

Diagnostic Régional du Cancer en Normandie 2024





Le Projet

Présentation du Diagnostic Régional du Cancer en Normandie (DRCN)



DRCN – Contexte

Les principaux constats qui ont conduit à la création du DRCN :



Nombreuses études et observations sont menées sur les cancers



Mais les données sont dispersées, produites par différents acteurs et diffusées de façon parcellaire



Du fait d'objectifs différents, les producteurs de données mettent à disposition des données avec des méthodologies hétérogènes, à des échelles différentes qui ne permettent pas la superposition des informations à des fins d'analyse et d'aide à la décision



Pas de fréquence de mise à jour définie



DRCN – Partenaires

- **Coordonnateurs du projet :**
 - Noémie LECAPLAIN, OncoNormandie
 - Anaïs BRIANT, OncoNormandie
- **Membres du Groupe de Travail et Partenaires du DRCN :**
 - Céline LEROY, ARS Normandie
 - Yann POUJET, ARS Normandie
 - Annabelle YON, ORS-CREAI Normandie
 - Mélanie MARTEL, Santé Publique France – Normandie
 - Ludivine LAUNAY, Unité Anticipe (Inserm U1086) – MapInMed
 - Marine RENIER-MORIN, Unité Anticipe (Inserm U1086) - Facteurs de risque professionnels et environnementaux des cancers
 - Marie-Christine QUERTIER, CRCDC-Normandie
 - Olivier SEREE, OncoNormandie





DRCN – Objectifs et Développement du projet

Objectifs

Disposer d'une vision régionale actualisée

Aider à la décision – prioriser les actions

Mesurer l'impact des actions menées





DRCN - Sommaire

I. Axe 1 : Caractéristique de la population

II. Axe 2 : Etat de santé de la population

1. Prévalence, incidence et nouvelles ALD

2. Mortalité

3. Cancers spécifiques

4. Facteurs de risques

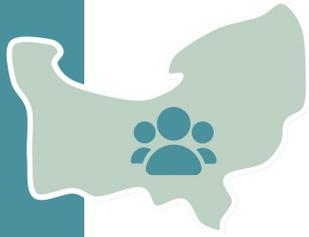
III. Axe 3 : Accès aux soins

IV. Axe 4 : Recours aux soins : Zoom sur les dépistages organisés



AXE 1

Caractéristiques de la population



Caractéristiques de la population – Densité de la population

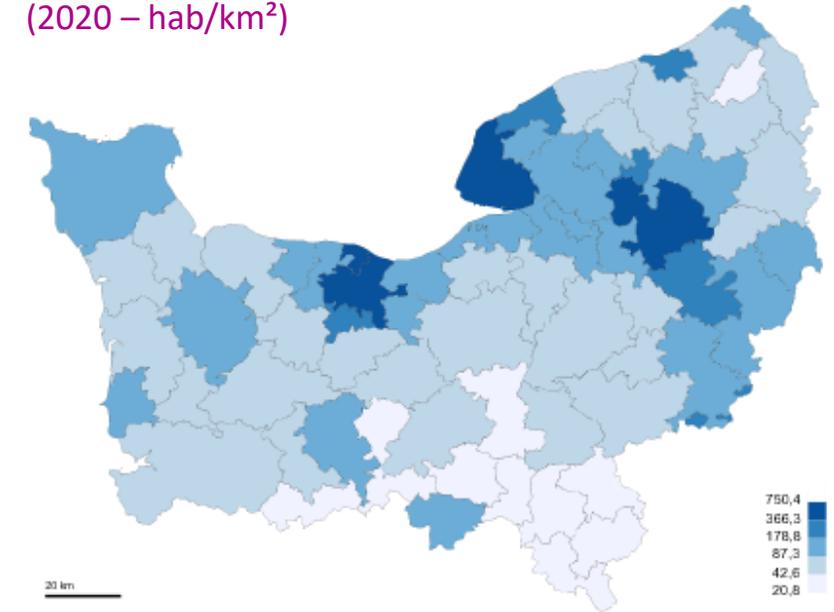
- Une densité de population de 111,2 km² en 2020, soit une **densité inférieure** à celle observée en France métropolitaine (120 hab/km²)
- Une population inégalement répartie sur le territoire avec trois grands pôles urbains (Rouen, Caen et Le Havre) et des territoires peu denses notamment dans le département de l'Orne
- Un taux de variation annuel moyen (2014-2020) de – 0,05 % contre + 0,32 % en France métropolitaine. Une perte de population particulièrement marquée dans les départements de la Manche et de l'Orne

Population, densité de population et taux de variation annuel moyen en Normandie (2020 – hab/km²)

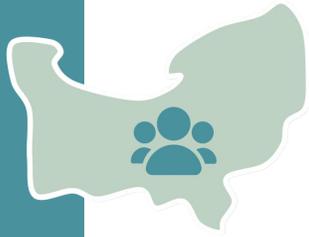
	Population totale 2020	Densité de population 2020 (Habitants/Km ²)	Taux de variation annuel moyen 2014-2020 (%)
Calvados	697 547	126,0	0,15
Eure	599 668	99,3	0,04
Manche	495 093	83,2	-0,18
Orne	278 475	45,6	-0,54
Seine-Maritime	1 254 739	199,9	-0,04
Normandie	3 325 522	111,2	-0,05
France métropolitaine	65 269 154	120,0	0,32

Source : Insee RP 2020 et RP 2014
Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Densité de population par EPCI en Normandie (2020 – hab/km²)



Source : Insee RP 2020
Exploitation : ORS-CREAI Normandie



Caractéristiques de la population – Structure de la population

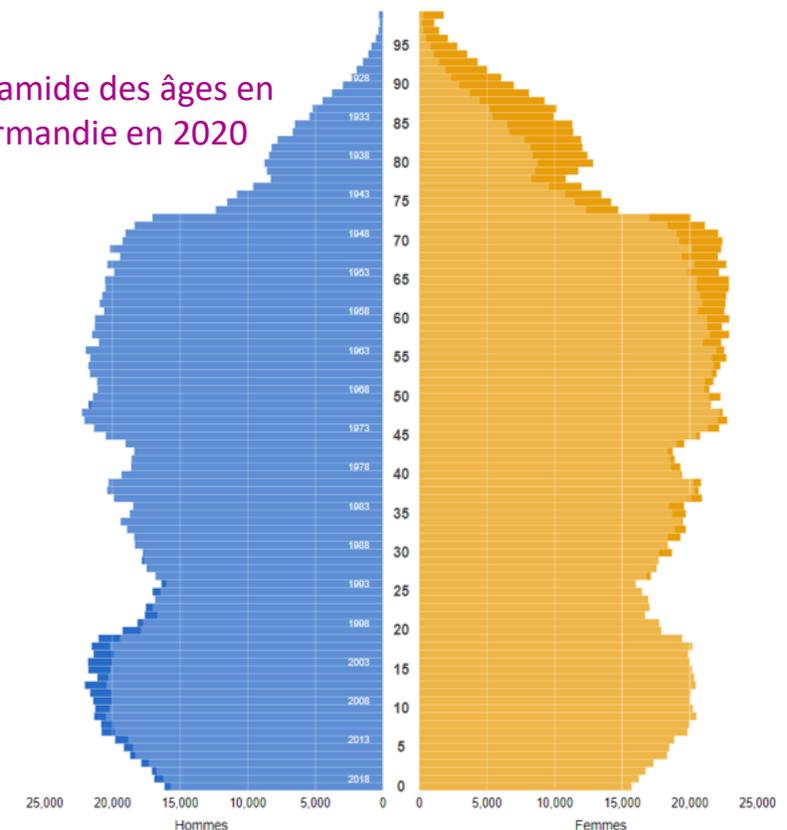
- 29,1 % de la population normande a moins de 25 ans, soit une proportion similaire au plan national. Les départements de l’Orne et de la Manche présentent la part de moins de 25 ans les moins élevées.
- A l’inverse, plus de 12 % de la population ornaise et manchoise a 75 ans ou plus.

Nombre de personnes et part de la population par grands groupes d’âge en Normandie en 2020

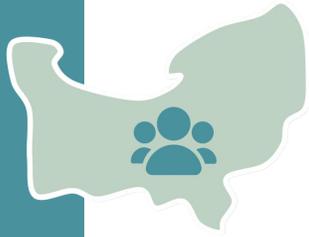
2020	Nombre de personnes de moins de 25 ans	Part des moins de 25 ans (%)	Nombre de personnes de 25-59 ans	Part des 25-59 ans (%)	Nombre de personnes de 60-74 ans	Part des 60-74 ans (%)	Nombre de personnes de 75 ans et plus	Part des 75 ans et plus (%)
Calvados	206 399	29,6	291 801	41,8	129 174	18,5	70 173	10,1
Eure	179 404	29,9	264 893	44,2	104 557	17,4	50 813	8,5
Manche	128 605	26,0	206 154	41,6	99 985	20,2	60 349	12,2
Orne	72 962	26,2	111 584	40,1	58 049	20,8	35 880	12,9
Seine-Maritime	381 575	30,4	540 810	43,1	215 551	17,2	116 804	9,3
Normandie	968 944	29,1	1 415 241	42,6	607 317	18,3	334 020	10,0
France métropolitaine	19 195 335	29,4	28 781 405	44,1	11 054 391	16,9	6 238 023	9,6

Source : Insee RP 2020
Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Pyramide des âges en Normandie en 2020



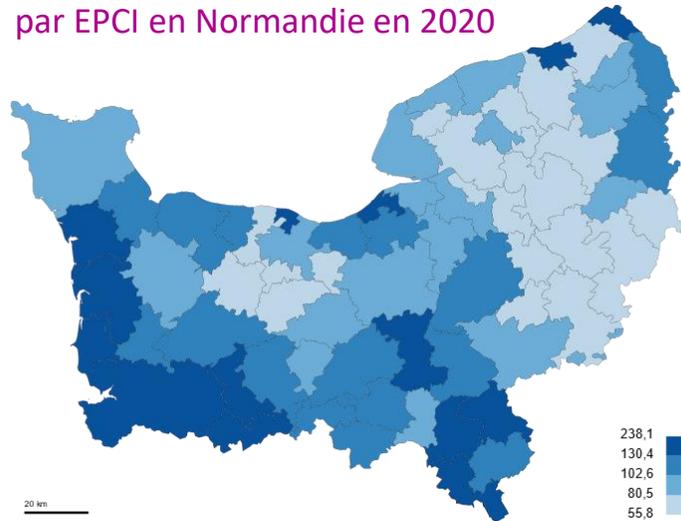
Source et exploitation : Insee RP 2020



Caractéristiques de la population – Vieillesse

- La région Normandie présente un rapport de dépendance et un indice de vieillissement nettement supérieur à ceux observés en France métropolitaine (notamment dans les départements de l'Orne et de la Manche).

Indice de vieillissement par EPCI en Normandie en 2020



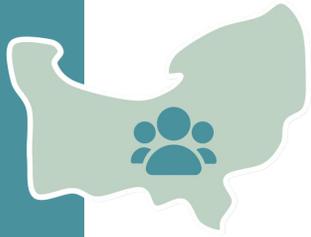
Source : Insee RP 2020
Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Nombre de personnes, part de la population et taux d'accroissement annuel moyen des personnes âgées de 75 ans et plus en Normandie en 2020

2020	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Normandie	France métropolitaine
Nombre de personnes de 75 ans et plus	70 173	50 813	60 349	35 880	116 804	334 020	6 238 023
Part des 75 ans et plus (%)	10,1	8,5	12,2	12,9	9,3	10	9,6
Taux d'accroissement annuel moyen de la population de 75 ans et plus (%) 2014-2020	0,85	0,74	0,14	0,12	0,50	0,51	0,77
Rapport de dépendance (%)	83,6	81,8	88,5	93,0	80,5	83,5	79,0
Indice de vieillissement (%)	93,3	76,3	115,9	120,3	82,7	91,1	85,6
Indice de grand vieillissement (%)	42,2	38,2	48,1	49,7	42,7	43,4	43,5

Source : Insee RP 2020 et 2014
Exploitation : ORS-CREAI Normandie

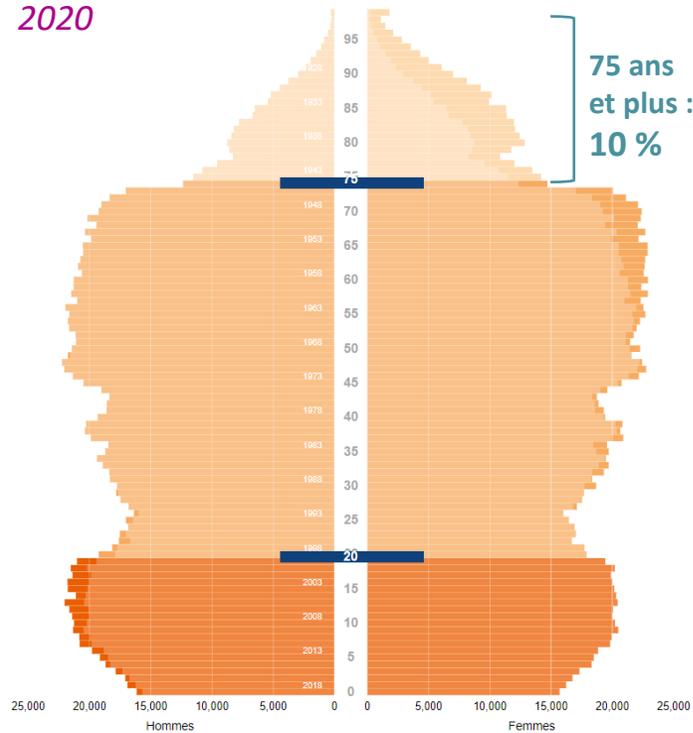
Rapport de dépendance : rapport de population âgée de moins de 20 ans et de 65 ans et plus sur celle des 20-64 ans.
Indice de vieillissement : rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans.



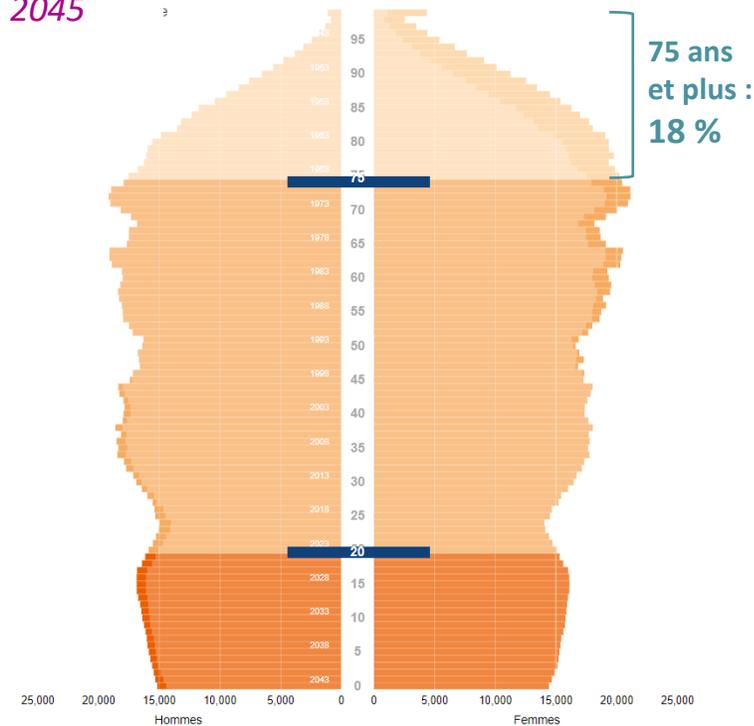
Caractéristiques de la population – Vieillesse

- Un doublement de la part des personnes âgées de 75 ans et plus à l'horizon 2070.

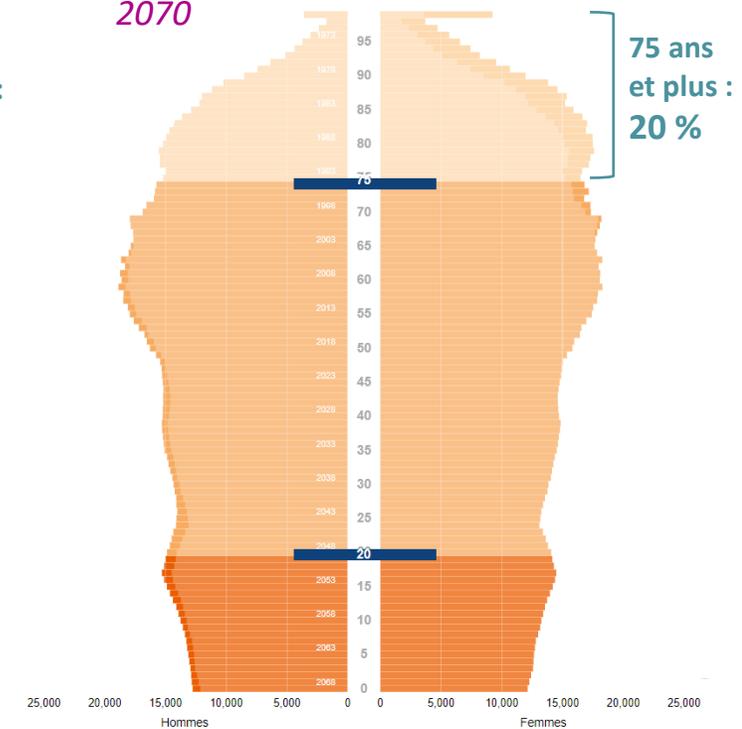
Pyramide des âges - Normandie
2020



2045

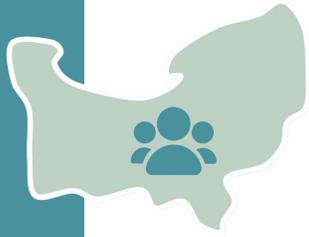


2070



Source et exploitation : Insee Projections de population – scénario central

Les données proviennent des projections de population réalisées à partir du recensement de la population 2018 (scénario central). Plus la projection est lointaine, plus l'incertitude est grande (cf. Insee : <https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/6798992/pyramide.htm?#!y=2070&a=20,75&g&c=28>)



Caractéristiques de la population – Espérance de vie

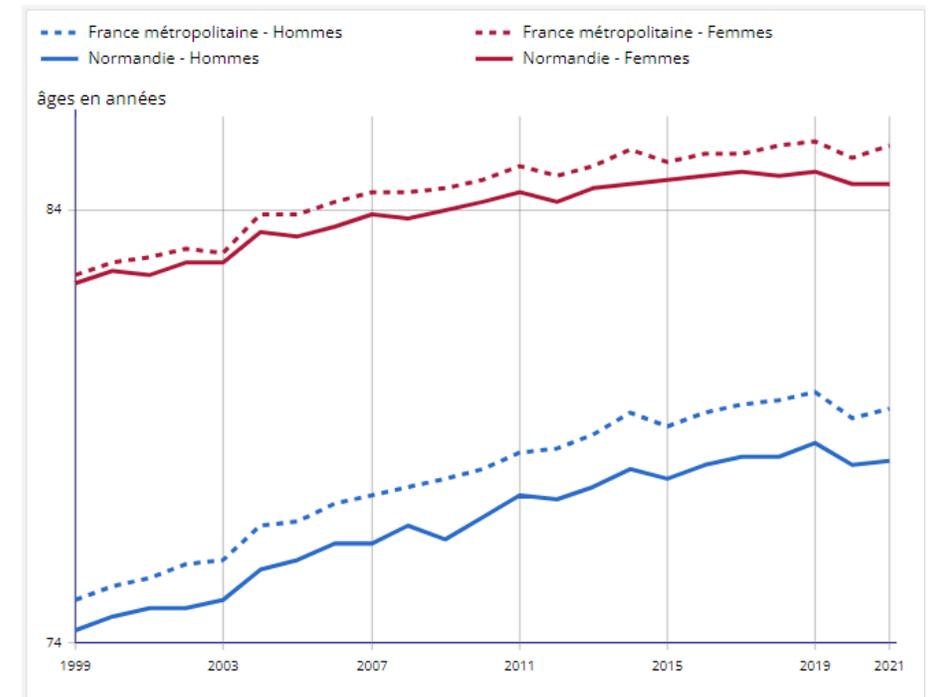
- Une espérance de vie à la naissance parmi les plus faibles de Métropole
 - Hommes : **78,0 ans** vs 79,4 ans en Fr. métropolitaine
 - Femmes : **84,3 ans** vs 85,3 ans en Fr. métropolitaine
- Une espérance de vie qui diminue légèrement en 2022 sans retrouver son niveau d'avant COVID-19
- Le Calvados, département bénéficiant de l'espérance de vie la plus élevée tous sexes confondus

Espérance de vie à la naissance et à 60 ans en Normandie en 2022

2022	Espérance de vie à la naissance (en année)		Espérance de vie à 60 ans (en année)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Calvados	78,5	84,6	22,1	26,9
Eure	77,9	84,2	21,9	26,6
Manche	77,4	84,3	22,1	26,7
Orne	77,9	84,6	22,5	26,7
Seine-Maritime	77,8	84,3	22,0	26,6
Normandie	78,0	84,3	22,1	26,7
France métropolitaine	79,4	85,3	23,1	27,5

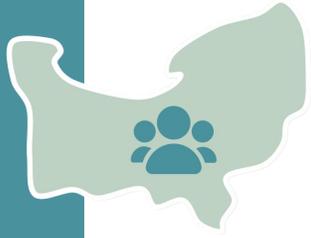
Sources et exploitation : Insee, État civil, Estimations de population (données provisoires).

Évolution de l'espérance de vie à la naissance entre 1999 et 2021, par sexe, en Normandie et en France métropolitaine



Sources et exploitation : Insee

L'espérance de vie à la naissance est égale à la durée de vie moyenne d'une génération fictive qui connaîtrait tout au long de son existence les conditions de mortalité par âge de l'année considérée. C'est un indicateur synthétique des taux de mortalité par âge de l'année considérée.

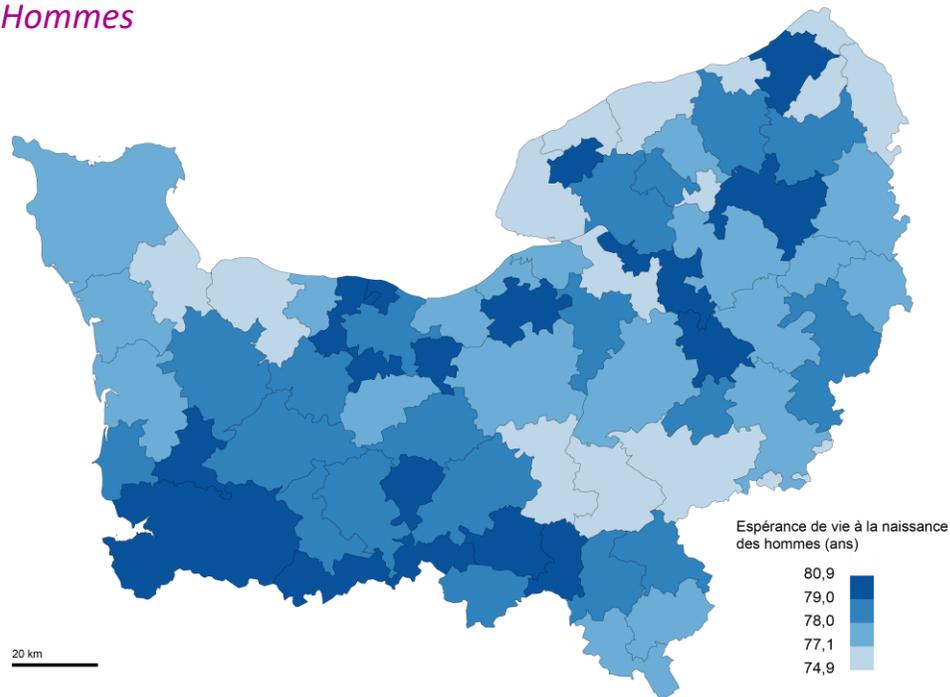


Caractéristiques de la population – Espérance de vie

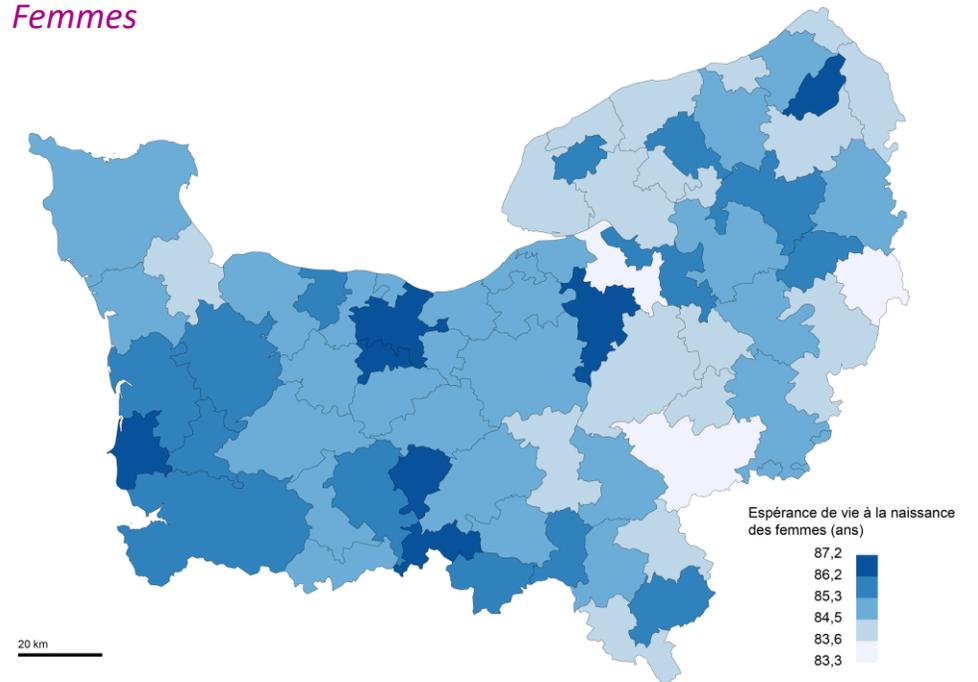
- Une espérance de vie contrastée selon les territoires considérés

Espérance de vie à la naissance par sexe à l'échelle des EPCI en Normandie (2011-2017)

Hommes



Femmes

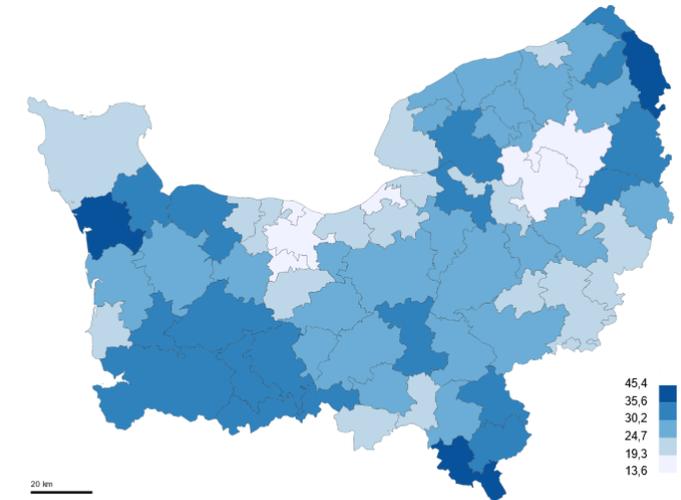




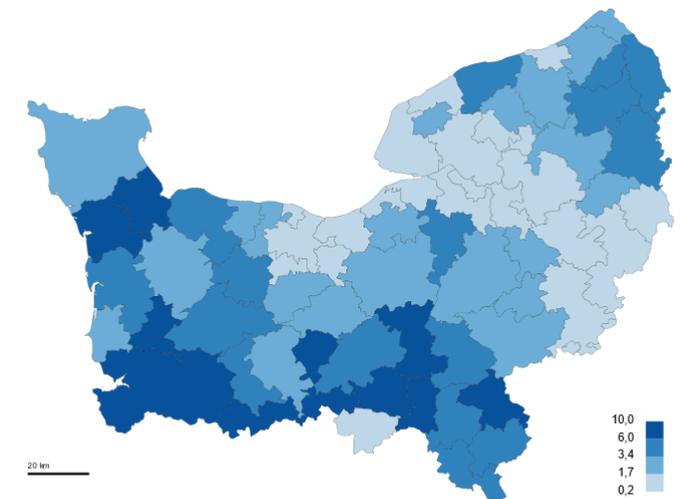
Caractéristiques de la population – Catégories socioprofessionnelles

- Un taux de chômage régional de 12,4 % similaire au plan national qui cache des disparités territoriales marquées. Un taux de chômage particulièrement élevé dans le département de la Seine-Maritime (14,1% contre 12,2 % en France métropolitaine).
- 12,9 % des actifs occupés sont des cadres et professions intellectuelles supérieures, soit une proportion nettement inférieure au plan national (18,6 %). A l'inverse, une part plus élevée d'ouvriers (24,7 % contre 19,8 % au plan national).
- 2 % des actifs occupés sont agriculteurs exploitants (1,5 % en France métropolitaine). Une proportion qui atteint respectivement 4,5 % et 3,9 % dans les départements de l'Orne et de la Manche.
- Une pauvreté monétaire moins fréquente et moins intense en Normandie mais un revenu fiscal moyen inférieur de 9 % à la moyenne nationale. L'Orne et la Seine-Maritime sont plus touchés par la pauvreté.

