

31 janvier 2012 / n° 5-6

Numéro thématique - Surveillance épidémiologique des cancers en France : utilisation des bases de données médico-administratives*Special issue - Cancer surveillance in France: the use of health administrative databases*p. 53 **Éditorial / Editorial**p. 54 **Sommaire détaillé / Table of contents**

Coordination scientifique du numéro / *Scientific coordination of the issue*: Arlette Danzon et Agnès Rogel, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France, et pour le comité de rédaction : Juliette Bloch, Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, Paris, France ; et Bertrand Gagnière, Cellule de l'InVS en région Ouest, Rennes, France

Éditorial – Surveillance des cancers à partir des bases médico-administratives : des avancées prometteuses pour répondre aux attentes du terrain*Editorial – Cancer surveillance based on health administrative databases: promising steps to respond to realities***Amandine Cochet¹ et Hubert Isnard²**

1/ Cellule de l'InVS en région Languedoc-Roussillon, Montpellier, France

2/ Cellule de l'InVS en régions Île-de-France – Champagne-Ardenne, Paris, France

Aujourd'hui, près de 20% de la population française est couverte par un registre des cancers. Si cette couverture est jugée suffisante pour la surveillance au niveau national et la production d'estimations nationales et régionales d'incidence des cancers, elle ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins sur le terrain.

Les risques environnementaux, auxquels la population est de plus en plus sensible, sont l'objet de nombreuses inquiétudes. Certains suspectent telle installation industrielle d'avoir un effet néfaste sur leur santé ; d'autres perçoivent un nombre inhabituel de cancers dans leur entourage : autant de situations dans lesquelles l'existence de données locales et récentes sur la survenue des cancers serait précieuse.

Les responsables de l'organisation de l'offre de soins ont eux aussi besoin de disposer de données de surveillance des cancers à un niveau infrarégional, par exemple dans les territoires de santé, afin de déployer au mieux la palette des soins en cancérologie.

Enfin, la question des inégalités sociales et territoriales de santé, qui est au centre des programmes régionaux de santé, concerne très fortement les cancers. Aujourd'hui, seule la mortalité par cancer permet de l'approcher. Mais quelle est l'incidence de certains cancers à un niveau infradépartemental ? Quelles hypothèses les inégalités éventuellement constatées peuvent-elles faire émerger ? Existe-t-il des différences dans le stade au diagnostic ? Y a-t-il des différences de survie entre territoires ? Comment ces données évoluent-elles dans le temps ? Autant de questions auxquelles il faudrait pouvoir répondre...

Pour apporter des réponses à ces questionnements, l'accent est mis aujourd'hui, en complément des données issues des registres, sur l'utilisation des données médico-administratives à des fins de surveillance épidémiologique. En effet, la mise en place à l'échelle nationale de registres de cancers fonctionnant avec la méthodologie des registres départementaux actuels (méthodologie qui en fait des dispositifs de référence – voir l'article d'A. Danzon et coll.) n'a pas été jugée faisable pour les cancers de l'adulte. C'est ainsi que le déploiement d'un système national multi-sources de surveillance des cancers (SMSC), basé sur le croisement passif automatisé de plusieurs sources de données anonymisées, a été envisagé et expérimenté.

Plusieurs pistes sont explorées dans ce numéro du BEH : le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour l'estimation de l'incidence à l'échelon infranational (N. Bossard et coll.), la base des Affections de longue durée (ALD) pour l'estimation de l'incidence départementale ou la surveillance à court terme de l'évolution des cancers (Z. Uhry et coll.). Cependant, la comparaison des données de registres de cancer avec, d'une part, les ALD et d'autre part le PMSI sur la même population, montre les limites importantes en termes de sensibilité et de spécificité de ces deux sources, qui peuvent difficilement être utilisées seules pour la surveillance selon les auteurs (P. Grosclaude et coll. ; D. Lauzeille et coll.). Le croisement des données ALD/PMSI, déjà à l'étude au sein de l'Institut de veille sanitaire, est une piste intéressante. À terme, l'utilisation d'une troisième source complémentaire, constituée à partir des données anatomo-cytopathologiques dans le cadre du déploiement du SMSC, devrait permettre de tendre à l'exhaustivité des cas et de disposer de données plus complètes et précises sur les cancers pour tout le territoire et à une échelle géographique fine (Y. Kudjawu et coll.). Ce dispositif devrait donc mieux répondre aux besoins du terrain. La mise en place de cette troisième source est toutefois dépendante du déploiement du Dossier communicant de cancérologie, ce qui nous invite à la patience.

Au-delà des questions méthodologiques, il est aujourd'hui urgent de mieux identifier les besoins d'informations sur le cancer au niveau local et la façon de s'en servir pour lutter contre les inégalités de santé, qu'elles soient liées aux facteurs de risque, à l'environnement ou à l'accès aux soins. Cette réflexion est en partie portée par les Agences régionales de santé dans le cadre des Schémas régionaux de l'offre de soins. Elle bénéficierait d'une articulation forte avec les réflexions de l'Institut de veille sanitaire et de l'Institut national du cancer sur leurs orientations régionales, et pourrait se concrétiser par l'organisation de séminaires réunissant l'ensemble des partenaires concernés.