

L'ORS-CREAI Normandie publie un nouveau numéro de sa collection «Santé Observée en Normandie». Ces publications courtes ont pour objectif de mettre à la disposition de l'ensemble des partenaires du champ sanitaire, social et médico-social les principales données concernant la santé de la population (indicateurs de santé disponibles, ressources régionales en matière de prévention et de soins).

Ce nouveau numéro est consacré aux cancers et a été réalisé en collaboration avec Santé publique France Normandie.

Les activités de l'ORS-CREAI sont soutenues par le Conseil Régional, l'Agence Régionale de Santé de Normandie et le Conseil Général de l'Orne.



CONTEXTE NATIONAL

En France, le cancer est la première cause de mortalité générale ainsi que la première cause de mortalité prématurée (avant 65 ans). En 2017, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine est estimé à près de 400 000 (214 000 chez l'homme et 185 600 chez la femme). Grâce aux succès thérapeutiques, les taux de mortalité par cancer sont en baisse (de 1,5 % par an entre 1980 et 2012 chez les hommes et 1,0 % par an chez les femmes). Le nombre de décès estimé en 2017, en France métropolitaine, est de plus de 150 000 personnes (84 100 hommes et 66 200 femmes)¹.

En terme de mortalité, le cancer du poumon est de loin le plus létal chez les hommes, suivi du cancer du côlon-rectum et du cancer de la prostate, l'incidence du cancer de la prostate est la plus importante. Concernant les femmes, le cancer du sein est le plus fréquent avec 32 % des cancers, il est aussi le cancer enregistrant le plus grand nombre de décès, suivi du cancer colorectal et du cancer du poumon. La situation concernant le cancer du poumon est toujours aussi préoccupante puisque l'incidence et la mortalité sont en constante augmentation. Alors que chez l'homme, l'incidence du cancer est relativement stable depuis 1990 et la mortalité en baisse depuis 1995, chez la femme l'incidence et la mortalité sont en hausse depuis 1980.

Le cancer est le résultat de la transformation de cellules normales en cellules tumorales. L'évolution classique passe par une lésion précancéreuse puis une tumeur maligne. Les causes de ces modifications sont multiples et cumulatives : les facteurs génétiques propres, le vieillissement et les agents extérieurs. Il est estimé qu'en France près d'un décès par cancer sur deux pourrait être évité.

La prise en charge thérapeutique des cancers repose en général sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Les établissements pratiquant ces types de traitement doivent disposer d'une autorisation spécifique par type de traitement (et par localisation pour la chirurgie) délivré par les Agences régionales de santé (ARS).

Le plan cancer 2014-2019 s'inscrit dans la continuité du précédent, notamment avec un renforcement des actions visant à la réduction des inégalités face à la maladie. Il est construit autour de quatre axes : accroître les chances de guérison en surmontant les inégalités sociales et territoriales, préserver la continuité et la qualité de vie, investir dans la prévention et la recherche, optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers.

FAITS MARQUANTS EN NORMANDIE

- Des taux d'incidence pour les principales localisations cancéreuses majoritairement similaires à ceux observés en moyenne en France métropolitaine.
- Des taux de participation aux dépistages organisés (sein et colorectal) supérieurs au niveau national.
- Une part d'hospitalisation ambulatoire en hausse constante.
- Une mortalité masculine en baisse mais toujours plus élevée qu'au niveau national.
- Une mortalité féminine par cancer de la trachée, des bronches et du poumon en très forte hausse, plus qu'au niveau national.
- Près de la moitié de la population domiciliée à moins de 15 minutes d'un établissement autorisé en cancérologie.
- Des structures régionales pour accompagner les malades et le développement d'initiatives.

¹ Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, Daubisse-Marliac L, Delafosse P, Remontet L, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 80 p.

SOMMAIRE

Contexte	p. 1	Epidémiologie des cancers	p. 5
Facteurs de risques	p. 2	Offre de soins	
Prévention	p. 3	et autres ressources territoriales	p. 12

FACTEURS DE RISQUES

Les facteurs augmentant le risque de développer un cancer sont multiples et leurs impacts sont parfois difficiles à mesurer. Ils se divisent en trois grandes catégories : comportementaux, environnementaux et historiques ou génétiques. Ces derniers n'ont pas tous le même impact sur le risque de développer un cancer. Il est difficile d'évaluer la part attribuable à chacun de ces facteurs. Notons que le risque des différents facteurs est cumulatif. Cependant, il est possible de les mettre en perspective les uns par rapport aux autres, par ordre d'importance en fonction de leur impact sur la survenue de cancers.

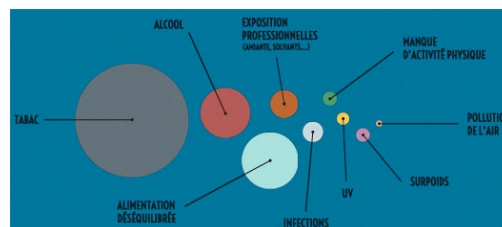
Parmi les facteurs comportementaux, on retrouve le tabac qui est le premier facteur de risque. En fonction des études la part des cancers attribuables au tabac varie entre 18 et 30 %^(2 et 3) et jusqu'à 80 % pour les cancers du poumon. Le risque d'avoir un cancer du poumon pour un fumeur est multiplié par 10 à 15 fois⁴. La part des cancers des voies aérodigestives supérieures⁵ attribuables au tabac est estimée entre 51 et 76 %, il augmente également le risque pour d'autres localisations : vessie, ORL, œsophage, estomac, côlon, foie, pancréas, col de l'utérus, etc...

Vient ensuite, la consommation d'alcool responsable de 6 à 9 % des cancers, 11 % des cancers chez les hommes et près de 5 % des cancers chez les femmes, ce qui en fait la deuxième cause de mortalité évitable par cancer en France. Les habitudes alimentaires telles que l'excès de sel, l'excès de viande rouge et de charcuterie, la faible consommation de fibre et la faible consommation de fruits et légumes ont eux aussi un impact sur la survenue de cancers. On retrouve parmi les autres facteurs de risque de cancer d'origine comportementale : le manque d'activité physique, la surcharge pondérale et l'exposition excessive aux ultraviolets.

Les facteurs environnementaux (évitables ou non) correspondent aux polluants d'origine physique et chimique et les expositions à des agents infectieux. Les expositions professionnelles se retrouvent le plus souvent dans ces facteurs environnementaux. On peut retrouver dans ces facteurs de risque les expositions aux radiations ionisantes, au radon aux polluants tel que les dioxines et les pesticides qui peuvent se retrouver dans l'alimentation... Les expositions professionnelles concernent notamment les expositions à l'amiante, au benzène, au chrome, à la poussière de bois... Certaines expositions à des agents infectieux telles que les hépatites B et C seraient responsables de 70 à 80 % des cancers du foie. De même, 70 % des cas de cancers de l'utérus seraient attribuables au *papillomavirus* humains (HPV16 et HPV18). Le risque de cancer gastrique est augmenté en cas d'infection chronique de l'estomac par la bactérie *Helicobacter pylori*. Certains lymphomes seraient également associés à des infections virales ou bactériennes.

Les facteurs de risque de cancer liés à l'individu et son histoire tels que l'âge, l'imprégnation hormonale, l'hérédité, certaines maladies chroniques et les traitements sont dits non évitables. L'avancée en âge augmente en effet le risque de cancer ; plus le temps s'écoule et plus le risque de lésion susceptible d'évoluer en cancer augmente. L'imprégnation hormonale au cours de la vie peut également modifier le risque de cancer, selon le nombre de grossesses, les contraceptifs hormonaux, les traitements hormonaux substitutifs à la ménopause ou encore l'âge de la puberté et de la ménopause. Les cancers d'origine héréditaire représenteraient entre 5 et 10 % des cancers. Certaines maladies chroniques telles que les maladies inflammatoires ou auto-immunes sont associées à un risque plus élevé de cancer. Les traitements tels que la radiothérapie, la chimiothérapie ou les immunosuppresseurs peuvent eux aussi augmenter le risque de cancer.

Le poids des différents facteurs de risque externes de cancers



Source : Institut national du Cancer

Inégalités sociales et cancers

D'après une étude de l'Inserm UMR 1086⁶ menée en 2013, sur plus de 40 000 personnes atteintes de cancers entre 1997 et 2004 dans le Calvados et la Manche, une sur-incidence de cancers dans les zones défavorisées⁷ est observée. Cette sur-incidence atteint 27 % pour les cancers des lèvres-bouches-pharynx, 24 % pour l'œsophage ou près de 24 % pour le larynx, chez les hommes. En ce qui concerne les femmes, les plus fortes parts d'incidence liées à une situation sociale défavorisée étaient pour le cancer du larynx (66 %). A l'inverse, l'incidence du lymphome de Hodgkin était associée à des situations plus aisées (43 %).

² Principaux facteurs de risque de cancer, Institut national du Cancer.

³ Cancer : les facteurs de risque, Fondation ARC pour la recherche sur le cancer.

⁴ Source : CIRC

⁵ Les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) regroupent les cancers de la sphère "lèvres, bouche, pharynx", et ceux du larynx.

⁶ J. Bryère, O. Dejardin et al. Mesure des inégalités sociales sur l'incidence des cancers. Etudes réalisées sur 40 000 patients atteints de cancer en Basse-Normandie. Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique 61S (2013) S265-S344 S313.

