

POINTS D'ACTUALITÉS

Légère augmentation des passages aux urgences due à l'épisode de canicule (page 2)	Estimation de l'incidence et de la mortalité des cancers : tous cancers confondus, l'incidence augmente chez la femme et reste stable chez l'homme (A la Une)	Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer du côlon-rectum 2007-2016 (pages 4 à 8)
--	---	--

| A la Une |

Estimations de l'incidence et de la mortalité des cancers, France métropolitaine, 1990 - 2018

Une collaboration étroite entre Francim-HCL-SpF-INCa¹ (Programme de Travail Partenarial cancer) a permis de rédiger de nouvelles estimations nationales d'incidence et de mortalité par cancer. Elles concernent pour la première fois 74 types et sous-types de cancers et présentent des tendances par classe d'âge grâce à une nouvelle méthodologie.

En 2018, le nombre de nouveaux cas de cancers est estimé à 382 000 (54 % chez l'homme) pour 157 400 décès par cancer (57 % chez l'homme). Le cancer du sein reste le plus fréquent (58 459 nouveaux cas), suivi du cancer de la prostate (50 430 nouveaux cas), du cancer du poumon (46 363 nouveaux cas) et du cancer colorectal (43 336 nouveaux cas). Ces 4 cancers sont aussi la principale cause de décès par cancer en 2018.

Entre 1990 et 2018, l'incidence² tous cancers confondus est stable chez l'homme mais s'accroît chez la femme. En revanche, la mortalité² par cancer poursuit sa baisse pour les deux sexes. Chez les hommes, les résultats sont globalement encourageants avec une diminution du cancer de la prostate, du cancer colorectal et de plusieurs cancers liés à l'alcool et au tabac, alors que l'incidence du cancer du poumon reste stable. Chez les femmes, une augmentation préoccupante des cancers du poumon est observée, ainsi qu'une augmentation des cancers du sein. Une augmentation récente des cancers du col de l'utérus et de l'anus suppose des infections persistantes par le *papillomavirus humain* (HPV) en lien avec des changements de pratiques sexuelles.

Pour l'homme et la femme, une augmentation des hémopathies malignes ainsi que du mélanome cutané, du cancer du pancréas, du foie et du rein est aussi observée.

Ce rapport souligne la nécessité d'améliorer la prévention pour diminuer le nombre de cancers évitables (tabac, alcool, UV) et le dépistage (dépistage organisé ou ciblé...), ainsi que la nécessité de développer les travaux de recherche sur les facteurs de risque de certains cancers comme le pancréas ou les hémopathies malignes. Cependant, il met aussi en lumière l'évolution favorable pour plusieurs cancers due aux efforts de santé publique de ces dernières années et constitue un socle sur lequel la stratégie décennale de lutte contre les cancers pourra s'appuyer.

1. Francim : Réseau Français des Registres de Cancer
HCL : Hospices civils de Lyon
SpF : Santé publique France
INCa : Institut National du Cancer
2. Standardisée sur la structure d'âge de la population mondiale

Pour en savoir plus :

<http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2019/Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-Tumeurs-solides>

| Veille internationale |

Sources : Organisation Mondiale de la Santé (OMS), European Centre for Disease Control (ECDC)

02/07/2019 : Le pèlerinage à la Mecque (Arabie Saoudite) se déroulera entre le 9 et le 14 août. Un plan de vaccination a été publié par l'ECDC pour les citoyens européens afin de limiter la propagation de maladies infectieuses durant cette période d'intenses brassages de population. [lien](#)

03/07/2019 : Plus d'un million de personnes vont être vaccinées lors de la deuxième phase de la campagne de vaccination contre le choléra en République Démocratique du Congo. [lien](#)

| Surveillance de 5 maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MDO) |

La Cellule régionale dispose en temps réel des données de 5 MDO déclarées dans la région : infection invasive à méningocoque (IIM), hépatite A, rougeole, légionellose et toxi-infection alimentaire collective (TIAC). Les résultats sont présentés en fonction de la date d'éruption pour la rougeole (si manquante, elle est remplacée par celle du prélèvement ou de l'hospitalisation et, en dernier recours, par la date de notification), de la date d'hospitalisation pour l'IIM, de la date de début des signes pour l'hépatite A et la légionellose et de la date du premier cas pour les TIAC (si manquante, elle est remplacée par la date du repas ou du dernier cas, voire en dernier recours par la date de la déclaration des TIAC).

| Tableau 1 |

Nombre de MDO déclarées par département (mois en cours M et cumulé année A) et dans la région 2016-2019, données arrêtées au 04/07/2019

Bourgogne Franche-Comté																				
	21		25		39		58		70		71		89		90		2019*	2018*	2017	2016
	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A	M	A				
IIM	0	2	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	7	15	20	22
Hépatite A	0	1	0	2	0	2	0	1	0	3	0	1	0	4	0	0	14	58	65	38
Légionellose	0	7	0	4	0	0	0	3	0	3	0	5	0	5	0	4	31	120	129	74
Rougeole	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	28	1	3
TIAC ¹	0	5	0	5	0	1	0	1	0	1	0	2	0	3	0	3	21	47	33	37

¹ Les données incluent uniquement les DO et non celles déclarées à la Direction générale de l'alimentation (DGAL).