Part d'ouvriers de 15 ans et plus ayant un emploi par EPCI en Normandie (2020 - %)



Part d'agriculteurs exploitants de 15 ans et plus ayant un emploi par EPCI en Normandie (2020 - %)

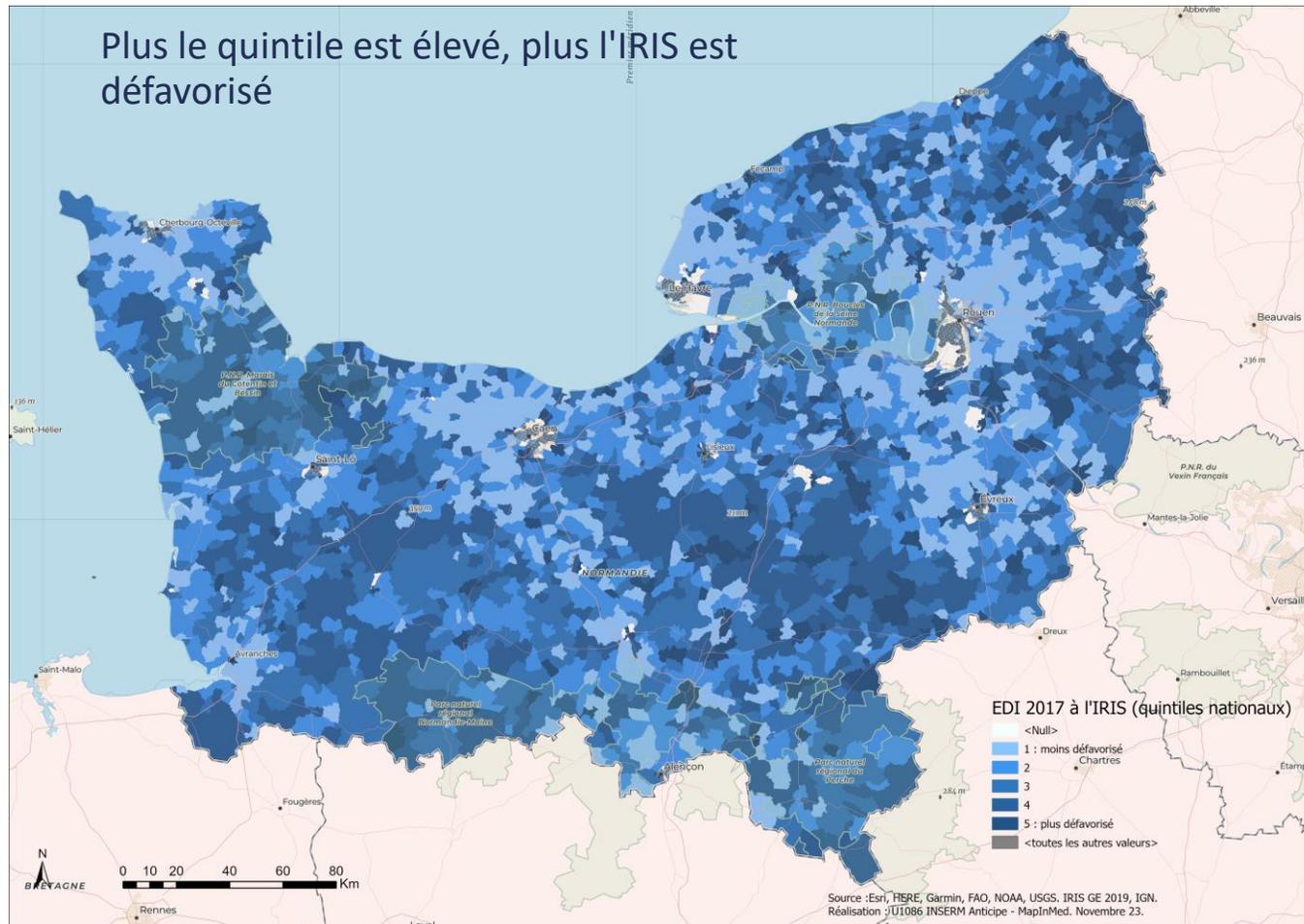


Source : Insee RP 2020
Exploitation : ORS-CREAI Normandie



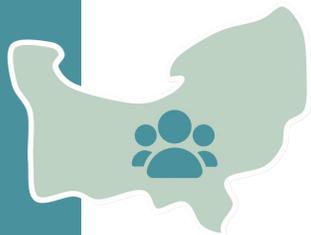
Caractéristiques de la population – Défavorisation sociale

Indice de défavorisation sociale en Normandie (EDI) - 2017



- L'IRIS (Ilôt Regroupé pour l'Information Statistique) est la plus petite unité géographique pour laquelle des données de recensement sont disponibles
- La valeur de l'EDI a été catégorisée selon les quintiles de sa distribution

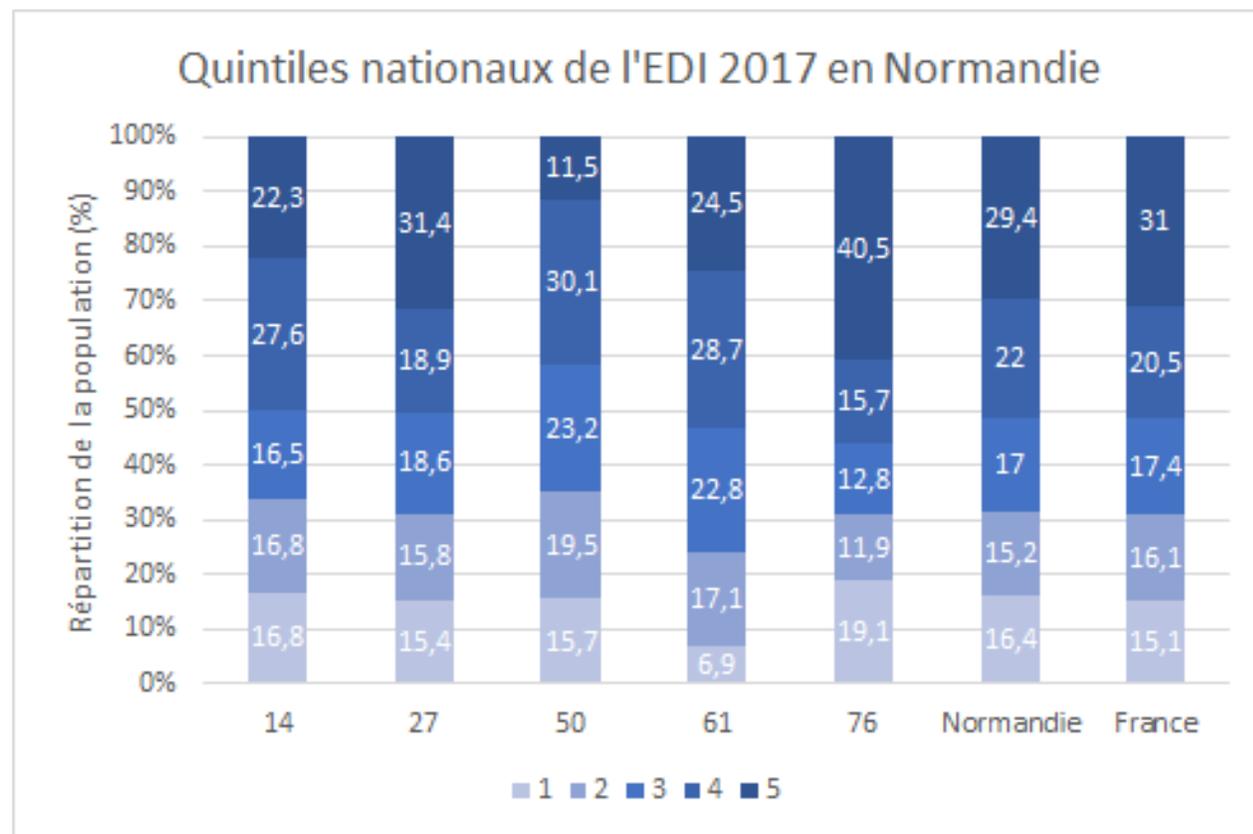
L'EDI (European Deprivation Index) est un indice de défavorisation sociale basé sur le concept de déprivation relative. Sa construction tient compte à la fois des pauvretés objective, subjective et des conditions d'existence. Il est calculé à partir des données de l'enquête européenne EUSILC d'EUROSTAT et des données de recensement de l'INSEE.

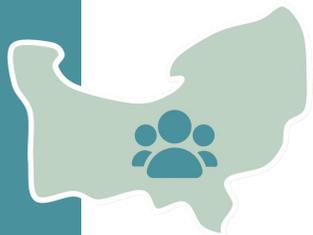


Caractéristiques de la population – Défavorisation sociale

- En 2017, **29,4% de la population normande résidait dans un IRIS très défavorisé** (quintile 5) contre 31% en France métropolitaine
- Une forte **hétérogénéité entre les départements** : une part de la population des IRIS les plus défavorisés allant de 11,5% dans la Manche, 22,3% dans le Calvados, 24,5% dans l'Orne, 31,4% dans l'Eure et près de 40,5% dans la Seine Maritime

Chaque quintile comprend 20% des IRIS de la France métropolitaine



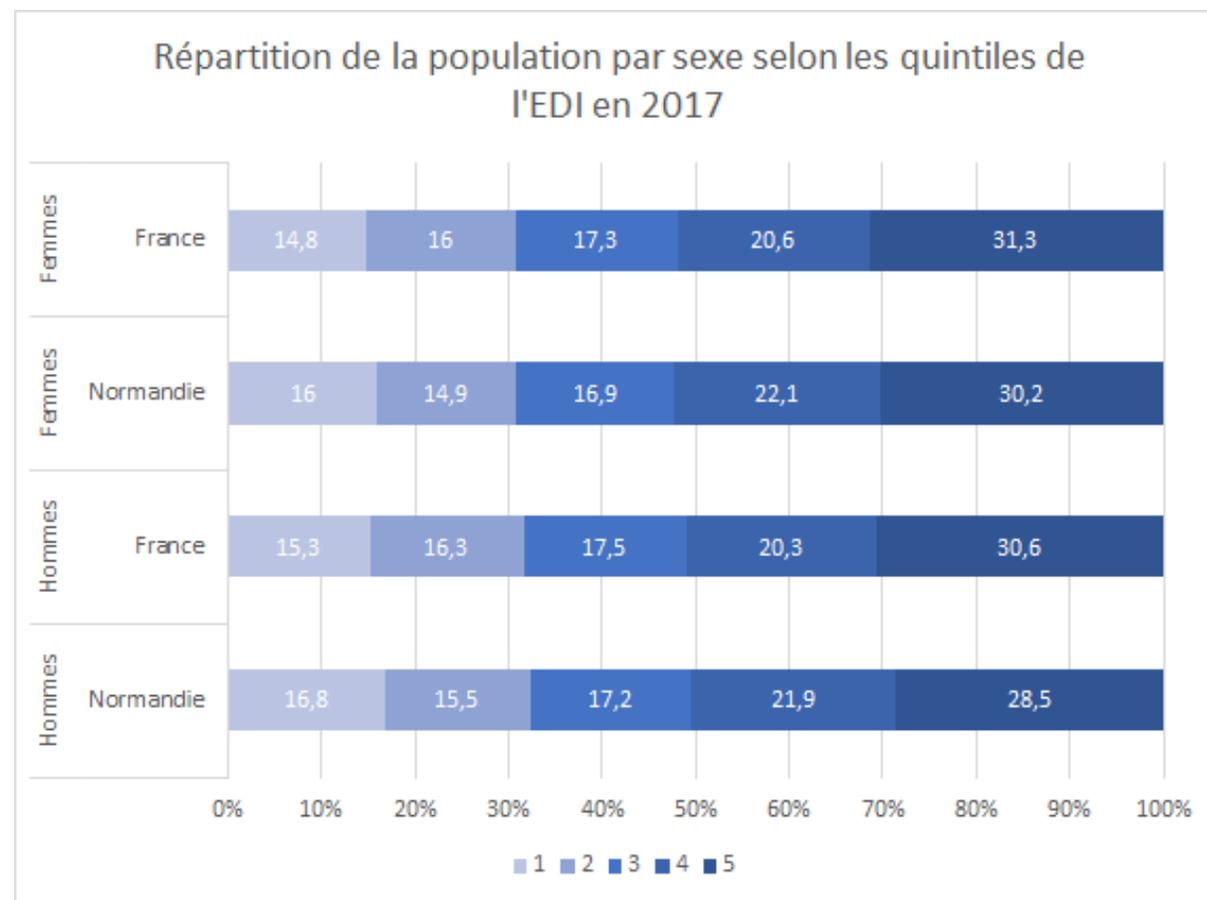


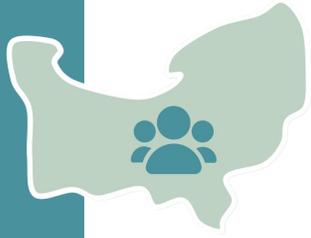
Caractéristiques de la population – Défavorisation sociale

En Normandie :

28,5 % des hommes et 30,2% des femmes résidaient dans un IRIS très défavorisé

Chaque quintile comprend 20% des IRIS de la France métropolitaine





Caractéristiques de la population – Inégalités sociales de santé

- Une espérance de vie moins élevée chez les personnes en situation de précarité
 - Un moindre recours aux soins et aux droits en général,
 - Des comportements à risques plus marqués,
 - Une santé mentale et physique plus dégradée,
 - Des inégalités qui s'observent dès le plus jeune âge.

Ecart d'espérance de vie selon le niveau de vie





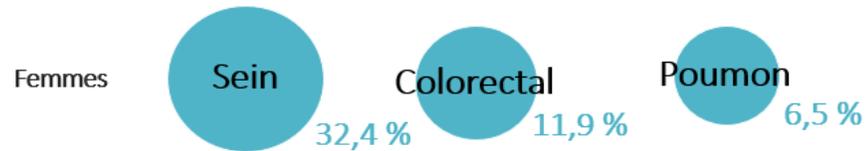
AXE 2

Etat de santé de la population



Prévalence, Incidence et Nouvelles ALD des cancers

- Cancers les plus fréquents en Normandie



- Plus de **19 000 nouveaux cas de cancers** en moyenne chaque année en Normandie.
- Une incidence régionale ou départementale non significativement différente de celle observée en France métropolitaine en moyenne.
- Des disparités selon les localisations et les départements :
 - une surincidence marquée par cancers liés à la consommation d'alcool ou de tabac chez les hommes (œsophage, lèvre-bouche-pharynx, poumon, foie) notamment en Seine-Maritime,
 - une sous-incidence du cancer de la thyroïde chez les hommes et les femmes en région,
 - une surincidence du cancer de l'estomac chez les hommes domiciliés dans le département de la Manche.

Incidence et taux d'incidence standardisé, selon le sexe (2007-2016 – p. 100 000 personnes-année)

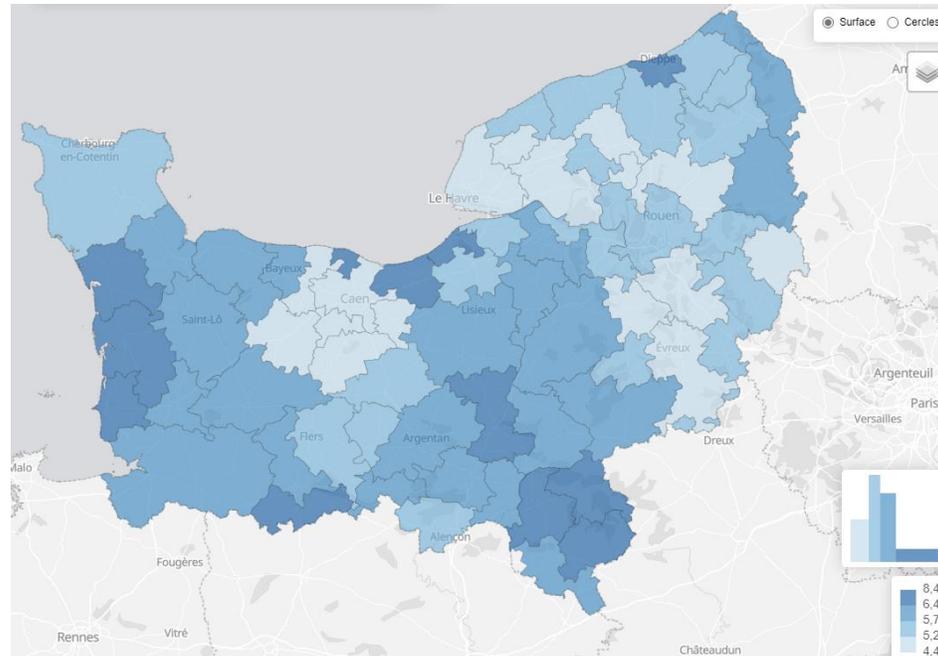
	Hommes		Femmes	
	Effectif annuel moyen de nouveaux cas de cancers	Taux d'incidence standardisés	Effectif annuel moyen de nouveaux cas de cancers	Taux d'incidence standardisés
Calvados	2 208	364,9	1 797	263,3
Eure	1 850	369,3	1 396	256,8
Manche	1 794	352,6	1 349	248,6
Orne	1 037	343,2	784	250,0
Seine-Maritime	3 850	366,7	3 134	260,0
Normandie	10 738	362,0	8 459	257,3
France métropolitaine	197 016	355,3	159 093	261,1

Sources et exploitation : Réseau français des registres des cancers (réseau Francim), Service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices Civils de Lyon (HCL), Santé publique France, Institut national du cancer



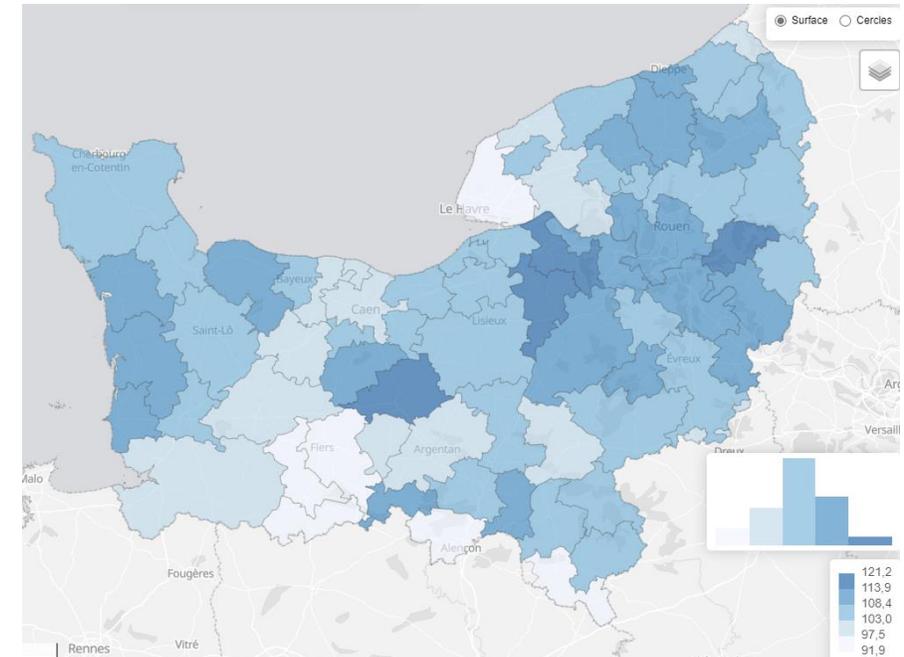
Prévalence, Incidence et Nouvelles ALD des cancers

Taux brut de personnes/pathologie pour cancer en Normandie en 2020 par EPCI



Sur 69 EPCI en Normandie, 12 dénombrent le plus de personnes/pathologies pour cancer, répartis sur 4 départements : 5 dans l'Orne, 3 dans le centre-ouest de la Manche, 3 sur la côte du Calvados et 1 en Seine-Maritime (région dieppoise).

Indice comparatif (IC) (sur l'âge) de personnes/pathologie pour cancer, en regard de la France, en Normandie en 2020 par EPCI



Selon l'IC, 4 EPCI ont des taux plus élevés qu'attendus, une fois l'effet de l'âge pris en compte : CC du Pays de Falaise, CC Lieuvain Pays d'Auge, CC de Pont-Audemer Val de Risle et le CC Lyons Andelle.

Taux brut de personnes/pathologies pour cancers : cumul des 5 grandes familles de cancer (une personne peut avoir jusqu'à 5 cancers au numérateur).
IC (sur l'âge) de personnes/pathologies pour cancers en regard de la France : calculé comme les indices comparatifs de mortalité afin d'effacer l'effet « âge ».
Ces indicateurs seuls ne permettent pas de cibler les territoires « épargnés » par les cancers car ils doivent être croisés avec les taux standardisés de mortalité.



Mortalité – Mortalité toutes causes

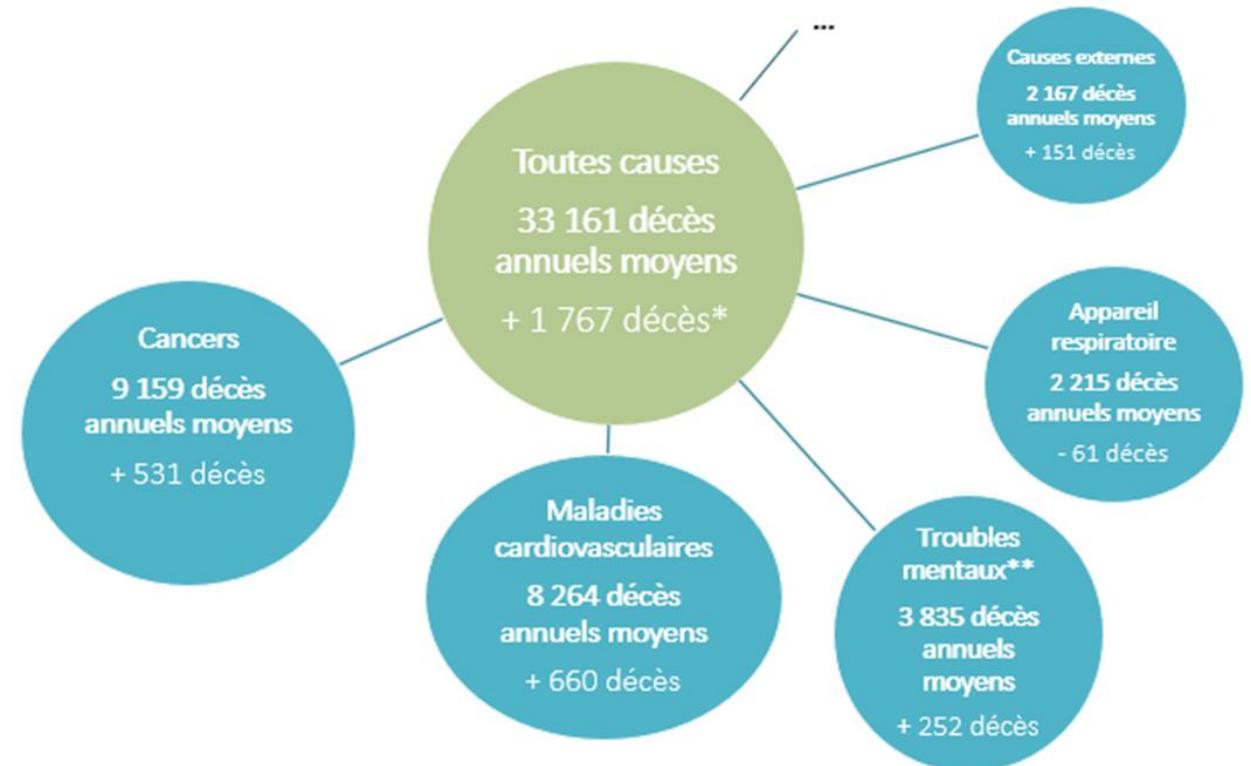
- Cancers et maladies cardiovasculaires, principales causes de mortalité en région comme en France métropolitaine
- Une **surmortalité** toutes causes et tous âges par rapport à la France métropolitaine

+ 9%
chez les hommes

+ 3%
chez les femmes

33 161 : nombre de décès annuels moyens toutes causes et tous âges en 2015-2017 en Normandie
+ 1 767 : nombre de décès annuels moyens observés supplémentaire (parmi les 33 161) par rapport au nombre de décès attendus si la région avait le même taux de mortalité par âge qu'en France métropolitaine
** considérés en cause principale, causes associées et comorbidités

Nombre de décès annuels moyens en Normandie (2015-2017) et écart entre les décès observés et attendus si la situation normande était similaire à la France métropolitaine





Mortalité – Mortalité toutes causes

- Une surmortalité prématurée régionale constatée chez les hommes comme chez les femmes :

+ 18%

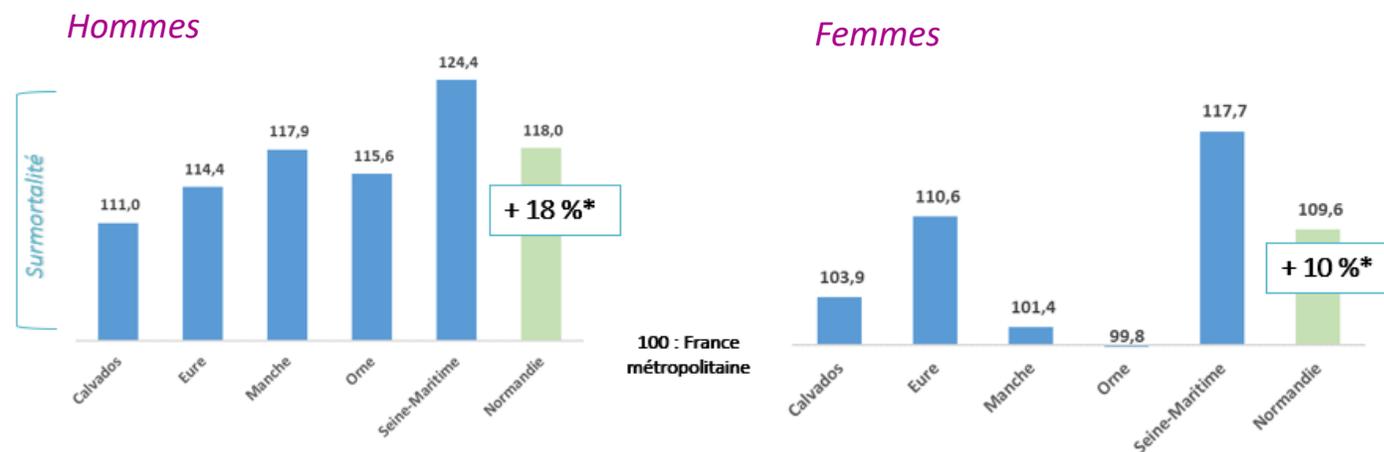
chez les hommes

+ 10%

chez les femmes

- Une surmortalité prématurée par rapport à la France métropolitaine particulièrement importante pour le département de la Seine-Maritime
- Une surmortalité prématurée liée aux **cancers**, aux maladies de l'appareil circulatoire et aux suicides

Indice comparatif de mortalité prématurée en Normandie (2015-2017)



Sources : Inserm CépiDC, insee
Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans

*Aide à la lecture : la Normandie présente une surmortalité, prématurée chez les hommes de + 18 % par rapport à la France métropolitaine et de + 10 % chez les femmes.

