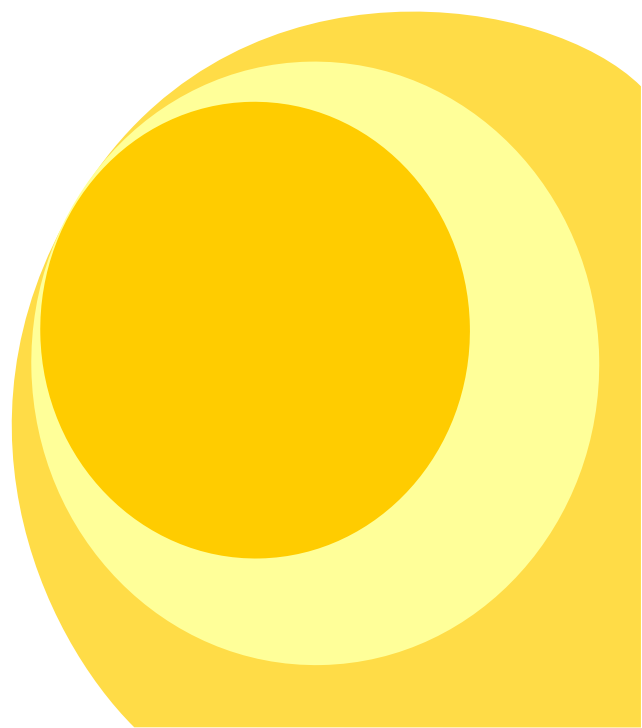
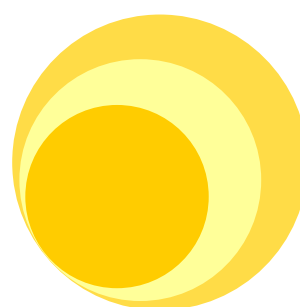
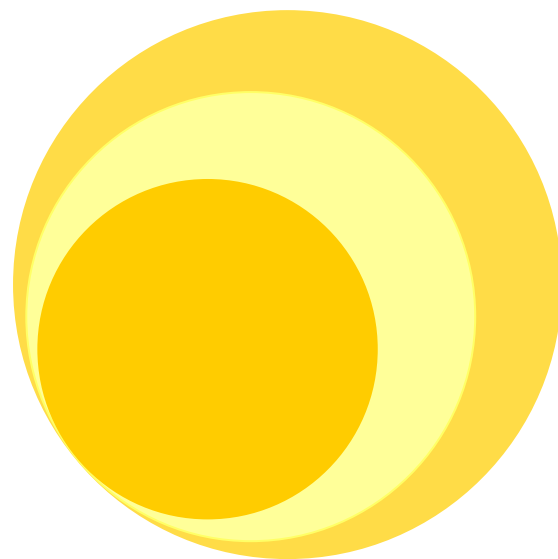


# Les cancers de la peau en Basse-Normandie

## Etat des lieux et actions de prévention

**FEVRIER 2011**

Version finale - Conseil scientifique du 25 janvier 2011



## LA COMMANDE

L'Observatoire régional de la santé avait été initialement sollicité par le Groupement régional de santé publique (GRSP) fin 2009 pour proposer une intervention d'évaluation d'un programme d'actions de prévention des cancers de la peau, porté par l'association de formation médicale continue en dermatologie de Basse-Normandie.

Ce programme, initié en 2003, avait été financé par le GRSP, conformément aux orientations du Programme régional de santé (PRS) Prévention des cancers (2003-2007). Dans le cadre d'un partenariat fort avec l'assurance maladie, les actions menées visaient à faire diminuer l'incidence et les conséquences de ces cancers.

En période de préfiguration de l'Agence régionale de santé, l'ORS a été invité à réorienter son intervention dans un cadre plus large. Une réunion a été organisée par les représentants de la future direction de la santé publique de l'ARS, début 2010, pour définir le périmètre de cette nouvelle commande.

Trois axes de travail ont été ainsi privilégiés et sont donc exposés dans le présent document :

- Actualisation des données épidémiologiques ;
- Etat des lieux des actions de prévention en région, notamment celles en direction des populations les plus exposées ;
- Le rôle des acteurs de santé en région.

Le Conseil scientifique de l'ORS de Basse-Normandie s'est réuni le 25 janvier 2011, sous la présidence du Dr Lydia GUITTET, pour apporter son expertise sur ce travail. Cette séance a réuni les membres suivants :

Dr Lydia GUITTET  
Pascale DESPRES  
Dr Rémy MORELLO

Maître de conférences au CHU de Caen, présidente du conseil  
Directrice de l'ORS de Basse-Normandie  
Unité de biostatistique et recherche clinique du  
CHU de Caen

Dr Sonia DE LA PROVOTE  
Dr André FLACHS  
Dr Maryvonne GOURNAY  
Jean-Pierre KETTERER

Médecin du travail  
Médecin généraliste en retraite  
Médecin inspecteur régional du travail en retraite  
Directeur de l'URCAM, retraité

***Nos remerciements au Dr Simona BARA (Registre des cancers de la Manche) et au Dr Anne-Valérie Guizard (Registre des cancers du Calvados) pour leur aide et leurs conseils.***

# SOMMAIRE

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>De quoi parle-t-on ?</b>	<b>2</b>
<b>La peau</b>	<b>2</b>
<b>Les différentes formes de tumeurs de la peau</b>	<b>2</b>
1. Les tumeurs bénignes de la peau	2
2. Les tumeurs malignes de la peau	3
<b>Les facteurs de risques de cancers de la peau</b>	<b>4</b>
1. Exposition aux rayonnements UV	4
2. Autres facteurs de risques	5
<b>Les données épidémiologiques</b>	<b>6</b>
<b>Au plan national</b>	<b>6</b>
1. Les carcinomes	7
2. Les mélanomes	7
<b>La situation en Basse-Normandie</b>	<b>10</b>
1. Les données d'incidence pour les mélanomes	10
2. La mortalité liée aux cancers de la peau en Basse-Normandie	12
<b>Prévention : un cadre national</b>	<b>14</b>
<b>Soleil et santé : comportements et opinions déclarés des français</b>	<b>14</b>
<b>Des grands plans nationaux</b>	<b>15</b>
1. Plan cancer (2009-2013)	15
2. Plan santé environnement 2 (2009-2013)	15
3. Le projet de plan santé au travail 2 (2010-2014)	15
<b>Les campagnes nationales</b>	<b>16</b>
<b>Prévention : état des lieux en Basse-Normandie</b>	<b>20</b>
<b>Les situations d'exposition maximale</b>	<b>20</b>
1. Expositions professionnelles	20
2. Expositions extra-professionnelles ou de loisirs	21
<b>Acteurs et actions de prévention</b>	<b>22</b>
1. Les services de santé au travail	22
2. Les médecins généralistes et autres professionnels de santé libéraux	22
3. Les dermatologues	23
4. Les autres acteurs mobilisés	23
<b>Conclusion</b>	<b>27</b>
<b>Glossaire</b>	<b>29</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>30</b>
<b>Annexes</b>	<b>31</b>



## INTRODUCTION

---

Avec près de 80 000 nouveaux cas par an, les cancers cutanés sont les cancers les plus fréquents en France. Leur nombre augmente de manière importante depuis 50 ans.

Dans ce contexte, l'Observatoire régional de la santé (ORS) a été sollicité pour réaliser un état des lieux de la situation de la Basse-Normandie en matière de cancers de la peau. Ce travail poursuit un double objectif :

- Préciser la situation de la région sur le plan épidémiologique
- Mieux identifier les acteurs et les actions de prévention menées en Basse-Normandie, dans un cadre national ou d'initiative régionale.

Les données de mortalité sont issues des bases de données CépiDC de l'Inserm traitées régulièrement par l'ORS. Les données d'incidences ont été collectées auprès des deux registres départementaux réalisant un suivi de ces cancers.

Le repérage des acteurs et actions s'est déroulé en deux temps. Il a débuté par une interrogation de la Base de données des acteurs et action en Prévention et promotion de la santé réalisée en 2010 par l'ORS et le Comité régional d'éducation pour la santé (CORES). Puis, contact a été pris avec les acteurs identifiés afin de préciser les actions menées et éventuellement d'identifier d'autres acteurs mobilisés sur cette question.

# DE QUOI PARLE-T-ON ?<sup>1</sup>

## LA PEAU

La peau recouvre la quasi totalité du corps<sup>2</sup>. Selon les parties du corps, son épaisseur varie en moyenne de 0,5 à 3 millimètres. La peau est constituée de trois couches :

- l'épiderme
- le derme
- l'hypoderme

**L'épiderme** protège le corps des agressions extérieures comme les ultraviolets (UV). Il est lui-même composé de trois étages : la couche cornée, la couche germinative et la couche basale.

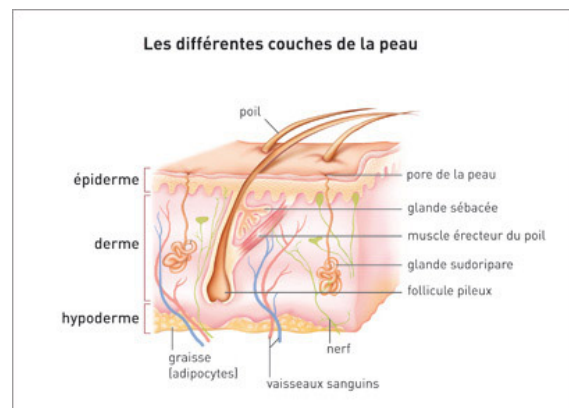
Il est constitué de quatre types de cellules :

- les kératinocytes qui contiennent une protéine, la kératine, qui aide à protéger la peau contre les agressions extérieures ;
- les mélanocytes qui sont responsables de la production de mélanine, un pigment qui donne sa couleur à la peau. Lorsque la peau est exposée aux rayons UV, le nombre de mélanocytes augmente et la mélanine est plus abondante ;
- les cellules de Langerhans qui participent à la défense de l'organisme vis-à-vis des agressions extérieures ;
- les cellules de Merkel qui joueraient un rôle dans la sensibilité de la peau au toucher.

**Le derme** se situe sous l'épiderme. Il est composé de deux étages : le derme papillaire (le plus superficiel) et le derme réticulaire (le plus profond).

Les principales cellules du derme sont les fibroblastes. Elles sont responsables de la production de fibres de collagène et de fibres élastiques, à l'origine de la souplesse et de l'élasticité de la peau.

**L'hypoderme** est situé sous le derme. Il est constitué de cellules grasses (adipocytes), assure l'isolation pour conserver la chaleur du corps et protège les organes.



Source : [www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr)

## LES DIFFÉRENTES FORMES DE TUMEURS DE LA PEAU

### 1. LES TUMEURS BÉNIGNES DE LA PEAU

Elles correspondent à des néoformations tissulaires très proches des tissus normaux par leur structure, à croissance lente, et dont l'évolution spontanée, strictement locale, n'aboutit pas à la mort du sujet, sauf complications mécaniques ou métaboliques. Les principales tumeurs bénignes de la peau sont les **grains de beauté (ou naevus)** qui se développent à partir des mélanocytes. La plupart des gens ont des naevus mais leur nombre, leur taille, leur forme et leur couleur varient d'un individu à l'autre. Un grain de beauté normal est le plus souvent soit de couleur brun clair, brun ou brun foncé, soit de couleur chair, de teinte uniforme avec des contours bien définis. Sa taille est habituellement inférieure à 6 millimètres de diamètre (cf. annexe 3).

*Nota bene* : 20% des mélanomes se développent à partir d'un grain de beauté préexistant.

<sup>1</sup> Les contenus présentés dans ce chapitre sont issus du dossier « Mélanomes de la peau » (actualisé en mai 2010) disponible sur le site **Cancer Info** développé par l'Institut national du cancer (Inca) en partenariat avec la Ligue contre le cancer ([www.e-cancer.fr](http://www.e-cancer.fr))

<sup>2</sup> Pour une personne de 70 kilos, le poids de la peau est de 4 kilos environ.

## 2. LES TUMEURS MALIGNES DE LA PEAU

Il existe plusieurs formes de cancers cutanés, les carcinomes et les mélanomes en sont les principales.

**Les carcinomes cutanés** se développent généralement sur les parties du corps souvent exposées au soleil : le visage, le cou, les épaules, les avant-bras ou le dos des mains.

Ils surviennent en général après 50 ans et évoluent lentement. Ils sont très fréquents, mais le plus souvent guérissables. Ils se développent à partir de cellules de l'épiderme, soit de la couche basale (carcinomes basocellulaires), soit de la couche supérieure (carcinomes spinocellulaires) :

### ■ Les carcinomes basocellulaires

Tumeur épithéliale développée aux dépens du tissu épidermique, survenant le plus souvent de novo, localisée uniquement à la peau, jamais sur les muqueuses, et de malignité locale. Leur évolution est lente et leur développement reste local (pas de métastases). Ils ont cependant un potentiel invasif local qui peut entraîner des destructions des tissus. Ils ont un lien avec une exposition solaire intense et répétée.

### ■ Les carcinomes épidermoïdes ou spinocellulaires

Tumeur se développant à partir de cellules de la portion superficielle de la peau ou des muqueuses. Plus rares que les carcinomes basocellulaires, ils se développent parfois sur des lésions dites précancéreuses appelées kératoses actiniques. Ils peuvent aussi apparaître sur des cicatrices de brûlure ou des plaies chroniques. Plus agressifs que les carcinomes basocellulaires, ils sont susceptibles d'envahir les ganglions lymphatiques et de se disséminer dans d'autres organes. Ils ont un lien avec une exposition répétée au soleil. Détectés précocement, les carcinomes sont facilement guérissables dans la majorité des cas. En revanche, une prise en charge tardive peut imposer une chirurgie lourde pouvant être mutilante.

