

#### **AUTEURS**

La production de ce document est le fruit du travail de :

**Blandine CHAUVET,** secrétaire, en charge de l'enregistrement des données d'état-civil, de leur vérification et de l'anonymisation des déclarations,

Katia MARAIS, enquêtrice, chargée du codage des cas et de l'enregistrement des données médicales.

Marie Louise CARADEC-ROCHETEAU, secrétaire médicale, chargée de l'enregistrement des données médicales ainsi que des données d'état civil,

Marie PHILLIPOT, statisticienne, chargée du traitement informatique des données et de leur mise en forme, ainsi que de l'automatisation de l'outil de production statistique,

Solenne DELACOUR, bio-statisicienne, chargée de l'analyse et de la validation des données,

Florence MOLINIE, médecin de Santé Publique, épidémiologiste, chargée de l'analyse et de la validation des données et de la rédaction du rapport.

**Nadine RIANT**, médecin de Santé Publique, épidémiologiste, chargée de la rédaction de ce rapport en l'absence de Florence Molinie

### Responsables de la publication :

Anne-Marie KADI-HANIFI, médecin anatomo-pathologiste, Présidente de l'A.V.E.C.

**Paolo BERCELLI,** médecin de Santé Publique au Centre Hospitalier Départemental de La Roche-sur-Yon, directeur scientifique du Registre

# **REMERCIEMENTS**

Ce rapport n'aurait pu voir le jour sans le soutien financier :

#### du Conseil Général de la Vendée

Monsieur de VILLIERS, Président

Madame BESSE, Vice-Présidente du Conseil Général Monsieur GAUDUCHEAU, Conseiller Général Monsieur VINCENT, Directeur de la Solidarité et de la Famille

Madame le Docteur LORVOIRE, Conseiller technique à la Direction de la Solidarité et de la Famille

# du Comité Départemental de la Ligue Contre le Cancer

Monsieur le Docteur CHUPIN, Président Monsieur JOURDAIN, Directeur

#### de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Monsieur ROCHETEAU, Président Monsieur DUVAL, Directeur

#### de la Mutualité Sociale Agricole

Madame DURAND, Présidente

#### de la Mutualité de Vendée

Monsieur PATERNOSTRE, Directeur

# du Centre Hospitalier Départemental (C.H.D.)

Monsieur COUTURIER, Directeur

Nous remercions tous ceux qui ont permis ce travail grâce à leurs déclarations :

**Tous les médecins déclarants** de Vendée et des départements limitrophes : Loire Atlantique, Deux-Sèvres, Maine-et-Loire et Charente-Maritime.

**Tous les anatomo-pathologistes** de Vendée et des départements limitrophes : Loire-Atlantique, Deux-Sèvres, Maine-et-Loire et Charente-Maritime.

Nous remercions Monsieur Philippe DARNICHE, Sénateur, Maire de Mouilleron-le-Captif et Président de la Communauté des Communes du Pays Yonnais pour son soutien actif au départ du projet de création du Registre.

Nous tenons également à remercier **L'Observatoire Social de la Vendée** pour la mise à disposition de fonds de carte ainsi que Cyrille LEROY, ancien assistant de recherche clinique au Centre Hospitalier Départemental de La Roche-sur-Yon, auteur de la première version de l'outil de production statistique du Registre.

Nous remercions enfin Monsieur Gérald OZIEL, dessinateur du héron crabier qui orne la couverture de l'ouvrage ainsi que les bulletins édités périodiquement par l'association AVEC.

# **SOMMAIRE**

# **AUTEURS**

# <u>REMERCIEMENTS</u>

# INTRODUCTION

I	DO	NNÉES GÉNÉRALES SUR LA VENDÉE	11
]	<b>I.</b> 1	Géographie (6)	13
]	<b>I.2</b>	Démographie (6,7,8)	14
]	<b>I.3</b>	Emploi (6,7)	15
]	<b>I.4</b>	Couverture sanitaire (7,8)	15
II	- <b>M</b> A	ATÉRIEL ET MÉTHODES	
]	II.1	- Présentation du Registre	21
]	II.2	- Recueil de l'information	22
]	II.3	- Traitement de l'information	23
]	II.4	- Contrôles de qualité	24
]	II.5	– Indicateurs retenus	25
]	II.6	- Présentation des résultats	27
III	-	RÉSULTATS	29
]	III.1 III.1.	1	31
	III.1.		
]	III.2	Incidences et mortalité globales observées en Vendée de 2000 à 2002	
	III.2		
		eprésentation graphique de la répartition par appareil chez les femmes et les hommes cidence et taux d'incidence observés dans la population vendéenne féminine	
		cidence et taux d'incidence observés dans la population vendéenne masculine	
		opulation exposée, incidence et taux standardisé : représentation cartographique	
		cidence, fréquence relative, taux bruts et standardisés résumés par appareil et par sexe	
		ortalité, fréquence relative, taux bruts et standardisés résumés par appareil et par sexe	
		ramide des âges de la population exposée et des cas observés	
		istogramme des cas de cancers observés chez les femmes par tranche d'âge	
		istogramme des cas de cancers observés chez les hommes par tranche d'âge	
		apport mortalité/incidence dans la population vendéenne masculine et féminine	
	III.2.	.2 Incidence par appareil	47
		épartition détaillée des cancers de l'appareil digestif	
		épartition détaillée des cancers de l'appareil respiratoire	
		épartition détaillée des cancers de l'appareil génital féminin	
		sportition détaillée des hémonothies malianes	52

- Incidence et taux d'incidence standardisé par appareil et par arrondissement pour la population féminine	53
- Incidence et taux d'incidence standardisé par appareil et par arrondissement pour la population masculine	55
III.3 Incidence et mortalité par organe en Vendée de 2000 à 2002	55
III.3.1 Commentaires généraux et résultats principaux pour 7 cancers	
- Cancer du colon chez l'homme et chez la femme	
- Cancer du poumon chez l'homme et chez la femme	
- Cancer du sein chez la femme	
- Cancer de la prostate chez l'homme	
- Mélanome de la peau chez l'homme et chez la femme	
- Lymphome malin non hodgkinien chez l'homme et chez la femme	68
- Cancer de l'utérus chez la femme	
III.3.2 – Les cancers de la sphère ORL	73
- ORL - Cancer du larynx chez l'homme et la femme	75
- ORL – Cancer de la lèvre, de la bouche et du pharynx	76
IV SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES	79

#### INTRODUCTION

Ce rapport est le sixième produit par le Registre depuis 1997 (1-5), première année de recueil. Il cumule les résultats statistiques de trois années de recueil : 2000, 2001 et 2002 .

Comme pour les éditions précédentes, l'aspect descriptif a été volontairement privilégié. Depuis trois ans, le nombre d'années de recueil est suffisant pour permettre des analyses comparatives avec les données d'incidence et de mortalité nationales, régionales et départementales. La présentation retenue repose sur l'expression de la moyenne des effectifs et des taux sur les trois années plutôt qu'une mise à plat année par année.

La première partie est consacrée à la situation démographique et sanitaire de la Vendée, elle a été mise à jour pour certains indicateurs en fonction des dernières publications (INSEE, INSERM CepiDC, STATISS, etc.) et de leur intérêt chronologique.

La seconde partie présente les méthodes utilisées pour la mise en forme des données statistiques. On y trouve la définition des indicateurs retenus et leur signification permettant de lire les tableaux présentés dans ce rapport.

La troisième partie regroupe les informations sur la répartition des cancers en Vendée. La majorité des tableaux et des graphiques présentés dans les précédents rapports figure à nouveau dans ce document. Enfin, certains cancers font l'objet de développements spécifiques plus détaillés en raison de leur fréquence.

# I DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA VENDÉE

# I.1 Géographie (6)

Située sur la façade atlantique entre Loire et Charente, la Vendée, d'une superficie de 6 720 km², s'étend sur une centaine de kilomètres vers l'est, entre deux unités aux structures naturelles bien différentes : le massif armoricain et le bassin aquitain.

Il ressort de cette situation, ainsi que de l'évolution historique, une diversité de composants géographiques et sociaux : au bocage et à la plaine, viennent s'ajouter marais et zones littorales ou insulaires avec les îles de Noirmoutier et d'Yeu.

Un peu isolée entre mer et marais, la Vendée tend à se rapprocher de plus en plus des grandes métropoles



françaises grâce au développement de deux axes autoroutiers vers Nantes et Bordeaux, d'une part, vers Angers d'autre part. Son image est également associée à la mer et au tourisme.



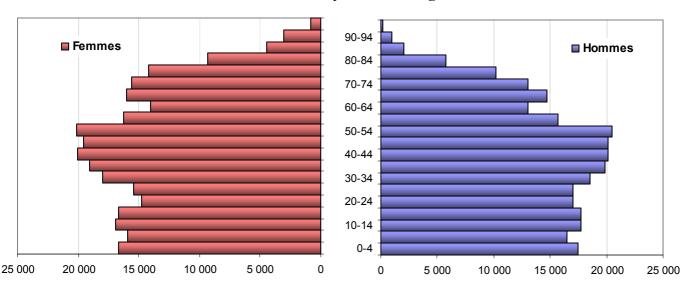
La Vendée fait partie de la région administrative des Pays-de-la-Loire qui comprend quatre autres départements : la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire, la Mayenne et la Sarthe.

Le département dont la préfecture est la Roche-sur-Yon, se divise en trois arrondissements (circonscriptions administratives définies par l'INSEE): celui de Fontenay-le-Comte, celui de la Roche-sur-Yon et celui des Sables-d'Olonne. Il compte 31 cantons et 282 communes.

# I.2 Démographie (6,7,8)

Au 01/01/2004, la population vendéenne est estimée à **576 823 habitants** dont 292 738 femmes et 284 085 hommes

(Source : STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social (STATISS) 2006, d'après les estimations localisées de population (ELP) de l'INSEE. La Vendée a le plus fort taux de variation annuel (+1,38% sur la période 2000-2004) de la région contre +0.85% pour l'ensemble des Pays de Loire



Vendée 2003 : Pyramide des âges

La proportion de sujets de plus de 60 ans est de 25,2 %; cette part est la plus importante des départements ligériens. **L'indice de vieillissement** (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) est élevé, égal à 82,3 % contre 65,8 en Pays-de-la-Loire et 65,3 en France – estimations au 01/01/2004. La Vendée dispose donc d'une population de plus en plus nombreuse mais aussi de plus en plus âgée.

La Vendée se présente comme un **département rural** (ratio urbain/rural à 0,95) à faible **densité de population**, 86 habitants au km², contre 105 en Pays-de-la-Loire et 111 en France – données STATISS à partir des ELP de l'INSEE au 01/01/2004.

La répartition en **catégories socio-professionnelles** montre l'aspect suivant (RP 1999 – INSEE) :

	Vendée	Pays-de-la-Loire
Agriculteurs exploitants	2,9	2,3
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3,9	3,3
Cadres et professions intellectuelles supérieures	3,1	4,7
Professions intermédiaires	9,2	11,1
Employés	14,8	15,6
Ouvriers	19,0	17,5
Retraités	26,8	23,8
Autres personnes sans activité professionnelle	20,2	21,7

Le taux de natalité (2004) est de 12,2 pour mille (13,1 sur l'ensemble de la Région et 12,7 en France)

Le taux (brut) de mortalité de 9,3 pour mille (8,4 sur la Région et en France) On constate une baisse de un point par rapport à l'année dernière, tant en Vendée qu'au niveau régional, le taux de mortalité national n'a baissé que de 0,6 points.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2000, **l'espérance de vie à la naissance** est de 83,5 ans chez les femmes (pour 83,6 au niveau régional) et de 76 ans chez les hommes (pour 75,9 au niveau de la Région) En 30 ans (de 1967 à 1997), le gain d'espérance de vie à la naissance a été de 5,7 ans pour les hommes et de 6,5 ans pour les femmes, légèrement supérieur au gain d'espérance de vie national.

En 2002, **les tumeurs malignes** constituent toujours la seconde **cause médicale de décès** pour les femmes derrière les maladies de l'appareil circulatoire, et la première pour les hommes. La mortalité masculine est globalement deux fois plus élevée que la mortalité féminine. Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer chez la femme.

# I.3 Emploi (6,7)

**Le taux de chômage** en Vendée, au sens du Bureau International du Travail, est passé de 11,1 % fin 1996, à 7,2 % fin 2005 (diminution relativement constante au fil des années) (Source : STATISS 2006) Il reste inférieur aux taux national et régional sur cette période.

# I.4 Couverture sanitaire (7,8)

Entre 1997 et 2005, l'effectif des médecins exerçant en Vendée est passé de 1 167 à 1 339 (tous modes d'exercice confondus) Dans le même temps, la proportion des spécialistes est passée sous le seuil des 40 %. La densité des professionnels de santé est plus faible en Vendée qu'aux niveaux national et régional (STATISS 2006), elle a même baissé par rapport aux années précédentes alors que les densités médicales régionales et nationales sont stables.

Situation au 01/01/ 2005	Nombre de médecins en Vendée	Densité médicale vendéenne	Densité médicale ligérienne	Densité médicale française
Médecins généralistes	804			
dont libéraux	567	98(contre102 en 2004)	103	113
Médecins spécialistes	532			
dont libéraux	237	41(contre 43 en 2004)	63	88

Médecins libéraux : praticiens exerçant une activité libérale exclusive ou partielle Densité médicale pour 100 000 habitants : nombre de médecins pour 100 000 habitants

Concernant les capacités des établissements de santé, le nombre de lits **MCO** (regroupant la Médecine, la Chirurgie et l'Obstétrique) a baissé de 9,1 % en 12 ans (entre 1985 et 1997) La dotation de la Vendée en lits de court séjour MCO, rapportée à la population (taux d'équipement en lits et places installés), apparaît comme **la plus faible de la Région** et est inférieure à la moyenne

française, sur la période 1997- 2005. La durée de séjour des patients en MCO a diminué durant la même période.

Les lits de soins de longue durée, occupés le plus souvent par des malades âgés, n'existent que dans le secteur public (au 01/01/2004)

Le volume de places pour les soins infirmiers à domicile est le plus important de la Région (19,5 places pour 1000 habitants de 75 ans et plus, contre 17,4 en Pays-de-la-Loire et 15,8 au niveau national)

Equipement hospitalier au 01/01/2005	Nombre de lits	Taux d'équi- pement	Taux ligérien	Taux français
Court séjour MCO (lits et places)	1404			
Médecine	757	1,37	1,77	2,13
Chirurgie	491	0,94	1,47	1,75
Obstétrique	156	1,32 <sup>(2)</sup>	1,61 <sup>(2)</sup>	1,74
Soins de suite et de réadaptation (lits et places)	866	1,63	1,52	2,13
Soins de longue durée (lits médicalisés)	770	127,23	119,52	78,8
Psychiatrie (adultes de plus de 16 ans, lits et places)	652	1,43	1,58	1,35

Equipement hospitalier : nombre de lits en hospitalisation complète et de places en ambulatoire, secteurs public et privé

Taux d'équipement pour 1000 habitants : nombre de lits et places pour 1000 habitants

Taux d'équipement en obstétrique : nombre de lits et places pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans

Taux d'équipement en soins de longue durée : nombre de lits pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus

Taux d'équipement en psychiatrie : nombre de lits et places pour 1000 habitants de plus de 16 ans

(1) Taux d'équipement français au 01/01/2004

(2) Taux calculé pour 1000 femmes de 15 à 49 ans

La Vendée dispose, en 2004, d'établissements de santé répartis sur ses différents arrondissements (au sens de l'INSEE), en particulier pour les soins de Médecine, Chirurgie et Obstétrique.

Etablissements de santé publics MCO	Etablissements de santé privés MCO
Challans	
Fontenay-le-Comte *	Fontenay-le-Comte *
Luçon **	
Montaigu **	
La Roche-sur-Yon **	La Roche-sur-Yon
Les Sables d'Olonne	Le Château d'Olonne

<sup>(\*)</sup> Ces établissements constituent un groupement de coopération sanitaire (CGS) depuis 2000.

En dehors de la chirurgie thoracique et des interventions sur l'encéphale, la chirurgie carcinologique est pratiquée dans les établissements de santé de court-séjour vendéens. Les chimiothérapies anticancéreuses sont également dispensées sur le département, à l'exception de traitements très spécialisés (en particulier, certaines chimiothérapies destinées aux enfants) La curiethérapie n'est pas proposée dans les établissements vendéens, et la greffe de moelle relève de services spécialisés non implantés en Vendée.

<sup>(\*\*)</sup> Ces établissements ont fusionné le ler janvier 2003.

La Vendée dispose d'appareils de radiothérapie implantés à la Roche-sur-Yon, en secteur public. En matière diagnostique, les équipements d'imagerie médicale (IRM, scanners, échographes, mammographes...) et les équipements d'endoscopie sont répartis sur le département. Deux services d'anatomie pathologique sont implantés à la Roche-sur-Yon, l'un à l'hôpital, l'autre en secteur libéral.

# II MATÉRIEL ET MÉTHODES

# II.1 - Présentation du Registre

L'Association Vendéenne pour l'Epidémiologie du Cancer (A.V.E.C.) est une association à but non lucratif, type loi 1901, créée en 1996. Elle a pour vocation l'enregistrement et la comptabilisation de la totalité des nouveaux cas de cancers survenus depuis 1997 pour l'ensemble de la population vendéenne; elle gère, à ce titre, le Registre général des cancers de Vendée. L'A.V.E.C. s'est aussi donné pour objectif la réalisation d'enquêtes épidémiologiques descriptives et analytiques et la publication des résultats de ses travaux. Enfin, ses statuts prévoient la collaboration sur le plan national et international avec des structures analogues. Une coopération étroite a ainsi été développée avec le Registre des cancers de Loire-Atlantique : la fédération des registres des cancers de Vendée et de Loire-Atlantique, l'EPIC-PL créée en 2000, a structuré et officialisé cette coopération. Ces deux Registres participent aux travaux du réseau FRANCIM qui regroupe l'ensemble des Registres des cancers français qualifiés.

