



LES CANCERS

EN BRETAGNE



Première cause de mortalité en France, le cancer est aussi la première cause de mortalité prématurée évitable pour près de la moitié des décès qui lui est imputable.

Le travail de l'Observatoire Régional de Santé de Bretagne permet de constater des évolutions encourageantes : baisse de 14 % de la mortalité globale par cancer sur la dernière décennie ; diminution récente des cancers de la trachée, des bronches et du poumon pour les hommes ; premiers signes d'une diminution de l'incidence et de la mortalité du cancer du sein ; taux de participation aux dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal supérieurs à la moyenne nationale ; positionnement favorable dans la pratique du dépistage individuel du cancer du col de l'utérus. L'ARS Bretagne a rédigé sa feuille de route 2015 du Plan cancer 2014-2019 en tenant compte de ces constats.

De nombreux facteurs concourent à ces résultats :

- en premier lieu, les progrès notables dans le traitement du cancer et l'engagement des équipes de soignants ;
- une organisation régionale et territoriale qui permet un diagnostic plus précoce ;
- un accès aux stratégies thérapeutiques novatrices ayant fait leurs preuves ;
- des actions de prévention mieux organisées et plus efficaces ;
- enfin, le dynamisme et l'implication des acteurs.

Pour autant, ce constat ne doit pas masquer la position encore défavorable de la région par rapport à la situation nationale pour la mortalité des hommes (quelles que soient les localisations cancéreuses (surmortalité significative, augmentation des taux de mortalité avec l'âge) ou par la forte progression du cancer de la trachée, des bronches et du poumon pour les femmes. En parallèle, nous devons constater également une situation préoccupante de la région Bretagne vis-à-vis des deux principaux facteurs de risque du cancer : forte prévalence du tabagisme quotidien, consommation d'alcool supérieure à la moyenne nationale et importance des ivresses chez les jeunes.

Ce tableau de bord nous invite à une politique volontariste et tout particulièrement :

- au renforcement de nos actions de lutte contre l'alcoolisme et la progression du tabagisme conduite avec nos partenaires dans les différents territoires bretons et au plus près des populations ;
- à la promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée ;
- au développement de l'éducation thérapeutique qui doit devenir un élément constitutif de tout programme de soins ;
- à l'attention portée au déploiement du nouveau test immunologique de dépistage du cancer colorectal ;
- à la promotion de la santé environnementale qui doit nous permettre de prendre en considération les inquiétudes légitimes de la population et les alertes de la communauté scientifique ;
- à la mise en cohérence de nos politiques publiques déclinées à l'échelle des territoires, qu'elles concernent les transports, l'aménagement du territoire, les conditions de développement de l'emploi ou la santé au travail ;
- à la prise en compte systématique des inégalités sociales qui sont probablement un marqueur significatif à l'origine des différences observées dans la mortalité des cancers.

La mobilisation de tous autour de cette politique est indispensable à la confirmation des tendances favorables observées ces dernières années.

Olivier de Cadeville
Directeur Général de l'ARS Bretagne

La survenue d'un cancer résulte d'interactions complexes entre plusieurs facteurs :

■ Les comportements individuels

Le tabac constitue la principale cause de décès liée au cancer en France. Il favorise de manière significative de nombreux cancers : poumon, cavité buccale, pharynx, larynx, pancréas, vessie, reins, cavité nasale, sinus, œsophage, estomac, foie, col de l'utérus, leucémie myéloïde, côlon-rectum, ovaire et sein. Il est estimé actuellement que chaque année en France, 38 000 décès par cancer sont imputables au tabac chez les hommes¹ (soit près de la moitié des décès masculins par cancer) et 6 000 chez les femmes (9 % des décès féminins par cancer).

La consommation de boissons alcoolisées apparaît en France comme la deuxième cause de mortalité évitable par cancer après le tabac. Une étude publiée en mai 2013² a estimé qu'en 2009 la consommation d'alcool était responsable de plus de 15 000 décès par cancer (soit 9,5 % de la mortalité par cancer, 12 % pour les hommes et 6 % pour les femmes). Elle augmente le risque des cancers de la cavité buccale, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du côlon-rectum, du sein et du foie³.

La nutrition qui englobe l'alimentation y compris l'alcool, le statut nutritionnel et l'activité physique, est à la fois source de facteurs de risque et de facteurs protecteurs⁴. Les études menées dans les pays d'Europe estiment que 20 à 27 % des cancers sont attribuables à des facteurs nutritionnels⁵.

Environ 2 300 décès par cancer par an seraient attribuables au surpoids et à l'obésité et 2 240 à la pratique insuffisante de l'activité physique représentant, pour chacun de ces facteurs, 1,6 % de la mortalité par cancer¹.

■ Les facteurs socioéconomiques et culturels

D'une manière globale, les populations qui connaissent des situations socio-économiques difficiles (faible niveau de formation, catégories socioprofessionnelles défavorisées) ont tendance à adopter des comportements individuels à risque (tabac, alcool). Elles sont plus fréquemment touchées par l'obésité et la sédentarité, et ont un moindre recours au système de santé. À l'inverse, le fait de vivre dans un ménage aux revenus élevés et d'avoir fait des études augmente la participation au dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus⁶. Ces facteurs ont un impact sur l'appropriation des messages de prévention, le dépistage, l'accès et le recours aux soins.

■ Les expositions professionnelles

Elles ont un rôle certain, mais celui-ci reste mal connu et vraisemblablement très sous-estimé. Il est confirmé cependant a minima, pour l'exposition à l'amiante et aux poussières de bois. D'autres cancers apparaissent liés à des expositions professionnelles : les pesticides et les solvants. Selon les estimations de l'Institut de Veille Sanitaire (InVS), en 2012, 2 200 nouveaux cancers et 1 700 décès annuels furent attribuables à une exposition professionnelle liée à l'amiante en France⁷. Selon les études les plus récentes, 50 000 à 100 000 décès par mésothéliome sont attendus d'ici 2030 en France⁸. Par

ailleurs, les expositions professionnelles aux substances cancérigènes menacent davantage les ouvriers que les cadres⁹.

■ Les facteurs environnementaux

Il s'agit d'agents physiques (rayonnements (radon), ondes, etc.), chimiques (métaux, composés organiques, nanomatériaux, etc.) ou biologiques (toxines, virus) présents dans l'atmosphère, l'eau, les sols ou l'alimentation. Ils agissent à une échelle spatiale parfois fine.

L'impact de l'environnement sur la survenue de cancers reste difficile à évaluer et à étudier d'une part en raison de la multiplicité des expositions potentielles, de durée variable, liées à des faibles doses ou à des doses combinées et d'autre part du fait des difficultés à définir des seuils de toxicité et à caractériser les interactions entre les différents facteurs de risque...

Ces différents facteurs, désignés comme « déterminants de la santé » n'agissent pas isolément, mais plutôt de manière multifactorielle. D'autre part, il peut s'écouler plusieurs dizaines d'années entre l'exposition à l'agent cancérigène et l'apparition de la maladie qui peut résulter d'expositions simultanées ou successives à différents facteurs de risque. La susceptibilité génétique individuelle peut également moduler les effets de ces facteurs, notamment environnementaux¹⁰.

Bibliographie

1. ©Les cancers en France, Les Données, INCa, janvier 2014
2. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C (2013). Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. BEH 2013 ; 16-17-18:163-8
3. INCa, 2011. Fiche repère « Alcool et cancers »
4. World cancer research fund (WCRF), American institute for cancer research (AICR). Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer : a global perspective. Washington : AICR, 2007 : 517 p
5. World cancer research fund (WCRF), American institute for cancer research (AICR). Policy and action for cancer prevention. Food, nutrition, and physical activity : a global perspective. Washington : AICR, 2009 : 200 p
6. Beck F, Gautier A. (dir.). Baromètre cancer 2010. Saint-Denis : INPES, coll. Baromètres santé, 2012 : 272 p
7. Pairon JC. Éditorial. Amiante et effets sur la santé : une thématique toujours d'actualité. Bull Épidémiol Hebd. 2015 ; (3-4);26-8.
8. INCa, janvier 2012, Fiche repère « Amiante et mésothéliome pleural malin »
9. INCa, mars 2010, Fiche repère « Cancers professionnels et inégalités sociales »
10. <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/cancers-et-environnement> (consulté le 26/10/2015)

Tendances évolutives nationales des principaux cancers

➔ Depuis 2005, le nombre de nouveaux cas de cancers reste stable chez les femmes alors qu'il diminue chez les hommes.

Les estimations nationales de l'incidence en France sont réalisées par l'InVS sur la base des données des registres appartenant au réseau Francim. Si l'évolution des cancers en France sur la période 1980-2012 est marquée par une augmentation des taux d'incidence (+0,8 % par an chez les hommes et +1,1 % chez les femmes)¹, la tendance s'est inversée sur la période 2005-2012, avec une diminution de l'incidence en moyenne de -1,3 % par an chez l'homme, et un ralentissement de l'augmentation chez la femme (+0,2 %). Ces tendances sont liées à celles observées pour le cancer de la prostate pour les hommes et le cancer du sein pour les femmes qui diminuent ou se stabilisent depuis 2005.

Entre 1980 et 2012, le risque de décéder d'un cancer diminue chez les hommes comme chez les femmes

Les taux de mortalité par cancer diminuent chez les hommes (-1,5 % par an) comme chez les femmes (-1,0 %). S'ils demeurent plus élevés chez les hommes, ils diminuent plus rapidement que chez les femmes. Ce constat s'explique, en partie, par une baisse importante chez les hommes de l'incidence des cancers de pronostic médiocre (cancers de l'œsophage, estomac, voies aérodigestives

supérieures) en lien avec la diminution de la consommation d'alcool et de tabac.

Des évolutions variables selon le type de cancers

Trois profils principaux d'évolution de l'incidence et de la mortalité des différentes localisations cancéreuses sont observés entre 1980 et 2012 (figure 1), parmi les plus notables :

■ **Cancers pour lesquels l'incidence et la mortalité ont diminué** : cancers du col de l'utérus et de l'estomac chez les femmes et cancer de l'œsophage et des VADS (lèvres, cavité buccale, pharynx et larynx) chez les hommes ;

■ **Cancers pour lesquels l'incidence a augmenté et la mortalité a diminué** : cancers du sein et des VADS chez les femmes et de la prostate et du testicule chez les hommes ;

■ **Cancers pour lesquels l'incidence et la mortalité ont augmenté** : cancer du poumon chez les femmes, le mélanome cutané et le cancer du système nerveux chez les hommes comme chez les femmes ;

Toutefois, plus récemment sur la période 2005-2012, l'incidence ou la mortalité de certains cancers a évolué :

■ L'incidence du **cancer du sein**, qui a beaucoup progressé depuis 1980, est en diminution depuis 2005. Le taux d'incidence

standardisé a augmenté de +1,4 % par an en moyenne entre 1980 et 2012, alors qu'il diminue de -1,5 % par an sur la période 2005-2012. La mortalité liée à ce cancer est restée relativement stable jusqu'aux alentours de 1995, puis a diminué significativement jusqu'en 2012 (-1,5 % par an entre 2005 et 2012) ;

■ L'incidence du **cancer de la prostate** a fortement augmenté entre 1980 et 2005, en raison de l'évolution des techniques diagnostiques, avant de baisser nettement entre 2005 et 2009. La mortalité a diminué de manière notable sur la période 2005-2009 ;

■ Le **cancer du poumon**, dont l'incidence quasi stable chez les hommes entre 1980 et 2012 (en moyenne +0,1 % par an) tend à baisser depuis 2005 (-0,3 % par an) et voit sa mortalité diminuer (diminution de -0,5 % par an entre 1980 et 2012 et de -2,2 % entre 2005 et 2012). Chez les femmes, l'incidence et la mortalité par cancer du poumon ne cessent d'augmenter (augmentation annuelle moyenne +5,4 % pour l'incidence entre 2005 et 2012 et de +4,6 % pour la mortalité) ;

■ Chez les hommes et les femmes, l'incidence du **cancer colorectal**, en progression jusqu'en 2000, se stabilise, puis diminue entre 2005 et 2012 (-0,3 % par an). La mortalité diminue régulièrement entre 1980 et 2012 : -1,2 % par an pour les hommes et -1,4 % pour les femmes.

