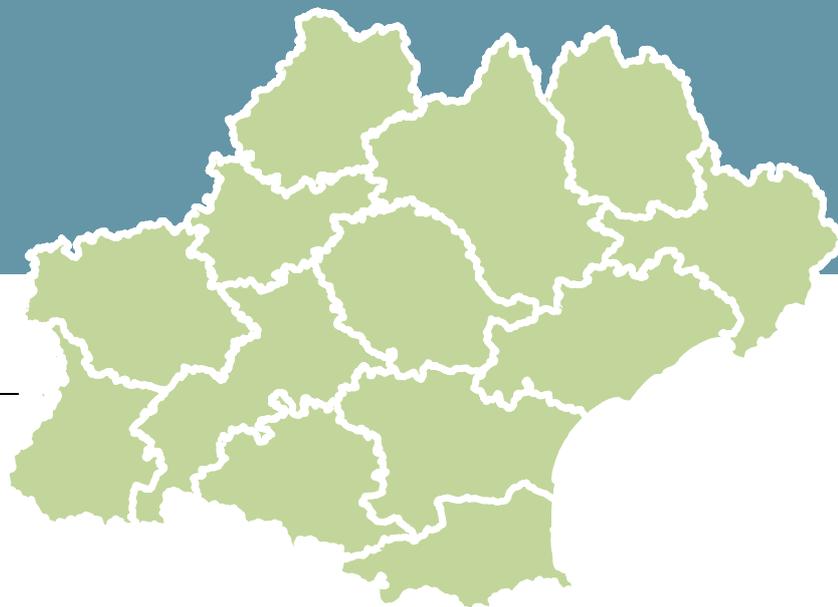


DOSSIER

LES CANCERS en Occitanie

JUIN 2017



SOMMAIRE

Introduction	2
Cancer des voies aéro-digestives supérieures	4
Cancer du poumon	9
Cancer colorectal.....	14
Cancer du sein	19
Cancer de l'utérus	24
Cancer de la prostate	29
Mélanome cutané	34
Autres localisations cancéreuses	39
Méthode d'estimation de l'incidence en Occitanie	41
Mortalité et affections de longue durée : matériel et méthode.....	44



INTRODUCTION

Ce dossier présente une synthèse de différentes informations sur la situation épidémiologique des cancers en Occitanie.

Il fournit des données sur le nombre estimé de nouveaux cas de cancer qui sont diagnostiqués chaque année en Occitanie et dans les 13 départements de la région. Cette estimation a été réalisée par les équipes des deux registres des cancers de l'Hérault et du Tarn afin de répondre rapidement à la demande de l'ARS Occitanie qui souhaite disposer de données d'incidence pour le plus grand nombre de localisations cancéreuses dans le cadre de la préparation du Projet régional de santé 2022 (PRS).

Parallèlement, les données de mortalité par cancer issues de l'exploitation des certificats de décès (CépiDC-Inserm) et celles de l'assurance maladie sur les demandes d'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD) sont analysées.

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. Nous précisons ici la méthode développée par les deux registres pour réaliser l'estimation des nouveaux cas de cancer qui surviennent chaque année.

L'incidence estimée en Occitanie et ses 13 départements

Nous avons fait le choix d'utiliser les données des registres de la région pour extrapoler les taux qui y sont observés aux autres départements. **Le travail présenté se veut donc complémentaire des estimations réalisées dans le cadre du réseau français des registres de cancer Francim.**

En France, les registres des cancers couvrent environ 20 % de la population. L'incidence départementale ou régionale des cancers doit donc être estimée pour les territoires non couverts par les registres. Cette estimation est régulièrement réalisée par les registres de cancer réunis dans le réseau Francim travaillant en collaboration avec le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, Santé publique France et l'Institut National du Cancer (INCa). Les méthodes d'estimation, qui sont basées sur différents corrélats de données hospitalières du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), de données d'affection de longue durée (ALD) de l'Assurance maladie et données de mortalité, produisent des estimations d'incidence du cancer à l'échelle de la France, des régions et même des départements. Toutefois, si les hypothèses sous-jacentes aux modèles utilisés (relation stable entre l'incidence attendue et la fréquence du corrélat utilisé) sont très acceptables au niveau national, elles le

sont de moins en moins à mesure que les estimations portent sur des zones de petite taille. À l'échelle des départements, ces méthodes font l'objet d'une validation qui permet de retenir des localisations cancéreuses pour lesquelles l'estimation est validée et d'autres pour lesquelles le résultat n'est pas considéré comme suffisamment fiable. Actuellement, les estimations départementales ne sont publiées que pour 8 localisations chez les hommes et 9 chez les femmes¹. Il est probable que le nombre des localisations dont l'estimation est validée augmentera dans l'avenir, parce que nous disposerons de plus de recul, notamment pour les données médico-administratives.

La région Occitanie comporte deux départements couverts par un registre de cancers, l'Hérault et le Tarn. L'Hérault correspond à une zone fortement peuplée avec une population très urbanisée, le Tarn est en revanche une zone plus rurale. Malgré cette diversité et bien qu'ils fassent partie de la même région, on ne peut pas considérer que ces deux départements sont exactement représentatifs de l'ensemble de la nouvelle région Occitanie.

¹ Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Colonna M. et col., InVS



INTRODUCTION

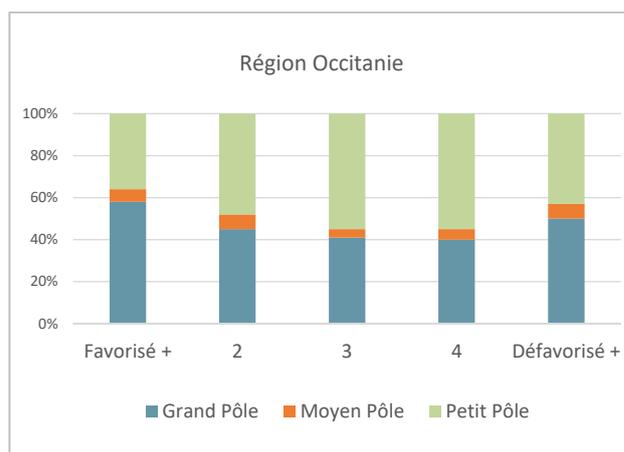
Pour utiliser au mieux les données observées par les registres au niveau régional, nous avons souhaité faire une extrapolation aux autres départements de la région prenant en compte non seulement l'âge et le sexe mais aussi d'autres facteurs influant sur l'incidence.

Partant du fait que :

- la région Occitanie se caractérise par de fortes disparités concernant les taux de pauvreté. La Haute-Garonne a un taux de pauvreté inférieur à la moyenne nationale alors que l'Aude est le deuxième département le plus pauvre de France, les Pyrénées-Orientales le troisième, le Gard le cinquième et l'Hérault le neuvième ;
- une publication récente a montré qu'en France l'incidence des cancers varie notamment en fonction du niveau socio-économique de la population² avec une part attribuable au niveau socio-économique parfois supérieure à 20% ;

nous avons souhaité prendre en compte cette dimension socio-économique dans notre estimation. Les données des registres sont géolocalisées et dans l'idéal il serait possible de faire des estimations stratifiées sur un indicateur écologique mesurant le niveau socio-économique. L'échelle de l'IRIS³ avec l'EDI (European Deprivation Index) comme indicateur proxy de la défavorisation serait la

meilleure solution, mais nous ne disposons pas de données démographiques suffisamment détaillées (classes d'âge de 5 ans) à cette échelle géographique. Sachant qu'il existe une corrélation entre la distribution de la défavorisation et le découpage fait par l'INSEE selon le zonage en aires urbaines (classification 2010), nous avons donc choisi de faire une estimation stratifiée sur ce zonage. Les chiffres ainsi fournis ont pour objectifs de donner un ordre de grandeur dans l'estimation des besoins en termes de prise en charge pour les différents cancers dans les départements d'Occitanie



² http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/4/2017_4_1.html

³ L'IRIS constitue la brique de base en matière de diffusion de données infra-communales du recensement de population. Il doit respecter des critères géographiques et démographiques et avoir des contours identifiables sans ambiguïté et stables dans le temps. Les communes d'au moins 10 000 habitants et une forte proportion des communes de 5 000 à 10 000 habitants sont découpées en IRIS. Ce découpage constitue une partition de leur territoire. La France compte environ 16 100 IRIS dont 650 dans les DOM.



CANCER DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES

Contexte national

Une incidence à la hausse pour les femmes

(1) Bonaldi C, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(30-31):528-40. <http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/30-31/201>

(2) <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Comment-prevenir-au-mieux-les-cancers/Principaux-facteurs-de-risque-de-cancer>

(3) Leone N, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2015. 62 p. Disponible à partir des URL : <http://www.invs.sante.fr> et <http://www.e-cancer.fr>

(4) Binder-Foucard F et al. 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

(5) Tableau de bord sur la santé. Région Occitanie, 2016. ORSMIP -CREAI-ORS LR

(6) Bryere J, et al. (Francim). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(4): 68-77. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/4/2017_4_1.htm

(7) Colonna M, et al Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administratives. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2015. 50 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS) regroupent les cancers de la lèvre, de la bouche et du pharynx ainsi que les cancers du larynx. Ils font souvent l'objet d'une approche épidémiologique globale, en raison de leurs caractéristiques communes. Ce sont des carcinomes épidermoïdes dont la survenue est principalement due aux consommations d'alcool et de tabac et plus particulièrement lorsque ces consommations sont associées. Un mauvais état bucco-dentaire constitue également un facteur favorisant. Le rôle d'une infection par le papillomavirus humain (type 16 et 18) dans la survenue de ce type de cancers est par ailleurs clairement établi ^(1,2).

Avec plus de 14 700 nouveaux cas en 2015 (projections Francim), les cancers des VADS sont au 4^e rang des cancers les plus fréquents pour les hommes et au 6^e rang pour les femmes ; ils représentent 4,8% de l'ensemble des nouveaux cas de cancer et dans 72% des cas, ils concernent des hommes. Pour les cancers « lèvre-bouche-pharynx », la moitié des diagnostics sont posés après 61 ans chez les hommes et après 63 ans chez les femmes, et pour le cancer du larynx, aux âges respectifs de 63 et 64 ans ⁽³⁾.

Les tendances évolutives pour l'incidence de ces cancers, sont à la baisse chez l'homme alors qu'elles sont à la hausse chez la femme ⁽⁴⁾.

En 2012, les taux d'incidence des cancers des VADS des pays européens sont plus élevés pour les hommes dans les pays de l'Est (Hongrie, Slovaquie, Roumanie) et pour les femmes, dans les pays de l'Ouest (Danemark, Pays-Bas, Belgique) ; la France occupe une position plutôt défavorable parmi les pays européens ⁽⁴⁾.

En 2015, les cancers des VADS ont été la cause de plus de 5 000 décès dont 82 % ont concerné des hommes ⁽⁵⁾. Chez les hommes, 47% de ces décès sont prématurés (avant 65 ans) contre 36% chez les femmes. La mortalité par cancer des VADS bénéficie d'un profil évolutif favorable chez les hommes comme chez les femmes.

En 2011-2013, on observe une surmortalité par cancers des VADS significative, comparée à la mortalité métropolitaine, dans les régions du nord-ouest : Pays-de-la-Loire, Bretagne, Normandie et Hauts-de-France pour les hommes et seulement la Bretagne et les Hauts-de-France pour les femmes ⁽⁵⁾.

Les tendances évolutives de la mortalité par cancers des VADS sont à la baisse chez l'homme comme chez la femme ⁽⁴⁾.

Concernant l'influence de l'environnement socioéconomique sur l'incidence des cancers, les résultats de l'étude réalisée par le réseau Francim ont montré que la part des cas de cancers attribuables à la défavorisation sociale était importante, notamment pour les cancers du larynx (30,1%) chez l'homme et des cancers lèvre-bouche-pharynx dans les deux sexes (26,6% chez l'homme, 22,7% chez la femme) ⁽⁶⁾.

Un des objectifs du Plan Cancer 2014-2019 est la prévention de ces cancers en luttant contre le tabagisme (Programme national de réduction du tabagisme) et contre la consommation excessive d'alcool.



CANCER DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES

En Occitanie

Plus de 1 500 nouveaux cas de cancer des voies aéro-digestives estimés chaque année

70% des 1 500 nouveaux diagnostics de cancer des VADS surviennent chez l'homme. 10% de ces cancers chez l'homme et 15% chez la femme sont diagnostiqués avant 50 ans.

Nombre annuel moyen de cas par tranche d'âge, période 2010-2013, en Occitanie

	< 50	50-74	75 et +	Ensemble
Hommes	122	834	216	1 172
Femmes	54	191	106	351

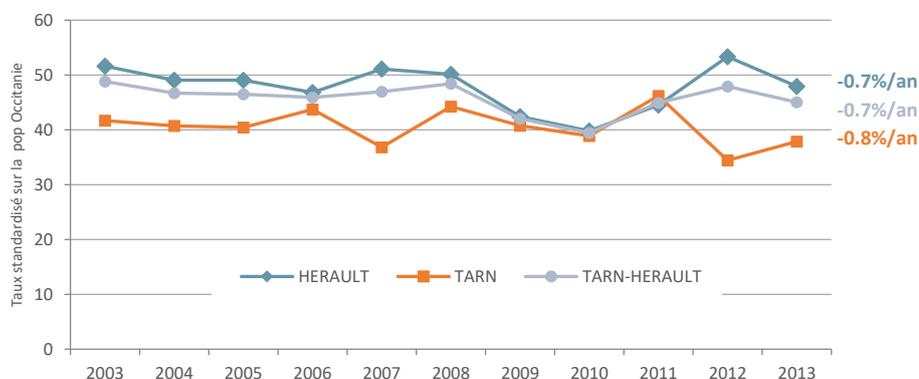
Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

Une augmentation de l'incidence pour les femmes dans les deux registres du cancer

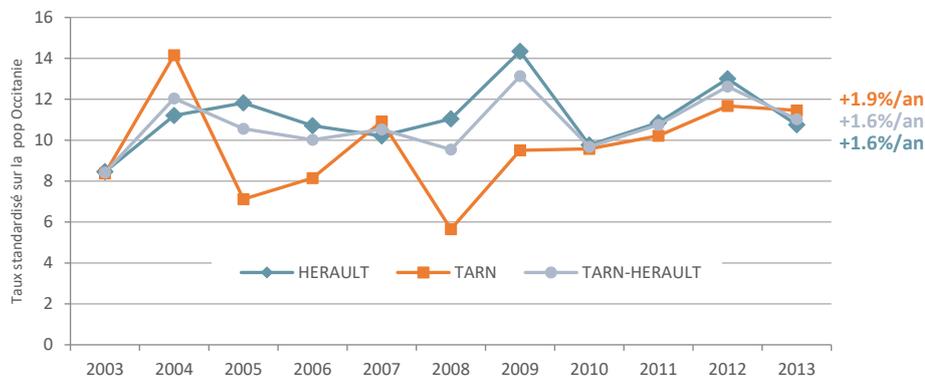
L'incidence observée de ce cancer dans l'Hérault et le Tarn ces dix dernières années est restée relativement stable pour les hommes mais semble à la hausse pour les femmes.

