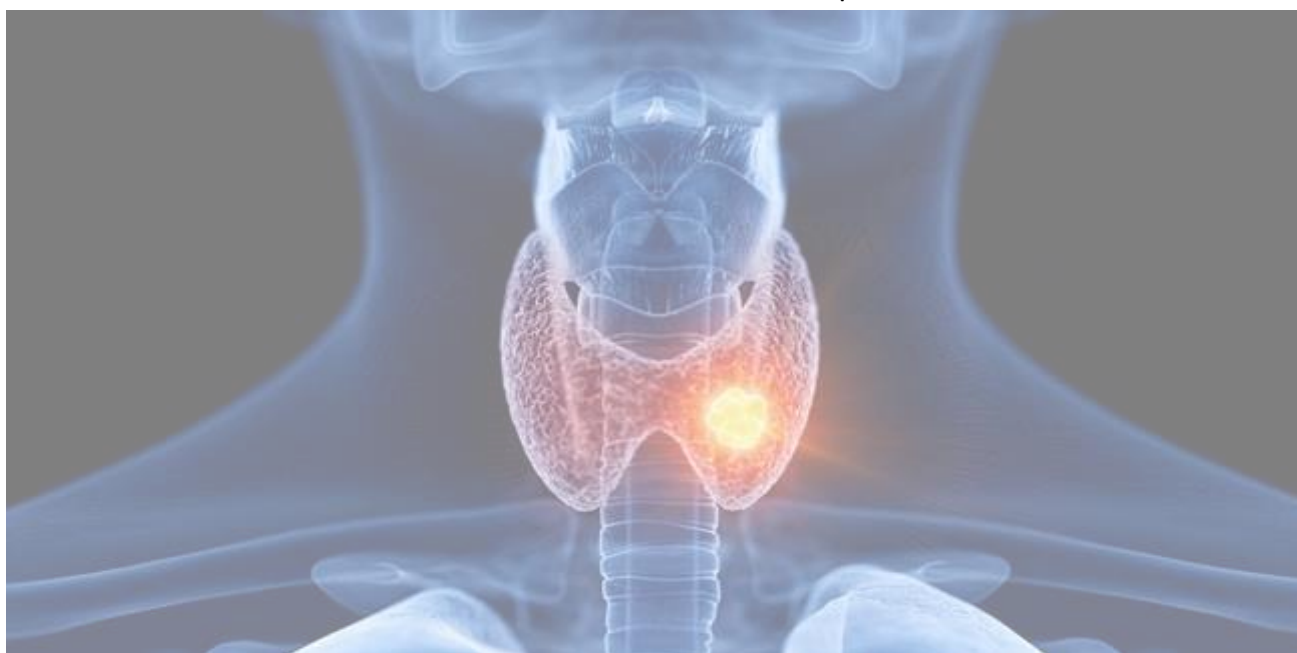


Registre général des cancers de Corse

Incidences 2017-2019

Méthodes – Résultats – Perspectives



Directeur : Christophe ARENA

Coordination médicale : Joseph BATTAGLINI

Appui technique : Yannick VIDAL, Laura ALESSANDRI, Estelle CASTA

Gestion scientifique : Jean-Pierre AMOROS, Jean ARRIGHI

Délégué à la protection des données : Yannick VIDAL

Publication : 22 décembre 2022

Cette activité bénéficie du financement exclusif de la Collectivité de Corse

Remerciements

Le registre général des cancers de Corse est le fruit de la collaboration entre plusieurs acteurs (insulaires ou non), et de la confiance accordée à l'Observatoire régional de la santé de la Corse (ORSC) de la part de ses multiples partenaires.

A travers ces quelques lignes, l'équipe du registre général des cancers de Corse (RG2C) souhaite remercier l'ensemble des personnes ayant donné de leur temps et de leur énergie afin que le registre général des cancers voie le jour ; plus particulièrement :

- en premier lieu l'Assemblée de Corse qui a perçu l'intérêt d'un registre populationnel en cancérologie couvrant le territoire insulaire, et qui a confié cette mission à l'ORSC ;
- la Collectivité de Corse qui assume seule le soutien financier du registre général des cancers de Corse, et qui, malgré les obstacles, renouvelle de façon annuelle sa confiance en l'ORSC pour animer depuis sa création le RG2C ;
- l'ensemble des directeurs des établissements fournisseurs de données ; sans leur engagement et leur pleine coopération, dans l'intérêt de la population insulaire, l'exhaustivité des données ne pourrait être assurée ;
- l'ensemble des médecins et techniciens travaillant dans les établissements fournisseurs de données ; sans leur disponibilité et leur aide, le travail sur site aurait été davantage chronophage et complexe ;
- l'équipe du registre des cancers de Poitou-Charentes qui a accepté d'accompagner l'équipe de l'ORSC dans la mise en place du RG2C, et notamment le partage de leur logiciel SINOET pour le traitement semi-automatisé des données (import, identitévigilance, saisie, détection automatisée des tumeurs), et en son sein, tout spécialement,
 - le Dr Gautier DEFOSSEZ, médecin épidémiologiste coordinateur du registre de Poitou-Charentes, pour son accompagnement lors de la mise en place du registre de Corse et ses nombreux échanges notamment lors des étapes de validations et d'améliorations du registre de Corse,
 - ainsi que Florian GRIGNOUX, gestionnaire des données du registre de Poitou-Charentes, pour son assistance technique et sa disponibilité lors de la mise en place du registre de Corse et ses temps d'échanges contribuant à l'amélioration de la coopération inter-registres ;
- le réseau français des registres des cancers (FRANCIM) pour nous avoir guidé dans notre apprentissage de ce que pourrait être le futur registre, nous avoir permis d'assister à plusieurs de ses sessions de formation sur les Techniques de Surveillance Epidémiologique et d'Enregistrement des Cancers, et, plus récemment, nous avoir facilité l'accès aux données de certains établissements ;
- parmi l'équipe de l'ORSC, les personnels ne travaillant pas directement pour le registre général des cancers de Corse mais qui apportent un appui technique ponctuel dans la surveillance de l'exhaustivité et de la cohérence des données.

Table des matières

Glossaire	3
Introduction	4
I. Matériel et méthode	5
A. Les démarches règlementaires	6
B. Les moyens matériels.....	7
1. Les données recueillies	8
2. Les séjours en établissements de soins MCO (« données PMSI »)	9
3. Les comptes-rendus d'analyses (« données ACP et BIO »).....	12
4. Les données transmises par l'Assurance maladie (« données AMA »).....	13
5. Les comptes-rendus RCP.....	13
6. Le retour au dossier médical du patient	14
C. Le traitement des données	15
1. Le transfert des données	15
2. L'intégration des données	15
3. La mise à jour de la base de données	16
4. La validation manuelle des identités	16
5. La saisie manuelle	16
6. Le cycle de validation des tumeurs	16
7. La détection des erreurs de codage.....	18
8. La détection des incohérences	18
9. Les indicateurs calculés.....	19
II. Données 2017-2019	21
A. Le contrôle de validation.....	22
1. Le nombre de sources.....	22
2. Le nombre de structures impliquées par cas.....	23
3. Les investigations du dossier médical du patient	24
B. L'incidence régionale observée selon la localisation de la tumeur	28
1. Les incidences tous cancers	29
2. Lèvre-bouche-pharynx.....	32
3. Œsophage	35
4. Estomac.....	38
5. Côlon-rectum	41
6. Foie	44
7. Pancréas.....	47
8. Larynx.....	50
9. Poumon.....	53
10. Mélanome de la peau	56
11. Sein	59
12. Col de l'utérus	62
13. Corps de l'utérus.....	65
14. Ovaire.....	68
15. Prostate.....	71
16. Testicule	74
17. Vessie.....	77
18. Rein	80
19. Système nerveux central	83

20. Thyroïde	86
21. Lymphome malin non Hodgkinien	89
22. Lymphome de Hodgkin	92
23. Myélome multiple et maladie immuno-proliférative	95
24. Leucémie aigüe myéloïde	98
25. Autres.....	101
III. Perspectives	104
A. Le développement du réseau de partenaires	105
1. Avec des partenaires institutionnels.....	105
2. Avec de nouveaux établissements.....	105
3. Avec d'autres registres de cancers	105
B. Les évolutions techniques	106
C. L'approche scientifique	107
1. Les demandes de la part des professionnels de la santé.....	107
2. Les institutions nationales et régionales.....	107
D. Le volet Recherche	109
1. Les travaux en cours	109
2. Les projets.....	109
Annexes	111
1. Création originale de routines d'extraction des données de SINOET	111
2. Description topographique et morphologique des tumeurs éligibles	112
3. Exploitation par l'ORSC des données PMSI anonymisées mises à disposition par l'Atih afin de définir la liste des établissements de soins MCO devant conventionner avec le RG2C	113
4. Mesure grâce aux requêtes PMSI de l'ORSC d'une perte potentielle d'individus pris en charge dans les établissements non conventionnés	114
5. Nombre de patients éligibles au RG2C au titre des années 2017 à 2019, selon le nombre de séjours au sein des établissements de soins MCO non conventionnés	115
6. Population de référence et formule utilisées pour le calcul des taux standardisés France et Monde	116

Glossaire

3C	Centre de coordination en cancérologie
ADICAP	Association pour le développement de l'informatique en cytologie et en anatomie pathologique
Atih	Agence technique de l'information hospitalière
Bio	Biologie médicale
CdC	Collectivité de Corse
CER	Comité d'évaluation des registres
CCTIRS	Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
DAS	Diagnostic associé significatif
DP	Diagnostic principal
DR	Diagnostic relié
FRANCIM	Réseau français des registres de cancers
HDS	Hébergeur des données de santé
LMNH	Lymphome malin non Hodgkinien
MàJ	Mise à jour
ORSC	Observatoire régional de la santé de Corse
Pop. ref.	Population de référence
RCP	Réunion de concertation pluridisciplinaire
RG2C	Registre général des cancers de Corse
RGPC	Registre général des cancers de Poitou-Charentes
RGPD	Règlement général sur la protection des données
RRC	Réseau régional de cancérologie
SNDS	Système national des données de santé
SNC	Système nerveux central
SpF	Santé publique France
VADS	Voies aéro-digestives supérieures

Introduction

Au sens de l'arrêté relatif au comité national des registres, « un registre est défini comme un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées ».

Ce document a pour but de réaliser un état des lieux de l'activité du registre général des cancers de Corse (ci-après RG2C), ainsi que de valoriser le travail réalisé par les agents du RG2C à la fois auprès de ses financeurs mais également auprès d'un plus large public intéressé par les chiffres d'incidence des cancers en Corse et, de façon générale, par les besoins en santé publique et en cancérologie dans cette région. Il ne retrace pas l'historique de la création du registre ainsi que l'ensemble des phases préalables au développement et à la mise en place de la base de données : il ne mentionne ces étapes que dans le but de faciliter la compréhension globale du rapport et de permettre au lecteur de mieux saisir la masse de travail réalisé par les agents du RG2C, sans décrire de façon exhaustive toute l'activité déployée par l'équipe du RG2C depuis la création¹ du registre.

Le présent document est composé de trois parties :

- La partie I décrit le RG2C dans son ensemble ; il récapitule ses moyens, le fonctionnement de son système d'information et liste les établissements partenaires. Il fait ensuite le point sur les critères d'éligibilité des tumeurs, la collecte des données, et sur les différences entre la veille épidémiologique réalisée et les données publiées. Une dernière partie est consacrée à la recherche, en cours et à venir, menée par l'équipe du RG2C.
- La partie II présente les données d'incidence 2017-2019, tout d'abord l'ensemble des cancers², puis selon 24 localisations tumorales. Elles sont comparées avec les estimations d'incidence de Santé publique France (ci-après SpF), puis présentées selon le sexe et la tranche d'âge des patients, mais aussi selon leur lieu de résidence (bassin de vie).
- La partie III veut être une ouverture sur l'avenir du registre. L'évolution des relations avec les partenaires actuels et futurs est abordée, ainsi que les évolutions techniques possibles. Il aborde également les perspectives en termes de projets et approches scientifiques.

La création du RG2C a été décidée par délibération de l'Assemblée de Corse. Son hébergement, son animation ainsi que son développement ont été confiés, par la Collectivité Territoriale de Corse (devenue Collectivité de Corse – ci-après CdC), à l'Observatoire régional de la Santé de Corse (ci-après ORSC). Une convention triennale de collaboration et de financement lie l'ORSC et la CdC dans le cadre de ce partenariat. Les fonds nécessaires au fonctionnement et à l'animation du RG2C sont définis de façon annuelle par la CdC et l'ORSC en fonction des besoins.

1 Le lecteur peut trouver un historique et une présentation chronologique de l'activité déployée par l'équipe de l'ORSC dans le bulletin n° 1 de l'ORSC (bientôt disponible sur le site de l'ORSC).

2 Au regard des règles de codage dictées par le réseau français des registres de cancers (FRANCIM) et des regroupements de localisations de tumeurs telles que retenus par Santé publique France (cf. Annexe - Description topographique et morphologique des tumeurs éligibles).

I. Matériel et méthode

Le bon fonctionnement du RG2C est assuré par :

- les éléments humains et matériels
- le système d'information, essentiel au traitement des données
- un maillage territorial et extraterritorial d'établissements partenaires permettant l'exhaustivité du recueil.

Comme énoncé en introduction, les éléments exposés dans ce document n'ont pas vocation à retracer l'historique et l'ensemble des démarches préalables à la mise en œuvre de la collecte et de la création de la base de données.

Cette première partie du document s'attache à décrire :

- les démarches réglementaires effectuées par le RG2C avant sa mise en place,
- les moyens matériels mobilisés,
- les données recueillies,
- le traitement des données recueillies et notamment les mesures de protection destinées à assurer la cohérence de la base de données et limiter le risque de fuite (ou de perte) de données.

Pour plus d'information concernant l'historique de la création du registre, le lecteur pourra prochainement consulter sur le site internet de l'ORSC www.ors.corsica :

- le bulletin d'information de l'ORSC consacré à ce sujet,
- l'article en cours de publication, intitulé « Le registre général des cancers de Corse, outil territorial de santé publique ».

A. Les démarches réglementaires

Afin de pouvoir réaliser la collecte des données nécessaires à l'enregistrement des tumeurs, plusieurs démarches ont été nécessaires.

- Dans un premier temps, le RG2C a consulté le comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (ci-après CCTIRS)³, auprès duquel il a obtenu le 11 mars 2015 un avis favorable.
- Dans un second temps, une demande d'autorisation a été soumise à la commission nationale de l'informatique et des libertés (ci-après CNIL³), qui a délivré un avis favorable le 17 mars 2016 pour la création de la base de données du registre (autorisation n°915198).

La diffusion de lettres d'informations aux patients, l'affichage de notes d'informations dans les différents établissements partenaires ainsi que d'autres moyens d'informations des patients ont été dès lors mis en place par les équipes du RG2C afin de pouvoir commencer dès le 1er janvier 2017 la collecte de données alimentant le RG2C.

Avec l'entrée en vigueur le 25 mai 2018 du Règlement Général sur la Protection des Données (ci-après RGPD), le RG2C s'est naturellement mis en conformité avec la nouvelle législation européenne en modifiant notamment les lettres d'informations aux patients, en utilisant la ressource du délégué à la protection des données de l'ORSC, en diffusant largement les coordonnées de ce dernier et en le chargeant de surveiller le respect du RGPD dans l'ensemble des méthodes d'enregistrement des cas et des informations recueillies par le système informatique du registre, au vu de leur nature confidentielle. Parallèlement, les conventions signées avec nos partenaires jusqu'à cette date étaient revues et modifiées si besoin après échange avec leurs propres services juridiques.

³ Le rôle du CCTIRS est d'éclairer la CNIL sur la justification du traitement de données à caractère personnel dans un but de recherche, et, pour cela, d'émettre un avis sur la méthodologie de la recherche. Cet avis, permet à la CNIL de se prononcer ou non sur la nécessité de déroger au secret professionnel protégeant les données de santé à caractère personnel et d'autoriser le traitement de données proposé.

B. Les moyens matériels

Le RG2C dispose du bureau n°19 dans les locaux de la CdC situés à Ajaccio, quartier St Joseph, immeuble Castellani.

L'accès à ce bureau est sécurisé par :

- un digicode qui contrôle l'entrée dans les locaux de la CdC, locaux eux-mêmes sous vidéo-surveillance,
- une porte blindée à l'entrée du bureau n°19.

Le bureau n°19 comprend trois postes de travail. Chacun d'entre eux permet individuellement l'accès à la base de données aux trois salariés autorisés :

- le technicien d'études responsable de l'import des données, du codage d'une partie des tumeurs et de l'écriture et l'exécution des différents programmes⁴ permettant d'intervenir sur la base de données ;
- le médecin responsable du codage d'une partie des données et d'une façon plus générale de la bonne qualité des informations saisies dans la base de données ;
- le médecin responsable de la recherche scientifique.

Le directeur, supervisant le fonctionnement du registre, ainsi que les autres employés de l'ORSC pouvant intervenir de façon ponctuelle au fonctionnement du registre n'ont pas d'accès autonome aux données.

La base de données est elle-même hébergée sur un serveur situé dans une salle climatisée, ventilée et dont l'accès est protégé par un digicode. Afin de s'assurer de l'intégrité des données, le serveur dispose d'un disque dur supplémentaire qui prend automatiquement le relais en cas de défaillance d'un des quatre disques hébergeant la base. Ce dispositif est complété par une sauvegarde quotidienne des données composant la base ainsi que d'une sauvegarde hebdomadaire de l'architecture complète (logiciels et données) de la base sur une « boîte » sécurisée et chiffrée. Une réplique, mis à jour quotidiennement, de cette « boîte » est effectuée sur une « boîte » située à distance de la première et du serveur.

Un coffre-fort, situé dans le bureau n°19 du RG2C, abritant les documents papiers sensibles nécessaires à la codification des tumeurs complète l'équipement du RG2C. Seules les deux personnes codant les tumeurs ont un accès à ce dernier.

⁴ Exemple le programme en Annexe - Création originale de routines d'extraction des données de SINOET

1. Les données recueillies

Les données collectées sont la clef de voute du RG2C. De leur exhaustivité et de leur qualité dépend la qualification du RG2C. Pour assurer la veille épidémiologique de pathologies tumorales, plusieurs types différents de données sont collectés auprès de différentes sources :

- Les données d'hospitalisation,
- Les résultats d'analyses par les laboratoires,
- Les données transmises par l'Assurance maladie,
- Les comptes-rendus des réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (RCP),
- Les dossiers médicaux.

Ces données sont collectées uniquement pour les patients éligibles et permettent non seulement de disposer des informations nécessaires au codage de la tumeur mais aussi des données administratives du patient indispensables pour effectuer les contrôles d'identitovigilance.

Les données issues de l'activité de quatre types (également appelés « sources ») d'établissements ou de structures sont collectées en routine de façon semestrielle ou annuelle. Les variables recueillies varient d'une source à une autre, en fonction de la spécificité de chaque source, mais également d'un établissement à un autre en fonction des méthodes d'extractions. Quand les données collectées en routine ne permettent pas d'enregistrer les informations obligatoires (selon les guides FRANCIM) pour chaque tumeur, une consultation des dossiers médicaux est demandée.

Le RG2C fonctionne grâce à une collaboration étroite entre les différents acteurs du parcours de soins des patients corses. Le RG2C est en quelque sorte le chef d'orchestre des informations collectées au sein de son réseau de partenaires, en sélectionnant les établissements ayant un rôle à jouer dans cette collecte et en réalisant des demandes de collaboration avec les acteurs quand cela est nécessaire.

Le RG2C réalise un enregistrement continu et exhaustif des pathologies tumorales diagnostiquées depuis le 1^{er} janvier 2017 chez les résidents corses, que la prise en charge ait eu lieu en Corse ou sur le continent. Plus précisément, les critères d'éligibilité sont les suivants :

- l'individu porteur de la pathologie tumorale doit être résident Corse au moment de la découverte de sa pathologie ;
- la pathologie tumorale doit être incluse dans l'une des catégories ci-dessous :
 - Tumeur maligne invasive solide, hors carcinome basocellulaire de la peau,
 - Hémopathie maligne,
 - Tumeur in situ,
 - Tumeur borderline des ovaires,
 - Tumeur d'évolution imprévisible du système nerveux central et de la vessie,
 - Tumeur bénigne du système nerveux central,
 - Dysplasie de haut grade de l'appareil génital féminin.

2. Les séjours en établissements de soins MCO (« données PMSI »)

Les données d'hospitalisation (« données PMSI ») sont fournies par les départements d'information médicale des établissements de soins partenaires.

➤ La sélection des établissements de soins à l'aide du PMSI

L'ORSC dispose d'un accès aux bases de données de l'Agence technique de l'information hospitalière⁵ (ci-après Atih). Des requêtes ciblant les patients souffrant de pathologies tumorales et résidant en Corse y ont été effectuées afin de cibler les établissements hospitaliers les accueillant. Des conventions de collaboration ont été signées entre l'ORSC et les différents établissements. Elles incluent entre autres les modalités du transfert de données et de la diffusion de l'information aux patients sur l'existence du RG2C, la collecte des données par ce dernier ainsi que sur leurs droits (refus d'inclusion et accès à leurs données).

Ces requêtes PMSI ciblent les patients résidant en Corse et ayant effectué un séjour dans un établissement de soins, avec un diagnostic principal (ci-après DP) ou relié (ci-après DR) codé en « C », hors « C44 » (dénommé ci-après séjour éligible⁶). Sont alors sélectionnés les établissements ayant accueilli au moins 10 patients annuellement. Cela représente 22 établissements ou groupements hospitaliers dont 11 sur le continent en 2017⁷ : des conventions ont pu être signées entre le RG2C et 17 d'entre eux. Ces 17 établissements (dénommés ci-après « conventionnés ») représentent 89% des séjours des patients résidant en Corse ayant un séjour avec un DP ou un DR éligible. Cela ne signifie pas que les 11% restants ne sont pas identifiés. Ils le sont effectivement à partir des autres sources d'information présentées dans la suite du rapport.

➤ La caractérisation du poids des établissements non conventionnés

En effet, le parcours de soins d'un patient est souvent long et complexe : les patients présentant des pathologies tumorales peuvent être pris en charge médicalement durant plusieurs années et au sein de plusieurs établissements différents. L'exploitation du PMSI au niveau national a permis de constater que les patients ayant un DP ou un DR éligible en 2017 mais n'ayant pas séjourné la même année dans un établissement conventionné, soit 383 patients (10% des patients éligibles), sont 19% à avoir séjourné dans un établissement

⁵ Un accès privilégié aux données de l'Agence technique de l'information hospitalière (**Atih**) : historiquement l'ORSC, par convention avec l'ARH puis l'ARS de Corse, disposait des données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ; depuis 2015, l'ORSC dispose de ces données directement via un accès distant aux serveurs de l'Atih. Le **PMSI** est un système d'information qui tient compte des pathologies et des modes de prise en charge afin que les établissements de santé publics et privés puissent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité tel que la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière le prévoit. Ces données présentent les informations épidémiologiques et tarifaires des séjours produits dans les établissements sanitaires, que ce soit dans le champ de la médecine, chirurgie, obstétrique, mais aussi les hospitalisations à domicile, les soins de suite et de réadaptation ainsi que les séjours en établissement psychiatrique.

⁶ Dans ce paragraphe, le tandem « séjour / patient éligible » fait référence aux séjours (ou patient ayant au moins un séjour) retenus par le critère de sélection, qui sont comptabilisés dans les bases du PMSI de l'année. La destination comptable du PMSI ne permet pas d'attester la qualification et l'incidence de la tumeur soignée. Il permet de cibler les établissements prenant en charge les patients éligibles.

⁷ Les données présentées dans le rapport d'activité se rapportent à l'année 2017. Les données se rapportant à 2018 et 2019 sont disponibles en Annexe - Nombre de patients éligibles au RG2C au titre des années 2017 à 2019, selon le nombre de séjours au sein des établissements de soins MCO non conventionnés

conventionné en 2018 et/ou en 2019⁸ (cf. Annexe - Mesure grâce aux requêtes PMSI de l'ORSC d'une perte potentielle d'individus pris en charge dans les établissements non conventionnés).

Ainsi, ce ne sont pas 383 mais 312 patients (8% des patients éligibles en 2017) qui ne seraient pas détectés de façon automatisée par leur présence lors d'un séjour dans un établissement de soins conventionné. Les données du PMSI analysé dans ce cadre par l'ORSC sont anonymisées et ne permettent pas de savoir s'ils sont effectivement « perdus » pour leur inclusion dans le registre et donc non enregistrés.

Le numéro anonyme du patient permet cependant de suivre le parcours de soins de ces 312 patients dans les bases nationales du PMSI des années 2016 à 2019 :

- 127/312 avaient déjà un séjour éligible en 2016 ; le RG2C enregistrant les tumeurs diagnostiquées à compter de 2017, ces patients ne seraient pas éligibles ;
- 41/312 sont enregistrées à deux adresses différentes, dont l'une hors de Corse ; il est donc probable que leur résidence principale ne soit pas en Corse ;
- 73/312 ont eu un séjour unique éligible en 2017 sans autre séjour entre 2017 et 2019 (cf. Annexe - Nombre de patients éligibles au RG2C au titre des années 2017 à 2019, selon le nombre de séjours au sein des établissements de soins MCO non conventionnés). En présence d'une telle situation, comme la prise en charge d'une pathologie tumorale génère généralement plus qu'un seul séjour hospitalier, il n'est pas inutile de se rappeler que les résumés de sorties standardisés présents dans le PMSI sont des documents d'utilisation comptable, et non médicale. Il peut arriver qu'il ne soit pas précis, voir exacts, quant au diagnostic saisi.

Le croisement avec les autres sources d'information permet fort heureusement de ne pas procéder à la consultation des dossiers médicaux de tous ces patients, ce qui représenterait un coût élevé. Une grande partie de ces patients ayant échappé à l'information provenant des établissements de soins conventionnés ont été identifiés et enregistrés dans le RG2C via une autre source d'information : cela pourrait être le cas, par exemple, d'un patient qui aurait séjourné dans un établissement non conventionné avec le RG2C mais, pour lequel, cet établissement transmettrait les prélèvements d'analyse à un laboratoire partenaire.

De plus, l'existence d'un ou plusieurs séjours éligibles dans un ou plusieurs établissements non conventionnés ne signifie pas que le patient a une nouvelle tumeur : il peut s'agir d'une erreur de codage, d'un continuum de soins d'une année précédente, d'une rechute ou d'une métastase codée comme tumeur primitive.

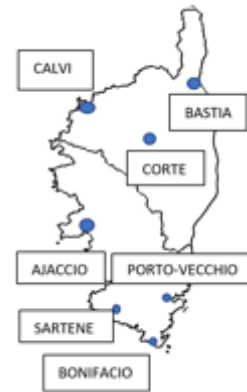
Tout cet ensemble de requêtes, travail en amont réalisé par l'ORSC, permet à la fois de contrôler l'exhaustivité de la collecte de données, et de mesurer les besoins en activité du RG2C.

⁸ Les registres des cancers travaillant avec trois ans de recul, les investigations n'ont pas été poussées aux années ultérieures ; cependant il n'est pas exclu que ces patients soient hospitalisés ultérieurement avec un DR éligible dans un établissement partenaire et ainsi « capté » par le RG2C.

➤ La liste des établissements de soins partenaires

En Corse, la totalité des établissements MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) participent au recueil. Soit :

- Le centre hospitalier d'Ajaccio,
- Le centre hospitalier de Bastia,
- Le centre hospitalier de Bonifacio,
- Le centre hospitalier de Calvi – Balagne,
- Le centre hospitalier de Castelluccio (Ajaccio),
- Le centre hospitalier intercommunal de Corté – Tattone,
- Le centre hospitalier de Sartène,
- La clinique Filippi,
- La clinique Clinisud,
- La polyclinique de Furiani,
- La polyclinique La Résidence Maymard,
- La clinique de l'Ospedale.



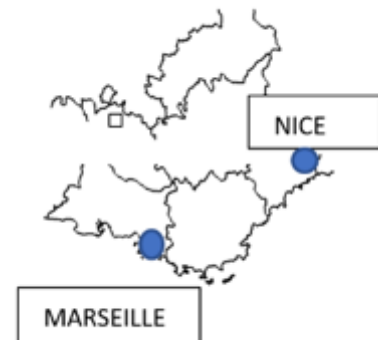
En région Île-de-France :

- L'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris,
- L'institut Curie,
- L'institut Gustave Roussy (Villejuif).



En région Provence-Alpes-Côte-D'azur :

- L'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille,
- Le centre hospitalier universitaire de Nice,
- L'hôpital Saint Joseph,
- Le centre Antoine Lacassagne,
- L'institut Paoli-Calmettes.



➤ Les variables collectées

Les variables collectées auprès des établissements MCO sont le résultat d'une fusion d'un fichier de données administratives des patients éligibles avec le fichier des séjours (résumé standardisé de sortie, RSS) tel qu'il est envoyé aux tutelles pour la facturation des prestations réalisées. Ces variables sont les suivantes :

- Nom et prénom du patient,
- Nom de naissance du patient,
- Date de naissance du patient,
- Adresse complète de résidence du patient,
- Commune de naissance du patient,
- Statut vital du patient,
- Date de décès du patient,
- L'identifiant personnel patient,
- L'ensemble des variables présentes dans le résumé standardisé de sortie.

3. Les comptes-rendus d'analyses (« données ACP et BIO »)

Les « données ACP » sont transmises par les laboratoires de cytologie pathologique et les laboratoires d'analyses médicales partenaires. C'est le médecin dans ces structures (hospitalières ou de ville) qui confirme le diagnostic et établit la typologie de la tumeur ; cela rend les comptes-rendus ACP indispensables, voire obligatoires selon les recommandations FRANCIM. Les laboratoires d'analyses partenaires réalisent une extraction semestrielle ou annuelle des comptes-rendus des patients ayant un code de résidence en Corse et dont le prélèvement est éligible au RG2C. En complément, et si cela s'avère nécessaire, ils peuvent être interrogés par le RG2C s'il a identifié des patients à partir des données PMSI qui font apparaître des actes traceurs (prélèvement, exérèse, curage, myélogramme, biopsie ostéo-médullaire).

Les « données BIO » sont celles transmises par les laboratoires de biologie médicale : l'examen participe au diagnostic des hémopathies malignes et l'analyse est effectuée, soit en interne quand l'équipement du laboratoire le permet, soit externalisée vers les laboratoires Pasteur-CERBA et BIOMNIS.

➤ La sélection des laboratoires partenaires

Les laboratoires partenaires sont, soit ceux qui sont intégrés aux établissements MCO conventionnés avec le RG2C, soit ceux à qui ces établissements adressent les prélèvements.

➤ La liste des laboratoires partenaires

En Corse

ACP : ensemble des laboratoires insulaires

- Laboratoire Xpath, Bastia,
- Laboratoire du centre hospitalier d'Ajaccio,
- Laboratoire du Dr Burelli⁹,
- Laboratoire du Dr Versini¹⁰.

BIO : laboratoire du centre hospitalier d'Ajaccio

Sur le continent

ACP :

- Laboratoires du groupement Medipath,
- Laboratoire Xpath Méditerranée,
- Laboratoire de l'IPC (en cours).

BIO : laboratoires Pasteur-CERBA et BIOMNIS

➤ Les variables collectées

Les variables collectées auprès des laboratoires sont celles permettant d'identifier avec précision les individus pour lesquels le prélèvement a été réalisé, ainsi que les variables ci-dessous permettant de caractériser le prélèvement et la tumeur :

- Nom du patient,
- Prénom du patient
- Nom de naissance du patient,
- Date de naissance du patient,
- Adresse complète de résidence du patient,
- Le code ADICAP,
- L'identification du pathologiste,
- L'identification du prescripteur,
- L'identification de l'examen,
- Le compte rendu de l'examen.

