
Ce rapport a été réalisé à la demande du laboratoire Bristol-Myers-Squibb,
par un groupe inter-ORS, sous l'égide de la Fnors :
Fnors : Lucile Olsen
CREAI-ORS Languedoc-Roussillon : Dr Bernard Ledésert
ORSAS Lorraine : Laurent Chamagne, Michel Bonnefoy et Marie-Laurence Romain
ORS Haute-Normandie : Annabelle Yon et Dr Hervé Villet
ORS Poitou-Charentes : Julien Giraud et Mélanie Pubert
OR2S Picardie : Cindy Alix et Sylvain Ferrec
La conception de la maquette et la mise en page ont été réalisées
par Corinne Frank – Émotion graphique

Sommaire

1. Introduction	p 5
2. Mortalité	p 9
• Mortalité par cancers du foie et des voies biliaires	p 9
• Mortalité par hépatocarcinome.....	p 15
3. Incidence des cancers du foie	p21
• Estimation de l'incidence en France.....	p21
• Incidence observée dans les départements couverts par un registre.....	p22
4. Affection de longue durée (ALD) pour cancers du foie et des voies biliaires	p25
5. Séjours hospitaliers	p27
• Séjours hospitaliers pour cancers du foie et des voies biliaires	p27
• Séjours hospitaliers pour hépatocarcinome	p29
6. Les facteurs de risque de l'hépatocarcinome	p31
• Consommation d'alcool.....	p31
• Hépatites virales	p33
• Maladies alcooliques du foie et cirrhose	p36
7. Offre de soins	p41
• Les médecins spécialistes concernés par le traitement des cancers du foie et des voies biliaires	p41
• Les établissements autorisés pour le traitement des cancers du foie et des voies biliaires	p53
• Les greffes hépatiques	p55
8. Synthèse	p59
9. Annexes	p63
• Précisions méthodologiques.....	p63
• Régions et territoires de santé	p71
• Glossaire.....	p73



Introduction

Les cancers primitifs du foie et des voies biliaires intra-hépatiques occupent une place importante dans l'ensemble de cancers. Ils sont actuellement la cause initiale de plus de 7 500 décès en France hexagonale chaque année. Cela représente 4,8 % des décès par tumeurs et 1,4 % de l'ensemble des décès de l'Hexagone. En effectif, les cancers du foie et des voies biliaires sont la sixième cause de décès par cancer après ceux des bronches et des poumons, du côlon-rectum, du sein, du pancréas et de la prostate.

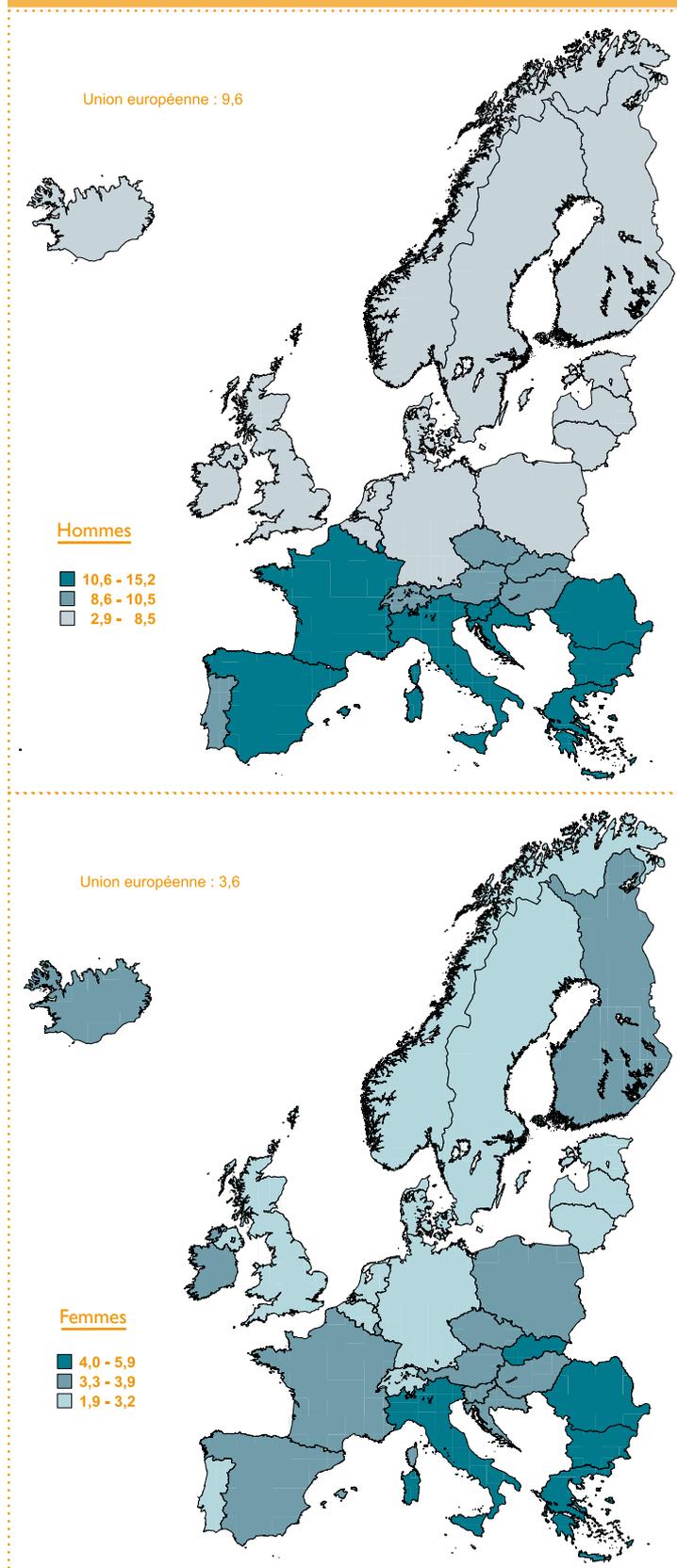
Dans 92 % des cas, les cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques sont des hépatocarcinomes, c'est-à-dire une tumeur se développant à partir des hépatocytes, les cellules constituant le foie. Dans la plupart des autres cas, il s'agit de cholangiocarcinomes, c'est-à-dire de tumeurs se développant sur l'épithélium des voies biliaires intra-hépatiques : ils représentent 6 % de l'ensemble des cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques. Les hépatoblastomes qui sont des tumeurs de l'enfant se développant sur du tissu embryonnaire et les angiosarcomes qui sont des tumeurs se développant sur les vaisseaux sanguins intra-hépatiques sont relativement rares : 2 % de l'ensemble de ces cancers.

Sur le plan international, les cancers primitifs du foie et des voies biliaires intra-hépatiques sont considérés comme un important problème de santé publique. Ceci est particulièrement vrai dans les pays en voie de développement où plus de 80 % des carcinomes hépatiques sont recensés. L'incidence la plus élevée est notée en Chine où plus de la moitié de ces cancers sont relevés, suivie du Japon, de l'Asie du Sud-Est et de l'Afrique sub-saharienne. Les cancers du foie et des voies biliaires sont moins fréquents en Europe mais avec de fortes variations d'un pays à l'autre : un gradient est observé allant des pays du Nord ou de l'Est de l'Europe où les incidences les plus faibles sont relevées aux pays du Sud de l'Europe où les incidences sont les plus élevées.

En 2008, alors que le taux standardisé de mortalité sur la population mondiale était de 8,6 décès pour 100 000 habitants, les deux sexes confondus, en France, ce taux était de 6,3 au niveau de l'Union européenne et variait de 4,5 en Belgique à 10,0 en Roumanie.

Alors que dans le reste du monde, les cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques sont des pathologies des sujets jeunes, en Europe l'incidence

Taux standardisé (population mondiale) de mortalité par cancers du foie et des voies biliaires - 2008*
(nombre de décès pour 100 000 personnes)



* Belgique et Danemark (2006), Suisse (2007)
Sources : OMS Europe Health for all Mortality Database - Exploitation : Fnors

Introduction

augmente fortement avec l'âge et près des trois quart des cancers primitifs de cette localisation surviennent chez des personnes âgées de 65 ans ou plus.

Aussi bien chez l'homme que chez la femme, l'incidence des cancers primitifs du foie et des voies biliaires est en progression en France comme dans de nombreux autres pays tels le Royaume-Uni, le Japon ou les États-Unis d'Amérique. L'augmentation du nombre de nouveaux cas est de 3,8 % par an entre 1980 et 2005. Cependant, cette augmentation semble moindre sur la fin de la période : 1,9 % par an entre 2000 et 2005. Cette augmentation du nombre de nouveaux cas s'accompagne d'un certain rajeunissement des personnes qui en sont atteintes.

De manière générale, les cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques sont de mauvais pronostic. Ils représentent actuellement 2,3 % des nouveaux cas de cancers chaque année mais 4,8 % des décès par cancers. Il se place au onzième rang en termes de fréquence des nouveaux cas de cancers et en sixième rang en termes de mortalité par cancer. Après le cancer du pancréas, le cancer du foie et des voies biliaires intra-hépatiques est celui pour lequel la mortalité à 5 ans est la plus élevée avec un taux de 95 %.

L'apparition d'un hépatocarcinome est généralement consécutive à une maladie hépatique. Dans plus de 90 % des cas, il s'agit d'une cirrhose et dans moins de 10 %, il s'agit d'une hépatite chronique. Son apparition peut également être observée sur un foie sain à la suite d'absorption de toxines contenues dans les aliments dont l'aflatoxine polluant notamment les farines d'arachide en Afrique. D'autres facteurs de risques ont été mis en évidence, tels que l'obésité qui peut se compliquer en syndrome métabolique et entraîner une surcharge en graisse au niveau du foie, les radiations ionisantes, le tabagisme, et les contraceptifs oraux. Le CVM (chlorure de vinyle monomère) contenu dans les conduites de distribution d'eau potable et le diabète sont également suspectés.

En France, les principaux facteurs de risque à l'origine de la cirrhose sont la consommation d'alcool, dans 50 % à 75 % des cas, ou la contamination par une hépatite virale chronique B ou C dans 15 à 25 % des cas. Plus rarement, les cirrhoses peuvent être provoquées par une hémochromatose génétique, une cirrhose biliaire primitive ou secondaire, une hépatite auto-immune, une maladie de Wilson ou un déficit en alpha 1 antitrypsine.

Lorsque la cirrhose est déclarée, le risque de développer un hépatocarcinome est de 1 à 3 % par an. Ce risque serait plus élevé (3 à 10 % par an) si la cirrhose est due à une hépatite C chronique.

La consommation d'alcool représente le principal facteur de risque de développer une cirrhose puis un hépatocarcinome. En effet, l'action toxique de l'alcool provoque une dégradation des cellules du foie (fibrose hépatique) qui peut entraîner une cirrhose alcoolique après plusieurs années. Ce risque est favorisé par une consommation de 20 à 40 grammes d'alcool par jour pour les hommes et de 10 à 20 grammes par jour pour les femmes pendant au moins 10 ans et il augmente d'autant plus que la consommation d'alcool est importante. Dans certains cas, la cirrhose peut être précédée d'une hépatite alcoolique.

Les hépatites virales représentent la deuxième grande cause à l'origine d'un hépatocarcinome en France alors qu'elles en sont la principale cause au plan mondial, notamment dans les pays en voie de développement. Elles sont provoquées par des virus très différents les uns des autres qui ont en commun le fait de s'attaquer aux cellules du foie. Lors d'une hépatite chronique, les virus de l'hépatite B ou C se multiplient à l'intérieur des cellules hépatiques. Le système immunitaire réagit en détruisant ces cellules, ce qui entraîne des fibroses et finit par provoquer une cirrhose au bout de vingt ans chez une personne sur cinq atteintes d'hépatite chronique. Ce risque augmente lorsqu'une personne est également infectée par le VIH ou lorsqu'elle consomme de l'alcool.

L'hépatite C, principale hépatite virale à l'origine d'un hépatocarcinome, se transmet principalement par voie sanguine et plus rarement par voie sexuelle. Seul un quart des individus guérissent spontanément d'une hépatite aiguë. Pour les trois quarts restants, l'hépatite devient chronique. Il n'existe, actuellement, aucun vaccin contre l'hépatite C. Cette maladie est traitée par une association d'interféron et d'antiviraux.

L'hépatite B représente la seconde hépatite virale pouvant être à l'origine d'un hépatocarcinome en Europe et la première en Afrique et en Asie où elle est beaucoup plus répandue. Elle se transmet par voie sanguine ou par voie sexuelle. Dans la majorité des cas, la guérison est spontanée après l'infection aiguë. Cependant, pour 10 % des cas, l'hépatite devient chronique et l'évolution est alors presque la même que lors d'une hépatite chronique C.

Un vaccin contre l'hépatite B existe depuis 1981. En France, le taux de couverture par ce vaccin était encore minoritaire en 2007 (42 % des enfants de 24 mois avaient reçu les 3 doses recommandées) mais il a beaucoup augmenté depuis. Il était déjà égal à 47 % dans les 74 départements français pour lesquels les données étaient disponibles pour l'année 2008.

Classiquement, les cancers du foie et des voies biliaires se manifestent cliniquement par des douleurs du quadrant supérieur droit de l'abdomen, la présence d'une masse et la perte de poids. Comme il s'agit le plus souvent de tumeurs à évolution lente, celles-ci ne sont diagnostiquées qu'à un stade avancé à partir du moment où elles sont palpables. Les tumeurs de petite taille sont le plus souvent asymptomatiques. Ces signes cliniques se surajoutent souvent à ceux de la pathologie hépatique sous-jacente, cirrhose ou hépatite chronique : anorexie, fatigue, ictère, ascite... Le diagnostic de cancer du foie et des voies biliaires repose tout d'abord sur l'imagerie (scanner hélicoïdal ou IRM) permettant de mettre en évidence l'existence d'un ou plusieurs nodules hypervascularisés. Moins souvent, l'échographie est utilisée. La ponction biopsie hépatique pour confirmation anatomopathologique n'est indispensable en bilan pré-thérapeutique que si le diagnostic n'est pas probant à partir de l'imagerie. Le bilan pré-thérapeutique s'accompagne de l'évaluation de la gravité de la cirrhose associée, d'un bilan d'extension (scanner cérébral ou scintigraphie osseuse) en cas de signes d'appel, de la recherche d'autres cancers pouvant être liés à l'intoxication alcoolique-tabagique si elle est associée.

Un traitement curatif peut être proposé dans environ 30 % des cas. Il repose en premier lieu sur la transplantation hépatique si la tumeur est localisée uniquement au foie, qu'elle est unique et qu'elle mesure moins de 5 cm de diamètre. La transplantation est également possible en cas de tumeurs multiples à condition que les nodules soient en nombre limités (au plus trois) et d'un diamètre inférieur à 3 cm. La guérison du cancer, et simultanément de la cirrhose, peut alors être obtenue dans les deux tiers des cas. Elle nécessite cependant que le patient accepte le traitement au long cours immunosuppresseur qui va suivre et qu'il n'y ait plus d'intoxication alcoolique active. Si la transplantation n'est pas possible, la résection peut être proposée lorsque l'état fonctionnel du foie la permet. Le résultat est le meilleur si un seul nodule tumoral est présent, même s'il est de taille importante.

La destruction percutanée (le plus souvent par la chaleur – radiofréquence) peut être proposée comme alternative à la chirurgie. En l'absence de solution thérapeutique chirurgicale, une chimioembolisation peut être proposée afin de ralentir la progression tumorale. Un seul médicament de thérapie ciblée est actuellement proposée pour les cancers du foie : il s'agit du Sorafénib qui ralentit la progression de la tumeur en agissant sur la vitesse de croissance des cellules cancéreuses et en empêchant le développement des vaisseaux sanguins au niveau de la tumeur. Ce traitement est indiqué quand les autres traitements ne peuvent être proposés du fait de la localisation ou du développement de la tumeur ou lorsque ces autres traitements ne se sont pas avérés efficaces.

Après traitement, la surveillance repose principalement sur l'examen clinique, le dosage de l'alpha-foetoprotéine et l'imagerie, tous les trois mois la première année puis tous les quatre à six mois.

Actuellement, le dépistage des cancers du foie et des voies biliaires, principalement basé sur l'échographie, n'a pas montré son efficacité que ce soit sur des populations sélectionnées (augmentation du taux d'alpha-foetoprotéine) ou non. Les pistes de recherche actuelles dans ce domaine reposent sur la détection d'ARN libre plasmatique ■

Références

- Carcinome hépatocellulaire (cancer primitif du foie). *Thésaurus national de cancérologie digestive*. Version du 9 décembre 2007. www.tncd.org
- Hepatocellular carcinoma. *StartOncology in Europe*. www.startoncology.net
- Les traitements du cancer du foie. *Collection Guides patients Cancer info, INCa*, octobre 2011
- Borie F, Trétarre B, Bouvier A-M, et al. Primitive liver cancers: epidemiology and geographical study in France. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2009 Sep;21(9):984-9
- Borie F, Niampa H, Bouvier A-M, et al. Prise en charge et pronostic du cholangiocarcinome intrahépatique en France. *Gastroenterol Clin Bio* (2009), doi :10.1016/j.gcb.2009.05.012

Mortalité

• MORTALITÉ PAR CANCERS DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

5 520 décès en moyenne chaque année chez les hommes et 2 000 chez les femmes sur la période 2007-2009 par cancers du foie et des voies biliaires.

Dans l'Hexagone, en moyenne sur la période 2007-2009, le taux standardisé de mortalité par tumeur maligne du foie et des voies biliaires intra-hépatiques est de 20,8 décès pour 100 000 habitants pour les hommes. Les écarts observés entre régions françaises sont importants, le taux variant d'un peu plus du simple au double, de 13,9 décès pour 100 000 hommes en Midi-Pyrénées à 30,3 en Pays de la Loire. Cinq autres régions présentent des taux de décès masculins significativement plus élevés que le taux hexagonal : Bretagne, Nord - Pas-de-Calais, Haute-Normandie, Auvergne et Alsace. La Bourgogne et Rhône-Alpes présentent également des taux significativement plus élevés que la valeur nationale mais la différence est moindre. À l'opposé, sept régions présentent des taux standardisés de mortalité par cancers du foie et des voies biliaires pour les hommes significativement inférieurs à la valeur nationale : en dehors de Midi-Pyrénées déjà citée, il s'agit des régions Limousin, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Aquitaine, Picardie et Île-de-France. Au niveau des territoires de santé, des différences intra régionales apparaissent : si dans certaines régions comme Midi-Pyrénées ou le Languedoc-Roussillon, l'ensemble des territoires de santé présente un taux standardisé de décès plutôt bas, ou au contraire plutôt élevé comme en Bretagne ou en Nord - Pas-de-Calais, d'autres régions combinent des territoires de santé avec des niveaux de mortalité variables comme l'Île-de-France où les Yvelines, les Hauts-de-Seine et Paris sont en sous-mortalité masculine par rapport à la valeur nationale et la Seine-Saint-Denis en surmortalité. Des situations contrastées de même nature sont observées dans d'autres régions comme Provence-Alpes-Côte d'Azur ou la Haute-Normandie mais sans que les taux observés au niveau des territoires de santé de ces régions soient toujours significativement différents de la valeur nationale.

Le taux standardisé de mortalité des femmes par cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques est nettement inférieur à celui des hommes : 5,3 décès

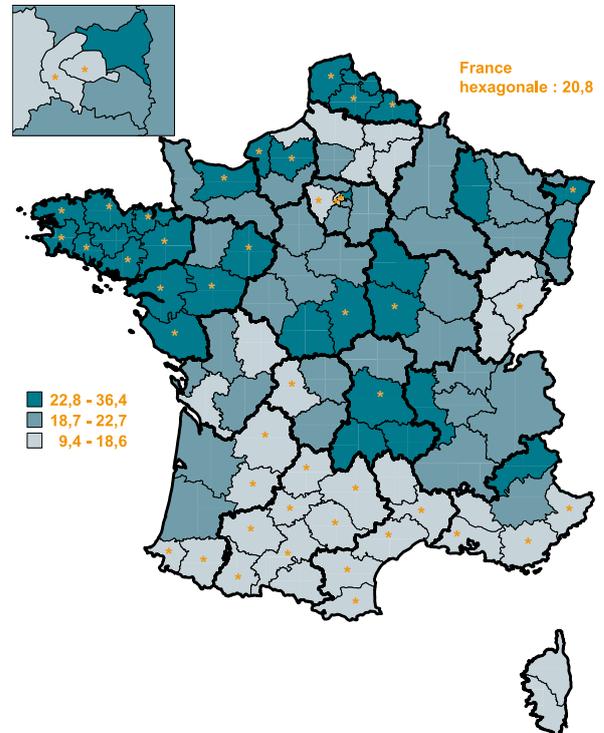
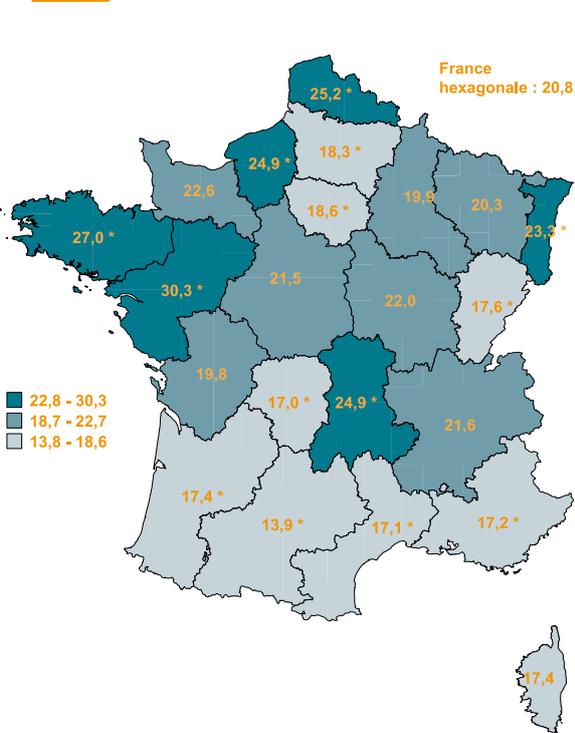
pour 100 000 femmes soit près de quatre fois moins. Le taux varie également entre régions de façon importante : de 3,9 décès pour 100 000 femmes en Franche-Comté à 7,4 en Nord - Pas-de-Calais. L'Alsace et la Haute-Normandie sont aussi des régions où le taux standardisé de décès des femmes par cancers du foie et des voies biliaires est significativement supérieur à la valeur nationale. En Limousin et, dans une moindre mesure, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, les taux sont significativement inférieurs à cette valeur pour les femmes. Au niveau des territoires de santé, d'importants contrastes existent également, parfois au sein d'une même région mais sans toutefois que les taux observés au niveau de ces territoires soient toujours statistiquement différents de la moyenne nationale. C'est le cas par exemple en Pays de la Loire ou en Languedoc-Roussillon où, bien que cohabitent des territoires avec des niveaux de mortalité différents, aucun ne diffère significativement de la moyenne nationale ou bien Midi-Pyrénées où seules les Hautes-Pyrénées présentent un taux significativement inférieur à la valeur féminine nationale.

En sept ans, entre 2000-2002 et 2007-2009, le taux standardisé de mortalité par cancers du foie et des voies biliaires a légèrement diminué par rapport au niveau national pour les hommes : - 3 %. Dans cinq régions, une baisse significative du taux standardisé de mortalité des hommes est notée : en Alsace, Auvergne, Lorraine, Haute-Normandie et Bretagne. Cependant, malgré cette baisse, les taux observés en Auvergne, Haute-Normandie et Bretagne restent significativement supérieurs au taux standardisé masculin national. Pour les femmes, c'est une hausse du taux de mortalité qui est observée au niveau national au cours de la même période : + 7 %. Dans quatre régions, Picardie, Nord - Pas-de-Calais, Pays de la Loire et Île-de-France, cette hausse est statistiquement significative. Cependant, il n'y a qu'en Haute-Normandie que le taux devient, par rapport à la période précédente, significativement supérieur à la valeur nationale. Une baisse significative du taux standardisé de décès par cancers du foie et des voies biliaires n'est observée qu'en Champagne-Ardenne.

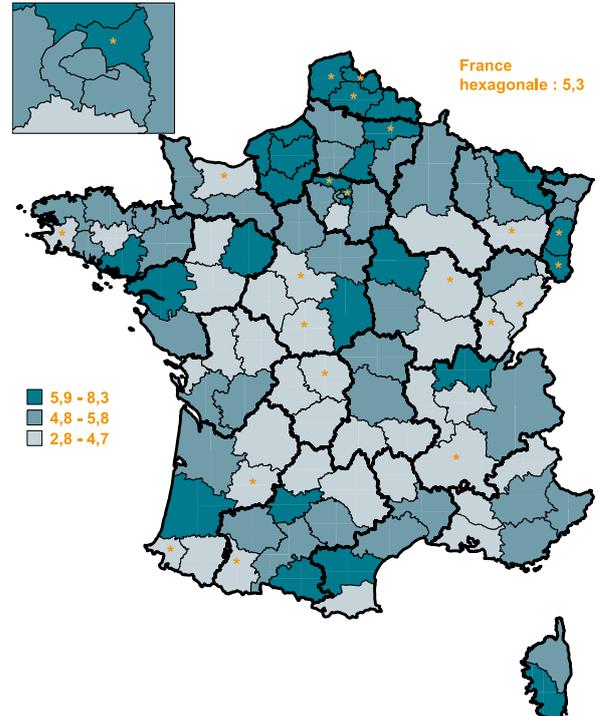
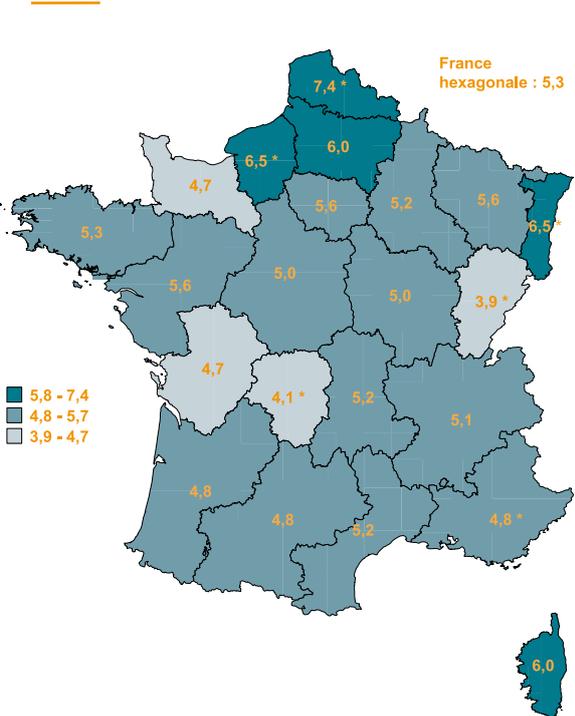
Mortalité

Taux standardisé de mortalité par cancers du foie et des voies biliaires par régions et territoires de santé en 2007-2009
(nombre de décès pour 100 000 personnes)

Hommes



Femmes



*Taux significativement différent du taux national ($p < 0,05$)
Sources : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation : Fnors

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

L'analyse a retenu les décès pour lesquels apparaît en cause initiale le motif « cancer du foie et des voies biliaires », correspondant au code C22 de la Classification internationale des maladies 10^e révision et les codes détaillés de ce groupe. Parmi eux, figure le code C22.9 correspondant au motif « cancers du foie et des voies biliaires sans précision ». Dans le cas où ce code apparaît, l'examen des autres causes initiales citées sur les certificats de santé fait parfois apparaître des motifs correspondant à des cancers d'autre localisation. Il n'est pas impossible que, dans ces cas, la tumeur du foie ne soit pas primitive mais secondaire au cancer noté dans les autres motifs. En 2009, cela correspondait à 3,4 % des cancers du foie et des voies biliaires sans précision (C22.9) et à 0,9 % de l'ensemble des cancers du foie et des voies biliaires (C22). Ont été exclus du dénombrement des cancers étudiés dans ce chapitre les décès codés en C22.9 pour lesquels figure parmi les autres causes de décès un cancer de localisation autre qu'hépatique.

Évolution régionale du taux standardisé de mortalité par cancers du foie et des voies biliaires entre 2000-2002 et 2007-2009 (pourcentage)



* Évolution significativement différente de l'évolution nationale (p<0,05)

Sources : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation : Fnors

Trois décès masculins sur dix par cancers du foie et des voies biliaires et deux décès féminins sur dix surviennent avant 65 ans.

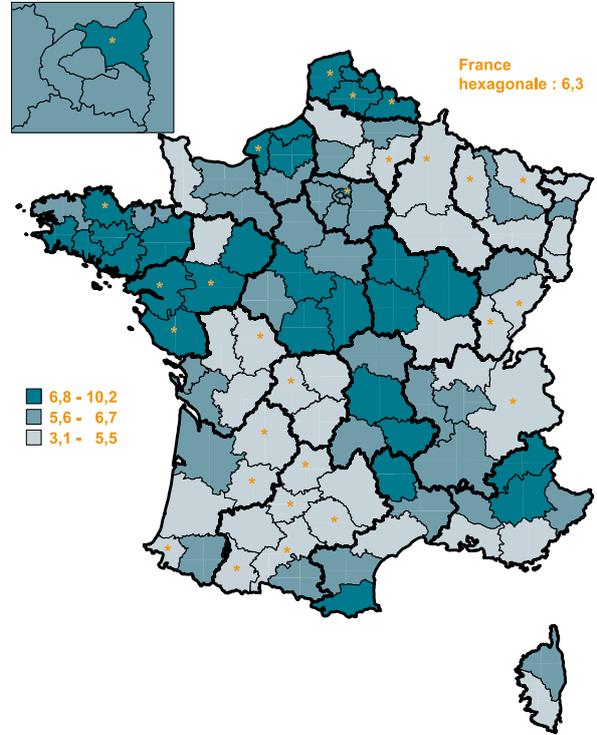
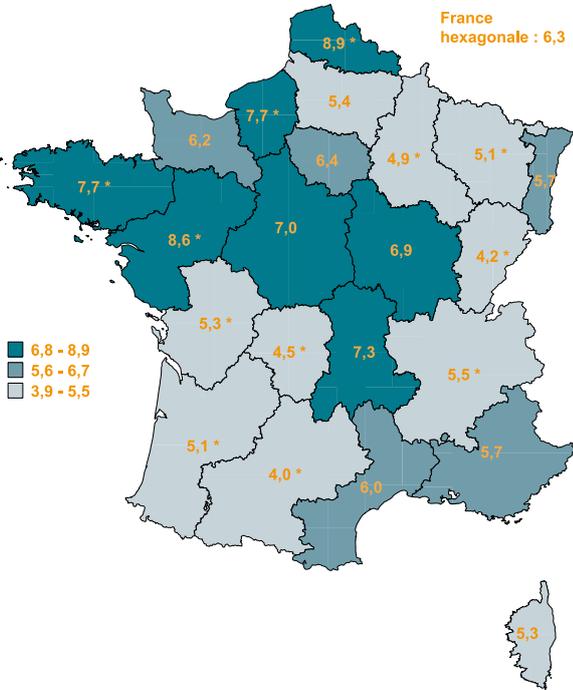
En 2007-2009, le taux standardisé de mortalité prématurée des hommes par cancers du foie et des voies biliaires est en moyenne annuelle de 6,3 pour 100 000. Il varie de 4,0 décès pour 100 000 hommes en Midi-Pyrénées à 8,9 en Nord - Pas-de-Calais. Une fois prises en compte les différences de structure d'âge des populations, les régions Pays de la Loire, Bretagne et Haute-Normandie présentent également un niveau de mortalité par cancers du foie et des voies biliaires significativement supérieur à la valeur nationale. Une sous-mortalité significative est retrouvée, en plus de Midi-Pyrénées, dans sept régions : Franche-Comté, Limousin, Champagne-Ardenne, Lorraine, Aquitaine, Poitou-Charentes et Rhône-Alpes. Les différences observées au niveau des territoires de santé mettent en relief des situations variables : ainsi en Midi-Pyrénées, cinq des huit territoires de santé présentent une sous-mortalité prématurée significative pour les hommes. En Nord - Pas-de-Calais, c'est trois des quatre territoires de santé et en Pays de la Loire, trois des cinq territoires qui se trouvent en surmortalité prématurée des hommes par cancers du foie et des voies biliaires. La moitié des territoires Aquitains ou Francs-Comtois sont en sous-mortalité prématurée. Dans plusieurs régions (Alsace, Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Languedoc-Roussillon ou Provence-Alpes-Côte d'Azur), les niveaux de mortalité prématurée observés pour les hommes à l'échelle des territoires de santé ne diffèrent pas de la valeur nationale.

