

LES CANCERS EN AQUITAINE



L'Agence régionale de santé Aquitaine a souhaité disposer d'un état des lieux rassemblant des informations sur l'épidémiologie des cancers et le dispositif de soins en Aquitaine.

Ce document décrit la situation épidémiologique des cancers et le dispositif de prise en charge à l'échelle de la région et de ses territoires de santé. L'Aquitaine est caractérisée par une situation épidémiologique globalement favorable par rapport à celle de la France. Cependant, des spécificités sont mises en évidence concernant quelques localisations cancéreuses.

La description du dispositif de prise en charge des cancers repose sur différentes sources, notamment le Répertoire partagé des professionnels de santé, le Pôle des autorisations de l'ARS et plus globalement le SROS aquitain. Le dispositif de prise en charge des cancers, structuré suite aux plans cancers successifs, est installé en Aquitaine.



SOMMAIRE

CONTEXTE 9

ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS 15

L'incidence estimée (d'après les registres des cancers) 17

Quatre cancers dominants : prostate, sein, côlon-rectum et poumon	17
Cancers du sein fréquents avant 50 ans, ceux du côlon-rectum après 75 ans	19
Une situation défavorable pour le cancer du côlon-rectum (Gironde et Landes) et, chez les femmes, du poumon (Gironde et Pyrénées-Atlantiques) et de l'utérus (Lot-et-Garonne)	20

Les admissions en affections de longue durée pour un cancer 22

18 000 Aquitains admis en 2013 dans le dispositif des ALD pour le traitement d'un cancer	22
Un écart important entre l'estimation des nouveaux cas de cancer et les admissions en ALD pour un cancer chez les hommes	22
La moitié des admissions en ALD pour cancer entre 60 et 79 ans	23
Les taux standardisés aquitains d'admission en ALD - cancer comparables aux valeurs nationales	23

Les personnes hospitalisées au moins 24 heures pour la prise en charge d'un cancer en 2014 26

47 500 Aquitains hospitalisés pour un cancer en 2014	26
Des taux de patients hospitalisés plus élevés en Gironde	27
Près de 4 % des patients hospitalisés concernés par le traitement d'un cancer métastatique	28

Les personnes en affections de longue durée pour un cancer 29

Près de 125 000 Aquitains en ALD pour le traitement d'un cancer fin 2013	29
--	----

L'ensemble des décès par cancer 31

Les cancers, première cause de mortalité chez les hommes, deuxième chez les femmes	31
Les cancers, un poids élevé dans la mortalité prématurée	32
La mortalité prématurée aquitaine comparable à la moyenne nationale	32
La mortalité par cancer a diminué	33
Une diminution de la mortalité par cancer moins marquée dans les Landes que dans les autres territoires de santé	34

Les décès selon la localisation cancéreuse 35

Un cancer prédominant chez les hommes : poumon	35
Trois cancers dominants chez les femmes : sein, intestin, poumon	35
Des écarts de mortalité masculine et féminine moins marqués pour les LMNH, leucémies, cancers du cerveau et de la peau	36
Une sur-mortalité régionale pour trois localisations cancéreuses	37
Chez les hommes, des évolutions favorables pour la plupart des cancers mais une progression de la mortalité par cancer du rein, du cerveau, du mélanome cutané	37
Chez les femmes, la forte progression de la mortalité par cancer du poumon et de façon moins marquée de celle par cancer du cerveau et du mélanome cutané	39
Une surmortalité par cancer de l'encéphale chez les hommes et les femmes des trois territoires du sud aquitain	40

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS 43

Le dépistage organisé du cancer du sein 45

Une participation élevée au dépistage organisé du cancer du sein en Aquitaine...	45
--	----

Le dépistage organisé du cancer colorectal 46

... Mais une participation faible au dépistage organisé du cancer colorectal	46
--	----

LE DISPOSITIF DE SOINS **49**

Les médecins **51**

417 radiologues	51
88 anatomo-cytopathologistes	52
93 médecins spécialistes du traitement anticancéreux	52
... du suivi global	52

La coordination, axe fort du dispositif de soins **53**

Un réseau régional de cancérologie (RRC) comptant 71 membres	53
12 centres de coordination en cancérologies (3C)	53
Une unité de coordination en oncogériatrie (UCOG)	54

Des réseaux interrégionaux ou nationaux pour les prises en charge spécifiques **54**

Un centre de référence régional et un réseau en oncopédiatrie	54
18 centres experts nationaux pour les cancers rares	55
3 lieux de consultation d'oncogénétique et un laboratoire pour les diagnostics	56
Une plateforme de génétique moléculaire des cancers (PGMC)	56
Une tumorothèque labellisée	57
Un centre de préservation de la fertilité en Aquitaine (CPFA)	57
Les prélèvements de cellules souches hématopoïétiques au CHU et l'EFSAL	58

Les établissements autorisés à traiter les cancers **58**

40 établissements autorisés à pratiquer la chimiothérapie dont 24 à établir les protocoles de soin	59
La radiothérapie externe autorisée à 10 établissements de soin	59
La chirurgie des cancers autorisée dans 44 établissements aquitains	60
146 équipements de matériels lourds autorisés dans la région	62

Les délais de prise en charge de quatre cancers et les délais de rendez-vous pour une IRM de bilan d'extension 63

L'existence d'une variabilité des délais de prise en charge des cancers à expliquer	63
Le délai d'accès à la chirurgie du cancer du sein proche de la moyenne nationale	66
Des délais d'attente pour les bilans d'extension non corrélés au taux d'équipement en IRM	66

Les services de soins de suite (SSR) et de soins palliatifs 67

Cinq services de soins de suite spécialisés en cancérologie dans la région	67
Le dispositif de soins palliatifs : 170 lits, 15 unités mobiles, 8 réseaux	67

ANNEXES 71

Méthodologie et sources 73

Incidence (nouveaux cas de cancer)	73
Affections de longue durée	74
Patients hospitalisés	76
Mortalité	77
Dépistage	77
Délais de prise en charge	78

Sigles et acronymes 80

Bibliographie 81

CONTEXTE

Les cellules sont programmées pour se développer, remplir une fonction et mourir. La vie des cellules est ainsi sous le contrôle de deux mécanismes, celui de la division cellulaire et celui de l'apoptose, processus de mort cellulaire programmée, qui conduit à la destruction des cellules vieilles ou abîmées. C'est ce dernier mécanisme qui, suite à une mutation, conduit à leur prolifération et à l'apparition d'amas, les tumeurs. Pour être cancéreuses et dangereuses pour l'organisme, les cellules doivent avoir acquis plusieurs caractéristiques ; celles de se multiplier indéfiniment, d'échapper au processus de mort cellulaire et de perdre parfois leur caractère différencié. Les cellules cancéreuses acquièrent également la capacité à provoquer la formation de

**LE CANCER EST UNE MALADIE CARACTÉRISÉE
PAR LA MULTIPLICATION INCONTRÔLÉE
DE CELLULES DONT LES MÉCANISMES
DE RÉGULATION DYSFONCTIONNENT**

nouveaux vaisseaux sanguins qui viennent irriguer la tumeur et l'alimenter en oxygène et en nutriments, sans quoi la tumeur ne pourrait se développer (angiogenèse). Les tumeurs deviennent capables de s'insinuer dans les tissus sains voisins et de migrer

dans l'organisme pour donner des métastases. Selon le tissu ou l'organe où les cellules cancéreuses apparaissent, la maladie évolue à des vitesses variables et selon des modalités propres. Le cancer se développe lorsque le système immunitaire est débordé et ne parvient plus à détruire ces cellules anormales.

Les stratégies de traitement ont beaucoup évolué et la recherche est toujours très active. Actuellement, elle oriente ses efforts dans plusieurs directions. L'étude de gènes, soit favorisant le développement des tumeurs, soit « supprimeurs de tumeurs », devrait déboucher sur de nouvelles formes de traitement. La meilleure connaissance des mécanismes en jeu et les moyens techniques de diagnostic ont permis la mise au point de thérapies ciblées, qui ciblent les cellules cancéreuses et réduisent les effets secondaires des traitements. En 2011, 55 000 patients en France ont bénéficié d'une thérapie ciblée (19 000 en 2008). La recherche en angiogenèse permet de lutter contre le développement de la tumeur, notamment en limitant par des molécules dites anti-angiogéniques la formation de nouveaux vaisseaux sanguins irrigant la tumeur. D'autres travaux portent sur les moyens d'activer le système immunitaire afin qu'il participe à l'élimination de la tumeur. La recherche sur le cancer est encore engagée sur l'étude de l'apoptose, sur le rôle du stress cellulaire... D'autres travaux mettent en évidence les effets du cancer sur l'activité professionnelle des malades mais aussi la vie personnelle, sur les conditions et inégalités d'accès aux soins, alors que de nombreux travaux épidémiologiques orientent la recherche sur le lien entre expositions environnementales, professionnelles ou pas, et survenue des cancers.

Le nombre de personnes pour lesquelles un cancer a été diagnostiqué est passé de 170 000 en 1980 à 355 000 en 2012, soit un doublement en 30 ans. Cette forte augmentation est liée en très grande partie au vieillissement de la population et à l'évolution des outils de diagnostic et des stratégies de dépistage permettant de les détecter précocement. Depuis 2004, le nombre de décès par tumeurs devance celui par maladies cardiovasculaires, faisant du cancer la première cause de décès. En tenant compte de la structure par âge de la population, la mortalité par cancer a fortement diminué, de près de 30 % en 30 ans. Cette évolution favorable est attribuée à l'amélioration des traitements et à la précocité des diagnostics. Dans la majorité des cas, plus un cancer est soigné tôt, meilleures sont les chances de guérison et les traitements sont moins lourds.

LE CANCER, PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ

La survie des personnes atteintes d'un cancer varie selon la localisation cancéreuse et le sexe. Les femmes ont globalement un meilleur taux de survie que les hommes, cela en lien avec la proportion de cancers découverts à un stade précoce chez les femmes, notamment le cancer du sein à l'origine de près d'un tiers des cas incidents. Cet écart est également associé à la fréquence plus élevée chez les hommes que les femmes des cancers à mauvais pronostic, tels les cancers du poumon, de l'œsophage ou du foie. Une augmentation de la survie nette (c'est-à-dire en l'absence d'autres causes de décès) est observée entre 1989 et 2004 pour la plupart des cancers. Les études ne permettent pas de distinguer la part à attribuer à l'évolution des traitements et des prises en charge de celle de la précocité des diagnostics. Les écarts de survie sont considérables selon les localisations cancéreuses. La survie nette à 10 ans varie de 1 % pour le mésothéliome pleural à plus de 90 % pour le cancer du testicule ou celui de la thyroïde chez les femmes.

L'apparition de certains cancers est favorisée par des comportements, notamment la consommation de tabac, d'alcool, l'exposition au soleil, le manque d'activités physiques ou l'alimentation. Fin 2014, le centre international de recherche sur le cancer (CIRC) avait établi une liste de 114 agents cancérigènes pour l'homme, 69 probablement cancérigènes et 283 possiblement cancérigènes. Il s'agit d'agents chimiques, de mélanges complexes, d'agents physiques, biologiques et de facteurs comportementaux. Des virus et des bactéries peuvent aussi être à l'origine de certains cancers comme celui du col de l'utérus, du foie ou de l'estomac.

Des facteurs internes interviennent dans le processus du cancer. Le plus important est le vieillissement en raison du cumul au cours de la vie des agressions externes et la moindre efficacité des mécanismes de réparation cellulaire. L'autre facteur interne est l'hérédité, certaines personnes naissant porteuses de mutations dans un ou plusieurs gènes qui faciliteront le processus de cancérisation.

Trois Plans cancer, associant les ministères chargés de la santé et de la recherche se sont succédés en France. Le premier (2003-2007) a été à l'initiative de mesures de lutte contre le tabagisme, des programmes de dépistage organisé, de la définition de critères de qualité pour les établissements traitant les cancers. Il a encore impulsé la création de cancérôpôles pour favoriser la recherche et de l'institut national du cancer (INCa) chargé de coordonner les actions de lutte contre le cancer. Le 2^e plan (2009-2013) a continué à œuvrer dans le sens de l'amélioration de la qualité et de la sécurité. Il a renforcé l'action auprès de publics jeunes, âgés et de personnes atteintes de cancers rares. Des expérimentations ont été menées pour l'accompagnement de l'après cancer. Le plan a cherché à renforcer la coordination entre les équipes hospitalières et les médecins traitants. L'accès aux traitements personnalisés et à la recherche sur les génomes a été impulsé. Le thème transversal était la réduction des inégalités d'accès aux soins.

Le plan actuel 2014-2019 est construit autour de quatre axes :

- ▶ guérir plus de personnes malades, en favorisant des diagnostics précoces et en garantissant l'accès de tous à une médecine de qualité et aux innovations ;
- ▶ préserver la continuité et la qualité de vie, en proposant une prise en charge globale de la personne pendant et après la maladie, tenant compte de l'ensemble de ses besoins ;
- ▶ investir dans la prévention et la recherche pour réduire le nombre de nouveaux cas de cancer et préparer les progrès à venir ;
- ▶ optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers pour une meilleure efficacité, en y associant pleinement les personnes malades et les usagers du système de santé.

Dans le cadre du Projet régional de santé 2012-2016, le schéma régional d'organisation des soins (SROS) aquitain reprend dans la partie réservée au traitement du cancer les axes du plan national 2007-2013. Il prévoit notamment de mieux structurer l'offre de soins, en termes d'équilibre entre les établissements de recours régional mais aussi en direction de publics spécifiques (personnes âgées, enfants) ou de cancers rares. Il cherche à mettre en place une offre accessible sur chaque territoire de santé tant en garantissant la qualité que la sécurité des soins.

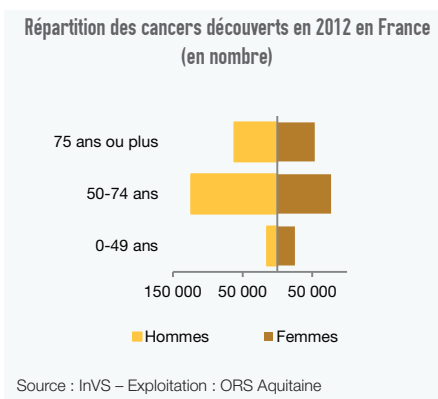
ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS

L'incidence est traitée ci-après à partir des données de deux sources : les estimations d'incidence réalisées par l'InVS à partir des registres des cancers et les admissions en affections de longue durée (ALD). Les estimations d'incidence concernent des personnes dont le cancer a été diagnostiqué. Les admissions en affections de longue durée pour cancer concernent celles qui ont obtenu une prise en charge à 100% des soins de traitement du cancer.

Les estimations d'incidence sont disponibles à l'échelle régionale pour différentes localisations cancéreuses en 2008-2010. Les informations sur l'ensemble des cancers sont traitées à partir des données d'admissions en ALD de 2013, les éléments d'évolution sur la période 2005-2013. Certaines informations ne sont disponibles qu'à l'échelle nationale (2012).

L'incidence estimée d'après les registres des cancers

En France, 355 350 nouveaux cas de cancers ont été découverts en 2012, dont 200 350 masculins et 155 000 féminins. La majorité des cancers sont découverts entre 50 et 74 ans (56 %), alors qu'un tiers l'est après 75 ans et 11 % avant 50 ans. Mais cette répartition est différente chez les hommes et les femmes. La part des cancers découverts avant 50 ans s'élève à 16 % chez les femmes et 7 % chez les hommes. Cette différence se traduit par un nombre de nouveaux cas presque deux fois plus élevés dans cette classe d'âge chez les femmes. Dans les autres groupes d'âge, les nombres de nouveaux cas sont plus élevés chez les hommes, notamment entre 50 et 74 ans.



QUATRE CANCERS DOMINANTS :

PROSTATE, SEIN, CÔLON-RECTUM ET POUMON

Quatre localisations cancéreuses se détachent de par le nombre de cas incidents. Chez les hommes, il s'agit du cancer de la prostate dont 2 813 nouveaux cas concernant des Aquitains sont estimés chaque année au cours de la période 2008-2010. Les cancers de la prostate sont suivis de ceux du poumon : 1 473 nouveaux cas, et du côlon-rectum : 1 413 nouveaux cas. Chez les femmes, il s'agit du cancer du sein : 2 737 nouveaux cas et du côlon-rectum : 1 159.

Les autres localisations sont à l'origine d'effectifs annuels moins élevés, variant d'environ 560 à moins de 50. Le cancer du poumon chez les femmes est en tête avec 560 Aquitaines ayant découvert la maladie chaque année alors que les cancers gynécologiques (corps et col de l'utérus et ovaire) ont concerné près de 800 femmes. Les autres localisations importantes par leur fréquence sont chez les femmes la thyroïde et le lymphome malin non hodgkinien (environ 300 cas), le pancréas (260). Les mélanomes, le rein et les leucémies sont à l'origine chacun d'environ 220 nouveaux cas annuels.

Chez les hommes, on retrouve également le rein (environ 450 nouveaux cas), le lymphome malin non hodgkinien (370), les leucémies, les mélanomes, le pancréas (environ 250-300 cas chacun). D'autres localisations occupent une place importante. Il s'agit des cancers de la vessie (autour de 520), de la bouche-lèvre-pharynx (450), du foie (autour de 310), de l'estomac (autour de 280) et de l'œsophage (près de 200).

Les autres localisations sont à l'origine de moins de 200 nouveaux cas chaque année chez les hommes et les femmes.

Nombres annuels moyens de nouveaux cas de cancer estimés et intervalle de prédiction (IP), en Aquitaine en 2008-2010

	Hommes		Femmes	
	nb	IP	nb	IP
Lèvre-Bouche-Pharynx	453	[413;496]	155	[139;172]
Œsophage	193	[168;222]	ne	[48;72]
Estomac	ne	[250;310]	121	ne
Côlon-rectum	1 413	[1336;1494]	1 159	[1116;1203]
Foie	ne	[250;378]	ne	[72;116]
Pancréas	ne	[233;285]	ne	[229;285]
Larynx	169	[152;188]	ne	[19;35]
Poumon	1 473	[1398;1552]	560	[524;598]
Mélanome de la peau	ne	[176;416]	ne	[159;302]
Sein	-	-	2 737	[2626;2854]
Col de l'utérus	-	-	165	[147;185]
Corps de l'utérus	-	-	382	[358;406]
Ovaire	-	-	247	[227;267]
Prostate	2 813	[2631;3008]	-	-
Testicule	94	[86;104]	-	-
Vessie	ne	[464;578]	131	[115;149]
Rein	ne	[409;479]	ne	[199;249]
Système nerveux central	ne	[158;196]	ne	[123;162]
Thyroïde	ne	[88;131]	ne	[260;390]
Lymphome malin non hodgkinien	370	[339;404]	ne	[272;324]
Lymphome de Hodgkin	ne	[43;59]	ne	[39;55]
Leucémie	ne	[247;341]	ne	[174;249]
Myélome	ne	[116;159]	ne	[102;137]

Source : InVS – Exploitation : ORS Aquitaine

IP : intervalle de prédiction du nombre annuel moyen de cas de cancers

ne : non estimé ; il n'y a pas d'estimation ponctuelle possible

CANCERS DU SEIN FRÉQUENTS AVANT 50 ANS, CEUX DU CÔLON-RECTUM APRÈS 75 ANS

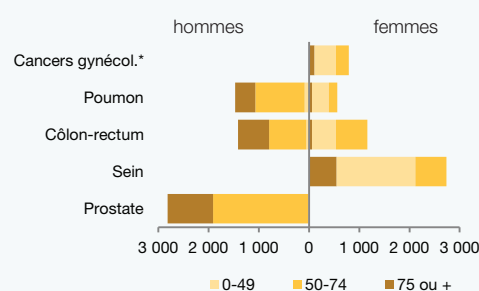
Les quatre principales localisations cancéreuses et les cancers gynécologiques peuvent être décrits selon le groupe d'âge de découvertes de la maladie à l'échelle régionale.