⁷ La situation sociale a été évaluée à l'aide de l'indice socio-économique européen EDI (Pornet et al, JECH2012).

PRÉVENTION

Le cancer du col de l'utérus

La vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) est le seul moyen de protéger du cancer du col de l'utérus et il est actuellement le seul vaccin luttant contre le cancer. Ce vaccin recommandé chez les filles de 11 à 14 ans n'exclut pas la totalité des causes de la maladie, il n'exclut donc pas le dépistage recommandé par frottis à partir de 25 ans. Il existe un rattrapage vaccinal chez les filles et femmes entre 15 et 19 ans. Le vaccin actuellement disponible couvre deux souches (HPV 16 et 18) responsable d'environ 70 % des cancers du col de l'utérus. Un nouveau vaccin plus complet couvrant 9 génotypes de HPV responsable d'environ 90 % des cancers du col de l'utérus devrait prochainement être disponible en France.

Dans le cadre de la journée citoyenneté, la couverture vaccinale a été mesurée au sein d'un échantillon de 199 jeunes adolescentes dans le Calvados et 144 adolescentes dans l'Orne. Plus d'un quart des jeunes avaient déclaré avoir reçu deux doses du vaccin contre le HPV en 2015-2016 (26 % dans le Calvados et 27 % dans l'Orne). En 2016, selon Santé publique France (exploitation du DCIR) la couverture vaccinale des jeunes filles nées en 2000 (16 ans) était estimée à moins de 20 % en France vs 27 % en Normandie⁸. Pour comparaison, en Angleterre, en 2015-2016, plus de 85 % des jeunes filles de 9 ans étaient vaccinées⁹. Notons qu'en France l'objectif fixé dans le Plan Cancer 2014-2019 est d'atteindre un taux de couverture vaccinale d'au moins 60 %.

Il n'existe actuellement pas de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, cependant la réalisation d'un frottis cervico-utérin est recommandée, entre 25 et 65 ans, tous les 3 ans après deux frottis négatifs réalisés à un an d'intervalle. L'objectif fixé dans le Plan Cancer 2014-2019 est d'atteindre un taux de 80 % de femmes dépistées. Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus mis en place dans 13 départements depuis 2010 devrait se généraliser sur l'ensemble du territoire en 2018.

Sans dépistage organisé, il est difficile d'estimer le taux de couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus. Cependant, en 2010 au niveau national, entre 81 et 85 %¹⁰ des femmes concernées par ce dépistage avaient déclaré avoir réalisé un frottis cervico-utérin depuis moins de trois ans. Par ailleurs, l'estimation du taux de couverture chez les femmes de 25 à 65 ans à l'aide de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) sur la France entière (Hors Mayotte) est de 51 % en 2012-2014. Ce taux est en baisse, il était de 53 % en 2008-2010¹¹.

Cas particuliers : La vaccination contre le HPV est recommandée chez les hommes ayant reçu une greffe ou vivant avec le VIH (jusqu'à 19 ans), ainsi que chez les hommes (jusqu'à 26 ans) ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec d'autres hommes. La vaccination HPV protège aussi de certains HPV oncogènes pouvant provoquer des lésions précancéreuses ou cancéreuses de muqueuses (cancers anaux et oro-pharyngés).

⁸ BVS Cire Normandie, Les données actualisées de couverture vaccinale en région Normandie.

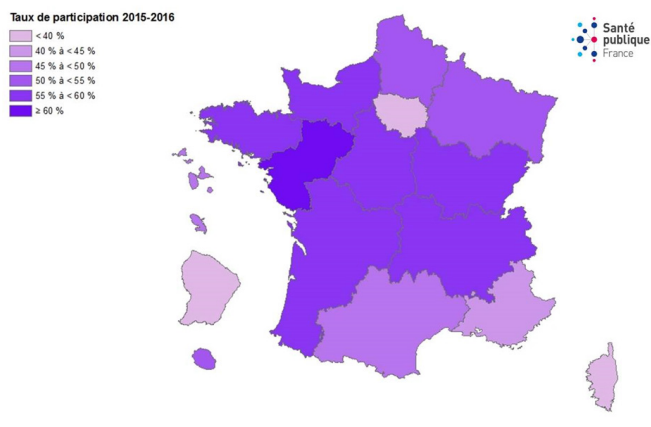
⁹ Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage in adolescent females in England: 2015/16. December 2016.

¹⁰ Beck F, Gautier A., dir. Baromètre cancer 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètre santé, 2012 : 272 p.

¹¹ Source Sniiram-EGB (CNAMTS) et exploitation Santé publique France.

Taux de participation régionaux standardisés au dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016

(Population de référence : France 2009)



Source : ©IGN-[GeoFLA]®, 2016 ;
© Santé publique France, 01/03/2017
Données issues des structures de gestion départementales du dépistage

Le cancer du sein

Le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en France en 2004. Il est mis en place pour toutes les femmes de 50 à 74 ans tous les deux ans. Le référentiel de l'ensemble des pays européens ayant mis en place un programme de dépistage organisé préconise un taux de participation de la population cible supérieur ou égal à 70 %.

En France, le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est de 51 % des femmes âgées de 50 à 74 ans, soit plus de 5 millions de femmes. Ce taux reste néanmoins bien en deça des préconisations européennes. Ainsi, l'un des objectifs du plan cancer 2014-2019 est d'augmenter cette participation.

Ce taux de participation cache des disparités importantes entre les régions et les départements. En effet, les taux régionaux s'échelonnent de 36 % à 61 % sur la campagne de 2015-2016. En Normandie, le taux de dépistage organisé du cancer du sein atteint 57 %. Ainsi, la Normandie se place au 4^{ème} rang des régions ayant le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein le plus élevé.

A l'échelle départementale, la Seine-Maritime et la Manche présentent les plus forts taux de participation au dépistage organisé de la région (respectivement 59 % et 58 %). Viennent ensuite les départements du Calvados (57 %), de l'Eure (55 %) et pour finir de l'Orne (53 %).

Cette participation plus importante en région qu'au plan national est présente depuis de nombreuses années (cf. figure ci-contre). L'écart constaté entre la Normandie et la France entière oscille en effet entre 6 et 7 points pour chaque campagne de dépistage.

Le cancer du colôn-rectum

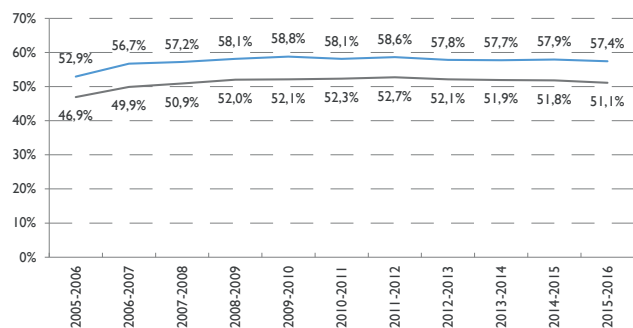
Le dépistage organisé du cancer colorectal concerne les femmes et les hommes âgés de 50 à 74 ans. En avril 2015 le test au gaïac (Hémocult®II) a été remplacé par le test immunologique (OC Sensor®). Ce nouveau test est plus performant, plus simple et plus fiable.

Les dernières données disponibles concernent l'année 2015-2016. La période de dépistage 2014-2015 n'a pas été évaluée en termes de taux de dépistage. En effet, le déploiement du nouveau test immunologique en cours d'année ainsi que quelques difficultés d'ordre technique (retards d'approvisionnement dans certains départements) ont probablement impacté le dépistage. Il ne semblait donc pas pertinent de calculer un taux de dépistage. De plus, les dates d'envoi des premières invitations sont différentes selon les départements. En Normandie, les premières invitations ont été envoyées entre juin et septembre 2015.

Le taux de participation au dépistage du cancer colorectal est plus élevé chez les femmes que chez les hommes, en 2015-2016. En Normandie, il est de 27 % chez les hommes contre 33 % chez les femmes. Chez ces dernières, la participation est plus élevée en Normandie qu'en France (31 %). En ce qui concerne les hommes, la participation en Normandie est similaire à la France (28 %). Pour les hommes comme pour les femmes, c'est dans le Calvados que les taux de participation au dépistage du cancer colorectal sont les plus élevés (29 % pour les hommes et 33 % pour les femmes).

Néanmoins, il faut rester prudent quant à l'interprétation des disparités territoriales du fait de l'interruption connue en 2014-2015 et de la reprise d'activité pouvant être variables d'une région ou d'un département à l'autre.