Le Registre a obtenu la qualification du Comité National des Registres (C.N.R.) le 5 juillet 1999, et un avis favorable du Comité Consultatif sur le Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé, le 1<sup>er</sup> février 2000. L'avis du C.N.R. a été renouvelé en 2001. Cet avis doit être renouvelé pour la fédération des deux Registres en 2007.

Son conseil d'administration est composé de représentants du Conseil Général de Vendée, du Comité Départemental de La Ligue Contre le Cancer, de la C.P.A.M., de la M.S.A., de la Mutualité de Vendée, de la Fédération Vendéenne de Formation Médicale Continue, d'associations de médecins spécialistes, et d'établissements de santé publics et privés du département (*voir annexe*)

Son fonctionnement technique est assuré par un directeur scientifique spécialiste de santé publique, un médecin codeur anatomopathologiste bénévole et 6 salariés permanents; Trois assurent le fonctionnement quotidien (deux secrétaires médicales et une enquêtrice), et trois sont répartis sur les deux registres Loire-Atlantique – Vendée: une épidémiologiste, une statisticienne et un enquêteur sur un poste non pérenne. Certaines missions sont confiées en fonction des besoins à des enquêteurs, statisticiens, informaticiens.

Son financement repose sur des subventions allouées à l'A.V.E.C. depuis 1997 et selon les années par :

- le Conseil Général de Vendée,
- le Comité Départemental de la Ligue Contre le Cancer,
- la Caisse Primaire d'Assurance Maladie,
- la Mutualité Sociale Agricole,
- la Mutualité de Vendée.

Les médecins de Vendée volontaires versent une cotisation annuelle à l'A.V.E.C. pour participer à la vie associative.

Depuis 1999, une aide complémentaire est attribuée par l'Institut de Veille Sanitaire (InVS) L'INSERM a contribué également régulièrement au budget de 1999 à 2006. De 2000 à 2002, la D.R.A.S.S. a soutenu financièrement le Registre, dans le cadre du Programme Régional de Santé « Cancer et Société » En 2001, l'U.R.C.A.M. a également participé au financement des deux Registres de Loire-Atlantique et de Vendée, rejoint par le Conseil Régional des Pays-de-la-Loire depuis 2002. L'AVEC a bénéficié d'une subvention exceptionnelle sous forme d'un prix accordé aux associations par le Crédit Mutuel vendéen en 2002.

Enfin, des locaux sont mis à disposition gracieusement par le Centre Hospitalier Départemental de La Roche-sur-Yon, au sein de la Résidence du Pont Rouge.

# II.2 - Recueil de l'information

Le Registre prend en compte **tout nouveau cas de cancer survenu depuis le 1**<sup>er</sup> **janvier 1997** uniquement chez des sujets résidant en Vendée depuis au moins 6 mois, quel que soit le type de ce cancer et son lieu de diagnostic. Ce recueil comprend les cancers invasifs et in situ, quel que soit l'âge des patients.

Ne sont comptabilisées ni les tumeurs malignes diagnostiquées en Vendée mais de patients non domiciliés dans ce département, ni les métastases, ni les extensions, ni les récidives de tumeurs malignes déjà enregistrées ou dont le diagnostic initial est antérieur à 1997.

Pour assurer l'exhaustivité du recueil, critère obligatoire pour un registre général des cancers (9,10), le Registre a mis en place progressivement à partir de mai 1997, un **réseau de déclarants**.

Les sources de notification des cas incidents de cancers sont multiples en Vendée et dans les départements limitrophes (Loire-Atlantique, Maine-et-Loire, Deux-Sèvres, Charente-Maritime) Il s'agit des laboratoires de biologie et d'anatomie et cytologie pathologiques, des médecins libéraux, généralistes et spécialistes, des praticiens des établissements de santé publics ou privés et des Départements d'Information Médicale de certains établissements. Ainsi, cliniciens et anatomopathologistes mais également radiologues et biologistes, déclarent spontanément (sources primaires) les cas rencontrés ou sur sollicitation (sources secondaires) pour complément d'information, confirmation ou infirmation de cas déjà notifiés. Le croisement – et donc la multiplicité – des sources pour un même cas représente l'une des conditions de validité des informations collectées. L'utilisation des données du régime général de l'Assurance Maladie à travers les déclarations d'Affection de Longue Durée (ALD) est opérationnelle depuis mai 2005.

Le support du recueil des informations est constitué par une **fiche de déclaration** (voir fac-similé en annexe) organisée en trois parties :

- la première regroupe les informations sur l'identité et l'adresse du patient, indispensables pour le croisement des informations de sources différentes et l'élimination des doublons.
- la seconde comprend les items médicaux descriptifs retenus pour l'analyse, la vérification et le suivi des cas,
- la dernière comporte l'identification du médecin déclarant et l'indication d'éventuelles sources médicales complémentaires.

Pour l'exploitation des résultats du présent document, l'analyse se restreindra essentiellement à une étude descriptive centrée sur le site anatomique des cancers invasifs.

### II.3 - Traitement de l'information

La **confidentialité des données** (11) est garantie par l'application de procédures qui reposent sur le traitement séparé des données nominatives et médicales.

La saisie est ainsi organisée par étapes, chacune se déroulant sur un ordinateur dédié indépendant :

- les informations nominatives sont saisies dans une application développée spécialement par le Registre vendéen, attribuant un numéro de patient unique et un numéro d'incidence par cancer (un patient peut présenter plusieurs cancers) Cette base est cryptée sur le disque dur et l'accès du micro-ordinateur protégé par une procédure obligeant à la saisie de trois niveaux différents de mots de passe,
- la partie de la fiche contenant les informations médicales est séparée de la partie nominative par massicotage après attribution des numéros ; la partie nominative est détruite au sein des locaux (broyage),
- les informations médicales devenues anonymes sont ensuite saisies sur deux autres microordinateurs en réseau à l'aide d'une application spécifiquement développée pour les Registres des cancers de Vendée et de Loire-Atlantique par la société IDBC (Nantes)

Les données médicales font l'objet d'un **codage** pour permettre leur exploitation et assurer la comparabilité avec les autres registres des cancers (10):

- la topographie et l'histologie des cancers sont codées à l'aide de la Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie dans sa deuxième version (C.I.M.O2) pour les diagnostics antérieurs au 01/01/2002 et dans sa troisième version (C.I.M.O3) pour les diagnostics postérieurs au 01/01/2002 (12,13); cette classification constitue la référence utilisée en France comme à l'étranger,
- ce premier codage est complété par un second basé sur la classification de l'Association pour le Développement de l'Informatique en Cytologie et Anatomie Pathologiques (A.D.I.C.A.P.),
- les codages appliqués en Vendée respectent les règles et préconisations recommandées par le Centre International de Recherche sur le Cancer (C.I.R.C.) (9,10), l'European Network of Cancer Registries (E.N.C.R.) et le réseau FRANCIM regroupant l'ensemble des registres français des cancers reconnus par le Comité National des Registres.

Les pratiques quant au **choix d'enregistrement** ou non de certains cancers, comme en matière d'**analyse**, peuvent différer selon les registres. En Vendée, il a été décidé :

- de ne pas prendre en compte les tumeurs bénignes du cerveau pour l'analyse, toutefois elles sont toujours enregistrées,
- de ne retenir que les tumeurs de vessie dont le comportement est invasif pour les calculs d'incidence et de taux d'incidence des cancers de la vessie,
- d'enregistrer, contrairement à la majorité des registres généraux français, les carcinomes cutanés basocellulaires qui entrent dans la catégorie « cancers de la peau autres que les mélanomes » L'enregistrement des cancers basocellulaires est compliqué par leur caractère très récidivant et l'antériorité n'est pas toujours clairement spécifiée lors de la notification du cas. Ainsi la date d'incidence qui doit correspondre à la première occurrence quel que soit le site cutané (la peau étant considérée comme un seul organe selon les règles du C.I.R.C.) (9,10) peut être difficile à déterminer et il peut en résulter l'enregistrement de cas prévalents (récidives) et non plus incidents (nouveaux cas) pour une année donnée. Devant la grande fréquence des cancers basocellulaires et le travail important de validation nécessaire à leur bon enregistrement, il a été décidé de mettre fin au recueil permanent de ce cancer: les cancers basocellulaires de la peau sont donc enregistrés jusqu'au 01/01/2000.

Les données pour les cancers basocellulaires portant sur les années 1997, 1998 et 1999 ayant été présentées dans un précédent rapport (4), elles n'ont pas été reprises dans ce nouveau rapport. Des études ponctuelles tous les cinq ou dix ans pourront être envisagées.

# II.4 - Contrôles de qualité

Lors de la première étape de la saisie d'une fiche de déclaration, l'existence préalable du sujet est recherchée systématiquement dans la base informatique nominative afin d'éviter les **doublons** patients. Cette recherche est complétée régulièrement par un examen de l'ensemble de la base avec un tri automatisé.

Des **contrôles à la saisie** existent également dans la base médicale. Ils portent sur la cohérence inter-date (date de diagnostic et date de décès par exemple) ou sur la cohérence entre code topographique et le sexe (cancers génitaux)

Le logiciel IARCtools (14) permet de déceler d'éventuelles **incohérences** (comme par exemple les incompatibilités entre site, histologie et/ou le sexe du patient) et donc de rectifier les anomalies repérées après saisie mais avant l'analyse de la base.

Le contrôle de l'**exhaustivité** (9,10) suppose des méthodes complexes dont la mise en œuvre paraît prématurée compte tenu du nombre d'années recensées dans la base du Registre. Il est donc effectué de manière indirecte, à partir d'une valeur « étalon » choisie par convention : le nombre moyen de déclaration par cas doit tendre à être supérieur ou égal à 3.

Par principe, plus le nombre de déclarants est élevé, meilleure est la couverture du département, en même temps que le recoupement des données permet d'assurer un gain en qualité de l'information.

Le **pourcentage de vérification microscopique**, estimé par catégories de cancers, permet de se comparer à des valeurs attendues établies en fonction des pratiques et possibilités diagnostiques actuelles en Europe de l'Ouest (10) Ces références ont été calculées à partir d'une version précédente de la Classification Internationale des Maladies. Le regroupement des cancers diffère pour certaines hémopathies malignes et les cancers des tissus mou et conjonctif, et de ce fait, le tableau de vérification présenté (voir III.1.2) comporte des valeurs attendues indéterminées.

L'obtention de valeurs observées élevées confirme l'obtention de certitudes histologiques pour les déclarations des cas. Cette tendance est très présente en France, et des discussions se font jour sur la pertinence des valeurs attendues en raison du développement de techniques d'imagerie sophistiquées susceptibles de réduire le besoin de biopsies (10)

# II.5 - Indicateurs retenus

Pour la présentation des résultats, la **Classification Internationale des Maladies dans sa dixième version** (C.I.M. 10) (15) est utilisée pour regrouper en différentes catégories les cas de cancers enregistrés. La conversion de la base du Registre, codée en C.I.M.O2 et C.I.M.O3, vers la C.I.M. 10 est assurée par le logiciel IARCtools (14); le programme prend en compte à la fois le sexe, le site et l'histologie codés en C.I.M.O2 ou en C.I.M.O3.

L'intérêt de la C.I.M. 10 est de permettre l'individualisation des différentes hémopathies malignes et des lymphomes (en leucémies, lymphomes, myélomes, etc.) non réalisable avec le seul code C.I.M.O. topographique. Ainsi un lymphome, quel que soit son site, sera classé parmi les lymphomes en C.I.M. 10 et non plus avec les cancers du site spécifié : par exemple, un lymphome de l'estomac sera classé dans la catégorie des lymphomes et non pas en cancer de l'estomac.

Les données chiffrées sont exprimées à partir d'effectifs par catégories de cancers rapportés à la population vendéenne et par sexe.

La population étudiée servant de base au calcul des différents taux d'incidence exprimés pour 100 000 habitants-an (voir ci-dessous) est constituée du **nombre total des résidents vendéens au 1**<sup>er</sup> janvier de chaque année considérée (soit 2000, 2001 et 2002) (estimations locales de population INSEE de 2000 à 2002)Ils constituent la population exposée au risque de développer un cancer sur l'année. Celle-ci est répartie en fonction du sexe et par classes d'âge de 5 ans.

Les indicateurs suivants (16,17) ont été retenus :

- Pour un type de cancer donné et par sexe, <u>l'incidence annuelle</u> exprimée en « effectifs » est égale au <u>nombre moyen de nouveaux cas</u> découverts au cours des années 2000 à 2002. Il s'agit de la moyenne arithmétique : somme des effectifs des trois années de présence.
- Le <u>taux d'incidence annuel brut</u> est calculé en rapportant le nombre de cas au nombre total de personnes de la population exposée sur les trois années, ce rapport étant divisé par 3 pour obtenir une moyenne sur les trois années de recueil :

taux d'incidence annuel (moyen) brut = 
$$\left(\sum_{2000}^{2002} \frac{\text{nombre de cas}}{\text{population exposée}} \times 100\,000\right)/3$$

• Des <u>taux spécifiques par classe d'âge (ti)</u> sont calculés par catégorie de tumeurs et par sexe en appliquant le principe précédent pour obtenir une moyenne sur les trois années :

taux spécifique (moyen) de la classe d'âge 
$$i = \left(\sum_{2000}^{2002} \frac{\text{nombre de cas observé dans la classe d'âge } i}{\text{population totale de la classe d'âge } i} \times 100\,000\right)/3$$

Ce taux est calculé pour les 18 classes d'âge quinquennales.

• Le <u>taux d'incidence cumulé</u> [0-x] donne une estimation du risque d'être atteint d'un cancer donné avant un âge donné x :

taux d'incidence cumulé[0 - x] = 
$$\frac{5 \times \sum_{0-x} t_i}{1000}$$

avec  $\sum_{0-x}\!t_i$  , somme des taux spécifiques par classe d'âge quinquennale, de 0 à x.

Il est classiquement exprimé en pourcentage.

Les taux cumulés de 0 à 64 ans et de 0 à 74 ans (selon les tableaux) ont ainsi été calculés pour chaque catégorie de cancer et par sexe (17)

• Pour pouvoir comparer les taux d'incidence observés dans des populations différentes, il faut prendre en compte les facteurs expliquant a priori une partie des différences observées. Comme l'effet de l'âge est majeur (le risque de cancer augmente globalement avec l'âge) et les populations comparées ont souvent des structures d'âge différentes, il faut calculer des taux standardisés sur l'âge. La méthode de calcul des <u>taux standardisés directs</u> qui a été retenue consiste à utiliser la structure par âge d'une population dite de référence, commune pour tous les taux que l'on souhaite comparer :

taux standardisés = 
$$\sum_{i=18}$$
 ( $t_i \times proportion$  de la classe d'âge i dans la population de référence)

La population de référence utilisée ici est la **population mondiale type** définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) (voir annexe)

Celle-ci a été préférée à la population européenne type (voir annexe) pour disposer de taux comparatifs sur une population de structure sensiblement différente et élargir le champ des comparaisons ; c'est en effet cette population de référence qui a été choisie dans les travaux menés au niveau national par le groupe FRANCIM.

Seul le résumé par appareil et par sexe propose la standardisation sur les deux populations type.

- Enfin des <u>fréquences relatives</u> exprimées en pourcentage sont calculées pour préciser le poids relatif du taux d'incidence standardisé direct de chaque catégorie de cancers par rapport à l'ensemble de celles-ci (16)
- Le <u>ratio standardisé d'incidence</u> (SIR) permet de comparer un taux d'incidence d'une population spécifique à celui d'une population de référence. Cet indice comparatif d'incidence se calcule par standardisation indirecte, comme le rapport du nombre de cas incidents observés dans la première population (Vendée) au nombre de cas attendus si les taux d'incidence dans chaque tranche d'âge de la première population (Vendée) étaient identiques à ceux de la population de référence (la France (20) ou les Pays-de-la-Loire (21)) Ce ratio est également exprimé en base 100 (pas de différence observée entre deux taux d'incidence si le ratio est égal à 100) L'intervalle de confiance de ce ratio permet de juger si la différence observée entre les deux populations est réelle.

$$SIR = \frac{\sum Mi}{\sum Ei} \times 100 = \frac{\sum Mi}{\sum TI'i.PAi} \times 100$$

Avec Mi = nombre de cancers incidents dans la tranche d'âge i de la population étudiée

Ei = nombre de cancers attendus dans la tranche d'âge i de la population étudiée sous l'hypothèse de taux d'incidence identiques à ceux de la population de référence

PAi = nombre de personnes exposées au risque de développer un cancer dans la tranche d'âge i de la population étudiée

TI'i = taux d'incidence dans la tranche d'âge i de la population de référence

• Le <u>ratio standardisé de mortalité</u> (SMR) est calculé de la même manière que le ratio standardisé d'incidence et permet de comparer des taux de mortalité.

• Le <u>rapport mortalité/incidence</u> (M/I) est calculé comme le rapport du nombre de décès observés sur le nombre de cas observés ; il s'exprime généralement en %. Un rapport M/I peut être supérieur à 100% car les personnes qui décèdent d'un cancer une année donnée ne sont pas forcément les mêmes que ceux chez qui le diagnostic a été posé au cours de la même année (en fonction du délai de latence entre le diagnostic et le décès) Il est aussi possible qu'il y ait une sous-déclaration des cas incidents ou, au contraire, une sur-déclaration des décès pour un cancer donné (par exemple, une métastase pulmonaire ou hépatique comptabilisée comme cancer primitif dans les certificats de décès)

Si les effectifs sont exprimés en nombre entier (bien qu'il s'agisse de moyennes, cf. plus haut), les taux sont exprimés avec une décimale, à l'exception des taux cumulés qui conservent deux décimales. Ces choix ont été effectués de manière à être en cohérence avec les données habituellement publiées par les Registres des cancers en France.