⁹ Le laboratoire a été racheté en 2021 mais participe toujours au recueil.

¹⁰ Le laboratoire a été ouvert en 2019.

4. Les données transmises par l'Assurance maladie (« données AMA »)

Les tumeurs malignes ouvrent droit au remboursement des soins par les organismes de sécurité sociale. Elles font ainsi partie des affections dites de longue durée (ALD). La reconnaissance de l'affection est enregistrée par les services médicaux de l'assurance maladie et représente une source supplémentaire d'identification des cas.

➤ Les régimes partenaires

Le régime général (qui inclut depuis 2018 le régime social des indépendants) et le régime agricole (MSA) sont partenaires du registre et mettent à disposition leurs données.

➤ Les variables collectées

Les services médicaux des caisses régionales de ces deux principaux régimes d'Assurance Maladie (général et agricole) ont développé des requêtes permettant d'extraire les données administratives et médicales des patients de la région Corse admis en ALD pour cancer. Les variables recueillies pour chaque patient sont :

- Nom,
- Prénom,
- Nom de naissance,
- Sexe,
- Date de naissance,
- Adresse complète de résidence,
- Commune de naissance,
- Date de décès,
- Date de début de l'ALD,
- Code CIM10 de la tumeur.

5. Les comptes-rendus RCP

Les réunions de concertation pluridisciplinaire en cancérologie (ci-après RCP) sont des réunions régulières entre spécialistes, au cours desquelles sont discutées les situations des patients, le diagnostic, les traitements possibles en fonction des dernières études scientifiques, l'analyse des bénéfices et des risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter. A l'issue de chaque réunion, un compte-rendu est établi. Le RG2C collecte auprès des centres de coordinations en cancérologie (ci-après 3C) le contenu de ces comptes-rendus : cela augmente la mise à disposition passive d'informations pour valider les dossiers, exclure les cas non éligibles, mais aussi pour analyser le parcours de soins des patients.

➤ Les 3C partenaires

En Corse

- 3C de Haute-Corse,
- 3C de Corse-du-Sud.

Sur le continent

- 3C de l'APHM,
- 3C de l'hôpital St Joseph,
- 3C de l'Institut Paoli Calmette,
- 3C du centre Antoine Lacassagne.

➤ Les variables collectées

- Nom du patient,
- Prénom du patient,
- Nom de naissance du patient,
- Date de naissance du patient,
- Adresse complète de résidence du patient,
- Code CIM-10,
- Le compte rendu de la RCP.

6. Le retour au dossier médical du patient

Le retour au dossier médical du patient s'impose lorsque les informations recueillies en routine sont insuffisantes pour enregistrer l'ensemble des informations obligatoires selon les règles de codage nationales et internationales ; des investigations sont alors réalisées. Les investigations prennent le plus souvent la forme d'une consultation du dossier patient dans l'un des établissements fréquentés par le patient.

Les documents recherchés peuvent être très variés, même si, dans la plupart des cas, ce sont les comptes-rendus d'anatomopathologie de la première biopsie ou de la pièce opératoire, un compte-rendu d'hospitalisation ou un compte-rendu de RCP. D'autres formes d'investigations peuvent être réalisées mais sont plus marginales.

Pour information : Une investigation est rattachée à un patient et non à une tumeur, ainsi un même patient peut avoir été investigué plusieurs fois. Est comptabilisé dans la partie « II. Données 2017 – 2019 », le nombre de patients qui ont été investigués, et non le nombre de tumeurs. Le nombre d'investigations est donc supérieur au nombre de patients investigués. Un patient ayant une tumeur validée entre 2017 et 2019, qui a bénéficié d'une investigation pour une seconde tumeur potentielle, quelle que soit l'année, est comptabilisé.

C. Le traitement des données

La particularité du RG2C par rapport à la plupart des registres du réseau français des registres des cancers (ci-après FRANCIM) est son système d'information. Celui-ci a été développé, et est utilisé, par le registre des cancers de Poitou-Charentes (ci-après RGCP). Le RG2C, en partenariat avec le RGCP, a adapté leur logiciel SINOET à la fois à l'environnement de travail du RG2C, et aux particularités insulaires. Ce partenariat a notamment permis de limiter les coûts de fonctionnement du RG2C pour son financeur exclusif, la CdC.

SINOET¹¹ est un système d'information multi-sources. Il agrège les données collectées auprès des établissements partenaires sur une identité unique. Il permet donc pour un seul individu de disposer des informations relatives à son parcours de soins (établissements de soins fréquentés, actes réalisés, ...), aux caractéristiques de sa ou ses tumeurs (résultats de biopsies, de résections, ...), des éléments pronostiques divers (facteurs de risques, plan de traitements envisagés, ...) et d'avoir une confirmation de leur lieu de résidence, ensemble d'éléments qui vont caractériser la pathologie sans effectuer un recours systématique au dossier patient.

1. Le transfert des données

Le transfert des données se fait toujours de façon sécurisée, selon trois modes, au choix des établissements :

- le cryptage à double clef des fichiers avant leur transfert au RG2C (mail, ou remise sur clé USB)
- le transfert des fichiers non cryptés via la messagerie de santé sécurisée MSsanté
- la mise à disposition des fichiers sur une plateforme sécurisée de téléchargement

2. L'intégration des données

Préalablement à l'intégration des données à la base de données Oracle, une connexion sécurisée à celle-ci est nécessaire (accès limités aux seules personnes autorisées).

L'intégration des données comprend plusieurs étapes qui sont automatisées à l'aide de différents programmes SAS. Les interventions humaines sont limitées durant cette phase et se résument à l'indication au programme des données à intégrer et à un contrôle de leur intégrité.

- Etape 1 : indiquer au programme la source et le nom de la structure ayant transmis les données, ainsi que la période couverte,
- Etape 2 : homogénéiser les données afin que leur format corresponde à celui des données déjà présentes dans la base. Cela se fait à l'aide d'une table de correspondance préalablement établie,
- Etape 3 : « nettoyage » des données. Elle permet notamment de supprimer les doublons, d'exclure les données non éligibles et de supprimer les caractères spéciaux,
- Etape 4 : mise à jour des tables afin d'identifier les lignes déjà présentes dans la base, « d'agréger » les nouvelles données sur des identités existantes d'ajouter les nouvelles,
- Etape 5 : création automatisée des comptes-rendus d'intégration.

¹¹ Dans la suite du rapport, il est fait référence à plusieurs reprises à SINOET. Il s'agit du programme qu'utilise actuellement le RG2C, adapté du logiciel SINOET tel que développé et déposé en juillet 2016 à l'Agence pour la protection des Programmes, par le RGCP.

3. La mise à jour de la base de données

Suite à l'intégration des données, un programme est exécuté pour permettre une « mise à jour » de la base contenant les données nouvellement intégrées. Ce second programme comprend les cinq étapes suivantes :

- Etape 1 : contrôle de l'intégrité référentielle de la base de données,
- Etape 2 : proposition de recodage d'identités similaires,
- Etape 3 : composition de « l'histoire de la maladie » (parcours de soins : séjours hospitaliers, résultats de biopsies, propositions de traitements, ...),
- Etape 4 : notification automatisée des tumeurs en fonction des éléments disponibles et selon les règles de codage internationales des tumeurs,
- Etape 5 : détection des éventuelles incohérences (cf. ci-dessous « La détection des erreurs de codage »).

4. La validation manuelle des identités

Le programme de mise à jour présenté ci-dessus sélectionne des identités similaires et propose à l'utilisateur de les regrouper. Pour définir une identité similaire le programme analyse les données suivantes : nom, prénom, nom de naissance, sexe et date de naissance de l'individu. Ainsi quand plusieurs de ses critères sont identiques pour plusieurs individus un regroupement (également appelé recodage) d'identité est proposé à l'utilisateur, à qui appartient la décision finale de regroupement. Pour ce faire, il dispose des informations administratives et médicales des deux identités proposées au regroupement. Suite aux regroupements, le programme de mise à jour doit être à nouveau lancé.

5. La saisie manuelle

La saisie manuelle des informations liées aux pathologies tumorales est postérieure à la notification automatisée de tumeurs réalisée par le programme de MàJ. La saisie manuelle constitue donc à la fois une première étape de contrôle des informations renseignées par le programme de MàJ, mais aussi un moyen permettant de compléter les informations enregistrées par les algorithmes. Elle est systématique pour l'ensemble de tumeurs validées par le registre et fait partie du cycle de validation des données du RG2C.

6. Le cycle de validation des tumeurs

Le cycle de validation comprend plusieurs niveaux qui définissent la validité des informations obligatoires et optionnelles¹² enregistrées pour chaque tumeur (selon les recommandations internationales du centre de recherche sur le cancer – CIRC, du réseau européen des registres des cancers – ENCR et du réseau FRANCIM). Ces niveaux sont détaillés ci-dessous.

12 Le personnel du RG2C suit régulièrement les sessions de formation sur les règles de codage, organisées par le réseau FRANCIM

➤ Le niveau 0 de validité

Il signifie qu'une potentielle tumeur est détectée à partir des données intégrées dans le système. Elle est alors ajoutée à une fiche-patient (contenant les données administratives d'une personne intégrée au registre). Une date d'incidence, une base de diagnostic, une topographie et une morphologie (classification CIM-O3¹³), et une commune de résidence du patient sont proposées à l'agent du RG2C. Deux options pour l'agent du RG2C :

- considérer qu'il s'agit d'une erreur d'appréciation de l'algorithme ; la tumeur est supprimée,
- décider de traiter la tumeur et d'enrichir les informations proposées par l'algorithme.

➤ Le niveau 1 de validité

Le passage à ce niveau signifie que l'agent du RG2C décide de modifier l'enregistrement de la tumeur proposé par l'algorithme. Ce niveau est transitoire. L'agent vérifie les éléments proposés par l'algorithme, les corrige si nécessaire et saisit un maximum d'informations utiles à l'enregistrement de la tumeur.

➤ Le niveau 2 de validité

Deux options sont alors possibles :

- l'agent dispose des informations pour enregistrer les variables obligatoires (variables selon la topographie et morphologie tumorale) au regard des recommandations FRANCIM, et la tumeur passe au niveau 2 ;
- l'agent ne dispose pas de ces informations. Il doit donc mener des investigations (consultation des dossiers patients dans les établissements de soins). La tumeur passera en niveau 2 seulement si les informations obligatoires sont recueillies et valident l'éligibilité de la tumeur).

A ce stade les informations saisies sont considérées comme exactes. Cependant la tumeur n'est pas figée ; des informations recommandées et/ou complémentaires peuvent être ajoutées au fur et à mesure de l'évolution de la tumeur et des traitements.

➤ Le niveau 3 de validité

Le niveau 3 est une extension du niveau 2. Il correspond à certaines tumeurs de niveau 2 qui ont été sélectionnées pour un projet de recherche. Il permet aux agents du RG2C d'identifier plus facilement ces tumeurs pour lesquelles des informations complémentaires sont nécessaires alors même que toutes les informations obligatoires sont renseignées.

➤ Le niveau 9 de validité

Le niveau 9 correspond aux tumeurs non éligibles. Il peut s'agir par exemple d'erreurs de codage au moment de l'enregistrement par la structure partenaire du RG2C, ou encore d'une tumeur prévalente (dont la date d'incidence est antérieure au 01/01/ 2017).

13 Abréviation pour Classification Internationale des Maladies pour l'Oncologie, troisième édition

7. La détection des erreurs de codage

La détection d'erreur de codage, au sens des recommandations nationales et internationales, se fait via un programme exécuté automatiquement lors de l'exécution du programme de MàJ¹⁴. Il ne vérifie pas la cohérence et l'exhaustivité du traitement des données présentes dans le registre mais l'exactitude des informations saisies. Il est à noter que le programme vérifie uniquement les tumeurs de niveau 2 et 3, soit celles considérées comme validées par les agents du RG2C. Ces erreurs sont signalées aux agents du RG2C via l'interface de saisie afin qu'ils puissent les corriger. Les points de contrôles peuvent être regroupés en 4 catégories :

- **Les informations saisies manquantes ou incohérentes** : le programme contrôle une multitude de points de vigilance et analyse chaque variable qui dispose d'un format standardisé dans la base de données. A titre d'exemples : la date d'incidence de la tumeur ne peut pas être antérieure à la date de naissance de l'individu ; le comportement tumoral ne peut être vide et doit être compris en 0 et 3 ; le grade histopronostic de la tumeur du sein doit être le grade Scarff-Bloom-Richardson (SBR) ;
- **Les combinaisons improbables** : le programme effectue des croisements pour identifier des combinaisons de variables peu fréquentes et qui doivent automatiquement attirer la vigilance des agents du RG2C. Les variables croisées sont la localisation de la tumeur, sa morphologie, l'âge du patient. A titre d'exemple : Il est peu probable qu'un enfant de cinq ans, ou moins, développe un adénocarcinome papillaire de la thyroïde ;
- **Les combinaisons impossibles** : pour déterminer les combinaisons impossibles, le programme croise le sexe de l'individu avec des localisations ou des morphologies propres au sexe ainsi que plusieurs types de code morphologique impossibles. A titre d'exemple : une femme ne peut pas présenter un cancer de la prostate ; un homme ne peut pas présenter de cystadénocarcinome séreux ; les lymphomes ne peuvent pas avoir un grade compris entre 1 et 4 ;
- **Les erreurs de mise à jour** : suite à l'intégration de nouvelles données et au lancement du programme de MàJ, de nouvelles tumeurs peuvent être créées. Le programme vérifie que ces dernières ne constituent pas des « doublons » avec des tumeurs déjà existantes. A titre d'exemple : les tumeurs de la vessie pouvant être multi-récurrentes, le programme vérifie qu'il n'a pas créé une tumeur par récidive.

8. La détection des incohérences

Un programme SAS développé par le RG2C permet de détecter des anomalies dans le traitement des données. Il est lancé de façon systématique lorsque toutes les données d'une année sont à priori traitées. Il comprend les trois actions suivantes qui permettent à chaque agent de réaliser un contrôle des informations saisies :

- **Un contrôle des investigations** : les investigations sont chronophages et occasionnent des déplacements coûteux qu'il est rentable de limiter. Cependant, quand ils sont nécessaires, il est essentiel de ne pas en « oublier » afin que les délais de validation des tumeurs soient respectés. Le programme vérifie donc que l'ensemble des tumeurs de niveau 1 ont bien une investigation prévue, et que celles d'un niveau supérieur ou égal à 2 n'ont en revanche aucune investigation prévue.

¹⁴ SINOET est constitué d'un ensemble de programmes différents qui fonctionnent de façon indépendante, complémentaire ou imbriqué. Le programme de MàJ fait appel à différents programmes lors de son exécution dont celui des détections des erreurs de codage.

- **Une notification de points de vigilance** : ce ne sont pas forcément des erreurs de codage mais des points de contrôle à vérifier car moins courants. Cette catégorie regroupe, par exemple, les tumeurs pour lesquelles l'histologie réalisée confirme l'éligibilité de la tumeur sans en préciser sa morphologie, ou encore certaines erreurs d'inattention (tumeurs enregistrées comme prévalentes avec une date d'incidence postérieure au 01/01/2017, ou bien incidente avec une date d'incidence antérieure au 01/01/2017).
- **Une notification des données intégrées mais non traitées** : trois situations peuvent exister :
 - Les données transmises par certains établissements (nouvellement partenaires du RG2C) concernent une année déjà validée. Il s'agit alors de pouvoir détecter ces nouvelles données pouvant modifier l'enregistrement des tumeurs concernées
 - Certaines données sont agrégées sur des tumeurs déjà validées en niveau 2. Cette partie du programme permet de les signaler aux agents du RG2C afin qu'ils puissent vérifier qu'il ne s'agit pas de nouvelles tumeurs
 - Certaines données ne notifient pas automatiquement une tumeur. Ces données « seules » sont ainsi mises en évidence afin que les agents du RG2C puissent décider s'il est opportun de créer une tumeur (ou non) et, en fonction des informations disponibles, la laisser en niveau 1 et l'investiguer, ou la passer directement en niveau 2.

9. Les indicateurs calculés

➤ Le volume d'informations collectées

Le volume d'informations collectées à la date de parution du rapport sur la période 2017 - 2019 est plus important que celui retenu : des données ont été collectées pour 18 946 patients uniques¹⁵, potentiellement éligibles, qui ont généré 15 637 tumeurs¹⁶. Parmi elles :

- 7166 tumeurs n'étaient pas éligibles (diagnostic antérieur au 01/01/2017, tumeurs non primitives, tumeurs bénignes non enregistrées selon les recommandations FRANCIM...)
- 8375 tumeurs (7952 patients) ont été enregistrées entre le 1er janvier 2017 et le 31 décembre 2019
- 96 tumeurs sont en attente (information manquante).

➤ Les incidences

Les incidences calculées correspondent au nombre de tumeurs pour lesquelles l'ensemble des variables obligatoires ont été enregistrées, et qui répondent aux critères d'inclusions selon les règles de codage nationales et internationales.

Mais la veille épidémiologique réalisée par le RG2C permet également de suivre des patients qui ne sont pas atteints d'un cancer selon les critères d'incidence de FRANCIM, mais qui présentent des lésions pré-invasives ou bénignes. Cette veille a pour objectifs de quantifier le nombre de lésions à potentiel dégénératif mais également de suivre les temps de transformation de ces lésions en cancer. Les critères de recueil des données relatives à des lésions non cancéreuses sont détaillés ci-dessus.

¹⁵ Après recodage des identités similaires (cf. La validation manuelle des identités).

¹⁶ Une identité ne génère pas forcément de tumeurs. Sont comptabilisés comme « tumeurs » les pathologies cancéreuses dont l'enregistrement est effectué par le RG2C tel que décrit ci-dessus.

➤ Le nombre de sources par tumeur

Le nombre de sources par tumeur est un indicateur de performance du recueil automatisé des données. Plus le nombre de sources venant étayer une tumeur est important, plus la probabilité d'avoir besoin de recourir au dossier patient est faible. Son calcul est réalisé sur les données recueillies en routine exclusivement, et ne prend pas en compte les informations recueillies lors de la consultation des dossiers médicaux. Par conséquent le nombre maximum de sources distinctes indiqué dans les tableaux de résultats ci-dessous est de quatre (DIM, ACP, AMA, RCP).

Il est à noter qu'une tumeur ayant un faible nombre de sources n'est nullement moins « valide » ou « certaine » qu'une tumeur ayant un fort nombre de sources. Il peut s'agir, à titre d'exemple, d'une tumeur ayant nécessité moins d'hospitalisations, ayant en partie été traitée dans des établissements non conventionnés avec le RG2C, ou encore, n'ayant pas été présentée en RCP. Pour rappel, toutes les données d'incidences sont des données vérifiées pour lesquelles toutes les variables obligatoires ont été enregistrées.

➤ Le taux de validité

Le taux de validité des résultats présentés dans la partie II de ce document pour chacune des vingt-cinq localisations tumorales retenues, correspond au nombre de tumeurs enregistrées de façon certaine, divisé par le nombre de tumeurs certaines ou potentielles ; suivant la formule :

$$T_{val} = \frac{TN2 + TN3}{TN0 + TN1 + TN2 + TN3}$$

T_{val} : Taux de validité

TN0 : Tumeur de niveau 0

TN1 : Tumeur de niveau 1

TN2 : Tumeur de niveau 2

TN3 : Tumeur de niveau 3

Si le taux de validité est faible, cela ne signifie pas que le nombre de tumeurs est en réalité supérieur à la valeur annoncée. Cela signifie uniquement qu'il existe des tumeurs pour lesquelles des informations sont manquantes pour qualifier la date d'incidence, la topographie, la morphologie ou même l'existence réelle de la tumeur avec précision. Il serait totalement erroné de considérer qu'une localisation avec un taux de validité de 90%, sous-estime l'incidence pour la localisation concernée de 10%.

Le taux de validité peut être moindre également pour certaines tumeurs dont la prise en charge a eu lieu dans un établissement non partenaire du RG2C. Mais le parcours de soins des patients comprend bien souvent des séjours au sein de plusieurs établissements de soins, parmi lesquels des partenaires du RG2C. Ainsi, l'information nécessaire à l'enregistrement des tumeurs est recueillie au sein des dossiers médicaux tenus par les établissements partenaires.

Le registre étant évolutif, le taux annuel de validité des différentes localisations a tendance à augmenter d'une année à l'autre. Il est cependant tout à fait envisageable que l'année N+2 révèle une tumeur « échappée » l'année N et donc rediminue ponctuellement le taux de validité.

II. Données 2017-2019

Les résultats présentés ci-dessous sont des résultats lissés sur trois années (2017, 2018 et 2019). Il est d'usage de regrouper à minima trois années dans la publication de résultats d'incidence des cancers afin de gommer, surtout en présence de petits effectifs, la sensibilité aux événements locaux (ex : départ à la retraite d'un chirurgien, présence de certaines spécialités médicales exclusives à un établissement de soins, ...).

En préface des chiffres d'incidence, le lecteur pourra trouver des indicateurs de cohérence et de complétude permettant d'apprécier à leur juste valeur les résultats présentés.

A. Le contrôle de validation

Le nombre de sources et le nombre d'établissements participant de la validation de l'incidence rassurent sur la qualité de cette validation.

Quand elles sont nécessaires, les investigations sur le dossier médical du patient sont la validation ultime.

1. Le nombre de sources

➤ Ayant contribué à la validation de l'incidence des tumeurs solides¹⁷

Le nombre moyen de sources différentes importées pour les tumeurs solides est de 2,9. Cela signifie qu'en moyenne chaque tumeur validée, incidente entre 2017 et 2019, dispose d'environ trois types de données distinctes, venant apporter de l'information permettant de renseigner les informations obligatoires, importés de façon systématique dans la base de données. Naturellement, si ces informations sont insuffisantes, le recours au dossier patient est systématique.

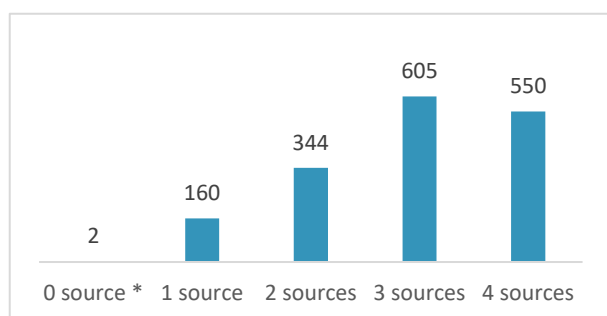


Figure 1 : Nombre moyen de tumeurs solides incidentes en fonction du nombre de sources recueillies. Valeurs arrondies.

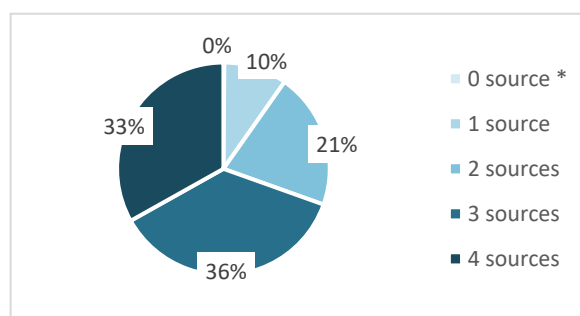


Figure 2 : Répartition des tumeurs solides en fonction du nombre de sources recueillies

* : Sept tumeurs incidentes entre 2017 et 2019 (soit une moyenne de 2,3 par an) ne sont rattachées à aucune source. Cette information, incohérente au premier abord, s'explique de la façon suivante.

Trois parmi ces tumeurs ont été détectées lors de passages dans un établissement de soins avec un diagnostic associé significatif (ci-après DAS) en cancérologie, où un recours au dossier patient a été effectué : cependant, ni les passages en établissement de soins avec uniquement un DAS éligible, ni les recours au dossier patient, ne sont comptabilisés comme source ; il en résulte que ces deux tumeurs n'ont pas de source.

Les quatre autres ont été détectées chez des patients ayant une seconde tumeur primitive qui a nécessité un passage en RCP. Lors de la lecture du compte rendu de la RCP, celle-ci a été évoquée même si elle n'a pas été l'objet de la réunion. Les informations contenues dans le compte rendu de la RCP ont cependant été suffisantes pour coder la tumeur ou pour consulter le dossier patient dans un établissement de soins. Aucune source n'a donc été rattachée à ces trois tumeurs.

¹⁷ Ne sont pas inclus dans l'analyse les tumeurs solides de la catégorie « Autres » (cf. Annexe - Description topographique et morphologique des tumeurs éligibles).

➤ Ayant contribué à la validation de l'incidence des hémopathies malignes

Le nombre moyen de sources différentes importées pour les hémopathies malignes est de 2,2. Le fait que cette valeur soit plus faible que dans le cas de tumeurs solides s'explique parce que communément les consultations en région pour des hémopathies malignes avérées sont réalisées en externes ou adressées directement à l'Institut Paoli Calmette¹⁸. Le recours au dossier patient est donc quasi systématique.

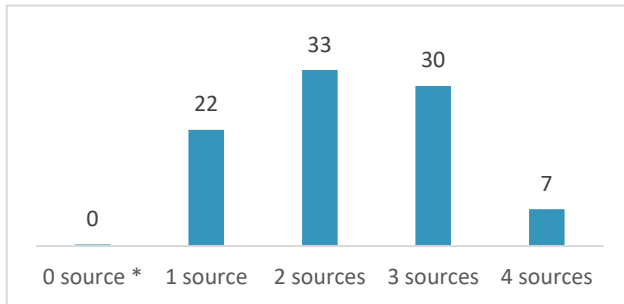


Figure 3 : Nombre moyen d'hémopathies malignes en fonction du nombre de sources recueillies

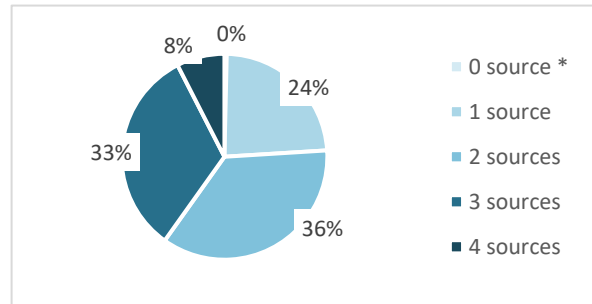


Figure 4 : Répartition des hémopathies malignes en fonction du nombre de sources recueillies

* : Une tumeur incidente entre 2017 et 2019 (soit une moyenne de 0,3 par an) n'est rattachée à aucune source. Elle a été détectée lors de la consultation d'un dossier patient atteint d'une seconde pathologie tumorale.

2. Le nombre de structures impliquées par cas

Le nombre de structures par cas correspond au nombre d'établissements partenaires au sein desquels un passage de l'individu a été détecté. Plus ce nombre de structures est important, plus les agents du RG2C ont « d'endroits » où potentiellement rechercher si nécessaire des informations supplémentaires.

➤ Ayant contribué à la validation de l'incidence des tumeurs solides

Le nombre moyen de structures distinctes par tumeur solide validé est de 3,5. Cela signifie qu'en moyenne chaque tumeur solide validée, incidente entre 2017 et 2019, a été détectée dans 3,5 structures distinctes, donnant si nécessaire autant de possibilités d'investigations différentes.

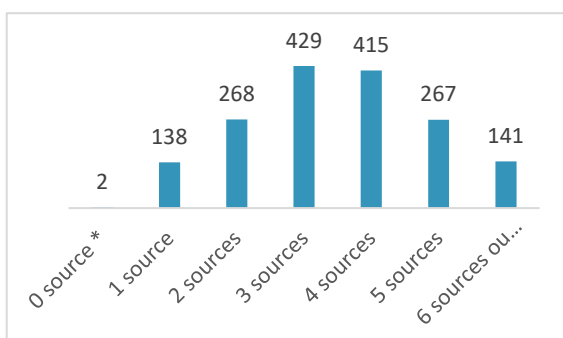


Figure 5 : Nombre moyen de tumeurs solides en fonction du nombre de structures recueillies. Valeurs arrondies.

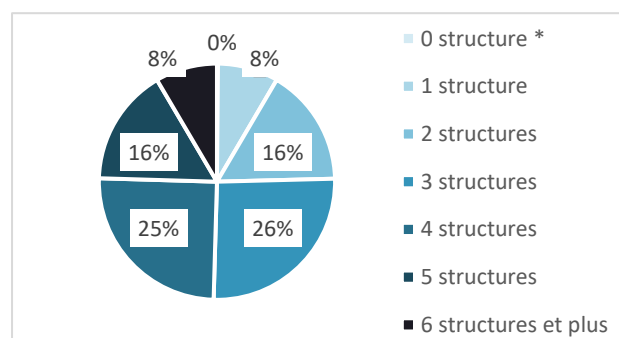


Figure 6 : Répartition des tumeurs solides en fonction du nombre de structures recueillies

18 Convention actualisée (RGPD) signée, en attente de transmission des données.

➤ Ayant contribué à la validation de l'incidence des hémopathies malignes

Le nombre moyen de structures distinctes par hémopathie maligne validé est de 2,7. Cela signifie qu'en moyenne chaque hémopathie maligne validée, incidente entre 2017 et 2019, a été détectée dans 2,7 structures distinctes, donnant si nécessaire autant de possibilités d'investigations différentes.

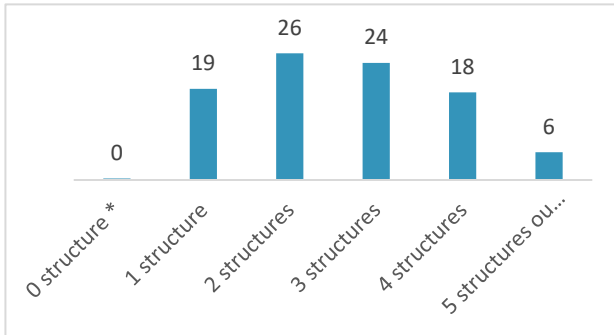


Figure 7 : Nombre moyen d'hémopathies malignes en fonction du nombre de structures recueillies

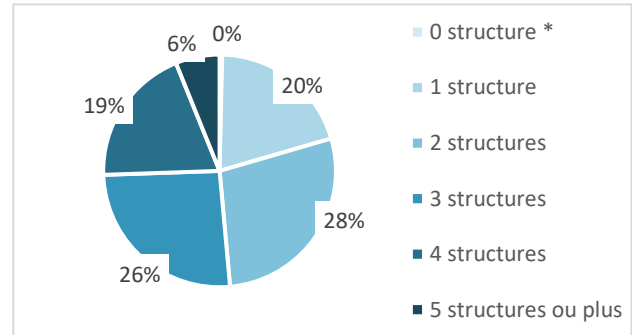


Figure 8 : Répartition des hémopathies malignes en fonction du nombre de structures recueillies

3. Les investigations du dossier médical du patient

➤ Les investigations réalisées

Parmi les patients ayant une tumeur enregistrée entre 2017 et 2019, 1491 dossiers de patients ont été consultés.

- Les 1491 patients pour lesquels les dossiers patients ont été consultés, ont développé 1556 tumeurs sur la période (soit 519 tumeurs en moyenne par an).
- 1567 investigations ont été lancées pour les 1491 patients.
- 19 patients ayant une tumeur entre 2017 et 2019 validées ont une investigation en cours pour une suspicion de seconde tumeur non avérée ; il peut s'agir d'une possible récurrence, une tumeur prévalente ou bénigne, une nouvelle tumeur incidente en 2017, 2018, 2019 ou après, etc....

