-Maritimes (06), Moselle (57), Aude (11), Hérault (34).
- Départements présentant une **mortalité** de 10 % **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Ille-et-Vilaine (35), Maine-et-Loire (49), Vendée (85), Loire-Atlantique (44), Vienne (86), Morbihan (56), Deux-Sèvres (79), Indre-et-Loire (37), Charente-Maritime (17).

Références

- McKenna, R., Kyle, R., Kuehl, W., Harris, N., Coupland, R. *et al.* *Plasma cell neoplasms. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues.* Swerdlow S. Lyon : International Agency for Research on Cancer, 2017, 241-258 p.
- Kyle, R. A., San-Miguel, J. F., Mateos, M.-V. et Rajkumar, S. V. "Monoclonal gammopathy of undetermined significance and smoldering multiple myeloma." *Hematology/oncology clinics of North America* 28.5 (oct. 2014), p. 775-90.
- Desbiolles, A., Roudier, C., Gorla, S., Stempflelet, M., Kairo, C. *et al.* "Cancer incidence in adults living in the vicinity of nuclear power plants in France, based on data from the French Network of Cancer Registries." *International journal of cancer* 142.5 (mar. 2018), p. 899-909.
- Monnereau, A., Remontet, L., Maynadié, M., Binder-Foucard, F., Belot, A. *et al.* *Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. Partie 2 – Hémopathies malignes.* Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2013, 88 p.
- Monnereau, A., Uhry, Z., Bossard, N., Cowppli-Bony, A., Voirin, N. *et al.* *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 2 – Hémopathies malignes.* Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 44 p.

4.22.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Les estimations d'incidence du myélome multiple n'étant pas disponibles, les disparités géographiques ne peuvent être approchées qu'au travers de l'incidence observée dans les départements couverts par un registre collectant les cas pour ce type de cancer. On se référera au contexte national pour une description dans la zone couverte par un registre des cancers sur la période 2007-2014 (section 4.22.1).

Mortalité régionale

Les rapports standardisés de mortalité (SMR) ne mettent pas en évidence de sur- ou de sous-mortalité[†] en Corse par rapport à la France métropolitaine, que ce soit chez l'homme ou la femme pour ce type de cancer (Tableau 22-2).

En moyenne, le nombre annuel de décès est estimé à 8 chez l'homme et à 7 chez la femme sur la période 2007-2014 correspondant à des TSM de mortalité de 1,8 et 1,3 pour 100 000 personnes années respectivement (Tableau 22-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 22-2 |

Myélome multiple et maladies immunoprolifératives, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de décès, taux de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés de mortalité lissés (SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

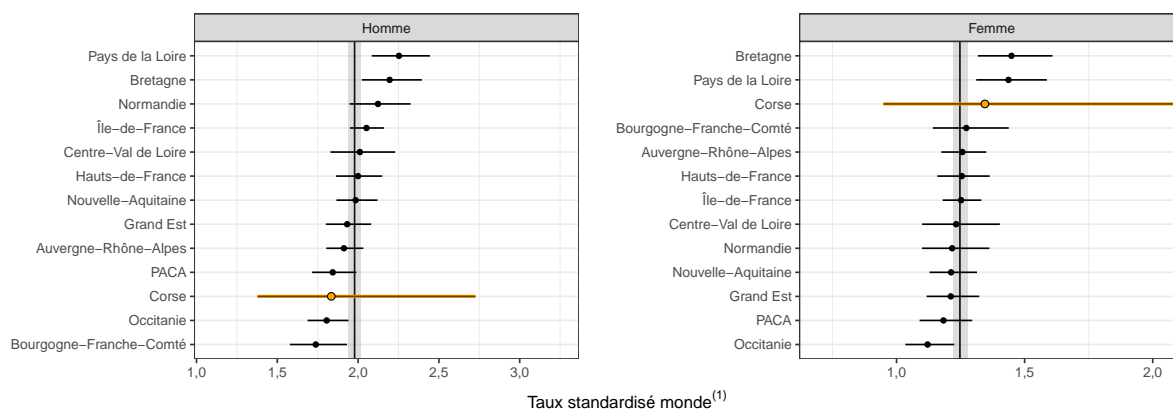
	Mortalité 2007-2014					
	Homme			Femme		
	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
Corse	8[6;10]	1,83[1,38;2,73]	0,98[0,86;1,11]	7[5;9]	1,35[0,95;2,24]	0,98[0,88;1,09]
France métropolitaine	1457[1431;1484]	1,98[1,94;2,02]		1374[1348;1400]	1,25[1,22;1,28]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 22-3 |

Myélome multiple et maladies immunoprolifératives : taux standardisés de mortalité 2007-2014 accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.23 Leucémies aiguës myéloïdes

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	Pas de méthode éligible
C920,C924,C925, C930,C942	9840, 9860, 9861, 9866, 9867, 9870-9874, 9891-9931, 9984, 9805, 9806-9809, 9865, 9869, 9911, 9898	C920,C924,C925, C930,C942	

4.23.1 Contexte national

Il est plus approprié de parler de leucémies aiguës myéloïdes (LAM) au pluriel car ces affections sont multiples dans leur présentation, leurs caractéristiques biologiques et surtout leur prise en charge, liée de plus en plus à leurs caractéristiques moléculaires. Il s'agit de proliférations plus ou moins rapides de cellules malignes développées à partir des cellules médullaires avec un niveau de différenciation variable. Ce sont des affections rares majoritairement du sujet âgé avec une médiane d'âge au diagnostic de 71 ans et dont le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est de 2,6 pour 100 000 personnes-années [1]. Le sexe ratio est de 1,1 traduisant une presque égalité entre les deux sexes. Ainsi, en France métropolitaine, on estime qu'il y a eu 2791 nouveaux cas en 2012, 1381 chez l'homme et 1410 chez la femme [1].