Précision : L'indice comparatif de mortalité (ICM) prématurée (avant 65 ans) est le rapport du nombre de décès observés dans le territoire au nombre de décès qui seraient survenus si les taux de mortalité par âge dans le territoire étaient identiques aux taux nationaux.

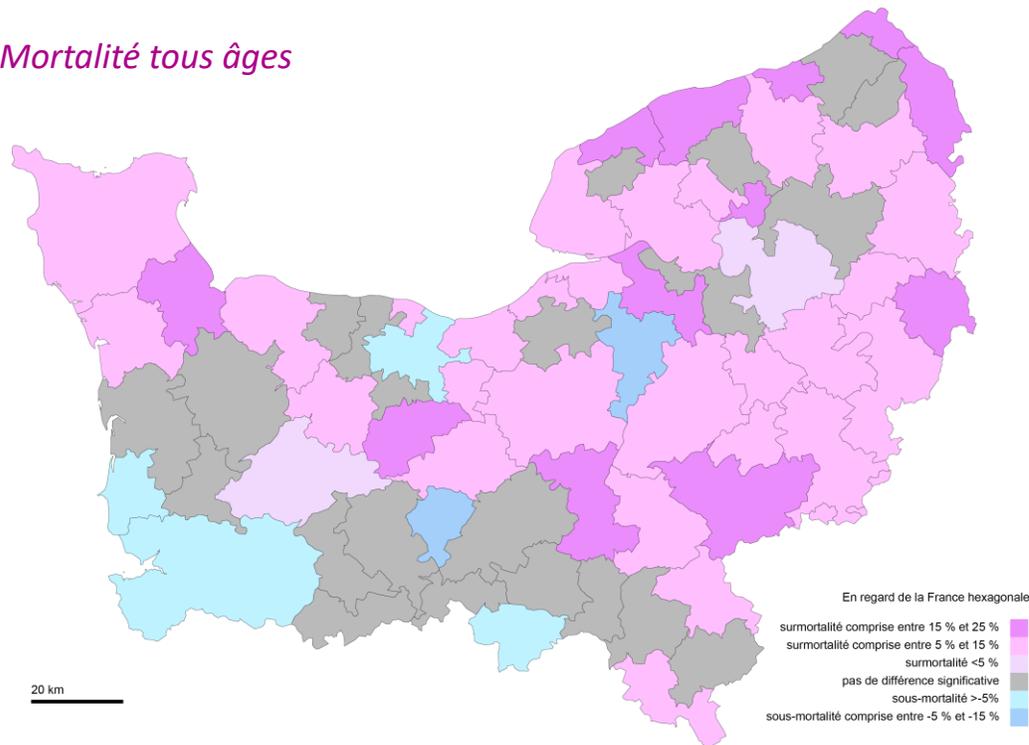


Mortalité – Mortalité toutes causes

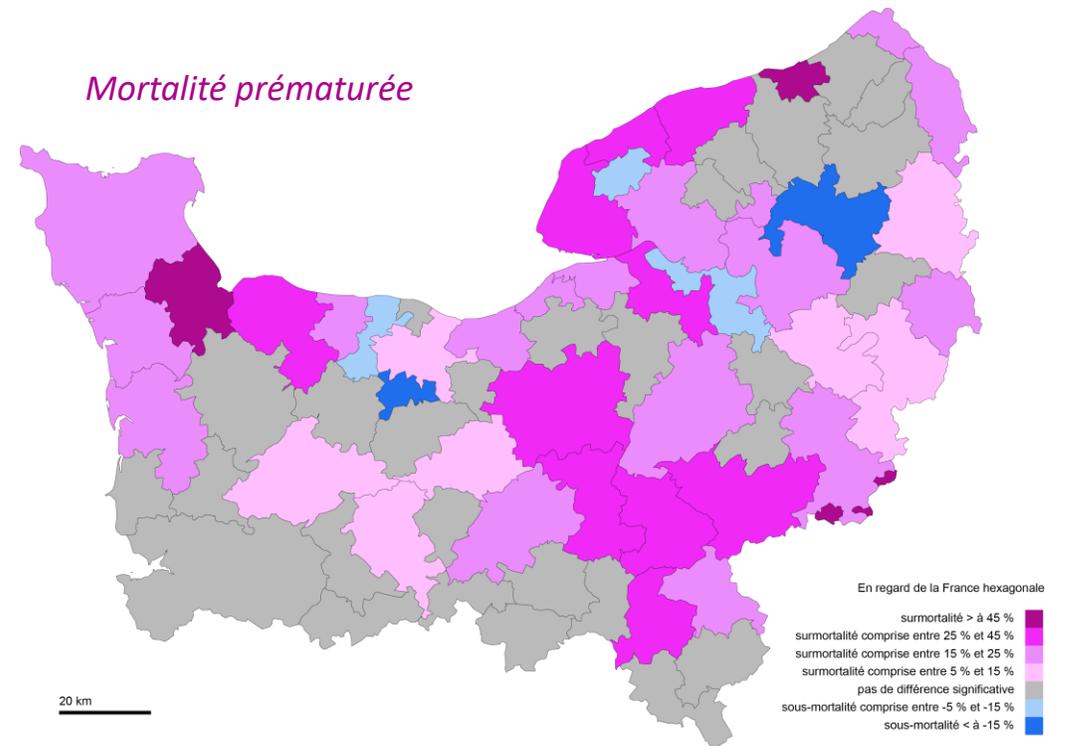
- Des disparités territoriales marquées

Classe du différentiel de mortalité par EPCI en Normandie en regard de la France métropolitaine (2011-2017)

Mortalité tous âges



Mortalité prématurée

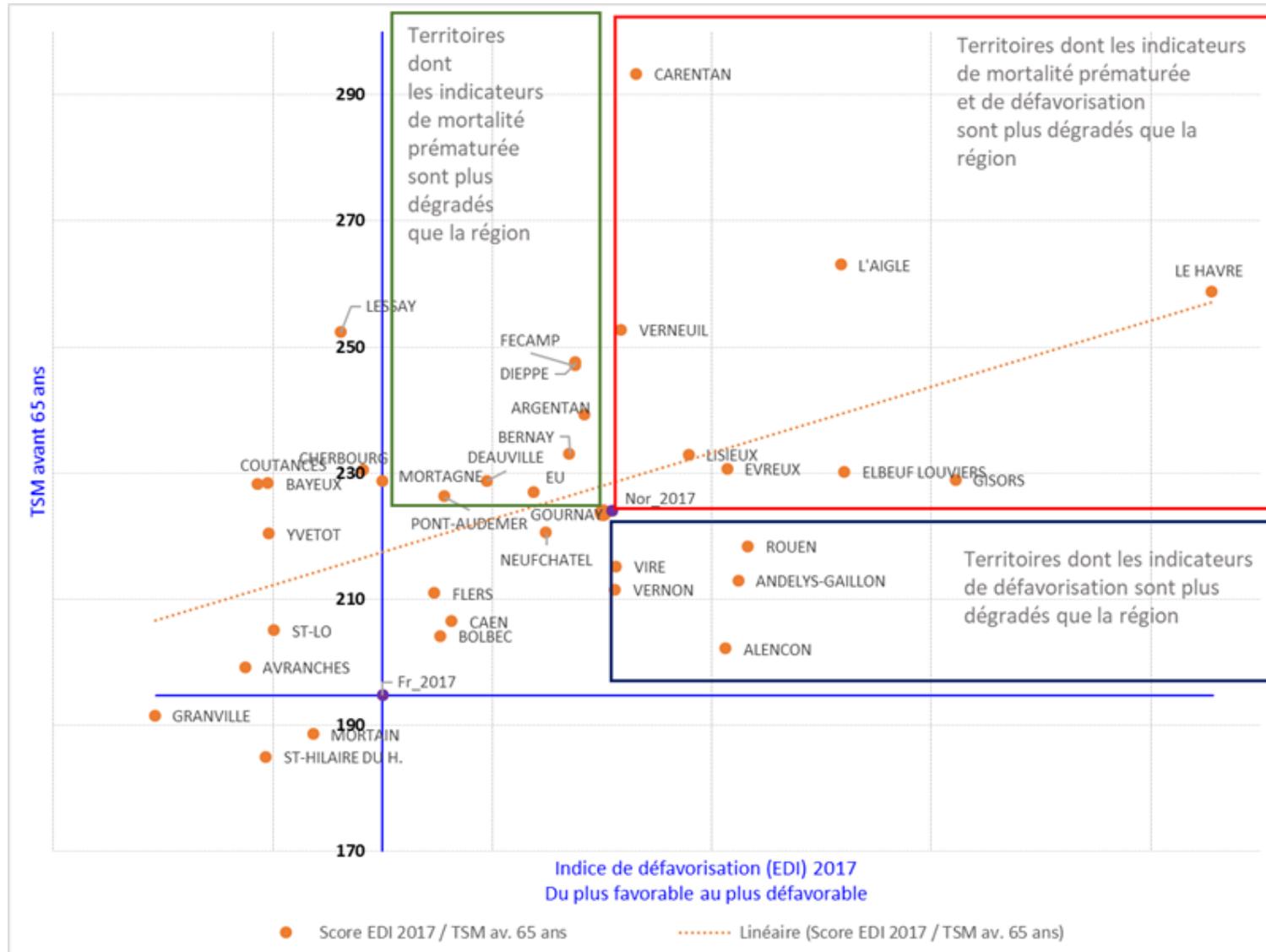




Mortalité – Mortalité et précarité

8 territoires de santé ressortent comme ayant les indicateurs de mortalité prématurée et de défavorisation les plus dégradés (par rapport à la région) :

- Le territoire de CARENTAN avec le TSM prématuré le plus important de la région;
- Le territoire du HAVRE avec l'indice de défavorisation le plus élevé.



TSM : Taux standardisé de mortalité
 EDI (European Deprivation Index) : indice de défavorisation sociale basé sur le concept de déprivation relative.



Mortalité – Mortalité par cancers

Vue d'ensemble

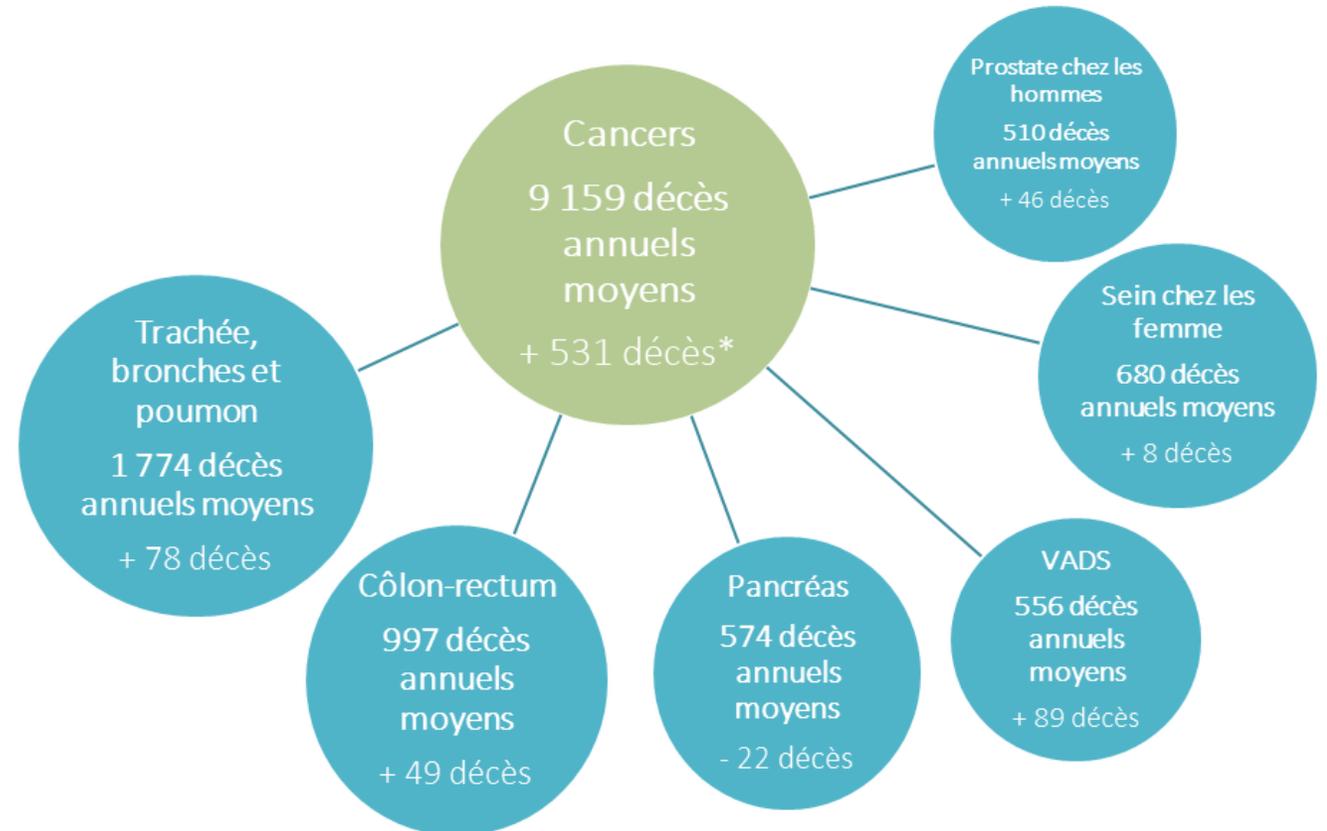
- Un différentiel de mortalité générale par cancers de **+ 6 %** par rapport à la France métropolitaine et de **+ 12,5 %** pour la mortalité prématurée par cancer.
- Une **surmortalité régionale sans surincidence** qui peut s'expliquer par :
 - davantage de cancers de mauvais pronostics,
 - un retard de prise en charge,
 - un environnement socio-économique plus dégradé.

*** Aide à la lecture :**

9 159 : nombre de décès annuels moyens tous âges par cancer en 2015-2017 en Normandie

+ 531 : nombre de décès annuels moyens observés supplémentaire par cancer (parmi les 9 159) par rapport au nombre de décès attendus si la région avait le même taux de mortalité par âge qu'en France métropolitaine

Nombre de décès annuels moyens par cancer en Normandie (2015-2017) et écart entre les décès observés et attendus si la situation normande était similaire à la France métropolitaine

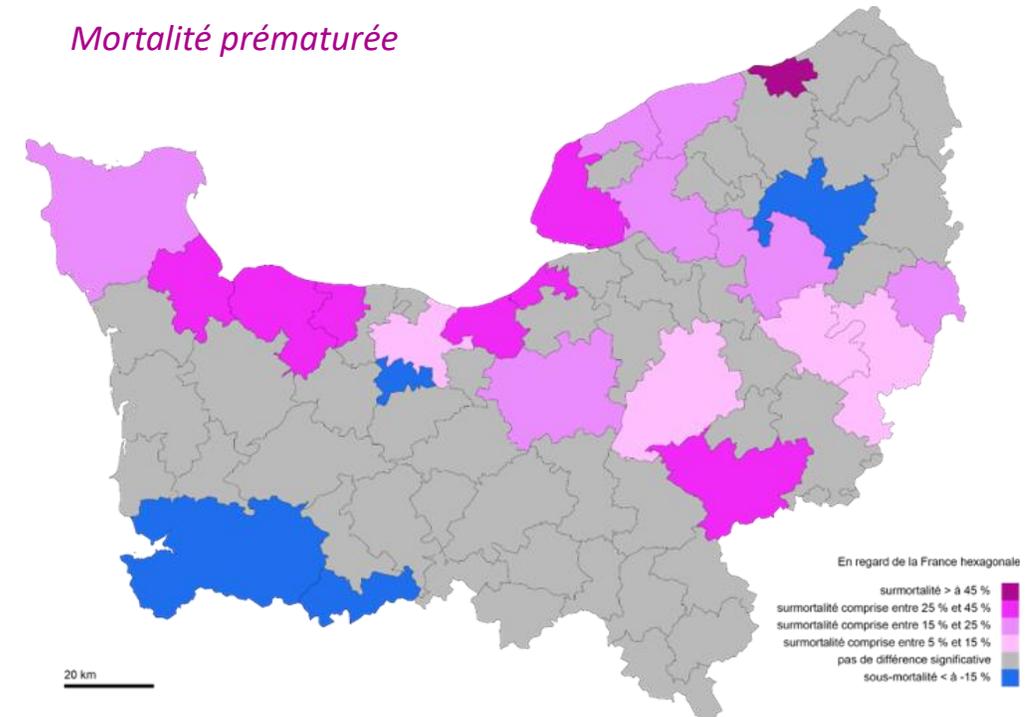
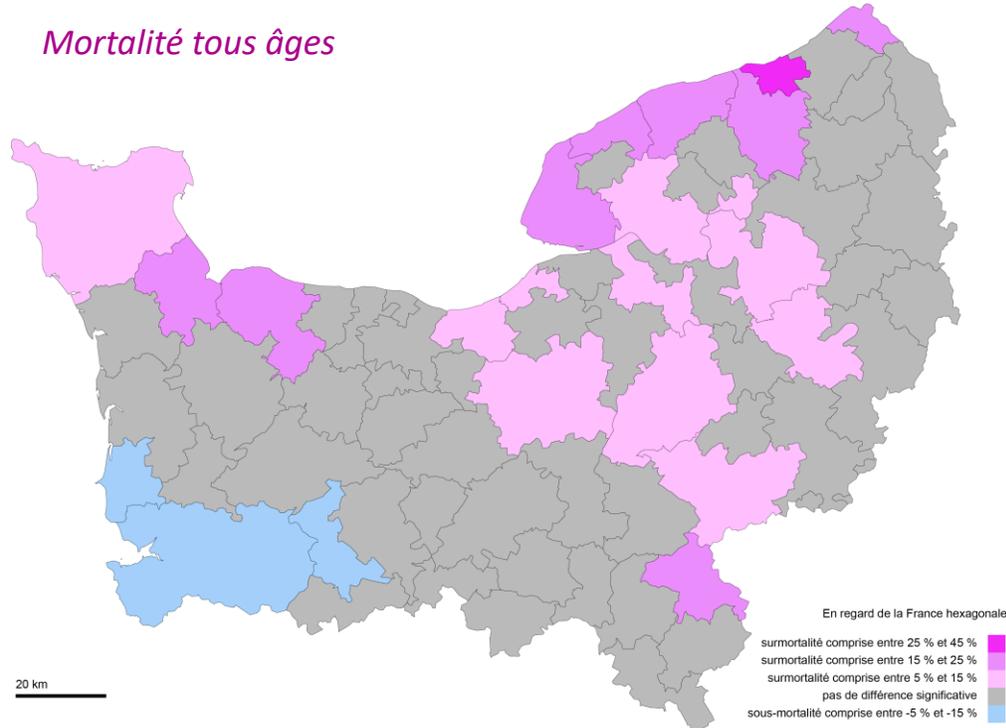




Mortalité – Mortalité par cancers

- Des disparités territoriales marquées

Classe du différentiel de mortalité par **cancers** par EPCI en Normandie en regard de la France métropolitaine (2011-2017)





Cancers spécifiques – Voies Aérodigestives Supérieures

Affections de longue durée :

- Plus de **1 000 nouvelles admissions en affection** de longue durée (ALD) pour cancer des voies aérodigestives supérieures (VADS)
- Un taux standardisé de nouvelles admissions en ALD supérieur au plan national (différentiel compris entre + 5 % et + 15 %)
- Seine-Maritime, Eure et Calvados : départements les plus concernés

Mortalité :

Une surmortalité par cancers des VADS **comprise entre + 15 % et + 25 %** par rapport à la France métropolitaine

Les cancers des VADS regroupent les causes suivantes (cause initiale) :

- Cancer de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (CIM10 = C00-C14)
- Cancer de l'œsophage (CIM10 = C15)
- Cancer du larynx (CIM10 = C32).

Les données d'affection de longue durée rendent compte d'une certaine forme de morbidité diagnostiquée. En effet, seules les personnes diagnostiquées et dont le médecin a fait une demande d'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD sont comptabilisées. Aussi, certains territoires peuvent présenter des taux d'ALD moins élevés que d'autres, ceci ne signifiant pas forcément que la situation au regard de la pathologie abordée soit plus favorable sur ces territoires.

Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer des VADS en Normandie en 2019-2021
(Tx p. 100 000 hab / Pop réf – France métropolitaine)

	Nombre de nouvelles admission en ALD pour cancer des VADS 2021	TSALS (sur l'âge) 2019-2021	Classe du différentiel d'admission en ALD en regard de la France hexagonale (standardisation sur l'âge) avec un TSALD significativement différent au seuil 5 %
Calvados	220	32,7	Différence significative comprise entre +15 % et +25 %
Eure	194	33,3	Différence significative comprise entre +15 % et +25 %
Manche	126	27,3	Pas de différence significative
Orne	99	29,6	Pas de différence significative
Seine-Maritime	428	33,7	Différence significative comprise entre +15 % et +25 %
Normandie	1 067	32,0	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
France métropolitaine	18 140	28,2	-

Source : Cnamts, CCMSA, Insee
Exploitation : ORS-CREAI Normandie
TSALD : Taux standardisé de nouvelles admissions en affection de longue durée (standardisé sur l'âge - Pop ref : RP 2019)



Cancers spécifiques – Trachée, Bronches et Poumons

Affections de longue durée :

- Plus de **1 800 nouvelles admissions en ALD** pour cancers de la trachée, des bronches et des poumons
- Un taux standardisé de nouvelles admissions en ALD supérieur au plan national (différentiel inférieur + 5 %)
- La Seine-Maritime, un département particulièrement concerné

Mortalité :

- Une surmortalité par cancers de la trachée, des bronches et des poumons inférieure à **+ 5 %** par rapport à la France métropolitaine
- Une surmortalité significative pour les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime (et une sous-mortalité dans le département de l'Orne)

Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer des de la trachée, des bronches et du poumon en Normandie en 2019-2021 (Tx p. 100 000 hab / Pop réf – France métropolitaine)

	Nombre de nouvelles admission en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon 2021	TSALS (sur l'âge) 2019-2021	Classe du différentiel d'admission en ALD en regard de la France hexagonale (standardisation sur l'âge) avec un TSALD significativement différent au seuil 5 %
Calvados	393	50,6	Pas de différence significative
Eure	316	50,9	Pas de différence significative
Manche	247	43,2	Différence significative comprise entre - 5 % et - 15 %
Orne	162	44,7	Pas de différence significative
Seine-Maritime	712	53,1	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Normandie	1 830	49,8	Différence significative < à + 5 %
France métropolitaine	31 253	47,8	-

Source : Cnamts, CCMSA, Insee
Exploitation : ORS-CREAI Normandie
TSALD : Taux standardisé de nouvelles admissions en affection de longue durée (standardisé sur l'âge - Pop réf : RP 2019)



Cancers spécifiques – Sein

Affections de longue durée :

- **3 759 nouvelles admissions en ALD** pour cancer du sein chez les femmes
- Un taux standardisé de nouvelles admissions en ALD supérieur au plan national (différentiel compris entre + 5 % et + 15 %)
- Seine-Maritime et Calvados : départements particulièrement concernés

Mortalité :

- Une surmortalité par cancers du sein comprise entre **+ 5 % et + 15 %** par rapport à la France métropolitaine
- Une surmortalité significative pour les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime

Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein chez les femmes en Normandie en 2019-2021
(Tx p. 100 000 hab / Pop réf – France métropolitaine)

	Nombre de nouvelles admissions en ALD pour cancer du sein 2021	TSALS (sur l'âge) 2019-2021	Classe du différentiel d'admission en ALD en regard de la France hexagonale (standardisation sur l'âge) avec un TSALD significativement différent au seuil 5 %
Calvados	841	208,6	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Eure	657	197,0	Pas de différence significative
Manche	562	187,2	Pas de différence significative
Orne	342	191,3	Pas de différence significative
Seine-Maritime	1 357	198,7	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Normandie	3 759	197,8	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
France métropolitaine	68 691	191,0	-

Source : Cnamts, CCMSA, Insee
Exploitation : ORS-CREAI Normandie
TSALD : Taux standardisé de nouvelles admissions en affection de longue durée (standardisé sur l'âge - Pop réf : RP 2019)



Cancers spécifiques – Col de l’utérus

Affections de longue durée :

- **624 nouvelles admissions en ALD** pour cancer du col de l’utérus chez les femmes
- Un taux standardisé de nouvelles admissions en ALD supérieur au plan national (différentiel compris entre + 5 % et + 15 %)
- Orne et Calvados : départements présentant des écarts significatifs au plan national

Mortalité :

- Une surmortalité par cancers de l’utérus comprise entre **+ 5 % et + 15 %** par rapport à la France métropolitaine
- Une surmortalité significative pour les départements de l’Eure et de la Seine-Maritime

Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer du col de l’utérus en Normandie en 2019-2021
(Tx p. 100 000 hab / Pop réf – France métropolitaine)

	Nombre de nouvelles admission en ALD pour cancer de l’utérus 2021	TSALS (sur l’âge) 2019-2021	Classe du différentiel d’admission en ALD en regard de la France hexagonale (standardisation sur l’âge) avec un TSALD significativement différent au seuil 5 %
Calvados	158	37,8	Différence significative comprise entre + 15 % et + 25 %
Eure	104	33,8	Pas de différence significative
Manche	88	33,6	Pas de différence significative
Orne	70	39,4	Différence significative comprise entre + 15 % et + 25 %
Seine-Maritime	204	32,9	Pas de différence significative
Normandie	624	34,7	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
France métropolitaine	11 335	32,0	-

Source : Cnamts, CCMSA, Insee
Exploitation : ORS-CREAI Normandie
TSALD : Taux standardisé de nouvelles admissions en affection de longue durée (standardisé sur l’âge - Pop ref : RP 2019)



Cancers spécifiques – Côlon-rectum

Affections de longue durée :

- **2 052 admissions en ALD** pour cancer du côlon-rectum
- Un taux standardisé de nouvelles admissions en ALD supérieur au plan national (différentiel compris entre + 5 % et + 15 %)
- Eure, département le plus concerné de la région

Mortalité :

- Une surmortalité par cancers du côlon-rectum comprise entre **+ 5 % et + 15 %** par rapport à la France métropolitaine
- Une surmortalité significative pour les départements de l'Eure et de la Seine-Maritime

Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum en Normandie en 2019-2021
(Tx p. 100 000 hab / Pop réf – France métropolitaine)

	Nombre de nouvelles admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum 2021	TSALS (sur l'âge) 2019-2021	Classe du différentiel d'admission en ALD en regard de la France hexagonale (standardisation sur l'âge) avec un TSALD significativement différent au seuil 5 %
Calvados	419	54,0	Pas de différence significative
Eure	388	64,1	Différence significative comprise entre +15 % et + 25 %
Manche	320	57,0	Pas de différence significative
Orne	188	56,7	Pas de différence significative
Seine-Maritime	737	57,3	Différence significative < à + 5 %
Normandie	2 052	57,5	Différence significative comprise entre +5 % et + 15 %
France métropolitaine	36 069	54,6	-

Source : Cnamts, CCMSA, Insee
Exploitation : ORS-CREAI Normandie
TSALD : Taux standardisé de nouvelles admissions en affection de longue durée (standardisé sur l'âge - Pop ref : RP 2019)



Cancers spécifiques – Prostate

Affections de longue durée :

- **2 842 admissions en ALD** pour cancer de la prostate chez les hommes
- Un taux standardisé de nouvelles admissions en ALD similaire au plan national
- Manche et Orne, départements les plus concernés de la région

Mortalité :

- Une surmortalité par cancers de la prostate comprise entre **+ 15 % et + 25 %** par rapport à la France métropolitaine
- Une surmortalité significative présente pour l'ensemble des départements (Orne et Manche, particulièrement concernés)

Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la prostate en Normandie en 2019-2021
(Tx p. 100 000 hab / Pop réf – France métropolitaine)

	Nombre de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la prostate 2021	TSALS (sur l'âge) 2019-2021	Classe du différentiel d'admission en ALD en regard de la France hexagonale (standardisation sur l'âge) avec un TSALD significativement différent au seuil 5 %
Calvados	601	166,8	Pas de différence significative
Eure	491	163,4	Pas de différence significative
Manche	512	178,4	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Orne	319	185,9	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Seine-Maritime	919	158,4	Différence significative comprise entre - 5 % et - 15 %
Normandie	2 842	167,1	Pas de différence significative
France métropolitaine	52 493	168,1	-