➤ Les investigations restantes

A la date de publication du présent document certains patients, potentiellement éligibles et donc porteurs d'une pathologie tumorale (invasive ou dont la surveillance est réalisée par le RG2C) incidente entre 2017 et 2019 sont encore en attente de validation. Ces pathologies n'apparaissent donc pas dans les chiffres d'incidence présentés dans les prochains chapitres. Les raisons en sont multiples : les informations nécessaires peuvent se trouver dans un établissement non conventionné avec le RG2C ; le dossier médical consulté dans un établissement s'est avéré non complet et il faut refaire l'investigation dans un autre établissement ; la détection a pu être tardive et donc l'investigation n'a pas encore pu être réalisée, ...

1.1.1.1 Veille épidémiologique

Dans les deux tableaux ci-dessous sont présentées les pathologies tumorales invasives ou non, potentiellement éligibles à l'enregistrement par le RG2C. Ce sont des suspicions de pathologie éligible et sont donc par définition

non avérées. En aucun cas, il s'agit d'incidence à « ajouter » aux chiffres d'incidences donnés dans la partie « B. L'incidence régionale observée selon la localisation de la tumeur ».

Localisation	2017	2018	2019	Somme
Lèvre-bouche-pharynx	5		3	8
Estomac		1		1
Côlon-rectum		2	1	3
Foie	1	1		2
Pancréas		3		3
Poumon	2	2	1	5
Mélanome		1	2	3
Sein	8	8	5	21
Prostate		2	2	4
Testicule		1		1
Vessie			2	2
Rein		1	1	2
SNC	1	1		2
Thyroïde		2	2	4
LMNH		1	1	2
Lymphome de Hodgkin		1		1
Myélome multiple et maladie immunoproliférative		1		1
Leucémies aiguës myéloïde		1	1	2
Autres	3	6	5	14
Cutané hors mélanome de la peau	1	3	11	15
Total	21	38	37	96

Tableau 1 : Nombre de pathologies tumorales ayant une investigation étant « A FAIRE » avec une potentielle année d'incidence pour les années 2017, 2018 et 2019 en fonction de la localisation suspectée.

Le tableau ci-dessous présente le nombre de potentielles pathologies tumorales éligibles à l'enregistrement par le RG2C en fonction de l'établissement détenant le dossier patient recherché.

Etablissement	2017	2018	2019	Somme
Institut Paoli-Calmettes	10	22	16	48
Centre Antoine Lacassagne	8	8		16
Hopital Clairval	1	3	3	7
AP-HP	1	1		2
CHU Nice			1	1
AP-HM		1		1
Hôpital local de Bonifacio			1	1
Autre	1	3	16	20
Total	21	38	37	96

Tableau 2 : Nombre de pathologies tumorales ayant une investigation étant « A FAIRE » avec une potentielle année d'incidence pour les années 2017, 2018 et 2019 en fonction de l'établissement détenant le dossier patient recherché.

La catégorie « Autre » regroupe des établissements divers non conventionnés avec le RG2C, des médecins traitants de patients pour lesquels les informations nécessaires n'ont pas été trouvées dans les établissements de soins conventionnés ou des centres de références détenant des comptes rendus d'anathomo-cytopathologie nécessitant une relecture.

I.1.1..2 Uniquement invasif

Les tableaux suivants concernent uniquement les suspicions de tumeurs invasives hors carcinome cutané potentiellement incidentes entre 2017 et 2019. Ce sont des suspicions de tumeurs et sont donc par définition non avérées. En aucun cas, il s'agit d'incidence à « ajouter » aux chiffres d'incidences donnés dans la partie « B. L'incidence régionale observée selon la localisation de la tumeur ».

Étiquettes de lignes	2017	2018	2019	Somme
Lèvre-bouche-pharynx	5		3	8
Estomac		1		1
Côlon-rectum		2	1	3
Foie		1		1
Pancréas		3		3
Poumon	2	2	1	5
Mélanome		1	2	3
Sein	5	6	5	16
Prostate		2	2	4
Testicule		1		1
Vessie			2	2
Rein		1	1	2
SNC		1		1
Thyroïde		2	1	3
LMNH		1	1	2
Lymphome de Hodgkin		1		1
Myélome multiple et maladie immunoproliférative		1		1
Leucémies aiguës myéloïde			1	1
Autres	2	5	4	11
Total	14	31	24	69

Tableau 3 : Nombre de potentielles tumeurs ayant une investigation étant « A FAIRE » avec une année d'incidence estimée en 2017, 2018 et 2019 en fonction de la localisation suspectée.

Les localisations nécessitant le plus d'investigation sont les cancers du sein et des voies aéro-digestives supérieures (ci-après VADS). Cela s'explique du fait de la particularité des variables obligatoires à recueillir, nécessitant souvent les comptes rendus d'anatomocytopathologie, pas toujours disponibles dans des établissements conventionnés avec le RG2C.

Etablissement	2017	2018	2019	Somme
Institut Paoli-Calmettes	7	18	15	40
Centre Antoine Lacassagne	6	5		11
Hôpital Clairval	1	3	3	7
AP-HM		1		1
AP-HP		1		1
CHU Nice			1	1
Hôpital local de Bonifacio			1	1
Autre		3	4	7
Total	14	31	24	69

Tableau 4 : Nombre d'investigations à réaliser en fonction de l'année d'incidence potentielle et de l'établissement dans lequel le dossier est recherché.

Les établissements ayant le plus de dossiers à contrôler sont ceux pour lesquels les conventions sont en attente de signature. Un seul dossier en 2019 est en attente dans un établissement insulaire. Il s'agit d'un patient ayant un parcours de soins mixte (Corse – continent). Son dossier médical a été dans un premier temps consulté sur le continent sans trouver les éléments nécessaires à sa validation définitive. Une seconde consultation de son dossier dans l'HL de Bonifacio est nécessaire.

69 tumeurs potentiellement incidentes ne sont pas validées pour différentes raisons. Cependant pour certaines nous disposons de la certitude, par croisement des sources disponibles, de leur caractère cancéreux et de leur année incidence.

		Certitude année d'incidence		Somme
		Non	Oui	
Certitude cancéreux	Non	13		13
	Oui	17	39	56
Somme		30	39	69

Tableau 5 : Nombre de tumeurs non validées en fonction de la certitude du caractère cancéreux et de la certitude de l'année d'incidence entre 2017 et 2019.

A la date de parution du présent rapport, nous pouvons affirmer de façon certaine que les chiffres d'incidence des cancers présentés dans la partie « B. L'incidence régionale observée selon la localisation de la tumeur » sont sous-estimés d'au moins 39 tumeurs soit 13 par an (0,7%). Le détail des investigations restantes est disponible sous forme de tableau en fin de ce rapport (cf. Annexe - Nombre de patients éligibles au RG2C au titre des années 2017 à 2019, selon le nombre de séjours au sein des établissements de soins MCO non conventionnés).

B. L'incidence régionale observée selon la localisation de la tumeur

Cette partie détaille pour tous les cancers et pour 23 localisations cancéreuses (cf. Annexe - Description topographique et morphologique des tumeurs éligibles) les premiers résultats disponibles du RG2C. Pour chacune de ces localisations, la présentation de ces résultats suit le même déroulé suivant pour chaque localisation de la tumeur :

1. la nomenclature des tumeurs sélectionnées dans cette localisation ; il s'agit de donner au lecteur toutes les informations nécessaires sur cette sélection afin d'éviter les erreurs d'interprétations et de garantir la reproductibilité de comparaison avec les résultats d'autres registres ou de publications scientifiques éventuelles ;
2. le taux de validité (cf. définition au paragraphe Le taux de validité) ;
3. le sexe ratio et la répartition de l'incidence par sexe ;
4. la comparaison entre les données enregistrées et validées par le RG2C et les dernières données d'incidences publiées par SpF :
 - o cette comparaison est donnée à titre indicatif car il faut souligner que les données d'incidence du RG2C sont des données lissées sur les années 2017 à 2019 alors que les données de SpF sont des données estimées et lissées sur la période 2007 à 2016 ;
 - o cette comparaison ne peut absolument pas être considérée comme une quelconque validation des données du registre, cependant il va être intéressant de chercher les raisons de situation très en dehors des intervalles de confiance publiés par SpF ;
5. les taux brut par sexe :
 - o estimé pour la France,
 - o observé en Corse,
 - o observé en Corse, standardisé sur la population Française (RP 2018),
 - o observé en Corse, standardisé sur la population monde (standard de référence) ;
6. la répartition, le taux brut pour 100 000 habitants et la probabilité de l'incidence observée par tranche d'âge ; ces trois indicateurs pour repérer quelle localisation cancéreuse est susceptible plus particulièrement de toucher des personnes jeunes ou âgées ;
7. l'incidence observée pour 100 000 habitants et sa répartition de l'incidence par bassin de vie ; il est ainsi possible de déterminer les besoins en cancérologie de chaque bassin de vie et de repérer d'éventuelles disparités territoriales en fonction de chaque localisation ;
8. la base de diagnostic qui a permis de poser le diagnostic formel de la pathologie tumorale : clinique (conviction du clinicien), imagerie (nodule fortement suspect au scanner), la présence de marqueurs tumoraux dégradés, analyse cytologique suspecte, histologie sur une métastase et histologie sur la tumeur primitive ;
9. Le nombre de sources par cas tel que décrit précédemment, mais cette fois décliné par localisation ;
10. Le nombre d'investigations qu'a nécessité l'enregistrement de façon certaine des tumeurs incidentes pour cette localisation.

1. Les incidences tous cancers

La localisation intitulée « Tous cancers » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives, hors carcinomes cutanés. **Le taux de validité mesuré au RG2C pour cette catégorie est de 99%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C,
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est proche de la borne supérieure de l'estimation SpF et que quelle que soit la source d'information, les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 1,19).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	1 019 (54%)	914 (53%)	960 (53%)	1 009 (53%)
Femmes	854 (46%)	798 (47%)	842 (47%)	889 (47%)
Ensemble	1 873 (100%)	1 712 (100%)	1 802 (100%)	1 898 (100%)

Tableau 6 : Incidence « Tous cancers » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	<i>Taux brut Corse (RG2C)</i>	<i>Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)</i>	<i>Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)</i>
Hommes		625,6	876,2	451,0
Femmes		496,3	995,4	390,4
Ensemble		559,2	935,8	420,7

Tableau 7 : Incidence « Tous cancers » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence brut pour 100 000
[0-4] ans	4	22
[5-9] ans	1	7
[10-14] ans	1	6
[15-19] ans	4	21
[20-24] ans	4	26
[25-29] ans	9	52
[30-34] ans	12	60
[35-39] ans	26	120
[40-44] ans	36	163
[45-49] ans	78	325
[50-54] ans	109	457
[55-59] ans	159	713
[60-64] ans	211	968
[65-69] ans	282	1248
[70-74] ans	299	1637
[75-79] ans	244	1632
[80-84] ans	199	1777
85 ans +	194	1648
Tout âge	1873	553

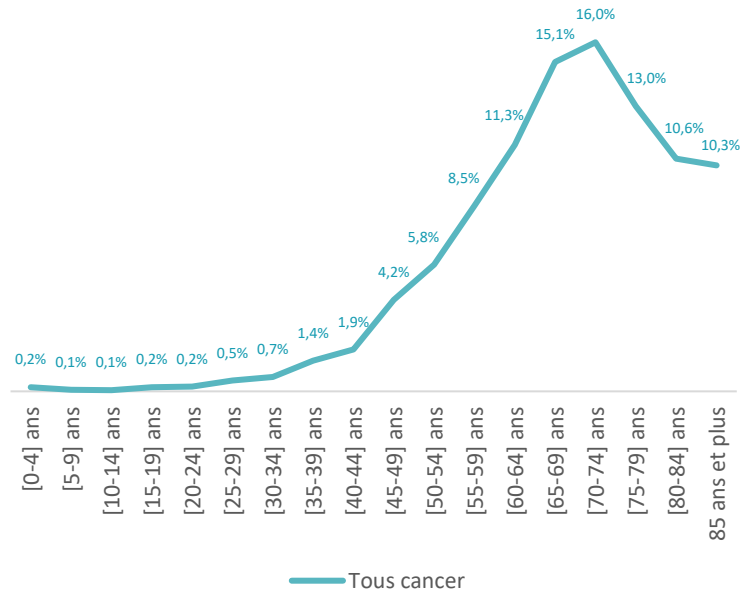


Tableau 8 : incidence observée « tous cancers », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 9 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Tous cancers » en fonction de la tranche d'âge du patient.

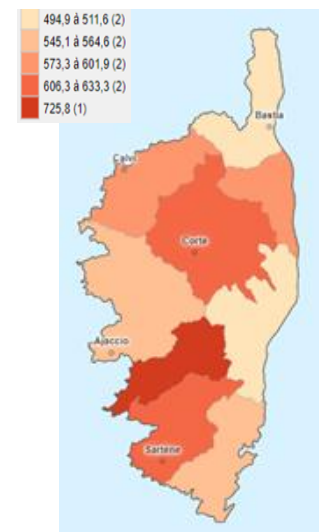
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans les bassins de vie les plus peuplés d'Ajaccio et Bastia. Cependant, c'est dans les bassins de Grossetto-Prugna et de Corte que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Bastia et Ghisonaccia.

Bassin de vie	Incidences brutes	Taux brut pour 100 000
Ajaccio	565	545,1
Grossetto-Prugna	91	725,8
Porto-Vecchio	147	564,6
Propriano	87	606,3
Bastia	415	494,9
Calvi	134	601,9
Corte	115	633,3
Ghisonaccia	98	511,6
Penta-di-Casinca	222	573,3
Corse	1873	553,2



Carte 1 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient.



Carte 2 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 9 : Incidence observée brute et taux standardisé pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie de résidence du patient au moment du diagnostic.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=1693, c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une analyse cytologique (n=75), d'une imagerie (n=98), d'observations cliniques (n=5) ou encore de marqueurs tumoraux (n=1).

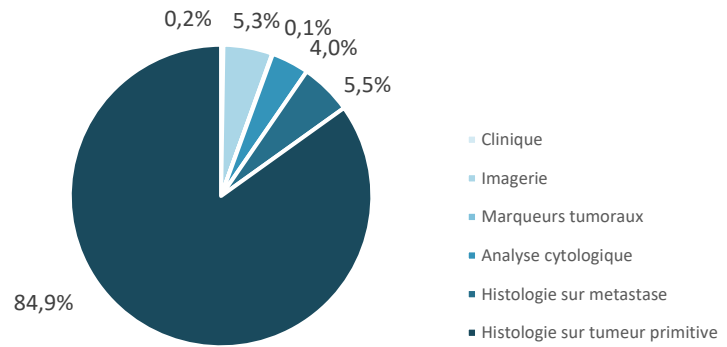


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,8 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 67% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 59 à 88% des tumeurs.

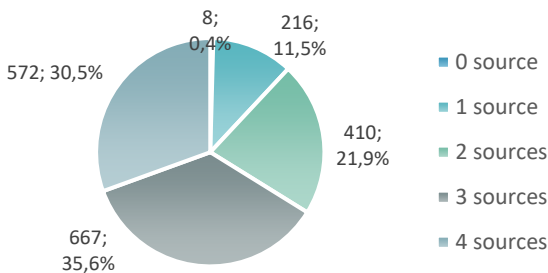


Figure 10 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

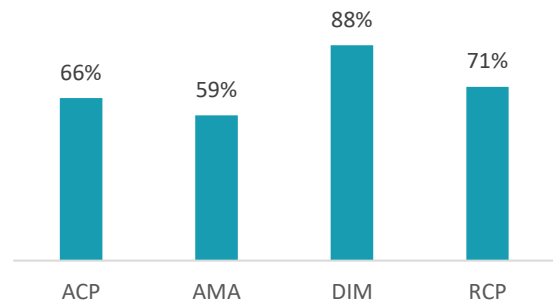


Figure 11 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 519 tumeurs par an (soit 28% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 69 tumeurs sont en attente d'investigation. Parmi celles-ci, 39 sont bien éligibles mais certaines informations manquent.

2. Lèvre-bouche-pharynx

La localisation intitulée « Lèvre-bouche-pharynx » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est compris entre « C00 » et « C14 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 95%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est sous la borne inférieure de l'estimation SpF et que quelle que soit la source d'information, les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 2,17).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	38 (68%)	49 (77%)	54 (77%)	60 (77%)
Femmes	18 (32%)	15 (23%)	18 (23%)	21 (23%)
Ensemble	56 (100%)	64 (100%)	70 (100%)	81 (100%)

Tableau 10 : Incidence « Lèvre-bouche-pharynx » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	31,9 [28,8 ; 35,3]	23,5	34,0	20,3
Femmes	10,9 [10,0 ; 11,8]	10,3	20,6	8,4
Ensemble		16,7	27,3	14,4

Tableau 11 : Incidence « Lèvre-bouche-pharynx » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans		0
[5-9] ans		0
[10-14] ans		0
[15-19] ans	0,5	2
[20-24] ans		0
[25-29] ans		0
[30-34] ans		2
[35-39] ans	0,5	2
[40-44] ans	2,5	11
[45-49] ans	3,5	12
[50-54] ans	5	21
[55-59] ans	9,5	36
[60-64] ans	6	38
[65-69] ans	8	35
[70-74] ans	6	47
[75-79] ans	4	33
[80-84] ans	3,5	36
85 ans +	3	23
Tout âge	52	17

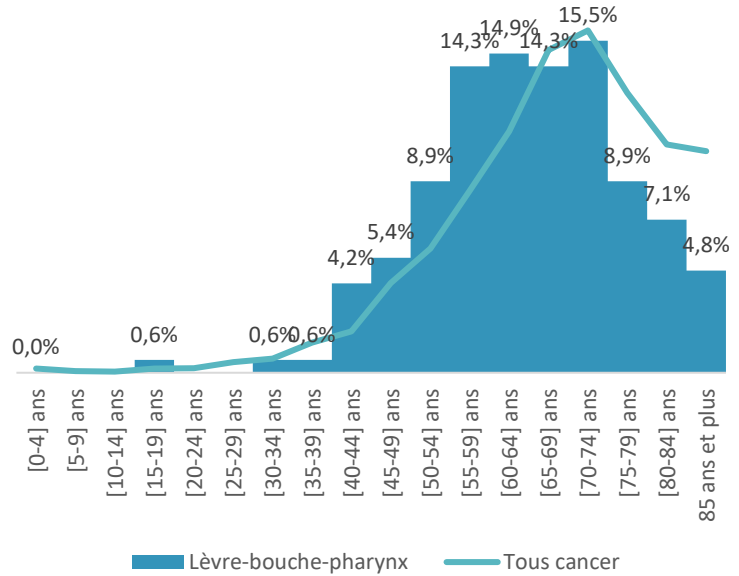


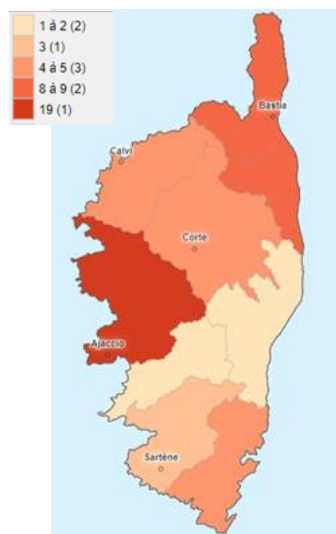
Tableau 12 : incidence observée « Lèvre-bouche-pharynx », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents..

Figure 12 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Lèvre-bouche-pharynx » en fonction de la tranche d'âge du patient.

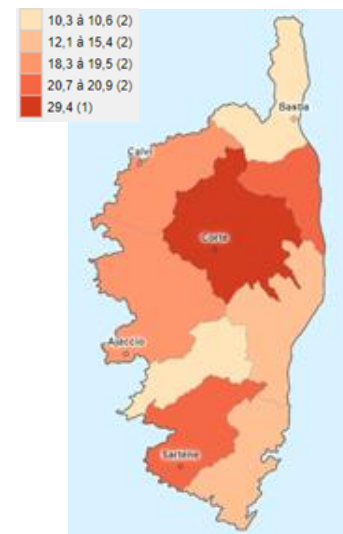
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplés : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Corte que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Bastia et Grosseto-Prugna.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence pour 100 000
Ajaccio	19	18,3
Grosseto-Prugna	1	10,6
Porto-Vecchio	4	15,4
Propriano	3	20,9
Bastia	9	10,3
Calvi	4	19,5
Corte	5	29,4
Ghisonaccia	2	12,1
Penta-di-Casinca	8	20,7
Corse	56	16,5



Carte 3 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 4 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 13 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=55, c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une imagerie (n=1).

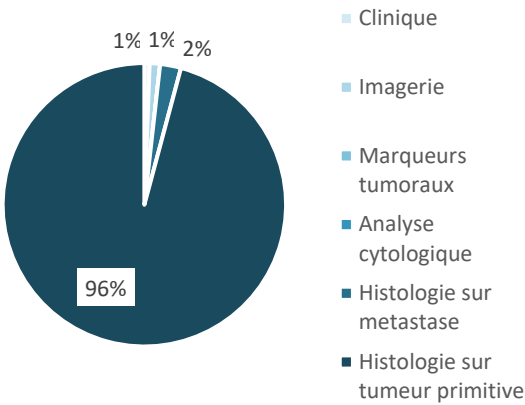


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,9 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 71% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 64 à 93% des tumeurs.

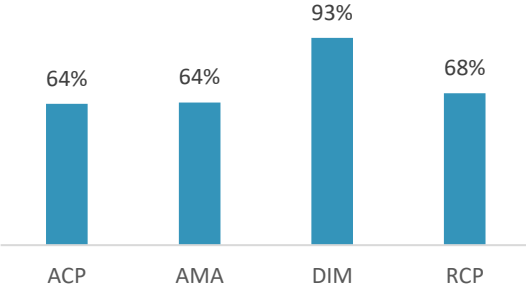
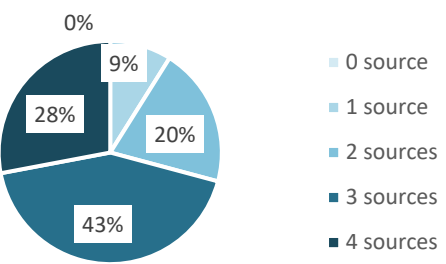


Figure 13 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Figure 14 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 26 tumeurs par an (soit 47% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 8 tumeurs sont en attente d'investigation. Parmi celles-ci, 8 sont bien éligibles mais certaines informations manquent.

3. Œsophage

La localisation intitulée « œsophage » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissée sur les années 2017 et 2018, dont le code CIM-O3 topographique est « C15 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est proche de la borne supérieure de l'estimation SpF et que quelle que soit la source d'information, les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 6,82).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	25 (87%)	16 (84%)	19 (83%)	24 (80%)
Femmes	4 (13%)	3 (16%)	4 (17%)	6 (20%)
Ensemble	29 (100%)	19 (100%)	23 (100%)	30 (100%)

Tableau 14 : Incidence « Œsophage » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	13,5 [11,8 ; 15,5]	15,3	21,6	11,6
Femmes	3,6 [3,2 ; 4,0]	2,1	4,3	1,3
Ensemble		8,6	13,0	6,4

Tableau 15 : Incidence « Œsophage » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	0	2
[35-39] ans	0	0
[40-44] ans	0	0
[45-49] ans	1	3
[50-54] ans	2	10
[55-59] ans	4	16
[60-64] ans	5	21
[65-69] ans	3	15
[70-74] ans	4	24
[75-79] ans	4	27
[80-84] ans	4	33
85 ans +	2	14
Tout âge	29	8

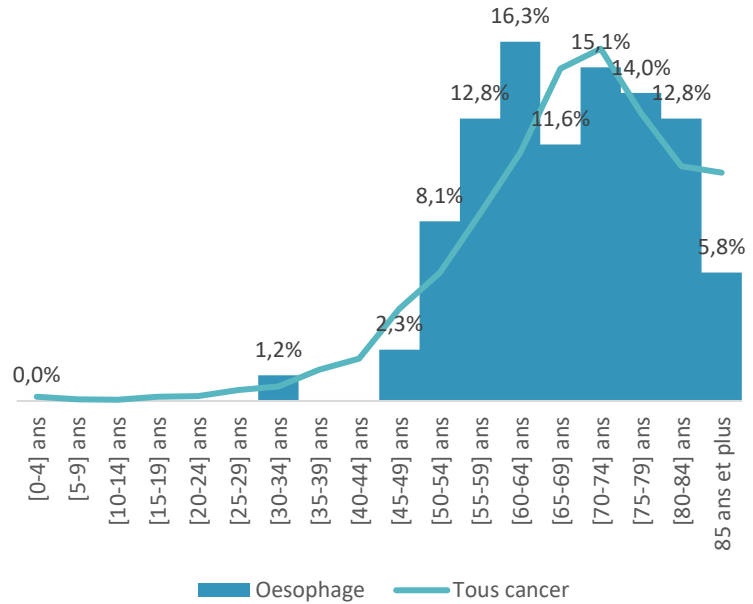


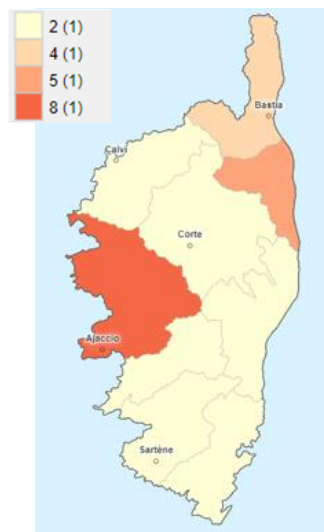
Tableau 16: incidence observée « Esophage », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 15: Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Esophage » en fonction de la tranche d'âge du patient.

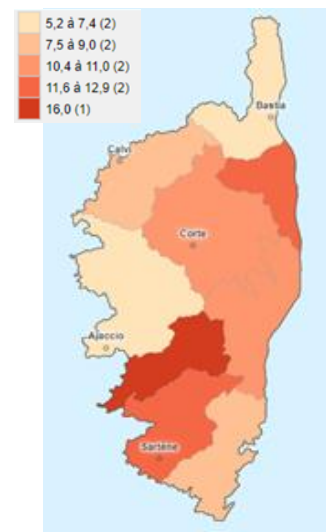
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Grosseto-Prugna que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Bastia et d'Ajaccio.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence pour 100 000
Ajaccio	8	7,4
Grosseto-Prugna	2	16,0
Porto-Vecchio	2	9,0
Propriano	2	11,6
Bastia	4	5,2
Calvi	2	7,5
Corte	2	11,0
Ghisonaccia	2	10,4
Penta-di-Casinca	5	12,9
Corse	29	8,5



Carte 5 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 6 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 17 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=28, c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une imagerie (n=1)

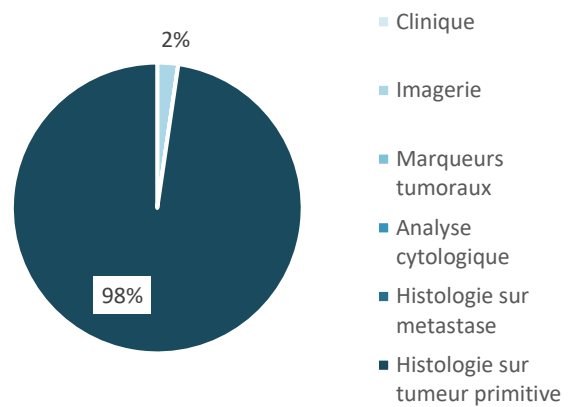


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 3,0 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 73% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 59 à 99% des tumeurs.

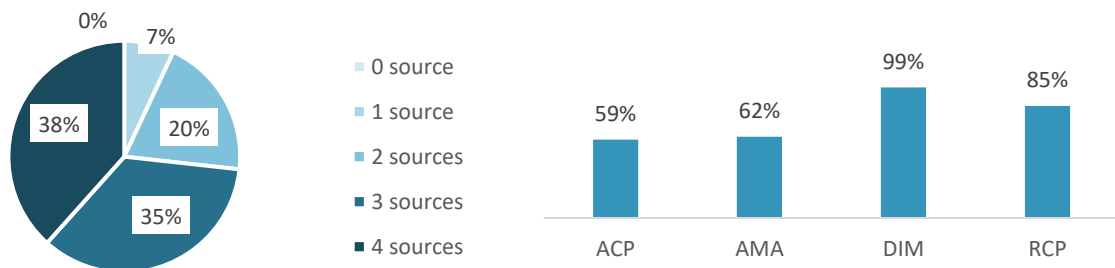


Figure 17 : Taux de présence de chaque source d'information

Figure 16 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 12 tumeurs par an (soit 43% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, aucune tumeur n'est en attente d'investigation.

4. Estomac

La localisation intitulée « Estomac » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C16 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 99%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est proche de la borne inférieure de l'estimation SpF et que quelle que soit la source d'information, les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 1,66).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	29 (62%)	32 (71%)	37 (71%)	43 (69%)
Femmes	18 (38%)	13 (29%)	15 (29%)	19 (31%)
Ensemble	47 (100%)	45 (100%)	52 (100%)	62 (100%)

Tableau 18 : Incidence « Estomac » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	13,5 [12,6 ; 14,5]	18,0	25,3	12,9
Femmes	6,8 [6,3 ; 7,5]	10,3	20,6	5,7
Ensemble		14,0	23,0	9,3

Tableau 19 : Incidence « Estomac » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	0	2
[35-39] ans	1	3
[40-44] ans	1	3
[45-49] ans	2	8
[50-54] ans	3	14
[55-59] ans	2	9
[60-64] ans	4	20
[65-69] ans	6	27
[70-74] ans	7	37
[75-79] ans	5	36
[80-84] ans	5	48
85 ans+	10	88
Tout âge	47	14

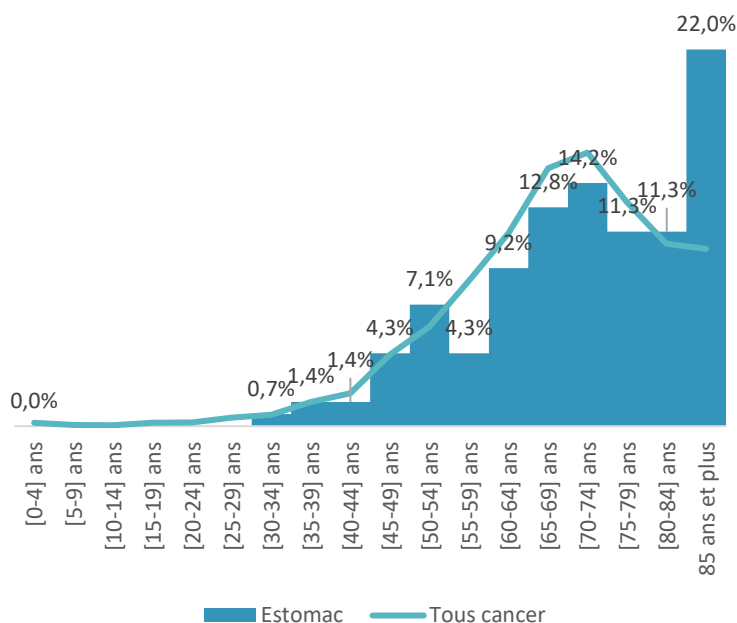


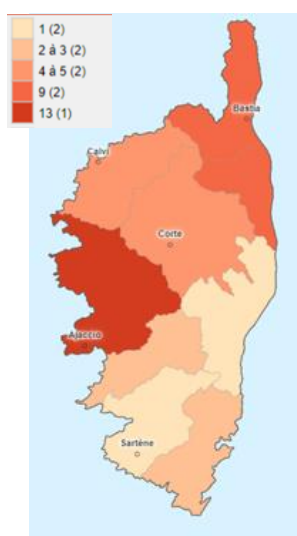
Tableau 20: incidence observée « Estomac », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 18: Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Estomac » en fonction de la tranche d'âge du patient.