Chez les hommes, les cancers de la prostate et du poumon sont plus souvent découverts chez des personnes de 50-74 ans (environ 65 %) que les cancers du côlon-rectum (53%). Chez les femmes, les cancers du côlon-rectum sont également souvent découverts chez des personnes de 75 ans ou plus. Les trois autres cancers étudiés, sein, poumon et cancers gynécologiques, surviennent plus souvent

entre 50 et 74 ans et avant 50 ans. Environ 20 % des cancers du sein sont découverts avant 50 ans, ainsi que 14 % des cancers gynécologiques et 11 % des cancers du poumon. Chez les hommes, le poids des cancers découverts avant 50 ans est plus faible (entre 1 et 6 % selon la localisation).

Les taux régionaux d'incidence publiés par l'InVS, standardisés sur la population mondiale, indiquent une situation plutôt favorable ou moyenne chez les Aquitains pour sept des huit localisations cancéreuses, le taux standardisé par cancer du colon-rectum figurant parmi les plus élevés parmi les 22 régions métropolitaines. Chez les femmes, la situation apparaît également peu favorable pour le cancer du côlon-rectum mais aussi celui du poumon.

Répartition par âge des principaux cancers découverts en 2008-2010, en Aquitaine (en nombre)



Source : InVS – Exploitation : ORS Aquitaine

* cancers de l'ovaire, du corps et col de l'utérus

**UNE SITUATION DÉFAVORABLE POUR
LE CANCER DU CÔLON-RECTUM (GIRONDE ET LANDES)
ET, CHEZ LES FEMMES, DU POUMON (GIRONDE ET
PYRÉNÉES-ATLANTIQUES), ET DE L'UTÉRUS (LOT-ET-GARONNE)**

Des données d'incidence de 13 cancers sont disponibles à l'échelle des départements. Il s'agit de nombres et de rapports standardisés d'incidence (ou indice comparatif d'incidence) pour la période 2008-2010. Globalement, les incidences des départements d'Aquitaine sont proches de la moyenne nationale. Quelques situations s'en distinguent cependant.

Les sur-incidences concernent les cancers :

- ▶ du côlon-rectum : les hommes et femmes de Gironde, les hommes des Landes ;
- ▶ du poumon : les femmes de Gironde et Pyrénées-Atlantiques ;
- ▶ du col et corps de l'utérus : les femmes du Lot-et-Garonne.

Les sous-incidences marquées (- 20 %) concernent les cancers :

- ▶ du larynx chez les hommes de Dordogne ;
- ▶ de la bouche-lèvre-pharynx chez les hommes du Lot-et-Garonne et des Pyrénées-Atlantiques ;
- ▶ de l'œsophage et le lymphome malin non hodgkinien chez les hommes du Lot-et-Garonne ;
- ▶ de l'ovaire pour les Landaises.

**Nombres estimés de cas incidents de cancer en 2008-2010 et rapport standardisé d'incidence (SIR)
pour une valeur 100 en France**

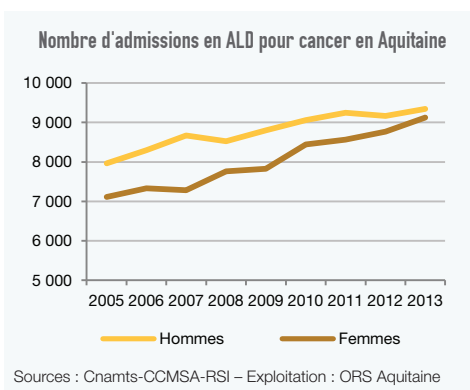
	Hommes		Femmes			Hommes		Femmes	
	nombre	SIR	nombre	SIR		nombre	SIR	nombre	SIR
Côlon-rectum					Poumon				
Dordogne	227	110	177	106	Dordogne	202	86	69	88
Gironde	564	111	489	112	Gironde	625	104	249	116
Landes	202	121	145	107	Landes	167	86	60	91
Lot-et-Garonne	141	91	115	93	Lot-et-Garonne	175	99	57	97
Pyrénées-Atlantiques	279	101	232	99	Pyrénées-Atlantiques	304	96	126	113
Lèvre, bouche, pharynx					Larynx				
Dordogne	68	84	17	76	Dordogne	20	76	-	-
Gironde	198	88	68	104	Gironde	65	94	-	-
Landes	63	120	16	85	Landes	23	100	-	-
Lot-et-Garonne	41	67	16	96	Lot-et-Garonne	20	101	-	-
Pyrénées-Atlantiques	83	73	36	110	Pyrénées-Atlantiques	41	114	-	-
Prostate					Sein				
Dordogne	485	104	-	-	Dordogne	-	-	357	89
Gironde	1055	92	-	-	Gironde	-	-	1125	97
Landes	317	83	-	-	Landes	-	-	329	96
Lot-et-Garonne	352	102	-	-	Lot-et-Garonne	-	-	266	88
Pyrénées-Atlantiques	604	98	-	-	Pyrénées-Atlantiques	-	-	542	93
Testicule					Col utérus				
Dordogne	12	108	-	-	Dordogne	-	-	23	100
Gironde	45	99	-	-	Gironde	-	-	68	96
Landes	11	103	-	-	Landes	-	-	22	110
Lot-et-Garonne	8	81	-	-	Lot-et-Garonne	-	-	21	121
Pyrénées-Atlantiques	21	109	-	-	Pyrénées-Atlantiques	-	-	30	87
Œsophage					Corps utérus				
Dordogne	28	83	-	-	Dordogne	-	-	53	94
Gironde	77	90	-	-	Gironde	-	-	144	95
Landes	27	98	-	-	Landes	-	-	49	104
Lot-et-Garonne	18	72	-	-	Lot-et-Garonne	-	-	51	119
Pyrénées-Atlantiques	44	97	-	-	Pyrénées-Atlantiques	-	-	85	106
Vessie					Ovaire				
Dordogne	-	-	19	98	Dordogne	-	-	34	90
Gironde	-	-	55	110	Gironde	-	-	98	93
Landes	-	-	17	109	Landes	-	-	24	74
Lot-et-Garonne	-	-	11	76	Lot-et-Garonne	-	-	25	86
Pyrénées-Atlantiques	-	-	27	100	Pyrénées-Atlantiques	-	-	52	95
Lymphome malin non hodgkinien					<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">xxx</div> différence significative en plus ou en moins à la valeur France = 100				
Dordogne	61	108	-	-					
Gironde	157	107	-	-					
Landes	46	98	-	-					
Lot-et-Garonne	33	77	-	-					
Pyrénées-Atlantiques	73	95	-	-					

Source : InVS

Les admissions en affections de longue durée pour un cancer

**18 000 AQUITAINS ADMIS EN 2013
DANS LE DISPOSITIF DES ALD
POUR LE TRAITEMENT D'UN CANCER**

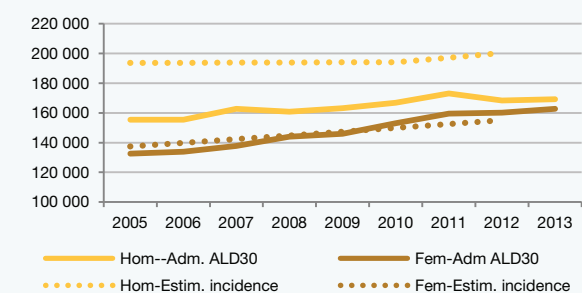
Au cours de la période 2005-2013, le nombre d'Aquitains admis en affection de longue durée pour le traitement d'un cancer est passé de 15 100 à près de 18 500. La progression a concerné les deux sexes mais elle est plus forte chez les femmes (+ 28 % contre + 17 %) et se traduit aujourd'hui par un nombre comparable d'admissions chez les hommes et les femmes. Cette évolution est également observée à l'échelle nationale.



**UN ÉCART IMPORTANT ENTRE L'ESTIMATION
DES NOUVEAUX CAS DE CANCER ET LES ADMISSIONS
EN ALD POUR UN CANCER CHEZ LES HOMMES**

À l'échelle nationale, le volume d'admissions en ALD pour le traitement d'un cancer est comparable à l'estimation du nombre de personnes découvrant leur cancer chez les

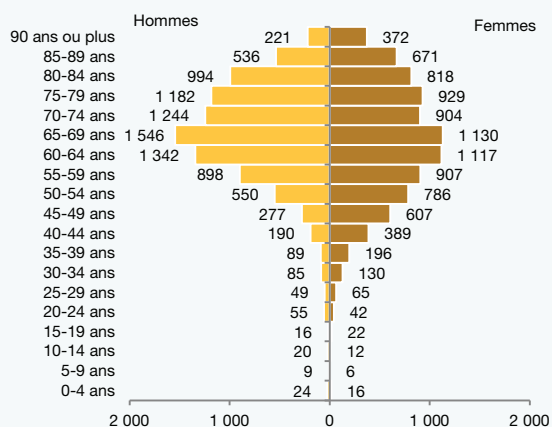
Nombre d'admissions en ALD - Cancer et de nouveaux cas de cancer en France



femmes alors qu'il lui est nettement inférieur chez les hommes (- 30 %). Cette particularité s'observe également en comparant les admissions en ALD pour cancer et les nouveaux cas de cancer du registre général pour la Gironde. Il est important de garder à l'esprit que les admissions en ALD ne correspondent pas à la totalité des personnes commençant un traitement anticancéreux.

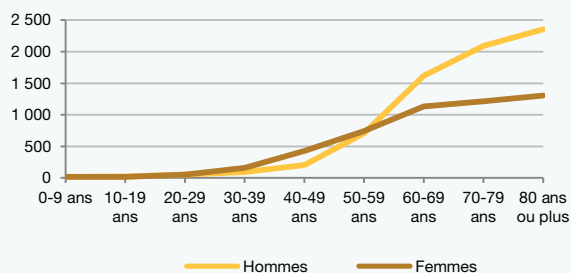
LA MOITIÉ DES ADMISSIONS EN ALD POUR CANCER ENTRE 60 ET 79 ANS

Nombre d'admissions d'Aquitains en ALD - Cancer en 2013



Sources : Cnamts-CCMSA-RSI – Exploitation : ORS Aquitaine

Nombre d'admissions en ALD - Cancer selon l'âge en Aquitaine en 2011-2013 (pour 100 000)



Sources : Cnamts-CCMSA-RSI, Insee – Exploitation : ORS Aquitaine

Dès leur plus jeune âge, certains enfants entrent dans le régime des affections de longue durée pour le traitement d'un cancer. C'est le cas en 2013 de 40 jeunes Aquitains de moins de cinq ans. Le nombre d'admissions reste faible jusqu'à 20 ans (125 admissions) puis augmente avec l'âge : 200 entre 20 et 29 ans, 500 entre 30 et 39 ans, 1 500 entre 40 et 49 ans, 3 000 dans les dix générations suivantes, puis 9 400 soit la moitié de l'ensemble des admissions en ALD pour cancer entre 60 et 79 ans. Le nombre décroît autour de 70 ans mais reste élevé.

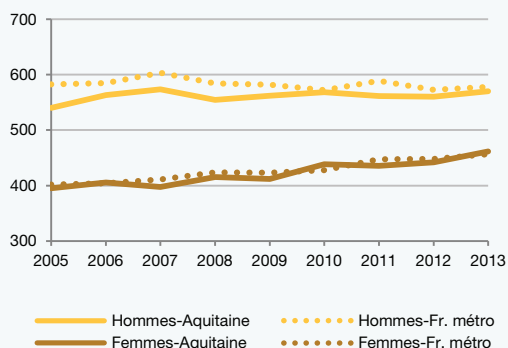
Les femmes entrées en ALD pour un cancer en 2013 étaient plus jeunes que les hommes. Un tiers d'entre elles avaient moins de 60 ans contre un quart des hommes.

Le taux d'admissions en ALD pour cancer progresse sans discontinuer avec l'âge. D'environ 20 admissions pour 100 000 personnes avant 20 ans, il atteint 2 350 à 80 ans ou plus chez les hommes et 1 300 chez les femmes. Jusqu'à 40 ans, les taux masculins et féminins sont proches. Les taux féminins sont deux fois plus élevés que ceux des hommes entre 40 et 59 ans, puis la tendance s'inverse avec la forte croissance des taux masculins.

LES TAUX STANDARDISÉS AQUITAINS D'ADMISSIONS EN ALD - CANCER COMPARABLES AUX VALEURS NATIONALES

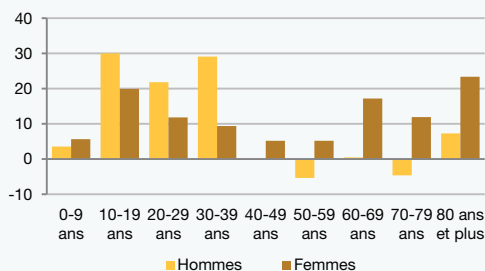
Les taux standardisés d'admission en ALD - Cancer sont comparables aussi bien chez les hommes que les femmes aux valeurs nationales. Ils s'établissent à 570,1 admissions pour 100 000 hommes et 461,8 pour 100 000 femmes.

Taux standardisés d'admission en ALD - Cancer (pour 100 000)



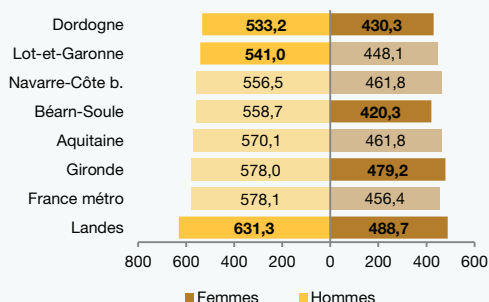
Sources : Cnamts-CCMSA-RSI, Insee – Exploitation : ORS Aquitaine

Pourcentage d'évolution des taux d'admission en ALD - Cancer entre 2005-2007 et 2011-2013 en Aquitaine (pour 100)



Sources : Cnamts-CCMSA-RSI, Insee – Exploitation : ORS Aquitaine

Taux standardisés d'admission en ALD - Cancer en 2013 (pour 100 000)



Sources : Cnamts-CCMSA-RSI, Insee – Exploitation : ORS Aquitaine
* Classement sur les taux masculins
En gras et foncé : écart significatif à la valeur France métropolitaine (seuil 5 %)

Après avoir augmenté entre 2005 et 2007, le taux standardisé masculin d'admissions en ALD - Cancer reste stable au cours des cinq dernières années, en Aquitaine comme en France. Chez les femmes, il progresse sur toute la période 2005-2013. Depuis 2010 chez les hommes et sur toute la période chez les femmes, taux aquitains et nationaux présentent des valeurs très proches.

Entre 2005-2007 et 2011-2013, les taux féminins ont augmenté à tous les âges, de façon plus marquée entre 10 et 39 ans et après 60 ans. Chez les hommes, l'augmentation des taux est très forte chez ceux de 10 à 39 ans. Les taux restent stables voire diminuent entre 40 et 79 ans.

À l'échelle des territoires de santé, les Landes présentent un taux standardisé d'admission en ALD - Cancer au dessus de la moyenne nationale pour les hommes et les femmes alors que la Dordogne présente un taux inférieur pour les deux sexes. D'autres territoires présentent des taux inférieurs à la valeur nationale, le Lot-et-Garonne pour les hommes, le Béarn-Soule pour les femmes, alors que le taux concernant les femmes de Gironde se situe au dessus. Dans tous les cas, les écarts, significatifs au sens statistique, restent inférieurs à 10%.

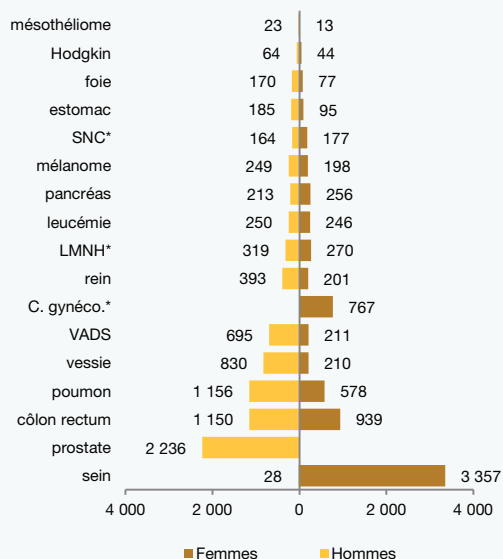
Nombre d'admissions en ALD - Cancer en 2013

	Hommes	Femmes	Ensemble
Dordogne	1 353	1 234	2 587
Gironde	3 766	3 894	7 660
Landes	1 316	1 197	2 513
Lot-et-Garonne	1 017	957	1 974
Béarn-Soule	1 086	977	2 063
Navarre-Côte basque	797	857	1 654
Aquitaine*	9 341	9 123	18 464
France métr.	165 782	159 798	325 580

Sources : Cnamts-CCMSA-RSI (OR2S) – Exploitation : ORS Aquitaine

* y compris les territoires de santé non renseignés (13 admissions)

Nombre d'admissions en ALD - Cancer
selon la localisation cancéreuse en Aquitaine en 2013



Sources : Cnamts-CCMSA-RSI – Exploitation : ORS Aquitaine

* LMNH : lymphome malin non hodgkinien, SNC : système nerveux central, C. gynéco : ovaire et utérus, VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage)

Quatre localisations sont à l'origine de la moitié des personnes admises en ALD pour un cancer : le sein, la prostate, le côlon-rectum et le poumon. Chez les hommes, les admissions pour le traitement du cancer de la vessie et des VADS sont également nombreuses ; chez les femmes, ce sont les cancers gynécologiques. Il s'agit de personnes admises au régime des affections de longue durée, qui ne correspondent pas à l'ensemble des personnes soignées pour un cancer, notamment pour les hommes.

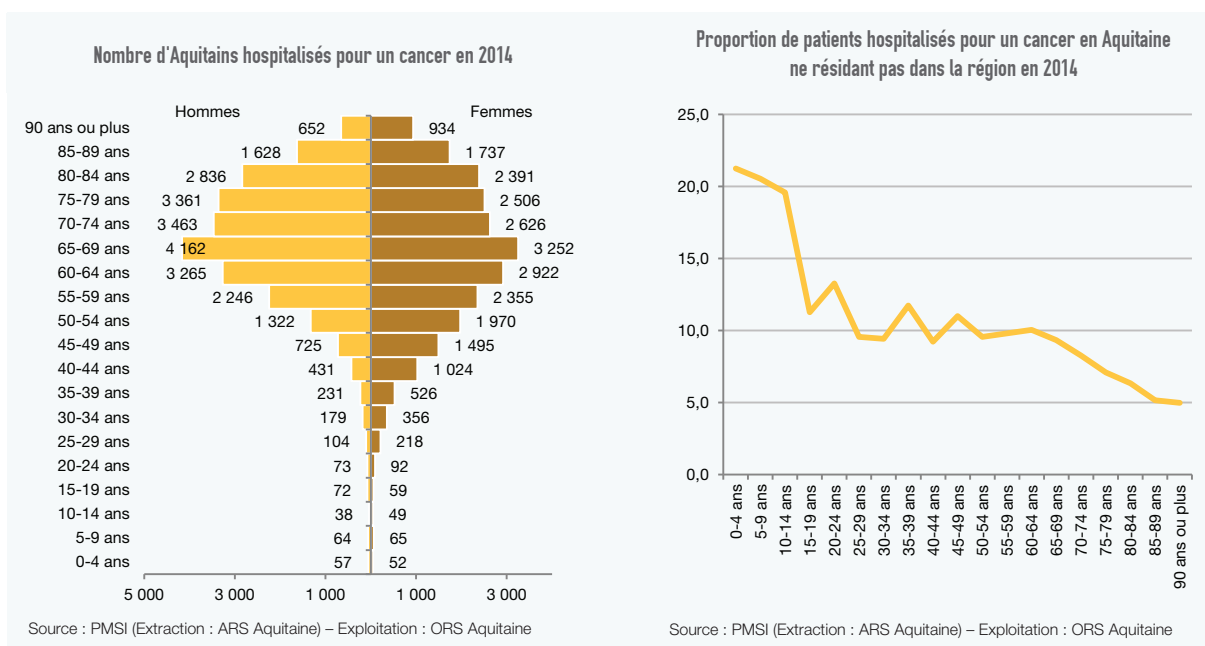
Les personnes hospitalisées au moins 24 heures pour la prise en charge d'un cancer en 2014¹

Les personnes prises en compte dans les données ci-dessous ont fait au moins un séjour hospitalier d'une durée minimale de 24 heures en 2014 pour la prise en charge d'un cancer.