Source : Cnamts, CCMSA, Insee
Exploitation : ORS-CREAI Normandie
TSALD : Taux standardisé de nouvelles admissions en affection de longue durée (standardisé sur l'âge - Pop ref : RP 2019)



Cancers spécifiques – Mésothéliome

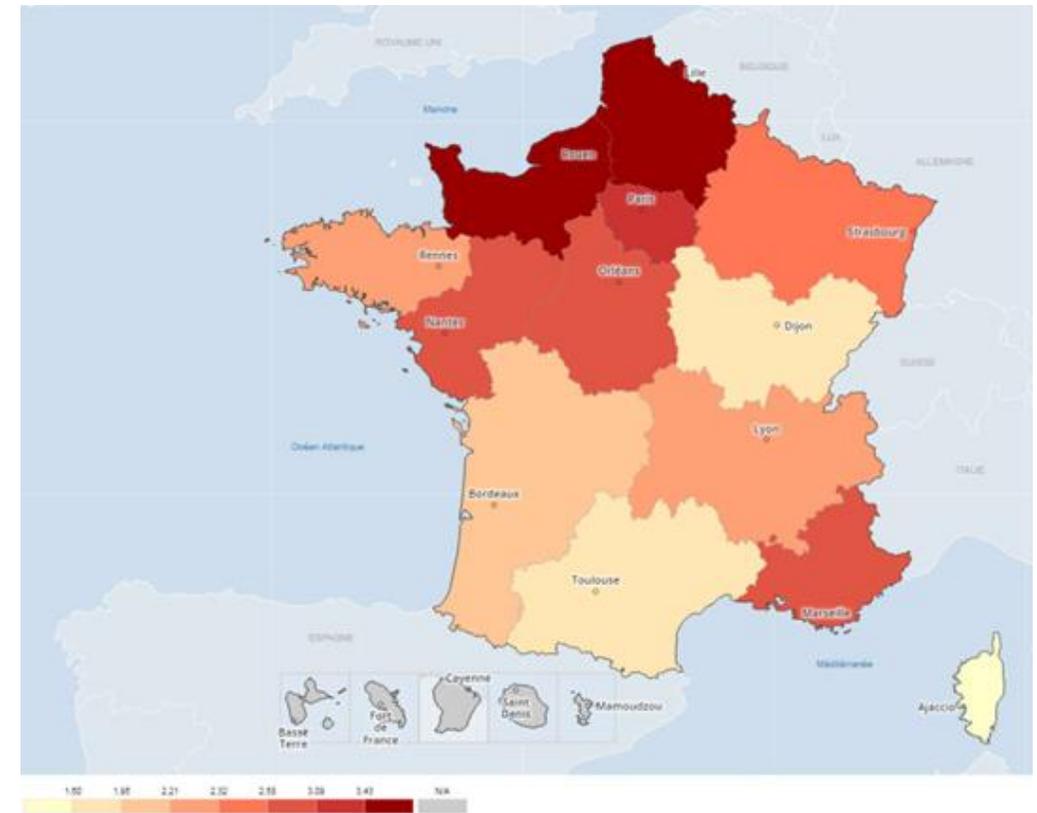
Incidence :

- Environ 1 100 nouveaux cas mésothéliome pleural estimé sur la période 2015-2016 :
 - 801 cas masculins (taux standardisé sur l'âge de 2,46 cas pour 100 000)
 - 302 à 311 cas féminins (taux standardisé sur l'âge de 0,89 à 0,92 cas pour 100 000)
- Une hétérogénéité géographique des estimations de l'incidence régionale avec des estimations particulièrement élevées dans les régions du nord et nord-ouest (Hauts-de-France et Normandie)

Mortalité :

- Un différentiel de mortalité par mésothéliome supérieur à + 45 % par rapport à la France métropolitaine
- Un taux comparatif de mortalité relativement stable depuis 2005-2007 (baisse annuelle moyenne de -1,1 % non significative)

Taux d'incidence standardisés de mésothéliome (2013-2016– p. 100 000 personnes-année) - Hommes





Facteurs de risques – Alcool

- En 2017, un **usage régulier d'alcool et des Alcoolisations Ponctuelles Intensives répétées (API)** similaires au plan national mais supérieurs pour le territoire de l'ex Basse-Normandie
- Une consommation quotidienne d'alcool parmi les plus faibles des régions métropolitaines : 7,9 % des adultes en Normandie contre 10 % en France
- Mais un niveau d'expérimentation supérieur à la moyenne nationale
- Les hommes 3 fois plus nombreux à consommer de l'alcool que les femmes

Les décès liés à l'alcool regroupent les causes suivantes (cause initiale) :

- Cirrhose du foie (CIM10 = K70 et K74.6)
- Psychose alcoolique et alcoolisme (CIM10 = F10)
- Cancer des VADS comprenant les tumeurs malignes des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx (CIM10 = C00-C14), de l'œsophage (CIM10 = C15) et du larynx (CIM10 = C32).

- Une surmortalité liée à la consommation d'alcool chez les hommes et les femmes

Mortalité générale

+ 27%
chez les hommes

+ 17%
chez les femmes

Mortalité prématurée

+ 33%
chez les hommes

+ 38%
chez les femmes

Sources : Inserm-CépiDc, Insee (2015-2017) - Indice comparatif de mortalité

Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Note de lecture : à structure d'âge comparable, les hommes domiciliés en Normandie présentent une surmortalité de + 27% liée à la consommation d'alcool par rapport à la France métropolitaine (Indice comparatif de mortalité = 110)

- Des disparités territoriales (entre les départements et agglomérations)

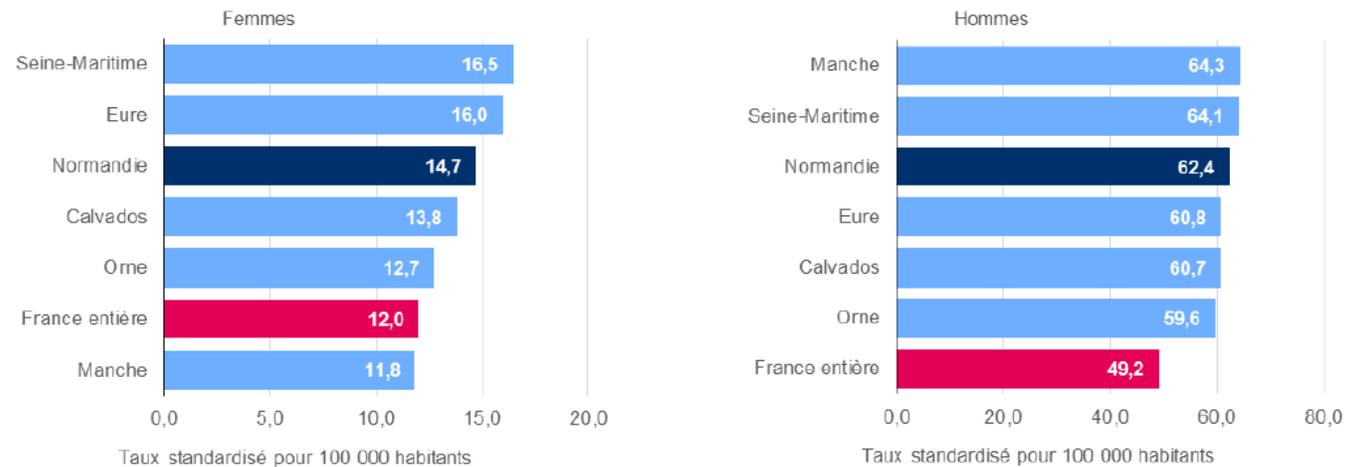


Facteurs de risques – Alcool

- Des taux de mortalité par principales pathologies en lien direct avec l'alcool plus élevés dans l'ensemble des départements normands à l'exception de la Manche pour les femmes
- Le département de la Seine-Maritime particulièrement concerné

Les décès causés par les cancers des voies aéro-digestives supérieures, par cirrhose du foie, par psychose alcoolique et par l'alcoolisme ont été additionnés afin de calculer un taux standardisé de mortalité associé aux principales pathologies directement liées à la consommation d'alcool.

Taux départementaux standardisés¹ de mortalité par les principales pathologies en lien direct avec l'alcool selon le sexe en 2013-2015 dans la région Normandie



¹Taux standardisés sur l'âge pour 100 000 habitants, population européenne de référence (Revision of European standard population, Eurostat 2013). Champ : France entière (hors La Réunion et Mayotte).

Source : Certificats de décès (CépiDC), exploitation Santé publique France.

Zoom sur la morbidité :

- En 2017, **11 422 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool**, soit en moyenne 31 passages quotidiens.
- Un taux de passages proche du niveau national : 1,45 % des passages aux urgences toutes causes confondues dans la région (vs 1,38 % au niveau France entière).
- Un taux de passages aux urgences en lien direct avec l'alcool plus fréquent chez les hommes
- L'**intoxication éthylique aiguë** est la plus représentée, représentant 0,99 % de l'ensemble des passages aux urgences et 68,6 % des passages aux urgences en lien direct avec l'alcool.



Facteurs de risques – Tabac

- Les jeunes normands âgés de 17 ans présentent un profil de surconsommation de substances psychoactives (une situation plus dégradée en ex Basse-Normandie) : en 2017, **30 % des jeunes fument quotidiennement** contre 25 % en France métropolitaine
- Une tendance à la baisse notée en 2022 au plan national
- En 2021, **un normand sur 4** âgé de 18-75 ans consomme du tabac quotidiennement (soit une proportion similaire à celle observée en France)
- Une prévalence du tabagisme quotidien plus élevée chez les adultes n'ayant aucun diplôme ou inférieur au bac et chez les personnes au chômage

Les décès liés au tabac regroupent les causes suivantes :

- Cancer de la trachée, des bronches et du poumon (CIM10 = C33-34, cause initiale)
- Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (CIM10 = J40-J44 en cause initiale, associée ou de comorbidité)
- Cardiopathie ischémique (CIM10 = I20-I25).

- Une surmortalité liée à la consommation de tabac chez les hommes et les femmes

Mortalité générale

+ 10%
chez les hommes

+ 4%
chez les femmes

Mortalité prématurée

+ 16%
chez les hommes

+ 9%
chez les femmes

Sources : Inserm-CépiDc, Insee (2015-2017) - Indice comparatif de mortalité
Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Note de lecture : à structure d'âge comparable, les hommes domiciliés en Normandie présentent une surmortalité de + 10 % liée à la consommation de tabac par rapport à la France métropolitaine (Indice comparatif de mortalité = 110)

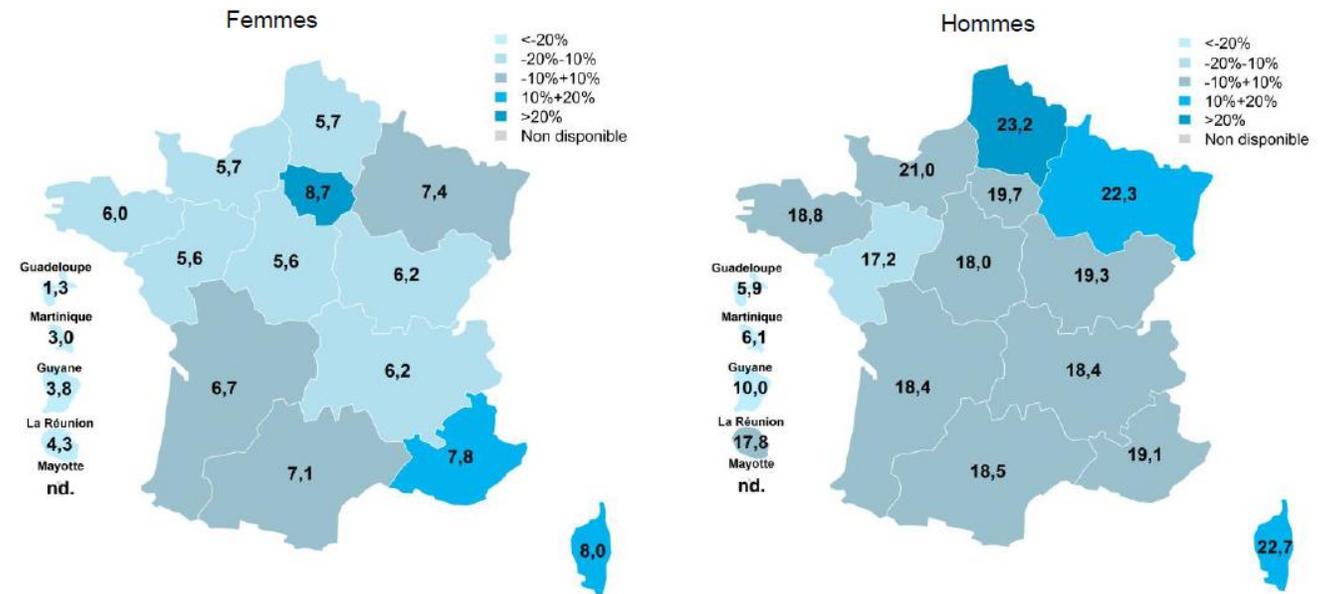
- Des disparités territoriales (entre les départements et agglomérations)



Facteurs de risques – Tabac

- En Normandie en 2015, la fraction des décès attribuables au tabagisme chez les femmes était de 5,7 % (6,9 % en France métropolitaine) soit un nombre de décès estimé à 929. Chez les hommes, la fraction des décès attribuables au tabagisme était de 21,0 % (19,3 % en France métropolitaine), soit un nombre de décès estimé à 3 508.
- Le cancer (67,1 % chez les hommes et 51,3 % chez les femmes) constituait la cause de décès la plus fréquente attribuable au tabagisme.
- 27 % des décès étaient attribués au tabagisme avant l'âge de 65 ans contre 10 % après 65 ans.

Fractions régionales des décès attribuables au tabagisme par sexe relativement à la fraction France entière¹ en 2015



¹ Ecart relatif pour chaque région métropolitaine par rapport à la fraction des décès attribuable au tabagisme France entière
Champ : France entière

Source : Certificats de décès (CépiDc), exploitation Santé publique France.

Toutes les pathologies associées au tabagisme sont répertoriées dans le rapport OMS (Organisation mondiale de la santé) sur la mortalité attribuable au tabac. Pour les cancers, la liste avait été actualisée par le Centre international de recherche contre le cancer (CIRC) avec l'introduction de deux nouvelles localisations (côlon-rectum et cancer de l'ovaire mucineux).



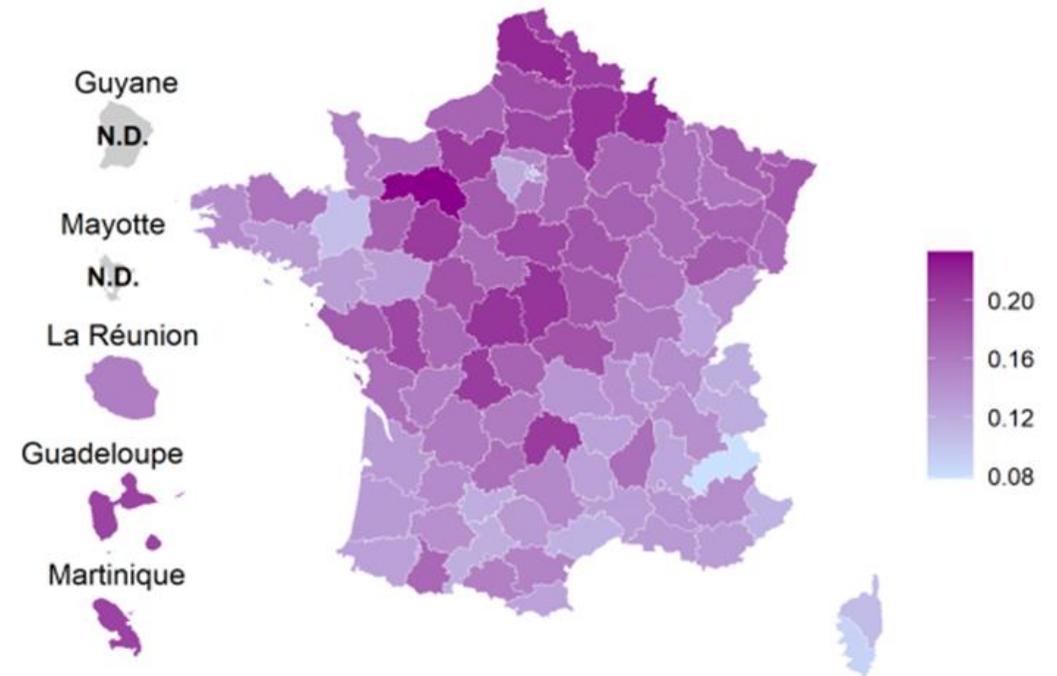
Facteurs de risques – Obésité

- En 2020, une prévalence du surpoids et de l'obésité (associée à un risque accru de morbidité et de mortalité) plus élevée en région qu'en France métropolitaine.
- Des prévalences de situation d'obésité plus importantes dans les départements de l'Orne et de l'Eure.

- ✓ *Calvados* : 16 %
- ✓ *Eure* : 21 %
- ✓ *Manche* : 15 %
- ✓ *Orne* : 23 %
- ✓ *Seine-Maritime* : 18 %

Zoom sur les enfants : 14,8% des élèves de sixième en Normandie sont en situation de surcharge pondérale et 3,9% en situation d'obésité en 2018-2020 (cf. Enquête EnjeuSanté - OR2S)

Proportion de personnes obèses par département en novembre 2020



Sources : Inserm-DREES, enquête EpiCov, vague 2 (interrogation de novembre 2020), traitements DREES.



Facteurs de risques – Environnement

Eau

Eaux souterraines

Etat Qualitatif - Etat Quantitatif

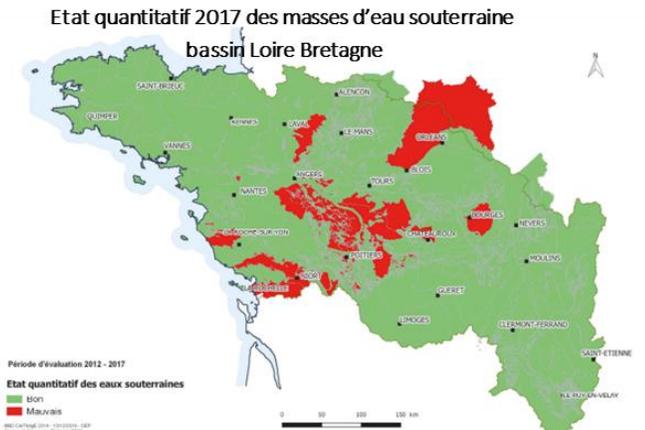
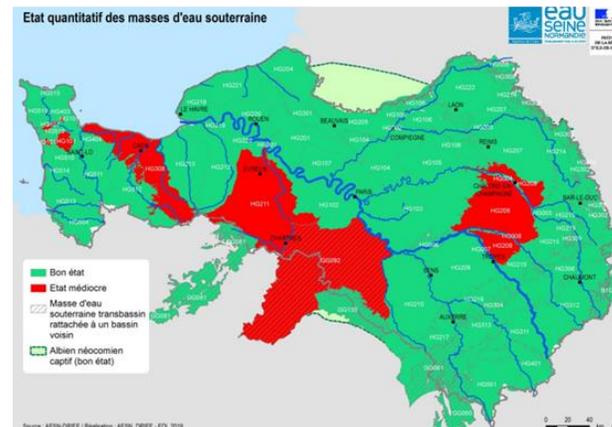
- Majorité des masses d'eau souterraine en Normandie présentant un état chimique médiocre
- Les principaux polluants décelés dans les eaux souterraines sont les nitrates et les pesticides. Ils ont essentiellement pour origine les émissions liées à l'activité agricole.
- Sur le plan quantitatif, EDL 2019, 93 % des nappes du bassin Seine-Normandie sont en bon état quantitatif, en légère baisse par rapport à 2013 (96 %). Des difficultés en région Normandie sont identifiées avec un déséquilibre fort entre les prélèvements et les apports dans le Bathonien-Bajocien de la Plaine de Caen, la craie altérée du Neubourg et une partie de l'isthme du Cotentin ainsi que la partie Ornaise du Cénomaniens sur le bassin Loire Bretagne

Source : Diagnostic régional santé environnement - Contribution à l'actualisation menée dans le cadre du PRSE4 <https://orscreainormandie.org/ressources/detail-sante-environnement/>

Eaux superficielles

Etat Qualitatif - Etat Quantitatif

- En 2019, 42 % des masses d'eau de surface en Normandie sont en bon ou très bon état écologique.
- A l'échelle du bassin, 32 % des masses d'eau de surface sont en bon état chimique en 2019
- 55 % des masses d'eau superficielle à risque pour 2027 en Normandie sont susceptibles de ne pas atteindre l'objectif environnemental du fait d'une seule pression





Facteurs de risques – Environnement

Qualité de l'eau potable

- 1 152 captages actifs au 31 décembre 2021
- En 2021, 1031 captages bénéficient d'une protection avec déclaration d'utilité publique, ce qui représente 90% des captages actifs de la région
- 21 nouveaux arrêtés préfectoraux ont été signés en 2021 et la procédure est en cours pour 84 captages (7%) et engagée en révision pour 43 captages.

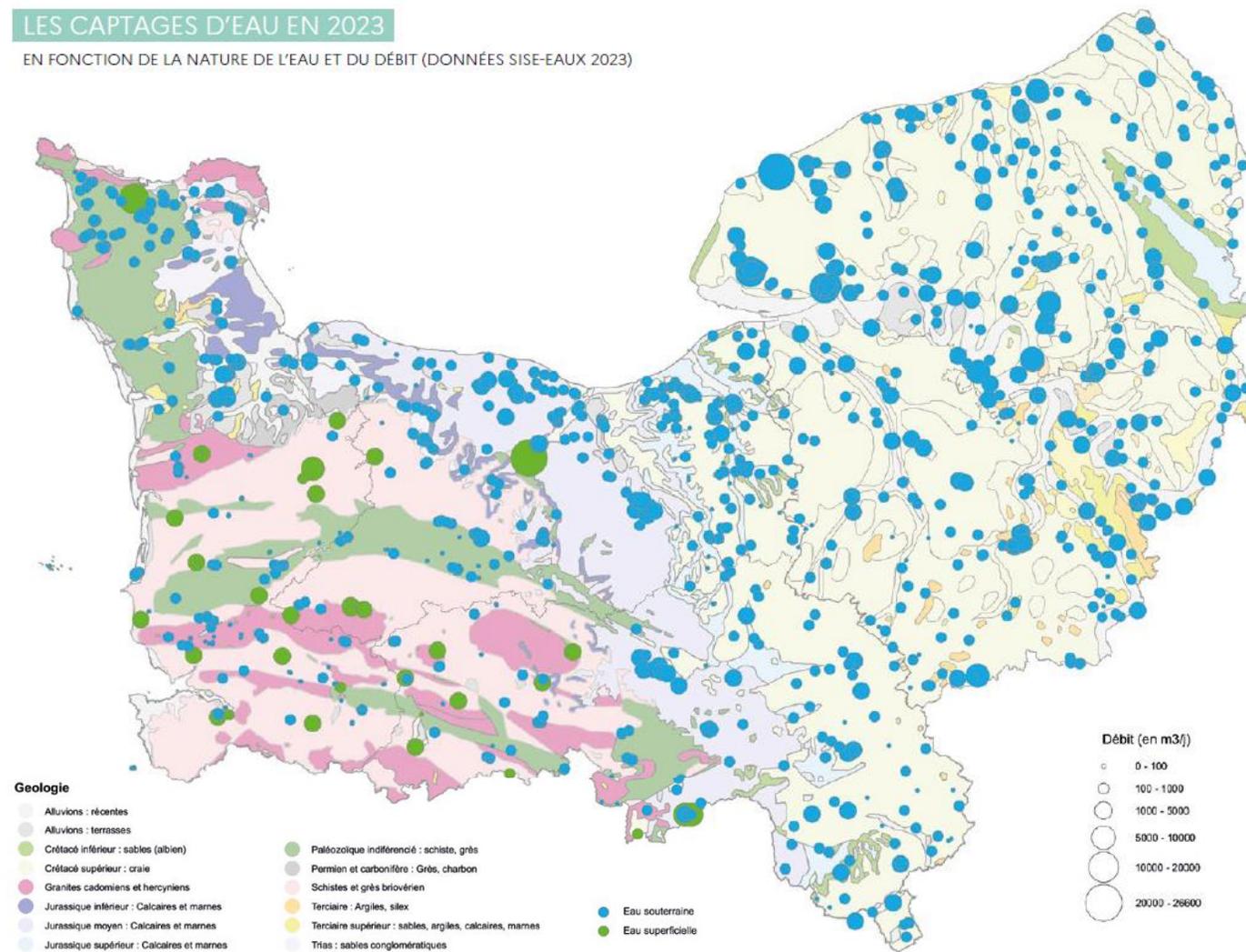
État d'avancement des procédures de protection des captages fin 2022

NOMBRE DE CAPTAGES (DONNÉES JANVIER 2023)	PROCÉDURE TERMINÉE (OU EN RÉVISION)		PROCÉDURE EN COURS		CAPTAGE À ABANDONNER OU PROCÉDURE NON POURSUIVIE		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CALVADOS	281	96%	9	3%	2	1%	292
EURE	177	91%	16	8%	1	1%	194
MANCHE	260	97%	8	3%	0	0%	268
ORNE	118	71%	28	17%	19	12%	165
SEINE-MARITIME	215	94%	10	4%	3	1%	228
NORMANDIE	1 051	92%	71	6%	25	2%	1 143

Source et exploitation : ARS Normandie

LES CAPTAGES D'EAU EN 2023

EN FONCTION DE LA NATURE DE L'EAU ET DU DÉBIT (DONNÉES SISE-EAUX 2023)



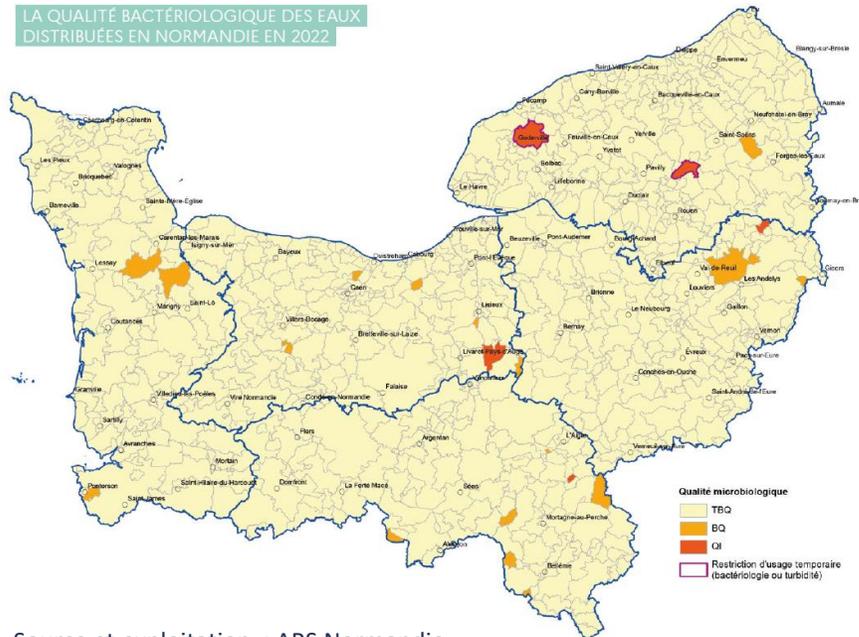


Facteurs de risques – Environnement

Qualité de l'eau potable – Qualité microbiologique

- 99 % de la population alimentée par des eaux de très bonne qualité microbiologique en 2022
- Des épisodes de dégradation ponctuels et très localisés