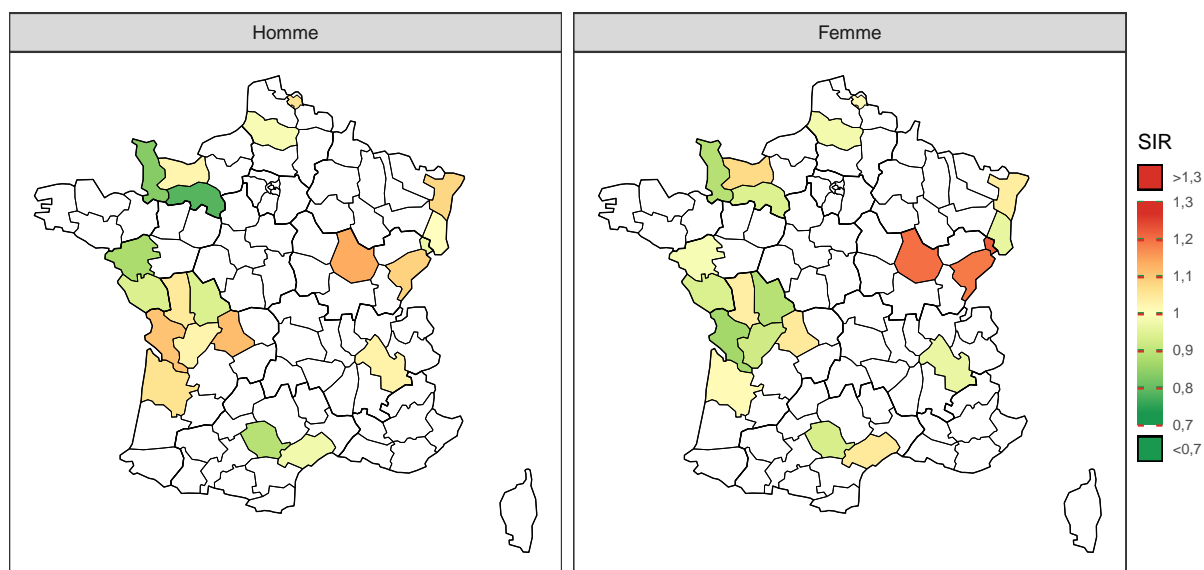
Bien qu'il n'y ait pas de méthode éligible pour la prédiction de l'incidence départementale (cf. document Evaluation), la représentation cartographique des rapports standardisés d'incidence (SIR) observés dans les départements couverts par les registres des cancers montre qu'il existe des différences géographiques d'incidence sur le territoire avec une incidence des LAM plus élevée chez l'homme dans les départements de la Côte d'Or, de la Charente-Maritime et de la Haute-Vienne, avec un SIR autour de 1,15, alors que l'incidence est plus faible (SIR<0,7) dans les départements de la Manche et de l'Orne (Figure 23-1 a). Chez la femme, le constat est le même avec un écart d'incidence entre les départements de la Côte d'Or, du Doubs et le Territoire de Belfort pour lesquels l'incidence est la plus importante (SIR>1,2), et les départements de Charente-Maritime et de la Manche où l'incidence est plus faible (SIR<0,9) (Figure 23-1 a). Les estimations restent cependant extrêmement incertaines et la majorité des SIR sont non significatifs.

La carte de mortalité est relativement superposable à celle des l'incidence (zone registre) à l'exception du département de la Charente-Maritime pour lequel est retrouvée une incidence plus importante accompagnée d'une sous-mortalité. Sur la période 2007-2014, le taux de mortalité standardisé à la population mondiale était estimé à 1,6 chez les hommes et 1,0 chez les femmes pour 100 000 personnes-années (Tableau 23-1). Il existe une légère disparité géographique de mortalité entre les départements français. Le rapport standardisé de mortalité (SMR) lissé rapporté à la France métropolitaine variait entre les départements de 0,9 à 1,15 chez les hommes et de 0,8 à 1,15 chez les femmes sur cette même période (Figure 23-1 b). Il ne ressort pas une évidente délimitation géographique entre les zones de sur et de sous-mortalité sur le territoire. Seul un département apparaît avec une sur-mortalité qui dépasse les 10 % par rapport à la moyenne nationale pour chaque sexe^{1,2}, et un département en sous-mortalité chez la femme³ (Figure 23-1 b).

