

# SOMMAIRE

Pourquoi  
ce rapport?  
> 3

Conception  
> 3

À qui  
s'adresse-t-il?  
> 5

Comment lire  
et utiliser  
le rapport?  
> 5

# 1

## ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS > 7

[Cliquez pour  
le sommaire  
détaillé](#)

# 2

## PRÉVENTION VIS-À-VIS DES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE > 90

[Cliquez pour  
le sommaire  
détaillé](#)

# 3

## DÉPISTAGE > 123

[Cliquez pour  
le sommaire  
détaillé](#)

# 4

## SOINS EN CANCÉROLOGIE

> 140

[Cliquez pour  
le sommaire  
détaillé](#)

# 5

## VIVRE PENDANT ET APRÈS UN CANCER

> 197

[Cliquez pour  
le sommaire  
détaillé](#)

# 6

## LA RECHERCHE

> 217

[Cliquez pour  
le sommaire  
détaillé](#)

Table des tableaux  
> 236

Table des figures  
> 238

Table des encadrés  
> 241

Table des focus  
> 242

Table des annexes  
> 243

Glossaire  
> 244

Liste des acronymes  
et des sigles  
> 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## L'Institut national du cancer (INCa) est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie chargée de coordonner la lutte contre les cancers en France.

L'édition 2016 du rapport « Les cancers en France » est coordonnée par Delphine Lefeuvre du département Observation, veille et évaluation, sous la responsabilité de Philippe-Jean Bousquet et de Lionel Lafay, en collaboration avec l'ensemble des pôles et directions de l'Institut national du cancer et des acteurs de la lutte contre le cancer et partenaires que nous remercions plus particulièrement pour leur contribution ou relecture :

- L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)
- La Fondation ARC pour la recherche sur le cancer
- Les Hospices civils de Lyon (HCL, service de biostatistiques)
- La Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)
- La Ligue contre le cancer
- Le Réseau français des registres du cancer (Francim)
- Le Registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHE)
- Le Registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE)
- Santé publique France
- Médecins du Monde
- Le Centre Hygée
- Le groupe PRALIMAP-INES

Les données présentées dans ce rapport se réfèrent aux dernières données disponibles en décembre 2016.

Ce document répond à l' **Objectif 15** du Plan cancer 2014-2019 [appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées], ainsi qu'à l'**action 15.9** [valoriser l'observation et les données en permettant leur appropriation et exploitation par la plus grand nombre].

Il doit être cité comme suit : ©Les cancers en France, édition 2016, collection Les Données, Institut national du cancer, avril 2017.

Conception : Institut national du cancer - réalisation : Brief

Pour plus d'informations : [lesdonnees.e-cancer.fr](http://lesdonnees.e-cancer.fr)

ISBN net : 978-2-37219-305-4

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## INTRODUCTION

### POURQUOI CE RAPPORT ?

Dans le cadre de ses missions qui lui sont confiées par la loi, en particulier celle de coordonner la lutte contre le cancer, l'Institut national du cancer (INCa) publie son neuvième rapport « Les cancers en France » qui, dans la continuité des éditions précédentes, propose pour l'ensemble des thématiques du cancer et de la cancérologie un panorama des connaissances et des données actualisées sur la

situation des cancers en France, concernant l'épidémiologie, la prévention, le dépistage, les soins, la vie avec le cancer, les inégalités face au cancer et la recherche. Ce rapport a pour objectifs d'informer les lecteurs, d'éclairer les décideurs et de faciliter le suivi de la politique française de lutte contre les cancers.

### CONCEPTION

La réalisation du rapport « Les cancers en France » repose sur un travail multidisciplinaire et transversal au sein de l'Institut, en collaboration avec les principaux producteurs de données tels que le réseau français des registres de cancer (Francim), le Registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHE), le Registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTS), Santé publique France, l'Agence technique de l'information hospitalière (ATI), la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) l'Institut ITMO de l'Alliance Aviesan, ainsi que les réseaux professionnels et associatifs (la Fondation ARC pour la recherche contre le cancer, ou la Ligue contre le cancer). Il fait également référence aux études, enquêtes (VICAN2, Observatoire sociétal des cancers) et publications de nombreux organismes, comme l'Observatoire national des professions de santé (ONPDS) ou le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

Ce rapport s'articule autour de six chapitres qui regroupent les principales thématiques. Chaque chapitre est introduit par un récapitulatif des principaux faits marquants et présente un résumé des données essentielles pour permettre un aperçu rapide du contenu détaillé.

#### ► Chapitre 1 « Épidémiologie des cancers »

Ce chapitre présente les données les plus récentes et disponibles d'incidence, de mortalité, de survie et de prévalence, produites par le réseau Francim des registres de cancers et le Service biostatistique des Hospices civils de Lyon dans le cadre du programme partenarial de travail, en collaboration avec Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa), initié dans le Plan cancer 2009-2013 et qui se poursuit dans le troisième Plan 2014-2019.

Sont ainsi présentées les principales données épidémiologiques en termes d'incidence et de mortalité, tant au niveau national qu'infranational, mais aussi des données de prévalence ou de survie au niveau national. Une attention particulière est portée aux localisations cancéreuses les plus fréquentes ou aux cancers accessibles au dépistage et à la prévention : le sein, la prostate, le côlon-rectum, le poumon, le col de l'utérus, le mélanome et les cancers des voies aérodigestives supérieures (lèvre, bouche, pharynx et larynx). Une analyse des cancers par type de population (cancers pédiatriques et oncogériatriques) est également proposée. Sont également présentées des données d'évolution sous la forme d'estimations d'incidence et de mortalité par cancer entre 1980 et 2012 [Binder-Foucard F, 2013], complétées par les données de projections pour l'année 2015 [Leone N, 2015], ainsi que les données infranationales d'incidence des cancers en 2008-2010 [Colonna M, 2014b]. Les données de mortalité observées au niveau départemental pour la période 2011-2013 [CépiDc-Inserm, 2016], la survie nette standardisée à 5 ans et à 10 ans des cas diagnostiqués entre 1989 et 2010 suivis jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2013 [Cowppli-Bony A, 2016] et la prévalence (partielle et totale) estimée en 2008 [Colonna M, 2014a]. Les données sur les hémopathies malignes ont fait l'objet d'une analyse spécifique compte tenu de leur nouvelle classification accompagnée d'une méthodologie de calcul adaptée [Monnereau A, 2013 ; Monnereau A, 2016]. Une mise en perspective, avec les données épidémiologiques au niveau international, est présentée lorsque celles-ci sont disponibles [Allemani C, 2015 ; Globocan, 2012].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## ► Chapitre 2 «Prévention vis-à-vis des principaux facteurs de risque»

On retrouve dans ce chapitre une synthèse des données sur le tabac, l'alcool, l'alimentation, la nutrition, l'activité physique, l'environnement, les expositions professionnelles et les agents infectieux en termes de prévalence, de fraction de la mortalité [ou d'incidence] par cancer attribuable à ces facteurs, de politiques de santé mises en place et d'état des connaissances scientifiques actualisées entre ces facteurs et les risques de cancers. La généralisation d'une démarche de prévention auprès des patients est également évoquée.

## ► Chapitre 3 «Dépistage»

L'organisation et l'actualité concernant les programmes de dépistage organisé [cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus] sont présentées dans ce troisième chapitre. Les faits et chiffres relatifs à l'efficacité des programmes nationaux [par exemple les taux de participation ou les dernières recommandations], ainsi que l'actualité sur les tests de dépistage sont documentés. Les données sur l'intérêt des technologies innovantes pour un accès d'équité et de qualité au programme de dépistage des cancers sont également abordées.

## ► Chapitre 4 «Soins en cancérologie»

Ce chapitre rapporte des données relatives à l'organisation, l'offre de soins et l'accès aux dispositifs de soins en cancérologie, ainsi que le parcours des soins [le dispositif d'autorisation, les réseaux régionaux de cancérologie (RRC), le dossier communicant en cancérologie (DCC), le programme personnalisé des soins (PPS), la cancérologie pédiatrique, l'oncogériatrie ou encore les cancers rares, etc.]. L'analyse de l'activité hospitalière des personnes atteintes de cancer est réalisée à partir du Programme de médicalisation des systèmes d'information de courts séjours [médecine, chirurgie, obstétrique ; PMSI MCO 2010 à 2015] et d'autres sources de données telles que le tableau de bord de radiothérapie du secteur libéral [INCa/IDS]. Les données d'activité en cancérologie des établissements d'hospitalisation à domicile [HAD

## LES « FOCUS INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ »

Portée de longue date par les acteurs de la lutte contre le cancer, la lutte contre les inégalités a été intégrée au Plan cancer 2009-2013 et au Plan cancer 2014-2019. Des exemples de projets et de recherche menés dans le cadre de la lutte contre les inégalités face au cancer

2010-2015] et de soins de suite et de réadaptation [SSR 2010-2015] sont également présentées. L'analyse des dépenses des anticancéreux coûteux inscrits dans la liste en sus des groupes homogènes de séjours [GHS] est issue des fichiers PMSI-FICHCOMP 2010-2015 [secteur hospitalier public] et PMSI-RSFA 2010-2015 [secteur hospitalier privé] pour la partie hospitalière, de la base Retroced'AM de la Cnamts pour les médicaments remboursés dans le cadre de la rétrocession hospitalière, et de la base Medic'AM de la Cnamts pour les médicaments remboursés en ville.

L'évolution des effectifs de certains métiers en cancérologie [oncologues médicaux et radiothérapeutes, anatomocytologistes et d'autres métiers du diagnostic du cancer] et les indicateurs de délais de prise en charge sont également abordés.

## ► Chapitre 5 «Vivre pendant et après un cancer»

Sont présentés dans ce chapitre les actions et dispositifs mis en place depuis 2006 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer et de leurs proches pendant et après le cancer, telle l'instauration du droit à l'oubli. Les résultats de la deuxième enquête «Vie deux ans après le cancer» [VICAN 2], disponibles depuis juillet 2014, sont également présentés [INCa, 2014], ainsi que ceux issus du cinquième rapport publié par l'Observatoire sociétal des cancers [La ligue contre le cancer, 2016].

## ► Chapitre 6 «La recherche»

Ce chapitre apporte une vision d'ensemble sur l'organisation, les structures et les moyens de la recherche en cancérologie et les principaux financeurs et opérateurs dans ce domaine. Les différentes formes de recherche : fondamentale, translationnelle et clinique, ainsi que les programmes de soutien aux projets de recherche sont répertoriés. Ces données sont extraites du dernier rapport scientifique de l'Institut national du cancer [INCa, 2017] ou fournies par les deux associations nationales caritatives.

sont présentés sous forme de «focus» dans les chapitres concernés par la thématique :

- le projet «Pralimap-Inès» destiné à réduire les inégalités d'accès à la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent en

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

milieu scolaire est présenté dans le chapitre «Prévention vis-à-vis des principaux facteurs de risque» ;

- un projet sur l'amélioration de l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité porté par Médecins du monde est présenté dans le chapitre «Dépistage» ;
- le projet «Ambassadeur-Emploi» portant sur maintien et retour à l'emploi des patients traités pour un cancer est présenté dans le chapitre «Vivre pendant et après un cancer» ;

- un résumé portant sur les projets de recherche interventionnelle en santé des populations financés par l'Institut national du cancer entre 2010 et 2014 est présenté dans le chapitre «La Recherche».

## À QUI S'ADRESSE-T-IL ?

Le rapport s'adresse à un public large. Il constitue une source d'informations à destination du grand public, des médias ou des étudiants souhaitant avoir une photographie synthétique sur une thématique donnée ou un type de cancer, voire un type de population, selon une approche intégrée (état des connaissances des cancers pédiatriques par exemple en termes épidémiologiques, de facteurs de risque, de

l'organisation de l'offre de soins, de prise en charge ou d'actions dans l'amélioration de la qualité de la prise en charge et de la recherche]. Il est également destiné aux acteurs de la santé publique, qu'ils soient gestionnaires, décideurs, financeurs ou évaluateurs travaillant dans des agences sanitaires, des administrations centrales, des collectivités territoriales ou des structures associatives.

## COMMENT LIRE ET UTILISER LE RAPPORT ?

L'ouvrage est séquencé en six grandes parties, chacune débutant par les faits marquants et les données essentielles, permettant ainsi un aperçu rapide. Le lecteur peut entrer dans une partie sans avoir forcément lu la précédente. Des interconnexions entre les différentes parties pour des données plus détaillées et un glossaire avec des définitions des concepts utilisés sont proposés.

Dans cette nouvelle édition interactive, vous pouvez naviguer d'un chapitre à l'autre *via* le sommaire à gauche de l'écran, zoomer ou dézoomer les pages en un double-clic, télécharger et composer votre panier d'éléments que vous souhaitez enregistrer ou imprimer *via* la fonction Favoris. Vous pouvez également accéder directement à la Galerie contenant tous les fichiers téléchargeables pour effectuer votre sélection.

**Bon à savoir :** Ce document fonctionne sur tous les navigateurs, dans leurs versions récentes. Pour optimiser la consultation du document, pensez à mettre à jour votre navigateur si nécessaire.

## LES ICÔNES



Ouvrir le sommaire détaillé



Refermer le sommaire détaillé



Télécharger l'élément pour le Web



Télécharger l'élément pour impression



Favoris :

- Constituer un panier d'éléments
- Visualiser le document en vignettes



Partager ou imprimer



Accéder à la Galerie

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## Sources bibliographiques

### [Allemani C, 2015]

Allemani C, Weir HK, Carreira H, et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries [CONCORD-2]. *Lancet*. 2015 Mar 14;385(9972):977-1010.

### [Binder-Foucard F, 2013]

Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 1 - Tumeurs solides. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Juillet 2013. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012-Partie-1-Tumeurs-solides>

### [CépiDc-Inserm, 2016]

CépiDc-Inserm. Interrogation des données sur les causes de décès de 1979 à 2013. Consulté le: 10/08/2016. <http://www.cepidc.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe>

### [Colonna M, 2014a]

Colonna M, Mitton N, Grosclaude P. Estimation de la prévalence [partielle et totale] du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Juillet 2014. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Estimation-de-la-prevalence-partielle-et-totale-du-cancer-en-France-metropolitaine-chez-les-15-ans-et-plus-en-2008>

### [Colonna M, 2014b]

Colonna M, Mitton N, Remontet L, et al. Incidence régionale des cancers 2008-2010 : évaluation de trois méthodes d'estimations. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Juin 2014. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Incidence-regionale-des-cancers-2008-2010-evaluation-de-trois-methodes-d-estimations-analyse-et-resultats>

### [Cowppli-Bony A, 2016]

Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 - Partie 1 - Tumeurs solides. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Février 2016. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine-1989-2013-Partie-1-Tumeurs-solides>

### [GLOBOCAN, 2012]

GLOBOCAN. Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Consulté le: 18/07/2016. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

### [INCa, 2014]

INCa. La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer. Collection Etat des lieux et des connaissances / Recherche. Mai 2014. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-deux-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-De-l-annonce-a-l-apres-cancer>

### [INCa, 2017]

INCa. Rapport scientifique. Janvier 2017. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Institut-national-du-cancer-Rapport-scientifique-2015-2016>

### [La ligue contre le cancer, 2016]

La ligue contre le cancer. 5<sup>e</sup> rapport de l'Observatoire sociétal des cancers. Juin 2016. [https://www.ligue-cancer.net/article/37650\\_5me-rapport-de-observatoire-societal-des-cancers](https://www.ligue-cancer.net/article/37650_5me-rapport-de-observatoire-societal-des-cancers)

### [Leone N, 2015]

Leone N, Voirin N, Roche L, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Novembre 2015. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2015-Rapport-technique>

### [Monnereau A, 2013]

Monnereau A, Remontet L, Maynadié M, et al. Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012 - Partie 2 - Hémopathies malignes. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Octobre 2013. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Estimation-nationale-de-l-incidence-des-cancers-en-France-entre-1980-et-2012-Partie-2-Hemopathies-malignes>

### [Monnereau A, 2016]

Monnereau A, Uhry Z, Bossard N, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 - Partie 2 - Hémopathies malignes. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Février 2016. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine-1989-2013-Partie-2-Hemopathies-malignes>

# 1

# ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS

**2** PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

**3** DÉPISTAGE  
> 123

**4** SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

**5** VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

**6** LA RECHERCHE  
> 217

**1.1** « Tous cancers » ▶ **10**

**1.2** Cancer chez les enfants  
de moins de 15 ans ▶ **20**

**1.3** Cancer chez les adolescents  
de 15 à 19 ans ▶ **26**

**1.4** Cancer chez les personnes  
de 65 ans et plus ▶ **29**

**1.5** Cancer du poumon ▶ **31**

**1.6** Cancers lèvre-bouche-pharynx  
(LBP) ▶ **38**

**1.7** Cancer du larynx ▶ **45**

**1.8** Cancer du côlon et du rectum ▶ **51**

**1.9** Cancer de la prostate ▶ **59**

**1.10** Cancer du sein ▶ **65**

**1.11** Cancer du col de l'utérus ▶ **71**

**1.12** Mélanome cutané ▶ **77**

**1.13** Hémopathies malignes ▶ **84**

**1.14** Sources bibliographiques ▶ **88**

Les données présentées dans ce chapitre proviennent des registres français des cancers du réseau Francim, qui jouent un rôle essentiel pour organiser la surveillance et l'observation des cancers en France. Ces registres couvrent environ 18 % de la population ; ils sont financés par l'Institut national du cancer (INCa), avec la contribution de Santé publique France. Un partenariat scientifique est mis en œuvre entre le réseau français des registres des cancers Francim, le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer, pour optimiser la surveillance et l'observation des cancers en France à partir des données des registres. Les travaux issus de ce partenariat font l'objet de rapports dont la publication est coordonnée par Santé publique France et l'Institut national du cancer.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## FAITS MARQUANTS

L'édition 2016 est marquée par la publication des données de survie nette à 15 ans après le diagnostic [Cowppli-Bony A, 2016 ; Monnerau A, 2016], ainsi que la mise à disposition des données de mortalité par départements sur la période 2011-2013 [CépiDc-Inserm, 2016].

Cette édition présente également la position de la France par rapport aux autres pays en termes d'incidence, de mortalité et de survie nette avec les données les plus récentes [Allemani C, 2015 ; 2012].

## Incidence et mortalité « tous cancers »

### TENDANCES GLOBALES SUR LA PÉRIODE 1980-2012

Sur la période 1980-2005, le taux d'incidence des cancers standardisé sur la population mondiale augmente et le taux de mortalité diminue, sous l'effet combiné de la diminution de l'incidence des cancers de mauvais pronostic et de l'augmentation de l'incidence des cancers de meilleur pronostic. Le taux d'incidence est globalement toujours plus élevé chez l'homme que chez la femme.

À partir de 2005, l'évolution globale du taux d'incidence des cancers, standardisé sur la population mondiale, change, avec une diminution chez l'homme et une stabilisation chez la femme. Ces variations sont dues aux récentes modifications de l'incidence des deux cancers les plus fréquents : prostate et sein.

Le taux de mortalité par cancer, standardisé sur la population mondiale, diminue régulièrement depuis 1980 tant chez l'homme que chez la femme. Il est toujours plus élevé chez l'homme que chez la femme, mais diminue plus rapidement chez l'homme. Cette diminution est essentiellement liée à la baisse de la consommation d'alcool et de tabac chez l'homme.

### PROJECTIONS 2015

En 2015, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 384 442 [210 882 hommes et 173 560 femmes]. Chez l'homme, les trois tumeurs solides les plus fréquentes sont celles de la prostate [53 913 nouveaux cas [en 2011]], du poumon [30 401] et du côlon-rectum [23 535]. Chez la femme, il s'agit des cancers du sein [54 062], du côlon-rectum [19 533] et du poumon [14 821].

## Survie nette

### EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Sur la période récente [2005-2010], la survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge varie de 9% [pancréas] à 93% [prostate] chez l'homme et de 10% [pancréas] à 97% [thyroïde] chez la femme. Pour l'ensemble des cancers, la survie nette diminue avec l'âge et pour la plupart des

Le nombre de décès par cancer en 2015 est estimé à 149 456 décès [84 041 hommes et 65 415 femmes]. Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer chez l'homme [20 990 décès], loin devant le cancer colorectal [9 337 décès] et le cancer de la prostate [8 713 décès]. Chez la femme, le cancer du sein [11 913 décès] se situe au premier rang, suivi de près par le cancer du poumon [9 565 décès] et le cancer colorectal [8 496 décès].

### DONNÉES DÉPARTEMENTALES

Les disparités géographiques de l'incidence des cancers les plus fréquents sur la période 2008-2010 sont très marquées pour le cancer de la prostate et du poumon chez l'homme, avec pour ce dernier une incidence globalement plus élevée dans les départements du nord ; les disparités sont moins marquées pour le cancer du côlon-rectum. Chez la femme, les disparités sont très marquées pour le cancer du poumon avec une incidence globalement plus élevée dans le Sud et en Île-de-France, mais le sont moins pour les cancers du côlon-rectum et du sein.

L'analyse des disparités géographiques de la mortalité par cancer sur la période 2011-2013 en France montre une situation globalement plus favorable dans le sud du pays par rapport au nord.

### DONNÉES INTERNATIONALES

La France se situe parmi les pays européens à fort taux d'incidence de cancer chez l'homme comme chez la femme. Elle présente également une mortalité par cancer élevée, notamment chez l'homme.

cancers, elle est meilleure chez la femme que chez l'homme. Une amélioration de la survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge est observée pour la plupart des cancers diagnostiqués entre 1989 et 2010, à l'exception des cancers du col de l'utérus et de la vessie.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## DANS LE MONDE

Comparativement aux autres pays, la France occupe globalement une position favorable, en particulier pour le cancer du sein (étude Concord2).

## Prévalence des cancers en France

En 2008, la prévalence partielle à 5 ans est estimée à près de 1,1 million de personnes chez les 15 ans et plus. La prévalence totale est de l'ordre de 3 millions, ce qui correspond à 6,4 % de la popula-

tion masculine de 15 ans et plus et 5,3 % de la population féminine correspondante.

## Risque de second cancer après un cancer primitif

Le risque de second cancer est augmenté en moyenne de 36 % par rapport au risque de cancer de la population générale. Cette augmentation varie selon le sexe, l'âge au premier cancer et est fonction du site du premier cancer ; elle est particulièrement marquée pour

les cancers liés à la consommation d'alcool et de tabac, tels que les cancers des voies aérodigestives supérieures, du larynx, de l'œsophage et du poumon.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.1 «Tous cancers»

### DONNÉES ESSENTIELLES - «TOUS CANCERS»



#### 1 - INCIDENCE ET MORTALITÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- 384 442 nouveaux cas estimés en 2015 (210 882 hommes et 173 560 femmes).
- 149 456 décès estimés en 2015 en France métropolitaine (84 041 hommes et 65 415 femmes).

#### 2 - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Sur la période 2005-2010, la survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge varie de 9% (pancréas) à 93% (prostate) chez l'homme et de 10% (pancréas) à 97% (thyroïde) chez la femme.

#### 3 - PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008

- Prévalence partielle à 5 ans : plus de 1 million de personnes de 15 ans et plus (dont 54,3% d'hommes) ont eu un cancer dans les cinq dernières années et sont toujours en vie en 2008.
- Prévalence totale : environ 3 millions de personnes de 15 ans et plus (dont 52,7% d'hommes) ont eu un cancer au cours de leur vie et sont toujours en vie en 2008.

#### 4 - RISQUE DE SECOND CANCER

- Le risque de second cancer est augmenté en moyenne de 36% par rapport au risque de cancer de la population générale.



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.1.1 INCIDENCE ET MORTALITÉ

### A - TENDANCES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ ENTRE 1980 ET 2012 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

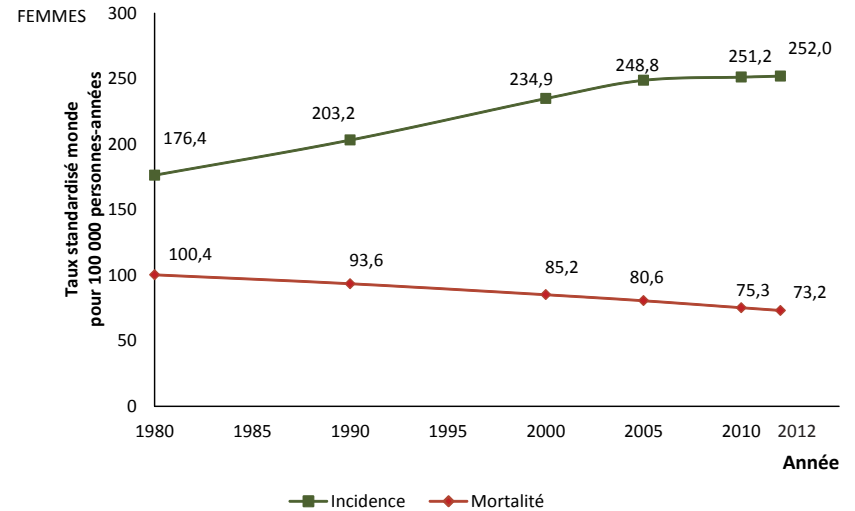
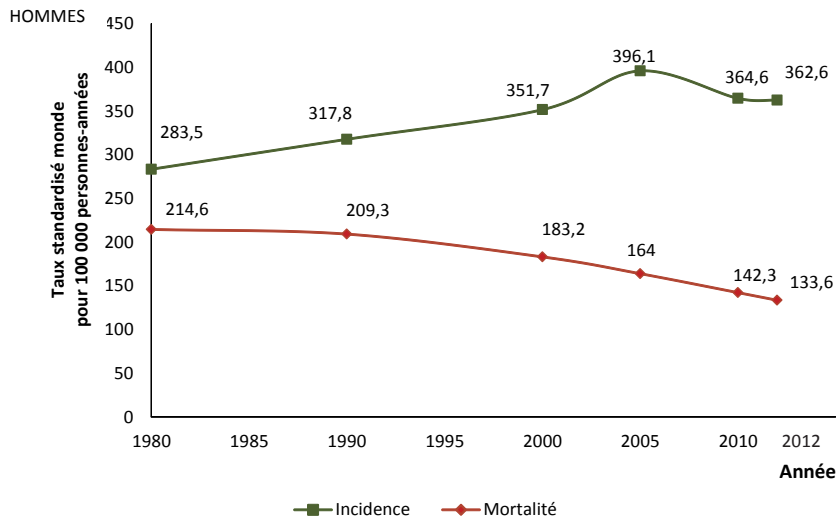
Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Binder-Foucard F, 2013\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A3 et A8

#### [Encadré 1] Les estimations 1980-2012 de l'incidence et de la mortalité « Tous cancers »

L'estimation de l'incidence et de la mortalité « tous cancers » est obtenue en faisant la somme des estimations par cancers (en supposant la stabilité des taux d'incidence pour la prostate entre 2009 et 2012), à laquelle ont été ajoutées les estimations des hémopathies malignes et autres cancers.

Les estimations « tous cancers » masquent des variétés d'évolution de l'incidence et de la mortalité des cancers étudiés. En effet, les cancers constituent un ensemble très hétérogène, tant du point de vue des facteurs de risque que de la prise en charge ou du pronostic.

[Figure 1] Évolution de l'incidence et de la mortalité « Tous cancers » selon le sexe de 1980 à 2012 en France métropolitaine



Source : Partenariat [Francim/HCL/SpFrance/INCa \[Binder-Foucard F, 2013\]](#). Traitement : INCa 2016

**Chez l'homme, l'incidence** « tous cancers » a augmenté régulièrement entre 1980 et 2005 puis a diminué jusqu'en 2010 et tend à se stabiliser depuis (Figure 1). Entre 2005 et 2012, le taux d'incidence standardisé est passé de 396,1 à 362,6 pour 100 000 **personnes-années** [PA (H)], soit une diminution de 1,3 % par an en moyenne. La **mortalité** masculine par cancer a régulièrement diminué depuis 1980, avec une diminution qui s'est accélérée à partir des années 1990.

**Chez la femme, l'incidence** augmente depuis 1980 mais un ralentissement de cette augmentation est observé depuis 2005. Entre 2005 et 2012 le taux d'incidence standardisé est passé de 248,8 à 252,0 pour 100 000 personnes-années [femmes] [PA (F)]. Le taux de mortalité féminine par cancer standardisé diminue régulièrement depuis 1980.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## CHIFFRES CLÉS

Tous cancers/évolution des [TSM](#)/France métropolitaine

**Chez l'homme  
sur la période 2005-2012**

Incidence :

**-1,3%**

par an en moyenne

Mortalité :

**-2,9%**

par an en moyenne

**Chez la femme  
sur la période 2005-2012**

Incidence :

**+0,2%**

par an en moyenne

Mortalité :

**-1,4%**

par an en moyenne

En 2012, l'âge médian au diagnostic est de 68 ans chez l'homme et 67 ans chez la femme. L'âge médian au décès est de 73 ans chez l'homme et 77 ans chez la femme.

Sur la période 1980-2005, le taux d'incidence des cancers standardisé sur la population mondiale augmente et le taux de mortalité diminue, s'expliquant par l'effet combiné de la diminution de l'incidence des cancers de mauvais pronostic et l'augmentation de l'incidence des cancers de meilleur pronostic. À partir de 2005, l'évolution de l'incidence change, avec une diminution chez l'homme et une stabilisation chez la femme. Ces variations sont dues aux récentes modifications de l'incidence du cancer de la prostate et du cancer du sein.

Le taux de mortalité par cancer diminue régulièrement depuis 1980 tant chez l'homme que chez la femme. Il est toujours plus élevé chez l'homme que chez la femme, mais diminue plus rapidement chez l'homme. Cette diminution est essentiellement liée à la baisse de la consommation d'alcool et de tabac chez l'homme.

L'analyse des évolutions de l'incidence et de la mortalité au cours des 30 dernières années met en évidence trois principaux profils d'évolution pour les tumeurs solides selon la concordance ou non de l'évolution de l'incidence et de la mortalité :

- **Profil 1 :** l'incidence et la mortalité ont diminué : cancer de l'estomac chez l'homme et la femme, cancer du col de l'utérus chez la femme, cancers de l'œsophage et des VADS chez l'homme ;
- **Profil 2 :** l'incidence et la mortalité ont augmenté : cancer du poumon chez la femme, mélanome cutané et cancer du système nerveux central chez l'homme et la femme ;
- **Profil 3 :** l'incidence a augmenté et la mortalité a baissé : toutes les autres tumeurs solides, dont le cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate.

## B - PROJECTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ EN 2015 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Leone N, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A1 et A2

### [Encadré 2] Les projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en 2015

L'objectif principal des projections d'incidence et de mortalité par cancer est de fournir pour l'année en cours, un ordre de grandeur du nombre de nouveaux cas de cancers et de décès par cancer au niveau national. Les projections les plus récentes concernent la France métropolitaine en 2015 et ont été réalisées pour dix-neuf tumeurs solides. Elles ont été produites à partir d'une modélisation statistique des données d'incidence observée entre 1980 et 2011 dans les départements couverts par les registres des cancers du réseau Francim et des données de mortalité observée entre 1980 et 2011 dans les départements métropolitains, fournies par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès [CépiDc-Inserm]. Elles

reposent sur des hypothèses d'évolution de l'incidence et de la mortalité entre 2011 et 2015 définies pour chaque type de cancer.

Pour les projections d'incidence, les cancers de la peau, autres que les mélanomes, ont été exclus en raison de la non-exhaustivité de leur enregistrement. Seules les tumeurs invasives ont été considérées.

Pour le cancer de la prostate, il n'a pas été possible de produire une projection 2015 de l'incidence, car c'est un cancer pour lequel il n'est pas raisonnable d'émettre une hypothèse d'évolution temporelle de son incidence entre 2011 et 2015. Seule l'estimation 2011 est fournie.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

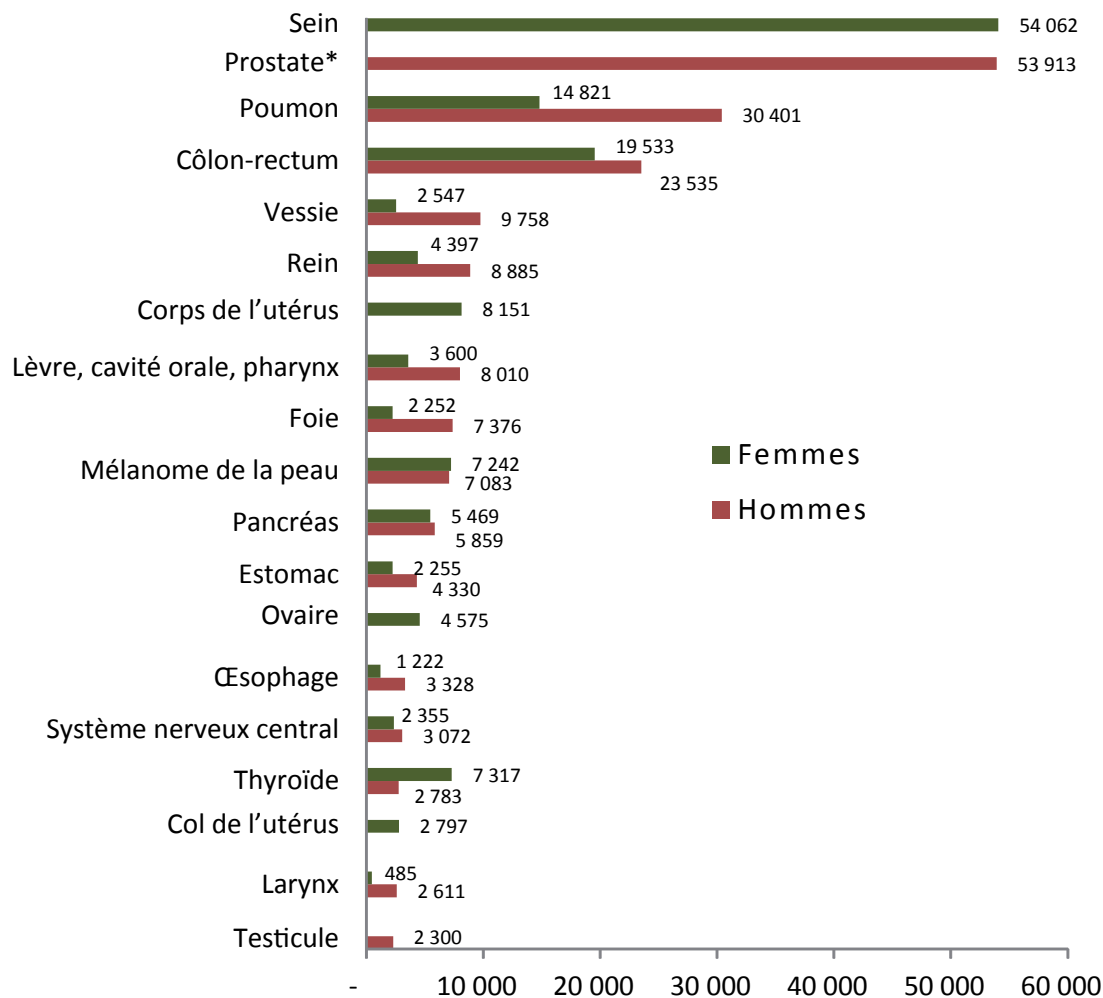
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

**[Figure 2]** Classement des tumeurs solides par incidence estimée en 2015 en France métropolitaine selon le sexe



\* Les données de projection 2015 ne sont pas fournies pour ce cancer. Il s'agit de l'estimation pour 2011.  
Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Leone N, 2015]. Traitement : INCa 2015

Même si une projection du nombre de cas de cancer de la prostate n'a pas pu être effectuée, celui-ci reste de loin le cancer le plus fréquent chez l'homme [53 913 nouveaux cas en 2011], devant le cancer du poumon [30 401 nouveaux cas] et le cancer colorectal [23 535 nou-

veaux cas]. Avec 54 062 nouveaux cas estimés en 2015, le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme, devant le cancer colorectal [19 533 nouveaux cas] et le cancer du poumon [14 821 nouveaux cas] [Figure 2].

## CHIFFRES CLÉS

Tous cancers/projections  
2015/France métropolitaine  
**384 442** nouveaux cas  
**149 456** décès

### Chez l'homme

**210 882**

nouveaux cas

TSM = 362,4

pour 100 000 PA (H)

84 041 décès

TSM = 124,0

pour 100 000 PA (H)

### Chez la femme

**173 560**

nouveaux cas

TSM = 272,6

pour 100 000 PA (F)

65 415 décès

TSM = 72,9

pour 100 000 PA (F)

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

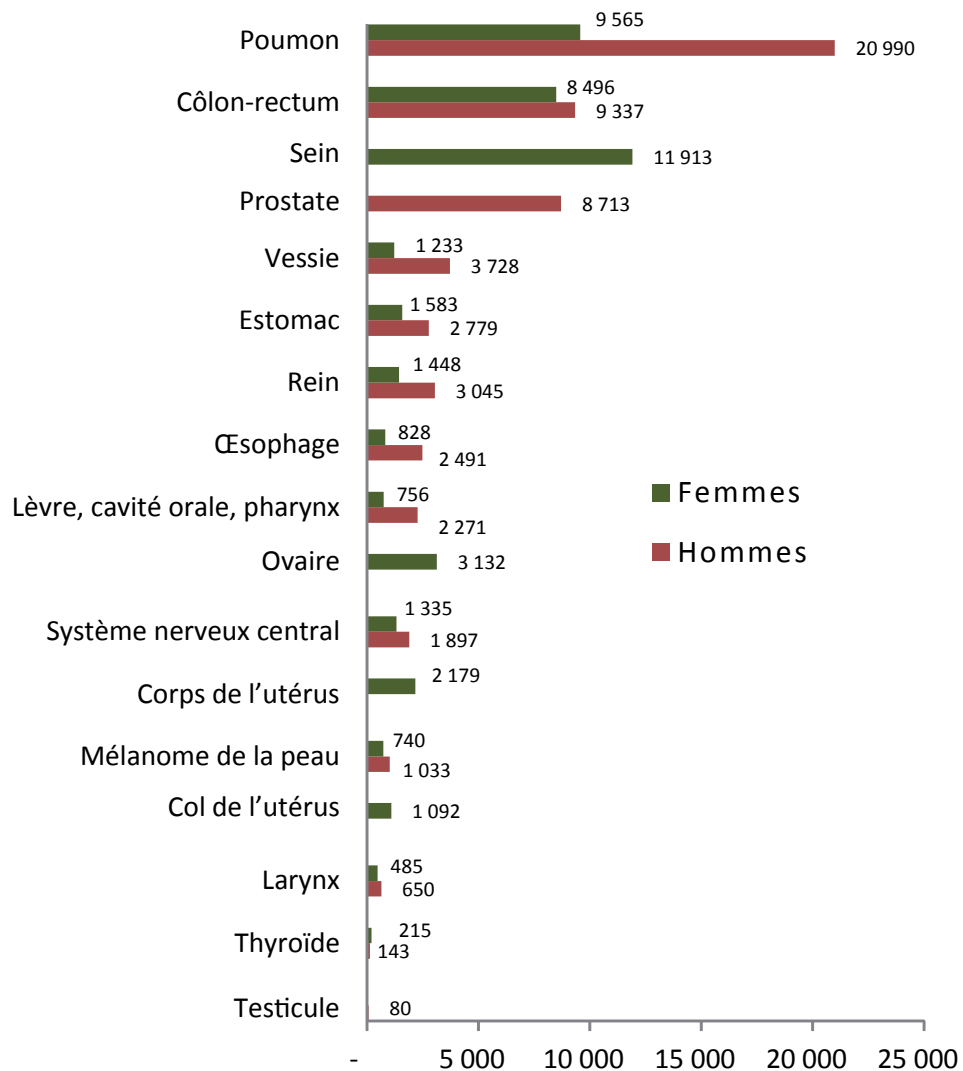
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

**[Figure 3]** Classement des tumeurs solides par mortalité estimée en 2015 en France métropolitaine selon le sexe



\* Les données de projection 2015 ne sont pas fournies. Il s'agit de l'estimation pour 2011.  
Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Leone N, 2015]. Traitement : INCa 2015

**Chez l'homme**, avec 20 990 décès estimés, le cancer du poumon est le cancer le plus meurtrier, devant le cancer colorectal [9 337 décès] et le cancer de la prostate [8 713 décès].

**Chez la femme**, le cancer du sein se situe en tête de la mortalité par cancer, avec 11 913 décès, devant le cancer du poumon [9 565 décès] et le cancer colorectal [8 496 décès] [Figure 3].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

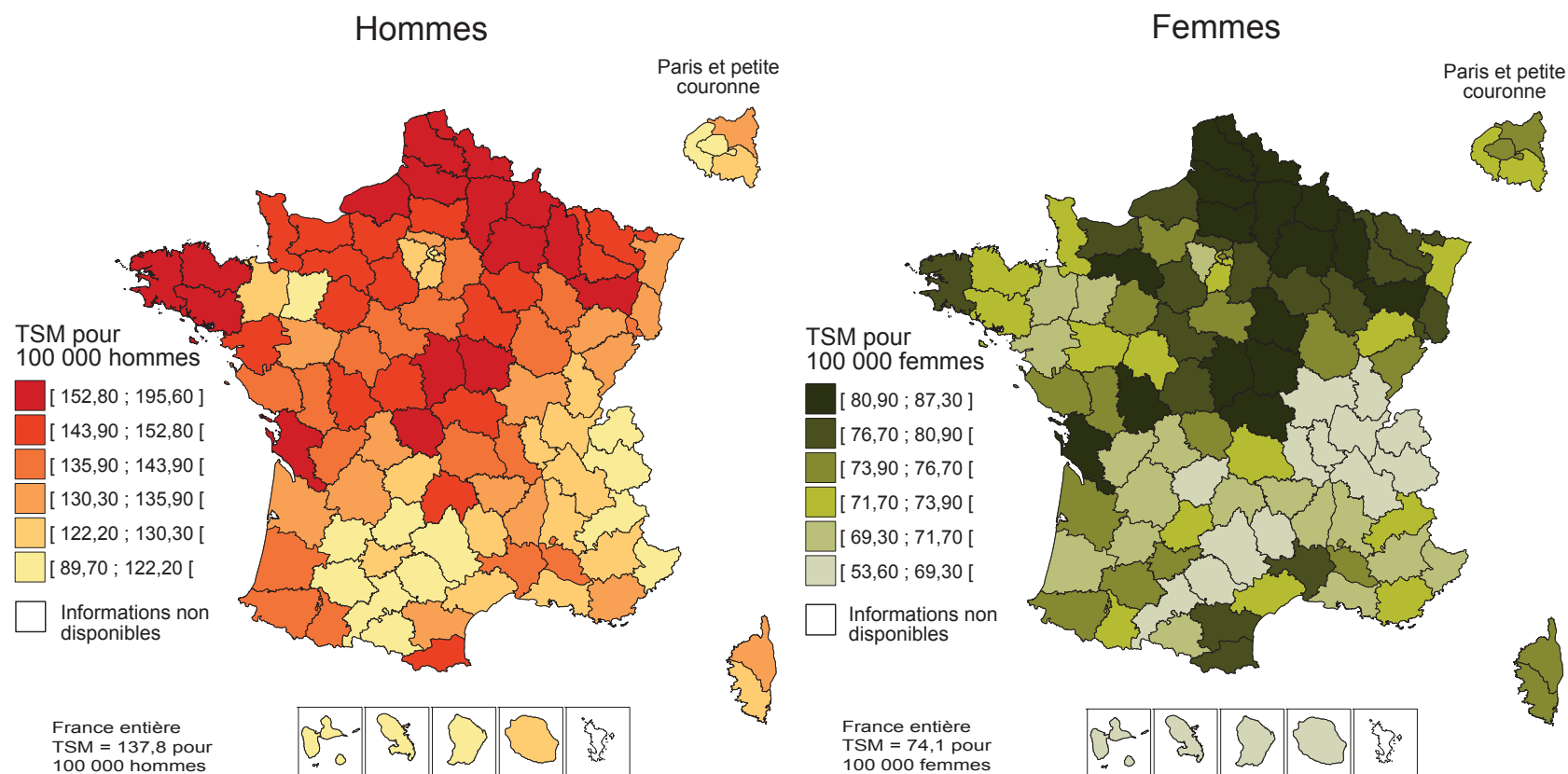
## C - ANALYSE DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE

Méthode : Annexe B1

### [Encadré 3] Les estimations de l'incidence départementale «tous cancers»

Les estimations de l'incidence régionale et départementale ne sont disponibles que pour certains cancers, ce qui rend impossible des estimations «tous cancers».

[Figure 4] Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale «tous cancers» à l'échelle départementale (2011-2013)



Sources : CépiDc/Inserm, Insee [CépiDc-Inserm, 2016]. Traitement INCa, 2016

Sur la période 2011-2013, les taux départementaux de mortalité «tous cancers» standardisés sur la population mondiale varient de 89,7 [Guyane] à 195,6 pour 100 000 PA [H] [Pas-de-Calais] chez

l'homme et de 53,6 à 87,3 pour 100 000 PA [F] chez la femme, dans les mêmes départements [Figure 4].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## D - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de [GLOBOCAN, 2012] - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexes A11 et A12.

Le nombre de nouveaux cas de cancers est estimé à 14,1 millions en 2012 dans le monde (dont près de 3,5 millions en Europe). Le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est près de 25% plus élevé chez l'homme que chez la femme. Il varie de 79 pour 100 000 PA [H] en Afrique de l'Ouest à 365 en Australie/Nouvelle Zélande chez l'homme, et de 103 pour 100 000 PA [F] en Asie du Sud et Centrale à 295 en Amérique du Nord chez la femme. Le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale estimé en France en 2012 chez l'homme [356,0] est plus élevé que le taux moyen en Europe [296,3] et dans l'Union européenne [311,3]. Chez la femme, il est également plus élevé [261,9 versus 225,5].

Le nombre de décès par cancer est estimé à 8,2 millions en 2012 dans le monde (dont 1,8 million en Europe). Le taux de mortalité standardisé sur la population mondiale est 15% plus élevé dans les pays plus développés que dans les pays moins développés chez l'homme [8% chez la femme]. Chez l'homme, il varie de 68,5 pour 100 000 PA [H] en Afrique de l'Ouest à 173,4 en Europe centrale et de l'Est. Chez la femme, il varie de 55,8 pour 100 000 PA [F] en Micronésie à 118,5 en Mélanésie. Le taux de mortalité par cancer standardisé sur la population mondiale

### 1.1.2 SURVIE

## A - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication FRANCIM-HCL-InVS-INCa [Cowppli-Bony A, 2016] - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A10

### [Encadré 4] L'estimation de la survie « tous cancers »

L'estimation de survie « tous cancers » n'est pas produite, car l'utilisation de cet indicateur masque la très grande variabilité de survie selon les différents types de cancers analysés.

Est présentée dans cette partie la survie des tumeurs solides, celle des hémopathies malignes étant présentée dans la partie dédiée à ces pathologies.

Sur la période 2005-2010, la survie nette à 5 ans des tumeurs solides, standardisée sur l'âge, varie de 9% [pancréas] à 93% [prostate] chez l'homme et de 10% [pancréas] à 97% [thyroïde] chez la femme.

## CHIFFRES CLÉS

Tous cancers/incidence et mortalité en 2012/monde  
**14,1 millions** de nouveaux cas / TSM = 182,0 pour 100 000 PA  
**8,2 millions** de décès / TSM = 102,4 pour 100 000 PA

### Chez l'homme

**7,4 millions**  
de nouveaux cas  
TSM = 204,9  
pour 100 000 PA [H]

**4,7 millions**  
de décès  
TSM = 126,3  
pour 100 000 PA [H]

### Chez la femme

**6,7 millions**  
de nouveaux cas  
TSM = 165,2  
pour 100 000 PA [F]

**3,5 millions**  
de décès  
TSM = 82,9  
pour 100 000 PA [F]

estimé en France en 2012 chez l'homme [143,4] est proche des taux en Europe et dans l'Union européenne [147,6 et 139,1 respectivement]. Chez la femme, il est inférieur aux taux en Europe et dans l'Union européenne [79,0 versus 87,6 et 86,1 respectivement].

Les cancers de mauvais pronostic à 5 ans [avec une survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge inférieure à 33%] représentent un quart des cancers diagnostiqués [31% chez l'homme et 17% chez la femme]. Les cancers de bon pronostic à 5 ans [survie nette à 5 ans standardisée égale au moins à 66%] représentent 52% des cas diagnostiqués [57% chez la femme et 44% chez l'homme].

Pour l'ensemble des tumeurs solides, la survie nette diminue avec l'âge. Les personnes âgées ont un moins bon pronostic que les plus jeunes, en raison de comorbidités, d'une espérance de vie raccourcie, des cancers diagnostiqués à un stade avancé ou de l'absence de dépistage.



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

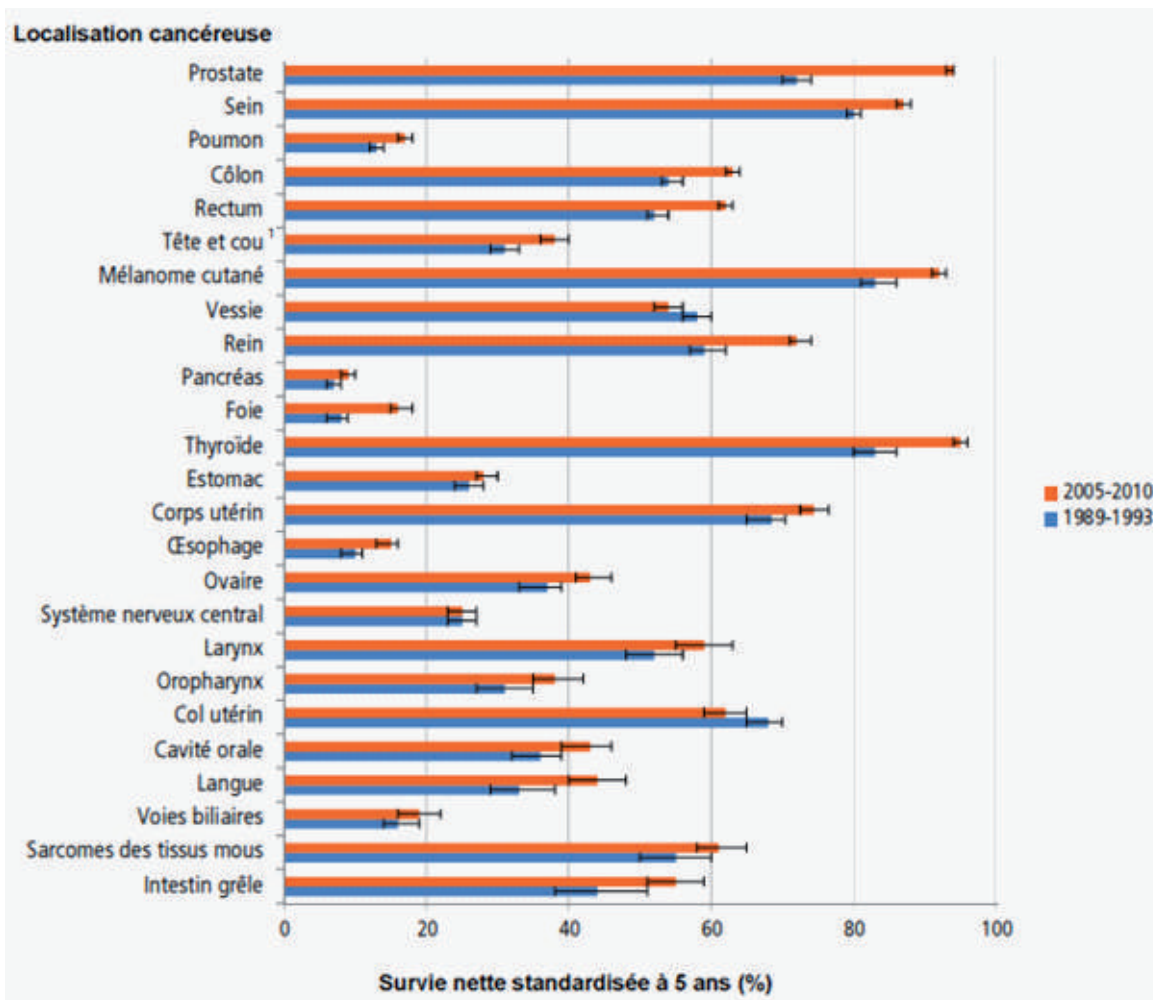
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

**[Figure 5]** Tendances de la survie nette standardisée sur l'âge, à 5 ans, par type de tumeur solide : comparaison des périodes de diagnostic 1989-1993 et 2005-2010 en France métropolitaine



Du fait d'effectifs trop faibles, les résultats de la survie nette standardisée par période de diagnostic sont absents pour les localisations suivantes : lèvre, naso-pharynx, hypopharynx, fosses nasales-sinus-annexe de la face-oreille moyenne et interne, mésothéliome pleural, os-articulations et cartilages articulaires, vulve et vagin, pénis, mélanome de l'œil.

[1] Inclus les cancers de la cavité orale, de la langue, de l'oropharynx et du nasopharynx.

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Cowppli-Bony A, 2016]

Une amélioration de la survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans est observée pour la plupart des tumeurs solides diagnostiquées entre 1989 et 2010, à l'exception des cancers du col de l'utérus [cf. 1.11.2] et de la vessie (probablement en raison d'une modification de la classification histopathologique des tumeurs de la vessie et de leur enregis-

trement par les registres) [Figure 5]. Cette amélioration est liée à une plus grande précocité des diagnostics et aux progrès thérapeutiques. L'amélioration de la survie semble moins marquée chez les sujets les plus âgés, notamment pour les cancers les plus fréquents (côlon, rectum, sein, prostate).

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de la publication [Allemani C, 2015], - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexe A13

Utilisant les données de cancers diagnostiqués sur la période 1995-2009 dans 67 pays à travers le monde, l'étude Concord-2 montre des variations importantes de la survie nette à 5 ans selon les pays et les types de cancers étudiés (estomac, côlon, rectum, foie, poumon, sein, col utérin, ovaire et prostate chez l'adulte et leucémie chez l'enfant).

Ainsi, la survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge du cancer du poumon varie de 2,2% en Lybie à 37,2% à l'Île Maurice pour les personnes diagnostiquées entre 2005 et 2009. Elle varie 39,6% en Mongolie à 97,7% à Porto Rico [97,2% aux États-Unis] pour les hommes ayant un cancer de la prostate et de 53,4% en Afrique du Sud à 88,6% aux États-Unis pour les femmes ayant un cancer du sein.

### 1.1.3 PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008 CHEZ LES 15 ANS ET PLUS

Extraits de la publication FRANCIM-HCL-InVS-INCa [Colonna M, 2014a] - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A9

**[Tableau 1]** Prévalence partielle (à 1, 5 et 10 ans) et totale pour les 3 cancers les plus fréquents en termes d'incidence en France métropolitaine en 2008 chez les 15 ans et plus

		à 1 an	Part (en%)	à 5 ans	Part (en%)	à 10 ans	Part (en%)	Prévalence totale	Part (en%)
Hommes	Prostate	56 175	36,1	265 359	45,5	402 476	45,4	508 699	32,4
	Côlon-rectum	17 577	11,3	64 297	11,0	100 240	11,3	163 548	10,4
	Poumon	16 441	10,6	35 690	6,1	46 029	5,2	60 647	3,9
	Tous cancers	155 673	100,0	583 576	100,0	885 714	100,0	1 570 880	100,0
Femmes	Sein	48 034	38,5	219 756	44,8	383 310	47,1	645 418	45,7
	Côlon-rectum	15 327	12,3	56 567	11,5	90 050	11,1	155 135	11,0
	Poumon	5 789	4,6	13 147	2,7	16 732	2,1	18 823	1,3
	Tous cancers	124 858	100,0	490 324	100,0	813 417	100,0	1 412 283	100,0

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Colonna M, 2014a]. Traitement : INCa 2016.

En 2008, plus de 1,1 million de personnes de 15 ans et plus ont eu un cancer diagnostiqué dans les 5 dernières années et sont toujours en vie : 583 576 hommes et 490 324 femmes [prévalence partielle à 5 ans, Tableau 1] ; près de 1,7 million de personnes ont eu un cancer diagnostiqué dans les 10 dernières années et sont toujours en vie [prévalence partielle à 10 ans].

En 2008, environ 3 millions de personnes ont eu un cancer au cours de leur vie et sont toujours en vie [prévalence totale], ce qui correspond à 6,4% de la population masculine de 15 ans et plus et 5,3% de la population féminine correspondante.

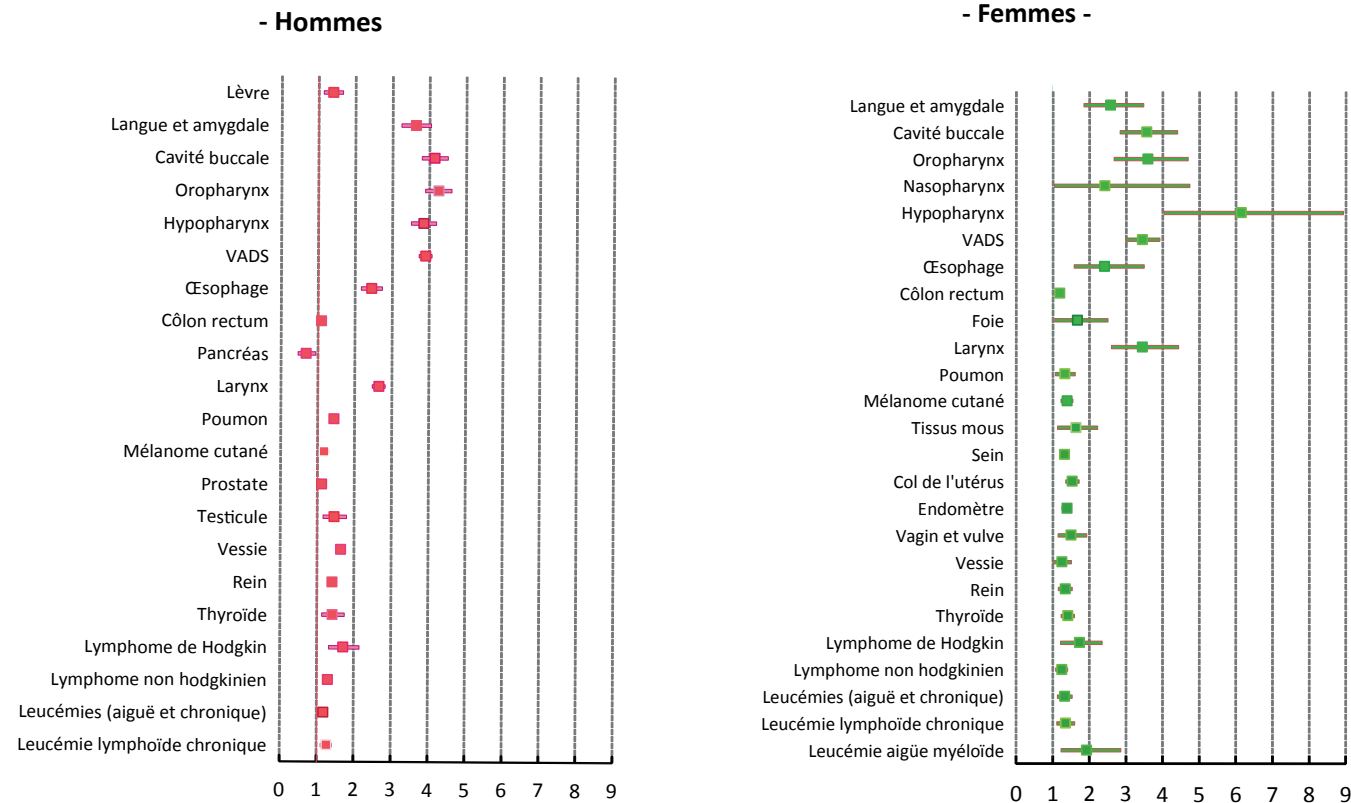


- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.1.4 ESTIMATION DU RISQUE DE SECOND CANCER EN FRANCE

Extraits des publications [Jégu J, 2014 ; Jégu J, 2015] - Méthode : Annexe B1

**[Figure 6]** Risque relatif du second cancer en fonction du type de premier cancer selon le sexe



L'étude K2-France porte sur l'ensemble des patients, adultes et enfants, pour lesquels un diagnostic de premier cancer a été posé entre 1989 et 2004, dans 8 départements français (Bas-Rhin, Calvados, Doubs, Hérault, Isère, Manche, Somme et Tarn). Les patients ont été suivis jusqu'au 31 décembre 2007. Seuls les types pour lesquels les résultats étaient statistiquement significatifs sont présentés. L'étendue de l'intervalle de confiance de l'estimation du risque relatif est représentée par le trait horizontal. Plus ce trait est court, meilleure est la précision de l'estimation du risque relatif.

Source : [Jégu J, 2014]

Le risque de second cancer est multiplié par 1,36 par rapport au risque de cancer de la population générale [le risque relatif est égal à 1,36, ce qui signifie aussi que le risque est augmenté de 36 %].

Chez l'homme comme chez la femme, le risque de développer un second cancer varie considérablement en fonction du site du premier cancer (Figure 6). Ainsi chez les personnes atteintes de cancer VADS, le risque de second cancer est multiplié par près de 4 par rapport au risque de cancer de la population générale. Pour le cancer du poumon, le risque est multiplié par 1,43 chez l'homme et 1,31 chez la femme.

En revanche, pour les autres cancers les plus fréquents, le risque de développer un second cancer est plus modéré. Ainsi, pour le cancer colorectal, le risque de second cancer est multiplié par 1,08 chez les hommes et 1,18 chez les femmes. Pour le cancer du sein chez la femme, le risque de second cancer est multiplié par 1,31. Pour le cancer de la prostate chez l'homme, ce risque est multiplié par 1,11.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.2 Cancer chez les enfants de moins de 15 ans

### DONNÉES ESSENTIELLES – CANCER CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

- Environ 1 750 nouveaux cas de cancer en moyenne par an chez les moins de 15 ans sur la période 2007-2011 en France métropolitaine (un enfant sur 440 environ sera atteint d'un cancer avant l'âge de 15 ans).
- Principales localisations : leucémies (29% des cas, dont 80% de leucémies aiguës lymphoblastiques), tumeurs du système nerveux central (SNC : 24%), lymphomes (11%).
- Dans l'ensemble, stabilité de l'incidence des cancers de l'enfant depuis 2000.
- Aucune hétérogénéité spatiale du risque de cancer de l'enfant à l'échelle des départements.
- Le cancer est la quatrième cause de décès entre 0 et 15 ans (6,6% des décès pédiatriques en 2012), mais la deuxième cause de décès après les accidents pour les plus de 1 an.
- Le taux de survie globale à 5 ans des enfants atteints de cancer est estimé à 82% sur la période 2000-2011. Augmentation de ce taux de 80% à 83% entre le début et la fin de la période.
- Augmentation du taux de survie à 5 ans des tumeurs du système nerveux central, de 70% à 75%.

#### [Encadré 5] La classification des cancers chez les enfants de moins de 15 ans

Les cancers de l'enfant diffèrent de ceux de l'adulte par leurs caractéristiques histopathologiques et biologiques, avec une extrême rareté des carcinomes, majoritairement rencontrés chez l'adulte. Les principaux types observés chez l'enfant sont les leucémies (28% des cas, dont 80% de leucémies aiguës lymphoblastiques), les tumeurs du système nerveux central (SNC : 25%) et les lymphomes (11%). Un quart des tumeurs de l'enfant sont des tumeurs embryonnaires (néphroblastomes,

neuroblastomes, rétinoblastomes...), quasiment inexistantes chez l'adulte. Un même type histologique peut souvent toucher des sites anatomiques multiples, ce qui rend la classification topographique, utilisée chez l'adulte, inadaptée chez l'enfant. C'est pourquoi les cancers de l'enfant sont décrits selon une classification spécifique, fondée à la fois sur le type histologique et le site primaire : l'*International classification of childhood cancer* (ICCC) [Steliarova-Foucher E, 2005].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.2.1 INCIDENCE DES CANCERS PÉDIATRIQUES EN FRANCE

En France, deux registres pédiatriques nationaux enregistrent en continu des informations sur les cas de cancers de l'enfant : le Registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHE) dont l'enregistrement a commencé en 1990 et le Registre national de tumeurs solides de l'enfant (RNTSE) qui a débuté en 2000. Jusqu'en 2010 inclus, les cas éligibles pour les registres étaient tous les cas de cancers

survenus chez des enfants âgés de 0 à 14 ans et résidant en France métropolitaine au moment du diagnostic. Ces critères ont été élargis en 2011, pour inclure les cas de 15-17 ans et ceux résidant dans les départements d'outre-mer. Toutefois, ces derniers cas ne sont pas comptabilisés dans les analyses présentées ci-après, trop peu de données étant disponibles actuellement.

**[Tableau 2] Incidence des cancers de l'enfant en France métropolitaine en 2007-2011 : nombre de nouveaux cas, taux spécifiques par tranche d'âge et répartition en fréquence**

Groupes diagnostiques selon l'ICCC	Effectif moyen annuel	En %	Incidence (par million)				
			< 1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	0-14 ans
I. Leucémies, syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques	497	28,3%	39,0	70,6	38,2	27,3	43,2
II. Lymphomes et néoplasmes réticulo-endothéliaux	196	11,2%	4,7	8,7	15,5	27,7	17,1
III. Tumeurs du système nerveux central et diverses tumeurs intracrâniennes et spinales	438	24,9%	39,3	45,8	38	32	38,1
IV. Tumeurs du système nerveux sympathique	143	8,1%	69,2	22,5	4,1	1,3	12,4
V. Rétinoblastomes	48	2,8%	27,6	8,5	0,3	0,0	4,2
VI. Tumeurs rénales	102	5,8%	19,8	20,2	5,7	0,9	8,9
VII. Tumeurs hépatiques	18	1,0%	5,2	2,9	0,4	0,8	1,5
VIII. Tumeurs malignes osseuses	81	4,6%	0,3	1,6	6,3	13,6	7,1
IX. Sarcomes des tissus mous et extraosseux	113	6,5%	15,1	11,1	9,1	8,6	9,9
X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques	63	3,6%	19,5	3,7	2,5	6,9	5,5
XI. Mélanomes malins et autres tumeurs malignes épithéliales	53	3,0%	1,0	1,8	2,7	9,4	4,6
XII. Autres tumeurs malignes	4	0,2%	0,8	0,8	0,2	0,1	0,3
<b>Total 2007-2011</b>	<b>1 757</b>	<b>100,0%</b>	<b>241,5</b>	<b>197,9</b>	<b>120,5</b>	<b>131,2</b>	<b>152,8</b>

ICCC : International classification of childhood cancer.

Sources : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant et Registre national des tumeurs solides de l'enfant.

Sur la période 2007-2011, l'incidence annuelle des cancers de l'enfant est estimée à 152,8 cas par million d'enfants ce qui représente environ 1 750 nouveaux cas par an en moyenne ([Tableau 2] Incidence des cancers de l'enfant en France métropolitaine en 2007-2011 : nombre de nouveaux cas,

taux spécifiques par tranche d'âge et répartition en fréquence). En d'autres termes, un enfant sur 440 environ sera atteint d'un cancer avant l'âge de 15 ans. Ces estimations sont très proches de celles obtenues sur la période 2000-2004 [Lacour B, 2010].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.2.2 VARIATIONS TEMPORELLES DE L'INCIDENCE DES CANCERS DE L'ENFANT

**[Tableau 3]** Variation temporelle de l'incidence des cancers de l'enfant en France métropolitaine entre 2000 et 2011

Groupes diagnostiques selon l'ICCC	Effectif	VMA [%] / IC95%	P
I. Leucémies, syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques	5 895	0,1 [-0,6 ; 0,8]	0,81
II. Lymphomes et néoplasmes réticulo-endothéliaux	2 387	-0,6 [-1,8 ; 0,6]	0,31
III. Tumeurs du système nerveux central et diverses tumeurs intracrâniennes et spinales	5 031	0,9 [0,1 ; 1,7]	0,03
IV. Tumeurs du système nerveux sympathique	1 704	-0,2 [-1,5 ; 1,2]	0,82
V. Rétinoblastomes	590	-1,2 [-3,5 ; 1,1]	0,30
VI. Tumeurs rénales	1 173	0,3 [-1,4 ; 2]	0,74
VII. Tumeurs hépatiques	203	2,6 [-1,5 ; 6,7]	0,22
VIII. Tumeurs malignes osseuses	975	-0,7 [-2,5 ; 1,1]	0,43
IX. Sarcomes des tissus mous et extraosseux	1 334	0,7 [-0,8 ; 2,3]	0,38
X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques	788	-1,8 [-3,8 ; 0,2]	0,07
XI. Mélanomes malins et autres tumeurs malignes épithéliales	650	-1,1 [-3,3 ; 1,1]	0,34
XII. Autres tumeurs malignes	41	2,8 [-5,9 ; 12,4]	0,54
<b>Total 2000-2011</b>	<b>20 771</b>	<b>0,1 [-0,3 ; 0,5]</b>	<b>0,71</b>

ICCC : International classification of childhood cancer. VMA : variation moyenne annuelle du taux d'incidence sur la période 2000-2011. IC95% : intervalle de confiance à 95% de la VMA. P : pvalue du test bilatéral. Sources : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant et Registre national des tumeurs solides de l'enfant.

Globalement, aucune variation significative de l'incidence des cancers de l'enfant n'a été mise en évidence entre 2000 et 2011, la variation moyenne annuelle (VMA) du taux d'incidence étant estimée à 0,1% [intervalle de confiance [-0,3% ; 0,5%]] ([Tableau 3] Variation temporelle de l'incidence des cancers de l'enfant en France métropolitaine entre 2000 et 2011). L'incidence reste stable sur la période pour les

différents groupes de cancers définis selon l'ICCC, à l'exception du groupe des tumeurs du SNC, pour lequel on note une augmentation significative de l'incidence de 0,9% par an en moyenne [VMA=0,9% [0,1% ; 1,7%]], qui suit les améliorations des techniques de diagnostic et de l'enregistrement de certains gliomes.

## 1.2.3 VARIATIONS SPATIALES DE L'INCIDENCE DES CANCERS DE L'ENFANT

Sur la période 2000-2011, globalement, aucune hétérogénéité spatiale significative de l'incidence des cancers de l'enfant n'a été mise

en évidence à l'échelle des régions ou des départements. Sur cette période, entre 20 et 929 cas de cancers de l'enfant ont été diagnosti-

### **[Encadré 6]** Représentation cartographique des cancers chez les enfants de moins de 15 ans

Pour la représentation cartographique, le risque relatif de cancers de l'enfant dans chaque département a été estimé dans un premier temps par le taux d'incidence standardisé sur l'âge (Standardized incidence ratio - SIR). Ce taux est défini comme le rapport entre le nombre de cas observés dans un département donné et le nombre de cas qu'on s'attendrait à observer dans ce département si l'incidence était homogène sur toute la France. La précision du SIR dans un département particulier dépend de la taille de la population de ce département. Plus il est peuplé et plus l'estimation

du risque de cancer par le SIR sera précise. Afin de réduire l'imprécision statistique des estimations, notamment pour les départements les moins peuplés, les SIR estimés par un modèle hiérarchique bayésien [Besag J, 1991] ont également été représentés (on parle de « SIR lissés » par opposition aux « SIR bruts » obtenus sans modélisation). Ce type de modèle permet de prendre en compte les nombres de cas observés dans chaque département, mais également dans les départements voisins, ce qui rend les estimations plus stables.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

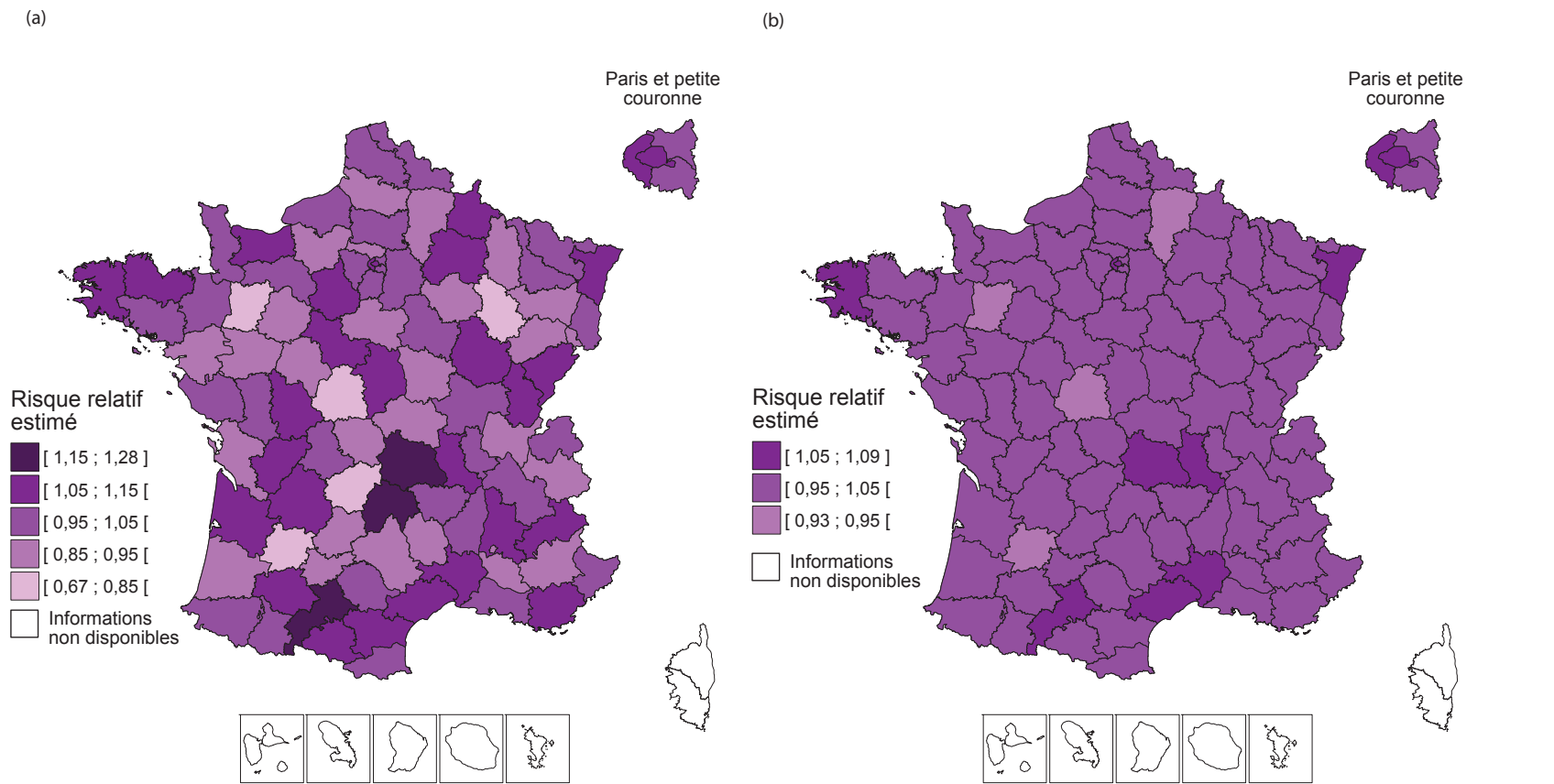
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

**[Figure 7] Risque relatif de cancer de l'enfant dans les départements français (2000-2011)**



[a] Risque relatif de chaque département estimé par le taux d'incidence standardisé sur l'âge (SIR) ; [b] Estimations a posteriori des risques relatifs par un modèle hiérarchique bayésien BYM [Besag J, 1991]  
Sources : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant et Registre national des tumeurs solides de l'enfant.

qués dans les départements français, avec une moyenne de 220 cas par département environ [médiane = 167 cas]. Pour la période 2000-2011, les SIR bruts départementaux varient de 0,67 à 1,28 et le risque de cancer de l'enfant semble assez homo-

gène sur l'ensemble du territoire [Encadré 6 et Figure 7a]. Par ailleurs, la représentation cartographique des SIR lissés ne montre aucune structure spatiale particulière [Figure 7b]. Il en est de même lorsqu'on considère deux sous-périodes de 6 ans, 2000-2005 et 2006-2011.



