

CANCERS

*Dr Jean-François Buyck, Lise Mandigny, Dr Anne Tallec
avec la contribution du Pr Mario Campone (Institut de cancérologie de l'Ouest) et
du Dr Florence Molinié (Registre des cancers de Loire-Atlantique et Vendée)*

SOMMAIRE

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE	161
1.1 ENSEMBLE DES CANCERS	162
Près de 4 % des Ligériens sont atteints d'une maladie cancéreuse	162
Stabilité du taux d'incidence mais augmentation du nombre de cas de cancers	163
Un taux de Ligériens hospitalisés en court séjour pour cancer relativement stable	165
Les cancers à l'origine de 40 % des décès survenant avant l'âge de 65 ans	166
1.2 LES CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS ET GRAVES	168
2 000 nouveaux cas de cancer colorectal chaque année dans la région	168
Cancer du poumon : une situation en forte dégradation chez les femmes mais les Ligériens restent globalement moins touchés	170
Environ 230 Ligériennes de moins de 65 ans décèdent chaque année d'un cancer du sein	171
Une morbidité régionale par cancer de la prostate supérieure à la moyenne nationale	172
1.3 CANCERS AFFECTANT PARTICULIÈREMENT LES LIGÉRIENS	174
Le cancer du foie est plus fréquent chez les hommes de la région et sa morbidité tend à augmenter	174
Une situation régionale également défavorable pour les cancers des VADS chez les hommes, en particulier en Loire-Atlantique	175
Environ 160 décès par cancer de la peau dans la région en 2015	176
Certaines hémopathies malignes plus fréquentes en Pays de la Loire	176
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES	178

TABLE DES ENCADRÉS

ENCADRÉ 1. Des inégalités sociales face au cancer de plus en plus marquées	162
ENCADRÉ 2. Sources et méthodes permettant d'estimer l'incidence des cancers	164
ENCADRÉ 3. Le Registre des cancers de Loire-Atlantique et de Vendée	165
ENCADRÉ 4. Dépistage individuel et dépistage organisé du cancer colorectal	170
ENCADRÉ 5. Problématique de l'utilisation du PSA pour le dépistage du cancer de la prostate	173



PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES
Cancers



1 CANCERS

FAITS MARQUANTS ET ÉLÉMENTS DE PROSPECTIVE

Les cancers affectent plus de 136 600 personnes dans la région, soit près de 4 % des Ligériens. Ces pathologies représentent la première cause de décès tous âges confondus, et sont à l'origine de 40 % des décès survenant avant l'âge de 65 ans, constituant ainsi la première cause de mortalité prématurée. Le taux de survie, 5 ans après un diagnostic de cancer, est désormais proche de 60 % et s'améliore pour la plupart des localisations cancéreuses.

La mortalité par cancer des Ligériens tend comme en France à diminuer et est actuellement proche de celle de la moyenne nationale. Le taux régional d'admissions en affection de longue durée (ALD), qui permet une approche de l'incidence, et le taux de personnes hospitalisées en service de court séjour pour cancer sont par contre relativement stables et un peu plus élevés dans la région. Enfin, en lien également avec le vieillissement de la population, le nombre annuel d'admissions en ALD pour cancer parmi les habitants des Pays de la Loire est en nette augmentation, proche de 18 500 en 2014 contre 16 500 en 2005.

Ce constat régional global masque toutefois une situation plus favorable chez les femmes que chez les hommes. Chez ces derniers, la fréquence des admissions en ALD pour cancer dépasse en effet la moyenne nationale de 4 %, la fréquence des hospitalisations lui est supérieure de 10 %.

Les cancers du poumon, du côlon-rectum, du sein et de la prostate constituent les cancers les plus fréquents et les plus graves dans les Pays de la Loire, comme au plan national. L'incidence et la mortalité du cancer du poumon sont moindres dans la région, mais alors que la morbidité pour cette affection semble se stabiliser, voire reculer ces dernières années chez les hommes, elle s'est comme en France accrue de manière considérable chez les femmes, en lien avec l'augmentation de la fréquence du tabagisme. Concernant les cancers colorectaux, la mortalité régionale est sensiblement identique à la moyenne nationale, malgré une incidence masculine légèrement plus élevée dans la région. Le cancer du sein, dont le poids est majeur chez les femmes, ne présente pas de spécificité régionale par rapport à la population française. En revanche, la situation des Pays de la Loire semble défavorable pour le cancer de la prostate, avec une incidence et une mortalité nettement supérieures à la moyenne nationale.

La fréquence de certains autres cancers apparaît également plus importante dans la région. La population ligérienne masculine est notamment particulièrement affectée par les cancers des voies aérodigestives supérieures (VADS) et les cancers du foie, localisations pour lesquelles l'alcool constitue un facteur de risque bien établi. Enfin les cancers cutanés, et certaines hémopathies malignes apparaissent plus fréquents dans la région qu'au plan national.

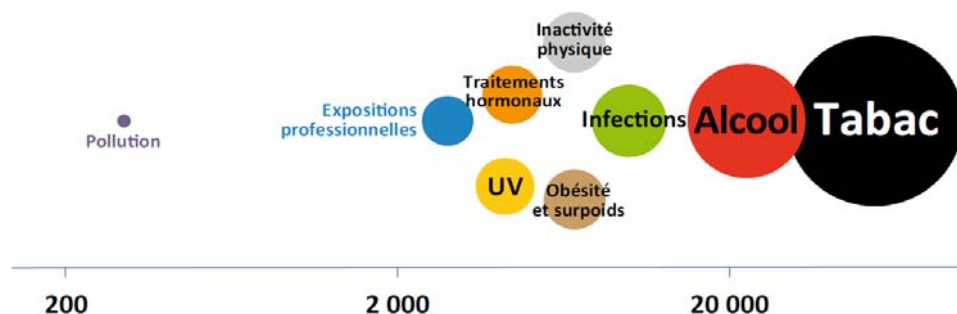
En Pays de la Loire, le vieillissement de la population conjugué à l'augmentation du tabagisme et des consommations excessives d'alcool et à la dégradation relative des habitudes nutritionnelles laissent présager une augmentation de l'incidence régionale du cancer dans les années à venir. L'augmentation de la survie liée aux progrès thérapeutiques conduira en outre à une augmentation de la prévalence des cancers. Enfin, l'augmentation du nombre de cancers touchant des personnes âgées nécessitera une adaptation des prises en charge, en raison notamment des risques majorés de complications thérapeutiques.

Le cancer correspond à une prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe pouvant être situé dans toute partie de l'organisme. À la différence des tumeurs bénignes, les cancers ou tumeurs malignes ont une aptitude à disséminer à distance du cancer primitif en créant des foyers secondaires (métastases).

Le risque de cancer augmente avec l'âge et présente dans certains cas un caractère héréditaire. En dehors de ces situations, les principaux facteurs de risque de cancer sont liés aux comportements et à l'environnement. Parmi les comportements à risque, le tabagisme est un grand pourvoyeur de cancer (un cas de cancer sur cinq lui serait attribuable), de même que la consommation d'alcool. Le rôle des facteurs nutritionnels est désormais bien établi (facteurs de risque pour la surcharge pondérale et l'inactivité physique, facteurs de risque ou de protection pour certains aliments ou types d'alimentation), comme celui des infections. Au niveau environnemental, les expositions professionnelles, les rayonnements ultraviolets, et à un moindre degré de la pollution atmosphérique sont également des facteurs de risque bien identifiés [Fig1] [1] [2]. Le taux de survie, 5 ans après un diagnostic de cancer, est désormais proche de 60 % et s'améliore pour la plupart des localisations cancéreuses [3].



Fig1. Nombre de cas de cancers attribuables aux différents facteurs de risque de cancer France (2000)



Source : INCa. (2015). La prévention primaire des cancers en France. 8 p.
Infections : Helicobacter pylori, Papillomavirus, Hépatites B et C, Epstein-Barr

Ce chapitre décrit l'état de santé de la population ligérienne relatif à l'ensemble des cancers, puis fait un focus sur les localisations cancéreuses les plus fréquentes (côlon-rectum, poumon, sein et prostate) ainsi que sur les localisations affectant particulièrement la population ligérienne (foie, VADS¹, peau, et certaines hémopathies malignes).

1.1 ENSEMBLE DES CANCERS

Près de 4 % des Ligériens sont atteints d'une maladie cancéreuse

Le nombre total de personnes admises en affection de longue durée (ALD) pour tumeur maligne par les trois principaux régimes d'assurance maladie est utilisé ci-après pour approcher la prévalence régionale des cancers, c'est-à-dire le nombre total de cas de ces affections parmi les habitants des Pays de la Loire, à un moment donné.

Plus de 136 600 personnes, soit 3,7 % de la population des Pays de la Loire, étaient en ALD pour cancer à la fin de l'année 2014 dans la région. 49 000 de ces personnes étaient âgées de moins de 65 ans, ce qui représente 1,6 % des Ligériens de cette classe d'âge. Ces proportions sont très proches de la moyenne nationale (respectivement 3,6 et 1,6 %).