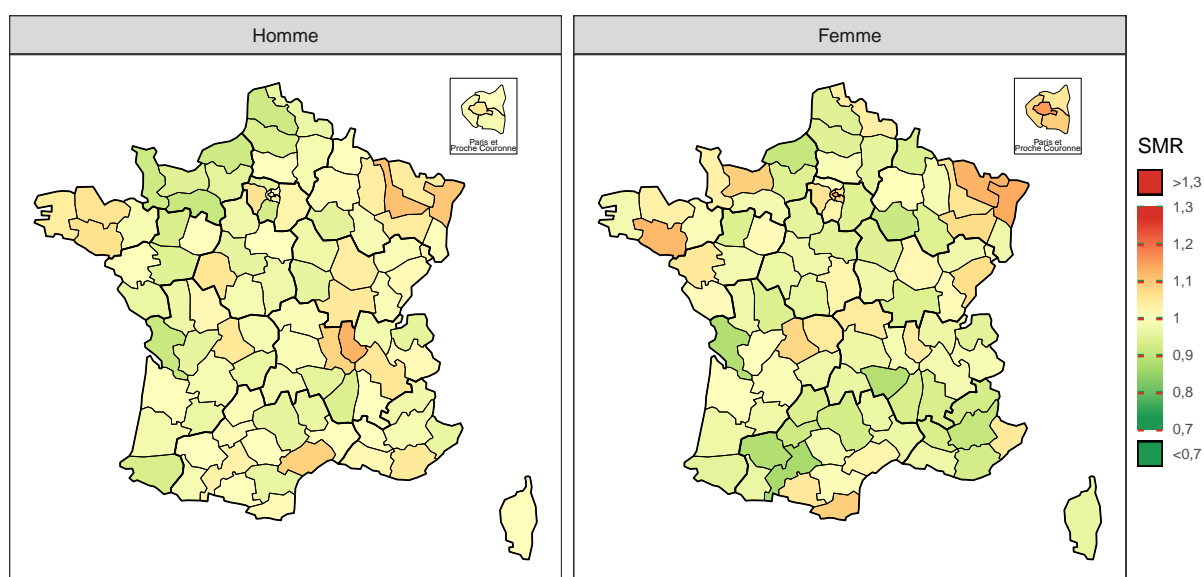
L'évolution des classifications internationales permet de distinguer actuellement 4 grandes catégories de LAM : les formes avec anomalies cytogénétiques récurrentes, les formes avec dysmyélopoïèse, celles secondaires à une thérapie cytotoxique précessive et les autres formes [2-4]. Au sein du premier groupe il faut isoler la leucémie aiguë promyélocytaire caractérisée par la translocation t(15;17) avec réarrangement des gènes PML/RARA, connue depuis de très nombreuses années et qui bénéficie d'un traitement spécifique par l'acide tout-trans-rétinoïque qui en a révolutionné le pronostic [5]. Il sera intéressant par la suite d'ajuster ces estimations de mortalité par département pour chacun des sous-types de LAM.

Leucémies aiguës myéloïdes : rapports standardisés d'incidence (SIR) et de mortalité (SMR), par sexe

(a) Incidence observée 2007-2014, départements couverts par un registre des cancers



(b) Mortalité lissée 2007-2014, départements de France métropolitaine



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

| TABLEAU 23-1 |

Leucémies aiguës myéloïdes, estimation nationale de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des décès dans le total

Sexe	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	994 [973 ; 1016]	3,25 [3,18 ; 3,33]	1,56 [1,52 ; 1,60]	1,1 - 2,0	1,1
Femme	851 [831 ; 871]	2,62 [2,55 ; 2,68]	1,02 [0,99 ; 1,05]	0,6 - 1,3	1,3

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

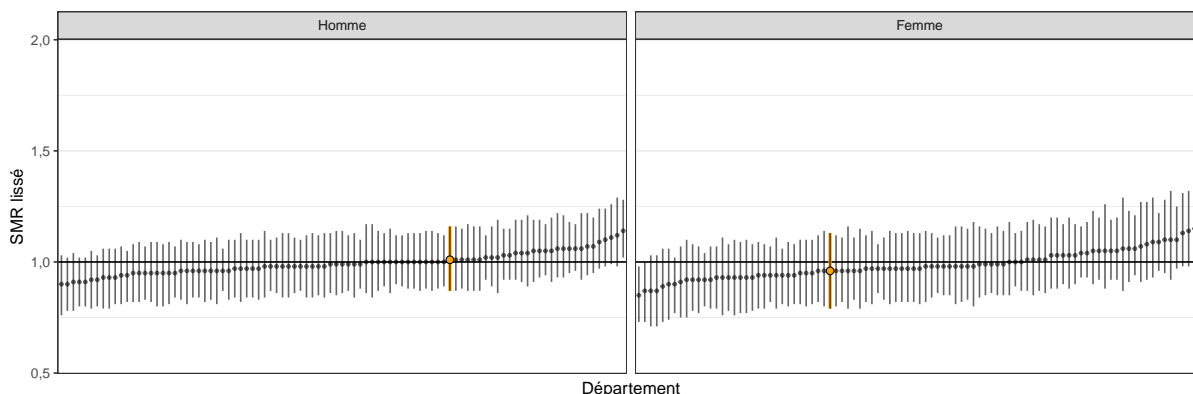
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux de mortalité départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des décès dans le nombre total de décès.

| FIGURE 23-2 |

Leucémies aiguës myéloïdes : rapports standardisés de mortalité 2007-2014 lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Notes

1. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **l'homme** : Rhône (69).
2. Départements présentant une **mortalité** de 10% **supérieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Paris (75).
3. Départements présentant une **mortalité** de 10% **inférieure** à la moyenne nationale chez **la femme** : Haute-Garonne (31).