Pour les femmes, 1,4 décès prématuré pour 100 000 est observé en moyenne en 2007-2009 avec pour cause un cancer du foie et des voies biliaires intra-hépatiques. Seules les deux régions présentant les taux extrêmes diffèrent significativement du taux standardisé national : le Limousin avec 0,7 décès pour 100 000 femmes et le Nord - Pas-de-Calais avec 2,5 décès pour 100 000 femmes. Les situations observées au niveau des territoires de santé diffèrent rarement de façon significative de la valeur nationale. Si trois des quatre territoires de santé du Nord - Pas-de-Calais se trouvent en surmortalité prématurée pour les femmes et deux des huit territoires de santé de Midi-Pyrénées en sous-mortalité prématurée féminine, le plus souvent, un seul territoire par région présente une situation significativement différente de la

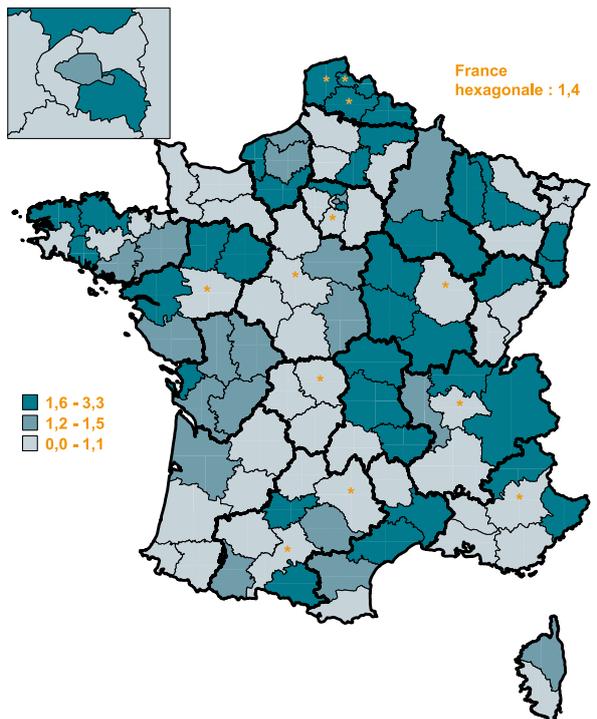
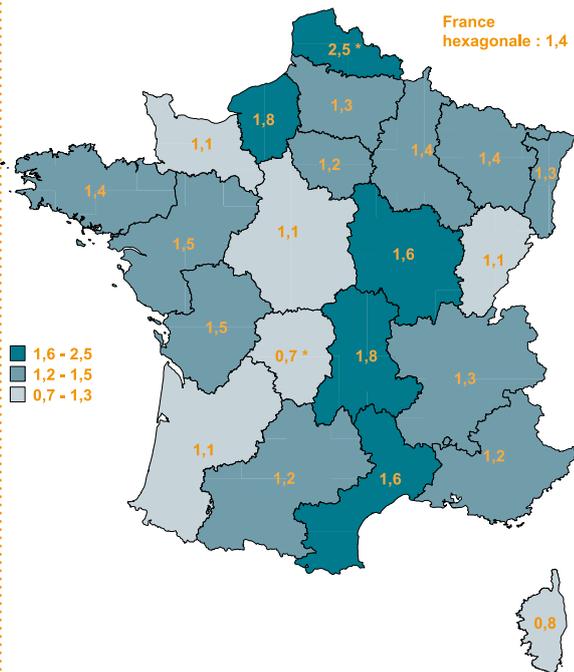
moyenne nationale ; c'est le cas en Alsace, Bourgogne, Bretagne, Centre, Corse, Île-de-France, Limousin, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire et Rhône-Alpes. Il faut noter enfin qu'en Creuse et en Corse du Sud, aucun décès prématuré de femmes par cancers du foie et des voies biliaires n'a été noté en 2007-2009.

Taux standardisé de mortalité prématurée par cancers du foie et des voies biliaires par régions et territoires de santé en 2007-2009
(nombre de décès pour 100 000 personnes)

Hommes



Femmes



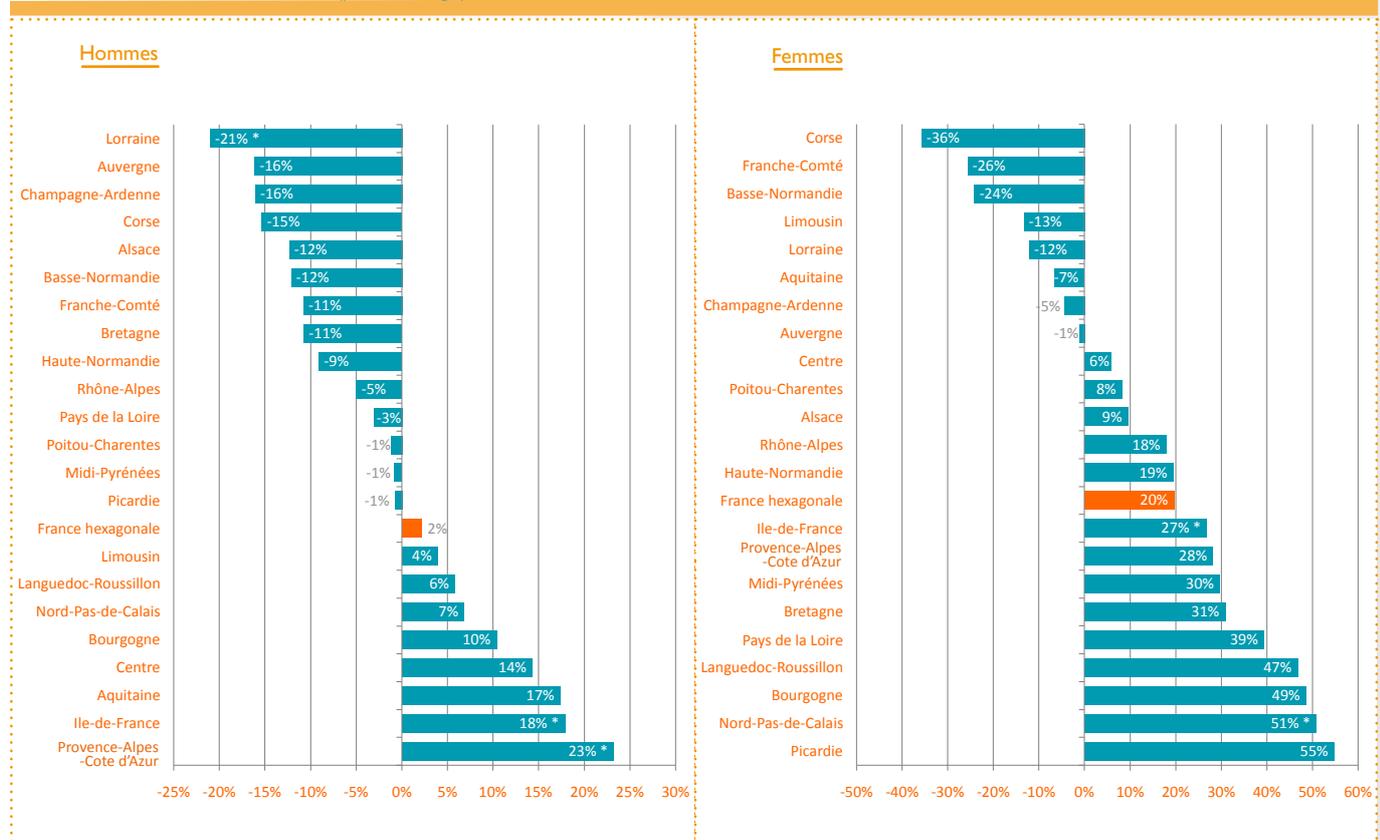
*Taux significativement différent du taux national ($p < 0,05$)
Sources : Inserm CépiDC, Insee – Exploitation : Fnors

Mortalité

Entre 2000-2002 et 2007-2009, le taux standardisé national de mortalité prématurée par cancers du foie et des voies biliaires des hommes est resté quasiment stable : + 2 %. La baisse observée est significative dans une seule région, la Lorraine, alors que deux régions présentent une hausse significative : Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les effectifs de décès prématurés par cancers du foie et des voies biliaires

étant relativement faibles. Pour les femmes, une hausse de 20 % du taux standardisé de mortalité prématurée est observée au niveau national mais rappelons qu'il s'agit de faibles effectifs. Seules deux régions présentent une hausse significative du taux standardisé de mortalité prématurée des femmes par cancers du foie et des voies biliaires : Île-de-France et Nord - Pas-de-Calais.

Évolution régionale du taux standardisé de mortalité prématurée par cancers du foie et des voies biliaires entre 2000-2002 et 2007-2009 (pourcentage)



* Évolution significativement différente de l'évolution nationale ($p < 0,05$)
Sources : Inserm CépiDC, Insee – Exploitation : Fnors

• MORTALITÉ PAR HÉPATOCARCINOME

3 290 décès chez les hommes et 674 chez les femmes en 2009 par hépatocarcinome.

Parmi les décès classés dans le groupe des cancers primitifs du foie et des voies biliaires intra-hépatiques, un peu plus de la moitié (53 %) peut être rattachée directement à un hépatocarcinome. Les autres correspondent à des décès par cholangiocarcinomes intra-hépatiques où, le plus souvent, les informations disponibles au niveau des certificats de décès ne permettent pas de préciser plus avant les caractéristiques de ces cancers du foie et des voies biliaires.

Sur la période 2007-2009, le taux standardisé de mortalité des hommes par hépatocarcinome est de 12,1 décès pour 100 000 hommes. C'est en Midi-Pyrénées que le taux le plus faible est enregistré avec 7,1 décès pour 100 000 hommes. Les taux standardisés de mortalité des hommes sont également significativement moins élevés que la moyenne nationale en Languedoc-Roussillon, Limousin, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Aquitaine et Picardie ainsi que, de manière moins marquée, en Île-de-France. Le taux standardisé de mortalité par hépatocarcinome des hommes le plus élevé est observé en Pays de la Loire avec 20,4 décès pour 100 000 hommes. Des taux significativement supérieurs au taux standardisé masculin national sont également observés en Bretagne, Auvergne, Haute-Normandie, Nord - Pas-de-Calais, Bourgogne et, de façon plus limitée, Rhône-Alpes. Au niveau des territoires de santé, tous ceux du Languedoc-Roussillon, la plupart de ceux de Midi-Pyrénées, d'Aquitaine ou des départements du Limousin présentent une sous-mortalité masculine par hépatocarcinome par rapport à la moyenne nationale. Par contre, en Bretagne ou Pays de la Loire, c'est la majorité des territoires de santé qui présentent une surmortalité masculine par hépatocarcinome par rapport à la valeur nationale.

Le taux standardisé de mortalité des femmes par hépatocarcinome est de 1,8 décès pour 100 000 femmes en moyenne sur la période 2007-2009. Il varie de 1,0 en Franche-Comté à 2,6 en Nord - Pas-de-Calais. La Haute-Normandie et l'Île-de-France présentent également une surmortalité féminine significative par hépatocarcinome alors que l'inverse est noté en Poitou-Charentes, Limousin, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes en plus de

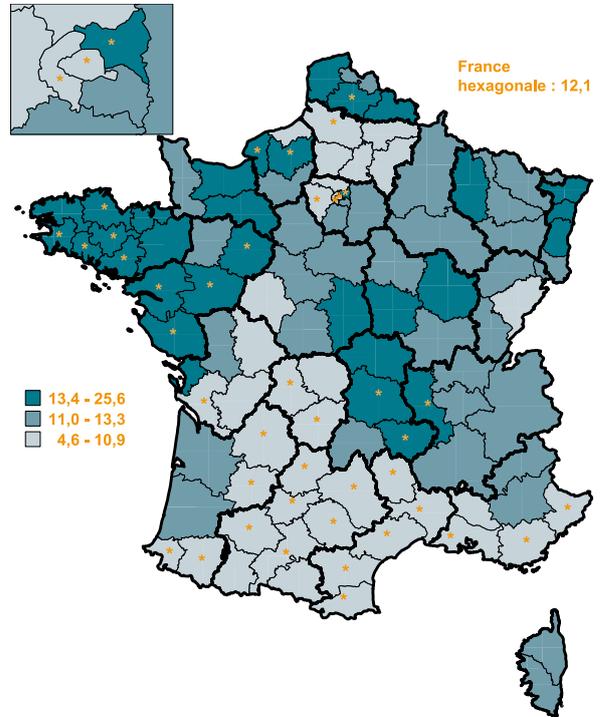
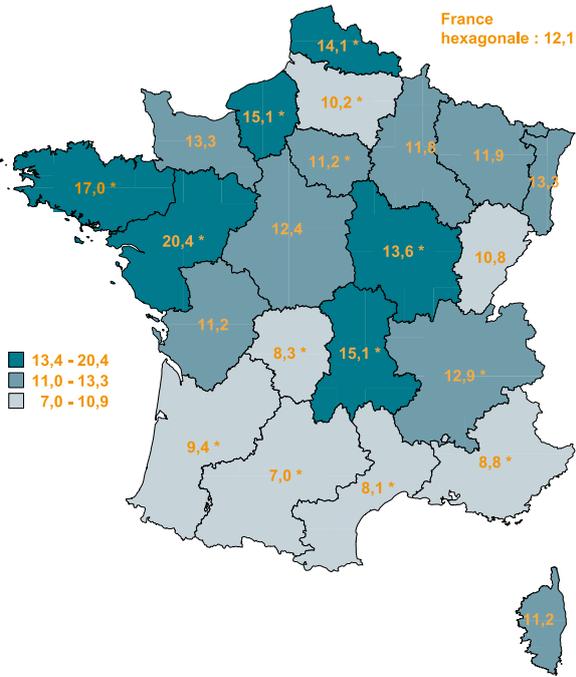
la Franche-Comté. Dans certaines régions, plusieurs territoires de santé présentent un taux de décès féminin par hépatocarcinome supérieur à la moyenne nationale : Nord - Pas-de-Calais (trois territoires sur quatre) ou Île-de-France (deux). À l'inverse, plusieurs régions situées dans la partie méridionale de la France, comptent des territoires de santé en situation de sous-mortalité féminine : Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Poitou-Charentes ou Rhône-Alpes.

Si le taux standardisé de mortalité par hépatocarcinome des hommes a diminué de 10 % au niveau national entre 2000-2002 et 2007-2009, une baisse significative n'est notée que dans trois régions : Auvergne, Lorraine et Île-de-France. Pour les femmes, la baisse au niveau national est du même ordre (- 11 %) et est significative dans deux régions : Basse-Normandie et Lorraine.

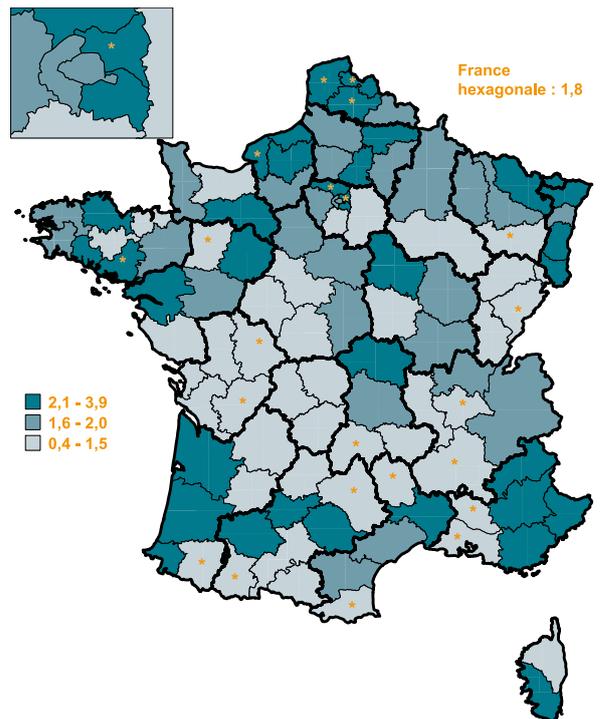
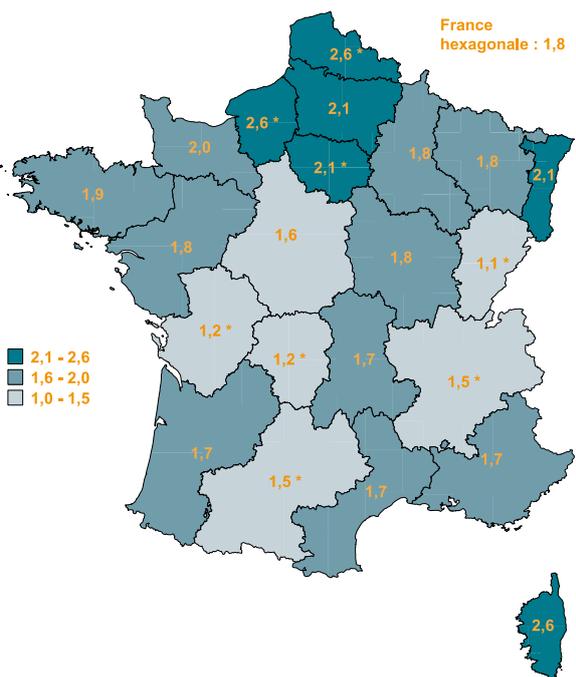
Mortalité

Taux standardisé de mortalité par hépatocarcinome par régions et territoires de santé en 2007-2009
(nombre de décès pour 100 000 personnes)

Hommes



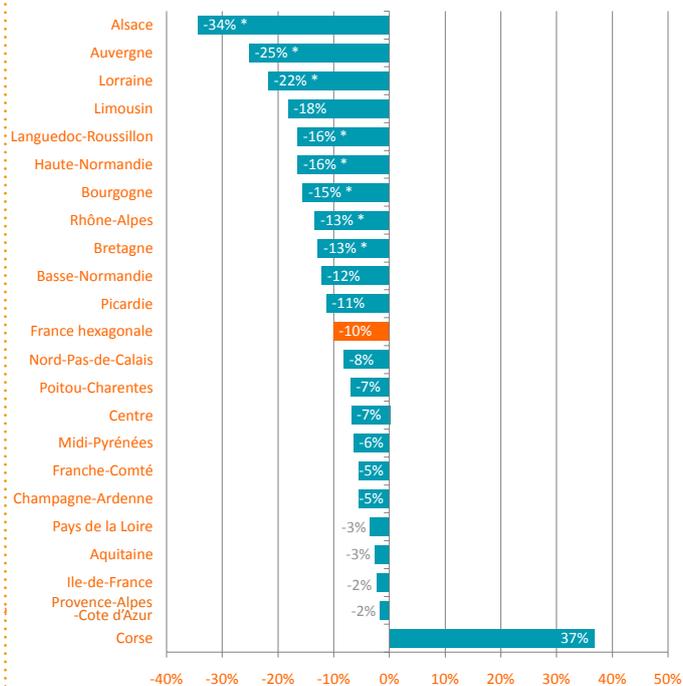
Femmes



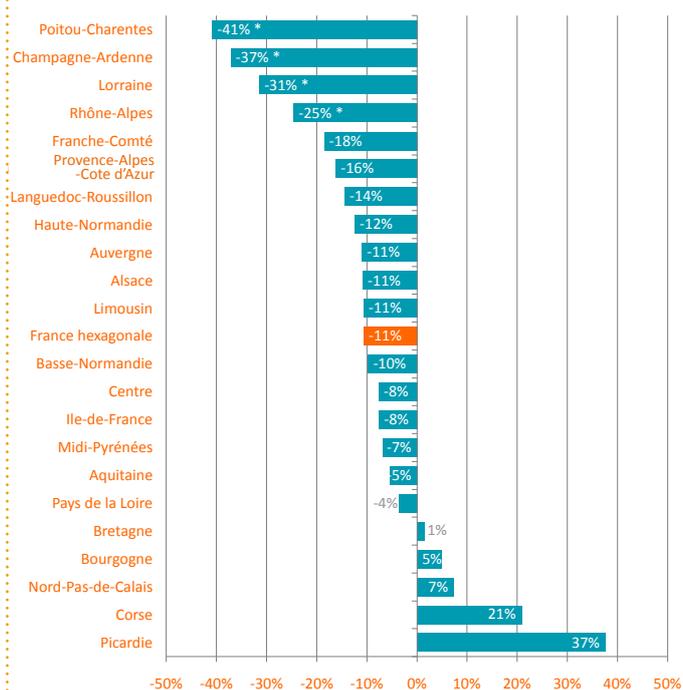
*Taux significativement différent du taux national ($p < 0,05$)
Sources : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation : Fnors

Évolution régionale du taux standardisé de mortalité par hépatocarcinome entre 2000-2002 et 2007-2009 (pourcentage)

Hommes



Femmes



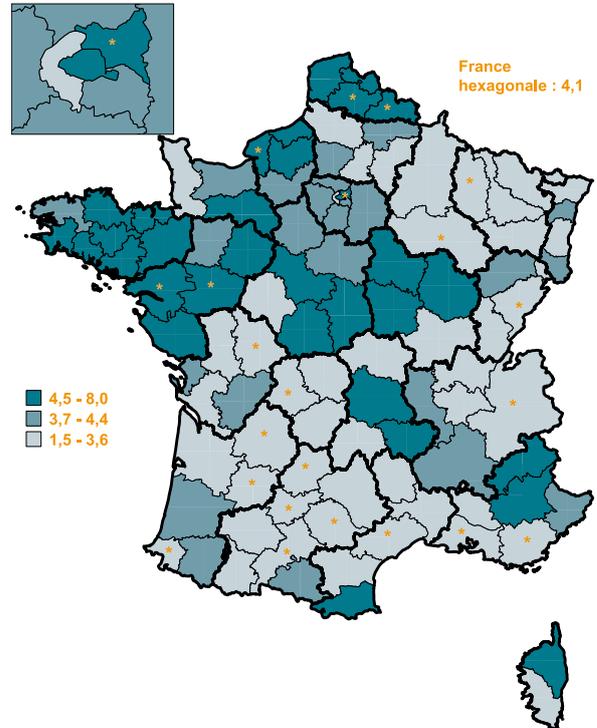
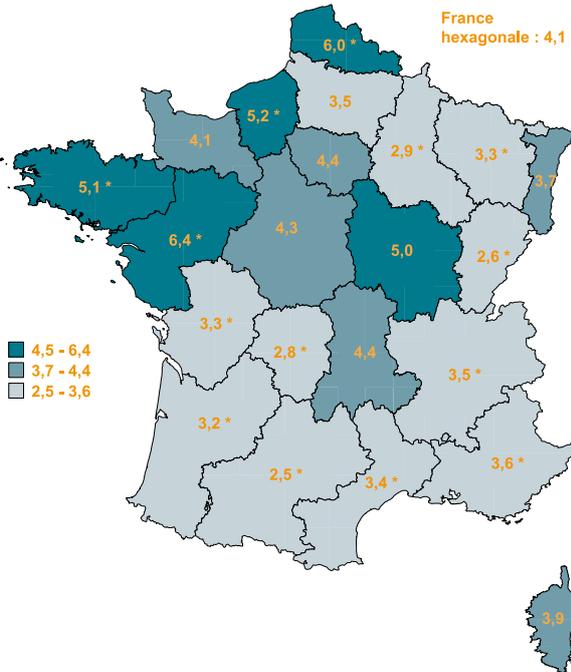
* Évolution significativement différente de l'évolution nationale ($p < 0,05$)

Sources : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation : Fnors

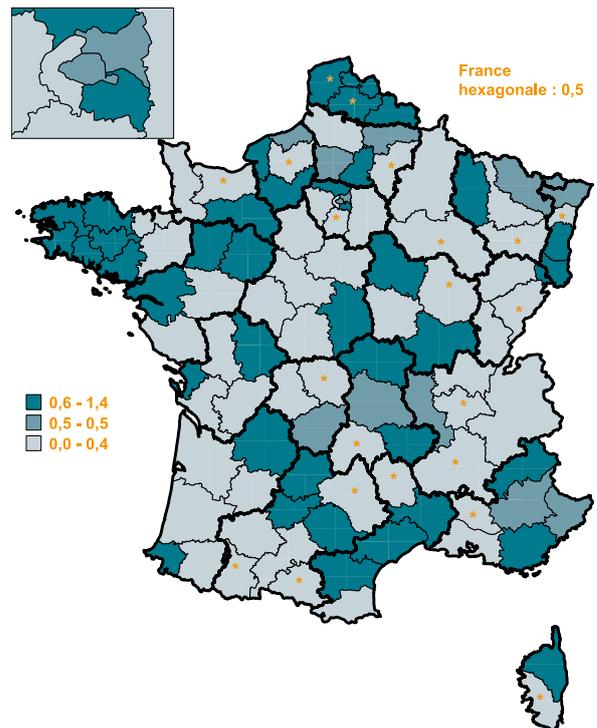
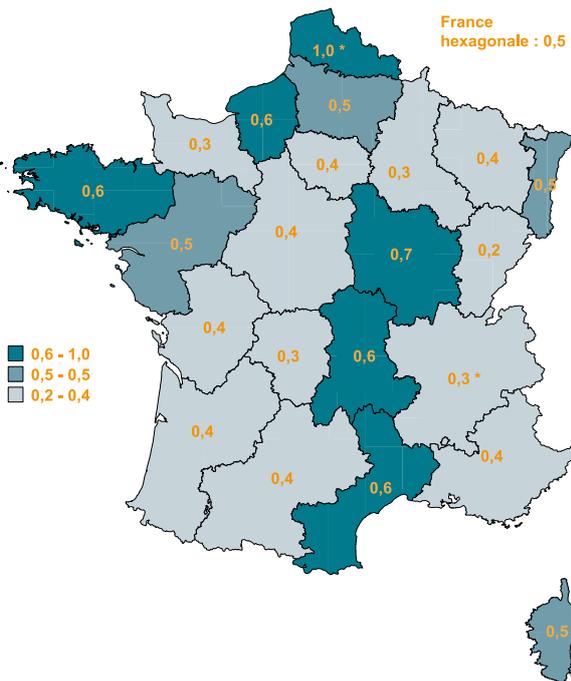
Mortalité

Taux standardisé de mortalité prématurée par hépatocarcinome par régions et territoires de santé en 2007-2009
(nombre de décès pour 100 000 personnes)

Hommes



Femmes



*Taux significativement différent du taux national ($p < 0,05$)
Sources : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation : Fnors

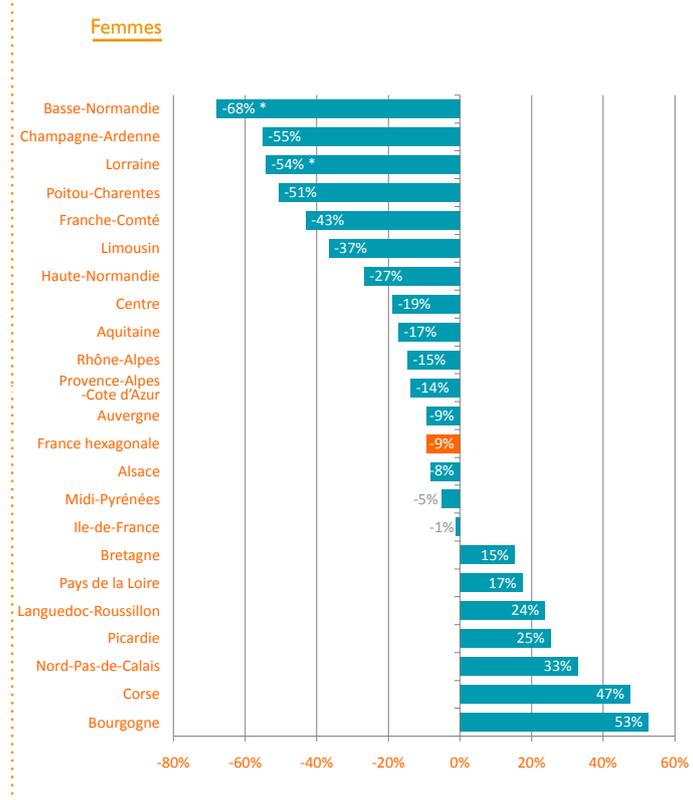
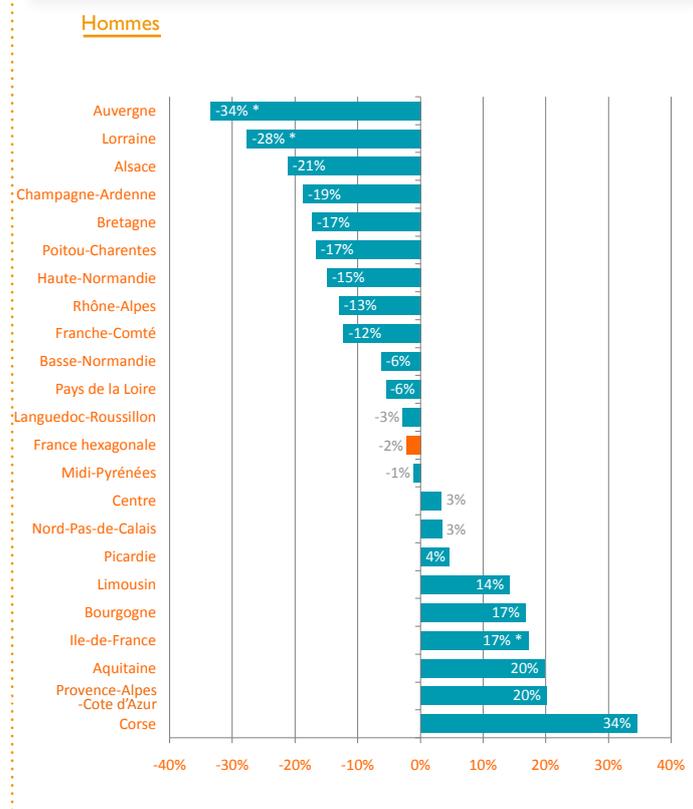
Un tiers des décès masculins et un cinquième des décès féminins par hépatocarcinome surviennent avant 65 ans.

Le taux standardisé de mortalité prématurée des hommes en 2007-2009 par hépatocarcinome est en moyenne annuelle de 4,1 pour 100 000. Le taux le plus bas est observé en Midi-Pyrénées avec 2,5 décès pour 100 000 hommes et le plus élevé en Pays de la Loire avec 6,4 décès pour 100 000 hommes. Les régions qui présentent un taux standardisé de mortalité prématurée par hépatocarcinome significativement inférieur à la valeur nationale pour les hommes se trouvent dans la moitié Sud du pays (Poitou-Charentes, Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes) et dans l'Est du pays (Franche-Comté, Lorraine et Champagne-Ardenne). Les régions où un taux significativement supérieur à la moyenne nationale est noté se trouvent dans l'Ouest et le Nord : outre les Pays de la Loire, il s'agit de la Bretagne, de la Haute-Normandie et du Nord - Pas-de-Calais. L'analyse conduite au niveau des territoires de santé met en relief des variations au sein des régions. En Midi-Pyrénées comme en Aquitaine, la moitié des territoires de santé présentent une sous-mortalité prématurée masculine par hépatocarcinome significativement inférieure à la valeur nationale. À l'inverse, la moitié des territoires du Nord-Pas-de-Calais présentent une surmortalité prématurée significative tout comme deux des cinq territoires de santé des Pays de la Loire.

En 2007-2009, pour les femmes, le taux standardisé de mortalité prématurée par hépatocarcinome est de 0,5 décès pour 100 000 femmes. Une différence significative avec ce taux moyen est retrouvée dans deux régions, aux deux extrêmes du spectre de dispersion des taux entre régions : 0,3 décès pour 100 000 femmes en Rhône-Alpes et 1,0 décès pour 100 000 femmes en Nord - Pas-de-Calais. Au niveau des territoires de santé, il faut noter que dans neuf d'entre eux, aucun décès par hépatocarcinome de femmes de moins de 65 ans n'a été relevé sur la période 2007-2009 : trois de ces territoires se situent en Midi-Pyrénées et les six autres sont répartis sur six régions différentes. Compte-tenu de la faiblesse des effectifs de décès prématurés de femmes par hépatocarcinome, il convient d'être prudent face aux différences qui peuvent être notées entre territoires et au sein d'une même région : des différences significatives avec le niveau national ne sont observées que dans 14 des 106 territoires étudiés.

