



Diagnostic Régional du Cancer en Normandie 2025





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
- Membres du Groupe de Travail et Partenaires du DRCN :
 - Céline LEROY, ARS Normandie
 - Yann POUGET, 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
 - Camille HUARD, 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

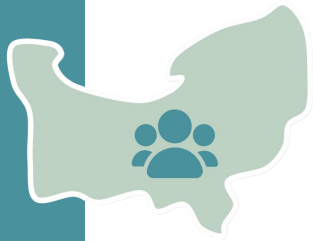
IV. Axe 4 : Recours aux soins

V. Axe 5 : Focus



AXE 1

Caractéristiques de la population



Caractéristiques de la population – Densité de la population

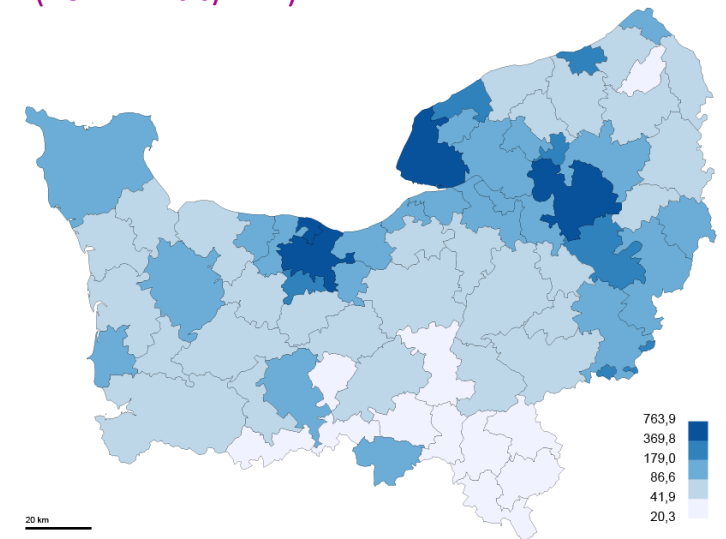
- Une densité de population de 111,6 km² en 2022, soit une **densité inférieure** à celle observée en France métropolitaine (121,1 hab/km²)
- Une population inégalement répartie sur le territoire avec trois grands pôles urbains (Rouen, Caen et Le Havre) et des territoires peu denses notamment dans le département de l'Orne
- Un taux de variation annuel moyen (2016-2022) de + 0,02 % contre + 0,35 % en France métropolitaine. Une perte de population marquée dans le département de l'Orne compensée par une augmentation de la population du Calvados.

Population, densité de population et taux de variation annuel moyen en Normandie (2022 – hab/km²)

	Population totale 2022	Densité de population 2022 (Hab/Km ²)	Taux de variation annuel moyen 2016-2022 (%)
Calvados	704 605	127,3	0,26
Eure	601 305	99,6	-0,04
Manche	496 815	83,5	-0,05
Orne	276 144	45,2	-0,54
Seine-Maritime	1 260 205	200,7	0,06
Normandie	3 339 074	111,6	0,02
France métropolitaine	65 846 255	121,1	0,35

Source : Insee RP 2022 et RP 2016
Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Densité de population par EPCI en Normandie (2022 – hab/km²)



Source : Insee RP 2022
Exploitation : ORS-CREAI Normandie



Caractéristiques de la population – Structure de la population

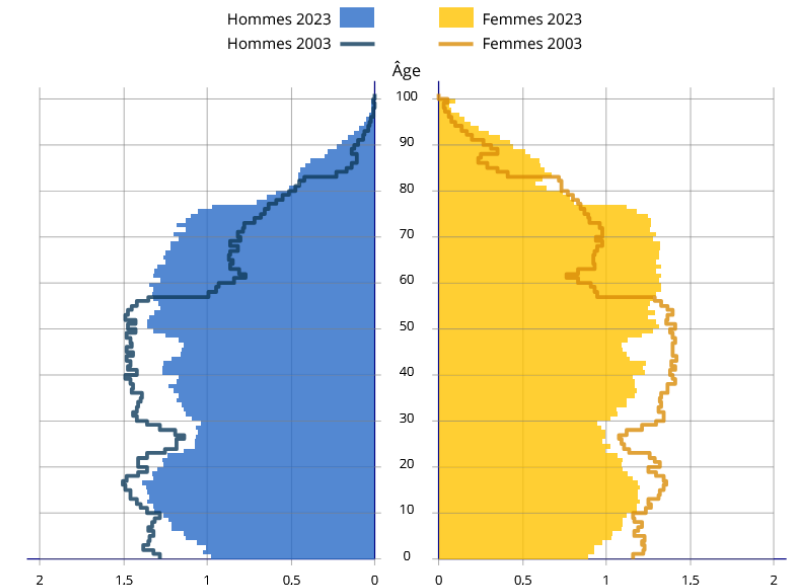
- 28,7 % de la population normande a moins de 25 ans, soit une proportion similaire au plan national. Les départements de l'Orne et de la Manche présentent la part de moins de 25 ans les moins élevées.
- A l'inverse, plus de 12 % de la population ornaise et manchoise a 75 ans ou plus.

Nombre de personnes et part de la population par grands groupes d'âge en Normandie en 2022

2022	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	204 227	29,0	292 950	41,6	133 297	18,9	74 132	10,5
Eure	176 350	29,3	263 264	43,8	107 679	17,9	54 011	9,0
Manche	126 677	25,5	204 512	41,2	103 646	20,9	61 980	12,5
Orne	71 011	25,7	109 440	39,6	59 150	21,4	36 544	13,2
Seine-Maritime	380 714	30,2	537 273	42,6	220 503	17,5	121 715	9,7
Normandie	958 978	28,7	1 407 439	42,2	624 275	18,7	348 382	10,4
France métropolitaine	19 135 153	29,0	28 824 770	43,8	11 356 766	17,2	6 529 566	9,9

Source : Insee RP 2022
Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Pyramide des âges en Normandie au 1^{er} Janvier 2023



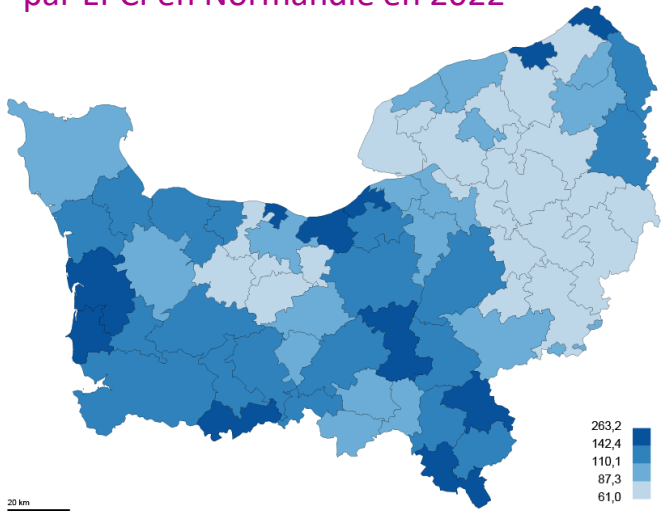
Source et exploitation : Insee, Estimation de population



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 2022



Source : Insee RP 2022
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 2022

2022	Calvados	Eure	Manche	Orne	Seine-Maritime	Normandie	France métropolitaine
Nombre de personnes de 75 ans et plus	74 132	54 011	61 980	36 544	121 715	348 382	6 529 566
Part des 75 ans et plus (%)	10,5	9	12,5	13,2	9,7	10,4	9,9
Taux d’accroissement annuel moyen de la population de 75 ans et plus (%) 2016-2022	1,45	1,35	0,48	0,24	1,10	1,01	1,29
Rapport de dépendance (%)	84,5	82,8	89,5	94,2	81,8	84,6	79,7
Indice de vieillissement (%)	100,3	82,1	122,4	128,2	86,8	96,6	89,9
Indice de grand vieillissement (%)	39,8	36,3	44,8	46,3	40,1	40,8	41,3

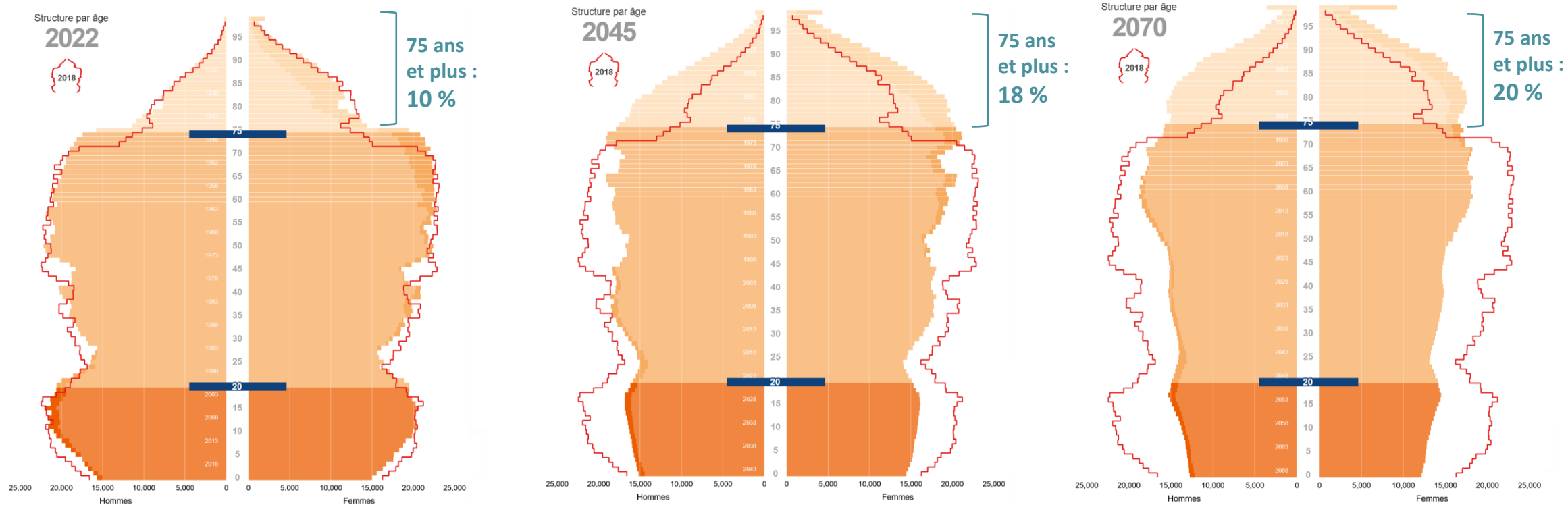
Rapport de dépendance : rapport de population âgée de moins de 20 ans et de 65 ans et plus sur celle des 20-64 ans.
Indice de vieillissement : rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans.



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



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

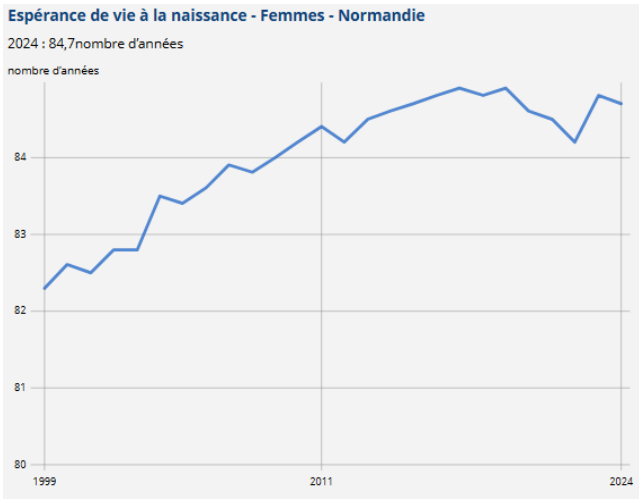
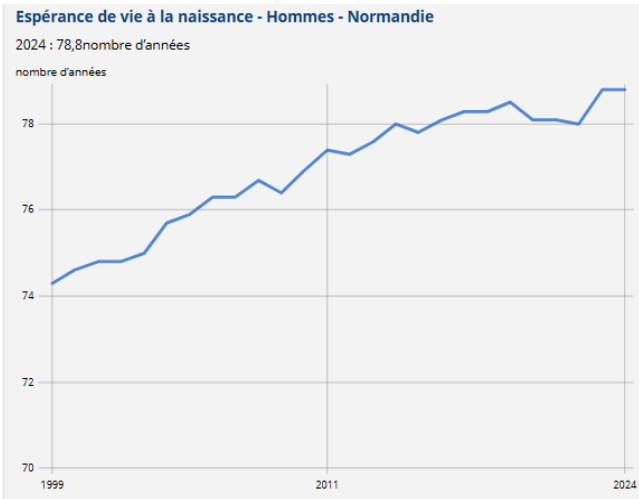
- Une espérance de vie à la naissance parmi les plus faibles de Métropole
 - Hommes : **78,8 ans** vs 80,1 ans en Fr. métropolitaine
 - Femmes : **84,7 ans** vs 85,7 ans en Fr. métropolitaine

Espérance de vie à la naissance et à 60 ans en Normandie en 2024

2024	Espérance de vie à la naissance (en année)		Espérance de vie à 60 ans (en année)	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Calvados	79,1	84,9	22,9	27,3
Eure	78,4	84,6	22,3	26,7
Manche	78,9	85,1	22,9	27,3
Orne	78,2	85,0	23,0	27,2
Seine-Maritime	78,8	84,4	22,7	27,0
Normandie	78,8	84,7	22,7	27,1
France métropolitaine	80,1	85,7	23,7	27,8

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

Évolution de l’espérance de vie à la naissance entre 1999 et 2024, par sexe, en Normandie



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.

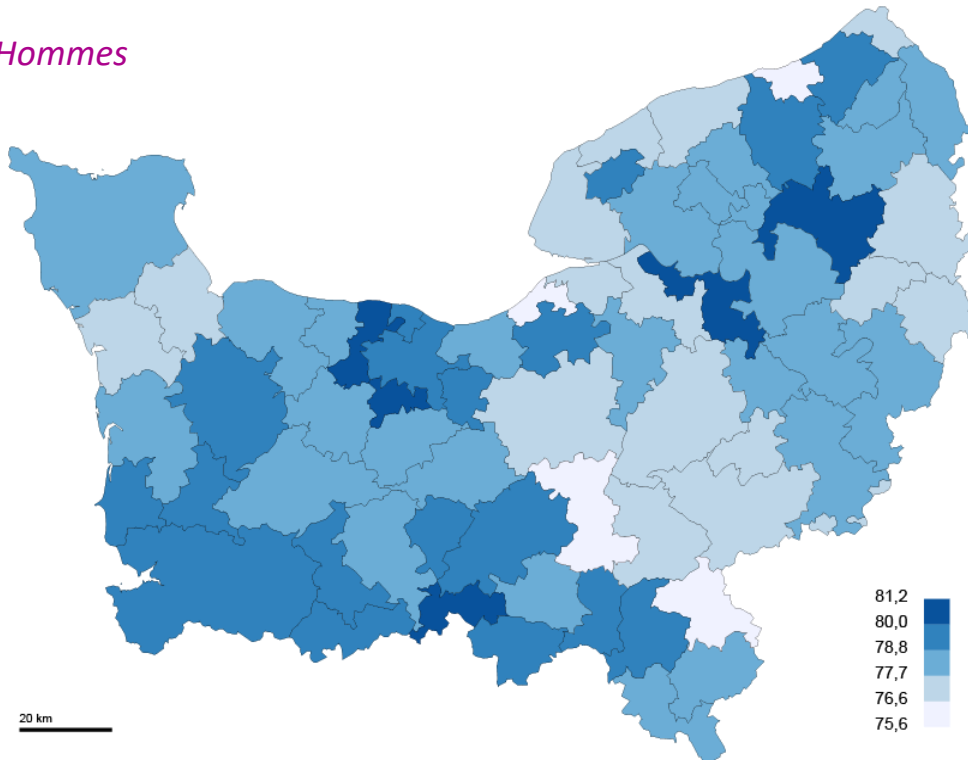


Caractéristiques de la population – Espérance de vie

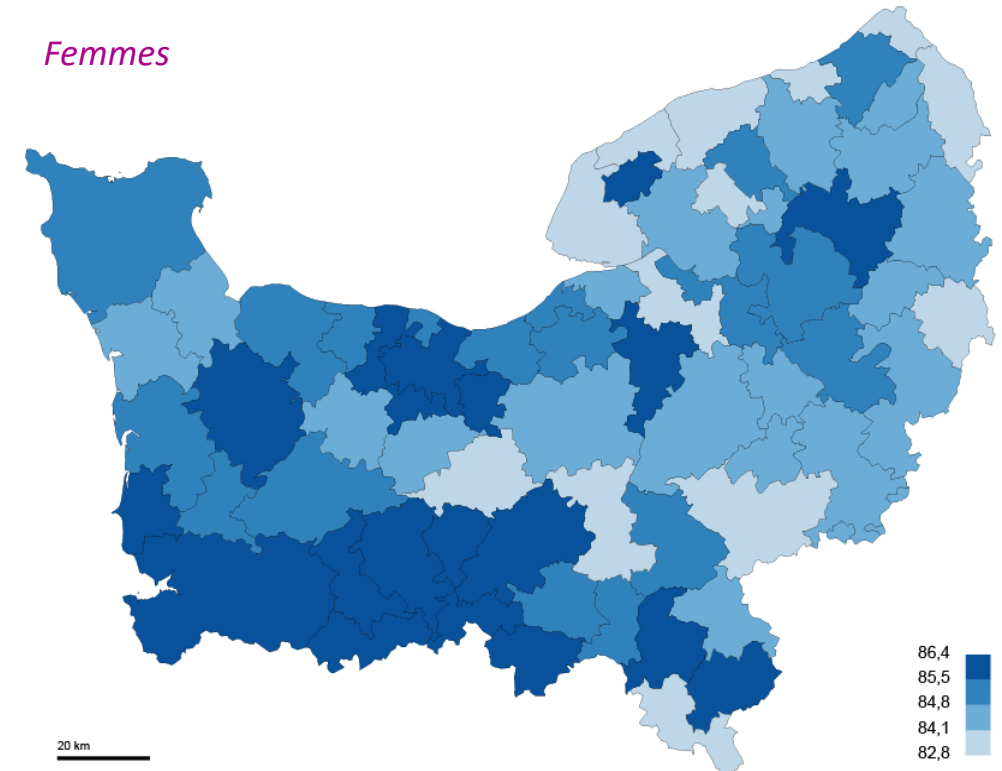
- Une espérance de vie contrastée selon les territoires considérés

Espérance de vie à la naissance par sexe à l'échelle des EPCI en Normandie (2017-2023)

Hommes



Femmes

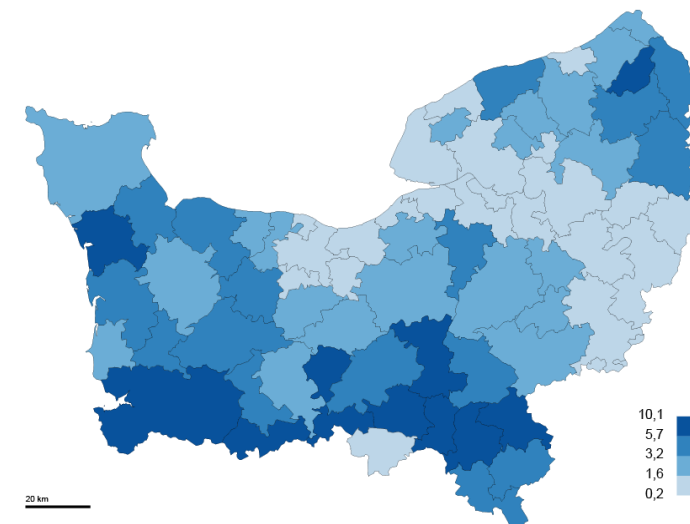




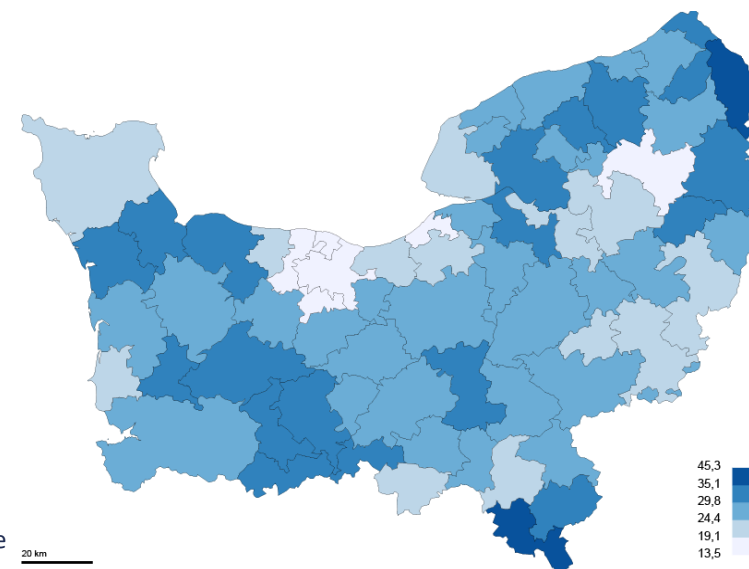
Caractéristiques de la population – Catégories socioprofessionnelles

- Un taux de chômage régional de 11,3 % similaire au plan national qui cache des disparités territoriales marquées. Un taux de chômage particulièrement élevé dans le département de la Seine-Maritime (12,9 % contre 11,2 % en France métropolitaine) et bas dans le département de la Manche (8,7 %).
- 14,3 % des actifs occupés sont des cadres et professions intellectuelles supérieures, soit une proportion nettement inférieure au plan national (20,4 %). A l'inverse, une part plus élevée d'ouvriers (24,5 % contre 19,4 % au plan national).
- 1,8 % des actifs occupés sont agriculteurs exploitants (1,3 % en France métropolitaine). Une proportion qui atteint respectivement 4,4 % et 3,6 % 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 (2022 - %)



Part d'agriculteurs exploitants de 15 ans et plus ayant un emploi par EPCI en Normandie (2022 - %)

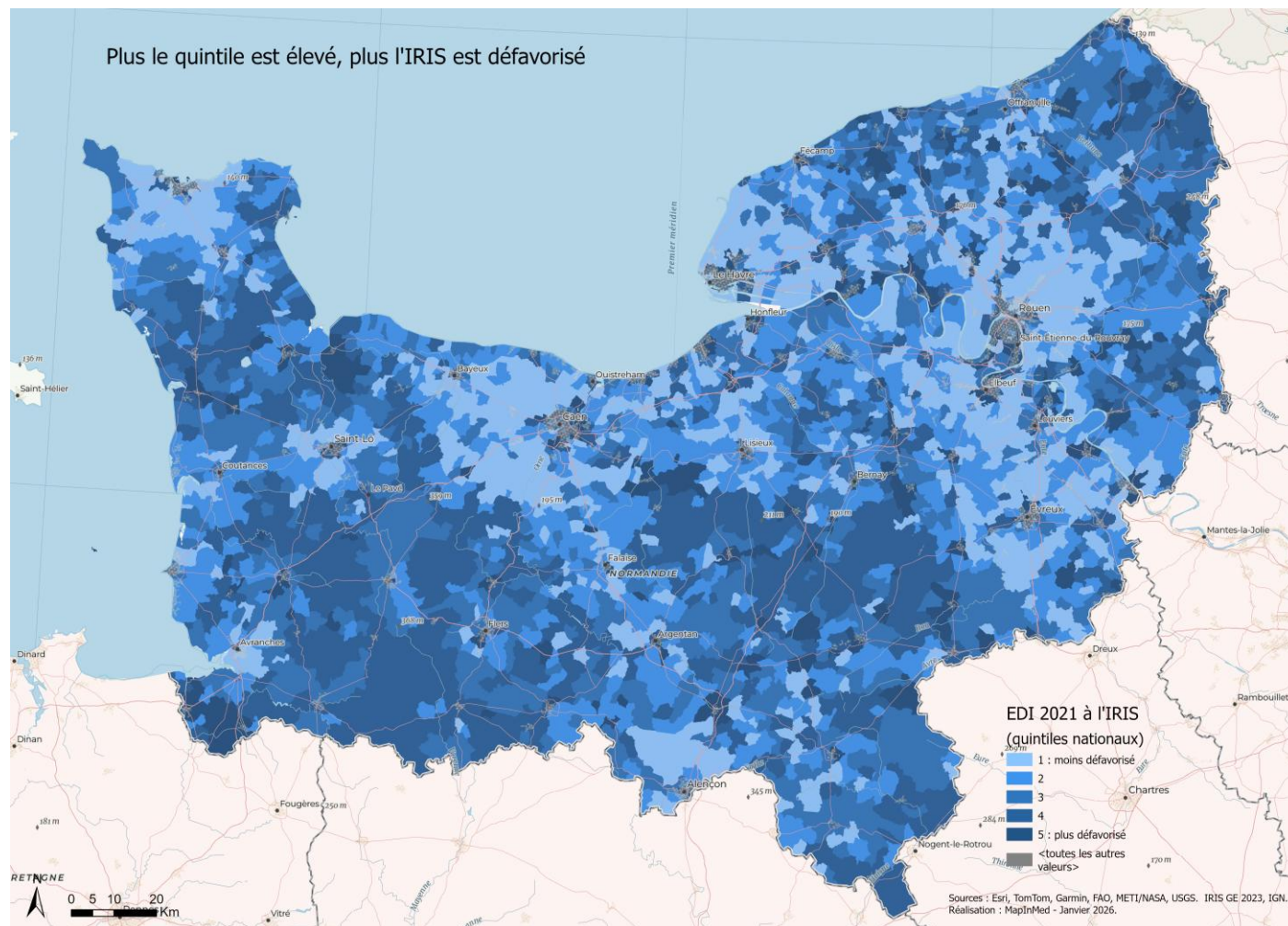


Source : Insee RP 2022
Exploitation : ORS-CREAI Normandie



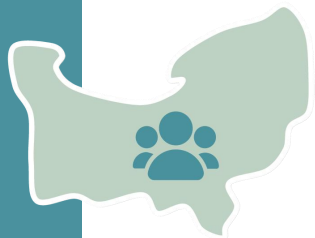
Caractéristiques de la population – Défavorisation sociale

