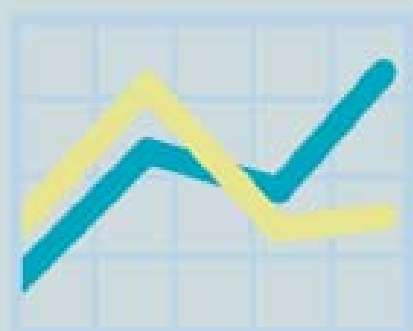




Les cancers en Midi-Pyrénées



INTRODUCTION	2
LES TUMEURS INVASIVES MALIGNES	3
LE CANCER DU SEIN	5
LE CANCER DE LA PROSTATE	7
LE CANCER COLORECTAL	9
LE CANCER DU POUMON	11
LE CANCER DE L'UTÉRUS	13
LES CANCERS DANS LE TARN	15
LA RÉUNION DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE	16
MÉTHODOLOGIE ET DÉFINITIONS	19

FÉVRIER 2014



Introduction

Ce dossier a été réalisé par :

L. Daubisse-Marliac, M. Astorg,

C. Lagadic, J. Goddard, M. Valet,

E. Bauvin, F. Cayla, P. Grosclaude

Réalisation technique : C. Andrieu

Ce dossier fait la synthèse de différentes informations permettant de mieux connaître la pathologie cancéreuse dans notre région.

Il donne des chiffres d'incidence pour les principaux cancers en Midi-Pyrénées et dans chacun des départements de la région en utilisant les résultats de l'estimation de l'incidence régionale des cancers que vient de réaliser le réseau Français des registres de cancer.

Il présente parallèlement des chiffres de mortalité par cancers issues de l'exploitation des certificats de décès (CepiDC-Inserm) et des données de l'assurance maladie sur les demandes d'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD).

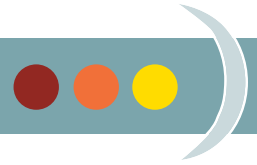
Chacun de ces indicateurs a des limites mais rassemblés et confrontés, ils apportent des informations complémentaires qui permettent de mieux appréhender l'évolution et la variabilité des phénomènes observés.

Afin de faciliter la compréhension et d'éviter les erreurs d'interprétation des chiffres qui sont donnés, nous recommandons de lire le chapitre consacré aux sources de données et aux méthodes de construction des indicateurs qui se trouve à la fin de ce document.

Comme seuls les départements dotés d'un registre disposent d'une mesure de l'incidence des cancers et qu'il n'y a qu'une vingtaine de registres en France, l'incidence au niveau national ou régional est obtenue par modélisation à partir des données fournies par le réseau français des registres de cancer (Francim). Les estimations nationales d'incidence sont publiées régulièrement pour tous les cancers (1 et 2). L'estimation au niveau régional est plus complexe, et ne peut pas être réalisée de façon précise pour tous les types de cancers. Pour les cancers les plus fréquents, une estimation ponctuelle est possible. Pour les autres, seul un intervalle de prédiction peut être calculé. Ne sont reprises dans ce document que les estimations ponctuelles fournies par la modélisation régionale qui vient d'être publiée (3). Pour chaque cancer présenté, des incidences départementales ont été calculées en appliquant le taux par âge estimé pour Midi-Pyrénées à la population de chaque département. Les chiffres sont donc fournis sous l'hypothèse qu'il n'y a pas de différence entre les départements. Les chiffres d'ALD et de mortalité présentés sur les mêmes tableaux permettent de discuter cette hypothèse.

Afin d'avoir aussi des informations sur les cancers moins fréquents, les incidences observées dans le Tarn par le registre sont présentées en page 15.

Enfin, pour aborder l'activité régionale en cancérologie, les dernières pages de ce dossier sont consacrées aux données issues du Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) qui enregistre les activités des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) organisées en Midi-Pyrénées sous l'égide du réseau Oncomip. Conformément aux objectifs des deux premiers Plans Cancer, ces RCP doivent permettre à tous les patients de la région de bénéficier d'un avis multidisciplinaire et consensuel sur la prise en charge la mieux adaptée à leur cas.



Contexte national

Une diminution récente de l'incidence et une baisse importante de la mortalité

En 2012 en France, **le nombre de nouveaux cas de cancers est estimé à plus de 355 000** dont 56% chez les hommes et le nombre de décès à 148 000 dont 57% chez les hommes. Depuis 1980 où le nombre de nouveaux cas s'élevait à 170 000, ce nombre a progressé de 108% chez l'homme et de 111% chez la femme. L'analyse des modifications démographiques de la population ces 30 dernières années montre que 31% de la progression du nombre de cas chez l'homme est due à l'augmentation de la population (34% chez la femme), 34% chez l'homme et 22% chez la femme à son vieillissement (le risque de cancer augmentant avec l'âge), et pour la majeure partie des cas à l'augmentation du risque (43% chez l'homme et 55% chez la femme). Néanmoins, ces chiffres montrent que l'augmentation n'est pas linéaire, contrairement à ce qui était observé lors des précédentes estimations 1980-2005. En effet, la tendance s'est inversée depuis 2005 du fait du caractère très fluctuant du cancer de la prostate et de la diminution de l'incidence du cancer du sein. Les taux standardisés d'incidence ont en effet diminué de 1,3% par an chez l'homme depuis 2005, et on constate un ralentissement très important de l'augmentation de l'incidence chez la femme.

Sur cette même période, **le nombre de décès a augmenté de 11% chez l'homme et de 20% chez la femme**, ce qui est très inférieur à ce que laissaient prévoir l'augmentation et le vieillissement de la population française ; le risque de mortalité par cancer a en fait diminué de 49% chez l'homme et 33% chez la femme. C'est donc l'évolution démographique qui conduit à l'augmentation constatée du nombre de cas. La diminution des taux standardisés de mortalité est particulièrement nette ces cinq dernières années (-2,9% par an chez l'homme ; -1,4% chez la femme).

Après le fait marquant des précédentes estimations nationales, constitué par la forte divergence entre l'évolution de l'incidence et celle de la mortalité, **on assiste maintenant à une diminution de l'incidence chez l'homme et un ralentissement chez la femme**. Cette tendance globale masque cependant des profils évolutifs différents

selon la localisation tumorale. Les cancers toutes localisations tumorales confondues constituent en effet un groupe très hétérogène et leur analyse de façon globale est de fait peu pertinente. Les cancers de la prostate et du sein, localisations qui font l'objet d'un dépistage ou diagnostic précoce, sont à l'origine de la plus grande partie de l'augmentation des diagnostics de cancers dans les deux sexes jusqu'en 2005. Pour les cancers du sein, la diminution de l'incidence observée depuis 2005 semble en grande partie liée à la diminution de la prescription de l'hormonothérapie substitutive au moment de la ménopause. La diminution de l'incidence des cancers de la prostate survient quant à elle dans un contexte où l'utilisation du PSA (Prostate Specific Antigen) comme test de dépistage est de plus en plus contestée. Il est aussi possible qu'après plusieurs années de dépistage, une partie des cancers prévalents ait été diagnostiquée et que le réservoir des « cancers dépistables » soit en voie d'épuisement. Pour ces deux cancers, il est impossible de dire quelle sera l'importance et la durée de cette baisse. D'autres cancers sont en augmentation. Les plus fortes augmentations concernent le cancer de la thyroïde, le mélanome cutané, le cancer du foie, et le lymphome folliculaire chez l'homme. Chez la femme, d'autres cancers ont substantiellement augmenté : cancer du poumon, de la thyroïde, du pancréas, du foie et mélanome cutané.

La diminution de la mortalité chez l'homme est essentiellement due à la diminution des tumeurs liées au tabac et à l'alcool et des tumeurs de l'estomac. Chez la femme, la diminution de la mortalité concerne essentiellement les cancers de l'estomac, du col de l'utérus et de la thyroïde. Ainsi, ces résultats confirment qu'à côté des évolutions démographiques, **les modifications des pratiques médicales et en particulier l'extension du dépistage jouent un rôle éminent dans l'augmentation du nombre de cas de cancers en France, sans l'expliquer toutefois à eux seuls**.

L'hypothèse que les modifications de l'environnement en soient responsables en partie doit donc faire l'objet d'un effort de recherche constant.

Les tumeurs invasives malignes



En Midi-Pyrénées

Au moins 16 000 nouveaux cas par an

L'interprétation des différents indicateurs pour « l'ensemble » des cancers apporte peu d'information car ils recouvrent des situations très diverses en fonction des différentes localisations. Les estimations régionales d'incidence ont été effectuées uniquement pour une majorité de localisations.

On peut estimer le nombre de cancers diagnostiqués annuellement en Midi-Pyrénées à 16 200 en extrapolant les chiffres observés dans le Tarn (dont 57% chez les hommes).

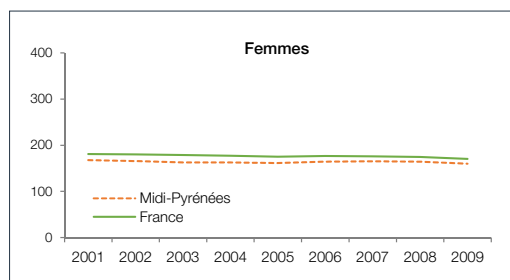
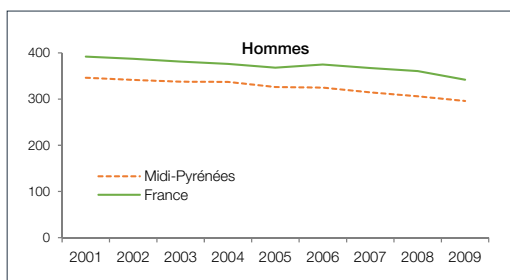
Un taux de mortalité toujours plus faible dans la région

Entre 2000 et 2010, le nombre de décès a augmenté de 8,5% dans la région, en raison de l'augmentation et du vieillissement de la population, mais le risque de mortalité par cancer, à structure d'âge comparable, a en fait baissé de 14,5% chez les hommes et de 5% chez les femmes ces dix dernières années.