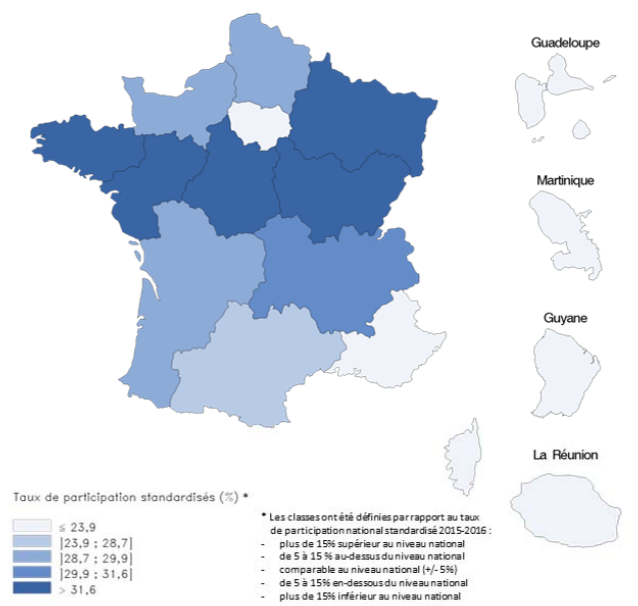
Évolution du taux brut de participation au dépistage organisé du cancer du sein en Normandie et en France entière de 2005 à 2016



Source : Santé publique France

Taux de participation régionaux standardisés au dépistage organisé du colôn-rectum 2015-2016

(Population de référence : France 2009)



Source : ©IGN-[GeoFLA]®, 2016 ;

© Santé publique France, 01/03/2017

Données issues des structures de gestion départementales du dépistage

En Normandie, cinq centres départementaux gèrent le dépistage organisé pour le cancer du sein et le cancer colorectal. Ils envoient, notamment, les invitations au dépistage et les relances, assurent le suivi des dépistages, veillent à la qualité du dispositif, collectent les données et participent à la sensibilisation et à l'information des populations cibles.

Calvados
Association Mathilde Sein
Tél : 02 31 93 82 00
Colorectal
Tél : 02 31 53 68 93
Email : info@mathilde.asso.fr
Site : www.mathilde.asso.fr

Eure
Association DECAD'E
Tél : 02 27 34 10 00
Email : contact@decade.asso.fr
Site : http://decade.asso.fr

Manche
Association Iris Manche
Tél : 02 33 77 80 90
Email : irismanche@magic.fr

Orne
Régie 61
Tél : 02 33 81 62 82
Site : <http://www.orne.fr/actualites/depistage-cancers>
Email : pss.dcs@cg61.fr

Seine-Maritime
Association EMMA
Tél : 02 35 96 48 87
Facebook : Association EMMA
Dépistage Organisé des Cancers 76

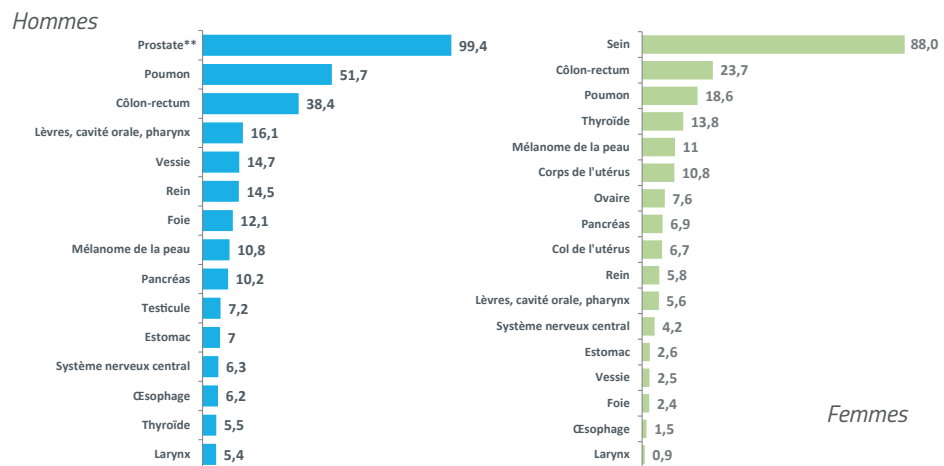
ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS

Incidence des cancers : Situation nationale

Incidence des cancers en France métropolitaine en 2012

En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 355 000 (200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme). Les taux standardisés d'incidence (population mondiale) sont de 362,6 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et 252,0 chez la femme. Le cancer de la prostate reste de loin le cancer le plus fréquent chez l'homme (56 800 nouveaux cas estimés en 2012) devant le cancer du poumon (28 200 cas) et le cancer colorectal (23 200 cas). Chez la femme, le cancer du sein occupe la première place (48 800 nouveaux cas estimés en 2012), devant le cancer colorectal (18 900 cas) et le cancer du poumon (11 300 cas).

Taux d'incidence* des cancers en France métropolitaine en 2012



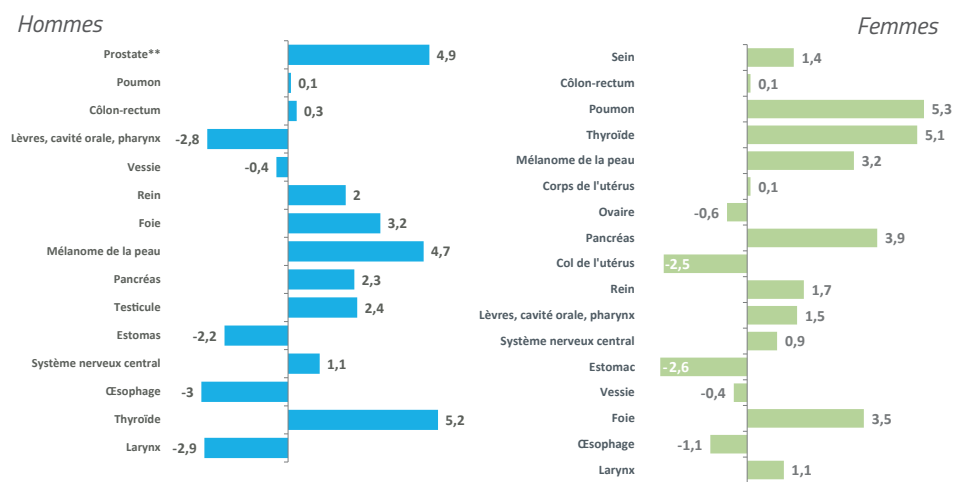
Sources : Francim / Hospices civils de Lyon / INCa / Inserm / InVs 2013
*Taux d'incidence standardisé sur la population mondiale p. 100 000
** Estimation reposant sur l'hypothèse d'une stabilité du taux d'incidence du cancer de la prostate entre 2009 et 2012.

Tendance entre 1980 et 2012

Le nombre de nouveaux cas de cancer a considérablement augmenté entre 1980 et 2012 chez l'homme comme chez la femme (respectivement +107,6 % et +111,4 %). Cette hausse est en partie due à l'augmentation et au vieillissement de la population, la majorité des cas survenant chez les sujets âgés. Certains cancers ont des évolutions favorables. C'est le cas du cancer de l'estomac chez l'homme et chez la femme, pour lequel ces évolutions s'expliquent par des modifications des habitudes alimentaires et par la diminution de la prévalence de l'infection à *Helicobacter pylori*.

Chez l'homme, ces évolutions favorables sont également observées pour les cancers de l'œsophage, de la lèvre-cavité orale-pharynx et du larynx, et s'expliquent par la diminution de la consommation de tabac et d'alcool qui sont les principaux facteurs de risque de ces cancers.

Évolution des taux d'incidence* 1980-2012 (Taux d'évolution annuel moyen %)



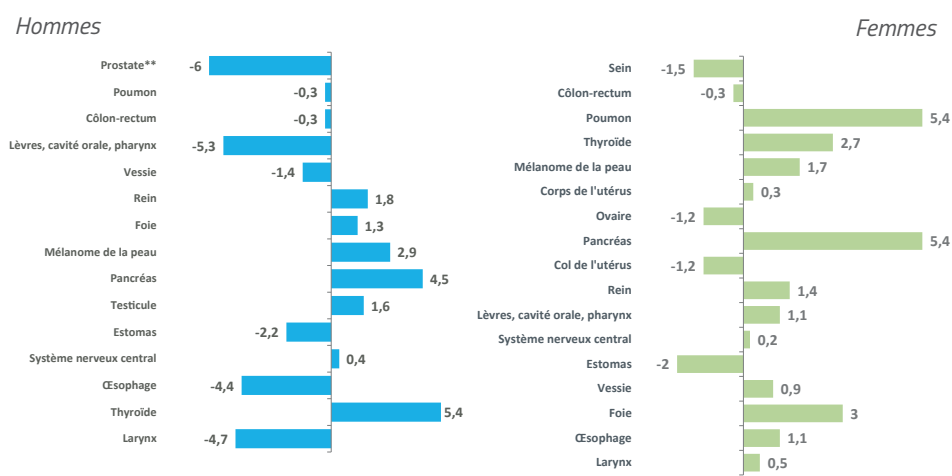
Sources : Francim / Hospices civils de Lyon / INCa / Inserm / InVs 2013
*Taux d'incidence standardisé sur la population mondiale p. 100 000
** Estimation reposant sur l'hypothèse d'une stabilité du taux d'incidence du cancer de la prostate entre 2009 et 2012.

Chez la femme, ces tendances sont observées pour le cancer du col de l'utérus, et s'expliquent essentiellement par le diagnostic de lésions pré-invasives et de cancers à un stade précoce grâce à la pratique du dépistage par frottis cervico-utérin.

À l'inverse, certaines évolutions sont préoccupantes. La plus inquiétante, compte tenu de son pronostic, est l'évolution du cancer du poumon chez la femme, avec une augmentation annuelle moyenne de plus de 5 % par an de l'incidence depuis 1980 et de près de 4 % par an pour la mortalité. Les mélanomes cutanés et les cancers du système nerveux central associent également une augmentation de l'incidence à une augmentation de la mortalité jusqu'en 2000.