Indice de défavorisation sociale en Normandie (EDI) - 2021



- 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

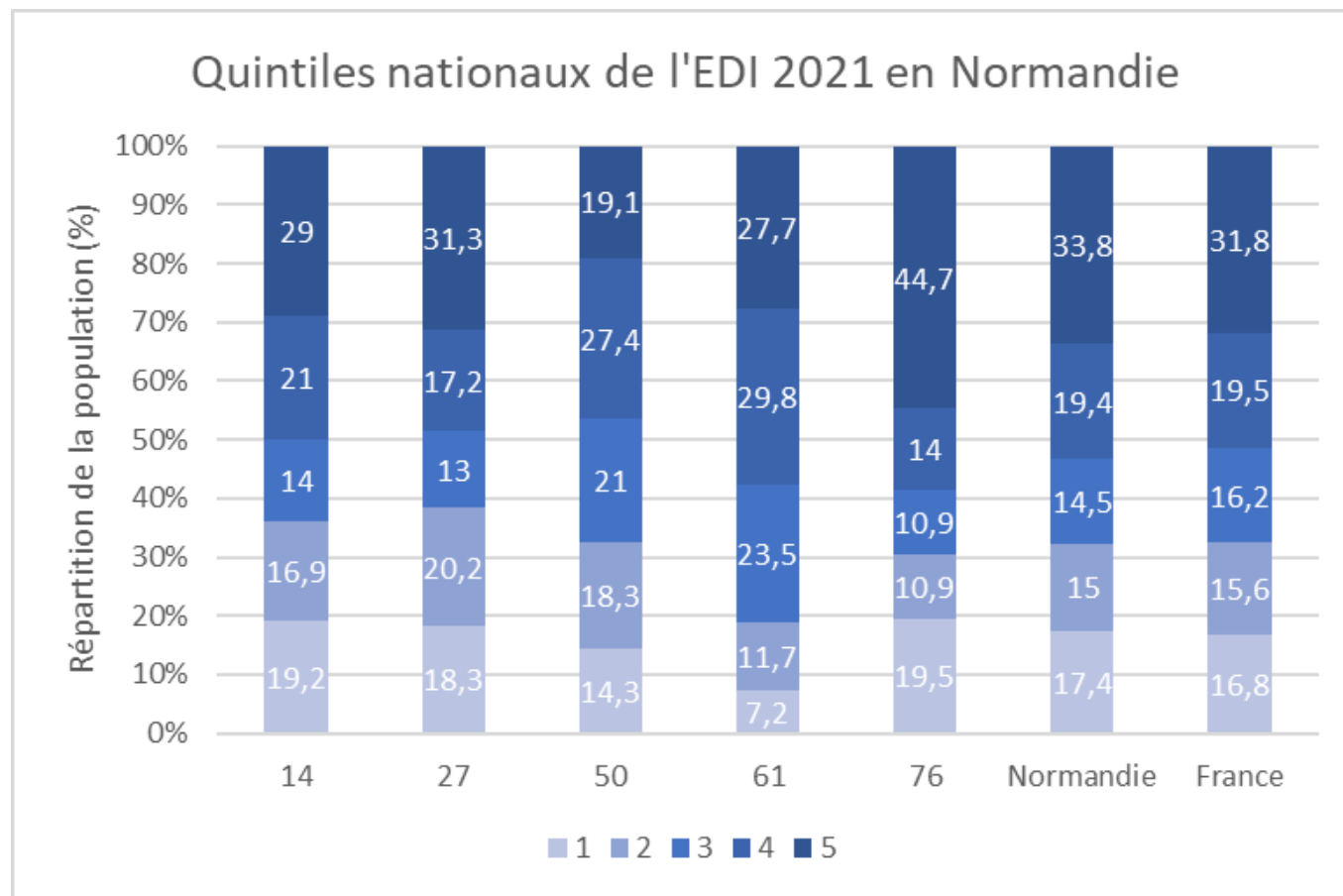
L'EDI (European Deprivation Index) est un indice de défavorisation sociale basé sur le concept de déprivation relative. Sa construction tient compte à la fois des pauvretés objective, subjective et des conditions d'existence. Il est calculé à partir des données de l'enquête européenne EUSILC d'EUROSTAT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

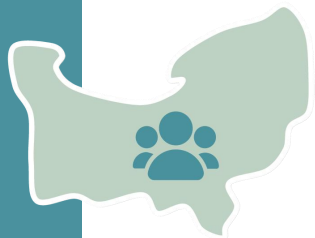


Caractéristiques de la population – Défavorisation sociale

- En 2021, **33,8% de la population normande résidait dans un IRIS très défavorisé** (quintile 5) contre 31,8% en France métropolitaine
- Une forte **hétérogénéité entre les départements** : une part de la population des IRIS les plus défavorisés allant de 19,1% dans la Manche, 29,0% dans le Calvados, 27,7% dans l'Orne, 31,3% dans l'Eure et près de 44,7% dans la Seine Maritime

Chaque quintile comprend 20% des IRIS de la France métropolitaine



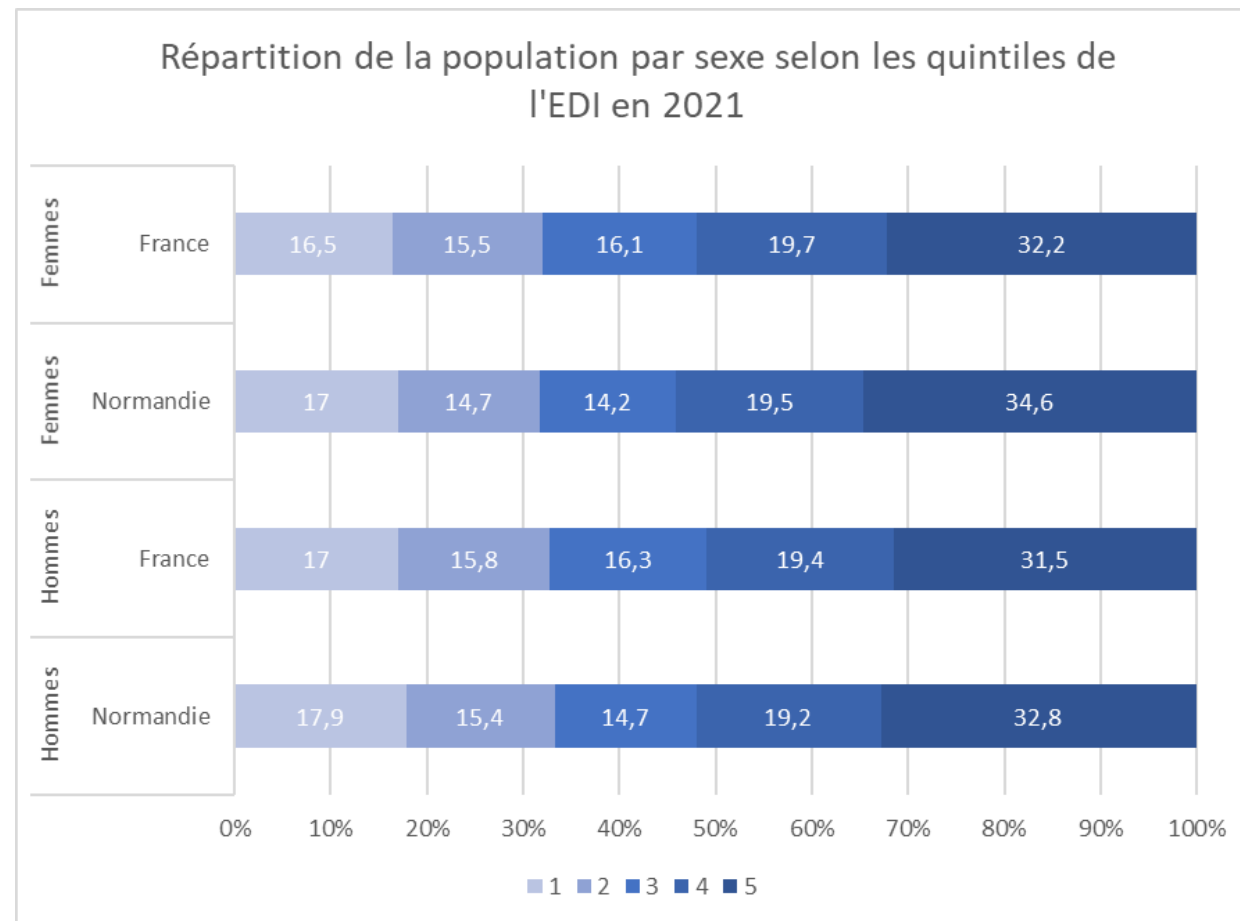


Caractéristiques de la population – Défavorisation sociale

En Normandie :

32,8 % des hommes et 34,6% des femmes résidaient dans un IRIS très défavorisé

Chaque quintile comprend 20% des IRIS de la France métropolitaine

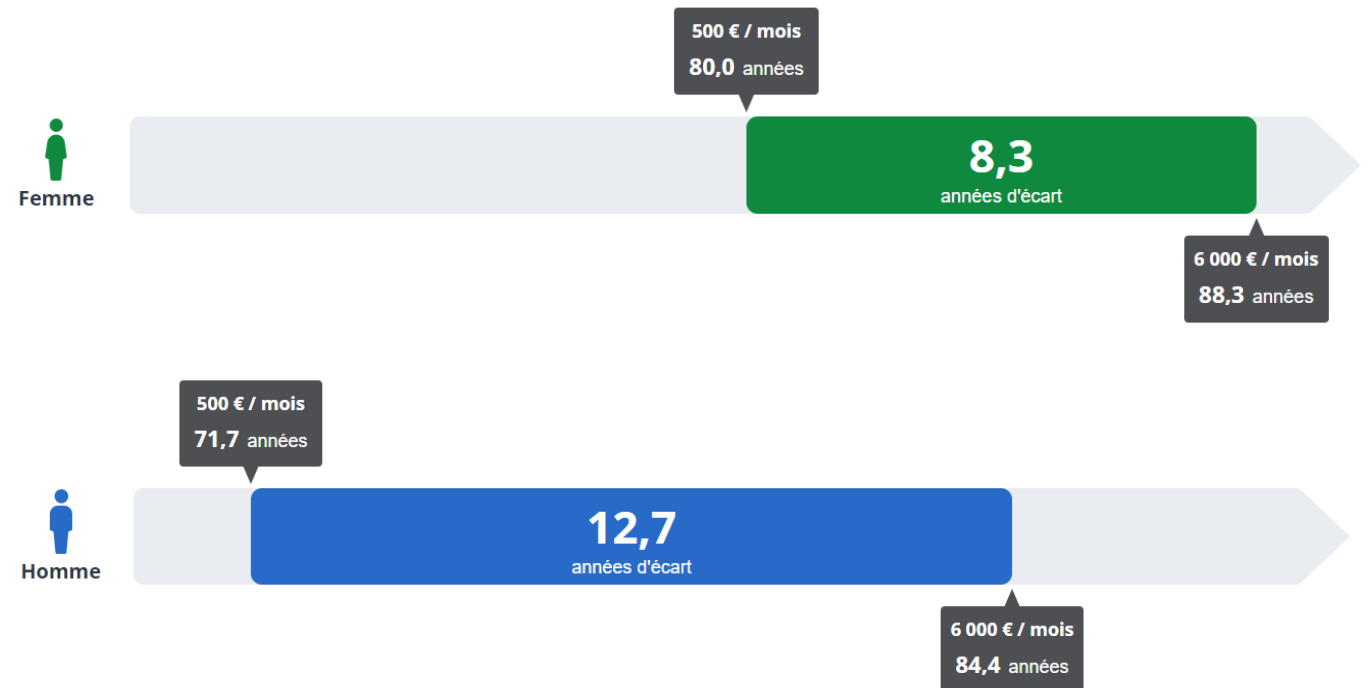




Caractéristiques de la population – Inégalités sociales de santé

- 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





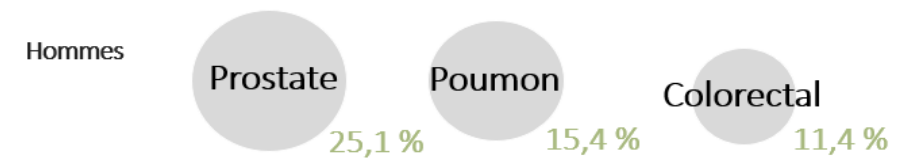
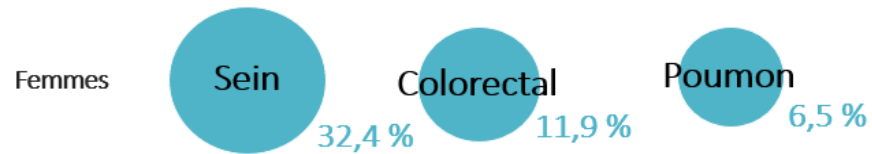
AXE 2

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)

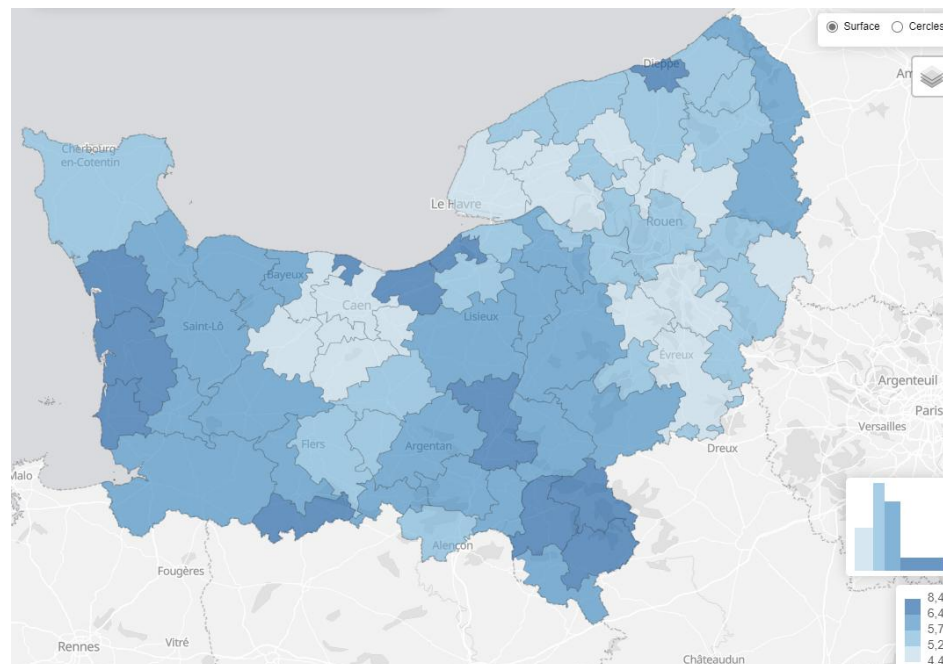
	Hommes		Femmes	
	Effectif annuel moyen de nouveaux cas de cancers	Taux d'incidence standardisés	Effectif annuel moyen de nouveaux cas de cancers	Taux d'incidence standardisés
Calvados	2 208	364,9	1 797	263,3
Eure	1 850	369,3	1 396	256,8
Manche	1 794	352,6	1 349	248,6
Orne	1 037	343,2	784	250,0
Seine-Maritime	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



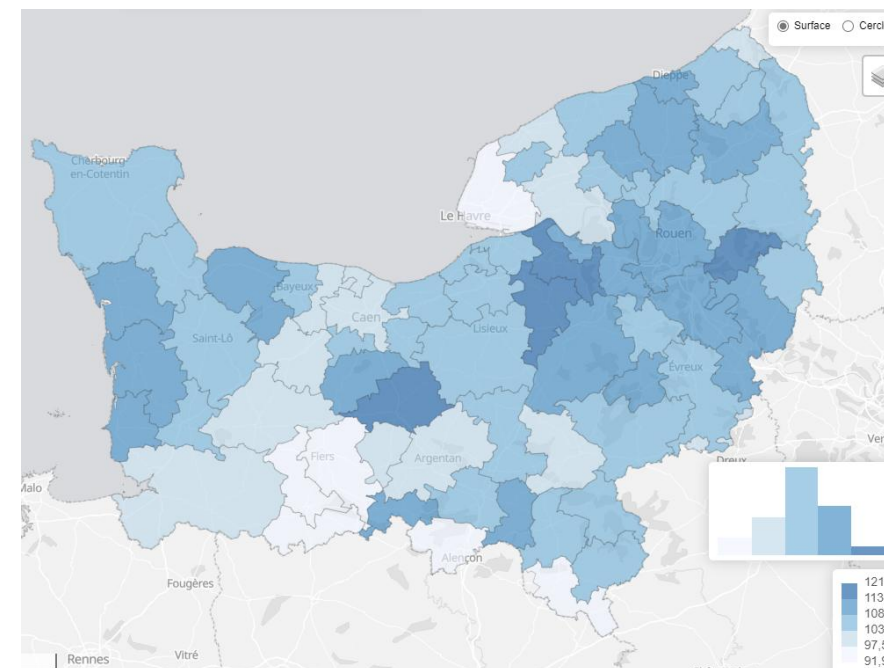
Prévalence, Incidence et Nouvelles ALD des cancers

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 Lieuvin 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 %

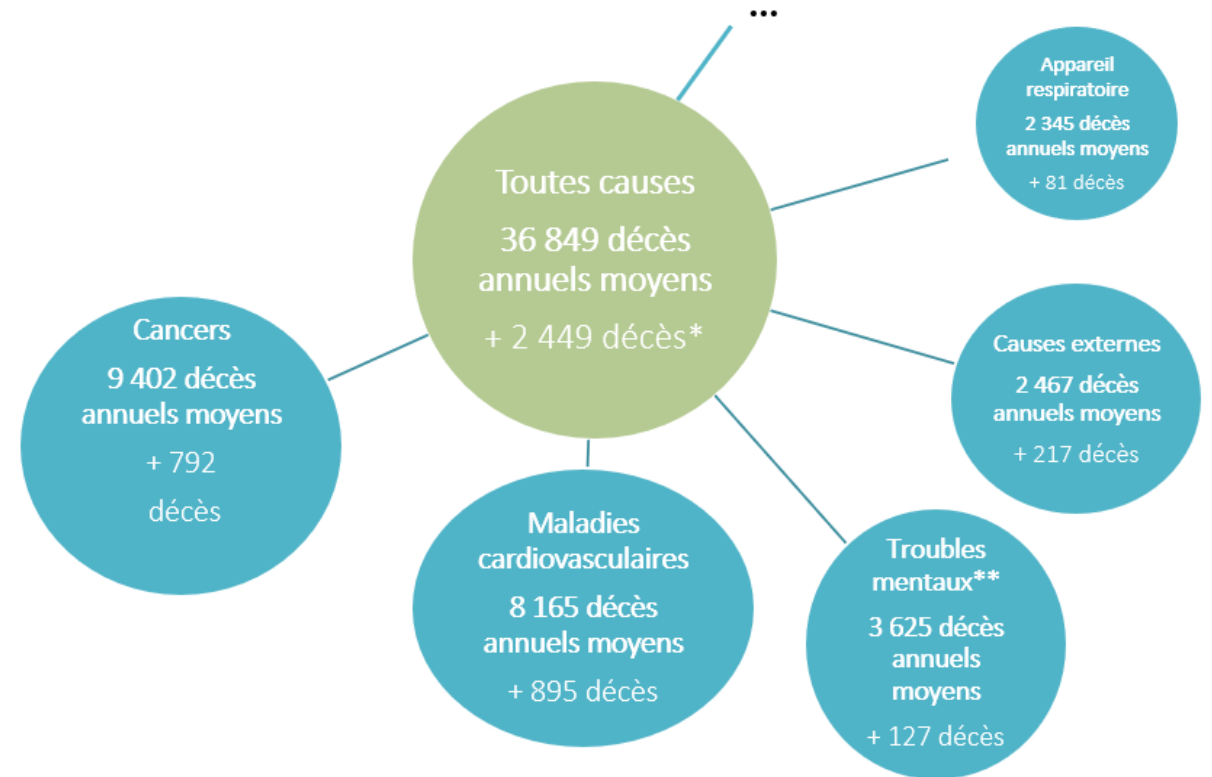
chez les hommes

+ 6 %

chez les femmes

36 849 : nombre de décès annuels moyens toutes causes et tous âges en 2021-2023 en Normandie
+ 2 449 : nombre de décès annuels moyens observés supplémentaire (parmi les 36 849) 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 (2021-2023) 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 : + 20 % chez les hommes et + 15 % 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

Différentiel de mortalité prématurée en Normandie (2021-2023)

	<i>Calvados</i>	<i>Eure</i>	<i>Manche</i>	<i>Orne</i>	<i>Seine-Maritime</i>	<i>Normandie</i>
<i>Hommes</i>	+ 14%	+ 18%	+ 21%	+ 25%	+ 23%	+ 20%
<i>Femmes</i>	+ 14%	+ 18%	+ 11%	+ 11%	+ 18%	+ 15%

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

Mortalité prématurée : décès survenus avant 65 ans

***Aide à la lecture** : la Seine-Maritime présente un différentiel de mortalité, prématurée chez les hommes de + 23 % par rapport à la France hexagonale et de + 18 % chez les femmes.

Le différentiel de mortalité se base sur les taux comparatifs de mortalité : Taux que l'on observerait sur un territoire donné si ce dernier avait la même structure par âge que la population de référence ou population type (RP année x). Cette méthode (dite aussi de la population type) élimine les effets de la structure par âge et permet des comparaisons de la mortalité dans le temps et dans l'espace. En effet, la mortalité brute peut être trompeuse. Une région avec une population plus âgée aura mécaniquement un taux de mortalité plus élevé. À l'inverse, une région plus jeune aura un taux plus faible, même si les conditions de santé y sont moins favorables. Le taux comparatif de mortalité corrige cet effet en ajustant la structure d'âge, ce qui permet une comparaison équitable entre territoires.

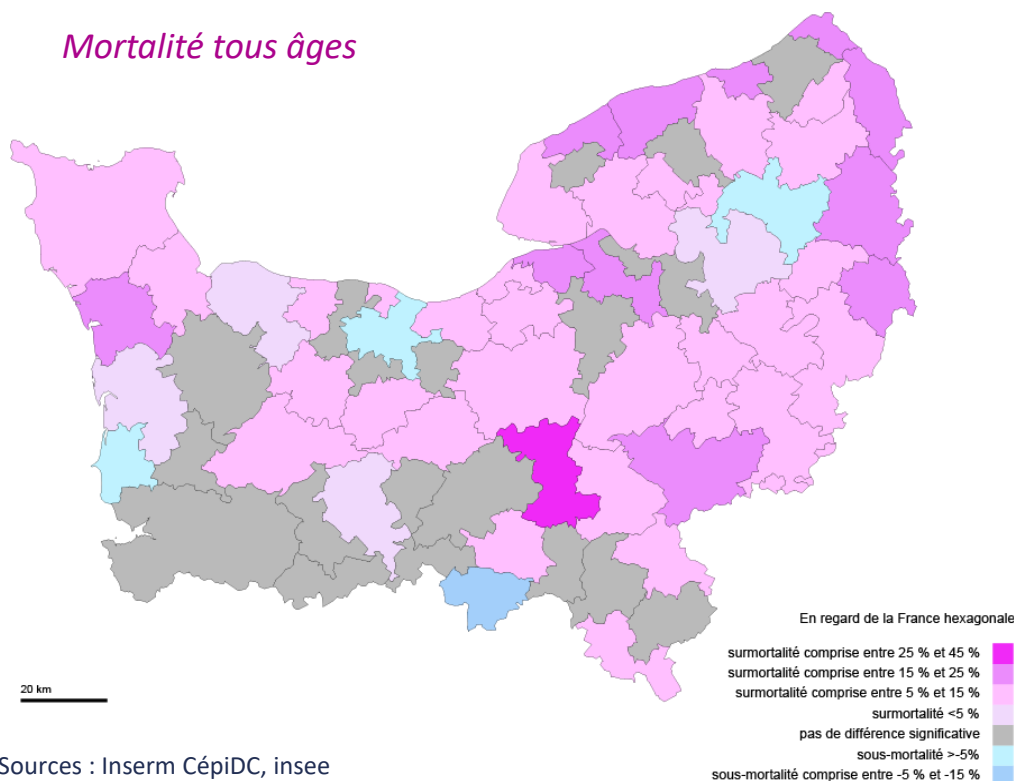


Mortalité – Mortalité toutes causes

- Des disparités territoriales marquées

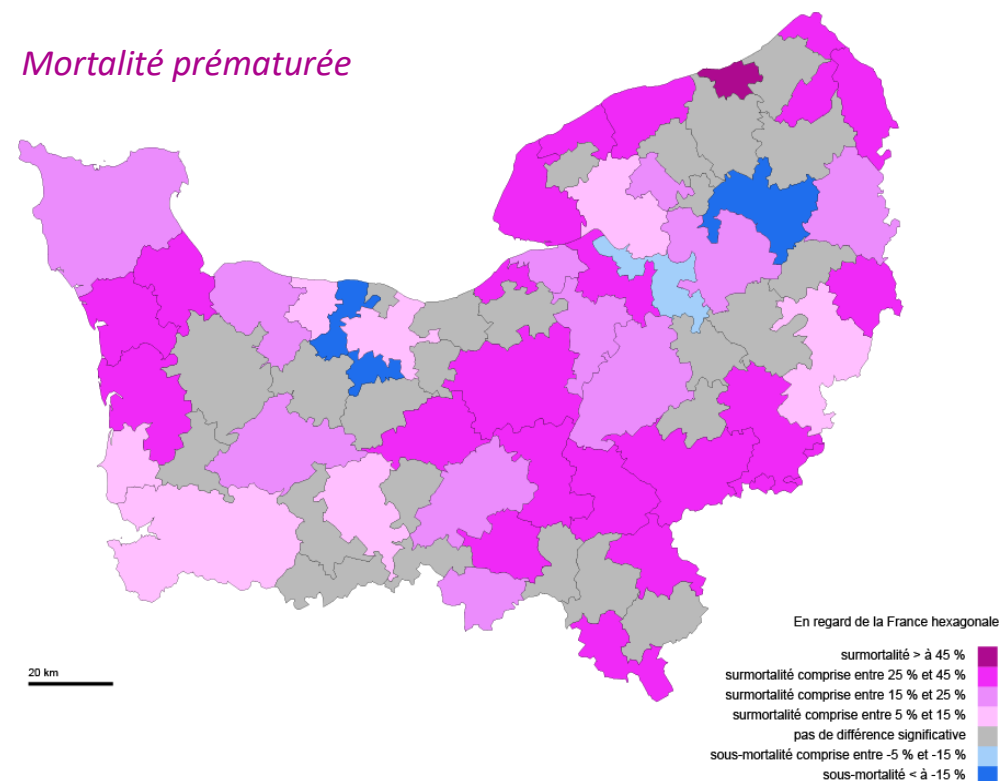
Classe du différentiel de mortalité par EPCI en Normandie en regard de la France métropolitaine (2017-2023)

Mortalité tous âges



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

Mortalité prématurée



Aide à la lecture : L'EPCI Région dieppoise présente un différentiel de mortalité prématurée supérieur à + 45 % par rapport à la France métropolitaine.