**Les mélanomes** se développent à partir des mélanocytes. Dans plus de 90 % des cas, un mélanome se situe au niveau de la peau mais il peut plus rarement se localiser à d'autres endroits où les mélanocytes sont présents : au niveau de l'œil, dans les muqueuses de la bouche, du nez, des sinus, du rectum ou des organes génitaux. Diagnostiqué précocement, le mélanome est de bon pronostic. En revanche, pour les formes avancées avec métastases, les thérapeutiques restent insuffisantes. On distingue quatre principaux types de mélanomes de la peau :

### ■ Le mélanome superficiel extensif

Type de mélanomes le plus fréquent, il est lié à des coups de soleil importants dans le passé, en particulier pendant l'enfance et chez les personnes dont la peau est sensible au soleil. Il se présente sous la forme d'une tache irrégulière brune ou noire qui change lentement sur une période de un à cinq ans, puis rapidement. Il apparaît le plus souvent sur le cou, la partie supérieure du tronc chez l'homme et la partie inférieure des jambes chez la femme.

### ■ Le mélanome de Dubreuilh

Il se manifeste le plus souvent chez les personnes âgées de plus de 50 ans, dans des zones exposées au soleil : surtout au visage mais aussi sur le cou et les mains. Il est lié à des expositions répétées aux rayons ultra-violets (UV).

### ■ Le mélanome acro-lentigineux

Il siège généralement sur la paume des mains, la plante des pieds ou sous les ongles et n'est pas lié à une surexposition aux UV. Il se manifeste le plus souvent chez les personnes qui ont la peau foncée.

### ■ Le mélanome nodulaire

C'est le type de mélanome dont la croissance est la plus rapide. Il peut atteindre toutes les parties de la peau, y compris les régions non exposées au soleil.

Contrairement aux autres types de mélanome qui commencent à s'étendre horizontalement, le mélanome nodulaire s'étend rapidement en profondeur (verticalement) dans les couches de la peau. Il apparaît le plus fréquemment sur la tête, le cuir chevelu, le cou et le tronc.

## LES FACTEURS DE RISQUES DE CANCERS DE LA PEAU

### 1. EXPOSITION AUX RAYONNEMENTS UV

Elle est le principal facteur de risque environnemental des cancers de la peau<sup>3</sup>.

#### Les différentes sources d'émission d'ultraviolets (UV)

##### Les UV solaires

Ce rayonnement ionisant fait partie du spectre électromagnétique émis par le soleil.

Les rayonnements les plus dangereux (longueurs d'ondes les plus courtes : UVC et UVB) sont en grande partie arrêtés par les couches supérieures de l'atmosphère. De ce fait, à la surface de la terre, le rayonnement solaire est essentiellement composé d'UVA et plus faiblement d'UVB (de 1 à 5%) selon la latitude, la saison, l'heure et la couverture nuageuse. Le rayonnement UVA n'est pas arrêté par les nuages, ni par les vitres. Il pénètre dans les couches profondes de l'épiderme.

##### Les UV artificiels :

Les sources d'UV artificiels peuvent avoir de multiples usages : industriel, médical ou esthétique. Pour les utilisations à visée esthétique (bronzage), les appareils utilisés en France sont très majoritairement de type « UV3 » émettant un rayonnement d'une intensité qualifiée d'extrême par l'Organisation mondiale de la santé (intensité retrouvée dans des zones subtropicales).

Les effets biologiques des rayonnements ultraviolets sont nombreux :

- **Synthèse de la vitamine D** nécessaire à l'absorption du calcium par le squelette.
- **Pigmentation de la peau**  
Avant même un coup de soleil, ces pigmentations de la peau s'accompagnent d'altérations de la structure de l'ADN. Lors d'expositions intenses et/ou répétées, les systèmes cellulaires en charge de l'intégrité de l'ensemble des gènes peuvent être saturés et ne pas pouvoir complètement réparer les dommages de l'ADN. Peuvent alors apparaître des mutations génétiques et des tumeurs.
- **Vieillesse cutané**  
La dégradation du collagène et la production de radicaux libres dans les cellules de la peau sont à l'origine de l'apparition de taches, d'un amincissement de la peau et de l'apparition de rides.
- **Atteintes oculaires**  
Les UV peuvent être à l'origine d'atteintes oculaires : photokératite (inflammation de la cornée), photoconjonctivite (inflammation de la conjonctive), et à long terme, cataracte (opacification du cristallin) et plus rarement cancers oculaires. Les UVA sont particulièrement nocifs pour les yeux des enfants.
- **Affaiblissement du système immunitaire**  
Les expositions aux UVA et UVB peuvent conduire à un affaiblissement du système immunitaire et à des phénomènes inflammatoires locaux qui pourraient contribuer à l'apparition de tumeurs cutanées.

<sup>3</sup> Rayonnements ultraviolets et risques de cancer, Collection Fiches repère, Etat des connaissances en date du 22/07/2010, Inca

Certaines personnes sont plus sensibles que d'autres aux rayons UV :

- **Le phototype** (type de peau) est un critère important. Une vigilance accrue est recommandée pour les phototypes I et II (cf. annexe 2).
- **La prise de certains médicaments, la présence préalable de coup de soleil ou de produits cosmétiques** peuvent augmenter la réactivité de la peau exposée.
- **La peau des enfants** (en particulier avant la puberté) est plus vulnérable (peau plus fine et système pigmentaire immature).

Les connaissances scientifiques sur le potentiel cancérogène des UV ont été récemment actualisées et précisées dans une publication de l'INCa en date du 22 juillet 2010 (Collection fiche repère – Cf. annexe 1). Ce document souligne en particulier que :

– **Les UVB et les UVA sont des agents cancérogènes**

Le soleil est classé dans le groupe 1 qui rassemble les agents cancérogènes pour l'être humain, depuis 1992. En juillet 2009, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) a classé cancérogène (groupe 1) la partie du spectre solaire (UVB et UVA) responsable des effets cancérogènes du soleil.

– **Le risque de mélanome est augmenté chez les utilisateurs de lampes de bronzage UV**

Le lien entre exposition aux lampes de bronzage UV et le risque de mélanome est aujourd'hui établi par de nombreuses études épidémiologiques.

L'augmentation du risque mesurée dans ces études n'est pas restreinte aux phototypes les plus clairs. Tenant compte de ces résultats, le CIRC avait classé en juillet 2009 les UV émis par les lampes de bronzage artificiel dans le groupe 1 des agents cancérogènes pour l'homme.

## 2. AUTRES FACTEURS DE RISQUES

De plus, d'autres **facteurs de risques individuels ou environnementaux** sont aujourd'hui connus :

- ➔ Une personne qui a déjà eu un cancer de la peau risque davantage d'en développer un second sur une autre partie du corps ou à proximité du premier.
- ➔ Le risque d'être atteint d'un mélanome augmente si au moins deux parents du premier degré (père, mère, frère, sœur) ont eu un mélanome.
- ➔ Les personnes dont la peau est blanche ou claire avec des taches de rousseur multiples et des cheveux blonds ou roux, ont un risque augmenté.
- ➔ Les modes de vie conduisant à des expositions solaires intenses (+ coups de soleil) augmentent également le risque.
- ➔ La présence de grains de beauté est un facteur favorisant dans les situations suivantes : nævus communs > 40 ; nævus atypiques ≥ 2 ; nævus congénital géant (diamètre > 20 cm).
- ➔ En particulier pour les carcinomes, le risque est augmenté par certaines affections héréditaires (xeroderma pigmentosum, albinisme), en cas d'immunodépression iatrogène, d'inflammation ou d'ulcères chroniques et de cicatrices ou brûlures.
- ➔ Des facteurs de risque exogènes sont également en cause : arsenic, pesticides, hydrocarbures polycycliques (goudron de houille), tabac (lèvre inférieure), radiations ionisantes, chimiothérapies locales prolongées.
- ➔ Certaines activités professionnelles peuvent conduire à des expositions aux UV et/ou à des agents chimiques qui augmentent les risques (cf. page 20).

***La période d'exposition aux UV, son intensité et les facteurs individuels et environnementaux semblent interagir fortement (cumul).***

## AU PLAN NATIONAL

La surveillance épidémiologique des cancers entre dans le cadre des missions confiées à l'Institut de veille sanitaire (InVS). Elle est assurée par un réseau de partenaires coordonné par l'InVS :

- Réseau français des registres du cancer (Francim)<sup>4</sup>,
- Service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon (HCL),
- Institut national du cancer (INCa),
- Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (CépiDc-Inserm).

Ce programme de surveillance, financé par l'InVS et l'INCa, prévoit en particulier la mise à disposition régulière d'indicateurs épidémiologiques essentiels (incidence, mortalité, survie, prévalence). Le renforcement de la surveillance épidémiologique des cancers est inscrit dans le plan cancer 2009-2013 (mesure 7).

Dans ce cadre, il est produit annuellement, pour chacune des localisations cancéreuses étudiées, les incidences observées, par département couvert par un registre, par sexe et par période quinquennale. Concernant les cancers de la peau, seuls les mélanomes sont suivis. Les autres, non enregistrés par certains registres, ne sont pas étudiés.

Des estimations régionales des taux d'incidence standardisés sont également produites pour chacune des localisations cancéreuses étudiées.

**L'ensemble de ces indicateurs est mis à disposition sur le site Internet de l'INVS ([www.invs.sante.fr/surveillance](http://www.invs.sante.fr/surveillance)).**

### Quelques définitions

#### Taux d'incidence brute

Nombre de cas survenant dans une population divisé par le nombre de personnes-années<sup>5</sup> d'observation de cette population.

#### Taux d'incidence spécifique de l'âge

Même définition que ci-dessus pour une population ayant cet âge ou appartenant à cette classe d'âge.

#### Taux d'incidence standardisée à la population mondiale

Incidence que l'on observerait dans la population d'étude si elle avait la structure d'âge de la population de référence. Cette standardisation permet de comparer l'incidence dans deux populations de structure d'âges différente.

Pour les données publiées par l'InVS, la population de référence est la population mondiale de 1976.

<sup>4</sup> Les registres des cancers assurent l'enregistrement exhaustif de nouveaux cas de cancers dans une zone géographique délimitée (en général le département) et couvrent actuellement environ 20 % de la population. Ils sont regroupés au sein du réseau Francim. Leurs données sont centralisées au sein d'une base de données commune gérée par le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon. La base est administrée en collaboration avec les différents partenaires et son accès est ouvert aux projets de recherche, sous réserve d'obtenir l'accord des registres et du comité de pilotage de la base pour la transmission des données. Ils sont labellisés par le Comité national des registres (CNR).

• Les cancers de l'enfant (moins de 15 ans) sont enregistrés sur l'ensemble du territoire par le registre national des hémopathies de l'enfant et par le registre national des tumeurs solides de l'enfant.  
• Le mésothéliome fait l'objet d'une surveillance spécifique dans le cadre du programme national de surveillance du mésothéliome couvrant 22 départements.

<sup>5</sup> L'estimation des personnes-années a été réalisée à partir des estimations au 1<sup>er</sup> janvier fournies par l'Insee, par région, sexe, âge quinquennal et années.

Les cancers cutanés, pris dans leur ensemble, représentent la première localisation de cancer en termes d'incidence<sup>6</sup>.

## 1. LES CARCINOMES

Les carcinomes cutanés (spinocellulaires et basocellulaires) sont les cancers de la peau les plus fréquents.

La majorité des registres n'enregistrent pas ou plus les cas de carcinomes basocellulaires et spinocellulaires qui posaient de nombreux problèmes de comptabilisation, notamment liés à la localisation multiple des lésions cancéreuses et à leur identification précise sur le plan anatomopathologique. Cependant, on estime à 65 000 le nombre de nouveaux cas par an en France (sous-estimation probable de l'incidence) : 70% d'entre eux sont des carcinomes basocellulaires d'évolution lente et à malignité locale.

## 2. LES MELANOMES

Dans le cadre de la surveillance épidémiologique des cancers, les mélanomes de la peau sont l'une des 25 localisations cancéreuses qui bénéficient d'un suivi précis. Le rapport « *Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005* » publié en décembre 2008, fournit les principaux résultats de cette surveillance<sup>7</sup>.