En sept ans, entre 2000-2002 et 2007-2009, le taux standardisé de mortalité prématurée des hommes par hépatocarcinome est resté quasiment stable au niveau national : - 2 %. Des évolutions statistiquement significatives sont notées dans trois régions : une hausse en Île-de-France et une baisse en Auvergne et en Lorraine. Pour les femmes, au niveau national, une baisse de 9 % du taux standardisé de mortalité prématurée par hépatocarcinome est notée. Dans deux régions, la Basse-Normandie et la Lorraine, ce taux a baissé de façon significative entre 2000-2002 et 2007-2009 ■

Évolution régionale du taux standardisé de mortalité prématurée par hépatocarcinome entre 2000-2002 et 2007-2009 (pourcentage)



* Évolution significativement différente de l'évolution nationale ($p < 0,05$)

Sources : Inserm CépiDc, Insee – Exploitation : Fnors

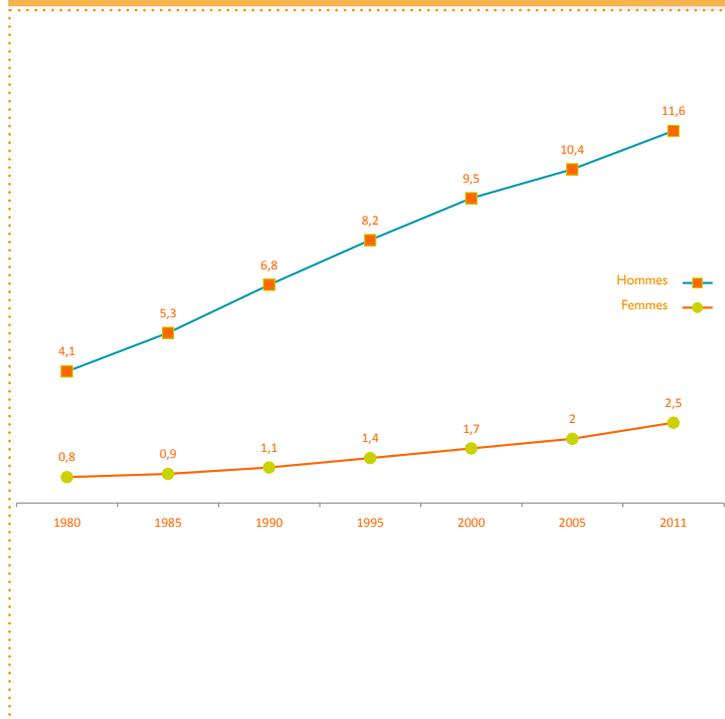
Incidence des cancers du foie

• ESTIMATION DE L'INCIDENCE EN FRANCE

En 2005, selon les estimations nationales produites par le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon, les registres français des cancers du réseau Francim et l'Institut de veille sanitaire¹, le taux d'incidence standardisé du cancer du foie est de 10,4 pour 100 000 hommes et de 2,0 chez les femmes. Le sex-ratio est de 5,2. Ainsi, il est possible d'estimer à 6 433 le nombre de nouveaux cas de cancers du foie en 2005, dont près des quatre cinquièmes (79 %) concernent des hommes. Les taux d'incidence par âge indiquent, chez les hommes, une croissance importante à partir de 45 à 49 ans pour atteindre un maximum entre 70 et 74 ans. Chez les femmes, l'incidence augmente plus tardivement

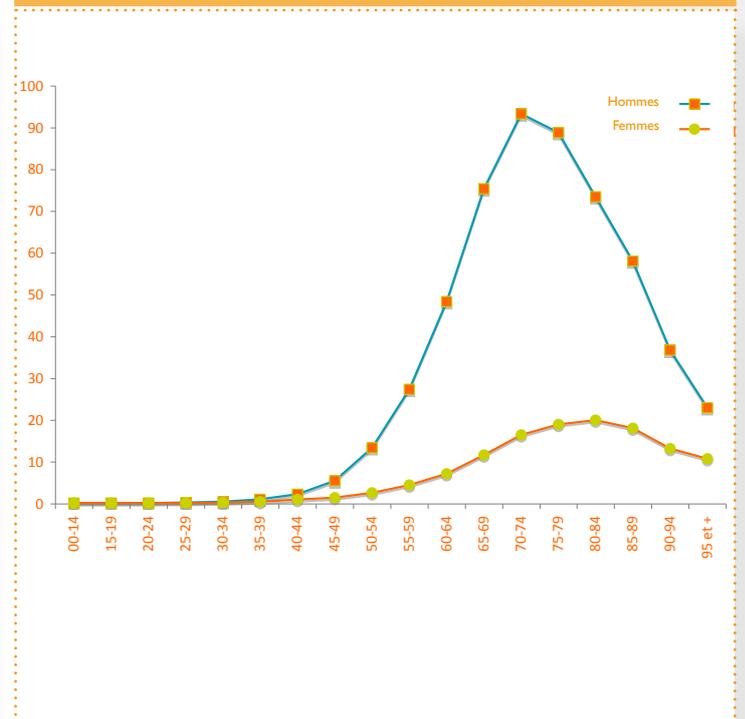
(entre 50 et 54 ans) et atteint un taux maximum entre 75 et 84 ans. Sur une période longue, l'augmentation de l'incidence masculine a été plus marquée entre 1980 et 2005 (3,8 % de taux annuel moyen d'évolution) qu'entre 2000 et 2005 (1,9 %). L'évolution de l'incidence féminine a été régulière sur l'ensemble de la période (4 % de taux annuel moyen d'évolution entre 1980 et 2005 et 3,6 % entre 2000 et 2005). D'après les modélisations réalisées à partir des données des registres des cancers jusqu'en 2006² et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008, l'incidence masculine française des cancers du foie peut être estimée en 2011 à 11,6 pour 100 000 personnes-années, soit plus de 6 370 nouveaux cas. Chez les femmes, cette même incidence est estimée à 2,5 soit 1 830 nouveaux cas.

Taux d'incidence standardisé* en France de 1980 à 2005 selon le sexe (nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes-années)



* Standardisation sur la population mondiale 1976
Sources : Francim-HCL-InVS-INCa-Inserm

Taux d'incidence en France selon l'âge et le sexe en 2005 (nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes-années)



Sources : Francim-HCL-InVS-INCa-Inserm

¹ Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G, Remontet L, Benhamou E, Chérié-Challine L et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, décembre 2008, 132 p. Disponible sur : www.invs.sante.fr

² Hospices civils de Lyon / Institut de veille sanitaire / Institut national du cancer / Francim / Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Juin 2011

• INCIDENCE OBSERVÉE DANS LES DÉPARTEMENTS COUVERTS PAR UN REGISTRE

Compte tenu du nombre relativement limité du nombre de nouveaux cas et des incertitudes liées au codage des données de mortalité, le réseau français des registres de cancer (Francim) ne produit pas, d'estimation de l'incidence des cancers du foie à l'échelle régionale. En effet, la confusion sur les notifications des certificats de décès entre cancers primitifs du foie et localisation hépatique secondaire rend les estimations difficilement interprétables. En revanche, dans le cadre de la surveillance épidémiologique des cancers en France, le réseau Francim produit annuellement, pour chacune des principales localisations cancéreuses, les incidences observées, par département couvert par un registre, par sexe et par période quinquennale (la dernière période disponible ne couvre que quatre années)³.

Ainsi, sur la dernière période disponible (2003-2008), l'incidence des cancers du foie est disponible sur 14 départements de l'Hexagone disposant d'un registre : le Bas-Rhin, le Calvados, la Côte-d'Or, le Doubs, le Finistère, le Haut-Rhin, l'Hérault, l'Isère, la Loire-Atlantique, la Manche, la Saône-et-Loire, la Somme, le Tarn, et la Vendée. Chez les hommes, l'incidence observée varie de 5,9 pour 100 000 habitants dans le Tarn à 19,5 en Loire-Atlantique. Chez les femmes, les données d'incidence apparaissent plus homogènes, variant de 1,2 pour 100 000 dans la Manche à 2,7 dans le Calvados.

Pour les 10 registres disposant de données d'incidence sur la totalité de la période 1983-87 à 2003-2008, une tendance globale à l'augmentation de l'incidence masculine est observée dans un rapport allant de 1,3 à 3,3. Cette augmentation globale masque, dans cinq départements, une stagnation voire une légère diminution entre les deux dernières périodes (1998-2002 à 2003-2006) : le Bas-Rhin, le Calvados, la Côte-d'Or, l'Isère, et la Saône-et-Loire. Il est à noter le profil atypique de la courbe d'évolution du Finistère qui a connu sa plus forte croissance sur la dernière période avec une augmentation de 72 % de l'incidence observée.

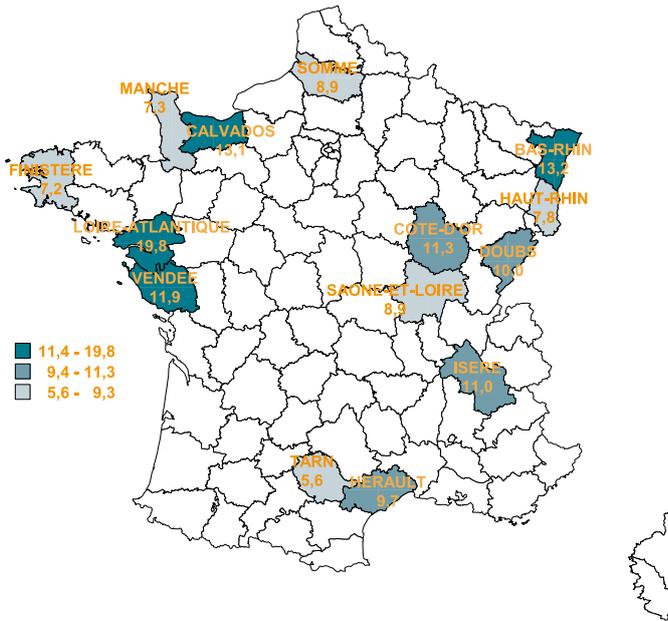
Concernant l'évolution de l'incidence féminine, la même tendance est observée que chez les hommes, avec une augmentation relativement marquée sur une période longue pour la quasi totalité des départements :

coefficient multiplicateur allant de 1,4 à 21 entre 1983-1987 et 2003-2008. Cependant, comme pour les hommes, entre les deux périodes les plus récentes (1998-2002 et 2003-2008), la croissance est moindre. Ainsi quatre registres connaissent des incidences stables ou en diminution : la Côte-d'Or, le Doubs, l'Hérault, et l'Isère ■

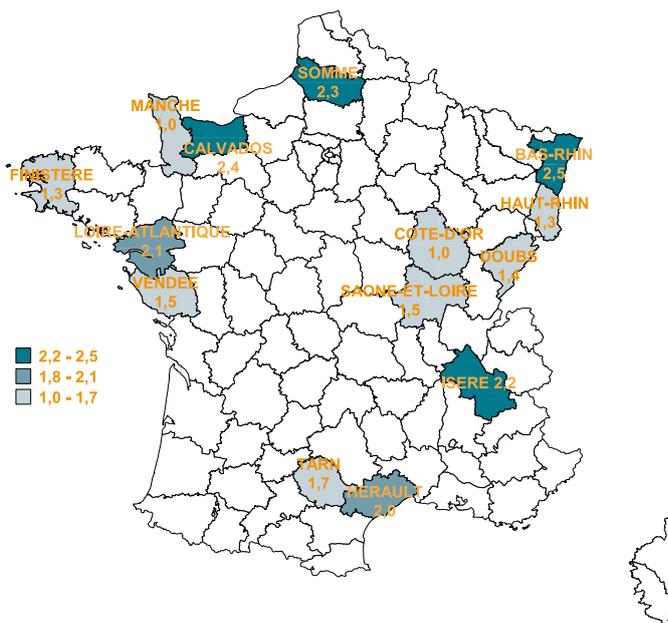
³ Site de l'InVS : incidence observée dans les départements couverts par les registres Francim entre 1978 - 1982 et 2003 - 2006.

**Taux d'incidence observée standardisé
à la population mondiale (2003-2006)**
(nombre de nouveaux cas pour 100 000 personnes-années)

Hommes

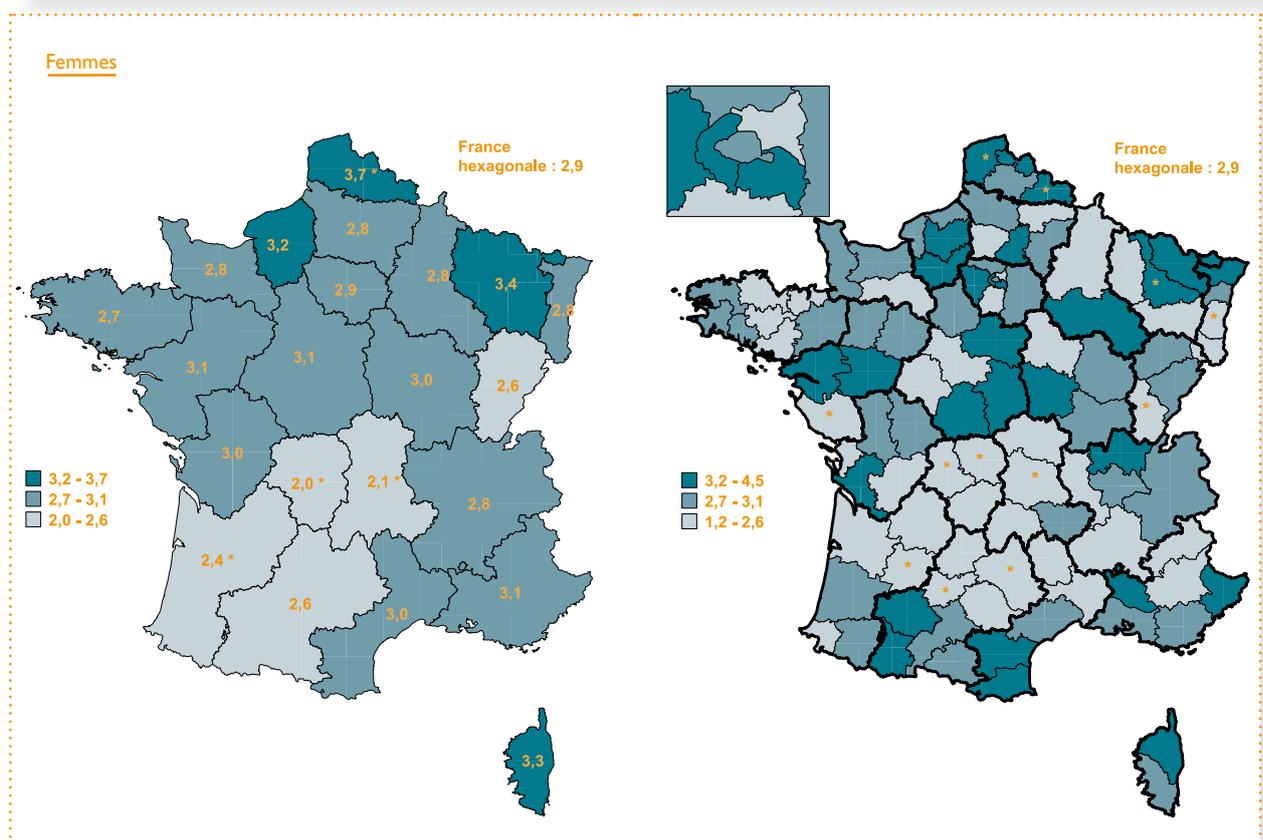
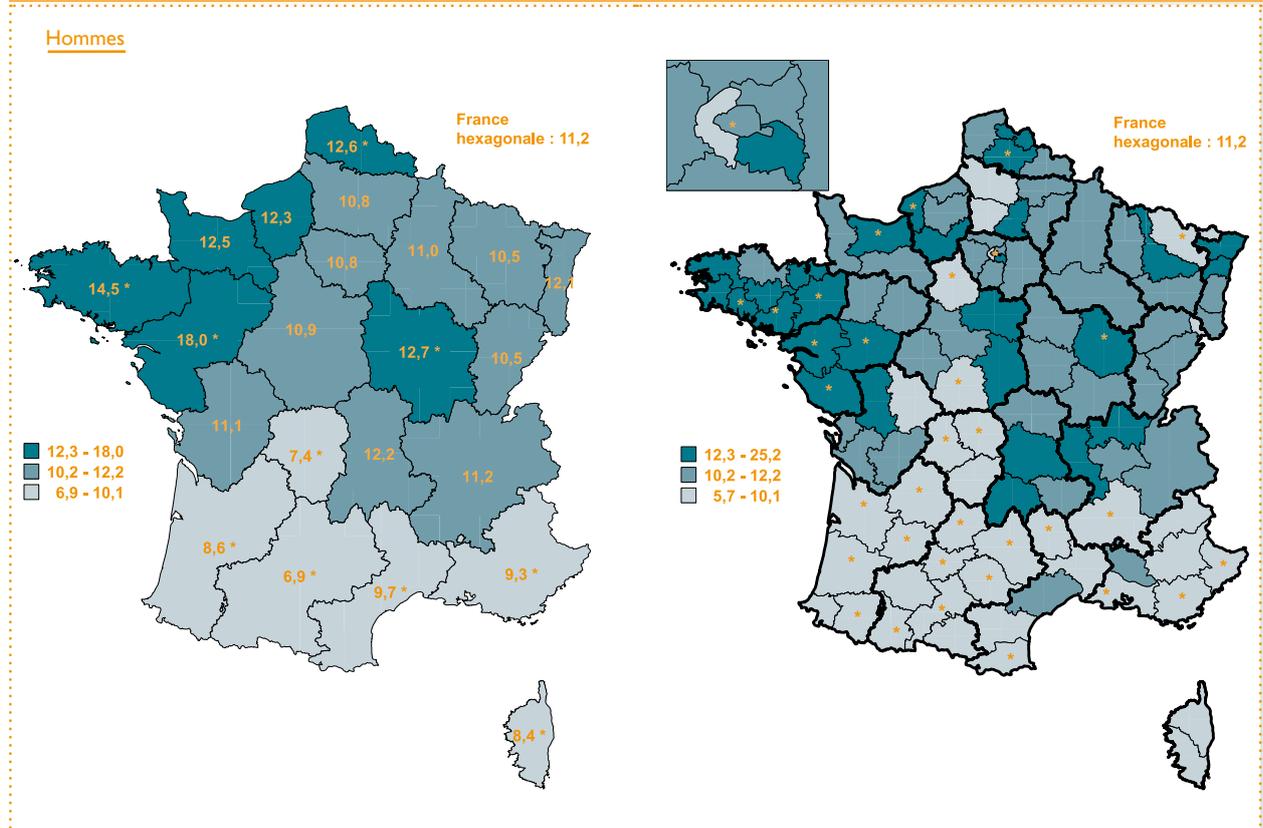


Femmes



Sources : Francim-InVS – Exploitation Fnors

Taux standardisé d'admission en ALD pour cancers du foie et des voies biliaires par régions et territoires de santé en 2007-2009
(nombre d'admissions pour 100 000 personnes)



*Taux significativement différent du taux national ($p < 0,05$)
Sources : CCMSA, CnamTS, RSI, Insee – Exploitation : Fnors

Affection de longue durée (ALD) pour cancers du foie et des voies biliaires

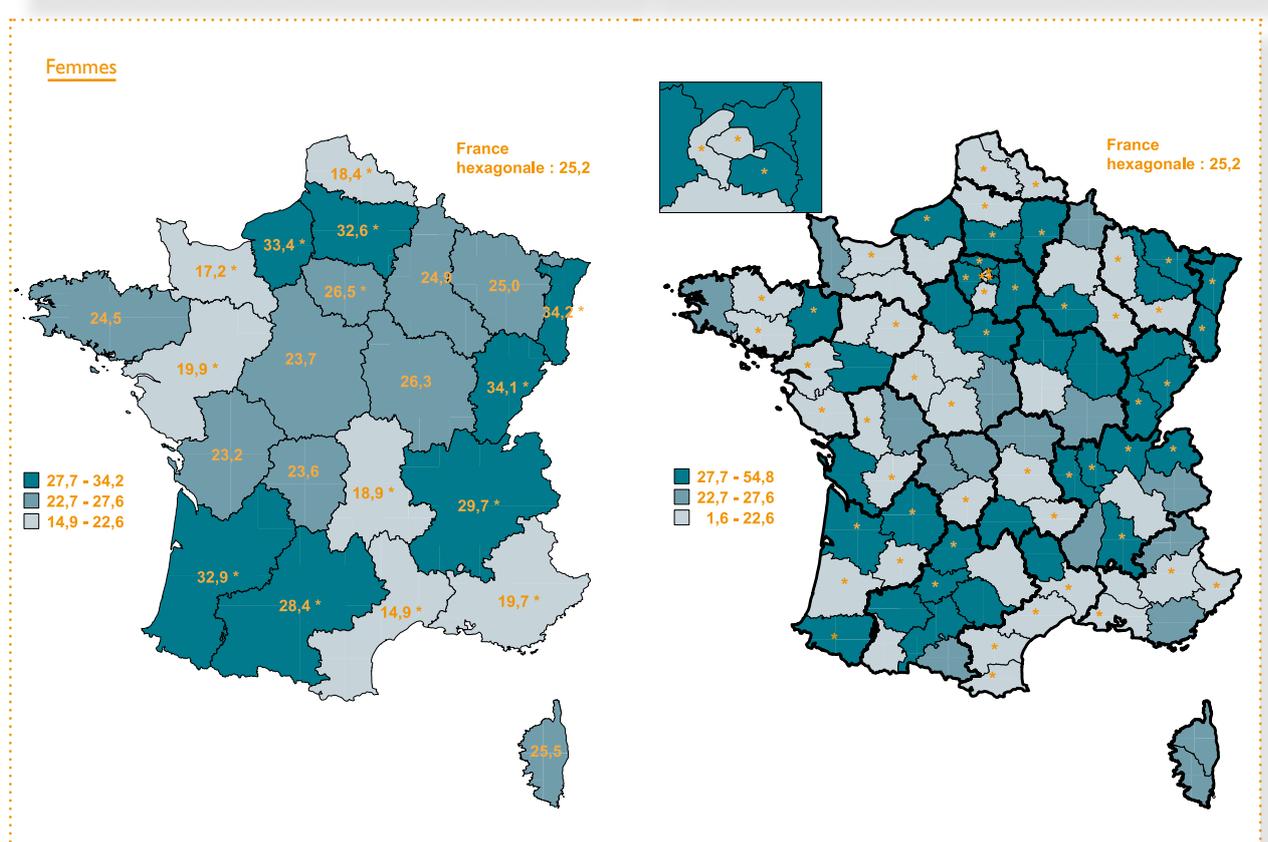
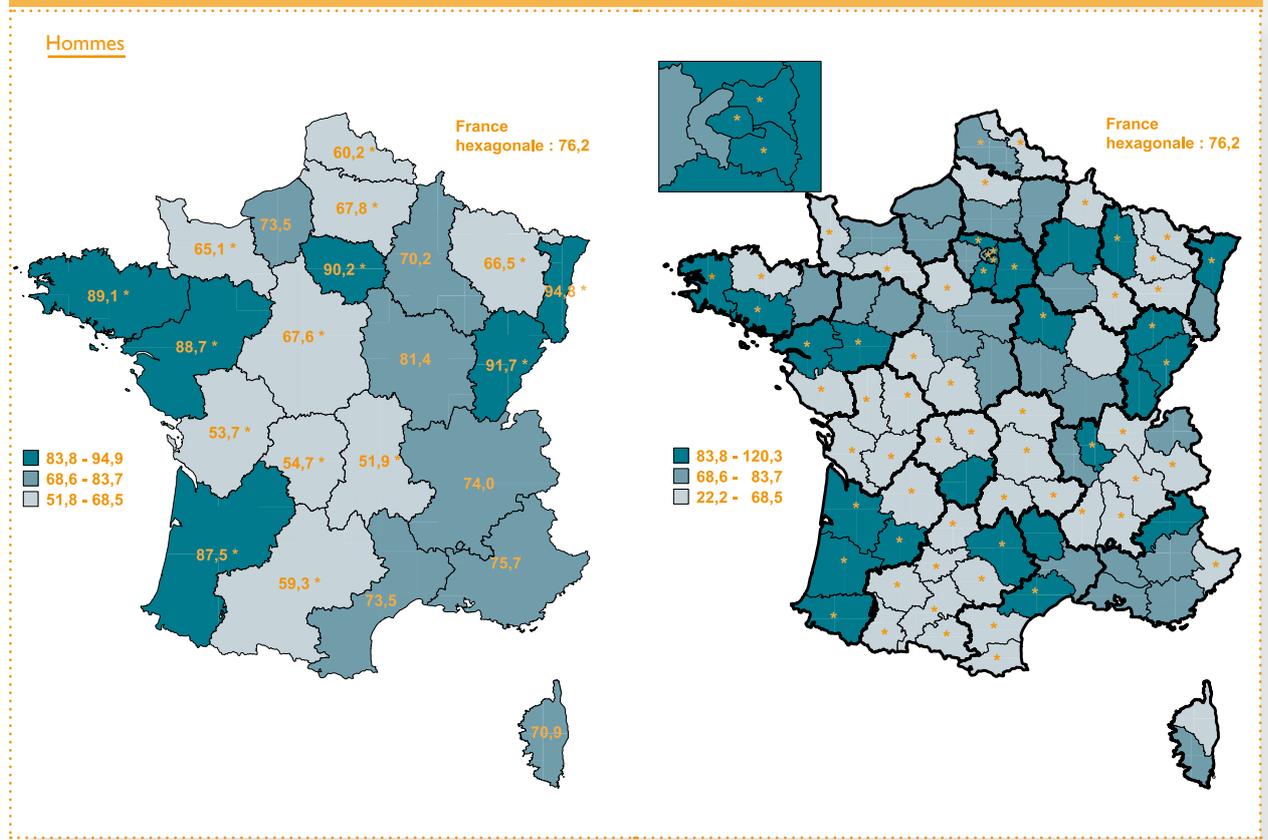
En 2007-2009, 4 000 personnes ont été admises en ALD pour cancers du foie et des voies biliaires en moyenne annuelle en France hexagonale, dont les trois quarts chez les hommes.

Au cours de la période 2007-2009, le taux standardisé d'admission en ALD pour tumeur maligne du foie et des voies biliaires intra-hépatiques est de 11,2 pour 100 000 hommes. Une forte dispersion des taux est observée entre les régions : de 6,9 en Midi-Pyrénées à 18,0 dans les Pays de la Loire, soit un coefficient multiplicateur de 2,6. Quatre régions présentent des taux standardisés d'admission en ALD significativement plus élevés que celui de l'Hexagone : les Pays de la Loire, la Bretagne, la Bourgogne et le Nord - Pas-de-Calais. Les régions présentant des taux significativement inférieurs à la valeur nationale se situent quant à elles dans le Sud de la France, laissant apparaître d'une manière globale un gradient nord-sud. Il s'agit de Midi-Pyrénées, du Limousin, de la Corse, de l'Aquitaine, de Provence-Alpes-Côte d'Azur, et du Languedoc-Roussillon. Au niveau des territoires de santé, d'importants contrastes existent également, parfois au sein d'une même région. Les différences intra-régionales ne sont cependant pas toujours significatives par rapport à la valeur nationale. Les plus grands écarts entre territoires de santé d'une même région sont observés en Lorraine, Picardie, Poitou-Charentes, Île-de-France, Rhône-Alpes et surtout en région Centre où le taux d'incidence du Cher est plus de deux fois supérieur à celui de l'Indre.

Chez les femmes, le taux standardisé d'admission en ALD pour tumeur maligne du foie et des voies biliaires intra-hépatiques est de 2,9 pour 100 000, soit près de quatre fois moindre que celui des hommes. La dispersion des taux observée entre les régions est également moins forte que celle constatée pour le sexe masculin : de 2,0 en Limousin à 3,7 dans le Nord - Pas-de-Calais, soit un coefficient multiplicateur de 1,8. Seul le Nord - Pas-de-Calais affiche un taux standardisé d'admission en ALD significativement plus élevé que celui de l'Hexagone. À l'inverse, trois régions présentent des taux significativement inférieurs à la valeur nationale : le Limousin, l'Auvergne et l'Aquitaine. Les régions présentent plus souvent que chez les hommes des taux d'incidence variables au niveau de territoires de santé. Aussi, treize régions comptent à

la fois au moins un territoire de santé dans chacune des classes extrêmes, sans que ces différences soient toutefois systématiquement significatives. Les contrastes les plus notables sont observés en région Midi-Pyrénées avec un taux plus de 3 fois supérieur dans le Gers par rapport à l'Aveyron ■

Taux standardisé de séjours hospitaliers pour cancers du foie et des voies biliaires par région et départements en 2009
(nombre de séjours pour 100 000 personnes)



*Taux significativement différent du taux national (p<0,05)
Sources : Atih, Insee – Exploitation : Fnors

Séjours hospitaliers

• SÉJOURS HOSPITALIERS POUR CANCERS DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

En 2009, il y a eu 30 305 séjours hospitaliers pour cancers du foie et des voies biliaires en France hexagonale, dont plus des deux tiers concernaient les hommes.

Dans l'Hexagone, en 2009, le taux standardisé de séjours hospitaliers pour tumeur maligne du foie et des voies biliaires intra-hépatiques est de 76,2 pour 100 000 hommes. Une forte dispersion des taux est observée entre les régions : de 51,9 en Auvergne à 94,8 en Alsace. Six régions affichent des taux standardisés de séjours hospitaliers significativement plus élevés que celui de l'Hexagone : Alsace, Franche-Comté, Île-de-France, Bretagne, Pays de la Loire et Aquitaine. Des taux significativement inférieurs sont observés dans cinq régions : Auvergne, Poitou-Charentes et Limousin, Midi-Pyrénées et Nord - Pas-de-Calais. Basse-Normandie, Lorraine, Centre et Picardie présentent également des taux significativement moins élevés que la valeur nationale mais la différence est moindre.

Au niveau des départements, des différences intra régionales apparaissent : si dans quelques régions comme Poitou-Charentes ou Auvergne, l'ensemble des départements présente un taux standardisé de séjours plutôt bas, ou au contraire plutôt élevé comme en Franche-Comté, la majorité des régions combine des départements avec des taux variant fortement comme la Lorraine où la Meuse présente un taux plus élevé que la valeur nationale alors que les autres départements ont des taux inférieurs.

Chez les femmes, le taux standardisé de séjours hospitaliers pour tumeur maligne du foie et des voies biliaires intra-hépatiques est de 25,2 pour 100 000, soit près de trois fois moindre que celui des hommes. La dispersion des taux observée entre les régions est légèrement plus élevée que celle constatée pour le sexe masculin : de 14,9 en Languedoc-Roussillon à 34,2 en Alsace, soit un coefficient multiplicateur de 2,3. Huit régions présentent des taux standardisés significativement supérieurs à la valeur nationale : Alsace, Franche-Comté, Haute-Normandie, Aquitaine, Picardie et, dans une moindre mesure Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées et Île-de-France.

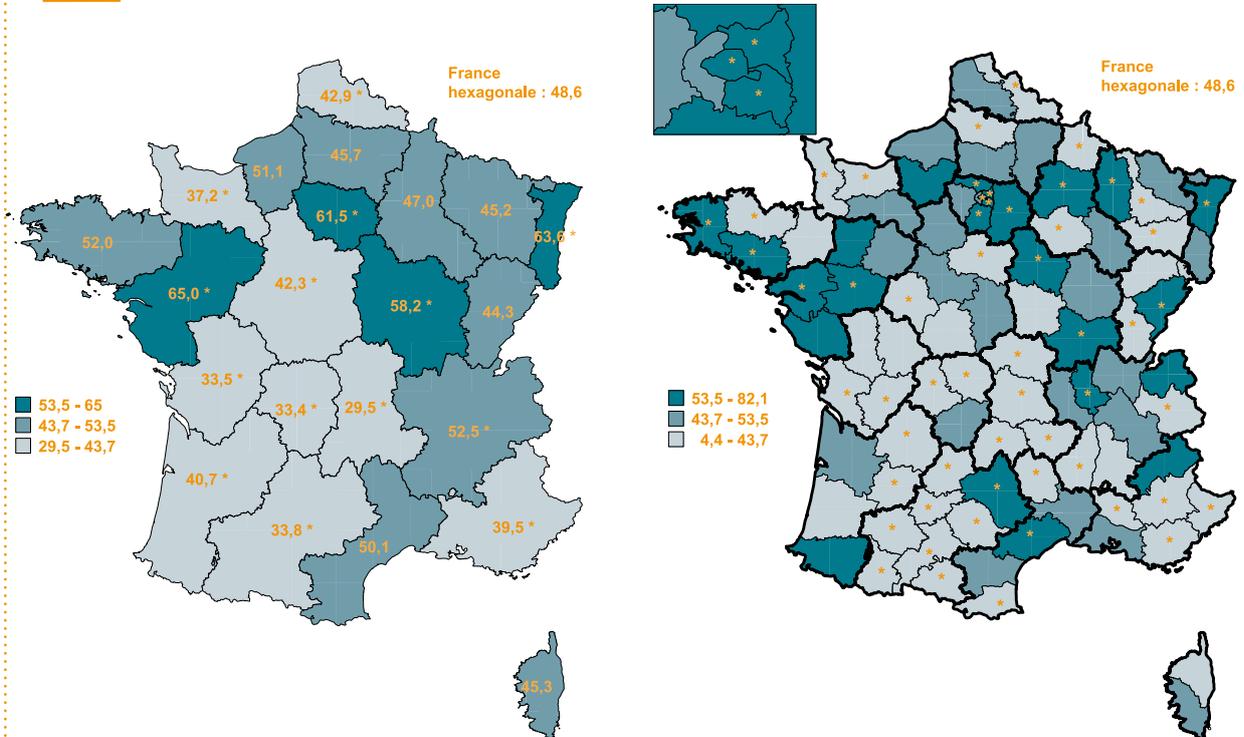
Au niveau des départements, d'importants contrastes existent également, par exemple pour la région Centre, le département du Loiret présente un taux standardisé significativement supérieur à la valeur nationale alors que les départements de l'Indre et de l'Indre-et-Loire ont des taux standardisés significativement inférieurs à la valeur nationale.