Mortalité – Mortalité par cancers

Vue d'ensemble

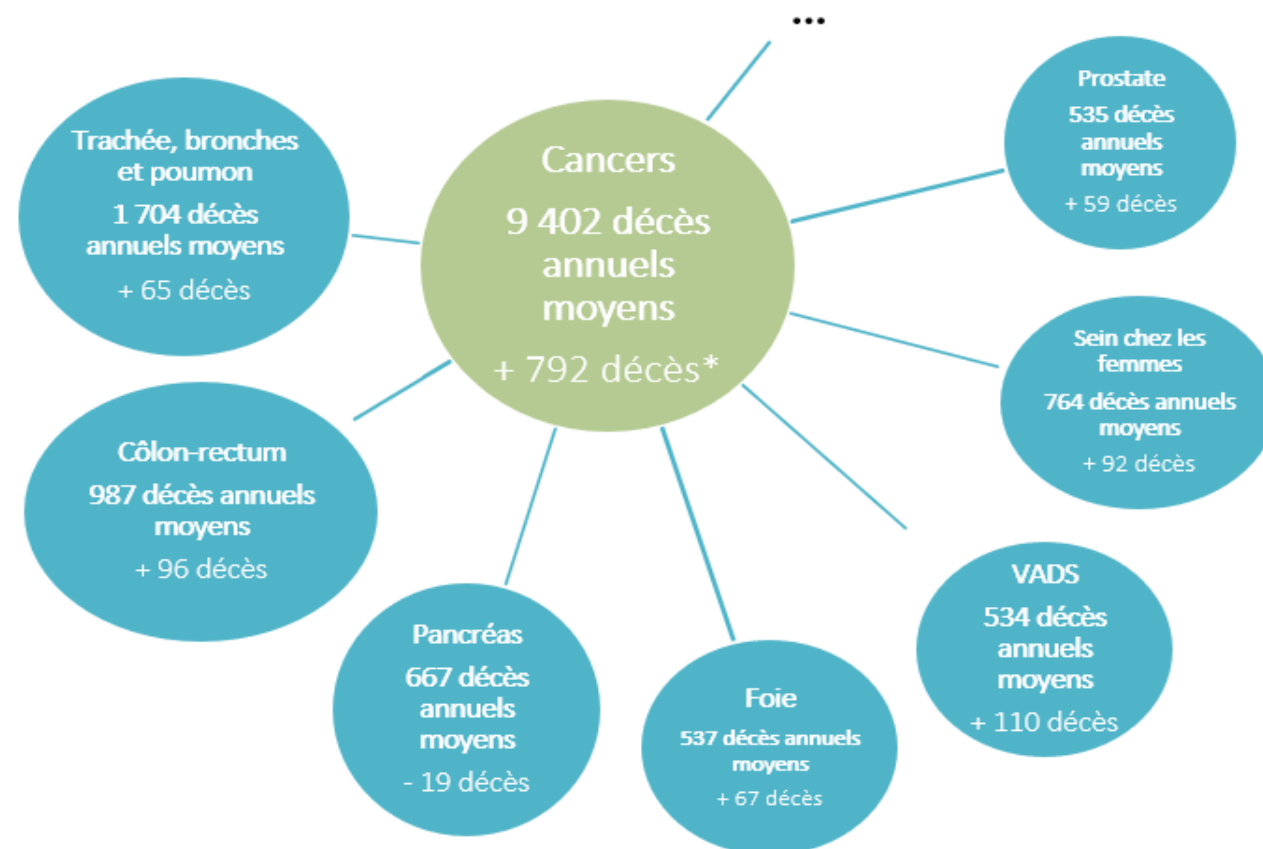
- Un différentiel de mortalité générale par cancers de **+ 9 %** par rapport à la France métropolitaine et de **+ 16 %** pour la mortalité prématurée par cancer.
- Une **surmortalité régionale sans surincidence** qui peut s'expliquer par :
 - davantage de cancers de mauvais pronostics,
 - un retard de prise en charge,
 - un environnement socio-économique plus dégradé.

* Aide à la lecture :

9 402 : nombre de décès annuels moyens tous âges par cancer en 2021-2023 en Normandie

+ 792 : nombre de décès annuels moyens observés supplémentaire par cancer (parmi les 9 402) 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 (2021-2023) et écart entre les décès observés et attendus si la situation normande était similaire à la



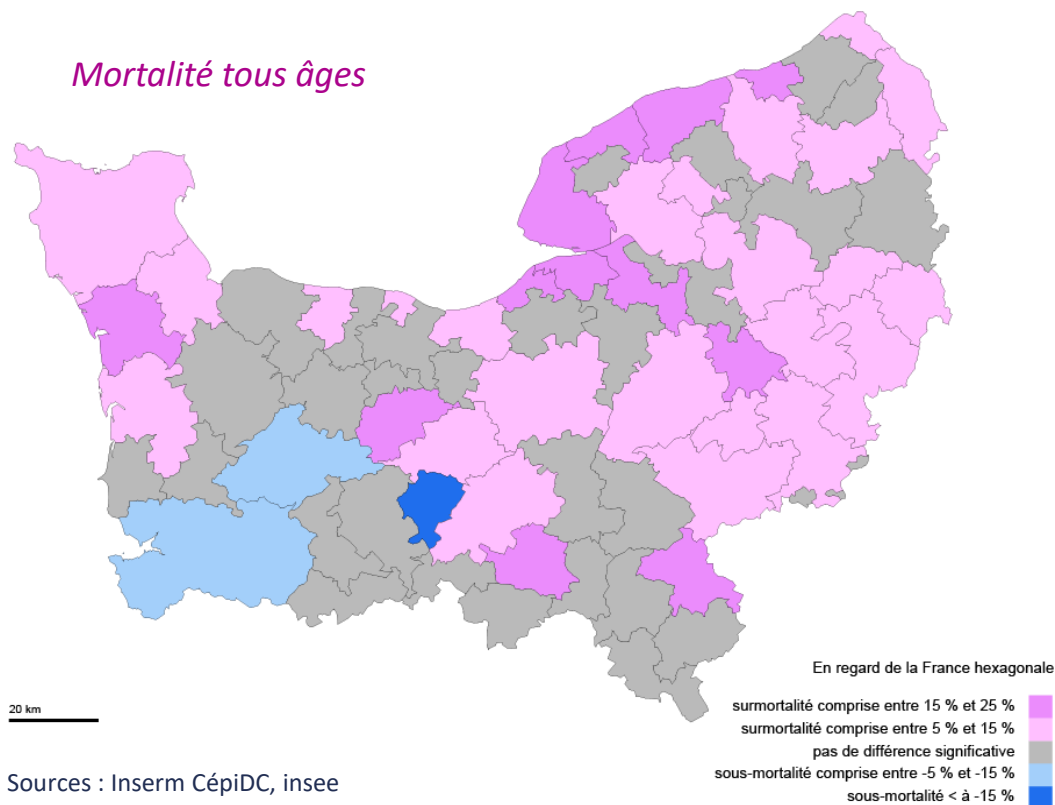


Mortalité – Mortalité par cancers

- Des disparités territoriales marquées

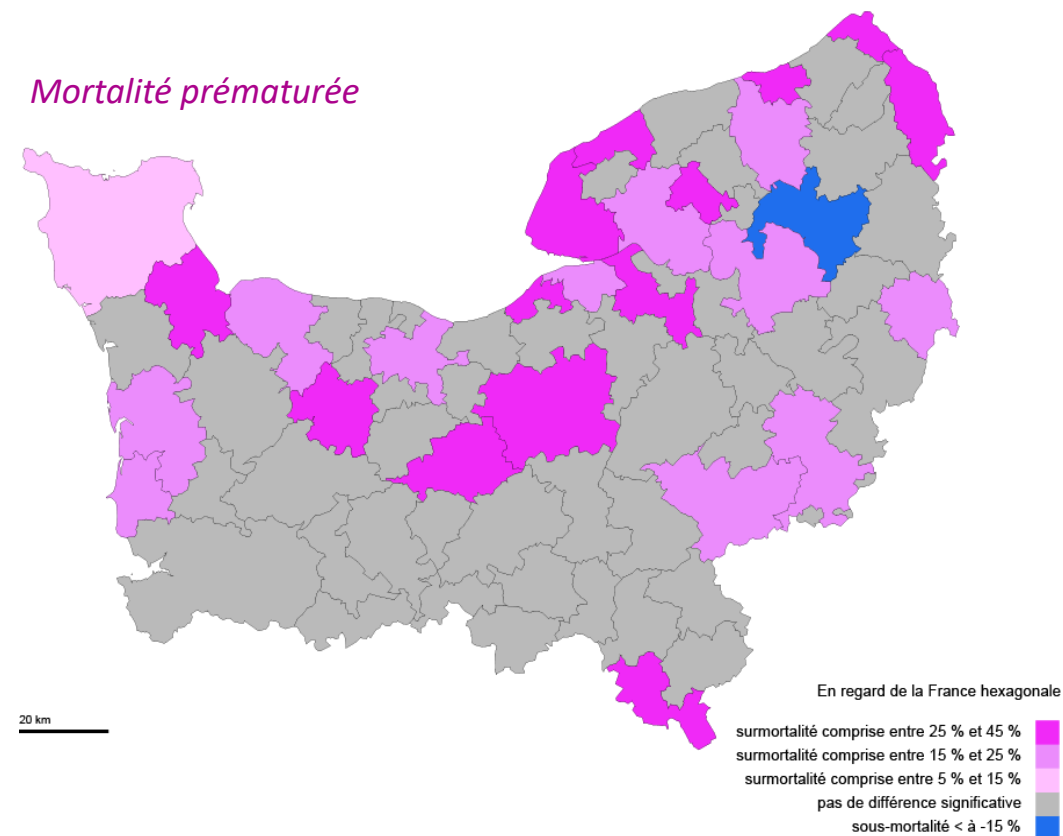
Classe du différentiel de mortalité par **cancers** par EPCI en Normandie en regard de la France métropolitaine (2017-2023)

Mortalité tous âges



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

Mortalité prématurée



Aide à la lecture : L'EPCI Région dieppoise présente un différentiel de mortalité prématurée supérieur à + 45 % par rapport à la France métropolitaine.



Cancers spécifiques – Voies Aérodigestives Supérieures

Affections de longue durée (2021-2023) :

- 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 et Eure : départements les plus concernés

Mortalité (2021-2023) :

Une surmortalité par cancers des VADS **de + 26 %** par rapport à la France métropolitaine (une surmortalité constatée pour l'ensemble des départements)

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 2021-2023
(Tx p. 100 000 hab / Pop réf – France métropolitaine)

	Nombre annuel de nouvelles admissions en ALD pour cancer des VADS 2021-2023	TSALS (sur l'âge) 2021-2023	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	216	30,5	Pas de différence significative
Eure	188	32,4	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Manche	166	30,1	Pas de différence significative
Orne	99	31,3	Pas de différence significative
Seine-Maritime	396	32,9	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Normandie	1 066	30,7	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
France métropolitaine	18 186	28,9	-

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 2022)



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 similaire au plan national
- Seine-Maritime et Eure, des départements particulièrement concernés

Mortalité :

- Une surmortalité par cancers de la trachée, des bronches et des poumons inférieures à **+ 4 %** 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 des de la trachée, des bronches et du poulmon en Normandie en 2021-2023
(Tx p. 100 000 hab / Pop réf – France métropolitaine)

	Nombre annuel de nouvelles admission en ALD pour cancer de la trachée, des bronches et du poumon 2021-2023	TSALS (sur l'âge) 2021-2023	Classe du différentiel d'admisison en ALD en regard de la France hexagonale (standardisation sur l'âge) avec un TSALD significativement différent au seuil 5 %
Calvados	374	52,8	Pas de différence significative
Eure	329	56,9	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Manche	273	49,0	Différence significative comprise entre - 5 % et -10 %
Orne	158	49,8	Pas de différence significative
Seine-Maritime	671	55,9	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Normandie	1 805	53,7	Pas de différence significative
France métropolitaine	32 915	52,4	-

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 2022)



Cancers spécifiques – Sein

Affections de longue durée :

- **3 739 nouvelles admissions en ALD** pour cancer du sein chez les femmes
- Un taux standardisé de nouvelles admissions en ALD supérieur au plan national (différentiel < + 5 %)
- Le Calvados, département particulièrement concerné

Mortalité :

- Une surmortalité par cancers du sein comprise entre **+ 5 % et + 15 %** par rapport à la France métropolitaine
- Une surmortalité significative pour les départements du Calvados, 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 2021-2023
(Tx p. 100 000 hab / Pop réf – France métropolitaine)

	Nombre annuel de nouvelles admission en ALD pour cancer du sein 2021-2023	TSALS (sur l'âge) 2021-2023	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	820	217,9	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Eure	650	212,4	Pas de différence significative
Manche	580	205,9	Pas de différence significative
Orne	335	208,2	Pas de différence significative
Seine-Maritime	1 353	209,2	Pas de différence significative
Normandie	3 739	211,0	Différence significative < + 5 %
France métropolitaine	68 684	204,1	-

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 2022)



Cancers spécifiques – Col de l’utérus

Affections de longue durée :

- **647 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’Orne

Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer du col de l’utérus en Normandie en 2021-2023
(Tx p. 100 000 hab / Pop réf – France métropolitaine)

	Nombre annuel de nouvelles admission en ALD pour cancer de l'utérus 2021-2023	TSALS (sur l'âge) 2021-2023	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	149	39,9	Différence significative comprise entre + 15 % et + 25 %
Eure	111	36,1	Pas de différence significative
Manche	101	36,1	Pas de différence significative
Orne	70	44,2	Différence significative comprise entre + 25 % et + 45 %
Seine-Maritime	216	33,2	Pas de différence significative
Normandie	647	36,4	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
France métropolitaine	11 265	33,4	-

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 2022)



Cancers spécifiques – Côlon-rectum

Affections de longue durée :

- **Près de 2 000 admissions en ALD** pour cancer du côlon-rectum
- Un taux standardisé de nouvelles admissions en ALD supérieur au plan national (différentiel $\leq + 5\%$)
- Seine-Maritime et Eure, des départements les plus concernés en 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 la Manche, de la Seine-Maritime et de l'Eure

Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer du côlon-rectum en Normandie en 2021-2023
(Tx p. 100 000 hab / Pop réf – France métropolitaine)

	Nombre annuel de nouvelles admission en ALD pour cancer du côlon-rectum 2021-2023	TSALS (sur l'âge) 2021-2023	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	402	56,5	Pas de différence significative
Eure	365	64,6	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Manche	331	58,8	Pas de différence significative
Orne	173	53,5	Pas de différence significative
Seine-Maritime	721	60,4	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Normandie	1 993	59,3	Différence significative $\leq + 5\%$
France métropolitaine	35 974	57,3	-

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 2022)



Cancers spécifiques – Prostate

Affections de longue durée :

- **3 132 admissions en ALD** pour cancer de la prostate chez les hommes
- Un taux standardisé de nouvelles admissions en ALD supérieur au plan national (différentiel compris entre + 5 % et + 15 %)
- L'ensemble des départements concernés à l'exception de la Seine-Maritime présentant un taux non significativement différent au plan national

Mortalité :

- Une surmortalité par cancers de la prostate comprise entre **+ 5 % et + 15 %** par rapport à la France métropolitaine
- Une surmortalité significative présente pour l'ensemble des départements excepté dans le Calvados

Taux standardisé de nouvelles admissions en ALD pour cancer de la prostate en Normandie en 2021-2023
(Tx p. 100 000 hab / Pop réf – France métropolitaine)

	Nombre annuel de nouvelles admission en ALD pour cancer de la prostate 2021-2023	TSALS (sur l'âge) 2021-2023	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	658	208,9	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Eure	539	211,6	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Manche	556	213,5	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
Orne	341	226,9	Différence significative comprise entre + 15 % et + 25 %
Seine-Maritime	1 038	199,2	Pas de différence significative
Normandie	3 132	208,4	Différence significative comprise entre + 5 % et + 15 %
France métropolitaine	55 014	196,3	-

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 2022)



Cancers spécifiques – Mésothéliome

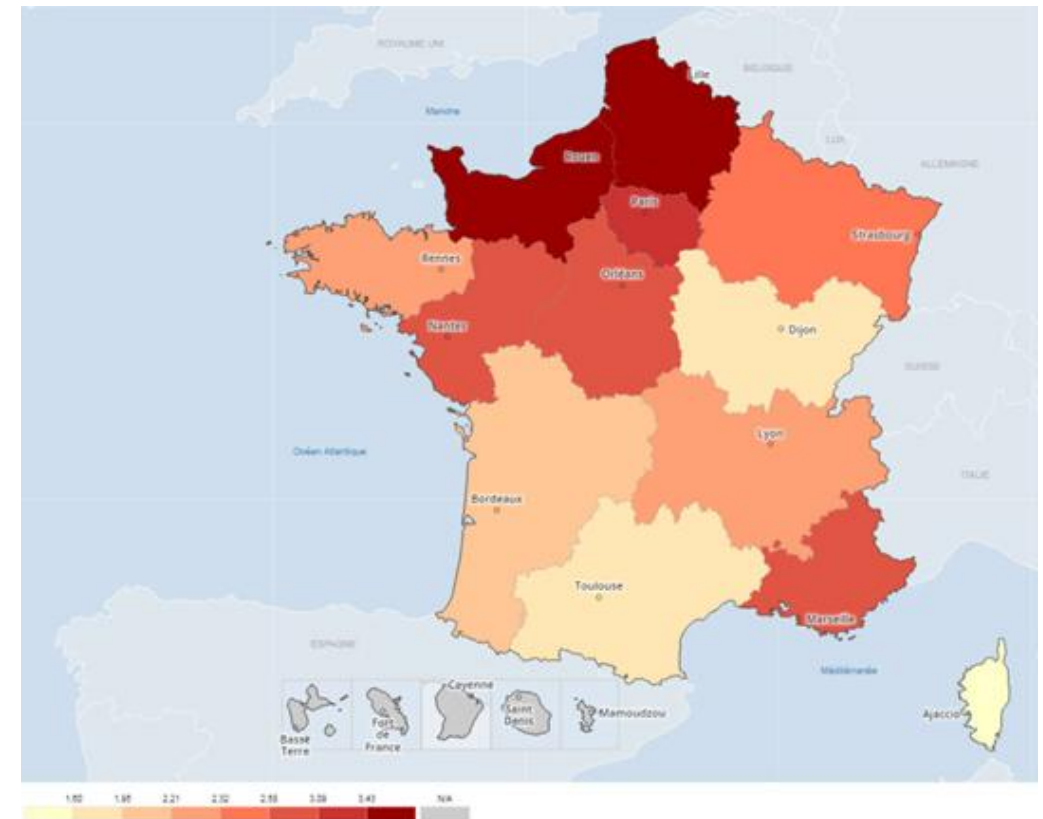
Incidence :

- 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 compris entre **+ 25 % et + 45 %** par rapport à la France métropolitaine
- Un taux comparatif de mortalité relativement stable depuis 2005-2007

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





Facteurs de risques – Alcool

- En 2024, 22,1 % des adultes de 18-79 ans **dépassent les repères de consommation d'alcool*** en Normandie, taux similaires au niveau national (22,2%)
- Les hommes sont plus nombreux à dépasser ces repères que les femmes (31,5% vs 13,2%)
- Le dépassement des repères concerne :
 - toutes les classes d'âge de manière similaire
 - de façon plus importante la catégorie des cadres et professions intellectuelles supérieures
- Taux stable depuis 2021.

*Les repères de consommation d'alcool pour limiter les risques préconisés en France sont les suivants depuis 2017 : **ne pas consommer plus de dix verres standard par semaine, ne pas consommer plus de deux verres standard par jour, et avoir des jours sans consommation dans la semaine.**

Source : Baromètre santé 2024 - Santé publique France

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

**Mortalité
générale**

+ 32%

chez les hommes

+ 36%

chez les femmes

**Mortalité
prématurée**

+ 48%

chez les hommes

+ 61%

chez les femmes

Sources : Inserm-CépiDc, Insee (2021-2023) - Indice comparatif de mortalité

Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Note de lecture : à structure d'âge comparable, les hommes domiciliés en Normandie présentent un différentiel de mortalité de + 32 % lié à la consommation d'alcool par rapport à la France métropolitaine

- Des disparités territoriales (entre les départements et agglomérations)

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).

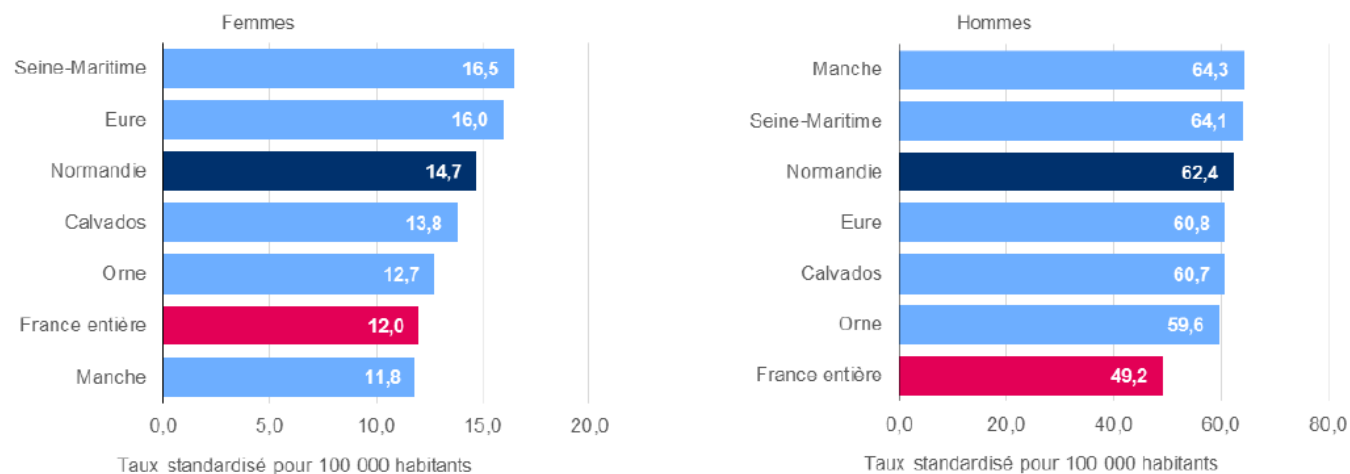


Facteurs de risques – Alcool

- 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 2024, **8 780 passages aux urgences en lien direct avec l'alcool**, soit en moyenne 169 passages par semaine en Normandie.
- Un taux de passages proche du niveau national : 1,0 % des passages aux urgences toutes causes confondues dans la région (vs 0,9 % 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 74 % 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 2022, **17,7% des jeunes fument quotidiennement** contre 15,6% en France métropolitaine. A noter une baisse importante des consommations depuis 2017.
- Une tendance à la baisse notée en 2022 au plan national
- En 2024, **16,6% des normands** âgés de 18-79 ans consomme du tabac quotidiennement, correspondant à 390 000 fumeurs quotidiens (proportion similaire à celle observée en France)
- La proportion de fumeurs quotidiens est plus élevée chez les 30-44 ans et les 45-59 ans, et diminue fortement après 60 ans
- Une prévalence du tabagisme quotidien plus élevée chez les adultes n'ayant aucun diplôme ou inférieur au bac et chez les personnes au chômage

Source : Baromètre santé 2024 - Santé publique France

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

Mortalité générale

+ 11%
chez les hommes

+ 7%
chez les femmes

Mortalité prématurée

+ 15%
chez les hommes

+ 18%
chez les femmes

Sources : Inserm-CépiDc, Insee (2021-2023) - Indice comparatif de mortalité

Exploitation : ORS-CREAI Normandie

Note de lecture : à structure d'âge comparable, les hommes domiciliés en Normandie présentent un différentiel de mortalité de + 11% lié à la consommation de tabac par rapport à la France métropolitaine

- Des disparités territoriales (entre les départements et agglomérations)

Les décès liés au tabac regroupent les causes suivantes :

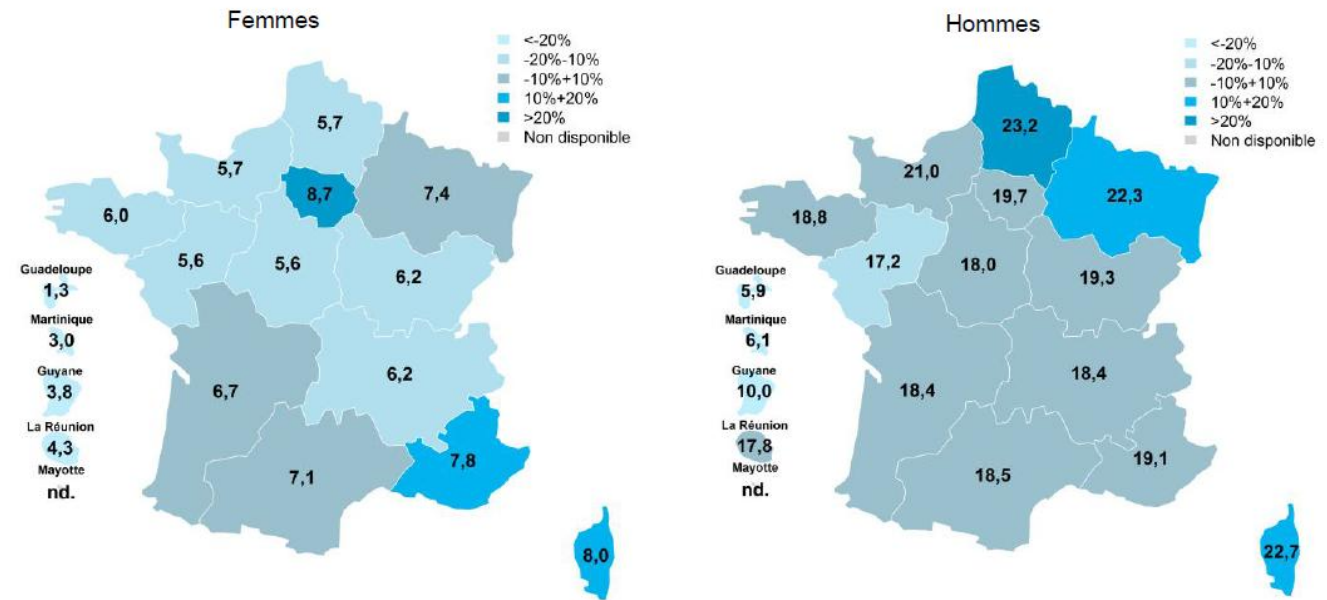
- Cancer de la trachée, des bronches et du poumon (CIM10 = C33-34, cause initiale)
- Bronchite chronique et maladies pulmonaires obstructives (CIM10 = J40-J44 en cause initiale, associée ou de comorbidité)
- Cardiopathie ischémique (CIM10 = I20-I25).



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).



