Les situations de vulnérabilité face aux cancers : approche territoriale et exploration des parcours

Axe 1 : Vulnérabilités sociales, environnementales et d'accès aux soins face aux cancers au niveau des territoires

Décembre 2025

Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité
Institut National du Cancer

Les situations de vulnérabilité face aux cancers : approche territoriale et exploration des parcours

-

Axe 1

Vulnérabilités sociales, environnementales et d'accès aux soins face aux cancers au niveau des territoires

Décembre 2025

Cette étude a été rendue possible grâce au financement de l'Institut national du cancer (INCa)

Les situations de vulnérabilité face aux cancers : approche territoriale et exploration des parcours

Réalisation

ORS Auvergne-Rhône-Alpes : Abdoul SONKO

ORS Bourgogne-Franche-Comté : Caroline BONNET

ORS Bretagne : Sarah BENMARHNIA

ORS Centre-Val de Loire : Claire CHERBONNET, Franck GÉNITEAU, Céline LECLERC, Julien VOSSART

ORS Île-de-France : Catherine EMBERSIN-KYPRIANOU, Khadim NDIAYE

ORS Nouvelle-Aquitaine : Julien GIRAUD, Mélanie PUBERT

Creai-ORS Occitanie : Nathalie BEL, Bernard LEDÉSERT, Inca RUIZ

ORS Pays de la Loire : Marie DALICHAMPT, Laurence GIRARD

OR2S : Cindy ALIX, Thibaut BALCAEN, Nadège THOMAS

Fnors : Vanessa LAURENT, Lise TROTTET, Christelle NAGNONHOU

Sommaire

Introduction 3

Objectifs 6

Méthodologie 6

I- Comité de pilotage 6

II- Choix des localisations 7

III- Construction des cohortes 10

IV- Identification et construction des indicateurs de parcours 12

V- Construction des zonages 14

VI- Choix des variables sociodémographiques, environnementales et d'accès aux soins 16

VII- Typologies 19

Résultats 20

I- Contexte socio-démo-environnemental et facteurs de risques 20

1. Typologie sociale des communes de France 20
2. Données contextuelles au niveau régional et des zones statistiques d'étude 27

II- Données contextuelles autour de l'accès aux soins 44

1. Récapitulatif des données d'accès aux soins 44
2. Médecin généraliste 45
3. Personnes de 18 ans et plus ayant un médecin traitant 46
4. Radiologue 47
5. Centre autorisés pour la prise en charge des cancers 48

III- Résultats par localisation 51

- Sein 52

1. Synthèse selon la typologie des communes de France 52
2. Répartition de la cohorte cancer du sein selon les classes de la typologie sociale 53
3. Dépistage 54
4. Diagnostic 57
5. Traitement 59
6. Devenir 69

- Côlon-rectum 77

1. Synthèse selon la typologie des communes de France 77

2. Répartition de la cohorte cancer colorectal selon les classes de la typologie sociale 78
3. Dépistage 78
4. Diagnostic 81
5. Traitement 89
6. Devenir 96

Pancréas 103

1. Synthèse selon la typologie des communes de France 103
2. Répartition de la cohorte cancer du pancréas selon les classes de la typologie sociale .. 103
3. Diagnostic 104
4. Traitement 106
5. Devenir 114

IV- Analyses synthétiques du parcours de soins 119

1. « Parcours Cancer du sein » 119
2. « Parcours Cancer colorectal » 135

V- Réalisation des profils de territoires 149

Synthèse - Discussion 151

Annexes 159

Annexe 1 : Composition du comité de pilotage 159

Annexe 2 : Liste des codes utilisés et procédures mises en œuvre pour la construction des cohortes 160

Annexe 3 : Critères d'exclusion par localisation du cancer 166

Annexe 4 : Cancer du sein – Caractéristiques socio-démographiques 167

Annexe 5 : Cancer colorectal - Caractéristiques socio-démographiques et comorbidités au début de traitement 168

Annexe 6 : Cancer du pancréas – Caractéristiques socio-démographiques 169

Annexe 7 : Cancer du sein – Synthèse des étapes du parcours de soins selon les régions 170

Annexe 8 : Cancer colorectal – Synthèse des étapes du parcours de soin selon les régions 171

Annexe 9 : Cancer du pancréas – Synthèse des étapes du parcours de soins selon les régions ... 173

Introduction

Depuis 2003, trois plans cancer quinquennaux se sont succédé avant la mise en place en 2021 de la stratégie décennale de lutte contre les cancers.

Le premier plan cancer 2003-2007[1] a permis de structurer la lutte contre le cancer et d'organiser la mobilisation des acteurs. Il a permis la mise en place en 2005 de l'Institut national du cancer (INCa) et de développer des actions selon trois axes : la prévention et le dépistage, l'organisation des soins et l'accompagnement social et humain, la recherche et la formation. C'est au cours de ce plan que la généralisation du dépistage du cancer du sein s'est faite. Des actions de structuration des parcours de cancer ont été mises en place avec, en particulier, la définition de critères permettant aux établissements de santé d'être autorisés à traiter les personnes présentant un cancer d'une part, le développement des centres de coordination en cancérologie et des réunions de concertation pluridisciplinaires d'autre part. Il est à noter que les questions d'inégalités de santé, de vulnérabilité ou de précarité ne sont pas abordées dans ce 1er plan cancer.

Le second plan cancer, couvrant la période 2009-2013[2], fait référence dès son introduction à la « *meilleure prise en compte des inégalités de santé face au cancer et à la mise en œuvre de mesures, visant leur correction* ». Cette question est identifiée comme un des trois thèmes transversaux de ce 2e plan au côté de la prise en compte des facteurs individuels et environnementaux dans la personnalisation des prises en charge et du renforcement du rôle du médecin traitant. En 2013, le bilan de ce plan[3] mettait cependant en avant que « *Les efforts sont à poursuivre dans la connaissance et la compréhension des inégalités face au cancer afin d'agir pour les réduire*. ». Il soulignait également que « *La participation aux programmes de dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colorectal n'a pas progressé* ».

Le troisième plan cancer[4], qui portait sur la période 2014-2019, avait comme objectif de « *s'attaque[r] résolument aux inégalités face à la maladie : en portant une attention particulière aux personnes les plus vulnérables, en luttant contre les pertes de chance lors de la prise en charge, en garantissant un accès égalitaire à l'innovation et aux essais cliniques, et en évitant que les conséquences économiques et sociales de la maladie n'aggravent les difficultés des personnes malades.* ». Ce plan était organisé autour de quatre ambitions : guérir plus de personnes malades, préserver la continuité et la qualité de vie, investir dans la prévention et la recherche, optimiser le pilotage et les organisations. Malgré l'objectif fixé au départ, on constate que la question de la lutte contre les inégalités ou l'attention aux populations vulnérables ne fait l'objet d'aucun des 17 objectifs de ce 3e plan. Cependant, lors du bilan de ce plan, un rapport spécifique sur les actions réduisant les inégalités et les pertes de chance a été produit[5]. La conclusion soulignait la nécessité de poursuivre les efforts entrepris et de s'assurer de la mobilisation dans la durée des acteurs, « *condition nécessaire pour enregistrer de nouveaux progrès au bénéfice de tous* ».

Depuis 2021 et pour une période de 10 ans s'étendant jusqu'en 2030, une stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 a été définie[6]. Cette stratégie est organisée selon 4 axes : à côté des axes portant sur l'amélioration de la prévention, la limitation des séquelles et l'amélioration de la qualité de vie, la lutte contre les cancers de mauvais pronostic, le quatrième axe a pour titre « *S'assurer que les progrès bénéficient à tous* ». Parmi les 7 fiches actions de cet axe, la troisième s'intitule « *Lutter contre les inégalités par une approche pragmatique et adaptée aux différentes populations* ». L'objectif assigné est de « *Garantir l'accessibilité à la prévention primaire et secondaire et l'accès aux soins pour les personnes les plus vulnérables ; protéger les plus*

1 Plan cancer 2003-2007 https://www.e-cancer.fr/content/download/59052/537324/file/Plan_cancer_2003-2007_MILC.pdf
2 Plan cancer 2009-2013 https://www.e-cancer.fr/content/download/121696/1458130/file/PlanCancer20092013_02112009.pdf
3 Rapport final au Président de la République du plan cancer 209-2013 – synthèse https://www.e-cancer.fr/content/download/58802/535440/file/rapport-integral-bilan-plan-cancer-2009-2013-.pdf
4 Plan cancer 2019-2019 https://www.e-cancer.fr/content/download/85537/871148/file/Plan-cancer-2014-2019-V4.pdf
5 Bilan des actions de réduction des inégalités et des pertes de chance du Plan cancer 2014-2019 https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Bilan-des-actions-de-reduction-des-inegalites-et-des-pertes-de-chance-Plan-cancer-2014-2019
6 Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 https://www.e-cancer.fr/content/download/317173/4544094/file/Strate%CC%81gie%20de%CC%81cennale%20de%20lutte%20contre%20les%20cancers%202021-2030%20V2.pdf

vulnérables et leur entourage contre les conséquences de la maladie. » et de « *Mieux identifier et tenir compte des différentes vulnérabilités dans la politique de lutte contre le cancer.* »

La question des inégalités sociales, territoriales, environnementales de santé et de leur impact sur le parcours des personnes présentant un cancer s'est donc installée progressivement comme un axe important de la lutte contre les cancers. Le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC – IARC) a publié en 2019 un rapport sur ce sujet et intitulé « *Réduire les inégalités sociales face au cancer : données probantes et priorités pour la recherche* »[7].

Plusieurs aspects peuvent ainsi être pris en compte :

Comment les inégalités sociales sont-elles un déterminant de la survenue des cancers ? La synthèse inégalités du plan cancer 2014-2019[8] soulignait que « *Les données épidémiologiques sont explicites en ce qui concerne les inégalités sociales de santé en termes de mortalité et de durée de survie : la catégorie sociale est un facteur réellement discriminant tout au long d'un gradient social progressif des plus démunis aux plus aisés…* ». Les principaux facteurs de risques de cancer, tels que la consommation de tabac, la consommation d'alcool, l'équilibre nutritionnel et le surpoids, ont tous en commun d'être fortement impactés par le même déterminant social.

Comment les inégalités sociales ont un impact sur l'accès à la prévention et au dépistage ? Si ces politiques ont comme objectif premier de réduire les inégalités sociales face au cancer, force est de constater qu'elles atteignent de manière variable les populations qu'elles ciblent. Ainsi, les populations socialement défavorisées sont moins atteintes par ces actions de prévention et ont une moindre propension à s'inscrire dans les démarches de dépistage que les populations les plus favorisées à moins qu'une attention et une vigilance particulière, voire une adaptation de ces politiques et actions soient mises en œuvre pour atteindre ces populations.

Comment les inégalités sociales peuvent-elles impacter les parcours de soins des personnes avec cancer ? La facilité d'accès aux lieux de consultation et de prise en charge peut varier selon les conditions sociales des personnes. La question des transports pour se rendre sur ces lieux, les restes à charge pour certains soins malgré les dispositifs de prise en charge à 100 % mis en œuvre à travers le dispositif des affections de longue durée, la présence de vulnérabilités en lien avec la précarité sociale, l'avancée en âge ou la présence d'une situation de handicap, tous ces éléments sont des facteurs qui peuvent impacter le parcours de soins de personnes présentant un cancer. Les différentiels d'accès aux innovations thérapeutiques selon la catégorie sociale constituent également un point central de la lutte contre les inégalités de santé face aux cancers[9].

Comment les inégalités sociales peuvent-elles agir sur la réinsertion sociale ou professionnelle à l'issue du traitement ? La continuité des parcours de soins et de scolarités des plus jeunes, le maintien ou le retour à l'emploi des actifs sont impactés par la situation sociale des personnes, les catégories les plus défavorisées pouvant être désavantagées dans ce domaine. Mais également, les difficultés rencontrées dans ce domaine peuvent être elles-mêmes source d'inégalités sociales chez les personnes présentant un cancer. Ainsi « *le maintien ou l'accès à l'emploi est accru pour les salariés ayant des métiers d'exécution par rapport aux métiers d'encadrement. Certains déclarent aussi avoir subi des discriminations (refus de promotion…).* [10] » De plus, le cancer peut avoir un impact sur la situation économique des personnes atteintes du fait de la réduction des ressources malgré les revenus de remplacement mis en place, les restes à charge déjà cités, l'accès aux assurances et aux emprunts…

Comment les inégalités sociales ont-elles un impact sur la survie des personnes atteintes d'un cancer ? Les personnes vivant dans les territoires les plus défavorisés présentent un taux de survie à 5 ans moins bons, aussi bien pour les hommes que pour les femmes, que celles vivant dans les territoires les plus favorisés, et ceci pour la quasi-totalité des cancers[11].

---

7 Reducing social inequalities in cancer : evidence and priorities for research / edited by S. Vaccarella, J. Lortet-Tieulent, R. Saracci, D.I. Conway, K. Straif, C.P. Wild. IARC Scientific Publications ; 168

8 Synthèse thématique Plan cancer 2014-2019 https://www.e-cancer.fr/content/download/64031/575070/file/Synthese-inegalites-Plan-cancer-2014-2019.pdf

9 *Ibid.*

10 *Ibid.*

11 Tron L, Belot A, Fauvernier M, Remontet L, Bossard N, Launay L et al. Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteints d'un cancer en France. Étude du réseau Francim. Bull Epidémiol Hebd. 2021 ; (5) : 81-93. http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2021/5/2021_5_2.html

Comment les inégalités territoriales ont-elles un effet sur les parcours des personnes atteintes de cancer ?
Les inégalités territoriales d'accès aux professionnels de santé sont très régulièrement mises en avant, par exemple au travers des débats sur les « déserts médicaux », bien entendu en milieu rural, mais aussi dans certaines zones urbaines. Ces inégalités peuvent être retrouvées à toutes les étapes du parcours : en amont au niveau de l'accès aux actions de prévention et de dépistage, au cours du parcours du fait d'inégalités territoriales d'accès aux soins, en aval au travers d'un accès variable aux dispositifs de réinsertion sociale et professionnel.

Comment les inégalités environnementales peuvent agir comme déterminants de survenue des cancers ?
Le rapport du CIRC[12] met ainsi en avant que les facteurs environnementaux (qualité de l'air intérieur et de l'air extérieur, pollution des sols et de l'eau) qui peuvent intervenir comme déterminants de plusieurs cancers se combinent, le plus souvent, avec des facteurs sociaux, en se potentialisant, les populations les plus défavorisées étant souvent plus exposées à ces facteurs environnementaux.

Depuis de nombreuses années, les travaux réalisés par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et par le réseau des Observatoires régionaux de la santé (ORS) dans les régions et au niveau national documentent l'impact des inégalités sociales et territoriales sur l'état de santé de la population en France. Ainsi, pour les travaux nationaux, dès 2006, la publication de l'ouvrage « *Inégalités socio-sanitaires en France. De la région au canton* »[13] a permis de documenter les inégalités sociales à un niveau géographique fin et de montrer les contrastes entre les régions du Nord et celles du sud de notre pays, mais aussi d'importantes différences au sein même des régions et des départements en analysant des indicateurs sur la population et les conditions de vie, l'offre de soins et d'accompagnement, les indicateurs de mortalité. Ce travail a été actualisé et complété en 2010[14] en introduisant des notions d'évolution des indicateurs et en mettant les quatre régions ultramarines de l'époque sur le même plan que les territoires hexagonaux. La Fnors et les ORS ont également rédigé la partie « *Profils régionaux* » du rapport 2017 sur l'état de santé de la population en France[15]. Cette partie a permis, pour l'ensemble des régions françaises, y compris ultramarines, de documenter également à une échelle fine, celle des cantons, les inégalités territoriales de santé en France. Dans l'ensemble de ces travaux, la réalisation de typologies a permis de synthétiser les indicateurs analysés et de mettre en relief les inégalités vécues par la population en fonction des territoires où elle réside.

Forts de cette expérience, la Fnors et le réseau des ORS ont souhaité s'inscrire dans les orientations de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, en particulier, dans l'objectif de « *lutter contre les inégalités par une approche pragmatique et adaptée aux différentes populations* » (Fiche action IV.3 déjà citée). Elle a donc proposé de contribuer à cet objectif en réalisant des travaux selon deux axes :

- un premier axe qui permet de décrire au niveau des territoires (hexagonaux et ultramarins) les différentes vulnérabilités pouvant avoir un impact sur l'accès aux soins des personnes présentant un cancer en s'attachant aux différentes étapes de ce parcours (dépistage, diagnostic, mise en œuvre des traitements, soins de suite) ;
- un second axe, plus exploratoire sur quatre régions, vise à caractériser le parcours de soins en cancérologie des personnes en situation de handicap, en invalidité ou en inaptitude, des personnes en situation de précarité (bénéficiaires de la C2S), des personnes âgées en établissement.

Le présent rapport porte sur le 1er axe intitulé « Vulnérabilités sociales, environnementales et d'accès aux soins face aux cancers au niveau des territoires ».

12 Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research / edited by S. Vaccarella, J. Lortet-Tieulent, R. Saracci, D.I. Conway, K. Straif, C.P. Wild. IARC Scientific Publications ; 168 https://www.iarc.who.int/social-inequalities-content-overview/

13 Trugeon A, Fontaine D, Lémery N. Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton. Collection Abrégés, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2006, 176p

14 Trugeon A, Thomas N, Michelot F, Lémery N. Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton. Collection Abrégés, Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2010, 280

15 L'état de santé de la population en France – Rapport 2017. Direction de la recherche, de études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Santé publique France ; 2017, 434 p. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

Objectifs

Dans le cadre présenté en introduction, une démarche permettant de décrire finement les conséquences des inégalités sociales et de santé sur l'accès à la prévention et aux soins dans le cadre des cancers apparaît nécessaire. Il s'agit de croiser des données décrivant sur chaque territoire les situations de vulnérabilités sociales et environnementales face au cancer, des données décrivant l'accès à la prévention et aux soins dans le champ de la cancérologie, des données décrivant la prévalence et l'incidence des cancers et les populations prises en charge pour cancer.

Les éléments de connaissance qui seront produits visent à apporter des éléments quantitatifs de caractérisation des territoires aux acteurs de terrain dans le domaine de la prévention, du dépistage et de la prise en charge des cancers afin que ceux-ci puissent adapter leurs politiques et leurs actions à ces réalités. Ces acteurs peuvent être les agences régionales de santé, les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers, les établissements de santé, les professionnels de santé libéraux (en particulier au travers des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des communautés professionnelles territoriales de santé), les réseaux régionaux de cancérologie, les acteurs de la prévention et de l'aide aux personnes concernées…

Ainsi, les objectifs des travaux réalisés sont :

- au niveau national, de caractériser plus finement la vulnérabilité de populations spécifiques en fonction des grandes caractéristiques des territoires,
- au niveau local, de décrire les caractéristiques de chaque territoire au regard des indicateurs de vulnérabilités sociales et environnementales, d'accès à la prévention et aux soins et d'importance des cancers dans la population.

Méthodologie

I- Comité de pilotage

Un comité de pilotage a été mis en place pour assurer le suivi du déroulement des travaux, valider les principaux choix méthodologiques et discuter les résultats obtenus.

Pour la composition de ce comité de pilotage, l'objectif était de s'assurer la présence de :

- personnes intervenant dans le champ de l'épidémiologie des cancers et des inégalités de santé aussi bien au niveau national que local ;
- personnes intervenant dans la définition et la mise en œuvre des politiques de santé au niveau régional ;
- professionnels intervenant auprès de personnes présentant un cancer.

La composition du comité de pilotage est présentée en annexe 1.

Le comité de pilotage s'est réuni à trois reprises :

- le 21 octobre 2022 ;
- le 19 octobre 2023 ;
- le 22 novembre 2024.

II- Choix des localisations

Le premier temps du travail a consisté à déterminer une liste de localisations cancéreuses à prendre en compte en fonction, principalement, du nombre de personnes concernées et de la dynamique d'évolution de ces cancers au cours des années passées. Ces deux critères amenaient à mettre en avant les localisations cancéreuses suivantes : sein, poumon, prostate, côlon-rectum, col de l'utérus et voies aéro-digestives supérieures (VADS).

À ces deux critères énoncés initialement, le groupe de travail a choisi d'en adjoindre d'autres afin d'avoir des éléments de choix complémentaires. Parmi ces nouveaux critères, il semblait important de retenir des éléments permettant de caractériser la létalité des cancers, l'évolution défavorable de celle-ci au cours des dernières années, un âge médian de survenue plutôt jeune, ouvrant ainsi un champ plus large pour l'impact potentiel des actions de prévention, de dépistage ou de diagnostic précoce, l'existence d'un dépistage organisé ou de possibilités de diagnostic précoce, un poids important des déterminants sociaux et environnementaux, au-delà des seuls déterminants démographiques et une variabilité des taux d'incidence ou de mortalité entre les départements français permettant de présupposer l'existence d'inégalités territoriales réelles.

Un élément de faisabilité a également été introduit, à savoir l'existence de guides ou d'indicateurs validés permettant de décrire la qualité des soins et de repérer les différentes étapes des parcours.

Ainsi, une liste de neuf critères a été établie :

1. Incidence élevée (≥ 8 000 nouveaux cas par an et au moins 10 en Lozère[16] en 2018) ;
2. Mortalité élevée (≥ 3 000 décès en 2018) ;
3. Âge médian au décès < 70 ans ;
4. Évolution défavorable de la mortalité (> +50 % entre 1990 et 2018) ;
5. Estimation départementale de l'incidence satisfaisante à partir du Système national des données de santé - SNDS (ALD et/ou PMSI) ;
6. Guide d'indicateurs validés de qualité des soins ;
7. Variabilité élevée de l'incidence ou de la mortalité au niveau départemental ;
8. Incidence fortement attribuable au risque hors facteurs démographiques (> 50 %) ;
9. Existence d'un dépistage organisé ou d'un diagnostic précoce.

Un certain nombre de travaux ont été mobilisés pour caractériser chaque localisation cancéreuse, pour les hommes d'une part, pour les femmes d'autre part, au regard de ces différents critères. Les travaux réalisés par les Hospices civils de Lyon, Santé publique France, le réseau Francim et l'Institut national du cancer à partir des données des registres des cancers ont été la principale source mobilisée pour les quatre premiers et pour l'avant-dernier[17]. Les travaux sur les estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancer en France réalisé par les mêmes institutions ont été utilisés pour les 5e et 7e critères[18]. Les recommandations et outils d'aide à la pratique publiés par l'Institut national du cancer ont servi pour le 6e critère[19].

Les tableaux des deux pages suivantes, le premier pour les hommes et le second pour les femmes, reprennent ces différents critères pour les différentes localisations cancéreuses.

16 La Lozère est le département de France comptant le moins d'habitants, soit un peu plus de 76 000 habitants en 2015 et en 2021.

17 Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Santé publique France, 2019. 372 p.

18 Chatignoux É, Remontet L, Colonna M, Grosclaude P, Cariou M, Billot-Grasset A, Uhry Z. Estimations régionales et départementales d'incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Matériel et méthodes. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 18 p.

19 https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Recommandations-et-outils-d-aide-a-la-pratique

Tableau 1. Critères de sélection selon les différentes localisations - Hommes

HOMMES	Incidence élevée	Mortalité élevée	Âge médian au décès <70 ans	Évolution défavorable de la mortalité	Estimation départementale satisfaisante à partir du SNDS	Guide d'indicateurs validés de qualité des soins	Variabilité élevée de l'incidence et/ou de la mortalité au niveau départemental	Augmentation de l'incidence fortement attribuable au risque hors facteurs démographiques	Existence d'un dépistage organisé ou d'un diagnostic précoce
Lèvre-bouche-pharynx	■		■		■		■		■
Œsophage			■		■		■		
Estomac									
Intestin grêle								■	
Côlon et rectum	■	■			■	■			■
Foie	■	■		■	■		■	■	
Voies biliaires									
Pancréas	■	■		■	■	■		■	
Fosses nasales, sinus et oreilles									
Larynx			■				■		
Poumon	■	■	■		■		■		
Mélanome de la peau				■			■	■	■
Sarcome									
Pénis									
Prostate	■	■			■			■	
Testicule			■		■		■	■	
Rein	■	■		■				■	
Vessie	■	■			■		■		
Mélanome de l'uvée									
Système nerveux central			■	■	■			■	
Thyroïde							■	■	
Lymphome de Hodgkin									
Lymphome non Hodgkiniens (LNH)	■	■						■	
Leucémies aiguës myéloïdes								■	
Leucémies myéloïdes chroniques (LMC)									
Syndrome myéloprolifératifs chroniques autres que LMC									
Myélome miltiple							■		
Syndromes myélodysplasiques									
Leucémie myélomonocytaire chronique et autres SMM								■	

Tableau 2. Critères de sélection selon les différentes localisations - Femmes

FEMMES	Incidence élevée	Mortalité élevée	Âge médian au décès <70 ans	Évolution défavorable de la mortalité	Estimation départementale satisfaisante à partir du SNDS	Guide d'indicateurs validés de qualité des soins	Variabilité élevée de l'incidence et/ou de la mortalité au niveau départemental	Augmentation de l'incidence fortement attribuable au risque hors facteurs démographiques	Existence d'un dépistage organisé ou d'un diagnostic précoce
Lèvre-bouche-pharynx			■		■			■	■
Œsophage							■		
Estomac					■		■		
Intestin grêle								■	
Côlon et rectum	■	■			■	■			■
Foie				■				■	
Voies biliaires									
Pancréas		■		■	■	■		■	
Fosses nasales, sinus et oreilles									
Larynx			■				■		
Poumon	■	■	■	■	■		■	■	
Mélanome de la peau				■				■	■
Sarcome									
Sein	■	■			■	■			■
Col de l'utérus			■						■
Corps de l'utérus	■				■				
Ovaire		■			■	■			
Vulve									
Vagin									
Rein				■	■			■	
Vessie									
Mélanome de l'uvée									
Système nerveux central			■	■				■	
Thyroïde	■						■	■	
Lymphome de Hodgkin									
Lymphome non Hodgkiniens (LNH)	■	■						■	
Leucémies aiguës myéloïdes								■	
Leucémies myéloïdes chroniques (LMC)									
Syndrome myéloprolifératifs chroniques autres que LMC									
Syndromes myélodysplasiques									
Myélome miltiple									
Leucémie myélomonocytaire chronique et autres SMM								■	

De l'analyse de ces tableaux, il ressort que :

- Pour les hommes, les localisations qui remplissent le plus de critères sont, en premier lieu, les cancers du foie et les cancers du pancréas avec 6 critères sur neuf remplis pour chacun et en second lieu les cancers du poumon, colorectal et lèvre-bouche-pharynx avec 5 critères remplis.
- Pour les femmes, c'est en premier lieu, le cancer du poumon (7 critères), avant le cancer colorectal et le cancer du sein (5 critères) puis le cancer du pancréas et le cancer lèvre-bouche pharynx (4 critères).

Il est ensuite apparu que la catégorie « lèvre-bouche-pharynx » recouvrait un ensemble de cancer présentant des caractéristiques très variables et des modalités spécifiques de prise en charge pour chaque localisation ou type spécifique rendant impossible de produire un set d'indicateurs de parcours cohérents rassemblant un nombre suffisant de situations pour des analyses à des niveaux géographiques fins. Cette localisation a été écartée.

Le cancer du foie a été également écarté du fait de son incidence trop limitée pour produire des indicateurs suffisamment robustes aux niveaux géographiques retenus pour l'analyse.

La liste qui a été retenue pour les analyses était donc constituée par :

- Le cancer du sein pour les femmes ;
- Le cancer colorectal pour les hommes et pour les femmes ;
- Le cancer du pancréas pour les hommes et pour les femmes ;
- Le cancer du poumon pour les hommes et pour les femmes.

La méthodologie de choix des localisations et la liste proposées ont alors été présentées au 1er comité de pilotage qui les a validés.

L'absence de guide d'indicateurs validés de qualité des soins pour le cancer du poumon a ensuite amené à concentrer le travail sur les trois premières localisations citées : le sein, le côlon-rectum et le pancréas.

III- Construction des cohortes

Trois cohortes de patients, une par localisation étudiée, ont été construites à partir des données disponibles dans le Système national des données de Santé (SNDS)[20].

La population d'étude retenue pour la construction de chacune des trois cohortes comprend tous les patients identifiés comme étant :

- nouvellement diagnostiqués et traités pour un cancer du sein ou colorectal ;
- nouvellement diagnostiqués avec ou sans traitement pour un cancer du pancréas ;
- entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022 ;
- et après exclusion de patients présentant au moins un des critères d'exclusion.

Les codes et la procédure utilisée pour l'identification des cas selon chaque localisation sont détaillés en annexe 2 et les critères d'exclusion en annexe 3.

Cette construction a été réalisée en deux étapes :

Première étape : identification des patients ayant eu un diagnostic pour cancer du sein, cancer colorectal ou cancer du pancréas entre le 1er janvier 2018 au 31 décembre 2022.

Il s'agit des patients identifiés, avec une affection de longue durée (ALD) pour cancer du sein, cancer colorectal ou cancer du pancréas,

et/ou,

ayant eu au moins une hospitalisation dans un établissement de santé, pour ce même motif, en MCO, SMR et/ou HAD (diagnostic principal (DP), diagnostic associé (DAS) et/ou diagnostic relié (DR)) ;

[20] Les observatoires régionaux de la santé font partie des organismes ayant un accès permanent aux données du Système national des données de santé (Article R1461-12 du code de la Santé Publique)

Une date index permettant de repérer la première date de diagnostic a été créée en retenant la première date de diagnostic CIM10 de cancer du sein, cancer colorectal ou cancer du pancréas parmi la date de mise en ALD et/ou les dates de début d'hospitalisation avec CIM10 de cancer du sein, cancer colorectal ou cancer du pancréas entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022.

Deuxième étape : exclusion des patients présentant au moins un des critères d'exclusion parmi les patients identifiés à l'étape précédente.

Les patients sans traitement retrouvé ont ensuite été exclus, hormis pour le cancer du pancréas du fait du nombre important de patients concernés. La définition de la date index devient alors la date de premier traitement entre 2018 et 2022 pour le cancer du sein et le cancer colo-rectal, ainsi que pour le cancer du pancréas dès lors qu'un traitement a été retrouvé.

Le deuxième critère d'exclusion portait sur l'âge : seuls les patients dont l'âge à la date index était compris entre 18 et 110 ans ont été inclus dans les trois cohortes finales (*cf.* tableau 3).

À l'issue de ces deux étapes, nous avons identifié les patients à inclure au sein de chacune de nos trois cohortes à partir du repérage de la première date de diagnostic.

Tableau 3. Constitution de la population d'étude des trois cohortes dans le SNDS

La date index est la 1ère date de diagnostic CIM10 parmi la date de mise en ALD et/ou les dates de début d'hospitalisation entre 2018 et 2022.	Repérage du 1er diagnostic		
	Cancer du sein	Cancer colorectal	Cancer du pancréas
Inclusion - Patients nouvellement diagnostiqués* pour cancer du sein, cancer colorectal ou cancer du pancréas entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022	352 290	291 460	94 040
Exclusion - Patients sans traitement retrouvé	49 420	63 520	

Changement de définition de la date index qui devient la date de 1er traitement entre 2018 et 2022 pour cancer du sein et cancer colorectal, ainsi que pour le Cpan dès lors qu'un traitement a été retrouvé.	Repérage du 1er diagnostic		
	Cancer du sein	Cancer colorectal	Cancer du pancréas
Exclusion des patients dont l'âge à la date index n'est pas compris entre 18 et 110 ans, et des valeurs aberrantes ou manquantes	13 770	15 160	12 090
Inclusion - Patients avec prises en charge en soins palliatifs	2 660		
Cohorte finale – Nouveaux patients diagnostiqués et traités	291 760	212 780	
Nouveaux patients diagnostiqués avec ou sans traitement			81 950

** Exclusion des patients présentant un antécédent de cancer pour la même localisation dans les 5 ans précédant la date index de diagnostic.*

IV- Identification et construction des indicateurs de parcours

Le choix des indicateurs de parcours s'est basé sur :

- une revue de la littérature ;
- les travaux menés par l'INCa, en particulier sur les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) spécifiques aux trois localisations de cancer étudiées ;
- des échanges avec plusieurs spécialistes en cancérologie pour chacune des localisations concernées (sein, côlon-rectum ou pancréas), mobilisant leur expertise clinique et métier pour définir la population d'étude et concevoir les indicateurs de recours au soin à partir des données médico-administratives du SNDS.

Le parcours de soins en cancérologie étant jalonné par plusieurs étapes clés, nous avons cherché à définir des indicateurs permettant d'illustrer chacune d'entre elles : le dépistage (hormis pour le cancer du pancréas), le diagnostic, les traitements mis en place et le devenir du patient.

Tableaux 4 à 6. Tableaux séparés par localisation - Indicateurs représentatifs de chaque étape (avec ses différentes modalités)

Tableau 4. Pour le cancer du sein :

Dépistage	→ patientes ayant réalisé une mammographie dans les 12 à 36 mois précédents le début du traitement (chez les 50-74 ans) → patientes ayant réalisé une biopsie dans les 12 derniers mois avant le début du traitement
Diagnostic	→ patientes selon le niveau de gravité au diagnostic (*in situ*, invasif localisé, invasif avec envahissement ganglionnaire, métastatique synchrone) => patientes avec un niveau de gravité au diagnostic élevé (invasif avec envahissement ganglionnaire/métastatique synchrone)
Traitement	→ patientes selon le statut de l'établissement du 1er traitement parmi les établissements suivants : CH (y compris hôpital des armées), CHU/CHRU, CLCC, ESPIC (hors CLCC), établissements privés ou hors établissements (secteur libéral) → patientes selon le traitement reçu au cours de la 1re année (chirurgie conservatrice, mastectomie totale, chimiothérapie, chimiothérapie conventionnelle, thérapies ciblées, chimiothérapie néoadjuvante, chimiothérapie adjuvante, radiothérapie, hormonothérapie, soins palliatifs)
Devenir	→ patientes décédées au cours de la 1re année de traitement → patientes ayant eu une reconstruction mammaire après mastectomie totale ou partielle dans les 3 ans après leur 1er traitement → patientes ayant eu une reconstruction mammaire après mastectomie totale dans les 3 ans après leur 1er traitement → patientes décédées au cours des 3 premières années de traitement (patientes avec date du 1er traitement < 01/07/2020) → patientes avec apparition de métastases au cours des 3 premières années de traitement (patientes avec date du 1er traitement < 01/07/2020) → patientes avec une reprise de traitement au cours des 3 premières années de traitement (patientes avec date du 1er traitement < 01/07/2020) → patientes en vie à 3 ans sans rechute, ni métastases (patientes avec date du 1er traitement < 01/07/2020)

Tableau 5. Pour le cancer colorectal :

Dépistage	→ patients avec des facteurs de risques élevés de cancer colorectal → patients ayant eu recours à un dépistage du cancer du colorectal dans les 30 mois, chez les 52-76 ans, au début du traitement
Diagnostic	→ patients selon la localisation (côlon, rectum, double localisation) → patients selon le niveau de gravité au diagnostic (*in situ*, invasif non métastatique ou métastases synchrones) => Patients avec un niveau de gravité au diagnostic élevé (métastases synchrones) → patients avec un autre cancer actif pris en charge la même année → patients avec un bilan de diagnostic et d'extension complet avant le 1er traitement (IQSSA)
Traitement	→ patients selon le statut de l'établissement du 1er traitement parmi la chirurgie carcinologique, la chimiothérapie ou la radiothérapie (1 seul statut possible parmi les établissements suivants : CH (y compris hôpital des armées), CHU/CHRU, CLCC, ESPIC (hors CLCC), établissements privés ou hors établissements (secteur libéral) → patients avec un cancer colorectal invasif selon le type de traitement chirurgical (non urgent, en urgence, non chirurgical) → patients selon le traitement reçu au cours de la 1re année (exérèse endoscopique seule, chirurgie carcinologique seule, chimiothérapie et/ou radiothérapie sans chirurgie, chirurgie carcinologique et traitement adjuvant, néoadjuvant et chirurgie, néoadjuvant et chirurgie carcinologique (avec ou sans traitement adjuvant)
Devenir	→ patients décédés au cours de la 1re année de traitement → patients décédés au cours des 3 premières années de traitement (patients avec date du 1er traitement < 01/07/2020) → patients avec apparition de métastases au cours des 3 premières années de traitement (patients invasifs sans métastases synchrones) → patients avec une reprise de traitement (après un arrêt d'au moins 6 mois) au cours des 3 premières années de traitement (patients invasifs sans métastases synchrones) → patients en vie à 3 ans sans rechute, ni métastases (patients invasifs sans métastases synchrones)

Tableau 6. Pour le cancer du pancréas :

Dépistage	
Diagnostic	→ patients avec un niveau de gravité au diagnostic élevé (métastatique synchrone)
Traitement	→ patients n'ayant eu ni chirurgie ni chimiothérapie (sans traitement) → patients ayant eu une chimiothérapie par thérapie ciblée → patients selon le statut de l'établissement du 1er traitement parmi les établissements suivants : CH (y compris hôpital des armées), CHU/CHRU, CLCC, ESPIC (hors CLCC), établissements privés ou hors établissements (secteur libéral) → patients selon le traitement reçu au cours de la 1re année : chirurgie thérapeutique seule, chirurgie palliative seule, chimiothérapie seule, chimiothérapie néoadjuvante et une chirurgie thérapeutique, chirurgie thérapeutique et une chimiothérapie adjuvante (parmi les patients ayant eu un traitement)
Devenir	→ patients décédés dans les 3 mois suivant le diagnostic → patients décédés dans les 3 à 6 mois suivant le diagnostic → patients décédés dans les 6 à 12 mois suivant le diagnostic → patients décédés plus d'un an après le diagnostic

V- Construction des zonages

Le choix du zonage géographique à considérer pour mener les analyses est déterminant ; idéalement, il doit avoir la granularité la plus fine possible pour permettre d'identifier les spécificités territoriales qui peuvent exister dans des périmètres restreints tout en reposant sur des zones suffisamment peuplées pour disposer d'indicateurs robustes. En outre, une granularité trop fine peut rendre les indicateurs instables, mais un zonage trop étendu masque les disparités territoriales. Dans cette étude, les phénomènes observés nécessitent de travailler sur des territoires relativement peuplés. Au regard des localisations cancéreuses retenues, des zonages *a minima* de l'ordre de 100 000 habitants sont à considérer.

Concernant les zonages géographiques existants, les départements répondent à ce critère de taille de population. Cependant, les départements regroupent des territoires très hétérogènes (*cf.* VII. Typologie page 19). Un des objectifs de cette étude étant d'analyser les vulnérabilités socio territoriales face aux cancers, ce maillage géographique n'apparaissait donc pas le plus optimal. Les territoires des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) n'ont pas non plus été retenus, la grande majorité d'entre eux (neuf sur dix) comptant moins de 100 000 habitants.

Le choix s'est porté sur la construction d'un zonage dédié à la réalisation de cette étude, dit « zonage statistique d'étude ». L'objectif est de construire des territoires qui sont le plus homogènes socialement, même si le critère de taille de population -de l'ordre de 100 000 habitants au minimum- implique une certaine hétérogénéité. Le maillage le plus fin sur lequel la majorité des données est disponible est la commune. C'est pourquoi la construction du zonage d'étude repose sur l'agrégation de communes. Il est documenté que la situation des grandes villes est très hétérogène, entre quartiers regroupant des populations précaires et d'autres socialement favorisées. Le fait de ne pouvoir prendre en compte ces disparités infra communales du fait de la non-disponibilité des indicateurs de santé à une échelle infra-communale (hors arrondissements de Paris, Lyon et Marseille) constitue une limite du zonage définie.

Le zonage statistique d'étude doit regrouper des communes socialement proches. Afin de disposer d'indicateurs robustes au niveau communal, un lissage géographique reposant sur une matrice de voisinage a été mis en place. Pour effectuer le lissage géographique, les communes voisines d'ordres 1, 2 et 3 ont été considérées, en leur donnant un poids pour le calcul de moins en moins important à mesure qu'elles s'éloignent de la commune centre. Ainsi, cette dernière a un poids de 1, ses communes voisines d'ordre 1 ont un poids de 0,7, celles d'ordre 2 un poids de 0,4 et celles d'ordre 3 un poids de 0,1. De plus, le lissage est effectué *a priori* (sur les données brutes) et non *a posteriori* (sur les indicateurs déjà calculés).

Une soixantaine d'indicateurs sociaux ont été calculés, couvrant des thématiques variées : éducation et scolarité, emploi, fragilité professionnelle, revenu, allocation, solidarité et insertion ainsi que famille. À partir de ceux-ci, une analyse en composante principale (ACP) a été réalisée ; sept indicateurs ont été retenus (*cf.* encadré figurant à la page suivante), à savoir les plus discriminants et couvrant les différents thèmes précédemment listés. La première composante de l'ACP va permettre d'identifier les communes socialement les plus proches pour la construction du zonage statistique d'étude. Cette première composante regroupe 56 % de l'information contenue dans les sept indicateurs. Dans celle-ci, la part de cadres et professions intellectuelles supérieures (PIS) ayant un emploi est moins porteuse d'information sur cette composante (les six autres indicateurs sont porteurs d'information). À noter que la typologie sociale présentée dans ce document repose sur les deux premières composantes de l'ACP. La seconde composante regroupe 20 % de l'information ; la part de cadres et, dans une moindre mesure, la part de foyers fiscaux non imposés, le taux d'allocataires du RSA et le taux de chômage sont porteurs d'information.

En outre, la création du zonage statistique d'étude :

- est basée sur la proximité des valeurs suivant la variable quantitative correspondant à la première composante de l'ACP sociale décrite précédemment ;
- respecte la contiguïté géographique, sans contrainte de frontière administrative ;
- assure une taille minimale de la population pour chaque zone définie d'environ 100 000 habitants.

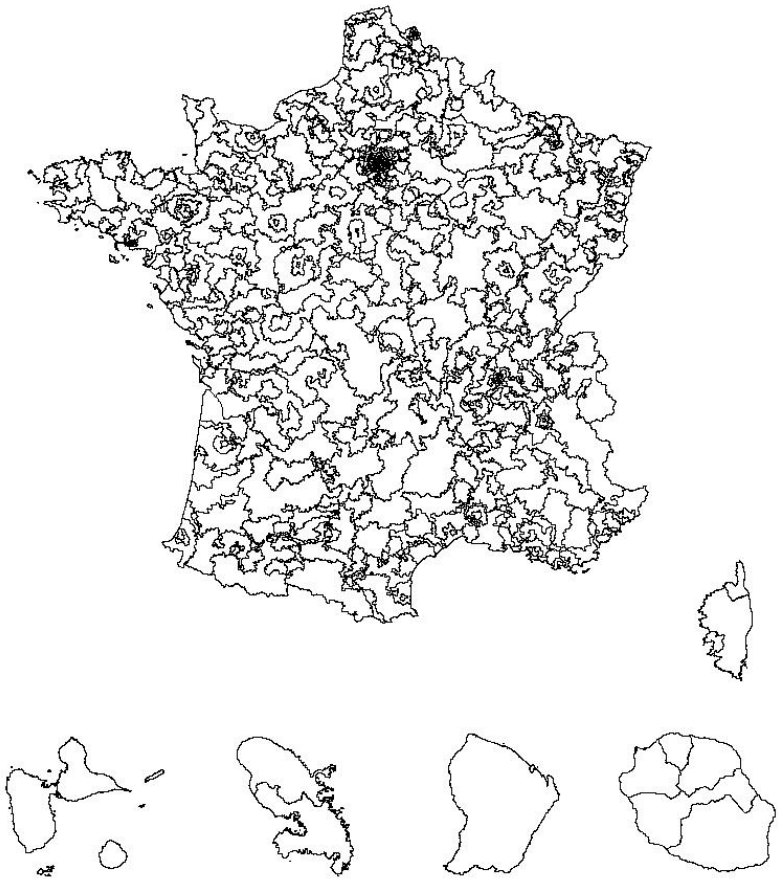
Il est à noter que la contrainte de continuité géographique peut engendrer une hétérogénéité pour certains territoires : des zones de moins de 100 000 habitants, différentes de leurs voisins, devront tout de même être regroupées avec ceux-ci pour répondre au critère de taille de population et de contiguïté géographique.

Ce sont ainsi 411 zones qui ont été définies (*cf.* carte 1). Les 36 villes de plus de 100 000 habitants ont été isolées (trois villes -Brest, Lorient et Vannes- ont dû être regroupées avec au moins une île) ainsi que dix arrondissements de Paris et un arrondissement de Lyon. La zone la moins peuplée compte 51 communes et un peu plus de 97 000 habitants et la zone la plus peuplée est Toulouse avec près de 500 000 habitants.

Liste des indicateurs sociaux considérés pour construire le zonage d'étude et la typologie

- Éducation et scolarité : part de jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés au RP 2020
- Emploi : part de cadres et professions intellectuelles supérieures ayant un emploi au RP 2020
- Fragilité professionnelle : taux de chômage au RP 2020
- Revenu : part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu de 2021
- Allocation, solidarité et insertion : taux d'allocataires du RSA au 31 décembre 2021
- Allocation, solidarité et insertion : taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH au 31 décembre 2021
- Familles : taux de fécondité des jeunes femmes (12-20 ans) en 2015-2021

Carte 1. Zonage statistique d'étude



VI- Choix des variables sociodémographiques, environnementales et d'accès aux soins

Dans cette phase de travail, il s'agissait d'identifier les variables permettant de caractériser chaque territoire selon des indicateurs décrivant la population sur le plan socio-démographiques et de déterminants comportementaux en lien avec les cancers, sur le plan des expositions environnementales et sur le plan de l'accès aux soins.

Une contrainte dans le choix de ces variables était que les données brutes permettant de calculer les indicateurs correspondants devaient être disponibles à l'échelle communale pour la totalité ou la quasi-totalité du territoire, régions ultramarines comprises, et de manière homogène afin de pouvoir effectuer les calculs au niveau des territoires et zonages retenus (*cf.* Construction des zonages page 14).

Deux documentalistes du réseau des ORS ont été mobilisées dès le lancement du projet afin de rechercher dans la littérature les facteurs de risques individuels, contextuels et territoriaux associés à la morbi-mortalité ou aux parcours de soins en cancérologie. La recherche a été limitée aux publications récentes (maximum 5 ans) et aux localisations retenues. Elle a été effectuée en mobilisant deux sources documentaires : les revues françaises, rapports, thèses de sciences d'une part, les articles internationaux référencés dans PubMed®[21] d'autre part.

Malgré cette restriction, le volume de références bibliographiques identifiées s'est avéré considérable et très variable selon les localisations. À titre d'exemple, l'interrogation PubMed® a renvoyé 200 références pour le cancer du sein, 125 pour le cancer colorectal et 30 pour le cancer du pancréas.

Cette recherche bibliographique a permis d'identifier deux articles de référence publiés en juin 2018 dans un numéro thématique du bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) portant sur *« Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France en 2015 »*[22,23].

Le premier de ces deux articles *« décrit la méthode utilisée pour estimer la part et le nombre de cancers attribuables à des facteurs de risque liés au mode de vie et à l'environnement chez les adultes en France en 2015. Treize facteurs ont été étudiés : tabac, alcool, alimentation, surpoids et obésité, activité physique insuffisante, hormones exogènes, durée d'allaitement sous-optimale, infections, radiations ionisantes, pollution atmosphérique, rayonnement solaire (UV), expositions professionnelles, et exposition aux substances chimiques en population générale (arsenic dans l'eau et benzène dans l'air intérieur). Des données d'exposition représentatives de la population française, proches de l'année 2005 et des estimations du risque de cancer associé à ces expositions, ont été utilisées pour estimer la fraction attribuable (FA) à chaque facteur dans la population âgée de 30 ans et plus, par localisation et par sexe, en supposant un temps de latence de 10 ans entre l'exposition et le risque de cancer. Le nombre de nouveaux cas de cancers estimé en 2015 a été multiplié par les FA pour obtenir une estimation du nombre de cancers attribuables à chaque facteur. »*. Il propose notamment un tableau croisant les différentes localisations cancéreuses et les facteurs de risques étudiés regroupés par catégories (alimentation, infection, expositions professionnelles…). Le second article présentait des estimations *« la part et le nombre de cancers attribuables à des facteurs de risque liés au mode de vie ou à l'environnement »*.

Ainsi, les facteurs identifiés, qu'ils agissent comme augmentant le risque de survenue d'un cancer ou comme facteurs protecteurs, étaient :

- Pour le cancer du sein, le tabac, la consommation d'alcool, la consommation de fibres alimentaires, le surpoids et l'obésité, l'exposition aux radiations ionisantes, la contraception orale (contraceptifs combinés), les traitements de la ménopause, l'allaitement et l'inactivité physique.
- Pour le cancer colorectal, le tabac, la consommation d'alcool, la consommation de fibres alimentaires, de produits laitiers, de viande rouge ou de charcuterie, le surpoids et l'obésité, les expositions

21 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/

22 Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, *et al.* Approche et méthodologie générale pour l'estimation des cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015. Bull Epidémiol Hebd. 2018 ; (21) : 432-42. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/21/2018_21_1.html

23 Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, *et al.* Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull Epidémiol Hebd. 2018 ; (21) : 442-8. http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/21/2018_21_2.html

professionnelles, l'exposition aux radiations ionisantes, l'inactivité physique et les facteurs socioéconomiques.

- Pour le cancer du pancréas, le tabac, la consommation de viande rouge, le surpoids et l'obésité, les expositions professionnelles et les facteurs socioéconomiques.

Pour ces différents facteurs, un tableau inclus dans cet article du BEH précise les niveaux d'expositions correspondants.

Comme la plupart des facteurs cités ne sont pas mobilisables en routine dans les différentes bases de données populationnelles couvrant l'ensemble de la population, il a fallu identifier des indicateurs pouvant les approcher. L'expérience des ORS dans le calcul d'indicateurs sur la santé de la population et sur les déterminants de santé à une échelle géographique fine a été mobilisée pour cela. Ainsi, un certain nombre d'indicateurs ont été extraits de la cartographie des pathologies du SNDS dans ce but.

Pour les indicateurs d'accès aux soins, outre la part de personnes n'ayant pas de médecin traitant, les temps d'accès moyens pondérés par la population du territoire considéré concernant plusieurs catégories de soins ont été mobilisés : au médecin généraliste, au radiologue, à un établissement autorisé pour la pratique de la chirurgie des cancers du sein, pour la pratique de la chirurgie des cancers digestifs, pour la pratique de la chimiothérapie. Le nombre et la densité en médecins généralistes ont également été retenus. Pour les calculs des temps d'accès, le package Metric-ORSM[24] a été utilisé permettant de déterminer le temps d'accès à partir d'une commune vers la commune la plus proche, soit en distance, soit en temps, où le service étudié est implanté. Il faut noter que la distance et le temps d'accès prennent une valeur nulle pour les communes où le service étudié est implanté. Les populations considérées pour l'étude des temps d'accès sont la population des 18 ans et plus pour les médecins généralistes ainsi que pour les établissements autorisés au traitement des cancers digestifs ou pour la chimiothérapie, la population des femmes de 18 ans et plus pour les temps d'accès au radiologue ou aux établissements autorisés au traitement du cancer du sein.

Enfin, les données issues des bases médico-administratives (cartographie des pathologies, mortalité, affections de longue durée) pour les trois localisations étudiées ont également été prises en calculés.

Le tableau suivant présente la liste des indicateurs retenus ainsi que leur source et les années prises en compte.

Tableau 7. Liste des indicateurs retenus, source et période

Indicateur	Source	Période
Facteurs socio démographiques		
Densité de population	Insee RP	2021
Rapport de dépendance	Insee RP	2021
Indice de vieillissement	Insee RP	2021
Part des 18 ans et plus	Insee RP	2021
Part des 50-74 ans	Insee RP	2021
Part de femmes de 50-74 ans	Insee RP	2021
Taux d'accroissement annuel moyen de la population	Insee RP	2012-2021
Taux d'accroissement annuel moyen de la population de 50-74 ans	Insee RP	2012-2021
Taux d'accroissement annuel moyen de la population de 65 ans et plus	Insee RP	2012-2021
Taux d'accroissement annuel moyen de la population féminine de 50-74 ans	Insee RP	2012-2021
Part de personnes de 60-74 ans vivant seules à domicile	Insee RP	2021
Part de personnes de 60 ans et plus vivant seules à domicile	Insee RP	2021
Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans	Insee État-Civil	2018-2022
Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés	Insee RP	2021
Taux d'activité des 15-64 ans	Insee RP	2021
Part de cadres et professions intellectuelles supérieures de 15 ans et plus ayant un emploi	Insee RP	2021
Taux de chômage des 15 ans et plus (au sens du recensement)	Insee RP	2021
Part d'enfants de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé	Insee RP	2021
Part de foyers fiscaux non imposés	DGFiP – Insee RP	2021
Taux de personnes couvertes par une allocation	Cnaf – CCMSA – Insee RP	Décembre 2023
Taux d'allocataires du RSA	Cnaf – CCMSA – Insee RP	Décembre 2023
Taux de personnes couvertes par le RSA	Cnaf – CCMSA – Insee RP	Décembre 2023
Taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH	Cnaf – CCMSA – Insee RP	Décembre 2023
Part de ménages ne possédant pas de voiture	Insee RP	2021
Part de familles monoparentales	Insee RP	2021
Facteurs environnementaux		

24 https://metric-osrm.pages.lab.sspcloud.fr/metric-osrm-package/index.html

Part de surfaces biologiques en conversion (C1 + C2 + C3)	Agence Bio Agreste – recensement agricole	2023
Part de surfaces biologiques totales (certifiées bio et en conversion)	Agreste – recensement agricole	2023
Part de population du territoire vivant en en zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole	Système d'information sur l'eau	2021
Densité d'Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (ICPE) - pour 100 km^2	Ministère de la Transition Écologique et BRGM	2024
Indicateur	**Source**	**Période**
Part des ménages en précarité énergétique logement	Observatoire national de la précarité énergétique	2021
Densité d'anciens sites industriels et activités de service (BASIAS)	Ministère de la Transition Écologique et BRGM	2023
Densité de sites et sols pollués ou potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (BASOL)	Ministère de la Transition Écologique et BRGM	2023
Densité de sites Secteurs d'Information sur les Sols (SIS)	Ministère de la Transition Écologique et BRGM	2024
Proxy de facteurs de risque ou de protection des cancers		
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes traitées pour diabète	SNDS -Cartographie des pathologies	2022
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes traitées pour insuffisance cardiaque aigu	SNDS -Cartographie des pathologies	2022
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes traitées pour syndrome coronarien aigu	SNDS -Cartographie des pathologies	2022
Accès aux soins		
Part des personnes sans médecin traitant	SNDS -Cartographie des pathologies	2022
Nombre de médecins généralistes	RPPS	1er janvier 2023
Densité de médecins généralistes	RPPS	1er janvier 2023
Temps d'accès au médecin généraliste	RPPS – Insee RP - METRIC-OSRM	1er janvier 2023
Temps d'accès à un centre de radiodiagnostic	RPPS – Insee RP - METRIC-OSRM	
Temps d'accès à un établissement autorisé pour la pratique de la chirurgie des cancers du sein	INCa – Insee RP - METRIC-OSRM	2024
Temps d'accès à un établissement autorisé pour la pratique de la chirurgie des cancers digestifs	INCa – Insee RP - METRIC-OSRM	2024
Temps d'accès à un établissement autorisé à traiter les cancers (toutes autorisations confondues)	INCa – Insee RP - METRIC-OSRM	2024
Indicateurs issus des bases médico-administratives sur les localisations étudiées		
Taux standardisé de prévalence des femmes (18 ans et plus) traitées cancer du sein actif	SNDS -Cartographie des pathologies	2022
Taux standardisé de prévalence des personnes (18 ans et plus - deux sexes) traitées pour cancer colorectal actif	SNDS -Cartographie des pathologies	2022
Taux standardisé de prévalence des personnes (18 ans et plus - deux sexes) traitées pour cancer du pancréas actif	SNDS -Cartographie des pathologies	2022
Taux standardisé de mortalité (18 ans et plus) des femmes par cancer du sein	Inserm CépiDC – Insee RP	2018-2022
Taux standardisé de mortalité (18 ans et plus - deux sexes) par cancer colorectal	Inserm CépiDC – Insee RP	2018-2022
Taux standardisé de mortalité (18 ans et plus - deux sexes) par cancer du pancréas	Inserm CépiDC – Insee RP	2018-2022
Taux standardisé d'incidence en ALD (18 ans et plus) des femmes pour cancer du sein	CnamTS-CCMSA – Insee RP	2018-2022
Taux standardisé d'incidence en ALD (18 ans et plus - deux sexes) pour cancer colorectal	CnamTS-CCMSA – Insee RP	2018-2022
Taux standardisé d'incidence en ALD (18 ans et plus - deux sexes) pour cancer du pancréas	CnamTS-CCMSA – Insee RP	2018-2022
Taux standardisé de prévalence des ALD (18 ans et plus) des femmes pour cancer du sein	CnamTS-CCMSA – Insee RP	2022
Taux standardisé de prévalence des ALD (18 ans et plus - deux sexes) pour cancer colorectal	CnamTS-CCMSA – Insee RP	2022
Taux standardisé de prévalence des ALD (18 ans et plus - deux sexes) pour cancer du pancréas	CnamTS-CCMSA – Insee RP	2022

L'ensemble des données à la commune nécessaires pour le calcul de ces indicateurs ont été rassemblés dans une même base et intégré dans les outils de calcul développés par l'OR2S, permettant le calcul de taux standardisés sur la population française de 2018 pour chacun des zonages d'étude ou par territoire de typologie sociale.

VII- Typologies

Afin d'analyser toutes les données collectées pour l'ensemble des territoires, des typologies ont été réalisées, mobilisant successivement deux méthodes statistiques : l'analyse en composantes principales (ACP) et la classification ascendante hiérarchique (CAH). Au total, trois typologies ont été réalisées, une de nature sociale réalisée au niveau communal, et deux pour l'analyse du parcours de soins de deux types de cancer (sein et côlon-rectum), réalisées au niveau des « zones statistiques d'étude » construites à partir des caractéristiques sociales (*cf*. Construction des zonages en page 14).

1. Analyse en composantes principales (ACP)

L'ACP a pour objectif de décrire les données contenues dans un tableau individus-variables. Dans cette étude, les individus correspondent aux maillages géographiques. Pour réaliser la typologie sociale, il s'agit des communes ; Pour celles relatives à l'analyse du parcours de soins de chaque localisation cancéreuse, il correspond aux zones statistiques d'études Les variables correspondent à des indicateurs ; ils sont soit de nature sociale pour la typologie réalisée au niveau communal, soit représentés par les différents indicateurs liés au parcours en cancérologie ainsi que les indicateurs socio-démographiques, environnementaux, d'état de santé et d'offre de soins disponibles et diffusables pour les typologies réalisées au niveau des zones statistiques d'étude.

Cette méthode permet de résumer l'information (réduire le nombre de variables initialement considérées) en représentant les associations entre individus et entre variables dans des espaces de plus faibles dimensions. Cette réduction se fait par la construction de nouvelles variables synthétiques, appelées « composantes principales » ou encore « axe factoriel », obtenues en combinant les variables initiales. Ces composantes sont des variables indépendantes les unes des autres et sont caractérisées par les variables initiales qui leur sont fortement corrélées. L'analyse de ces corrélations permet de donner une signification concrète à chaque axe.

Chaque axe n'est porteur que d'une partie de l'information qui est mesurée par le pourcentage d'inertie du nuage de points étudié (ce nuage est l'espace à plusieurs dimensions représenté par l'ensemble des données). Chaque axe est donc classé par ordre décroissant d'importance du pourcentage d'inertie qu'il restitue, le but étant de garder les quelques premiers axes permettant d'avoir le pouvoir explicatif le plus important.

Dans les deux des trois ACP réalisées, celle pour le cancer du sein et celle pour le cancer colorectal, les indicateurs de parcours de soin en cancérologie ont été initialement mis en variables actives (variables participant à l'analyse). Les indicateurs socio-démographiques, environnementaux, d'état de santé et d'accès aux soins, présentés ci-dessus, ont été mis en variables illustratives, évitant d'influencer sur la construction des axes voulue sur les données de parcours, mais permettant ainsi d'être représentés sur ceux-ci et de ressortir dans la classification ascendante hiérarchique.

2. Classification ascendante hiérarchique (CAH)

La CAH consiste à regrouper successivement les individus deux à deux selon un critère de distance minimale, jusqu'à l'obtention d'une partition regroupant l'ensemble des individus. À l'issue de ce procédé, il est obtenu une hiérarchie des partitions qui peut être représentée sous forme d'un arbre de classification (appelé dendrogramme). Grâce à cet arbre, il devient possible de déduire les partitions en un nombre plus ou moins grand de classes. Chacune des classes regroupe un nombre d'individus présentant des caractéristiques proches. L'idéal est d'obtenir des classes à la fois les plus homogènes possibles et les plus différentes les unes des autres. Une fois la partition choisie, une opération de consolidation permet d'en améliorer la qualité et la stabilité. Cette opération consiste à recentrer les classes, c'est-à-dire en une réaffectation itérative des individus au centre de classe le plus proche. Enfin, il est possible de caractériser les différentes classes obtenues grâce aux indicateurs retenus.

Résultats

I- Contexte socio-démo-environnemental et facteurs de risques

1. Typologie sociale des communes de France

La typologie sociale présentée permet de rassembler les communes de France en huit groupes (ou classes) afin de rendre compte, de manière synthétique, des spécificités territoriales. La méthode mise en place (classification ascendante hiérarchique) permet de créer des groupes qui sont le plus homogène possible en leur sein et qui sont le plus dissemblable possible les uns des autres. Elle repose sur une analyse préalable de soixante indicateurs sociaux[25] couvrant des thématiques variées : éducation et scolarité, emploi, fragilité professionnelle, revenus, allocations, solidarité et insertion, et famille. Une analyse en composante principale a permis de retenir sept indicateurs pour définir cette typologie, à savoir ceux qui étaient les plus discriminants, tout en couvrant les différentes thématiques précédemment mentionnées (*cf.* page 14 et 15).

Un point de vigilance est à apporter sur la lecture de la typologie : l'analyse porte sur des indicateurs agrégés à la commune[25] ; aussi, le fait qu'un groupe présente une situation défavorable ne signifie pas que l'ensemble de la population est dans une situation précaire, mais qu'une part plus importante de la population vivant dans ces zones se retrouve dans une telle situation ; *idem* pour les groupes aux caractéristiques plus favorables ou intermédiaires.

Les huit groupes peuvent être hiérarchisés en trois grandes catégories : trois classes présentent une situation sociale qualifiée de favorable, deux sont dans une situation plus intermédiaire et les trois dernières présentent une situation sociale défavorable. Au sein de ses grandes catégories, les classes ne peuvent pas systématiquement être ordonnées suivant un gradient social.

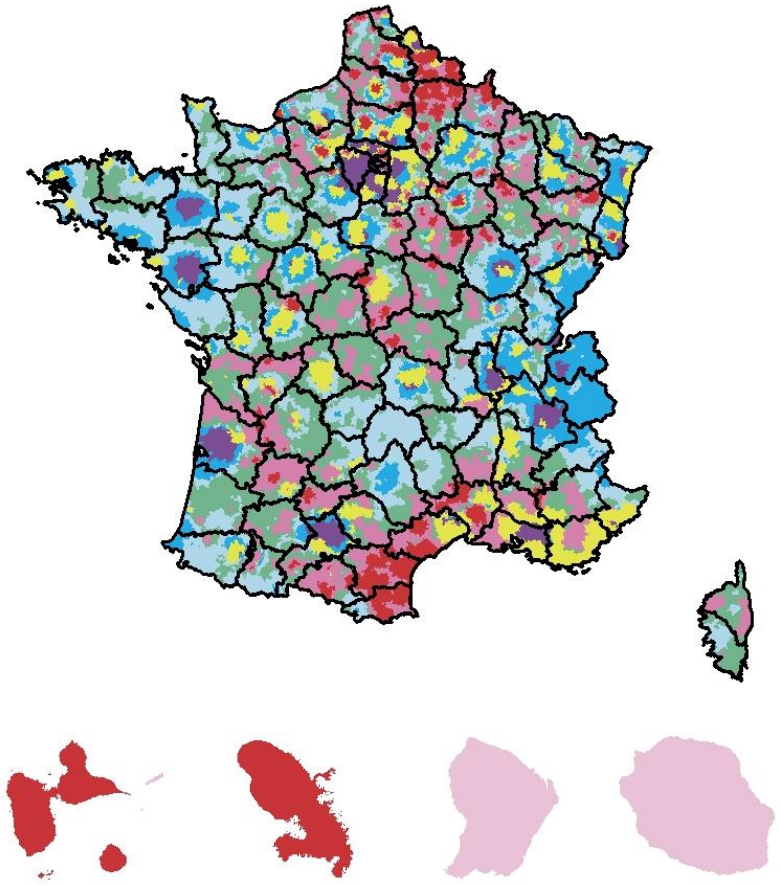
Les trois classes présentant les caractéristiques les plus favorables regroupent deux cinquièmes de la population française (40,2 %). S'il est possible de hiérarchiser deux de ces classes entre elles (l'une présentant des indicateurs sociaux qui sont encore plus favorables que l'autre), la troisième est très spécifique. En effet, cette dernière regroupe des communes qui présentent des parts de cadres et professions intellectuelles supérieures (PIS) ayant un emploi particulièrement élevées ; les autres indicateurs sociaux étant plutôt favorables, sans toutefois être dans les plus favorables des communes de France.

Les deux classes constituées de communes présentant des indicateurs sociaux qui sont le plus souvent à un niveau intermédiaire au regard des autres communes de France rassemblent un peu plus d'un tiers de la population française (36,2 %). Il n'est pas possible de hiérarchiser socialement ses deux classes, l'une est constituée, le plus souvent, de communes à dominantes urbaines, tandis qu'elles sont plus souvent à dominante rurale pour l'autre.

Les trois dernières classes, regroupant les communes ayant les indicateurs sociaux les plus défavorables de France, rassemblent près d'un quart de la population française (23,6 %). Une de ces classes est composée uniquement de communes d'outre-mer (celles de Guyane et de La Réunion dans leur totalité, ainsi que quelques communes de Guadeloupe). Cette classe est très spécifique et se démarque notablement des sept autres, avec des indicateurs sociaux particulièrement défavorables, hormis pour les taux d'allocataires de l'AAH et la part de cadres et professions intellectuelles supérieures ayant un emploi pour lesquels les valeurs sont relativement hétérogènes entre les communes qui composent la classe.

[25] Indicateurs lissés géographiquement pour garantir une stabilité statistique suffisante et réduire le « bruit » lié aux petits effectifs (faible population)

Carte 2. Typologie sociale des communes de France



Situations sociales les plus favorables

- parts de cadres et PIS* les plus élevées, situation sociale plutôt favorable
- situation sociale la plus favorable, un peu plus de cadres et PIS
- situation sociale favorable, moins de cadres et PIS

Situations sociales intermédiaires

- davantage de cadres et PIS, moins de foyers fiscaux non imposés, un peu plus d'allocataires du RSA et de chômage, un peu moins d'allocataires de l'AAH
- moins de cadres et PIS, davantage de foyers fiscaux non imposés, un peu moins d'allocataires du RSA, un peu plus d'allocataires de l'AAH, un peu plus de jeunes** pas ou peu diplômés

Situations sociales les plus défavorables

- situation sociale défavorable, mais hétérogène pour les cadres et PSI et les allocataires de l'AAH
- situation sociale défavorable
- situation sociale plus défavorable

* professions intellectuelles supérieures

** 25-34 ans

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Les sept indicateurs retenus pour définir la typologie sociale

Pour chaque classe de la typologie sociale figure, sur les pages qui suivent, un graphique avec les valeurs des indicateurs calculés sur l'ensemble de la classe et celles de la France. Les dernières données disponibles, au moment de la réalisation de ces travaux, ont été considérées pour effectuer ces graphiques, ce qui explique les différences avec les années/périodes mentionnées en page 15 pour la construction du zonage et la définition de la typologie.

Éducation et scolarité : part de jeunes de 25-34 ans pas ou peu diplômés au RP 2021 (Source : Insee)

Emploi : part de cadres et professions intellectuelles supérieures ayant un emploi au RP 2021 (Source : Insee)

Fragilité professionnelle : taux de chômage au RP 2021 (Source : Insee)

Revenu : part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu de 2022 (Source : ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP)

Allocation, solidarité et insertion : taux d'allocataires du RSA au 31 décembre 2022 (Sources : CCMSA, Cnaf, Insee)

Allocation, solidarité et insertion : taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH au 31 décembre 2022 (Sources : CCMSA, Cnaf, Insee)

1.1 Situations sociales les plus favorables

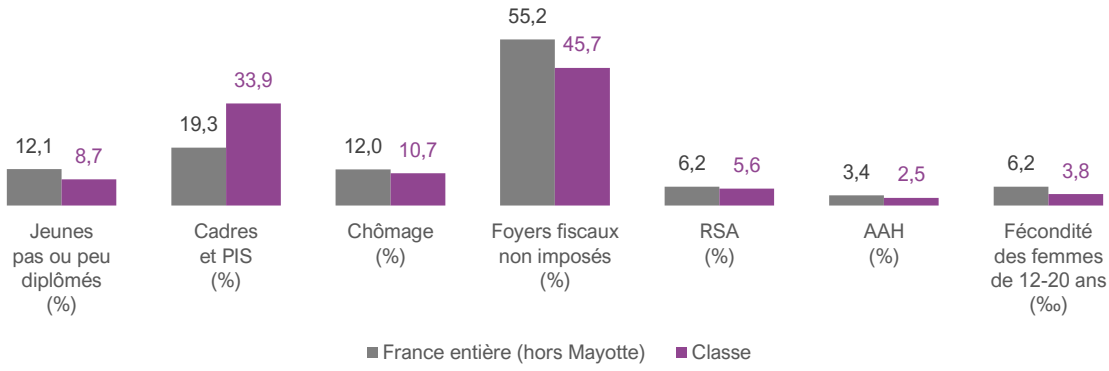
Parts de cadres et PIS les plus élevées, situation sociale plutôt favorable

Cette classe regroupe 1 532 communes et 15,3 millions d'habitants, soit 22,7 % de la population française au 1er janvier 2021. Toutes les communes sont situées en France hexagonale et plus spécifiquement au niveau de grandes villes et de leurs périphéries proches : Paris, Lyon, Toulouse, Nantes, Bordeaux, Rennes, Grenoble, Aix-en-Provence, Annecy. Quelques zones proches d'autres grandes villes appartiennent également à cette classe, mais sans la ville-centre (autour de Lille, Strasbourg, Dijon), ainsi que quelques zones ou communes « isolées ».

La densité de population relevée sur l'ensemble de la classe est nettement supérieure à celle relevée au niveau national et dans les six autres classes : 787,7 habitants au km² contre 106,5 pour la France et 343,6 pour la seconde classe qui présente la densité la plus élevée.

Cette classe se démarque avec des parts particulièrement élevées de cadres et professions intellectuelles supérieures ayant un emploi. Comme l'illustre le graphique ci-dessous, sur l'ensemble de la classe, un tiers (33,9 %) des actifs ayant un emploi appartient à cette profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) contre près d'un sur cinq (19,3 %) sur l'ensemble du pays. Les autres indicateurs sociaux sont le plus souvent plus favorables que les valeurs nationales, sans toutefois présenter les parts les plus favorables des communes de France. Il est à noter que cette classe est composée de communes très urbanisées où des situations sociales contrastées sont le plus souvent retrouvées : quartiers très favorisés avec beaucoup de cadres et, à l'inverse, quartiers particulièrement défavorisés avec des indicateurs sociaux dégradés. L'analyse n'ayant pas pu être menée à un niveau infra-communal, la valeur globale communale masque ces réalités très différentes.

Graphique 1. Les sept indicateurs retenus pour définir la typologie sociale



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Situation sociale la plus favorable, un peu plus de cadres et PIS

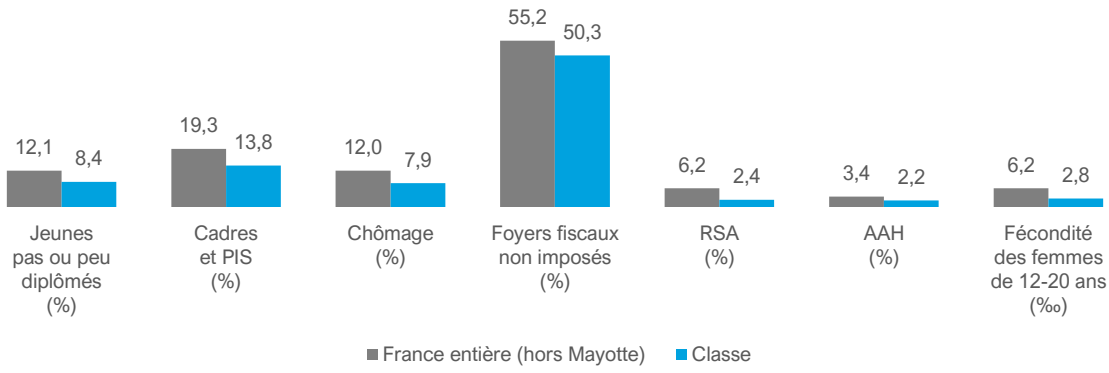
Cette classe regroupe 4 802 communes et 5,9 millions d'habitants, soit 8,8 % de la population française au 1er janvier 2021. Toutes les communes sont situées en France hexagonale et plus spécifiquement en périphérie plus éloignée de grandes villes (Lyon, Toulouse, Nantes, Bordeaux, Rennes, Grenoble, Annecy) ou de villes de taille moyenne, ainsi que dans des territoires plus ruraux à l'est de la France (sur une zone regroupant les communes situées le long des frontières suisses et du nord de l'Italie -notamment les départements du Doubs, de Haute-Savoie et de Savoie).

La densité de population observée dans cette classe est de 85,8 habitants au km², soit une valeur moindre que pour l'ensemble du pays (106,5).

Cette classe présente le plus souvent des indicateurs sociaux qui sont dans les plus favorables de France, exception faite de la part de cadres et professions intellectuelles supérieures ayant un emploi (*cf.* descriptif de la

classe précédente). De plus, si cette dernière part est plus faible qu'en France (13,8 % *versus* 19,3 %), elle demeure la troisième plus élevée des sept classes de la typologie sociale.

Graphique 2. Les sept indicateurs retenus pour définir la typologie sociale



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

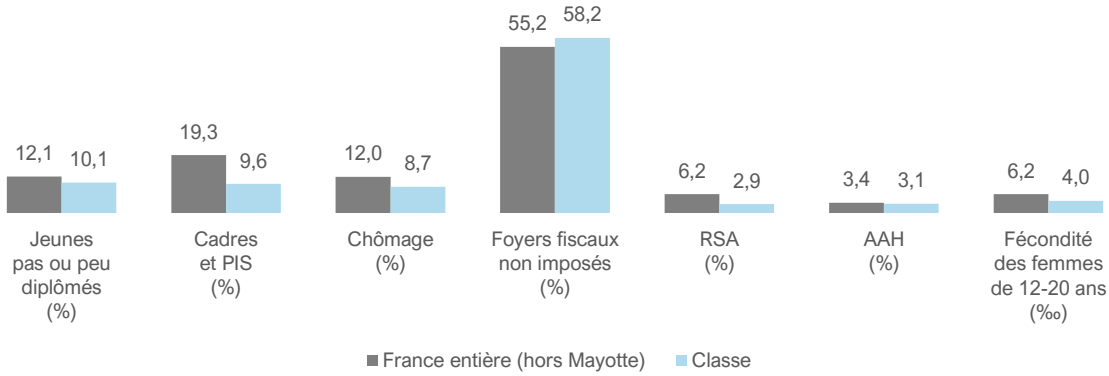
Situation sociale favorable, moins de cadres et PIS

Cette classe regroupe 7 527 communes et 5,8 millions d'habitants, soit 8,6 % de la population française au 1er janvier 2021. Toutes les communes sont situées en France hexagonale dans des zones à dominante rurale, majoritairement à l'ouest de la France (au niveau de la Bretagne et des départements limitrophes que sont la Manche, la Mayenne, le Maine-et-Loire, la Loire-Atlantique et la Vendée), au sud-ouest (Pyrénées-Atlantiques, Hautes-Pyrénées), dans le centre de la France (Corrèze, Puy-de-Dôme, Cantal, Aveyron et Lozère), ainsi qu'en périphérie des zones de la classe précédemment mentionnée qui présentent les indicateurs sociaux les plus favorables de France.

De fait, la densité de la population est encore plus faible : 45,7 habitants au km², soit une valeur plus que moitié moindre que celle de la France.

Il est à noter que, pour cette classe, la part de cadres et professions intellectuelles supérieures ayant un emploi ressort comme étant particulièrement faible (la valeur de l'ensemble de la classe est deux fois plus faible que celle relevée en France, 9,6 % *versus* 19,3 %) et celle de foyers fiscaux non imposés se démarque peu. Les autres indicateurs sociaux sont dans les plus favorables de France, mais à un niveau moins marqué que la classe précédemment décrite.

Graphique 3. Les sept indicateurs retenus pour définir la typologie sociale



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

1.2 Situations sociales intermédiaires

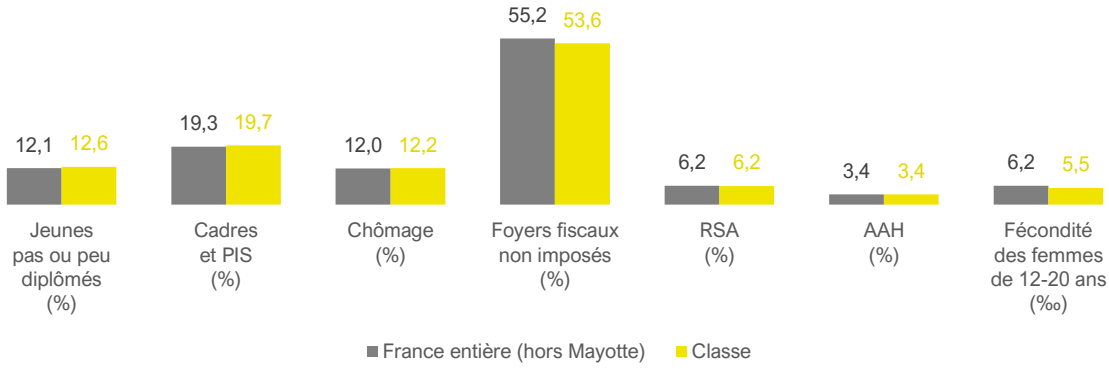
Davantage de cadres et PIS, moins de foyers fiscaux non imposés, un peu plus d'allocataires du RSA et de chômage, un peu moins d'allocataires de l'AAH

Cette classe regroupe 3 712 communes et 18,3 millions d'habitants, soit 27,2 % de la population française au 1er janvier 2021. Toutes les communes qui la composent sont situées en France hexagonale, dans des zones qui sont le plus souvent urbanisées, voire très urbanisées. Ainsi, les villes de plus de 200 000 habitants qui n'appartiennent pas à la première classe décrite dans ce document appartiennent à celle-ci, à savoir : Marseille, Nice, Montpellier, Strasbourg et Lille. Cette classe est également constituée de villes moyennement peuplées et de leurs périphéries, ainsi que de la zone littorale des trois départements à l'est du Rhône, les Bouches-du-Rhône, le Var et les Alpes-Maritimes.

La densité de la population est importante : 343,6 habitants au km², soit la seconde valeur la plus importante des sept classes de la typologie sociale.