¹ © Les cancers en France, Les Données, INCa, janvier 2014

■ Figure 1 / Taux annuel moyen d'évolution (%) de l'incidence et de la mortalité des principaux cancers en France entre 1980 et 2012, puis entre 2005 et 2012, chez les hommes *

HOMMES	Incidence		Mortalité	
	1980-2012	2005-2012	1980-2012	2005-2012
Prostate **	4,9	-6	-1,5	-3,7
Poumon	0,1	-0,3	-0,5	-2,2
Côlon-rectum	0,3	-0,3	-1,2	-1,5
Lèvre, cavité orale, pharynx	-2,8	-5,3	-3,7	-6,5
Vessie	-0,4	-1,4	-1,1	-2,4
Rein	2	1,8	0	-1,2
Foie***	3,2	1,3		
Mélanome de la peau	4,7	2,9	1,9	0,1
Pancréas***	2,3	4,5		
Testicule	2,4	1,6	-3,5	-2,6
Estomac	-2,2	-2,2	-3,4	-2,8
Système nerveux central	1,1	0,4	0,4	-1,1
Oesophage	-3	-4,4	-3,4	-5
Thyroïde	5,2	5,4	-1,9	-2,7
Larynx	-2,9	-4,7	-6,4	-9,3

Sources : © Les cancers en France, Les Données, INCa, janvier 2014 (annexe 3).

* Dans les tableaux, les localisations cancéreuses sont classées selon l'ordre décroissant des taux d'incidence standardisés monde sur la période 1980-2012

** Les tendances pour la prostate sont fournies pour la période 1980-2009, c'est-à-dire la période pour laquelle les données ont été observées, et non pour la période 1980-2012. Toute projection d'incidence, même à 3 ans, est hasardeuse pour cette localisation étant donné les fluctuations majeures observées liées aux pratiques médicales sur la période la plus récente.

*** Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

■ **Figure 1 bis / Taux annuel moyen d'évolution (%) de l'incidence et de la mortalité des principaux cancers en France entre 1980 et 2012, puis entre 2005 et 2012, chez les femmes ***

FEMMES	Incidence		Mortalité	
	1980-2012	2005-2012	1980-2012	2005-2012
Sein	1,4	-1,5	-0,6	-1,5
Côlon-rectum	0,1	-0,3	-1,4	-1,1
Poumon	5,3	5,4	3,7	4,6
Thyroïde	5,1	2,7	-3,4	-4,2
Mélanome de la peau	3,2	1,7	0,8	-1,8
Corps de l'utérus	0,1	0,3	-1	-0,6
Ovaire	-0,6	-1,2	-1	-3,3
Pancréas***	3,9	5,4		
Col de l'utérus	-2,5	-1,2	-3,2	-2
Rein	1,7	1,4	-0,9	-2,1
Lèvre, cavité orale, pharynx	1,5	1,1	-0,5	-2,2
Estomac	-2,6	-2	-3,8	-2,7
Vessie	-0,4	0,9	-1	-0,9
Foie***	3,5	3		
Oesophage	-1,1	1,1	-0,5	1,1
Larynx	1,1	0,5	-2,5	-4,5
Système nerveux central	0,9	0,2	0,4	-1,9

Sources : ©Les cancers en France, Les Données, INCa, janvier 2014 (annexe 3).

* Dans les tableaux, les localisations cancéreuses sont classées selon l'ordre décroissant des taux d'incidence standardisés monde sur la période 1980-2012

*** Les données de mortalité des cancers du foie et du pancréas ne sont pas présentées du fait d'une moindre fiabilité de ces données par rapport aux autres localisations.

L'incidence en Bretagne

Estimation de l'incidence au niveau régional et départemental

À la différence des estimations nationales de l'incidence qui s'appuient sur les données des registres appartenant au réseau Francim, les données pour la Bretagne et ses départements se réfèrent aux affections de longue durée (ALD), seul indicateur disponible, reflet de l'incidence, qui peut présenter toutefois des biais d'exhaustivité. L'incidence des cancers est estimée à partir des nouvelles admissions en ALD 30 « Tumeur maligne,

affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique », disponibles pour les trois principaux régimes de l'Assurance Maladie (régime général, régime agricole, régime des professions indépendantes). Les effectifs de nouvelles admissions en ALD sont fiabilisés depuis 2006. Les taux les plus récents sont calculés sur la période triennale 2009-2010-2011 et utilisent les populations légales 2011.

Définition du taux standardisé de nouvelles admissions en ALD

Les taux standardisés d'incidence s'expriment en nombre de nouvelles admissions en ALD pour 100 000 personnes. Ils permettent de comparer dans le temps, dans l'espace et entre hommes et femmes, l'incidence de différentes unités géographiques indépendamment de la structure par âge et sexe des populations qui les composent. Il est calculé à partir des taux d'incidence selon l'âge de chaque population, appliqués à une population de référence (ici, la population française

au recensement de 2006). L'utilisation d'un taux moyen sur 3 années permet de pallier les fluctuations annuelles liées à la prise en compte de petits effectifs.

Test de significativité : afin d'affirmer l'existence d'une sous-incidence ou d'une surincidence significative dans une zone géographique par rapport à la France métropolitaine, des tests de significativité ont été réalisés (au seuil de 5 %).

➔ **Chaque année, en moyenne, plus de 16 300 nouvelles demandes d'ALD pour cancer en Bretagne.**

Sur la période 2009-2011, plus de la moitié (53 %) des nouvelles admissions en ALD pour cancer concerne des hommes (figure 2) et 44 % des personnes âgées de moins de 65 ans.

Une incidence des ALD pour cancer en progression chez les femmes

L'évolution de l'incidence des ALD pour cancer diffère selon le sexe. Après une période de surincidence chez les hommes par rapport au niveau national, ils présentent en 2009-2011 une position similaire (583 nouvelles admissions pour 100 000 hommes et 585 en France) du fait d'une évolution plus favorable depuis 2006-2008.

Les femmes conservent leur avantage, avec une incidence des ALD pour cancer significativement moins élevée en Bretagne en 2009-2011 (410 nouvelles admissions pour 100 000 femmes, contre 434 pour 100 000 en France).

Les taux standardisés d'incidence des ALD pour cancer ont progressé entre 2006-2008 et 2009-2011 chez les femmes, et demeurent inférieurs à ceux des hommes.

Des disparités selon les départements

Au sein de la région, chez les hommes, les départements d'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor sont en situation favorable par rapport à la moyenne nationale (respectivement -7 % et -5 %), tandis que le Morbihan présente une incidence supérieure de +8 % (figure 3). Le Finistère ne se distingue pas de cette moyenne.

Chez les femmes, le Finistère et les Côtes-d'Armor présentent une incidence significativement inférieure au niveau national (respectivement -8 % et -7 %), tandis que le Morbihan et l'Ille-et-Vilaine ne se différencient pas de cette moyenne.

De nouvelles admissions en ALD pour cancer plus précoces chez les femmes

En Bretagne comme en France, les taux de nouvelles admissions en ALD pour cancer sont faibles avant 40 ans. Ensuite, les taux progressent de manière sensiblement plus précoce chez les femmes mais plus rapide pour les hommes entre 50 et 70 ans. L'écart entre les deux populations se creuse à partir de 60 ans pour atteindre son maximum entre 75 et 79 ans, avec en Bretagne 2 273 nouvelles admissions pour 100 000 hommes et 1 115 pour 100 000 femmes (figure 4).

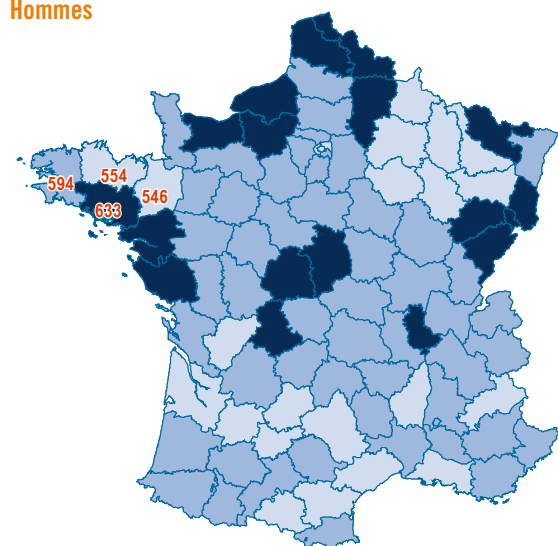
■ **Figure 2 / Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD pour cancer et taux standardisés, par sexe en Bretagne et en France en 2009-2011 - Evolution depuis 2006-2008**

	Hommes	Femmes
Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD pour cancer en Bretagne	8 730	7 578
Taux standardisé en Bretagne	583	410
Taux standardisé en France métropolitaine	585	434
Evolution du taux standardisé en Bretagne	-4 %	3 %

Source : CNAMTS, MSA, RSI. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

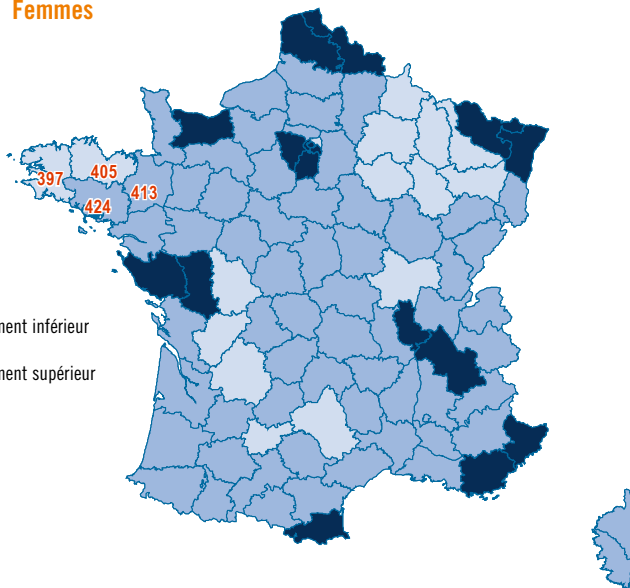
■ **Figure 3 / Positionnement des départements - Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer par sexe en 2009-2011**

Hommes



Taux min. : 473 en Meurthe-et-Moselle
Taux max. : 679 en Moselle.

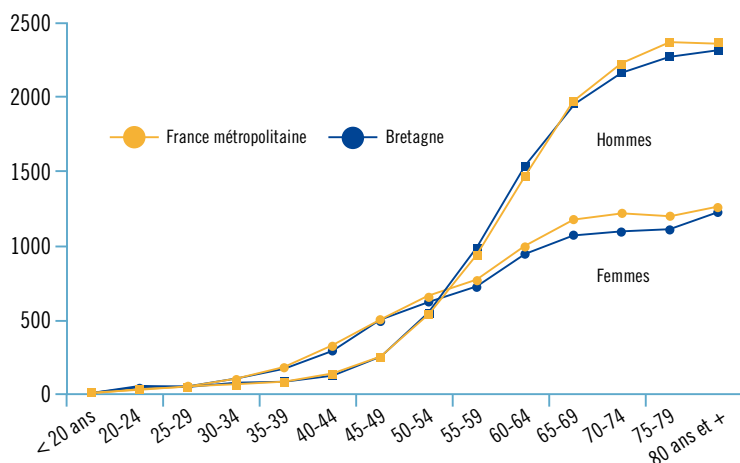
Femmes



Taux min. : 333 dans la Meuse
Taux max. : 483 dans les Pyrénées-Orientales.

Sources : CNAMTS, MSA, RSI, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

■ Figure 4 / Taux de nouvelles admissions en ALD pour cancer selon le sexe et l'âge en Bretagne en 2009-2011



Sources : CNAITS, MSA, RSI, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux pour 100 000

La mortalité en Bretagne

Définition du taux standardisé de mortalité

Les **taux standardisés de mortalité** s'expriment en nombre de décès pour 100 000 personnes. Ils permettent de comparer dans le temps, dans l'espace et entre hommes et femmes, la mortalité de différentes unités géographiques indépendamment de la structure par âge et sexe des populations qui les composent. Il est calculé à partir des taux de mortalité selon l'âge de chaque population, appliqués à une population de référence (ici, la

population française au recensement de 2006). L'utilisation d'un taux moyen sur 3 années permet de pallier les fluctuations annuelles liées à la prise en compte de petits effectifs.

Test de significativité : Afin d'affirmer l'existence d'une sous-mortalité ou d'une surmortalité significative dans une zone géographique par rapport à la France métropolitaine, des tests de significativité ont été réalisés (au seuil de 5 %).