47 500 AQUITAINS HOSPITALISÉS POUR UN CANCER EN 2014

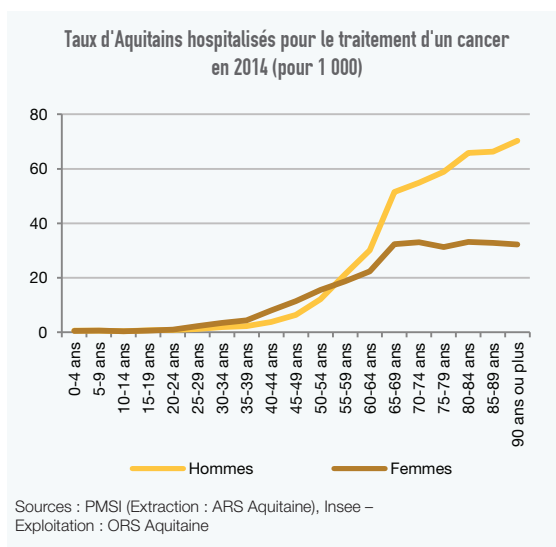
En 2014, près de 47 500 Aquitains ont fait au moins un séjour hospitalier pour le traitement d'un cancer, dont 24 900 hommes et 22 600 femmes. Parmi eux, on compte 27 bébés de moins d'un an et 500 jeunes de moins de 20 ans qui représentent 1 % de l'ensemble des personnes hospitalisées pour un cancer. C'est entre 60 et 75 ans que le nombre de patients est le plus élevé, 18 900 personnes soit 40 % de l'ensemble.

Les établissements aquitains ont également pris en charge 4 500 patients résidant dans d'autres régions que l'Aquitaine (8,6 %). L'attractivité de la région varie selon l'âge des patients. En effet, 20 % des enfants de moins de 15 ans résident hors d'Aquitaine, environ 10 % des patients de 15 à 69 ans et 5 % après 85 ans.



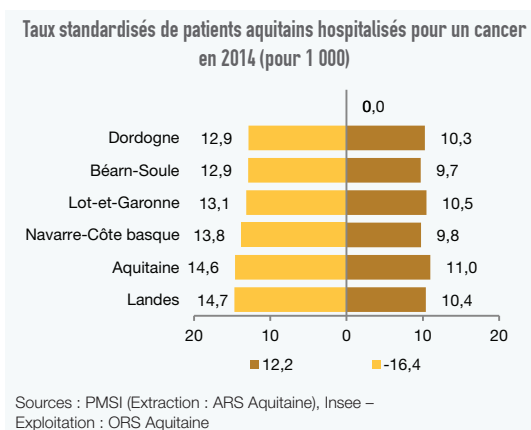
¹ Les données d'hospitalisation sont extraites par l'ARS et ne comprennent pas d'éléments de comparaison à l'échelle nationale

Les taux de patients hospitalisés augmentent sans discontinuer avec l'âge chez les hommes et les femmes. Entre 25 et 60 ans, les taux féminins sont supérieurs aux taux masculins, près de deux fois plus élevés jusqu'à 55 ans. Passé 60 ans, c'est l'inverse et l'écart se creuse après 75 ans. Les taux se stabilisent après 65 ans chez les femmes alors qu'ils continuent à progresser chez les hommes, beaucoup moins fortement cependant qu'entre 35 et 65 ans.



DES TAUX DE PATIENTS HOSPITALISÉS PLUS ÉLEVÉS EN GIRONDE

À l'échelle des territoires de santé, les taux standardisés de patients hospitalisés pour un cancer se situent entre 12,9 et 16,4 pour 1 000 chez les hommes et entre 9,7 et 12,2 chez les femmes. Par rapport aux taux aquitains de 14,6 pour les hommes et



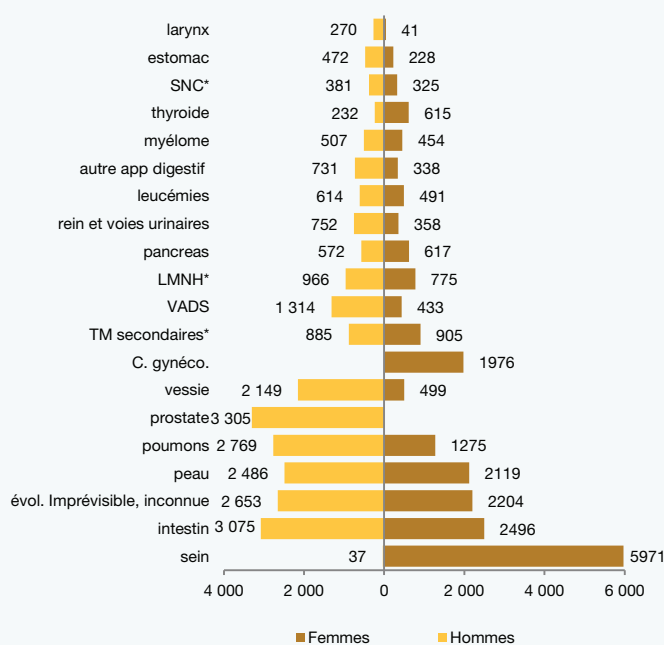
pour les femmes, les taux standardisés sont plus élevés en Gironde et plus faibles dans les autres territoires, si ce n'est le taux masculin dans les Landes identique à la valeur régionale.

Le « sur ou sous recours à l'hospitalisation » s'observe à tous les âges mais c'est chez les jeunes de moins de 20 ans que les écarts sont les plus importants entre territoires. L'explication est à rattacher aux faibles effectifs d'enfants nécessitant des soins pour un cancer, à l'origine de fluctuations des taux.

PRÈS DE 4 % DES PATIENTS HOSPITALISÉS CONCERNÉS PAR LE TRAITEMENT D'UN CANCER MÉTASTATIQUE

Si les localisations cancéreuses à l'origine des plus grands effectifs d'admissions en ALD (sein, intestin, poumon, prostate) figurent parmi les premières localisations à l'origine des hospitalisations, leur poids (40 %) y est moins élevé. D'autres localisations occupent une place dominante, notamment les cancers de la peau et les « tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue », ces dernières pouvant affecter différents organes (cavité buccale, oreille moyenne, organes digestifs, génitaux, urinaires, cerveau, glandes endocrines...). Ces données d'hospitalisation permettent également de mettre en évidence le nombre de personnes hospitalisées pour une tumeur métastatique. Au nombre de 1 800, les personnes concernées représentent 3,8 % de l'ensemble des patients hospitalisés dans l'année pour un cancer.

Nombre d'Aquitains pris en charge à l'hôpital selon la localisation cancéreuse en 2014



Source : PMSI (Extraction : ARS Aquitaine) – Exploitation : ORS Aquitaine

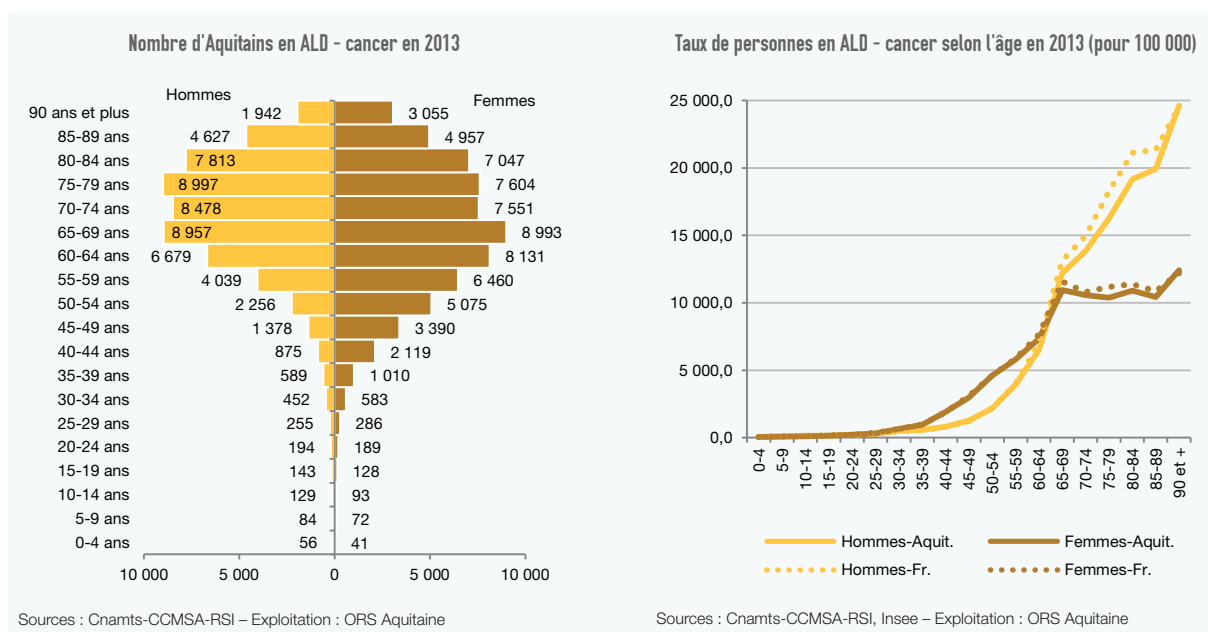
* SNC : système nerveux central, LMNH : lymphome malin non hodgkinien, VADS : voies aéro-digestives supérieures, TM secondaires : tumeur maligne métastatique

Les personnes en affections de longue durée pour un cancer

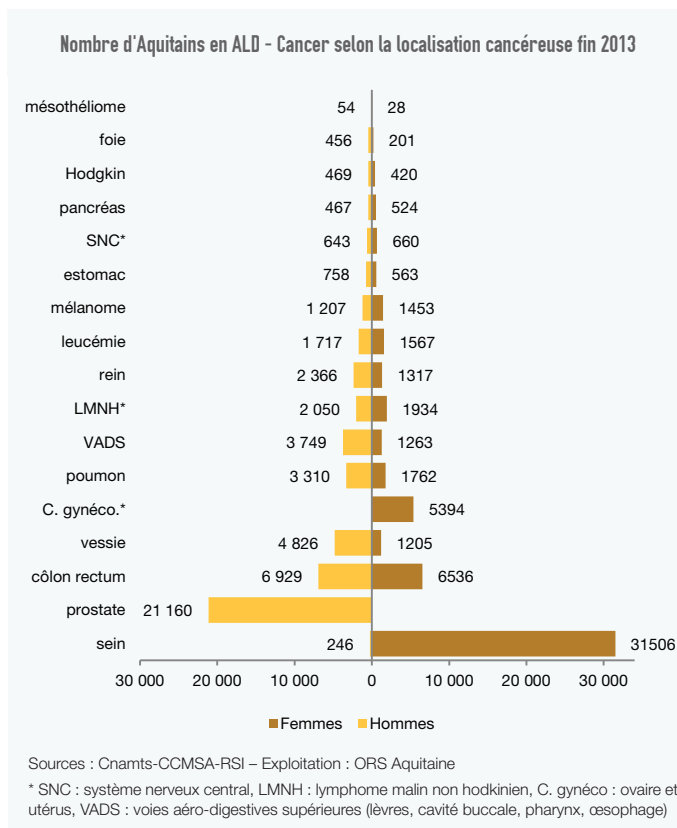
PRÈS DE 125 000 AQUITAINS EN ALD POUR LE TRAITEMENT D'UN CANCER FIN 2013

Fin 2013, 124 700 Aquitains sont bénéficiaires d'une exonération du ticket modérateur pour le traitement d'un cancer, dont 58 000 hommes et 66 700 femmes. Environ 15 % d'entre eux ont été admis en ALD – cancer durant l'année. La courbe des taux selon l'âge a une silhouette comparable à celle des admissions en ALD pour cancer mais les taux sont environ dix fois élevés.

L'âge moyen des personnes en ALD pour le traitement d'un cancer est de 70,2 ans chez les hommes et 67,6 chez les femmes, soit un âge supérieur de 2,7 ans à celui des hommes admis au cours de l'année en ALD - cancer et 2 ans chez les femmes



Les cancers du sein, de la prostate et du côlon-rectum sont dominants parmi les personnes en ALD pour un cancer comme pour les personnes admises dans l'année. Par contre, le poumon occupe pour les personnes en ALD quelle que soit la date de leur admission la 7^e place après la vessie et les cancers gynécologiques. Viennent ensuite les lymphomes malins non hodgkiniens, les cancers du rein et les leucémies.



Pour la plupart des localisations, le nombre de personnes en ALD - cancer rapporté au nombre d'admissions est plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Il s'établit globalement à 7,3 pour les femmes et 6,2 pour les hommes. Cela peut être lié à des durées de traitement plus élevées chez les femmes, les maintenant plus longtemps dans ce dispositif, à des taux de survie plus élevés à relier à des dépistages plus précoces. Le défaut d'admission en ALD pour cancer chez les hommes par rapport aux nombres de diagnostics de cancer est un biais.

L'ensemble des décès par cancer

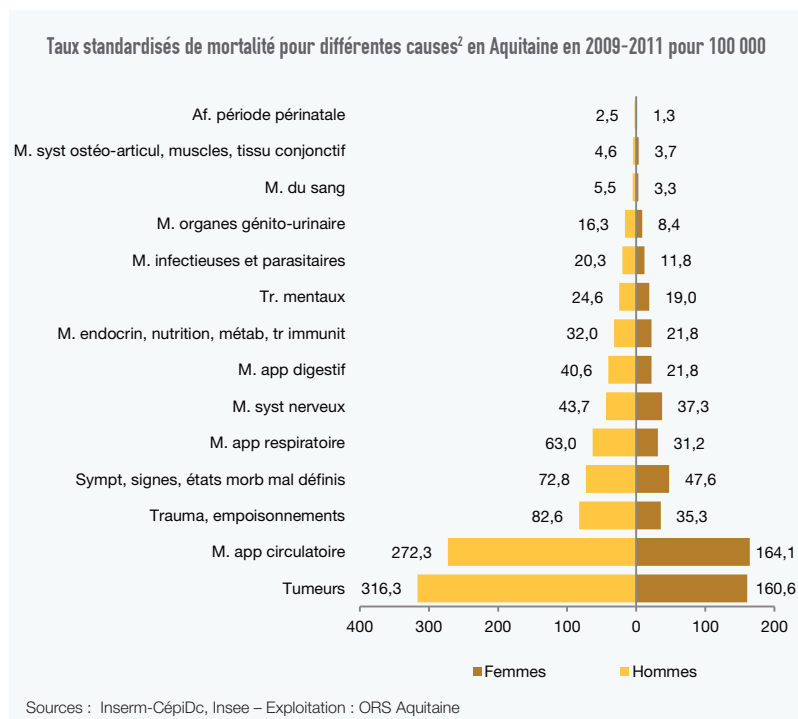
LES CANCERS, PREMIÈRE CAUSE DE MORTALITÉ

CHEZ LES HOMMES, DEUXIÈME CHEZ LES FEMMES

Au cours de la période 2009-2011, le cancer est la cause de 8 582 décès d'Aquitains, soit plus d'un quart de l'ensemble des décès. Le nombre et la part de décès dus aux cancers sont plus élevés chez les hommes : 5 013 décès soit 32,0 %, que les femmes : 3 569 décès soit 23,4 %.

Le taux standardisé de mortalité par cancer est deux fois plus élevé chez les hommes (309,8 pour 100 000) que chez les femmes (159,6). La mortalité par cancer est la première cause de mortalité chez les hommes devant les maladies de l'appareil circulatoire. Chez les femmes, ces deux grandes causes de mortalité sont équivalentes.

La mortalité par cancer des Aquitains est plus faible que celle de l'ensemble des Français, aussi bien chez les hommes que les femmes. L'Aquitaine appartient au groupe de régions métropolitaines présentant une sous mortalité significative par cancer (6^e rang chez les hommes et 5^e chez les femmes).



L'Aquitaine fait partie des régions présentant également une mortalité générale inférieure à la moyenne nationale. Cette sous mortalité se retrouve pour d'autres causes (appareil digestif, respiratoire, génito-urinaire, troubles mentaux, système nerveux). Il existe une surmortalité masculine par maladies de l'appareil circulatoire.

² Les tumeurs comprennent les tumeurs malignes (cancers), les tumeurs in situ, les tumeurs bénignes et celles à évolution imprévisible ou inconnue. Le taux standardisé est différent de celui qui sera présenté dans la suite du document centré sur les cancers.

LES CANCERS, UN POIDS ÉLEVÉ DANS LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE

Le poids des cancers dans la mortalité survenant avant 65 ans ou mortalité prématurée est très important : 42,9 %. Au nombre de 1 469 chez les hommes et 892 chez les femmes, les décès prématurés par cancer représentent 39,2 % des décès prématurés masculins et 50,7 % chez les femmes. Le poids des cancers dans la mortalité générale est également très important chez les personnes de 65-79 ans.

Nombre annuel moyen de décès par cancer, selon le sexe et l'âge, en Aquitaine en 2009-2011

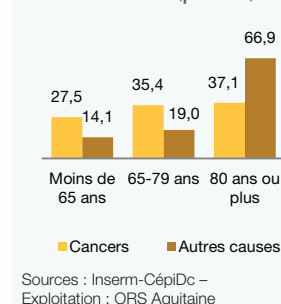
	Moins de 65 ans	65-79 ans	80 ans ou plus	Total
Hommes	1 469	1 900	1 644	5 013
Femmes	892	1 136	1 541	3 569
Ensemble	2 361	3 036	3 185	8 582
% dans l'ensemble des décès toutes causes	42,9	41,7	17,6	27,8

Sources : Inserm-CépiDc – Exploitation : ORS Aquitaine

Les personnes qui décèdent d'un cancer sont plus jeunes que celles qui décèdent d'une autre cause. Plus d'un quart des morts d'un cancer ont moins de 65 ans (14 % des morts d'autres causes), un tiers ont entre 65 et 79 ans (19 % des autres décès) et 37 % ont au moins 80 ans (les deux tiers des autres décès).

Dix ans plus tôt, la part des décès par cancer de personnes de 65-79 ans était plus élevée (44%) et celle des personnes d'au moins 80 ans plus faible (30 %).

Répartition des décès par cancer et par autres causes selon l'âge en Aquitaine en 2009-2011 (pour 100)



LA MORTALITÉ PRÉMATURÉE AQUITAINE COMPARABLE À LA MOYENNE NATIONALE

La mortalité prématurée par cancer régionale ne présente pas de différence significative avec celle de l'ensemble des Français. Six régions métropolitaines chez les hommes et cinq chez les femmes présentent une sous mortalité prématurée par cancer.

La surmortalité masculine par cancer est moins marquée chez les moins de 65 ans. Le taux standardisé masculin : 98,7 pour 100 000 personnes est 1,7 fois supérieur au taux féminin : 57,2.