Au sein de la région, la Sarthe et la Vendée sont les départements où la part des habitants en ALD pour cancer est la plus importante (4,2 % de la population). Viennent ensuite la Mayenne (3,9 %), la Loire-Atlantique (3,5 %), puis le Maine-et-Loire (3,3 %).

ENCADRÉ 1. Des inégalités sociales face au cancer de plus en plus marquées

L'impact des inégalités sociales est visible tout au long du parcours du patient atteint de cancer, avec un gradient social en défaveur des catégories socioéconomiques les plus modestes. Les comportements favorisant la survenue d'un cancer, comme le tabagisme ou certaines habitudes nutritionnelles, sont notamment plus fréquents dans les classes sociales les moins favorisées, parfois en raison d'une mauvaise perception des effets cancérigènes liés à ces comportements à risque [4] [5]. *A contrario*, des pratiques de prévention comme la vaccination (contre les papillomavirus humains ou HPV) et le dépistage sont moins fréquentes parmi ces populations [6]. Après un diagnostic de cancer, les soins peuvent être contraints par des difficultés de remboursement (restes à charge persistants malgré le statut d'ALD) ou par des inégalités territoriales d'accès à certaines offres de soins [7]. Ces différents aspects expliquent les fortes inégalités sociales observées en France en matière de mortalité liée au cancer, ces inégalités ayant eu tendance à se creuser au fil du temps [8].

¹ Voies aérodigestives supérieures : lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx.



Stabilité du taux d'incidence mais augmentation du nombre de cas de cancers

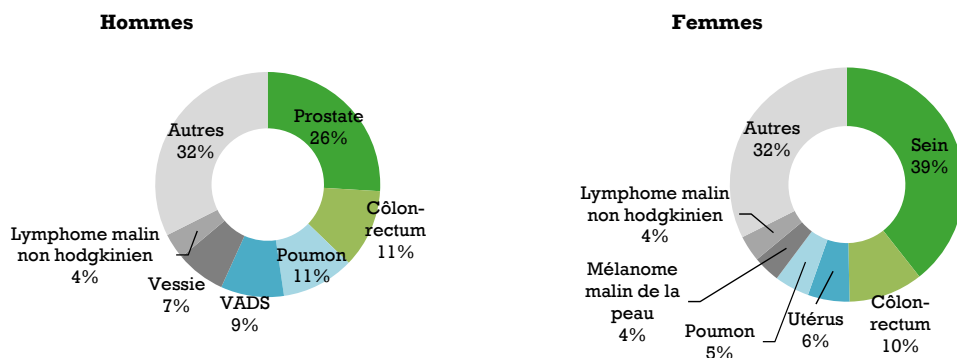
Les données relatives aux admissions annuelles en ALD ont été choisies dans cette étude pour analyser l'incidence des cancers (c'est-à-dire le nombre annuel de nouveaux cas) à l'échelle régionale et départementale, les autres données disponibles étant un peu anciennes ou ne couvrant pas l'intégralité du territoire régional [ENCADRÉ 2]. Les résultats ainsi obtenus doivent toutefois être interprétés avec précaution. En effet, les données d'ALD peuvent dans certains cas sous-estimer l'incidence réelle des cancers (personnes non diagnostiquées, demandes d'admissions en ALD non systématiques, personnes déjà admises en ALD pour une autre affection), ou au contraire la surestimer (renouvellement d'admission). De plus, l'évolution des taux d'admissions en ALD n'est pas uniquement liée aux variations épidémiologiques ou démographiques. Le nombre d'admissions est en effet très sensible aux modifications des règles médico-administratives, mais aussi à toute nouvelle action visant à dépister plus précocement certaines pathologies graves et/ou à élargir la population cible [voir Encadré 2, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Dans les Pays de la Loire, environ 18 500 personnes ont été admises en ALD pour cancer chaque année en moyenne en 2012-2014. Ces affections sont ainsi à l'origine de 24 % de l'ensemble des admissions en ALD pour cette période. En 2005-2007, le nombre annuel de personnes admises en ALD pour cancer était nettement moins important, proche de 16 500.

Chez les hommes, le cancer de la prostate est particulièrement fréquent, à l'origine de 26 % des admissions en ALD pour cancer et de façon globale de 7 % de l'ensemble des admissions en ALD chez les hommes. Viennent ensuite le cancer colorectal (11 % des admissions en ALD pour cancer), le cancer du poumon (11 %) et le cancer des VADS (9 %) sont les motifs les plus fréquents d'admissions en ALD pour cancer.

Chez les femmes, le cancer du sein est de loin le plus fréquent (39 % des admissions en ALD pour cancer et 13 % de l'ensemble des admissions chez les femmes), devant le cancer colorectal (10 %) [Fig2].

Fig2. Répartition des admissions en ALD pour cancer par localisation
Pays de la Loire (moyenne 2012-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx).
Utérus : col et corps de l'utérus.



ENCADRÉ 2. Sources et méthodes permettant d'estimer l'incidence des cancers

Santé publique France utilise une méthodologie basée sur les données d'admissions en ALD, les séjours hospitaliers et la mortalité pour obtenir des estimations d'incidence par localisation cancéreuse, notamment grâce à une confrontation de l'incidence ainsi estimée aux données des registres des cancers. Étant donné les limites de cette modélisation, ces estimations ne sont calculées que pour les localisations cancéreuses les plus fréquentes. De plus, en raison notamment de la complexité de mise en œuvre de cette méthode, les publications les plus récentes de Santé publique France donnent des estimations d'incidence concernant la période 2008-2010 [9].

Les registres des cancers fournissent les résultats d'incidence les plus fiables, car ils recueillent de manière exhaustive tous les cas de cancers survenant sur le territoire qu'ils couvrent. En Pays de la Loire, un registre bi-départemental couvre la Loire-Atlantique et la Vendée. Des données d'incidence plus précises sont donc disponibles pour ces deux départements [10].

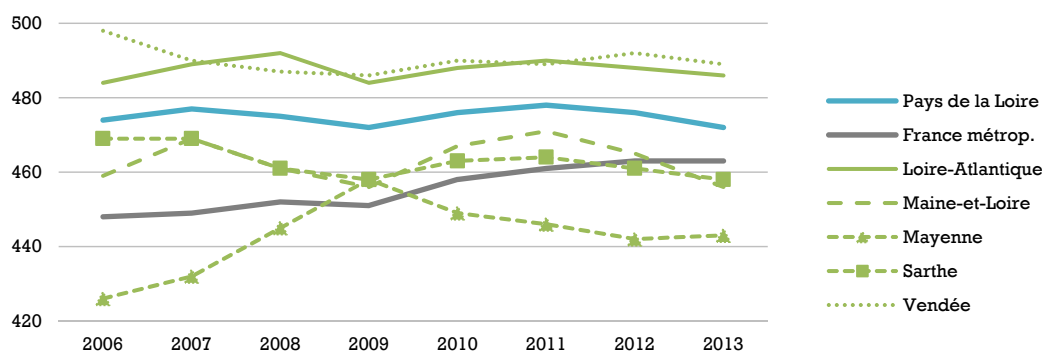
Par rapport à la moyenne nationale, la fréquence régionale des admissions en ALD pour cancer est supérieure de 2 %, en lien avec une incidence masculine supérieure de 4 %, alors qu'il n'y a pas d'écart région-France pour les femmes.

Entre 2005 et 2014, le taux régional d'admissions en ALD pour cancer est resté stable (- 0,1 % par an en moyenne) alors que le taux national a eu légèrement tendance à augmenter (+ 0,5 % par an en moyenne), ce qui a progressivement réduit la surincidence régionale.

Au sein de la région, la Loire-Atlantique et la Vendée se distinguent par un taux d'admissions en ALD pour cancer stable et au-dessus de la moyenne régionale de 2005 à 2014. Les taux d'admissions en Sarthe et dans le Maine-et-Loire sont également assez stables mais en-dessous de la moyenne régionale. Enfin, sur cette période, le taux d'admissions en Mayenne a fortement augmenté, puis nettement diminué, tout en restant inférieur à la moyenne régionale [Fig3].

La situation des départements en termes d'incidence et de prévalence des ALD est donc sensiblement différente, puisque ce sont la Sarthe et la Vendée qui connaissent la plus forte prévalence des cancers, alors que leur plus forte incidence est observée en Loire-Atlantique et en Vendée. Outre des différences de pratiques d'attribution des ALD, cette situation pourrait résulter d'une moindre chronicité des cancers en Loire-Atlantique, en lien avec une plus grande fréquence dans ce département des cancers de moins bon pronostic, liés à la consommation d'alcool notamment.