LA QUALITÉ BACTÉRIOLOGIQUE DES EAUX DISTRIBUÉES EN NORMANDIE EN 2022



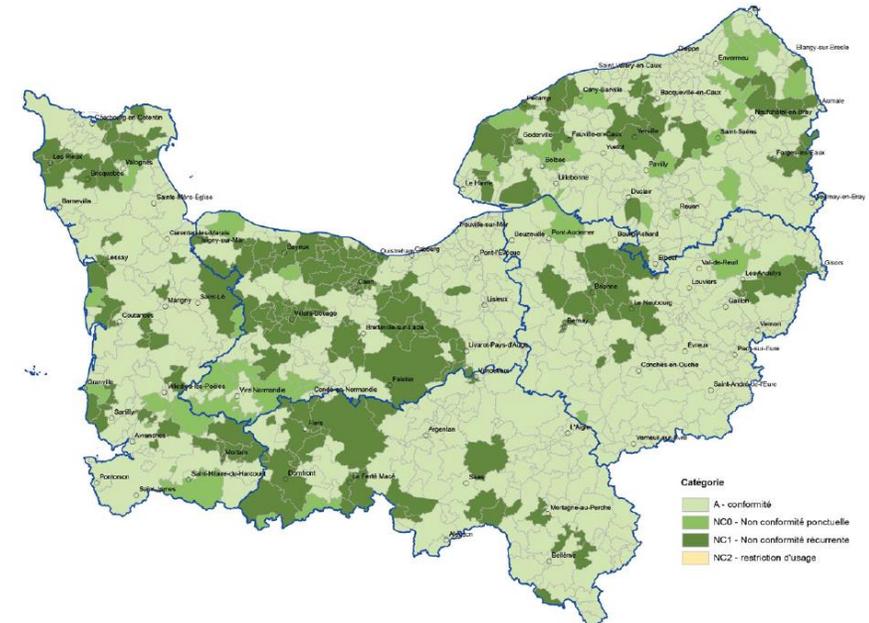
Source et exploitation : ARS Normandie

3 classes de qualité microbiologique : Très bonne qualité: moins de 5% de non-conformités / Bonne qualité: entre 5 et 10% de non-conformités / Qualité insuffisante: plus de 10% de non-conformités ou restriction d'usage temporaire de l'eau

Qualité de l'eau potable – Pesticides

- 69,6 % de la population normande est alimentée par une eau conforme en 2022 vis-à-vis des pesticides, 6,6 % par une eau ponctuellement non conforme (1 dépassement de la norme de 0.1 µg/L) et 23,8 % par une eau non conforme de façon récurrente en 2022 (à partir de 2 dépassements de la norme)
- Des dépassements enregistrés en 2022 en deçà des valeurs sanitaires de référence pour les molécules à l'origine des non conformités

LES PESTICIDES DANS LES EAUX DISTRIBUÉES EN NORMANDIE EN 2022





Facteurs de risques – Environnement

Sol

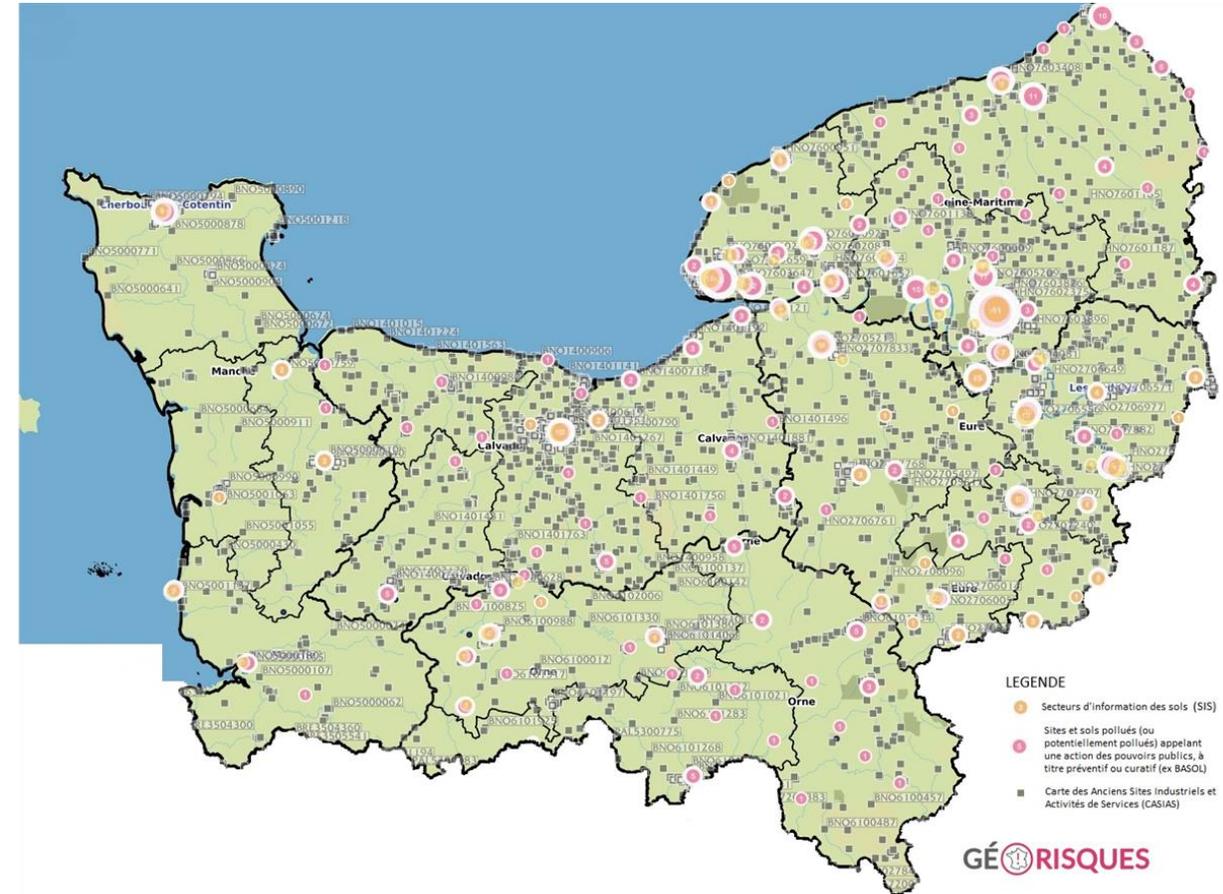
Sites et sols pollués en 2023

- En 2023, la Normandie compte :
 - 678 sites et sols pollués suspectés ou avérés
 - Environ 11 000 anciens sites industriels ou activités de service (potentiellement pollués)
 - 260 secteurs d'informations des sols (SIS)

Précisions :

En position d'interface dans l'environnement, les sols jouent un rôle clé dans la chaîne alimentaire. Ils sont susceptibles de recevoir ou d'émettre un certain nombre de contaminants préjudiciables à la santé humaine, via leur ingestion directe, ou leur transfert dans les eaux, l'espace aérien, les plantes... Ces contaminants peuvent se transmettre dans l'ensemble des écosystèmes.

L'inventaire des sites pollués connus est conduit en France depuis 1994. Cet inventaire est archivé dans la base de données nationale. Un site pollué est un site qui, du fait d'anciens dépôts de déchets ou d'infiltration de substances polluantes, présente une pollution susceptible de provoquer une nuisance ou un risque pérenne pour les personnes ou l'environnement. Il existe également autour de certains sites des contaminations dues à des retombées de rejets atmosphériques accumulés au cours des années voire des décennies.





Facteurs de risques – Environnement

Air

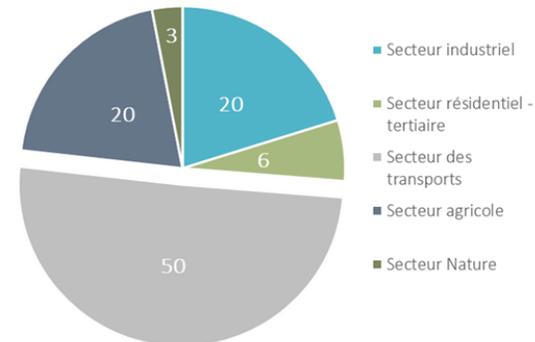
Dioxydes d'azote (NO₂)

- Trafic routier : principale source d'émissions de Dioxyde d'azote devant les secteurs industriels et résidentiel/tertiaire
- Des niveaux moyens plus élevés dans les grandes agglomérations et le long des axes routiers
- Des dépassements des valeurs limites d'exposition au NO₂ observées sur les agglomérations de Rouen et du Havre
- Une augmentation de la concentration annuelle de NO₂ en 2021 sur la majorité des sites de mesures : +16 % par rapport à 2020 (suite à une baisse de - 23 % entre 2019 et 2020 en raison des périodes de confinement liées à la pandémie de Covid-19)
- Des recommandations OMS revues à la baisse en 2021 non respectées sur la plupart des stations de mesures

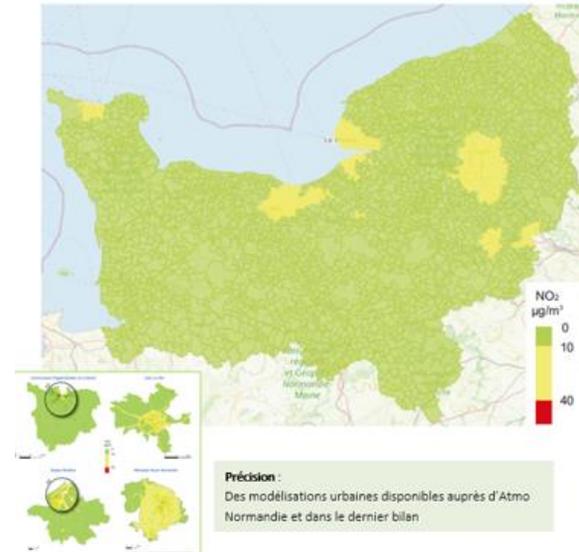
Source : Diagnostic régional santé environnement - Contribution à l'actualisation menée dans le cadre du PRSE4 <https://orscreainormandie.org/ressources/detail-sante-environnement/>

Contribution des secteurs d'activités aux émissions d'oxyde d'azote (NO_x dont NO₂) en 2019

Emissions en Normandie en 2019 : 68 732 tonnes



Modélisation de la moyenne annuelle de NO₂ pour 2021 (en µg/m³, modélisation à l'échelle communale)



Source et exploitation : ATMO Normandie

Dioxyde d'azote et santé

D'un point de vue sanitaire, le NO₂ est un gaz irritant pour les bronches. Ses effets sur le système respiratoire sont démontrés par les études épidémiologiques et ses effets cardio-vasculaires sont suspectés.

Chez les asthmatiques, il augmente la fréquence et la gravité des crises.

Chez l'enfant, il favorise les infections pulmonaires.

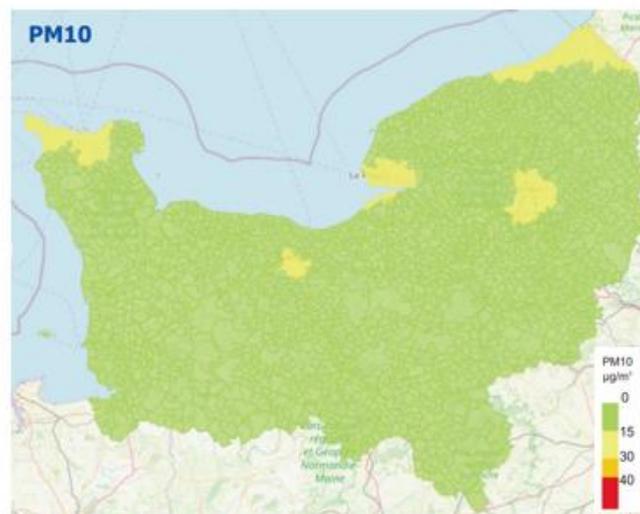


Facteurs de risques – Environnement

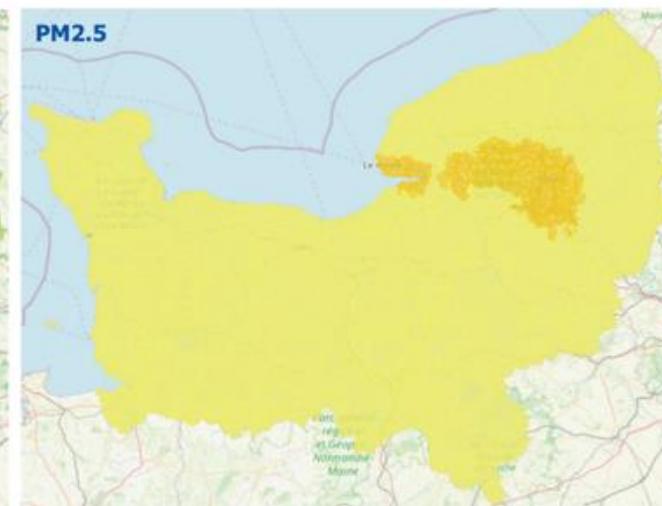
Les particules fines PM10 et PM 2,5

- En 2019, 43 % des émissions de PM10 sont issues du secteur agricole suivis du secteur résidentiel tertiaire et des transports à hauteur de respectivement 21 % et 20 % des émissions.
- 38 % des émissions de PM2,5 sont issues du secteur résidentiel-tertiaire et 26 % du secteur des transports.
- Un respect des valeurs limites pour les PM10 et PM2,5 en 2021
- Comparativement à 2020, davantage d'agglomération en dépassement de recommandation OMS pour les PM10 du fait des changements de seuils en 2021
- Une augmentation des concentrations moyennes annuelles de PM2,5 sur les stations de mesures en proximité des axes de circulation comparativement à 2020 (sous l'effet de la reprise progressive du trafic après les restrictions d'activités liées au Covid-19)

Modélisation de la moyenne annuelle en PM10 en 2021 (en $\mu\text{g}/\text{m}^3$, modélisation à l'échelle communale)



Modélisation de la moyenne annuelle en PM2,5 en 2021 (en $\mu\text{g}/\text{m}^3$, modélisation à l'échelle communale)



Source et exploitation : ATMO Normandie

Particules en suspension et santé

Les particules fines PM10 et les particules fines PM2.5 sont responsables d'une augmentation des risques de maladies respiratoires, cardiovasculaires et des cancers. Elles sont aussi suspectées d'augmenter le risque de maladies neurologiques (maladie de Parkinson, autisme), endocriniennes (diabète de type 2), et l'exposition pendant la grossesse peut conduire à des faibles poids à la naissance.



Facteurs de risques – Environnement

Agriculture

En 2020, 68,8% du territoire normand est dédié à un usage agricole.

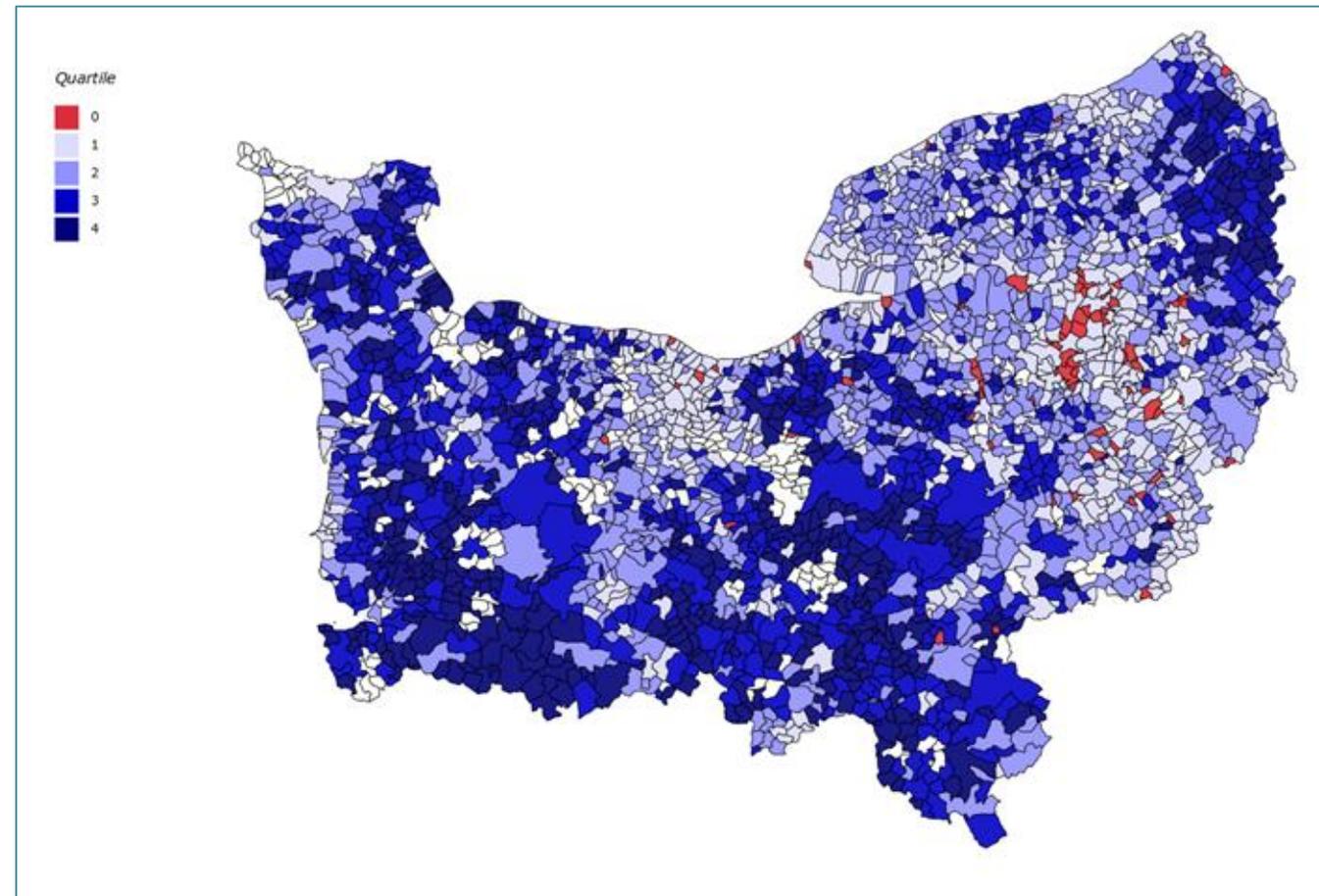
La Normandie est la 1^{ère} région française pour sa part de SAU / surface régionale.

La densité agricole la plus élevée (quartile 4) est retrouvée en majorité dans le sud Manche et dans l'Orne, ainsi que dans l'est de la Seine-Maritime et quelques communes à l'est du Calvados.

SAU : Surface agricole utilisée

Densité agricole : Nombre d'exploitations agricoles au km²

Densité agricole en Normandie par commune en 2020





Facteurs de risques – Environnement

26 510 exploitations agricoles en Normandie en 2020 :

- 32 % spécialisées en grandes cultures
- 18 % en bovins lait
- 16 % en bovins viandes

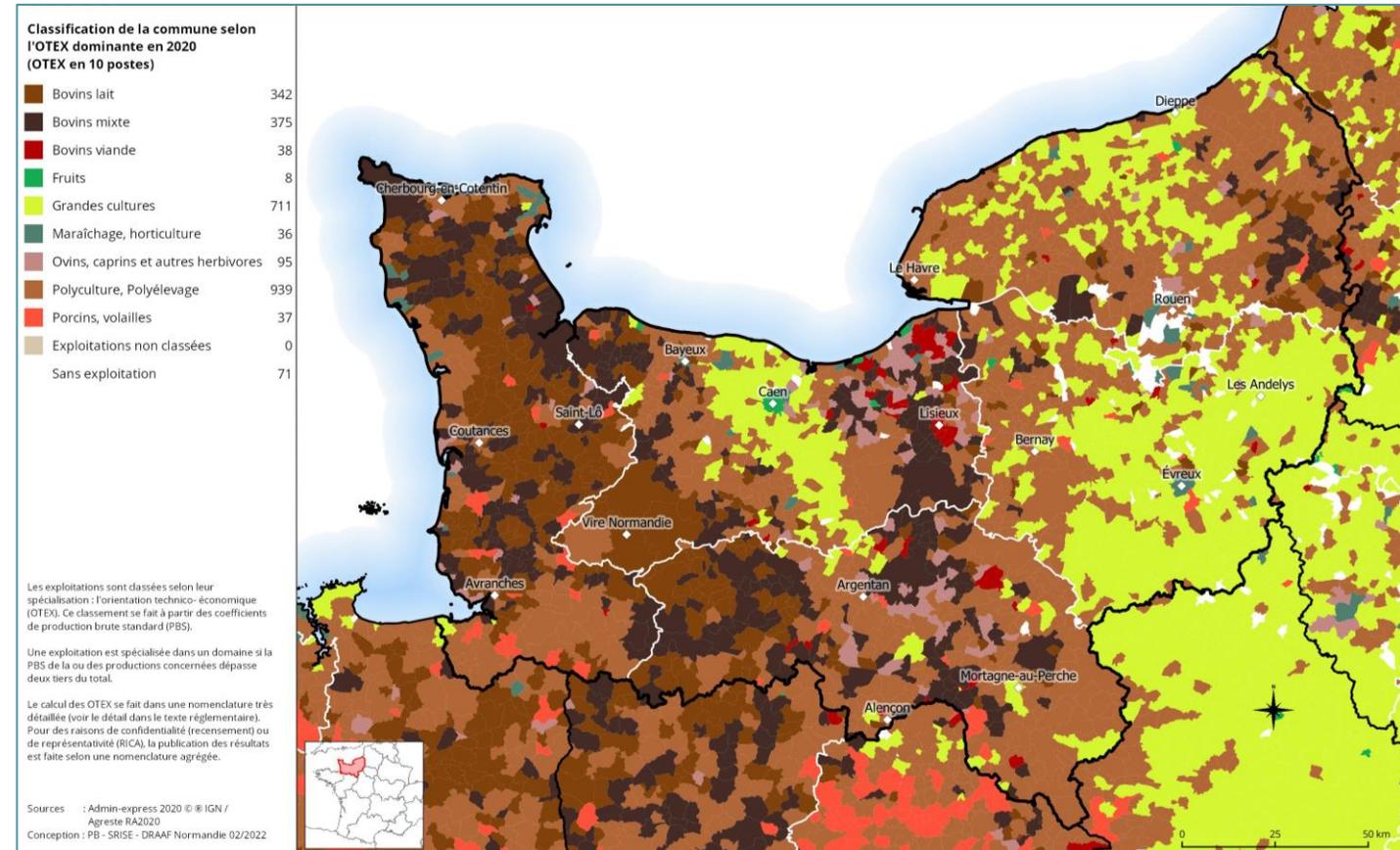
La polyculture et/ou le polyélevage représentent 11 % des exploitations.

2 652 communes en Normandie en 2020 :

- 35 % dont l'OTEX dominante étaient la polyculture et/ou le polyélevage
- 27 % les grandes cultures
- 28 % du bovins (lait, mixte ou viande)

OTEX : Orientation technico-économique des exploitations agricoles

Orientation technico-économique des exploitations agricoles (OTEX) dominante par commune en 2020



Source : DRAAF 2020



Facteurs de risques – Expositions professionnelles



<https://www.agrican.fr/>

Etude AGRICAN

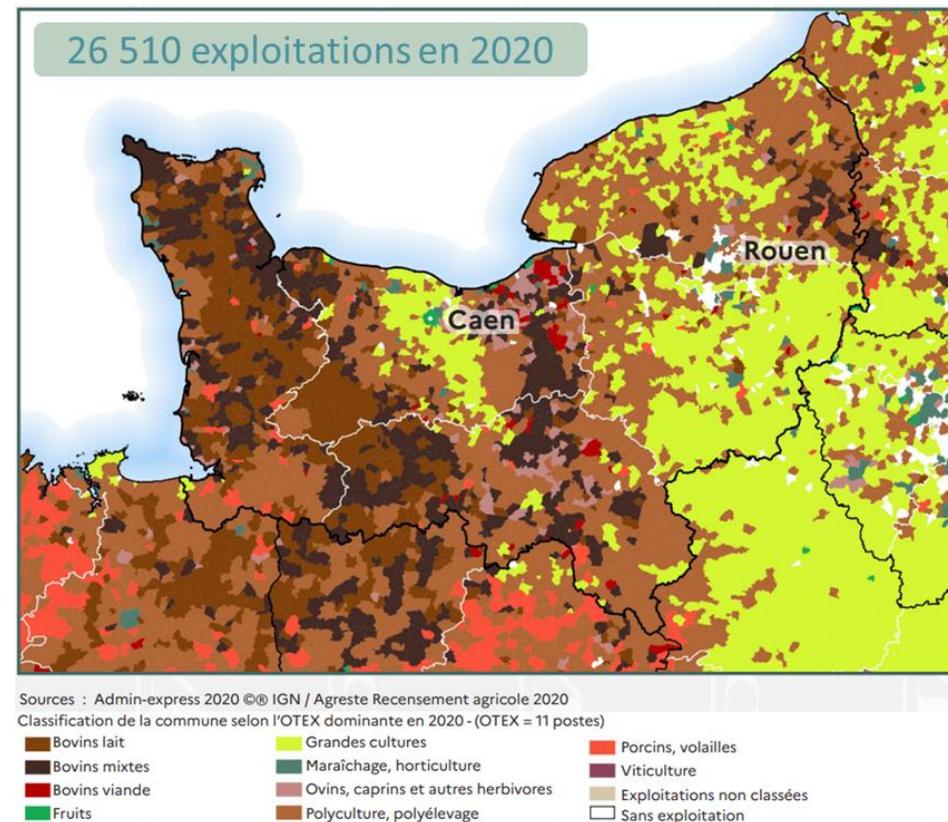
Etude incluant 181 842 personnes, dont 25 462 dans la Manche, répondant aux critères d'inclusions suivant :

- Affiliés à la MSA (Mutualité Sociale Agricole)
- 18 ans ou plus
- Actifs ou retraités
- Hommes ou femmes
- 11 départements couverts par les registres de cancer en 2004

Objectifs : Etudier les risques professionnels agricoles en lien avec la survenue de cancers ou autres maladies (parkinson, diabète...)



Questionnaire d'inclusion



Activités agricoles majoritaires en Normandie :

- Elevage bovin
- Grandes cultures



Facteurs de risques – Expositions professionnelles

CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTS

On constate un assez bon équilibre entre hommes et femmes, avec environ une moitié de retraités et une forte majorité de personnes travaillant ou ayant travaillé dans une exploitation agricole.



46% et **54%**
de femmes d'hommes
ont participé à la cohorte Agrican

environ
45% et **55%**
des hommes des femmes
interrogés étaient retraités



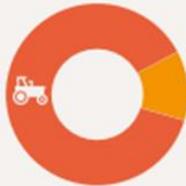
64 ans
âge moyen
des participants
au début de l'étude

en moyenne
28 ans
de cotisations
à la MSA
pour l'ensemble
des participants

en moyenne
20 ans
de cotisations
à la MSA
pour les participants
en activité

Secteurs d'activité des participants

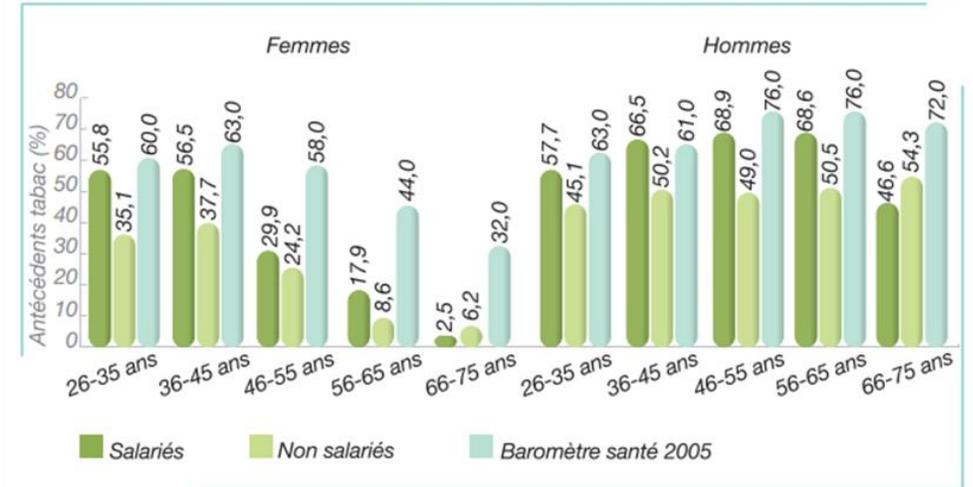
88%
Exploitation agricole
élevages et/ou cultures
(61% non salariés,
39% salariés agricoles)



12%
Autres*

* Autres : salariés et non salariés travaillant dans les secteurs de la coopération, de la sylviculture, du paysagisme, du tertiaire...