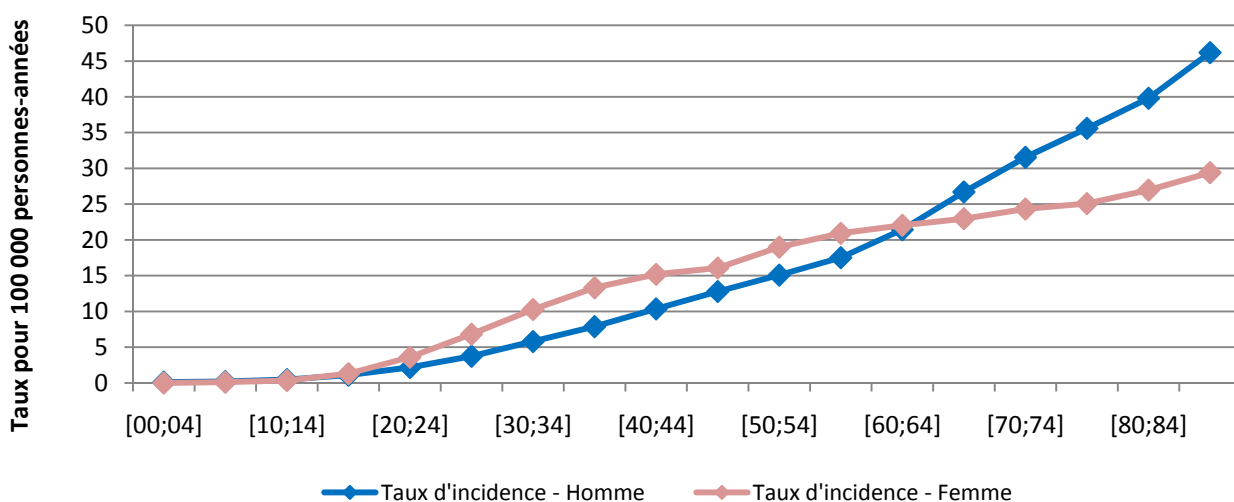
### **Incidence estimée**

En 2005, le rapport estime à 7 401 le nombre de nouveaux cas de mélanome de la peau en France, dont 55% surviennent chez la femme. Il est, en nombre, le huitième cancer chez la femme et le douzième cancer chez l'homme.

En Europe, la France occupe une position moyenne en termes d'incidence estimée en 2005 avec 8,8 mélanomes pour 100 000 femmes et 7,6 mélanomes pour 100 000 hommes<sup>8</sup> (sex-ratio = 0.86).

Avant l'âge de 60 ans, ce cancer est plus fréquent chez les femmes. Cette tendance s'inverse ensuite (cf. courbes ci-dessous).

**Incidence des mélanomes par classe d'âges quinquennale en 2005**



Source : INVS

<sup>6</sup> Rayonnement ultraviolets et risques de cancer, Collection Fiches repère, Etat des connaissances en date du 22/07/10, Inca

<sup>7</sup> BELOT A, GROSCLAUDE P, BOSSARD N, JOUGLA E, BENHAMOU E, DELAFOSSE P, GUIZARD AV, MOLINIE F, DANZON A, BARA S, BOUVIER AM, TRETARRE B, Binder-FOUCARD F, Colonna M, DAUBISSE L, HEDELIN G, LAUNOY G, Le STANG N, MAYNADIE M, MONNEREAU A, TROUSSARD X, FAIVRE J, COLLIGNON A, JANORAY I, ARVEUX P, BUEMI A, RAVERDY N, SCHVARTZ C, BOVET M, CHERIE-CHALLINE L, ESTEVE J, REMONTET L, VELTEN M. (2008). Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005.

\*Rev Epidemiol Sante Publique. 2008 Jun;56(3): 159-75. Epub 2008 Jun 10.

\*Detailed results and comments [online] [http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations\\_cancers/default.htm](http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm)

<sup>8</sup> Taux standardisés à la population mondiale

## Survie

Le rapport « *Stratégie de diagnostic précoce du mélanome* » publié en 2006 par la Haute autorité de santé (HAS) souligne les arguments forts en faveur du diagnostic précoce du mélanome.

Le mélanome non métastasé<sup>9</sup> est curable (traitement par exérèse chirurgicale). Le pronostic du mélanome au stade métastatique est nettement<sup>11</sup> moins favorable, les traitements n'ont pas d'effet sur la mortalité.

Le taux de survie à 5 ans d'un mélanome non métastasé dépend de la valeur de l'indice de Breslow<sup>10</sup> au moment de l'exérèse du mélanome et de la présence ou de l'absence d'ulcération.

### Relation entre la survie, le stade du mélanome et l'indice de Breslow d'après l'American Joint Committee on Cancer, 2004

Stade du mélanome Taille de la tumeur primitive	Indice de Breslow (mm)	Taux de survie à 5 ans (%)	
		Mélanome non ulcéré	Mélanome ulcéré
T1	< 1,0	95%	91%
T2	[ 1,0 ; 2,0 [	89%	77%
T3	[ 2,0 ; 4,0 [	79%	63%
T4	> 4,0	67%	45%

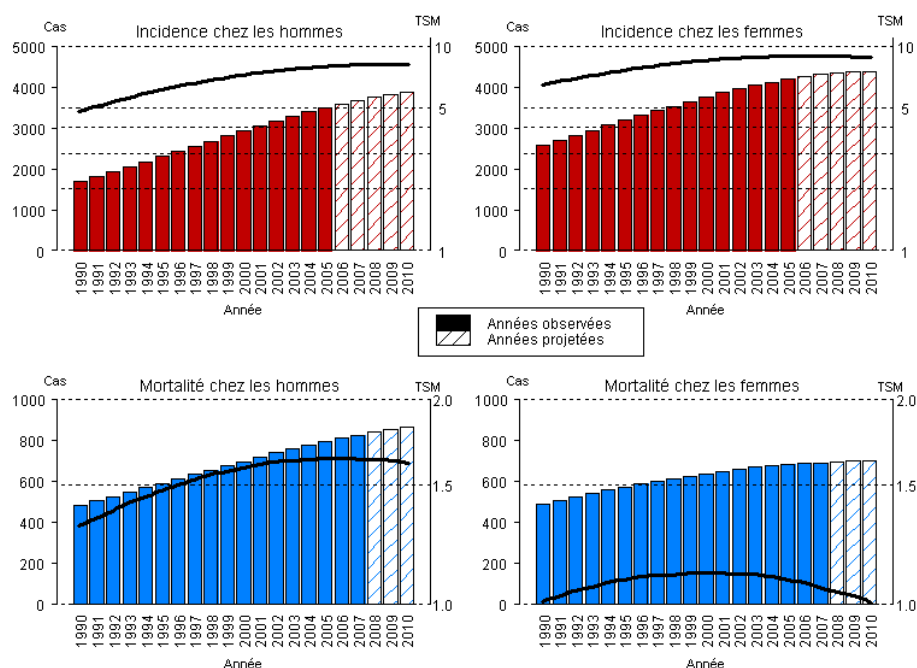
Source : Stratégie de diagnostic précoce du mélanome, HAS, Octobre 2006 (Données issues du suivi des patients et de l'analyse de 30 450 mélanomes)

Selon une étude des registres publiée en 2007<sup>11</sup> et portant sur les cas de cancers enregistrés sur la période 1989-1997, la survie relative varie selon le sexe et l'écart en faveur des femmes augmente avec le temps écoulé depuis le diagnostic de mélanome. Elle diminue avec l'augmentation de l'âge au diagnostic.

## Incidence et mortalité : évolution et projection

Depuis 1990, le taux d'incidence du mélanome n'a cessé d'augmenter. Cette augmentation semble moins importante depuis 2000 mais cette tendance demande à être confirmée. (cf. note de lecture)

Evolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) par sexe de 1990 à 2010 en France



Graphique tiré du rapport : Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010

<sup>9</sup> Stades I et II A selon la classification de l'American Joint Committee on Cancer.

<sup>10</sup> Epaisseur maximale de la tumeur : Distance entre la surface de la couche granuleuse et la cellule tumorale la plus profonde, se mesure sur des coupes sériées perpendiculaires à la surface cutanée.

<sup>11</sup> Survie des patients atteints de cancer en France, Etude des registres du réseau FRANCIM, 2007

### Note de lecture

Le nombre de cancers a très fortement augmenté depuis 25 ans (+93% chez l'homme ; +84% chez la femme entre 1980 et 2005).

Pour une part, cette augmentation résulte de phénomènes démographiques (augmentation et vieillissement de la population française). Mais elle est également liée à l'évolution des pratiques en matière de diagnostic et surtout de dépistage et pour une autre part, à l'amélioration du repérage et de l'enregistrement des cas incidents par les registres.

La part restante de l'augmentation de l'incidence est à relier à l'augmentation de l'exposition aux facteurs de risques (comportements individuels et environnement), mais elle reste difficile à estimer.

Source : Cancer : les causes de l'augmentation du nombre de cas en France, G LAUNOY, Questions de santé publique N°4, Institut de recherche en santé publique (IRESP), Avril 2009

En avril 2010, des projections nationales d'incidence et de mortalité pour le mélanome et l'année 2010 ont été publiées<sup>12</sup>.

Les auteurs de ce rapport estiment à **8 255 le nombre de nouveaux cas de mélanomes en 2010** pour 1 566 décès, correspondant aux taux standardisés<sup>13</sup> suivants :

Hommes				Femmes			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre	Taux standardisé	Nombre	Taux standardisé	Nombre	Taux standardisé	Nombre	Taux standardisé
3 873	8.2	866	1.6	4 382	8.8	700	1.0

Source : InVS – Inca – Réseau FRANCIM – Inserm – Hôpitaux de Lyon

<sup>12</sup> Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010 (cf. bibliographie)

<sup>13</sup> Standardisés monde pour 100 000 personnes-années. Données issues de projection.

## LA SITUATION EN BASSE-NORMANDIE

### 1. LES DONNEES D'INCIDENCE POUR LES MELANOMES

En Basse-Normandie, deux départements sur trois sont couverts par un registre général : la Manche et le Calvados. De ce fait, 80% de la population régionale est couverte contre seulement 20 à 25 % pour la population française dans son ensemble. Dans ces deux départements, on est donc en capacité de calculer un taux d'incidence observé.

Pour le mélanome de la peau, le taux d'incidence observée (standardisé à la population mondiale pour 100 000 personnes-années) pour la période 2003-2006 est assez proche dans ces deux départements.

- Pour les hommes, ce taux s'élève à 5.4 pour le Calvados et 5.3 pour la Manche.
- Pour les femmes, il est de 7.3 pour le Calvados et 7.5 pour la Manche.

#### INCIDENCE OBSERVEE DANS LES REGISTRES FRANCIM- EVOLUTION ENTRE 1978-1982 ET 2003-2006

Taux d'incidence observée standardisés à la population mondiale pour 100 000 personnes-années par période

Intervalle de confiance à 95 %

		1978-82	1983-87	1988-92	1993-97	1998-02	2003-06
Calvados	Hommes	2,2 [1,5 ; 3,0]	4,0 [3,1 ; 5,0]	3,0 [2,1 ; 3,8]	5,8 [4,8 ; 6,9]	4,7 [3,8 ; 5,6]	5,4 [4,3 ; 6,5]
	Femmes	4,5 [3,5 ; 5,5]	5,9 [4,8 ; 7,1]	6,2 [5,1 ; 7,4]	7,3 [6,1 ; 8,5]	6,1 [5,1 ; 7,2]	7,3 [6,0 ; 8,5]
Manche	Hommes				7,3 [5,8 ; 8,9]	6,5 [5,2 ; 7,7]	5,3 [4,1 ; 6,6]
	Femmes				10,7 [8,7 ; 12,6]	9,6 [8,1 ; 11,2]	7,5 [6,0 ; 8,9]
Haut-Rhin	Hommes			6,9 [5,8 ; 8,1]	7,8 [6,7 ; 9,0]	10,4 [9,1 ; 11,8]	11,7 [9,9 ; 13,4]
	Femmes			6,6 [5,4 ; 7,7]	9,1 [7,8 ; 10,4]	11,1 [9,7 ; 12,4]	11,1 [9,3 ; 12,8]
Loire-Atlantique	Hommes					8,8 [7,8 ; 9,7]	10,3 [9,1 ; 11,4]
	Femmes					10,6 [9,6 ; 11,7]	12,8 [11,5 ; 14,0]
Hérault	Hommes		1,8 [0,9 ; 2,7]	4,9 [4,0 ; 5,8]	5,6 [4,7 ; 6,5]	6,6 [5,7 ; 7,6]	7,4 [6,3 ; 8,4]
	Femmes		2,1 [1,2 ; 3,0]	6,2 [5,2 ; 7,1]	6,8 [5,8 ; 7,8]	7,1 [6,2 ; 8,1]	8,4 [7,3 ; 9,6]

Source : [www.invs.sante.fr/surveillance](http://www.invs.sante.fr/surveillance)

L'InVS publie également des estimations régionales de l'incidence par cancer dans les 22 régions métropolitaines françaises de 1980 à 2005.

Afin d'estimer le nombre de nouveaux cas au niveau national ou régional, une méthode reposant sur la modélisation du rapport Incidence/Mortalité est utilisée. Ce modèle prend en compte :

1. Les données d'incidence des registres pour la période 1975-2003,
2. Les données de mortalité par cancer fournies pour le CépiDc pour la période 1975-2004,
3. Les données démographiques issues des bases de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

#### Avertissement

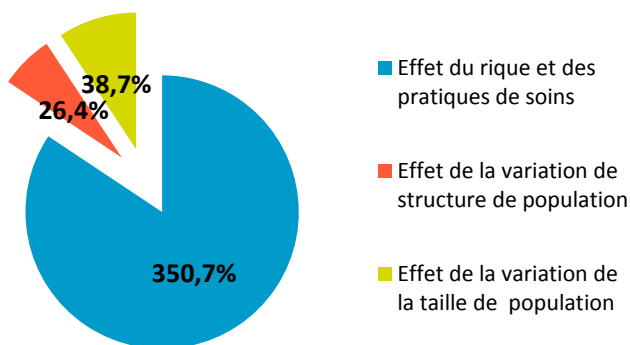
Les estimations régionales de l'incidence sont, par modélisation, le reflet des variations spatio-temporelles de la mortalité. La lecture des résultats repose donc sur la cohérence de la modélisation et des hypothèses sous-jacentes parmi lesquelles l'hypothèse d'une survie spécifique similaire dans les différentes régions, une tendance évolutive comparable et une qualité identique des certificats de décès. Les estimations régionales doivent donc être considérées comme des ordres de grandeurs de la situation des cancers dans les régions. En valeur, elles doivent être interprétées avec prudence, en particulier pour notre région très bien couverte par les registres. Par contre, elles permettent d'indiquer une tendance, même si cette dernière est pour une grande part le reflet de l'évolution de la mortalité.