Séjours hospitaliers

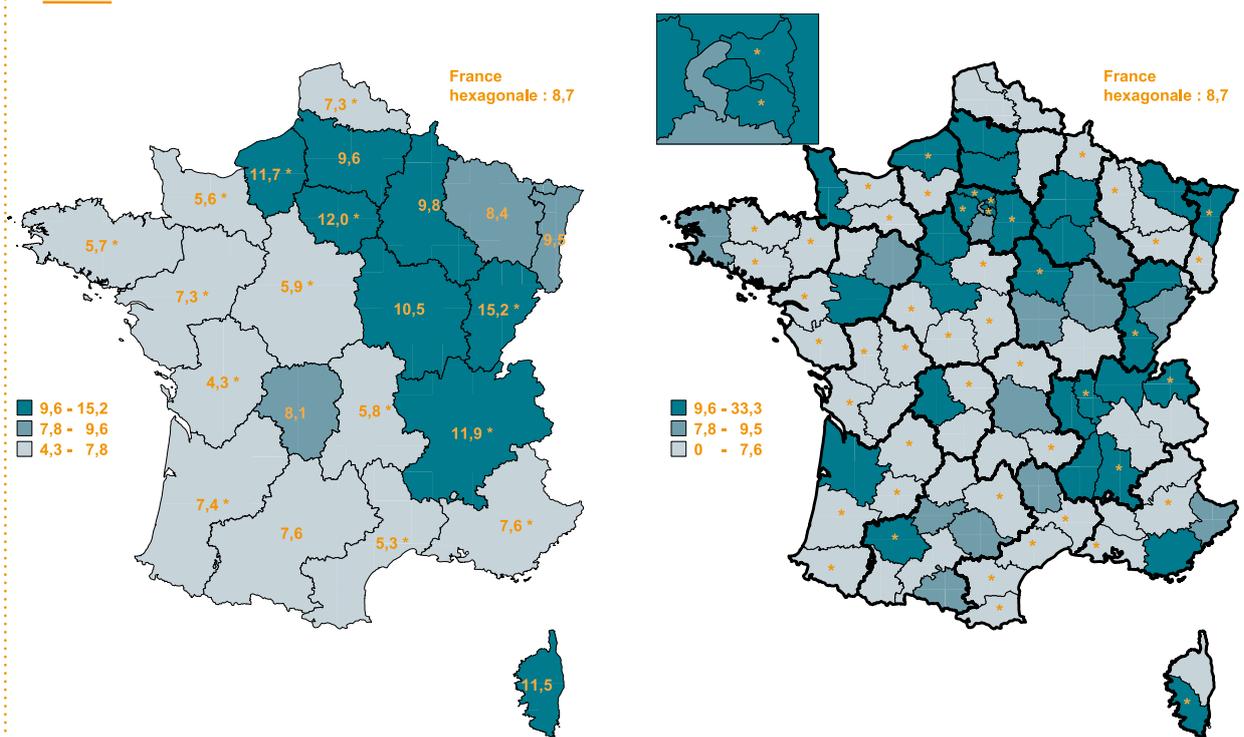
Taux standardisé de séjours hospitaliers pour hépatocarcinome par régions et départements en 2009

(nombre de séjours pour 100 000 personnes)

Hommes



Femmes



* Taux significativement différent du taux national ($p < 0,05$)

Sources : Atih, Insee – Exploitation : Fnors

• SÉJOURS HOSPITALIERS POUR HÉPATOCARCINOME

En 2009, il y a eu 16 889 séjours hospitaliers pour hépatocarcinome en France hexagonale, dont plus de 80 % concernaient les hommes.

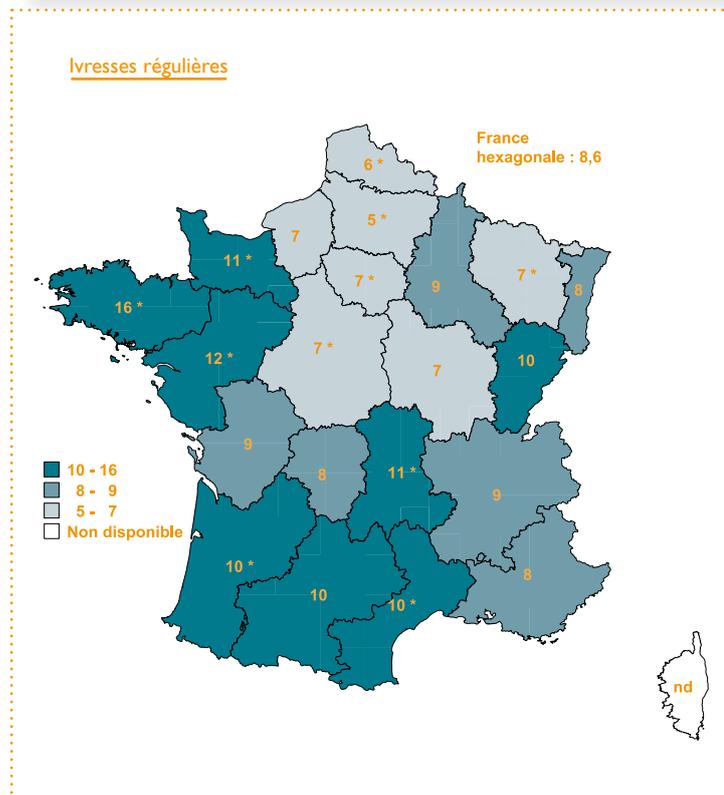
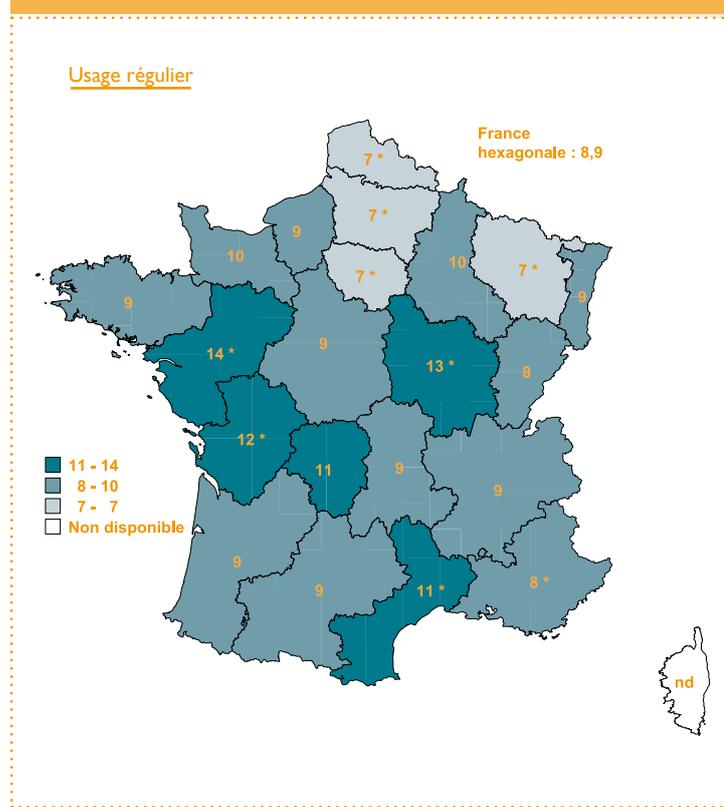
En France hexagonale, le taux standardisé masculin de séjours hospitaliers pour hépatocarcinome est de 48,6 pour 100 000 hommes. De la même manière que pour le cancer du foie et des voies biliaires, la dispersion des taux entre les régions est très forte : de 29,5 en Auvergne à 65 en Pays de la Loire. Seules cinq régions ont un taux standardisé de séjours hospitaliers significativement supérieur à la valeur nationale : Pays de la Loire, Alsace, Île-de-France, Bourgogne et Rhône-Alpes. Neuf régions présentent des taux significativement inférieurs à celui de l'Hexagone, dont : Auvergne, Limousin, Poitou-Charentes et Midi-Pyrénées. Ces régions sont situées principalement dans le Sud-Ouest.

Au niveau des départements, cette tendance est retrouvée dans les départements d'Auvergne et de Poitou-Charentes qui présentent tous des taux standardisés de séjours hospitaliers inférieurs à la valeur nationale. En Midi-Pyrénées, l'Aveyron est le seul département à avoir un taux standardisé supérieur à la valeur nationale. Ailleurs, des différences intra régionales apparaissent, des départements peuvent avoir des taux standardisés inférieurs ou supérieurs au sein d'une même région.

Le taux standardisé de séjours hospitaliers pour hépatocarcinome des femmes est beaucoup plus faible que celui des hommes, seulement 8,7 pour 100 000. Une dizaine de régions ont un taux standardisé significativement inférieur à la valeur nationale. De manière encore plus prononcée que chez les hommes, ces régions englobent tout l'Ouest de la France ainsi que les deux régions méditerranéennes. À l'inverse, les régions Franche-Comté, Île-de-France, Rhône-Alpes et Haute-Normandie présentent des taux significativement supérieurs à la valeur nationale. Les départements présentant des TCH plus faibles que celui de la France sont majoritairement situés à l'ouest d'une ligne Rouen-Toulon, tandis que ceux ayant des TCH plus élevés qu'au niveau national sont à l'est de cette même ligne. Cependant, les différences intra régionales sont encore plus marquées que pour les hommes ■

Les facteurs de risque de l'hépatocarcinome

Proportion de personnes âgées de 17 ans déclarant un usage d'alcool en 2008 (pourcentage)



*Taux significativement différent du taux national ($p < 0,05$)
 Source : OFDT (Escapad)

Usage régulier : au moins dix consommations au cours des trente derniers jours
 Ivresses régulières : au moins dix ivresses au cours des douze derniers mois

Près de 9 % des Français âgés de 17 ans déclarent consommer de l'alcool au moins 10 fois par mois.

À l'âge de 17 ans, l'usage régulier d'alcool, qui correspond à au moins dix consommations au cours des trente derniers jours, concerne 8,9 % des personnes interrogées en 2008. Ce taux est trois fois plus élevé chez les garçons (13,4 %) que chez les filles (4,0 %). Pour les deux sexes réunis, ce taux a fortement diminué entre 2005 et 2008 (de 12,0 % à 8,9 %) avant de remonter à 10,5 % d'après les premiers résultats de l'enquête de 2011. Au niveau régional, en 2008, les taux varient de 7 % dans le Nord - Pas-de-Calais, en Picardie, en Lorraine et en Île-de-France à 14 % dans les Pays de la Loire. Des taux significativement supérieurs à la moyenne hexagonale sont observés en Bourgogne, en Poitou-Charentes et en Languedoc-Roussillon.

Les ivresses régulières, qui correspondent à au moins dix ivresses au cours des douze derniers mois concernent 8,6 % des Français âgés de 17 ans en 2008. Ce taux est presque trois fois plus élevé chez les garçons (12,4 %) que chez les filles (4,6 %). Après avoir baissé pour les deux sexes réunis entre 2005 et 2008 (de 9,7 % à 8,6 %), ce taux est remonté à 10,5 % en 2011. Au niveau régional, en 2008, les taux varient de 5 % en Picardie à 16% en Bretagne. Des taux significativement inférieurs à la moyenne hexagonale sont observés dans le Nord - Pas-de-Calais, en Île-de-France, dans le Centre et en Lorraine. Outre la Bretagne, des taux significativement plus élevés sont observés dans le Pays de la Loire, en Auvergne, en Basse-Normandie, dans le Languedoc-Roussillon et en Aquitaine.

En 2008, les Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ont accueilli 140 701 personnes en difficulté avec l'alcool.

Les CCAA sont des établissements médico-sociaux spécialisés dans la prise en charge des personnes en difficulté avec leur consommation d'alcool. D'autres recours tels que les médecins généralistes, des hôpitaux ne disposant pas de CCAA ou des associations diverses existent, ce qui signifie que les consultations comptabilisées ici ne recouvrent pas la totalité de la prise en charge de l'alcoolisme.

En 2008, 3,5 personnes âgées de 20 à 70 ans pour 1 000 sont venues consulter en CCAA pour une difficulté avec l'alcool. Les taux varient de 2,4 pour 1 000 dans le Centre à 6,4 pour 1 000 en Picardie. Des taux dépassant

la moyenne nationale de plus de 10 % sont également observés en Champagne-Ardenne, en Haute-Normandie, en Alsace, en Franche-Comté, en Bretagne, en Bourgogne, en Limousin et en Corse. Outre le Centre, les taux les plus faibles sont observés en Île-de-France, en Midi-Pyrénées, en Aquitaine et en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

De 2003 à 2008, le taux de recours aux CCAA a considérablement augmenté, passant de 2,8 à 3,5 consultants pour 1 000 personnes âgées de 20 à 70 ans.

• HÉPATITES VIRALES

En 2004, on estimait à plus de 650 000 le nombre de personnes porteuses d'une hépatite virale B ou C en France.

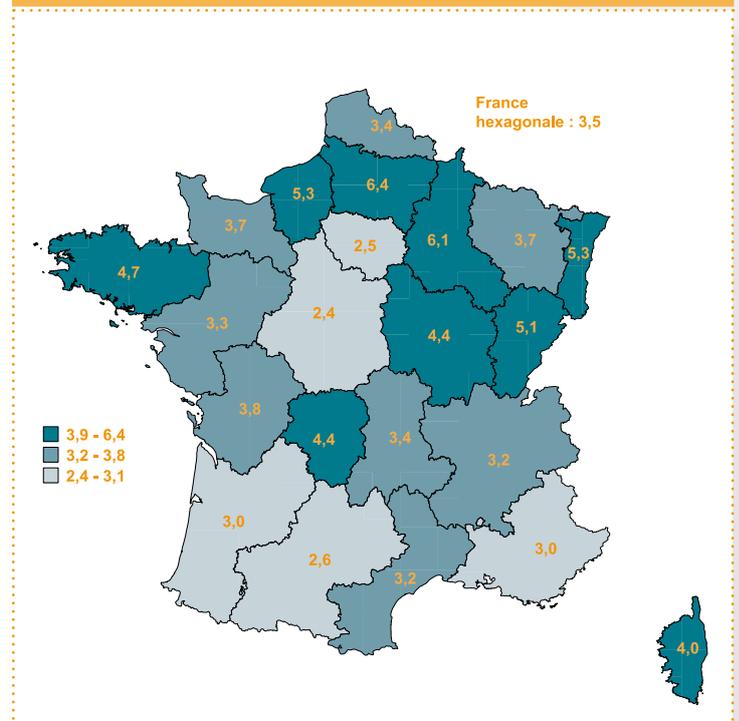
Après la consommation d'alcool, les hépatites virales représentent le deuxième grand facteur de risque à l'origine d'un hépatocarcinome.

En 2004, une enquête nationale de prévalence de l'infection due au virus de l'hépatite B ou C a permis d'estimer qu'environ 650 000 personnes étaient porteuses d'un antigène de l'hépatite B ou C dont 281 000 [IC95 % : 180 000 - 380 000] de l'hépatite B (antigène HBs) et 367 000 [IC95 % : 269 000 - 465 000] de l'hépatite C (anticorps anti-VHC). Parmi ces dernières personnes, 221 000 [IC95 % : 159 000 - 284 000] avaient une hépatite C chronique (ARN positif). D'autre part, environ 3 100 000 personnes [IC95 % : 2 800 000 - 3 500 000] avaient eu un contact antérieur avec le virus de l'hépatite B.

L'incidence des hépatites B et C est difficile à estimer du fait du caractère majoritairement asymptomatique de ces infections lorsqu'elles sont aiguës⁵. D'autre part, malgré l'existence d'un dispositif de déclaration obligatoire, le nombre de cas d'hépatites B aiguës symptomatiques est très mal connu du fait d'une très faible exhaustivité de ce dispositif estimé à moins de 25% en 2005.

En se basant sur le taux d'exhaustivité mesuré en 2005 (23,4 %), le dispositif de déclarations obligatoires permet de donner une estimation du nombre total de personnes ayant une infection aiguë symptomatique à l'hépatite B comprise entre 500 et 800 par an. En tenant compte du nombre probable d'infections asymptomatiques, il est possible d'estimer qu'entre 1 700 et 3 000 personnes sont infectées par le virus de l'hépatite B chaque année. Si 10% de ces infections deviennent chronique, le nombre de nouvelles personnes développant une hépatite B chronique devrait être compris entre 170 et 300 par an

Personnes venues consulter en CCAA¹ en 2008 (Nombre pour 1 000 habitants âgés de 20 à 70 ans)



1 : CCAA et CSST accueillant majoritairement des personnes en difficulté avec l'alcool.
CCAA : Centres de cure ambulatoire en alcoologie
CSST : Centres de soins spécialisés aux toxicomanes
Source : OFDT (Rapports d'activité des CCAA)

Estimation du nombre de personnes infectées par l'hépatite B en France de 2004 à 2009

	INFECTIONS AIGÜES SYMPTOMATIQUES		ENSEMBLE DES INFECTIONS
	NOTIFIÉES	ESTIMÉES	ESTIMÉES
2004	140	598	2 318
2005	147	627	2 413
2006	185	790	2 987
2007	161	688	2 593
2008	nd	nd	nd
2009	nd	474	1 731

Source : InVS (déclarations obligatoires)
nd : Non disponible

en France dans les années à venir. Près de la moitié de ces infections chroniques devraient concerner des personnes âgées de moins de 16 ans.

En raison du faible nombre de cas notifiés et de la faible exhaustivité du dispositif de déclaration obligatoire, il n'est pas possible d'estimer le nombre de nouveaux cas d'hépatite B aiguës symptomatiques au niveau régional.

⁵ http://www.invs.sante.fr/beh/2009/20_21/beh_20_21_2009.pdf

Près de 19 français pour 100 000 sont admis en affection de longue durée (ALD) pour une hépatite virale chronique entre 2007 et 2009.

Les personnes souffrant d'une hépatite chronique peuvent être admises en affection de longue durée (ALD) et, ainsi, bénéficier d'un remboursement à 100% par l'Assurance maladie de leurs soins liés à cette pathologie. Toutefois, le nombre d'admissions en ALD pour hépatite virale ne correspond pas exactement à l'incidence de l'hépatite chronique dans la mesure où, pour des causes diverses, certaines personnes n'entrent pas dans ce dispositif ou sont déjà prises en charge au titre d'une autre ALD. De plus les données présentées ici ne prennent pas en compte certains régimes particuliers qui peuvent plus fortement représentés dans certaines régions que d'autres (le régime minier qui n'est pas pris en compte en 2007 et 2008, par exemple).

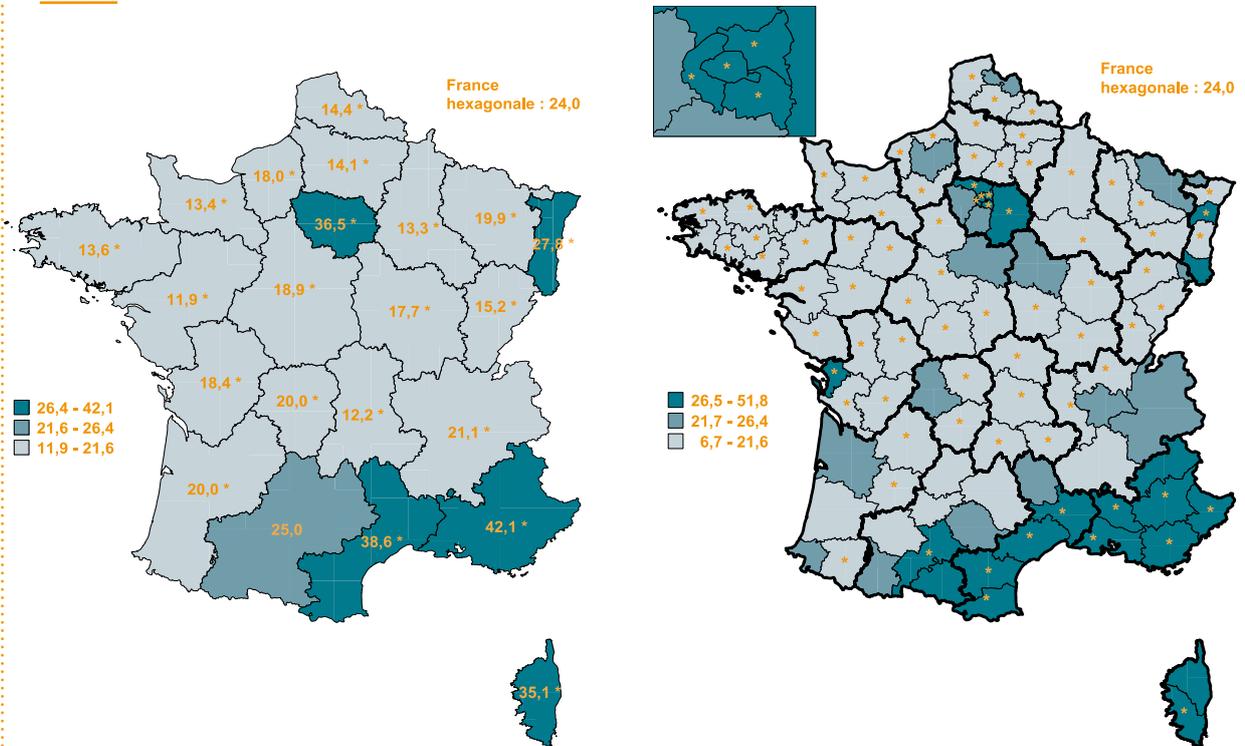
Entre 2007 et 2009, 11 232 admissions en ALD pour hépatite chronique ont été enregistrées par an en France hexagonale, soit un taux standardisé de 18,7 admissions pour 100 000 habitants. Le taux est près de deux fois plus élevé chez les hommes (24,0 pour 100 000) que chez les femmes (13,5 pour 100 000).

Le taux standardisé d'admission masculin varie de 11,9 pour 100 000 dans les Pays de la Loire à 42,1 pour 100 000 en Provence-Alpes-Côte d'Azur, soit 3,5 fois plus. Quatre autres régions présentent des taux significativement plus élevés que la moyenne nationale. Il s'agit du Languedoc-Roussillon, de l'Île-de-France, de la Corse et de l'Alsace. Dans la plupart des autres régions françaises, le taux standardisé d'admission est significativement inférieur à la moyenne nationale. Au niveau du territoire de santé, le taux standardisé d'admission varie de 6,7 pour 100 000 dans le territoire de Dieppe à 51,8 pour 100 000 à Paris. Les taux les plus élevés sont fortement concentrés dans les territoires situés au bord de la Méditerranée ainsi qu'en Île-de-France. En dehors de ces régions, seuls les territoires de Strasbourg, de La Rochelle et de la Haute-Garonne enregistrent des taux significativement supérieurs à la moyenne nationale. Les taux sont significativement inférieurs à la moyenne nationale dans la plupart des territoires situés au nord d'une ligne allant de Pau à Genève.

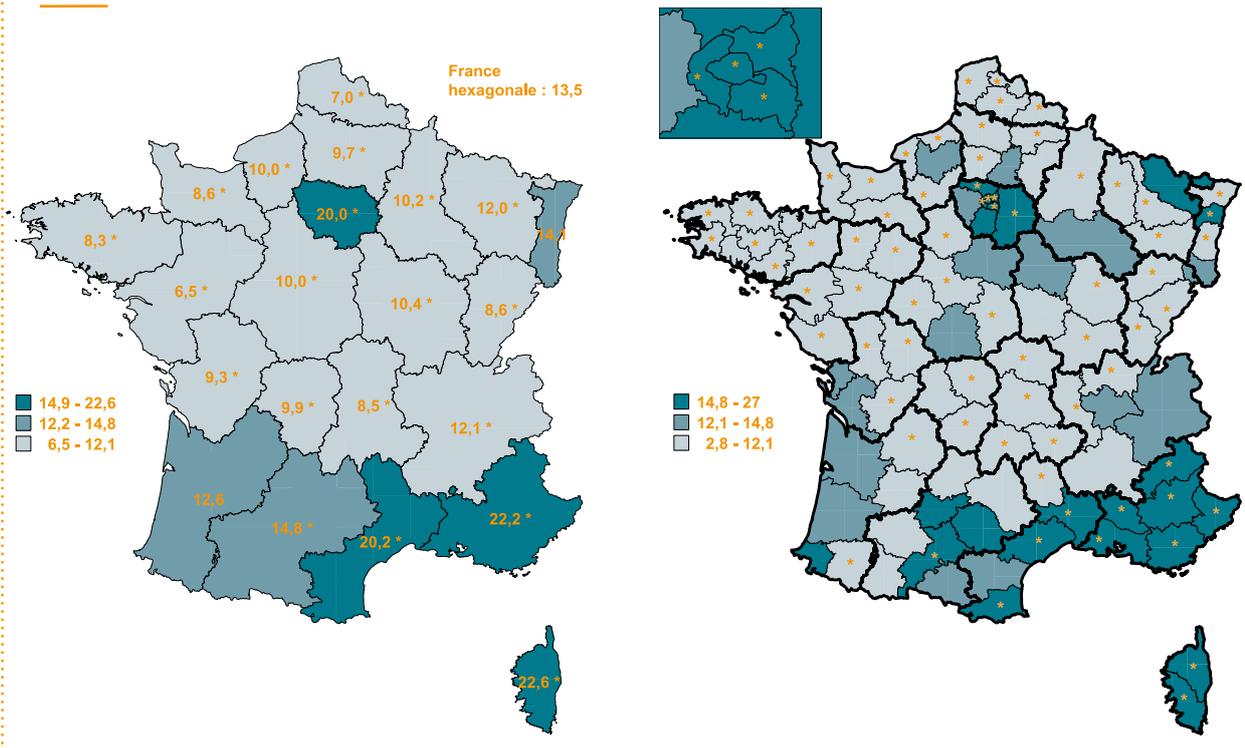
Le taux standardisé d'admission féminin varie de 6,5 pour 100 000 dans les Pays de la Loire à 22,6 pour 100 000 en Corse, soit 3,5 fois plus. Quatre autres régions présentent des taux significativement supérieurs à la moyenne nationale. Il s'agit de Provence-Alpes-Côte d'Azur, du Languedoc-Roussillon, de l'Île-de-France et de Midi-Pyrénées. Comme pour les hommes, la plupart des autres régions françaises enregistrent des taux significativement inférieurs à la moyenne nationale. Au niveau du territoire de santé, le taux standardisé d'admission varie de 2,8 pour 100 000 dans le Cantal à 27,0 pour 100 000 dans les Alpes-Maritimes, soit presque 10 fois plus. Les taux les plus élevés sont fortement concentrés dans les territoires situés au bord de la Méditerranée ainsi qu'en Île-de-France. En dehors de ces régions, seuls les territoires de Strasbourg et de la Haute-Garonne enregistrent des taux significativement supérieurs à la moyenne nationale. Dans la plupart des autres territoires, les taux standardisés sont significativement plus faibles.

Taux standardisé d'admission en ALD pour hépatite virale chronique par régions et territoires de santé en 2007-2009
(nombre d'admissions pour 100 000 personnes)

Hommes



Femmes



*Taux significativement différent du taux national ($p < 0,05$)
 Sources : CCMSA, CnamTS, RSI, Insee – Exploitation : Fnors

• MALADIES ALCOOLIQUES DU FOIE ET CIRRHOSE

Entre 2007 et 2009, 10 Français pour 100 000 sont admis en affection de longue durée (ALD) pour une maladie alcoolique du foie.

Les maladies alcooliques du foie, les cirrhoses et les fibroses du foie se développent à la suite de consommations excessives d'alcool ou d'hépatites virales chroniques. Lorsque ces maladies se compliquent, elles peuvent être à l'origine d'un hépatocarcinome.

Entre 2007 et 2009, 6 088 admissions en ALD pour maladies alcooliques du foie par an en France hexagonale ont été enregistrées, soit un taux standardisé de 10,0 admissions pour 100 000 habitants. Le taux est presque trois fois plus élevé chez les hommes (15,0 pour 100 000) que chez les femmes (5,4 pour 100 000).

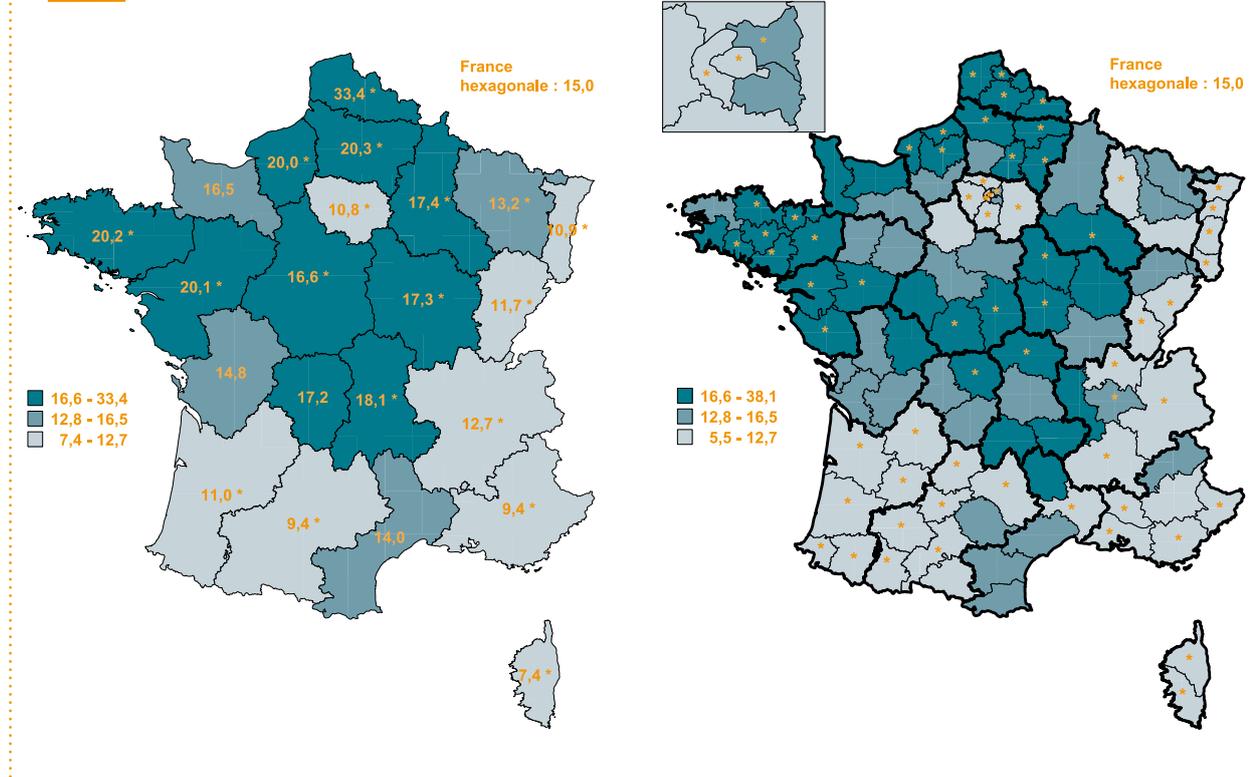
Le taux standardisé d'admission masculin varie de 7,4 pour 100 000 en Corse à 33,4 pour 100 000 dans le Nord - Pas-de-Calais, soit 4,5 fois plus. Sept autres régions présentent des taux significativement supérieurs à la moyenne nationale. Il s'agit de la Picardie, de la Bretagne, des Pays de la Loire, de la Haute Normandie, de l'Auvergne, de la Champagne-Ardenne et du Centre. Outre la Corse, les taux sont significativement inférieurs à la moyenne nationale dans huit autres régions. Il s'agit de Midi-Pyrénées, de la Provence-Alpes-Côte d'Azur, de l'Île-de-France, de l'Alsace, de l'Aquitaine, de la Franche-Comté, de Rhône-Alpes et de la Lorraine. Au niveau du territoire de santé, le taux standardisé d'admission varie de 5,4 pour 100 000 dans le Vaucluse à 38,1 pour 100 000 dans le territoire de l'Artois, soit 7 fois plus. Les taux standardisés sont significativement supérieurs à la moyenne nationale dans des territoires situés des Côtes-d'Armor à la Vendée, des territoires situés de la Seine-Maritime à la frontière belge et des territoires situés entre la Creuse et le Sud de la Champagne-Ardenne. Les taux les plus faibles sont situés dans des territoires du Sud-Ouest de la France, de l'Est de la France et de l'Île-de-France.