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.2.4 SURVIE DES ENFANTS ATTEINTS DE CANCER EN FRANCE

Les données de **survie** estimées en population générale française proviennent du RNHE et du RNTSE pour la période 2000-2011 ([Tableau 4] Taux de survie à 5 ans des enfants atteints d'un cancer sur la période 2000-2011 par tranche d'âge). **La date de point** a été fixée au 30 juin 2013.

[Tableau 4] Taux de survie à 5 ans des enfants atteints d'un cancer sur la période 2000-2011 par tranche d'âge

Groupes diagnostiques selon l'ICCC	Survie à 5 ans [%]				
	< 1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	0-14 ans
I. Leucémies, syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques	58,3 [52,7-63,5]	89,1 [87,8-90,2]	88,1 [86,4-89,6]	78,8 [76,4-81,1]	84,8 [83,8-85,7]
II. Lymphomes et néoplasmes réticulo-endothéliaux	89,8 [77,2-95,6]	91,8 [88,1-94,5]	93,9 [91,8-95,5]	93,6 [92,1-94,9]	93,4 [92,3-94,4]
III. Tumeurs du système nerveux central et diverses tumeurs intracrâniennes et spinales	60,5 [55,1-65,5]	69,8 [67,4-72,0]	71,9 [69,6-74,1]	80,3 [78,0-82,3]	72,7 [71,4-74,0]
IV. Tumeurs du système nerveux sympathique	89,7 [87,1-91,8]	66,4 [62,9-69,7]	60,4 [52,5-67,4]	60,9 [45,8-73,0]	74,6 [72,4-76,7]
V. Rétinoblastomes	99,2 [96,9-99,8]	98,6 [96,3-99,5]	100 [-.]	100 [-.]	98,9 [97,6-99,5]
VI. Tumeurs rénales	88,8 [82,9-92,7]	94,4 [92,4-95,9]	93,2 [88,9-95,8]	84,1 [69,4-92,1]	92,9 [91,3-94,3]
VII. Tumeurs hépatiques	89,9 [77,5-95,7]	89,0 [81,0-93,8]	73,7 [47,9-88,1]	52,0 [31,6-69,1]	82,4 [76,1-87,1]
VIII. Tumeurs malignes osseuses	66,7 [5,4-94,5]	67,9 [53,3-78,7]	77,1 [71,6-81,6]	74,8 [70,9-78,2]	75,1 [72,1-77,8]
IX. Sarcomes des tissus mous et extraosseux	70,2 [61,6-77,2]	74,1 [69,4-78,3]	73,3 [68,2-77,8]	67,4 [62,3-72,0]	71,5 [68,8-73,9]
X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques	90,0 [84,8-93,5]	95,2 [90,2-97,7]	96,1 [89,9-98,5]	92,6 [88,9-95,1]	93,0 [90,9-94,6]
XI. Mélanomes malins et autres tumeurs malignes épithéliales	95,7 [72,9-99,4]	87,1 [74,7-93,6]	92,5 [86,4-95,9]	93,1 [90,1-95,3]	92,6 [90,2-94,4]
XII. Autres tumeurs malignes	100 [-.]	71,4 [47,2-86,0]	83,3 [27,3-97,5]	60,0 [19,5-85,2]	75,0 [58,4-85,7]
<b>Total</b>	<b>80,4 [78,7-82,0]</b>	<b>82,3 [81,4-83,2]</b>	<b>81,7 [80,6-82,8]</b>	<b>82,7 [81,6-83,7]</b>	<b>82,1 [81,5-82,6]</b>

Source : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant et Registre national des tumeurs solides de l'enfant.  
ICCC : International classification of childhood cancer. Date de point au 30/06/2013

La survie globale des enfants atteints de cancer sur la période 2000-2011 est estimée à 92 % à 1 an et à 82 % à 5 ans, tous types de cancers et tous âges confondus. Ces résultats sont similaires à ceux publiés sur la période 2000-2008 [Lacour B, 2014].

La probabilité de survie à 5 ans varie selon le groupe diagnostique, de 72-73 % pour les tumeurs du SNC et les sarcomes des tissus mous à 99 % pour les rétinoblastomes. Elle varie également selon le type histologique à l'intérieur même d'un groupe diagnostique. Pour les leucémies, la survie à 5 ans est de 90 % pour les leucémies aiguës lymphoblastiques et de 66 % pour les leucémies aiguës myéloblastiques. Pour les tumeurs du SNC, la survie des astrocytomes, le plus souvent pilocytiques, est de 87 %, celle des médulloblastomes est de 71 % et

celle des gliomes de plus haut grade de 38 %. L'âge influence la survie, mais de manière différente selon le type de cancer : le pronostic des leucémies et des tumeurs du SNC est nettement plus sombre avant l'âge d'un an (58 % et 61 % de survie à 5 ans respectivement), alors que l'inverse est observé pour les tumeurs du système nerveux sympathique (neuroblastomes), et les tumeurs hépatiques (90 % de survie à 5 ans avant l'âge d'un an).

Depuis 2000, on note une augmentation significative de la survie à 5 ans pour l'ensemble des cancers (de 80 % en début de période à 83 % en fin de période), et en particulier pour les tumeurs du SNC (de 70 % à 75 %). Pour les autres groupes de cancers, la survie est restée stable sur la période 2000-2011.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## 1.2.5 MORTALITÉ DES CANCERS PÉDIATRIQUES EN FRANCE

Le nombre de décès par cancers pédiatriques diminue chaque année, suivant ainsi l'amélioration continue de la survie par cancer dans cette tranche d'âge. Ainsi entre 1999 et 2012, le nombre de décès par cancers est passé de 360 à 250. Néanmoins, le nombre de décès total a également diminué passant de 5 000 en 1999 à 3 800 en 2012. La part des décès par tumeurs parmi la totalité des décès pédiatriques reste ainsi quasiment stable : 7,2 % en 1999, 6,6 % en 2012. Le cancer représente toujours la quatrième cause de décès entre 0 et 15 ans, après les affections néonatales [36 %], les malformations congénitales [16 %], les causes mal définies incluant la mort subite [15 %] et les accidents [11 %]. Cette répartition est très différente entre la première année de la vie et la tranche d'âge 1-14 ans. Les cancers représentent

moins de 1 % des décès avant 1 an et 20 % entre 1 et 14 ans, ce qui en fait la deuxième cause de décès après les accidents [30 %] dans cette classe d'âge.

La répartition selon le type de cancers est difficile à établir, car la classification utilisée pour les certificats de décès repose uniquement sur la topographie des cancers et ne permet pas d'identifier les entités comme les tumeurs du système nerveux sympathique, les sarcomes des tissus mous ou les tumeurs germinales. Les principales localisations cancéreuses responsables de décès sont le système nerveux central [38 % des décès par cancers], les leucémies [19 %] et les sarcomes des os et des tissus mous [12 %] [\[Hill C, 2007\]](#).

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.3 Cancer chez les adolescents de 15 à 19 ans

### DONNÉES ESSENTIELLES – CANCER CHEZ LES ADOLESCENTS DE 15-19 ANS



- Environ 450 nouveaux cas de cancer par an chez les 15-17 ans estimés en 2011 en France métropolitaine, d'après les données des registres généraux.
- Au cours de la première année d'enregistrement des cancers des adolescents âgés de 15 à 17 ans (2011), les registres pédiatriques nationaux ont enregistré 380 nouveaux cas soit un taux d'exhaustivité estimé à 85% (50% pour les carcinomes et les mélanomes).
- Principales localisations : lymphomes (27% des nouveaux cas, dont 85% de maladies de Hodgkin), tumeurs du système nerveux central (SNC : 17%), et leucémies (16% des nouveaux cas, dont 53% de leucémies aiguës lymphoblastiques).

#### [Encadré 7] Les cancers chez les adolescents de 15 à 19 ans

L'étude « EXECADO » [Desandes E, 2012] étudiant la faisabilité d'enregistrement des adolescents âgés de 15 à 19 ans par le Registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE) et le Registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHE) a montré qu'il était possible d'atteindre une exhaustivité proche de 90% si l'extension ne portait que

sur les 15-17 ans et autour de 80% si l'extension portait sur les 15-19 ans. À l'issue de cette étude, le RNTSE et le RNHE ont étendu leur enregistrement aux adolescents âgés de 15 à 17 ans atteints de cancer dont le diagnostic a été effectué à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2011.



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.3.1 CHEZ LES 15-17 ANS

Les cancers survenant chez les adolescents sont peu fréquents, limitant de fait les estimations et projections pour cette tranche d'âge. Les données issues des registres généraux et spécialisés du réseau

Francim [Desandes E, 2013] estiment à 450 [IC95% : 413-490] le nombre de nouveaux cas de cancer chez les adolescents de 15 à 17 ans en 2011 en France métropolitaine.

### [Tableau 5] Distribution des différents types de cancers chez l'adolescent (15-17 ans) en France métropolitaine en 2011

Groupes diagnostiques selon l'ICCC	Effectif	En %
I. Leucémies, syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques	60	15,8 %
II. Lymphomes et néoplasmes réticulo-endothéliaux	103	27,2 %
III. Tumeurs du système nerveux central et diverses tumeurs intracrâniennes et spinales	65	17,2 %
IV. Tumeurs du système nerveux sympathique	5	1,3 %
V. Rétinoblastomes	0	0,0 %
VI. Tumeurs rénales	2	0,5 %
VII. Tumeurs hépatiques	4	1,1 %
VIII. Tumeurs malignes osseuses	36	9,5 %
IX. Sarcomes des tissus mous et extraosseux	28	7,4 %
X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques	33	8,7 %
XI. Mélanomes malins et autres tumeurs malignes épithéliales	42	11,1 %
XII. Autres tumeurs malignes	1	0,3 %
<b>Total</b>	<b>379</b>	<b>100,0 %</b>

ICCC : International classification of childhood cancer.

Sources : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant et Registre national des tumeurs solides de l'enfant.

Au cours de la première année d'enregistrement des cancers des adolescents âgés de 15 à 17 ans, les registres pédiatriques ont enregistré 380 nouveaux cas, soit un taux d'exhaustivité estimé à 85 % si l'on prend comme référence l'incidence observée pour cette tranche d'âge dans les registres généraux.

Les principaux types observés chez l'adolescent sont les lymphomes [27 % des cas de cancer, dont 85 % de maladies de Hodgkin], les tumeurs du système nerveux central [SNC : 17 %] et les leucémies [16 % des cas, dont 53 % de leu-

cémies aiguës lymphoblastiques] ([Tableau 5] Distribution des différents types de cancers chez l'adolescent [15-17 ans] en France métropolitaine en 2011). Dans notre série, les tumeurs malignes épithéliales [carcinomes et mélanomes], rencontrées principalement chez les adultes, représentent 11% des cas [le taux d'exhaustivité de ce groupe diagnostique n'est que de 50 %, n=42 par rapport à 86 cas annuels attendus]. À un moindre degré, le défaut d'exhaustivité concerne également les lymphomes : 103 cas observés versus 136 cas attendus.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.3.2 CHEZ LES 15-19 ANS

Les données disponibles pour la tranche d'âge 15-19 ans sont issues des registres généraux et spécialisés du réseau Francim et portent sur la période 2000-2008 [Desandes E, 2013]. L'incidence des cancers de l'adolescent est de 219,4 cas par million et par an, ce qui permet d'estimer à environ 800 le nombre de nouveaux cas par an en France chez les jeunes de 15 à 19 ans. Les types de cancers les plus fréquents sont les lymphomes hodgkiniens [22% des cas] suivis des leucémies aiguës [12%], des cancers de la thyroïde [9%], des tumeurs osseuses [8%], des lymphomes malins non hodgkiniens [7%], des tumeurs germinales gonadiques [9%] et des tumeurs du SNC [8%].

**La survie** a été étudiée sur les cas diagnostiqués de 2000 à 2004. Elle est estimée à 94,5% à 1 an et 81,8% à 5 ans, ce qui s'explique par la forte proportion de tumeurs de pronostic favorable dépassant

les 90% de survie à 5 ans : carcinomes de la thyroïde, lymphomes hodgkiniens, tumeurs germinales, mélanomes malins. Ces tumeurs prédominant chez les filles, leur survie tout cancer est meilleure que pour les garçons (respectivement 85,2% et 78,8%). Les tumeurs de plus mauvais pronostic sont les leucémies aiguës, les tumeurs osseuses et les tumeurs du SNC, avec une survie à 5 ans inférieure à celle estimée chez l'enfant plus jeune. On observe néanmoins une amélioration progressive de la survie à 5 ans depuis 25 ans, qui est passée de 62% pour la période 1978-1982 à 82% pour la période 2000-2004.

En 2009, 117 décès imputables à un cancer ont été observés chez les 15-19 ans au total sur la France (CépiDc/Inserm). Les leucémies et les tumeurs du système nerveux central représentent 45% des décès.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 1.4 Cancer chez les personnes de 65 ans et plus

### DONNÉES ESSENTIELLES – CANCER CHEZ LES 65 ANS ET PLUS

- 233 943 nouveaux cas de cancers estimés en 2015 en France métropolitaine (dont 57,6% chez l'homme).
- 112 596 décès par cancers estimés en 2015 en France métropolitaine (dont 55,6% chez l'homme).
- Cancers les plus fréquents : prostate, poumon et côlon-rectum chez l'homme ; sein, côlon-rectum et poumon chez la femme.
- Cancers induisant la plus forte mortalité : poumon, prostate et côlon-rectum chez l'homme ; sein, côlon-rectum et poumon chez la femme.

### 1.4.1 INCIDENCE

Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A4 et A6

**L'incidence** du cancer augmente régulièrement au cours de la vie. En 2015, les cancers chez les plus de 65 ans représentent 60,9% des cancers estimés tous âges confondus. Pour les personnes âgées de 85 ans et plus, 41 947 nouveaux cas de cancers sont estimés, soit 10,9% de l'ensemble des cas de cancers diagnostiqués [8,6% parmi les hommes et 13,7% parmi les femmes].

Les cancers dont l'incidence estimée est la plus élevée chez l'homme de 65 ans et plus sont les cancers de la prostate [35 792 nouveaux cas estimés en 2011], du poumon [18 237 nouveaux cas estimés en 2015] et du côlon-rectum [16 789 nouveaux cas estimés en 2015]. Chez la femme de 65 ans et plus, les cancers les plus fréquents d'après les projections 2015 concernent le sein [25 283 nouveaux cas], le côlon-rectum [14 429] et le poumon [7 910].

### CHIFFRES CLÉS

Cancer chez les + de 65 ans/  
projections d'incidence 2015/France métropolitaine  
**233 943** nouveaux cas

#### Chez l'homme

**134 782**

nouveaux cas

TSM = 2 654,8

pour 100 000 PA [H]

#### Chez la femme

**99 161**

nouveaux cas

TSM = 1 444,5

pour 100 000 PA [F]

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## 1.4.2 MORTALITÉ

Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A5 et A7

En 2015, 112 596 décès par cancer sont estimés chez les personnes âgées de 65 ans et plus (dont 55,6 % chez l'homme), soit 75,3 % de la totalité des décès par cancer. Pour les personnes âgées de 85 ans et plus, 35 933 décès par cancer sont estimés en 2015, soit 24,0 % de l'ensemble de la mortalité par cancer.

**Chez l'homme** de 65 ans et plus, les cancers du poumon (13 752 décès), de la prostate (8 350 décès) et du côlon-rectum (7 633 décès) sont responsables de 47,5 % de l'ensemble des décès par cancer des hommes de cette tranche d'âge.

**Chez la femme** de 65 ans et plus, les cancers du sein (8 462 décès), du côlon-rectum (7 280 décès) et du poumon (5 704 décès) sont responsables de 42,9 % de l'ensemble des décès par cancer des femmes de cette tranche d'âge.

## CHIFFRES CLÉS

Cancer chez les + de 65 ans/  
Projections de mortalité 2015/France métropolitaine  
**112 596** décès

**Chez l'homme**

**62 553** décès  
TSM = 1 232,1  
pour 100 000 PA [H]

**Chez la femme**

**50 043** décès  
TSM = 729,0  
pour 100 000 PA [F]

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.5 Cancer du poumon

### DONNÉES ESSENTIELLES – CANCER DU POUMON



#### 1 - INCIDENCE ET MORTALITÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- 45 222 nouveaux cas estimés en 2015 (30 401 hommes et 14 821 femmes).
- Augmentation du taux d'incidence entre 2005 et 2012 chez la femme (+5,4% par an en moyenne)/ stabilisation chez l'homme (-0,3%).
- 30 555 décès estimés en 2015 (20 990 hommes et 9 565 femmes).
- Augmentation du taux de mortalité entre 2005 et 2012 chez la femme (+4,6% par an en moyenne)/ Diminution chez l'homme (-2,2%).

#### 2 - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans (sur la période 2005-2010) : 17% (16% chez l'homme et 20% chez la femme).
- Survie nette standardisée sur l'âge à 10 ans (sur la période 1989-2010) : 10% (9% chez l'homme et 13% chez la femme).

#### 3 - PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008

- Prévalence partielle à 5 ans : 48 837 personnes dont 73,1% d'hommes.
- Prévalence totale : 79 470 personnes dont 76,3% d'hommes.

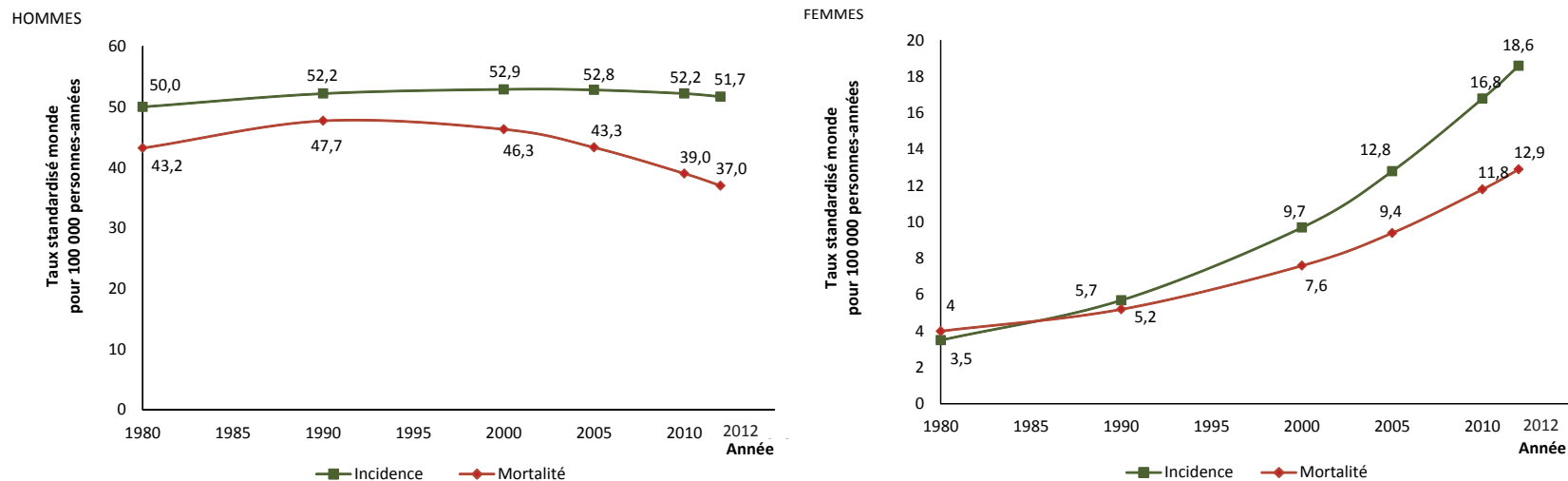
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 1.5.1 INCIDENCE ET MORTALITÉ

## A - TENDANCES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ ENTRE 1980 ET 2012 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Binder-Foucard F. 2013\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A3 et A8

**[Figure 8]** Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du poumon selon le sexe de 1980 à 2012 en France métropolitaine



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Binder-Foucard F. 2013]. Traitement : INCa 2016

**Chez l'homme**, [l'incidence](#) du cancer du poumon est quasiment stable depuis 1980 [Figure 8]. Entre 2005 et 2012, le taux d'incidence standardisé est passé de 52,8 à 51,7 pour 100 000 [personnes-années](#) [hommes] [PA (H)], soit une diminution de 0,3 % par an en moyenne. La mortalité a globalement diminué depuis 1980, avec une accentuation de cette diminution depuis 2005 : entre 2005 et 2012, le taux de mortalité standardisé est passé de 43,3 à 37,0 pour 100 000 PA (H). **Chez la femme**, l'incidence et la mortalité du cancer du poumon sont en forte augmentation depuis 1980, liées essentiellement à l'augmentation de la consommation tabagique des femmes. Entre 2005 et 2012, le taux d'incidence standardisé est passé de 12,8 à 18,6 pour 100 000 personnes-années [femmes] [PA (F)] et le taux de mortalité standardisé de 9,4 à 12,9 pour 100 000 PA (F).

En 2012, l'âge médian au diagnostic est de 66 ans chez l'homme et 65 ans chez la femme. L'âge médian au décès est de 68 ans chez l'homme et 67 ans chez la femme.

## CHIFFRES CLÉS

Cancer du poumon/évolution des [TSM](#)/France métropolitaine

**Chez l'homme sur  
la période 2005-2012**

Incidence : **-0,3%**  
par an en moyenne

Mortalité : **-2,2%**  
par an en moyenne

**Chez la femme sur  
la période 2005-2012**

Incidence : **+5,4%**  
par an en moyenne

Mortalité : **+4,6%**  
par an en moyenne

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - PROJECTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ EN 2015 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Leone N, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A1, A2, A4 à A7

Les projections d'incidence et de mortalité du cancer du poumon en 2015 sont basées sur l'hypothèse de la poursuite, entre 2011 et 2015, des évolutions temporelles récentes de l'incidence et de la mortalité chez l'homme et la femme, présentées dans la partie précédente.

Le cancer du poumon représente respectivement 14,4 % et 8,5 % de l'ensemble des nouveaux cas de cancers masculins et féminins. C'est le deuxième cancer incident chez l'homme et le troisième chez la femme. Quel que soit l'âge, le taux d'incidence du cancer du poumon est plus élevé chez l'homme que chez la femme.

Il représente 20,4 % de l'ensemble des décès par cancers (respectivement 25,0 % et 14,6 % chez l'homme et la femme) : c'est la première cause de décès par cancer. La mortalité par cancer du poumon est faible avant 50 ans pour les deux sexes. Ensuite, elle augmente avec l'âge, plus rapidement chez l'homme que chez la femme. À partir de 65 ans, le taux de mortalité masculin devient plus de 3 fois plus important que le taux de mortalité féminin.

### CHIFFRES CLÉS

Cancer du poumon/projections 2015/France métropolitaine

**45 222** nouveaux cas

**30 555** décès

#### Chez l'homme

**30 401**

nouveaux cas

TSM = 52,6 pour 100 000 PA (H)

**20 990**

décès

TSM = 34,3 pour 100 000 PA (H)

#### Chez la femme

**14 821**

nouveaux cas

TSM = 23,4 pour 100 000 PA (F)

**9 565**

décès

TSM = 13,7 pour 100 000 PA (F)



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

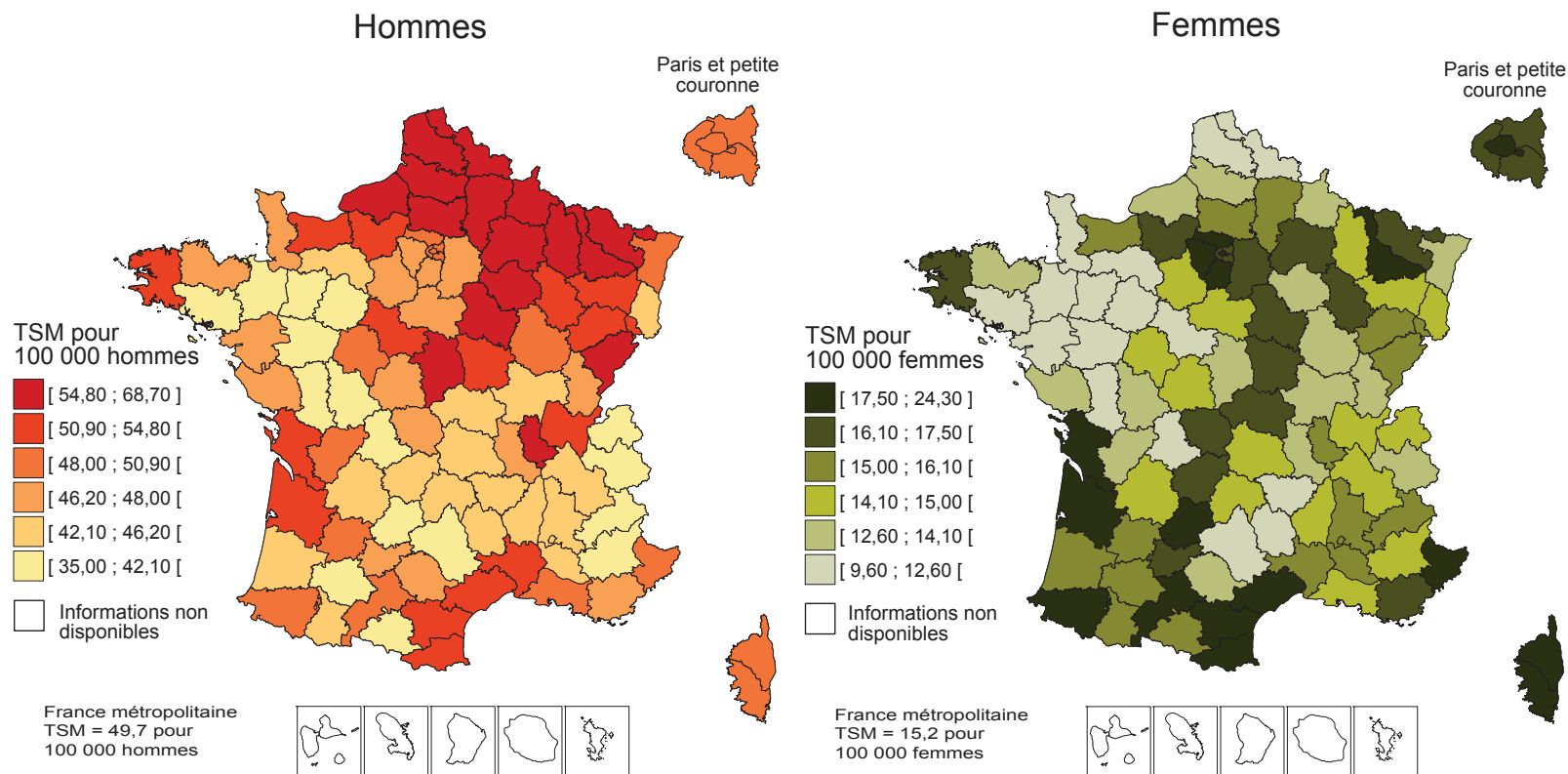
LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## C - ANALYSE DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1

**[Figure 9]** Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du poumon à l'échelle départementale selon le sexe (2008-2010)



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Colonna M, 2015]. Traitement : INCa 2015

**Chez l'homme**, les taux départementaux d'incidence standardisés sur la population mondiale estimés en 2008-2010 varient entre 35,0 [Lot] et 68,7 pour 100 000 PA [H] [Meurthe-et-Moselle, [Figure 9] Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du poumon à l'échelle départementale selon le sexe (2008-2010)]. Les disparités

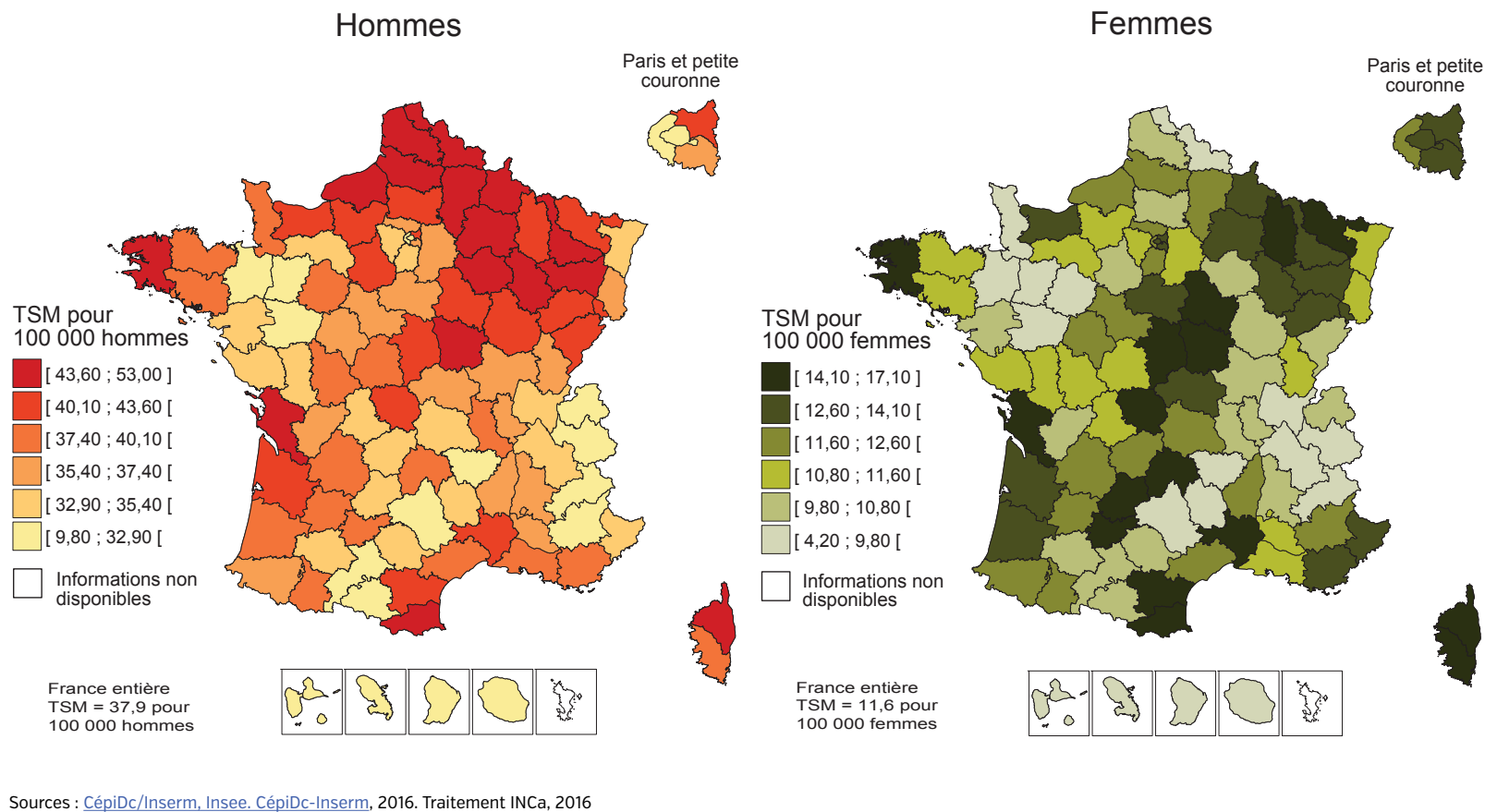
départementales observées reflètent le gradient Nord/Sud d'exposition au tabac.

**Chez la femme**, les taux départementaux d'incidence standardisés sur la population mondiale estimés en 2008-2010 varient entre 9,6 [Haute-Loire] et 24,3 pour 100 000 PA [F] [Corse].



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

**[Figure 10]** Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer du poumon à l'échelle départementale (2011-2013)



**Chez l'homme**, les taux départementaux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer du poumon sur la période 2011-2013 varient de 9,8 [Guadeloupe] à 53,0 pour 100 000 PA [H] [Pas-de-Calais, Figure 10].

**Chez la femme**, les taux départementaux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer du poumon sur la période 2011-2013 varient de 4,2 [Guadeloupe] à 17,1 pour 100 000 PA [F] [Corse-du-Sud].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## D - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de [\[GLOBOCAN, 2012\]](#) - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexes A11 et A12

Le cancer du poumon est le cancer le plus fréquent depuis plusieurs décennies, avec un total de 1,8 million de nouveaux cas estimés en 2012 dans le monde. Les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale varient de 1,7 (Afrique de l'Ouest) à 53,5 pour 100 000 PA (H) [Europe Centrale et de l'Est] chez l'homme, et de 0,8 (Afrique Centrale) à 33,8 pour 100 000 PA (F) [Amérique du Nord] chez la femme. Le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale estimé en France est supérieur à la moyenne de l'Union européenne, en particulier chez l'homme.

Le cancer du poumon demeure le plus meurtrier. Il représente la première cause de décès par cancer chez l'homme et la deuxième cause chez la femme, après le cancer du sein. En France, les taux de mortalité standardisés sur la population mondiale en 2012 (39,9 chez l'homme et 12,9 chez la femme) sont proches de ceux de l'UE (37,7 et 14,1 respectivement).

### 1.5.2 SURVIE

#### A - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Cowppli-Bony A, 2016\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A10

[Tableau 6] Survie nette du cancer du poumon à 5, 10 et 15 ans en France métropolitaine, par âge et sexe

	Survie nette à 5 ans pour les personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010* [%]			Survie nette pour les personnes diagnostiquées entre 1989 et 2010** [%]		Survie nette pour les personnes de moins de 75 ans diagnostiquées entre 1989 et 1998** [%]		
	Tous	Homme	Femme	À 5 ans	À 10 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 15 ans
Tous (survie nette standardisée)	17	16	20	15	10			
15-44 ans	25	20	32	22	18	21	17	14
45-54 ans	21	19	25	19	14	17	13	9
55-64 ans	19	18	23	17	11	15	10	7
65-74 ans	17	17	20	15	9	13	7	5
> 75 ans	10	10	11	9	6			

\*Tous registres. \*\*Registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2010.

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Cowppli-Bony A, 2016\]](#). Traitement : INCa 2016.

La **survie** nette à 5 ans des personnes atteintes d'un cancer du poumon diagnostiqué entre 2005 et 2010 est légèrement supérieure chez la femme par rapport à l'homme, quelle que soit la classe d'âge (Tableau 6). La survie nette à 15 ans variait entre 14% et 5% en fonction de l'âge pour les personnes âgées de moins de 75 ans au moment

### CHIFFRES CLÉS

Cancer du poumon/incidence et mortalité en 2012/monde  
**1,8 million** de nouveaux cas/**TSM** = 23,1 pour 100 000 PA  
**13,0%** des cancers incidents  
**1,6 million** de décès/**TSM** = 19,7 pour 100 000 PA  
**19,4%** des décès par cancer

<b>Chez l'homme</b>	<b>Chez la femme</b>
<b>1,2 million</b> de nouveaux cas <b>TSM</b> = 34,2 pour 100 000 PA (H)	<b>583 100</b> nouveaux cas <b>TSM</b> = 13,6 pour 100 000 PA (F)
<b>1,1 million</b> de décès <b>TSM</b> = 30,0 pour 100 000 PA (H)	<b>491 223</b> décès <b>TSM</b> = 11,1 pour 100 000 PA (F)

du diagnostic de leur cancer du poumon réalisé entre 1989 et 1998. Malgré une faible augmentation de la survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge entre les périodes 1989-1993 [13%] et 2005-2010 [17%], la survie nette des personnes ayant un cancer du poumon reste mauvaise.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de la publication [\[Allemanni C, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexe A13

D'après l'étude CONCORD-2, la survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge varie de 2,2% en Lybie à 37,2% à l'Île Maurice pour les personnes diagnostiquées entre 2005 et 2009. La survie nette estimée en France dans cette étude [13,6%] se situe dans la moyenne des

pays européens ; elle est inférieure à celle du Canada [17,3%] et des États-Unis [18,7%]. La survie nette a augmenté entre les périodes 1995-1999 et 2005-2009 dans la plupart des pays.

### 1.5.3 PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008 CHEZ LES 15 ANS ET PLUS

Extraits de la publication [\[FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2014a\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A9

**[Tableau 7]** Prévalence du cancer du poumon en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe, en France métropolitaine

	Prévalence à 5 ans	Prévalence à 10 ans	Prévalence totale
Nombre de personnes en vie	48 837	62 761	79 470
Nombre d'hommes en vie	35 690	46 029	60 647
Taux pour 100 000 hommes	145,9	188,2	243,5
Nombre de femmes en vie	13 147	16 732	18 823
Taux pour 100 000 femmes	49,7	63,3	62,7

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Colonna M, 2014a\]](#). Traitement INCa 2016.

En 2008, parmi les personnes qui ont eu un cancer diagnostiqué dans les 5 dernières années et toujours en vie ([prévalence partielle](#) à 5 ans), 35 690 [6,1%] hommes et 13 147 [2,7%] femmes ont un cancer du poumon ([Tableau 7] Prévalence du cancer du poumon en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe, en France métropolitaine).

Chez l'homme, 49,6% des cas prévalents à 5 ans diagnostiqués en 2008 ont moins de 65 ans [56,5% chez la femme].

En 2008, parmi les personnes qui ont eu un cancer au cours de leur vie et toujours en vie ([prévalence totale](#)), 3,9% des hommes et 1,3% des femmes ont eu un cancer du poumon. Le taux de prévalence totale est maximal chez les 65-74 ans dans les deux sexes.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.6 Cancers lèvre-bouche-pharynx (LBP)

### DONNÉES ESSENTIELLES – CANCERS LBP



#### 1 - INCIDENCE ET MORTALITÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- 11 610 nouveaux cas estimés en 2015 [8 010 hommes et 3 600 femmes].
- Augmentation du taux d'incidence entre 2005 et 2012 chez la femme (+1,1% par an en moyenne)/ diminution chez l'homme (-5,3%).
- 3 027 décès estimés en 2015 [2 271 hommes et 756 femmes].
- Diminution du taux de mortalité entre 2005 et 2012 : -2,2% par an en moyenne chez la femme, -6,5% chez l'homme.

#### 2 - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans des cancers « tête et cou » [sur la période 2005-2010] : 37% [34% chez l'homme et 49% chez la femme].
- Survie nette standardisée sur l'âge à 10 ans des cancers « tête et cou » [sur la période 1989-2010] : 21% [17% chez l'homme et 36% chez la femme].

#### 3 - PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008

- Prévalence partielle à 5 ans : 34 215 personnes dont 74,4% d'hommes
- Prévalence totale : 197 293 personnes dont 83,9% d'hommes

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

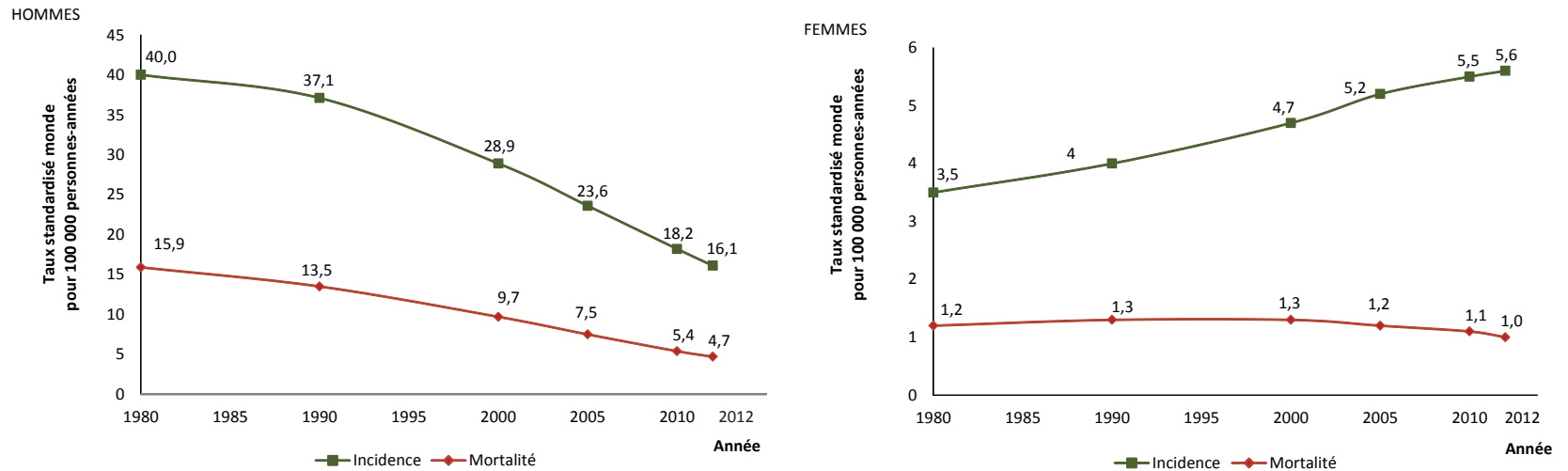
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.6.1 INCIDENCE ET MORTALITÉ

### A - TENDANCES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ ENTRE 1980 ET 2012 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-lnVS-INCa \[Binder-Foucard F. 2013\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A3 et A8

**[Figure 11]** Évolution de l'incidence et de la mortalité des cancers LBP de 1980 à 2012 selon le sexe en France métropolitaine



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Binder-Foucard F. 2013]. Traitement : INCa 2016

**Chez l'homme**, l'[incidence](#) et la [mortalité](#) de ces cancers ont fortement diminué depuis 1980, en lien avec la diminution de la consommation alcoolo-tabagique (Figure 11). Cette tendance s'est accentuée après 2005. Entre 2005 et 2012, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est passé de 23,6 à 16,1 pour 100 000 [personnes-années](#) (hommes) [PA (H)], soit une diminution de 5,3 % par an en moyenne, et le taux de mortalité de 7,5 à 4,7.

**Chez la femme**, l'incidence est en augmentation depuis 1980, en lien avec l'augmentation de la consommation tabagique, alors que la mortalité tend à diminuer depuis les années 2000. Entre 2005 et 2012, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est passé de 5,2 à 5,6 pour 100 000 personnes-années (femmes) [PA (F)], et le taux de mortalité de 1,2 à 1,0.

En 2012, l'âge médian au diagnostic est de 61 ans chez l'homme et 63 ans chez la femme. L'âge médian au décès est de 63 ans chez l'homme et 68 ans chez la femme.

### CHIFFRES CLÉS

Cancers LBP/évolution des [TSM](#)/France métropolitaine

**Chez l'homme sur la période 2005-2012**

Incidence : **-5,3%** par an en moyenne

Mortalité : **-6,5%** par an en moyenne

**Chez la femme sur la période 2005-2012**

Incidence : **+1,1%** par an en moyenne

Mortalité : **-2,2%** par an en moyenne

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - PROJECTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ EN 2015 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \(Leone N, 2015\)](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A1, A2, A4 à A7

Les projections d'incidence et de mortalité des cancers LBP en 2015 sont basées sur l'hypothèse de la poursuite, entre 2011 et 2015, des évolutions temporelles récentes de l'incidence et de la mortalité chez l'homme et la femme, présentées dans la partie précédente.

Les cancers LBP représentent respectivement 3,8% et 2,1% de l'ensemble des cancers incidents masculins et féminins. La survenue de ce cancer est tardive, près de 9 nouveaux cas sur 10 sont diagnostiqués au-delà de 50 ans chez l'homme et chez la femme.

Il représente respectivement 2,7% et 1,2% des décès par cancers masculins et féminins.

### CHIFFRES CLÉS

Cancers LBP/projections en 2015/France métropolitaine

**11 610** nouveaux cas

**3 027** décès

#### Chez l'homme

**8 010** nouveaux cas

TSM = 15,5 pour 100 000 PA [H]

**2 271** décès

TSM = 4,1 pour 100 000 PA [H]

#### Chez la femme

**3 600** nouveaux cas

TSM = 5,9 pour 100 000 PA [F]

**756** décès estimés en 2015

TSM = 1,0 pour 100 000 PA [F]



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

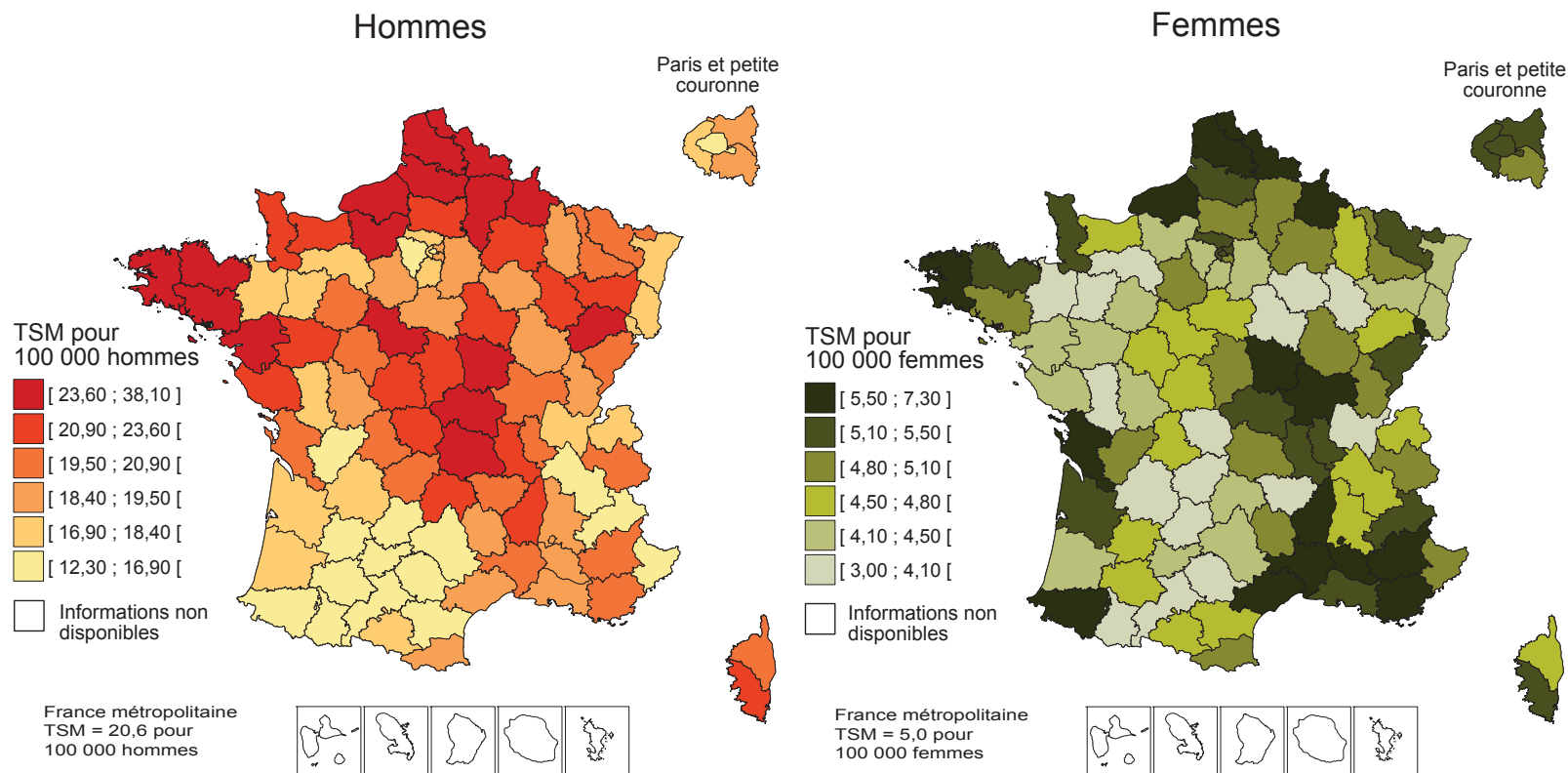
LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## C - ANALYSE DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1

**[Figure 12]** Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale par cancers LBP à l'échelle départementale (2008-2010)



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Colonna M, 2015\]](#). Traitement : INCa 2015

**Chez l'homme**, les taux départementaux d'incidence standardisés sur la population mondiale estimés en 2008-2010 varient entre 12,3 [Aveyron] et 38,1 pour 100 000 PA [H] [Pas-de-Calais, Figure 12].

**Chez la femme**, ils varient entre 3,0 [Mayenne] à et 7,3 pour 100 000 PA [F] [Territoire de Belfort].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

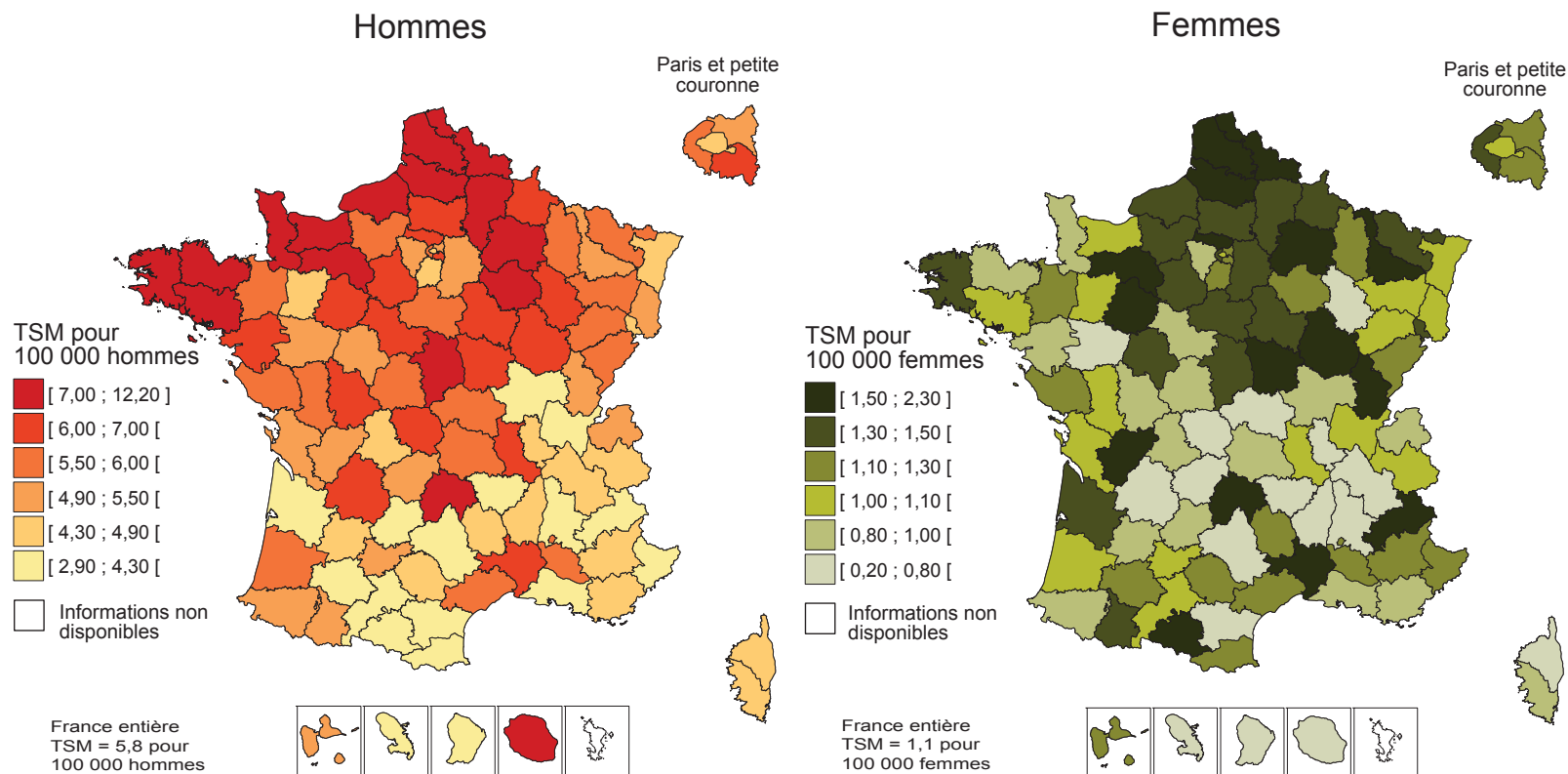
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

**[Figure 13]** Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancers LBP à l'échelle départementale (2011-2013)



Sources : CépiDc/Inserm, Insee [CépiDc-Inserm, 2016]. Traitement INCa, 2016

Sur la période 2011-2013, les taux départementaux de mortalité standardisés sur la population mondiale des cancers LBP varient entre 2,9 [Hautes-Alpes] et 12,2 pour 100 000 PA [H] [Pas-de-Calais]

chez l'homme et de 0,2 [Martinique] à 2,3 pour 100 000 PA [F] [Ariège] chez la femme [Figure 13].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

## D - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de [\[GLOBOCAN, 2012\]](#) - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexes A11 et A12

Dans le monde, 529 451 nouveaux cas de cancers LBP ont été estimés en 2012 : 300 373 cancers de la lèvre et de la cavité orale, 86 691 cancers du nasopharynx et 142 387 cancers du pharynx (hors nasopharynx). Les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale de ces trois cancers sont respectivement de 5,5, 1,7 et 3,2 pour 100 000 PA [H] chez l'homme et 2,5, 0,7 et 0,7 pour 100 000 PA [F] chez la femme.

Dans le monde, 292 289 décès par cancers LBP ont été estimés en 2012 : 145 353 décès par cancer de la lèvre et de la cavité orale, 50 831 décès par cancer du nasopharynx et 96 105 par cancer du pharynx (hors nasopharynx). Les taux de mortalité standardisés sur la population mondiale de ces trois cancers sont respectivement de

**CHIFFRES CLÉS**  
Cancers LBP/incidence et mortalité en 2012/monde

**529 451** nouveaux cas  
**3,7%** des cancers incidents  
**292 289** décès  
**3,4%** des décès par cancer

Chez l'homme	Chez la femme
<b>375 002</b> nouveaux cas	<b>154 449</b> nouveaux cas
<b>211 294</b> décès	<b>80 995</b> décès

2,7, 1,0 et 2,2 pour 100 000 PA [H] chez l'homme et 1,2, 0,4 et 0,5 pour 100 000 PA [F] chez la femme.

### 1.6.2 SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Cowppli-Bony A, 2016\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A10

#### [Encadré 8] La survie des cancers lèvre-bouche-pharynx

La survie nette étudiée concerne les sous-localisations suivantes : lèvre, glandes salivaires, et «tête et cou» qui comprend : cavité orale, langue, oropharynx, nasopharynx et hypopharynx.

#### [Tableau 8] Survie nette des cancers «tête et cou» à 5, 10 et 15 ans en France métropolitaine, par âge et sexe

	Survie nette à 5 ans pour les personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010* [%]			Survie nette pour les personnes diagnostiquées entre 1989 et 2010** [%]		Survie nette pour les personnes de moins de 75 ans diagnostiquées entre 1989 et 1998** [%]		
	Tous	Homme	Femme	À 5 ans	À 10 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 15 ans
Tous (survie nette standardisée)	37	34	49	33	21			
15-44 ans	54	51	65	43	31	39	27	20
45-54 ans	42	40	51	39	26	38	25	16
55-64 ans	41	39	53	36	21	32	18	12
65-74 ans	35	32	49	31	18	30	18	10
> 75 ans	30	24	42	28	18			

\*Tous registres. \*\*Registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2010.  
Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Cowppli-Bony A, 2016\]](#)

**Pour les cancers «tête et cou»**, la survie nette à 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010 est plus élevée chez la femme dans toutes les classes d'âge (Tableau 8). La survie nette à 15 ans variait entre 10 % et 20 % en fonction de l'âge pour les personnes âgées de moins de 75 ans au moment du

diagnostic de leur cancer tête et cou réalisé entre 1989 et 1998. La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge s'améliore au cours du temps, passant de 31% pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 38 % pour ceux diagnostiqués en 2005-2010.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



**Pour le cancer de la lèvre**, la survie nette à 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010 est supérieure chez l'homme [86 % versus 76 % chez la femme].

**Pour le cancer des glandes salivaires**, la survie nette à 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010 est meilleure chez la

femme [68 % versus 60 % chez l'homme]. Elle diminue régulièrement avec l'âge, passant de 77 % chez les 15-55 ans [67 % chez l'homme et 90 % chez la femme] à 50 % chez les 75 ans et plus [53 % chez l'homme et 46 % chez la femme].

## 1.6.3 PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008 CHEZ LES 15 ANS ET PLUS

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2014a\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A9

**[Tableau 9] Prévalence des cancers LBP en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe, France métropolitaine**



	Prévalence à 5 ans	Prévalence à 10 ans	Prévalence totale
Nombre de personnes en vie	34 215	52 998	197 293
Nombre d'hommes en vie	25 470	39 637	165 462
Taux pour 100 000 hommes	104,1	162,1	676,6
Nombre de femmes en vie	8 745	13 361	31 831
Taux pour 100 000 femmes	33,1	50,5	120,4

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Colonna M, 2014a\]](#)

En 2008, parmi les personnes qui ont eu un cancer diagnostiqué dans les 5 dernières années et toujours en vie [[prévalence partielle](#) à 5 ans], 25 470 [4,4 %] hommes et 8 745 [1,8 %] femmes ont eu un cancer LBP [Tableau 9].

En 2008, parmi les personnes qui ont eu un cancer au cours de leur vie et toujours en vie [[prévalence totale](#)], 10,5 % des hommes et 2,3 % des femmes ont eu un cancer LBP. Le taux de prévalence totale dépasse les 2 000 pour 100 000 PA [H] chez l'homme de 65 ans et plus ; chez la femme, il est maximal chez les 85 ans et plus.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.7 Cancer du larynx

### DONNÉES ESSENTIELLES – CANCER DU LARYNX



#### 1 - INCIDENCE ET MORTALITÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- 3 096 nouveaux cas estimés en 2015 (2 611 hommes et 485 femmes)
- Diminution du taux d'incidence entre 2005 et 2012  
chez l'homme : -4,7% par an en moyenne/Stabilisation  
chez la femme : +0,5% par an en moyenne
- 761 décès estimés en 2015 (650 hommes et 111 femmes)
- Diminution du taux de mortalité entre 2005 et 2012 :  
-9,3% par an en moyenne chez l'homme,  
-4,5% chez la femme

#### 2 - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans (sur la période 2005-2010) : 56% (56% chez l'homme et 59% chez la femme)
- Survie nette standardisée sur l'âge à 10 ans (sur la période 1989-2010) : 41%

#### 3 - PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008

- Prévalence partielle à 5 ans : 12 226 personnes dont 87,4% d'hommes
- Prévalence totale : 43 224 personnes dont 89,3% d'hommes

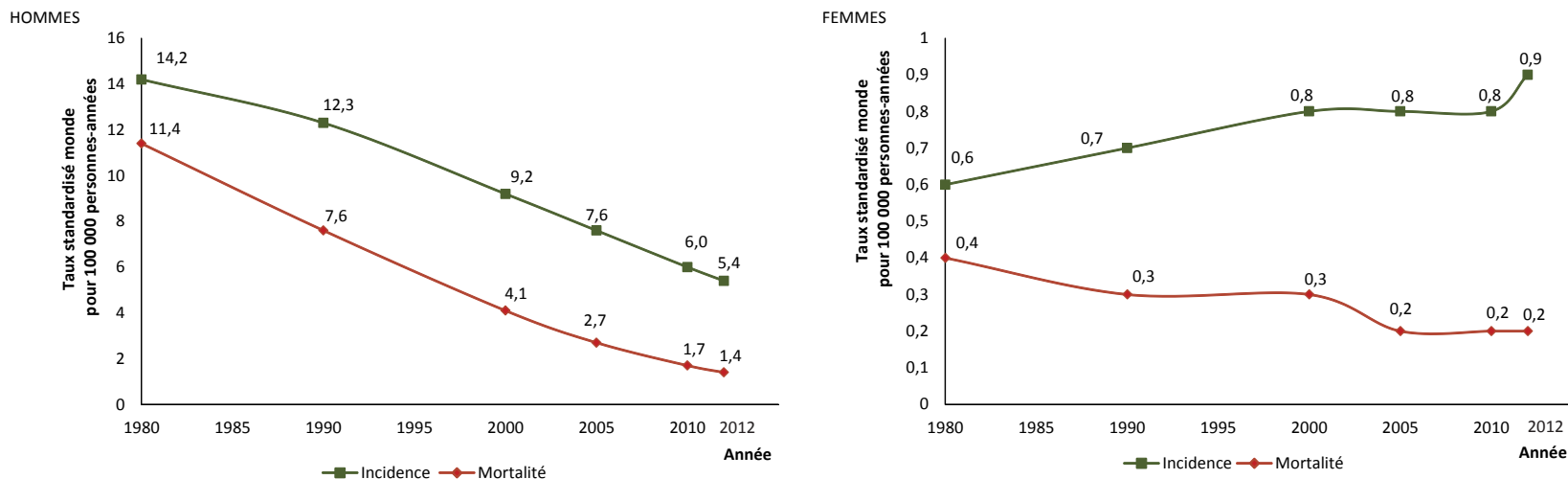
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.7.1 INCIDENCE ET MORTALITÉ

## A - TENDANCES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ ENTRE 1980 ET 2012 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-lnVS-INCa \[Binder-Foucard F. 2013\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A3 et A8

**[Figure 14]** Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du larynx de 1980 à 2012 en France métropolitaine



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Binder-Foucard F. 2013\]](#). Traitement : INCa 2016

**Chez l'homme**, [l'incidence](#) et la [mortalité](#) par cancer du larynx ont fortement diminué depuis 1980, en lien avec la diminution de la consommation alcoolo-tabagique [Figure 14]. Cette tendance s'est accentuée après 2005. Entre 2005 et 2012, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est passé de 7,6 à 5,4 pour 100 000 [personnes-années](#) (hommes) [PA (H), soit une diminution de 9,3% par an en moyenne], et le taux de mortalité de 2,7 à 1,4.

**Chez la femme**, l'incidence est en augmentation depuis 1980, en lien avec l'augmentation de la consommation tabagique, alors que la mortalité diminue. Entre 2005 et 2012, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est passé de 0,8 à 0,9 pour 100 000 personnes-années (femmes) [PA (F)], et le taux de mortalité est resté stable à 0,2.

En 2012, l'âge médian au diagnostic est de 63 ans chez l'homme et 64 ans chez la femme. L'âge médian au décès est de 66 ans chez l'homme et 68 ans chez la femme.

## CHIFFRES CLÉS

Cancer du larynx/évolution des [TSM](#)/France métropolitaine

**Chez l'homme sur  
la période 2005-2012**

Incidence : **-4,7%**  
par an en moyenne

Mortalité : **-9,3%**  
par an en moyenne

**Chez la femme sur  
la période 2005-2012**

Incidence : **+0,5%**  
par an en moyenne

Mortalité : **-4,5%**  
par an en moyenne



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - PROJECTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ EN 2015 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Leone N, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A1, A2, A4 à A7

Les projections d'incidence du cancer du larynx en 2015 sont basées sur l'hypothèse de la poursuite, entre 2011 et 2015 :

- chez l'homme, de l'évolution temporelle récente de l'incidence de ce cancer présentée dans la partie précédente ;
- chez la femme, de l'évolution temporelle moyenne de l'incidence de ce cancer sur la période 1980-2011.

Les projections de mortalité du cancer du cancer du larynx en 2015 sont basées sur l'hypothèse de la poursuite, entre 2011 et 2015, des évolutions temporelles récentes de l'incidence et de la mortalité de ce cancer chez l'homme et la femme, présentées dans la partie précédente.

Le cancer du larynx représente respectivement 1,2% et 0,3% de l'ensemble des cancers incidents masculins et féminins. Environ 7 nouveaux cas sur 10 sont diagnostiqués entre 50 et 74 ans [74,3% chez l'homme et 69,7% chez la femme].

Le cancer du larynx représente respectivement 0,8% et 0,2% des décès par cancers masculins et féminins.

### CHIFFRES CLÉS

Cancer du larynx/projections en 2015/France métropolitaine  
**3 096** nouveaux cas  
**761** décès

#### Chez l'homme

**2 611** nouveaux cas  
TSM = 4,8 pour 100 000 PA (H)

**650** décès  
TSM = 1,1 pour 100 000 PA (H)

#### Chez la femme

**485** nouveaux cas  
TSM = 0,8 pour 100 000 PA (F)

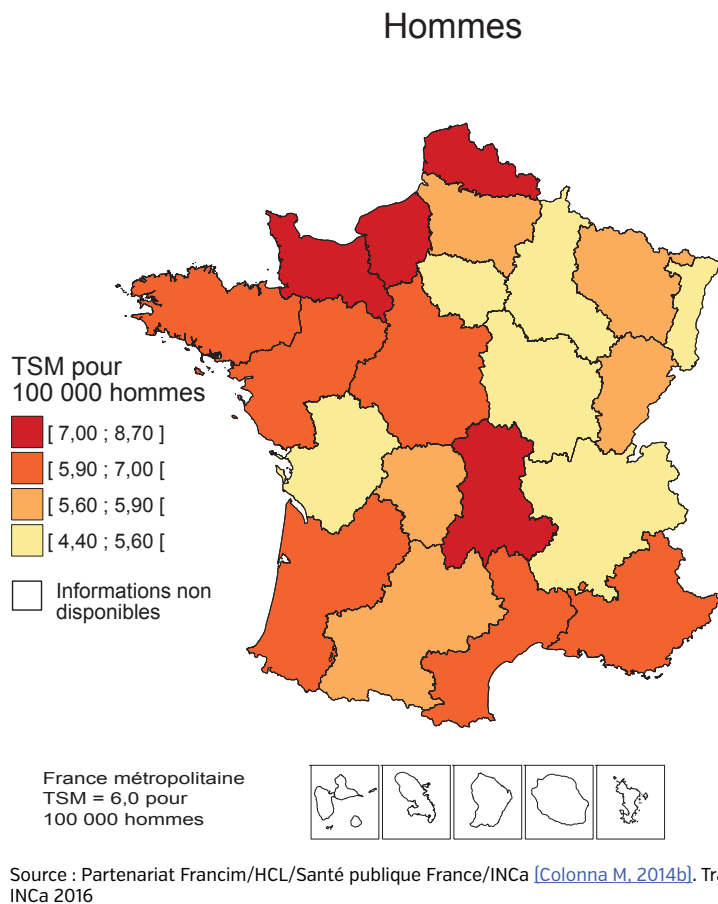
**111** décès  
TSM = 0,1 pour 100 000 PA (F)

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## C - ANALYSE DE L'INCIDENCE À L'ÉCHELLE RÉGIONALE ET DE LA MORTALITÉ À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE

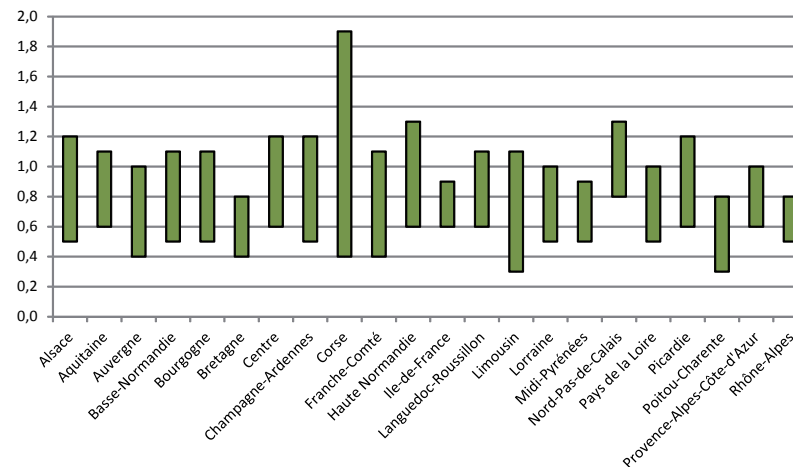
Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2014b\]](#) - Méthode : Annexe B1

**[Figure 15]** Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du larynx à l'échelle régionale (2008-2010), chez l'homme



**Chez l'homme**, les taux régionaux d'incidence standardisés à la population mondiale estimés en 2008-2010 pour le cancer du larynx varient entre 4,4 [Alsace] et 8,7 pour 100 000 PA [H] [Nord-Pas-de-Calais, Figure 15].

**[Figure 16]** Intervalles de prédiction des taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du larynx à l'échelle régionale (2008-2010), chez la femme



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Colonna M, 2014b]. Traitement : INCa 2016

**Pour les femmes**, seuls des intervalles de prédiction de l'estimation du taux standardisé d'incidence sont disponibles, du fait d'effectifs trop faibles (Figure 16). On n'observe pas de variations majeures en fonction des régions.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

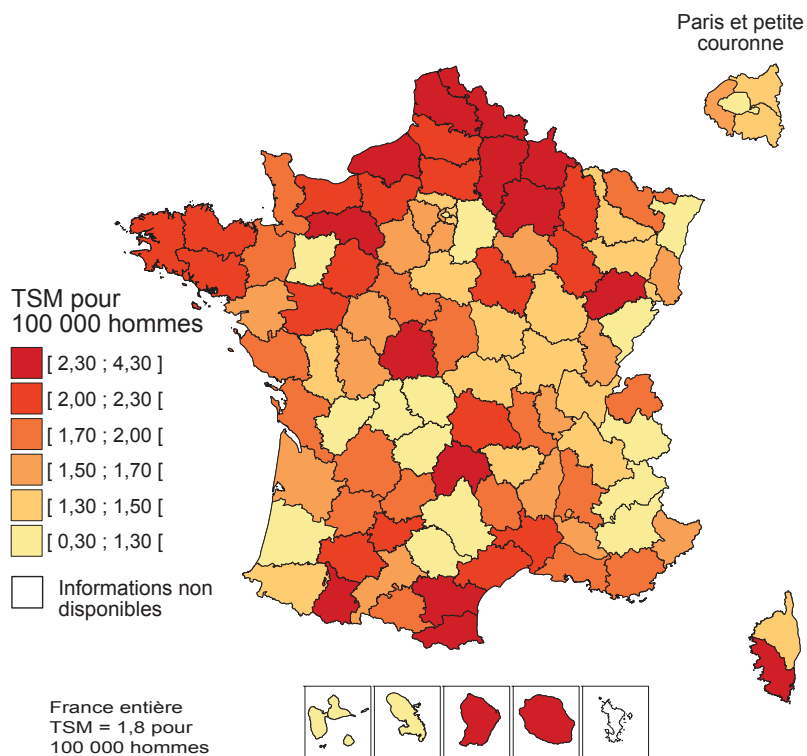
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## [Figure 17] Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer du larynx à l'échelle départementale (2011-2013) chez l'homme



Sources : CépiDc/Inserm, Insee. Traitement INCa, 2016

Sur la période 2011-2013, les taux départementaux de mortalité standardisés sur la population mondiale du cancer du larynx varient entre 0,3 [Hautes-Alpes] et 4,3 pour 100 000 PA [H] [Cantal] chez l'homme [Figure 17]. Chez la femme, le nombre de décès est très faible ; le taux de mortalité est nul dans plusieurs départements et est maximal dans le Territoire de Belfort [0,6 pour 100 000 PA [F]].

## D - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de [GLOBOCAN, 2012] - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexes A11 et A12

### CHIFFRES CLÉS

Cancer du larynx/incidence et mortalité en 2012/monde  
**156 877** nouveaux cas/TSM = 2,1 pour 100 000 PA  
 1,1% des cancers incidents  
**83 376** décès/TSM = 1,1 pour 100 000 PA  
 1,0% des décès par cancer

#### Chez l'homme

**138 102** nouveaux cas  
 TSM = 3,9 pour 100 000 PA [H]

**73 261** décès  
 TSM = 2,0 pour 100 000 PA [H]

#### Chez la femme

**18 775** nouveaux cas  
 TSM = 0,5 pour 100 000 PA [F]

**10 115** décès  
 TSM = 0,2 pour 100 000 PA [F]

Le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale varie de 0 et 0,1 [Micronésie et Afrique de l'Ouest respectivement] à 0,9 pour 100 000 PA [F] [Afrique du Sud, Amérique du Nord, Caraïbes, Asie de l'Ouest] chez la femme et de 0 et 1,4 [Micronésie et Afrique de l'Ouest respectivement] à 7,9 pour 100 000 PA [H] [Caraïbes et Europe de l'Est et Centrale] chez l'homme. En France, le taux d'incidence est estimé à 1,0 pour 100 000 PA [F] chez la femme [Europe : 0,6] et 5,6 pour 100 000 PA [H] chez l'homme [Europe : 6,2].

Le taux de mortalité standardisé sur la population mondiale en France est estimé à 1,7 pour 100 000 PA [H] chez l'homme [Europe : 3,0] et 0,2 pour 100 000 PA [F] chez la femme [Europe : 0,2].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.7.2 SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Cowplli-Bony A, 2016\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A10

**[Tableau 10]** Survie nette du cancer du larynx à 5, 10 et 15 ans en France métropolitaine, par âge et sexe

	Survie nette à 5 ans pour les personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010* [%]			Survie nette pour les personnes diagnostiquées entre 1989 et 2010** [%]		Survie nette pour les personnes de moins de 75 ans diagnostiquées entre 1989 et 1998** [%]		
	Tous	Homme	Femme	À 5 ans	À 10 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 15 ans
Tous (survie nette standardisée)	56	56	59	54	41			
15-54 ans	61	61	64	60	47	59	44	36
55-64 ans	59	59	62	56	41	54	39	28
65-74 ans	58	58	60	53	40	51	40	27
> 75 ans	48	48	54	48	39			

\*Tous registres. \*\*Registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2010.  
Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Cowplli-Bony A, 2016\]](#)

La **survie** nette à 5 ans des personnes atteintes d'un cancer du larynx diagnostiqué entre 2005 et 2010 diminue avec l'âge. Elle est plus élevée chez la femme dans toutes les classes d'âge (Tableau 10). La survie nette à 15 ans variait entre 27% et 36% en fonction de l'âge pour les personnes âgées de moins de 75 ans au moment

du diagnostic de leur cancer du larynx réalisé entre 1989 et 1998. La survie nette à 5 ans s'améliore au cours du temps, passant de 52% pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 59% pour les cas diagnostiqués en 2005-2010.

## 1.7.3 PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008 CHEZ LES 15 ANS ET PLUS

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2014a\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A9

**[Tableau 11]** Prévalence du cancer du larynx en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe, France métropolitaine

	Prévalence à 5 ans	Prévalence à 10 ans	Prévalence totale
Nombre de personnes en vie	12 226	20 307	43 224
Nombre d'hommes en vie	10 684	17 843	38 612
Taux pour 100 000 hommes	43,7	73,0	157,9
Nombre de femmes en vie	1 542	2 464	4 612
Taux pour 100 000 femmes	5,8	9,3	17,4

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Colonna M, 2014a\]](#)

En 2008, parmi les personnes qui ont eu un cancer diagnostiqué dans les 5 dernières années et toujours en vie (**prévalence partielle** à 5 ans), 10 684 [1,8%] hommes et 1 542 [0,3%] femmes ont un cancer du larynx [En 2008, parmi les personnes qui ont eu un cancer diagnostiqué dans les 5 dernières années et toujours en vie (prévalence

partielle à 5 ans), 10 684 [1,8%] hommes et 1 542 [0,3%] femmes ont un cancer du larynx (Tableau 11).].

En 2008, parmi les personnes qui ont eu un cancer au cours de leur vie et toujours en vie (**prévalence totale**), 2,5% des hommes et 0,3% des femmes ont eu un cancer du larynx.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.8 Cancer du côlon et du rectum

### DONNÉES ESSENTIELLES – CANCER DU CÔLON ET DU RECTUM



#### 1 - INCIDENCE ET MORTALITÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- 43 068 nouveaux cas estimés en 2015 [23 535 hommes et 19 533 femmes].
- Diminution du taux d'incidence : -0,3% par an en moyenne entre 2005 et 2012 chez l'homme et la femme.
- 17 833 décès estimés en 2015 [9 337 hommes et 8 496 femmes].
- Diminution du taux de mortalité : -1,5% par an en moyenne entre 2005 et 2012 chez l'homme, -1,1% chez la femme.

#### 2 - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans [sur la période 2005-2010] : 63% [62% chez l'homme et 64% chez la femme].
- Survie nette standardisée sur l'âge à 10 ans [sur la période 1989-2010] : 52% [50% chez l'homme et 54% chez la femme].

#### 3 - PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Prévalence partielle à 5 ans : 120 864 personnes dont 53,2% d'hommes.
- Prévalence totale : 318 683 personnes dont 51,3% d'hommes.