Références

- [1] Le Guyader-Peyrou, S., Belot, A., Maynadié, M., Binder-Foucard, F., Remontet, L. *et al.* "Cancer incidence in France over the 1980–2012 period : Hematological malignancies". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 64.2 (avr. 2016), p. 103-112.
- [2] Bennett, J. M., Catovsky, D., Daniel, M. T., Flandrin, G., Galton, D. A. *et al.* "Proposals for the classification of the acute leukaemias. French-American-British (FAB) co-operative group." *British journal of haematology* 33.4 (août 1976), p. 451-8.
- [3] Harris, N. L., Jaffe, E. S., Diebold, J., Flandrin, G., Muller-Hermelink, H. K. *et al.* "The World Health Organization classification of neoplastic diseases of the hematopoietic and lymphoid tissues. Report of the Clinical Advisory Committee meeting, Airlie House, Virginia, November, 1997." *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology* 10.12 (déc. 1999), p. 1419-32.
- [4] Vardiman, J. W., Thiele, J., Arber, D. A., Brunning, R. D., Borowitz, M. J. *et al.* "The 2008 revision of the World Health Organization (WHO) classification of myeloid neoplasms and acute leukemia : rationale and important changes." *Blood* 114.5 (juil. 2009), p. 937-51.
- [5] Chomienne, C., Balitrand, N., Ballerini, P., Castaigne, S., Thé, H. de *et al.* "All-trans retinoic acid modulates the retinoic acid receptor-alpha in promyelocytic cells." *The Journal of clinical investigation* 88.6 (déc. 1991), p. 2150-4.

4.23.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Les estimations d'incidence des leucémies aiguës myéloïdes (LAM) n'étant pas disponibles, les disparités géographiques ne peuvent être approchées qu'au travers de l'incidence observée dans les départements couverts par un registre collectant les cas pour ce type de cancer. On se réfèrera au contexte national pour une description dans la zone couverte par un registre des cancers sur la période 2007-2014 (section 4.23.1).

Mortalité régionale

Les rapports standardisés de mortalité (SMR) ne mettent pas en évidence de sur- ou de sous-mortalité[†] en Corse par rapport à la France métropolitaine (Tableau 23-2).

En moyenne, le nombre annuel de décès par LAM en Corse est estimé à 6 chez l'homme et à 4 chez la femme sur la période 2007-2014, correspondant à des TSM de mortalité de 1,8 et 0,6 pour 100 000 personnes années respectivement (Tableau 23-2).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

TABLEAU 23-2

Leucémies aiguës myéloïdes, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de décès, taux de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés de mortalité lissés (SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

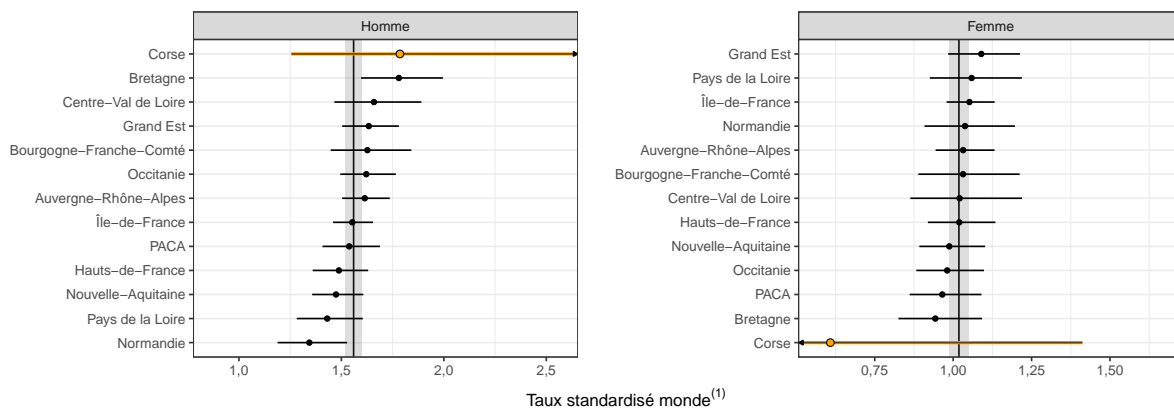
	Mortalité 2007-2014					
	Homme			Femme		
	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
Corse	6 [5;8]	1,79 [1,26;2,76]	1,01 [0,87;1,15]	4 [3;6]	0,61 [0,38;1,41]	0,95 [0,78;1,14]
France métropolitaine	994 [973;1016]	1,56 [1,52;1,60]		851 [831;871]	1,02 [0,99;1,05]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

FIGURE 23-3

Leucémies aiguës myéloïdes : taux standardisés de mortalité 2007-2014 accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

4.24 Tous cancers

Incidence		Mortalité	Méthode de prédiction
Topographie (CIM-O-3)	Morphologie (CIM-O-3)	Cause principale (CIM-10)	ALD/I (A++) (CIM-10)
C	Toutes	C	C

4.24.1 Contexte national

L'incidence de l'entité « Tous cancers » est très variable selon les zones géographiques dans le monde, l'incidence la plus élevée étant mesurée dans les pays les plus développés, l'Australie et la Nouvelle Zélande chez les hommes, les pays d'Amérique du Nord chez les femmes [1].

Sur la période 2007-2016 en France métropolitaine, le nombre de nouveaux cas de cancer était estimé à 356 109 par an dont 55,3 % survenant chez l'homme. Les taux d'incidence standardisés monde étaient de 355,3 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et 261,1 chez la femme (Tableau 24-1). Les variations d'incidence pour l'entité « Tous cancers » résultent d'évolutions très différentes selon le cancer (ex : pancréas versus estomac) et selon le sexe (ex : poumon). Globalement, l'incidence tend à se stabiliser chez les hommes alors qu'elle continue à augmenter chez les femmes [2].