Remarque: la lecture des tableaux doit tenir compte de ces conventions; en particulier, les cas totaux sont calculés selon la logique des effectifs (moyenne arithmétique sur les trois années) et ne correspondent pas obligatoirement à la somme totale du nombre de cas figurant dans les cellules du tableau du fait des arrondis. Si, dans une case des tableaux, le nombre total de cancers est égal à 1 sur les 3 années, le nombre moyen annuel de cas sera égal à 0. Si le nombre total de cancers est égal à 2, alors le nombre moyen annuel sera arrondi à l'entier supérieur 1.

#### II.6 - Présentation des résultats

La première partie (III.1) est consacrée aux résultats des contrôles (8-9) avec présentation :

- du nombre de déclarations par cas (nombre moyen et répartition en fonction du nombre de déclaration par cas),
- des tableaux des pourcentages de vérification microscopique comportant les valeurs observées et attendues par catégories de cancer selon le sexe.

La seconde partie (III.2) est constituée par les résultats de l'analyse descriptive épidémiologique de la base des cas incidents pour les années 2000 à 2002.

Cette analyse est présentée sous forme de graphiques (secteurs et histogrammes) ou de tableaux. La liste des « appareils » et « organes » retenus correspond aux indications de la C.I.M. 10 (15) telle que décrite plus haut. Les répartitions sont proposées par tranche d'âge en distinguant le plus souvent les deux sexes. Comme dans les précédents rapports (4-5), un tableau sur la mortalité par appareil a été ajouté en regard d'un tableau similaire sur l'incidence.

L'analyse portant sur les appareils est ensuite déclinée pour chacun des trois arrondissements de Vendée.

Enfin, dans la dernière partie (III.3), neuf catégories de cancers sont plus précisément décrites, selon le sexe, avec un histogramme de répartition des effectifs et des taux spécifiques par classe d'âge quinquennal. Des comparaisons des taux d'incidence et de mortalité ont également été réalisées entre la Vendée et la France d'une part, la Vendée et les Pays-de-la-Loire d'autre part. Les données de mortalité sont issues du CepiDc, elles nous sont fournies par l'ORS et correspondent à un recueil en routine des causes de décès. Les données d'incidence régionales sont des estimations calculées par le réseau FRANCIM à partir des données de tous les registres de cancer français et des données de mortalité nationales.

Ces cancers ont été retenus pour permettre de disposer d'un panel descriptif varié en tenant compte de contraintes liées à la disponibilité d'effectifs en taille suffisante et en fonction de la fréquence du cancer dans la population

Les localisations de cancers retenues dans ce chapitre sont les plus fréquentes : il s'agit des cancers du colon-rectum, du poumon, du sein, de la prostate, des mélanomes malins de la peau, des lymphomes malins non hodgkiniens et des cancers de l'utérus auxquels ont été ajoutés les cancers de la sphère ORL qui constituent un groupe fréquent. Ces derniers ont été détaillés par région anatomique.

Les cancers basocellulaires de la peau n'ont pas été décrits dans ce rapport puisque les données ne sont plus enregistrées depuis le 01/01/2000.

L'édition des tableaux et des graphiques à partir de la base épidémiologique après contrôle et corrections des données, a été automatisée en partie à l'aide du logiciel SAS® de la Société SAS Institute

# III RÉSULTATS

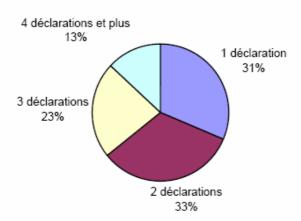
#### III.1 - Résultats des contrôles

# III.1.1 Nombre de déclarations par cas

Le nombre moyen de déclarations par cas, sur les trois années cumulées, est de **2,2** Le nombre moyen de déclarations a évolué sur la période : l'amélioration de cet indice depuis les premiers enregistrements devrait apparaître plus nettement dans les prochains rapports par la poursuite des relances de médecins entrant dans la prise en charge des patients mais également par l'utilisation plus systématique des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) des établissements publics ou privés, des demandes de mise en ALD auprès de l'Assurance Maladie, ainsi que, dans les cas litigieux et après accord des cliniciens, par la consultation de certains dossiers médicaux par les chargés d'enquête du Registre. Sur le graphique suivant, les cas incidents sont répartis en fonction du nombre de déclarations pour chacun d'entre eux.

# CUMUL DES ANNEES 2000 A 2002 : POURCENTAGE DE DECLARATIONS PAR CAS Nombre total de cas incidents : 8321 Nombre moyen de déclarations par cas : 2,2

#### Répartition des cas incidents en fonction du nombre de déclarations par cas



# III.1.2 Pourcentage de vérification microscopique

Ce chiffre correspond aux cas pour lesquels un examen anatomo-pathologique a été demandé, que cet examen ait conduit ou non à l'élaboration du diagnostic. Les pourcentages de vérification microscopique observés sont plus élevés que les valeurs attendues pour la plupart des catégories de tumeurs. Plusieurs causes expliquent cette différence. Les valeurs attendues utilisées comme référence (à partir des données des Registres d'Europe de l'Ouest) incluent pour certains pays des cas notifiés à partir des seuls certificats de décès (sans possibilité de vérification histologique) En France, la pratique des Registres tend à privilégier les déclarations sur la base des comptes-rendus histologiques, l'accès aux certificats de décès restant encore actuellement délicat (du fait de la procédure d'anonymat en vigueur) Comme signalé précédemment, certains cancers ne sont pas toujours accessibles aux techniques d'anatomie pathologique: Les techniques d'imagerie et de biologie peuvent parfois y suppléer, posant le problème du diagnostic de certitude; en cas de doute, la tendance en France est de ne pas retenir le cas. Enfin, certaines comparaisons avec les valeurs attendues doivent être effectuées avec précaution, du fait de la faiblesse des effectifs.

Le tableau suivant reprend en détail chez les femmes et les hommes les valeurs observées et attendues des pourcentages de vérification microscopique par grandes catégories de cancer.

MOYENNE VENDEE 2000 à 2002 : Vérification microscopique

0		FEMMES			HOMMES	
Cancers libellé CIM 10	Nb de	% de véri	if. micro.	Nb de	% de vé	rif. micro.
ilbelle olivi 10	cas	observé	référence	cas	Observé	référence
Cavité buccale	11	100,0	96,7	41	100,0	97,9
Pharynx et hypopharynx	6	83,3	93,5	51	98,0	97,0
Œsophage	7	100,0	88,2	42	100,0	92,5
Estomac	16	93,8	91,8	49	98,0	94,3
Intestin grêle	4	100,0	95,2	6	83,3	98,1
Colon, jonction, rectum	140	97,1	93,7	211	99,1	95,0
Foie et v. bil. intra hép.	9	77,8	75,3	34	82,4	74,1
Vésicule et v. bil. extra hép.	6	100,0	82,0	3	66,7	81,3
Pancréas	13	92,3	64,9	20	75,0	67,0
Fosses nasales, oreille moy.	1	100,0	96,1	4	100,0	96,9
Larynx	2	100,0	94,9	34	100,0	97,0
Trachée, bronches, poumons	39	97,4	87,3	150	98,7	89,2
Org. respiratoires ou intrathor.	1	100,0	ND	4	100,0	ND
Os et cartilages articulaires	4	75,0	92,8	3	100,0	97,5
Mélanomes de la peau	48	100,0	99,7	31	100,0	99,4
Peau, autres	118	99,2	99,1	136	100,0	99,6
Mésothéliomes	1	100,0	92,4	6	100,0	96,0
Péritoine et rétropéritoine	2	100,0	94,4	1	100,0	94,3
Tissus conj. et autres t. mous	6	100,0	ND	9	100,0	ND
Sein	401	98,8	96,3	4	100,0	95,7
Col de l'utérus	22	100,0	98,3			
Corps de l'utérus	45	97,8	98,1			
Utérus S.A.I.	5	80,0	71,1			
Ovaires	28	96,4	93,7			
Org. gén. féminins, autres	7	100,0	92,6			
Tumeur maligne du placenta	0		100,0			
Prostate				464	99,4	94,2
Testicule				14	100,0	98,8
Org. gén. masculins, autres				3	100,0	99,6
Vessie	9	100,0	96,1	57	100,0	97,3
Reins et autres voies urinaires	25	96,0	88,0	42	97,6	89,0
Œil	2	50,0	87,1	4	75,0	92,8
Méninges, cerveau, moelle	13	84,6	78,2	16	87,5	79,5
Thyroïde	59	98,3	96,7	20	100,0	96,7
Autres glandes endocrines	2	100,0	91,9			89,6
Maladie de Hodgkin	6	100,0	96,7	7	100,0	95,1
Lymph. non hodgkinien	43	97,7	97,7	60	100,0	92,5
Myélome multiple	8	87,5	83,4	9	88,9	79,1
Leucémies	11	100,0	89,2	19	94,7	92,9
Macroglob. de W., T. Lymph	6	100,0	ND	10	100,0	ND
Autres hémopathies	2	100,0	ND	3	100,0	ND
Siège primitif inconnu	31	93,5	ND	50	94,0	ND
TOTAL	1157	97,8		1617	98,1	

Nb de cas : Nombre moyen de cas

% de vérif. micro. : pourcentage de vérification microscopique

ND : non déterminé

N.B.: les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau

# III.2 Incidences et mortalité globales observées en Vendée de 2000 à 2002

# III.2.1 Commentaires généraux et résultats principaux

L'ensemble des critères nécessaires à l'édition des tableaux et graphiques a pu être renseigné pour la totalité des **8 311 cas incidents de cancers invasifs recensés de 2000 à 2002** auxquels s'ajoutent 2 015 carcinomes basocellulaires de 1997 à 1999, ainsi que les cancers in situ non étudiés ici.

Les cancers (hors basocellulaires) sont plus fréquents chez l'homme vendéen (1 617 cas incidents annuels, taux d'incidence standardisé de 320,7 pour 100 000) que chez la femme (1 157 cas incidents annuels, taux d'incidence standardisé de 225,2 pour 100 0000) (p. 28 et 30) Ces données sont classiquement retrouvées dans les statistiques nationales disponibles (16)

Le risque de cancer chez l'homme vendéen, avant 65 ans, est estimé à 16.9 %; il est estimé à 15.3 % chez la femme vendéenne pour la même tranche d'âge (p. 42-43) Ces chiffres augmentent notablement si l'on considère le risque de cancer avant 75 ans, il est de 38.6 % chez l'homme et de 24.9 % chez la femme. Ces chiffres d'incidence sont parfaitement comparables à ceux de la population française.

La mortalité par cancer se retrouve, quant à elle, plus de deux fois plus fréquente chez l'homme vendéen (1077 décès observés par cancer, taux de mortalité standardisé de 202,0 pour 100 000) que chez la femme vendéenne (608 décès observés par cancer, taux de mortalité standardisé de 83.2 pour 100 000) (p. 31)

Les comparaisons par rapport aux rapports précédents montrent une légère baisse de l'incidence et de la mortalité chez l'homme, mais des chiffres équivalents tant en incidence qu'en mortalité chez la femme.

Lorsque les cancers sont regroupés **par appareil** et lorsque les cancers de la peau sont restreints aux seuls mélanomes (p. 29), les 5 regroupements de cancers les plus fréquents sont

### chez la femme:

- le sein
- l'appareil digestif
- les organes génitaux féminins
- les hémopathies malignes
- les glandes endocrines

### chez l'homme:

- les organes génitaux masculins
- l'appareil digestif
- l'appareil respiratoire et le thorax
- les cancers de l'appareil urinaire et les hémopathies malignes à égalité

A noter que les cancers de la bouche et du pharynx arrivent désormais en sixième position chez l'homme, alors que nous les décrivions en cinquième position lors du précédent rapport.

Les cancers de l'appareil digestif touchent principalement le colon-rectum chez les femmes et chez les hommes (p. 32)

Hommes Femmes

Colon-Rectum
 Estomac
 Estomac
 Estomac
 Pancréas

4. Foie et voies biliaires 4. Foie et voies biliaires

Les cancers de l'appareil respiratoire et du thorax touchent principalement la trachée, les bronches et les poumons chez les femmes et chez les hommes (p. 33) Les cancers du larynx occupent la 2<sup>ème</sup> position chez les hommes et chez les femmes.

Les cancers des organes génitaux féminins touchent principalement le corps de l'utérus, mais aussi les ovaires (en 2<sup>ème</sup> position) et le col de l'utérus (en 3<sup>ème</sup> position) (p. 34)

Les hémopathies malignes sont principalement des lymphomes malins non hodgkiniens ou des leucémies, que ce soit chez l'homme ou chez la femme (p. 35)

La comparaison des taux d'incidence (hors cancers basocellulaires) calculés sur chacun des arrondissements (p. 36-38) doit être considérée avec circonspection : les travaux de validation des informations ont en effet laissé apparaître une moindre déclaration dans le sud du département, ce qui pourrait entraîner une distorsion des données sur l'arrondissement de Fontenay-le-Comte.

En dehors des cancers de site primitif inconnu qui représentent un groupe hétérogène de patients diagnostiqués à un stade avancé de la maladie, les 5 cancers les plus fréquents par organe (hors cancers cutanés basocellulaires) sont par ordre décroissant :

### chez les femmes (p. 42):

les cancers du sein,

les cancers du colon et du rectum,

les cancers de la peau hors mélanomes et basocellulaires,

les cancers thyroïdiens,

et enfin les cancers du corps de l'utérus

#### chez les hommes (p. 43):

les cancers de la prostate,

les cancers du colon et du rectum,

les cancers de la trachée, des bronches et du poumon,

les cancers de la peau hors mélanomes et basocellulaires

et enfin les lymphomes non hodgkiniens.

Les cancers de la sphère ORL représentent une part importante lorsque les différents sites sont regroupés (cavité buccale, pharynx et hypopharynx, larynx, fosses nasales et oreille moyenne) On retrouve ici comme au niveau national (17,19,20), les cancers du sein, de la prostate, du colon et du rectum et les cancers du poumon comme localisations à taux d'incidence standardisés les plus élevés.

Selon la tranche d'âge, les cancers les plus fréquents sont :

	<b>FEMMES</b> (p. 40)	<b>HOMMES</b> (p. 41)			
15-44 ans	cancers du sein et de la thyroïde	cancers des testicules et du regroupement « trachée – bronches –			
		poumon »			
45-74 ans	cancers du sein et du colon-rectum	cancers de la prostate et du colon-			
		rectum			
plus de 75 ans	cancers de la peau (hors mélanomes	cancers de la prostate et de la peau			
	et basocellulaires) cancer du sein	(hors mélanomes et basocellulaires)			

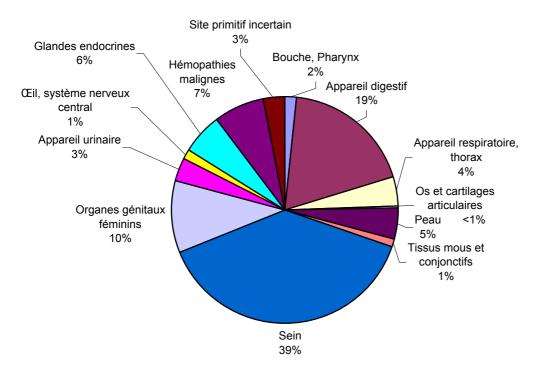
Les rapports de mortalité/incidence (M/I) ont été calculés pour la plupart des localisations cancéreuses en fonction du sexe. Les estimations de FRANCIM ont été fournies de manière à disposer d'une comparaison nationale. Globalement, le rapport M/I est plus élevé dans la population vendéenne que dans la population nationale, de manière faible chez les femmes (M/I de 52.5% en Vendée contre 49,2% au niveau national) et plus marquée chez les hommes (66.6% en Vendée contre 57,3% au niveau national) cf. tableau p 43

Les pages suivantes exposent dans le détail les différents indicateurs retenus pour cette première analyse descriptive sur les trois années cumulées.