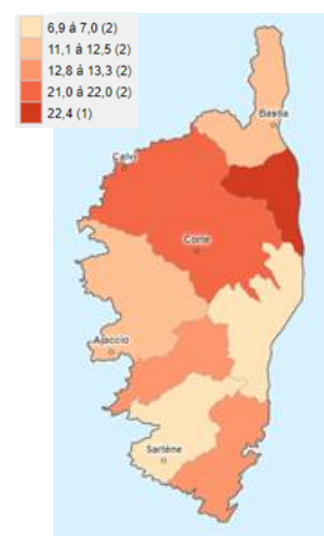
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Penta-di-Casinca que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Propriano et Ghisonaccia.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence pour 100 000
Ajaccio	13	12,5
Grosseto-Prugna	2	13,3
Porto-Vecchio	3	12,8
Propriano	1	7,0
Bastia	9	11,1
Calvi	5	21,0
Corte	4	22,0
Ghisonaccia	1	6,9
Penta-di-Casinca	9	22,4
Corse	47	13,9



Carte 7: Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 8: Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 21: Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=45, c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une imagerie (n=2).

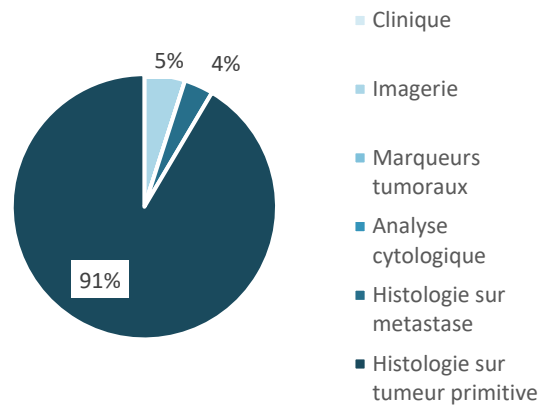


Figure Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,7 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 65% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 46 à 91% des tumeurs.

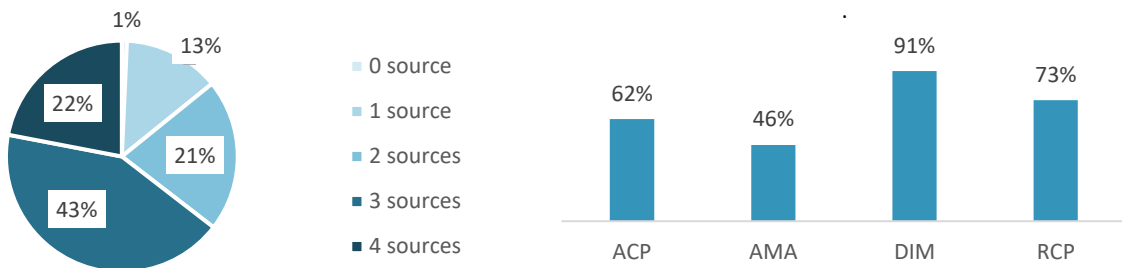


Figure 19 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Figure 20 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 14 tumeurs par an (soit 30% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, une tumeur est en attente d'investigation pour confirmation ou non de son inclusion.

5. Côlon-rectum

La localisation intitulée « Côlon-rectum » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est compris entre « C18 » et « C21 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est proche de l'estimation SpF et que quelle que soit la source d'information, les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 1,07).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	104 (52%)	93 (53%)	102 (53%)	112 (53%)
Femmes	97 (48%)	83 (47%)	91 (47%)	100 (47%)
Ensemble	202 (100%)	176 (100%)	193 (100%)	212 (100%)

Tableau 22 : Incidence « Côlon-rectum » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	<i>Taux brut Corse (RG2C)</i>	<i>Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)</i>	<i>Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)</i>
Hommes	73,7 [71,0 ; 76,5]	64,0	89,4	45,1
Femmes	60,0 [58,1 ; 62,0]	56,6	113,5	35,3
Ensemble		60,2	101,4	40,2

Tableau 23 : Incidence « Côlon-rectum » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Nombre de tumeurs incidentes	Taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents corse
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	2
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	1	6
[30-34] ans	0	2
[35-39] ans	1	3
[40-44] ans	2	8
[45-49] ans	4	17
[50-54] ans	13	55
[55-59] ans	19	85
[60-64] ans	19	89
[65-69] ans	27	119
[70-74] ans	33	179
[75-79] ans	32	212
[80-84] ans	23	208
85 ans +	28	235
Tout âge	202	60

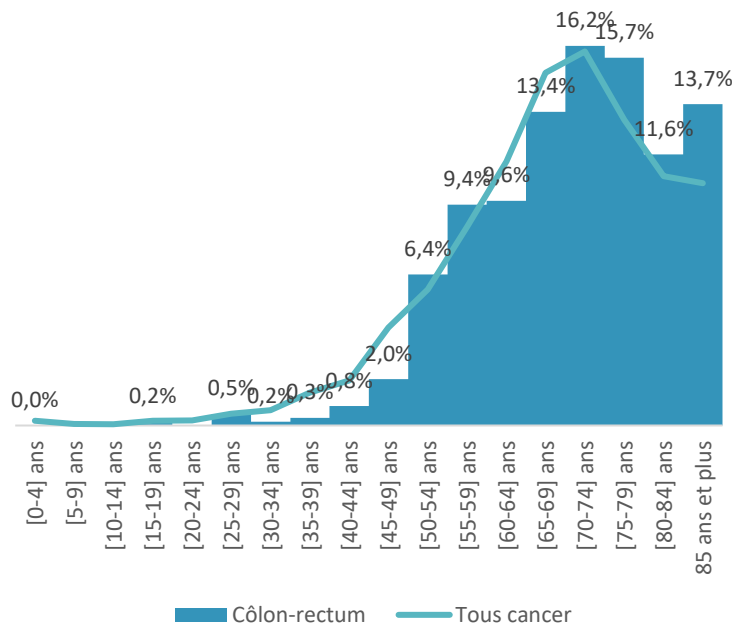


Tableau 24: incidence observée « Côlon-rectum », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 21: Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Côlon-rectum » en fonction de la tranche d'âge du patient.

Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Grosseto-Prugna que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Bastia et de Corte.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	62	60,1
Grosseto-Prugna	13	101,0
Porto-Vecchio	18	69,3
Propriano	14	95,2
Bastia	41	48,9
Calvi	13	60,0
Corte	7	40,4
Ghisonaccia	13	67,6
Penta-di-Casinca	20	52,6
Corse	202	59,6



Carte 9 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 10 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 25 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=198), c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une imagerie (n=3)

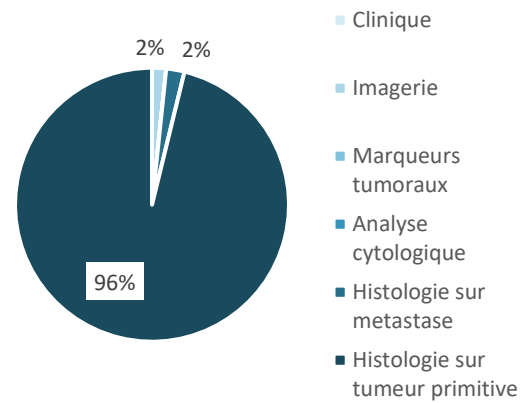


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

La base de diagnostic « Histologie sur tumeur primitive » est la plus courante pour les tumeurs du « Côlon- Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 3,2 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 80% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 61 à 94% des tumeurs.

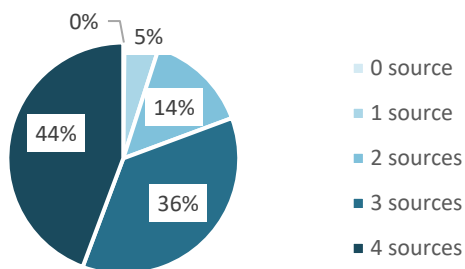


Figure 22 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

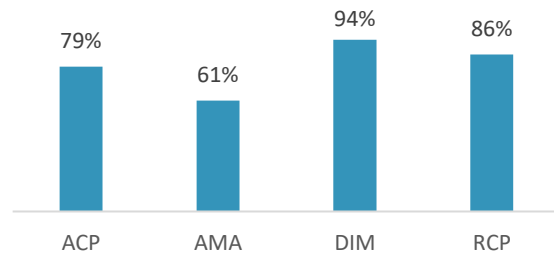


Figure 23 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 38 tumeurs par an (soit 19% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 3 tumeurs sont en attente d'investigation pour confirmation ou non de leur inclusion.

6. Foie

La localisation intitulée « Foie » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C22 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 99%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate qu'il n'existe pas d'estimation pour les femmes ni totale par SpF et que l'incidence observée pour les hommes par le RG2C est dans l'intervalle de confiance de SpF. Les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 3,39).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	32 (77%)	29	35	42
Femmes	9 (23%)	NC	NC	NC
Ensemble	41 (100%)	NC	NC	NC

Tableau 26 : Incidence « Foie » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	25,9 [23,2 ; 28,9]	19,4	26,7	12,8
Femmes	7,2 [6,6 ; 8,0]	5,4	10,9	3,4
Ensemble		12,2	18,8	8,1

Tableau 27 : Incidence « Foie » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	0	0
[35-39] ans	0	0
[40-44] ans	0	0
[45-49] ans	0	1
[50-54] ans	3	13
[55-59] ans	3	13
[60-64] ans	5	21
[65-69] ans	5	24
[70-74] ans	8	44
[75-79] ans	8	51
[80-84] ans	5	45
85 ans +	4	34
Tout âge	41	12

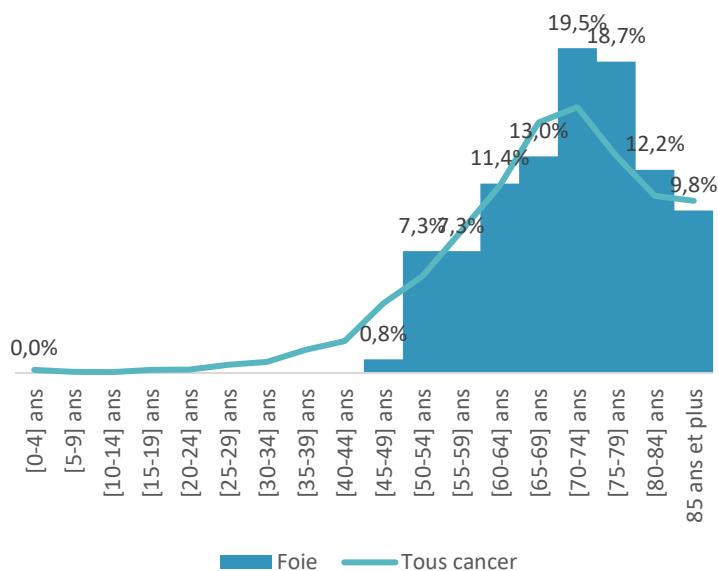


Tableau 28: incidence observée « Foie », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 24: Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Foie » en fonction de la tranche d'âge du patient.

Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Grosseto-Prugna que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins Porto-Vecchio et Ghisonaccia.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	13	12,5
Grosseto-Prugna	4	29,2
Porto-Vecchio	2	7,7
Propriano	2	13,9
Bastia	7	8,8
Calvi	4	16,5
Corte	3	16,5
Ghisonaccia	2	8,7
Penta-di-Casinca	5	12,1
Corse	41	12,1

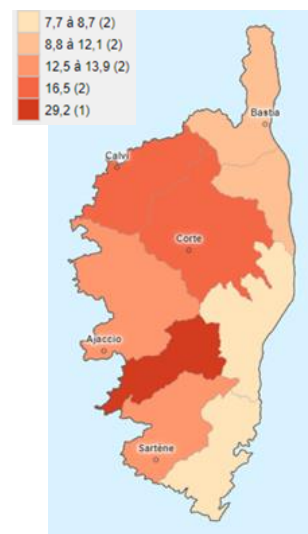
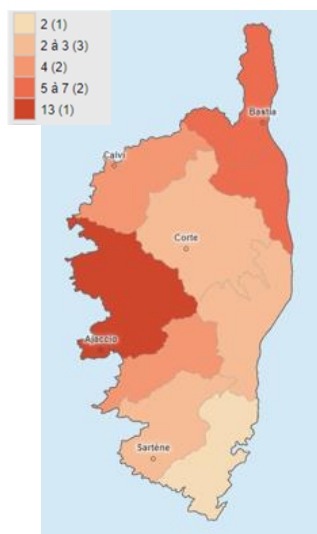


Tableau 29 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Carte 11 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient

Carte 12 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus d'un cas sur 2 (n=21), c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une analyse cytologique (n=1) ou d'une imagerie (n=19).

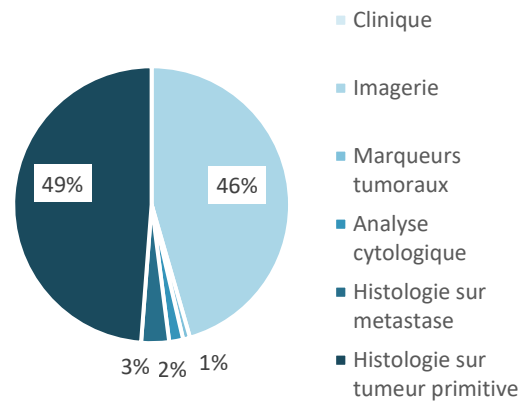


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,1 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 58% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 28 à 93% des tumeurs.

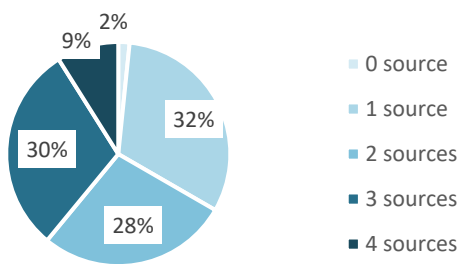


Figure 25 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

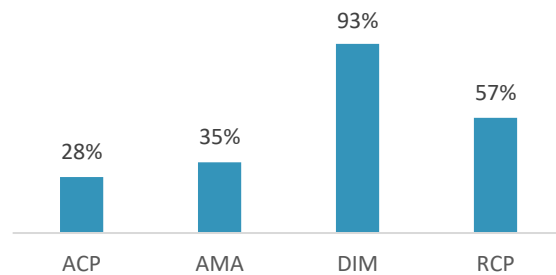


Figure 26 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 24 tumeurs par an (soit 59% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 1 tumeur est en attente d'investigation pour confirmation ou non de son inclusion.

7. Pancréas

La partie intitulée « Pancréas » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C25 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 99%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est égale à la borne supérieure de l'estimation SpF et que les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 1,11).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	41 (53%)	32 (53%)	36 (53%)	41 (53%)
Femmes	37 (47%)	28 (47%)	32 (47%)	37 (47%)
Ensemble	78 (100%)	60 (100%)	68 (100%)	78 (100%)

Tableau 30 : Incidence « Pancréas » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	23,2 [21,8 ; 24,6]	25,2	35,0	16,6
Femmes	20,5 [19,1 ; 22,1]	21,5	43,1	11,6
Ensemble		23,3	39,1	14,1

Tableau 31 : Incidence « Pancréas » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	0	0
[35-39] ans	0	0
[40-44] ans	0	0
[45-49] ans	1	6
[50-54] ans	3	11
[55-59] ans	6	25
[60-64] ans	9	41
[65-69] ans	10	46
[70-74] ans	13	71
[75-79] ans	12	82
[80-84] ans	11	95
85 ans +	13	111
Tout âge	78	23

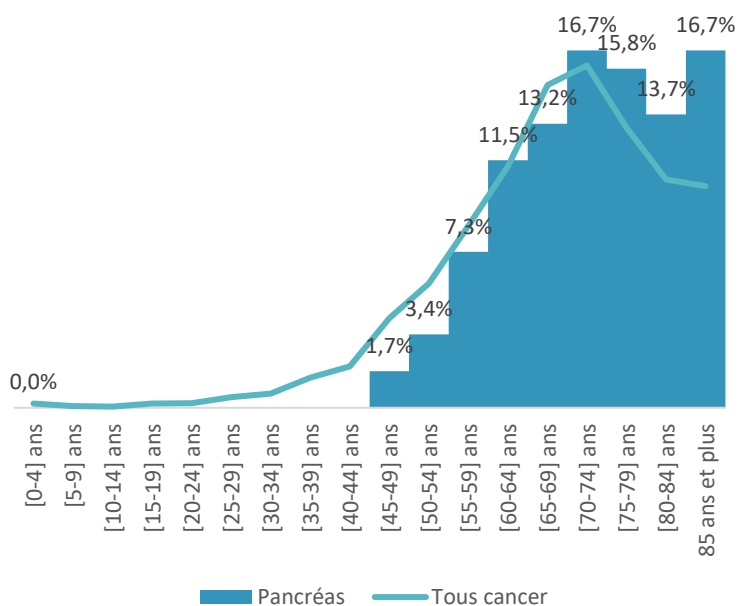


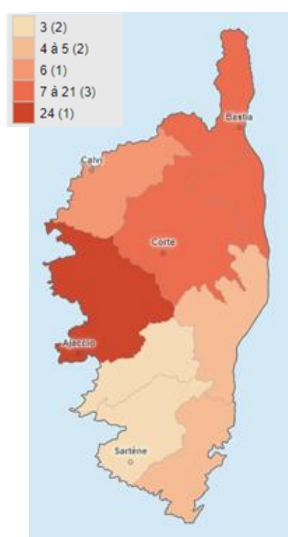
Tableau 32: incidence observée « Pancréas », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 27: Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Pancréas » en fonction de la tranche d'âge du patient.

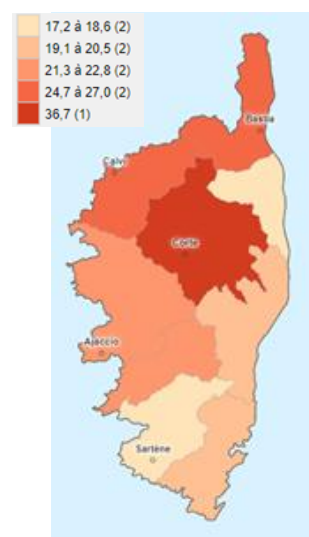
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Corte que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Penta-di-Casinca et de Propriano.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	24	22,8
Grosseto-Prugna	3	21,3
Porto-Vecchio	5	20,5
Propriano	3	18,6
Bastia	21	24,7
Calvi	6	27,0
Corte	7	36,7
Ghisonaccia	4	19,1
Penta-di-Casinca	7	17,2
Corse	78	23,0



Carte 13 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 14 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 33 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=54), c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une analyse cytologique (n=5) ou d'une imagerie (n=19).

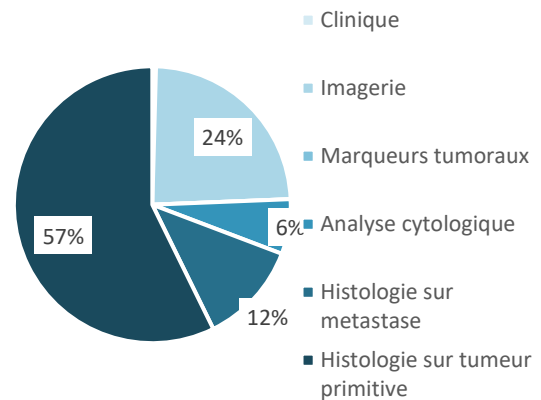


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,5 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 55% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 32 à 97% des tumeurs.

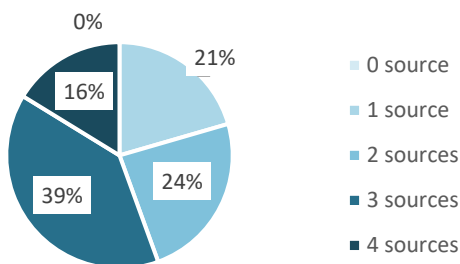


Figure 28 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

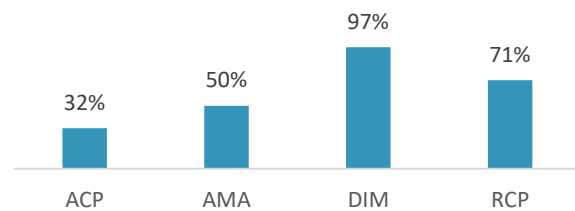


Figure 29 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 28 tumeurs par an (soit 36% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 3 tumeurs sont en attente d'investigation pour confirmation ou non de leur inclusion.

8. Larynx

La partie intitulée « Larynx » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C32 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'estimation SpF n'est pas disponible pour cette localisation. Les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 8,20).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	14 (89%)	NC	NC	NC
Femmes	2 (11%)	NC	NC	NC
Ensemble	15 (100%)	NC	NC	NC

Tableau 34 : Incidence « Larynx » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	8,7 [8,0 ; 9,6]	8,4	11,7	6,1
Femmes	1,2 [1,1 ; 1,3]	1,0	1,9	0,6
Ensemble		4,6	6,8	3,4

Tableau 35 : Incidence « Larynx » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Larynx

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	0	0
[35-39] ans	0	0
[40-44] ans	0	0
[45-49] ans	0	0
[50-54] ans	1	3
[55-59] ans	1	3
[60-64] ans	3	12
[65-69] ans	3	15
[70-74] ans	5	27
[75-79] ans	2	11
[80-84] ans	1	9
85 ans et plus	0	3
Tout âge	15	5

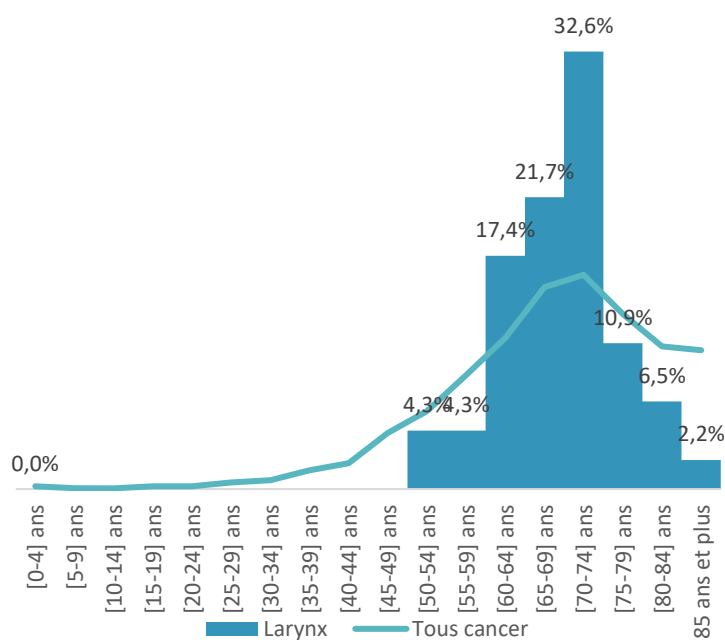


Tableau 36: incidence observée « Larynx », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

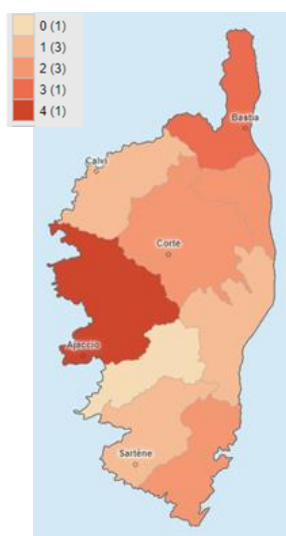
Figure 30: Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Larynx » en fonction de la tranche d'âge du patient.

Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Corte que le risque de cancer est plus élevé, contrairement au bassin de Grosseto-Prugna.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	4	3,5
Grosseto-Prugna	0	2,7
Porto-Vecchio	2	6,4
Propriano	1	4,6
Bastia	3	3,6
Calvi	1	4,5
Corte	2	12,9
Ghisonaccia	1	3,5
Penta-di-Casinca	2	5,2
Corse	15	4,5

Tableau 37 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.



Carte 15 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 16 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=15), c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une autre source (<1 / an).

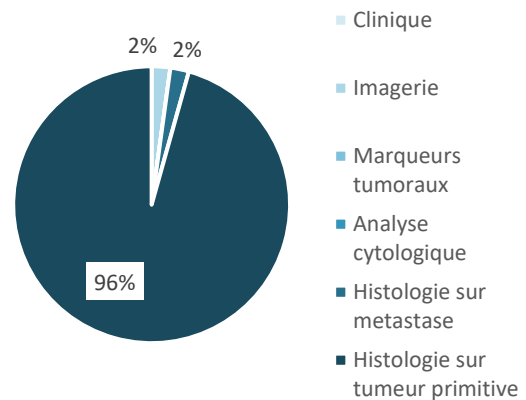


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 3,0 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 78% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 59 à 96% des tumeurs.

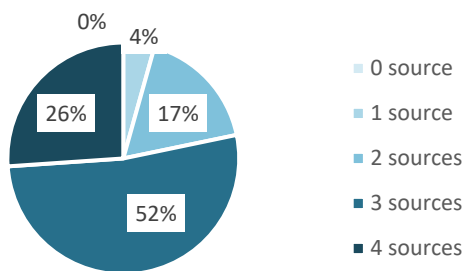


Figure 31 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

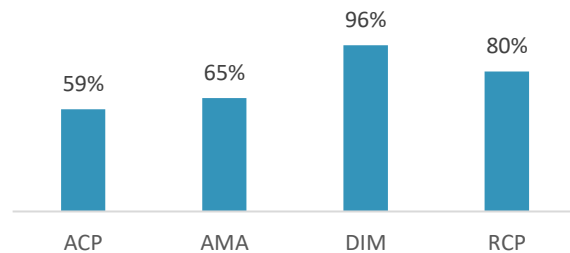


Figure 32 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 10 tumeurs par an (soit 67% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, aucune tumeur n'est en attente d'investigation.

9. Poumon

La partie intitulée « Poumon » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C33 » ou « C34 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 98%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est supérieure à la borne supérieure de l'estimation SpF et que quelle que soit la source d'information, les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 1,78).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	188 (64%)	173 (69%)	185 (69%)	198 (68%)
Femmes	105 (36%)	78 (31%)	84 (31%)	92 (32%)
Ensemble	293 (100%)	251 (100%)	269 (100%)	290 (100%)

Tableau 38 : Incidence « Poumon » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	99,1 [92,8 ; 106,0]	115,4	160,8	79,7
Femmes	45,1 [42,0 ; 48,6]	61,2	122,8	48,0
Ensemble		87,6	141,8	63,8

Tableau 39 : Incidence « Poumon » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	2
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	0	2
[35-39] ans	2	8
[40-44] ans	2	11
[45-49] ans	9	37
[50-54] ans	18	76
[55-59] ans	26	115
[60-64] ans	38	174
[65-69] ans	52	230
[70-74] ans	56	305
[75-79] ans	40	269
[80-84] ans	32	285
85 ans +	18	153
Tout âge	293	87

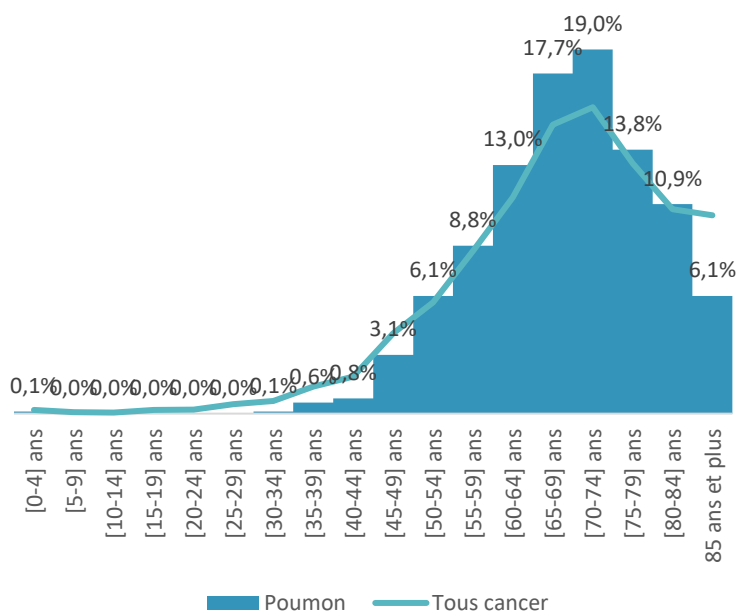


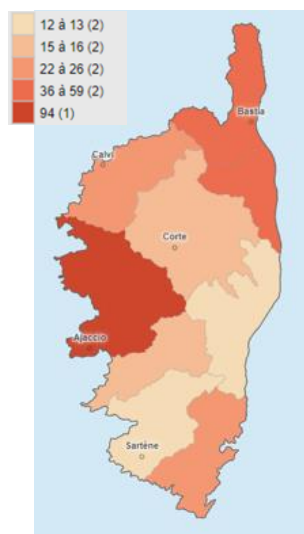
Tableau 40: incidence observée « Poumon », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 33: Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Poumon » en fonction de la tranche d'âge du patient.

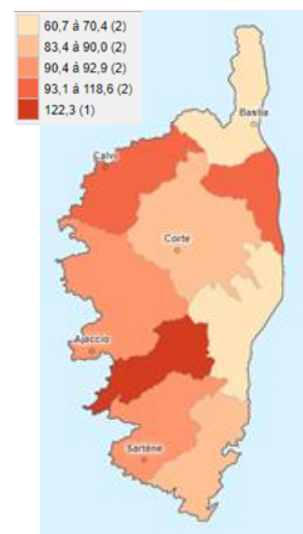
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Grosseto-Prugna que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Bastia et de Ghisonaccia.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	94	90,4
Grosseto-Prugna	15	122,3
Porto-Vecchio	22	83,4
Propriano	13	92,9
Bastia	59	70,4
Calvi	26	118,6
Corte	16	90,0
Ghisonaccia	12	60,7
Penta-di-Casinca	36	93,1
Corse	293	86,6



Carte 17 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 18 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 41 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=271), c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une analyse cytologique (n=3) ou d'une imagerie (n=20).

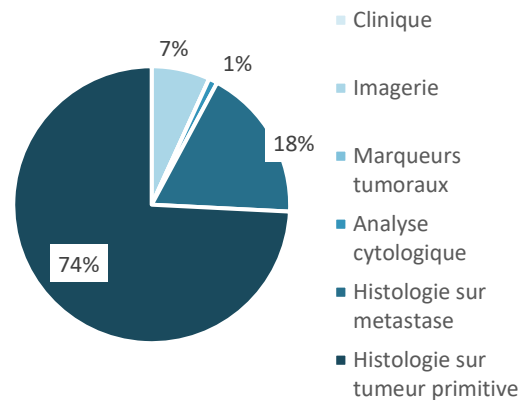


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,7 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 61% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 56 à 95% des tumeurs.

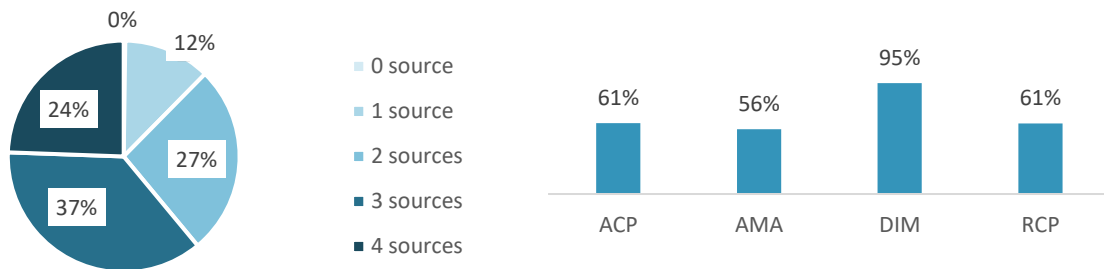


Figure 34 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Figure 35 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 131 tumeurs par an (soit 45% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 5 tumeurs sont en attente d'investigation. Parmi celles-ci, 3 sont bien éligibles mais certaines informations manquent.