Du fait des caractéristiques très urbaines des communes qui composent la classe, la part de cadres et professions intellectuelles supérieures ayant un emploi se démarque, en étant, comme pour la densité, la deuxième plus élevée des sept classes de la typologie. Une autre caractéristique de cette classe a trait à la part de foyers fiscaux non imposés qui est dans les plus faibles de France (après deux des trois classes présentant des situations sociales plus favorables ; en outre, la classe nommée « Situation sociale favorable, moins de cadres et PIS » présente des parts qui sont le plus souvent un peu moins favorables que dans cette classe). Dans une moindre mesure, le taux d'allocataires du RSA et le taux de chômage sont un peu plus élevés que dans d'autres classes, même s'il ne s'agit pas des valeurs les plus conséquentes des communes de France.

Graphique 4. Les sept indicateurs retenus pour définir la typologie sociale



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

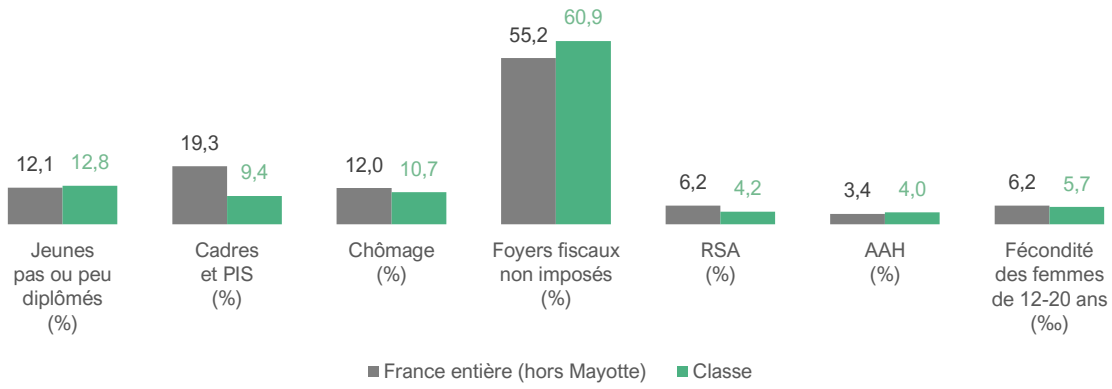
Moins de cadres et PIS, davantage de foyers fiscaux non imposés, un peu moins d'allocataires du RSA, un peu plus d'allocataires de l'AAH, un peu plus de jeunes pas ou peu diplômés

Cette classe regroupe 8 461 communes et 6,1 millions d'habitants, soit 9,0 % de la population française au 1er janvier 2021. Toutes les communes qui la composent sont situées en France hexagonale, dans des zones qui sont le plus souvent à dominante rurale. Sont plus spécifiquement à mentionner des communes situées au niveau de la « diagonale du vide[26] », en Corse et en frontière de certains départements.

La densité de population y est faible : 41,1 habitants au km².

À l'inverse de l'autre classe présentant une situation sociale intermédiaire, celle-ci se distingue avec une part de cadres et professions intellectuelles supérieures ayant un emploi particulièrement faible et une part de foyers fiscaux non imposés plus élevée. Le taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH a tendance à être plus élevé, même si les communes qui constituent cette classe ne sont pas celles qui présentent les plus fortes valeurs de France ; une situation inverse est relevée pour les allocataires du RSA. Dans une moindre mesure, la part de jeune de 25-34 ans sortis du système scolaire avec peu ou pas de diplôme tend à être un peu plus élevée.

Graphique 5. Les sept indicateurs retenus pour définir la typologie sociale



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

1.3 Situations sociales défavorables

Situation sociale défavorable, mais hétérogène pour les cadres et PSI et les allocataires de l'AAH

Cette classe regroupe 48 communes et 1,2 million d'habitants, soit 1,7 % de la population française au 1er janvier 2021. Ces communes sont toutes situées dans les Dom, à savoir l'ensemble des communes de la Guyane et de La Réunion ainsi que La Désirade et Pointe-à-Pitre pour la Guadeloupe.

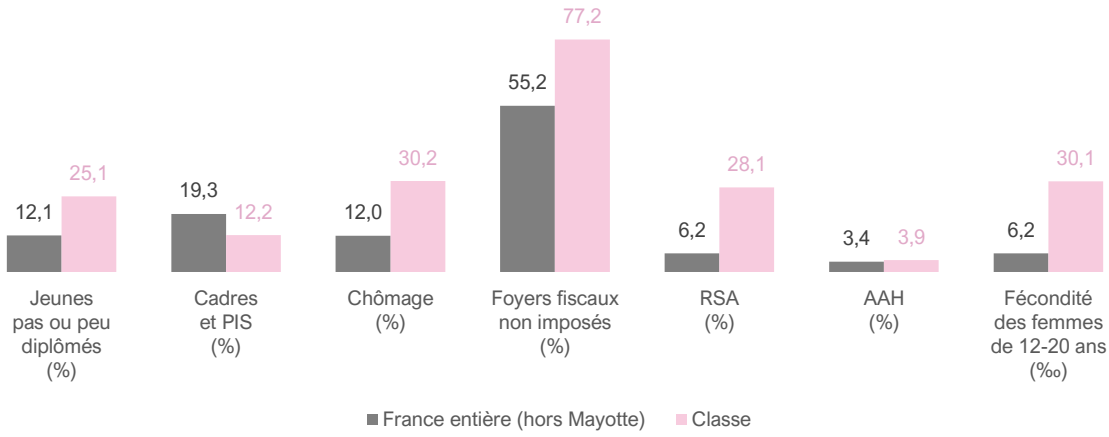
De fait, cette classe regroupe des villes ainsi que des communes peu peuplées. Pris dans son ensemble, la classe présente une densité de population particulièrement faible : 13,6 habitants au km². Ceci est le fait de la Guyane (densité de population de 3,4 habitants au km², contre 347,9 pour La Réunion et 667,7 pour les deux communes de Guadeloupe qui constituent la classe).

Cette composition de villes peuplées et communes peu, voire très peu, peuplées, explique que l'indicateur relatif aux cadres et professions intellectuelles supérieures ne se démarque pas : il est relativement élevé pour certaines communes (dans onze cas, la part dépasse les 13 % ; elles sont dans le premier quart des communes de France ayant les valeurs les plus élevées) et, à l'inverse, plus faible pour d'autres (quatorze communes ont une part inférieure à 10 %). De même, aucune tendance au sein de la classe ne ressort pour le taux d'allocataires de

[26] La « diagonale du vide » désigne une large bande du territoire français allant de la Meuse aux Landes, marquées par l'exode rural et où les densités de population sont relativement faibles par rapport au reste de la France.

20-64 ans de l'AAH. Ainsi, vingt-deux communes ont un taux inférieur à 2,5 % (inférieur à 1,5 % pour onze d'entre elles) et treize communes ont un taux supérieur à 4,0 % ; en outre, certaines se classent dans le premier quart des valeurs les plus élevées des communes de France, tandis que d'autres sont situées dans le dernier quart. Pour les cinq autres indicateurs sociaux considérés pour construire la typologie sociale, les valeurs sont particulièrement importantes, souvent nettement plus élevées que ce qui peut être observé dans les autres communes de France.

Graphique 6. Les sept indicateurs retenus pour définir la typologie sociale



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

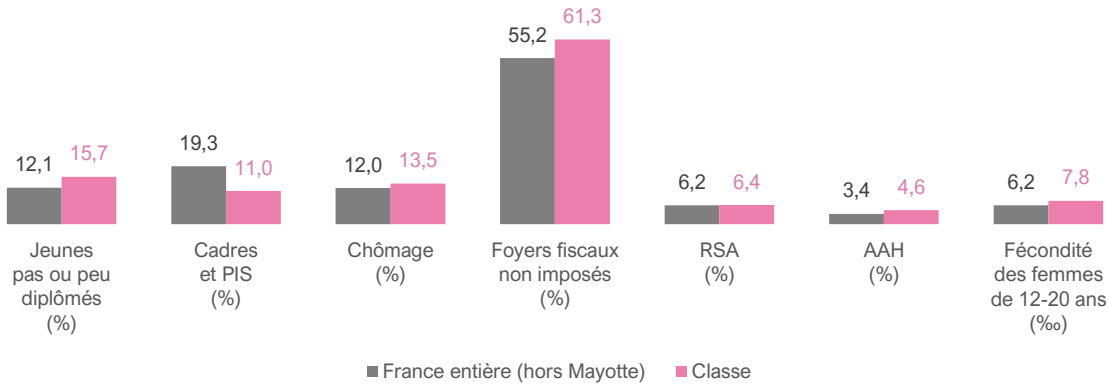
Situation sociale défavorable

Cette classe regroupe 6 409 communes et 7,4 millions d'habitants, soit 11,0 % de la population française au 1er janvier 2021. Toutes les communes sont situées en France hexagonale dans des zones moins urbanisées du nord de la France (en Hauts-de-France, une partie de la Normandie et de Grand Est), au niveau de la diagonale du vide et dans le bassin méditerranéen.

La densité de population de l'ensemble de la classe est de 75,9 habitants au km² (106,5 pour la France).

Les sept indicateurs sociaux pris en compte pour établir la typologie sociale sont particulièrement dégradés en comparaison du niveau national, même si ceci est un peu moins marqué que ce qui est observé dans la classe suivante, correspondant aux situations sociales plus défavorables.

Graphique 7. Les sept indicateurs retenus pour définir la typologie sociale



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

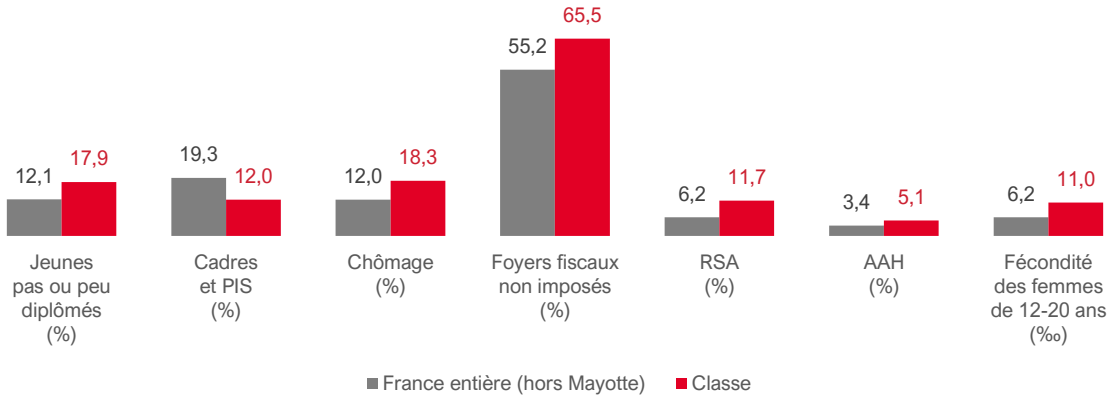
Situation sociale plus défavorable

Cette classe regroupe 2 426 communes et 7,3 millions d'habitants, soit 10,9 % de la population française au 1er janvier 2021. Elle est composée de l'ensemble des communes de Martinique, une grande partie des communes de Guadeloupe et de zones, le plus souvent urbanisées, de France hexagonale. Les régions Hauts-de-France et Occitanie sont fortement représentées dans cette classe.

La densité de population relevée sur l'ensemble de la classe est de 232,7 habitants au km², soit une valeur plus de deux fois plus élevée que celle de la France (106,5).

Les sept indicateurs sociaux pris en compte pour établir la typologie sociale sont très dégradés, comme l'illustre le graphique ci-dessous.

Graphique 8. Les sept indicateurs retenus pour définir la typologie sociale



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

2. Données contextuelles au niveau régional et des zones statistiques d'étude

Comme cela est présenté dans la partie V de la méthodologie, une cinquantaine d'indicateurs ont été retenus pour caractériser les territoires sur le plan démographique, social, environnemental et d'état de santé. La présentation successive de chacun de ces indicateurs n'apparaît pas comme pertinente au niveau de cette partie sur les résultats du travail mené, d'autant plus que certains de ces indicateurs peuvent être des déclinaisons successives d'un même indicateur plus global comme, par exemple, le taux d'accroissement annuel moyen de la population par tranches d'âges.

Nous avons donc fait le choix de présenter, pour chaque groupe (démographique, social, environnemental et d'état de santé), entre trois et cinq indicateurs en choisissant les plus représentatifs des contrastes entre territoires ou les plus pertinents en regard de la thématique des parcours de soins en cancérologie.

Ainsi, chaque indicateur est présenté selon la typologie sociale d'une part, sa distribution dans les régions françaises d'autre part. Un tableau présentant les valeurs de chaque indicateur précède chaque partie avec une visualisation par couleurs de la distribution de celle-ci autour de la valeur médiane.

2.1 Données démographiques

Récapitulatif des données démographiques

Tableau 8. Principales caractéristiques démographiques selon la typologie sociale

Classe de typologie sociale	Densité de population (2021)	Indice de vieillissement (2021)	Taux d'accroissement annuel moyen (2011-2021)	Part de personnes de 60-74 ans vivant seules à domicile (2021)
Situation sociale plutôt favorable (davantage de cadres)	787,7	67,2	0,6	28,8
Situation sociale la plus favorable	85,8	86,8	0,8	22,4
Situation sociale favorable	45,7	101,6	0,2	22,5
Situation sociale intermédiaire (un peu plus de cadres)	343,6	83,6	0,5	27,7
Situation sociale intermédiaire (un peu moins de cadres)	41,1	119,9	0,0	24,3
Situation sociale plutôt défavorable	13,6	34,5	0,8	26,2
Situation sociale défavorable	75,9	109,8	0,0	26,4
Situation sociale la plus défavorable	232,7	85,6	0,0	28,9

Sources : Insee – Exploitation : Fnors et ORS

Tableau 9. Principales caractéristiques démographiques dans les régions françaises

Région	Densité de population (2021)	Indice de vieillissement (2021)	Taux d'accroissement annuel moyen (2011-2021)	Part de personnes de 60-74 ans vivant seules à domicile (2021)
Auvergne-Rhône-Alpes	116,4	84,3	0,6	32,2
Bourgogne-Franche-Comté	58,6	105,1	-0,1	32,3
Bretagne	124,8	99,6	0,5	32,4
Centre-Val de Loire	65,7	98,7	0,1	31,3
Corse	40,0	119,7	1,0	26,3
Grand Est	96,8	90,7	0,0	30,7
Hauts-de-France	188,5	72,8	0,1	31,4
Île-de-France	1025,4	59,8	0,4	33,3
Normandie	111,3	93,9	0,0	31,9
Nouvelle-Aquitaine	72,2	114,4	0,5	31,0
Occitanie	82,8	104,2	0,8	31,4
Pays de la Loire	120,1	86,3	0,7	29,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	163,3	106,4	0,4	33,4
Guadeloupe	236,0	84,5	-0,5	35,3
Martinique	319,8	101,9	-0,8	34,6
Guyane	3,4	14,3	1,9	27,0
La Réunion	347,9	43,1	0,5	27,8

Sources : Insee – Exploitation : Fnors et ORS

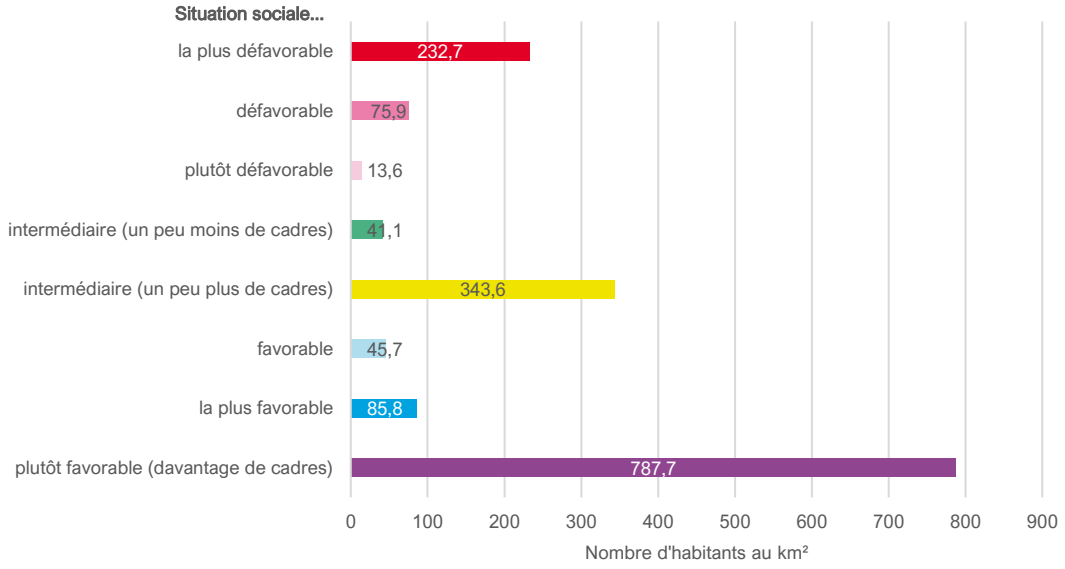
Densité de population

On compte en France 102,5 habitants au kilomètre carré en 2021.

On observe une grande dispersion des valeurs selon les territoires de typologie sociale : la densité la plus faible est retrouvée dans les territoires de la classe « situation sociale plutôt défavorable » avec 13,6 habitants / km². Il faut cependant souligner que, dans cette classe où le nombre de communes concernées est peu important, les communes guyanaises sont toutes représentées. Des densités inférieures à la valeur nationale sont observées dans quatre autres classes pouvant correspondre aussi bien à des classes où la situation sociale est favorable qu'à des classes où celle-ci l'est moins. Trois autres classes de territoires présentent des densités supérieures à la valeur de la France entière, allant de territoires où la situation sociale est la plus défavorisée à des territoires où cette situation sociale est plutôt favorable, avec une proportion importante de cadres, correspondant le plus souvent à des communes en zone urbanisée.

Cette densité de population varie fortement entre régions. Ainsi, la Guyane et la Corse comptent moins de 40 habitants / km², alors que l'Île-de-France en compte plus de 1 000.

Graphique 9. Densité de population en 2021 selon la classe de typologie sociale



Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

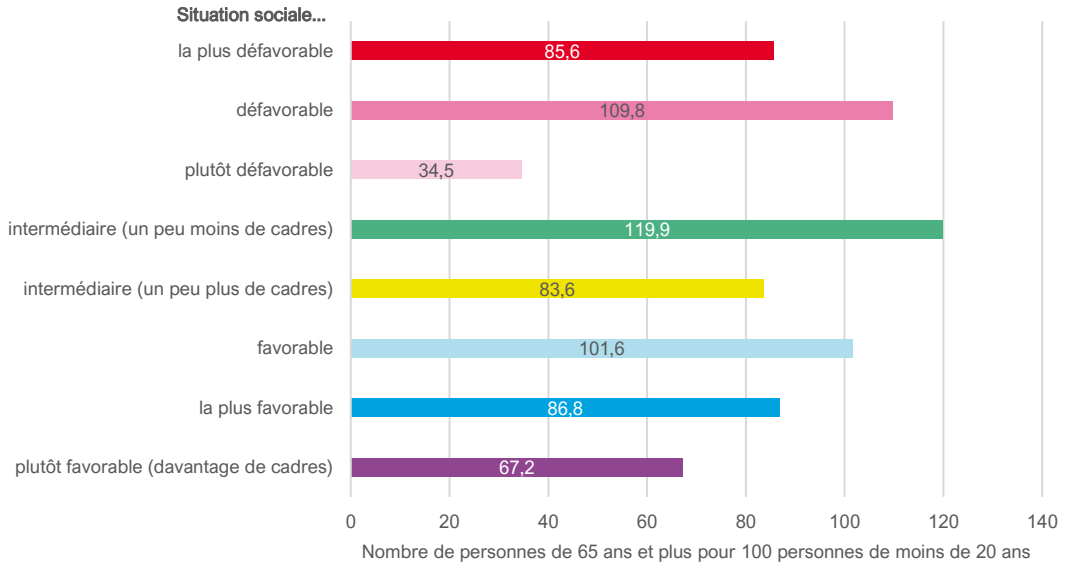
Indice de vieillissement

L'âge étant l'un des principaux facteurs de risques de survenue d'un cancer, la part des personnes âgées dans la population est un facteur qu'il est important de prendre en compte. On peut apprécier l'importance relative de cette part au travers de l'indice de vieillissement (nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans), qui prend une valeur de 86,3 en France entière en 2021.

C'est dans la classe en « situation sociale plutôt défavorable » que cette valeur est la plus faible (34,5). La classe correspondant à une situation sociale plutôt favorable (avec davantage de cadres) présente une valeur inférieure à la valeur de la France entière (67,2). Trois classes présentent des valeurs très proches de la valeur en France entière : celle présentant la situation sociale la plus défavorable, celle présentant la situation sociale la plus favorable et une des deux classes de situation sociale intermédiaire, celle avec un peu plus de cadres. Trois classes présentent des valeurs plus élevées combinant aussi bien des situations favorables qu'intermédiaires ou défavorables.

Cet indice de vieillissement est très variable selon les territoires. Dans l'Hexagone, les valeurs vont de 59,2 en Île-de-France à 119,7 en Corse et, dans les régions ultramarines, de 14,3 en Guyane à 101,9 à la Martinique.

Graphique 10. Indice de vieillissement en 2021 selon la classe de typologie sociale



Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

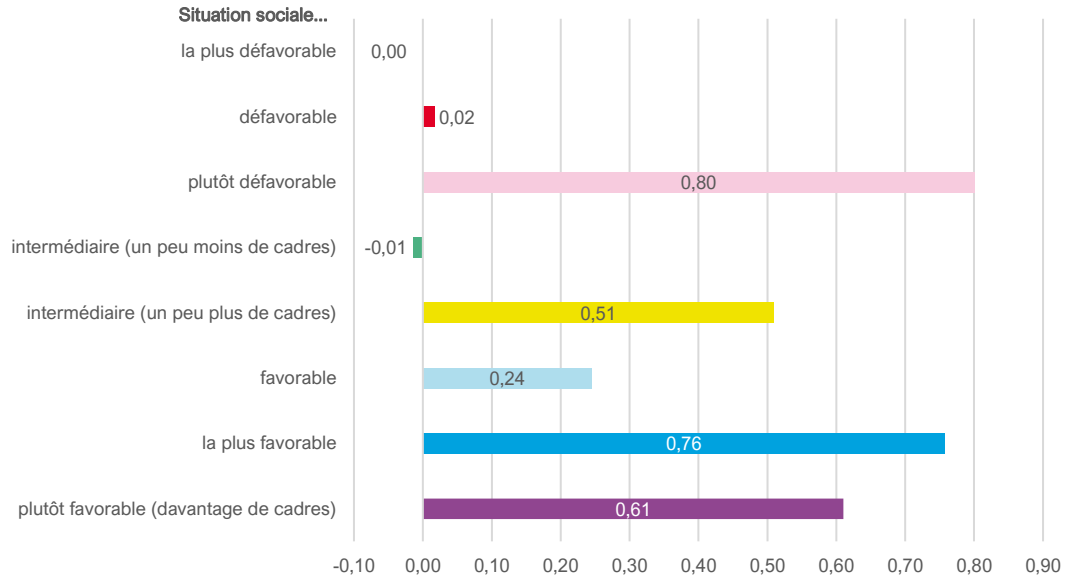
Accroissement de la population

La dynamique démographique des territoires est également très variable. En France entière, le taux d'accroissement annuel moyen de la population est de +0,4 % par an sur la période 2011-2021.

Selon la typologie sociale, un seul groupe de territoires est en décroissance démographique : celui correspondant à la situation sociale intermédiaire avec un peu moins de cadres. Les deux classes de territoires les plus défavorisés sont en stagnation démographique ou en très légère progression. Les quatre territoires présentant un dynamisme démographique plus marqué que ce qui est observé sur l'ensemble du territoire correspondent pour un d'entre eux à une situation sociale plutôt défavorable, pour deux autres à des situations sociales plutôt favorable ou la plus favorable et le dernier à une situation sociale intermédiaire avec un peu plus de cadres.

Si la population de la Martinique, de la Guadeloupe et de Bourgogne-Franche-Comté continue de diminuer (de -0,8 % à -0,1 % par an), d'autres restent stables (Normandie et Grand Est) et d'autres augmentent fortement comme l'Occitanie, la Corse et la Guyane (allant de +0,8 % à +1,9 % par an).

Graphique 11. Taux d'accroissement annuel moyen de la population entre 2011 et 2021 selon la classe de typologie sociale (en %)



Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

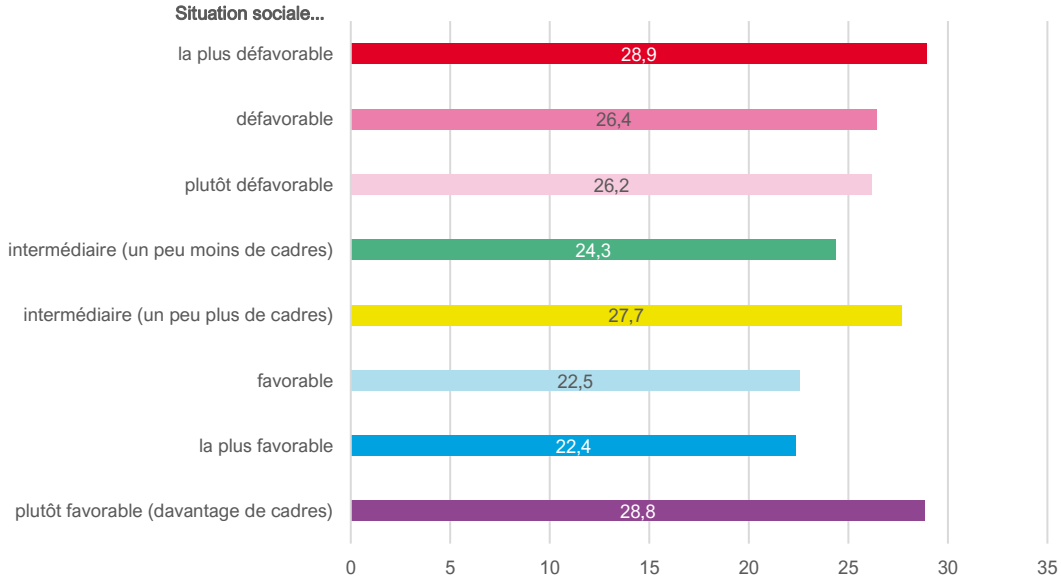
Personnes âgées vivant seules

Près d'un tiers (31,8 %) des personnes âgées de 60 ans et plus à domicile vivent seules en 2021.

Les deux classes de typologie sociales présentant les parts de personnes âgées de 60 ans et plus vivant seules les plus élevées présentent des valeurs similaires et correspondent à une classe où la situation sociale est plutôt favorable avec davantage de cadres et à la classe où la situation sociale est la plus défavorisée. Les deux classes où cette part est la plus faible correspondent aux deux autres classes présentant une situation sociale favorable.

Cette part varie entre 26,3 % en Corse et 35,3 % en Guadeloupe, la Martinique venant juste après (34,6 %). Dans l'Hexagone, c'est en Provence-Alpes-Côte d'Azur (33,4 %) que cette part est la plus élevée.

Graphique 12. Part de la population âgée de 60 ans et plus vivant seule à domicile en 2021 selon la classe de typologie sociale (en %)



Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

2.2 Données sociales

Récapitulatif des données sociales

Tableau 10. Principales caractéristiques sociales selon la typologie sociale

Classe de typologie sociale	Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés (2021)	Taux de chômage des 15 ans et plus (au sens du recensement) (2021)	Part de foyers fiscaux non imposés (2022)	Taux de personnes couvertes par le RSA (déc. 2023)	Taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH (déc. 2023)
Situation sociale plutôt favorable (davantage de cadres)	8,7	10,7	45,7	4,8	2,5
Situation sociale la plus favorable	8,4	7,9	50,3	1,9	2,2
Situation sociale favorable	10,1	8,7	58,2	2,4	3,1
Situation sociale intermédiaire (un peu plus de cadres)	12,6	12,2	53,6	5,7	3,4
Situation sociale intermédiaire (un peu moins de cadres)	12,8	10,7	60,9	3,7	4,0
Situation sociale plutôt défavorable	25,1	30,2	77,2	24,7	3,9
Situation sociale défavorable	15,7	13,5	61,3	6,0	4,6
Situation sociale la plus défavorable	17,9	18,3	65,5	10,7	5,1

Sources : Insee, DGFiP, Cnaf, CCMSA – Exploitation : Fnors et ORS

Tableau 11. Principales caractéristiques dans les régions françaises

Région	Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés (2021)	Taux de chômage des 15 ans et plus (au sens du recensement) (2021)	Part de foyers fiscaux non imposés (2022)	Taux de personnes couvertes par le RSA (déc. 2023)	Taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH (déc. 2023)
Auvergne-Rhône-Alpes	10,9	10,3	53,1	4,0	3,1
Bourgogne-Franche-Comté	13,0	10,7	55,0	4,2	4,0
Bretagne	8,5	10,0	54,3	3,3	3,8
Centre-Val de Loire	13,1	11,4	55,1	4,9	3,5
Corse	16,7	10,2	57,1	3,2	4,6
Grand Est	12,4	11,9	56,0	5,1	3,3
Hauts-de-France	14,5	14,7	60,3	7,3	4,0
Île-de-France	11,1	11,3	46,9	5,5	2,4
Normandie	12,7	11,8	56,9	4,9	4,1
Nouvelle-Aquitaine	11,3	11,1	56,8	4,7	3,9
Occitanie	12,1	13,1	59,4	6,3	4,4
Pays de la Loire	9,7	9,8	55,2	3,5	3,0
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13,7	12,4	55,4	6,0	3,6
Guadeloupe	15,2	25,9	75,6	19,1	5,1
Guyane	42,9	30,8	76,1	24,2	2,2
Martinique	11,8	20,4	71,9	16,5	4,6
La Réunion	18,6	29,9	77,3	24,7	4,4

Sources : Insee, DGFiP, Cnaf, CCMSA – Exploitation : Fnors et ORS

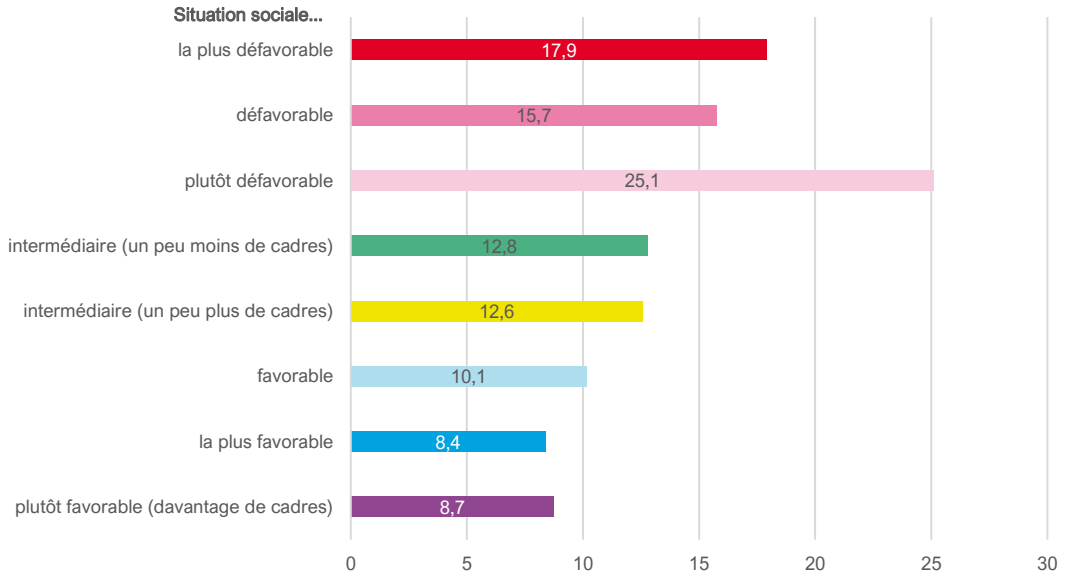
Personnes de 25-34 ans peu ou pas diplômées

Le niveau de diplôme fait partie des éléments à l'origine des inégalités sociales et territoriales de santé. Parmi les personnes de 15 ans et plus sorties du système scolaire, la part de celles qui n'ont pas de diplôme ou au plus le brevet des collèges (BEPC ou DNB) est de 12,1 % en 2021.

Selon la typologie sociale, c'est dans les classes où la situation sociale est la plus favorable que cette part est la plus faible, entre 8,4 % et 10,1 %. Elle est de près de 13 % dans les deux classes intermédiaires. Des valeurs supérieures sont observées dans les classes où la situation sociale est défavorable. Au sein de ces trois classes ; c'est dans celle où la situation est la moins défavorisée (où le poids des communes ultramarines de Guyane et de La Réunion est important, que le taux le plus élevé est observé.

C'est en Bretagne et Pays de la Loire que cette part est la plus faible (respectivement 8,5 % et 9,7 %). Dans l'Hexagone, c'est en Corse qu'elle est la plus élevée (16,6 %) et deux régions ultramarines, La Réunion et la Guyane présentent des valeurs supérieures, respectivement 18,6 % et 42,9 %).

Graphique 13. Part des 25-34 ans sortis du système scolaire et étant peu ou pas diplômés en 2021 selon la classe de typologie sociale (en %)



Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

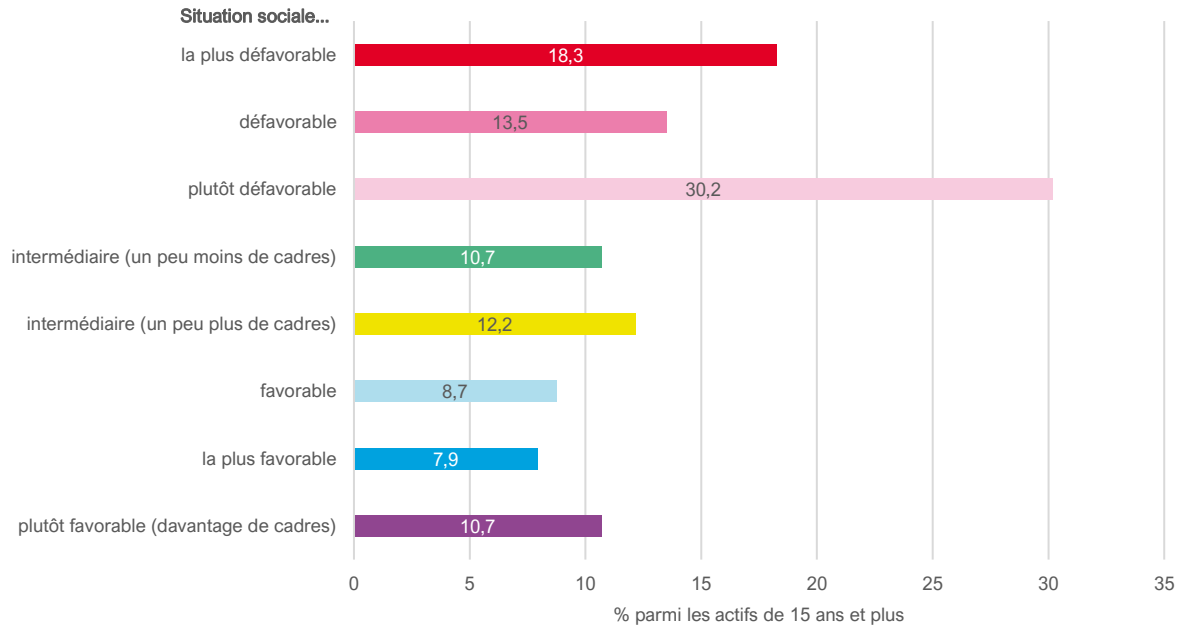
Chômage des 15 ans et plus

Interrogés lors du recensement, 12,1 % des personnes actives se déclarent sans emploi en 2021.

Les territoires appartenant aux trois classes où la situation sociale est la plus favorable présentent les taux de chômage les plus bas, allant de 7,9 % à 10,7 % alors que les deux territoires ayant une situation sociale intermédiaire présentent des valeurs identiques ou un peu plus élevées, de 10,7 % à 12,2 %. Dans les territoires des trois classes où la situation sociale est la moins favorable, les taux varient entre 13,5 % et 30,2 %. La valeur la plus élevée est observée dans la classe à la situation sociale plutôt défavorable, la valeur de cet indicateur étant fortement impactée par les communes réunionnaises et guyanaises qui y sont particulièrement représentées.

Dans l'Hexagone, ce taux varie entre 9,8 % dans les Pays de la Loire et 14,7 % dans les Hauts de France. Les quatre territoires ultramarins présentent tous des valeurs supérieures, allant de 20,4 % à la Martinique à 30,8 % en Guyane.

Graphique 14. Taux de chômage parmi les actifs de 15 ans et plus en 2021 selon la classe de typologie sociale



Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

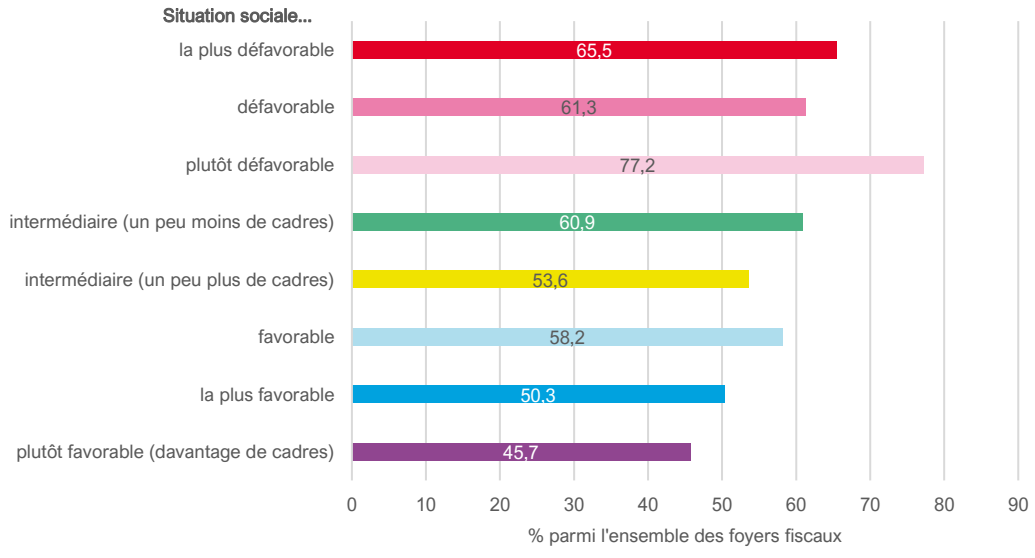
Foyers fiscaux non imposés

En 2022, 55,2 % des foyers fiscaux en France n'ont pas payé d'impôt sur le revenu.

La part des foyers fiscaux non imposés varie avec les classes de typologies sociales, les valeurs les plus basses étant observées dans les classes où la situation sociale est favorable et les plus élevées dans les classes où la situation sociale est défavorable. Cependant, on observe que trois classes présentent des taux relativement proches, autour de 60 %, une parmi les situations sociales favorables, une parmi les situations sociales intermédiaires et une parmi les situations sociales défavorables.

C'est en Île-de-France que cette part est la plus faible avant Auvergne-Rhône-Alpes et la Bretagne. Dans l'Hexagone, c'est dans les Hauts-de-France, avant l'Occitanie, qu'elle est la plus élevée. La part des foyers fiscaux non imposés est supérieure à la valeur observée dans les régions de l'Hexagone à chacune des régions ultramarines, la valeur la plus élevée, 77,3 %, étant observée à La Réunion.

Graphique 15. Part des foyers fiscaux non imposés en 2022 selon la classe de typologie sociale



Source : DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

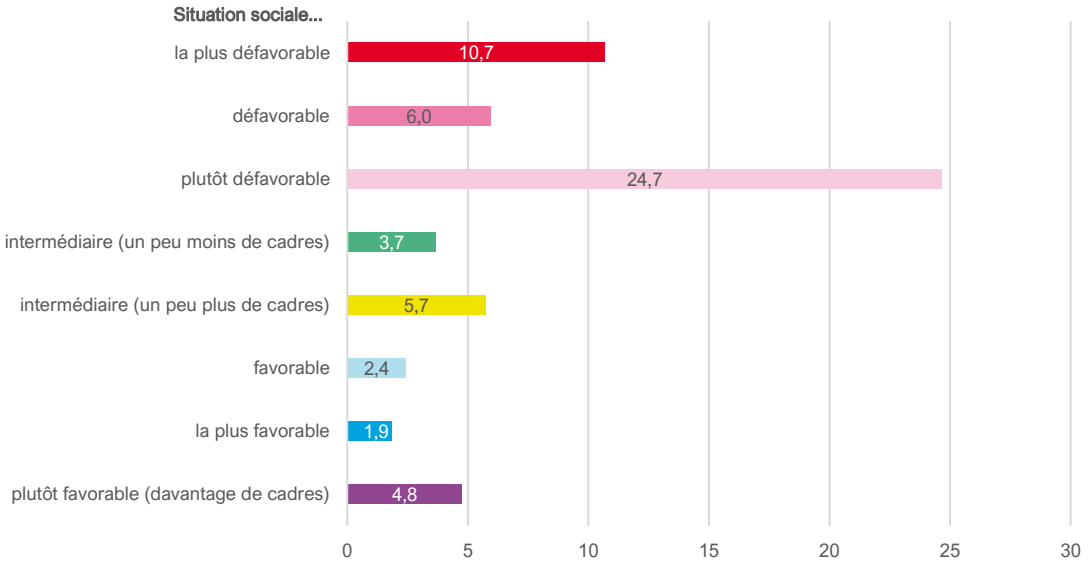
Personnes couvertes par le RSA

Le taux de personnes couvertes par le Revenu de solidarité active (RSA), qui comptabilise aussi bien les allocataires que leurs ayants-droits, est un marqueur de précarité qui est elle-même un déterminant social important dans le parcours des personnes présentant un cancer. En décembre 2023, 5,6 % de la population est couverte par le RSA.

C'est dans la classe de typologie correspondant à une situation sociale plutôt défavorable, dans laquelle les communes de Guyane et de La Réunion occupent une place importante, que le taux le plus élevé de personnes couvertes par le RSA est observé. Il est nettement plus bas dans les autres classes, mais, parmi elles, c'est dans la classe qui présente la situation sociale la plus défavorisée qu'il est le plus élevé et dans celle correspondant à la situation sociale la plus favorable qu'il est le plus bas.

Parmi les régions françaises, le taux le plus faible est observé en Corse (3,2 % de la population) avant la Bretagne et les Pays de la Loire, alors que les taux les plus élevés dans l'Hexagone sont retrouvés dans les Hauts-de-France (7,3 %) puis en Occitanie. En Outre-Mer, les taux varient de 16,5 % en Martinique à 24,7 % à La Réunion, taux nettement supérieur à ce qui est observé dans l'Hexagone.

Graphique 16. Taux de personnes couvertes par le RSA en décembre 2023 selon la classe de typologie sociale (pour cent habitants)



Source : Cnaf, CCMSA, Insee RP – Exploitation : Fnors – ORS

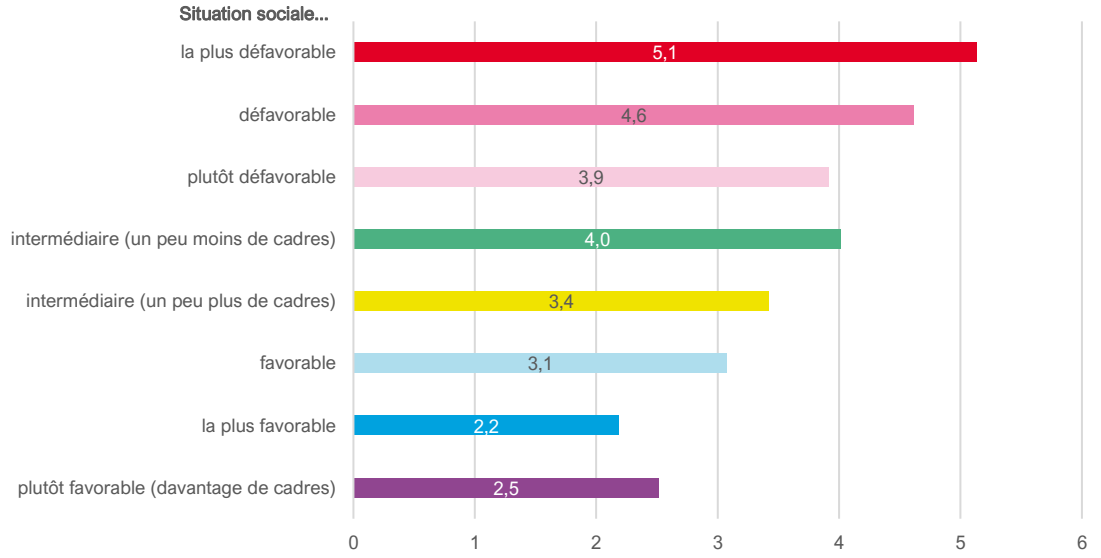
Taux d'allocataires de l'AAH

La situation de handicap est également un déterminant social important dans les parcours de soins des personnes atteintes de cancer. Elle peut être approchée au niveau territorial fin par un indicateur la combinant à un niveau bas de ressources financières qui est le taux d'allocataires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH). En France, en décembre 2023, 3,4 % des personnes âgées entre 20 et 64 ans étaient allocataires de l'AAH.

Selon la typologie sociale, c'est dans la classe correspondant à la situation sociale la plus favorable que le taux le plus bas est observé et dans celle où la situation sociale est la plus défavorisée qu'il est le plus élevé. Les autres classes présentent des valeurs croissantes selon que la situation sociale est de moins en moins favorable.

C'est en Guyane (2,2 % des 20-64 ans concernés) puis en Île-de-France (2,4 %) que les taux d'allocataires de l'AAH les plus bas sont observés. À l'opposé, c'est en Guadeloupe (5,1 %) puis en Corse et en Martinique (4,6 %) que les taux les plus élevés sont enregistrés.

Graphique 17. Taux d'allocataires de l'AAH en décembre 2023 parmi les 20-64 ans selon la classe de typologie sociale (pour cent habitants de 20 à 64 ans)



Source : Cnaf, CCMSA, Insee RP – Exploitation : Fnors – ORS

2.3 Données environnementales

Les données environnementales, qui peuvent faire partie des déterminants de la survenue de certains cancers, sont disponibles à un niveau géographique fin dans l'Hexagone, mais pas forcément au niveau des communes ultramarines. Ainsi, parmi les trois indicateurs présentés, seul celui correspondant à la pollution des sols est disponible pour l'ensemble du territoire. Pour les deux autres, les données ultramarines n'étant pas disponibles, ils n'ont pas pu être calculés pour les classes de typologie 6 et 8 qui rassemblent celles-ci.

Récapitulatif des données environnementales

Tableau 12. Principales caractéristiques environnementales selon la typologie sociale

Classe de typologie sociale	Part de population du territoire vivant en en zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole (2021)	Densité de sites et sols pollués ou potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics pour 100 km² (2023)	Part des ménages en précarité énergétique logement (2021)
Situation sociale plutôt favorable (davantage de cadres)	42,2	16,0	8,3
Situation sociale la plus favorable	66,3	1,2	13,6
Situation sociale favorable	67,9	0,7	17,4
Situation sociale intermédiaire (un peu plus de cadres)	66,9	4,0	12,5
Situation sociale intermédiaire (un peu moins de cadres)	66,1	0,6	19,8
Situation sociale plutôt défavorable		0,1	
Situation sociale défavorable	57,8	1,2	18,7
Situation sociale la plus défavorable	0,0	3,5	0,0

Sources : Système d'information sur l'eau, Ministère de la Transition Écologique et BRGM, Observatoire national de la précarité énergétique
Exploitation : Fnors et ORS

Tableau 13. Principales caractéristiques environnementales dans les régions françaises

Région	Part de population du territoire vivant en en zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole (2021)	Densité de sites et sols pollués ou potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics pour 100 km² (2023)	Part des ménages en précarité énergétique logement (2021)
Auvergne-Rhône-Alpes	34,9	1,94	13,6
Bourgogne-Franche-Comté	49,6	0,79	16,2
Bretagne	99,8	3,66	13,5
Centre-Val de Loire	95,2	1,12	16,3
Corse	0,0	0,06	15,8
Grand Est	85,8	1,86	16,9
Hauts-de-France	100,0	3,07	17,1
Île-de-France	44,4	21,28	10,7
Normandie	92,8	1,55	15,7
Nouvelle-Aquitaine	45,8	1,09	15,3
Occitanie	61,8	0,49	15,3
Pays de la Loire	100,0	0,87	12,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7,0	1,08	13,7
Guadeloupe		1,47	
Martinique		3,81	
Guyane		0,01	
La Réunion		1,60	

Sources : Système d'information sur l'eau, ministère de la Transition Écologique et BRGM, Observatoire national de la précarité énergétique
Exploitation : Fnors et ORS

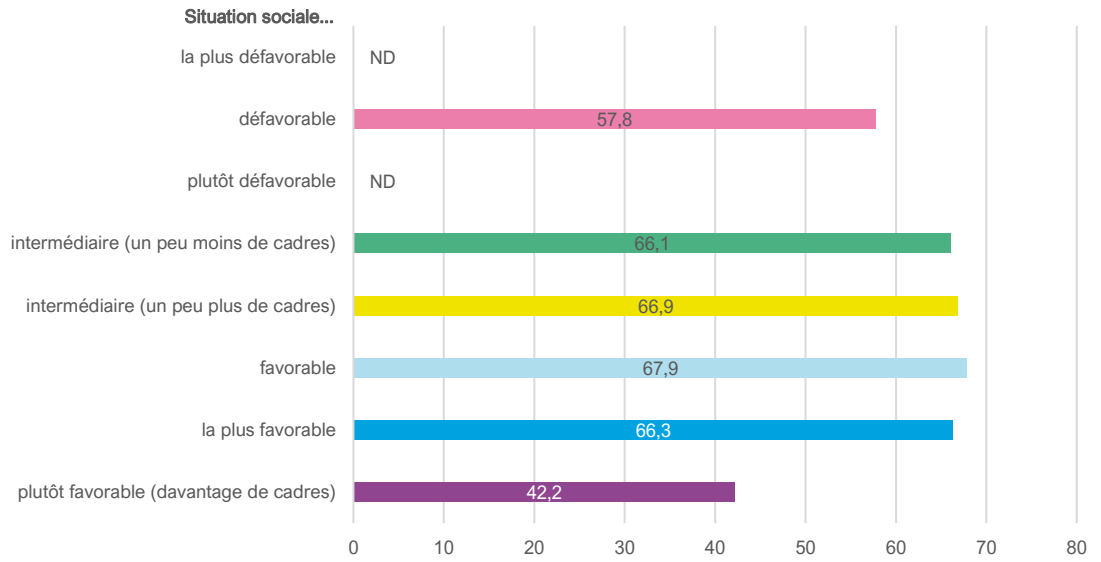
Population en zones vulnérables aux nitrates agricoles

Dans la France hexagonale, 61,2 % de la population vit dans des zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole.

Selon la typologie sociale, c'est dans la classe qui présente une situation sociale plutôt favorable avec davantage de cadres que cette part est la moins importante (42,2 %). Les valeurs observées dans les quatre classes suivantes qui correspondent à des situations sociales intermédiaires et favorisées sont assez proches les unes des autres, variant entre 66 % et 68 %. Pour la seule classe pour laquelle cette information est disponible parmi celles où la situation sociale est défavorisée, la part observée prend une valeur intermédiaire (57,8 %)

Dans l'Hexagone, seule la population de la Corse vit en totalité en dehors de zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole et 7,0 % de la population de Provence-Alpes-Côte d'Azur vit dans de telles zones. Dans deux régions, Pays de la Loire et Hauts-de-France, la totalité de la population est concernée et, dans trois autres régions (Normandie, Centre-Val de Loire et Bretagne), plus de 90 % de la population vit dans ces zones.

Graphique 18. Part de la population vivant en 2021 dans une zone vulnérable aux nitrates d'origine agricole selon la typologie sociale (pour cent habitants)



ND : non disponible

Sources : Système d'information sur l'eau – Exploitation : Fnors et ORS

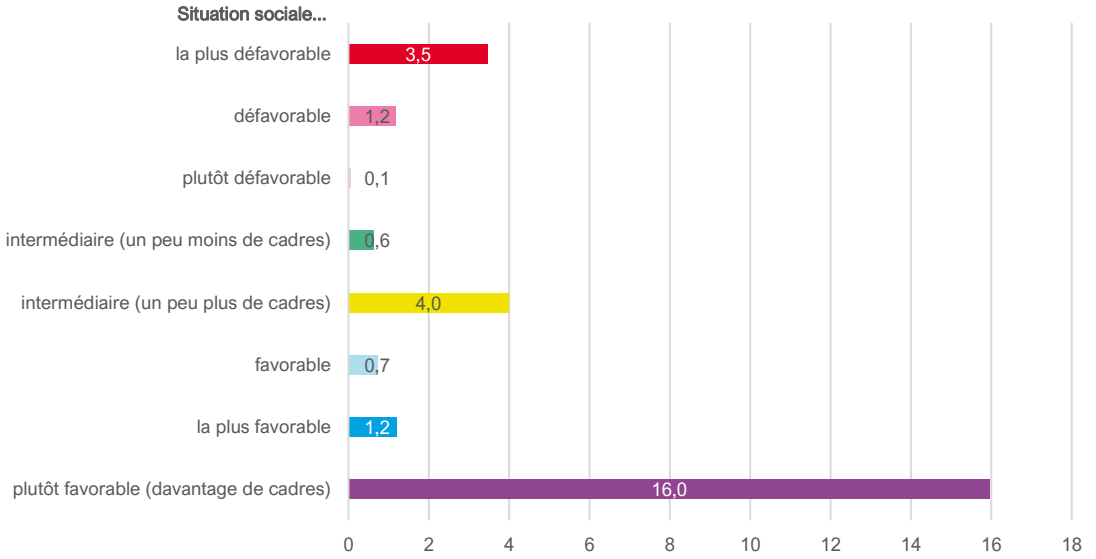
Sites et sols pollués

En France, on compte en moyenne 1,6 site ou sol pollué ou potentiellement pollué appelant une action des pouvoirs publics pour 100 km² en 2023.

La densité de ces sites est très variable selon les classes de typologie sociale : elle est très élevée dans la classe présentant une situation sociale plutôt favorable avec davantage de cadres, correspondant principalement à des communes urbaines. Elle est très faible dans la classe présentant une situation sociale plutôt défavorable. Des taux moyennement élevés sont observés dans une des deux classes où la situation sociale est intermédiaire ainsi que dans celle où la situation sociale est la plus défavorable.

En Guyane, étant donné l'étendue du territoire et la faible densité démographique, ces sites sont peu nombreux, moins de 0,1 pour 100 km². Ces sites sont également peu présents en Corse et en Occitanie (moins de 0,5 pour 100 km²). C'est en Île-de-France qu'ils sont les plus présents : 21,3 sites pour 100 km²) avant la Martinique et la Bretagne, ces deux régions présentant des valeurs près de 6 fois plus faibles qu'en Île-de-France, entre 3,7 et 3,8 sites pour 100 km².

Graphique 19. Densité de sites et sols pollués ou potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics en 2023 pour 100 km² selon la typologie sociale



Sources : Ministère de la Transition Écologique et BRGM – Exploitation : Fnors et ORS

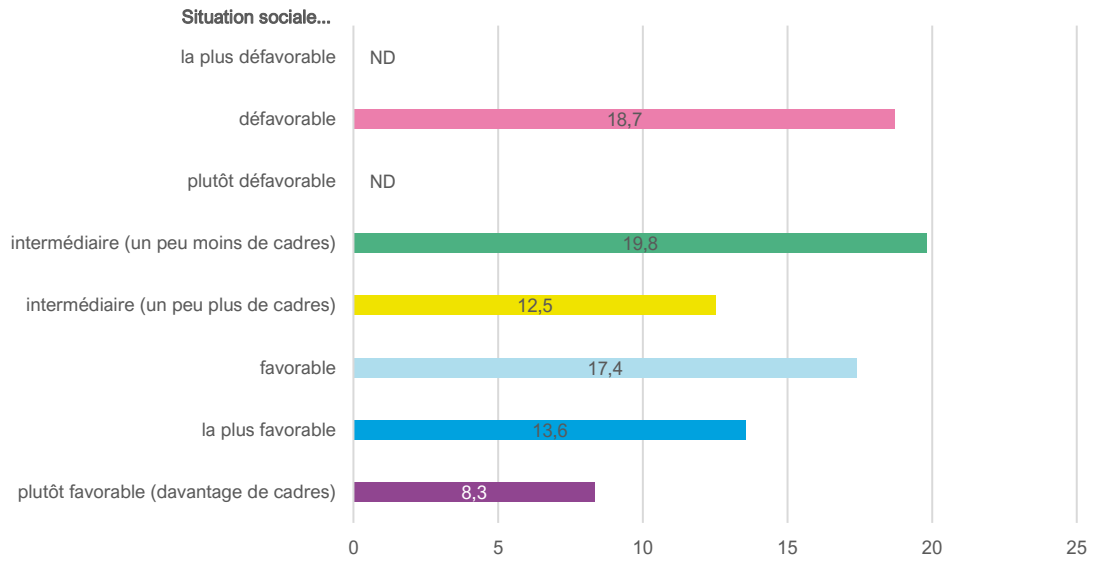
Précarité énergétique

En 2021, 14,8 % des ménages en France hexagonale étaient en précarité énergétique logement. Cela signifie qu'ils consacraient au moins 8 % de leurs ressources pour se chauffer, pour les ménages appartenant aux trois déciles les plus bas.

Comme cette donnée n'est pas disponible Outre-Mer, elle ne peut être calculée pour les territoires appartenant à deux des trois classes où la situation sociale est défavorisée. Pour les autres classes, les taux les plus bas sont observés dans la classe ayant une situation sociale plutôt favorable avec davantage de cadres ainsi que dans la classe intermédiaire avec un peu plus de cadres ; le taux le plus élevé est retrouvé dans l'autre classe intermédiaire, celle avec un peu moins de cadres, avant celui de la classe présentant une situation sociale défavorable.

C'est en Île-de-France que la part des ménages en situation de précarité énergétique logement est la plus faible (10,7 %) suivie des Pays de la Loire et de la Bretagne. Les taux les plus élevés sont observés en Hauts-de-France (17,1 %) et en Grand Est (16,9 %).

Graphiques 20. Part des ménages en précarité énergétique logement en 2021 selon la typologie sociale (pour cent ménages)



ND : non disponible

Sources : Observatoire national de la précarité énergétique – Exploitation : Fnors et ORS

2.4 Proxy de facteurs de risques ou de protection des cancers

Récapitulatif des données sur les proxys de facteurs de risques ou de protection des cancers

Tableau 14. Principales caractéristiques des proxys de facteurs de risques ou de protection des cancers selon la typologie sociale

Classe de typologie sociale	Patients de 18 ans et plus pris en charge pour syndrome coronaire aigu (2022)	Patients de 18 ans et plus pris en charge pour diabète (2022)	Patients de 18 ans et plus pris en charge pour obésité (2022)
Situation sociale plutôt favorable (davantage de cadres)	2,7	131,7	54,1
Situation sociale la plus favorable	3,2	121,8	64,8
Situation sociale favorable	3,4	129,1	74,6
Situation sociale intermédiaire (un peu plus de cadres)	3,2	142,4	71,1
Situation sociale intermédiaire (un peu moins de cadres)	3,7	140,2	82,6
Situation sociale plutôt défavorable	3,8	262,8	91,3
Situation sociale défavorable	3,8	150,5	82,7
Situation sociale la plus défavorable	3,5	180,4	100,5

Source : SNDS Cartographie des pathologies - Exploitation : Fnors et ORS

Tableau 15. Principales caractéristiques des proxys de facteurs de risques ou de protection des cancers dans les régions françaises

Région	Patients de 18 ans et plus pris en charge pour syndrome coronaire aigu (2022)	Patients de 18 ans et plus pris en charge pour diabète (2022)	Patients de 18 ans et plus pris en charge pour obésité (2022)
Auvergne-Rhône-Alpes	1,5	66,7	34,2
Bourgogne-Franche-Comté	1,8	73,7	33,7
Bretagne	1,6	49,5	28,2
Centre-Val de Loire	1,5	74,1	43,7
Corse	2,2	67,7	29,3
Grand Est	1,8	81,4	51,4
Hauts-de-France	1,6	88,6	55,8
Île-de-France	1,4	76,5	29,6
Normandie	1,8	70,7	44,4
Nouvelle-Aquitaine	1,8	64,1	35,6
Occitanie	1,8	65,0	30,1
Pays de la Loire	1,5	59,7	30,2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,8	67,4	27,9
Guadeloupe	0,8	120,4	55,6
Martinique	0,9	106,8	50,8
Guyane	0,9	109,5	38,7
La Réunion	2,1	135,5	47,0

Source : SNDS Cartographie des pathologies - Exploitation : Fnors et ORS

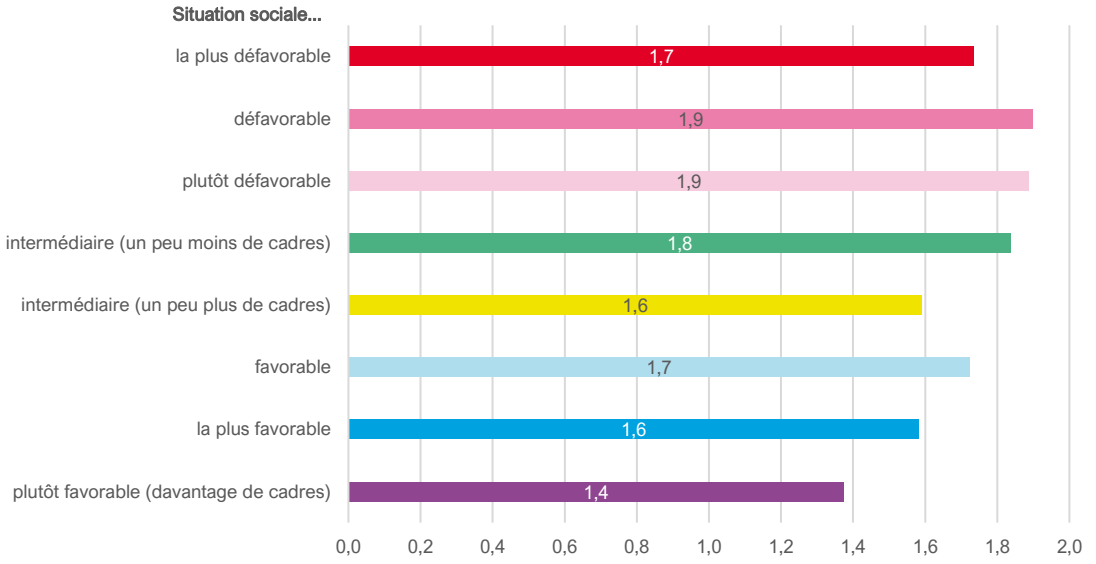
Syndrome coronarien aigu

En France, le taux standardisé de prise en charge pour syndrome coronaire aigu en 2022 est de 1,64 pour 1 000 personnes âgées de 18 ans et plus.

C'est dans les classes présentant les situations sociales les plus favorables, et en particulier dans celle correspondant à une situation sociale plutôt favorable (avec davantage de cadres), ainsi que dans classe où la situation est intermédiaire avec un peu plus de cadres que les taux les plus bas sont observés. L'autre classe correspondant à une situation sociale intermédiaire ainsi que les trois classes présentant une situation sociale défavorable présentent des taux supérieurs. Cependant, la valeur la plus élevée n'est pas retrouvée dans la classe présentant la situation la plus défavorable.

C'est en Corse que le taux standardisé de prise en charge est le plus élevé avant celui de La Réunion. À l'opposé, les trois autres régions ultramarines présentent les valeurs les plus faibles suivies, dans l'Hexagone, par l'Île-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire et les Pays de la Loire.

Graphique 21. Taux standardisé de prise en charge des patients de 18 ans et plus pour syndrome coronaire aigu en 2022 par classe de typologie sociale (Taux standardisé pour 1 000 habitants)



Source : SNDS Cartographie des pathologies - Exploitation : Fnors et ORS

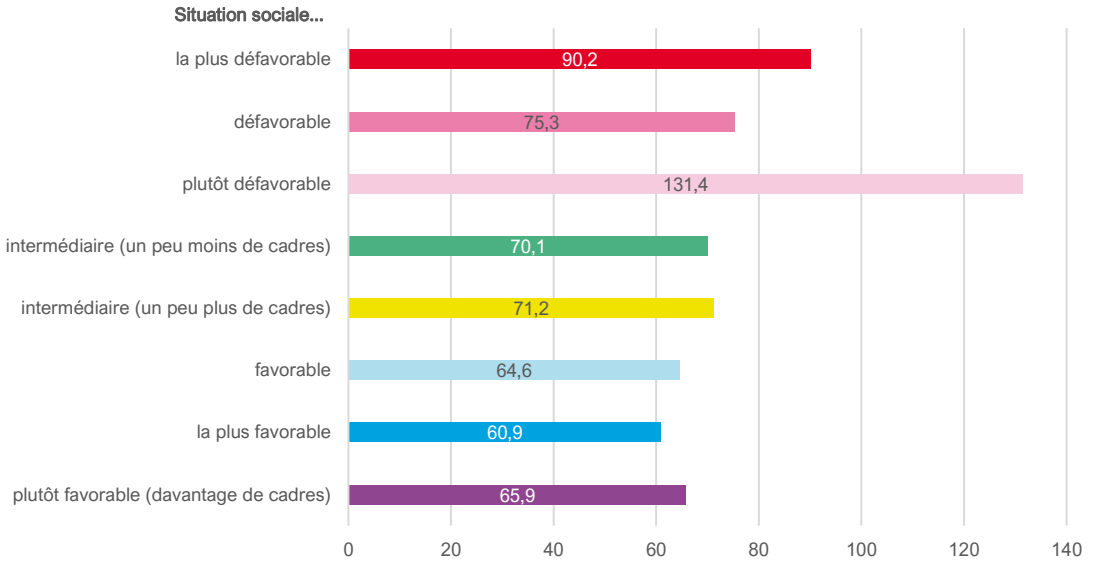
Diabète

Le taux standardisé pour les prises en charge pour diabète est de 71,9 pour 1 000 personnes de 18 ans ou plus au niveau de la France entière.

Un taux particulièrement élevé (près de deux fois plus élevé que la valeur France) est observé dans la classe correspondant à une situation sociale plutôt défavorable et composée pour une bonne part de communes ultramarines, régions où la prévalence du diabète est particulièrement élevée. Les taux, bien que moindres, restent plus élevés dans les deux autres classes correspondant à des situations sociales défavorables que dans les régions intermédiaires. C'est dans les classes où la situation sociale est la plus favorable que les taux standardisés de prise en charge pour diabète sont les plus faibles.

Les quatre régions ultramarines présentent des taux standardisés de prise en charge pour diabète allant de 1,5 à 1,9 fois plus élevés qu'en France alors que, dans l'Hexagone, ce sont les Hauts-de-France qui présentent le taux le plus élevé, des régions avec un rapport de 1,2. La région Grand Est présente également un taux élevé, supérieur à 80 pour 1 000. C'est en Bretagne, avec une valeur de 49,5 pour 1 000 que le taux le plus bas est observé, avant les Pays de la Loire.

Graphique 22. Taux standardisé de prise en charge des patients de 18 ans et plus pour diabète en 2022
Par classe de typologie sociale (Taux standardisé pour 1 000 habitants)



Source : SNDS Cartographie des pathologies - Exploitation : Fnors et ORS

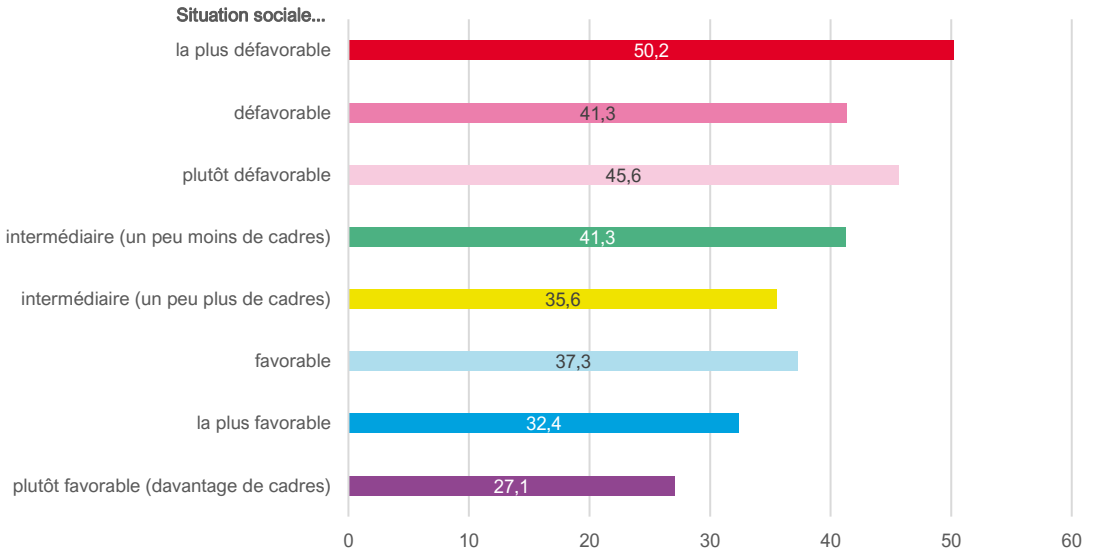
Obésité

En 2022, le taux standardisé en France de prise en charge pour obésité était de 36,6 pour 1 000 personnes de 18 ans et plus.

Les taux les plus élevés sont retrouvés dans la classe la plus défavorisée, puis dans celle où la situation sociale est plutôt défavorable. La valeur la plus basse concerne la classe où la situation sociale est plutôt favorable (avec davantage de cadres) alors que celle où la situation sociale est favorable présente une valeur comprise entre celles des deux classes intermédiaires.

Les Hauts-de-France sont la région française où le taux standardisé de prise en charge pour obésité est le plus élevé, juste devant la Guadeloupe. La valeur la plus faible est observée en Provence-Alpes-Côte d'Azur, puis en Bretagne et en Corse.

Graphique 23. Taux standardisé de prise en charge des patients de 18 ans et plus pour obésité en 2022
Par classe de typologie sociale (Taux standardisé pour 1 000 habitants)



Source : SNDS Cartographie des pathologies - Exploitation : Fnors et ORS

II- Données contextuelles autour de l'accès aux soins

1. Récapitulatif des données d'accès aux soins

Tableau 16. Principales caractéristiques sur l'accès aux soins selon la typologie sociale

Classe de typologie sociale	Part (%) de la population à moins de 15 mn d'un médecin généraliste (2022)	Part (‰) de la population des 18 ans et plus ayant un médecin traitant (2022)	Part de la population des femmes de 18 ans et plus à moins de 15 mn d'un radiologue (2022)	Part (%) de la population des 18 ans et plus à moins de 15 mn d'un centre autorisé pour la chirurgie des cancers digestifs (2024)	Part (%) de la population des femmes de 18 ans et plus à d'un centre autorisé pour la chirurgie du cancer du sein (2024)	Part (%) de la population des 18 ans et plus à moins de 15 mn d'un centre autorisé pour la chimiothérapie (2024)
Situation sociale plutôt favorable (davantage de cadres)	100,0	831,7	96,4	86,9	85,7	85,9
Situation sociale la plus favorable	99,1	877,1	53,2	17,0	14,7	16,3
Situation sociale favorable	97,5	871,1	38,4	16,4	11,8	10,6
Situation sociale intermédiaire (un peu plus de cadres)	99,8	856,6	90,3	77,0	72,7	72,5
Situation sociale intermédiaire (un peu moins de cadres)	97,6	863,7	48,0	23,5	18,7	16,7
Situation sociale plutôt défavorable	97,8	820,8	90,6	29,0	35,7	23,3
Situation sociale défavorable	98,6	853,4	72,7	45,7	36,3	36,2
Situation sociale la plus défavorable	99,7	847,1	90,2	74,7	68,1	73,4

Sources : Drees-RPPS, SNDS Cartographie des pathologies, INCa, Insee, distancier Metric OSRM, © les contributeurs d'OpenSreetMap et du projet OSRM - Exploitation : Fnors et ORS

Tableau 17. Principales caractéristiques sur l'accès aux soins dans les régions françaises

Région	Part (%) de la population à moins de 15 mn d'un médecin généraliste (2022)	Part (‰) de la population des 18 ans et plus ayant un médecin traitant (2022)	Part de la population des femmes de 18 ans et plus à moins de 15 mn d'un radiologue (2022)	Part (%) de la population des 18 ans et plus à moins de 15 mn d'un centre autorisé pour la chirurgie des cancers digestifs (2024)	Part (%) de la population des femmes de 18 ans et plus à d'un centre autorisé pour la chirurgie du cancer du sein (2024)	Part (%) de la population des 18 ans et plus à moins de 15 mn d'un centre autorisé pour la chimiothérapie (2024)
Auvergne-Rhône-Alpes	98,8	857,6	77,4	57,8	54,4	52,4
Bourgogne-Franche-Comté	98,1	864,2	61,4	39,2	38,8	40,3
Bretagne	99,4	808,0	66,8	41,6	37,9	35,0
Centre-Val de Loire	98,8	863,4	66,5	44,5	40,7	40,4
Corse	90,2	846,3	56,3	45,0	44,9	43,4
Grand Est	99,1	885,3	76,3	49,5	44,6	47,4
Hauts-de-France	99,8	860,9	84,3	63,3	53,6	58,4
Île-de-France	100,0	860,9	98,1	93,3	90,3	92,2
Normandie	99,5	837,1	70,8	49,6	45,9	44,6
Nouvelle-Aquitaine	98,8	863,1	65,8	49,2	45,7	42,4
Occitanie	98,6	869,0	75,4	50,8	47,0	48,5
Pays de la Loire	99,9	882,3	59,4	39,6	37,1	34,7
Provence-Alpes-Côte d'Azur	99,4	867,3	90,0	72,1	67,1	66,1
Guadeloupe	99,6	759,8	61,0	48,9	50,3	48,9
Martinique	99,7	799,2	86,5	41,8	43,0	41,8
Guyane	90,3	614,3	74,0	47,7	8,7	nd
La Réunion	100,0	874,3	95,0	21,9	41,8	21,9

Sources : Drees-RPPS, SNDS Cartographie des pathologies, INCa, Insee, distancier Metric OSRM, © les contributeurs d'OpenSreetMap et du projet OSRM - Exploitation : Fnors et ORS

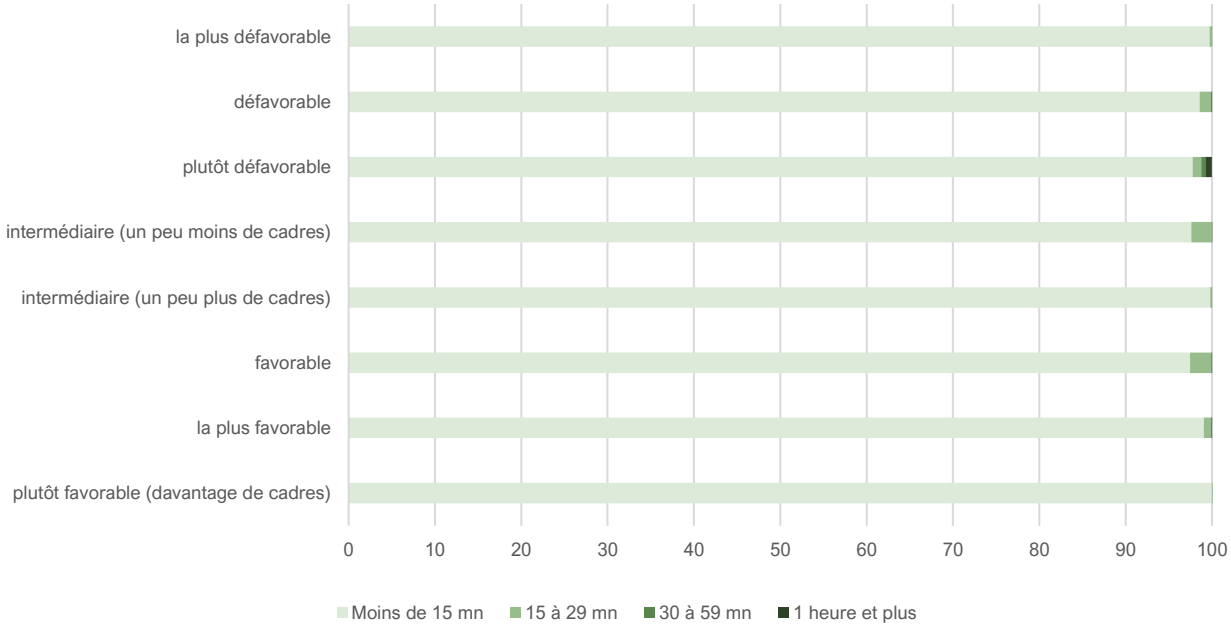
2. Médecin généraliste

En France, une très grande partie de la population âgée de 18 ans et plus vit à moins de 15 mn d'un médecin généraliste : c'est le cas de 99,2 % des habitants. Seul 0,06 % de la population vit à plus de 30 minutes d'un médecin généraliste et 0,01 % à une heure ou plus.

Si la totalité de la population de la classe présentant une situation sociale plutôt favorable (avec davantage de cadres), correspondant principalement à des communes urbaines, vit à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste, cette part est plus faible dans trois classes de la typologie sociale : c'est dans la classe correspondant à une situation sociale favorable qu'elle est la plus faible (97,5 %), suivie par la classe où la situation sociale est intermédiaire avec un peu moins de cadres (97,6 %), puis la classe où la situation sociale est plutôt défavorable (97,8 %).

Selon les régions, la part de la population des 18 ans et plus vivant à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste est variable, tout en restant très majoritaire. Elle est ainsi de 100 % en Île-de-France et à La Réunion et dépasse 99 % dans huit des dix-sept régions françaises (hors Mayotte). Dans l'Hexagone, c'est en Corse qu'elle est la plus faible (90,2 %) avec 2,5 % de la population vivant à 30 minutes ou plus d'un médecin généraliste et 0,3 % à une heure ou plus. Dans les Outre-Mer, la Guyane se distingue : 90,3 % de sa population vit à moins de 15 minutes d'un médecin généraliste alors que 5,8 % vivent à 30 minutes ou plus de cette offre de soins et 3,6 % à une heure ou plus.

Graphique 24. Répartition de la population de 18 ans et plus selon le temps d'accès à un médecin généraliste en 2022 par classe de typologie sociale (Part de la population (%))



Source : Drees – RPPS, Insee, distancier Metric OSRM, © les contributeurs d'OpenSreetMap et du projet OSRM - Exploitation : Fnors et ORS

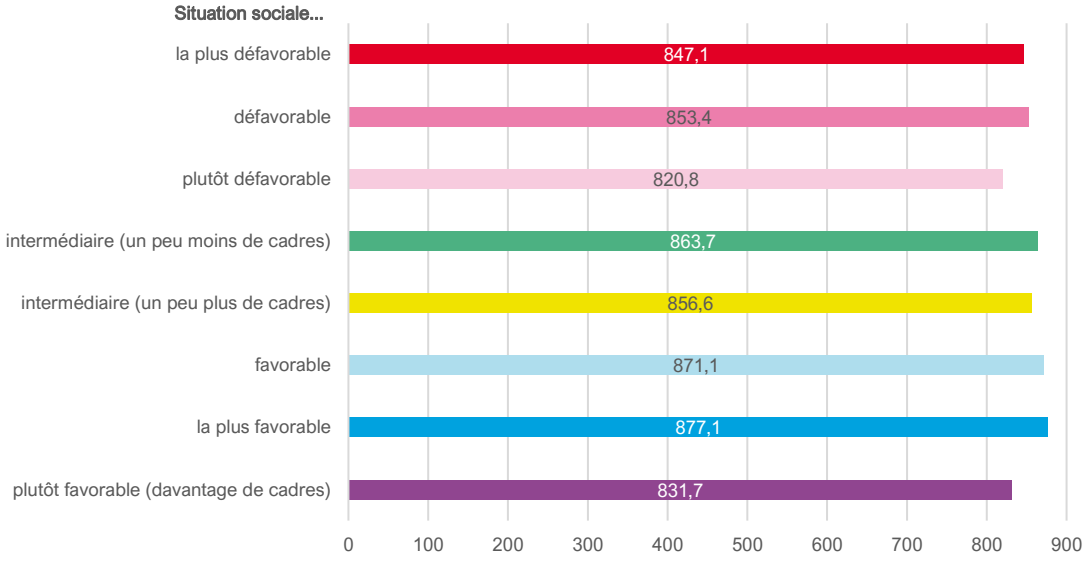
3. Personnes de 18 ans et plus ayant un médecin traitant

En France, en 2022, pour 1 000 personnes de 18 ans et plus, 852 personnes avaient un médecin traitant actif lors du dernier soin reçu (taux standardisé sur l'âge).