Fig3. Évolution du taux standardisé d'admissions en ALD pour cancer
Pays de la Loire, France métropolitaine (2005-2014)



Sources : Cnamts, MSA, RSI, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)



ENCADRÉ 3. Le Registre des cancers de Loire-Atlantique et de Vendée

Ce Registre couvre environ 1,9 million d'habitants, soit plus de la moitié de la population ligérienne. Il recense depuis le 1^{er} janvier 1998 tout nouveau cas de cancer survenu chez une personne habitant en Loire-Atlantique ou en Vendée au moment du diagnostic. Du fait du territoire couvert, les résultats du Registre ne sont pas directement extrapolables à l'ensemble de la région. Chaque année en moyenne en 2011-2013, le Registre de Loire-Atlantique a enregistré environ 7 000 nouveaux cas de cancers et celui de Vendée plus de 4 000 [11].

Un taux de Ligériens hospitalisés en court séjour pour cancer relativement stable

La prise en charge multidisciplinaire des cancers est le plus souvent réalisée en milieu hospitalier. Selon la localisation et le stade de sévérité, différents types de traitements anticancéreux (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie...) sont utilisés, le plus souvent en association. Ces traitements spécifiques sont complétés par une prise en charge globale visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes. Les données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) utilisées ci-après concernent les personnes hospitalisées avec un diagnostic principal de cancer. Elles ne prennent pas en compte les hospitalisations où le cancer constitue un diagnostic associé, ni les séances pour chimio ou radiothérapie [voir Encadré 4, chapitre Vue d'ensemble de la santé des Ligériens].

Environ 32 000 habitants des Pays de la Loire ont eu au moins une hospitalisation en court séjour avec pour diagnostic principal un cancer en 2015 (30 000 en 2009). Certaines personnes ayant été hospitalisées plusieurs fois au cours de l'année principalement pour ce motif, le nombre total de séjours pour cancer de la population ligérienne avoisine 43 000.

Chez les hommes, les cancers cutanés (hors mélanomes) constituent le premier motif d'hospitalisation pour cancer (environ 3 300 Ligériens, soit 18 % des hommes hospitalisés pour cancer). Viennent ensuite le cancer de la prostate (17 %), le cancer de la vessie et le cancer colorectal (9 % chacun), le cancer du poumon (8 %) et le cancer des VADS (7 %).

Chez les femmes, le cancer du sein est de loin le premier motif (environ 3 700 Ligériennes, soit 26 % des femmes hospitalisées pour cancer), devant les cancers cutanés hors mélanomes (18 %) et le cancer colorectal (9 %).

Par rapport à la moyenne nationale, la fréquence de patients hospitalisés pour cancer est supérieure de 7 % dans la région, à structure d'âge comparable (+ 10 % chez les hommes, + 3 % chez les femmes).

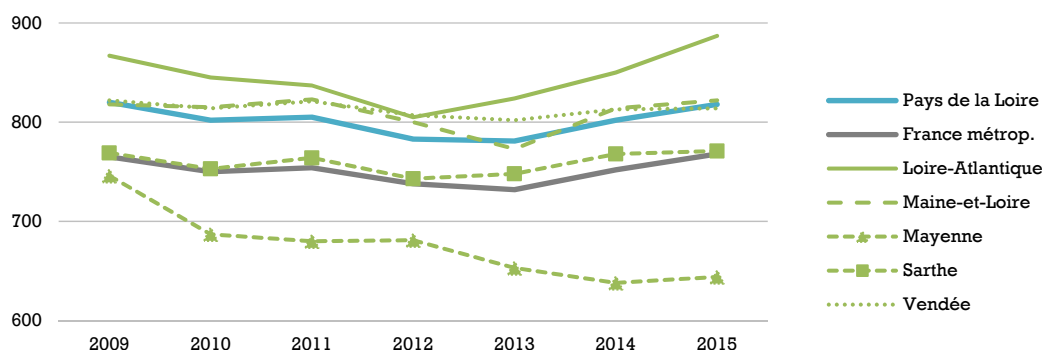
Au niveau régional, le taux standardisé de patients hospitalisés pour cancer a légèrement diminué entre 2009 et 2013 pour augmenter à nouveau et revenir à son niveau de 2009, suivant ainsi la tendance nationale.

Parmi les départements de la région, la Loire-Atlantique se distingue par une fréquence d'hospitalisation beaucoup plus élevée que la moyenne nationale et un écart qui tend à s'amplifier, alors que la Mayenne connaît au contraire une fréquence particulièrement faible et en constante diminution [Fig4].

Outre d'éventuels effets du codage des diagnostics dans le cadre du PMSI et des différences dans les pratiques de soins, l'épidémiologie, et notamment le poids relatif des différentes localisations cancéreuses, explique vraisemblablement ces écarts.



Fig4. Évolution du taux standardisé de patients hospitalisés en court séjour pour cancer
Pays de la Loire, France métropolitaine (2009-2015)



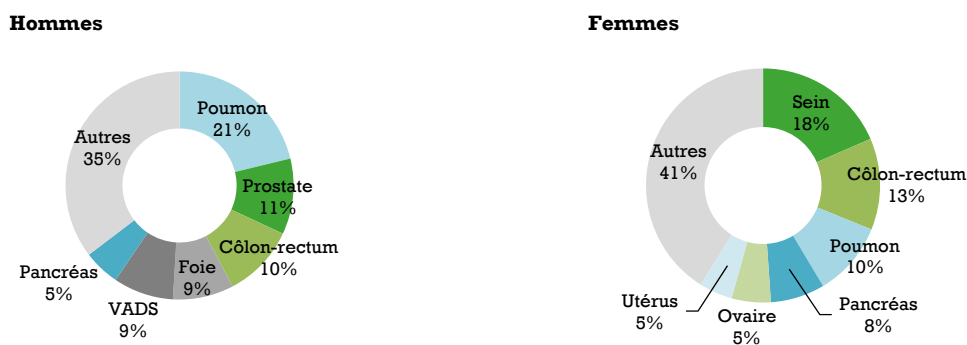
Sources : PMSI MCO (ATIH), Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Les cancers à l'origine de 40 % des décès survenant avant l'âge de 65 ans

Les cancers constituent la première cause de décès dans les Pays de la Loire, à l'origine de 29 % de l'ensemble des décès sur la période 2011-2013². Chez les hommes, cette proportion atteint 33 %, ce qui place le cancer au premier rang des causes de décès. Chez les femmes, elle est de 24 %, et les cancers constituent la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires. Sur cette période, environ 8 900 Ligériens (5 200 hommes et 3 700 femmes) sont décédés d'un cancer.

Chez les hommes, le poumon est la localisation à l'origine du plus grand nombre de décès par cancer dans la région (21 % de la mortalité masculine liée au cancer), devant la prostate (11 %), le côlon-rectum (10 %), et le foie (9 %). Chez les femmes, c'est le sein qui est le plus fréquemment en cause (18 % de la mortalité féminine liée au cancer), devant le côlon-rectum (13 %), et le poumon (10 %) [Fig5].

Fig5. Répartition des décès par cancer par localisation
Pays de la Loire (moyenne 2011-2013)



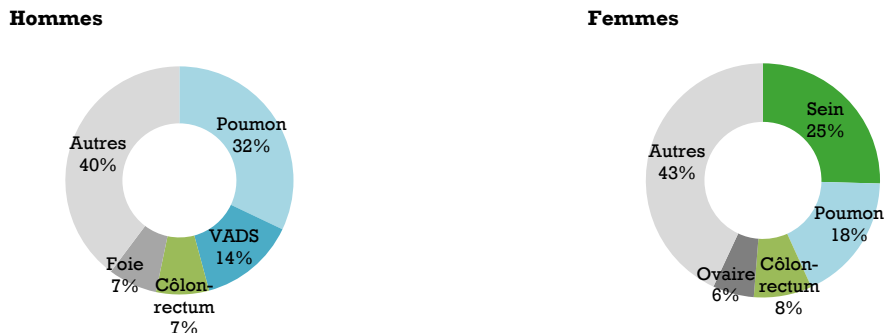
Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Foie : foie et voies biliaires intrahépatiques.
VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx).
Utérus : col et corps de l'utérus.

La mortalité prématurée liée au cancer est très importante. Avec 41 % des décès survenant avant l'âge de 65 ans, le cancer est de loin la première cause de mortalité prématurée, et ce constat concerne les hommes (38 % des décès prématurés) comme les femmes (49 %). Par rapport à celles observées dans la mortalité tous âges, la part dans la mortalité prématurée du cancer du poumon chez les hommes est encore plus marquée (32 % des décès par cancer avant 65 ans), tout comme celle du cancer du sein chez les femmes (25 %) [Fig6].

² Les sources de données et leurs limites sont décrites sur www.santepaysdelaloire.com/chiffres-et-donnees-de-sante/lexique.