Le nombre de décès par cancer est en moyenne de 152 556 par an (89 140 chez les hommes et 63 416 chez les femmes) au cours de la période 2007-2014, ce qui représente la première cause de décès en France et la première cause de mortalité prématurée [3]. Les taux de mortalité standardisés étaient de 139,6 pour 100 000 chez l'homme et 74,3 chez la femme (Tableau 24-1). L'évolution de la mortalité chez l'homme est différente de celle de l'incidence avec une diminution marquée du risque de décès par cancer depuis plus de 20 ans pour les deux sexes [2].

Il n'est pas possible de parler de facteurs de risque concernant l'entité « Tous cancers ». Néanmoins, des estimations montrent que plus de 4 nouveaux cas de cancers sur 10 chez les adultes de 30 ans et plus, seraient attribuables à des facteurs de risque liés au mode de vie ou à l'environnement en France métropolitaine en 2015 [4] : environ 142 000 nouveaux cas de cancers auraient potentiellement pu être évités si l'ensemble de la population avait été exposée à un niveau optimal à ces facteurs : tabagisme, consommation d'alcool, alimentation, surpoids et obésité.

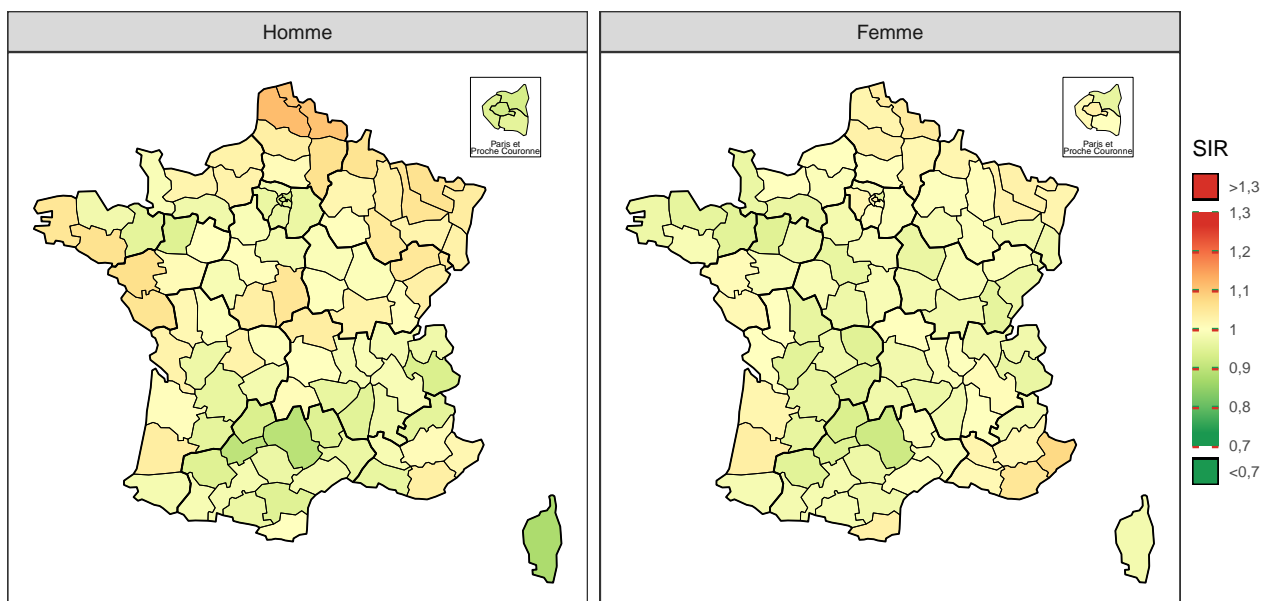
L'évolution favorable de la mortalité « Tous cancers » peut s'expliquer par la baisse de l'incidence de cancers de mauvais pronostic (ex : baisse de l'incidence du cancer du poumon chez les hommes). Elle peut aussi être attribuable à la modification de la répartition des cas incidents selon le stade au diagnostic (ex : généralisation d'un dépistage organisé) ; elle peut aussi être liée à des améliorations thérapeutiques permettant une plus grande chance de guérison.

Du point de vue de la répartition spatiale de l'incidence et de la mortalité par cancer, on constate une hétérogénéité moins prononcée en termes d'incidence que de mortalité et, pour un indicateur donné, une plus faible hétérogénéité chez les femmes que chez les hommes. Il existe différentes explications à ces constats :