D'après ces estimations, le nombre de cas incidents en Basse-Normandie est passé de 62 en 1980 à 216 en 2005, soit une croissance de +248%.

Cette évolution est pour une grande part imputable à l'augmentation du risque de mélanome, les effets liés à l'évolution de la population régionale en nombre et en structure âges étant minoritaires.

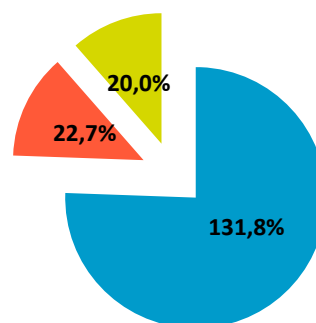
### Evolution par sexe de l'incidence des mélanomes entre 1980 et 2005 en Basse-Normandie Evaluation des différents effets

#### Homme



Nombre de cas incidents		Evolution brute globale
1980	2005	
19	98	415,8%

#### Femme



Nombre de cas incidents		Evolution brute globale
1980	2005	
43	118	174,4%

Source : [www.invs.sante.fr/surveillance](http://www.invs.sante.fr/surveillance)

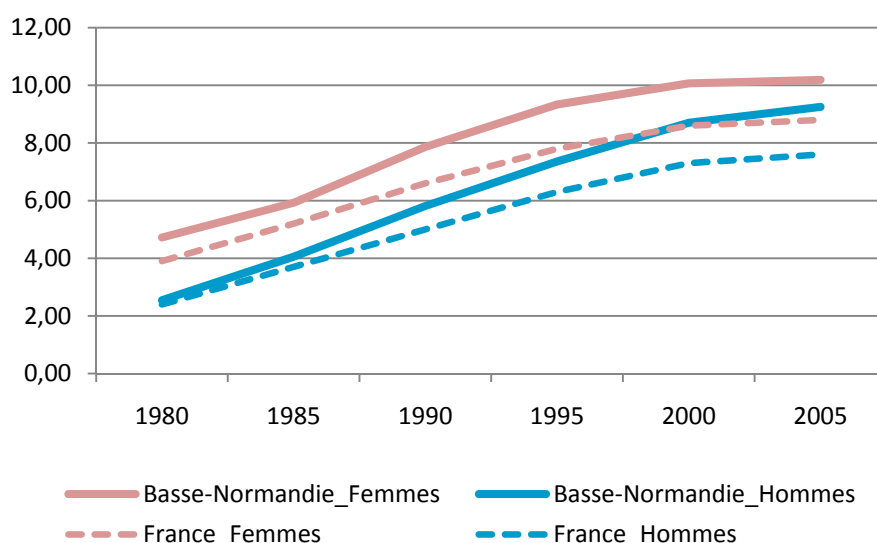
#### Note de lecture :

L'effet du « risque » correspond à la partie de l'évolution brute globale de l'incidence qui n'est pas liée à des phénomènes démographiques (taille et structure d'âges de la population). Elle comprend les effets de l'augmentation de l'exposition aux différents facteurs de risque et l'évolution des pratiques de soins et de dépistage.

L'évolution du taux d'incidence standardisé permet de s'affranchir des phénomènes démographiques.

Sur la période entre 1980 et 2005, les taux d'incidence estimés standardisés sur la population du monde augmentent de manière importante dans l'ensemble de la France, et en Basse-Normandie.

#### Estimation des taux d'incidence standardisés à la population mondiale (TSM\*) par sexe pour la Basse-Normandie et la France – Entre 1980 et 2005



\* Taux pour 100 000 personnes-années

Source : [www.invs.sante.fr/surveillance](http://www.invs.sante.fr/surveillance)

## 2. LA MORTALITE LIEE AUX CANCERS DE LA PEAU EN BASSE-NORMANDIE

Sur la période 2000-2007, la région présente une légère surmortalité significative par cancer de la peau (ICM = 114,5). Au total, 451 personnes en sont décédées, soit 56 décès en moyenne par an sur cette période.

### Définition

L'Indice comparatif de mortalité (ICM) est un indicateur de mortalité standardisé sur la structure d'âge quinquennale de la population française au recensement de 1999. Un indice à 100 indique une mortalité comparable à celle de la France métropolitaine. Un ICM à 111 signifie que la mortalité dans la zone étudiée est supérieure de 11% à la mortalité française, cette différence ne pouvant pas être expliquée par la structure d'âge de la population de la zone étudiée.

### Répartition départementale des décès liés à un cancer de la peau entre 2000 et 2007

Territoires de santé	Nombre de décès	Nombre moyen par an	Répartition	ICM	Significativité
Calvados	191	24	42,3%	114,4	--
Manche	178	22	39,5%	126,1	*** (p = 0.001)
Orne	82	10	18,2%	94,7	--
<b>Basse-Normandie</b>	<b>451</b>	<b>56</b>	<b>100,0%</b>	<b>114,3</b>	<b>** (p = 0.01)</b>

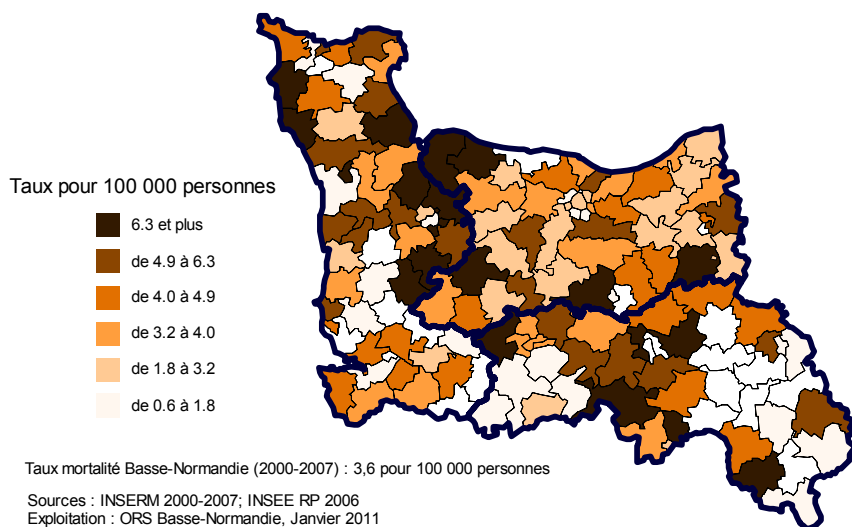
Sources : Inserm-CépiDC, Insee-RP - Exploitation : ORS de Basse-Normandie

La région Basse-Normandie présente une surmortalité par cancers de la peau par rapport à la situation observée au plan national.

Parmi les trois départements, la situation de la Manche est la plus préoccupante avec une surmortalité par cancers de la peau très significative par rapport à la France (+26%).

### Analyse spatiale de la mortalité

Taux standardisés de mortalité par cancer de la peau  
Hommes et femmes 2000-2007  
Basse-Normandie selon les cantons



Au cours de la période 2000-2007, la Basse-Normandie compte 3,6 décès par cancer de la peau pour 100 000 personnes.

La Manche enregistre le taux le plus élevé avec 3,9 décès pour 100 000, suivi du Calvados (3,6 pour 100 000) et de l'Orne (3,0 pour 100 000).

Si l'Orne paraît moins touchée par ce type de mortalité, on observe cependant des taux de mortalité élevés dans certains cantons du département.

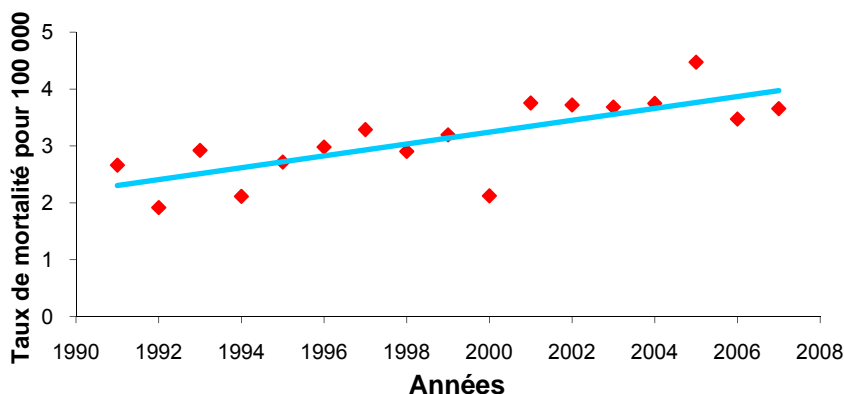
Nota bene : Taux standardisés sur la population française.

## Evolution des taux de mortalité par cancer de la peau depuis 1991

### Note de lecture

L'observation des taux de mortalité standardisés sur la population française par cancer de la peau, dans le temps montre une évolution annuelle assez erratique, difficile à lire immédiatement. Les graphiques ci-dessous ont donc été complétés par une droite de régression permettant la visualisation de la tendance sur l'ensemble de la période.

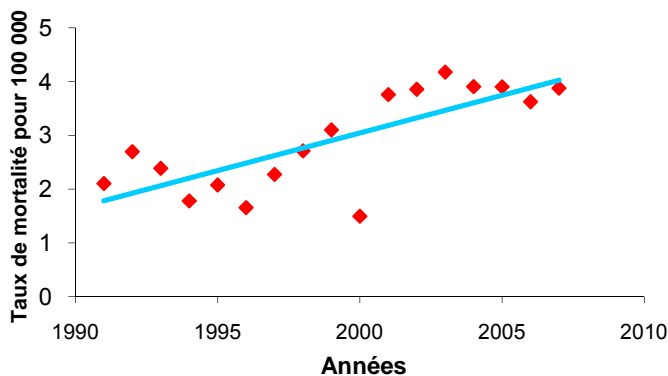
Evolution du taux de mortalité par cancer de la peau en Basse-Normandie de 1991 à 2007



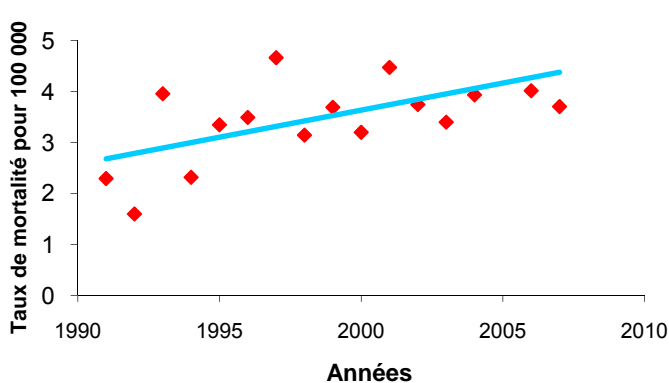
Depuis 1991, la mortalité par cancer de la peau augmente de manière significative pour la région dans son ensemble. Le taux de mortalité bas-normand est passé de 2,7 décès pour 100 000 personnes à 3,6 sur cette période.

### Evolution dans les trois territoires de santé

Evolution du taux de mortalité par cancer de la peau dans le Calvados de 1991 à 2007



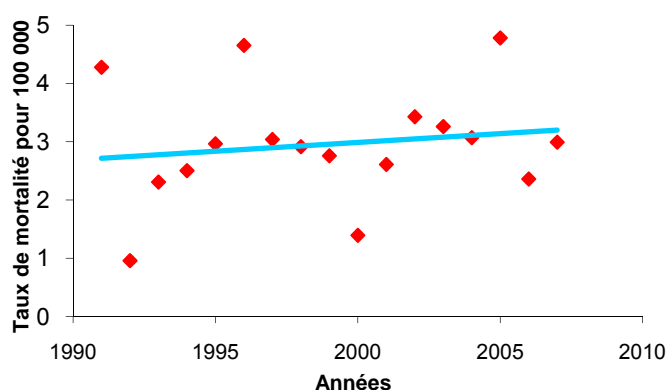
Evolution du taux de mortalité par cancer de la peau dans la Manche de 1991 à 2007



**Le département du Calvados enregistre la plus forte progression.** Notons cependant qu'en 1994, il présentait le taux le plus faible avec 1,8 décès pour 100 000 personnes, contre 2,3 dans la Manche et 2,5 dans l'Orne.

Le département de la Manche présente aussi une augmentation légèrement significative. En revanche, le taux de mortalité par cancer de la peau est plutôt stable dans l'Orne.

Evolution du taux de mortalité par cancer de la peau dans l'Orne de 1991 à 2007



## PREVENTION : UN CADRE NATIONAL

---

### SOLEIL ET SANTE : COMPORTEMENTS ET OPINIONS DECLARES DES FRANÇAIS

Dans le domaine de la prévention du cancer, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) contribue à la production de connaissances sur les facteurs de risque à travers ses enquêtes barométriques sur les comportements, connaissances et attitudes des Français en matière de santé. Dans ce cadre, une investigation spécifique sur les représentations et les connaissances de la population en matière de cancers a été conduite<sup>14</sup>. Un chapitre est consacré au thème « Soleil et cancer – Comportements, opinions et perceptions des risques ».

Les éléments essentiels qui ressortent de cette enquête en population générale sont les suivants :

#### Quatre Français sur dix savent qu'il faut se méfier du soleil entre 12 et 16 heures

Les hommes, les moins de 25 ans et les moins diplômés citent moins souvent ces quatre heures.