10. Mélanome de la peau

La partie intitulée « Mélanome de la peau » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C44 » et les trois premiers caractères du code CIM-O3 morphologique est compris entre « 872 » et « 877 » ou est « 8780 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 98%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'estimation SpF n'est pas disponible pour cette localisation. Les hommes sont moins touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 0,97).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	<i>29 (49%)</i>	NC	NC	NC
Femmes	<i>30 (51%)</i>	NC	NC	NC
Ensemble	<i>60 (100%)</i>	NC	NC	NC

Tableau 42 : Incidence « Mélanome de la peau » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	25,0 [22,5 ; 27,8]	<i>18,0</i>	<i>25,8</i>	<i>14,6</i>
Femmes	22,8 [20,9 ; 24,7]	<i>17,6</i>	<i>35,4</i>	<i>18,0</i>
Ensemble		<i>17,8</i>	<i>30,6</i>	<i>16,3</i>

Tableau 43 : Incidence « Mélanome de la peau » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	2
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	1	4
[25-29] ans	2	9
[30-34] ans	1	6
[35-39] ans	2	11
[40-44] ans	4	18
[45-49] ans	3	11
[50-54] ans	6	27
[55-59] ans	4	16
[60-64] ans	6	26
[65-69] ans	7	32
[70-74] ans	5	29
[75-79] ans	5	31
[80-84] ans	8	68
85 ans +	6	51
Tout âge	60	18

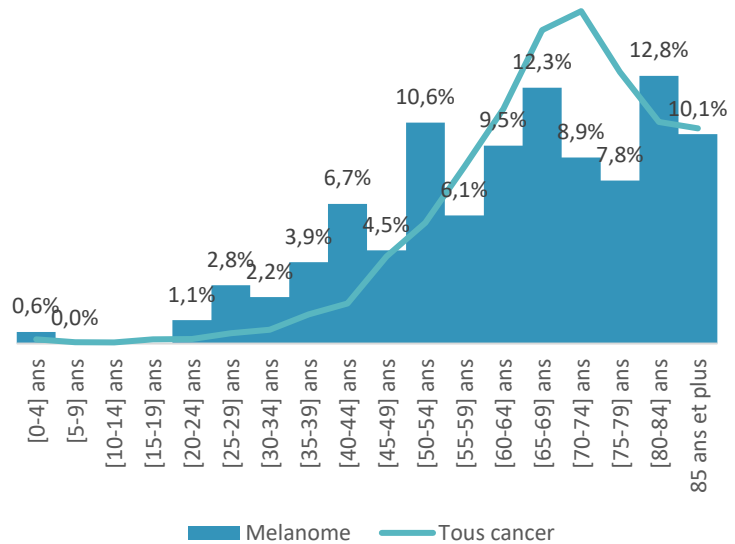


Tableau 44: incidence observée « Mélanome de la peau », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 36: Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Mélanome de la peau » en fonction de la tranche d'âge du patient.

Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans les bassins de vie le plus peuplés soit Ajaccio et Bastia. Cependant, c'est dans le bassin de Penta-di-Casinca que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Ghisonaccia et de Porto-Vecchio.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	16	15,4
Grosseto-Prugna	3	21,3
Porto-Vecchio	4	14,1
Propriano	2	16,3
Bastia	16	19,5
Calvi	4	18,0
Corte	3	18,4
Ghisonaccia	2	12,1
Penta-di-Casinca	9	23,3
Corse	60	17,6

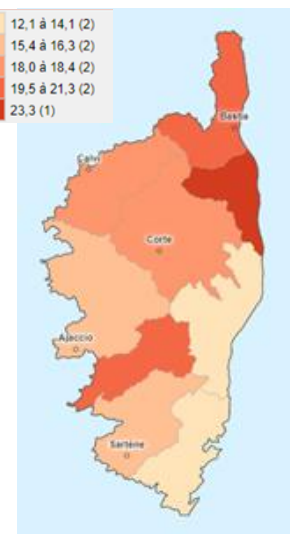
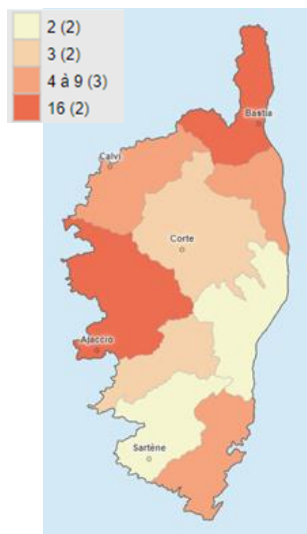


Tableau 45 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Carte 19 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient

Carte 20 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans 100% des cas (n=60), c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

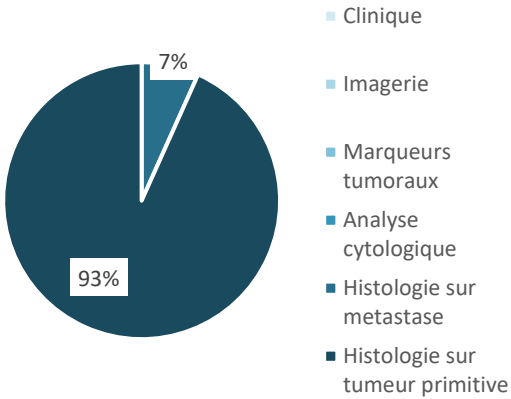


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,4 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 65% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 32 à 73% des tumeurs.

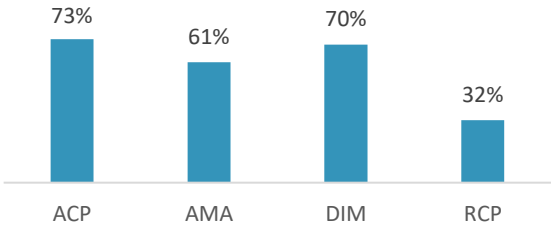
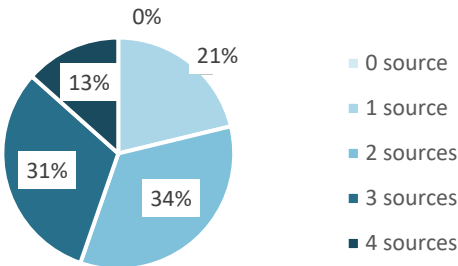


Figure 38 : Taux de présence de chaque source d'information

Figure 37 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 19 tumeurs par an (soit 31% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 3 tumeurs sont en attente d'investigation pour confirmation ou non de leur inclusion.

11. Sein

La partie intitulée « Sein » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C50 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 98%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est supérieure à la borne supérieure de l'estimation SpF. Seul un homme par an en moyenne développe un cancer du sein en Corse.

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	1 (0%)	NC	NC	NC
Femmes	299 (100%)	NC	NC	NC
Ensemble	300 (100%)	250	266	284

Tableau 46 : Incidence « Sein » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes		0,8	1,1	0,5
Femmes	174,4 [168,7 ; 180,3]	173,8	348,6	146,1
Ensemble		89,7	174,9	73,3

Tableau 47 : Incidence « Sein » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Sein

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	2
[30-34] ans	2	10
[35-39] ans	8	36
[40-44] ans	13	60
[45-49] ans	27	111
[50-54] ans	26	111
[55-59] ans	32	144
[60-64] ans	38	173
[65-69] ans	43	189
[70-74] ans	35	193
[75-79] ans	26	174
[80-84] ans	23	202
85 ans +	27	233
Tout âge	300	89

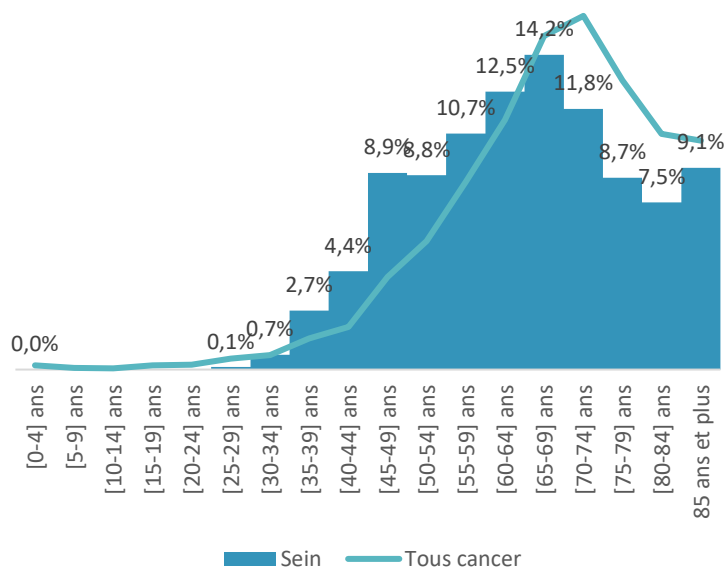


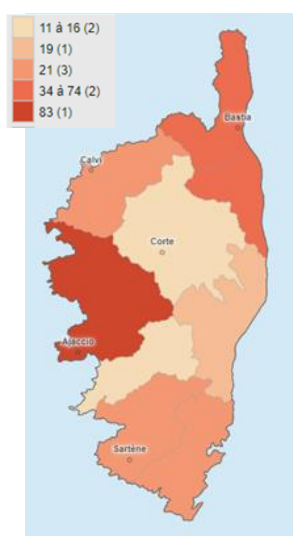
Tableau 48 : incidence observée « Sein », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 39 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Sein » en fonction de la tranche d'âge du patient.

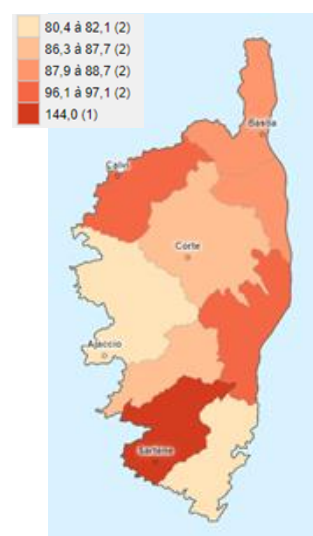
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Propriano que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins d'Ajaccio et de Porto-Vecchio.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	83	80,4
Grosseto-Prugna	11	87,7
Porto-Vecchio	21	82,1
Propriano	21	144,0
Bastia	74	88,7
Calvi	21	96,1
Corte	16	86,3
Ghisonaccia	19	97,1
Penta-di-Casinca	34	87,9
Corse	300	88,7



Carte 21 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 22 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 49 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=298), c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une imagerie (n=3).

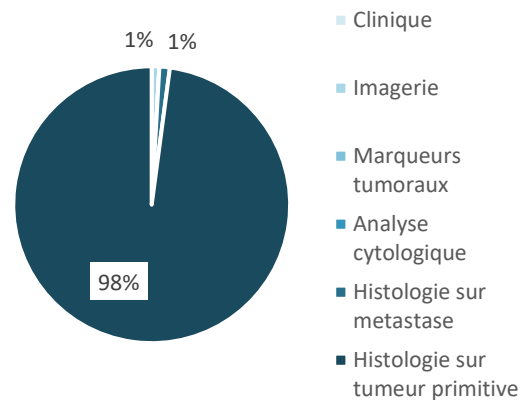


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 3,3 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 81% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 74 à 88% des tumeurs.

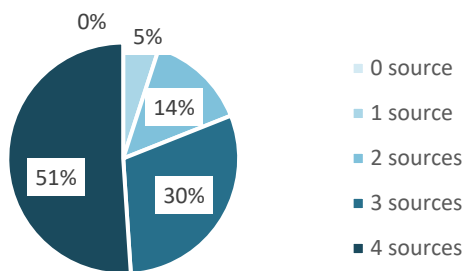


Figure 40 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

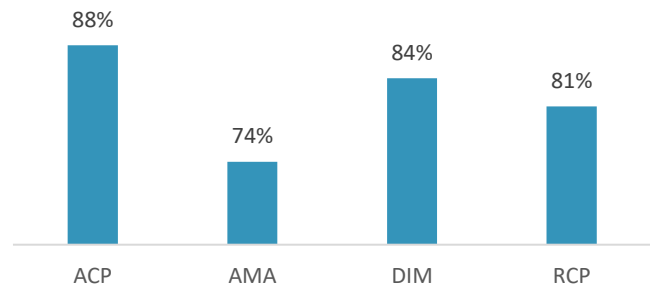


Figure 41 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 30 tumeurs par an (soit 10% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 16 tumeurs sont en attente d'investigation. Parmi celles-ci, 14 sont bien éligibles mais certaines informations manquent.

12. Col de l'utérus

La partie intitulée « Col de l'utérus » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C53 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est inférieure à la borne inférieure de l'estimation SpF.

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	/	/	/	/
Femmes	15 (100%)	18 (100%)	22 (100%)	28 (100%)
Ensemble	15 (100%)	18 (100%)	22 (100%)	28 (100%)

Tableau 50 : Incidence « Col de l'utérus » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	/	/	/	/
Femmes	8,7 [8,0 ; 9,5]	8,5	17,1	10,1
Ensemble		4,4	8,6	5,0

Tableau 51 : Incidence « Col de l'utérus » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	2
[25-29] ans	1	6
[30-34] ans	0	2
[35-39] ans	1	5
[40-44] ans	1	3
[45-49] ans	2	8
[50-54] ans	1	6
[55-59] ans	1	6
[60-64] ans	2	11
[65-69] ans	2	9
[70-74] ans	1	4
[75-79] ans	1	9
[80-84] ans	0	3
85 ans et plus	0	0
Tout âge	15	4

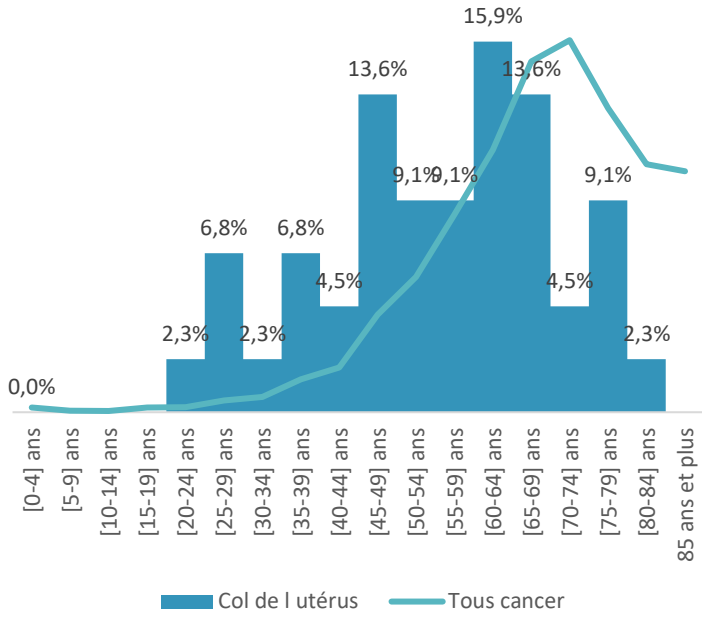


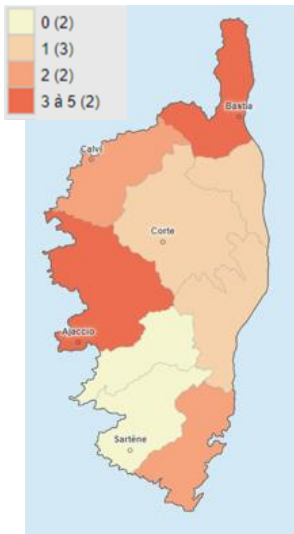
Tableau 52: incidence observée « Col de l'utérus », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 42: Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Col de l'utérus » en fonction de la tranche d'âge du patient.

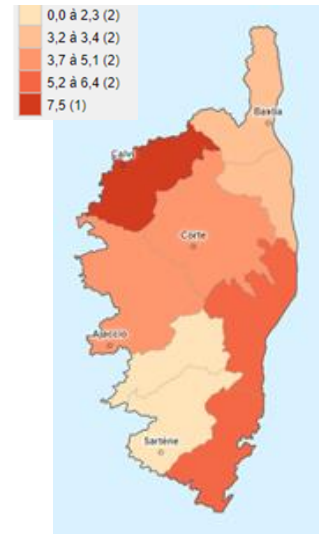
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Calvi que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Grosseto-Prugna et de Propriano.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	5	5,1
Grosseto-Prugna	0	0,0
Porto-Vecchio	2	6,4
Propriano	0	2,3
Bastia	3	3,2
Calvi	2	7,5
Corte	1	3,7
Ghisonaccia	1	5,2
Penta-di-Casinca	1	3,4
Corse	15	4,3



Carte 23 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 24 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 53 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=14, c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une imagerie (n < 1 / an).

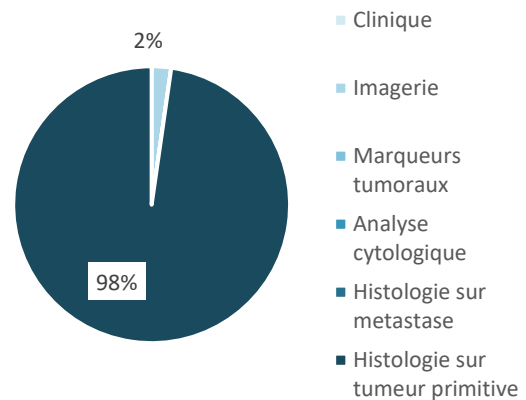


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 3,2 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 80% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 73 à 93% des tumeurs.

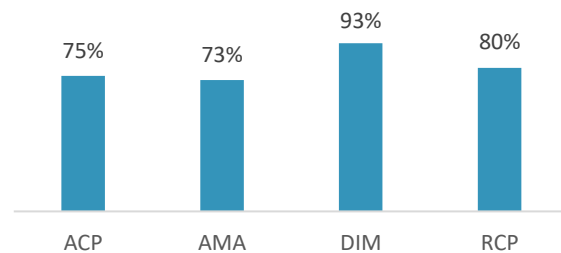
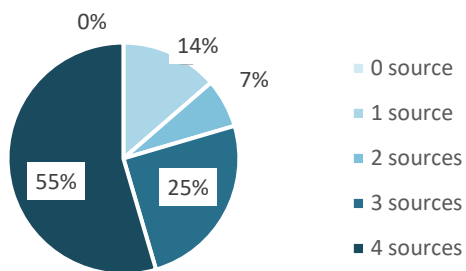


Figure 44 : Taux de présence de chaque source d'information

Figure 43 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 3 tumeurs par an (soit 23% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, aucune tumeur n'est en attente d'investigation.

13. Corps de l'utérus

La partie intitulée « Corps de l'utérus » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C54 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est proche de l'estimation SpF.

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	/	/	/	/
Femmes	33 (100%)	30 (100%)	34 (100%)	38 (100%)
Ensemble	33 (100%)	30 (100%)	34 (100%)	38 (100%)

Tableau 54 : Incidence « Corps de l'utérus » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	/	/	/	/
Femmes	24,5 [22,9 ; 26,3]	19,4	38,9	13,2
Ensemble		10,0	19,4	6,6

Tableau 55 : Incidence « Corps de l'utérus » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	0	2
[35-39] ans	0	0
[40-44] ans	0	2
[45-49] ans	1	4
[50-54] ans	1	4
[55-59] ans	4	16
[60-64] ans	3	14
[65-69] ans	8	34
[70-74] ans	6	31
[75-79] ans	4	27
[80-84] ans	5	45
85 ans +	2	14
Tout âge	33	10

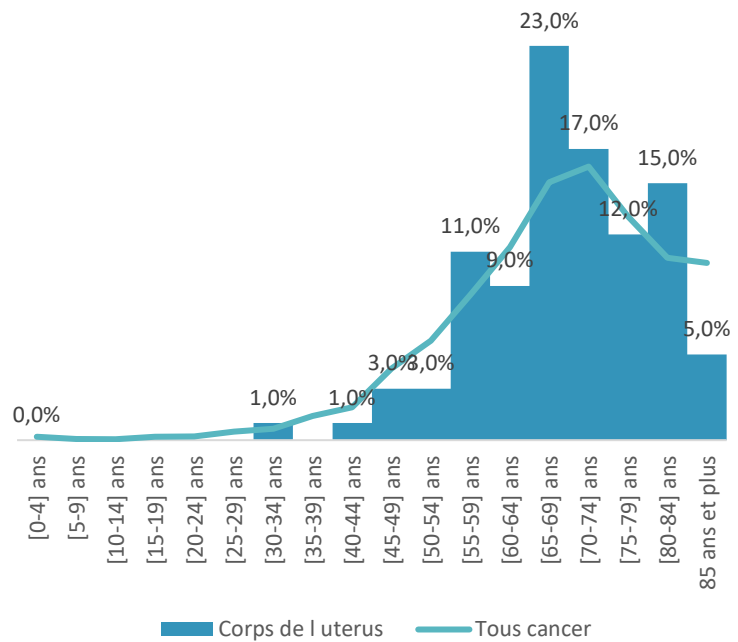


Tableau 56: incidence observée « Corps de l'utérus », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 45: Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Corps de l'utérus » en fonction de la tranche d'âge du patient.

Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans l'un des bassins de vie le plus peuplé : Bastia. C'est dans le bassin de Bastia également que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Propriano et de Penta-di-Casinca.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	10	9,6
Grosseto-Prugna	1	10,6
Porto-Vecchio	2	9,0
Propriano	0	0,0
Bastia	11	13,1
Calvi	2	10,5
Corte	2	12,9
Ghisonaccia	2	10,4
Penta-di-Casinca	2	5,2
Corse	33	9,8

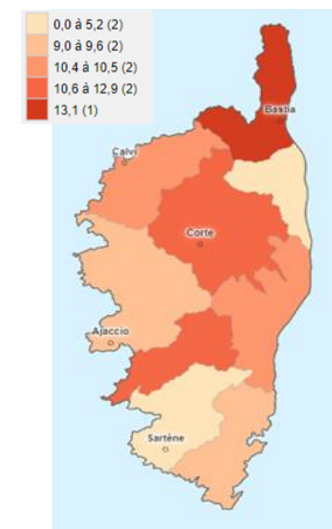
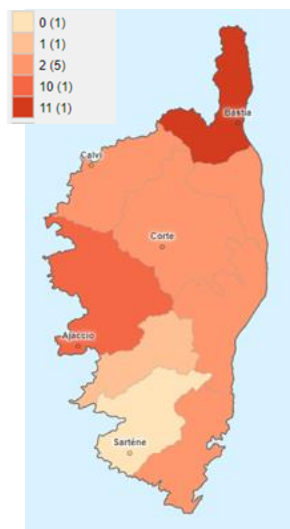


Tableau 57 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Carte 25 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient

Carte 26 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=1693, c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une analyse cytologique (n=75), d'une imagerie (n=98), d'observations cliniques (n=5) ou encore de marqueurs tumoraux (n=1).

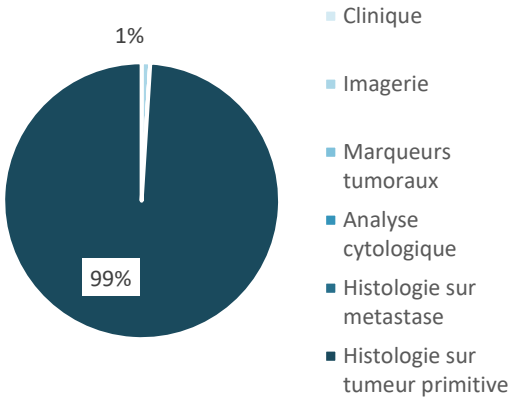


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 3,0 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 71% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 57 à 88% des tumeurs.

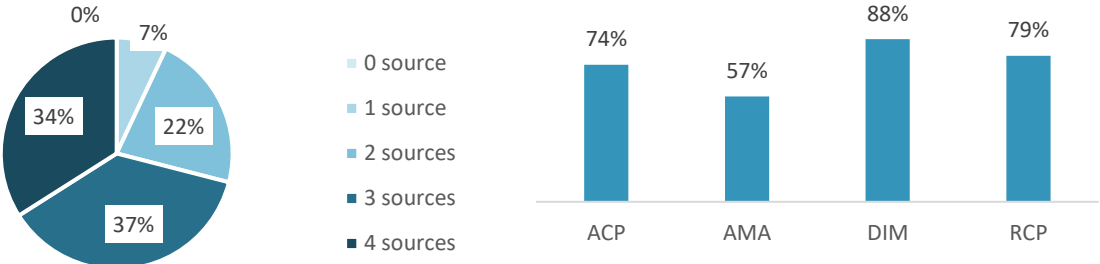


Figure 46 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Figure 47 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 8 tumeurs par an (soit 23% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, aucune tumeur n'est en attente d'investigation.

14. Ovaire

La partie intitulée « Ovaire » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C56 » ou compris entre « C570 » et « C574 » et n'a pas un code CIM-O3 morphologique égal à « 8442 », « 8451 », « 8461 », « 8462 », « 8472 » ou « 8473 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est proche de l'estimation SpF.

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	/	/	/	/
Femmes	25 (100%)	22 (100%)	26 (100%)	31 (100%)
Ensemble	25 (100%)	22 (100%)	26 (100%)	31 (100%)

Tableau 58 : Incidence « Ovaire » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	/	/	/	/
Femmes	15,5 [14,6 ; 16,4]	14,5	29,2	9,3
Ensemble		7,5	14,6	4,7

Tableau 59 : Incidence « Ovaire » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	0	0
[35-39] ans	1	5
[40-44] ans	0	0
[45-49] ans	1	3
[50-54] ans	1	6
[55-59] ans	2	9
[60-64] ans	2	9
[65-69] ans	5	22
[70-74] ans	2	9
[75-79] ans	4	24
[80-84] ans	4	36
85 ans +	4	31
Tout âge	25	7

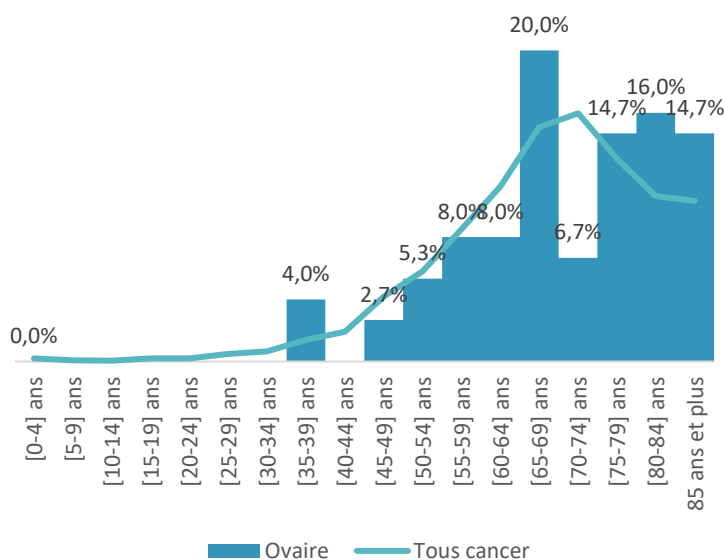


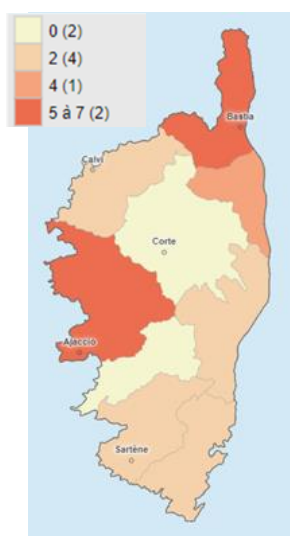
Tableau 60: incidence observée « Ovaire », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 48: Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Ovaire » en fonction de la tranche d'âge du patient.

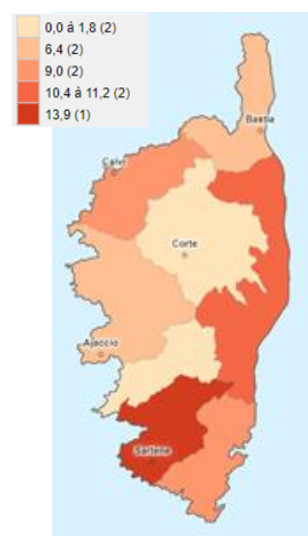
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Propriano que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Grosseto-Prugna et de Corte.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	7	6,4
Grosseto-Prugna	0	0,0
Porto-Vecchio	2	9,0
Propriano	2	13,9
Bastia	5	6,4
Calvi	2	9,0
Corte	0	1,8
Ghisonaccia	2	10,4
Penta-di-Casinca	4	11,2
Corse	25	7,4



Carte 27 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 28 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 61 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=23), c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une analyse cytologique (n=1) ou d'une imagerie (n=1).

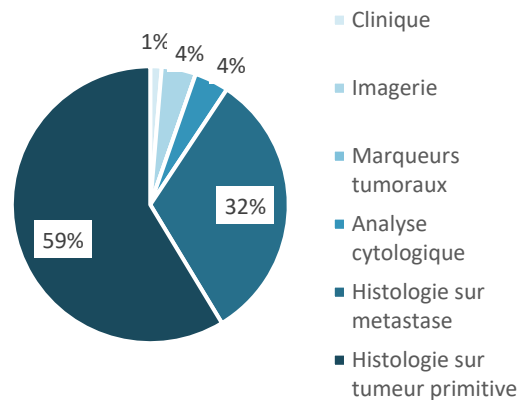


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 3,0 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 75% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 60 à 93% des tumeurs.

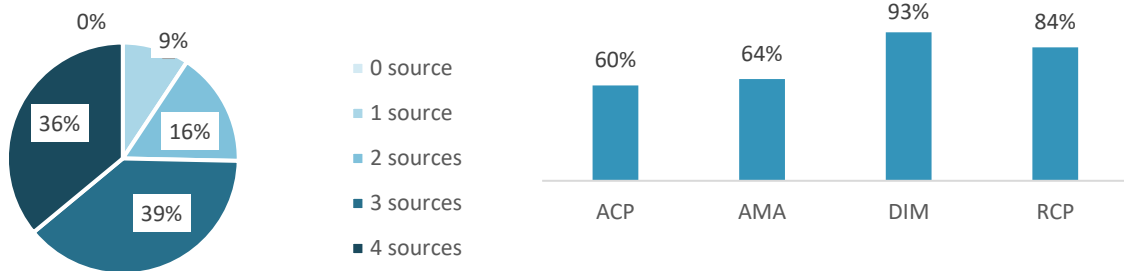


Figure 49 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Figure 50 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 7 tumeurs par an (soit 28% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, aucune tumeur n'est en attente d'investigation.

15. Prostate

La partie intitulée « Prostate » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C61 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 99%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est supérieure à la borne supérieure de l'estimation SpF.