HOMMES

Évolution de l'incidence observée* dans l'Hérault et le Tarn



FEMMES



* taux standardisé sur la population d'Occitanie pour 100 000 habitants
Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault



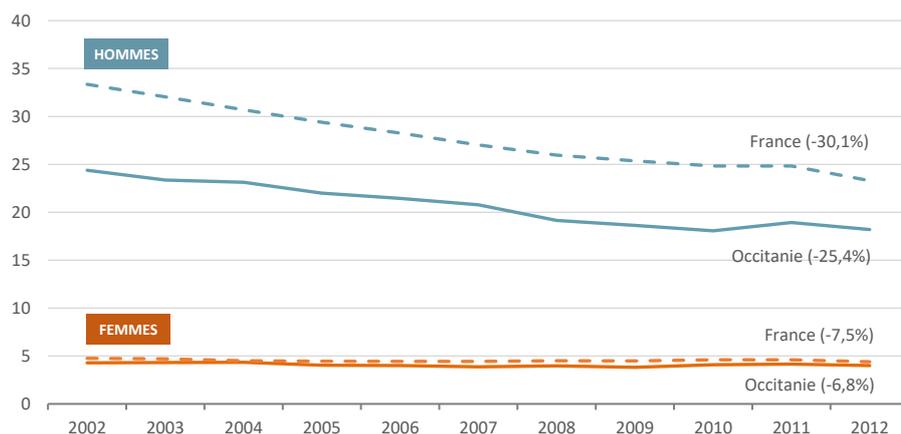
CANCER DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES

Une forte baisse de la mortalité chez les hommes

400 personnes en moyenne en Occitanie meurent chaque année d'un cancer des voies aéro-digestives supérieures.

En dix ans, et à structure d'âge comparable, la mortalité régionale des hommes par cancer des VADS a baissé de 25,4% (-30% en métropole) et reste à un niveau significativement plus faible qu'en France.

Évolution de la mortalité par cancer des voies aéro-digestives supérieures, en Occitanie et en France métropolitaine, selon le sexe (2002-2012)*



* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 habitants
Sources : Inserm CepiDC, Insee - Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI Languedoc-Roussillon

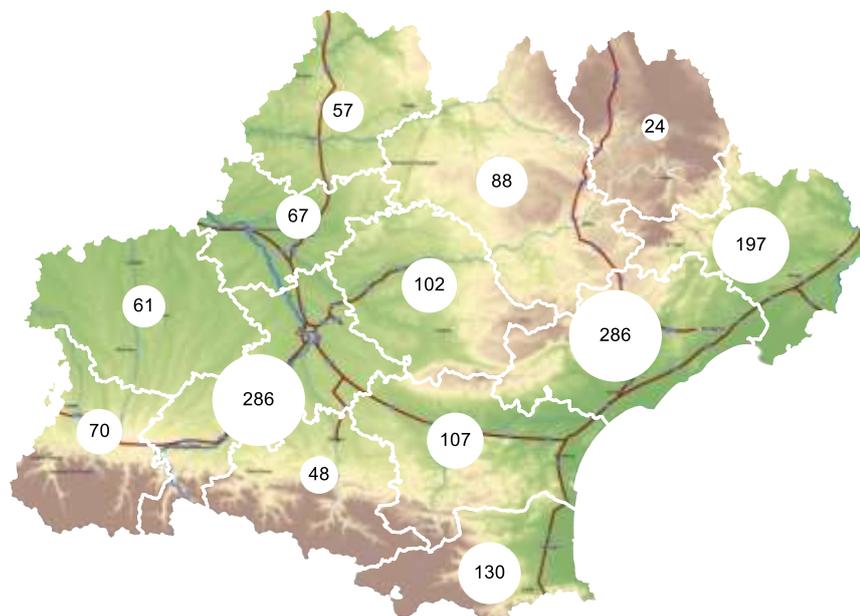


CANCER DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES

Dans les départements

L'incidence estimée

Nombre annuel moyen de cas de cancer des voies aéro-digestives supérieures, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)



Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

Nombre annuel moyen de cas, par tranche d'âge et par sexe, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)

Département	HOMMES				FEMMES			
	Ensemble	<50 ans	50-74	75 et +	Ensemble	< 50 ans	50-74	75 et +
Ariège	36	3	26	7	12	2	6	3
Aude	82	8	58	16	25	4	14	8
Aveyron	66	6	47	14	22	3	12	7
Gard	153	16	110	27	44	7	24	13
Haute-Garonne	224	30	158	36	62	11	33	18
Gers	46	4	33	9	15	2	8	4
Hérault	221	23	160	39	65	10	37	18
Lot	43	4	31	8	14	2	8	4
Lozère	18	2	14	3	6	1	3	2
Hautes-Pyrénées	53	5	38	10	17	2	9	6
Pyrénées-Orientales	100	10	70	20	30	4	16	10
Tarn	77	8	52	17	25	4	12	9
Tarn-et-Garonne	52	6	37	10	15	2	8	5

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault, chiffres arrondis à l'unité

Note méthodologique

Nombre de cas calculé à partir des incidences observées par les registres dans l'Hérault et le Tarn en prenant en compte les variations liées à l'âge et au type de zone de résidence (niveau d'urbanisation) – cf. méthode en annexe –



CANCER DES VOIES AÉRO-DIGESTIVES SUPÉRIEURES

Une situation critique dans le Gard

Le département du Gard se distingue avec une situation particulièrement défavorable concernant le cancer des VADS : l'incidence des ALD et la mortalité sont significativement plus élevées qu'en moyenne régionale et ce, chez les hommes comme chez les femmes (la mortalité de ces dernières étant la plus élevée de la région).

À l'inverse, la situation est nettement plus favorable en Aveyron où la mortalité et l'incidence des cancers des VADS sont plus faibles qu'en moyenne régionale, particulièrement chez les femmes. Les estimations d'incidence départementales (2008-2010) vont dans le même sens : incidence élevée dans le Gard et à l'inverse plutôt faible dans plusieurs départements de l'Ouest ⁽⁷⁾.

2009-2013 (CIM10 : C00-14, C32)	HOMMES				FEMMES			
	ALD		Mortalité		ALD		Mortalité	
	N/an	ICI	N/an	ICM	N/an	ICI	N/an	ICM
Ariège	30	108,9	9	93,9	10	114,5	4	138,7
Aude	65	103,5	20	88,5	21	103,0	6	107,1
Aveyron	42	82,1*	18	97,3	10	60,4*	3	52,9*
Gard	131	111,6*	47	115,4*	44	117,2*	14	132,0*
Haute-Garonne	162	94,3	46	79,9*	60	106,5	13	83,1
Gers	26	72,4*	14	107,5	9	82,0	4	107,9
Hérault	180	110,4*	64	113,2*	54	101,2	16	104,8
Lot	32	92,6	11	89,5	9	83,7	3	80,9
Lozère	13	91,6	6	111,6	4	86,1	1	79,5
Hautes-Pyrénées	39	95,7	15	106,8	11	83,2	4	97,2
Pyrénées-Orientales	82	106,7	27	100,9	32	123,7*	8	109,7
Tarn	67	101,4	22	94,1	17	78,9*	5	81,6
Tarn-et-Garonne	34	83,0*	16	110,6	11	88,9	4	112,6
Occitanie	904	100,0	314	100,0	290	100,0	86	100,0

ICI : Indice comparatif d'incidence

ICM : Indice comparatif de mortalité

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

Sources : CNAMTS, MSA, RSI, CépIDC, Insee – Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI Languedoc-Roussillon



CANCER DU POUMON

Contexte national

Une progression inquiétante de l'incidence et de la mortalité chez la femme

Avec plus de 45 200 nouveaux cas (projections Francim 2015), le cancer du poumon se situe au 2^e rang des tumeurs les plus fréquentes chez l'homme et au 3^e rang chez la femme. Dans plus de 6 cas sur 10, il survient entre 50 et 74 ans et deux nouveaux cas sur trois concernent des hommes⁽²⁾. Chez l'homme, l'incidence est quasiment stable depuis 1980 avec une légère baisse entre 2005 et 2012 (-0,3% par an). Chez la femme par contre, l'incidence est en forte augmentation entre 1980 et 2012 (+5,3% par an moyenne)⁽³⁾. On observe de fortes variations de l'incidence du cancer du poumon sur le territoire : pour les hommes, une sur-incidence est notée dans le Nord-Est de la France alors qu'une sous-incidence est notée dans l'Ouest et le Sud ; pour les femmes, c'est en Île-de-France et dans le Sud que l'incidence est supérieure à l'incidence nationale et c'est dans l'Ouest et le Nord qu'elle est la plus faible. Parmi les pays européens ayant les taux d'incidence des cancers du poumon les plus élevés, la France est au 11^e rang pour les hommes et au 7^e rang pour les femmes⁽³⁾.

Le cancer du poumon est responsable de plus de 30 500 décès en 2015⁽²⁾, dont 7 sur 10 concernent des hommes. Ce cancer se situe au 1^{er} rang des décès par cancer pour les hommes et au 2^e rang pour les femmes (après le cancer du sein). Près de 4 décès sur 10 sont des décès prématurés (avant 65 ans), pour les hommes comme pour les femmes. Chez l'homme, le taux de mortalité diminue de 0,5 % par an entre 1980 et 2012, plus fortement entre 2005 et 2012 (-2,2 % par an). Chez la femme, le taux de mortalité augmente de 3,7 % par an entre 1980 et 2012 avec une plus forte hausse observée sur la période la plus récente (+4,6 % par an entre 2005 et 2012)⁽³⁾.

La mortalité par cancer du poumon varie fortement selon les régions : on observe notamment une surmortalité masculine dans les régions du Nord, du Nord-Est ainsi qu'en Corse et une surmortalité féminine en Île-de-France, dans le Nord-Est, le grand Sud-Ouest et en Corse⁽²⁾. Parmi les pays de l'Union européenne, la France est au 15^e rang pour les hommes et au 7^e rang pour les femmes, des pays ayant les taux de mortalité par cancer du poumon les plus élevés⁽⁴⁾.

Selon l'INCa, la part des cancers du poumon attribuables au tabac est estimée à 80-85% ; par ailleurs, l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS) estime que 15% seraient attribuables à des causes environnementales liées à des expositions professionnelles⁽³⁾. L'évolution de la consommation de tabac (baisse chez les hommes et augmentation chez les femmes) explique en grande partie l'évolution de l'incidence du cancer du poumon. La situation préoccupante observée pour les femmes justifie pleinement la poursuite des efforts de prévention primaire contre le tabagisme. Par ailleurs, les résultats de l'étude réalisée par le réseau Francim concernant l'influence de l'environnement socio-économique sur l'incidence des cancers, ont notamment montré que, chez les hommes, environ deux nouveaux cas de cancer du poumon sur dix (19,9%) sont attribuables à la défavorisation sociale⁽⁵⁾. Un des objectifs du Plan Cancer 2014-2019 est la prévention des cancers du poumon en luttant contre le tabagisme grâce au Programme national de réduction du tabagisme, tourné notamment vers les femmes mais aussi vers les plus jeunes. Un autre de ses objectifs est d'améliorer la connaissance des cancers du poumon liés aux expositions chroniques à la pollution atmosphérique, et notamment aux particules fines issues du diesel.

(1) Leone N, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2015. 62 p. Disponible à partir des URL : <http://www.invs.sante.fr> et <http://www.e-cancer.fr>

(2) Binder-Foucard Fet al. 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.

(3) Colonna M, et al Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administratives. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2015. 50 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

(4) Tableau de bord sur la santé. Région Occitanie, 2016. ORSMIP - CREA-ORS LR

(5) Bryere J, et al. (Francim). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(4): 68-77. http://invs.santepubliquefrance.fr/bdh/2017/4/2017_4_1.html



CANCER DU POUMON

En Occitanie

Près de 4 000 nouveaux cas de cancer du poumon estimés chaque année

71% des nouveaux cas diagnostiqués de cancer du poumon surviennent chez l'homme. 5,9% des cancers chez l'homme sont diagnostiqués avant 50 ans chez l'homme alors que chez la femme, ce taux est de 10,8%.

Nombre annuel moyen de cas par tranche d'âge, période 2010-2013, en Occitanie

	< 50	50-74	75 et +	Ensemble
Hommes	169	1 805	854	2 828
Femmes	122	705	320	1 146

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

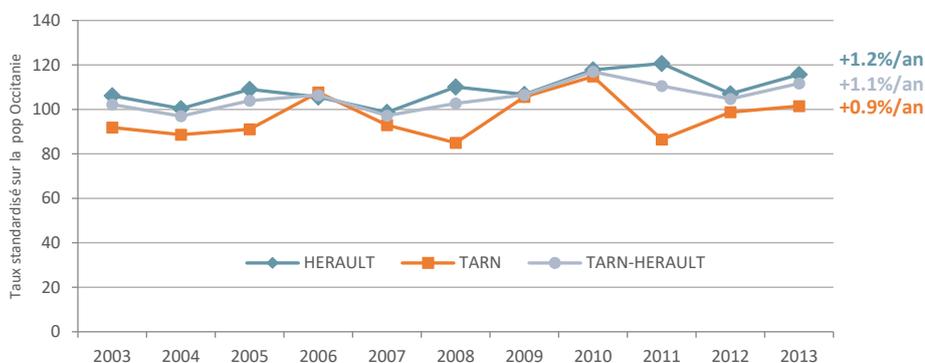
Une augmentation de l'incidence chez les femmes dans les deux Registres du cancer

Les enregistrements continus et exhaustifs des deux Registres du cancer de la région dans le Tarn et dans l'Hérault témoignent de la quasi stabilité de l'incidence de ce cancer chez l'homme ces dix dernières années.

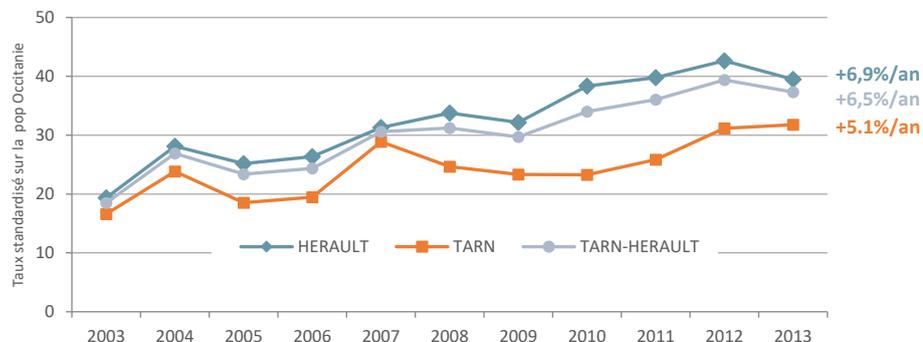
Chez la femme, dans les deux registres, l'incidence est en très forte augmentation sur cette même période : +6,5% par an en moyenne.