#### Les dangers de l'exposition au soleil en mai et juin sont peu connus

Au total, 87,6 % des enquêtés pensent que les rayonnements solaires sont particulièrement forts en juillet, 80,3 % en août, mais seulement 39,5 % en juin et 5,5 % en mai.

#### Plus des deux tiers des Français examinent leur peau à la recherche d'anomalies

Parmi les personnes interrogées, 68,5 % déclarent examiner leur peau à la recherche d'anomalies, régulièrement ou de temps en temps.

#### Le risque cancérigène associé au soleil est connu par tous ou presque

Le risque cancérigène associé à une exposition non protégée au soleil est reconnu par 96,2 % des personnes interrogées.

#### Le recours systématique à un moyen de protection est toujours minoritaire

Pour se protéger lors d'une journée d'été ensoleillée :

- 41,6 % des enquêtés déclarent porter systématiquement des lunettes de soleil ;
- 31,2 % disent éviter systématiquement de s'exposer durant les heures les plus ensoleillées ;
- 21,2 % restent systématiquement à l'ombre d'un parasol ;
- 22,9 % portent systématiquement un chapeau ou une casquette ;
- **seuls 13,5 % déclarent mettre systématiquement de la crème solaire toutes les heures.**

#### Le bronzage artificiel et les crèmes solaires, faux amis de la protection solaire

Une personne sur quatre (25,2 %) estime que faire des UV (du bronzage artificiel) avant les vacances protège des coups de soleil ; tandis que **près de la moitié des enquêtés (47,9 %) juge qu'une crème solaire permet de s'exposer au soleil plus longtemps.**

#### Les croyances erronées relatives aux coups de soleil persistent

Au total, 79,5 % des enquêtés savent que le soleil peut provoquer un vieillissement prématuré de la peau. Mais ils sont aussi 34,7 % à croire que les coups de soleil de l'enfance bien soignés sont sans conséquence à l'âge adulte.

---

<sup>14</sup> Le Baromètre cancer 2005 a été réalisé par l'institut de sondages Atoop auprès de 4 046 personnes âgées de 16 ans et plus, parlant le français. Les données ont été recueillies par téléphone (entretien assisté par ordinateur – système Cati), du 26 avril 2005 au 15 juin 2005, en incluant des ménages dont le numéro de téléphone est sur liste rouge.

## DES GRANDS PLANS NATIONAUX

### 1. PLAN CANCER (2009-2013)

Comme pour de nombreux cancers, un diagnostic précoce des cancers de la peau est associé à des traitements moins lourds et à de meilleures chances de guérison. Le plan cancer (2009-2013) prévoit un ensemble d'actions dans ce domaine visant : le renforcement de l'information de la population générale ; la formation et l'implication de plusieurs catégories de professionnels de santé ; l'amélioration du diagnostic précoce et la mise au point des marqueurs d'évolutivité et la validation de nouveaux tests ou stratégies de dépistage.

Plus précisément, la mesure 17.2 expose un ensemble d'actions destinées à améliorer la détection précoce des cancers de la peau. Pour chacune, un pilotage institutionnel est précisé :

Action	Pilote
Analyser l'évolution des stades au moment du diagnostic des mélanomes et de la prise en charge des patients (parcours avant le diagnostic, de la détection jusqu'à la prise en charge) pour identifier les pistes d'amélioration.	INCa. (Copilote : InVS)
Développer des partenariats avec les professionnels de santé concernés afin d'améliorer, par une approche intégrée, la cohérence et l'articulation entre les campagnes de prévention et les actions de détection précoce du mélanome ainsi que la compréhension des messages par le public.	Inpes
Élaborer et diffuser auprès des professionnels de santé (médecins généralistes, paramédicaux) des outils d'information, de formation initiale et continue sur la détection précoce des cancers de la peau, sur l'identification des terrains à risque et les modalités spécifiques de prévention et de surveillance nécessitant notamment la consultation anticipée du dermatologue.	INCa
Informers le grand public sur la détection précoce des mélanomes et sensibiliser les professionnels au dépistage précoce.	INCa

### 2. PLAN SANTE ENVIRONNEMENT 2 (2009-2013)

Le deuxième plan national santé-environnement (PNSE 2) portant sur la période 2009 – 2013 ne détaille pas d'action directement ciblée sur l'exposition solaire mais prévoit dans sa fiche actions n°6 de « Protéger la santé et l'environnement des enfants »<sup>15</sup>. En effet, le plan souligne que l'organisme des enfants est particulièrement vulnérable aux agressions extérieures. L'impact de certaines expositions précoces, à l'échelle de la vie entière, peut conduire à des déficits fonctionnels, à des maladies chroniques et à l'émergence de pathologies à plus long terme tels que les cancers.

Le PNSE 2 propose donc de réduire les expositions des enfants et des femmes enceintes ou en âge de procréer. Il propose également de mener des efforts pour améliorer les connaissances sur les expositions des personnes vulnérables et pour améliorer la prise en compte de la sensibilité particulière des enfants, des femmes enceintes ou en âge de procréer dans l'expertise des risques.

L'action 57 est quant à elle centrée sur l'éducation des jeunes en santé-environnement –travail.

### 3. LE PROJET DE PLAN SANTE AU TRAVAIL 2 (2010-2014)

D'une manière générale, le PST2 vise à diminuer les expositions aux risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles et à développer une politique de prévention active contre des risques clairement identifiés et au profit des secteurs professionnels ou des publics les plus sensibles.

<sup>15</sup> Engagement 140 du Grenelle de l'environnement

## LES CAMPAGNES NATIONALES

Institution pilote	Actions	Public cible
<p><b>L'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)</b> a été créée en 2010<sup>16</sup> en remplacement de l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail (Afsset) et de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa). Etablissement public à caractère administratif, l'Anses contribue principalement à assurer la sécurité sanitaire humaine dans les domaines de l'environnement, du travail et de l'alimentation. Parmi ses missions, l'agence contribue à l'information, à la formation et à la diffusion d'une documentation scientifique et technique et au débat public.</p>	<p><b>Elaboration de recommandations :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Privilégier la prévention des enfants dès le plus jeune âge (protection des yeux, éducation),</li> <li>• Bien connaître son type de peau avant toute exposition,</li> <li>• Utiliser des produits antisolaires dont l'indice de protection est égal ou supérieur à 15 et des lunettes de soleil qui protègent avec la même efficacité des rayons UVA et UVB,</li> <li>• Porter des vêtements opaques et couvrants (coton à tissage serré),</li> <li>• Ne pas utiliser les crèmes solaires pour prolonger l'exposition au soleil,</li> <li>• Améliorer le dépistage précoce des cancers de la peau en développant les techniques d'auto-observation,</li> <li>• Pratiquer des expositions solaires d'autant plus progressives que la peau est sensible,</li> <li>• Eviter les heures d'ensoleillement les plus nocives entre 12 et 16 heures l'été,</li> <li>• Limiter de manière importante l'exposition aux UVA artificiels et faire strictement respecter l'interdiction de l'accès des mineurs aux cabines de bronzage.</li> </ul>	<p><b>Pouvoirs publics</b></p>
<p><b>L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps)</b> a été créée par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1998 instituant un dispositif de veille et de sécurité sanitaire. Elle a pour mission essentielle d'évaluer les bénéfices et les risques liés à l'utilisation des produits de santé. L'information sur le bon usage des produits de santé est un enjeu clef pour l'Afssaps et s'inscrit dans le cadre de ses missions, parmi lesquels figurent les produits cosmétiques.</p>	<p><b>Elaboration d'un guide pour le choix d'une protection solaire.</b></p> <p>Quatre niveaux de protection solaire sont distingués :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Faible Protection (indices de protection solaires (FPS) affichés 6 ou 10),</li> <li>2. Moyenne Protection (indices FPS affichés 15, 20 ou 25),</li> <li>3. Haute Protection (indices FPS affichés 30 ou 50),</li> <li>4. Très Haute Protection (indice FPS affiché 50+).</li> </ol> <p>Dans ce cadre, ce guide permet au consommateur d'identifier le niveau de protection adapté en fonction de son type de peau et des conditions d'ensoleillement prévues.</p>	<p><b>Professionnels de santé et grand public</b></p>

<sup>16</sup> Décret n° 2010-719 du 28 juin 2010

Institution pilote	Actions	Public cible
<p>L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) est un établissement public administratif créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.</p> <p>L'Institut est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé dans le cadre plus général des orientations de la politique de santé publique fixées par le gouvernement.</p> <p>La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a élargi ses missions initiales à la participation à la gestion des situations urgentes ou exceptionnelles ayant des conséquences sanitaires collectives et à la formation à l'éducation pour la santé.</p>	<p><b>Tract : Prévention des risques solaires - Les conseils du pharmacien</b> (disponible en téléchargement sur le site de l'Inpes)</p> <p>Ce tract explique quels sont les risques à court et long terme de l'exposition au soleil. Il donne des conseils pour se protéger, les conditions d'efficacité des produits solaires et permet aussi d'évaluer son type de peau.</p> <p>Le tract rappelle aussi d'autres facteurs qui augmentent la vulnérabilité au soleil comme la prise de médicaments photo-sensibilisants, la présence de nombreux grains de beauté, les antécédents familiaux de cancer de la peau.</p> <p><b>Affiche : Bien profiter des rayons du soleil</b> (disponible en téléchargement sur le site de l'Inpes)</p> <p>Six conseils pour se protéger des dangers du soleil.</p> <p><b>Dépliant/Flyer : Bien profiter des rayons du soleil</b></p> <p>Des conseils pour les nourrissons, les enfants et les adultes.</p> <p><b>Dépliant/Flyer : Risques solaires - Ce qu'il faut savoir pour que le soleil reste un plaisir</b> (disponible en commande sur le site de l'Inpes)</p> <p>Ce dépliant présente les gestes essentiels pour se protéger et protéger les enfants des risques solaires. Il permet aussi de comprendre l'origine de ces risques et leurs conséquences possibles sur la peau et les yeux. Il répond enfin aux idées reçues les plus répandues en la matière. Il est disponible dans les pharmacies, les offices de tourisme, aux péages d'autoroute certains week-end.</p> <p><b>Affiche : Risques solaires - 4 gestes simples</b> (disponible en commande sur le site de l'Inpes)</p> <p>Cette affiche présente les 4 gestes simples pour se protéger et protéger les enfants des risques solaires.</p> <p><b>Brochure : 1,2,3 soleil Toutes les règles du jeu pour profiter au mieux du soleil !</b> (disponible en commande sur le site de l'Inpes)</p> <p>Cette petite brochure à double entrée permet, en 10 questions, de vérifier ses connaissances sur la façon de profiter au mieux du soleil et de prévenir les coups de soleil. Les pages centrales rappellent les règles du jeu en 3 points essentiels et renvoient sur le site prevention-soleil.fr.</p> <p><b>Site Internet : <a href="http://www.prevention-soleil.fr">www.prevention-soleil.fr</a></b></p> <p><b>Campagne annuelle de prévention sur les risques solaires :</b> sensibilisation de la population visant une modification des comportements à risque. La campagne 2010 a débuté le 19 juin.</p>	<p><b>Grand public</b></p>

Institution pilote	Actions	Public cible
<p>Créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, <b>l'Institut national du cancer (Inca)</b> exerce 2 métiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le développement d'expertises dans le domaine des cancers ;</li> <li>la programmation scientifique, l'évaluation et le financement de projets.</li> </ul> <p>L'INCa a signé son premier contrat d'objectifs et de performance avec les ministères chargés de la santé et de la recherche pour la période 2011-2014.</p> <p>Parmi les objectifs stratégiques fixés à l'INCa, Ce dernier a pour mission d'assurer une meilleure coordination entre les différents acteurs de la lutte contre le cancer pour atteindre les objectifs finaux communs et de favoriser l'appropriation des résultats de l'expertise et de l'innovation par le grand public, les patients, les professionnels de santé et les chercheurs.</p>	<p><b>Prévention primaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Publication d'un état des lieux sur les risques de cancer encourus lors de la pratique du bronzage par lampe UV.</li> <li>Messages de prévention relayés sur le site Internet de l'INCa : <a href="http://www.e-cancer.fr/prevention">www.e-cancer.fr/prevention</a></li> </ul> <p><b>Détection précoce :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Formation en ligne destinée aux médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers-infirmières : Module de formation de deux heures permettant d'accéder à des connaissances générales, scientifiques et pratiques : abondante iconographie (près de 300 images) et présentation de cas cliniques.</li> <li>Dépliant d'information sur la détection précoce des cancers de la peau : Identification des facteurs de risque et des signes d'alerte (règle ABCDE cf. annexe 3) ; Information sur l'auto-examen.</li> </ul>	<p><b>Professionnels et grand public</b></p> <p><b>Professionnels de santé</b></p> <p><b>Grand public</b></p>
<p><b>Le Syndicat National des Dermatologues - Vénérologues</b> a été fondé en 1928.</p> <p>Il regroupe actuellement 2 230 dermatologues libéraux et hospitaliers, soit environ 65 % de l'ensemble des dermatologues français en exercice.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depuis 1998, le SNDV organise une <b>journée nationale de dépistage et de prévention des cancers de la peau</b>. Cette journée est soutenue par l'INCa depuis 2005. La dernière a eu lieu le 27 mai 2010. La prochaine est prévue le <b>19 mai 2011</b>.</li> <li>Messages de prévention relayés sur le site Internet du SNDV : <a href="http://www.syndicatdermatos.org">www.syndicatdermatos.org</a></li> </ul>	<p><b>Grand public</b></p>
<p><b>L'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS)</b> exerce ses activités au profit des salariés et des entreprises du régime général de la Sécurité sociale.</p>	<p>L'INRS apporte une aide technique : études et recherches, formation en matière de prévention, assistance technique et documentaire, information (journaux, affiches, brochures, audiovisuels, site web).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Site internet : <a href="http://www.inrs.fr">www.inrs.fr</a></li> </ul>	<p><b>Salariés Entreprises Services de santé au travail</b></p>