C'est dans la classe où la situation sociale est plutôt défavorable que ce taux est le plus faible : 821 ‰. Les deux autres classes qui correspondent à des situations sociales défavorables présentent également des taux plutôt bas, tout comme la classe où la situation sociale est plutôt favorable (avec davantage de cadres) du fait du poids des quartiers défavorisés des communes urbaines. C'est dans la classe où la situation sociale est la plus favorable que cette proportion est la plus élevée, avant celle où la situation sociale est favorable.

Le taux standardisé de personnes de 18 ans et plus ayant un médecin traitant est le plus élevé en Grand Est, puis dans les Hauts-de-France, les valeurs étant respectivement de 885 ‰ et 882 ‰. La Réunion vient juste après avec un taux de 874 ‰. C'est en Guyane que cet indicateur prend la valeur la moins élevée (614 ‰), suivie par les deux autres régions françaises d'Amérique. Dans l'Hexagone, c'est en Provence-Alpes-Côte d'Azur que le taux est le plus faible (846 ‰).

Graphique 25. Taux standardisé de personnes de 18 ans et plus ayant un médecin traitant actif au dernier soin en 2022 par classe de typologie sociale (Taux standardisé pour 1 000 habitants)



Source : SNDS Cartographie des pathologies - Exploitation : Fnors et ORS

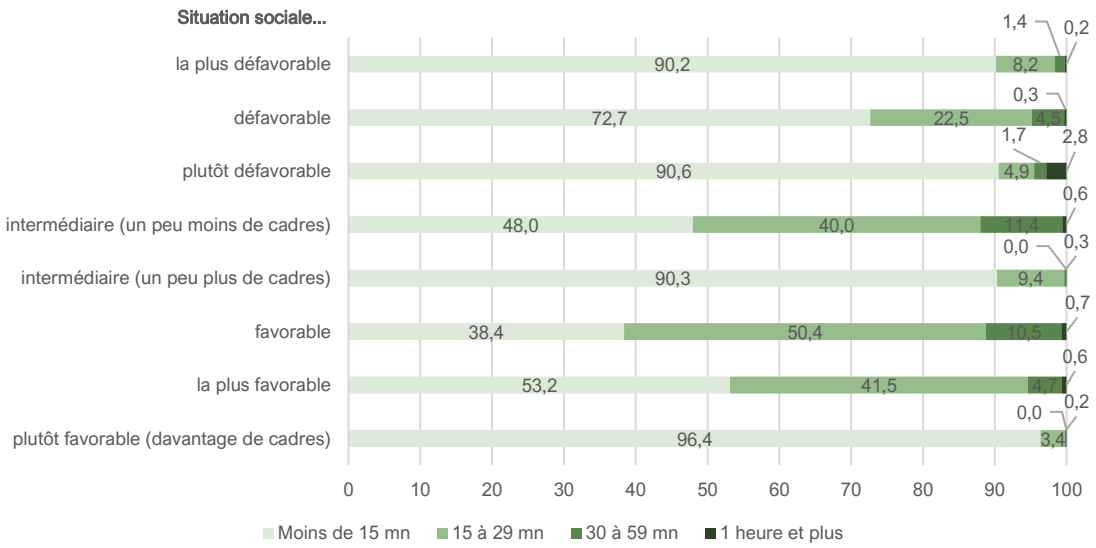
4. Radiologue

En France, près de quatre femmes sur cinq (79,2 %) âgées de 18 ans ou plus résident à moins de 15 minutes d'un radiologue. La part de cette population qui réside à 30 minutes ou plus d'un radiologue est de 3,3 % et celle résidant à une heure ou plus de ce type de professionnel est de 0,3 %.

Les parts les plus élevées de femmes de 18 ans et plus à moins d'un quart d'heure d'un radiologue sont retrouvées d'abord dans la classe où la situation sociale est plutôt favorable, puis dans une classe où celle-ci est plutôt défavorable ; les parts les plus faibles concernent la classe où la situation sociale est favorable avant la classe intermédiaire avec un peu moins de cadres et la classe où la situation sociale est la plus favorable.

C'est en Île-de-France que la part de la population des femmes de 18 ans et plus à moins de 15 mn d'un radiologue est la plus importante (98,1 %). Avec une part de 95,0 %, La Réunion est la seule autre région où cette part atteint ou dépasse 90 %, avec Provence-Alpes-Côte d'Azur avec 90,0 %. C'est en Corse que la part de la population adulte féminine à moins de 15 minutes d'un radiologue est la plus faible (56,3 %). Dans cette région, 29,0 % de la population vit à 30 minutes ou plus d'un radiologue et 7,0 % à une heure ou plus. En Guyane, si 74,0 % de la population vit à moins de 15 minutes d'un radiologue, 19,2 % vit à 30 minutes ou plus et 13,5 % à une heure ou plus de ce type de soins.

Graphique 26. Répartition de la population des femmes âgées de 18 ans et plus selon le temps d'accès à un radiologue en 2022 par classe de typologie sociale (Part de la population (%))



Source : Drees – RPPS, Insee, distancier Metric OSRM, © les contributeurs d'OpenSreetMap et du projet OSRM - Exploitation : Fnors et ORS

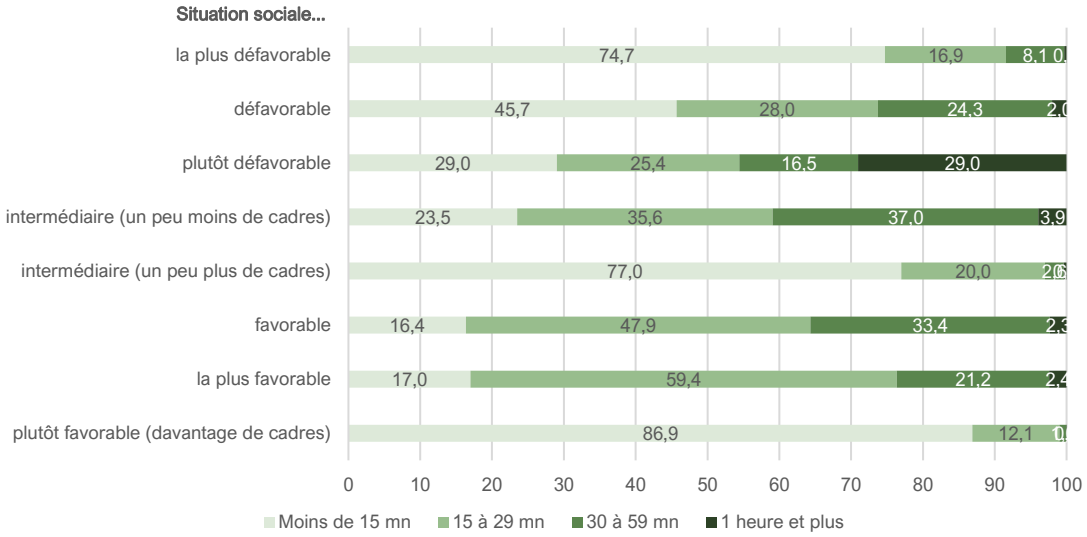
5. Centres autorisés pour la prise en charge des cancersChirurgie des cancers digestifs

En France (hors Mayotte), 60,6 % de la population âgée de 18 ans ou plus vit à moins de 15 mn d'un centre autorisé pour la chirurgie des cancers digestifs. À l'opposé, 13,9 % de la population vit à 30 minutes où plus d'un tel centre et 1,6 % à une heure ou plus.

Cette répartition est très variable selon les classes de typologie sociale. C'est dans la classe correspondant à une situation sociale plutôt favorable (avec davantage de cadres), et correspondant souvent à des communes urbaines que la part de la population à moins de 15 minutes d'un centre autorisé pour la chirurgie des cancers digestifs est la plus importante (96,3 %) devant la classe intermédiaire avec un peu plus de cadres (77,0 %) et la classe correspondant à la situation sociale la plus défavorable (74,7 %). Dans les deux autres classes correspondant à des situations sociales favorables, cette part n'est que de16 à 17 %. Dans l'autre classe intermédiaire, celle avec un peu moins de cadres atteint 23,5 % et, dans la classe où la situation est plutôt défavorable, 45,7 %. Il faut noter que, dans la classe où la situation sociale est plutôt défavorable, où les communes guyanaises sont assez représentées, 29,0 % de la population vit à une heure ou plus de ce type de centre.

En région Île-de-France, 93,3 % de la population des 18 ans et plus vit à moins de 15 minutes d'un centre autorisé pour la chirurgie des cancers digestifs. Les parts les plus élevées sont retrouvées ensuite en Provence-Alpes-Côte d'Azur (72,1 %) et dans les Hauts-de-France (63,3 %). Les régions où ces parts sont les plus basses sont d'abord La Réunion (21,9 %) : dans cette région, 47,5 % de la population vit à 30 minutes ou plus de ce type de centre. En Guyane, la part des personnes à plus d'une demi-heure d'un centre autorisé pour le traitement des cancers digestifs atteint 45,9 % et 43,3 % de la population est à plus d'une heure de cette offre de soins. Dans l'Hexagone, c'est en Bourgogne-Franche-Comté que la part des personnes à moins de 15 minutes de ces centres est la plus faible (39,2 %) avec 30,2 % de la population vivant à 30 minutes ou plus.

Graphique 27. Répartition de la population des 18 ans et plus selon le temps d'accès à un centre autorisé pour la chirurgie des cancers digestifs en 2024 par classe de typologie sociale (Part de la population (%))



Source : INCa, Insee, distancier Metric OSRM, © les contributeurs d'OpenSreetMap et du projet OSRM - Exploitation : Fnors et ORS

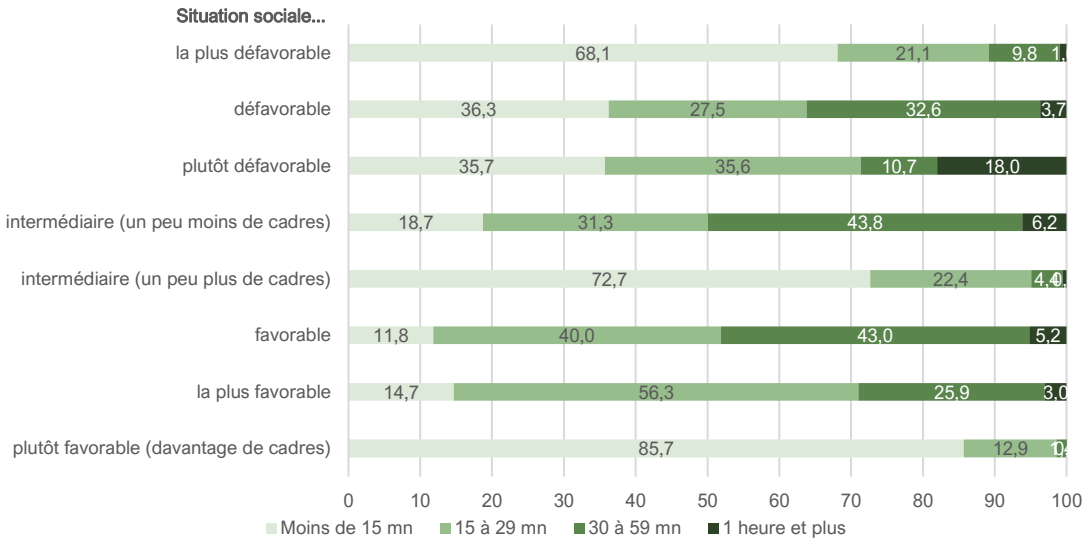
5.2 Chirurgie du cancer du sein

Un peu plus de la moitié (56,0 %) de la population des femmes âgées de 18 ans et plus en France vit à moins de 15 minutes d'un centre autorisé pour la chirurgie des cancers du sein ; 7,6 % de cette population vit à 30 minutes ou plus de ces centres et 2,1 % à plus d'une heure.

Cette part est la plus élevée (85,7 %) pour la population de la classe ayant une situation sociale plutôt favorable (avec davantage de cadres) avant la classe intermédiaire avec un peu plus de cadres (72,7 %) et la classe où la situation sociale est la plus défavorable (68,1 %). C'est dans la classe où la situation sociale est favorable que cette part est la plus faible (11,8 %) : dans cette classe, 48,2 % de la population féminine de 18 ans et plus vit à 30 minutes ou plus d'un centre autorisé pour la chirurgie des cancers du sein et 5,2 % à une heure ou plus. Les parts de population à distance de ces centres sont également élevées dans la classe intermédiaire avec un peu moins de cadres (50,0 % à 30 minutes ou plus et 6,2 % à une heure ou plus) ou dans celle où la situation sociale est défavorable (37,3 % à 30 minutes ou plus et 3,7 % à une heure ou plus.)

90,3 % de la population des femmes de 18 ans et plus en Île-de-France vit à moins de 15 minutes d'un centre autorisé pour la chirurgie des cancers du sein. Cette proportion est de 67,1 % en Provence-Alpes-Côte d'Azur et de 54,4 % en Auvergne-Rhône-Alpes, les deux régions qui viennent en suivant pour cet indicateur. C'est en Guyane que cette proportion est la plus faible (8,7 %) : dans cette région, 83,3 % de la population féminine adulte vit à une heure ou plus du seul centre qui y soit autorisé. Dans l'Hexagone, c'est en Bourgogne-France-comté que la part de la population vinant à proximité (moins de 15 minutes) de ces centres est la plus faible (38,8 %) : 30,3 % de la population vit à 30 minutes ou plus de ces centres et 6,1 % à une heure ou plus. À noter que, dans l'Hexagone, la Corse se distingue avec 28,2 % de la population vivant à une heure ou plus de ce type de centre.

Graphique 28. Répartition de la population des femmes de 18 ans et plus selon le temps d'accès à un centre autorisé pour la chirurgie des cancers du sein en 2024 par classe de typologie sociale (Part de la population (%))



Source : INCa, Insee, distancier Metric OSRM, © les contributeurs d'OpenSreetMap et du projet OSRM - Exploitation : Fnors et ORS

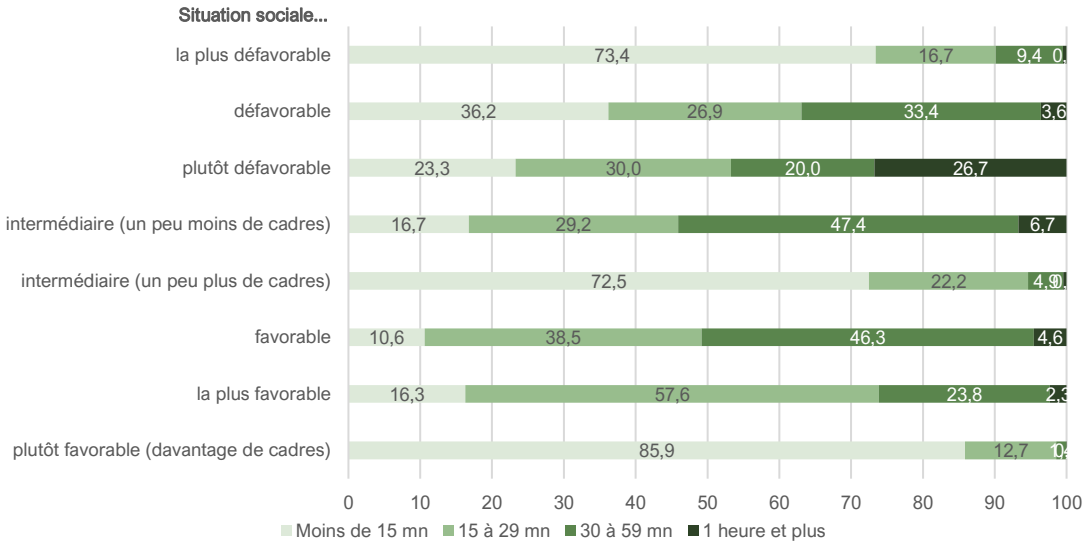
5.3 Chimiothérapie

Un peu plus de la moitié de la population française (56,8 %) âgée de 18 ans ou plus vit à moins d'un quart d'heure d'un centre autorisé pour la chimiothérapie ; 18,4 % des habitants vivent à 30 minutes ou plus de ces centres et 2,0 % à une heure ou plus.

C'est dans la classe correspondant à une situation sociale plutôt favorable (avec davantage de cadres) que ce taux est le plus élevé (85,9 %) avant la classe où la situation sociale est la plus défavorisée (73,4 %) et la classe intermédiaire avec un peu plus de cadres (72,5 %). À l'inverse, ces parts sont particulièrement basses dans les deux autres classes sociales favorisées (10,6 % dans la classe avec une situation sociale favorable et 16,3 % dans celle où elle est la plus favorable) ainsi que dans la classe intermédiaire avec un peu moins de cadres (16,7 %). C'est dans cette classe où on retrouve la part la plus élevée de personnes vivant à 30 minutes ou plus de ces centres (54,1 %).

Au niveau régional, c'est en Île-de-France que la part de la population des 18 ans et plus vivant à moins de 15 minutes d'un centre autorisé pour la chimiothérapie est la plus élevée (92,2 %) puis en Provence-Alpes-Côte d'Azur (66,1 %). Les régions où cette part est la plus faible sont La Réunion (21,9 %), les Pays de la Loire (34,7 %), et la Bretagne (35,0 %). En Corse, 29,2 % de la population se trouve à une heure ou plus d'un centre autorisé pour la chimiothérapie. En Guyane, la situation est particulière< car aucun centre n'est autorisé pour la chimiothérapie.

Graphique 29. Répartition de la population des 18 ans et plus selon le temps d'accès à un centre autorisé pour la chimiothérapie en 2024 par classe de typologie sociale (Part de la population (%))



Sources : INCa, Insee, distancier Metric OSRM, © les contributeurs d'OpenSreetMap et du projet OSRM - Exploitation : Fnors et ORS

III- Résultats par localisation

Pour chaque localisation étudiée (sein, côlon-rectum et pancréas), les résultats sont présentés d'abord globalement, puis par étape du parcours de prise en charge. Les données sont ventilées selon les différentes classes de la typologie sociale présentée au paragraphe précédent et par région de domicile des personnes concernées. La présentation des résultats débute à chaque fois par un tableau permettant de synthétiser l'ensemble des résultats obtenus par étape de parcours et par classe de typologie sociale.

Les indicateurs présentés dans cette partie sont des taux standardisés sur l'âge (population de référence France entière hors Mayotte au RP 2018). Dans les paragraphes ci-après, sont commentés uniquement les taux pour lesquels les différences par rapport aux valeurs nationales (France entière hors Mayotte) sont statistiquement significatives.

Les indicateurs révélant de fortes fluctuations aléatoires liées aux petits effectifs observés ne sont pas diffusés. Ceux pour lesquels les effectifs restent modérés doivent être interprétés avec prudence (cas des plus petits territoires étudiés). D'autre part, il faut rappeler que, plus les effectifs sont faibles, moins les tests statistiques deviennent suffisamment puissants pour mettre en évidence des différences significatives. À l'inverse, de grands effectifs permettent aux tests de détecter de plus petites différences.

Sein

1. Synthèse selon la typologie des communes de France

Tableau 18. Sein : étapes du parcours de soins selon la typologie de classes sociales

Cancer du sein - Étapes de parcours	Indicateurs	Situation sociale							
		Plutôt favorable [1]	La plus favorable	Favorable	Intermédiaire + [2]	Intermédiaire - [3]	Plutôt défavorable	Défavorable	La plus défavorable
Dépistage	Mammographie dans les 12 à 36 mois précédents le début du traitement (chez les 50-74 ans)	+	=	-	+	-	-	-	-
	Biopsie dans les 12 derniers mois avant le début du traitement	=	=	=	+	=	=	-	=
Diagnostic	Cancer diagnostiqué *in situ*	+	=	=	=	=	+	=	-
	Cancer diagnostiqué invasif localisé	+	=	=	=	=	-	-	=
	Cancer diagnostiqué invasif avec envahissement ganglionnaire	-	=	+	+	+	+	+	+
	Cancer diagnostiqué avec métastases synchrones	-	=	=	-	+	=	=	+
Traitement (type de traitement la 1re année)	Chimiothérapie néoadjuvante	+	-	=	-	=	+	=	+
	Chirurgie conservatrice	=	+	+	+	=	-	-	-
	Mastectomie totale	+	=	-	=	=	=	=	=
	Chimiothérapie adjuvante	-	+	+	=	+	+	+	=
	Radiothérapie	-	=	=	=	=	=	=	=
	Hormonothérapie	-	+	+	=	+	-	=	=
	Soins palliatifs	-	-	=	-	+	=	+	+
	Chimiothérapie conventionnelle	-	=	=	-	+	+	+	+
	Thérapies ciblées	-	=	+	-	=	+	=	+
Devenir à 1 an	Reconstruction mammaire après mastectomie	+	+	-	+	-	+	-	-
	Décès dans la 1re année de traitement	-	-	=	-	=	+	+	+
Devenir à 3 ans (patientes avec date de 1er traitement <01/07/2020)	Décès au cours des 3 premières années de traitement	-	-	=	=	=	+	+	+
	Apparition de métastases au cours des 3 premières années de traitement	-	=	=	=	=	=	+	+
	Reprise de traitement au cours des 3 premières années de traitement		=	=	=	=	=	=	=
	En vie sans rechute ni métastase des 3 premières années de traitement	+	=	=	=	=	=	=	-

[1] Davantage de cadres
[2] Un peu plus de cadres
[3] Un peu moins de cadres

Légende : différence significative

+ : taux standardisé supérieur à celui de la France

- : taux standardisé inférieur à celui de la France

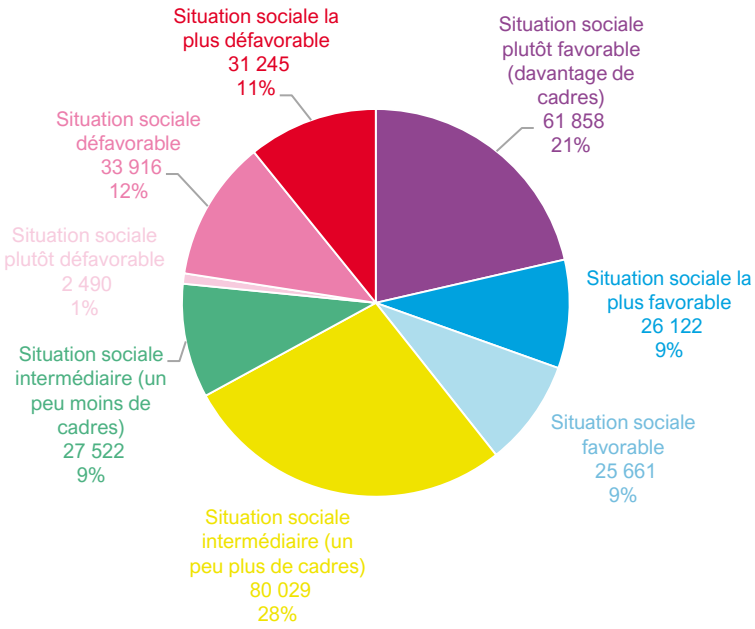
= : aucune différence

2. Répartition de la cohorte cancer du sein selon les classes de la typologie sociale

Parmi les 291 760 nouvelles patientes diagnostiquées et traitées pour un cancer du sein entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022 (patientes de la cohorte cancer du sein), 288 840 avaient un code géographique de domicile correctement défini. Les patientes, dont le lieu de domicile n'a pu être identifié, sont exclues de la suite des analyses.

Plus d'un quart (28 %) d'entre elles réside dans les territoires appartenant à la classe définie comme « intermédiaire avec un peu plus de cadres » de la typologie sociale ; 21 % dans ceux de la classe « plutôt favorable avec davantage de cadres ». Les deux autres classes en situation favorable (« situation sociale la plus favorable » et « situation sociale favorable »), ainsi que la classe dénommée « intermédiaire avec un peu moins de cadres », et les deux classes les plus défavorables (« situation sociale défavorable » et « situation sociale la plus défavorable ») regroupent entre 9 et 12 % des femmes de la cohorte. La classe en « situation sociale plutôt défavorable » est particulière, elle ne rassemble que 1 % de la cohorte.

Graphique 30. Patientes de la cohorte cancer du sein selon les 8 classes de la typologie sociale (Effectifs et %) - Période 2018-2022



Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

3. Dépistage

Parmi les patientes de la cohorte cancer du sein :

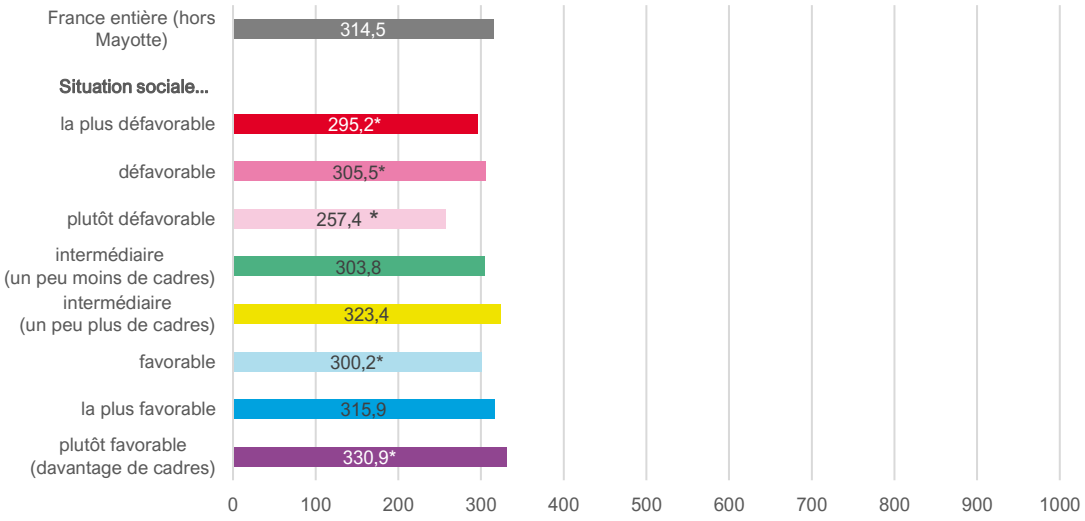
→ **315 ‰ ont réalisé une mammographie dans les 12 à 36 mois** avant le 1er traitement.

Au regard de la typologie sociale, les deux classes regroupant davantage de cadres et en situation sociale plutôt favorable pour l'une, intermédiaire pour l'autre, présentent dans leur population les taux les plus élevés (respectivement 330,9 ‰ et 323,4 ‰) de mammographies dans les 12 à 36 mois avant le 1er traitement. À l'inverse, hormis pour la classe dont la situation sociale est la plus favorable, les cinq autres classes ont des taux de mammographies inférieurs au taux national (de 257,4 ‰ pour la classe en « situation sociale plutôt défavorable » à 305,5 ‰ pour la classe qualifiée de « défavorable »).

À l'échelle des régions, cinq d'entre elles affichent des taux plus élevés que le niveau national. Ces taux varient de 324,3 ‰ dans les Pays de la Loire à 332,7 ‰ dans le Centre-Val de Loire. Huit régions présentent des taux plus faibles allant de 173,1 ‰ en Guyane à 301,3 ‰ dans les Hauts-de-France.

Graphiques 31 et 32. Patientes de la cohorte cancer du sein ayant réalisé une mammographie dans les 12 à 36 mois avant le 1er traitement – Période 2018-2022

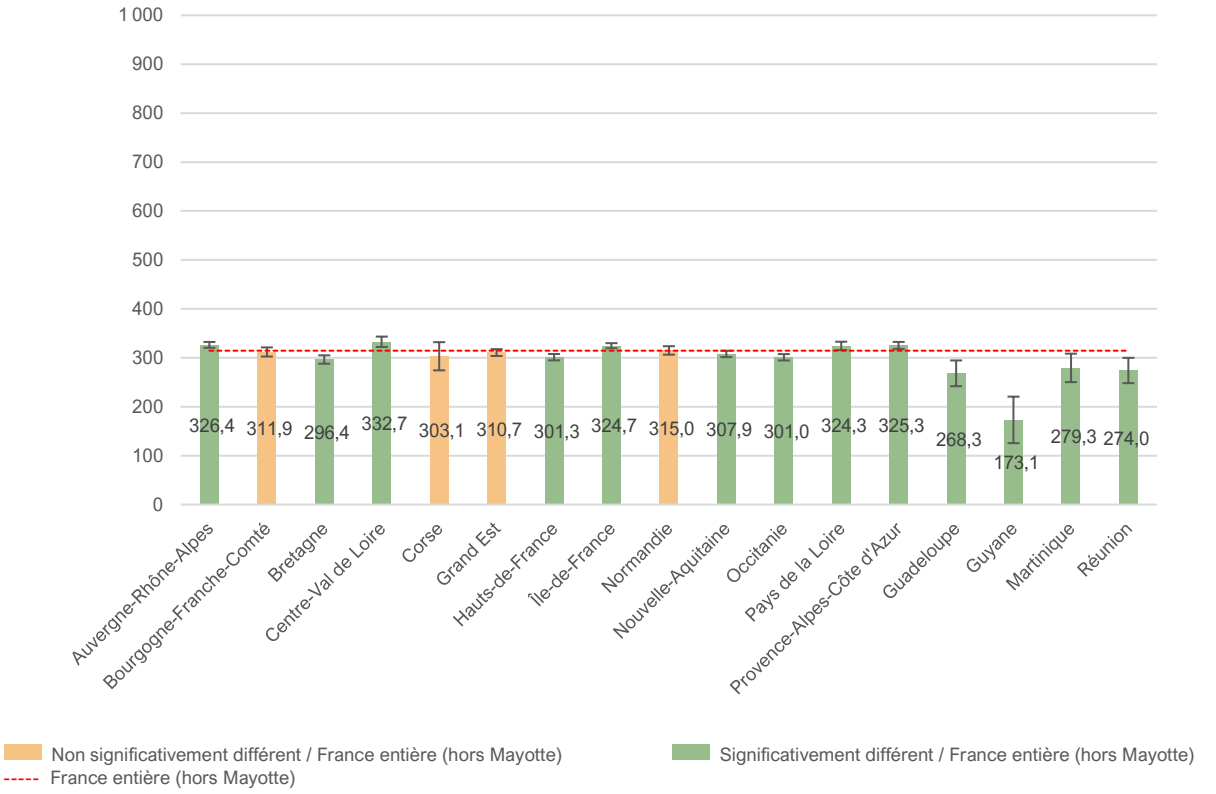
Graphique 31. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 32. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

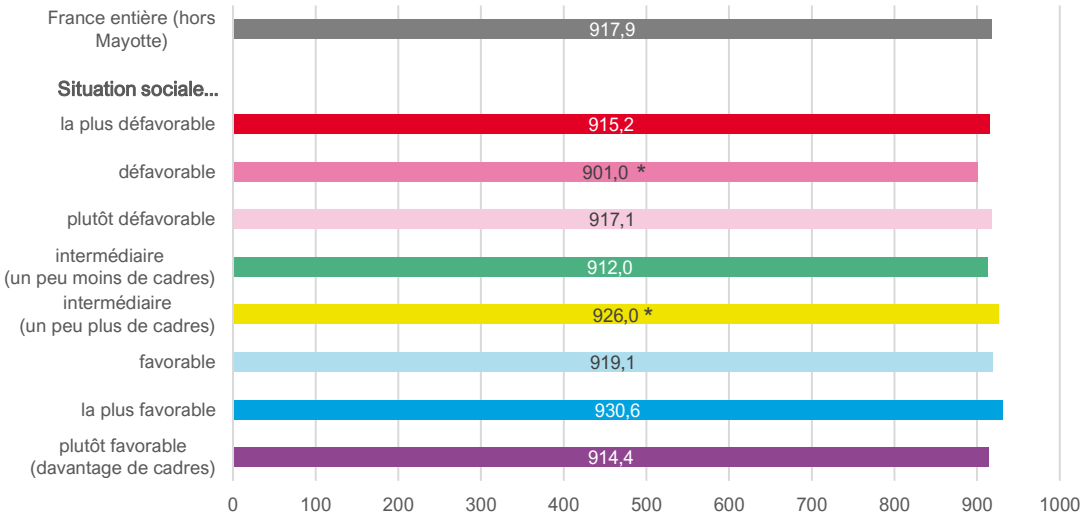
→ **la plupart des patientes (918 ‰) ont effectué une biopsie dans les 12 derniers mois** avant le début du traitement.

Là encore, la classe en « situation sociale intermédiaire avec un peu plus de cadres », affiche un taux plus élevé que le niveau national (926,0 ‰), tandis que celle en « situation sociale défavorable » présente le taux le plus faible (901,0 ‰).

Concernant les régions, les taux diffèrent peu de la valeur nationale. Les Pays de la Loire présentent le taux le plus élevé (937,9 ‰) tandis que l'Île-de-France (906,5 ‰), l'Occitanie (889,9 ‰) et la Guadeloupe (814,9 ‰) ont des taux plus faibles.

Graphiques 33 et 34. Patientes de la cohorte cancer du sein ayant effectué une biopsie dans les 12 derniers mois avant le début du traitement – Période 2018-2022

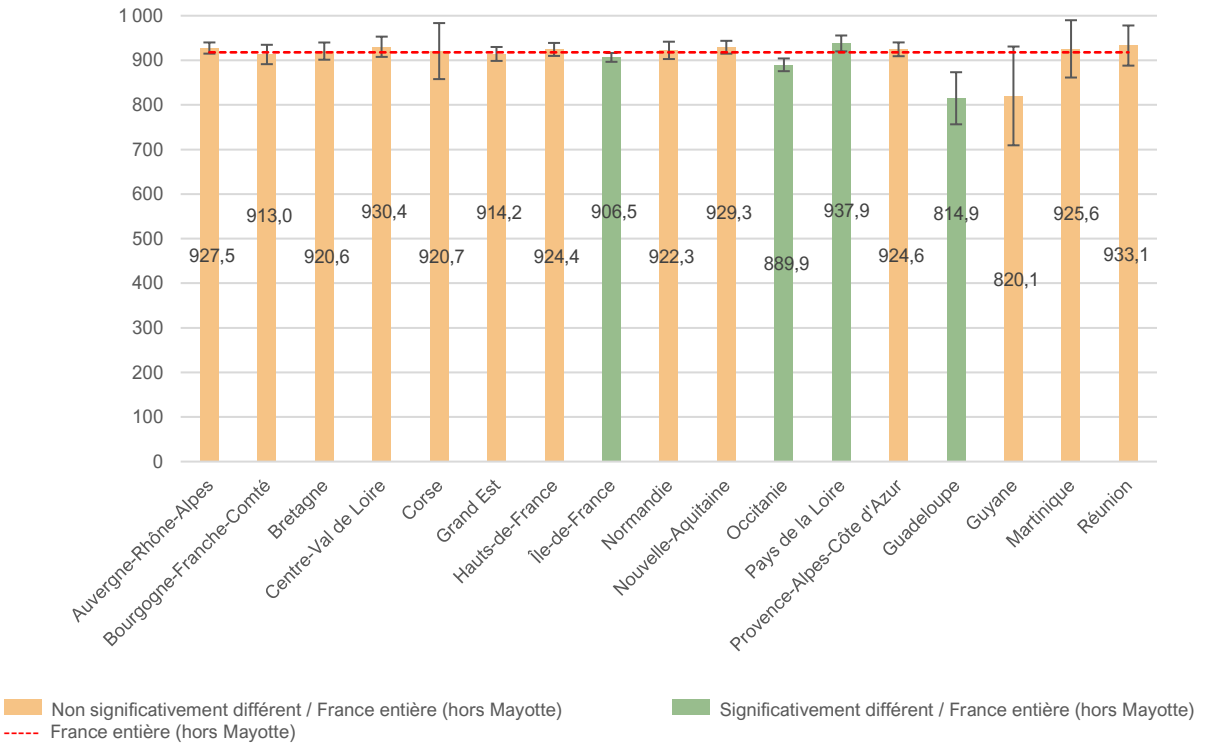
Graphique 33. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 34. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

4. Diagnostic

→ **une majorité de cas de cancer du sein (849 ‰) avec un niveau de gravité faible à modéré au diagnostic** : 27 ‰ qualifiés d'*in situ*, 822 ‰ d'invasifs localisés

Les deux classes de la typologie sociale aux caractéristiques sociales opposées, dites « plutôt défavorable » et « plutôt favorable (davantage de cadres) » affichent les taux de cancers in situ les plus élevés (respectivement 41,0 ‰ et 30,1‰), à l'inverse de la classe dont la situation sociale est la plus défavorable (22,1 ‰)

Concernant les cas de cancers invasifs localisés, ils sont également plus fréquents dans la classe « plutôt favorable (davantage de cadres) » (846,8 ‰).

→ **131 cas** de cancer du sein pour 1 000 sont **invasifs avec envahissement ganglionnaire, 20 cas** pour 1 000 sont **métastatiques synchrones**.

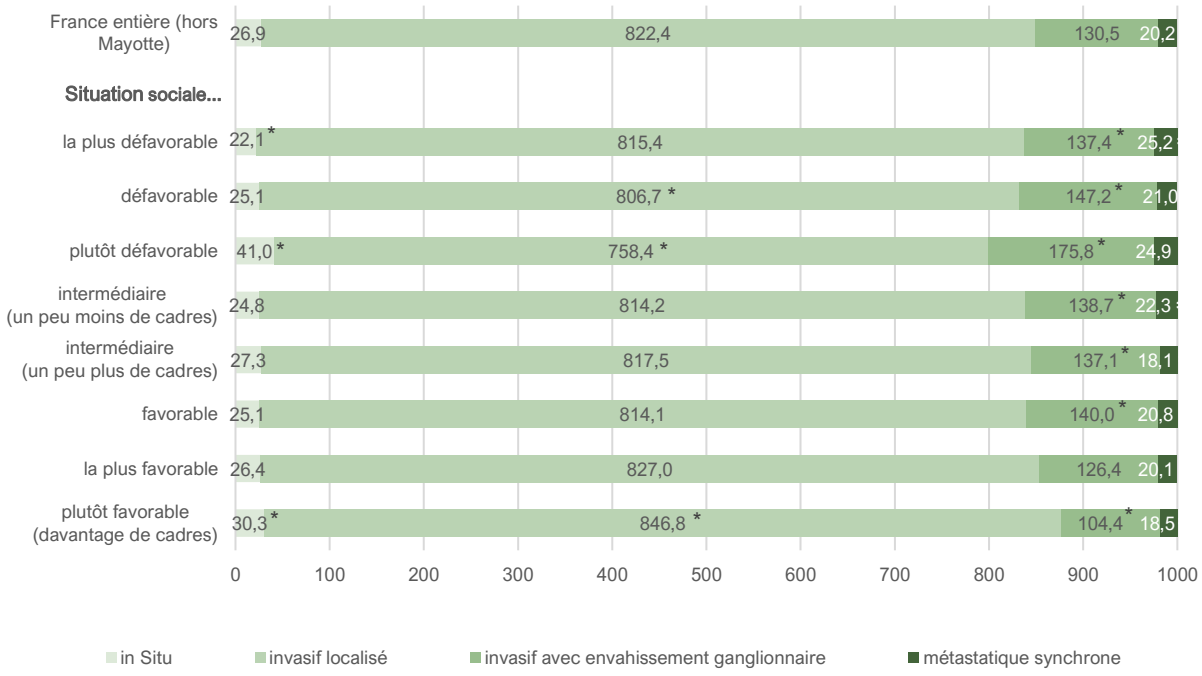
Les taux de cancers invasifs avec envahissement ganglionnaire sont plus élevés que la valeur nationale dans six classes sur huit (de la classe dite « favorable » à celle « la plus défavorable »), le maximum (175,8 ‰) est atteint par la classe en « situation sociale plutôt défavorable ». La classe « plutôt favorable (davantage de cadres) » présente un taux plus faible que le niveau national (104,4 ‰).

Les cancers métastatiques synchrones apparaissent plus fréquemment au sein de classes à la situation sociale intermédiaire, voire défavorable (22,3 ‰ en classe « intermédiaire (un peu moins de cadres) » ; 25,2 ‰ pour la classe la plus défavorable). La classe « plutôt favorable (davantage de cadres) » se distingue à nouveau par un taux moindre (18,5 ‰), de même que la classe « intermédiaire (un peu plus de cadres) » (18,1 ‰).

Au sein des régions, sept régions présentent des taux de patientes, avec un niveau de gravité au diagnostic élevé, supérieurs au niveau national. Ces taux varient de 168,5 ‰ en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, à 209,0 ‰ à La Réunion. Six régions sont dans une situation plus favorable, avec des taux allant de 117,6 ‰ en Corse à 130,1 ‰ en Centre-Val de Loire.

Graphiques 35 et 36. Niveau de gravité du cancer diagnostiqué chez les patientes de la cohorte cancer du sein – Période 2018-2022

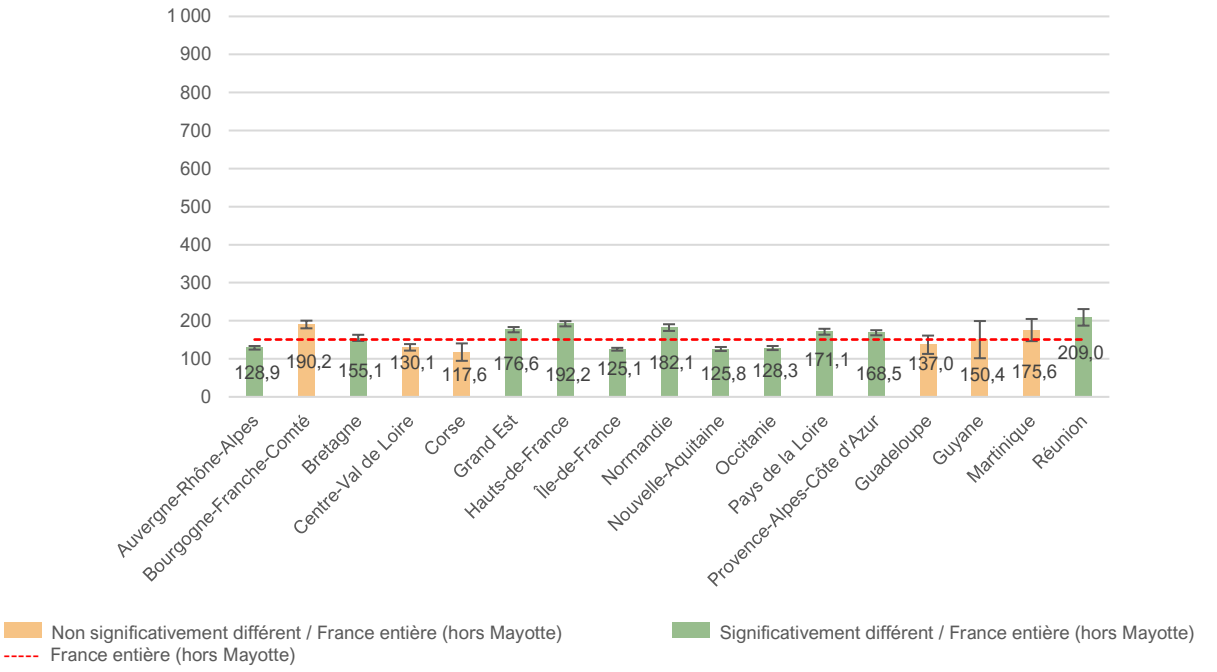
Graphique 35. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 36. Niveau élevé de gravité du cancer selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

5. Traitement

Selon les situations vis-à-vis du cancer (niveau de gravité du cancer, état de santé de la patiente, âge…), différents types de traitements peuvent être proposés, prescrits seuls ou en association. Les traitements mis en œuvre dans l'année suivant le diagnostic sont étudiés ici indépendamment les uns des autres.

Ainsi, chez les patientes de la cohorte cancer du sein :

→ **260 ‰ ont reçu un traitement par chimiothérapie néoadjuvante** dans la 1re année suivant le diagnostic.

Du point de vue de la typologie sociale, les classes représentant une situation sociale « plutôt défavorable » et « très défavorable », de même que celle dans une situation « plutôt favorable avec davantage de cadres », affichent des taux supérieurs à celui de la France (respectivement 313,7 ‰, 277,4 ‰ et 265,5 ‰). À l'inverse, la classe « la plus favorable » et celle dans une situation « intermédiaire avec un peu plus de cadres » enregistrent des taux inférieurs (249,7 ‰ et 251,4 ‰).

→ en matière de chirurgie, **une majorité** d'actes de **chirurgie conservatrice** ont **été** pratiqués (698 ‰), **les mastectomies totales** concernant **268 cas pour 1 000.**

Les traitements par chirurgie conservatrice sont plus fréquents dans trois classes aux caractéristiques sociales plutôt favorables à intermédiaires (716,4 ‰ pour la « plus favorable », 712,4 ‰ pour la classe qualifiée de « favorable » et 705,4 ‰ pour la classe « intermédiaire avec un peu plus de cadres »), s'opposant aux classes les plus défavorables (697,0 ‰ pour la classe dite « défavorable », 673,0 ‰ pour la classe « la plus défavorable » et 645,5 ‰ pour la classe « plutôt défavorable ».

La classe en situation sociale « plutôt favorable (davantage de cadres) » présente un taux de mastectomies totales plus élevé que la valeur nationale (279,9 ‰), à l'inverse de la classe en « situation sociale favorable » (252,6 ‰).

→ Dans la 1re année suivant le diagnostic, **353 ‰ ont reçu un traitement par chimiothérapie adjuvante**.

Cinq classes de la typologie sociale présentent des taux plus élevés que le taux national, de 363,0 ‰ pour celle en « situation sociale défavorable », à 373,3 ‰ pour celle en « situation sociale la plus favorable ». Seule la

classe pour laquelle la situation sociale est « plutôt favorable avec davantage de cadres » affiche un taux plus faible que la valeur nationale (326,6 ‰).

→ Avec un taux de **803 ‰, la radiothérapie est le traitement le plus fréquemment adopté.**

Hormis la classe « socialement plutôt favorable (davantage de cadres) », dont le taux est inférieur (793,3 ‰), toutes les classes présentent des taux proches de la valeur nationale.

→ Un traitement par **hormonothérapie** a été administré dans **679 cas pour 1 000.**

Au regard de la typologie sociale, deux classes en situation sociale favorable (« la plus favorable » et « favorable »), ainsi que la classe « intermédiaire avec un peu moins de cadres », affichent des taux supérieurs à celui de la France (respectivement 700,8 ‰, 699,6 ‰ et 696,7 ‰). Deux classes opposées socialement (« plutôt favorable (davantage de cadres) » et « plutôt défavorable » se distinguent par un taux plus faible (respectivement 660,7 ‰ et 595,1 ‰).

→ Dans la 1re année suivant le diagnostic, **22 cas pour 1000 sont entrés en soins palliatifs**.

Trois classes, en situation sociale intermédiaire à très défavorable, enregistrent des taux supérieurs à la valeur nationale (24,2 ‰ pour la classe « intermédiaire (un peu moins de cadres », 28,6 ‰ pour la classe qualifiée de « défavorable » et 33,9 ‰ pour la classe « la plus défavorable »), à l'inverse de trois classes, intermédiaire à très favorable socialement : 17,9 ‰ pour la classe « plutôt favorable (davantage de cadres) », 18,2 ‰ pour la classe « la plus favorable » et 19,3 ‰ pour la classe « intermédiaire (un peu plus de cadres) ».

→ En matière de chimiothérapie, la **chimiothérapie conventionnelle est plus fréquente (457 ‰)**, les thérapies ciblées concernant **160 cas pour 1 000.**

La chimiothérapie conventionnelle apparait plus fréquente au sein des classes « intermédiaire (un peu moins de cadres) » à « la plus défavorable » (de 467,6 ‰ en classe « défavorable » à 556,2 ‰ en classe « plutôt défavorable »). Elle l'est moins pour les deux classes présentant davantage de cadres (classe « plutôt favorable (davantage de cadres) » : 440, 2 ‰) et classe « intermédiaire (un peu plus de cadres) » : 447,9 ‰).

Les thérapies ciblées sont davantage observées au sein des classes intitulées « favorable », « la plus défavorable » et « plutôt défavorable » (respectivement 166,6 ‰, 168,4 ‰ et 181,3 ‰), en opposition avec les deux classes regroupant davantage de cadres (154,1 ‰ pour celle « plutôt favorable » et 155,9 ‰ pour celle « intermédiaire »).

Au sein des régions, les différents types de traitements sont très variables, sans doute en lien avec les situations individuelles des patients, mais aussi avec l'organisation et les pratiques des professionnels de santé concernés.

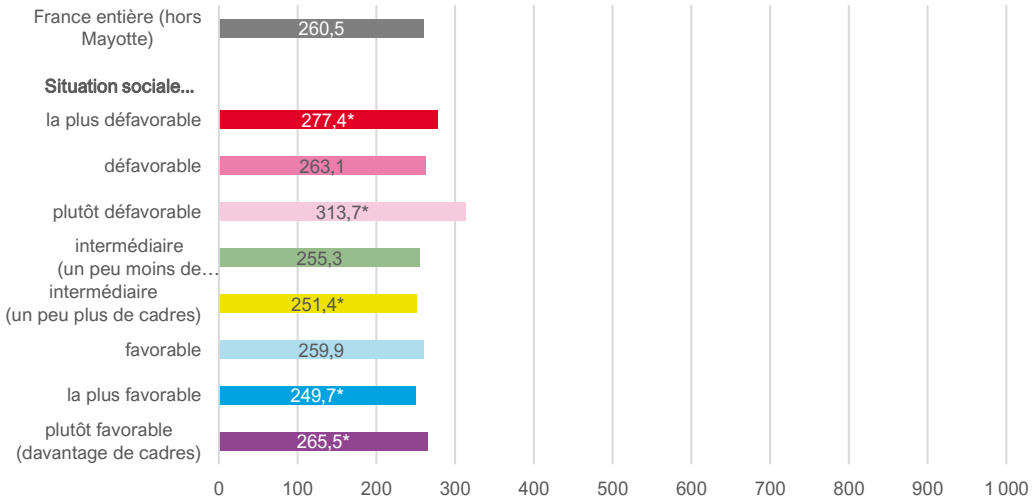
On peut ainsi mettre en avant, en particulier, la pratique de la chirurgie, pour laquelle la chirurgie conservatrice s'oppose généralement aux mastectomies totales. De ce point de vue, six régions présentent des taux supérieurs au taux national pour la chirurgie conservatrice, sept des taux inférieurs. Les taux varient de 711,6 ‰ en Auvergne-Rhône-Alpes à 737,3 ‰ en Bretagne pour les taux les plus élevés, et de 529,4 ‰ en Guadeloupe à 676,5 ‰ dans les Hauts-de-France pour les plus faibles. Cinq régions présentent un taux de mastectomie totale inférieur au niveau national et quatre ont un taux plus élevé, allant de 285,3 ‰ en Centre-Val de Loire à 379,4 ‰ en Guadeloupe, pour les taux les plus importants, et de 224,9 ‰ en Bretagne à 258,5 ‰ en Auvergne-Rhône-Alpes pour les plus faibles.

Les graphiques 37 à 52 permettent de visualiser les taux de recours par régions aux principaux types de traitements.

Graphique 37 à 52. Les différents types de traitements au cours de la 1ère année chez les patientes de la cohorte cancer du sein – Période 2018-2022

Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)

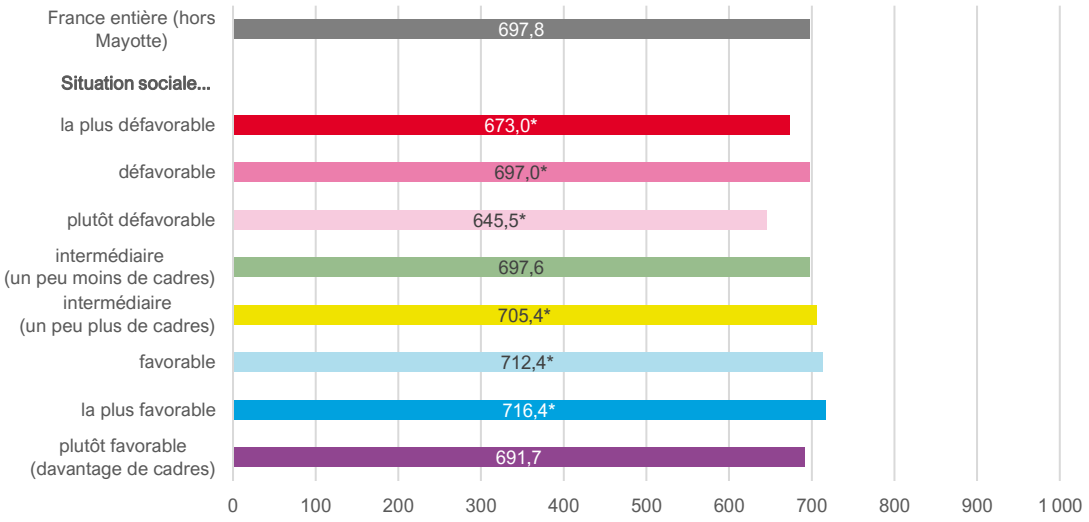
Graphique 37. Chimio néoadjuvante pour cancer du sein



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

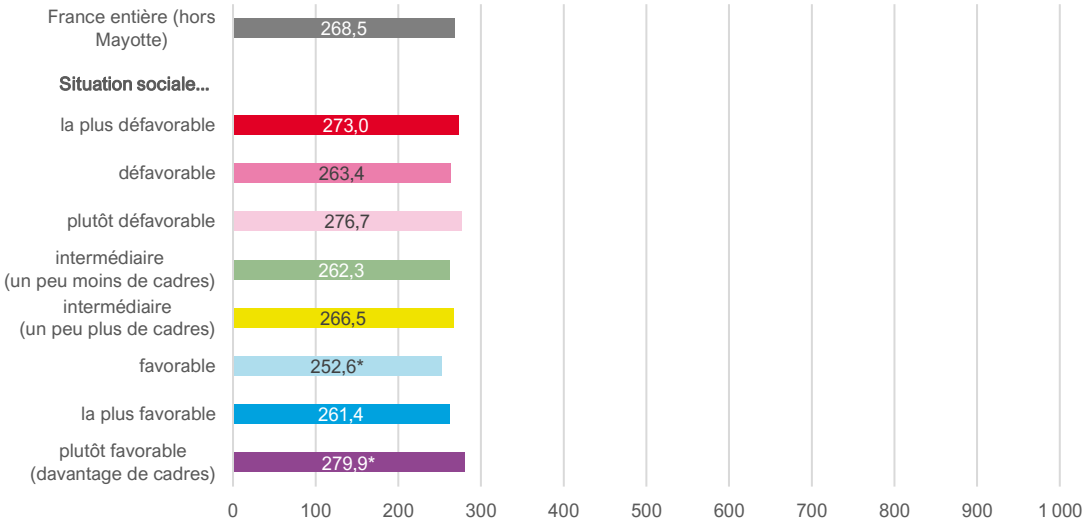
Graphique 38. Chirurgie conservatrice pour cancer du sein



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

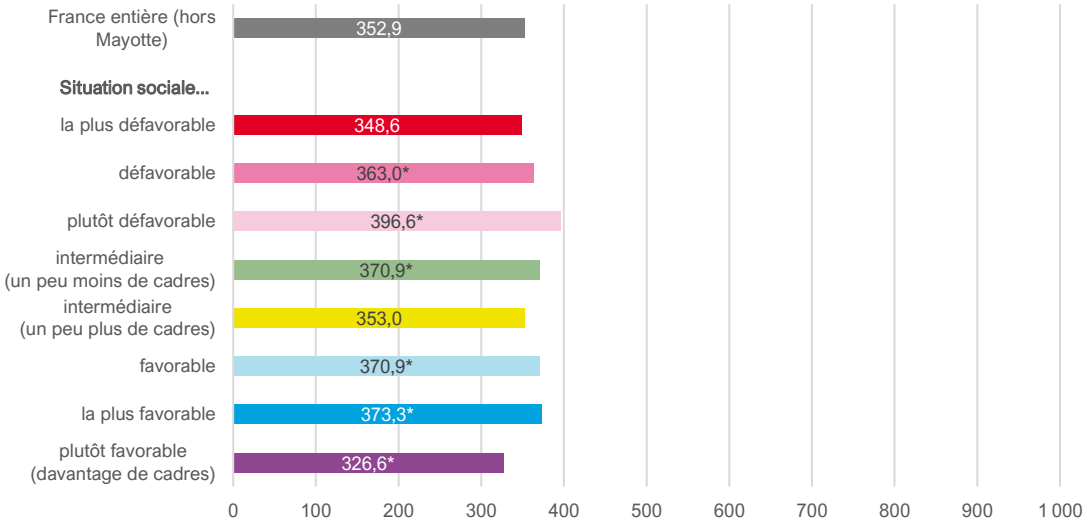
Graphique 39. Mastectomie totale pour cancer du sein



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

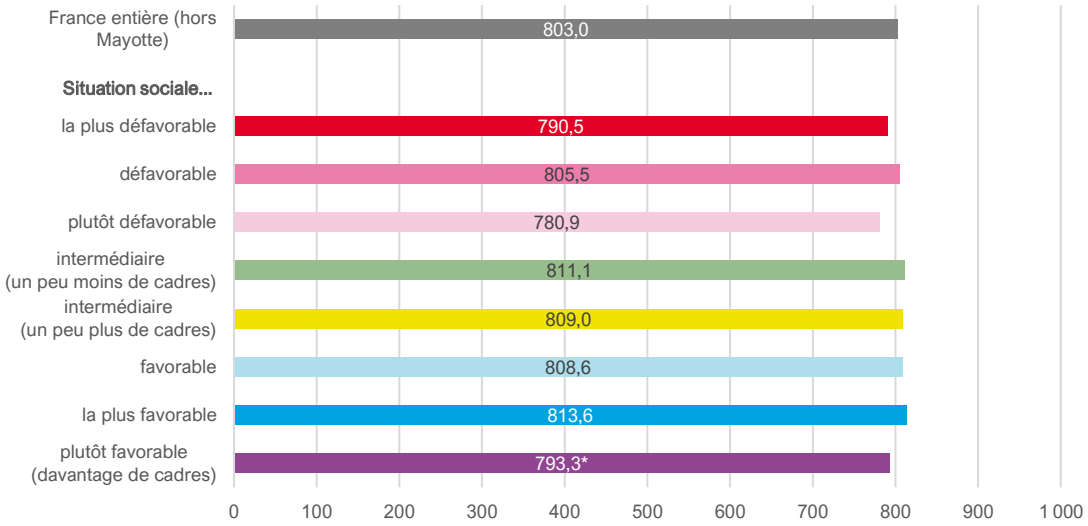
Graphique 40.Chimiothérapie adjuvante



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

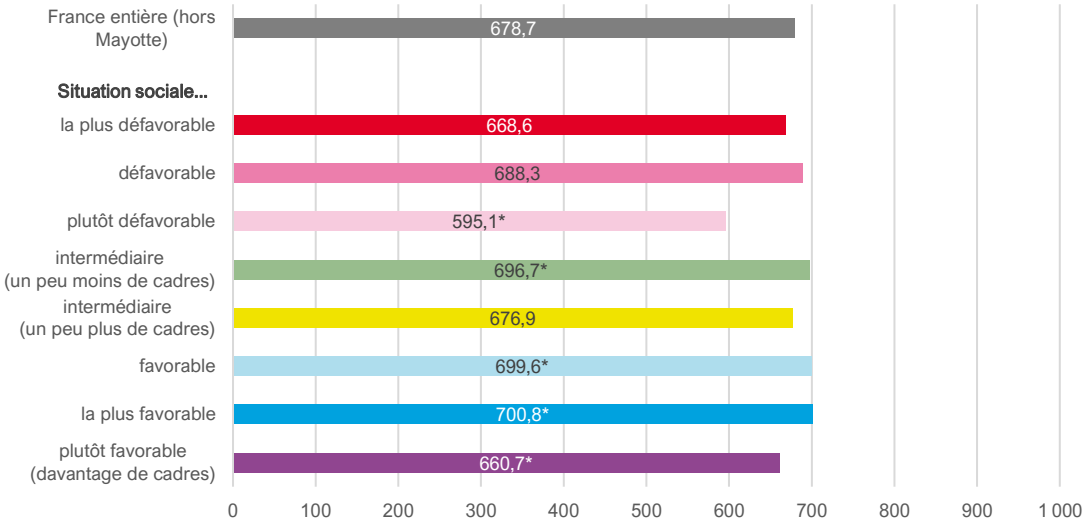
Graphique 41. Radiothérapie pour cancer du sein



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

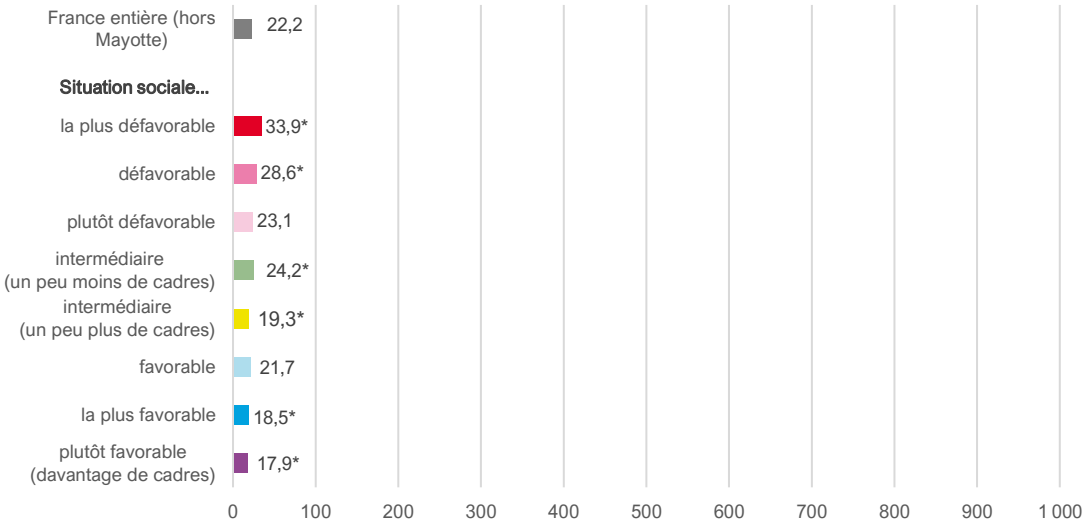
Graphique 42. Hormonothérapie pour cancer du sein



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

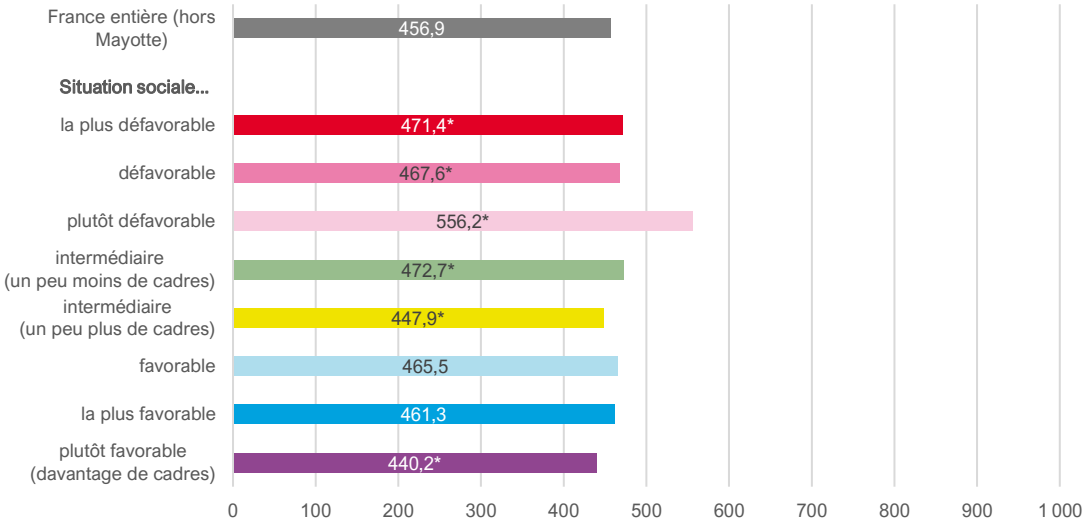
Graphique 43. Soins palliatifs pour cancer du sein



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

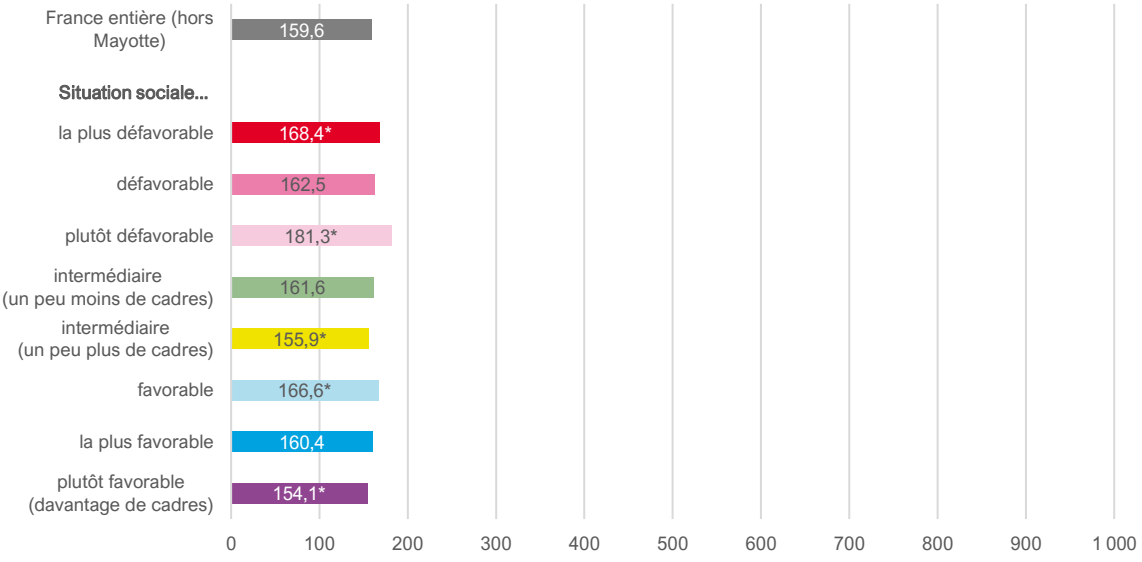
Graphique 44. Chimiothérapie conventionnelle pour cancer du sein



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 45. Thérapies ciblées pour cancer du sein

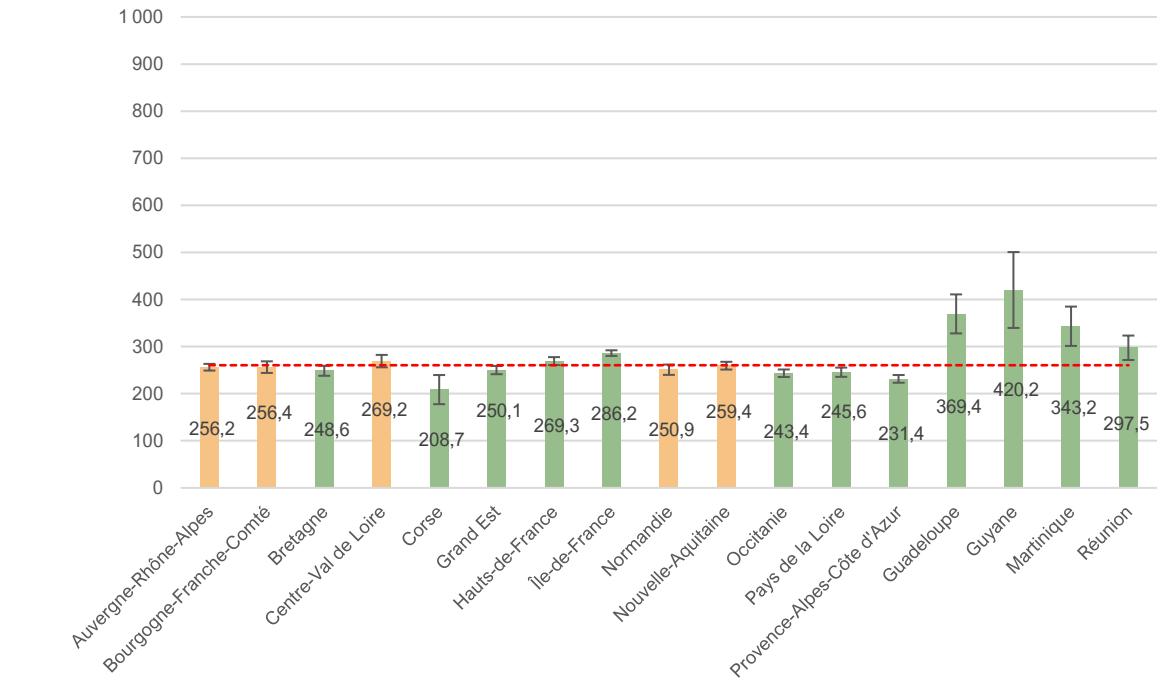


* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)

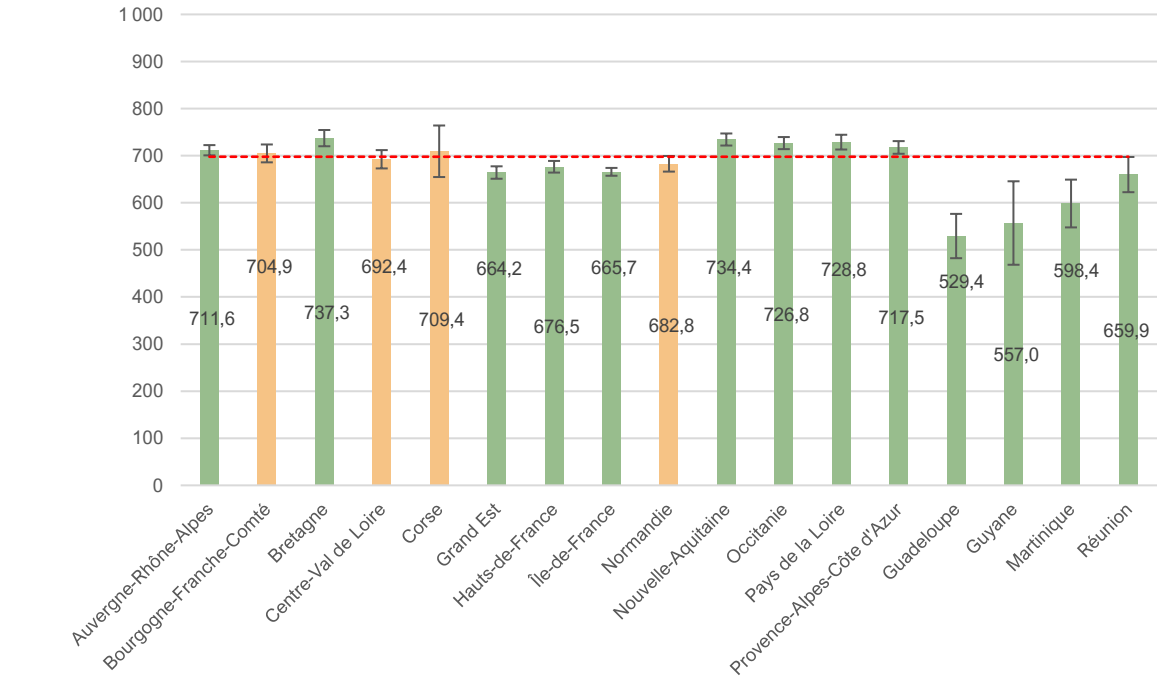
Graphique 46. Chimio néoadjuvante pour cancer du sein



Non significativement différent / France entière (hors Mayotte)
Significativement différent / France entière (hors Mayotte)
France entière (hors Mayotte)

Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

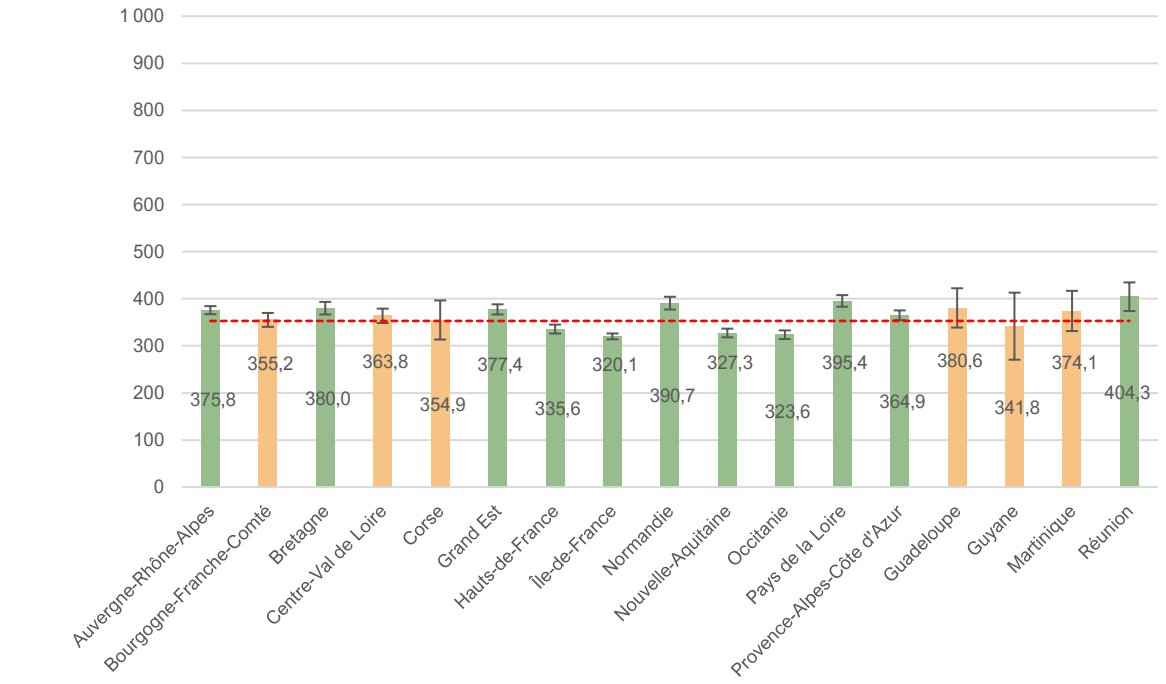
Graphique 47. Chirurgie conservatrice pour cancer du sein



Non significativement différent / France entière (hors Mayotte)
Significativement différent / France entière (hors Mayotte)
France entière (hors Mayotte)

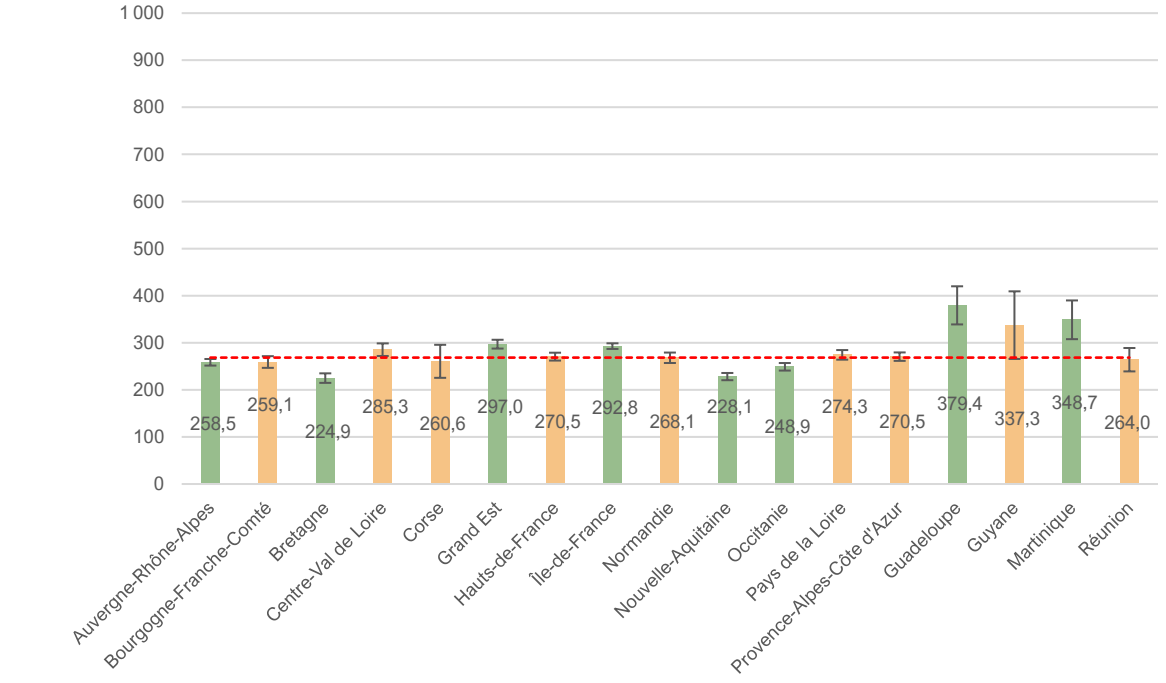
Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 48. Mastectomie totale pour cancer du sein



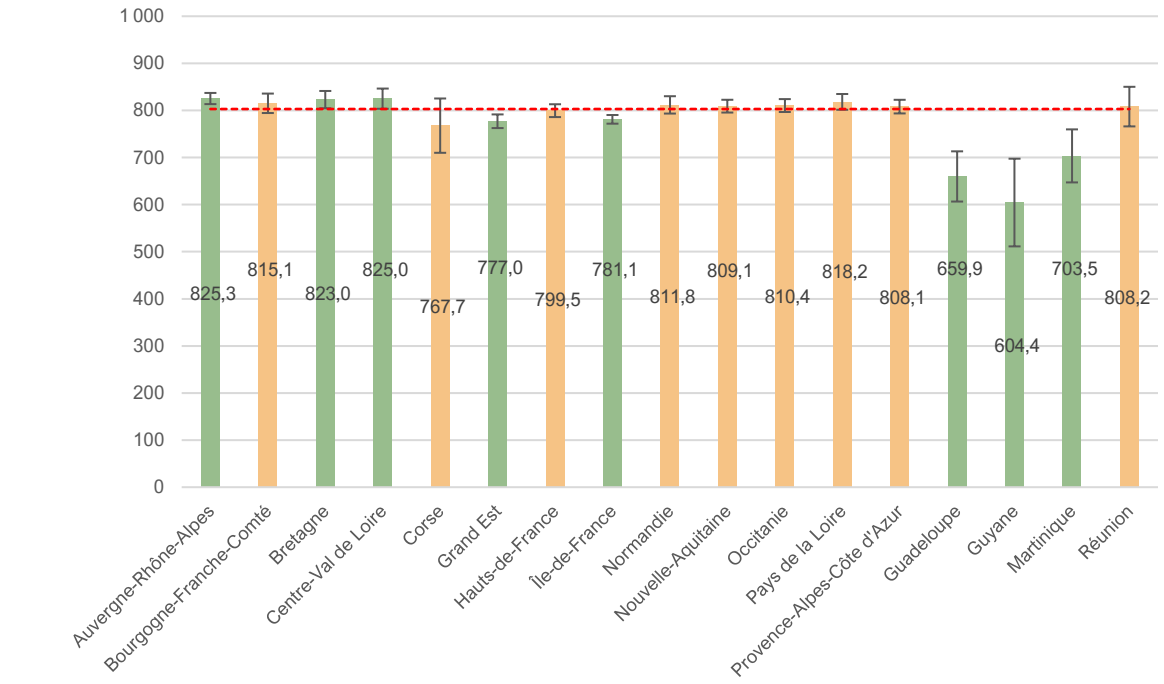
Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 49. Chimiothérapie adjuvante pour cancer du sein



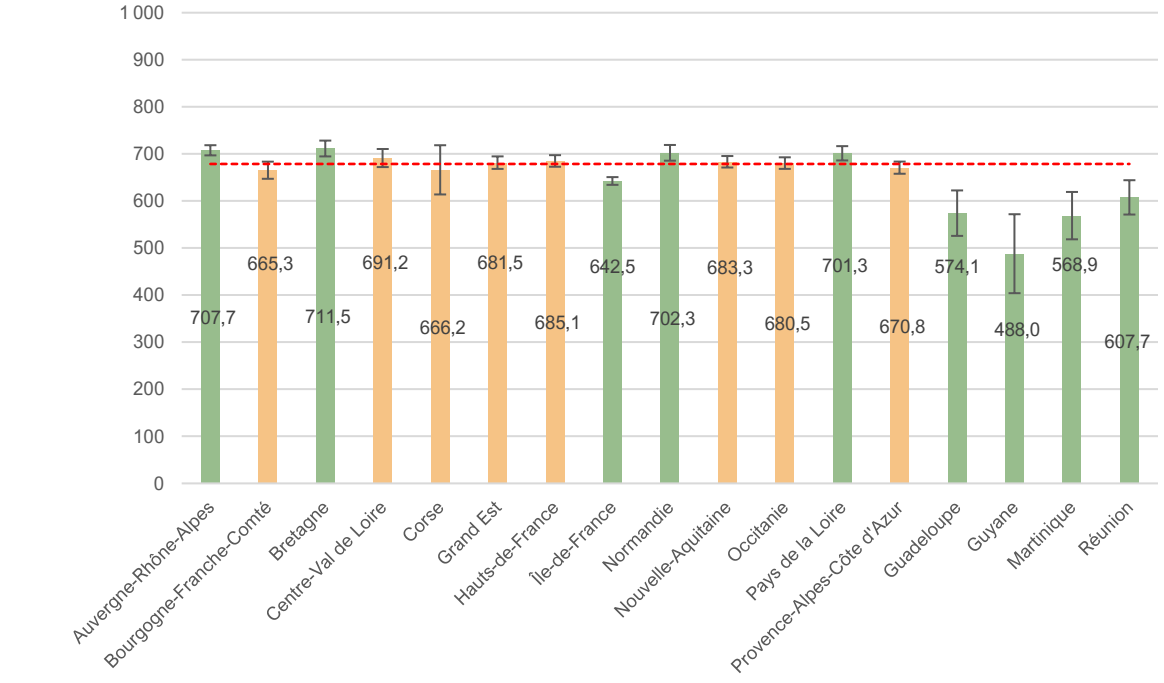
Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 50. Radiothérapie pour cancer du sein



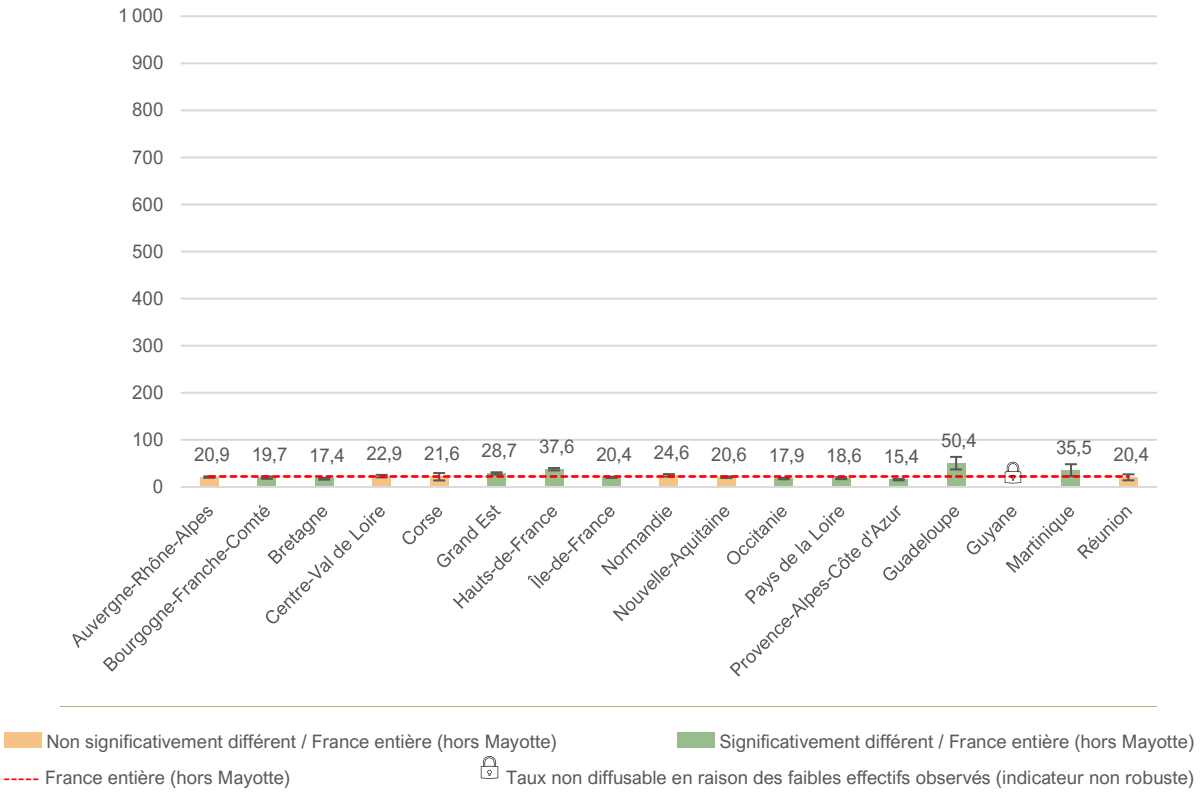
Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 51. Hormonothérapie pour cancer du sein



Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 52. Soins palliatifs pour cancer du sein



Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

6. Devenir

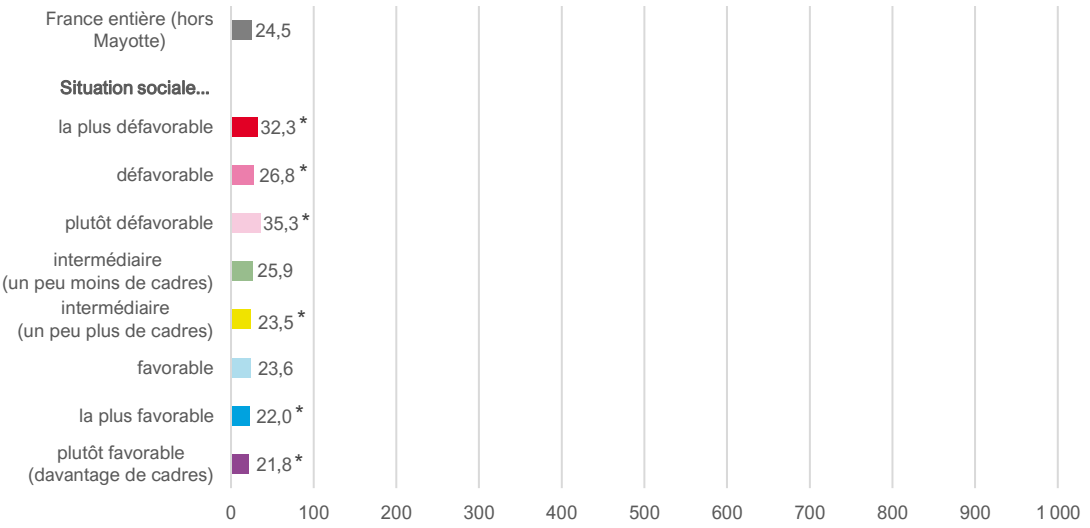
→ **24 patientes** nouvellement diagnostiquées et traitées pour un cancer du sein pour 1 000 **sont décédées** au cours de la 1re année de traitement

Au regard de la typologie sociale, les trois classes aux caractéristiques sociales les plus défavorables affichent des taux supérieurs à la valeur nationale (jusqu'à 35,3 ‰ pour la classe « plutôt défavorable »). Deux classes, favorisées socialement, ainsi que la classe « intermédiaire avec un peu plus de cadres », présentent moins de décès (de 21,8 ‰ pour la classe « plutôt favorable (davantage de cadres) » à 23,5 ‰ pour la classe « intermédiaire avec un peu plus de cadres »).