HOMMES

Évolution de l'incidence observée* dans l'Hérault et le Tarn



FEMMES



* taux standardisé sur la population d'Occitanie pour 100 000 habitants
Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault



CANCER DU POUMON

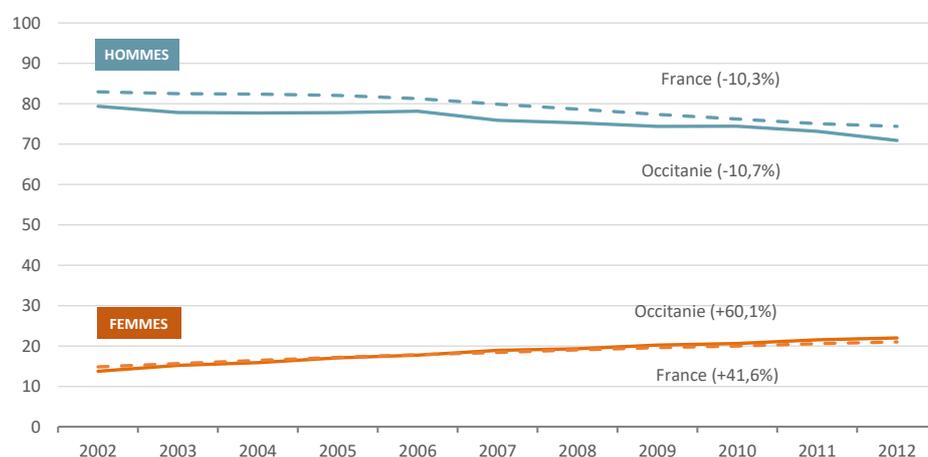
Une légère baisse de la mortalité chez les hommes et une forte augmentation chez les femmes

Près de 2 900 décès chaque année dans la région sont liés à un cancer du poumon. En dix ans, l'augmentation de la mortalité par cancer du poumon des femmes d'Occitanie a été plus importante qu'au niveau métropolitain ; elle est passée, à structure

d'âge comparable, d'une situation de sous-mortalité à une situation de surmortalité significative.

Dans le même temps, la mortalité par cancer du poumon chez les hommes a continué à décroître.

Évolution de la mortalité par cancer du poumon (1), en Occitanie et en France métropolitaine, selon le sexe (2002-2012)*



(1) CIM 10 C33-C34 (cancers de la trachée, des bronches et du poumon)

* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 habitants
Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI-ORS Languedoc-Roussillon

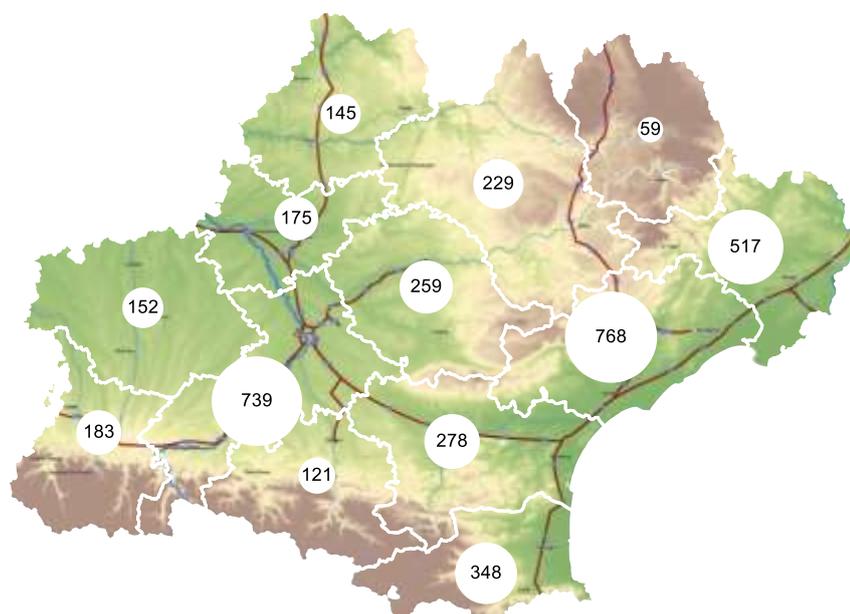


CANCER DU POUMON

Dans les départements

L'incidence estimée

Nombre annuel moyen de cas cancer du poumon, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)



Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

Nombre annuel moyen de cas, par tranche d'âge et par sexe, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)

Département	HOMMES				FEMMES			
	Ensemble	<50 ans	50-74	75 et +	Ensemble	< 50 ans	50-74	75 et +
Ariège	88	5	56	28	33	3	20	10
Aude	199	11	127	62	79	8	49	23
Aveyron	166	8	102	56	63	5	37	20
Gard	368	22	241	105	149	16	94	39
Haute-Garonne	519	40	337	142	220	30	136	55
Gers	109	6	68	36	43	4	26	13
Hérault	537	33	347	157	231	25	146	60
Lot	104	5	66	32	41	4	25	13
Lozère	43	2	28	12	16	1	10	5
Hautes-Pyrénées	130	7	82	41	53	5	32	16
Pyrénées-Orientales	246	13	155	79	102	10	62	30
Tarn	194	10	119	66	65	6	38	22
Tarn-et-Garonne	125	8	79	38	50	5	30	14

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault, chiffres arrondis à l'unité

Note méthodologique

Nombre de cas calculé à partir des incidences observées par les registres dans l'Hérault et le Tarn en prenant en compte les variations liées à l'âge et au type de zone de résidence (niveau d'urbanisation) – cf. méthode en annexe –



CANCER DU POUMON

De fortes disparités départementales

De fortes disparités apparaissent dans les départements lors de l'analyse de l'indice comparatif d'incidence des admissions en affection de longue durée (ICI) et de l'indice comparatif de mortalité (ICM) en se référant à la situation observée dans l'ensemble de la région. Le département des Pyrénées-Orientales se distingue par une surmortalité significative par cancer du poumon, pour les hommes comme pour les femmes, avec également une sur-incidence significative des ALD chez les femmes. Cette situation préoccupante se retrouve pour les hommes dans le Gard.

Ces observations ne concordent que partiellement avec les estimations départementales de 2008-2010 qui montraient un sur incidence chez les femmes en Haute-Garonne et dans l'Hérault ⁽³⁾. À l'inverse, l'Aveyron est le seul département de la région en situation très favorable avec, chez les hommes comme chez les femmes, une mortalité par cancer du poumon et une incidence des ALD significativement plus faible qu'en moyenne régionale. Des situations plus favorables sont aussi à noter dans le Lot, pour les hommes, en Lozère et dans le Tarn pour les femmes.

2009-2013 (CIM10 : C33-C34)	HOMMES				FEMMES			
	ALD		Mortalité		ALD		Mortalité	
	N/an	ICI	N/an	ICM	N/an	ICI	N/an	ICM
Ariège	53	92,2	64	95,7	18	74,5*	21	90,2
Aude	137	104,1	172	113,9*	60	102,9	59	111,3
Aveyron	81	74,7*	87	69,0*	28	61,4*	33	76,2*
Gard	261	108,9*	301	111,4*	116	106,5	102	104,6
Haute-Garonne	356	105,4*	345	91,7*	173	108,6*	136	96,2
Gers	64	84,1*	83	94,1	28	89,4	27	92,5
Hérault	348	103,8	395	104,2	175	112,9*	147	106,1
Lot	58	80,2*	72	86,7*	29	95,0	26	92,5
Lozère	28	96,1	32	96,3	8	67,3*	8	71,1*
Hautes-Pyrénées	82	96,1	101	102,5	35	89,4	34	94,7
Pyrénées-Orientales	170	105,2	218	117,2*	84	113,1*	77	113,0*
Tarn	139	101,2	148	93,4	45	73,3*	49	87,6*
Tarn-et-Garonne	78	94,1	94	99,3	37	102,8	39	119,3*
Occitanie	1 856	100,0	2 111	100,0	836	100,0	759	100,0

ICI : Indice comparatif d'incidence

ICM : Indice comparatif de mortalité

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

Sources : Inserm cépiDC, Insee, CNAMTS, MSA, RSI - Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI Languedoc-Roussillon



CANCER COLORECTAL

Contexte national

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

(1) Leone N, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2015. 62 p. Disponible à partir des URL : <http://www.invs.sante.fr> et <http://www.e-cancer.fr>

(2) Colonna M, et al Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administratives. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2015. 50 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

(3) Binder-Foucard Fet al. 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.

(4) Tableau de bord sur la santé. Région Occitanie, 2016. ORSMIP - CREAI-ORS LR

(5) <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-de-depistage-organise>

En 2015, le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal est estimé à près de 48 100 en France métropolitaine (projections Francim 2015). C'est le 3^e cancer le plus fréquent chez les hommes (après celui de la prostate et du poumon) et le 2^e chez les femmes (après le cancer du sein). Dans 95% des cas, ces cancers sont diagnostiqués à partir de 50 ans, et concernent des hommes dans 55% des cas ⁽¹⁾. L'incidence du cancer colorectal a augmenté jusqu'en 2000, chez l'homme comme chez la femme, pour se stabiliser jusqu'en 2005 et diminuer ensuite. L'incidence varie peu selon les départements français ⁽²⁾. La France est au 18^e rang pour les hommes et au 12^e rang pour les femmes des pays de l'Union européenne aux taux d'incidence du cancer du côlon-rectum les plus élevés ⁽³⁾.

Avec plus de 17 800 décès estimés en 2015 (projections Francim 2015), le cancer colorectal est au 2^e rang des décès par cancers chez l'homme (après le cancer du poumon) et au 3^e rang chez la femme (après les cancers du sein et du poumon). Plus de 8 décès sur 10 surviennent à 65 ans ou plus, chez les hommes et les femmes. Depuis 1980, la mortalité par cancer colorectal diminue pour les deux sexes ; entre 2005 et 2012 la baisse est relativement plus marquée pour les hommes (-1,5% par an) que pour les femmes (-1,1% par an) ⁽³⁾. Selon les régions métropolitaines, la mortalité par cancer du côlon-rectum est contrastée, surtout pour les hommes : les régions du nord (Normandie, Hauts-de-France et Grand-Est) ainsi que la Nouvelle Aquitaine sont en surmortalité ; à l'inverse, une sous-mortalité est observée en Île-de-France et dans les quatre régions du grand sud-est (Auvergne – Rhône-Alpes, Occitanie, PACA et la

Corse). Chez les femmes, on note une surmortalité dans les Hauts-de-France et le Grand-Est, et une sous-mortalité dans trois régions du sud-est (Auvergne – Rhône-Alpes, Occitanie et PACA) ; la mortalité des autres régions est proche de la mortalité régionale ⁽⁴⁾. Parmi les pays de l'Union européenne, la France est au 5^e rang des pays aux plus faibles mortalités par cancer colorectal, pour les hommes comme pour les femmes ⁽¹⁾.

Un programme national de dépistage organisé a été généralisé en 2009. Il concerne les hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans et s'articule en deux temps : la réalisation d'un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles, suivie d'une coloscopie en cas de positivité du test ⁽⁵⁾. L'accès au dépistage organisé ainsi que la résection de lésions précancéreuses ou non invasives expliquent en partie la baisse de l'incidence. La part de l'évolution résultant du niveau d'exposition aux facteurs de risque identifiés (sédentarité, obésité, alimentation pauvre en fibres et riche en graisses...) reste difficile à mesurer. Concernant la mortalité, la baisse observée est la conséquence d'une amélioration de la prise en charge thérapeutique (traitement et prise en charge précoce) ⁽³⁾. Un des objectifs du Plan Cancer 2014-2019 est d'accroître l'efficacité des programmes de dépistage en poursuivant les campagnes nationales d'information, notamment sur le dépistage du cancer colorectal, pour maintenir la mobilisation de l'ensemble des acteurs et sensibiliser la population à l'enjeu de ce dépistage.



CANCER COLORECTAL

En Occitanie

Près de 4 000 nouveaux cas de cancer colorectal estimés chaque année

Une incidence en baisse pour les hommes dans les deux registres du cancer

54% des nouveaux diagnostics de cancer colorectal surviennent chez l'homme.

52% de ces cancers chez l'homme et 40% chez la femme sont diagnostiqués entre 50 et 74 ans.

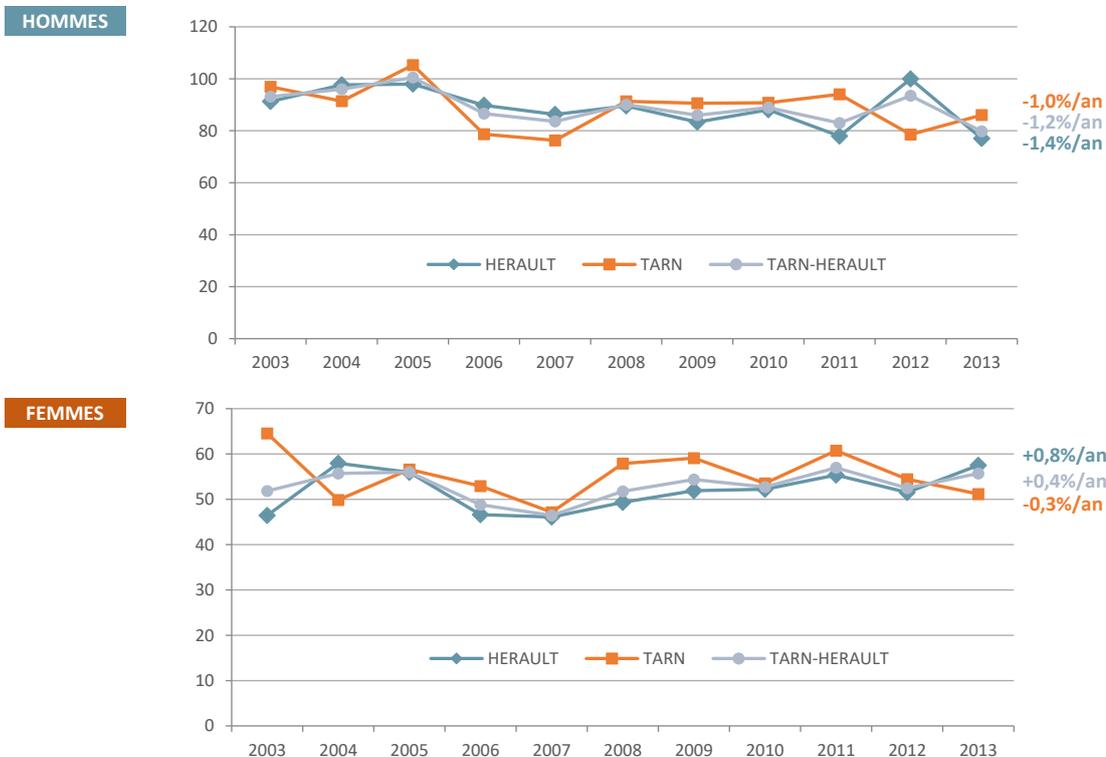
Nombre annuel moyen de cas par tranche d'âge, période 2010-2013, en Occitanie

	< 50	50-74	75 et +	Ensemble
Hommes	84	1 119	962	2 165
Femmes	110	736	978	1 824

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

Les enregistrements continus et exhaustifs des deux Registres du cancer de la région témoignent d'une tendance à la diminution de l'incidence du cancer chez les hommes. Chez les femmes, l'évolution apparaît moins favorable dans l'Hérault.