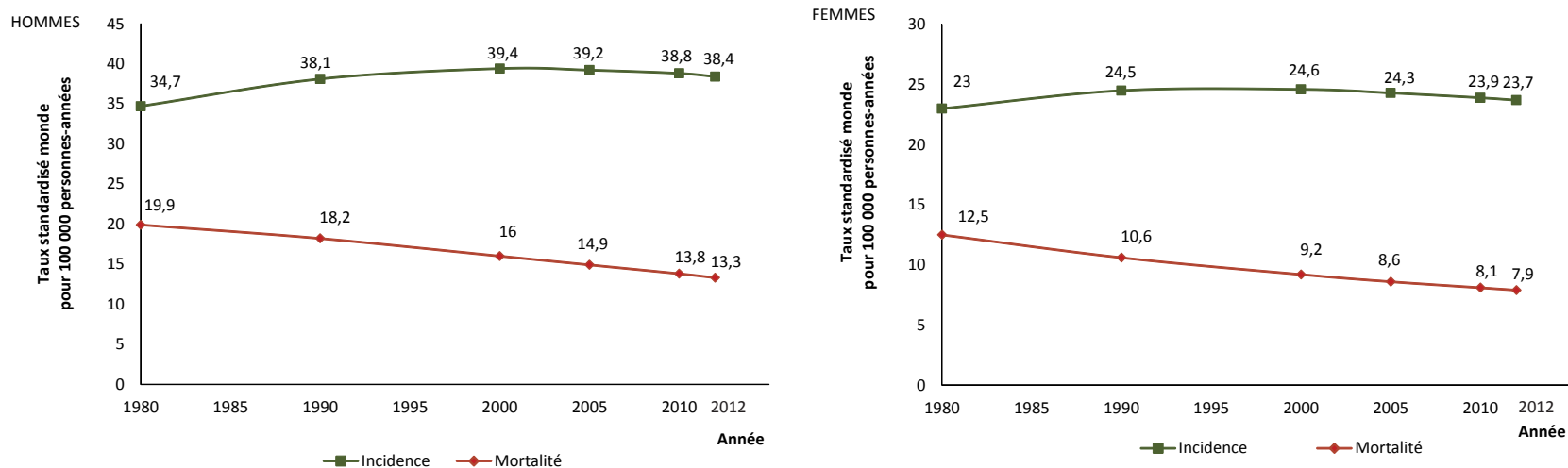
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.8.1 INCIDENCE ET MORTALITÉ

## A - TENDANCES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ ENTRE 1980 ET 2012 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-lnVS-INCa \[Binder-Foucard F. 2013\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A3 et A8

**[Figure 18]** Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer colorectal selon le sexe de 1980 à 2012 en France métropolitaine



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Binder-Foucard F. 2013]. Traitement : INCa 2016

Chez l'homme et la femme, l'**incidence** du cancer colorectal a augmenté entre 1980 et 2000, s'est stabilisée ensuite, avant de diminuer légèrement à partir de 2005 [Figure 18]. La **mortalité** diminue régulièrement depuis 1980. L'accès au dépistage et à la résection de lésions précancéreuses explique en partie cette diminution.

**Chez l'homme**, le taux d'incidence standardisé est passé de 39,2 à 38,4 cas pour 100 000 entre 2005 et 2012 (soit une diminution de 1,5% par an en moyenne), et le taux de mortalité de 14,9 à 13,3 pour 100 000 personnes-années (hommes) [PA (H)].

**Chez la femme**, le taux d'incidence standardisé est passé de 24,3 à 23,7 cas pour 100 000 **personnes-années** [femmes] [PA (F)] entre 2005 et 2012, et le taux de mortalité 8,6 à 7,9 pour 100 000 PA [F]. En 2012, l'âge médian au diagnostic est de 71 ans chez l'homme et 75 ans chez la femme. L'âge médian au décès est de 77 ans chez l'homme et 81 ans chez la femme.

## CHIFFRES CLÉS

Cancer colorectal/évolution des **TSM**/France métropolitaine

**Chez l'homme sur la période 2005-2012**

Incidence : **-0,3%**  
par an en moyenne

Mortalité : **-1,5%**  
par an en moyenne

**Chez la femme sur la période 2005-2012**

Incidence : **-0,3%**  
par an en moyenne

Mortalité : **-1,1%**  
par an en moyenne



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - PROJECTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ EN 2015 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \(Leone N, 2015\)](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A1, A2, A4 à A7

Les projections d'incidence et de mortalité du cancer colorectal en 2015 sont basées sur l'hypothèse de la poursuite, entre 2011 et 2015, des évolutions temporelles récentes de l'incidence et de la mortalité de ce cancer chez l'homme et la femme, présentées dans la partie précédente.

**Chez l'homme**, le cancer colorectal est le troisième cancer incident après le cancer de la prostate et le cancer du poumon. Il représente 11,2% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers masculins ; 71,3% des hommes ont plus de 65 ans.

**Chez la femme**, le cancer colorectal est le deuxième cancer incident, après le cancer du sein. Il représente 11,3% de l'ensemble des nouveaux cas de cancers féminins ; 73,9% des femmes ont plus de 65 ans.

Le cancer colorectal constitue la deuxième cause de décès par cancer en France. Il représente près de 12% de l'ensemble des décès par cancers (respectivement 11,1% et 13,0% chez l'homme et la femme). La répartition de la mortalité en fonction de l'âge est similaire à celle de l'incidence. Environ 82% des décès par cancer colorectal surviennent chez l'homme de 65 ans et plus. Cette proportion est proche de 86% chez la femme.

### CHIFFRES CLÉS

Cancer colorectal/projections 2015/France métropolitaine

**43 068** nouveaux cas

**17 833** décès

#### Chez l'homme

**23 535** nouveaux cas

TSM = 37,0 pour 100 000 PA [H]

**9 337** décès

TSM = 12,6 pour 100 000 PA [H]

#### Chez la femme

**19 533** nouveaux cas

TSM = 23,6 pour 100 000 PA [F]

**8 496** décès

TSM = 7,6 pour 100 000 PA [F]

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

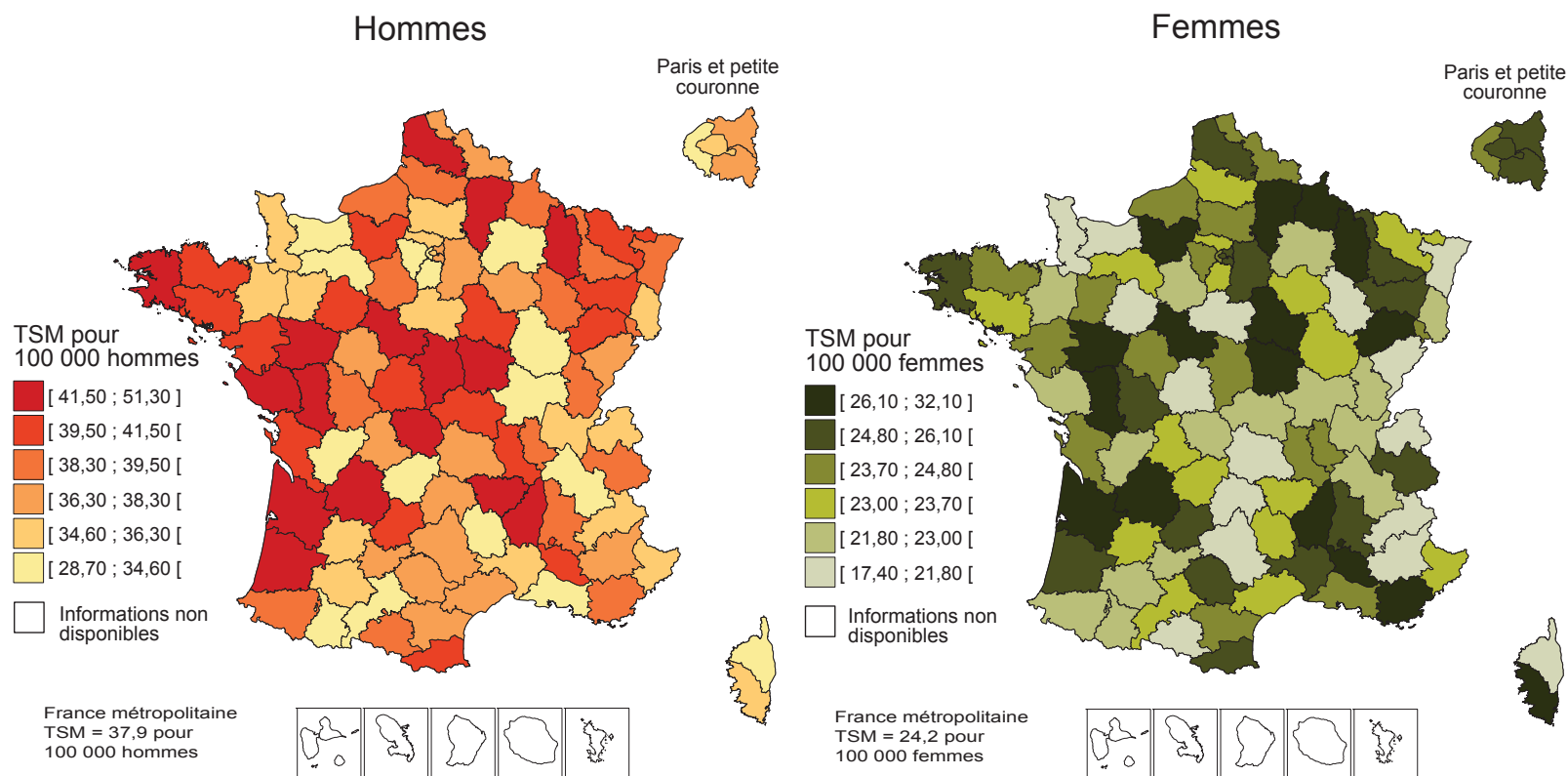
LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## C - ANALYSE DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1

**[Figure 19]** Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer colorectal à l'échelle départementale selon le sexe (2008-2010)



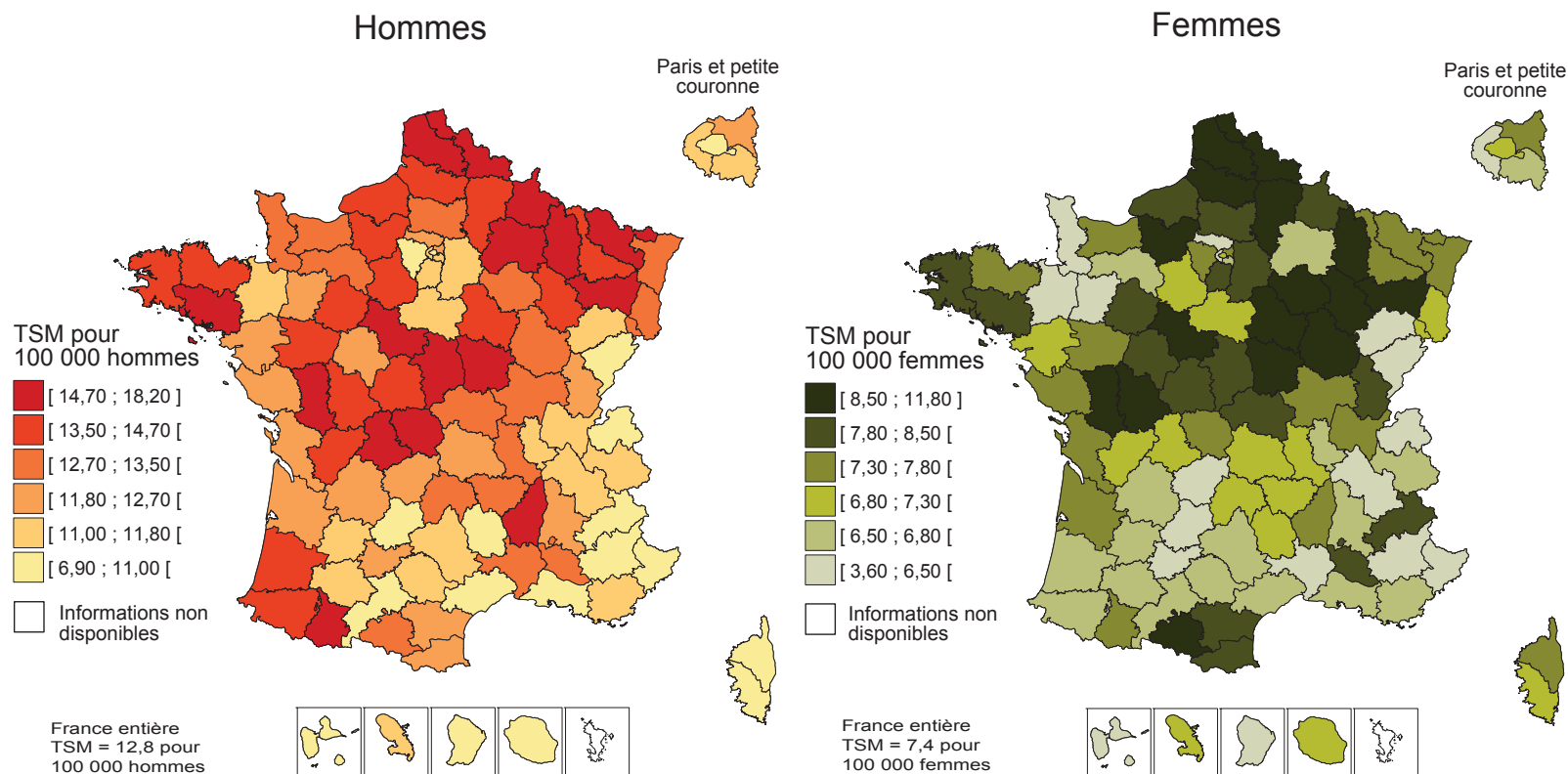
Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Colonna M, 2015\]](#). Traitement : INCa 2015

**Chez l'homme**, les taux départementaux d'incidence standardisés sur la population mondiale estimés en 2008-2010 varient entre 28,7 [Haute-Corse] et 51,3 pour 100 000 PA [H] [Meuse, Figure 19].

**Chez la femme**, les taux départementaux d'incidence standardisés sur la population mondiale estimés en 2008-2010 varient entre 17,4 [Hautes-Alpes] et 32,1 pour 100 000 PA [F] [Ardennes].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

**[Figure 20]** Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer colorectal à l'échelle départementale selon le sexe (2011-2013)



Sources : CépiDc/Inserm, Insee [CépiDc-Inserm, 2016]. Traitement INCa, 2016

**Chez l'homme**, les taux départementaux de mortalité standardisés sur la population mondiale du cancer colorectal sur la période 2011-2013 varient de 6,9 [Guyane] à 18,2 pour 100 000 PA [H] [Nièvre, ].

**Chez la femme**, les taux départementaux de mortalité standardisés sur la population mondiale du cancer colorectal sur la période 2011-2013 varient de 3,6 [Guyane] à 11,8 pour 100 000 PA [F] [Meuse].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## D - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de [\[GLOBOCAN, 2012\]](#) - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexes A11 et A12

Le cancer colorectal est le troisième cancer incident chez l'homme dans le monde, et le deuxième chez la femme. Chez l'homme, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale varie de 4,5 en Afrique de l'Ouest à 44,8 pour 100 000 PA [H] en Australie/Nouvelle-Zélande. Chez la femme, il varie de 3,8 en Afrique de l'Ouest à 32,2 pour 100 000 PA [F] en Australie/Nouvelle-Zélande. Quel que soit le pays d'Europe, les taux d'incidence du cancer colorectal sont légèrement plus élevés chez l'homme que chez la femme. En France, ils sont comparables à la moyenne des pays européens pour les deux sexes.

Le taux de mortalité standardisé sur la population mondiale varie de 3,5 en Afrique de l'Ouest à 20,3 pour 100 000 PA [H] en Europe de l'Est et Centrale chez l'homme, et de 3,0 en Afrique de l'Ouest à 11,7 pour 100 000 PA [F] en Europe de l'Est et Centrale chez la femme. Le taux de mortalité français se situe légèrement en dessous de la moyenne des pays d'Europe en particulier chez l'homme.

### CHIFFRES CLÉS

Cancer colorectal/incidence et mortalité en 2012/monde  
**1,4 million** de nouveaux cas/**TSM** = 17,2 pour 100 000 PA  
**9,7%** des cancers incidents  
**693 933** décès/**TSM** = 8,3 pour 100 000 PA  
**8,5%** des décès par cancer

#### Chez l'homme

**746 298**

nouveaux cas

**TSM** = 20,6 pour 100 000 PA [H]

**373 639**

décès

**TSM** = 10,0 pour 100 000 PA [H]

#### Chez la femme

**614 304**

nouveaux cas

**TSM** = 14,3 pour 100 000 PA [F]

**320 294**

décès

**TSM** = 6,9 pour 100 000 PA [F]

## E - INCIDENCE PAR STADE AU DIAGNOSTIC EN 2009-2012

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-SpFrance-INCa \[Bouvier AM, A paraître\]](#)

**[Tableau 12]** Estimation de la distribution des stades de cancer colorectal au diagnostic en 2009-2012 en France métropolitaine

	Local limité	Local avancé	Régional	Avancé
Homme	22 %	23 %	20 %	34 %
Femme	20 %	24 %	23 %	33 %

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Bouvier AM, A paraître\]](#)

Sur la période 2009-2012, parmi les 81242 cas de cancer colorectal estimés au niveau national chez l'homme, 22% avaient un cancer

à un stade local limité [respectivement 20% chez la femme, parmi 74 602 cas estimés] [Tableau 12].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.8.2 SURVIE

### A - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-lnVs-INCa \[Cowppli-Bony A, 2016\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A10

**[Tableau 13]** Survie nette du cancer colorectal à 5, 10 et 15 ans en France métropolitaine, par âge et sexe

	Survie nette à 5 ans pour les personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010* [%]			Survie nette pour les personnes diagnostiquées entre 1989 et 2010** [%]		Survie nette pour les personnes de moins de 75 ans diagnostiquées entre 1989 et 1998** [%]		
	Tous	Homme	Femme	À 5 ans	À 10 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 15 ans
Tous (survie nette standardisée)	63	62	64	59	52			
15-44 ans	71	71	72	67	61	62	57	54
45-54 ans	70	69	72	66	58	61	53	52
55-64 ans	68	68	69	64	56	59	52	50
65-74 ans	66	66	66	60	52	56	49	46
> 75 ans	50	50	51	49	43			

\*Tous registres. \*\*Registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2010.

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Cowppli-Bony A, 2016\]](#)

La **survie** nette à 5 ans des personnes atteintes d'un cancer colorectal diagnostiqué entre 2005 et 2010 est proche entre hommes et femmes, quelle que soit la classe d'âge (Tableau 13). La survie nette à 15 ans variait entre 54% et 46% en fonction de l'âge pour les personnes âgées de moins de 75 ans au moment du

diagnostic de leur cancer colorectal réalisé entre 1989 et 1998. La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge s'améliore au cours du temps, passant de 54% pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 63% pour les cas diagnostiqués en 2005-2010.

### B - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de la publication [\[Allemani C, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexe A13

D'après l'étude CONCORD-2, les survies nettes à 5 ans standardisées sur l'âge du cancer du côlon et du cancer du rectum pour les personnes diagnostiquées entre 2005 et 2009 varient entre 50 et 60% dans la plupart des pays. Les survies nettes estimées en France dans cette étude (59,8% pour le côlon et 56,8% pour le rectum)

sont inférieures à celles du Canada (62,8% dans les deux cas) et des États-Unis (64,7% et 64,0% respectivement). La survie nette pour ces deux types de cancer a augmenté entre les périodes 1995-1999 et 2005-2009 dans la plupart des pays.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 1.8.3 PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008 CHEZ LES 15 ANS ET PLUS

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2014a\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A9

**[Tableau 14]** Prévalence du cancer colorectal en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe, France métropolitaine

	Prévalence à 5 ans	Prévalence à 10 ans	Prévalence totale
Nombre de personnes en vie	120 864	190 290	318 683
Nombre d'hommes en vie	64 297	100 240	163 548
Taux pour 100 000 hommes	262,9	409,9	668,7
Nombre de femmes en vie	56 567	90 050	155 135
Taux pour 100 000 femmes	214,0	340,6	586,8

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Colonna M, 2014a\]](#)

En 2008, parmi les personnes qui ont eu un cancer diagnostiqué dans les 5 dernières années et toujours en vie ([prévalence partielle](#) à 5 ans), près de 11% [64 297 hommes et 56 567 femmes] ont un cancer colorectal [Tableau 14].

En 2008, parmi les personnes qui ont eu un cancer au cours de leur vie et toujours en vie (prévalence totale), 10,4% des hommes et 11,0% des femmes ont eu un cancer colorectal. Le taux de [prévalence totale](#) est maximal chez les 85 ans et plus dans les deux sexes.



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.9 Cancer de la prostate

### DONNÉES ESSENTIELLES – CANCER DE LA PROSTATE



#### 1 - INCIDENCE ET MORTALITÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- 53 913 nouveaux cas en 2011.
- Diminution du taux d'incidence entre 2005 et 2009 [-6 % par an en moyenne].
- 8 893 décès en 2011, 8 713 décès estimés en 2015.
- Diminution du taux de mortalité entre 2005 et 2009 [-4,0 % par an en moyenne].

#### 2 - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans [sur la période 2005-2010] : 93%.
- Survie nette standardisée sur l'âge à 10 ans [sur la période 1989-2010] : 80%.

#### 3 - PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008

- Prévalence partielle à 5 ans : 265 359 hommes.
- Prévalence totale : 508 699 hommes.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

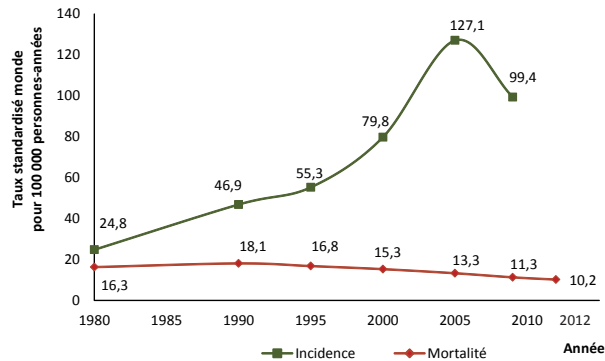
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.9.1 INCIDENCE ET MORTALITÉ

### A - TENDANCES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ ENTRE 1980 ET 2012 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-lnVS-INCa \[Binder-Foucard F. 2013\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A3 et A8

**[Figure 21] Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer de la prostate de 1980 à 2012 en France métropolitaine**



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Binder-Foucard F. 2013].  
Traitement : INCa 2016

Le taux d'**incidence** du cancer de la prostate standardisé sur la population mondiale a fortement augmenté entre 1980 et 2005, passant de 24,8 à 127,1 cas pour 100 000 **personnes-années** (hommes) [PA (H)], avant de baisser nettement ensuite pour atteindre 99,4 pour 100 000 PA (H) en 2009, soit une diminution de 6% par an en moyenne entre 2005 et 2009 [Le taux d'incidence du cancer de la prostate standardisé sur la population mondiale a fortement augmenté entre 1980 et 2005, passant de 24,8 à 127,1 cas pour 100 000 personnes-années (hommes) [PA (H)], avant de baisser nettement ensuite pour atteindre 99,4 pour 100 000 PA (H) en 2009, soit une diminution de 6% par an en moyenne entre 2005 et 2009 [Figure 21]. La forte augmentation de l'incidence du cancer de la prostate entre 1980 et 2005 est

#### CHIFFRES CLÉS

Cancer de la prostate/  
évolution des **TSM**/  
France métropolitaine

#### Période 2005-2009

Incidence : **-6%**  
par an en moyenne

Mortalité : **-4%**  
par an en moyenne

essentiellement liée à l'introduction du dosage de PSA comme test de dépistage en 1985. La baisse brutale de l'incidence après 2005 est liée à deux phénomènes : l'un épidémiologique, provenant du fait qu'après plusieurs années de dépistage, une partie des cancers prévalents ont déjà été diagnostiqués ; l'autre social, résultant de la prise de conscience d'un risque de surdiagnostic et de surtraitement par les soignants et la population,

ce qui incite à la prudence vis-à-vis du dépistage.]. La forte augmentation de l'incidence du cancer de la prostate entre 1980 et 2005 est essentiellement liée à l'introduction du dosage de PSA comme test de dépistage en 1985. La baisse brutale de l'incidence après 2005 est liée à deux phénomènes : l'un épidémiologique, provenant du fait qu'après plusieurs années de dépistage, une partie des cancers prévalents ont déjà été diagnostiqués ; l'autre social, résultant de la prise de conscience d'un risque de surdiagnostic et de surtraitement par les soignants et la population, ce qui incite à la prudence vis-à-vis du dépistage.

La **mortalité** diminue régulièrement depuis 1990 : le taux standardisé sur la population mondiale est passé de 18,1 à 10,2 pour 100 000 PA (H) entre 1990 et 2012. Ceci s'explique en partie par l'amélioration des traitements notamment pour les cancers évolués [hormonothérapie] et par l'accès au dépistage permettant de diagnostiquer des cancers au stade précoce.

L'âge médian au décès en 2012 est de 83 ans.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## B - ESTIMATION DE L'INCIDENCE EN 2011 ET PROJECTIONS DE LA MORTALITÉ ET 2015 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Leone N, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A1, A2, A4 à A7

Compte tenu de la grande incertitude sur l'évolution entre 2011 et 2015 de l'incidence du cancer de la prostate, il n'a pas été possible de produire les projections 2015 pour ce cancer ; seules des estimations pour l'année 2011 sont proposées. Pour la mortalité, la projection pour l'année 2015 est basée sur l'hypothèse de la poursuite entre 2011 et 2015, de l'évolution temporelle récente de la mortalité de ce cancer, présentée dans la partie précédente.

En 2011, le cancer de la prostate est le plus fréquent chez l'homme avec 53 913 nouveaux cas. Il représente près de 26 % de l'ensemble des cancers incidents masculins. Environ 66 % des cancers de la prostate surviennent chez les hommes de 65 ans et plus en 2011. Avec 8 893 décès en 2011 et 8 713 décès estimés en 2015 (10,4% des décès par cancers masculins), le cancer de la prostate se situe au troisième rang des décès par cancer chez l'homme. Près de 79 % des décès concernent des hommes de 75 ans et plus en 2015.

### CHIFFRES CLÉS

Cancer de la prostate/estimations 2011 et 2015/  
France métropolitaine

En 2011

**53 913** nouveaux cas

TSM = 97,7 pour 100 000 PA (H)

En 2015

**8 713 décès**

TSM = 9,2 pour 100 000 PA (H)

**8 893** décès

TSM = 10,5 pour 100 000 PA (H)

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

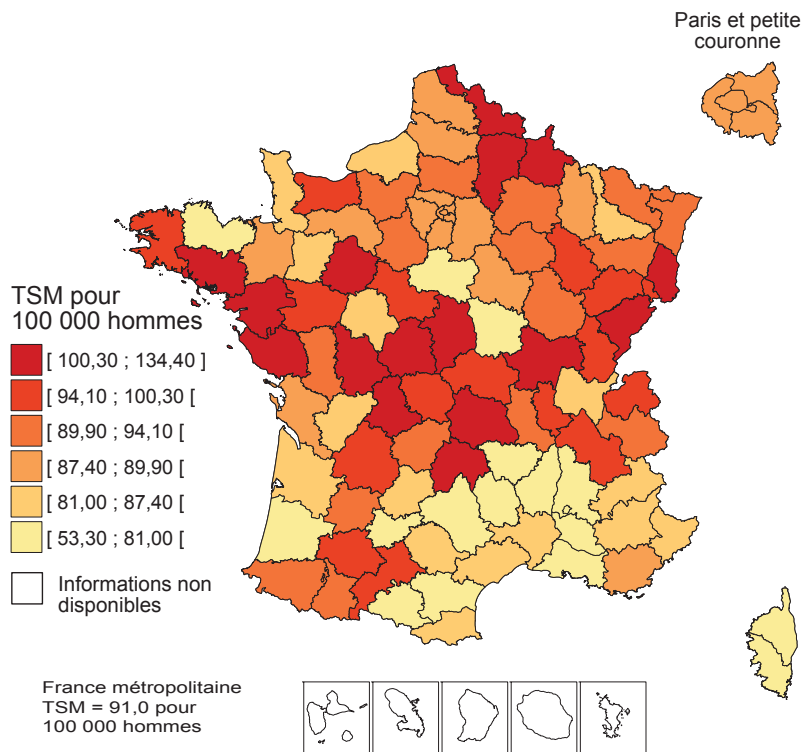
LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## C - ANALYSE DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE

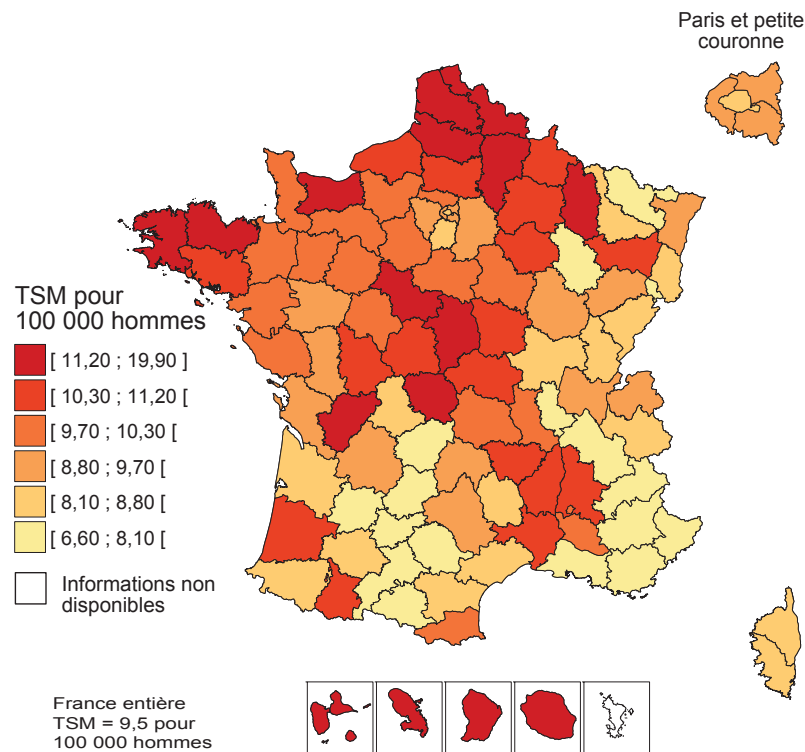
Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1

**[Figure 22]** Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer de la prostate à l'échelle départementale (2008-2010)



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Colonna M, 2015].  
Traitement : INCa 2015

**[Figure 23]** Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer de la prostate à l'échelle départementale (2011-2013)



Sources : CépiDc/Inserm, Insee [CépiDc-Inserm, 2016]. Traitement INCa, 2016

Les taux départementaux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer de la prostate estimés en 2008-2010 varient entre 53,3 [Corse] et 134,4 pour 100 000 PA [H] [Doubs, Figure 22].

Sur la période 2011-2013, les taux départementaux de mortalité standardisés sur la population mondiale du cancer de la prostate varient entre 6,6 pour 100 000 PA [H] [Ariège] à 12,0 en France métropolitaine [Loir-et-Cher] et 19,9 en Guadeloupe [Figure 23].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

## D - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de [\[GLOBOCAN, 2012\]](#) - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexes A11 et A12

Avec environ 1,1 million de nouveaux cas estimés en 2012 dans le monde, le cancer de la prostate est le deuxième cancer le plus fréquent chez l'homme. Environ 70% des cancers de la prostate surviennent dans les régions du monde les plus développées. Les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale varient de 4,5 [Asie du Sud et Centrale] à 111,6 pour 100 000 PA [H] [Australie/Nouvelle-Zélande]. La France se situe parmi les pays européens à fort taux d'incidence [supérieur à 95 pour 100 000 PA [H]] ; son taux [98,0] est supérieur à la moyenne européenne [61,3] et à celle de l'Union européenne [70,4].

### 1.9.2 SURVIE

## A - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Cowplli-Bony A, 2016\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A10

**[Tableau 15]** Survie nette du cancer de la prostate à 5, 10 et 15 ans en France métropolitaine, par âge

	Survie nette pour les hommes diagnostiqués entre 2005 et 2010* [%]	Survie nette pour les hommes diagnostiqués entre 1989 et 2010** [%]		Survie nette pour les hommes de moins de 75 ans diagnostiqués entre 1989 et 1998** [%]		
	À 5 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 15 ans
Tous (survie nette standardisée)	93	88	80			
15-54 ans	96	91	86	72	62	58
55-64 ans	98	93	89	81	73	68
65-74 ans	97	92	85	82	71	62
85-84 ans	89	82	68			
85 ans et plus	65	62	49			

\*Tous registres. \*\*Registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2010.

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Cowplli-Bony A, 2016\]](#)

La **survie** nette à 5 ans, standardisée sur l'âge, des hommes atteints d'un cancer de la prostate diagnostiqué entre 2005 et 2010 était de 93%. Elle variait de 65% chez les 85 ans et plus à 98% chez les 55-64 ans (Tableau 15). La survie nette à 15 ans variait entre 58% et 68% en fonction de l'âge pour les hommes âgés de moins de 75 ans

### CHIFFRES CLÉS

Cancer de la prostate/incidence et mortalité en 2012/monde

**1,1 million** nouveaux cas  
TSM = 30,6 pour 100 000 PA [H]

**307 481** décès  
TSM = 7,8 pour 100 000 PA [H]

**14,8%** des cancers masculins incidents

**6,6%** des décès par cancer chez l'homme

Le taux de mortalité standardisé sur la population mondiale varie de 3 à 30 pour 100 000 PA [H] environ. Il est plus élevé chez les populations noires (Caraïbes, Afrique subsaharienne) et est très faible en Asie.

au moment du diagnostic de leur cancer de la prostate, réalisé entre 1989 et 1998. La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge s'améliore au cours du temps, passant de 72% pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 94% pour les cas diagnostiqués en 2005-2010.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de la publication [Allemani C, 2015] - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexe A13

D'après l'étude CONCORD-2, les survies nettes à 5 ans standardisées sur l'âge du cancer de la prostate pour les hommes diagnostiqués entre 2005 et 2009 varient de 39,6% en Mongolie à 97,7% à Porto Rico [97,2% aux États-Unis, où la survie à 5 ans est supérieure à 90% depuis 1995-1999]. La France fait partie des pays où la survie nette est supérieure à 90%, comme l'Autriche, la Belgique, le Brésil,

le Canada, Chypre, l'Équateur, la Finlande, l'Allemagne, Israël, l'Italie, la Lituanie, Porto Rico et les États-Unis. La survie nette a augmenté entre les périodes 1995-1999 et 2005-2009 dans la plupart des pays [augmentation entre 10 et 20% en Amérique du Sud et Centrale, en Asie et en Europe].

### 1.9.3 PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008 CHEZ LES 15 ANS ET PLUS

Extraits de la publication FRANCIM-HCL-InVS-INCa [Colonna M, 2014a] - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A9

[Tableau 16] Prévalence du cancer de la prostate en 2008 chez les 15 ans et plus, en France métropolitaine

	Prévalence à 5 ans	Prévalence à 10 ans	Prévalence totale
Nombre d'hommes en vie	265 359	402 476	508 699
Taux pour 100 000 hommes	1085,0	1645,7	2080,0

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Colonna M, 2014a]

En 2008, parmi les hommes qui ont eu un cancer diagnostiqué dans les 5 dernières années et toujours en vie [prévalence partielle à 5 ans], 265 359 [45,5%] ont eu un cancer de la prostate [Tableau 16].

En 2008, parmi les hommes qui ont eu un cancer au cours de leur vie et toujours en vie [prévalence totale], 32,4% ont eu un cancer de la prostate. La prévalence totale est maximale chez les 75-84 ans [185 032 cas, soit 36,4% des cas prévalents].



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.10 Cancer du sein

### DONNÉES ESSENTIELLES – CANCER DU SEIN



#### 1 - INCIDENCE ET MORTALITÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- 54 062 nouveaux cas estimés en 2015.
- Diminution du taux d'incidence de -1,5% par an en moyenne entre 2005 et 2012.
- 11 913 décès estimés en 2015 [18,2% des décès par cancer chez la femme].
- Diminution du taux de mortalité de -1,5% par an en moyenne entre 2005 et 2012.

#### 2 - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans [sur la période 2005-2010] : 87%.
- Survie nette standardisée sur l'âge à 10 ans [sur la période 1989-2010] : 76%.

#### 3 - PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008

- Prévalence partielle à 5 ans : 219 756 femmes
- Prévalence totale : 645 418 femmes

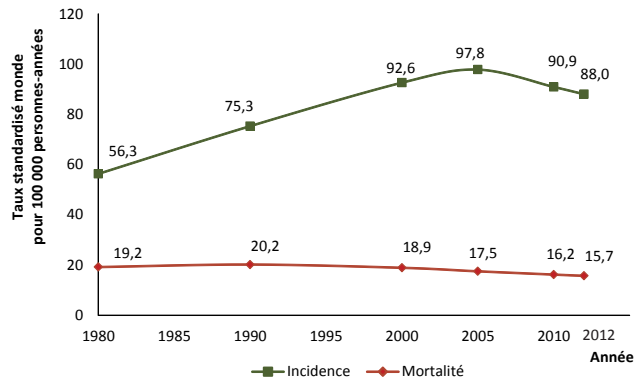
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.10.1 INCIDENCE ET MORTALITÉ

### A - TENDANCES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ ENTRE 1980 ET 2012 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Binder-Foucard F, 2013\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A3 et A8

**[Figure 24] Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein de 1980 à 2012 en France métropolitaine**



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Binder-Foucard F, 2013\]](#).  
Traitement : INCa 2016

L'**incidence** de ce cancer, qui a beaucoup augmenté entre 1980 et 2000, est en diminution depuis 2005 (Figure 24). En effet, le taux d'incidence standardisé a augmenté de +1,4 % par an en moyenne entre 1980 et

**CHIFFRES CLÉS**  
Cancer du sein/évolution des  
[TSM](#)/France métropolitaine

**2005-2012**

Incidence : **-1,5%**  
par an en moyenne

Mortalité : **-1,5%**  
par an en moyenne

cette baisse, la saturation du dépistage et la diminution rapide de la prescription des traitements hormonaux de la ménopause ont été avancées. La **mortalité** est restée relativement stable jusqu'aux alentours de 1995, puis a diminué significativement jusqu'en 2012. Sur la période 1980-2012, le taux de mortalité standardisé a faiblement diminué (-0,6 % par an) ; on observe une diminution de -1,5 % par an si on se focalise sur la période 2005-2012.

En 2012, l'âge médian au diagnostic est de 63 ans et l'âge médian au décès est de 73 ans.

### B - PROJECTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ EN 2015 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Leone N, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A1, A2, A4 à A7

Les projections d'incidence du cancer du sein en 2015 sont basées sur l'hypothèse d'une incidence stable entre 2011 et 2015. Pour la mortalité, l'hypothèse de la poursuite, entre 2011 et 2015, de l'évolution temporelle récente de la mortalité de ce cancer, présentée dans la partie précédente, a été retenue.

Le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme, devant le cancer du côlon-rectum et le cancer du poumon. Il représente 31,2 % de l'ensemble des cancers incidents féminins et 14,1 % de l'ensemble des cancers incidents tous sexes confondus. Près de 47 % de ces cancers sont diagnostiqués chez la femme de 65 ans et plus, et 57,9 % chez les 50-74 ans.

Le cancer du sein est celui qui cause le plus grand nombre de décès chez la femme, devant le cancer du poumon et le cancer du côlon-rectum. Il représente 18,2 % des décès féminins par cancer et près de 8 % de l'ensemble des décès par cancer tous sexes confondus. Près de 71 % des décès par cancer du sein surviennent chez la femme de 65 ans et plus, et 42,5 % chez les 50-74 ans.

#### CHIFFRES CLÉS

Cancer du sein/projections  
2015/France métropolitaine

**54 062** nouveaux cas  
[TSM](#) = 94,7 pour 100 000 PA (F)

**11 913** décès  
[TSM](#) = 14,6 pour 100 000 PA (F)

2012, mais on observe une diminution de -1,5 % par an si on se focalise sur la période située entre 2005 et 2012 [56,3 cas pour 100 000 **personnes-années** [femmes] [PA (F)] en 1980, 97,8 en 2005 et 88,0 en 2012]. Cette diminution décrite dans plusieurs pays occidentaux, concernait principalement les femmes de 50-69 ans [\[Molinié F, 2014\]](#). Parmi les facteurs qui pourraient expliquer

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

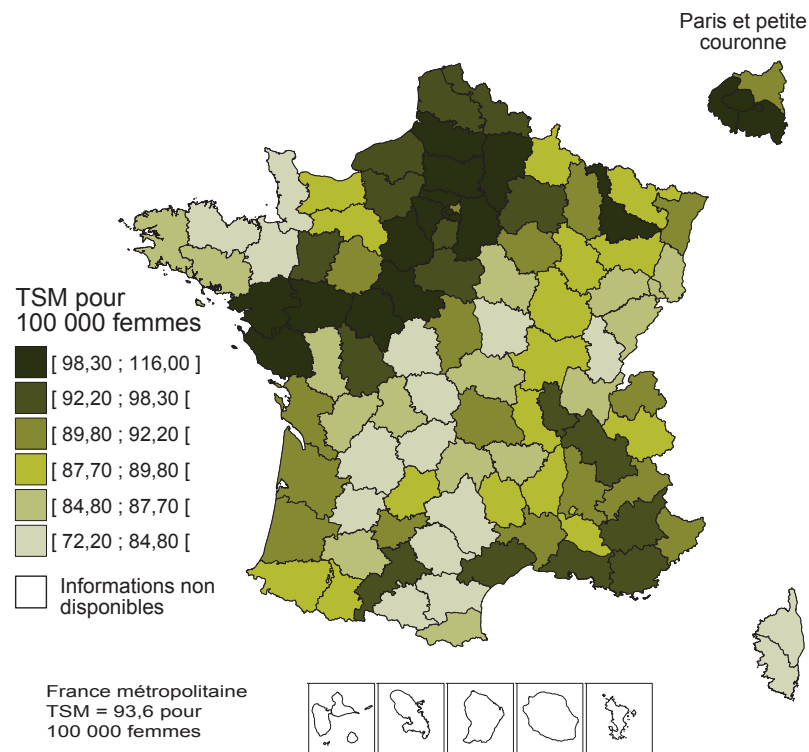
LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## C - ANALYSE DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1

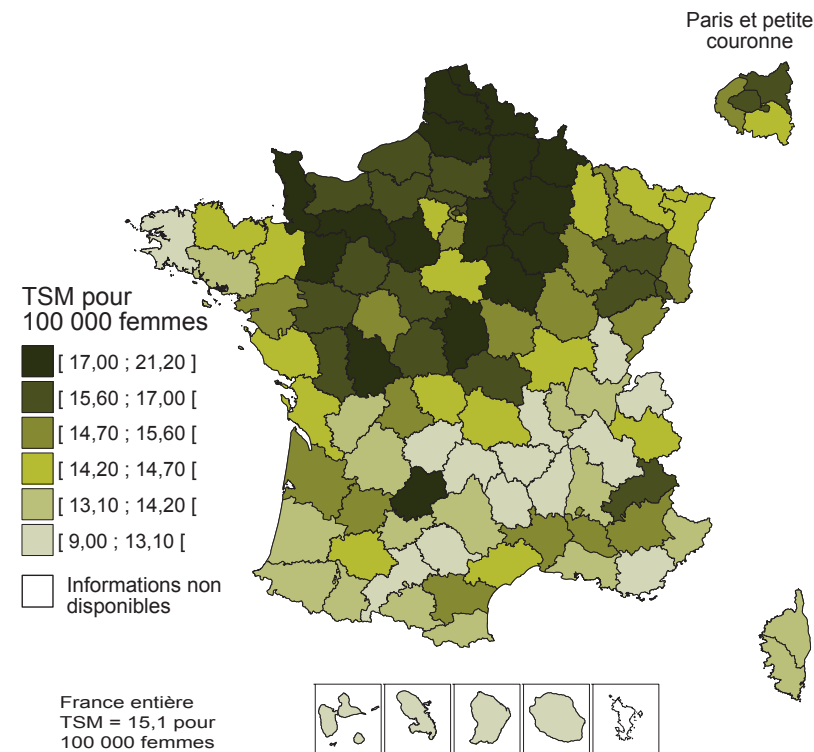
**[Figure 25]** Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du sein à l'échelle départementale (2008-2010)



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Colonna M, 2015\]](#).  
Traitement : INCa 2015

Les taux départementaux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du sein estimés en 2008-2010 varient entre 72,2 (Jura) et 116,0 pour 100 000 PA (F) (Paris, Figure 25).

**[Figure 26]** Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer du sein à l'échelle départementale (2011-2013)



Sources : CépiDc/Inserm, Insee [\[CépiDc-Inserm, 2016\]](#). Traitement INCa, 2016

Sur la période 2011-2013, les taux départementaux de mortalité standardisés sur la population mondiale du cancer du sein varient entre 9,0 (Réunion) et 21,2 pour 100 000 PA (F) (Pas-de-Calais, Figure 26).

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## D - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de [\[GLOBOCAN, 2012\]](#) - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexes A11 et A12

Avec environ 1,67 million de nouveaux cas estimés en 2012 dans le monde, le cancer du sein est le deuxième cancer le plus fréquent tous sexes confondus, et le premier chez la femme. Il s'agit du cancer féminin le plus fréquent dans l'ensemble des régions du monde. Le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale varie de 26,8 pour 100 000 PA (F) en Afrique Centrale à 91,6 en Amérique du Nord. La France se situe parmi les pays européens à fort taux d'incidence ; son taux [89,7] est supérieur à la moyenne européenne [69,9] et à celle de l'Union européenne [80,3].

## E - INCIDENCE PAR STADE AU DIAGNOSTIC EN 2009-2012

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-Santé publique France-INCa \[Bouvier AM, À paraître\]](#)

Sur la période 2009-2012, 195 728 cas de cancers du sein ont été estimés au niveau national, dont 59 % à un stade local, 29 % à un stade régional et 13 % à un stade avancé. Près d'un quart [22 %] des femmes avaient moins de 50 ans au moment du diagnostic. Ces femmes jeunes sont celles qui présentent le plus fréquemment un cancer à un stade régional [35 %]. Elles sont également moins souvent diagnostiquées à un stade avancé [5 %] que les femmes plus âgées.

## CHIFFRES CLÉS

Cancer du sein/incidence et mortalité en 2012/monde

<b>1,67 million</b> de nouveaux cas TSM = 43,1 pour 100 000 PA (F)	<b>521 907</b> décès TSM = 12,9 pour 100 000 PA (F)
<b>25,1%</b> des cancers féminins incidents	<b>14,7%</b> des décès par cancer chez la femme

Le taux de mortalité standardisé sur la population mondiale varie de 6,1 pour 100 000 PA (F) en Asie de l'Est à 20,1 en Afrique de l'Ouest. En France, le taux est estimé à 16,4, ce qui est proche de la moyenne européenne [16,1] et de celle de l'Union européenne des 28 [15,5].

Ce sont les femmes de 50 à 74 ans, ciblées par le dépistage organisé, qui présentent le plus fort taux de cancers localisés [65 % contre 42 % des femmes de plus de 75 ans et 59 % des moins de 50 ans]. La proportion de cancers diagnostiqués à un stade avancé est plus importante chez les plus âgées [34 % contre 6 % des femmes âgées de 50 à 74 ans].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.10.2 SURVIE

### A - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Cowppli-Bony A, 2016\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A10

**[Tableau 17]** Survie nette du cancer du sein à 5 et 10 ans en France métropolitaine, par âge

	Survie nette pour les femmes diagnostiquées entre 2005 et 2010* [%]	Survie nette pour les femmes diagnostiquées entre 1989 et 2010** [%]		Survie nette pour les femmes de moins de 75 ans diagnostiquées entre 1989 et 1998** [%]		
	À 5 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 15 ans
Tous (survie nette standardisée)	87	85	76			
15-44 ans	90	87	77	84	73	66
45-54 ans	93	91	84	88	81	76
55-64 ans	92	89	82	85	77	72
65-74 ans	92	87	79	82	73	65
75 et plus	76	75	63			

\*Tous registres. \*\*Registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2010.

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Cowppli-Bony A, 2016\]](#)

La **survie** nette à 5 ans des femmes atteintes d'un cancer du sein diagnostiquées en 2005-2010 est maximale [92-93%] chez la femme de 45 à 74 ans, légèrement inférieure [90%] chez celles de 15-44 ans et beaucoup plus faible [76%] chez les femmes de 75 ans et plus [Tableau 17]. La survie nette à 15 ans variait entre 65% et 76% en fonc-

tion de l'âge pour les femmes âgées de moins de 75 ans au moment du diagnostic de leur cancer du sein, réalisé entre 1989 et 1998. La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge s'améliore au cours du temps, passant de 80% pour les femmes diagnostiquées en 1989-1993 à 87% pour celles diagnostiquées en 2005-2010.

### B - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de la publication [\[Allemani C, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexe A13

D'après l'étude CONCORD-2, la survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge du cancer du sein pour les femmes diagnostiquées entre 2005 et 2009 varie de 53,4% en Afrique du Sud à plus de 80% dans 34 pays étudiés sur 59. La survie nette à 5 ans en France [86,9%] est la plus

élevée d'Europe. Elle est proche de celles estimées au Canada et aux États-Unis [85,8 et 88,6 respectivement]. Elle a augmenté entre les périodes 1995-1999 et 2005-2009 dans la plupart des pays.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.10.3 PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008 CHEZ LES 15 ANS ET PLUS

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2014a\]](#) - Résultats détaillés : Annexe A9

### [Tableau 18] Prévalence du cancer du sein en 2008 chez les 15 ans et plus, en France métropolitaine

	Prévalence à 5 ans	Prévalence à 10 ans	Prévalence totale
Nombre de femmes en vie	219 756	383 310	645 418
Taux pour 100 000 hommes	831,3	1450,0	2441,5

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Colonna M, 2014a\]](#)

En 2008, parmi les femmes qui ont eu un cancer diagnostiqué dans les 5 dernières années et toujours en vie (**prévalence partielle** à 5 ans), 219 756 (44,8%) ont eu un cancer du sein [Tableau 18]. Chez la femme de 45 à 64 ans, le cancer du sein représente près d'un cas prévalent sur deux à 5 ans.

En 2008, parmi les femmes qui ont eu un cancer au cours de leur vie et toujours en vie (**prévalence totale**), 45,7% ont eu un cancer du sein. La prévalence totale est maximale chez les 65-74 ans.



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 1.1 Cancer du col de l'utérus

### DONNÉES ESSENTIELLES – CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

#### 1 - INCIDENCE ET MORTALITÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- 2 797 nouveaux cas estimés en 2015.
- Diminution du taux d'incidence de -1,2% par an en moyenne entre 2005 et 2012.
- 1 092 décès estimés en 2015.
- Diminution du taux de mortalité de -2,0% par an en moyenne entre 2005 et 2012.

#### 2 - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans (sur la période 2005-2010) : 63%.
- Survie nette standardisée sur l'âge à 10 ans (sur la période 1989-2010) : 58%.

#### 3 - PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008

- Prévalence partielle à 5 ans : 12 374 femmes.
- Prévalence totale : 69 281 femmes.

#### [Encadré 9] Remarques concernant les données présentées sur le cancer du col de l'utérus

Les certificats de décès relatifs au cancer de l'utérus ne permettent pas toujours de distinguer avec certitude les lésions du col et du corps de l'utérus, 60% des certificats mentionnant la localisation « utérus » sans autre indication. Une répartition des décès attribuables au col et

au corps est alors nécessaire afin d'estimer la mortalité de chacune des sous-localisations. Les parts des décès dus au cancer du col de l'utérus, présentées dans ce chapitre, ont été estimées par une méthode spécifique, à partir de l'incidence et de la survie relative correspondante [\[Rogel A, 2011\]](#).

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

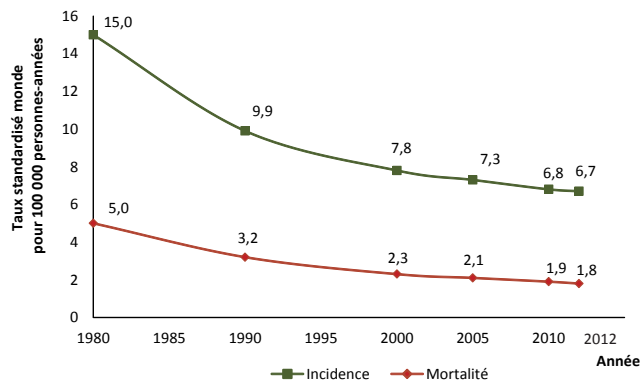
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.11.1 INCIDENCE ET MORTALITÉ

### A - TENDANCES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ ENTRE 1980 ET 2012 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Binder-Foucard F, 2013\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A3 et A8

**[Figure 27]** Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du col de l'utérus de 1980 à 2012 en France métropolitaine



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Binder-Foucard F, 2013\]](#).  
Traitement : INCa 2016

#### CHIFFRES CLÉS

Cancer du col de l'utérus/évolution des [TSM](#)/France métropolitaine

Période 2005 - 2012

Incidence : **-1,2%**  
par an en moyenne

Mortalité : **-2,0%**  
par an en moyenne

L'[incidence](#) et la [mortalité](#) par cancer du col de l'utérus ont diminué depuis 1980, avec toutefois un ralentissement de cette baisse depuis 2000 (Figure 27). Entre 2005 et 2012, les taux d'incidence et de mortalité standardisés ont diminué respectivement de 1,2 et 2,0 % par an en moyenne. Cette tendance est essentiellement expliquée par l'existence, depuis les années 1960, du dépistage par frottis cervico-utérin qui permet de diagnostiquer et de traiter des lésions pré-invasives ou des cancers à un stade précoce. En 2012, l'âge médian au diagnostic est de 51 ans et l'âge médian au décès est de 64 ans.

### B - PROJECTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ EN 2015 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Leone N, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A1, A2, A4 à A7

Les projections d'incidence et de mortalité du cancer du col de l'utérus en 2015 sont basées sur l'hypothèse de la poursuite, entre 2011 et 2015, des évolutions temporelles récentes de l'incidence et de la mortalité de ce cancer, présentées dans la partie précédente. Le cancer col de l'utérus représente 1,6 % de l'ensemble des cancers incidents féminins. Près de 40 % de ces cancers sont diagnostiqués chez la femme de 15-49 ans (73,2 % chez les moins de 65 ans). Il représente 1,7 % des décès féminins par cancer. Près de la moitié des décès par cancer du col de l'utérus surviennent chez la femme de moins de 65 ans.

#### CHIFFRES CLÉS

Cancer du col de l'utérus/projections 2015/France métropolitaine

**2 797** nouveaux cas  
estimés

[TSM](#) = 5,9 pour 100 000 PA [F]

**1 092** décès estimés  
[TSM](#) = 1,7 pour 100 000 PA [F]

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

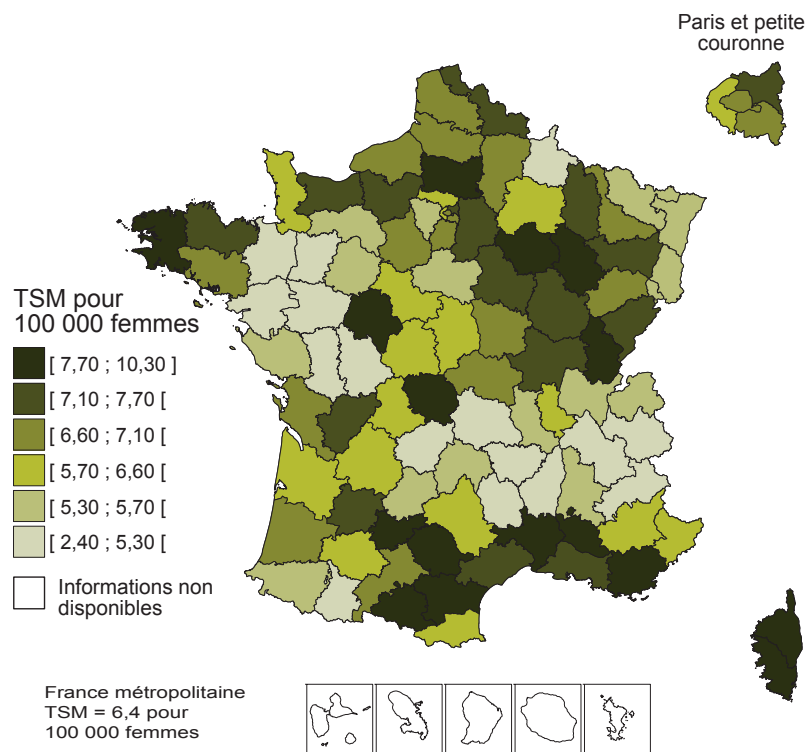
LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## C - ANALYSE DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE

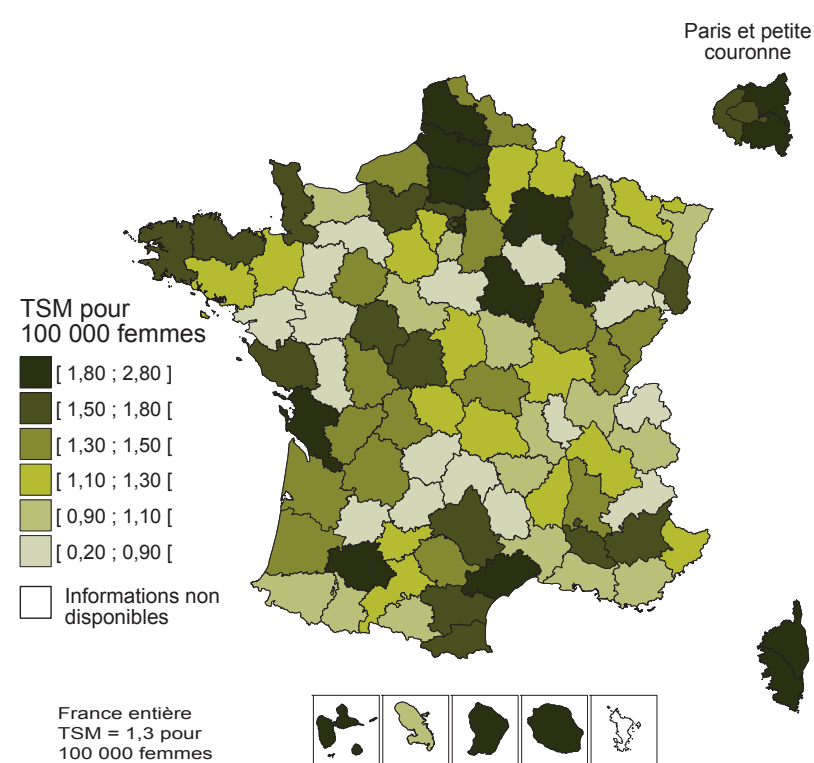
Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1

**[Figure 28]** Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du col de l'utérus à l'échelle départementale (2008-2010)



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Colonna M, 2015].  
Traitement : INCa 2015

**[Figure 29]** Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer du col de l'utérus à l'échelle départementale (2011-2013)



Sources : CépiDc/Inserm, Insee [CépiDc-Inserm, 2016]. Traitement : INCa, 2016

Les taux départementaux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du col de l'utérus estimés en 2008-2010 varient entre 2,4 [Lozère] et 10,3 pour 100 000 PA [F] [Corse-du-Sud, Figure 28].

Sur la période 2011-2013, les taux départementaux de mortalité standardisés sur la population mondiale du cancer du col de l'utérus varient entre 0,2 [Territoire de Belfort] à 2,8 pour 100 000 PA [F] en Guyane [Figure 29].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## D - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de [GLOBOCAN, 2012] - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexes A11 et A12

Avec 527 624 nouveaux cas estimés en 2012 dans le monde, dont 11,1% en Europe, le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer féminin. Le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale varie de 4,4 pour 100 000 PA (F) en Asie de l'Ouest à 42,7 en Afrique de l'Est. La France se situe parmi les pays européens à faible taux d'incidence ; son taux [6,8] est inférieur à la moyenne européenne [11,4] et à celle de l'Union européenne [9,6].

Le taux de mortalité standardisé sur la population mondiale varie de 1,5 pour 100 000 PA (F) en Australie/Nouvelle-Zélande à 27,6 en Afrique de l'Est. En France, le taux est estimé à 1,9, ce qui est inférieur à la moyenne européenne [3,8] et à celle de l'Union européenne [2,8].

### CHIFFRES CLÉS

Cancer du col de l'utérus/incidence et mortalité en 2012/monde

**527 624**

nouveaux cas

TSM = 14,0 pour 100 000 PA (F)

**7,9%**

des cancers féminins incidents

**265 672**

décès

TSM = 6,8 pour 100 000 PA (F)

**7,5%**

des décès par cancer  
chez la femme

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.11.2 SURVIE

### A - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Cowppli-Bony A, 2016\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A10

[Tableau 19] Survie nette du cancer du col de l'utérus à 5 et 10 ans en France métropolitaine, par âge

	Survie nette pour les femmes diagnostiquées entre 2005 et 2010* [%]	Survie nette pour les femmes diagnostiquées entre 1989 et 2010** [%]		Survie nette pour les femmes de moins de 75 ans diagnostiquées entre 1989 et 1998** [%]		
	À 5 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 15 ans
Tous (survie nette standardisée)	63	65	58			
15-44 ans	85	82	78	82	78	76
45-54 ans	70	73	67	74	68	66
55-64 ans	60	62	56	62	55	53
65-74 ans	52	58	50	63	55	49
75 et plus	31	35	22			

\*Tous registres. \*\*Registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2010.  
Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Cowppli-Bony A, 2016\]](#)

La **survie** nette à 5 ans pour les femmes atteintes d'un cancer du col de l'utérus diagnostiqué entre 2005 et 2010 diminue nettement avec l'âge, passant de 85% chez les 15-44 ans à 31% chez les 75 ans et plus (Tableau 19). Ceci est à mettre en lien avec la proportion plus importante de cancers de mauvais pronostic qui ont échappé au dépistage et avec la moindre fréquence des lésions de bon pronostic qui ont été supprimées de la population suivie grâce au dépistage. La survie nette à 15 ans variait entre 49% et 76% en fonction de l'âge pour les femmes âgées de moins de 75 ans au moment du diagnostic de leur cancer du col de l'utérus, réalisé entre 1989 et 1998.

La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge tend à se dégrader passant de 68% pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 62%

pour ceux diagnostiqués en 2005-2010. La diminution de la survie, observée dans des pays où l'offre de soins est satisfaisante, est paradoxalement attribuée à un recours plus important au dépistage par un mécanisme de sélection des cancers les moins agressifs. Le dépistage permet non seulement d'identifier et de réséquer les lésions précancéreuses, mais également de détecter des cancers à un stade précoce. Les cancers invasifs du col diagnostiqués bien que moins nombreux, comportent une proportion plus importante de cancers agressifs au développement rapide, de cancers ayant échappé au dépistage et de cancers avancés chez des femmes non dépistées. Ces types de cancers diagnostiqués sont de mauvais pronostic, ce qui explique la baisse de la survie.

### B - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de la publication [\[Allemani C, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexe A13

Dans l'étude CONCORD-2, la survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans en France [58,9%] est estimée seulement à partir de deux registres et concerne 139 femmes. Elle est inférieure à celles esti-

mées au Canada et aux États-Unis [66,8% et 62,6% respectivement]. En Europe, les taux varient de 53% en Pologne à 73,1% en Islande.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.11.3 PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008 CHEZ LES 15 ANS ET PLUS

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2014a\]](#) - Résultats détaillés : Annexe A9

### [Tableau 20] Prévalence du cancer du col de l'utérus en 2008 chez les 15 ans et plus, en France métropolitaine

	Prévalence à 5 ans	Prévalence à 10 ans	Prévalence totale
Nombre de femmes vivantes	12 374	22 325	69 281
Taux pour 100 000 femmes	46,8	84,5	262,1

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Colonna M, 2014a\]](#)

En 2008, parmi les femmes qui ont eu un cancer diagnostiqué dans les 5 dernières années et toujours en vie (**prévalence partielle** à 5 ans), 12 374 [2,5%] ont eu un cancer du col de l'utérus [Tableau 20].

En 2008, parmi les femmes qui ont eu un cancer au cours de leur vie et toujours en vie (**prévalence totale**), 4,9% ont eu un cancer du col de l'utérus. La prévalence totale est maximale chez les 55-64 ans [15 171 femmes].



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.12 Mélanome cutané

### DONNÉES ESSENTIELLES – MÉLANOME CUTANÉ



#### 1 - INCIDENCE ET MORTALITÉ EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- 14 325 nouveaux cas estimés en 2015 (7 083 hommes et 7 242 femmes).
- Augmentation du taux d'incidence entre 2005 et 2012 : +2,9% par an en moyenne chez l'homme, +1,7% chez la femme.
- 1 773 décès estimés en 2015 (1 033 hommes et 740 femmes).
- Diminution du taux de mortalité chez la femme entre 2005 et 2012 : -1,8% par an en moyenne/ Stabilisation chez l'homme : +0,1%.

#### 2 - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans (sur la période 2005-2010) : 91% (88% chez l'homme et 93% chez la femme).
- Survie nette standardisée sur l'âge à 10 ans (sur la période 1989-2010) : 84% (81% chez l'homme et 85% chez la femme).

#### 3 - PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008

- Prévalence partielle à 5 ans : 40 112 personnes dont 44,6% d'hommes.
- Prévalence totale : 105 583 personnes dont 38,8% d'hommes.

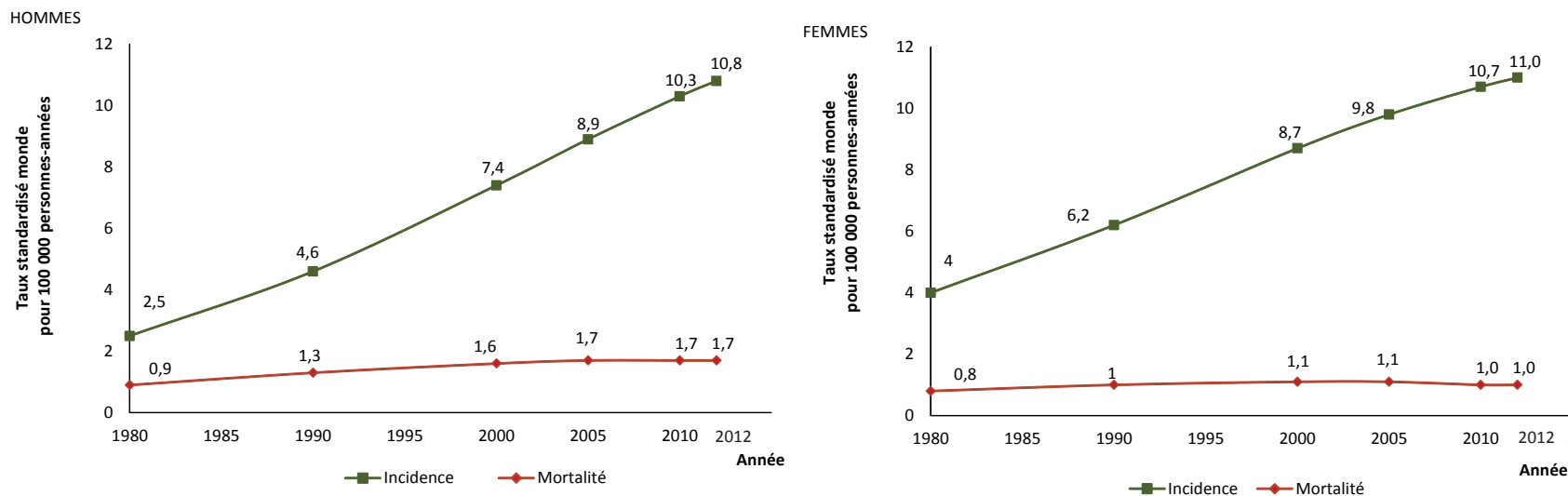
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.12.1 INCIDENCE ET MORTALITÉ

## A - TENDANCES D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ ENTRE 1980 ET 2012 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Binder-Foucard F, 2013\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A3 et A8

**[Figure 30]** Évolution de l'incidence et de la mortalité par mélanome cutané de 1980 à 2012 en France métropolitaine



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Binder-Foucard F, 2013\]](#). Traitement : INCa 2016

Chez l'homme et la femme, l'**incidence** du mélanome cutané est en forte augmentation depuis 1980 avec toutefois un léger ralentissement de cette croissance depuis 2005 [Figure 30]. Chez l'homme, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale augmente de +4,7% par an entre 1980 et 2012 passant de 2,5 nouveaux cas à 10,8 pour 100 000 **personnes-années** [hommes] [PA (H)] et, chez la femme, de +3,2% par an passant de 4,0 en 1980 à 11,0 pour 100 000 personnes-années [femmes] [PA (F)] en 2012. Le ralentissement de la croissance de l'incidence entre 2005 et 2012, qui demande cependant à être confirmé, pourrait être en partie lié aux effets des campagnes de détection précoce qui conduisent à un diagnostic de formes *in situ* (Clark I) et donc à un ralentissement de croissance de l'incidence des formes infiltrantes analysées ici.

L'évolution de la **mortalité** chez l'homme est assez semblable à celle de l'incidence, avec un ralentissement de l'augmentation entre 2005 et 2012. Chez la femme, après une augmentation, on constate une diminution de 1,8% par an de la mortalité sur cette même période.

## CHIFFRES CLÉS

Mélanome cutané/évolution des **TSM**/France métropolitaine

Chez l'homme  
sur la période 2005-2012

Incidence : **+ 2,9%**  
par an en moyenne

Mortalité : **+ 0,1%**  
par an en moyenne

Chez la femme  
sur la période 2005-2012

Incidence : **+ 1,7%**  
par an en moyenne

Mortalité : **- 1,8%**  
par an en moyenne

En 2012, l'âge médian au diagnostic est de 64 ans chez l'homme et 61 ans chez la femme. L'âge médian au décès est de 69 ans chez l'homme et 74 ans chez la femme.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## B - PROJECTION DE L'INCIDENCE ET DE LA MORTALITÉ EN 2015 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Leone N, 2015\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexes A1, A2, A4 à A7

Les projections d'incidence et de mortalité du mélanome cutané en 2015 sont basées sur l'hypothèse de la poursuite, entre 2011 et 2015, des évolutions temporelles récentes de l'incidence et de la mortalité de ce cancer, présentées dans la partie précédente.

Le mélanome cutané représente respectivement 3,4% et 4,2% de l'ensemble des cancers incidents masculins et féminins. La survenue de ce cancer est tardive, 71,2% des nouveaux cas estimés sont diagnostiqués au-delà de 49 ans chez la femme (78,7% chez l'homme). Il représente respectivement 1,2% et 1,1% des décès par cancers masculins et féminins.

### CHIFFRES CLÉS

Mélanome cutané/projections en 2015/France métropolitaine

**14 325** nouveaux cas

**1 773** décès

#### Chez l'homme

**7 083** nouveaux cas

TSM = 13,6 pour 100 000 PA (H)

**1 033** décès

TSM = 1,7 pour 100 000 PA (H)

#### Chez la femme

**7 242** nouveaux cas

TSM = 13,5 pour 100 000 PA (F)

**740** décès

TSM = 0,9 pour 100 000 PA (F)

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

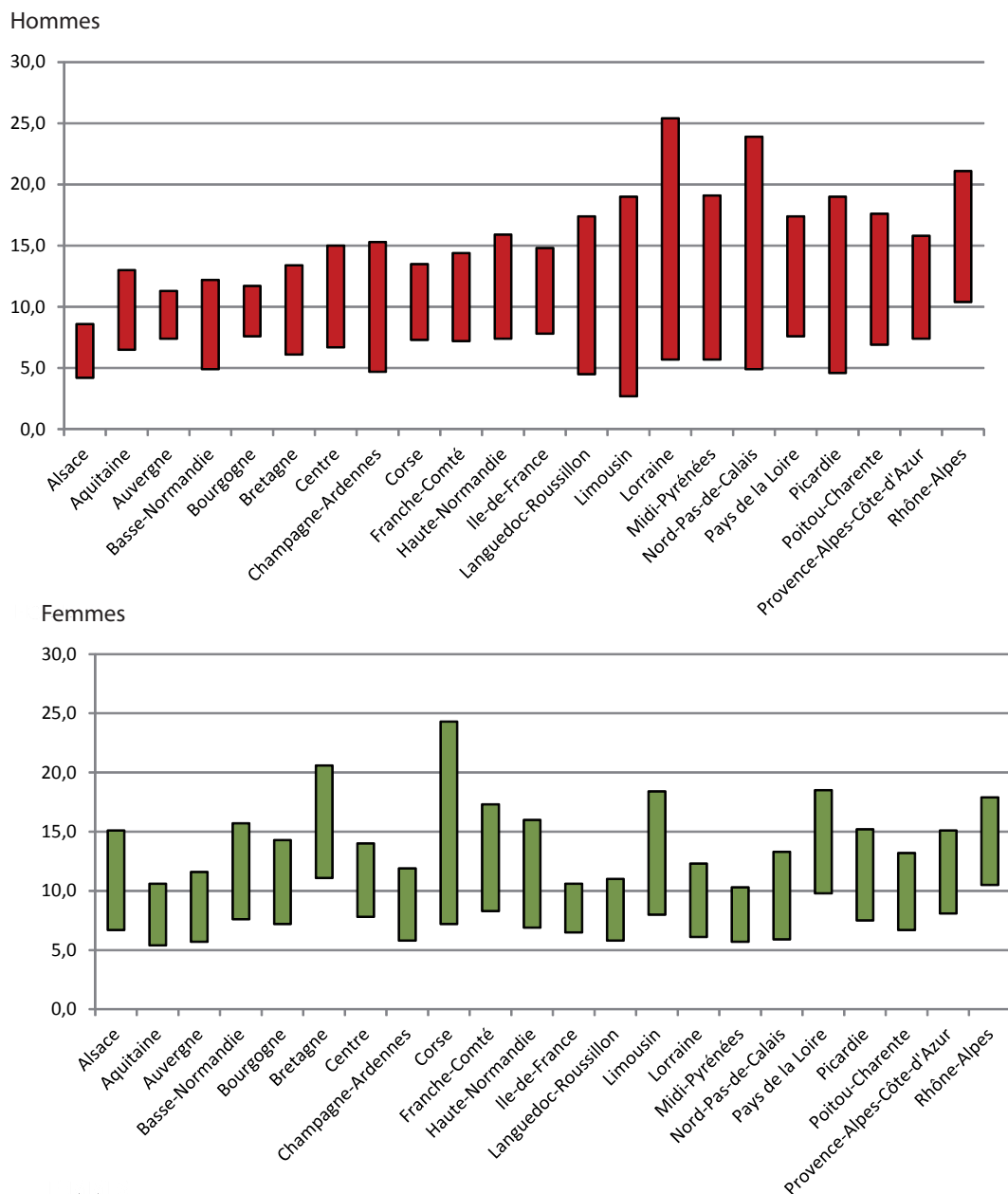
LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## C - ANALYSE DE L'INCIDENCE À L'ÉCHELLE RÉGIONALE ET DE LA MORTALITÉ À L'ÉCHELLE DÉPARTEMENTALE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2014b\]](#) - Méthode : Annexe B1

**[Figure 31]** Intervalles de prédiction des taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du mélanome cutané à l'échelle régionale (2008-2010)



Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [[Colonna M, 2014b](#)]. Traitement : INCa 2015

L'estimation du nombre de nouveaux cas et donc des taux d'incidence brut et standardisé sur la population mondiale n'est pas possible pour le mélanome cutané, du fait d'effectifs trop faibles. Des intervalles de prédiction de ces taux d'incidence sont donc fournis à titre indicatif dans la publication de référence [Figure 31]. On n'observe pas de variations majeures en fonction des régions, dans les deux sexes.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

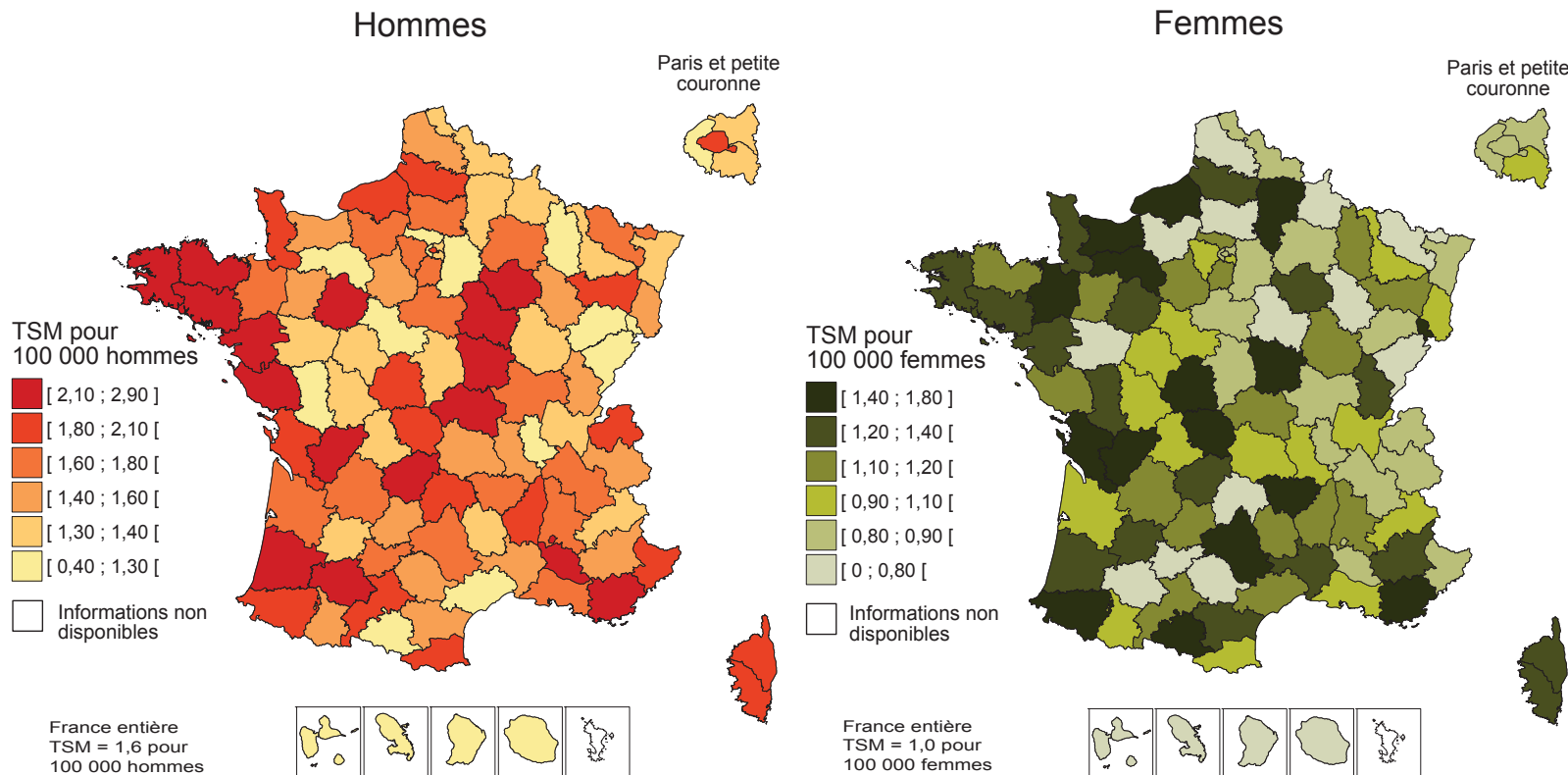
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

**[Figure 32]** Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par mélanome cutané à l'échelle départementale (2011-2013)



Sources : CépiDc/Inserm, Insee [CépiDc-Inserm, 2016]. Traitement INCa, 2016

Sur la période 2011-2013, les taux départementaux de mortalité standardisés sur la population mondiale du mélanome cutané varient entre 0,4 [Haute-Saône) et 2,9 pour 100 000 PA [H) [Morbihan) chez l'homme et entre 0 [Martinique, Guadeloupe) et 0,5 [Cantal) à 1,8 pour 100 000 PA [F) [Ariège) chez la femme [Figure 32].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

## D - DONNÉES INTERNATIONALES

Extraits de [\[GLOBOCAN, 2012\]](#) - Méthode : Annexe B2. Résultats détaillés : Annexes A11 et A12

Le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale varie de 0,2 [Asie du Sud et Centrale] à 30,5 pour 100 000 PA [F] [Australie/Nouvelle-Zélande] chez la femme et de 0,3 [Asie du Sud et Centrale, Afrique du Nord] à 40,3 pour 100 000 PA [H] chez l'homme [Australie/Nouvelle-Zélande]. Dans la majorité des pays d'Europe, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale du mélanome cutané des hommes est proche de celui des femmes. La France occupe une position intermédiaire, avec un taux d'incidence de 10,0 pour 100 000 PA [H] chez l'homme et de 10,6 pour 100 000 PA [F] chez la femme, identique à la moyenne des 28 pays de l'Union européenne. Le taux de mortalité est estimé en France à 1,9 pour 100 000 PA [H] chez l'homme et 1,1 pour 100 000 PA [F] chez la femme, ce qui très proche des moyennes en Europe et dans les 28 pays de l'Union européenne.