➔ Plus de 8 500 décès par cancer en moyenne par an.

En Bretagne, le cancer a été la cause de 8 516 décès en moyenne annuelle en 2009-2011 : 5 086 hommes (60 %) et 3 430 femmes (40 %) (figure 5). Les décès par cancer représentent 27 % de l'ensemble des décès toutes causes confondues (32 % chez les hommes et 22 % chez les femmes).

En Bretagne, le taux masculin standardisé de mortalité est plus de 2 fois supérieur au taux féminin, respectivement 336 contre 155 pour 100 000 personnes. Ce constat se vérifie à l'échelle nationale (respectivement 318 et 159).

Une surmortalité masculine en Bretagne

Chez les hommes, la Bretagne présente une surmortalité par cancer de +6 % par rapport à la moyenne française en 2009-2011. Chez les femmes, elle occupe une position proche de la moyenne nationale.

Une baisse de 14 % de la mortalité sur la dernière décennie

Entre 2000-2002 et 2009-2011, la mortalité a diminué de 14 % en Bretagne, avec une accentuation de cette diminution depuis 2004-2006 (-8 %). Cette baisse de la mortalité tout au long de la période est plus élevée chez les hommes (-18 %) que chez les femmes (-8 %), et plus marquée depuis 2004-2006 (-11 % versus -3 % chez les femmes).

Bien que toujours en situation de surmortalité par rapport à la moyenne française, l'écart pour les hommes s'est réduit depuis 2008 (figure 6).

Une mortalité masculine qui augmente fortement avec l'âge

En Bretagne comme en France, la mortalité par cancer est faible et proche pour les deux sexes jusqu'à 50 ans (figure 7).

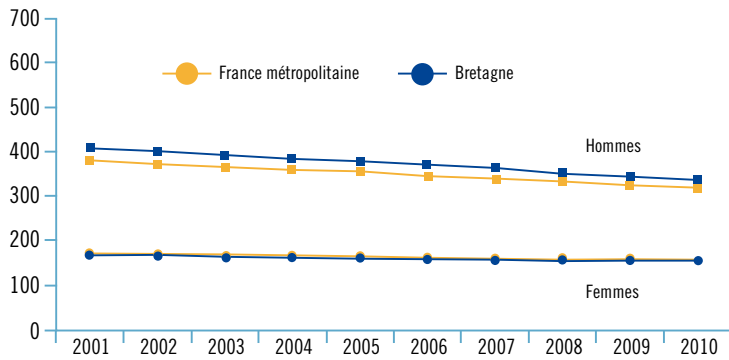
Avec l'âge, l'écart se creuse entre les hommes et les femmes. À partir de 55 ans, les taux masculins sont plus de 2 fois plus élevés que les taux féminins. La surmortalité masculine est maximale à partir de 85 ans.

■ Figure 5 / Nombre moyen annuel de décès par cancer et taux standardisés, par sexe en Bretagne et en France en 2009-2011

	Hommes	Femmes
Nombre moyen annuel de décès par cancer en Bretagne	5 086	3 430
Taux standardisé en Bretagne	336	155
Taux standardisé en France métropolitaine	318	159

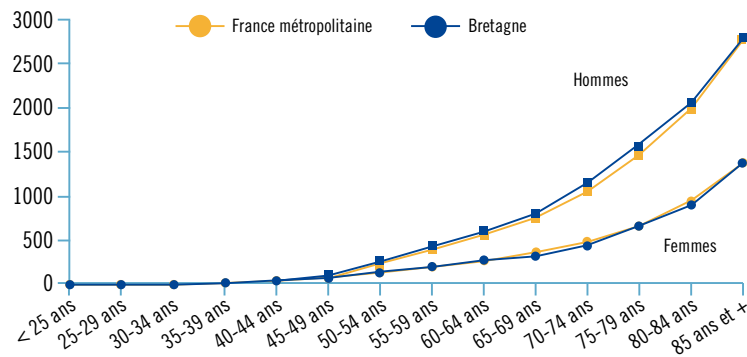
Sources : Inserm CépiDc. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

■ **Figure 6 / Évolution des taux standardisés de mortalité par cancer depuis 2000-2002***



Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000
* L'année est l'année centrale de la période triennale, ex : 2001 pour 2000-2001-2002

■ **Figure 7 / Taux de mortalité par cancer selon le sexe et l'âge en Bretagne en 2009-2011**



Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux pour 100 000

La mortalité : disparités au sein de la région

Des disparités départementales de mortalité au sein de la région

Chez les hommes, deux départements présentent une surmortalité significative par rapport à la moyenne française en 2009-2011 (figures 8 et 9) :

- le Finistère totalisant près de 1 600 décès, soit le taux standardisé de mortalité le plus élevé de la région (370 décès pour 100 000 hommes) ;
- les Côtes-d'Armor avec près de 1 100 décès annuels, soit un taux de 345 décès pour 100 000 hommes ;
- le Morbihan avec plus de 1 200 décès, soit 335 décès pour 100 000, ne se différencie pas significativement de la moyenne française ;
- à l'inverse, le département d'Ille-et-Vilaine présente une situation plus favorable que la moyenne française : si le nombre moyen annuel y atteint près de 1 200 décès, le taux

standardisé de mortalité est inférieur au taux français, respectivement 294 décès pour 100 000 contre 318 pour 100 000.

Chez les femmes, les quatre départements ne se démarquent pas significativement de la moyenne française :

- les Côtes-d'Armor avec 710 décès, soit un taux de 154 décès pour 100 000 femmes ;
- le Morbihan avec 820 décès, soit 158 décès pour 100 000 ;
- l'Ille-et-Vilaine avec près de 900 décès, soit un taux de 153 décès pour 100 000 ;
- le Finistère totalisant plus de 1 000 décès soit un taux de 156 décès pour 100 000.

Dans les départements, une évolution de la mortalité plus contrastée chez les hommes que chez les femmes

Chez les hommes, le Finistère se positionne en surmortalité vis-à-vis des autres

départements sur l'ensemble de la période 2000-2011 et connaît l'évolution la moins favorable depuis 2004-2006 (-7 %) (figure 10). L'Ille-et-Vilaine présente la situation la plus favorable de la région avec une sous-mortalité observée depuis 2000-2002 et la plus forte diminution entre 2000 et 2011 (-21 %), de même que sur la période la plus récente (-15 % depuis 2004-2006). Les Côtes-d'Armor et le Morbihan affichent une position intermédiaire et ont connu une baisse de la mortalité de respectivement -5 % et -6 % entre 2000-2002 et 2004-2006, plus marquée depuis 2004-2006 (respectivement -11 % et -14 %).

Chez les femmes, la situation dans les départements est beaucoup moins contrastée (figure 10). La mortalité des femmes a diminué plus fortement dans les Côtes-d'Armor (-11 % depuis 2000-2002), qu'en Ille-et-Vilaine (-9 %), dans le Finistère (-7 %) et dans le Morbihan (-4 %).

■ **Figure 8 / Nombre moyen annuel de décès par cancer en 2009-2011**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Côtes-d'Armor	1 099	710	1 808
Finistère	1 599	1012	2 612
Ille-et-Vilaine	1 175	888	2 063
Morbihan	1 213	820	2 033
Bretagne	5 086	3 430	8 516
France métropolitaine	89 251	63 156	152 407

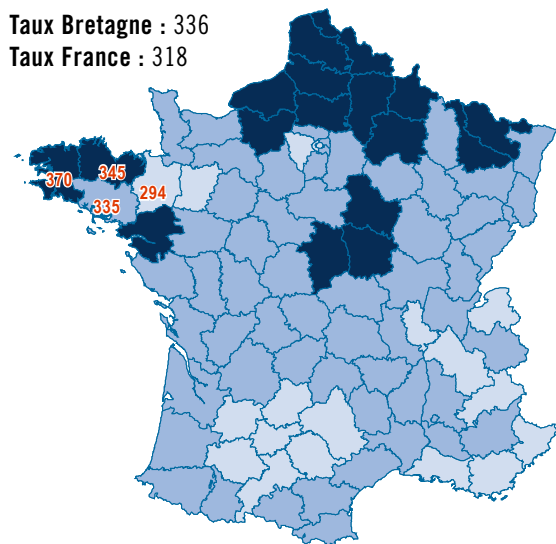
Sources : Inserm CépiDc, Exploitation ORS Bretagne

■ **Figure 9 / Positionnement des départements - Taux standardisés de mortalité par cancer par sexe en 2009-2011**

Hommes

Taux Bretagne : 336

Taux France : 318

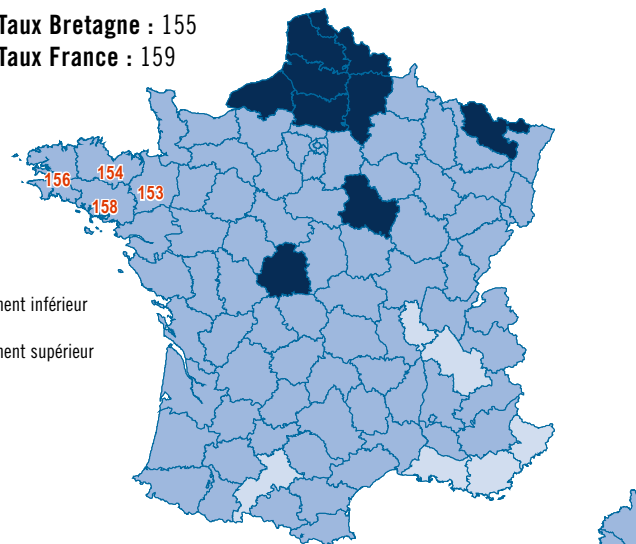


Taux min. : 257 dans l'Aveyron
Taux max. : 409 dans le Pas-de-Calais.

Femmes

Taux Bretagne : 155

Taux France : 159

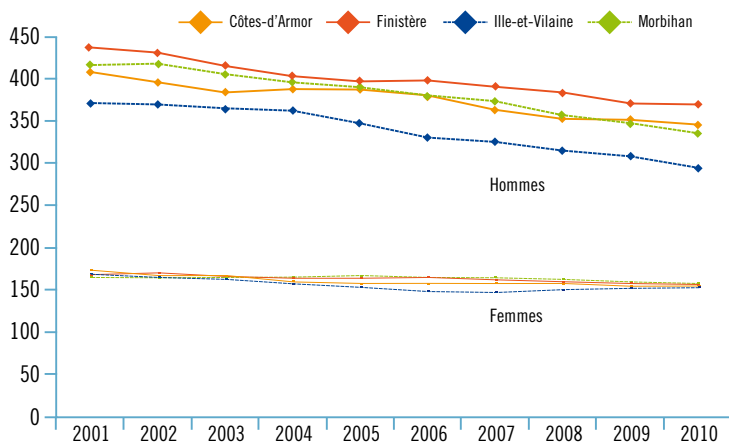


Taux min. : 137 dans les Alpes-Maritimes
Taux max. : 186 dans le Pas-de-Calais.

Taux standardisés
 □ Significativement inférieur
 □ Non différent
 ■ Significativement supérieur

Sources : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

■ **Figure 10 / Évolution des taux standardisés de mortalité par cancer selon les départements et le sexe depuis 2000-2002***



Sources : Inserm CépiDc, Insee, Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000
 * L'année est l'année centrale de la période triennale, ex : 2001 pour 2000-2001-2002

Incidence et mortalité selon les localisations cancéreuses en Bretagne

Repères méthodologiques

Les cancers des VADS regroupent les cancers des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx, les cancers de l'œsophage et les cancers du larynx (codes CIM 10 : C00 à C14, C15 et C32).

Incidence du cancer de l'utérus : les nouvelles admissions en ALD pour cancer du col de l'utérus (480) comprennent celles pour cancer du col de l'utérus (C53) : 166, du corps de l'utérus (C54) : 273 et sans précision (C55) : 41.

Mortalité par cancer de l'utérus : une grande partie des décès par cancer de l'utérus est codée en CIM10 C55, c'est-à-dire en « tumeurs malignes de l'utérus sans précision », ainsi en Bretagne sur un total de 161 décès recensés en moyenne en 2009-2010-2011, 39 mentionnaient le col de l'utérus, 43 le corps de l'utérus et 79 étaient sans précision. Il est donc difficile de distinguer ces 2 localisations pour l'étude de la mortalité.