Évolution de l'incidence observée* dans l'Hérault et le Tarn



* taux standardisé sur la population d'Occitanie pour 100 000 habitants
Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault



CANCER COLORECTAL

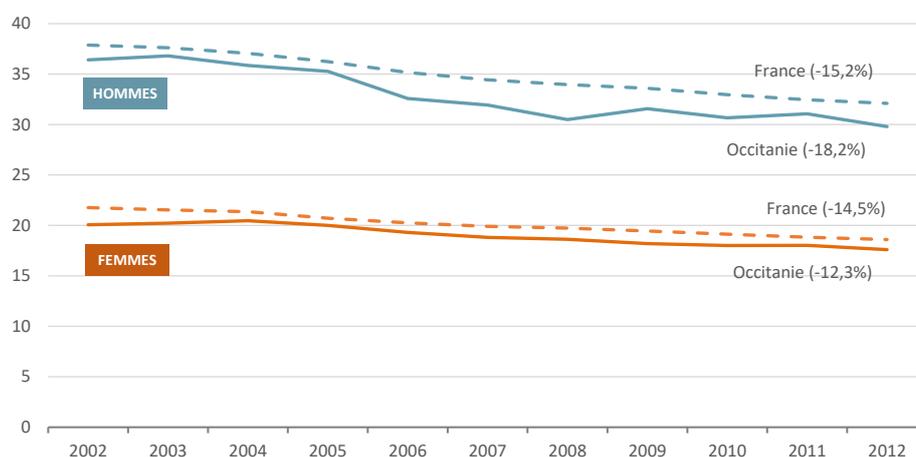
Une baisse de la mortalité pour les hommes comme pour les femmes

En moyenne, 1 600 personnes en Occitanie meurent chaque année d'un cancer colorectal. En dix ans, la mortalité régionale par cancer colorectal a baissé de -18% pour les hommes (-15% en métropole) et de -12% pour les fem-

mes (-14,5% en métropole), à structure d'âge comparable.

La mortalité par cancer colorectal en Occitanie se situe parmi les plus faibles des régions de métropole.

Évolution de la mortalité par cancer colorectal, en Occitanie et en France métropolitaine, selon le sexe (2002-2012)*



* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 habitants
Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI-ORS Languedoc-Roussillon

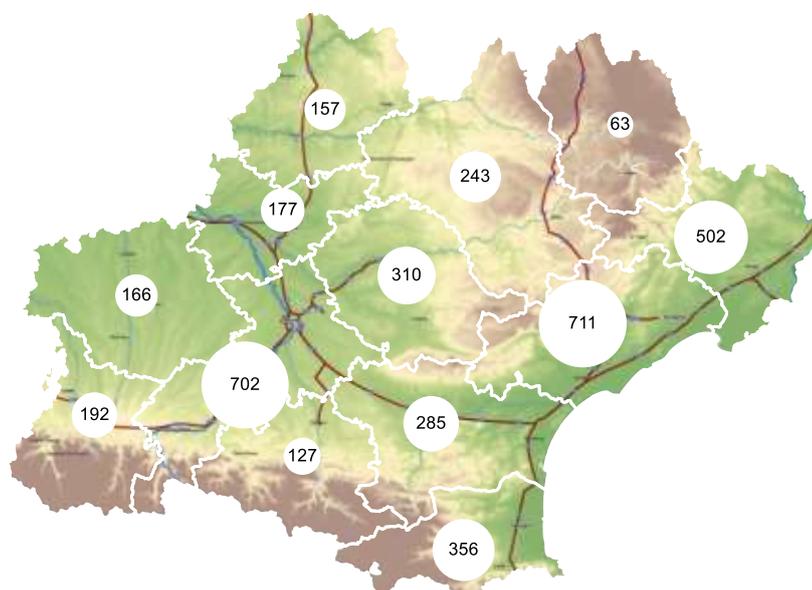


CANCER COLORECTAL

Dans les départements

L'incidence estimée

Nombre annuel moyen de cas cancer colorectal, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)



Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

Nombre annuel moyen de cas, par tranche d'âge et par sexe, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)

Département	HOMMES				FEMMES			
	Ensemble	<50 ans	50-74	75 et +	Ensemble	< 50 ans	50-74	75 et +
Ariège	70	2	36	32	57	3	22	32
Aude	156	5	80	70	129	7	52	70
Aveyron	134	4	66	64	109	5	40	64
Gard	273	11	147	116	229	14	97	118
Haute-Garonne	376	20	200	157	326	26	136	164
Gers	92	3	45	44	74	4	29	41
Hérault	386	16	204	167	325	22	140	163
Lot	86	3	44	39	71	3	28	40
Lozère	35	1	19	15	28	1	11	16
Hautes-Pyrénées	102	3	52	47	90	4	34	51
Pyrénées-Orientales	191	6	96	88	165	9	66	90
Tarn	168	6	83	80	142	7	50	85
Tarn-et-Garonne	97	4	49	44	80	5	32	43

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault, chiffres arrondis à l'unité

Note méthodologique

Nombre de cas calculé à partir des incidences observées par les registres dans l'Hérault et le Tarn en prenant en compte les variations liées à l'âge et au type de zone de résidence (niveau d'urbanisation) – cf. méthode en annexe –



CANCER COLORECTAL

Les disparités interdépartementales

Comparés à la situation régionale, deux départements sont en situation plus défavorable : les Hautes-Pyrénées en surmortalité significative pour les hommes comme pour les femmes et l'Ariège, avec une importante mortalité par cancer du côlon-rectum chez les hommes et une surmortalité significative chez les femmes.

Dans trois départements, l'Aude (pour les hommes), les Pyrénées-Orientales et le Tarn,

on observe une incidence des ALD significativement plus élevée que dans l'ensemble de la région et des indices de mortalité relativement élevés mais non significatifs.

À l'inverse, dans le Tarn-et-Garonne, les niveaux de mortalité et d'incidence des ALD pour cancer colorectal sont plus faibles qu'en Occitanie et de façon significative chez les femmes.

2009-2013 (CIM10 : C18-C21)	HOMMES				FEMMES			
	ALD		Mortalité		ALD		Mortalité	
	N/an	ICI	N/an	ICM	N/an	ICI	N/an	ICM
Ariège	55	99,4	30	108,3	48	102,8	31	129,8*
Aude	139	110,5*	63	101,2	112	102,9	58	108,1
Aveyron	101	95,6	54	100,6	81	89,5*	48	103,2
Gard	232	103,3	112	104,6	194	99,1	87	93,7
Haute-Garonne	298	96,0	132	90,2*	271	96,4	133	100,5
Gers	67	90,4	40	105,6	60	98,6	30	97,0
Hérault	309	97,9	147	96,9	283	100,7	133	98,8
Lot	63	91,4	30	87,0	54	91,6	27	90,2
Lozère	28	100,1	13	95,9	26	115,8	11	99,3
Hautes-Pyrénées	80	98,1	50	122,4*	77	103,0	44	116,2*
Pyrénées-Orientales	168	108,1*	82	105,6	151	107,6*	70	101,5
Tarn	145	109,3*	68	101,1	130	112,5*	55	93,3
Tarn-et-Garonne	72	91,4	39	98,9	57	84,7*	28	83,8*
Occitanie	1 758	100,0	860	100,0	1 545	100,0	753	100,0

ICI : Indice comparatif d'incidence

ICM : Indice comparatif de mortalité

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

Sources : CNAMTS, MSA, RSI, CépiDC, Insee – Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI Languedoc-Roussillon



CANCER DU SEIN

Contexte national

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

Avec près de 54 000 nouveaux cas estimés en France métropolitaine en 2015 (projections Francim), 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 (après le cancer de la prostate). La grande majorité des cancers du sein sont diagnostiqués chez des femmes âgées de 50 ans ou plus (78%) et près d'un quart (24%) chez des femmes de 75 ans ou plus. Après avoir beaucoup augmenté de 1980 à 2000 (+2,7% en moyenne par an), l'incidence du cancer du sein s'est stabilisée pour diminuer ensuite entre 2005 et 2012 (de -1,5% en moyenne par an) ⁽¹⁾.

La diminution récente de l'incidence concerne principalement les tumeurs diagnostiquées à un stade précoce (T1-T2/NO/MO) et surtout observée chez les femmes âgées de 50-74 ans. Un facteur important de cette baisse de l'incidence 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 ⁽²⁾. On observe peu de variations de l'incidence du cancer du sein en France métropolitaine selon les départements. La France se situe au 8^e rang des pays de l'Union européenne ayant les plus hauts niveaux d'incidence ⁽²⁾.

Avec près de 12 000 décès estimés (projections Francim 2015), le cancer du sein est la 3^e cause de décès par cancer en France et représente la 1^{ère} cause de mortalité par cancer chez la femme. Près de 80% des décès concernent des femmes âgées de 60 ans ou plus.

Le taux de mortalité par cancer du sein décroît régulièrement depuis le milieu des années 90 jusqu'en 2012 (-1,4% en moyenne chaque année) ⁽¹⁾. Les pratiques du dépistage organisé venant s'ajouter à la pratique individuelle de dépistage pourrait expliquer en partie la baisse de la mortalité, en complément de l'amélioration de la prise en charge thérapeutique ⁽²⁾. En France métropolitaine, la mortalité par cancer du sein observe un gradient décroissant allant quasiment du nord (excepté la Bretagne qui est en sous-mortalité) au sud (en sous-mortalité significative) ⁽³⁾. La France est au 11^e rang des pays de l'Union européenne aux plus forts taux de mortalité par cancer du sein ⁽¹⁾.

Le cancer du sein est une maladie multifactorielle. Une étude récente a mis en avant la part des différents facteurs comportementaux dans l'incidence des cancers du sein après la ménopause : 14,5% seraient dus au traitement hormonal de la ménopause, 10,1% à une alimentation déséquilibrée, 5,6% à la consommation de plus d'un verre d'alcool par jour, 5,1% à un surpoids à l'âge adulte et 17,1% à un sous-poids à la puberté. Ainsi, selon les chercheurs, tenir compte de ces facteurs de risque permettrait de réduire de plus de la moitié le nombre de cancers du sein diagnostiqués après la ménopause ⁽⁵⁾.

Le cancer du sein, dont l'incidence reste élevée, est un cancer de très bon pronostic, et le diagnostic à un stade de plus en plus précoce en améliore la survie. Un des objectifs du Plan Cancer 2014-2019 est d'accroître l'efficacité des programmes de dépistage en luttant notamment, contre les inégalités d'accès et de recours aux programmes de dépistage organisé. C'est très probablement un recours plus important au dépistage qui explique la sur incidence des cancers du sein observée par une étude récente chez les femmes les plus favorisées ⁽⁶⁾.

(1) Leone N, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2015. 62 p. Disponible à partir des URL : <http://www.invs.sante.fr> et <http://www.e-cancer.fr>

(2) Binder-Foucard Fet al. 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. 1220

(3) Tableau de bord sur la santé. Région Occitanie, 2016. ORSMIP - CREAI-ORS LR

(4) <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Comment-prevenir-au-mieux-les-cancers/Principaux-facteurs-de-risque-de-cancer>

(5) Dartois, L. et al. (2016), Proportion of premenopausal and postmenopausal breast cancers attributable to known risk factors: Estimates from the E3N-EPIC cohort. *Int. J. Cancer*, 138: 2415–2427

(6) Bryere J, et al (Francim). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. *Bull. Epidemiol. Hebd.* 2017;(4): 68-77. http://invs.santepubliquefrance.fr/bhe/2017/4/2017_4_1.html



CANCER DU SEIN

En Occitanie

Près de 4 900 nouveaux cas de cancer du sein estimés chaque année

21% des nouveaux diagnostics de cancer du sein sont diagnostiqués avant l'âge de 50 ans et 22 % surviennent après 75 ans.

Nombre annuel moyen de cas par tranche d'âge, période 2010-2013, en Occitanie

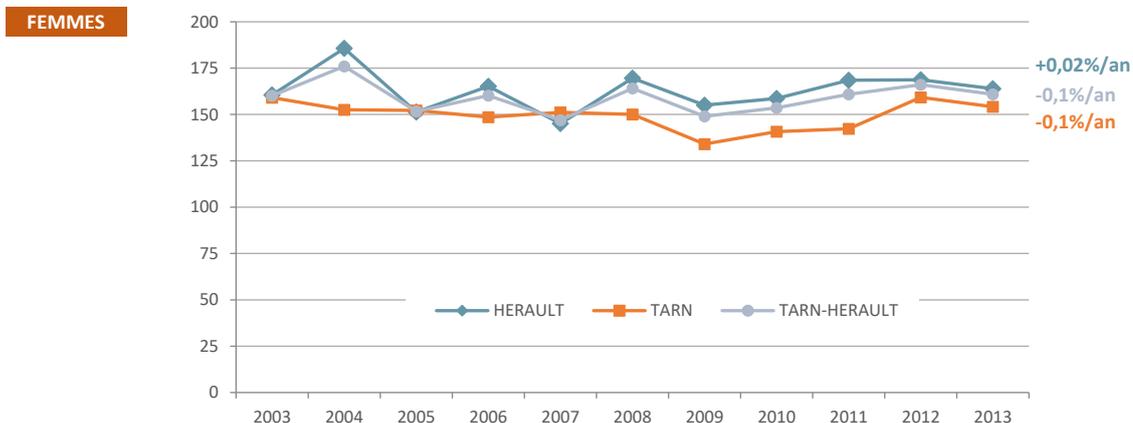
	< 50	50-74	75 et +	Ensemble
Femmes	1 044	2 768	1 074	4 886

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

Une incidence qui reste stable dans les deux registres du cancer

Les enregistrements continus et exhaustifs des deux registres du cancer dans la région montrent qu'aucune évolution significative de l'incidence du cancer du sein n'a été observée ces dix dernières années dans ces deux départements.