Toutefois, si l'on concentre les analyses sur une période plus récente (2005-2012), on constate une diminution des taux d'incidence masculins (-1,3 % en moyenne chaque année) et un ralentissement de l'augmentation pour les femmes (+0,2 %). Chez ces dernières, cette évolution s'explique par une baisse de l'incidence des cancers du sein (-1,5 %) (baisse de l'incidence, probablement temporaire, en grande partie liée à la diminution de la prescription de l'hormonothérapie substitutive au moment de la ménopause). Chez les hommes, la forte baisse des taux d'incidence par cancer de la prostate (- 6 %) explique les évolutions globales constatées sur les 7 dernières années d'étude (la diminution de l'incidence survient dans un contexte où l'utilisation du PSA (Prostate Specific Antigen) comme test de dépistage est de plus en plus contestée. Il est par ailleurs possible qu'après plusieurs années de dépistage une partie des cancers prévalents ait été diagnostiquée et que le réservoir des « cancers dépistables » soit en voie d'épuisement).

Évolution des taux d'incidence* 2005-2012 (Taux d'évolution annuel moyen %)



Sources : Francim / Hospices civils de Lyon / INCa / Inserm / InVs 2013

*Taux d'incidence standardisé sur la population mondiale p. 100 000

** Estimation reposant sur l'hypothèse d'une stabilité du taux d'incidence du cancer de la prostate entre 2009 et 2012.

¹³ Les chiffres 2017 présentés ne doivent pas être mis en regard des estimations 2012 produites précédemment, car le modèle utilisé pour les projections peut différer de celui utilisé pour décrire les tendances et parce que le matériel utilisé évolue d'une étude à l'autre.

¹⁴ Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff AS, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie I – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, 2013. 122 p.

¹⁵ Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017 - Tumeurs solides : Santé publique France [Internet]. Saint-Maurice : Santé publique France [mis à jour le 02/01/2018 ; consulté le 25/05/2018]. Disponible à partir de l'URL : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-de-la-mortalite-et-de-la-survie/Projections-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2017-Tumeurs-solides>

Données projetées 2017

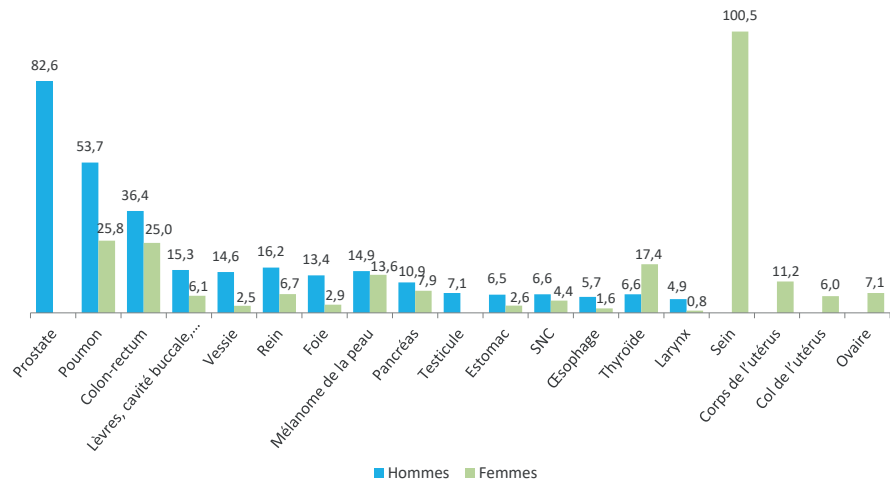
Santé publique France produit tous les deux ans des projections de l'incidence par cancer en France métropolitaine. Ces indicateurs permettent de percevoir l'évolution des besoins de la population en matière de prise en charge des cancers mais ne sont que le reflet des hypothèses d'évolutions adoptées et ne constituent pas une réalité observée^{13,14}.

Les données projetées pour 2017¹⁵ indiquent un nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine estimé à presque 400 000 (214 000 chez l'homme et 185 000 chez la femme). Les taux standardisés d'incidence projetés sont de 353,2 pour 100 000 personnes-années chez l'homme et 284,5 pour 100 000 personnes-années chez la femme.

Les trois principaux cancers restent les mêmes, pour les hommes : cancer de la prostate, du poumon et colorectal et pour les femmes : cancer du sein, cancer du poumon et cancer colorectal (cf. figure ci-dessus).

Cependant, il est important de noter que la seconde place des cancers chez la femme est maintenant le cancer du poumon (plus de 16 000 cas annuel). Auparavant le cancer du poumon était en 3^{ème} position après le cancer du sein et cancer colorectal.

Taux d'incidence projetés des cancers en France métropolitaine en 2017



Source et exploitation : Santé publique France

Situation régionale

Principales localisations cancéreuses en termes d'incidence (sein, prostate, côlon-rectum et poumon)

Les taux d'incidence normands^{16,17,18} pour les principales localisations cancéreuses sont majoritairement dans la moyenne de ceux observés en France métropolitaine (cf. tableau ci-contre).

Concernant le cancer de la prostate, cancer le plus fréquent chez les hommes, les écarts estimés entre la région et le niveau national ne sont pas marqués, aucune différence significative n'a été mise en évidence. Il en est de même pour le cancer du côlon-rectum chez les hommes. Cependant, chez les femmes, une sous-incidence significative par rapport au taux national est mise en évidence pour les départements du Calvados et de la Manche. A contrario, une sur-incidence est observée dans le département de l'Eure (27,5 vs 24,2/100 000 au national).

Estimations départementales de l'incidence des cancers, données 2008-2010^{16,17,18} (Taux standardisé population mondiale / 100 000 personnes-années)

	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Estimation nationale [IP]*
Prostate	94,7	91,3	85,6	88,3	85,6	91,0 [87,8-94,2]
Sein	88,7	92,7	83,3	89,4	96,2	93,6 [91,4-95,5]
colon-rectum F	19,1	27,5	21,2	23,6	24,4	24,2 [23,6-24,8]
colon-rectum H	31,8	41,5	35,7	33,5	39,2	37,9 [36,8-39,0]
Poumon F	16,0	16,8	12,3	12,6	13,5	15,2 [14,6-15,9]
Poumon H	54,1	54,1	47,4	42,8	61,1	49,7 [48,3-51,1]

Source et exploitation : Santé publique France

En vert : sous incidence par rapport au plan national / En rouge : sur-incidence par rapport au plan national (rapports standardisés d'incidence)

* IP : Intervalle de prédication

¹⁶ Colonna M, Chatignoux E, Remontet L, Mitton N, Belot A, Bossard N, Grosclaude P, Uhry Z. Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Étude à partir des données des registres des cancers du réseau Francim et des bases de données médico-administratives. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2015. 50 p.

¹⁷ Bulletins de veille sanitaire. Données épidémiologiques sur les cancers en Normandie (Calvados, Manche et Orne). 2016. Disponible à partir de l'URL : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Normandie/Bulletin-de-veille-sanitaire-Normandie.-n-20-Aout-2016>

¹⁸ Bulletins de veille sanitaire. Données épidémiologiques sur les cancers en Normandie (Eure et Seine-Maritime). 2016. Disponible à partir de l'URL : <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Publications-et-outils/Bulletin-de-veille-sanitaire/Tous-les-numeros/Normandie/Bulletin-de-veille-sanitaire-Normandie.-n-19-Juin-2016>

Pour le cancer du sein, une sous-incidence significative est observée dans la Manche par rapport au national (83,3 vs 93,7/100 000). Concernant le cancer du poumon, une sous-incidence est observée chez les femmes dans les départements de la Manche et de l'Orne (y compris chez les hommes) et une sur-incidence dans la Seine-Maritime chez les hommes (61,1 vs 49,7/100 000).

Cancers plus fréquents en Normandie

En termes de classement par régions, chez les hommes, les cancers du larynx, de l'œsophage, des testicules et lèvre-bouche-pharynx font partie des cancers où les taux d'incidence sont les plus élevés parmi les 22 régions métropolitaines. Pour les femmes, ce sont les cancers de l'estomac et lèvre-bouche-pharynx^{16,17,18}.

Les données actualisées d'incidence paraîtront en fin d'année 2018.

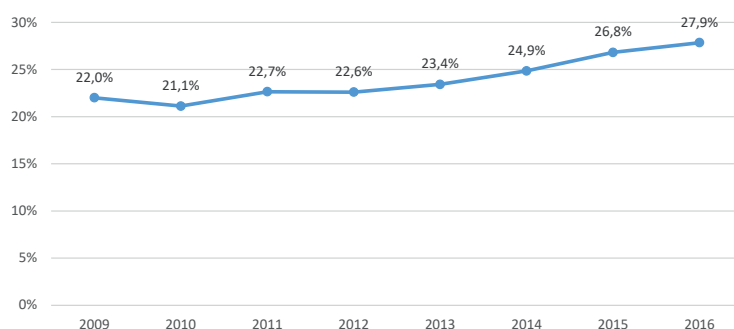
Plus de 28 000 Normands hospitalisés pour un cancer en 2016

Les Normands avec un diagnostic principal de tumeurs malignes (cf. encart ci-contre) ont cumulé en 2016, 37 126 séjours en hospitalisation complète ou ambulatoire (en région ou hors région) pour 28 660 patients, hors traitements réalisés en séances (chimiothérapie ou radiothérapie). En 2016, près d'un Normand sur dix (9 %) était soigné hors région, les départements limitrophes étant les plus concernés avec également le département de Paris.