## CHIFFRES CLÉS

Mélanome cutané/incidence et mortalité en 2012/monde  
**232 130** nouveaux cas/ $TSM = 3,0$  pour 100 000 PA  
**1,7%** des cancers incidents  
**55 488** décès/ $TSM = 0,7$  pour 100 000 PA  
**0,7%** des décès par cancer

### Chez l'homme

**120 649**

nouveaux cas

$TSM = 3,3$  pour 100 000 PA [H]

**31 390**

décès

$TSM = 0,9$  pour 100 000 PA [H]

### Chez la femme

**111 481**

nouveaux cas

$TSM = 2,8$  pour 100 000 PA [F]

**24 098**

décès

$TSM = 0,6$  pour 100 000 PA [F]

## 1.12.2 SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Cowppli-Bony A, 2016\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe 10

**[Tableau 21]** Survie nette du mélanome cutané à 5 et 10 ans en France métropolitaine, par âge et sexe

	Survie nette à 5 ans pour les personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010* [%]			Survie nette pour les personnes diagnostiquées entre 1989 et 2010** [%]		Survie nette pour les personnes de moins de 75 ans diagnostiquées entre 1989 et 1998** [%]		
	Tous	Homme	Femme	À 5 ans	À 10 ans	À 5 ans	À 10 ans	À 15 ans
Tous [survie nette standardisée]	91	88	93	88	84			
15-44 ans	95	92	97	93	89	90	86	84
45-54 ans	93	89	96	91	88	89	85	85
55-64 ans	92	91	94	91	85	86	80	79
65-74 ans	90	87	93	89	83	84	78	71
75 ans	79	77	80	76	66			

\*Tous registres. \*\*Registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2010.

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Cowppli-Bony A, 2016\]](#)

La **survie** nette à 5 ans des personnes atteintes d'un mélanome cutané diagnostiqué entre 2005 et 2010 est plus élevée chez la femme dans toutes les classes d'âge ; elle diminue nettement chez les 75 ans et plus (Tableau 21).

La survie nette à 15 ans variait entre 71% et 84% en fonction de l'âge pour les personnes âgées de moins de 75 ans au moment du diagnostic de leur mélanome cutané, réalisé entre 1989 et 1998.

La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge s'améliore au cours du temps, passant de 83% pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 92% pour les cas diagnostiqués en 2005-2010.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.12.3 PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008 CHEZ LES 15 ANS ET PLUS

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Colonna M, 2014a\]](#) - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A9

**[Tableau 22]** Prévalence du mélanome cutané en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe, France métropolitaine

	Prévalence à 5 ans	Prévalence à 10 ans	Prévalence totale
Nombre de personnes en vie	40 112	65 668	105 583
Nombre d'hommes en vie	17 893	28 239	40 976
Taux pour 100 000 hommes	73,2	115,5	167,5
Nombre de femmes en vie	22 219	37 429	64 607
Taux pour 100 000 femmes	84,0	141,6	244,4

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Colonna M, 2014a\]](#)

En 2008, parmi les personnes qui ont eu un cancer diagnostiqué dans les 5 dernières années et toujours en vie [[prévalence partielle](#) à 5 ans], 17 893 [3,1%] hommes et 28 329 [4,5%] femmes ont eu un mélanome cutané (Tableau 22).

En 2008, parmi les personnes qui ont eu un cancer au cours de leur vie et toujours en vie [[prévalence totale](#)], 2,6% des hommes et 4,6% des femmes ont eu un mélanome cutané. Le taux de prévalence totale est maximal chez les 85 ans et plus ans dans les deux sexes.

## 1.13 Hémopathies malignes

### DONNÉES ESSENTIELLES – HÉMOPATHIES MALIGNES

#### 1 - INCIDENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- 35 000 nouveaux cas d'hémopathies malignes estimés en 2012 en France métropolitaine (19 400 hommes et 15 600 femmes).
- Plus de la moitié des cas d'hémopathies malignes surviennent après 60 ans.
- Plus des deux tiers des cas sont des hémopathies lymphoïdes.
- 4 sous-types représentent 50% de l'ensemble des hémopathies malignes : myélome multiple/plasmocytome (4 888 nouveaux cas), leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire (4 464), lymphome diffus à grandes cellules B (4 096), syndromes myélodysplasiques (4 059).

#### 2 - SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

- Survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans (sur la période 2005-2010) variable selon les hémopathies : de 21% (leucémie aiguë myéloïde) à 85% (lymphome de la zone marginale) chez la femme et de 25% (leucémie aiguë myéloïde) à 90% (syndromes myéloprolifératifs autres que la leucémie myéloïde chronique) chez l'homme.

#### 3 - PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008

- Prévalence partielle à 5 ans : 77 121 personnes dont 54,0% d'hommes.
- Prévalence totale : 193 194 personnes dont 54,0% d'hommes.

#### [Encadré 10] Les projections d'incidence des hémopathies malignes

La révision majeure en 2008 de la classification des hémopathies malignes, sous l'égide de l'OMS [Swerdlow SH, 2008], a conduit à utiliser une nouvelle méthode d'estimation de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012 [Monnereau A, 2013]. Cette nouvelle classification ne permet pas d'appliquer les méthodes utilisées pour produire les projections 2015.

Par ailleurs, compte tenu de ce nouveau découpage des hémopathies malignes, les données de mortalité correspondantes sont indisponibles. En revanche, les données de survie sont disponibles selon cette nouvelle classification [Monnereau A, 2016].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1.13.1 INCIDENCE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Monnereau A, 2013\]](#) - Méthode : Annexe B1

### A - ESTIMATIONS EN 2012 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

**[Tableau 23]** Incidence estimée en 2012 en France métropolitaine pour les hémopathies malignes les plus fréquentes

	Nombre de nouveaux cas	Âge médian au diagnostic [années]		Proportion survenant chez l'homme (%)
		Homme	Femme	
Myélome multiple et plasmocytome	4 888	72	75	52,4
Leucémie lymphoïde chronique/ lymphome lymphocytaire	4 464	71	74	60,4
Lymphome diffus à grandes cellules B	4 096	69	74	60,1
Syndromes myélodysplasiques	4 059	78	81	50,7
Leucémie aiguë myéloïde	2 791	71	71	49,5
Lymphome de Hodgkin classique	1 880	42	32	54,9
Leucémie myéloïde chronique	807	62	64	59,0

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Monnereau A, 2013\]](#)

En 2012, le nombre de nouveaux cas d'hémopathies malignes en France métropolitaine est estimé à 35 000 (19 400 chez l'homme et 15 600 chez la femme), soit 9,8% des nouveaux cas de cancer [355 354]. Plus de deux tiers des cas sont des hémopathies lymphoïdes. De façon générale, les hémopathies malignes sont plus fréquentes chez l'homme. Plus de la moitié des cas d'hémopathies malignes surviennent après 60 ans.

Les quatre hémopathies malignes les plus fréquentes en 2012 sont le myélome multiple/plasmocytome, la leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire, le lymphome diffus à grandes cellules B, et les syndromes myélodysplasiques (Tableau 23). Elles représentent 50% de la totalité des nouveaux cas d'hémopathies malignes en France en 2012.

Avec des taux annuels d'incidence standardisés sur la population mondiale inférieurs à 5 nouveaux cas pour 100 000 personnes, les hémopathies malignes restent des affections rares.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - TENDANCES RÉCENTES DE L'INCIDENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE ENTRE 2005 ET 2012

**[Tableau 24]** Tendances évolutives du taux d'incidence standardisé sur la population mondiale sur la période la plus récente, pour les hémopathies malignes les plus fréquentes en 2012 en France métropolitaine

	Taux annuel moyen d'évolution (%) entre 2005 et 2012	
	Homme	Femme
Myélome multiple et plasmocytome	+1,6	+1,3
Leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire	-1,3	-2,4
Lymphome diffus à grandes cellules B	+1,2	-3,3
Syndromes myélodysplasiques*	-1,1	+1,9
Leucémie aiguë myéloïde	-1,0	+1,1
Lymphome de Hodgkin classique	+1,5	+1,8
Leucémie myéloïde chronique	-0,7	0

\* Période 2003-2012

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Monnereau A, 2013\]](#)

Les tendances récentes sont différentes selon le type d'hémopathie maligne et le sexe (Tableau 24).

### 1.13.2 SURVIE NETTE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Extraits de la publication [FRANCIM-HCL-InVS-INCa \[Monnereau A, 2016\]](#) - Méthode : Annexe B1

**[Tableau 25]** Survie nette standardisée des 3 sous-types d'hémopathies malignes les plus fréquentes chez les personnes diagnostiquées entre 1995 et 2010, France métropolitaine

	Survie nette à 5 ans		Survie nette à 10 ans		Survie nette à 10 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	[15-55 ans]	75 ans et +
Myélome multiple et plasmocytome	47 %	51 %	26 %	30 %	47 %	13 %
Leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire*	78 %	84 %	58 %	68 %	74 %	50 %
Lymphome diffus à grandes cellules B	51 %	55 %	41 %	48 %	75 %	24 %

\*Période 1989-2010

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [\[Monnereau A, 2016\]](#)

La **survie** nette varie selon les sous-types d'hémopathies malignes considérés. La survie nette à 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2005 et 2010 varie de 21% (leucémie aiguë myéloïde) à 85% (lymphome de la zone marginale) chez la femme ; chez l'homme elle varie de 25% (leucémie aiguë myéloïde) à 90% (syndromes myéloprolifératifs chroniques autres que leucémie myéloïde chronique).

Pour les trois sous-types d'hémopathies malignes les plus fréquents, la survie nette à 5 et 10 ans est plus importante chez l'homme que chez la femme (Tableau 25). Quel que soit le sous-type d'hémopathies malignes considéré, la survie nette à 5 ans ou à 10 ans diminue avec l'âge.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

## [Tableau 26] Tendance évolutive de la survie nette standardisée pour les trois sous-types d'hémopathies malignes les plus fréquentes entre les personnes diagnostiquées entre 1995-1998 et celles diagnostiquées récemment en France métropolitaine

	Survie nette à 5 ans		Survie nette à 10 ans	
	1995-98	2005-10	1995-98	1999-2004
Myélome multiple et plasmocytome	43 %	54 %	24 %	26 %
Leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytaire	77 %	85 %	54 %	66 %
Lymphome diffus à grandes cellules B	42 %	60 %	34 %	43 %

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Monnereau A, 2016]

Une amélioration de la survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans ou à 10 ans est observée au cours du temps pour les trois hémopathies malignes les plus fréquentes en 2012 (Une amélioration de la survie nette standardisée sur l'âge à 5 ans ou à 10 ans est observée au cours du temps pour les trois hémopathies malignes les plus fréquentes en 2012 [Tableau 26]).

### 1.13.3 PRÉVALENCE EN FRANCE MÉTROPOLITAINE EN 2008 CHEZ LES 15 ANS ET PLUS

Extraits de la publication FRANCIM-HCL-InVS-INCa [Colonna M, 2014a] - Méthode : Annexe B1. Résultats détaillés : Annexe A9

## [Tableau 27] Prévalence des hémopathies malignes en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe en France métropolitaine

	Prévalence à 5 ans*	Prévalence à 10 ans*	Prévalence totale**
Nombre de personnes en vie	77 121	121 418	193 194
Nombre d'hommes en vie	41 636	64 965	104 330
Nombre de femmes en vie	35 485	56 453	88 864

\* Lymphome malin non hodgkinien, maladie de Hodgkin, myélome, leucémie aiguë et leucémie lymphoïde chronique

\*\* Hors leucémie aiguë

Source : Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa [Colonna M, 2014a]

En 2008, parmi les personnes qui ont eu un cancer diagnostiqué dans les 5 dernières années et toujours en vie ([prévalence partielle](#) à 5 ans), 77 121 (près de 7%) ont eu une hémopathie maligne (lymphome malin non hodgkinien, maladie de Hodgkin, myélome, leucémie aiguë et leucémie lymphoïde chronique, [Allemani C, 2015]).

En 2008, hors leucémie aiguë, 6,6 % des hommes et 6,3 % des femmes qui ont eu un cancer au cours de leur vie et toujours en vie ([prévalence totale](#)) ont eu une hémopathie maligne.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 1.14 Sources bibliographiques

### [Allemani C, 2015]

Allemani C, Weir HK, Carreira H, et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009 : analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries [CONCORD-2]. *Lancet*. 2015 Mar 14 ;385(9972) :977-1010.

### [Besag J, 1991]

Besag J, York J, Mollié A. Bayesian image restoration, with two applications in spatial statistics. *Annals of the Institute of Statistical Mathematics*. 1991 ;43(1) :1-20.

### [Binder-Foucard F, 2013]

Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 1 - Tumeurs solides. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Juillet 2013. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012-Partie-1-Tumeurs-solides>

### [Bouvier AM, A paraître]

Bouvier AM, Tretarre B, Delafosse P, et al. Stade au diagnostic des cancers - Sein, côlon et rectum. Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa. À paraître.

### [CépiDc-Inserm, 2016]

CépiDc-Inserm. Interrogation des données sur les causes de décès de 1979 à 2013. Consulté le : 10/08/2016. <http://www.cepidc.inserm.fr>

### [Colonna M, 2014a]

Colonna M, Mitton N, Grosclaude P. Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Juillet 2014. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Estimation-de-la-prevalence-partielle-et-totale-du-cancer-en-France-metropolitaine-chez-les-15-ans-et-plus-en-2008>

### [Colonna M, 2014b]

Colonna M, Mitton N, Remontet L, et al. Incidence régionale des cancers 2008-2010 : évaluation de trois méthodes d'estimations. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Juin 2014. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Incidence-regionale-des-cancers-2008-2010-evaluation-de-trois-methodes-d-estimations-analyse-et-resultats>

### [Colonna M, 2015]

Colonna M, Chatignoux E, Remontet L, et al. Estimations de l'incidence départementale des cancers en France métropolitaine 2008-2010. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Juin 2015. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Estimation-de-l-incidence-departementale-des-cancers-en-France-metropolitaine-2008-2010>

### [Cowppli-Bony A, 2016]

Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 - Partie 1 - Tumeurs solides. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Février 2016. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine-1989-2013-Partie-1-Tumeurs-solides>

### [Desandes E, 2012]

Desandes E, Bonnay S, Berger C, et al. Pathways of care for adolescent patients with cancer in France from 2006 to 2007. *Pediatric Blood & Cancer*. 2012 ;58(6) :924-9.

### [Desandes E, 2013]

Desandes E, Lacour B, Belot A, et al. Cancer Incidence and Survival in Adolescents and Young Adults in France, 2000-2008. *Pediatric Hematology and Oncology*. 2013 2013/04/11 ;30(4) :291-306.

### [GLOBOCAN, 2012]

GLOBOCAN. Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Consulté le : 18/07/2016. <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

### [Hill C, 2007]

Hill C, Doyon F. La fréquence des cancers en France : mortalité en 2003, évolution depuis 1968 et cancers de l'enfant *Bulletin du cancer*. 2007 ;94(1) :7-13.

### [Jégu J, 2014]

Jégu J, Colonna M, Daubisse-Marliac L, et al. The effect of patient characteristics on second primary cancer risk in France. *BMC Cancer*. 2014 ;14 :94.

### [Jégu J, 2015]

Jégu J, Mutzig N, Velten M, et al. Estimation du risque de second cancer en France. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Avril 2015. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Estimation-du-risque-de-second-cancer-en-France-Etude-a-partir-des-registres-des-cancers-du-reseau-Francim>



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## [Lacour B, 2014]

Lacour B, Goujon S, Guissou S, et al. Childhood cancer survival in France, 2000–2008. *European Journal of Cancer Prevention*. 2014 ;23[5] :449-57.

## [Lacour B, 2010]

Lacour B, Guyot-Goubin A, Guissou S, et al. Incidence of childhood cancer in France : National Children Cancer Registries, 2000–2004. *European Journal of Cancer Prevention*. 2010 ;19[3] :173-81.

## [Leone N, 2015]

Leone N, Voirin N, Roche L, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. *Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa*. Novembre 2015. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Projection-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-en-2015-Rapport-technique>

## [Molinié F, 2014]

Molinié F, Vanier A, Woronoff AS, et al. Trends in breast cancer incidence and mortality in France 1990-2008. *Breast Cancer Res Treat*. 2014 Aug ;147[1] :167-75.

## [Monnereau A, 2013]

Monnereau A, Remontet L, Maynadié M, et al. Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012 - Partie 2 - Hémopathies malignes. *Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa*. Octobre 2013. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Estimation-nationale-de-l-incidence-des-cancers-en-France-entre-1980-et-2012-Partie-2-Hemopathies-malignes>

## [Monnereau A, 2016]

Monnereau A, Uhry Z, Bossard N, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 - Partie 2 - Hémopathies malignes. *Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa*. Février 2016. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine-1989-2013-Partie-2-Hemopathies-malignes>

## [Rogel A, 2011]

Rogel A, Belot A, Suzan F, et al. Reliability of recording uterine cancer in death certification in France and age-specific proportions of deaths from cervix and corpus uteri. *Cancer Epidemiol*. 2011 Jun ;35[3] :243-9.

## [Steliarova-Foucher E, 2005]

Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, et al. *International Classification of Childhood Cancer*, third edition. *Cancer*. 2005 ;103[7] :1457-67.

## [Swerdlow SH, 2008]

Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al. *WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues*, Fourth Edition. IARC. <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?codlan=1&codcol=70&codcch=4002>

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

## PRÉVENTION VIS-À-VIS DES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE

# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



2.1 Contexte ▶ **93**

2.2 Le tabac, premier facteur de risque évitable de mortalité par cancer ▶ **94**

2.3 L'alcool, deuxième cause de mortalité évitable par cancer après le tabac ▶ **100**

2.4 L'alimentation, l'activité physique, sources de facteurs de risque et de facteurs protecteurs de certains cancers ▶ **104**

2.5 L'environnement ▶ **107**

2.6 Les expositions aux facteurs de risque en milieu professionnel ▶ **111**

2.7 Les agents infectieux ▶ **116**

2.8 Généraliser une démarche de prévention auprès des patients atteints de cancer (prévention tertiaire) ▶ **119**

2.9 Sources bibliographiques ▶ **120**

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## FAITS MARQUANTS

### Facteurs de risque comportementaux

#### TABAC

Le tabagisme tue près de 6 millions de personnes chaque année dans le monde, soit près de 10 % de la mortalité mondiale, dont 600 000 par tabagisme passif. En France, on estime que le tabac est responsable de 73 000 décès en 2013 dont 45 000 par cancer. Dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, la lutte contre le tabagisme a été renforcée par l'instauration, depuis mai 2016, de paquets de cigarettes neutres, ayant tous la même forme, la même taille, la même couleur et la même typographie, sans aucun logo.

#### ALCOOL

Deuxième cause de mortalité évitable par cancer [15 000 décès par an ou 9,5 % de la mortalité par cancer], la consommation d'alcool en France reste en 2014 parmi les plus élevées d'Europe, avec 12 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus [équivalent de 2,6 verres standards par jour].

La Cour des comptes a conduit, en 2016, une évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Ce rapport préconise d'agir plus efficacement sur la publicité, d'encadrer davantage l'information sur les produits alcoolisés et le lobbying des milieux économiques, d'agir sur la fiscalité, et de rénover la législation sur les débits de boissons.

#### FACTEURS NUTRITIONNELS

À la fois source de facteurs de risque et de facteurs protecteurs, la nutrition, qui englobe l'alimentation [y compris l'alcool], le statut nutritionnel et l'activité physique, fait partie des facteurs comportementaux sur lesquels il est possible d'agir pour prévenir l'apparition de cancers. Il est ainsi estimé que 20 à 25 % des cancers sont imputables aux comportements alimentaires.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 propose des mesures concernant la prévention nutritionnelle, notamment dans la lutte contre l'obésité [articles 14 à 16].

### Facteurs de risques environnementaux et expositions professionnelles

#### FACTEURS DE RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Les principales actions de prévention environnementale en 2016 sont les suivantes :

- **pollution** : interdiction des véhicules trop polluants à Paris, certificats sur la qualité de l'air pour les voitures, subventions pour les transports écologiques, mise en place de l'indemnité kilométrique vélo et interdiction des sacs plastiques ;
- **imagerie médicale** : publication des premières estimations de risques de cancer associés aux expositions au scanner attendue fin 2016 [projet EPI-CT] ;
- **radon** : le Plan radon est en cours d'élaboration ;

• **UV** : dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, plusieurs mesures sont renforcées pour mieux encadrer l'activité liée aux cabines UV ;

• **pesticides** : un renforcement de l'encadrement réglementaire de l'utilisation des produits phytosanitaires et biocides a été demandé par le ministère de l'Écologie et de l'Environnement en juillet 2016.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 place la santé en cohérence avec la recherche et la prévention de risques. Parmi les principales dispositions concernant l'environnement figure l'intégration - pour l'évaluation des risques - de l'ensemble des expositions tout au long de la vie [notion d'**exposome**].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## Facteurs de risque en milieu professionnel

En 2016, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a mis à jour l'expertise relative aux risques de cancer liés au travail de nuit, établissant un lien avec le cancer du sein avec des éléments de preuves limités. L'Anses a

également publié des rapports d'expertise collective sur les facteurs de risques professionnels éventuellement en lien avec la surmortalité des égoutiers et sur les expositions aux pesticides des personnes travaillant dans l'agriculture.

## Facteurs de risque infectieux

Parmi les principaux facteurs de risques infectieux en cause, trois disposent de stratégies préventives : les papillomavirus humains (HPV), les virus des hépatites B et C (VHB et VHC) et la bactérie *Helicobacter pylori*.

Au 31 décembre 2015, la couverture vaccinale contre les HPV des jeunes filles de 16 ans était de 13,7%. C'est le niveau le plus bas estimé depuis l'introduction de la vaccination en 2007. La mortalité par cancer du col de l'utérus est plus marquée dans les milieux plus défavorisés.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 2.1 Contexte

Extraits de la fiche repère «La prévention primaire des cancers en France» [[INCa, 2015a](#)]

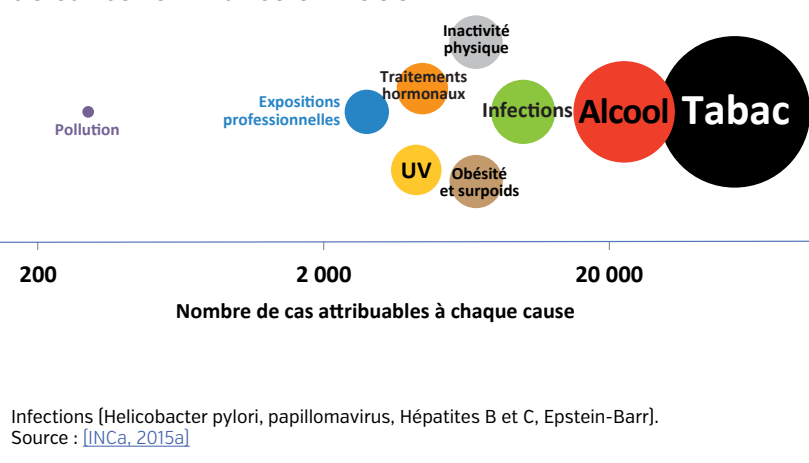
La **prévention** primaire des cancers, maladies multifactorielles, repose sur l'identification et la connaissance de leurs facteurs de risque.

Les facteurs à l'origine des cancers n'ont, à l'heure actuelle, pas tous été identifiés, mais on sait que moins de 10 % des cancers seraient héréditaires, et que 40 % des cancers pourraient être évités grâce à des changements de comportements et de modes de vie. La prévention constitue donc un moyen d'agir essentiel et un enjeu prioritaire dans la lutte contre les cancers.

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme. Le principal facteur de risque est l'âge. Les facteurs externes peuvent être de nature chimique (substances cancérigènes contenues dans la fumée du tabac, l'alcool, l'arsenic, le benzène, l'amiante...), physique (rayonnements ultraviolets et ionisants) ou biologique (liés à des virus ou des bactéries), des éléments de mode de vie (par exemple tabagisme, consommation d'alcool), de l'environnement professionnel (poussières des bois, amiante, etc.). L'exposition à un facteur de risque n'entraîne bien sûr pas, inéluctablement, chez tous les individus exposés, l'apparition d'un cancer.

Les facteurs de risque de cancers et leurs poids relatifs en France ont été publiés en 2007 dans un rapport du Centre international de recherche sur le cancer [[CIRC, 2007](#)]. Ainsi, un certain nombre de facteurs de risque ont été classés, compte tenu des données et

**[Figure 33] Nombre de cas de cancers attribuables aux différents facteurs de risque de cancer en France en 2000**



études disponibles actuellement, par ordre d'importance en fonction de leur effet sur la survenue de cancers : on parle alors de **fraction attribuable** (FA). Ce rapport n'a concerné que les facteurs qui étaient classés comme cancérigènes avérés [groupe 1 de la [Classification des facteurs cancérigènes](#)] par le CIRC en 2000 (Figure 33).

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.2 Le tabac, premier facteur de risque évitable de mortalité par cancer

### DONNÉES ESSENTIELLES – LE TABAC



- Le tabac est le premier facteur de risque évitable de mortalité précoce par cancer non seulement en France, mais aussi dans le monde.
- Le tabac est impliqué dans le développement de 17 localisations de cancers.
- Parmi les 35-69 ans, le tabac est responsable de 58 % des décès par cancer chez l'homme et respectivement de 20 % chez la femme.
- Parmi les Français âgés de 15 à 75 ans, 34,6 % se déclarent fumeurs actuels en 2015.
- Le gain d'espérance de vie chez un fumeur s'arrêtant à 60 ans est de 3 ans. Ce gain atteint 6 ans si l'arrêt a lieu à l'âge de 50 ans, 9 ans à 40 ans et serait proche de celui des non-fumeurs avant 35 ans.



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

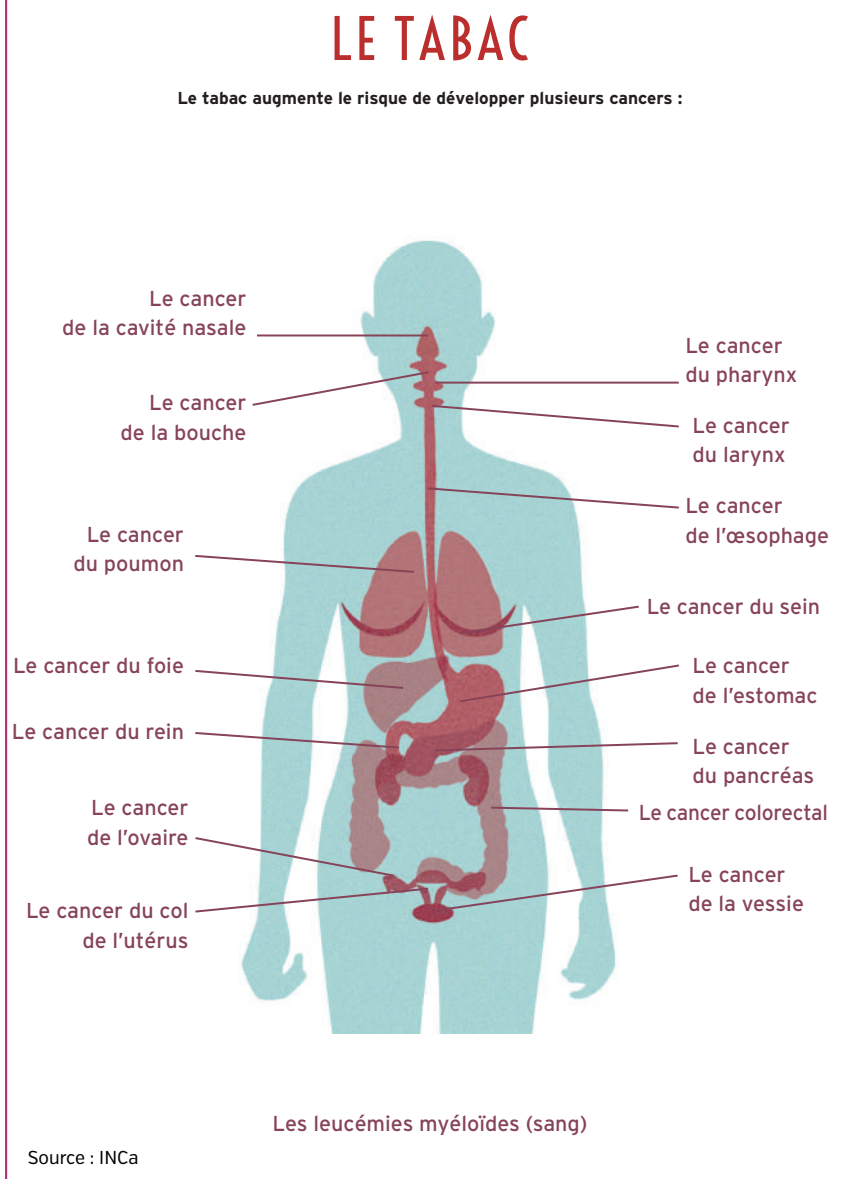
# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.2.1 LE TABAC, PRINCIPAL FACTEUR DE RISQUE ÉVITABLE DE CANCERS

**[Figure 34]** Le tabac, facteur de risque dans la survenue de plusieurs cancers



En 2016, le tabagisme reste la principale cause de décès évitables dans le monde. Il représente un facteur de risque de nombreux cancers [Figure 34] et tue près de 6 millions de personnes chaque année, soit près de 10 % de la mortalité mondiale [Jha P, 2015], dont 600 000 par tabagisme passif [Öberg M, 2010]. Une étude récente de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) a estimé le « coût social » du tabac à 120 milliards d'euros par an en France. Elle montre également que le tabac coûte chaque année aux finances publiques 14 milliards d'euros malgré les « taxes » prélevées sur le tabac et la « réduction des pensions de retraite non versées » pour cause de décès liés au tabac. Le « coût des soins » dépasse le montant de ces recettes et appauvrit donc la collectivité [Kopp P, 2015].

La mise en place rapide des politiques de lutte antitabac inscrites dans la Convention-cadre de lutte antitabac de l'OMS pourrait permettre d'éviter que le nombre de décès s'élève à 1 milliard pendant ce siècle [OMS, 2003].

### CHIFFRES CLÉS

Décès attribuables au tabac

En France :

**73 000**

décès en 2013

dont **45 000**

par cancers dûs au tabac

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

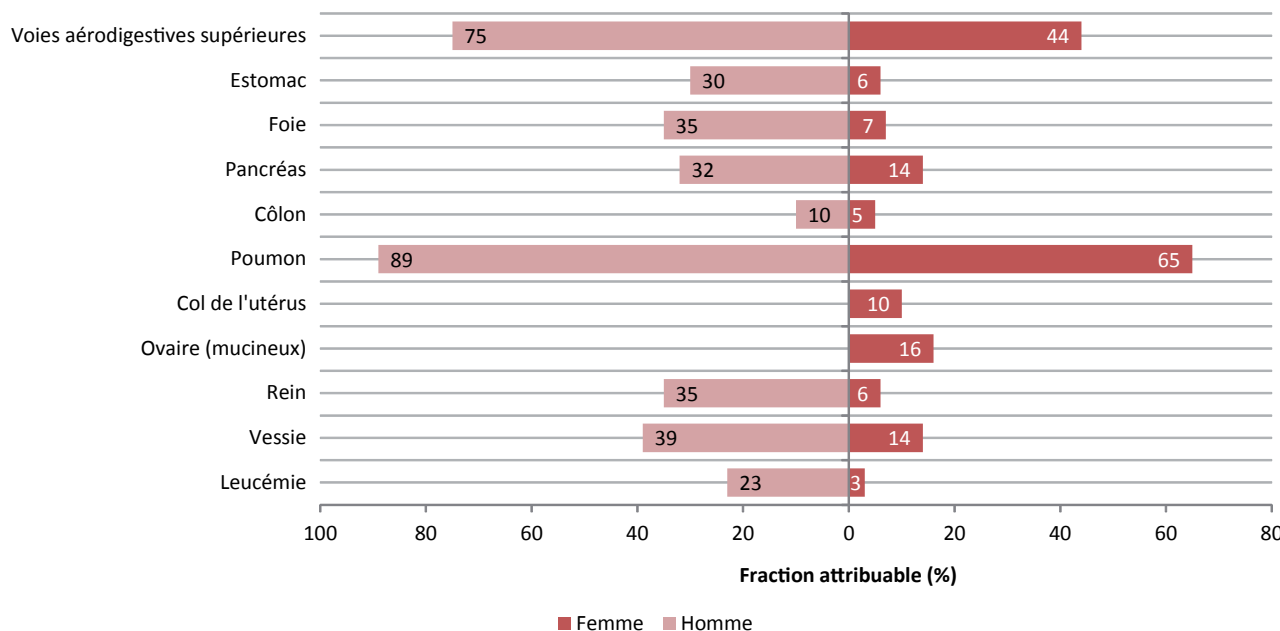
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

**[Figure 35] Fractions des décès attribuables au tabagisme selon la localisation cancéreuse. Estimation pour la France métropolitaine dans la population âgée de 35 ans et plus, année 2013**



Note de lecture : environ 89% des décès par cancer du poumon chez l'homme seraient attribuables à la consommation de tabac.  
Source : [Bonaldi C, 2016]. Traitement : INCa 2016.

En France, le nombre de décès attribuables au tabac, toutes maladies confondues, serait de 73 000 en 2013 dont 45 000 décès par cancer [Figure 35] [Bonaldi C, 2016].

En 2011, 150 non-fumeurs sont décédés d'un cancer du poumon attribuable au tabagisme passif en France [Hill C, 2011].

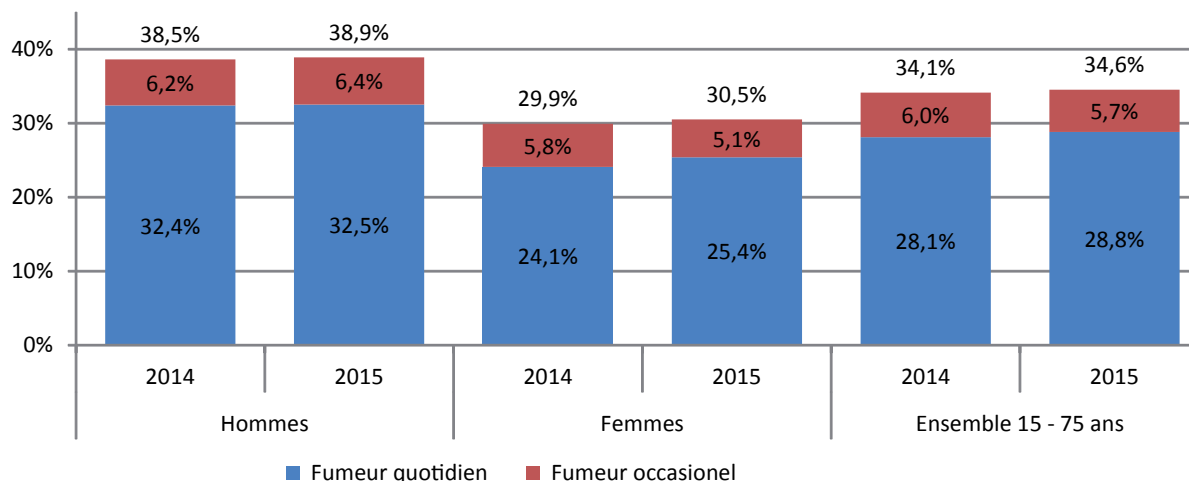
Les hommes sont toujours les plus concernés par la morbidité et la mortalité attribuables au tabac. À la suite de l'entrée massive des femmes dans le tabagisme dans les années 1960-1970, l'évolution

de l'incidence et de la mortalité par cancer du poumon permet d'appréhender des évolutions contraires selon le sexe. Chez les hommes, si le taux d'incidence n'a que légèrement diminué [-2,3%] entre 2000 et 2012, le taux de mortalité est quant à lui en net recul [-20,1%] ; en revanche, chez les femmes, ces deux indicateurs ont fortement augmenté : le taux d'incidence a presque doublé [+91,8%] et le taux de mortalité s'est accru de +69,8% en douze ans [Binder-Foucard F, 2013].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 2.2.2 LA PRÉVALENCE TABAGIQUE RESTE TRÈS ÉLEVÉE ET STABLE, ET L'USAGE DE L'E-CIGARETTE DIMINUE

**[Figure 36]** Proportion de fumeurs quotidiens et occasionnels selon le sexe parmi les 15-75 ans en France en 2014 et 2015



Source : [Andler R, 2016]. Traitement : INCa 2016.

En 2015, le tabagisme concernait 34,6% des Français, et le tabagisme quotidien 28,8%. Ces prévalences sont significativement plus élevées parmi les hommes [respectivement 38,9% et 32,5%] que parmi les femmes [respectivement 30,5% et 25,4%] [Figure 36]. Aucun de ces indicateurs n'est statistiquement différent de ceux observés en 2014 dans le Baromètre santé. La prévalence de l'usage actuel de l'e-cigarette était de 4,0%, en baisse significative par rapport à 2014, mais l'usage quotidien s'avérait stable à 3,0%. La part des ex-fumeurs au sein des vapoteurs était de 26%, en augmentation sensible en l'espace d'un an [Andler R, 2016].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 2.2.3 DIMINUTION DU TABAGISME CHEZ LES JEUNES

[Tableau 28] Usages de produits psychoactifs parmi les lycéens en 2015 par sexe et filière scolaire [%]

		Ensemble			Sexe			Filières		
		2011	2015	Différence	Garçons	Filles	Différence	Générale et technologique	Professionnelle	Différence <sup>2</sup>
		6 048	6 642		3 321	3 321		4 189	2 453	
Tabac	Âge moyen	17,5	17,1		17,1	17,1		16,9	17,4	
	Expérimentation <sup>1</sup>	70,4	60,9	***	59,4	62,3	NS	58,4	66,2	***
	Dans le mois : ≥ 1 cigarette	44,0	32,8	***	31,7	33,8	NS	28,5	41,9	***
	Quotidien : ≥ 1 cigarette/jour	30,8	23,2	***	21,9	24,5	NS	18,4	33,4	***
	Intensif : ≥ 10 cigarettes/jour	8,3	4,9	***	4,7	5,0	NS	2,9	9,1	***
Chicha	Expérimentation <sup>1</sup>	60,0	47,8	***	51,0	44,7	***	45,3	52,9	***
	Dans le mois : ≥ 1 usage		15,5		18,2	12,9	***	13,2	20,3	***
E-Cigarette	Expérimentation <sup>1</sup>		35,1		38,8	31,4	***	34,2	36,8	NS
	Dans le mois : ≥ 1 usage		10,0		11,9	8,0	***	9,5	11,0	NS

1 Expérimentation : au moins un usage au cours de la vie. 2 Test de Rao-Scott Chi<sup>2</sup> tenant compte des effets de cluster (établissement, classe). NS = Non significatif. \*\*\* Différences statistiquement significatives respectivement au seuil 0,001.

Source : Enquête Espad 2015 en France [OFDT, 2016a]

En 2015, près des deux tiers des lycéens [60,9 %] déclaraient avoir fumé au moins une cigarette au cours de leur vie [OFDT, 2016a]. Ce niveau d'expérimentation est en nette baisse par rapport à 2011 [70,4 %]. Il en est de même pour le tabagisme quotidien, de nouveau orienté à la baisse avec 23,2 % de lycéens fumeurs en 2015 contre 30,8 % en 2011.

Par ailleurs, près de la moitié des lycéens [47,8 %] avaient déjà utilisé une chicha [narguilé] et 7 % l'avaient fait sans avoir jamais fumé de

cigarette. Les fumeurs quotidiens percevaient le tabac beaucoup plus accessible en 2015 qu'en 2011.

Enfin, l'enquête révèle que 35,1 % des lycéens déclaraient en 2015 avoir déjà essayé la cigarette électronique et qu'un élève sur dix en avait utilisé une au cours du mois.

Le sexe apparaissait comme un facteur discriminant pour l'usage quotidien de cigarettes, les filles se révélant davantage fumeuses que les garçons.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.2.4 LE SEVRAGE TABAGIQUE RESTE ENCORE INSUFFISANT

Il existe toujours un bénéfice à l'arrêt du tabac quel que soit l'âge, et ce gain s'avère d'autant plus important que le sevrage tabagique est précoce. Une étude a ainsi estimé le gain d'espérance de vie à 3 ans chez un fumeur s'arrêtant à 60 ans. Ce gain atteint 6 ans si l'arrêt a lieu à l'âge de 50 ans, 9 ans à 40 ans et serait proche de celui des non-fumeurs avant 35 ans [Doll R, 2004].

Le CIRC a montré qu'un bénéfice significatif de l'arrêt du tabac, augmentant avec la durée de l'abstinence, a été observé pour tous les cancers majeurs associés au tabagisme. Toutefois, il n'atteint qu'à titre exceptionnel le niveau de risque des personnes n'ayant jamais fumé [CIRC, 2007]. Enfin, l'arrêt du tabac après un cancer du poumon améliore le pronostic de survie à 5 ans et diminue le risque de

récidive, le risque de développer un second cancer étant également plus faible [Parsons A, 2010].

Parmi les fumeurs réguliers de 15 à 75 ans, 29% ont déclaré avoir fait une tentative d'arrêt dans l'année en 2014, en hausse par rapport à 2010 [25,2%]. Cette hausse est particulièrement importante chez les 15-24 ans [53,6% en 2014 contre 40,6% en 2010] [Guignard R, 2015]. La hausse des ventes en pharmacie de traitements pour l'arrêt du tabac constatée en 2015 fait suite à deux années de baisse : on compte 1 825 779 « patients traités » contre 1 603 839 en 2014, soit 13,5% de plus. Il s'agit de la plus forte hausse enregistrée depuis 2007 [+36%], année de mise sur le marché du Champix®. Néanmoins, le niveau des ventes apparaît toujours bien inférieur à celui observé au début des années 2010.

## 2.2.5 MESURES FORTES LANCÉES DANS LE CADRE DU PROGRAMME NATIONAL DE RÉDUCTION DE TABAGISME (PNRT)

L'opération « Moi[s] sans tabac », conçue pour inciter les fumeurs à arrêter de fumer durant un mois, a été lancée en novembre ; elle a vocation à se dérouler tous les ans. En effet, les chances d'arrêter de fumer définitivement sont multipliées par cinq à la suite d'un arrêt d'un mois [Fenton K, 2016].

Cette opération a mobilisé la société civile et les acteurs locaux avec une adhésion forte des professionnels de santé, alliant une gouvernance nationale à une gouvernance régionale. Plus de 180 000 personnes se sont inscrites à ce défi collectif. Un nouveau site internet de Tabac Info Service, une application mobile d'e-coaching et des kits gratuits d'aide à l'arrêt étaient également disponibles.

Un fonds pour financer des mesures de lutte contre le tabagisme a été annoncé par la ministre des Affaires sociales et de la Santé en mai 2016. Ce fonds, créé au premier janvier 2017, sera hébergé à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et abondé par une dotation du fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) et par une taxe sur la distribution des produits du tabac prévue par l'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 [Loi du 23 décembre 2016]. Il permettra le financement d'actions locales, nationales et internationales dans l'ensemble des domaines de la politique de la lutte contre le tabac, conformément aux engagements de la France dans le cadre de la Convention-cadre de l'Organisation mondiale de la santé pour la lutte antitabac.

### FOCUS LOI DE SANTÉ

[Focus 1] Loi de modernisation de notre système de santé [Loi du 26 janvier 2016] et tabac



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.3 L'alcool, deuxième cause de mortalité évitable par cancer après le tabac

### DONNÉES ESSENTIELLES - L'ALCOOL



- 15 000 décès par cancer sont attribuables à la consommation d'alcool en France chaque année (soit 9,5% de l'ensemble des décès par cancer).
- Près de la moitié des Français âgés de 15 à 75 ans, en 2014, se déclarent buveurs hebdomadaires.
- En 2013, la France se situe au sixième rang des pays les plus consommateurs d'alcool chez les 15 ans et plus parmi les 34 pays de l'OCDE.

#### 2.3.1 ALCOOL ET RISQUE DE CANCERS

La consommation d'alcool augmente le risque de développer un cancer dans 7 localisations (Figure 38) : cancers de la bouche, du pharynx, du larynx, de l'œsophage, du côlon-rectum, du sein et du foie [Connor J, 2016].

Le risque de cancers augmente quel que soit le type des boissons et de manière linéaire avec la dose consommée pour la majorité des localisations cancéreuses. Aucun seuil de consommation sans risque n'a été identifié, et même une consommation faible ou modérée d'alcool augmente le risque de cancers.

#### 2.3.2 ALCOOL ET MORTALITÉ PAR CANCER

La consommation de boissons alcoolisées est en France la deuxième cause de mortalité évitable par cancer après le tabac. Les dernières données publiées rapportent en 2009, 49 000 décès (toutes causes

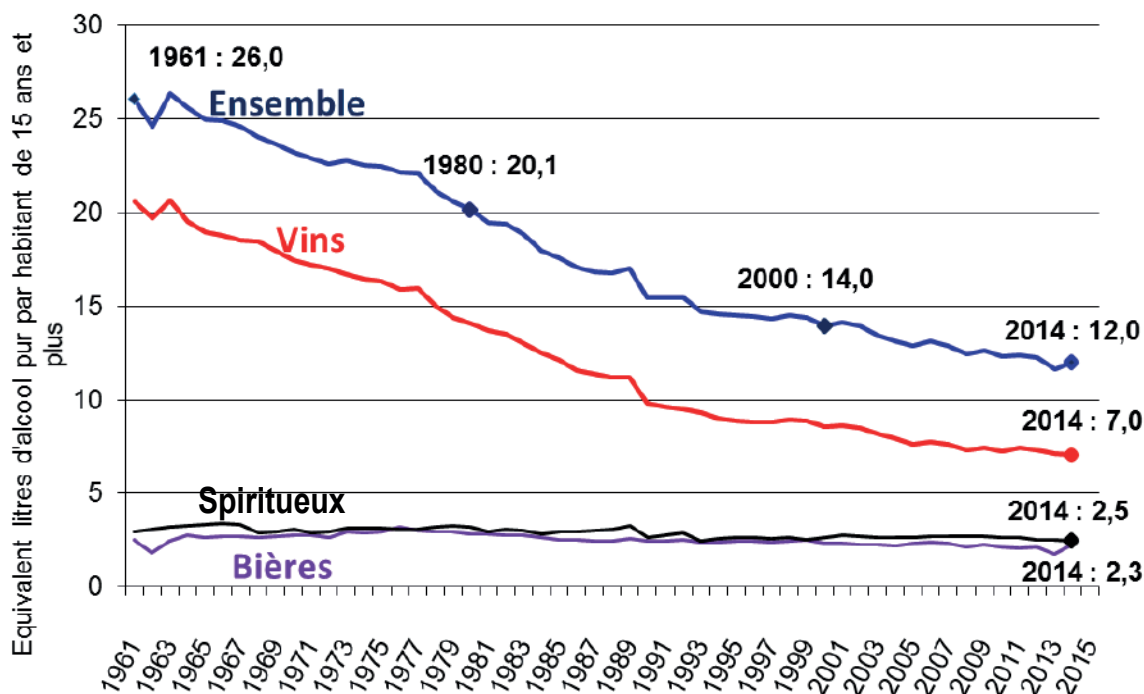
confondues) attribuables à l'alcool dont plus de 15 000 décès par cancers (soit 9,5% de la mortalité par cancer, 12% chez l'homme et 6% chez la femme) [Guérin S, 2013].



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.3.3 CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE

[Figure 37] Vente d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961  
(en litre d'alcool pur)



Source : OMS, groupe IDA, Insee [OFDT, 2016b]

La consommation d'alcool diminue depuis les années 1960, essentiellement en lien avec la diminution de la consommation de vin. En 2014, elle est estimée d'après les données de ventes à 12 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus [l'équivalent d'environ 2,6 verres standard par jour] [OFDT, 2016b]. Cette moyenne recouvre une très grande diversité de comportement, certains ne buvant pas du tout d'alcool ou rarement, d'autres buvant des quantités beaucoup plus élevées. Les hommes boivent des quantités d'alcool nettement plus importantes que les femmes et donc en moyenne plus de 2,5 verres d'alcool par jour et les femmes nettement moins (Figure 37). Cette tendance à la baisse de la consommation est moins forte depuis

les années 1990 et semble se stabiliser ces dernières années. On note toutefois une légère hausse en 2014 qui reste à confirmer. Elle pourrait résulter d'une augmentation du degré moyen d'alcool des bières [OFDT, 2016b].

La France reste parmi les pays les plus consommateurs d'alcool au monde, se situant au sixième rang des pays les plus consommateurs d'alcool chez les 15 ans et plus parmi les 34 pays de l'OCDE [OCDE, 2015]. D'après les données de l'Organisation mondiale de la santé, la consommation d'alcool par habitant de 15 ans et plus était moins élevée en France en 2010 qu'en Lituanie, République Tchèque, Irlande et Autriche [OFDT, 2016b].

## CHIFFRES CLÉS

Consommation d'alcool  
chez les 15-75 ans  
en France en 2014

Une fois par jour :

1 Français sur 10

Une fois par semaine :

5 Français sur 10

Alcoolisation ponctuelle  
importante :

4 Français sur 10

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



D'après l'étude du baromètre santé 2014, près de la moitié des 15-75 ans consomment de l'alcool au moins une fois par semaine, un sur dix quotidiennement, ce type de consommation se rencontrant presque exclusivement chez les personnes de plus de 50 ans. L'API [alcoolisation ponctuelle importante, correspondant au fait d'avoir bu six verres ou plus en une même occasion, au cours des douze derniers mois] concerne 38 % des 15-75 ans, touchant en particulier les personnes les plus jeunes [Richard J, 2015].

En 2015, l'enquête ESPAD confirme un recul de l'usage d'alcool chez les lycéens depuis 2011, surtout parmi les élèves les plus jeunes. La consommation récente d'alcool [au moins une fois au cours des 30 derniers jours] des élèves de 15-16 ans en France est dans la moyenne européenne : 47%. Les alcoolisations ponctuelles importantes (API) sont moins fréquentes en France [35%] que dans les

autres pays concernés par l'étude. La France est un des pays affichant les plus fortes baisses entre 2011 et 2015 [OFDT, 2016a].

Toujours d'après cette enquête, la majorité des élèves a déclaré avoir été exposée au moins une fois par mois à des publicités ou des promotions en faveur de l'alcool au cours de l'année précédant l'enquête. C'est dans les supermarchés et à travers les films qu'ils sont les plus fréquemment exposés [respectivement 73,2% et 66,1%]. Ils déclarent, par ailleurs, y avoir été exposés au moins une fois par mois via les magazines et journaux [59,1%], les affiches dans la rue [54,5%], Internet [54,1%], à la radio [49,6%] et sur les affichages dans les transports publics [39,6%]. S'agissant de la dernière publicité dont les lycéens se souviennent, 27,8% se rappellent le type de boisson et 18,2% ont même pu citer la marque alors que 9,6% l'ont trouvée attrayante. Enfin, 13,0% ont eu envie de consommer la boisson concernée [Gallopel-Morvan K, 2017].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.3.4 ACTIONS DE LUTTE MENÉES CONTRE LA CONSOMMATION D'ALCOOL

La Cour des comptes a conduit, en 2016, une évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool visant à analyser les évolutions de la consommation et l'état des connaissances scientifiques sur les comportements à risque, et à apprécier l'efficacité des principaux leviers d'action publique et les limites des politiques conduites [Cour des comptes, 2016].

Des recommandations sont proposées pour faire de la lutte contre les consommations nocives une priorité de santé publique. La Cour des Comptes argumente ses propositions à la fois sur les constats des insuffisances actuelles (pilotage de la politique, sécurité routière, évaluation des actions de prévention), mais également sur les données scientifiques. C'est ainsi que le rapport préconise d'agir plus efficacement sur la publicité, facteur majeur de consommation chez les jeunes, mais aussi d'encadrer davantage l'information sur les produits alcoolisés et le lobbying des milieux économiques. La Cour

### FOCUS LOI DE SANTÉ

[Focus 2] Loi de modernisation de notre système de santé [Loi du 26 janvier 2016] et alcool

des Comptes propose également d'agir sur la fiscalité afin d'agir sur le niveau de consommation, et de rénover la législation sur les débits de boissons.

Par ailleurs, la communication sur la prévention primaire des cancers a été renforcée. En effet, l'Institut national du cancer et le ministère des Affaires sociales et de la Santé ont lancé en septembre 2016 une campagne de communication pour faire connaître le chiffre de 40% de cancers évitables et annonçant une sélection de quatre conseils : « ne pas fumer, éviter l'alcool, bouger plus, manger mieux ».



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.4 L'alimentation, l'activité physique, sources de facteurs de risque et de facteurs protecteurs de certains cancers

### DONNÉES ESSENTIELLES - L'ALIMENTATION ET L'ACTIVITÉ PHYSIQUE



- Il est estimé que 20 à 25% des cancers sont attribuables aux facteurs nutritionnels.
- Les facteurs de risque évitables importants de cancer sont : la consommation d'alcool, l'excès de viandes rouges et de charcuteries, la faible consommation de fruits et de légumes et de fibres, le surpoids et l'obésité, l'insuffisance de pratique d'activité physique.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.4.1 FACTEURS NUTRITIONNELS AUGMENTANT OU RÉDUISANT LE RISQUE DE CANCERS

[Figure 38] Niveaux de preuves de relation entre les facteurs nutritionnels et différentes localisations cancéreuses

	Tumeurs solides																	Hémopathies malignes										
	Nasopharynx	Tête et cou	Bouche (cavité orale), pharynx, larynx	Œsophage	Adénocarcinome œsogastrique	Estomac	Intestin grêle	Colo-rectum	Pancréas	Ampeule de Vater	Foie	Vésicule biliaire	Rein	Vessie	Sein (avant la ménopause)	Sein (après la ménopause)	Endomètre	Col de l'utérus	Ovaire	Prostate	Testicule	Poumon	Thyroïde	Peau	Lymphome hodgkinien	Lymphome non hodgkinien	Leucémie	Myélome multiple
Boissons alcoolisées						*		Homme Femme		*			**										*		*	*		
Surcharge pondérale					* Proximal Detail						**									** Avancé Localisé	*	**	*		*	*	*	*
Viandes rouges			**										*	*	*					*								
Charcuteries			**										*	*	*					**		**						
Sel et aliments salés																												
Compléments alimentaire à base de bêta-carotène	*	*	*		**			*					*	*			*	*	**			‡		*		*		
Produits laitiers							*							*	**													
Activité physique		*					Colon Rectum								**	**						**	*		*			
Sédentarité																												
Fruits																												
Légumes (non féculents)																												
Fibres alimentaires															**													
Allaitement					*																							

■ Convaincant   
 ■ Probable   
 ■ Suggéré   
 ■ Non concluant   
 ■ Non étudié   
 ■ Suggéré   
 ■ Probable   
 ■ Convaincant

■ Augmentation du risque                     
 ■ Diminution du risque

\* signifie que le niveau de preuve est nouvellement étudié depuis le rapport WCRF/AICR 2007 ou les CUP WCRF/AICR 2010, 2011, 2012, 2013, 2014

\*\* signifie que le niveau de preuve a été modifié depuis le rapport WCRF/AICR 2007 ou les CUP WCRF/AICR 2010, 2011, 2012, 2013, 2014

‡ consommation de compléments alimentaires à base bêta-carotène à fortes doses, en particulier chez les fumeurs et les personnes exposées à l'amiante

Source et traitement : INCa 2015

À la fois source de facteurs de risque et de facteurs protecteurs, la nutrition, qui englobe l'alimentation (y compris l'alcool), le statut nutritionnel et l'activité physique, fait partie des facteurs comportementaux sur lesquels il est possible d'agir pour prévenir l'apparition de cancers. Il est ainsi estimé que 20 à 25 % des cancers sont imputables aux comportements nutritionnels [INCa, 2015b].

Les facteurs de risque (facteurs augmentant le risque de cancers) et les facteurs protecteurs (facteurs diminuant le risque de cancers) pouvant conduire à des recommandations pour la prévention nutritionnelle des cancers ont été identifiés, grâce aux niveaux de preuve « convaincant » ou « probable » [Figure 38] :

- **Facteurs augmentant le risque de cancer :** la consommation de boissons alcoolisées, le surpoids et l'obésité, la consommation de viandes rouges et de charcuteries, la consommation de sel et d'aliments salés, ainsi que la consommation de compléments alimentaires à base de bêta-carotène ;
- **Facteurs réduisant le risque de cancers :** l'activité physique, la consommation de fruits et légumes, la consommation de fibres alimentaires et l'allaitement.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## 2.4.2 ACTIONS DE PRÉVENTION NUTRITIONNELLE

En France, l'ensemble des plans de santé publique qui traitent, exclusivement ou non, de la nutrition (Plan national nutrition santé, Plan obésité, Plan cancer, Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive, Programme national pour l'alimentation) contribuent notamment à répondre aux principaux objectifs de prévention nutritionnelle des cancers pour la population française : réduire la consommation de boissons alcoolisées et la prévalence du surpoids et de l'obésité, favoriser et promouvoir une alimentation équilibrée et diversifiée (en évitant de recourir aux compléments alimentaires), ainsi que la pratique régulière d'une activité physique.

### FOCUS LOI DE SANTÉ



[Focus 3] Loi de modernisation de notre système de santé [Loi du 26 janvier 2016] et nutrition

### FOCUS INÉGALITÉS



[Focus 1] PRALIMAP-INÈS, Réduire les inégalités d'accès à la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent en milieu scolaire [Briançon S, 2016]

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.5 L'environnement

### DONNÉES ESSENTIELLES – L'ENVIRONNEMENT



■ Les liens entre l'environnement et l'apparition de certains cancers font l'objet de nombreuses études. Pour un grand nombre de facteurs environnementaux le lien avec le cancer est aujourd'hui mal connu, insuffisamment étudié et difficilement quantifiable. Certains d'entre eux sont prouvés : radon, pollution atmosphérique, radiations ultraviolets, pesticides arsenicaux, amiante, etc. D'autres sont toujours en cours d'investigation. Sous l'impulsion du Plan cancer, plusieurs appels à projet ont vu le jour au cours des dernières années afin de caractériser les risques de

cancer environnementaux et comportementaux. Ces projets devraient permettre d'examiner la part de risques environnementaux et leurs interactions avec les facteurs biologiques et socio-comportementaux.

■ Les facteurs environnementaux sont des agents physiques, chimiques ou biologiques présents dans l'atmosphère, les sols, l'eau, les médicaments ou l'alimentation dont l'exposition est subie. Entre 5 et 10% des cancers seraient liés à des facteurs environnementaux.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.5.1 ENVIRONNEMENT ET RISQUE DE CANCER

L'impact de l'environnement sur la survenue de cancers reste difficile à évaluer et à étudier. Toutefois, la contribution de l'environnement dans la survenue du cancer doit être prise en compte.

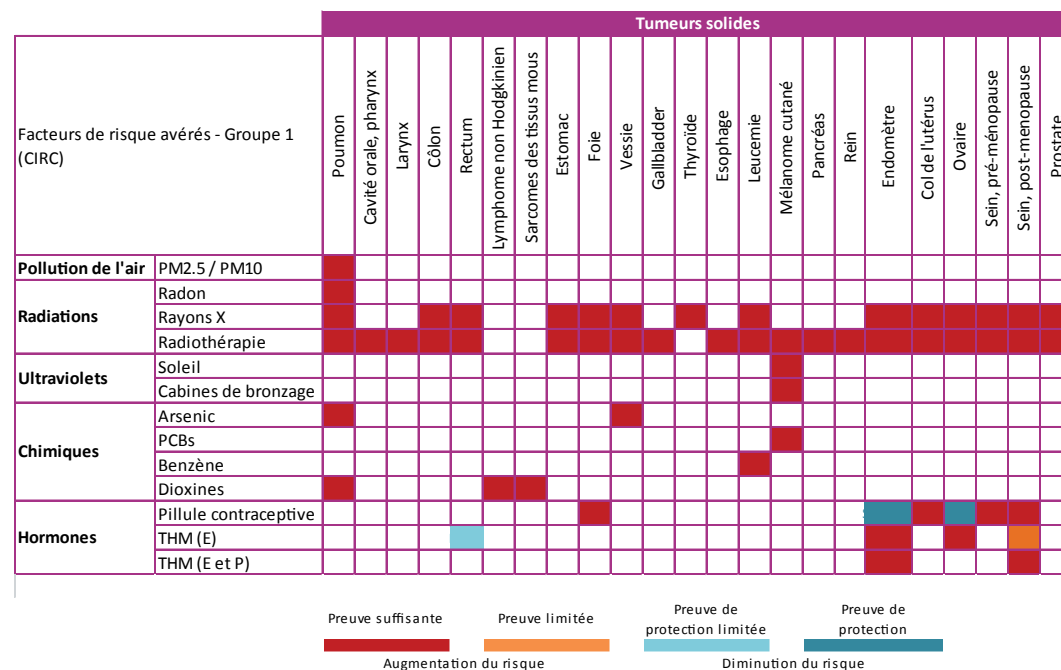
Les expositions aux agents cancérigènes probables ou suspectés sur de longues périodes et à de faibles doses sont extrêmement fréquentes et multiples en population générale. Certaines vulnérabilités aux effets de certains agents sont documentées et sont liées à des temps particuliers d'exposition notamment au cours du développement foeto-embryonnaire et au cours de l'enfance ou du fait des effets transgénérationnels. Le risque lié à l'exposition à ces agents est toutefois peu ou pas connu et donc mal quantifié. Il fait l'objet de controverses scientifiques et sociétales en France comme au niveau international en raison notamment de la connaissance insuffisante des expositions souvent mal ou pas documentées, du manque de connaissance des relations dose-réponse et des enjeux sanitaires et socio-économiques considérables.

Ces controverses portent aussi sur les risques potentiels liés aux agents physiques : expositions aux champs électromagnétiques de très faible fréquence (lignes à haute tension) ou champs électromagnétiques émis par les téléphones portables.

Une expertise collective a été réalisée par l'Inserm sur cancers et environnement dans le cadre du premier Plan national santé environnement (PNSE1) qui a permis de faire des propositions de recherche en lien avec 9 localisations cancéreuses (tumeurs cérébrales, poumons, ovaires, thyroïde, mésothéliome, sein, testicule, prostate, hémopathies malignes) [Inserm, 2005, 2008].

L'Institut national du cancer et l'Anses ont saisi l'Inserm début 2016 pour approfondir ce travail et identifier les cancers prioritaires à surveiller en lien avec l'environnement et ainsi guider l'action publique sur les mesures de réduction des expositions et de gestion des risques. À ce jour, quelques facteurs retrouvés dans notre environnement ont été classés comme cancérogènes avérés (groupe 1 de la Classification des facteurs cancérogènes), pour l'Homme. Ils sont résumés dans la Figure 40.

**[Figure 40] Niveaux de preuves entre les principaux facteurs environnementaux avérés et différentes localisations des cancers**



Les niveaux de risque sont définis par le CIRC.  
Source et traitement : INCa 2016

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.5.2 ACTIONS DE PRÉVENTION ENVIRONNEMENTALE

### A - POLLUTION

L'indemnité kilométrique vélo prévue par la loi de transition énergétique a été mise en place au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Cette mesure vise à encourager l'usage du vélo pour les trajets domicile-travail, facteur de réduction de la pollution et d'amélioration de la santé.

Les véhicules immatriculés avant le 1<sup>er</sup> janvier 1997 et les motos et scooters immatriculés avant le 1<sup>er</sup> janvier 1999 ne peuvent plus circuler à Paris depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016. La Mairie de Paris et le Groupement des autorités responsables de transport (GART), qui représente de nombreux élus locaux, ont trouvé un accord avec le ministère de l'Environnement et de l'Écologie pour instituer six certificats sur la qualité de l'air, des pastilles de couleur à apposer sur les pare-brise des véhicules, témoignant de leur degré de pollution. Ces mesures visent à diminuer la pollution de l'air dans la capitale. Pour les Parisiens désirant abandonner leur voiture au profit d'un mode de déplacement plus écologique, la ville offre une aide de 400 euros, moyennant signature d'un engagement pour cinq ans. La somme correspond à la prise en charge partielle d'un forfait annuel Navigo et d'un abonnement annuel au service Vélib. Elle peut aussi accompagner l'achat d'un vélo et s'ajoute à la subvention de 400 euros prévue pour un vélo à assistance électrique. Les jeunes conducteurs renonçant à acquérir une voiture pourront bénéficier d'une réduction de moitié de l'abonnement à Autolib. La ville subventionne (jusqu'à 2 000 euros) l'installation d'abris vélos sécurisés dans les copropriétés et de bornes

de recharge électrique. Elle aidera aussi les professionnels (artisans, commerçants...) qui devront changer leur véhicule de travail et passer à l'électrique ou au gaz naturel. L'interdiction des sacs plastiques fins est entrée en vigueur en deux temps : le 1<sup>er</sup> juillet 2016 pour les sacs de caisse et le 1<sup>er</sup> janvier 2017 pour les sacs d'emballage des fruits et légumes. Il s'agit d'une des dispositions phares de la loi sur la transition énergétique.

À la suite des signalements par des services déconcentrés de l'État sur la présence possible de fibres d'amiante actinolite dans les granulats d'enrobés routiers, ainsi que de « fragments de clivage », l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) [saisie par la Direction générale du travail (DGT), la Direction générale de la prévention des risques (DGPR) et la Direction générale de la santé (DGS) fin 2014] a rendu un avis et des recommandations en décembre 2015. Le risque sanitaire est indubitable lorsque l'amiante est mobilisable dans l'air.

#### Mesures pour lutter contre la pollution

- Indemnité kilométrique vélo
- Interdiction des véhicules trop polluants à Paris
- Certificats sur la qualité de l'air pour les voitures
- Subventions pour les transports écologiques
- Interdiction des sacs plastiques

### B - IMAGERIE MÉDICALE

EPI-CT, projet européen qui intègre 9 cohortes européennes vise à analyser l'incidence de cancers parmi 1 million d'enfants ayant eu des examens par scanographie. La publication des premières estimations

de risques de cancer associés aux expositions au scanner est attendue au premier semestre 2017.

### C - RADON

La réduction de l'exposition au radon est présente dans plusieurs plans nationaux. Le premier plan national santé environnement (PNSE1) ainsi que le deuxième (PNSE2) recommandaient de réduire l'exposition au radon dans l'habitat en élaborant un plan national d'actions pour la gestion du risque lié au radon, lancé sur la période

2005-2008 et reconduit en 2011-2015. Le Plan radon 2016-2021 est en cours d'élaboration.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## D - UV

Début 2016, la Commission européenne a annoncé que le comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux (CSRSEN) avait publié un rapport préliminaire sur les effets biologiques des rayons ultraviolets (UV) dans les cabines de bronzage, suivi d'une consultation publique, invitant les personnes intéressées à donner leur avis.

L'Anses a été sollicitée par la DGS, en mars 2016, au sujet du projet. L'Anses est en parfait accord avec l'avis du CSRSEN sur le danger des cabines de bronzage.

Pour rappel, le CSRSEN se trouve sous la responsabilité de la Direction générale à la santé et la sécurité alimentaire (DG SANTÉ). La régulation de l'utilisation des cabines de bronzage touche toutefois à deux directives, la directive « Basse Tension » (LVD) et la directive relative à la sécurité des produits (GPSD), qui relèvent de la direction générale à la justice (DG JUST), et en particulier l'unité de la sécurité des produits et des services.

## E - PESTICIDES

Un renforcement de l'encadrement réglementaire de l'utilisation des produits phytosanitaires et biocides en procédant le plus rapidement possible au retrait des autorisations de mise sur le marché des plus toxiques (cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques, perturbateurs

endocriniens] a été demandé par le ministère de l'Écologie et de l'Environnement en juillet 2016. Ceci, pour faire au suite au dernier avis de l'Anses [[cf. Chapitre 2.6. Les expositions aux facteurs de risque en milieu professionnel](#)].

### FOCUS LOI DE SANTÉ

[Focus 4] Loi de modernisation de notre système de santé (Loi du 26 janvier 2016) et environnement



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.6 Les expositions aux facteurs de risque en milieu professionnel

### DONNÉES ESSENTIELLES – LES EXPOSITIONS EN MILIEU PROFESSIONNEL



- 10% de l'ensemble des salariés (soit 2,2 millions) ont été exposés à au moins un produit chimique cancérigène au cours de la dernière semaine travaillée en France en 2010.
- Les 8 principaux produits chimiques cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques rencontrés en milieu de travail sont, par importance décroissante : les gaz d'échappement diesel, les huiles minérales entières, les poussières de bois, la silice cristalline, le formaldéhyde, le plomb et ses dérivés, l'amiante et les phtalates.
- L'incidence des cancers d'origine professionnelle est estimée entre 11 000 et 23 000 nouveaux cas par an.
- L'amiante, facteur de risque avéré du mésothéliome et d'autres cancers (du poumon, du larynx et de l'ovaire) est l'exposition la plus reconnue en pathologie professionnelle.
- 1 283 nouveaux cas de mésothéliome ont été déclarés entre janvier 2012 et avril 2014.
- En 2015, 1 804 cancers ont été reconnus et indemnisés au titre des maladies professionnelles (hors alinéa 4).

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

## 2.6.1 FACTEURS DE RISQUE DE CANCER EN MILIEU PROFESSIONNEL

**[Figure 41]** Niveaux de preuves entre les principaux facteurs de risque en milieu professionnel avérés et différentes localisations des cancers

Facteurs de risque	Tumeurs solides																						
	Poumon	Mésothéliome	Vessie	Peau	Leucémie	Foie	Cavité nasale	Pharynx	Larynx	Lymphome malign non Hodgkinien	Sein	Rein	Os	Thyroïde	Colon-rectum	Estomac	Pancreas	Ovaires	Cerveau - Système nerveux central	Prostate	Oesophage		
Amiante	Preuve suffisante	Preuve suffisante																					
Amines aromatiques			Preuve suffisante																				
Arsenic			Preuve suffisante																				
Benzène					Preuve suffisante																		
Beryllium, Bis(chloromethyl)ether, Chloromethyl ether, Cadmium	Preuve suffisante																						
Clorure de vynile						Preuve suffisante																	
Chrome	Preuve suffisante																						
Formaldéhyde					Preuve suffisante																		
Hydrocarbures aromatiques polycycliques, goudron, bitume					Preuve suffisante																		
Huiles minérales																							
Industries du caoutchouc																						Preuve limitée	Preuve limitée
Nickel	Preuve suffisante																						
Pesticides arsénicaux	Preuve suffisante																						
Organochlorés, organophosphorés, carbaryl, toxaphène, atrazine																							
Orth-o-toluidine, 2-naphtylamine, 4-aminobiphenyl, auramine, benzidine																							
Peintures	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante																				
Production d'aluminium	Preuve suffisante																						
Poussières de bois et du cuir																							
Radiations ionisantes	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante	Preuve suffisante
Silice	Preuve suffisante																						
Trichloréthylène																							
Vapeurs d'acides inorganiques	Preuve limitée																						

Les niveaux de risque sont définis par le CIRC.  
Source et traitement : INCa 2016

D'après l'enquête Sumer, les 8 principaux produits chimiques cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques rencontrés en milieu de travail sont (par ordre décroissant) : les gaz d'échappement diesel [676 300 salariés exposés en 2010], les huiles minérales entières [472 700], les poussières de bois [337 300], la silice cristalline [284 000], le formaldéhyde [122 500], le plomb et ses dérivés [105 000], l'amiante [70 900] et les phtalates [54 570] [Figure 41].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.6.2 LES EXPOSITIONS AUX RISQUES CANCÉRIGÈNES SELON LE SECTEUR PROFESSIONNEL

Les expositions aux facteurs de risque cancérigènes sont souvent mieux connues pour les travailleurs que pour la population générale, les concentrations importantes de polluants auxquels ils sont exposés à certains postes induisant une surveillance plus ciblée. Toutefois, peu de chiffres précis et actualisés sont disponibles, même si des estimations existent sur les expositions aux substances cancérigènes, mutagènes et reprotoxiques (CMR) en milieu professionnel, ainsi que sur les cancers d'origine professionnelle. L'incidence des cancers d'origine professionnelle est estimée entre 11 000 et 23 000 nouveaux cas par an [Imbernon E, 2003].