Évolution de l'incidence observée* dans l'Hérault et le Tarn



* taux standardisé sur la population d'Occitanie pour 100 000 habitants
Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

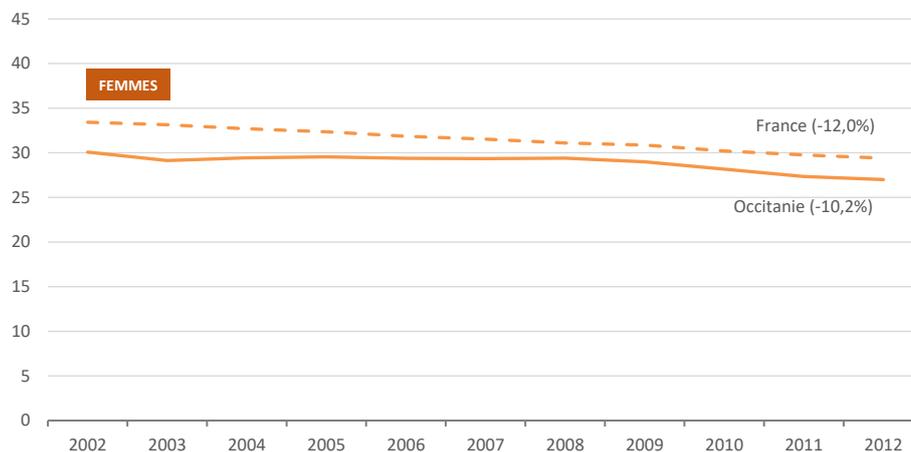


CANCER DU SEIN

Une baisse de la mortalité moins régulière qu'en métropole

Plus de 1 000 femmes en Occitanie meurent chaque année d'un cancer du sein. Sur les dix dernières années, la mortalité régionale par cancer du sein a toujours été significativement plus faible qu'en métropole. La mortalité est restée relativement stable jusqu'en 2008 et baisse régulièrement depuis cette date.

Évolution de la mortalité par cancer du sein, en Occitanie et en France métropolitaine (2002-2012)*



* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 habitants
Sources : Inserm CepiDC, Insee - Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI Languedoc-Roussillon

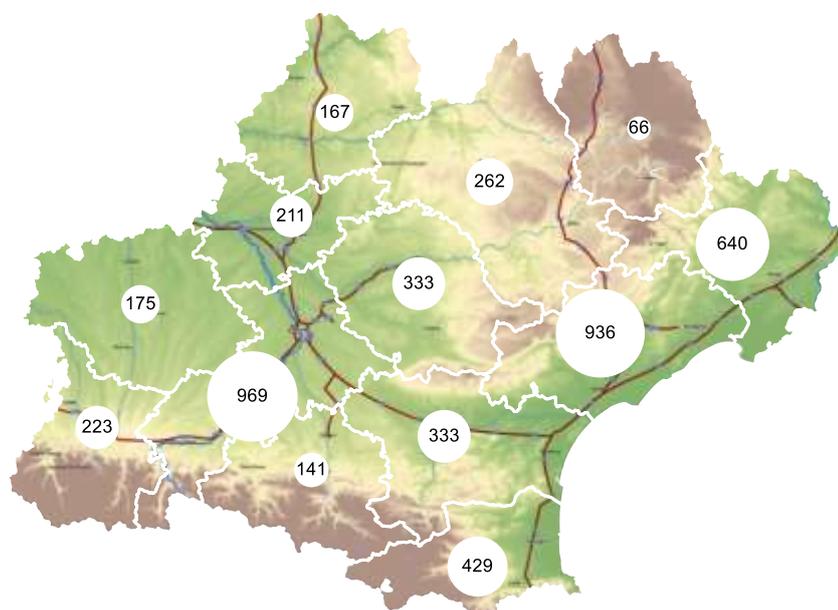


CANCER DU SEIN

Dans les départements

L'incidence estimée

Nombre annuel moyen de cas du cancer du sein, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)



Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

Nombre annuel moyen de cas, par tranche d'âge, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)

Département	FEMMES			
	Ensemble	< 50 ans	50-74 ans	75 ans et +
Ariège	141	28	79	34
Aude	333	66	190	77
Aveyron	262	48	145	68
Gard	640	138	370	132
Haute-Garonne	969	247	538	184
Gers	175	34	99	42
Hérault	936	199	540	197
Lot	167	30	96	41
Lozère	66	13	37	16
Hautes-Pyrénées	223	42	125	56
Pyrénées-Orientales	429	84	245	100
Tarn	333	70	183	80
Tarn-et-Garonne	211	46	118	47

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault, chiffres arrondis à l'unité

Note méthodologique

Nombre de cas calculé à partir des incidences observées par les registres dans l'Hérault et le Tarn en prenant en compte les variations liées à l'âge et au type de zone de résidence (niveau d'urbanisation) – cf. méthode en annexe –



CANCER DU SEIN

Des disparités départementales

Le Lot est le seul département de la région en surmortalité significative mais présente par ailleurs, une incidence des ALD pour cancer du sein significativement plus faible qu'en moyenne régionale.

À l'inverse, en Haute-Garonne la mortalité est significativement plus faible que pour l'ensemble des femmes de la région mais l'incidence des ALD pour cancer du sein ne diffère pas de la moyenne régionale.

Dans trois départements, le Gard, l'Hérault et les Pyrénées-Orientales, les nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein sont significativement plus fréquentes que dans

l'ensemble de la région à structure d'âge comparable.

Cette situation peut traduire un phénomène de surdiagnostic (diagnostic de tumeur de faible agressivité qui ne se serait peut-être jamais manifestée) mais reste à surveiller. Dans deux départements, l'Hérault et le Gard, cette sur incidence des ALD est en effet aussi associée à une mortalité relativement élevée au regard de la moyenne régionale. Les estimations d'incidence départementales (2008-2010) ne montraient pas de variabilité géographique importante.

2009-2013 (CIM10 : c50)	FEMMES			
	ALD		Mortalité	
	N/an	ICI	N/an	ICM
Ariège	134	81,8*	32	100,4
Aude	378	98,4	76	104,4
Aveyron	264	87,0*	64	105,8
Gard	760	104,4*	137	104,4
Haute-Garonne	1 102	100,7	164	86,2*
Gers	191	90,9*	40	99,2
Hérault	1 107	106,5*	197	104,3
Lot	182	90,6*	46	116,0*
Lozère	75	95,0	16	102,0
Hautes-Pyrénées	250	97,4	53	106,1
Pyrénées-Orientales	534	108,8*	91	97,2
Tarn	386	96,0	76	98,0
Tarn-et-Garonne	232	95,6	46	100,5
Occitanie	5 596	100,0	1 038	100,0

ICI : Indice comparatif d'incidence

ICM : Indice comparatif de mortalité

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

Sources : CNAMTS, MSA, RSI, CépiDC, Insee – Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI Languedoc-Roussillon



CANCER DE L'UTÉRUS

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 col de l'utérus est un cancer de la femme jeune, qui 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 (HPV) transmise par voie sexuelle ⁽¹⁾.

Avec 2 800 nouveaux cas en 2015 (projection Francim), son incidence est en forte diminution : -2,5% par an entre 1980 et 2012 ; cependant, cette baisse ralentit depuis les années 2000 ⁽²⁾. En France, les taux d'incidence varient fortement d'un département à l'autre ⁽³⁾. Le cancer du col de l'utérus est responsable de 1 100 décès en 2015 (projection Francim) ⁽²⁾ ; c'est la 12^e cause de mortalité chez la femme et plus d'un décès sur deux survient avant 65 ans. La diminution de la mortalité est encore plus nette que celle de l'incidence, -3,2% par an en moyenne entre 1980 et 2012 ⁽¹⁾.

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 cervico-utérin permettant la détection de lésions précancéreuses ou non invasives. On observe depuis quelques années une diminution de la survie des cas de cancer du col. Ce phénomène est lié au dépistage qui paradoxalement en permettant de prendre en charge des lésions précancéreuses fait augmenter la proportion de cas grave parmi les cancers diagnostiqués ⁽⁴⁾.

Pour l'incidence et la mortalité par cancer du col de l'utérus, la France se situe, respectivement, au 9^e et 10^e rang des pays de l'Union européenne ayant les plus faibles taux ⁽³⁾.

L'environnement socioéconomique influe beaucoup sur la fréquence de ce cancer. La part des cas attribuables à la défavorisation sociale est estimée à 21,1% ⁽⁵⁾. Pour faire reculer les inégalités face au cancer du col utérin et réduire son incidence, le Plan Cancer 2014-2019 inscrit dans ces actions l'accès de chaque femme de 25-65 ans, à un dépistage régulier du cancer du col de l'utérus via un programme national de dépistage organisé ; il prévoit également des mesures pour améliorer le taux de couverture des femmes par les vaccins HPV, mais la longueur 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.

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, nullipare) ou exogène (traitements hormonaux de la ménopause, traitements du cancer du sein).

Avec environ 8 150 nouveaux cancers diagnostiqués en 2015, ce cancer se place au 4^e rang des cancers les plus fréquents chez la femme ⁽²⁾. Le taux d'incidence est resté stable au cours des 30 dernières années ⁽¹⁾. Environ 2 000 femmes meurent en moyenne 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 ⁽⁴⁾.

(1) Binder-Foucard Fet al. 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. 1220

(2) Leone N, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2015. 62 p. Disponible à partir des URL : <http://www.invs.sante.fr> et <http://www.e-cancer.fr>

(3) Colonna M, et al. Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administratives. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2015. 50 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

(4) Anne Cowpli-Bony et al. Survival of solid cancer patients in France, 1989-2013: a population-based study European Journal of Cancer Prevention 2017

(5) Bryere J, et al (Francim). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(4): 68-77. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/4/2017_4_1.html



CANCER DE L'UTÉRUS

En Occitanie

1 000 nouveaux cas de cancer de l'utérus estimés en moyenne chaque année

Une diminution de l'incidence des deux types de cancer dans les deux registres du cancer

Parmi le millier de nouveaux cas de cancer de l'utérus, plus de 300 chaque année sont des cancers du col de l'utérus. Près de 40% de ces cancers du col de l'utérus sont diagnostiqués avant 50 ans.
Près de 700 cancers sont des cancers du corps de l'utérus : 60% d'entre eux surviennent entre 50 et 74 ans.

Nombre annuel moyen de cas de cancer de l'utérus (col et corps) par tranche d'âge, période 2010-2013, en Occitanie

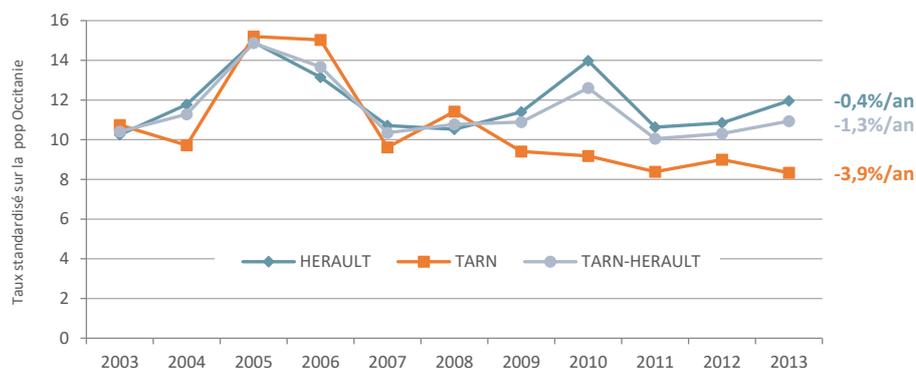
	< 50	50-74	75 et +	Ensemble
Col de l'utérus	128	132	67	327
Corps de l'utérus	19	412	228	659

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

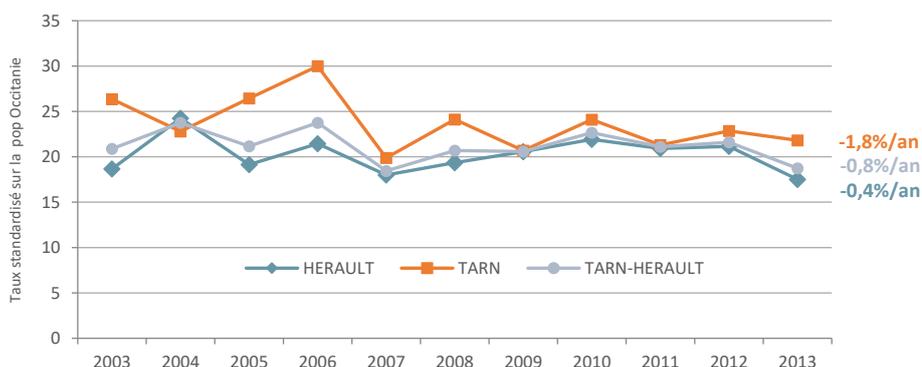
Les enregistrements continus et exhaustifs des deux registres du cancer en Occitanie montrent que les taux d'incidence du cancer du col de l'utérus ont diminué ces dix dernières années, plus fortement dans le Tarn. Cette tendance à la baisse s'observe aussi pour le cancer du corps de l'utérus.

Évolution de l'incidence observée* dans l'Hérault et le Tarn

COL DE L'UTÉRUS



CORPS DE L'UTÉRUS



* taux standardisé sur la population d'Occitanie pour 100 000 habitants
Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault



CANCER DE L'UTÉRUS

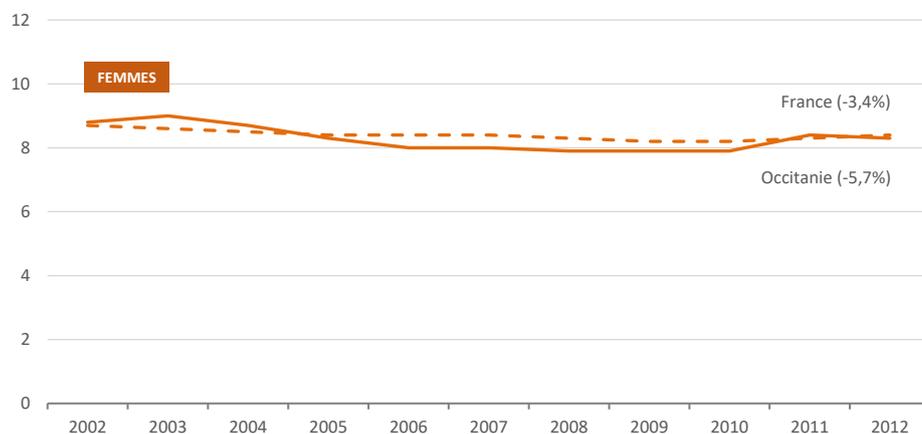
Une faible baisse de la mortalité en dix ans

300 femmes en moyenne en Occitanie meurent chaque année d'un cancer du corps ou du col de l'utérus.

Sur les dix dernières années, aucune différence significative n'a été observée entre la mortalité régionale et la mortalité nationale par cancer de l'utérus. Depuis 2002, la mor-

talité a légèrement baissé, dans la région (-5,7%) comme en France métropolitaine (-3,4%). On note toutefois une faible augmentation depuis 2010, légèrement plus importante en Occitanie (+5%) qu'en métropole (+2,4%).