Institution	Actions	Public cible
<p>L'association <b>Sécurité Solaire</b> a été créée en 1994 par un groupe pluridisciplinaire de scientifiques. Son objectif est de sensibiliser la population aux risques pour la santé qu'engendrent les surexpositions solaires.</p>	<p>➤ <b>Information</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Site web : <a href="http://www.soleil.info">www.soleil.info</a></li> <li>• Interventions dans les médias</li> <li>• Dispositif de Météo solaire : La Sécurité Solaire effectue des prévisions de rayonnement ultraviolet (Index UV). Ces prévisions sont accompagnées de conseils pratiques, largement relayés par les médias.</li> </ul>	<p><b>Grand public</b></p>
	<p>➤ <b>Education</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Programme "Vivre avec le Soleil, à l'école, au centre de loisirs et en famille". Ce programme pluriannuel d'éducation à la santé et à la citoyenneté comporte 3 volets : à l'école, au centre de loisirs et de vacances et en famille.</li> <li>• Chanson "Mets ton sombrero, quand le soleil est haut !"</li> <li>• Livres réalisés en partenariat avec de grands éditeurs</li> </ul>	<p><b>Professionnels de l'Education nationale et du secteur de l'animation</b></p> <p><b>Grand public</b></p>
	<p>➤ <b>Formation</b></p> <p>Modules à destination des enseignants et des animateurs ainsi qu'à leurs formateurs, des professionnels de santé...</p>	<p><b>Professionnels de santé, l'Education nationale et du secteur de l'animation</b></p>
	<p>➤ <b>Collaboration au programme INTERSUN</b></p> <p>Lancé en 1993, le programme INTERSUN est dirigé par l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Organisation Mondiale de la Météorologie et le Programme des Nations Unies pour l'Environnement. Il poursuit principalement deux objectifs :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Animer la recherche sur les effets du rayonnement UV sur la santé ;</li> <li>• Diffuser des informations et des recommandations de prévention aux Etats membres (ex : promotion de l'indice UV comme outil pédagogique de sensibilisation à la protection solaire).</li> </ul> <p>En France, l'association « Sécurité solaire » diffuse au grand public et aux média les prévisions d'indice UV de Météo France.</p>	<p><b>Pouvoirs publics</b></p>

## LES SITUATIONS D'EXPOSITION MAXIMALE

### 1. EXPOSITIONS PROFESSIONNELLES

Les principaux agents responsables peuvent être classés en 2 groupes :

#### *Agents physiques*

##### **Radiations solaires ou ultraviolets<sup>17</sup>**

L'exposition suffisamment intense et/ou prolongée aux UV provoque des effets préjudiciables pour la santé, qui sont fonction du spectre d'action, de la durée d'exposition et de la dose reçue. Il est difficile d'établir une liste exhaustive des professions exposées. On peut cependant citer les activités suivantes :

- Agriculture : ouvriers agricoles, jardiniers, ouvriers de l'élevage ;
- Pêche (marins pêcheurs) ou métiers de la plaisance ;
- Bâtiment et travaux publics (ouvriers du bâtiment) ;
- Toutes professions exercées en extérieur ;
- Professions à forte exposition aux ultraviolets en fonction du spectre d'action, de la durée d'exposition et de la dose reçue :
  - Industrie : soudage à l'arc électrique, utilisation industrielle de procédés photochimiques, stérilisation ou désinfection, désinsectisation ;
  - Certains domaines de la recherche...

##### **Radiations ionisantes (tableau 6 des maladies professionnelles)**

On peut citer les activités suivantes : industrie nucléaire ; extraction et traitement de minerais radioactifs ; professions de la santé (radiodiagnostic et radiothérapie, préparation de produits traçants, manipulation de radioéléments en sources scellées) ; laboratoires industriels (utilisation de matériels contenant des sources scellées, émettant des rayons X, de spectrographes, de scintigraphes) ; industrie (contrôles de soudures, jauges d'épaisseur, utilisation de rayonnement pour polymérisation, durcissement des résines et vernis...) ; secteur agroalimentaire (radioconservation ou radiostérilisation par émetteurs RX ou sources scellés) ; laboratoires de recherche.

Ces expositions sont responsables de radiodermites chroniques qui peuvent évoluer vers un cancer.

#### *Agents chimiques*

##### **Arsenic (tableau 20 des maladies professionnelles)**

Cet agent est utilisé dans certains types d'activités : métallurgie (raffinage de métaux non ferreux contenant de l'arsenic à l'état d'impuretés, durcissement de certains métaux) ; fabrication et utilisation d'insecticides, raticides, herbicides, fongicides et pesticides (notamment dans les vignes) ; industrie des colorants (vert de Paris, vert de sheele), peintures et vernis ; électronique ; industrie du verre ; industrie pharmaceutique (composés arsénicaux pour usage thérapeutique) ; empaillage des animaux et conservation, épilage des peau.

##### **Goudrons, huiles, brais, suies de combustion du charbon**

##### **Huiles minérales d'origine pétrolière (tableaux 16Bis et 36Bis des maladies professionnelles)**

Ces produits contiennent des hydrocarbures polycycliques aromatiques cancérigènes (HPA).

Les huiles pétrolières en contiennent en quantité variable selon la qualité du brut et le mode de raffinage. Le taux de HPA augmente dans les huiles usagées.

---

<sup>17</sup> Dommages non réparés au titre des tableaux de maladies professionnelles.

Les activités suivantes sont particulièrement concernées: métallurgie (fonderie de fonte, d'acier, traitement des métaux, industrie de l'aluminium) ; sidérurgie ; cokerie ; utilisation des goudrons et de brais de houille ; travaux de ramonage (entretien des chaudières et cheminées) ; mécanique (contact avec des huiles usées, régénéré) ; industrie du caoutchouc, bâtiment et travaux publics ; huiles de décoffrage ; verrerie (huiles de démoulage) ; industrie textile...

## 2. EXPOSITIONS EXTRA-PROFESSIONNELLES OU DE LOISIRS

Certaines activités de loisirs en plein air peuvent être à l'origine de fortes expositions aux ultraviolets d'origine naturelle. Là encore, établir une liste exhaustive paraît difficile mais certains équipements associés à ce type d'exposition peuvent être identifiés et localisés sur le territoire régional.

Ce repérage s'est appuyé sur la Base permanente des équipements (BPE) mise en place par l'Insee (cf. encadré). Ont été identifiés et cartographiés :

- Les bassins de natation et les équipements de sports nautiques non couverts ;
- Les ports de plaisance.

Les sites de baignade aménagée, également présents dans la BPE mais ne représentant qu'une partie des plages de Basse-Normandie, n'ont pas été cartographiés.

Ces lieux peuvent être des sites privilégiés pour organiser des actions de prévention des cancers de la peau, en particulier dans une région attractive sur le plan touristique.

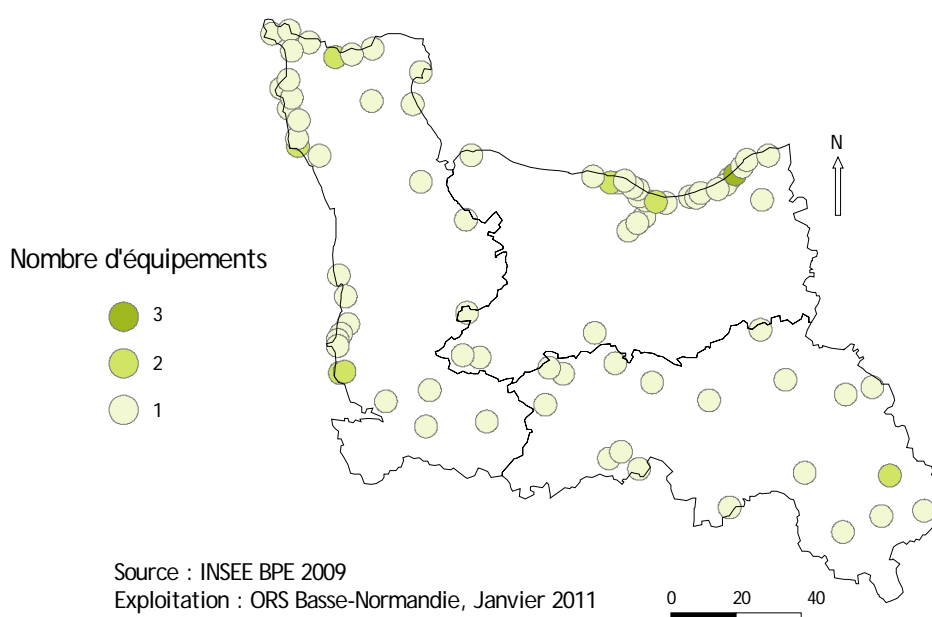
**La Base permanente des équipements (BPE)** est destinée à fournir le niveau d'équipement et de services rendus par un territoire à la population.

La localisation fine des équipements et de la population permet de calculer des distances entre communes équipées et non équipées par exemple, d'étudier la concentration spatiale des équipements, de mettre en rapport les équipements et leurs utilisateurs potentiels.

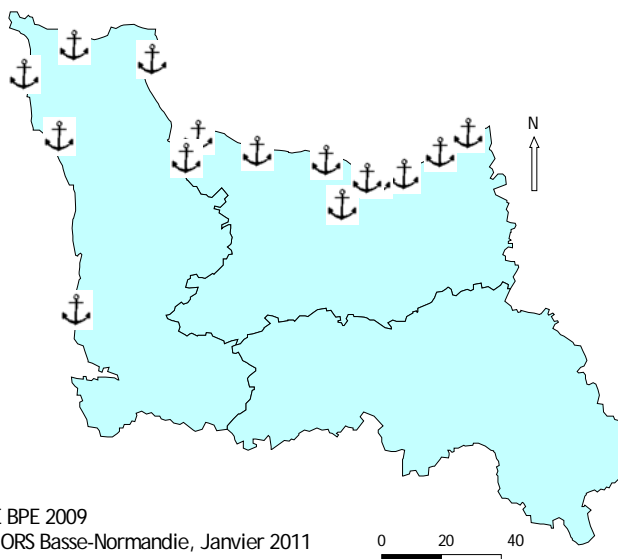
Le champ actuel de la BPE recouvre les domaines des services, marchands ou non, des commerces, de la santé et de l'action sociale, de l'enseignement, du sport-loisir et du tourisme. La BPE est mise à jour annuellement au 1<sup>er</sup> janvier.

Source : Insee.fr

### Bassins de natation et équipements de sports nautiques non couverts en Basse-Normandie



## Ports de plaisance de Basse-Normandie



### ACTEURS ET ACTIONS DE PREVENTION

Ce chapitre vise à mieux identifier les professionnels d'une part et les organismes d'autre part qui mènent des actions dans le domaine de la prévention des cancers de la peau, et à décrire leur activité.

#### 1. LES SERVICES DE SANTE AU TRAVAIL

Les services de santé au travail participent à l'information des travailleurs et les conseillent en fonction de différents critères (phototype du salarié, condition d'exposition, activités de loisirs, utilisation de produits photosensibilisants).

L'information dispensée porte sur les risques liés aux conditions réelles de l'exposition aux UV (nature, durée, intensité) ou à des agents chimiques et sur les différentes possibilités de prévention : respect des consignes existantes par rapport à l'exposition, utilisation correcte de la source, port de protections individuelles adaptées, application de produits photoprotecteurs...

En fonction des risques identifiés (fiche entreprise<sup>18</sup>), ils assurent un suivi renforcé pour les publics les plus exposés.

#### 2. LES MEDECINS GENERALISTES ET AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE LIBERAUX

Les médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers(ères) sont des acteurs clé en matière de prévention des cancers de la peau.

Ils sont un puissant relai d'information et de sensibilisation aux risques, notamment concernant l'exposition aux UV.

Concernant la détection précoce, ils jouent également un rôle fondamental. Des modules de formation spécifiques ont été élaborés par l'Inca à leur attention.

Professionnels libéraux	Densité régionale*
Médecins généralistes	8,1
Masseurs-kinésithérapeutes	5,2
Infirmier(ère)s	7,7

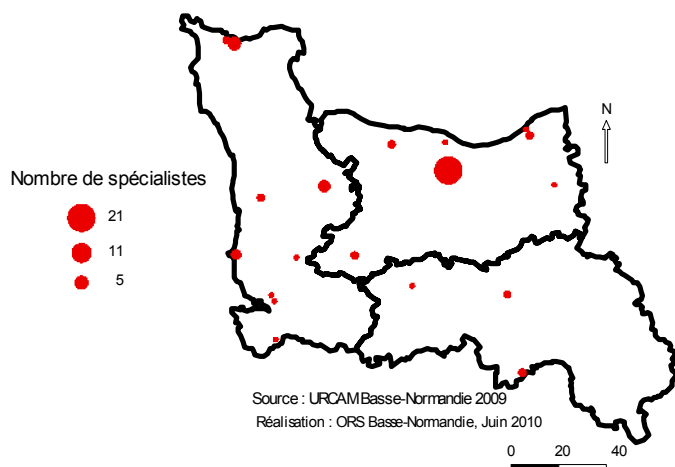
\* Effectif pour 10 000 habitants

Source : Atlas de la santé, ARS-ORS, 2010

<sup>18</sup> La fiche d'entreprise regroupe tous les risques professionnels de l'entreprise et les effectifs des salariés soumis à ces risques (physiques, chimiques, biologiques, infectieux, accidents...).