➔ **En termes d'incidence des ALD pour cancer dans l'ensemble de la population, les cinq localisations les plus fréquentes**, en moyenne annuelle en 2011-2013, sont : le cancer du **sein** (2 923 nouvelles admissions féminines), le cancer de la **prostate** (2 357 nouvelles admissions masculines), le cancer du **côlon rectum** (1 830), le cancer de la **trachée, des bronches et du poumon** (1 358) et le cancer des **voies aérodigestives supérieures** (VADS) (1 111).

En termes de mortalité, le cancer de la **trachée, des bronches et du poumon** est responsable du plus grand nombre de décès (1 541 en moyenne annuelle en 2009-2011), suivi par le cancer du **côlon rectum** avec 942 décès, puis par le cancer des **voies aérodigestives supérieures** (648 décès). Viennent ensuite, avec des effectifs proches, le cancer du **sein** (559 décès) et celui de la **prostate** (554).

Les cancers, première cause de mortalité, chez les hommes

En Bretagne, le nombre de nouvelles admissions en ALD pour cancer chez les hommes est d'environ 9 000 (8 883) en moyenne annuelle en 2011-2013, dont 2 357 (27 %) cancers de la **prostate**, 973 (11 %) cancers du **côlon rectum**, 956 (11 %) cancers de la **trachée, des bronches et du poumon**

et 902 (10 %) cancers des **VADS** (figure 11). Les cancers sont la première cause de mortalité des hommes avec près de 5 100 (5 086) décès en moyenne annuelle entre 2009 et 2011 (soit près d'un tiers de l'ensemble des décès). Le cancer de la **trachée, des bronches et du poumon** est responsable du plus grand nombre de décès (1 145 décès, soit 23 % de l'ensemble des décès par cancer). Viennent ensuite avec des effectifs proches le cancer de la **prostate** (554 décès, soit 11 %), celui des **VADS** (548 décès, soit 11 %), et enfin, le cancer du **côlon rectum** (495, soit 10 %).

Chez les femmes, les cancers, deuxième cause de décès après les maladies de l'appareil circulatoire

En Bretagne, le nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD pour cancer chez les femmes est d'environ 8 000 (8 074) entre 2011 et 2013. Le cancer du **sein** occupe la première place, avec 2 923 nouvelles admissions (36 % de l'ensemble), loin devant le cancer du **côlon rectum** (857 nouvelles admissions, soit 11 %), puis le cancer de l'**utérus** (480, soit 6 %). Le cancer de la **trachée, des bronches et du poumon** (402 nouvelles admissions, soit 5 %) se classe en 4^e position, suivi par le **mélanome** (369, soit 5 %), et enfin le cancer de l'**ovaire** avec 236 nouvelles admissions (3 %).

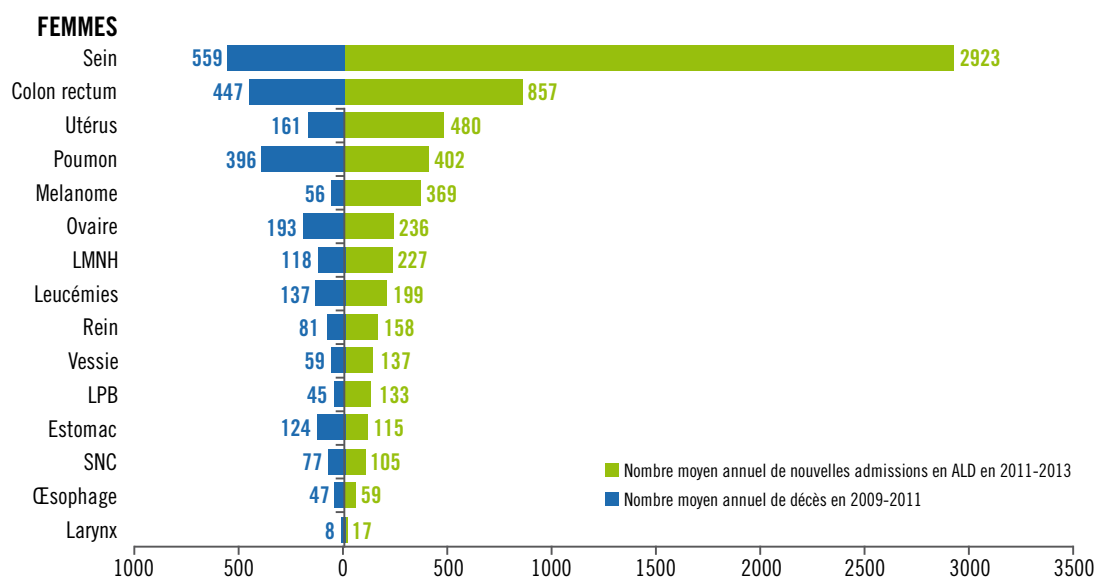
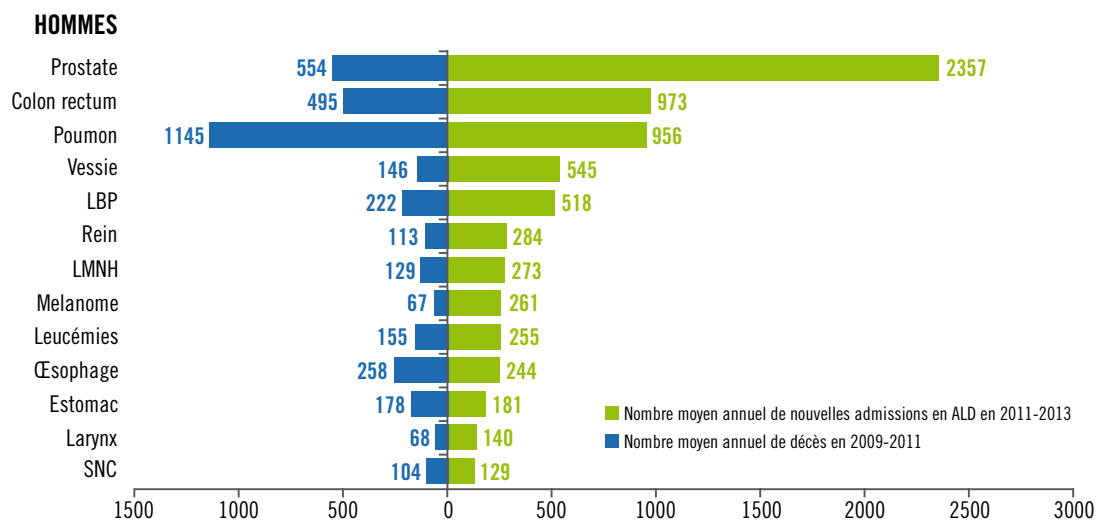
Les cancers ont été responsables de 3 430 décès féminins en moyenne annuelle en

2009 - 2011, soit 22 % de l'ensemble des décès. Ils représentent la deuxième cause de décès après les maladies de l'appareil circulatoire (4 821 décès). Le cancer du **sein** est au 1^{er} rang des décès par cancer chez les femmes avec 559 décès (soit 16 % des décès par cancer) devant le cancer du **côlon rectum** (447, soit 13 %) et le cancer de la **trachée, des bronches et du poumon** (396 décès, soit 12 %). Le cancer de l'**ovaire** (193 décès, soit 6 %) se classe en 4^e position, suivi par le cancer de l'**utérus** (161 décès, soit 5 %) et les **leucémies** avec 137 décès (4 %).

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

En Bretagne, comme en France, les taux standardisés d'incidence et de mortalité des hommes sont toujours supérieurs à ceux des femmes, à l'exception de l'incidence du mélanome qui est inférieure chez les hommes (figure 12). La différence hommes/femmes la plus marquée s'observe pour le cancer des **VADS** pour lequel l'incidence et la mortalité masculines sont respectivement 5 et 7 fois plus élevées. Ensuite, le cancer de la **vessie** touche près de 5 fois plus d'hommes que de femmes en incidence et 4 fois plus en mortalité. Quant au cancer de la **trachée, des bronches et du poumon**, il est 3 fois plus fréquent en termes d'incidence et 4 fois plus en termes de mortalité.

■ **Figure 11 / Classement des localisations cancéreuses en termes d'incidence et de mortalité, par ordre de fréquence décroissante de l'incidence en Bretagne**



Sources : Inserm CépiDc, CNAMTS, MSA, RSI Exploitation ORS Bretagne
 LMNH : lymphome malin non hodgkinien
 LBP : lèvre bouche pharynx
 SNC : système nerveux central

■ **Figure 12 / Taux standardisés d'incidence et de mortalité selon les localisations cancéreuses en 2009-2010-2011, en Bretagne et en France (par ordre de fréquence décroissante de l'incidence en Bretagne)**

HOMMES	Mortalité		Incidence	
	Bretagne	France métropolitaine	Bretagne	France métropolitaine
TOUS CANCERS	336,0	318,4	582,8	585,1
PROSTATE	40,0	35,3	173,2	170,1
COLON ET RECTUM	33,3	33,0	66,9	65,2
TRAQUÉE - BRONCHES - POUMON	72,1	76,2	56,7	64,3
LÈVRE - BOUCHE - PHARYNX	13,9	10,6	32,4	27,5
VESSIE	10,2	14,1	31,0	42,7
LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN	8,7	8,6	17,4	17,9
REIN	7,6	7,9	16,6	19,4
ŒSOPHAGE	16,4	10,5	15,8	11,3
MELANOME DE LA PEAU	4,4	3,4	15,1	13,3
LEUCÉMIES	10,7	11,3	14,8	17,0
ESTOMAC	12,2	10,6	12,1	11,0
LARYNX	4,3	3,7	9,7	9,9
SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	6,6	6,5	7,2	7,9

Sources : Inserm CépiDc, CNAMTS, MSA, RSI, Insee, Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

■ **Figure 12 / Taux standardisés d'incidence et de mortalité selon les localisations cancéreuses en 2009-2010-2011, en Bretagne et en France (par ordre de fréquence décroissante de l'incidence en Bretagne)**

FEMMES	Mortalité		Incidence	
	Bretagne	France métropolitaine	Bretagne	France métropolitaine
TOUS CANCERS	155,1	159,3	409,5	434,3
SEIN	26,8	30,2	151,6	172,1
COLON ET RECTUM	18,7	19,1	41,8	43,2
MÉLANOME DE LA PEAU	2,6	2,0	18,8	13,1
TRAQUÉE - BRONCHES - POUMON	19,6	20,0	18,8	21,7
CORPS DE L'UTÉRUS			14,0	13,8
COL DE L'UTÉRUS	7,6	8,2	9,8	10,7
OVAIRES	9,0	8,9	12,8	12,9
LYMPHOME MALIN NON HODGKINIEN	4,9	4,8	10,9	12,2
LEUCÉMIES	5,9	6,2	9,4	10,8
REIN	3,6	2,9	7,5	8,8
LÈVRE - BOUCHE - PHARYNX	2,1	2,1	6,4	7,3
VESSIE	2,4	2,7	6,0	7,5
ESTOMAC	5,3	4,1	5,7	5,0
SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	3,9	4,0	4,8	5,8
ŒSOPHAGE	2,2	2,1	2,3	2,3
LARYNX	0,4	0,4	0,9	1,2

Sources : Inserm CépiDc, CNAIMTS, MSA, RSI, Insee, Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

Focus sur le cancer du côlon-rectum en Bretagne

➔ Plus de 1 800 nouvelles admissions en ALD et près de 950 décès

En moyenne annuelle sur la période 2011-2013, la Bretagne a enregistré 1 830 nouvelles admissions en ALD pour le cancer colorectal (figure 13) et 942 décès en 2009-2011 (figure 14). Environ 53 % des nouvelles admissions et des décès sont masculins.

Le cancer colorectal est le 2^e cancer le plus fréquent en termes d'incidence des ALD, après celui de la prostate chez les hommes et celui du sein chez les femmes. Il se situe au 4^e rang des décès par cancer, après celui de la trachée, des bronches et du poumon, de la prostate et des VADS chez les hommes et au 2^e rang après le cancer du sein chez les femmes.

Les hommes plus touchés que les femmes

Le risque de développer un cancer du côlon-rectum est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Le taux standardisé d'incidence masculin (66,9 nouvelles admissions pour 100 000) est 1,6 fois supérieur à celui des femmes

(41,8) (figure 13). Il en est de même pour la mortalité : le taux standardisé de mortalité masculin (33,3 décès pour 100 000) est 1,8 fois supérieur au taux féminin (18,7) (figure 14).