Les séjours ambulatoires (durée de séjour = 0 soit une date d'entrée et de sortie unique) représentent 28 % des séjours (10 341), soit une proportion similaire à celle observée en France. En terme d'évolution, la part de l'ambulatoire parmi les séjours recensés pour tumeurs malignes ne cesse de croître (cf. figure ci-contre).

A structure d'âge comparable, le taux de recours à l'hospitalisation¹⁹ pour cancer dans les services de soins de courte durée MCO (médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique) des établissements de santé est similaire en région par rapport au plan national.

Part de l'ambulatoire dans le nombre de séjour de Normands avec un DP de tumeurs malignes entre 2009 et 2016



Source : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Les données d'hospitalisation sont issues du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). L'analyse s'est portée sur les séjours dont le diagnostic principal était : tumeur maligne (codes CIM 10 C00 à C97).

17 000 nouvelles admissions en affection de longue durée pour cancer chaque année en Normandie

Les personnes atteintes d'un cancer sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'assurance maladie, bénéficiant ainsi d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection.

En 2014, plus de 17 000 nouvelles admissions en ALD pour cancer ont été recensées en Normandie : 8 760 hommes et 8 280 femmes. La région présente ainsi, sur la période 2012-2014, un taux standardisé de 475 nouvelles admissions p. 100 000 Normands (552 p. 100 000 hommes et 424 p. 100 000 femmes), soit un taux similaire à celui observé en moyenne en France métropolitaine.

Admission en affection de longue durée pour cancers :

Le dispositif des affections de longue durée (ALD) permet l'exonération du ticket modérateur pour des soins associés à certaines maladies chroniques nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse.

Les admissions en ALD pour cancers correspondent au code ALD n°30 et aux codes CIM10 = C00-C97.

¹⁹Taux standardisé de recours : taux de recours « attendu » dans la région ou le département, si sa population avait la même structure d'âge qu'une population de référence (la population France entière du recensement de 2006 publiée par l'Insee en 2009). Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient.

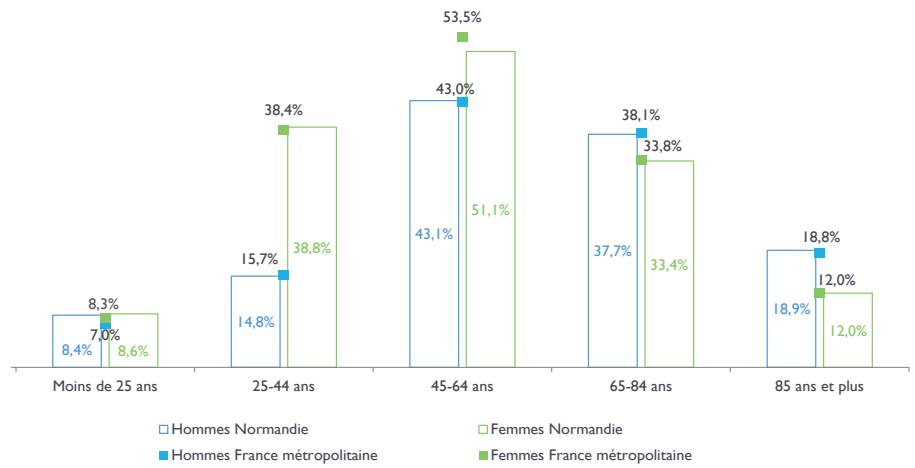
Plus de 8 900 décès par cancer recensés chaque année en Normandie

En 2012-2014, 8 894 décès par cancers ont été recensés en moyenne chaque année en région, soit 28% de l'ensemble des décès. Près d'un décès masculin sur trois (32%) est dû au cancer, tout comme en France métropolitaine. Chez les femmes les cancers représentent 24% de l'ensemble des décès, derrière les maladies de l'appareil circulatoire (en France métropolitaine comme en Normandie).

La moitié des décès par cancer survient à partir de 75 ans.

Sur l'ensemble des décès, la part des décès par cancer est plus élevée entre 45 et 64 ans, avec des différences importantes entre les hommes et les femmes. Les décès par cancer représentent ainsi 38% des décès féminins entre 35-44 ans contre 15% chez les hommes (cf. figure ci-contre)

Part des cancers dans l'ensemble des causes de décès selon l'âge en Normandie en 2012-2014 (%)



Source : Inserm-CépiDc

Exploitation : ORS-CREAI Normandie

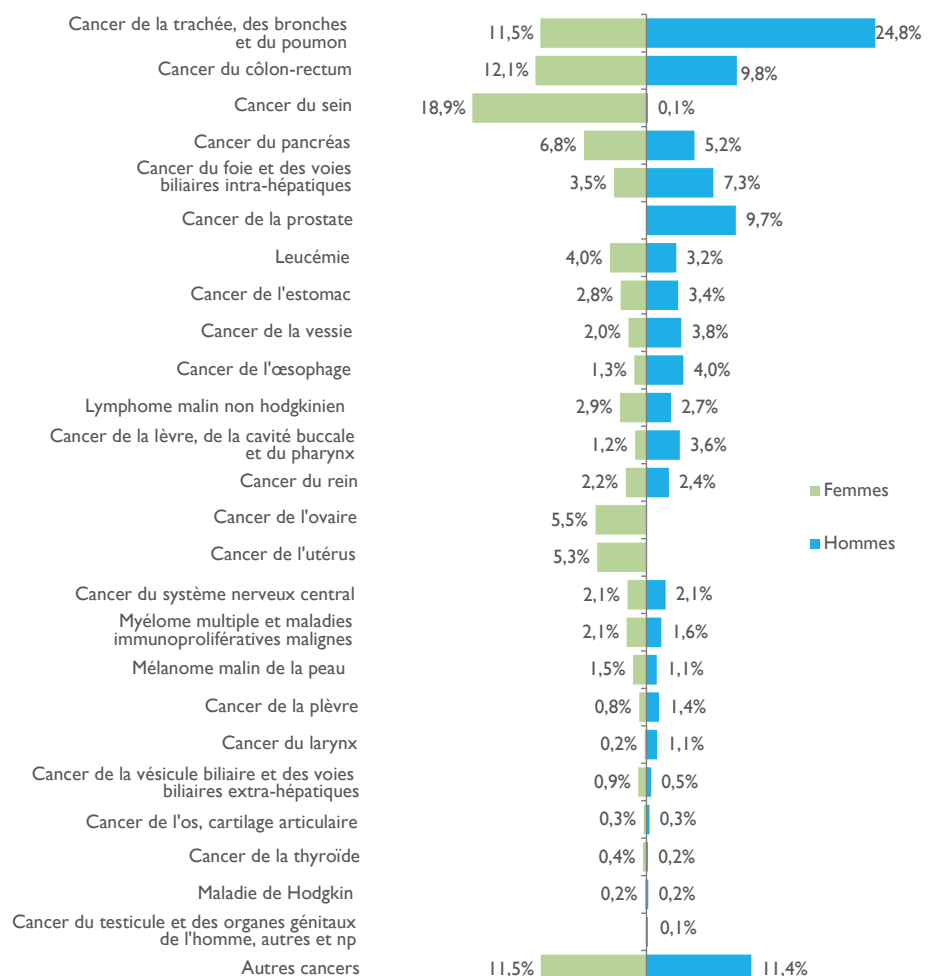
Cancer de la trachée des bronches et du poumon, du côlon-rectum et de la prostate : trois premières causes de décès par cancer chez les hommes

Avec 1 294 décès recensés en moyenne chaque année en région, le cancer de la trachée, des bronches et du poumon se place au 1^{er} rang devant le cancer du côlon-rectum et de la prostate, représentant respectivement 25% et 10% des décès par cancer chez les hommes.

Cancer du sein, du côlon-rectum et de la trachée des bronches et du poumon : trois premières causes de décès par cancer chez les femmes

Le cancer du sein se place au 1^{er} rang des décès par cancer (696 décès annuels soit 19% de l'ensemble des décès par cancer) suivi du cancer du côlon-rectum (12%) et du cancer de la trachée, des bronches et du poumon (12%).