Fig6. Répartition des décès prématurés par cancer par localisation
Pays de la Loire (moyenne 2011-2013)



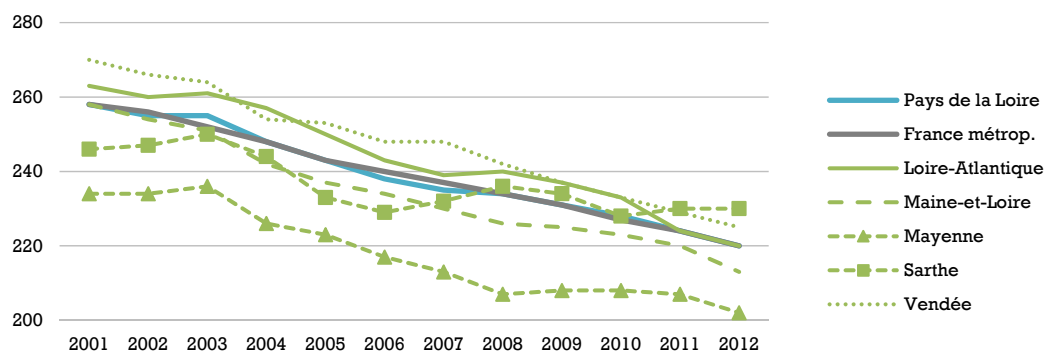
Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Foie : foie et voies biliaires intrahépatiques.
VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx).

La mortalité par cancer tous âges, comme la mortalité prématurée, sont dans la région proches de la mortalité nationale [Fig7]. Ce constat global masque toutefois une situation plus favorable chez les femmes, pour la mortalité tous âges comme pour la mortalité prématurée (respectivement - 2 % et - 5 % par rapport à la moyenne nationale). Chez les hommes en revanche, la mortalité tous âges et la mortalité prématurée dépassent légèrement la moyenne nationale (respectivement + 1 et + 2 %).

Depuis le début des années 2000, la mortalité régionale liée au cancer a diminué de manière constante et marquée (- 1,4 % en moyenne par an), tout en restant très proche de la mortalité nationale [Fig7]. Cette diminution a été plus prononcée chez les hommes (- 2,0 % par an) que chez les femmes (- 0,7 % par an). Chez les hommes, ce recul s'explique notamment par la diminution de l'incidence des cancers liés à la consommation d'alcool, et au début du recul de l'incidence du cancer du poumon.

Au sein de la région, la Mayenne se distingue avec une mortalité nettement plus faible que les autres départements durant toute la période 2000-2013. Par ailleurs, la Sarthe connaît une diminution de la mortalité plus lente et plus irrégulière que dans les autres départements, avec une relative stabilité du taux de mortalité depuis 2005 [Fig7].

Fig7. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



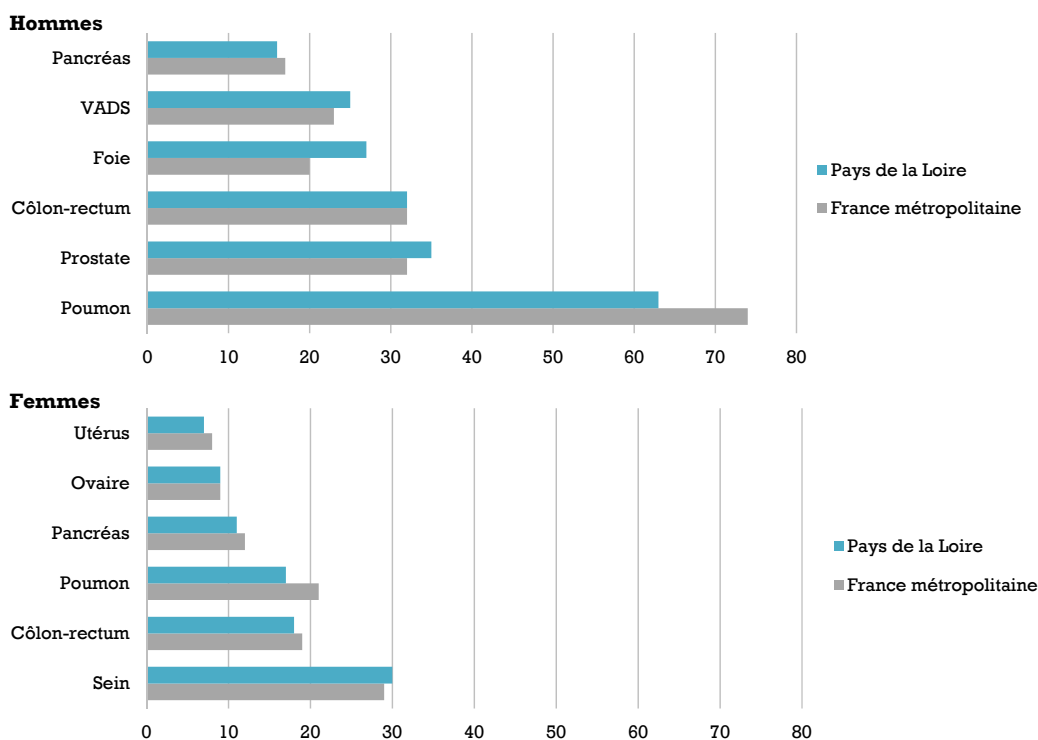
Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)



1.2 LES CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS ET GRAVES

Dans la région comme en France, le cancer de la prostate est le plus fréquent chez les hommes, mais le cancer du poumon, particulièrement grave est la première cause de mortalité par cancer. Chez les femmes, le sein est à la fois le cancer le plus fréquent et le plus grave. La morbidimortalité du cancer colorectal est également particulièrement élevée [Fig8].

Fig8. Taux standardisés de mortalité par cancer selon la localisation
Pays de la Loire, France métropolitaine (moyenne 2011-2013)



Sources : Inserm CépiDc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire

Taux standardisés pour 100 000 habitants

Foie : foie et voies biliaires intrahépatiques.

VADS : voies aérodigestives supérieures (lèvres, cavité buccale, pharynx, œsophage et larynx).

Utérus : col et corps de l'utérus.

2 000 nouveaux cas de cancer colorectal chaque année dans la région

Le cancer du côlon-rectum est lié à des facteurs constitutionnels comme l'âge et l'hérédité (antécédents familiaux et prédisposition génétique), mais aussi à certaines habitudes de vie (consommation d'alcool et de tabac, inactivité physique et surcharge pondérale, consommation excessive de viande rouge et de charcuterie...) [12] [13]. De pronostic intermédiaire, voire de bon pronostic, sa survie tend à s'améliorer depuis plusieurs années [3]. Ce cancer est susceptible d'être dépisté, tant lors d'un dépistage individuel que dans le cadre du programme de dépistage organisé qui concerne les personnes âgées de 50 à 74 ans.



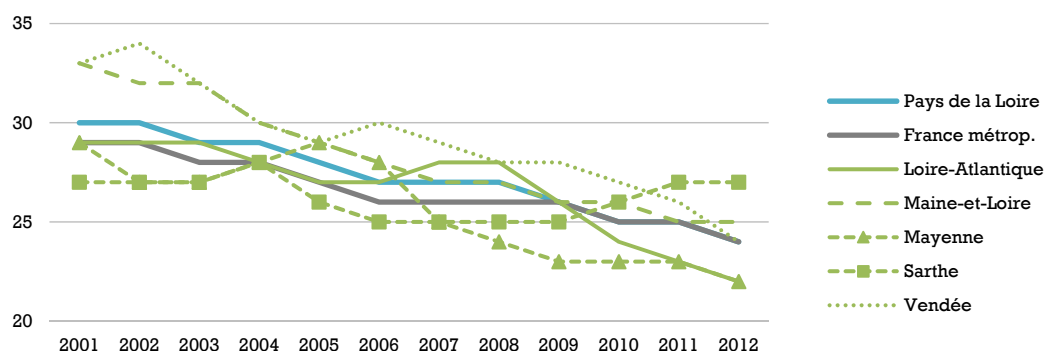
Environ 9 100 Ligériens ont été pris en charge au moins une fois sur la période 2009-2014 pour un cancer colorectal sous surveillance³ et 6 000 au moins une fois sur la période 2013-2014 pour un cancer colorectal actif⁴, selon les données du régime général d'assurance maladie. Cela représente 0,5 % des assurés du régime général de la région [14]. Rapporté à la population générale de la région, on peut ainsi estimer que plus de 10 000 Ligériens ont été pris en charge pour un cancer colorectal sous surveillance et environ 7 000 pour un cancer colorectal actif.

Tous régimes d'assurance maladie confondus, près de 2 000 Ligériens (1 100 hommes et 900 femmes) ont été admis en ALD pour cancer colorectal chaque année en moyenne entre 2012 et 2014. À structure d'âge comparable, cette incidence régionale est supérieure à la moyenne nationale pour les hommes (+ 4 %), mais proche chez les femmes. Elle est restée stable entre 2006 et 2013 (+ 0,3 % par an en moyenne en Pays de la Loire comme en France).

La fréquence régionale de patients hospitalisés pour cancer colorectal est, à structure d'âge comparable, proche de la moyenne nationale chez les hommes comme chez les femmes. Entre 2009 et 2015, elle a diminué de façon un peu plus prononcée dans la région qu'en France (respectivement - 3,4 % et - 1,9 % par an).