Comparaison du tabagisme de la cohorte Agrican et de la population générale (Baromètre santé 2005) en fonction de l'âge, du sexe et du statut



⁹ Baromètre santé : Les baromètres de l'Inpes (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) existent depuis 1992 et enquêtent sur les comportements, attitudes, connaissances et opinions des Français en matière de santé et de nutrition (site internet : www.inpes.sante.fr).

Source : bulletin d'information n°2 AGRICAN

A retenir :

AGRICAN c'est 182 000 personnes (54% d'hommes, 46% de femmes)

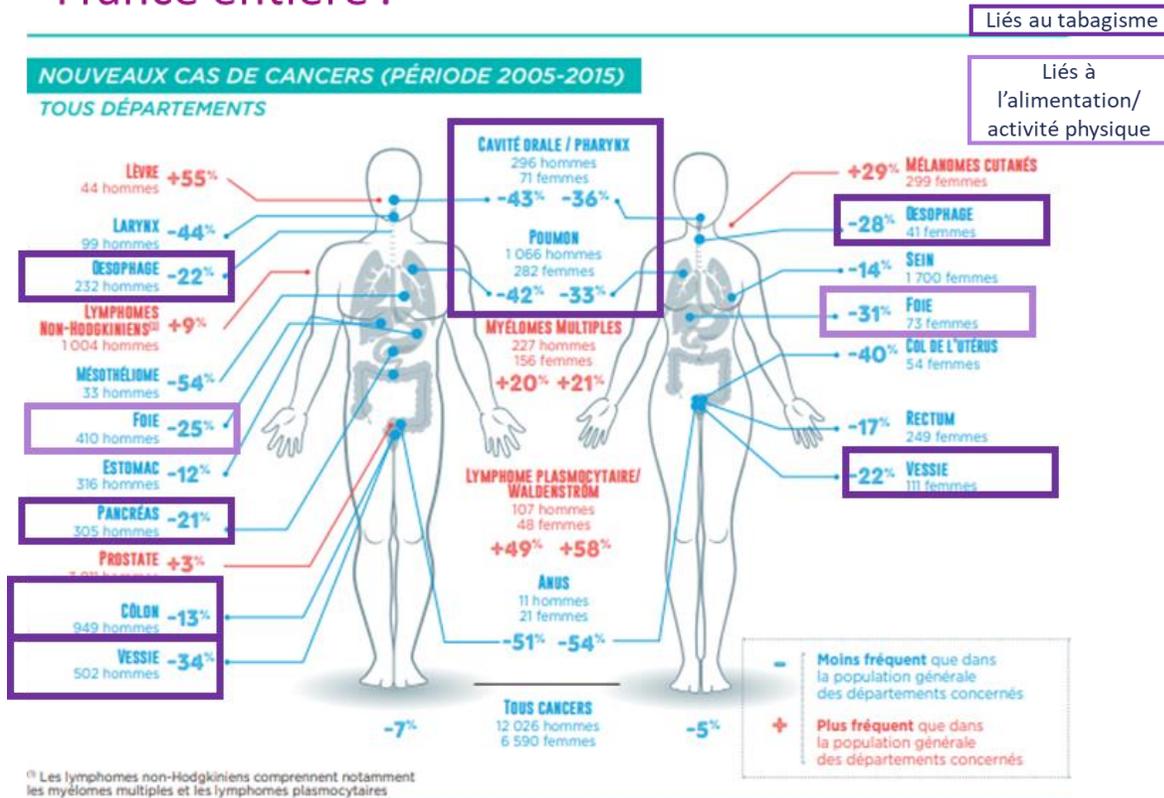
Des habitudes de vies différentes de la population générale : un tabagisme moindre en particulier chez les plus âgés et non-salariés, une activité physique élevée etc.



Facteurs de risques – Expositions professionnelles

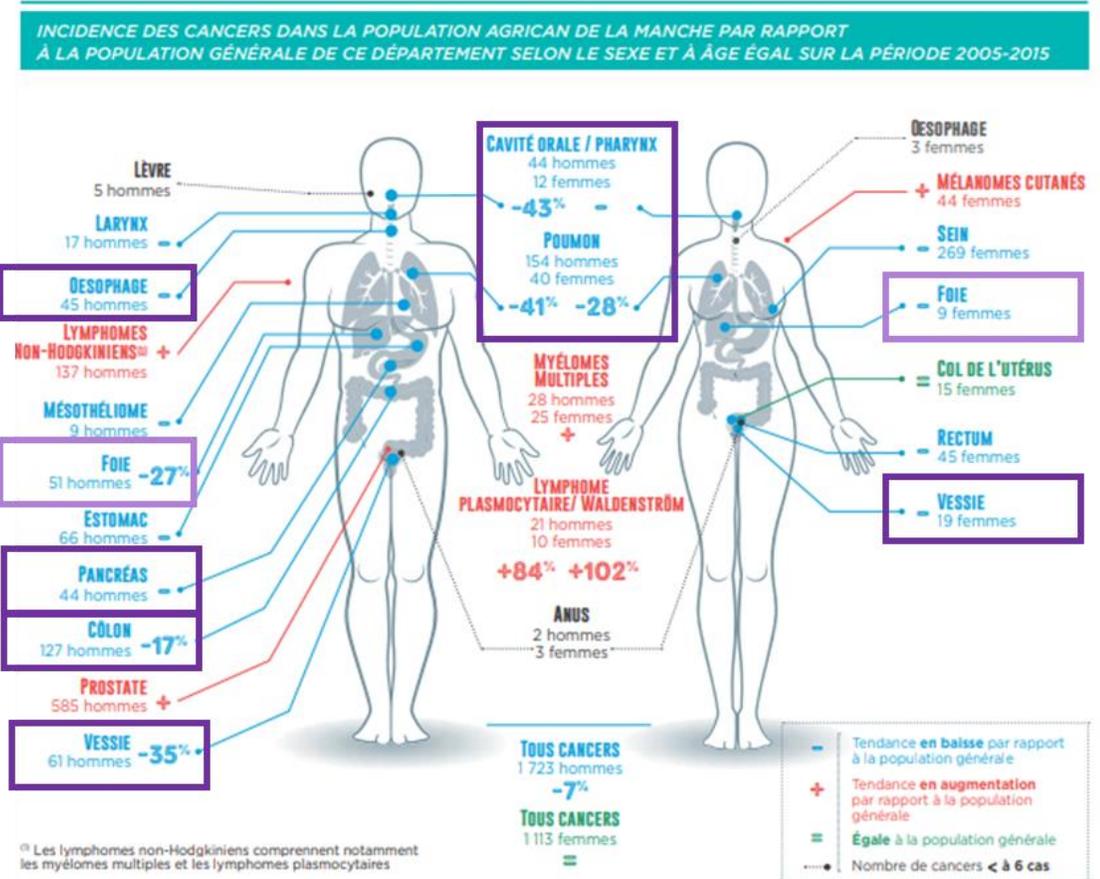
- La survenue de 43 types de cancers (obtenus grâce aux registres de cancer) chez les participants de la cohorte a été comparé à celle en population générale
- Globalement, chez les agriculteurs, les cancers sont légèrement moins fréquents chez les hommes (-7%) et chez les femmes (-5%), ce qui est cohérent avec le tabagisme (cf diapositive précédente)

France entière :



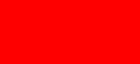
6 Cancers retrouvés plus fréquemment chez les agriculteurs

Département de la manche :





Facteurs de risques – Expositions professionnelles

Cancers (suivi à fin 2017) Cas : 15 024 (hommes) + 8 431 (femmes)	 Bovin	 Prairies	 Blé/orge	 Maïs	 Colza	
Prostate (4 683) (Lemarchand, 2016)						
Poumons (1 689) (Tual, 2017; Boulanger 2018)						
Vessie (756) (Boulanger 2017)						
Tumeur Système Nerveux Central (273) (Piel 2017; 2019; 2020)						
Sarcomes (294) (Renier 2022)						
Lymphomes Non-Hodgkiniens (2 091) (Busson (Thèse))						
<i>Myélomes Multiples</i> (Busson (Thèse); Tual 2019)						
<i>Leucémies Lymphoïdes Chroniques</i> (Busson (Thèse))						
<i>Lymphomes Diffus Grandes Cellules B</i> (Busson (Thèse))						
Côlon-Rectum (3 161) (Talibov 2022)						

-  Pesticides sur animaux
-  Foins
-  Utilisation de pesticides
-  Soin des animaux
-  Désinfection bâtiments d'élevage
-  Traitement de semences
-  Semis
-  Risque diminué
-  Risque augmenté

Comment interpréter le tableau ?

L'utilisation de pesticides sur animaux, les foins en culture de prairie et l'utilisation de pesticides sur blé/orge sont des tâches associées au cancer de la prostate dans AGRICAN



AXE 3

Accès aux soins



Indicateurs à venir – Accès aux soins

- L'objectif de cet axe est de décrire l'accès aux dépistages, aux équipements, aux établissements de santé, aux traitements et aux soins de support, ainsi que la qualité des soins.
- Seuls quelques indicateurs de l'accès aux soins sont présentés dans cette synthèse. Les autres indicateurs seront présentés dans la prochaine synthèse annuelle.
- Actuellement, cet axe se compose de 39 indicateurs (dont 29 renseignés) :
 - Démographie médicale : 7 indicateurs (densité de professionnels de 1^{er} recours libéraux, pyramide des âges des professionnels)
 - Etablissements autorisés : 22 indicateurs (temps d'accès à un établissement autorisé en cancérologie et par type de traitements, APL, taux d'équipement)
 - Dépistages : 1 indicateur (proximité d'un mammographe)
 - Recherche clinique : 1 indicateur (temps d'accès à un centre pratiquant des inclusions)
 - Soins oncologiques de support (SOS) : 6 indicateurs (temps d'accès aux structures selon le type de SOS)
 - Qualité de la prise en charge : 2 indicateurs (délais entre diagnostic et premier traitement par type de cancer ou par type de premier traitement)



Accessibilité Potentielle Localisée aux médecins généralistes

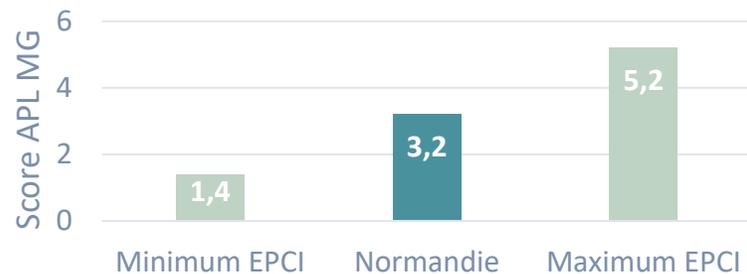
Le score APL MG de 65 ans et moins en France en 2021 est de 3,4.

Un territoire ayant un score APL inférieur à 2,5 est un territoire en difficulté.

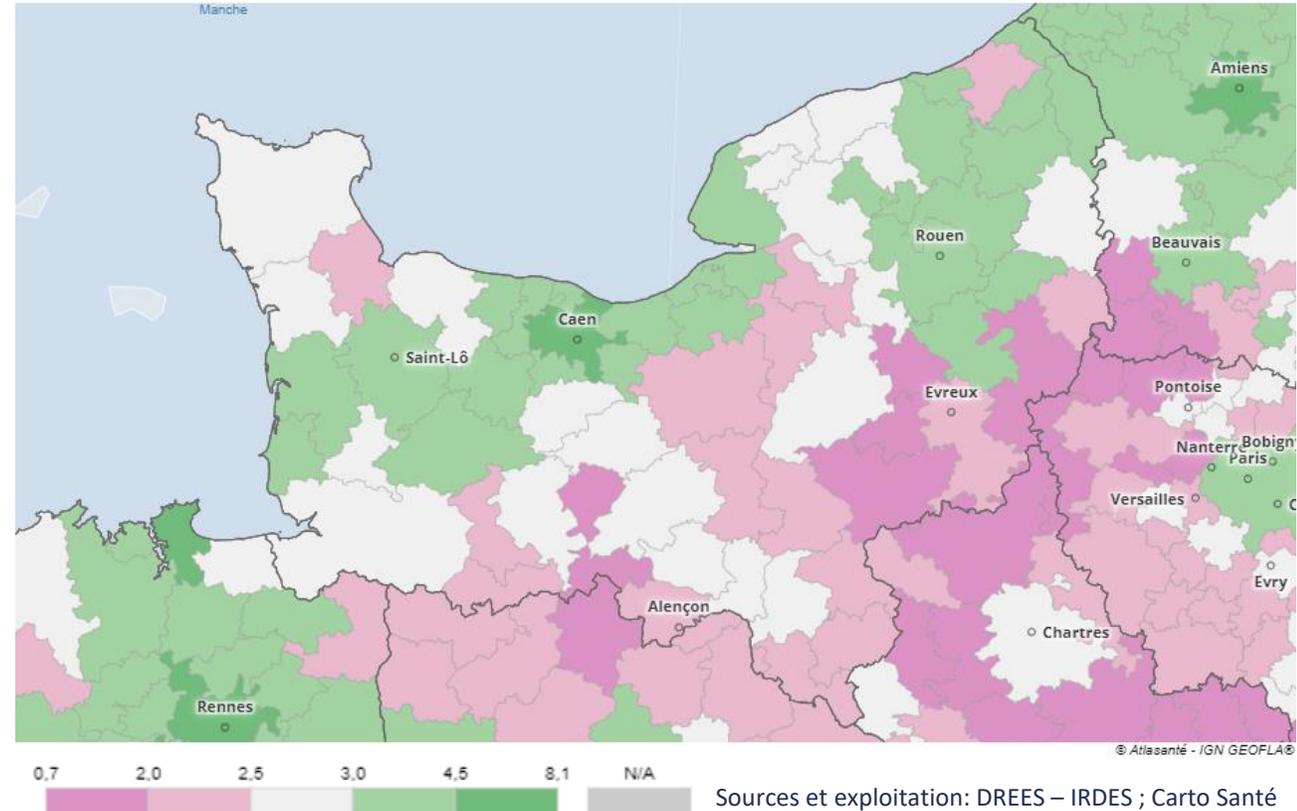
En Normandie, le score APL MG est de 3,2.

Des disparités entre les départements sont observées avec l'Orne comme territoire déficitaire (score APL : 2,4) et la Manche comme territoire à un niveau intermédiaire (score APL : 2,9).

Ces inégalités d'accès sont aussi constatées à l'échelle infra-départementale avec des territoires très déficitaires (score APL < 2,0) tels que la CC du Pays de Conches ou la CC du Pays Fertois et du Bocage Carrougien.



APL médecins généralistes de 65 ans et moins en 2021 par EPCI
(consultations par an et par habitant)



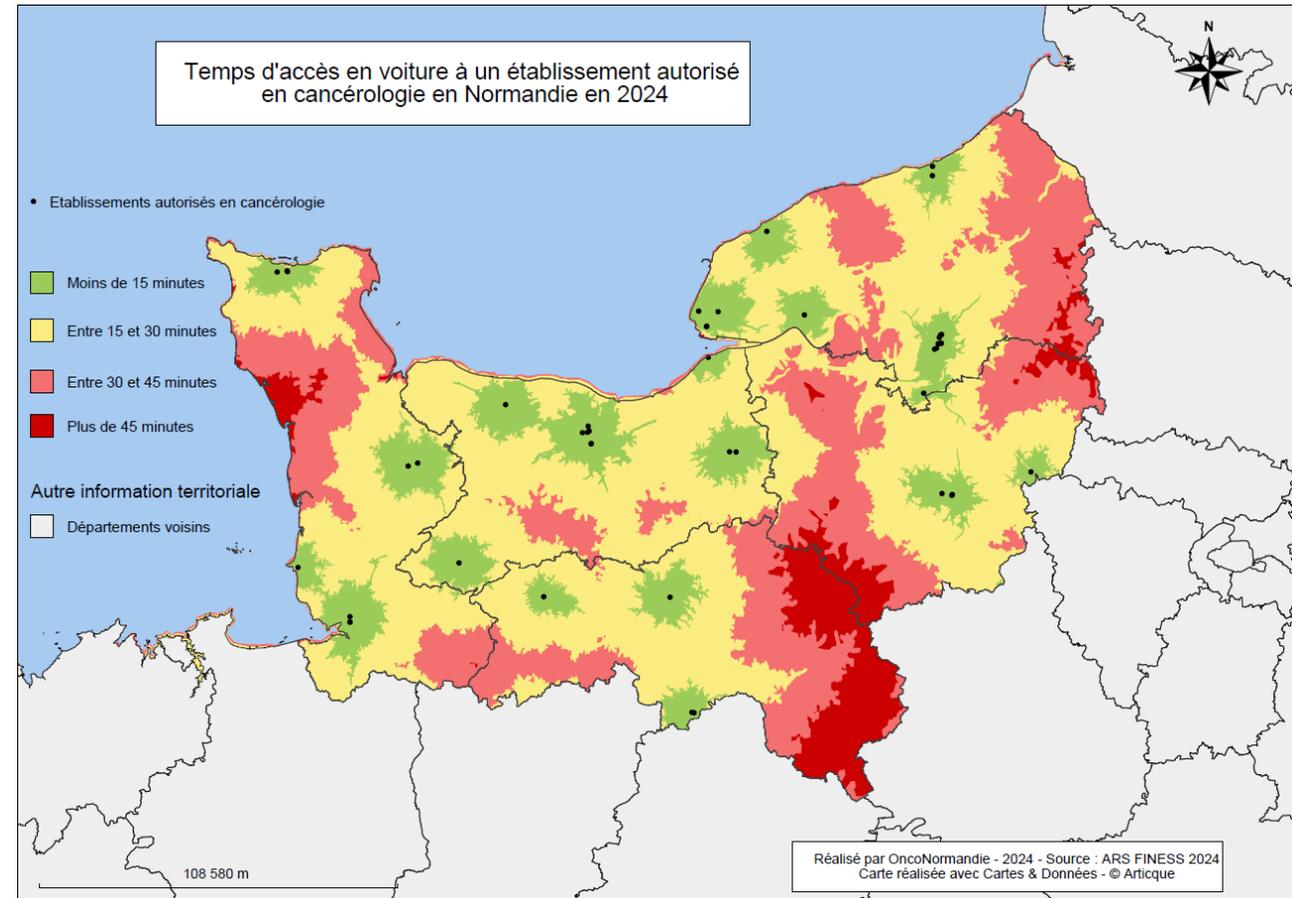
L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES* pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès, densité par bassin de vie ou département...). Il mobilise pour cela les données de l'Assurance maladie (SNIIR-AM) ainsi que les données de population de l'Insee.



Etablissements autorisés en cancérologie (EAC) – Global

En 2024, en Normandie :

- 439/2 651 (16,6 %) communes et environ 47,0 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un établissement autorisé en cancérologie
- 1436 (54,2 %) communes et environ 37,6 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC
- 679 (25,6 %) communes et environ 13,0 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC
- 97 (3,7 %) communes et environ 2,4 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC



Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès.

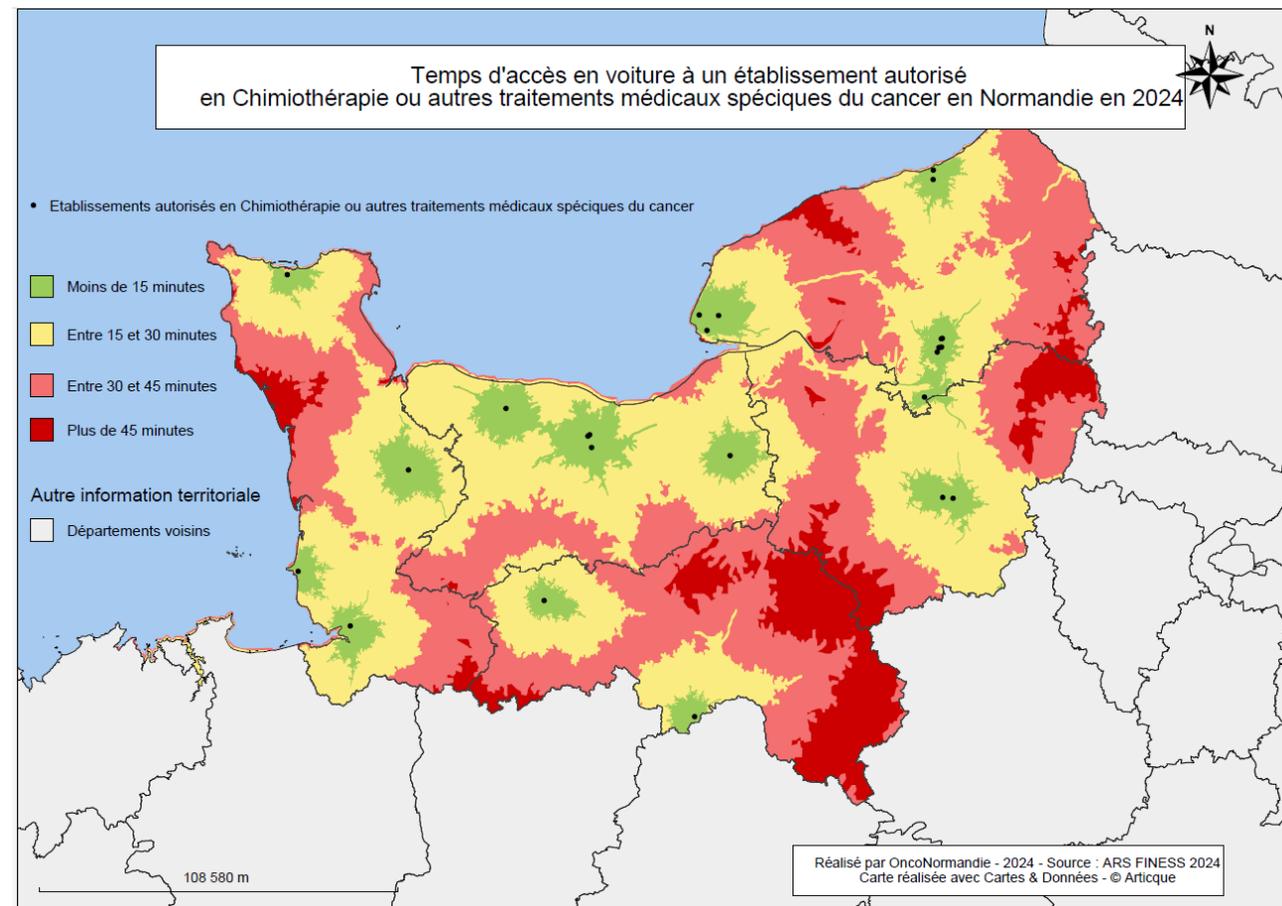
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Chimiothérapie

En 2024, en Normandie :

- 316/2 651 (11,9 %) communes et environ 39,5 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en chimiothérapie
- 1227 (46,3 %) communes et environ 36,0 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en chimiothérapie
- 929 (35,0 %) communes et environ 20,9 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en chimiothérapie
- 179 (6,8 %) communes et environ 3,6 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en chimiothérapie



Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès.

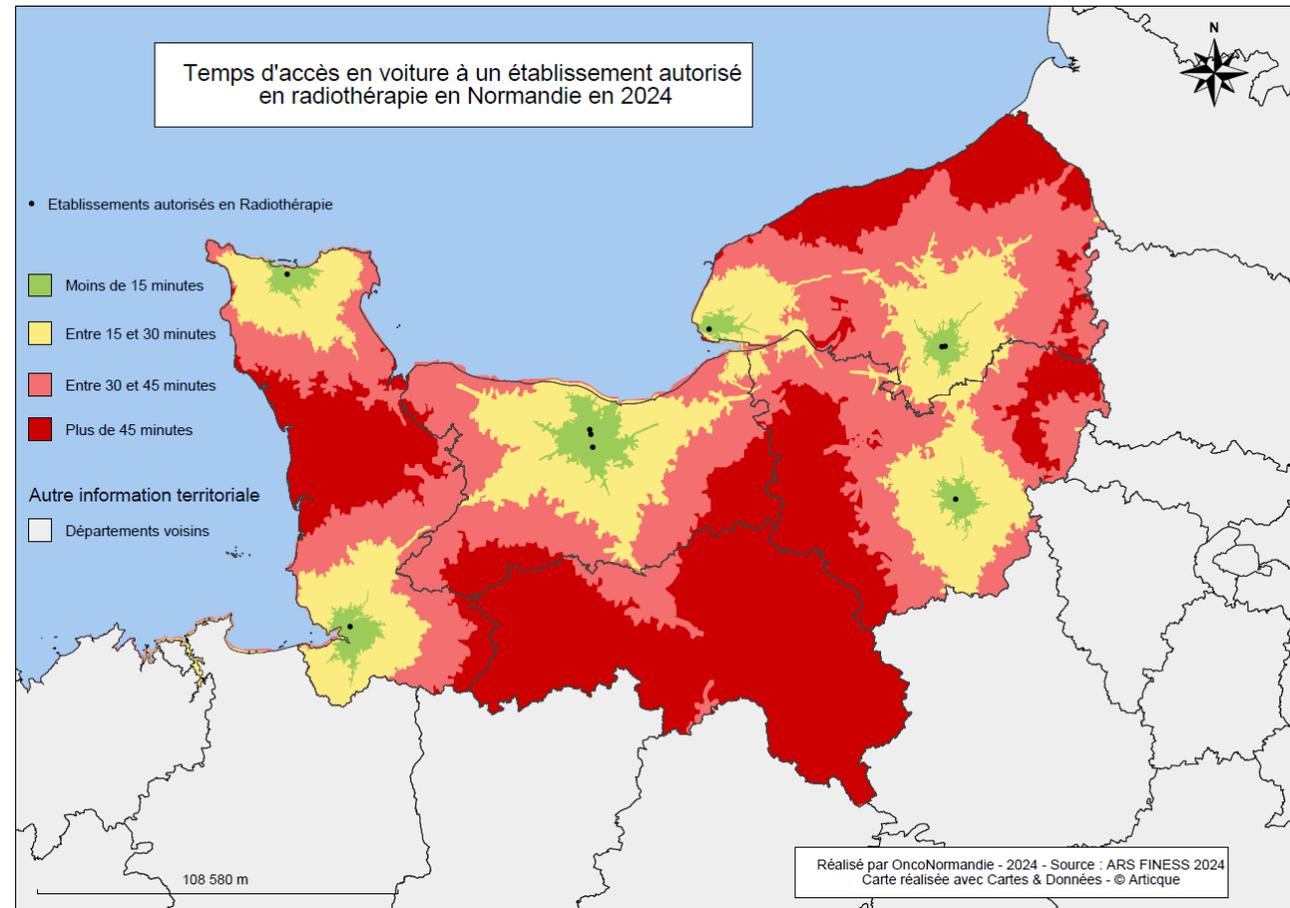
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Radiothérapie

En 2024, en Normandie :

- 127/2 651 (4,8 %) communes et environ 28,2 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en radiothérapie
- 722 (27,2 %) communes et environ 25,6 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en radiothérapie
- 963 (36,3 %) communes et environ 27,1 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en radiothérapie
- 839 (31,6 %) communes et environ 19,1 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en radiothérapie



Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès.