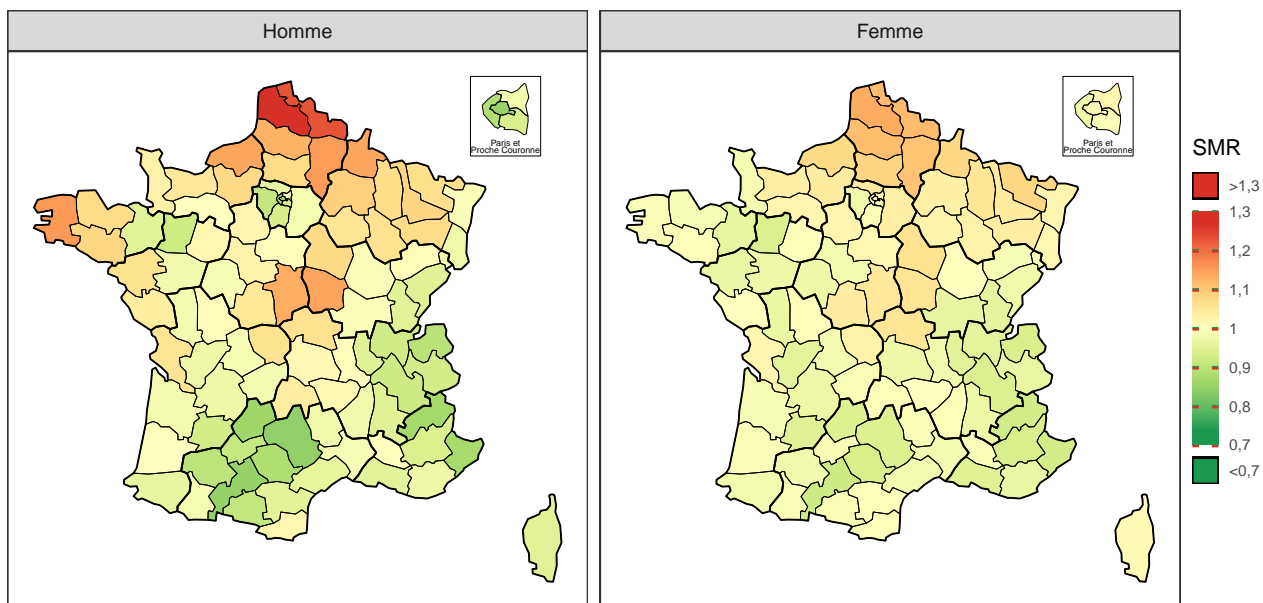
- L'incidence des cancers les plus fréquents (sein, prostate, colorectal) induit très peu de contrastes géographiques. La distribution spatiale de la mortalité de ces cancers est par contre plus marquée avec une sur-mortalité observée dans la partie Nord du territoire (cancers du sein et colorectal/femmes) et dans les parties Nord et Centrale (cancers de la prostate et colorectal/hommes).
- La distribution de l'incidence, et surtout de la mortalité par cancer, reflète, de manière atténuée, les contrastes observés entre la partie Nord du territoire métropolitain (à laquelle on peut ajouter une partie de la Bretagne chez les hommes) et la partie Sud pour un certain nombre de cancers pour lesquels le tabagisme et/ou la consommation d'alcool constituent des facteurs de risque majeurs (lèvre-bouche-pharynx, œsophage, foie, larynx pour les deux sexes et poumon chez les hommes).
- Les résultats « Tous cancers » mettent en évidence une certaine disparité territoriale mais masquent aussi des phénomènes particuliers qui concernent en particulier le mélanome de la peau, le cancer de la thyroïde, l'estomac voire le myélome multiple.

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

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



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

| TABLEAU 24-1 |

Tous cancers, estimation nationale de l'incidence 2007-2016 et de la mortalité 2007-2014, par sexe : effectifs annuels moyens (N), taux brut (TB), taux standardisé (TSM) accompagnés de leur intervalle de confiance à 95 % [IC], distribution des taux estimés départementaux (5^e et 95^e percentiles : Q5-Q95), et pourcentage des cas/décès dans le total

Sexe	Indicateur	N[IC]	TB[IC] ^a	TSM[IC] ^{a,b}	Q5-Q95 ^c	% ^d
Homme	Incidence	197 016 [194 777 ; 199 288]	641,9 [634,6 ; 649,3]	355,3 [351,2 ; 359,4]	321,4 - 387,0	100,0
	Mortalité	89 140 [88 933 ; 89 347]	291,8 [291,1 ; 292,5]	139,6 [139,3 ; 140,0]	117,7 - 165,0	100,0
Femme	Incidence	159 093 [157 095 ; 161 124]	486,9 [480,8 ; 493,1]	261,1 [257,7 ; 264,5]	239,4 - 275,1	100,0
	Mortalité	63 416 [63 242 ; 63 591]	195,0 [194,5 ; 195,5]	74,3 [74,1 ; 74,6]	67,4 - 83,2	100,0