Près de 1 000 Ligériens (500 hommes et 500 femmes) sont décédés suite à un cancer colorectal chaque année en moyenne entre 2011 et 2013. À structure d'âge comparable, la mortalité régionale est proche de la moyenne nationale. Entre 2000 et 2013, la mortalité régionale et la mortalité nationale ont diminué de façon régulière (respectivement - 2,0 % et - 1,7 % par an) [Fig9].

Fig9. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer colorectal
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Le cancer colorectal touche majoritairement des personnes âgées, mais il concerne aussi nombre de personnes relativement jeunes. Ainsi, 32 % des admissions en ALD pour cancer colorectal et 19 % des décès liés à cette pathologie concernent des personnes de moins de 65 ans.

Le dépistage organisé est ainsi proposé à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans. Le taux de participation à ce dépistage est plus élevé dans la région (38 %) qu'en France (29 %) en 2015-2016. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale dans tous les départements et atteint même 40 % en Loire-Atlantique et 41 % en Maine-et-Loire. Environ 4 % des tests immunologiques réalisés dans le cadre de ce dépistage se sont révélés positifs (5 % en France) [15].

Globalement, les Pays de la Loire connaissent donc pour le cancer colorectal une situation épidémiologique relativement proche de la moyenne française, avec toutefois une légère surincidence masculine, et une morbidité stable, voire en recul.

³ Personnes admises en ALD pour cancer du côlon, de la jonction recto-sigmoïdienne ou du rectum (y compris les formes in situ) avant 2014 et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs au cours des dernières années (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR) entre 2009 et 2014, ou diagnostic associé (DA) en 2013-2014), et sans hospitalisation pour cancer du côlon actif en 2013-2014.

⁴ Personnes admises en ALD pour cancer du côlon, de la jonction recto-sigmoïdienne ou du rectum (y compris les formes in situ) en 2013 ou en 2014, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs en 2013-2014 (DP ou DR).



ENCADRÉ 4. Dépistage individuel et dépistage organisé du cancer colorectal

Le dépistage du cancer colorectal peut se faire selon deux modalités distinctes en fonction de la situation du patient. Le dépistage individuel opportuniste est réalisé chez les personnes ayant des symptômes spécifiques, ou des antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou de maladie augmentant le risque de cancer colorectal. Chez ces personnes, la coloscopie de dépistage sera préconisée d'emblée. En dehors de ces situations spécifiques, un programme de dépistage organisé communautaire est proposé aux personnes âgées de 50 ans à 74 ans. Le test du dépistage organisé recherche la présence de sang dans les selles. Depuis 2015, il est réalisé par méthode immunologique, méthode moins contraignante qui pourrait favoriser l'augmentation des taux de participation au dépistage du cancer colorectal [16].

Cancer du poumon : une situation en forte dégradation chez les femmes mais les Ligériens restent globalement moins touchés

Le cancer du poumon est un cancer au pronostic particulièrement sombre : moins de 20 % des personnes sont encore en vie 5 ans après le diagnostic [3]. Il s'agit pour une large part d'un cancer évitable. En effet, le tabagisme actif en constitue le principal facteur de risque, puisque 80 % des cancers du poumon lui sont imputables. Mais d'autres facteurs jouent également un rôle, notamment les expositions professionnelles, avec une multiplication des risques quand elles sont associées au tabac [13] [17].

Environ 1 700 Ligériens ont été pris en charge au moins une fois sur la période 2009-2014 pour un cancer du poumon sous surveillance⁵ et 3 400 au moins une fois sur la période 2013-2014 pour un cancer du poumon actif⁶, selon les données du régime général d'assurance-maladie. Cela représente 0,2 % des assurés du régime général de la région [14]. Rapporté à la population générale de la région, on peut ainsi estimer qu'environ 2 000 Ligériens ont été pris en charge chaque année pour un cancer du poumon sous surveillance et environ 4 000 pour un cancer du poumon actif.

Tous régimes d'assurance maladie confondus, plus de 1 400 Ligériens (1 000 hommes et 400 femmes) ont été admis en ALD pour cancer du poumon chaque année en moyenne entre 2012 et 2014. Et près de 1 500 Ligériens (1 100 hommes et 400 femmes) sont décédés suite à un cancer du poumon chaque année en moyenne entre 2011 et 2013.

Par rapport à la moyenne nationale, l'incidence régionale du cancer du poumon est inférieure dans la région, à structure d'âge comparable (- 11 % chez les hommes, - 17 % chez les femmes). Il en est de même pour la fréquence de patients hospitalisés (- 10 % chez les hommes, - 18 % chez les femmes) et pour la mortalité (- 14 % chez les hommes, - 18 % chez les femmes).

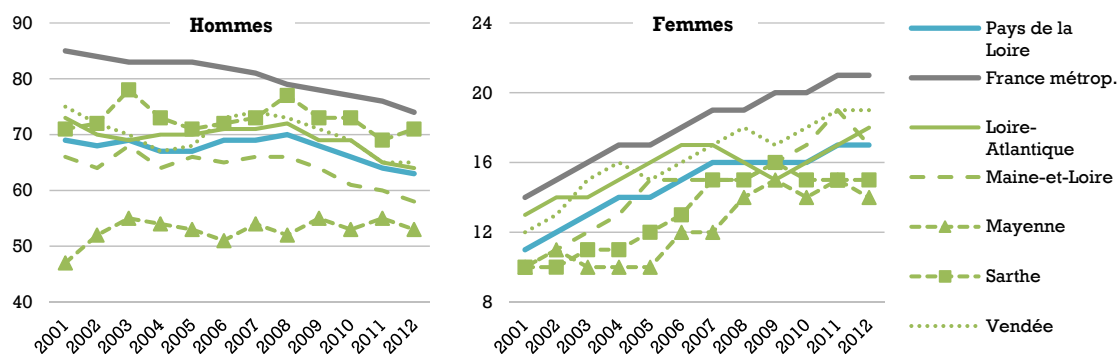
Depuis le début des années 2000, la mortalité régionale par cancer du poumon est en recul chez les hommes dans la région comme en France (respectivement - 0,8 % et - 1,3 % par an en moyenne entre 2001 et 2012). Par contre, chez les femmes, cette mortalité a progressé sur la même période de + 4,0 % par an dans la région (+ 3,8 % en France). Des tendances analogues sont observées pour la fréquence régionale d'admissions en ALD (+ 0,5 % par an chez les hommes et + 6,0 % chez les femmes, en moyenne entre 2006 et 2013) et pour la fréquence de patients hospitalisés (+ 1,1 % par an chez les hommes et + 5,8 % chez les femmes en moyenne entre 2009 et 2015) [Fig10].

⁵ Personnes admises en ALD pour cancer du poumon ou des bronches avant 2014 et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs au cours des dernières années (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR) entre 2009 et 2014, ou diagnostic associé (DA) en 2013-2014), et sans hospitalisation pour cancer du poumon actif en 2013-2014.

⁶ Personnes admises en ALD pour cancer du poumon ou des bronches en 2013 ou en 2014, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs en 2013-2014 (DP ou DR).



Fig10. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer du poumon selon le sexe
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Le cancer du poumon touche souvent des personnes relativement jeunes. Ainsi, 51 % des admissions en ALD pour cancer du poumon et 44 % des décès liés à cette pathologie concernent des personnes de moins de 65 ans.

Globalement, pour ce cancer qui touche souvent des moins de 65 ans et dont le pronostic est très sombre, les Pays de la Loire connaissent une situation épidémiologique moins défavorable que la moyenne nationale. Mais dans la région comme en France, alors que la morbidité des hommes par cancer du poumon semble se stabiliser, voire reculer, celle des femmes s'est fortement dégradée au cours de la dernière décennie. Ce constat peut être rapproché de la situation régionale en matière de consommation de tabac [voir chapitre [Consommation de tabac](#)].

Environ 230 Ligériennes de moins de 65 ans décèdent chaque année d'un cancer du sein

La survenue d'un cancer du sein est liée à des facteurs constitutifs dans la plupart des cas : âge, antécédents personnels ou familiaux de cancer du sein, et prédisposition génétique, avec notamment des mutations des gènes *BRCA 1* et *BRCA 2* [18]. Le risque de cancer du sein est également lié à l'imprégnation hormonale en œstrogènes, qu'il s'agisse d'une augmentation de l'imprégnation naturelle par puberté précoce ou ménopause tardive par exemple, ou bien d'une augmentation de l'imprégnation exogène notamment en cas de prise de traitement hormonal de la ménopause [19]. Les cancers du sein sont plutôt de bon pronostic, et ce pronostic tend à s'améliorer depuis une vingtaine d'années notamment en raison de progrès thérapeutiques majeurs et d'une augmentation du nombre de cas diagnostiqués précocement [3].

Environ 22 200 Ligériennes ont été prises en charge au moins une fois sur la période 2009-2014 pour un cancer du sein sous surveillance⁷ et 9 800 au moins une fois sur la période 2013-2014 pour un cancer du sein actif⁸, selon les données du régime général d'assurance-maladie. Cela représente 1,0 % des femmes assurées du régime général dans la région [14]. Rapporté à la population générale de la région, on peut ainsi estimer que plus de 26 000 Ligériennes sont prises en charge chaque année pour un cancer du sein sous surveillance et plus de 11 000 pour un cancer du sein actif.