Les résultats de l'enquête Sumer 2010 [Cavet M, 2013] montrent que, en 2010, 10% de l'ensemble des salariés, soit près de 2,2 millions de salariés, ont été exposés à au moins un produit chimique cancérigène [certain ou probable selon le CIRC ou l'Union européenne] au cours de la dernière semaine travaillée ; 1% des salariés sont exposés à au moins trois produits cancérigènes lors de la dernière semaine travaillée avant l'enquête.

Toutefois, la connaissance des expositions professionnelles reste encore très incomplète en France, et le degré d'exposition provoquant une augmentation du risque de cancer est également mal connu. Les cancers d'origine professionnelle restent largement sous-reconnus et sous-indemnisés.

De fortes inégalités d'exposition aux cancérigènes existent [Cavet M, 2013]. Si certains métiers ou secteurs exposent plus leurs salariés, aucun métier ou secteur professionnel ne peut être exclu (Tableau 29).

### [Tableau 29] Proportion de salariés exposés aux produits chimiques cancérigènes selon le type de métiers

Catégories socioprofessionnelles	% d'exposition
Ouvriers (qualifiés et non qualifiés)	47 %
Employés et professions intermédiaires	13 %
Cadres assimilés	2,3 %

Source : [Cavet M, 2013]. Traitement : INCa 2016.

Certains secteurs, parmi 22, exposent particulièrement leurs salariés (Tableau 30).

### [Tableau 30] Proportion de salariés exposés aux produits chimiques cancérigènes selon les secteurs d'activité

Domaine professionnel	% de salariés exposés
Maintenance	43 %
BTP	32 %
Mécanique/Travail des métaux	31 %
Matériaux souples, bois, industries graphiques	30 %
Artisanat	29 %

Source : [Cavet M, 2013]. Traitement : INCa 2016.

La taille de l'entreprise est un facteur d'inégalité puisque les salariés des petits établissements (moins de 10 salariés) sont plus fortement exposés à au moins un produit chimique cancérigène (13%) que ceux dans les entreprises de +500 salariés (8%). La prévention y est également moins développée, puisque dans les petits établissements, il n'existe pas de protection collective pour 44% des situations d'exposition à un produit chimique cancérigène, contre 25% dans les très grands établissements. Le troisième Plan santé au travail (2016-2020), adopté le 8 décembre 2015 lors de la réunion du Conseil d'orientation et des conditions de travail (COCT) met l'accent sur la prévention, dont les produits chimiques cancérigènes [DGT, 2015].

La Société française de médecine du travail (SFMT) a publié des recommandations concernant la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés, ou ayant été exposés, à des agents cancérigènes professionnels pulmonaires. Ces recommandations ont été élaborées à la demande de la DGT et ont reçu le label méthodologique conjoint HAS-INCa [SFMT, 2015].

**CHIFFRES CLÉS**  
Facteurs de risque en milieu professionnel et cancer

Entre **11 000** et **23 000** cas par an de cancers d'origine professionnelle

**10%** des salariés exposés à au moins **1** produit chimique cancérigène

**1%** des salariés exposés à au moins **3** produits chimiques cancérigènes

**47%** des ouvriers exposés à des cancérigènes



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.6.3 LA RECONNAISSANCE DES CANCERS EN MALADIES PROFESSIONNELLES ET FACTEURS ASSOCIÉS EN MILIEU PROFESSIONNEL

En 2015, 1 804 cancers ont été reconnus et indemnisés au titre des maladies professionnelles (hors alinéa 4), soit après deux années de baisse, une augmentation de 7% par rapport à 2014 [Cnamts, 2016]. Cette augmentation est principalement due à l'augmentation de 8% des cancers liés à l'amiante et de 4% des autres cancers. À la suite d'expérimentations régionales, puis à la généralisation d'un dispositif d'aide à la reconnaissance, le nombre de cancers de la vessie reconnus en maladie professionnelle poursuit son augmentation, en passant de 99 cas en 2011 à 153 cas en 2015. Sur la période 2011-2015, en moyenne annuelle, 1 782 cancers ont été reconnus comme maladie professionnelle et ont donné lieu à une première indemnisation par l'Assurance maladie.

L'Anses a mis à jour l'expertise relative aux risques de cancer liés au travail de nuit sur la base des données parues depuis la monographie

du CIRC de 2010 [Anses, 2016a]. Les études apportent des éléments nouveaux sur le lien entre travail de nuit et cancers du sein, en faveur d'un excès de risques (avec des éléments de preuve limités). Concernant d'autres localisations (prostate et autres cancers), les données ne permettent pas de conclure. Ainsi, de manière globale, l'Anses conclut pour un effet probable du travail de nuit sur le risque de cancer. Enfin, une étude réalisée sur la profession des égoutiers objective une surmortalité significative principalement pour ce qui concerne les cancers du foie et les cancers du poumon [Anses, 2016c]. Les résultats d'études de génotoxicité montrent également que ces travailleurs sont exposés à des composés mutagènes et/ou génotoxiques au cours de leurs activités.

## 2.6.4 FOCUS SUR CERTAINS RISQUES D'EXPOSITION PROFESSIONNELLE

### A - AMIANTE, FACTEUR AVÉRÉ DU MÉSOTHÉLIOME ET AUTRES CANCERS

L'exposition à l'amiante est l'exposition à un agent cancérigène la plus reconnue en pathologie professionnelle. Si l'exposition professionnelle à l'amiante est en cause dans la majeure partie des mésothéliomes son impact ne se limite pas à cette pathologie, mais provoque également d'autres cancers (cancers du poumon, du larynx et de l'ovaire) et des pathologies bénignes de l'appareil respiratoire (asbestose et plaques pleurales) [Tableau 31].

[Tableau 31] Estimations des parts attribuables de cancers aux expositions à l'amiante en France pour quatre cancers

Pathologie	Hommes	Femmes
Cancers du poumon	4,5 - 17,5%	0,5 - 2,2%
Mésothéliome	74,5 - 91,7%	25,3 - 58%
Larynx	4,5 - 33,1%	0,5 - 5,0%
Ovaire		1 - 3,6%

Source : [Gilig Soit Ilg A, 2015]. Traitement : INCa 2016.

Ces estimations traduisent le poids des expositions professionnelles à l'amiante dans la survenue de certains cancers. Pourtant, toutes les pathologies attribuables à des expositions professionnelles à l'amiante ne sont pas reconnues en maladies professionnelles (concernant le régime général de la sécurité sociale, le déficit de réparation est estimé entre 5 et 66% des cas de cancers du poumon et entre 52 et 70% des cas de mésothéliomes) [Gilig Soit Ilg A, 2015].

Plusieurs études publiées il y a une douzaine d'années prévoient qu'en France le pic de mortalité masculine par mésothéliome aurait lieu vers 2020-2030, avec un nombre de décès annuels compris entre 1 000 et 1 500. Un rapport corrige cette projection [Goldberg S, 2013].

### CHIFFRES CLÉS

Décès par mésothéliome en France

En l'an 2000 : **600** à **800** chez les hommes,  
**100** à **200** chez les femmes,

D'ici 2050 : **18 000** à **25 000** décès

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



Ainsi, le pic de mortalité par mésothéliome semble avoir déjà été atteint, en France, au début des années 2000, avec 600 à 800 décès annuels chez les hommes et de 100 à 200 chez les femmes. La mortalité est en train de diminuer et, selon leurs projections, se stabilisera vers 2030 au niveau où elle était à la fin des années 1970. Les auteurs concluent que bien que la mortalité par mésothéliome ait commencé à décroître plus tôt qu'on ne le pensait, il faut s'attendre à 18 à 25 000 décès par mésothéliome d'ici 2050 en France. Pour considérer la mortalité attribuable à l'amiante dans son ensemble, il convient d'ajouter à ces estimations un nombre plus grand encore de décès par cancer bronchopulmonaire, provoqués aussi par l'exposition passée à l'amiante.

Le mésothéliome fait l'objet d'une [déclaration obligatoire](#) depuis 2012. Cette déclaration obligatoire a permis d'enregistrer 1 283 nouveaux cas entre janvier 2012 et avril 2014. Le niveau moyen d'exhaustivité pour les mésothéliomes pleuraux dans les départements couverts

par le Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM) était de 46% en 2012, avec de fortes disparités régionales. D'après les derniers résultats de la cohorte Ardco (Asbestos Related Diseases Cohorte) une relation dose-réponse entre l'exposition à l'amiante et le cancer du côlon est observée (après prise en compte des principaux facteurs de risque de cancer) [\[Paris C, 2016\]](#). Cette cohorte comprend 16 000 volontaires retraités ou sans emploi ayant été exposés professionnellement à l'amiante inclus dans un programme de dépistage des pathologies bénignes de l'amiante par tomodensitométrie. Ces volontaires ont bénéficié d'un suivi annuel jusqu'en 2014. En 2011, un questionnaire complémentaire a été envoyé à l'ensemble des sujets, permettant de recueillir les principaux facteurs de risque du cancer colorectal chez un échantillon de sujets appelé ARDCO-NUT. Cette analyse porte sur près de 14 500 hommes, dont 3 769 ont répondu au questionnaire complémentaire.

## B - PESTICIDES

En juillet 2016, l'Anses a publié les conclusions d'une expertise collective qui visait à identifier, évaluer et caractériser les expositions aux pesticides des personnes travaillant dans l'agriculture [\[Anses, 2016b\]](#). Les conclusions portent sur différents points : la diminution

des expositions par la réduction du recours aux pesticides, la mise en œuvre de mesures de prévention et l'amélioration des connaissances sur les expositions en conditions réelles d'utilisation.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.7 Les agents infectieux

### DONNÉES ESSENTIELLES – LES AGENTS INFECTIEUX

■ En France, 3% des cancers auraient une origine infectieuse.

■ Parmi les principaux facteurs de risques infectieux en cause, trois disposent de stratégies préventives : les papillomavirus humains (HPV), les virus des hépatites B et C (VHB et VHC) et la bactérie *Helicobacter pylori*.

### 2.7.1 FACTEURS DE RISQUES INFECTIEUX ET CANCER

[Figure 42] Niveaux de preuves entre les principaux facteurs de risque de cancer infectieux et localisations des cancers

Agents infectieux	Tumeurs solides																		
	Nasopharynx	Cavité orale	Oropharynx	Larynx	Anus	Col de l'utérus	Vulve	Vagin	Pénis	Lymphome Hodgkinien	Lymphome non-Hodgkinien	Lymphome de Burkitt	Carcinome du type Lymphoépithéliome	Carcinome gastrique	Lymphome MALT B-cellulaire gastrique de bas grade	Carcinome non-cardio gastrique	Carcinome Hépatocellulaire	Amygdale	
Epstein-barr virus (EBV)	■									■		■	■	■					
Hépatites B (VHB)											■						■		
Hépatites C (VHC)											■						■		
HPV 16		■	■	■	■	■	■	■	■										■
HPV types 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 and 59						■													
Helicobacter pylori															■	■			

■ Preuve suffisante      ■ Preuve limitée  
Augmentation du risque

Les niveaux de risque sont définis par le CIRC.  
Source et traitement : INCa 2016

En France, 3% des cancers auraient une origine infectieuse [CIRC, 2007]. Les principaux facteurs de risques infectieux en cause [Figure 42], et disposant de stratégies préventives sont les papilloma-

virus humains (HPV), les virus des hépatites B et C (VHB et VHC) et la bactérie *Helicobacter pylori*.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.7.2 PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV) ET CANCERS

Les sous-types HPV16 et 18 sont responsables de près de 70% des cancers du col de l'utérus, et également associés à d'autres cancers beaucoup plus rares de la sphère anogénitale (vagin, vulve, pénis, anus), ainsi qu'à des cancers de la cavité buccale, de l'oropharynx/amygdale ou du larynx [CIRC, 2012].

La prévention du cancer du col de l'utérus repose sur la combinaison de deux démarches complémentaires :

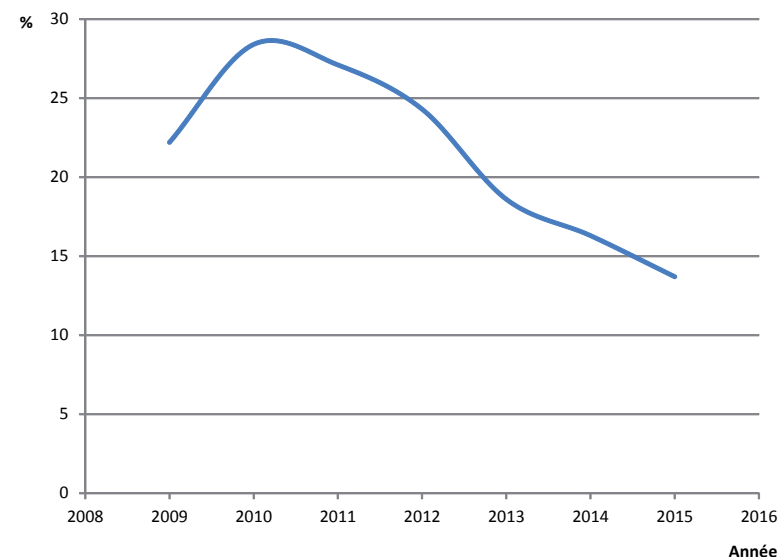
- la **vaccination** contre les HPV 16 et 18 pour toutes les jeunes filles âgées de 11 à 14 ans, avec un rattrapage pour les 15-19 ans ;
- le **dépistage** par frottis du col utérin pour toutes les femmes entre 25 et 65 ans, qu'elles soient vaccinées ou non [INCa, 2016b] [cf. Chapitre 3.3. Dépistage du cancer du col de l'utérus].

La mortalité par cancer du col de l'utérus est plus marquée dans les milieux plus défavorisés. Une étude de Santé publique France publiée en 2016 souligne qu'un faible revenu du ménage et l'absence de couverture complémentaire maladie privée sont deux facteurs associés à des couvertures vaccinales HPV plus faibles chez les jeunes filles et à une moindre participation au dépistage chez les femmes [Guthmann J-P, 2016]. Le Plan cancer 2014-2019 vise à réduire les inégalités d'accès à ces deux moyens de prévention en permettant un accès gratuit à la vaccination contre les HPV d'une part et en organisant sur le territoire un programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus d'autre part.

Une étude réalisée conjointement par l'ANSM et l'Assurance maladie, montre que la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) par Gardasil® ou Cervarix® n'entraîne pas d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes, confirmant ainsi les données de surveillance françaises et internationales [ANSM et Cnamts, 2015].

La couverture vaccinale est faible en France et en diminution depuis 2010. Au 31 décembre 2015, la couverture vaccinale des jeunes filles de 16 ans (mesurée à la date anniversaire) était de 13,7%. C'est le niveau le plus bas estimé depuis l'introduction de la vaccination en 2007 (Figure 43).

**[Figure 43] Pourcentage des jeunes filles de 16 ans ayant reçu 3 doses de vaccin contre les HPV**



Source : [Santé publique France, 2016b], données de l'EGB ; mise à jour au 31/12/15.  
Traitement : INCa 2016.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

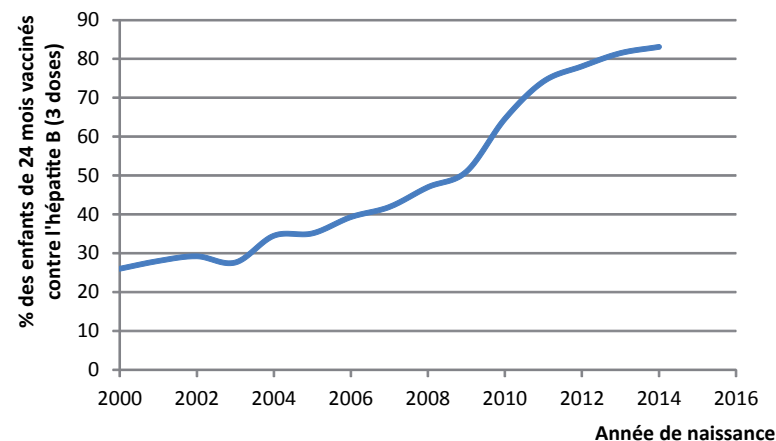
## 2.7.3 VIRUS DE L'HÉPATITE B ET C (VHB ET VHC) ET CANCER DU FOIE

Les infections hépatiques virales chroniques B et C sont à l'origine d'environ un tiers des cancers du foie [carcinome hépatocellulaire], soit plus de 3 200 cas diagnostiqués chaque année [CIRC, 2007].

Le rapport d'experts sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C, comporte des recommandations qui concernent notamment la prévention de ces infections [ANRS et AFEF, 2014]. Ces recommandations s'inscrivent dans un contexte marqué par la mise à disposition de nouveaux outils de dépistage de ces infections, ainsi que par des progrès thérapeutiques majeurs qui permettent désormais de contrôler l'infection par le virus de l'hépatite B et de guérir celle par le virus de l'hépatite C pour la grande majorité des patients. Une implication plus forte des professionnels de santé est nécessaire pour mieux prévenir, en France, les hépatites B et C.

La couverture vaccinale contre l'hépatite B, augmente chez les nourrissons depuis la mise sur le marché du vaccin hexavalent (Figure 44). Ainsi, 96,3% des nourrissons nés en 2015 ont fait l'objet à 6 mois d'une vaccination. Néanmoins, la couverture vaccinale des adolescents reste encore tout à fait insuffisante avec 43,1% des adolescents scolarisés vaccinés en classe de 3<sup>e</sup> en 2008/2009.

**[Figure 44] Couverture vaccinale hépatite B « 3 doses » à l'âge de 24 mois, France, 1998-2014**



Source : [Santé publique France, 2016a], remontées des services de PMI - Certificat de santé du 24<sup>e</sup> mois. Traitement : INCa 2016.

## 2.7.4 HELICOBACTER PYLORI ET CANCER DE L'ESTOMAC

L'infection à *Helicobacter pylori*, bactérie qui colonise la muqueuse gastrique, est responsable de près de 80% des cancers de l'estomac (la plupart des 20% restants étant des cancers du cardia associés au reflux gastro-œsophagien) soit plus de 5 200 cas diagnostiqués par an. La diminution de l'incidence des cancers gastriques observée en France entre 1980 et 2012 [Binder-Foucard F, 2013], retrouvée dans d'autres pays occidentaux, est vraisemblablement liée à la diminution des infections à *Helicobacter pylori* induite par la réfrigération

des aliments, de meilleures conditions d'hygiène et le recours accru aux antibiotiques.

La stratégie de prévention des cancers gastriques repose, en France, sur le repérage et le traitement de l'infection par la bactérie *Helicobacter pylori* uniquement chez les personnes à risque de cancer gastrique (population avec ou sans symptômes gastriques, définie par un consensus européen publié en 2012) [INCa, 2013].

## 2.8 Généraliser une démarche de prévention auprès des patients atteints de cancer (prévention tertiaire)

Trois millions de Français vivent avec un diagnostic de cancer. La persistance de certains facteurs de risque (tabagisme, obésité, sédentarité, consommation élevée d'alcool) impacte la survie, la survenue de récurrence, de seconds cancers, la qualité de vie et la survenue d'autres pathologies graves à plus ou moins long terme. Inscrire la prévention dans le parcours du patient atteint de cancer est un objectif du Plan cancer 2014-2019 (action 8-4, 8-5 et 8-6). D'après les données de l'étude VICAN2, 22% des patients fument dans l'année du diagnostic avec, en moyenne, 37% d'entre eux qui auraient arrêté deux ans après (Tableau 32). La survenue d'un cancer peut amener les patients à s'interroger sur leurs comportements à risque et serait un moment opportun pour l'arrêt du tabac en particulier. Ainsi, 70% des patients de l'enquête VICAN2 étaient en accord avec l'assertion suivante « pour gagner quelques années de vie, je suis prêt à me priver de certains plaisirs de l'existence, comme trop manger, boire de l'alcool ou fumer » [INCa, 2014].

En premier lieu, il est urgent de créer les conditions de la systématisation du repérage du tabagisme de tout patient atteint de cancer et de généraliser l'implication des différents professionnels de santé dans l'incitation à l'arrêt. L'arrêt du tabac doit être perçu par le médecin et le patient comme un élément à part entière du traitement [INCa, 2016a]. La prévention de la sédentarité et la promotion de l'activité physique auprès des patients atteints de cancer représentent également un enjeu. D'après les données de l'étude VICAN2, parmi les patients

qui pratiquaient une activité physique régulière, plus de la moitié l'a réduite et une sur dix l'a stoppé complètement (INCa, 2014). La prescription d'activité physique par le médecin traitant dans le cadre du suivi de patients en ALD est inscrite dans la loi depuis janvier 2016. La sensibilisation et la mobilisation des professionnels de santé (médecins spécialistes ou généralistes, infirmiers...) constituent des leviers essentiels pour que, dans les faits, les problématiques de consommation de tabac, d'alcool, les conseils diététiques et de maintien d'une activité physique soient systématiquement abordées au regard des besoins du patient et que les patients soient correctement accompagnés dans leurs démarches.

**[Tableau 32] Arrêt tabagique selon la localisation du cancer diagnostiqué**



Localisation du cancer	% sevrage
Sein	26%
Côlon - rectum	32%
Col de l'utérus	20%
Vessie	42%
Poumon	69%
VADS	66%
Total	37%

Source : Enquête VICAN2 [INCa, 2014]



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 2.9 Sources bibliographiques

### [Andler R, 2016]

Andler R, Richard J, Guignard R, et al. Consommation de tabac et utilisation d'e-cigarette en France en 2015 : premiers résultats du Baromètre cancer 2015. BEH. 2016.

### [ANRS et AFEF, 2014]

ANRS et AFEF. Rapport de recommandations sur la prise en charge des personnes infectées par les virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Prise\\_en\\_charge\\_Hepatites\\_2014.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Prise_en_charge_Hepatites_2014.pdf)

### [Anses, 2016a]

Anses. Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit, juin 2016. <https://www.anses.fr/fr/system/files/AP2011SA0088Ra.pdf>

### [Anses, 2016b]

Anses. Expositions professionnelles aux pesticides en agriculture. Juillet 2016. <https://www.anses.fr/fr/content/publication-du-rapport-sur-les-expositions-professionnelles-aux-pesticides-mieux-conna%C3%A2tre>

### [Anses, 2016c]

Anses. Facteurs de risques professionnels éventuellement en lien avec la surmortalité des égoutiers, avril 2016. <https://www.anses.fr/fr/system/files/AIR2010SA0196Ra.pdf>

### [ANSM et Cnamts, 2015]

ANSM et Cnamts. Vaccination contre les infections à HPV et risque de maladies auto-immunes : une étude Cnamts/ANSM rassurante - Point d'information. <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vaccination-contre-les-infections-a-HPV-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-Cnamts-ANSM-rassurante-Point-d-information>

### [Binder-Foucard F, 2013]

Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 1 - Tumeurs solides. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Juillet 2013. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012-Partie-1-Tumeurs-solides>

### [Bonaldi C, 2016]

Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. BEH. 2016;30-31:528-40.

### [Briançon S, 2016]

Briançon S, Legrand K, Langlois J, et al. PRALIMAP-INÈS : Réduire les inégalités d'accès à la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent en milieu scolaire. Focus inégalités sociales de santé. Groupe de travail PRALIMAP-INÈS. 2016

### [Cavet M, 2013]

Cavet M, Léonard M. Les expositions aux produits chimiques cancérigènes en 2010. Dares Analyses. 2013;54:1-9.

### [CIRC, 2007]

CIRC. Attributable causes of cancer in France in the year 2000. World Health Organization. <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wrk/wrk3/CausesofCancerFrance2000-1.pdf>

### [CIRC, 2012]

CIRC. Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to human. Volume 100B. Human papillomavirus. <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wrk/wrk3/CausesofCancerFrance2000-1.pdf>

### [Cnamts, 2016]

Cnamts. Rapport de gestion 2015 de la branche Accidents du Travail et Maladies professionnelles de l'Assurance Maladie. Novembre 2016. [http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/document\\_PDF\\_a\\_telecharger/brochures/RAPPORT-AT-MP-2015.pdf](http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/fileadmin/user_upload/document_PDF_a_telecharger/brochures/RAPPORT-AT-MP-2015.pdf)

### [Connor J, 2016]

Connor J. Alcohol consumption as a cause of cancer. Addiction. 2016.

### [Cour des comptes, 2016]

Cour des comptes. Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. <https://www.ccomptes.fr/Publications/Publications/Les-politiques-de-lutte-contre-les-consommations-nocives-d-alcool>

### [DGT, 2015]

DGT. Plan santé au travail 2016-2020. Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social. <http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/pst3.pdf>

### [Doll R, 2004]

Doll R, Peto R, Boreham J, et al. Mortality in relation to smoking : 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004;328[7455]:1519.



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## [Fenton K, 2016]

Fenton K. Stoptober : Supporting smoking cessation in England. BEH. 2016;30-31:496-8.

## [Gallopel-Morvan K, 2017]

Gallopel-Morvan K, Spilka S, Mutatayi C, et al. France's Evin Law on the control of alcohol advertising : content, effectiveness and limitations. Addiction. 2017 Jan;112 Suppl 1:86-93.

## [Gilig Soit Ilg A, 2015]

Gilig Soit Ilg A, Ducamp S, Gramond C. Programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM). Actualisation des principaux résultats. BEH. 2015;3-4:28-37.

## [Goldberg S, 2013]

Goldberg S, Rey G. Modélisation de l'évolution de la mortalité par mésothéliome de la plèvre en France. Projections à l'horizon 2050. InVS. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Travail-et-sante/2013/Modelisation-de-l-evolution-de-la-mortalite-par-mesotheliome-de-la-plevre-en-France>

## [Guérin S, 2013]

Guérin S, Laplanche A, Dunant A. Mortalité attribuable à l'alcool en France en 2009. BEH. 2013; 16-17-18:163-8.

## [Guignard R, 2015]

Guignard R, Beck F, Richard J, et al. La consommation de tabac en France en 2014 : caractéristiques et évolutions récentes. Évolution Résultats d'études et de recherches en prévention et en éducation pour la santé. 2015;31.

## [Guthmann J-P, 2016]

Guthmann J-P, Pelat C, Célant N, et al. Inégalités socioéconomiques d'accès à la vaccination contre les infections à papillomavirus humains en France : résultats de l'enquête santé et protection sociale (ESPS), 2012. BEH. 2016;16-17:288-97.

## [Hill C, 2011]

Hill C. Les effets sur la santé du tabagisme passif. BEH. 2011;20-21:233-5.

## [Imbernon E, 2003]

Imbernon E. Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. InVS. Avril 2003. [http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice\\_display&id=6053](http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=6053)

## [INCa, 2013]

INCa. Médecins traitants : Acteurs de la prévention du cancer de l'estomac. Collection Outils pour la pratique des médecins généralistes/Cancer de l'estomac. Février 2013. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Medecins-traitants-Acteurs-de-la-prevention-du-cancer-de-l-estomac>

## [INCa, 2014]

INCa. La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer. Collection État des lieux et des connaissances/Recherche, Mai 2014. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-deux-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-De-l-annonce-a-l-apres-cancer>

## [INCa, 2015a]

INCa. La prévention primaire des cancers en France. Fiches repère/Prévention. Juin 2015. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Fiche-Repere-La-prevention-primaire-des-cancers-en-France>

## [INCa, 2015b]

INCa. Nutrition et prévention primaire des cancers : actualisation des données. Collection État des lieux et des connaissances. Juin 2015. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Nutrition-et-prevention-primaire-des-cancers-actualisation-des-donnees>

## [INCa, 2016a]

INCa. Arrêt du tabac dans la prise en charge du patient atteint du cancer. Collection Outils pour la pratique des médecins généralistes/Arrêt du tabac. Avril 2016. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-Arret-du-tabac-dans-la-prise-en-charge-du-patient-atteint-de-cancer-Systematiser-son-accompagnement2>

## [INCa, 2016b]

INCa. Dépistage du cancer du col de l'utérus. Consulté le : 05/10/2016. <http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus>

## [Inserm, 2005]

Inserm. Expertise collective. Cancer, approche méthodologique du lien avec l'environnement. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/61>

## [Inserm, 2008]

Inserm. Expertise collective. Cancer et environnement. <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/76>

## [Jha P, 2015]

Jha P. Deaths and taxes : stronger global tobacco control by 2025. The Lancet. 2015;385[9972]:918-20.

## [Kopp P, 2015]

Kopp P. Le coût social des drogues en France. OFDT. Septembre 2015. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/le-cout-social-des-drogues-en-france/>

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## [Loi du 23 décembre 2016]

LOI n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017. JORF n°0299 du 24 décembre 2016. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033680665&categorieLien=id>

## [Loi du 26 janvier 2016]

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016. [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=29D2E33D3259DBF2BF703BBCBF0777A2.tpdila10v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT00003191638](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=29D2E33D3259DBF2BF703BBCBF0777A2.tpdila10v_3?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT00003191638)

## [Öberg M, 2010]

Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, et al. Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke : a retrospective analysis of data from 192 countries. The Lancet. 2010;377(9760):139-46.

## [OCDE, 2015]

OCDE. Panorama de la santé 2015/Les indicateurs de l'OCDE : OECD Publishing; 2015.

## [OFDT, 2016a]

OFDT. Les drogues durant les « années lycée » - Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France. <http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-drogues-durant-les-annees-lycee-tendances-112-septembre-2016>

## [OFDT, 2016b]

OFDT. Quantité d'alcool consommé par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur). <http://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant>

## [OMS, 2003]

OMS. Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. [http://www.who.int/fctc/text\\_download/fr/](http://www.who.int/fctc/text_download/fr/)

## [Paris C, 2016]

Paris C, Thaon I, Héryn F. Occupational Asbestos Exposure and Incidence of Colon and Rectal Cancers in French Men : The Asbestos-Related Diseases Cohort [ARDCo-Nut]. Environ Health Perspect. 2016.

## [Parsons A, 2010]

Parsons A, Daley A, Begh R, et al. Influence of smoking cessation after diagnosis of early stage lung cancer on prognosis : systematic review of observational studies with meta-analysis. BMJ. 2010;340.

## [Richard J, 2015]

Richard J, Palle C, Guignard R. La consommation d'alcool en France en 2014. Évolutions. 2015;32.

## [Santé publique France, 2016a]

Santé publique France. Données - Hépatite B. Consulté le : 19/10/2016. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Hepatite-B>

## [Santé publique France, 2016b]

Santé publique France. Données - Papillomavirus humains (HPV). Consulté le : 19/10/2016. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-prevention-vaccinale/Couverture-vaccinale/Donnees/Papillomavirus-humains>

## [SFMT, 2015]

SFMT, SPLF, SFR. Surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérigènes pulmonaires - Label conjoint INCa - HAS. Novembre 2015. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2606636/fr/label-conjoint-inca-has-surveillance-medico-professionnelle-des-travailleurs-exposes-ou-ayant-ete-exposes-a-des-agents-cancerogenes-pulmonaires](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2606636/fr/label-conjoint-inca-has-surveillance-medico-professionnelle-des-travailleurs-exposes-ou-ayant-ete-exposes-a-des-agents-cancerogenes-pulmonaires)

**1** **ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7**

**2** **PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90**

# 3 DÉPISTAGE

**4** **SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140**

**5** **VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197**

**6** **LA RECHERCHE  
> 217**

**3.1** Programme national de dépistage  
organisé du cancer du sein ▶ **125**

**3.2** Programme national de dépistage  
organisé du cancer colorectal ▶ **130**

**3.3** Dépistage du cancer  
du col de l'utérus ▶ **133**

**3.4** Autres cancers pour lesquels  
aucun programme de dépistage  
n'est organisé ▶ **136**

**3.5** Sources bibliographiques ▶ **138**

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## FAITS MARQUANTS

### Le programme national du dépistage organisé du cancer du sein

#### LE DÉPISTAGE ORGANISÉ EN CHIFFRES

- Population éligible au dépistage organisé : près de 10 millions de femmes âgées de 50 à 74 ans, tous les deux ans, soit 4 914 726 invitées en 2015.
- Taux de participation au dépistage organisé : 51,5 % en 2015.
- Taux de cancers détectés par le programme : 7,4 ‰ femmes dépistées [soit 36 889 cas de cancers détectés] sur la période 2013-2014.

#### L'ACTUALITÉ DU PROGRAMME

- Poursuite de la migration du parc d'appareils de mammographie vers la technologie numérique.

- Lancement d'un appel à projet « Expérimentation et évaluation de la dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique ».
- Finalisation de la concertation nationale citoyenne et scientifique sur l'évolution du dépistage du cancer du sein par l'INCa et supervisée par un comité d'orientation.
- Publication au Journal officiel de la République française le 1<sup>er</sup> septembre 2016 du décret relatif à la participation des assurés pour les frais liés au dépistage spécifique du cancer du sein en cas de risque élevé.

### Le programme national du dépistage organisé du cancer colorectal

#### LE DÉPISTAGE ORGANISÉ EN CHIFFRES

- Population éligible au dépistage estimée : 19 millions d'hommes et de femmes âgés de 50 à 74 ans, tous les 2 ans.
- Taux de participation au dépistage organisé : 29,3 % en 2015-2016. La participation est plus élevée chez les femmes [30,8 %] que chez les hommes [27,8 %], augmente avec l'âge.
- Taux de cancers colorectaux détectés par le programme en 2012-2013 : 1,3 ‰ personnes dépistées [soit 6 211 cas de cancers détectés];
- 16 059 personnes ont eu au moins un adénome avancé, détecté par le programme en 2012-2013 [soit un taux de détection de 3,3 pour 1 000 dépistés].

#### L'ACTUALITÉ DU PROGRAMME

- Suite à la publication au Journal officiel du 4 octobre 2014 de l'arrêté portant l'introduction du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal, les tests immunologiques ont été rendus disponibles à partir du 14 avril 2015. Le nouveau test ne nécessite la réalisation que d'un prélèvement visant à rechercher la présence d'hémoglobine humaine dans les selles.
- Entre le 14 avril 2015 et le 31 décembre 2016, 4,8 millions de personnes ont réalisé un test immunologique dont un peu plus 217 000 se sont révélés positifs, soit un taux de positivité de 4,6 %.

### Généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

#### LE DÉPISTAGE ORGANISÉ EN CHIFFRES

- Population éligible au dépistage : environ 17 000 000 de femmes âgées de 25 à 65 ans tous les 3 ans.
- Actuellement pas de programme de dépistage organisé à l'échelle nationale.
- Taux de couverture du dépistage individuel : 61,2 % sur 5 ans en 2010-2014.
- La couverture du dépistage est moins élevée à partir de l'âge de 50 ans, chez les femmes n'ayant pas de médecin traitant, parmi les bénéficiaires de la CMUc, dans les territoires identifiés comme défavorisées au plan économique.

#### L'ACTUALITÉ DU PROGRAMME

- Le Plan cancer 2014-2019 a inscrit dans ses objectifs la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus via un programme national de dépistage organisé. L'objectif est de permettre à chaque femme de 25 à 65 ans l'accès à un dépistage régulier du cancer du col de l'utérus, en particulier parmi les populations les plus vulnérables ou les plus éloignées du système de santé. Le 25 mai 2016, une instruction de la Direction générale de la santé, à laquelle était adossé un cahier des charges, a engagé une étape de préfiguration du programme de dépistage au niveau national, fondée sur un maillage régional et s'appuyant sur les médecins traitants et les structures de gestion existantes.
- Une étape de préfiguration de la généralisation a été lancée en octobre 2016.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 3.1 Programme national de dépistage organisé du cancer du sein

### DONNÉES ESSENTIELLES – DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN



- Taux de participation au dépistage organisé : 51,5% en 2015.
- Taux de cancers détectés par le programme : 7,4‰ femmes dépistées (soit 36 889 cas de cancers détectés) sur la période 2013-2014.
- 14,8% des cancers détectés par le programme en 2013-2014 sont des cancers *in situ*.

#### [Encadré 11] Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein

Le programme organisé de dépistage du cancer du sein repose sur l'invitation systématique de l'ensemble des femmes de 50 à 74 ans, sans facteur de risque significatif autre que leur âge (femmes dites à risque moyen), à bénéficier tous les deux ans d'un examen clinique des seins, ainsi que d'une mammographie de dépistage par un radiologue agréé (centre privé ou public). Près de dix millions de femmes sont invitées

tous les deux ans. Il s'agit d'un programme national instauré au début de l'année 2004 par les pouvoirs publics et généralisé à l'ensemble du territoire. Les femmes à risque élevé ou très élevé de cancer du sein ne sont pas éligibles à ce dépistage et doivent bénéficier d'un suivi spécifique (suivi gynécologique, examens spécifiques, consultation d'oncogénétique pour les risques très élevés).

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

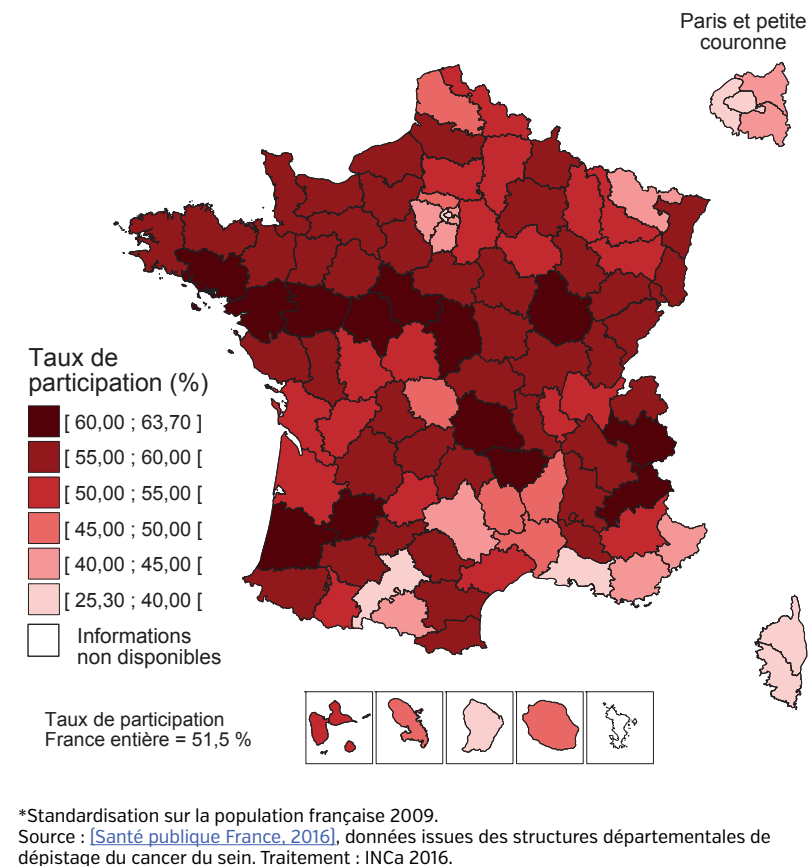
### 3.1.1 RÉSULTATS DU PROGRAMME

Après une progression régulière depuis 2004, le taux de participation national au programme de dépistage organisé stagne depuis 2008 [Santé publique France, 2016]. Il était de 51,5% en 2015, soit plus de 2,5 millions de femmes dépistées (contre 2, 267 millions en 2008 et 1,621 million en 2004).

Cette apparente stagnation du taux de participation masque cependant des disparités régionales et départementales : les taux de participation varient, en 2015, de 25,3 (Guyane) à 63,7% (Indre-et-Loire) selon les départements (Figure 45). Certaines régions présentent des taux de participation supérieurs à 60% (Pays de la Loire, Centre) tandis que d'autres ont des taux proches ou inférieurs à 40% (Corse, Île-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Ainsi, près de 36 889 cancers (cancers invasifs et carcinomes canaux in situ) ont été détectés par le programme au niveau national sur la période 2013-2014, soit environ 60% des cas incidents annuels du cancer du sein en France parmi les femmes de 50 à 74 ans et un taux de cancers détectés d'environ de 7,4‰ femmes dépistées. À titre de comparaison, environ 54 000 nouveaux cas de cancers du sein, tous âges confondus, ont été estimés en 2015, dont près de 58% sont dans la tranche d'âge concernée par le dépistage organisé [cf. Chapitre 1.10].

**[Figure 45] Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein [taux standardisés\*] selon les départements en 2015**



**[Tableau 33] Indicateurs d'efficacité précoce du programme de dépistage du cancer du sein**

	Part des cancers in situ [%]	Part des cancers de moins de 10 mm [%]	Part des cancers sans envahissement ganglionnaire [%]
Dépistage initial	11,4	21,2	62,1
Dépistage subséquent	15,2	39,3	78,2

Source : [Santé publique France, 2016b]. Traitement : INCa 2016.



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

Les pourcentages de cancers de bon pronostic parmi l'ensemble des cancers détectés sont des indicateurs importants pour évaluer la performance du programme. Pour la période 2013-2014, parmi les femmes effectuant un dépistage initial [sans antécédent de mammographie], 11,4% des cancers de statut invasif/*in situ* connu étaient des

cancers *in situ*, 21,2% des cancers de taille connue étaient inférieurs ou égaux à 10 mm et 62,1% des cancers de statut ganglionnaire connu n'avaient pas d'envahissement ganglionnaire [Santé publique France, 2016]. Ces chiffres étaient plus élevés pour les femmes effectuant un dépistage subséquent (Tableau 33).

## A - DIX ANS DE GÉNÉRALISATION DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ AU NIVEAU NATIONAL

Le dépistage organisé du cancer du sein a été généralisé en France en 2004, après avoir fait l'objet d'une expérimentation dès la fin des années 1980, puis d'une extension progressive sur l'ensemble du territoire. Depuis sa généralisation, le programme de dépistage organisé du cancer du sein a connu plusieurs évolutions qui ont permis d'améliorer sa qualité, son accessibilité et son efficacité. Plus de 24 millions de dépistages par mammographie ont été réalisés au niveau national dans le cadre de dépistage organisé depuis sa généralisation. En 2004, le nombre de dépistages réalisés était de 1,61 million, ce chiffre est désormais de plus de 2,5 millions dans l'année. Le taux de participation au dépistage organisé est passé de 40% en 2004 à 51,5% en 2015. À cette participation, il convient d'ajouter environ 10% de femmes qui réalisent des mammographies de dépistage dans le cadre d'une

démarche individuelle [HAS, 2011]. Le taux de détection des cancers du sein dans le cadre du programme est stable au fil des ans, 6,8 à 7 cas de cancer du sein détectés pour 1 000 femmes dépistées. La mortalité par cancer du sein en France a diminué de 1,5% par an entre 2005 et 2012. Cette diminution semble en partie liée à la précocité des diagnostics et aux progrès de la prise en charge thérapeutique. Les travaux scientifiques internationaux récents indiquent qu'entre 15 et 21% de réduction de la mortalité est due au programme de dépistage organisé, et que grâce à ce programme 150 à 300 décès par cancer du sein sont évités pour 100 000 femmes participant de manière régulière pendant 7 à 10 ans [INCa, 2015a].

## B - PERFORMANCE DE LA MAMMOGRAPHIE DANS LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

Une analyse de la performance de la mammographie numérique au regard de la mammographie analogique est effectuée annuellement depuis 2008 avec pour objectif de décrire la nature des installations, et, selon les technologies et types de machines, les taux de cancers détectés et le taux de clichés techniquement insuffisants [INCa, 2015b].

Une nouvelle vague de l'enquête portant sur les mammographies de dépistage organisé réalisées en 2013 et 2014 et renseignant sur d'éventuelles variations dans les taux de détection selon les marques des systèmes numériques, a été lancée le 22 juillet 2015.

Plus de 4,4 millions de mammographies ont été réalisées sur cette période de 24 mois, dont 95% en technologie numérique au cours de l'année 2014 [contre 92% en 2013], signant la poursuite de la

migration du parc d'appareils de mammographie vers la technologie numérique.

En 2014, 27% des mammographies étaient réalisées sur système CR [computed radiography ou radiographie par capteurs numériques ou plaques fluorescentes] et 68% sur appareils DR [digital direct radiography ou radiographie numérique directe], technologie donc majoritaire. De plus, parmi les mammographies réalisées sur système CR, 63% l'ont été avec des dispositifs intégrant une nouvelle technologie aiguille.

Au cours de l'année 2013, le taux de détection des cancers à partir des appareils DR était significativement plus élevé qu'à partir des systèmes numériques CR [7,7‰ vs 7,1‰] et qu'à partir des systèmes analogiques [6,4‰].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246





## 3.1.2 PERSPECTIVES EN MATIÈRE DE DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

### A - EXPÉRIMENTATION ET ÉVALUATION DE LA DÉMATÉRIALISATION DES FLUX D'INFORMATION ASSOCIÉS À LA MAMMOGRAPHIE NUMÉRIQUE

L'Institut national du cancer a lancé, le 2 février 2016, un appel à projets pour l'expérimentation de différentes options d'exploitation dématérialisée afin de préciser une stratégie nationale de dématérialisation des mammographies de dépistage.

Le champ de l'appel à projets portait à la fois sur :

- la mise à disposition dématérialisée et sécurisée des clichés d'imagerie et éléments connexes (autres éléments d'imagerie, fiche d'interprétation, bilan diagnostic immédiat, bilan diagnostic différé, compte rendu, etc.) pour une seconde lecture organisée dans le cadre du programme de dépistage (quel que soit le niveau territorial *in fine* de la seconde lecture) ;

- la mise à disposition dématérialisée et sécurisée des clichés d'imagerie antérieurs et éléments connexes pour le radiologue réalisant la première lecture et/ou la seconde lecture dans le cadre du dépistage organisé ;
- la mise à disposition dématérialisée et sécurisée des clichés d'imagerie et éléments connexes (compte rendu) auprès des personnes concernées et de leur médecin traitant, médecin généraliste ou gynécologue.

À la suite de l'évaluation des dossiers, deux projets ont été, au final, retenus et ce sous-réserve que les porteurs de projet apportent des compléments et précisions à leur dossier. Une seconde vague d'appels à projets a été lancée fin 2016.

### B - ÉVALUATION POSITIVE DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN POUR LES FEMMES DE 50 À 74 ANS PAR LE CENTRE INTERNATIONAL DE RECHERCHE EN CANCÉROLOGIE (CIRC)

Les résultats de l'évaluation du dépistage du cancer du sein menée par le CIRC ont fait l'objet d'un premier article en juin 2015 [Lauby-Secretan B, 2015] et d'une publication *in extenso* en juillet 2016 [Lauby-Secretan B, 2016]. Les principales conclusions étaient que les preuves de l'efficacité du dépistage par mammographie en termes de réduction de la mortalité par cancer du sein sont suffisantes pour les femmes de 50 à 74 ans, ce qui justifie le programme en place en France, mais limitées pour les femmes de 40 à 49 ans.

L'opportunité d'étendre le dépistage organisé du cancer du sein pour les femmes de 40 à 49 ans est actuellement à l'étude par la Haute Autorité de santé (HAS).

1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

3

DÉPISTAGE  
> 123

4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

6

LA RECHERCHE  
> 217

## C - LE RENOUVEAU PROFOND DU PROGRAMME EST ENGAGÉ SUITE À LA CONCERTATION CITOYENNE ET SCIENTIFIQUE SUR L'ÉVOLUTION DU DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

La stabilisation du taux de participation à ce dépistage autour de 52 % de la population invitée, les importantes disparités territoriales et l'existence de débats dans les sphères scientifique et grand public, tant sur l'ampleur des bénéfices attendus que sur l'acceptabilité de ces risques, ont conduit la ministre des Affaires sociales et de la Santé à missionner l'Institut national du cancer pour l'organisation d'une concertation nationale, citoyenne et scientifique, sur le dépistage du cancer du sein avec l'objectif d'améliorer cette politique publique dans une démarche de démocratie sanitaire pour accroître sa pertinence, sa qualité et son efficacité.

La concertation citoyenne et scientifique a permis d'aborder nombre de questions et de pistes de réflexion pour améliorer le dépistage. Le rapport final du comité d'orientation de la concertation sur le dépistage du cancer du sein, comité qui a accompagné l'ensemble de la démarche, a été remis à la ministre des Affaires sociales et de

la Santé et rendu public en octobre 2016, accompagné de l'avis de conférence des professionnels de santé, et de l'avis de la conférence des citoyennes [\[Concertation citoyenne et scientifique, 2016\]](#). À la lumière de ces constats et de ces propositions, sur proposition du président de l'Institut national du cancer, la ministre a retenu le scénario d'un profond renouvellement du programme de dépistage du cancer du sein, en réaffirmant les objectifs de santé publique du programme à savoir la réduction de la mortalité, l'amélioration de la qualité, et la réduction des inégalités. Un plan d'actions sera élaboré, abordant notamment l'information des femmes et des professionnels de santé, le rôle des médecins traitants dans le programme, l'équité d'accès au dépistage et aux éventuels examens complémentaires, la qualité et l'évaluation du programme, ou encore l'effort de recherche sur l'histoire naturelle des cancers du sein et les marqueurs d'évolution en particulier.

## D - INTÉGRATION DES FEMMES AYANT DES RISQUES AGGRAVÉS DE CANCER DU SEIN DANS LES PROGRAMMES

La Haute autorité de santé a publié en mars 2014 des recommandations sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes présentant des risques aggravés, avec pour objectif d'aider les professionnels de santé dans leur pratique clinique à cibler les patientes nécessitant un suivi spécifique et à définir les modalités de ce suivi, selon leurs facteurs de risque [\[HAS, 2014\]](#).

Les femmes présentant des risques aggravés ne sont pas éligibles au programme national de dépistage organisé, dans la mesure où

elles relèvent d'un suivi personnalisé. Le 29 septembre 2015, le ministre en charge de la santé a annoncé la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie du dépistage et du suivi des femmes à risque élevé et très élevé et le décret a été publié au Journal officiel de la République française le 1<sup>er</sup> septembre 2016 [\[Décret n° 2016-1185 du 30 août 2016\]](#).

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 3.2 Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal

### DONNÉES ESSENTIELLES – DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL



- Taux de participation au dépistage organisé : 29,3% en 2015-2016. La participation est plus élevée chez les femmes (30,8 %) que chez les hommes (27,8 %), et augmente avec l'âge. Les chiffres de la participation pour la période 2015-2016 doivent être interprétés en tenant compte du fait que la période effective d'invitation n'était que de 17 mois en moyenne par département (au lieu de 24 mois) et qu'une part importante de la population a été invitée tardivement, n'ayant par conséquent pas encore eu l'opportunité de se faire dépister à fin 2016.
- Taux de cancers colorectaux détectés par le programme en 2012-2013 : 1,3‰ personnes dépistées (soit 6 211 cas de cancers détectés).
- 16 059 personnes ont eu au moins un adénome avancé, détecté par le programme en 2012-2013 (soit un taux de détection de 3,3 pour 1 000 dépistés).
- Entre le 14 avril 2015 et le 31 décembre 2016, 4,8 millions de personnes ont réalisé un test immunologique dont un peu plus 217 000 se sont révélés positifs, soit un taux de positivité de 4,6 %.

#### [Encadré 12] Le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal

Depuis 2009, le programme de dépistage organisé du cancer colorectal proposé par les pouvoirs publics est généralisé à l'ensemble du territoire. Près de 95% de ces cancers survenant après 50 ans [Binder-Foucard F, 2013], ce dépistage s'adresse aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74

ans à risque moyen de cancer colorectal, qui sont invités, tous les deux ans, à consulter leur médecin traitant pour réaliser un test de recherche de sang occulte dans les selles. 19 millions de personnes sont concernées en France tous les deux ans.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 3.2.1 RÉSULTATS DU PROGRAMME

Sur la période 2012-2013, avant la mise en place des tests immunologiques, près de 5 millions de personnes ont réalisé un test de dépistage au gaïac. Le programme de dépistage organisé a permis de détecter 6 211 cas de cancers colorectaux (soit un taux de cancers de 1,3‰) et de prendre en charge 16 059 personnes ayant un adénome avancé [Santé publique France, 2017]. 3 679 adénocarcinomes du côlon et du rectum (sans traitements néo-adjuvants) ont été dépistés dans les 53 départements ayant moins de 30 % de données manquantes sur le stade des cancers. Parmi ces adénocarcinomes, 9 % étaient de stade inconnu.

Parmi les adénocarcinomes de stades connus, 25,7 % sont des carcinomes *in situ* et 74,3 % sont des cancers invasifs (stade I à IV), dont 35,9 % sont de stade I, 25,4 % de stade II, 26,5 % de stade III et 12,2 % de stade IV.

Sur la période 2015-2016, la population cible du dépistage a été estimée à 19 millions de personnes dont près de 2,4 millions ont été exclues pour des raisons médicales (12,3 %). Près de 5 millions ont réalisé un test de dépistage (dont un peu plus de 120 000 sont des tests au gaïac), ce qui représente un taux de participation total de 29,3%. Ce taux est de 28,6 % si l'on ne tient compte que de la période

correspondant à la campagne d'invitation avec le test immunologique (période allant de mi-avril 2015 au 31 décembre 2016).

La participation qui était en légère diminution depuis 2010-2011, passant de 32,1 % à 29,8 % en 2013-2014, a chuté de manière importante à 23,1 % en 2014-2015, puis augmenté au cours de la période 2015-2016, pour revenir à un niveau semblable à celui observé avant cette chute. La forte baisse observée s'explique par l'interruption de l'activité de dépistage organisé fin 2014 et début 2015 (arrêt des invitations au dernier trimestre 2014 et lancement du test immunologique en avril 2015).

Le taux de participation est plus élevé chez les femmes (30,8 %) que chez les hommes (27,8 %), augmente avec l'âge. Il varie également selon les régions, de 9,4 pour la Corse à 38,4 pour le pays de la Loire. Cette variation s'explique en partie par le fait que la reprise des invitations au dépistage avec le test immunologique a débuté à des moments différents selon les départements. Les taux tendent à être plus élevés dans les départements ayant redémarré les invitations plus tôt.

**1** ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS > 7

**2** PRÉVENTION VIS-À-VIS DES PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE > 90

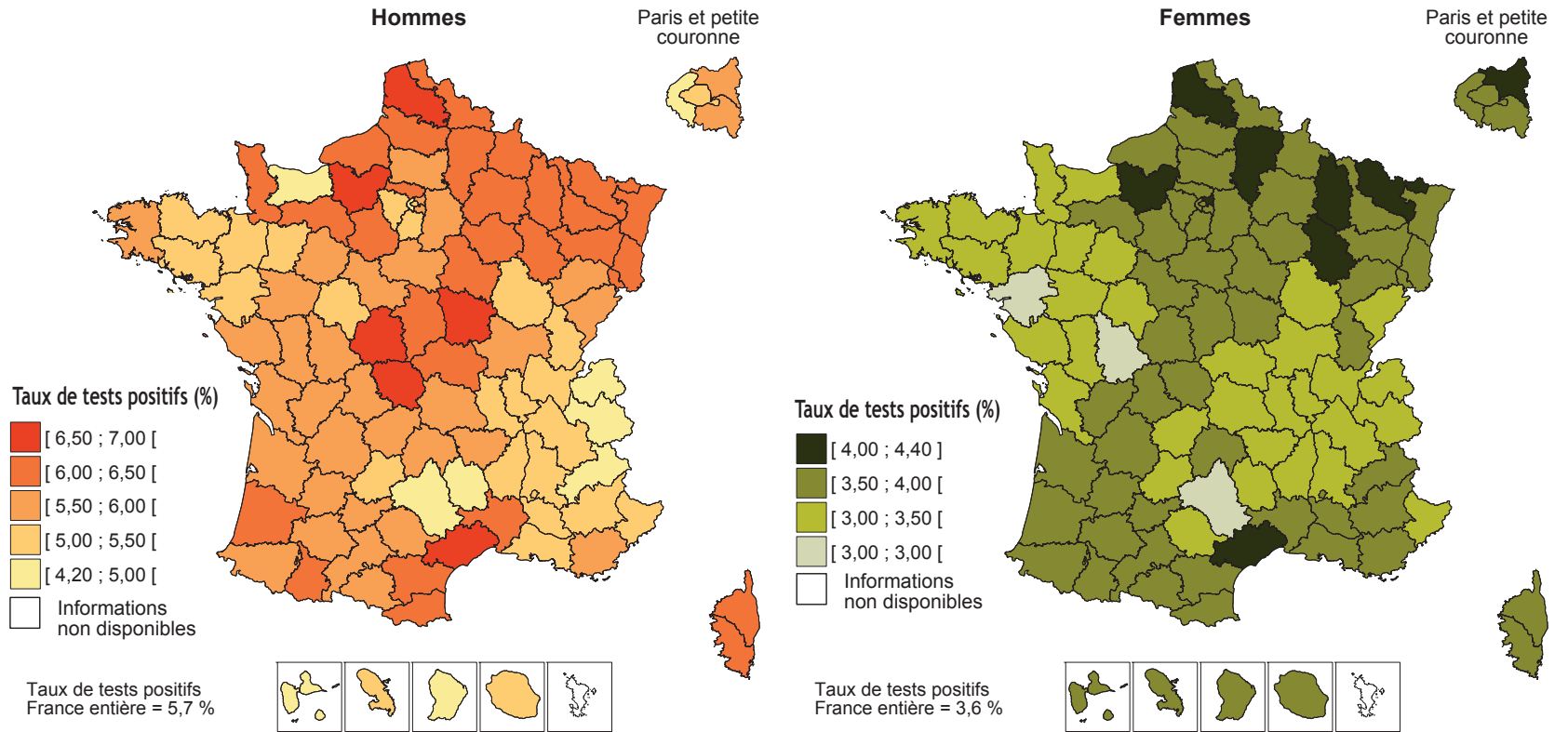
**3** DÉPISTAGE > 123

**4** SOINS EN CANCÉROLOGIE > 140

**5** VIVRE PENDANT ET APRÈS UN CANCER > 197

**6** LA RECHERCHE > 217

**[Figure 46] Taux de tests immunologiques positifs, par sexe et par département, pour la période du 14 avril au 31 décembre 2016. Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Années 2015-2016**



Les taux de tests positifs sont standardisés sur la population française 2009 [projections de la population Insee [scénario central] 2007-2042].  
Source: [Santé publique France, 2017]. Traitement: INCa 2017.

Au total, entre le 14 avril 2015 et le 31 décembre 2016, 4,8 millions de personnes ont réalisé un test immunologique dont un peu plus 217 000 se sont révélés positifs, soit un taux de positivité de 4,6 %. Ce taux est plus élevé chez les hommes [5,7 %] que chez les femmes [3,6 %], augmente avec l'âge et varie selon les régions, de 3,9 pour la Guadeloupe à 5,0 % pour les Hauts-de-France [Figure 46].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 3.3 Dépistage du cancer du col de l'utérus

### DONNÉES ESSENTIELLES – DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



- À l'échelle nationale, entre 2010 et 2014, 61,2% des femmes âgées entre 25 et 65 ans ont réalisé un frottis cervico-utérin.
- Dans le cadre d'une expérimentation de dépistage organisé dans 13 départements sur la période 2010-2012, 1,33 million de femmes n'ayant pas réalisé

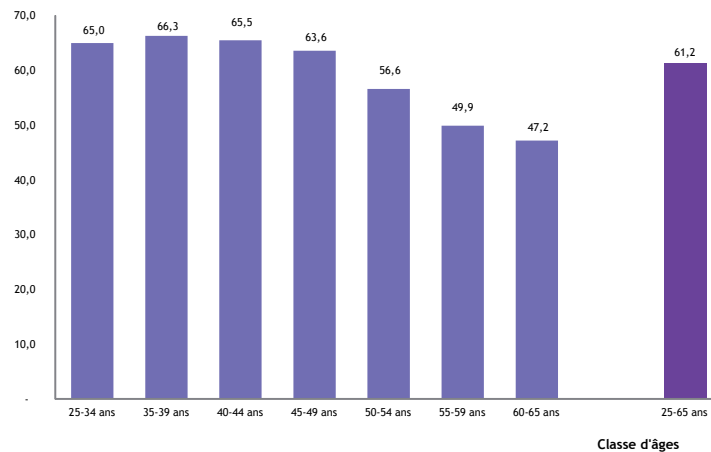
de frottis sur prescription individuelle au cours des trois dernières années ont reçu une invitation à se faire dépister : 12 mois après avoir reçu une incitation ou une relance, près de 280 000 femmes ont réalisé un dépistage qu'elles n'auraient probablement pas fait.





### 3.3.1 UN DÉPISTAGE ORGANISÉ POUR FAIRE RECULER LES INÉGALITÉS FACE AU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

**[Figure 47]** Proportion de femmes  
ayant réalisé au moins un frottis cervico-utérin  
en 4 ans (2010-14) selon l'âge



Source : Échantillon généraliste des bénéficiaires issu du SNIIRAM. Traitement : INCa 2015.

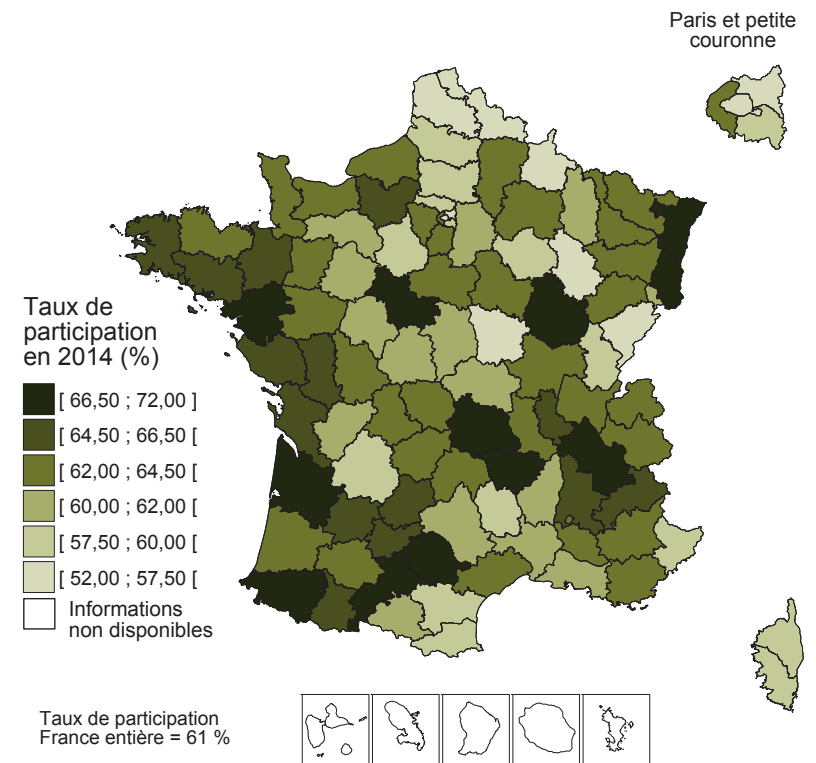
Le dépistage du cancer du col de l'utérus repose actuellement sur une analyse cytologique après frottis cervico-utérin (FCU). La Haute Autorité de santé (HAS) recommande depuis 2010 pour les femmes de 25 à 65 ans un FCU tous les 3 ans après deux FCU normaux à un an d'intervalle [HAS, 2010]. Cet examen de dépistage permet à la fois de dépister les lésions précancéreuses et les cancers à un stade permettant plus facilement la guérison.

Chaque année, 3 000 cas de cancers sont diagnostiqués [Binder-Foucard F, 2013], et des lésions précancéreuses sont identifiées chez plus de 31 000 femmes [HAS, 2010]. Pourtant, parmi les femmes concernées, beaucoup échappent à toute forme de dépistage, principalement parmi les populations les plus vulnérables. Tous les ans, plus de 1 100 femmes décèdent de ce cancer [Binder-Foucard F, 2013], sachant qu'il a été démontré l'impact du niveau socioéconomique sur la mortalité.

Le Plan cancer 2014-2019 a inscrit dans ses objectifs la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus via un programme

national de dépistage organisé. Son objectif est d'augmenter le taux de couverture du dépistage dans la population cible de 50-60 % à 80 % et de le rendre plus accessible aux populations les plus vulnérables ou les plus éloignées du système de santé. Un meilleur taux de couverture de dépistage au plan national devrait permettre de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus. Le Plan cancer a pour objectif de faire baisser la mortalité par ce cancer de 30 % à 10 ans. Entre 2010 et 2014, 61,2 % des femmes âgées entre

**[Figure 48]** Dépistage du cancer  
du col de l'utérus. Taux de réalisation  
d'au moins un frottis cervico-utérin  
pour 2010-2014 selon les départements de France



Source : Échantillon généraliste des bénéficiaires issu du SNIIRAM. Traitement : INCa 2015.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



25 et 65 ans ont réalisé un frottis cervico-utérin [Figure 47]. Ce taux variait entre 52,0% et 72,0% selon les départements [Figure 48]. L'Institut national du cancer a mis en place une étude évaluant la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus au plan

médico-économique. La phase 1 de l'étude a permis de caractériser les femmes ne réalisant pas de dépistage et les populations les plus vulnérables [INCa, 2016a].

### 3.3.2 DES PREMIÈRES EXPÉRIMENTATIONS ENCOURAGEANTES

En 2010, des expérimentations de stratégie d'actions intégrées de lutte contre le cancer du col de l'utérus sont menées par les structures de gestion des dépistages de 13 départements (couvrant 13,4% de la population). Ces expérimentations ciblaient les femmes qui n'ont pas eu de FCU depuis plus de trois ans. Elles comprennent l'organisation du dépistage (notamment invitations, relances, recueil des résultats des frottis et des suivis), ainsi que la mise en place d'expériences innovantes en direction des populations non dépistées et la constitution d'un réseau de surveillance des lésions précancéreuses et cancéreuses.

Sur la période 2010-2012, 1,33 million de femmes n'ayant pas réalisé de frottis sur prescription individuelle au cours des trois dernières années ont reçu une invitation à se faire dépister. La couverture globale du dépistage pendant la période 2010-2012 était de 62,3%, avec des variations importantes selon le département, allant de 41,6% en Martinique à 72,5% en Alsace [Duport N, 2016]. À la suite des

invitations et des relances (envoyées dans les 9 à 12 mois suivant une incitation en l'absence de dépistage), près de 280 000 femmes ont réalisé un dépistage qu'elles n'auraient probablement pas fait, ce qui correspond à une augmentation de couverture de 12 points, attribuable au dépistage organisé. Le pourcentage de frottis non satisfaisants était inférieur au seuil de 2% défini dans le cahier des charges national, ce qui indique que la qualité des prélèvements était bonne. Ces résultats témoignent d'un impact positif du programme, avec notamment un gain significatif de couverture de dépistage par sollicitation de femmes peu ou pas dépistées.

Une étape de préfiguration de la généralisation du programme national du programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus a été lancée en 2016. Cette préfiguration inclura une meilleure identification des lieux de réalisation et des professionnels d'ores et déjà habilités à effectuer des frottis, notamment les sages-femmes.

#### FOCUS INÉGALITÉS



[Focus 2] Amélioration de l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité [Laurence S, 2016]

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 3.4 Autres cancers pour lesquels aucun programme de dépistage n'est organisé

### DONNÉES ESSENTIELLES – AUTRES CANCERS POUR LESQUELS AUCUN PROGRAMME DE DÉPISTAGE N'EST ORGANISÉ



- **Cancer de la prostate : le dépistage n'est pas recommandé.**
- **Cancer du poumon : en 2016, les conditions de qualité, d'efficacité et de sécurité nécessaires à la réalisation de ce dépistage ne semblent pas réunies.**

#### 3.4.1 NÉCESSITÉ D'UNE INFORMATION ÉCLAIRÉE SUR LE DOSAGE DE PSA, UTILISÉ POUR LE DÉPISTAGE D'UN CANCER DE LA PROSTATE (NON RECOMMANDÉ)

S'agissant d'un cancer d'évolution généralement lente, le dépistage du cancer de la prostate fait l'objet de débats au sein de la communauté médicale et scientifique internationale. L'Institut national du cancer a publié en mars 2016 un rapport de synthèse sur le sujet [INCa, 2016c]. Il y est rappelé que les deux études majeures sur le dépistage du cancer de la prostate, l'étude européenne ERSPC et l'étude américaine PLCO, n'ont pas permis de conclure sur les bénéfices du dosage du PSA, ni sur l'impact d'un dépistage ponctuel ou régulier sur la mortalité [Andriole GL, 2012 ; Schröder FH, 2012]. Les évaluations et recommandations des agences d'évaluation et des autorités sanitaires, publiées en France et au niveau international, sont, depuis plusieurs années, concordantes et considèrent qu'en l'état actuel des connaissances, il n'y a pas lieu de mettre en place de programme de dépistage systématique du cancer de la prostate par dosage du PSA (et/ou toucher rectal) ni de recommander cette pratique, y compris pour les populations à risque.

Les recommandations concluent également qu'une information éclairée du patient, sur l'ensemble de la démarche de dépistage et ses conséquences, par le médecin, est nécessaire pour tout homme qui envisage de faire ce dosage.

En lien avec l'Assurance maladie et le Collège de médecine générale, deux documents d'informations à destination des médecins généralistes et des hommes qui envisagent de réaliser ce dosage sont disponibles afin d'aider les médecins généralistes dans leur pratique professionnelle et les hommes à prendre leur décision en toute connaissance de cause [INCa, 2016d, e].

#### CHIFFRES CLÉS

Dosage de PSA pour la détection de cancers de la prostate

Sur la période 2013-2015,  
**47,6%** des hommes de plus de 40 ans avaient réalisé  
au moins un dosage du PSA [Tuppin P, 2016].

Ils étaient **70,8%** entre 50 et 69 ans  
et autour de **90%** entre 65 et 79 ans.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## 3.4.2 ÉVALUATION À CONSOLIDER POUR LE DÉPISTAGE DU CANCER DU POUMON

La Haute Autorité de santé [HAS] a publié, en janvier 2016, un rapport sur l'évaluation de la pertinence du dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique à faible dose de rayons X chez des individus fumeurs, en France [HAS, 2016]. En 2016, les conditions de qualité, d'efficacité et de sécurité nécessaires à la réalisation de ce dépistage ne semblent pas réunies. Des recherches complémentaires sont nécessaires pour définir la population la plus à risque et les conséquences de l'exposition répétée à des faibles doses de rayons X. Parallèlement, les recommandations élaborées par la Société française de médecine du travail, en association avec la Société de pneumologie de langue française et la Société française de radiologie, et portant sur la surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérigènes pulmonaires ont reçu le label HAS-INCa [SFMT, 2015].

En 2016, une étude sur le dépistage du cancer du poumon a été retenue dans le cadre de l'appel à projets « Priorité Cancers Tabac » [INCa, 2016b]. Cette étude multicentrique vise à évaluer l'effet combiné du scanner et de la recherche de cellules tumorales circulantes dans le sang, en accompagnant les fumeurs vers le sevrage et en s'intéressant à l'impact psychologique de cette démarche. Elle vient s'ajouter au « Projet AIR », porté par le CHU de Nice, lancé en novembre 2015 et ayant pour objectif d'évaluer l'intérêt de la recherche de cellules tumorales circulantes sur une prise de sang combinée à la réalisation d'un scanner thoracique, pendant 3 ans consécutifs, afin de différencier le caractère malin (cancer) ou bénin (autres maladies) des anomalies observées sur le scanner de dépistage.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

## 3

DÉPISTAGE  
> 123

## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

## 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 3.5 Sources bibliographiques

### [Andriole GL, 2012]

Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, et al. Prostate Cancer Screening in the Randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial : Mortality Results after 13 Years of Follow-up. Journal of the National Cancer Institute. 2012 January 18, 2012;104(2):125-32.

### [Binder-Foucard F, 2013]

Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 1 - Tumeurs solides. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Juillet 2013. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012-Partie-1-Tumeurs-solides>

### [Concertation citoyenne et scientifique, 2016]

Concertation citoyenne et scientifique. Ensemble améliorons le dépistage du cancer du sein. Consulté le : 16/01/2017. <http://www.concertation-depistage.fr>

### [Décret n° 2016-1185 du 30 août 2016]

Décret n° 2016-1185 du 30 août 2016 relatif à la participation des assurés pour les frais liés au dépistage spécifique du cancer du sein en cas de risque élevé. JORF n°0203 du 1<sup>er</sup> septembre 2016 texte n° 29. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033080098&categorieLien=id>

### [Duport N, 2016]

Duport N, Beltzer N. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus - Évaluation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus dans les quatre départements pérennes et les neuf départements expérimentaux - Expérimentation 2010-2014 Santé publique France. Août 2016. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2016/Depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus>

### [HAS, 2010]

HAS. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Juillet 2010. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1009772/fr/etat-des-lieux-et-recommandations-pour-le-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-en-france)

### [HAS, 2011]

HAS. La participation au dépistage du cancer du sein des femmes de 50 à 74 ans en France. Novembre 2011. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1194998/fr/la-participation-au-depistage-du-cancer-du-sein-des-femmes-de-50-a-74-ans-en-france](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1194998/fr/la-participation-au-depistage-du-cancer-du-sein-des-femmes-de-50-a-74-ans-en-france)

### [HAS, 2014]

HAS. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage. Mars 2014. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage)

### [HAS, 2016]

HAS. Pertinence du dépistage du cancer bronchopulmonaire en France - Point de situation sur les données disponibles - Analyse critique des études contrôlées randomisées. Janvier 2016. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2001613/fr/pertinence-du-depistage-du-cancer-broncho-pulmonaire-en-france-point-de-situation-sur-les-donnees-disponibles-analyse-critique-des-etudes-controlees-randomisees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2001613/fr/pertinence-du-depistage-du-cancer-broncho-pulmonaire-en-france-point-de-situation-sur-les-donnees-disponibles-analyse-critique-des-etudes-controlees-randomisees)

### [INCa, 2015a]

INCa. Les réponses à vos questions - Bénéfices, risques et limites du programme de dépistage organisé. Consulté le : 17/10/2016. <http://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-du-sein/Les-reponses-a-vos-questions>

### [INCa, 2015b]

INCa. Performance de la mammographie dans le dépistage organisé des cancers du sein - Complément année 2012 et 1<sup>er</sup> semestre 2013. Collection Appui à la décision/Dépistage et détection précoce. Novembre 2015. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Performance-de-la-mammographie-dans-le-depistage-organise-des-cancers-du-sein-Complement-annee-2012-et-1er-semestre-2013>

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## [INCa, 2016a]

INCa. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus/étude médico-économique/Phase 1. Collection Appui à la décision/Dépistage et détection précoce. Janvier 2016. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Generalisation-du-depistage-du-cancer-du-col-de-l-uterus-etude-medico-economique-Phase-1>

## [INCa, 2016b]

INCa. Priorité cancers tabac - Programme de recherche et d'interventions pour réduire le tabagisme et infléchir la prévalence des cancers liés au tabac.

## [INCa, 2016c]

INCa. Synthèse sur les bénéfices et les risques d'un dépistage du cancer de la prostate par dosage du PSA. Collection État des lieux et des connaissances/ Dépistage Mars 2016. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Synthese-sur-les-benefices-et-les-risques-d-un-depistage-du-cancer-de-la-prostate-par-dosage-du-PSA>

## [INCa, 2016d]

INCa, Cnamts, Collège de la Médecine Générale. La première prescription du PSA chez l'homme asymptomatique. Collection Outils pour la pratique des médecins généralistes/Dépistage du cancer de la prostate. Mars 2016. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-premiere-prescription-du-PSA-chez-l-homme-asymptomatique>

## [INCa, 2016e]

INCa, Cnamts, Collège de la Médecine Générale. Le dépistage du cancer de la prostate - S'informer avant de décider. Collection Outils de communication grand public/Dépistage du cancer de la prostate. Mars 2016. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Le-depistage-du-cancer-de-la-prostate-S-informer-avant-de-decider>

## [Lauby-Secretan B, 2015]

Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, et al. Breast-Cancer Screening – Viewpoint of the IARC Working Group. New England Journal of Medicine. 2015;372(24):2353-8.