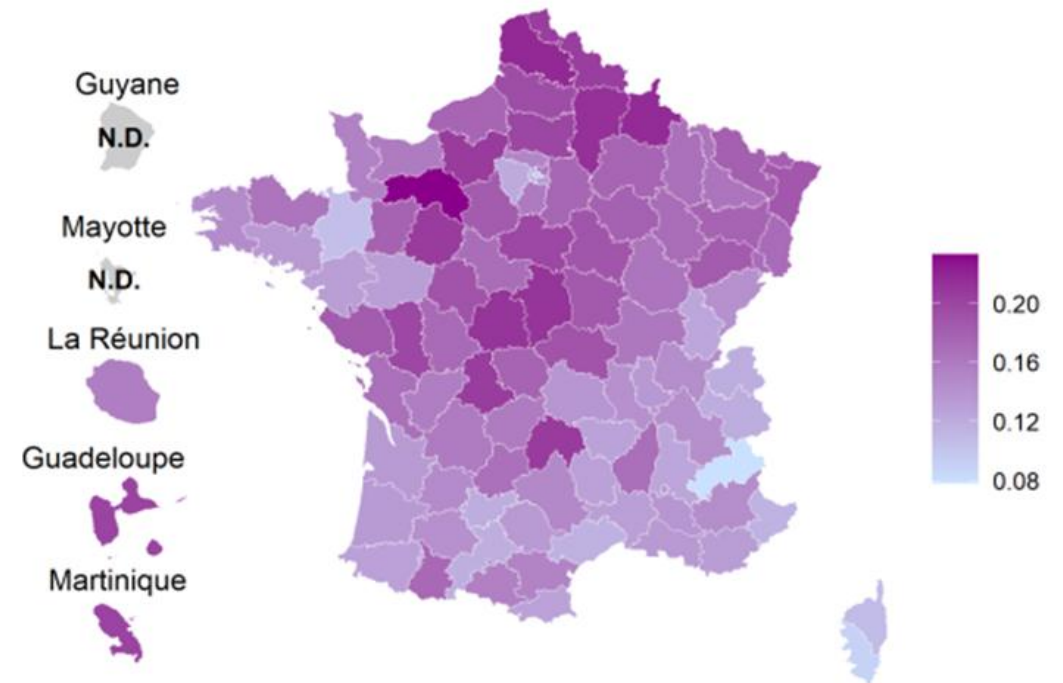
Facteurs de risques – Obésité

- 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

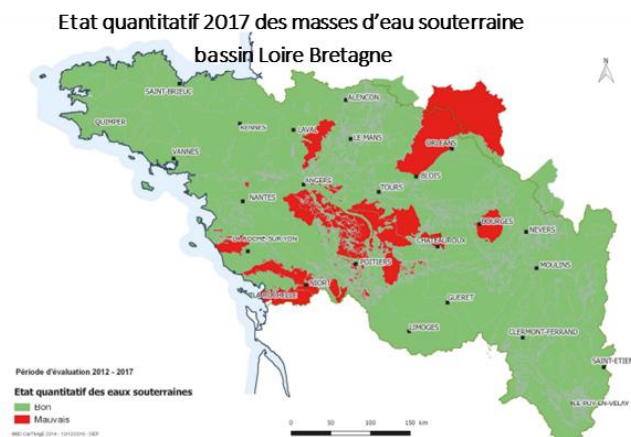
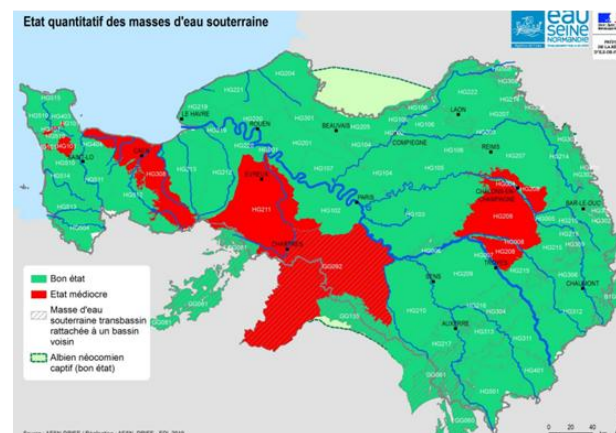
Source : Diagnostic régional santé environnement - Contribution à l'actualisation menée dans le cadre du PRSE4 Décembre 2025

<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





Facteurs de risques – Environnement

Qualité de l'eau potable

- 1 144 captages actifs au 31 décembre 2024
- En 2024, 1050 captages bénéficient d'une protection avec déclaration d'utilité publique, ce qui représente 92% des captages actifs de la région
- 7 captages ont été protégés par une procédure de déclaration d'utilité publique et la procédure est en cours pour 60 captages et engagée en révision pour 36 captages.

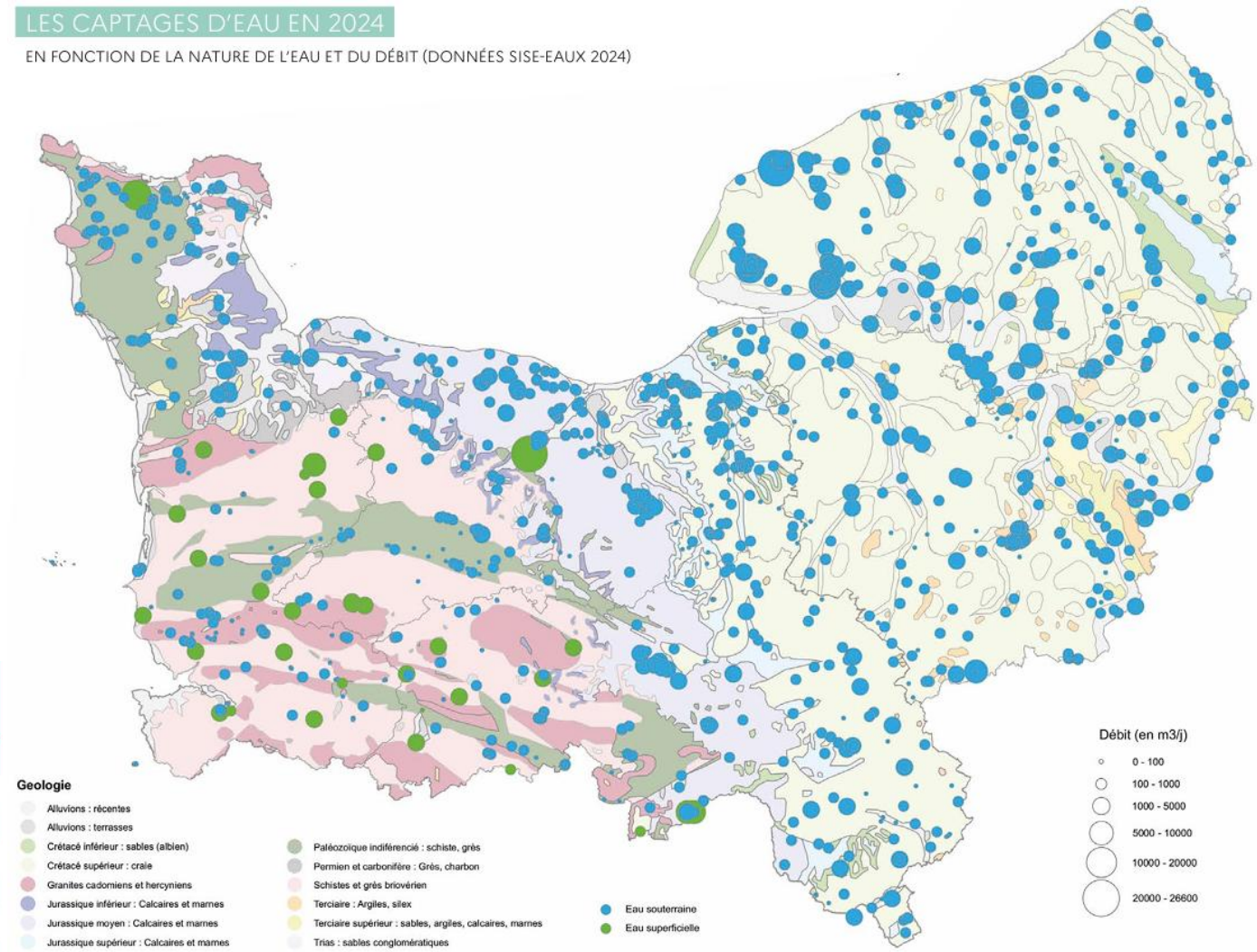
État d'avancement des procédures de protection des captages fin 2024

NOMBRE DE CAPTAGES (DONNÉES JANVIER 2025)	PROCÉDURE TERMINÉE (OU EN RÉVISION)		PROCÉDURE EN COURS		CAPTAGE À ABANDONNER OU PROCÉDURE NON POURSUIVIE		TOTAL
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
CALVADOS	285	96 %	12	4 %	0	0 %	297
EURE	173	91 %	15	8 %	3	2 %	191
MANCHE	258	97 %	9	3 %	0	0 %	267
ORNE	120	73 %	15	9 %	29	18 %	164
SEINE-MARITIME	214	95 %	9	4 %	2	1 %	225
NORMANDIE	1050	92 %	60	5 %	34	3 %	1144

Source et exploitation : ARS Normandie

LES CAPTAGES D'EAU EN 2024

EN FONCTION DE LA NATURE DE L'EAU ET DU DÉBIT (DONNÉES SISE-EAUX 2024)



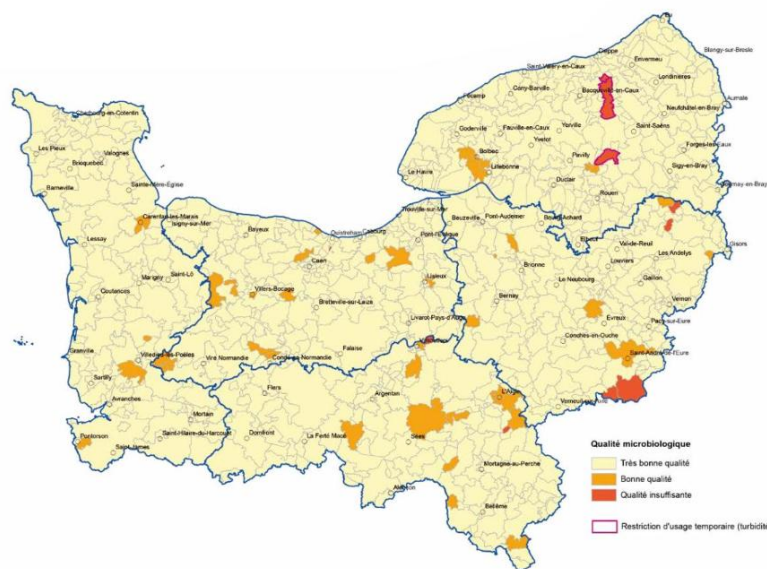


Facteurs de risques – Environnement

Qualité de l'eau potable – Qualité microbiologique

- 96,4 % de la population alimentée par des eaux de très bonne qualité microbiologique en 2024
- Des épisodes de dégradation ponctuels et très localisés

LA QUALITÉ MICROBIOLOGIQUE DES EAUX DISTRIBUÉES EN NORMANDIE EN 2024



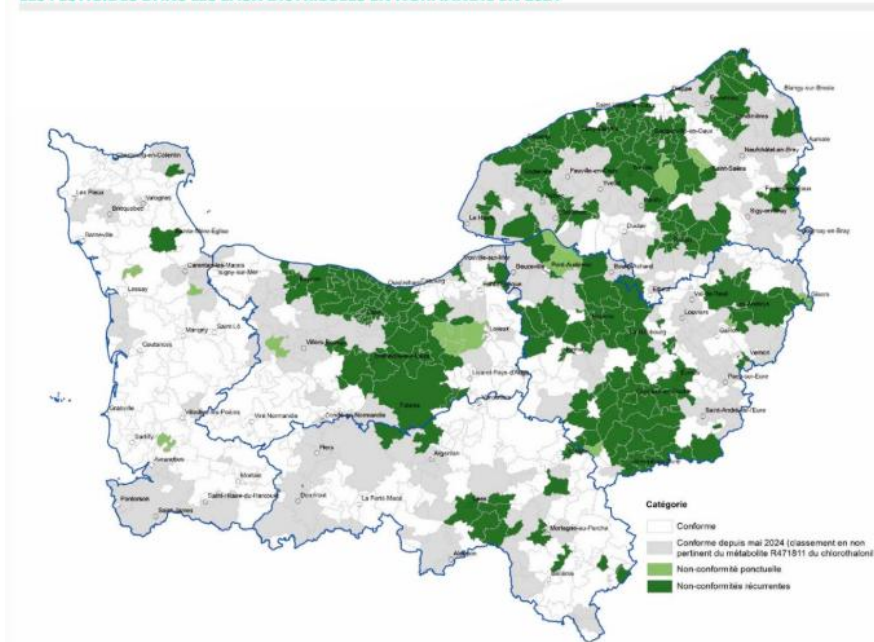
Source et exploitation : ARS Normandie

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

- 63,2 % de la population normande est alimentée par une eau respectant les limites de qualité pour les pesticides et métabolites pertinents (selon le classement au 31 décembre 2024), 1,4 % par une eau ponctuellement non conforme et 35,4 % par une eau non conforme de façon récurrente en au 31 décembre 2024.
- Aucune restriction d'usage n'a été prononcée dans la région

LES PESTICIDES DANS LES EAUX DISTRIBUÉES EN NORMANDIE EN 2024





Facteurs de risques – Environnement

Sol

Sites et sols pollués

En 2025, la Normandie compte :

- Plus de 700 sites et sols pollués suspectés ou avérés, dont près de 60 % situés en Seine-Maritime.
- 12 824 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

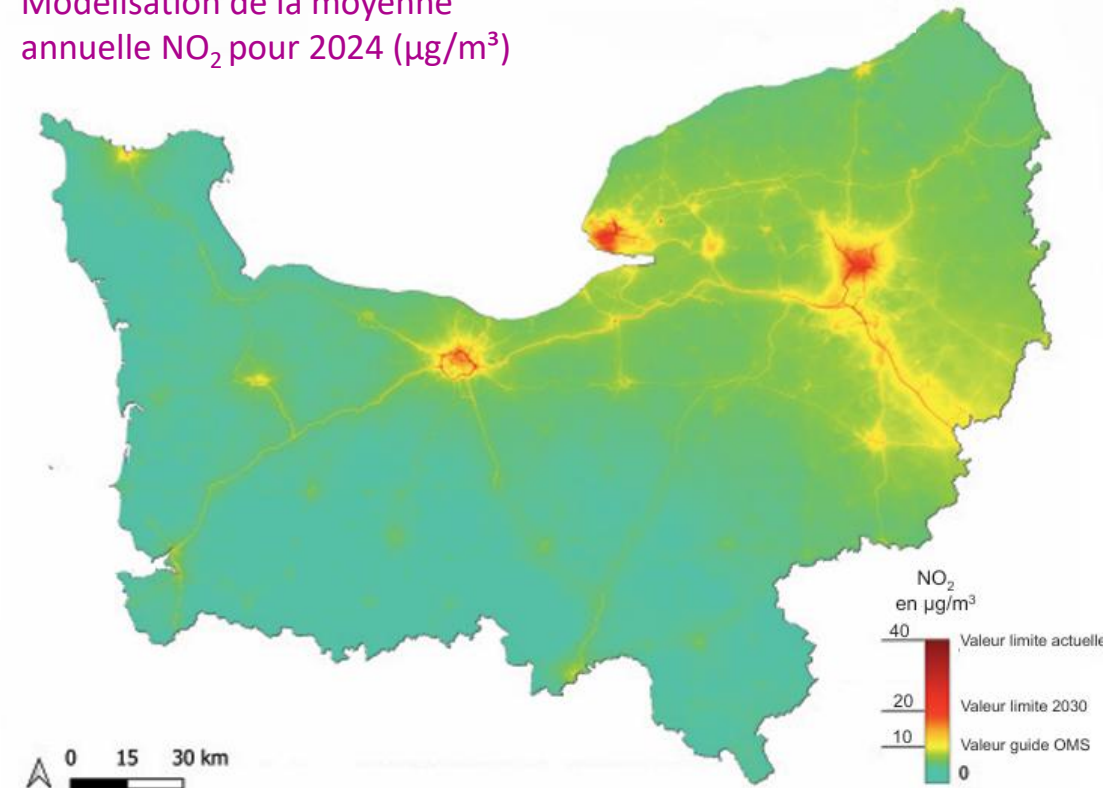
Dioxydes d'azote (NO₂)

- Transport routier : principale source d'émissions de Dioxyde d'azote devant les secteurs industriels et résidentiel/tertiaire.
- Une baisse des concentrations en dioxyde d'azote (NO₂) pour l'année 2024.
- Respect de la valeur limite européenne sur l'ensemble des stations de mesure mais pas des valeurs guides de l'OMS en Normandie.
- **29,8 %** de la population normande exposée à une moyenne annuelle en NO₂ supérieure à la valeur guide de l'OMS (1,8 % à la valeur limite réglementaire future européenne effective en 2030 baissant de moitié la valeur limite actuelle).
- Des niveaux moyens plus élevés dans les grandes agglomérations et le long des axes routiers.

Source : Diagnostic régional santé environnement - Contribution à l'actualisation menée dans le cadre du PRSE4 Décembre 2025

<https://orscreainormandie.org/ressources/detail-sante-environnement/>

Modélisation de la moyenne annuelle NO₂ pour 2024 (µg/m³)



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

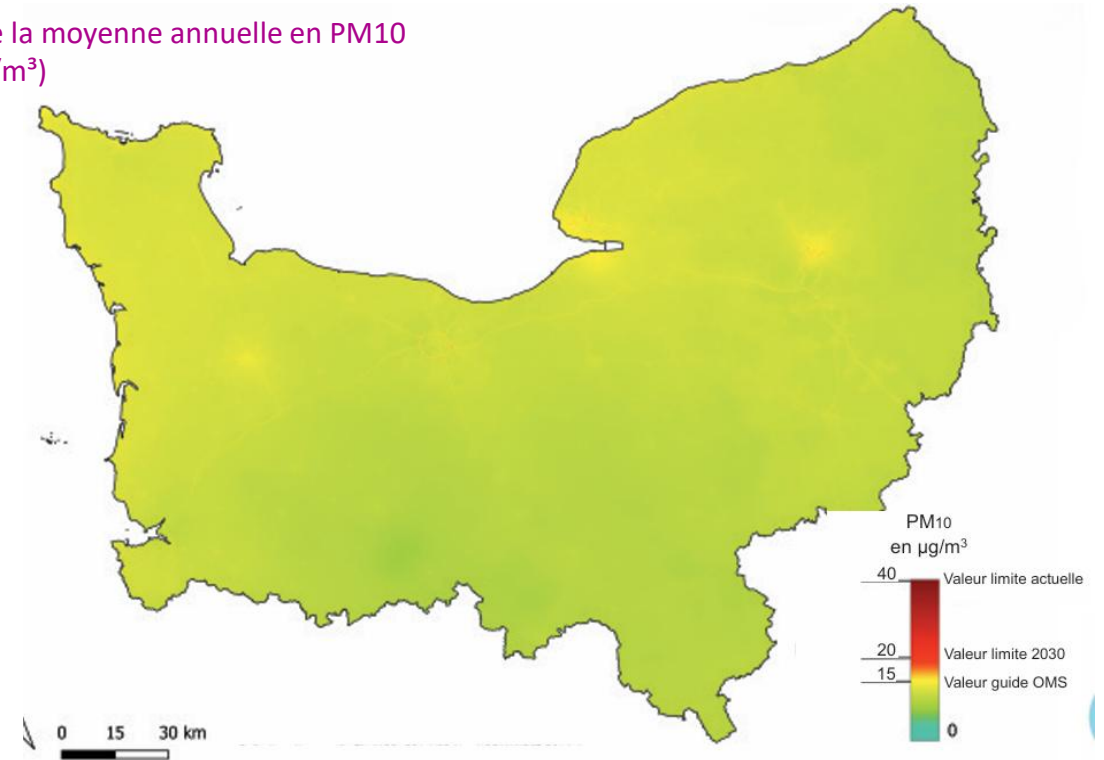
Les particules fines PM10

- Une baisse des concentrations en particules en suspension de catégorie PM_{2.5} pour l'année 2024 constatée pour 8 stations de mesure sur 18. Une augmentation pour 2 stations et une stagnation pour les 5 stations restantes.
- Un respect de la valeur limite européenne sur l'ensemble des stations de mesure (également pour les valeurs projetées 2030).
- Toutes les stations de mesure dépassent les valeurs guides de l'OMS en Normandie.
- **L'ensemble de la population normande** est exposée à une moyenne annuelle de PM_{2.5} supérieure à la valeur guide de l'OMS.
- Des concentrations qui semblent s'approcher de la valeur limite européenne fixée pour 2030 en certains points (axes routiers et zones urbanisées essentiellement).

Source : Diagnostic régional santé environnement - Contribution à l'actualisation menée dans le cadre du PRSE4 Décembre 2025

<https://orscreainormandie.org/ressources/detail-sante-environnement/>

Modélisation de la moyenne annuelle en PM10 en 2024 (en $\mu\text{g}/\text{m}^3$)



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

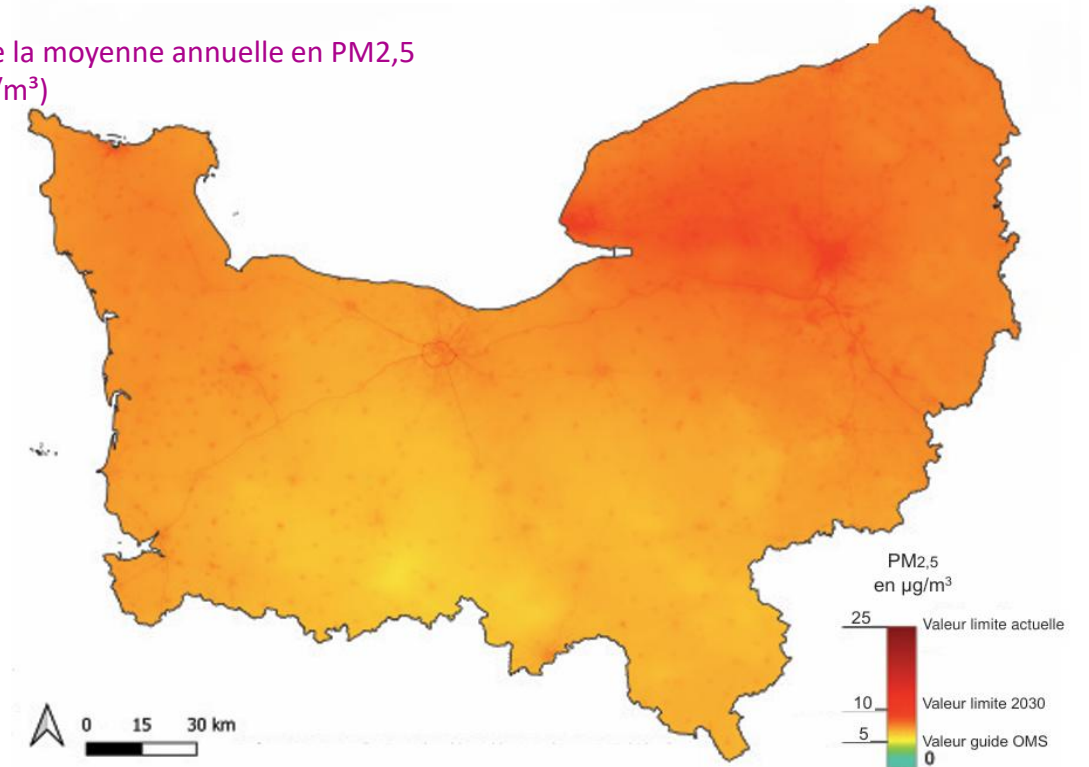
Les particules fines PM 2,5

- Près de la moitié des émissions de PM2,5 sont issues du secteur résidentiel.
- Une baisse des concentrations en particules en suspension de catégorie PM2.5 pour l'année 2024 constatée pour 8 stations de mesure sur 18. Une augmentation pour 2 stations et une stagnation pour les 5 stations restantes.
- Respect de la valeur limite européenne sur l'ensemble des stations de mesure (également pour les valeurs projetées 2030).
- Toutes les stations de mesure dépassent les valeurs guides de l'OMS en Normandie.
- **L'ensemble de la population normande** est exposée à une moyenne annuelle de PM2.5 supérieure à la valeur guide de l'OMS.
- Des concentrations qui semblent s'approcher de la valeur limite européenne fixée pour 2030 en certains points (axes routiers et zones urbanisées essentiellement).