Tous régimes d'assurance maladie confondus, près de 3 500 Ligériennes ont été admises en ALD pour cancer du sein chaque année en moyenne entre 2012 et 2014, ce qui correspond - à structure d'âge comparable - à une incidence très proche de la moyenne nationale.

⁷ Femmes admises en ALD pour cancer du sein avant 2014 et/ou femmes hospitalisées pour ce même motif au cours des dernières années (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR) entre 2009 et 2014, ou diagnostic associé (DA) en 2013-2014), et sans hospitalisation pour cancer du sein actif en 2013-2014.
⁸ Femmes admises en ALD pour cancer du sein en 2013 ou en 2014, et/ou femmes hospitalisées pour ce même motif en 2013-2014 (DP ou DR).



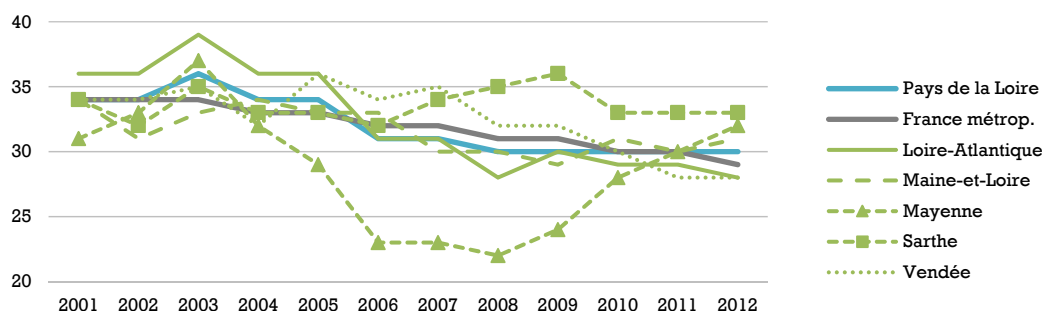
La fréquence régionale de patientes hospitalisées pour cancer du sein est également, à structure d'âge comparable, proche de la moyenne nationale, et tend à diminuer légèrement dans la région (- 0,5 % par an en moyenne contre + 0,4 % en France).

Le nombre de Ligériennes qui décèdent chaque année d'un cancer du sein atteint 680 en moyenne entre 2011 et 2013, dont 34 % sont âgées de moins de 65 ans. Le cancer du sein est ainsi la première cause de mortalité prématurée chez la femme. À structure d'âge comparable, la mortalité régionale est comparable à la moyenne nationale.

Depuis le début des années 2000, la mortalité régionale, comme la mortalité nationale, ont eu tendance à diminuer (respectivement - 1,1 % et - 1,4 % par an) [Fig11].

Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du sein est plus élevé en Pays de la Loire qu'en France, et ce, depuis plusieurs années. En 2015-2016, il s'élevait à 60 % dans la région, contre 51 % en France. Ce taux est supérieur à la moyenne nationale dans tous les départements et atteint même 63 % en Loire-Atlantique et 61 % en Maine-et-Loire [20].

Fig11. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer du sein chez les femmes
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

Globalement, le cancer du sein est un cancer particulièrement fréquent et grave, qui touche souvent des femmes relativement jeunes. Sa morbidité régionale tend à reculer, comme la moyenne nationale dont elle reste proche.

Une morbidité régionale par cancer de la prostate supérieure à la moyenne nationale

Le cancer de la prostate est un cancer très fréquent chez le sujet âgé. Parmi l'ensemble des facteurs de risque, l'âge est de loin le plus important, avec un diagnostic posé après l'âge de 70 ans dans la majorité des cas. Les antécédents familiaux et certaines origines ethniques et géographiques sont également liés à la survenue de cette maladie [18]. Suite à une amélioration considérable de la survie au cours des trente dernières années, le cancer de la prostate est désormais de très bon pronostic [3].

Environ 13 800 Ligériens ont été pris en charge au moins une fois sur la période 2009-2014 pour un cancer de la prostate sous surveillance⁹ et 8 900 au moins une fois sur la période 2013-2014 pour cancer de la prostate actif¹⁰, selon les données du régime général d'assurance-maladie. Cela représente 0,7 % des hommes assurés du régime général dans la région [14]. Rapporté à la population générale de la région, on peut ainsi estimer que plus de 16 000 Ligériens ont été pris en charge chaque année pour un cancer de la prostate sous surveillance et plus de 10 000 pour un cancer de la prostate actif.

⁹ Hommes admis en ALD pour cancer de la prostate (y compris formes in situ) avant 2014 et/ou hommes hospitalisés pour ce même motif au cours des dernières années (DP ou DR entre 2009 et 2014, ou DA en 2013-2014), et sans hospitalisation pour cancer de la prostate actif en 2013-2014.

¹⁰ Hommes admis en ALD pour cancer de la prostate (y compris formes in situ) en 2013 ou en 2014, et/ou hommes hospitalisés pour ce même motif en 2013-2014 (DP ou DR), et/ou hommes âgés de 40 ans ou plus, ayant reçu au moins 3 délivrances de traitement anti-androgénique par an en 2013-2014.



Tous régimes d'assurance maladie confondus, plus de 2 500 Ligériens ont été admis en ALD pour cancer de la prostate chaque année en moyenne entre 2012 et 2014. Près de 560 Ligériens sont décédés à la suite de ce type de pathologie chaque année en moyenne entre 2011 et 2013.

Le cancer de la prostate touche majoritairement des personnes âgées, mais il concerne aussi nombre de personnes relativement jeunes. Ainsi, 31 % des admissions en ALD pour cancer de la prostate concernent des personnes de moins de 65 ans (et 6 % des décès liés à cette pathologie).

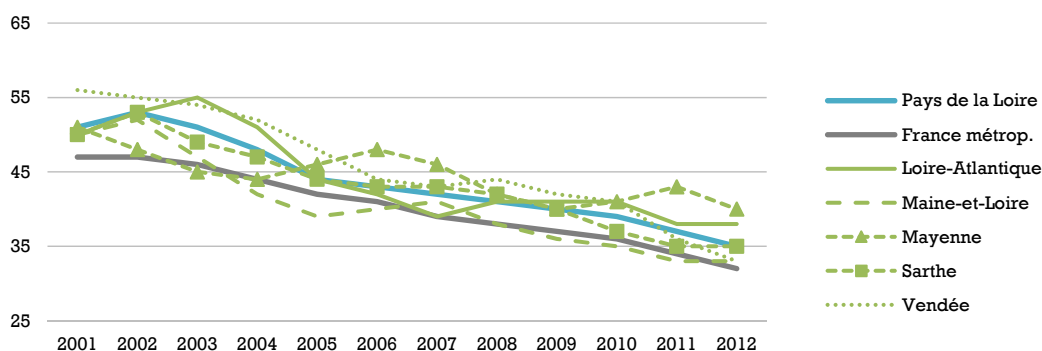
Par rapport à la moyenne nationale, l'incidence du cancer de la prostate, mais aussi la fréquence de patients hospitalisés et la mortalité associée à ce cancer sont, à structure d'âge comparable, nettement plus élevées dans la région qu'au plan national (respectivement + 6 %, + 25 % et + 9 %) [Fig12].

La fréquence d'admissions en ALD diminue de manière un peu plus marquée dans la région qu'en France (respectivement - 6,3 % et - 4,9 % par an en moyenne entre 2006 et 2013). La fréquence de patients hospitalisés est également en baisse (respectivement - 1,4 %, contre - 3,3 % par an en moyenne en France entre 2009 et 2015). Et le recul de la mortalité régionale suit un même rythme que celui de la mortalité nationale (- 3,4 % par an en moyenne sur la période 2001-2012).

Au sein des Pays de la Loire, la situation semble encore plus défavorable en Loire-Atlantique et en Mayenne : ces deux départements ont en effet une mortalité particulièrement élevée et diminuant moins rapidement que dans le reste de la région [Fig12].

Globalement, les Pays de la Loire connaissent une morbidimortalité supérieure à la moyenne nationale pour le cancer de la prostate, mais comme en France, celle-ci tend à reculer.

Fig12. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer de la prostate
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

ENCADRÉ 5. Problématique de l'utilisation du PSA pour le dépistage du cancer de la prostate

Le dépistage du cancer de la prostate par le dosage systématique de l'antigène spécifique prostatique (PSA) est pratiqué en France et dans plusieurs autres pays depuis plusieurs dizaines d'années. Ceci a entraîné une augmentation importante à la fois de l'incidence et de la survie, liée à une augmentation globale de cas diagnostiqués, et plus spécifiquement à une augmentation des cas diagnostiqués très précocement. Cependant, cette pratique a été questionnée en raison de possibles surdiagnostics et surtraitements. La Haute Autorité de Santé (HAS) estime désormais que la balance bénéfices-risques n'est pas en faveur de la poursuite systématique de ce dosage pour le dépistage de cancer de la prostate [21].