LA MORTALITÉ PAR CANCER A DIMINUÉ

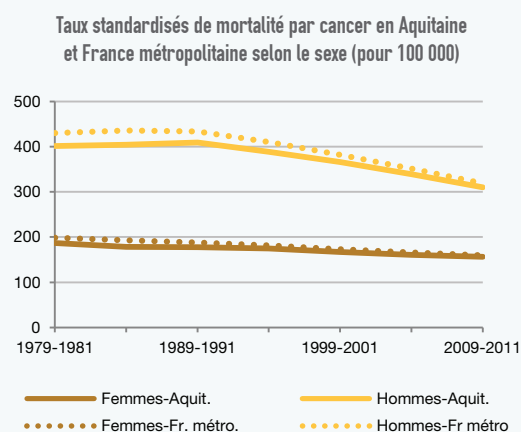
Au cours des 30 dernières années, le taux standardisé masculin a baissé de 23 %, passant de 401,3 en 1979-1981 à 308,9 décès pour 100 000 hommes en 2009-2011. La baisse a démarré au tournant des années 1990 et a accéléré au cours de la période décennale récente.

Le taux standardisé féminin a diminué de manière moins importante (-16 %), passant de 186,8 à 156,5 décès pour 100 000 femmes. La diminution est plus ancienne que chez les hommes mais ne présente pas d'accélération sur la période récente. Les mêmes évolutions sont observées à l'échelle nationale.

La mortalité prématurée par cancer a suivi des tendances comparables.

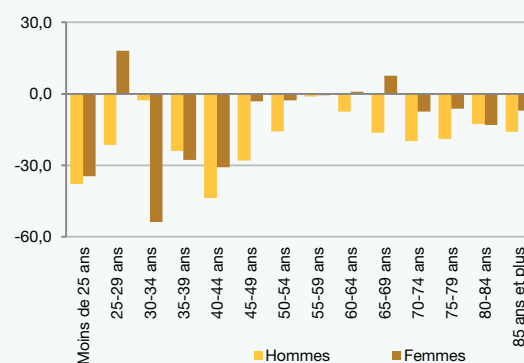
Au cours des dix dernières années entre 1999-2001 et 2009-2011, la baisse de la mortalité n'est pas uniforme selon les groupes d'âge. Elle est la plus marquée entre 35 et 49 ans et avant 30 ans chez les hommes (-20 à -40 %). Chez les femmes, la baisse est d'environ 20 - 40 % entre 30 et 45 ans alors que la mortalité a augmenté à 25-29 ans. Aux autres âges, elle reste stationnaire.

Ces évolutions ont affecté les mêmes classes d'âge dans la région et en France.



Sources : Inserm-CépiDc, Insee – Exploitation : ORS Aquitaine

Pourcentage d'évolution des taux de mortalité par cancer selon l'âge entre 1999-2001 et 2009-2011 en Aquitaine



Sources : Inserm-CépiDc, Insee – Exploitation : ORS Aquitaine

UNE DIMINUTION DE LA MORTALITÉ PAR CANCER MOINS MARQUÉE DANS LES LANDES QUE DANS LES AUTRES TERRITOIRES DE SANTÉ

À l'échelle des territoires de santé, la mortalité par cancer présente peu d'écart par rapport à la moyenne nationale. Chez les hommes, le territoire du Lot-et-Garonne présente cependant une mortalité inférieure de 12 % à celle de la France, celui de Gironde de 5 %. Chez les femmes, les territoires de Dordogne et Béarn-Soule présentent une sous-mortalité de 6 %.

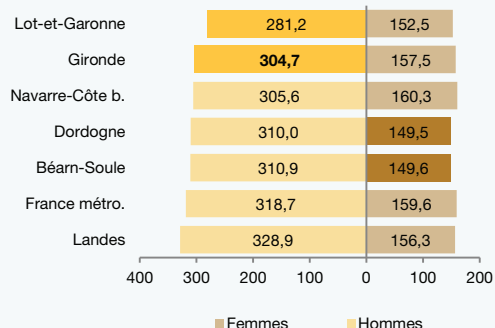
Au cours de la période entre 1989-1991 et 2009-2011, la baisse de la mortalité est homogène chez les hommes dans cinq territoires. Elle apparaît moins marquée dans les Landes, territoire présentant la plus forte mortalité de la région sur la période. Chez les femmes, la mortalité a également diminué dans tous les territoires mais cette baisse est peu marquée dans les Landes et la Navarre-Côte basque.

Nombre annuel moyen de décès par cancer, selon le sexe et l'âge, en Aquitaine en 2009-2011

	Hommes	Femmes	Ensemble
Dordogne	798	532	1 330
Gironde	1 946	1 440	3 386
Landes	681	447	1 128
Lot-et-Garonne	541	396	937
Béarn-Soule	604	405	1 009
Navarre-Côte basque	443	349	792
Aquitaine	5 013	3 569	8 582

Sources : Inserm-CépiDc – Exploitation : ORS Aquitaine

Taux standardisés de mortalité par cancer dans les territoires de santé aquitains en 2009-2011* (pour 100 000)

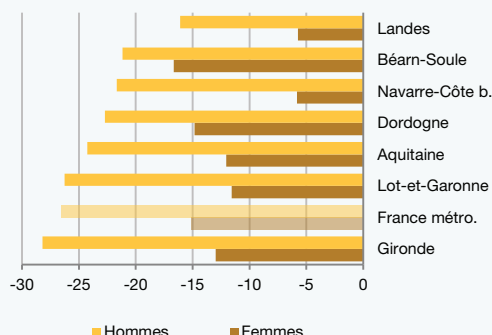


Sources : Inserm-CépiDc, Insee – Exploitation : ORS Aquitaine

* Classement sur les taux masculins

En gras et foncé : écart significatif à la valeur France métropolitaine (seuil 5 %)

Pourcentage d'évolution des taux standardisés de mortalité par cancer entre 1989-91 et 2009-11*



Sources : Inserm-CépiDc, Insee – Exploitation : ORS Aquitaine

* Classement sur les taux masculins

Les décès selon la localisation cancéreuse

UN CANCER PRÉDOMINANT CHEZ LES HOMMES :

POUMON

Chez les hommes, les cancers à l'origine du plus grand nombre de décès sont ceux de la trachée, bronche et poumon (1 260 décès annuels), devant ceux de l'intestin (585) et de la prostate (496). Ces trois localisations constituent près de la moitié des décès par cancer masculins. La proportion de décès prématurés est très élevée pour les cancers du poumon (41,9 %), devant ceux de l'intestin (18,8 %) et ceux de la prostate (5,8 %).

Huit autres localisations sont à l'origine de 100 à 200 décès chaque année. Il s'agit des cancers de la sphère digestive : estomac, œsophage, lèvre, bouche, pharynx, de la sphère uro-génitale : vessie et rein, ceux du système lymphatique et sanguin : lymphome non hodgkinien et leucémies, et des cancers du cerveau.

TROIS CANCERS DOMINANTS CHEZ LES FEMMES :

SEIN, INTESTIN, POUMON

Chez les femmes, trois localisations sont à l'origine de 43 % des décès : cancer du sein (618 décès), de l'intestin (472) et du poumon (446). Un tiers des décès par cancer du sein sont prématurés et, comme chez les hommes, environ 40 % de ceux du poumon et 15% de ceux de l'intestin. Cinq localisations sont à l'origine de 100 à 200 décès chaque année, deux cancers du système génital : ovaire et utérus, ceux du système lymphatique et sanguin : leucémies et LMNH, et les cancers du cerveau.

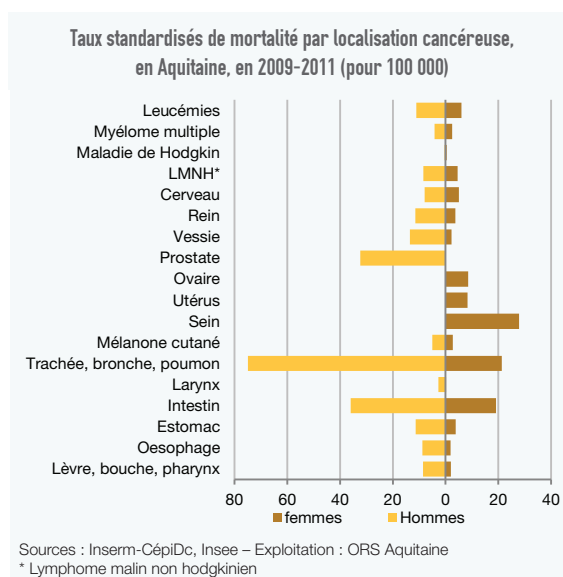
Nombre annuel moyen de décès, proportion de décès prématurés (pour 100) et taux standardisés (pour 100 000) de mortalité des principaux cancers en Aquitaine en 2009-2011

Localisations cancéreuses	Hommes			Femmes		
	nb	% décès prématurés	TSM	nb	% décès prématurés	TSM
Lèvre, bouche, pharynx	144	54,9	8,5	43	37,2	2,0
Œsophage	147	36,7	8,8	44	29,5	1,9
Estomac	183	25,7	11,3	92	18,5	3,8
Intestin	585	18,8	36,0	472	14,6	19,1
Larynx	47	48,9	2,8	6	50	0,2
Trachée, bronche, poumon	1260	41,9	74,9	446	43,9	21,3
Mélanome cutané	80	30	5,0	62	27,4	2,7
Sein	-	-	-	618	32,7	27,9
Utérus	-	-	-	183	27,9	8,3
Ovaire	-	-	-	191	25,7	8,6
Prostate	496	5,8	32,3	-	-	0,0
Vessie	214	15,4	13,5	60	5	2,3
Rein	188	28,2	11,5	89	19,1	3,7
Cerveau	134	47	7,9	106	35,8	5,1
LMNH*	138	21,7	8,4	110	14,5	4,5
Maladie de Hodgkin	7	42,9	0,4	9	55,6	0,4
Myélome multiple	68	16,2	4,2	64	10,9	2,5
Leucémies	176	18,8	11,1	146	14,4	6,0

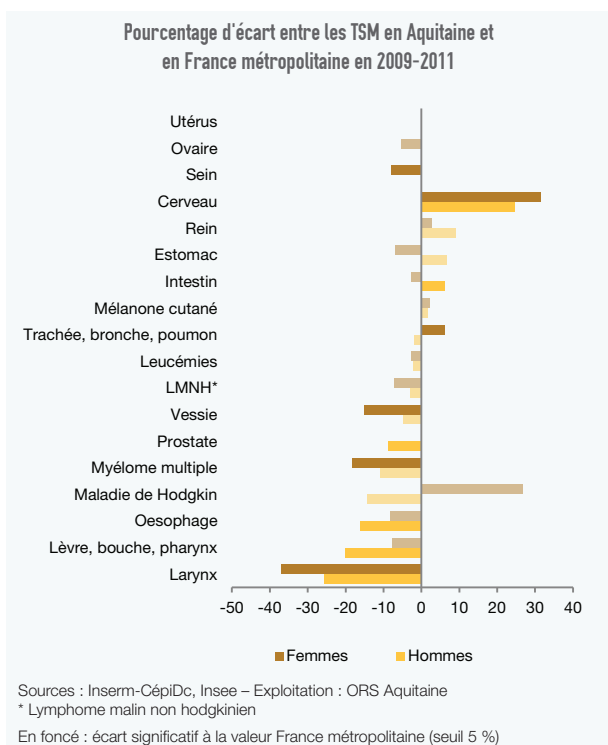
Sources : Inserm-CépiDc, Insee – Exploitation : ORS Aquitaine
* Lymphome malin non hodgkinien

DES ÉCARTS DE MORTALITÉ MASCULINE ET FÉMININE MOINS MARQUÉS POUR LES LMNH, LEUCÉMIES, CANCERS DU CERVEAU ET DE LA PEAU

Quelle que soit la localisation cancéreuse, la mortalité est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. L'écart est le plus important pour les localisations des systèmes digestif, respiratoire et urinaire. Il est le plus faible, inférieur à 2, pour les cancers du système lymphatique et sanguin, du cerveau, de la peau, pour lesquels les habitudes de vie et de consommation à risque sont moins associées.



UNE SUR-MORTALITÉ RÉGIONALE POUR TROIS LOCALISATIONS CANCÉREUSES



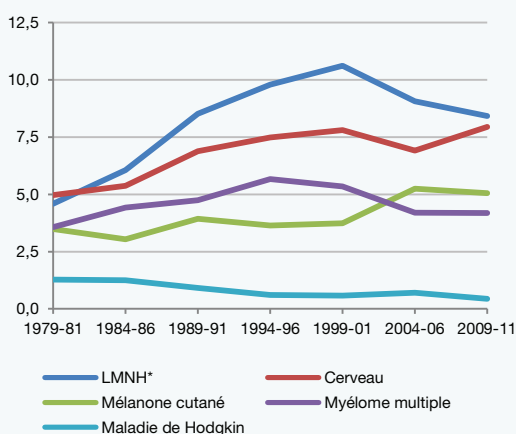
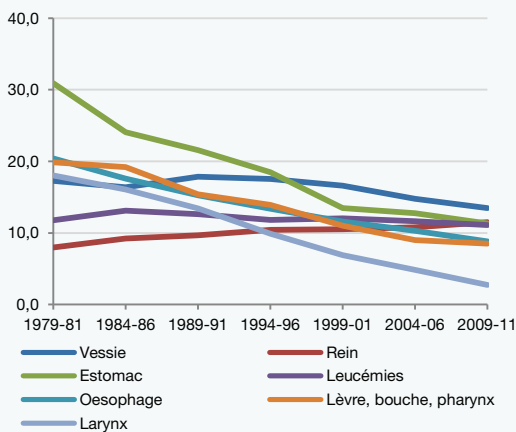
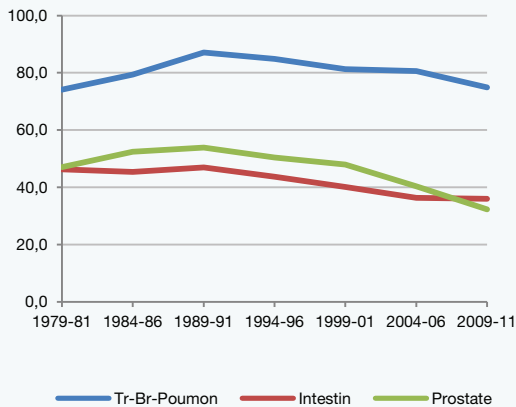
Pour la plupart des localisations cancéreuses, la mortalité aquitaine est inférieure à celle de France métropolitaine. Dans certains cas, les écarts entre les taux standardisés et / ou les effectifs de décès sont insuffisants pour engendrer un écart statistiquement significatif. Chez les hommes, la sous-mortalité régionale est significative concernant les cancers du larynx, de la lèvre-bouche-pharynx, de l'œsophage et de la prostate. Chez les femmes, elle est significative pour le larynx, le myélome multiple, la vessie, le sein. Il existe également une sur-mortalité régionale pour les cancers du cerveau chez les hommes et les femmes, pour le cancer de l'intestin chez les hommes, du poumon chez les femmes.

CHEZ LES HOMMES, DES ÉVOLUTIONS FAVORABLES POUR LA PLUPART DES CANCERS MAIS UNE PROGRESSION DE LA MORTALITÉ PAR CANCER DU REIN, DU CERVEAU, ET MÉLANOME CUTANÉ

Chez les hommes, la mortalité des trois principales localisations cancéreuses évolue favorablement depuis 20 ans. Les TSM diminuent en effet régulièrement depuis le début des années 1990, plus fortement pour le cancer de la prostate depuis 10 ans.

Quatre localisations, pour lesquelles les TSM se situent aujourd'hui autour de 10 décès pour 100 000 hommes, ont connu une très forte baisse au cours de la période. Il s'agit des cancers de l'estomac, de l'œsophage, de la lèvre-bouche-pharynx et de ceux du larynx. La diminution la plus remarquable concerne le cancer du larynx dont le TSM a été divisé par 6 en 30 ans, le taux étant passé sous la barre de 5 pour 100 000.

Évolution des taux standardisés (pour 100 000) de mortalité par cancer chez les hommes en Aquitaine



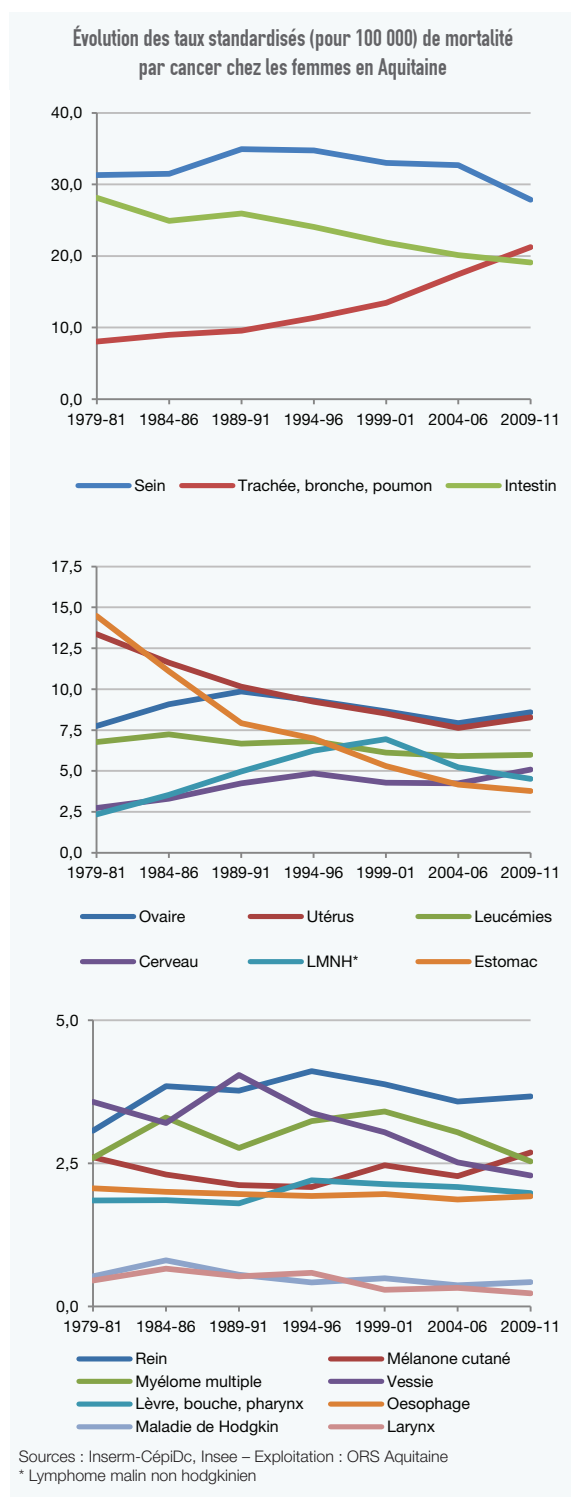
Sources : Inserm-CépiDc, Insee – Exploitation : ORS Aquitaine
* Lymphome malin non Hodgkinien

La mortalité due au cancer de la vessie a amorcé une diminution durant les années 1990 qui se confirme sur la période récente.

La mortalité due aux leucémies est restée stationnaire sur l'ensemble de la période, autour de 10 pour 100 000 alors que celle par cancer du rein augmente sur toute la période.

La mortalité relative à quatre autres localisations, à l'origine d'une mortalité qui reste en dessous de 10 pour 100 000 hommes, présente des évolutions moins favorables. Ces cancers sont à l'origine d'une mortalité qui a fortement augmenté sur au moins une partie de la période. Il s'agit des LMNH, des cancers du cerveau, des myélomes et du mélanome. Mais durant la dernière décennie, une baisse a concerné les trois premiers, le mélanome continuant de progresser ainsi que le cancer du cerveau.