Évolution de la mortalité par cancer de l'utérus, en Occitanie et en France métropolitaine, (2002-2012)*



* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 habitants
Sources : Inserm CepiDC, Insee - Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI Languedoc-Roussillon

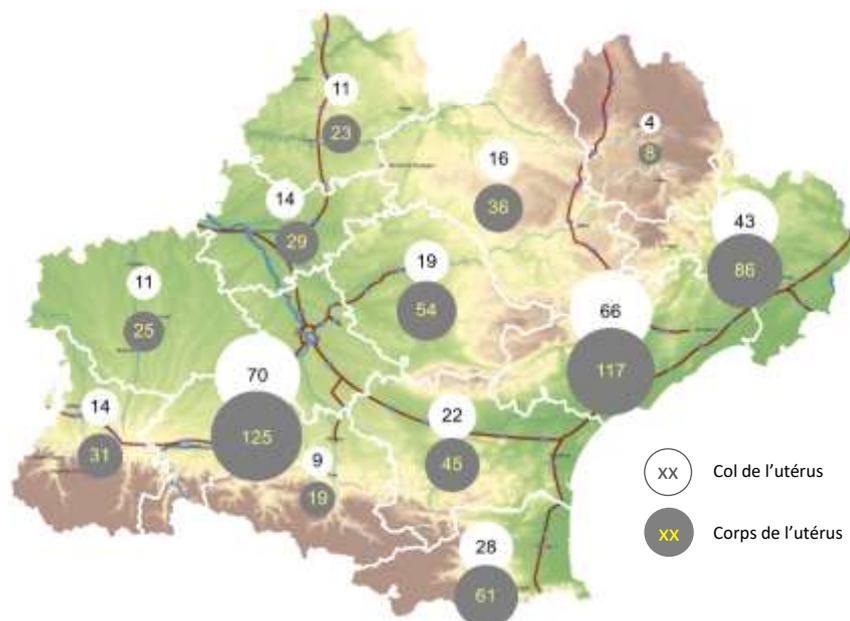


CANCER DE L'UTÉRUS

Dans les départements

L'incidence estimée

Nombre annuel moyen de cas du cancer de l'utérus (col et corps), dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)



Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

Nombre annuel moyen de cas, par tranche d'âge, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)

Département	COL DE L'UTERUS				CORPS DE L'UTERUS			
	Ensemble	< 50	50-74	75 et +	Ensemble	< 50	50-74	75 et +
Ariège	9	3	3	2	19	1	11	7
Aude	22	8	9	5	46	1	28	16
Aveyron	16	5	6	5	36	1	21	14
Gard	43	17	18	8	87	2	56	29
Haute-Garonne	70	32	28	11	125	4	81	40
Gers	11	4	5	3	24	1	15	9
Hérault	66	25	29	11	118	2	78	37
Lot	11	3	5	3	23	1	14	8
Lozère	4	1	2	1	9	0	5	3
Hautes-Pyrénées	14	5	6	4	31	1	18	12
Pyrénées-Orientales	28	10	12	6	61	1	38	22
Tarn	19	8	5	6	54	3	29	22
Tarn-et-Garonne	14	6	6	3	29	1	18	10

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault, chiffres arrondis à l'unité

Note méthodologique

Nombre de cas calculé à partir des incidences observées par les registres dans l'Hérault et le Tarn en prenant en compte les variations liées à l'âge et au type de zone de résidence (niveau d'urbanisation) – cf. méthode en annexe –



CANCER DE L'UTÉRUS

Une situation contrastée entre la Haute-Garonne et l'Hérault

C'est dans l'Hérault que la situation apparaît la plus défavorable pour le cancer de l'utérus. On y observe une surmortalité significative comparée à la mortalité régionale et une sur-incidence des ALD pour le cancer du col également significative.

À l'inverse, la Haute-Garonne est en situation très favorable avec une sous-mortalité significative ainsi qu'une sous-incidence significa-

tive des admissions en ALD pour cancer du col de l'utérus. Toutefois les écarts observés pour ces deux départements n'apparaissent pas dans les estimations d'incidence départementales (2008-2010) ⁽³⁾.

Dans les autres départements, il est souvent difficile d'analyser les différences étant donnée la faiblesse des effectifs.

2009-2013	FEMMES					
	COL UTERIN (1)		CORPS UTERIN (2)		UTERUS (3)	
	ALD		ALD		Mortalité	
	N/an	ICI	N/an	ICM	N/an	ICM
Ariège	7	75,9	20	156,9*	9	91,6
Aude	30	133,0*	24	79,0*	24	111,4
Aveyron	12	67,9	23	95,3	17	94,5
Gard	47	109,5	38	69,3*	40	103,4
Haute-Garonne	58	86,5*	75	96,3	49	87,6*
Gers	11	94,4	19	117,9	14	117,7
Hérault	72	116,8*	76	97,2	63	112,9*
Lot	7	61,6	20	123,2	11	97,8
Lozère	4	87,0	6	91,5	2	53,2*
Hautes-Pyrénées	11	71,9*	16	79,1*	14	92,5
Pyrénées-Orientales	34	119,1*	42	108,5	29	103,8
Tarn	25	106,0	45	145,0*	20	88,2
Tarn-et-Garonne	13	87,5	21	115,2	14	105,8
Occitanie	330	100,0	425	100,0	306	100,0

(1) CIM10 : C53 (2) CIM10 : C54 (3) CIM10 : C53-C55

ICI : Indice comparatif d'incidence

ICM : Indice comparatif de mortalité

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

Sources : CNAMTS, MSA, RSI, CépiDC, Insee – Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI Languedoc-Roussillon



CANCER DE LA PROSTATE

Contexte national

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

(1) Grosclaude P *et al.* Le cancer de la prostate : incidence, survie et mortalité en France. Bull Epidémiol Hebd. 2016;(39-40):693-9. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2016/39-40/2016_39-40_1.html

(2) Anne Cowppli-Bony *et al.* Survival of solid cancer patients in France, 1989-2013: a population-based study European Journal of Cancer Prevention 2017

(3) Cancer incidence and mortality patterns in Europe. Estimates for 40 countries in 2012. European Journal of Cancer (2013) vol. 49, 1374-1403

(4) <http://www.e-cancer.fr/%20Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-de-la-prostate/Facteurs-de-risque>

(5) Bryere J, *et al.* (Francim). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. Bull Epidémiol Hebd. 2017;(4): 68-77. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/4/2017_4_1.html

(6) Colonna M, *et al.* Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administratives. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2015. 50 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

Depuis les années 2000, de fortes variations de l'incidence du cancer de la prostate ont été constatées, rendant difficile la prédiction de son évolution pour les années 2011-2015 ⁽¹⁾. L'augmentation considérable de l'incidence observée jusqu'en 2005, 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 ⁽¹⁾. Le nombre de nouveaux cas de cancer de la prostate était estimé à 53 900 en 2011, dernière estimation d'incidence disponible. C'est le cancer le plus fréquent chez l'homme ; il représente 26% des incidences cancéreuses. L'incidence augmente à partir de 45-49 ans et atteint son maximum à 70-74 ans ⁽²⁾. En 2012, la France occupe une place plutôt défavorable avec un taux d'incidence nettement supérieur à la moyenne européenne ⁽³⁾. Ce cancer se situe au 3^e rang des décès par cancer chez l'homme (après le cancer du poumon et celui du côlon-rectum) et la grande majorité (87%) des décès ont lieu après 70 ans.

Contrairement à l'incidence, la mortalité décroît régulièrement depuis 1990, cette diminution étant plus importante depuis 2005 (-4% par an en moyenne). La poursuite de la

baisse dans les mêmes proportions permet d'estimer à plus de 8 700 le nombre de décès par cancer de la prostate en 2015 ⁽⁴⁾. La baisse de la mortalité est attribuée en grande partie à l'amélioration des traitements. Il est probable également que le dépistage contribue à cette diminution en permettant le diagnostic de cancers peu évolués et donc curables ⁽¹⁾.

Les principaux facteurs de risque établis concernant le cancer de la prostate sont les antécédents familiaux ainsi qu'une origine afro-antillaise ⁽⁴⁾. Par ailleurs, on observe en France une incidence plus importante dans les milieux socioéconomiques favorisés qu'il faut probablement expliquer par un recours plus important au dépistage ⁽⁵⁾. Du point de vue de la santé publique, il est important de disposer d'observations plus détaillées comme l'incidence et la survie selon le stade mesurée en population générale, pour poursuivre la surveillance de cette pathologie. Le Plan Cancer 2014-2019 souhaite promouvoir les travaux de recherche sur les modalités de dépistage, ainsi que les travaux visant à mieux caractériser son évolutivité.



CANCER DE LA PROSTATE

En Occitanie

Plus de 4 700 nouveaux cas de cancer de la prostate estimés chaque année

70% des nouveaux diagnostics de cancer de la prostate surviennent entre 50 et 74 ans.

Nombre annuel moyen de cas par tranche d'âge, période 2010-2013, en Occitanie

	< 50	50-74	75 et +	Ensemble
Hommes	34	3 308	1 375	4 717

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

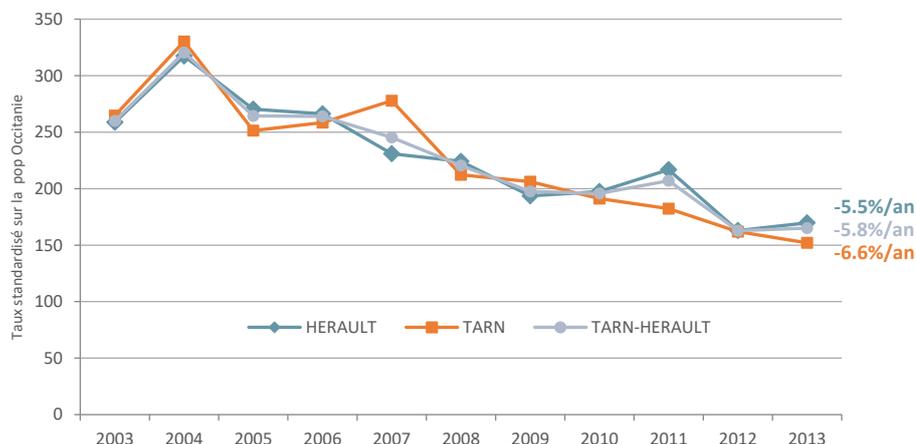
Une baisse régulière de l'incidence dans les deux registres du cancer

Les enregistrements continus et exhaustifs des deux registres du cancer en Occitanie témoignent d'une baisse continue et régulière de l'incidence de ce cancer au cours des 10 dernières années. Il faut toutefois signaler que l'incidence était particulièrement élevée

dans ces deux départements au début des années 2000 car ils avaient participé à l'étude européenne sur l'évaluation du dépistage (ERSPC European prostate cancer screening trial. <http://www.erspc.org>).

Évolution de l'incidence observée* dans l'Hérault et le Tarn

HOMMES



* taux standardisé sur la population d'Occitanie pour 100 000 habitants
Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault



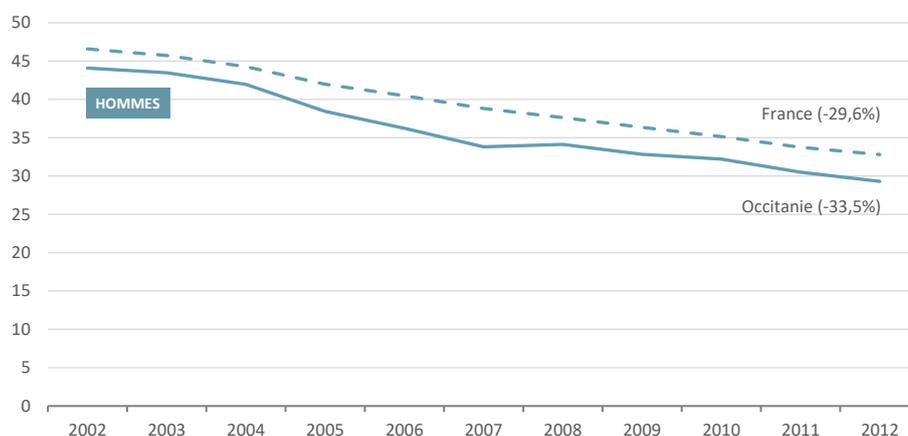
CANCER DE LA PROSTATE

Une baisse importante de la mortalité

Plus de 800 hommes en Occitanie meurent chaque année d'un cancer de la prostate. Sur les dix dernières années, la mortalité régionale par cancer de la prostate a toujours été significativement plus faible qu'en métro-

pole, à structure d'âge comparable. Au cours des dix dernières années et à structure d'âge comparable, la mortalité par cancer de la prostate a fortement baissé en Occitanie (-33,5% vs -29,6% en métropole).

Évolution de la mortalité par cancer de la prostate, en Occitanie et en France métropolitaine, (2002-2012)*



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

Sources : Inserm CepiDC, Insee - Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI Languedoc-Roussillon

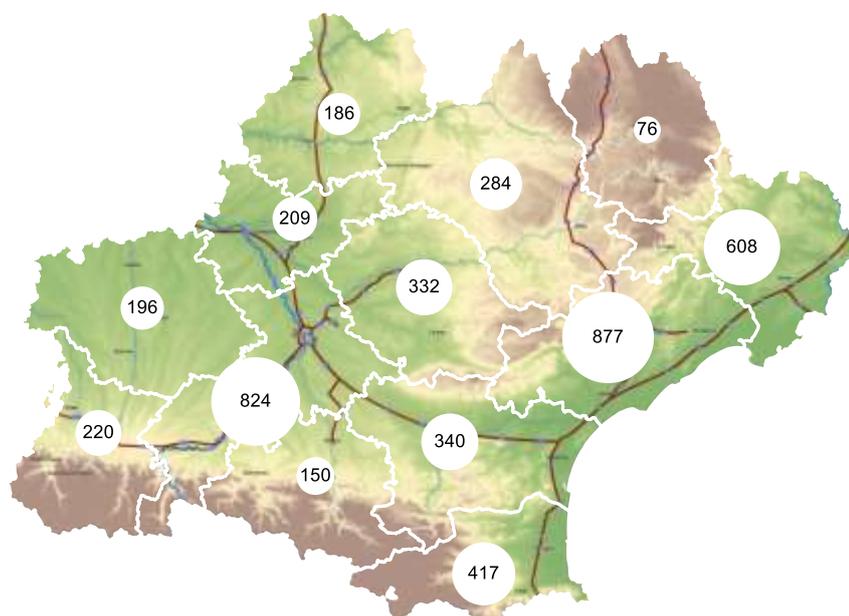


CANCER DE LA PROSTATE

Dans les départements

L'incidence estimée

Nombre annuel moyen de cas du cancer de la prostate, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)



Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

Nombre annuel moyen de cas, par tranche d'âge, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)

Département	HOMMES			
	Ensemble	< 50 ans	50-74 ans	75 ans et +
Ariège	150	1	102	46
Aude	340	2	236	101
Aveyron	284	2	190	92
Gard	608	4	439	165
Haute-Garonne	824	7	596	220
Gers	196	1	129	65
Hérault	877	6	635	236
Lot	186	1	126	59
Lozère	76	1	52	23
Hautes-Pyrénées	220	2	152	67
Pyrénées-Orientales	417	2	288	126
Tarn	332	3	218	112
Tarn-et-Garonne	209	1	144	63

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault, chiffres arrondis à l'unité

Note méthodologique

Nombre de cas calculé à partir des incidences observées par les registres dans l'Hérault et le Tarn en prenant en compte les variations liées à l'âge et au type de zone de résidence (niveau d'urbanisation) – cf. méthode en annexe –



CANCER DE LA PROSTATE

De faibles disparités
d'incidence selon les
départements

Compte tenu de la fréquence du cancer de la prostate des différences relativement faibles peuvent être statistiquement significatives pour les ALD.