## [Lauby-Secretan B, 2016]

Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, et al. Dépistage du cancer du sein - point de vue du Groupe de Travail du CIRC. CIRC. <http://www.cancer-environnement.fr/506-Depistage-du-cancer-du-sein--point-de-vue-du-Groupe-de-Travail-du-CIRC.ce.aspx>

## [Laurence S, 2016]

Laurence S. Amélioration de l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité. Focus inégalités sociales de santé. Médecins du monde

## [Santé publique France, 2016]

Santé publique France. Évaluation du programme de dépistage du cancer du sein. Consulté le :17/10/2016. <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein>

## [Santé publique France, 2017]

Santé publique France. Évaluation du programme de dépistage du cancer colorectal. Consulté le: 06/03/2017. <http://invs.santepubliquefrance.fr/fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Evaluation-des-programmes-de-depistage-des-cancers/Evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal>

## [Schröder FH, 2012]

Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Prostate-Cancer Mortality at 11 Years of Follow-up. New England Journal of Medicine. 2012;366(11):981-90.

## [SFMT, 2015]

SFMT, SPLF, SFR. Surveillance médico-professionnelle des travailleurs exposés ou ayant été exposés à des agents cancérigènes pulmonaires - Label conjoint INCa - HAS. Novembre 2015. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2606636/fr/label-conjoint-inca-has-surveillance-medico-professionnelle-des-travailleurs-exposes-ou-ayant-ete-exposes-a-des-agents-cancerogenes-pulmonaires](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2606636/fr/label-conjoint-inca-has-surveillance-medico-professionnelle-des-travailleurs-exposes-ou-ayant-ete-exposes-a-des-agents-cancerogenes-pulmonaires)

## [Tuppin P, 2016]

Tuppin P, Leboucher C, Dougé M, et al. Dépistage individuel du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, France, 2009-2015. Données du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie. BEH. 2016;39-40:700-6.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



**1** **ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS** > 7

**2** **PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE** > 90

**3** **DÉPISTAGE**  
> 123

# 4 SOINS EN CANCÉROLOGIE

**4.1** Organisation de l'offre de soins  
et accès aux dispositifs de soins ▶ **143**

**4.2** Parcours de soins ▶ **154**

**4.3** Les populations spécifiques ▶ **162**

**4.4** Activité hospitalière globale  
en cancérologie ▶ **168**

**4.5** Activité de chirurgie ▶ **175**

**4.6** Activité de chimiothérapie ▶ **178**

**4.7** Activité de radiothérapie ▶ **181**

**4.8** Valorisation des hospitalisations  
liées au cancer et des molécules  
anticancéreuses ▶ **185**

**4.9** Sources bibliographiques ▶ **195**

**5** **VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER** > 197

**6** **LA RECHERCHE**  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



## 3

DÉPISTAGE  
> 123



## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



## 6

LA RECHERCHE  
> 217



## FAITS MARQUANTS

Dans la continuité de l'édition précédente, l'analyse de l'activité hospitalière de la cancérologie à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information médecine-chirurgie-obstétrique (PMSI MCO) a utilisé la méthode de l'algorithme cancer développé par l'Institut national du cancer, en collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et les fédérations hospitalières [INCa, 2013]. Pour les résultats au niveau infranational (région, territoire de santé), des tableaux de bord ont été mis en place sur le site

ScanSanté de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [ATIH, 2016]. Les résultats ne sont pas directement comparables aux données analysées par l'Assurance maladie dans son rapport charges et produits pour l'année 2016 en raison de l'utilisation d'une méthodologie différente [Cnamts, 2016b]. Pour plus d'informations, se reporter aux sources et méthodes d'estimation des données relatives à l'offre de soins [Annexe D].

## Organisation de l'offre de soins

### LE DISPOSITIF D'AUTORISATION

928 établissements disposent d'une ou plusieurs autorisations pour traiter le cancer fin 2015.

### LES PLATEFORMES DE GÉNÉTIQUE MOLÉCULAIRE

En 2015, environ 121 000 tests de génétique moléculaire ont été réalisés pour 76 614 patients sur les 28 plateformes hospitalières réparties sur l'ensemble du territoire.

### LES MÉTIERS DE LA CANCÉROLOGIE

En 2016, on dénombre 973 d'oncologues médicaux [+23% par rapport à 2013, sources RPPS], 860 radiothérapeutes [+10% par rapport à 2013] et 1 633 pathologistes [+9% par rapport à 2013]; la situation démographique des régions montre des disparités persistantes pour les oncologues médicaux ou radiothérapeutes et les pathologistes; la filiarisation prévoit de former 1 131 oncologues et 593 pathologistes entre 2010 et 2018; la réforme des diplômes de troisième cycle d'études médicales est en cours de restructuration jusqu'à la rentrée universitaire 2017.

## Parcours de soins

### LE PARCOURS DE SOINS

Le nombre de personnes bénéficiant du dispositif d'annonce, d'une discussion de leur dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) et d'un programme personnalisé de soins (PPS) est en constante augmentation depuis 2007. En 2015, on compte près de 885 739 dossiers patients enregistrés en RCP [trois fois plus qu'en 2005] et près de 199 361 PPS ont été remis [deux fois plus qu'en 2011].

### LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DU PARCOURS DE SOINS

La seconde phase du parcours de soins pendant et après le cancer sera axée sur le rôle des infirmiers dans la coordination entre acteurs hospitaliers et libéraux. Elle sera associée à une évaluation médico-économique du dispositif, en complément de l'analyse de la satisfaction des acteurs conduite au cours de la première phase. L'analyse médico-économique permettra de tester deux modèles de coordination, l'un à point de départ hospitalier et l'autre partant de la

ville; 45 sites pilotes [35 sites hospitaliers et 10 structures de ville] ont été sélectionnés début 2015 pour participer à cette seconde phase.

### LE DOSSIER COMMUNICANT EN CANCÉROLOGIE (OUTIL DE COORDINATION)

85% des centres de coordination en cancérologie [3C] disposent d'une solution informatisée de type DCC et la fiche de réunion de concertation pluridisciplinaire est dématérialisée dans 93% des cas sur l'ensemble du territoire national.

### LA CHIRURGIE AMBULATOIRE

Les pouvoirs publics inscrivent le développement de la chirurgie ambulatoire dans leurs priorités. La Direction générale de l'offre de soins [DGOS] et l'Institut national du cancer ont lancé conjointement un appel à projets en 2015 visant à soutenir les équipes-projet au développement de la chirurgie ambulatoire du cancer, 36 projets vont être financés sur une durée de deux ans.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



## 3

DÉPISTAGE  
> 123



## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



## 6

LA RECHERCHE  
> 217



## Les populations spécifiques

### ONCOGÉNÉTIQUE

Le nombre de consultations entre 2003 et 2015 a été multiplié par 5, passant de 12 696 à 63 618.

### CANCÉROLOGIE PÉDIATRIQUE

En 2015, 16 386 personnes âgées de moins de 24 ans ont eu une hospitalisation en lien avec le cancer, totalisant ainsi 143 732 hospitalisations, soit 2,1% de l'ensemble des hospitalisations liées au cancer dans le secteur MCO (hors radiothérapie du secteur privé libéral).

### ONCOGÉRIATRIE

En 2015, 380 225 personnes âgées de plus de 75 ans ont eu une hospitalisation en lien avec le cancer, totalisant ainsi 1 659 422 hospitalisations, soit près de 24% de l'ensemble des hospitalisations liées au cancer dans le secteur MCO (hors radiothérapie du secteur privé libéral); 4 858 étaient inclus dans un essai clinique en 2015.

### CANCERS RARES DE L'ADULTE

18 réseaux nationaux pour cancers rares de l'adulte ont été labellisés par l'Institut national du cancer en 2014. Les réseaux nationaux pour cancers rares devront soumettre une nouvelle candidature pour labellisation en 2018.

## Analyse de l'activité hospitalière en cancérologie

### SECTEUR MCO EN 2015

1,2 million de personnes ont été hospitalisées (+ 7,3% depuis 2010) dont près de 51% d'hommes, totalisant 6,8 millions de séances et séjours en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer. Pour près de 50% des personnes hospitalisées, l'hospitalisation concerne un cancer de l'appareil digestif, du sein ou une hémopathie maligne.

### SECTEUR HAD EN 2015

39 307 personnes atteintes de cancer ont été hospitalisées. L'activité en lien avec le cancer s'élève à 1,8 million de journées d'hospitalisation.

### SECTEUR SSR EN 2015

114 085 personnes atteintes de cancer ont été hospitalisées. L'activité en lien avec le cancer s'élève à 4,8 millions de journées d'hospitalisation.

## Analyse des dépenses du traitement des cancers

### SECTEUR MCO EN 2015

La valorisation liée aux hospitalisations motivées par le traitement du cancer représente près de 5,8 milliards d'euros, soit 60,1% de l'ensemble de la valorisation liée aux hospitalisations motivées ou non par le traitement du cancer. Les dépenses relatives aux molécules anticancéreuses facturées en sus des prestations d'hospitalisation de court séjour s'élèvent à près de 1,7 milliard d'euros, dont 25,5% pour le secteur privé commercial. Les thérapies ciblées représentent 48,0% des dépenses liées aux molécules anticancéreuses inscrites sur la liste en sus dans le secteur public et 73,3% dans le secteur privé commercial.

### SECTEUR HAD EN 2015

Les dépenses relatives aux anticancéreux facturés en sus des prestations d'hospitalisation dans les établissements HAD s'élèvent à près de 25,9 millions d'euros en 2015.

### DANS LES OFFICINES DE VILLE EN 2015

Les montants des médicaments anticancéreux délivrés en officine et remboursés par l'ensemble des régimes de l'Assurance maladie s'élèvent à 1,6 milliard d'euros en 2015.

### [Encadré 13] Avertissement concernant les données d'activité et les dépenses

Les données et méthodes de calcul sont actualisées régulièrement, de ce fait des variations peuvent être observées par rapport aux documents des années précédentes.

Les comparaisons et les évolutions temporelles ne doivent être faites qu'au regard de ce rapport.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.1 Organisation de l'offre de soins et accès aux dispositifs de soins

### DONNÉES ESSENTIELLES – ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS



- Fin 2015, 928 établissements sont autorisés pour le traitement du cancer.
- En 2015, 121 000 tests de génétique moléculaire ont été réalisés pour 76 614 patients sur les 28 plateformes hospitalières réparties sur l'ensemble des territoires.
- En 2016, 973 oncologues médicaux sont en activité (sources RPPS), avec un âge moyen de 47 ans et une proportion de plus de 55 ans de 26%. La densité moyenne nationale de ces professionnels est de 1,45 pour 100 000 habitants.
- En 2016, 860 radiothérapeutes sont en activité, avec un âge moyen de 49 ans et une proportion de plus de 55 ans de 38%. La densité moyenne nationale de ces professionnels est de 1,28 pour 100 000 habitants.
- En 2016, 1 633 anatomocytopathologistes sont en activité, avec un âge moyen de 52 ans et une proportion de plus de 55 ans de 48%. La densité moyenne nationale de ces professionnels est de 2,43, en légère baisse par rapport à 2007.

## 4.1.1 ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET DISPOSITIF D'AUTORISATION DE TRAITEMENT DU CANCER

### [Encadré 14] Le dispositif d'autorisation de traitement du cancer

Un dispositif d'autorisation de traitement du cancer structure l'offre de soins depuis 2009 afin de garantir à tous les usagers, quelle que soit leur localisation géographique, des soins de qualité, innovants et en toute sécurité.

Ce dispositif s'adresse à tous les établissements de santé publics et privés pour les pratiques thérapeutiques suivantes :

- la chirurgie des cancers : mammaire, digestive, urologique, thoracique, gynécologique et ORL ;
- la radiothérapie externe ;
- la chimiothérapie.

Il impose le respect de trois mesures socles afin de garantir des soins de qualité, innovants et en toute sécurité :

- des conditions transversales de qualité ;
- des critères d'agrément définis par l'Institut national du cancer pour les trois disciplines de traitement (chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie) et des critères spécifiques en sus pour les enfants et des jeunes adultes ;
- un seuil d'activité minimale distinct pour chacune des trois disciplines.

Ces autorisations sont délivrées par les agences régionales de santé (ARS) en fonction des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) cancérologie. La durée de l'autorisation est de 5 ans. Le processus de renouvellement des premières autorisations délivrées en 2009 s'est déroulé de mi 2013 à la fin de l'année 2014.

Par ailleurs, des dispositifs de soins spécifiques ont été mis en place afin de répondre de façon optimale aux besoins des personnes atteintes de cancers rares ou porteuses de prédispositions génétiques ainsi qu'aux besoins des personnes âgées et des enfants et adolescents atteints de cancer.

Au niveau régional, la structuration de l'offre de soins s'appuie sur un maillage de réseaux régionaux de cancérologie (RRC), dont l'une des premières missions est de développer du lien entre les acteurs de santé en décloisonnant leurs pratiques et en favorisant l'amélioration de ces dernières.

En 2015, on compte 3 045 autorisations pour 928 sites. Le nombre d'établissements de santé autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer a diminué de près de 58 % en 10 ans, passant de plus de 2 200 sites en 2003 à 928 sites en 2015. Cette baisse est de plus de 20 % entre 2009 et 2015.

En 2015, les 3 045 autorisations sont réparties selon les pratiques thérapeutiques suivantes :

- 2 376 en chirurgie [sur 780 sites] :
  - cancers digestifs : 627
  - cancers du sein : 475
  - cancers urologiques : 434
  - cancers thoraciques : 148
  - cancers gynécologiques : 372
  - cancers ORL et maxillo-facial : 320
- 492 en chimiothérapie [sur 492 sites] ;
- 177 en radiothérapie [sur 177 sites].

Le dispositif d'autorisation de traitement du cancer a contribué en quelques années à structurer le parcours de soins du patient en cancérologie et ce dès le plus jeune âge, tout en prenant en compte son environnement et ses attentes. Il a permis de généraliser des processus et des pratiques à toutes les étapes de la prise en charge [participation à un réseau, organisation de réunions de concertation pluridisciplinaires, soins de support, notamment].

Afin de répondre aux nouveaux enjeux de santé publique et d'organisation des soins, ce dispositif sera révisé d'ici fin 2018. Le Plan cancer 2014-2019 a prévu de le faire évoluer afin d'intégrer les changements dans les techniques et les nouvelles modalités de soins et l'accès à l'innovation [INCa, 2015]. Les critères d'agrément sont en cours de révision pour s'adapter à l'état de l'art des différentes disciplines et améliorer notamment l'orientation des situations complexes.

1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

3

DÉPISTAGE  
> 123

4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 4.1.2 ÉQUIPEMENTS ET PLATEAUX TECHNIQUES D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE DES CANCERS

### A - MAMMOGRAPHIES DE DÉPISTAGE

[Cf Chapitre 3.1. Programme national de dépistage organisé du cancer du sein](#)

### B - LES DÉLAIS D'ACCÈS À L'IRM ENTRE 2010 ET 2014

Des enquêtes récurrentes ont été menées auprès de tous les centres d'imagerie (publics et privés) disposant au moins d'un appareil d'IRM. L'objectif était de faire un état des lieux sur l'évolution des délais moyens de rendez-vous d'IRM dans le cadre du bilan d'extension, pour

les cancers de la prostate, du sein, et de l'utérus [corps et col], qui représentent respectivement 16,0%, 13,7%, et 2,9% des nouveaux cas de cancers en 2012, tous sexes confondus [[Binder-Foucard F, 2013](#)].

**[Tableau 34] Évolution des délais d'obtention des examens entre 2010 et 2014**

	Délai entre l'appel et la date de l'examen (jours)		Variation des délais entre 2010-2014 (jours)
	2010	2014	
France	29	28	-1
<b>Statut de l'établissement</b>			
Privé	25	25	0
Public	35	34	-1
<b>Type de cancer</b>			
Cancer du sein	27	25	-2
Cancer de l'utérus	28	28	0
Cancer de la prostate	31	30	-1

Source : Résultats de la synthèse des enquêtes, sur les délais de rendez-vous pour une IRM, réalisées en 2010, 2011, 2013 et 2014 - Dans le cadre d'un bilan d'extension pour cancer du sein, utérus et prostate. [[INCa, A paraître](#)]

Quelle que soit l'année d'enquête, l'obtention d'un rendez-vous pour un bilan d'extension du cancer du sein est plus difficile que pour le cancer de l'utérus [Quelle que soit l'année d'enquête, l'obtention d'un rendez-vous pour un bilan d'extension du cancer du sein est plus difficile que pour le cancer de l'utérus (Tableau 34). Cette différence tend par ailleurs à être de plus en plus importante [45 à 47% d'obtention de rendez-vous pour le cancer du sein et 53 à 56% pour le cancer de l'utérus entre 2011 et 2014].]. Cette différence tend par ailleurs à être de plus en plus importante [45 à 47% d'obtention de rendez-vous pour le cancer du sein et 53 à 56% pour le cancer de l'utérus entre 2011 et 2014].].

le cancer de l'utérus entre 2011 et 2014).]. Cette différence tend par ailleurs à être de plus en plus importante [45 à 47% d'obtention de rendez-vous pour le cancer du sein et 53 à 56% pour le cancer de l'utérus entre 2011 et 2014].].

Le délai moyen pour une IRM est plus long dans les établissements du secteur public que dans ceux du secteur privé. Selon le statut de l'établissement, l'écart s'est maintenu entre 8 et 10 jours.



1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

3

DÉPISTAGE  
> 123

4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

6

LA RECHERCHE  
> 2174.1.3 PLATEFORMES DE GÉNÉTIQUE  
MOLÉCULAIRE DES CANCERS

## CHIFFRES CLÉS

Les plateformes de génétique moléculaire en 2015

28 plateformes hospitalières 121 000 tests réalisés

76 614 patients concernés

[Tableau 35] Récapitulatif des tests réalisés par les plateformes de génétique moléculaire des cancers



Localisation tumorale	Biomarqueur	Thérapies ciblées associées
Cancer du sein	Amplification <i>HER2</i>	trastuzumab, lapatinib, pertuzumab
Cancer de l'estomac	Amplification <i>HER2</i>	trastuzumab
Cancer colorectal	Mutations <i>RAS</i> Mutations de <i>BRAF</i>	panitumumab, cetuximab
GIST	Mutations <i>KIT</i> et <i>PDGFRA</i>	imatinib
Syndrome de Lynch (HNPCC)	TEST MSI Méthylation <i>MLH1</i>	
Mélanome	Mutations de <i>BRAF</i> Mutations de <i>KIT</i> et <i>NRAS</i>	vemurefenib, dabrafenib, trametinib
Cancer du poumon	Mutations <i>EGFR</i> Translocation <i>ALK</i> Translocation <i>ROS1</i> Mutations <i>KRAS</i> , <i>BRAF</i> , <i>HER2</i> , <i>PI3KCA</i>	gefitinib, erlotinib, afatinib crizotinib
Sarcomes	Anomalies chromosomiques Amplification <i>MDM2/CDK4</i>	
Tumeurs cérébrales	Amplification <i>MYCN</i> Codélétion 1p/19q Mutations <i>IDH 1</i> et <i>2</i> Méthylation de <i>MGMT</i>	
Leucémie myéloïde chronique (LMC)	Détection et quantifications de <i>BCR-ABL</i> Mutations <i>ABL</i> Anomalies chromosomiques	imatinib, dasatinib, nilotinib, bosutinib, ponatinib
Leucémie aiguë lymphoblastique (LAL)/ Leucémie aiguë myéloïde (LAM)	Anomalies chromosomiques Mutations <i>FLT3</i> , <i>NPM</i> , <i>CEBPA</i> Quantification <i>WT1</i>	imatinib, dasatinib
Leucémie aiguë lymphoblastique (LAL)	Clonalité B/T Quantification <i>IGH - TCR</i>	
Leucémie lymphoïde chronique (LLC)	Anomalies chromosomiques Mutations <i>IgVH</i> et <i>TP53</i>	idelasib
Syndrome myéloprolifératif (SMP)	Mutations <i>JAK2</i> , <i>MPL</i> , <i>CALR</i> et <i>ASXL1</i> Quantification <i>JAK2</i>	
Syndrome myélodysplasique (SMD)	Anomalies chromosomiques	
Myélome multiple	Anomalies chromosomiques	
Lymphomes non hodgkiniens	Anomalies chromosomiques Quantification cycline D1 Clonalité B/T	
Hémopathies	Chimérisme post-greffe	

Source : INCa 2016.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

Vingt-huit plateformes hospitalières de génétique moléculaire des cancers ont été mises en place par l'Institut national du cancer afin de réaliser des tests moléculaires innovants pour l'ensemble des patients de la région, quel que soit l'établissement où ils sont traités [CHU, CLCC, CH ou établissement privé]. Leur activité concerne en particulier (Tableau 35) :

- les marqueurs prédictifs déterminant l'accès à une thérapie ciblée ;
- les marqueurs orientant le processus diagnostique ;
- les marqueurs participant au diagnostic, en complémentarité des paramètres cliniques, morphologiques, biologiques ;
- les marqueurs pronostiques orientant la stratégie de traitement ;
- les marqueurs permettant le suivi de la maladie résiduelle.

**[Tableau 36] Nombre de tests selon la localisation cancéreuse en relation avec les thérapies ciblées depuis 2007**

Localisation cancéreuse	Nombre de personnes	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Leucémie myéloïde chronique/leucémie aiguë lymphoïde	Détection BCR-ABL hors caryotype standard		6 171	6 235	6 569	6 497	6 559	6 750	7 505	8 324
	Quantification BCR-ABL	6 700 [19 717*]	7 410 [20 751*]	8 196 [22 128*]	11 014 [23 849*]	13 757 [28 607*]	13 841 [29 765*]	14 050 [32 396*]	14 489 [35 470*]	15 120 [35 605*]
	Mutations ABL		856	888	950	861	836	861	785	816
Leucémie lymphoïde chronique	Mutations de TP53									741
GIST**	Mutations cKIT	701	831	829	982	944	925	1 105	1 189	1 088
	Mutations PDGFRA	701	784	770	891	880	860	1 005	1 004	1 053
Cancer du sein	Amplification HER 2		5 416	6 748	7 798	8 545	8 853	8 924	8 866	10 279
Cancer de l'estomac	Amplification HER 2		/	65	330	443	648	709	809	777
Cancer colorectal	Mutations RAS	1 100	10 012	17 246	16 581	17 003	18 568	19 347	22 011	21 727
Cancer du poumon	Mutations EGFR		1 269	2 667	16 834	20 750	22 359	23 336	24 558	26 409
	Translocation d'ALK					4 543	13 891	18 861	21 183	22 667
	Translocation ROS1								5 414	14 268
Mélanome	Mutation du BRAF				651	3 479	4 629	5 026	5 534	5 270

\* Nombre de tests.

\*\* GIST : tumeurs stromales gastro-intestinales.

Source : Activité des plateformes hospitalières de génétique moléculaire 2007 à 2015. Traitement : INCa 2016. Source : [INCa 2016](#).

Les plateformes permettent un accès optimisé aux thérapies ciblées. En effet, la mise en évidence d'altérations moléculaires dans les cellules cancéreuses a permis, en décrivant mieux la maladie, d'identifier de nouvelles cibles thérapeutiques, puis de développer des thérapies ciblées contre celles-ci. C'est le cas de l'imatinib ciblant BCR-ABL et KIT [leucémie myéloïde chronique, leucémie aiguë lymphoblastique, GIST], du trastuzumab ciblant HER2 [cancer du sein et de l'estomac] ou encore du gefitinib et de l'erlotinib ciblant les formes activées d'EGFR dans le cancer du poumon.

Par ailleurs, la mise en évidence d'autres altérations moléculaires permet d'expliquer la résistance de certaines personnes à des thérapies ciblées, malgré la présence de la cible dans leur tumeur. Les mutations de gènes RAS permettant de prédire la non-réponse au

panitumumab et cetuximab dans le cancer colorectal en sont un exemple. La caractérisation moléculaire de la tumeur devient ainsi un critère déterminant dans le choix de la stratégie thérapeutique, qui ne repose plus seulement sur le type et le stade de la maladie. Elle permet un accès optimal aux thérapies ciblées : pour prescrire un traitement aux seules personnes susceptibles d'en bénéficier et pour ne pas prescrire un traitement inutile, toxique et coûteux. Les données d'activité 2015 montrent que ces tests concernent des localisations cancéreuses fréquentes et ainsi un nombre croissant de personnes : environ 121 000 tests ont été réalisés en 2015 pour 76 614 patients [Tableau 36]. Ces données sont détaillées sur le portail des données du site internet de l'Institut national du cancer ([INCa, 2016b](#)).

- Table des tableaux > 236
- Table des figures > 238
- Table des encadrés > 241
- Table des focus > 242
- Table des annexes > 243
- Glossaire > 244
- Liste des acronymes et des sigles > 246



## 4.1.4 MÉTIERS DE LA CANCÉROLOGIE

### [Encadré 15] Les métiers de la cancérologie

L'exercice de la cancérologie repose sur une pluralité de spécialités médicales : les oncologues médicaux, les radiothérapeutes, les hématologues, auxquels s'ajoutent les spécialistes d'organes, souvent à l'origine d'un diagnostic de cancer. En outre, les métiers

du diagnostic et plus notamment les anatomopathologistes et radiologues sont indispensables pour déterminer les caractéristiques de la tumeur et adapter le traitement.

### A - DÉMOGRAPHIE

Avec une moyenne d'âge de 47 ans pour les oncologues médicaux et de 49 ans pour les radiothérapeutes, ces deux spécialités apparaissent relativement jeunes par rapport à l'ensemble des spécialités médicales. Il n'en est pas de même des pathologistes, dont la moyenne d'âge est de 52 ans, et qui comptent 48 % de 55 ans et plus. La proportion de médecins âgés de 55 ans et plus est de 26 % pour l'oncologie médicale et de 38 % pour la radiothérapie.

### CHIFFRES CLÉS

Les métiers de la cancérologie : effectifs en 2016

D'après le Répertoire partagé  
des professionnels de santé [RPPS] :

**973** oncologues médicaux, en progression de 23 %  
par rapport à 2013 [790]

**860** radiothérapeutes, en progression de 10 %  
par rapport à 2013 [782]

**1633** pathologistes, en progression de 9 %  
par rapport à 2013 [1501]

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

[Figure 50] Densité des oncologues médicaux et radiothérapeutes pour 100 000 habitants au 4 mars 2016

Densité médicale des oncologues médicaux au 04/03/2016

Densité médicale des radiothérapeutes au 04/03/2016

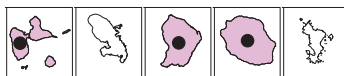
France métropolitaine = 1,49  
pour 100 000 habitants

DOM = 0,40  
pour 100 000 habitants

Densité pour  
100 000 habitants

- [ 1,57 ; 2,48 ]
- [ 1,25 ; 1,57 [
- [ 1,16 ; 1,25 [
- [ 0,94 ; 1,16 [
- [ 0,24 ; 0,94 [
- Informations non disponibles

Au moins 40%  
des médecins ont  
plus de 55 ans



France métropolitaine = 1,37  
pour 100 000 habitants

DOM = 0,85  
pour 100 000 habitants

Densité pour  
100 000 habitants

- [ 1,58 ; 1,95 ]
- [ 1,36 ; 1,58 [
- [ 1,25 ; 1,36 [
- [ 1,01 ; 1,25 [
- [ 0,73 ; 1,01 [
- Informations non disponibles

Au moins 50%  
des médecins ont  
plus de 55 ans



Source : RPPS 2016 - Insee 2013. Traitement : INCa 2016.

Bien que la densité moyenne nationale des oncologues médicaux [1,45 pour 100 000 habitants] et des radiothérapeutes [1,28] ait progressé ces dernières années, la situation démographique des régions montre des disparités persistantes (Figure 50).

1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

3

DÉPISTAGE  
> 123

4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## [Figure 51] Densité d'anatomocytopathologistes pour 100 000 habitants au 4 mars 2016



Densité médicale des anatomocytopathologistes au 04/03/2016

France métropolitaine = 2,51  
pour 100 000 habitants

DOM = 1,43  
pour 100 000 habitants

Densité pour  
100 000 habitants

[ 2,79 ; 3,43 ]

[ 2,07 ; 2,79 [

[ 1,86 ; 2,07 [

[ 1,73 ; 1,86 [

[ 1,22 ; 1,73 [

□ Informations non  
disponibles

Au moins 50%  
des médecins ont  
plus de 55 ans



Source : RPPS 2016 – Insee 2013. Traitement : INCa 2016.

En anatomocytopathologie, la densité moyenne nationale de pathologistes est en légère diminution par rapport à 2007 : 2,43 versus 2,5 pathologistes pour 100 000 habitants [Figure 51].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## B - FORMATIONS ET PERSPECTIVES

### [Tableau 37] Renouvellement des effectifs dans la spécialité étudiée

	Effectifs	Âge moyen	Effectifs de professionnels âgés de 55 ans et plus	Nombre d'internes à former en 2014-2018*
Oncologie médicale	973	47 ans	249	
Oncoradiothérapie	860	49 ans	327	656
Anatomopathologie	1 633	52 ans	789	347

Source : RPPS 2016, \*[Arrêté du 10 juillet 2014]. Traitement : INCa 2016.

Le renouvellement des effectifs amorcé depuis les années 2000 par l'augmentation du *numerus clausus* est renforcé par le processus de filiarisation de l'internat inscrit dans la loi HPST. Le nombre d'internes à former par spécialité et par subdivision est ainsi défini chaque année

pour une période de 5 ans et vise à provoquer un rattrapage ciblé de postes d'internes dans les régions en forte pénurie.

Depuis 2010, l'oncologie bénéficie d'une forte augmentation des effectifs, ce qui couvrira les cessations d'activité de cette profession encore jeune [Tableau 37].

## C - LES PHYSICIENS MÉDICAUX

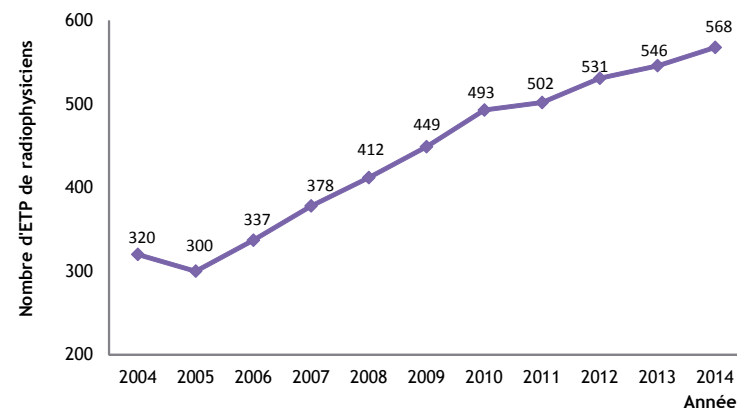
Dans le cadre du Plan cancer 2014-2019, la Direction générale de l'offre de soins a constitué un groupe de travail en vue de clarifier le statut des médecins médicaux et de les reconnaître pleinement en tant que professionnels de santé conformément à la Loi de modernisation de notre système de santé, article 216-IV [Loi du 26 janvier 2016]. Cette reconnaissance est confirmée par l'ordonnance n°2017-48 relative à la profession de médecin modifiant le code de la santé publique et ajoute donc une nouvelle profession aux « professions de la pharmacie et de la physique médicale » [Ordonnance n° 2017-48 du 19 janvier 2017].

Une meilleure définition du rôle et des missions clarifiera leur responsabilité dans le cadre du traitement des patients.

Les référentiels activités/compétences sont finalisés. Les travaux concernant les référentiels de formation ont débuté en septembre 2015 et sont toujours en cours.

Pour faire face aux besoins importants en médecins médicaux dans les centres de radiothérapie, des actions multiples ont été mises en place : ouverture de la formation à de nouveaux masters, augmentation des places de stage... Ce réajustement des effectifs de médecins médicaux a permis de sécuriser les pratiques.

### [Figure 52] Progression des effectifs ETP de médecins médicaux dédiés à la radiothérapie



Source : Observatoire de la radiothérapie au 31 décembre de chaque année. Traitement : INCa 2016.

En prenant en compte le nombre d'étudiants s'orientant vers un exercice professionnel en radiothérapie, ainsi que les départs en retraite, le nombre de médecins médicaux en 2016 est de 568 équivalents temps plein (ETP), soit une augmentation de 37,8 % par rapport à 2008 [Figure 52].



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

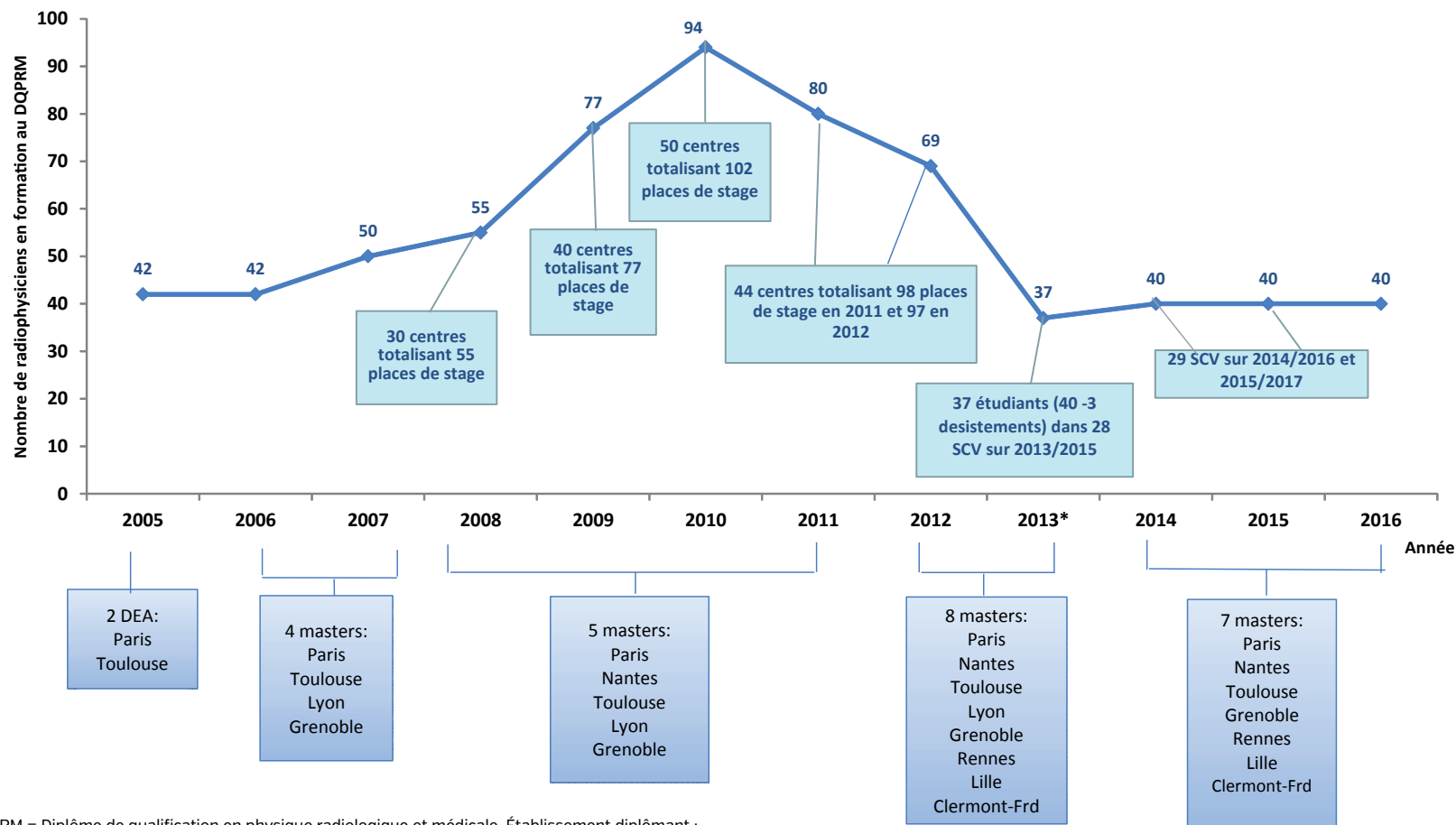
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

[Figure 53] Médecins en formation au DQPRM



DQPRM = Diplôme de qualification en physique radiologique et médicale. Établissement diplômant : Institut national des sciences et techniques nucléaires (INSTN). Début des cours en septembre, début des stages en janvier. 2013\* : la formation au DQPRM passe à deux ans (promo 2013 sera diplômée fin 2015)  
Source et traitement : INCa 2016.

Depuis 2013, la formation au Diplôme de qualification en physique radiologique et médicale [DQPRM] est passée à deux ans; 40 stagiaires sont en formation pour la promotion 2014-2016 et pour la

promotion 2015-2017 [Figure 53]. Le nombre de places ouvertes à la formation est fixé par le ministre chargé de la santé, sur proposition des organismes de formation.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

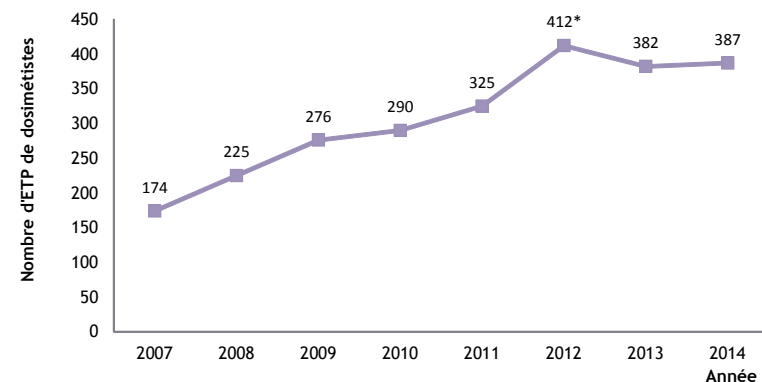
LA RECHERCHE  
> 217

## D - LES TECHNICIENS DE DOSIMÉTRIE

Dans le cadre du Plan cancer, un groupe de travail piloté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) a été constitué en vue de reconnaître les dosimétristes en tant que professionnels de santé. Cette reconnaissance vise à renforcer et garantir la qualité et la sécurité des actes de radiothérapie. Pour ce faire, les référentiels d'activités/compétences sont finalisés, les travaux sur le référentiel de formation débutés en septembre 2015 sont toujours en cours.

Au 31 décembre 2014, l'Observatoire de la radiothérapie a recensé 387 ETP de dosimétristes dont 176 manipulateurs dédiés à la planimétrie et 211 dosimétristes non manipulateurs (Figure 54).

**[Figure 54] Évolution des effectifs ETP des dosimétristes**



\* 2012 : ETP dosimétristes et ETP dosimétristes/manipulateurs sans identification de la part exclusivement dédiée à la dosimétrie

2013 et 2014 : les effectifs sont ceux des manipulateurs en électroradiologie médicale dédiés à la planimétrie et les dosimétristes non-manipulateurs

Source : Observatoire de la radiothérapie au 31 décembre de chaque année. Traitement : INCa 2016.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.2 Parcours de soins

### DONNÉES ESSENTIELLES – PARCOURS DE SOINS



- Les missions des réseaux régionaux de cancérologie (RRC) devraient évoluer courant 2017 par la publication d'un nouveau référentiel de missions.
- La reconnaissance par l'Institut national du cancer des 25 RRC a été renouvelée pour deux ans, jusqu'au 31 décembre 2018.
- 260 centres de coordination de cancérologie (3C) sont identifiés au sein des établissements en 2015 dont 34,2% sont mono-établissements.
- 885 739 dossiers sont enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) par les RRC en 2015, soit trois fois plus qu'en 2005.
- 68% des 3C assurent le déploiement effectif de la mise en œuvre globale du dispositif d'annonce (consultation médicale, temps d'accompagnement soignant) en 2015 comme en 2010.
- 199 361 programmes personnalisés de soins (PPS) ont été remis aux patients en 2015 (deux fois plus qu'en 2011).

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 4.2.1 STRUCTURES DE COORDINATION

### A - LES RÉSEAUX RÉGIONAUX DE CANCÉROLOGIE

Les réseaux régionaux de cancérologie (RRC), en tant que structures de coordination, fédèrent l'ensemble des institutions et professionnels prenant en charge des patients atteints de cancer. Les établissements de santé doivent être membres d'un réseau de cancérologie pour être autorisés à pratiquer les traitements du cancer. Leurs missions, décrites dans la circulaire du 25/09/2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie, couvrent le champ de la qualité des soins selon cinq grandes thématiques [[Circulaire DHOS/Cnamts/INCa no 2007-357](#)] :

- la promotion et l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie;
- la promotion d'outils communs de communication entre les professionnels de santé au sein de la région notamment le dossier communicant de cancérologie (DCC);
- l'information des professionnels de santé, des patients et de leurs proches;
- l'aide à la formation continue des professionnels de santé;
- le recueil des données relatives à l'activité de soins cancérologiques et l'évaluation de la qualité des pratiques en cancérologie.

### B - LES CENTRES DE COORDINATION EN CANCÉROLOGIE

Des centres de coordination en cancérologie (3C) ont été mis en place à la suite de la circulaire du 22/02/2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie [[Circulaire DHOS/SDO no 2005-101](#)]. Ils ont notamment pour rôle de développer une démarche de qualité dans le parcours du patient et de s'assurer de la mise en œuvre effective

Les missions des RRC devraient évoluer en 2017 par la publication d'un nouveau référentiel de missions. L'Institut national du cancer a établi et rendu publiques ses propositions d'évolution des réseaux à la Direction générale de l'offre de soins courant 2016 pour lesquelles un arbitrage du ministère de la Santé est attendu. Leurs nouvelles missions seraient déclinées sous quatre axes :

- contribuer à la coordination de l'organisation régionale en cancérologie;
- promouvoir la qualité et la sécurité des soins en cancérologie;
- développer l'expertise et l'expérimentation de projets communs innovants et accompagner les évolutions de l'offre de soins;
- informer et former les acteurs sur le parcours de santé en cancérologie.

Afin de sécuriser les autorisations délivrées aux établissements de santé pour le traitement du cancer, pendant la période de préparation et de mise en œuvre de l'évolution des réseaux régionaux, la reconnaissance des réseaux régionaux de cancérologie sera à nouveau prolongée pour une durée de deux ans jusqu'au 31 décembre 2018.

de la pluridisciplinarité en organisant et fédérant les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). En 2015, 260 cellules 3C opérationnelles ont été identifiées dont 34,2% sont mono-établissements. Leurs missions et organisations devraient évoluer fin 2016.

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

## 3

DÉPISTAGE  
> 123

## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

## 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.2.2 DISPOSITIFS DE PARCOURS DE SOINS

De nombreux dispositifs de parcours de soins font partie des mesures transversales de qualité intégrées dans les conditions d'autorisation du traitement des cancers dans les établissements de santé en 2009.

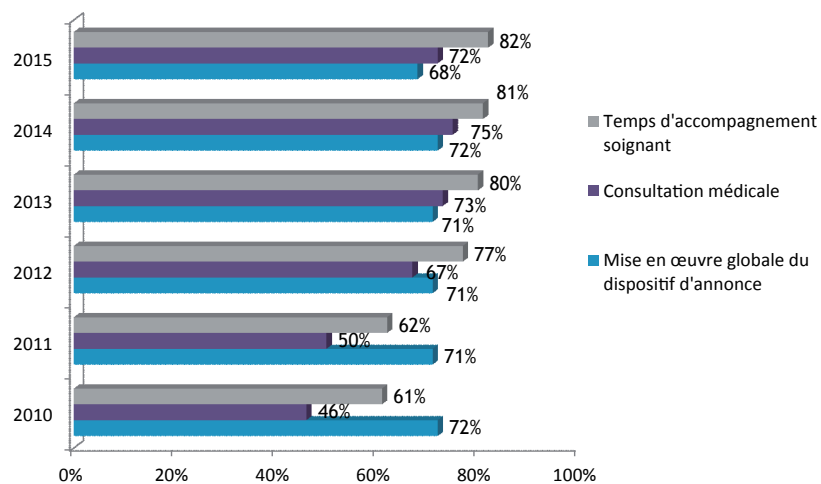
### A - ÉVOLUTION DU DISPOSITIF D'ANNONCE DE 2010 À 2015

#### [Encadré 16] Le dispositif d'annonce

Le dispositif d'annonce comporte quatre temps successifs : un temps médical d'annonce du diagnostic et de proposition de traitement, puis un temps d'accompagnement soignant qui vise à accompagner le patient tout au long de son traitement et à évaluer ses besoins, notamment en termes sociaux et de soutien psychologique ; enfin, suivent les temps d'accès aux soins de support qui résultent notamment de l'évaluation intervenue lors du temps soignant, et, enfin, l'information du médecin traitant dès l'entrée du patient dans son parcours de soins.

Acquis essentiel des deux Plans cancer précédents, le dispositif d'annonce est désormais intégré à l'organisation des établissements de santé autorisés pour le traitement du cancer et doit être proposé à tous les patients. Ce dispositif est en cours de révision, conformément aux objectifs du Plan cancer 2014-2019 qui prévoit son adaptation à la diversité croissante des traitements et son renforcement en réponse aux besoins des populations fragiles (enfants, adolescents et jeunes adultes, personnes âgées, publics atteints de déficience intellectuelle, etc.) [INCa, 2015].

[Figure 55] Évolution du niveau de mise en œuvre du dispositif d'annonce par les 3C depuis 2010



Source et traitement : INCa 2016.

La mise en œuvre globale du dispositif d'annonce demeure stable entre 2012 et 2015, avec 68% des centres de coordination en cancérologie qui s'assurent de son déploiement effectif au sein de leurs établissements respectifs en 2015. Il est à noter que le déploiement dans les établissements autorisés des deux premières composantes du dispositif progresse encore entre 2012 et 2015, avec plus 5 points pour le déploiement de la consultation médicale d'annonce [67% en 2012, 72% en 2015] et plus 5 points pour le déploiement du temps d'accompagnement soignant (Figure 55).

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

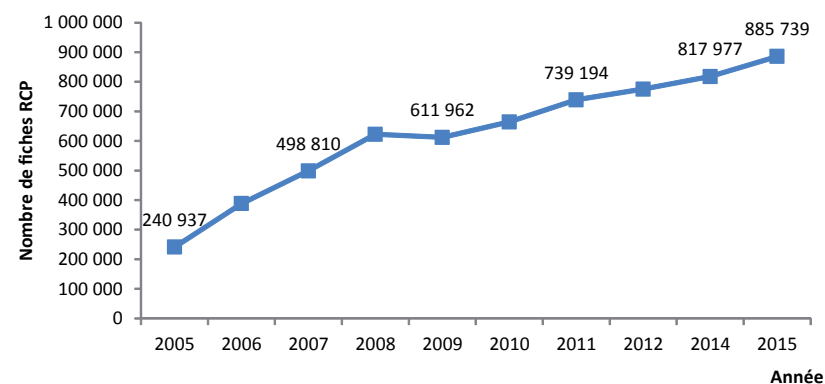
LA RECHERCHE  
> 217

## B - LES RÉUNIONS DE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRES

La réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est un temps d'échange entre médecins spécialistes de différentes disciplines au cours de laquelle se discutent les traitements possibles en fonction des dernières études scientifiques, l'analyse des bénéfices et les risques encourus, ainsi que l'évaluation de la qualité de vie qui va en résulter. Chaque patient se voit proposer une stratégie thérapeutique adaptée et d'éventuelles alternatives à l'issue du processus de concertation.

En 2015, le nombre de dossiers déclarés en RCP par les RRC dans leurs tableaux de bord a plus que triplé par rapport à 2005, passant de 240 937 à 885 739 [Figure 56]. Le nombre de dossiers enregistrés en RCP est plus de deux fois plus élevé que le nombre des cancers incidents estimés en 2015 [cf. Chapitre 1.1], car un dossier patient peut être présenté plusieurs fois en RCP en fonction de sa complétion, du niveau de complexité (s'il nécessite des examens complémentaires), ou en cas d'évolution défavorable (réfractaire ou rechute), etc.

**[Figure 56] Évolution du nombre de fiches de RCP annuelles déclarées par les RRC depuis 2005**



Source et traitement : INCa 2016.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.2.3 LE PROGRAMME PERSONNALISÉ DE SOINS : AU SERVICE DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS

S'inscrivant dans une vision globale et intégrée du traitement et du suivi des personnes atteintes de cancer, portée par le Plan cancer 2014-2019, le programme personnalisé de soins (PPS) doit aujourd'hui permettre de prendre en compte l'ensemble des besoins de la personne et en facilitant la coordination et les échanges d'information entre professionnels par son intégration dans le dossier communicant en cancérologie (DCC).

Ces deux objectifs se retrouvent dans deux actions du Plan [\[INCa, 2015\]](#) :

- l'action 7.3 qui vise à permettre à chacun de disposer d'un PPS en prenant en compte l'ensemble de ses besoins ;
- et l'action 2.20 qui vise à faire évoluer le PPS, vers un outil de déclinaison du traitement et du suivi et d'interface ville-hôpital (intégré à terme dans le DCC).

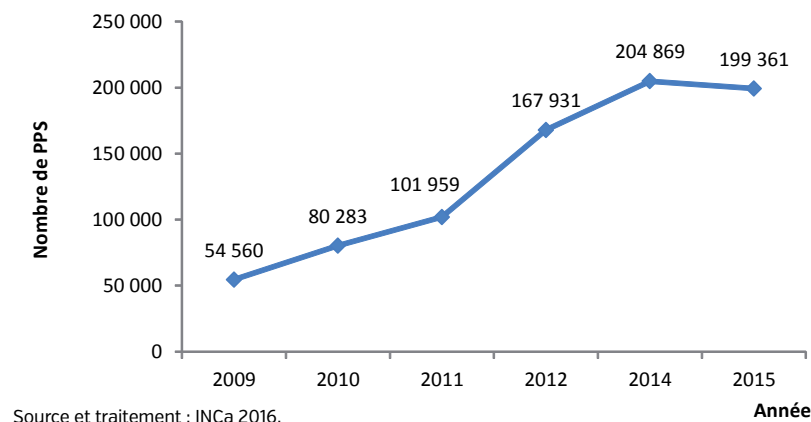
Le PPS devient ainsi un outil à vocation double, pour permettre d'une part l'information du patient et de ses proches sur la proposition thérapeutique à l'issue de la réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP), et d'autre part les échanges d'informations entre professionnels hospitaliers et du premier recours et la coordination des soins. Il doit également prendre en compte les besoins de populations spécifiques, notamment en pédiatrie, ainsi que les articulations avec le médico-social en particulier pour les personnes âgées et les populations vulnérables.

Depuis 2009, le nombre de PPS remis aux patients a plus que triplé, passant de 54 560 à 199 361 en 2015 (Figure 57), mais a baissé par rapport à 2014 (204 869). Le nombre de PPS remis représente 28 % des patients, alors qu'il était de 8 % en 2009.

**Le PPS évoluera pour mieux prendre en compte les besoins des professionnels et des usagers, et sera intégré à terme dans le DCC.**

Le document métier «Évolution du PPS» a été élaboré à l'issue des travaux menés au cours du premier semestre 2015 et d'une concertation réalisée auprès des différentes parties prenantes de l'Institut national du cancer, institutionnelles, professionnelles et représentants des usagers.

**[Figure 57] Évolution du nombre annuel de PPS remis aux patients depuis 2009**



Il comporte deux parties :

1. les principes généraux précisant les modalités d'élaboration et d'utilisation du PPS ;
2. les rubriques indispensables et les éléments fondamentaux du traitement et du suivi, incluant les particularités à prendre en compte chez les enfants et des adolescents et jeunes adultes.

L'outil proposé se veut pragmatique et opérationnel. Il a pour finalité de répondre aux besoins des professionnels et des patients en termes d'usages et d'attentes permettant ainsi au patient de pouvoir disposer d'un document pratique, synthétique et facilement compréhensible et facilitant les échanges d'information entre professionnels. Il s'agit d'un cadre général proposé au niveau national dans une optique d'harmonisation des pratiques et qui pourra être secondairement adapté et enrichi en fonction des spécificités thérapeutiques et des organisations locales.

Devant être intégré à terme dans le DCC en tant que support opérationnel d'interface ville-hôpital ce document métier devra dans un second temps permettre la prise en compte des finalités du DCC [action 2.19 du Plan cancer 2014-2019 [\[INCa, 2015\]](#)].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.2.4 DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT : SECONDE PHASE D'EXPÉRIMENTATION SUR L'INTERVENTION DES INFIRMIERS COORDONNATEURS PENDANT ET APRÈS LE CANCER

L'approche globale et personnalisée du parcours en cancérologie vise à proposer à chaque patient des soins adaptés à ses besoins. L'objectif majeur de cette démarche, qui s'inscrit dans la continuité des différents Plans cancers et répond aux objectifs de la Stratégie nationale de santé, est d'éviter les ruptures de parcours aux moments clés de la maladie et ainsi d'éviter les pertes de chance.

Cette approche devrait permettre une orientation adéquate et dans les meilleurs délais dès le diagnostic de cancer, une annonce adaptée et une proposition thérapeutique personnalisée à l'issue de la réunion de concertation pluridisciplinaire, ainsi qu'une préparation du retour à domicile et du suivi, par la mise en place d'un programme personnalisé de l'après-cancer. La mise en œuvre du parcours nécessite d'organiser la coordination entre acteurs hospitaliers et libéraux, et de favoriser l'accès aux soins de support, en particulier en ville, l'aide à domicile et l'aide aux aidants.

Le renforcement de l'accès pour les malades et les proches à une information adaptée, ainsi que le développement de programmes d'éducation thérapeutique sont autant de leviers forts pour permettre à chacun d'être acteur de son traitement et de participer aux décisions qui concernent sa santé.

L'expérimentation d'un « parcours personnalisé » en cancérologie, appuyée sur l'intervention d'infirmiers de coordination en cancérologie, prend sa place dans cette réflexion. Ainsi, à la suite d'une première phase d'expérimentation menée dans 35 établissements de santé, une seconde phase a été lancée en 2014 au plan national

afin de prendre en compte les éléments d'appréciation contrastés ressortis de la première phase et les nouveaux enjeux soulevés par le Plan cancer 2014-2019 [INCa, 2015]. Cette expérimentation mobilise 45 équipes-pilotes (35 hospitalières et 10 en ville) et est recentrée sur trois enjeux majeurs :

- un objectif prioritaire de coordination des professionnels hospitaliers et libéraux : c'est un axe fort du Plan cancer 2014-2019, pour lequel une diversité d'outils doit être mobilisée ;
- un repositionnement de l'intervention des infirmiers coordinateurs sur les patients et/ou situations « complexes » d'un point de vue médical et/ou psychosocial ;
- un élargissement du champ de l'expérimentation, initialement menée sur 35 sites hospitaliers, à 10 équipes issues du champ de premier recours.

La phase 2 met donc en œuvre un repositionnement du modèle pour améliorer sa réponse aux besoins des patients et des professionnels. Elle est associée à une évaluation médico-économique du dispositif, en complément de l'analyse de satisfaction des acteurs conduite au cours de la première phase. L'analyse médico-économique, en cours, permettra de tester deux modèles de coordination, l'un à point de départ hospitalier et l'autre partant de la médecine de ville. Son objectif final est de fournir une aide à la décision publique sur l'opportunité du déploiement du dispositif et la pertinence de son positionnement au sein de l'offre de soins. Au 1<sup>er</sup> septembre, 730 patients avaient déjà été inclus dans cette étude.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.2.5 ACCOMPAGNEMENT EN CHIRURGIE AMBULATOIRE DU CANCER

Un programme national de développement de la chirurgie ambulatoire a été mis en place en 2010 et l'objectif d'aboutir à une pratique majoritaire (> 50 %) en 2016 a été concerté avec l'ensemble des acteurs. La Direction générale de l'offre de soins et l'Institut national du cancer ont lancé conjointement en 2015, un appel à projets qui s'inscrit dans le programme national de développement de la chirurgie ambulatoire [INCa et DGOS, 2015]. Il a pour objet la mise en œuvre de l'action 3.7 du Plan cancer 2014-2019 qui consiste à « soutenir la réorganisation des services pour le développement de la chirurgie ambulatoire avec une phase d'expérimentation et d'aide à la conduite du changement dans des sites pilotes dans un premier temps » [INCa, 2015].

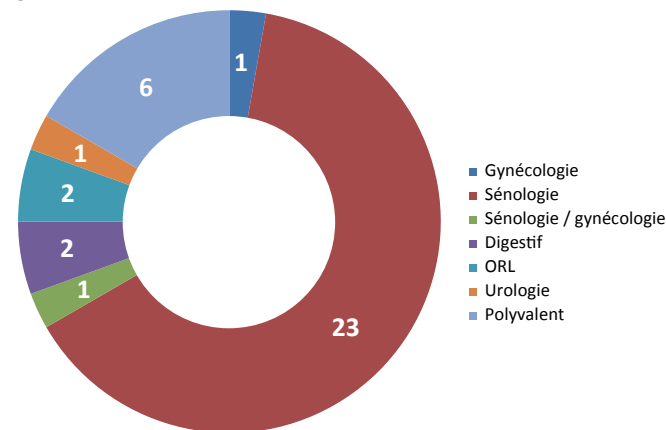
L'appel à projets vise à soutenir et à accompagner sur une période de deux ans des équipes chirurgicales autorisées à la chirurgie du cancer pour élaborer, mettre en œuvre, analyser et évaluer des projets organisationnels innovants permettant le développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie, s'inscrivant dans un parcours de soins construit en collaboration avec l'ensemble des acteurs du traitement. Au terme des deux ans, une évaluation nationale de l'ensemble des projets sera réalisée par un prestataire extérieur. Cette évaluation conciliera deux approches :

- une approche générale visant à identifier les facteurs clés de réussite du développement de la chirurgie ambulatoire en cancérologie et à dégager des processus organisationnels permettant aux acteurs de terrain de développer ce type de prise en charge ;
- une approche ciblée visant à apprécier le coût réel de la chirurgie ambulatoire à partir de l'observation du chemin clinique des patients en intégrant l'amont et l'aval de la séquence chirurgicale.

Les établissements retenus dans le cadre de cet appel à projets s'engagent à participer à cette double évaluation.

Parmi les 113 projets reçus, 36 ont été sélectionnés et financés, dont 23 concernant le cancer du sein exclusivement [Figure 58].

**[Figure 58] Nombre de projets sélectionnés par spécialité médicale**



Source et traitement : INCa 2016.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## 4.2.6 LE DOSSIER COMMUNICANT EN CANCÉROLOGIE : UN OUTIL DE COORDINATION

En 2015, les travaux permettant le déploiement au niveau national du dossier communicant de cancérologie (DCC) se sont poursuivis : 85 % des centres de coordination en cancérologie (3C) disposent d'une solution informatisée de type DCC et la fiche de réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) est dématérialisée dans 93 % des cas sur l'ensemble du territoire national. Les éléments jugés nécessaires à la prise en charge optimale des patients atteints de cancer ont été formalisés dans un modèle structuré de la fiche de RCP. Cette étape qui homogénéise les pratiques contribue à l'égalité des prises en charge des patients. La fiche de RCP structurée est intégrée depuis le 6 novembre 2015 dans les volets techniques du cadre d'interopérabilité des systèmes d'information de santé gérés par l'ASIP-Santé permettant le partage et l'échange d'informations utiles entre les acteurs du parcours de cancérologie, au bénéfice de la coordination des soins. Une démarche équivalente est prévue pour le modèle médical du programme personnalisé de soins (PPS). Le DCC bénéficie d'un environnement de services numériques ([Instruction SG/DSSIS/2016/147](#)). Les échanges doivent être sécurisés

grâce à l'utilisation d'une messagerie sécurisée ([Instruction DGOS/PF5/2014/361](#)). Aujourd'hui, plus de 800 établissements de santé sont engagés dans la démarche d'adoption d'une messagerie sécurisée de santé, et 350 sont en capacité d'échanger des documents dans l'espace de confiance MSSanté.

Parmi les services socles des systèmes d'information de santé, une intégration au répertoire opérationnel des ressources (ROR) du référentiel de l'offre de RCP (pour l'orientation des dossiers des patients) est à l'étude. L'objectif principal est l'efficacité du processus de documentation nationale des RCP que devrait permettre l'interconnexion des systèmes de planification et de gestion des RCP avec le ROR. Près de 92 % de l'offre de RCP est référencée dans l'annuaire national des RCP, fin 2015.

Enfin, des travaux d'actualisation de la cible 2017 du DCC ([Instruction SG/DSSIS/INCa/2016/109](#)) ont été pilotés par la Délégation à la Stratégie des systèmes d'information de santé en collaboration avec l'Institut national du cancer et en concertation avec les acteurs régionaux.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.3 Les populations spécifiques

### DONNÉES ESSENTIELLES – LES POPULATIONS SPÉCIFIQUES

#### ONCOGÉNÉTIQUE

- Le nombre de consultations entre 2003 et 2015 a été multiplié par 5, passant de 12 696 à 63 618.
- 89% des consultations concernent les cancers du sein, de l'ovaire et des pathologies digestives (syndrome de Lynch, polyposes adénomateuses familiales...).
- 139 sites de consultation sont répartis dans 94 villes.
- Depuis 2003, le dispositif national d'oncogénétique (consultations et laboratoires) a permis d'identifier 56 670 personnes porteuses d'une mutation les prédisposant héréditairement à un risque très élevé de cancer.

#### CANCÉROLOGIE PÉDIATRIQUE

- 47 centres assurent le diagnostic, le traitement et le suivi en cancérologie des enfants et adolescents de moins de 18 ans au sein des 7 organisations hospitalières interrégionales identifiées depuis 2010.
- En 2015, 16 386 personnes âgées de moins de 24 ans ont une hospitalisation en lien avec le cancer, totalisant ainsi 143 732 hospitalisations, soit 2,1% de l'ensemble des hospitalisations liées au cancer dans le secteur MCO (hors radiothérapie du secteur privé libéral).

#### ONCOGÉRIATRIE

- L'organisation spécifique en oncogériatrie couvre l'ensemble du territoire national, avec 23 unités de coordination en oncogériatrie, 4 antennes en métropole et 1 unité de coordination en oncogériatrie dans les DOM.
- En 2015, 380 225 patients âgés de 75 ans et plus ont une hospitalisation en lien avec le cancer, totalisant ainsi 1 659 422 hospitalisations, soit 24% de l'ensemble des hospitalisations en lien avec le cancer dans les établissements MCO (hors radiothérapie du secteur privé libéral).
- 4 858 patients âgés de plus de 75 ans ont été inclus dans des essais cliniques en 2013.

#### CANCERS RARES

- Depuis 2009, les groupes de cancers rares bénéficient d'une organisation nationale structurée autour de 14 réseaux nationaux cliniques labellisés, 4 réseaux nationaux anatomopathologiques labellisés et 8 réseaux nationaux cliniques non encore labellisés.

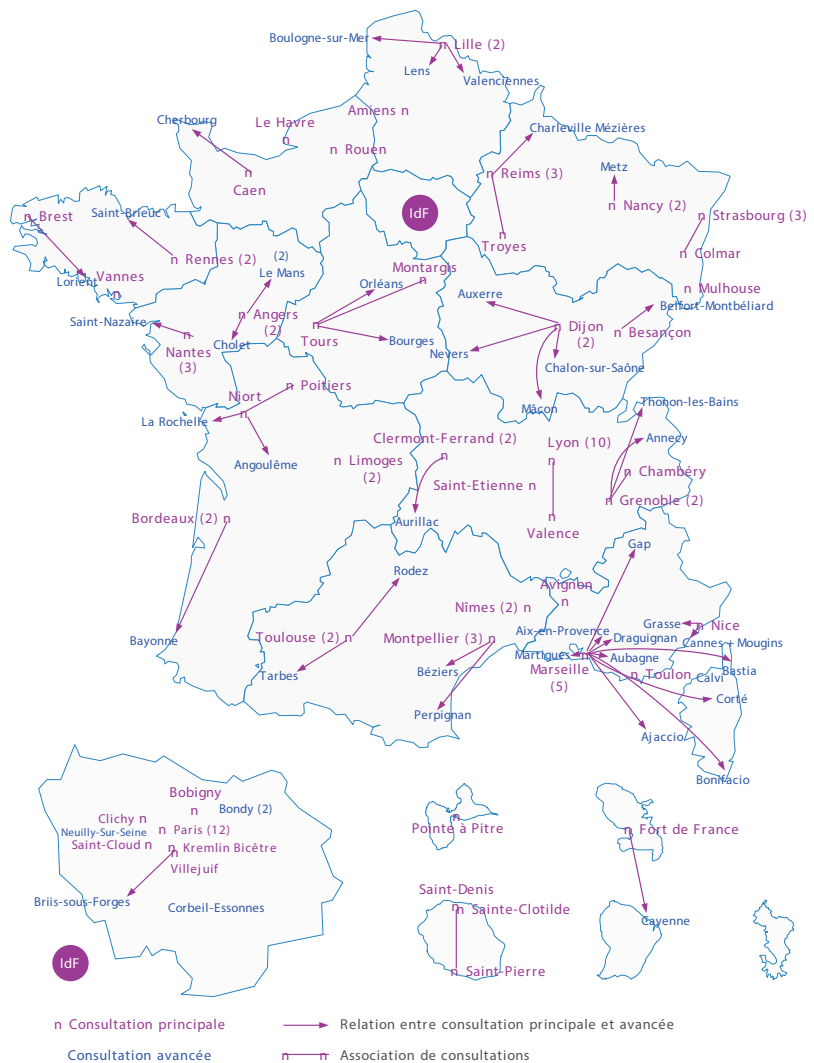


- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.3.1 PERSONNES À HAUT RISQUE DE CANCER : ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ ONCOGÉNÉTIQUE DE 2003 À 2015

### A - ORGANISATION DE L'OFFRE DE CONSULTATIONS D'ONCOGÉNÉTIQUE

**[Figure 59]** Répartition des consultations  
d'oncogénétique en France en 2015



Source : Oncogénétique 2015 : consultations & laboratoires [INCa, 2017]. Traitement : INCa 2016.

Près de 5% des cancers diagnostiqués sont liés à la présence d'altérations génétiques constitutionnelles et, à ce jour, plus de 80 gènes de prédisposition génétique ont été identifiés. Transmissibles à la descendance, ces altérations peuvent être recherchées chez des personnes dont les antécédents médicaux, personnels et/ou familiaux, sont évocateurs d'une forme héréditaire de cancer.

En France, le diagnostic de ces prédispositions est mis en œuvre dans le cadre du dispositif national d'oncogénétique. Celui-ci s'organise autour de 139 sites de consultation, se répartissant dans 94 villes, sur l'ensemble du territoire (France métropolitaine et départements d'outre-mer). Le dispositif se compose, par ailleurs, de 25 laboratoires en charge de la réalisation des tests génétiques prescrits par les consultations. Cette structuration, adossant des laboratoires aux consultations d'oncogénétique, a pour objectif d'identifier les personnes prédisposées héréditairement au cancer, qu'il s'agisse de personnes malades (cas index) ou de membres non malades de leur famille (apparentés) (Figure 59).

Ces personnes, ainsi que celles sans mutation identifiée, mais considérées tout de même comme à risque très élevé de cancer, doivent se voir proposer une prise en charge spécifique, basée sur la surveillance et/ou la chirurgie préventive. Cette prise en charge est coordonnée par 17 programmes régionaux ou interrégionaux couvrant l'ensemble du territoire (sauf la Guadeloupe et La Réunion).

1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

3

DÉPISTAGE  
> 123

4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

6

LA RECHERCHE  
> 217

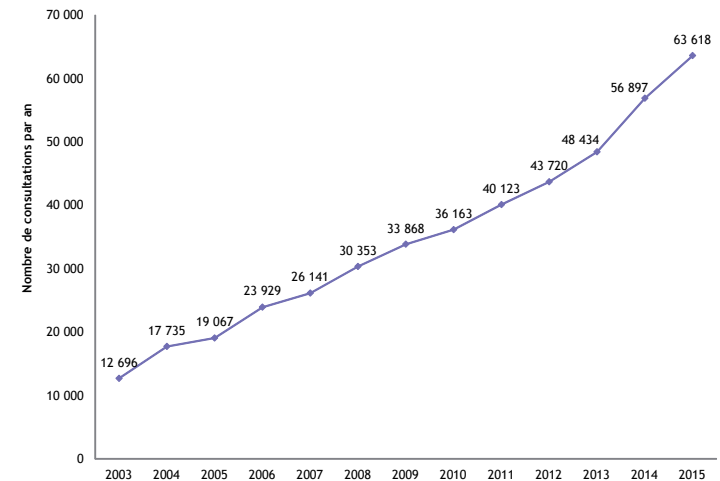
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - ÉVOLUTION DU NOMBRE DE CONSULTATIONS D'ONCOGÉNÉTIQUE

Le nombre de consultations d'oncogénétique effectuées entre 2003 et 2015 a été multiplié par 5, passant de 12 696 à 63 618 [Figure 60]. Celles liées aux cancers du sein et/ou de l'ovaire et aux pathologies digestives (syndrome de Lynch et polyposes adénomateuses familiales essentiellement) représentent 89% des consultations d'oncogénétique.

Le nombre de consultations liées aux cancers du sein et/ou de l'ovaire a progressé de 16% entre 2014 et 2015, pour atteindre 45 430 consultations. Dans le même temps, celles dédiées au syndrome de Lynch n'ont augmenté que de 6%.

**[Figure 60] Évolution du nombre de consultations d'oncogénétique depuis 2003**



Source : Oncogénétique 2015 : consultations & laboratoires [INCa, 2017]. Traitement : INCa 2016.

## C - NOMBRE DE PERSONNES PORTEUSES D'UNE MUTATION IDENTIFIÉES

En 13 ans (2003-2015), le dispositif national d'oncogénétique (consultations et laboratoires) a permis d'identifier 56 670 personnes porteuses d'une mutation les prédisposant héréditairement à un cancer, parmi lesquelles :

- 24 631 personnes porteuses d'une mutation BRCA les prédisposant héréditairement à un cancer du sein et/ou de l'ovaire ;
- 8 408 personnes porteuses d'une mutation MMR ou EPCAM les prédisposant plus particulièrement à un cancer colorectal ou de l'endomètre (syndrome de Lynch) ;
- 2 813 personnes porteuses d'une mutation APC et 593 personnes porteuses de mutations bi-alléliques du gène MUTYH (depuis 2009) les prédisposant héréditairement à une polypose adénomateuse.



## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

## 3

DÉPISTAGE  
> 123

## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

## 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.3.2 CANCÉROLOGIE DES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

### A - ORGANISATION

47 centres assurent le diagnostic, le traitement et le diagnostic en cancérologie des enfants et adolescents de moins de 18 ans au sein des 7 organisations hospitalières interrégionales identifiées depuis 2010.

Deux instructions DGOS/INCa à destination des ARS ont été publiées en 2016 au Bulletin officiel :

- instruction n° DGOS/R3/INCa/2016/168 du 26 mai 2016 relative à un état des lieux sur l'offre de soins de traitement du cancer en cancérologie pédiatrique et à l'organisation des acteurs impliqué [Instruction

DGOS/R3/INCa/2016/168]. Cette instruction vise à dresser un état des lieux permettant d'aboutir à une meilleure visibilité de l'offre de soins en cancérologie pédiatrique ;

- instruction n° DGOS/R3/INCa/2016/177 du 30 mai 2016 relative à l'organisation régionale coordonnée en faveur de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer [Instruction DGOS/R3/INCa/2016/177]. Cette instruction vise à améliorer la prise en charge de cette population conformément à l'action 2.13 du Plan cancer 2014-2019 [INCa, 2015].

### B - LES ENFANTS, ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES ATTEINTS DE CANCER DANS LES ÉTABLISSEMENTS MCO

[Tableau 38] Répartition du nombre de patients âgés de 0 à 24 ans ayant une hospitalisation liée au cancer dans les établissements MCO en 2015\*

	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Malades de 0 à 17 ans	5 488	66,0	4 711	58,4	10 199	62,2
0-4 ans	1 695	20,4	1 432	17,8	3 127	19,1
5-14 ans	2 709	32,6	2 289	28,4	4 998	30,5
15-17 ans	1 084	13,0	990	12,3	2 074	12,7
Jeunes adultes (18-24 ans)	2 831	34,0	3 356	41,6	6 187	37,8
Total tous âges confondus (0-24 ans)	8 319	100,0	8 067	100,0	16 386	100,0

MCO = Médecine, chirurgie, obstétrique

\*Hors patients traités par séances de radiothérapie dans le secteur privé libéral.

Source : PMSI MCO 2015. Traitement : INCa 2016.

Parmi les 6,8 millions d'hospitalisations en lien avec le cancer identifiées en 2015 [Figure 63], on en dénombre 143 732 [2,1%] pour des jeunes de 0 à 24 ans. Ces hospitalisations concernent 16 386 personnes [1,4%], parmi lesquelles 62,2% ont moins de 18 ans [Tableau 38 et Tableau 40].

Plus de 6 jeunes sur 10 sont hospitalisés pour les localisations suivantes :

- les hémopathies malignes [33,8%];
- les cancers du système nerveux central [16,9%];
- les cancers des glandes endocrines [8,6%];
- les tumeurs malignes osseuses [6,5%].

Les hospitalisations concernent pour près de la moitié un traitement par chimiothérapie [46,3%, dont 76,1% réalisées en séances], suivies par les autres types de traitements [31,1%], la radiothérapie [17,4%, dont 96,0% réalisées en séances], la chirurgie [5,0%, dont 79,9% réalisées en hospitalisation complète] et les soins palliatifs [1,5%]. L'activité est réalisée majoritairement dans les centres hospitaliers universitaires [CHU-R, 56,8%], puis dans les centres de lutte contre le cancer [CLCC, 24,9%] et les centres hospitaliers [CH, 14,4%]. Les hospitalisations dans le secteur privé [commercial et non commercial] représentent moins de 4% de l'activité.

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

## 3

DÉPISTAGE  
> 123

## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

## 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

### 4.3.3 ONCOGÉRIATRIE

#### A - ORGANISATION

Le déploiement national d'unités de coordination en oncogériatrie a été finalisé. Conformément au Plan cancer 2009-2013, un appel à projets en 2011-2012 a permis d'identifier et de financer 24 unités de coordination en oncogériatrie (UCOG) déployées sur 18 régions de la métropole et 1 département d'outre-mer. Pour les 4 régions de la métropole dépourvues d'UCOG, 4 antennes d'oncogériatrie ont été mises en place, chargées d'assurer dans leur région une prise en charge adaptée ; elles bénéficient pour les missions de recherche, formation et information en oncogériatrie d'une UCOG voisine.

Le Plan cancer 2014-2019 poursuit cette démarche de soutien aux besoins spécifiques des personnes âgées atteintes de cancer (INCa, 2015). L'organisation spécifique nationale doit intégrer les évolutions de l'organisation des soins en cancérologie, notamment le rôle des réseaux régionaux de cancérologie dans la coordination de l'ensemble des acteurs. L'oncogériatrie ne doit pas être limitée au diagnostic du cancer, mais doit être accessible tout au long du parcours de soins du patient.

#### B - LES PERSONNES DE 75 ANS ET PLUS ATTEINTES DE CANCER DANS LES ÉTABLISSEMENTS MCO

[Tableau 39] Nombre de malades relevant de l'oncogériatrie en milieu hospitalier MCO en 2015\*

	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
75-79 ans	78 594	38,2	56 829	32,5	135 423	35,6
80-84 ans	66 052	32,1	53 195	30,5	119 247	31,4
85-89 ans	41 744	20,3	39 752	22,8	81 496	21,4
90 ans et +	19 207	9,3	24 852	14,2	44 059	11,6
Total	205 597	100,0	174 628	100,0	380 225	100,0

MCO = Médecine, chirurgie, obstétrique

\* Hors patients traités par séances de radiothérapie dans le secteur privé libéral.

Source : PMSI MCO 2015. Traitement : INCa 2016.

Parmi les 6,8 millions d'hospitalisations en lien avec le cancer identifiées en 2015 (Figure 63), on en dénombre 1 659 422 (près de 24 %) pour des personnes âgées de 75 ans et plus, que ces hospitalisations soient motivées ou non par le traitement du cancer. Elles concernent 380 225 personnes, parmi lesquelles près du tiers ont 85 ans et plus (Tableau 39).