À l'échelle des régions, quatre d'entre elles présentent des taux de décès à un an supérieurs au niveau national. Ces taux varient de 27,9 ‰ en Normandie à 60,0 ‰ en Guadeloupe. Trois régions sont dans une situation plus favorable, avec des taux allant de 20,7 ‰ en Provence-Alpes-Côte d'Azur à 21,6 ‰ en Auvergne-Rhône-Alpes.

Graphique 53 et 54. Patientes de la cohorte cancer du sein décédées au cours de la 1ère année – Période 2018-2022

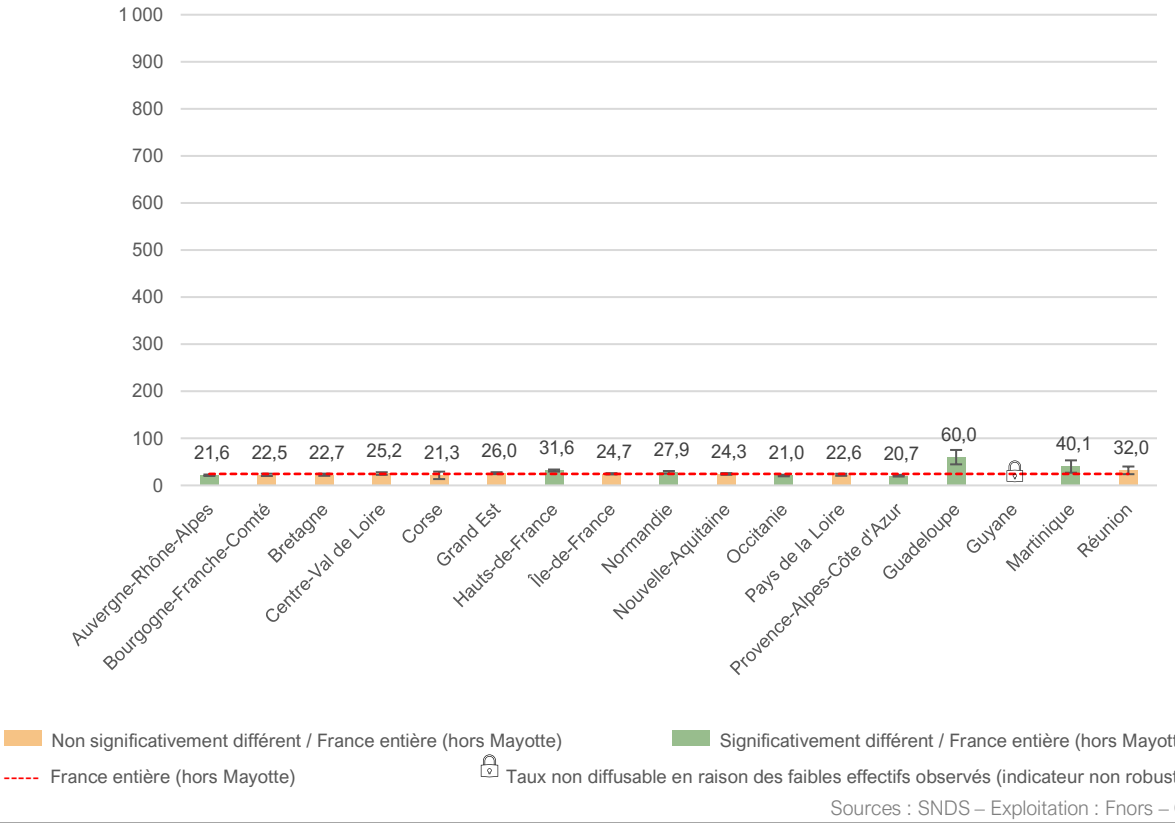
Graphique 53. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 54. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

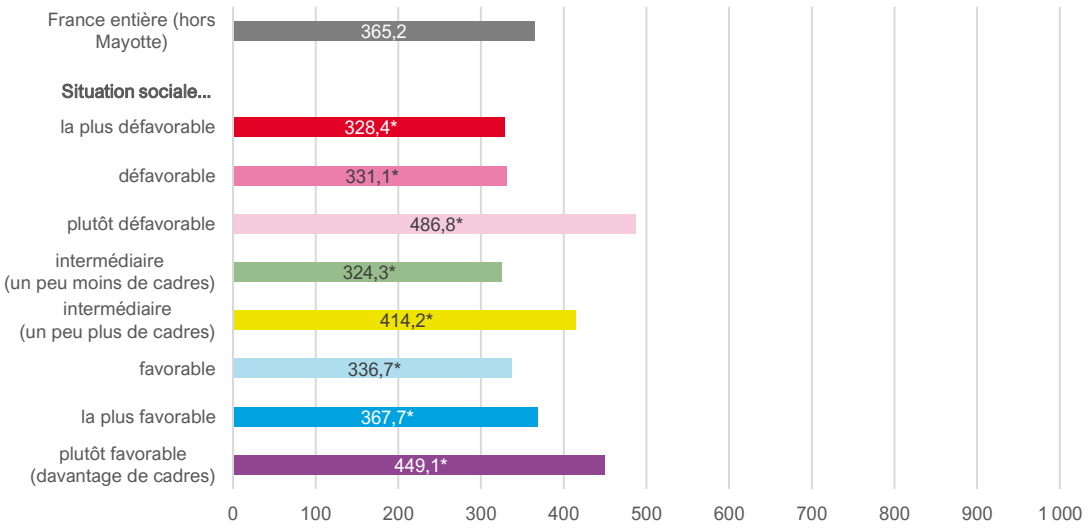
Parmi les femmes ayant eu une mastectomie totale ou partielle, **365 ‰** ont bénéficié d'une **reconstruction mammaire dans les trois ans** qui ont suivi.

Selon la typologie sociale, les taux les plus élevés s'observent pour quatre classes, aux caractéristiques sociales variables, allant de 367,7 ‰ pour la classe « la plus favorable » à 486,8 ‰ pour la classe « plutôt défavorable ». Les taux inférieurs à la valeur nationale s'observent aussi au sein de classes socialement différentes, allant de 324,3 ‰ pour la classe « intermédiaire (un peu plus de cadres) » à 336,7 ‰ pour la classe en « situation sociale favorable ».

Concernant les régions, l'Île-de-France et la Nouvelle-Aquitaine enregistrent des taux un peu plus élevés que le taux national (respectivement 397,1 ‰ et 397,0 ‰), La Réunion et Provence-Alpes-Côte d'Azur se démarquent davantage avec des taux de 504,2 ‰ et 520,3 ‰. Mais dix régions, soit la grande majorité, sont dans des valeurs inférieures à la valeur nationale, avec des taux allant de 249,2 ‰ en Guadeloupe à 352,7 ‰ en Occitanie.

Graphique 55 et 56. Patientes de la cohorte cancer du sein ayant bénéficié d'une reconstruction mammaire après mastectomie – Période 2018-2022

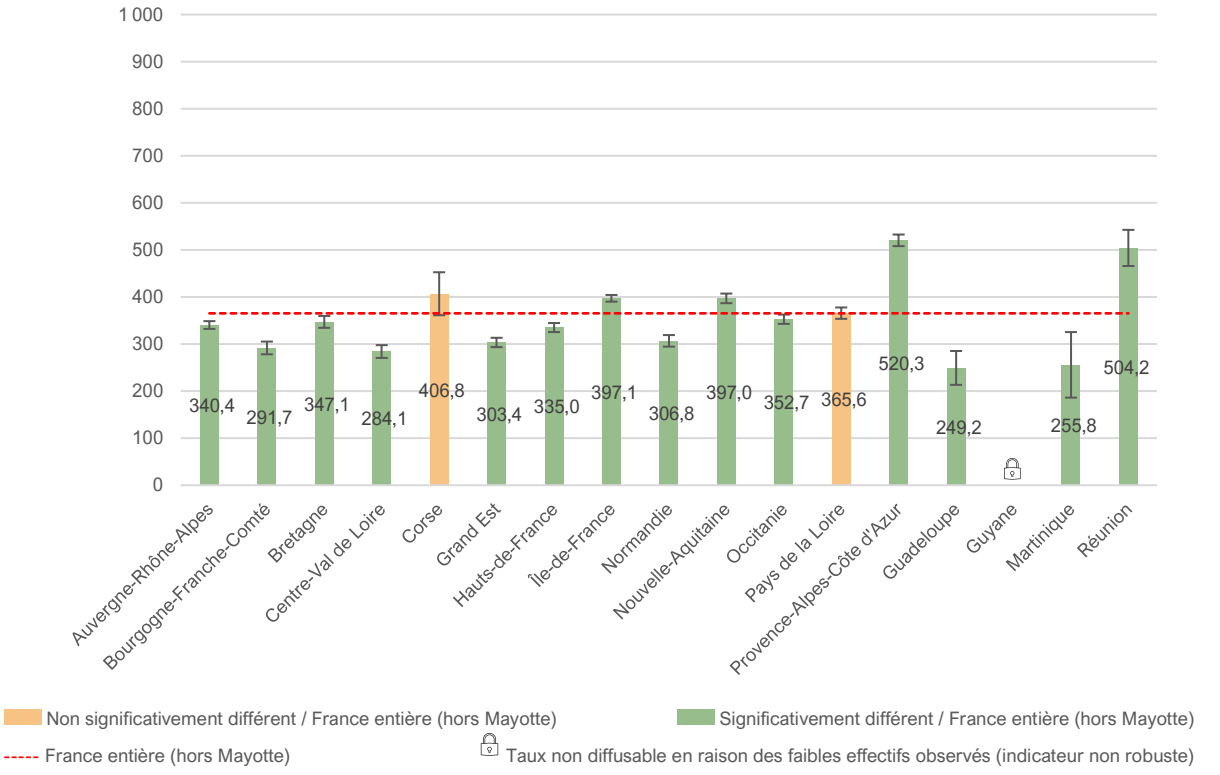
Graphique 55. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 56. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Après les trois premières années de traitement, chez les femmes de la cohorte cancer du sein :

→ la **majorité** est **en vie sans rechute ni métastase** (821 ‰).
La classe, dont la situation sociale est la plus défavorisée, présente le taux le plus faible (793,3 ‰), à l'inverse de la classe en « situation sociale plutôt favorable avec davantage de cadres » (830,3 ‰).
Au sein des régions, la Guadeloupe et la Martinique ont des taux plus faibles que le niveau national (respectivement 710,1 ‰ et 740,5 ‰), toutes les autres régions présentent des taux proches de la valeur nationale.

→ **89 ‰ ont repris un traitement.**
Les taux observés selon les différentes classes de la typologie sociale sont proches de cette valeur,

→ **77 ‰** ont un cancer qui s'est aggravé, avec **l'apparition de métastases.**
Cette situation est moins fréquente dans la classe en « situation sociale plutôt favorable avec davantage de cadres » (68,3 ‰), tandis qu'elle l'est davantage dans les deux classes les plus défavorables (respectivement 83,7 ‰ et 92,6 ‰).

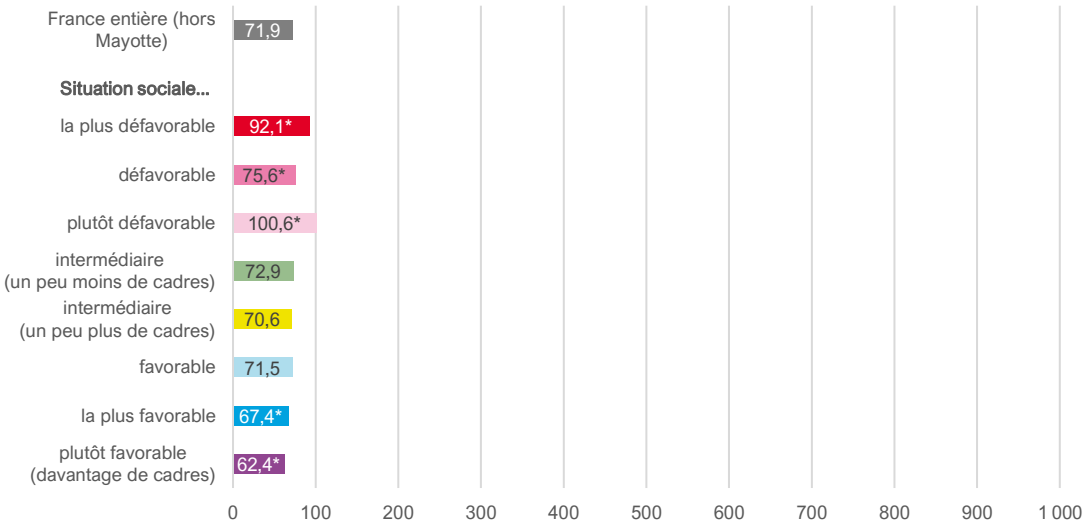
À l'échelle des régions, l'Île-de-France et la Martinique affichent plus fréquemment des cas avec reprise de traitement ou apparition de métastases (106,2 ‰ et 139,2 ‰ pour 99,3 ‰ au niveau national).

→ **72 ‰** sont décédées.
Du point de vue de la typologie sociale, les taux de décès varient selon un gradient social avec des taux plus faibles dans les classes les plus favorables (entre 62,4 ‰ et 67,4 ‰) et plus élevés dans les classes les plus défavorables (jusqu'à 100,6 ‰).
Concernant les régions, quatre présentent des taux moins élevés que le taux national, allant de 64,2 ‰ dans les Pays de la Loire à 66,4 ‰ en Occitanie. À l'inverse, six régions ont des taux plus importants, de 77,3 ‰ en Grand Est à 147,5 ‰ en Guadeloupe.

Graphique 57 à 63. Devenir au cours des trois premières années de traitement chez les patientes de la cohorte cancer du sein (patientes avec date de 1er traitement antérieure au 01/07/2020) – Période 2018-2022

Décès, Apparition de métastases, Reprise de traitement, En vie sans rechute ni métastase selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)

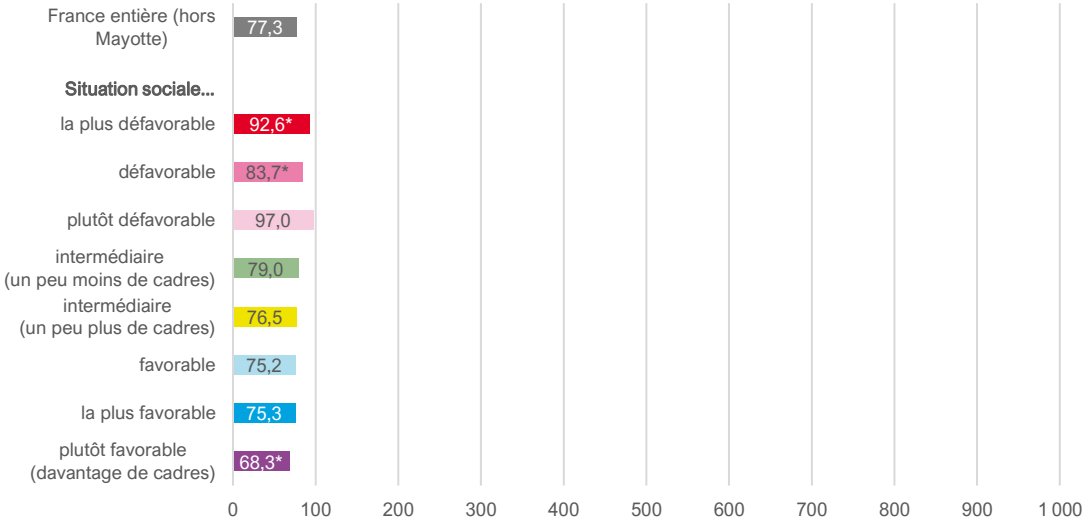
Graphique 57. Décès au cours des 3 premières années de traitement pour cancer du sein



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

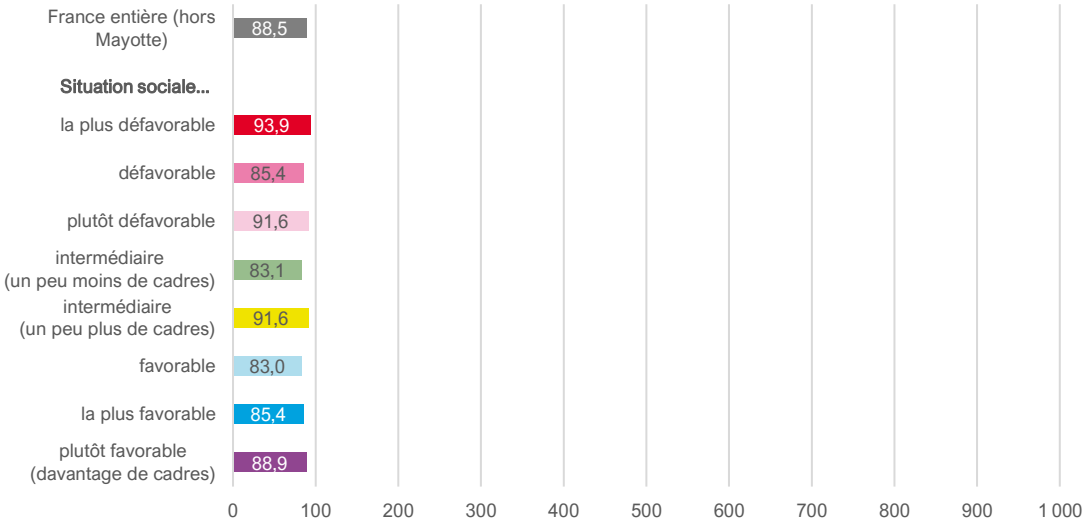
Graphique 58. Apparition de métastases au cours des 3 premières années de traitement pour cancer du sein



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

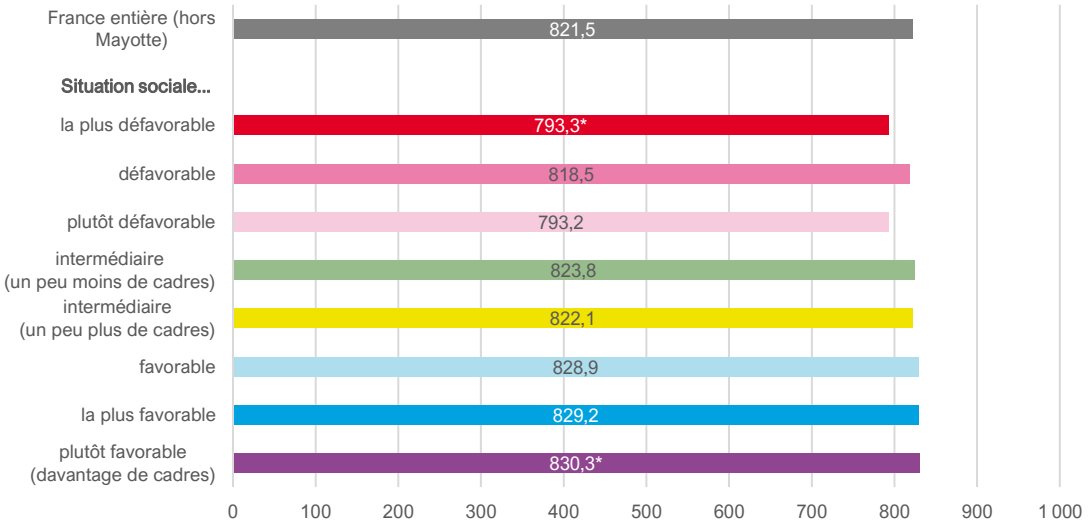
Graphique 59. Reprise de traitement au cours des 3 premières années de traitement pour cancer du sein



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 60. En vie sans rechute ni métastase au cours des 3 premières années pour cancer du sein

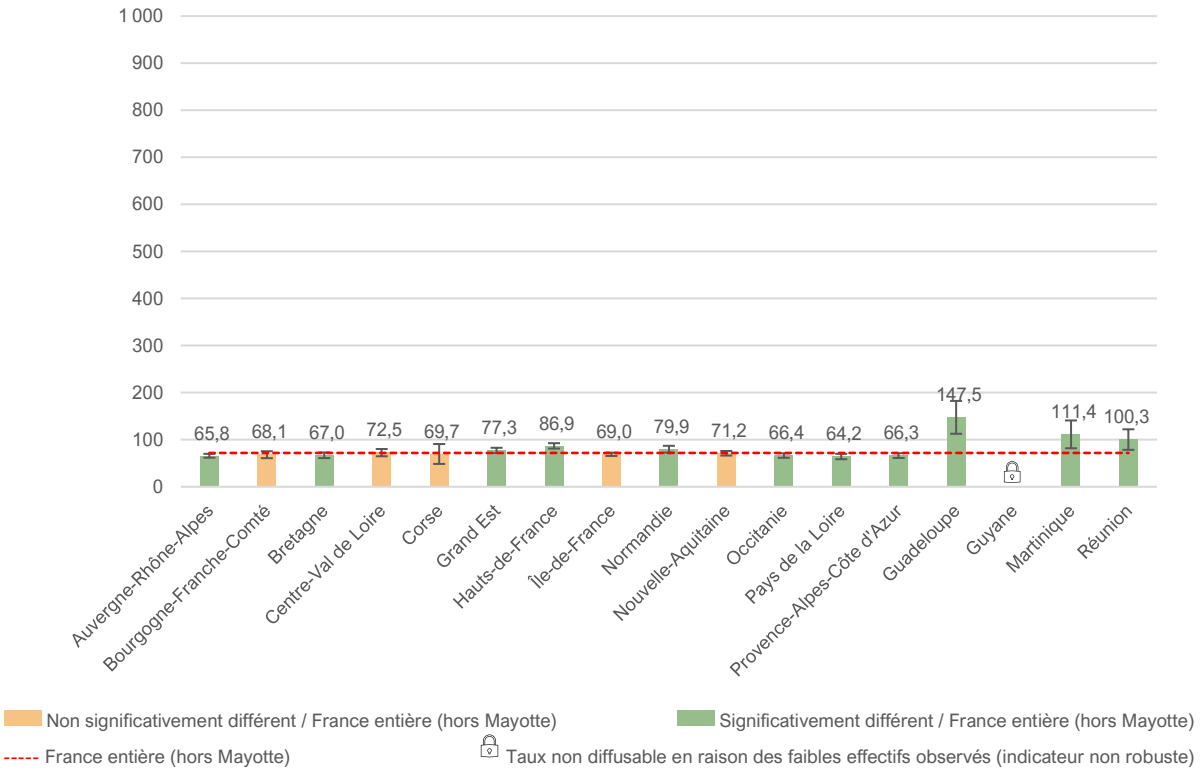


* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

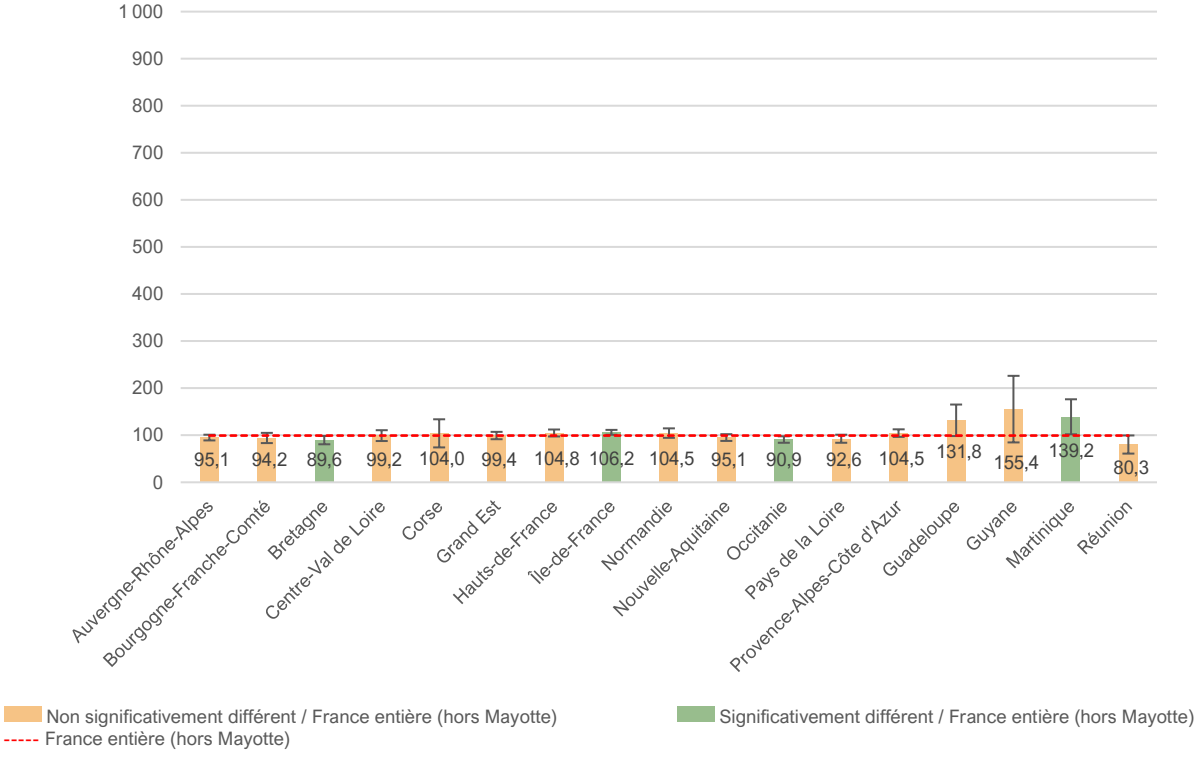
Décès, Apparition de métastases ou reprise de traitement, En vie sans rechute ni métastase selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)

Graphique 61. Décès au cours des 3 premières années de traitement pour cancer du sein



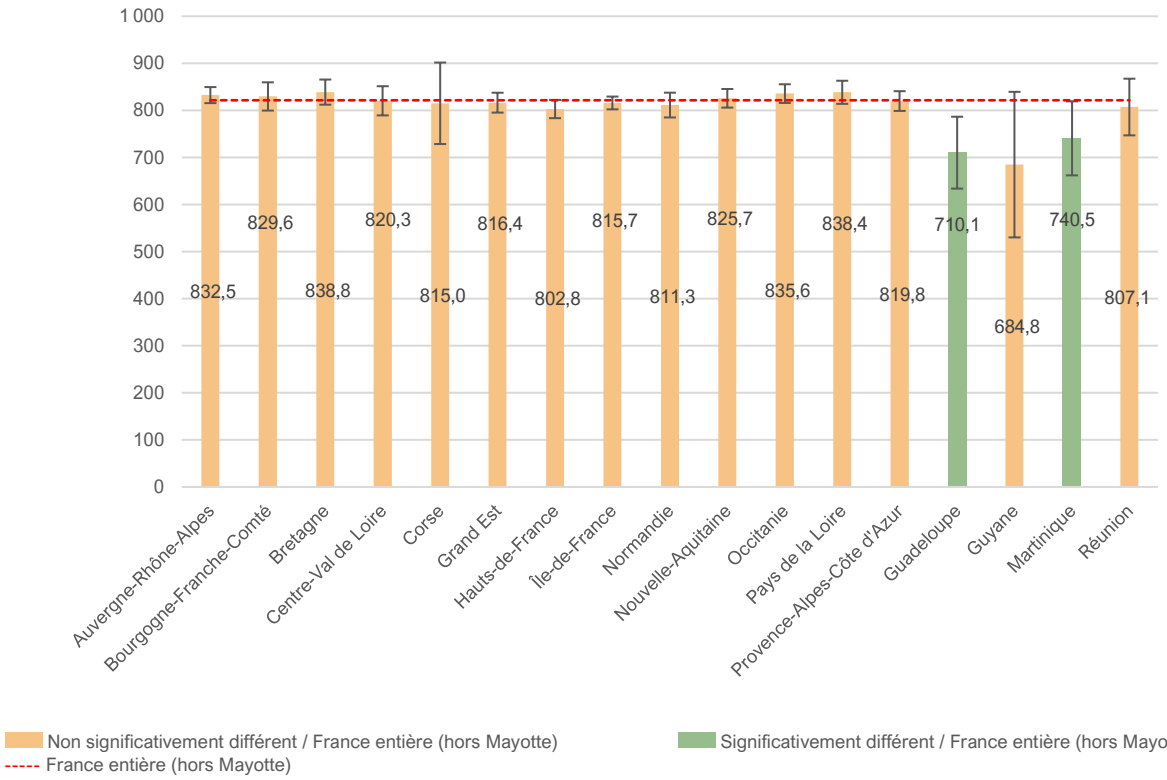
Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 62. Reprise de traitement ou apparition de métastases au cours des 3 premières années de traitement pour cancer du sein



Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 63. En vie sans rechute ni métastase au cours des 3 premières années de traitement pour cancer du sein



Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Côlon-rectum

1. Synthèse selon la typologie des communes de France

Tableau 19. Cancer colorectal : étapes du parcours selon la typologie de classes sociales

Cancer colorectal - Etape Parcours	Indicateurs	Situation sociale							
		Plutôt favorable [1]	La plus favorable	Favorable	Intermédiaire + [2]	Intermédiaire - [3]	Plutôt défavorable	Défavorable	La plus défavorable
Dépistage	Dépistage dans les 30 mois, chez les 52-76 ans, au début du traitement	-	+	+	=	=	-	=	-
Diagnostic	Cancer diagnostiqué *in situ*	-	+	+	+	=	-	=	=
	Cancer diagnostiqué invasif non métastatique	+	-	-	=	=	=	=	=
	Cancer diagnostiqué avec métastases synchrones	=	=	=	=	=	=	=	=
	Un autre cancer actif la même année	+	=	=	=	=	=	=	=
	Un bilan de diagnostic et d'extension complet avant le 1er traitement (IQSSA)	+	=	=	=	-	=	=	=
Traitement (type de traitement la 1re année)	Parcours chirurgical non urgent (cancer colorectal invasif)	=	=	=	=	=	=	=	=
	Parcours chirurgical en urgence (cancer colorectal invasif)	-	=	=	=	=	+	=	+
	Parcours non chirurgical (cancer colorectal invasif)	=	-	=	=	=	=	=	=
	Exérèse endoscopique seule	-	=	=	=	=	-	=	=
	Chirurgie carcinologique seule	=	=	=	=	=	=	=	=
	Chimiothérap. et/ou radioT sans chirurgie carcinologique	=	-	=	=	=	=	=	=
	Traitement néo adjuvant suivi d'une chirurgie carcinologique (avec ou sans traitement adjuvant)	=	=	=	=	=	=	=	-
	Chirurgie carcinologique suivie de traitement adjuvant	=	=	=	=	=	+	=	=
Devenir à 1 an	Décès au cours de la 1ère année de traitement	-	-	=	=	+	=	=	+
Devenir à 3 ans	En vie à 3 ans sans rechute, ni métastases (patients invasifs sans métastases synchrones)	=	=	=	=	=	=	=	=
	Apparition de métastases au cours des 3 premières années de traitement (patients invasifs sans métastases synchrones)	=	=	=	=	=	=	=	=
	Reprise de traitement (après un arrêt d'au moins 6 mois) au cours des 3 premières années de traitement (patients invasifs sans métastases synchrones)	=	=	=	=	=	=	=	=
	Décès au cours des 3 premières années de traitement (patients avec date de 1er traitement < 01/07/2020)	=	-	=	=	=	+	=	+

[1] Davantage de cadres

[2] Un peu plus de cadres

[3] Un peu moins de cadres

Légende : différence significative

+ : taux standardisé supérieur à celui de la France

- : taux standardisé inférieur à celui de la France

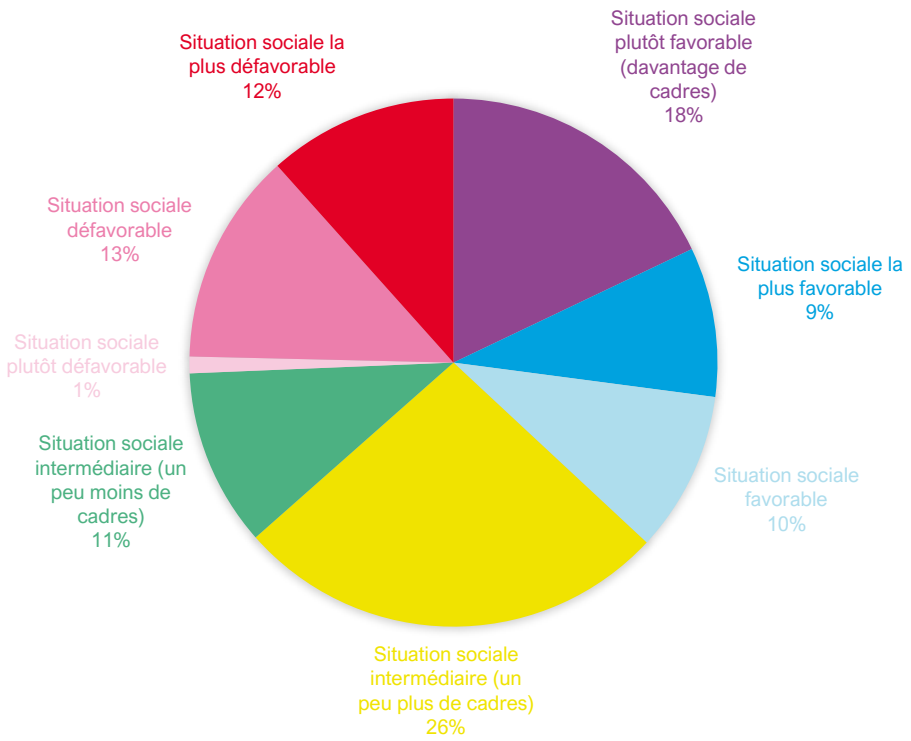
= : aucune différence

2. Répartition de la cohorte cancer colorectal selon les classes de la typologie sociale

Parmi les 212 780 nouveaux patients diagnostiqués et traités pour un cancer colorectal entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022 (patients de la cohorte cancer colorectal), 208 565 avaient un code géographique de domicile correctement défini (98 % de la cohorte). Les patients dont le lieu de domicile n'a pu être identifié sont exclus de la suite des analyses.

Plus d'un quart (26 %) d'entre elles font partie de la classe définie comme « intermédiaire avec un peu plus de cadres » de la typologie sociale, 18 % appartiennent à la classe « plutôt favorable avec davantage de cadres » et 13 % à la classe en situation sociale « défavorable ». L'autre classe en situation « la plus défavorable », ainsi que la classe dénommée « intermédiaire avec un peu moins de cadres », et les deux classes les plus favorables (« situation sociale favorable » et « situation sociale la plus favorable ») regroupent de 9 % à 12 % des patients de la cohorte cancer colorectal. La classe en « situation sociale plutôt défavorable » est particulière, ne rassemblant que 1 % de la cohorte.

Graphique 64. Patients de la cohorte cancer colorectal selon les 8 classes de la typologie sociale – Période 2018-2022 (Effectifs et %)



Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

3. Dépistage

Parmi les nouveaux patients diagnostiqués et traités pour un cancer colorectal (cancer colorectal) entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022 (patients de la cohorte cancer colorectal) :

→ **47,5 ‰ des patients présentaient des facteurs de risque élevé**[27] pouvant influer la décision du 1er traitement. Ce constat est observé de manière similaire, quelle que soit la classe de la typologie sociale (graphiques 44).

En ce qui concerne les régions (hors Mayotte), les taux restent également proches du taux national (graphique 45), à l'exception de :

- la région Grand Est, où il est plus élevé (58,9 ‰) ;
- et des régions Île-de-France et Pays de la Loire, où il est plus faible (respectivement 41,5 ‰ et 37,9 ‰).

→ **160 ‰ ont réalisé un dépistage du cancer colorectal dans les 30 mois** avant le 1er traitement.

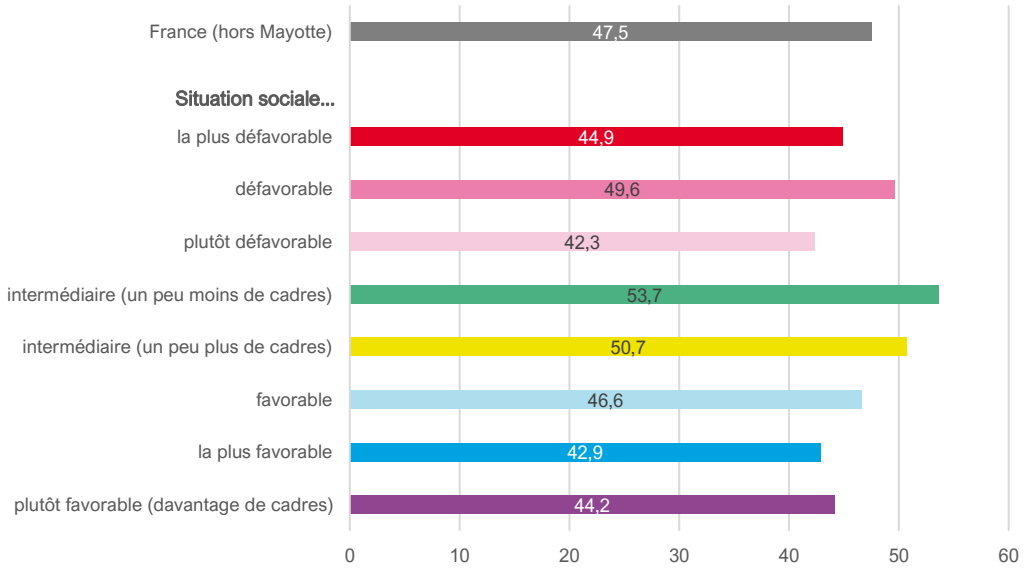
Concernant la typologie sociale (graphique 46 et 47), les taux standardisés varient selon un gradient social allant de la classe en « situation sociale plutôt défavorable » (121,8 ‰) à la classe qualifiée « la plus favorable » (180,4 ‰). Les classes sociales ayant des taux de dépistage supérieurs au taux national sont celles pour lesquelles la situation sociale est « la plus favorable » (180,4 ‰) ou « favorable » (171,8 ‰). Celles ayant les taux de dépistage inférieurs au taux national sont celles pour lesquelles la situation sociale est « plutôt défavorable » (121,8 ‰), « la plus défavorisée » (146,6 ‰) ou « plutôt favorable avec davantage de cadres » (152,0 ‰).

À travers les régions de France (graphique 46), des taux standardisés de recours au dépistage du cancer colorectal dans les 30 mois avant le 1er traitement dépassant significativement celui de la France (160,0 ‰), sont observés dans six régions : ils varient de 171,9 ‰ dans les régions Normandie et Auvergne-Rhône-Alpes (Auvergne-Rhône-Alpes) à 188,0 ‰ en Pays de la Loire (graphique 47).

Des taux plus faibles de recours au dépistage sont enregistrés dans six autres régions, allant de 70,2 ‰ en Corse à 145,4 ‰ en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Graphiques 65 et 66. Patients avec des facteurs de risque élevé de cancer colorectal au début de traitement – Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %)

Graphique 65. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)

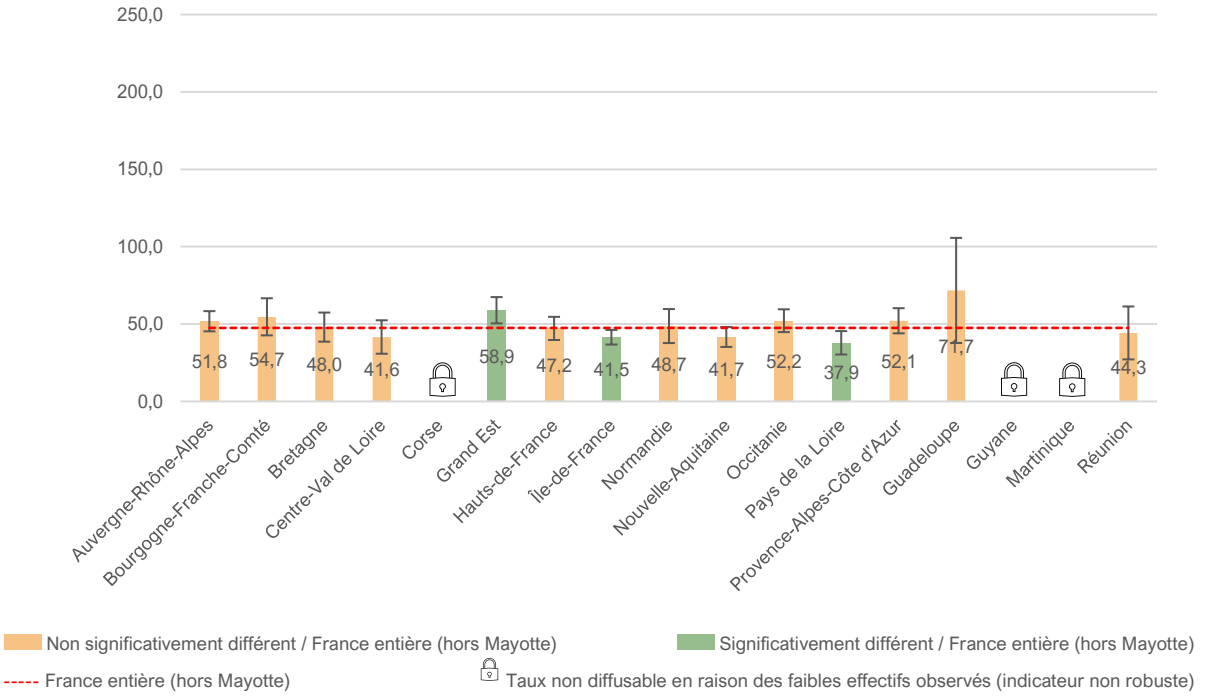


* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

27 Syndrome de Lynch, polypose adénomateuse familiale, rectocolite hémorragique, maladie de Crohn : ALD avec code CIM10 K50, K51, D126 antérieur ou actif à la date du 1er traitement ou hospitalisations (MCO, HAD, SSR, Rim-P) dans les 5 ans avant la date du 1er traitement avec code CIM10 : C189+0 ; D126+0 à D126+6, D126+8 ; K50 ; K51, quelle que soit la position du diagnostic.

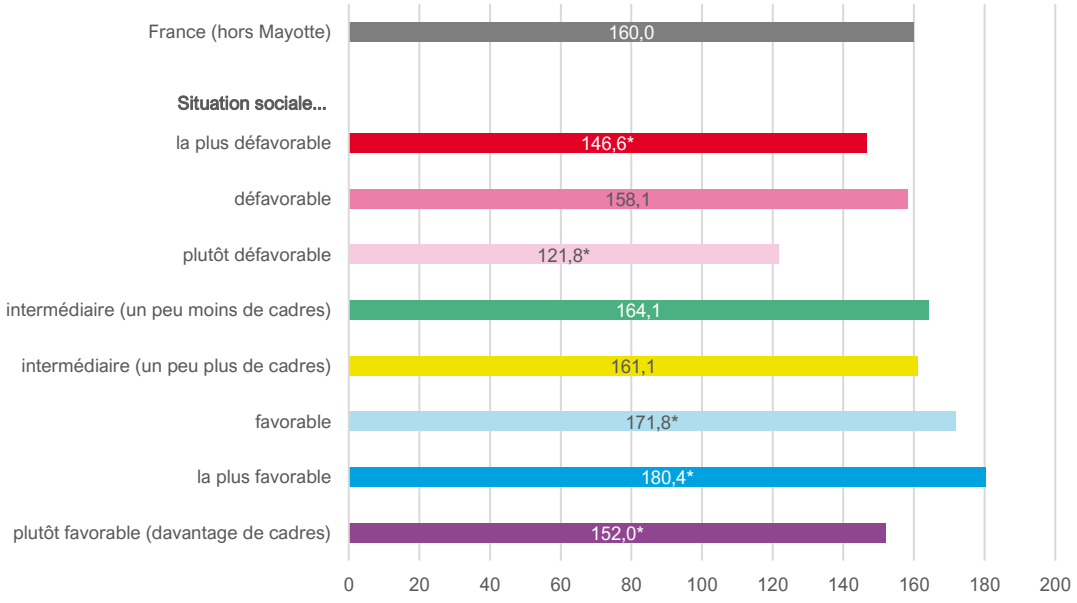
Graphique 66. Niveau élevé de gravité du cancer selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Sources : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 67 et 68. Patients ayant réalisé un dépistage dans les 30 mois, chez les 52-76 ans, au début du traitement - Période 2018-2022 - Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %)

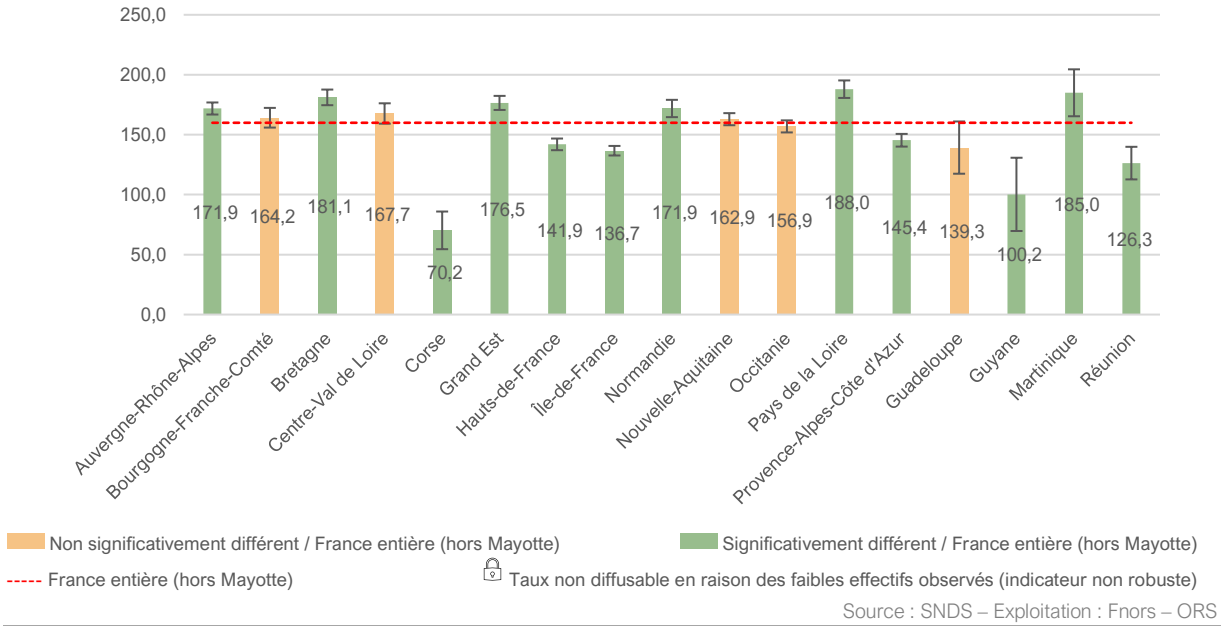
Graphique 67. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 68. Dépistage dans les 30 mois chez les 52-76 ans au début du traitement selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

4. Diagnostic

→ **Près de 626 patients de la cohorte cancer colorectal pour 1 000 ont un cancer localisé au niveau du côlon (625,9 ‰) au moment du diagnostic.** Ils sont deux fois moins nombreux à avoir un cancer localisé au niveau du rectum (333,1 ‰) et quinze fois moins pour un cancer « double localisation » (41,0 ‰).

Du point de vue de la typologie sociale, deux classes représentant les situations sociales qualifiées « plutôt défavorable » ou « la plus défavorisée » se distinguent avec des taux standardisés de cancer diagnostiqué au niveau du rectum significativement plus faibles (respectivement 291,3 ‰ et 310,5 ‰) que celui de la France (333,1 ‰) (graphique 48). Aucune différence significative n'est observée pour les autres localisations et classes de la typologie sociale.

Au sein des régions, des disparités sont observées selon la localisation du cancer diagnostiqué (graphiques 49 à 51) :

- Pour les patients ayant un cancer localisé au niveau du côlon, les régions Guadeloupe (732,4 ‰) et Martinique (740,3 ‰) se distinguent avec des taux standardisés de patients plus élevés que celui de la France (625,9 ‰). À l'inverse, la région Grand Est présente un taux inférieur (593,7 ‰) ;
- En ce qui concerne les patients ayant un cancer avec double localisation, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (48,3 ‰) et Grand Est (49,9 ‰) enregistrent également des taux standardisés de patients plus élevés que celui de la France (41,0 ‰) ;
- S'agissant des patients ayant un cancer localisé au niveau du rectum, la région Grand Est affiche un taux standardisé plus élevé que celui de la France (333,1 ‰). À l'inverse, les régions Guadeloupe (213,2 ‰) et Martinique (234,1 ‰) présentent des taux standardisés de patients inférieurs.

→ **Plus de 570 patients de la cohorte cancer colorectal pour 1 000 présentent un cancer invasif non métastatique (575,1 ‰) au moment du diagnostic.** Ce chiffre est quasiment deux fois plus faible pour les patients atteints d'un cancer de gravité élevée, c'est-à-dire avec des métastases synchrones présentes dès le diagnostic (302,6 ‰). Et ils sont près de cinq fois moins nombreux à avoir un cancer diagnostiqué *in situ* (122,3 ‰), c'est-à-dire détecté à un stade précoce et non invasif.

En matière de typologie sociale, des différences sont constatées selon la classe sociale et le niveau de gravité du cancer au moment du diagnostic (graphiques 52 à 55) :

→ les cancers *in situ* sont plus fréquents dans trois classes aux caractéristiques sociales plutôt favorables à intermédiaires (144,0 ‰ pour la « plus favorable », 133,5 ‰ pour la classe qualifiée de « favorable » et 129,7 ‰ pour la classe dite « intermédiaire avec un peu plus de cadres »). À l'inverse, les deux classes aux caractéristiques sociales opposées dites « plutôt défavorable » et « plutôt favorable avec davantage de cadres » affichent les taux de cancers *in situ* les plus faibles (respectivement 55,8 ‰ et 101,7 ‰) ;

→ pour les cancers invasifs non métastatiques, la classe en situation sociale qualifiée « plutôt favorable avec davantage de cadres » présente un taux standardisé de cancer supérieur (593,7 ‰) au taux de la France. À l'inverse, les deux classes présentant les situations sociales favorables (situation sociale « la plus favorable » et celle « favorable ») ont des taux inférieurs au taux national (respectivement 548,8 ‰ et 549,9 ‰) ;

→ pour les cancers avec des métastases synchrones, aucune différence n'est observée selon les classes de la typologie sociale.

Au sein des régions, six d'entre elles présentent des taux standardisés pour cancer *in situ*, supérieurs à celui de la France (graphique 53). Ces taux varient de 147,0 ‰ en Pays de la Loire à 276,5 ‰ en Bretagne. À l'inverse, neuf régions affichent des taux inférieurs à celui de la France, allant de 12,8 ‰ pour la Guadeloupe à 111,8 ‰ pour la région Grand Est.

Concernant les cancers invasifs non métastatiques, les régions où les taux sont plus élevés que celui de la France sont : Auvergne-Rhône-Alpes (601,2 ‰), Centre-Val de Loire (622,9 ‰) et Île-de-France (629,4 ‰). À l'inverse, les régions Bretagne (452,7 ‰), Pays de la Loire (537,6 ‰) et Nouvelle-Aquitaine (551,7 ‰) présentent des taux inférieurs (graphique 54).

Pour ce qui est des cancers de niveau de gravité élevé (avec métastases synchrones) au moment du diagnostic, les taux supérieurs à celui de la France varient de 314,9 ‰ en Île-de-France à 375,0 ‰ en Bourgogne-France-Comté (graphique 55). À l'inverse, les taux inférieurs à celui de la France varient de 225,8 ‰ pour la Martinique à 276,7 ‰ en Occitanie.

→ **Près de 150 patients de la cohorte cancer colorectal pour 1 000 (149,2 ‰) ont un autre cancer actif la même année.**

En ce qui concerne la typologie sociale, la classe représentant une situation sociale « plutôt favorable avec davantage de cadres » présente un taux supérieur (158,4 ‰) à celui de la France (149,2 ‰) (graphique 56). Aucune différence significative n'est observée pour les autres classes de la typologie sociale.

Au sein des régions, l'Île-de-France et la Corse présentent des valeurs se distinguant de celle de la France par des taux supérieurs (respectivement 160,8 ‰ et 298,1 ‰) (graphique 57). À l'inverse, les régions Bretagne et Occitanie présentent des taux inférieurs (respectivement 130,2 ‰ et 136,5 ‰).

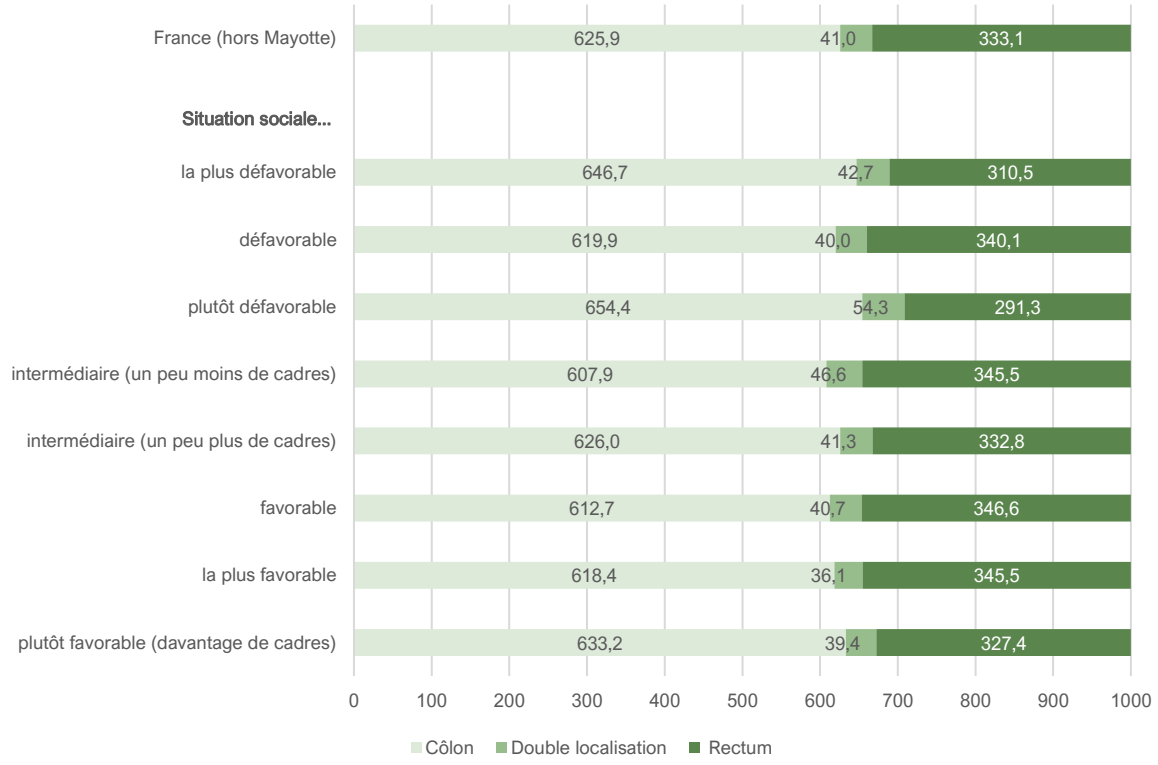
→ **Plus de 460 patients de la cohorte cancer colorectal pour 1 000 (461,8 ‰) ont eu un bilan de diagnostic et d'extension complet avant le premier traitement (IQSSA)**

Concernant la typologie sociale, la classe représentant une situation sociale « plutôt favorable avec davantage de cadres » affiche un taux standardisé supérieur (505,3 ‰) à celui de la France (461,8 ‰) (graphique 58). À l'inverse, la classe définie comme « intermédiaire avec un peu moins de cadres » présente un taux inférieur (409,8 ‰).

Au sein des régions, les régions Occitanie (506,5 ‰) et Île-de-France (519,1 ‰) se distinguent de la France par des taux supérieurs alors que, les régions Normandie (384,3 ‰), Centre-Val de Loire (391,3 ‰) et Bretagne (392,8 ‰) se caractérisent par des taux inférieurs (graphique 59).

Graphiques 69 à 72. Patients de la cohorte cancer colorectal selon la localisation diagnostiqué – Période 2018-2022 - Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %)

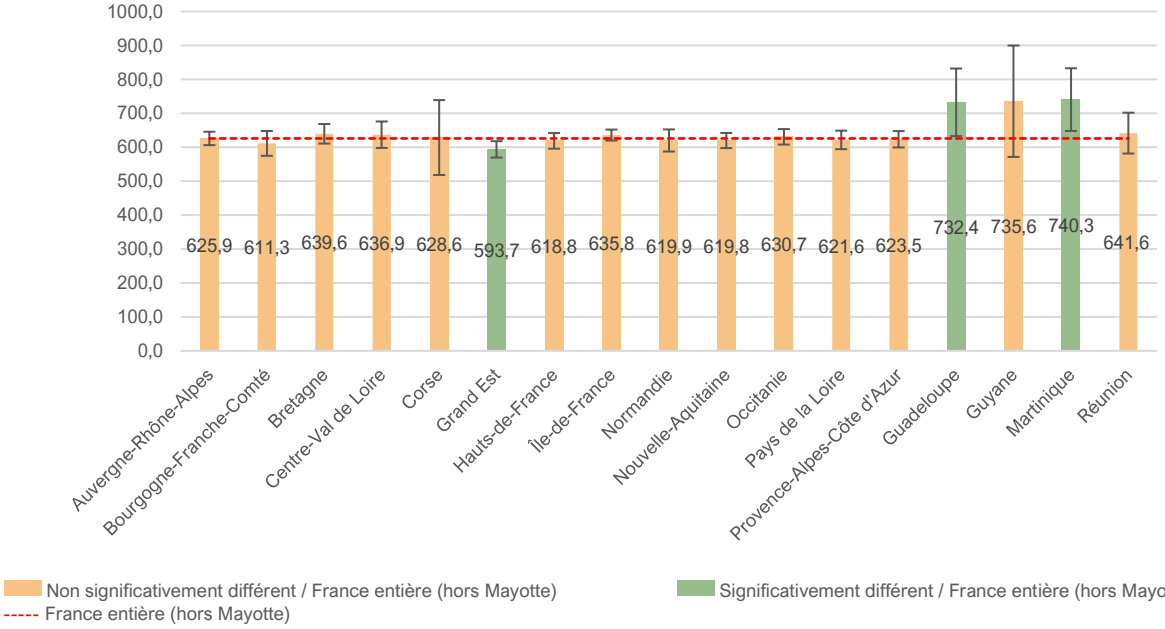
Graphique 69. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 70. selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)

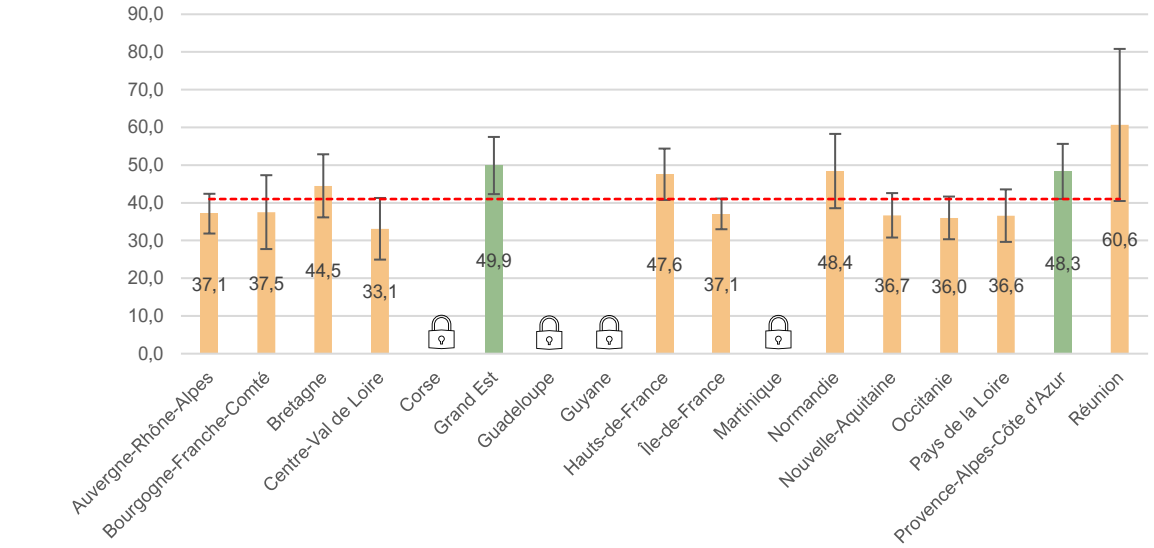
Localisation : côlon



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 71. selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)

Double localisation



Non significativement différent / France entière (hors Mayotte)

Significativement différent / France entière (hors Mayotte)

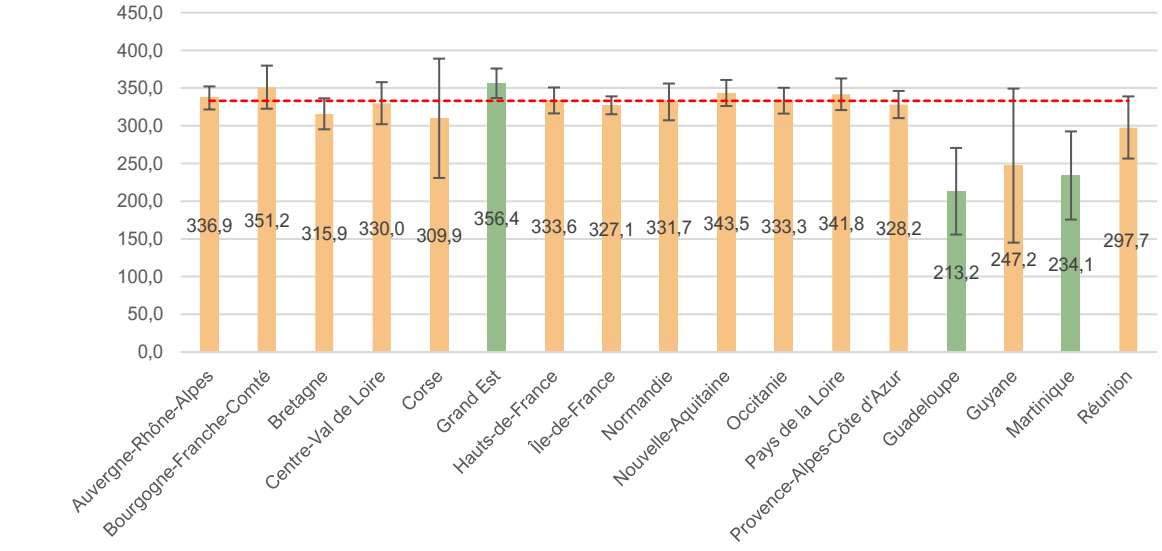
France entière (hors Mayotte)

Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 72. selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)

Localisation : Rectum



Non significativement différent / France entière (hors Mayotte)

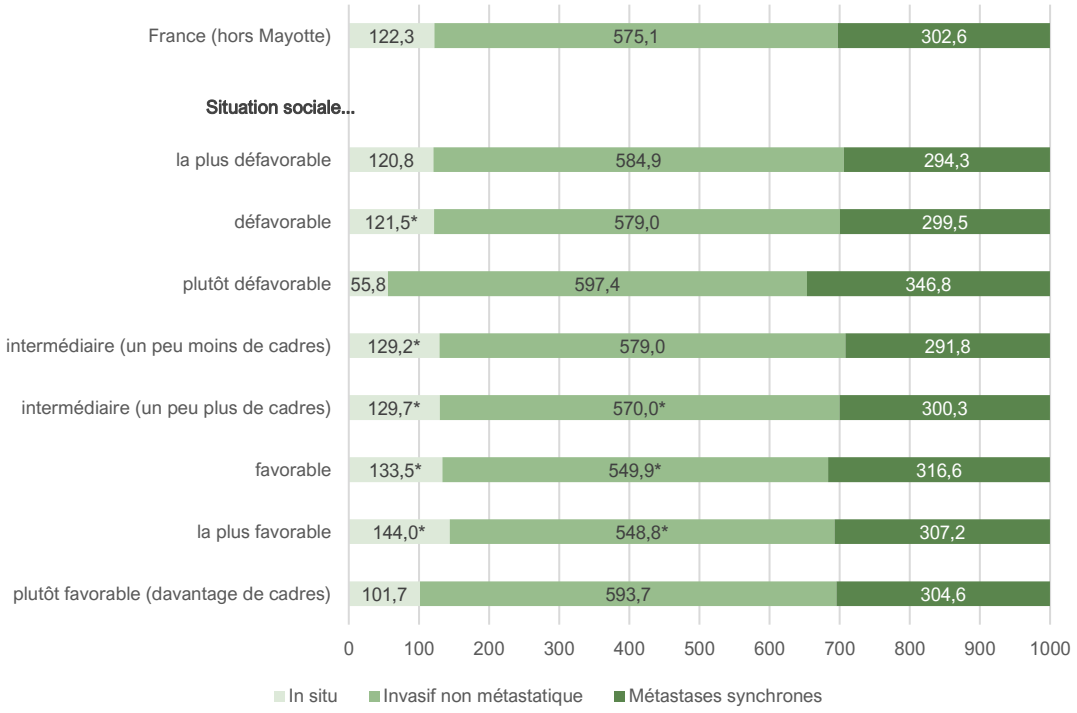
Significativement différent / France entière (hors Mayotte)

France entière (hors Mayotte)

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 73 à 76. Patients de la cohorte cancer colorectal selon le niveau de gravité du cancer diagnostiqué (*in situ* - faible gravité à métastases synchrones - gravité élevée)

Graphique 73. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)

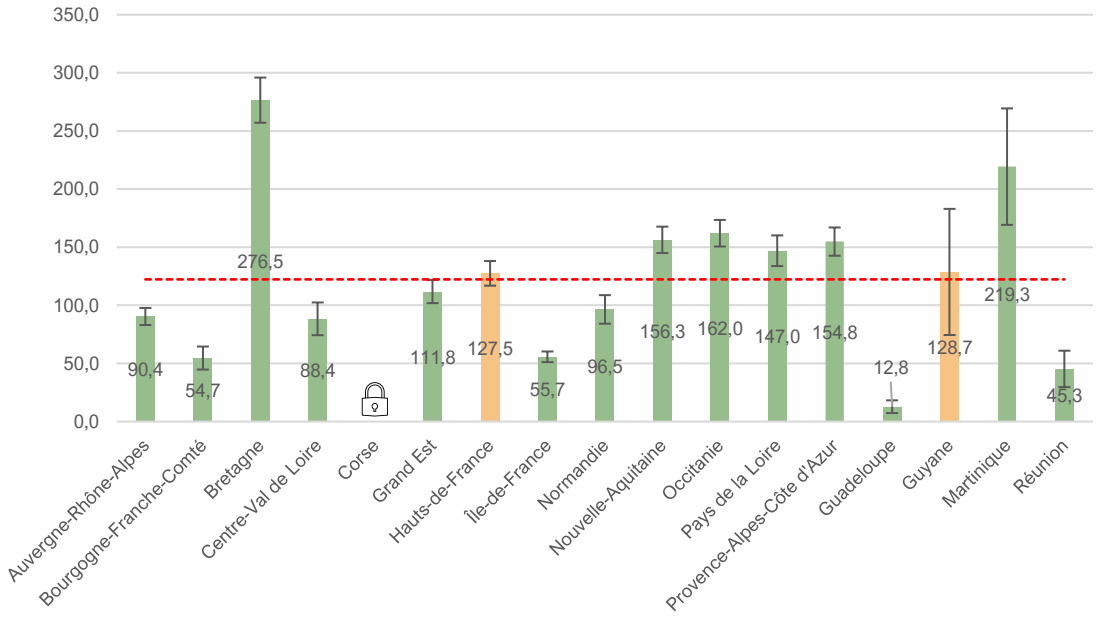


* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 74. Cancer diagnostiqué *in situ* (Taux standardisés pour 1 000)

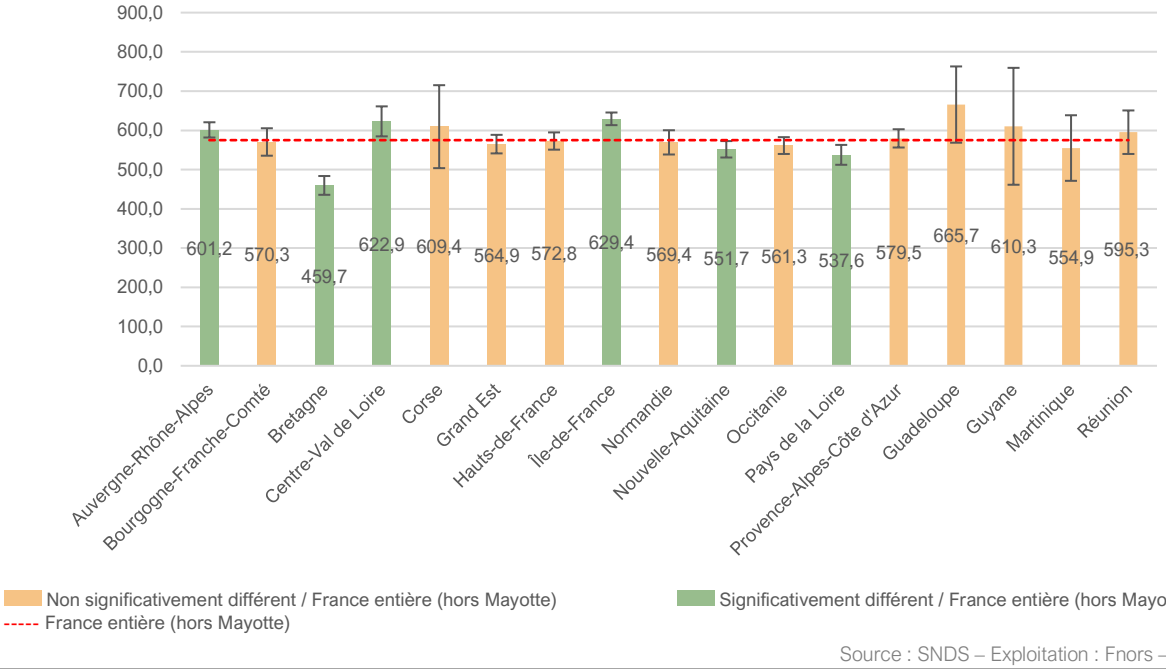
Gravité faible



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 75. Cancer diagnostiqué invasif non métastatique