Part des cancers selon la localisation et le sexe sur l'ensemble des décès par cancer en Normandie en 2012-2014 (%)



Source : Inserm-CépiDc

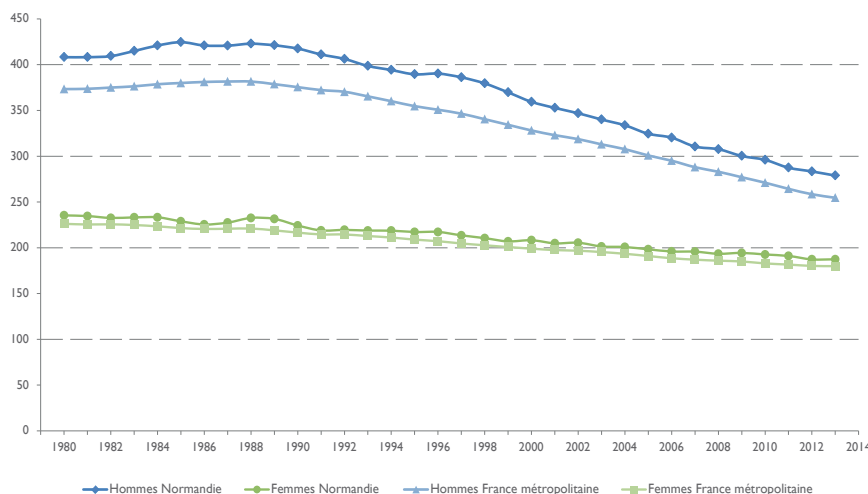
Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Une surmortalité régionale par cancer de + 7 % par rapport à la France métropolitaine

La mortalité par cancer en Normandie est, et ce depuis de nombreuses années, supérieure à celle observée en France métropolitaine. A structure d'âge comparable, la région présente, en 2012-2014, une surmortalité²⁰ de 7 % par rapport au plan national, plaçant ainsi la Normandie au 2nd rang des régions les plus touchées derrière les Hauts-de-France. Cette surmortalité régionale est significative dans les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime.

Les hommes sont particulièrement touchés (+ 9 % par rapport au plan national), malgré une baisse importante et constante de la mortalité depuis les années 90. En ce qui concerne les femmes, on observe également une surmortalité en Normandie toutefois moins marquée (+ 4 %).

Évolution de la mortalité par cancer par sexe en Normandie et en France métropolitaine / 1979-2014 (TCM* p. 100 000 hab., réf. France métropolitaine 2006)



Source : Insee, inserm CépiDc
Données lissées sur 3 années

Exploitation : ORS-CREAI Normandie

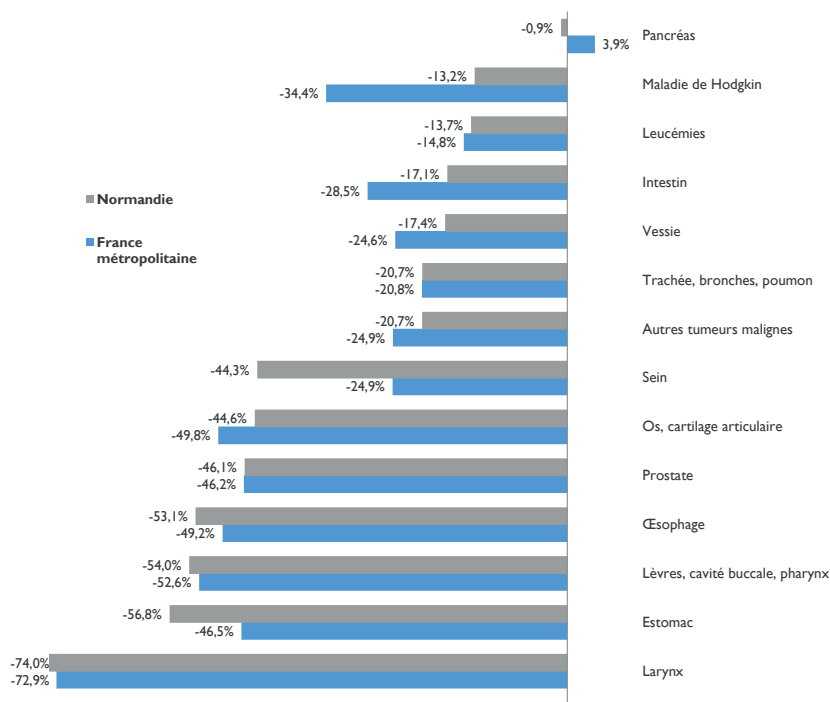
* TCM : Taux comparatif de mortalité ²¹

Une baisse de la mortalité par cancer similaire au plan national toutefois contrastée selon la localisation et le genre considérés

En 20 ans, la mortalité générale par cancer a baissé de 23 % en France métropolitaine tout comme en région. (soit - 1,3 % en moyenne chaque année). Chez les hommes, la baisse de la mortalité constatée en région est similaire à celle observée au plan national (- 30 %). Chez les femmes, la diminution constatée est moins marquée (- 15 %) et plus faible en Normandie qu'au plan national (écart d'un point).

Ces évolutions régionales cachent des disparités importantes en fonction de la localisation cancéreuse considérée. En effet, la mortalité masculine pour cancer du larynx, de l'estomac et des lèvres, cavités buccales, pharynx a, entre 1992-1994 et 2012-2014, baissé de 50 et 75 % en France métropolitaine comme en Normandie. D'autres localisations affichent une baisse moins importante voir une augmentation de leur mortalité. Plus précisément, on observe en France métropolitaine une augmentation de 4 % des décès liés au cancer du pancréas et une diminution de moins de 1 % en Normandie.

Évolution de la mortalité masculine par cancer selon la localisation en Normandie et en France Métropolitaine entre 1992-1994 et 2012-2014 (Évolution des TCM* en %, réf. France métropolitaine 2006)



Source : Insee, inserm CépiDc

Exploitation : ORS-CREAI Normandie

* TCM : Taux comparatif de mortalité ²¹

²⁰ Surmortalité ou sousmortalité calculée au moyen d'un indice comparatif de mortalité. Indice comparatif de mortalité : rapport du nombre de décès observés dans le territoire au nombre de décès qui seraient survenus (décès attendus) si les taux de mortalité par âge dans le territoire était identique aux taux nationaux.

Concernant la mortalité féminine, malgré une diminution générale entre 1992-1994 et 2012-2014, il existe de fortes disparités en fonction de la localisation étudiée. La mortalité par cancer de l'estomac, maladie de Hodgkin, cancer des os et cartilage articulaire ou encore du larynx ont nettement diminué, de 34 et 62 %.

A l'inverse, le cancer du pancréas est en hausse de 14 % en Normandie, soit une part inférieure à la France métropolitaine (20 %). L'évolution la plus remarquable est celle de la mortalité par cancer de la trachée, des bronches et du poumon avec une augmentation de +123 % en Normandie. En France métropolitaine, l'augmentation de cette mortalité est également constatée mais de manière moins marquée : + 95 % en 20 ans.

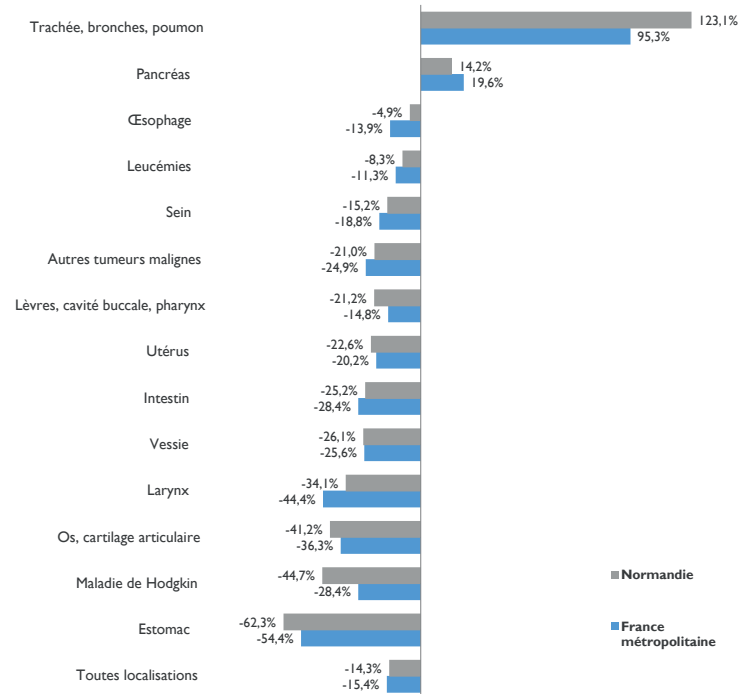
La Normandie : seconde région la plus touchée par la mortalité prématurée par cancer

A structure d'âge comparable, la Normandie présente une surmortalité prématurée (avant 65 ans) par cancer de plus de 13 % par rapport au plan national, plaçant ainsi la Normandie au 2nd rang des régions les plus touchées derrière les Hauts-de-France. Cette situation est particulièrement marquée chez les hommes (+ 17 %). Chez les femmes, les écarts constatés avec le plan national ne se confirment pas d'un point de vue statistique.

Les départements de la Seine-Maritime et du Calvados présentent les situations les plus dégradées en terme de mortalité prématurée par cancer (surmortalité de +19 % et + 12 % par rapport au plan national).

Tout comme pour la mortalité par cancer tous âges, la mortalité prématurée est en baisse. De la même manière, cette baisse est plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Chez ces dernières, la baisse de la mortalité en région est plus faible que celle observée au plan national (3 points d'écart). Ce constat est également observé chez les hommes (1 point d'écart). Ainsi, le différentiel de mortalité prématurée par cancer observé entre la Normandie et la France métropolitaine s'accroît.