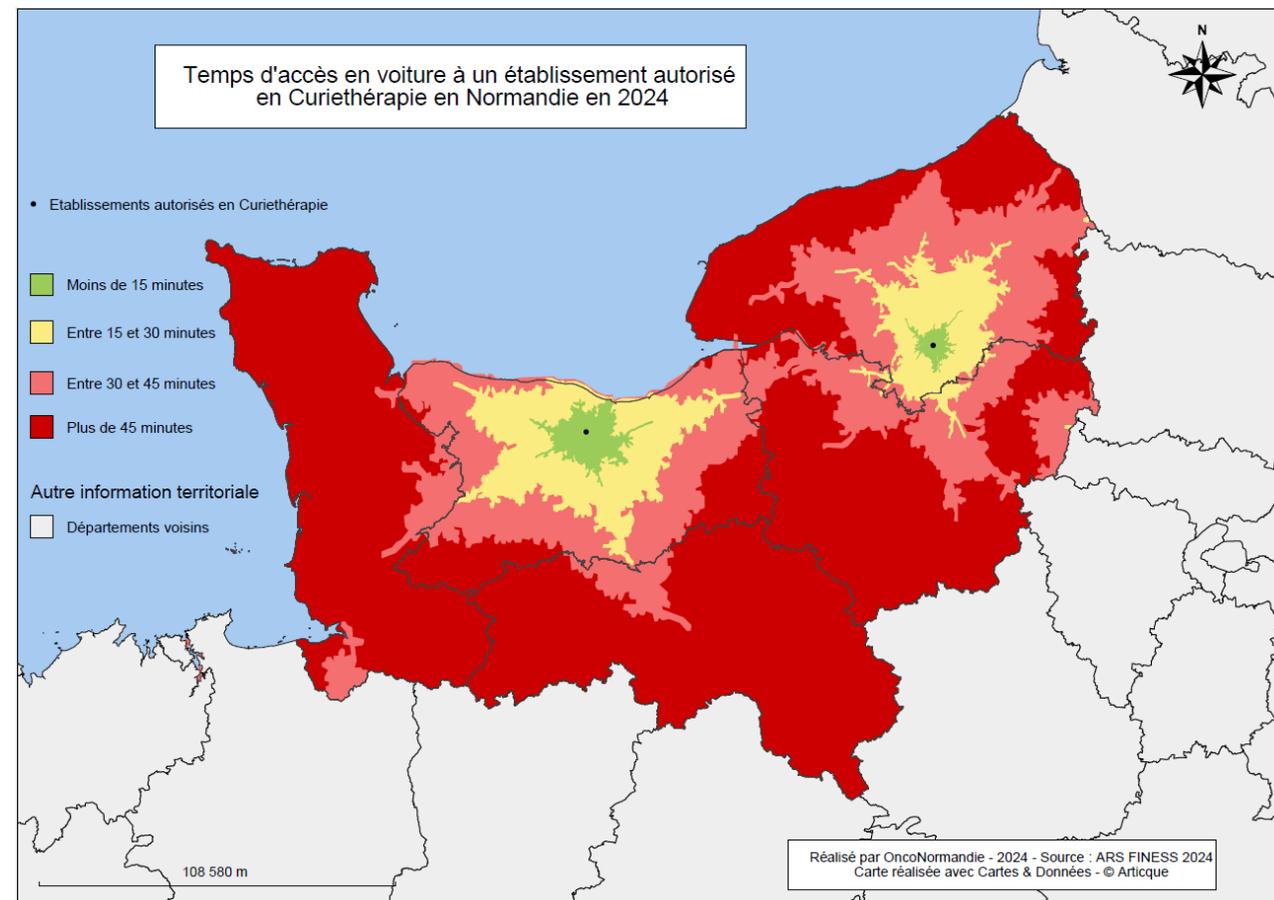
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Curiethérapie

En 2024, en Normandie :

- 69/2 651 (2,6 %) communes et environ 16,0 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en curiethérapie
- 364 (13,7 %) communes et environ 14,8 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en curiethérapie
- 708 (26,7 %) communes et environ 20,0 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en curiethérapie
- 1510 (57,0 %) communes et environ 49,3 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en curiethérapie



Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès.

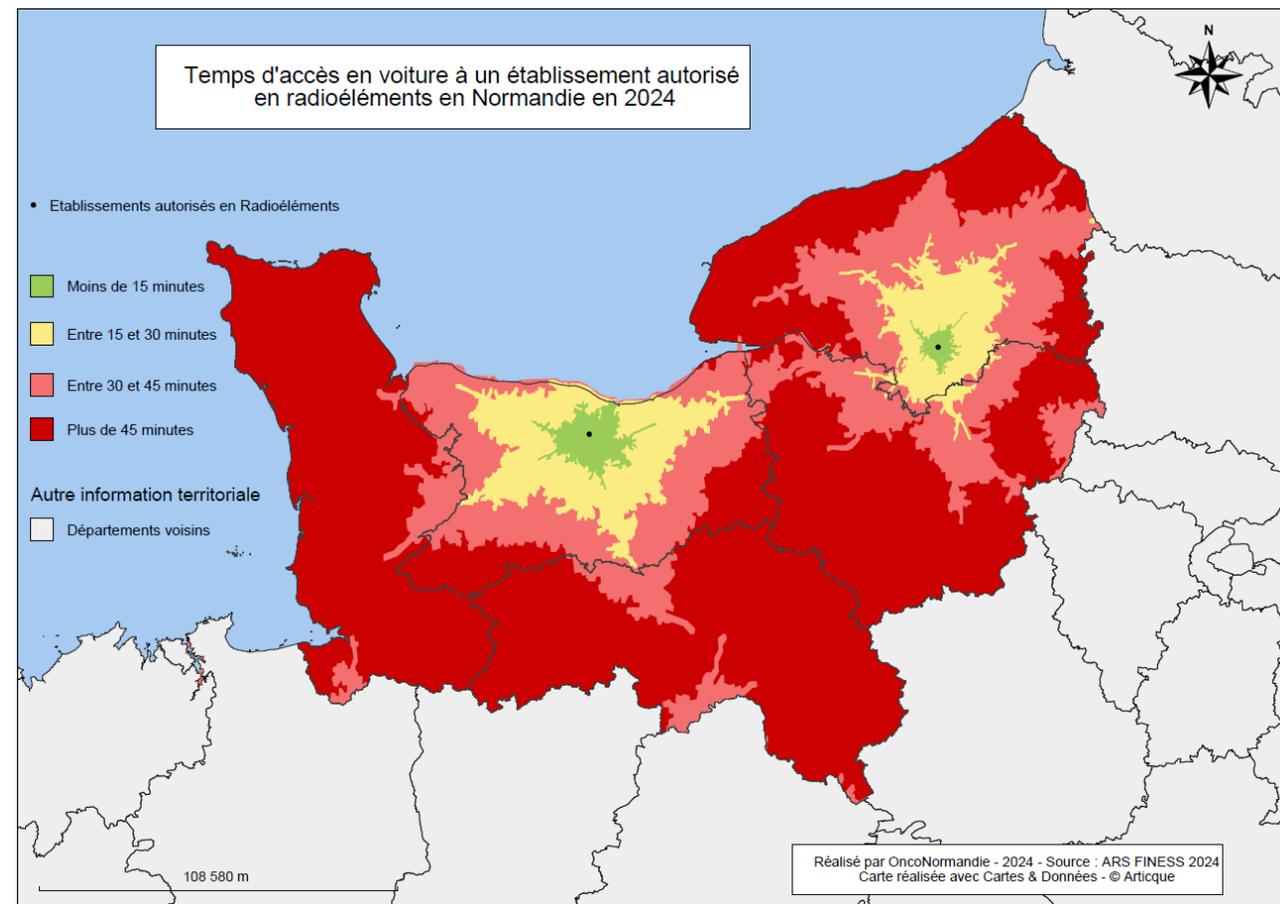
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Radioéléments

En 2024, en Normandie :

- 69/2 651 (2,6 %) communes et environ 16,0 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en radioéléments
- 364 (13,7 %) communes et environ 14,8 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en radioéléments
- 719 (27,1 %) communes et environ 20,9 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en radioéléments
- 1499 (56,5 %) communes et environ 48,3 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en radioéléments



Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès.

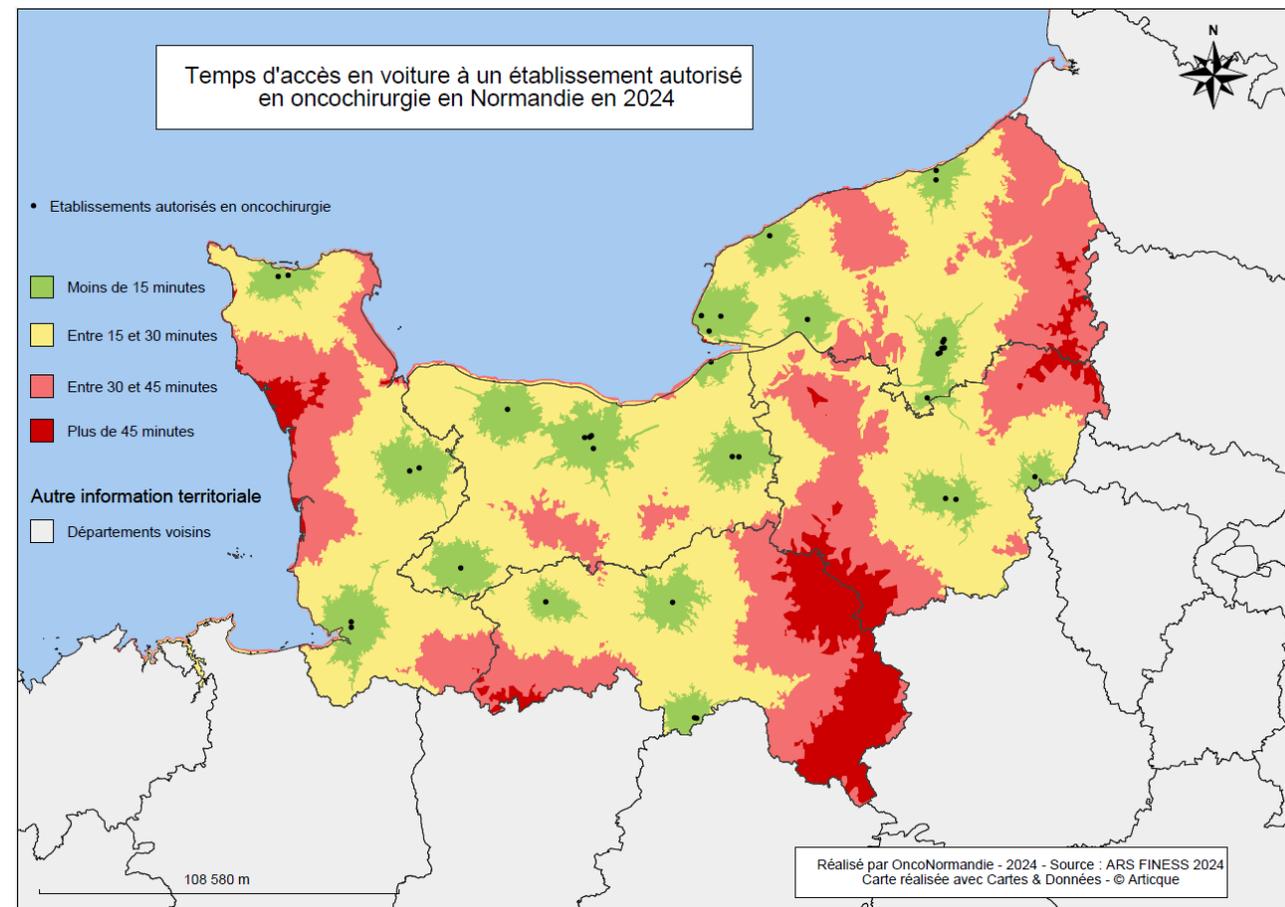
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie

En 2024, en Normandie :

- 420/2651 (15,8 %) communes et environ 45,7 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie
- 1436 (54,2 %) communes et environ 38,3 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie
- 692 (26,1 %) communes et environ 13,4 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie
- 103 (3,9 %) communes et environ 2,6 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie



Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès.

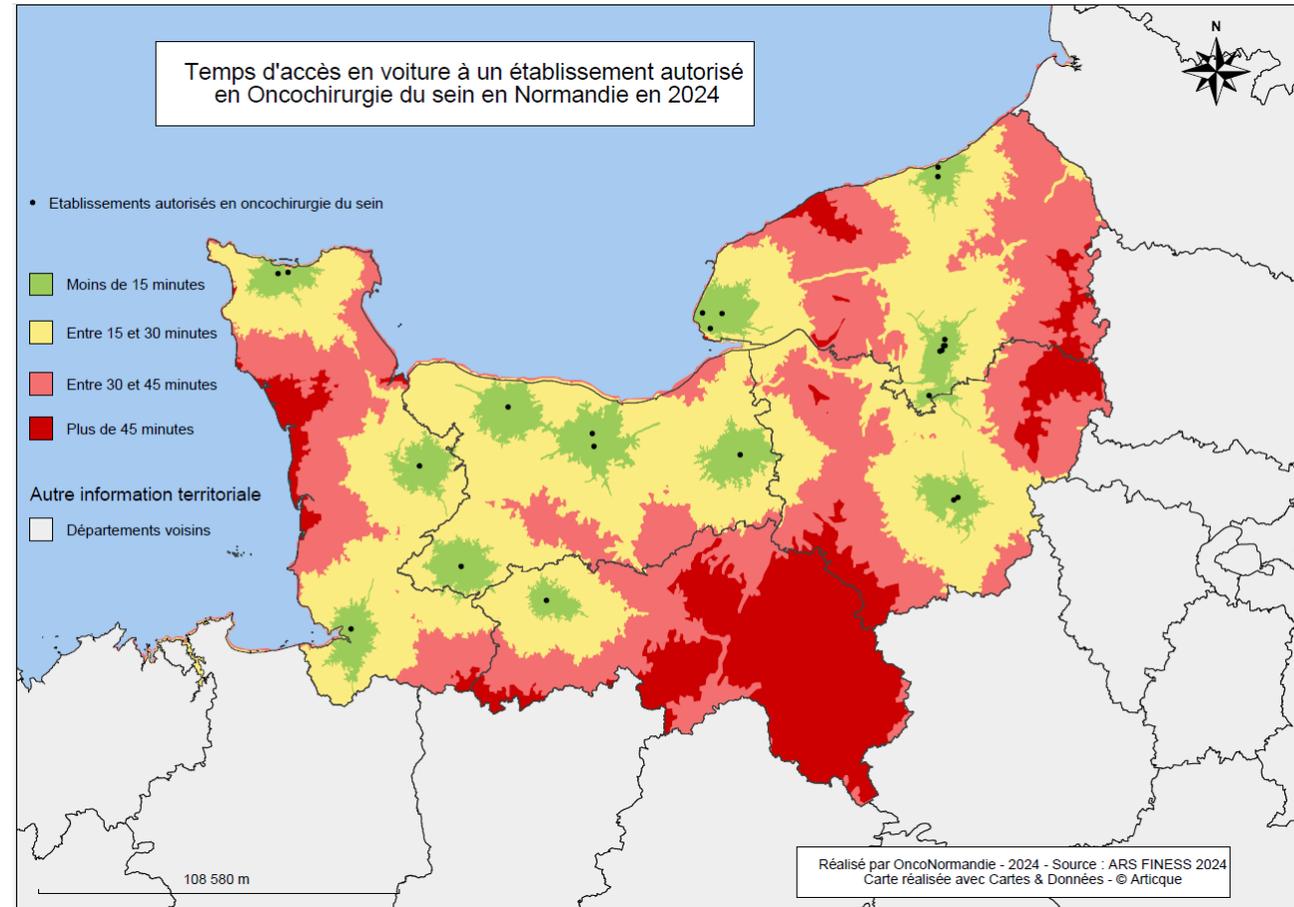
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie du Sein

En 2024, en Normandie :

- 293/2651 (11,1 %) communes et environ 38,4 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie du sein
- 1182 (44,6 %) communes et environ 35,1 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie du sein
- 870 (32,8 %) communes et environ 21,2 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie du sein
- 306 (11,5 %) communes et environ 5,2 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie du sein



Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès.

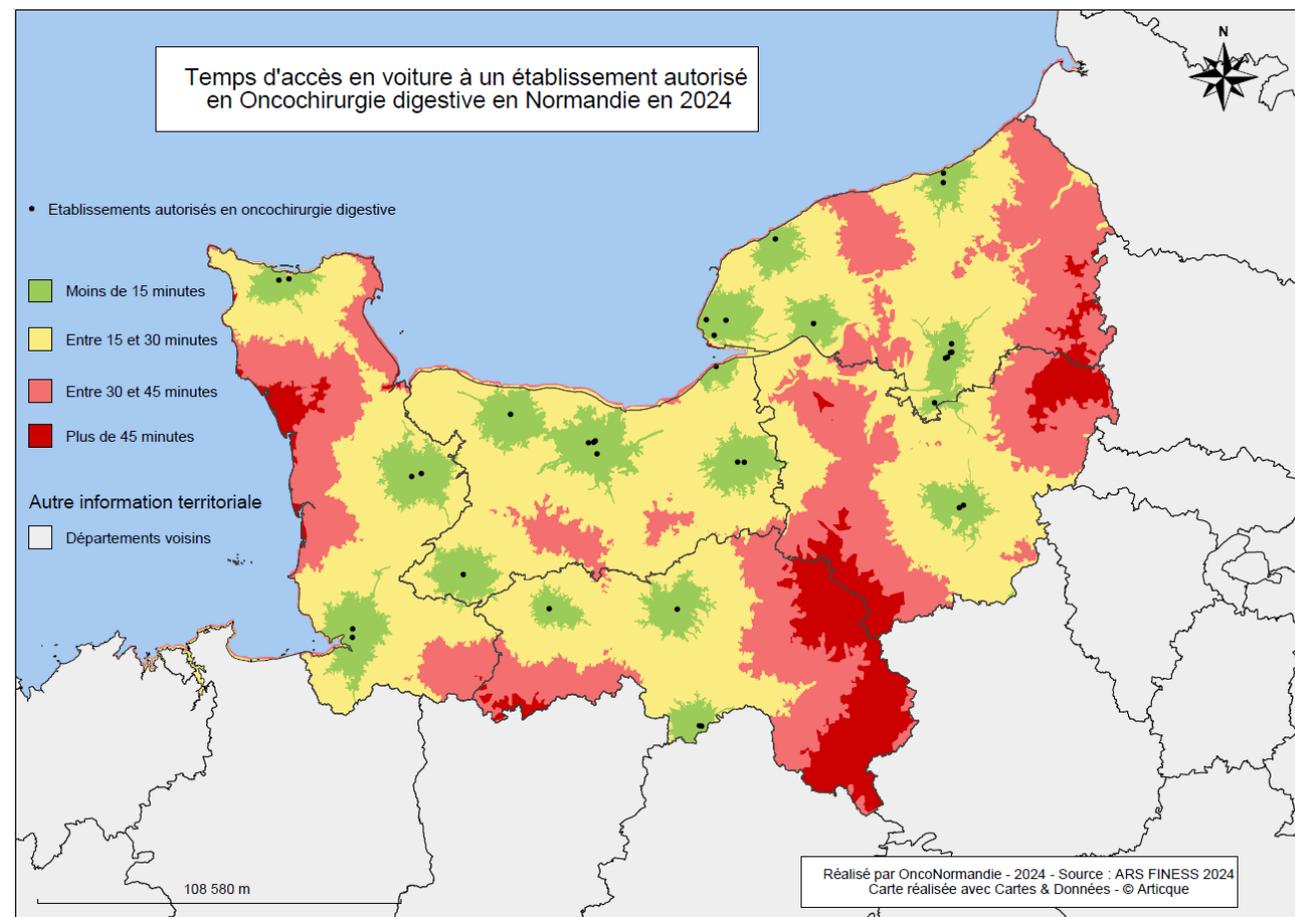
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie Digestive

En 2024, en Normandie :

- 413/2651 (15,6 %) communes et environ 44,3 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie digestive
- 1405 (53,0 %) communes et environ 38,6 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie digestive
- 712 (26,9 %) communes et environ 14,1 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie digestive
- 121 (4,6 %) communes et environ 2,9 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie digestive



Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès.

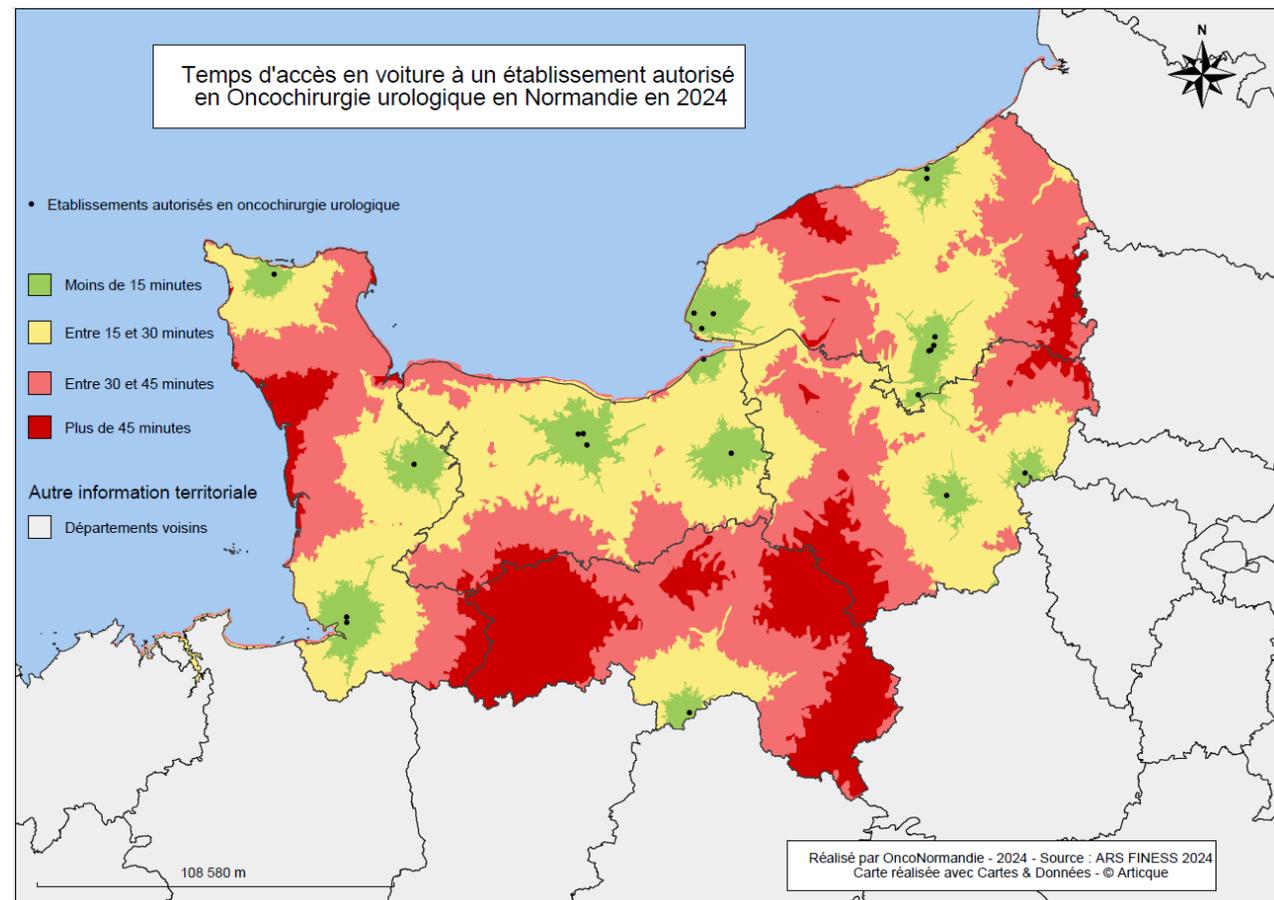
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie Urologique

En 2024, en Normandie :

- 258/2651 (9,7 %) communes et environ 38,8 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie urologique
- 1197 (45,2 %) communes et environ 35,0 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie urologique
- 928 (35,0 %) communes et environ 19,5 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie urologique
- 258 (10,1 %) communes et environ 6,7 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie urologique



Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès.

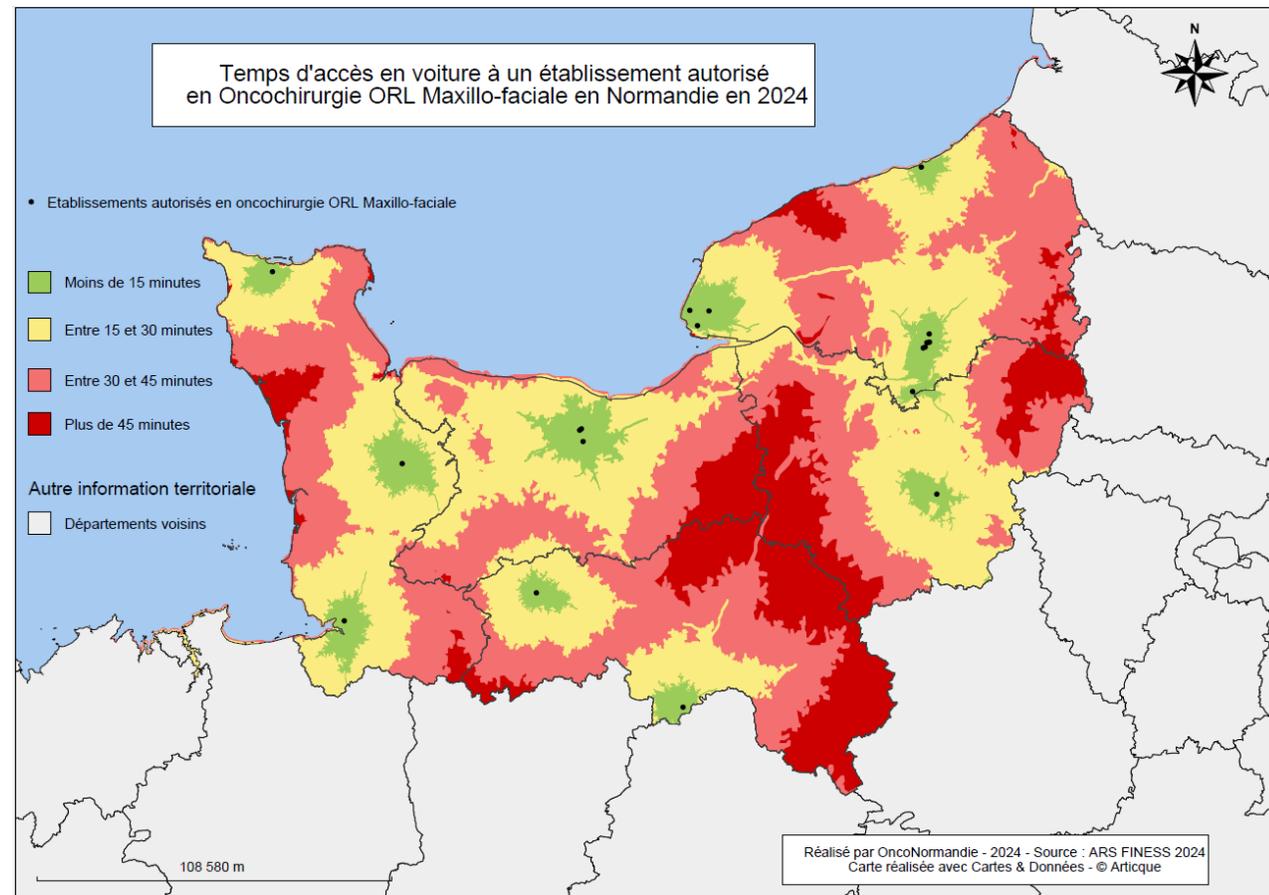
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie ORL Maxillo-faciale

En 2024, en Normandie :

- 226/2651 (8,5 %) communes et environ 37,5 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie ORL Maxillo-faciale
- 1107 (41,8 %) communes et environ 33,4 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie ORL Maxillo-faciale
- 1012 (38,2 %) communes et environ 23,4 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie ORL Maxillo-faciale
- 306 (11,5 %) communes et environ 5,7 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie ORL Maxillo-faciale



Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès.