**Chez l'homme**, le cancer de la prostate est la première localisation concernée (41 402 personnes), suivie par les cancers de la peau (33 024, dont 3 023 pour mélanome), du côlon-rectum (29 580, dont 20 647 pour le côlon), de la vessie (24 228), des trachées-bronches-poumon (18 342) et les syndromes myéloprolifératifs ou myélodysplasiques (15 469).

**Chez la femme**, le cancer du sein est la première localisation concernée (34 747 personnes), suivie par les cancers de la peau (27 562, dont 2 955 pour mélanome), du côlon-rectum (26 428, dont 19 402 pour le côlon), des syndromes myéloprolifératifs ou myélodysplasiques (16 114) et des cancers des trachées-bronches-poumon (8 354). Les hospitalisations sont associées à la chimiothérapie (33,9 %, dont 92,1 % réalisées en séances), suivies par les autres modes de prise en charge (29,6 %, dont 55,1 % réalisées en hospitalisation complète), la radiothérapie (23,0 %, dont 98,1 % réalisées en séances), la chirurgie (10,3 %, dont 73,2 % en hospitalisation complète) et les soins palliatifs (3,8 %).

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

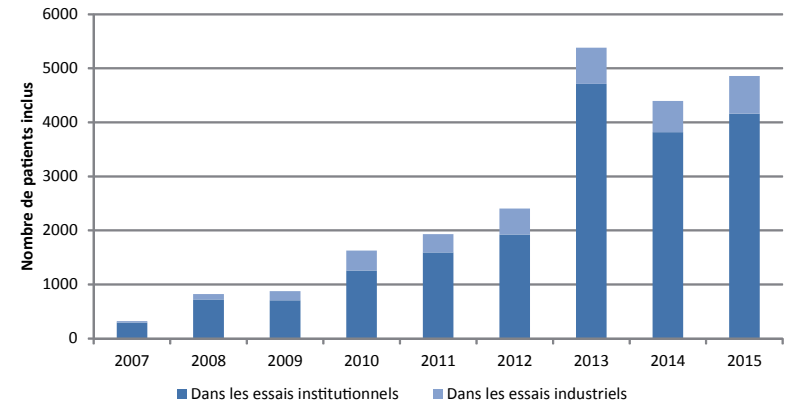
L'activité est réalisée à 36,3% dans les centres hospitaliers, 22,2% dans les établissements privés commerciaux, 21,2% dans les centres hospitaliers universitaires, 12,9% dans les centres de lutte contre le cancer, 6,4% dans les établissements privés non commerciaux et 0,6% dans les hôpitaux locaux et hôpitaux d'instructions des armées. Les données du registre des essais cliniques de l'Institut national du cancer font état, en août 2016, de 209 essais cliniques ouverts pour les patients de plus de 18 ans sans limite supérieure d'âge, et de 11 essais dédiés aux plus de 65 ans.

L'enquête annuelle auprès de plus de 170 établissements ayant reçu des crédits fléchés pour la recherche clinique en cancérologie recense 4 858 patients de plus de 75 ans inclus dans un essai clinique en 2015, dont plus de 85% dans un essai institutionnel (Figure 61).

## 4.3.4 CANCERS RARES

L'organisation nationale du parcours des patients adultes atteints de cancers rares comprend 26 réseaux nationaux dont 18 ont été labellisés en 2014 par l'Institut national du cancer. Toute personne atteinte d'un cancer rare peut être prise en charge dans l'établissement de son choix, mais bénéficie d'un avis d'experts, tant pour le diagnostic [double lecture des lames] qu'aux divers temps de sa maladie [discussion de son dossier en RCP de recours régionale ou nationale] et de son suivi. La structuration en réseaux est une aide au développement d'essais cliniques dans ces pathologies rares et donc à l'accès aux traitements innovants. L'enregistrement systématique des cas dans des bases de données nationales permet de mieux connaître l'incidence et la prévalence de ces cancers, d'évaluer en temps réel les pratiques et de mieux cibler les besoins en recommandations de bonne pratique et en essais cliniques.

[Figure 61] Évolution des inclusions de patients âgés de 75 et plus dans un essai clinique



Source et traitement : INCa 2016.

Les données de suivi d'activité des réseaux cancers rares en 2015 sont disponibles en ligne sur le site de l'Institut [\[INCa, 2016a\]](#). Le nombre de patients atteints de cancer rare ayant bénéficié de cette organisation spécifique a triplé depuis 2010, avec 13 789 patients en 2015 ayant eu accès à l'expertise.

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit une harmonisation de cette organisation spécifique et son intégration dans le dispositif général d'autorisations et dans la gradation des soins [\[INCa, 2015\]](#). Il prévoit également une harmonisation du dispositif de double lecture dans les cancers rares de l'adulte et sa mise en place dans les cancers de l'enfant. Les réseaux nationaux pour cancers rares devront soumettre une nouvelle candidature pour labellisation en 2018.

La mise en place d'une organisation pour les patients atteints de cancers complexes reprend plusieurs éléments de cette organisation spécifique, comme les RCP de recours, l'éventuel transfert du patient dans un centre expert, ou des critères d'autorisation spécifiques pour certains établissements de santé.

## 4.4 Activité hospitalière globale en cancérologie

### DONNÉES ESSENTIELLES – ACTIVITÉ GLOBALE EN CANCÉROLOGIE



#### SECTEUR MCO EN 2015

- 1,2 million de personnes atteintes de cancer hospitalisées en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer.
- Près de 6,8 millions de séances et séjours en lien avec le cancer.

#### SECTEUR HAD EN 2015

- 39 307 personnes atteintes de cancer hospitalisées.
- Près de 1,8 million de journées en lien avec le cancer.

#### SECTEUR SSR EN 2015

- 114 085 personnes atteintes de cancer hospitalisées.
- Près de 4,8 millions de journées en lien avec le cancer.

#### [Encadré 17] L'activité hospitalière globale en cancérologie

Les données sont issues du **programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)** des établissements de courts-séjours (médecine, chirurgie, obstétrique, MCO), de l'hospitalisation à domicile (HAD) et des établissements de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Les données de radiothérapie du secteur privé libéral ne sont pas prises en compte dans l'activité MCO.

Les méthodes sont détaillées dans l'annexe D2.

### 4.4.1 SECTEUR MCO

#### A - PERSONNES HOSPITALISÉES

#### [Encadré 18] L'algorithme cancer

En collaboration avec l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et les fédérations hospitalières, l'Institut national du cancer a développé un algorithme qui permet d'identifier au sein des bases PMSI du secteur MCO (Programme de médicalisation des systèmes

d'information en médecine, chirurgie, obstétrique) les hospitalisations en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer, que celui-ci ait motivé ou non l'admission, hors activité de radiothérapie du secteur libéral [INCa, 2013].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

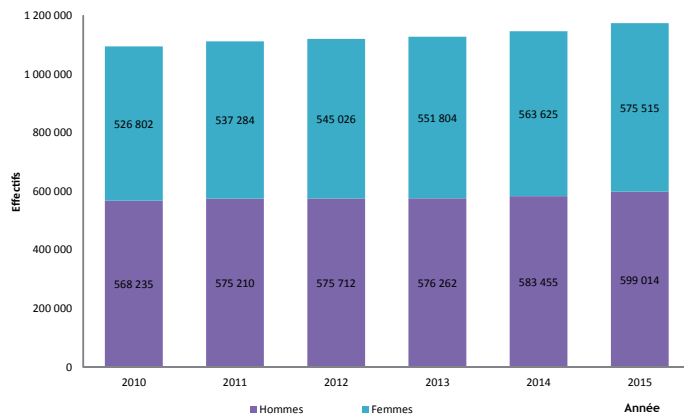
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

**[Figure 62] Évolution du nombre de personnes atteintes de cancer hospitalisées en MCO depuis 2010\***



\* Hors personnes traitées exclusivement par radiothérapie dans le secteur privé libéral.  
Source: PMSI MCO 2010-2015. Traitement: INCa 2016.

En 2015, près de 1,2 million de personnes ont eu une hospitalisation en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer en MCO dont près de 51% d'hommes, soit une augmentation de 7,3% depuis 2010 [Figure 62].

**[Tableau 40] Répartition des personnes atteintes de cancer hospitalisées en MCO par sexe et par âge en 2015\***

	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Moins de 18 ans	5 488	0,9	4 711	0,8	10 199	0,9
18 à 64 ans	218 199	36,4	270 059	46,9	488 259	41,6
65 à 84 ans	314 376	52,5	236 141	41,0	550 517	46,9
85 ans et +	60 951	10,2	64 604	11,2	125 555	10,7
Total	599 014	100,0	575 515	100,0	1 174 530	100,0

\* Hors personnes traitées par séances de radiothérapie dans le secteur privé libéral.  
Source: PMSI MCO 2015. Traitement: INCa 2016.

Près de 9 personnes sur 10 sont âgées de 18 à 84 ans. Chez les 18-64 ans et chez les 85 ans et plus, plus de femmes que d'hommes sont hospitalisées [Tableau 40].

L'âge moyen des personnes au moment du diagnostic du cancer est de 67,5 ans chez l'homme et 64,5 ans chez la femme.

Pour plus de 8 personnes sur 10, l'hospitalisation est en lien avec l'un des sept appareils suivants [Annexe C1]:

- appareil digestif [22,9% des personnes];
- sein [13,7%];
- hémopathies malignes [12,4%];
- peau [9,5%];
- appareil respiratoire [8,6%];
- appareil génital masculin [8,6%];
- appareil urinaire [8,0%].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

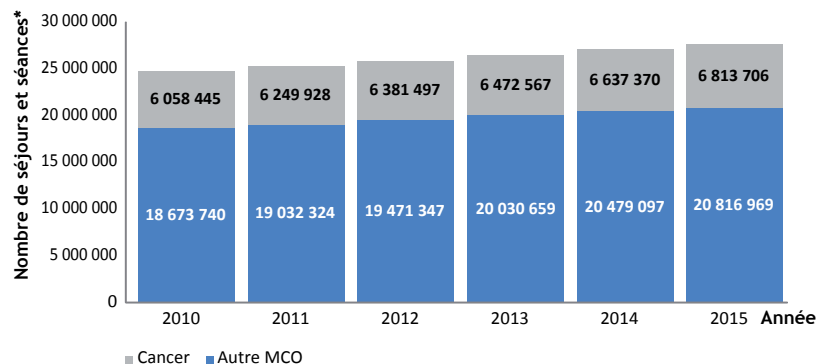
# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - ACTIVITÉ

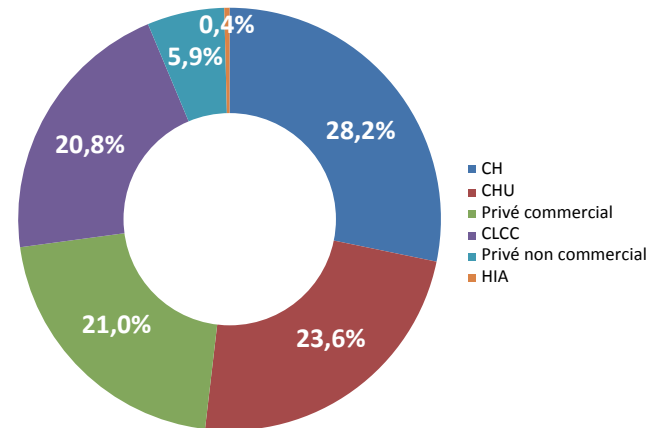
**[Figure 63]** Évolution de l'activité en cancérologie en MCO depuis 2010



\* Hors séances de radiothérapie du secteur privé libéral; MCO : médecine-chirurgie-obstétrique.  
Source: PMSI MCO 2010-2015. Traitement: INCa 2016.

En 2015, l'activité en cancérologie dans les établissements de court séjour [MCO] s'élève à près de 6,8 millions de séances et de séjours (Figure 63). Elle représente près de 25% des séjours et séances en MCO (hors séances de radiothérapie du secteur privé libéral). Elle se décompose en 67,9% de séances, 10,6% de séjours ambulatoires et 21,5% de séjours en hospitalisation complète. Entre 2010 et 2015, l'activité hospitalière globale a augmenté de 11,5% et l'activité de cancérologie de 12,5%.

**[Figure 64]** Répartition des séjours et séances par catégories d'établissements en MCO en 2015



CH = centre hospitalier (comprend les hôpitaux locaux); CHU : centre hospitalo-universitaire; CLCC = centre de lutte contre le cancer; HIA = hôpital d'instruction des armées  
Source: PMSI MCO 2015. Traitement: INCa 2016.

Plus de la moitié de l'activité de cancérologie est assurée par les établissements publics (28,2% par les centres hospitaliers et 23,6% par les CHU-R, Figure 64).



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

**[Tableau 41]** Répartition des séjours et séances par types de traitement du cancer en 2015



Type de traitement	Séances		Hospitalisation ambulatoire		Hospitalisation conventionnelle		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Chimiothérapie	2 405 252	52,0	7 227	1,0	246 588	16,9	2 659 067	39,0
Radiothérapie du secteur public et privé non commercial*	1 979 694	42,8	2 512	0,3	41 385	2,8	2 023 591	29,7
Chirurgie			133 682	18,5	433 258	29,6	566 940	8,3
- dont chirurgie motivée par le cancer			112 393		334 998		447 391	
- dont chirurgie non motivée par le cancer			21 289		98 260		119 549	
Soins palliatifs	5 021	0,1	7 956	1,1	137 671	9,4	150 648	2,2
Autre	264 876	5,7	572 988	79,2	643 717	44,0	1 481 581	21,7
Total**	4 627 942	100,0	723 777	100,0	1 461 987	100,0	6 813 706	100,0

\* Analyse à partir de la base PMSI hors radiothérapie du secteur privé commercial et cabinets libéraux.

\*\* Une séance, ou séjour, peut être classée dans plusieurs types de traitement : ne pas faire la somme des types de traitement.

Source : PMSI MCO 2015. Traitement : INCa 2016.

Près de 4,6 millions de séances sont en lien avec le cancer, dont 52,0% pour la chimiothérapie et 42,8% pour la radiothérapie [Tableau 41].

## 4.4.2 SECTEUR HAD

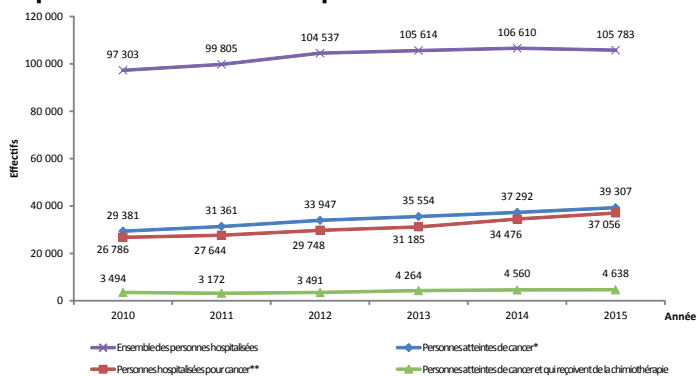
### [Encadré 19] Les personnes atteintes de cancer et hospitalisées pour cancer en HAD

Pour l'analyse de l'activité HAD, nous avons considéré :

- les personnes « atteintes de cancer » : ce sont les personnes qui ont au moins un diagnostic de cancer codé sur un séjour;
- les personnes « hospitalisées pour cancer » : ce sont les personnes dont le diagnostic principal ou le diagnostic associé au motif principal de prise en charge est le cancer.

### A - PERSONNES HOSPITALISÉES

[Figure 65] Évolution du nombre de personnes hospitalisées en HAD depuis 2010

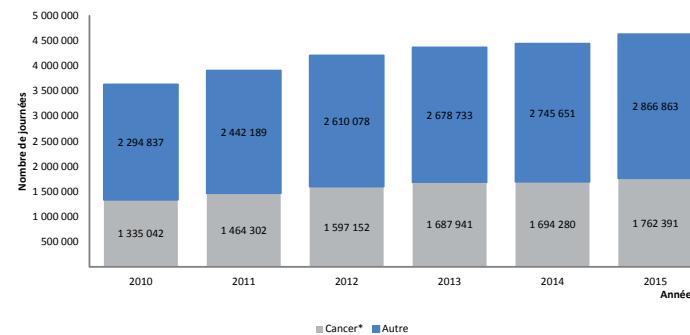


\*Présence d'un code cancer sur un séjour; \*\*Personnes dont le diagnostic principal ou le diagnostic associé au motif principal de prise en charge est le cancer.  
Source: PMSI HAD 2010-2015. Traitement: INCa 2016.

En 2015, plus d'une personne sur 3 [37,2%] en HAD est atteinte de cancer. Le nombre de personnes est en augmentation +33,8% depuis 2010 [Figure 65]. Environ 4,4% des personnes en 2015 ont reçu de la chimiothérapie [+32,7% depuis 2010].

### B - ACTIVITÉ

[Figure 66] Évolution de l'activité en cancérologie en HAD depuis 2010



\*Présence d'un code cancer sur le séjour.  
Source: PMSI HAD 2010-2015. Traitement: INCa 2016.

En 2015, parmi les 308 établissements ayant une activité HAD identifiée dans le PMSI, 295 (soit 95,8%) ont réalisé au moins un séjour en lien avec la cancérologie.

En 2015, l'activité en cancérologie en HAD est évaluée à environ 1,8 million de journées, soit 38,1% de l'ensemble des journées réalisées en HAD [36,8% en 2010, Figure 66]. L'activité dont le diagnostic associé au motif principal de prise en charge (MPP) est le cancer est estimée à environ 1,6 million de journées; cette activité concerne majoritairement les soins palliatifs [47,2% de l'ensemble des journées], suivis par la surveillance post-chimiothérapie [10,4%], les pansements complexes et soins spécifiques [8,8%], la chimiothérapie anticancéreuse [5,7%], la nutrition entérale [5,1%], les traitements intraveineux [4,7%], la nutrition parentérale [4,5%], la prise en charge de la douleur [4,3%], les soins de nursing lourd [3,4%].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.4.3 SECTEUR SSR

### [Encadré 20] Les personnes atteintes de cancer et hospitalisées pour cancer en SSR

Pour l'analyse de l'activité SSR, nous avons considéré :

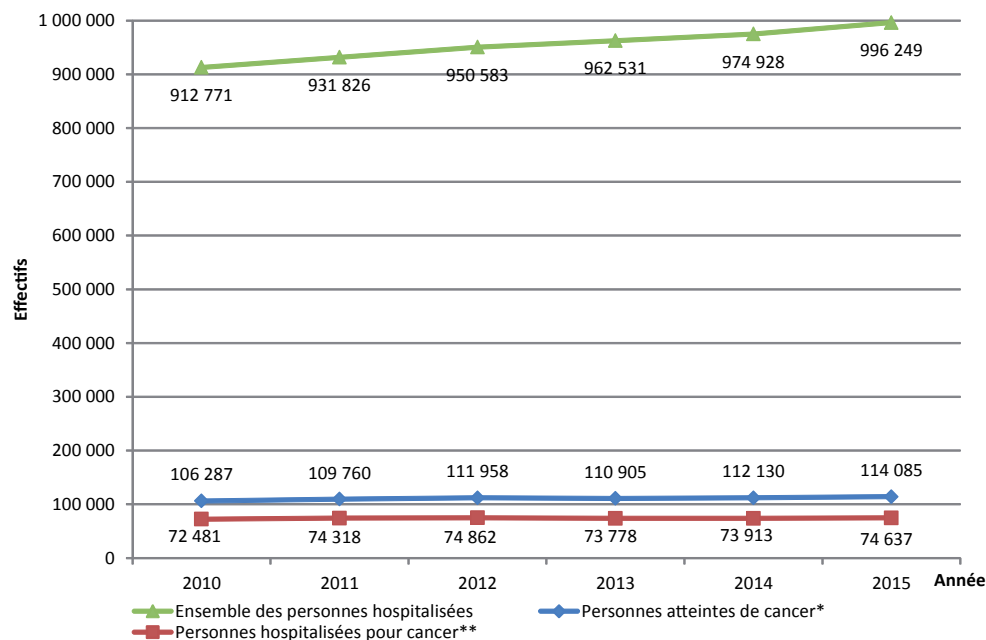
- les personnes atteintes de cancer : ce sont les personnes qui ont la racine de la finalité principale de prise en charge codée en 'Z08' (Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne) et/ou un code cancer codé en manifestation morbide principale, en affection étiologique et/ou en diagnostic associé;
- les personnes hospitalisées pour cancer : ce sont les personnes qui ont la racine de la finalité principale de prise en charge codée en 'Z08' (Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne) et/ou un code cancer codé en manifestation morbide principale et/ou en affection étiologique;

### A - PERSONNES HOSPITALISÉES

En 2015, 114 085 [11,5 %] personnes atteintes de cancer ont été hospitalisées SSR, dont 52,6 % de femmes [Figure 67]. Les femmes sont âgées en moyenne [médiane] de 75,9 [79] ans et les hommes de 73,7 [76] ans. Les femmes restent en moyenne [médiane] 31,6 [23] jours pour un séjour et les hommes 30,5 [22] jours.

En 2015, 74 637 personnes ont été hospitalisées pour cancer, soit 7,5 % de l'ensemble des patients hospitalisés en SSR.

[Figure 67] Évolution du nombre de personnes hospitalisées en SSR depuis 2010



\*Racine de la finalité principale de prise en charge codée en 'Z08' (Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne) et/ou code cancer codé en manifestation morbide principale, affection étiologique et/ou en diagnostic associé;  
\*\* Racine de la finalité principale de prise en charge codée en 'Z08' (Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne) et/ou code cancer codé en manifestation morbide principale, affection étiologique.

Source : PMSI SSR 2010-2015. Traitement : INCa 2016.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



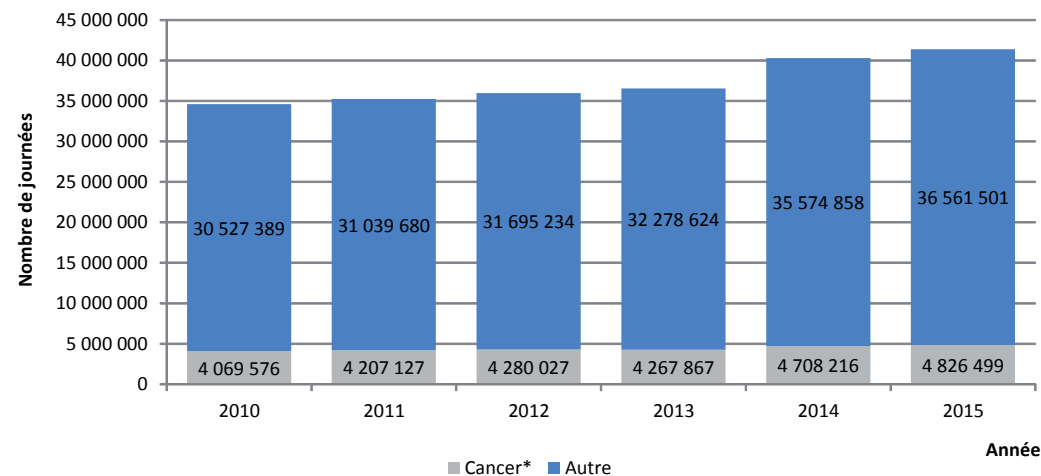
## B - ACTIVITÉ

En 2015, parmi les 1 667 établissements ayant une activité SSR identifiée dans le PMSI, 1 591 (95,4%) ont réalisé au moins un séjour en lien avec la cancérologie.

En 2015, l'activité en cancérologie en SSR est évaluée à environ 4,8 millions de journées, soit 11,7% de l'ensemble des journées réalisées en SSR (Figure 68). Elle est réalisée majoritairement dans les établissements publics (40,2%), puis les établissements privés (33,9%) et les établissements privés à tarification publique (établissements privés à but non lucratifs et centres de lutte contre le cancer - 25,9%).

L'activité pour le traitement ou le suivi du cancer est estimée à environ 3 millions de journées; cette activité concerne majoritairement les autres soins médicaux (39,0% de l'ensemble des journées, 21,9% pour les soins palliatifs), les soins impliquant la rééducation (28,8%), la convalescence (11,9%), les examens de contrôle après traitement d'une tumeur maligne (11,7%) ou les autres soins de contrôles chirurgicaux (5,7%).

[Figure 68] Évolution de l'activité en cancérologie en SSR depuis 2010



\*Racine de la finalité principale de prise en charge codée en 'Z08' [Examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne] et/ou code cancer codé en manifestation morbide principale, affection étiologique et/ou en diagnostic associé.  
Source: PMSI SSR 2010-2015. Traitement: INCa 2016.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 4.5 Activité de chirurgie

### DONNÉES ESSENTIELLES – ACTIVITÉ DE CHIRURGIE EN CANCÉROLOGIE



- Près de 400 000 personnes ont été opérées pour un cancer.
- 447 391 séjours de chirurgie carcinologique ont été réalisés.
- 948 établissements concernés.
- 25,1 % des séjours ont été réalisés en ambulatoire.

#### [Encadré 21] L'activité de chirurgie en cancérologie

L'activité de chirurgie carcinologique est étudiée à partir des données du PMSI MCO de 2010 à 2015. Seules les hospitalisations dites « motivées par la chirurgie du cancer » sont retenues dans cette section, c'est-à-dire celles ayant un code cancer en **diagnostic principal** (DP) et un groupe homogène de malades (GHM) de chirurgie (3<sup>e</sup> caractère du GHM=C).

L'activité de chirurgie ambulatoire est définie par une sortie le jour même de l'admission (aucune nuit à l'hôpital).

Les méthodes sont détaillées dans l'annexe D2.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

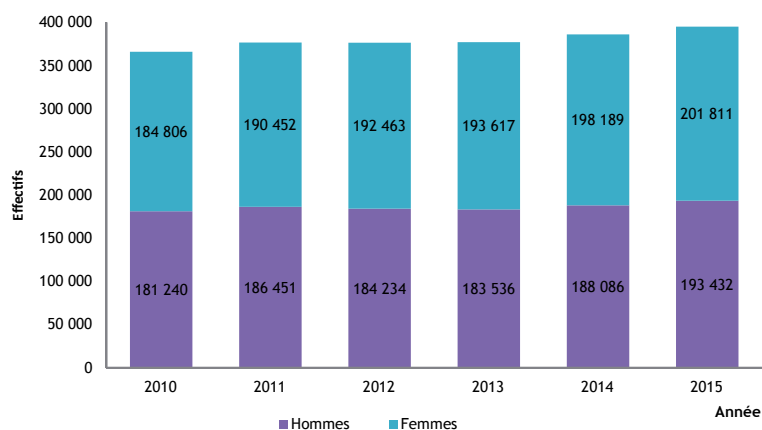
# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.5.1 PERSONNES AYANT UNE HOSPITALISATION MOTIVÉE PAR LA CHIRURGIE DU CANCER

[Figure 69] Évolution du nombre de personnes opérées pour cancer en MCO depuis 2010



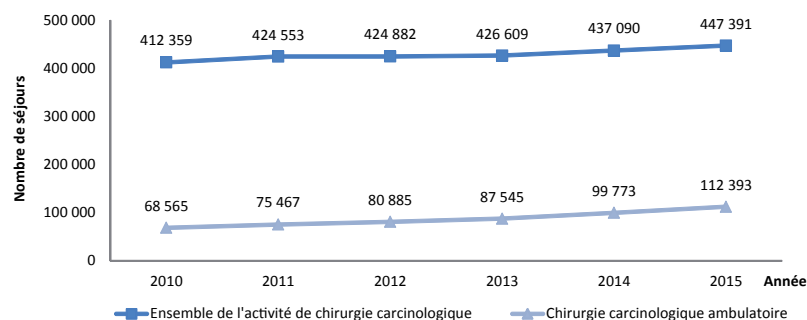
Source : PMSI MCO 2010-2015 – Traitement : INCa 2016.

En 2015, près de 400 000 personnes ont bénéficié d'une chirurgie motivée par le cancer en MCO, dont près de 51% de femmes, soit une augmentation de 8,0% depuis 2010 [Figure 69]. L'âge moyen est de 67,5 ans chez l'homme et de 64,5 ans chez la femme. Plus de 7 personnes sur 10 ont été opérées pour un cancer de l'un des quatre appareils suivants [Annexe C2]:

- peau [22,1% des personnes];
- sein [18,6%];
- appareil digestif [15,5%];
- appareil urinaire [14,7%].

## 4.5.2 ACTIVITÉ

[Figure 70] Évolution de l'activité de chirurgie carcinologique en MCO depuis 2010



Source : PMSI MCO 2010-2015 – Traitement : INCa 2016.

En 2015, 447 391 séjours de chirurgie carcinologique ont été réalisés dans 948 établissements, ce qui représente 8,3% de l'activité totale de cancérologie dans les établissements MCO (hors radiothérapie dans le secteur privé libéral); 25,1% de cette activité est réalisée en ambulatoire [sortie le jour même de l'admission, 112 393 séjours] [Tableau 41, Figure 70]. Entre 2010 et 2015, le nombre de séjours chirurgicaux pour cancer a augmenté de 8,5% tandis que le nombre de séjours ambulatoires a augmenté de 63,9%.



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

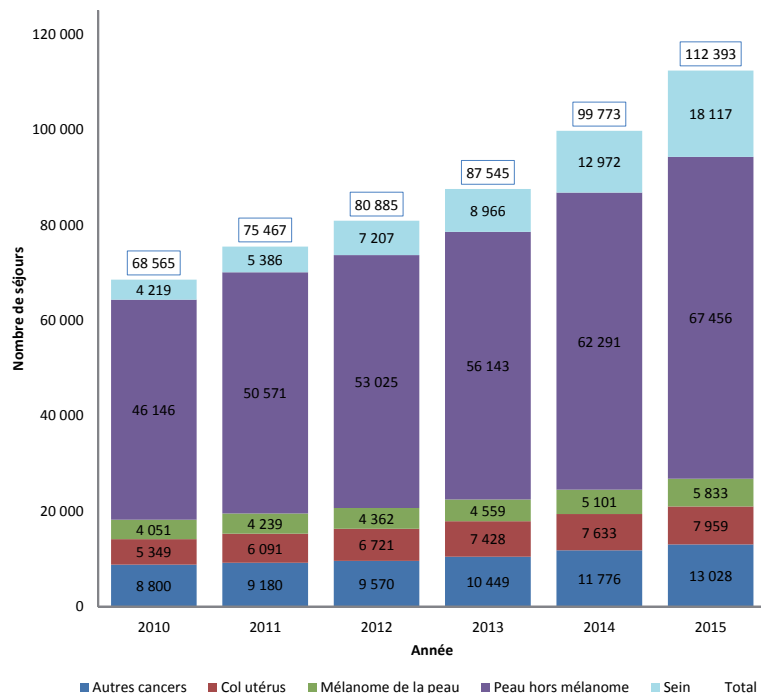
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

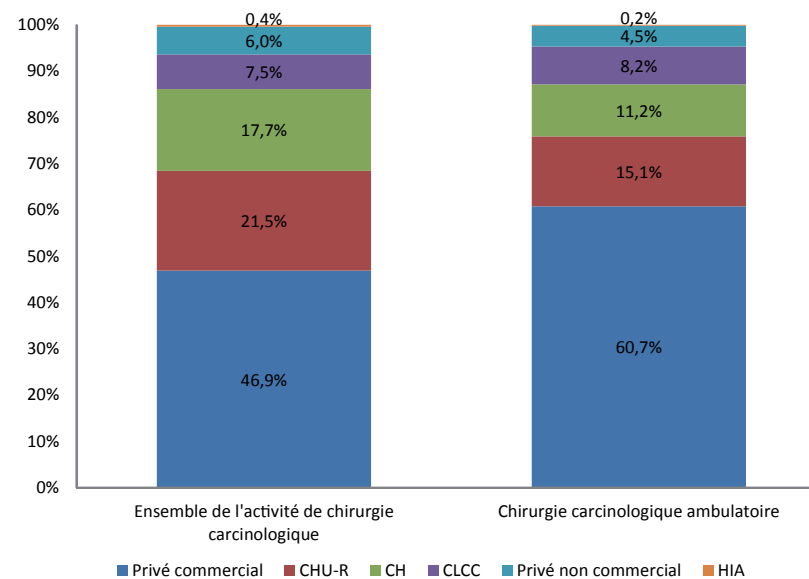
**[Figure 71]** Évolution de l'activité de chirurgie ambulatoire en MCO depuis 2010, par localisation



Source : PMSI MCO 2010-2015. Traitement : INCa 2016.

La progression de l'activité de chirurgie ambulatoire est liée en partie à l'augmentation de la part ambulatoire dans le traitement chirurgical des cancers du sein (+329,4% entre 2010 et 2015) et de la peau hors mélanome [+46,2%] [Figure 71]. Les autres localisations évoluent peu.

**[Figure 72]** Répartition de l'activité de chirurgie carcinologique par catégories d'établissements en MCO en 2015



CH = centre hospitalier (comprend les hôpitaux locaux); CHU : centre hospitalo-universitaire; CLCC = centre de lutte contre le cancer; HIA = hôpital d'instruction des armées.  
Source : PMSI MCO 2015. Traitement : INCa 2016.

Près de la moitié de l'activité de chirurgie carcinologique est réalisée dans les établissements privés commerciaux, suivis par les CHU-R, les CH et les CLCC [Figure 72]. L'activité de chirurgie carcinologique se répartit de la même façon en hospitalisation complète, tandis qu'en ambulatoire, 60,7% de l'activité est réalisée dans les établissements privés commerciaux.

En 2015, la durée moyenne des séjours de chirurgie carcinologique dans les établissements MCO est de 6,4 jours [médiane de 3 jours]. Toutefois, la durée moyenne de séjour varie beaucoup selon la localisation cancéreuse [de 0,6 à 28,5 jours] [Annexe C3].

## FOCUS

### [Focus 1] Activité de chirurgie ambulatoire du cancer du sein en MCO

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.6 Activité de chimiothérapie

### DONNÉES ESSENTIELLES – ACTIVITÉ DE CHIMIOTHÉRAPIE



#### SECTEUR MCO EN 2015

- 308 634 personnes traitées par chimiothérapie.
- Près de 2,7 millions de séances et séjours de chimiothérapie.

#### SECTEUR HAD EN 2015

- 4 638 personnes traitées par chimiothérapie.
- 137 408 journées attribuables à la chimiothérapie.

#### [Encadré 22] L'activité de chimiothérapie

L'activité de chimiothérapie est étudiée à partir des données du PMSI MCO et HAD de 2010 à 2015. Les méthodes sont détaillées dans l'annexe D2.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

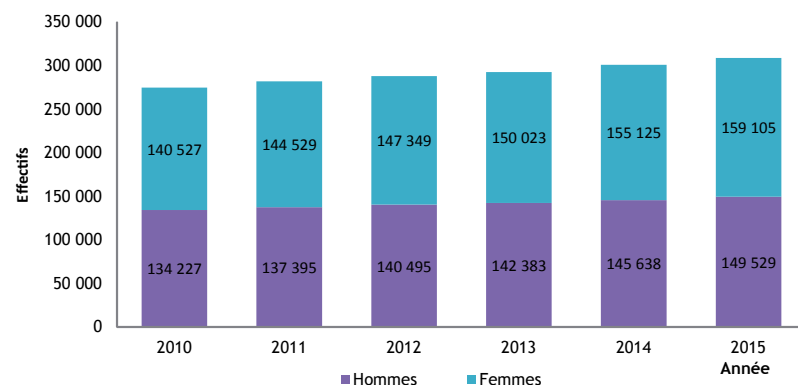
LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.6.1 SECTEUR MCO

### A - PERSONNES TRAITÉES

[Figure 74] Évolution du nombre de personnes traitées par chimiothérapie en MCO depuis 2010



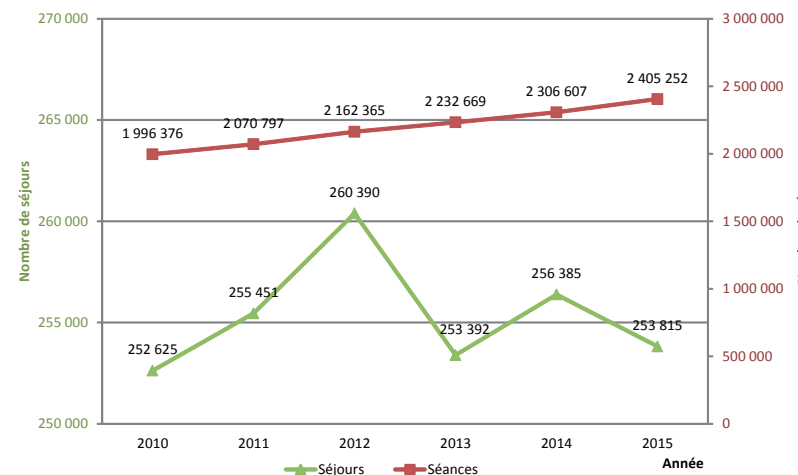
Source : PMSI MCO 2010-2015. Traitement : INCa 2016.

En 2015, 308 634 personnes ont été traitées par chimiothérapie anticancéreuse, dont 51,6 % de femmes, soit une augmentation de 12,3 % depuis 2010 [Figure 74]. L'âge moyen est de 64,2 ans chez l'homme et de 61,6 ans chez la femme. Plus de 8 personnes sur 10 ont été traitées par chimiothérapie pour un cancer de l'un des quatre appareils suivants :

- appareil digestif [25,0 %] ;
- sein [20,4 %] ;
- hémopathies malignes [17,7 %] ;
- appareil respiratoire [15,4 %].

### B - ACTIVITÉ

[Figure 75] Évolution du nombre de séjours et séances de chimiothérapie en MCO depuis 2010

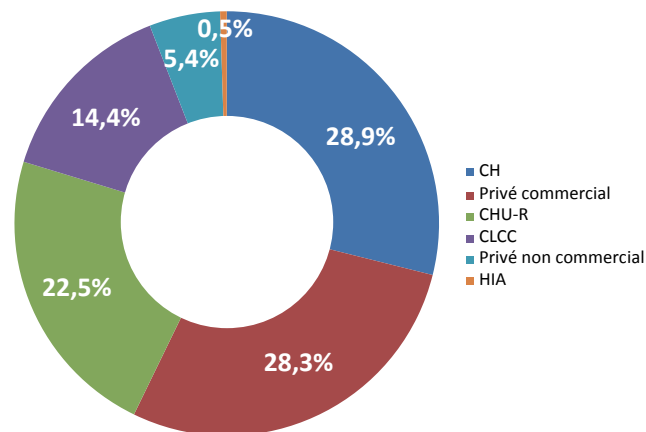


Source : PMSI MCO 2010-2015. Traitement : INCa 2016.

En 2015, 253 815 séjours et 2 405 252 séances de chimiothérapie anticancéreuse ont été réalisés dans 792 établissements en MCO, ce qui représente respectivement 11,6 % des séjours et 52,0 % des séances réalisées dans les établissements MCO hors radiothérapie dans le secteur privé libéral [Figure 75]. Le nombre de séances de chimiothérapie continue d'augmenter entre 2014 et 2015 [+4,3 %] alors que le nombre de séjours est plus fluctuant selon les années.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

[Figure 76] Répartition des séjours et séances de chimiothérapie par catégories d'établissements



CH = centre hospitalier (comprend les hôpitaux locaux); CHU : centre hospitalo-universitaire; CLCC = centre de lutte contre le cancer; HIA = hôpital d'instruction des armées  
Source : PMSI MCO 2015. Traitement : INCa 2016.

#### 4.6.2 SECTEUR HAD

Pour administrer la chimiothérapie, les établissements HAD doivent être associés aux établissements MCO autorisés.

##### A - PERSONNES TRAITÉES

En 2015, 11 291 personnes atteintes de cancer ont eu une hospitalisation à domicile pour administration d'une chimiothérapie ou sur-

veillance post-chimiothérapie [4 638 ont reçu de la chimiothérapie en HAD].

##### B - ACTIVITÉ

En 2015, 137 408 journées d'hospitalisation réalisées sont attribuables à l'administration d'une chimiothérapie (3,0 % de l'activité totale en HAD, 225 structures) et 358 921 à la surveillance post chimiothérapie (7,8 %).



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.7 Activité de radiothérapie

### DONNÉES ESSENTIELLES – ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE



- 204 471 personnes traitées par radiothérapie dont 55,5% dans le secteur public.
- Près de 2,0 millions de séances et séjours de radiothérapie en MCO, hors radiothérapie du secteur libéral.
- Irradiation externe : augmentation de la RCMI au profit des techniques dites « standard ».

#### [Encadré 23] L'activité de radiothérapie

L'activité de radiothérapie du secteur privé libéral n'étant pas soumise au recueil du PMSI, l'analyse de l'activité de radiothérapie pour le traitement du cancer utilise des données issues :

- d'une part, du PMSI MCO pour le secteur public (établissements publics [CHU-R, CH, CLCC, HIA, CHL] et privés non commerciaux);
  - et d'autre part, du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) via le tableau de bord de radiothérapie IDS/INCa pour le secteur libéral (établissements privés commerciaux et cabinets libéraux).
- Les séances et les séjours de radiothérapie du secteur public sont étudiés à partir des données du PMSI MCO mais ces informations ne sont pas disponibles pour le secteur libéral, mis à part le nombre d'actes réalisés.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

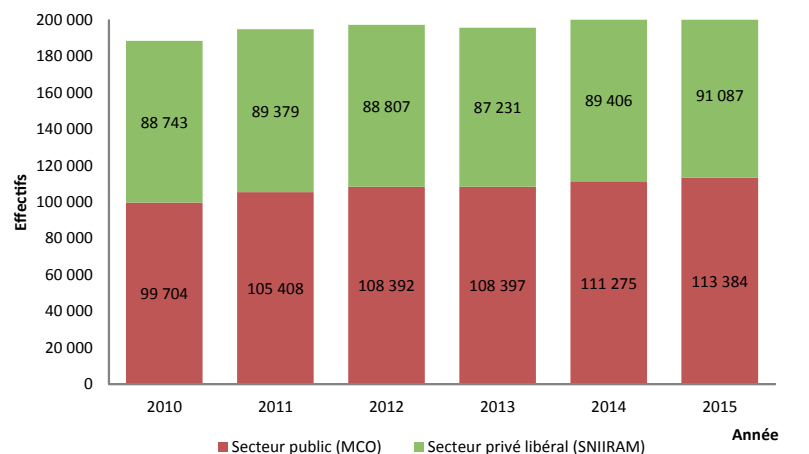
# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.7.1 LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER TRAITÉES PAR RADIOTHÉRAPIE

[Figure 77] Évolution du nombre de personnes traitées par radiothérapie depuis 2010



Sources : PMSI MCO 2010-2015 et tableau de bord de radiothérapie INCa/IDS. Traitement : INCa 2016.

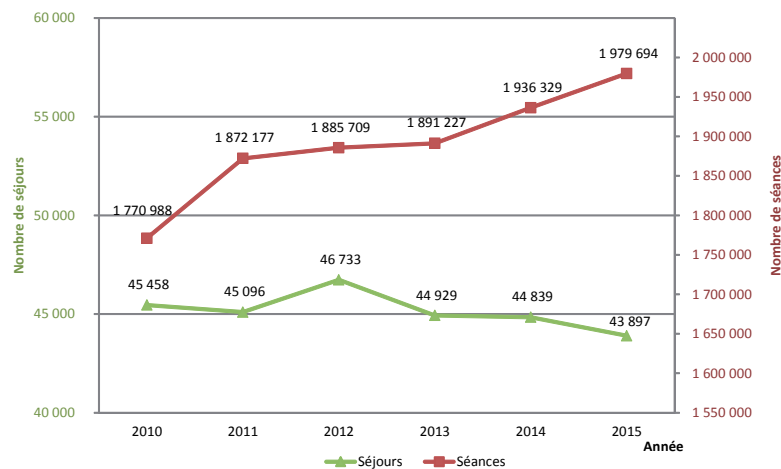
En 2015, 204 471 personnes atteintes de cancer ont été traitées par radiothérapie : 113 384 dans le secteur public et 91 087 dans le secteur libéral, dont 55,5% de femmes dans les deux secteurs (Figure 77). Tous secteurs confondus, le nombre de personnes traitées par radiothérapie a augmenté de 7,8% : +12,1% dans le secteur public et +2,6% dans le secteur privé.

L'âge moyen des personnes traitées est plus élevé dans le secteur privé libéral comparé au secteur public :

- secteur public : âge moyen de 64,8 ans (65,3 ans chez l'homme et 60,9 ans chez la femme) ;
- secteur privé libéral : âge moyen de 66,1 ans (68,4 ans chez l'homme et 63,7 ans chez la femme).

## 4.7.2 L'ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE DANS LE SECTEUR PUBLIC

[Figure 78] Évolution du nombre de séjours et séances de radiothérapie en MCO\* depuis 2010



\*Hors radiothérapie du secteur privé libéral  
Source : PMSI MCO 2010-2015. Traitement : INCa 2016.

En 2015, 2 023 591 séances et séjours de radiothérapie pour cancer ont été réalisés dans 395 établissements MCO, dont 97,7% sous forme de séances (Figure 78). La radiothérapie représente 29,7% de l'activité totale de cancérologie en MCO. Le nombre de séances de radiothérapie continue d'augmenter entre 2014 et 2015 (+2,1%) alors que le nombre de séjours diminue (-2,1%).



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

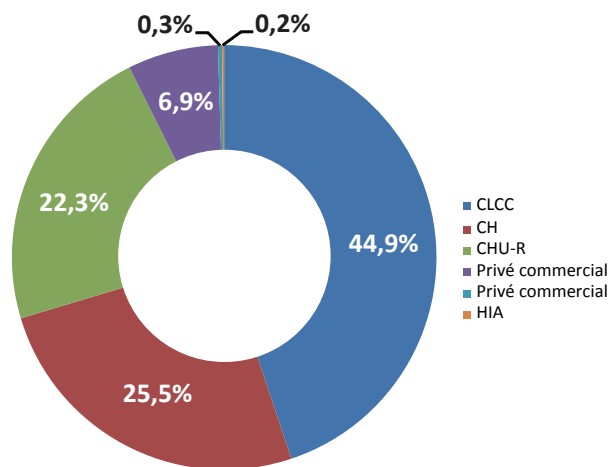
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

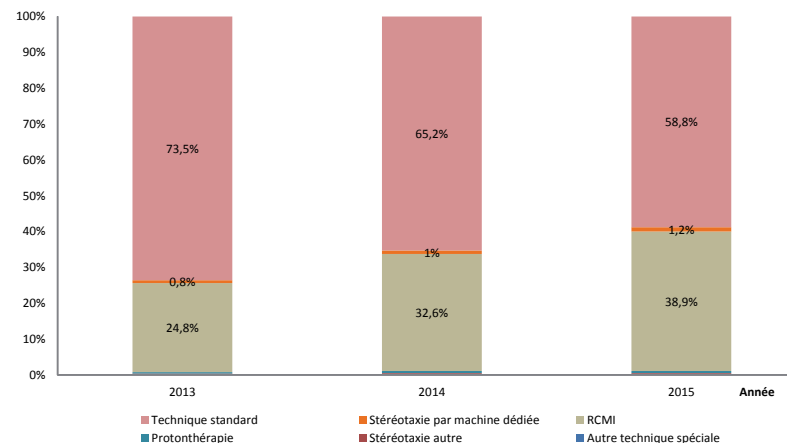
**[Figure 79]** Répartition des séjours et séances de radiothérapie par catégories d'établissements\*



CH = centre hospitalier (comprend les hôpitaux locaux); CHU : centre hospitalo-universitaire; CLCC = centre de lutte contre le cancer; HIA = hôpital d'instruction des armées  
\*Hors radiothérapie du secteur privé libéral.  
Source : PMSI MCO 2015. Traitement : INCa 2016.

En 2015, la radiothérapie (hors secteur libéral) s'effectue principalement dans les CLCC, puis dans les centres hospitaliers et les CHU (Figure 79).

**[Figure 80]** Évolution de la répartition des séjours et séances d'irradiation externe en MCO\* depuis 2013, par type d'irradiation



RCMI = radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité  
\*Hors radiothérapie du secteur privé libéral.  
Source : PMSI MCO 2013-2015. Traitement : INCa 2016.

En 2015, la radiothérapie externe et la préparation à l'irradiation externe représentent respectivement près de 91,5% et 4,8% des séjours et séances pour cancer par radiothérapie (en nombre de séjours et séances). La curiethérapie et l'irradiation interne ne représentent que 0,8% de cette activité. Si la radiothérapie externe est pratiquée quasi exclusivement sous forme de séances, la curiethérapie/irradiation interne est réalisée dans près de 55% des cas en séjours, dans les CLCC et les CHU-R.

Les techniques d'irradiation externe évoluent. En 2015, la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité [RCMI] représente 38,9% des séjours et séances d'irradiation externe [24,8% en 2013] et les techniques dites « standard » sont en diminution (Figure 80).

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

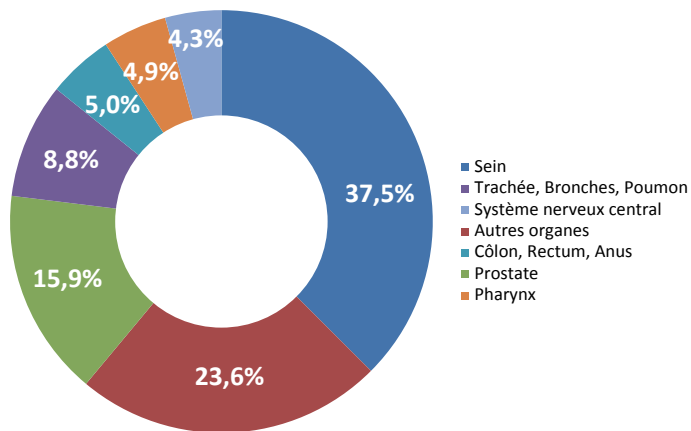
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

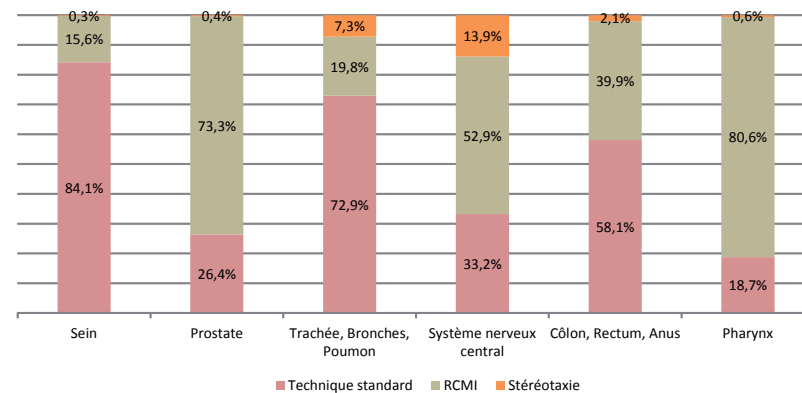
**[Figure 81]** Répartition des séjours et séances de radiothérapie par types de cancers en MCO\* en 2015



\*Hors radiothérapie du secteur privé libéral.  
Source : PMSI MCO 2015. Traitement : INCa 2016.

Près de 75% des séjours et séances de radiothérapie concernent les six organes suivants : sein, prostate, trachée-bronches-poumon, côlon-rectum-anus, pharynx et système nerveux central (Figure 81).

**[Figure 82]** Répartition des techniques d'irradiation externe par types de cancer en MCO\* en 2015



\*Hors radiothérapie du secteur privé libéral.  
Source : PMSI MCO 2015. Traitement : INCa 2016.

Une analyse détaillée pour la radiothérapie externe montre que pour les cancers de la prostate et du pharynx, les techniques de RCMI sont utilisées dans plus de 70% des séjours et séances. En revanche, pour les cancers du sein, des trachées-bronches-poumons et du côlon-rectum-anus, l'utilisation des techniques d'irradiation dites « standard » est largement majoritaire (Figure 82).

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 4.8 Valorisation des hospitalisations liées au cancer et des molécules anticancéreuses

### DONNÉES ESSENTIELLES – VALORISATION DES HOSPITALISATIONS LIÉES AU CANCER ET DES MOLÉCULES ANTICANCÉREUSES



#### VALORISATION GLOBALE EN 2015

- La valorisation des hospitalisations motivées par le cancer s'élève à 5,8 milliards d'euros, soit 60,1% de l'ensemble de la valorisation des hospitalisations liées au cancer.

#### DÉPENSES LIÉES AUX MOLÉCULES ONÉREUSES EN 2015

- Les dépenses relatives aux molécules anticancéreuses facturées en sus des prestations d'hospitalisation de court séjour s'élèvent à près de 1,7 milliard d'euros, dont 25,5% pour le secteur privé commercial.
- Les molécules anticancéreuses représentent 50,8% des dépenses totales des molécules onéreuses remboursées en sus des GHS toutes pathologies confondues dans le secteur public et privé non commercial (dont CLCC) et respectivement 83,1% dans le secteur privé commercial.

- Les thérapies ciblées représentent 48,0% des dépenses liées aux molécules anticancéreuses inscrites sur la liste en sus dans le secteur public et 73,3% dans le secteur privé commercial.
- Dans le secteur public comme dans le secteur privé, plus de 80% des dépenses d'anticancéreux sont concentrées sur 8 molécules.
- Les dépenses relatives aux anticancéreux facturés en sus des prestations d'hospitalisation dans les établissements HAD s'élèvent à près de 25,9 millions d'euros en 2015.
- Les montants des médicaments anticancéreux délivrés en officine et remboursés par l'ensemble des régimes de l'Assurance maladie s'élèvent à 1,6 milliard d'euros en 2015.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## 4.8.1 VALORISATION EN MCO HORS COÛT DES MOLÉCULES ANTICANCÉREUSES

### [Encadré 24] La valorisation en MCO, hors coût des molécules anticancéreuses

La valorisation des hospitalisations en lien avec le cancer correspond aux montants bruts théoriques des groupes homogènes de séjours (GHS), prenant en compte : le tarif national des groupes homogènes de séjour, le coefficient géographique pour les établissements de santé des régions concernées, les durées de séjour extrêmes (hautes ou basses) et les suppléments. Ces montants sont calculés directement par l'ATIH.

L'activité de la radiothérapie réalisée dans le secteur privé libéral n'a pas été valorisée à travers le PMSI MCO.

Les hospitalisations sont dites « motivées par le cancer » si le **diagnostic principal** ou **relié** est un diagnostic de cancer, chimiothérapie pour tumeur ou radiothérapie, sinon elles sont dites « non motivées par le cancer ». Il s'agit d'hospitalisations pour lesquelles le diagnostic, le traitement ou la surveillance du cancer coexiste avec un autre motif d'hospitalisation.

Les méthodes sont détaillées dans l'annexe D3.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

## A - VALORISATION SELON LE TYPE DE TRAITEMENT

[Tableau 42] Valorisation en cancérologie dans les établissements MCO\*



Types d'hospitalisations	2014 (€)	2015 (€)	Évolution 2014-2015 (%)	Répartition 2015 (%)
Chimiothérapie	2 090 153 853	2 129 563 058	1,9	22,1
<i>Dont hospitalisations motivées par le cancer±</i>	<i>1 837 140 968</i>	<i>1 861 408 578</i>	<i>1,3</i>	<i>19,3</i>
<i>Dont hospitalisations non motivées par le cancer±±</i>	<i>253 012 885</i>	<i>268 154 479</i>	<i>6,0</i>	<i>2,8</i>
Chirurgie	2 743 923 476	2 784 432 218	1,5	28,9
<i>Dont hospitalisations motivées par le cancer±</i>	<i>2 054 635 194</i>	<i>2 094 754 186</i>	<i>2,0</i>	<i>21,8</i>
<i>Dont hospitalisations non motivées par le cancer±±</i>	<i>689 288 282</i>	<i>689 678 033</i>	<i>0,1</i>	<i>7,2</i>
Radiothérapie	1 053 527 084	1 124 292 474	6,7	11,7
<i>Dont hospitalisations motivées par le cancer±</i>	<i>972 642 252</i>	<i>1 043 414 377</i>	<i>7,3</i>	<i>10,8</i>
<i>Dont hospitalisations non motivées par le cancer±±</i>	<i>80 884 832</i>	<i>80 878 097</i>	<i>-0,01</i>	<i>0,8</i>
Soins palliatifs	1 064 299 967	1 084 875 095	1,9	11,3
<i>Dont hospitalisations motivées par le cancer±</i>	<i>244 130 307</i>	<i>249 648 719</i>	<i>2,3</i>	<i>2,6</i>
<i>Dont hospitalisations non motivées par le cancer±±</i>	<i>820 169 660</i>	<i>835 226 376</i>	<i>1,8</i>	<i>8,7</i>
Autres	2 870 205 547	2 920 366 801	1,7	30,3
<i>Dont hospitalisations motivées par le cancer±</i>	<i>778 152 631</i>	<i>779 964 899</i>	<i>0,2</i>	<i>8,1</i>
<i>Dont hospitalisations non motivées par le cancer±±</i>	<i>2 092 052 916</i>	<i>2 140 401 902</i>	<i>2,3</i>	<i>22,2</i>
Total**	9 416 081 120	9 630 381 513	2,3	100,0
<i>Dont hospitalisations motivées par le cancer±</i>	<i>5 653 393 493</i>	<i>5 789 966 496</i>	<i>2,4</i>	<i>60,1</i>
<i>Dont hospitalisations non motivées par le cancer±±</i>	<i>3 762 687 626</i>	<i>3 840 415 017</i>	<i>2,1</i>	<i>39,9</i>

\*Hors séances de radiothérapie dans le secteur privé libéral et hors médicaments facturés en sus du GHS;

\*\*Une même hospitalisation pouvant être en rapport avec plusieurs types de traitement, le total ne correspond pas à la somme des différents types de traitement.

±Les hospitalisations sont dites « motivées par le cancer » si le diagnostic principal ou relié est un diagnostic de cancer, chimiothérapie pour tumeur ou radiothérapie, sinon elles sont dites « non motivées par le cancer ». Il s'agit d'hospitalisations pour lesquelles le diagnostic, le traitement ou la surveillance du cancer est associé à un autre motif d'hospitalisation.

±±La totalité de la valorisation des séjours est présentée bien que seule une part de cette valorisation soit attribuable au traitement du cancer.

Avertissement : Les données et méthodes de calcul sont actualisées régulièrement, de ce fait des variations peuvent être observées par rapport aux documents des années précédentes. Les comparaisons et les évolutions temporelles ne doivent être faites qu'au regard de ce rapport.

Source : PMSI MCO 2014-2015. Traitement : INCa 2016.

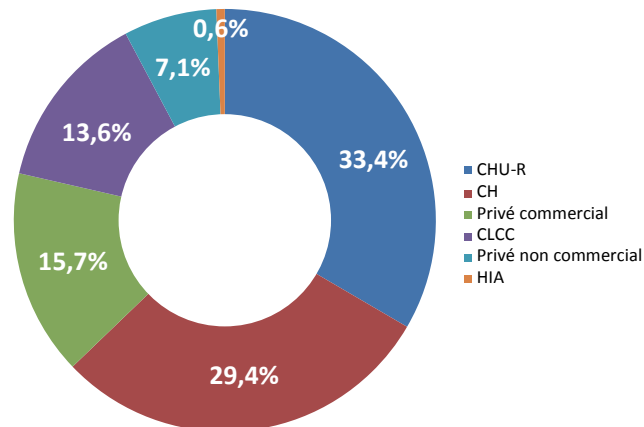
En 2015, la valorisation des hospitalisations « motivées par le cancer » représente près de 5,8 milliards d'euros, soit 60,1% de l'ensemble de la valorisation des hospitalisations en lien avec un cancer (hors séances de radiothérapie réalisées dans le secteur privé libéral et hors médicaments facturés en sus du GHS) [Tableau 42].

La chirurgie représente 28,9% de l'ensemble de la valorisation ; la chimiothérapie représente 22,1% et la radiothérapie 11,7%. La valorisation de la radiothérapie a augmenté de 6,7% entre 2014 et 2015.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - VALORISATION SELON LA CATÉGORIE D'ÉTABLISSEMENT

**[Figure 83]** Répartition de la valorisation par catégories d'établissements



CH = centre hospitalier (comprend les hôpitaux locaux); CHU : centre hospitalo-universitaire; CLCC = centre de lutte contre le cancer; HIA = hôpital d'instruction des armées.  
Source : PMSI MCO 2015. Traitement : INCa 2016.

En 2015, plus de 80 % de la valorisation des hospitalisations « motivées par le cancer » [hors séances de radiothérapie réalisées dans le secteur privé libéral et hors médicaments facturés en sus du GHS] est réalisée dans les établissements publics, centres de lutte contre le cancer ou établissements privés non commerciaux (Figure 83). Selon les données du tableau de bord de radiothérapie IDS/INCa, les dépenses relatives aux actes techniques médicaux (ATM) de radiothérapie réalisés dans le secteur libéral et remboursés par la Cnamts s'élèvent à près de 502,2 millions d'euros en 2015 pour plus de 2,3 millions d'ATM.

### 4.8.2 DÉPENSES LIÉES AUX MOLÉCULES ANTICANCÉREUSES

#### [Encadré 25] Les dépenses liées aux molécules anticancéreuses

Depuis 2005, certaines molécules onéreuses « inscrites sur une liste en sus des GHS » sont remboursées aux établissements de santé, en plus du coût du GHS, afin de permettre un accès plus équitable aux patients de tous les secteurs d'hospitalisation à ces traitements. En effet, plusieurs de ces molécules coûtent de l'ordre de 1 000 euros par unité, soit éventuellement plus que le coût du GHS. Le coût de telles molécules est remboursé en sus

du tarif du GHS facturé par les établissements de santé, sous réserve du respect des référentiels de bon usage.

Le non-respect des référentiels dans l'emploi de ces molécules par l'établissement de santé est assorti de « responsabilisation financière » [diminution du remboursement jusqu'à 30 %].

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



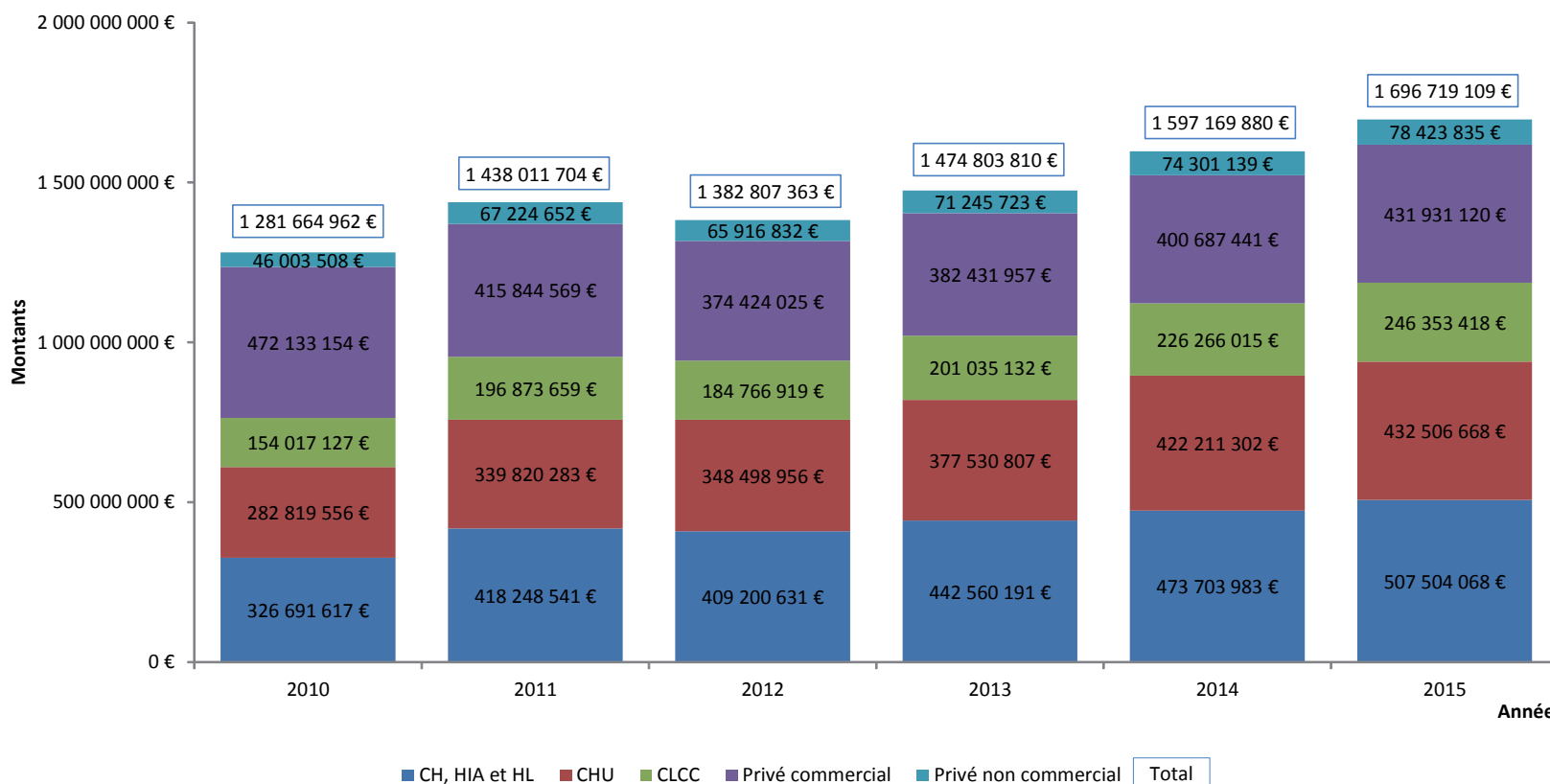
# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## A - EN MCO

[Figure 84] Dépenses liées aux molécules anticancéreuses en MCO par catégories d'établissements depuis 2010



CH = centre hospitalier; CHU : centre hospitalo-universitaire; CLCC = centre de lutte contre le cancer; HIA = hôpital d'instruction des armées; HL = hôpitaux locaux.  
Avertissement : Les données et méthodes de calcul sont actualisées régulièrement, de ce fait des variations peuvent être observées par rapport aux documents des années précédentes. Les comparaisons et les évolutions temporelles ne doivent être faites qu'au regard de ce rapport.  
Source : PMSI MCO 2010-2015. Traitement : INCa 2016.

En 2015, les dépenses liées aux molécules anticancéreuses représentent environ 1,7 milliard d'euros [+6,2% par rapport à 2014], dont de 25,5% pour le secteur privé commercial (Figure 84). Ainsi, la part pour le secteur public (CHU-R, CH, CLCC, HL, HIA et privé non commercial) s'élève à 1,3 milliard d'euros.

L'utilisation de molécules onéreuses remboursées « en sus des GHS » ne concerne pas que les molécules anticancéreuses, mais celles-ci y occupent une part importante: en 2015, les molécules anticancéreuses remboursées en sus des GHS toutes pathologies confondues dans le secteur public et privé non commercial (dont CLCC) et respectivement 83,1% dans le secteur privé commercial.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

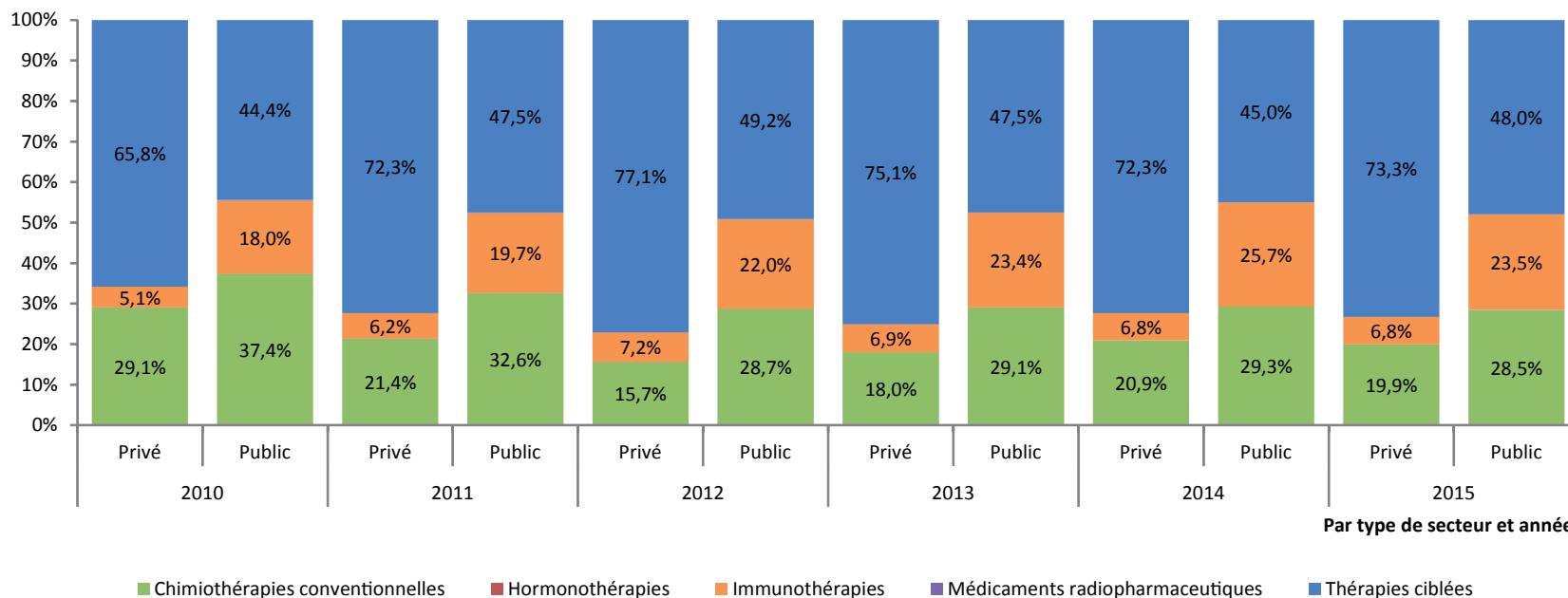
VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

**[Figure 85] Évolution de la répartition des dépenses liées aux molécules anticancéreuses de la liste en sus, par catégories de molécules et catégories d'établissements, depuis 2010 en MCO**



\*Secteur public : comprend les CHU, CH, HIA, HL, CLCC et établissements privés non commerciaux;  
Source : PMSI MCO 2010-2015. Traitement : INCa 2016.

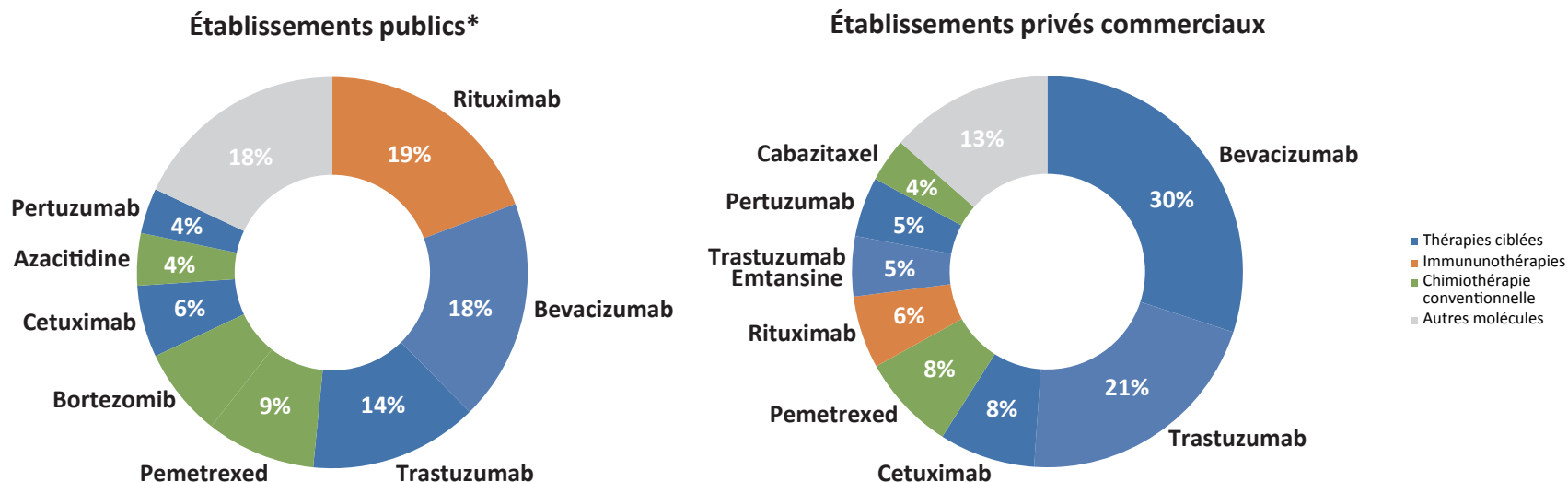
Au fil des années, les dépenses liées aux thérapies ciblées et aux immunothérapies augmentent au profit des molécules dites « chimiothérapies conventionnelles » dans le secteur privé commercial comme dans le secteur public. Ce changement est dû au développement de nouvelles molécules grâce à une recherche dynamique issue d'une meilleure connaissance de la biologie des cellules cancéreuses. En 2015, sur 1,7 milliard d'euros de dépenses liées aux molécules anti-cancéreuses tous secteurs confondus, 54,4% représentent des thérapies ciblées, 26,3% des chimiothérapies conventionnelles et 19,3%

des immunothérapies. Les hormonothérapies ne sont plus inscrites dans la liste en sus des GHS depuis 2013. Quant aux médicaments radiopharmaceutiques, leur part de dépenses dans le coût total des anticancéreux inscrits dans la liste est quasi nulle en 2015. Dans le secteur public, en 2015, les thérapies ciblées représentent 48,0% des dépenses liées aux molécules anti-cancéreuses inscrites sur la liste en sus, suivies par les chimiothérapies conventionnelles (28,5%) et les immunothérapies (23,5%). Dans le secteur privé commercial, la part des thérapies ciblées s'élève à 73,3% en 2015 [Figure 85].



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

[Figure 86] Répartition des dépenses liées aux molécules anticancéreuses de la liste en sus en 2015



\*Secteur public : comprend les CHU, CH, HIA, HL, CLCC et établissements privés non commerciaux ;  
Source : PMSI MCO 2015. Traitement : INCa 2016.