CHEZ LES FEMMES, LA FORTE PROGRESSION DE LA MORTALITÉ PAR CANCER DU POUMON ET DE FAÇON MOINS MARQUÉE DE CELLE PAR CANCER DU CERVEAU ET DU MÉLANOME CUTANÉ



Chez les femmes, les évolutions de la mortalité due aux trois principaux cancers ne vont pas dans le même sens. La baisse de la mortalité par cancer du sein, amorcée dans les années 1990, s'accroît sur la dernière période. Celle due aux cancers de l'intestin est régulière sur l'ensemble de la période. Mais la mortalité par cancer du poumon augmente de façon continue.

Pour les six localisations à l'origine d'une mortalité comprise entre 5 et 10 pour 100 000 femmes, les évolutions diffèrent. Elles sont favorables et très marquées pour les cancers de l'estomac et de l'utérus même si pour cette dernière localisation une reprise est observée sur les années 2005-2010³. Les cancers de l'ovaire et les LMNH présentent des diminutions depuis les années 90 pour les premiers, les années 2000 pour les seconds. Les leucémies sont à l'origine d'une mortalité qui diminue faiblement alors que pour les cancers du cerveau, la mortalité augmente.

Parmi les huit localisations à l'origine de TSM compris entre 2 et 4 décès pour 100 000 femmes, la mortalité diminue pour une localisation : vessie, elle tend à diminuer pour le rein depuis le milieu des années 1990, elle reste stationnaire pour trois localisations : myélome multiple, lèvre-bouche-pharynx et œsophage. Elle présente une croissance depuis le milieu des années 1990 pour les mélanomes cutanés.

³ Cette évolution est observée en France pour le corps de l'utérus.

UNE SURMORTALITÉ PAR CANCER DE L'ENCÉPHALE CHEZ LES HOMMES ET LES FEMMES DES TROIS TERRITOIRES DU SUD AQUITAIN

Les écarts des taux standardisés de mortalité des territoires de santé à la moyenne nationale sont rarement importants. Pour la plupart des localisations, la situation du territoire est proche de la celle de la France. Il existe quelques situations de sur et de sous-mortalité par rapport à cette moyenne nationale.

Pour les hommes, une sous-mortalité existe dans le Lot-et-Garonne et la Dordogne pour le cancer du poumon, en Gironde pour le cancer de la prostate. La mortalité par cancer de la lèvre-bouche-pharynx est encore significativement inférieure à celle de la France dans cinq territoires, celle de Dordogne étant égale à la France. C'est aussi le cas du cancer de l'œsophage en Gironde et Lot-et-Garonne et des leucémies dans les Landes.

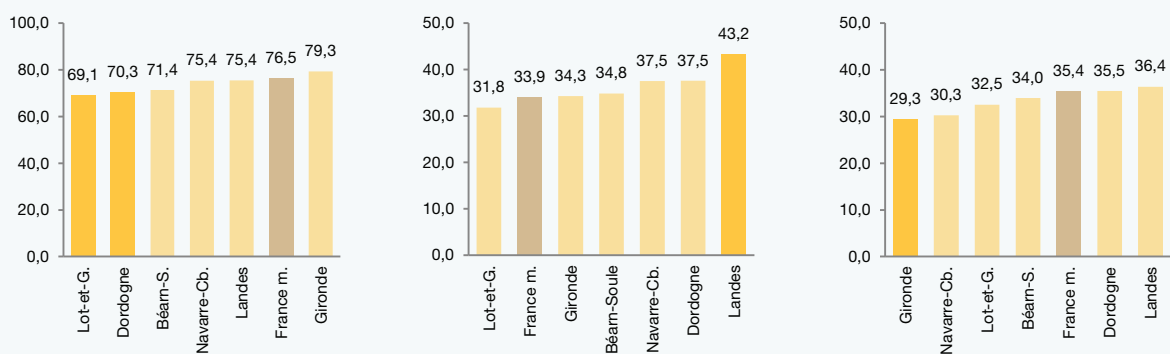
Des situations de sur-mortalité concernent le cancer de l'intestin et du rein dans les Landes et le cancer de l'encéphale dans les Landes et Béarn-Soule.

Pour les femmes, une sous-mortalité est observée pour le cancer du sein en Navarre-Côte basque, Dordogne et Béarn-Soule. Pour le cancer du poumon, le Béarn-Soule présente une sous-mortalité alors que Gironde et Navarre-Côte basque présentent une sur-mortalité.

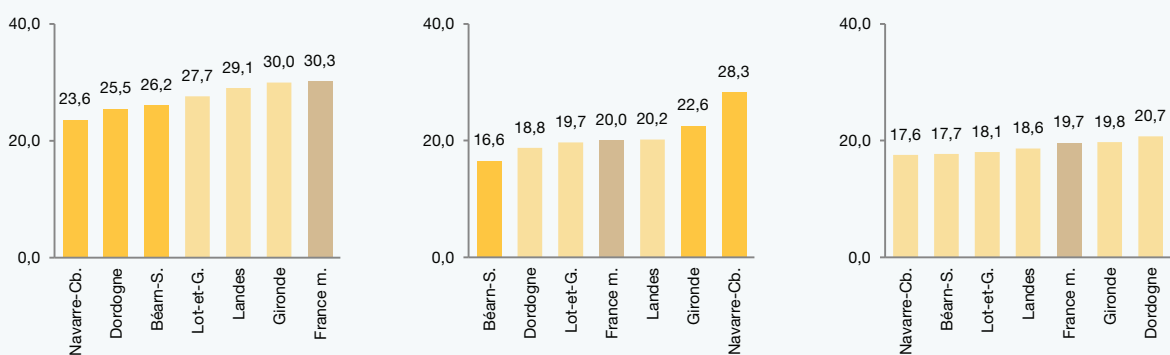
Dans trois territoires de santé, la mortalité due au cancer de l'encéphale est très au-dessus de la valeur nationale. Il s'agit des territoires des Landes, Béarn-Soule et Navarre-Côte basque.

Taux standardisés (pour 100 000) de mortalité en 2009-2011

► chez les hommes par cancer du poumon, de l'intestin, de la prostate



► chez les femmes par cancer du sein, du poumon et de l'intestin



Sources : Inserm-CépiDc, Insee – Exploitation : ORS Aquitaine

En orange foncé : écart significatif à la valeur France métropolitaine (seuil 5 %)

DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS

Le dépistage organisé est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer. L'intérêt du dépistage est de pouvoir ainsi détecter plus précocement un cancer, de mieux soigner le patient et de limiter la lourdeur des traitements et des séquelles éventuelles.

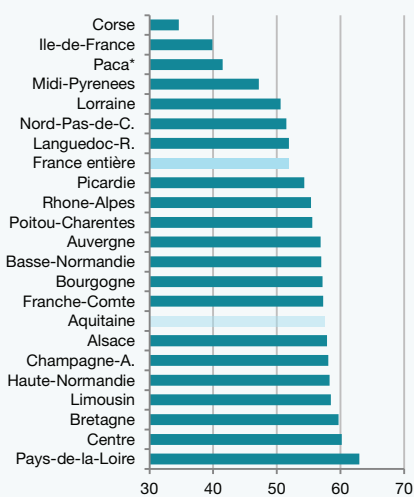
L'objectif d'un égal accès au dépistage sur l'ensemble du territoire et du bénéfice pour chaque personne de la même garantie de qualité et de prise en charge est un autre objectif des programmes de dépistage.

Deux programmes ont été mis en place en France, celui du cancer du sein et celui du cancer colorectal.

Le dépistage organisé du cancer du sein

UNE PARTICIPATION ÉLEVÉE AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN EN AQUITAINE

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein en 2013-2014 pour 100 femmes de 50-74 ans



Source : InVS – Exploitation : ORS Aquitaine

* Paca : Provence-Alpes-Côte d'Azur

Depuis le démarrage du dépistage organisé du cancer du sein, l'Aquitaine figure parmi les régions où la participation est la plus élevée. En 2013-2014, 302 609 femmes ont été dépistées, soit un taux de 57,9 %, supérieur au taux moyen national (51,9 %). La situation est favorable quel que soit l'âge des femmes. Le taux aquitain est resté stable depuis 2006-2007.

Des disparités existent entre les départements de la région. Deux territoires, le Lot-et-Garonne et les Landes, présentent tout au long de la période des taux élevés (63 % en 2013-2014). La participation dans les Pyrénées-Atlantiques, élevée en début de période, a diminué et atteint 58 % en 2013-2014.

En Gironde et Dordogne, la participation a progressé jusqu'en 2010 mais reste en 2013-2014 de l'ordre de 55 %.

Le dépistage organisé du cancer colorectal

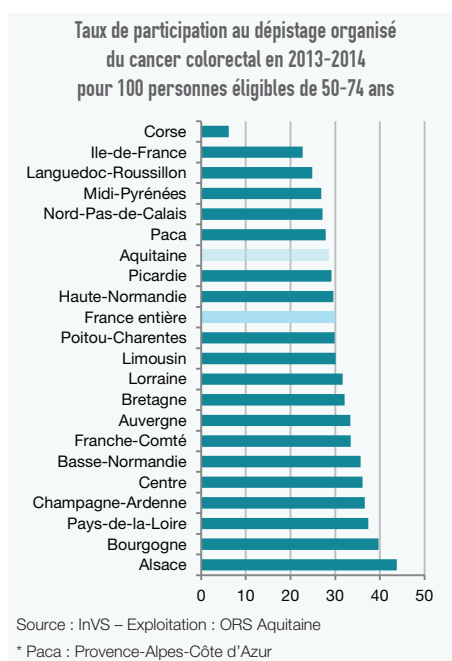
... MAIS UNE PARTICIPATION FAIBLE AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

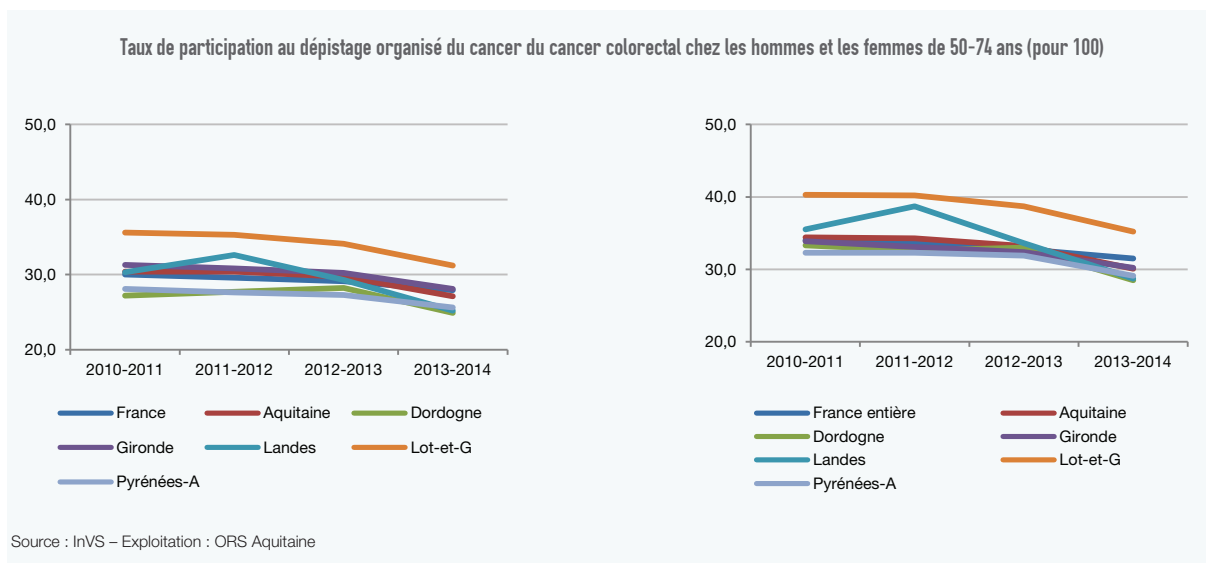
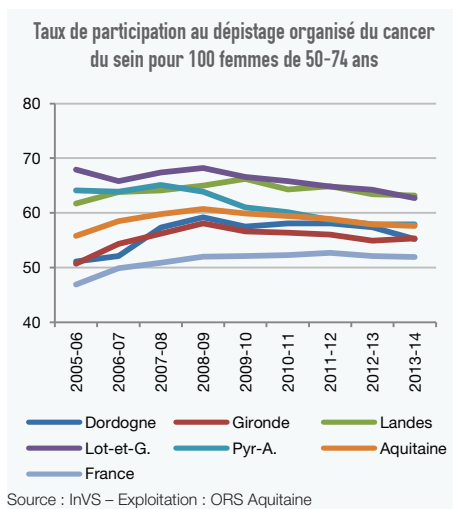
En 2013-2014, 254 250 Aquitains âgés de 50 à 74 ans ont participé au dépistage organisé du cancer colorectal. Ils représentent 28,6 % des personnes éligibles. Cette proportion place le dépistage des Aquitains parmi les moins élevés des régions de France, cependant proche de la moyenne nationale (29,8 %).

Le dépistage colorectal est plus développé chez les femmes que les hommes. En 2013-2014, 115 000 hommes et 139 250 femmes de la région y ont participé, soit 27,2 % et 30,1 % des hommes et femmes concernés de la région.

Le nouveau test, plus facile à utiliser et suscitant moins de réserves psychologiques, devrait permettre d'améliorer le taux de dépistage.

Dans les départements, le Lot-et-Garonne enregistre, comme pour le dépistage du cancer du sein, un taux de participation plus élevé que les autres départements, chez les hommes et les femmes. Sur la période 2010-2011 à 2013-2014, le taux de participation a diminué, quel que soit le territoire. La baisse est d'environ 10 % dans la région.





DISPOSITIF DE SOINS



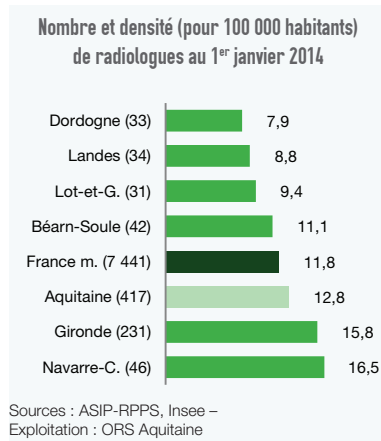
Le traitement des cancers repose sur un dispositif très structuré et soumis à des autorisations. Cet état des lieux présente les médecins spécialisés pour le diagnostic et le traitement des cancers ainsi que les médecins traitants qui assurent le suivi de leurs patients atteints de la maladie. Il décrit ensuite les structures de coordination des soins, certaines de dimension régionale d'autres nationale pour des cancers rares, puis les établissements autorisés à réaliser les traitements et les établissements de soins de suite spécialisés en cancérologie ainsi que ceux spécialisés en soins palliatifs. Des résultats d'enquêtes sur les délais de prise en charge sont également restitués.

Les médecins

La prise en charge des cancers nécessite l'intervention de plusieurs spécialités médicales. Les principales sont les radiologues et anatomopathologistes qui établissent les diagnostics, les oncologues médicaux, les radiothérapeutes et les hématologues qui interviennent pour le traitement médical. Les spécialistes d'organe, souvent à l'origine du diagnostic et intervenant dans le traitement, notamment la chirurgie, ne sont pas présentés ici. D'autres spécialités sont mobilisées dans certains cas comme les spécialistes en génétique médicale. De plus, les médecins traitants sont impliqués dans les protocoles et le suivi des patients. D'autres professionnels de santé prennent part au suivi et au soutien des malades, intervenant notamment à domicile.

417 RADIOLOGUES

Au 1^{er} janvier 2014, 417 médecins peuvent réaliser des radiodiagnostic dans la région. Rapportés à la population régionale, ils correspondent à 12,8 radiologues pour 100 000 habitants, une densité au dessus de la moyenne nationale (11,8). Cette densité est deux fois plus élevée en Gironde et Navarre-Côte basque que dans les territoires de Dordogne et des Landes. Ces médecins ont un âge moyen de 51,2 ans, proche de la valeur nationale (51,7). Leur âge moyen est plus élevé en Dordogne et Lot-et-Garonne (autour de 55 ans) qu'en Navarre-Côte basque et Gironde (proche de 50 ans).



88 ANATOMO-CYTOPATHOLOGISTES

Il y a 88 anatomo-cytopathologistes, soit 2,7 pour 100 000 habitants. Leur âge moyen s'élève à 51,7 ans (51,8 en France). Les deux-tiers d'entre eux travaillent en Gironde. Les territoires de Dordogne, Landes et Lot-et-Garonne en comptent 5 chacun, ceux de Navarre-Côte-basque et Béarn-Soule respectivement 7 et 8.

La région compte 7 médecins spécialisés en génétique médicale.

93 MÉDECINS SPÉCIALISTES DU TRAITEMENT ANTICANCÉREUX

Les nombres d'oncologues médicaux, radiothérapeutes et hématologues s'élèvent respectivement à 35, 37 et 21 à l'échelle aquitaine. Au moins les deux tiers d'entre eux travaillent en Gironde. Ils sont plus « jeunes » que l'ensemble des médecins. Les hématologues ont un âge moyen de 44,7 ans, les oncologues médicaux de 46,8 ans et les radiothérapeutes de 48,5 ans.

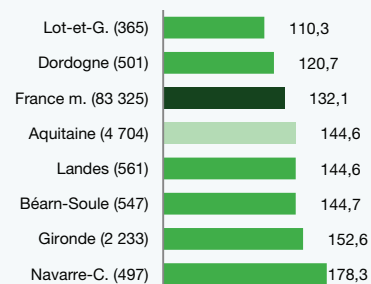
... DU SUIVI GLOBAL

Les médecins traitants ont un rôle important avec leurs patients atteints de cancer. Ils participent au soutien psychologique et prennent part à la prise en charge des effets secondaires des traitements. Ils sont également partie prenante dans le suivi d'éventuelles récurrences ou encore les soins palliatifs.

Ils sont plus de 4 700 dans la région, soit une densité de 145 pour 100 000 habitants, supérieure à la moyenne nationale (132). Ce nombre de médecins par habitant est nettement en dessous de ces moyennes dans les territoires du Lot-et-Garonne (110 pour 100 000) et de Dordogne (121).

L'âge moyen des médecins traitants s'établit à 52,2 ans en Aquitaine, valeur très proche de celle de la France (52,3). Il est nettement plus élevé dans les deux territoires présentant les plus faibles densités, Lot-et-Garonne et Dordogne (53,9 ans).

Nombre et densité (pour 100 000 habitants) de médecins généralistes au 1^{er} janvier 2014



Sources : ASIP-RPPS, Insee – Traitements Drees et ARS Aquitaine

La coordination, axe fort du dispositif de soins

UN RÉSEAU RÉGIONAL DE CANCÉROLOGIE (RRC)

COMPTANT 71 MEMBRES

Les réseaux régionaux de cancérologie ont pour vocation de coordonner les acteurs de santé à l'échelle de la région et de promouvoir l'amélioration continue des pratiques en cancérologie. Ils interviennent au niveau de la diffusion des bonnes pratiques cliniques, du partage d'informations entre professionnels de santé, de l'information du public et des professionnels, de l'aide à la formation continue et l'évaluation des pratiques professionnelles.

La région Aquitaine, comme toutes les régions de France depuis fin 2013, dispose d'un réseau régional de cancérologie (RRC) reconnu pour la première fois en octobre 2010 par l'INCa, conformément à la circulaire DHOS/Cnamts/INCa du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie. Le renouvellement de la reconnaissance a eu lieu en 2013.