La Bretagne comparable à la France, tant pour la mortalité que pour les nouvelles admissions en ALD

À l'échelon infrarégional, les disparités ne sont pas significatives (figures 13 et 14). Les taux de nouvelles admissions en ALD et de mortalité dans les départements sont proches de la moyenne française, et ne s'en différencient pas significativement.

Un cancer rare avant 50 ans

Chez les hommes comme chez les femmes, la majorité (95 %) des nouvelles admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum en Bretagne survient après 50 ans (41 % après 75 ans). La répartition de la mortalité en fonction de l'âge est similaire à celle de l'incidence. Environ 80 % des décès masculins pour ce cancer surviennent après 65 ans. Cette proportion est de 85 % pour les femmes.

Une incidence en hausse chez les hommes

Les tendances récentes des admissions en ALD pour cancer colorectal montrent une augmentation des taux standardisés entre 2006-2008 et 2009-2011 chez les hommes (+6 %) et une stabilité chez les femmes (+0,2 %) (figure 15). En France, les taux ont progressé de +4 % quel que soit le sexe. Sur cette période, chez les hommes comme chez les femmes, les taux régionaux sont restés proches des taux nationaux.

Une mortalité en diminution régulière pour les deux sexes

Entre 2000-2002 et 2010-2011, le taux de mortalité par cancer colorectal a diminué de manière progressive, en France comme en Bretagne, de l'ordre de -15 % (figure 16). Sur cette période, pour les deux sexes, les taux régionaux sont restés proches des taux nationaux. Sur la période récente (entre 2004-2006 et 2009-2011), la baisse est plus forte chez les femmes (-10 %) que chez les hommes (-8 %).

Contexte national

En France, le cancer colo-rectal se situe au 3^e rang des cancers les plus fréquents en incidence, après ceux de la prostate et du sein. Environ 55 % des nouveaux cas de ce cancer sont masculins.

Il représente la 2^e cause de décès par cancer, après celui de la trachée, des bronches et du poumon. La mortalité diminue régulièrement chez l'homme comme chez la femme entre 1980 et 2012.

■ **Figure 13** / Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum en 2011-2013² et taux standardisés en 2009-2011

	Hommes		Femmes	
	Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD	Taux standardisés	Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD	Taux standardisés
Côtes-d'Armor	194	66,1	179	44,2
Finistère	282	67,8	262	42,1
Ille-et-Vilaine	248	63,0	210	39,1
Morbihan	249	71,0	206	42,7
Bretagne	973	66,9	857	41,8
France métropolitaine	18 067	65,2	15 976	43,2

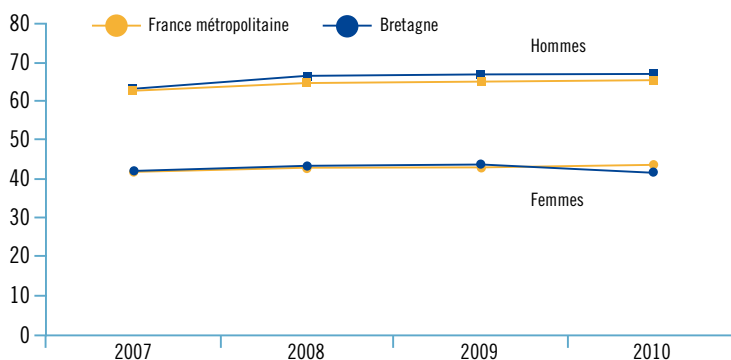
Source : CNAMTS, MSA, RSI, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

■ **Figure 14** / Nombre moyen annuel de décès et taux standardisés de mortalité par cancer du côlon-rectum en 2009-2011

	Hommes		Femmes	
	Nombre moyen annuel de décès	Taux standardisés	Nombre moyen annuel de décès	Taux standardisés
Côtes-d'Armor	109	35,3	96	18,9
Finistère	146	34,3	131	18,6
Ille-et-Vilaine	113	29,3	115	18,5
Morbihan	127	35,3	105	18,8
Bretagne	495	33,3	447	18,7
France métropolitaine	9 040	33,0	8 003	19,1

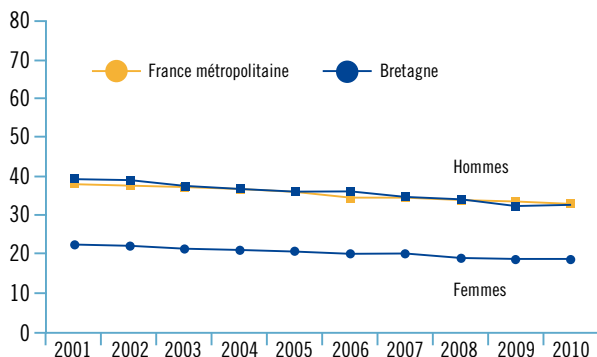
Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

■ **Figure 15** / Évolution des taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum entre 2006-2008 et 2009-2011*



Source : CNAMTS, MSA, RSI, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000
* L'année est l'année centrale de la période triennale, ex. : 2007 pour 2006-2007-2008

■ **Figure 16** / Évolution des taux standardisés de mortalité pour cancer du côlon-rectum entre 2000-2002 et 2009-2011*



Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000
* L'année est l'année centrale de la période triennale, ex. : 2001 pour 2000-2001-2002

² Les effectifs de nouvelles admissions en ALD sont fiabilisés depuis 2006 et les dernières données disponibles concernent l'année 2013. La dernière période triennale présentée est donc 2011-2012-2013. Les taux les plus récents sont calculés sur la période triennale 2009-2010-2011 et s'appuient sur les populations légales 2011.

Focus sur le cancer du sein en Bretagne

Le cancer le plus fréquent et le plus meurtrier chez les femmes

Le nombre de nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein est proche de 3 000 (2 923) en moyenne annuelle en 2011-2013, il représente plus du tiers (36 %) du nombre total de nouvelles admissions en ALD pour cancer chez les femmes (figure 17).

Le cancer du sein est la 1^{re} cause de décès par cancer chez les femmes, avec 559 décès en moyenne annuelle entre 2009 et 2011 (figure 18). Il représente 16 % des décès féminins par cancer et 4 % de l'ensemble des décès féminins toutes causes confondues.

Le ratio est de 19 décès dus au cancer du sein pour 100 nouvelles admissions en ALD pour ce cancer en Bretagne.

Une situation plus favorable en Bretagne, en termes d'incidence et de mortalité

Au niveau infra-régional, le taux d'incidence des ALD pour cancer du sein le plus faible est observé dans le Finistère (-17 % par

rapport à la moyenne française) (figure 17). Ce département, de même que les Côtes-d'Armor (-16 %) et le Morbihan (-9 %), présente une incidence statistiquement inférieure à la France. L'Ille-et-Vilaine affiche le taux d'incidence le plus élevé, sans différence significative avec la moyenne française.

Le taux de mortalité le plus faible est observé dans le Morbihan (-16 % par rapport à la moyenne nationale). Les trois autres départements affichent une situation comparable à la moyenne nationale (figure 18).

Un cancer relativement précoce

Le nombre de nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein selon l'âge traduit la précocité de survenue de cette affection : 613 nouvelles admissions surviennent avant 50 ans (21 %), et 1 062 entre 50 et 64 ans. Au total 57 % de l'ensemble des nouvelles admissions sont observées avant 65 ans.

Un quart des décès interviennent avant 60 ans, 37 % avant 65 ans, et plus de la moitié à partir de 70 ans.

Une stabilité de l'incidence depuis 2006-2008

L'analyse des tendances récentes montre que les taux d'incidence standardisés du cancer du sein sont quasi stables entre 2006-2008 et 2009-2011 en Bretagne (-1,1 %), comme en France (+1,1 %). La région connaît sur la période étudiée une incidence inférieure à la moyenne nationale (figure 19).

Une mortalité en baisse depuis 2000-2002

Entre les périodes 2000-2002 et 2009-2011, les taux de mortalité par cancer du sein ont diminué (figure 20). Le taux a baissé progressivement en Bretagne (-13 %), passant de 31 à 27 décès pour 100 000 femmes, ce qui représente le taux le plus bas de la décennie. En France, le taux a diminué, de manière moins importante (-11 %), passant de 34 à 30 décès pour 100 000 femmes, avec une accélération de la décroissance depuis 2004-2006. La Bretagne est en position plus favorable que la France sur l'ensemble de la période.

Contexte national

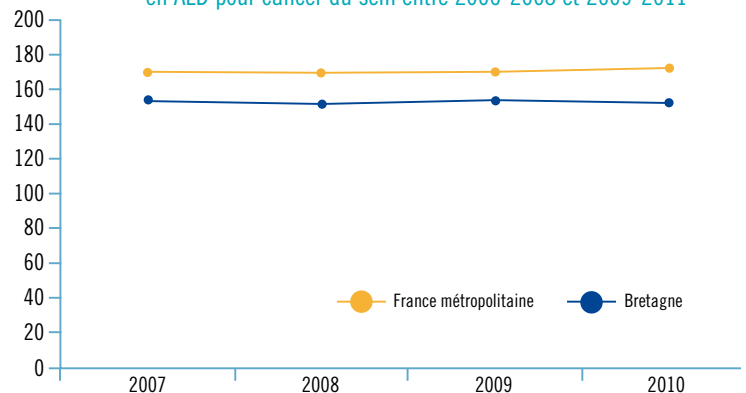
En France, le cancer du sein est le plus fréquent en termes d'incidence chez la femme. La mortalité diminue, même si ce cancer reste la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

■ Figure 17 / Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein en 2011-2013² et taux standardisés en 2009-2011

	Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD	Taux standardisés
Côtes-d'Armor	561	145,1
Finistère	801	142,8
Ille-et-Vilaine	839	161,5
Morbihan	722	156,6
Bretagne	2 923	151,6
France métropolitaine	60 600	172,1

Source : CNAMTS, MSA, RSI, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

■ Figure 19 / Evolution des taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein entre 2006-2008 et 2009-2011*



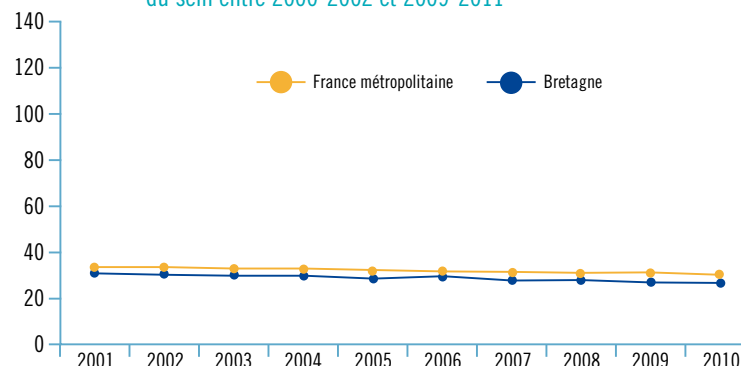
Source : CNAMTS, MSA, RSI, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000
* L'année est l'année centrale de la période triennale, ex. : 2007 pour 2006-2007-2008

■ Figure 18 / Nombre moyen annuel de décès et taux standardisés de mortalité par cancer du sein en 2009-2011

	Nombre moyen annuel de décès	Taux standardisés
Côtes-d'Armor	112	26,2
Finistère	157	26,3
Ille-et-Vilaine	163	29,4
Morbihan	127	25,4
Bretagne	559	26,8
France métropolitaine	11 619	30,2

Source : Inserm CépiDc. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

■ Figure 20 / Evolution des taux standardisés de mortalité pour cancer du sein entre 2000-2002 et 2009-2011*



Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000
* L'année est l'année centrale de la période triennale, ex. : 2001 pour 2000-2001-2002

Focus sur le cancer de l'utérus en Bretagne

En moyenne sur la période 2011-2013, 480 Bretonnes admises en ALD pour cancer de l'utérus

Parmi elles, 273 présentent un cancer du corps de l'utérus (57 %), 166 un cancer du col de l'utérus (35 %), et 41 un cancer de l'utérus sans précision (8 %). Ces nouvelles admissions en ALD pour cancer de l'utérus représentent 6 % du nombre total de nouvelles admissions en ALD pour cancer chez les femmes. Le cancer du col de l'utérus est rare avant 30 ans, la moitié des nouvelles admissions en ALD concerne les femmes âgées de 40 à 59 ans. Pour le cancer du corps de l'utérus, près des deux tiers des cas surviennent après 65 ans.