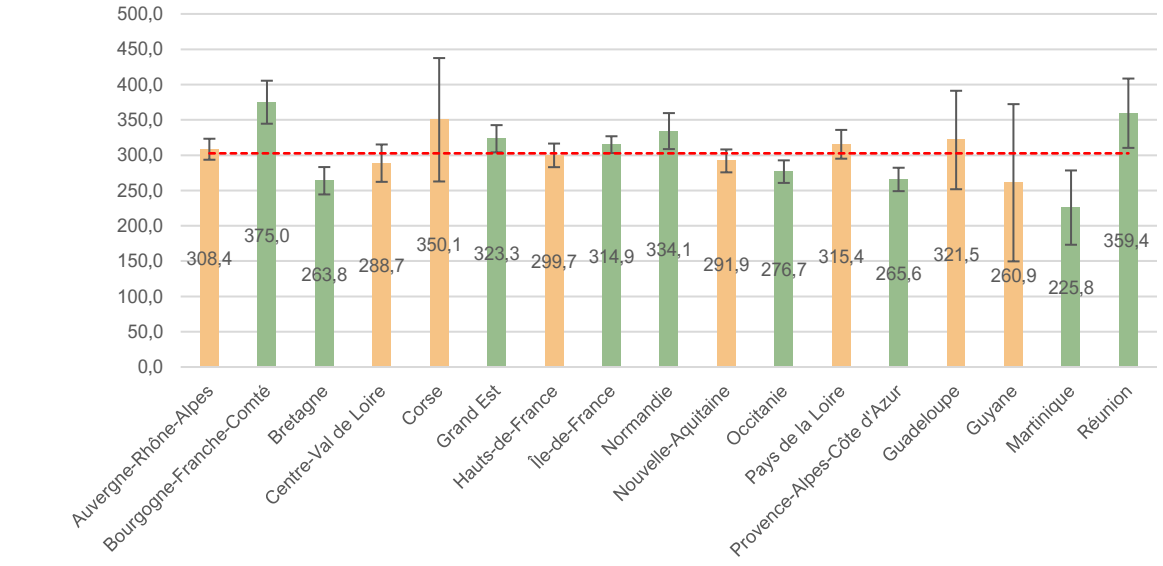
Gravité intermédiaire



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 76. Cancer diagnostiqué avec métastases synchrones

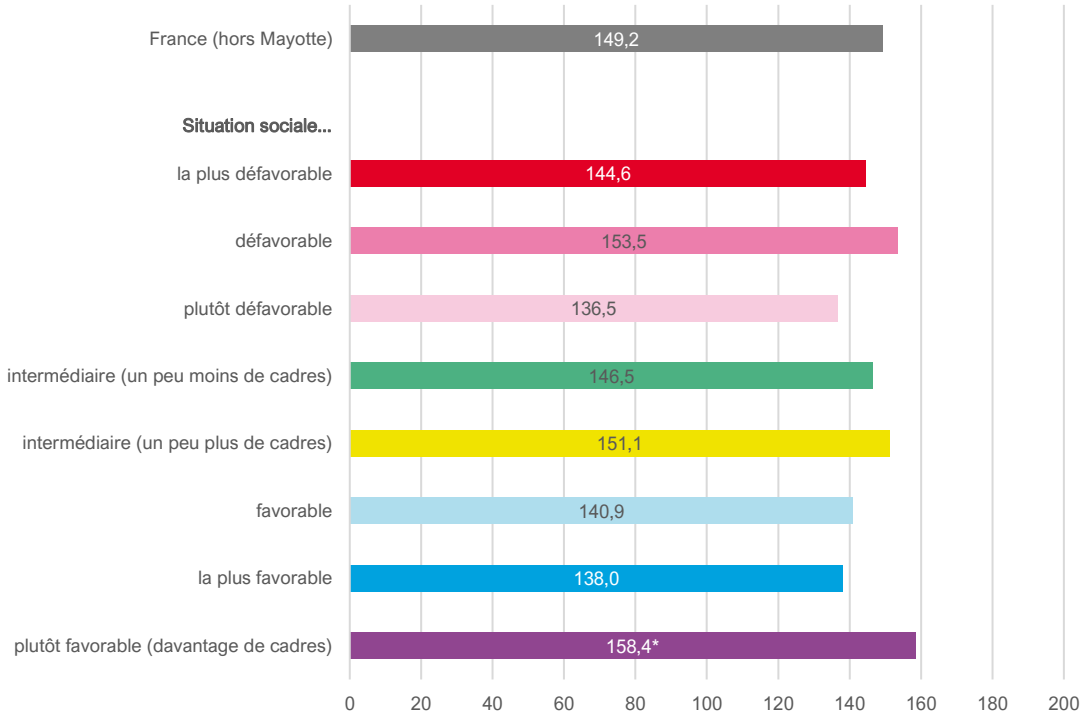
Gravité élevée



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 77 et 78. Patients avec un autre cancer actif la même année

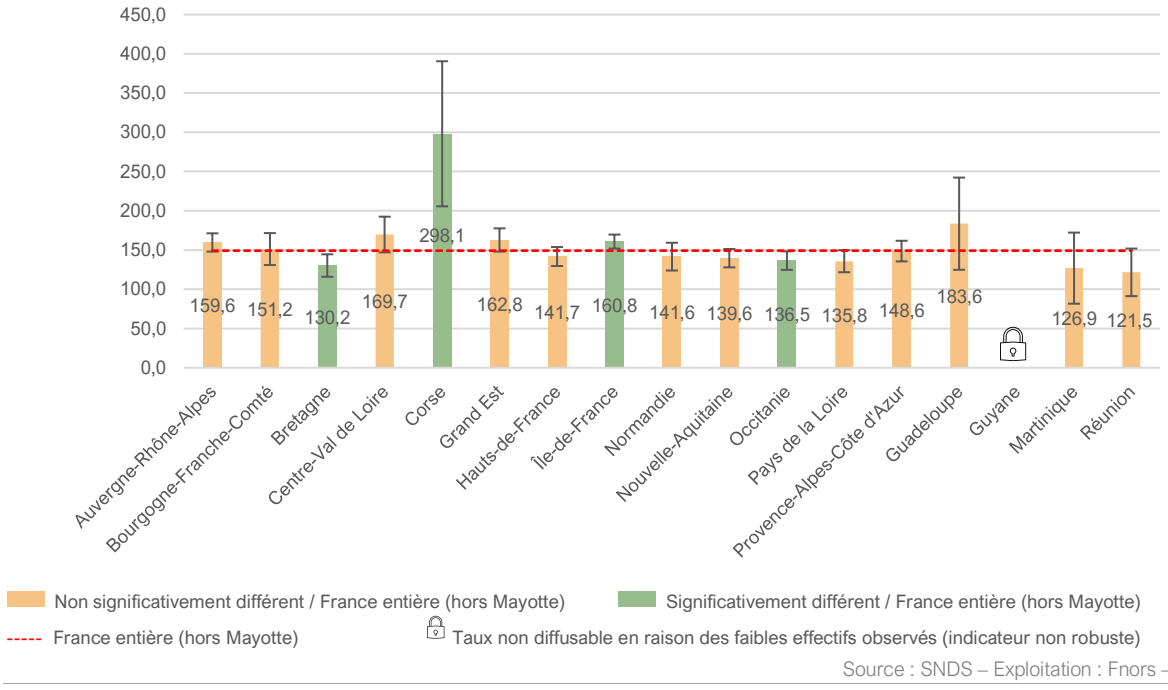
Graphique 77. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

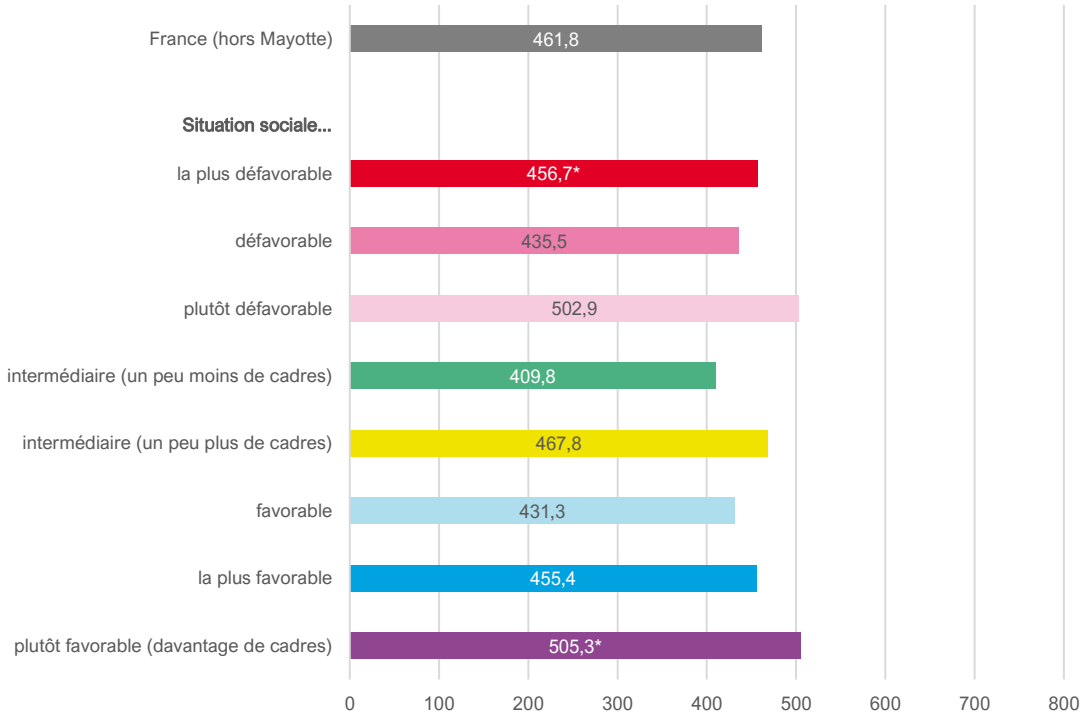
Graphique 78. selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 79 et 80. Patients avec un bilan de diagnostic et d'extension complet avant le 1er traitement (IQSSA)

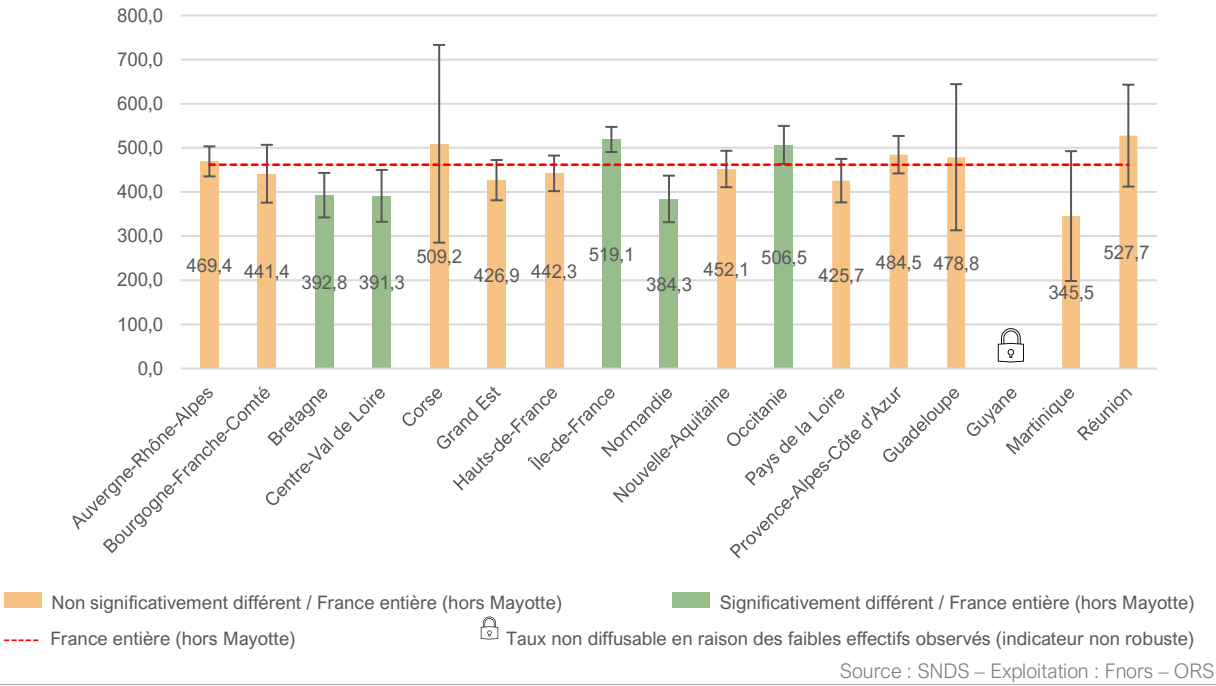
Graphique 79. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 80. selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

5. Traitement

En fonction de divers facteurs liés au cancer, tels que la gravité de la maladie, l'état de santé général des patients, leur âge, etc., plusieurs types de traitements peuvent être envisagés. Ces traitements peuvent être administrés seuls ou en combinaison. Dans cette étude, chaque traitement est examiné de manière indépendante au cours de l'année suivant le diagnostic.

→ **Plus de 600 patients pour 1 000 nouvellement diagnostiqués et traités pour un cancer colorectal invasif ont reçu un premier traitement, une chirurgie non urgente (604,8 ‰).** Ils sont 2 fois moins susceptibles d'avoir reçu un premier traitement non chirurgical (293,3 ‰) et 6 fois moins susceptibles d'avoir subi une chirurgie réalisée en urgence (101,9 ‰).

Concernant la typologie sociale, les classes représentant une situation sociale « plutôt défavorable » et « très défavorable » affichent des taux standardisés de patients ayant bénéficié, au cours de la 1re année de traitement, d'une chirurgie en urgence pour un cancer colorectal invasif, supérieurs au taux national (respectivement 150,0 ‰ et 115,2 ‰) (figure 7). À l'inverse, la classe en situation sociale « la plus favorable » affiche un taux inférieur de patients avec cancer colorectal invasif à avoir reçu un premier traitement non chirurgical (275,6 ‰). Aucune différence significative n'est observée selon le parcours chirurgical non urgent et les classes de la typologie sociale.

Au sein des régions, des différences par rapport à la France sont observées selon le type de parcours chirurgical reçu (graphiques 61 à 63) :

- Concernant les patients ayant suivi un parcours non chirurgical lors de la première année de traitement pour un cancer colorectal invasif, les taux standardisés sont plus élevés que celui de la France (293,3 ‰) dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur (328,1 ‰) et Martinique (384,4 ‰) ;
- Pour les patients ayant subi une chirurgie non urgente, c'est dans la Martinique que le taux standardisé est inférieur (481,0 ‰) au taux national (604,8 ‰) ;
- En ce qui concerne les patients ayant subi une chirurgie en urgence la première année de traitement pour un cancer colorectal invasif, les régions Grand Est, La Réunion et Guadeloupe enregistrent des taux standardisés supérieurs (respectivement 115,7 ‰, 146,2 ‰ et 159,4 ‰) à celui de la France (101,9 ‰). À l'inverse, les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Bretagne et Auvergne-Rhône-Alpes affichent des taux inférieurs (respectivement 79,6 ‰, 84,9 ‰ et 90,6 ‰).

→ **Plus de 250 patients pour 1 000 nouvellement diagnostiqués et traités pour un cancer colorectal ont bénéficié d'une chirurgie carcinologique seule dans les 12 premiers mois de traitement qui est le traitement de référence pour le cancer colorectal (259,4 ‰).** 228,4 ‰ ont eu une chirurgie carcinologique suivie d'un traitement adjuvant et 191,4 ‰ ont eu une exérèse endoscopique seule. De plus, 166,3 ‰ ont reçu une chimiothérapie et/ou une radiothérapie sans chirurgie, et 153,9 ‰ ont eu un traitement néoadjuvant avec une chirurgie (avec ou sans traitement adjuvant).

Concernant la typologie sociale, certaines classes se distinguent des valeurs nationales globales. Cela concerne :

- la classe « plutôt favorable avec davantage de cadres » où le taux de patients ayant subi une exérèse endoscopique seule est inférieur (174,7 ‰ *vs* 191,4 ‰ pour la France) ;
- la classe en situation sociale « la plus favorable » qui présente un taux inférieur de traitement par chimiothérapie et/ou une radiothérapie sans chirurgie (151,5 ‰) à celui de la France (166,3 ‰) ;
- La classe en situation sociale « plutôt défavorable » qui affiche un taux supérieur de patients ayant subi une chirurgie carcinologique suivie d'un traitement adjuvant (274,9 ‰ vs 228,4 ‰ pour la France) tandis qu'elle présente un taux de patients ayant subi une exérèse seule (128,7 ‰) inférieur à celui de la France (191,4 ‰) ;
- La classe en situation sociale « la plus défavorisée » où le taux de patients ayant reçu un traitement néoadjuvant et une chirurgie carcinologique (avec ou sans traitement adjuvant) est plus bas (140,5 ‰) que celui de la France (153,9 ‰).

Au sein des régions, des disparités par rapport à la France sont observées selon le type de traitement reçu dans les 12 premiers mois (graphiques 64 à 69). Les commentaires qui suivent sont présentés selon le type de traitement, du moins invasif au plus invasif :

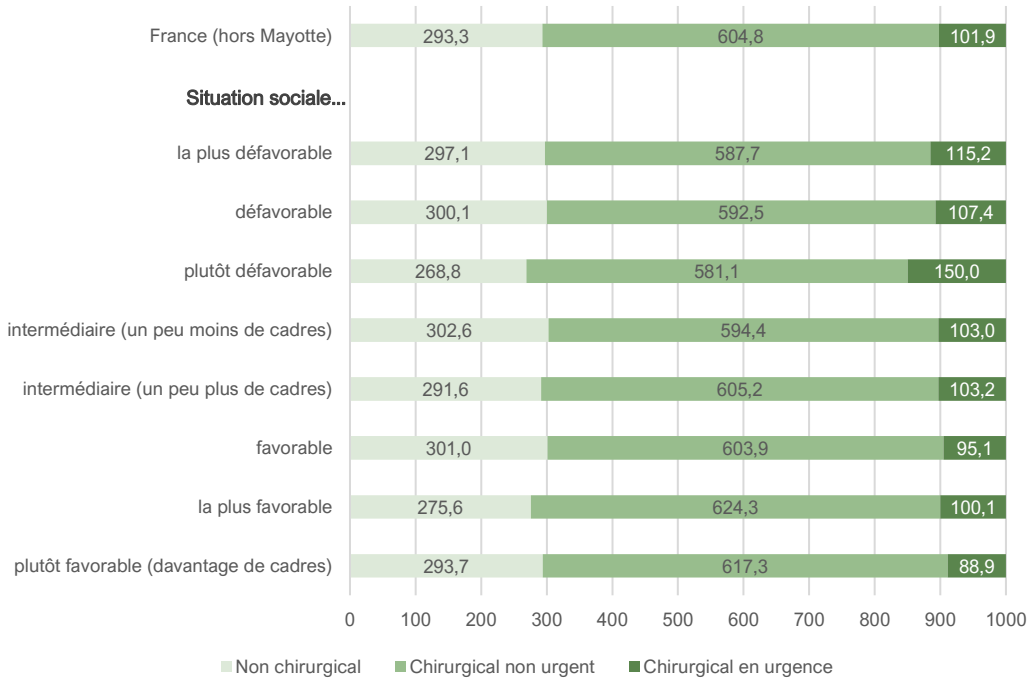
- Pour les patients ayant subi une exérèse endoscopique seule, les taux standardisés sont supérieurs à celui de la France (191,4 ‰) dans cinq régions, variant de 221,3 ‰ en Occitanie à 349,9 ‰ en Martinique. En revanche, ils sont plus bas dans huit régions allant de 65,0 ‰ en Guadeloupe à 172,9 ‰ en Auvergne-Rhône-Alpes ;
- Concernant les patients ayant subi une chirurgie carcinologique seule, c'est en Provence-Alpes-Côte d'Azur que le taux standardisé est inférieur (239,8 ‰) au taux national (259,4 ‰) ;
- Pour les patients ayant reçu une chimiothérapie et/ou une radiothérapie sans chirurgie, les taux standardisés sont plus élevés que celui de la France (166,3 ‰) dans les régions Île-de-France (182,4 ‰), Normandie (193,7 ‰) et Corse (282,4 ‰).

À l'inverse, les régions Bretagne (130,3 ‰), Pays de la Loire (142,2 ‰) et Occitanie (151,0 ‰) affichent des taux plus bas ;

- Pour les patients ayant reçu un traitement néoadjuvant et une chirurgie carcinologique (avec ou sans traitement adjuvant), les taux standardisés sont plus élevés que celui de la France (153,9 ‰) dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes (173,4 ‰) et Bourgogne-Franche-Comté (181,3 ‰), tandis que les régions Martinique (73,1 ‰) et Bretagne (128,2 ‰) affichent des taux inférieurs ;
- Pour les patients ayant subi une chirurgie carcinologique avec un traitement adjuvant, les taux standardisés sont également plus élevés que celui de la France (228,4 ‰) en Île-de-France (258,2 ‰), Centre-Val de Loire (260,0 ‰) et La Réunion (276,7 ‰), tandis que la Bretagne (174,0 ‰), Provence-Alpes-Côte d'Azur (199,6 ‰) et Auvergne-Rhône-Alpes (215,2 ‰) présentent des taux inférieurs.

Graphiques 81 à 84. Traitement au cours de la 1ère année - Type de parcours chirurgical (cancer colorectal invasif)

Graphique 81. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



PRÉCISIONS

Classement du type de parcours pour cancer colorectal invasifs, du moins invasif au plus invasif :

1. Parcours non chirurgical : parcours sans chirurgie avec des traitements comme la chimiothérapie, la radiothérapie, les thérapies ciblées... ;

2. Parcours chirurgical non urgent : ce parcours repose sur une chirurgie programmée pour enlever la tumeur ;

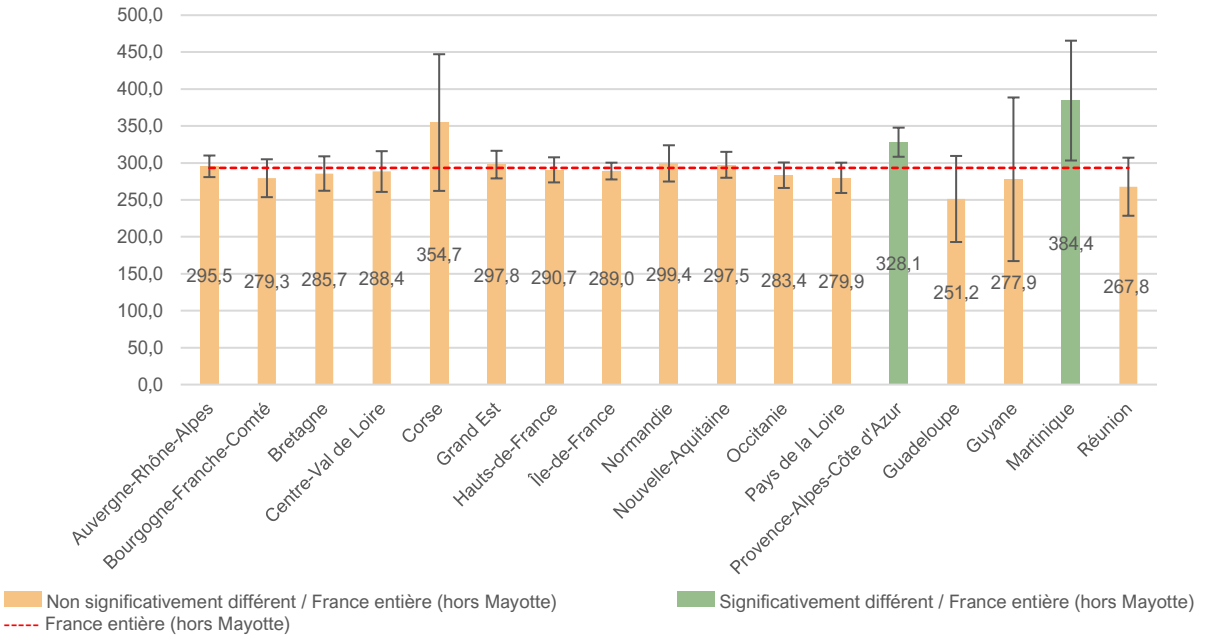
3. Parcours chirurgical en urgence : ce parcours est le plus grave car c'est une chirurgie immédiate, en raison de complications telles qu'une obstruction intestinale, une perforation, ou une hémorragie.

Sources : Ameli, Fondation Arc et Institut national du Cancer

* significativement différent par rapport à la France

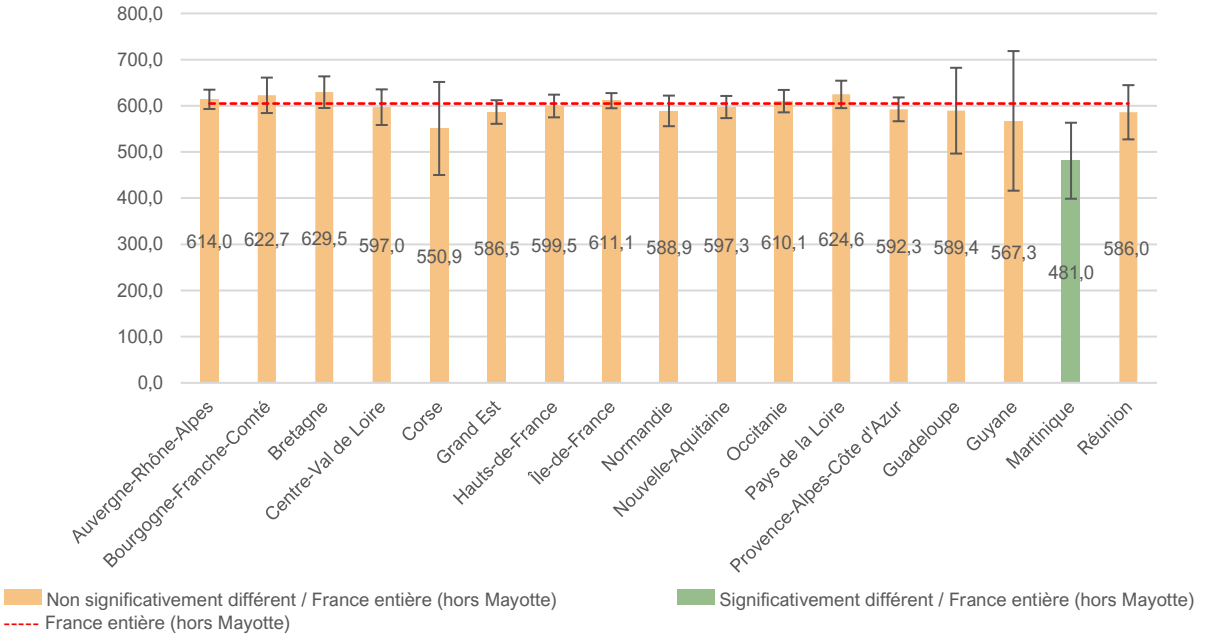
Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 82. Parcours non chirurgical (cancer colorectal invasif) selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



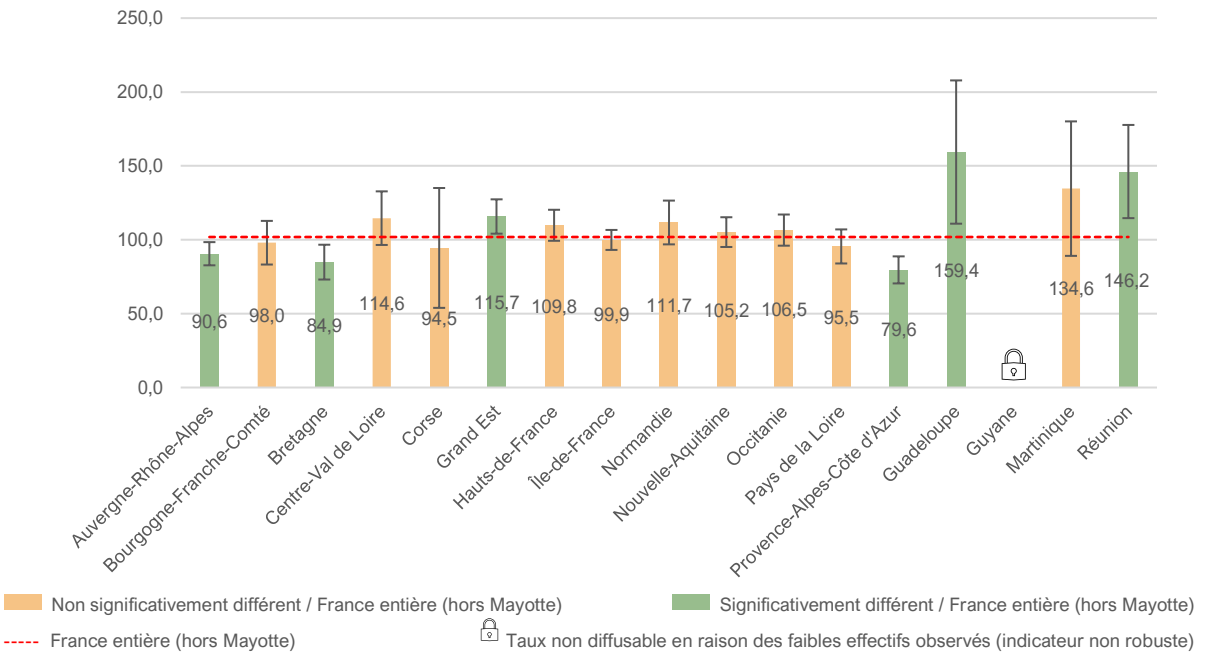
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 83. Parcours chirurgical non urgent (cancer colorectal invasif) selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

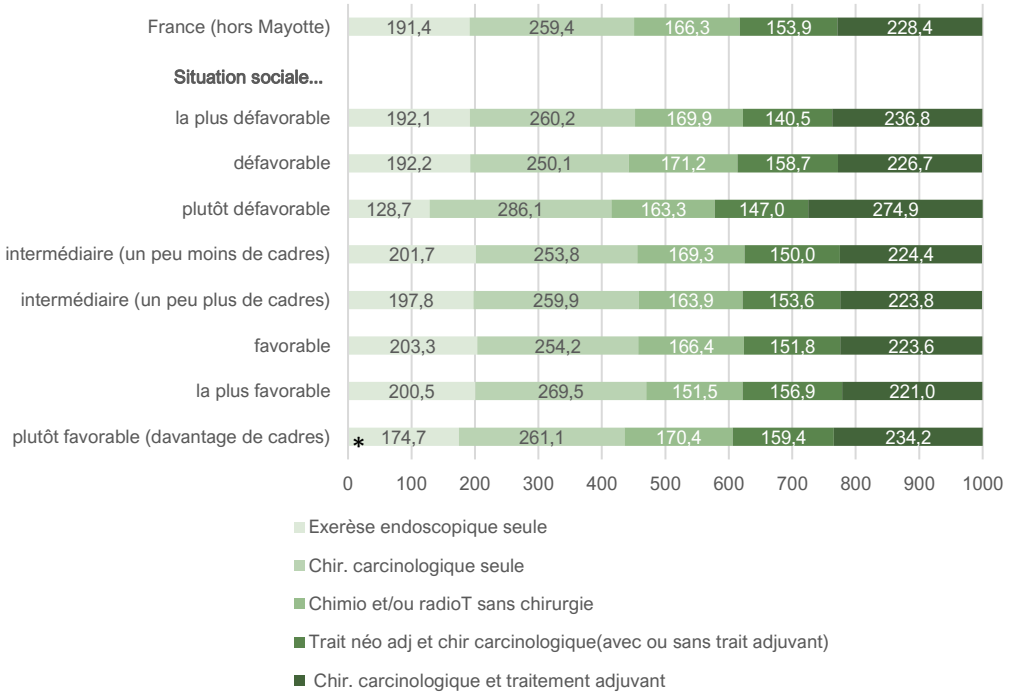
Graphique 84. Parcours chirurgical en urgence (cancer colorectal invasif) selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 85 à 90. Traitement au cours de la 1ère année - Type de traitement reçu dans les 12 premiers mois (cohorte cancer colorectal)

Graphique 85. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

PRÉCISIONS

Classement des traitements du cancer colorectal, du moins agressif au plus agressif. Ce classement est général et peut varier en fonction des spécificités de chaque cas, des préférences du patient et des recommandations médicales :

1. Exérèse endoscopique seule : ablation des polypes ou des tumeurs précoces par coloscopie sans recourir à une chirurgie invasive ;

2. Chirurgie carcinologique seule : traitement de référence pour le cancer colorectal, résection de la tumeur et des tissus environnants ;

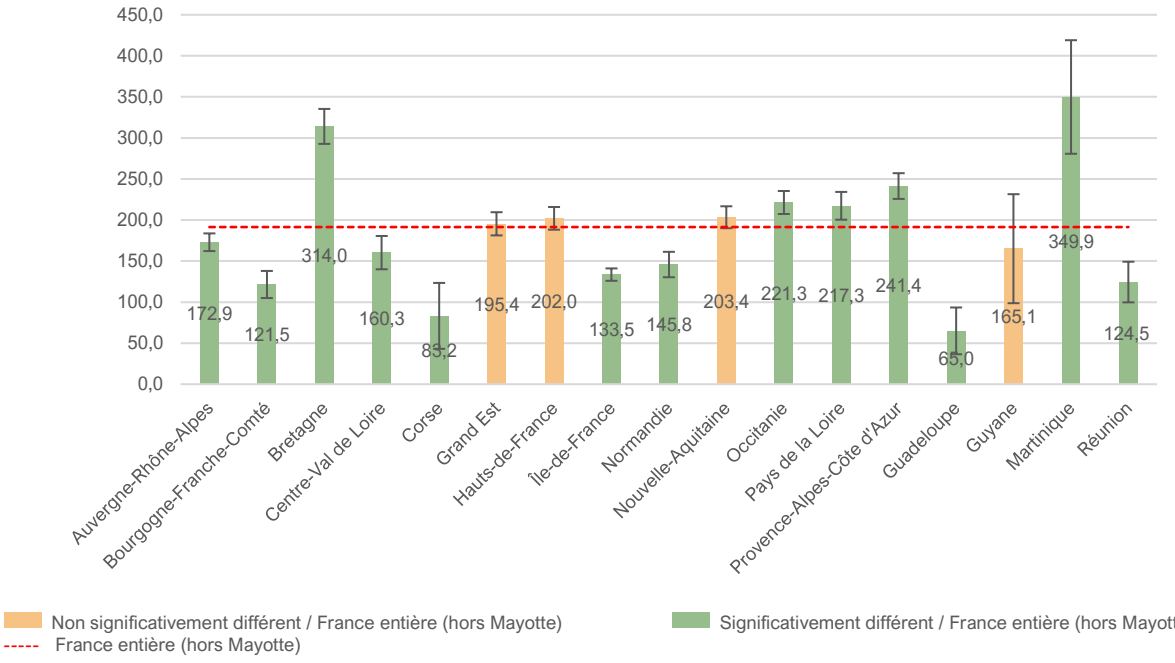
3. Chimiothérapie et/ou radiothérapie sans chirurgie : réduction de la taille de la tumeur ou traitement des cancers métastatiques sans exérèse chirurgicale.

4. Traitement néoadjuvant et chirurgie carcinologique (avec ou sans traitement adjuvant) : le traitement néoadjuvant (chimiothérapie et/ou radiothérapie avant la chirurgie) est utilisé pour réduire la taille de la tumeur et faciliter la chirurgie. La chirurgie est suivie d'un traitement adjuvant (chimiothérapie et/ou radiothérapie après la chirurgie) pour réduire le risque de récidive.

5. Chirurgie carcinologique et traitement adjuvant : la chirurgie est suivie d'un traitement adjuvant (chimiothérapie et/ou radiothérapie) pour réduire le risque de récidive.

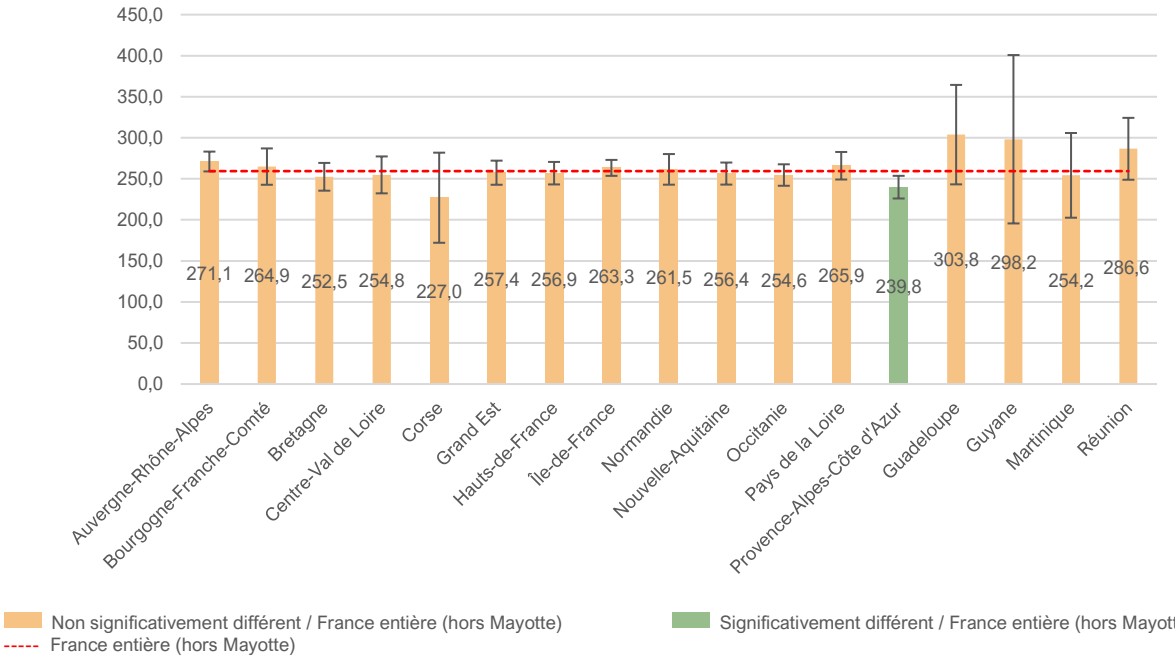
Sources : Ameli, Fondation Arc et Institut national du Cancer

Graphique 86. Exérèse endoscopique seule selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



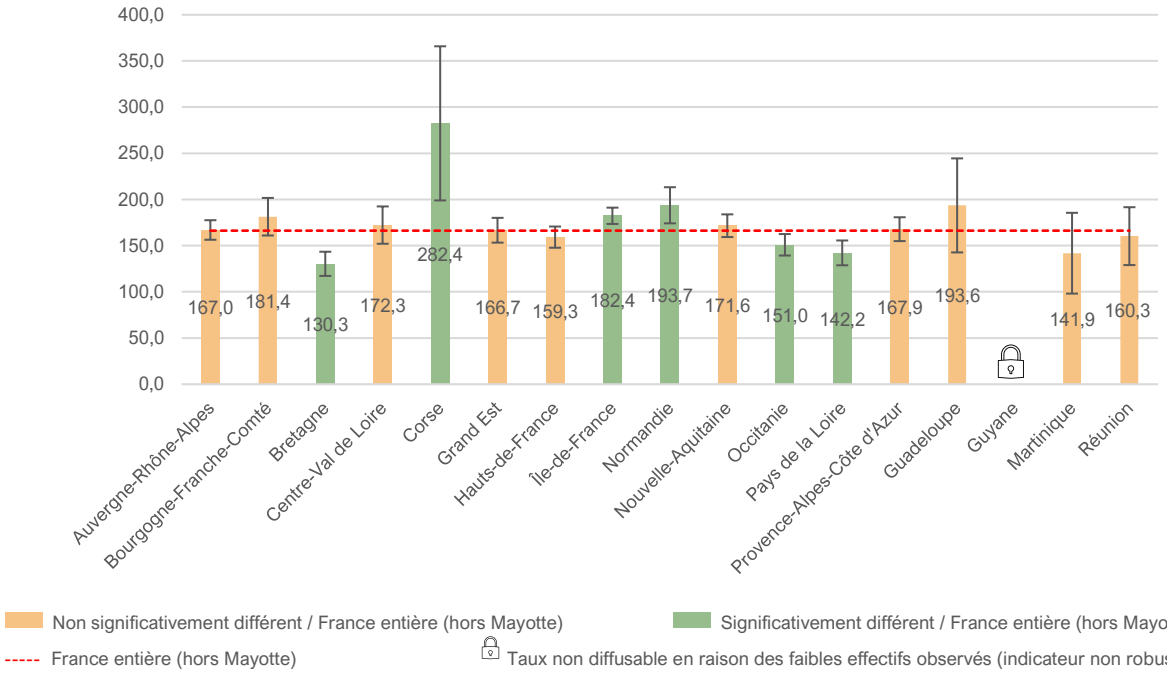
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 87. Chirurgie carcinologique seule selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



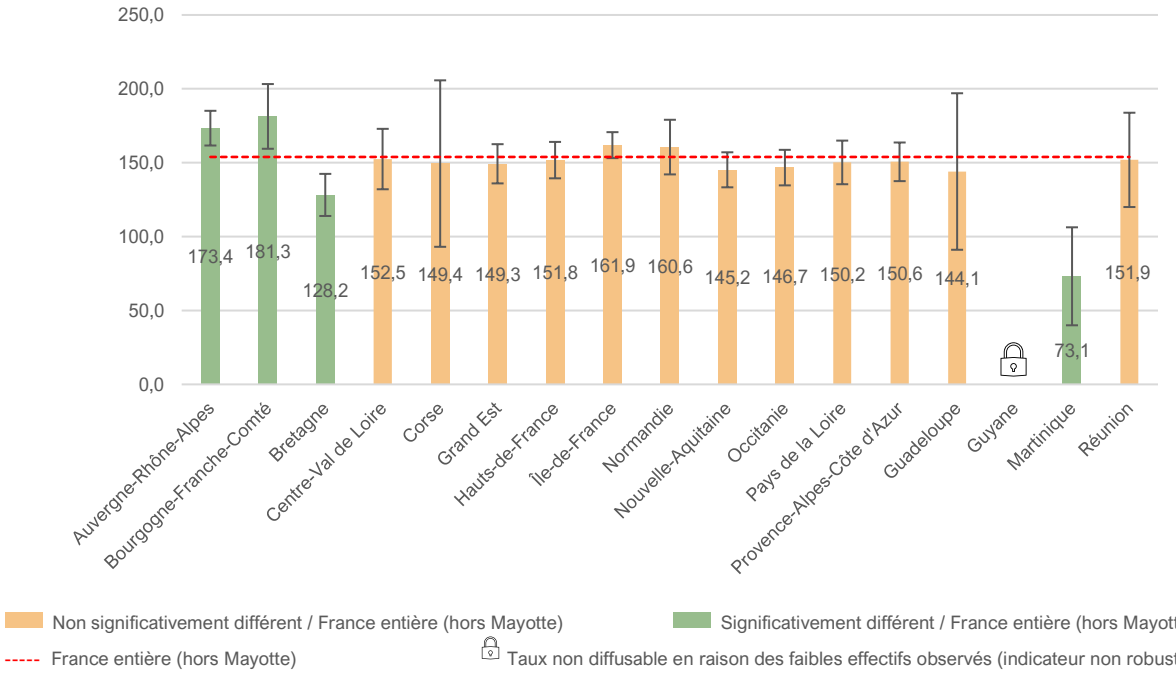
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 88. Chimiothérapie et/ou radiothérapie sans chirurgie selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



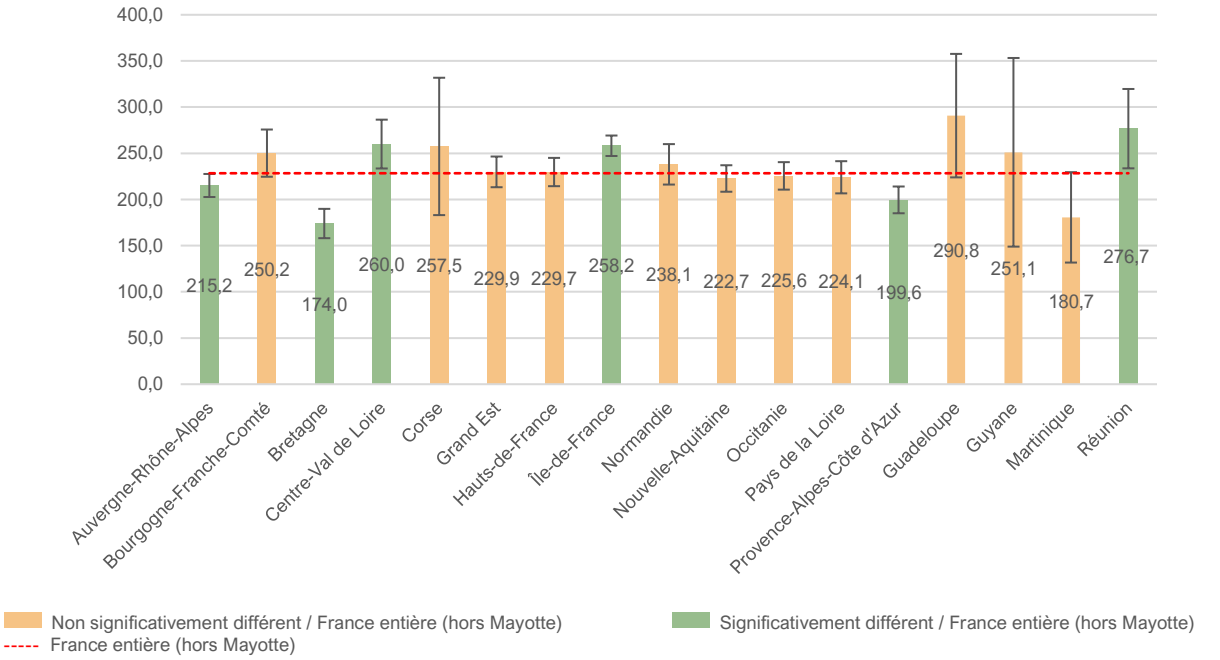
Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 89. Traitement néoadjuvant et chirurgie carcinologique (avec ou sans traitement adjuvant) selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 90. Chirurgie carcinologique et traitement adjuvant selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

6. Devenir

→ **Plus de 84 patients pour 1 000 nouvellement diagnostiqués et traités pour un cancer colorectal invasif pour 1 000 sont décédés au cours de la 1re année de traitement (84,5 ‰).**

Concernant la typologie sociale, la classe « intermédiaire avec un peu moins de cadres » et la classe en situation sociale « la plus défavorable » affichent des taux standardisés de patients décédés au cours de la 1re année de traitement supérieurs à celui de la France (respectivement 92,8 ‰ et 95,7 ‰) (figure 9). À l'inverse, la classe « plutôt favorable avec davantage de cadres » et la classe en situation sociale « la plus favorable » enregistrent un taux inférieur (respectivement 79,2 ‰ et 76,8 ‰).

Au sein des régions, la région des Hauts-de-France (94,0 ‰) enregistre un taux standardisé de patients décédés au cours de la 1re année de traitement plus élevé que celui de la France (84,5 ‰). À l'inverse, la Bretagne (73,8 ‰) présente un taux inférieur (figure 9).

→ **Parmi les patients de la cohorte cancer colorectal invasif sans métastases synchrones, plus de 750 patients pour 1 000 sont en vie à 3 ans après le début du traitement (avant le 1er juillet 2020), sans rechute, ni apparition de métastases, ni reprise de traitement (754,1 ‰).**

Concernant la typologie sociale, toutes les classes présentent des taux proches de celui de la France (graphique 72).

De même, au sein des régions, les taux ne diffèrent pas de celui de la France (graphique 73).

→ **Parmi les patients de la cohorte cancer colorectal Invasif sans métastases synchrones, au cours des 3 premières années de traitement, plus de 130 patients pour 1 000 présentent une récidive avec l'apparition de métastases ou avec la reprise de traitement (après un arrêt d'au moins 6 mois) (respectivement 144,8 ‰ et 133,9 ‰).**

Concernant la typologie sociale, toutes les classes présentent des taux proches de celui de la France (graphique 74).

Au sein des régions, l'Île-de-France (163,1 ‰) affiche un taux standardisé de patients ayant fait une récidive avec l'apparition de métastases plus élevé que celui de la France (144,8 ‰) (graphique 75). À l'inverse,

Auvergne-Rhône-Alpes (113,7 ‰) présente un taux inférieur de patients ayant fait une récidive avec reprise de traitement (après un arrêt d'au moins 6 mois) que celui observé en France (133,9 ‰) (graphique 77).

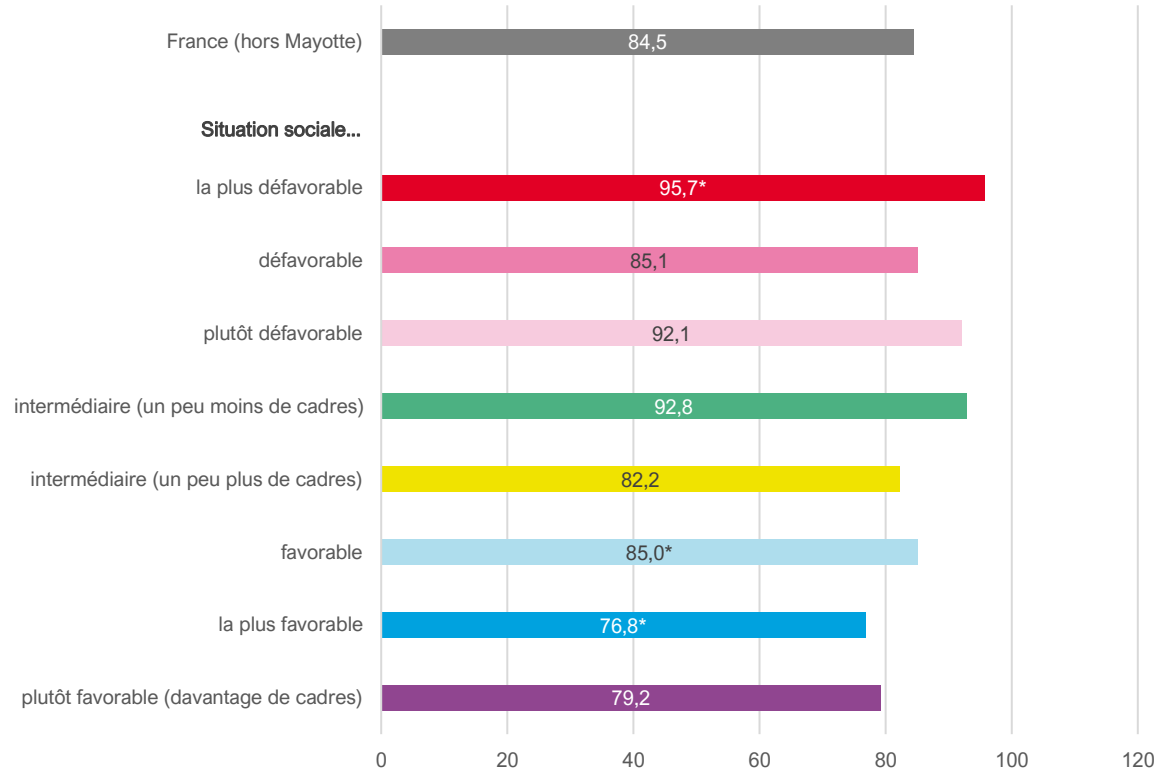
→ Plus de 200 patients de la cohorte cancer colorectal pour 1 000 sont décédés au cours des trois premières années de traitement (patients avec une date de premier traitement antérieur au 01/07/2020) (209,7 ‰).

Concernant la typologie sociale, les classes en situation sociale *« plutôt défavorable »* et *« la plus défavorable »* affichent des taux standardisés de patients décédés au cours des trois premières années de traitement supérieurs (respectivement 278,1 ‰ et 229,9 ‰) à celui de la France (209,7 ‰) (graphique 78). À l'inverse, la classe en situation sociale « la plus favorable » enregistre un taux inférieur (191,4 ‰).

Au sein des régions, les régions Île-de-France (224,3 ‰) et La Réunion (280,3 ‰) enregistrent des taux standardisés de patients décédés au cours des trois premières années de traitement plus élevé que celui de la France (209,7 ‰). À l'inverse, Provence-Alpes-Côte d'Azur (187,4 ‰) présente un taux inférieur (graphique 79).

Graphiques 91 et 92. Patients décédés au cours de la 1ère année de traitement

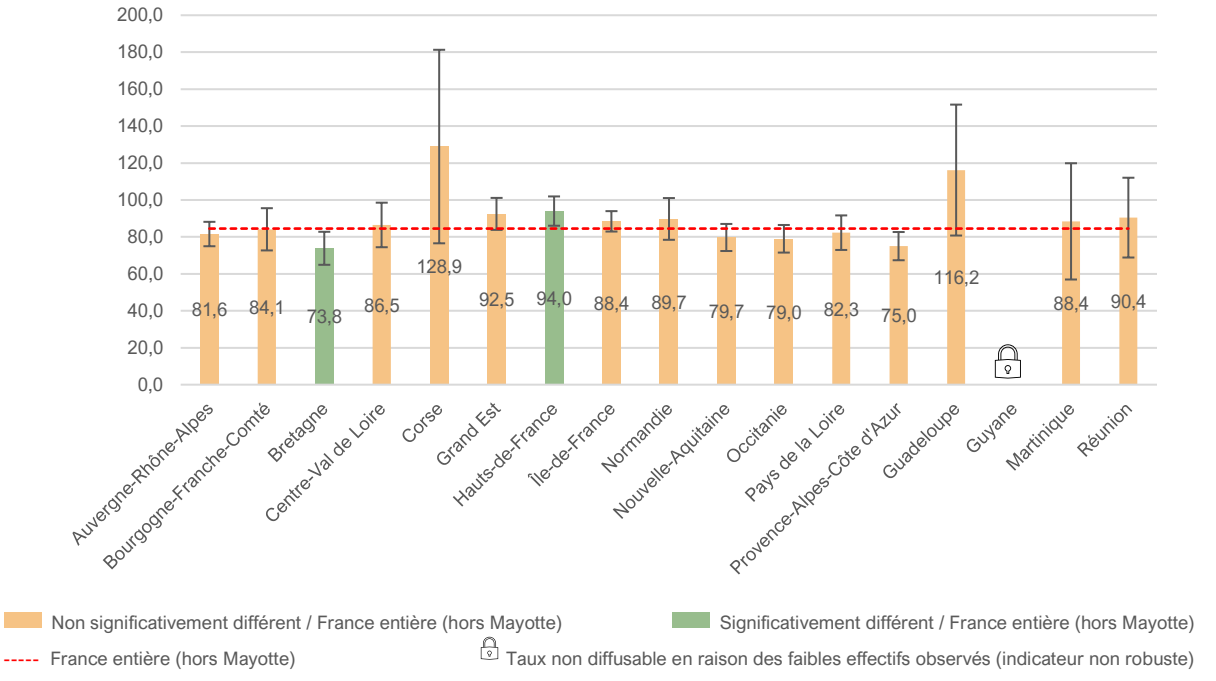
Graphique 91. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, miinistère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

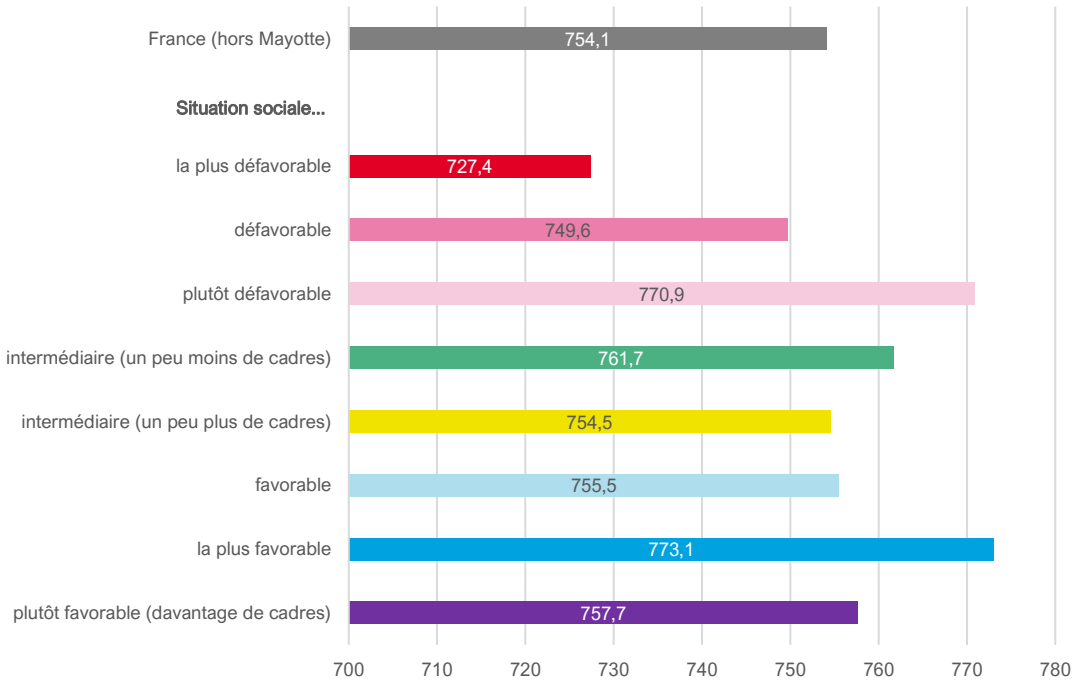
Graphique 92. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

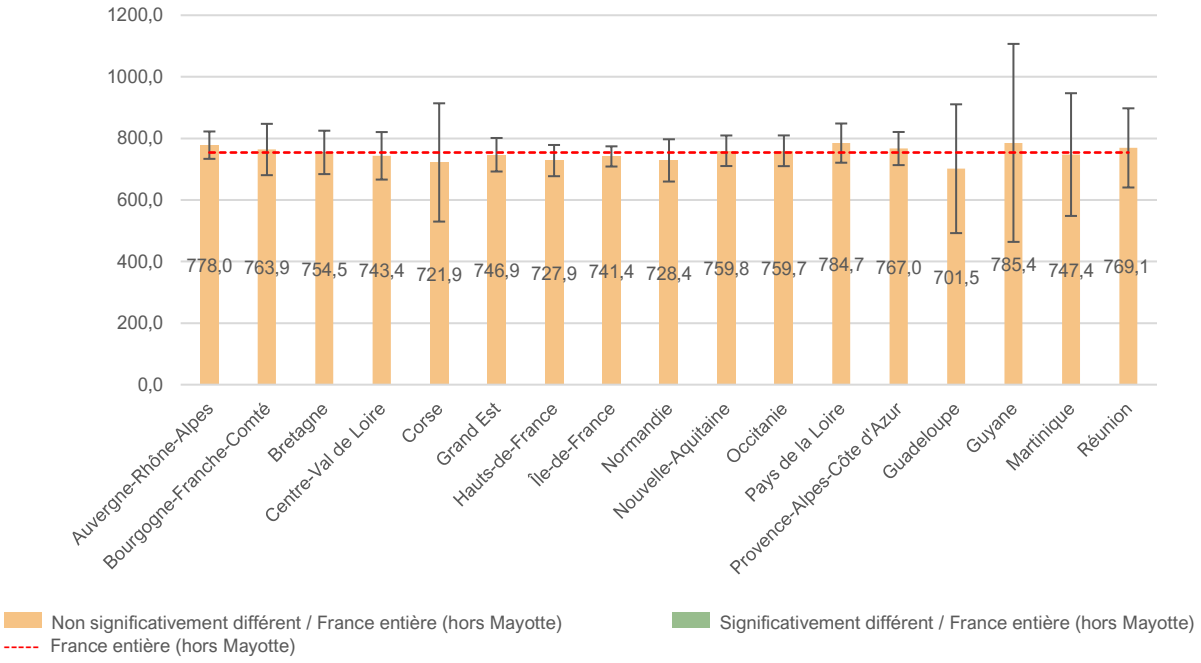
Graphiques 93 et 94. Patients de la cohorte cancer colorectal invasifs sans métastases synchrones, en vie à 3 ans sans rechute, ni métastases

Graphique 93. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 94. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)

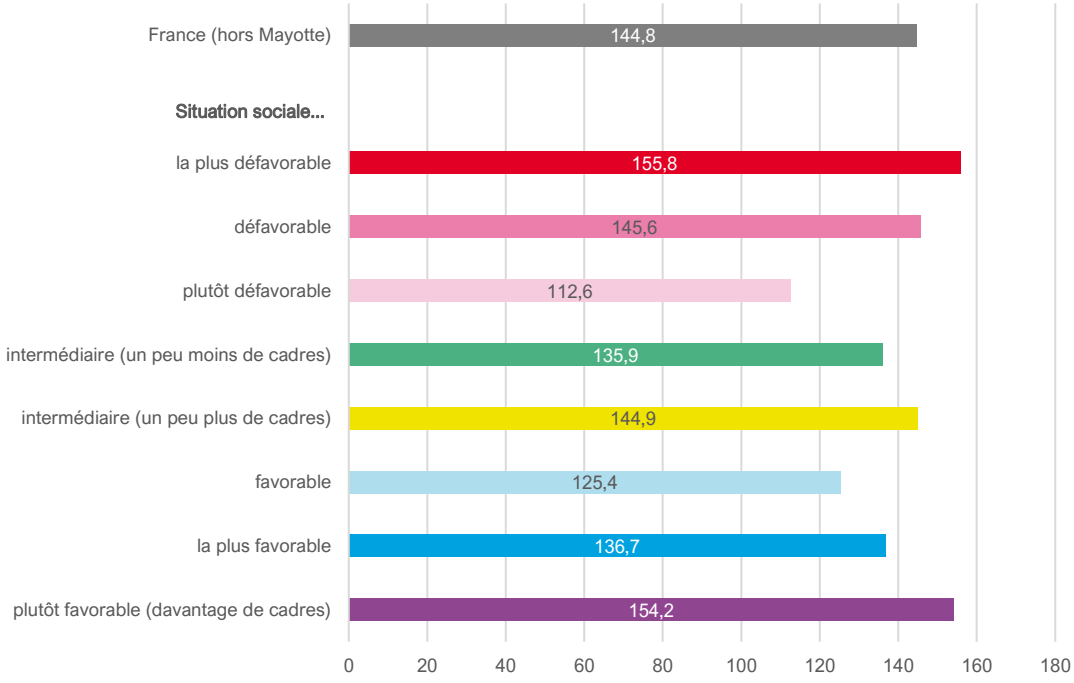


Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 95 à 98. Patients de la cohorte cancer colorectal invasifs sans métastases synchrones, ayant fait une récidive au cours des trois premières années de traitement

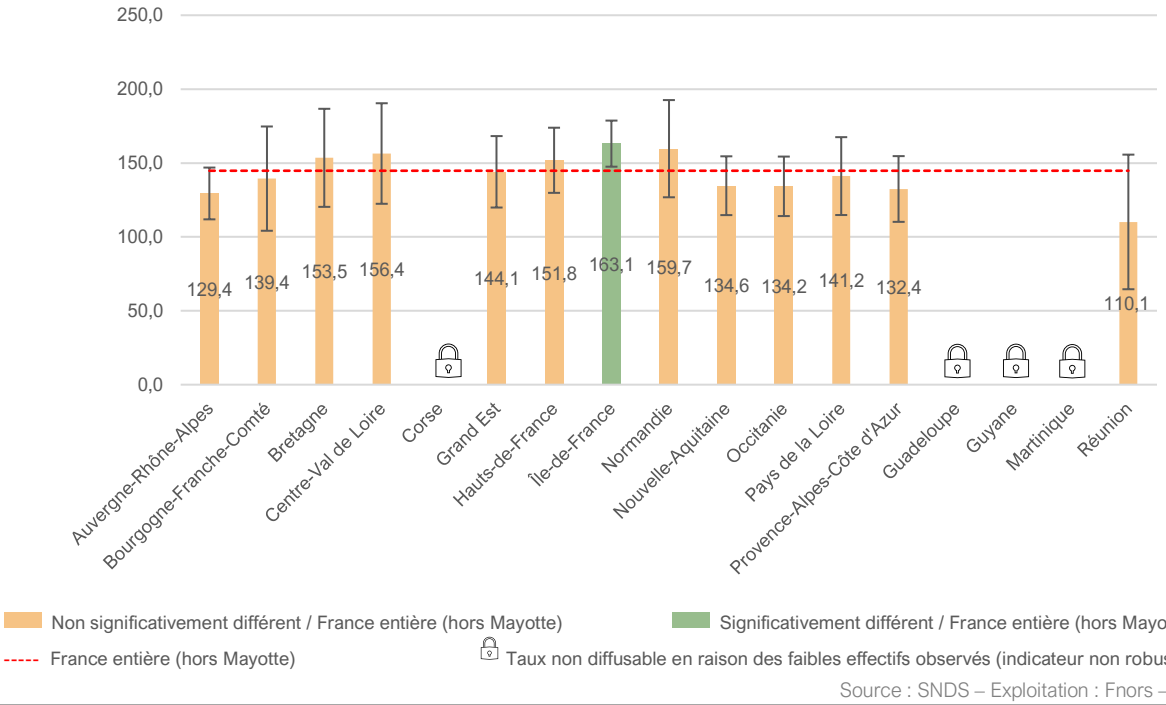
Apparition de métastases au cours des trois premières années de traitement (patients de la cohorte cancer colorectal invasifs sans métastases synchrones)

Graphique 95. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



Source : Cnaf, CCMSA, Insee RP – Exploitation : Fnors – ORS

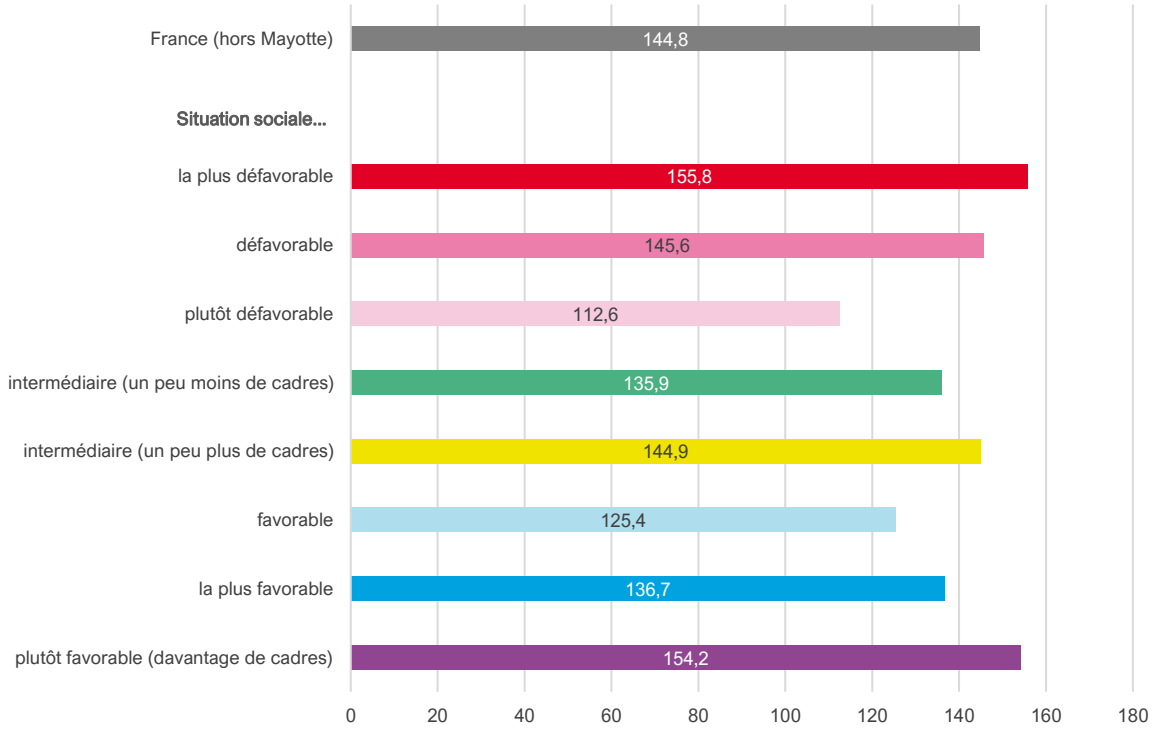
Graphique 96. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

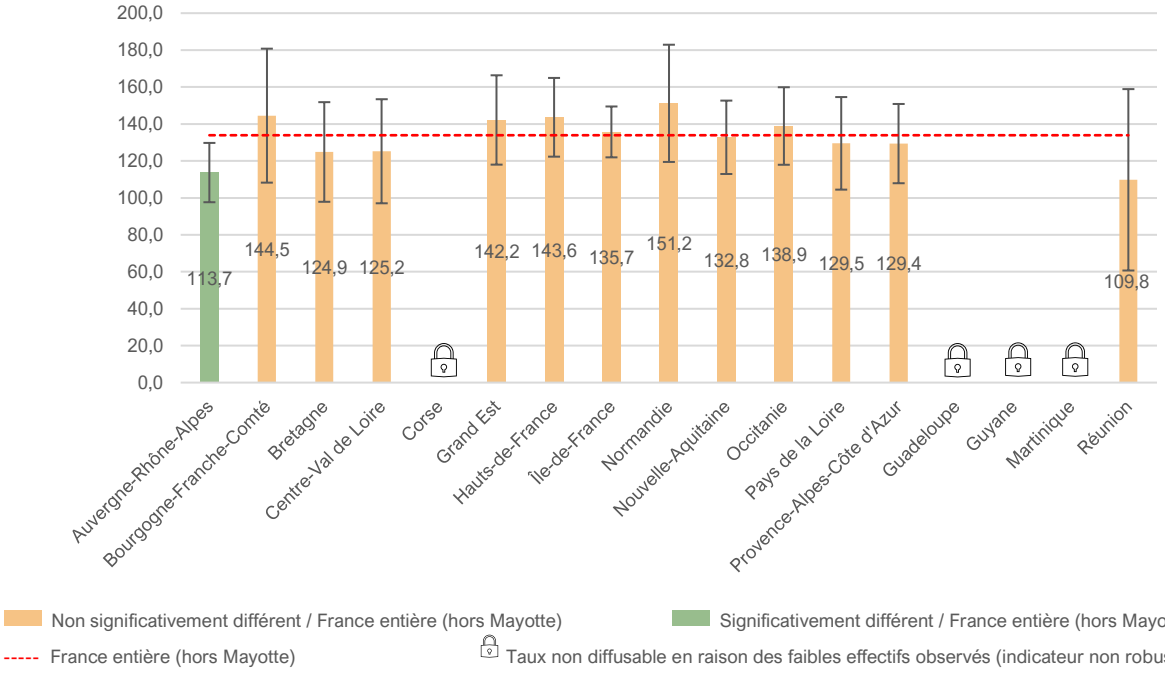
Reprise de traitement (après un arrêt d'au moins 6 mois) au cours des trois premières années de traitement (patients de la cohorte cancer colorectal invasifs sans métastases synchrones)

Graphique 97. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



Source : Cnaf, CCMSA, Insee RP – Exploitation : Fnors – ORS

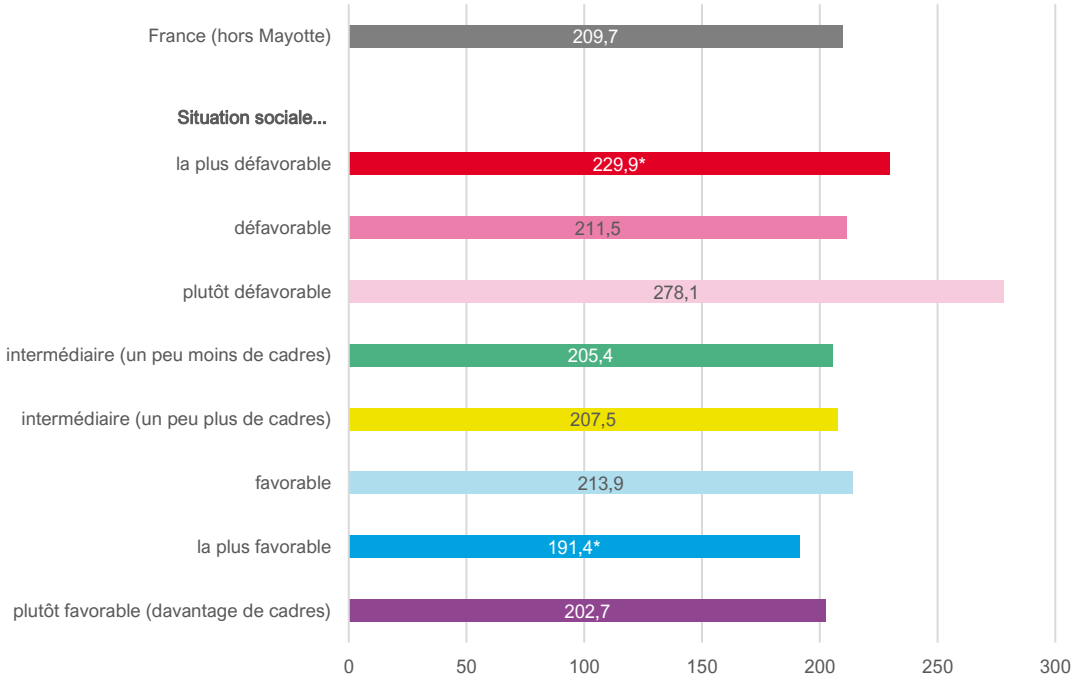
Graphique 98. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 99 et 100. Patients de la cohorte cancer colorectal décédés au cours des trois premières années de traitement (patients avec date de 1er traitement < 01/07/2020)

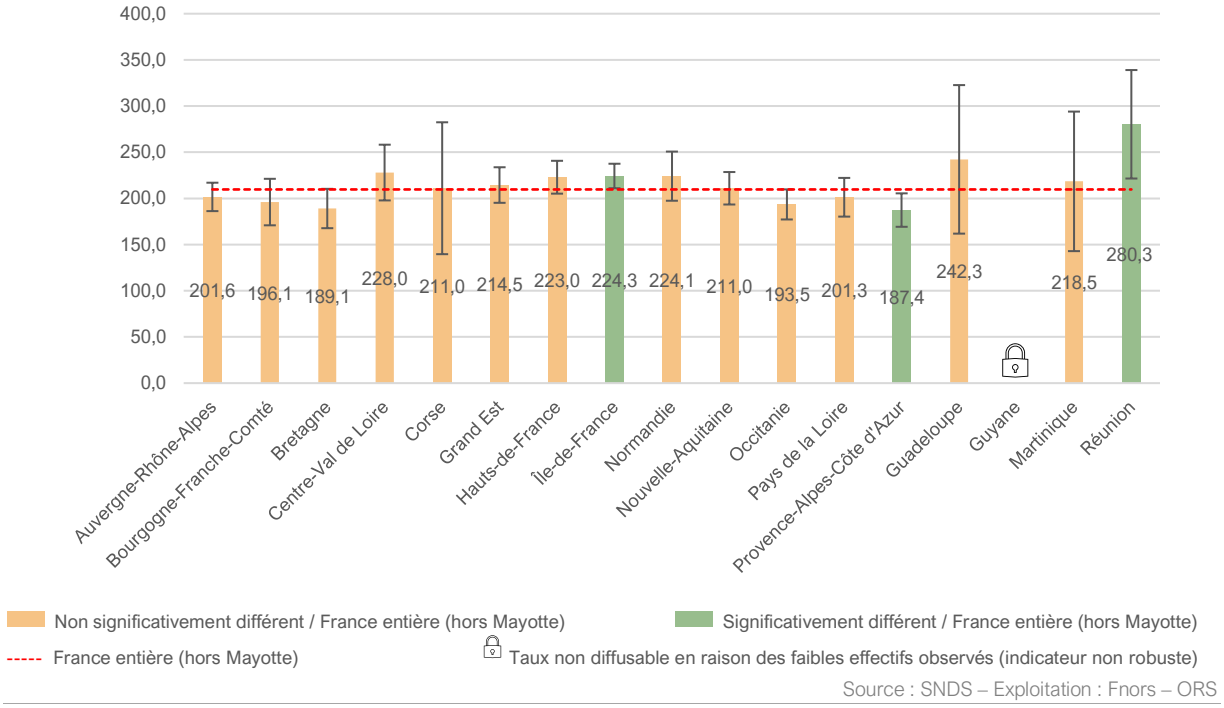
Graphique 99. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 100. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Pancréas

1. Synthèse selon la typologie des communes de France

Tableau 20. Pancréas : Étapes du parcours de soins selon la typologie de classes sociales

Cancer du pancréas - Étape Parcours	Indicateurs	Situations sociales							
		Plutôt favorable [1]	La plus favorable	Favorable	Intermédiaire + [2]	Intermédiaire - [3]	Plutôt défavorable	Défavorable	La plus défavorable
Diagnostic	Niveau de gravité au diagnostic élevé (métastase synchrone)	-	=	+	=	+	=	=	=
Traitement	Chimiothérapie par thérapie ciblée	+	=	=	=	-	nd	=	-
	Pas de traitement (ni chirurgie, ni chimiothérapie)	-	=	=	=	=	+	=	+
	Chimiothérapie seule	=	=	=	=	=	=	=	=
	Chirurgie thérapeutique seule	=	=	=	=	=	nd	=	=
	Chirurgie palliative seule	-	nd	nd	-	=	nd	=	=
	Chimiothérapie néoadjuvante et chirurgie thérapeutique	=	=	=	=	-	nd	=	=
	Chirurgie thérapeutique et chimiothérapie adjuvante	=	=	=	=	=	-	=	=
Devenir	Décès dans les 3 mois après le diagnostic	-	=	=	-	=	+	=	+
	Décès dans les 3 à 6 mois après le diagnostic	-	=	=	=	=	=	=	=
	Décès dans les 6 à 12 mois après le diagnostic	-	=	=	=	=	=	=	=
	Décès plus d'un an après le diagnostic	=	=	=	=	=	nd	=	=

[1] Davantage de cadres
[2] Un peu plus de cadres
[3] Un peu moins de cadres

Légende : différence significative

+ : taux standardisé supérieur à celui de la France

- : taux standardisé inférieur à celui de la France

= : aucune différence

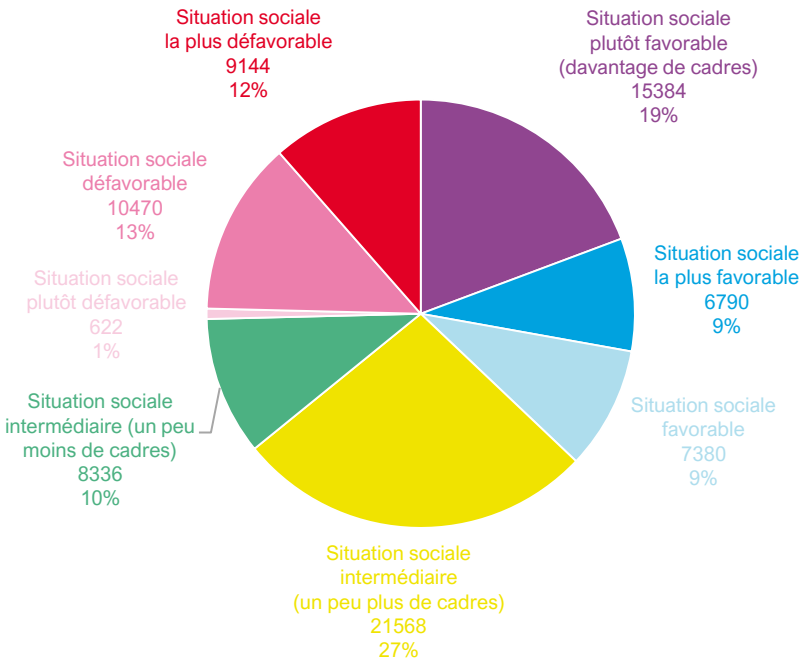
nd : non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

2. Répartition de la cohorte cancer du pancréas selon les classes de la typologie sociale

Parmi les 81 950 nouveaux patients diagnostiqués pour un cancer du pancréas entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022 (cohorte cancer du pancréas), 79 330 avaient un code géographique de domicile correctement défini. Les patients dont le lieu de domicile n'a pu être identifié sont exclus de la suite des analyses.