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	245 (100%)	178 (100%)	192 (100%)	209 (100%)
Femmes	/	/	/	/
Ensemble	245 (100%)	178 (100%)	192 (100%)	209 (100%)

Tableau 62 : Incidence « Prostate » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	161,6 [155,4 ; 168]	150,2	206,5	96,8
Femmes	/	/	/	/
Ensemble		73,0	103,3	48,4

Tableau 63 : Incidence « Prostate » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	0	0
[35-39] ans	0	0
[40-44] ans	0	0
[45-49] ans	2	7
[50-54] ans	3	11
[55-59] ans	15	66
[60-64] ans	31	144
[65-69] ans	48	211
[70-74] ans	57	312
[75-79] ans	41	276
[80-84] ans	27	238
85 ans +	22	184
Tout âge	245	72

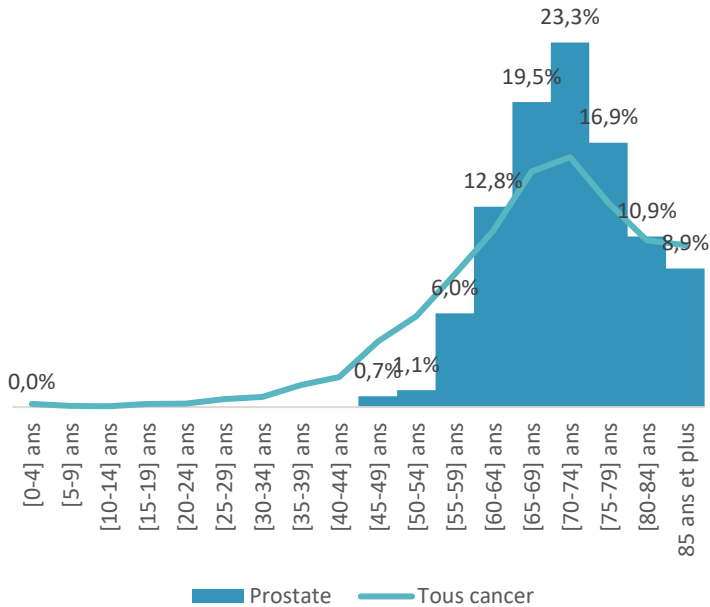


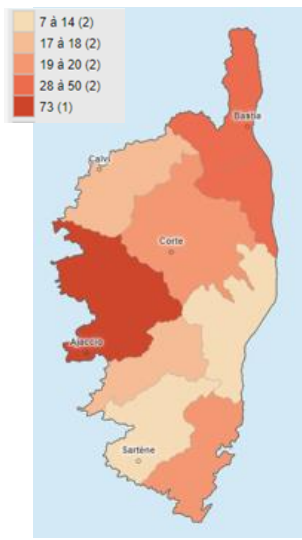
Tableau 64: incidence observée « Prostate », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 51: Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Prostate » en fonction de la tranche d'âge du patient.

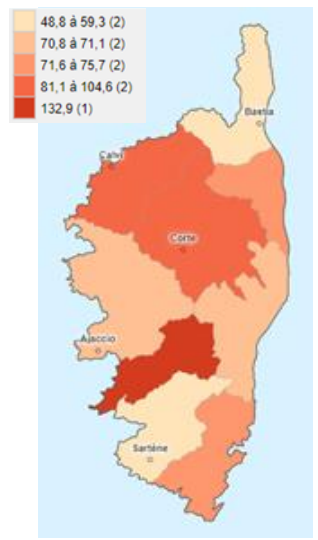
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Grosseto-Prugna que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Propriano et de Bastia.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	73	70,8
Grosseto-Prugna	17	132,9
Porto-Vecchio	20	75,7
Propriano	7	48,8
Bastia	50	59,3
Calvi	18	81,1
Corte	19	104,6
Ghisonaccia	14	71,1
Penta-di-Casinca	28	71,6
Corse	245	72,3



Carte 29 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 30 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 65 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=243, c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une imagerie (n=1) ou de marqueurs tumoraux (n=1).

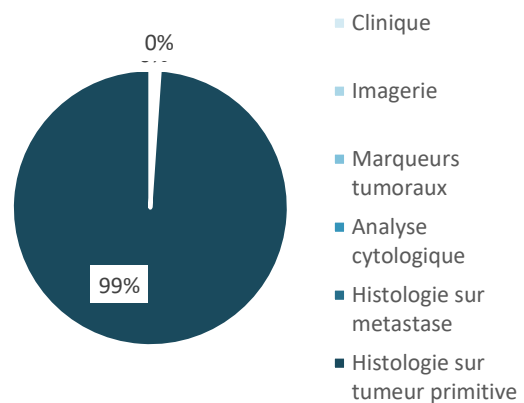


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence..

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 3,0 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 72% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 64 à 82% des tumeurs.

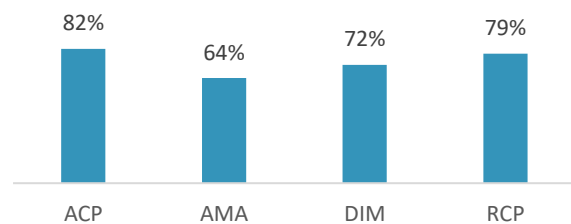
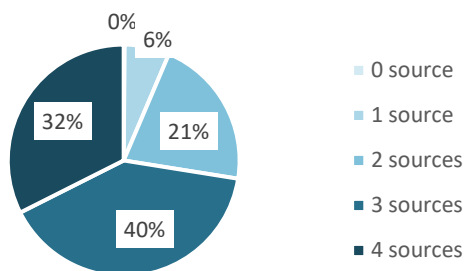


Figure 53 : Taux de présence de chaque source d'information

Figure 52 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 22 tumeurs par an (soit 9% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 4 tumeurs sont en attente d'investigation. Parmi celles-ci, 4 sont bien éligibles mais certaines informations manquent.

16. Testicule

La partie intitulée « Testicule » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C62 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 95%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est de l'estimation SpF.

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	7 (100%)	6 (100%)	8 (100%)	11 (100%)
Femmes	/	/	/	/
Ensemble	7 (100%)	6 (100%)	8 (100%)	11 (100%)

Tableau 66 : Incidence « Testicule » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	8,8 [8,0 ; 9,7]	4,3	6,9	6,7
Femmes	/	/	/	/
Ensemble		2,1	3,5	3,3

Tableau 67 : Incidence « Testicule » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	1	4
[25-29] ans	1	4
[30-34] ans	1	6
[35-39] ans	1	5
[40-44] ans	0	2
[45-49] ans	1	3
[50-54] ans	1	3
[55-59] ans	1	4
[60-64] ans	0	0
[65-69] ans	0	1
[70-74] ans	0	0
[75-79] ans	0	2
[80-84] ans	0	0
85 ans +	0	0
Tout âge	7	2

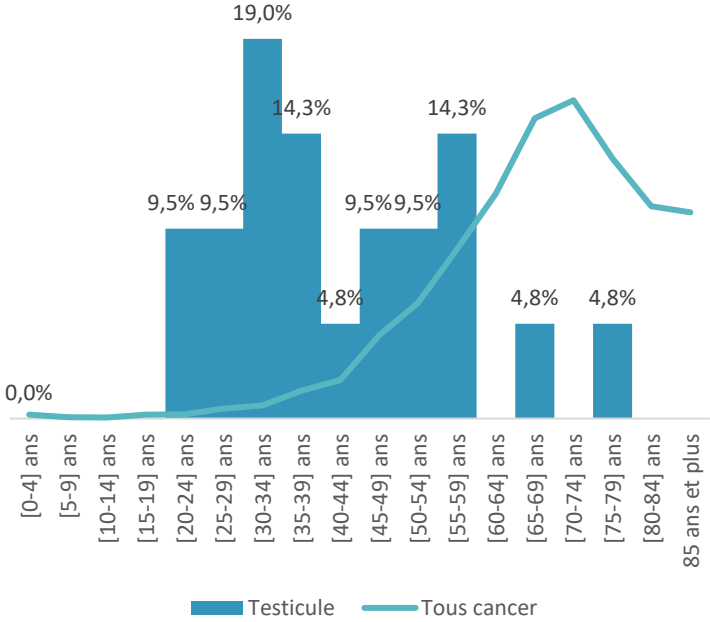


Tableau 68: incidence observée « Testicule », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 54 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Testicule » en fonction de la tranche d'âge du patient.

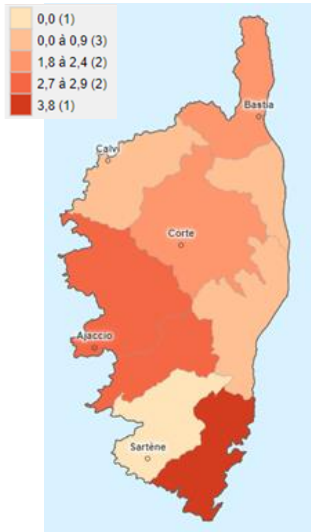
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Porto-Vecchio que le risque de cancer est plus élevé, contrairement au bassin de Propriano.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	3	2,9
Grosseto-Prugna	0	2,7
Porto-Vecchio	1	3,8
Propriano	0	0,0
Bastia	2	2,4
Calvi	0	0,0
Corte	0	1,8
Ghisonaccia	0	0,0
Penta-di-Casinca	0	0,9
Corse	7	2,1



Carte 31 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 32 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 69 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans 100% des cas (n=7), c'est une histologie sur tumeur primitive.

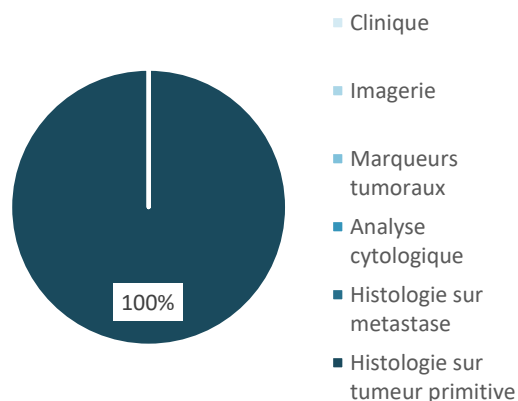


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,9 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 32% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 48 à 95% des tumeurs.

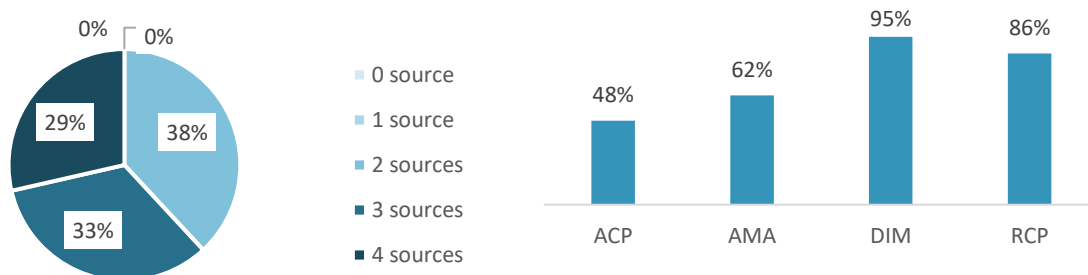


Figure 55 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 2 tumeurs par an (soit 28% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, une tumeur est en attente d'investigation, pour confirmation ou non de son inclusion.

17. Vessie

La partie intitulée « Vessie » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C67 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 99%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est supérieure à la borne supérieure de l'estimation SpF et que quelle que soit la source d'information, les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 4,68).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	64 (82%)	40 (82%)	47 (80%)	56 (78%)
Femmes	14 (18%)	9 (18%)	12 (20%)	16 (22%)
Ensemble	78 (100%)	49 (100%)	59 (100%)	72 (100%)

Tableau 70 : Incidence « Vessie » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	33,7 [31,5 ; 36,1]	39,3	54,2	23,1
Femmes	7,3 [6,7 ; 8,0]	7,9	15,9	3,9
Ensemble		23,2	35,1	13,5

Tableau 71 : Incidence « Vessie » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	0	0
[35-39] ans	0	0
[40-44] ans	1	3
[45-49] ans	2	7
[50-54] ans	2	8
[55-59] ans	3	12
[60-64] ans	4	18
[65-69] ans	14	62
[70-74] ans	12	68
[75-79] ans	11	73
[80-84] ans	11	98
85 ans +	18	156
Tout âge	78	23

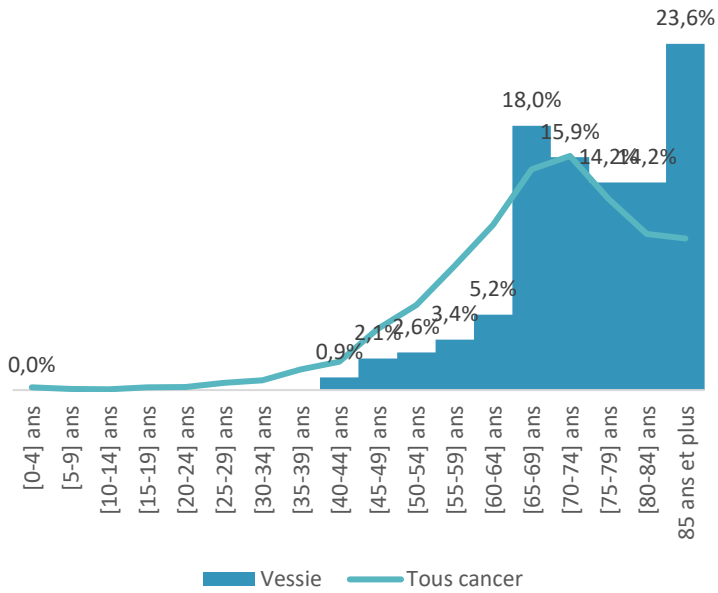


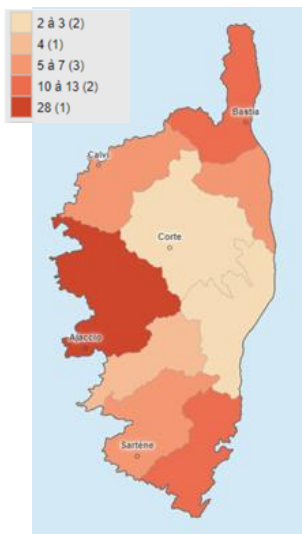
Tableau 72: incidence observée « Vessie », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 57 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Vessie » en fonction de la tranche d'âge du patient.

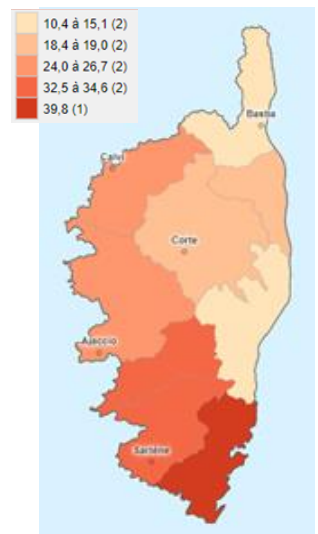
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Porto-Vecchio que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Ghisonaccia et de Bastia.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	28	26,7
Grosseto-Prugna	4	34,6
Porto-Vecchio	10	39,8
Propriano	5	32,5
Bastia	13	15,1
Calvi	5	24,0
Corte	3	18,4
Ghisonaccia	2	10,4
Penta-di-Casinca	7	19,0
Corse	78	22,9



Carte 33 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 34 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 73 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=73), c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une analyse cytologique (n=1) ou d'une imagerie (n=3).

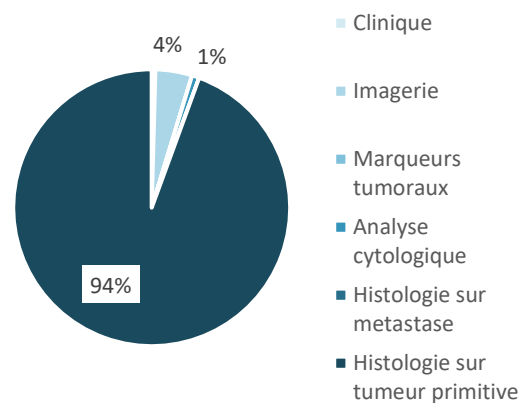


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,9 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 69% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 44 à 94% des tumeurs.

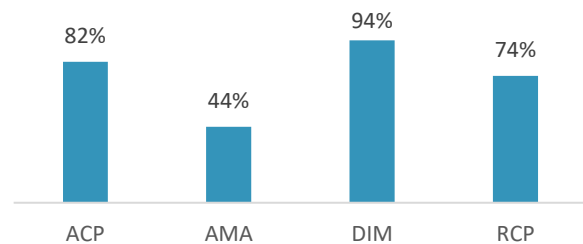
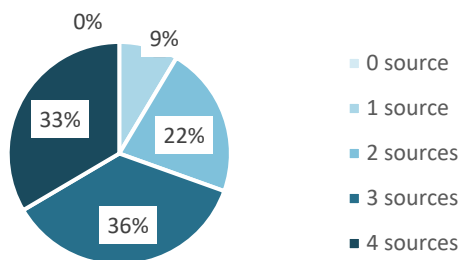


Figure 59 : Taux de présence de chaque source d'information

Figure 58 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 11 tumeurs par an (soit 15% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 2 tumeurs sont en attente d'investigation pour confirmation ou non de leur inclusion.

18. Rein

La partie intitulée « Rein » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C64 », « C65 », « C66 » ou « C68 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 99%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est proche de la borne inférieure de l'estimation SpF et que quelle que soit la source d'information, les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 2,33).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	43 (70%)	41 (68%)	45 (66%)	49 (64%)
Femmes	18 (30%)	19 (32%)	23 (34%)	27 (36%)
Ensemble	61 (100%)	60 (100%)	68 (100%)	76 (100%)

Tableau 74 : Incidence « Rein » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	32,6 [30,7 ; 34,6]	26,2	37,5	21,2
Femmes	15,1 [14,1 ; 16,2]	10,7	21,4	8,1
Ensemble		18,2	29,4	14,6

Tableau 75 : Incidence « Rein » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Rein

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	2
[5-9] ans	0	2
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	2
[30-34] ans	0	0
[35-39] ans	1	5
[40-44] ans	1	6
[45-49] ans	2	10
[50-54] ans	6	24
[55-59] ans	4	19
[60-64] ans	9	40
[65-69] ans	10	44
[70-74] ans	8	42
[75-79] ans	4	29
[80-84] ans	10	89
85 ans +	5	40
Tout âge	61	18

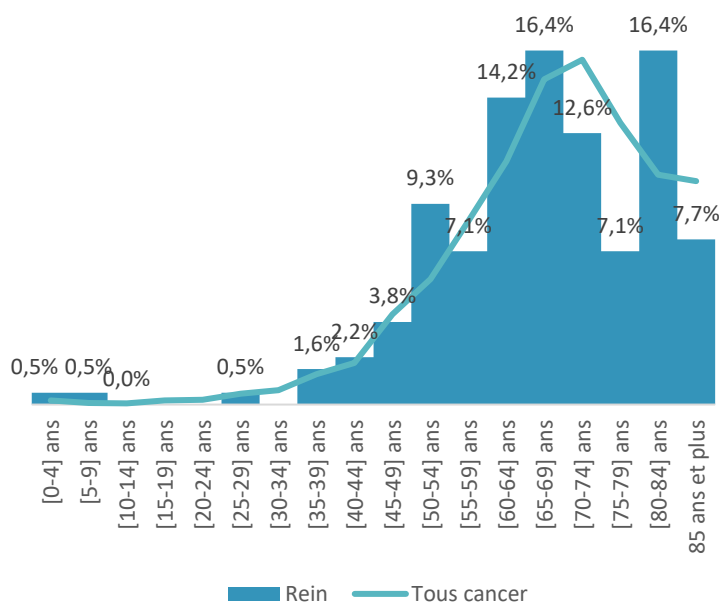


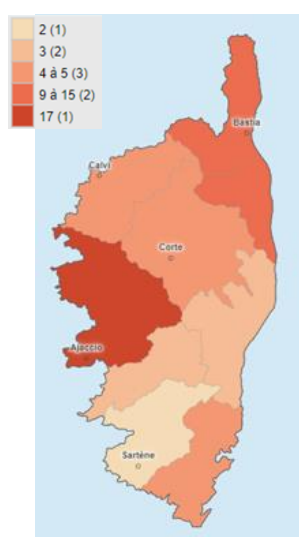
Tableau 76: incidence observée « Rein », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 60 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Rein » en fonction de la tranche d'âge du patient.

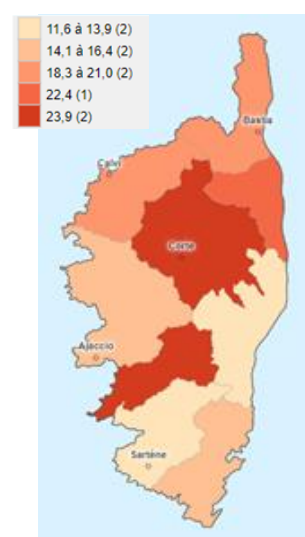
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans les bassins de Grosseto-Prugna et de Corte que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Propriano et de Ghisonaccia.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	17	16,4
Grosseto-Prugna	3	23,9
Porto-Vecchio	4	14,1
Propriano	2	11,6
Bastia	15	18,3
Calvi	5	21,0
Corte	4	23,9
Ghisonaccia	3	13,9
Penta-di-Casinca	9	22,4
Corse	61	18,0



Carte 35 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 36 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 77 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=56), c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une imagerie (n=5).

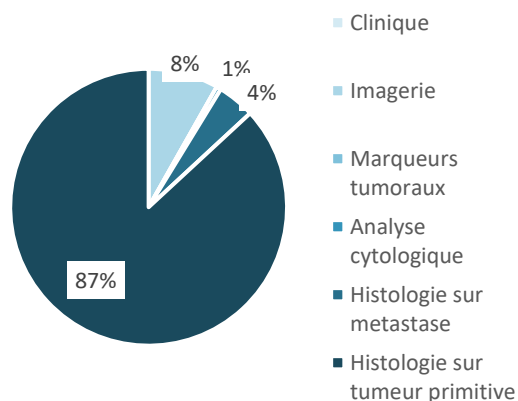


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,9 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 71% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 58 à 95% des tumeurs.

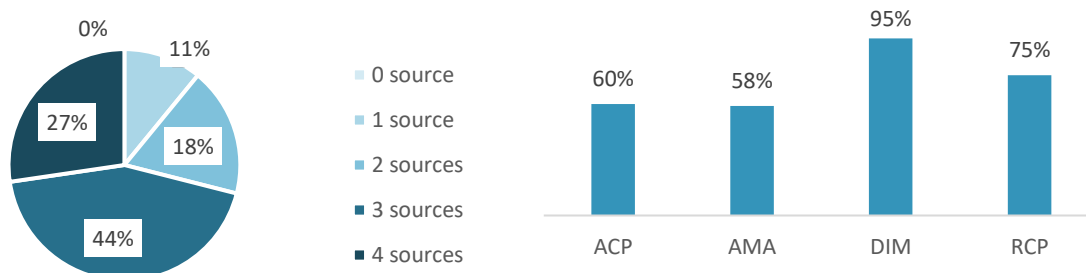


Figure 61 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Figure 62 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 15 tumeurs par an (soit 25% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 2 tumeurs sont en attente d'investigation. Parmi celles-ci, une est bien éligible mais certaines informations manquent.

19. Système nerveux central

La partie intitulée système nerveux central (ci-après « SNC ») regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est compris entre « C70 » et « C72 » et le code CIM-O3 morphologique n'est pas « 9111 », « 9112 », « 9113 », « 9114 », « 9115 », « 9116 », « 9117 », « 9118 », « 9119 », « 9120 », « 9121 », « 9122 », « 9123 », « 9124 », « 9125 », « 9126 », « 9127 », « 9128 », « 9129 », « 9130 », « 9131 », « 9132 », « 9133 », « 9134 », « 9135 », « 9136 », « 9137 », « 9138 », « 9139 », « 9140 », « 9141 », « 9142 », « 9143 », « 9144 », « 9145 », « 9146 », « 9147 », « 9148 », « 9149 », « 9150 », « 9151 », « 9152 », « 9153 », « 9154 », « 9155 », « 9156 », « 9157 », « 9158 », « 9159 », « 9160 », « 9161 », « 9162 », « 9163 », « 9164 », « 9165 », « 9166 », « 9167 », « 9168 », « 9169 », « 9170 », « 9171 », « 9172 », « 9173 », « 9174 », « 9175 », « 9176 », « 9177 », « 9178 », « 9179 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 99%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est proche de l'estimation SpF et que quelle que soit la source d'information, les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 2,29).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	21 (70%)	16	19	24
Femmes	9 (30%)	NC	NC	NC
Ensemble	31 (100%)	NC	NC	NC

Tableau 78 : Incidence « Système nerveux central » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes	10,4 [9,9 ; 11,0]	13,1	19,1	12,5
Femmes	7,8 [7,3 ; 8,3]	5,4	10,9	4,9
Ensemble		9,2	15,0	8,7

Tableau 79 : Incidence « Système nerveux central » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	1	4
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	2
[20-24] ans	1	4
[25-29] ans	0	2
[30-34] ans	0	0
[35-39] ans	0	2
[40-44] ans	0	2
[45-49] ans	3	11
[50-54] ans	1	4
[55-59] ans	4	19
[60-64] ans	4	17
[65-69] ans	4	18
[70-74] ans	5	26
[75-79] ans	3	20
[80-84] ans	3	27
85 ans +	2	14
Tout âge	31	9

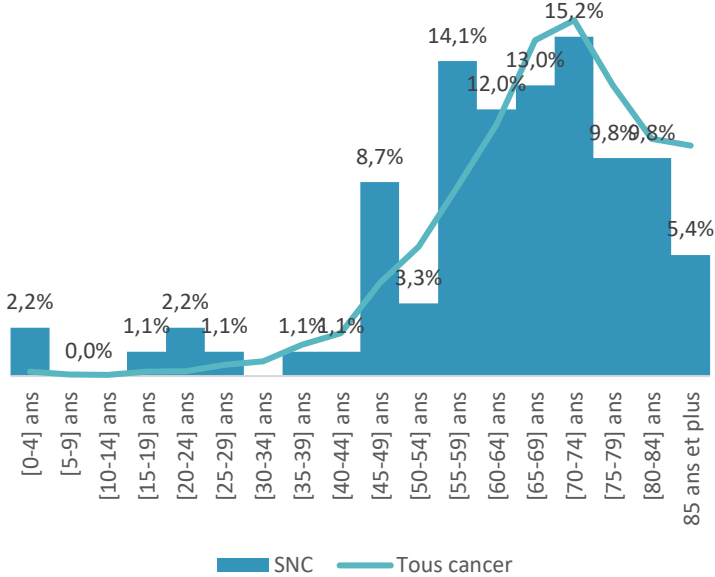


Tableau 80: incidence observée « Système nerveux central », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 63 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Système nerveux central » en fonction de la tranche d'âge du patient.

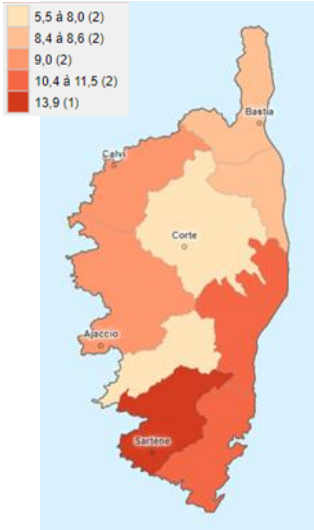
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans les bassins de vie les plus peuplés : Ajaccio et Bastia. Cependant, c'est dans le bassin de Propriano que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Corte et de Grosseto-Prugna.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	9	9,0
Grosseto-Prugna	1	8,0
Porto-Vecchio	3	11,5
Propriano	2	13,9
Bastia	7	8,4
Calvi	2	9,0
Corte	1	5,5
Ghisonaccia	2	10,4
Penta-di-Casinca	3	8,6
Corse	31	9,1



Carte 37 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 38 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 81 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans près de 8 cas sur 10 (n=24, c'est une histologie sur tumeur primitive.

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une imagerie (n=6).

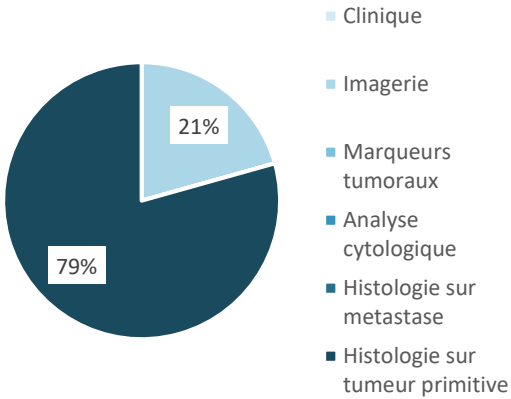


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,5 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 51% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 18 à 98% des tumeurs.

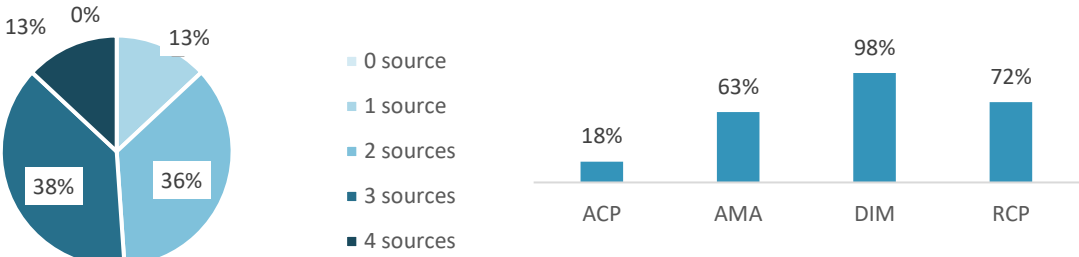


Figure 64 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Figure 65 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 14 tumeurs par an (soit 46% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, une tumeur est en attente d'investigation pour confirmation ou non de son inclusion.

20. Thyroïde

La partie intitulée « Thyroïde » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C73 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 98%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est inférieure de la borne inférieure de l'estimation SpF et que quelle que soit la source d'information, les hommes sont moins touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 0,46).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	14 (32%)	14 (28%)	17 (28%)	21 (28%)
Femmes	31 (68%)	37 (72%)	45 (72%)	55 (72%)
Ensemble	45 (100%)	50* (100%)	61* (100%)	75* (100%)

Tableau 82 : Incidence « Thyroïde » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

* Pour cette localisation les chiffres d'incidence estimés par SpF pour chaque sexe ont été publiés avec une décimale. Afin d'uniformiser notre rapport ils ont été arrondis à l'entier relatif le plus proche. La ligne « Ensemble » est donc l'addition des valeurs publiées par SpF et non des arrondis présentés dans ce rapport.

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	<i>Taux brut Corse (RG2C)</i>	<i>Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)</i>	<i>Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)</i>
Hommes	8,3 [7,1 ; 9,6]	8,8	13,2	10,0
Femmes	24,1 [20,5 ; 28,2]	18,0	36,1	21,6
Ensemble		13,5	24,7	15,8

Tableau 83 : Incidence « Thyroïde » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	1	7
[25-29] ans	2	13
[30-34] ans	2	11
[35-39] ans	3	15
[40-44] ans	4	17
[45-49] ans	7	29
[50-54] ans	4	15
[55-59] ans	4	18
[60-64] ans	4	20
[65-69] ans	3	15
[70-74] ans	5	27
[75-79] ans	3	22
[80-84] ans	0	0
85 ans +	2	17
Tout âge	45	13

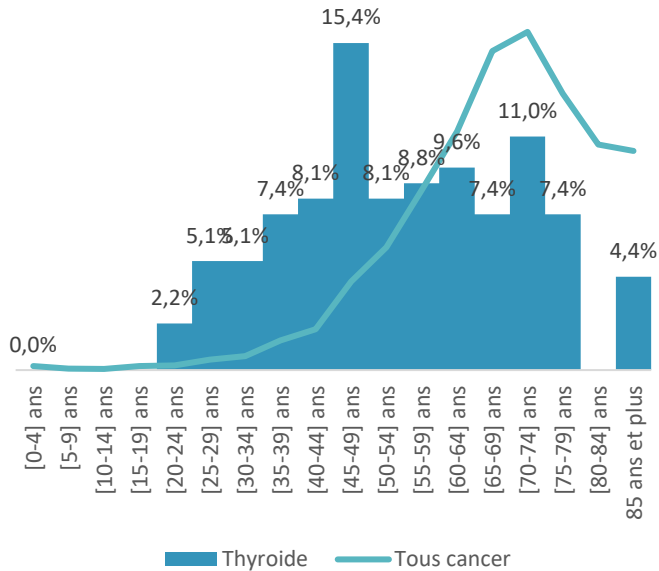


Tableau 84: incidence observée « Thyroïde », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 66 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Thyroïde » en fonction de la tranche d'âge du patient.

Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Corte que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Porto-Vecchio et de Propriano.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	14	13,5
Grosseto-Prugna	1	10,6
Porto-Vecchio	2	7,7
Propriano	1	9,3
Bastia	11	12,7
Calvi	4	16,5
Corte	4	22,0
Ghisonaccia	2	12,1
Penta-di-Casinca	6	15,5
Corse	45	13,4



Carte 39 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 40 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 85 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=44, c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une analyse cytologique (n=1).

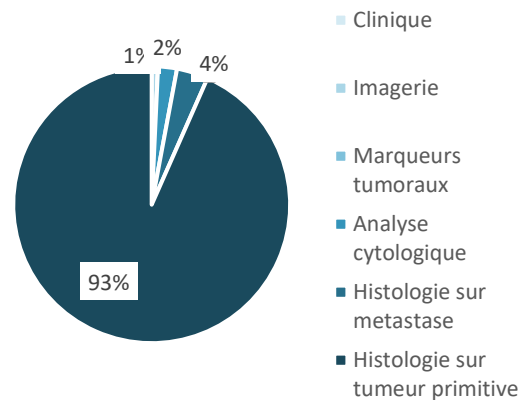


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,9 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 71% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 56 à 94% des tumeurs.

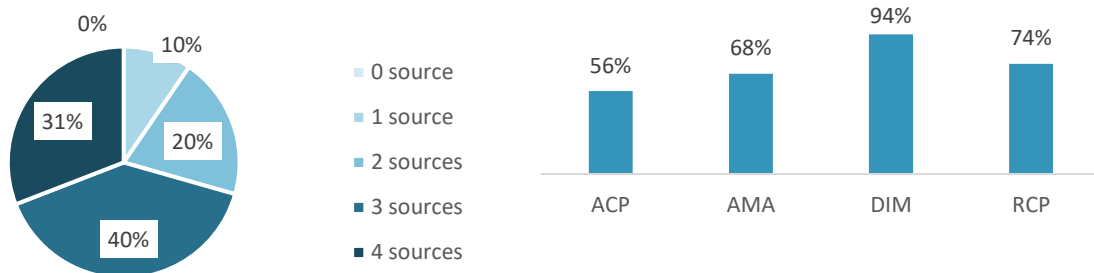


Figure 67 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Figure 68 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 6 tumeurs par an (soit 14% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 3 tumeurs sont en attente d'investigation pour confirmation ou non de leur inclusion.

21. Lymphome malin non Hodgkinien

La partie intitulée lymphome malin non Hodgkinien (ci-après « LMNH ») regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 morphologique est « 9590 », « 9591 », « 9592 », « 9593 », « 9594 », « 9595 », « 9596 », « 9597 », « 9670 », « 9671 », « 9672 », « 9673 », « 9674 », « 9675 », « 9676 », « 9677 », « 9678 », « 9679 », « 9680 », « 9681 », « 9682 », « 9683 », « 9684 », « 9685 », « 9686 », « 9687 », « 9688 », « 9689 », « 9690 », « 9691 », « 9692 », « 9693 », « 9694 », « 9695 », « 9696 », « 9697 », « 9698 », « 9699 », « 9700 », « 9701 », « 9702 », « 9703 », « 9704 », « 9705 », « 9706 », « 9707 », « 9708 », « 9709 », « 9710 », « 9711 », « 9712 », « 9713 », « 9714 », « 9715 », « 9716 », « 9717 », « 9718 », « 9719 », « 9724 », « 9725 », « 9726 », « 9727 », « 9728 », « 9729 », « 9832 », « 9833 », « 9834 », « 9835 », « 9836 », « 9837 » ou « 9838 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 99%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'estimation SpF n'est pas disponible. Les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 1,23).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	28 (55%)	35	41	49
Femmes	23 (45%)	NC	NC	NC
Ensemble	51 (100%)	NC	NC	NC

Tableau 86 : Incidence « Lymphome malin non Hodgkinien » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes		17,4	24,9	15,5
Femmes		13,4	26,8	10,8
Ensemble		15,3	25,9	13,1

Tableau 87 : Incidence « Lymphome malin non Hodgkinien » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	2
[5-9] ans	1	4
[10-14] ans	0	2
[15-19] ans	1	6
[20-24] ans	0	2
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	1	3
[35-39] ans	1	6
[40-44] ans	1	5
[45-49] ans	3	12
[50-54] ans	3	14
[55-59] ans	6	25
[60-64] ans	3	15
[65-69] ans	4	19
[70-74] ans	6	35
[75-79] ans	9	60
[80-84] ans	6	56
85 ans +	4	37
Tout âge	51	15

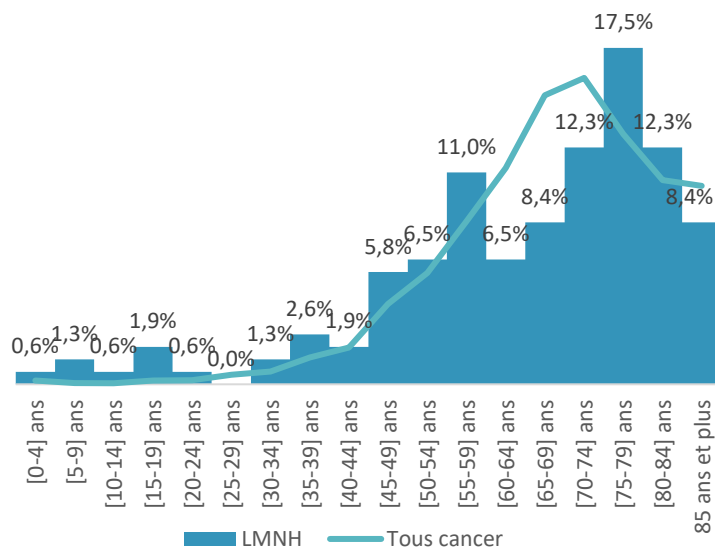


Tableau 88 : incidence observée « Lymphome malin non Hodgkinien », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 69 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Lymphome malin non Hodgkinien » en fonction de la tranche d'âge du patient.

Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Grosseto-Prugna que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Calvi et de Propriano.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	15	14,2
Grosseto-Prugna	3	21,3
Porto-Vecchio	3	12,8
Propriano	2	11,6
Bastia	13	15,9
Calvi	2	9,0
Corte	3	18,4
Ghisonaccia	4	20,8
Penta-di-Casinca	6	16,4
Corse	51	15,2



Carte 41 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 42 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 89 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 8 cas sur 10 (n=42), c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une analyse cytologique (n=9).

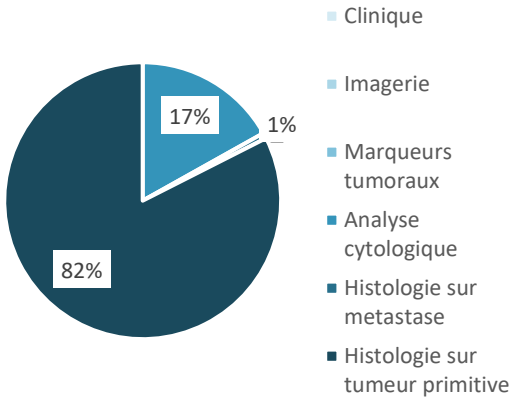


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,3 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 44% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 41 à 87% des tumeurs.

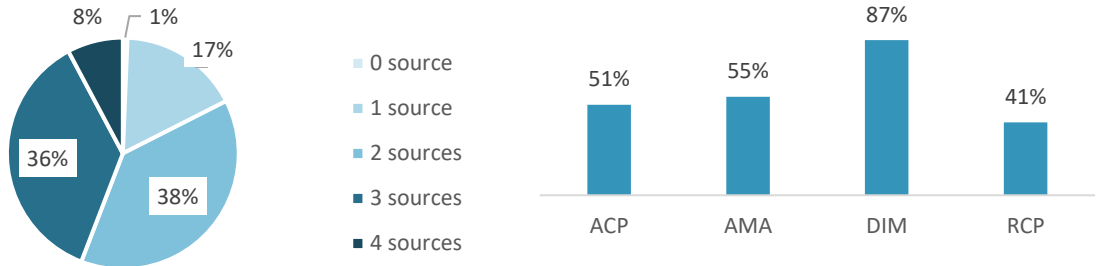


Figure 70 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Figure 71 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 15 tumeurs par an (soit 30% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 2 tumeurs sont en attente d'investigation pour confirmation ou non de leur inclusion.

22. Lymphome de Hodgkin

La partie intitulée « Lymphome de Hodgkin » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 morphologique est « 9650 », « 9651 », « 9652 », « 9653 », « 9654 », « 9655 », « 9656 », « 9657 », « 9658 », « 9659 », « 9660 », « 9661 », « 9662 », « 9663 », « 9664 », « 9665 », « 9666 » ou « 9667 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 96%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'incidence observée par le RG2C est proche de la borne inférieure de l'estimation SpF et que quelle que soit la source d'information, les hommes sont moins touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 0,92).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	4 (48%)	5 (71%)	6 (60%)	8 (57%)
Femmes	4 (52%)	3 (29%)	4 (40%)	6 (43%)
Ensemble	8 (100%)	7* (100%)	10 (100%)	14 (100%)

Tableau 90 : Incidence « Lymphome de Hodgkin » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

* Pour cette localisation les chiffres d'incidence estimés par SpF pour chaque sexe ont été publiés avec une décimale. Afin d'uniformiser notre rapport ils ont été arrondis à l'entier relatif le plus proche. La ligne « Ensemble » est donc l'addition des valeurs publiées par SpF et non des arrondis présentés dans ce rapport.

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes		2,3	3,4	2,9
Femmes		2,3	4,7	3,3
Ensemble		2,3	4,1	3,1

Tableau 91 : Incidence « Lymphome de Hodgkin » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	1	4
[15-19] ans	0	2
[20-24] ans	0	2
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	1	6
[35-39] ans	0	2
[40-44] ans	0	2
[45-49] ans	0	0
[50-54] ans	1	3
[55-59] ans	0	0
[60-64] ans	1	6
[65-69] ans	1	3
[70-74] ans	0	2
[75-79] ans	1	4
[80-84] ans	0	3
85 ans +	0	3
Tout âge	8	2

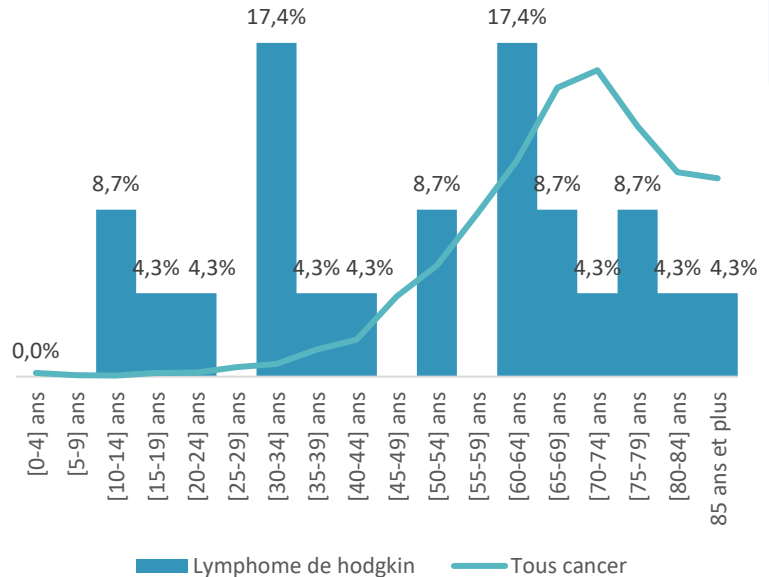


Tableau 92: incidence observée « Lymphome de Hodgkin », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 72 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « T Lymphome de Hodgkin » en fonction de la tranche d'âge du patient.

Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Grosseto-Prugna que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Corte et de Bastia.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	3	3,2
Grosseto-Prugna	1	8,0
Porto-Vecchio	1	3,8
Propriano	1	4,6
Bastia	1	0,8
Calvi	0	1,5
Corte	0	0,0
Ghisonaccia	0	1,7
Penta-di-Casinca	0	0,9
Corse	8	2,3

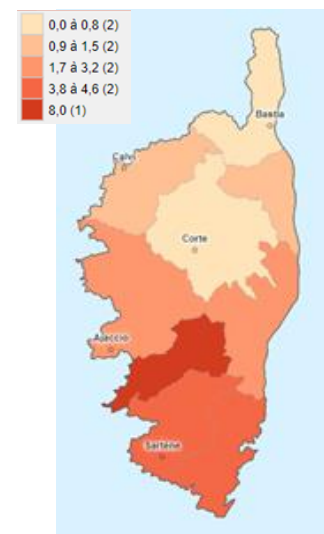


Tableau 93 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Carte 43 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient

Carte 44 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 9 cas sur 10 (n=7), c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une imagerie (n=1).

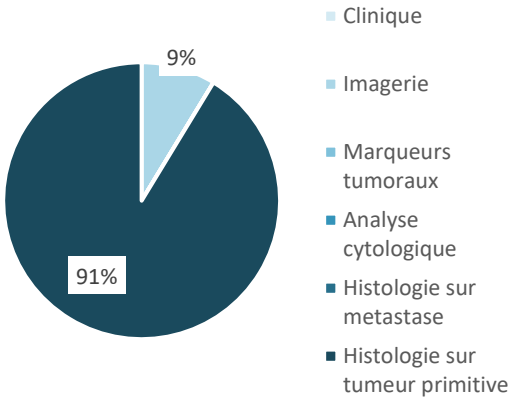


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,6 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 61% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 43 à 87% des tumeurs.

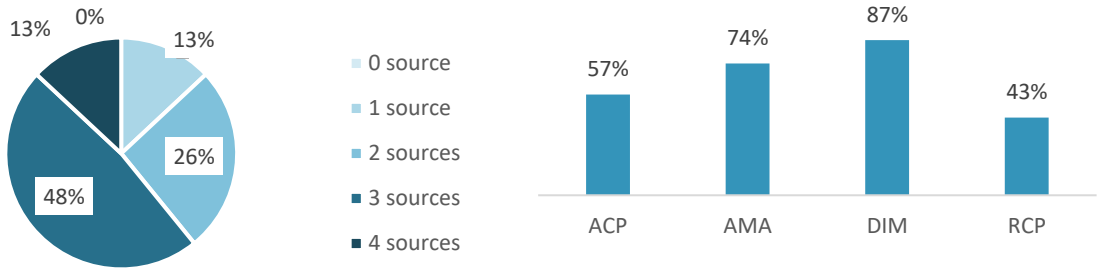


Figure 73 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Figure 74 : Taux de présence de chaque source d'information

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 3 tumeurs par an (soit 43% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, une tumeur est en attente d'investigation pour confirmation ou non de son inclusion.

23. Myélome multiple et maladie immuno-proliférative

La partie intitulée « Myélome multiple et maladie immuno-proliférative » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 morphologique est « 9731 », « 9732 », « 9733 », « 9734 », « 9760 », « 9761 », « 9762 », « 9763 », « 9764 ». Le taux de validité pour cette localisation est de 98%.

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'estimation SpF n'est pas disponible pour cette localisation. Les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 1,32).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	12 (57%)	NC	NC	NC
Femmes	9 (43%)	NC	NC	NC
Ensemble	22 (100%)	NC	NC	NC

Tableau 94 : Incidence « Myélome multiple et maladie immuno-proliférative » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes		7,6	10,3	4,9
Femmes		5,4	10,9	3,2
Ensemble		6,5	10,6	4,1

Tableau 95 : Incidence « Myélome multiple et maladie immuno-proliférative » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	0	0
[30-34] ans	0	0
[35-39] ans	0	0
[40-44] ans	0	0
[45-49] ans	1	6
[50-54] ans	1	3
[55-59] ans	1	4
[60-64] ans	2	8
[65-69] ans	4	19
[70-74] ans	3	15
[75-79] ans	4	29
[80-84] ans	3	30
85 ans +	2	20
Tout âge	22	6

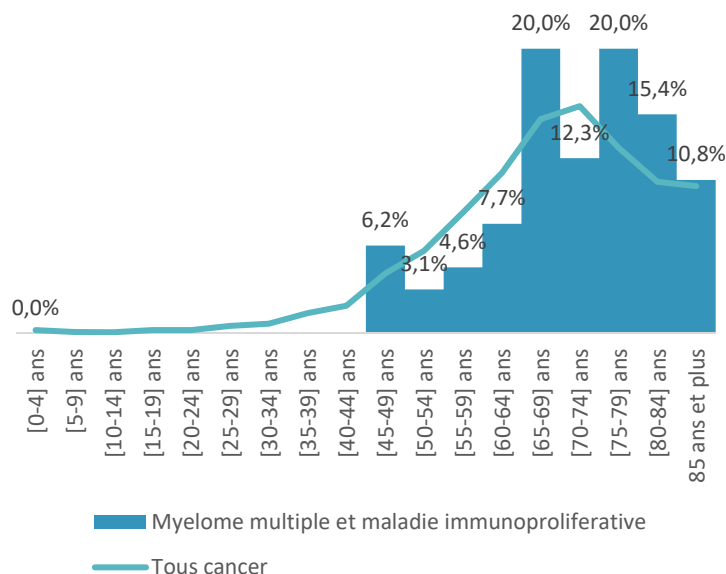


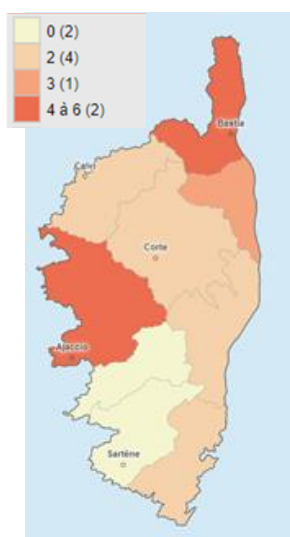
Tableau 96: incidence observée « Myélome multiple et maladie immuno-proliférative », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 75 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Myélome multiple et maladie immuno-proliférative » en fonction de la tranche d'âge du patient.

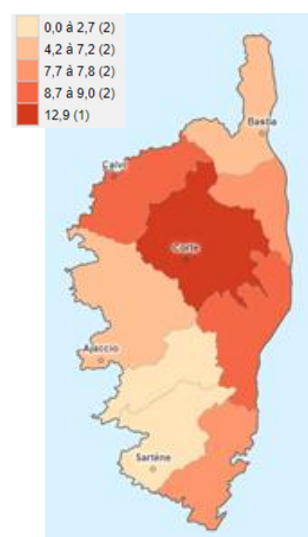
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Corte que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Propriano et de Grosseto-Prugna.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	4	4,2
Grosseto-Prugna	0	2,7
Porto-Vecchio	2	7,7
Propriano	0	0,0
Bastia	6	7,2
Calvi	2	9,0
Corte	2	12,9
Ghisonaccia	2	8,7
Penta-di-Casinca	3	7,8
Corse	22	6,4



Carte 45 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient.



Carte 46 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 97 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans 2 cas sur 3 (n=14), c'est une analyse cytologique.

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une histologie sur tumeur primitive (n=7).

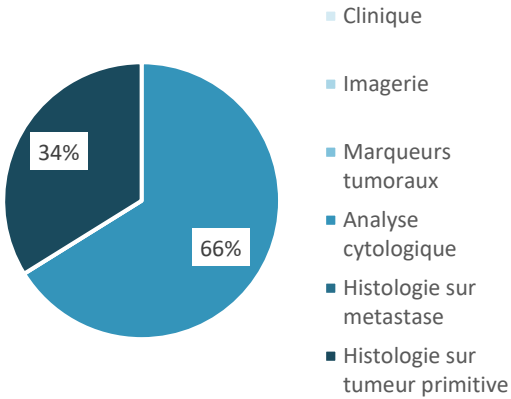


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,0 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 31% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 23 à 92% des tumeurs.

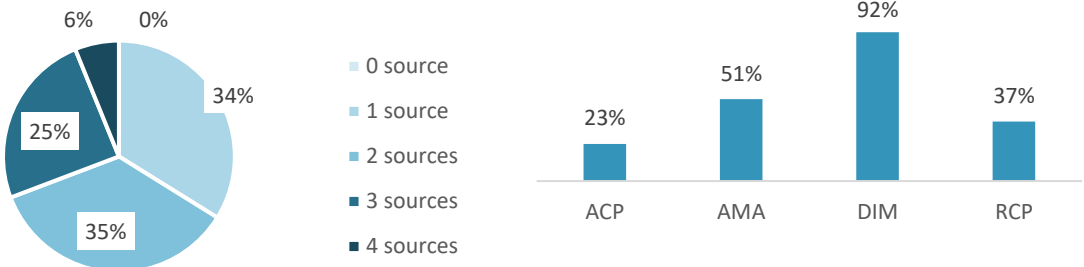


Figure 76 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Figure 77 : Part de présence de chaque source pour la localisation « Myélome multiple et maladie immuno-proliférative ».

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 38 tumeurs par an (soit 58% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, une tumeur est en attente d'investigation pour confirmation ou non de son inclusion.

24. Leucémie aigüe myéloïde

La partie intitulée « Leucémie aigüe myéloïde » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 morphologique est « 9840 », « 9861 », « 9861 », « 9866 », « 9867 », « 9870 », « 9871 », « 9872 », « 9873 », « 9874 », « 9891 », « 9892 », « 9893 », « 9894 », « 9895 », « 9896 », « 9897 », « 9898 », « 9899 », « 9900 », « 9901 », « 9902 », « 9903 », « 9904 », « 9905 », « 9906 », « 9907 », « 9908 », « 9909 », « 9910 », « 9911 », « 9912 », « 9913 », « 9914 », « 9915 », « 9916 », « 9917 », « 9918 », « 9919 », « 9920 », « 9921 », « 9922 », « 9923 », « 9924 », « 9925 », « 9926 », « 9927 », « 9928 », « 9929 », « 9930 », « 9931 », « 9984 », « 9805 », « 9806 », « 9807 », « 9808 », « 9809 », « 9865 », « 9869 », « 9911 », « 9898 ». **Le taux de validité pour cette localisation est de 97%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'estimation SpF n'est pas disponible pour cette localisation. Les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 2,08).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	8 (68%)	NC	NC	NC
Femmes	4 (32%)	NC	NC	NC
Ensemble	12 (100%)	NC	NC	NC

Tableau 98 : Incidence « Leucémie aigüe myéloïde » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes		5,1	7,	3,7
Femmes		2,3	4,7	2,0
Ensemble		3,7	5,9	2,9

Tableau 99 : Incidence « Leucémie aigüe myéloïde » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Age au diagnostic	Incidences brutes	Taux d'incidence standardisés pour 100 000
[0-4] ans	0	0
[5-9] ans	0	0
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	0	0
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	1	4
[30-34] ans	0	0
[35-39] ans	1	3
[40-44] ans	1	3
[45-49] ans	0	1
[50-54] ans	1	3
[55-59] ans	1	3
[60-64] ans	0	0
[65-69] ans	1	6
[70-74] ans	2	9
[75-79] ans	2	16
[80-84] ans	2	15
85 ans +	2	14
Tout âge	12	4

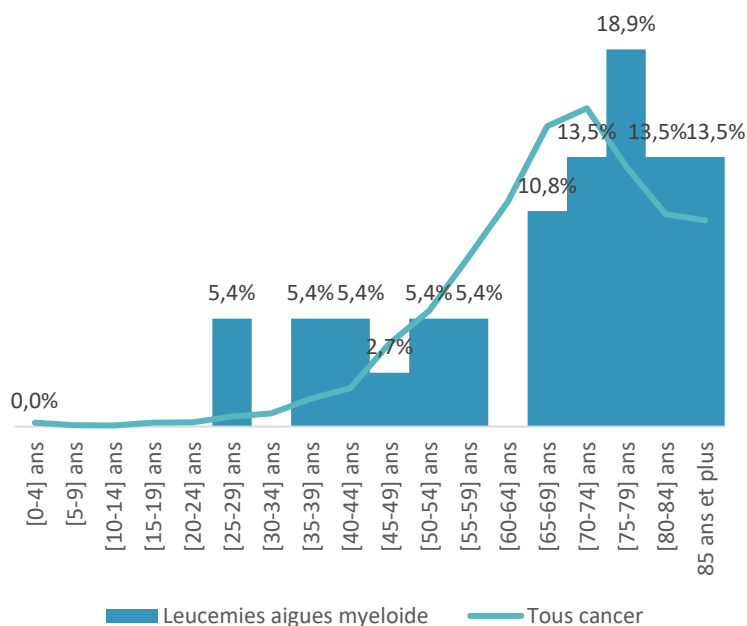


Tableau 100: incidence observée « Leucémie aiguë myéloïde », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 78 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Leucémie aiguë myéloïde » en fonction de la tranche d'âge du patient.

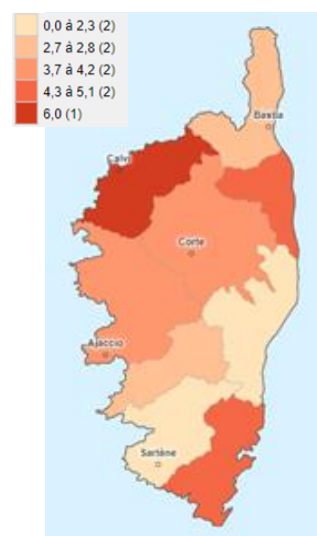
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Calvi que le risque de cancer est plus élevé, contrairement aux bassins de Ghisonaccia et de Propriano.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	4	4,2
Grosseto-Prugna	0	2,7
Porto-Vecchio	1	5,1
Propriano	0	2,3
Bastia	2	2,8
Calvi	1	6,0
Corte	1	3,7
Ghisonaccia	0	0,0
Penta-di-Casinca	2	4,3
Corse	12	3,6



Carte 47 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 48 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants par bassin de vie de résidence du patient.

Tableau 101 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans 3 cas sur 4 c'est une analyse cytologique (n=9).

Moins fréquemment il s'agit d'une histologie sur tumeur primitive (n=3).

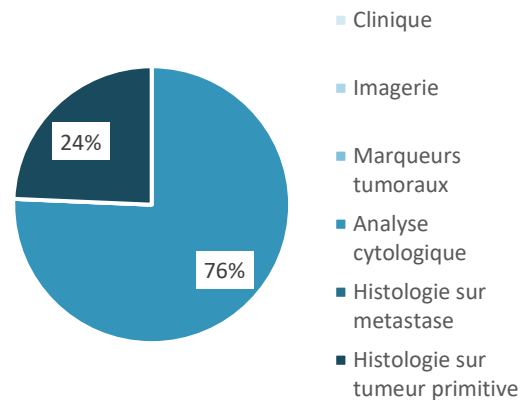


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 1,9 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 27% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 11 à 92% des tumeurs.

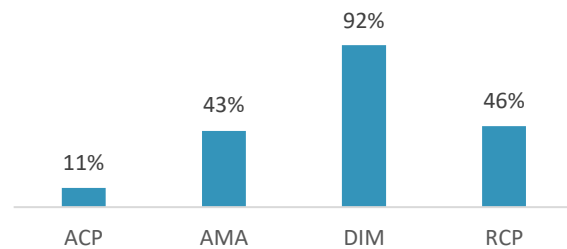
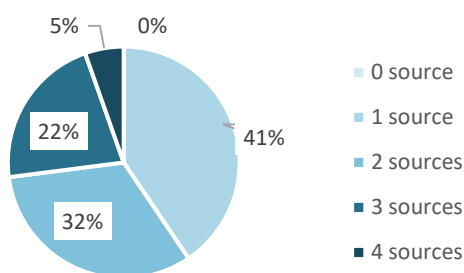


Figure 80 : Taux de présence de chaque source d'information

Figure 79 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 22 tumeurs par an (soit 59% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, une tumeur est en attente d'investigation pour confirmation ou non de son inclusion.

25. Autres

La partie intitulée « Autres » regroupe la moyenne annuelle du nombre de cas incidents de tumeurs invasives, lissé sur les années 2017 à 2019, dont le code CIM-O3 topographique est « C » à l'exception des cancers cutanés hors mélanome de la peau et des localisations présentées ci-dessus. **Le taux de validité pour cette localisation est de 97%.**

Incidences selon le sexe

Le tableau ci-dessous présente l'incidence moyenne des cancers en Corse, en fonction du sexe des patients. Sont détaillées :

- Les incidences moyennes sur la période 2017-2019, par sexe et totale, observées par le RG2C
- Les dernières estimations de SpF des incidences moyennes sur la période 2007-2016, par sexe et totale

On constate que l'estimation SpF n'est pas disponible pour cette localisation. Les hommes sont davantage touchés (sexe ratio H/F mesuré par le RG2C : 1,44).

	<i>Incidence RG2C</i>	Borne inférieure SpF	Estimation SpF	Borne supérieure SpF
Hommes	71 (59%)	NC	NC	NC
Femmes	49 (41%)	NC	NC	NC
Ensemble	120 (100%)	NC	NC	NC

Tableau 102 : Incidence « Autres » en Corse selon le sexe des patients et la source d'information : moyennes 2017-2019 observée par le RG2C et estimations 2007-2016 de SpF

Le tableau ci-dessous permet la comparaison mondiale ou régionale du taux d'incidence insulaire.

	Taux brut France (SpF)	Taux brut Corse (RG2C)	Taux standardisé Corse (RG2C) (pop. ref. France)	Taux standardisé Monde (RG2C) (pop. ref. Monde)
Hommes		43,4	61,5	33,6
Femmes		28,5	57,1	21,7
Ensemble		35,7	59,3	420,7

Tableau 103 : Incidence « Autres » en Corse comparée à la France et permettant une comparaison mondiale

Incidences selon l'âge

Les incidences brutes et les taux d'incidence standardisés sont détaillés ci-dessous selon des tranches d'âges quinquennales. Sont également illustrées les probabilités d'incidence correspondantes.

Autres

Age au diagnostic	Nombre de tumeurs incidentes	Taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents corse
[0-4] ans	2	10
[5-9] ans	0	2
[10-14] ans	0	0
[15-19] ans	1	8
[20-24] ans	0	0
[25-29] ans	1	6
[30-34] ans	1	5
[35-39] ans	3	12
[40-44] ans	2	11
[45-49] ans	4	18
[50-54] ans	3	14
[55-59] ans	10	46
[60-64] ans	11	50
[65-69] ans	12	53
[70-74] ans	19	102
[75-79] ans	17	114
[80-84] ans	12	110
85 ans +	20	173
Tout âge	120	35

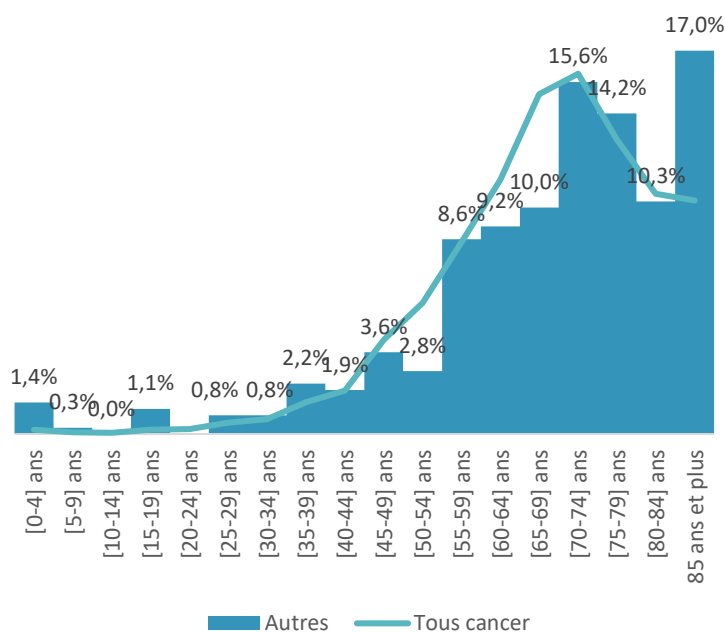


Tableau 104: incidence observée « Autres », selon l'âge au diagnostic et taux d'incidence standardisée pour 100 000 résidents.