Dans la région, la mortalité par cancer reste significativement plus faible qu'en moyenne nationale, pour les hommes comme pour les femmes. Toutefois, l'écart entre la moyenne régionale et nationale tend à se resserrer chez les femmes depuis quelques années.

Évolution de la mortalité par cancer en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine (2000-2010)

Taux standardisés pour 100 000 habitants sur la population française (moyenne mobile sur 3 ans)
Sources : Inserm CepiDC - Exploitation Orsmip



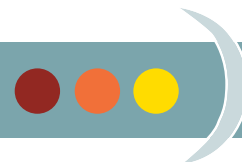
Les ALD et la mortalité dans les départements

Sur la période 2008-2010, plus de 7 000 personnes sont décédées d'un cancer en moyenne chaque année, dont près de 58% sont des hommes, et près de 14 400 nouvelles admissions en ALD ont été enregistrées en moyenne par an dont 53% concernent des hommes.

L'analyse de situations départementales et l'identification de situations favorables ou défavorables à partir de la convergence ou non de ces différents indicateurs sont réalisées dans ce dossier pour chaque localisation.

2008/2010	HOMMES		FEMMES	
	ALD	Mortalité	ALD	Mortalité
	N/an	N/an	N/an	N/an
Ariège	436	262	377	188
Aveyron	808	453	665	342
Hte-Garonne	2 758	1 324	2 607	985
Gers	622	344	505	234
Lot	532	295	465	221
Htes-Pyrénées	731	414	630	298
Tarn	1 135	600	963	437
Tarn et Garonne	608	356	528	267
Midi-Pyrénées	7 630	4 049	6 740	2 973





Contexte national

Le cancer le plus fréquent chez la femme mais une diminution récente de l'incidence

Avec près de 49 000 nouveaux cas estimés en 2012, le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme (près du tiers des nouveaux cas de cancer) et se situe au 2^e rang de tous les cancers.

L'incidence du cancer du sein a augmenté de façon importante et constante jusqu'en 2000 avant de se stabiliser puis de diminuer de -1,5% par an à partir de 2005. Le risque de développer un cancer du sein avant 75 ans a considérablement augmenté, passant de 5,8% pour les femmes nées en 1920 à 9,7% pour celles qui sont nées en 1945. Ce risque diminue à 9,1% pour les femmes nées en 1950.

Le cancer du sein représente la 1^{ère} cause de mortalité par cancer chez la femme (près de 12 000 décès en 2012).

Le taux de mortalité par cancer du sein décroît régulièrement depuis la fin des années 90, de -1,5% en moyenne chaque année.

La diminution récente de l'incidence concerne principalement les tumeurs diagnostiquées à un

stade précoce (T1-T1/N0/M0) et est surtout observée chez les femmes âgées de 50 à 74 ans. Un facteur important de cette baisse de l'incidence depuis 2005 pourrait être la diminution de la prescription de traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. D'autres facteurs tels que l'effet de saturation du dépistage organisé ou individuel peuvent intervenir. La part due à chacun de ces facteurs est difficilement quantifiable.

Le délai court entre les modifications de prescription des traitements hormonaux et la diminution de l'incidence des tumeurs de stade précoce plaide plus en faveur d'un effet « promoteur rapide » des traitements hormonaux sur des cellules cancéreuses déjà présentes que d'un effet « initiateur ». Une tendance similaire a été observée dans plusieurs pays. Les pratiques du dépistage organisé venant s'ajouter à la pratique individuelle de dépistage pourrait expliquer en partie l'évolution de la mortalité, en complément de l'amélioration de la prise en charge thérapeutique.

En Midi-Pyrénées

Plus de 2 300 nouveaux cas par an

La région Midi-Pyrénées est une région d'incidence moyenne. Plus de la moitié des nouveaux cas (55%) surviennent chez des femmes âgées de 50 à 74 ans, population cible du dépistage organisé.

Incidence estimée et mortalité par âge en 2008-2010 en Midi-Pyrénées

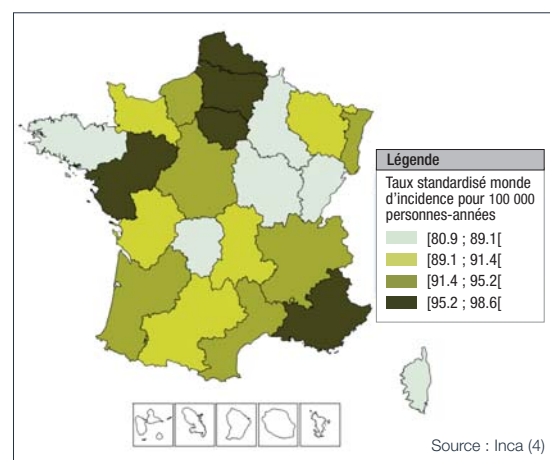
	Nombre par an	Taux brut p. 100 000	Taux stand. monde
Incidence*	2 343	200,5	90,4
Mortalité	525	35,5	14,9

	Nombre par an selon l'âge		
	0-49 ans	50-74 ans	75 ans et +
Incidence*	506	1 281	555
Mortalité	50	229	247

* Incidence estimée

Sources : Réseau Francim, Inserm CépiDC, Insee

Cancer du sein en 2008-2010 chez la femme



Le cancer du sein

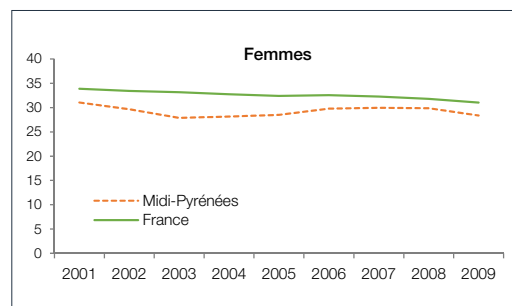
Un taux de mortalité plus faible dans la région

Sur la période 2008-2010, 525 femmes meurent chaque année d'un cancer du sein dans la région, soit 17,7% de l'ensemble des décès féminins par cancer (18,6% au niveau national). Après une baisse de 8,6% en dix ans (8,4% en moyenne nationale), la mortalité régionale par cancer du sein est toujours significativement plus faible qu'en moyenne nationale en 2008-2010, à structure par âge comparable. Midi-Pyrénées est au 4^e rang des taux de mortalité les plus faibles des régions de France métropolitaine.

Sur la même période, le nombre annuel moyen de nouvelles admissions en ALD est de 2 650, légèrement plus élevé que l'estimation des nouveaux diagnostics estimés en 2008-2010 (2 340).

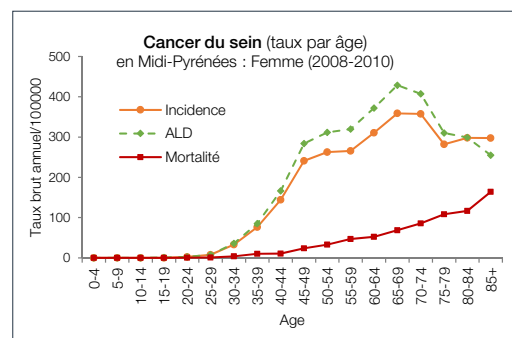
Il est classique de retrouver plus d'ALD pour cancer du sein que de cas diagnostiqués car les tumeurs in-situ sont souvent classées dans les ALD comme des tumeurs invasives, d'autre part les cancers du sein sont sujets à des récurrences tardives qui font l'objet de remises en ALD difficiles à différencier d'une première demande. Ces phénomènes sont importants chez les femmes d'âge moyen. Ils disparaissent au delà de 75 ans.

Évolution de la mortalité par cancer du sein en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine (2000-2010)



Taux standardisés pour 100 000 habitants sur la population française (moyenne mobile sur 3 ans)

Sources : Inserm CepiDC - Exploitation Orsmip



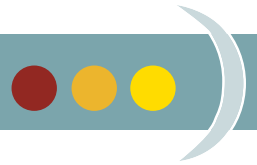
Dans les départements

On observe une situation favorable pour la Haute-Garonne où, à structure par âge comparable, les nouvelles admissions en ALD sont significativement plus fréquentes qu'en moyenne dans la région et où la mortalité est inférieure à celle de la région sans qu'elle le soit de façon significative. Les départements de l'Aveyron et des Hautes-

Pyrénées présentent un profil inverse : sous déclaration d'ALD et des mortalités parmi les plus élevés de la région (ce qui était déjà le cas pour l'Aveyron en 2004-2005 mais de façon plus prononcée). Ces situations seront à surveiller dans les prochaines années.

2008/2010	FEMMES				
	Incidence estimée	ALD		Mortalité	
		N/an	N/an	ICI	N/an
Ariège	134	128	84,5	31	99,6
Aveyron	249	266	93,9	63	105,2
Hte-Garonne	884	1075	107,4*	179	96,9
Gers	172	192	98,5	39	96,3
Lot	164	187	100,6	40	104,2
Htes-Pyrénées	213	232	96,5	52	104,8
Tarn	331	353	94,6	75	97,7
Tarn et Gar.	197	220	98,7	46	104,4
Midi-Pyrénées	2 343	2653	100,0	525	100,0

* différence statistiquement significative (p<0.05) - Base 100 = Midi-Pyrénées



Contexte national

Le plus fréquent de tous les cancers mais une incidence en diminution

En 2009, avec plus de 53 000 nouveaux cas*, le cancer de la prostate est le plus fréquent de tous les cancers. La part des cancers de la prostate s'élève à 27% de tous les cancers chez l'homme alors qu'elle était seulement de 11% en 1980. Cette localisation est responsable des 2/3 de l'augmentation des cancers chez l'homme constatée depuis 1980. Après une très forte augmentation entre 1980 et 2005, avec toutefois un petit ralentissement de cette croissance au milieu des années 1990, on observe une baisse très nette de l'incidence depuis 2005 (-6% par an en moyenne).