Au sein de la typologie sociale, la classe définie comme « intermédiaire avec un peu plus de cadres » est la plus représentée avec plus d'un quart des patients (27 %). Elle est suivie par la classe montrant une « situation sociale plutôt favorable avec davantage de cadres » qui compte près d'un patient sur cinq (19 %). Les autres classes regroupent de 9 à 13 % des patients de la cohorte, hormis la classe en « situation sociale plutôt défavorable » qui en rassemble seulement 1 %.

Graphique 101. Patients de la cohorte cancer du pancréas selon les 8 classes de la typologie sociale (Effectifs et %) – Période 2018-2022



Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

3. Diagnostic

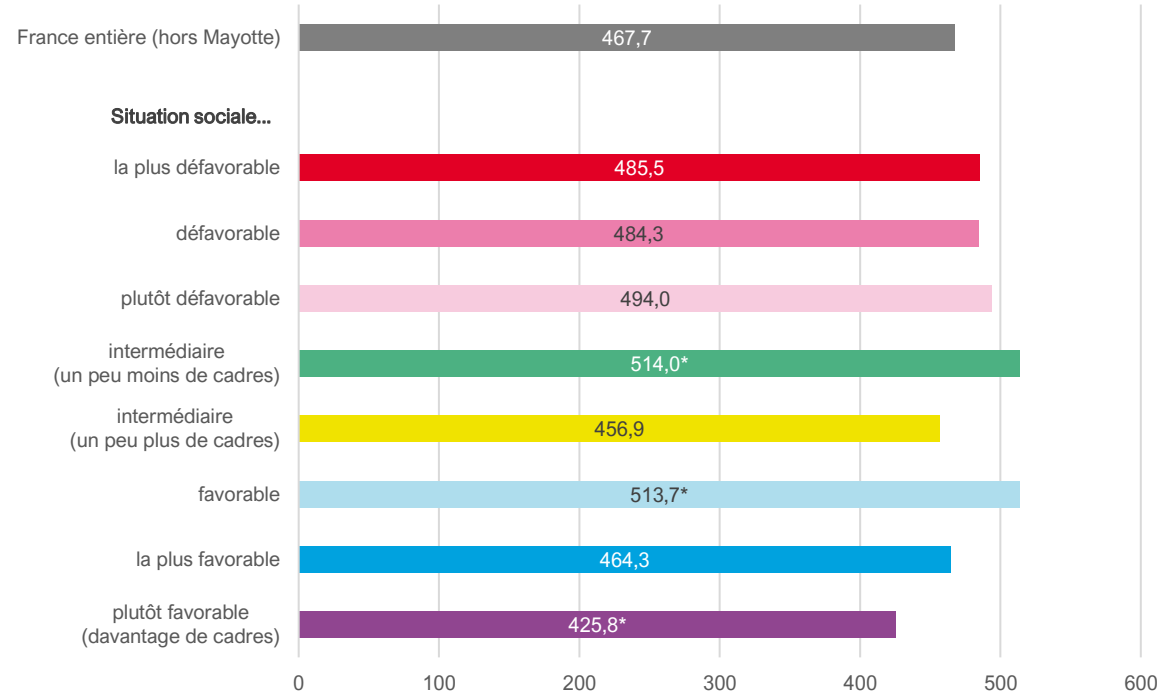
→ Au sein de la cohorte nationale, près d'un patient sur deux diagnostiqué avec un cancer du pancréas présente des métastases synchrones (468 ‰)

Au regard de la typologie sociale, le taux standardisé de patients présentant ce facteur de gravité au diagnostic est inférieur au niveau national dans la classe affichant une « situation sociale plutôt favorable avec davantage de cadres » (425,8 ‰). À l'inverse, les patients en situation sociale « favorable » ou « intermédiaire avec un peu moins de cadres » sont davantage concernés par la présence de métastases synchrones (514,0 ‰ chacun).

À l'échelle des régions, l'Île-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur montrent des taux de patients avec métastases synchrones moins élevés qu'en France (respectivement 412,7 ‰ et 425,9 ‰), contrairement à la Nouvelle-Aquitaine (512,9 ‰).

Graphique 102 et 103. Patients atteints d'un cancer du pancréas présentant des métastases synchrones – Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %))

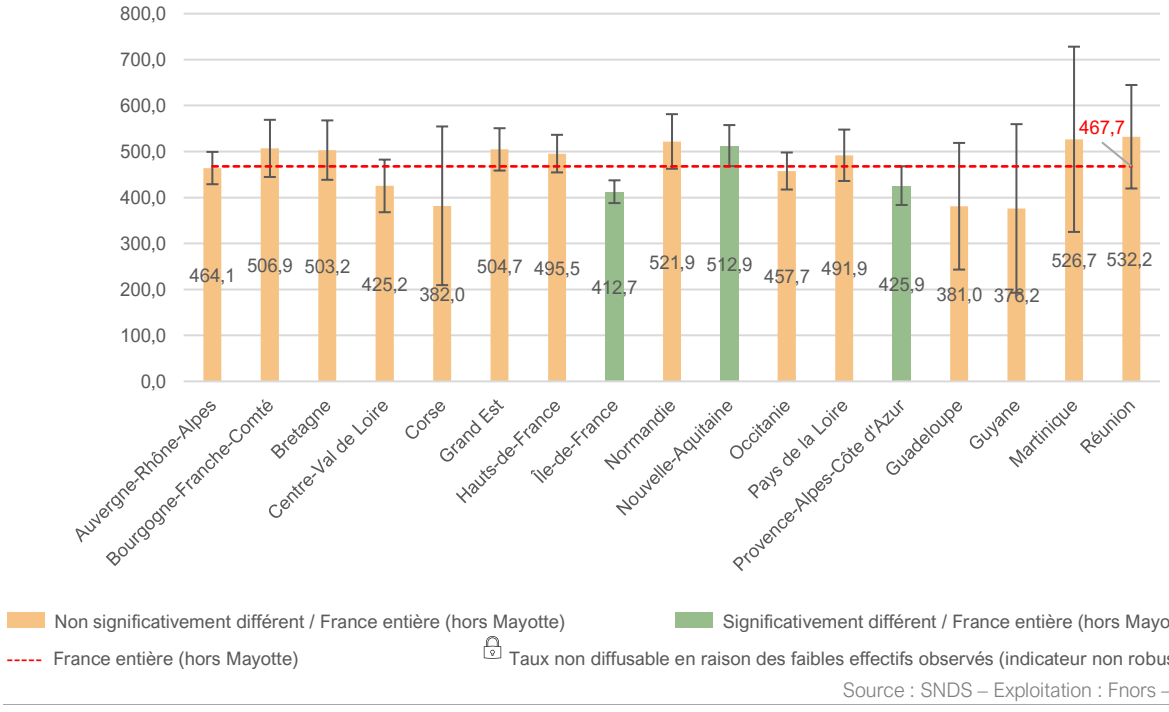
Graphique 102. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 103. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

4. Traitement

→ **Moins de 3 000 patients ont bénéficié d'une chimiothérapie par thérapie ciblée (59 ‰).**

Le taux standardisé de patients concernés par ce type de traitement est supérieur au niveau national dans la classe définie par une « situation sociale plutôt favorable avec davantage de cadres » (73,5 ‰), alors qu'il est inférieur dans deux classes considérées comme « intermédiaire avec un peu moins de cadres » et comme « la plus défavorable » (respectivement 42,4 ‰ et 35,8 ‰).

Au sein des régions, l'Île-de-France affiche un taux de patients ayant bénéficié d'une chimiothérapie par thérapie ciblée plus élevé qu'en France (75,8 ‰), à l'inverse de l'Occitanie et de la Nouvelle-Aquitaine (respectivement 38,4 ‰ et 37,2 ‰).

→ **Plus d'un quart des patients n'ont pas reçu de traitement chirurgical ni de chimiothérapie (265 ‰).**

L'analyse selon la typologie sociale montre que les classes avec une situation sociale « plutôt défavorable » voire « la plus défavorable » sont les plus concernées par le fait de ne pas avoir reçu de traitement chirurgical ni de chirurgie (respectivement 388,2 ‰ et 311,1 ‰) ; à l'inverse des patients en « situation sociale plutôt favorable avec davantage de cadres » (237,2 ‰).

À l'échelle régionale, la Normandie, les Hauts-de-France ainsi que les régions ultramarines présentent des taux plus élevés qu'en France, dépassant les 300 ‰, tandis qu'en Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes, ils sont moins élevés (235,0 ‰ et 228,3 ‰ respectivement).

Parmi les patients ayant reçu un traitement :

→ **Plus de la moitié a été traitée seulement par chimiothérapie (567 ‰).**

Les taux observés dans chacune des classes de la typologie sociale ne présentent pas de différence significative avec le taux national concernant le traitement par chimiothérapie seule.

Seules deux régions affichent un taux moindre que celui de la France : le Centre-Val de Loire (483,7 ‰) et l'Auvergne-Rhône-Alpes (517,6 ‰).

→ **Près d'un sur dix a bénéficié d'une chirurgie thérapeutique seule (94 ‰).**

Comme pour le traitement par chimiothérapie seule, aucune des classes de la typologie sociale ne montre de particularités par rapport au niveau national concernant le traitement par chirurgie thérapeutique seule.

Au sein des régions, seule la Bretagne affiche un taux moindre que celui de la France (56,7 ‰).

→ **Environ 700 patients ont subi une chirurgie palliative seule (13 ‰).**

Deux classes de la typologie sociale se distinguent du niveau national par un taux moins élevé de recours à une chirurgie palliative seule : il s'agit des patients présentant une situation sociale « plutôt favorable avec davantage de cadres » et « intermédiaire avec un peu plus de cadres » (respectivement 7,8 ‰ et 8,9 ‰).

Un taux inférieur à celui de la France est observé en Provence-Alpes-Côte d'Azur (3,5 ‰). Cependant, peu de résultats restent diffusables en raison d'un manque de robustesse de l'indicateur.

→ **Près d'un patient sur dix traité par chimiothérapie néoadjuvante (94 ‰).**

Seules les classes présentant une « situation sociale intermédiaire avec un peu moins de cadres » présentent un moindre recours à la chimiothérapie néoadjuvante (suivie par définition d'une chirurgie thérapeutique) par rapport au niveau national (70,1 ‰).

Un taux inférieur à celui de la France est observé en Bourgogne-Franche-Comté (57,2 ‰), à l'inverse des régions Grand Est et Provence-Alpes-Côte d'Azur (124 ‰ chacun).

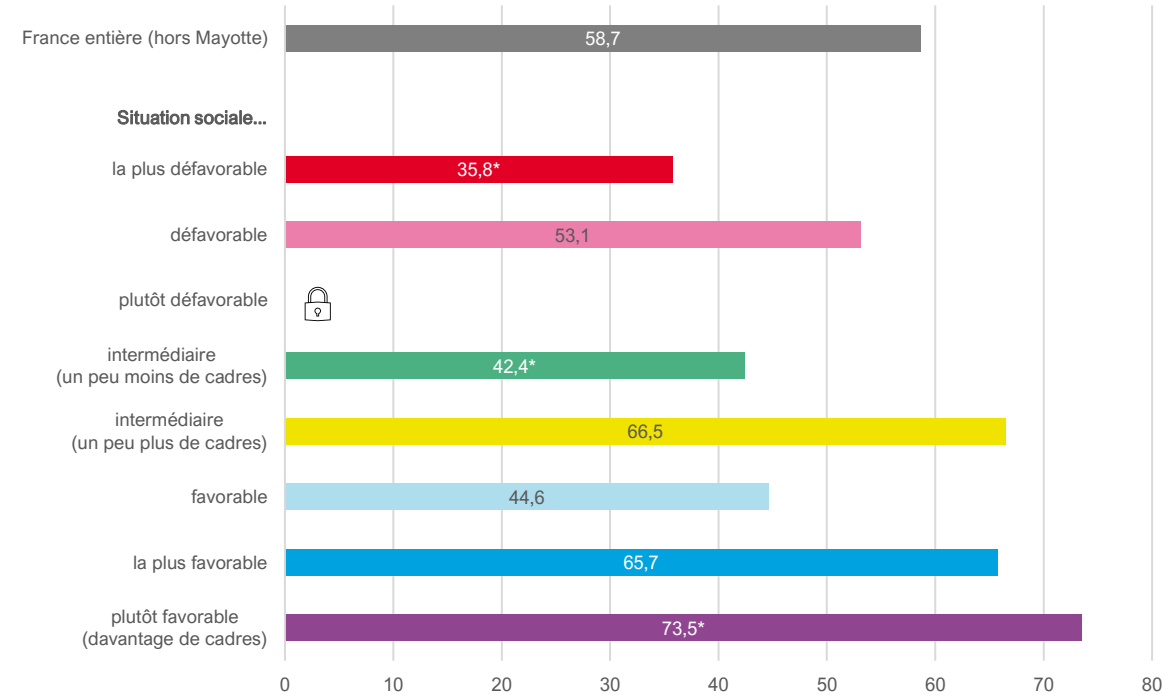
→ **et plus d'un sur dix concernant la chimiothérapie adjuvante (118 ‰).**

Le traitement par chimiothérapie adjuvante (précédé par définition d'une chirurgie thérapeutique) est moins fréquent dans la classe en « situation sociale plutôt défavorable » (70,4 ‰).

Cinq régions présentent un taux inférieur à celui de la France (de 47,8 ‰ en Guadeloupe à 98,8 ‰ en Île-de-France). À l'inverse, les régions Occitanie et Auvergne-Rhône-Alpes affichent des taux plus élevés (respectivement 148,8 ‰ et 157,0 ‰).

Graphique 104 et 105. Patients atteints d'un cancer du pancréas ayant eu une chimiothérapie par thérapie ciblée – Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %))

Graphique 104. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)

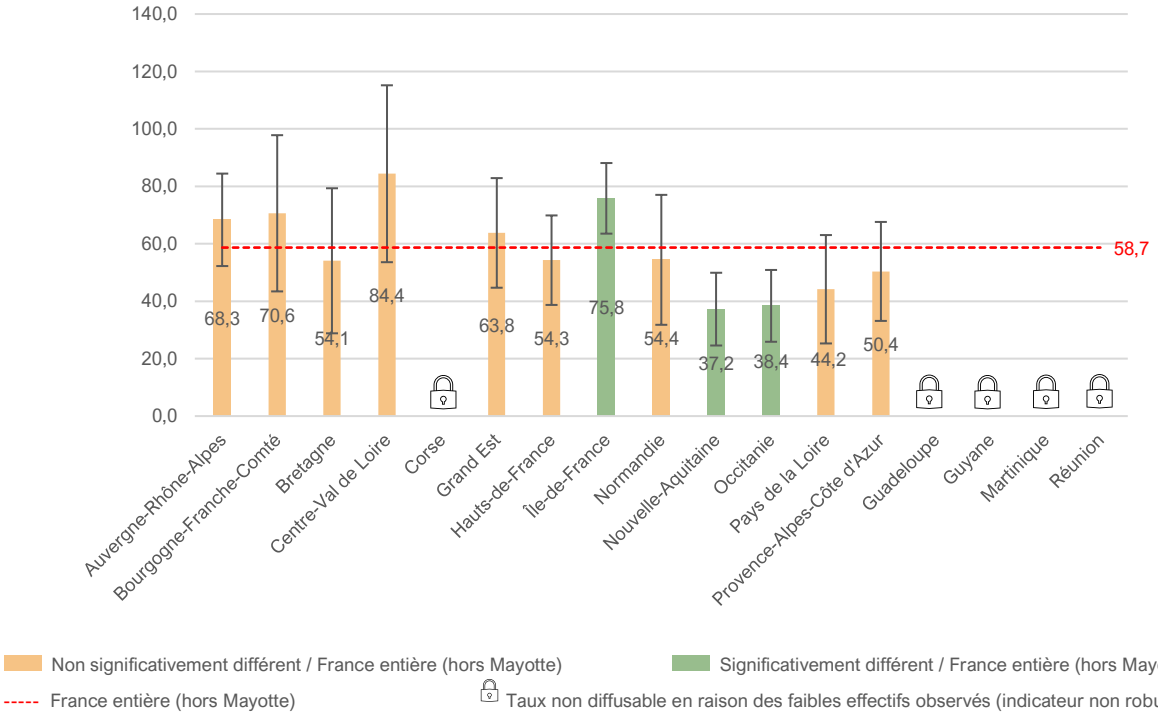


* significativement différent par rapport à la France

Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

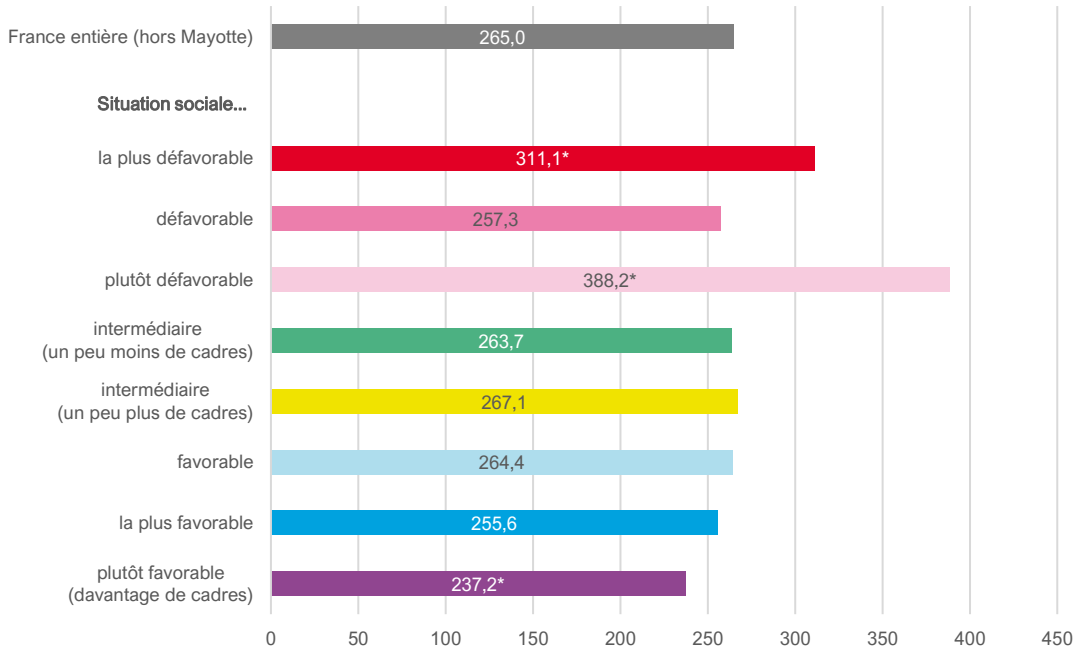
Graphique 105. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 106 et 107. Patients atteints d'un cancer du pancréas n'ayant eu ni chirurgie ni chimiothérapie – Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %))

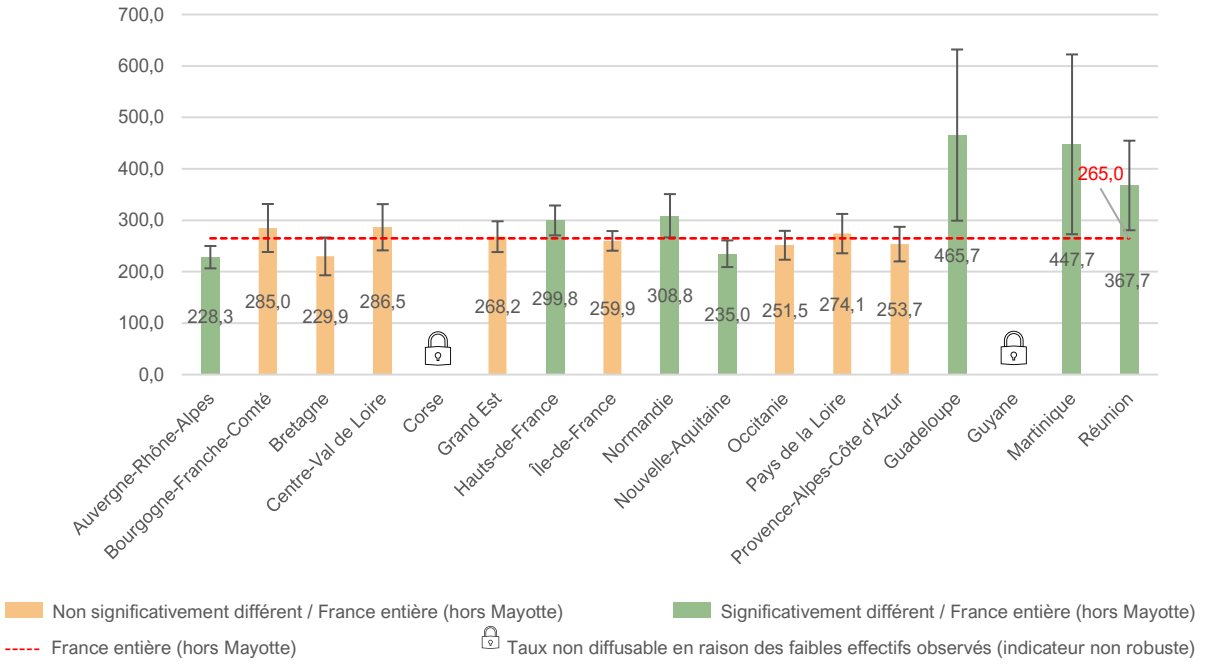
Graphique 106. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

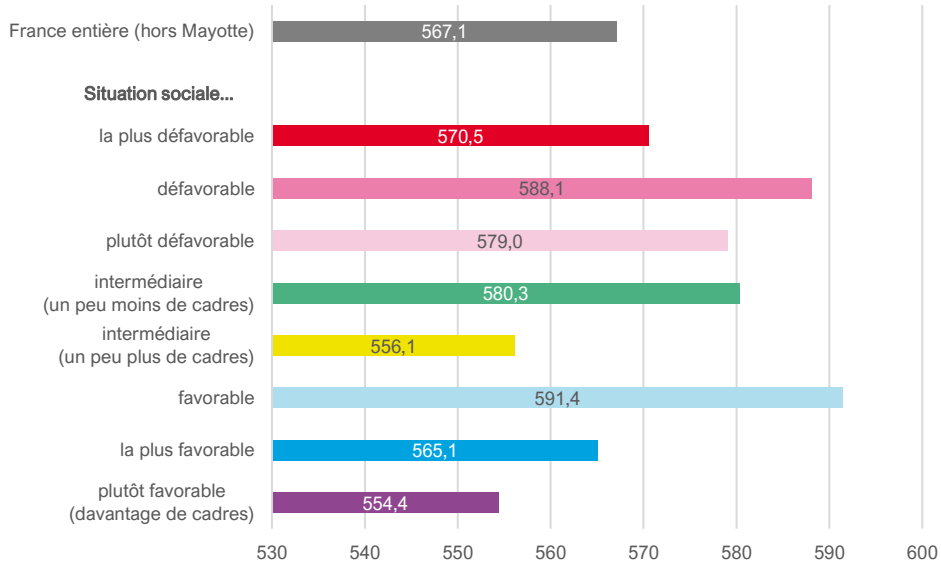
Graphique 107. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

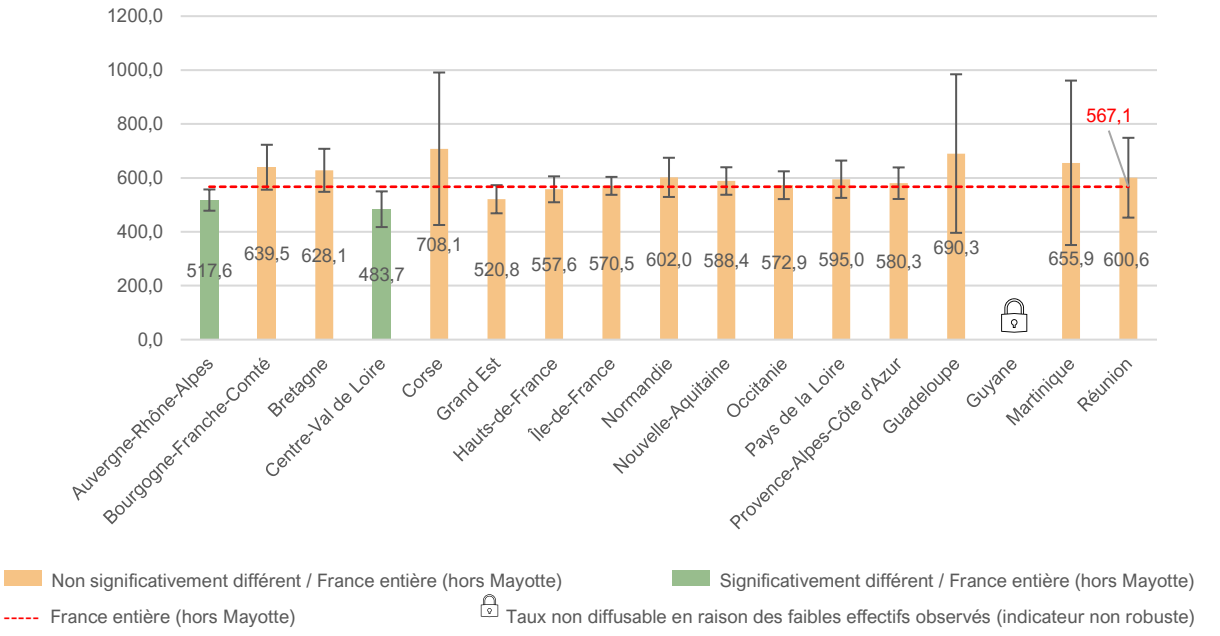
Graphiques 108 et 109. Patients atteints d'un cancer du pancréas ayant eu de la chimiothérapie seule (parmi ceux ayant reçu un traitement) – Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %))

Graphique 108. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

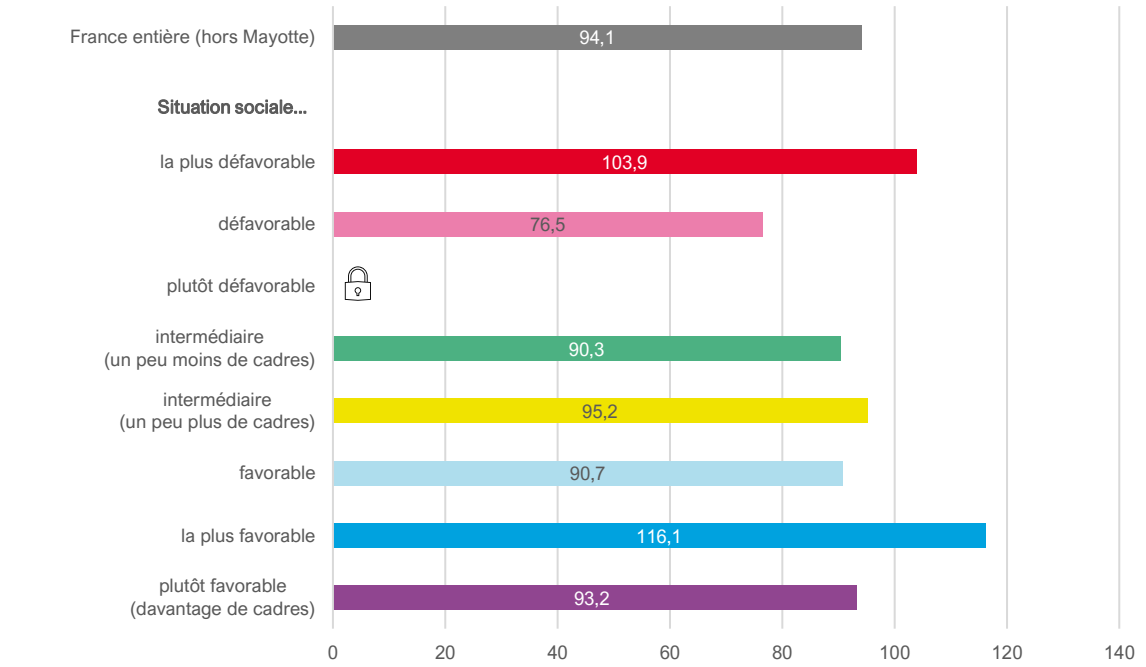
Graphique 109. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 110 et 111. Patients atteints d'un cancer du pancréas ayant eu une chirurgie thérapeutique seule (parmi ceux ayant reçu un traitement) – Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %))

Graphique 110. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)

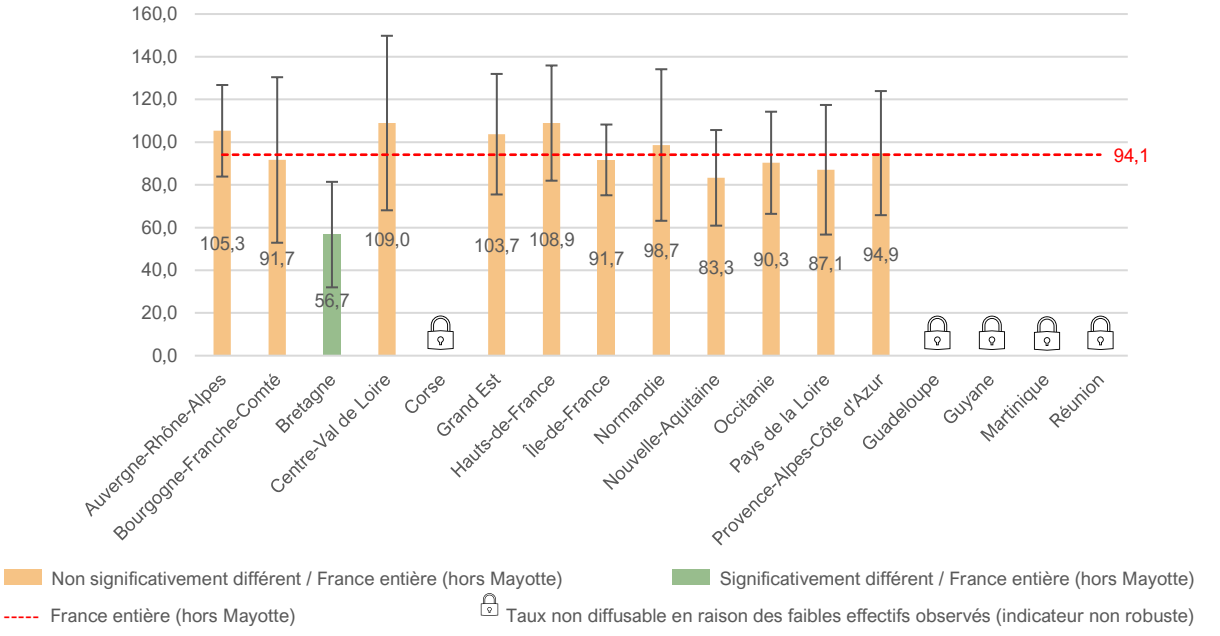


* significativement différent par rapport à la France

Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

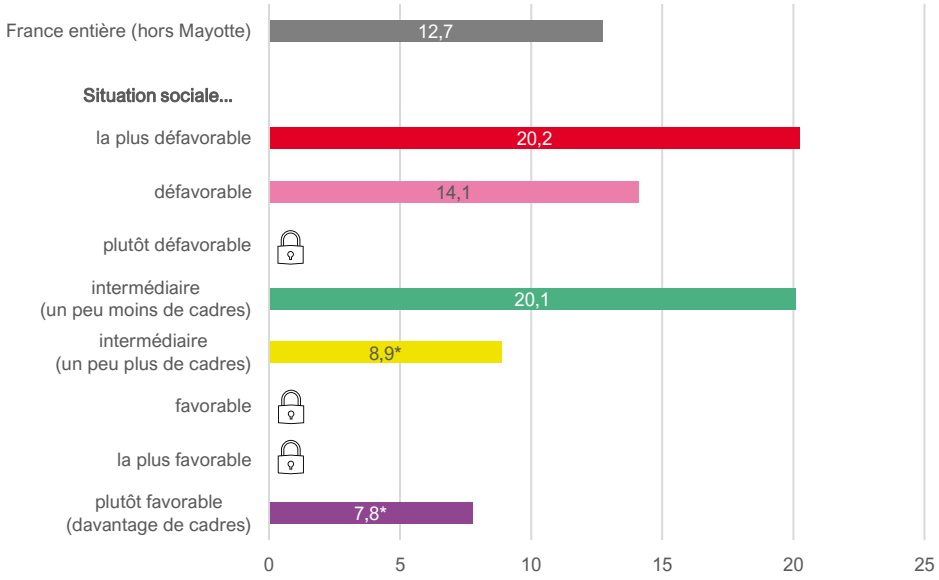
Graphique 111. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 112 et 113. Patients atteints d'un cancer du pancréas ayant eu une chirurgie palliative seule (parmi ceux ayant reçu un traitement) – Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %))

Graphique 112. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)

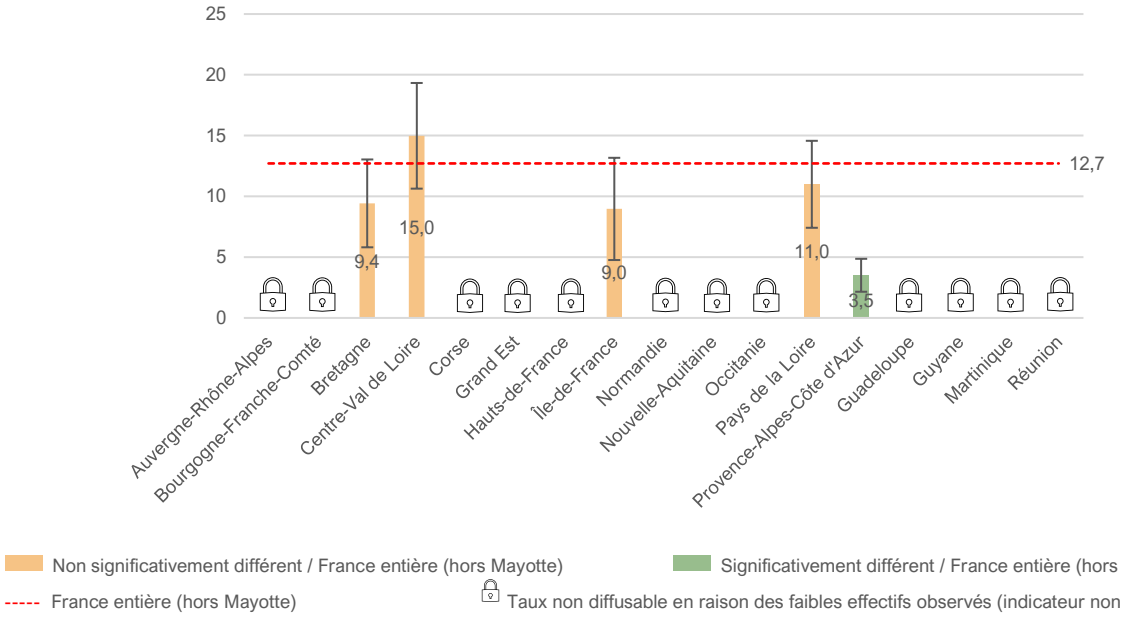


* significativement différent par rapport à la France

Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

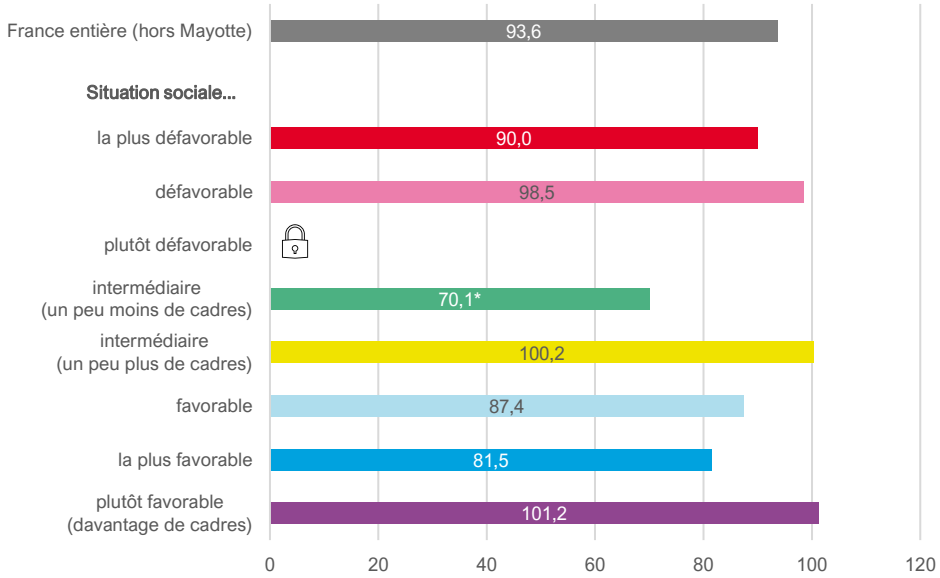
Graphique 113. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 114 et 115. Patients atteints d'un cancer du pancréas ayant eu une chimiothérapie néoadjuvante et une chirurgie thérapeutique (parmi ceux ayant reçu un traitement) – Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %))

Graphique 114. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)

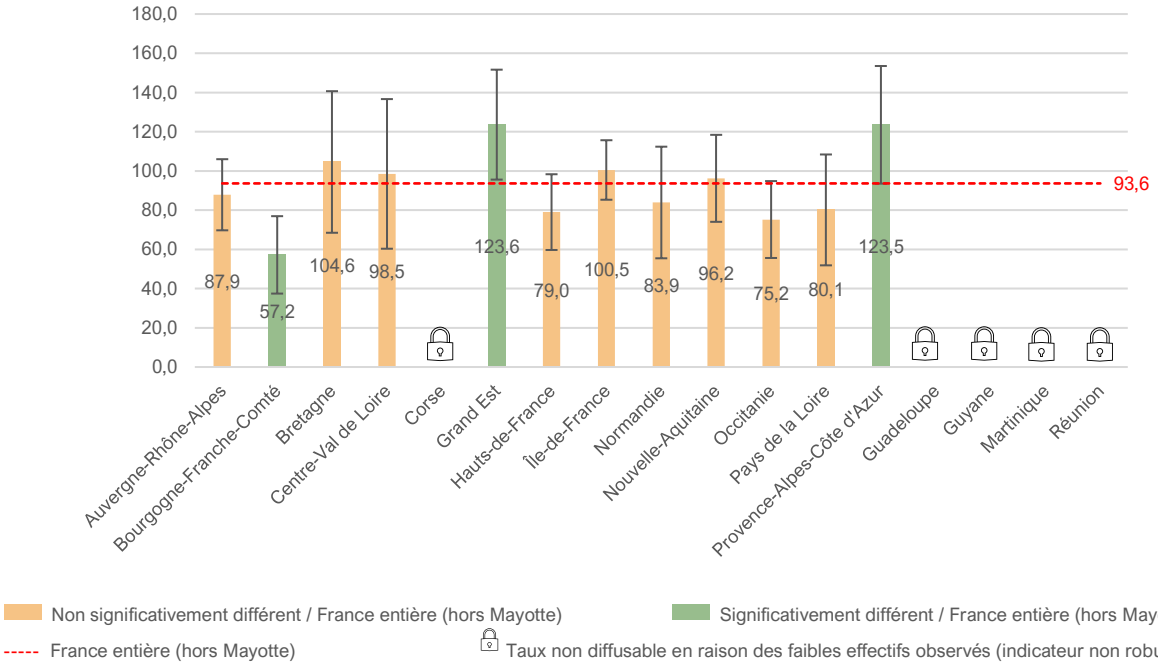


* significativement différent par rapport à la France

Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

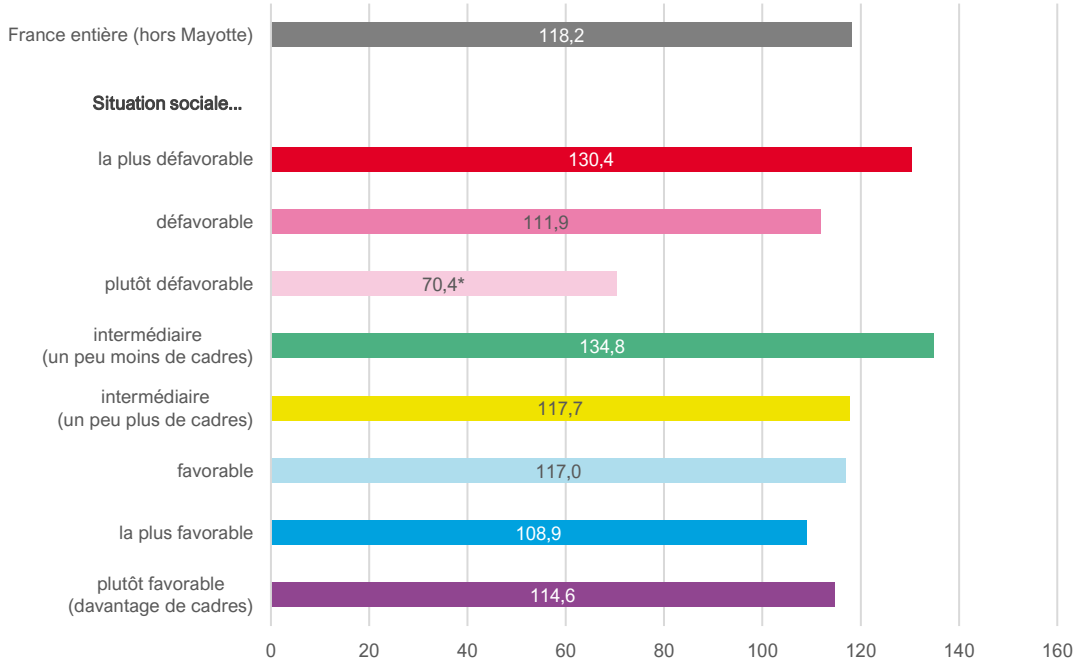
Graphique 115. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : à défin

Graphiques 116 et 117. Patients atteints d'un cancer du pancréas ayant eu une chirurgie thérapeutique suivie d'une chimiothérapie adjuvante (parmi ceux ayant reçu un traitement) – Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %))

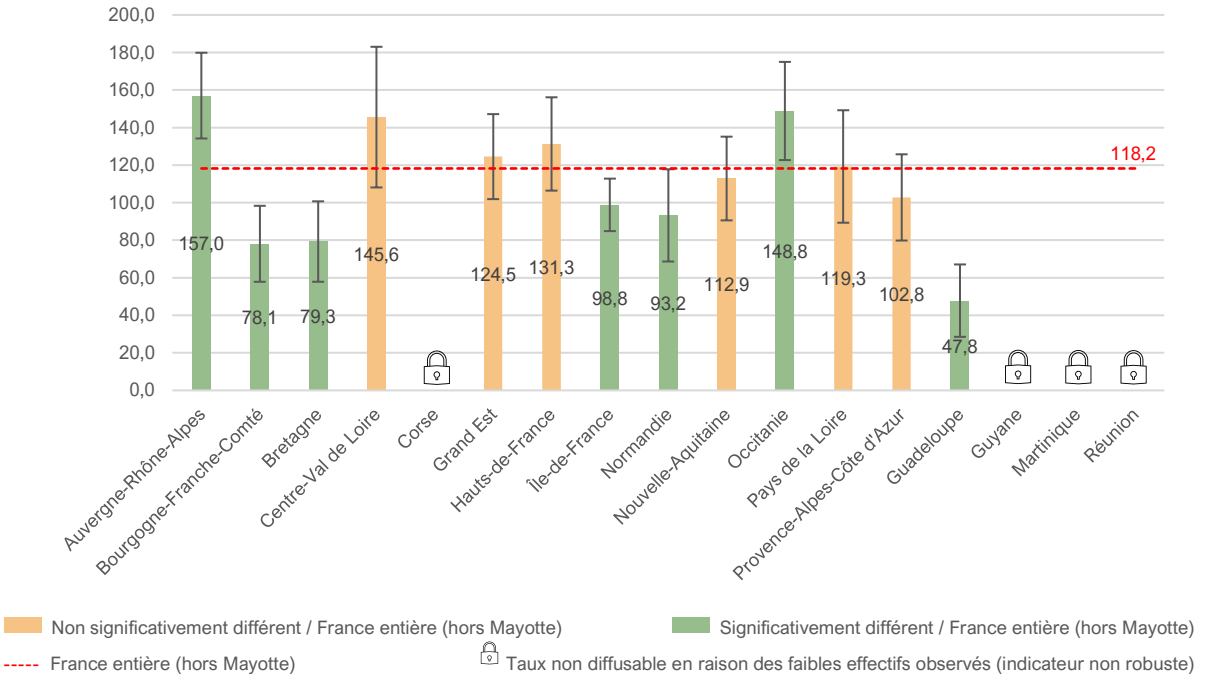
Graphique 116. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 117. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

5. Devenir

→ **Au sein de la cohorte nationale, un patient sur cinq est décédé dans les trois mois suivant le diagnostic (200 ‰).**

Le taux de patients décédés dans les trois mois est plus élevé dans les deux classes définies par une situation sociale « plutôt défavorable » et « la plus défavorable » (respectivement 295,7 ‰ et 247,7 ‰). Ces résultats s'opposent aux deux autres classes en situation sociale « intermédiaire avec un peu plus de cadres » et « plutôt favorable avec davantage de cadres » qui affichent les plus faibles taux de décès à très court terme (respectivement 185,9 ‰ et 169,6 ‰).

Trois régions montrent des taux de décès à trois mois supérieurs à celui de la France : La Réunion (305,5 ‰), la Normandie (246,9 ‰) et les Hauts-de-France (228,9 ‰). Les patients domiciliés en Île-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes montrent, quant à eux, une moindre létalité (respectivement 173,1 ‰ et 171,4 ‰).

→ **Un patient sur dix est décédé dans les trois à six mois suivant le diagnostic (98 ‰).**

Seule la classe en « situation sociale plutôt favorable avec davantage de cadres » affiche un taux de décès, dans les trois à six mois, inférieur à la valeur nationale (83,8 ‰).

Une plus forte létalité est observée en région Occitanie (119,9 ‰), contrairement à l'Île-de-France et la Martinique (respectivement 85,7 ‰ et 66,4 ‰).

→ **Près d'un patient sur sept est décédé dans les six à douze mois suivant le diagnostic (151 ‰).**

Cette fois encore, seule la classe en « situation sociale plutôt favorable avec davantage de cadres » présente un taux de décès dans les six à douze mois, inférieur à la valeur nationale (136,5 ‰).

Aucune des régions ne montre de particularités par rapport au niveau national.

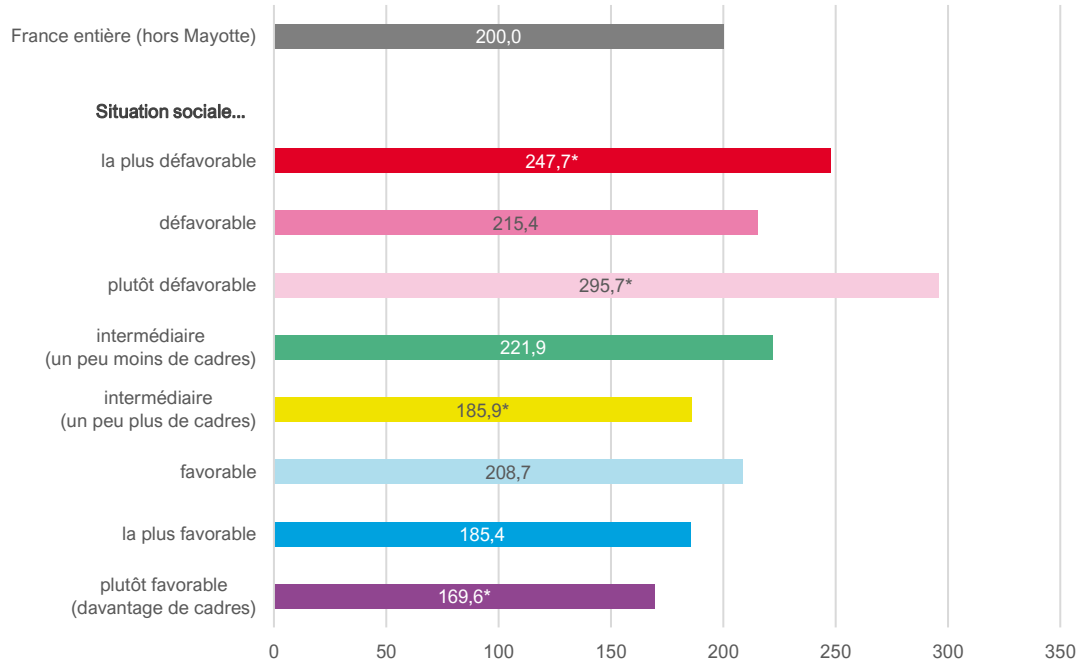
→ **Enfin, moins d'un patient sur dix est décédé plus d'un an après le diagnostic (80 ‰).**

Au regard de la typologie sociale, aucune classe ne se distingue du niveau national.

Seules les régions Bretagne et Corse affichent une moindre létalité par rapport à la France (respectivement 58,5 ‰ et 26,2 ‰).

Graphiques 118 et 119. Patients atteints d'un cancer du pancréas décédés dans les 3 mois suivant le diagnostic – Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %))

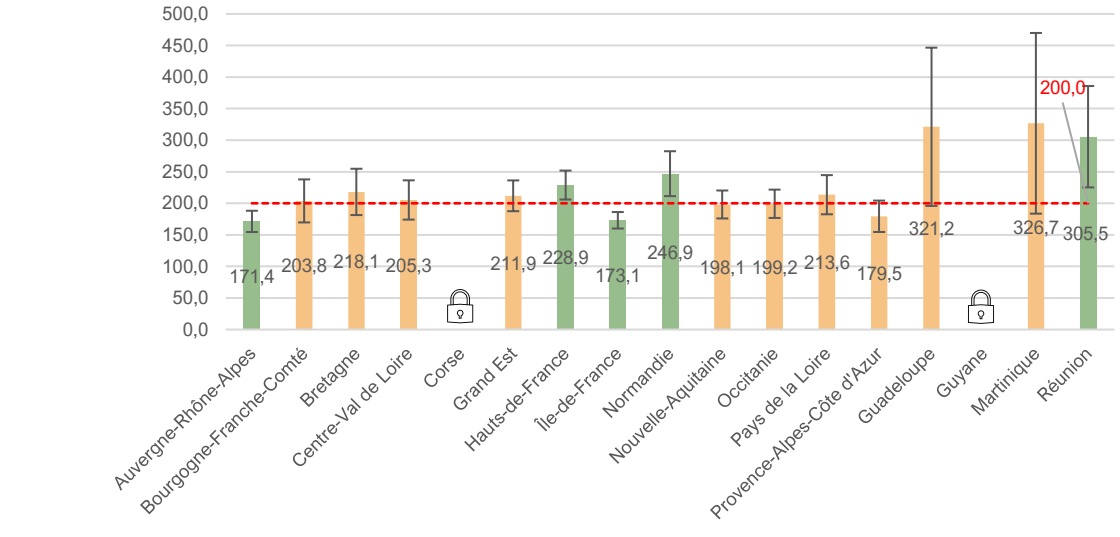
Graphique 118. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 119. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Non significativement différent / France entière (hors Mayotte)

Significativement différent / France entière (hors Mayotte)

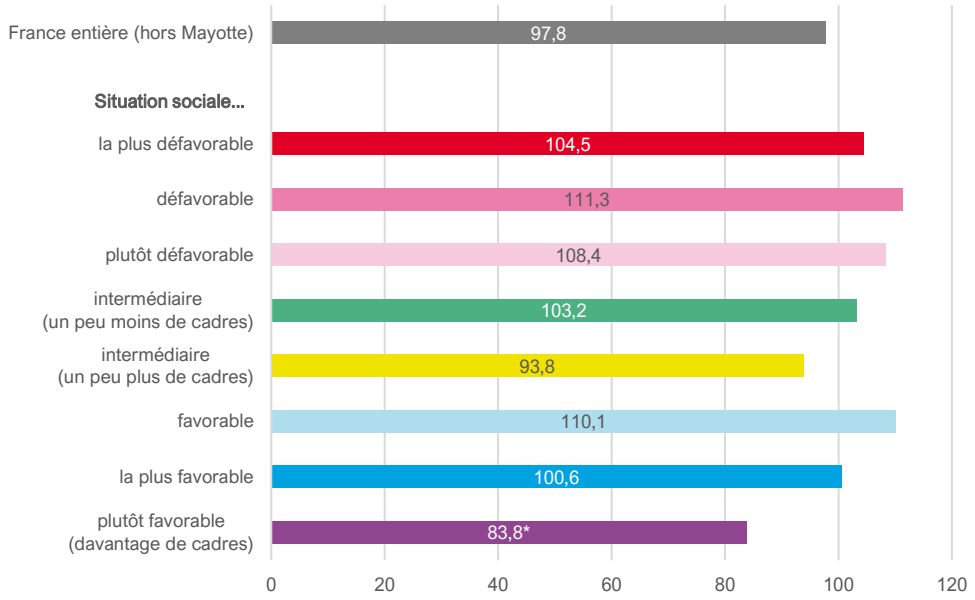
France entière (hors Mayotte)

Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 120 et 121. Patients atteints d'un cancer du pancréas décédés dans les 3 à 6 mois suivant le diagnostic – Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %))

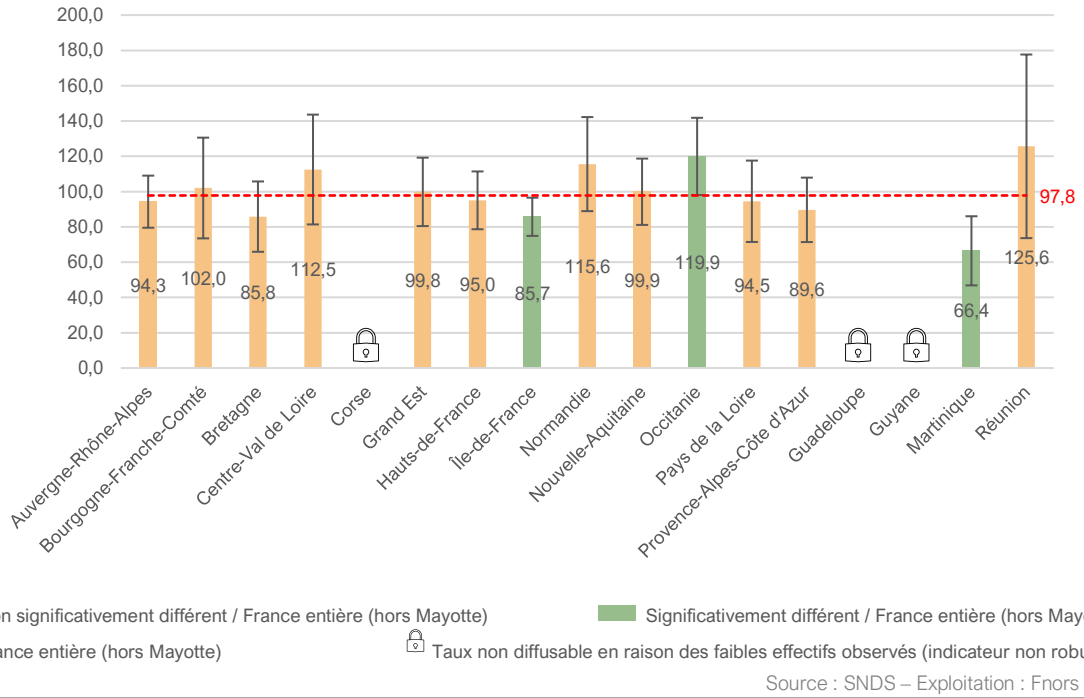
Graphique 120. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 121. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Non significativement différent / France entière (hors Mayotte)

Significativement différent / France entière (hors Mayotte)

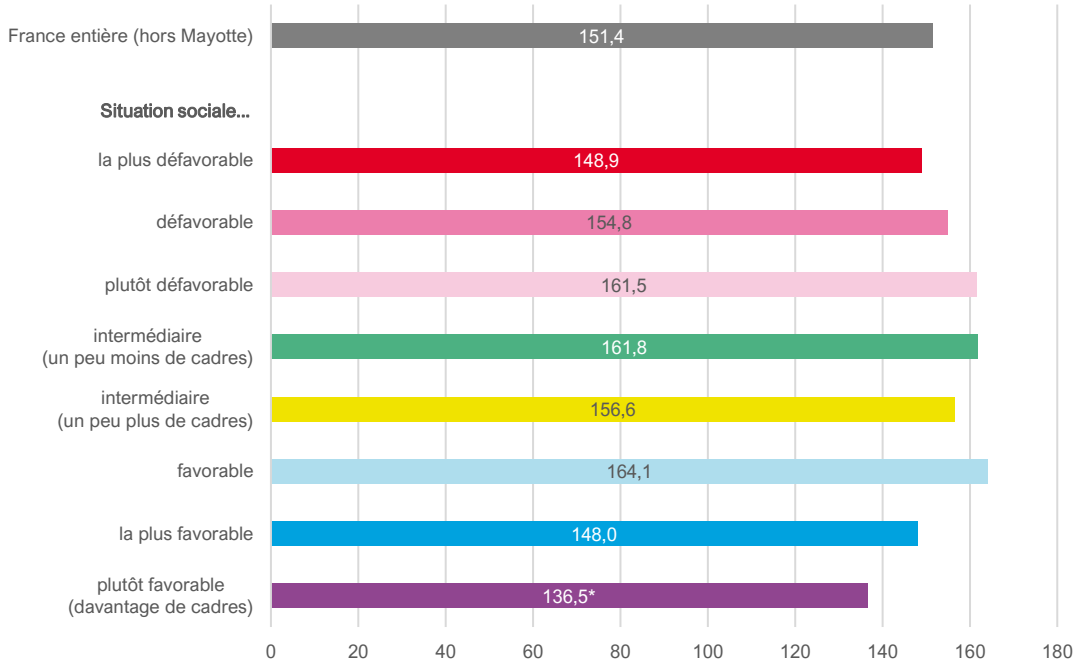
France entière (hors Mayotte)

Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 122 et 123. Patients atteints d'un cancer du pancréas décédés dans les 6 à 12 mois suivant le diagnostic – Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %))

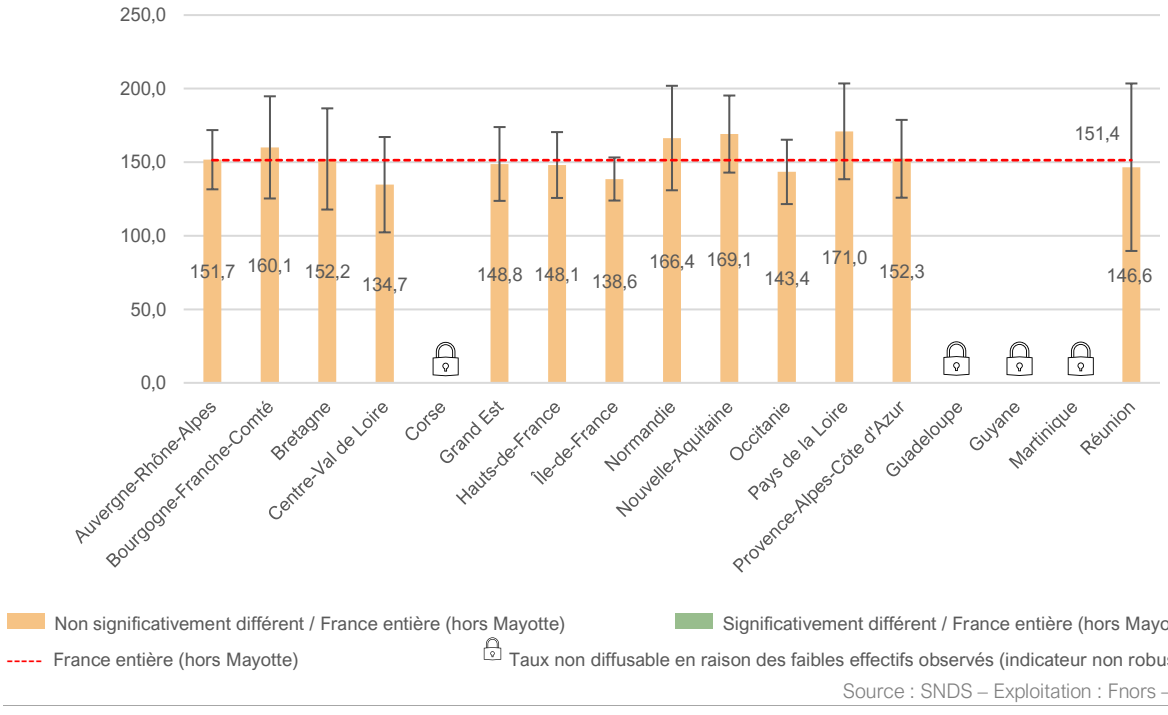
Graphique 122. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)



* significativement différent par rapport à la France

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

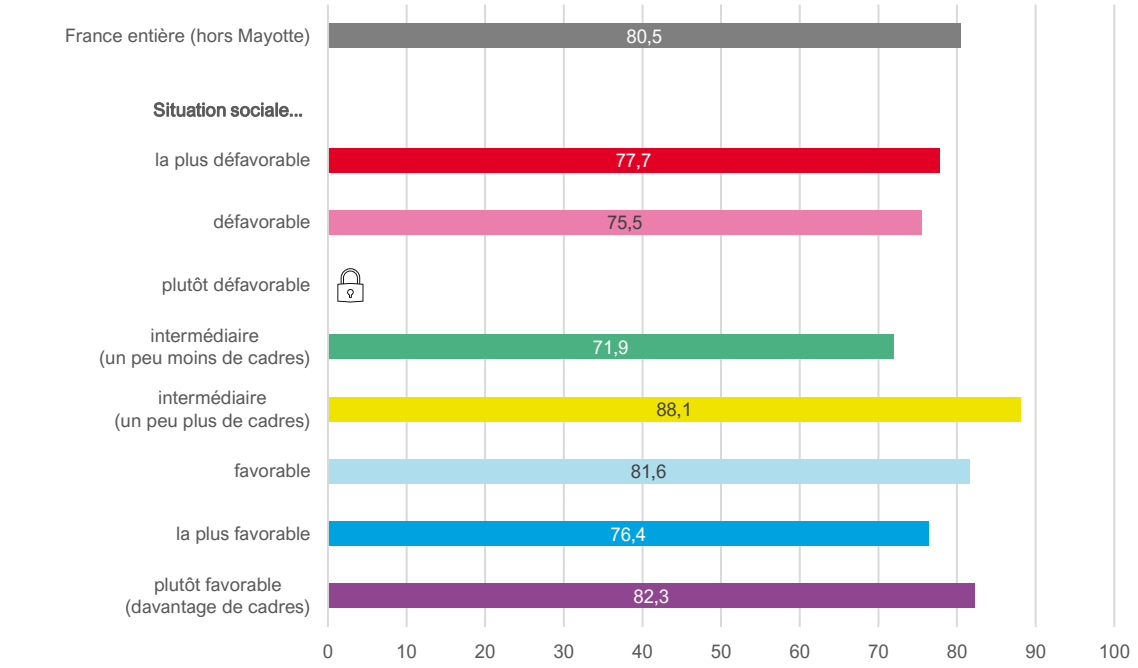
Graphique 123. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

Graphiques 124 et 125. Patients atteints d'un cancer du pancréas décédés plus d'un an après le diagnostic - Période 2018-2022 (Taux standardisés pour 1 000 (IC 95 %))

Graphique 124. Selon les 8 classes de la typologie sociale (Taux standardisés pour 1 000)

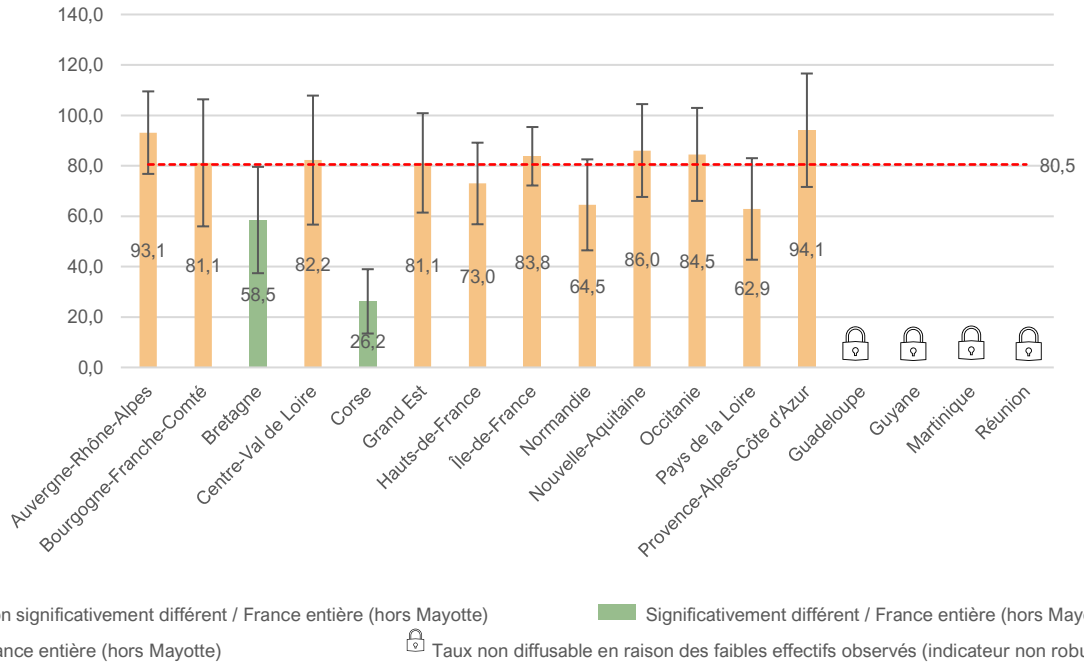


* significativement différent par rapport à la France

Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Sources : SNDS, CCMSA, Cnaf, Insee, ministère de l'Action et des Comptes publics – DGFiP – Exploitation : Fnors – ORS

Graphique 125. Selon les régions (Taux standardisés pour 1 000, IC 95 %)



Non significativement différent / France entière (hors Mayotte)

Significativement différent / France entière (hors Mayotte)

France entière (hors Mayotte)

Taux non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Source : SNDS – Exploitation : Fnors – ORS

IV- Analyses synthétiques du parcours de soins

Dans cette partie du travail, l'objectif est de développer une approche écologique des vulnérabilités face au cancer. Cette approche consiste à combiner, à l'aide de méthodes d'analyse de données appliquées aux zones statistiques d'étude et pour chaque localisation étudiée, les informations relatives aux parcours de soins avec celles décrivant les caractéristiques des territoires sur les plans sociodémographique, environnemental, d'accès aux soins et d'état de santé de la population.

Pour les indicateurs de parcours concernant le cancer du sein d'une part et le cancer colorectal d'autre part, les effectifs disponibles permettent de produire des indicateurs suffisamment robustes pour la majorité des zones statistiques d'étude. En revanche, ce n'est pas le cas pour les indicateurs relatifs au cancer du pancréas. Par conséquent, les analyses sous forme de typologies n'ont été réalisées que pour le cancer du sein et le cancer colorectal.

1. « Parcours Cancer du sein »

L'analyse en composante principale (ACP) réalisée dans le cadre du parcours cancer du sein porte sur les indicateurs suivants :

- Mammographie effectuée dans les 12 à 36 mois précédents le début du traitement (chez les 50-74 ans) ;
- Taux standardisé de patients ayant un cancer diagnostiqué in situ/invasif local ;
- Taux standardisé de patients ayant un cancer diagnostiqué avec métastases synchrones ;
- Biopsie effectuée dans les 12 mois avant le traitement ;
- Indicateurs de traitement au cours de la 1re année : chirurgie conservatrice, chimiothérapie néo-adjuvante, chimiothérapie adjuvante, mastectomie totale, chimiothérapie conventionnelle, thérapies ciblées, radiothérapie, hormonothérapie ;
- Lieu du 1er traitement : CLCC, établissement privé, secteur libéral ;
- Reconstruction mammaire après mastectomie totale ou partielle (dans les 3 ans) ;
- Devenir à 3 ans : En vie sans rechute ni métastases.

Pour cette ACP, des indicateurs peu discriminants ont été retirés de l'analyse pour obtenir une ACP consolidée. L'analyse finale a donc porté sur 4 indicateurs :

- Taux standardisé de patients ayant un cancer diagnostiqué in situ/invasif local ;
- Biopsie effectuée dans les 12 mois avant le traitement ;
- Indicateurs de traitement au cours de la 1re année : chirurgie conservatrice, chimiothérapie néo-adjuvante, chimiothérapie adjuvante ;
- Devenir à 3 ans : En vie sans rechute ni métastases.

Les autres indicateurs de parcours en cancérologie pour le sein ont été mis en variables illustratives. Un zonage a également été mis en « individu illustratif », car peu d'indicateurs de parcours étaient diffusables pour celui-ci.

Ainsi, trois nouvelles variables synthétiques ont été obtenues, résumant 68,3 % de l'information initiale :

- Le premier axe est caractérisé par les traitements par chimiothérapie néoadjuvante, en opposition avec les traitements par chirurgie conservatrice, et également par le devenir à 3 ans « En vie sans rechute ni métastases » ;
- Le deuxième axe oppose les territoires caractérisés par des taux standardisés de cancers du sein diagnostiqués *in situ*/invasif local aux territoires davantage caractérisés par le traitement par chimiothérapie adjuvante ;
- Le troisième axe est caractérisé par les biopsies effectuées avant le traitement.

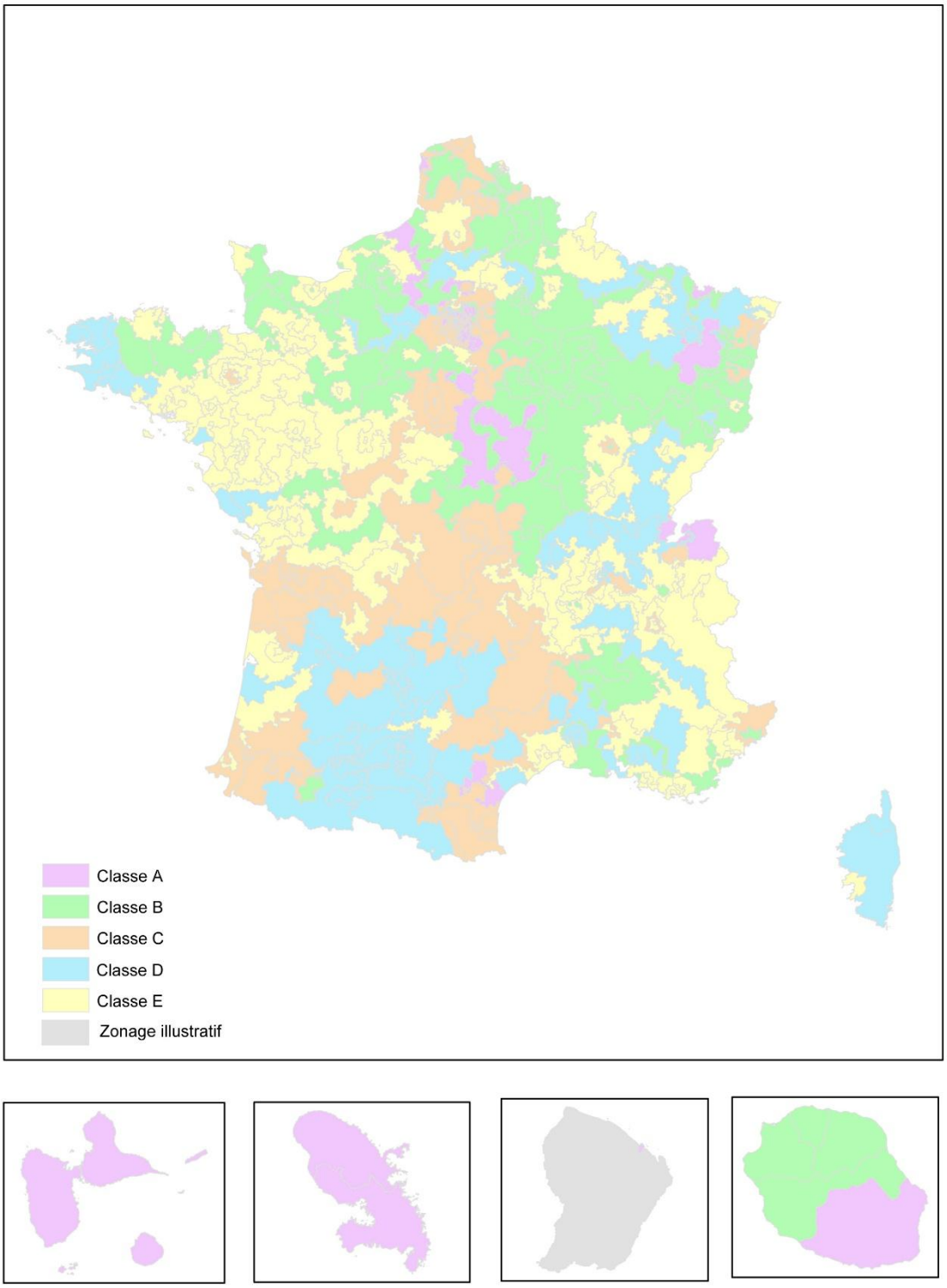
À partir de cette ACP, une classification ascendante hiérarchique (CAH) des données a été réalisée, permettant de dégager une typologie en 5 classes.

Tableau 21. Résultats de la typologie en 5 classes des zones statistiques d'étude pour le parcours du cancer du sein

	Nombre de zones statistiques d'étude	Femmes de 18 ans et plus dans la cohorte		Femmes de 18 ans et plus au RP 2021	
		Effectif	%	Effectif	%
Classe A	47	25 971	9,0 %	2 954 207	10,6 %
Classe B	83	56 455	19,5 %	5 430 153	19,6 %
Classe C	98	70 436	24,4 %	6 705 596	24,1 %
Classe D	65	48 084	16,6 %	4 556 230	16,4 %
Classe E	117	87 800	30,4 %	8 079 025	29,1 %
Zonage illustratif	1	97	0,03 %	45 555	0,2 %
Ensemble	**411**	**288 843**	**100,0 %**	**27 770 767**	**100,0 %**

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Carte 3. Classification des zones statistiques d'étude pour le parcours du cancer du sein

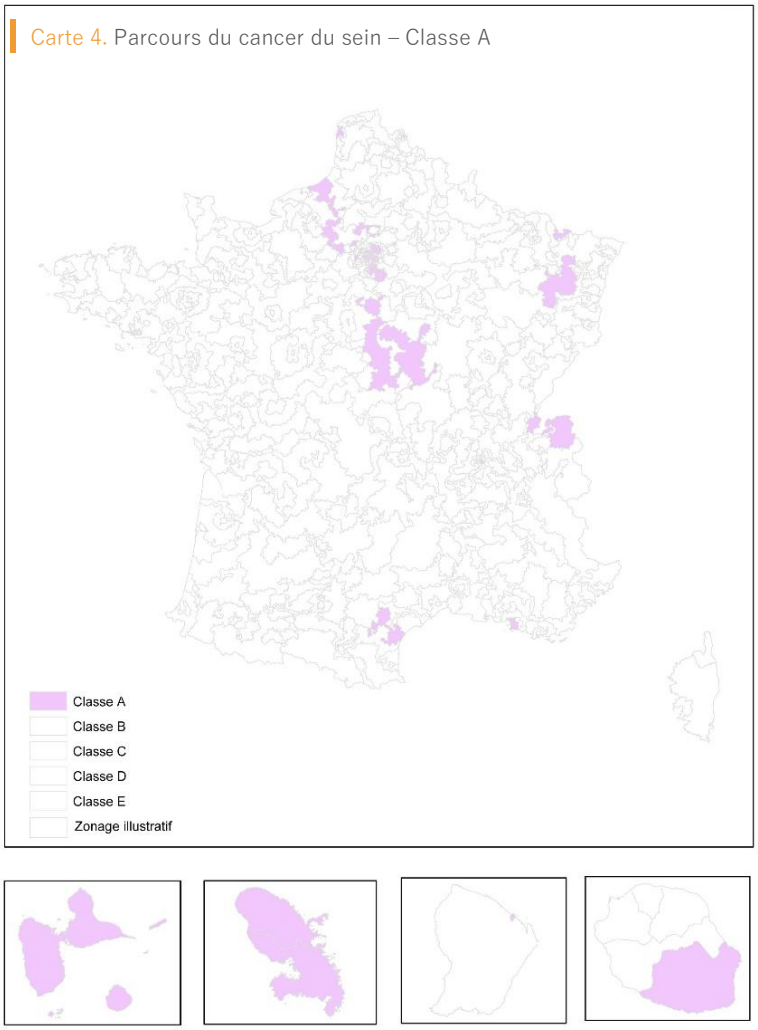


CLASSE A : ZONES AVEC UN DIAGNOSTIC DE CANCER ASSEZ PRÉCOCE, SURTOUT TRAITÉ PAR CHIMIOTHÉRAPIE ET MASTECTOMIE, DES RECHUTES PLUS FRÉQUENTES QUE LA MOYENNE

47 zones statistiques d'étude composent cette classe et regroupent 2 954 207 habitantes, soit 10,6 % de la population féminine française (hors Mayotte) âgée de 18 ans et plus.

Au niveau des indicateurs de parcours du cancer du sein, ces zones sont caractérisées par davantage de traitements par chimiothérapie, qu'elle soit néo-adjuvante ou conventionnelle, et également par thérapie ciblée ou par mastectomie. À l'inverse, on y retrouve peu de patients ayant eu une chirurgie conservatrice, ainsi que peu d'hormonothérapie ou de radiothérapie. Si on s'intéresse à l'étape de dépistage, cette classe comporte moins de patientes ayant eu une mammographie dans les 12 à 36 moins avant le traitement (pour les femmes âgées de 50 à 74 ans). Concernant le diagnostic, les femmes ayant eu une biopsie dans les 12 mois avant le traitement y sont moins représentées qu'en moyenne, et on y retrouve légèrement moins de femmes ayant un cancer du sein invasif avec métastase synchrone. Au niveau du devenir des patientes à 3 ans, les rechutes y sont un peu plus fréquentes.

Carte 4. Parcours du cancer du sein – Classe A



Si l'on s'intéresse maintenant aux variables socio-démographiques qui ressortent dans cette classe, permettant au-delà des indicateurs de parcours utilisés activement dans l'analyse d'apporter d'autres éléments caractéristiques, le public précaire y est dans l'ensemble surreprésenté (davantage de familles monoparentales, d'allocataires du RSA, de jeunes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômés, de jeunes de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé, de foyers fiscaux non imposés et taux de chômage plus important). Ce sont des territoires en moyenne plus densément peuplés. Au niveau de la mobilité, la part des ménages sans voiture est plus importante dans cette classe. La population y est plutôt jeune (indice de vieillissement plus faible que sur l'ensemble des zones).

Certains indicateurs de proxys de facteurs de risque ainsi que d'état de santé ressortent de l'analyse pour caractériser la population de cette classe. On y retrouve davantage de patients pris en charge pour un diabète en 2022 et également légèrement plus de patients pris en charge pour une insuffisance cardiaque aiguë en 2022. À l'inverse, les cas d'ALD pour un cancer du sein y sont moins représentés (incidence et prévalence), tout comme les patients pris en charge pour un syndrome coronarien aiguë. Les taux de mortalité par cancer du sein sont moins importants dans les territoires de cette classe que sur l'ensemble des zones.

Concernant l'offre de soins, les zones composant cette classe possèdent moins de patients ayant un médecin traitant en activité. Cependant, les temps d'accès aux médecins généralistes et aux établissements autorisés pour le traitement des cancers sont généralement inférieurs aux temps observés sur l'ensemble des zones.

En matière d'indicateurs environnementaux, ces zones ont des densités de pollution des sols plus importantes que celles relevées sur l'ensemble des territoires. On y retrouve moins de ménages en précarité énergétique logement et moins de personnes vivant dans des zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole.