* données provisoires - Source : Santé publique France

| Surveillance environnementale |

Météo-France fournit chaque jour à 12h les prévisions météorologiques des 7 prochains jours ainsi que les Indicateurs BioMétéorologiques (IBM) des 5 prochains jours. Les deux IBM (IBM nuit / IBM jour) sont construits à l'aide des moyennes de températures prévues sur 3 jours consécutifs, permettant respectivement de vérifier si ces prévisions d'IBM dépassent un seuil d'alerte. Quand ces 2 IBM nuit/jour dépassent simultanément les seuils d'alertes dans un département, cela signifie que Météo-France prévoit une vague de chaleur d'au moins 72 heures ; dans ce cas, le préfet décide de l'opportunité de passer au niveau 3 « alerte canicule » d'après la carte vigilance éditée par Météo-France à 16h. La surveillance Sacs s'exerce du 1^{er} juin au 15 septembre.

L'objectif du **système d'alerte canicule et santé (Sacs)** piloté par Santé publique France en lien avec Météo-France est d'anticiper les périodes où la chaleur présente un risque pour prévenir la population, en rappelant les mesures de protection. Le dispositif d'alerte comprend 4 niveaux progressifs coordonnés avec les niveaux de vigilance météorologique de Météo-France (verte, jaune, orange et rouge). Le niveau est évalué chaque jour au niveau départemental. En cas de vigilance jaune, orange ou rouge, une surveillance sanitaire de la **morbidity** est mise en œuvre par Santé publique France pour identifier un impact inhabituel afin d'adapter les mesures de gestion à mettre en place. La **mortalité** n'est connue qu'un mois après une vague de chaleur (du fait de l'existence d'un délai de déclaration des décès) et fait donc l'objet d'un bilan *a posteriori* sur l'ensemble de la période de surveillance.

D'après Météo-France :

- **Bref épisode chaud vendredi et samedi sur tout le pays.**
- **Persistance de la chaleur dans le sud de la vallée du Rhône : maintien de la vigilance jaune**
- **Pas d'épisode de canicule prévu pour les prochains jours.**

Les indices de pollution de l'air sont accessibles sur le site <http://www.atmosfair-bourgogne.org> pour la Bourgogne et www.atmo-franche-comte.org pour la Franche-Comté.

| Surveillance non spécifique (SurSaUD®) |

Les indicateurs de la SURveillance SANitaire des Urgences et des Décès (SurSaUD®) présentés ci-dessous sont :

- le nombre de passages aux urgences par jour, (tous âges et chez les 75 ans et plus) et les pathologies liées à la chaleur diagnostiquées par les services d'urgences adhérant à SurSaUD®
- le nombre toutes causes par jour (tous âges et chez les 65 ans et plus) et les pathologies liées à la chaleur diagnostiquées par les associations SOS Médecins adhérant à SurSaUD®
- le nombre de décès des états civils informatisés par semaine

Commentaires :

L'analyse de l'évolution récente de l'activité des services d'urgences (figure 1) montre une faible augmentation du 24/06 au 01/07. Cette analyse ne montre pas d'augmentation inhabituelle cette semaine chez les associations SOS Médecins (figure 2) ni de la mortalité (figure 5) en Bourgogne-Franche-Comté.

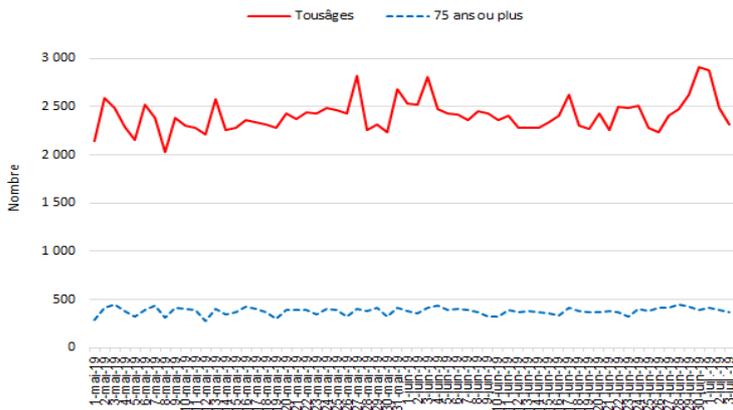
Le nombre de pathologies en lien avec la chaleur a augmenté du 24/06 au 01/07 dans les services d'urgences (>1 % des passages vs <1% les trois semaines précédentes) et chez SOS Médecin (plus de 3% des passages vs <1% les trois semaines précédentes) touchant toutes les classes d'âges (figure 3 et 4). Un bilan plus détaillé de la situation sera publié fin juillet.

Complétude :

Les indicateurs des centres hospitaliers de Dijon (Péd), Chatillon-sur-Seine, Clamecy (Ad.), Avallon n'ont pas été pris en compte dans la figure 1.