Le taux standardisé d'admission féminin varie de 2,5 pour 100 000 en Corse à 16,4 pour 100 000 dans le Nord - Pas-de-Calais, soit 6,6 fois plus. Dans cinq autres régions, les taux sont significativement supérieurs à la moyenne nationale. Il s'agit de la Picardie, de la Haute-Normandie, de la Bretagne, de la Basse-Normandie

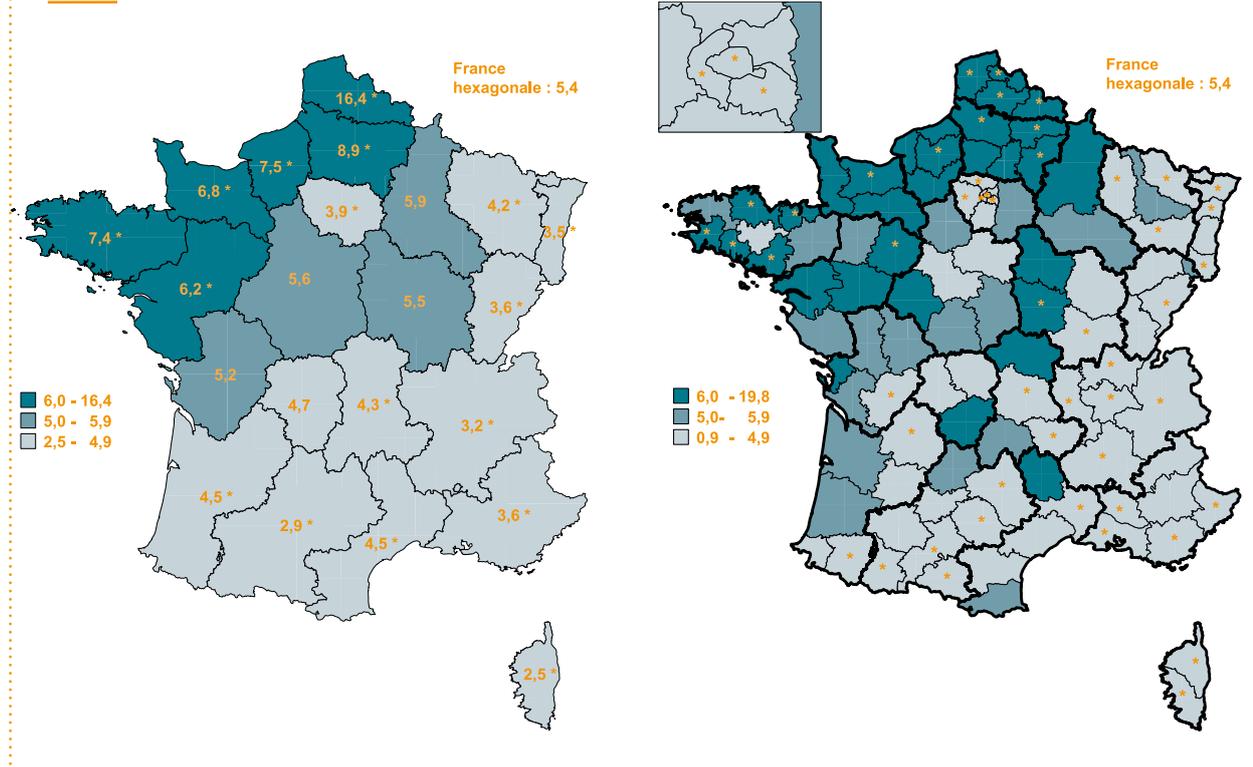
et des Pays de la Loire. Outre en Corse, des taux significativement inférieurs à la moyenne régionale sont également observés en Midi-Pyrénées, en Rhône-Alpes, en Alsace, en Franche-Comté, en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Île-de-France, en Lorraine, en Auvergne, en Aquitaine et en Languedoc-Roussillon. Au niveau du territoire de santé, le taux standardisé d'admission varie de 0,9 pour 100 000 en Ariège à 19,8 pour 100 000 dans le territoire du Hainaut, soit 23 fois plus. Les taux standardisés sont significativement supérieurs à la moyenne nationale dans des territoires situés de la Bretagne au Nord - Pas-de-Calais ainsi que dans la Nièvre. Les taux standardisés les plus faibles sont observés au sud d'une ligne allant de Pau à Metz ainsi qu'en Île-de-France.

Taux standardisé d'admission en ALD pour maladies alcooliques du foie par régions et territoires de santé en 2007-2009
(nombre d'admissions pour 100 000 personnes)

Hommes



Femmes



*Taux significativement différent du taux national ($p < 0,05$)
Sources : CCMSA, CnamTS, RSI, Insee – Exploitation : Fnors

Entre 2007 et 2009, plus de 6 Français pour 100 000 sont admis en affection de longue durée (ALD) pour une fibrose ou une cirrhose du foie.

Entre 2007 et 2009, le nombre d'admissions en ALD pour fibrose et cirrhose du foie par an en France hexagonale s'élevait à 3 830, soit un taux standardisé de 6,3 pour 100 000 en France hexagonale. Le taux est plus élevé chez les hommes (7,9 pour 100 000) que chez les femmes (4,8 pour 100 000).

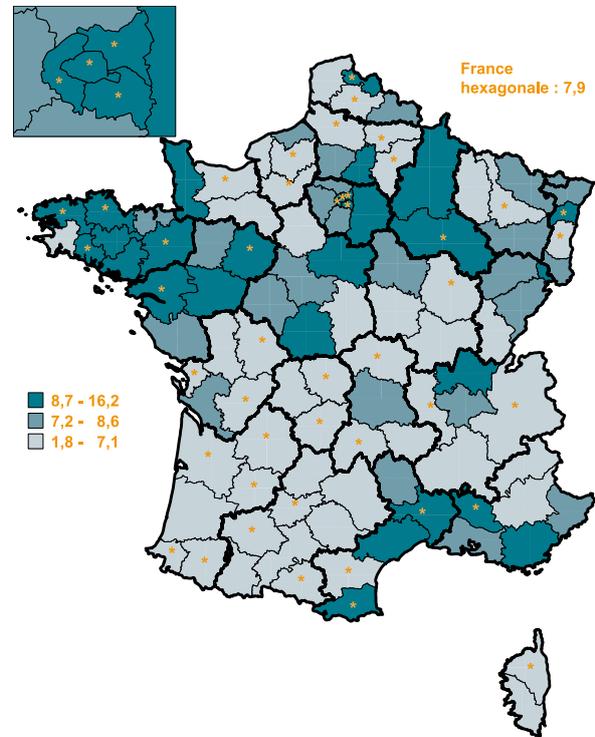
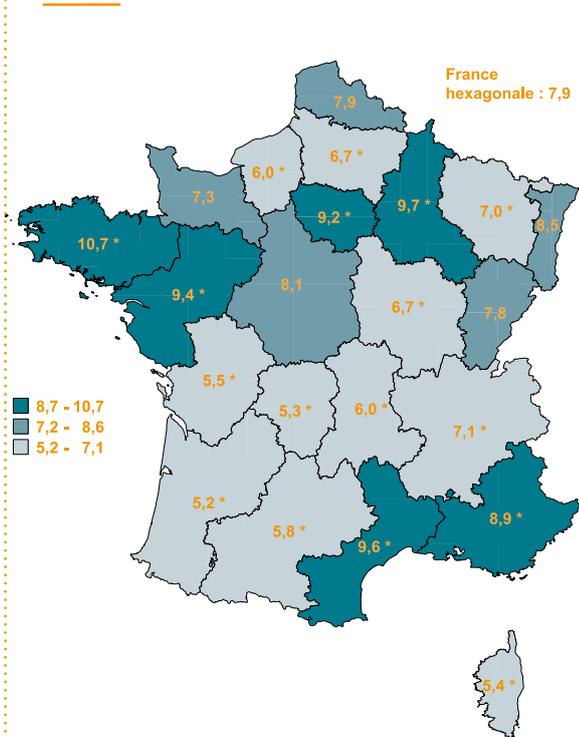
Le taux standardisé masculin varie de 5,2 pour 100 000 en Aquitaine à 10,7 pour 100 000 en Bretagne. Le taux est également significativement supérieur à la moyenne nationale en Champagne-Ardenne, en Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire, en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Outre l'Aquitaine, dix autres régions enregistrent des taux significativement inférieurs. Il s'agit du Limousin, de la Corse, du Poitou-Charentes, de Midi-Pyrénées, de l'Auvergne, de la Haute-Normandie, de la Bourgogne, de la Picardie, de la Lorraine et de Rhône-Alpes. Au niveau du territoire de santé, le taux standardisé d'admission varie de 1,7 pour 100 000 en Ariège à 16,2 pour 100 000 dans le Vaucluse. Les taux les plus élevés sont observés dans

des territoires situés en Bretagne, en Île-de-France, à proximité de la Méditerranée ainsi que dans la Sarthe, la Champagne-Ardenne Sud, le territoire de Strasbourg et le territoire de la Métropole (Lille). Les taux les plus faibles sont surtout situés dans le Sud-Ouest et à proximité de la Manche.

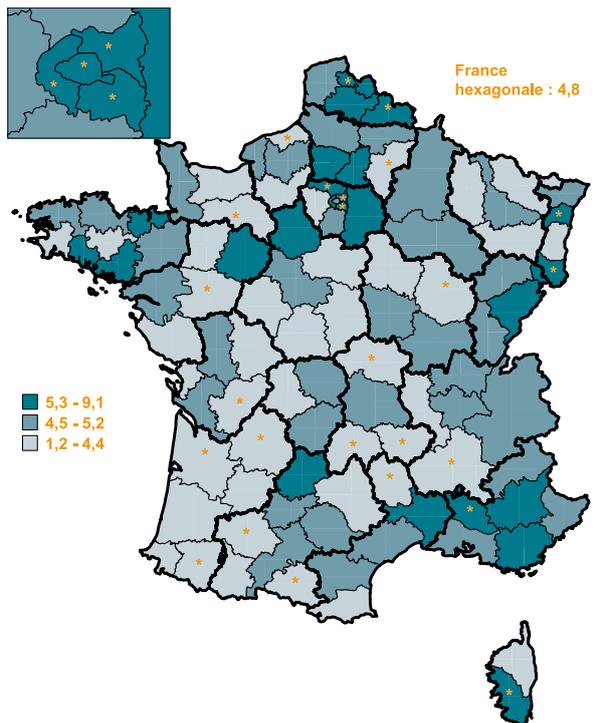
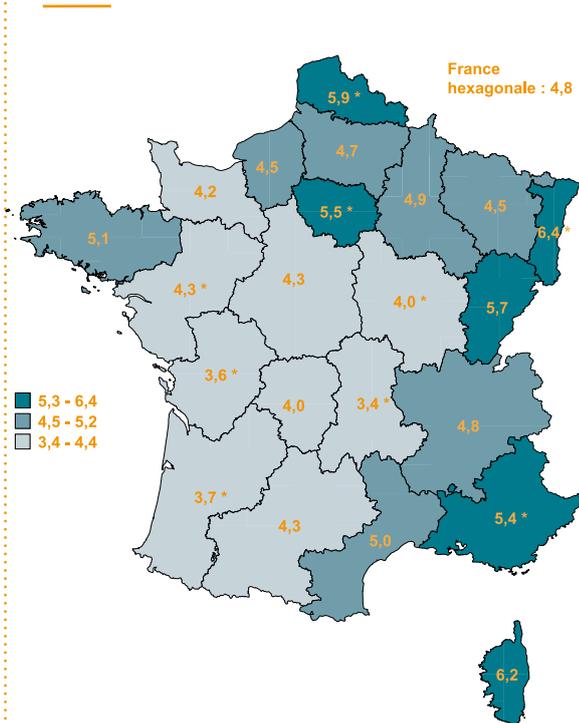
Le taux standardisé féminin varie de 3,4 pour 100 000 en Auvergne à 6,4 pour 100 000 en Alsace. Le taux est également significativement supérieur à la moyenne nationale dans trois autres régions. Il s'agit du Nord-Pas-de-Calais, de l'Île-de-France et de la Provence-Alpes-Côte d'Azur. Outre l'Auvergne, quatre autres régions enregistrent des taux significativement inférieurs. Il s'agit du Poitou-Charentes, de l'Aquitaine, de la Bourgogne et des Pays de la Loire. Au niveau du territoire de santé, le taux standardisé d'admission varie de 1,1 pour 100 000 dans le Cantal à 9,1 pour 100 000 dans le Vaucluse, soit 8 fois plus. Les taux d'admissions sont significativement supérieurs au taux français dans huit autres territoires situés en Nord - Pas-de-Calais, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Alsace et Corse. Les taux standardisés d'admissions significativement inférieurs au taux français sont surtout situés dans le Sud-Ouest de la France et dans le Sud du Massif central ■

Taux standardisé d'admission en ALD pour maladies alcooliques du foie par régions et territoires de santé en 2007-2009
(nombre d'admissions pour 100 000 personnes)

Hommes



Femmes



*Taux significativement différent du taux national ($p < 0,05$)
Sources : CCMSA, CnamTS, RSI, Insee – Exploitation : Fnors

Offre de soins

• LES MÉDECINS SPÉCIALISTES CONCERNÉS PAR LE TRAITEMENT DES CANCERS DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

Au 1^{er} janvier 2011, près de 8 700 médecins spécialistes des disciplines concernées par le traitement des cancers du foie et des voies biliaires étaient recensés en France hexagonale, soit une densité de 28,2 spécialistes pour 100 000 personnes âgées de

40 ans et plus. Parmi ces professionnels, 3 466 hépatogastroentérologues, 3 694 spécialistes de la chirurgie générale et 776 spécialistes de la chirurgie viscérale étaient installés dans l'Hexagone. Parmi ces professionnels, plus de 6 % disposaient également d'une qualification en oncologie médicale (soit 518 professionnels). Associés à ces 518 professionnels, 733 oncologues (discipline de qualification principale) exerçaient au 1^{er} janvier 2011 en France hexagonale, soit une offre de 1 251 spécialistes en oncologie médicale.

Les spécialistes dans le traitement des cancers du foie et des voies biliaires au 1^{er} janvier 2011 en France hexagonale (effectif et densité pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus)

	LIBÉRAUX	SALARIÉS	MIXTES	ENSEMBLE
HÉPATO-GASTROENTÉROLOGIE				
Effectif	1 118	1 479	869	3 466
dont ceux ayant une compétence en oncologie	49	150	34	233
Densité*	3,6	4,8	2,8	11,3
dont ceux ayant une compétence en oncologie	0,2	0,5	0,1	0,8
CHIRURGIE GÉNÉRALE				
Effectif	1 108	2 250	336	3 694
dont ceux ayant une compétence en oncologie	89	117	41	247
Densité*	3,6	7,3	1,1	12,0
dont ceux ayant une compétence en oncologie	0,3	0,4	0,1	0,8
CHIRURGIE VISCÉRALE				
Effectif	269	441	66	776
dont ceux ayant une compétence en oncologie	18	12	8	38
Densité*	0,9	1,4	0,2	2,5
dont ceux ayant une compétence en oncologie	0,06	0,04	0,03	0,12
ONCOLOGIE (DISCIPLINE PRINCIPALE OU ASSOCIÉE)				
Effectif	292	821	138	1 251
Densité*	0,9	2,7	0,4	4,1
ENSEMBLE DES SPÉCIALISTES				
Effectif	2 631	4 712	1 326	8 669
Densité*	8,6	15,3	4,3	28,2

* pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus
Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

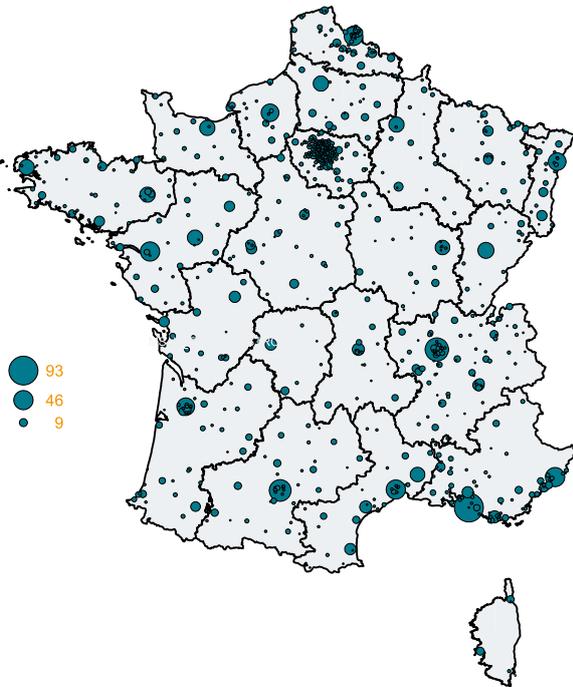
- Plus de 98 % des cas de cancers du foie et des voies biliaires estimés par le registre des cancers concernent des personnes âgées de 40 ans et plus. Au vu de cette répartition par âge, les densités de professionnels de santé dans le traitement du foie et des voies biliaires sont calculées sur la population âgée de 40 ans et plus.

- Le fichier Adeli, qui recense les professionnels de santé exerçant sur le territoire national, classe ces derniers selon la discipline de qualification. Si la première discipline de qualification est généralement utilisée (qualification A) dans la détermination de la spécialité, les qualifications associées apportent des éléments quant aux compétences supplémentaires des spécialistes. Ces dernières, notamment pour l'oncologie, peuvent prendre l'ascendant sur la discipline de qualification principale. C'est pour cela, que l'analyse de l'offre de soins en oncologie médicale tient compte à la fois des professionnels déclarant l'oncologie comme qualification principale mais également ceux l'ayant en qualification complémentaire parmi les hépatogastroentérologues et les spécialistes de la chirurgie générale et viscérale.

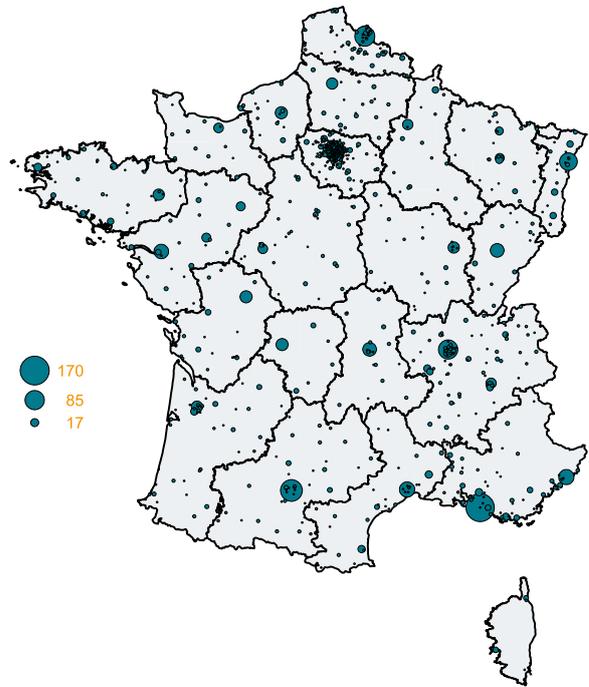
Offre de soins

Localisation des médecins spécialistes dans des disciplines concernées par le traitement des cancers du foie et des voies biliaires au 1^{er} janvier 2011 en France hexagonale (nombre)

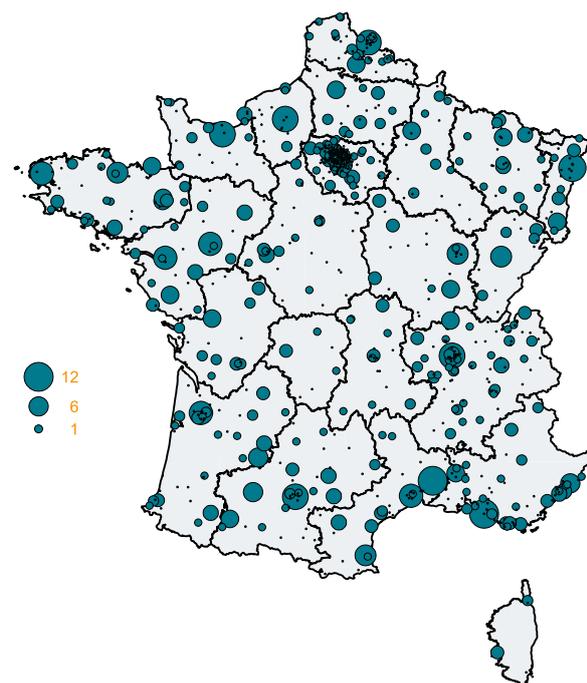
Hépatogastroentérologie



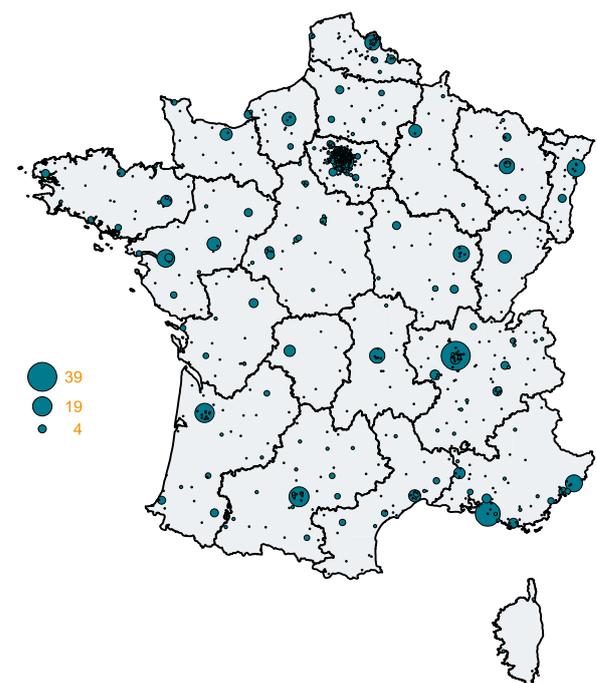
Chirurgie générale



Chirurgie viscérale



Oncologie (qualification principale)



Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

Une densité de spécialistes qui varie du simple au double selon les régions françaises.

Les écarts observés entre les régions françaises sont importants s'échelonnant de 21 professionnels pour 100 000 habitants âgés de 40 ans et plus dans le Centre à près de 40 professionnels en Île-de-France.

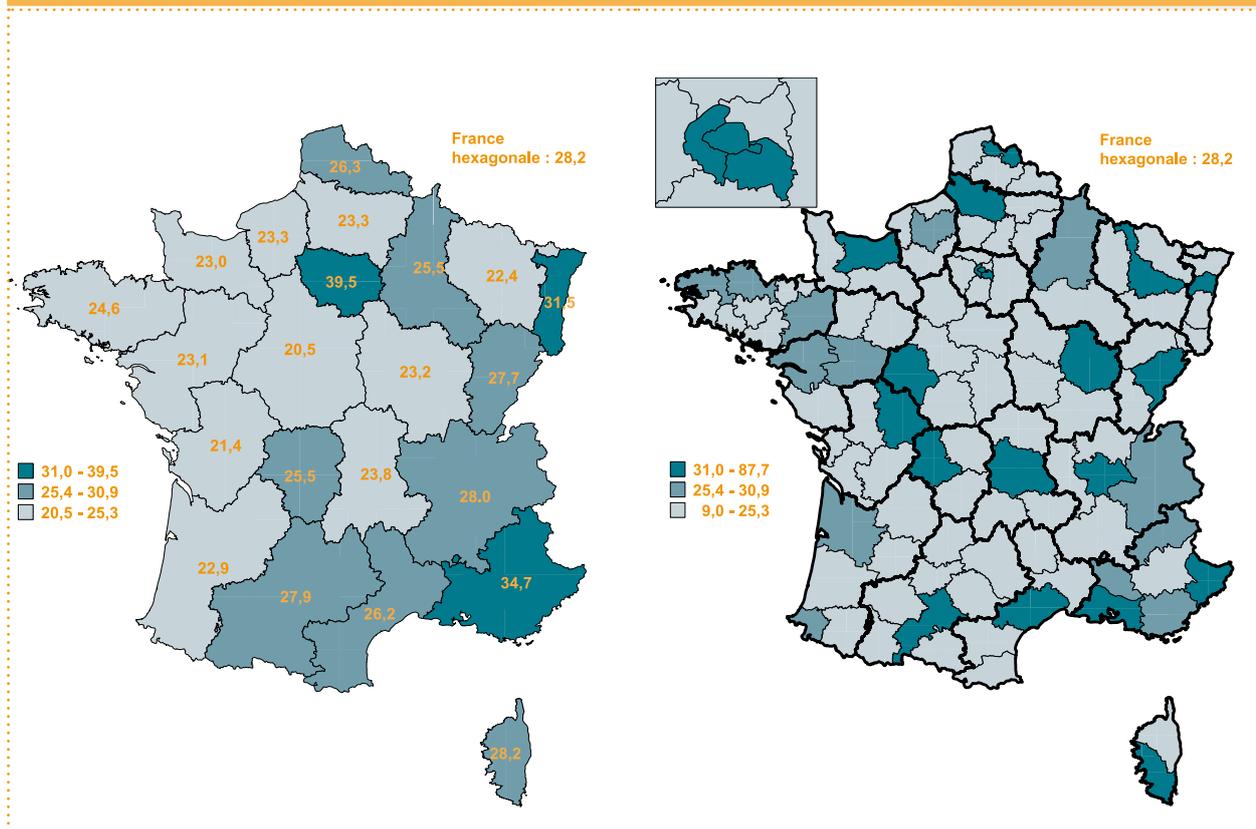
Trois régions présentent une densité de spécialistes concernés par le traitement des cancers du foie et des voies biliaires supérieure de 10 % à la moyenne nationale (28,2 professionnels pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus) : Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Alsace.

À l'inverse, les onze régions les moins bien dotées (densité inférieure de 10 % par rapport à l'Hexagone), sont majoritairement situées dans l'Ouest et le centre de la France.

Au niveau des territoires de santé, d'importants contrastes existent également au sein même des régions avec des taux pouvant plus que tripler d'un territoire de santé à l'autre. C'est le cas pour les régions Franche-Comté et Île-de-France (coefficient multiplicateur supérieur à 4), Lorraine (coef. multiplicateur de 3,6) et Alsace (coef. multiplicateur de 3,0). À l'inverse, les régions Corse et Champagne-Ardenne présentent l'écart le moins élevé en termes de densité au sein de leur territoire (respectivement 1,4 et 1,7).

Toutefois le coefficient multiplicateur entre les territoires de santé reste supérieur à deux pour la majorité des régions montrant ainsi la grande disparité de densité de professionnels sur le territoire national. Cette disparité est à mettre en lien avec la localisation des Centres hospitaliers universitaires (CHU) et des Centres hospitaliers (CH).

Densité de médecins spécialistes dans des disciplines concernées par le traitement des cancers du foie et des voies biliaires au 1^{er} janvier 2011 par région et territoires de santé (nombre pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus)



Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

Offre de soins

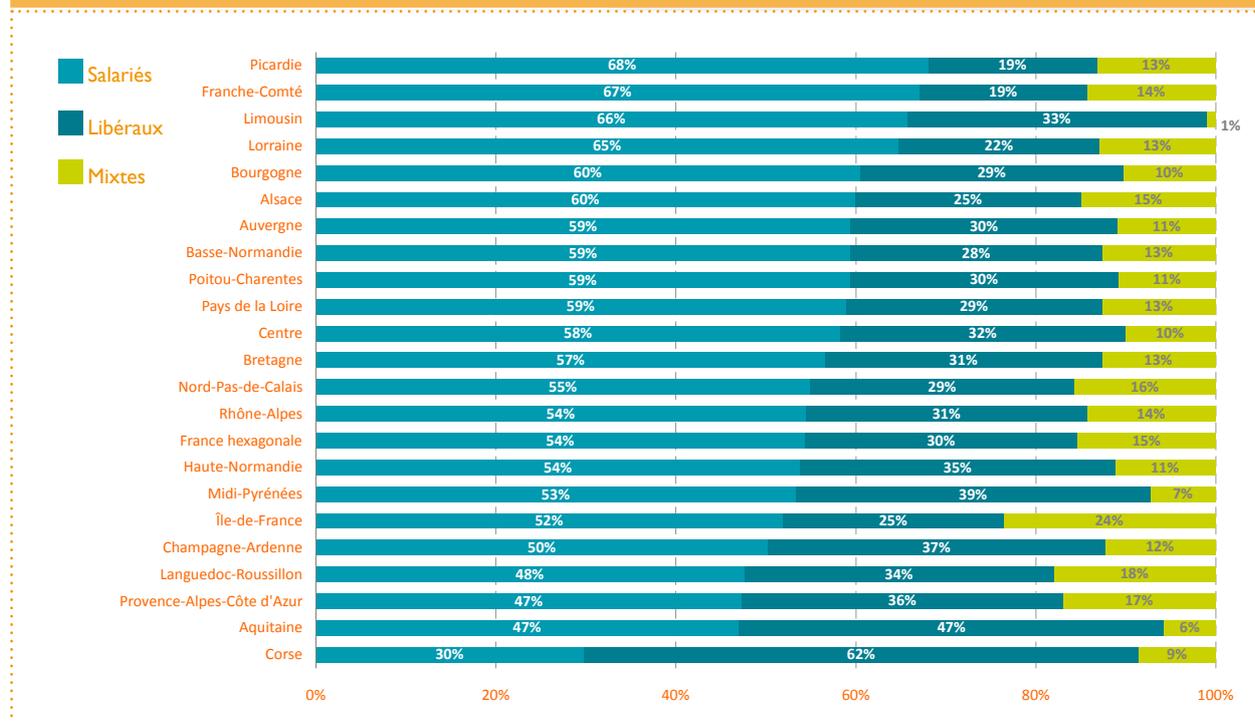
Plus de la moitié des spécialistes exercent en tant que salarié

Au 1^{er} janvier 2011, 54 % des spécialistes du traitement des cancers du foie et des voies biliaires exerçaient en salarié, 30 % en libéral et 15 % en mixte.

Le mode d'exercice varie d'une région à l'autre. La part des salariés parmi ces spécialistes étant

particulièrement importante en Picardie, Franche-Comté, Limousin et Lorraine (proportion supérieure à 65 %). À l'inverse, les régions du Sud de la France (Corse, Aquitaine, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Languedoc-Roussillon) comptabilisent davantage de spécialistes libéraux ou mixtes.

Répartition des spécialistes selon le mode d'exercice dans les régions de France hexagonale au 1^{er} janvier 2011 (pourcentage)



Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

L'HÉPATO-GASTROENTÉROLOGIE

Une densité d'hépatogastroentérologues qui varie du simple au double selon les régions françaises.

Au 1^{er} janvier 2011, près de 3 500 hépatogastroentérologues étaient recensés en France hexagonale, soit une densité de 11,3 spécialistes pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus. Parmi ces professionnels, 233 avaient une compétence en oncologie, soit 6,7 % de l'ensemble des hépatogastroentérologues.

Les écarts observés entre les régions françaises sont importants s'échelonnant de 8 professionnels pour 100 000 habitants âgés de 40 ans et plus en Auvergne à près de 16 professionnels en Île-de-France.