Avec 8 950 décès, ce cancer se situe au 3^e rang des décès par cancer chez l'homme. Le taux de mortalité décroît régulièrement depuis 1990, cette diminution de la mortalité étant plus importante depuis 2005 (-4% par an en moyenne).

L'évolution du cancer de la prostate peut être résumée ainsi : un homme né en 1910 a 2,7% de risque d'avoir un cancer prostatique diagnostiqué avant 75 ans et 1,3% de risque de décéder d'un cancer de la prostate avant cet âge ; pour

un homme né en 1940, ces chiffres sont respectivement de 10,7% et 0,7%.

Cette augmentation considérable de l'incidence jusqu'en 2005, maximale pour les hommes âgés de 50 à 70 ans, est à rapprocher du dosage systématique des PSA (Prostate-Specific Antigen). Cette pratique médicale était très largement répandue en France alors même que le bénéfice d'un dépistage systématique pour la population générale n'était toujours pas démontré scientifiquement. La baisse brutale de l'incidence observée depuis 2005 résulte de la conjonction de deux phénomènes : saturation du dépistage après plusieurs années de mise en œuvre et prise de conscience d'un risque de sur-diagnostic qui incite à la prudence vis-à-vis du dépistage. La baisse de la mortalité est attribuée en grande partie à l'amélioration des traitements. Il est probable que le dépistage contribue à cette diminution en permettant le diagnostic de cancers peu évolués et donc curables.

* Les estimations nationales pour le cancer de la prostate ne portent que sur la période 1980-2009

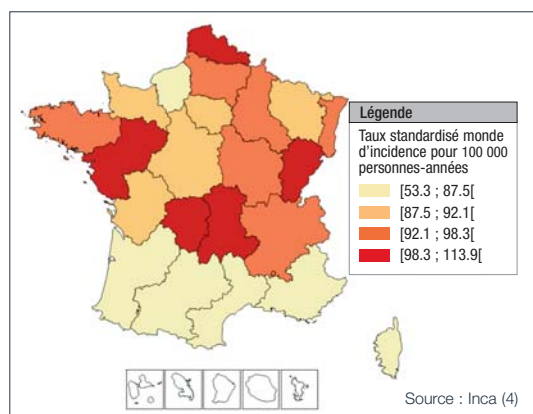


En Midi-Pyrénées

2 500 nouveaux cas par an

Comme dans le reste de la France, le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent en région. Près de 2/3 des cas surviennent chez des hommes âgés de 50 à 74 ans.

La région Midi-Pyrénées est une des régions où le taux d'incidence est actuellement un des plus faibles. C'est également le cas de toutes les régions les plus au sud de la France.



Cancer de la prostate en 2008-2010 chez l'homme

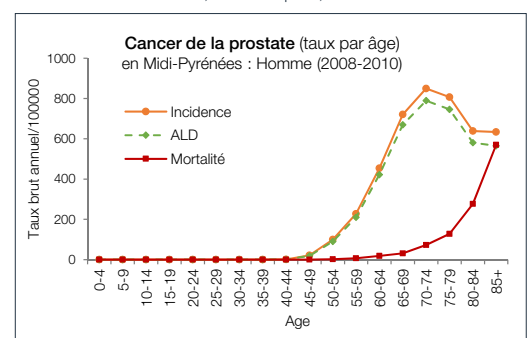
Incidence estimée et mortalité par âge en 2008-2010 en Midi-Pyrénées

	Nombre par an	Taux brut p. 100 000	Taux stand. monde
Incidence*	2 501	349,1	86,6
Mortalité	430	30,7	9,1

	Nombre par an selon l'âge		
	0-49 ans	50-74 ans	75 ans et +
Incidence*	22	1 623	856
Mortalité	1	85	345

* Incidence estimée

Sources : Réseau Francim, Inserm CépiDC, Insee



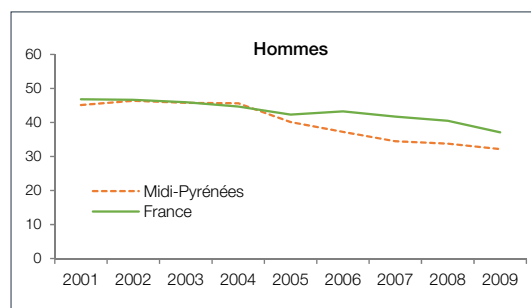
Le cancer de la prostate

Un taux de mortalité plus faible dans la région depuis 2005

En 10 ans, la mortalité des hommes par cancer de la prostate a beaucoup plus baissé dans la région (-29%) qu'en France métropolitaine (-21%), surtout depuis les années 2004-2006.

En 2008-2010, 430 décès par cancer de la prostate surviennent en moyenne chaque année en Midi-Pyrénées (soit 10,6% des décès masculins par cancer). Ainsi, le taux de mortalité est significativement plus faible qu'en moyenne nationale, à structure par âge comparable. Midi-Pyrénées fait partie des trois régions aux taux de mortalité les plus faibles de France métropolitaine, à structure par âge comparable.

Évolution de la mortalité par cancer de la prostate en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine (2000-2010)



Taux standardisés pour 100 000 habitants sur la population française (moyenne mobile sur 3 ans)
Sources : Inserm CepiDC - Exploitation Orsmip



Dans les départements

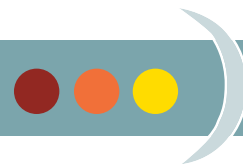
Sur la période 2008-2010, trois départements, l'Ariège, le Gers et les Hautes-Pyrénées, ont des mortalités plus élevées qu'en moyenne régionale, sans que les différences soient significatives (ce qui était déjà le cas en 2004-2005). Le Gers affiche aussi des chiffres de mises en ALD plus élevés que la moyenne régionale. Cette situation serait préoccupante si elle devait se prolonger. L'Ariège, avec un taux d'admission en ALD significativement plus faible que dans la région,

observe une mortalité plus élevée.

La Haute-Garonne est en situation favorable avec une sous-mortalité significative par rapport à la mortalité régionale tout en ayant aussi un taux d'admission en ALD significativement plus élevé. Le Tarn-et-Garonne est aussi en situation relativement favorable avec une faible mortalité et un taux d'admission en ALD significativement plus faible que celui de la région.

2008/2010	HOMMES				
	Incidence estimée	ALD		Mortalité	
		N/an	N/an	ICI	N/an
Ariège	154	119	83,8*	32	117,4
Aveyron	295	242	88,6*	55	102,0
Hte-Garonne	842	833	107,9*	114	86,2*
Gers	205	215	112,8*	45	118,9
Lot	195	170	94,1	36	104,8
Htes-Pyrénées	231	222	104,7	44	109,9
Tarn	365	339	100,3	70	104,7
Tarn et Gar.	214	167	84,0*	34	90,6
Midi-Pyrénées	2 501	2 306	100,0	430	100,0

* différence statistiquement significative (p<0.05) - Base 100 = Midi-Pyrénées



Contexte national

Une diminution récente de l'incidence, une baisse de la mortalité

Avec plus de 42 000 nouveaux cas estimés en France en 2012 dont 55% survenant chez l'homme, le cancer colorectal est le 3^e cancer le plus fréquent chez l'homme et le 2^e chez la femme. Après une augmentation de l'incidence dans les deux sexes jusqu'en 2000, les tendances récentes montrent aussi bien chez l'homme que chez la femme une stabilisation de l'incidence jusqu'en 2005 puis une diminution. Le risque d'être atteint de ce cancer entre 0 et 74 ans varie peu selon la cohorte de naissance. Il passe de 4,2% à 4,4% chez l'homme et de 2,7% à 2,6% chez la femme, respectivement pour les cohortes nées en 1920 et en 1950. Près de 18 000 décès par cancer colorectal sont survenus en 2012 (dont 52% chez l'homme), faisant de cette localisation tumorale la 2^e cause de

décès par cancer. Les taux de mortalité diminuent régulièrement depuis 1980 (-1,2% par an en moyenne chez l'homme, et -1,4% par an chez la femme).

La baisse de l'incidence avérée aux États-Unis est maintenant observée en France. L'accès au dépistage organisé depuis 2008 et la résection de lésions pré-cancéreuses ou non invasives expliquent en partie cette diminution. La part de l'évolution résultant du niveau d'exposition aux facteurs de risque identifiés (sédentarité, obésité, régime pauvre en fibres et riche en graisses,...) reste difficile à mesurer. La diminution de la mortalité est la conséquence d'une amélioration de la prise en charge thérapeutique (traitement et prise en charge précoces).

En Midi-Pyrénées

Plus de 2000 nouveaux cas par an

55% des cas surviennent chez les hommes. La moitié des cancers chez l'homme et 40% chez la femme surviennent chez des sujets âgés de 50 à

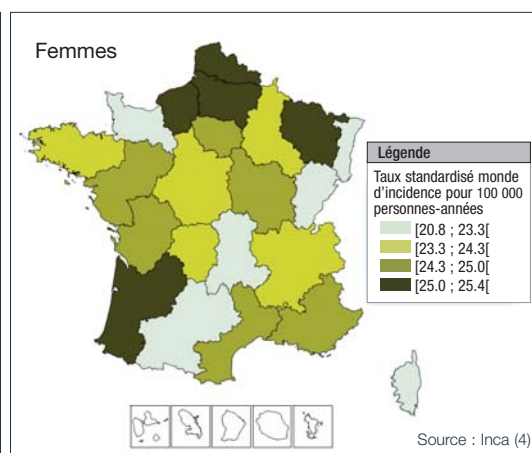
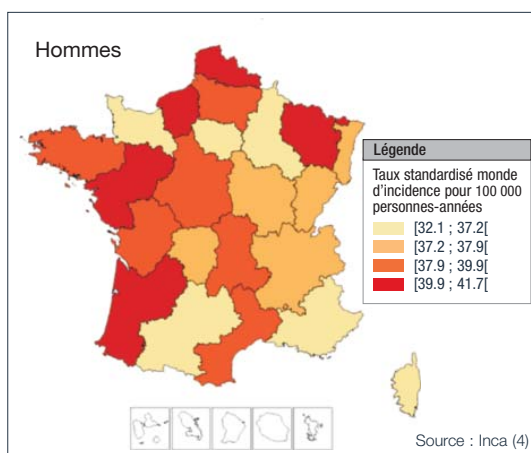
74 ans, concernés par le dépistage organisé. Midi-Pyrénées est une région de faible incidence aussi bien chez l'homme que chez la femme.