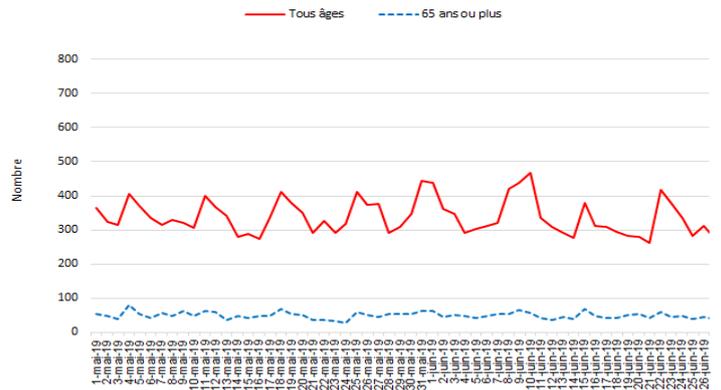
| Figure 1 |

Nombre de passages aux urgences de Bourgogne-Franche-Comté par jour, tous âges et chez les 75 ans et plus (Source : OSCOUR®)



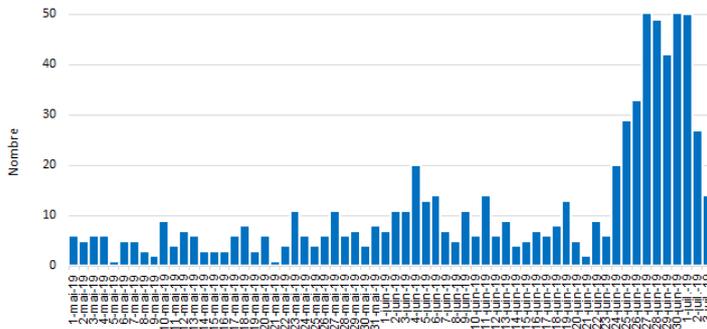
| Figure 2 |

Nombre d'actes SOS Médecins de Bourgogne-Franche-Comté par jour, tous âges et chez les 65 ans et plus (Source : SOS Médecins)



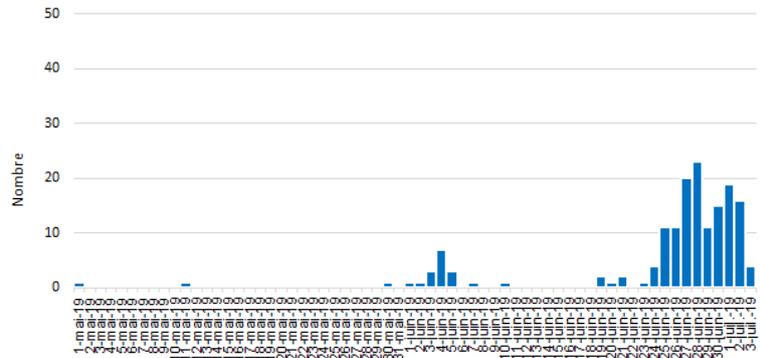
| Figure 3 |

Nombre de passages par jour aux urgences pour les pathologies en lien avec la chaleur (hyperthermies, déshydratations et hyponatrémies) de Bourgogne-Franche-Comté (Source : OSCOUR®)



| Figure 4 |

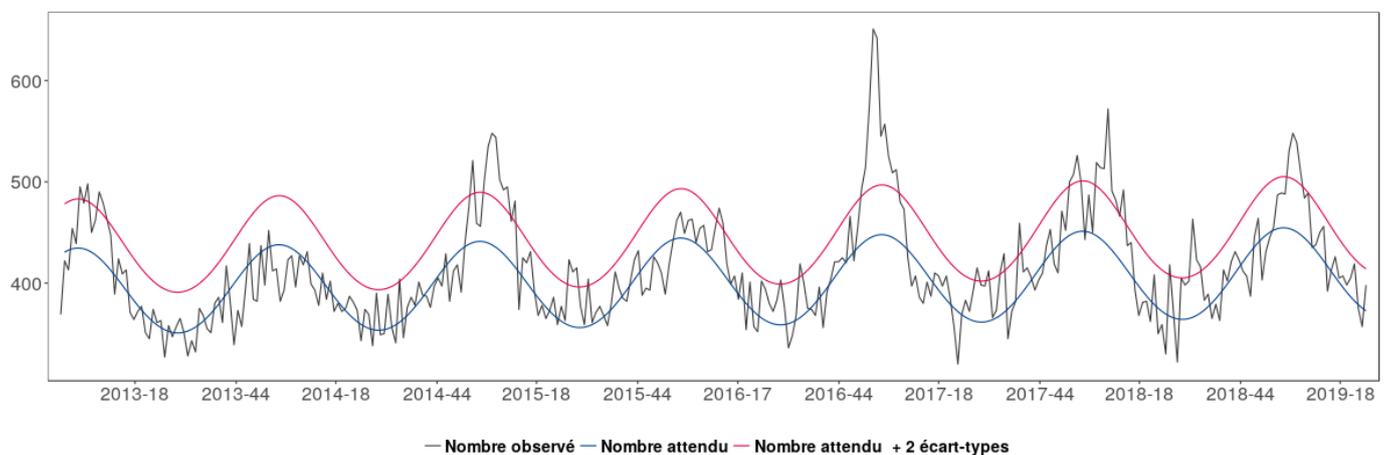
Nombre d'actes journaliers SOS Médecins pour les pathologies en lien avec la chaleur (hyperthermies, et déshydratations) de Bourgogne-Franche-Comté (Source : SOS Médecins)



| Figure 5 |

Nombre hebdomadaire de décès issus des états civils de Bourgogne-Franche-Comté, nombre de décès attendus d'après le modèle Euromomo (en bleu) et seuil à 2 écarts-types (en rouge) (Source : Insee)

Le nombre de décès de ces 3 dernières semaines doit être considéré comme provisoire car une partie de ces décès n'a pas encore été remontée à la Cellule régionale



Sources : Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016 - Bourgogne-Franche-Comté ([lien](#))
 * Chatignoux E, Remontet L, Colonna M, Grosclaude P, Decool E, Uhry Z. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Évaluation de l'utilisation des données médico-administratives pour estimer l'incidence départementale : comparaison de l'incidence observée et prédite dans les registres sur la période 2007-2014. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 106 p ([lien](#)).