^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

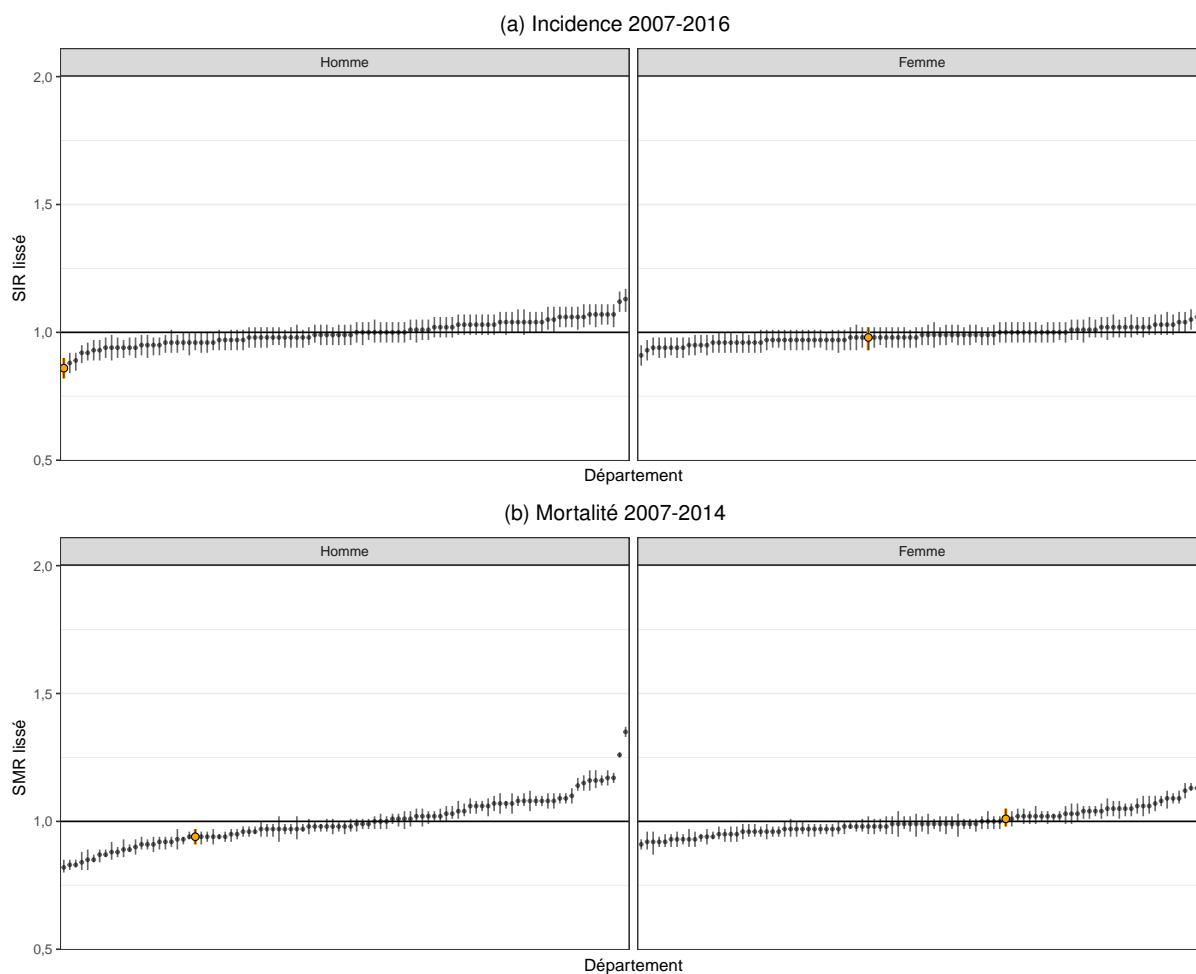
^b Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale.

^c 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale.

^d Pourcentage des cas/décès dans le nombre total de cas de cancers incidents ou de décès par cancer.

| FIGURE 24-2 |

Tous cancers : rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et département de France métropolitaine



Note : Les départements de la région Corse sont en sur-brillance orange et le rapport de la France métropolitaine (SIR et SMR=1) est représenté par la ligne horizontale.

Références

- [1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. *et al.* "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." *International journal of cancer* 136.5 (mar. 2015), E359-86.
- [2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. *et al.* "Cancer incidence and mortality in France over the 1980–2012 period : Solid tumors". *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.
- [3] DRESS. *L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2017*. 2017, 436 p.
- [4] Marant-Micallef, C., Shield, K. D., Vignat, J., Hill, C., Rogel, A. *et al.* "Approche et méthodologie générale pour l'estimation des cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015". *Bull Epidemiol Hebd* 21 (2018), p. 432-42.

4.24.2 Situation régionale et départementale

Incidence régionale

Chez l'homme, les rapports standardisés d'incidence (SIR) mettent en évidence une sous-incidence importante[†], estimée à 14 %, pour l'ensemble des cancers en Corse par rapport à la France métropolitaine (Tableau 24-2). Dans la région, sur la période 2007-2016, le nombre de nouveaux cas est estimé à 960 par an et le taux standardisé monde (TSM) d'incidence est de 301,5 pour 100 000 personnes-années. La Corse est la région qui présente le TSM le plus faible de France métropolitaine chez l'homme (Figure 24-3 a).

Chez la femme, il n'est pas mis en évidence de sur- ou de sous-incidence[†] pour l'ensemble des cancers par rapport à la France métropolitaine (Tableau 24-2). Le nombre annuel de nouveaux cas est estimé à 842, soit un taux standardisé monde (TSM) de 268,5 cas pour 100 000 personnes-années.

La Corse a un SIR faible en comparaison de l'ensemble des départements métropolitains chez l'homme, résultat que l'on ne retrouve pas chez la femme (Figure 24-2 a).

Mortalité régionale

Les rapports standardisés de mortalité (SMR) mettent en évidence une légère sous-mortalité chez l'homme par rapport à la France métropolitaine (SMR : 0,94 [0,91 ; 0,97], Tableau 24-2). Les TSM sont de 128,1 pour 100 000 personnes-années chez l'homme, avec une estimation du nombre de décès moyen annuel de 492, sur la période 2007-2014.

Chez la femme, la Corse ne présente pas de sur- ou de sous-mortalité[†] pour l'ensemble des cancers par rapport à la moyenne de la France métropolitaine (Tableau 24-2). En moyenne, le nombre annuel de décès par cancer est estimé à 351 sur la période 2007-2014, soit un TSM de mortalité de 74,9 pour 100 000 personnes-années.

La Corse a un SMR faible en comparaison de l'ensemble des départements métropolitains chez l'homme, résultat que l'on ne retrouve pas chez la femme (Figure 24-2 b).