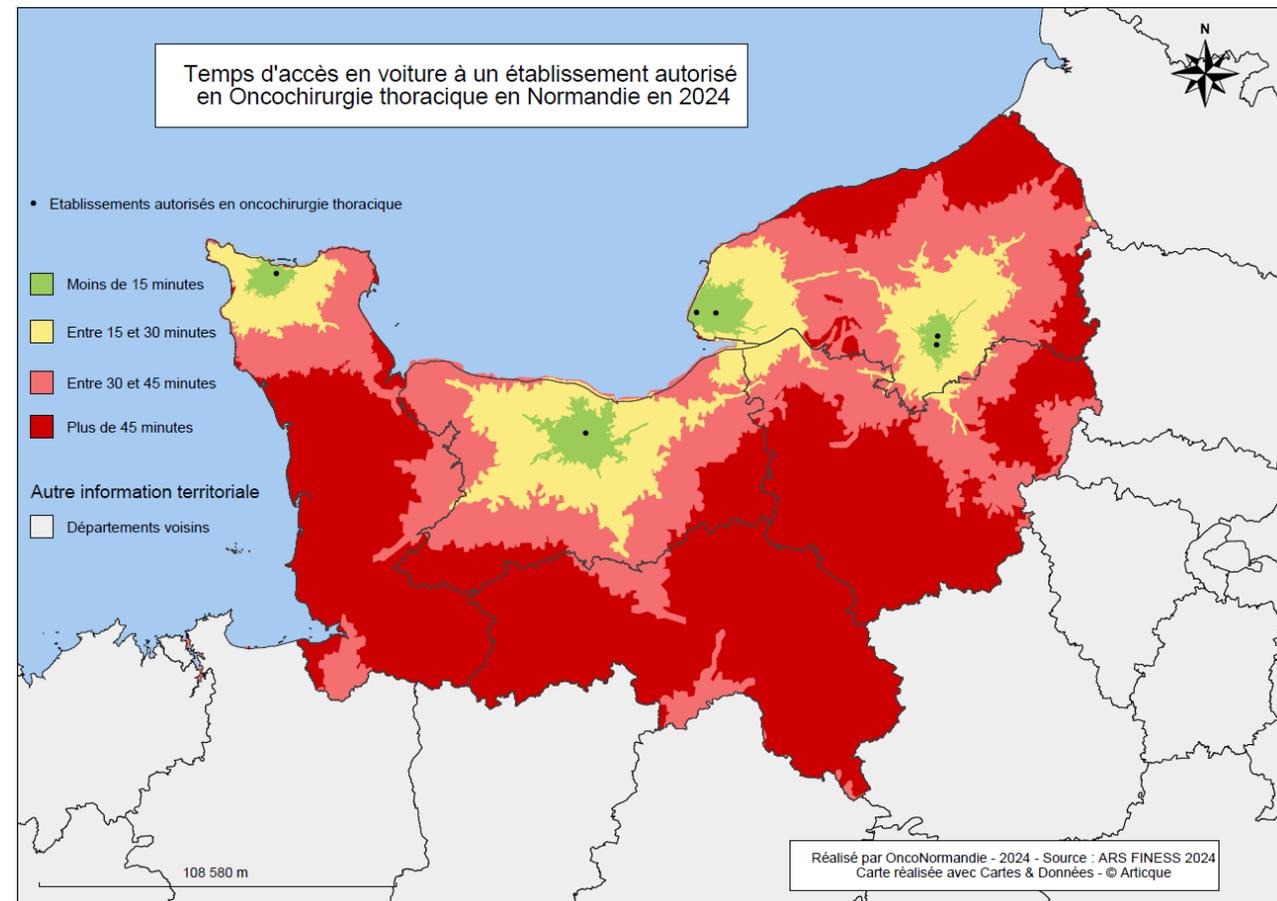
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie Thoracique

En 2024, en Normandie :

- 99/2651 (3,7 %) communes et environ 24,9 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie thoracique
- 482 (18,2 %) communes et environ 19,6 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie thoracique
- 890 (33,6 %) communes et environ 26,3 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie thoracique
- 1180 (44,5 %) communes et environ 29,2 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie thoracique



Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès.

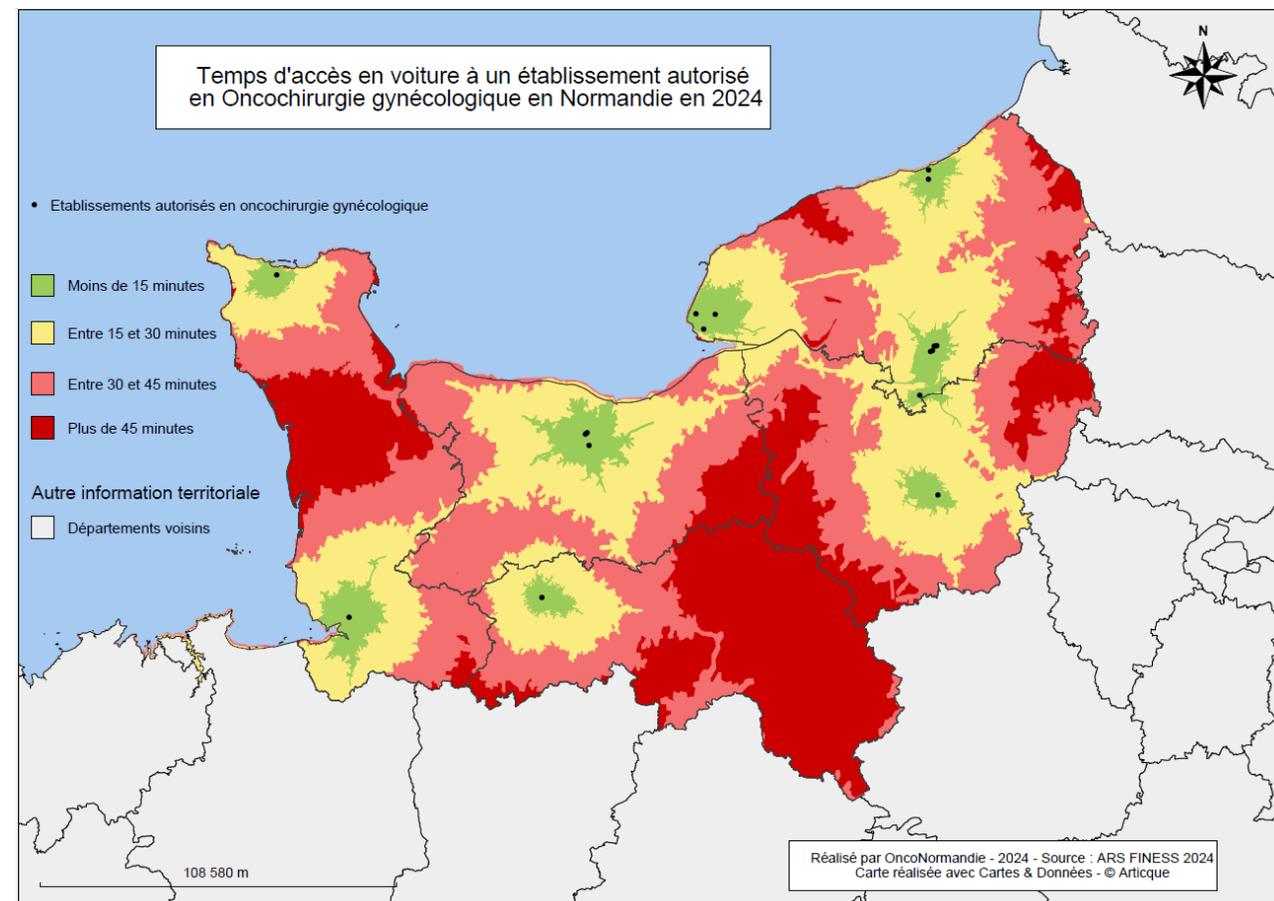
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie Gynécologique

En 2024, en Normandie :

- 194/2651 (7,3 %) communes et environ 34,3 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie urologique
- 976 (36,8 %) communes et environ 30,9 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie urologique
- 953 (35,9 %) communes et environ 25,3 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie urologique
- 528 (19,9 %) communes et environ 9,4 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie urologique



Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès. La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



AXE 4

Recours aux soins

Zoom sur les dépistages organisés



Indicateurs à venir – Recours aux soins

- L'objectif de l'axe 4 est de décrire le recours aux dépistages, équipements, établissement de santé, traitements, soins de support ainsi que la qualité des soins.
- Seuls les indicateurs sur les dépistages organisés sont présentés dans cette synthèse. Les autres indicateurs seront présentés dans la prochaine synthèse annuelle.
- Actuellement, cet axe se compose de 43 indicateurs (dont 5 renseignés) :
 - Etablissements autorisés et équipements : 11
 - Dépistage : 5
 - Recherche Clinique : 8
 - Soins Oncologiques de Support : 10
 - Qualité de la prise en charge : 6
 - Qualité de vie : 3



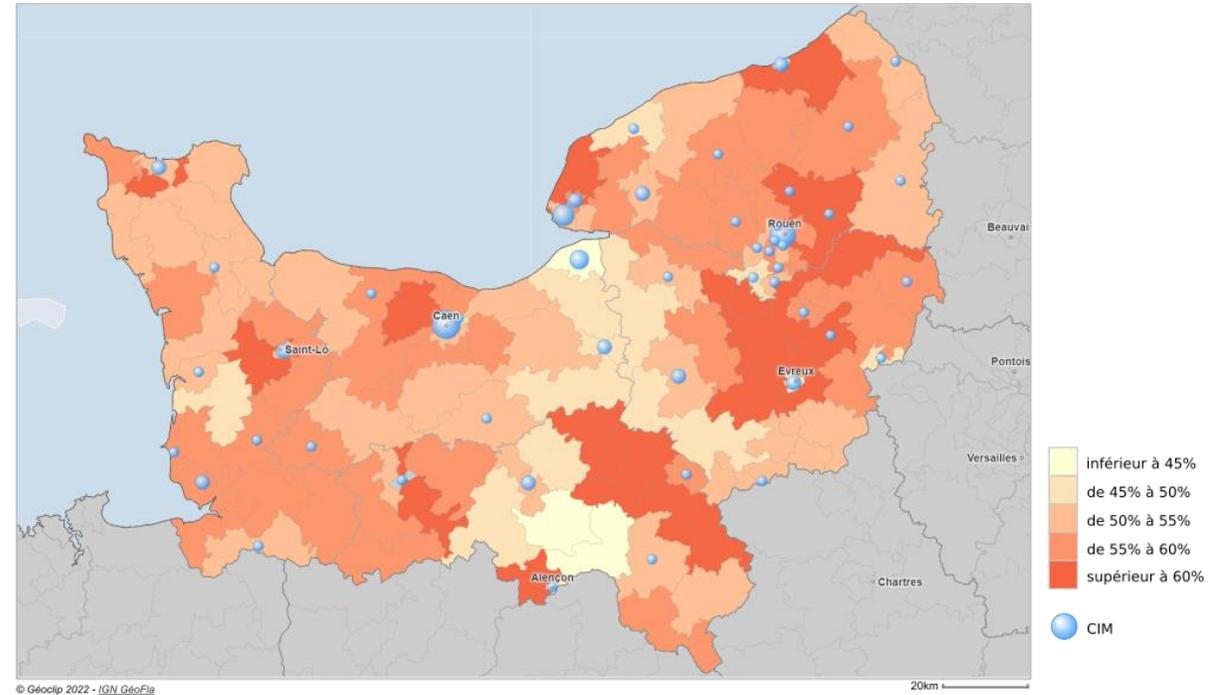
Recours aux dépistages organisés – DOCS

Le taux de participation en 2022-2023 au dépistage organisé du cancer du sein est de :

- 54,8 % dans le Calvados
- 52,5 % dans l'Eure
- 54,7 % dans la Manche
- 48,5 % dans l'Orne
- 55,3 % dans la Seine Maritime

	Pop INSEE	Mammographies/ dont Mammobile	Participation (%)	Participation 2022	Participation 2023
14	117 086	55 461 / 1 376	54,8	52,8	56,7
27	98 012	42 844 / 1 412	52,5	51,6	53,5
50	88 119	43 780 / 1 092	54,7	50,3	59,1
61	49 444	19 210 / 10 249	48,5	50,2	46,7
76	201 502	94 818 / 774	55,3	53,2	57,4
NORMANDIE	554 163	256 113 / 10 249 et 4 654			

Taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein par canton en Normandie – vague 2022/2023



Taux de participation attendus : 65 % acceptable à 75 % recommandé
Participation France entière : estimée à 49 %



Recours aux dépistages organisés – DOCCR

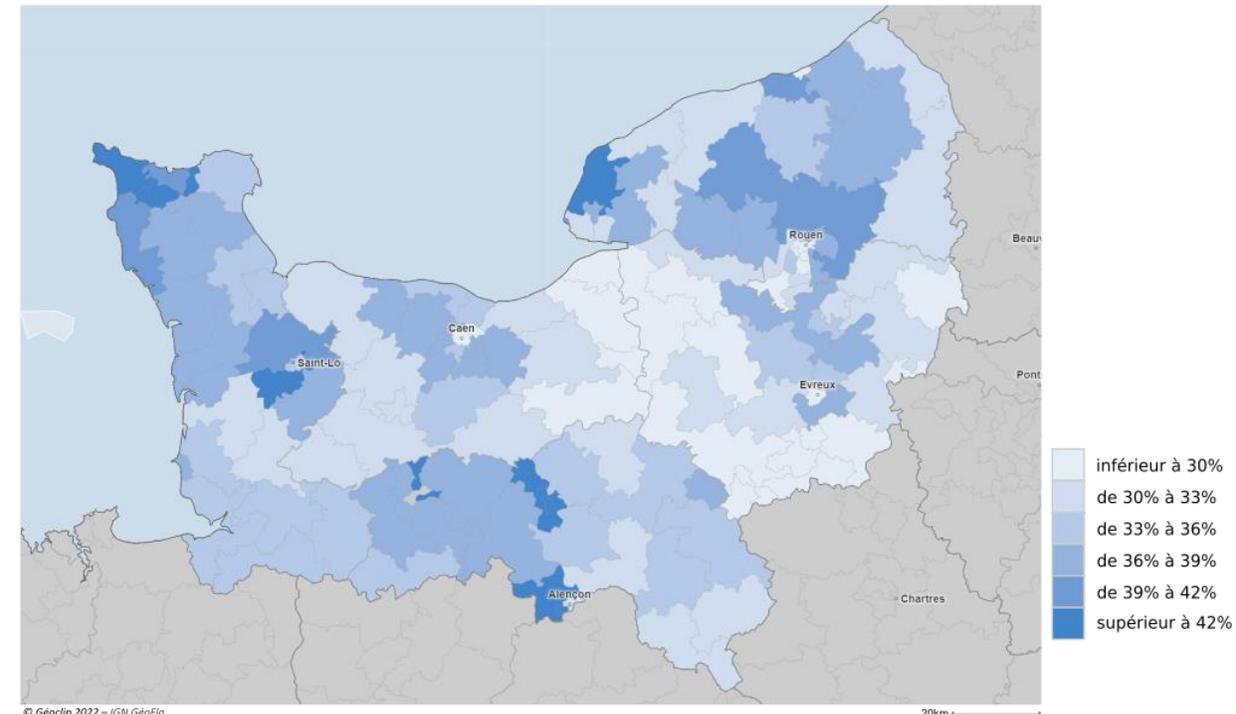
Le taux de participation en 2022-2023 au dépistage organisé du cancer colorectal est de :

- 38,0 % dans le Calvados
- 37,0 % dans l'Eure
- 40,4 % dans la Manche
- 38,0 % dans l'Orne
- 37,3 % dans la Seine Maritime

En Normandie, 35,1 % des hommes éligibles participent au dépistage organisé et 39,3 % des femmes. Ce taux de participation est inférieur à la participation attendue mais au-dessus de la participation de la France entière.

	Nombre de tests	Pop INSEE	Participation (%)	Participation Hommes (%)	Participation Femmes (%)
14	73 511	221 939	38,0	35,4	39
27	61 729	189 405	37	34,6	38,8
50	60 639	172 239	40,4	36,6	42,1
61	31 270	96 427	38,0	34,4	39,5
76	127 685	382 029	37,0	34,6	38,5
Normandie	354 834	1 062 039	37,3	35,1	39,3

Taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal par canton – vague 2022/2023



Taux de participation attendus : 45 % acceptable à 65 % recommandé
Participation France entière : 34,2% (35,4 femmes 32,8 hommes)



Recours aux dépistages organisés – DOCCU

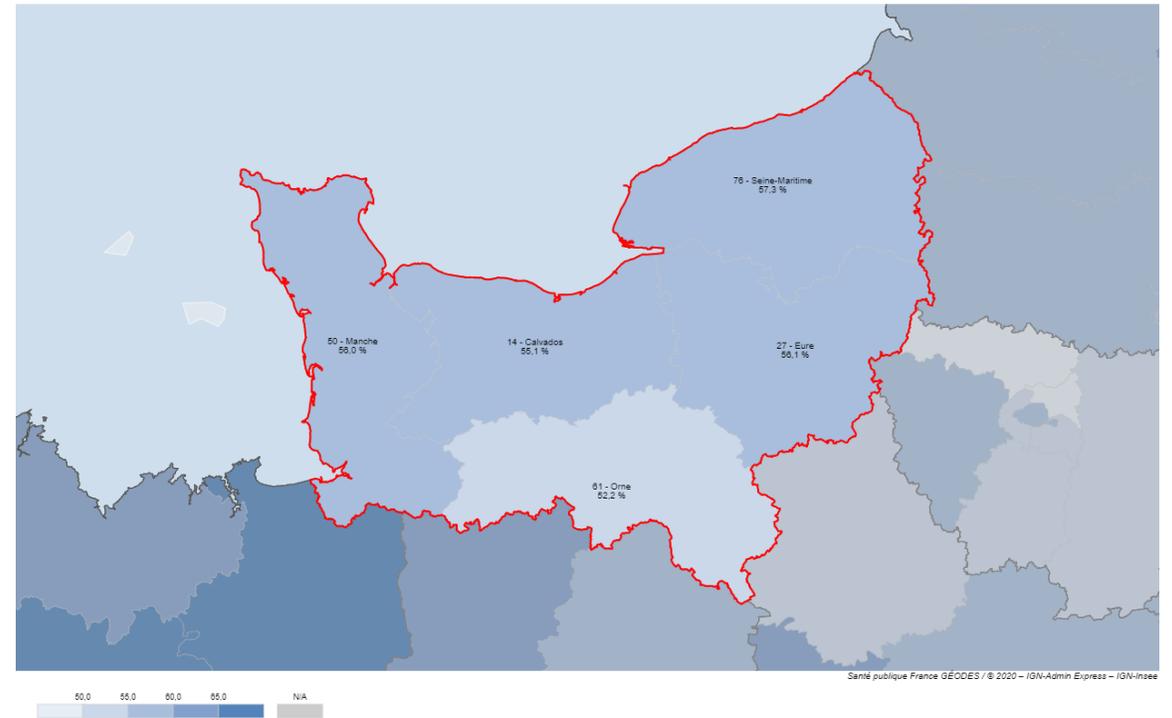
Le taux de participation en 2019-2021 au dépistage organisé du cancer de col de l'utérus est de :

- 55,1 % dans le Calvados
- 56,1 % dans l'Eure
- 56,0 % dans la Manche
- 52,2 % dans l'Orne
- 57,3 % dans la Seine Maritime

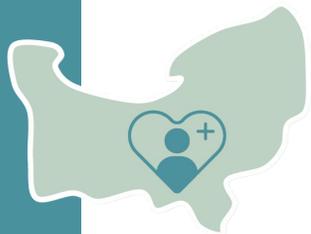
Celui-ci est de 56,0 % en Normandie.

Département	Participation 2019-2021
14. Calvados	55,1%
27. Eure	56,1%
50. Manche	56,0%
61. Orne	52,2%
76. Seine-Maritime	57,3%

Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus, 2019-2021 (%) - Source : SINDS (OCIR), Insee - Exploitation Santé publique France



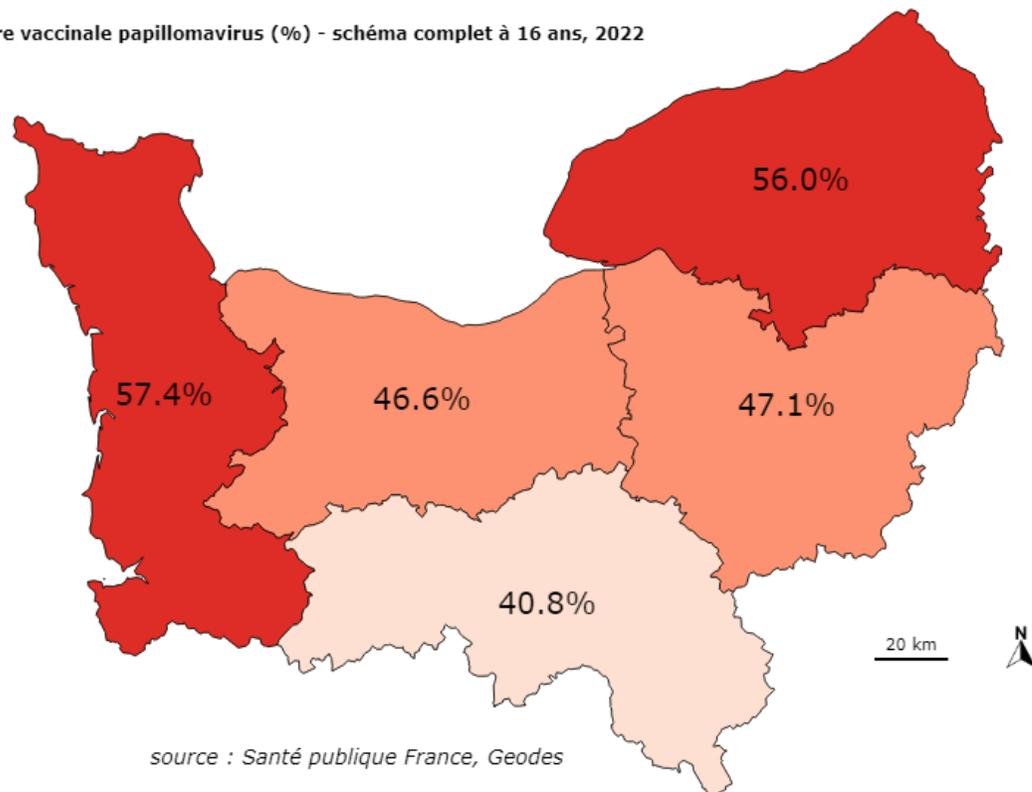
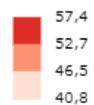
Objectifs : 80 % de taux de couverture - Participation France 2019-2021 : 59,7 %



Couverture vaccinale HPV

Couverture vaccinale papillomavirus (%) - schéma complet à 16 ans, 2022

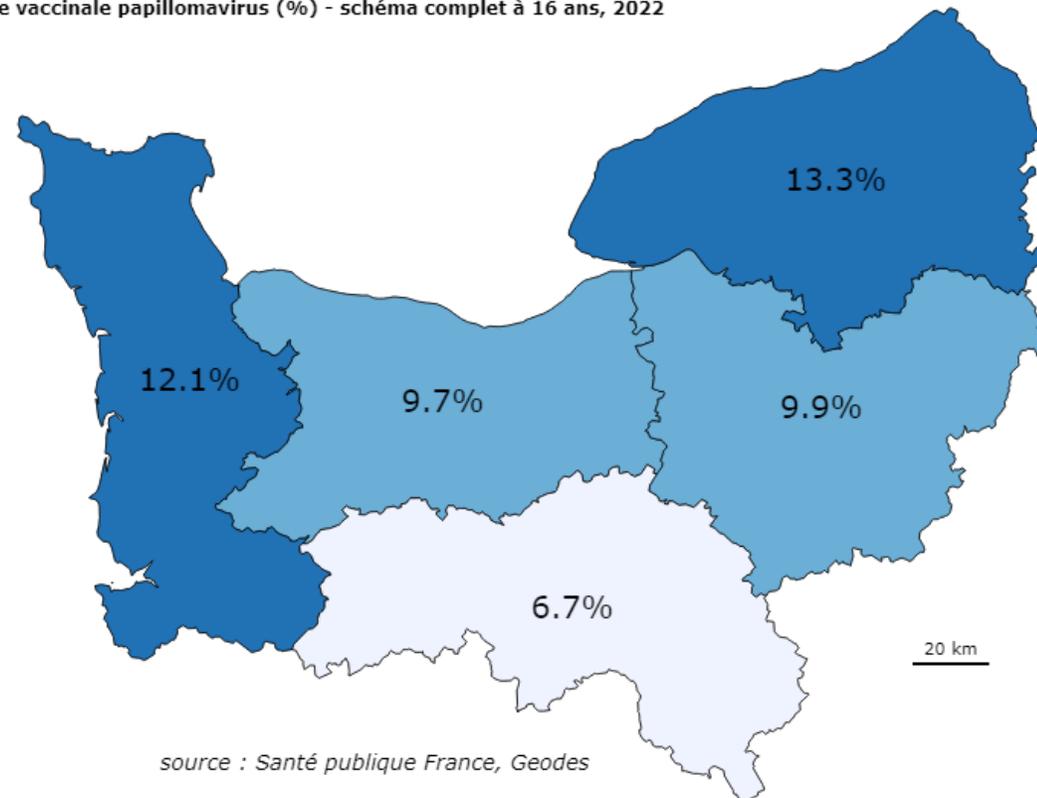
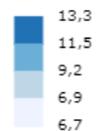
Fille



source : Santé publique France, Geodes

Couverture vaccinale papillomavirus (%) - schéma complet à 16 ans, 2022

Garçon



source : Santé publique France, Geodes

Objectifs de vaccination HPV : 80 % de taux de couverture en 2030



Glossaire

- **Densité de population** : Rapport entre l'effectif de la population d'une zone géographique et la superficie de cette zone
- **EDI** : Echange de Données Informatisées
- **EPCI** : Les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) sont des structures administratives permettant à plusieurs communes d'exercer des compétences en commun
- **Espérance de vie à la naissance** : Egale à la durée de vie moyenne d'une génération fictive qui connaîtrait tout au long de son existence les conditions de mortalité par âge de l'année considérée. C'est un indicateur synthétique des taux de mortalité par âge de l'année considérée
- **Facteurs de risque** : Élément qui peut favoriser le développement d'un cancer ou sa rechute
- **Incidence** : Nombre de cas apparus pendant une année au sein d'une population
- **Indice de vieillissement** : Rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans
- **IRIS** : Ilots Regroupés pour l'Information Statistique
- **Mortalité prématurée** : Nombre de décès, au cours de l'année, d'individus âgés de moins de 65 ans, rapporté à la population moyenne totale des moins de 65 ans de la même année
- **Nouvelles affections de longue durée (ALD)** : En France, est désignée comme affection de longue durée l'une des trente maladies figurant sur la liste conçue par l'assurance maladie française. Elle donne lieu à un remboursement intégral des soins, après établissement d'un protocole thérapeutique.
- **Prévalence** : Nombre de cas de maladies enregistrés pour une population déterminée et englobant aussi bien les nouveaux cas que les anciens cas
- **Rapport de dépendance** : Rapport de population âgée de moins de 20 ans et de 65 ans et plus sur celle des 20-64 ans
- **Taux standardisés** : Rapport entre le total de cas attendus et la population standard

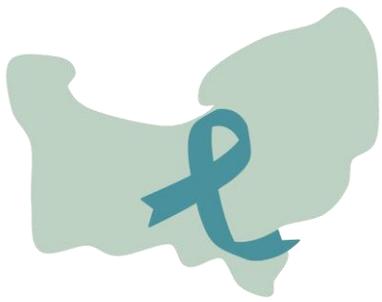


Ressources

- Diagnostic régional santé environnement - Contribution à l'actualisation menée dans le cadre du PRSE4
<https://orscreainormandie.org/ressources/detail-sante-environnement/>
- Insee : <https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/6798992/pyramide.htm#!y=2070&a=20,75&q&c=28>
- Réseau français des registres des cancers (réseau Francim), Service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices Civils de Lyon (HCL), Santé publique France, Institut national du cancer
- Inca : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Panorama-des-cancers-en-France-Edition-2022>

Sites Internet :

- <https://www.scoresante.org/>
- <https://geodes.santepubliquefrance.fr/>
- <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers>
- <https://orscreainormandie.org/>
- <http://www.normandieobservation.org/>



Comité de rédaction :

Anaïs BRIANT, OncoNormandie

Ludivine LAUNAY, Unité Anticipe (Inserm U1086) – MapInMed

Noémie LECAPLAIN, OncoNormandie

Céline LEROY, ARS Normandie

Mélanie MARTEL, Santé Publique France – CIRE Normandie

Yann POUGET, ARS Normandie

Marie-Christine QUERTIER, CRCDC-Normandie

Marine RENIER-MORIN, Unité Anticipe (Inserm U1086) - Facteurs de risque professionnels et environnementaux des cancers

Olivier SEREE, OncoNormandie

Annabelle YON, ORS-CREAI Normandie

Version Juillet 2024

contact : drcn@onconormandie.fr



Diagnostic Régional du Cancer en Normandie 2024