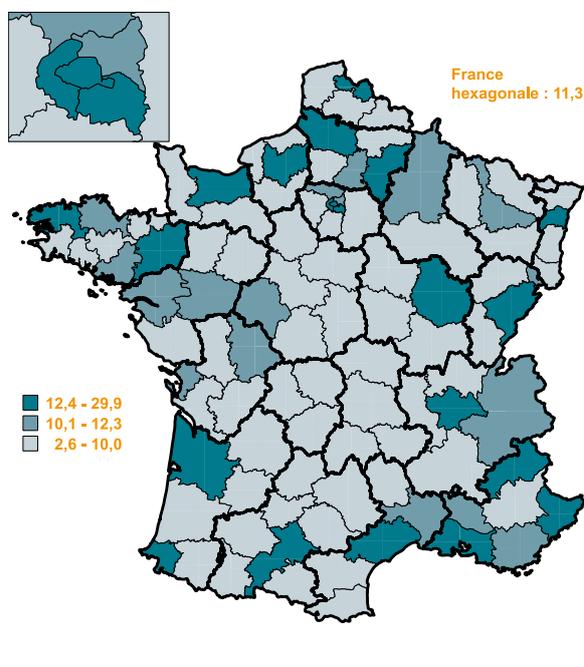
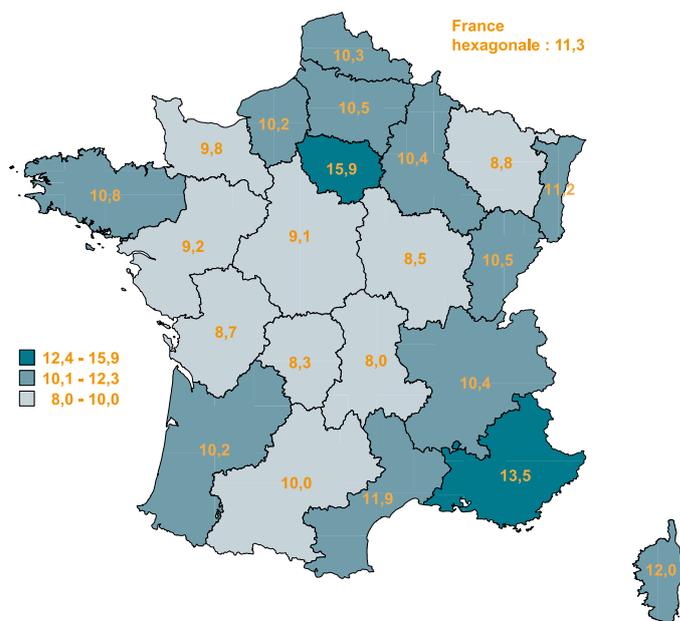
Les régions les moins dotées (densité inférieure de plus de 10 % à la moyenne nationale) sont majoritairement situées dans le centre de l'Hexagone.

À l'inverse, deux régions présentent une densité supérieure de 10 % à la moyenne nationale : l'Île-de-France et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Au niveau des territoires de santé, d'importants contrastes existent également au sein même des régions avec des taux pouvant tripler d'un territoire de santé à l'autre. C'est le cas pour les régions Languedoc-Roussillon, Île-de-France, Franche-Comté, Limousin et Picardie (coefficient multiplicateur supérieur ou égal à 3). À l'inverse, les régions Corse et Poitou-Charentes présentent l'écart le moins élevé en termes de densité au sein de leur territoire (coefficient multiplicateur de 1,7).

Densité d'hépatogastroentérologues au 1^{er} janvier 2011 par région et territoires de santé

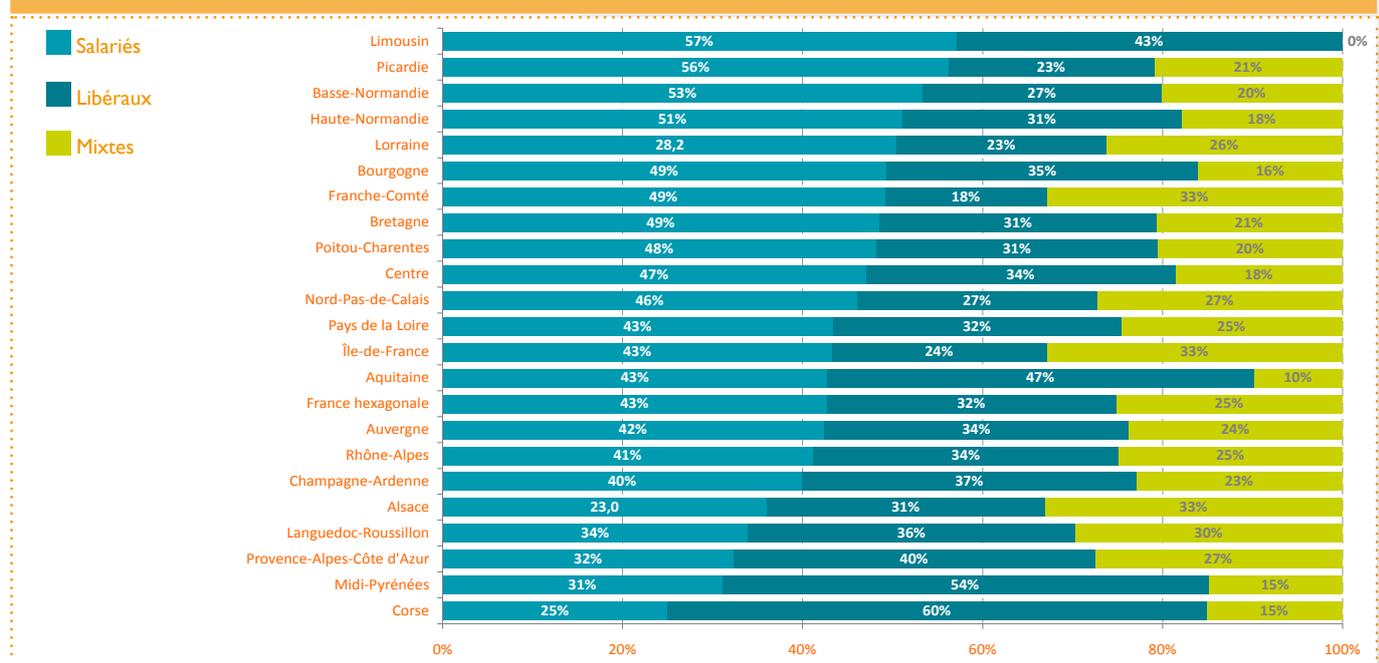
(nombre pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus)



Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

Offre de soins

Répartition des hépato-gastroentérologues selon le mode d'exercice dans les régions de France hexagonale au 1^{er} janvier 2011 (pourcentage)



Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

Une part importante de salariés dans les régions les moins bien dotées

Plus de 40 % des 3 466 hépato-gastroentérologues recensés en France hexagonale au 1^{er} janvier 2011 exercent leur activité à titre salarié, 32 % sont des libéraux et enfin 25 % ont un exercice mixte.

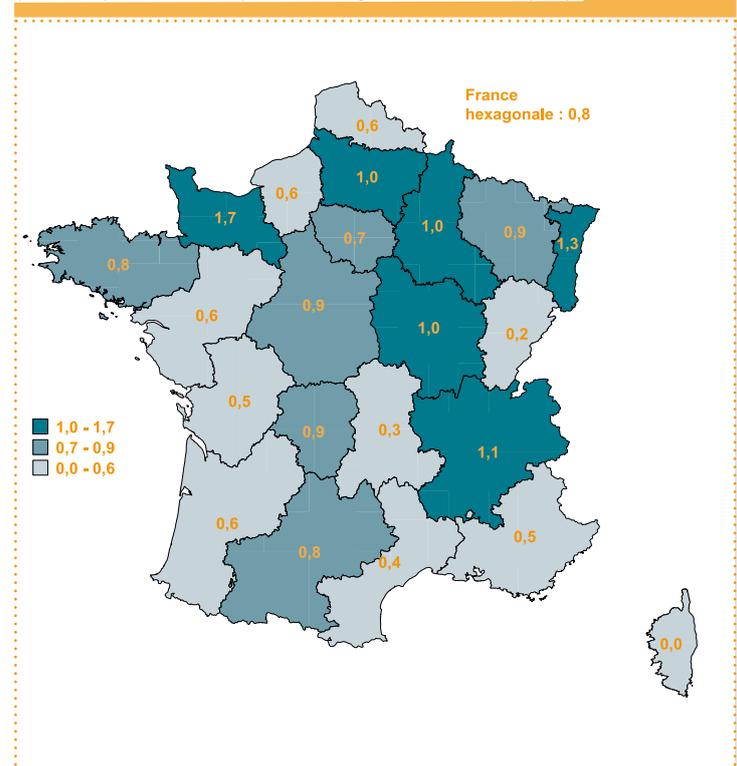
La part des salariés parmi ces spécialistes est particulièrement importante dans les régions présentant de faibles densités d'hépato-gastroentérologues, les libéraux ou mixtes étant principalement installés dans les régions du Sud (PACA, Corse et Languedoc-Roussillon) à l'exception de l'Île-de-France et de l'Alsace.

Davantage de salariés chez les hépato-gastro-entérologues ayant une spécialité en oncologie

Le mode d'exercice des hépato-gastroentérologues ayant une spécialité en oncologie est majoritairement salarié (plus de 60 % de ces professionnels contre 40 % parmi l'ensemble des hépato-gastroentérologues). Cette proportion varie très fortement d'une région à l'autre : celles étant peu dotées en spécialistes présentent les proportions de salariés les plus élevées.

Les densités d'hépato-gastroentérologues ayant une compétence en oncologie s'échelonnent d'aucun en Corse à 1,7 spécialiste pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus domiciliées en Basse-Normandie.

Densité d'hépato-gastroentérologues ayant une compétence en oncologie au 1^{er} janvier 2011 par région (nombre pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus)



LA CHIRURGIE GÉNÉRALE

Une densité de spécialistes en chirurgie générale qui varie du simple au double selon les régions françaises.

Au 1^{er} janvier 2011, près de 3 700 spécialistes en chirurgie générale étaient recensés en France hexagonale, soit une densité de 12,0 spécialistes pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus. Parmi ces professionnels, 247 avaient une compétence en oncologie, soit 6,7 % de l'ensemble des chirurgiens.

Les écarts observés entre les régions françaises sont importants s'échelonnant de 8 professionnels pour 100 000 habitants âgés de 40 ans et plus en Aquitaine à plus de 17 professionnels en Île-de-France.

Les régions les moins dotées (densité inférieure de plus de 10 % à la moyenne nationale) sont majoritairement situées dans l'Ouest de la France.

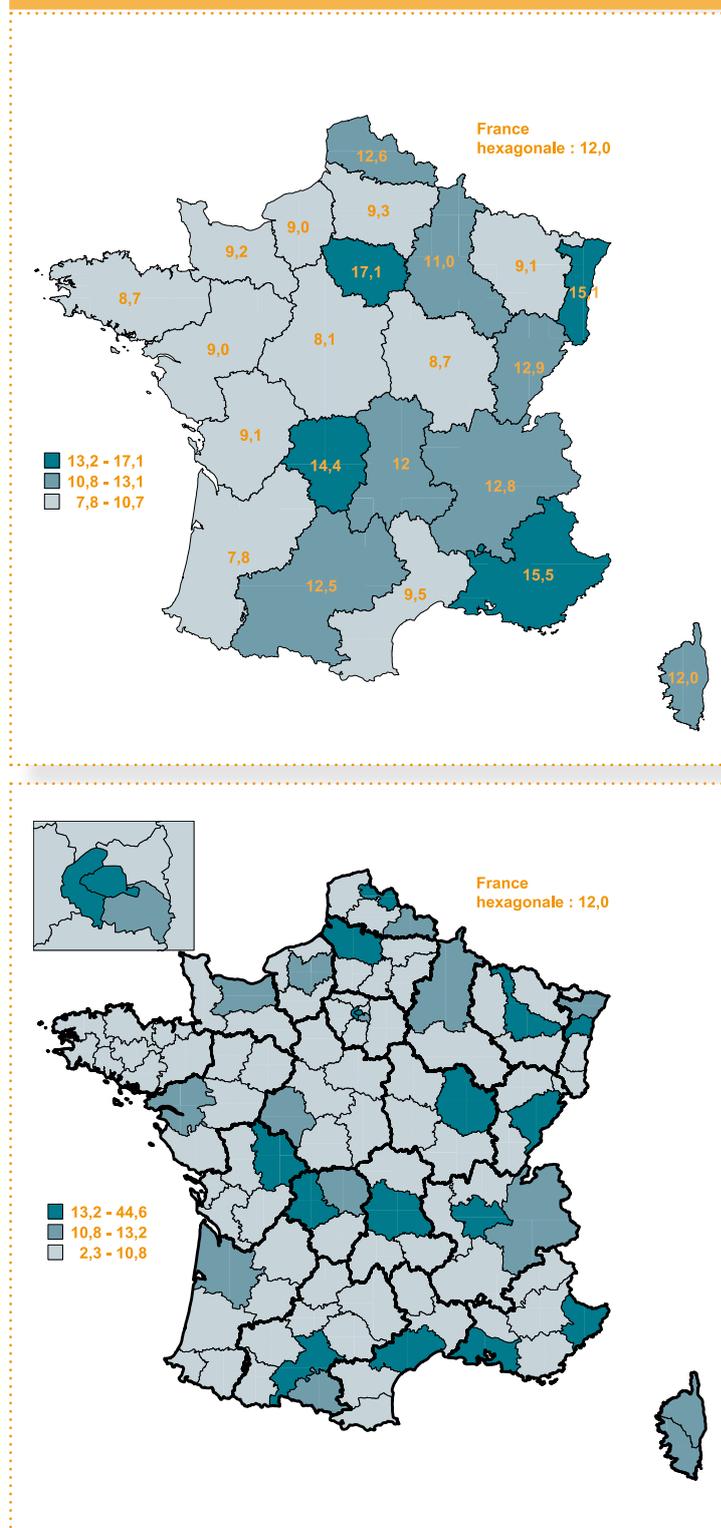
À l'inverse, les régions Limousin, Alsace, Provence-Alpes Côte d'Azur et Île-de-France présentent une densité de chirurgiens supérieure de 10 % à la moyenne nationale.

Au niveau des territoires de santé, d'importants contrastes existent également au sein même des régions avec des densités de spécialistes de la chirurgie générale pouvant quintupler d'un territoire à l'autre. C'est le cas pour les régions Île-de-France, Languedoc-Roussillon, Franche-Comté, Poitou-Charentes, Lorraine et Midi-Pyrénées.

Les régions présentant les contrastes les moins marqués au sein de leur territoire sont la Corse, la Champagne-Ardenne et la Basse et Haute-Normandie.

Densité de chirurgiens au 1^{er} janvier 2011 par région et territoires de santé

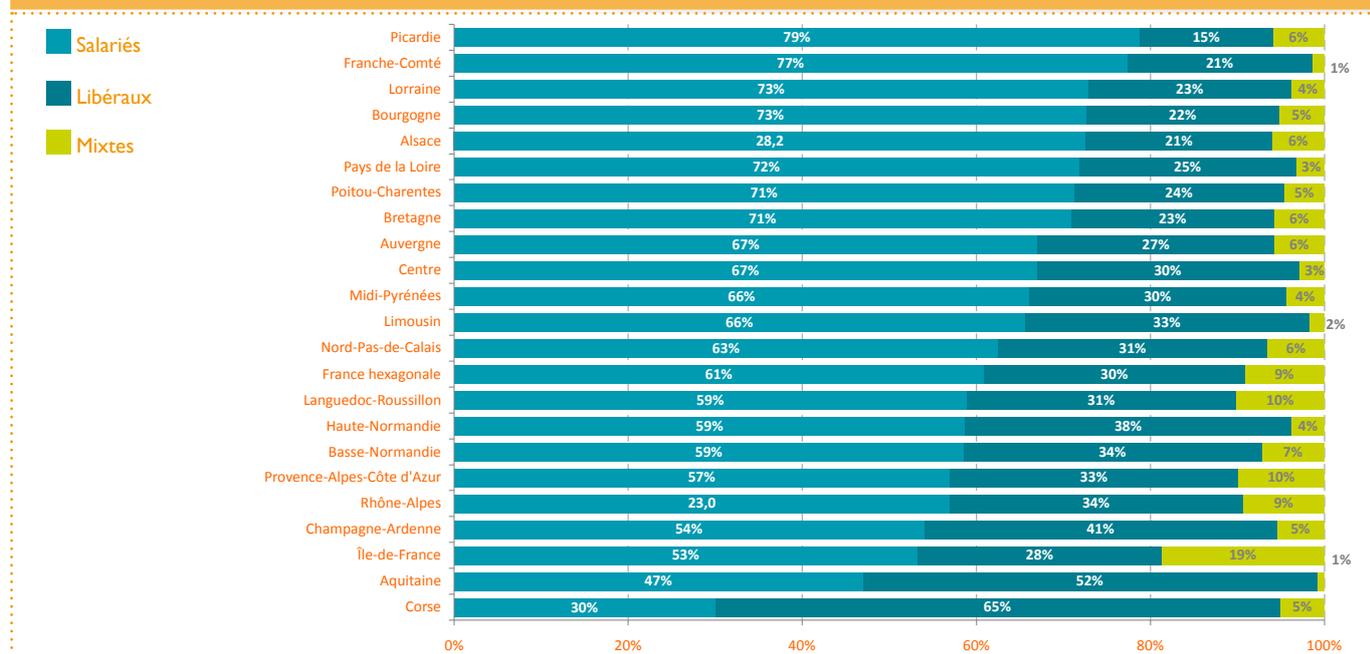
(nombre pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus)



Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

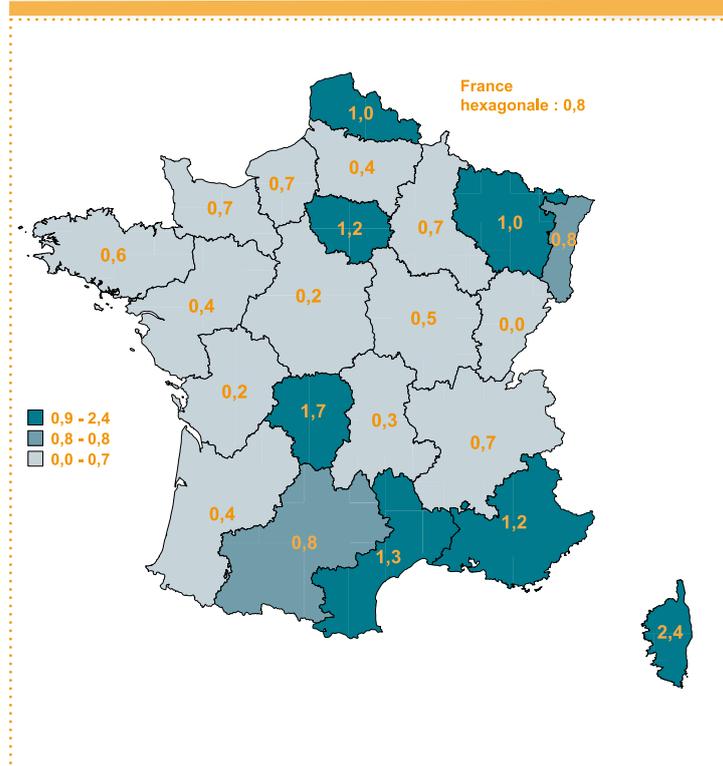
Offre de soins

Répartition des chirurgiens généraux selon le mode d'exercice dans les régions de France hexagonale au 1^{er} janvier 2011 (pourcentage)



Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

Densité de chirurgiens généraux ayant une compétence en oncologie au 1^{er} janvier 2011 par région (nombre pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus)



Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

LA CHIRURGIE VISCÉRALE

Une plus faible densité de spécialistes de la chirurgie viscérale dans le Nord et le centre de l'Hexagone

Au 1^{er} janvier 2011, 776 spécialistes de la chirurgie viscérale étaient recensés en France hexagonale, soit une densité de 2,5 professionnels pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus. Parmi ces 776 professionnels, 38 avaient une compétence en oncologie, soit 5 % de l'ensemble des spécialistes de la chirurgie viscérale.

Au niveau régional, les densités de spécialistes de chirurgie viscérale s'échelonnaient de 1,2 professionnel pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus domiciliées dans le Limousin à 3,5 en Bretagne.

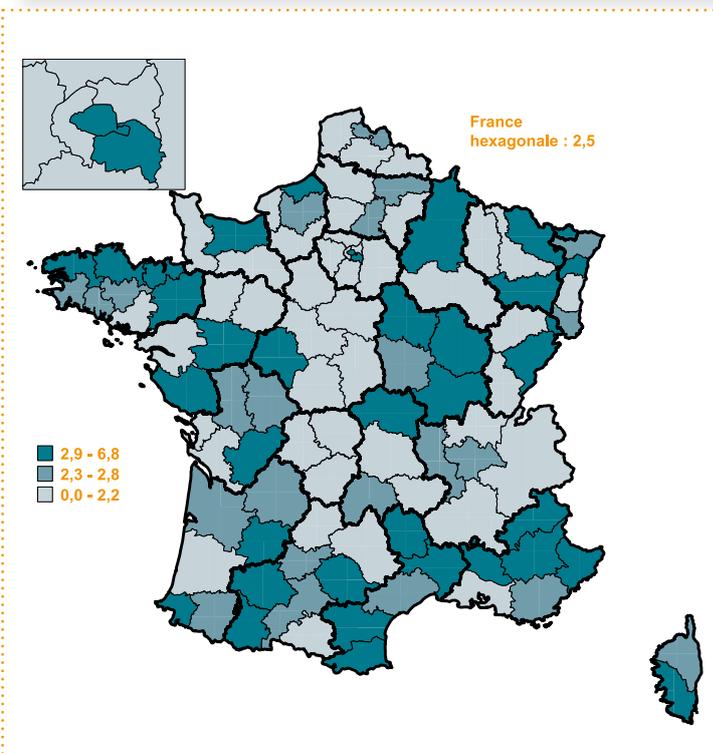
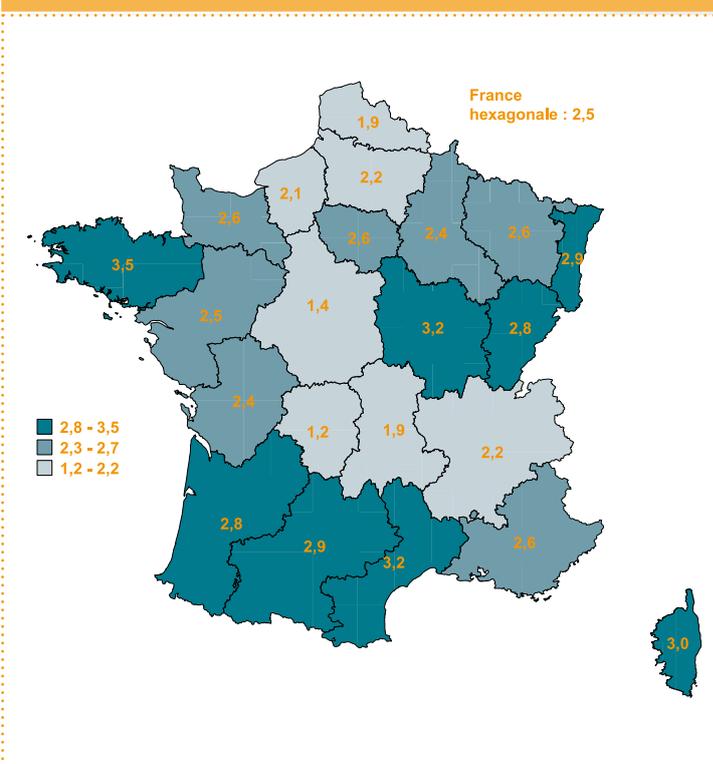
Sept régions présentent une densité inférieure de plus de 10 % à la moyenne nationale et sont majoritairement situées dans le Nord et le centre de l'Hexagone. À l'inverse, huit régions présentent une densité supérieure de 10% à la moyenne nationale.

Au niveau des territoires de santé, d'importants contrastes existent également au sein même des régions avec des densités de spécialistes de la chirurgie générale pouvant plus que quintupler d'un territoire à l'autre. C'est le cas pour les régions Aquitaine, Île-de-France et Centre.

Notons d'ailleurs que dans trois régions (Centre, Basse-Normandie et Midi-Pyrénées), un des territoires de santé ne bénéficie pas de spécialiste de la chirurgie viscérale.

Les régions présentant les contrastes les moins marqués au sein de leur territoire sont la Lorraine et la Bourgogne (coefficient multiplicateur inférieur à 1,5).

Densité des spécialistes de la chirurgie viscérale au 1^{er} janvier 2011 par région et territoires de santé (nombre pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus)



Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

Offre de soins

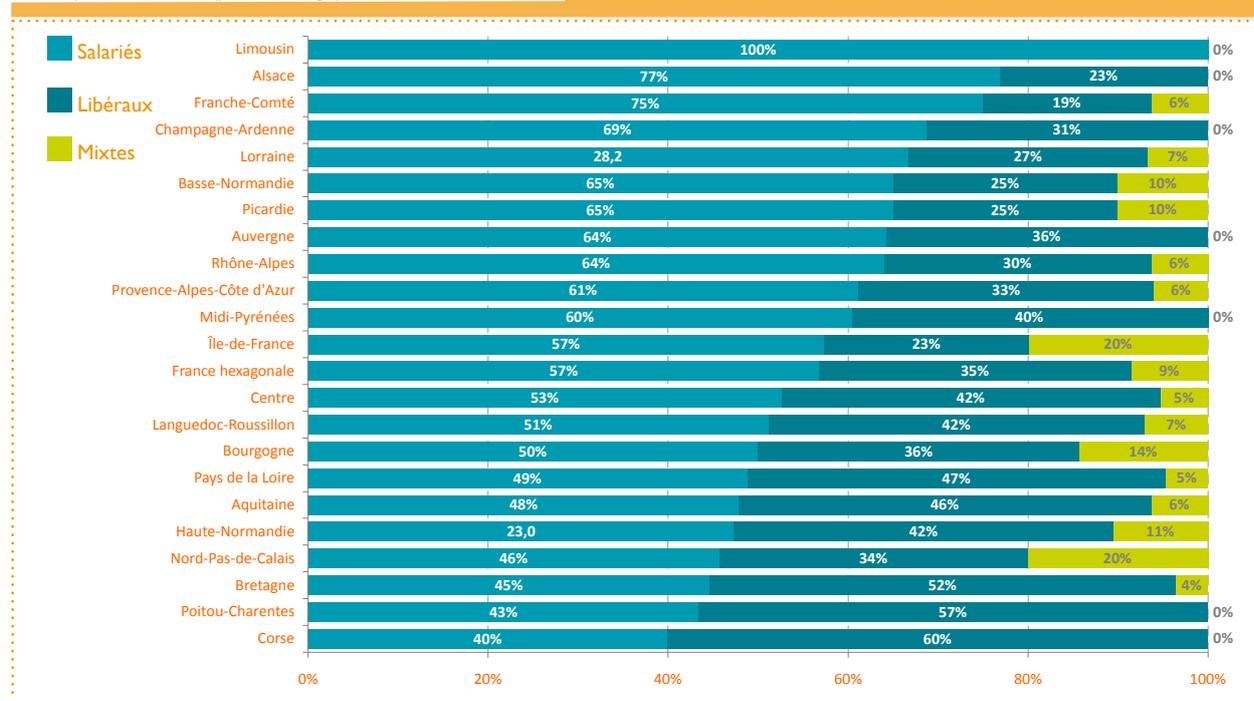
Une profession majoritairement exercée à titre salarié

Près de 60 % des 776 spécialistes de la chirurgie viscérale recensés en France hexagonale au 1^{er} janvier 2011 exercent leur activité à titre salarié, 35 % sont des libéraux et enfin 8 % exercent leur activité en mixte.

La part des salariés parmi ces spécialistes s'échelonne de 40 % en Corse à 100 % dans le Limousin.

Les disparités régionales du mode d'exercice de cette spécialité (tout comme pour la chirurgie générale) sont à mettre en regard de l'implantation plus ou moins importante d'établissements de soins privés sur le territoire considéré.

Répartition des spécialistes de la chirurgie viscérale selon le mode d'exercice dans les régions de France hexagonale au 1^{er} janvier 2011 (pourcentage)



Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

L'ONCOLOGIE MÉDICALE

Une plus faible densité d'oncologues dans le Nord et le centre de l'Hexagone

Au 1^{er} janvier 2011, 733 spécialistes ayant comme première qualification l'oncologie médicale étaient recensés en France hexagonale, soit une densité de 2,4 professionnels pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus. Deux tiers de ces professionnels disposaient d'une spécialité supplémentaire en hépato-gastroentérologie. En ajoutant à ces 733 professionnels, les 518 autres spécialistes (hépato-gastroentérologues, chirurgiens généraux et viscéraux) qui disposent d'une qualification supplémentaire en oncologie médicale, le nombre de spécialistes de l'oncologie médicale en France hexagonale atteint 1 251 soit 4 spécialistes pour 100 000 personnes âgées de 40 ans ou plus.

Au niveau régional, les densités d'oncologues (discipline de qualification principale ou secondaire)

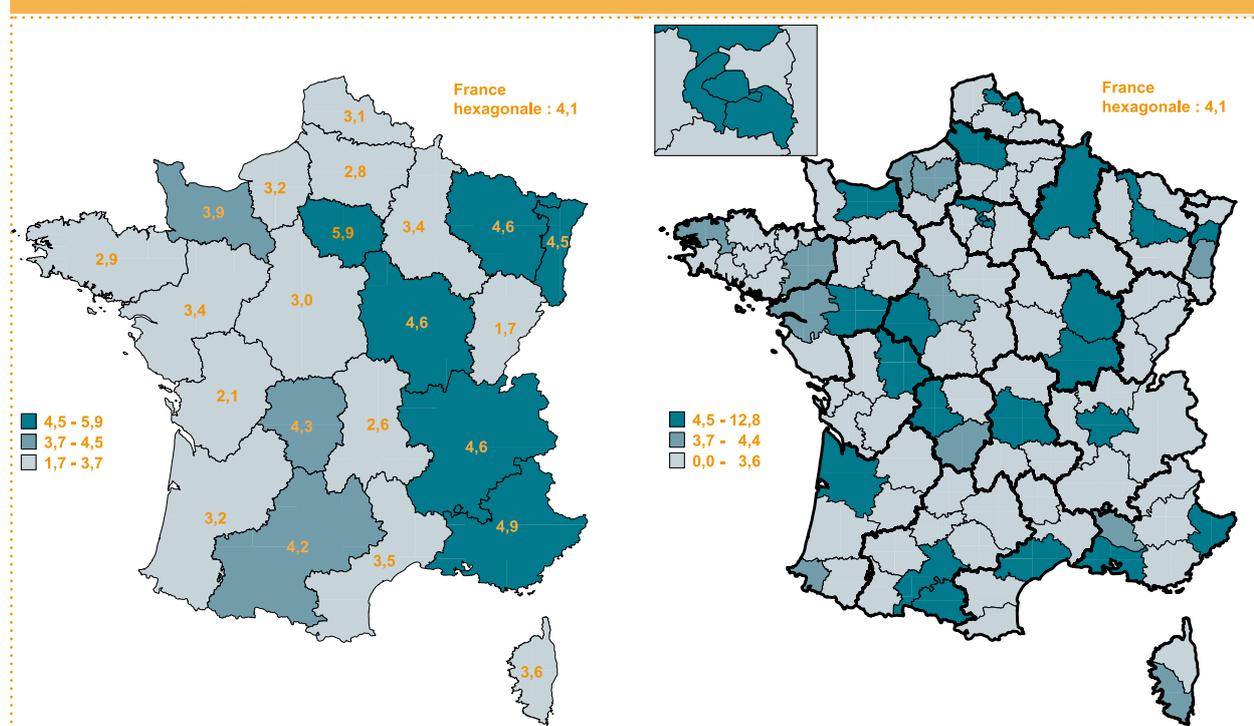
s'échelonnaient de 1,7 professionnel pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus domiciliées en Franche-Comté à 5,9 en Île-de-France.

Six régions, situées sur un axe nord-ouest / sud-est (d'Île-de-France à la région PACA en ajoutant l'Alsace et la Lorraine) présentent une densité supérieure de plus de 10 % à la moyenne nationale.

Au niveau des territoires de santé, les densités d'oncologues (discipline de qualification principale ou supplémentaire) installés au 1^{er} janvier 2011 sont extrêmement contrastées (densités s'échelonnant d'aucun professionnel à plus de 12 pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus). Notons d'ailleurs que moins d'un oncologue pour 100 000 personnes âgées de 40 ans ou plus était recensé dans au moins un des territoires de santé de neuf régions de France hexagonale.