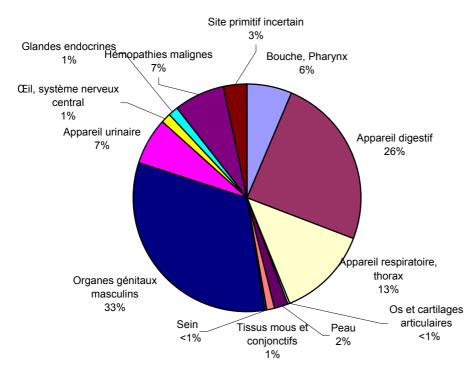
#### **MOYENNE 2000 à 2002 : REPARTITION PAR APPAREIL**

(seuls les mélanomes de la peau sont pris en compte dans la représentation graphique; exclusion des autres types de cancers de la peau)

#### **Femmes**



#### **Hommes**



FEMMES MOYENNE 2000 à 2002 : Incidence par tranche d'âge quinquennal et taux d'incidence observés dans la population vendéenne

FEMMES							NOMBR	E DE N	MBRE DE NOUVEAUX CAS PAR TRANCHE D'AGE	X CAS F	AR TRA	NCHE D	'AGE								TAUX		
Cancers	Lous	ö	ιċ	6	15-	20-	25- 3	30-	35- 40-	- 45-	-09	-22	-09	-59	-0.	75-	80- 85	85+ T	Tx inc.	Tx cum.	Tx cum.	Tx inc.	Fréq.
libellé CIM10	âges	4	6	4	19	24	29	34 3	39 44	49	54	65	64	69	74	62	82		brut	0-64 ans	0-74 ans	std.	relat.
Cavité buccale	7		0		0				0		1	_	_		2	<del>-</del>	<del>-</del>	_	3,8	0,16	0,21	2,1	6'0
Pharynx et hypopharynx	9				•					0	1	_	~		0	~		0	2,0	0,13	0,14	1,3	9'0
Œsophage	7		•			٠					<b>←</b>	0	0	_	_	-	-	-	2,4	0,04	0,12	1,0	0,4
Estomac	16		٠	٠			0			0		_	0	က	က	4	7	2	5,6	90'0	0,25	2,1	6'0
Intestin grêle	4		•	٠	٠	٠			0	0	٠	-	٠	0	-	-		0	1,3	90'0	60'0	7,0	6,0
Colon, jonction, rectum	140		•	•	٠				0	7	5 6	10	10	16	56	25	17	21	20,0	1,10	2,45	20,6	9,1
Foie et v. bil. intra hép.	6			٠	٠					_		0	7	~	7	-	-	0	3,1	0,11	0,20	1,5	2'0
Vésicule et v. bil. extra hép.	9			•	٠							•	0	0	7	7	_	-	2,2	0,01	0,08	9,0	6,0
Pancréas	13		•	٠				0		_	1	_	7	က	7	7	<del>-</del>	_	4,8	0,14	0,31	2,5	1,1
Fosses nasales, oreille moy.	_		•	•	٠							•	•	~	0				0,4		0,03	0,2	0,1
Larynx	2		•	•	٠					_	_	0	0		0				8,0	90'0	0,07	9,0	0,3
Trachée, bronches, poumons	39	٠		٠	٠			-	-	က	4	4	2	2	9	က	ဗ	0	13,8	0,62	66'0	8,3	3,7
Org. respiratoires ou intrathor.	-			٠					0		0		0	0				•	0,5	0,03	0,04	4,0	0,2
Os et cartilages articulaires	4			٠		-		0		0			_	0	0	0		0	1,3	0,08	0,10	1,1	9'0
Mélanomes de la peau	48	•		•	•	က	7	က	က	2	3 6	2	2	80	က	4	ဗ	က	17,0	0,76	1,10	11,5	5,1
Peau, autres	118		0						0	_	2	2	9	9	15	21	21	43	42,0	0,40	1,05	12,0	5,3
Mésothéliomes	-				٠							٠	٠	0	0	0	0		0,5		0,02	1,0	0'0
Péritoine et rétropéritoine	2	٠	•	•	•							0	_	0	0		0		8,0	0,05	0,07	0,5	0,2
Tissus conj. et autres t. mous	9	0		٠			0		0	0	0			0	_	<del>-</del>	<del>-</del>	_	2,1	90'0	60'0	1,2	9'0
Sein	401						7	2	13	25 4	0 53	47	46	22	45	31	21	18	143,2	6,92	10,10	88,2	39,2
Col de l'utérus	22		•	•	٠	-	_	7	4	က	3	-	_	~	_	2	_	_	7,9	0,45	0,52	6'9	2,6
Corps de l'utérus	45	٠	٠	٠			0	0		0	2	4	7	10	7	9	ဗ	က	16,1	0,53	1,07	8,3	3,7
Utérus S.A.I.	5		•	٠	٠	٠						_	_		-	0	-	-	1,8	90'0	0,08	7,0	6,0
Ovaires	28	٠	٠	0			-	0		_	_	7	4	6	4	7	7	-	10,0	0,29	0,71	5,5	2,4
Org. gén. féminins, autres	7	•			•						_	•	2	~	0	~	~	-	2,4	0,07	0,12	1,1	0,5
Tumeur maligne du placenta	0		•				0					•							0,1	0,01	0,01	0,2	0,1
Vessie	O			٠						0		0	_	~	-	<del>-</del>	7	က	3,2	0,07	0,12	1,2	9'0
Reins et autres voies urinaires	25	_	0			0				<del>-</del>	-	_	က	2	က	2	7	2	8,9	0,29	0,54	2,0	2,2
GEII	2	٠	٠	٠							0	•	٠	0		0	0	_	0,7	0,01	0,02	6,0	0,1
Méninges, cerveau, moelle	13		0	٠	~	0		-		0	7	2	-	က	-	7	<del>-</del>	•	4,8	0,20	0,34	3,2	1,4
Thyroïde	29		٠	0	<del>-</del>	-	7	4	က	9	6 11	4	9	2	4	က	<del>-</del>	0	21,0	1,30	1,60	16,0	7,1
Autres glandes endocrines	2	0								0		0		<del>-</del>	0				8,0	0,03	0,07	2'0	0,3
Maladie de Hodgkin	9	•		0	~	-	-		0	0		•		0	-	<del>-</del>			2,1	0,14	0,17	2,4	1,1
Lymph. non hodgkinien	43		0		~	٠		-	<del>-</del>	_	2 1	2	9	4	80	80	4	က	15,2	0,50	0,88	7,7	3,4
Myélome multiple	80	•									_	_	_	~	7	<del>-</del>	<del>-</del>		2,7	0,11	0,19	1,5	2'0
Leucémies	7		_	_			0			0	0	0	_	7	-	<del>-</del>	<del>-</del>	_	3,9	0,15	0,26	2,7	1,2
Macroglob. de W., T. lymph	9		٠						0	٠,		~	0	~	~ '	<del>-</del> -	<del>-</del>	0	2,2	0,07	0,13	1,1	0,5
Autres hemopathies	2 2	. (							. (	ο,	. ,		٠,	٠ ,	ο ι	<b>←</b> 1	. (	. ,	9,0	0,01	0,02	0,2	0,1
Siege primitif inconnu	3.1	0		•					0	_	7		4	7	c.	,	ກ	7	11,1	0,37	0,62	5,4	2,4
TOTAL	1157	7	2	2	က	<b>∞</b>	9	6	28		9 100	95	115	149	151	139	96	113	413,0	15,36	24,92	225,2	100,0

Tx inc. brut : taux d'incidence brut, exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants
Tx cum. 0-64 ans : Taux d'incidence cumulé de 0 à 64 ans, exprimé en pourcentage
Tx inc. std. : taux d'incidence standardisé selon le modèle mondial, exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants
Fréq. relat. : fréquence relative du taux d'incidence standardisé, exprimé en pourcentage
Les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau.

HOMMES MOYENNE 2000 à 2002 : Incidence par tranche d'âge quinquennal et taux d'incidence observés dans la population vendéenne

HOMMES						_	JOMBRI	E DE NO	NOMBRE DE NOUVEAUX CAS PAR TRANCHE D'AGE	X CAS	PAR TR	ANCHE	D'AGE								TAUX		
Sacore	Toile	ځ	ų,	-01	7.	20.	25. 3	30.	40-	45.	2	7.7.	60-	55	70-	75.	90.	424	Tx inc	Ty	Tv	Tying	Fréd
libellé ClM10	- c	<b>5</b> ⊲	, σ	<u> </u>										5 8	5 2	5 8	5 %	3	; til	0.64 ans	0.74 ans	: T	101 101 101 101 101 101 101 101 101 10
Cavité buccale	41		,		2				_	. ~	د	3				4	3	0	15.2	0 70	1 07	5	
Pharynx et hypopharynx	51								. 0	ı ო	7	. 0	. 8		4	. 4	0 0	1 ←	18,9	1,02	1,41	12,4	9,9
Œsophage	42								0	_	ဗ	5	3 6	7		က	4	-	15,6	09'0	1,14	9,1	2,8
Estomac	49							0	0	0	2	3	1 5	6	∞	10	9	4	17,9	0,36	1,00	8,7	2,7
Intestin grêle	9									0	0	0	0 0	_	2	_			2,1	0,05	0,17	1,1	0,3
Colon, jonction, rectum	211	٠					0		_	2	2	9 15	5 20	33	44	46	21	12	77,8	1,69	4,81	38,4	12,0
Foie et v. bil. intra hép.	34								0	_	_	2	2 5		. 0	2	_	0	12,4	0,37	66'0	6,9	2,2
Vésicule et v. bil. extra hép.	က	٠										0	_		_	0	_	•	1,0	0,04	0,07	9,0	0,2
Pancréas	20	٠								0	<del>-</del>	2	<del>ر</del> ن	ر ب	2	~	~	0	7,2	0,24	0,61	4,2	1,3
Fosses nasales, oreille moy.	4											0	٠	(1)	0	0	0	Ī	1,6	0,02	0,13	8,0	0,2
Larynx	34	٠								2	4	7	5 4	9	e	_	_	-	12,7	0,68	1,01	8,5	2,7
Trachée, bronches, poumons	150						0		_	5	10 1	18 20	0 15	25	21	19	6	4	55,4	2,35	4,04	33,4	10,4
Org. respiratoires ou intrathor.	4									_				-	0	_	٠		1,3	0,04	60'0	8,0	0,2
Os et cartilages articulaires	က		٠	0	0	-			0		0				•	0		Ī	1,0	0,07	0,07	1,0	6,0
Mélanomes de la peau	31						0	_	7	_	3	3	2 2	5	4	3	~	7	11,4	0,44	0,78	0,7	2,2
Peau, autres	136									_	2	3	9	17	19	34	26	21	50,2	0,63	1,98	21,6	6,7
Mésothéliomes	9					0						0	0 0	_	2	_	_	Ī	2,2	0,05	0,14	1,1	0,3
Péritoine et rétropéritoine	_	٠										0	0	0		•	٠	•	0,4	0,02	0,03	0,2	0,1
Tissus conj. et autres t. mous	6	٠		٠		0		0	0	0		-	0	.4	_	7	~	_	3,2	0,10	0,19	1,8	9,0
Sein	4	٠									<del>-</del>		_	-	_	_	0	-	1,5	0,04	0,10	8,0	0,2
Prostate	464										_	11 23	3 59	66	109	92	39	28	170,6	3,38	11,12	83,5	26,0
Testicule	41				-	7	7	7	4	7	_	0				•	0		5,2	0,37	0,37	4,9	1,5
Org. gén. masculins, autres	က	٠			0						0			-	_		0		1,0	0,03	0,08	2,0	0,2
Vessie	57			٠					0	_	_	-	9 9	10	6	12	2	9	21,1	0,54	1,24	10,7	3,3
Reins et autres voies urinaires	42		0		0	0		_		_	3	9	5	4	. 10	9	_	_	15,6	0,63	1,14	6,6	2,9
Œil	4	٠										0		-	_	_	_	0	1,4	0,01	0,08	9,0	0,2
Méninges, cerveau, moelle	16	0	<del>-</del>					0	_	_	_	-	2	(1)	7	2	0		6,0	0,28	0,46	4,2	1,3
Thyroïde	20	•				-		_	_	<b>~</b>	2	7	2	CA.		7	_	-	7,3	0,40	0,55	5,1	1,6
Autres glandes endocrines	•														•		•	•	•				
Maladie de Hodgkin	7		٠	0	0	-	-	-	0			_	٠	_	•	0	٠	-	2,5	0,16	0,19	2,3	2'0
Lymph. non hodgkinien	09		0	0	0	-		-	_		9	٠, د	3 7	6	=	13	2	4	22,2	0,62	1,35	12,1	3,8
Myélome multiple	6										<del>-</del>	_	0	-	_	2	_	-	3,2	0,08	0,16	1,5	0,5
Leucémies	19	_		_	_		0	0		_	2	. 0	7		e	2	7	-	7,0	0,25	0,44	4,7	1,5
Macroglob. de W., T. lymph	5	٠	٠	٠							0	-	0 2	(1	. 7	2	٠	-	3,6	0,12	0,26	2,0	9'0
Autres hémopathies	က	0									0		0	_	•		~		1,2	0,04	60'0	6'0	0,3
Siège primitif inconnu	20	0	٠			0			0	0	3	8	3 6	6	12	9	2	_	18,4	0,55	1,33	10,3	3,2
TOTAL	1617	7	-	7	က	9	4	6	16 2	27 6	6 09	98 114	4 180	285	298	280	139	93	595,0	16,89	38,61	320,7	100

Tx inc. brut: taux d'incidence brut, exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants

Tx cum. 0-64 ans : Taux d'incidence cumulé de 0 à 64 ans, exprimé en pourcentage

Tx cum. 0-74 ans : Taux d'incidence cumulé de 0 à 74 ans, exprimé en pourcentage

Tx cut. 1 aux d'incidence standardisé selon le modèle mondial, exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants

Trèq. relat : fréquence relative du taux d'incidence standardisé, exprimé en pourcentage

Les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau.

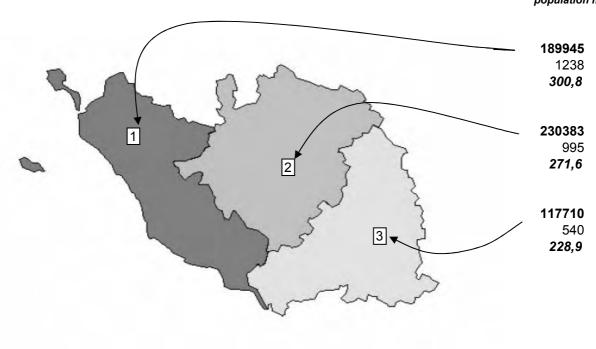
## MOYENNE 2000 à 2002 : POPULATION EXPOSEE, INCIDENCE ET TAUX D'INCIDENCE STANDARDISE PAR ARRONDISSEMENT

#### **POPULATION EXPOSEE**

INCIDENCE BRUTE (nombre de nouveaux cas)

TAUX D'INCIDENCE

STANDARDISE selon la population mondiale



- 1 : Arrondissement des Sables d'Olonne 2 : Arrondissement de la Roche-sur-Yon -
- 3 : Arrondissement de Fontenay-le-Comte

N.B.: les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau

# MOYENNE VENDEE 2000 à 2002 : INCIDENCE, fréquences relatives, taux d'incidence brut et taux standardisé résumés par appareil et par sexe

APPAREILS			FEMMES					HOMMES		
(CIM10)	Effectifs	Taux incidence brut	Taux std selon pop. Europ.	Taux std selon pop. Mond.	Fréquence relative %	Effectifs	Taux incidence brut	Taux std selon pop. Europ.	Taux std selon pop. Mond.	Fréquence relative %
Bouche, Pharynx	16	5,8	4,7	3,5	1,6%	93	34,1	30,5	22,1	6,8%
Appareil digestif	194	69,3	43	29	12,8%	364	134	102,4	68,9	21,4%
Appareil respiratoire, thorax	43	15,5	12,7	9,5	4,2%	193	71	61,4	43,5	13,6%
Os et cartilages articulaires	4	1,3	1,2	1	0,4%	3	1	1	1	0,4%
Peau	165	59	34	23,7	10,6%	167	61,6	45,4	28,6	9,0%
Tissus mous et conjonctifs	10	3,5	2,3	1,8	0,8%	16	5,8	4,6	3,2	1,0%
Sein	401	143,2	119,3	88,2	39,2%	4	1,5	1,2	0,8	0,2%
Organes génitaux féminins	107	38,2	28,7	21,6	9,6%					
Organes génitaux masculins						480	176,7	132	88,9	27,8%
Appareil urinaire	34	12,1	8,2	6,1	2,8%	100	36,7	29,3	20	6,2%
Œil, système nerveux central	15	5,5	4,4	3,5	1,6%	20	7,3	6,3	4,8	1,4%
Glandes endocrines	61	21,8	20,5	16,7	7,4%	20	7,3	6,7	5,1	1,6%
Hémopathies malignes	75	26,8	19,6	15,3	6,8%	108	39,6	31,8	23,5	7,4%
Site primitif incertain	31	11,1	7,6	5,4	2,4%	50	18,4	14,5	10,2	3,2%
TOUS APPAREILS	1157	413	306,2	225,2	100,0%	1617	595	466,9	320,7	100,0%

Effectifs : Effectifs moyens sur la période

Taux std selon pop. europ. : Taux standardisé selon le modèle européen, exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants Taux std selon pop. mond. : Taux standardisé selon le modèle mondial, exprimé en nombre de cas pour 100 000 habitants

Les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau

# MOYENNE VENDEE 2000 à 2002 : MORTALITE, fréquences relatives, taux de mortalité brut et taux standardisé résumés par appareil et par sexe

APPAREILS			FEMMES					HOMMES		
(CIM10)	Effectifs	Taux mortalité brut	Taux std selon pop. Europ.	Taux std selon pop. Mond.	Fréquence relative %	Effectifs	Taux mortalité brut	Taux std selon pop. Europ.	Taux std selon pop. Mond.	Fréquence relative %
Bouche, Pharynx	6	2,1	1,7	1,2	1,4%	49	17,9	15,6	10,8	5,4%
Appareil digestif	205	73,2	37,4	23,6	28,4%	415	153	117,2	77,5	38,4%
Appareil respiratoire, thorax	40	14,3	9,4	6,5	7,8%	211	77,8	63,7	43,8	21,7%
Os et cartilages articulaires	2	0,7	0,5	0,6	0,7%	4	1,3	1,1	0,8	0,4%
Peau (mélanomes)	9	3,3	2,2	1,6	2,0%	13	4,8	3,7	2,4	1,2%
Tissus mous et conjonctifs	3	1	0,6	0,5	0,6%	10	3,7	3	2	1,0%
Sein	113	40,3	26,9	18,7	22,4%	3	1	1	0,6	0,3%
Organes génitaux féminins	64	22,9	13,8	9,2	11,1%					
Organes génitaux masculins						120	44,1	30,2	17,3	8,5%
Appareil urinaire	28	10	5,5	3,7	4,4%	54	19,9	14,8	9,5	4,7%
Œil, système nerveux central	13	4,5	3,5	2,8	3,4%	20	7,4	6,5	5	2,5%
Glandes endocrines										
Hémopathies malignes	64	22,8	11,9	7,5	9,0%	85	31,2	22,7	14,3	7,1%
Autres	62	22,2	11,9	7,4	8,9%	94	34,5	27	18	8,9%
TOUS APPAREILS	608	217,2	125,2	83,2	99,9%	1077	396,4	305,9	202	100,0%

Effectifs : Effectifs moyens sur la période

Taux std selon pop. europ. : Taux standardisé selon le modèle européen, exprimé en nombre de décès pour 100 000 habitants

Taux std selon pop. mond. : Taux standardisé selon le modèle mondial, exprimé en nombre de décès pour 100 000 habitants

Source : Mortalité Vendée, ORS/Cépid-DC

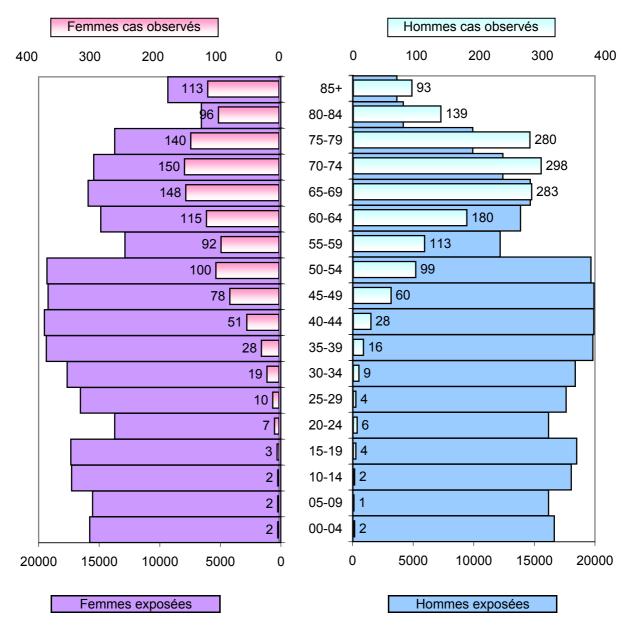
N.B.: Dans le tableau ci-dessus, les appareils ne regroupent pas exactement les mêmes localisations de cancers que dans le tableau des incidences, notamment la catégorie "autres" qui n'est pas supperposable à la catégorie "site primitif incertain" et la catégorie "peau" qui ne regoupe que les mélanomes.