En 2013, il est composé de 71 membres (établissements de santé autorisés à l'activité de soins en cancérologie, hôpital d'instruction des armées, centres de radiothérapie, union régionale des professionnels de santé (URPS), sociétés d'exercice libéral, associations de soins à domicile, comités départementaux de la Ligue nationale contre le cancer, association Parentraide Cancer).

12 CENTRES DE COORDINATION

EN CANCÉROLOGIES (3C)

Les centres de coordination en cancérologie ont pour rôle de développer une politique « qualité » dans la prise en charge et le parcours du patient, de s'assurer de la mise en œuvre effective de la pluridisciplinarité dans le cadre notamment des réunions de concertations pluridisciplinaires (RCP).

La RCP est un temps d'échange entre professionnels de plusieurs disciplines impliqués dans le diagnostic et le traitement, qui doit avoir lieu pour toute prise de décision concernant les patients, notamment la proposition thérapeutique. En cas de situation clinique faisant l'objet d'une prise en charge standard de validité incontestable, la prise en charge peut être mise en route sans attendre une réunion de concertation mais le dossier du patient devra y être présenté ultérieurement⁴.

En avril 2015, les centres de coordination en cancérologie sont au nombre de 12 dans la région, installés dans des établissements autorisés pour le traitement des cancers. En 2012, la situation de plus de 33 800 patients a été discutée lors de 4 000 RCP dans les 10 centres existant à ce moment-là.

UNE UNITÉ DE COORDINATION EN ONCOGÉRIATRIE (UCOG)

Les unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) ont pour objectifs d'améliorer la prise en charge des personnes âgées atteintes de cancer et de rendre accessible ce dispositif sur l'ensemble du territoire mais aussi de contribuer au développement de la recherche et de soutenir la formation et l'information des patients.

Il existe aujourd'hui 24 unités de coordination en oncogériatrie labellisées sur le territoire français et 4 antennes. L'UCOG Aquitaine est déployée par le CHU de Bordeaux et le centre de lutte contre le cancer (CLCC) de Bordeaux (Institut Bergonié).

Des réseaux interrégionaux ou nationaux pour les prises en charge spécifiques

UN CENTRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL ET UN RÉSEAU EN ONCOPÉDIATRIE

L'Aquitaine appartient à l'organisation inter-régionale « Isocele », qui rassemble les services pédiatriques des CHU des trois régions Aquitaine, Midi-Pyrénées et Limousin et le CLCC de Toulouse. La région dispose d'un réseau régional d'oncopédiatrie de référence (Resilience), rattaché au RRC. Il est situé au CHU de Bordeaux, centre de référence aquitain de l'oncopédiatrie.

L'organisation en oncopédiatrie régionale est ainsi centrée sur le site du CHU de Bordeaux, labellisé 3C, qui est à la fois centre de référence et tête du réseau d'oncopédiatrie. Ce réseau d'oncopédiatrie est référent de 14 services de pédiatrie aquitains et picto-charentais (Libourne, Bordeaux*, Périgueux, Bergerac, Villeneuve-sur-Lot, Agen, Mont-de-Marsan, Dax, Bayonne, Pau, Angoulême, Saintes, Rochefort, La Rochelle), et pour les médecins traitants. À Bordeaux, il s'agit du service d'hospitalisation à domicile (HAD) pédiatrique de la Fondation Bagatelle.

Pour traiter les patients de moins de 18 ans, les établissements doivent répondre aux exigences des autorisations générales de traitement du cancer. Ils doivent répondre à d'autres exigences de qualité définies par l'INCa et être identifiés comme centre spécialisé en cancérologie pédiatrique.

En 2013, le réseau a organisé 85 réunions de concertations pluridisciplinaires qui ont permis de discuter 420 dossiers. Environ la moitié de cette activité associe des médecins de l'organisation interrégionale Isocele.

18 CENTRES EXPERTS NATIONAUX POUR LES CANCERS RARES

Une organisation spécifique de prise en charge des cancers rares est mise en œuvre en France depuis 2009. Les cancers rares sont définis dans ce cadre par une incidence inférieure à 6 pour 100 000 personnes et une prise en charge hautement spécialisée du fait de leur siège particulier, de leur survenue sur un terrain spécifique ou de leur caractère complexe. Les sous-types histologiques ou moléculaires des cancers fréquents ne relèvent pas de cette organisation. Ces cancers posent des problèmes particuliers de diagnostic (retard au diagnostic voire erreur), de prise en charge (peu de référentiels de bonnes pratiques, accès limité à des thérapeutiques complexes), d'insuffisance d'essais cliniques du fait des faibles effectifs de patients, qui engendrent des difficultés supplémentaires pour les patients (accès aux soins adaptés, solitude...). Il y a 17 groupes de cancers rares (sarcomes des tissus mous et des viscères, tumeurs neuroendocrines malignes rares, lymphomes cutanés, cancers rares ORL, de l'ovaire, du péritoine, de la surrénale, survenant pendant une grossesse...).

L'organisation de la prise en charge des patients adultes atteints de cancers rares s'appuie sur des réseaux nationaux. Chacun d'eux est composé d'un centre de référence (centre expert national) et de 10 à 30 centres de compétence régionaux ou interrégionaux, couvrant l'ensemble du territoire français, y compris les territoires d'outre-mer. Aujourd'hui, il y a 14 réseaux cliniques et 4 réseaux anatomopathologiques labellisés en France. Les centres de référence peuvent être multi-sites.

L'organisation à l'échelle régionale est portée par les équipes du CHU et du centre de lutte contre le cancer (CLCC) de l'Institut Bergonié de Bordeaux. L'Institut Bergonié héberge les centres experts nationaux clinique et anatomopathologique des sarcomes des tissus mous et des viscères, avec le Centre Léon Bérard (Lyon) et l'Institut Gustave Roussy (Paris). De plus, l'un des huit réseaux cliniques structurés (qui seront évalués en 2017 par l'INCa) est situé au CHU de Bordeaux et concerne les tumeurs cérébrales rares.

3 LIEUX DE CONSULTATION D'ONCOGÉNÉTIQUE ET UN LABORATOIRE POUR LES DIAGNOSTICS

Certaines personnes présentent des facteurs de risque personnels génétiques susceptibles de favoriser la survenue de cancers. Près de 5 % des cancers diagnostiqués en France sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles et, à ce jour, plus de 80 gènes de prédisposition génétique ont été identifiés.

Les consultations d'oncogénétique s'adressent à des patients ayant développé un cancer à un âge particulièrement précoce et / ou ayant des antécédents familiaux de cancer. Elles s'adressent également à des membres non malades de leur famille. Elles permettent d'évaluer si le risque d'altération génétique est important et nécessite la mise en œuvre d'une recherche du ou des gènes mutants prédisposant au cancer. Une stratégie de prise en charge spécifique, basée sur la surveillance et / ou la chirurgie préventive, adaptée aux différents risques tumoraux associés à l'altération génétique identifiée est alors proposée aux personnes.

Il y a deux consultations principales d'oncogénétique en Aquitaine situés au CHU Pellegrin et au CLCC Institut Bergonié. Ce dernier a mis en place une consultation délocalisée au Centre hospitalier de la Côte basque à Bayonne. En France, elles sont au nombre de 126 y compris les consultations délocalisées. Le CLCC Institut Bergonié héberge également le laboratoire d'oncogénétique (25 en France) en charge de la réalisation des tests génétiques prescrits par les consultations.

UNE PLATEFORME DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE DES CANCERS (PGMC)

L'identification d'altérations génétiques au sein des cellules cancéreuses a permis de mettre en évidence des biomarqueurs moléculaires. Aujourd'hui, ces biomarqueurs sont indispensables pour le diagnostic, la classification, le choix et la surveillance du traitement d'un nombre croissant de cancers. L'analyse de ces biomarqueurs doit être accessible à tous les patients quel que soit l'établissement de santé dans lequel ils sont pris en charge. Actuellement, 60 tests sont disponibles qui permettent l'accès à des thérapies ciblées existantes ou en cours de développement.

Les plateformes de génétique moléculaire des cancers (PGMC) ont pour objet de réaliser les tests moléculaires pour l'ensemble des patients de la région. Des liens organisés entre les laboratoires d'anatomopathologie et d'hématocytologie de la région et la plateforme permettent la transmission des prélèvements tumoraux pour la réalisation des tests spécifiques.

Dans notre région, la PGMC est partagée entre des services spécialisés de biologie des tumeurs et d'hématologie du CHU et du CLCC.

À l'échelle nationale, 89 000 tests déterminants pour l'accès à une thérapie ciblée ont été réalisés en 2013 pour 65 000 patients.

UNE TUMOROTHÈQUE LABELLISÉE

La région aquitaine dispose d'une tumorothèque à visée sanitaire labellisée par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) et l'INCa, gérée par le CHU de Bordeaux et l'Institut Bergonié. Elle est, par convention avec le Réseau régional de cancérologie d'Aquitaine depuis 2006, à la disposition des établissements privés et publics aquitains pour héberger les prélèvements à congeler dans un but sanitaire.

En 2013, 1 229 prélèvements sanitaires provenant de la région Aquitaine ont été cryoconservés à la tumorothèque régionale, le plus souvent des tumeurs lymphoïdes et cérébrales.

UN CENTRE DE PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ EN AQUITAINE (CPFA)

Les traitements anticancéreux peuvent entraîner une altération de la fertilité voire dans certains cas une stérilité masculine ou féminine. Une information sur le retentissement potentiel des traitements sur la fertilité ultérieure ainsi que sur les stratégies de préservation de la fertilité doit être faite aux patients dès lors qu'un traitement anticancéreux leur est proposé. Le code de la santé publique a prévu que « Chaque patient peut bénéficier du recueil et de la conservation de ses gamètes ou de ses tissus germinaux, en vue de la réalisation ultérieure, à son bénéfice, d'une assistance médicale à la procréation, ou en vue de la préservation et de la restauration de sa fertilité. »

Le centre de préservation de la fertilité en Aquitaine (CPFA), basé au CHU de Bordeaux, est directement associé au Centre d'étude et de conservation des œufs et du sperme aquitain (Cecos). Le CPFA assure les missions d'information des patients et des professionnels, d'expertise sur les indications de recours à ces techniques. Il est habilité à pratiquer les techniques biologiques de préservation de la fertilité et assure le suivi des patients après le traitement ayant altéré la fertilité. Le CPFA prend en charge des patients relevant de la cancérologie mais également d'autres spécialités (maladies auto-immunes, endocrinologie, hématologie...).

LES PRÉLÈVEMENTS DE CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUES AU CHU ET L'EFSAL

Dans certaines formes de cancers (leucémies, lymphomes ou myélomes par exemple), un traitement par greffe de cellules souches hématopoïétiques (ou greffe de moelle osseuse) est proposé aux patients. Les prélèvements de cellules souches peuvent être réalisés dans la moelle osseuse et le sang de donneurs ou le cordon ombilical des nouveau-nés.

En Aquitaine, le CHU de Bordeaux et l'Établissement français du sang Aquitaine et Limousin (EFSAL) sont habilités à réaliser les prélèvements osseux ou sanguins et différentes maternités participent au recueil du sang des cordons ombilicaux.

Les établissements autorisés à traiter les cancers

Depuis 2009, pour exercer l'activité de soins de traitement du cancer, les établissements de santé doivent disposer d'une autorisation spécifique délivrée par leur agence régionale de santé (ARS). Les autorisations portent sur la pratique de la chimiothérapie, de la radiothérapie et de la chirurgie.

Des établissements non titulaires d'une autorisation de traitement de chimiothérapie peuvent participer à la prise en charge de proximité en administrant les traitements primo-prescrits par des établissements autorisés ou en assurant le suivi des traitements. Ces établissements dits « associés » travaillent en lien étroit avec les établissements détenant l'autorisation de traitements chimio-thérapeutiques.

La radiothérapie est autorisée le plus souvent pour la forme dite « externe » où les rayons sont émis par une machine extérieure au patient, mais aussi pour la curiethérapie où la source radioactive est implantée dans le corps du patient et pour la radiothérapie métabolique (dite de source non scellée) où une substance radioactive, administrée par voie orale ou par injection, va se fixer sur les cellules cibles pour les détruire. La radiothérapie externe est soumise à un seuil d'activité annuelle.

L'autorisation pour la chirurgie de six groupes de localisations nécessite la réalisation d'un nombre minimum d'interventions chaque année. Il s'agit des cancers digestifs, mammaires, gynécologiques, urologiques, thoraciques et oto-rhino-laryngologiques et maxillo-faciaux (ORL-MF). La chirurgie des autres cancers, cutanés, ophtalmologiques et thyroïdiens pour les principaux, n'est pas soumise à un seuil d'interventions à enregistrer chaque année.

40 ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS À PRATIQUER

LA CHIMIOTHÉRAPIE DONT 24 À ÉTABLIR

LES PROTOCOLES DE SOIN

En mars 2015, 24 établissements sont autorisés en Aquitaine à pratiquer les chimiothérapies du cancer. Neuf d'entre eux ont établi un partenariat avec un ou plusieurs établissements associés, ce qui permet à 16 autres établissements (dont un d'hospitalisation à domicile) d'administrer des traitements primo-prescrits par l'établissement autorisé ou de réaliser le suivi des patients.

Il y a 11 établissements autorisés (et 8 associés) en Gironde, entre deux et quatre dans les autres territoires de santé (un ou deux établissements associés).

Au cours de l'année 2013, d'après la Statistique annuelle des établissements (SAE), les établissements aquitains ont enregistré 131 800 séjours hospitaliers comportant des traitements de chimiothérapie et 118 740 séances de chimiothérapie, qui ont concerné 17 225 patients ayant eu au moins un traitement de chimiothérapie.

Nombre d'établissements autorisés et associés pour la chimiothérapie en Aquitaine, en mars 2015

	étab. autorisés	étab. associés	total
Dordogne	2	1	3
Gironde	11	8	19
Landes	2	2	4
Lot-et-Garonne	3	1	4
Navarre-Côte basque	4	2	6
Béarn-Soule	2	2	4
Aquitaine	24	16	40

Source : ARS Aquitaine, Pôle Autorisations

LA RADIOTHÉRAPIE EXTERNE AUTORISÉE

À 10 ÉTABLISSEMENTS DE SOIN

En mars 2015, 10 établissements aquitains sont autorisés à pratiquer la radiothérapie externe, 4 la curiethérapie et 7 la radiothérapie métabolique. La radiothérapie externe est implantée dans chaque territoire de santé. La curiethérapie n'est présente qu'en Gironde. La radiothérapie métabolique n'est pas disponible actuellement dans les Landes, en Navarre-Côte basque et cette pratique autorisée au CH d'Agen dans le Lot-et-Garonne n'y est pas encore mise en œuvre.

Associés à la curiethérapie, 7 lits protégés sont disponibles pour les patients traités par ce type de radiothérapie.

Dans la région, deux établissements situés dans l'agglomération bordelaise, le CLCC Institut Bergonié et l'hôpital Haut-Lévêque (CHU) disposent des autorisations pour la chimiothérapie et l'ensemble des modalités de radiothérapie.

D'après la Statistique annuelle des établissements (SAE), il y a eu, en 2013, 134 840 séances de radiothérapie externe réalisées en ambulatoire et 600 pendant une hospitalisation qui ont concerné 7 220 patients adultes et 33 de moins de 18 ans. Les séances de curiethérapie réalisées en ambulatoire (440) sont aussi nombreuses que celles réalisées dans le cadre d'une hospitalisation complète (400). La curiethérapie a concerné 505 patients.

Nombre d'établissements autorisés pour la radiothérapie externe, la curiethérapie et la radiothérapie métabolique en Aquitaine, en mars 2015

	radiothérapie externe	curiethérapie	radiothérapie métabolique
Dordogne	1		1
Gironde	5	4	4
Landes	1		
Lot-et-Garonne	1		1*
Navarre-Côte basque	1		
Béarn-Soule	1		1
Aquitaine	10	4	7

Source : ARS Aquitaine, Pôle Autorisations
* autorisée non mise en œuvre

LA CHIRURGIE DES CANCERS AUTORISÉE DANS 44 ÉTABLISSEMENTS AQUITAINS

Dans l'ensemble régional, 44 établissements sont autorisés à pratiquer au moins une chirurgie des cancers soumise à seuil. Il existe sept types de chirurgie, dont six soumises à seuil, celles des pathologies digestives, mammaires, gynécologiques, urologiques, thoraciques, ORL-MF, et celui des autres chirurgies non soumises à seuil.

Le nombre d'établissements détenant au moins une autorisation varie de quatre en Dordogne et Lot-et-Garonne à cinq dans les Landes, Béarn-Soule et Navarre-Côte basque, alors que la Gironde en compte 21. Aucun établissement n'est autorisé exclusivement pour la seule chirurgie des cancers non soumise à seuil.

La chirurgie des pathologies digestives est à l'origine du plus grand nombre d'autorisations (37) devant celle des pathologies mammaires (27), gynécologiques (24), urologiques (21) et ORL-MF (18).

La chirurgie des pathologies thoraciques est autorisée dans cinq établissements mais aucun dans les territoires de santé de Dordogne et des Landes.

Sur les 17 établissements autorisés pour les pathologies non soumises à seuil, dix sont en Gironde et aucun établissement n'est autorisé en Navarre-Côte basque.

Comme pour les traitements radiothérapeutiques, le territoire de Gironde est le plus équipé.

En mars 2015, le nombre moyen d'autorisations soumises à seuil par établissement est de 3,0 (132 autorisations / 44 établissements). En juin 2011, ce nombre moyen s'élevait à 3,21 (151 autorisations / 47 établissements). Ce sont les nombres d'autorisations concernant les pathologies mammaires et urologiques qui ont le plus diminué.

Nombre d'établissements autorisés pour la chirurgie des cancers selon les pathologies en Aquitaine, en mars 2015

	au moins un type de chirurgie	patho. digestives	patho. mammaires	patho. gynécologiques	patho. urologiques	patho. ORL-MF	patho. thoraciques	autres non soumis à seuil
Dordogne	4	4	2	2	2	2	0	1
Gironde	21	15	13	12	11	9	2	10
Landes	5	4	3	3	3	1	0	3
Lot-et-Garonne	4	4	3	2	1	1	1	3
Navarre-Côte basque	5	5	3	3	2	2	2	0
Béarn-Soule	5	5	3	2	2	3	2	1
Aquitaine	44	37	27	24	21	18	7	18

Source : ARS Aquitaine, Pôle Autorisations

Concernant les seules autorisations pour la chirurgie soumise à seuil, il est possible de trouver dans tous les territoires de santé au moins un établissement détenant 5 ou les 6 autorisations de chirurgie. Douze établissements sont dans cette situation, alors que 12 autres détiennent 3 ou 4 autorisations et 20 en détiennent une ou deux.

Deux établissements de la région détiennent les 6, la polyclinique Bordeaux-Nord Aquitaine à Bordeaux et la clinique Esquirol-Sainte Hilaire à Agen.

Nombre d'établissements autorisés pour la chirurgie des cancers soumise à seuil selon le nombre de pathologies en Aquitaine, en mars 2015

	au moins un type	1 patho.	2 patho.	3 patho.	4 patho.	5 patho.	6 patho.
Dordogne	4	1	1		1	1	
Gironde	21	4	6	4	2	4	1
Landes	5	2		1	1	1	
Lot-et-Garonne	4	1	1	1			1
Navarre-Côte basque	5		2		2	1	
Béarn-Soule	5	2				3	
Aquitaine	44	10	10	6	6	10	2

Source : ARS Aquitaine, Pôle Autorisations

146 ÉQUIPEMENTS DE MATÉRIELS LOURDS AUTORISÉS DANS LA RÉGION

Plusieurs équipements de matériels lourds sont utilisés pour les étapes de diagnostic et de suivi des cancers. Il s'agit des appareils d'imagerie ou de spectrométrie par résonance magnétique nucléaire à utilisation clinique (IRM), des scanographes à utilisation médicale (scanner), des caméras à scintillation et à positons, des tomographes à émissions de positons (TEP). Ces équipements sont soumis à une autorisation de l'ARS.