Source : Diagnostic régional santé environnement - Contribution à l'actualisation menée dans le cadre du PRSE4 Décembre 2025

<https://orscreainormandie.org/ressources/detail-sante-environnement/>

Modélisation de la moyenne annuelle en PM2,5 en 2024 (en $\mu\text{g}/\text{m}^3$)



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

ESTIMATION DE LA MORBIDITÉ ATTRIBUABLE À L'EXPOSITION À LONG TERME À LA POLLUTION DE L'AIR AMBIANT EN NORMANDIE, 2017-2019

- Évaluer le **fardeau** pour la santé de **l'exposition à long terme aux PM_{2,5}** et au **NO₂** en s'intéressant à la **survenue de maladies (morbidité)** respiratoires, cardiovasculaires et métaboliques (*scénario « poids total » de la pollution de la pollution de l'air*)
- Estimer les **bénéfices** pour la santé d'une amélioration de la qualité de l'air (scénarios « *lignes directrices de l'OMS* ») via la méthode d'EQIS (évaluation quantitative d'impact sanitaire), toutes choses égales par ailleurs

ou **Combien d'évènements de santé aurait pu être évités si la qualité de l'air avait été meilleure ?**

Les 8 maladies étudiées

- Au niveau respiratoire** : cancer du poumon, bronchopneumopathie chronique obstructive, asthme de l'enfant et de l'adulte, pneumopathie et autres infections aiguës des voies respiratoires inférieures (grippe exclue) de l'enfant
- Au niveau cardiovasculaire** : accident vasculaire cérébral, infarctus aigu du myocarde, hypertension artérielle
- Au niveau métabolique** : diabète de type 2

Nombre de cas évitables (et %) de maladies respiratoires chez l'enfant et l'adulte, pour une diminution des concentrations atmosphériques en PM_{2,5} en Normandie à des valeurs équivalentes aux valeurs guides de l'OMS

Nombre de cas évitables (et %)			
	Cancer du poumon	BPCO	Asthme
Enfant	-	-	0-17 ans
			1 500 (13 %)
Adulte	35 ans et +	40 ans et +	-
	150 (7 %)	810 (8 %)	

Clé de lecture

Une réduction des niveaux moyens annuels de PM_{2,5} (9,6 µg/m³) jusqu'à la valeur guide de l'OMS de 5 µg/m³ permettrait d'éviter en moyenne 13 % des nouveaux cas d'asthme de l'enfant par année de l'étude, soit 1 500 nouveaux cas



Facteurs de risques – Environnement

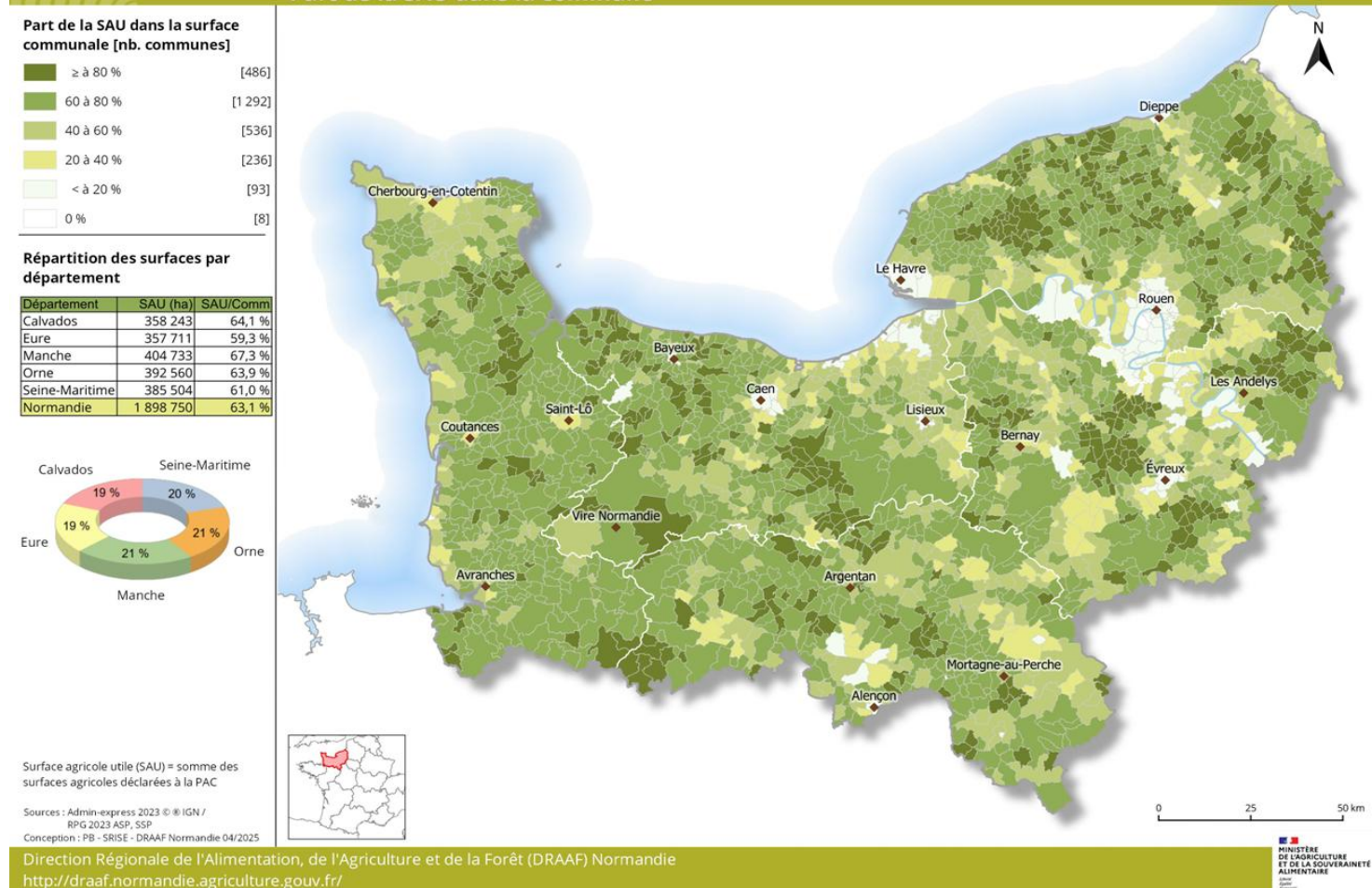
Agriculture

- L'agriculture normande a profondément changé ces dernières décennies. Cependant, malgré une baisse des surfaces, la vocation agricole de la région ne se dément pas.
- 63,1 % de son territoire est dédié à un usage agricole en 2023, proportion s'échelonnant de 59,3 % dans l'Eure à 67,3 % dans la Manche.

La part des surfaces agricoles par communes la plus élevée (>83%) est retrouvée en majorité dans le sud Manche et dans le nord de la Seine-Maritime et nord-ouest du Calvados, ainsi que dans le centre de l'Eure et de l'Orne.

SAU : Surface agricole utilisée

Part des surfaces agricoles en Normandie par commune en 2023





Facteurs de risques – Environnement

26 510 exploitations agricoles en Normandie en 2020 :

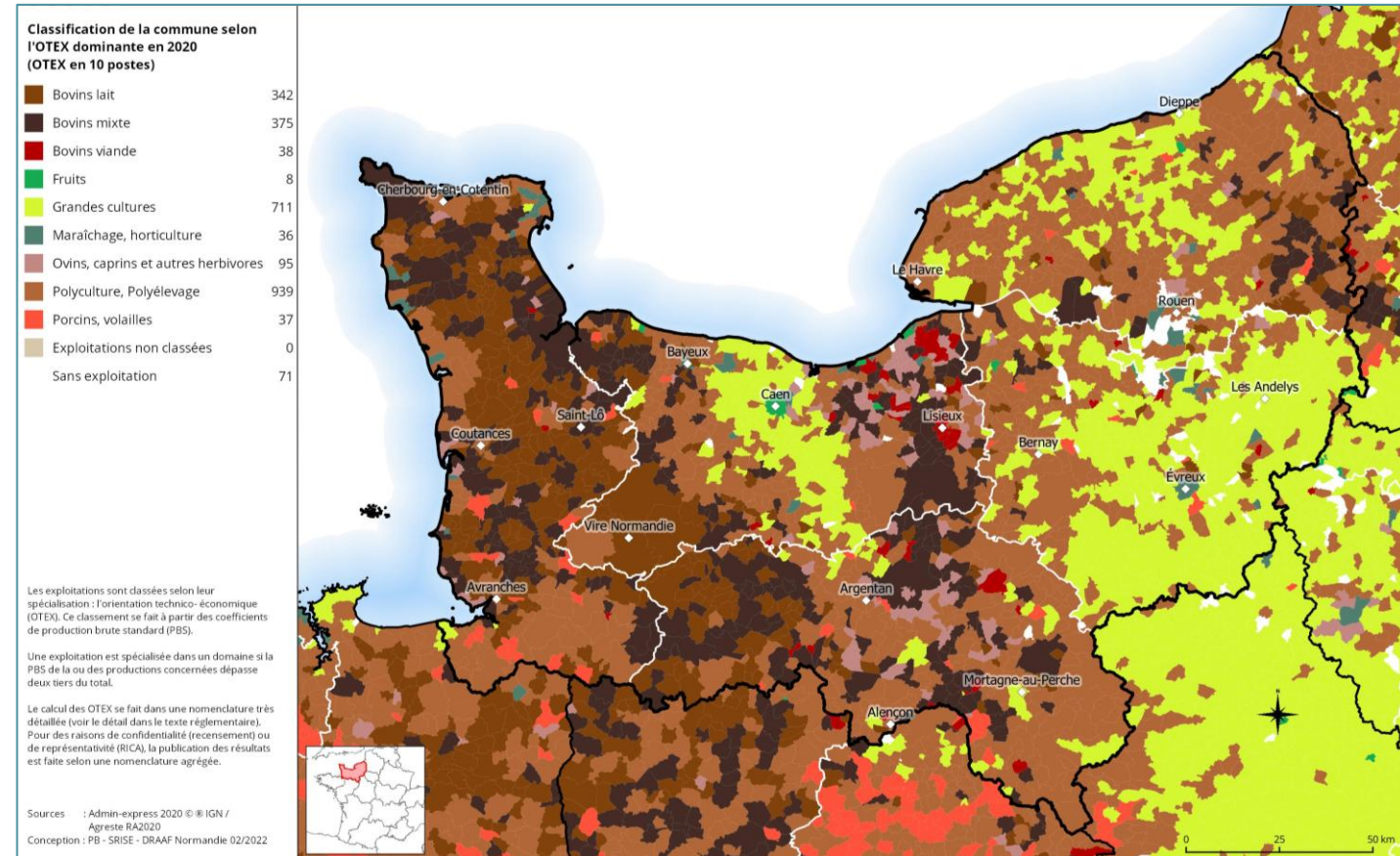
- 32 % spécialisées en grandes cultures
- 18 % en bovins lait
- 16 % en bovins viandes

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)

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



Source : DRAAF 2020

OTEX : Orientation technico-économique des exploitations agricoles



Facteurs de risques – Expositions professionnelles



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

Etude AGRICAN

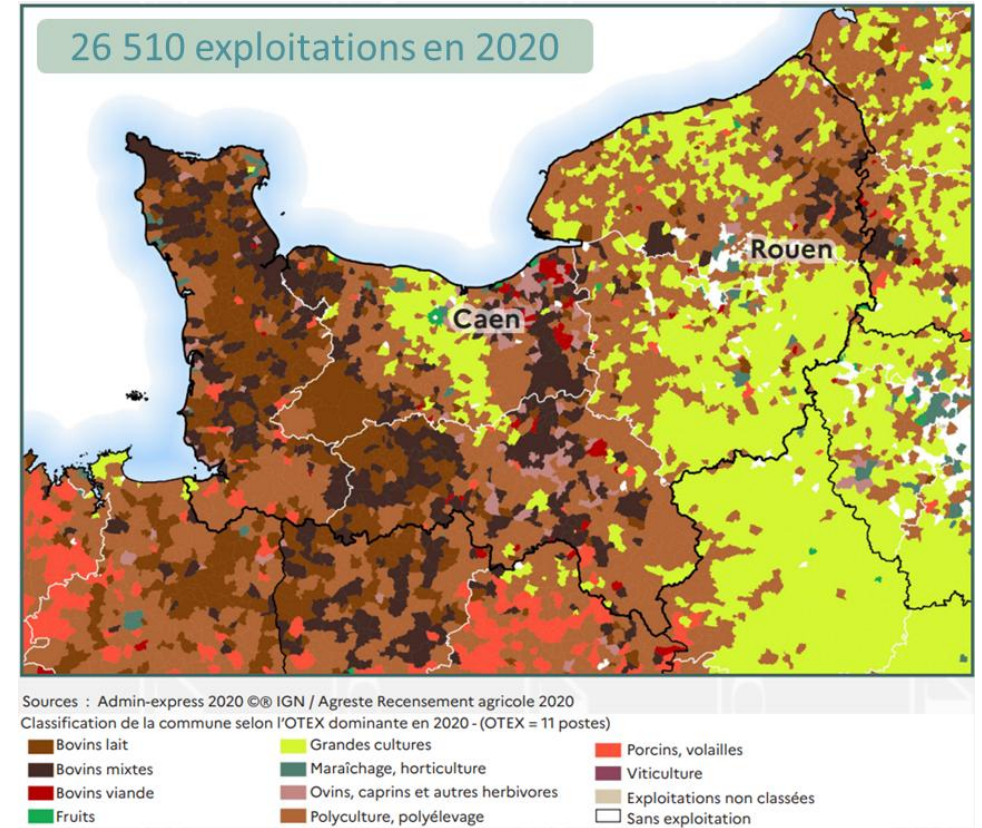
Etude incluant 181 842 personnes, dont 25 462 dans la Manche, répondant aux critères d'inclusions suivant :

- 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



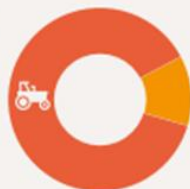
Facteurs de risques – Expositions professionnelles

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.

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...



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

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

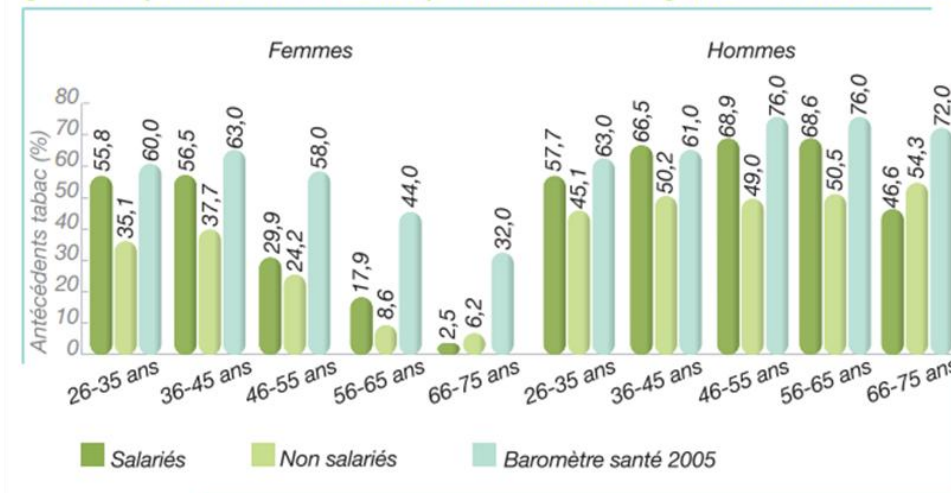


64 ans
âge moyen
des participants
au début de l'étude

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

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



* 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)

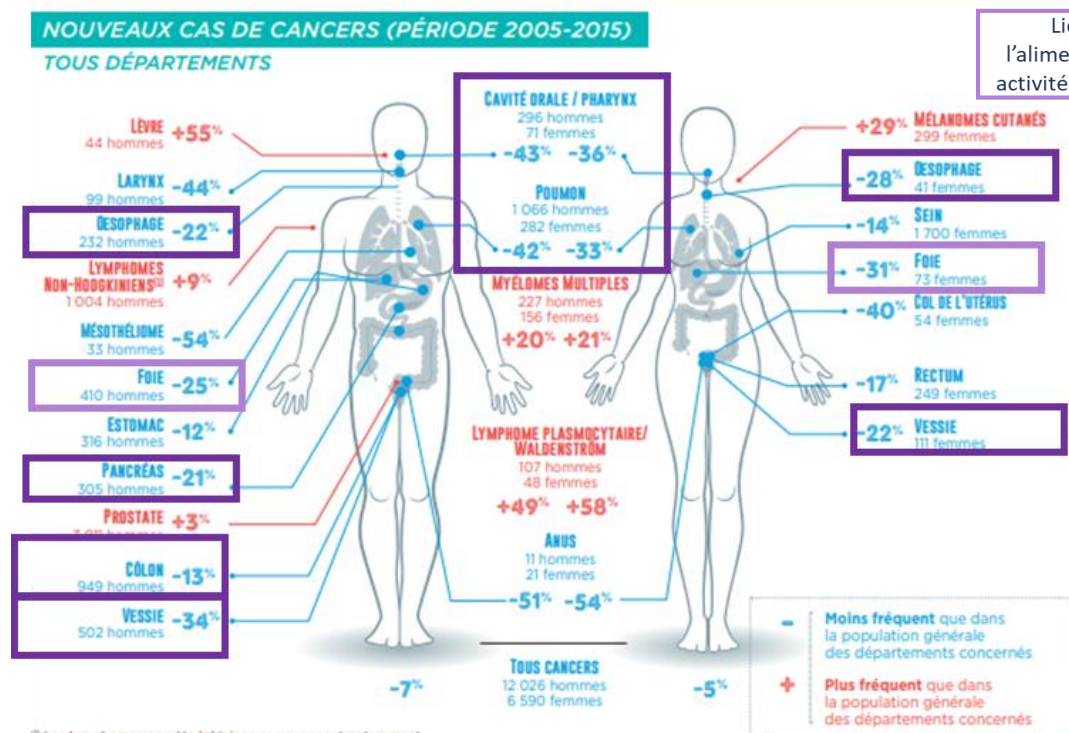
Des habitudes de vies différentes de la population générale : un tabagisme moindre en particulier chez les plus âgés et non-salariés, une activité physique élevée etc.



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)

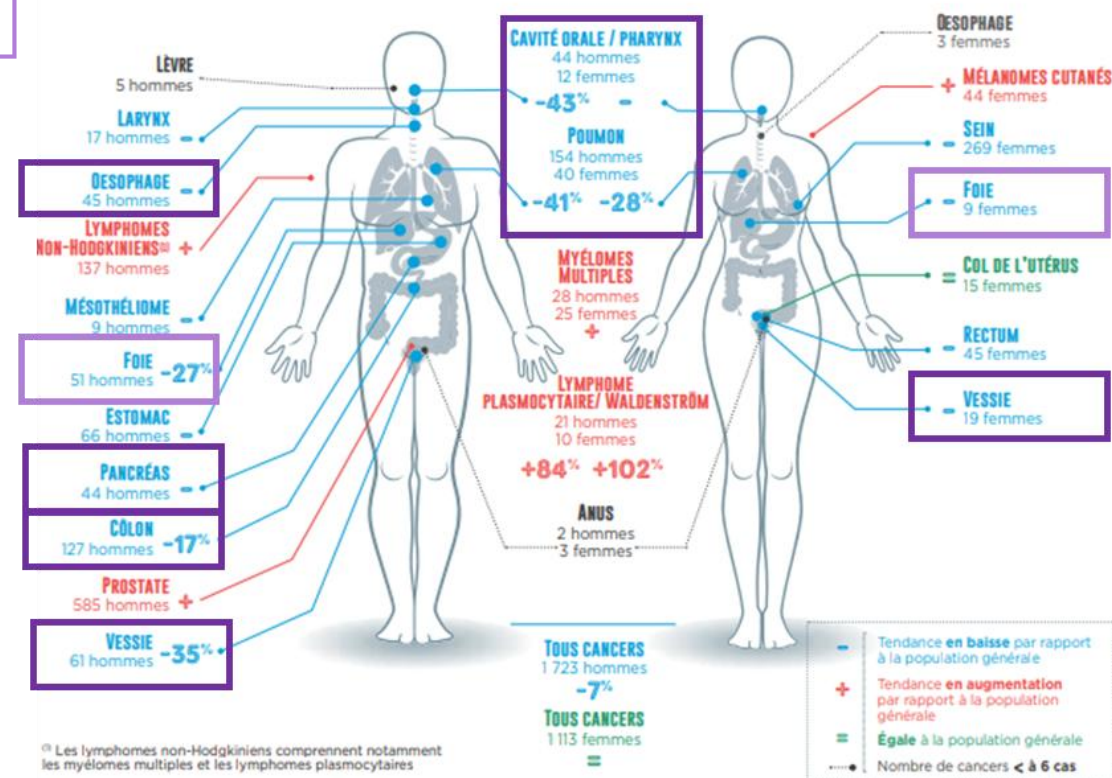
France entière :



6 Cancers retrouvés plus fréquemment chez les agriculteurs




























Département de la manche :



INCIDENCE DES CANCERS DANS LA POPULATION AGRICAN DE LA MANCHE PAR RAPPORT À LA POPULATION GÉNÉRALE DE CE DÉPARTEMENT SELON LE SEXE ET À ÂGE ÉGAL SUR LA PÉRIODE 2005-2015





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)						 Pesticides sur animaux
Poumons (1 689) (Tual, 2017; Boulanger 2018)						 Foins
Vessie (756) (Boulanger 2017)						 Utilisation de pesticides
Tumeur Système Nerveux Central (273) (Piel 2017; 2019; 2020)						 Soin des animaux
Sarcomes (294) (Renier 2022)						 Désinfection bâtiments d'élevage
Lymphomes Non-Hodgkiniens (2 091) (Busson (Thèse))						 Traitement de semences
<i>Myélomes Multiples</i> (Busson (Thèse); Tual 2019)						 Semis
<i>Leucémies Lymphoïdes Chroniques</i> (Busson (Thèse))						
<i>Lymphomes Diffus Grandes Cellules B</i> (Busson (Thèse))						
Côlon-Rectum (3 161) (Talibov 2022)						

 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

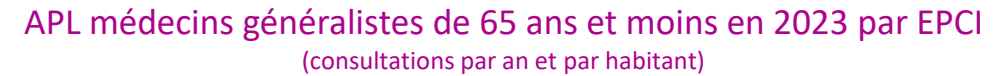


Indicateurs à venir – Accès aux soins

- 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)



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 Interco Normandie Sud Eure,



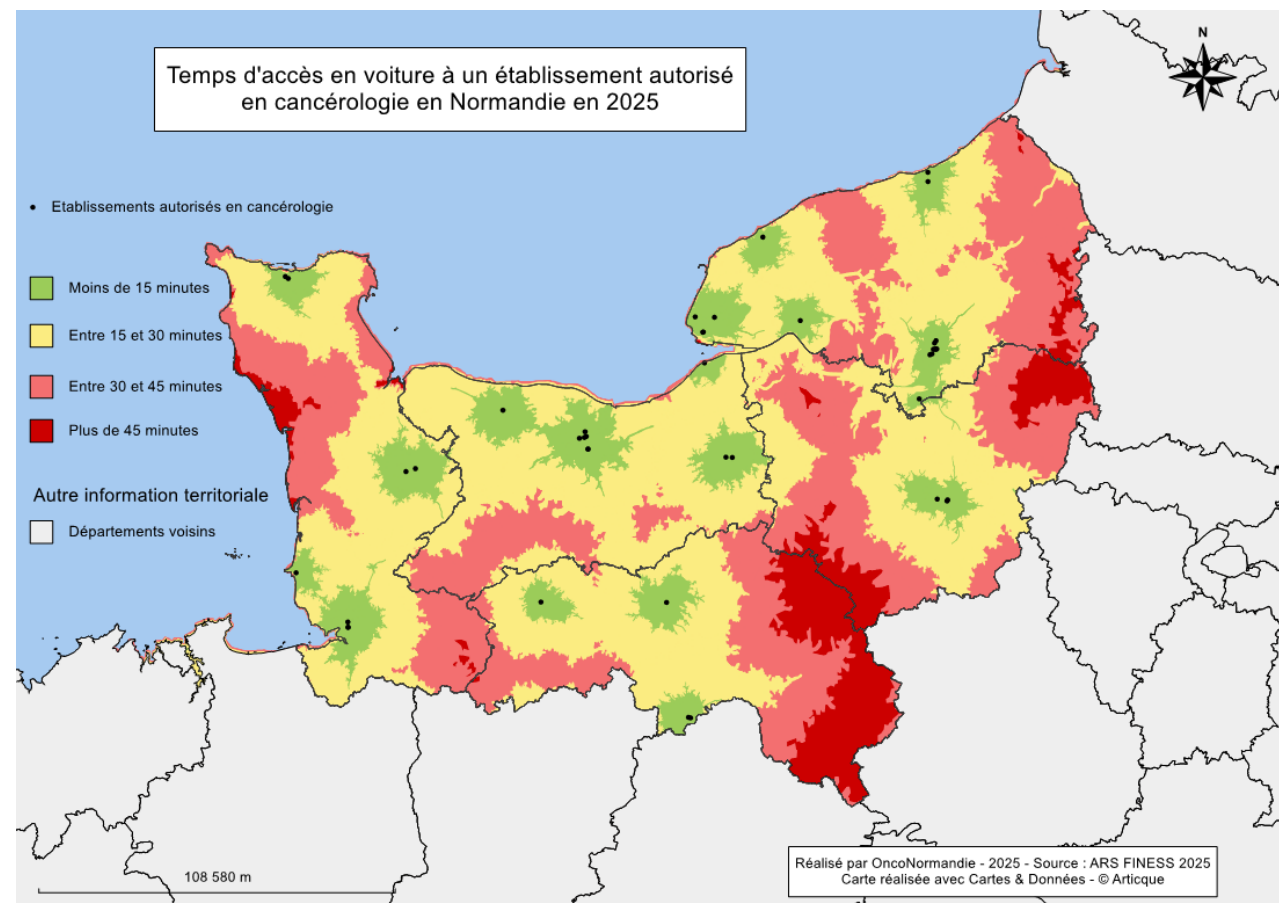
L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) a été développé par la DREES et l'IRDES* pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours à un échelon géographique fin. Il vise à améliorer les indicateurs usuels d'accessibilité aux soins (distance d'accès, 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 2025, en Normandie :

- 423/2 651 (16,0 %) communes et environ 45,1 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un établissement autorisé en cancérologie.
- 1 363 (51,4 %) communes et environ 36,2 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC.
- 742 (28,0 %) communes et environ 15,9 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC.
- 123 (4,6 %) communes et environ 2,8 % 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.

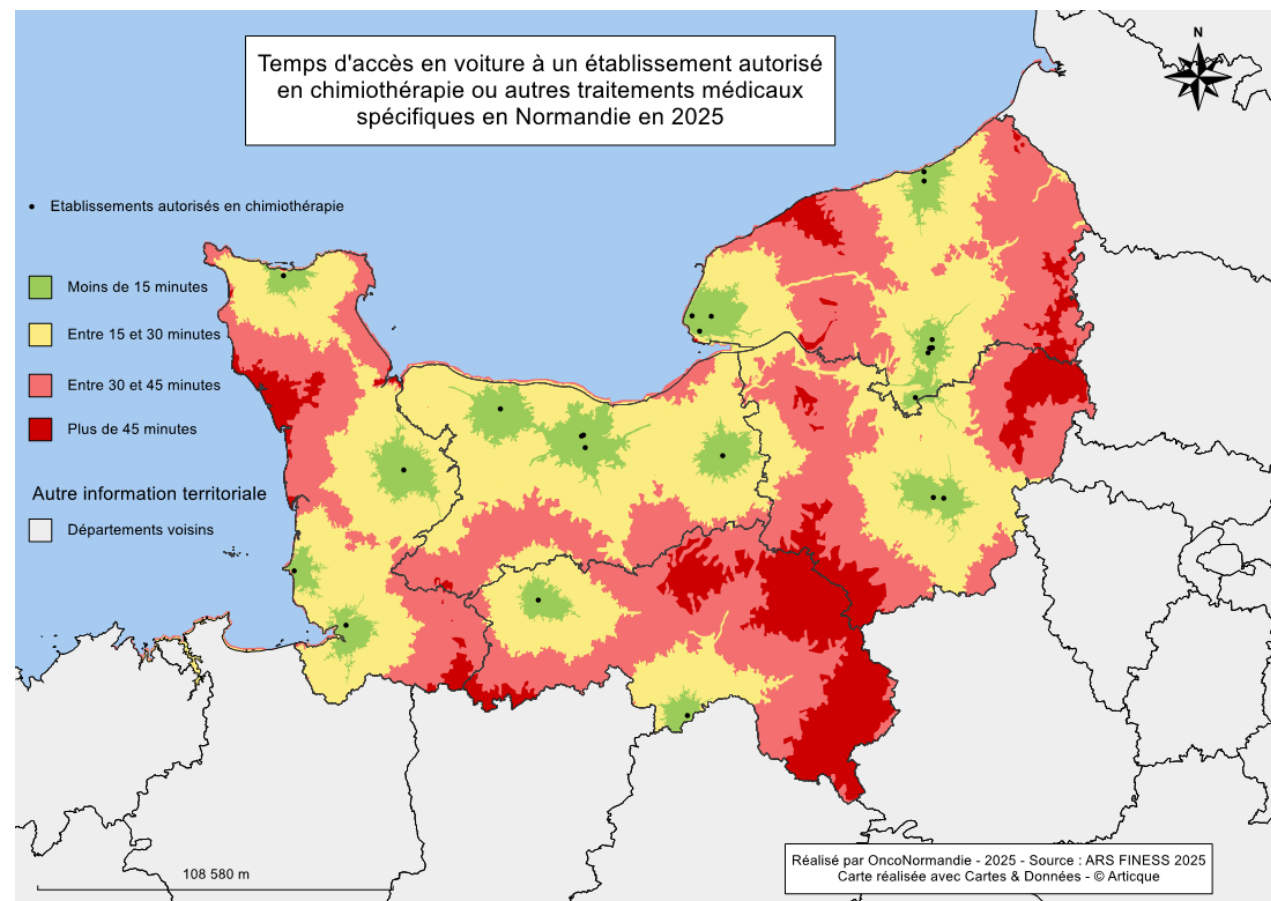
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Chimiothérapie

En 2025, en Normandie :

- 321/2 651 (12,1 %) communes et environ 39,7 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en chimiothérapie.
- 1 194 (45,0 %) communes et environ 35 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en chimiothérapie.
- 952 (35,9 %) communes et environ 21,7 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en chimiothérapie.
- 184 (6,9 %) communes et environ 3,6 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en chimiothérapie.