Le cancer de l'utérus à l'origine de 5 % de l'ensemble des décès féminins par cancer

Ce cancer a été responsable de 161 décès en moyenne annuelle en 2009-2011, dont

la moitié survient avant 65 ans. Parmi ces décès, 39 sont liés au cancer du col de l'utérus (24 %), 43 au corps de l'utérus (27 %) et 79 sont sans précision (49 %).

Le département d'Ille-et-Vilaine en situation plus favorable pour l'incidence du cancer de l'utérus

L'incidence est significativement plus faible dans le département d'Ille-et-Vilaine avec un taux standardisé de 22,8 nouvelles admissions pour 100 000 femmes, contre 27,8 pour 100 000 en France (figure 21).

Les taux d'incidence standardisés en Bretagne et dans les trois autres départements ne se différencient pas de la moyenne nationale. En termes de mortalité par rapport à la France, les taux départementaux et régionaux ne présentent aucune différence significative (figure 22).

Une augmentation de l'incidence des ALD pour cancer de l'utérus depuis 2006-2008

Le taux d'incidence régional est passé de 24 pour 100 000 femmes en 2006-2008 à 26,2 pour 100 000 en 2009-2011 (+9,4 %). En France, la progression est moins importante (+4,6 %) ; les taux ont varié de 26,6 à 27,8 pour 100 000 Françaises (figure 23).

En Bretagne, une tendance à la hausse de la mortalité depuis 2005-2007

Alors que les taux de mortalité standardisés avaient diminué de -13 % entre 2000-2002 et 2004-2006 (passant de 8,2 à 7,1 décès pour 100 000 Bretonnes), une recrudescence de la mortalité par cancer de l'utérus de +6 % est observée depuis 2005-2007. L'évolution est moins importante et plus régulière en France métropolitaine : -5 % sur la période (figure 24).

Contexte national

Les cancers de l'utérus regroupent les cancers du col et du corps de l'utérus, affections différentes en termes de fréquence, d'âge de survenue et de facteurs de risque. Le cancer du corps de l'utérus, qui touche essentiellement les femmes ménopausées, se situe au 4^e rang des cancers chez les femmes tandis que celui du col, qui concerne des femmes plus jeunes, se classe au 10^e rang. La mortalité pour ces deux localisations tend à diminuer depuis 1980.

■ Figure 21 / Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD pour cancer de l'utérus en 2011-2013² et taux standardisés en 2009-2011

	Nombre moyen annuel de nouvelles admissions en ALD	Taux standardisés
Côtes-d'Armor	103	29,7
Finistère	130	25,1
Ille-et-Vilaine	125	22,8
Morbihan	122	28,8
Bretagne	480	26,2
France métropolitaine	9 657	27,8

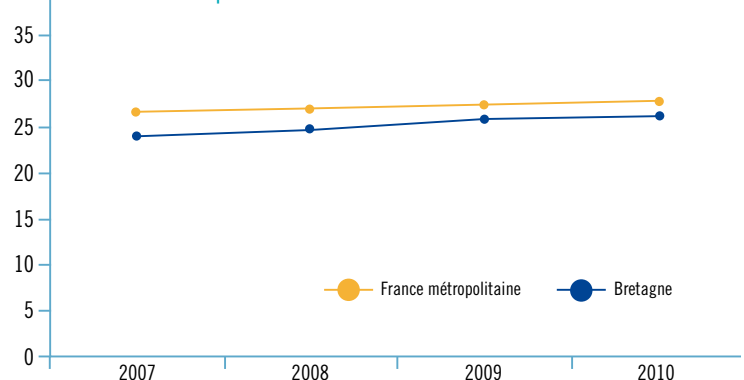
Source : CNAMTS, MSA, RSI, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

■ Figure 22 / Nombre moyen annuel de décès et taux standardisés de mortalité par cancer de l'utérus en 2009-2011

	Nombre moyen annuel de décès	Taux standardisés
Côtes-d'Armor	35	8,1
Finistère	43	7,0
Ille-et-Vilaine	46	8,1
Morbihan	37	7,4
Bretagne	161	7,6
France métropolitaine	3 169	8,2

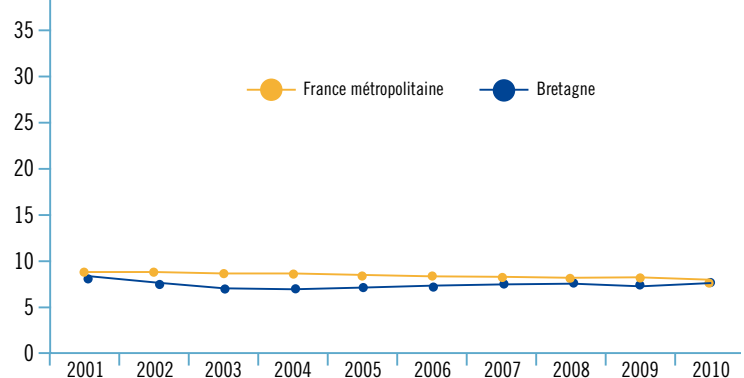
Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

■ Figure 23 / Évolution des taux standardisés de nouvelles admissions en ALD pour cancer de l'utérus entre 2006-2008 et 2009-2011*



Source : CNAMTS, MSA, RSI, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000
*L'année est l'année centrale de la période triennale, ex : 2007 pour 2006-2007-2008

■ Figure 24 / Évolution des taux standardisés de mortalité pour cancer de l'utérus entre 2000-2002 et 2009-2011*



Sources : Inserm CépiDc, Insee. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000
*L'année est l'année centrale de la période triennale, ex : 2001 pour 2000-2001-2002

Focus sur le cancer de la trachée, des bronches et du poumon en Bretagne : évolution et situation infra-régionale

En Bretagne, un cancer en forte progression chez les femmes et en diminution récente chez les hommes

La Bretagne a enregistré 1 358 nouvelles admissions en ALD pour cancer broncho-pulmonaire en moyenne annuelle sur la période 2011-2013 et 1 540 décès en moyenne annuelle sur la période 2009-2011 (figure 11).

Chez les hommes, l'incidence des ALD pour ce cancer est quasi stable depuis 2006. En revanche chez les femmes, une augmentation est observée entre 2006-2008 et 2009-2011 (+9 %) (figure 25).

Les tendances évolutives de la mortalité varient également selon le sexe. Depuis 2006-2008, le taux de mortalité en Bretagne a diminué chez

les hommes (-4 %), alors que l'augmentation est importante chez les femmes (+15 %).

Une situation favorable en Bretagne, en termes d'incidence et de mortalité et des disparités départementales

Chez les hommes comme chez les femmes, le taux de mortalité régional par cancer broncho-pulmonaire est similaire à celui de la France, alors que l'incidence y est inférieure.

Au niveau infra-régional, chez les hommes, l'Ille-et-Vilaine (46,6) et le Morbihan (53,7) présentent une incidence statistiquement inférieure à la France (64,3), alors que les Côtes-d'Armor (60,2) et le Finistère (66,1) se situent dans la moyenne nationale, sans différence significative.

De même, chez les femmes, l'Ille-et-Vilaine (15,7) et le Morbihan (17,3) présentent une incidence statistiquement inférieure à la France (21,7), et les Côtes-d'Armor (18,5) et le Finistère (23,3) se situent dans la moyenne nationale, sans différence significative.

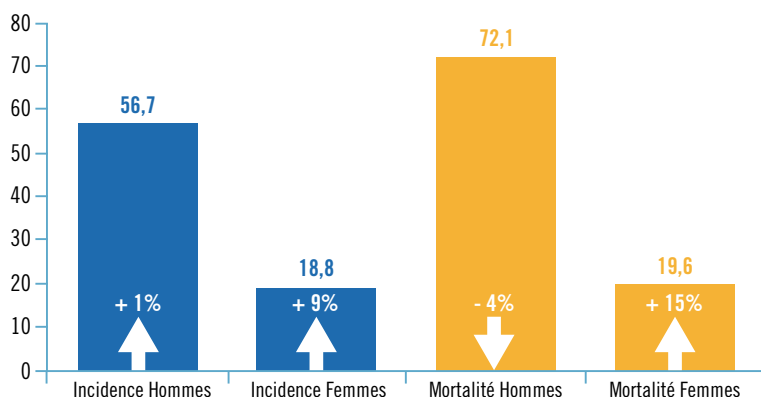
Chez les hommes, la mortalité est significativement plus faible en Ille-et-Vilaine (55,1 pour 100 000 hommes) qu'en moyenne nationale (76,2) et plus élevée dans le Finistère (91,6). Chez les femmes, l'Ille-et-Vilaine (14,7) présente également la situation la plus favorable, les autres départements se situant à un niveau comparable à la moyenne nationale (20), sans différence significative.

Contexte national

En France, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon représente la première cause de décès par cancer. La mortalité a considérablement augmenté chez les hommes jusqu'en 1990 et diminue régulièrement depuis, plus fortement depuis 2005. Chez les femmes, la mortalité est en forte augmentation depuis 1980 et a doublé au cours des vingt dernières années.

L'incidence de ce cancer est quasi stable depuis 1980 chez les hommes. Près des trois quarts des nouveaux cas et des décès concernent les hommes. Le tabac est de loin le premier facteur de risque de cette pathologie³.

■ Figure 25 / Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD (incidence) et taux standardisés de mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon en 2009-2011 et évolution depuis 2006-2008 en Bretagne



Sources : Inserm CépiDc, Insee, CNAMTS, MSA, RSI. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

Focus sur le cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS)* en Bretagne : évolution et situation infra-régionale

➔ Cancer des VADS en baisse, tout particulièrement chez les hommes

La Bretagne a enregistré 1 111 nouvelles admissions en ALD pour cancer des VADS en moyenne annuelle sur la période 2011-2013 et 649 décès en moyenne annuelle sur la période 2009-2011 (figure 11).

Depuis 2006-2008, l'incidence des ALD pour les cancers des VADS a diminué plus fortement chez les hommes (-9 %) que chez les femmes (-5 %) (figure 26). La baisse de la consommation d'alcool avec la diminution de

la consommation de tabac, explique en partie, la diminution de l'incidence des cancers des VADS depuis le début des années 80.

Depuis 2006-2008, les taux de mortalité en Bretagne ont diminué chez les hommes, comme chez les femmes (-8 %).

Une situation défavorable en Bretagne chez les hommes

Les taux d'incidence et de mortalité par cancer des VADS en Bretagne sont similaires à ceux de la France chez les femmes, mais ils sont significativement supérieurs à la moyenne nationale chez les hommes.

Au niveau infra-régional, les taux d'incidence masculins les plus élevés sont observés dans le Morbihan (64,6 pour 100 000), dans le Finistère (61,9) et dans les Côtes-d'Armor (60,6). L'Ille-et-Vilaine (45,4) affiche le taux d'incidence le plus faible de la région, sans différence significative avec la moyenne française (48,7).

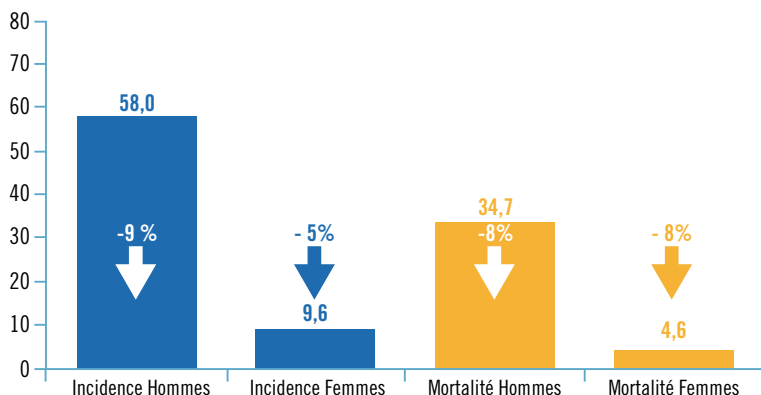
Trois départements présentent une surmortalité masculine par rapport à la moyenne nationale : le Finistère (40 pour 100 000 hommes), les Côtes-d'Armor (37,5) et le Morbihan (35,6). L'Ille-et-Vilaine (26,2) se situe à un niveau comparable à celui de la France (24,8).