Densité des oncologues* au 1^{er} janvier 2011 par région et territoires de santé

(nombre pour 100 000 personnes âgées de 40 ans et plus)



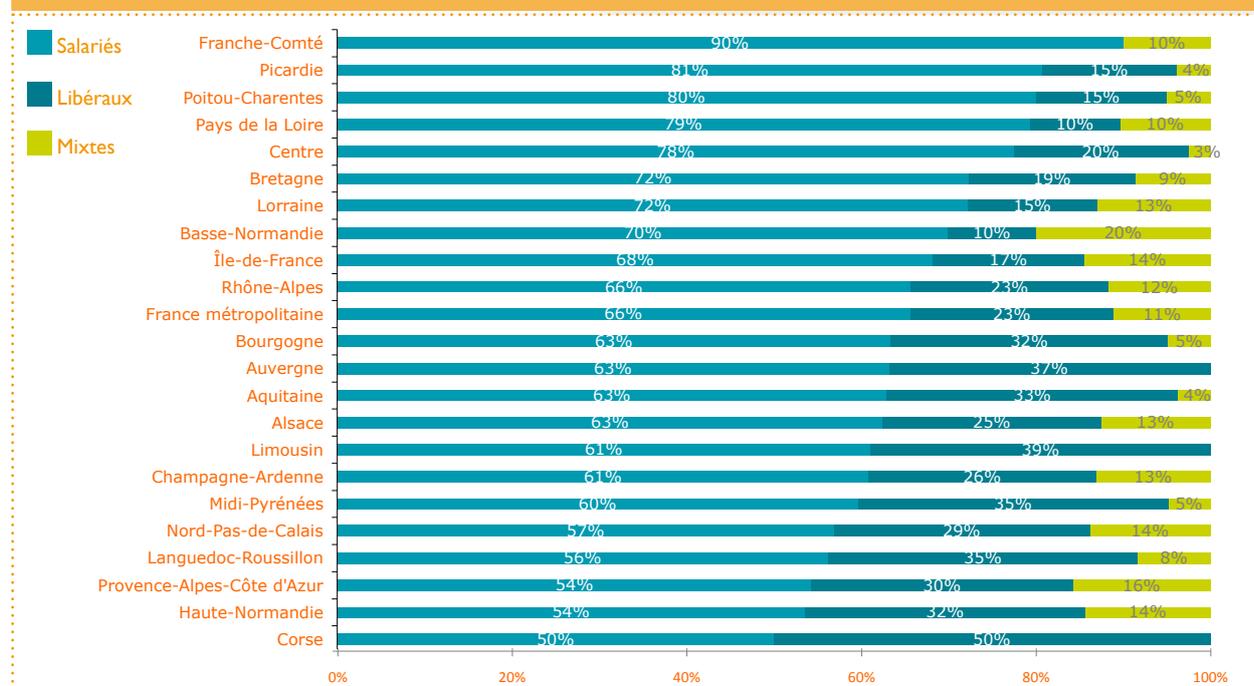
*spécialistes de l'oncologie médicale (discipline de qualification principale ou associée)
Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

Une profession majoritairement exercée à titre salarié

Plus de 66 % des 1 251 oncologues médicaux (discipline de qualification principale ou supplémentaire) recensés en France hexagonale au 1^{er} janvier 2011 exercent leur activité à titre salarié, 23 % sont des libéraux et enfin 11 % exercent leur activité en mixte.

La part des salariés parmi ces spécialistes s'échelonne de 50 % en Corse à 90 % en Franche-Comté. Les disparités régionales du mode d'exercice de cette spécialité sont à mettre en regard de l'implantation plus ou moins importante d'établissements de soins privés sur le territoire considéré.

Répartition des oncologues* selon le mode d'exercice dans les régions de France hexagonale au 1^{er} janvier 2011 (pourcentage)



*spécialistes de l'oncologie médicale (discipline de qualification principale ou associée)
Sources : Drees-Adeli, Insee - Exploitation : Fnors

• LES ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS POUR LE TRAITEMENT DES CANCERS DU FOIE ET DES VOIES BILIAIRES

Pour traiter les malades atteints de cancer, les établissements de santé doivent depuis la fin d'année 2009 disposer d'une autorisation spécifique. Ces dernières sont délivrées par les Agences régionales de santé. Le ministère de la santé, l'INCa, les fédérations hospitalières ainsi que les professionnels de santé de la Ligue contre le cancer ont participé à la mise en œuvre de ce dispositif d'autorisation⁶.

En juin 2010, 881 établissements de santé étaient autorisés à traiter les malades du cancer sur l'ensemble du territoire national. Ces autorisations concernent au moins une des trois pratiques thérapeutiques de cancérologie (chirurgie des cancers, radiothérapie et chimiothérapie).

Concernant le traitement du cancer du foie et des voies biliaires, les traitements préconisés sont la chimiothérapie et la chirurgie digestive. Des éléments sur les établissements autorisés pour la radiothérapie ne seront pas de ce fait présentés dans ce travail.

De même, concernant la chimiothérapie, seuls sont recensés pour le moment par l'INCa les établissements référents autorisés. Or, ces établissements référents, une fois la primo prescription effectuée, peuvent faire appel pour la poursuite du traitement à des établissements conventionnés de proximité. Ces derniers n'étant pas recensés pour le moment, une analyse des seuls établissements autorisés pour la chimiothérapie serait de ce fait tronquée et n'apporterait pas d'éléments quand à l'offre de soins territoriale dans ce domaine.

LA CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE DIGESTIVE

En septembre 2011, l'INCa recensait 654 établissements hospitaliers autorisés pour la chirurgie carcinologique digestive. Plus de la moitié de ces derniers sont des établissements privés, 41 % des établissements publics et près de 8 % des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC). Sur les 51 établissements de santé privés d'intérêt collectif autorisés en septembre 2011, 15 sont des Centres de lutte contre le cancer autorisés pour la chirurgie carcinologique digestive (parmi les 20 CLCC implantés sur le territoire national).

Au niveau régional, la part des établissements publics s'échelonne de 20 % en Corse à plus de 66 % en Franche-Comté. Les régions Corse et Haute-Normandie sont à l'inverse celles qui présentent les proportions d'établissements privés les plus élevées.

Il est important de préciser que les établissements autorisés pour la chirurgie carcinologique digestive ne font pas obligatoirement tous des interventions sur le foie. Celles-ci sont réalisées par des équipes plus spécialisées au sein de plateaux techniques plus lourds. Les données disponibles par le biais de l'INCa ne permettent pas de distinguer les établissements autorisés selon le type d'intervention chirurgicale effectuée. Un recours aux données du PMSI a de ce fait été effectué afin de lister les établissements ayant réellement pratiqué une intervention sur le foie au cours de l'année 2009.

En 2009, 600 établissements ont au moins pratiqué un acte de destruction de tumeur hépatique, d'hépatectomie et résection hépatique ou de prélèvement et de transplantation du foie en France hexagonale. Plus précisément, 595 établissements ont pratiqué au moins un acte d'hépatectomie et de résection hépatique.

Au total, au cours de l'année 2009, 24 154 actes ont été réalisés dans les établissements de soins. Près de 80 % de ces derniers étaient des hépatectomies et résections hépatiques, 12 % des destructions de tumeurs hépatiques par radiofréquence et 9 % des prélèvements et transplantations partielles ou totales du foie.

⁶ Critères d'autorisation (INCa, Le traitement du cancer dans les établissements de santé en France en 2010, juin 2010) :

Réaliser une activité minimale dans la discipline thérapeutique pour laquelle les établissements sollicitent une autorisation ;

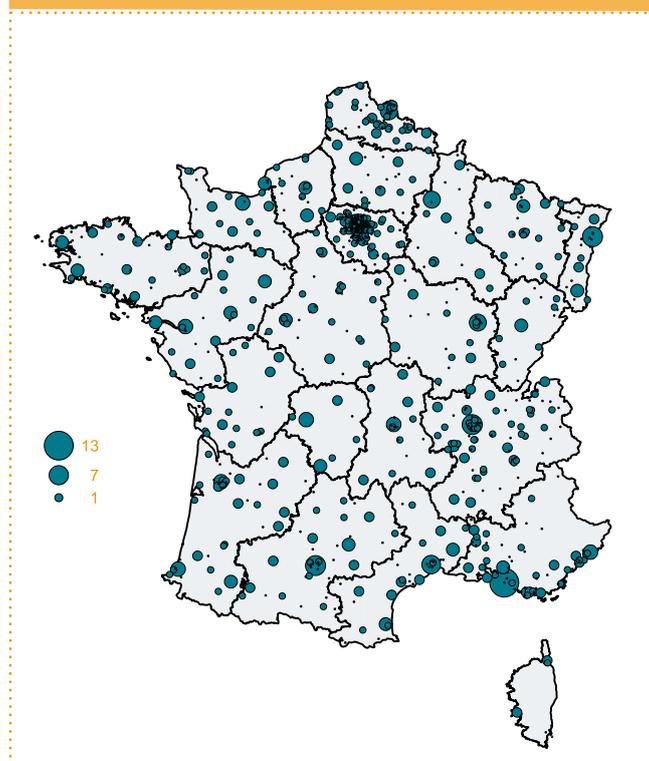
Faire accéder leurs patients à 6 critères de qualité transversale (dispositif d'annonce, concertation pluridisciplinaire, respect des référentiels de bonne pratique, remise d'un programme personnalisé de soins, accès aux soins complémentaires et d'accompagnement des malades, accès aux innovations et à la recherche clinique) quel que soit le cancer pour lequel ils sont soignés ;

Remplir les critères d'agrément définis par l'INCa spécifiquement pour chacune de ces modalités de traitement du cancer.

Offre de soins

Établissements autorisés par l'INCa pour la chirurgie carcinologique digestive dans les régions de France hexagonale en septembre 2011 (nombre)

Établissements autorisés par l'INCa pour la chirurgie carcinologique digestive par statut dans les régions de France hexagonale en septembre 2011



	PUBLIC	PRIVÉ	ESPIC	ENSEMBLE
Île-de-France	41	59	8	108
Rhône-Alpes	27	32	4	63
Provence-Alpes-Côte d'Azur	21	31	6	58
Nord-Pas-de-Calais	17	22	5	44
Aquitaine	15	20	5	40
Bretagne	13	14	3	30
Midi-Pyrénées	13	16	1	30
Pays de la Loire	11	14	4	29
Languedoc-Roussillon	10	17	2	29
Centre	10	15	0	25
Bourgogne	10	11	2	23
Lorraine	12	7	4	23
Basse-Normandie	10	10	1	21
Poitou-Charentes	11	10	0	21
Champagne-Ardenne	9	8	1	18
Auvergne	8	9	1	18
Alsace	7	7	3	17
Haute-Normandie	5	11	0	16
Picardie	8	6	1	15
Limousin	6	6	0	12
Franche-Comté	6	3	0	9
Corse	1	4	0	5
FRANCE HEXAGONALE	271	332	51	654

ESPIC : Etablissements de santé privés d'intérêt collectif
Sources : INCa - Exploitation : Fnors

Actes de destruction de tumeur hépatique, d'hépatectomie et résection hépatique et de prélèvement et transplantation du foie réalisés en France hexagonale en 2009 (nombre)

	NOMBRE D'ACTES
Île-de-France	6 637
Champagne-Ardenne	240
Picardie	290
Haute-Normandie	524
Centre	623
Basse-Normandie	477
Bourgogne	395
Nord-Pas-de-Calais	1 048
Lorraine	575
Alsace	1 043
Franche-Comté	406
Pays de la Loire	1 254
Bretagne	1 442
Poitou-Charentes	341
Aquitaine	1 337
Midi-Pyrénées	861
Limousin	345
Rhône-Alpes	2 315
Auvergne	598
Languedoc-Roussillon	1 215
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2 153
Corse	35
FRANCE HEXAGONALE	24 154

Sources : Atih - Exploitation : Fnors

• LES GREFFES HÉPATIQUES

Près de 1 100 greffes hépatiques réalisées en 2010, dont 25 % faisant suite à un carcinome hépatocellulaire et 24 % à une cirrhose alcoolique.

Depuis 1998, plus de 18 500 greffes hépatiques ont été réalisées en France et le nombre de porteurs de greffons fonctionnels au 31 décembre 2010 atteint 9 844. En 2010, 1 092 greffes hépatiques ont été réalisées par les 21 équipes de greffes autorisées sur le territoire, soit 6,6 % de plus qu'en 2005. Ce sont donc près de 17 greffes pour un million d'habitants qui ont été pratiquées en 2010, soit un taux relativement semblable à celui observé en 2005.

Près de 27 % des greffes hépatiques font suite à une tumeur hépatique et 24 % à une cirrhose alcoolique. Viennent ensuite les cirrhoses post-hépatites (13 %), les retransplantations (électives ou d'urgence : 10 %) et les pathologies biliaires (9 %).

En 2010, 1 579 malades nouvellement inscrits en liste d'attente pour une greffe hépatique ont été recensés. Entre 2005 et 2010, le taux de malades nouvellement inscrits a fortement augmenté (+30 %).

Les indications principales de la greffe hépatique sont le carcinome hépatocellulaire ainsi que la cirrhose alcoolique (chacun un quart des indications principales de greffe). Viennent ensuite les cirrhoses post-hépatite C et les retransplantations électives (10 % et 7 % des inscriptions en 2010).

Évolution du nombre de greffés hépatiques selon l'indication (2005-2010) (nombre et incidence par million d'habitants)

INDICATION	2005			2010		
	N	%	pmh	N	%	pmh
Cirrhose alcoolique						
Cirrhose alcoolique	296	28,9	4,8	261	23,9	4,0
Cirrhose post-hépatite (B, C ou D)						
Cirrhose post-hépatite C	141	13,8	2,3	112	10,3	1,7
Cirrhose post-hépatite B ou B+D	35	3,4	0,6	28	2,6	0,4
Tumeur hépatique						
Carcinome hépatocellulaire	170	16,6	2,8	268	24,5	4,1
Autre tumeur maligne	14	1,4	0,2	22	2,0	0,3
Autre tumeur bénigne	0	0,0	0,0	1	0,1	0,0
Défaillance hépatique aigue						
Hépatite fulminante	49	4,8	0,8	52	4,8	0,8
Autre insuffisance hépatite aigue	9	0,9	0,1	10	0,9	0,2
Pathologie biliaire						
Cirrhose d'origine biliaire	22	2,1	0,4	34	3,1	0,5
Atrésie des voies biliaires	39	3,8	0,6	35	3,2	0,5
Cholangite sclérosante	22	2,1	0,4	22	2,0	0,3
Maladie congénitale des voies biliaires	4	0,4	0,1	2	0,2	0,0
Autre cause						
Pathologie métabolique	42	4,1	0,7	26	2,4	0,4
Cirrhose auto-immune	16	1,6	0,3	15	1,4	0,2
Autre cause de cirrhose	23	2,2	0,4	49	4,5	0,8
Autre pathologie	56	5,5	0,9	46	4,2	0,7
Retransplantation élective ou non						
Retransplantation en urgence	34	3,3	0,6	37	3,4	0,6
Retransplantation élective	52	5,1	0,8	72	6,6	1,1
TOTAL	1024	100,0	16,6	1092	100,0	16,9

Évolution du nombre de nouveaux inscrits en attente d'une greffe hépatique selon l'indication (2005-2010) (nombre et incidence par million d'habitants)

INDICATION	2005			2010		
	N	%	pmh	N	%	pmh
Cirrhose alcoolique						
Cirrhose alcoolique	342	28,1	5,5	426	27,0	6,6
Cirrhose post-hépatite (B, C ou D)						
Cirrhose post-hépatite C	158	13,0	2,6	158	10,0	2,4
Cirrhose post-hépatite B ou B+D	52	4,3	0,8	36	2,3	0,6
Tumeur hépatique						
Carcinome hépatocellulaire	198	16,2	3,2	395	25,0	6,1
Autre tumeur maligne	16	1,3	0,3	24	1,5	0,4
Autre tumeur bénigne	0	0,0	0,0	2	0,1	0,0
Défaillance hépatique aigue						
Hépatite fulminante	64	5,3	1,0	73	4,6	1,1
Autre insuffisance hépatite aigue	9	0,7	0,1	12	0,8	0,2
Pathologie biliaire						
Cirrhose d'origine biliaire	22	1,8	0,4	32	2,0	0,5
Atrésie des voies biliaires	41	3,4	0,7	32	2,0	0,5
Cholangite sclérosante	30	2,5	0,5	41	2,6	0,6
Maladie congénitale des voies biliaires	5	0,4	0,1	3	0,2	0,0
Autre cause						
Pathologie métabolique	45	3,7	0,7	42	2,7	0,6
Cirrhose auto-immune	20	1,6	0,3	20	1,3	0,3
Autre cause de cirrhose	40	3,3	0,6	52	3,3	0,8
Autre pathologie	67	5,5	1,1	77	4,9	1,2
Retransplantation élective ou non						
Retransplantation en urgence	40	3,3	0,6	41	2,6	0,6
Retransplantation élective	70	5,7	1,1	113	7,2	1,7
TOTAL	1219	100,0	19,7	1579	100,0	24,4

* pmh : par million d'habitants

Source et exploitation : Agence de la Biomédecine

Offre de soins

LOCALISATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES ÉQUIPES DE GREFFES HÉPATIQUES EN FRANCE HEXAGONALE

En 2010, 21 équipes ont réalisé des greffes hépatiques. Les équipes ayant réalisé le plus de greffes hépatiques sont celles de Villejuif Paul Brousse (13 % de l'ensemble des greffes sur 2010), celles de Clichy Beaujon (11 %) et de Rennes (9 %).

En début d'année 2012, suite aux dernières autorisations délivrées par les Agences régionales de santé, 24 établissements sanitaires étaient autorisés à réaliser des greffes hépatiques. Huit régions de l'Hexagone ne disposent pas d'établissements autorisés pour les greffes hépatiques.

En 2010, les différentes équipes autorisées sur le territoire national ont réalisé 1 092 greffes hépatiques, soit une augmentation de l'activité de greffes de plus de 4 % en un an. Plus de 97 % des greffes hépatiques ont été réalisées à partir d'un donneur décédé (dont 7 % effectuées à partir d'un foie partagé) et 1,5 % à partir d'un donneur vivant. Les greffes en domino* restent minoritaires avec 8 cas recensés en 2010.

Les établissements autorisés pour les greffes hépatiques en janvier 2012

(un carré = un établissement)



Source et exploitation : Agence de la Biomédecine

* NOTE MÉTHODOLOGIQUE

Greffe en domino : Certains patients nécessitent une transplantation hépatique pour une maladie neurologique liée au foie (neuropathie amyloïde). Cette maladie ne se déclare qu'après plusieurs décennies. Leur foie, même s'il a été responsable de l'apparition de la maladie neurologique, est tout à fait fonctionnel et peut-être utilisé chez un autre patient qui a besoin rapidement d'un foie fonctionnel. Chez ce second patient, la neuropathie amyloïde, si elle apparaît, mettra aussi plusieurs années à devenir active.

Ce type de transplantation hépatique est appelé «transplantation hépatique domino». Ces stratégies sont utilisées avec l'accord du patient donneur et du receveur : ils sont informés longuement au cours d'un entretien des avantages et des inconvénients de cette technique. Dans l'hypothèse où la maladie neurologique deviendrait active chez le patient receveur, une nouvelle transplantation hépatique serait réalisée.

LOCALISATION DES ÉTABLISSEMENTS ET DES ÉQUIPES DE GREFFES HÉPATIQUES EN FRANCE HEXAGONALE

En 2010, 24 malades nouvellement inscrits sur liste d'attente pour une greffe hépatique pour un million d'habitants ont été recensés. Ce taux d'inscription varie selon la région de domiciliation de 15,1 pour le Nord - Pas-de-Calais à plus de 40 pour la région Île-de-France. Onze régions de l'Hexagone présentent des taux de malades nouvellement inscrits inférieurs de plus de 10% à moyenne nationale (en majorité situées sur la côte atlantique de l'Hexagone).

Près de 17 greffes hépatiques pour un million d'habitants ont été réalisées en 2010. Les taux de greffes sont disparates d'une région à l'autre, variant de 9,1 en Bourgogne à 28 en Île-de-France. Les régions présentant les taux les plus élevés de greffes hépatiques sont situées dans l'Est de l'Hexagone ainsi qu'en Corse, Picardie, Haute-Normandie, Centre et Pays de la Loire.

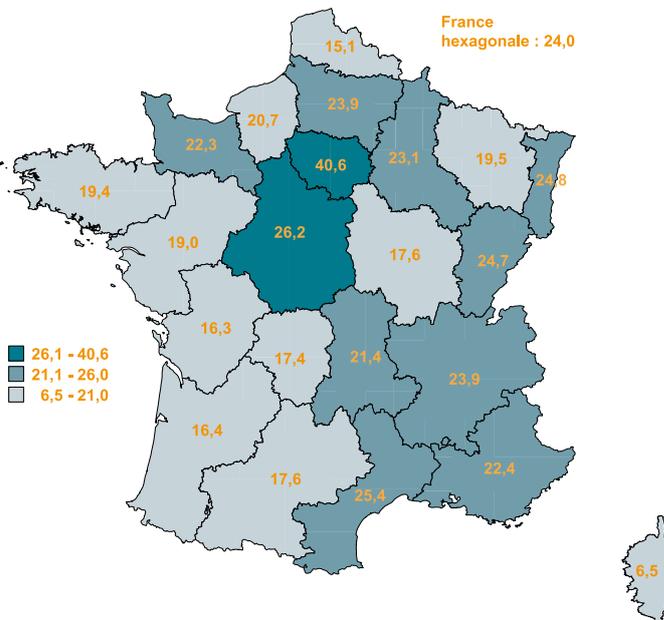
En 2010, 46 % des candidats inscrits en liste d'attente de greffe hépatique ont effectivement été greffés contre 49 % en 2009 et 60 % en 2005.

Les régions Bretagne et Basse-Normandie présentent les taux d'accès (% de greffés parmi les candidats inscrits sur la liste d'attente de greffe hépatique) les plus bas de l'Hexagone malgré la présence d'équipes sur le territoire. À l'inverse, les régions Corse, Poitou-Charentes, Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées se distinguent par des taux d'accès à la greffe hépatique supérieurs à 50 %.

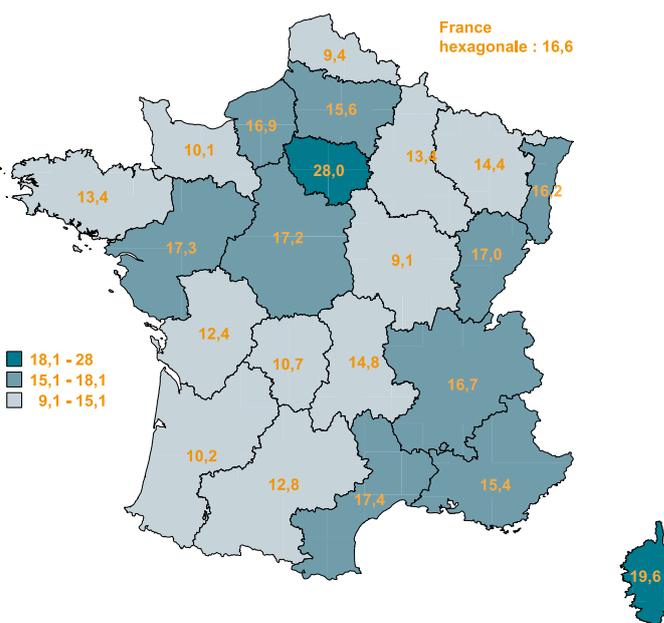
La durée d'attente médiane est de 4,2 mois en France en 2010. Cette durée médiane traduit les difficultés d'accès à la greffe hépatique mais dépend également des caractéristiques des malades inscrits ainsi que des politiques d'inscription et de greffe des différentes équipes. Cette durée médiane s'échelonne de 2,9 mois pour la Basse-Normandie et le Limousin à plus de 6 mois pour la Champagne-Ardenne ■

Inscription en liste d'attente et malades greffés selon la région de domiciliation en 2010 (Taux par million d'habitants)

Nouveaux inscrits en liste d'attente



Malades greffés



Source et exploitation : Agence de la Biomédecine

Synthèse sur les cancers du foie et des voies biliaires

Différentes sources d'information alimentent cette synthèse sur les cancers du foie et des voies biliaires. La statistique de mortalité concerne toutes les personnes pour lesquelles un certificat de décès est parvenu au centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm. Les indicateurs d'incidence des cancers du foie reposent, pour les estimations nationales, sur les données produites par le service de bio statistique des Hospices civils de Lyon, le réseau Francim et l'Institut de veille sanitaire (InVS), tandis que des estimations départementales sont produites par 14 registres des cancers. Les entrées en affection de longue durée (ALD) correspondent à la reconnaissance par les médecins conseil des trois principaux régimes d'Assurance maladie des pathologies pouvant bénéficier, du fait de leur gravité, d'une exonération du ticket modérateur. Les séjours hospitaliers proviennent de l'exploitation de la base du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ils correspondent aux séjours pour lesquels un diagnostic de tumeur maligne du foie et des voies biliaires intra-hépatiques ou d'hépatocarcinome a été retenu. Concernant les facteurs de risque, les indicateurs de consommation d'alcool sont issus d'une part de l'enquête nationale « Baromètre santé » de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) menée auprès des adultes âgés de 18 à 75 ans et, d'autre part de l'enquête Escapad de l'Observatoire français des drogues et toxicomanie (OFDT) menée auprès des jeunes de 17 ans. Sont exploités également dans cette synthèse, les rapports d'activité des Centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) ainsi que les données du dispositif des maladies à déclaration obligatoire de l'InVS. Enfin, pour la partie offre de soins, les données relatives aux médecins spécialistes proviennent du répertoire ADELI du ministère chargé de la Santé, celles sur les établissements autorisés pour la chirurgie carcinologique de l'Institut national du cancer (INCa), et celles sur les greffes hépatiques de l'Agence de la biomédecine.

Toutes les données utilisées sont les plus récentes disponibles : 2011 pour les données de l'INCa et le fichier ADELI, 2010 et 2012 pour celles de l'Agence de la biomédecine ; 2009 pour la mortalité, le PMSI et les ALD ; 2008 pour l'incidence des cancers à l'échelle des registres départementaux et pour les rapports d'activité des CCAA et 2005 pour l'estimation de l'incidence nationale des cancers. Enfin, les données d'enquête

utilisées pour les consommations d'alcool datent de 2005 pour le Baromètre santé et de 2008 pour Escapad.

L'analyse en parallèle de ces différentes données permet plusieurs constats :

- il existe un différentiel homme/femme important, à l'avantage des femmes, tant pour la mortalité par cancers du foie et des voies biliaires dans leur ensemble ou que par hépatocarcinome en particulier, que pour l'incidence ;
- les évolutions observées de la mortalité au cours des années 2000 tendent à indiquer une baisse de celle-ci chez les hommes, tandis que chez les femmes, même si la faiblesse des effectifs invite à la prudence, les décès survenant avant 65 ans sont plutôt à la hausse pour l'ensemble des cancers du foie et des voies biliaires ;
- les cancers du foie et des voies biliaires et les hépatocarcinomes concernent avant tout les personnes âgées de 50 ans et plus ;
- depuis 1980, on note une forte augmentation de l'incidence des cancers du foie avec toutefois une croissance plus faible sur la période la plus récente ;
- sur un plan géographique, outre d'importantes variations entre régions et territoires de santé, on peut retenir que quatre régions se distinguent assez nettement du paysage hexagonal de par leur profil plutôt défavorable (valeurs élevées pour les indicateurs de mortalité par cancers du foie et des voies biliaires et pour les indicateurs d'admission en ALD pour ces mêmes cancers, pour maladies alcooliques du foie et à un degré moindre pour fibrose et cirrhose du foie): les Pays de la Loire, la Bretagne, la Haute-Normandie et le Nord - Pas-de-Calais ;
- les régions méridionales présentent globalement des situations favorables du point de vue des indicateurs de mortalité et de morbidité : Midi-Pyrénées, Limousin, Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Provence-Alpes Côte d'Azur ;
- les variations intra-régionales, à l'échelle des territoires de santé, des taux de mortalité par cancers du foie et des voies biliaires ainsi que par hépatocarcinomes sont relativement faibles chez les hommes tandis que chez les femmes les régions administratives sont moins homogènes ;

- l'étude des séjours hospitaliers apporte des résultats plus contrastés avec des taux de séjours plus élevés dans les régions présentant une forte mortalité (Bretagne, Alsace et Pays de la Loire chez les hommes ; Haute-Normandie et Alsace chez les femmes), mais également dans des régions présentant de faibles taux de mortalité (Aquitaine et Île-de-France chez les hommes ; Franche-Comté chez les femmes) ;
- à l'intérieur des régions, les départements présentant des taux relativement élevés de séjours hospitaliers (en données domiciliées) coexistent fréquemment avec d'autres présentant des taux relativement faibles, chez les hommes comme chez les femmes ;
- les plus forts usages d'alcool observés dans les enquêtes ne se recoupent pas systématiquement avec des situations de surmortalité par cancers du foie et des voies biliaires ;
- la cartographie des taux d'admission en ALD pour hépatite virale chronique, pour lesquels les régions les plus concernées se situent autour de la Méditerranée, en Alsace et en Île-de-France, est l'image inversée des taux d'admission pour maladies alcooliques du foie dont les valeurs les plus fortes se concentrent sur la partie septentrionale de la France à l'exception de l'Île-de-France et des régions les plus à l'est ;
- la répartition des médecins spécialistes dans les disciplines concernées par le traitement des cancers du foie et des voies biliaires est très inégalitaire, les plus fortes densités se localisant plutôt dans le Sud-est du pays ainsi qu'en Alsace et en Île-de-France ;
- concernant les greffes hépatiques, il ne semble pas exister de corrélation géographique entre les régions les plus concernées par la mortalité et la morbidité par cancers du foie et des voies biliaires et les taux de malades en ayant bénéficié.

Ce travail de synthèse permet de disposer d'un portrait comparatif des régions et territoires de santé français montrant des contrastes importants entre zones géographiques et entre sources de données. Il existe cependant d'importantes convergences entre indicateurs de mortalité et de morbidité dressant une cartographie assez net, notamment chez les hommes des régions et territoires les plus concernés par les cancers

du foie et des voies biliaires. L'absence d'estimation de l'incidence régionale des cancers du foie et des voies biliaires ne permet malheureusement pas d'affiner ce constat.

Concernant les facteurs de risque, la lecture des données d'enquête rend difficile la mise en relation entre consommation d'alcool à risque, usage régulier ou ivresse régulière d'alcool et indicateur d'état de santé pour les pathologies concernées. En revanche, les régions pour lesquelles les taux d'admission pour ALD pour maladies alcooliques du foie sont élevés sont également celles qui globalement présentent les plus forts niveaux de mortalité.

Enfin, la répartition de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière ne semble pas en adéquation avec les besoins exprimés via les indicateurs de mortalité et de morbidité, sans qu'il ne soit possible de tirer des conclusions sur cette inadéquation ■

• PRÉCISIONS MÉTHODOLOGIQUES

1- Cartographie

La plupart des cartes de ce document présentent des taux au niveau régional ou par territoires de santé ou départements. Elles comportent trois seuils pour les valeurs des taux, définis de la façon suivante : une classe centrale autour de la moyenne et des bornes à plus ou moins 10 % autour de cette moyenne, une classe au dessus de la moyenne + 10 % et une classe au dessous de la moyenne - 10 %.

Les autres cartes présentent des effectifs de professionnels ou d'établissements de santé selon leur localisation.

2- Taux standardisé de mortalité

Définition

Le taux standardisé (ou taux comparatif) de mortalité s'exprime en nombre de décès pour 100 000 habitants. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (estimation de population de la France hexagonale au 1^{er} janvier 2006, deux sexes confondus).

Les taux standardisés éliminent les effets de structure par âge et autorisent les comparaisons entre les données recueillies, entre deux périodes, entre les deux sexes et entre les unités géographiques retenues. Le taux est calculé sur une période triennale : 2007-2009.

Sources

- Inserm CépiDc pour le nombre de décès. C'est le service CépiDc de l'Inserm qui fournit les statistiques de décès en France par cause (principale ou associées) établies à partir des certificats de décès et de données de l'Insee. Les pathologies sont codées d'après la classification internationale des maladies dans sa 10^e révision (CIM 10) depuis 2000 ;
- Insee pour la population de référence : population de la France hexagonale au 1^{er} janvier 2006, deux sexes confondus ;
- Insee pour le calcul des taux par âge : population au 1^{er} janvier de 2006

Méthodes de calcul

$$\text{Taux standardisé de mortalité} = \sum_{i=1}^{20} P_i T_i$$

20 : le nombre de classes d'âge considérées : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans,, 85 ans et plus

i : l'indice de la classe d'âge considérée

P_i : la part de la classe d'âge i dans la population de référence (population de la classe d'âge i / population totale). Quelle que soit la région et la cause de décès considérée, la population de référence est celle de la France hexagonale au 1^{er} janvier 2006, deux sexes confondus.