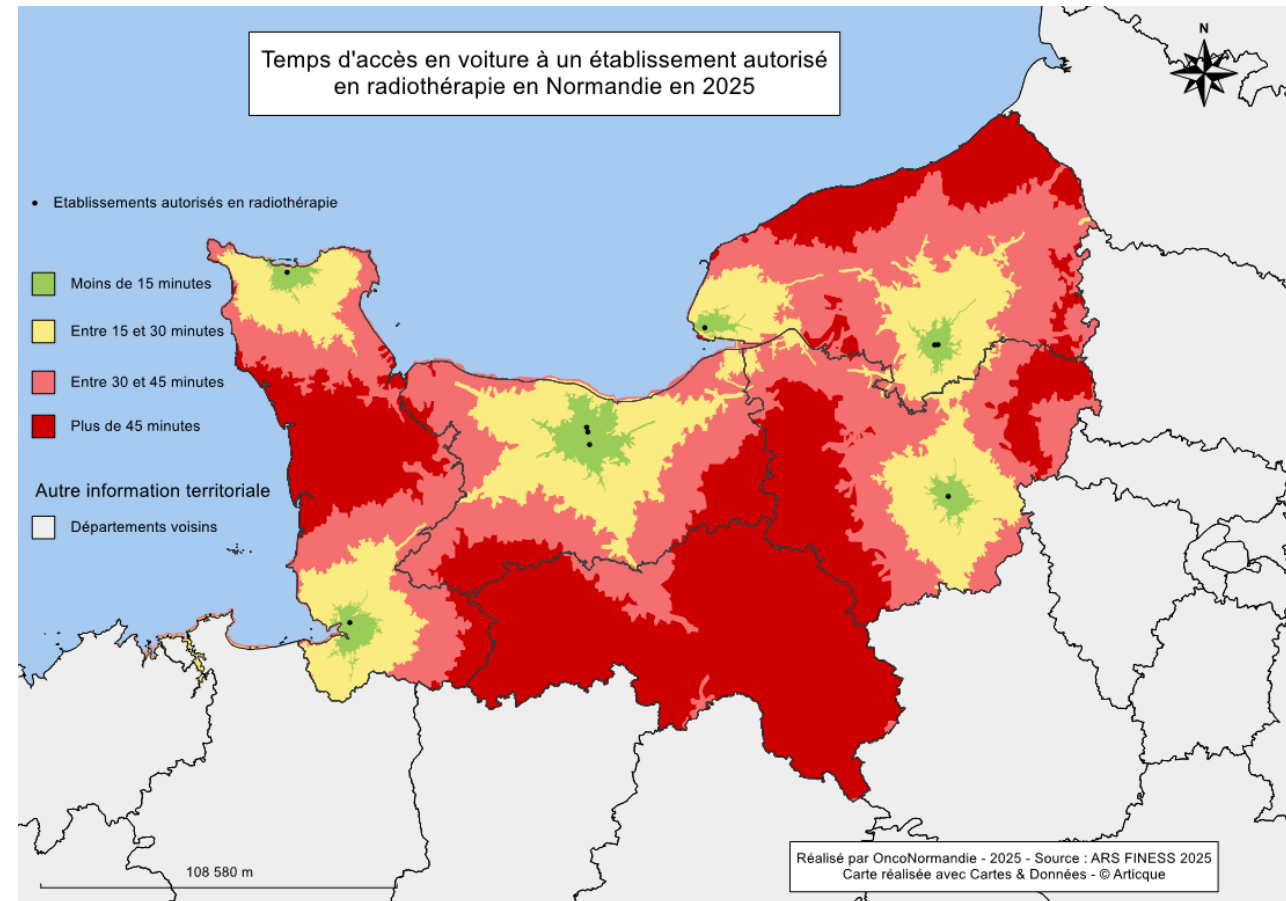
Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès. La couverture de la population correspond au 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 2025, en Normandie :

- 119/2 651 (4,5 %) communes et environ 28,1 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en radiothérapie.
- 716 (27,0 %) communes et environ 25,6 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en radiothérapie.
- 973 (36,6 %) communes et environ 27,2 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en radiothérapie.
- 843 (31,8 %) 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.

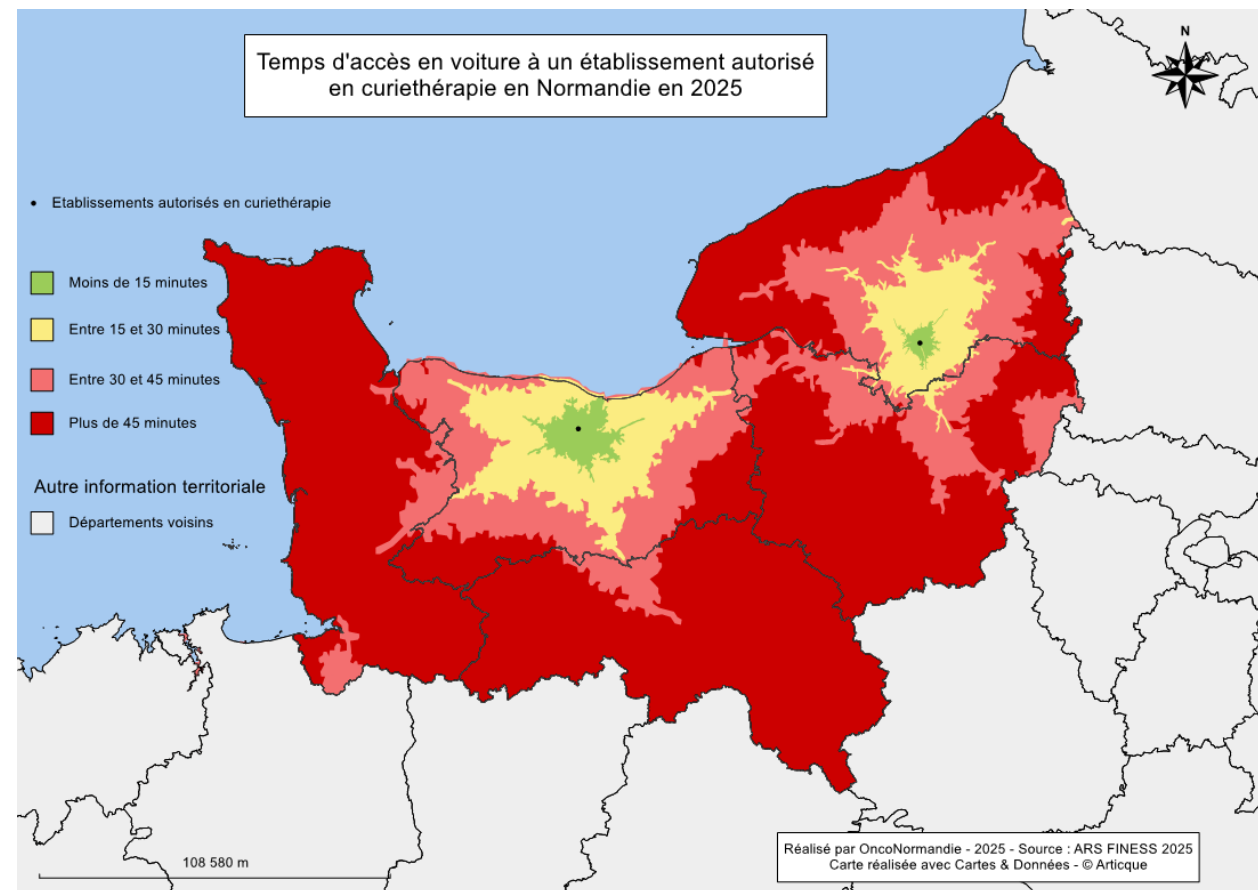
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Curiethérapie

En 2025, en Normandie :

- 68/2 651 (2,6 %) communes et environ 16,1 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en curiethérapie.
- 362 (13,7 %) communes et environ 14,7 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en curiethérapie.
- 708 (26,7 %) communes et environ 19,9 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en curiethérapie.
- 1 513 (57,1 %) communes et environ 49,2 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en curiethérapie.



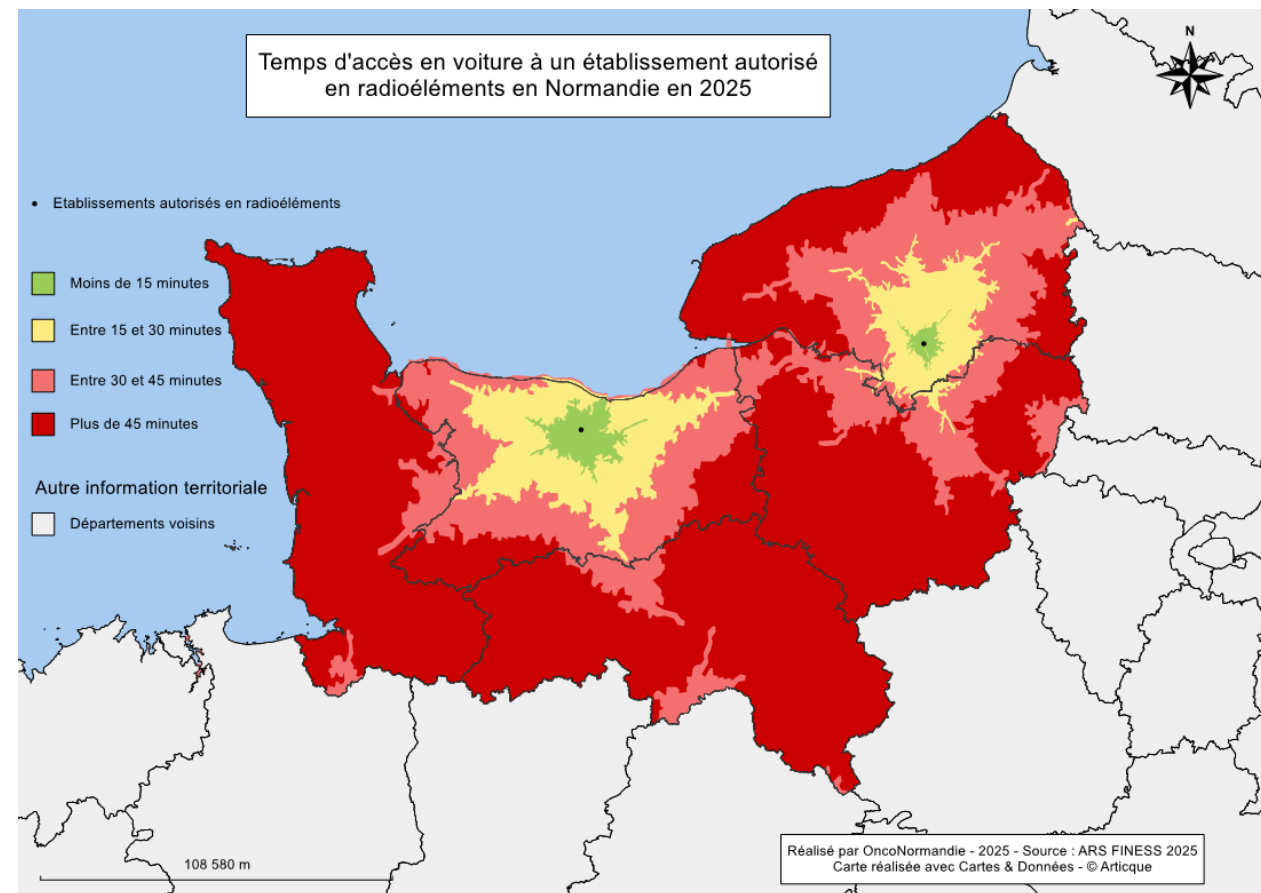
Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès. La couverture de la population correspond au 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 2025, en Normandie :

- 68/2 651 (2,6 %) communes et environ 16,1 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en radioéléments.
- 362 (13,7 %) communes et environ 14,7 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en radioéléments.
- 717 (27,0 %) communes et environ 20,8 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en radioéléments.
- 1 504 (56,7 %) 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.

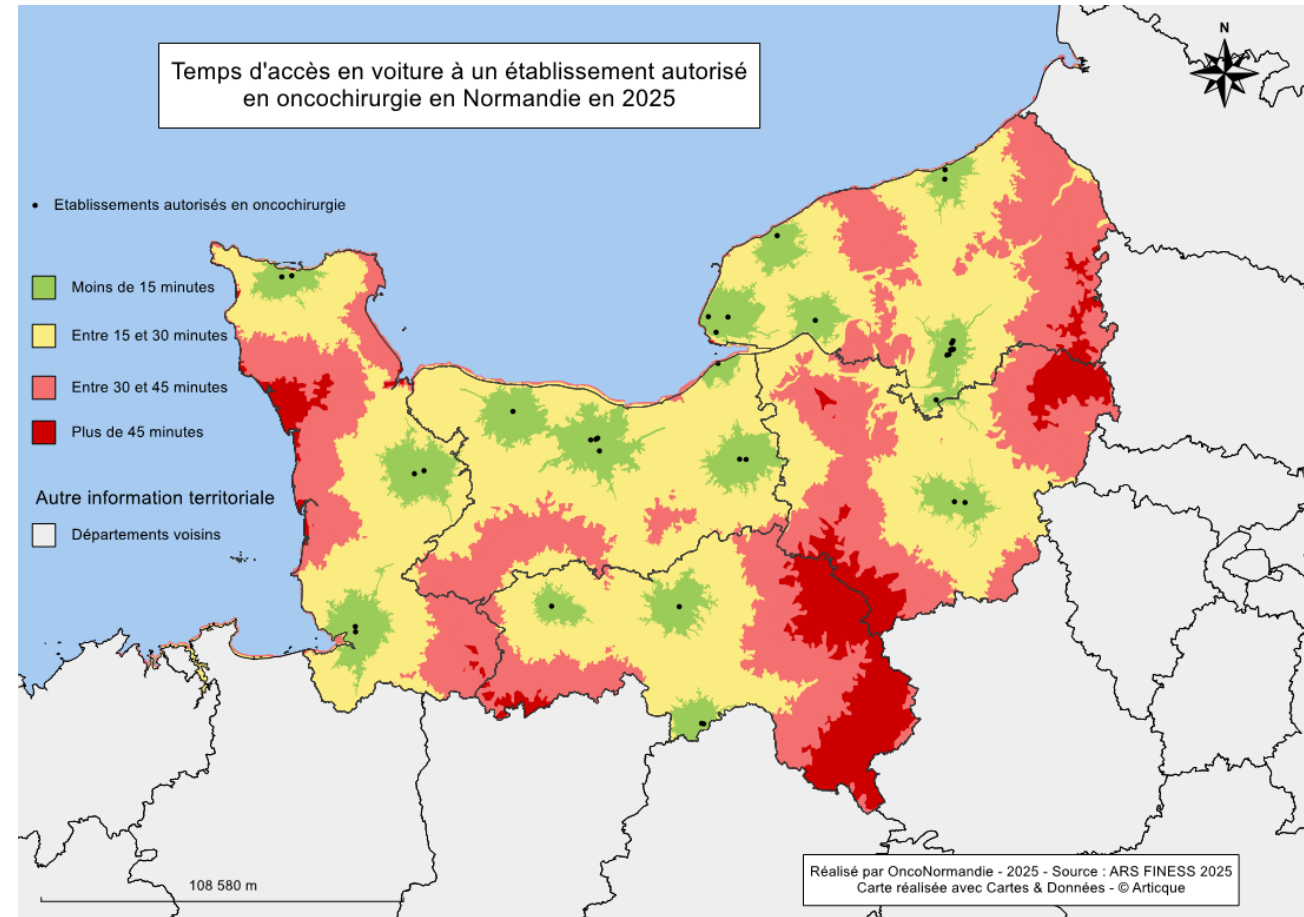
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie

En 2025, en Normandie :

- 410/2651 (15,5 %) communes et environ 44,3 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie.
- 1 365 (51,5 %) communes et environ 36,5 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie.
- 753 (28,4 %) communes et environ 16,4 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie.
- 123 (4,6 %) communes et environ 2,8 % 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.

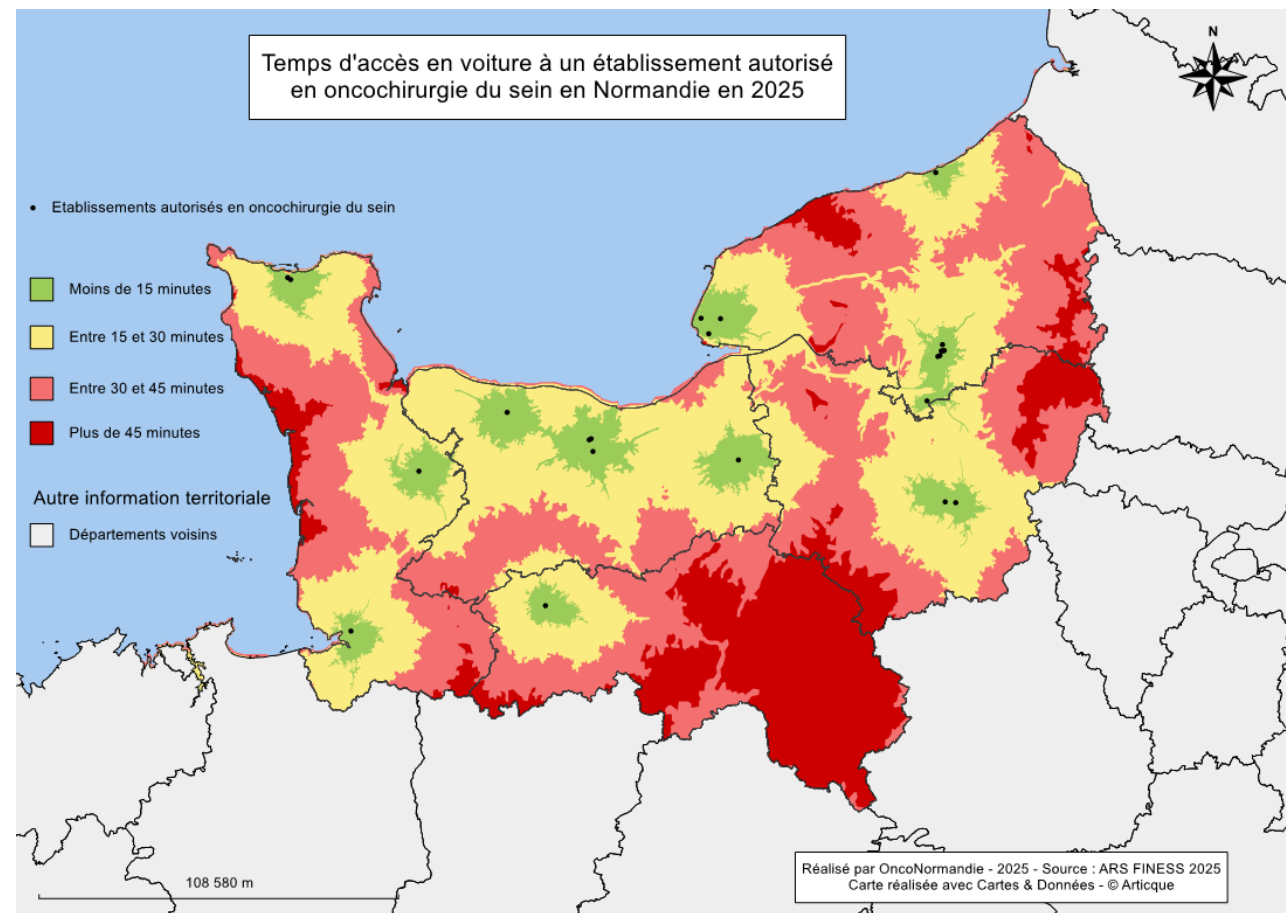
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie du Sein

En 2025, en Normandie :

- 291/2651 (11,0 %) communes et environ 38,2 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie du sein.
- 1 129 (42,6 %) communes et environ 33,8 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie du sein.
- 921 (34,7 %) communes et environ 22,8 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie du sein.
- 310 (11,7 %) 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.

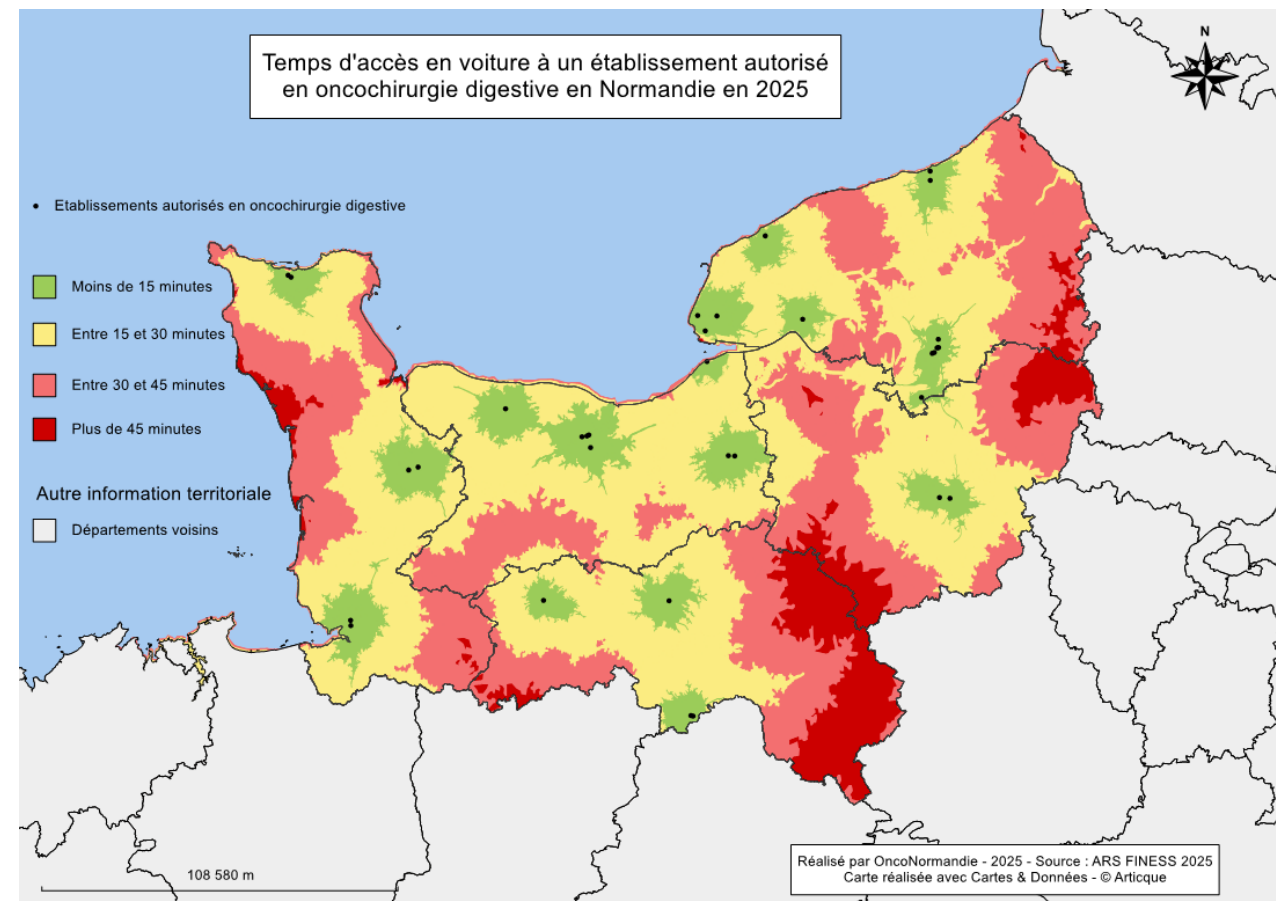
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie Digestive

En 2025, en Normandie :

- 417/2651 (15,7 %) communes et environ 43,6 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie digestive.
- 1 371 (51,7 %) communes et environ 37,5 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie digestive.
- 744 (28,1 %) communes et environ 16,1 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie digestive.
- 119 (4,5 %) communes et environ 2,8 % 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.