Contexte national

En France, ce cancer se place au 3^e rang des cancers les plus fréquents chez les hommes et au 8^e rang chez les femmes⁴. En termes de mortalité, il se situe au 4^e rang des cancers les plus mortels chez les hommes et au 6^e rang chez les femmes.

Ces cancers surviennent principalement à partir de 40-50 ans et concernent davantage les hommes. L'évolution de l'incidence des cancers des VADS suit celle de la consommation d'alcool avec un décalage d'une vingtaine à une trentaine d'années. Ainsi, la diminution importante de la consommation d'alcool des hommes à partir de la fin des années 1950, associée à celle du tabac, a conduit à la diminution du taux d'incidence.

■ Figure 26 / Taux standardisés de nouvelles admissions en ALD (incidence) et taux standardisés de mortalité par cancer des voies aérodigestives supérieures en 2009-2011 et évolution depuis 2006-2008 en Bretagne



Sources : Inserm CépiDc, Insee, CNAMTS, MSA, RSI. Exploitation ORS Bretagne. Unité : Taux standardisés pour 100 000

* Le cancer des VADS comprend les cancers de la lèvre, de la cavité buccale, du pharynx (LBP), de l'œsophage et du larynx.

⁴ Binder-Foucard F, Belot A., Delafosse P., Remontet L., Woronoff A-S., Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013

Le dépistage organisé du cancer du sein en Bretagne

Méthodologie

Le dépistage organisé du cancer du sein, généralisé à l'ensemble de la région en 2003, s'adresse à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans qui sont invitées à réaliser une mammographie tous les deux ans. L'association pour le dépistage des cancers du sein en Ille-et-Vilaine (ADEC) a organisé la première campagne de dépistage en 1996. En 2003, elle a été rejointe par les ADEC des trois autres départements.

Définition : le taux de participation est le rapport entre le nombre de personnes dépistées et la population Insee cible du dépistage (personnes de 50 à 74 ans au recensement de

la population de l'Insee en 2012), auquel on soustrait pour le cancer du côlon-rectum les personnes exclues du dépistage pour raisons médicales.

Les résultats basés sur les données d'une seule année de campagne ont un caractère provisoire qui limite l'analyse. Les taux calculés sur deux ans (2013 et 2014) permettent de prendre en compte une période au cours de laquelle toute la population cible devrait avoir été invitée et ainsi reflètent mieux la participation.

Une participation régionale qui atteint 61 % en 2013-2014

Sur la même période, le taux national de participation au programme était de 52 %. Il existe des disparités selon les départements : le Morbihan apparaît comme celui où la participation est la plus forte (65 %), suivi par l'Ille-et-Vilaine (61 %). Dans les Côtes-

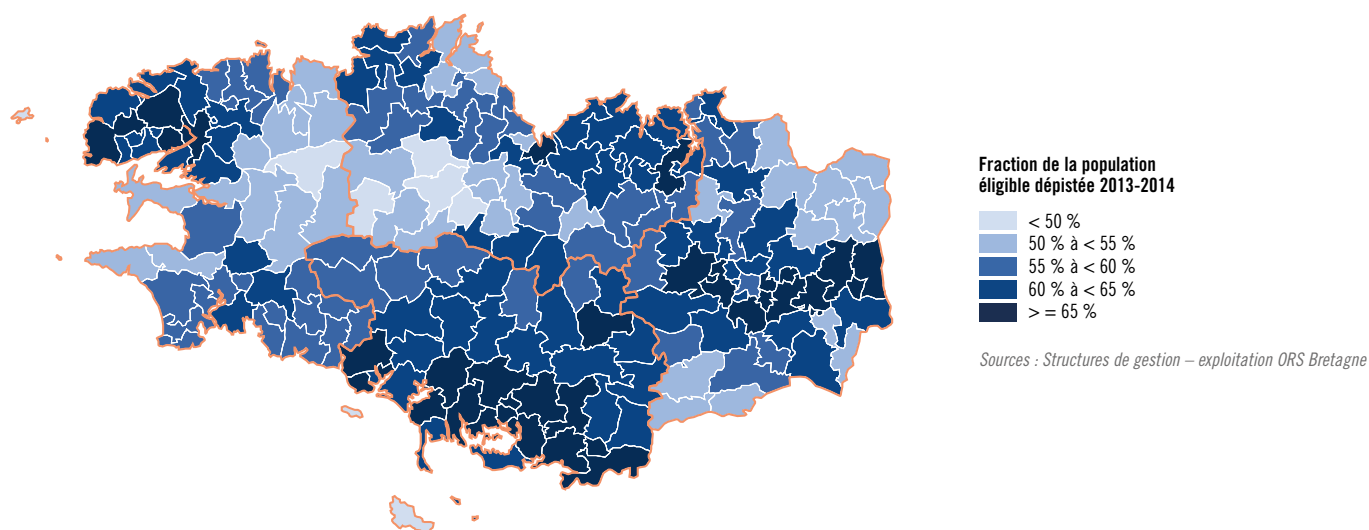
d'Armor et le Finistère, la participation se situe à 59 %.

Les taux de participation varient selon les cantons de 45 à 73 %, les zones où la participation est la plus faible se concentrant dans le centre-ouest de la région ainsi qu'au nord-est et au sud-ouest de l'Ille-et-Vilaine (figure 27).

Sept cancers du sein pour 1 000 dépistages

Au niveau régional, 1 000 dépistages se concluent par le diagnostic de 7 cancers du sein (figure 28). Le Morbihan, l'Ille-et-Vilaine et les Côtes-d'Armor présentent des taux supérieurs à ceux observés dans le Finistère.

■ Figure 27 / Taux de participation dans les cantons de Bretagne au dépistage organisé du cancer du sein (2013-2014)



■ Figure 28 / Cancers du sein dépistés dans les départements et en région en 2013-2014*

	Nombre provisoire de cancers détectés	Taux provisoire de cancer du sein pour 1000 dépistages
Côtes-d'Armor	409	7,1
Finistère	544	6,6
Ille-et-Vilaine	585	7,3
Morbihan	571	7,5
Bretagne	2 109	7,1

Sources : Structures de gestion. Exploitation ORS Bretagne. * Années civiles du 01/01/2013 au 31/12/2014

Le dépistage organisé du cancer du côlon-rectum en Bretagne

Méthodologie

Le dépistage organisé du cancer colorectal a été généralisé à l'ensemble de la région en 2008. Il est proposé tous les deux ans aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans. Il reposait jusqu'en 2014 sur le test Hemocult, remplacé par le test immunologique (cf. page 19). Une coloscopie complète doit

être réalisée en cas de test positif. Le dépistage est organisé depuis 2003 en Ille-et-Vilaine, depuis fin 2004 dans le Finistère, depuis juillet 2007 dans les Côtes-d'Armor et depuis janvier 2008 dans le Morbihan.

⚠ Avertissement : en raison du changement de test de dépistage, les modalités d'invitation ont été fortement perturbées au cours de l'année 2014 dans certains départements. En conséquence les comparaisons entre départements et au niveau infra-départemental doivent être interprétées avec prudence.

Une participation contrastée selon les cantons

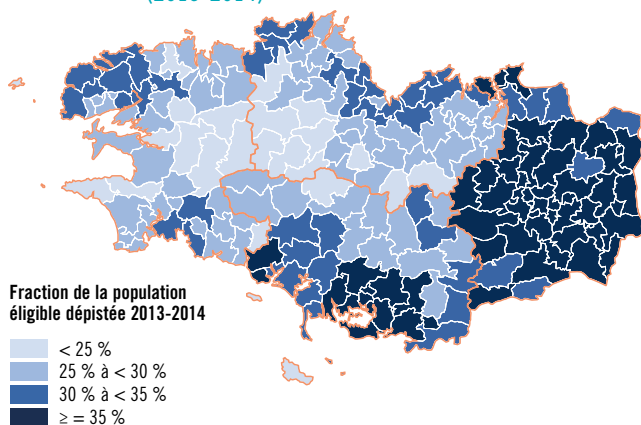
Sur la période 2013-2014, le taux national de participation au programme était de 30 %. En Bretagne, sur la même période, il était de 33 %. Le taux de participation le plus élevé est observé en Ille-et-Vilaine (41 %). Il est supérieur à ceux des autres départements bretons (Morbihan : 33 % ; Côtes-d'Armor : 29 % et Finistère : 28 %).

Les taux de participation varient, selon les cantons de 19 à 50 %, les deux-tiers ouest de la Bretagne présentant les taux les plus bas (figure 29).

Un cancer du côlon-rectum pour 1 000 dépistages

En Bretagne, sur la période 2013-2014, 1 000 dépistages se concluent par le diagnostic d'un cancer du côlon-rectum (figure 30).

■ **Figure 29 /** Taux de participation dans les cantons de Bretagne au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum (2013-2014)



Sources : Structures de gestion – exploitation ORS Bretagne

■ **Figure 30 /** Cancers du côlon rectum dépistés dans les départements et en région en 2013-2014*

	Nombre provisoire de cancers détectés	Taux provisoire de cancer du côlon-rectum pour 1000 dépistages
Côtes-d'Armor	45	1,0
Finistère	95	1,5
Ille-et-Vilaine	80	0,9
Morbihan	77	1,2
Bretagne	297	1,2

Sources : Structures de gestion. Exploitation ORS Bretagne.
* Années civiles du 01/01/2013 au 31/12/2014

Nouveau test de dépistage du cancer colorectal : le test immunologique

Le passage au test immunologique depuis le printemps 2015

Le test de dépistage proposé jusqu'ici dans le cadre du programme national de dépistage organisé du cancer colorectal (test au gâïac) a été remplacé en 2015 par un test immunologique. Il sera proposé progressivement aux 16 millions de personnes concernées par le programme national de dépistage, grâce à l'implication des médecins traitants.

Plus simple : le test immunologique est plus pratique d'utilisation car il ne nécessite désormais qu'un seul prélèvement de selles contre six précédemment. La technique de prélèvement est plus ergonomique et peut faciliter la participation au dépistage qui reste encore très insuffisante.

Plus performant : ce nouveau test a une sensibilité supérieure et permet une meilleure détection des cancers et des lésions précancéreuses. Les résultats de l'étude IGOR dans les départements de la Côte-d'Or, du Haut-Rhin, de l'Ille-et-Vilaine et de l'Indre-et-Loire, coordonnée par le Professeur J. Faivre en 2008-2009 et financée par l'INCA, montrent que les taux de

détection des cancers invasifs sont 2 à 2,5 fois plus élevés avec les tests immunologiques et les taux de détection des cancers avancés 3 à 4 fois plus élevés.

Plus fiable : grâce à l'utilisation d'anticorps, il ne peut pas être rendu positif par l'hémoglobine animale issue de l'alimentation. La lecture automatisée de ce test garantit une meilleure fiabilité.

Un nouveau test pour stimuler la participation au dépistage

La mise en place du nouveau test de dépistage devrait faciliter la participation au programme national de dépistage du cancer colorectal.

En Bretagne, même si la participation est supérieure au taux national, elle reste encore faible : 33 % des personnes concernées ont réalisé le dépistage en 2013-2014 (contre 30 % en France) (cf. figure 29).

Elle demeure inférieure aux recommandations européennes qui sont de 45 % de participation minimum.

Perspectives de mise en œuvre du dépistage du cancer du col de l'utérus

➔ **En Bretagne**, en l'absence de programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, le dépistage est avant tout spontané et individuel.

Le taux de couverture régional pour le frottis cervical est estimé à 59,1 % sur la période 2012-2013-2014 pour les femmes de 25 à 65 ans, soit un taux supérieur au niveau national de 56,5 % (figure 31). Il existe

des inégalités en matière de couverture par frottis au niveau départemental : le taux de couverture le plus faible est observé dans les Côtes-d'Armor (56,7 %) et le plus élevé en Ille-et-Vilaine (60,1 %).

La HAS a élaboré en 2010 des préconisations visant à optimiser la couverture et la qualité du dépistage des cancers du col en France. Elle recommande une meilleure implication

des médecins traitants et la nécessité de relais pour les prélèvements par d'autres professionnels de santé, notamment les sages-femmes ; la mise en place de stratégies d'assurance-qualité ; le lancement de nouvelles stratégies de communication vers les femmes en particulier les femmes précaires et les plus de 55 ans. Selon la HAS, un dispositif organisé est le plus à même de répondre à ces préconisations.