1.3 CANCERS AFFECTANT PARTICULIÈREMENT LES LIGÉRIENS

Le cancer du foie est plus fréquent chez les hommes de la région et sa morbidité tend à augmenter

Le cancer hépatique apparaît le plus souvent sur un foie préalablement atteint de cirrhose. La consommation d'alcool est le principal facteur de risque de cancer, mais il existe d'autres facteurs, notamment les hépatites virales chroniques B et C [13] [22]. Le pronostic du cancer du foie est parmi les plus péjoratifs, même si la survie tend à s'améliorer depuis quelques dizaines d'années [3].

La situation des Pays de la Loire pour les cancers du foie chez l'homme est particulièrement défavorable, avec notamment une surincidence et une surmortalité majeures.

Plus de 320 hommes de la région ont été admis en ALD pour cancer du foie, chaque année en moyenne entre 2012 et 2014. Cela correspond à une incidence supérieure de 49 % à la moyenne nationale, à structure d'âge comparable. La fréquence régionale d'admissions en ALD a augmenté légèrement entre 2006 et 2013 (+ 1,7 % par an en moyenne, contre + 2,6 % en France).

Cette surincidence masculine s'observe également en matière d'hospitalisation. À structure d'âge comparable, la fréquence de patients hommes hospitalisés pour cancer du foie dépasse de 36 % la moyenne nationale. À l'instar de l'incidence, elle tend à augmenter dans la région comme au niveau national (respectivement + 1,5 % et + 2,1 % par an en moyenne au cours de la période 2009-2015).

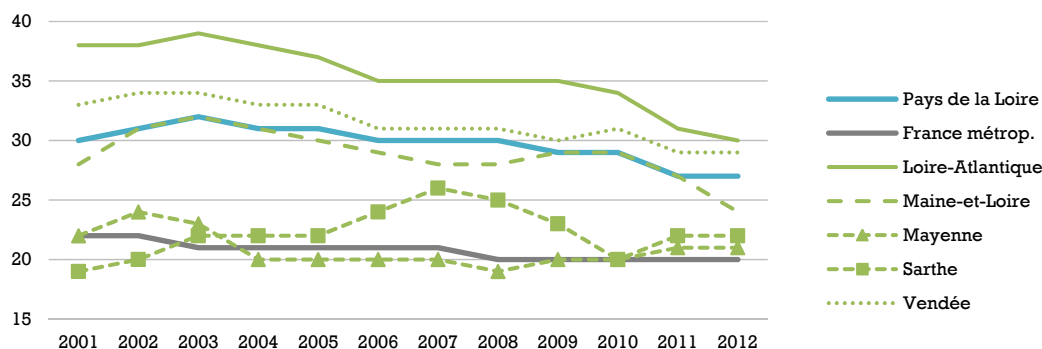
Environ 450 décès masculins liés au cancer du foie sont survenus chaque année en moyenne entre 2011 et 2013. L'écart entre la mortalité régionale et la moyenne nationale, à structure d'âge comparable, dépasse 30 %. La mortalité régionale a par contre diminué entre 2001 et 2012 (- 1,0 % chaque année en moyenne, contre - 0,9 % en France), tout en restant très largement supérieure à la moyenne nationale [Fig13].

Au sein de la région, la Loire-Atlantique, le Maine-et-Loire et la Vendée se démarquent par une surincidence et une surmortalité masculines par cancer du foie très marquées par rapport à la moyenne nationale, et persistantes au fil du temps.

Le cancer du foie touche majoritairement des hommes âgés, mais aussi nombre de jeunes. Ainsi, 30 % des admissions en ALD et 24 % des décès pour cancer du foie chez les hommes concernent des personnes de moins de 65 ans.

Globalement, les Pays de la Loire se caractérisent par une morbidité masculine très nettement supérieure à la moyenne nationale pour le cancer du foie, dont la consommation d'alcool constitue dans la région le principal facteur de risque. Comme en France, on constate au cours des années récentes une tendance à la hausse de la morbidité, alors que la mortalité tend à diminuer.

Fig13. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer du foie chez l'homme
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)



Une situation régionale également défavorable pour les cancers des VADS chez les hommes, en particulier en Loire-Atlantique

Les voies aérodigestives supérieures (VADS) comprennent les lèvres, la cavité buccale, le pharynx, le larynx, et l'œsophage. Les facteurs de risque de ces cancers sont principalement la consommation de tabac et d'alcool. À l'exception du cancer de l'œsophage, ces cancers sont également favorisés par l'infection par papillomavirus [23] [24]. En dehors du cancer de la langue et du cancer du larynx qui sont souvent de pronostic intermédiaire, voire de bon pronostic, les cancers des VADS sont généralement de mauvais pronostic [3].

Plus de 880 hommes ont été admis en ALD pour cancer des VADS dans la région, chaque année en moyenne entre 2012 et 2014, soit une incidence supérieure de 10 % à la moyenne nationale (à structure d'âge comparable). Entre 2006 et 2013, la fréquence régionale d'admissions en ALD a sensiblement diminué (- 2,1 % chaque année en moyenne, contre - 1,5 % en France).

Avec environ 1 350 Ligériens hospitalisés pour ce motif en 2015, la fréquence régionale de patients hospitalisés pour cancer des VADS est - à structure d'âge comparable - supérieure de 8 % à la moyenne nationale. La fréquence régionale de patients hospitalisés est également en recul, comme au niveau national (respectivement - 2,6 % et - 2,8 % par an en moyenne entre 2009 et 2015).

Fig14. Évolution du taux standardisé de mortalité liée au cancer des VADS chez l'homme
Pays de la Loire, France métropolitaine (2000-2013)



Sources : Inserm Cépidc, Insee - exploitation ORS Pays de la Loire
Taux pour 100 000, moyenne sur 3 ans, standardisé selon l'âge sur la population française (RP 2006)

La mortalité régionale masculine par cancer des VADS dépasse également la moyenne nationale. Sur la période 2011-2013, environ 450 Ligériens sont décédés d'un cancer des VADS en moyenne chaque année. À structure d'âge comparable, la mortalité régionale est supérieure de 10 % à la mortalité nationale. Elle semble toutefois avoir diminué de manière plus prononcée que cette moyenne entre 2001 et 2012 (- 4,2 % par an en moyenne en Pays de la Loire et - 3,7 % en France) [Fig14].

Au sein de la région, la Loire-Atlantique se démarque par une situation nettement défavorable par rapport aux autres départements, avec une surincidence (+ 24 %) et une surmortalité masculine (+ 18 %) très élevées par rapport à la moyenne nationale et persistant au fil du temps. La Sarthe se démarque également par une mortalité masculine par cancer des VADS supérieure à la moyenne nationale (+ 21 %).

Le cancer des VADS touche majoritairement des hommes relativement jeunes puisque 56 % des admissions en ALD et 47 % des décès masculins liés à ce cancer concernent des personnes de moins de 65 ans.

Globalement, les Pays de la Loire se caractérisent par une morbidité masculine très nettement supérieure à la moyenne nationale pour le cancer des VADS, dont la consommation de tabac et d'alcool constitue le principal facteur de risque. Comme en France, cette morbidité est en recul au cours des dernières années.



Environ 160 décès par cancer de la peau dans la région en 2015

Les cancers cutanés comprennent d'une part les carcinomes basocellulaires et les carcinomes spinocellulaires qui sont des tumeurs malignes développées à partir des cellules de l'épiderme, et d'autre part les mélanomes qui concernent les cellules de la peau fabriquant la mélanine. En dehors des facteurs de risque constitutionnels comme la pigmentation de la peau et les antécédents familiaux, le facteur de risque prépondérant des cancers de la peau est l'exposition au soleil. Les mélanomes sont plutôt favorisés par les coups de soleil dans l'enfance et l'adolescence, alors que les carcinomes sont plus en lien avec un effet cumulatif dans le temps des expositions solaires (agriculteurs, marins, métiers d'extérieur...). Alors que l'évolution des carcinomes basocellulaires reste exclusivement locale, les carcinomes spinocellulaires et les mélanomes sont susceptibles de métastaser [25]. Globalement, les cancers cutanés sont plutôt de bon pronostic, surtout lorsqu'ils sont diagnostiqués précocement [3].

Les données disponibles dans les bases médico-administratives concernent d'une part le mélanome, et d'autre part les autres cancers de la peau.

Dans la région, environ 620 personnes (300 hommes et 320 femmes) ont été admises en ALD pour mélanome chaque année en moyenne entre 2012 et 2014. La fréquence régionale d'admissions en ALD a nettement augmenté entre 2006 et 2013 (+ 7,9 % chaque année en moyenne, + 6,0 % en France) et elle est actuellement supérieure de 13 % la moyenne nationale.

Avec environ 110 Ligériens (60 hommes et 50 femmes) décédés d'un mélanome en 2015, la mortalité régionale est également supérieure à la moyenne nationale, de 12 %. En raison des faibles effectifs concernés, la tendance évolutive de cette mortalité est difficilement interprétable, mais elle semble globalement stable au fil du temps.