En termes de mortalité, seuls deux départements ont des résultats significativement su-

périeurs à la moyenne régionale : le Gard et les Pyrénées-Orientales. Les estimations d'incidence départementales (2008-2010) ne montraient pas de zones de sur incidence dans la région ⁽⁶⁾.

2009-2013 (CIM10 : C61)	HOMMES			
	ALD		Mortalité	
	N/an	ICI	N/an	ICM
Ariège	124	93,0	27	95,5
Aude	262	85,9*	65	104,4
Aveyron	235	92,8*	55	99,8
Gard	544	100,2	112	109,8*
Haute-Garonne	794	107,9*	112	81,2
Gers	196	110,5*	42	110,1
Hérault	794	103,8*	147	100,2
Lot	181	107,4*	34	96,9
Lozère	63	93,5	15	108,2
Hautes-Pyrénées	206	104,5	45	111,3
Pyrénées-Orientales	357	94,5*	90	117,6*
Tarn	323	102,2*	65	94,9
Tarn-et-Garonne	150	79,1*	35	89,4
Occitanie	4 230	100,0	845	100,0

ICI : Indice comparatif d'incidence

ICM : Indice comparatif de mortalité

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

Sources : Inserm cépiDC, Insee, CNAMTS, MSA, RSI – Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI Languedoc-Roussillon



MÉLANOME CUTANÉ

Contexte national

Une incidence et une mortalité en hausse

En 2015, on estime à plus de 14 300 le nombre de nouveaux cas de mélanome cutané en France, dont 51% concernent des femmes. Chez la femme, l'incidence augmente fortement entre 20-24 ans et 40-44 ans, plus faiblement ensuite et atteint son maximum aux âges élevés (85-89 ans) ; chez l'homme, l'incidence augmente progressivement jusqu'à 50-59 ans, puis plus fortement ensuite pour atteindre son maximum à 90-94 ans, niveau d'incidence qui dépasse celui des femmes ⁽¹⁾. L'âge médian au diagnostic est estimé à 61 ans pour les femmes et à 64 ans pour les hommes. Entre 1980 et 2012, l'incidence du mélanome cutané a augmenté en France métropolitaine (+4,7% par an chez les hommes et +3,2% par an chez les femmes), de façon toutefois plus faible depuis les années 2000 ⁽²⁾.

Parmi les pays d'Europe, la France occupe une position plutôt défavorable avec un taux d'incidence légèrement plus élevé que le taux européen, chez l'homme comme chez la femme.

Le mélanome cutané est responsable de près de 1 800 décès en 2015, dont 58% concernent des hommes ; globalement, plus d'un tiers de ces décès sont prématurés (avant 65 ans), soit 35,5% chez les hommes et 31% chez les femmes ⁽¹⁾. Si les hommes sont plus nombreux à mourir de ce cancer, pourtant plus fréquent chez les femmes, c'est probablement dû à une plus grande vigilance de ces dernières qui bénéficient donc plus souvent d'un diagnostic précoce. Sur la période 1980-2012, la mortalité par mélanome augmente en France métropolitaine, mais dans une moindre mesure que l'incidence ⁽²⁾.

Les cancers de la peau sont multifactoriels pouvant combiner des facteurs de risque externes (liés à l'environnement, aux modes et conditions de vie) et des facteurs de risques internes (constitutifs des individus) ; les principaux facteurs de risque connus sont l'exposition au soleil et aux ultraviolets artificiels, le type de peau, avoir un nombre élevé de grains de beauté et les antécédents personnels ou familiaux.

L'exposition solaire est particulièrement nocive dans l'enfance où la peau est très sensible aux ultraviolets. La prévention primaire du mélanome cutané repose essentiellement donc sur la réduction de l'exposition aux ultraviolets (naturels et artificiels). Dans cette perspective, le Plan Cancer 2014-2019 appuie notamment la poursuite des campagnes d'information à destination du grand public sur les risques d'exposition solaire, l'encadrement de la mise à disposition des appareils de bronzage, la mise en place de dispositifs de prévention à destination des professionnels les plus exposés aux ultraviolets (dans l'agriculture, le BTP...), ainsi que la formation des animateurs et encadrants des activités parascolaires et sportives à la prévention du risque solaire.

(1) Leone N, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire ; 2015. 62 p. Disponible à partir des URL : <http://www.invs.sante.fr> et <http://www.e-cancer.fr>

(2) Binder-Foucard Fet al. 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. 1220



MÉLANOME CUTANÉ

En Occitanie

850 nouveaux cas de mélanome cutané estimés chaque année

Une augmentation de l'incidence du mélanome cutané dans les deux registres du cancer

Les nouveaux diagnostics de mélanome cutané concernent autant les hommes que les femmes. Chez les hommes, plus de 50% surviennent entre 50 et 74 ans, 27% de ces cancers surviennent après 75 ans. Chez les femmes, près de 35% des mélanomes cutanés sont diagnostiqués avant 50 ans.

Nombre annuel moyen de cas par tranche d'âge, période 2010-2013, en Occitanie

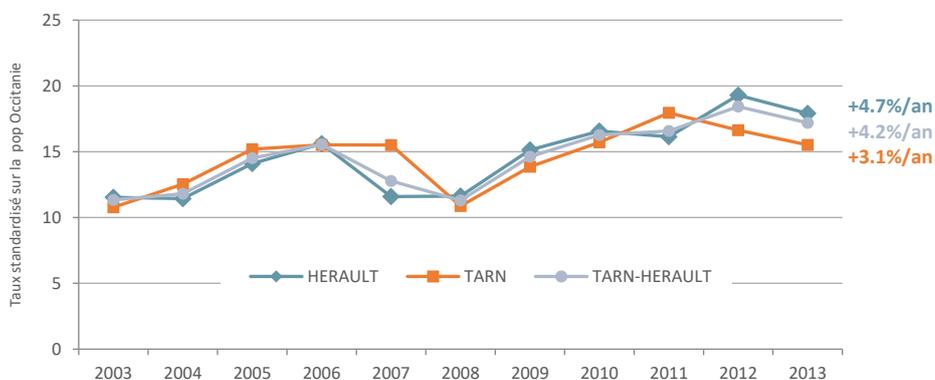
	< 50	50-74	75 et +	Ensemble
Hommes	100	219	114	433
Femmes	144	177	94	415

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

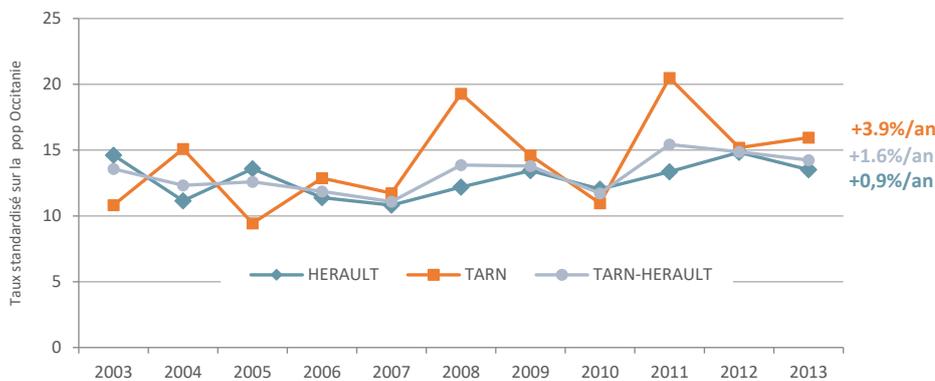
Les enregistrements continus et exhaustifs des deux registres du cancer de la région témoignent de l'augmentation de l'incidence de ce cancer chez les hommes comme chez les femmes ces dix dernières années.

Évolution de l'incidence observée* dans l'Hérault et le Tarn

HOMMES



FEMMES



* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, pour 100 000 habitants
Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault



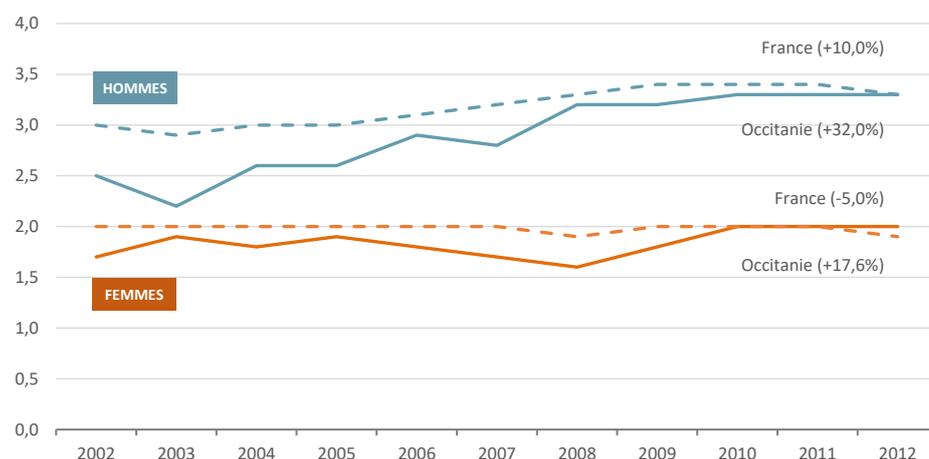
MÉLANOME CUTANÉ

Une augmentation de la mortalité plus forte en Occitanie que sur l'ensemble de la France

Chaque année en moyenne dans la région, 170 décès sont dus à un mélanome cutané. Sur la période 2002 à 2010, la mortalité par mélanome cutané est plus faible en Occitanie pour les deux sexes. Depuis 2010, la mortalité régionale rejoint, voire dépasse pour les femmes, celle de la France métropolitaine.

Ainsi, en dix ans, on observe une augmentation de la mortalité régionale par mélanome cutané nettement plus importante que celle de l'ensemble des métropolitains (+32% pour les occitans et +17,6% pour les occitanes contre, respectivement, +10% pour les français et une baisse de 5% pour les françaises).

Évolution de la mortalité par mélanome cutané, en Occitanie et en France métropolitaine, selon le sexe (2002-2012)*



*Taux standardisés pour 100 000 habitants (moyenne mobile sur 3 ans)

Sources : Inserm CepiDC, Insee - Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI Languedoc-Roussillon

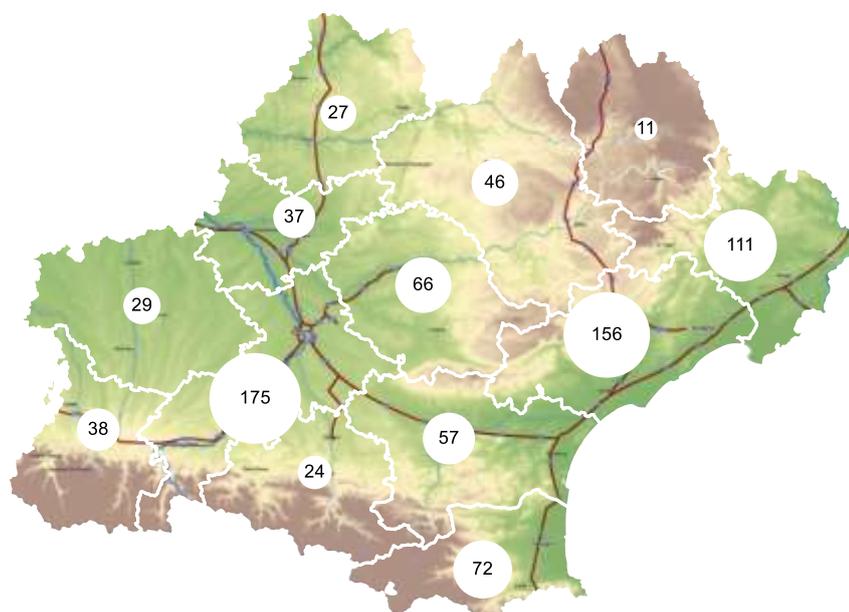


MÉLANOME CUTANÉ

Dans les départements

L'incidence estimée

Nombre annuel moyen de cas de mélanome cutané, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)



Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault

Nombre annuel moyen de cas, par tranche d'âge et par sexe, dans les départements d'Occitanie (période 2010-2013)

Département	HOMMES				FEMMES			
	Ensemble	<50 ans	50-74	75 et +	Ensemble	< 50 ans	50-74	75 et +
Ariège	13	3	7	4	11	3	4	4
Aude	30	6	15	8	27	9	11	7
Aveyron	25	5	12	7	21	6	8	7
Gard	56	12	29	14	55	19	25	11
Haute-Garonne	86	25	42	19	89	37	38	14
Gers	15	3	8	4	14	4	5	4
Hérault	81	20	38	23	75	28	32	15
Lot	14	2	8	4	13	4	5	4
Lozère	6	1	3	2	5	2	2	2
Hautes-Pyrénées	20	4	10	6	18	5	7	5
Pyrénées-Orientales	36	7	19	10	36	12	16	8
Tarn	32	7	18	7	34	10	15	9
Tarn-et-Garonne	19	4	10	5	18	6	8	4

Sources : Registres des cancers du Tarn et de l'Hérault, chiffres arrondis à l'unité

Note méthodologique

Nombre de cas calculé à partir des incidences observées par les registres dans l'Hérault et le Tarn en prenant en compte les variations liées à l'âge et au type de zone de résidence (niveau d'urbanisation) – cf. méthode en annexe –



MÉLANOME CUTANÉ

Peu de disparités significatives selon les départements

Compte tenu de la faiblesse des effectifs, il est difficile d'analyser les disparités interdépartementales.

On observe une sur-incidence des ALD pour mélanome cutané en Haute-Garonne pour les hommes et en Lozère et dans les Pyrénées-Orientales, pour les femmes.

À l'inverse, une sous-incidence significative est observée en Aveyron, avec également un faible niveau de mortalité, situations favorables observées pour les hommes comme pour les femmes.