Incidence estimée et mortalité par âge en 2008-2010 en Midi-Pyrénées

* Incidence estimée
Sources : Réseau Francim, Inserm CépiDC, Insee

	Sexe	Nombre par an	Taux brut	Taux stand. monde	Nombre par an selon l'âge		
					0-49 ans.	50-74 ans	75 ans et +
Incidence*	Hommes	1 131	97,3	36,0	43	567	521
	Femmes	940	75,2	23,2	47	376	517
Mortalité	Hommes	440	31,4	11,9	8	162	270
	Femmes	394	26,7	7,3	9	103	282

Cancer colo-rectal en 2008-2010

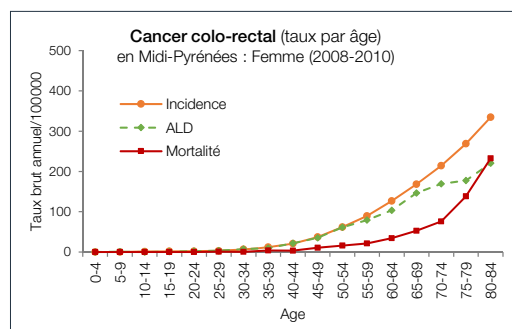
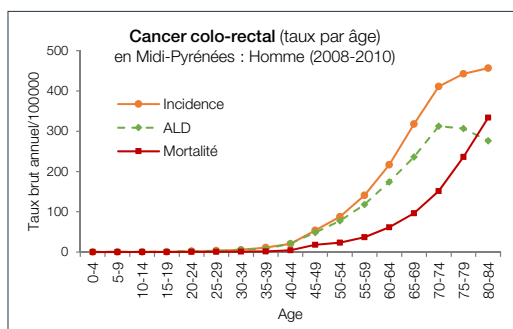


Le cancer colorectal

1 600 nouvelles admissions en ALD par an

Sur la période 2008-2010, 1 600 nouvelles admissions en ALD ont été enregistrées en moyenne chaque année, nettement moins que l'estimation des nouveaux diagnostics (plus de

2 000 par an), probablement car les cancers de petite taille et de bon pronostic traités par chirurgie seule ne font pas l'objet de demande d'ALD.



Une mortalité qui ne diffère pas de la moyenne nationale

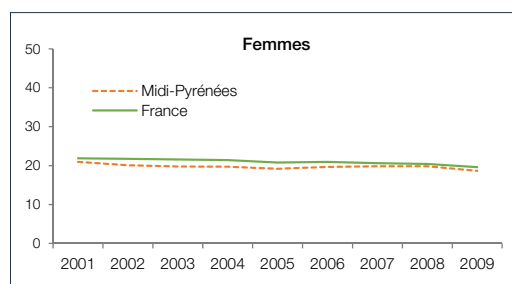
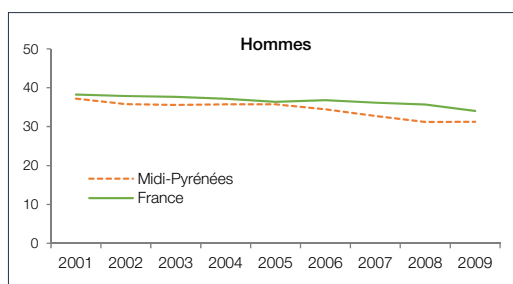
En 10 ans, la mortalité par cancer colorectal a baissé dans la région (-16% pour les hommes et -11% pour les femmes) comme en moyenne nationale (respectivement, -11% et -10,5%)

En 2008-2010, 834 décès par cancer colorectal

surviennent en moyenne chaque année en Midi-Pyrénées (soit 12% des décès par cancer), dont 53% concernent des hommes. Que ce soit pour les hommes ou pour les femmes, la mortalité de la région ne diffère pas de la mortalité nationale.

Évolution de la mortalité par cancer colo-rectal en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine (2000-2010)

Taux standardisés pour 100 000 habitants sur la population française (moyenne mobile sur 3 ans)
Sources : Inserm CepiDC - Exploitation Orsmip



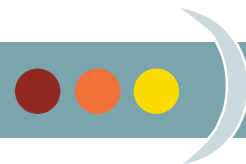
Dans les départements

En 2008-2010, la situation des départements est globalement identique à la moyenne régionale à l'exception de deux départements, les Hautes-Pyrénées et le Tarn. Les Hautes-Pyrénées sont en situation défavorable pour les hommes comme pour les femmes avec des mortalités plus élevées qu'en moyenne régionale (et de façon significative

pour les hommes) et des taux d'admission en ALD plus élevés aussi ; à l'inverse, le Tarn est dans une situation plutôt favorable, notamment pour les hommes qui ont un taux d'admission en ALD significativement plus élevé qu'en moyenne régionale mais une mortalité plus faible.

2008/2010	HOMMES					FEMMES				
	Incidence estimée	ALD		Mortalité		Incidence estimée	ALD		Mortalité	
		N/an	N/an	ICI	N/an		ICM	N/an	N/an	ICI
Ariège	70	54	101,7	29	103,3	56	43	96,8	26	107,2
Aveyron	135	108	105,5	55	102,6	109	76	89,5	49	103,9
Hte-Garonne	378	276	94,3	140	99,1	325	259	100,5	129	98,2
Gers	93	73	101,5	41	109,3	72	61	106,8	27	88,1
Lot	88	63	93,6	28	81,3	70	54	98,6	30	99,6
Htes-Pyrénées	104	85	108,2	49	121,6 *	90	74	104,7	44	113,9
Tarn	167	141	110,4 *	62	93,8	139	117	107,7	56	95,7
Tarn et Gar.	97	68	91,3	36	93,3	79	56	90,8	33	99,5
Midi-Pyrénées	1 131	868	100,0	440	100,0	940	740	100,0	394	100,0

* différence statistiquement significative (p<0.05) - Base 100 = Midi-Pyrénées



Contexte national

Une diminution de l'incidence et de la mortalité chez l'homme mais une progression inquiétante chez la femme

Avec plus de 39 000 nouveaux cas estimés en 2012, dont 71% survenant chez l'homme, le cancer du poumon se situe au 2^e rang chez l'homme et au 3^e rang chez la femme. Chez l'homme, l'incidence est quasiment stable depuis 1980 avec une tendance à la baisse depuis 2005 (en moyenne -0,3% par an). Chez la femme, l'incidence est en très forte augmentation depuis 1980 (+5,3% par an moyenne). Le risque d'être atteint de ce cancer entre 0 et 74 ans varie peu chez l'homme selon la cohorte de naissance (entre 6,0% et 6,5%), alors que chez la femme, ce risque augmente de façon constante, passant de 0,5% pour les cohortes nées en 1920 à 2,5% pour celles nées en 1950.

Responsable de près de 30 000 décès (dont 71% chez l'homme), ce cancer se situe au 1^{er} rang des décès par cancer. Chez l'homme, le taux de mortalité maximal atteint en 1990 (47,7 pour 100 000 personnes-années) a ensuite diminué, cette diminution s'accroissant depuis 2005 (-2,2% par an en

moyenne entre 2005 et 2012). Chez la femme, l'augmentation de la mortalité suit celle de l'incidence, avec une majoration de cette augmentation depuis 2005, de l'ordre de 4,6% par an en moyenne.

Chez l'homme, l'évolution de l'incidence observée à la hausse jusqu'à la fin des années 1990 s'est inversée entre 2000 et 2005 pour diminuer depuis. Cette évolution s'inscrit dans un contexte de diminution de la consommation tabagique. Cette décroissance s'observe également pour la mortalité. Une tendance similaire a déjà été observée dans d'autres pays comme les USA et la Grande-Bretagne.

Chez la femme, au contraire, l'augmentation de l'incidence du cancer pulmonaire se confirme et est observée dans la plupart des pays occidentaux. La mortalité augmente également. Cette situation préoccupante justifie pleinement la poursuite des efforts de prévention primaire contre le tabagisme.



En Midi-Pyrénées

Plus de 1700 nouveaux cas par an

73% des nouveaux diagnostics surviennent chez l'homme. 4,4% des cancers surviennent avant 50 ans chez l'homme et 11,3% chez la femme. En

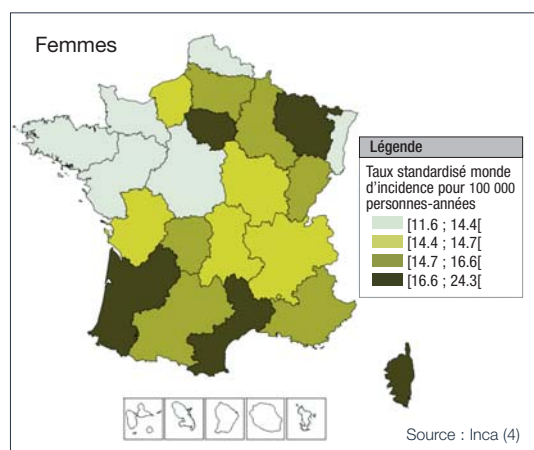
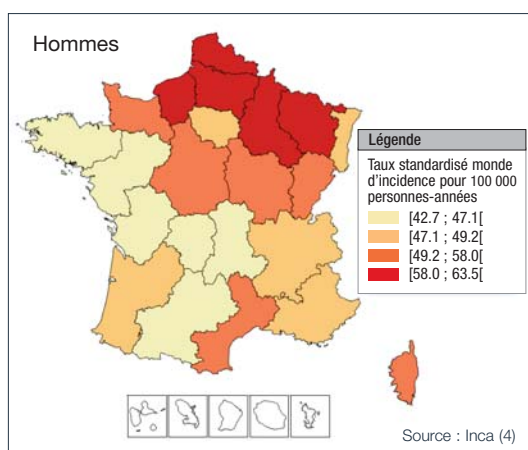
comparaison aux autres régions, Midi-Pyrénées est une région de faible incidence chez l'homme et de relativement forte incidence chez la femme.