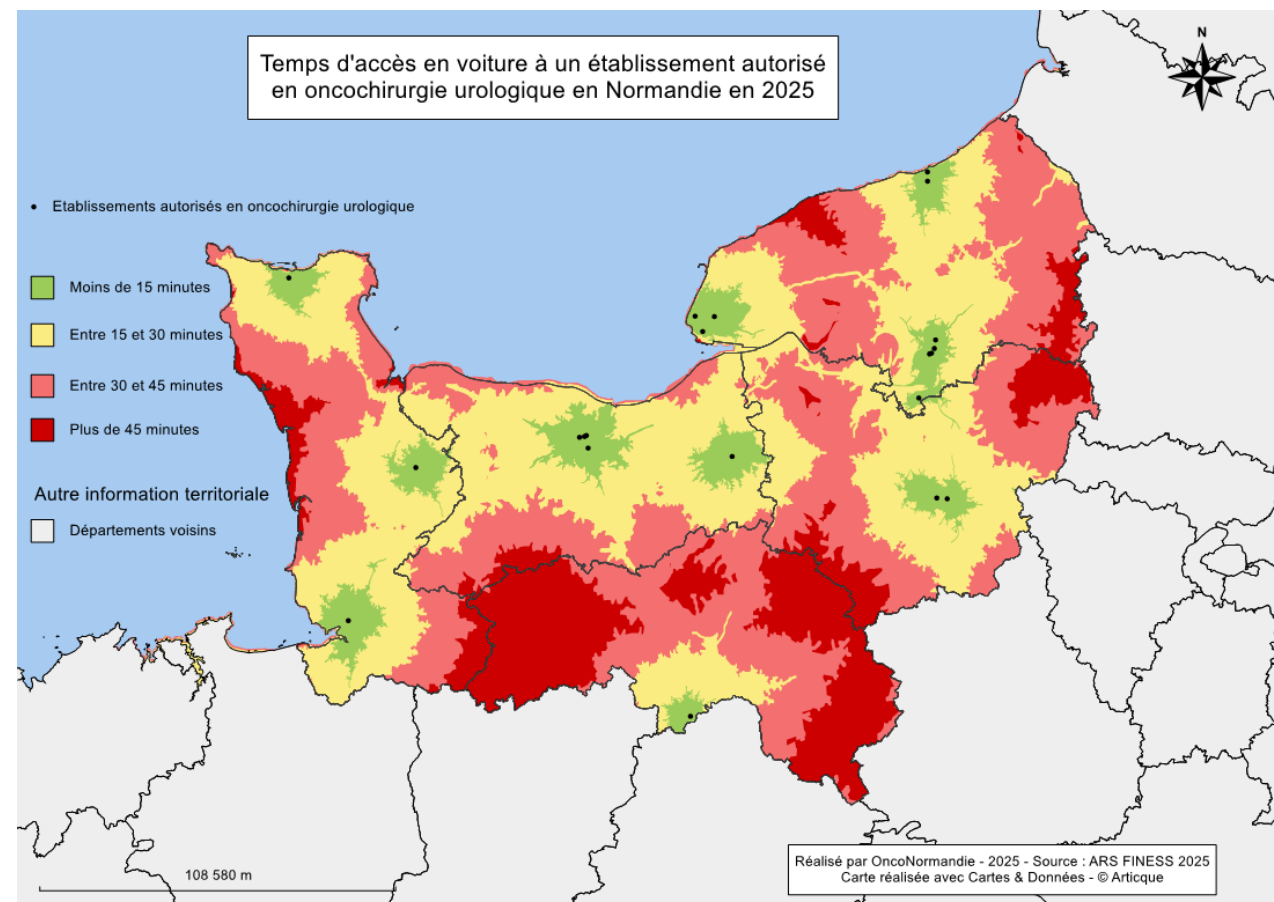
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie Urologique

En 2025, en Normandie :

- 279/2651 (10,5 %) communes et environ 38,3 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie urologique.
- 1 171 (44,2 %) communes et environ 34,4 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie urologique.
- 934 (35,2 %) communes et environ 20,7 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie urologique.
- 267 (10,1 %) communes et environ 6,6 % 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.

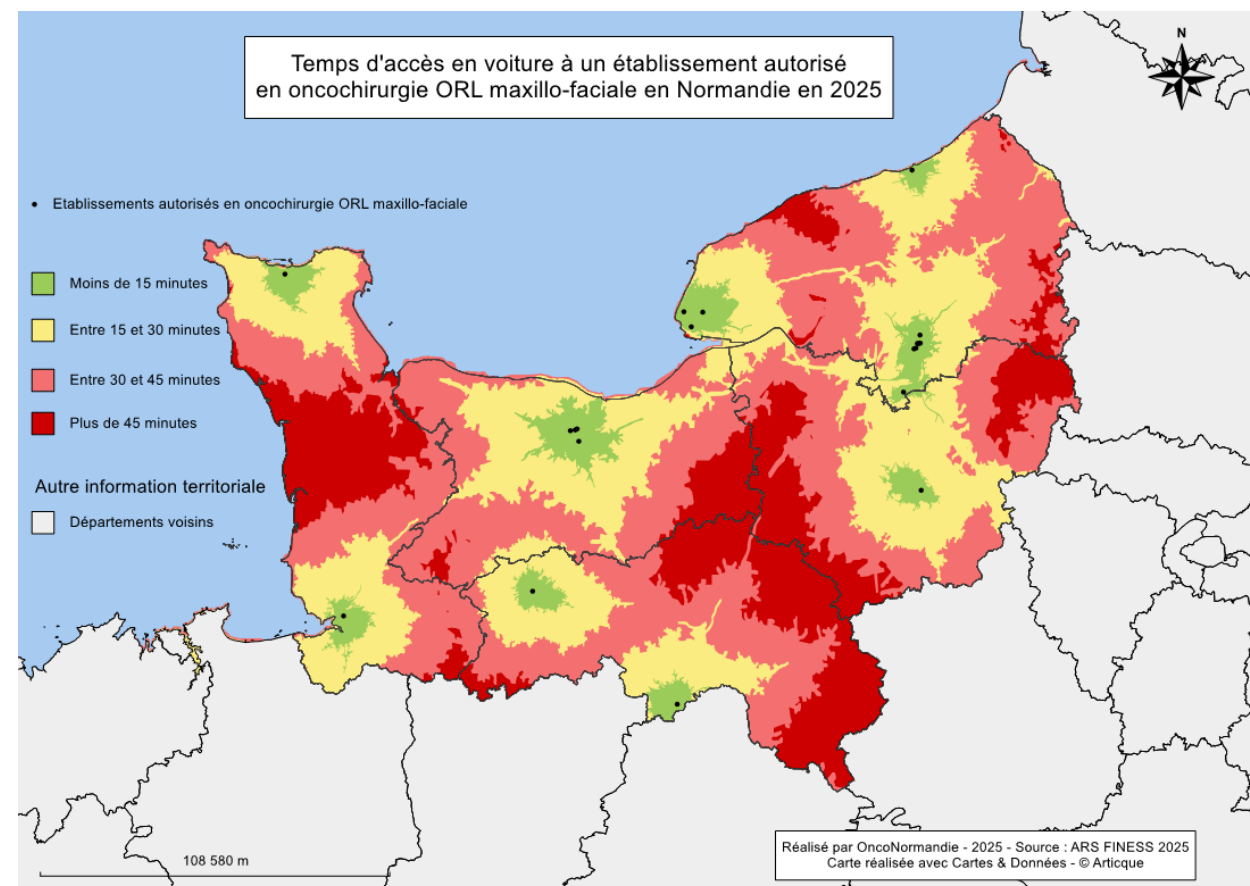
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie ORL Maxillo-faciale

En 2025, en Normandie :

- 199/2651 (7,5 %) communes et environ 36,1 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie ORL Maxillo-faciale.
- 1 009 (38,1 %) communes et environ 30,6 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie ORL Maxillo-faciale.
- 1 054 (39,8 %) communes et environ 25 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie ORL Maxillo-faciale.
- 389 (14,7 %) communes et environ 8,3 % 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.

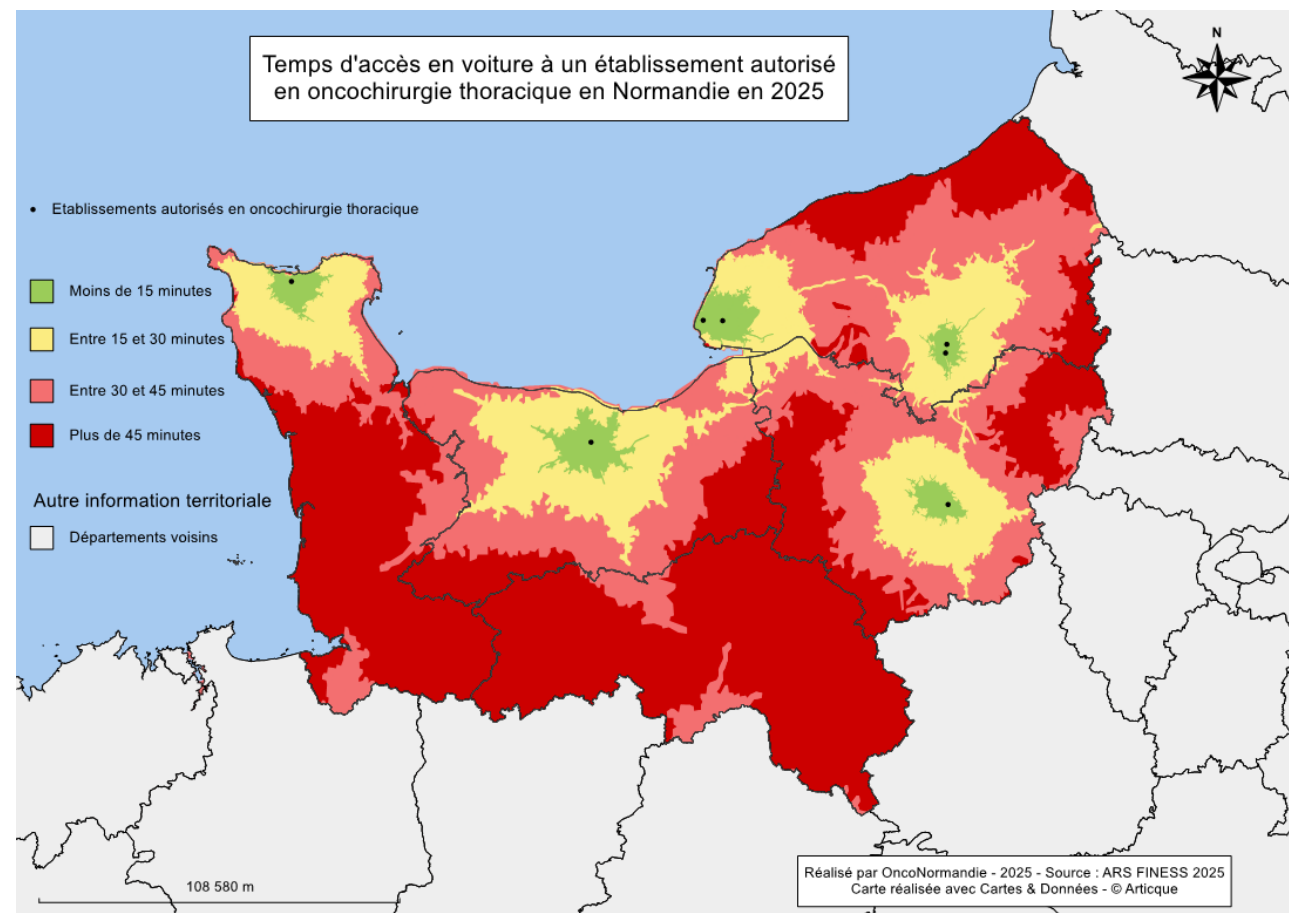
La couverture de la population correspond au nombre de personnes couvertes par la modalité étudiée rapporté à la population totale du territoire étudié. La couverture des communes est déterminée à partir de leur centroïde.



EAC – Oncochirurgie Thoracique

En 2025, en Normandie :

- 121/2651 (4,6 %) communes et environ 27,0 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie thoracique.
- 647 (24,4 %) communes et environ 23,0 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie thoracique.
- 910 (34,3 %) communes et environ 27,0 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie thoracique.
- 973 (36,7 %) communes et environ 23,0 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie thoracique.



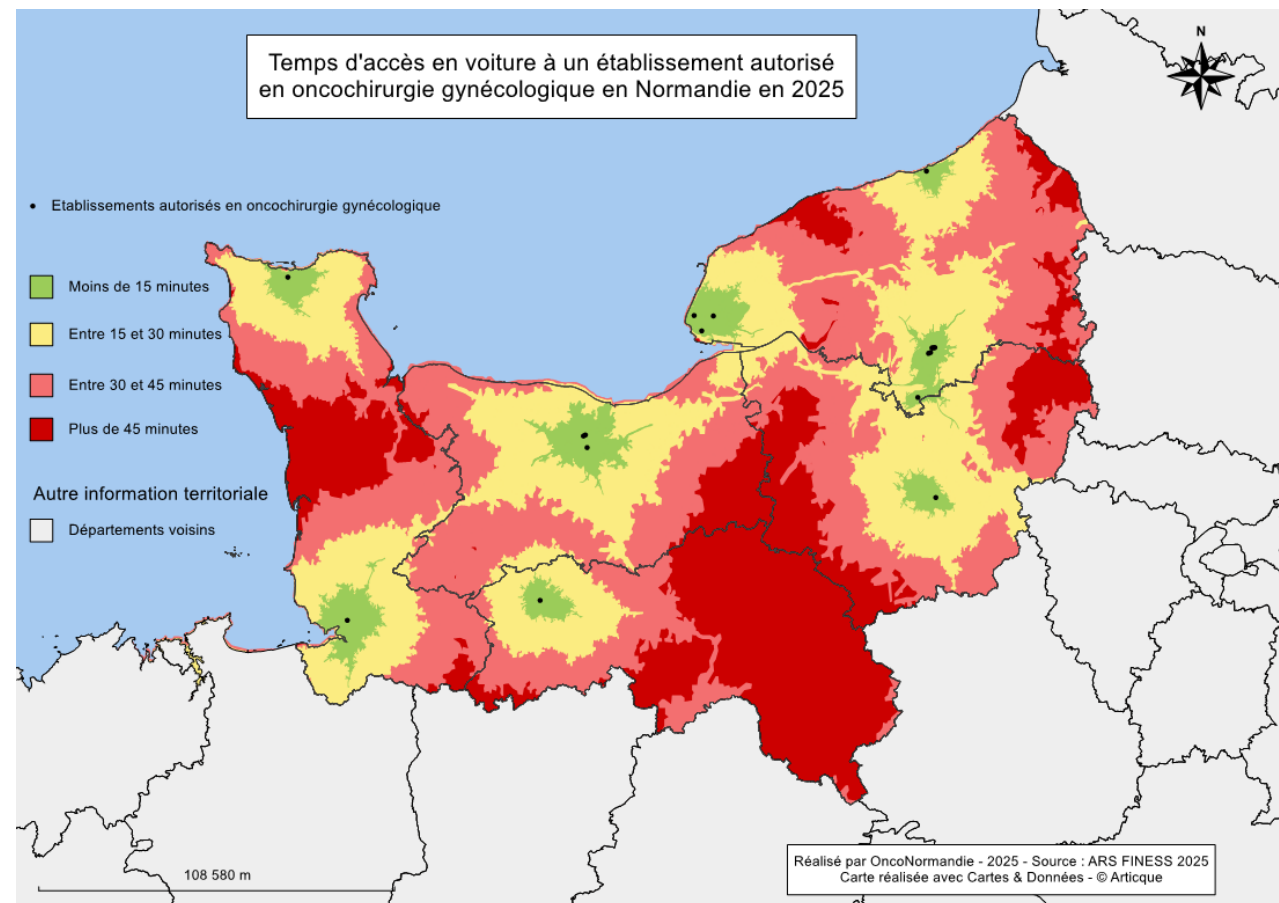
Le temps d'accès correspond au temps routier en voiture pour accéder à une structure. Les données routières sont issues du système de navigation GPS TomTom®. Les structures des départements limitrophes sont prises en compte dans le calcul du temps d'accès. La couverture de la population correspond au 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 2025, en Normandie :

- 196/2651 (7,4 %) communes et environ 34,6 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un EAC en oncochirurgie gynécologique.
- 980 (37,0 %) communes et environ 31,0 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un EAC en oncochirurgie gynécologique.
- 956 (36,1 %) communes et environ 25,1 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie gynécologique.
- 519 (19,6 %) communes et environ 9,3 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un EAC en oncochirurgie gynécologique.



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.



SOS – Les soins de support en cancérologie

Définition : « ensemble des soins et soutiens nécessaires aux personnes malades tout au long de la maladie, conjointement aux traitements oncologiques ou onco-hématologiques spécifiques lorsqu’il y en a ».

Les SOS proposés aux patients atteints de cancer sont ceux publiés en 2017 (Panier Global INCa):

Douleur :

La prise en charge de la douleur est primordiale pour améliorer la qualité de vie à toutes les étapes de la maladie

Nutrition :

L'accompagnement en nutrition a pour objectif de maintenir ou de rétablir un état nutritionnel satisfaisant, pendant et après le traitement.

Soutien psychologique :

Le soutien psychologique permet aux patients d'être aidés tout au long de la maladie dans les difficultés individuelles et familiales.

Aide sociale :

L'aide sociale vient en appui de l'équipe soignante pour soutenir les patients dans les démarches d'ordre social, familial ou professionnel.

Hygiène de vie :

Une bonne hygiène de vie peut influencer positivement la tolérance aux traitements et le pronostic de la maladie.

Activité physique adaptée (APA) :

L'APA contribue à améliorer la qualité de vie pendant et après le cancer, et à réduire le risque de récurrence.

Troubles de la sexualité :

Le soutien psychologique permet aux patients d'être aidés tout au long de la maladie dans les difficultés individuelles et familiales.

Préservation de la fertilité :

L'aide sociale vient en appui de l'équipe soignante pour soutenir les patients dans les démarches d'ordre social, familial ou professionnel.

Soutien psychologique des proches et aidants :

Les proches et aidants peuvent aussi être soutenus pour mieux appréhender la maladie au côté du patient.



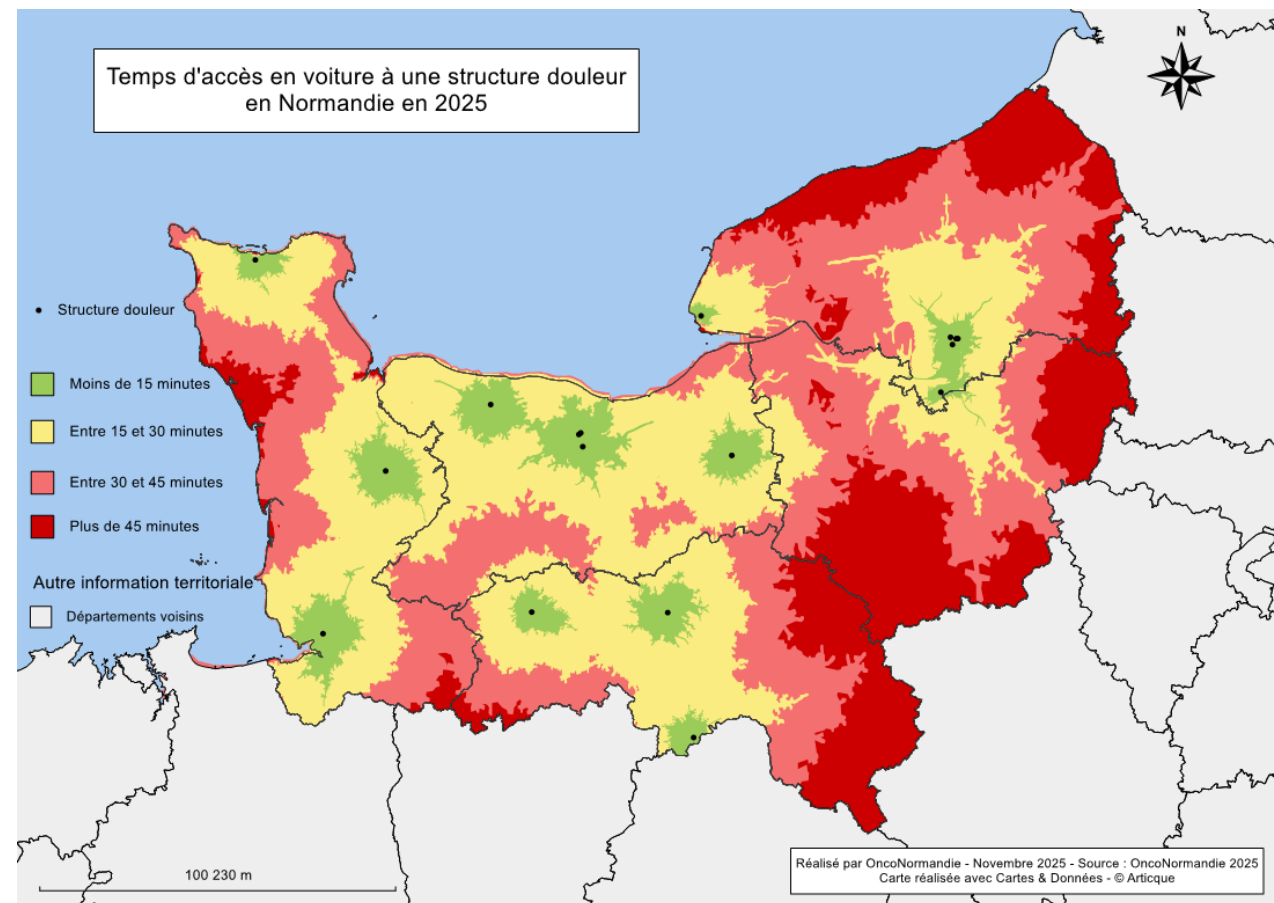
SOS - Douleur

Les structures douleurs assurent la prise en charge des douleurs chroniques (SDC) des patients atteints d'un cancer. Une douleur est qualifiée de chronique lorsqu'elle persiste ou réapparaît dans le temps, qu'elle répond insuffisamment aux traitements et qu'elle entraîne une altération du fonctionnement et de la vie relationnelle.

En 2025, hors établissement en Normandie :

- 274/2651 (10,3 %) communes et environ 35,4 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'une structure douleur.
- 1035 (39,0 %) communes et environ 29,3 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'une structure douleur.
- 903 (34,1 %) communes et environ 24,1 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'une structure douleur.
- 439 (16,6 %) communes et environ 11,3 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'une structure douleur.

Les structures spécialisées sont toutes hébergées en établissement de santé et labellisées par les agences régionales de santé (ARS)





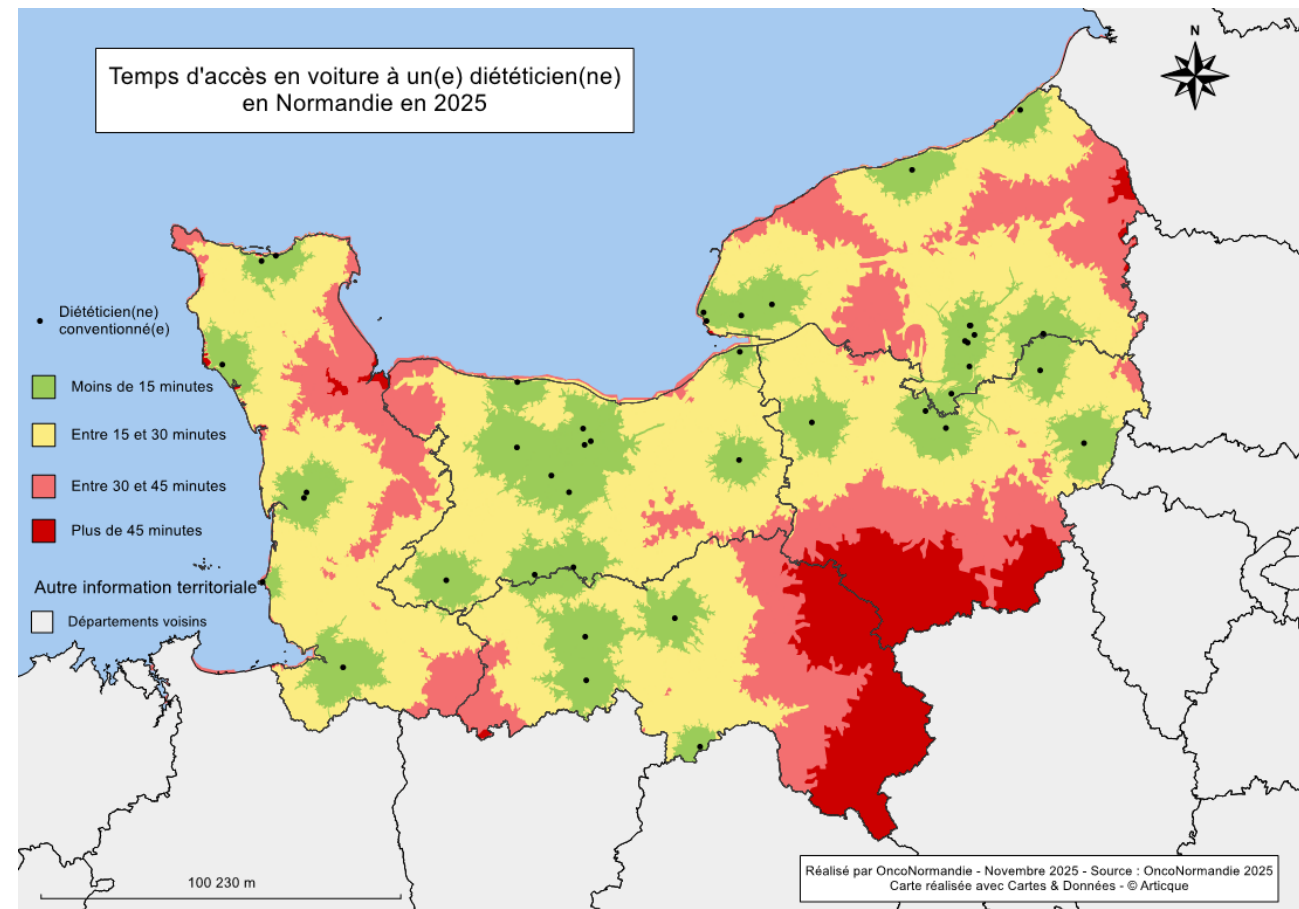
SOS - Nutrition

Les facteurs nutritionnels peuvent influencer l'évolution de la maladie pendant et après le cancer. L'annonce du diagnostic de cancer constitue souvent une période propice à l'adoption de modes de vie plus sains et à l'engagement d'une démarche de prévention, notamment à travers la promotion de comportements nutritionnels adaptés.

En 2025, en Normandie :

- 643/2651 (24,3 %) communes et environ 47,3 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un(e) diététicien(ne).
- 1367 (51,6 %) communes et environ 37,4 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un(e) diététicien(ne).
- 494 (18,6 %) communes et environ 11,6 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un(e) diététicien(ne).
- 147 (5,5 %) communes et environ 3,7 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un(e) diététicien(ne).

Diététiciens sensibilisés à la cancérologie ayant une formation reconnue par Oncodiets et ayant souhaité apparaître sur l'annuaire régional des sos.