[†] Une différence d'incidence ou de mortalité est mise en évidence d'un point de vue statistique dans cette étude lorsque le rapport standardisé d'incidence ou de mortalité est significatif (i.e. son intervalle de confiance à 95 % ne comprend pas la valeur 1). Elle est par ailleurs qualifiée d'importante, marquée ou notable si elle est significative et supérieure ou égale à 10 %.

| TABLEAU 24-2 |

Tous cancers, situation de la région Corse par rapport à la France métropolitaine : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95 % (IC), par sexe

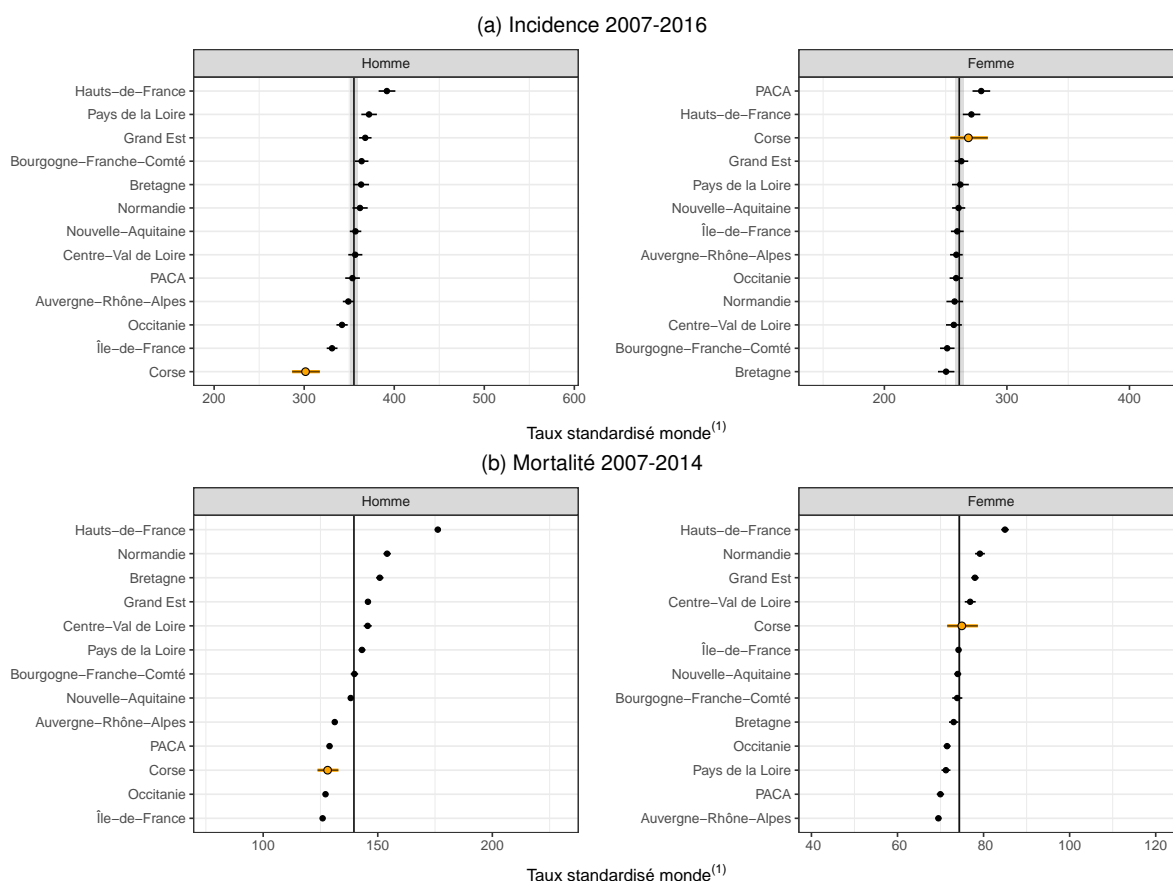
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Corse	960[914;1009]	301,5[286,6;317,4]	0,86[0,82;0,90]	492[477;508]	128,1[123,7;132,8]	0,94[0,91;0,97]
Fce. métr.	197016[194777;199288]	355,3[351,2;359,4]		89140[88933;89347]	139,6[139,3;140,0]	
<i>Femme</i>						
Corse	842[798;889]	268,5[253,7;284,4]	0,98[0,94;1,02]	351[338;364]	74,9[71,5;78,7]	1,01[0,98;1,05]
Fce. métr.	159093[157095;161124]	261,1[257,7;264,5]		63416[63242;63591]	74,3[74,1;74,6]	

(1) Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

| FIGURE 24-3 |

Tous cancers : taux standardisés d'incidence et de mortalité accompagnés de leurs intervalles de confiance à 95 %, par sexe et région de France métropolitaine



Notes : La région Corse est en sur-brillance orange et le niveau de la France métropolitaine est représenté par la ligne verticale et accompagné de son intervalle de confiance (bande grise).

(1) : Taux standardisé monde : les taux sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale. Ils sont exprimés pour 100 000 personnes-années.

Heuzé G, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. *Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Corse.* Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 146 p.

Disponible à partir des URL :

<https://geodes.santepubliquefrance.fr>

<http://lesdonnees.e-cancer.fr/>

<http://www.santepubliquefrance.fr/>

<https://www.e-cancer.fr/>

ISBN-NET : 979-10-289-0529-3

ISSN : 1956-6964

RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE

Tous droits réservés - Siren : 130 022 338

DÉPÔT LÉGAL : JANVIER 2019