CANCER DU CÔLON – RECTUM

Définition du site « côlon - rectum »

Les données d'incidence ont été extraites de la base commune des registres de cancer du réseau Francim. Ces données sont codées selon la classification internationale des maladies en oncologie, 3e révision (CIM-O3). Tous les registres métropolitains ont été inclus, soit 14 registres généraux et 9 registres spécialisés. En Bourgogne-Franche-Comté, 3 départements sont couverts par un registre :

21 : sites digestifs : œsophage, estomac, intestin grêle, côlon et rectum, foie, vésicule et voies biliaires, pancréas (1976-2015) ; Hémopathies malignes (1980-2015) ; Sein, col et corps de l'utérus, ovaire (1982-2015)

25 : tous cancers (1978-2015)

90 : tous cancers (2007-2015)

Les données de mortalité par cancer proviennent du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et sont codées selon la classification internationale des maladies 10e révision (CIM-10).

La méthode de prédiction de l'incidence régionale et départementale la plus appropriée est rappelée. Ici, pour le côlon-rectum, il s'agit du rapport Affections de longue durée (ALD – adéquation entre incidences observée et prédite jugée comme satisfaisante (A++)).

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

Contexte national

L'incidence du cancer colorectal (CCR) est élevée dans les pays développés [1]. En France, le taux d'incidence du CCR est comparable à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne [1]. Il touche en moyenne 22 828 hommes et 19174 femmes chaque année sur la période 2007-2016 (Tableau 4-1), soit 12% des cas de cancer incidents chez l'homme et la femme. Le CCR est l'un des trois cancers les plus fréquents et son incidence a diminué entre 2005 et 2012 [2]. La mortalité est en constante baisse depuis les années 1980 [2]. Le CCR a engendré près de 17 000 décès par an sur la période 2007-2014 (Tableau 2), soit 10% des décès par cancer chez l'homme et 12% chez la femme. La survie nette à 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010 est de 60% pour les deux sexes [3].

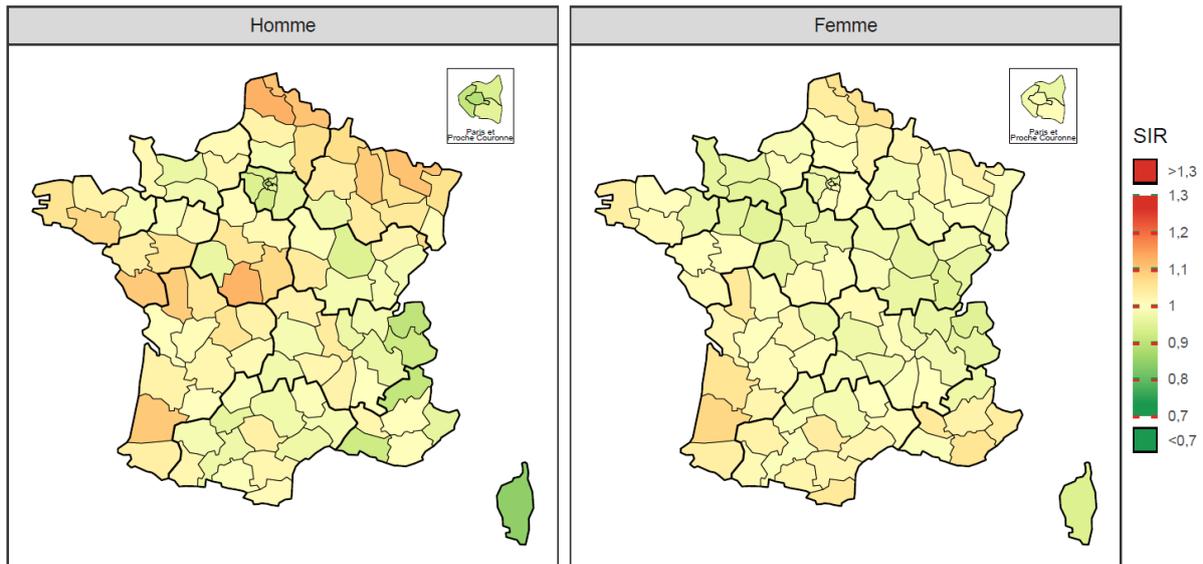
Les facteurs de risque du CCR peuvent être subdivisés en facteurs génétiques et facteurs environnementaux. Les déterminants du mode de vie occidental qui ont un impact sur le risque sont l'alimentation (consommation fréquente de viandes rouges ou de viandes transformées, faible consommation de fibres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

Le corrélat retenu pour cette localisation cancéreuse est l'ALD qui induit une validation croisée comportant peu d'écarts de prédiction (cf. document Evaluation). Les taux d'incidence standardisés monde sont de 37,8 pour 100 000 personnes-années chez les hommes et 24,4 chez les femmes. La lecture des cartes représentant les rapports standardisés d'incidence (SIR) lissés montre peu de disparités départementales (Figure 6a). La distribution des taux d'incidence départementaux standardisés monde reflète une homogénéité sur le territoire métropolitain avec cependant 8 départements en sur-incidence qui dépasse les 10% par rapport à la moyenne nationale chez les hommes¹ et 5 départements en sous-incidence² supérieure à 10% (Tableau 2). Il y a peu de disparités d'incidence entre les départements chez les femmes.