Figure 81 : Probabilité d'incidence pour les patients porteurs d'un cancer « Autres » en fonction de la tranche d'âge du patient.

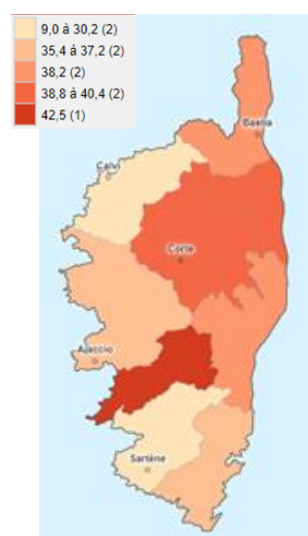
Incidences selon le lieu de résidence

En observant les incidences brutes et leurs taux standardisés selon les bassins de vie de résidence des patients au moment du diagnostic, on note sans surprise que les incidences brutes sont plus élevées dans le bassin de vie le plus peuplé : Ajaccio. Cependant, c'est dans le bassin de Propriano que le risque de cancer est plus élevé, contrairement au bassin de Calvi.

Bassin de vie	Incidence brut	Incidence standardisée pour 100 000 habitants
Ajaccio	37	35,4
Grosseto-Prugna	5	42,5
Porto-Vecchio	10	37,2
Propriano	4	30,2
Bastia	32	38,2
Calvi	2	9,0
Corte	7	40,4
Ghisonaccia	7	38,2
Penta-di-Casinca	15	38,8
Corse	120	35,3



Carte 49 : Incidences brutes, en fonction du bassin de vie de résidence du patient



Carte 50 : Taux d'incidence standardisés pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie de résidence du patient

Tableau 105 : Répartition de l'incidence brute et standardisée pour 100 000 habitants en fonction du bassin de vie du patient porteur de la pathologie tumorale.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. Dans plus de 1 cas sur 2 (n=72, c'est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

Moins fréquemment le diagnostic est effectué à partir d'une analyse cytologique (n=31), d'une imagerie (n=13) ou d'observations cliniques (n=3).

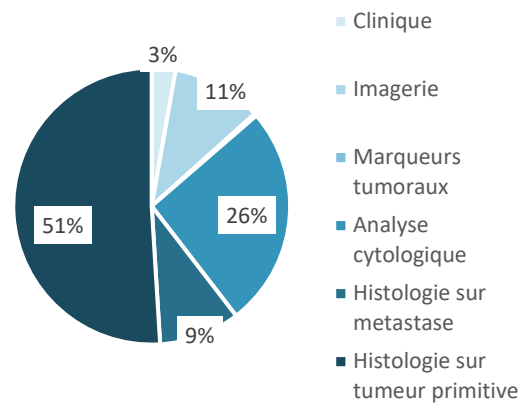


Figure 12 : Les différentes bases de diagnostic selon leur fréquence.

Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,1 sources. Le nombre de sources est d'au moins 3 dans 40% des cas.

Pour cette localisation, chaque type de source est présente dans 37 à 78% des tumeurs.

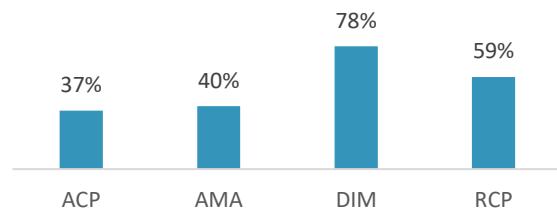
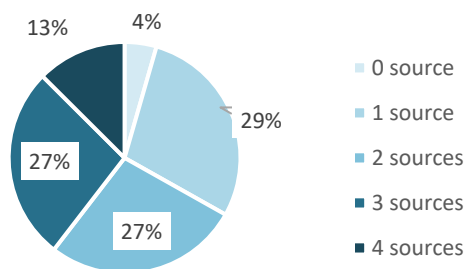


Figure 83 : Taux de présence de chaque source d'information

Figure 82 : Nombre de sources d'information des tumeurs enregistrées par le RG2C, toutes localisations confondues.

Les investigations sur dossiers médicaux

Sur la période 2017-2019, en moyenne 58 tumeurs par an (soit 49% des cas validés) ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires.

Au 31/07/2022, 11 tumeurs sont en attente d'investigation. Parmi celles-ci, 9 sont bien éligibles mais certaines informations manquent.

III. Perspectives

Le RG2C s'est pour le moment consacré à l'exhaustivité et la qualité du recueil des données. Les perspectives d'améliorations sont encore multiples. Le RG2C souhaite, dans les années qui viennent, développer son réseau de partenaires que ce soit à l'échelon régional ou national ; améliorer ses outils automatisés de traitement de l'information ; augmenter le nombre d'études scientifiques et améliorer sa collaboration avec les agences nationales et régionales en charge de la prise en charge de patients cancéreux.

A. Le développement du réseau de partenaires

Le RG2C étant une base de données active celle-ci a vocation à évoluer.

Elle peut évoluer à travers différents moyens. Une façon d'évoluer peut être le partage de résultats issus de sa base avec des partenaires impliqués dans l'évaluation des politiques de santé publiques ou dans la veille épidémiologique.

Dans une volonté de toujours plus minimiser la perte d'informations, l'élargissement de son réseau de partenaires est indispensable et doit également se traduire par une coopération toujours plus étroite avec différents registres des cancers nationaux dans un premier temps, puis internationaux.

1. Avec des partenaires institutionnels

L'intérêt de toute collecte de données est que celles-ci soient exploitées. Les données peuvent être exploitées par différents partenaires institutionnels. Nul doute qu'une fois les données du RG2C consolidées sur plusieurs années et l'intégration au sein de FRANCIM actée, les démarches de collaboration de partenaires institutionnels seront plus faciles à réaliser.

La CdC, principal financeur, n'a pas encore exprimé de besoins particuliers concernant l'exploitation des données, si ce n'est le conseil d'un rapprochement avec l'université de Corse : des démarches ont été entreprises et sont en train d'aboutir. L'agence régionale de santé de Corse informée de l'opérationnalité du registre, réfléchit à une certaine collaboration.

Toutes ces pistes sont autant de potentiels partenaires à venir, sans exclure les possibles partenaires en attente comme les ligues contre le cancer ou les instituts réalisant des dépistages en cancérologie.

2. Avec de nouveaux établissements

Le RG2C étant particulièrement vigilant à l'exhaustivité de ses données, une analyse des flux est effectuée annuellement pour vérifier l'ensemble des établissements de soins accueillant des patients Corse cancéreux (cf. MMMMMMMMMMMDXLV..819884760. La sélection des établissements). La liste des établissements participants au recueil ne peut donc que s'allonger au fur et à mesure des années d'existence du registre, permettant d'affiner le maillage territorial et national d'établissements partenaires. Si pour l'instant l'analyse des flux effectuée annuellement ne met en évidence que les établissements de soins, d'autres types d'établissements pourront naturellement être contactés si le besoin se ressent afin de garantir l'exhaustivité du recueil.

3. Avec d'autres registres de cancers

L'ensemble des registres des cancers, évalués positivement par le CER, sont regroupés au sein d'un réseau. L'intégration de ce réseau permettra au RG2C de participer à des projets de recherches communs aux registres, de confronter ses données à celles des autres registres, d'échanger sur des patients qui auraient éventuellement échappé au recueil de données automatisées, ...

B. Les évolutions techniques

Le RG2C est propriétaire de son logiciel de saisi et de ce fait autorisé à y apporter des modifications. Le logiciel étant développé par le RGCP et uniquement adapté par le RG2C certaines modifications se font en partenariat, mais d'autres se font de façon autonome.

Des programmes complémentaires sont régulièrement développés par les deux registres. Dans le cadre de la coopération inter-registre des échanges de ces programmes peuvent avoir lieu. Récemment il a été question de réceptionner et de mettre en place un programme permettant d'intégrer les données de mortalité mises en libre-service par l'institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). L'expérience du RGCP prime actuellement sur celle du RG2C et les échanges de programmes se font pour le moment de façon unilatérale, cependant il est envisagé de partager les innovations futures du RG2C avec le RGCP.

Le RG2C dispose également des compétences pour adapter les programmes fournis par le RGCP, dans le cadre du partenariat liant les deux registres, aux spécificités insulaires du territoire surveillé par le RG2C.

Les évolutions et mise à jour de la classification des tumeurs sont également apportées au fur et à mesure. Il en va de même des évolutions des règles de codages qui sont mises à jour de façon régulière par ENCR et répercutées sur le système d'information par les agents du RG2C.

L'externalisation de l'hébergement des données sur un serveur agréé HDS (sur le site de la SITEC), accessible à distance, est envisagé.

C. L'approche scientifique

L'approche scientifique du registre peut se faire sur plusieurs plans et avec de multiples acteurs différents. Le RG2C peut répondre à la fois à des demandes très concrètes, ponctuelles, de la part de professionnels de santé via de courts documents qui leurs sont transmis sur demande mais le RG2C a surtout vocation à accompagner les différentes structures gérant la prise en charge de patients cancéreux et mesurer l'efficacité de différentes politiques de santé mises en place par ces structures.

1. Les demandes de la part des professionnels de la santé

Les professionnels de santé rencontrés lors des différents déplacements, que ce soit lors des consultations de dossiers patients ou des extractions de données sur site, sont tous très demandeurs d'informations.

Certaines de ces demandes se sont concrétisées par des exploitations de données par l'ORSC par l'intermédiaire des agents du RG2C. Ainsi des documents synthétiques basés sur les données fournies par certains établissements ou ciblant certains territoires ont été réalisés. Des analyses par territoire, sexe ou localisations cancéreuses ont également été fournies à différents professionnels de santé en ayant fait la demande.

Tous les professionnels de santé collaborant au registre sont conscients de l'intérêt d'un registre et l'opportunité incroyable que représente un tel outil sur le territoire.

2. Les institutions nationales et régionales

La stratégie décennale de lutte contre le cancer 2021 – 2030 est tournée autour de quatre axes. L'amélioration de la prévention, limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie, lutter contre les cancers de mauvais pronostiques et s'assurer que les progrès bénéficient à tous. Le RG2C de par sa nature de registre, étant exhaustif, respectant les normes de codages nationales et disposant de l'accès privilégié aux données de santé difficilement accessible au plan régional a un rôle clef à jouer dans l'évaluation de ces axes.

Avec l'aide du registre il est facile de connaître le nombre de patients développant une certaine pathologie cancéreuse ; quelle part a été dépistée lors d'une campagne de dépistage organisée ; dans quelles zones le dépistage a été moins efficace ; quel public cible a été moins impacté par les campagnes de préventions, ... Toutes ces informations permettraient aux organismes responsables de ces campagnes d'améliorer l'efficacité de ces dernières et adapter leurs futures campagnes aux spécificités régionales.

La réduction des séquelles peut se mesurer de différentes façons. Il peut s'agir de déterminer les séquelles physiques (baisse des performances physiques, pertes de certaines fonctions respiratoires, ...), morales (nombre de dépressions, tentatives de suicides, ...), sociales (perte d'autonomie, de travail, ...) ou autres. Différentes méthodologies pourraient être envisagées en collaboration avec l'agence régionale de santé, d'accompagnement des patients ou encore de professionnels de santé. Les patients porteurs de ces pathologies pourraient, à titre d'exemple, être approchés par des agents de l'ORSC afin de réaliser des interviews pour mesurer l'impact qu'a eu la maladie sur leur vie.

Le recoupement d'informations au sein du RG2C permet de connaître la morphologie de chaque tumeur et les caractéristiques permettant de déterminer le pronostic vital du patient. Dans le cadre d'un travail d'évaluation de politique de santé, il est possible au registre de suivre ces patients dans le temps et donc notamment de

connaître leur durée de survie. Un travail peut donc être effectué sur l'évolution des temps de survies des patients notamment en considérant des pathologies spécifiques comme les cancers dit de mauvais pronostic.

Le dernier axe étant de « S'assurer que les progrès bénéficient à tous » est peut-être celui pour lequel le registre a le plus grand rôle à jouer. De façon automatisée les adresses de résidence des personnes atteinte d'un cancer en Corse sont incrémentées dans la base de données du RG2C. Une étude peut donc être réalisée en routine, sans investigation complémentaire, pour détecter d'éventuelles disparités géographiques en fonction de la commune de résidence. Une étude qualitative, interrogeant les personnes, pour obtenir plus d'informations sur leurs situations économiques, leurs facteurs de risques, peut naturellement être envisagée pour compléter les informations collectées en routine.

De par son exhaustivité et la quantité d'informations collectées, le RG2C est une mine d'or pour les projets de recherche et l'évaluation en santé publique. Cette mine d'or est cependant pour le moment sous exploitée (pour ne pas dire inexploitée) par les différents organismes en charge de la santé publique de l'île.

D. Le volet Recherche

Les travaux du RG2C comportent, comme présenté précédemment, un premier volet consistant à répertorier de façon exhaustive et enregistrer l'ensemble des tumeurs éligibles, quel que soit le lieu de leur diagnostic (en Corse ou sur le Continent).

Les registres des cancers constituent à présent un dispositif indispensable à la surveillance des cancers mais aussi à l'observation et à l'évaluation des prises en charge. Le cahier des charges des registres des cancers, qu'ils soient généraux ou spécialisés, comporte donc le développement d'une activité de Recherche par la valorisation des données recueillies. Ils sont donc associés aux Centres hospitaliers régionaux et/ou aux universités. L'état des lieux insulaire permet de constater qu'il n'existe aucune équipe et activité de Recherche organisée en cancérologie ni aucun laboratoire de Recherche dans le domaine à l'Université de Corse. Seuls des travaux sur le dépistage et la prévention du cancer ont été publiés ces dernières années. L'activité de Recherche du Registre des cancers de Corse est en devenir.

1. Les travaux en cours

Les premières années de surveillance sont à présent consolidées. Ainsi, des premiers articles sont en cours de rédaction et seront soumis pour publication dans des revues à comité de lecture :

- Un premier article ayant pour titre « Le registre général des cancers de Corse, outil territorial de santé publique » porte sur la genèse du registre et les premières données d'incidence
- Un second article traite des stades au diagnostic des cancers colo-rectaux
- Une analyse du parcours de soins des patients corses pris en charge pour un cancer est en cours et permettra d'identifier des possibles actions de politique publique

2. Les projets

De nouveaux travaux issus de l'exploitation des données du registre sont en cours de discussion. Ils pourraient porter notamment sur les stades au diagnostic d'autres localisations tumorales, ou encore sur les facteurs de risque (comportementaux, environnementaux) de certaines d'entre elles. A ce titre, la mise en place d'un conseil d'experts courant 2022, devra faciliter les réflexions et guider dans la priorisation des travaux à mener. De plus, les activités de Recherche seront conduites en collaboration avec les compétences présentes et à venir dans l'île au sein :

- du registre tout d'abord : épidémiologie, bio statistiques et mathématiques, informatique, médecine générale praticienne, chirurgie générale et digestive, sociologie,...
- de l'Université de Corse à partir de ses laboratoires de recherche en environnement et santé, en bio-informatique, modélisation des données...
- des hôpitaux insulaires, où exercent des praticiens à compétences médicales, biologiques, radiologiques et chirurgicales spécialisées, à activités diagnostics et/ou thérapeutiques de prise en charge des patients,
- des ligues contre le cancer de Haute Corse et de Corse du Sud, des associations de patients et de familles, du réseau régional de cancérologie Onco-Paca-Corse-Monaco et des Centres de Coordination en Cancérologie,
- et des futurs Institut Régional de Cancérologie et Centre Hospitalier Régional et Universitaire.

Les données cumulées disponibles permettront au RG2C de collaborer également avec les unités de Recherche universitaires, les professionnels de santé et les registres généraux et spécialisés des cancers des autres régions françaises voire internationales.

Les thèmes privilégiés appartiendront à la santé publique, flux de patients, parcours de soins, prévention, dépistage..., à la santé environnement, facteurs de risques et comportementaux..., aux activités et pratiques professionnelles... Sous l'impulsion de FRANCIM, le RG2C a soumis une première demande d'évaluation au Comité d'Évaluation des Registres (ci-après CER) en septembre 2020, avec pour objectif d'identifier précocement les points d'amélioration. L'avis rendu en avril 2021 ne permet pas, pour le moment, au RG2C d'intégrer pleinement le réseau FRANCIM. Les données enregistrées par le RG2C ne sont donc pas transmises au Service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices civils de Lyon, en charge des calculs d'estimation d'incidences (régionales et nationales). Le RG2C n'a également pas la possibilité de participer aux différents travaux menés par le réseau FRANCIM. Une nouvelle demande d'évaluation devrait être soumise au CER début 2023.

Annexes

1. Création originale de routines d'extraction des données de SINOET

➤ **Programme d'extraction des données du registre permettant la création de la base de travail**

Etape 1 : /*Connection a la base de données Oracle*/
48 lignes

Etape 2 : /*Sélection des tumeurs invasives éligibles et des variables nécessaires*/
31 lignes

Etape 3 : /*Création des variables d'intérêts*/
91 lignes

Etape 4 : /*Réécriture des étapes 2 et 3 pour les pathologies relevant de la surveillance épidémiologique*/
144 lignes

Etape 5 : /*Apport des précisions sur les investigations restant à réaliser*/
64 lignes

➤ **Exemple le code appartenant au programme rédigé durant l'étape 4**

/*Sélection des HDM pour les K solides éligibles*/

```
proc sql;
create table HDM_KS as
select distinct(num_tumeur), count(distinct(source)) as source, count(distinct(source | structure)) as structure
from histoire
where num_tumeur in (select num_idtumeur from KS)
group by num_tumeur
order by num_tumeur;
quit;
```

2. Description topographique et morphologique des tumeurs éligibles

Localisation tumorale	Topographie CIM-03	Morphologie CIM-03
Lèvre-bouche-pharynx	C00 à C14	Toutes
Œsophage	C15	Toutes
Estomac	C16	Toutes
Côlon-rectum	C18 à C21	Toutes
Foie	C22	Toutes
Pancréas	C25	Toutes
Larynx	C32	Toutes
Poumon	C33 et C34	Toutes
Mélanome	C44	'872X', '873X', '874X', '875X', '876X', '877X', '8780'
Sein	C50	Toutes
Col de l'utérus	C53	Toutes
Corps de l'utérus	C54	Toutes
Ovaire	C56, C570 à C574	Toutes sauf '8442', '8451', '8461', '8462', '8472', 8473'
Prostate	C61	Toutes
Testicule	C62	Toutes
Vessie	C67	Toutes
Rein	C64 à C66 et C68	Toutes
Système nerveux central	C70 à C72	Toutes
Thyroïde	C73	Toutes
Lymphome non Hodgkinien		'9590' à '9597', '9670' à '9719', '9724' à '9729', '9832' à '9838'
Lymphome de Hodgkin		'9650' à '9667'
Myélome multiple et maladie immunoproliférative		'9731' à '9734', '9760' à '9764'
Leucémies aiguës myéloïde		'9805' à '9809', '9840', '9861', '9865' à '9867', '9869' à '9874', '9891' à '9931', '9984'
Autres	Toutes les tumeurs éligibles autres que celles présentées ci-dessus, dont le code CIM-O3 topographique commence par « C », à l'exception des cancers cutanés hors mélanome de la peau	
Tous cancers	Toutes les tumeurs éligibles présentées ci-dessus	

Tableau 106 : la description topographique et/ou morphologique de la localisation tumorale

3. Exploitation par l'ORSC des données PMSI anonymisées mises à disposition par l'Atih afin de définir la liste des établissements de soins MCO devant conventionner avec le RG2C

Pour chaque année N de prise en charge, les analyses incluent les années N-1, N+1 et N+2. Les confinements en 2020 et en 2021 ont affecté les résultats présentés ci-dessous : baisse en 2018 et reprise en 2019 ; à confirmer sur la prise en charge 2020 quand la base PMSI 2022 de l'Atih sera clôturée.

	2017	2018	2019	Moyenne annuelle sur les trois années
ET	22	21	24	22
EC	17	16	14	16
PE	3 957	4 125	4 259	4 114
PS	32 896	33 103	33 715	33 238
SC	29 211	29 935	30 166	29 771
PC	3 574	3 785	3 830	3 730
PNC	383	340	429	384
PC+	71	78	55	68
PNC+	312	262	415	330
PR	127	105	136	123
HR	41	26	48	38
SU	73	50	104	76

Tableau 107 : Données ayant permis la sélection des établissements partenaires

ET	Nombre d'établissements accueillant plus de 10 patients résidents insulaires avec un code éligible en DP ou DR
EC	Nombre d'établissements conventionnés accueillant plus de 10 résidents insulaires avec un DP ou DR éligible
PE	Nombre de patients éligibles
SE	Nombre de séjours éligibles
SC	Nombre de séjours éligibles dans un établissement conventionné
PC	Nombre de patients avec au moins un séjour éligible durant l'année N dans un établissement conventionné
PNC	Nombre de patients sans séjour éligible durant l'année N dans un établissement conventionné
PC+	Nombre de patients sans séjour éligible durant l'année N dans un établissement conventionné mais avec au moins un séjour éligible dans un établissement conventionné durant l'année N+1 ou N+2
PNC+	Nombre de patients sans séjour éligible durant les années N, N+1 et N+2 dans un établissement conventionné
PR	Nombre de patients ayant au moins un séjour éligible durant l'année N-1
HR	Nombre de patients ayant au moins une adresse hors Corse durant les années N, N+1 ou N+2
SU	Nombre de patients ayant effectué un seul séjour éligible durant l'année N (aucun autre séjour éligible durant les années N, N+1 ou N+2)

4. Mesure grâce aux requêtes PMSI de l'ORSC d'une perte potentielle d'individus pris en charge dans les établissements non conventionnés

Dans le schéma ci-dessous sont considérés comme :

- Patient éligible : patient ayant au moins un séjour éligible dans un établissement de soins MCO
- Séjour éligible : séjour dans un établissement de soins MCO, codé en « C » hors « C44 »

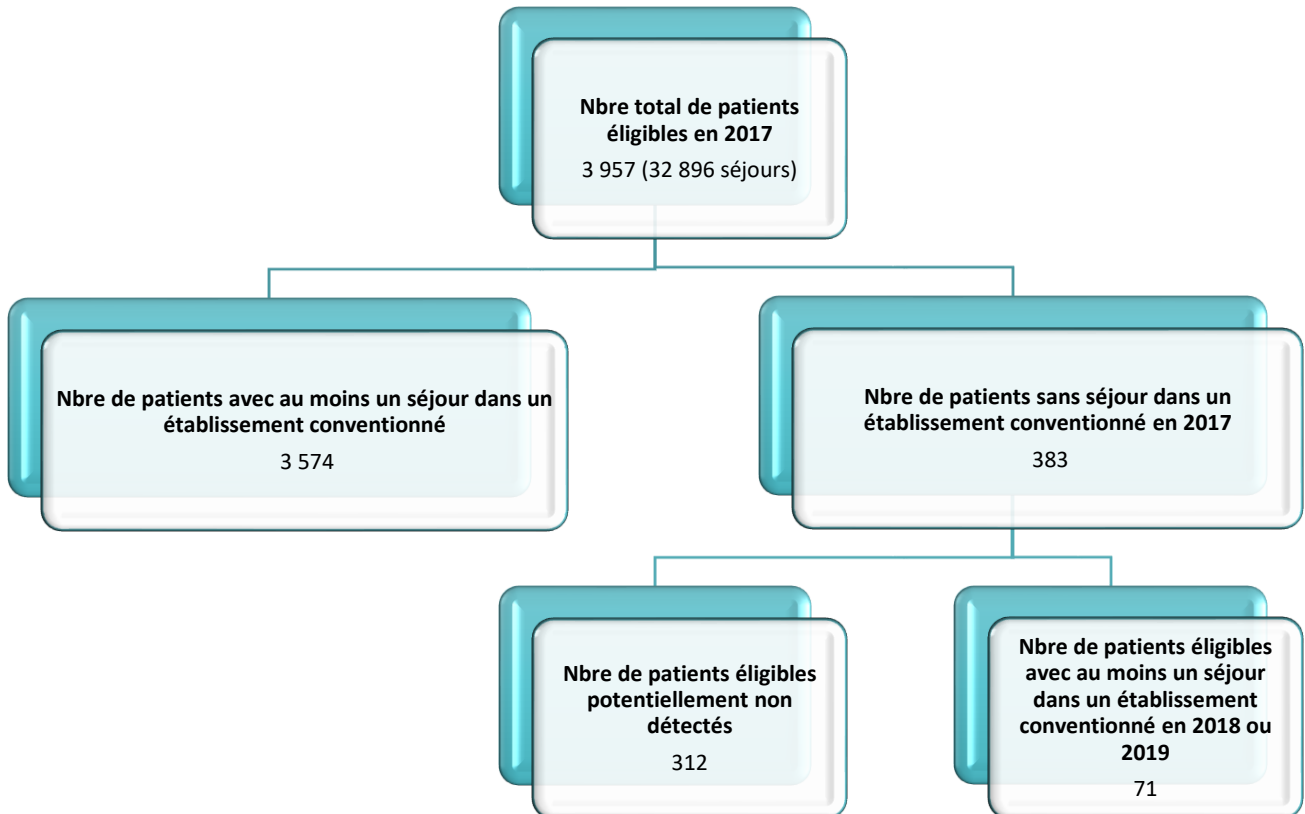


Figure 84 : Estimation des pertes potentielles d'individus

5. Nombre de patients éligibles au RG2C au titre des années 2017 à 2019, selon le nombre de séjours au sein des établissements de soins MCO non conventionnés

Le nombre de séjours éligibles peut être un indicateur de gravité et potentiellement de cancer. Ainsi les patients qui n'ont séjourné qu'une seule fois dans un établissement de soins présentent une probabilité faible d'être éligibles au RG2C.

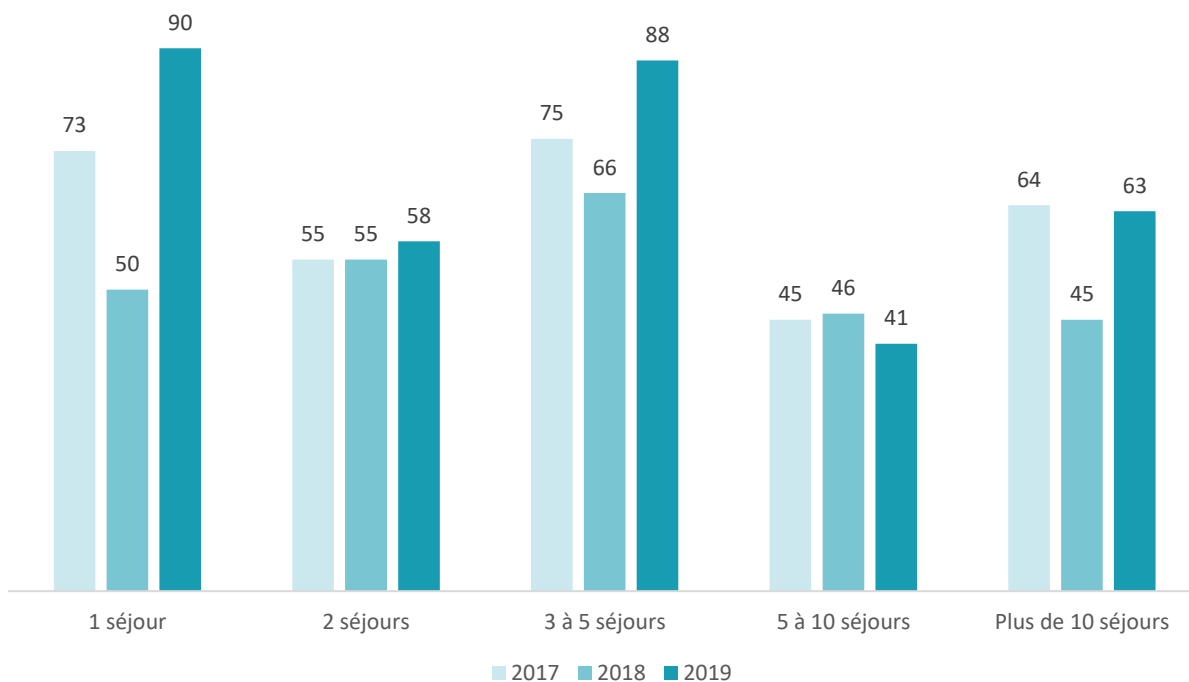


Figure 85 : Nombre de patients éligibles au RG2C au titre des années 2017 à 2019, selon le nombre de séjours au sein des établissements de soins MCO non conventionnés

6. Population de référence et formule utilisées pour le calcul des taux standardisés France et Monde

Classe d'âge	Corse		France		Monde
	Homme	Femme	Homme	Femme	Tout sexe
Moins de 5 ans	2492,4	2359,2	2861,1	2750,9	12000
5 à 9 ans	2805,6	2545,8	3151,7	3018,5	10000
10 à 14 ans	2663,2	2508,5	3171,2	3034,6	9000
15 à 19 ans	2639,6	2394,2	3181,0	3009,3	9000
20 à 24 ans	2371,8	2313,3	2835,8	2758,6	8000
25 à 29 ans	2682,3	2799,3	2838,6	2904,7	8000
30 à 34 ans	2899,6	3213,1	2959,7	3119,1	6000
35 à 39 ans	3059,4	3239,4	3070,8	3193,0	6000
40 à 44 ans	3262,1	3380,9	3118,9	3193,4	6000
45 à 49 ans	3542,7	3626,0	3343,6	3416,4	6000
50 à 54 ans	3460,0	3625,4	3282,9	3412,0	5000
55 à 59 ans	3293,7	3366,6	3132,4	3327,2	4000
60 à 64 ans	3156,4	3338,5	2915,0	3203,7	4000
65 à 69 ans	3224,5	3391,1	2789,9	3119,6	3000
70 à 74 ans	2473,0	2801,1	2109,8	2439,4	2000
75 à 79 ans	2059,2	2327,3	1441,1	1818,1	1000
80 à 84 ans	1398,5	1888,4	1134,6	1683,8	500
85 ans et plus	1163,8	2234,7	1026,6	2233,3	500

Tableau 108 : Valeurs de la pondération appliquée en fonction du taux calculé, de l'âge et du sexe,

- La population par sexe et classe d'âge en Corse a été calculé à partir des données du RP2018 disponible sur le site de l'INSEE,
- La population par sexe et classe d'âge en France a été calculé à partir des données du RP2018 disponible sur le site de l'INSEE,
- La population Monde est la population de référence utilisée par le centre international de recherche contre le cancer (Doll et al, 1966).

La formule pour le calcul des taux standardisés est la suivante :

$$ISF_{sl} = \sum \frac{Ib_{sla}}{3} \times \frac{PopR_a}{PopC_a}$$

ISF_{sl} = Incidence standardisé France pour le sexe « s » et la localisation « l »

Ib_{sla} = Incidence brute des trois années pour le sexe, la localisation et la classe d'âge concernée

$PopR_{sa}$ = Population de référence du sexe et de la classe d'âge concernée (base 100 000 habitants)

$PopC_{sa}$ = Population Corse du sexe et de la classe d'âge concernée (base 100 000 habitants)