T_i : le taux spécifique de décès observés dans la région pour la classe d'âge i (nombre moyen annuel de décès de la classe d'âge / population de la classe d'âge). Les populations utilisées sont, quelle que soit la période considérée, les populations estimées en milieu de période.

3- Taux standardisé de séjours hospitaliers

Définition

Le taux standardisé (ou taux comparatif) s'exprime en nombre de séjours hospitaliers (en médecine, chirurgie, obstétrique) pour 100 000 personnes. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de France hexagonale lors du recensement de population de 2006, deux sexes confondus).

Sources

- Atih : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. L'Atih constitue une base de données qui rassemble toutes les données de séjours dans les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) des établissements de santé publics et privés participant au PMSI. À chaque séjour correspond un RSA (résumé de sortie anonyme) contenant diverses informations. Le diagnostic principal d'hospitalisation est « le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation ». Les données sont domiciliées, c'est-à-dire comptabilisées au domicile du patient. L'unité de base est le séjour, un même patient ayant pu effectuer plusieurs séjours.

Ce sont les données de diagnostic principal (DP) et de diagnostic relié (DR) qui sont utilisés ici pour classer les séjours pour cancer du foie et des voies biliaires et pour hépatocarcinome.

- Insee pour la population de référence et pour les taux par âge : population de la France hexagonale des régions et des départements au 1^{er} janvier 2006, deux sexes confondus.

Précisions

- L'unité de compte est le séjour en soins de courte durée MCO et non le patient.

- Les venues pour des traitements réalisés en séances (chimiothérapies, radiothérapies...) sont exclues.

- Les unités de soins de courte durée MCO des hôpitaux locaux et des établissements de santé dont l'activité principale ne relève pas des soins de courte durée MCO (hôpitaux psychiatriques, établissements de soins de suite et réadaptation...) sont exclues.

- Les établissements à tarif d'autorité (« établissements non conventionnés ») sont exclus.

- La Fnors exploite les bases brutes de données PMSI MCO public et privé. Ces bases font l'objet d'apurements (éliminations de doubles, corrections d'identifiants et d'anomalies diverses).

- Les pathologies retenues sont les suivantes : Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques (C22) ; Carcinome hépatocellulaire (C22.0).

Méthodes de calcul

Taux standardisé de séjours hospitaliers = $\sum_{i=1}^{21} P_i T_i$

21 : le nombre de classes d'âge considérées : moins de 1 an, 1-4 ans, 5-9 ans ... 95 ans et plus.

i : l'indice de la classe d'âge considérée

P_i : la part de la classe d'âge dans la population de référence (population de la classe d'âge / population totale). Quelles que soit la région et les pathologies considérées, la population de référence est la population de la France hexagonale au recensement de population de 2006, deux sexes confondus.

T_i : le taux spécifique de séjours hospitaliers observés dans la région pour la classe d'âge (nombre moyen annuel de séjours de la classe d'âge / population de la classe d'âge).

4- Taux standardisé d'admissions en affection de longue durée

Définition

Le taux standardisé (ou taux comparatif) s'exprime en nombre d'admissions pour 100 000 personnes. Il correspond au taux que l'on observerait dans la région si elle avait la même structure par âge que la population de référence (population de la France hexagonale au 1^{er} janvier 2006, deux sexes confondus).

Il concerne les admissions en affection de longue durée (ALD) pour les causes étudiées chez les hommes et les femmes, pour le régime général, le régime des professions indépendantes et le régime agricole.

Ces données correspondent aux nouvelles admissions en ALD30 au sein des trois principaux régimes de l'Assurance maladie pour l'année étudiée. L'unité statistique de ce dénombrement est la pathologie, un bénéficiaire pouvant avoir plusieurs pathologies. Dans les calculs, le bénéficiaire est ainsi comptabilisé autant de fois qu'il a d'exonérations pour des pathologies différentes de la liste des ALD30.

Sources

- Les données ALD sont fournies par les trois principaux régimes d'assurance maladie :

- CnamTS : régime général

- RSI : régime des professions indépendantes

- CCMSA : régime agricole

- Insee pour la population de référence et pour les taux par âge : population de la France hexagonale, des régions et des territoires de santé au 1^{er} janvier 2006, deux sexes confondus.

Méthodes de calcul

Taux standardisé d'admissions en affection de longue durée = $\sum_{i=1}^{19} P_i T_i$

19 : le nombre de classes d'âge considérées : 0-4 ans, 5-9 ans, 10-14 ans, ..., 90 ans et plus.

i : l'indice de la classe d'âge considérée

P_i : la part de la classe d'âge i dans la population de référence (population de la classe d'âge i / population

totale). Quelle que soit la région et la cause d'ALD considérée, la population de référence est la population de la France hexagonale au 1^{er} janvier 2006, deux sexes confondus.

Ti : le taux spécifique d'admissions observé dans la région pour la classe d'âge i (nombre annuel d'ALD de la classe d'âge / population de la classe d'âge).

Précisions

Il s'agit du nombre d'admissions en ALD d'individus (assurés et ayants-droit) ayant été reconnus pour la première fois par l'Assurance maladie, au cours d'une période choisie, comme atteints d'une affection de longue durée, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis du haut comité médical. La liste actuelle comporte 30 affections ou groupe d'affections (ALD30). Ces personnes bénéficient d'une suppression du ticket modérateur pour les soins ayant un rapport avec cette affection.

Mises en garde

Les nombres d'affections recensées correspondent aux avis favorables donnés par les médecins-conseils (du régime concerné), pour les premières demandes d'exonération du ticket modérateur au titre des affections de longue durée une année donnée. Il ne s'agit donc pas d'un nombre de nouveaux malades, comme dans le cas d'un registre de morbidité.

Les nombres d'affections recensées par l'Assurance maladie sont systématiquement inférieurs à la morbidité réelle.

Les principales causes de sous-déclaration sont les suivantes :

- 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),
- le patient peut déjà être exonéré du ticket modérateur à un autre titre (précédente affection exonérante, invalidité...) et donc ne pas faire l'objet d'une demande d'un médecin traitant pour une nouvelle ALD,

- 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, des considérations d'ordre socio-économique peuvent également intervenir dans l'exhaustivité du recueil : il est probable que les personnes économiquement défavorisées (ou leur médecin traitant) sollicitent de façon plus fréquente et plus précoce l'exonération du ticket modérateur pour ALD.

Les données sont issues des trois principaux régimes d'Assurance maladie (régime général, régime agricole et régime des professions indépendantes). Dans certaines régions, d'autres régimes ont encore un poids important et n'ont pas été pris en compte (le régime minier dans le Nord - Pas-de-Calais ou en Lorraine, par exemple). Ainsi, les taux d'admission en ALD peuvent être plus fortement sous-estimés dans ces régions qu'ailleurs. À noter que les données du régime minier ne sont pas prises en compte uniquement pour les années 2007 et 2008. Depuis 2009, elles sont incluses dans les données du régime général.

Il faut enfin préciser que ces écarts ne sont pas systématiques et homogènes pour chacune des 30 affections de la liste. Selon l'âge de la survenue de la pathologie, selon la fréquence d'association de cette pathologie avec d'autres, le défaut sera plus ou moins important.

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

5- Incidence des cancers du foie

Sources

Les données françaises d'incidence proviennent de la base commune des registres des cancers du réseau Francim administrée au sein du service de biostatistiques des Hospices civils de Lyon (HCL). Ces données d'incidence ne couvrent qu'une partie de la population française (environ 20 %).

La zone géographique couverte par l'ensemble des registres (« zone registre ») ne peut être considérée comme représentative de la France en terme d'incidence des cancers. Ainsi, il est fait appel à un facteur de correction construit à partir de la mortalité. Ce facteur de correction est le rapport « mortalité France entière »/ « mortalité zone registre » qui est ensuite appliqué à l'incidence observée dans la « zone registre » afin d'obtenir une estimation de l'incidence France entière. Les trois composantes « mortalité France entière », « mortalité zone registre » et « incidence zone registre » font l'objet d'une modélisation statistique.

Des estimations régionales de l'incidence sont produites pour 14 localisations cancéreuses chez les hommes et 17 chez les femmes, ainsi que pour la totalité des cancers. Compte tenu du nombre relativement limité du nombre de nouveaux cas et des incertitudes liées au codage des données de mortalité, le réseau français des registres de cancer (Francim) ne produit pas, d'estimation de l'incidence des cancers du foie à l'échelle régionale. En effet, cette pathologie présente des problèmes particuliers de recueil : la mortalité pouvant être surestimée, un certain nombre de cancers secondaires étant classés comme primitifs.

Concernant les données d'incidence observées dans les départements couverts par les registres Francim, chacune des localisations cancéreuses est étudiées. L'incidence est calculée par département, sexe et période quinquennale. L'incidence observée est présentée selon deux axes : situation pour la période la plus récente (2003-2008) et évolution par période quinquennale depuis 1978-1982. Seules les tumeurs infiltrantes sont comptabilisées dans l'incidence, sauf pour le « système nerveux central » où tous les comportements tumoraux contribuent au calcul de l'incidence.

Précisions

Les taux d'incidence sont standardisés selon la population mondiale. C'est donc l'incidence qu'on observerait dans la population d'étude si elle avait la structure d'âge que cette population standard (population mondiale de 1976).

6- Enquête Escapad

Sources

Depuis 2000, l'OFDT réalise, avec le soutien logistique de la Direction du service national, l'enquête nommée Escapad. Cette enquête était annuelle jusqu'en 2003 et s'effectue tous les trois ans depuis 2005. Elle interroge tous les jeunes français âgés de 17 ans qui participent à la journée d'appel de préparation à la défense (JAPD) sur une période de 15 jours au début du mois d'avril dans l'Hexagone et de l'ensemble du mois d'avril dans les DOM-COM.

Le recueil de données s'effectue par un questionnaire auto-administré et strictement anonyme, durant une vingtaine de minutes, portant sur les consommations de produits psychoactifs, ainsi que sur la santé, les activités et les comportements des jeunes. Ce questionnaire est soumis à l'ensemble des présents afin que l'échantillon soit représentatif des jeunes Français.

Les données présentées sont celles de l'enquête 2008 qui porte sur 39 542 questionnaires exploitables dans l'Hexagone soit un taux de couverture de 96 % des personnes âgées de 17 ans présentes au moment de l'enquête. Pour l'ensemble de l'Hexagone, les données sont pondérées en fonction du poids de chaque région parmi les personnes âgées de 17 ans. Elles incluent la Corse mais, pour cette région, aucune analyse régionale n'a pu être réalisée du fait du nombre trop faible d'adolescents interrogés (95 en 2008).

Précisions

Au moment de la publication de ce rapport, les premières données de l'enquête 2011 sont disponibles au niveau national mais les exploitations régionales n'ont pas encore été réalisées.

Le sondage qui consiste à interroger l'ensemble des jeunes présents sur une période de 15 jours peut être assimilé à un tirage exhaustif au sein d'une grappe déterminée. Le choix des journées a été fait de manière à éviter des moments de l'année particuliers tels que les périodes suivant les fêtes, les périodes d'examens et les vacances scolaires. Il est peu probable que les individus ainsi sélectionnés aient un profil particulier et aucun biais de sélection n'a pu être mis en évidence. D'autre part, le nombre

important de questionnaires et le taux élevé de couverture assurent une bonne représentativité des résultats.

7- Rapports d'activité des CCAA

Sources

L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) réalise annuellement une analyse des rapports d'activité des CCAA et des CSST. Depuis 2004, ces rapports sont construits selon un type commun, qui doit permettre de décrire de façon homogène, la nature, le fonctionnement, l'activité de ce dispositif et les caractéristiques des personnes accueillies par les CCAA et CSST.

Le rapport d'activité type est adressé aux entités juridiques gérant une ou plusieurs activités de soins, par les Agences régionales de santé (ARS). Celles-ci reçoivent en retour les rapports d'activité complétés et valident les données qui y figurent. Les documents sont ensuite centralisés à la DGS puis envoyés à l'OFDT qui se charge de la saisie et de l'exploitation des données.

Le dispositif ne permet pas de recueillir des informations sur l'ensemble des centres et les unités répondantes ne sont pas les mêmes d'une année sur l'autre. La présence ou l'absence de quelques centres ayant des files actives importantes est susceptible de faire varier certains résultats de façon importante, en particulier au niveau régional. En 2008, les rapports d'activité recueillis concernaient 87 % des CCAA, 86 % des CSST en ambulatoire, 83 % des centres thérapeutiques résidentiels et 63 % des CSST en milieu pénitentiaire.

Les données recueillies incluent une proportion difficile à estimer de double-compte. En effet, certaines personnes peuvent être comptées deux fois lorsqu'elles fréquentent plusieurs structures au cours de la même année.

Précisions

Depuis la circulaire n°DGS/MC2/79 du 28 février 2008, les CCAA et les CSST se sont regroupés afin de mettre en place les Csapa (Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie) qui accueillent toutes les personnes rencontrant un problème d'addiction. Le rôle des Csapa est d'accueillir, d'informer, de procéder à l'évaluation

médicale, psychologique et sociale des patients, de les prendre en charge sur le plan social, éducatif, médical et psychologique, de prescrire et de suivre les traitements médicamenteux. Ils peuvent également héberger les patients.

8- Les maladies à déclaration obligatoire

Sources

La déclaration obligatoire est basée sur la transmission de données individuelles à l'autorité sanitaire. Elle consiste en un recueil exhaustif de données, permettant une analyse aussi exacte que possible de la situation et de l'évolution des 30 maladies à déclaration obligatoire en France, afin de mettre en place des actions préventives et de conduire des programmes adaptés aux besoins de santé publique. Elle met en jeu deux procédures dans la transmission des données : le signalement et la notification (source InVS).

L'obligation de déclaration concerne aussi bien les biologistes, responsables de services hospitaliers et de laboratoires d'analyses de biologie médicale publics et privés, que les médecins libéraux et hospitaliers qui suspectent et diagnostiquent les maladies à déclaration obligatoire.

Lorsqu'une maladie est identifiée, le médecin ou le biologiste est tenu de suivre deux procédures consécutives :

- le signalement : les maladies qui justifient une intervention urgente à savoir toutes les maladies à déclaration obligatoire à l'exception de l'infection à VIH, du sida, de l'hépatite B aiguë et du tétanos sont signalées par les biologistes ou les médecins au médecin de santé publique de l'ARS pour lui permettre de réagir rapidement et de mettre en place les mesures de prévention individuelle et collective autour des cas, et le cas échéant, de déclencher des investigations pour identifier l'origine de la contamination et agir pour la réduire ;
- la notification : il s'agit d'une procédure de transmission de données individuelles par le médecin ou le biologiste déclarant au médecin inspecteur de santé publique de l'ARS du lieu d'exercice au moyen d'une fiche spécifique à chaque maladie. Elle est ensuite transmise à l'InVS. Elle a pour objet le

suivi épidémiologique des maladies à déclaration obligatoire. Elle permet d'analyser et de suivre l'évolution de ces maladies au sein de la population afin de mieux cibler les actions de prévention locales et nationales. La notification, qui intervient après le signalement et souvent après confirmation du diagnostic est anonymisée pour garantir la protection des personnes.

Les 30 maladies à déclaration obligatoire :

- Botulisme
- Brucellose
- Charbon
- Chikungunya
- Choléra
- Dengue
- Diphtérie
- Fièvres hémorragiques africaines
- Fièvre jaune
- Fièvre typhoïde et fièvres paratyphoïdes
- Hépatite aiguë A
- Infection aiguë symptomatique par le virus de l'hépatite B
- Infection par le VIH quel qu'en soit le stade
- Infection invasive à méningocoque
- Légionellose
- Listériose
- Orthopoxviroses dont la variole
- Paludisme autochtone
- Paludisme d'importation dans les départements d'outre-mer
- Peste
- Poliomyélite
- Rage
- Rougeole
- Saturnisme de l'enfant mineur
- Suspicion de maladie de Creutzfeldt-Jakob et autres encéphalopathies subaiguës spongiformes transmissibles humaines
- Tétanos
- Toxi-infection alimentaire collective
- Tuberculose
- Tularémie
- Typhus exanthématique

La notification d'un cas d'hépatite B aiguë est établie lorsque des immunoglobulines M anti-HBc sont détectées pour la première fois chez un patient. En l'absence de ce test, elle est établie en cas de détection d'AgHBs et Ac anti-HBc totaux dans un contexte d'hépatite B aiguë.

Précisions

Deux types de corrections peuvent être apportés aux données recueillies (données brutes) pour tenir compte :

des délais de déclaration : par exemple, des cas diagnostiqués en 2006 peuvent n'être déclarés qu'en 2007 ou 2008. Cette correction ne concerne que les deux années les plus récentes ;

de la sous-déclaration : c'est la proportion de cas qui ne sont jamais déclarés. Cette correction concerne toutes les années.

L'InVS apporte chaque année des corrections aux données nationales, moins souvent pour les données régionales en raison notamment d'incertitudes et d'aléas plus importants à l'échelle régionale.

Une enquête d'exhaustivité en laboratoire réalisée en 2005 a permis d'estimer qu'environ 23,4% [IC95% : 21,2 – 26,0] des nouveaux cas d'hépatite B aiguë sont notifiés. Une nouvelle étude d'exhaustivité du dispositif a été réalisée en 2011 et n'est pas encore disponible. Elle permettra d'affiner les estimations du nombre d'infections aiguës symptomatiques après 2006 et, ainsi, de mesurer avec plus d'exactitude l'évolution du nombre estimé d'infections aiguës symptomatiques.

9- Baromètre santé

Sources

Depuis 1992, initialement le CFES et aujourd'hui l'Inpes réalise le Baromètre santé. Cette enquête est effectuée tous les 5 ans depuis 1995 et la dernière édition date de 2010 mais son exploitation n'est pas encore achevée.

Le Baromètre santé porte sur la population générale âgée de 12 à 75 ans (15 à 85 ans en 2010) dans toute la France hexagonale sélectionnée selon un sondage aléatoire à deux degrés. Dans un premier temps, un ménage est sélectionné par tirage aléatoire dans la liste des numéros de téléphone fixes et de portables exclusifs. Dans un deuxième temps, l'individu du ménage dont la date d'anniversaire est la plus proche du jour de l'enquête est choisie.

Le recueil de données est effectué par des enquêteurs professionnels par téléphone. Les questions portent sur les consommations d'alcool,

de tabac, de produits illicites et de médicaments ainsi que sur de nombreuses caractéristiques décrivant l'état de santé telles que la perception de la santé, la santé au travail, les vaccinations, la santé mentale, la sexualité, les consommations de soins, l'activité physique, l'alimentation, etc. Des informations à caractère socio démographique telles que le sexe, l'âge, la situation familiale ou la situation professionnelle figurent également dans le questionnaire.

Les données présentées sont celles de l'enquête de 2005 qui porte sur 30 514 personnes. Elles sont redressées sur la structure démographique de chaque région et les proportions sont standardisées sur le sexe et 5 groupes d'âges (15-24, 25-34, 35-44, 45-64, 65-75 ans) de la population française au recensement de 1999 afin de permettre une comparabilité entre régions.

La qualité et la fiabilité des données est assurée par un recueil des données par téléphone assisté par le système Cati qui permet un contrôle direct et étroit de la qualité de travail de enquêteurs. Un sous échantillon de 4 000 individus possédant uniquement un téléphone portable et l'inclusion d'abonnés du téléphone fixe en liste rouge permet une couverture excellente de la base de sondage. Toutefois, l'enquête ne permet pas d'interroger les personnes ne possédant pas de téléphone. D'autre part, le taux de refus de répondre ou d'abandon au cours de l'interview égal à 42,1 % parmi les possesseurs de téléphone fixe entraîne également un biais en ce qui concerne la représentativité des personnes ayant répondu par rapport à l'ensemble de la population ciblée.

10- Les médecins spécialistes concernés par le traitement des cancers du foie et des voies biliaires

Sources

L'analyse de l'offre médicale est réalisée au moyen du répertoire Adeli (Automatisation DEs Listes). Ce dernier est un système d'information national sur les professionnels relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des familles et les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue, d'ostéopathe, de psychothérapeute ou de chiropracteur. Il contient des informations personnelles et professionnelles (état civil – situation professionnelle – activités exercées).

Le répertoire Adeli permet, entre autre, d'élaborer des statistiques permettant la fixation des quotas d'entrée dans les écoles de formation et une meilleure planification de l'évolution démographique des professions relevant du code de la santé publique.

Le répertoire Adeli classe les professionnels de santé selon la discipline de qualification. Si la première discipline de qualification est généralement utilisée (qualification A) dans la détermination de la spécialité, les qualifications associées apportent des éléments quant aux compétences supplémentaires des spécialistes. Ces dernières, notamment pour l'oncologie, peuvent prendre l'ascendant sur la discipline de qualification principale. C'est pour cela, que l'analyse de l'offre de soins en oncologie médicale tient compte à la fois des professionnels déclarant l'oncologie comme qualification principale mais également ceux l'ayant en qualification complémentaire parmi les hépato-gastroentérologues et les spécialistes de la chirurgie générale et viscérale.

Plus de 98 % des cas de cancers du foie et des voies biliaires estimés par le registre des cancers concernent des personnes âgées de 40 ans et plus. Au vue de cette répartition par âge, les densités de professionnels de santé dans le traitement du foie et des voies biliaires sont calculées sur la population âgée de 40 ans et plus.

Méthodes de calcul

Densité de spécialistes : nombre de professionnels pour 100 000 personnes âgées de 40 ans ou plus.

11- Les établissements autorisés pour le traitement des cancers du foie et des voies biliaires

Sources

Depuis la fin d'année 2009, les établissements de santé, pour traiter les malades atteints de cancer, doivent disposer d'une autorisation spécifique. Les autorisations sont délivrées suivant le respect de critères issus d'une réflexion collective entre le ministère de la Santé, l'INCa, les fédérations hospitalières, les professionnels de santé et la Ligue nationale contre le cancer.

La chirurgie des cancers, la radiothérapie externe et la chimiothérapie et traitements médicaux du cancer sont les traitements concernés par ces autorisations.

Critères d'autorisation

- réaliser une activité minimale dans la discipline thérapeutique pour laquelle les établissements sollicitent une autorisation ;
- faire accéder leurs patients à 6 critères de qualité transversale (dispositif d'annonce, concertation pluridisciplinaire, respect des référentiels de bonne pratique, remise d'un programme personnalisé de soins, accès aux soins complémentaires et d'accompagnement des malades, accès aux innovations et à la recherche clinique) quel que soit le cancer pour lequel ils sont soignés ;
- remplir les critères d'agrément définis par l'INCa spécifiquement pour chacune de ces modalités de traitement du cancer.

Les autorisations, faisant suite à une période de mise en conformité des établissements, sont délivrées pour une période de 5 ans, à l'issue de laquelle les demandes doivent être reformulées.

12- Les greffes hépatiques

Sources

La loi de bioéthique de 2004 a permis la création d'une agence publique nationale d'État, l'Agence de la biomédecine, œuvrant dans le domaine du prélèvement et de la greffe d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que dans les domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines.

L'Agence de la biomédecine a pour mission de :

- suivre, évaluer et contrôler les activités thérapeutiques et biologiques relevant de ses compétences et veiller à leur transparence. Participer à l'élaboration de la réglementation des activités relevant de ses prérogatives ;
- délivrer les autorisations pour les recherches in vitro sur l'embryon et les cellules embryonnaires et pour la conservation de cellules souches embryonnaires à des fins de recherches ;
- autoriser les échanges de cellules reproductives et de cellules souches embryonnaires avec des pays tiers destinés à la recherche ;
- délivrer les autorisations des centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal et des centres de diagnostic préimplantatoire ;

- agréer les praticiens réalisant de l'assistance médicale à la procréation, du diagnostic prénatal et du diagnostic préimplantatoire, des examens des caractéristiques génétiques ;

- reprendre l'ensemble des activités de l'Établissement français des Greffes en matière de prélèvement et de greffe ;

- gérer avec toutes les garanties requises les fichiers nécessaires à la gestion et au suivi des activités thérapeutiques relevant de sa compétence ;

- promouvoir le don d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que le don de gamètes.

L'Agence de la biomédecine publie régulièrement les données d'activité de prélèvement et de greffe selon les différentes localisations.

Méthodes de calcul

Taux de nouveaux inscrits : nombre de malades nouvellement inscrits sur liste d'attente pour un million d'habitants

Taux de malades greffés : nombre de greffes hépatiques réalisées pour un million d'habitants

Taux d'accès à la greffe : % de greffés parmi les candidats inscrits sur la liste d'attente de greffe hépatique

Précisions

Greffe en domino : certains patients nécessitent une transplantation hépatique pour une maladie neurologique liée au foie (neuropathie amyloïde). Cette maladie ne se déclare qu'après plusieurs décennies. Leur foie, même s'il a été responsable de l'apparition de la maladie neurologique, est tout à fait fonctionnel et peut-être utilisé chez un autre patient qui a besoin rapidement d'un foie fonctionnel. Chez ce second patient, la neuropathie amyloïde, si elle apparaît, mettra aussi plusieurs années à devenir active.

Ce type de transplantation hépatique est appelée « transplantation hépatique domino ». Ces stratégies sont utilisées avec l'accord du patient donneur et du receveur : ils sont informés longuement au cours d'un entretien des avantages et des inconvénients de cette technique. Dans l'hypothèse où la maladie neurologique deviendrait active chez le patient receveur, une nouvelle transplantation hépatique serait réalisée.

• RÉGIONS ET TERRITOIRES DE SANTÉ

Région	Nom du territoire	Code
Alsace	Colmar	53
	Haguenau	54
	Mulhouse	55
	Strasbourg	56
Aquitaine	Bayonne	81
	Dordogne	82
	Gironde	83
	Landes	84
	Lot-et-Garonne	85
	Pau	86
Auvergne	Allier	101
	Cantal	102
	Haute-Loire	103
	Puy-de-Dôme	104
Bourgogne	Côte-d'Or	43
	Nièvre	44
	Saône-et-Loire	45
	Yonne	46
Bretagne	Brest - Carhaix - Morlaix	68
	Lorient - Hennebont	69
	Loudéac - Pontivy	70
	Quimper - Douarnenez - Pont l'Abbé	71
	Rennes - Redon - Fougères - Vitré	72
	Saint-Brieuc - Lannion - Guingamp	73
	Saint-Malo - Dinan	74
Vannes - Ploërmel - Malestroit	75	
Centre	Cher	34
	Eure-et-Loir	35
	Indre	36
	Indre-et-Loire	37
	Loiret	38
	Loir-et-Cher	39
Champagne -Ardenne	Nord	23
	Sud	24
Corse*	Corse du Sud	119A
	Haute-Corse	119B
Franche -Comté*	Doubs	57A
	Jura	57B
	Haute-Saône	57C
	Territoire de Belfort	57D

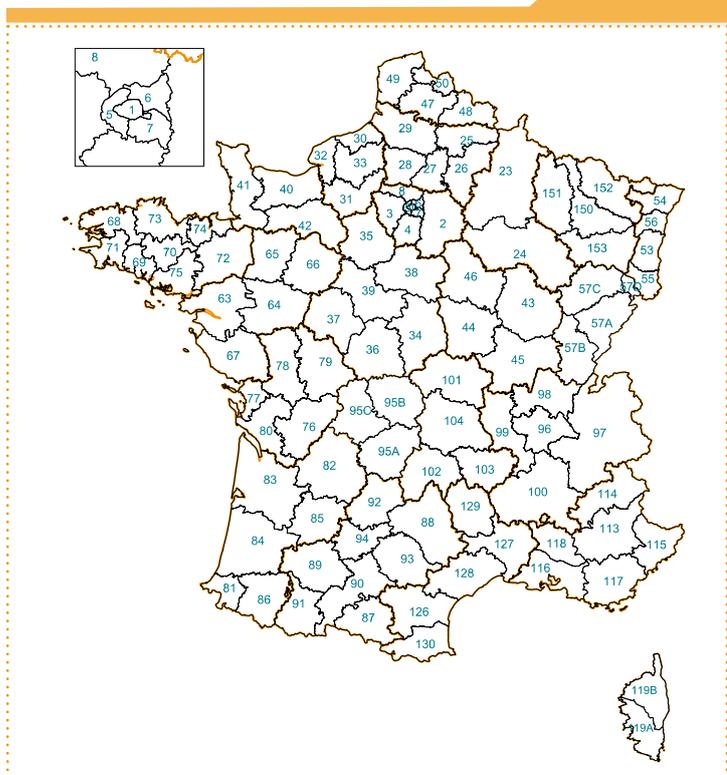
Les 22 régions de la France hexagonale



Île-de-France	Paris	1	
	Seine-et-Marne	2	
	Yvelines	3	
	Essonne	4	
	Hauts-de-Seine	5	
	Seine-Saint-Denis	6	
	Val-de-Marne	7	
	Val-d'Oise	8	
Languedoc -Roussillon	Aude	126	
	Gard	127	
	Hérault	128	
	Lozère	129	
Pyrénées-Orientales	Pyrénées-Orientales	130	
	Limousin*	Corrèze	95A
		Creuse	95B
Haute-Vienne		95C	
Lorraine	Meurthe-et-Moselle	150	
	Meuse	151	
	Moselle	152	
	Vosges	153	

Annexes

Les territoires de santé de la France hexagonale



Picardie	Aisne Nord	25
	Haute-Somme	26
	Aisne Sud	27
	Oise Est	28
	Oise Ouest Somme	29
Poitou -Charentes	Angoulême	76
	La Rochelle	77
	Niort	78
	Poitiers	79
	Saintes	80
Provence- Alpes-Côte d'Azur	Alpes-de-Haute-Provence	113
	Hautes-Alpes	114
	Alpes-Maritimes	115
	Bouches-du-Rhône	116
	Var	117
	Vaucluse	118
Rhône-Alpes	Centre	96
	Est	97
	Nord	98
	Ouest	99
	Sud	100

Midi -Pyrénées	Ariège	87
	Aveyron	88
	Gers	89
	Haute-Garonne	90
	Hautes-Pyrénées	91
	Lot-et-Garonne	92
	Tarn	93
	Tarn-et-Garonne	94
Nord- Pas-de-Calais	Artois	47
	Hainaut	48
	Littoral	49
	Métropole	50
Basse -Normandie	Calvados	40
	Manche	41
	Orne	42
Haute -Normandie	Dieppe	30
	Evreux	31
	Le Havre	32
	Rouen	33
Pays de la Loire	Loire-Atlantique	63
	Maine-et-Loire	64
	Mayenne	65
	Sarthe	66
	Vendée	67

* En régions Corse, Franche-Comté et Limousin, le territoire de santé correspond à la région : pour ces régions le choix a été fait de présenter les données au niveau des départements.

• GLOSSAIRE

Adeli..... Automatisation des listes
ALD..... Affection de longue durée
ARN.....Acide Ribonucléique
ARS.....Agence régionale de santé
Atih.....Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CCAA..... Centre de cure ambulatoire en alcoologie
CCMSA Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CFES..... Comité français d'éducation à la santé
CH.....Centre hospitalier
CHU.....Centre hospitalier universitaire
CIM..... Classification internationale des maladies
CnamTS..... Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
Csapa Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSST Centre de soins spécialisés aux toxicomanes
CVM..... Chlorure de vinyle monomère
DGS..... Direction générale de la santé
DOM-COM..... Département d'Outre-mer – Communauté d'Outre-mer
DP..... Diagnostic principal
DR Diagnostic relié
Drees Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
Escapad.....Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
Espic..... Établissement de santé privé d'intérêt collectif
FnorsFédération nationale des observatoires régionaux de la santé
Francim..... Réseau français des registres de cancer
HCL.....Hospices civils de Lyon
IC95% Intervalle de confiance à 95 %
INCa..... Institut national du cancer

Inpes.....Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
Insee.....Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm CépiDcInstitut national de la santé et de la recherche médicale - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
Inserm.....Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVSInstitut de veille sanitaire
JAPD.....Journée d'appel et de préparation à la défense (aujourd'hui JDC : Journée défense et citoyenneté)
MCOMédecins, chirurgie, obstétrique
OFDT Observatoire français des drogues et toxicomanies
OMSOrganisation mondiale de la santé
ORS.....Observatoire régional de la santé
pmhPar million d'habitants
PMSI Programme de médicalisation des systèmes d'information
RSA.....Résumé de sortie anonyme
RSI..... Régime social des indépendants
TCH Taux comparatif d'hospitalisation
VHC Virus de l'hépatite C
VIHVirus de l'immunodéficience humaine



Fnors
62 boulevard Garibaldi
75015 PARIS
www.fnors.org – info@fnors.org
Tél : 01 56 58 52 40