En mars 2015, 146 autorisations pour les équipements de matériels lourds utilisés en cancérologie sont en cours de validité dans les établissements de soins aquitains. Les plus nombreuses concernent les scanners (61), les IRM (54) et les caméras à scintillation (25) répartis dans tous les territoires de santé. Aucun des six TEP que compte la région n'est disponible dans les territoires de Dordogne et des Landes.

Parmi ces 146 équipements, 19 ne sont pas installés en mars 2015. C'est dans les territoires de Dordogne, Landes et Lot-et-Garonne que la part des équipements non installés est la plus forte. Environ un quart des équipements autorisés n'y sont pas installés. Les territoires ne disposant pas de TEP installés comptent également à cette date le Lot-et-Garonne et le Béarn-Soule, soit quatre territoires.

Équipements de matériels lourds pour le diagnostic et le suivi du cancer autorisés en Aquitaine en juin 2015

	Scanner	IRM poly-valente	IRM ostéo-articulaire	Caméra à scintillation	TEP*	Total
Dordogne	7	4	2	2		15
Gironde	29	25	4	12	3	73
Landes	6	3	1	2		12
Lot-et-Garonne	5	4	1	4	1	15
Navarre-Côte basque	7	4	1	3	1	16
Béarn-Soule	7	4	1	2	1	15
Aquitaine	61	44	10	25	6	146

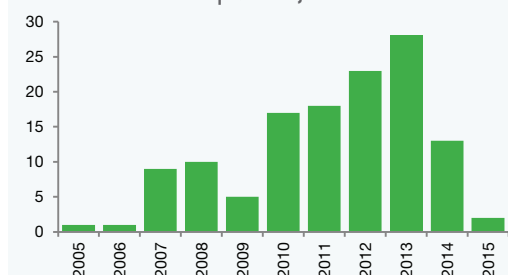
Source : ARS Aquitaine (Finess)

* Tomographe à émission de positons

Près de 60 % de ces équipements ont été installés au cours des quatre années 2010-2013.

Les autorisations sont délivrées pour cinq ans pour les deux tiers des équipements, autour de dix ans pour l'autre tiers. Le renouvellement des autorisations aura globalement lieu sur les années 2015-2017 pour un tiers des équipements installés. Cette

Nombre d'équipements de matériels lourds utilisés pour le diagnostic et le suivi du cancer selon l'année d'installation en Aquitaine en juin 2015



Source : ARS Aquitaine (Finess) – Exploitation : ORS Aquitaine

proportion de renouvellement concerne environ la moitié des caméras à scintillation, un tiers des IRM et 30 % des scanners.

D'après l'enquête de la SAE 2013, il y a 20 accélérateurs de particules dans la région, dont 11 en Gironde, 3 en Navarre-Côte basque, 2 dans chacun des autres territoires de santé sauf en Dordogne (aucun).

Les délais de prise en charge de quatre cancers et les délais de rendez-vous pour une IRM de bilan d'extension

L'EXISTENCE D'UNE VARIABILITÉ DES DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE DES CANCERS À EXPLIQUER

Les prises en charge des cancers comprennent plusieurs étapes successives : diagnostic et bilan d'extension⁵, réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)⁶, mise en place du premier traitement, de traitements successifs. L'étude sur les délais de prise en charge des cancers a pour objectif de connaître les durées écoulées entre chaque étape de la prise en charge. Elle concerne les personnes soignées pour un cancer du sein ou du poumon en 2011 dans 8 régions, du côlon et de la prostate en 2012 dans 12 régions, l'Aquitaine ne faisant partie de l'étude.

Selon les localisations cancéreuses, l'étude a porté sur différents délais :

- le délai d'accès au diagnostic : entre le 1^{er} constat de cancer (mammographie, 1^e image suspecte pour le cancer du poumon, coloscopie) et le compte-rendu des examens anatomopathologiques nécessaires à qualifier la ou les tumeurs et choisir le protocole de traitement adapté. Souvent, d'autres examens qu'anatomopathologiques, utiles au choix des traitements, ont été réalisés.
- le délai d'accès à la proposition thérapeutique préopératoire (ou avant traitement) ;
- le délai d'accès à l'intervention chirurgicale ;
- le délai d'accès à la proposition thérapeutique postopératoire ;
- le délai d'accès au traitement postopératoire (radiothérapie et/ou chimiothérapie).

⁵ Le bilan d'extension permet de savoir si le cancer s'est étendu à d'autres parties de l'organisme

⁶ Cf p. 53

L'étude montre une variabilité importante des délais selon les localisations cancéreuses. La durée des parcours de prise en charge s'étend de moins d'un mois pour le cancer du côlon traité sans intervention chirurgicale (délai entre la coloscopie et la 1^e séance de chimiothérapie) à plus de 7 mois pour un cancer du sein traité par chirurgie puis chimiothérapie suivie de radiothérapie (3,5 mois pour le parcours ne nécessitant pas de radiothérapie). Une durée de 3 semaines se retrouve pour la durée d'accès au diagnostic du cancer du sein et du poumon, 3 semaines également pour l'accès à la chirurgie en 1^{er} traitement pour les cancers du sein et celui du côlon.

Les durées de parcours sont apparues acceptables aux experts en référence à l'état de l'art et de leur expérience quotidienne. La recherche de délai court n'est pas le seul argument. Une prise en charge de qualité doit prendre en compte d'autres critères concernant l'état général du patient, la situation clinique (préparation du patient, temps de bilans diagnostiques complémentaires), l'information du patient et son acceptation du protocole.

Plusieurs facteurs influençant les délais de prise en charge ont été mis en évidence par l'étude. Généralement, les délais des premières étapes du parcours sont allongés dans le cas de cancers découverts dans le cadre d'un dépistage organisé ou individuel par rapport à une découverte sur signes d'appel. De même, les délais sont allongés lorsque les tumeurs sont de petite taille ou de stade 0-II par rapport aux tumeurs de grande taille ou de stade III-IV. Le statut de l'établissement de soins (CH, CHU, CLCC et établissements privés) ainsi que les types d'autorisation en chirurgie, chimiothérapie et/ou radiothérapie compte-tenu de l'activité en oncologie et du matériel, peuvent influencer sur les durées des délais. L'âge du patient a un effet sur certains délais, ceux-ci s'allongeant avec l'âge du patient. Le sexe n'a pas d'effet sur les délais de prise en charge du cancer du côlon mais sur le délai d'accès à la proposition thérapeutique du cancer du poumon, plus long chez les femmes. Enfin, en prenant en compte ces différents éléments de variabilité, des différences significatives de durée de délai de prise en charge sont relevées entre les régions pour les quatre localisations cancéreuses.

L'étude ne permet pas de les expliquer mais suggère de continuer l'étude par la mise en évidence des facteurs organisationnels qui pourraient avoir un effet sur ces délais. Il s'agirait notamment de mesurer la variabilité des délais selon la démographie médicale, la répartition de l'offre sur le territoire, la coopération entre les établissements. D'autres facteurs relatifs aux caractéristiques des patients ayant un effet sur l'accès aux soins devraient être mieux ciblés, notamment les facteurs socio-économiques.

Durée des délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein, poumon, côlon et prostate

Cancer du sein	nb moyen de jours	écart-type en jours
au diagnostic (compte-rendu anatomopathologique)	17,7	+ - 15,9
à la chirurgie	22,9	+ - 13,9
à la proposition thérapeutique post-opératoire (RCP)	17,8	+ - 15,3
Durée des parcours jusqu'au traitement radiothérapique ¹		
sans chimiothérapie post-opératoire (2/3 des cas)	106,9	+ - 40,9
avec chimiothérapie post-opératoire (1/3 des cas)	218,7	+ - 40,4
Cancer du poumon	nb moyen de jours	écart-type en jours
au diagnostic	21,5	+ - 17,6
à la proposition thérapeutique (RCP)	13,5	+ - 10,7
au 1 ^{er} traitement	19,8	+ - 16,4
Durée des parcours jusqu'au 1 ^{er} traitement		
1 ^{er} traitement chimiothérapeutique (70 % des cas)	49,1	nd
1 ^{er} traitement chirurgical (30 % des cas)	61,6	nd
Cancer du côlon	nb moyen de jours	écart-type en jours
au diagnostic	4,5	+ - 4,1
à la chirurgie	18,9	+ - 14,9
à la proposition thérapeutique post-opératoire (RCP)	17,5	+ - 9,6
à la chimiothérapie post-opératoire	27,3	+ - 14,6
Durée des parcours ²		
chirurgical non urgent - chirurgie jusqu'à la 1 ^{re} séance de chimiothérapie (76 % des cas)	69,7	nd
chirurgical urgent - chirurgie jusqu'à la 1 ^{re} séance de chimiothérapie (12 % des cas)	44,7	nd
non chirurgical - jusqu'à la 1 ^{re} séance de chimiothérapie (9 % des cas)	27,7	nd
Cancer de la prostate	nb moyen de jours	écart-type en jours
à la proposition thérapeutique (RCP)	36,5	+ - 26,5
à la chirurgie	45,2	+ - 30,1
au traitement non chirurgical ³	45,2	+ - 38
à la surveillance	20,8	+ - 26,8
Durée des parcours jusqu'au 1 ^{er} traitement		
chirurgical (49 % des cas)	81,2	nd
avec traitement non chirurgical (28 % des cas)	72,5	nd
avec surveillance (24 %)	40,1	nd

Source : INCa, publication de juin 2013

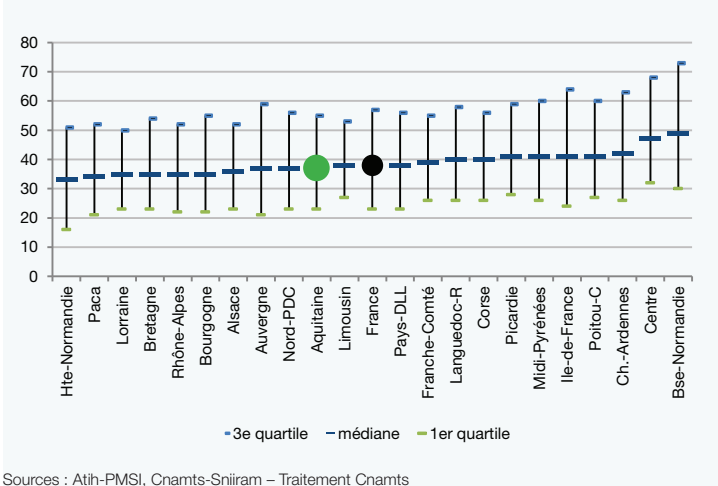
1 L'écart entre les durées avec et sans chimiothérapie correspond à la durée de la chimiothérapie, en général composé de six cycles de trois semaines chacun.

2 Le parcours chirurgical urgent concerne les personnes pour lesquelles la découverte du cancer s'est faite lors d'une urgence chirurgicale devant un tableau d'occlusion, de perforation ou d'hémorragie digestive.

3 Le parcours avec traitement non chirurgical correspond à un traitement par hormonothérapie, radiothérapie externe, curiethérapie.

LE DÉLAI D'ACCÈS À LA CHIRURGIE DU CANCER DU SEIN PROCHE DE LA MOYENNE NATIONALE

Délais d'accès à la chirurgie du cancer du sein suite à la mammographie de dépistage en 2012



La Cnamts a réalisé une étude sur le cancer du sein publiée dans son rapport annuel « Propositions de l'assurance maladie pour 2015 » qui traite des délais d'accès à la chirurgie. Il s'agit du délai entre la mammographie de dépistage et la chirurgie. La durée moyenne s'établit en 2012 à 49 jours, la médiane à 38 jours. En Aquitaine, la moitié des femmes a eu accès à la chirurgie avant 37 jours, 5 % ont eu un délai supérieur à 126 jours, les trois-quarts un délai inférieur à 55 jours. Dans l'ensemble des régions, l'Aquitaine occupe un rang moyen à l'image des valeurs nationales.

DES DÉLAIS D'ATTENTE POUR LES BILANS D'EXTENSION NON CORRÉLÉS AU TAUX D'ÉQUIPEMENT EN IRM

Les bilans d'extension comportent différents examens nécessaires pour savoir si le cancer s'est étendu à d'autres parties de l'organisme. Les bilans d'extension peuvent comporter des analyses anatomopathologiques, des analyses sanguines, des radiographies (IRM, scanner), des scintigraphies... Ce bilan est un élément qui permet de proposer les modalités du traitement du cancer.

L'INCa a mené une enquête pour étudier les délais d'obtention d'une IRM prescrite dans le cadre d'un bilan d'extension de trois localisations cancéreuses, le sein, l'utérus et la prostate. Tous les centres d'imagerie disposant d'une IRM ont été enquêtés. L'enquête mesure :

- le taux de refus de donner un rendez-vous par téléphone sans transmission de l'ordonnance pour un bilan d'extension ;
- la durée du délai pour les structures ayant accepté de donner le rendez-vous.

Lorsque le rendez-vous a été accordé, l'enquête en 2013 indique un délai moyen de 25 jours entre la date de prise de rendez-vous et la date de l'examen en France. Ce délai présente une variabilité selon la localisation : 23 jours pour le sein, 26 jours pour l'utérus, 28 jours pour la prostate. Ce délai d'attente est plus long dans le secteur public : 31 jours, que dans le secteur privé : 23 jours.

En Aquitaine, le délai d'attente est de 21,9 jours, classant la région parmi les 14 présentant un délai d'attente moyen. Sept régions présentent un délai d'attente supérieur à 30 jours.

Depuis 2011, les délais d'attente ont diminué en France et en Aquitaine. Dans d'autres régions, des augmentations de ces délais sont observées.

L'étude établit qu'aucune corrélation n'existe entre la durée du délai d'attente et le taux d'équipement régional en IRM.

Les services de soins de suite (SSR) et de soins palliatifs

CINQ SERVICES DE SOINS DE SUITE SPÉCIALISÉS EN CANCÉROLOGIE DANS LA RÉGION

Le dispositif d'offre de soins en cancérologie comprend, d'après le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) au 29-06-2015, cinq services de soins de suite et réadaptation spécialisés en onco-hématologie dont un délivre également une activité à temps partiel. Ces établissements sont situés en Gironde.

LE DISPOSITIF DE SOINS PALLIATIFS : 170 LITS, 15 UNITÉS MOBILES, 8 RÉSEAUX

Les soins palliatifs sont des soins actifs délivrés dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Le dispositif comprend des lits de soins palliatifs installés dans des établissements de santé et des unités mobiles de soins palliatifs qui se déplacent au chevet des patients pour évaluer les besoins de soins spécifiques et répondre aux professionnels soignant les patients ainsi qu'aux bénévoles. Les structures qui ont des lits de soins palliatifs peuvent accueillir les patients pour un temps déterminé et proposer ainsi un répit et un soutien aux familles.

En décembre 2014, cinq unités de soins palliatifs (USP) sont ouvertes dans la région, pour une capacité de 71 lits dont 2 d'hospitalisation de jour. Il y en a deux à Bordeaux et aucune dans les Landes et le Lot-et-Garonne.

À ces unités, s'ajoutent 170 lits identifiés de soins palliatifs (LISP) installés dans 31 établissements hospitaliers ou de services de soins de suite et de réadaptation. Parmi ces lits identifiés, 32 sont spécialisés pour les patients atteints de cancer dont deux lits d'oncopédiatrie au CHU de Bordeaux. Les lits de soins palliatifs spécialisés en oncologie sont tous installés en Gironde. Une autorisation d'ouverture de LISP est en cours à la Clinique Mutualiste du Médoc.

Les Unités mobiles de soins palliatifs (UMSP), ou équipes mobiles de soins palliatifs, sont des équipes de soins rattachées à un établissement de santé qui se déplacent au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de l'établissement de santé. Elles peuvent également intervenir au-dehors des établissements de santé, dans les établissements médicosociaux, notamment les établissements pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), et au domicile des personnes.

Elles travaillent en relation avec les réseaux de maintien à domicile dont les services d'hospitalisation à domicile (HAD), avec les médecins traitants et les médecins référents du patient (oncologues...), les services d'hospitalisation et les unités de soins palliatifs. Elles sont particulièrement expérimentées dans le domaine des soins palliatifs et des soins de confort et aident les professionnels de soins à prendre en charge des symptômes réfractaires (douleurs, nausées, vomissements...) ou difficiles à traiter.

Dans notre région, 15 unités mobiles existent. Elles sont rattachées à des unités de soins palliatifs ou à des établissements disposant de lits spécialisés, sauf celles du CH de Bergerac, de Villeneuve-sur-Lot et du CHCB de Bayonne. Chaque territoire de santé compte au moins une équipe mobile de soins palliatifs.

Le dispositif comprend également les réseaux de soins palliatifs à domicile. Leur rôle est de coordonner la prise en charge des patients à domicile et de leur famille. Ils coordonnent les interventions des professionnels hospitaliers et ceux du domicile (services de soins infirmiers notamment) et apportent leur expertise auprès des intervenants du domicile mais aussi dans les institutions médicosociales.

Il y a huit réseaux de soins palliatifs à domicile dans la région dont trois en Gironde. Les autres territoires de santé disposent chacun d'un réseau.

Nombre de places des USP et LISP et nombre d'UMSP en Aquitaine en décembre 2014

	nb lits d'USP	nb lits de LISP	UMSP
Dordogne	12	19	2
Gironde	25	80	5
Landes	0	15	2
Lot-et-Garonne	0	20	3
Navarre-Côte basque	20	12	1
Béarn-Soule	14	24	2
Aquitaine	71	170	15

Source : ARS Aquitaine (Dosa)

ANNEXES

Méthodologie et sources

INCIDENCE (NOUVEAUX CAS DE CANCER)

En France, un système de surveillance des nouveaux cas de cancer se dessine au milieu des années 1970 avec les premiers registres des cancers. Il se structure avec la création d'un comité national des registres en 1995 et l'inscription de la surveillance dans la politique nationale de santé publique et de recherche. Les registres consistent en un recueil continu et exhaustif de données nominatives concernant les événements de santé relatifs aux caractéristiques, à la survenue et au traitement d'une maladie dans un territoire géographique défini, le plus souvent le département.

L'objectif principal de surveillance épidémiologique pour l'estimation de l'incidence et de la prévalence des cancers est complété par des études de survie, étiologiques, d'évaluation de programmes de dépistage, de pratiques de soins etc. Il existe 29 registres des cancers⁶ en France. Il s'agit de 17 registres portant sur l'ensemble des cancers, dits Registres généraux, qui couvrent environ 20 % de la population métropolitaine, dont trois registres en Outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Nouvelle-Calédonie), neuf registres spécialisés dans certains organes, un registre à vocation nationale sur les mésothéliomes pleuraux, deux registres nationaux des cancers de l'enfant de moins de 15 ans. Les registres généraux et par organe sont à vocation départementale (13), régionale (quatre) ou à l'échelle d'une agglomération (Lille).

C'est à partir des informations recueillies dans les registres que l'estimation de l'incidence des cancers est construite. Chaque année, des données d'incidence observée sont produites et publiées à l'échelle des territoires des registres ainsi que des données d'incidence estimée à l'échelle nationale. Ces données nationales utilisent une méthode associant ces données des registres des cancers et les données de mortalité par cancer. Actuellement, les données nationales disponibles portent sur la période 1980-2012 pour l'ensemble des cancers et 19 localisations cancéreuses.