Incidence estimée et mortalité par âge en 2008-2010 en Midi-Pyrénées

* Incidence estimée
Sources : Réseau Francim, Inserm CépiDC, Insee

	Sexe	Nombre par an	Taux brut	Taux stand. monde	Nombre par an selon l'âge		
					0-49 ans.	50-74 ans	75 ans et +
Incidence*	Hommes	1 260	127,9	44,7	56	768	436
	Femmes	461	39,5	16,0	52	276	133
Mortalité	Hommes	990	70,6	33,7	43	560	387
	Femmes	346	23,4	10,8	34	177	135

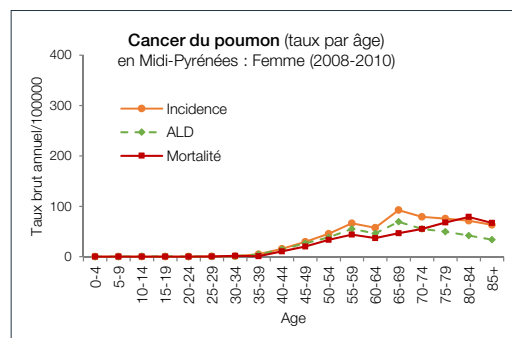
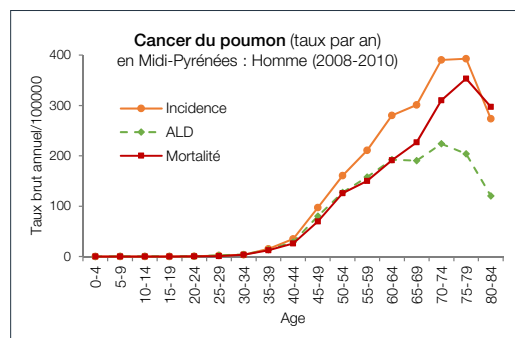
Cancer du poumon en 2008-2010



Le cancer du poumon

En 2008-2010, près de 1200 nouvelles admissions en ALD pour cancer du poumon ont été enregistrées dans la région en moyenne chaque année, chiffre plus faible que l'estimation du

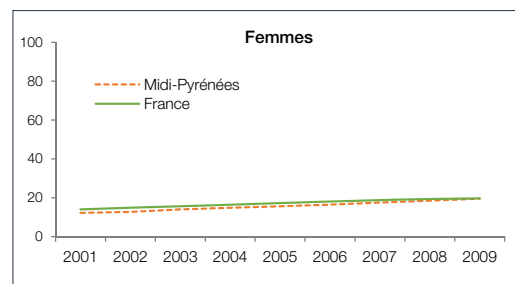
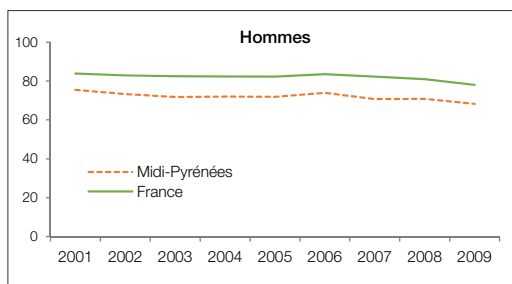
nombre annuel de nouveaux cas (1700), surtout pour les hommes (840 ALD et 1260 nouveaux cas estimés).



Une augmentation de 60% de la mortalité chez les femmes

En dix ans, la mortalité des hommes par cancer du poumon a baissé de 68% dans la région (-78% en France métropolitaine) et se trouve, en 2008-2010, significativement plus faible que celle des français, à structure par âge comparable, au 3^e rang des régions aux taux les plus faibles chez

les hommes en France métropolitaine. Par contre, pour les femmes de la région, la mortalité par cancer du poumon a augmenté de près de 60% (+40% en moyenne nationale) et se retrouve, en 2008-2010, au même niveau de mortalité que l'ensemble des français.



Évolution de la mortalité par cancer du poumon en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine (2000-2010)

Taux standardisés pour 100 000 habitants sur la population française (moyenne mobile sur 3 ans)
Sources : Inserm CepiDC - Exploitation Orsmip



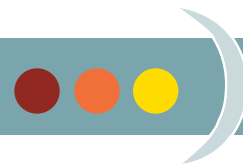
Dans les départements

De fortes disparités apparaissent dans les départements : la Haute-Garonne se distingue avec les plus forts taux d'admission en ALD pour cancer du poumon et significativement supérieurs à la moyenne régionale (pour les hommes comme pour les femmes) ainsi qu'avec des taux de mortalité plus élevés qu'en moyenne régionale sans

qu'ils soient significatifs. À l'inverse, l'Aveyron est (comme en 2004-2005), dans une situation des plus favorables avec (pour les hommes comme pour les femmes), des taux d'ALD et des taux de mortalité significativement plus faibles qu'en moyenne régionale.

2008/2010	HOMMES					FEMMES				
	Incidence estimée	ALD		Mortalité		Incidence estimée	ALD		Mortalité	
		N/an	N/an	ICI	N/an		ICM	N/an	N/an	ICI
Ariège	77	44	85,6	65	107,0	27	20	98,7	21	101,3
Aveyron	146	80	82,5*	92	79,1*	50	25	66,0*	30	78,2*
Hte-Garonne	433	327	111,8*	353	105,5	169	148	116,2*	135	109,2
Gers	102	63	94,0	81	99,4	34	25	98,8	30	113,2
Lot	96	50	78,7*	71	93,2	33	24	98,8	20	79,2
Htes-Pyrénées	115	74	98,1	96	106,3	43	32	102,0	31	96,2
Tarn	183	125	103,7	147	101,6	66	39	79,8*	48	95,2
Tarn et Gar.	108	76	105,8	85	99,2	39	31	107,3	31	107,7
Midi-Pyrénées	1 260	840	100,0	990	100,0	461	345	100,0	346	100,0

* différence statistiquement significative (p<0.05) - Base 100 = Midi-Pyrénées



Contexte national

Des cancers dont l'incidence et la mortalité sont en baisse

Le cancer du col et celui du corps de l'utérus sont souvent présentés ensemble dans les études statistiques parce qu'ils sont difficilement dissociables dans les données de mortalité. Il s'agit en fait de deux affections très différentes par leur histoire naturelle, leur âge de survenue, leurs facteurs de risque et leur pronostic.

Le **cancer du corps de l'utérus** touche les femmes à partir de 40 ans, avec une incidence maximale vers 70 ans. Son principal facteur de risque est l'hyperoestrogénie, qu'elle soit d'origine endogène (obésité, ménopause précoce, nulliparité) ou exogène (traitements hormonaux de la ménopause, traitements du cancer du sein).

Avec environ 7 300 nouveaux cancers diagnostiqués en 2012, ce cancer se place au 4^e rang des cancers les plus fréquents chez la femme. Le taux d'incidence standardisé monde est resté stable au cours des 30 dernières années. Le risque d'avoir ce cancer avant 75 ans varie peu selon la cohorte de naissance (oscille entre 1,3 et 1,5%).

Environ 2 000 femmes meurent chaque année d'un cancer du corps de l'utérus. La mortalité baisse légèrement, de -1,0% par an entre 1980 et 2012. Ce cancer est souvent de diagnostic précoce de par sa symptomatologie ; son pronostic vital est bon mais évolue peu.

Le **cancer du col de l'utérus** est un cancer de la femme jeune, puisqu'il concerne essentiellement les femmes de 20 à 50 ans. Le pic d'incidence est observé à 40 ans. Son principal facteur de risque

est l'infection à papillomavirus humain transmise par voie sexuelle.

Avec un peu plus de 3 000 nouveaux cas par an, le cancer du col de l'utérus se situe au 11^e rang des cancers les plus fréquents chez la femme. L'incidence de ce cancer est en forte diminution : -2,5% par an entre 1980 et 2012 ; cependant, cette baisse est ralentie entre 2005 et 2012 où elle n'est plus que de 1,2% par an. Le risque d'avoir ce cancer avant 75 ans diminue avec la cohorte de naissance, passant de 1,7% chez les femmes nées en 1930 à 0,7% chez les femmes nées en 1945. Ce risque reste stable autour de 0,7% pour les cohortes les plus récentes.

Environ 1100 femmes meurent chaque année d'un cancer du col de l'utérus. L'évolution de la mortalité est encore plus marquée que celle de l'incidence avec une diminution moyenne du taux de -3,2% par an entre 1980 et 2012, cette baisse étant moins importante entre 2005 et 2012 (-2,0% par an). La diminution de l'incidence et de la mortalité s'explique en grande partie par une amélioration des conditions d'hygiène, la prévention des maladies sexuellement transmissibles et par le développement du dépistage par frottis permettant la détection de lésions précancéreuses ou non invasives. La longueur importante de l'histoire naturelle de ce cancer explique que l'impact de la vaccination anti-HPV sur l'incidence des lésions précancéreuses et des cancers du col de l'utérus ne sera observé que dans plusieurs années.