### 3. LES DERMATOLOGUES

Répartition des dermatologues et vénéréologues en Basse-Normandie



Les cancers de la peau peuvent être détectés précocement grâce un examen visuel de l'ensemble de la peau. Cette détection précoce est capitale, en particulier pour le mélanome. Médecins spécialistes des maladies de la peau, des cheveux, des ongles et des muqueuses, les dermatologues participent au diagnostic et à la prise en charge des tumeurs de la peau, puis au suivi des patients à l'issue des traitements. Ces professionnels jouent également un rôle important dans le cadre de la prévention primaire.

L'Atlas de la santé, publié par l'Agence régionale de santé, dénombre 59 dermatologues libéraux sur le territoire régional (carte ci-dessus).

### 4. LES AUTRES ACTEURS MOBILISES

Pour identifier de la manière la plus exhaustive possible les actions de prévention des cancers cutanés menées en région, la base de données des acteurs et actions en prévention et promotion de la santé a été utilisée pour un premier repérage (cf. encadré ci-contre).

Dans un second temps, un large panel d'acteurs institutionnels et associatifs a été interrogé pour compléter les éléments préalablement collectés :

#### **Base de données des acteurs et actions en prévention – promotion de la santé**

L'Observatoire Régional de la Santé et le Comité Régional d'Education pour la Santé de Basse-Normandie ont mis en œuvre en 2010, grâce à un financement du Groupement régional de santé publique, un projet de conception d'une base de données régionale des acteurs et des actions de prévention et de promotion de la santé.

Cette base commune a été alimentée par plusieurs sources de données gérées par un ensemble d'organismes finançant ou organisant des actions dans ce domaine.

<b>Institutions de santé</b>	<b>Monde associatif</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Union régionale des médecins libéraux</li> <li>■ Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT)</li> <li>■ Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRRECTE)</li> <li>■ Caisses d'assurance maladie (régime général, Mutualité sociale agricole, Régime social des indépendants)</li> <li>■ Mutualité française</li> <li>■ Ordres départementaux des médecins</li> <li>■ Ordre des pharmaciens</li> <li>■ Caisses d'allocations familiales (CAF)</li> <li>■ Conseils généraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Comités départementaux de la Ligue contre le cancer (LCC)</li> <li>■ Association de formation médicale continue en dermatologie de Basse-Normandie</li> <li>■ Comité régional d'éducation pour la santé (CORES aujourd'hui IREPS)</li> <li>■ Association nationale Sécurité solaire</li> </ul>

Les actions recensées sont de deux types :

- Les actions d'information et de sensibilisation de la population générale ou de groupes d'individus relevant de la prévention primaire ;
- Les actions de prévention secondaire visant la détection précoce de la maladie, à un stade où elle peut être plus efficacement traitée.

### **Information et sensibilisation aux risques**

#### ■ Actions tout public

##### **Mutualité française Normandie**

Dans le cadre du programme « Priorité santé mutualiste », le service de prévention et de promotion de la santé de l'union régionale Normandie de la Mutualité française coordonne l'opération « Du soleil en Normandie ? Comment agir ? ».

Cette action de prévention des risques solaires se présente sous plusieurs formes :

- **Journée d'information** en partenariat avec les opticiens mutualistes, la Maison du citoyen d'Argentan et la Ligue contre le cancer (LCC) de l'Orne à destination d'enfants de 3 à 12 ans.  
ARGENTAN 12/07/2010 au Centre de loisirs maternel (45 personnes)  
21/07/2010 au Centre aéré (90 personnes)
- **Journée d'information** avec la participation de l'association sécurité solaire : stands, séances d'information et possibilité de réaliser un entretien avec un dermatologue pour une surveillance des grains de beauté.  
CHERBOURG 30/06/2010 dans les locaux de la Mutualité française Manche (4 personnes)  
CAEN 28/05/2010 - Surveillance des grains de beauté, dans les locaux de la LCC (63 personnes)  
31/05/2010 – Conférence, à la Maison des associations (31 personnes)

Au total, 233 personnes ont été touchées par ces actions.

##### **Association de formation médicale continue en dermatologie de Basse-Normandie**

Cette association met en place des actions de prévention des cancers de la peau depuis 2003, conformément aux orientations du PRS Cancer (2003-2007) dans le cadre d'un partenariat fort avec l'assurance maladie.

<b>Format de l'action</b>	<b>Réalisations 2003-2009</b>
Etats généraux de la prévention	Manifestation organisée par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Basse-Normandie en mars 2007.
Interventions radiophoniques	Sur France Bleue et Radios chrétiennes francophones (RCF) en 2009.

##### **Comité régional d'éducation pour la santé**

Le Schéma régional d'éducation pour la santé (SREPS) visait à organiser l'éducation pour la santé sur le territoire régional en développant la qualité du service rendu à la population et en facilitant l'accès à l'information. Dans ce cadre, quatre **Centres d'information de proximité (CIP)** ont été mis en œuvre à Hérouville-Saint-Clair, Cherbourg-Octeville, Avranches et Alençon.

Ces CIP diffusent des brochures et affiches d'information sur la prévention des cancers de la peau, principalement celles éditées par l'INPES : Brochure « Risques solaires - Ce qu'il faut savoir pour que le soleil reste un plaisir » ; Affiche « Risques solaires - 4 gestes simples ».

En 2010, les CIP ont accueilli plus de 600 demandeurs, correspondant à 1 500 demandes thématiques, pour un total de **104 000 documents dont environ 2 000 sur le thème du cancer**.

*Nota bene :* Dans le cadre des actions de prévention primaire, soit directes soit en appui méthodologique auprès des acteurs de terrain, la thématique cancer n'est pas forcément abordée en tant que risque, surtout auprès du jeune public. L'approche pédagogique privilégiée consiste à faire identifier le risque (brûlures du soleil par exemple) et les moyens de s'en protéger en ayant des comportements adaptés. Cette approche s'appuie sur des outils d'animation créés spécifiquement ou des outils pédagogiques existants (jeux de plateaux, cartes...). Elle permet de sensibiliser plus facilement aussi les publics en difficulté avec l'écrit.

Les brochures thématiques viennent en illustration de l'action de prévention (aide mémoire). Pour des publics soit éduqués et/ou plus âgés, la brochure peut parfois se suffire à elle-même (information technique).

## ■ Actions à destination des enfants et/ou de leurs parents

### Conseils généraux

En la matière, il s'agit essentiellement d'actions d'information ou de sensibilisation des **publics de la Protection maternelle et infantile** :

- Mise à disposition de brochures informant sur l'importance de la protection solaire chez l'enfant.
- Sensibilisation régulière des parents, en période estivale, sur les risques du soleil.
- Plaquettes et affiches dans la salle d'attente PMI.

### Sécurité solaire

En Basse-Normandie, les actions de cette association ne sont plus financées sur les fonds de l'appel d'offre de santé publique depuis 2009. Les interventions à destination des écoles et lieux d'accueil des enfants ne sont actuellement plus déployées.

### Ligue contre le cancer

#### Comité Manche

Le Comité a réalisé une présentation des dangers du soleil et de ses rayons sur un support Power Point. Cette action est destinée aux établissements d'enseignement, préférentiellement à partir de la classe de 3<sup>ème</sup>. Ce support est utilisé par des intervenants-bénévoles de la Ligue dans les établissements d'enseignement, à leur demande.

#### Comité de l'Orne

Le comité dispose d'une animatrice de prévention qui travaille principalement avec les 9-12 ans, sur cinq thèmes liés aux facteurs cancérigènes (tabac, alcool, alimentation, activité physique et soleil). Cette professionnelle intervient dans la prévention solaire tout au long de l'année dans les écoles primaires (interventions courtes : environ 20 minutes, sans donner de documents particuliers). En 2009-2010, 93 classes du CE2 au CM2 (soit 2 083 élèves) ont eu des informations sur la prévention solaire. Une intervention plus détaillée de 3 heures sur le soleil a été aussi mise en place avec 3 classes (63 élèves).

Des actions sont également organisées en halte-garderie et en centre aéré ou de loisir : rencontres de parents et remise de dépliants ; interventions basées sur un photo-langage, afin de lever les idées reçues et de savoir ce qu'évoque pour eux le soleil ; activités liées au soleil avec des enfants de 3 à 5 ans (Durée : 1h30) : 40 enfants en 2010 ; activités pour des enfants de 6 à 12 ans (quiz, information, chorégraphie : « Mets ton sombrero quand le soleil est haut ») : 90 enfants en 2010. Une partie de ces actions devrait être renouvelée en 2011.

### Association de formation médicale continue en dermatologie de Basse-Normandie

Les publics ciblés par ces actions sont d'une part des professionnels (futurs professeurs des écoles), et d'autre part les personnes en lien avec l'enfance (maternité, établissements scolaires).

Public ciblé	Format de l'action	Réalisations 2003-2009
<b>Futurs professeurs</b>	Réalisation d'un CD-Rom pédagogique à destination des Instituts universitaires de formation des maîtres (IUFM) visant à promouvoir la protection des enfants vis à vis du soleil à l'école et plus largement les actions d'éducation à la santé pour les enfants et leur famille.	CD-Rom diffusés en 2004, 2006, 2007, 2008 et 2009. Les commentaires sont adaptés au type de public. <i>Nota bene</i> : Action réalisée en partenariat avec l'association Sécurité solaire en 2006, 2007 et 2009.
<b>Centres de vacances et de loisirs</b>	Diffusion d'affichettes.	Action réalisée en 2003, en partenariat avec la Direction régionale jeunesse et sports
<b>Maternités</b>	Diffusion d'informations précédée d'une action de formation des professionnels	Action réalisée en 2008 dans les 3 plus importantes maternités de la région (Centre hospitalo-universitaire et clinique du Parc à Caen et Centre hospitalier public du Cotentin à Cherbourg).

## ■ Actions vers les publics les plus exposés

### *Exposition professionnelle*

#### **Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail**

Le centre de documentation santé de la CARSAT diffuse les affiches et documents réalisés par l'INPES **auprès des entreprises, associations et établissements scolaires** sur demande.

### *Exposition touristique sur les plages*

#### **Association de formation médicale continue en dermatologie de Basse-Normandie**

**Campagne d'affichage pour les plages bas-normandes** près du poste de surveillant baignade ou d'autres endroits stratégiques (office de tourisme, campings, commerces...).

Cette action a été initiée en 2006 et reproduite en 2007.

Un questionnaire d'évaluation a été adressé à l'ensemble des maires des 70 communes du littoral.

Les résultats de cette enquête sont présentés en annexe 4.

### *Dépistage précoce*

#### **Association de formation médicale continue en dermatologie de Basse-Normandie**

**Séances de formation d'élèves coiffeurs et esthéticiennes en lycée professionnel et au Centre interprofessionnel de formation de l'artisanat du Calvados (CIFAC)**

Cette action a été réalisée en 2005, 2007, 2008 et 2009 au Lycée professionnel Victor Lépine et au CIFAC à Caen. Environ 100 élèves touchés chaque année.

Elle vise à donner à ces professionnels des connaissances sur le risque lié aux UV et sur le repérage des tumeurs cutanées, pouvant conduire à une orientation rapide vers un professionnels de santé formé.

Nota bene: Ces actions ont été financées par le Groupement régional de santé publique (indemnisation des dermatologues qui assurent les formations et frais de déplacement).

## CONCLUSION

---

A la lumière des données épidémiologiques disponibles, la situation de la Basse-Normandie en matière de cancers cutanés apparaît assez défavorable.

De plus, la Basse-Normandie véhicule une image de région peu ensoleillée, finalement assez éloignée de la réalité (1 700 heures de soleil en moyenne par an, source : ADEME<sup>19</sup>). En période estivale, l'exposition aux ultraviolets peut être forte et notre région accueille sur ses plages, un nombre important de touristes.

Les enquêtes relatives aux connaissances et comportements déclarés des français soulignent la nécessité de poursuivre des actions d'information et de sensibilisation dans ce domaine.

Les expositions professionnelles restent une préoccupation forte des services en charge de la santé au travail, notre région ayant encore une part importante d'emplois dans l'agriculture et la pêche.

L'état des lieux des actions menées en région montre un nombre d'actions non négligeable très souvent tournées vers les enfants, soit directement soit au travers d'une sensibilisation des parents ou des professionnels. Cependant, ces actions ne semblent pas nécessairement coordonnées de manière à couvrir l'ensemble du territoire régional.