### MOYENNE 2000 à 2002 : PYRAMIDE DES AGES DE LA POPULATION VENDEENNE EXPOSEE ET DES CAS INCIDENTS

En arrière plan : la population exposée en 2001

En premier plan : moyenne des cas observés sur la période 2000 à 2002

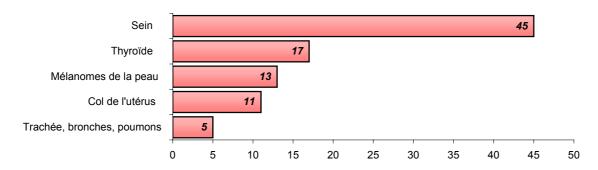
Effectif population féminine : 280056 Effectif population masculine : 271694 Cas incidents chez les femmes : 1157 Cas incidents chez les hommes : 1617



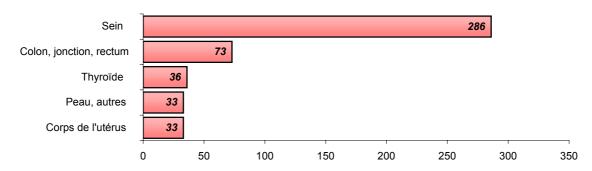
N.B.: les cancers basocellulaires sont exclus de la peau

# MOYENNE 2000 à 2002 : DONNEES GENERALES : CANCERS FEMININS LES PLUS FREQUENTS EN VENDEE PAR TRANCHE D'AGE (nombre de cas)

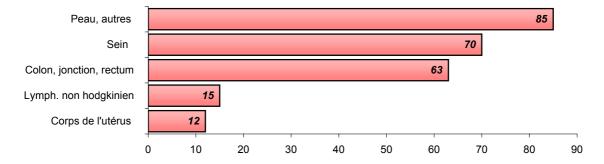
Au total : 119 cas de cancers ches les FEMMES de 15-44 ans (population exposée : 104179)



Au total : 685 cas de cancers ches les FEMMES de 45-74 ans (population exposée : 97643)

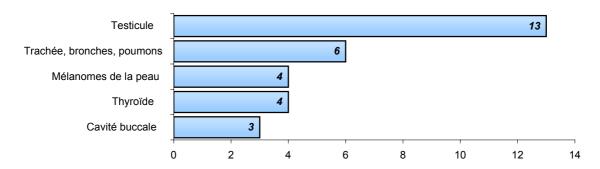


Au total : 348 cas de cancers ches les FEMMES de 75 ans et plus (population exposée : 29669)

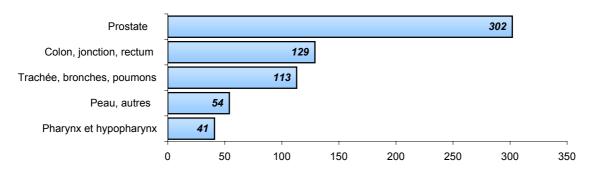


## MOYENNE 2000 à 2002 : DONNEES GENERALES : CANCERS MASCULINS LES PLUS FREQUENTS EN VENDEE PAR TRANCHE D'AGE (nombre de cas)

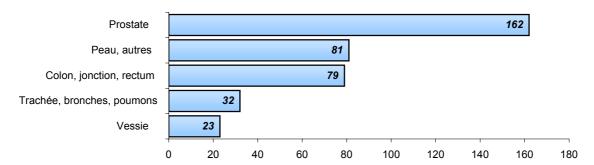
Au total : 65 cas de cancers ches les HOMMES de 15-44 ans (population exposée : 110393)



Au total : 1035 cas de cancers ches les HOMMES de 45-74 ans (population exposée : 92715)



Au total : 512 cas de cancers ches les HOMMES de plus de 75 ans (population exposée : 17742)



### RAPPORT MORTALITE/INCIDENCE en VENDEE 2000 à 2002, comparaison avec FRANCIM

		FEM	MES			НОМ	MES	
LOCALISATION	Incidence	Mortalité	Mortalité / Incidence	FRANCIM	Incidence	Mortalité	Mortalité / Incidence	FRANCIM
Bouche et pharynx	16	6	37,5	31,2	93	49	52,7	33,4
Œsophage	7	6	85,7	76,5	42	45	107,1	92,2
Estomac	16	19	118,8	74,4	49	40	81,6	69,3
Colon, rectum	140	91	65	44,4	211	105	49,8	43,8
Foie	9	19	211,1	162,5	34	90	264,7	125,4
Pancréas	13	41	315,4	158	20	42	210	138
Larynx	2	1	50	46	34	14	41,2	50,9
Poumon	39	37	94,9	98,3	150	193	128,7	97,8
Mélanomes de la peau	48	7	14,6	15,8	31	9	29	23
Mésothéliomes	1	1	100	152,5	6	7	116,7	127
Sein	401	113	28,2	27,8	4	3	75	0
Col et corps de l'utérus	67	28	41,8	33,3				
Ovaires	28	36	128,6	78,2				
Prostate					464	120	25,9	24,8
Vessie	9	9	100	62	57	31	54,4	38,4
Rein	25	16	64	42,8	42	22	52,4	43,9
Système nerveux central	13	13	100	55,5	16	20	125	63,9
Thyroïde	59			9,8	20			18
Maladie de Hodgkin	6	0	0	14,1	7	1	14,3	17,8
Lymph. Non hodgkinien	43			58,9	60			48,2
Myélome multiple	8	12	150	69,5	9	20	222,2	57,2
Leucémies	11	26	236,4	81,5	19	35	184,2	70,6
Autres localisations	195	126	64,6	ND	245	227	92,7	ND
TOUS APPAREILS	1157	608	52,5	49,2	1617	1077	66,6	57,3

Incidence : nombre de cas moyen annuel sur la période

Mortalité : nombre de décès moyen annuel sur la période

Mortalité/Incidence : rapport du nombre de décès sur le nombre de cas, exprimé en pourcentage

FRANCIM : rapport du nombre de décès sur le nombre de cas estimé par FRANCIM, sur l'ensemble des registres français, exprimé en pourcentage

N.B.: pour le système nerveux central, FRANCIM comptabilise tous les cancers bénins et malins.

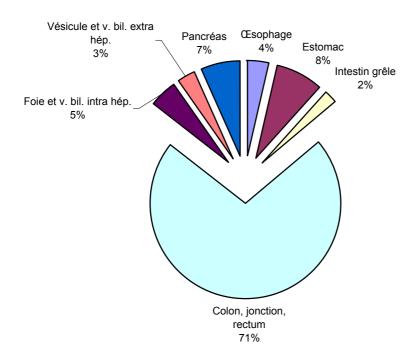
Un rapport M/I peut être supérieur à 100% car les personnes qui décèdent d'un cancer une année donnée ne sont pas forcément les mêmes que ceux chez qui le diagnostic a été posé au cours de la même année (en fonction du délai de latence entre le diagnostic et le décès). Il est aussi possible qu'il y ait une sous-déclaration des cas incidents ou, au contraire, une sur-déclaration des décès pour un cancer donné (par exemple, une métastase pulmonaire ou hépatique comptabilisée comme cancer primitif dans les certificats de décès).

III.2.2 Incidence p	par appareil
•	- ' '

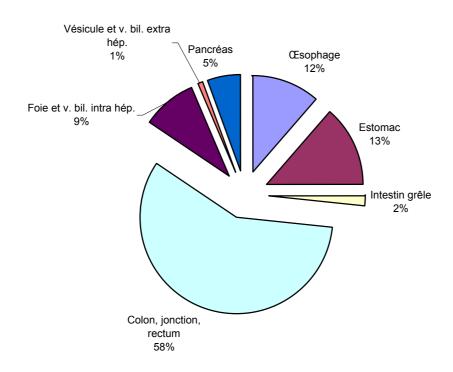
### Appareil digestif

FEMMES /

Nombre total de cas observés : 194



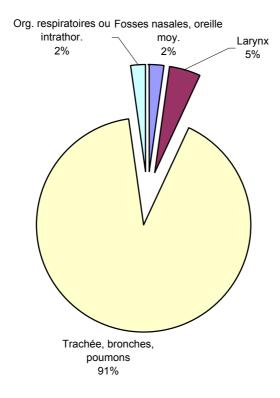
### HOMMES Nombre total de cas observés : 364



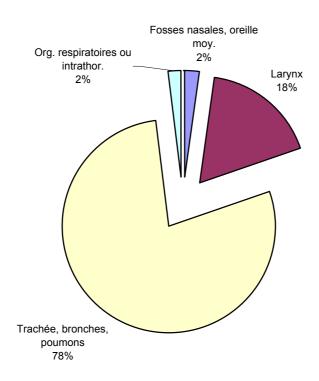
### Appareil respiratoire et thorax

#### FEMMES

#### Nombre total de cas observés : 43



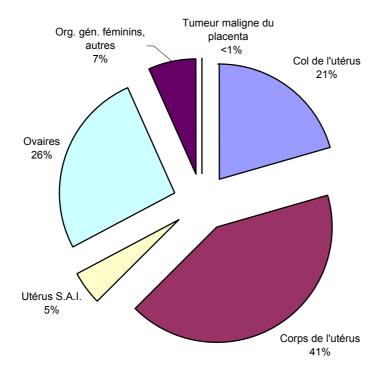
### HOMMES Nombre total de cas observés : 193



### Organes génitaux féminins

### FEMMES

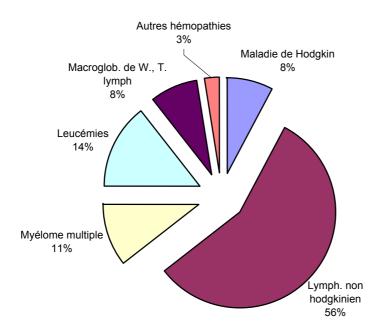
#### Nombre total de cas observés : 107



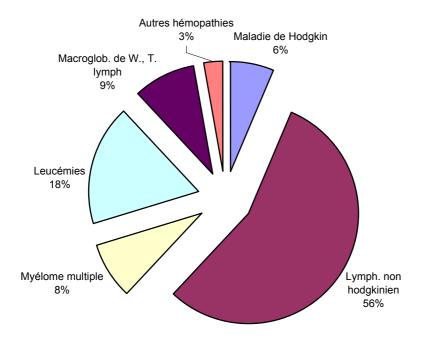
Hémopathies malignes

FEMMES

Nombre total de cas observés : 75



### HOMMES Nombre total de cas observés : 108



FEMMES MOYENNE 2000 à 2002 : Incidence et taux d'incidence standardisé par appareil et arrondisement

			ARRONDISSEMENTS	
APPAREIL (CIM10)		FONTENAY LE C.	LA ROCHE / YON	LES SABLES D'O.
Bouche, Pharynx	incidence	2	5	9
	Tx inc. std.	3,1	2,4	5,2
Appareil digestif	incidence	45	75	74
	Tx inc. std.	27,0	32,6	29,1
Appareil respiratoire, thorax	incidence	7	17	19
	Tx inc. std.	5,8	10,3	11,4
Os et cartilages articulaires	incidence	1	2	1
	Tx inc. std.	0,8	1,1	1,2
Peau	incidence	26	56	83
	Tx inc. std.	16,1	22,6	30,2
Tissus mous et conjonctifs	incidence	1	5	3
	Tx inc. std.	0,9	3,0	1,5
Sein	incidence	72	154	175
	Tx inc. std.	73,5	93,9	99,5
Organes génitaux féminins	incidence	22	36	48
	Tx inc. std.	18,9	20,7	25,0
Appareil urinaire	incidence	5	12	16
	Tx inc. std.	4,3	6,8	7,2
Œil, système nerveux central	incidence	2	6	7
	Tx inc. std.	2,3	3,2	4,9
Glandes endocrines	incidence	15	23	23
	Tx inc. std.	17,8	16,7	17,4
Hémopathies malignes	incidence	14	23	37
	Tx inc. std.	10,7	13,7	19,8
Site primitif incertain	incidence	6	16	9
	Tx inc. std.	4,9	8,0	3,9
TOUS APPAREILS	incidence	219	431	506
	Tx inc. std.	186,1	235,0	256,4

Incidence : incidence brute (nombre de cas moyen)

 $\label{eq:taux} \begin{tabular}{ll} Tx inc. std. : Taux d'incidence standardisé selon le modèle mondial $N.B. : les carcinomes basocellulaires sont exclus de la peau. \end{tabular}$ 

# HOMMES MOYENNE 2000 à 2002 : Incidence et taux d'incidence standardisé par appareil et arrondisement

			ARRONDISSEMENTS	
APPAREIL (CIM10)		FONTENAY LE C.	LA ROCHE / YON	LES SABLES D'O.
Bouche, Pharynx	incidence	18	31	44
	Tx inc. std.	18,6	19,9	28,8
Appareil digestif	incidence	82	126	156
	Tx inc. std.	65,6	68,9	75,8
Appareil respiratoire, thorax	incidence	42	66	85
	Tx inc. std.	42,9	41,7	49,3
Os et cartilages articulaires	incidence	1	1	1
	Tx inc. std.	1,5	0,8	1,0
Peau	incidence	34	49	84
	Tx inc. std.	24,9	24,7	34,7
Tissus mous et conjonctifs	incidence	4	6	6
	Tx inc. std.	2,8	3,8	2,9
Sein	incidence	1	2	1
	Tx inc. std.	0,7	1,1	0,7
Organes génitaux masculins	incidence	89	172	219
	Tx inc. std.	70,6	96,1	95,4
Appareil urinaire	incidence	17	31	51
	Tx inc. std.	15,9	17,9	25,5
Œil, système nerveux central	incidence	2	11	7
	Tx inc. std.	4,3	6,5	4,2
Glandes endocrines	incidence	5	9	7
	Tx inc. std.	5,6	5,9	4,1
Hémopathies malignes	incidence	21	38	48
	Tx inc. std.	23,1	23,6	25,5
Site primitif incertain	incidence	5	22	23
	Tx inc. std.	4,9	12,8	11,6
TOUS APPAREILS	incidence	321	564	732
	Tx inc. std.	281,2	323,4	359,2

Incidence : incidence brute (nombre de cas moyen)

 $\label{eq:transformation} Tx~inc.~std.: Taux~d'incidence~standardisé~selon~le~modèle~mondial~N.B.: les carcinomes~basocellulaires~sont~exclus~de~la~peau.$ 

### III.3 Incidence et mortalité par organe en Vendée de 2000 à 2002

### III.3.1 Commentaires généraux et résultats principaux pour 7 cancers

Les cancers les plus fréquents ont été détaillés ici : il s'agit des cancers du colon-rectum, du poumon, du sein, de la prostate, des mélanomes malins de la peau, des lymphomes malins non hodgkiniens, des cancers de l'utérus et des cancers de la sphère ORL. Ces derniers figurent dans un chapitre à part, avec la description détaillée des cancers du larynx et de ceux de la cavité buccale et du pharynx. Les résultats diffèrent peu de ceux du rapport précédent.

#### - Cancer du colon-rectum (p. 50-51)

L'incidence de ce cancer augmente à partir de 40 ans pour atteindre un maximum autour de 75-79 ans chez l'homme et chez la femme, puis diminue au-delà de 80 ans.

Les principales topographies concernées sont le colon gauche et le rectum.

Les comparaisons d'incidence et de mortalité ont été faites au niveau national et régional. Chez les femmes vendéennes, les taux d'incidence sont significativement inférieurs de 18% aux taux régionaux et de 20% aux taux nationaux, alors que les taux de mortalité ne diffèrent pas des taux régionaux et nationaux. Chez les hommes vendéens, les taux d'incidence et de mortalité ne diffèrent pas des taux régionaux et nationaux.

Après une période de diminution des taux d'incidence entre 1997 et 2001 on assiste à une remontée de ces taux en 2002.

#### - Cancer du poumon (p. 52-53)

Le rapport M/I chez la femme est proche de 100% ce qui traduit bien la forte létalité de ce cancer. Chez les hommes, le rapport M/I atteint 128%, ce qui dénote peut-être un manque de cas observés, malgré la multiplicité des sources consultées ou une sur-déclaration de cancer pulmonaire dans les certificats de décès, en cas de métastase pulmonaire.