En Midi-Pyrénées

470 nouveaux cas par an

Plus des deux-tiers des cancers de l'utérus sont des cancers du corps utérin (326 par an), 147 cancers sont des cancers du col utérin. Près de 4 cancers du col utérin sur 10 sont diagnostiqués chez des femmes de moins de 50 ans, alors que cette proportion est seulement de 5% pour le

cancer du corps utérin, la majeure partie des cancers du corps utérin étant diagnostiquée entre 50 et 74 ans. Midi-Pyrénées est une région d'incidence moyenne, occupant le 14^e rang pour le cancer du col et le 10^e rang pour le cancer du corps utérin.

Incidence estimée et mortalité par âge en 2008-2010 en Midi-Pyrénées

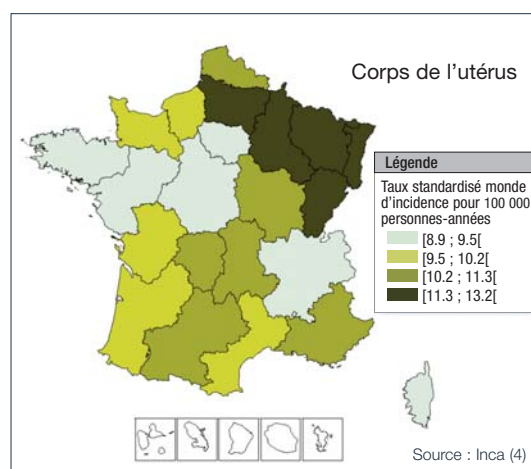
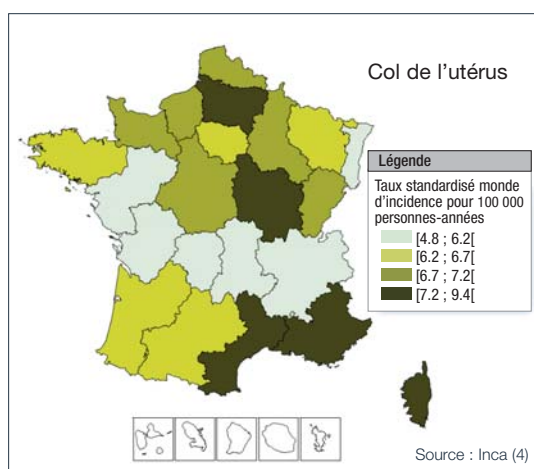
* Incidence estimée
Sources : Réseau Francim, Inserm CépiDC, Insee

		Nombre par an	Taux brut	Taux stand. monde	Nombre par an selon l'âge		
					0-49 ans.	50-74 ans	75 ans et +
Incidence*	Col utérus	147	13,6	6,6	58	62	26
	Corps utérus	326	35,7	10,2	15	197	114
Mortalité	Utérus	139	9,4	3,4	11	47	81



Le cancer de l'utérus

Cancer de l'utérus
en 2008-2010 chez la femme

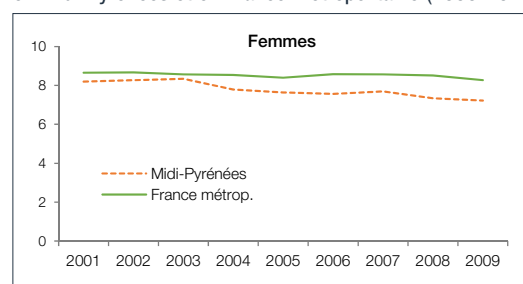


Une mortalité
plus faible qu'en
moyenne nationale

En dix ans, la mortalité des femmes par cancer de l'utérus a plus fortement baissé dans la région (-12%) qu'en moyenne nationale (-4%).

En 2008-2010, 139 femmes de la région sont décédées en moyenne chaque année suite à un cancer de l'utérus. Sans qu'il y ait de différence statistiquement significative, la mortalité régionale par cancer de l'utérus reste plus faible qu'en moyenne nationale, à structure par âge comparable.

Évolution de la mortalité par cancer de l'utérus
en Midi-Pyrénées et en France métropolitaine (2000-2010)



Taux standardisés pour 100 000 habitants sur la population française (moyenne mobile sur 3 ans)
Sources : Inserm CepiDC - Exploitation Orsmip



Dans les départements

En 2008-2010, le département du Tarn se distingue particulièrement avec des données d'ALD et de mortalité significativement supérieures à la moyenne régionale concernant le cancer du corps de l'utérus ainsi que des données d'ALD supérieures, sans qu'elles soient significatives,

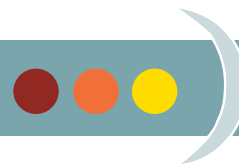
concernant le cancer du col de l'utérus.

Le département du Gers est dans une situation similaire mais de façon moins significative.

A l'inverse, c'est dans le département du Tarn-et-Garonne que les situations concernant ces deux cancers sont les plus favorables.

2008/2010	COL UTÉRIN ¹			CORPS UTÉRIN ²			UTÉRUS ³	
	Incidence estimée N/an	ALD		Incidence estimée N/an	ALD		Mortalité	
		N/an	ICI		N/an	ICI	N/an	ICM
Ariège	8	7	89,7	19	14	102,4	8	100,2
Aveyron	15	12	81,5	37	26	98,4	15	95,1
Hte-Garonne	59	62	108,8	116	74	87,4*	45	94,7
Gers	10	12	112,4	25	24	132,9*	12	112,4
Lot	10	6	64,4	24	19	108,7	11	103,3
Htes-Pyrénées	13	10	80,6	31	20	87,9	12	87,8
Tarn	20	24	120,9	47	46	132,9*	22	106,1
Tarn et Gar.	12	11	92,7	27	15	73,6*	14	117,1
Midi-Pyrénées	147	146	100,0	326	238	100,0	139	100,0

1 : CIM10 = C53 2 : CIM10 = C54 3 : CIM10 = C53-C55
* différence statistiquement significative (p<0.05) - Base 100 = Midi-Pyrénées



Registre des Cancers du Tarn

La région Midi Pyrénées dispose d'un organisme d'observation des cancers dans le département du Tarn. Le registre des cancers du Tarn recense en effet tous les cas de cancers diagnostiqués dans la population de ce département quel que soit leur lieu de traitement. Les observations faites dans le Tarn permettent d'avoir une idée de la fréquence des différentes pathologies cancéreuses même quand celles-ci sont relativement rares. On constate que les estimations fournies dans les chapitres précédents à partir d'une modélisation sont

très proches des résultats observés ce qui incite à penser que les résultats du registre du Tarn peuvent être utilisés sans grand risque pour estimer le nombre de cancers attendus dans les autres départements de la région quand la modélisation ne fournit pas d'estimation ponctuelle ou n'a pas pu être faite.

Des résultats détaillés relatant les évolutions sur une période de plus de 20 ans sont disponibles sur le site internet d'Oncomip.fr, onglet épidémiologie.

Les cancers observés
dans la population
du Tarn

LOCALISATIONS	ANNÉE 2010					
	HOMMES			FEMMES		
	Nb cas/an	Tx brut	Tx stand. Monde	Nb cas/an	Tx brut	Tx stand. Monde
Tumeurs invasives						
Prostate	356	193,65	83,6			
Sein	1	0,54	0,34	314	159,56	84,41
Côlon-rectum	173	94,11	36,81	138	70,13	20,61
Poumon-trachée	212	115,32	51,06	53	26,93	14,02
LMNH autre que LLC	61	33,18	16,12	49	24,9	13,57
Pancreas	59	32,09	13,41	47	23,88	6,75
Vessie	69	37,53	13,71	15	7,62	1,88
Système nerveux central (1)	37	20,13	12,43	42	21,34	10,64
Rein	54	29,37	13,21	20	10,16	4,9
Lèvres-bouche-pharynx	52	28,29	14,93	20	10,16	5,14
Estomac	44	23,93	8,87	16	8,13	3,1
Corps utérin				55	27,95	10,91
Mélanome cutané	30	16,32	8,78	22	11,18	6,74
Primitif inconnu	29	15,78	5,72	23	11,69	2,9
Thyroïde	11	5,98	4,59	37	18,8	15,07
Foie	27	14,69	6,15	11	5,59	2,7
Syndrome myéloprolifératif chronique	17	9,25	4,0	19	9,66	4,62
Œsophage	27	14,69	7,65	7	3,56	1,08
Ovaires et autres organes génitaux				34	17,28	8,6
Syndrome myélodysplasique	16	8,7	2,99	11	5,59	1,18
Voies biliaires	11	5,98	2,66	14	7,11	1,01
Leucémie lymphoïde chronique (LLC)	10	5,44	2,22	14	7,11	2,78
Col utérin				22	11,18	6,79
Larynx	16	8,7	4,72	0	0	0
Tissus mous	10	5,44	2,97	4	2,03	1,4
Intestin grêle	9	4,9	2,31	4	2,03	0,97
Maladie de Hodgkin	6	3,26	2,76	5	2,54	1,64
Organes génitaux ext. féminin				11	5,59	1,63
Autres voies urinaires	7	3,81	1,05	2	1,02	0,97
Leucémie aigües myéloïdes	5	2,72	0,95	4	2,03	0,69
Péritoine	5	2,72	0,71	3	1,52	0,63
Verge	7	3,81	1,58			
Os et cartilage						
Testicule	5	2,72	3,28			
Canal anal	0			4	2,03	1,32
Mesothéliomes	2	1,09	0,21	1	0,51	0,31
Tumeurs non invasives						
Vessie	72	39,17	15,18	17	8,64	3,28
Col utérin				70	35,57	38,93
Côlon-rectum	25	13,6	5,87	18	9,15	3,5
Sein				26	13,21	7,03

(1) Invasifs et non invasifs

La Réunion de Concertation pluridisciplinaire (RCP)

Les données des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie

enregistrées dans le Dossier Communicant de Cancérologie en Midi-Pyrénées

L'un des objectifs des deux premiers plans cancer (2003-2007) et (2009-2013) était que tous les nouveaux patients atteints de cancer bénéficient d'une concertation pluridisciplinaire autour de leur dossier. La Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) est un lieu de discussion et d'échanges entre spécialistes de différentes disciplines. Véritable séance de travail, elle permet de définir et de valider de manière consensuelle la prise en charge la mieux adaptée pour chaque patient atteint d'une pathologie tumorale quel que soit le lieu de résidence. Elle constitue un élément essentiel de l'organisation des soins en cancérologie.