---

<sup>19</sup> Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie



## GLOSSAIRE

---

AFSSET	Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail
AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
ADEME	Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie
ADN	Acide désoxyribonucléique
ARS	Agence régionale de santé
BPE	Base permanente des équipements
CAF	Caisses d'allocations familiales
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CIFAC	Centre interprofessionnel de formation de l'artisanat du Calvados
CIP	Centre d'information de proximité
CIRC	Centre international de recherche sur le cancer
CNR	Comité national des registres
CVL	Conseil de la vie lycéenne
DGCCRF	Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes
DGS	Direction générale de la santé
DIRRECTE	Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du Travail et de l'emploi
FRANCIM	Réseau français des registres du cancer
GRSP	Groupement régional de santé publique
HAS	Haute autorité de santé
HCL	Hospices Civils de Lyon
ICM	Indice comparatif de mortalité
INCA	Institut national du cancer
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	Institut national de veille sanitaire
IREPS	Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
IUFM	Institut universitaire de formation des maîtres
LCC	Ligue contre le cancer
OMS	Organisation mondiale de la santé
PNSE	Plan national santé-environnement
PRS	Programme régional de santé
TSM	Taux standardisé de mortalité
UV	Ultraviolets

## BIBLIOGRAPHIE

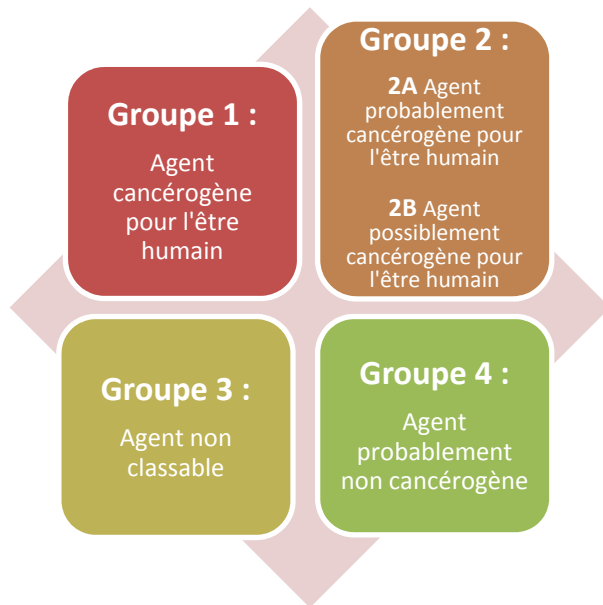
---

- (1) Rayonnements ultraviolets et risques de cancer, Collection Fiches repère, Etat des connaissances en date du 22 juillet 2010, Inca
- (2) Rapport « installations de bronzage UV : état des lieux des connaissances sur les risques de cancer », Avril 2010, Inca
- (3) Cancer: les causes de l'augmentation du nombre de cas en France, G LAUNOY, Questions de santé publique N°4, Institut de recherche en santé publique (IReSP), Avril 2009
- (4) Baromètre cancer 2005, Edition Inpes
- (5) Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005, A. BELOT, M. VELTEN, P. GROSCLAUDE, N. BOSSARD, G. LAUNOY, L. REMONTET, E. BENHAMOU, L. CHERIE-CHALLINE et al. - InVS – Inca – Réseau FRANCIM – Inserm – Hôpitaux de Lyon, Décembre 2008
- (6) Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010 – Rapport technique, avril 2010, InVS – Inca – Réseau FRANCIM – Inserm – Hôpitaux de Lyon
- (7) Les cancers de la peau, Recherche – Information – prévention – dépistage – Actions pour les malades et leurs proches, Février 2008, La ligue contre le cancer
- (8) Rayonnements ultraviolets & santé, Etat des connaissances sur l'exposition et risque sanitaires, 2007, Afsset
- (9) Facteurs de risques professionnels, rayonnements ultraviolets et mélanome oculaire. Une étude cas-témoin réalisée en France, GUENEL P., et coll., INRS,
- (10) Effets sur la santé de l'exposition professionnelle aux rayonnements ultraviolets, DYEURE P., MEREAU P., INRS, 1994
- (11) A prospective study of pigmentation, sun exposure, and risk of cutaneous malignant melanoma in women, J Natl Cancer Inst, Veierod M.-B. et al., 2003
- (12) Sun and solarium exposure and melanoma risk : effects of age, pigmentary characteristics, and nevi. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev, Veierod M.-B. et al., 2010
- (13) Exposure to sunlamps, tanning beds, and melanoma risk. Cancer Causes Control, Clough-Gorr K.-M. et al., 2008
- (14) Survie des patients atteints de cancer en France, Etude des registres du réseau FRANCIM, 2007
- (15) Risk factors for skin cancers: a nested case-control study within the Nurses' Health Study. Int J Epidemiol, Han J. et al., 2006
- (16) Stratégie de diagnostic précoce du mélanome - Guide du médecin traitant, HAS, 2006
- (17) Décret n°97-617 du 30 mai 1997 relatif à la vente et à la mise à disposition du public de certains appareils de bronzage utilisant des rayonnements ultraviolets
- (18) Plan cancer (2009-2013)
- (19) Plan santé environnement 2 (2009-2013)
- (20) Plan santé au travail (2010-2014)

### **Annexe 1 : Evolution des connaissances scientifiques sur le potentiel cancérigène des UV**

#### **Les UVB et UVA sont des agents cancérigènes**

Parmi les agents cancérigènes pour l'homme, le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) distingue 4 groupes :



Le soleil est classé dans le groupe 1, depuis 1992. En juillet 2009, le CIRC a classé cancérigène (groupe 1) la partie du spectre solaire (UVB et UVA) responsable des effets cancérigènes du soleil.

Le potentiel cancérigène des UVB est confirmé depuis plusieurs décennies, celui des UVA a longtemps été sous-estimé<sup>20</sup>. La formation de dommages à l'ADN par les UVA est 1 000 à 10 000 fois inférieure à celle liée aux UVB. Cependant, les UVA pénètrent dans les couches les plus profondes de l'épiderme et la réparation des dommages qu'ils causent à l'ADN semble moins efficace. De ce fait, le rôle des UVA dans la cancérogénèse des tumeurs cutanées est aujourd'hui jugé important par la communauté scientifique.

#### **Le risque de mélanome est augmenté chez les utilisateurs de lampes de bronzage UV**

En novembre 2009, la Direction Générale de la Santé (DGS) a saisi l'Institut National du Cancer (INCa) afin de réaliser un état des lieux des connaissances sur les risques de cancers en France associés aux installations de bronzage artificiel et de proposer les recommandations nécessaires pour prévenir ces risques pour les utilisateurs.

Le lien entre exposition aux lampes de bronzage UV et le risque de mélanome est aujourd'hui établi par de nombreuses études épidémiologiques<sup>21</sup> (suivi de cohorte, études cas-témoins).

L'augmentation du risque mesurée dans ces études n'est pas restreinte aux phototypes les plus clairs<sup>22</sup>. Tenant compte de ces résultats, le CIRC avait classé en juillet 2009 les UV émis par les lampes de bronzage artificiel dans le groupe 1 des agents cancérigènes pour l'homme.

Le marché du bronzage par les UV artificiels est moins développé en France que dans d'autres pays européens (Allemagne, Italie, pays scandinaves). Un premier recensement établi par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) estime à environ 15 000 le nombre d'appareils UV répertoriés sur le territoire national. Néanmoins, cette activité semble croissante.

<sup>20</sup> L'activité mutagène des UVA est décrite pour la première fois en 1995.

<sup>21</sup> Cohorte de femmes scandinaves (publications 2003 et 2010 de Veierod et coll) ; Méta-analyse du CIRC publiée en 2006 ; Etudes cas-témoins plus récentes (études de Han et coll en 2006 et de Clough-Gorr et coll en 2008)

<sup>22</sup> Cf. annexe 1

Le rapport « Installations de bronzage UV : état des lieux des connaissances sur les risques de cancer » conclut : « **La pratique du bronzage par UV artificiels est fortement déconseillée. L'encadrement réglementaire de cette activité<sup>23</sup> doit viser à réduire les dommages qui pourraient être induits par les UV artificiels à court et long termes, ces dispositions ne permettant cependant pas d'éliminer le risque de cancer associé à la pratique du bronzage par UV artificiels** ». Il recommande en conséquence :

- \_ des actions de communication envers le grand public et de sensibilisation des utilisateurs aux risques,
- \_ la limitation des risques de surexposition aux UV pour les utilisateurs,
- \_ le contrôle des doses d'UV reçues par les utilisateurs de cabines (limitation de la puissance des appareils et des doses annuelles maximales, obligation de respecter un délai minimum de 48H entre 2 séances et de réaliser le contrôle initial des appareils),
- \_ l'interdiction de vente au public d'appareil de bronzage UV tous types confondus,
- \_ des mesures d'encadrement de l'activité des professionnels de bronzage en cabine (notamment, interdiction de la publicité relative à des séances de bronzage par UV artificiels),
- \_ le développement de la recherche pour améliorer la connaissance scientifique dans ce domaine.

---

<sup>23</sup> En France, depuis 1997, la vente et la mise à disposition du public d'appareils de bronzage utilisant des rayonnements ultraviolets sont réglementées par le décret n°97-617 qui prévoit :








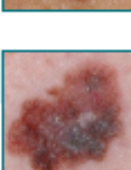
- des mesures de prévention en termes d'information des utilisateurs et de contrôle technique des appareils par des organismes agréés,
- la restriction de l'exposition aux personnes majeures,
- l'interdiction de faire référence à un quelconque bénéfice pour la santé,
- une obligation de formation du personnel encadrant l'activité de bronzage,
- la limitation de l'éclairement énergétique du rayonnement UVB délivré par ces appareils à 1,5% de l'éclairement énergétique UV total.

## **Annexe 2 : Tableau des phototypes**

	<b>Caractéristiques</b>	<b>Réaction au soleil</b>
<b>Phototype I</b>	Peau très blanche Cheveux roux ou blonds Yeux bleus/verts Souvent des taches de rousseurs	Coups de soleil systématiques Ne bronze jamais, rougit toujours
<b>Phototype II</b>	Peau claire Cheveux blonds-roux à châains Yeux clairs à bruns Parfois apparition de taches de rousseurs	Coups de soleil fréquents Bronze à peine ou très lentement
<b>Phototype III</b>	Peau intermédiaire Cheveux châains à bruns Yeux bruns	Coups de soleil occasionnels Bronze graduellement
<b>Phototype IV</b>	Peau mate Cheveux bruns/noirs Yeux bruns/noirs	Coups de soleils occasionnels lors d'expositions intenses Bronze bien
<b>Phototype V</b>	Peau brun foncé Cheveux noirs Yeux noirs	Coups de soleil rares Bronze beaucoup
<b>Phototype VI</b>	Peau noire Cheveux noirs Yeux noirs	Coups de soleil très exceptionnels

Source : Inca

## Annexe 3 : la règle ABCDE

<b>BÉNIN</b> (PAS INQUIETANT)		<b>MALIN</b> (INQUIETANT)
	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>A</b> comme <b>Asymétrie</b> Grain de beauté de forme ni ronde ni ovale, dont les couleurs et les reliefs ne sont pas régulièrement répartis autour du centre.</li></ul>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>B</b> comme <b>Bords irréguliers</b> Bords déchiquetés, mal délimités.</li></ul>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>C</b> comme <b>Couleur non homogène</b> Présence désordonnée de plusieurs couleurs (noir, bleu, marron, rouge ou blanc).</li></ul>	
	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>D</b> comme <b>Diamètre</b> Diamètre en augmentation.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>E</b> comme <b>Évolution</b> Changement rapide de taille, de forme, de couleur ou d'épaisseur.</li></ul>		

Pour faire la différence entre un grain de beauté (bénin) et un mélanome (malin), trois éléments sont à retenir :

1. Repérer le grain de beauté différent des autres ;
2. Etre vigilant à tout changement ;
3. S'appuyer sur la règle ABCDE ci-contre.

Source : Brochure INCa

*Grain de beauté ou mélanome ?  
Comment faire la différence.*

## **Annexe 4 : Résultats de l'enquête menée auprès des maires des communes du littoral bas-normand dans le cadre des actions de l'association de formation médicale continue en dermatologie de Basse-Normandie**

Nombre total de répondants à l'enquête : 19 (environ un quart des communes interrogées)

### ***Les maires sont globalement satisfaits***

- **concernant le nombre d'affiches livrées**  
Assez satisfait 9      Très satisfait 10
- **concernant l'épaisseur du support**  
Assez satisfait 9      Très satisfait 9      Non réponse 1
- **concernant la taille du support**  
Assez satisfait 7      Très satisfait 10      Non réponse 2
- **concernant la clarté des messages de prévention**  
Assez satisfait 4      Très satisfait 13      Non réponse 2

→ 19 maires sur 19 déclarent que l'affiche a répondu à leurs attentes.

***Concernant les endroits d'exposition des affiches reçues, la mairie est mentionnée le plus souvent devant la plage***

	Nombre de communes	%
Dans la mairie (panneaux d'affichage)	13	72%
Sur la plage (sans précision ou près d'un poste de secours ou du centre nautique)	8	44%
A l'office du tourisme ou syndicat d'initiative	4	22%
Dans le camping ou en extérieur	3	17%

***Les affiches ont été exposées plusieurs semaines*** (le plus souvent 2 à 3 mois et jusqu'à 5 mois).

### ***Impact ?***

A la question « ***Avez-vous constaté des changements dans l'attitude des estivants vis-à-vis du soleil ?*** », 75% des répondants (9 sur 12) ont répondu non.

A la question « ***Pensez-vous utile de renouveler l'envoi de ces affiches ?*** », 100% des répondants (16 sur 16) ont répondu oui.

*Nota bene* : Dans ce cas, 9 communes sur 10 souhaitent que le support soit plastifié (plus de résistance).

Travail financé par :



**ORS de Basse-Normandie**

**3, place de l'Europe – 14 200 HEROUVILLE-SAINT-CLAIR**

**Tel : 02.31.43.63.36**

**Courriel : [contact@orsbn.org](mailto:contact@orsbn.org)**

**Site Internet : [www.orsbn.org](http://www.orsbn.org)**