Par contre, à structure d'âge comparable, la fréquence régionale de patients hospitalisés pour mélanome est proche de la moyenne nationale (environ 510 Ligériens en 2015).

Le mélanome touche majoritairement des personnes âgées, mais il concerne souvent des personnes relativement jeunes. Ainsi, 46 % des admissions en ALD et 34 % des décès pour mélanome concernent des personnes de moins de 65 ans.

Dans la région, plus de 500 personnes (270 hommes et 240 femmes) ont été admises en ALD pour cancers cutanés hors mélanomes chaque année en moyenne entre 2012 et 2014.

Près de 5 900 Ligériens ont été hospitalisés en 2015 pour des cancers cutanés hors mélanomes. La fréquence de ces hospitalisations progresse légèrement dans la région (+ 0,8 % par an en moyenne entre 2009 et 2015) et dépasse actuellement de 35 % la moyenne nationale.

Près de 50 Ligériens sont décédés d'un cancer de la peau non mélanique en 2015, ce qui correspond à une mortalité régionale supérieure de 13 % à la moyenne nationale. En raison des faibles effectifs concernés, la tendance évolutive est difficilement interprétable, mais elle semble globalement stable au cours de la dernière décennie.

Le cancer de la peau non mélanique touche surtout des personnes âgées, mais il concerne parfois des moins de 65 ans. Ainsi, 19 % des admissions en ALD et 10 % des décès pour cancer de la peau non mélanique concernent des personnes de cette classe d'âge.

Certaines hémopathies malignes plus fréquentes en Pays de la Loire

Le myélome multiple et les maladies immunoprolifératives malignes sont caractérisés par la prolifération anormale d'un unique type de cellule sanguine productrice d'immunoglobuline (protéine constituant les anticorps), entraînant ainsi la production d'une unique immunoglobuline « monoclonale ». Les principaux facteurs de risque identifiés sont l'âge et les antécédents familiaux [26]. Ces pathologies ont un pronostic sévère, en particulier chez les sujets âgés [27].



Les Pays de la Loire connaissent une surincidence (+ 22 %) et une surmortalité (+ 16 %) pour myélome multiple ou maladie immunoproliférative maligne par rapport à la France, à structure d'âge identique. Chaque année en moyenne, environ 340 Ligériens (190 hommes et 150 femmes) ont été admis en ALD pour ces affections entre 2012 et 2014, et près de 200 (100 hommes et 100 femmes) en sont décédés entre 2011 et 2013. L'évolution régionale de l'incidence et de la mortalité est difficilement interprétable en raison des faibles effectifs en cause, mais elle semble relativement stable au cours des dernières années.

Le myélome multiple ou maladie immunoproliférative maligne touche majoritairement des personnes âgées, mais il concerne aussi nombre de personnes relativement jeunes. Ainsi, 28 % des admissions en ALD pour myélome multiple ou maladie immunoproliférative maligne et 12 % des décès liés à cette pathologie concernent des personnes de moins de 65 ans.

Les lymphomes malins non hodgkiniens sont causés par une prolifération anormale de certaines cellules du système immunitaire (cellules lymphoïdes). Hormis l'âge, les principaux facteurs de risque sont les infections chroniques, notamment au VIH, et l'immunodépression chronique. Il s'agit d'un groupe de maladies très hétérogènes, le pronostic étant très variable selon le type précis de pathologie [28].

Pour ces affections, la région présente une surincidence (+ 15 %) et une surmortalité (+ 14 %) par rapport à la moyenne nationale, à structure d'âge identique. Chaque année en moyenne, environ 650 Ligériens (340 hommes et 310 femmes) ont été admis en ALD pour ces pathologies, et 300 (160 hommes et 140 femmes) en sont décédés. La fréquence d'admissions en ALD a légèrement augmenté entre 2006 et 2013, dans les Pays de la Loire comme en France (respectivement + 2,8 % et + 3,2 % par an en moyenne).

Les lymphomes malins non hodgkiniens touchent majoritairement des personnes âgées, mais ils concernent souvent des personnes relativement jeunes. Ainsi, 41 % des admissions en ALD et 17 % des décès pour lymphomes malins non hodgkiniens concernent des personnes de moins de 65 ans.



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES ET SOURCES

- [1] International Agency for research on cancer. (2007). *Attributable Causes of Cancer in France in the year 2000*. OMS. 177 p.
- [2] INCa. (2016). Principaux facteurs de risque de cancer. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-de-cancer/Comment-prevenir-au-mieux-les-cancers/Principaux-facteurs-de-risque-de-cancer>.
- [3] Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, *et al.* (2016). Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides. *InVS*. 274 p.
- [4] Beck F, Bessette D, Gautier A. (2012). Les inégalités sociales de santé au prisme de l'enquête Baromètre cancer Inpes/INCa. *La Santé de l'Homme*. Inpes. n° 419. pp. 4-6.
- [5] Bricard D, Jusot F, Beck F, *et al.* (2015). L'évolution des inégalités sociales de tabagisme au cours de la vie : une analyse selon le sexe et la génération. *Économie et Statistique*. Insee. n° 475-476. pp. 89-112.
- [6] Guthmann JP, Pelat C, Parent du Chatelet I, *et al.* (2016). Déterminants socio-économiques de vaccination et de dépistage du cancer du col par frottis cervico-utérin (FCU). Analyse de l'enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012. *InVS*. 48 p.
- [7] HCSP. (2016). Évaluation de 10 ans de politique de lutte contre le cancer 2004-2014. 261 p.
- [8] Menvielle G, Leclerc A, Chastang JF, *et al.* (2008). Inégalités sociales de mortalité par cancer en France : état des lieux et évolution temporelle. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. *InVS*. n° 33. pp. 289-292.
- [9] Santé publique France. (2015). Estimations de l'incidence régionale et départementale des cancers en France métropolitaine, 2008-2010. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Estimations-de-l-incidence-de-la-mortalite-et-de-la-survie/Estimations-de-l-incidence-regionale-et-departementale-des-cancers-en-France-metropolitaine-2008-2010>.
- [10] Présentation du Registre des cancers de Loire-Atlantique et de Vendée. [En ligne]. <http://www.santepaysdelaloire.com/registre-des-cancers/content/presentation-du-registre-des-cancers>.
- [11] Registre général des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée. (2016). Épidémiologie du cancer en Loire-Atlantique et en Vendée. Résultats 2011-2013. *Bulletin d'Information*. n° 5. p. 2.
- [12] INCa. Cancer du côlon. Facteurs de risque. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-colon/Facteurs-de-risque>.
- [13] Centre de lutte contre le cancer Léon Bernard. Cancer Environnement : Portail sur les risques de cancer en lien avec des expositions environnementales, professionnelles ou des comportements individuels. [En ligne]. <http://www.cancer-environnement.fr/>.
- [14] Cnamts. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne]. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>.
- [15] Santé publique France. (2017). Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2015-2016>.
- [16] HAS. (2013). Dépistage et prévention du cancer colorectal. Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS). 64 p.
- [17] INCa. Cancer du poumon. Facteurs de risque. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-poumon/Facteurs-de-risque>.
- [18] INCa. Les cancers. [En ligne]. <http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/>.
- [19] HAS, Commission de la transparence. (2014). Réévaluation des traitements hormonaux de la ménopause. Rapport d'évaluation. 91 p.
- [20] Santé publique France. (2017). Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2015-2016. [En ligne]. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein/Indicateurs-d-evaluation/Taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2015-2016>.
- [21] Tuppin P, Leboucher C, Dougé M, *et al.* (2016). Dépistage individuel du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, France, 2009-2015. Données du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*. Santé publique France. n° 39④40. pp. 700-706.



- [22] INCa. Cancer du foie. Facteurs de risque. [En ligne].
<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-du-foie/Facteurs-de-risque>.
- [23] INCa. Cancer des voies aérodigestives supérieures. Facteurs de risque. [En ligne].
<http://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Les-cancers/Cancer-des-voies-aerodigestives-superieures>.
- [24] Loomis D, Huang W, Chen G. (2014). The International Agency for Research on Cancer (IARC) evaluation of the carcinogenicity of outdoor air pollution: focus on China. *Chinese Journal of Cancer*. vol. 33, n° 4. pp. 189-196.
- [25] Dermato-info. (2015). Site de la Société française de dermatologie.
[En ligne]. <http://dermato-info.fr/peau/malade>.
- [26] Alexander DD, Mink PJ, Adami HO, *et al.* (2007). Multiple myeloma: a review of the epidemiologic literature. *International Journal of Cancer*. vol. 120, Suppl 12. pp. 40-61.
- [27] Monnereau A, Uhry Z, Bossard N, *et al.* (2016). Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013. Partie 2 : Hémopathies malignes. *InVS*. 144 p.
- [28] HAS. (2012). Guide affection de longue durée : Lymphomes non hodgkiniens de l'adulte. 48 p.



PROBLÈMES DE SANTÉ ET PATHOLOGIES
Cancers