L'incidence de ce cancer augmente avec l'âge à partir de 30-35 ans pour atteindre un maximum autour de 65-69 ans chez l'homme et chez la femme. Les taux d'incidence standardisés augmentent avec l'âge puis diminuent au-delà de 80 ans. Les taux de mortalité standardisés sont similaires aux taux d'incidence jusqu'à 70-75 ans puis sont supérieurs.

L'incidence comme la mortalité chez l'homme en Vendée sont très inférieures aux données nationales (de 39 % et 21 % respectivement) L'incidence chez l'homme en Vendée est également très inférieure aux données régionales (de 23%) L'incidence et la mortalité féminine ne diffèrent pas significativement des données nationales et régionales.

Sur la période 1997/2202 on observe une diminution du taux d'incidence chez les hommes, mais une augmentation du taux de mortalité. Chez la femme taux d'incidence et de mortalité semblent augmenter doucement mais régulièrement quasiment en parallèle.

#### - Cancer du sein féminin (p. 54-55)

Le rapport M/I (de 28%) est très comparable aux estimations nationales fournies par FRANCIM. L'incidence de ce cancer augmente avec l'âge dès 25 ans pour atteindre un maximum autour de 60 ans. Les taux d'incidence standardisés augmentent avec l'âge puis diminuent faiblement au-delà de

50-55 ans. Les taux de mortalité standardisés augmentent quasiment constamment avec l'âge à partir de 40 ans.

Les topographies les plus rencontrées sont par ordre décroissant : le quadrant supéro-externe, le quadrant supéro-interne, le quadrant inféro-interne et le quadrant inféro-externe du sein.

On ne retrouve plus les différences de taux d'incidence retenues lors des précédents rapports. Les taux d'incidence et de mortalité des cancers du sein en Vendée sont désormais parfaitement comparables aux taux régionaux et nationaux.

Les taux d'incidence sont en augmentation depuis 2000 alors qu'ils étaient en très faible augmentation sur la période 1997-1999. Les taux de mortalité sont quant à eux relativement stables sur la période.

#### - Cancer de la prostate (p. 56-57)

L'incidence de ce cancer augmente avec l'âge à partir de 50 ans pour atteindre un maximum autour de 70-74 ans. Les taux d'incidence standardisés augmentent avec l'âge et diminuent légèrement audelà de 80 ans. Les taux de mortalité augmentent plus fortement au-delà de 75 ans.

L'incidence du cancer de la prostate est plus faible en Vendée qu'au niveau régional (de 11%), mais équivalent au taux d'incidence en France. La mortalité vendéenne n'est pas significativement différente des mortalités régionale et nationale, contrairement à ce que l'on pouvait observer lors du précédent rapport.

Les taux d'incidence continuent de progresser régulièrement, tandis que les taux de mortalité baissent

#### - Mélanome de la peau (p. 58-59)

Les rapports M/I (de 15 et 30% chez les femmes et les hommes, respectivement) sont très comparables aux estimations nationales fournies par FRANCIM.

L'incidence des mélanomes de la peau et la mortalité associée ne suivent pas vraiment de tendance par rapport à l'âge. On observe 3 pics des taux d'incidence chez la femme à 50,65 et 80 ans. Chez l'homme la courbe d'incidence augmente plus régulièrement avec l'âge.

Les topographies les plus fréquentes sont les mélanomes de la peau de la hanche et du membre inférieur, de la peau de l'épaule et du membre supérieur, de la peau de la face et de la peau du tronc. L'ordre de fréquence diffère selon le sexe.

L'incidence et la mortalité sont comparables aux niveaux national et régional.

Tandis que l'incidence semble augmenter chez les femmes depuis 1997, elle stagne désormais chez les hommes. La mortalité des hommes et comparable à celle des femmes depuis 1999.

#### - Lymphome malin non hodgkinien (p. 60-61)

Nous ne disposons pas de données de mortalité pour la Vendée au moment de la préparation de ce rapport.

L'incidence augmente avec l'âge et diminue au-delà de 75 ans.

L'incidence est comparable aux niveaux national et régional.

#### - Cancer du col et corps de l'utérus (p. 62-63)

En France, les données agrégées de mortalité pour le cancer de l'utérus sont accessibles sans distinction entre les cancers du col et du corps de l'utérus.

L'incidence de ce cancer augmente avec l'âge dès 30 ans pour atteindre un maximum autour de 65-69 ans. Les taux de mortalité standardisés augmentent à partir de 60-64 ans.

L'incidence et la mortalité sont comparables aux niveaux national et régional.

L'incidence a augmenté régulièrement jusqu'en 2000, puis a diminué en 2001, ce qui peut traduire un manque d'exhaustivité, mais le taux de 2002 a retrouvé les valeurs des années précédentes. La mortalité est quant à elle restée relativement stable sur la période.

Graphiques et tableaux

		FEI	MES			НОІ	MMES	
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	139	49,6	30,8	20,6	211	77,6	58,2	38,4
Mortalité	91	32,4	16,2	10,1	105	38,6	27,9	17,3
Rapport M/I en %	65,2				49,8			

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

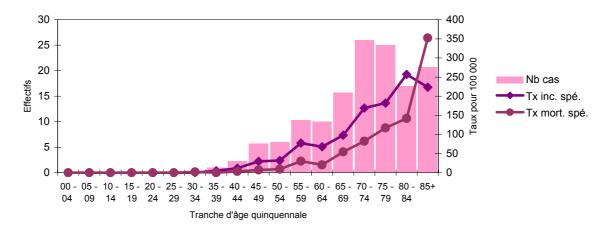
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I :rapport de la mortalité sur l'incidence

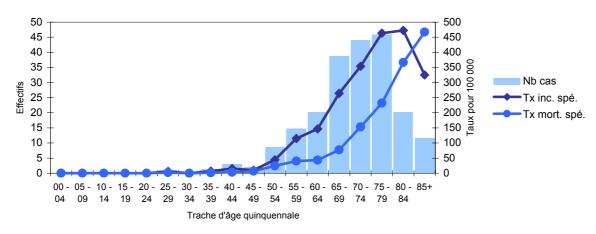
Taux brut: taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

# FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)

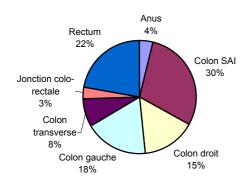


HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)

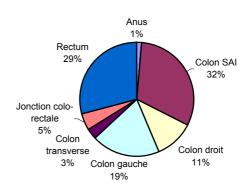


Nb cas : nombre moyen de cas

Femmes : Répartition topographique des cancers du colon-rectum en Vendée (moyenne sur la période)



Hommes : Répartition topographique des cancers du colon-rectum en Vendée (moyenne sur la période)

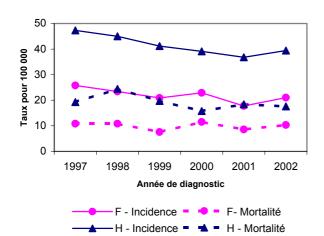


#### COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		TOTAL	FEMMES	HOMMES
INCIDENCE				
Vendée	Tx inc. std	28,7	20,5	38,5
Pays de la Loire	Tx inc. std	31,8	24,1	41,3
	SIR	89*	82*	95
France	Tx inc. std	30,9	24,6	38,8
	SIR	92	80*	100
MORTALITE				
Vendée	Tx mort. std	13,3	10,1	17,4
Pays de la Loire	Tx mort. std	12,4	8,8	17,0
	SMR	110	116	105
France	Tx mort. std	11,8	8,8	15,6
	SMR	117*	119	114

SIR\* ou SMR\* : test significatif à 5%

#### **EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE**



	Effectifs	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Femmes	Incidence	142	148	143	146	120	151
	mortalité	86	82	80	97	81	94
Hommes	Incidence	223	222	209	212	196	225
	mortalité	97	135	111	95	108	112

	FEMMES				HOMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	38	13,4	11,0	8,1	150	55,2	47,4	33,3
Mortalité	37	13,4	8,9	6,2	193	71	57,9	39,7
Rapport M/I en %	99,1				128,4			

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

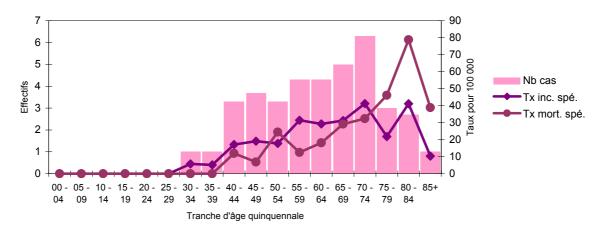
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I :rapport de la mortalité sur l'incidence

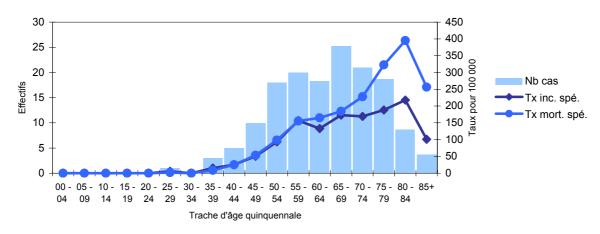
Taux brut: taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

# FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)

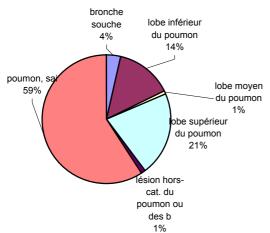


HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)

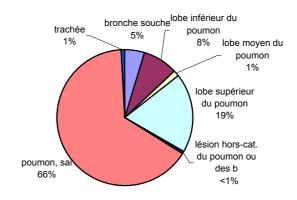


Nb cas : nombre moyen de cas

Femmes : Répartition topographique des cancers du poumon en Vendée (moyenne sur la période)



Hommes : Répartition topographique des cancers du poumon en Vendée (moyenne sur la période)

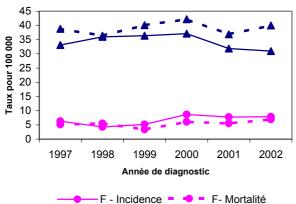


#### COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		TOTAL	FEMMES	HOMMES
INCIDENCE				
Vendée	Tx inc. std	20,0	8,2	33,3
Pays de la Loire	Tx inc. std	23,0	6,2	42,3
	SIR	83*	110	77*
France	Tx inc. std	28,8	8,6	52,1
	SIR	65*	80	61*
MORTALITE				
Vendée	Tx mort. std	21,8	6,1	39,7
Pays de la Loire	Tx mort. std	20,1	5,4	37,2
	SMR	111	114	109
France	Tx mort. std	26,3	7,5	48,6
	SMR	81*	81	79*

 $\ensuremath{\mathsf{SIR}^*}$  ou  $\ensuremath{\mathsf{SMR}^*}$  : test significatif à 5%

#### **EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE**



	Effectifs	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Femmes	Incidence	30	21	29	38	39	36
	mortalité	29	33	25	37	36	39
Hommes	Incidence	139	157	156	164	149	137
	mortalité	169	160	176	202	180	196

	FEMMES							
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.				
Incidence	402	143,6	119,6	88,4				
Mortalité	113	40,3	27,0	18,7				
Rapport M/I en %	28,1							

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

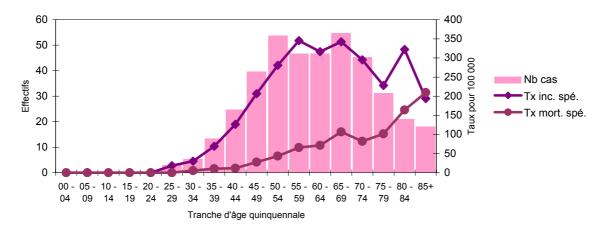
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I :rapport de la mortalité sur l'incidence

Taux brut : taux moyen brut

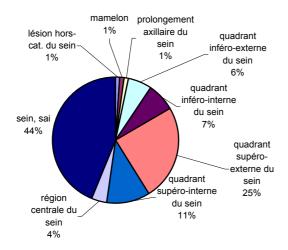
Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

# FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)



Nb cas : nombre moyen de cas

Femmes : Répartition topographique des cancers du sein en Vendée (moyenne sur la période)

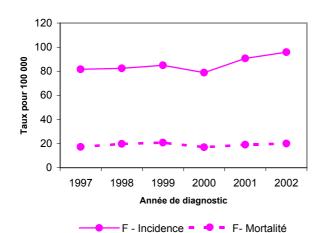


#### COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		FEMMES
INCIDENCE		
Vendée	Tx inc. std	88,6
Pays de la Loire	Tx inc. std	94,0
	SIR	93
France	Tx inc. std	89,4
	SIR	96
MORTALITE		
Vendée	Tx mort. std	18,8
Pays de la Loire	Tx mort. std	20,0
	SMR	98
France	Tx mort. std	19,7
	SMR	96

 ${\sf SIR^*}$  ou  ${\sf SMR^*}$  : test significatif à 5%

#### **EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE**



	Effectifs	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Femmes	Incidence	331	350	368	360	415	432
	mortalité	89	110	120	96	111	132

	HOMMES							
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.				
Incidence	464	170,7	126,2	83,5				
Mortalité	120	44,1	30,1	17,2				
Rapport M/I en %	25,8							

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

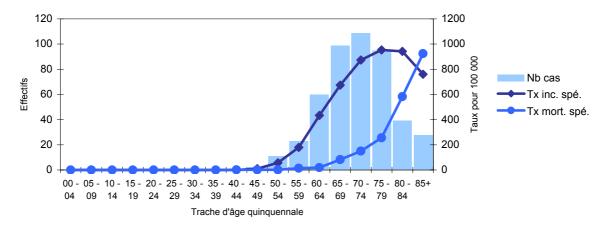
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I :rapport de la mortalité sur l'incidence

Taux brut : taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

## HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)



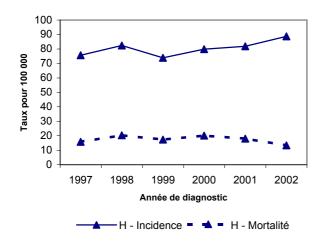
Nb cas : nombre moyen de cas

#### COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		HOMMES
INCIDENCE		
Vendée	Tx inc. std	83,6
Pays de la Loire	Tx inc. std	87,2
	SIR	89*
France	Tx inc. std	74,4
	SIR	104
MORTALITE		
Vendée	Tx mort. std	17,2
Pays de la Loire	Tx mort. std	15,3
	SMR	114
France	Tx mort. std	15,5
	SMR	111

SIR\* ou SMR\* : test significatif à 5%

#### **EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE**



	Effectifs	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Hommes	Incidence	410	442	400	437	459	496
	mortalité	99	132	119	135	125	99

	FEMMES				HOMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	47	16,9	14,2	11,5	30	11,2	9,5	6,8
Mortalité	7	2,6	1,9	1,5	9	3,4	2,6	1,9
Rapport M/I en %	15,5				30,8			

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

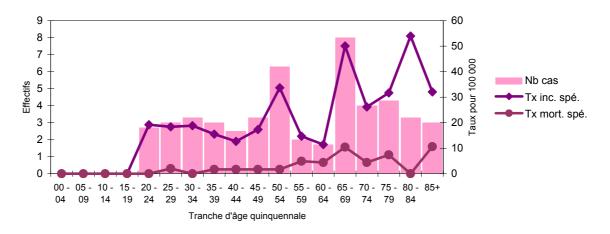
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I :rapport de la mortalité sur l'incidence

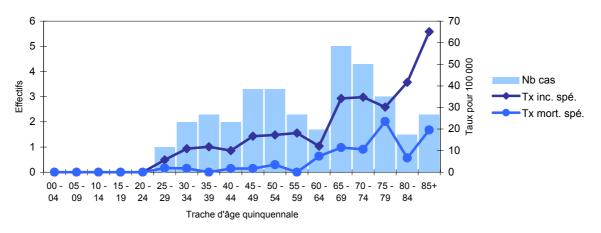
Taux brut: taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

## FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)

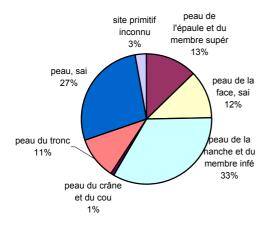


HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)

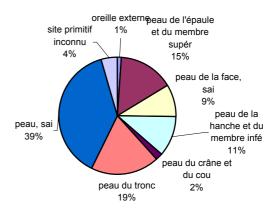


Nb cas : nombre moyen de cas

Femmes : Répartition topographique des mélanomes de la peau en Vendée (moyenne sur la période)



Hommes : Répartition topographique des mélanomes de la peau en Vendée (moyenne sur la période)

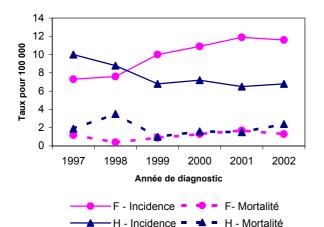


#### COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		TOTAL	FEMMES	HOMMES
INCIDENCE				
Vendée	Tx inc. std	9,0	11,4	6,8
Pays de la Loire	Tx inc. std	9,6	10,9	8,4
	SIR	97	102	90
France	Tx inc. std	8,5	9,5	7,6
	SIR	109	118	97
MORTALITE				
Vendée	Tx mort. std	1,6	1,5	1,8
Pays de la Loire	Tx mort. std	1,4	1,1	1,6
	SMR	122	109	134
France	Tx mort. std	1,3	1,1	1,6
	SMR	120	111	127

SIR\* ou SMR\* : test significatif à 5%

#### **EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE**



	Effectifs	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Femmes	Incidence	35	34	50	49	49	44
	mortalité	8	3	5	8	8	6
Hommes	Incidence	41	33	30	32	29	30
	mortalité	10	12	4	7	8	13

	FEMMES				HOMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	43	15,5	10,6	7,8	60	22,2	17,2	12,1
Mortalité Rapport M/I en %								