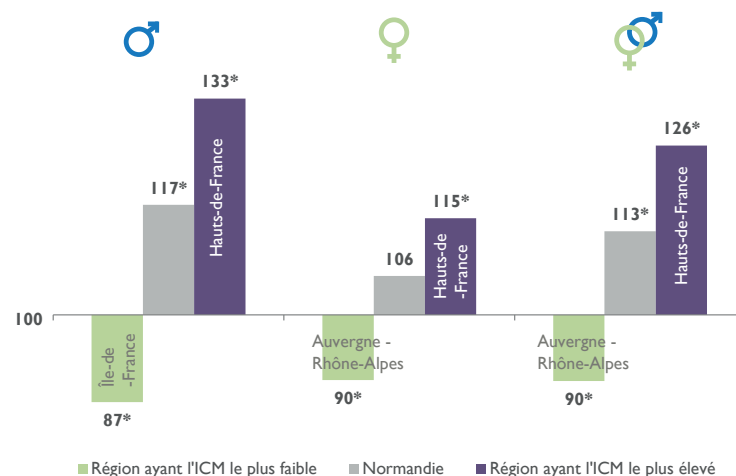
Évolution de la mortalité féminine par cancer selon la localisation en Normandie et en France Métropolitaine entre 1992-1994 et 2012-2014 (Évolution TCM* en %, réf. France métropolitaine 2006)



Source : Insee, inserm CépiDc
* TCM : Taux comparatif de mortalité ²¹

Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Indice comparatif de mortalité prématurée par cancer 2012-2014 (Base 100 = France métropolitaine)



Source : Insee, inserm CépiDc
* Écart significatif par rapport à la France métropolitaine

Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Aide à la lecture : La région Hauts-de-France présente une surmortalité prématurée (avant 65 ans) par cancer de 26 % par rapport à la France métropolitaine. La région Auvergne-Rhône-Alpes présente une sous-mortalité significative de 10 % par rapport au plan national.

²¹ Taux comparatif de mortalité : taux que l'on observerait sur le territoire s'il avait la même structure par âge et par sexe que la population de référence (France métrop. 2006). Les taux comparatifs de mortalité éliminent les effets de la structure par âge et par sexe et autorisent les comparaisons entre les sexes et les échelons géographiques.

OFFRE DE SOINS

Retrouver la liste des établissements autorisés en cancérologie en Normandie :

<https://onconormandie.fr/offres-de-soins-en-cancerologie/etablissements-autorises-en-cancerologie/>

Les établissements autorisés en cancérologie en Normandie

En 2018, la France compte 877 établissements autorisés en cancérologie. Ces autorisations sont délivrées par les ARS et concernent les grandes disciplines thérapeutiques (chirurgie des cancers, chimiothérapie et radiothérapie externe). Des agréments sont aussi délivrés pour la prise en charge des enfants et adolescents. Les critères d'agrément sont spécifiques à chaque discipline thérapeutique et prévus par le code de la santé publique. Cependant, ils reposent sur des mesures communes de qualité et de seuils d'activité minimale afin de garantir une qualité optimale de la prise en charge des patients en cancérologie. Concernant la chirurgie, six localisations sont soumises à des autorisations spécifiques : la chirurgie carcinologique mammaire, digestive, urologique, thoracique, gynécologique et ORL et maxillo-faciale²².

En février 2018, la Normandie dispose de 42 établissements autorisés en cancérologie, 27 sont autorisés en chimiothérapie, 6 en radiothérapie et 38 en chirurgie (toutes les localisations ne sont pas autorisées dans tous les établissements). Le traitement d'enfants et adolescents atteints de cancers sont autorisés dans 3 centres (2 à Rouen et 1 à Caen).

Les cartes présentées ci-dessous scindent la Normandie en 4 types de territoire en fonction du temps de parcours nécessaire en voiture pour atteindre un établissement autorisé en cancérologie, tous traitements confondus et selon le traitement (les calculs prennent en compte les établissements des régions limitrophes) : moins de 15 minutes d'un établissement autorisé (en vert), entre 15 et 30 minutes (en jaune), entre 30 et 45 d'un établissement (en rouge) et à plus de 45 minutes (en blanc).

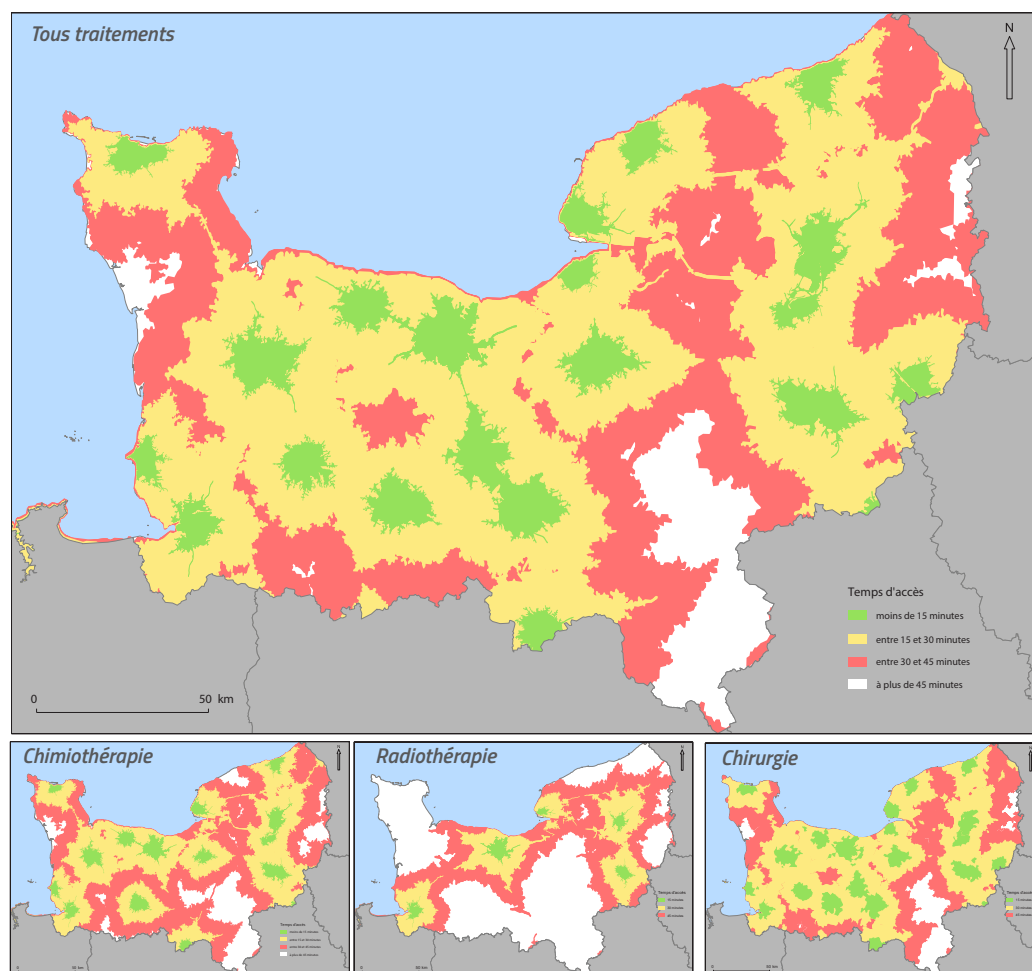
En Normandie, près de la moitié (46 %) de la population est domiciliée à moins de 15 minutes d'un établissement autorisé en cancérologie (sans différenciation du type de traitement autorisé), 35 % entre 15 et 30 minutes, 17 % entre 30 et 45 minutes et 2 % à plus de 45 minutes²³. L'Orne est le département qui comptabilise la plus grande part d'habitant domiciliés à plus de 45 minutes d'un établissement autorisé, en effet, près de 18 % des Ornais sont concernés.

Si l'on s'attache au type d'autorisation, plus de 4 % des Normands sont à plus de 45 minutes d'un établissement autorisé en chimiothérapie, ce chiffre atteint 22 % dans l'Orne.

De même, 27 % des Normands sont à plus de 45 minutes d'un établissement autorisé en radiothérapie.

Si l'on considère la chirurgie dans son ensemble sans distinction de localisation de tumeur, plus de 2 % des Normands sont à plus de 45 minutes d'un centre autorisé en chirurgie des cancers et jusqu'à 18 % dans l'Orne.

Temps d'accès à un établissement de santé autorisé en cancérologie en 2018



Source : e-cancer, registres régionaux de cancérologie
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

Exploitation : ORS-CREAI Normandie

²² ORL et maxillo-faciale : Oto-Rhino-Laryngologie et maxillo-faciale (oreille, nez, gorge), par exemple les tumeurs du pharynx, du larynx, de la thyroïde, des sinus ...

²³ La part de la population concernée a été calculée sur le recensement de la population 2014 avec un découpage communal. Une commune est considérée dans une zone lorsque son centroïde est inclus dans cette même zone.

Zoom sur le Centre européen de recherche et de traitement en hadronthérapie de Caen-Normandie

Le Centre européen de recherche et de traitement en hadronthérapie de Caen-Normandie a été inauguré au début du mois de juillet 2018 et fait de Caen, la troisième ville de France à se doter d'un équipement de protonthérapie, après Orsay et Nice.

La protonthérapie est une radiothérapie particulièrement adaptée pour l'irradiation de certaines tumeurs de l'enfant et du jeune adulte (utilisation de l'énergie d'un faisceau de protons pour irradier les tumeurs, tout en épargnant au mieux les tissus sains et les organes particulièrement sensibles).