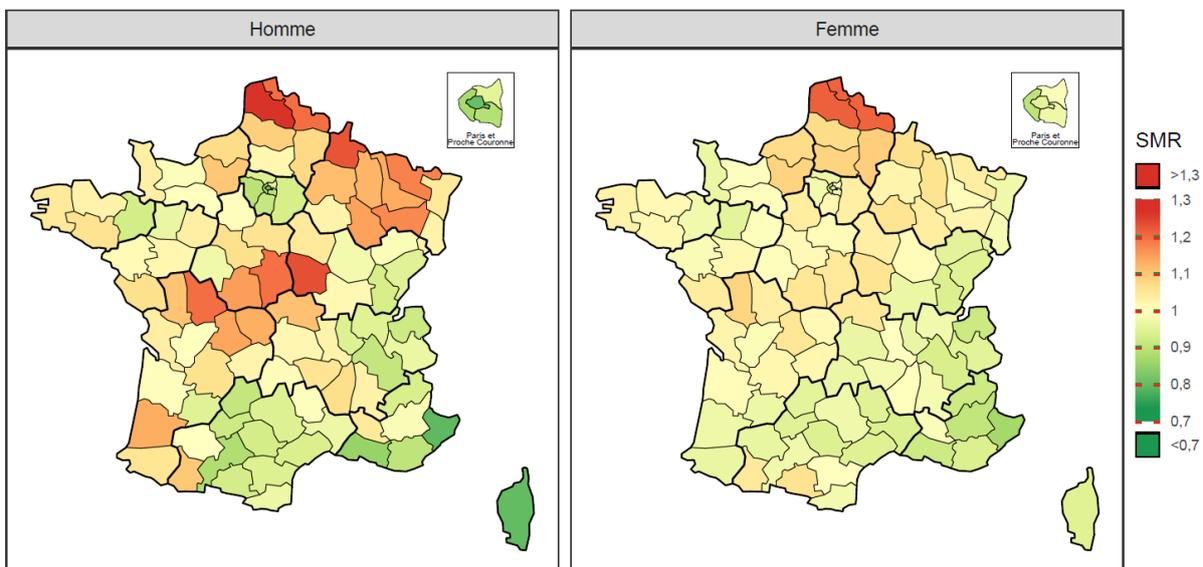
Les différences entre les rapports standardisés de mortalité (SMR) sont plus prononcées (Figure 6 b). Les 5^e et 95^e percentiles des taux départementaux sont compris entre 10,6 et 16,0 chez les hommes et 6,2 et 8,7 chez les femmes pour un taux standardisé monde national respectif de 12,7 et 7,5 pour 100000 personnes-années (Tableau 2). Les départements du Pas-de-Calais et du Nord (région Hauts-de-France) et, dans une moindre mesure ceux de la région Grand Est (surtout en Ardennes) ainsi que ceux de l'alignement Vienne-Nièvre (centre de la France) présentent une mortalité plus élevée chez l'homme (Figure 6 b). Au total, 21 départements sont en sur-mortalité³ qui dépasse les 10% par rapport à la moyenne nationale et 12 en sous-mortalité⁴ supérieure à 10 %. Chez la femme, une sur-mortalité qui dépasse les 10% est observée dans 3 départements des Hauts-de-France (Aisne, Pas-de-Calais et Nord) alors qu'une sous-mortalité qui dépasse les 10% est observée dans 2 départements du sud de la France (Alpes de Haute-Provence, Alpes-Maritimes) et dans le département des Hauts-de-Seine.