Actuellement, les données de RCP ne sont pas superposables directement à l'incidence. En effet :

- tous les patients ne passent pas encore en RCP mais la proportion augmente (90%, cf. figures page 18),
- toutes les RCP ne sont pas enregistrées dans le DCC (100% des établissements qui font des RCP utilisent le DCC, 92% des RCP sont enregistrées dans le DCC),
- enfin, les modalités de codage sont différentes car la finalité du DCC est clinique et ne se plie pas à la logique des classifications épidémiologiques.

100 RCP thématiques en Midi-Pyrénées

Les RCP sont organisées au sein des établissements de santé sous la responsabilité des Centres de Coordination en Cancérologie (3C), souvent en collaboration avec plusieurs établissements. En termes de fonctionnement, la RCP est définie par un thème, une fréquence, un médecin coordonnateur.

Le Dossier Communicant de Cancérologie : la base de données régionale

Afin d'assurer la traçabilité des données médico-administratives de la RCP, les informations sont enregistrées dans le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) d'Oncomip, sous forme d'une fiche standardisée (fiche RCP) (cf. encart ci-contre).

En 2013, les 32 établissements organisant des RCP utilisent le DCC. Parmi ceux-ci, 92% des RCP thématiques sont informatisées dans le DCC. Seules, 8 RCP de 2 établissements de la Haute-Garonne n'enregistrent pas leurs données dans le DCC.

En 2014, toutes les RCP devraient être informatisées dans le DCC.

La structuration de l'information dans la fiche RCP est un atout pour la collecte d'informations standardisées qui peuvent être exploitées pour :

- un retour sur l'activité des RCP,
- l'évaluation des pratiques.

Tableau 1 : Répartition régionale des RCP référencées dans le DCC en 2013

Département	NB établissements organisant des RCP		NB de RCP	
	Nb	%	Nb	%
Ariège	1	3	1	1
Aveyron	3	9	5	5
Haute-Garonne	13	42	54	59
Gers	2	6	2	2
Lot	2	6	3	3
Hautes-Pyrénées	3	9	9	10
Tarn	5	16	12	13
Tarn et Garonne	3	9	6	7
Total	32	100	92	100

Le Dossier Communicant de Cancérologie (DCC) de Midi-Pyrénées en pratique

Le DCC est une base de données informatisée accessible par les professionnels dont le développement est coordonné par Oncomip. Cette base est organisée en deux volets :

- **Un dossier patient** qui permet de produire :

- Une fiche RCP :

Le contenu structuré guide la saisie des données : l'utilisateur est invité à compléter des champs prédéfinis, cohérents avec la prise en charge spécifiée dans les référentiels régionaux. Grâce à cette expression synthétique et standardisée des données médicales, la fiche RCP Oncomip permet une lecture optimisée des cas.

- Le Programme Personnalisé de Soins

Ces données peuvent être partagées par l'ensemble des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient quel que soit le lieu de traitement.

- **Un logiciel de gestion et de planification** des RCP accessible au sein des établissements avec par ailleurs un accès aux référentiels régionaux et nationaux et au registre régional des essais cliniques.

Un interfaçage avec les différents systèmes d'information hospitaliers des établissements est en cours.

La Réunion de Concertation pluridisciplinaire (RCP)

Activité des RCP en 2013

Les données présentées ci-dessous sont extraites du DCC pour les RCP organisées en 2013.

Répartition départementale

La Haute-Garonne concentre la plus grande activité avec 66% des nouveaux cas (ci-dessous).

Parmi les nouveaux cas, 31% des patients sont âgés de 75 ans et plus. Cette proportion est supérieure à 40% dans les départements du Gers, de l'Ariège, de l'Aveyron et des Hautes-Pyrénées. Quatre localisations (prostate, côlon-rectum, poumons, sein) concentrent près de la moitié de l'activité des RCP (tableau 3).

2 763 réunions physiques
39 140 dossiers présentés*
25 190 patients différents*
15 617 nouveaux patients**

* Le dossier d'un patient peut être présenté plusieurs fois en RCP dans le cadre de sa prise en charge (changement de ligne thérapeutique, récurrence...) ce qui explique la différence entre le nombre de dossiers présentés et le nombre de patients différents.

** Le nouveau patient correspond à la 1^{ère} présentation en RCP dont le délai entre la date de diagnostic et la présentation en RCP est inférieur à 3 mois.

Tableau 2 : Répartition de l'activité des RCP par département avec la proportion des patients de plus de 75 ans en 2013 issue du DCC

	Réunions physiques		Dossiers présentés			Patients différents		Nouveaux patients		
	Nb	%	Nb	%	≥75 ans*	Nb	%	Nb	%	≥75 ans*
Ariège	48	2%	694	2%	40%	392	2%	207	1%	43%
Aveyron	113	4%	1 488	4%	38%	1 158	5%	703	5%	41%
Haute-Garonne	1 555	56%	26 482	68%	23%	17 061	68%	10 253	66%	27%
Gers	67	2%	580	1%	48%	422	2%	271	2%	47%
Lot	97	4%	990	3%	31%	689	3%	400	3%	36%
Hautes-Pyrénées	309	11%	3 322	8%	35%	2 295	9%	1 319	8%	41%
Tarn	398	14%	3 401	9%	36%	2 480	10%	1 581	10%	39%
Tarn et Garonne	176	6%	2 183	6%	32%	1 415	6%	883	6%	35%
Total	2 763	100%	39 140	100%	27%	25 190	100%	15 617	100%	31%

* Proportion de patients ≥ 75 ans

Tableau 3 : Répartition par chapitre des dossiers présentés en RCP et du nombre de patients en 2013 issue du DCC

	Dossiers présentés		Patients différents		Nouveaux patients	
	Nb	%	Nb	%	Nb	%
Urologie	8 099	21%	5 987	24%	3 420	22%
<i>dont Prostate</i>	3 922	10%	3 033	12%	1 759	11%
Digestif	9 654	25%	5 546	22%	3 215	21%
<i>dont Colon rectum</i>	4 385	11%	2 513	10%	1 527	10%
Sein*	4 450	11%	2 951	12%	2 071	13%
Thorax	4 674	12%	2 876	11%	1 627	10%
<i>dont Poumons</i>	4 457	11%	2 727	11%	1 547	10%
Peau	2 575	7%	1 856	7%	1 414	9%
<i>dont Mélanome*</i>	648	2%	415	2%	279	2%
Gynécologie*	2 129	5%	1 379	5%	960	6%
<i>dont Utérus</i>	1 332	3%	907	4%	709	5%
Hématologie*	1 830	5%	1 394	6%	873	6%
ORL	1 626	4%	1 012	4%	642	4%
Tumeurs endocrines	703	2%	585	2%	380	2%
Système nerveux central	1 660	4%	816	3%	367	2%
Primitif inconnu	529	1%	332	1%	220	1%
Os-Cartilage-Tissus mous	961	2%	570	2%	302	2%
Siège mal défini	210	1%	147	1%	110	1%
Œil	40	0%	32	0%	16	0%
Total	39 140	100%	25 190	100%	15 617	100%

* Exhaustivité des données :

Sein : 3 RCP ne sont pas encore informatisées.

Gynécologie : 1 RCP n'est pas encore informatisée. Pour les cancers de l'utérus, les chiffres présentés ci-dessus prennent en compte les cancers in situ, alors que ceux-ci ne sont pas pris en compte dans les données d'incidence (page 13).

Hématologie : 1 RCP n'est pas informatisée.

Mélanome : les données concernant le mélanome sont sous-évaluées en raison d'un codage inadéquat.

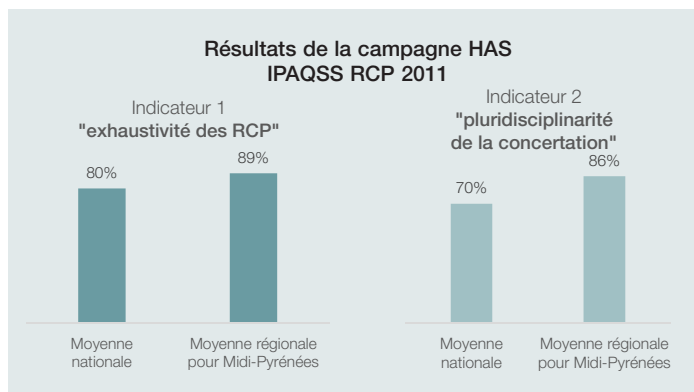


La Réunion de Concertation pluridisciplinaire (RCP)

Indicateurs de qualité des RCP dans le DCC

La Haute Autorité de Santé (HAS) mène des campagnes nationales de recueil d'indicateurs qui évaluent l'exhaustivité et les modalités d'organisation des RCP lors de la prise en charge initiale d'un patient atteint de cancer (6).

En 2011, Midi-Pyrénées est arrivé en tête du classement national (cf. figures ci-contre).