Des estimations régionales pour la période 1980-2005 ont été produites selon la même méthode. Les hypothèses sous-jacentes à cette méthode (rapport constant entre incidence et mortalité quelle que soit la région) et la disponibilité d'autres sources de données ont conduit à réaliser les estimations régionales selon une nouvelle méthode. Celle-ci est basée sur le rapport entre données d'incidence et données d'hospitalisation (PMSI), d'admissions en affections de longue durée (ALD) ou de mortalité. Selon la qualité de ce rapport, la source la plus stable est sélectionnée. Finalement, des estimations d'incidence régionale sont disponibles pour 8 localisations cancéreuses pour

⁶ InVS, Liste des registres qualifiés, mise à jour de mars 2014

les hommes et 9 chez les femmes. Les estimations d'incidence régionale construites avec cette nouvelle méthode sont déclinées par sexe et grands groupes d'âge (0-49 ans, 50-74 ans, 75 ans ou plus). Pour les autres localisations, des intervalles de prédiction sont publiés. Ces travaux sont conduits dans le cadre d'un programme de travail partenarial constitué en 2008 entre le réseau des registres des cancers Francim, le Service de biostatistique des hôpitaux civils de Lyon (HCL), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer (INCa). Jusque là, le réseau Francim et l'InVS avaient la charge des estimations. Les données comprennent pour la période 2008-2010 un nombre annuel moyen tous âges, un taux brut et un taux standardisé sur la population mondiale. Des estimations départementales pour 13 localisations sont également disponibles avec un rapport standardisé d'incidence, qui permet la comparaison à une valeur France établie à 100.

L'estimation de l'incidence pour l'ensemble des cancers à l'échelle régionale et bientôt départementale n'est pas publiée. Il est vrai que les cancers constituent un ensemble hétérogène tant du point des facteurs de risques que de la prise en charge et du pronostic.

Les données d'incidence régionales sont présentées sous la forme de nombres annuels moyens 2008-2010 estimés, d'intervalles de prédiction autour de ces nombres ou uniquement d'intervalles de prédiction lorsque les modalités d'estimation ne sont pas assez robustes. Les données d'incidence départementales sont des nombres annuels moyens 2008-2010 estimés et des rapports standardisés d'incidence (SIR) ou indice comparatifs d'incidence. Les SIR sont construits en référence à la mortalité d'un territoire, ici la France métropolitaine (mortalité type), ramenée à 100. Un indice supérieur à 100 indique une sur-incidence par rapport à la France métropolitaine, un indice inférieur à 100 une sous incidence. Les SIR masculins et féminins ne doivent pas être comparés entre eux.

LES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse. Toute personne présentant une pathologie figurant dans une liste d'affections peut bénéficier de cette prise en charge à 100 % par l'assurance maladie. La liste, établie par décret après avis de la haute autorité de santé (HAS), comprend 30 affections ou groupes d'affections dont les cancers, auxquelles s'ajoutent deux autres catégories d'affections ouvrant droit à l'exonération : les formes évolutives ou invalidantes d'une affection grave non inscrite sur la liste des ALD 30 et les polyopathologies entraînant un état pathologique invalidant.

Les personnes sont reconnues atteintes d'une affection de longue durée par le service du contrôle médical de l'assurance maladie. Parmi elles, certaines sont atteintes de plusieurs affections de longues durées. En 2012, le nombre moyen d'affections déclarées par patient est de 1,24.

Depuis 2006, le patient en ALD, son médecin traitant et le médecin conseil de l'assurance maladie s'engagent sur un protocole de soins mis en place pour favoriser la coordination des professionnels de santé.

Les médecins du contrôle médical accordent le bénéfice de ce dispositif pour une durée fixée par décret. Le décret en cours est celui du 19 janvier 2011 « portant actualisation de la liste et des critères médicaux utilisés pour la définition des affections ouvrant droit à la suppression de la participation de l'assuré ». Basé sur les propositions de la Haute autorité de santé, il fixe les critères médicaux d'admission et de renouvellement de chacune des trente affections. Il précise la durée de la première admission puis celle des renouvellements éventuels. Pour la plupart des affections, la durée initiale est de cinq ans (deux ans pour quelques unes) renouvelables.

Les admissions en ALD correspondent aux avis favorables donnés par les médecins-conseils pour les premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée, une année donnée. Les renouvellements ne sont pas inclus.

Il ne s'agit pas de nouveaux malades définis comme dans les registres de morbidité. Les nombres d'admissions en ALD recensées par l'Assurance maladie sont inférieurs à la morbidité réelle. Plusieurs éléments peuvent l'expliquer :

- le patient peut être atteint d'une des 30 maladies de la liste des ALD mais ne pas correspondre aux critères médicaux de sévérité ou d'évolutivité exigés ;
- le patient peut ne pas demander à être exonéré pour des raisons personnelles (assurance complémentaire satisfaisante, souci de confidentialité). Des considérations d'ordre socio-économique peuvent également intervenir ; il est probable que les médecins sollicitent de façon plus fréquente et plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour les personnes économiquement défavorisées ;
- le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (précédente affection exonérante, invalidité...) ;
- les médecins-conseils peuvent ne pas individualiser une affection nouvelle pour un patient déjà exonéré au titre d'une ALD connexe partageant les mêmes mécanismes physiopathologiques (par exemple, infarctus du myocarde considéré comme complication chez un coronarien).

Par ailleurs, la demande peut survenir plus ou moins précocement suite au début du traitement, selon les patients, les médecins traitants ou les médecins conseils qui accordent l'admission.

Malgré ces imperfections dont il faut tenir compte dans les interprétations et les commentaires, les ALD constituent aujourd'hui une source d'information précieuse sur la morbidité en France.

Les données présentées dans le document sont issues des trois principaux régimes d'Assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes).

Les personnes en ALD sont celles ayant été reconnues atteintes d'une maladie figurant dans la liste, dont la reconnaissance est en cours, qu'il s'agisse de la première demande ou d'un renouvellement.

Les indicateurs utilisés dans ce document sont des nombres annuels, des taux par âge et des taux standardisés, soit d'admission en ALD (incidence) soit de personnes en ALD pour un cancer (prévalence).

La standardisation permet de comparer les territoires entre eux, à une date donnée et dans le temps, en éliminant l'effet de l'âge qui affecte la survenue des décès. La population type utilisée est la population de France au recensement de 2006, répartie en 20 classes d'âge (moins d'un an, 1-4 ans, 5-9 ans... 90 ans ou plus).

LES PATIENTS HOSPITALISÉS

Les données concernant les patients hospitalisés pour cancer sont issues du programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) qui permet de décrire l'activité hospitalière des établissements de court séjour ayant une activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Ce programme recueille différentes informations dont les diagnostics principaux et associés de chaque séjour, codés selon la classification internationale de maladie 10^e révision (CIM 10).

Les données présentées ici concernent les séjours de patients domiciliés en Aquitaine dont le diagnostic principal correspond à un code de tumeur maligne (C00-D09, D37-D48).

La standardisation des taux de patients hospitalisés est faite sur une structure en 17 classes d'âge (0-4 ans à 80 ans ou plus) de la population de France métropolitaine au recensement de population de 2006. La standardisation efface les effets de l'âge et permet les comparaisons entre territoires et entre hommes et femmes, à structure par âge identique.

LA MORTALITÉ

Les données de mortalité sont issues de la statistique annuelle des décès produite par le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm. La cause de décès (ou les causes) est mentionnée sur le certificat de décès par le médecin qui constate la mort.

Les indicateurs de mortalité présentés dans ce document sont calculés à partir des données observées sur trois ans. Il s'agit de nombres annuels moyens, de taux selon l'âge, de taux standardisés de mortalité (TSM). La standardisation permet de comparer les territoires entre eux, à une date donnée et dans le temps, en éliminant l'effet de l'âge qui affecte la survenue des décès. La population type utilisée est la population de France au recensement de 2006, répartie en 20 classes d'âge (moins d'un an, 1-4 ans, 5-9 ans... 90 ans ou plus).

DÉPISTAGE

Le dépistage est une démarche qui vise à détecter, au plus tôt, en l'absence de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer. L'intérêt du dépistage est de pouvoir ainsi détecter plus précocement un cancer, de mieux soigner le patient et de limiter la lourdeur des traitements et des séquelles éventuelles.

Les programmes de dépistage garantissent un égal accès au dépistage à toute personne sur l'ensemble du territoire national.

Le programme de dépistage du cancer du sein a été généralisé à l'ensemble du territoire national en 2004. Les femmes de 50 à 74 ans sont invitées à bénéficier gratuitement tous les deux ans d'un examen de dépistage qui comprend un examen clinique fait par le médecin radiologue et deux clichés radiographiques par sein (de face et oblique externe), plus un cliché complémentaire si nécessaire, ainsi qu'une 2^e lecture systématique en cas d'examen normal. Les mammographies sont effectuées dans les cabinets de radiologie publics et privés. La personne qui accepte le dépistage organisé choisit son radiologue dans la liste des radiologues participant au programme. Les structures de gestion coordonnent le programme au niveau local et transmettent les données nécessaires à l'évaluation à l'Institut de veille sanitaire.

Le programme de dépistage du cancer colorectal a été généralisé en 2009 à l'ensemble des départements. Il propose un test de détection de sang occulte dans les selles tous les deux ans aux personnes âgées de 50 à 74 ans à risque moyen de cancer. La personne est invitée à retirer le test chez son médecin traitant, qui décide

de l'opportunité de réaliser le test. Sont exclues les personnes à risque élevé (contrôle endoscopique, antécédents...) ou pour lesquelles le contrôle paraît inopportun (autre pathologie...). Le test initial au gaïac connu sous le nom d'Hémocult® a été remplacé en novembre 2014 par un test immunologique. La mise en oeuvre de l'arrêt de la distribution des tests au gaïac en novembre 2014 explique en partie les différences départementales pour la campagne concernée.

Les données présentées sont issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal.

DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE

Plusieurs travaux sur les délais de prise en charge ont été conduits dans le cadre de la mise en œuvre du plan cancer 2009-2013.

Deux enquêtes et une étude ont été réalisées en référence à la mesure 19 « renforcer la qualité des prises en charge pour tous les malades atteints de cancer » et l'action 19.4 « mener une étude sur les délais de prise en charge dans plusieurs régions ».

Les enquêtes ont porté sur les quatre cancers les plus fréquents, celui du sein, du poumon, du côlon et de la prostate, à partir d'une méthodologie commune. Les données ont été recueillies par des attachés de recherche clinique (ARC) rattachés aux réseaux régionaux de cancérologie (RRC) à partir d'informations contenues dans les fiches de réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) et complétées si besoin par les dossiers patients. Pilotée par l'INCa, l'étude a été menée avec l'appui de la Fédération nationale des Observatoires régionaux de la santé (Fnors) pour l'élaboration du protocole, l'organisation, la coordination du recueil en régions et l'analyse des données. L'enquête sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon a été menée dans huit régions en 2011, celle sur les cancers du côlon (11 régions) et de la prostate (12 régions) en 2012, l'Aquitaine n'appartenant pas à l'échantillon de régions. L'étude permet de connaître les délais d'accès aux résultats de l'examen qui a posé le diagnostic du cancer, le délai d'accès aux traitements et la durée des parcours de soin. Sont présentés les délais moyens et leurs écart-types.

Une étude également pilotée par l'INCa a été réalisée sur la période 1999-2008 à partir des dix registres spécialisés du réseau Francim et a porté sur six localisations (côlon, rectum, sein, thyroïde, hémopathies malignes et système nerveux central).

La mesure 21 « garantir un égal accès aux traitements et aux innovations » et l'action 21.4 « garantir plus d'égalité géographique au diagnostic et au suivi radiologique des cancers par l'imagerie par résonance magnétique (IRM) » a donné lieu à une enquête,

menée en 2011, 2012 et 2013, sur les délais de rendez-vous pour une IRM dans le cadre d'un bilan d'extension pour cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate. Cette étude présente des résultats pour toutes les régions françaises. Il s'agit d'une enquête par téléphone auprès des centres d'imagerie disposant d'une IRM, élaborée et validée par l'INCa, la DGOS et la société française de radiologie.

Sigles et acronymes

ALD	affection de longue durée
ARC	attaché de recherche clinique
ARS	agence régionale de santé
Athi	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CCMSA	caisse centrale de la mutualité sociale agricole
Cecos	centre d'étude et de conservation des oeufs et du sperme
CEE	centre d'études de l'emploi
CépiDc	centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CH	centre hospitalier
CHCB	centre hospitalier de la Côte basque
CHU	centre hospitalier universitaire
CIM	classification internationale de maladie
Circ	centre international de recherche sur le cancer
CLCC	centre de lutte contre le cancer
Cnamts	caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CPFA	centre de préservation de la fertilité en Aquitaine
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DHOS	direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (<i>devenue DGOS</i> <i>direction générale de l'offre de soins</i>)
Dosa	direction de l'offre de soins et de l'autonomie (<i>ARS Aquitaine</i>)
Efsal	établissement français du sang Aquitaine et Limousin
Ehpad	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
Finess	fichier national des établissements sanitaires et sociaux
Fnors	fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	haute autorité de santé
HCL	hôpitaux civils de Lyon
ICM	indice comparatif de mortalité
INCa	institut national du cancer
Insee	institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	institut national de veille sanitaire
IP	intervalle de prédiction
IRM	imagerie par résonance magnétique
LISP	lit identifié de soins palliatifs

LMNH	lymphome malin non hodgkinien
ORL	oto-rhino-laryngologie
ORL-MF	oto-rhino-laryngologie - maxillo-faciale
ORS	observatoire régional de la santé
PGMC	plateforme de génétique moléculaire des cancers
PMSI	programme médicalisé du système d'information
RCP	réunion de concertation pluridisciplinaire
RRC	réseau régional de cancérologie
RSI	régime social des indépendants
SAE	statistique annuelle des établissements
SIR	rapport standardisé d'incidence
SNIIRAM	système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie
SNS	système nerveux central
SROS	schéma régional d'organisation sanitaire
SSR	soins de suite et de réadaptation
TEP	tomographe à émission de positons
TSA	taux standardisé d'admission (en ALD)
TSM	taux standardisé de mortalité
UCOG	unité de coordination en oncogériatrie
UMSP	unité mobile de soins palliatifs
USP	unité de soins palliatifs
VADS	voies aéro-digestives supérieures

Bibliographie

CONTEXTE

- Les cancers en France, édition 2014, INCa, janvier 2015, 245 p
- Plan cancer 2014-2019, Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
- Schéma régional d'organisation des soins (SROS), Projet régional de santé Aquitaine 2012-2016, 212 p.
- Survie nette: concept, estimation et illustration à partir des résultats de la dernière étude du réseau Francim, Bossard N, Remontet L, Jooste V, Monnereau A, Belot A, Roche L, et al., Bull Epidémiol Hebd. 2013;(43-44-45):559-65, 7p.
- La survenue du cancer :effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie, document de travail, T. Barnay, M. A. Ben Halima, E. Duguet, J. Lanfranchi, C. le Clainche, CEE, Irdes, avril 2015, 180 p.
- Cancer du sein, professions et expositions professionnelles aux solvants organiques. Résultats de deux études épidémiologiques sur les cancers du sein chez l'homme et chez la femme, Guénel P, Villeneuve S., Institut de veille sanitaire ; 2013. 55 p.
- La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après cancer », collection Études et enquêtes, INCa, juin 2014, 456 p.
- Environnement et cancer en Aquitaine - présentation, ORS Aquitaine, décembre 2014, 4 p.
- <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers>
- <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Qu-est-ce-qu-un-cancer>

INCIDENCE

- Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, InVS, juillet 2013, 122 p
- Estimation de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010, InVS, juin 2015, 50 p

- <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite/Estimations-de-l-incidence-regionale-et-departementale-des-cancers-en-France-metropolitaine-2008-2010>

MORTALITÉ

- Dynamique d'évolution des taux de mortalité des principaux cancers en France, Inserm-CépiDc, InVS, Francim, INCa, Novembre 2010, 66 p.

DÉLAIS DE PRISE EN CHARGE

- Délais de prise en charge des quatre cancers les plus fréquents dans plusieurs régions de France en 2011 et 2012 : sein, poumon, côlon et prostate, INCa, juin 2013, 42 p
- Étude sur les délais de prise en charge des cancers du sein et du poumon dans plusieurs régions de France en 2011, Fnors, INCa, juin 2012
- Étude sur les délais de prise en charge des cancers du côlon et de la prostate dans plusieurs régions de France en 2012, Fnors, INCa, juin 2013
- Du diagnostic au premier traitement : délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008, InVS, Francim, Hôpitaux de Lyon, INCa, novembre 2012, 42 p
- Enquête sur les délais de rendez-vous pour une IRM en 2013 / dans le cadre d'un bilan d'extension pour cancer du sein, de l'utérus ou de la prostate, INCa, Août 2014, 42 p
- Le cancer du sein, in « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l'Assurance Maladie pour 2015 », Cnamts, 159 p

DISPOSITIF DE SOINS

- Circulaire DGOS/USID/R3/DREES no 196 du 14 mai 2013 relative à la modification de la nomenclature des activités de soins
- Organisation de la prise en charge des patients adultes atteints de cancers rares - Bilan de l'activité 2012, collection Bilans d'activités et d'évaluations, INCa, Boulogne-Billancourt, décembre 2013, 60 p.
- Réseaux nationaux pour cancers rares de l'adulte, appui à la décision, INCa, avril 2015 46 p.
- Plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers : faits marquants et synthèse d'activité 2013. Collection Bilans d'activité et d'évaluation, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, novembre 2014, 66 p.
- Synthèse de l'activité d'oncogénétique 2013 - Consultations et laboratoires, collection Appui à la décision, INCa, décembre 2014, 92 p.
- Annuaire des consultations d'oncogénétique, INCa, mars 2015, 32 p.
- Les traitements des cancers du sein, collection Guides patients Cancer info, INCa, octobre 2013, 60 p.
- Observatoire national de la radiothérapie - Rapport d'enquête : situation fin 2012 et évolution depuis 2007. Collection état des lieux et des connaissances, ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, mai 2014, 85 p.
- Rapport d'activité 2013, Réseau de cancérologie aquitain, mars 2014, 43 p.
- Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), Développement professionnel continu (DPC), HAS, Mai 2014, 3 p.
- <http://www.canceraquitaine.org/>

RÉSUMÉ

Ce document décrit la situation épidémiologique des cancers et le dispositif de prise en charge à l'échelle de la région et de ses territoires de santé. L'analyse de la situation épidémiologique est basée sur les données issues des registres des cancers, des affections de longue durée, des hospitalisations et de la mortalité. L'Aquitaine est caractérisée par une situation globalement favorable par rapport à celle de la France. Cependant, des spécificités sont mises en évidence concernant quelques localisations cancéreuses. Il s'agit du cancer colorectal, du cancer du poumon chez les femmes, et de trois localisations associées aux expositions environnementales : le cerveau, le rein, le mélanome cutané. La mortalité par cancer de l'encéphale est notamment élevée dans les trois territoires de santé du sud aquitain. Si les faibles effectifs en présence imposent des précautions dans les analyses, une vigilance est à observer.

La description du dispositif de prise en charge des cancers repose sur différentes sources, notamment le Répertoire partagé des professionnels de santé, le Pôle des autorisations de l'ARS et plus globalement le SROS aquitain. Le dispositif de prise en charge des cancers, structuré suite aux plans cancers successifs, est installé en Aquitaine.

SEPTEMBRE 2015

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ D'AQUITAINE

102 cours du Maréchal Juin
33000 BORDEAUX
Tél. 05 56 56 99 60
fax : 05 56 56 99 61
contact@ors-aquitaine.org
www.ors-aquitaine.org

Document réalisé avec
le soutien financier de l'Agence
régionale de la santé d'Aquitaine