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

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



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

| Tableau 2 |

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

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

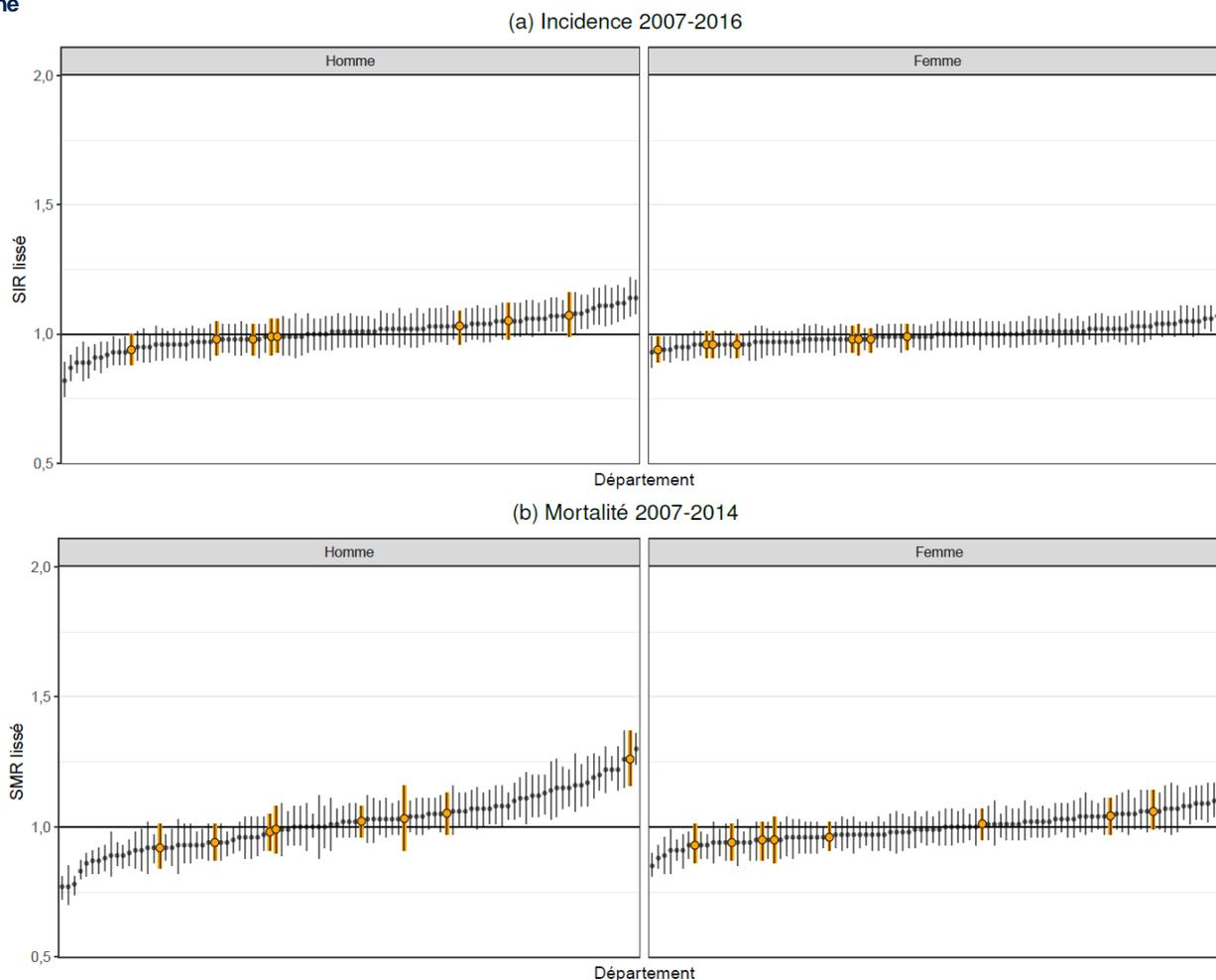
^a Taux exprimés pour 100 000 personnes-années.

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

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

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

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



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

Notes

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

Références

[1] Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C. et al. "Cancer incidence and mortality worldwide : sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012." International journal of cancer 136.5 (mar. 2015), E359-86.

[2] Binder-Foucard, F., Bossard, N., Delafosse, P., Belot, A., Woronoff, A.-S. A.-S. et al. "Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period : Solid tumors". Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique 62.2 (avr. 2014), p. 95-108.

[3] Cowplli-Bony, A., Uhry, Z., Remonet, L., Guizard, A.-V., Voirin, N. et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2016, 274 p.

[4] Chan, A. T. et Giovannucci, E. L. "Primary prevention of colorectal cancer." Gastroenterology 138.6 (juin 2010), 2029-2043.e10.

[5] Johnson, C. M., Wei, C., Ensor, J. E., Smolenski, D. J., Amos, C. I. et al. "Meta-analyses of colorectal cancer risk factors." Cancer causes & control : CCC 24.6 (juin 2013), p. 1207-22.

[6] Vieira, A. R., Abar, L., Chan, D. S. M., Vingeliene, S., Polemiti, E. et al. "Foods and beverages and colorectal cancer risk : a systematic review and meta-analysis of cohort studies, an update of the evidence of the WCRF-AICR Continuous Update Project." Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology 28.8 (août 2017), p. 1788-1802.

[7] Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016. 2017. URL : <http://inv.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-ducancer-colorectal/Indicateurs-d-évaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organisedu-cancer-colorectal-2016-2017> (visité le 09/05/2018)

Situation régionale et départementale

Incidence régionale et départementale

Chez l'homme, l'incidence en Bourgogne-Franche-Comté du cancer colorectal est similaire à celle de la France métropolitaine sur la période 2007-2016 (rapport standardisé d'incidence (SIR) : 0,99 [0,96-1,02], Tableau 3 et Figure 8a). Chez la femme, les SIR mettent en évidence une sous-incidence peu importante mais significative† par rapport à la France métropolitaine (SIR : 0,96 [0,94-0,99], Tableau 3 et Figure 8 a). Entre 2007 et 2016, on estime à 1 110 le nombre de nouveaux cas de cancers du côlon-rectum chez l'homme et à 888 chez la femme. Les taux standardisés monde (TSM) chez l'homme et la femme sont respectivement de 37,2 et 23,3 pour 100000 personnes-années sur la même période (Tableau 3).

Au niveau infra-régional, les SIR départementaux ne sont pas significativement† différents de la moyenne nationale pour les deux sexes (Tableau 3 et Figure 7 a) sauf une légère sous-incidence de 6% pour les femmes dans le département du Jura (SIR : 0,94 [0,89-0,99]).