Tableaux 22. Indicateurs dont la valeur est supérieure à la moyenne générale – Parcours cancer du sein – classe A

Variables présentant un niveau SUPÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Traitement la 1re année : Chimiothérapie néoadjuvante	321,1	262,1	0,000
Part de familles monoparentales	23,8	17,3	0,000
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	92,9	72,9	0,000
Taux d'allocataires du RSA	10,8	6,2	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie conventionnelle	505,0	460,1	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie	512,7	467,7	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Mastectomie	307,8	268,6	0,000
Taux de personnes couvertes par le RSA	9,0	5,5	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Thérapie Ciblée	179,4	160,7	0,000
Taux de chômage des 15 ans et plus	15,4	12,1	0,000
Densité d'Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (ICPE) - pour 100 km²	69,1	31,3	0,000
Densité de sites Secteurs d'Information sur les Sols (SIS) – pour 100 km²	27,1	9,9	0,000
Part de ménages ne possédant pas de voiture	28,5	18,3	0,000
Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés	15,6	12,3	0,000
Densité de sites et sols pollués ou potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (BASOL) – pour 100 km²	40,7	14,8	0,000
Part d'enfants de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé	16,9	12,1	0,000
Densité d'anciens sites industriels et activités de service (BASIAS)	1313,2	443,2	0,000
Taux de personnes couvertes par une allocation	54,8	50,2	0,000
Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans	7,8	5,8	0,000
Densité de population	4 889,3	2 237,6	0,000
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes traitées pour insuffisance cardiaque aiguë	3,1	2,8	0,001
Part de foyers fiscaux non imposés	58,5	54,9	0,001
Taux standardisé de patientes ayant un cancer du sein diagnostiqué in situ ou invasif local	862,6	849,8	0,022

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Tableaux 23. Indicateurs dont la valeur est inférieure à la moyenne générale – Parcours cancer du sein – classe A

Variables présentant un niveau INFÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Taux standardisé de patientes ayant un cancer du sein diagnostiqué invasif avec métastases synchrones	137,4	150,2	0,022
Taux standardisé de mortalité (18 ans et plus) des femmes par cancer du sein	41,5	43,4	0,012
Taux d'activité des 15-64 ans	73,6	74,7	0,009
Cancer du sein : Reconstruction mammaire après mastectomie	317,6	359,6	0,008
Temps d'accès à un établissement autorisé pour la pratique de la chirurgie des cancers du sein	12,0	16,2	0,007
Part de population du territoire vivant en zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole	43,1	61,2	0,002
Cancer du sein : 1er traitement effectué en établissement privé	227,2	285,5	0,001
Temps d'accès au médecin généraliste	0,8	1,5	0,001
Temps d'accès à un établissement pratiquant la chimiothérapie	10,2	16,0	0,001
Taux standardisé de prévalence des ALD (18 ans et plus) des femmes pour cancer du sein	2 229,7	2 366,6	0,000
Temps d'accès à un établissement autorisé à traiter les cancers (toutes autorisations confondues)	8,4	13,6	0,000
Part des ménages en précarité énergétique logement	11,3	13,9	0,000
Cancer du sein : Mammographie effectuée dans les 12 à 36 mois avant le traitement (pour les femmes de 50 à 74 ans)	297,9	314,2	0,000
Temps d'accès à un centre de radiodiagnostic	4,5	8,0	0,000
Rapport de dépendance	73,7	80,2	0,000
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes traitées pour syndrome coronarien aigu	1,4	1,6	0,000
Taux standardisé de prévalence des femmes (18 ans et plus) traitées cancer du sein actif	7,2	7,7	0,000
Part des 50-74 ans	27,0	30,3	0,000
Part de femmes de 50-74 ans	14,1	15,8	0,000
Part des 18 ans et +	76,2	78,7	0,000

Indice de vieillissement	63,8	90,0	0,000
Traitement la 1re année : Hormonothérapie	642,0	677,2	0,000
Traitement la 1re année : Radiothérapie	766,2	802,4	0,000
Taux standardisé d'incidence en ALD (18 ans et plus) des femmes pour cancer du sein	224,6	249,9	0,000
Cancer du sein : Biopsie effectuée dans les 12 mois avant le traitement	886,5	917,6	0,000
Taux standardisé de bénéficiaires de 18 ans et plus ayant un médecin traitant en activité	808,7	852,4	0,000
Taux standardisé de patientes avec premier diagnostic et/ou premier traitement pour le cancer du sein (pour 1 000 femmes)	1,8	2,0	0,000
Cancer du sein : Devenir à 3 ans : En vie sans rechute ni métastase (pour les cancers invasifs sans métastase)	779,0	820,9	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chirurgie conservatrice	628,0	695,7	0,000

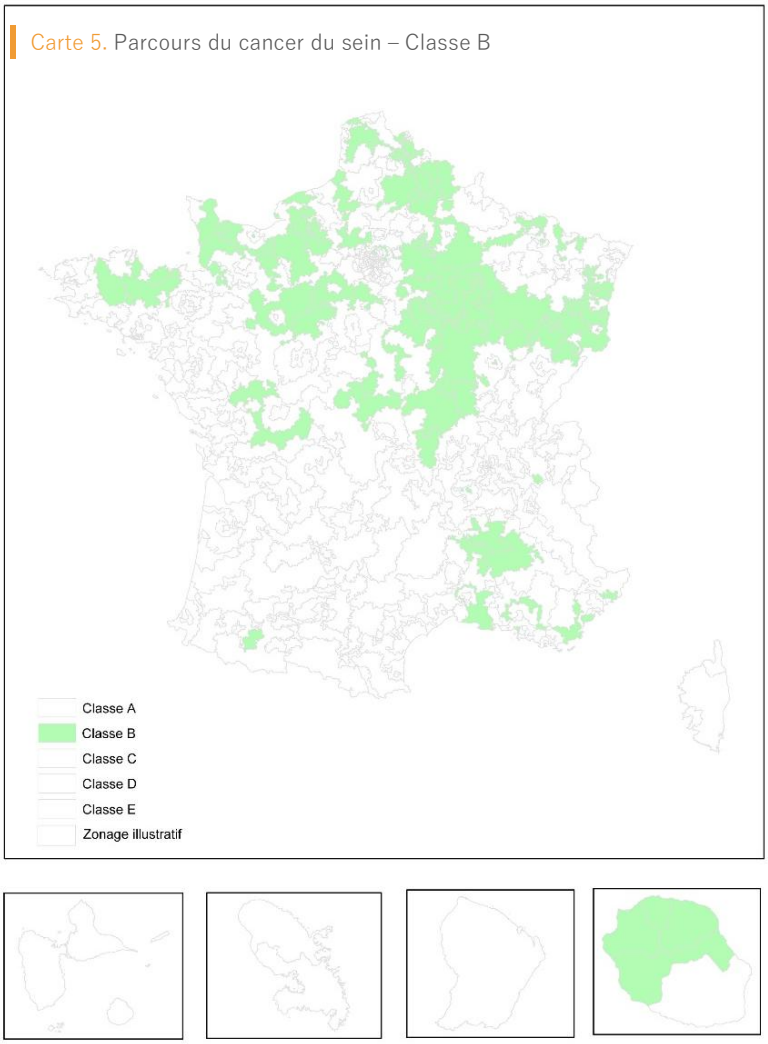
Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

CLASSE B : ZONES AVEC UN DIAGNOSTIC DE CANCER PLUS TARDIF, SURTOUT TRAITE PAR CHIMIOTHERAPIE ET MASTECTOMIE, DES RECHUTES PLUS FREQUENTES QUE LA MOYENNE

Cette classe est composée de 83 zones statistiques d'étude regroupant 19,6 % de la population féminine âgée de 18 ans et plus en France (hors Mayotte), soit 5 430 153 habitantes.

Cette classe est caractérisée par des zones où le diagnostic du cancer du sein est réalisé plus tardivement qu'en moyenne : le taux de femmes avec un cancer du sein diagnostiqué invasif avec métastases synchrones y est plus important que dans la moyenne générale. Les femmes ayant réalisé une mammographie dans les 12 à 36 mois avant le traitement sont moins nombreuses dans les zones composant cette classe. Au niveau des traitements réalisés la première année, les chimiothérapies (adjuvantes ou conventionnelles), les thérapies ciblées ainsi que les mastectomies sont davantage représentées dans cette classe. On y retrouve moins de chirurgie conservatrice. Concernant le devenir des patientes, les rechutes y sont un peu plus fréquentes.

Carte 5. Parcours du cancer du sein – Classe B



En matière de caractéristiques socio-démographiques, ces zones sont moins densément peuplées et davantage précaires (davantage de foyers fiscaux non imposés, de jeunes de 25 à 34 ans peu ou pas diplômés, de jeunes de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé ; le taux de chômage et le taux d'allocataires du RSA plus importants). Les cadres et professions intellectuelles supérieures sont moins représentés et le taux d'activité des 15-64 ans est en moyenne moins important. La population y est légèrement plus âgée avec une part de personnes âgées de 50 à 74 ans ainsi qu'un rapport de dépendance plus élevé dans cette classe qu'en moyenne.

Concernant les indicateurs d'état de santé, le taux standardisé de mortalité pour cancer du sein est en moyenne plus élevé dans cette classe. À l'inverse, les taux d'admission en ALD (prévalence et incidence) pour cancer du sein sont en moyenne moins importants qu'au niveau national. Les facteurs de risque de cancer y sont plus importants.

Au niveau de l'offre de soins, les zones composant cette classe ont en moyenne des temps d'accès pour les traitements en cancérologie plus importants qu'en moyenne au niveau national (hors Mayotte). Les patients ayant un médecin traitant en activité y sont également légèrement plus représentés.

En matière d'indicateurs environnementaux, les parts de ménages en précarité énergétique logement et de personnes vivant en zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole sont plus importantes dans cette classe par rapport à la moyenne générale.

Tableaux 24. Indicateurs dont la valeur est supérieure à la moyenne générale – Parcours cancer du sein – classe B

Variables présentant un niveau SUPÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Taux standardisé de patientes ayant un cancer du sein diagnostiqué invasif avec métastases synchrones	197,0	150,2	0,000
Part des ménages en précarité énergétique logement	17,4	13,9	0,000
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour obésité	44,8	36,6	0,000
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour insuffisance cardiaque aigu	3,2	2,8	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie adjuvante	382,8	354,9	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie conventionnelle	486,1	460,1	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie	493,7	467,7	0,000
Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans	7,7	5,8	0,000
Part de foyers fiscaux non imposés	59,1	54,9	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Thérapie ciblée	171,2	160,7	0,000
Taux standardisé (40 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	123,1	110,3	0,000
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	81,2	72,9	0,000
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour syndrome coronarien aigu	1,8	1,6	0,000
Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés	14,1	12,3	0,000
Taux standardisé de mortalité (18 ans et plus) des femmes par cancer du sein	45,9	43,4	0,000
Taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH	3,9	3,5	0,000
Taux de chômage des 15 ans et plus	13,7	12,1	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Mastectomie	284,2	268,6	0,000
Part d'enfants de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé	14,5	12,1	0,000
Part de population du territoire vivant en zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole	77,0	61,2	0,000
Taux de personnes couvertes par le RSA	6,7	5,5	0,001
Taux d'allocataires du RSA	7,3	6,2	0,006
Temps d'accès à un établissement autorisé à traiter les cancers (toutes autorisations confondues)	16,1	13,6	0,007
Rapport de dépendance	82,7	80,2	0,008
Temps d'accès à un établissement pratiquant la chimiothérapie	18,8	16,0	0,014
Temps d'accès à un établissement autorisé pour la pratique de la chirurgie des cancers du sein	18,9	16,2	0,014
Part des 50-74 ans	31,2	30,3	0,015
Taux standardisé de bénéficiaires de 18 ans et plus ayant un médecin traitant en activité	860,0	852,4	0,019

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Tableaux 25. Indicateurs dont la valeur est inférieure à la moyenne générale – Parcours cancer du sein – classe B

Variables présentant un niveau INFÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Taux d'accroissement annuel moyen de la population féminine de 50-74 ans	1,3	1,4	0,023
Taux d'accroissement annuel moyen de la population de 50-74 ans	1,2	1,4	0,019
Taux standardisé de prévalence des femmes (18 ans et plus) traitées cancer du sein actif	7,5	7,7	0,016
Cancer du sein : Mammographie effectuée dans les 12 à 36 mois avant le traitement (pour les femmes de 50 à 74 ans)	307,8	314,2	0,012
Densité de population	879,0	2 237,6	0,004
Taux standardisé de prévalence des ALD (18 ans et plus) des femmes pour cancer du sein	2 278,2	2 366,6	0,001
Taux standardisé d'incidence en ALD (18 ans et plus) des femmes pour cancer du sein	241,6	249,9	0,001
Taux d'activité des 15-64 ans	73,4	74,7	0,000
Part de cadres et professions intellectuelles supérieures de 15 ans et plus ayant un emploi	13,8	18,6	0,000
Cancer du sein : Devenir à 3 ans : En vie sans rechute ni métastase (pour les cancers invasifs sans métastase)	804,9	820,9	0,000
Taux d'accroissement annuel moyen de la population	0,1	0,4	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chirurgie conservatrice	670,2	695,7	0,000

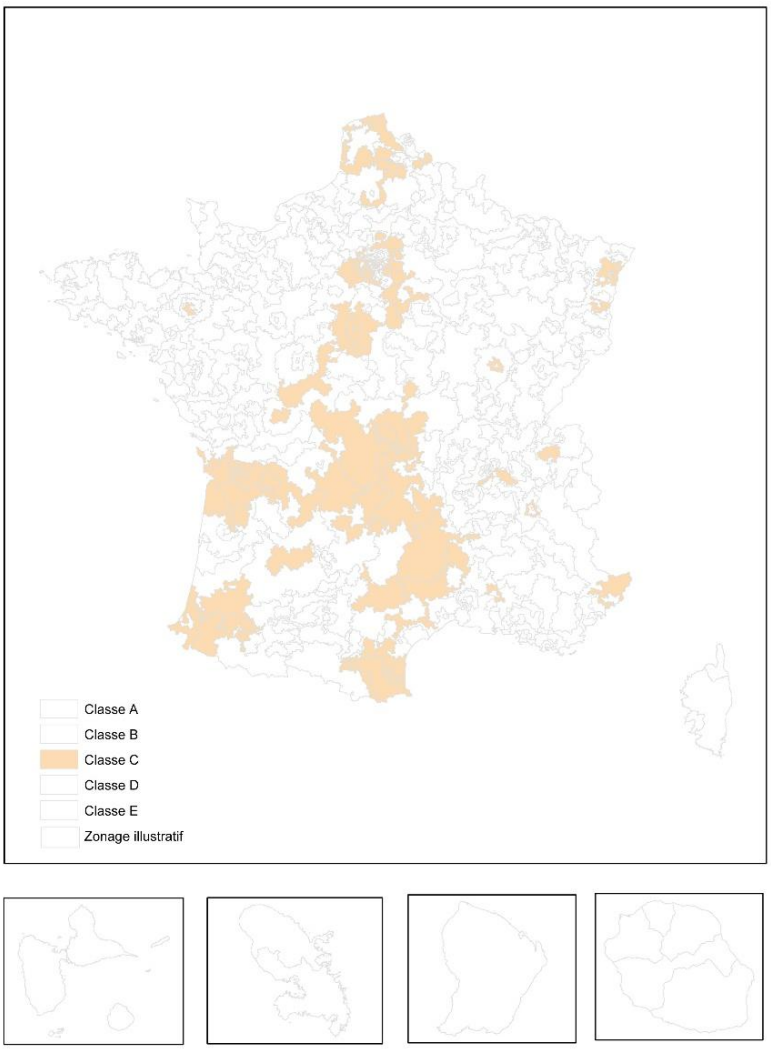
Taux standardisé de patientes ayant un cancer du sein diagnostiqué in situ ou invasif local	803,0	849,8	0,000

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

CLASSE C : ZONES AVEC UN DIAGNOSTIC DE CANCER PLUTOT PRECOCE, MOINS SOUVENT TRAITE PAR CHIMIOTHERAPIE, RADIOTHERAPIE OU HORMONOTHERAPIE, UN BON DEPISTAGE DES FEMMES DE 50-74 ANS

98 zones statistiques d'étude appartiennent à cette classe et représentent 24,1 % de la population féminine âgée de 18 ans et plus en France (hors Mayotte), soit 6 705 596 habitantes.

Carte 6. Parcours du cancer du sein – Classe C



Au regard des indicateurs de parcours, les patientes présentant un cancer du sein in situ ou invasif local au diagnostic sont en moyenne davantage représentées dans cette classe. On retrouve davantage de patientes ayant réalisé une mammographie dans les 12 à 36 mois avant le traitement ainsi qu'une biopsie dans les 12 mois avant le traitement dans les zones de cette classe par rapport à la moyenne nationale. Les traitements par chimiothérapie néo-adjuvante sont en moyenne plus fréquents et à l'inverse, ceux par chimiothérapies adjuvante ou conventionnelle, par hormonothérapie, par radiothérapie et par thérapie ciblée y sont plus rares.

Concernant les indicateurs socio-démographiques, les zones statistiques d'étude composant cette classe sont en moyenne plus densément peuplées et socialement plutôt favorisées (davantage de cadres et professions intellectuelles supérieures, taux d'activité des 15 à 64 ans plus élevé, moins de foyers fiscaux non imposés et de jeunes peu ou pas diplômés). La population âgée de 60 ans et plus vivant à domicile est légèrement plus représentée dans cette classe. La part de ménages sans voiture y est également en moyenne plus importante qu'en moyenne générale.

Ces zones sont marquées par des taux d'admission en ALD (prévalence et incidence) pour cancer du sein plus élevés que sur l'ensemble des zones étudiées. Cette classe comporte en moyenne moins de patients pris en charge pour syndrome coronarien aiguë et également légèrement moins de patients pris en charge pour obésité.

Concernant l'offre de soin, les zones de cette classe sont en moyenne plus proches des structures de soins pour le diagnostic et le traitement des cancers du sein. Cependant, le taux de patients ayant un médecin traitant en activité est en moyenne plus faible dans cette classe par rapport à la moyenne de l'ensemble des zones.

Du point de vue des indicateurs environnementaux, cette classe est caractérisée par des densités de sites « Secteurs d'Information sur les Sols (SIS) » plus élevées. La part de ménages en précarité énergétique logement est plus faible dans les zones composant cette classe.

Tableaux 26. Indicateurs dont la valeur est supérieure à la moyenne générale – Parcours cancer du sein – classe C

Variables présentant un niveau SUPÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Part de cadres et professions intellectuelles supérieures de 15 ans et plus ayant un emploi	24,8	18,6	0,000
Taux standardisé de prévalence des ALD (18 ans et plus) des femmes pour cancer du sein	2 529,8	2 366,6	0,000
Taux standardisé de patientes ayant un cancer du sein diagnostiqué in situ ou invasif local	872,8	849,8	0,000
Densité de population	4 534,4	2 237,6	0,000
Taux standardisé de prévalence des femmes (18 ans et plus) traitées cancer du sein actif	8,0	7,7	0,000
Part de ménages ne possédant pas de voiture	23,4	18,3	0,000
Taux standardisé d'incidence en ALD (18 ans et plus) des femmes pour cancer du sein	259,8	249,9	0,000
Cancer du sein : Mammographie effectuée dans les 12 à 36 mois avant le traitement (pour les femmes de 50 à 74 ans)	323,4	314,2	0,000
Taux standardisé de patientes avec premier diagnostic et/ou premier traitement pour le cancer du sein (pour 1 000 femmes)	2,04	1,99	0,001
Cancer du sein : Biopsie effectuée dans les 12 mois avant le traitement	925,6	917,6	0,001
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie néoadjuvante	271,4	262,1	0,003
Taux d'activité des 15-64 ans	75,6	74,7	0,004
Densité de sites Secteurs d'Information sur les Sols (SIS) – pour 100 km²	14,5	9,9	0,009
Part de personnes de 60-74 ans vivant seules à domicile	27,9	26,9	0,023
Part de personnes de 60 ans et plus vivant seules à domicile	33,0	32,1	0,023

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Tableaux 27. Indicateurs dont la valeur est inférieure à la moyenne générale – Parcours cancer du sein – classe C

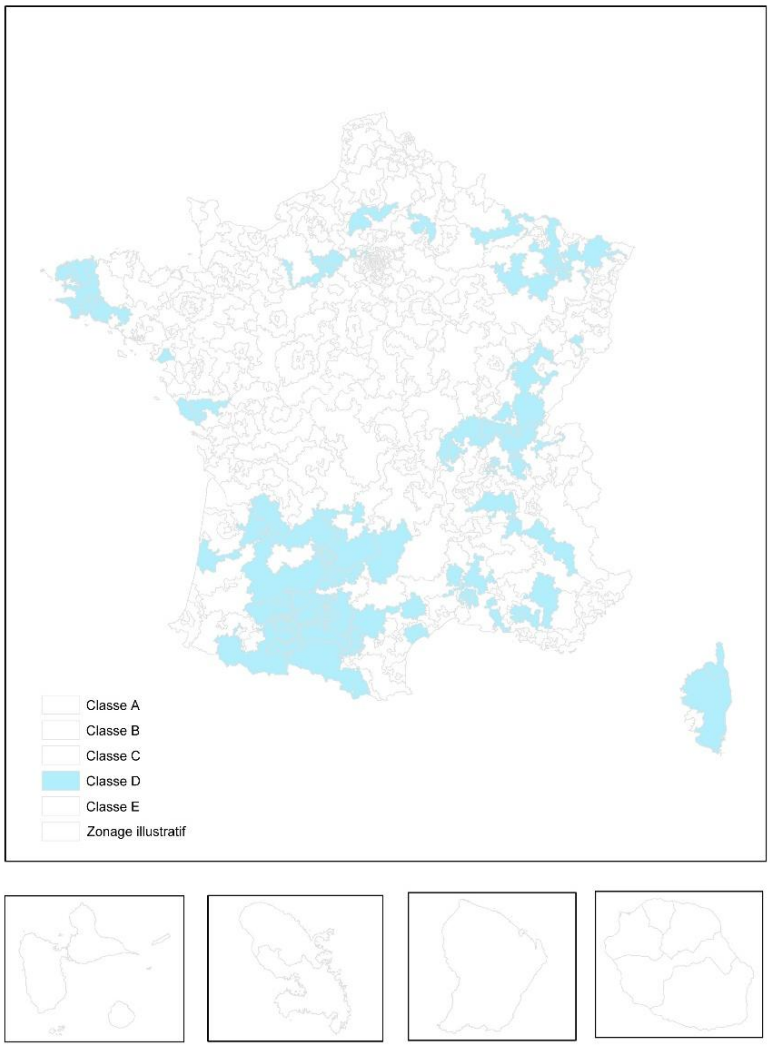
Variables présentant un niveau INFÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour obésité	34,2	36,6	0,014
Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans	5,1	5,8	0,012
Taux d'accroissement annuel moyen de la population de 50-74 ans	1,2	1,4	0,009
Taux d'accroissement annuel moyen de la population féminine de 50-74 ans	1,3	1,4	0,009
Temps d'accès à un centre de radiodiagnostic	6,7	8,0	0,008
Part de femmes de 50-74 ans	15,3	15,8	0,006
Taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH	3,2	3,5	0,005
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour syndrome coronarien aigu	1,5	1,6	0,003
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Thérapie ciblée	155,5	160,7	0,003
Part des 50-74 ans	29,2	30,3	0,002
Taux standardisé de bénéficiaires de 18 ans et plus ayant un médecin traitant en activité	842,6	852,4	0,002
Temps d'accès à un établissement pratiquant la chimiothérapie	12,5	16,0	0,001
Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés	11,1	12,3	0,001
Temps d'accès à un établissement autorisé à traiter les cancers (toutes autorisations confondues)	10,5	13,6	0,001
Temps d'accès à un établissement autorisé pour la pratique de la chirurgie des cancers du sein	12,5	16,2	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Radiothérapie	791,1	802,4	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Hormonothérapie	664,0	677,2	0,000
Rapport de dépendance	76,1	80,2	0,000
Part des ménages en précarité énergétique logement	12,0	13,9	0,000
Part de foyers fiscaux non imposés	50,8	54,9	0,000
Taux standardisé de patientes ayant un cancer du sein diagnostiqué invasif avec métastases synchrones	127,2	150,2	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie conventionnelle	436,4	460,1	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie	443,6	467,7	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie adjuvante	312,5	354,9	0,000

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

CLASSE D : ZONES AVEC UN DIAGNOSTIC DE CANCER PLUTOT PRECOCE, SURTOUT TRAITE PAR CHIRURGIE CONSERVATRICE ET HORMONOTHERAPIE, DES RECHUTES MOINS FREQUENTES QUE LA MOYENNE

Cette classe est composée de 65 zones statistiques d'étude qui représentent 16,4 % de la population féminine âgée de 18 ans et plus en France (hors Mayotte), soit 4 556 230 habitantes.

Carte 7. Parcours du cancer du sein – Classe D



Ces zones sont caractérisées par des taux standardisés de patientes ayant un cancer du sein diagnostiqué in situ ou invasif local en moyenne plus importants que l'ensemble des zones. Les taux de biopsies effectuées dans les 12 mois avant le traitement sont en moyenne moins élevés dans cette classe. Concernant les traitements au cours de la 1re année, on y retrouve davantage de traitement par chirurgie conservatrice, par hormonothérapie ainsi que par radiothérapie. À l'inverse, les traitements par chimiothérapie (conventionnelle ou néoadjuvante) et par mastectomie sont en moyenne plus rares dans cette classe. Le devenir des patientes résidant dans les zones de cette classe est en moyenne meilleur que dans l'ensemble des zones.

En matière de caractéristiques socio-démographiques, il s'agit de zones plutôt vieillissantes (indice de vieillissement et rapport de dépendance plus important) et plutôt socialement favorisées (moins de familles monoparentales et d'allocataires du RSA). Les ménages sans voiture sont également moins présents dans ces zones.

Concernant l'état de santé de la population, les taux d'admissions en ALD pour cancer du sein (prévalence) sont en moyenne inférieurs à celui de l'ensemble des zones. Si l'on s'intéresse aux facteurs de risque, les taux de patients pris en charge pour syndrome coronarien aiguë sont plus élevés dans les zones de cette classe. À l'inverse, on retrouve moins de personnes prises en charge pour diabète, obésité, et insuffisance cardiaque aiguë.

Au niveau de l'offre de soin, les zones constituant cette classe se caractérisent par un accès aux médecins généralistes et aux traitements en cancérologie en moyenne plus difficile que sur l'ensemble des zones.

En matière d'indicateurs environnementaux, les densités d'installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE), de sites et sols pollués ainsi que d'anciens sites industriels et activités de service (BASIAS) sont en moyenne inférieures à celles du niveau national (hors Mayotte).

Tableaux 28. Indicateurs dont la valeur est supérieure à la moyenne générale – Parcours cancer du sein – classe D

Variables présentant un niveau SUPÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Taux standardisé de patientes ayant un cancer du sein diagnostiqué in situ ou invasif local	886,1	849,8	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chirurgie conservatrice	721,0	695,7	0,000
Cancer du sein : Devenir à 3 ans : En vie sans rechute ni métastase (pour les cancers invasifs sans métastase)	837,9	820,9	0,000
Temps d'accès à un établissement autorisé à traiter les cancers (toutes autorisations confondues)	17,2	13,6	0,001
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour syndrome coronarien aigu	1,7	1,6	0,001
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Hormonothérapie	690,2	677,2	0,002
Temps d'accès à un établissement autorisé pour la pratique de la chirurgie des cancers du sein	19,8	16,2	0,006
Indice de vieillissement	98,7	90,0	0,006
Temps d'accès à un centre de radiodiagnostic	9,6	8,0	0,009
Temps d'accès à un établissement pratiquant la chimiothérapie	19,5	16,0	0,010
Taux d'accroissement annuel moyen de la population	0,5	0,4	0,010
Part des 50-74 ans	31,4	30,3	0,014
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Radiothérapie	811,8	802,4	0,014
Part de femmes de 50-74 ans	16,3	15,8	0,023
Temps d'accès au médecin généraliste	1,9	1,5	0,023
Rapport de dépendance	82,6	80,2	0,023

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Tableaux 29. Indicateurs dont la valeur est inférieure à la moyenne générale – Parcours cancer du sein – classe D

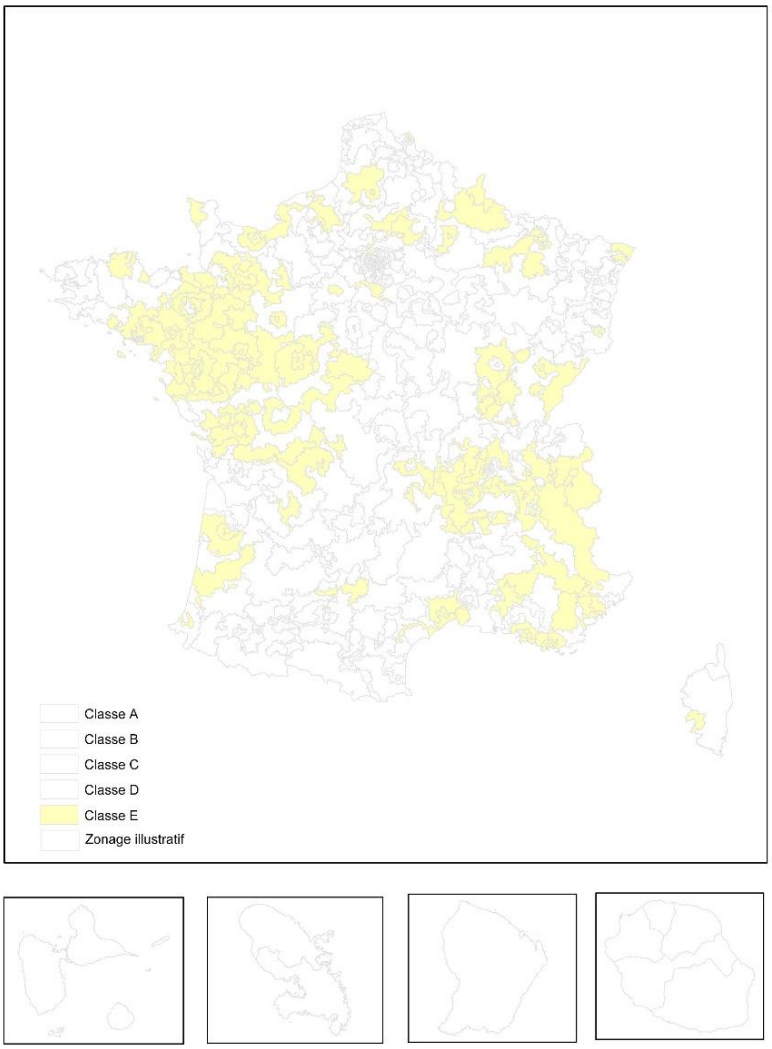
Variables présentant un niveau INFÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Taux de personnes couvertes par le RSA	4,6	5,5	0,020
Densité d'anciens sites industriels et activités de service (BASIAS)	154,8	443,2	0,019
Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans	5,0	5,8	0,018
Taux de personnes couvertes par une allocation	48,4	50,2	0,018
Taux d'allocataires du RSA	5,1	6,2	0,015
Densité de sites et sols pollués ou potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (BASOL) – pour 100 km²	5,9	14,8	0,014
Taux standardisé de prévalence des ALD (18 ans et plus) des femmes pour cancer du sein	2 290,1	2 366,6	0,013
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes traitées pour insuffisance cardiaque aiguë	2,7	2,8	0,011
Part de familles monoparentales	15,9	17,3	0,009
Part de ménages ne possédant pas de voiture	14,3	18,3	0,004
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour obésité	32,8	36,6	0,004
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Mastectomie	255,5	268,6	0,004
Densité d'Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (ICPE) - pour 100 km²	15,7	31,3	0,002
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	66,6	72,9	0,001
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie conventionnelle	443,7	460,1	0,001
Taux standardisé (40 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	100,6	110,3	0,001
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie	450,4	467,7	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie néoadjuvante	240,2	262,1	0,000
Taux standardisé de patientes ayant un cancer du sein diagnostiqué invasif avec métastases synchrones	113,9	150,2	0,000
Cancer du sein : Biopsie effectuée dans les 12 mois avant le traitement	891,8	917,6	0,000

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

CLASSE E : ZONES AVEC UN DIAGNOSTIC DE CANCER RELATIVEMENT TARDIF, SURTOUT TRAITE PAR CHIRURGIE CONSERVATRICE, RADIOTHERAPIE, HORMONOTHERAPIE ET CHIMIOTHERAPIE ADJUVANTE, DES RECHUTES MOINS FREQUENTES QUE LA MOYENNE

117 zones statistiques d'étude composent cette classe et représentent 29,1 % de la population féminine âgée de 18 ans et plus en France (hors Mayotte), soit 8 079 025 habitantes.

Carte 8. Parcours du cancer du sein – Classe E



Au regard des indicateurs de parcours « cancer », le diagnostic de cancer y est relativement tardif (davantage de cancer du sein invasif avec métastases synchrones au moment du diagnostic). Le dépistage des cancers du sein des femmes de ces zones est cependant relativement bon (davantage de biopsies dans les 12 mois avant le traitement ainsi que des mammographies réalisées dans les 12 à 36 mois avant le traitement). Concernant les traitements au cours de la 1re année, la chirurgie conservatrice ainsi que la radiothérapie, l'hormonothérapie et la chimiothérapie adjuvante sont davantage représentées dans cette classe. À l'inverse, on y retrouve moins de traitement par chimiothérapie néoadjuvante, par mastectomie et par thérapie ciblée. On note un meilleur devenir dans cette classe, puisque les personnes en vie sans rechute ni métastases y sont plus nombreuses.

Concernant les caractéristiques socio-démographiques, cette classe est caractérisée par une population plutôt vieillissante (un indice de vieillissement et une part de 50-74 ans dans la population totale plus importants). La population y est plutôt socialement favorisée (taux de chômage plus faible, moins d'allocataires du RSA, de familles monoparentales et de jeunes de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé). Ces zones sont en moyenne moins densément peuplées que l'ensemble des zones. Les ménages sans voiture sont également moins présents dans ces zones.

En matière d'indicateurs d'état de santé, on y retrouve davantage de nouveaux cas d'admission en affection de longue durée pour cancer du sein et le taux standardisé de mortalité pour cancer du sein est en moyenne légèrement plus faible dans ces zones. Ces derniers sont caractérisés par des personnes ayant peu de facteurs de risque de cancer.

Au niveau de l'offre de soin, les zones constituant cette classe se caractérisent par un accès aux médecins généralistes plutôt aisé. Le temps d'accès à un centre de radiodiagnostic est cependant en moyenne plus long que sur l'ensemble des zones.

Concernant les indicateurs environnementaux, les zones composant cette classe présentent des indicateurs de pollution des sols assez bons.

Tableaux 30. Indicateurs dont la valeur est supérieure à la moyenne générale – Parcours cancer du sein – classe E

Variables présentant un niveau SUPÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chirurgie conservatrice	732,6	695,7	0,000
Cancer du sein : Biopsie effectuée dans les 12 mois avant le traitement	937,1	917,6	0,000
Cancer du sein : Devenir à 3 ans : En vie sans rechute ni métastase (pour les cancers invasifs sans métastase)	838,8	820,9	0,000
Taux standardisé de bénéficiaires de 18 ans et plus ayant un médecin traitant en activité	870,2	852,4	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Radiothérapie	818,4	802,4	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Hormonothérapie	692,2	677,2	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie adjuvante	370,5	354,9	0,000
Cancer du sein : 1er Traitement effectué en établissement privé	333,3	285,5	0,000
Taux standardisé de patientes avec premier diagnostic et/ou premier traitement pour le cancer du sein (pour 1 000 femmes)	2,1	2,0	0,000
Rapport de dépendance	83,3	80,2	0,000
Taux standardisé d'incidence des ALD (18 ans et plus) des femmes pour cancer du sein	256,4	249,9	0,001
Taux standardisé de patientes ayant un cancer du sein diagnostiqué invasif avec métastases synchrones	161,8	150,2	0,001
Part de femmes de 50-74 ans	16,3	15,8	0,001
Part des 50-74 ans	31,2	30,3	0,003
Indice de vieillissement	96,5	90,0	0,003
Taux d'accroissement annuel moyen de la population de 65 ans et plus	2,5	2,3	0,004
Cancer du sein : Mammographie effectuée dans les 12 à 36 mois avant le traitement (pour les femmes de 50 à 74 ans)	320,0	314,2	0,004
Taux d'accroissement annuel moyen de la population	0,5	0,4	0,005
Temps d'accès à un centre de radiodiagnostic	9,2	8,0	0,006
Densité de médecins généralistes	136,8	127,5	0,013
Taux d'activité des 15-64 ans	75,3	74,7	0,015
Taux d'accroissement annuel moyen de la population de 50-74 ans	1,5	1,4	0,020

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Tableaux 31. Indicateurs dont la valeur est inférieure à la moyenne générale – Parcours cancer du sein - classe E

Variables présentant un niveau INFÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Part de personnes de 60-74 ans vivant seules à domicile	26,0	26,9	0,022
Taux standardisé de mortalité (18 ans et plus) des femmes par cancer du sein	42,4	43,4	0,022
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie conventionnelle	452,8	460,1	0,019
Part de cadres et professions intellectuelles supérieures de 15 ans et plus ayant un emploi	16,8	18,6	0,016
Densité d'anciens sites industriels et activités de service (BASIAS) - pour 100 km²	220,0	443,2	0,010
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour obésité	34,3	36,6	0,007
Densité de sites et sols pollués ou potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (BASOL) – pour 100 km²	7,4	14,8	0,004
Densité d'Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (ICPE) - pour 100 km²	21,2	31,3	0,003
Taux standardisé de patientes ayant un cancer du sein diagnostiqué *in situ* ou invasif local	838,2	849,8	0,001
Densité de sites Secteurs d'Information sur les Sols (SIS) pour 100 km²	4,3	9,9	0,001
Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans	4,8	5,8	0,000
Densité de population	789,3	2 237,6	0,000
Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés	11,0	12,3	0,000
Part d'enfants de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé	10,0	12,1	0,000
Taux de chômage des 15 ans et plus	10,8	12,1	0,000
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes traitées pour insuffisance cardiaque aiguë	2,7	2,8	0,000
Taux de personnes couvertes par le RSA	4,2	5,5	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Thérapie ciblée	152,8	160,7	0,000
Part de ménages ne possédant pas de voiture	13,3	18,3	0,000
Taux d'allocataires du RSA	4,6	6,2	0,000

Part de familles monoparentales	15,2	17,3	0,000
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	64,6	72,9	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Mastectomie	248,4	268,6	0,000
Taux standardisé (40 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	97,7	110,3	0,000
Cancer du sein : Traitement la 1re année : Chimiothérapie néoadjuvante	237,7	262,1	0,000

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

2. « Parcours Cancer colorectal »

L'ACP réalisée dans le cadre du parcours cancer colorectal porte sur les indicateurs suivants :

- Taux standardisé de patients ayant un cancer du côlon ;
- Taux standardisé de patients ayant un cancer du rectum ;
- Dépistage organisé effectué dans les 30 mois (chez les 52-76 ans en début de traitement) ;
- Taux standardisé de patients ayant un cancer diagnostiqué invasif non métastatique ;
- Taux standardisé de patients ayant un cancer diagnostiqué avec métastases synchrones ;
- Indicateurs de traitement au cours de la 1re année : chirurgie carcinologique seule, chirurgie carcinologique + traitement adjuvant ;
- Parcours chirurgical non urgent (CCR invasif) ;
- Parcours non chirurgical (CCR invasif) ;
- Lieu du 1er traitement : établissement privé ;
- Devenir à 3 ans : En vie sans rechute ni métastases.

Pour cette ACP, les indicateurs peu discriminants ont été retirés de l'analyse pour obtenir une ACP consolidée. L'analyse finale a donc porté sur 5 indicateurs :

- Dépistage organisé effectué dans les 30 mois (chez les 52-76 ans en début de traitement) ;
- Taux standardisé de patients ayant un cancer diagnostiqué invasif non métastatique ;
- Indicateurs de traitement au cours de la 1ère année : chirurgie carcinologique seule ;
- Parcours non chirurgical (CCR invasif) ;
- Devenir à 3 ans : En vie sans rechute ni métastases.

Les autres indicateurs de parcours en cancérologie pour le côlon-rectum ont été mis en variables illustratives. Un zonage a également été mis en « individu illustratif » car peu d'indicateurs de parcours étaient diffusables pour celui-ci.

Ainsi, quatre nouvelles variables synthétiques ont été obtenues, résumant 90,4 % de l'information initiale :

- Le premier axe est caractérisé par les traitements par chirurgie carcinologique seule, en opposition avec les parcours non chirurgicaux ;
- Le deuxième axe oppose les territoires caractérisés par des taux standardisés de dépistages organisés effectués dans les 30 mois avant le traitement aux territoires davantage caractérisés par des taux standardisés de patients ayant un cancer diagnostiqué invasif non métastatique ;
- Le troisième axe est caractérisé par le devenir à 3 ans « En vie sans rechute ni métastases » ;
- Le quatrième axe est caractérisé par les dépistages organisés effectués dans les 30 mois avant le traitement.

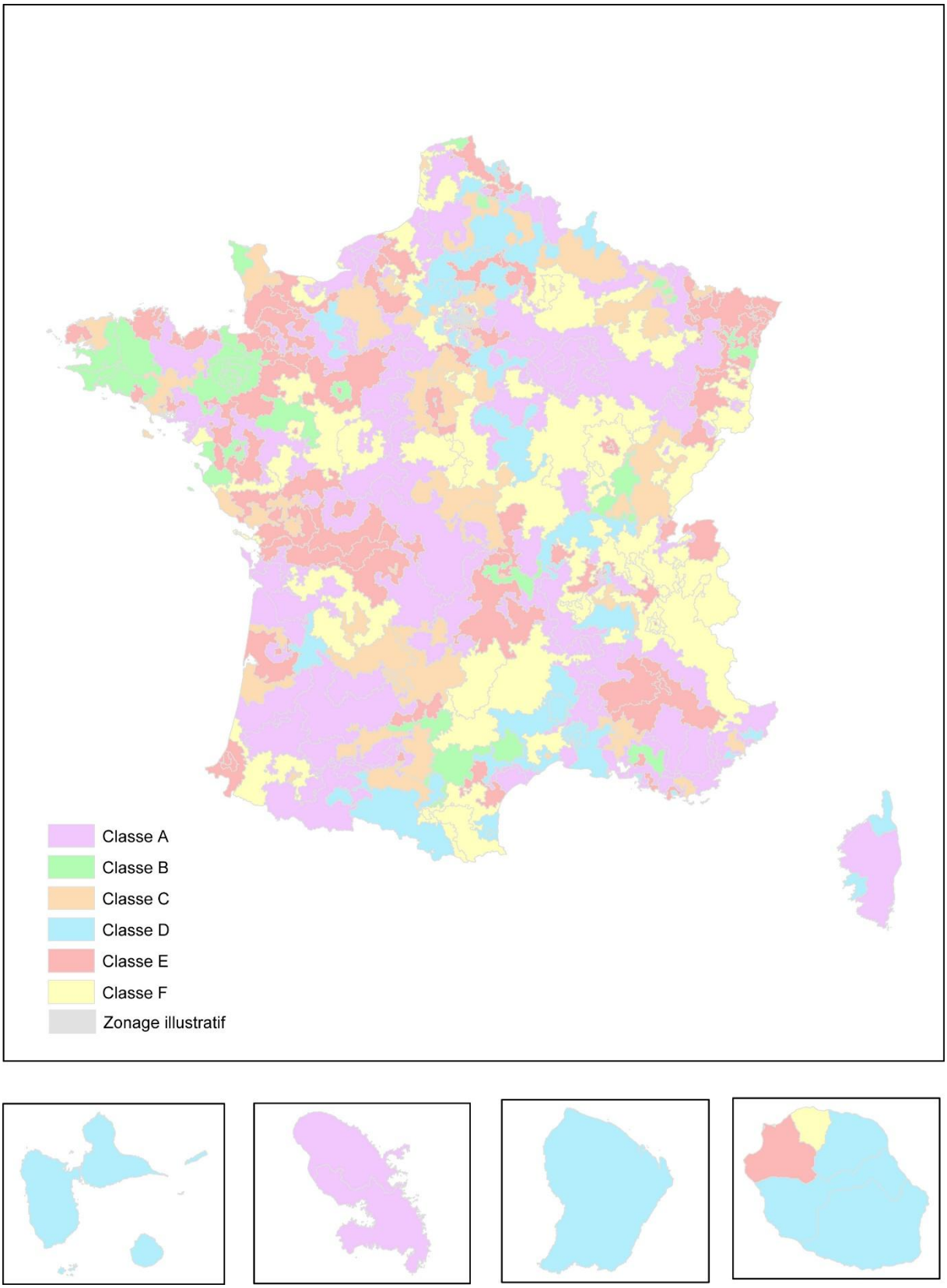
À partir de cette ACP, une CAH a été réalisée, permettant de dégager une typologie en 6 classes.

Tableau 32. Résultats de la typologie en 6 classes des zones statistiques d'étude pour le parcours du cancer colorectal

	Nombre de zones statistiques d'étude	Population de 18 ans et plus dans la cohorte		Population de 18 ans et plus au RP 2021	
		Effectif	%	Effectif	%
Classe A	108	120 378	28,9 %	14 602 140	27,5 %
Classe B	25	32 056	7,7 %	3 115 956	5,9 %
Classe C	60	56 888	13,6 %	7 408 930	14,0 %
Classe D	78	66 354	15,9 %	9 907 141	18,7 %
Classe E	72	76 494	18,3 %	9 652 098	18,2 %
Classe F	67	64 444	15,4 %	8 266 867	15,6 %
Zonage illustratif	1	516	0,1 %	84 908	0,2 %
Ensemble	**411**	**417 130**	**100,0 %**	**53 038 040**	**100,0 %**

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Carte 9. Classification des zones statistiques d'étude pour le parcours du cancer colorectal



CLASSE A : ZONES AVEC MOINS DE PARCOURS CHIRURGICAUX ET DES RECHUTES MOINS FREQUENTES QUE LA MOYENNE

108 zones statistiques d'étude composent cette classe, représentant 14 602 140 habitants âgés de 18 ans et plus, soit 27,5 % de la population de la France entière (hors Mayotte).

Cette classe est caractérisée par des parcours non chirurgicaux (pour les personnes ayant un cancer invasif) en moyenne plus fréquents qu'au niveau national, ainsi que par un devenir à 3 ans meilleur que sur l'ensemble des zones.

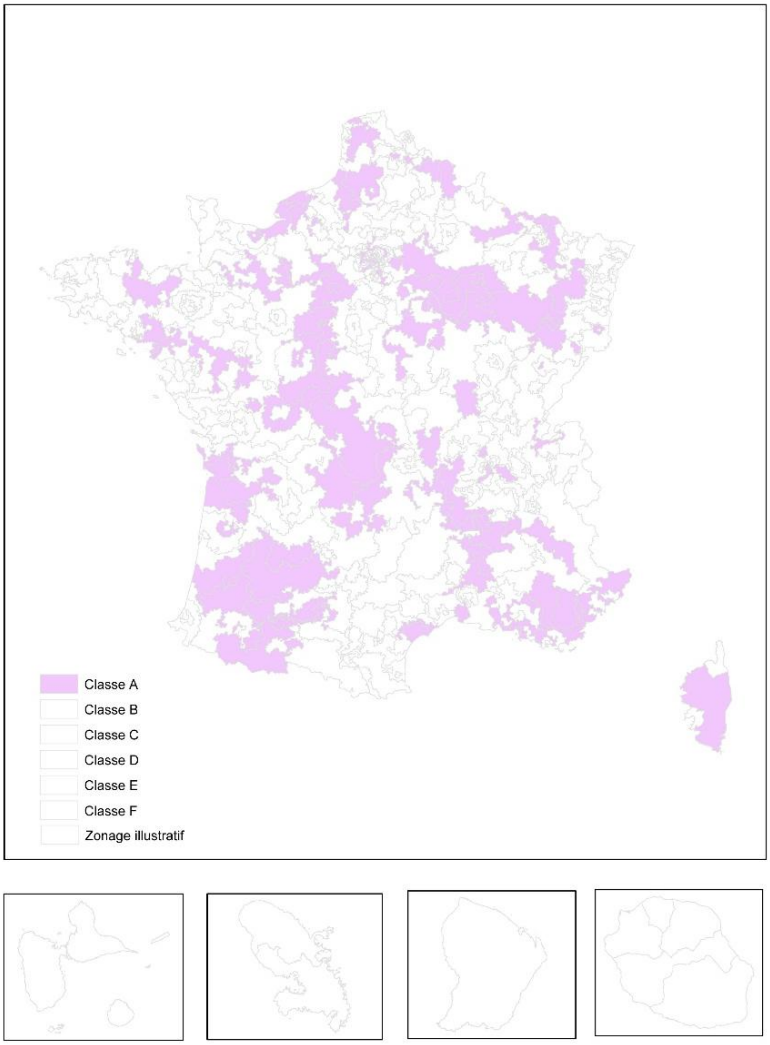
Ces zones sont des territoires relativement vieillissants et moins densément peuplés.

Au niveau des indicateurs d'état de santé, les patients pris en charge pour syndrome coronarien aigu sont en moyenne surreprésentés dans cette classe.

Concernant l'accès aux traitements en cancérologie, il y est un peu plus difficile que sur l'ensemble des zones.

Au niveau environnemental, les ménages en précarité énergétique logement sont plus nombreux dans ces zones qu'en moyenne sur l'ensemble des zones.

Carte 10. Parcours du cancer colorectal – Classe A



Tableaux 33. Indicateurs dont la valeur est supérieure à la moyenne générale – Parcours cancer colorectal – classe A

Variables présentant un niveau SUPÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Cancer colorectal : Parcours non Chirurgical (CCR invasifs)	346,9	293,5	0,000
Cancer colorectal : Devenir à 3 ans : En vie sans rechute ni métastase (pour les cancers invasifs sans métastase)	794,9	753,0	0,000
Indice de vieillissement	96,6	89,8	0,004
Rapport de dépendance	82,5	80,3	0,005
Part des 50-74 ans	31,1	30,2	0,007
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour syndrome coronarien aigu	1,7	1,6	0,011
Temps d'accès à un établissement pratiquant la chimiothérapie	18,5	16,1	0,011
Part des ménages en précarité énergétique logement	14,8	13,9	0,012
Temps d'accès à un établissement autorisé à traiter les cancers (toutes autorisations confondues)	15,4	13,6	0,023

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Tableaux 34. Indicateurs dont la valeur est inférieure à la moyenne générale – Parcours cancer colorectal – classe A

Variables présentant un niveau INFÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Densité de population	1 379,3	2 228,6	0,024
Cancer colorectal : Traitement la 1re année : Chirurgie carcinologique seule	226,7	260,8	0,000
Cancer colorectal : Parcours chirurgical non urgent (CCR invasifs)	560,4	604,1	0,000

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

CLASSE B : ZONES AVEC MOINS DE TRAITEMENT PAR CHIRURGIE, DES RECHUTES MOINS FRÉQUENTES, UN BON DÉPISTAGE CHEZ LES PERSONNES DE 50 À 74 ANS

Cette classe est composée de 25 zones qui représentent 5,9 % de la population âgée de 18 ans et plus en France (hors Mayotte), soit 3 115 956 habitants.

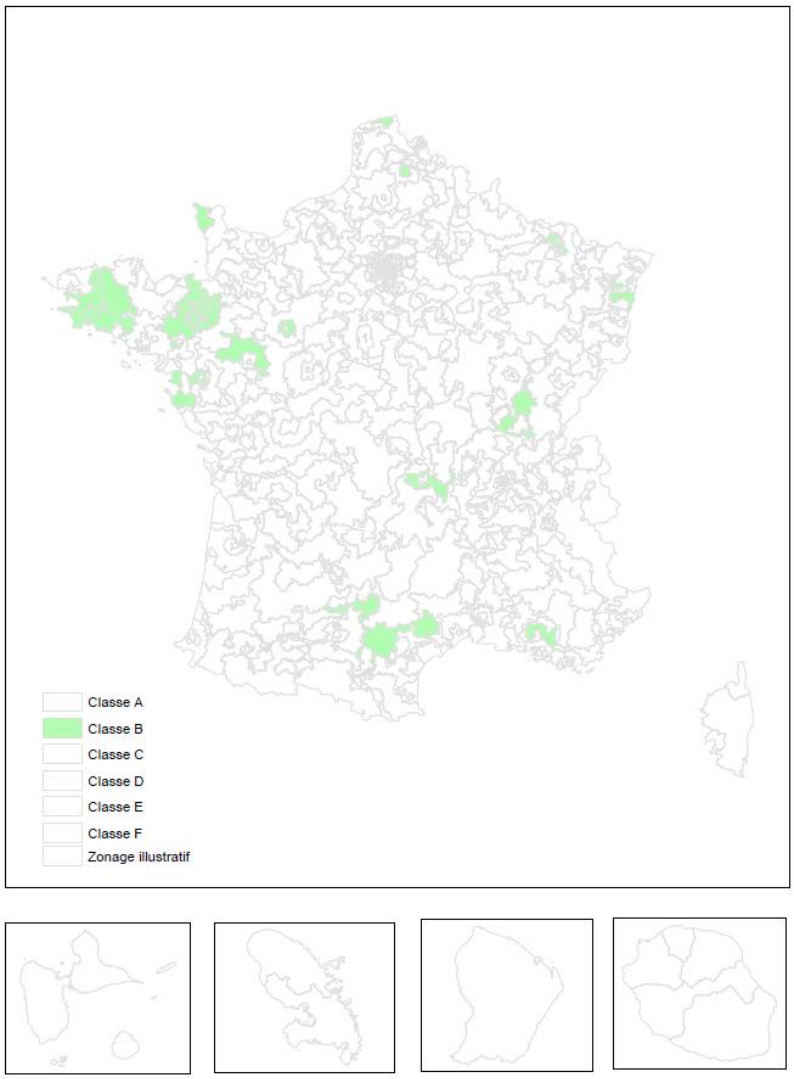
Elle est caractérisée par des dépistages du cancer colorectal en moyenne plus souvent effectués avant le traitement chez les personnes de 50 à 74 ans que dans l'ensemble des zones, et le devenir des patients à 3 ans y est plutôt bon. Pour autant, on y retrouve moins de patients ayant un cancer diagnostiqué invasif non métastatique. Concernant les traitements, les chirurgies carcinologiques suivies ou non d'un traitement sont moins représentées dans cette classe. Le 1er traitement y est davantage effectué dans des établissements privés.

Au niveau des caractéristiques socio-démographiques, cette classe est plutôt socialement favorisée.

En matière d'indicateurs d'état de santé, on y retrouve davantage de patients pris en charge pour un cancer colorectal actif. Ces zones sont caractérisées par des personnes ayant moins de facteurs de risque de cancers (moins de personnes prises en charge pour diabète et pour obésité).

Au niveau de l'offre de soin, les zones constituant cette classe se caractérisent par des taux de patients ayant un médecin traitant en activité en moyenne plus élevés que dans l'ensemble des zones. Cependant, l'accès aux traitements en cancérologie y est plus difficile.

Carte 11. Parcours du cancer colorectal – Classe B



Concernant les indicateurs environnementaux, les zones composant cette classe ont en moyenne des parts de la population vivant en zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole plus importantes que dans l'ensemble des zones d'étude.

Tableaux 35. Indicateurs dont la valeur est supérieure à la moyenne générale – Parcours cancer colorectal – classe B

Variables présentant un niveau SUPÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Cancer colorectal : Dépistage organisé effectué dans les 30 mois (chez les 52-76 ans en début de traitement)	196,5	157,0	0,000
Taux standardisé de prévalence des personnes (18 ans et plus) traitées pour un cancer colorectal actif	2,8	2,4	0,000
Part de population du territoire vivant en zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole	87,7	61,3	0,001
Taux standardisé de bénéficiaires de 18 ans et plus ayant un médecin traitant en activité	872,3	851,8	0,004
Cancer colorectal : 1er traitement effectué en établissement privé	406,5	343,9	0,009
Temps d'accès à un établissement autorisé à traiter les cancers (toutes autorisations confondues)	18,1	13,6	0,015
Cancer colorectal : Devenir à 3 ans : En vie sans rechute ni métastase (pour les cancers invasifs sans métastase)	787,0	753,0	0,018

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Tableaux 36. Indicateurs dont la valeur est inférieure à la moyenne générale – Parcours cancer colorectal – classe B

Variables présentant un niveau INFÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Taux de personnes couvertes par le RSA	3,8	5,6	0,011
Taux d'allocataires du RSA	4,2	6,3	0,010
Part d'enfants de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé	8,9	12,2	0,009
Taux de chômage des 15 ans et plus	10,2	12,2	0,008
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour obésité	30,8	36,6	0,007
Part de ménages ne possédant pas de voiture	11,5	18,3	0,004
Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés	9,7	12,4	0,001
Part de familles monoparentales	14,1	17,4	0,001
Cancer colorectal : Traitement la 1re année : Chirurgie carcinologique seule	229,4	260,8	0,000
Cancer colorectal : Traitement la 1re année : Chirurgie carcinologique et traitement adjuvant	193,9	232,6	0,000
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	59,9	73,0	0,000
Taux standardisé (40 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	90,5	110,5	0,000
Taux standardisé de patients ayant un cancer diagnostiqué invasif non métastatique	427,9	583,1	0,000

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

CLASSE C : ZONES AVEC DAVANTAGE DE PARCOURS NON CHIRURGICAUX ET DES RECHUTES PLUS FRÉQUENTES ET MOINS DE DÉPISTAGE CHEZ LES PERSONNES DE 50 À 74 ANS

60 zones appartiennent à cette classe et représentent 14,0 % de la population âgée de 18 ans et plus en France (hors Mayotte), soit 7 408 930 habitants.

Ces zones sont caractérisées par des taux de dépistage organisé effectué dans les 30 mois avant le traitement pour les personnes âgées de 50 à 74 ans en moyenne inférieurs à l'ensemble des zones. Au niveau des traitements, on y retrouve davantage de parcours non chirurgicaux pour les cancers colorectaux invasifs, et donc moins traitements par chirurgie carcinologique seule et de parcours chirurgicaux non urgents. Le devenir à 3 ans y est moins bon, puisque le taux standardisé de patients en vie sans rechute ni métastases est en moyenne plus faible que sur l'ensemble des zones.

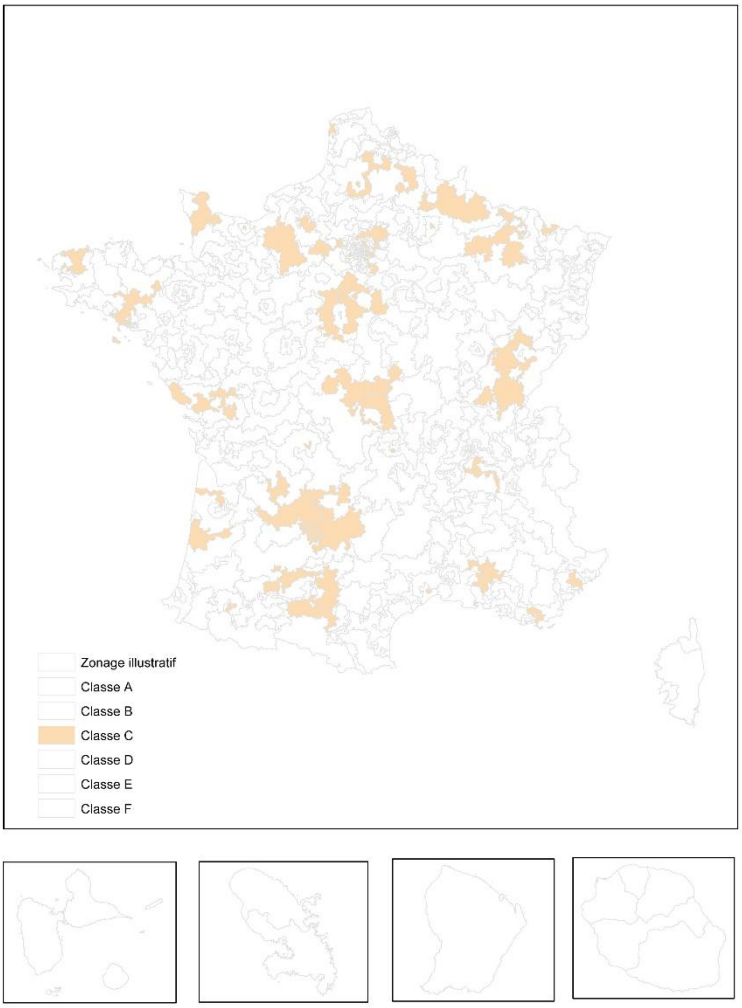
Ces zones sont également caractérisées par une population plutôt vieillissante, avec un taux d'activité moins important en moyenne que sur l'ensemble des zones.

Au niveau des indicateurs de santé, les taux standardisés de personnes prises en charge en ALD pour un cancer colorectal (en matière de prévalence) sont en moyenne plus élevés qu'au niveau national (hors Mayotte).

En matière d'offre de soin, l'accès aux traitements en cancérologie y est plutôt bon dans cette classe.

Concernant les indicateurs environnementaux, les zones composant cette classe ont des densités d'anciens sites industriels et activités de service (BASIAS), d'installations classées pour la protection de l'environnement (ICPE) ainsi que de sites Secteurs d'Information sur les Sols (SIS) en moyenne supérieures à celles de l'ensemble des zones.

Carte 12. Parcours du cancer colorectal – Classe C



Tableaux 37. Indicateurs dont la valeur est supérieure à la moyenne générale – Parcours cancer colorectal – classe C

Variables présentant un niveau SUPÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Part de personnes de 60-74 ans vivant seules à domicile	28,6	26,9	0,005
Part de personnes de 60 ans et plus vivant seules à domicile	33,6	32,0	0,006
Cancer colorectal : Parcours non chirurgical (CCR invasifs)	310,4	293,5	0,008
Densité d'anciens sites industriels et activités de service (BASIAS) – pour 100 km²	775,4	442,0	0,011
Densité d'Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (ICPE) – pour 100 km²	43,7	31,2	0,014
Taux standardisé de prévalence des ALD (18 ans et plus – deux sexes) pour cancer colorectal	514,2	500,5	0,017
Densité de sites Secteurs d'Information sur les Sols (SIS) – pour 100 km²	15,2	9,9	0,023

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Tableaux 38. Indicateurs dont la valeur est inférieure à la moyenne générale – Parcours cancer colorectal – classe C

Variables présentant un niveau INFÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Temps d'accès à un établissement autorisé à traiter les cancers (toutes autorisations confondues)	11,1	13,6	0,024
Temps d'accès à un établissement autorisé pour la pratique de la chirurgie des cancers digestifs	11,4	14,6	0,021
Taux d'accroissement annuel moyen de la population féminine de 50-74 ans	1,2	1,4	0,020
Taux d'activité des 15-64 ans	73,8	74,7	0,019
Taux d'accroissement annuel moyen de la population de 50-74 ans	1,2	1,4	0,018
Temps d'accès à un établissement pratiquant la chimiothérapie	12,6	16,1	0,012
Cancer colorectal : Dépistage organisé effectué dans les 30 mois (chez les 52-76 ans en début de traitement)	148,9	157,0	0,010
Taux d'accroissement annuel moyen de la population de 65 ans et plus	2,1	2,3	0,007
Cancer colorectal : Parcours chirurgical non urgent (CCR invasifs)	580,6	604,1	0,001
Cancer colorectal : Traitement la 1ère année : Chirurgie carcinologique seule	233,3	260,8	0,000
Cancer colorectal : Devenir à 3 ans : En vie sans rechute ni métastase (pour les cancers invasifs sans métastase)	629,6	753,0	0,000

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

CLASSE D : ZONES AVEC UN DIAGNOSTIC DE CANCER ASSEZ PRÉCOCE, SURTOUT TRAITÉ PAR CHIRURGIE ET MOINS DE DÉPISTAGE CHEZ LES PERSONNES DE 50 À 74 ANS

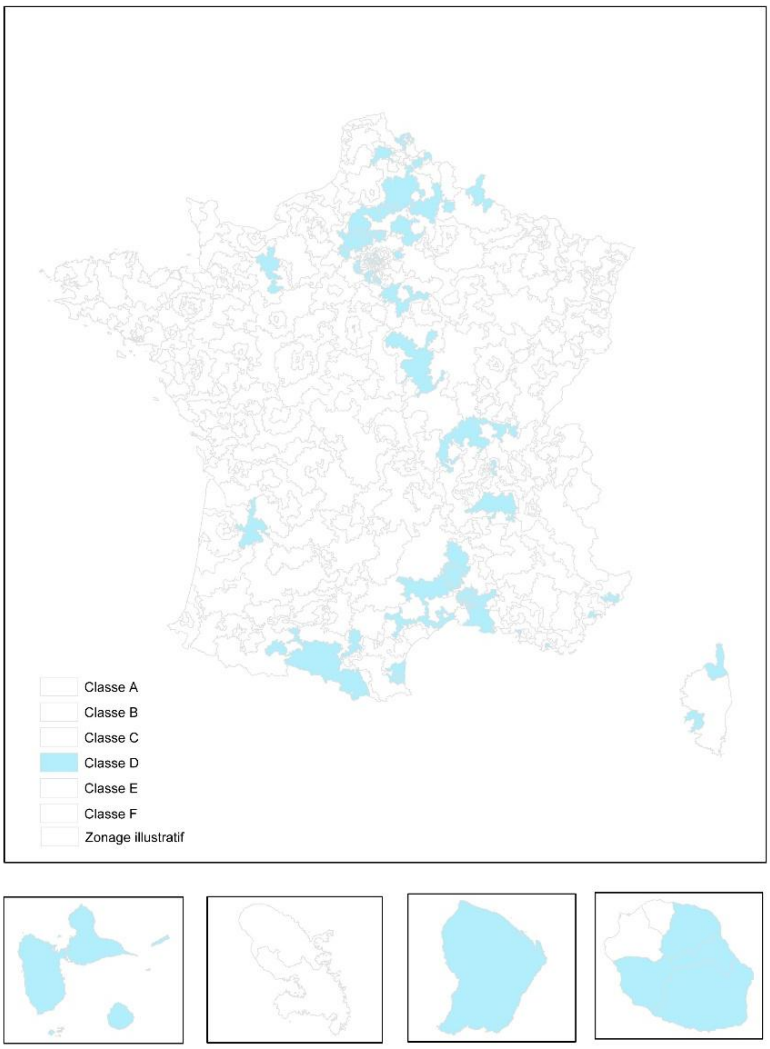
Cette classe est composée de 78 zones, représentant 9 907 141 habitants, soit 18,7 % de la population âgée de 18 ans et plus en France (hors Mayotte).

Les patients de ces zones sont davantage des patients avec un cancer colorectal diagnostiqué invasif non métastatique par rapport à l'ensemble des zones. Ils ont en moyenne moins effectué de dépistage organisé dans les 30 mois avant le traitement. On y retrouve plus de traitements par chirurgie carcinologique suivie ou non d'un traitement adjuvant, mais également plus de parcours chirurgicaux non urgents.

Au niveau des caractéristiques socio-démographiques, il s'agit de zones plus densément peuplées, avec des contrastes sociaux (davantage de ménages sans voiture, de familles monoparentales, d'allocataires du RSA, de jeunes de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé, de jeunes de 25-34 ans peu ou pas diplômés mais également davantage de cadres et professions intellectuelles supérieures, taux de chômage plus élevé). La population y est plutôt jeune puisque l'indice de vieillissement est plus faible dans ces zones.

En matière d'indicateurs d'état de santé, on y retrouve moins de patients pris en charge pour un cancer colorectal (prise en charge globale pour un cancer actif ou en ALD). Au niveau des facteurs de risques, ces zones sont caractérisées par davantage de personnes prises en charge pour diabète.

Carte 13. Parcours du cancer colorectal – Classe D



Au niveau de l'offre de soin, l'accès aux médecins généralistes y est plus difficile. Cependant, l'accès aux traitements en cancérologie y est relativement aisé.

Concernant les indicateurs environnementaux, les zones composant cette classe ont des indicateurs de pollution des sols moins bons qu'en moyenne. La part de surfaces en bioconversion y est également plus importante. La part de la population vivant en zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole ainsi que la part de ménages en précarité énergétique logement sont plus faibles que dans l'ensemble des zones.

Tableaux 39. Indicateurs dont la valeur est supérieure à la moyenne générale – Parcours cancer colorectal – classe D

Variables présentant un niveau SUPÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Part de ménages ne possédant pas de voiture	29,3	18,3	0,000
Taux standardisé de patients ayant un cancer diagnostiqué invasif non métastatique	640,0	583,1	0,000
Part de familles monoparentales	21,3	17,4	0,000
Densité de population	5 801,5	2 228,6	0,000
Taux d'allocataires du RSA	9,4	6,3	0,000
Taux de personnes couvertes par le RSA	8,1	5,6	0,000
Part d'enfants de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé	16,2	12,2	0,000
Taux de chômage des 15 ans et plus	14,5	12,2	0,000
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	82,3	73,0	0,000
Taux standardisé (40 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	124,6	110,5	0,000
Part de cadres et professions intellectuelles supérieures de 15 ans et plus ayant un emploi	23,0	18,5	0,000
Taux de personnes couvertes par une allocation	53,2	50,2	0,000
Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans	7,8	6,0	0,000
Part de personnes de 60-74 ans vivant seules à domicile	29,0	26,9	0,000
Cancer colorectal : Traitement la 1re année : Chirurgie carcinologique et traitement adjuvant	252,7	232,6	0,000
Part de surfaces biologiques en conversion (C1 + C2 + C3)	5,1	2,2	0,000
Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés	14,0	12,4	0,001
Densité de sites Secteurs d'Information sur les Sols (SIS) – pour 100 km²	17,0	9,9	0,001
Cancer colorectal : Traitement la 1re année : Chirurgie carcinologique seule	275,9	260,8	0,001
Part de personnes de 60 ans et plus vivant seules à domicile	33,5	32,0	0,002
Temps d'accès au médecin généraliste	2,0	1,5	0,005
Cancer colorectal : Parcours chirurgical non urgent (CCR invasifs)	618,2	604,1	0,012
Densité d'Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (ICPE) – pour 100 km²	41,2	31,2	0,020
Densité d'anciens sites industriels et activités de service (BASIAS) – pour 100 km²	696,9	442,0	0,020
Densité de sites et sols pollués ou potentiellement pollués appelant une action des pouvoirs publics (BASOL) – pour 100 km²	22,1	14,8	0,021

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Tableaux 40. Indicateurs dont la valeur est inférieure à la moyenne générale – Parcours cancer colorectal – classe D

Variables présentant un niveau INFÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Taux d'activité des 15-64 ans	73,8	74,7	0,008
Part de population du territoire vivant en zones vulnérables aux nitrates d'origine agricole	49,9	61,3	0,006
Part des 18 ans et plus	77,8	78,6	0,003
Cancer colorectal : Parcours non chirurgical (CCR invasifs)	276,7	293,5	0,002
Taux standardisé d'incidence des ALD (18 ans et plus – deux sexes) pour cancer colorectal	70,2	72,8	0,000
Densité de médecins généralistes	106,8	127,4	0,000
Temps d'accès à un établissement pratiquant la chimiothérapie	10,9	16,1	0,000
Taux standardisé de prévalence des personnes (18 ans et plus) traitées pour un cancer colorectal actif	2,3	2,4	0,000
Temps d'accès à un établissement autorisé à traiter les cancers (toutes autorisations confondues)	8,9	13,6	0,000
Part des ménages en précarité énergétique logement	11,7	13,9	0,000
Indice de vieillissement	76,0	89,8	0,000
Part de femmes de 50-74 ans	14,6	15,8	0,000
Rapport de dépendance	74,8	80,3	0,000
Part des 50-74 ans	27,9	30,2	0,000
Taux standardisé de bénéficiaires de 18 ans et plus ayant un médecin traitant en activité	821,1	851,8	0,000
Cancer colorectal : Dépistage organisé effectué dans les 30 mois (chez les 52-76 ans en début de traitement)	124,4	157,0	0,000

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

CLASSE E : ZONES AVEC UN DIAGNOSTIC DE CANCER TARDIF, SURTOUT TRAITE PAR CHIRURGIE ET UN BON DEPISTAGE CHEZ LES PERSONNES DE 50 A 74 ANS

72 zones composent cette classe et représentent 18,2 % de la population âgée de 18 ans et plus en France (hors Mayotte), soit 9 652 098 habitants.

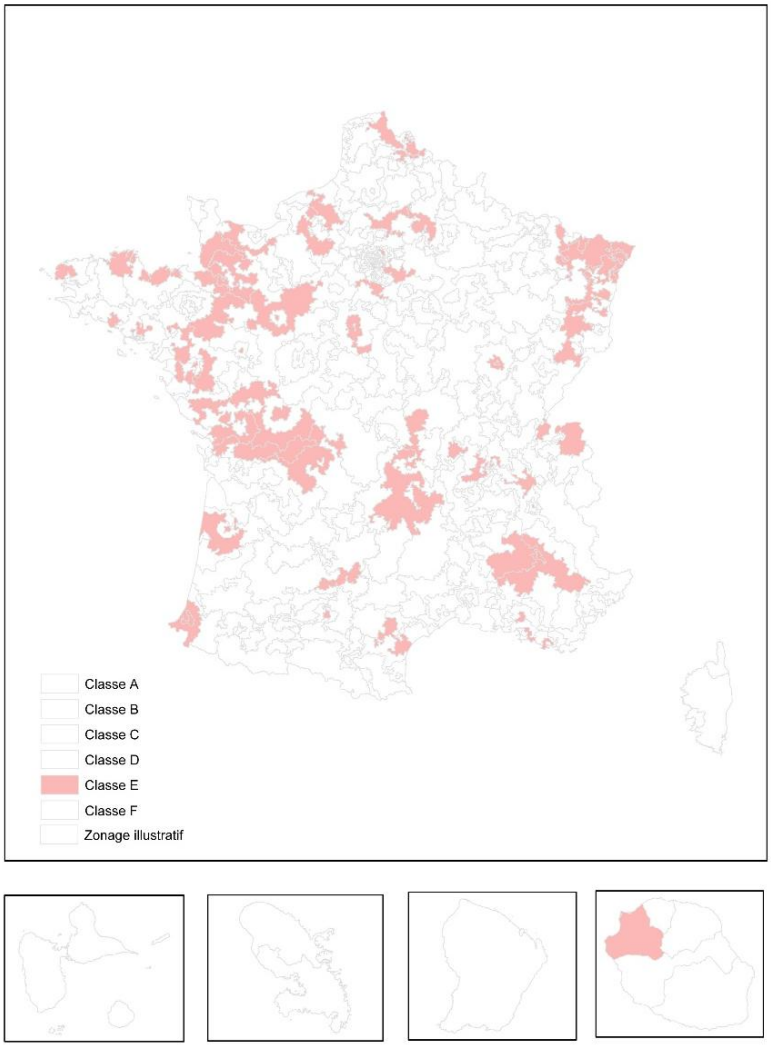
Cette classe est caractérisée par des patients ayant un cancer colorectal diagnostiqué avec métastases synchrones. Les taux de dépistage organisé effectué dans les 30 mois avant le traitement y sont en moyenne plus importants. Le traitement par chirurgie carcinologique seule est davantage représenté dans cette classe par rapport à l'ensemble des zones ainsi que les parcours chirurgicaux non urgents. À l'inverse, on y retrouve moins de parcours non chirurgicaux.

Au niveau des caractéristiques socio-démographiques, ces zones sont un peu moins défavorisés puisque les ménages sans voitures, les familles monoparentales, les allocataires du RSA, les jeunes peu ou pas diplômés et les jeunes vivant dans une famille sans actif occupé sont moins nombreux dans cette classe. Le taux de chômage y est également en moyenne plus faible. La densité de population est en moyenne moins importante que sur l'ensemble des zones d'étude.

Concernant les indicateurs de facteurs de risque, les personnes prises en charge pour diabète sont moins nombreuses dans cette classe.

En matière d'offre de soin, les zones composant cette classe sont relativement bien dotées en médecins généralistes, puisque le taux de patients ayant un médecin traitant en activité y est en moyenne plus important ainsi que la densité de médecins généralistes.

Carte 14. Parcours du cancer colorectal – Classe E



Tableaux 41. Indicateurs dont la valeur est supérieure à la moyenne générale – Parcours cancer colorectal – classe E

Variables présentant un niveau SUPÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Cancer colorectal : Parcours chirurgical non urgent (CCR invasifs)	644,7	604,1	0,000
Taux standardisé de bénéficiaires de 18 ans et plus ayant un médecin traitant en activité	868,6	851,8	0,000
Cancer colorectal : Dépistage organisé effectué dans les 30 mois (chez les 52-76 ans en début de traitement)	167,4	157,0	0,000
Cancer colorectal : Traitement la 1re année : Chirurgie carcinologique seule	276,3	260,8	0,001
Densité de médecins généralistes	143,3	127,4	0,003
Taux standardisé de patients ayant un cancer diagnostiqué avec métastases synchrones	320,5	306,8	0,017

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Tableaux 42. Indicateurs dont la valeur est inférieure à la moyenne générale – Parcours cancer colorectal – classe E

Variables présentant un niveau INFÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Densité de population	1 058,9	2 228,6	0,018
Part d'enfants de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé	10,4	12,2	0,009
Taux standardisé (40 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	103,6	110,5	0,008
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	68,5	73,0	0,008
Taux de personnes couvertes par le RSA	4,5	5,6	0,007
Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés	11,2	12,4	0,007
Taux d'allocataires du RSA	5,1	6,3	0,006
Taux de chômage des 15 ans et plus	11,0	12,2	0,004
Part de familles monoparentales	15,8	17,4	0,004
Part de ménages ne possédant pas de voiture	14,3	18,3	0,003
Taux standardisé de patients ayant un cancer diagnostiqué invasif non métastatique	537,1	583,1	0,000
Cancer colorectal : Parcours non chirurgical (CCR invasifs)	242,3	293,5	0,000

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

CLASSE F : ZONES AVEC UN DIAGNOSTIC DE CANCER RELATIVEMENT PRECOCE, SURTOUT TRAITE PAR CHIRURGIE, DES RECHUTES MOINS FREQUENTES ET UN BON DEPISTAGE CHEZ LES PERSONNES DE 50 A 74 ANS

Cette classe est composée de 67 zonages, représentant 8 266 867 habitants, soit 15,6 % de la population âgée de 18 ans et plus en France (hors Mayotte).