■ **Figure 31 / Part des femmes âgées de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années (2012, 2013, 2014)**

	Nombre de femmes âgées de 25 à 65 ans	Part des femmes ayant bénéficié d'un frottis	Nombre de médecins ayant vu au moins 20 femmes de 25 à 65 ans
Côtes-d'Armor	115 112	56,7%	531
Finistère	173 751	59,5%	852
Ille-et-Vilaine	200 266	60,1%	854
Morbihan	147 078	59,1%	663
Bretagne	636 207	59,1%	2 900
France métropolitaine	12 504 771	56,5%	Non disponible

Sources : CNAMTS, données ROSP. Exploitation ORS Bretagne

L'indicateur présenté ci-dessus correspond au nombre de patientes âgées de 25 à 65 ans ayant désigné un médecin traitant et ayant bénéficié d'un frottis au cours des trois dernières années, rapporté à l'ensemble de la patientèle de la tranche d'âge concernée. Le seuil minimal requis pour le calcul de l'indicateur est de 20 patientes. Cet indicateur couvre environ 75 % des femmes âgées de 25 à 65 ans et 95 % des généralistes⁵ en Bretagne.

Zoom sur le dépistage du cancer du col de l'utérus

Actuellement en France, le dépistage du cancer du col de l'utérus est majoritairement individuel, mais sa généralisation à l'échelle nationale est l'un des objectifs du Plan cancer 2014-2019 (Action 1.1). C'est l'un des seuls cancers pour lesquels le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie à 5 ans en diminution. Un dépistage régulier de la population cible devrait permettre de réduire l'incidence de plus de 90 %. Plusieurs actions sont déjà menées en ce sens. Ainsi, en novembre 2014, l'Assurance Maladie a lancé une campagne de sensibilisation par courrier, en conseillant aux femmes qui n'avaient pas fait de frottis depuis plus de trois ans de consulter leur médecin. Plus de 6 millions de courriers ont été adressés. Le dépistage consiste en un examen cytologique d'un frottis cervico-utérin réalisé chez les femmes de 25 à 65 ans, tous les 3 ans après deux examens normaux observés à 1 an d'intervalle. Cette démarche est complémentaire d'une stratégie de prévention par le vaccin anti-HPV, à proposer aux jeunes filles à partir de l'âge de 11 ans.

Des programmes expérimentaux de dépistage organisé ont été mis en place dans 4 départements depuis les années 1990 : le Doubs (jusqu'en 2004), l'Isère, l'Alsace (Bas-Rhin et Haut-Rhin) et la Martinique. Une première évaluation de ces programmes par l'InVS, en 2007, a montré que l'invitation systématique des femmes non dépistées conduisait à une progression de la couverture de la population de l'ordre de 10 à 15 %. En 2009, neuf nouveaux départements ont été retenus pour mettre en place un programme de lutte intégrée contre le cancer du col utérin (dépistage, prévention, éducation à la santé) : Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, Réunion, Val-de-Marne. L'analyse des données départementales effectuée en 2010 par la HAS montre que les taux de couverture à 5 ans pour le frottis cervical des femmes de 25 à 65 ans étaient les meilleurs dans ces départements pilotes⁶. Une évaluation globale de ces programmes est en cours.

⁵ Au 1^{er} janvier 2014, 3069 généralistes libéraux sont en exercice en Bretagne (source DEMOPS).
Au 1^{er} janvier 2011, 845 055 femmes entre 25 et 65 ans en Bretagne (INSEE 2011).

⁶ Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. HAS. Juillet 2010

Le code européen contre le cancer

12 façons de réduire votre risque de cancer

- 1 Ne fumez pas. Ne consommez pas de tabac, sous quelque forme que ce soit.
- 2 Faites de votre domicile un environnement sans tabac. Soutenez des mesures d'interdiction de fumer sur votre lieu de travail.
- 3 Faites en sorte de garder un poids de forme.
- 4 Soyez physiquement actif/ve dans votre vie quotidienne. Évitez de rester assis/e trop longtemps.
- 5 Adoptez une alimentation saine :
 - Consommez beaucoup de céréales complètes, de légumes secs, de légumes et de fruits.
 - Limitez la consommation d'aliments très caloriques (riches en sucres ou en matières grasses) et évitez les boissons sucrées.
 - Évitez de manger de la viande transformée (préparations carnées) ; limitez la viande rouge et les aliments riches en sel.
- 6 Limitez votre consommation – de tout type – d'alcool. Pour réduire votre risque de cancer, il est préférable de ne pas boire du tout d'alcool.
- 7 Évitez une exposition excessive au soleil, surtout chez les enfants. Utilisez une protection solaire. N'utilisez pas d'appareils de bronzage.
- 8 Suivez les consignes de santé et de sécurité sur votre lieu de travail, pour vous protéger des substances cancérigènes.
- 9 Renseignez-vous pour savoir si vous êtes exposé/e à des émissions élevées de gaz radon à votre domicile. Si tel est le cas, prenez des mesures pour réduire ces émissions.
- 10 Pour les femmes :
 - Allaiter réduit votre risque de cancer. Si possible, allaitez votre/vos enfant/s.
 - Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause (THS) augmentent le risque de développer certains cancers. Limitez ces traitements.
- 11 Faites participer vos enfants aux programmes de vaccination contre :
 - L'hépatite B (chez les nouveau-nés) ;
 - Le virus du papillome humain (VPH) (chez les jeunes filles).
- 12 Participez aux programmes de dépistage organisés du :
 - Cancer colorectal (hommes et femmes) ;
 - Cancer du sein (femmes)
 - Cancer du col de l'utérus (femmes).

Contre les cancers, l'ARS Bretagne



et ses partenaires

**TOUTES LES HEURES
UNE PERSONNE MEURT
DU CANCER EN BRETAGNE**

**1 CANCER SUR 2 PEUT ÊTRE ÉVITÉ GRÂCE
À LA PRÉVENTION ET AU DÉPISTAGE**

Le cancer est la première cause de mortalité en France. La Bretagne n'est pas épargnée. Chaque année, dans notre région, 8.000 personnes en décèdent. Alors, dites :

**"OUI À LA PRÉVENTION
ET AU DÉPISTAGE DES CANCERS !"**

Renseignements sur les dépistages dans votre département :

ADEC ARMOR (22) T. 02.96.60.83.00 www.adecarmor.fr	ADEC 29 T. 02.98.33.85.10	ADECI 35 T. 02.99.30.40.10 www.adeci35.fr	ADECAM (56) T. 02.97.40.29.39 www.adecam.fr
--	------------------------------	---	---

Pour vous informer sur la prévention des cancers, consultez e-cancer.fr

© PHILLES

En partenariat avec

**J'ai obtenu un nouveau job,
J'ai changé de voiture,
J'ai rencontré Sophie,
On a eu un enfant,
J'ai fait examiner ma peau
par un dermatologue,
On a eu un deuxième enfant,
On est partis en vacances,
On s'est protégés du soleil...**

DÉTECTÉ TÔT, UN MÉLANOME SE GUÉRIT DANS 9

70 % des mélanomes, cancers de la peau les plus graves, sont liés à une exposition excessive au soleil. La Bretagne est l'une des régions où la mortalité est la plus élevée. Nous pouvons tous agir contre les cancers de la peau en adoptant des gestes essentiels de prévention, en surveillant nos grains de beauté et en faisant examiner régulièrement notre peau par un dermatologue. Dites **"OUI À LA PRÉVENTION ET AU DÉPISTAGE DES CANCERS"**.

Renseignements sur les dépistages des cancers dans votre département :

ADEC ARMOR (22) T. 02.96.60.83.00 www.adecarmor.fr	ADEC 29 T. 02.98.33.85.10	ADECI 35 T. 02.99.30.40.10 www.adeci35.fr	ADECAM (56) T. 02.97.40.29.39 www.adecam.fr
--	------------------------------	---	---

Pour vous informer sur la prévention des cancers, consultez e-cancer.fr

font campagne

**J'ai eu mon diplôme de journaliste,
J'ai passé mon permis,
J'ai changé d'appartement,
J'ai fait un frottis,
J'ai eu un premier job à la radio,
J'ai rencontré Loïc,
On s'est mariés,
On a eu une petite Léa...**

9 CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS SUR 10 PEUVENT ÊTRE ÉVITÉS GRÂCE AU FROTTIS

Le frottis est recommandé à partir de 25 ans, même si vous êtes vaccinée contre les papillomavirus (HPV). Les deux premiers frottis sont réalisés à un an d'intervalle. Ensuite, un frottis doit être fait tous les 3 ans, jusqu'à 65 ans, même en l'absence de rapports sexuels ou après la ménopause.

Dites "OUI" À LA PRÉVENTION ET AU DÉPISTAGE DES CANCERS*

Renseignements sur les dépistages dans votre département :

ADEC ARMOR (22) T. 02.98.66.83.00 www.adecarmor.fr	ADEC 29 T. 02.98.33.85.10	ADEC 35 T. 02.99.30.40.10 www.adec35.fr	ADECAM (56) T. 02.97.40.29.39 www.adecam.fr
--	------------------------------	---	---

Pour vous informer sur la prévention des cancers, consultez e-cancer.fr



Le Télégramme

**J'ai refait la déco de notre maison
J'ai préparé nos vacances entre amis
J'ai fait un dépistage du cancer colorectal
J'ai dit à mon mari de faire de même
Il a fait son dépistage du cancer colorectal
Je me suis inscrite à un club de théâtre
Nous avons emmené notre petite-fille
au Conquet
Nous avons fêté notre anniversaire de mariage...**

DÉTECTÉ TÔT, UN CANCER COLORECTAL SE GUÉRIT DANS 9 CAS SUR 10.

Le nouveau test de dépistage, simple et indolore, est à faire tranquillement chez soi. Réalisé tous les 2 ans, il permet de détecter un cancer colorectal à un stade très précoce et d'augmenter les chances de guérison. Vous êtes tous concernés si vous avez entre 50 et 74 ans.

Dépistage organisé du cancer colorectal dans votre département :

ADEC ARMOR (22) T. 02.98.66.83.00 www.adecarmor.fr	ADEC 29 T. 02.98.33.85.10	ADEC 35 T. 02.99.30.40.10 www.adec35.fr	ADECAM (56) T. 02.97.40.29.39 www.adecam.fr
--	------------------------------	---	---

Pour vous informer sur la prévention des cancers, consultez e-cancer.fr



Le Télégramme

**J'ai eu une promotion
à mon travail,
J'ai fait un dépistage
du cancer du sein,
Je participe à une œuvre caritative,
Je garde mon petit fils après l'école,
Je prépare ma prochaine rando...**

DÉTECTÉ TÔT, LE CANCER DU SEIN SE GUÉRIT DANS 9 CAS SUR 10

Chaque année en France, près de 49 000 femmes sont touchées par le cancer du sein. Il s'agit du cancer le plus fréquent et de la première cause de décès par cancer chez la femme avec 12 000 décès par an. On estime qu'1 femme sur 8 y sera confrontée au cours de sa vie. Pourtant, s'il est détecté à un stade précoce, il peut être guéri dans 9 cas sur 10.

Dépistage du cancer du sein organisé dans votre département :

ADEC ARMOR (22) T. 02.98.66.83.00 www.adecarmor.fr	ADEC 29 T. 02.98.33.85.10	ADEC 35 T. 02.99.30.40.10 www.adec35.fr	ADECAM (56) T. 02.97.40.29.39 www.adecam.fr
--	------------------------------	---	---

Pour vous informer sur la prévention des cancers, consultez e-cancer.fr



Le Télégramme

CAS SUR 10

OUI À LA PRÉVENTION ET AU DÉPISTAGE DES CANCERS



Le Télégramme



Directeur de la publication : Olivier de Cadeville
Directeur de la rédaction : Hervé Goby
Rédaction : Patricia Bédague sous la direction du
Docteur Isabelle Tron, ORS Bretagne
Contribution : Olivier Joseph, Benjamin Mordellet,
Bertrand Gagnière, Brigitte Botrel, Carole Rieu,
Florence Mille, ARS Bretagne
Conception graphique : 1440 Publishing
Crédits photo : ARS Bretagne
Impression : Chat Noir Impressions
Dépôt légal : à parution
N° ISSN : 2256-7739

1440 publishing

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ BRETAGNE

6 place des Colombes
CS 14253
35042 RENNES CEDEX

Téléphone : 02 90 08 80 00
www.ars.bretagne.sante.fr

 www.facebook.com/arsbretagne