Mortalité régionale et départementale

Les rapports standardisés de mortalité (SMR) ne mettent pas en évidence une sur ou sous-mortalité en Bourgogne-Franche-Comté par rapport à la France métropolitaine pour les deux sexes (Tableau 3). En moyenne dans la région, le nombre annuel de décès par cancer du côlon-rectum est estimé à 456 chez l'homme et à 383 chez la femme sur la période 2007-2014 (Tableau 3).

Au sein de la région, les niveaux de mortalité départementaux sont homogènes et ne sont pas significativement† différents de la moyenne nationale chez la femme. Chez l'homme, la mortalité est de 26% supérieure à la moyenne nationale dans la Nièvre (SMR : 1,26 [1,16-1,37], Tableau 4 et Figure 7 b).

| Tableau 3 |

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

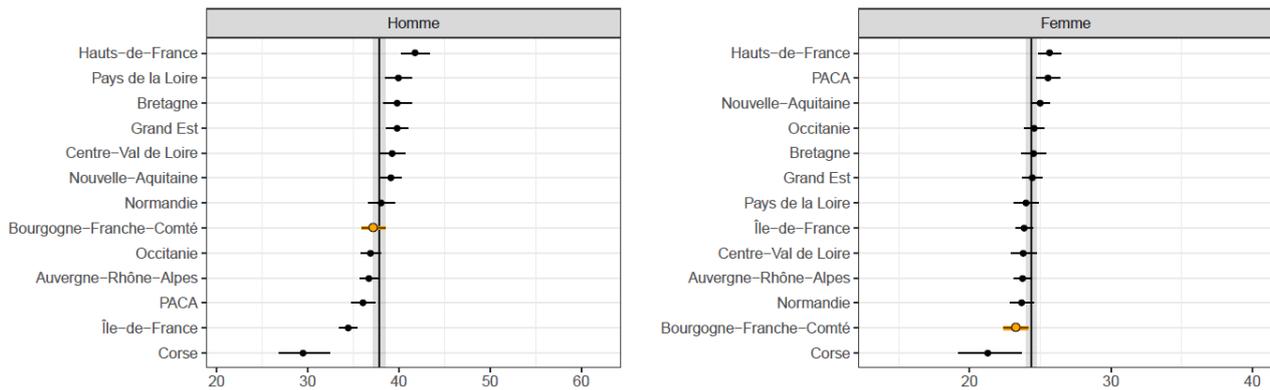
	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Bourgogne-Franche-Comté	1 110[1074;1 148]	37,2[35,9;38,5]	0,99[0,96;1,02]	456[442;471]	12,6[12,2;13,1]	1,01[0,99;1,05]
France métropolitaine	22828[22442;23222]	37,8[37,2;38,5]		8976[8910;9041]	12,7[12,6;12,8]	
<i>Femme</i>						
Bourgogne-Franche-Comté	888[860;917]	23,3[22,4;24,1]	0,96[0,94;0,99]	383[369;396]	7,4[7,0;7,7]	0,98[0,95;1,01]
France métropolitaine	19174[18895;19458]	24,4[24,0;24,8]		7938[7877;8000]	7,5[7,4;7,6]	

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

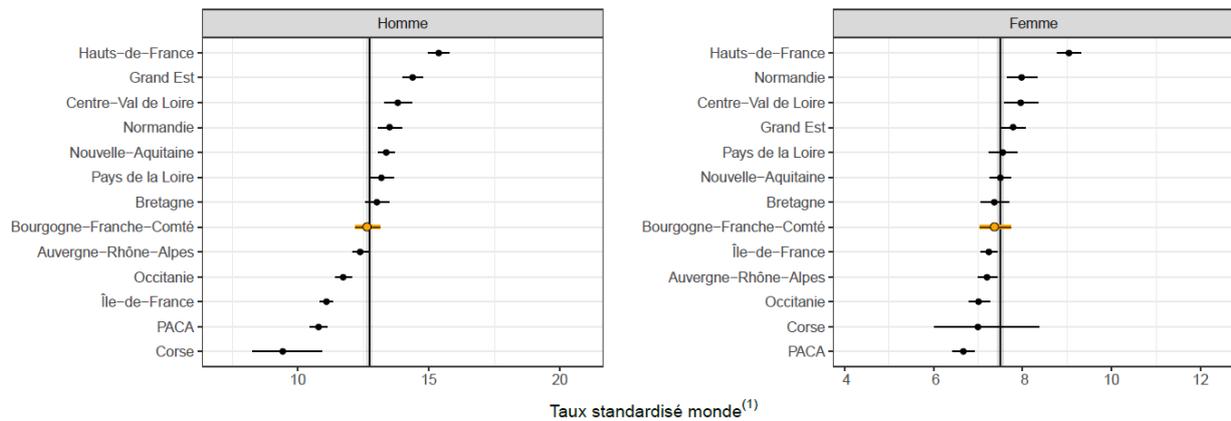
(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.