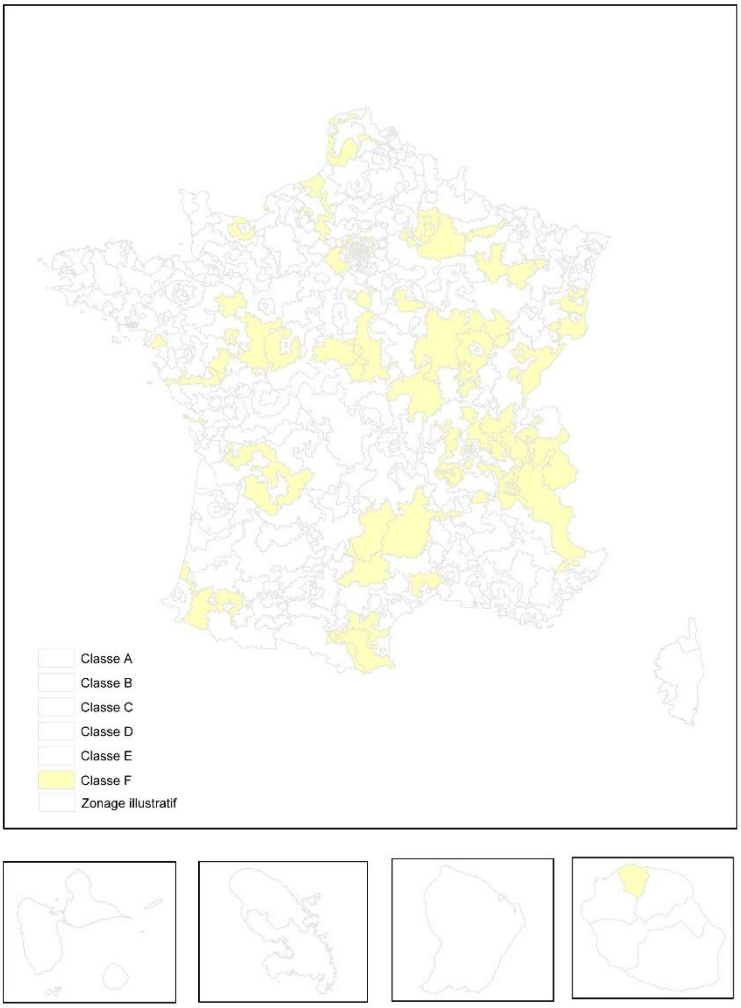
Elle est caractérisée par davantage de patients ayant un cancer diagnostiqué invasif sans métastase, avec un taux de dépistage organisé chez les 50-74 ans effectué dans les 30 mois avant le traitement plus important que sur l'ensemble des zones. Au niveau des traitements, celui par chirurgie carcinologique seule est plus élevé dans cette classe ainsi que les parcours chirurgicaux non urgents. Le devenir des patients y est également plus favorable que sur l'ensemble des zones.

Concernant les caractéristiques socio-démographiques, ces zones sont moins densément peuplées et sont de manière générale un peu plus favorisées socialement que l'ensemble des zones (moins de familles monoparentales, d'allocataires du RSA, de jeunes vivant dans une famille sans actif occupé, moins de foyers fiscaux non imposés et un taux de chômage plus faible).

En matière d'indicateurs d'état de santé, on retrouve moins de patients de 18 et plus pris en charge pour un cancer colorectal actif. Dans l'ensemble, les personnes de cette classe ont légèrement moins de facteurs de risque de cancer (moins de patients pris en charge pour diabète et pour syndrome coronarien aigu).

Au niveau de l'offre de soin, cette classe est caractérisée par un taux de patients ayant un médecin traitant en activité en moyenne plus élevé que dans l'ensemble des zones et l'accès aux traitements en cancérologie y est plutôt aisé.

Carte 15. Parcours du cancer colorectal – Classe F



Concernant les indicateurs environnementaux, les zones composant cette classe ont des densités de sites Secteurs d'Information sur les Sols (SIS) en moyenne inférieures à l'ensemble des zones.

Tableaux 43. Indicateurs dont la valeur est supérieure à la moyenne générale – Parcours cancer colorectal – classe F

Variables présentant un niveau SUPÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Cancer colorectal : Traitement la 1re année : Chirurgie carcinologique seule	317,8	260,8	0,000
Taux standardisé de patients ayant un cancer diagnostiqué invasif non métastatique	637,9	583,1	0,000
Cancer colorectal : Devenir à 3 ans : En vie sans rechute ni métastase (pour les cancers invasifs sans métastase)	810,6	753,0	0,000
Cancer colorectal : Dépistage organisé effectué dans les 30 mois (chez les 52-76 ans en début de traitement)	175,7	157,0	0,000
Cancer colorectal : Parcours chirurgical non urgent (CCR invasifs)	628,4	604,1	0,000
Taux d'activité des 15-64 ans	76,0	74,7	0,001
Taux standardisé de bénéficiaires de 18 ans et plus ayant un médecin traitant en activité	863,8	851,8	0,004
Temps d'accès à un établissement pratiquant la chimiothérapie	19,4	16,1	0,011
Temps d'accès à un établissement autorisé à traiter les cancers (toutes autorisations confondues)	16,3	13,6	0,012
Rapport de dépendance	82,6	80,3	0,023

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

Tableaux 44. Indicateurs dont la valeur est inférieure à la moyenne générale – Parcours cancer colorectal – classe F

Variables présentant un niveau INFÉRIEUR à la moyenne générale	Moyennes des zones statistiques d'étude dans la classe	Moyennes des zones statistiques d'étude en France (hors Mayotte)	p-value
Taux standardisé (40 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	104,6	110,5	0,023
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour diabète	69,1	73,0	0,022
Taux standardisé (18 ans et plus) de personnes prises en charge pour syndrome coronarien aigu	1,6	1,6	0,021
Part de foyers fiscaux non imposés	53,0	55,0	0,018
Densité de sites Secteurs d'Information sur les Sols (SIS) – pour 100 km²	4,2	9,9	0,010
Taux standardisé de patients ayant un cancer diagnostiqué avec métastases synchrones	290,9	306,8	0,010
Part de personnes de 60 ans et plus vivant seules à domicile	30,6	32,0	0,006
Densité de population	754,6	2 228,6	0,006
Part d'enfants de moins de 25 ans vivant dans une famille sans actif occupé	10,1	12,2	0,004
Taux de personnes couvertes par le RSA	4,3	5,6	0,003
Part de personnes de 60-74 ans vivant seules à domicile	25,1	26,9	0,002
Taux d'allocataires du RSA	4,8	6,3	0,001
Taux de chômage des 15 ans et plus	10,8	12,2	0,001
Taux standardisé de prévalence des personnes (18 ans et plus) traitées pour un cancer colorectal actif	2,3	2,4	0,001
Part de ménages ne possédant pas de voiture	13,4	18,3	0,000
Part de familles monoparentales	15,3	17,4	0,000
Cancer colorectal : Parcours non chirurgical (CCR invasifs)	269,6	293,5	0,000

Source : Étude « situation de vulnérabilité face aux cancers » Fnors 2025

V- Réalisation des profils de territoires

L'axe 1 du projet « Les situations de vulnérabilités face aux cancers : approche territoriale et exploration des parcours » a permis d'identifier et de calculer un certain nombre d'indicateurs permettant de décrire, à un niveau géographique fin (infra départemental) les parcours des personnes présentant un cancer du sein, un cancer colorectal ou un cancer du pancréas. Mis en regard d'indicateurs démographiques, sociologiques, environnementaux et d'offre de soins, ils permettent de mettre en relief les inégalités sociales, environnementales et territoriales de santé face au cancer.

L'objectif initial du projet était, *in fine*, de pouvoir mettre à disposition ces résultats pour qu'ils soient accessibles et utilisables dans les territoires par l'ensemble des acteurs concernés :

- personnes en charge de la définition et de la mise en œuvre des politiques publiques de santé, en premier lieu les ARS,
- professionnels de santé intervenant auprès des populations,
- établissements de soins,
- acteurs de la prévention,
- association de patients
- population générale,
- etc..

Nous avons choisi de faire cela en développant des fiches territoriales mises à disposition librement et accessibles en ligne.

Ces fiches sont regroupées par département. Elles sont disponibles aussi bien pour l'Hexagone que pour les départements ultramarins (hors Mayotte) et sont donc au nombre de 100.

La structure de ces fiches est la suivante :

- Page 1 : le nom du département, un texte d'introduction, l'objectif de la fiche territoriale et une courte présentation du projet ;
- Pages 2 à 4 : présentation du département au regard des résultats de la typologie sociale, des indicateurs démographiques, sociaux et environnementaux, ainsi que de l'offre de soins ;
- Pages 5 à 7 : présentation des indicateurs de parcours au niveau départemental pour chacune des localisations cancéreuses étudiées ;
- Pages 8 et 9 : présentation de la zone statistique d'étude au regard des résultats de la typologie sociale, des indicateurs démographiques, sociaux et environnementaux ;
- Pages 10 et 11 : présentation des indicateurs de parcours pour le cancer du sein, d'une part, et le cancer colorectal, d'autre part, au niveau de la zone statistique d'étude ;
- Avant-dernière page : présentation des définitions, sources et périodes des indicateurs présentés ;
- Dernière page : éléments méthodologiques et liens vers les rapports d'étude.

Les pages 8 à 11 sont répétées autant de fois qu'il y a de territoires statistiques d'étude différents, totalement ou partiellement situés dans le département considéré.

Du fait d'effectifs insuffisants, les données de parcours concernant le cancer du pancréas ne sont pas présentées au niveau des zones statistiques d'étude. En effet, pour la plupart des indicateurs, les indicateurs produits apparaissent insuffisamment robustes dans un grand nombre de territoires avec des effectifs d'événements faibles.

Selon les départements, entre 2 territoires statistiques d'étude (pour les 2 départements corses, la Guadeloupe, la Martinique et la Guyane) et 22 territoires statistiques d'étude (pour les Yvelines) sont présentés, ce qui porte le nombre total de pages entre 17 et 97 selon les départements. La valeur médiane du nombre de territoires statistiques d'étude par département est de 9 (soit 45 pages).

Les indicateurs démographiques, sociaux, environnementaux et de parcours de soin sont présentés de manière systématique :

Dans les tableaux portant sur un département :

- le nom de l'indicateur ;
- la valeur dans le département) ;
- la valeur dans la région ;
- la valeur minimale au niveau des départements de France ;
- un graphique analogique sous forme de barre allant de la valeur minimale à la valeur maximale des départements, la position de la valeur du département sur cette barre, celle de la région et celle de la France entière (hors Mayotte) ;
- la valeur maximale au niveau des départements de France.

Dans les tableaux portant sur un territoire statistique d'étude

- le nom de l'indicateur ;
- la valeur dans le territoire statistique d'étude ;
- la valeur dans le département ;
- la valeur minimale au niveau de l'ensemble des territoires statistiques d'étude ;
- un graphique analogique sous forme de barre allant de la valeur minimale à la valeur maximale sur l'ensemble des territoires statistiques d'étude, la position de la valeur du territoire statistique d'étude sur cette barre, celle du département et celle de la France entière (hors Mayotte) ;
- la valeur maximale au niveau de l'ensemble des territoires statistiques d'étude ;

Quand un territoire statistique d'étude est à cheval sur deux départements (ou plus), les données correspondantes à ce territoire sont répétées dans chaque fiche départementale, la valeur départementale présentée en référence dans ce cas-là est celle du département de la fiche. Ainsi, pour un territoire statistique d'étude à cheval sur la Nièvre et l'Allier, les valeurs départementales de référence seront celles de la Nièvre dans la fiche de la Nièvre et celles de l'Allier dans la fiche de l'Allier.

Synthèse - Discussion

La réalisation de ce travail par la Fnors et les ORS s'inscrit dans les orientations de la stratégie décennale de lutte contre le cancer, portée par l'Institut national du Cancer (INCa). Cette stratégie met plus particulièrement l'accent sur la réduction des inégalités face aux cancers, qu'elles trouvent leur origine dans des facteurs sociodémographiques, environnementaux ou liés à l'accès aux soins et au dépistage, avec une attention particulière pour les personnes les plus vulnérables.

La Fnors et les ORS ont choisi, dans cette étude, de mobiliser l'expérience accumulée depuis de nombreuses années dans la construction et l'analyse d'indicateurs sur la santé de la population et ses déterminants, à un niveau géographique fin, infra départemental.

Cette étude a permis de décrire les principales étapes du parcours des personnes atteintes de trois types de cancer : le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du pancréas. Ces étapes ont été décrites et caractérisées en fonction de la typologie sociale des communes de résidence des personnes concernées, d'une part, et de leur région administrative de résidence, d'autre part. L'étape suivante a consisté à construire des typologies à partir de plus de 400 zones statistiques d'étude, les plus homogènes possibles sur le plan social. Pour cela, les données de parcours ont été combinées avec des données sociodémographiques, environnementales et d'accès aux soins. Cela a permis d'identifier 5 classes de territoires présentant des caractéristiques distinctes pour le cancer du sein et 6 pour le cancer colorectal. En revanche, cette dernière étape n'a pas pu être menée pour le cancer du pancréas, en raison d'effectifs insuffisants pour obtenir des indicateurs robustes au niveau d'un grand nombre de zones statistiques d'étude.

Plusieurs points méritent d'être soulignés et discutés dans la réalisation de ce travail.

Les localisations cancéreuses prises en compte

L'ensemble des cancers forme un groupe très hétérogène de pathologies sur lesquelles les déterminants sociodémographiques, environnementaux et d'accès aux soins peuvent avoir des effets très variés. Cela rend *a priori* difficiles la mise en évidence et l'interprétation des inégalités de santé à un niveau géographique fin. Ainsi, identifier les localisations cancéreuses potentiellement les plus influencées par ces inégalités, avec une répercussion sur les parcours de soins, constituait une étape importante de cette étude.

Initialement, nous avions envisagé de travailler sur les quatre localisations cancéreuses les plus fréquentes en France - les cancers du sein, du poumon, de la prostate et colorectal - en adoptant une approche différenciée selon le sexe. Une ou deux autres localisations auraient pu être ajoutées, sous réserve d'un nombre de cas suffisant, en ciblant plus particulièrement le cancer du col de l'utérus et les cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Le travail préliminaire sur le choix des localisations a conduit à élargir les critères initialement prévus. Aux critères de nombre de personnes concernées et de dynamique d'évolution de chaque localisation cancéreuse au cours des dernières années, nous avons ajouté des critères relatifs à la létalité des cancers et son évolution, aux décès précoces, à la disponibilité d'estimations départementales de l'incidence de qualité satisfaisante et à leur variabilité entre départements, à l'existence d'indicateurs validés sur la qualité des soins permettant d'identifier des étapes du parcours, ainsi qu'à l'existence d'un dépistage organisé ou d'examens permettant un diagnostic précoce.

Une liste de localisations cancéreuses a ainsi été établie selon ces critères :

- Foie, pancréas, poumon, colon-rectum et lèvre-bouche-pharynx[28] pour les hommes ;
- Poumon, côlon-rectum, sein, pancréas et lèvre-bouche-pharynx pour les femmes.

[28] L'ordre dans lequel ces localisations sont présentées correspond au nombre décroissant de critères remplis.

Deux localisations ont été écartées : les cancers primitifs du foie, en raison de la difficulté à les identifier dans les bases médico-administratives et de leur incidence insuffisante pour des analyses à un niveau géographique fin, et les cancers de la lèvre-bouche-pharynx, en raison de leur hétérogénéité en termes de types de tumeurs et de schémas thérapeutiques trop variés pour analyser les parcours de manière globale. L'absence de guides d'indicateurs validés sur la qualité des soins pour le cancer du poumon a également conduit à écarter cette localisation dans le cadre de ce travail.

Finalement, trois localisations ont été retenues : le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du pancréas.

Ce processus a montré que certaines localisations, initialement jugées pertinentes pour répondre à l'objectif, ont été écartées. C'est le cas, par exemple, du cancer de la prostate, dont les données disponibles présentaient peu de variabilité interdépartementale de l'incidence et une létalité à un âge élevé sans évolution défavorable, laissant supposer un impact limité des actions différenciées de prévention primaire ou secondaire à un niveau local. Le cancer du col de l'utérus a également été exclu en raison de la difficulté à le distinguer du cancer du corps de l'utérus dans les bases médico-administratives, ainsi que du faible nombre de critères remplis (uniquement la létalité à un âge précoce et l'existence d'un dépistage organisé).

D'autres localisations, potentiellement intéressantes au départ, ont été écartées en raison de leur hétérogénéité ou de l'absence de guides d'indicateurs validés, comme les cancers des voies aéro-digestives supérieures et le cancer du poumon, présents dans la liste initiale, ou encore le cancer primitif du foie. À l'inverse, un cancer non initialement envisagé, le cancer du pancréas, a été ajouté au cours de ce processus de sélection, soulignant l'importance d'avoir développé une procédure permettant d'examiner l'ensemble des localisations cancéreuses.

La construction des zones statistiques d'étude

L'un des objectifs de cette étude était, au niveau local, de décrire les caractéristiques de chaque territoire en fonction des indicateurs de vulnérabilités sociales et environnementales, d'accès à la prévention et aux soins, ainsi que de l'importance des cancers dans la population.

Pour y parvenir, il était nécessaire de déterminer un niveau territorial infra départemental combinant les exigences liées aux méthodes d'analyse mises en œuvre et leur opérationnalité, afin de servir de support à la décision et à l'action.

En partant des données d'incidence des cancers pour les localisations retenues, un seuil minimal de 70 000 habitants par territoire a été fixé pour garantir la robustesse des indicateurs. Ce seuil a été relevé à 100 000 habitants dès que les premières données sur les indicateurs de parcours sont devenues disponibles.

Les départements, bien que respectant ce critère démographique (un seul département comptant moins de 100 000 habitants), présentent des limites : 87 des 100 départements de France (hors Mayotte) dépassent les 200 000 habitants, 74 dépassent les 300 000, et 23 dépassent le million. De plus, ces territoires peuvent présenter d'importantes disparités démographiques, sociologiques, environnementales et d'offre de soins en leur sein.

À l'inverse, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) - communautés de communes, communautés urbaines, communautés d'agglomération ou métropoles - et les bassins de vie, bien que plus homogènes, ne constituent pas un échelon géographique pertinent en raison de leur taille souvent insuffisante et très variable. Parmi les 1 250 EPCI de France (hors Mayotte), la population varie de 3 915 à 7 115 576 habitants, avec seulement 126 d'entre eux (10,1 %) dépassant les 100 000 habitants. Les bassins de vie, au nombre de 1 705, présentent une population allant de moins de 2 000 à plus de 10 millions d'habitants, avec seulement 5,3 % dépassant les 100 000 habitants.

Le processus a débuté par le regroupement des « petits » EPCI et la scission des « grands EPCI ». Un premier travail de regroupement et de scission a été engagé à partir de deux bases d'indicateurs sociaux :

- l'une au niveau des EPCI (pour les regroupements),
- l'autre au niveau des communes (pour les scissions d'EPCI).

Une typologie sociale a été réalisée sur chacune de ces bases pour caractériser les unités géographiques et permettre leur regroupement en contiguïté par proximité de situation sociale. Il est apparu que, pour les regroupements d'EPCI, il fallait s'affranchir des frontières régionales et départementales, tandis que les scissions d'EPCI devaient respecter les limites territoriales existantes.

Pour construire des territoires les plus homogènes possibles, le choix s'est porté sur la maille communale. Compte tenu du grand nombre de communes de faible taille en France, les indicateurs ont été lissés à cette échelle pour atténuer les fluctuations liées aux petits effectifs.

Il était essentiel de pouvoir caractériser chaque commune socialement, de manière équivalente dans l'Hexagone et dans les régions d'Outre-Mer (hors Mayotte). L'indice français de désavantage social (FDEP)[29] était ainsi exclu du fait de sa non-disponibilité dans les territoires ultramarins. Bien que l'*European Deprivation Index* (EDI)[30] soit accessible sur l'ensemble du territoire, il présente la limite d'avoir été initialement développé pour l'Hexagone avant d'être adapté aux territoires ultramarins.

La Fnors et les ORS disposant de nombreuses bases de données démographiques et sociales à l'échelle communale pour l'ensemble du territoire français (Outre-Mer inclus), le choix s'est porté sur ces données pour caractériser socialement les territoires. Cela permettait également de lisser les indicateurs produits.

Parmi la soixantaine d'indicateurs démographiques et sociaux initialement identifiés, sept ont été retenus (*cf*. liste page 15) pour construire les 411 zones statistiques d'étude couvrant toute la France (hors Mayotte). Les indicateurs de santé n'étant pas disponibles à un niveau infra communal, les 36 plus grandes villes françaises ont été isolées, aboutissant à des territoires comptant jusqu'à près de 500 000 habitants (comme Toulouse). Il est à noter que les données de santé pour Paris, Lyon et Marseille sont disponibles au niveau des arrondissements.

Les territoires ainsi obtenus ne respectent pas les limites administratives habituelles, mais les regroupements ou scissions d'EPCI ne les auraient pas davantage respectés. Certains territoires peuvent s'étendre sur plusieurs départements. Pour faciliter leur appropriation par les acteurs de terrain, des cartes ont été produites, montrant les limites de chaque zone statistique d'étude en regard des limites départementales, accompagnées d'une table détaillant la composition communale des territoires.

Enfin, la typologie sociale réalisée pour la construction des zones statistiques d'étude a été utilisée pour analyser, au niveau national, les indicateurs de parcours de cancer produits dans cette étude. Cela a permis de fournir une première approche globale des inégalités sociales, environnementales et d'accès aux soins influençant ces parcours.

La construction des cohortes et des indicateurs de parcours

Le Système national des données de santé (SNDS) a été mobilisé pour constituer la population d'étude et construire les indicateurs de parcours à prendre en compte. L'accès permanent au SNDS dont bénéficient les ORS, et qui a été utilisé pour cette étude, permet de disposer d'une profondeur historique de neuf ans (plus l'année en cours).

L'objectif était de disposer de cohortes de personnes atteintes de cancer les plus importantes possibles, afin de s'assurer de la disponibilité et de la robustesse des indicateurs de parcours à un niveau géographique infra-départemental. Il était également nécessaire de disposer de données sur les personnes en amont du diagnostic de la pathologie étudiée, afin d'identifier des actes de dépistage antérieurs à celui-ci et de s'assurer qu'il s'agissait bien de personnes présentant un « nouveau cancer » (élimination des situations avec cancer préexistant de même localisation ou d'une autre localisation). En miroir, il était également nécessaire de disposer d'un temps de

[29] L'indice français de désavantage social FDEP (French Deprivation Index) a été créé pour fournir un indicateur géographique en population générale du désavantage social spécifiquement adapté aux études de santé sur la population française (voir Rey G., Jougla E., Fouillet A., Hémon D. Ecological association between a deprivation index and mortality in France over the period 1997 - 2001: variations with spatial scale, degree of urbanicity, age, gender and cause of death. BMC Public Health. 2009 Jan 22;9:33)

[30] L'EDI est un indicateur de défavorisation sociale européen qui s'appuie sur l'analyse de données Eurostat et a pour vocation d'être construit pour tous les pays européens volontaires. Merville, O.; Launay, L.; Dejardin, O.; Rollet, Q.; Bryère, J.; Guillaume, É.; Launoy, G. Can an Ecological Index of Deprivation Be Used at the Country Level? The Case of the French Version of the European Deprivation Index (F-EDI). Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19,2311.

suivi après diagnostic suffisant pour documenter les différentes étapes du parcours et apprécier le devenir des personnes après diagnostic et traitement.

La construction des populations d'étude a été réalisée en 2024, à un moment où les données 2023 étaient consolidées dans les différentes bases du SNDS mobilisées (DCIR et PMSI MCO). Nous avons choisi de cumuler les nouveaux cancers survenus sur une période de cinq ans, avec, d'une part, une période d'au moins trois ans en amont pour identifier les actes de dépistage et éliminer les situations de cancers préexistants, et d'autre part, une période d'au moins un an en aval pour le suivi. Ainsi, à partir des données disponibles sur les neuf années couvrant la période 2015-2023, les cohortes ont été construites comme suit :

- 2015 à 2017 : période amont,
- 2018 à 2022 : période d'inclusion des cas,
- 2023 : période de suivi.

Les trois cohortes ont donc été constituées de la façon suivante :

- Personnes ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer du sein entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022, et ayant bénéficié d'un traitement ;
- Personnes ayant reçu un nouveau diagnostic de cancer colorectal entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022
- Pour la cohorte « cancer du pancréas », compte tenu des spécificités de ce type de cancer et de sa forte létalité dans les mois suivant le diagnostic, la notion de traitement n'a pas été retenue dans les critères d'inclusion.

La constitution des cohortes a été réalisée en croisant les informations sur les entrées en ALD pour tumeur, pour l'une ou l'autre des localisations étudiées, et les hospitalisations mentionnant ces mêmes localisations dans les diagnostics renseignés, que ces hospitalisations aient eu lieu en MCO, en SSR ou en HAD. La taille des cohortes obtenues a été comparée aux données disponibles dans différentes sources (cartographie des pathologies, données de l'INCa, etc.).

Une fois exclues les personnes dont le domicile n'était pas précisé - information indispensable pour la prise en compte des inégalités territoriales de santé - , les cohortes obtenues représentaient près de 300 000 personnes pour le cancer du sein, plus de 210 000 pour le cancer colorectal, et environ 82 000 pour le cancer du pancréas.

Si la taille de ces cohortes a permis d'obtenir des indicateurs de parcours valides pour le cancer du sein et le cancer colorectal sur la totalité ou la quasi-totalité des zones statistiques d'étude, la taille limitée de la cohorte « cancer du pancréas » n'a pas permis d'atteindre cet objectif. Elle n'a donc pas permis, in fine, de réaliser la phase d'analyse au niveau des zones statistiques d'étude comme prévu initialement. Ainsi, parmi les 18 indicateurs de suivi du cancer du pancréas, celui du nombre de patients décédés dans les trois mois suivant le diagnostic est le plus robuste, mais ne présente des valeurs diffusables - définies à partir du nombre de cas concernés et de la valeur du coefficient de variation - que dans 40 % des zones statistiques d'étude. Trois autres indicateurs sont diffusables dans un quart à un tiers de ces zones, un autre pour 11 % d'entre elles, et les treize restants dans moins de 10 % des cas, dont trois dans aucune zone statistique d'étude.

À titre de comparaison, parmi les 35 indicateurs présélectionnés pour les parcours du cancer du sein, 13 sont de qualité suffisante pour être diffusables dans toutes les zones statistiques d'étude, et 7 autres dans plus de 95 % d'entre elles. Seuls trois sont diffusables dans moins d'un tiers de ces territoires. Ces éléments montrent bien la nécessité de disposer de cohortes de patients importantes (plus de 200 000, voire 300 000 patients) lorsque l'on souhaite décrire et analyser les inégalités territoriales de santé à un niveau fin.

Concernant les indicateurs de parcours, leur identification s'est faite en rassemblant les éléments déjà disponibles au travers des IQSS, mais aussi des algorithmes utilisés par les ORS dans leurs travaux régionaux, ainsi qu'au travers de la cartographie des pathologies produite par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). Cela a abouti à une première liste d'indicateurs ordonnés selon quatre temps : le dépistage (sauf pour le cancer du pancréas), le diagnostic, le traitement et le devenir. Cette liste a ensuite été discutée avec des spécialistes en oncologie afin de déterminer lesquels étaient les plus pertinents pour illustrer les parcours en cancérologie.

À l'issue de ce processus, douze indicateurs de parcours ont été retenus pour le cancer du sein, quatorze pour le cancer colorectal et neuf pour le cancer du pancréas.

Les inégalités de santé face aux cancers

Les analyses conduites au cours de cette étude ont permis une première qualification des inégalités de santé face aux cancers au niveau national (France hors Mayotte). Cette approche a pu être menée à bien pour les trois parcours étudiés : celui du cancer du sein, celui du cancer colorectal et celui du cancer du pancréas. Nous avons ainsi procédé à l'analyse des différents indicateurs de parcours retenus au regard de la typologie sociale.

Comme attendu, les populations vivant dans des territoires appartenant aux catégories sociales les plus défavorisées présentent souvent des indicateurs de parcours témoignant de situations plus dégradées. Cependant, cela n'est pas valable pour tous les indicateurs, mettant ainsi en évidence que, si certaines étapes du parcours sont marquées par des inégalités sociales de santé, d'autres ne le sont pas. Ceci peut être illustré, par exemple, avec les indicateurs du groupe « dépistage » pour le cancer du sein : le taux de femmes ayant bénéficié d'un dépistage du cancer du sein dans les 12 à 36 mois précédant le diagnostic est moins élevé dans les territoires défavorisés, ainsi que dans les territoires de la classe intermédiaire avec moins de cadres et dans la classe favorable. Il est plus élevé dans la classe intermédiaire avec davantage de cadres et dans la classe plutôt favorable avec un niveau socio-professionnel plus élevé.

En revanche, le taux de femmes ayant bénéficié d'une biopsie dans les 12 mois précédant le traitement varie de manière non significative entre la plupart des territoires selon leur classe de typologie sociale : seuls les territoires de la classe défavorisée présentent un taux significativement moindre de recours à la biopsie, tandis que les territoires intermédiaires avec un peu plus de cadres affichent un taux significativement plus élevé. Cela tendrait à montrer l'existence d'inégalités sociales de santé pour les actes à visée de dépistage, mais moins d'inégalités pour les actes à visée diagnostique. Un constat proche peut être fait concernant le cancer colorectal : des différences apparaissent pour le dépistage, mais moins pour les bilans diagnostiques complets réalisés avant le premier traitement.

On retrouve également des différences au niveau de la gravité au moment du diagnostic, mais celles-ci sont différemment marquées selon les localisations étudiées. Dans les territoires appartenant aux catégories sociales les moins favorisées, on constate un taux plus élevé de cancers découverts à un stade avancé. Ce phénomène est plus marqué pour le cancer du sein, un peu moins pour le cancer colorectal, et encore moins net pour le cancer du pancréas.

Les différences observées dans les traitements mis en œuvre vont souvent dans le même sens. En revanche, il n'a pas été possible, dans le cadre de ce projet, de mener des analyses permettant de déterminer si ces différences étaient uniquement liées aux écarts de stade au diagnostic ou s'il s'agissait d'inégalités sociales se surajoutant à celles-ci. Il aurait fallu, pour cela, segmenter la cohorte selon le niveau de gravité au diagnostic et rechercher si des différences existaient dans les traitements mis en œuvre selon la classe de typologie sociale des territoires. Il est cependant important de souligner que, là aussi, ces différences entre classes sociales ne sont pas forcément superposables d'une localisation cancéreuse à une autre : si des différences sont bien observées dans les traitements mis en œuvre pour le cancer du sein, elles sont également présentes pour le cancer du pancréas, alors qu'elles sont peu marquées pour le cancer colorectal.

Enfin, pour le cancer du sein, des différences de devenir apparaissent entre territoires selon leur classe de typologie sociale : une survie à court ou moyen terme moins favorable, un accès moins fréquent à la reconstruction mammaire, ainsi qu'une fréquence plus élevée de rechutes ou d'apparition de métastases à moyen terme dans les territoires les plus défavorisés. Pour le cancer colorectal, le même constat peut être fait concernant les décès à court ou moyen terme. Pour le cancer du pancréas, c'est également le cas pour les décès à très court terme (moins de trois mois). En revanche, pour les décès à court terme (dans les 3 à 6 mois ou 6 à 12 mois), une classe se distingue par des indicateurs plus favorables : celle où la situation sociale est plutôt favorable, avec davantage de cadres, correspondant aux territoires les plus urbanisés et où les structures de soins sont les plus présentes.

La caractérisation des territoires à un niveau fin au travers de typologies de parcours

Pour qualifier, à un niveau géographique fin, les inégalités de santé d'origine sociale, environnementale et d'accès aux soins au cours des parcours de prise en charge en cancérologie, nous avons croisé les informations disponibles sur les déterminants de survenue des cancers avec la disponibilité en routine des données correspondantes à l'échelle de la commune. Cette disponibilité à l'échelle communale est une condition nécessaire pour pouvoir reconstruire ces indicateurs à des niveaux géographiques supra communaux, notamment les zones statistiques d'étude construites par agrégation, par contiguïté, de communes ayant des caractéristiques sociales proches.

Les indicateurs sélectionnés peuvent être rassemblés en trois groupes : démographiques, sociaux et environnementaux. Nous aurions souhaité pouvoir prendre en compte également la prévalence des principaux facteurs de risque des cancers étudiés, tels que le tabagisme ou l'obésité. Ces déterminants de santé, liés à des comportements, ne sont cependant pas disponibles de manière régulière et homogène au niveau géographique nécessaire pour ce travail, c'est-à-dire la commune. À titre d'exemple, les données sur le tabagisme, disponibles *via* des dispositifs d'enquête tels que les Baromètres santé de Santé publique France ou Escapad de l'OFDT, donnent des résultats à l'échelle de l'ensemble de la France, déclinables dans certains cas au niveau régional, mais presque jamais au niveau départemental.

Nous avons donc extrait du SNDS des indicateurs sur la prise en charge de pathologies partageant les mêmes facteurs de risque. L'accès géographique aux soins étant également un facteur potentiel d'inégalités de santé, des indicateurs sur les temps d'accès au médecin généraliste, au radiologue (pour le dépistage du cancer du sein) et aux établissements autorisés pour le traitement des cancers ont été pris en compte.

Ces différents indicateurs ont d'abord été analysés, comme les étapes de parcours, par classe de typologie sociale. Ils montrent le plus souvent une dégradation de ces indicateurs dans les territoires les plus défavorisés. Deux particularités liées à la composition territoriale de deux classes sont cependant à souligner : la position de la classe plutôt défavorable, dont les valeurs d'indicateurs sont fortement impactées par la prépondérance des communes guyanaises et réunionnaises, et celle de la classe plutôt favorable (composée davantage de cadres), qui correspond majoritairement aux zones les plus urbaines. Dans ces dernières coexistent des populations socialement favorisées et des populations défavorisées. On constate ainsi que les inégalités d'accès aux soins se cumulent avec les inégalités sociales (zones rurales, périphériques ou ultramarines moins bien desservies) et que les déterminants environnementaux (pollution, sols contaminés, nitrates agricoles) s'ajoutent souvent aux fragilités sociales.

Notre objectif était de combiner l'ensemble de ces données avec celles sur les parcours de prise en charge des cancers au niveau des zones statistiques d'étude. Compte tenu de la robustesse insuffisante des indicateurs en lien avec le cancer du pancréas (*cf*. supra), ces analyses n'ont pu être réalisées que pour le cancer du sein, d'une part, et le cancer colorectal, d'autre part.

Pour le cancer du sein, les analyses effectuées ont permis de regrouper les zones statistiques d'étude en cinq classes. Elles confirment que les déterminants sociaux, combinés aux éléments d'accès géographique aux soins, ont un impact très important sur les parcours de soins pour les cancers du sein. Ainsi, les deux premières classes décrites dans ce rapport (A et B), qui se caractérisent par des situations sociales plutôt dégradées, correspondent à des parcours de cancer marqués par un moindre recours au dépistage, des traitements plus lourds et un devenir moins favorable, avec plus de rechutes ou de reprises de traitements. Ces deux classes se distinguent principalement, d'une part, par un accès aux soins meilleur pour la première et plus difficile pour la seconde, et, d'autre part, par un stade au diagnostic plus sévère pour la seconde et meilleur pour la première.

Les trois autres classes (C, D et E) correspondent à des territoires plus favorisés, caractérisés par un aspect plus urbain pour la première, plus rural pour la seconde et une population plus âgée pour la troisième. Les diagnostics sont posés à un stade précoce pour les classes C et D, et plus tardif pour la classe E. Les traitements mis en œuvre sont moins lourds, avec plus de chirurgie conservatrice dans les deux premières classes. Le devenir est meilleur parmi ces trois classes, et plus particulièrement dans la classe D. L'accès aux soins est plutôt plus facile pour les classes C et E, et plus difficile pour la classe D.

Pour le cancer colorectal, six classes de territoires, à l'échelle des zones statistiques d'étude, sont ressorties de l'analyse. Comme pour le cancer du sein, les résultats obtenus mettent en relief l'impact important des conditions sociales et d'accès aux soins sur le parcours des personnes présentant un cancer colorectal, avec en plus un impact des facteurs environnementaux. La première classe (classe A), dans l'ordre de présentation, se caractérise par une population plus âgée, un recours au dépistage dans la moyenne, un niveau de gravité au diagnostic ne se distinguant pas du niveau national, des traitements marqués par un moindre recours à la chirurgie, et un plutôt bon pronostic à trois ans dans un contexte d'accès aux soins plus difficile dans ces territoires au caractère plutôt rural. La part des ménages en précarité énergétique y est plutôt élevée.

Trois autres classes (B, E et F) correspondent à des territoires plutôt favorisés, avec un bon accès aux soins, un recours au dépistage plutôt plus important que la moyenne, et un pronostic plutôt bon. Elles se distinguent par le niveau de gravité au diagnostic, qui est relativement précoce pour la classe F, un peu moins pour la classe B, et plus tardif pour la classe E. Si le traitement chirurgical est dominant dans les classes E et F, il est moins fréquent dans la classe B. L'accès aux soins est plutôt bon pour les classes E et F, et plus difficile pour la classe B.

Les deux dernières classes (C et D) se caractérisent par une plus grande hétérogénéité sur le plan social, un faible recours au dépistage, une importance des situations de pollution, un parcours plutôt chirurgical pour la classe D et plutôt non chirurgical pour la classe C, ainsi qu'un pronostic moyen (classe D) à mauvais (classe C). L'accès aux soins est considéré comme plutôt bon pour ces deux classes, mais avec des éléments en faveur d'un retard au diagnostic pour la classe C.

L'ensemble de ces éléments confirme la forte intrication des différents facteurs étudiés dans les inégalités sociales, environnementales et territoriales dans les parcours de soins en cancérologie, avec la possibilité de caractériser cela à un niveau géographique fin pour les cancers les plus fréquents.

Les enseignements qui peuvent en être tirés

Les travaux réalisés mettent en évidence l'impact réel des inégalités sociales et environnementales sur les parcours de soins en cancérologie, notamment pour les cancers du sein, colorectal et du pancréas. Pour les deux premiers, il a également été possible d'illustrer ces inégalités à un niveau géographique fin, infra départemental.

Ces inégalités se manifestent particulièrement dans les domaines démographique, social et d'accès aux soins. Certaines inégalités environnementales ont également été identifiées. Les données disponibles à un niveau géographique fin (comme la commune, permettant une agrégation au niveau de territoires construits sur mesure) sont relativement nombreuses et de qualité homogène sur l'ensemble du territoire français (hors Mayotte). En revanche, les variables décrivant les expositions environnementales sont bien moins accessibles. De même, les données sur certains facteurs de risque de cancer sont peu — voire pas du tout — disponibles à un niveau fin, ce qui limite leur prise en compte dans les analyses.

La mise en évidence de ces inégalités à l'échelle locale a été rendue possible grâce à la construction de territoires adaptés à ces analyses. Ces territoires devaient répondre à deux critères : une taille suffisante et une homogénéité sociodémographique. Ainsi, un zonage a été élaboré, permettant de délimiter 411 zones statistiques d'étude — soit quatre fois plus que le nombre de départements et trois fois moins que le nombre d'EPCI. Ce zonage résulte d'un compromis entre taille, homogénéité et pertinence pour l'action. La construction de ces zones a donc constitué une étape essentielle, indispensable pour révéler et analyser les inégalités territoriales de santé.

Les analyses ont pu être menées à leur terme pour les parcours de soins des cancers du sein et colorectal. En revanche, les limites rencontrées pour le cancer du pancréas soulignent la nécessité de travailler sur des cohortes constituées d'un nombre élevé de cas. L'accès à des informations sur le parcours de 300 000 femmes atteintes d'un cancer du sein et d'environ 210 000 personnes atteintes d'un cancer colorectal a permis de réaliser ces analyses à un niveau local et de mettre en relief les effets des inégalités sociales, environnementales et territoriales sur les parcours. Pour le cancer du pancréas, avec environ 82 000 cas, les effectifs se sont avérés insuffisants. C'est également la raison pour laquelle il n'a pas été possible de mener des analyses séparées selon le sexe pour le cancer colorectal, contrairement au projet initial (environ 93 800 femmes et 117 900 hommes). L'analyse de cancers moins fréquents nécessite donc de cumuler les cas sur des périodes longues, supérieures

à cinq ans, ce qui pose la question de la pertinence des résultats obtenus dans un contexte d'évolution de l'incidence de ces cancers et de la fréquence de leurs déterminants.

La disponibilité de données de santé à un niveau fin, infra communal, constitue également une limite à ce travail. Les grandes villes de plus de 100 000 habitants ont été traitées de manière isolée, mais les plus grandes d'entre elles n'ont pas été subdivisées en sous-territoires d'analyse, faute d'indicateurs de parcours disponibles à ce niveau. Cela plaide en faveur de la mise à disposition, dans le SNDS, du codage géographique des données à un niveau infra communal fin, comme prévu par la réglementation.

La caractérisation des inégalités dans les parcours en cancérologie à un niveau fin montre que les politiques doivent pouvoir s'adapter aux spécificités locales. La diffusion des résultats auprès des décideurs et acteurs locaux est donc un point crucial pour que ces travaux dépassent le cadre de l'apport de connaissances générales et puissent nourrir la réflexion et orienter les actions de manière différenciée selon les territoires. Les profils de territoire produits visent cet objectif en rassemblant, par département, les données produites et en les détaillant pour chacune des zones statistiques d'étude du département. Cette mise à disposition des résultats à un niveau fin doit permettre d'adapter les politiques de dépistage et de traitement aux territoires vulnérables et d'y cibler les populations les plus exposées, afin de réduire les pertes de chance.

Annexes

Annexe 1 : Composition du comité de pilotage

Philippe-Jean BOUSQUET	Institut national du Cancer
Jérôme BROCCA	Direction du numérique, Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales
Édouard CHATIGNOUX	Santé publique France
Cyrille DELPIERRE	Inserm UMR1295 CERPOP Centre d'Épidémiologie et de Recherche en santé des Populations,
Céline LEROY	Agence régionale de santé (ARS) Normandie
Véronique LUCAS-GABRIELLI	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
Claire MORGAND	Institut national du Cancer
Maryam OYER-ALNAKIB	Agence régionale de santé (ARS) Centre-Val de Loire
Emmanuel RICARD	Ligne contre le Cancer
Sabrina SINIGAGLIA	Fédération nationale des Creai - ANCreai
Caroline TOURNOUX-FACON	Centre régional de coordination du dépistage des cancers Nouvelle-Aquitaine
Lucie VIALARD	Ligue contre le cancer
Hélène VANDEWALLE	Institut national du Cancer

Annexe 2 : Liste des codes utilisés et procédures mises en œuvre pour la construction des cohortes

Pour le cancer du sein

1. Identification des patients nouvellement diagnostiqués pour un cancer du sein

La liste des codes CIM10 pris en compte pour un diagnostic de cancer du sein (soit DP/DR/DAS MCO, soit DP/DAS en HAD, soit MMP/AE/DAS pour SMR, soit mise en ALD) est la suivante :

- pour les hospitalisations et les ALD : C50 (cancer du sein invasif), D05 (cancer du sein *in situ*) ;
- pour les hospitalisations uniquement : D486 (cancer du sein à évolution imprévisible).

Le codage (d'un proxy) du niveau de gravité au diagnostic se fait à partir des codes CIM10 d'hospitalisation ou d'ALD dans les 6 mois autour de la date index de diagnostic, comme suit :

- Si un code CIM10 de métastase (C770 à C772, C774 à C779, C78, C79) est retrouvé dans un séjour MCO, HAD ou SMR, quelle que soit la position du diagnostic (DP, DR ou DAS), dans un délai inférieur à 6 mois avant la date index de diagnostic (date du 1er diagnostic de cancer du sein), alors le cancer est défini comme étant métastatique synchrone ;
  - Si non, si au moins un code CIM10 d'hospitalisation ou d'ALD de cancer invasif (code CIM10 C50) est retrouvé dans les 6 mois avant ou les 6 mois après la date index de diagnostic, alors le cancer est défini, au moment du diagnostic, comme étant invasif (non métastatique)
- Si, de plus, un code CIM10 d'envahissement ganglionnaire régional (code CIM10 C773) est retrouvé dans un séjour MCO, HAD ou SMR, dans un délai inférieur à 6 mois après la date index de diagnostic, alors le cancer est défini comme étant Invasif avec envahissement ganglionnaire
- Si non, le cancer est défini comme étant invasif localisé ;
  - Si non, le cancer est défini, comme étant *in situ* au moment du diagnostic

2. Extraction des actes de soins (dépistage, traitements…) pour le cancer du sein

- **Mammographie :** actes CCAM QEQK001, QEQK004, QEQK005
- **Biopsie :** actes CCAM QEHH002, QEHH015, QEHA001, QEHA002, QEQX016, QEQX037, QEHB002, QEHJ001, QEHJ004 à QEHJ006, QEHH001
- **Chirurgie :** actes CCAM (en séjour ou activité externe d'hospitalisation MCO ou en secteur libéral) FCFA018, FCFA021, FCFA029, FCQX004 à FCQX008, FCQX010 à FCQX012, QEFA001, QEFA003 à QEFA005, QEFA007, QEFA008, QEFA010, QEFA012, QEFA013, QEFA015, QEFA017 à QEFA020, ZZQL010, ZZQL013

Dont :

- **Chirurgie conservatrice :** actes CCAM QEFA001, QEFA004, QEFA008, QEFA017, QEFA018 ;
- **Mastectomie totale :** actes CCAM QEFA003, QEFA005, QEFA007, QEFA010, QEFA012, QEFA013, QEFA015, QEFA019, QEFA020
- **Chimiothérapie IV en hospitalisation (dite chimiothérapie conventionnelle) :** diagnostic principal en séjour hospitalier MCO codé Z511 (CIM-10)
- **Thérapie ciblée :** en pharmacie hospitalière (rétrocession) codes UCD spécifiques ou en pharmacie de ville codes CIP13 spécifiques (*cf*. les 2 listes mentionnées pour le cancer colorectal)

- **Hormonothérapie :** codes ATC L02AB01, L02AB02, L02AE02, L02AE03, L02BA01 à L02BA03, L02BG03, L02BG04, L02BG06
- **Radiothérapie :** actes CCAM (en séjour ou activité externe d'hospitalisation MCO ou en secteur libéral) YYYY016, YYYY021, YYYY023, YYYY045 à YYYY056, YYYY080, YYYY081, YYYY099, YYYY101, YYYY109, YYYY122, YYYY128, YYYY136, YYYY141, YYYY151, YYYY152, YYYY166, YYYY175, YYYY197, YYYY211, YYYY223, YYYY225, YYYY244, YYYY256, YYYY267, YYYY299, YYYY301 à YYYY307, YYYY310, YYYY312 à YYYY316, YYYY320, YYYY323 à YYYY327, YYYY331, YYYY334 à YYYY338, YYYY343, YYYY345 à YYYY349, YYYY356 à YYYY360, YYYY365, YYYY367 à YYYY371, YYYY377, YYYY379 à YYYY383, YYYY387, YYYY390 à YYYY393, YYYY398, YYYY450, YYYY451, YYYY457 à YYYY460, YYYY468 à YYYY471, YYYY479 à YYYY481, YYYY491 à YYYY493, YYYY497, YYYY500, YYYY511, YYYY520, YYYY522, YYYY533, YYYY544, YYYY555, YYYY566, YYYY577, YYYY588, YYYY599, ZZNA002, ZZNL001 à ZZNL006, ZZNL009, ZZNL011 à ZZNL015, ZZNL017, ZZNL018, ZZNL020 à ZZNL028, ZZNL030, ZZNL031, ZZNL033, ZZNL034, ZZNL036, ZZNL037, ZZNL039, ZZNL040, ZZNL042, ZZNL043, ZZNL048 à ZZNL055, ZZNL058 à ZZNL065, ZZNL900, ZZNL902 à ZZNL906 ; diagnostic principal en séjour hospitalier MCO Z5101 (code CIM10)
- **Soins palliatifs :** en séjour hospitalier MCO (code CIM10 Z515 ou autorisation de l'UM 08 ou lit dédié), SMR (code CIM10 Z515) ou HAD (code CIM10 Z515 ou Mode de prise en charge spécifique 04 ou Nature du séjour 04)
- **Reconstruction mammaire :** PZMA004, QEBA001, QEDA001, QEDA002, QEDA003, QEDA004, QEEA001, QEEA002, QEEB152, QEEB317, QEFA012, QEFA013, QEFA015, QEFA018, QEMA001, QEMA002, QEMA003, QEMA004, QEMA005, QEMA006, QEMA007, QEMA008, QEMA009, QEMA010, QEMA011, QEMA012, QEMA013, QEMA014, QEMA020, QZEA020, QZEA024, QZEA027, QZEA031, QZEA039, QZEA045, QZFA004, QZFA011, QZFA030, QZFA031, QZFA036, QZMA001, QZMA002, QZMA003, QZMA004, QZMA005, QZMA006, QZMA007, QZMA009, QZMA010

Pour le cancer colorectal :

3. Identification des patients nouvellement diagnostiqués pour un cancer colorectal

La liste des codes CIM10 pris en compte pour un diagnostic de cancer colorectal (soit DP/DR/DAS MCO, SMR ou HAD, soit mise en ALD) est la suivante :

- pour les ALD : cancer colorectal primitif invasifs (C18%, c19%, C20 %)
- pour les hospitalisations :
  - cancer colorectal primitif invasifs (C18%, c19%, C20 %) en excluant C181 (cancer de l'appendice), ;
  - cancer colorectal in situ (D01.0; D01.1, D01.2) ;
  - cancer colorectal à évolution imprévisible* (D374, D375).

** : Lorsqu'un diagnostic de tumeurs à évolution imprévisible (TEI, (D374, D375)) était retrouvé dans les 6 mois précédant le premier diagnostic de cancer colorectal in situ ou invasif, la date index de diagnostic était modifiée à la date du séjour où le diagnostic de TEI était retrouvé, mais seuls les diagnostics mentionnés au premier diagnostic étaient pris en compte pour le codage de la localisation. En revanche, les patients pour lesquels un diagnostic de TEI était retrouvé sans autre diagnostic de cancer colorectal in situ ou invasif n'ont pas été inclus dans la cohorte, faisant l'hypothèse que le diagnostic de TEI n'était pas un cancer.*

4. Extraction des traitements pour un cancer colorectal

→ **Chirurgie carcinologique (actes CCAM) :**

Côlon : HHFA002, HHFA004, HHFA005, HHFA006, HHFA008, HHFA009, HHFA010, HHFA014, HHFA017, HHFA018, HHFA021, HHFA022, HHFA023, HHFA024, HHFA026, HHFC040, HHFC296

Côlon-rectum : HHFA028, HHFA029, HHFA030, HHFA031, HJFA012, HJFC023

Rectum : HJFA001, HJFA002, HJFA003, HJFA004, HJFA005, HJFA006, HJFA007, HJFA011, HJFA014, HJFA017, HJFA018, HJFA019, HJFC031, HJFD002

→ **Chimiothérapie per os (DCIR) :** En pharmacie de ville : Capécitabine, ATC07 L01BC06

→ **Chimiothérapie IV en hospitalisation :** en MCO avec un séjour codé en DP Z511 ou en HAD avec un mode de prise en charge principal ou associé de chimiothérapie anticancéreuse (y compris thérapie ciblée) codé 05

→ **Radiothérapie**

- Réalisée au cours d'une hospitalisation MCO (DP codé Z5101%) ou codée en CCAM
- OU en activité externe des établissements publics codée en CCAM
- OU en secteur libéral codée en CCAM

Liste des codes d'actes CCAM d'irradiation :

YYYY016, YYYY021, YYYY023, YYYY045, YYYY046, YYYY047, YYYY048, YYYY049, YYYY050, YYYY051, YYYY052, YYYY053, YYYY054, YYYY055, YYYY056, YYYY080, YYYY081, YYYY099, YYYY101, YYYY109, YYYY122, YYYY128, YYYY136, YYYY141, YYYY151, YYYY152, YYYY166, YYYY175, YYYY197, YYYY211, YYYY223, YYYY225, YYYY244, YYYY256, YYYY267, YYYY299, YYYY301, YYYY302, YYYY303, YYYY304, YYYY305, YYYY306, YYYY307, YYYY310, YYYY312, YYYY313, YYYY314, YYYY315, YYYY316, YYYY320, YYYY323, YYYY324, YYYY325, YYYY326, YYYY327, YYYY331, YYYY334, YYYY335, YYYY336, YYYY337, YYYY338, YYYY343, YYYY345, YYYY346, YYYY347, YYYY348, YYYY349, YYYY356, YYYY357, YYYY358, YYYY359, YYYY360, YYYY365, YYYY367, YYYY368, YYYY369, YYYY370, YYYY371, YYYY377, YYYY379, YYYY380, YYYY381, YYYY382, YYYY383, YYYY387, YYYY390, YYYY391, YYYY392, YYYY393, YYYY398, YYYY450, YYYY451, YYYY457, YYYY458, YYYY459, YYYY460, YYYY468, YYYY469, YYYY470, YYYY471, YYYY479, YYYY480, YYYY481, YYYY491, YYYY492, YYYY493, YYYY497, YYYY500, YYYY511, YYYY520, YYYY522, YYYY533, YYYY544, YYYY555, YYYY566, YYYY577, YYYY588, YYYY599, ZZNA002, ZZNL001, ZZNL002, ZZNL003, ZZNL004, ZZNL005, ZZNL006, ZZNL009, ZZNL011, ZZNL012, ZZNL013, ZZNL014, ZZNL015, ZZNL017, ZZNL018, ZZNL020, ZZNL021, ZZNL022, ZZNL023, ZZNL024, ZZNL025, ZZNL026, ZZNL027, ZZNL028, ZZNL030, ZZNL031, ZZNL033, ZZNL034, ZZNL036, ZZNL037, ZZNL039, ZZNL040, ZZNL042, ZZNL043, ZZNL048, ZZNL049, ZZNL050, ZZNL051, ZZNL052, ZZNL053, ZZNL054, ZZNL055, ZZNL058, ZZNL059, ZZNL060, ZZNL061, ZZNL062, ZZNL063, ZZNL064, ZZNL065, ZZNL900, ZZNL902, ZZNL903, ZZNL904, ZZNL905, ZZNL906

→ **Thérapie ciblée**

- En pharmacie hospitalière (rétrocession) : code prestation DCIR 3316, 3317, 3318, 3319, 3351, 3352, 3353, 3354, 3355, 3356, 3357, 3330 ou un code UCD de la liste suivante :

3400892200972, 3400892605999, 3400892611044, 3400892611105, 3400892849157, 3400892849218, 3400892849386, 3400892853758, 3400893011119, 3400893011287, 3400893047767, 3400893071601, 3400893071779, 3400893071830, 3400893393260, 3400893393321, 3400893913444, 3400893935095, 3400893935156, 3400893949924, 3400893950005, 3400893951064, 3400893956267, 3400893956328, 3400893957509, 3400893957677, 3400893964941, 3400894000372, 3400894000433, 3400894000662, 3400894034780, 3400894034841, 3400894034902, 3400894056843, 3400894088660, 3400894088721, 3400894108344, 3400894124542, 3400894162452, 3400894162513, 3400894200055, 3400894200116, 3400894200284, 3400894228080, 3400894228141, 3400894228202, 3400894228431, 3400894228660, 3400894228721, 3400894319542, 3400894356042, 3400894383475, 3400894387619, 3400894387787, 3400894417286, 3400894424550, 3400894440697, 3400894459910, 3400894460169, 3400894474418, 3400894495468, 3400894505556, 3400894506157, 3400894506218, 0000009220097, 0000009260599, 0000009261104, 0000009261110, 0000009284915, 0000009284921, 0000009284938, 0000009285375, 0000009298745, 0000009301111, 0000009301128, 0000009304776, 0000009307160, 0000009307177, 0000009307183, 0000009339326, 0000009339332, 0000009368747, 0000009381067, 0000009381073, 0000009382262, 0000009385728, 0000009385734, 0000009389614, 0000009391344, 0000009393509,

0000009393515, 0000009394992, 0000009395000, 0000009395106, 0000009395603, 0000009395626, 0000009395632, 0000009395750, 0000009395767, 0000009396494, 0000009399334, 0000009400037, 0000009400043, 0000009400066, 0000009401344, 0000009402125, 0000009402131, 0000009403478, 0000009403484, 0000009403490, 0000009403946, 0000009404526, 0000009405684, 0000009407312, 0000009407329, 0000009407476, 0000009407654, 0000009407660, 0000009407677, 0000009408866, 0000009408872, 0000009410834, 0000009412454, 0000009416245, 0000009416251, 0000009419278, 0000009419284, 0000009419290, 0000009420005, 0000009420011, 0000009420028, 0000009420494, 0000009422808, 0000009422814, 0000009422820, 0000009422843, 0000009422866, 0000009422872, 0000009431954, 0000009433203, 0000009435604, 0000009438293, 0000009438324, 0000009438330, 0000009438347, 0000009438761, 0000009438778, 0000009441728, 0000009441929, 0000009441935, 0000009442455, 0000009442811, 0000009442828, 0000009442840, 0000009442917, 0000009444069, 0000009444081, 0000009444098, 0000009444106, 0000009445991, 0000009446016, 0000009447352, 0000009447369, 0000009447375, 0000009447441, 0000009447501, 0000009449546, 0000009450555, 0000009450615, 0000009450621, 0000009453950, 0000009876544

- En pharmacie de ville : code CIP13 de la liste suivante :

3400930126684, 3400930130858, 3400930130865, 3400930021965, 3400930021965, 3400930022016, 3400930022016, 3400930026366, 3400930026878, 3400930048306, 3400930048351, 3400930057018, 3400930057063, 3400930057117, 3400930057124, 3400930059630, 3400930059630, 3400930059654, 3400930062890, 3400930062968, 3400930063170, 3400930063248, 3400930067963, 3400930067970, 3400930074282, 3400930074404, 3400930076309, 3400930076309, 3400930076347, 3400930076347, 3400930096833, 3400930096833, 3400930096888, 3400930096888, 3400930105849, 3400930105986, 3400930161326, 3400930161401, 3400935849359, 3400935849410, 3400936224759, 3400936224988, 3400930154144, 3400930154861, 3400930155004, 3400930155011, 3400930155103, 3400930156667, 3400930156971, 3400930156988, 3400930163450, 3400930163474, 3400930167090, 3400930168325, 3400939595078, 3400930110775, 3400930110959, 3400930110973, 3400930111260, 3400930111529, 3400930111536, 3400930111864, 3400930111871, 3400930111888, 3400930142257, 3400930142264, 3400930142271, 3400930187548, 3400930187555, 3400930187579, 3400936923232, 3400936923461, 3400936923522, 3400937626507, 3400937626675, 3400937626736, 3400938210224, 3400938210392, 3400938210453, 3400937613729, 3400930163924, 3400930163986, 3400930164051, 3400930164136, 3400930164174, 3400930177464, 3400930177488, 3400930179826, 3400930179857, 3400930179864, 3400930188842, 3400930188873, 3400930188941, 3400930188989, 3400930189016, 3400930190135, 3400930190142, 3400930190210, 3400930190227, 3400930190241, 3400937763561, 3400937763790, 3400937763851, 3400937764162, 3400937764223, 3400937764452, 3400939159416, 3400939159584, 3400949461684, 3400949461745, 3400938379457, 3400938379518, 3400941701764, 3400941701825, 3400941701993, 3400949164349, 3400921687552, 3400921687613, 3400930124093, 3400938278699, 3400938278811, 3400949815845, 3400949815906, 3400921947588, 3400921947649, 3400921947700, 3400926788414, 3400927643514, 3400927643682, 3400927643743, 3400930117613, 3400930117637, 3400930117675, 3400930148402, 3400930148419, 3400930148464, 3400930152201, 3400930152218, 3400930152225, 3400930152409, 3400930152423, 3400930152447, 3400930152621, 3400930152645, 3400930152669, 3400930152676, 3400930152690, 3400930152713, 3400930153284, 3400930153352, 3400930156544, 3400930156582, 3400930156643, 3400930159132, 3400930171684, 3400930171837, 3400930171875, 3400939628110, 3400939628288, 3400949131341, 3400949131570, 3400949131631, 3400922066806, 3400922066974, 3400927565649, 3400927565700, 3400927565878, 3400927565939, 3400926993528, 3400926993757, 3400930146224, 3400922087566, 3400926762568, 3400926762629, 3400926762797, 3400926762858, 3400926647964, 3400926648046, 3400926648107, 3400926648275, 3400927547201, 3400927547379, 3400927547430, 3400927547669, 3400922462257, 3400922462318, 3400922462486, 3400927325816, 3400927326066, 3400927326295, 3400930002452, 3400927520006, 3400927549670, 3400927549731, 3400927419768, 3400927419829, 3400930020029, 3400930047613, 3400927944352, 3400927944703, 3400930073520, 3400930073537, 3400930073544, 3400927949845, 3400927949906, 3400930015698, 3400930146118, 3400930018941, 3400930018958, 3400930075272, 3400930075296, 3400930075302, 3400930047644, 3400930047651, 3400930083048, 3400930124215, 3400930037553, 3400930156872, 3400930109335, 3400930109342, 3400930109359, 3400930156841, 3400930156858, 3400930157701, 3400930157732, 3400930162965, 3400930162989, 3400930163009, 3400927476778, 3400930003992, 3400930144190, 3400930144213, 3400927959660, 3400927959721, 3400930030714, 3400930030714, 3400930030721, 3400930030721, 3400930077856, 3400930077887,

3400930077894, 3400930077900, 3400930077917, 3400930168912, 3400930168929, 3400930168936, 3400921725384,

→ Coloscopie, Biopsie ou exérèse de polype, scanner thoraco-abdominaux, IRM pelvienne

	Codes CCAM (séjours hospitaliers MCO, en consultations externes (PMSI ACE) ou en libéral (DCIR)
Coloscopie thérapeutique	HHFC001, HHFE001, HHFE002, HHFE004, HHFE005, HHFE006,
Coloscopie diagnostic	HHQE001, HHQE002, HHQE003, HHQE004, HHQE005.
Biopsie	HJHD001, HJHD002, HJQJ001, HZHE002, HZHE005
Exérèse de polype	HHFC001, HHFE001, HHFE002, HHFE004, HHFE005, HHFE006, HHQX004, HHQX005, HHQX008
Scanner thoraco-abdominaux	ZBQH001, ZBQK001, ZCQH001, ZCQH002, ZCQK004, ZCQK005, ZZQH033, ZZQK024
IRM pelvienne	ZCQJ004, ZCQJ005, ZCQN001, ZCQN002

→ Chirurgie en urgence (Patients dont le 1er traitement est une chirurgie d'urgence)

	Codes
Occlusion ou perforation	Codes CIM10 (DP, DR ou DAS) : K566, K624, K631
Entrée directement en réanimation	Autorisation unité médicale : réanimation adulte (code=01%), UHCD structures des urgences générales (code=07%), → jusqu'en 2022 : Mode d'entrée : Domicile (code=8) + Provenance : Passage par les urgences de l'établissement ou autre établissement (code= 5 avant 2022 et code= U à partir de 2022) → à partir de 2023 : Mode d'entrée : Domicile (code=8) ou Transfert définitif (code=7) et provenance « passage par les urgences de l'établissement » (code=5) ou « autre établissement » (code=U) et structures d'urgences : urgences de l'établissement (code=5) ou autre établissement (code=U) ou services d'urgences (code=V)
Stomie ou dérivation avant chirurgie	Codes CCAM : HHPA001, HHPC002, HGCA004, HGCA005, HGCC005, HGMA003, HHAA002, HHCA002, HHCC007, HHMA002, HHMC005, HHSA001

5. Identification des patients à risque élevé de cancer colorectal

Hospitalisation (MCO, HAD, SMR ou RIMP)	**CIM10 :** C189+0 Syndrome de Lynch D126+0 à D126+6 Polypose D126+8 tumeurs bénignes du colon K50 maladie de Crohn K51 Recto-colite hémorragique
ALD	**CIM10 :** D126 Tumeur bénigne du côlon K50 maladie de Crohn K51 Recto-colite hémorragique

6. Dépistage du cancer colorectal

Code prestation DCIR = 9434= acte de dépistage du cancer colorectal

Pour le cancer du pancréas

7. Identification des patients nouvellement diagnostiqués pour un cancer du pancréas

Les codes CIM10 pris en compte pour un diagnostic de cancer du pancréas (soit DP/DR/DAS MCO, SSR ou HAD, soit mise en ALD) sont les suivants : C250, C251, C252, C253, C257, C258, C259 (exclusion du code C254 pour tumeur du pancréas endocrine).

Le codage (d'un proxy) du niveau de gravité au diagnostic se fait à partir des codes CIM10 d'hospitalisation ou d'ALD dans les 6 mois autour de la date index de diagnostic, comme suit :

Le cancer est défini comme étant métastatique synchrone lorsqu'un code CIM10 de métastase (C770 à C772, C774 à C779, C78, C79) est retrouvé dans un séjour MCO, HAD ou SSR, quelle que soit la position du diagnostic (DP, DR ou DAS), dans un délai inférieur à 6 mois avant la date index de diagnostic (date du 1er diagnostic du cancer du pancréas).

8. Extraction des actes de soins pour le cancer du pancréas

→ **chirurgie thérapeutique (actes CCAM) :**

(en séjour ou activité externe d'hospitalisation MCO ou en secteur libéral) HNFA004, HNFA006, HNFA007, HNFA010, HNFA011, HNFA013, HNFC002, HNFA002, HNFA008, HNFC028

→ **chirurgie palliative (actes CCAM) :**

(en séjour ou activité externe d'hospitalisation MCO ou en secteur libéral) HMCA002, HMCA003, HMCA004, HMCA006, HMCA007, HMCA008, HMCA010, HMCA011, ZCQA001 (exploration), HFCA004

→ **Chimiothérapie per os (DCIR) :** En pharmacie de ville : Capécitabine, ATC07 L01BC06

→ **Chimiothérapie IV en hospitalisation :** en MCO avec un séjour codé en DP Z511 ou en HAD avec un mode de prise en charge principal ou associé de chimiothérapie anticancéreuse (y compris thérapie ciblée) codé 05

→ **Thérapie ciblée :** en pharmacie hospitalière (rétrocession) codes UCD spécifiques ou en pharmacie de ville codes CIP13 spécifiques (*cf.* les 2 listes mentionnées pour le cancer colorectal)

Annexe 3 : Critères d'exclusion par localisation du cancer

Dans la première étape d'identification des personnes nouvellement diagnostiquées avec un cancer, ont notamment été exclus :

Pour le cancer du sein :

- les patients avec un antécédent de diagnostic cancer du sein, c'est-à-dire avec une ALD antérieure à 2018 ou avec une hospitalisation (MCO, HAD, SMR) dans les 5 ans précédant la date index de diagnostic ;
- les patients avec antécédents personnels de tumeur maligne du sein, c'est-à-dire avec hospitalisation (MCO) avec diagnostic codé Z85.3 (CIM-10) entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022.

Pour le cancer colorectal :

- les patients avec un antécédent de diagnostic de cancer colorectal, c'est-à-dire avec une ALD antérieure à 2018 ou avec une hospitalisation (MCO, HAD, SMR ou RIMP) dans les 5 ans précédant la date index de diagnostic ;
- les patients sans un traitement carcinologique retrouvé c'est-à-dire sans une coloscopie thérapeutique (exérèse endoscopique), ni une chirurgie carcinologique, ni une chimiothérapie (conventionnelle ou thérapie ciblée) ou sans une radiothérapie entre le 1er janvier 2018 et le 31 décembre 2022.

Pour le cancer du pancréas :

- les patients avec un antécédent de diagnostic cancer du pancréas, c'est-à-dire avec une ALD antérieure à 2018 ou avec une hospitalisation (MCO, HAD, SSR) dans les 5 ans précédant la date index de diagnostic ;
- les patients présentant une tumeur du pancréas endocrine.

Annexe 4 : Cancer du sein – Caractéristiques socio-démographiques

	In situ Effectifs : 7 360	Invasif localisé Effectifs : 241 720	Invasif avec envahissement ganglionnaire Effectifs : 35 570	Métastatique synchrone Effectifs : 7 110	Cohorte finale cancer du sein Effectifs : 291 760
Âge (révolu au moment du 1er traitement)					
18-49 ans	24,1%	20,5%	24,7%	11,9%	**20,9%**
50-59 ans	27,4%	21,9%	22,2%	14,9%	**21,9%**
60-69 ans	26,2%	24,8%	22,4%	21,3%	**24,5%**
70-79 ans	17,8%	20,6%	18,6%	23,1%	**20,3%**
80 ans et plus	4,6%	12,2%	12,1%	28,8%	**12,4%**
Âge moyen	59,0 ans ± 12,3 (min=20 ; max=96)	62,3 ans ± 14,2 (min=18 ; max=107)	61,0 ans ± 14,5 (min=19 ; max=101)	69,1 ans ± 14,8 (min=20 ; max=101)	**62,2 ans ± 14,3 (min=18 ; max=107)**
Âge médian	59 ans	63 ans	61 ans	70 ans	**63 ans**
Médecin traitant en activité	94,9%	94,0%	93,4%	90,7%	**93,9%**

Annexe 5 : Cancer colorectal - Caractéristiques socio-démographiques et comorbidités au début de traitement

Arrondi à la dizaine près	Côlon Effectifs : 138 900	Rectum Effectifs : 66 030	Doubl. Local. Effectifs : 7 860	Cohorte finale cancer colorectal Effectifs : 212 780
Sexe				
Hommes	53.9 %	57.8 %	63.6 %	55.4 %
Femmes	45.7 %	41.7 %	35.6 %	44.1 %
Non connu	0.4 %	0.5 %	0.8 %	0.5 %
Âge (révolu au début du 1er traitement)				
18-49 ans	6.0 %	7.1 %	8.1 %	6.4 %
50-64 ans	26.5 %	32,3 %	27.7 %	28.3 %
65-74 ans	33.5 %	33.6 %	34.1 %	33.5 %
75-84 ans	25.0 %	20.7 %	23.5 %	23.6 %
85 ans et plus	9.1 %	6.3 %	6.7 %	8.1 %
Âge moyen	69.1 ans ± 11.9 (min=18 ; max=89)	67.1 ans ± 11.7 (min=18 ; max=89)	67.6 ans ± 12.4 (min=18 ; max=89)	68.4 ans ± 11.9 (min=18 ; max=89)
Âge médian	70 ans	68 ans	69 ans	69 ans
Médecin traitant en activité	92.9 %	92.4 %	91.8 %	92.8 %
Comorbidités pouvant influer sur la décision du traitement				
Avec un syndrome coronaire aigu**	0.5 %	0.4 %	0.4 %	0.5 %
Avec une insuffisance cardiaque chronique ou aiguë**	3.4 %	2.4 %	2.8 %	3.1 %
Avec des maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) **	10.0 %	8.6 %	9.6 %	9.6 %
Avec un diabète**	17.8 %	%	%	17,1 %

Annexe 6 : Cancer du Pancréas – Caractéristiques socio-démographiques

Arrondi à la dizaine près	Métastatique synchrone		Cohorte finale cancer du pancréas Effectifs : 81 950
	Oui Effectifs : 39 400	Non Effectifs : 42 550	
Sexe			
Hommes	51,8 %	50,0 %	**50,8 %**
Femmes	48,2 %	50,0 %	**49,2 %**
Âge (révolu au moment du 1er diagnostic)			
18-49 ans	3,5 %	4,2 %	**3,9 %**
50-64 ans	23,8 %	20,8 %	**22,2 %**
65-74 ans	31,1 %	28,3 %	**29,7** %
75-84 ans	27,5 %	27,6 %	**27,5 %**
85 ans et plus	14,1 %	19,1 %	**16,7 %**
Âge moyen	71,8 ans ± 11,6 (min=19 ; max=108)	73 ans ± 12,5 (min=18 ; max=105)	**72,5 ans ± 12,1 (min=18 ; max=108)**
Âge médian	72 ans	74 ans	**73 ans**
Médecin traitant en activité	92,0 %	92,8 %	**92,4 %**

Annexe 7 : Cancer du sein – Synthèse des étapes du parcours de soins selon les régions

Étapes du parcours	Indicateurs	Auvergne-Rhône-Alpes	Bourgogne-Franche-Comté	Bretagne	Centre-Val de Loire	Corse	Grand Est	Hauts-de-France	Île-de-France	Normandie	Nouvelle-Aquitaine	Occitanie	Pays de la Loire	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Guadeloupe	Guyane	Martinique	La Réunion
Dépistage	Mammographie dans les 12 à 36 mois précédents le début du traitement (chez les 50-74 ans)	+	=	-	+	=	=	-	+	=	-	-	+	+	-	-	-	-
	Biopsie dans les 12 derniers mois avant le début du traitement	=	=	=	=	=	=	=	-	=	=	-	+	=	-	=	=	=
Diagnostic	Niveau de gravité au diagnostic élevé	-	+	=	-	-	+	+	-	+	-	-	+	+	=	=	=	+
Traitement	Chimiothérapie néoadjuvante	=	=	-	=	-	-	+	+	=	=	-	-	-	+	+	+	+
	Chirurgie conservatrice	+	=	+	=	=	-	-	-	=	+	+	+	+	-	-	-	-
	Mastectomie totale	-	=	-	+	=	+	=	+	=	-	-	=	=	+	=	+	=
	Chimiothérapie adjuvante	+	=	+	=	=	+	-	-	+	-	-	+	+	=	=	=	+
	Radiothérapie	+	=	+	+	=	-	=	-	=	=	=	=	=	-	-	-	=
	Hormonothérapie	+	=	+	=	=	=	=	-	+	=	=	+	=	-	-	-	-
	Soins palliatifs	=	-	-	=	=	+	+	-	=	=	-	-	-	+		+	=
Devenir à 1 an	Reconstruction mammaire après mastectomie	-	-	-	-	=	-	-	+	-	+	-	=	+	-		-	+
	Décès dans la 1re année de traitement	-	=	=	=	=	=	+	=	+	=	-	=	-	+		+	=
Devenir à 3 ans (date de 1er traitement)	Décès	-	=	=	=	=	+	+	=	+	=	-	-	-	+		+	+
	Reprise de traitement ou apparition de métastases	=	=	-	=	=	=	=	+	=	=	-	=	=	=	=	+	=
	En vie sans rechute ni métastase	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	-	=	-	=

+ : taux standardisé supérieur à celui de la France

- : taux standardisé inférieur à celui de la France

= : aucune différence

nd : non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Annexe 8 : Cancer colorectal – Synthèse des étapes du parcours de soin selon les régions

Étapes du parcours	Indicateurs	Auvergne-Rhône-Alpes	Bourgogne-Franche-Comté	Bretagne	Centre-Val de Loire	Corse	Grand Est	Hauts-de-France	Île-de-France	Normandie	Nouvelle-Aquitaine	Occitanie	Pays de la Loire	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Guadeloupe	Guyane	Martinique	La Réunion
Dépistage	Dépistage dans les 30 mois, chez les 52-76 ans, au début du traitement	+	=	+	=	-	+	-	+	+	+	=	=	-	=	-	+	-
Diagnostic	Cancer dag. *in situ*	-	-	+	-		-	=	-	-	+	+	+	+	-	=	+	-
	Cancer diagnostiqué invasif non métastatique	+	=	-	+	=	=	=	+	=	-	-	=	=	=	=	=	=
	Cancer diagnostiqué avec métastases synchrones	=	+	-	=	=	+	=	+	+	=	=	-	-	=	=	-	+
	Un autre cancer actif la même année	=	=	-	=	+	=	=	+	=	=	=	-	=	=		=	=
	Un bilan de diagnostic et d'extension complet avant le 1er traitement (IQSSA)	=	=	-	-	=	=	=	+	-	=	=	+	=	=		=	=
Traitement	Parcours chirurgical non urgent (cancer colorectal invasif)	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	-	=
	Parcours chirurgical en urgence (cancer colorectal invasif)	-	=	-	=	=	+	=	=	=	=	=	=	-	+		=	+
	Parcours non chirurgical (cancer colorectal invasif)	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	+	=	=	+	=
	Traitement la 1re année : exérèse endoscopique seule	-	-	+	-	-	=	=	-	-	+	=	+	+	-	=	+	-
	Traitement la 1re année : chir. carc. seule	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	-	=	=	=	=
	Traitement la 1re année : chimio et/ou radioT sans chir. carc.	=	=	-	=	+	=	=	+	+	-	=	-	=	=		=	=
	Traitement la 1re année : trait. néo adj. suivi d'une chir. carc. (avec ou sans trait. adj)	+	+	-	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=		-	=
	Traitement la 1re année : chirurgie carcinologique suivie de traitement adjuvant	-	=	-	+	=	=	=	+	=	=	=	=	-	=	=	=	+
Devenir à 1 an	Reconstruction mammaire après mastectomie	-	-	-	-	=	-	-	+	-	+	-	=	+	-		-	+
	Décès au cours de la 1re année de traitement	=	=	-	=	=	=	+	=	=	=	=	=	=	=		=	=

Étapes du parcours	Indicateurs	Auvergne-Rhône-Alpes	Bourgogne-Franche-Comté	Bretagne	Centre-Val de Loire	Corse	Grand Est	Hauts-de-France	Île-de-France	Normandie	Nouvelle-Aquitaine	Occitanie	Pays de la Loire	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Guadeloupe	Guyane	Martinique	La Réunion
Devenir à 3 ans (date de 1er traitement <01/07/2020)	En vie à 3 ans sans rechute, ni métastases (patients invasifs sans métastases synchrones)	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
	Apparition de métastases au cours des 3 premières années de traitement (patients invasifs sans métastases synchrones)	=	=	=	=		=	=	+	=	=	=	=	=				=
	Reprise de traitement (après un arrêt d'au moins 6 mois) au cours des 3 premières années de traitement (patients invasifs sans métastases synchrones)	-	=	=	=		=	=	=	=	=	=	=	=				=
	Décès au cours des 3 premières années de traitement (patients avec date du 1er traitement < 01/07/2020)	=	=	=	=	=	=	=	+	=	=	=	=	-	=		=	+

Légende : différence significative

+ : taux standardisé supérieur à celui de la France

- : taux standardisé inférieur à celui de la France

= : aucune différence

nd : non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Annexe 9 : Cancer du pancréas – Synthèse des étapes du parcours de soins selon les régions

Étapes du parcours	Indicateurs	Auvergne-Rhône-Alpes	Bourgogne-Franche-Comté	Bretagne	Centre-Val de Loire	Corse	Grand Est	Hauts-de-France	Île-de-France	Normandie	Nouvelle-Aquitaine	Occitanie	Pays de la Loire	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Guadeloupe	Guyane	Martinique	La Réunion
Diagnostic	Niveau de gravité au diagnostic élevé (métastase synchrone)	=	=	=	=	=	=	=	-	=	+	=	=	-	=	=	=	=
Traitement	Chimiothérapie par thérapie ciblée	=	=	=	=	nd	=	=	+	=	-	-	=	=	nd	nd	nd	nd
	Pas de traitement (ni chirurgie, ni chimiothérapie)	-	=	=	=	nd	=	=	+	+	-	=	=	=	+	nd	+	+
	Chimiothérapie seule	-	=	=	-	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	nd	=	=
	Chirurgie thérapeutique seule	=	=	-	=	nd	=	=	=	=	=	=	=	=	nd	nd	nd	nd
	Chirurgie palliative seule	nd	nd	=	=	nd	nd	nd	=	nd	nd	nd	=	-	nd	nd	nd	nd
	Chimiothérapie néoadjuvante et chirurgie thérapeutique	=	-	=	=	nd	+	=	=	=	=	=	=	+	nd	nd	nd	nd
	Chirurgie thérapeutique et chimiothérapie adjuvante	+	-	-	=	nd	=	=	-	-	=	+	=	=	-	nd	nd	nd
Devenir	Décès dans les 3 mois après le diagnostic	-	=	=	=	nd	=	+	-	+	=	=	=	=	=	nd	=	+
	Décès dans les 3 à 6 mois après le diagnostic	=	=	=	=	nd	=	=	-	=	=	+	=	=	nd	nd	-	=
	Décès dans les 6 à 12 mois après le diagnostic	=	=	=	=	nd	=	=	=	=	=	=	=	=	nd	nd	nd	nd
	Décès plus d'un an après le diagnostic	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	nd	nd	nd	nd

Légende : différence significative

+ : taux standardisé supérieur à celui de la France

- : taux standardisé inférieur à celui de la France

= : aucune différence

nd : non diffusable en raison des faibles effectifs observés (indicateur non robuste)

Fédération nationale des
observatoires régionaux de la santé

62 boulevard Garibaldi / 75015 Paris
Tél. : 01 56 58 52 40
Courriel : info@fnors.org
www.fnors.org / www.scoresante.org