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

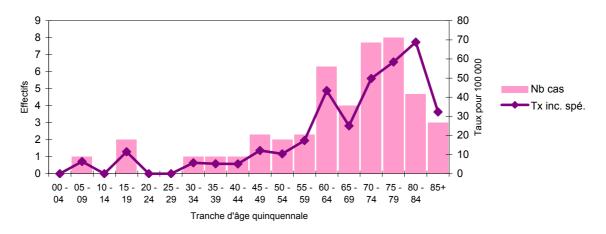
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I :rapport de la mortalité sur l'incidence

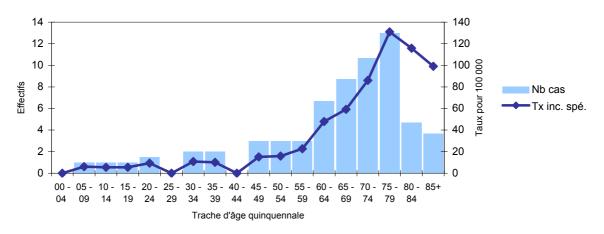
Taux brut : taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

FEMMES : Incidence par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)



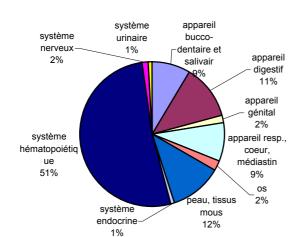
HOMMES : Incidence par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)



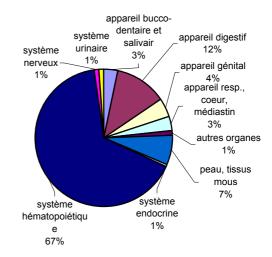
Nb cas : nombre moyen de cas

Tx inc. spé. : taux spécifique moyen (incidence)

Femmes : Répartition topographique des lymphomes non hodgkiniens en Vendée (moyenne sur la période)



Hommes : Répartition topographique des lymphomes non hodgkiniens en Vendée (moyenne sur la période)



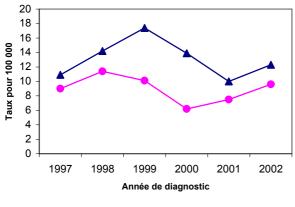
#### COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

NCIDENCE   Vendée   Tx inc. std   9,7   7,7   12,1			TOTAL	FEMMES	HOMMES
Pays de la Loire         Tx inc. std         10,3         8,0         12,1           SIR         99         93         108           France         Tx inc. std         10,2         7,5         12,2           SIR         104         99         112           MORTALITE	INCIDENCE				
SIR         99         93         108           France         Tx inc. std         10,2         7,5         12,2           SIR         104         99         112           MORTALITE	Vendée	Tx inc. std	9,7	7,7	12,1
France         Tx inc. std         10,2         7,5         12,2           SIR         104         99         112           MORTALITE	Pays de la Loire	Tx inc. std	10,3	8,0	12,1
SIR         104         99         112           MORTALITE		SIR	99	93	108
MORTALITE	France	Tx inc. std	10,2	7,5	12,2
		SIR	104	99	112
Vendée Tx mort. std	MORTALITE				
	Vendée	Tx mort. std			
Pays de la Loire Tx mort. std 3,7 2,9 4,6	Pays de la Loire	Tx mort. std	3,7	2,9	4,6
SMR		SMR			
France Tx mort. std 4,2 3,3 5,0 SMR	France		4,2	3,3	5,0

SIR\* ou SMR\* : test significatif à 5%

#### **EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE**

## Taux annuel moyen d'incidence standardisé (modèle national)



	Effectifs	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Femmes	Incidence	46	63	59	37	40	53
	mortalité						
Hommes	Incidence	45	64	83	68	51	62
	mortalité						

	FEMMES							
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.				
Incidence	67	24	18,7	14,1				
Mortalité	28	9,9	6,0	4,0				
Rapport M/I en %	41,1							

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

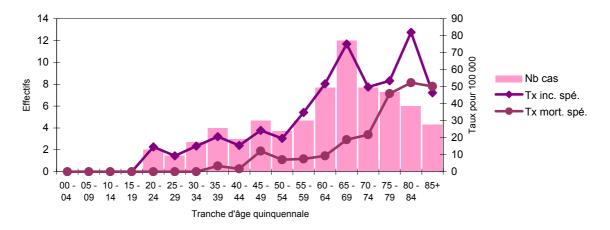
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I :rapport de la mortalité sur l'incidence

Taux brut : taux moyen brut

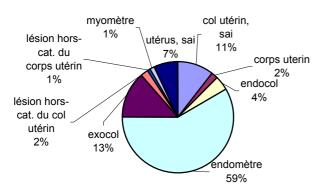
Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

# FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)



Nb cas : nombre moyen de cas

Femmes : Répartition topographique des cancers de l'utérus en Vendée (moyenne sur la période)

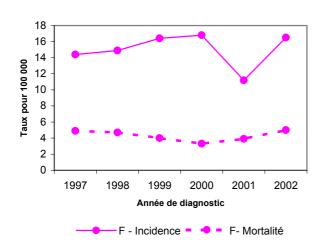


#### COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		FEMMES
INCIDENCE		
Vendée	Tx inc. std	14,9
Pays de la Loire	Tx inc. std	13,6
	SIR	104
France	Tx inc. std	17,3
	SIR	85
MORTALITE		
Vendée	Tx mort. std	4,0
Pays de la Loire	Tx mort. std	3,9
	SMR	104
France	Tx mort. std	4,3
	SMR	97

SIR\* ou SMR\* : test significatif à 5%

#### **EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE**



	Effectifs	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Femmes	Incidence	67	65	79	77	59	81
	mortalité	32	32	25	24	25	34

#### III.3.2 – Les cancers de la sphère ORL

Lorsque l'on regroupe l'ensemble des cancers de la sphère ORL, l'incidence moyenne chez les femmes est de 20 cas, et de 130 cas chez les hommes, ce qui les placent en 5<sup>ème</sup> position devant les lymphomes non hodgkiniens chez l'homme.

#### - Cancer du larynx (p. 66-67)

Au vu des effectifs, l'incidence chez les femmes ne sera pas discutée ici.

L'incidence des cancers du larynx augmente de 40 à 65-69 ans et diminue ensuite. La mortalité a plutôt tendance à l'augmentation avec l'âge.

L'incidence et la mortalité chez l'homme sont comparables à celles observées aux niveaux national et régional.

#### - Cancer de la lèvre, de la bouche et du pharynx (p. 68-69)

L'incidence est très faible chez les femmes.

Chez les hommes, on observe une augmentation de l'incidence et de la mortalité à partir de 35-39 ans.

Les topographies les plus fréquentes sont la langue, puis l'amygdale, l'oropharynx et le sinus piriforme à égalité viennent ensuite les localisations de l'hypopharynx et du plancher de la bouche. L'incidence et la mortalité chez la femme sont comparables à celles observées aux niveaux national et régional, de même que la mortalité chez l'homme. L'incidence chez les hommes est plus faible qu'au niveau régional et national de 31%. L'incidence tous sexes confondus est également plus faible (de 17% au niveau régional et de 30% au niveau national)

L'incidence chez les hommes a diminué depuis 1997 mais est relativement constante depuis 1999, tandis que la mortalité reste stable depuis 1998 et semble diminuer en 2002.

	FEMMES				HOMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	2	0,8	0,8	0,6	34	12,7	11,7	8,5
Mortalité	1	0,3	0,2	0,1	14	5,3	4,5	3,2
Rapport M/I en %	28,6				41,7			

Effectif: effectif moyen sur la période d'étude

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

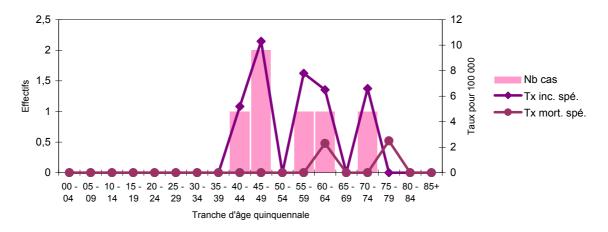
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I :rapport de la mortalité sur l'incidence

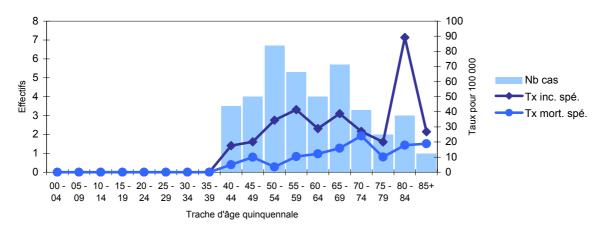
Taux brut: taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

## FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)



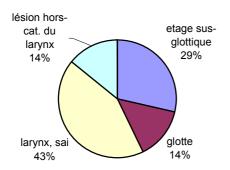
HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)



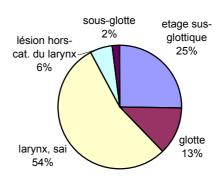
Nb cas : nombre moyen de cas

Tx inc. spé. : taux spécifique moyen (incidence)
Tx mort. spé. : taux spécifique moyen (mortalité)

Femmes : Répartition topographique des cancers du larynx en Vendée (moyenne sur la période)



Hommes : Répartition topographique des cancers du larynx en Vendée (moyenne sur la période)



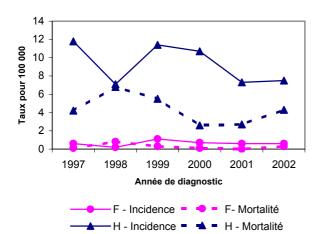
#### COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		TOTAL	FEMMES	<b>HOMMES</b>
INCIDENCE				
Vendée	Tx inc. std	4,5	0,6	8,5
Pays de la Loire	Tx inc. std			9,2
	SIR			85
France	Tx inc. std	4,8	0,7	9,3
	SIR	85	64	85
MORTALITE				
Vendée	Tx mort. std	1,6	0,1	3,2
Pays de la Loire	Tx mort. std	2,2	0,2	4,5
	SMR	70	51	70
France	Tx mort. std	2,2	0,3	4,4
	SMR	68	40	69

SIR\* ou SMR\* : test significatif à 5%

#### **EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE**

## Taux annuel moyen d'incidence et de mortalité standardisé (modèle national)



	Effectifs	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Femmes	Incidence	3	1	4	3	2	2
	mortalité	1	4	2	1	0	1
Hommes	Incidence	45	30	47	44	28	31
	mortalité	21	33	24	12	12	19

	FEMMES				HOMMES			
	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.	Effectifs	Taux brut	Taux std. europ.	Taux std. mond.
Incidence	16	5,8	4,7	3,5	93	34,1	30,4	22,0
Mortalité	6	2,1	1,6	1,2	49	17,9	15,4	10,9
Rapport M/I en %	34,7				52,5			

Effectif: effectif moyen sur la période d'étude

Taux std europ. : taux moyen standardisé selon le modèle européen

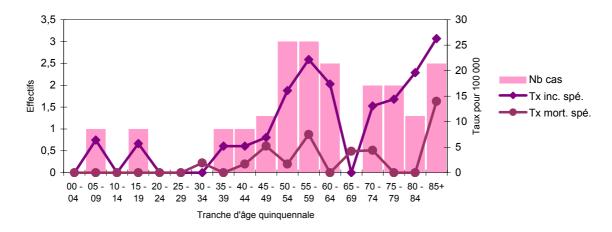
Taux std mond. : taux moyen standardisé selon le modèle mondial

Rapport M/I :rapport de la mortalité sur l'incidence

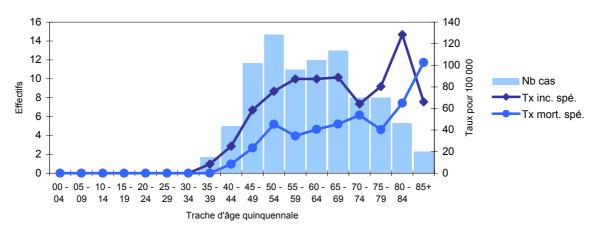
Taux brut: taux moyen brut

Les taux sont exprimés pour 100 000 habitants

## FEMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)



HOMMES : Incidence et mortalité, par tranche d'âge (moyenne sur la période d'étude)

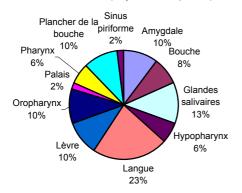


Nb cas : nombre moyen de cas

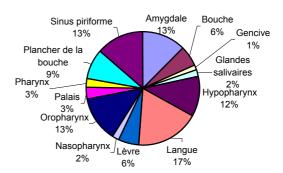
Tx inc. spé. : taux spécifique moyen (incidence)
Tx mort. spé. : taux spécifique moyen (mortalité)

## CANCER DE LA LEVRE, DE LA BOUCHE ET DU PHARYNX MOYENNE DES ANNEES 2000 à 2002

Femmes : Répartition topographique des cancers ORL L-B-P en Vendée (moyenne sur la période)



Hommes : Répartition topographique des cancers ORL L-B-P en Vendée (moyenne sur la période)



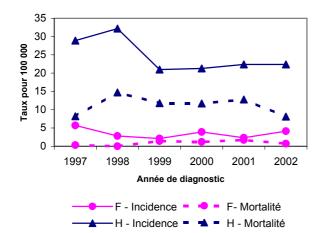
#### COMPARAISONS AVEC LES PAYS DE LA LOIRE ET LA FRANCE

		TOTAL	FEMMES	<b>HOMMES</b>
INCIDENCE				
Vendée	Tx inc. std	12,4	3,4	22,0
Pays de la Loire	Tx inc. std	17,0	3,1	32,2
	SIR	73*	97	69*
France	Tx inc. std	17,9	4,8	32,2
	SIR	70*	68	69*
MORTALITE				
Vendée	Tx mort. std	5,8	1,2	10,8
Pays de la Loire	Tx mort. std	5,4	0,9	10,4
	SMR	109	104	108
France	Tx mort. std	5,6	1,3	10,3
	SMR	104	75	108

 $\ensuremath{\mathsf{SIR}^*}$  ou  $\ensuremath{\mathsf{SMR}^*}$  : test significatif à 5%

#### **EVOLUTION TEMPORELLE SUR LA PERIODE ETUDIEE**

## Taux annuel moyen d'incidence et de mortalité standardisé (modèle national)



	Effectifs	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Femmes	Incidence	29	10	11	18	12	19
	mortalité	2	0	6	6	8	3
Hommes	Incidence	119	126	86	84	95	99
	mortalité	37	62	46	51	57	38

# IV SYNTHÈSE ET PERSPECTIVES

Les résultats statistiques présentés dans ce sixième rapport permettent de disposer d'un relevé descriptif d'une « année moyenne de cancers » sur la Vendée sur la base d'un modèle de présentation mis au point lors de la première publication annuelle du Registre des cancers de Vendée.

Expressions d'un recueil destiné à perdurer, ils ne constituent pas pour autant une référence absolue. Certaines limites tiennent à la fois à son caractère novateur sur le département, même si le Registre des cancers dispose désormais d'un outil éprouvé, et à des contraintes techniques inhérentes à la nature même des registres :

- le Registre a débuté son recueil en mai 1997, et a donc entrepris d'emblée un rattrapage de données pour disposer d'informations sur l'ensemble de sa première année de fonctionnement, puisque l'objectif était celui d'une collecte effective à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'année.
- l'expérience tend à montrer, sur les premières années de collecte d'informations, à la fois des risques de surestimation par intégration de cas prévalents plutôt qu'incidents et des possibilités de sous-estimation par couverture incomplète du territoire géographique, qui s'estompent avec le temps et la mise en place de procédures de vérification,
- les méthodes d'enregistrement s'intègrent dans un processus continu et dynamique : ainsi, en 2005, le Registre recevait encore des déclarations relatives à des cas de cancer dont le diagnostic inaugural remonte à 1997, 1998, 1999, 2000 ou 2001,
- des fluctuations d'incidence de la maladie cancéreuse au sein de la population d'une année à l'autre sont possibles, et elles sont d'autant plus sensibles qu'elles concernent des effectifs faibles, selon le type de cancer ou selon l'échelon géographique concerné.

Les techniques épidémiologiques habituellement retenues pour consolider les données, et autoriser par exemple des comparaisons avec les données d'autres registres ou avec des estimations nationales, passent par l'utilisation de données cumulées sur au moins trois années consécutives. Ces délais contribuent à la validation des données par le développement de systèmes de recherche complémentaire d'information. La notion de délai intervient également dans la mise en œuvre d'études de survie en population générale, puisqu'un recul de 5 ans (par rapport à la première année de recueil) est généralement nécessaire.

Dans le même temps, l'outil d'interrogation statistique continue d'être perfectionné. Comme l'enregistrement des cas fonctionne, par définition, selon un modèle continu à l'origine d'ajustements périodiques des données, il oblige à une mise à jour régulière des éditions statistiques. L'application informatique développée au sein du Registre permet désormais aussi bien des interrogations ponctuelles (sur demande) qu'une exploitation systématique sur une ou plusieurs années. Elle pourrait préfigurer les modalités de mise à disposition d'informations sur support informatique, voire des interrogations à distance.

En attendant cette possibilité, grâce à l'Observatoire Régional de Santé des Pays-de-la-Loire, les rapports annuels du Registre sont disponibles sur le site <a href="https://www.sante-pays-de-la-loire.com">www.sante-pays-de-la-loire.com</a>.

L'équipe du Registre espère ainsi tenir ses engagements à l'égard des médecins déclarants, tous participants bénévoles à un travail épidémiologique départemental, comme à l'égard des institutions et organismes qui contribuent à son fonctionnement depuis sa création.