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

(a) Incidence 2007-2016



(b) Mortalité 2007-2014



Taux standardisé monde⁽¹⁾

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

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

| Tableau 4 |

Situation infra-régionale, Bourgogne-Franche-Comté : estimations du nombre annuel de nouveaux cas et de décès, taux d'incidence et de mortalité standardisés (TSM), rapports standardisés d'incidence et de mortalité lissés (SIR, SMR), accompagnés des intervalles de confiance à 95% (IC), par sexe

	Incidence 2007-2016			Mortalité 2007-2014		
	Nouveaux cas[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SIR[IC] ⁽²⁾	Décès[IC]	TSM[IC] ⁽¹⁾	SMR[IC] ⁽²⁾
<i>Homme</i>						
Côte-d'Or-21	172[159;186]	34,1[31,5;37,0]	0,94[0,88;1,00]	73[67;79]	12,1[11,0;13,3]	0,98[0,91;1,05]
Doubs-25	180[167;195]	36,2[33,5;39,2]	0,98[0,92;1,05]	68[62;74]	11,4[10,3;12,5]	0,94[0,87;1,01]
Jura-39	106[97;116]	36,9[33,7;40,6]	0,99[0,92;1,06]	39[35;43]	11,5[10,1;13,3]	0,92[0,84;1,01]
Nièvre-58	114[105;125]	40,8[37,2;44,8]	1,05[0,98;1,12]	58[53;64]	17,2[15,5;19,4]	1,26[1,16;1,37]
Haute-Saône-70	99[91;109]	37,8[34,5;41,6]	1,03[0,96;1,09]	36[32;40]	11,6[10,2;13,4]	0,99[0,90;1,08]
Saône-et-Loire-71	239[222;257]	36,7[34,1;39,6]	0,98[0,92;1,04]	102[95;109]	12,5[11,5;13,6]	1,02[0,96;1,08]
Yonne-89	143[132;155]	38,6[35,5;42,0]	0,99[0,93;1,06]	62[56;67]	13,4[12,1;15,0]	1,05[0,97;1,13]
Territoire-de-Belfort-90	56[50;62]	42,9[38,3;48,1]	1,07[0,99;1,16]	20[17;23]	12,8[10,7;15,5]	1,03[0,91;1,16]
<i>Femme</i>						
Côte-d'Or-21	153[142;164]	23,1[21,3;25,1]	0,96[0,91;1,01]	70[64;76]	8,0[7,2;9,1]	1,01[0,95;1,07]
Doubs-25	144[133;155]	22,3[20,6;24,3]	0,96[0,91;1,01]	57[52;63]	7,1[6,3;8,0]	0,94[0,87;1,01]
Jura-39	78[71;86]	22,1[19,9;24,7]	0,94[0,89;0,99]	33[29;37]	6,7[5,7;8,2]	0,93[0,86;1,01]
Nièvre-58	91[84;100]	25,6[22,9;28,7]	0,99[0,94;1,04]	44[40;49]	9,2[8,0;11,0]	1,06[0,99;1,14]
Haute-Saône-70	75[68;83]	23,4[21,0;26,2]	0,98[0,93;1,03]	28[24;31]	6,0[5,0;7,4]	0,95[0,87;1,02]
Saône-et-Loire-71	191[179;205]	23,5[21,8;25,5]	0,96[0,91;1,00]	83[76;89]	7,0[6,3;7,9]	0,96[0,91;1,02]
Yonne-89	114[105;124]	24,2[22,0;26,6]	0,98[0,93;1,02]	53[48;59]	7,9[6,9;9,2]	1,04[0,97;1,11]
Territoire-de-Belfort-90	41[36;47]	23,0[20,0;26,6]	0,98[0,92;1,04]	15[13;18]	6,2[4,9;8,3]	0,95[0,86;1,04]

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

(2) Rapports standardisés sur la France métropolitaine.



Département Alerte et Crise

Point Focal Régional (PFR) des alertes sanitaires

Tél : 0 809 404 900
Fax : 03 81 65 58 65
Courriel : ars-bfc-alerte@ars.sante.fr

| Remerciements des partenaires locaux |

Nous remercions nos partenaires de la surveillance locale :

Réseau SurSaUD®, ARS sièges et délégations territoriales, Samu Centre 15, Laboratoires de virologie de Dijon et de Besançon, Services de réanimation de Bourgogne-Franche-Comté et l'ensemble des professionnels de santé qui participent à la surveillance.



Des informations nationales et internationales sont accessibles sur les sites du Ministère chargé de la Santé et des Sports :

<http://social-sante.gouv.fr/>

et de l'Organisation mondiale de la Santé : <http://www.who.int/fr>

**Equipe de la Cellule
régionale de Santé publique
France en Bourgogne
Franche-Comté**

Coordonnateur
Claude Tillier

Epidémiologistes
François Clinard
Nicolas Lafosse
Olivier Retel
Jeanine Stoll
Elodie Terrien
Sabrina Tessier

Assistante
Mariline Ciccardini

Interne de Santé publique
Melchior De Giraud d'Agay

Directeur de la publication
François Bourdillon,
Santé publique France

Rédacteurs
L'équipe de la Cellule régionale

Diffusion
Cellule régionale Bourgogne-
Franche-Comté
2, place des Savoirs
BP 1535 21035 Dijon Cedex
Tél. : 03 80 41 99 41
Fax : 03 80 41 99 53
Courriel :
cire-bfc@santepubliquefrance.fr

Retrouvez-nous sur :
<http://www.santepubliquefrance.fr>