SOS – Soutien psychologique

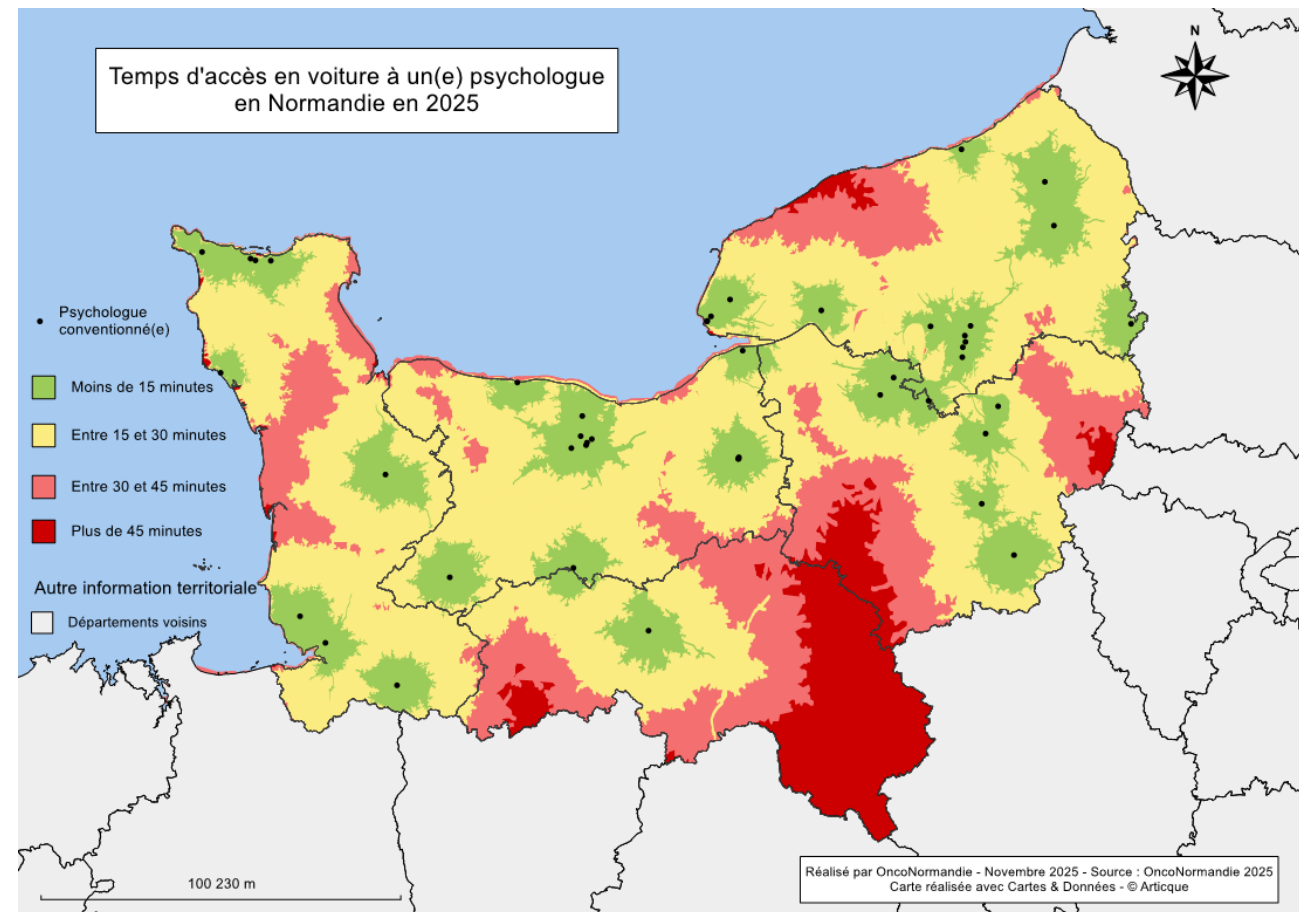
Le diagnostic de cancer et les traitements qui l'accompagnent engendrent souvent des bouleversements émotionnels importants pour les patients. Anxiété, stress, dépression, et troubles de l'image corporelle peuvent affecter leur bien-être mental et physique. Dans ce contexte, un accompagnement psychologique adapté aide à affronter la maladie ainsi que les défis personnels et familiaux qu'elle génère.

Ce soutien peut être proposé durant toutes les étapes du parcours de soin du patient.

En 2025, en Normandie :

- 565/2651 (21,3 %) communes et environ 49,5 % de la population se situent à **moins de 15 minutes** en voiture d'un(e) psychologue.
- 1464 (55,2 %) communes et environ 36,2 % de la population sont **entre 15 et 30 minutes** d'un(e) psychologue.
- 479 (18,1 %) communes et environ 11,5 % de la population sont **entre 30 et 45 minutes** d'un(e) psychologue.
- 143 (5,4 %) communes et environ 2,9 % de la population sont à **plus de 45 minutes** d'un(e) psychologue.

Psychologues sensibilisés à la cancérologie ayant souhaité apparaître sur l'annuaire régional des sos





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 et du socle commun de bases des soins oncologiques de support sont présentés dans cette synthèse. Les autres indicateurs seront présentés dans les prochaines synthèses annuelles.
- Actuellement, cet axe se compose de 43 indicateurs (dont 8 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



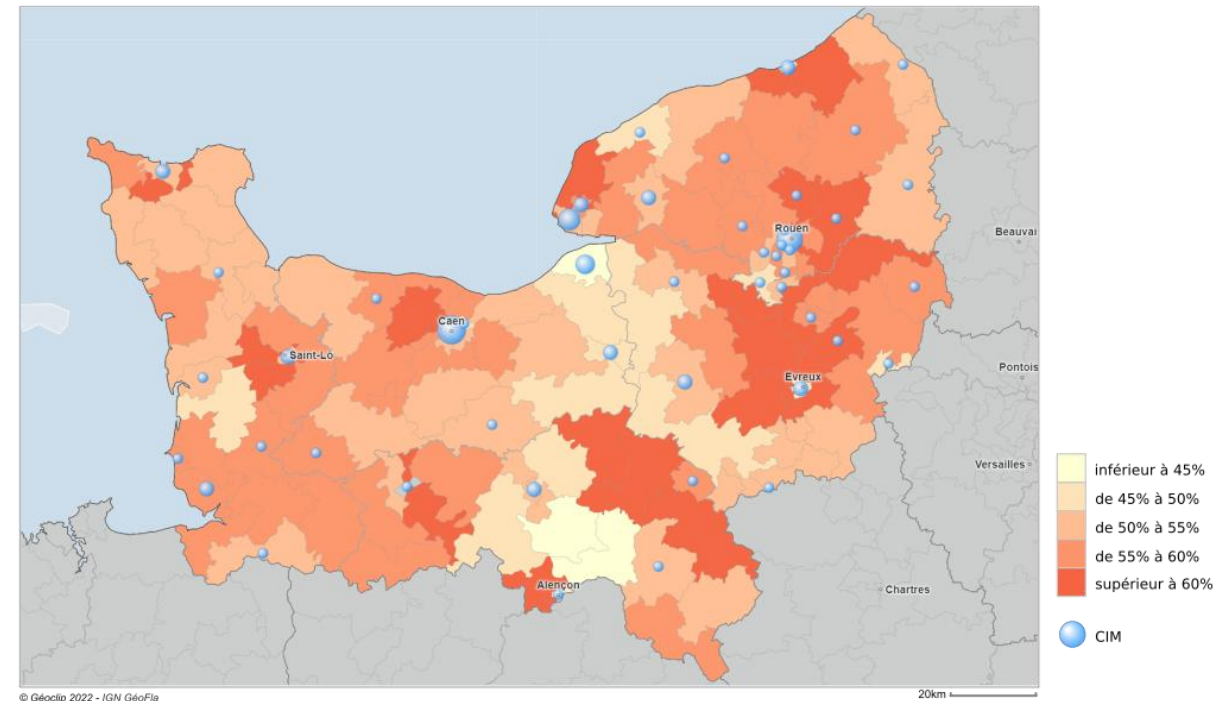
Recours aux dépistages organisés – DOCS

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

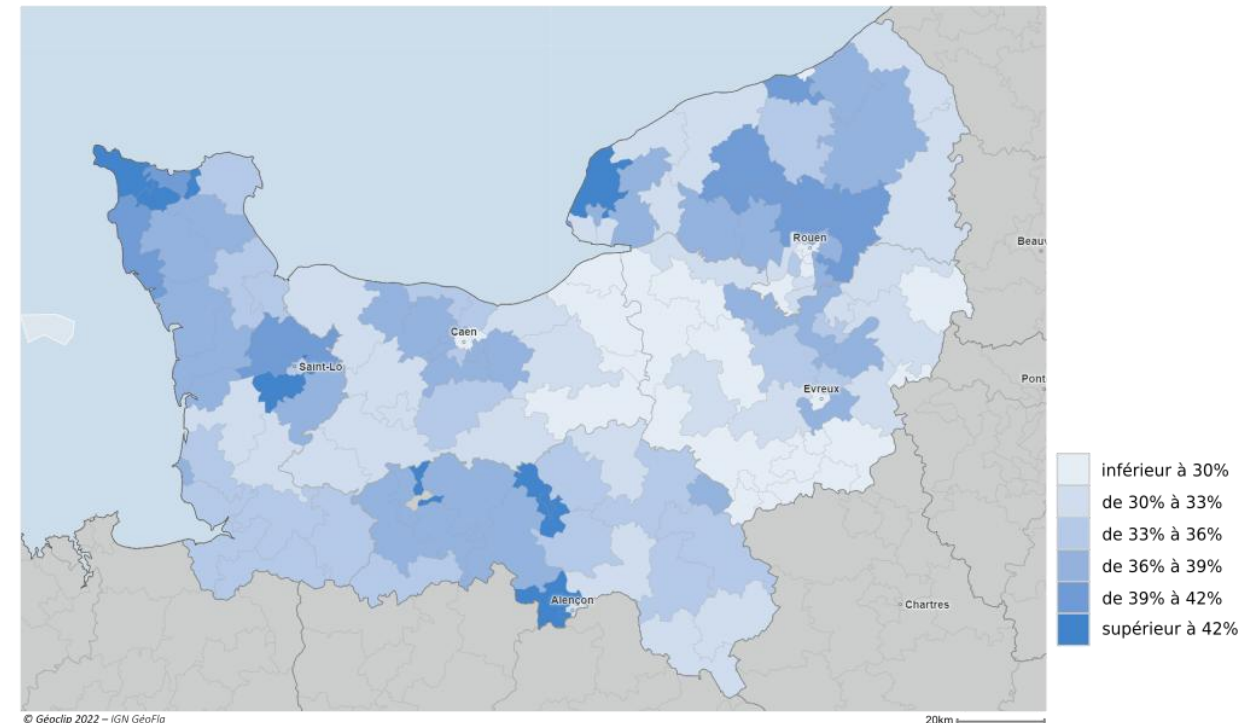
Le taux de participation en 2022-2023 au dépistage organisé du cancer colorectal est de :

- 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

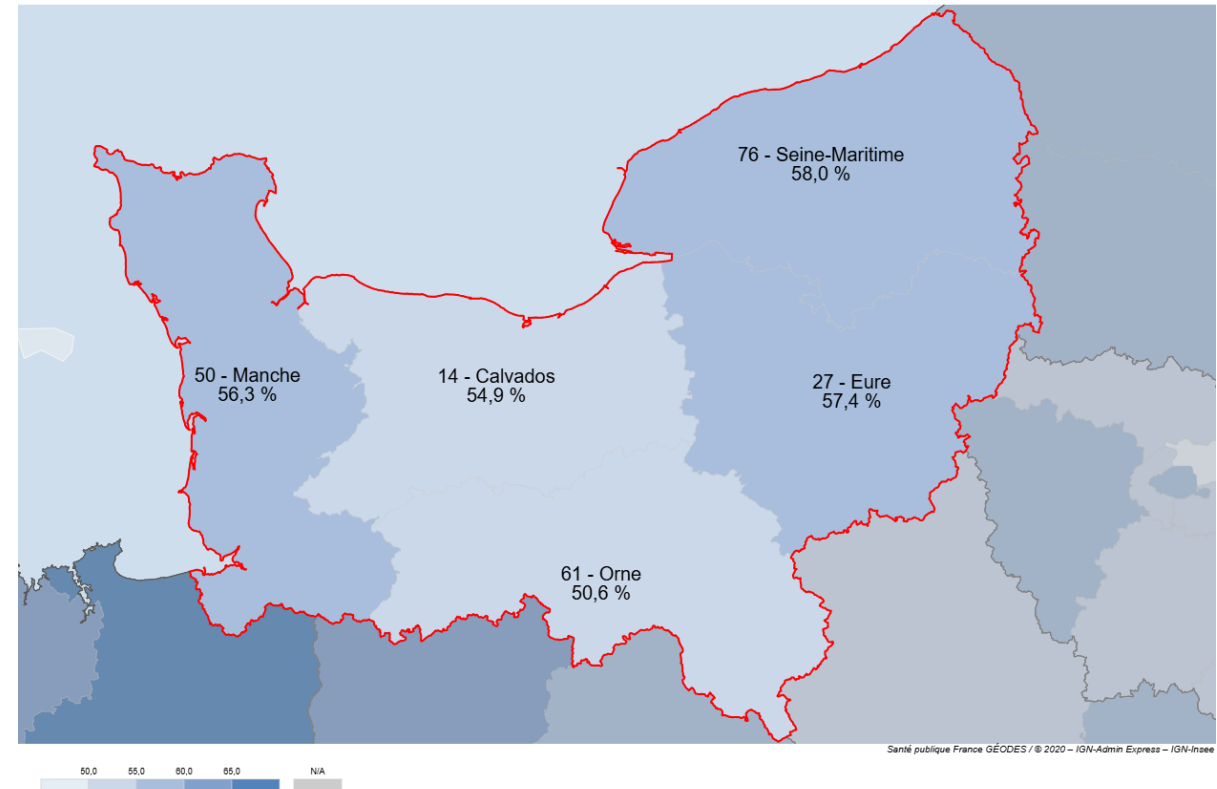
Le taux de participation en 2020-2022 au dépistage organisé du cancer de col de l'utérus est de :

- 54,9 % dans le Calvados
- 57,4 % dans l'Eure
- 56,3 % dans la Manche
- 50,6 % dans l'Orne
- 58,0 % dans la Seine Maritime

Celui-ci est de 56,4 % en Normandie.

Département	Participation 2020-2022
14. Calvados	54,9%
27. Eure	57,4%
50. Manche	56,3%
61. Orne	50,6%
76. Seine-Maritime	58,0%

Couverture du dépistage du cancer du col de l'utérus, 2020-2022 (%) - Source : Données issues du SNDS (DCIR) et Estimations Localisées de Population (ELP) de l'Insee - Exploitation Santé publique France



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

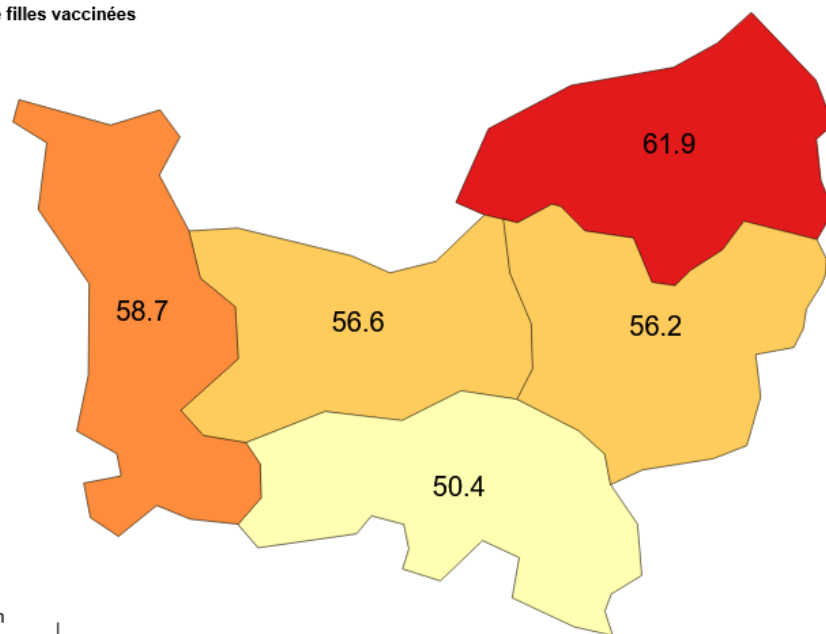
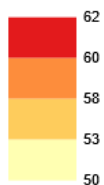


Couverture vaccinale HPV

Couvertures vaccinales Papillomavirus (HPV), schéma complet à 16 ans, en 2024 (%)

Filles

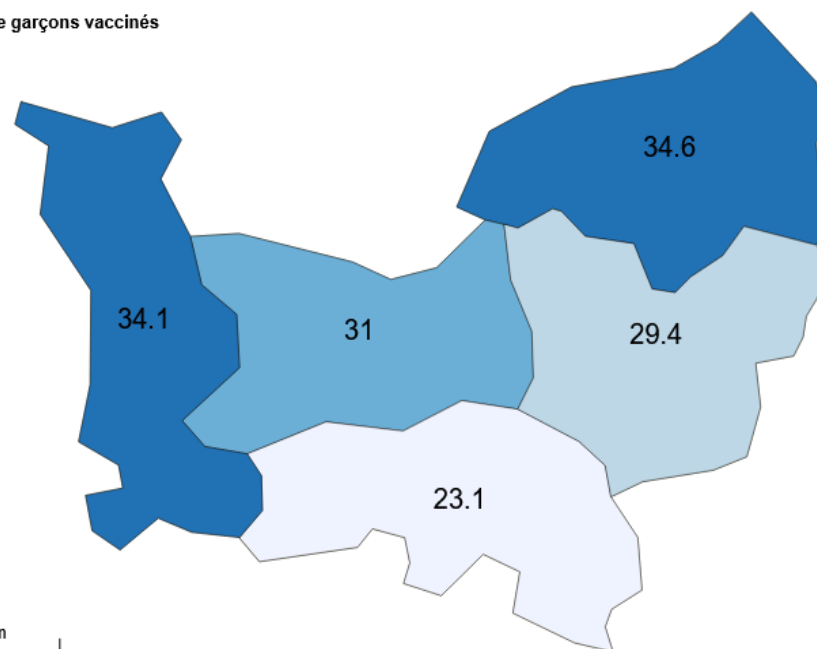
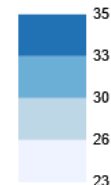
Proportion de filles vaccinées



50 km

Garçons

Proportion de garçons vaccinés



50 km

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

Source : SNDS - Santé publique France



FOCUS

Zoom sur les Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)



Zoom sur les Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)

- L'objectif de cet axe est de décrire l'évolution de l'activité des prises en charge en cancérologie, à travers le suivi des **Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)** et des **Fiches RCP (FRCP)**.
- Une **RCP** est une réunion pluridisciplinaire où plusieurs médecins de spécialités différentes discutent ensemble du dossier d'un patient pour définir la meilleure stratégie thérapeutique.
- Une **FRCP** est le compte-rendu qui consigne de manière formalisée toutes les informations concernant le patient et sa maladie et la proposition thérapeutique nommée « avis RCP » issue des discussions.
- En 2024, sur 113 RCP répertoriées en région, 103 étaient gérées et suivies dans la solution numérique régionale ; 15 de ces réunions ont été ajoutées pendant l'année 2024.
- L'ensemble de ces RCP représente 3434 réunions réalisées dans l'année.



Indicateurs – 1^{er} passage en RCP

- Forte hausse des premiers passages en RCP dans la solution numérique régionale en 2024 (+ 49% par rapport à 2022).
- En 2024, plus de 26 000 premiers passages en RCP ont eu lieu.

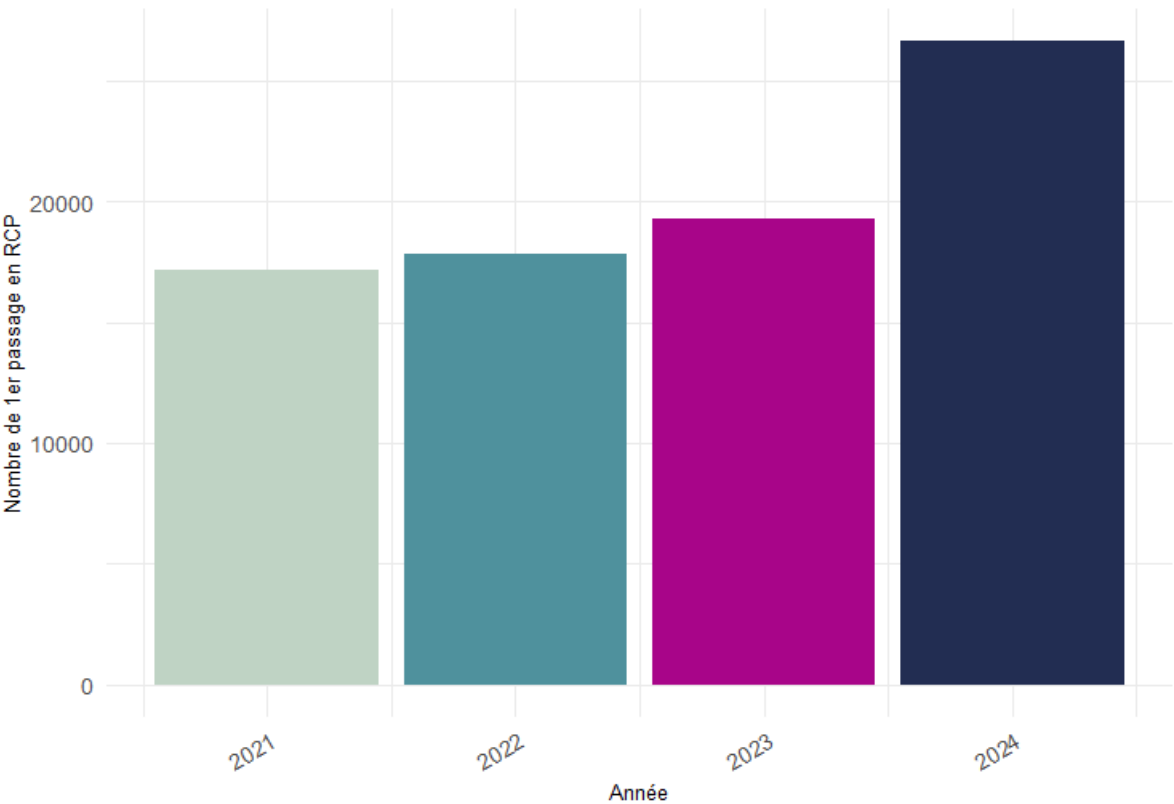
Nombre de 1er Passage en RCP par an

Totaux annuels

	2021	2022	2023	2024
1er Passage en RCP	17 161	17 821	19 258	26 629

Nombre de 1er passage en RCP par année

Comparaison interannuelle des volumes



RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire



Indicateurs – Nombre de FRCP

- Forte hausse du nombre de FRCP dans la solution numérique régionale en 2024 (+ 54% par rapport à 2022).
- Progression continue d'une année sur l'autre, avec un total 2024 très supérieur à 2022 et 2023.

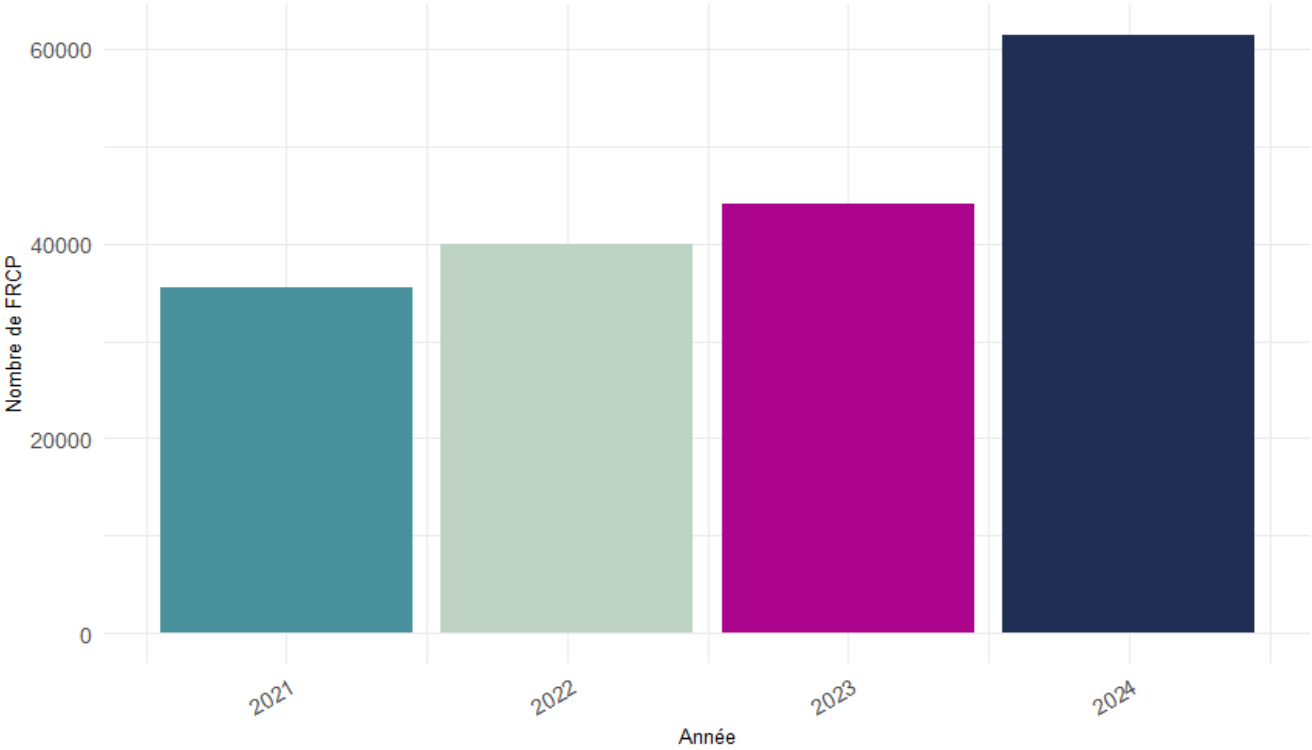
Nombre de FRCP par an

Totaux annuels

	2021	2022	2023	2024
Nombre de FRCP	35 481	39 860	44 130	61 429

Nombre de FRCP par année

Comparaison interannuelle des volumes





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

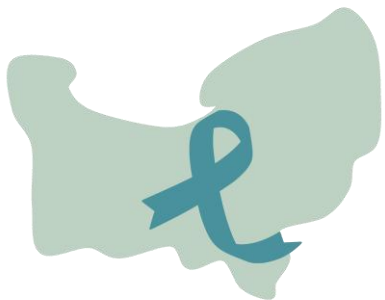


Ressources

- 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 Anticipo (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 Anticipo (Inserm U1086) - Facteurs de risque professionnels et environnementaux des cancers

Olivier SEREE, Camille HUARD, OncoNormandie

Annabelle YON, ORS-CREAI Normandie

Version décembre 2025

contact : drcn@onconormandie.fr

Diagnostic Régional du Cancer en Normandie 2025