**BIBLIOGRAPHIE** 

- 1 Incidence des cancers en Vendée Année 1997 A.V.E.C., juin 2000
- 2 Incidence des cancers en Vendée Années 1997 et 1998 A.V.E.C., avril 2002
- 3 Incidence des cancers en Vendée Années 1997, 1998 et 1999 A.V.E.C., octobre 2003
- 4 Incidence des cancers en Vendée Années 1997, 1998, 1999 et 2000 A.V.E.C., octobre 2004
- 5 Incidence des cancers en Vendée Années de 1997 à 2001 A.V.E.C., septembre 2005
- 6 INSEE. Tableaux de l'économie. Vendée. INSEE Pays de la Loire ed.1997.
- 7 Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social. Mémento 1998, 1999-2000, 2001, 2002, 2003 et 2005. Pays de la Loire. Nantes.
- 8 Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales. Démographie et santé, rapport, octobre 2003, 53 pages.
- 9 Esteban D, Whelan SL, Laudico A, Parkin DM. Manual for Cancer Registry Personnel. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1995.
- 10 Parkin DM, Chen VW, Ferlay J, Galceran J, Storm HH, Whelan SL. Comparabilité et Contrôle de Qualité dans l'Enregistrement des Cancers. Lyon: Centre International de Recherche sur le Cancer, 1996.
- 11 ADELF, AEEMA, ADEREST, EPITER. Recommandations. Déontologie et bonnes pratiques en épidémiologie. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 47 [supplément 1] 1999.
- 12 Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. Oncologie. Seconde édition. Genève : 1992.
- 13 Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies. Oncologie. Troisième édition. Genève : 2000.
- 14 Logiciel IARCtools. International Agency for Research on Cancer, 2000.
- 15 Organisation Mondiale de la Santé. Classification internationale des maladies, 10ème révision. Genève : 1992.
- 16 Bouyer J, Hémon D, Cordier S, Derriennic F, Stücker I, Stengel B et al. Epidémiologie. Principes et méthodes quantitatives. INSERM ed. Paris : 1995.
- 17 de Vathaire F, Koscielny S, Rezvani A, Laplanche A, Estève J, Ferlay J. Estimation de l'incidence des cancers en France 1983-1987. INSERM ed. Paris : 1996.
- 18 Viescas J. Microsoft Access 2000 au quotidien. Microsoft Press ed. 1999.
- 19 Hill C, Doyon F, Sancho-Garnier H. Epidémiologie des cancers. Flammarion Médecine-Sciences ed. Paris: 1997.

- 20 Remontet L, Estève J, Bouvier AM, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1978-2000. Rev Epidemiol Sante Publique 2003;51:3-30.
- 21 Observatoire régional de la santé, Registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée. Epidémiologie des cancers dans la région et les départements des Pays de la Loire. Incidence et Mortalité 1980-2000. Mars 2005.

### **ANNEXES**

Conseil d'administration de l'association AVEC

Comité scientifique de l'association AVEC

Population mondiale type (O.M.S.) et population européenne type

Population vendéenne par sexe et classe d'âge de 5 ans, globale et par arrondissement estimation au 01/01/1999

Fiche de déclaration utilisée en 1997, 1998, 1999, 2000 et 2001

Catégories de cancers CIM10 et regroupement par appareil

Index des sigles utilisés dans l'ouvrage

#### CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION A.V.E.C.

#### **Monsieur le Docteur BERRUCHON**

Pneumologue, CHD La Roche-sur-Yon

#### Madame le Docteur BURE

Dermatologiste, Association des Dermatologistes de Vendée

#### **Monsieur le Docteur CHUPIN**

Président du Comité départemental de la Ligue Contre le Cancer

#### **Monsieur COUTURIER**

Directeur, CHD La Roche sur Yon

#### **Monsieur le Docteur MOREAU**

Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Vendée

#### Monsieur le Docteur DENIMAL

Chirurgien Digestif, CHD La Roche-sur-Yon

#### **Monsieur DUVAL**

Directeur, CPAM Vendée

#### Monsieur FAIVRE ou son Représentant

Président de la Mutualité de Vendée

#### **Monsieur le Docteur FEIGEL**

Médecin DIM, Centre Hospitalier Loire-Vendée-Océan Challans

#### **Monsieur le Docteur FOUERE**

Médecin inspecteur, DDASS de la Vendée, invité

#### Monsieur GAUDUCHEAU ou son représentant Madame le Docteur LORVOIRE

Conseil Général

#### **Monsieur le Docteur GIRAUD**

Généraliste, Président de la Fédération de FMC de Vendée, Vice-Président de l'AVEC

#### Monsieur le Docteur JEANMAIRE

Radiothérapeute, CHD La Roche-sur-Yon

#### Madame le Docteur KADI-HANIFI

Anatomopathologiste, CHD la Roche-sur-Yon, Présidente de l'AVEC

#### Monsieur le Docteur MAISONNEUVE

Onco-Hématologue, CHD La Roche-sur-Yon, Trésorier de l'AVEC

#### Madame le Docteur MAIZI

Chirurgien, Clinique du Val d'Olonne, Le Château d'Olonne

#### Monsieur le Docteur OLLIVRY

Gastro-Entérologue, Association des Gastro-entérologues de Vendée

#### **Monsieur PASCREAU**

Administrateur de la MSA

#### Monsieur le Docteur RAFSTEDT

Dermatologiste, Association des Dermatologistes de Vendée, Secrétaire de l'AVEC

#### Monsieur le Docteur SOUSSANA

Gynécologue-obstétricien, Clinique Saint-Charles, La Roche-sur-Yon

#### Monsieur le Docteur VAN HEMELRYCK

Chirurgien Plasticien, Clinique du Val d'Olonne, Le Château d'Olonne

#### CONSEIL SCIENTIFIQUE DE L'ASSOCIATION A.V.E.C.

#### **Monsieur le Docteur BUEMI**

Directeur du Registre des Cancers du Haut-Rhin, Mulhouse

#### Madame le Docteur TALLEC

Directrice de l'Observatoire Régional des Pays de la Loire, Nantes

#### **Monsieur le Professeur CHAPERON**

Département de Santé Publique Université de Rennes 1,

#### Monsieur le Professeur LE MEVEL

CRLCC René Gauducheau, Saint-Herblain

#### Madame le Professeur SANCHO-GARNIER

Epidaure CRLC, Montpellier

#### Monsieur le Professeur BATAILLE

Biologie moléculaire, Nantes

#### **Monsieur le Docteur ESTEVE**

Bio Statistique, CH Lyon-Sud, Pierre Bénite

#### **Monsieur le Professeur BOASSON**

Hématologue CHRU d'Angers

#### POPULATIONS DE REFERENCE ET POPULATION VENDEENNE AU 01/01/1999

Classe d'âge	Population mondiale (2 sexes)	Population européenne (2 sexes)	Hommes Vendée	Répartition hommes (pour 100000 hommes)	Femmes Vendée	Répartition femmes (pour 100000 femmes)
0-	12000	8000	13 104	4 933	12 535	4 572
5-	10000	7000	16 062	6 047	15 377	5 609
10-	9000	7000	17 984	6 770	17 226	6 283
10-	3000	7000	17 904	6 770	17 220	0 203
15-	9000	7000	19 326	7 275	18 166	6 626
20-	8000	7000	16 159	6 083	13 680	4 990
25-	8000	7000	17 353	6 533	16 588	6 050
30-	6000	7000	18 254	6 872	17 499	6 383
35-	6000	7000	19 508	7 344	19 275	7 030
40-	6000	7000	19 766	7 441	19 114	6 972
45-	6000	7000	19 644	7 395	18 778	6 849
50-	5000	7000	17 756	6 684	17 397	6 345
55-	4000	6000	11 706	4 407	12 353	4 506
60-	4000	5000	14 002	5 271	15 077	5 499
65-	3000	4000	14 579	5 488	15 836	5 776
70-	2000	3000	12 373	4 658	15 219	5 551
75-	1000	2000	10 114	3 807	13 658	4 982
80-	500	1000	3 554	1 338	5 649	2 060
85+	500	1000	4 395	1 655	10 740	3 917
Total	100 000	100 000	265 639	100 000	274 167	100 000

L'item répartition correspond à la distribution par classes d'âge pour 100 000 femmes et 100 000 hommes. Il est à comparer avec les distributions européenne et mondiale qui sont des standards présentés par l'O.M.S.

## POPULATION VENDEENNE PAR SEXE, CLASSE D'AGE ET ARRONDISSEMENT (estimation au 01/01/1999)

		Fonter	ay le C.	La Roch	e sur Yon	Les Sable	es d'Olonn
Classe d'âge		Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
0-	Eff.	2 632	2 770	5 816	6 048	4 087	4 286
	Freq.	4,35%	4,70%	5,01%	5,28%	4,18%	4,65%
5-	Eff.	3 280	3 497	7 060	7 371	5 037	5 194
	Freq.	5,42%	5,93%	6,09%	6,44%	5,15%	5,63%
10-	Eff.	3 810	3 922	8 004	8 275	5 412	5 787
	Freq.	6,30%	6,65%	6,90%	7,23%	5,54%	6,28%
15-	Eff.	4 013	4 327	8 742	9 265	5 411	5 734
	Freq.	6,64%	7,34%	7,54%	8,10%	5,54%	6,22%
20-	Eff.	2 872	3 351	6 952	8 190	3 856	4 618
	Freq.	4,75%	5,68%	5,99%	7,16%	3,95%	5,01%
25-	Eff.	3 449	3 736	7 729	8 145	5 410	5 472
	Freq.	5,70%	6,34%	6,66%	7,12%	5,54%	5,93%
30-	Eff.	3 683	3 855	7 903	8 326	5 913	6 073
	Freq.	6,09%	6,54%	6,81%	7,27%	6,05%	6,59%
35-	Eff.	4 047	4 262	8 859	8 921	6 369	6 325
	Freq.	6,69%	7,23%	7,64%	7,79%	6,52%	6,86%
40-	Eff.	4 010	4 250	8 869	9 184	6 235	6 332
	Freq.	6,63%	7,21%	7,65%	8,02%	6,38%	6,87%
45-	Eff.	4 041	4 271	8 490	9 065	6 247	6 308
	Freq.	6,68%	7,24%	7,32%	7,92%	6,39%	6,84%
50-	Eff.	3 820	3 872	7 325	7 829	6 252	6 055
	Freq.	6,32%	6,57%	6,32%	6,84%	6,40%	6,57%
55-	Eff.	2 704	2 616	4 659	4 483	4 990	4 607
	Freq.	4,47%	4,44%	4,02%	3,92%	5,11%	5,00%
60-	Eff.	3 431	3 278	5 251	4 854	6 395	5 870
	Freq.	5,67%	5,56%	4,53%	4,24%	6,54%	6,37%
65-	Eff.	3 678	3 408	5 233	4 852	6 925	6 319
	Freq.	6,08%	5,78%	4,51%	4,24%	7,09%	6,85%
70-	Eff.	3 561	2 972	5 013	3 908	6 645	5 493
	Freq.	5,89%	5,04%	4,32%	3,41%	6,80%	5,96%
75-	Eff.	3 344	2 528	4 543	3 249	5 771	4 337
	Freq.	5,53%	4,29%	3,92%	2,84%	5,91%	4,70%
80-	Eff.	1 301	901	1 859	1 074	2 489	1 579
	Freq.	2,15%	1,53%	1,60%	0,94%	2,55%	1,71%
85+	Eff.	2 788	1 152	3 673	1 410	4 279	1 833
	Freq.	4,61%	1,95%	3,17%	1,23%	4,38%	1,99%
Pop Totale		60 464	58 968	115 980	114 449	97 723	92 222
			_				

Données INSEE

#### FICHE DE DECLARATION DU REGISTRE DES CANCERS DE VENDEE

PATIENT		
NOM et Prénom NOM de jeune fille		
Sexe		
Adresse actuelle		
VILLE et Code postal		
CANCER	Date de diagnostic :// Cancer primitif	
ORGANE		<u></u>
LOCALISATION		ille de la ımeur :
HISTOLOGIE		
	T: N: M: pT: pN: pM: ADICAP:	
CIRCONSTANCES DE DECOUVERTE	Symptôme(s) ☐ Fortuite ☐ Dépistage ☐ Autre → préciser :	Autopsie
BASE DU DIAGNOSTIC	Histologie sur primitif  ☐ Histologie sur métastase ☐ Histologie après autopsie ☐ Imagerie, endoscopie ☐ Cytologie, hématologie ☐ Biochimie ou immunologie ☐ Certificat de décès seul ☐ Autre  → préciser :	autopsie
LABORATOIRE		N° de l'examen :
(en cas de cytologie histologie ou biologie		
ANTECEDENTS PERSONNELS DE CANCER	Ne Sait Pas	
TRAITEMENT INITIAL	☐ Chirurgie curative       ☐ Chimiothérapie curative       ☐ Radiothérapie curative         ☐ Chirurgie curative avec traitement adjuvant       ☐ Autre combinaison à visée       ☐ Traitement palliatif curative	Autre traitement curatif Pas de traitement
ETAT DU PATIENT	✓ Vivant       → Date des dernières nouvelles ://         ☐ Décédé       → Date du décès ://	Perdu de vue
MEDECINS		
DECLARANT NOM et Prénom		Date de la déclaration
Adresse ou cachet		//
N° de télécopie ou @dresse e-mail		//
TRAITANT ou SPECIALISTE (si différent du médecin déclarant) NOM, Prénom et VILLE		
<u> </u>	éservé au Registre : Secrétaire Enguêteur Retour	□ Validé

#### CATEGORIES DE CANCERS CIM 10 ET REGROUPEMENT PAR APPAREIL

Regroupement par appareil	Catégories de cancers	Code CIM10
Dougha phorany	Cavité buccale	C00 à C08
Bouche, pharynx	Pharynx et hypopharynx	C09 à C14
	Esophage	C15
	Estomac	C16
	Intestin grêle	C17
Appareil digestif	Colon, jonction, rectum	C18 à C21
	Foie et voies biliaires intra hépatiques	C22
	Vésicule et voies biliaires extra hépatiques	C23 à C24
	Pancréas	C25
	Fosses nasales, oreille moyenne	C30 à C31
	Larynx	C32
Appareil respiratoire et thorax	Trachée, bronches, poumons	C33 à C34
	Organes respiratoires ou intrathoraciques	C37 à C39
Os et cartilages articulaires	Os et cartilages articulaires	C40 à C41
	Mélanomes de la peau	C43
Peau	Peau, autres	C44
	Mésothéliome	C45
	Sarcome de Kaposi	C46
Tissus mous et conjonctifs	Péritoine et rétropéritoine	C48
	Tissus conjonctifs et autres tissus mous	C47 ou C49
Sein	Sein	C50
Som.	Col de l'utérus	C53
	Corps de l'utérus	C54
	Utérus S.A.I.	C55
Organes génitaux féminins	Ovaires	C56
	Organes génitaux féminins, autres	C51 ou C52 ou C5
	Tumeur maligne du placenta	C58
	Prostate	C61
Organes génitaux masculins Testicule		C62
	Organes génitaux masculins, autres	C60 ou C63
	Vessie	C67
Appareil urinaire	Reins et autres voies urinaires	C64 à C66 ou C68
GT 1	Eil	C69
Œil, système nerveux central	Méninges, cerveau, moelle	C70 à C72
	Thyroïde	C73
Glandes endocrines	Autres glandes endocrines	C74 ou C75
	Maladie de Hodgkin	C81
	Lymphome non hodgkinien	C82 à C85
	Macroglobulinémie de Waldenström	C88
Hémopathies malignes	Myélome multiple	C90
	Leucémie	C91 à C95
	Tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés.	C96
Site primitif incertain	Siège secondaire ou primitif incertain	C76 à C80

#### INDEX DES SIGLES UTILISES DANS L'OUVRAGE

**ADICAP** Association pour le Développement de l'Informatique en Cytologie et en

Anatomie Pathologique

**AVEC** Association Vendéenne pour l'Epidémiologie du Cancer

**CHD** Centre Hospitalier Départemental

**CIM** Classification Internationale des Maladies

CIRC Centre International de la Recherche sur le Cancer

CME Commission Médicale d'Établissement

**CNR** Comité National des Registres

**CPAM** Caisse Primaire d'Assurance Maladie

**DRASS** Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

**ENCR** European Network of Cancer Registries

**FRANCIM** Réseau français des Registres des cancers

IARC International Agency for Research on Cancer (cf. CIRC)

**INSEE** Institut National de la Statistique et des Études Economiques

**INSERM** Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

InVS Institut de Veille Sanitaire

MCO Médecine Chirurgie Obstétrique

MSA Mutualité Sociale Agricole

**OMS** Organisation Mondiale de la Santé

**ORS** Observatoire Régional de la Santé

STATISS STATistiques et Indicateurs de la Santé et du Social

**URCAM** Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

#### Résumé:

Cet ouvrage présente une analyse épidémiologique descriptive de l'ensemble des cas incidents de cancers recueillis par le registre général des cancers de Vendée de 2000 à 2002.

La première partie décrit le contexte démographique et sanitaire de la Vendée.

La deuxième partie est consacrée à une présentation succincte du fonctionnement du Registre, au mode de collecte de l'information, à son traitement et aux mesures d'incidence retenues pour la présentation des résultats.

La troisième partie regroupe les résultats sous forme de tableaux et de graphiques : données d'ensemble, déclinées par localisation anatomique, classe d'âge et sexe, puis rapportées par échelon géographique et détaillées pour certaines localisations spécifiques. Elle comporte également une comparaison (incidence et mortalité) avec les niveaux régional et national pour les sept cancers les plus fréquents (colon-rectum, poumon, sein, prostate, mélanome de la peau, lymphome malin non hodgkinien, utérus) ainsi que pour les cancers de la sphère ORL.

Mots clés : cancer, épidémiologie, incidence, Vendée.

A.V.E.C.

Résidence du Pont-Rouge CHD Les Oudairies 85925 LA ROCHE-SUR-YON CEDEX 9

Téléphone: 02.51.44.63.93 Télécopie: 02.51.44.63.93 e-mail: registre85@free.fr

site internet: www.sante-pays-de-la-loire.com