2009-2013 (CIM10 : C43)	HOMMES				FEMMES			
	ALD		Mortalité		ALD		Mortalité	
	N/an	ICI	N/an	ICM	N/an	ICI	N/an	ICM
Ariège	8	87,9	2	60,3	9	89,9	3	143,7
Aude	19	92,8	7	100,7	19	83,9	4	86,1
Aveyron	13	75,5*	5	91,6	12	65,2*	4	98,9
Gard	36	95,6	13	107,5	36	85,2*	10	103,8
Haute-Garonne	63	113,5*	20	113,4	67	103,3	12	91,0
Gers	12	99,8	4	105,9	14	116,1	3	98,1
Hérault	50	94,1	16	91,2	59	96,6	15	111,5
Lot	12	106,4	4	108,5	13	113,5	2	72,6
Lozère	5	110,2	1	66,1	8	164,3*	1	112,1
Hautes-Pyrénées	11	83,9	5	109,3	14	93,3	4	119,2
Pyrénées-Orientales	28	112,2	10	115,7	39	135,9*	7	100,7
Tarn	23	107,6	6	78,0	27	113,5	5	91,0
Tarn-et-Garonne	13	101,8	4	92,8	12	85,6	3	87,2
Occitanie	290	100,0	96	100,0	328	100,0	73	100,0

ICI : Indice comparatif d'incidence

ICM : Indice comparatif de mortalité

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

Sources : CNAMTS, MSA, RSI, CépiDC, Insee – Exploitation ORS Midi-Pyrénées-CREAI Languedoc-Roussillon



AUTRES LOCALISATIONS CANCÉREUSES

TABLEAUX RECAPITULATIFS

Incidence estimée des cancers en Occitanie

Localisation	Sexe	Nombre annuel moyen de cas 2010-2013	Évolution de l'incidence* 2003-2013 Tarn-Hérault
Hodgkin	 	167	
	 	99 68	+ 0,5 % par an - 0,2 % par an
Lymphome	 	397	
	 	224 173	+ 1,0 % par an - 0,8 % par an
Testicule		169	+ 2,1 % par an
Ovaire		484	+ 0,6 % par an
Vessie	 	1 203	
	 	986 217	- 0,7 % par an - 0,4 % par an
Rein	 	1051	
	 	733 318	+ 1,6 % par an + 1,0 % par an
Foie	 	818	
	 	637 181	+ 3,7 % par an + 2,0 % par an
Pancréas	 	1168	
	 	612 556	+ 3,4 % par an + 3,8 % par an
Estomac	 	607	
	 	385 222	- 3,0 % par an + 0,5 % par an
Œsophage	 	364	
	 	275 89	- 1,9 % par an - 1,4 % par an
Thyroïde	 	593	
	 	152 441	+ 4,2 % par an + 3,5 % par an
Système nerveux central	 	463	
	 	253 210	+ 0,1 % par an - 0,5 % par an

* Incidence : taux standardisé sur la population d'Occitanie

Sources : Registres des cancers de l'Hérault et du Tarn

POUR EN SAVOIR PLUS

Registre des cancers du Tarn
<http://oncomip.org/fr/epidemiologie-registre-cancers-tarn.html>

Registre des cancers de l'Hérault
<http://www.registre-tumeurs-herault.fr/>



AUTRES LOCALISATIONS CANCÉREUSES

Incidence estimée des cancers dans les départements d'Occitanie

Localisation	Sexe	Nombre annuel moyen de cas 2010-2013												
		Ariège	Aude	Aveyron	Gard	Haute-Garonne	Gers	Hérault	Lot	Lozère	Hautes-Pyrénées	Pyrénées-Orientales	Tarn	Tarn et Garonne
Hodgkin		4	10	7	22	42	5	32	5	2	7	14	13	7
		2	6	4	13	25	3	20	3	1	4	8	6	4
		2	4	3	9	17	2	12	2	1	3	6	7	3
Lymphome		13	28	24	49	72	17	70	16	7	19	35	32	17
		7	16	13	28	41	10	39	9	4	10	20	18	10
		6	12	11	21	31	7	31	7	3	9	15	14	7
Testicule		5	11	9	21	42	5	33	5	3	7	12	10	7
Ovaire		15	34	28	62	91	19	91	18	7	23	42	34	21
Vessie		38	87	72	154	211	47	221	45	17	57	109	93	53
		31	71	59	127	173	38	181	36	14	46	89	77	44
		7	16	13	27	38	9	40	9	3	11	20	16	9
Rein		31	74	61	135	194	43	191	40	16	48	93	76	47
		22	52	43	94	135	31	132	29	12	33	64	53	33
		9	22	18	41	59	12	59	11	4	15	29	23	14
Foie		25	58	46	107	153	32	170	31	12	38	74	40	37
		19	45	35	84	120	25	133	24	9	29	57	30	29
		6	13	11	23	33	7	37	7	3	9	17	10	8
Pancréas		36	82	68	151	215	43	220	41	16	56	106	84	51
		20	44	37	79	110	24	118	22	9	29	54	41	27
		16	38	31	72	105	19	102	19	7	27	52	43	24
Estomac		19	44	36	77	108	26	112	25	9	29	54	43	27
		12	28	23	49	68	17	70	16	6	18	34	28	17
		7	16	13	28	40	9	42	9	3	11	20	15	10
Œsophage		12	26	22	46	64	16	66	15	6	17	31	26	16
		9	20	17	35	48	13	49	12	5	13	23	20	12
		3	6	5	11	16	3	17	3	1	4	8	6	4
Thyroïde		18	40	32	75	125	22	100	21	9	26	48	54	26
		5	11	9	19	30	6	24	6	3	7	12	15	7
		13	29	23	56	95	16	76	15	6	19	36	39	19
Système Nerveux central		13	31	24	61	97	16	87	15	6	20	41	34	20
		7	17	13	33	53	9	47	8	3	11	22	19	11
		6	14	11	28	44	7	40	7	3	9	19	15	9



MÉTHODE D'ESTIMATION DE L'INCIDENCE EN OCCITANIE

Matériel

Cas incidents

Des données exhaustives sur les cas incidents de cancers invasifs de l'Hérault et du Tarn pour toutes les localisations tumorales sont collectées et enregistrées par leur registre respectif, selon les règles utilisées par le réseau Francim. Les tumeurs diagnostiquées entre 2003 et 2013 ont été extraites pour cette étude. Pour chaque tumeur dans ces deux départements, les éléments analysés étaient la localisation de la tumeur, la date de diagnostic, la commune et le département de résidence du sujet, son sexe et son âge au diagnostic, calculé à partir de la date de naissance exacte.

Données de population

L'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (Insee) a fourni les données de population de 2010 à 2013 en Occitanie (anciennement Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées), ainsi que la catégorie de chaque commune selon le zonage en aires urbaines (classification 2010) pour toute l'Occitanie.

Pour les populations de l'Hérault et du Tarn de 2003 à 2013, les données de population par âge (révolu), sexe et année sont celles utilisées par le réseau Francim.

Méthode

Classes d'âge

Les données ont été analysées en 18 classes d'âge de 5 ans : 0-4 ans à 85 ans et plus. Les résultats des estimations départementales du nombre de cancer ont été données pour 3 classes d'âges : les moins de 50 ans, 50 à 74 ans, et 75 ans et plus.

Zonage

L'ensemble des communes de la région Occitanie est subdivisé en 9 catégories de communes dans le zonage en aires urbaines 2010 (CATEAU2010) définies par l'INSEE. Ce zonage en aire urbaine 2010 basé sur les données de recensement 2008, découpe le territoire en fonction de l'emploi et des déplacements entre le domicile et lieu de travail. Ce zonage permet de décrire l'influence des villes sur l'ensemble du territoire ⁽¹⁾.

Ces 9 catégories se définissent comme suit et peuvent être regroupées selon l'INSEE en plusieurs catégories dont celle indiquée en dernière colonne (cf. tableau ci-dessous).

Dans le cadre de cette étude nous avons fait le choix de regrouper les communes d'Occitanie en 3 catégories : grande zone, moyenne zone et petite zone.

1	Grands pôles urbains (code 111)	Unités urbaines comptant au moins 10 000 emplois	Espace des grandes aires urbaines
2	Couronnes des grands pôles urbains (code 112)	Ensemble des communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent hors de leur commune de résidence, dans un grand pôle ou dans des communes de sa couronne	
3	Communes multipolarisées des grandes aires urbaines (code 120)	Communes situées hors des grandes aires urbaines dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un espace d'un seul tenant.	
4	Moyens pôles (code 211)	Unités urbaines comptant de 5 000 à moins de 10 000 emplois	Espace des moyennes aires
5	Couronne des moyens pôles (code 212)	Ensemble des communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent hors de leur commune de résidence, dans un pôle moyen ou dans des communes de sa couronne	
6	Petits pôles (code 221)	Unités urbaines comptant de 1 500 à moins de 5 000 emplois	Espaces des petites aires
7	Couronnes des petits pôles (code 222)	Ensemble des communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent hors de leur commune de résidence, dans un petit pôle ou dans des communes de sa couronne	
8	Autres communes multipolarisées (code 300)	Communes situées hors de l'espace des <i>grandes aires urbaines</i> (111+112+120) et hors des <i>petites</i> (221+222) ou <i>moyennes aires</i> (211+212), dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs aires sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.	Autres communes multipolarisées*
9	Communes isolées hors influence des pôles (code 400)	Ensemble des communes situées hors de l'espace des grandes aires urbaines et hors de l'espace des autres aires.	Communes isolées hors influence des pôles



MÉTHODE D'ESTIMATION DE L'INCIDENCE EN OCCITANIE

La grande zone et la moyenne zone correspondent respectivement aux grandes aires et moyennes aires définies par l'INSEE. La petite zone regroupe les petites aires, les autres communes multipolarisées et les communes isolées. Ce choix a été motivé par le fait que ces communes ont des densités de population plus proches des communes des petites aires que les moyennes et grandes aires.

Localisations tumorales

Les données ont été analysées en fonction de la localisation de la tumeur. Celle-ci était définie selon les topographies et morphologies de la classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3^e édition (CIM-O-3). Les localisations analysées ont été définies comme décrit dans le tableau ci-contre. Les lymphomes sont enregistrés à part et donc séparés de chaque localisation présentée. Seuls les cancers invasifs sont inclus dans les analyses.

Analyses

Les analyses ont été faites par localisation et par sexe.

Incidence dans les départements du Tarn et de l'Hérault

L'incidence des cancers a été calculée à partir des taux bruts et des taux standardisés.

- Le taux bruts (T) est le rapport entre le nombre de nouveaux cas pendant une période donnée sur le nombre de personnes à risque pendant la même période. Ce taux est exprimé pour 100 000 personnes

Pour une tranche d'âge i et zone k , $T_{ik} = \frac{N_{ik}}{PA_{ik}}$

N : Nombre de nouveau de cancer dans la population pour une période donnée pour la tranche d'âge i et dans la zone k

PA : Population à risque : Effectif de cette population pendant la même période, pour la tranche d'âge i et dans la zone k

Dans cette étude nous avons représenté par cancer et par sexe, les taux bruts (Tarn + Hérault) sur la période 2010-2013, par tranche d'âge de 5 ans et par zone.

- Le taux standardisés (T_s) est le taux « attendu » dans la population observée si celle-ci avait la même structure d'âge que la population de référence (Population Occitanie). Ce taux est exprimé pour 100 000 personnes. Ce taux permet de comparer les incidences entre deux territoires en tenant compte des différences de distributions des âges dans les territoires comparés.

Classification des localisations selon le code CIM-O-3.

Localisation	Topographie	Morphologie
Colon-rectum	C18-C19-C20	
Col Utérin	C53	
Corps Utérin	C54-C55	
Estomac	C16	
Foie	C22	
Lymphomes de Hodgkin classique		De 96503 à 96553 + de 96613 à 96673
Lymphome diffus à grandes cellules B		96783, 96793, 96803 et 96843
Mélanome	C44	De 87200 à 87900
Œsophage	C15	
Ovaires	C56	
Pancréas	C25	
Poumon	C33-C34	
Primitif inconnu	C80	
Prostate	C61	
Rein	C64	
Sein	C50	
Système nerveux central	C70-C71-C72	
Testicule	C62	
Thyroïde	C73	
Vessie	C67	
Voies Aéro-Digestives Supérieures	C00 à C14 + C30 à C32	

Pour une zone k d'un département i , $T_s = \sum_i w_i T_i$
 w_i = proportion de sujets de la tranche d'âge i dans la population de référence (population d'Occitanie)
 T_i = Taux brut de la tranche i dans la population d'étude
 Dans cette étude nous avons représenté par cancer par sexe et par zone, les taux standardisés de l'Hérault et du Tarn sur la période 2010-2013.

Estimation du nombre de cas dans la région

Le nombre de cas de cancers estimé sur la région a été calculé en sommant les cas observés dans les départements disposant d'un registre de cancer (Tarn et Hérault) avec ceux estimés dans chaque département de cette région (hors Tarn et l'Hérault).

Le nombre de cas estimé dans les départements (hors registre) a été calculé sous l'hypothèse que la fréquence des cancers par sexe, tranche d'âge de 5 ans et zone



MÉTHODE D'ESTIMATION DE L'INCIDENCE EN OCCITANIE

(grands pôles, moyens pôles, petits pôles) pour une période donnée était la même que celle observée sur le Tarn et Hérault réunis sur cette même période. Ceci revient à appliquer à la population (PA) par département, les taux bruts d'incidence (T) des cancers par sexe âge et zone, des départements (Tarn + Hérault).

Ainsi, pour un cancer donné, le nombre de cas estimé par sexe dans un département i peut s'obtenir par :

$$N_i = \sum_{j=1}^J \sum_{k=1}^K T_{jk} \times PA_{jk}$$

PA_{jk} est le nombre de personnes à risque, dans la classe d'âge j , dans la zone k du département i

T_{jk} : Taux brut de la classe d'âge i et de la zone k dans la population de référence (Hérault + Tarn)

Dans cette étude nous avons représenté l'estimation du nombre de cas par département et selon 3 tranches d'âges : moins de 50 ans, les 50 à 74 ans et les 75 ans et plus.

Évolution de l'Incidence dans les départements du Tarn et de l'Hérault

La tendance chronologique des incidences du Tarn et de l'Hérault a été estimée à partir du Taux annuel moyen d'évolution des taux standardisés (TEM) sur 10 ans (20013-2013).

Ce taux, exprimé en pourcentage, est obtenu en modélisant le logarithme des taux standardisés (T_s) en fonction des années calendaires de la période d'étude :

$$\ln(T_s) = ax + b, x = \text{années}$$
$$TEM = 100 \times (e^a - 1)$$

Le taux d'évolution est statistiquement significatif si $p\text{-value} < 0.05$ (test $a = 0$)

Dans cette étude, nous avons représenté les courbes de variation des taux standardisés par an pour les départements du Tarn, Hérault et des deux réunis. Le taux d'évolution moyen annuel a été donné pour chacune des courbes.

(1) : Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 | Insee [Internet]. [cité 16 févr 2017]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281191>



MORTALITÉ ET AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE : MATÉRIEL ET MÉTHODE

Matériel

Nombres de décès par cancer : CépiDC-Inserm, exploitation ORSMIP – CREAL-ORS LR.

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.

Les données d'ALD 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.

Méthode

Calcul des taux standardisés indirects

Le taux standardisé indirect correspond pour l'incidence de mise en ALD (ICI) au nombre total de cas d'ALD observés dans la population étudiée (ici départementale) rapporté au nombre de cas auquel on aurait pu s'attendre si l'incidence de mise en ALD de la pathologie considérée dans cette population était la même que l'incidence de mise en ALD de référence (ici : région Occitanie). De même, on calcule un indice comparatif de mortalité (ICM) pour la mortalité. Les taux départementaux significativement différents de la moyenne régionale ($p \leq 0,05$) sont identifiés (*).

Mode d'interprétation des indicateurs ALD et mortalité 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).