Des références sur l'épidémiologie du cancer



- (1) Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2013. 122 p. : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite/Estimation-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012-Tumeurs-solides>
- (2) Monnereau A, Remontet L, Maynadié M, Binder-Foucard F, Belot A, Troussard X, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012. Partie 2 – Hémopathies malignes. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2013. 88 p. : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite/Estimation-de-l-incidence-des-cancers-en-France-entre-1980-et-2012-Hemopathies-malignes>
- (3) Estimations régionales d'incidence des cancers 2008-2010 : Institut de veille sanitaire. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire [mis à jour le 23/07/2013 ; consulté le 24/09/2013]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Projections-Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite/Estimations-regionales-de-l-incidence-par-cancer-2008-2010>
- (4) Incidence régionale : représentations cartographiques disponibles à : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/les-thematiques/21-epidemiologie/92-donnees-regionales-incidence-cancers.html>
- (5) Grosclaude P, Remontet L, Belot A, Danzon A, Rasamimanana Cerf N, Bossard N. Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2007. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. InVS InCA, 2013. 410 p : <http://www.e-cancer.fr/publications/69-epidemiologie/657-survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-1989-2007-etude-a-partir-des-registres-des-cancers-du-reseau-francim>
- (6) Indicateur Réunion de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie. Campagne 2011 Analyse descriptive des résultats agrégés et analyse des facteurs associés à la variabilité des résultats. Haute Autorité de Santé ; déc. 2012. 33 p. : <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/ipaqss-rapport-rcp.pdf>

Les indicateurs de santé



L'incidence des cancers

Cette mesure quantifie la fréquence de survenue de cette maladie. Elle s'exprime de deux façons : en « nombre de nouveaux cas annuels » dans une population ou en « taux annuel d'incidence standardisée » : nombre de nouveaux cas durant une année pour 100 000 personnes-années ayant une structure d'âge donnée.

Le nombre de « nouveaux cas » indique le poids que représente cette maladie pour une population. Son évolution est très liée à l'augmentation de la population et au vieillissement de celle-ci, la majorité des cancers survenant chez le sujet âgé.

Le taux annuel d'incidence standardisé correspond au nombre de nouveaux cas que l'on observe dans une population « standard ». Il représente un risque moyen sur l'ensemble des classes d'âge. Son évolution est fonction des modifications dans les facteurs de risque ou dans les pratiques médicales.

Seuls les départements dotés d'un registre qui enregistre tous les cas de cancer peuvent disposer de l'incidence annuelle des différents cancers (le Tarn dans la région dispose d'un registre).

Les « estimations » de l'incidence à l'échelle nationale et régionale sont réalisées par le réseau français des Registres des Cancers.

Les estimations nationales sont obtenues lors de chaque actualisation en multipliant le rapport incidence/mortalité observé dans les zones couvertes par un registre de cancer par la mortalité France entière. Les dernières estimations publiées en juillet 2013 permettent de décrire la tendance de 1980 à 2012, hormis pour le cancer de la prostate pour lequel les données publiées correspondent aux données observées dans les registres jusqu'en 2009. En effet, toute projection d'incidence, même à 3 ans, est très hasardeuse pour cette localisation étant donné les fluctuations majeures observées sur la période la plus récente.

Les estimations régionales d'incidence réalisées précédemment en France utilisaient également la mortalité (M) comme corrélat de l'incidence (I). Cette méthode supposait un rapport M/I, pour un sexe et un âge donné, constant dans toutes les régions. L'avantage des données médico-administratives comme le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) et des Affections de Longue Durée (ALD) est de présenter une plus grande proximité avec l'incidence par rapport à la mortalité. Pour la nouvelle édition des estimations régionales 2008-2010 publiée en juillet 2013, trois méthodes reposant sur trois corrélats (PMSI, ALD et mortalité) ont été évaluées et hiérarchisées. Le principe de l'estimation est identique pour les

Notes concernant les données régionales :

- Le changement de méthode concernant les estimations régionales d'incidence ne permet pas d'analyser la tendance évolutive. Seules les données moyennes 2008-2010 seront donc présentées dans ce bulletin.
- Les données, étant disponibles pour chaque région, permettent de situer Midi-Pyrénées par rapport aux autres régions.
- La différence de méthode utilisée pour les estimations nationales et régionales ne permet pas de situer directement Midi-Pyrénées par rapport à la France entière.
- Par ailleurs, les estimations régionales ont été effectuées par localisation tumorale. La localisation « Tous cancers » n'a pas été envisagée.

trois corrélats et repose sur l'application du rapport PMSI/I (respectivement ALD/I et M/I) de la zone registre aux données régionales du PMSI (respectivement ALD et M). Ces méthodes supposent que, pour un sexe et un âge donné, le rapport PMSI/I (respectivement ALD/I et M/I) est identique dans toutes les régions. La validité de cette hypothèse a été examinée dans les départements avec registre. Pour chaque localisation tumorale et chaque sexe, la méthode choisie était celle qui présentait le moins de variabilité par rapport à l'incidence observée dans la zone registre. Dans le cas où une même méthode permettait une estimation pour les deux sexes, cette méthode était préférée aux autres, même si elle était moins performante pour un des sexes. Certaines localisations tumorales n'étaient pas éligibles à une estimation régionale ponctuelle. Dans ce cas, seules des fourchettes d'estimations (intervalle de prédiction) ont été calculées. Le détail de la méthode est disponible sur le site de l'InVS (3).

Les chiffres d'incidence départementaux 2008-2010 ont été estimés par le Registre des Cancers du Tarn, en appliquant le taux estimé dans la région Midi-Pyrénées aux populations par âge de chaque département.

La mortalité

Cette mesure donne une information sur la pathologie grave en fin d'évolution, donc de façon décalée dans le temps. Elle s'exprime aussi de deux façons : en nombre de décès par an et en taux de mortalité standardisé pour 100 000 personnes-années.

L'évolution du taux standardisé peut être à la baisse alors même que le nombre de décès augmente si la population vieillit plus vite et que le risque moyen décroît lentement.



Méthodologie et définitions

Localisations tumorales présentées, et corrélats retenus pour les estimations régionales

Les cancers in situ ne sont pas inclus

Localisation tumorale	Code CIM 10 (cancers infiltrants seulement)	Corrélat utilisé pour les estimations régionales
Sein	C50	ALD/I
Prostate	C61	ALD/I
Poumon	C33-C34	ALD/I
Côlon-rectum	C18-C19-C20	PMSI/I
Utérus		
– Col	C53	PMSI/I
– Corps	C54	PMSI/I

Les affections de longue durée

Elles ne sont pas déclarées aux caisses d'assurance maladie dans un but épidémiologique mais pour que le malade bénéficie de l'exonération du ticket modérateur. De ce fait, l'utilisation des ALD pour mesurer l'incidence présente des biais, conduisant soit à un manque d'exhaustivité, soit à une sur-déclaration. Parfois, les malades bénéficient déjà d'une exonération du ticket modérateur à un autre titre. Ce cas de figure sera d'autant plus fréquent que d'autres pathologies sont possibles donc en particulier chez les sujets âgés. Si la prise en charge du cancer est constituée par un acte chirurgical unique (supérieur à K50) le remboursement est total. Enfin certains patients préfèrent ne pas faire valoir leurs droits surtout s'ils bénéficient d'une couverture complémentaire satisfaisante (mutuelle, CMU). Tous ces facteurs contribuent à une sous-estimation du nombre de cancers. Il existe aussi des facteurs de surestimation. L'évolution longue avec des périodes de rémission complète peut conduire à une nouvelle attribution d'ALD plutôt qu'à une prolongation lors d'une récurrence, mais le principal facteur de surestimation tient probablement à des différences de définition de la maladie. En effet, lorsqu'il existe des états précancéreux dont le traitement est lourd ou lorsque la limite entre tumeur bénigne et tumeur maligne n'est pas très nette il n'est pas étonnant qu'une ALD soit accordée au titre du cancer.

Calcul des taux standardisés

Le taux standardisé direct correspond au nombre total de cas attendus dans la population de référence (ici, la population européenne ou la population mondiale proposée par l'OMS) rapporté à l'effectif total de la population de référence. Le taux standardisé indirect correspond pour l'incidence (ICI) au nombre total de cas observés dans la population étudiée (ici départementale) rapporté au nombre de cas auquel on aurait pu s'attendre si l'incidence de la pathologie considérée dans cette population était la même que l'incidence de référence. De même, on calcule le ICM pour la mortalité. Les taux départementaux significativement différents de la moyenne régionale ($p \leq 0,05$) sont identifiés (*).

Mode d'interprétation des indicateurs à l'échelle départementale

La convergence ou non des données observées localement (mortalité et ALD) peut donner des indications sur des situations favorables ou défavorables de certains départements mais doit être réalisée pour chaque type de cancer en tenant compte des particularités évolutives des différentes tumeurs.

Exemple de situation préoccupante : une augmentation de la mortalité et des ALD pour les cancers de mauvais pronostic (ex : cancer du poumon) dont l'incidence et la mortalité varient dans le même sens.

Exemple de situation favorable : une fréquence élevée d'ALD associée à une fréquence basse des décès par cancer de bon pronostic (ex : colon-rectum, prostate ou mélanome). Cette situation traduit une bonne efficacité du système de soins : diagnostic plus précoce qui augmente le nombre et permet un repérage quand ils sont curables et leur offre de soins adaptée.

Exemple de situation intermédiaire : une augmentation de la fréquence des diagnostics sans modification de la mortalité. Il peut s'agir d'une phase précoce (et qui ne doit pas durer) de la situation précédente car l'effet sur la mortalité n'est pas encore apparu, mais il peut s'agir aussi d'un phénomène de sur-diagnostic (diagnostic de tumeurs de faible agressivité qui ne se seraient peut-être jamais manifestées).

Sources de données

- Incidence (nouveaux cas de cancer) : réseau Francim.
- Nombres de décès par cancer : CépiDC-Inserm, exploitation Orsmip.
- Affections de longue durée pour cancer (ALD30) : Régime Général et Sections Locales Mutualistes, Mutualité Sociale Agricole (MSA : exploitants et salariés), Régime Social des Indépendants (RSI) et données de la Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines (maintenant rattaché au régime général) régime relativement important dans le Tarn et l'Aveyron.

Ce dossier est téléchargeable sur :

<http://www.orsmip.org>
<http://www.oncomip.fr>