Grâce à l'acquisition du « Proteus One » par CYCLHAD, nouvel équipement de traitement des tumeurs par protonthérapie, le service de radiothérapie du centre François Baclesse sera en mesure de traiter à terme plus de 300 patients par an dans ce nouveau centre.

Le centre européen de recherche et de traitement en hadronthérapie de Caen-Normandie accueillera aussi des équipes de recherches internationales pour mener des études sur l'efficacité des traitements, la biologie et la physique médicale.



Pour en savoir plus :
[Centre de lutte contre le cancer François Baclesse
Région Normandie](#)

Autres ressources territoriales

Réseau régional de cancérologie (OncoNormandie)

Le réseau régional de cancérologie OncoNormandie découle de la fusion des deux réseaux présents respectivement sur les ex-territoires haut-normand et bas-normand. Il est défini dans le plan cancer 2003-2007 et réaffirmé dans le plan 2014-2019 comme une organisation pivot dans le champ sanitaire. Cette organisation répond à une mission d'amélioration continue de la qualité des soins en cancérologie, couvrant les activités de traitement et de suivi nécessaires à la prise en charge globale des patients atteints de cancer.

Il a ainsi pour mission :

- La promotion et l'amélioration de la qualité en cancérologie en diffusant à ses adhérents les recommandations nationales et les référentiels régionaux élaborés, en organisant une fonction de veille sur l'actualisation des référentiels et en développant des audits qualité ;
- La promotion d'outils de communication et d'échanges sécurisés de données médicales, communs au sein de la région, dont le Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) constitue l'un des points clés ;
- Le soutien à la formation continue ;
- Le recueil et l'analyse régionale des données relatives à l'activité de soins, alimentés notamment par les 3C, ce qui permettra d'élaborer le tableau de bord régional de cancérologie ;
- L'évaluation des membres et des pratiques au sein du réseau ;
- L'information des professionnels de santé et l'information des patients, des proches et du public ;
- Le soutien à la recherche clinique ;
- L'accompagnement du développement des soins de support dans la région ;
- La contribution au développement d'actions de prévention et de dépistage.



Pour en savoir plus :
www.onconormandie.fr

Centre de coordination en cancérologie

Les centres de coordination en cancérologie (3C) s'inscrivent dans le plan cancer 2003-2007 et sont réaffirmés dans le plan 2014-2019. Tous les établissements autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer doivent être rattachés à un 3C. Chaque 3C est composé au minimum d'un médecin coordonnateur, d'un qualificateur et d'un secrétaire.

Les missions du 3C sont principalement :

- La coordination médicale de la cancérologie au sein de l'établissement, et en particulier des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire en cancérologie (RCP) ;
- La mise à disposition des médecins et des soignants les référentiels et recommandations validés ;
- La mise en œuvre de la pluridisciplinarité en organisant et fédérant les RCP ;
- L'accompagnement du réseau dans la mise en place des procédures organisationnelles pour l'utilisation du Dossier Communicant en Cancérologie ;
- L'assurance de la mise en place effective du Dispositif d'Annonce pour chaque patient ;
- L'assurance de la mise à disposition par les établissements de la mise à disposition des soins de support pour tous les patients ;
- Le suivi au sein des établissements membres de la mise en œuvre du plan cancer, avec des données chiffrées ;
- L'accès à la recherche clinique ;
- La contribution au développement du lien ville-hôpital ;
- La production des informations sur les activités cancérologiques des établissements.

Autres ressources territoriales (suite)

Réseau Oncopédiatrie

Le réseau de cancérologie pédiatrique Oncopédiatrie fait partie intégrante du réseau régional OncoNormandie dont il constitue une entité spécifique. Ce réseau mutualisé au sein du Groupe Grand Ouest Cancer de l'Enfant, a pour objectif premier d'organiser la continuité des soins de qualité au plus près du domicile de l'enfant atteint d'une pathologie maligne entre les services de référence de la région, les Etablissements Hospitaliers Généraux, les professionnels libéraux (médecins traitants, infirmiers, kinésithérapeutes...), et les professionnels de l'Hospitalisation à domicile (HAD).

Les missions du réseau reposent sur :

- La coordination et la continuité des soins de proximité ;
- La communication et la création d'outils ;
- La formation théorique et pratique des professionnels de santé ;
- Le maintien du « lien Ecole-Hôpital » afin de faciliter la réintégration de l'enfant malade dans son milieu scolaire en renforçant les compétences des enseignants dans leur démarche d'annonce et d'information de la maladie de l'élève atteint d'un cancer auprès des autres élèves de la classe ;
- L'évaluation du fonctionnement du réseau.

Le réseau d'Oncologie Hématologie Pédiatrique est à la fois un réseau régional, tourné vers les professionnels de santé et un réseau territorial, tourné vers les patients et leur famille.

Unité de coordination en oncogériatrie interrégionale (UCOGIR)

Un tiers des cancers diagnostiqués chaque année surviennent chez des personnes âgées de plus de 70 ans. Depuis quelques années, l'OncoGériatrie se développe en France, avec pour objectif principal d'organiser et de proposer des parcours de soins adaptés aux patients âgés atteints d'un cancer.

Aujourd'hui, les traitements sont individualisés : les méthodes, les doses et les plannings sont adaptés en fonction du patient, de sa maladie et de son stade d'avancement. Il ne faut pas tenir compte uniquement de l'âge des patients mais aussi de leur état général, de leur autonomie et aussi de leur qualité de vie.

En Normandie, cette unité est coordonnée par un binôme Hématologue-Gériatre avec le soutien d'une équipe pluridisciplinaire.

Les missions principales de l'UCOGIR sont :

- Organiser la filière (utilisation du questionnaire de dépistage des fragilités gériatriques afin de choisir le traitement le plus adapté à l'état de santé du patient et d'optimiser la prise en charge des fragilités éventuelles en collaboration avec le médecin traitant) ;
- Favoriser la formation et l'information, des professionnels de santé et du public ;
- Favoriser le développement de la recherche en OncoGériatrie.

Les registres des cancers de la Manche et du Calvados

La vocation première de ces registres est de produire, par un recensement actif et exhaustif des cas, des données permettant le calcul d'indicateurs de surveillance de l'état de santé des populations (incidence, survie et prévalence). À ce titre, les Registres participent au programme national de surveillance des cancers de Santé publique France. Les données des Registres sont incluses dans la base de données du Réseau français des registres de cancer (FRANCIM). Elles sont utilisées pour l'estimation de l'incidence des cancers France entière et par région, et pour l'étude de l'évolution de cette incidence depuis 25 ans (données présentées en début de publication).

Deux types de registres coexistent dans le dispositif de surveillance et d'observation des cancers :

- Les registres généraux qui recensent l'ensemble des cas de cancers survenant dans la zone géographique considérée quel que soit le type de cancer ;
- Les registres spécialisés qui ne recensent, dans une zone géographique considérée, que certains types de cancers (cancers digestifs, cancers gynécologiques, hémopathies...) ou les cas survenant dans un groupe particulier (enfants).

En France, les registres généraux des cancers couvrent 16 départements français dont le Calvados et la Manche. Dans la Manche, le Registre enregistre depuis le 1er janvier 1994 tous les cas de cancers diagnostiqués chez les habitants du département. Dans le Calvados, cette démarche a été engagée en 1988. Neuf registres spécifiques sont également présents sur le territoire national dont deux en Basse-Normandie : registres des cancers digestifs (Calvados) et des hémopathies malignes (Ex-Basse-Normandie). Un registre multicentrique à vocation nationale des mésothéliomes pleuraux (Mésonat) couvre également plus d'une vingtaine de départements dont les trois départements Calvados, Manche et Orne.

Pour en savoir plus : www.registre-cancer-manche.org

La ligue contre le cancer

Créée en 1918, la Ligue contre le cancer est une association loi 1901 reconnue d'utilité publique ayant pour mission de répondre aux besoins des personnes concernées par le cancer. Composée de 103 Comités départementaux, la fédération est le 1^{er} financeur non-gouvernemental de la recherche en cancérologie.

Ces objectifs sont :

- Informer, sensibiliser, prévenir pour lutter efficacement contre le cancer ;
- Améliorer la qualité de vie des personnes malades et de leurs proches ;
- Changer les mentalités face au cancer ;
- S'engager à l'échelle internationale.

La Normandie compte 5 comités départementaux.

Pour en savoir plus :

Calvados : www.ligue-cancer.net/cd14journal

Eure : www.ligue-cancer.net/cd27journal

Manche : www.ligue-cancer.net/cd50journal

Orne : www.ligue-cancer.net/cd61journal

Seine-Maritime : www.ligue-cancer.net/cd76journal

Copyrights

© Adobe InDesign

© Adobe Illustrator

Crédit image couverture

Shutterstock



Association ORS-CREAI Normandie
Observatoire régional de la santé

Espace Robert Schuman
3 place de l'Europe
14 200 Hérouville-Saint-Clair
Tél : 02 31 75 15 20 - Mail : contact@orscreainormandie.org
Site Internet : www.orscreainormandie.org

Directeur de la publication
M. Pierre-Jean LANCY, Président de l'ORS-CREAI Normandie

Coordination de la publication
Julie PASQUIER et Annabelle YON, ORS-CREAI Normandie
Mélanie MARTEL, Santé publique France Normandie

Pour en savoir plus
j.pasquier@orscreainormandie.org
melanie.martel@santepubliquefrance.fr