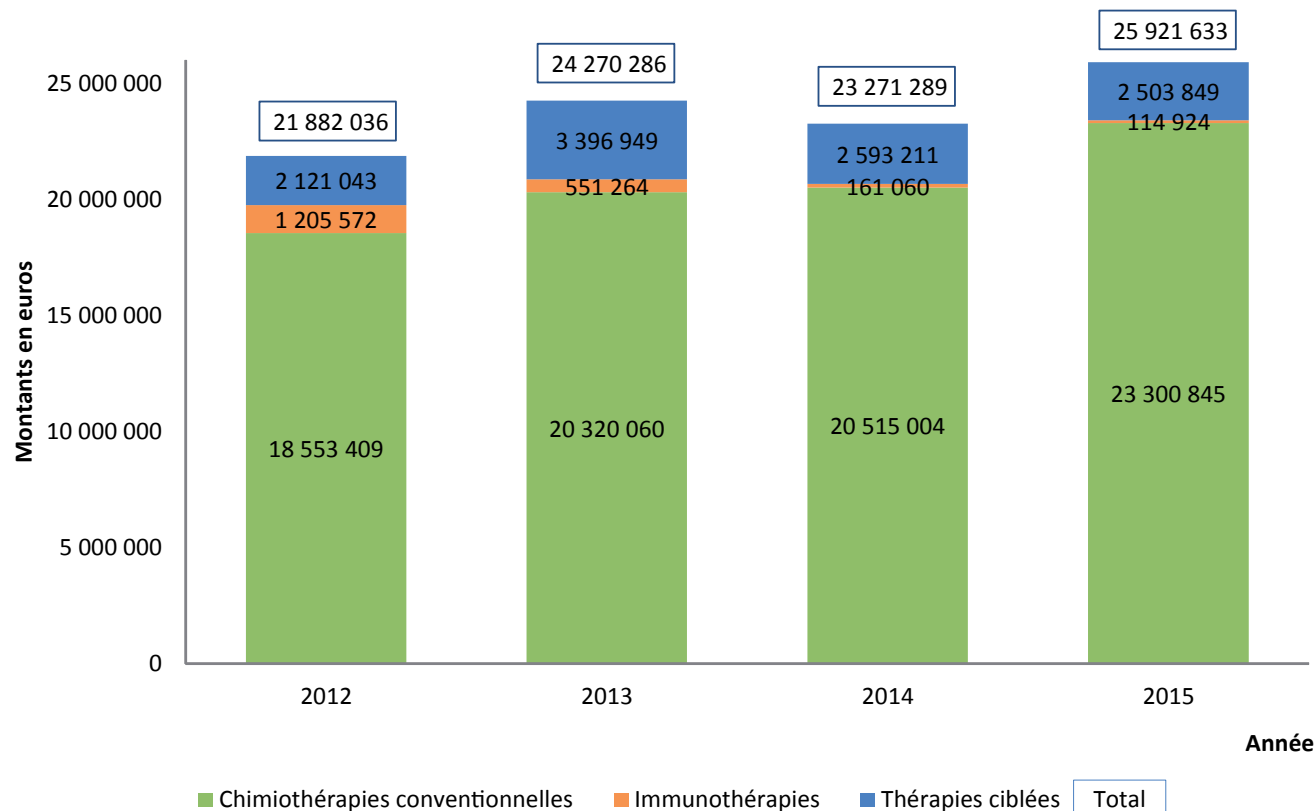
Les dépenses liées aux molécules anticancéreuses de la liste en sus sont concentrées sur un petit nombre de molécules (Figure 86). En 2015, dans le secteur public, plus de 80% des dépenses sont réparties entre 8 molécules, les dépenses restantes étant réparties sur les 24 autres molécules anticancéreuses ; dans le secteur privé commercial, plus de 80% des dépenses sont réparties entre 8 molécules,

les dépenses restantes étant réparties sur les 23 autres molécules anticancéreuses. La répartition des dépenses est cependant différente dans les deux secteurs : le Rituximab (Mabthera®) représente 19% des dépenses dans le public et seulement 6% dans le secteur privé commercial, traduisant la faible activité d'hématologie dans ce secteur.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - EN HAD

[Figure 87] Dépenses liées aux molécules anticancéreuses en HAD par catégories de molécules depuis 2012



Avertissement : Les données et méthodes de calcul sont actualisées régulièrement, de ce fait des variations peuvent être observées par rapport aux documents des années précédentes. Les comparaisons et les évolutions temporelles ne doivent être faites qu'au regard de ce rapport.  
Source : PMSI HAD 2012-2015. Traitement : INCa 2016.

En 2015, les dépenses relatives aux molécules anticancéreuses facturées en sus des prestations d'hospitalisation dans les établissements HAD s'élèvent à 25,9 millions d'euros, soit une augmentation de +11,4% par rapport à l'année précédente [Figure 87]. Ceci s'explique en partie par l'augmentation des dépenses relatives au bortezomib [chimiothérapie conventionnelle, +1,6 million d'euros]. Les dépenses relatives aux immunothérapies ont fortement diminué depuis 2012, en raison de la radiation du lénalidomide de la liste en sus depuis le 1<sup>er</sup> mars 2013. Il représentait 81% des dépenses d'immunothérapie en HAD en 2012.

Les molécules anticancéreuses représentent près de 43,0% des dépenses totales de médicaments facturés en sus des prestations dans les établissements HAD [55,3% dans le secteur public et 18,7% dans le secteur privé]. Contrairement à ce que l'on peut observer dans le secteur MCO, 89,9% des dépenses liées aux anticancéreux administrés en HAD concernent la chimiothérapie conventionnelle [cytotoxiques et autres anticancéreux]; les thérapies ciblées ne représentent que 9,7% et l'immunothérapie 0,4%.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217

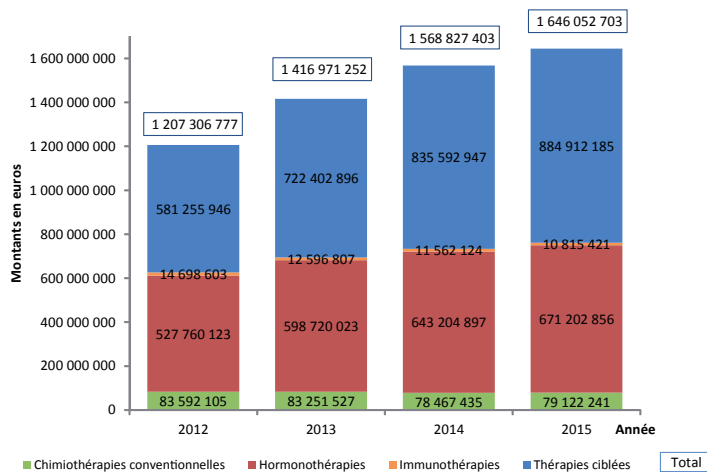


- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## C - EN VILLE

Les données concernant les médicaments délivrés en officine sont issues de l'ensemble des régimes de l'Assurance maladie et concernent la France entière y compris les DOM TOM [Cnamts, 2016a]. En 2015, le montant total des remboursements par l'Assurance maladie, toutes spécialités confondues, s'élevait à 19,2 milliards d'euros. Parmi ces remboursements, 1,6 milliard d'euros étaient consacrés à des anticancéreux, soit environ 8,6% des remboursements toutes spécialités médicales confondues (7,6 % en 2014, 6,7% en 2013 et 5,7% en 2012).

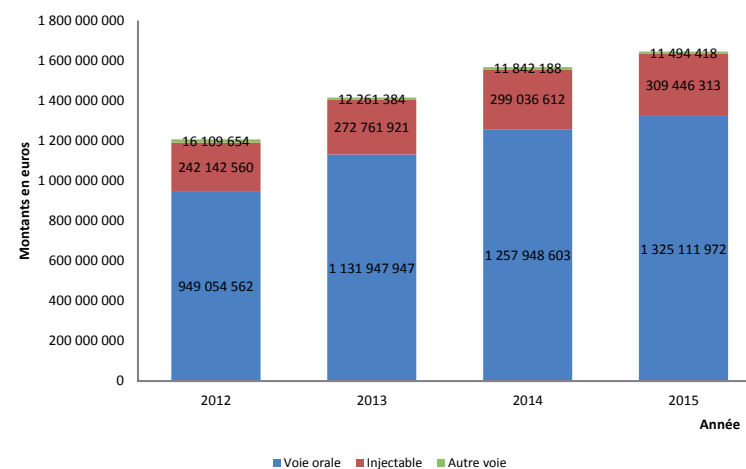
**[Figure 88] Dépenses remboursées par l'Assurance maladie des molécules anticancéreuses délivrées en officine par catégories de molécules depuis 2012**



Tous régimes, France entière  
Avertissement : Les chiffres 2012-2014 diffèrent du rapport précédent car ils ont été mis à jour en 2016 de façon à intégrer les régimes spéciaux d'assurance maladie qui manquaient.  
Source : Medic'AM 2012-2015 [Cnamts, 2016a]. Traitement : INCa 2016.

Les dépenses consacrées aux anticancéreux ont augmenté de +36,3% entre 2012 et 2015 (+4,9% entre 2014 et 2015, Figure 88). Sur cette période, les dépenses liées aux thérapies ciblées ont augmenté de 52,2% et les dépenses liées à l'hormonothérapie de 27,2%. En 2015, les dépenses des médicaments anticancéreux délivrés en officine concernent principalement les thérapies ciblées (884,9 millions d'euros en 2015 soit 53,8% des dépenses de molécules anticancéreuses remboursées par l'assurance maladie) et l'hormonothérapie (40,8%).

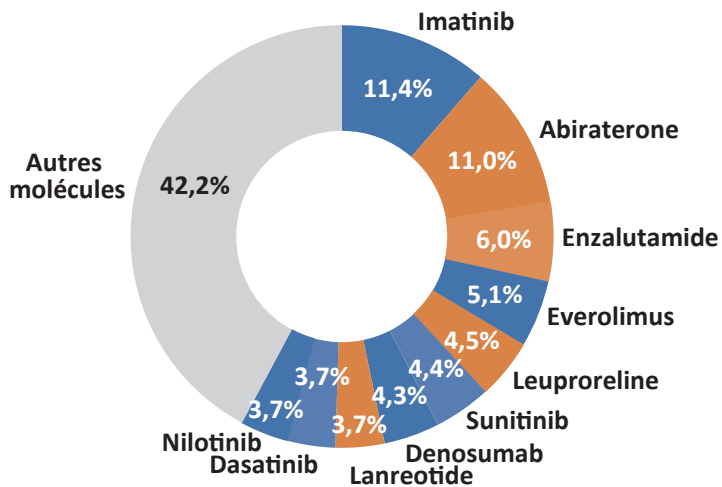
**[Figure 89] Dépenses remboursées par l'Assurance maladie des molécules anticancéreuses délivrées en officine par voie d'administration depuis 2012**



Tous régimes, France entière  
Avertissement : Les chiffres 2012-2014 diffèrent du rapport précédent car ils ont été mis à jour en 2016 de façon à intégrer les régimes spéciaux d'assurance maladie qui manquaient.  
Source : Medic'AM 2012-2015 [Cnamts, 2016a]. Traitement : INCa 2016.

Les médicaments anticancéreux délivrés par voie orale représentent 1,3 milliard d'euros en 2015, soit 80,5 % des dépenses de molécules anticancéreuses remboursées par l'assurance maladie (Figure 89). Les autres voies d'administration ne représentent qu'un très faible montant de remboursement au regard des voies orales et injectables, car ce groupe est restreint à quelques médicaments.

**[Figure 90]** Répartition des dépenses remboursées par l'Assurance maladie des molécules anticancéreuses délivrées en officine en 2015



Tous régimes, France entière  
Source : Medic'AM 2015 [Cnamts, 2016a]. Traitement : INCa 2016.

L'Imatinib [thérapie ciblée] représente 11,4 % des dépenses remboursées par l'assurance maladie en 2015, suivie par l'Abiraterone [11,0 %]. Parmi les médicaments anticancéreux délivrés en officine en 2015, 19,0 % sont des thérapies ciblées s'adressant aux patients ayant une leucémie myéloïde chronique [Imatinib, Dasatinib, Nilotinib, Bosutinib].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 4.9 Sources bibliographiques

### [Arrêté du 10 juillet 2014]

Arrêté du 10 juillet 2014 déterminant pour la période 2014-2018 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029225377>

### [ATIH, 2016]

ATIH. ScanSanté. Consulté le : 25/10/2016. <http://www.scansante.fr>

### [Binder-Foucard F, 2013]

Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 1 - Tumeurs solides. Partenariat Francim/HCL/InVS/INCa. Juillet 2013. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012-Partie-1-Tumeurs-solides>

### [Circulaire DHOS/Cnamts/INCa no 2007-357]

Circulaire DHOS/Cnamts/INCa no 2007-357 du 25 septembre 2007 relative aux réseaux régionaux de cancérologie. <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-10/a0100154.htm>

### [Circulaire DHOS/SDO no 2005-101]

Circulaire DHOS/SDO no 2005-101 du 22 février 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie. <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-03/a0030034.htm>

### [Cnamts, 2016a]

Cnamts. Medic'AM. Consulté le : 01/12/2016. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/medicament/medic-am/medic-am-mensuel-2015.php>

### [Cnamts, 2016b]

Cnamts. Rapport Charges et produits pour l'année 2017. <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/actualites/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2017.php>

### [INCa, 2013]

INCa. Algorithme de sélection des hospitalisations liées à la prise en charge du cancer dans les bases nationales d'activité hospitalière de court séjour « algorithme cancer ». Collection Les Données/Epidémiologie. Septembre 2013. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Algorithme-de-selection-des-hospitalisations-liees-a-la-prise-en-charge-du-cancer-dans-les-bases-nationales-d-activite-hospitaliere-de-court-sejour>

### [INCa, 2015]

INCa. Plan Cancer 2014-2019. Collection Documents institutionnels/Plan cancer. Février 2015. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>

### [INCa, 2016a]

INCa. Les données - Cancers rares. Consulté le : 10/11/2016. <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/prise-en-charge/La-prise-en-charge-des-populations-specifiques/Cancers-rares>

### [INCa, 2016b]

INCa. Les données - Les tests de génétique somatique. Consulté le : 21/10/2016. <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/prise-en-charge/Les-tests-de-genetique-somatique>

### [INCa, 2017]

INCa. Oncogénétique 2015: consultations & laboratoires, janvier 2017. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Oncogenetique-en-2015-Consultations-et-laboratoires>

### [INCa, A paraître]

INCa. Résultats de la synthèse des enquêtes, sur les délais de rendez-vous pour une IRM, réalisées en 2010, 2011, 2013 et 2014 - Dans le cadre d'un bilan d'extension pour cancer du sein, utérus et prostate. À paraître.

### [INCa et DGOS, 2015]

INCa et DGOS. Appel à candidatures 2015. Mise en œuvre de l'action 3.7 du Plan cancer 2014-2019 : Soutien de projets pilotes développant la chirurgie ambulatoire du cancer. Juillet 2015. [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Chirurgie\\_ambulatoire\\_-\\_cahier\\_des\\_charges\\_appel\\_a\\_projets.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Chirurgie_ambulatoire_-_cahier_des_charges_appel_a_projets.pdf)

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## [Instruction DGOS/PF5/2014/361]

Instruction DGOS/PF5/2014/361 du 23 décembre 2014 relative à l'usage de la messagerie sécurisée MSSanté dans les établissements de santé. [http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/01/cir\\_39112.pdf](http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2015/01/cir_39112.pdf)

## [Instruction DGOS/R3/INCa/2016/168]

Instruction DGOS/R3/INCa/2016/168 du 26 mai 2016 relative à un état des lieux sur l'offre de soins de traitement du cancer en oncopédiatrie et l'organisation des acteurs impliqués. <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41007>

## [Instruction DGOS/R3/INCa/2016/177]

Instruction DGOS/R3/INCa/2016/177 du 30 mai 2016 relative à l'organisation régionale coordonnée en faveur de la prise en charge des adolescents et jeunes adultes atteints de cancer. <http://circulaire.legifrance.gouv.fr/index.php?action=afficherCirculaire&hit=1&r=41045>

## [Instruction SG/DSSIS/2016/147]

Instruction SG/DSSIS/2016/147 du 11 mai 2016 relative au cadre commun des projets d'e-santé. [http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-06/ste\\_20160006\\_0000\\_0081.pdf](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-06/ste_20160006_0000_0081.pdf)

## [Instruction SG/DSSIS/INCa/2016/109]

Instruction SG/DSSIS/INCa/2016/109 du 5 avril 2016 relative à l'actualisation pour 2017 de la cible du système d'information du dossier communicant de cancérologie [DCC]. [http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-05/ste\\_20160005\\_0000\\_0077.pdf](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-05/ste_20160005_0000_0077.pdf)

## [Loi du 26 janvier 2016]

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016. [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=29D2E33D3259DBF2BF703BCCBF0777A2.tpdila10v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&oldAction=rechIO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031912638](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=29D2E33D3259DBF2BF703BCCBF0777A2.tpdila10v_3?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&oldAction=rechIO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031912638)

## [Ordonnance n° 2017-48 du 19 janvier 2017]

Ordonnance n° 2017-48 du 19 janvier 2017 relative à la profession de physicien médical. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/ordonnance/2017/1/19/AFSH1632787R/jo/texte>

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



**1** **ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS** > 7

**2** **PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE** > 90

**3** **DÉPISTAGE**  
> 123

**4** **SOINS EN  
CANCÉROLOGIE** > 140

**6** **LA RECHERCHE**  
> 217

**5**

# VIVRE PENDANT ET APRÈS UN CANCER

**5.1** Conditions de vie et  
qualité de vie des personnes  
atteintes de cancer ▶ **199**

**5.2** Conséquences sociales  
et économiques du cancer ▶ **203**

**5.3** Cancer et trajectoires  
professionnelles ▶ **208**

**5.4** Accès au crédit  
et aux assurances ▶ **211**

**5.5** Actions menées en faveur  
de l'amélioration de la qualité  
de vie des personnes vivant  
avec un cancer ▶ **214**

**5.6** Sources bibliographiques ▶ **216**

Avertissement : Les données présentées dans les parties 5.1, et 5.3 sont les mêmes que celles publiées dans l'édition précédente «*Les cancers en France, édition 2015*».

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



## 3

DÉPISTAGE  
> 123



## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



## 6

LA RECHERCHE  
> 217



## FAITS MARQUANTS

L'amélioration de la qualité de vie des personnes touchées pendant et après la maladie, pour permettre à la personne malade de garder toute sa place dans la société, est un objectif du Plan cancer 2014-2019. Les actions du Plan visent ainsi à élargir la prise en charge personnalisée et à mieux préparer l'après-cancer en accordant une place systématique aux soins de support, une vigilance accrue aux risques de séquelles afin de diminuer l'impact du cancer sur la vie personnelle (objectif 9).

Plusieurs mesures sont engagées et poursuivies pour préserver la continuité et la qualité de vie, limiter les conséquences sociales et

économiques de la maladie, faciliter la prise en compte du cancer dans le monde de travail et favoriser l'accès aux assurances et au crédit pour les personnes atteintes de cancer.

Ainsi, les partenaires de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) ont abouti à un accord sur une grille de référence (publiée le 04 février 2016) relative aux conditions d'accès à une assurance emprunteur sans surprime ni exclusion, pour 6 types d'affection.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 5.1 Conditions de vie et qualité de vie des personnes atteintes de cancer

### DONNÉES ESSENTIELLES – CONDITIONS DE VIE ET QUALITÉ DE VIE



#### D'APRÈS VICAN 2 :

- L'annonce du diagnostic a été jugée «trop brutale» par près de 18% des personnes.
- 63,5% des personnes sont satisfaites des échanges d'informations avec l'équipe médicale.
- Le cancer du poumon est la localisation pour laquelle on observe une qualité de vie physique dégradée chez le plus grand nombre de personnes.
- Pour la plupart des localisations, la qualité de vie mentale mesurée en 2012 a progressé par rapport aux résultats de 2004. Les cancers de la thyroïde et du poumon sont les localisations pour lesquelles on observe une qualité de vie mentale dégradée chez le plus grand nombre de personnes.
- 3 personnes sur 5 déclarent avoir conservé des séquelles deux ans après un diagnostic de cancer.

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

## 3

DÉPISTAGE  
> 123

## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

## 6

LA RECHERCHE  
> 217

## 5.1.1 PERCEPTION DE LA MALADIE PAR LES MALADES ET LEUR RAPPORT AU SYSTÈME DE SOINS

### A - L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC

Selon les données de la deuxième édition sur la vie deux ans après le diagnostic d'un cancer (VICAN 2), l'annonce du diagnostic a été jugée «trop brutale» par près de 18% des personnes interrogées, et «peut être trop brutale» par 6% d'entre elles [INCa, 2014]. Ce ressenti est plus fréquent lorsque l'annonce n'a pas été faite par un médecin, ou pas en face-à-face, mais ne dépend pas de la localisation de la pathologie ou de sa gravité. Ce ressenti est aussi plus fréquent parmi les femmes, les patients jeunes, ainsi que les moins aisés et les moins diplômés. Ces résultats confirment l'intérêt de bénéficier, lors de

l'annonce, d'une écoute et d'un soutien suffisants, d'une information adaptée ainsi que d'un accompagnement personnalisé par l'ensemble de l'équipe soignante, déjà souligné par deux études publiées en 2012 respectivement par la Ligue [La ligue contre le cancer, 2012] et par l'INCa [INCa, 2012].

L'enquête VICAN 2 révèle, par ailleurs, que seule une minorité de personnes atteintes de cancer se souvient s'être vue proposer de consulter un psychologue [31%], une infirmière [21,1%] ou une assistance sociale [14,9%].

### B - LES ÉCHANGES D'INFORMATION AVEC L'ÉQUIPE MÉDICALE

Seulement 63,5% des personnes interrogées ont déclaré être satisfaites des échanges d'informations avec l'équipe médicale : 35,8% d'entre elles ont déclaré être «très satisfaites» et 27,7% «satisfaites». Les personnes «assez satisfaites» et «insatisfaites» représentent respectivement 26,9% et 10% des répondants. Cette satisfaction à l'égard des échanges avec les soignants est plus fréquente parmi les hommes, les enquêtés plus âgés, ceux exerçant un métier d'encadrement et ceux dont la langue maternelle est le français [INCa, 2014]. Pour l'ensemble des localisations cancéreuses de l'enquête VICAN 2,

seulement 57,8% des enquêtés estiment avoir été associés (un peu ou beaucoup) aux décisions de traitement et 74,2% en sont satisfaits. Le degré d'implication déclaré dans les décisions est moindre pour les femmes et les enquêtés les plus âgés.

Enfin, près de sept patients sur dix ont recherché des informations complémentaires sur leur maladie et ses traitements en dehors de l'équipe médicale. Cette recherche est plus fréquente parmi les femmes, les enquêtés les plus diplômés et les plus aisés et décline avec l'âge.

## 5.1.2 QUALITÉ DE VIE PHYSIQUE ET MENTALE DES MALADES ET LEURS DIFFICULTÉS PSYCHOLOGIQUES

### [Encadré 26] L'étude de la qualité de vie dans VICAN 2

La qualité de vie s'entend aujourd'hui comme une évaluation subjective et globale de la vie d'une personne. L'enquête VICAN 2 utilise l'échelle SF-12 qui mesure les qualités de vie physique et mentale, et permet de comparer les résultats obtenus en population générale. Une «qualité de vie dégradée» est définie pour une personne ayant un score de qualité de vie

inférieur à celui des trois quarts de la population générale de mêmes âges et sexes. Elle varie beaucoup selon la localisation cancéreuse.

Les données globales de VICAN 2 sur l'ensemble des localisations montrent en 2012 une qualité de vie physique dégradée par rapport à la population générale, dégradation plus importante que pour la qualité de vie mentale.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

3

DÉPISTAGE  
> 123

4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

6

LA RECHERCHE  
> 217

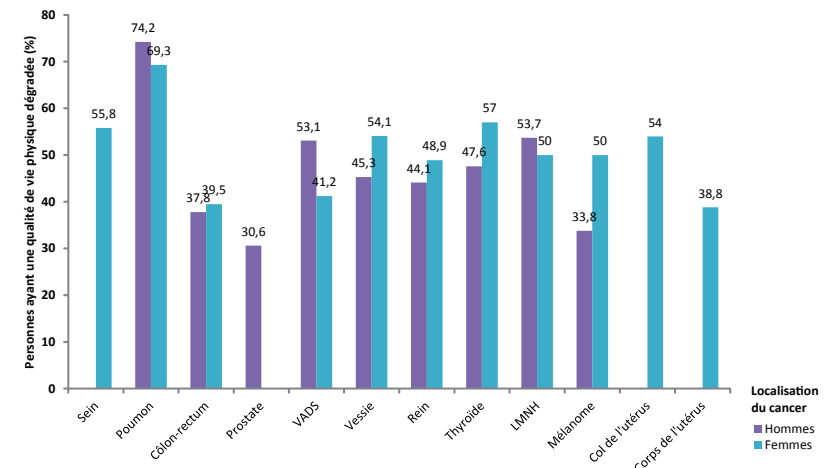
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## A - QUALITÉ DE VIE PHYSIQUE

La qualité physique est plus dégradée chez les plus jeunes, les moins diplômés, ceux qui ne travaillent pas et chez les personnes aux revenus les plus faibles [INCa, 2014]. Le cancer du poumon est la localisation pour laquelle on observe une qualité de vie dégradée chez le plus grand nombre de personnes (Figure 91).

Entre 2004 et 2012, la proportion des personnes ayant une qualité de vie physique dégradée a augmenté pour les cancers du sein [45,9% vs 55,8%] et de la thyroïde [43,8% vs 54,5%]. En revanche une amélioration de la qualité de vie physique est observée entre 2004 et 2012 pour les cancers du côlon-rectum [41,7% vs 38,6%], de la prostate [34,7% vs 30,6%] et du rein [46,1% vs 55,7%]. Pour les cancers du poumon, des voies aéro-digestives supérieures (VADS), de la vessie, du mélanome, les lymphomes malins non hodgkiniens et pour les cancers utérins, la qualité de vie physique est restée stable entre 2004 et 2012.

**[Figure 91] Dégradation de la qualité de vie physique en fonction du sexe et de la localisation du cancer en 2012**

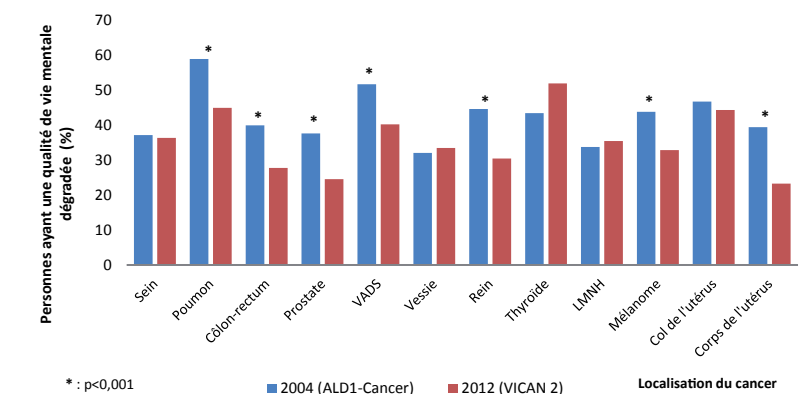


VADS = voies aéro-digestives supérieures ; LMNH = lymphome malin non hodgkinien.  
Source : VICAN 2 [INCa, 2014]. Traitement : INCa 2016.

## B - QUALITÉ DE VIE MENTALE

Les cancers de la thyroïde et du poumon sont les localisations pour lesquelles on observe une qualité de vie mentale dégradée chez le plus grand nombre de personnes (respectivement 52,0% et 45,0%) en 2012 [INCa, 2014]. La qualité de vie mentale est moins dégradée chez les plus âgés, mais l'est plus chez les personnes à revenus les plus faibles et celles présentant une ou plusieurs comorbidités. La qualité de vie mentale des personnes interrogées en 2012 s'est améliorée par rapport à celles interrogées en 2004 [Le Corroller-Soriano A-G, 2008], pour les personnes atteintes d'un cancer du poumon, du côlon-rectum, de la prostate, des VADS, du rein, d'un mélanome ainsi que du corps de l'utérus (Figure 92). Pour les autres localisations, en revanche, une stabilité de la situation entre les deux enquêtes est observée.

**[Figure 92] Dégradation de la qualité de vie mentale : évolution entre 2004 et 2012**



\* : p<0,001

VADS = voies aéro-digestives supérieures.

Source : VICAN 2 [INCa, 2014] et ALD1 [Le Corroller-Soriano A-G, 2008]. Traitement : INCa 2016.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

## 5.1.3 CANCER ET RISQUES DE SÉQUELLES

Le cancer et son traitement s'accompagnent pour nombre de malades de séquelles physiques ou psychologiques qui peuvent persister pendant des années après la fin de traitement, devenir chroniques,

voire irréversibles. Ainsi, selon les dernières données de l'enquête VICAN 2, 3 personnes sur 5 déclarent avoir conservé des séquelles deux ans après un diagnostic de cancer [\[INCa, 2014\]](#).

### A - PERCEPTION DE LA FATIGUE

La fatigue constitue le symptôme le plus fréquemment ressenti par les personnes traitées pour un cancer. D'après VICAN 2, la prévalence de la fatigue varie selon les localisations, allant de 30 % pour le cancer de la prostate et le mélanome à 70 % pour les autres localisations

[poumon, thyroïde, col de l'utérus, sein, rein ou VADS]. Les femmes rapportent significativement plus fréquemment de la fatigue que les hommes : 59,8 % vs 36,9 %.

### B - RESENTI DE DOULEURS

Selon VICAN 2, deux enquêtés sur trois ont fait l'expérience de douleurs au cours des quinze derniers jours, cette prévalence étant supérieure à celle de la population générale. Ces douleurs perçues [principalement d'ordre physique] diffèrent selon les localisations

cancéreuses et sont plus fréquentes chez des personnes atteintes de cancers du sein ou du poumon. Elles sont également plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes [75,5 % vs 52,8 % pour les douleurs physiques].

### C - FERTILITÉ ET PROJETS PARENTAUX APRÈS CANCER

La fertilité semble souvent altérée à deux ans du diagnostic du cancer. Lors de l'annonce de leur maladie, dans l'étude VICAN 2, les hommes et les femmes de moins de 45 ans enquêtés se pensent aptes à procréer, et un projet parental est fréquent [36,9 % des hommes, 31,9 % des femmes], pouvant concerner jusqu'à 75,1 % des moins de

35 ans vivant en couple, mais n'ayant pas encore d'enfants. Deux tiers d'entre eux déclarent ne pas avoir bénéficié de propositions de recours à la préservation de la fertilité avant l'initiation des traitements. Pourtant, ils sont 33,5 % d'hommes et de 19,6 % de femmes après le diagnostic à déclarer avoir un projet parental dans le futur.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 5.2 Conséquences sociales et économiques du cancer

### DONNÉES ESSENTIELLES – CONSÉQUENCES SOCIALES ET ÉCONOMIQUES DU CANCER



#### D'APRÈS VICAN 2 :

- 8,5% des personnes ont été l'objet d'attitudes de rejet ou de discrimination liées directement à leur maladie.
- La proportion des personnes atteintes de cancer considérées comme vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de 20,9% au moment du diagnostic en 2010 à 25,1% deux ans après le diagnostic alors qu'elle est restée à 14% parmi la population générale.

#### D'APRÈS LE 5<sup>E</sup> RAPPORT DE L'OBSERVATOIRE SOCIÉTAL DES CANCERS :

- 16% des personnes malades bénéficiant ou ayant bénéficié de services d'aide à domicile ont eu à régler elles-mêmes leurs prestations.
- Près d'un français sur 10 aide actuellement une personne atteinte de cancer.



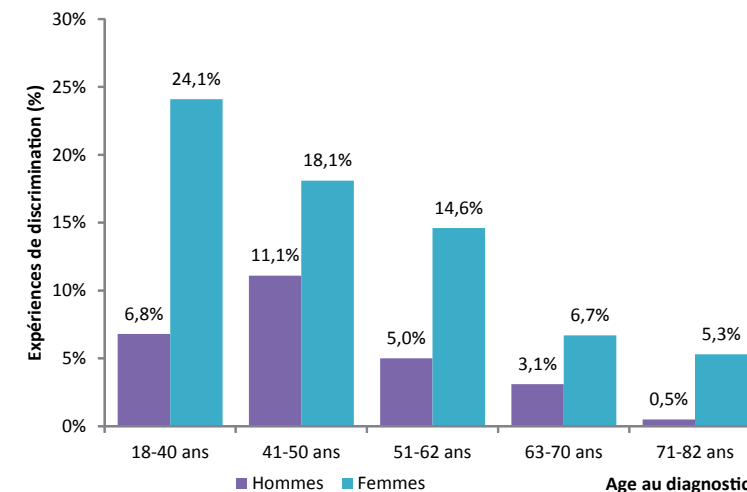
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 5.2.1 CONSÉQUENCES DU CANCER SUR LA VIE SOCIALE

Selon VICAN 2, 8,5% des personnes interrogées disent que, dans leur entourage, il leur est déjà arrivé d'être l'objet d'attitudes de rejet ou de discrimination liées directement à leur maladie ; les femmes étaient plus touchées que les hommes [Figure 93] [INCa, 2014]. Ce résultat est identique à ce qui avait été rapporté lors de la première enquête sur la vie deux ans après le cancer [Le Corroller-Soriano A-G, 2008]. Le premier rapport de l'Observatoire sociétal des cancers avait déjà mis en lumière la réalité du vécu des personnes malades, au regard notamment de leurs ressources et des charges, de la vie quotidienne à domicile et des difficultés liées aux séquelles physiques et psychologiques, ainsi que de la vie professionnelle et des conditions de la reprise du travail [La ligue contre le cancer, 2012]. Ce rapport soulignait que :

- le cancer est une maladie paupérisante, avec des effets aggravés pour les plus vulnérables : arrêt maladie, perte de revenus, reste à charge, invalidité, rupture sociale, fracture psychologique ;
- la vie du malade est jalonnée de nombreuses étapes administratives, souvent vécues comme une double peine.

**[Figure 93] Prévalence des expériences de discrimination liée à la maladie selon l'âge au diagnostic et le sexe en 2012**



Source : VICAN 2 [INCa, 2014]. Traitement : INCa 2016.

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

## 3

DÉPISTAGE  
> 123

## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

## 6

LA RECHERCHE  
> 217

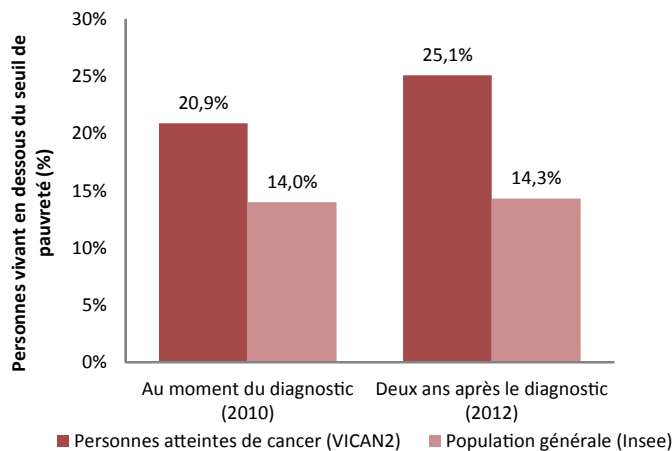
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 5.2.2 CONSÉQUENCES FINANCIÈRES DU CANCER

La perte de revenus associée à l'arrêt de travail, aux modifications des postes ou à la réduction des heures travaillées est un des effets les plus immédiats de la survenue d'un cancer. Celle-ci est plus ou moins importante et rapide selon les régimes auxquels appartiennent les patients, leur statut professionnel et le rôle qu'ils occupent au sein du ménage. La famille, le foyer sont directement impactés.

Au moment du diagnostic de cancer en 2010, la situation financière des personnes dans l'enquête VICAN 2 était similaire à la population générale : 10 % des ménages les plus modestes avaient un revenu mensuel inférieur à 1038 euros (VICAN 2) et 1110 euros (population générale) respectivement, et les 10 % des ménages les plus aisés avaient un revenu mensuel supérieur à 5 192 euros (VICAN 2) et 5 343 euros (population générale) [INCa, 2014]. Cependant, au cours des deux ans suivant le diagnostic, la proportion des personnes atteintes de cancer vivant en dessous du seuil de pauvreté a augmenté (Figure 94). En 2012, les artisans (53 %), commerçants (43 %) et chefs d'entreprise indépendants (42 %) ont déclaré des pertes de revenus consécutivement au diagnostic de leur cancer. Chez les salariés, 42 % des ouvriers ont déploré de telles évolutions, contre 25 % des cadres supérieurs. Les indépendants les plus aisés sont les plus touchés par les pertes de revenus.

**[Figure 94]** Proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, au moment du diagnostic et deux ans après



Source : VICAN 2 [INCa, 2014]. Traitement : INCa 2016.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

## [Tableau 43] Prise en charge financière des personnes ayant eu recours à des services d'aide à domicile

Type de prise en charge financière	Proportion de personnes prises en charge
Prise en charge totale auprès de différents organismes (régimes sociaux, complémentaires santé, etc.)	41 %
Prise en charge partielle	39 %
Aucune prise en charge : les personnes ont réglé elles-mêmes des prestations	16 %

Source : Dispositif d'observation pour l'action sociale (DOPAS) 2015 [La ligue contre le cancer, 2016].  
Traitement : INCa 2016.

D'après le troisième rapport de l'Observatoire sociétal des cancers, près de 50 % des personnes interrogées soignées ou ayant été soignées pour un cancer déclarent avoir eu des frais de santé restés à leur charge, dont 8 % d'un niveau important [La ligue contre le cancer, 2014]. Ces restes à charge ont été évalués à près de 1000 euros par près des deux tiers des personnes impactées et concernent les soins dits « de confort », les aides à domicile, les dépassements d'honoraires, les frais liés aux prothèses ou perruques et les frais de transport. Dans l'enquête du dispositif d'observation pour l'action sociale

### 5.2.3 CONSÉQUENCES SUR LES AIDANTS DE PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

La maladie impacte également l'existence des familles des personnes touchées qui doivent, elles aussi, apprendre à vivre avec la maladie et composer avec les nouvelles contraintes imposées par cette dernière. Après s'être intéressé aux proches de personnes atteintes de maladie grave, dont les cancers [La ligue contre le cancer, 2013], l'Observatoire sociétal des cancers se concentre, dans son dernier rapport, sur les



### CHIFFRES CLÉS

Restes à charge après une mastectomie :

**456** euros en moyenne  
immédiatement après la mastectomie

**256** euros par an, en moyenne  
sans reconstruction mammaire

**1391** euros en moyenne  
lors d'une reconstruction mammaire

[DOPAS] 2015, parmi les 24 % de personnes malades bénéficiant ou ayant bénéficié de services d'aide à domicile, certaines ont eu à régler elles-mêmes des prestations [Tableau 43] [La ligue contre le cancer, 2016].

Dans le quatrième rapport de l'Observatoire sociétal des cancers, 54 % des femmes interrogées ont eu des difficultés pour faire face aux restes à charge après avoir subi une mastectomie [La ligue contre le cancer, 2015].

aidants [La ligue contre le cancer, 2016]. Parmi 2 149 Français interrogés (enquête réalisée par Ipsos du 11 au 15 décembre 2015), 38 % sont ou ont été aidants d'une personne atteinte de cancer au cours de ces 5 dernières années, et 10 % le sont actuellement. La majorité des aidants (62 %) de personnes atteintes de cancer est en activité professionnelle [vs 30 % de retraités et 8 % d'inactifs].

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## [Tableau 44] Profil des aidants de personnes atteintes d'un cancer

### Profil des aidants

Aidant unique [aide seul une personne atteinte de cancer]	10 %
Aidant principal [aide principalement seul une personne atteinte de cancer]	22 %
Aidant secondaire [aide régulièrement une personne atteinte de cancer en appui à un ou plusieurs personne(s)]	34 %
Aidant occasionnel [aide rarement une personne atteinte de cancer]	28 %

### Lien entre la personne atteinte de cancer et son aidant

Parents / Grands-parents	31 %
Conjoint / enfant	17 %
Frère / sœur	10 %
Famille éloignée	20 %
Entourage non familial	22 %

### Implication des aidants auprès des personnes atteintes de cancer

Apporte un soutien moral	61 %
Apporte un soutien médical	37 %
Fait les courses, entretient le logement	36 %
Aide dans les gestes du quotidien [préparer les repas, faire sa toilette]	32 %

Source : Ligue contre le cancer/IPSOS - Enquête quantitative en ligne réalisée du 23 décembre 2015 au 22 janvier 2016 auprès de 5 010 aidants âgés de 16 ans et plus (4 701 inclus dans l'analyse) [[La ligue contre le cancer, 2016](#)]. Traitement : INCa 2016.

Dans une seconde enquête réalisée sur 5 010 aidants interrogés par Ipsos du 23 décembre 2015 au 22 janvier 2016, 10 % étaient des aidants uniques et 22 % des aidants principaux ; dans 78 % des cas il s'agissait d'une personne issue de l'entourage familial (Tableau 44).

Un tiers des aidants (34 %) estime que l'aide qu'ils apportent à leur proche malade a un impact important sur leur propre vie, sur le plan financier, sur leur activité ou leur avenir professionnel ou sur leur domicile.

### CHIFFRES CLÉS

Les conséquences à long terme de l'aide apportée à leur proche atteint de cancer :

**56%** des aidants déclarent que l'aide qu'ils apportent leur occasionne des dépenses financières.

**10%** des aidants ont dû arrêter ou adapter leur activité professionnelle en raison de l'aide apportée à leur proche atteint de cancer.

**24%** des aidants, étudiants, affirment que l'aide apportée a eu un impact important sur leur projet professionnel.

**35%** des aidants ont déjà accueilli leur proche malade à leur domicile ou déménagé au domicile de leur proche malade.



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 5.3 Cancer et trajectoires professionnelles

### DONNÉES ESSENTIELLES – CANCER ET TRAJECTOIRES PROFESSIONNELLES



#### D'APRÈS VICAN 2 :

- La situation professionnelle des personnes avec un cancer s'est dégradée considérablement deux ans après le diagnostic, avec un taux d'activité qui est passé de 88,2% en 2010 à 79,9% en 2012.
- Parmi les personnes en emploi au moment du diagnostic, 78,2% ont eu des trajectoires continues d'emploi, 6,6% ont changé d'emploi, 5,6% sont au chômage à l'issue des deux ans, 8,4% sont en inactivité et 1,2% à la retraite.

#### D'APRÈS LE BAROMÈTRE CANCER 2010 :

- Une majorité de Français (51%) considère toujours que « lorsqu'on a un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant ».

### 5.3.1 CANCER ET SITUATION PROFESSIONNELLE

La situation professionnelle des personnes avec un cancer dans l'enquête VICAN 2 s'est dégradée considérablement deux ans après le diagnostic, avec un taux d'activité qui est passé de 88,2% en 2010 à 79,9% en 2012 : le taux d'emploi a reculé à 61,3% [vs 75,3% en population générale] et le taux de chômage s'élevait à 11,1% [respectivement 10% en population générale], c'est-à-dire 4 points de plus qu'en 2010 [INCa, 2014]. Les personnes atteintes de cancer touchées par la perte d'emploi sont principalement celles qui travaillent dans les catégories socioprofessionnelles dites d'exécution, les plus jeunes

et les plus âgées, les personnes mariées, avec un niveau d'études inférieur au bac, avec des contrats précaires, et celles travaillant dans les petites et moyennes entreprises (PME).

Cette enquête montre également que les personnes avec un cancer quittent leur emploi plus rapidement à la suite du diagnostic que les personnes de la population générale. Parmi les personnes qui ont perdu leur emploi, près de 92% l'ont perdu dans les 15 mois qui ont suivi le diagnostic.

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

## 3

DÉPISTAGE  
> 123

## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

## 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 5.3.2 RÉINSERTION PROFESSIONNELLE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER

### A - DISPOSITIFS D'AIDE À LA RÉINSERTION PROFESSIONNELLE EFFICIENTS, MAIS ENCORE INÉGALEMENT ACTIVÉS

Deux enquêtes, une « auprès des chefs d'entreprise » et l'autre « auprès des salariés », sur la perception du cancer réalisées par l'Observatoire sociétal des cancers indiquent des avis divergents concernant les dispositifs d'aide au maintien dans l'emploi : si près de 8 chefs d'entreprise sur 10 déclarent avoir fait bénéficier de mesures spécifiques leurs salariés atteints de cancer qui continuaient à travailler pendant le traitement, pour les salariés la situation est différente. En effet, un salarié sur trois atteints de cancer déclare n'avoir bénéficié d'aucune mesure pour l'aider durant son traitement [La ligue contre le cancer, 2014].

#### CHIFFRES CLÉS

Parmi les personnes en emploi au moment du diagnostic de l'enquête VICAN 2 :

**78,2%** ont eu des trajectoires continues d'emploi

**6,6%** ont changé d'emploi

**5,6%** sont au chômage à l'issue des deux ans

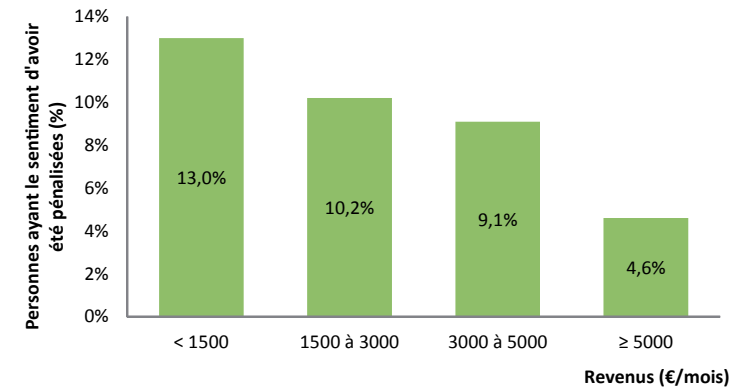
**8,4%** sont en inactivité

**1,2%** sont à la retraite

### B - DISCRIMINATIONS DANS LA VIE PROFESSIONNELLE

Parmi les personnes interrogées qui occupaient un emploi au moment du diagnostic, 11,2% se sont senties pénalisées dans leur emploi à cause de la maladie, que ce soit par leur employeur et/ou par leurs collègues [INCa, 2014]. Ce sentiment décroît avec le niveau de revenu [Figure 95].

**[Figure 95] Sentiment d'avoir été pénalisé au travail à cause de sa maladie, selon le niveau de revenus**



Source : VICAN 2 [INCa, 2014]. Traitement : INCa 2016.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## C - LES REPRÉSENTATIONS SOCIALES DU CANCER CONSTITUENT ÉGALEMENT UN FREIN À LA REPRISE DU TRAVAIL

D'après le baromètre cancer 2010, une majorité de Français [51%] considère toujours que « lorsqu'on a un cancer, on n'est plus capable de travailler comme avant » [\[Beck F, 2012\]](#). Cette proportion est en diminution [56% en 2005], témoignant d'une évolution progressive des mentalités [\[Guilbert P, 2006\]](#).

Dans le 3<sup>e</sup> rapport de l'Observatoire sociétal des cancers, le cancer est un sujet tabou en entreprise : pour 63% des salariés ayant ou ayant eu un cancer ; pour 57% des salariés n'ayant pas été confrontés à la maladie et pour seulement 8% des chefs d'entreprise [\[La ligue contre le cancer, 2014\]](#). Par ailleurs, selon cette même étude, près de la moitié des collègues juge que l'absence d'un salarié malade a perturbé l'organisation de son entreprise.

### FOCUS INÉGALITÉS



**[Focus 3]** « Ambassadeur-Emploi », maintien et retour à l'emploi des patients traités pour un cancer [\[Kalecinski J, 2016\]](#)

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 5.4 Accès au crédit et aux assurances

### DONNÉES ESSENTIELLES – ACCÈS AU CRÉDIT ET AUX ASSURANCES



- L'article 190 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé précise les dispositions sur le droit à l'oubli.
- AERAS : une nouvelle grille fixe, pour 6 types d'affection (dont 5 localisations de cancer), des délais précis d'accès à l'assurance emprunteur sans surprime ni exclusion à compter de la fin du protocole thérapeutique et en l'absence de rechute.

1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

3

DÉPISTAGE  
> 123

4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

6

LA RECHERCHE  
> 217

## 5.4.1 CONVENTION AERAS ET DISPOSITIONS RELATIVES AU DROIT À L'OUBLI

**[Tableau 45]** Conditions d'accès à une assurance emprunteur dans le cadre du titre IV de la Convention AERAS, sans surprime ni exclusion de l'affection, par type d'affections (grille de référence publiée le 04/02/2016)

Type d'affections	Définition précise (stade, type de traitements, facteurs de risques)	Délai d'accès à compter de la fin du protocole thérapeutique <sup>1</sup> et sans rechute <sup>2</sup>
Hépatite Virale C	Score de fibrose initiale inférieur ou égal à F2 confirmé par au moins 2 tests non-invasifs ou par examen histologique	48 semaines
	- Réponse virale soutenue quel que soit le traitement	
	- Pas d'épisodes antérieurs d'infection par le VHC	
	- Pas de co-infection par le VIH, le virus de l'hépatite B	
	- Échographie hépatique normale, sans dysmorphie ni stéatose	
	- Absence de facteurs de risque <sup>3</sup>	
Cancers du testicule	Séminomes purs, stade I	3 ans
	Séminomes purs, stade II	6 ans
	Séminomes purs, stade III	10 ans*
	Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stades I et II	6 ans
	Tumeurs non-séminomateuses ou mixtes, stade III	10 ans*
Cancers de la Thyroïde	Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade I	3 ans
	Papillaire/vésiculaire, < 45 ans au diagnostic, stade II	10ans*
	Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade I ou II	3 ans
	Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade III	6 ans
	Papillaire/vésiculaire, 45 ans ou plus au diagnostic, stade IV	10 ans*
Cancers du sein	Carcinome canalaire in situ	1 an
	Carcinome lobulaire in situ	
	Traitement selon le consensus HAS/INCA réalisé	
Mélanome de la peau	Mélanome in situ ou de niveau I de Clark	1 an
	- Exérèse complète	
	- Absence de syndrome des nævi dysplasiques	
Cancer du col de l'utérus	Classe CIN III [ou HSIL] ou in situ Application d'un traitement de référence en vigueur au moment de la prise en charge et une surveillance selon recommandations HAS	1 an

1 Ce que l'on entend par « date de fin du protocole thérapeutique » : il s'agit de la date de la fin du traitement actif du cancer, en l'absence de rechute, par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie effectuées en structure autorisée, à laquelle plus aucun traitement n'est nécessaire hormis la possibilité d'une thérapeutique persistante de type hormonothérapie ou immunothérapie.

2 Ce que l'on entend par « rechute » : il s'agit de toute nouvelle manifestation médicalement constatée du cancer, qu'elle le soit par le biais d'un examen clinique, biologique ou d'imagerie

3 Facteurs de risque : consommation de tabac, d'alcool, de cannabis ou d'autres stupéfiants, obésité [IMC >=30 kg/m<sup>2</sup>], syndrome métabolique, diabète, insuffisance rénale chronique, syndrome dépressif, ou antécédents d'affections psychiatriques.

\*La limite de 10 ans négociée pour certaines pathologies lors de l'élaboration de la grille au 31 décembre 2015 correspond désormais au délai maximum prévu par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé au-delà duquel aucune information médicale ne peut être recueillie relative à la pathologie cancéreuse.

Source : [AERAS, 2016]

+ Table des tableaux > 236

+ Table des figures > 238

+ Table des encadrés > 241

+ Table des focus > 242

+ Table des annexes > 243

+ Glossaire > 244

+ Liste des acronymes

et des sigles > 246

1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

3

DÉPISTAGE  
> 123

4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

L'avenant à la convention AERAS [S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé] signé le 2 septembre 2015 par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs a pour objet de faciliter l'accès à l'assurance et à l'emprunt des individus présentant un risque aggravé de santé [AERAS, 2016]. La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [article 190] reprend et conforte ces avancées [Loi du 26 janvier 2016]. Ainsi, les personnes ayant eu un cancer au cours des dix-huit premières années de la vie n'ont plus à le déclarer cinq ans après la fin du protocole thérapeutique. Il en est de même pour toutes les personnes ayant eu un cancer, dix ans après la fin des traitements actifs.

Une grille de référence permet d'étendre les dispositions à certaines pathologies, en définissant les délais au-delà desquels aucune majoration de tarifs ou d'exclusion de garantie ne sera appliquée ou aucune information médicale ne sera recueillie pour les pathologies

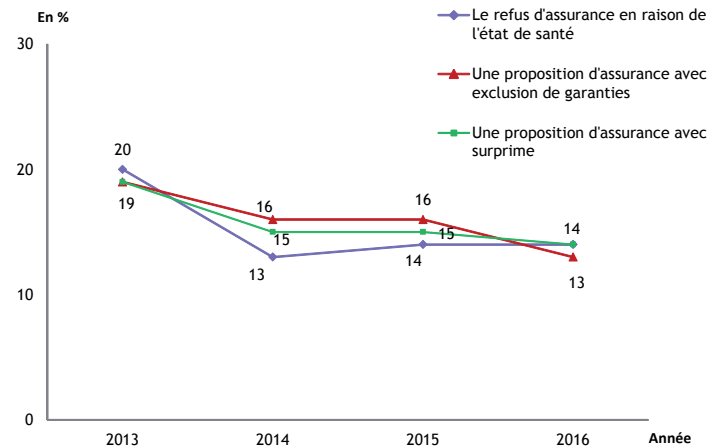
#### 5.4.2 DIFFICULTÉS D'ACCÈS AU CRÉDIT DES PERSONNES À RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ

D'après le Baromètre des droits des malades publié en mars 2016 - enquête téléphonique réalisée du 25 au 27 février 2016, auprès d'un échantillon de 1 004 personnes représentatives de la population française de 15 ans et plus - 25% des Français ont déjà été confrontés personnellement ou via un proche à des difficultés d'accès au crédit (refus d'assurance en raison de l'état de santé pour 14% des personnes, proposition d'assurance avec exclusion de garanties pour 13% et proposition d'assurance avec surprime pour 14%) [Figure 97] [CISS, 2016]. Parmi eux, 23% ont accédé à un emprunt (18% des personnes en ALD) et 36% ne connaissaient pas le dispositif de la convention AERAS alors qu'elle doit justement intervenir pour faciliter la résolution de ces difficultés.

D'après une enquête réalisée par l'Institut Viavoice en juin 2016, 41% des 1001 personnes interrogées connaissaient la loi du droit à l'oubli [L'observatoire Cancer Institut Curie - Viavoice, 2016].

concernées. Les partenaires de la Convention AERAS au sein de la Commission de suivi et de propositions - représentants des professionnels de l'assurance et des établissements de crédit, des associations de malades et associations de consommateurs, de l'Institut National du Cancer et des pouvoirs publics - ont abouti à un accord sur une première grille de référence [publiée le 04 février 2016]. Elle fixe, pour 6 types d'affection, des délais précis d'accès à l'assurance emprunteur sans surprime ni exclusion à compter de la fin du protocole thérapeutique et en l'absence de rechute [Tableau 45]. Selon les types d'affection, ces délais sont compris entre 1 et 10 ans. Une seconde grille de référence fait état des travaux entrepris en 2016. Deux nouveaux types de cancers sont inclus (lymphome de Hodgkin et cancer du côlon et du rectum). Parallèlement, des travaux portant sur le VIH, la mucoviscidose et l'insuffisance rénale chronique ont été initiés afin d'évaluer leur éventuelle intégration dans la grille de référence et les conditions associées.

[Figure 97] Évolution des difficultés d'accès au crédit depuis 2013



Source : Baromètre du droit des malades [CISS, 2016]. Traitement : Inca 2016.

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 5.5 Actions menées en faveur de l'amélioration de la qualité de vie des personnes vivant avec un cancer

### DONNÉES ESSENTIELLES – AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DE VIE

- Les projets retenus lors des 3 appels à projets sur l'éducation thérapeutique lancés par l'INCa en 2014 et 2015 sont en cours.
- Une expérimentation proposée par la Ligue contre le cancer sur l'accompagnement des patients atteints de cancer par des patients ressources bénévoles se déroule actuellement dans 3 régions : Grand Est, Pays de la Loire et PACA.

### 5.5.1 LE DÉVELOPPEMENT DE L'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT EN CANCÉROLOGIE

#### [Encadré 27] L'éducation thérapeutique en cancérologie

Le Plan cancer 2014-2019 soutient le développement de programmes d'éducation thérapeutique en cancérologie afin d'aider les patients à mieux s'impliquer dans leur prise en charge pour une meilleure qualité de vie [INCa, 2015].

En effet, l'éducation thérapeutique du patient favorise l'implication de la personne malade dans son parcours de soins grâce à sa participation

éclairée et compétente. Cette approche thérapeutique des cancers semble d'autant plus justifiée que le parcours du patient atteint de cancer s'inscrit dans un contexte d'essor des prises en charge ambulatoires. Cette tendance vers une plus grande autonomie du patient nécessite un accompagnement étroit par l'équipe soignante afin que le patient acquière de nouvelles compétences adaptées à la réalisation de ses besoins fondamentaux.

Avec le concours de la Haute Autorité de santé, la Direction générale de la santé a lancé en avril 2014 un appel à projets sur les « Conditions et modalités d'intervention de patients dans la mise en œuvre de programmes d'éducation thérapeutique du patient ». Parmi les porteurs de projets retenus, une équipe travaille plus spécifiquement sur l'éducation thérapeutique pour des patientes traitées par hormonothérapie dans la prise en charge du cancer du sein.

Dans le but de soutenir le développement de programmes d'éducation thérapeutique du patient atteint de cancer, l'INCa a lancé deux appels à projets en 2014, et un en 2015 :

• **L'appel à projets « Éducation thérapeutique des patients atteints de cancers digestifs »** vise à promouvoir, tout au long de la prise en charge incluant l'après-cancer, l'éducation thérapeutique des patients

atteints de ces cancers (sur un an). Sept projets ont été retenus par le comité d'évaluation et ont débuté en 2015. Les premiers résultats sont attendus pour 2017.

• **L'appel à projets « Promouvoir l'éducation thérapeutique en chimiothérapie orale »** a pour but de soutenir des actions de formation des professionnels afin qu'ils puissent aider leurs patients dans la compréhension, la planification, l'adhésion et la gestion de leur traitement (sur deux ans). Huit projets ont été retenus par le comité d'évaluation et ont débuté leurs programmes fin 2014. Les premiers résultats sont attendus pour 2017.

• **L'appel à projets « Promouvoir l'éducation thérapeutique en soins oncologiques de support des patients à domicile »** vise à promouvoir l'éducation thérapeutique en cancérologie dans le domaine des soins de support en vue de permettre aux patients de disposer des

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



connaissances et compétences nécessaires pour vivre à domicile. Dix projets ont été retenus par le comité d'évaluation et ont débuté en 2016. Les premiers résultats sont attendus pour 2018.

## 5.5.2 ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER PAR DES PATIENTS RESSOURCES BÉNÉVOLES : DES EXPÉRIENCES EN COURS

L'intervention de « pairs » ayant déjà eu l'expérience de la maladie dans l'accompagnement peut être un facteur facilitant la communication soignant-soigné.

Le pilotage de l'action 7.15 du Plan cancer 3 a été confié à la Ligue contre le cancer. Il s'agit de « Soutenir des expériences de participation de « patients ressource » bénévoles dans l'accompagnement de personnes atteintes de cancer et dans la formation des professionnels de santé et évaluer leurs apports et les conditions de réussite » (mode de recrutement, formation des bénévoles...).

Cette expérimentation se déroule dans 3 régions : Grand Est, Pays de la Loire et PACA, en partenariat avec des établissements de soins, des universités et des associations de patients.

À terme, à la lumière des premiers résultats, ces appels à projets permettront d'entamer une réflexion plus approfondie sur les modalités d'intégration et de développement de l'éducation thérapeutique dans les parcours de prises en charge en cancérologie.

Elle porte sur deux types de « Patients ressource » :

- Le Patient ressource « Parcours » qui intervient auprès de la personne malade tout au long du parcours de soins, en complément des équipes soignantes. Il bénéficie d'une formation de 6 jours.
- Le Patient ressource « Témoin » qui témoigne de son vécu auprès des professionnels de santé dans le cadre de leur formation initiale (en priorité les internes en oncologie et infirmières). Il bénéficie d'une formation de 2 jours.

Les formations sont dispensées par la Ligue contre le cancer ; les Patients ressource peuvent être accompagnés pendant leur mission par un psychologue de la Ligue.

L'évaluation de cette expérimentation sera conduite par un cabinet spécialisé dont les résultats seront communiqués à l'issue du plan cancer 3.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 5.6 Sources bibliographiques

### [AERAS, 2016]

AERAS. AERAS - Le site officiel de la convention. Consulté le : 29/08/2016. <http://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil.html>

### [Bartholomew LK, 2011]

Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, et al. Planning health promotion programs ; an Intervention Mapping approach. 3<sup>e</sup> ed. San Francisco : Jossey-Bass ; 2011.

### [Beck F, 2012]

Beck F, Gautier A. Baromètre cancer 2010. Baromètres santé. INPES et INCa. Juin 2012. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/Barometres/BaroCancer2010/index.asp>

### [CISS, 2016]

CISS. Le baromètre des droits des malades. Mars 2016. <http://www.leciss.org/sites/default/files/CISS-Barometre-droits-des-malades-Resultats-complets.pdf>

### [Guilbert P, 2006]

Guilbert P, Peretti-Watel P, Beck F, et al. Baromètre cancer 2005. INPES. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/991.pdf>

### [INCa, 2012]

INCa. Etude sur l'annonce du diagnostic de cancer et le ressenti des malades en 2011. Collection Appui à la décision. Mai 2012 / Soins <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Etude-sur-l-annonce-du-diagnostic-de-cancer-et-le-ressenti-des-malades-en-2011>

### [INCa, 2014]

INCa. La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer. Collection Etat des lieux et des connaissances / Recherche. Mai 2014. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-deux-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-De-l-annonce-a-l-apres-cancer>

### [INCa, 2015]

INCa. Plan Cancer 2014-2019. Collection Documents institutionnels / Plan cancer. Février 2015. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>

### [Kalecinski J, 2016]

Kalecinski J, Dutertre V, Couvreur F, et al. « Ambassadeur-Emploi », maintien et retour à l'emploi des patients traités pour un cancer. Focus inégalités sociales de santé. 2016

### [L'observatoire Cancer Institut Curie - Viavoice, 2016]

L'observatoire Cancer Institut Curie - Viavoice. Observatoire 2016 : les perceptions des Français sur le cancer du sein. Septembre 2016. <http://curie.fr/actualites/observatoire-2016-perceptions-francais-sur-cancer-sein-007430>

### [La ligue contre le cancer, 2012]

La ligue contre le cancer. 1<sup>er</sup> rapport de « l'Observatoire sociétal des cancers ». Mars 2012. [https://www.ligue-cancer.net/article/8770\\_1er-rapport-de-l-observatoire-societal-des-cancers-](https://www.ligue-cancer.net/article/8770_1er-rapport-de-l-observatoire-societal-des-cancers-)

### [La ligue contre le cancer, 2013]

La ligue contre le cancer. 2<sup>ème</sup> rapport de « l'Observatoire sociétal des cancers ». Avril 2013. [https://www.ligue-cancer.net/article/10919\\_2e-rapport-de-l-observatoire-societal-des-cancers-](https://www.ligue-cancer.net/article/10919_2e-rapport-de-l-observatoire-societal-des-cancers-)

### [La ligue contre le cancer, 2014]

La ligue contre le cancer. 3<sup>ème</sup> rapport de « l'Observatoire sociétal des cancers ». Avril 2014. [https://www.ligue-cancer.net/article/27634\\_3e-rapport-de-lobservatoire-societal-des-cancers](https://www.ligue-cancer.net/article/27634_3e-rapport-de-lobservatoire-societal-des-cancers)

### [La ligue contre le cancer, 2015]

La ligue contre le cancer. 4<sup>ème</sup> rapport de l'Observatoire sociétal des cancers. Avril 2015. [https://www.ligue-cancer.net/article/32486\\_4e-rapport-de-lobservatoire-societal-des-cancers](https://www.ligue-cancer.net/article/32486_4e-rapport-de-lobservatoire-societal-des-cancers)

### [La ligue contre le cancer, 2016]

La ligue contre le cancer. 5<sup>e</sup> rapport de l'Observatoire sociétal des cancers. Juin 2016. [https://www.ligue-cancer.net/article/37650\\_5e-rapport-de-lobservatoire-societal-des-cancers](https://www.ligue-cancer.net/article/37650_5e-rapport-de-lobservatoire-societal-des-cancers)

### [Le Corroller-Soriano A-G, 2008]

Le Corroller-Soriano A-G, Malavoti L, Mermilliod C. La vie deux ans après le diagnostic de cancer. La documentation Française. 2008. <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/ouvrages-thematiques/article/la-vie-deux-ans-apres-le-diagnostic-de-cancer>

### [Loi du 26 janvier 2016]

LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. JORF n°0022 du 27 janvier 2016 [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=29D2E33D3259DBF2BF703BBCBF0777A2.tpdila10v\\_3?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031912638](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=29D2E33D3259DBF2BF703BBCBF0777A2.tpdila10v_3?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031912638)



**1** **ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7**

**2** **PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90**

**3** **DÉPISTAGE  
> 123**

**4** **SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140**

**5** **VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197**

# 6 LA RECHERCHE

**6.1** Organisation de la recherche, structures et moyens globaux pour la recherche sur le cancer ► **219**

**6.2** Grands programmes de recherche en partenariat ► **230**

**6.3** Sources bibliographiques ► **235**

Ce chapitre apporte une vision d'ensemble sur l'organisation, les structures et les moyens de la recherche en cancérologie et les principaux financeurs et opérateurs dans ce domaine. Les différentes formes de recherche : fondamentale, translationnelle et clinique, ainsi que les programmes de soutien aux projets de recherche sont répertoriés. Ces données sont extraites du dernier rapport scientifique de l'Institut National du Cancer [[INCa, 2017](#)] ou fournies par les deux associations nationales caritatives [[Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2016](#) ; [La Ligue contre le cancer, 2016](#)].

Les données relatives à la recherche ne sont pas forcément renouvelées chaque année, d'autant que les projets et études en cancérologie s'étendent sur plusieurs années ; de ce fait, certains éléments se retrouvent sur les rapports Les Cancers en France plusieurs années de suite.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## FAITS MARQUANTS

En 2015, près de 158 M€ ont été alloués à la recherche contre le cancer :

- 95,5 M€ par les organismes institutionnels (INCa, DGOS, ITMO Cancer-Aviesan) ;
- 24,5 M€ par la Fondation ARC ;
- 37,8 M€ par la Ligue nationale contre le cancer.

Pour toutes les structures soutenues et financées par l'INCa, cette année a marqué un véritable tournant : les SIRIC ont fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours, les labellisations des CLIP<sup>2</sup> et des Cancéro-pôles ont été renouvelées, et l'INCa réfléchit à la mise en place d'une nouvelle initiative, les plateformes TREPIED, visant à promouvoir la recherche clinique et translationnelle.

Parmi les initiatives dédiées à la médecine personnalisée, le programme AcSé vise à fournir aux patients un accès à des traitements anticancéreux basés sur les tests moléculaires réalisés dans les 28 plateformes de génétique moléculaire, à améliorer la sécurité d'accès à ces médicaments et à permettre l'évaluation de l'efficacité d'une thérapie ciblée en dehors d'une indication approuvée. Ce programme est présenté dans la revue Nature Reviews Clinical Oncology et est étendu à l'oncopédiatrie en 2016.

En 2016, le groupe de travail ICGC-sein a publié les premiers résultats du séquençage du génome entier de cancers du sein et du sous-groupe tumoral exprimant HER2. Ces travaux représentent une étape décisive pour la génétique des cancers du sein :

- Nature : *Landscape of somatic mutations in 560 breast cancer whole-genome sequences.*
- Nature Communications : *A whole-genome sequence and transcriptome perspective on HER2-positive breast cancers.*

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 6.1 Organisation de la recherche, structures et moyens globaux pour la recherche sur le cancer

### DONNÉES ESSENTIELLES – ORGANISATION DE LA RECHERCHE, STRUCTURES ET MOYENS GLOBAUX POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER

- En 2015, près de 158 M€ ont été alloués à la recherche contre le cancer :
  - 95,5 M€ par les organismes institutionnels (INCa, DGOS, ITMO Cancer-Aviesan) ;
  - 24,5 M€ par la Fondation ARC ;
  - 37,8 M€ par la Ligue nationale contre le cancer.
- En 2015, 6 nouvelles équipes d'excellence ont été sélectionnées dans le domaine du cancer dans le cadre d'un appel à candidatures ATIP Avenir (4 ITMO Cancer-Aviesan, 1 Fondation ARC, 1 Ligue nationale contre le cancer).
- En 2015, plus de 48 000 patients sont inclus dans les essais cliniques en cancérologie (+ 122% par rapport à 2008) dont 82% dans des essais académiques.
- Plus de 600 essais cliniques sont ouverts à l'inclusion d'après le registre de l'INCa en mai 2015.
- 8 sites labellisés de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) ont été engagés dans de grands projets en génomique et clinique depuis 2010 ; ils sont financés à hauteur de 64 millions d'euros (INCa, DGOS, ITMO Cancer-Aviesan).
- 16 centres d'essais cliniques de phase précoce (I et II) (CLIP<sup>2</sup>) ont été labellisés depuis 2010. Ils ont été renouvelés en 2015 ; 6 ont une valence pédiatrique, pour un financement de près de 11 millions d'euros.
- 7 Cancéropôles ont été labellisés une nouvelle fois sur 3 ans (2015-2017) ; une de leurs missions est de dynamiser la recherche multidisciplinaire *via* notamment l'émergence de nouveaux projets.

1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

3

DÉPISTAGE  
> 123

4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

6

LA RECHERCHE  
> 217

## 6.1.1 LES PRINCIPAUX ACTEURS, CHERCHEURS ET ÉQUIPES

Chaque année, les dépenses de recherche sur le cancer allouées par les financeurs publics (masse salariale et frais de structure inclus) et les deux organisations caritatives nationales (Fondation ARC et Ligue) sont estimées entre 350 et 400 millions d'euros. À ces financements s'ajoutent ceux de la Fondation institut Gustave-Roussy et la Fondation Curie, ces dernières bénéficiant également du soutien de la Fondation ARC et de la Ligue.

Environ 6 000 chercheurs, enseignants et techniciens travaillent sur le cancer en France (soit 800 équipes). Parmi ces équipes, 20% sont à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et 23% au Centre national de la recherche scientifique (CNRS). Les organismes de recherche publics, les universités et les établissements hospitalo-universitaires prennent en charge non seulement les salaires, mais aussi les infrastructures (locaux, équipements) et une partie de leur fonctionnement. Des compléments sont apportés par les organisations caritatives.

Chaque année, de jeunes chercheurs porteurs de projets d'excellence sont sélectionnés, dans le cadre d'un appel à candidatures ATIP-Avenir piloté par l'Inserm et le CNRS, et ayant pour objectif de créer et d'animer une équipe. En 2015, 6 jeunes chercheurs ont été sélectionnés dans le domaine du cancer ; ils reçoivent le soutien de l'ITMO Cancer-Aviesan (4 équipes), de la Fondation ARC (1 équipe), et de la Ligue (1 équipe).

Dans sa volonté de soutenir le développement de la recherche translationnelle en France, l'ITMO Cancer-Aviesan soutient l'initiative de l'Inserm permettant d'offrir aux étudiants en médecine, pharmacie, odontologie, et aux praticiens qui ont obtenu le diplôme donnant accès aux études, un poste d'accueil en recherche translationnelle pour une durée de deux ans renouvelable une année. En 2015, 2 postes d'accueil sont consacrés à la recherche translationnelle en cancérologie : 1 reçoit le soutien de l'ITMO Cancer-Aviesan et 1 celui de la Fondation ARC.

## 6.1.2 FINANCEMENT DES STRUCTURES ET INFRASTRUCTURES FACILITANT L'ORGANISATION ET LA COORDINATION DE LA RECHERCHE

Le soutien et la structuration de la recherche visent à promouvoir une recherche innovante et de qualité. Ce soutien répond à un triple objectif : dynamiser la recherche sur les cancers, coordonner les efforts déployés et favoriser le continuum entre la recherche et les soins. Le programme de recherche de l'INCa contribue à fournir un cadre favorable pour initier, encourager et soutenir la recherche au plus haut niveau international. L'INCa a mis en place des structures dédiées,

sélectionnées par des comités internationaux pour répondre aux enjeux scientifiques, médicaux et de santé publique dans le domaine du cancer. Ces structures ont permis des interactions multidisciplinaires importantes, ont fourni une base pour la coordination de la recherche scientifique fondamentale, clinique et populationnelle, au niveau régional en France, pour accélérer le transfert de l'innovation aux patients (Tableau 46).

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

## [Tableau 46] Structures et outils de recherche, coordonnés par l'INCa et mis en place dans le cadre des Plans cancer

Nom	Nombre	Domaine de recherche	Objectif	Année de sélection	Financement 2015 (M€)
Cancéro pôles*	7	Pluridisciplinaire	Coordination de la recherche	2011 & 2015	7,35
Tumorothèques**	58	Biologie	Outils de recherche	2004	12,6
Bases clinico-biologiques	14	Translational	Outils de recherche	2011, 2012 & 2013	1,24
SIRIC*	8	Pluridisciplinaire	Programmes de recherche	2011 & 2012	15,23
Plateformes de génétique moléculaire	28	Recherche clinique et soins	Infrastructures	2006	24,51
Intergroupes coopérateurs*	13	Recherche clinique	Coordination de la recherche	2012, 2013 & 2014	0,69
CLIP2*	16	Recherche clinique	Programmes de recherche	2010 & 2015	2,73
EMRC (équipes mobiles de recherche clinique)	70 ETP	Recherche clinique	Outils de recherche	2007	6,64
Registre des essais cliniques	1	Recherche clinique	Outils de recherche	2007	NA

\* Structures labellisées.

\*\* Montant estimé alloué par le Ministère de la Santé dans le cadre de l'investissement global dédié à la préparation, la conservation et le partage des ressources biologiques [24,9M€].

Source et traitement : INCa 2016.

### A - CANCÉROPÔLES : COORDINATION RÉGIONALE DE LA RECHERCHE

Au niveau régional, la création des sept Cancéro pôles a été l'une des mesures organisationnelles prises dans le cadre du premier Plan cancer 2003-2007. Ces Cancéro pôles, dont l'assise géographique et institutionnelle est désormais largement reconnue dans les régions et inter-régions, ont permis de générer un fort investissement des collectivités territoriales, industriel, du Fonds européen de développement régional (FEDER), pour abonder la recherche en oncologie. Cette valeur ajoutée des Cancéro pôles, soutenue par le Plan cancer 2014-2019, justifie la reconduction de la labellisation par l'action 16.6 pour une nouvelle période de 3 ans [2015-2017] [INCa, 2015b].

L'INCa a recentré les missions des Cancéro pôles sur l'animation scientifique pour l'émergence de projets de recherche, des jeunes chercheurs et équipes, et d'actions de structuration de la recherche. S'appuyant sur un réseau de recherche solide sur leur territoire, les Cancéro pôles ont pour objectif de dynamiser le développement de programmes de recherche multidisciplinaires innovants, de la recherche fondamentale au transfert des résultats, et de créer les conditions nécessaires à l'efficacité des infrastructures de recherche dans les régions, notamment par des mutualisations et des plateformes.

### B - SIRIC : SITES DE RECHERCHE INTÉGRÉE CONTRE LE CANCER

Dans le cadre de ses missions d'évaluation, l'INCa a organisé en 2015, en collaboration avec les partenaires financeurs, l'Inserm et le ministère de la Santé, l'évaluation à mi-parcours des 8 SIRIC labellisés. À l'issue de cette procédure, chaque SIRIC a reçu une synthèse présen-

tant les conclusions du comité d'évaluation scientifique international, ainsi que leurs recommandations pour la deuxième période de leur labellisation.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



## 3

DÉPISTAGE  
> 123



## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



## 6

LA RECHERCHE  
> 217



Le comité scientifique a félicité les SIRIC pour le travail réalisé et a reconnu les efforts de structuration, l'impact des activités menées, la qualité de la recherche produite et la dissémination de ses résultats. Le comité a encouragé les structures à poursuivre leurs efforts et initiatives pendant la deuxième période de labellisation, en mettant notamment l'accent sur :

- la promotion forte des approches multidisciplinaires dans les projets de recherche ;
- le développement de projets de qualité en sciences humaines et sociales et santé publique, initiés sur la base d'une stratégie claire et ambitieuse, les recherches en économie de la santé étant particulièrement intéressantes dans le contexte de développement de la médecine de précision ;
- le renforcement des actions de dissémination (non seulement sur la communication des résultats mais également en vue d'un transfert à la clinique) ;
- la poursuite et renforcement des collaborations inter-SIRIC.

Le comité a également recommandé aux SIRIC :

- une structure de gouvernance simple avec une forte implication de la direction des SIRIC ;
- une organisation simple des programmes, plateformes et activités du SIRIC ;
- des réunions régulières avec leur conseil scientifique international ;

- l'implication de représentants de patients dans les actions de dissémination, ainsi que dans la gouvernance des SIRIC et/ou les programmes de recherche intégrée ;
- de souligner la valeur ajoutée des SIRIC dans le but d'accroître leur visibilité nationale et internationale, et plus spécifiquement à travers les publications ayant bénéficié des apports des SIRIC ;
- la promotion, dans la mesure du possible, de la parité homme/femme pour les postes à responsabilité.

En parallèle de cette évaluation, l'équipe du Centre de Sociologie des Organisations a mené une analyse qualitative du fonctionnement d'un SIRIC. Dans ce cadre, 143 entretiens semi-directifs ont été réalisés, avec différents acteurs impliqués dans les 8 SIRIC. L'objectif de cette étude était de mettre en évidence les mécanismes organisationnels qui facilitent ou limitent la coopération au sein des SIRIC et notamment le rapprochement et les échanges entre la recherche et l'activité clinique. Les principaux résultats de cette analyse montrent que les SIRIC apparaissent comme des catalyseurs de dynamiques à la fois locales et internationales et qu'ils se distinguent principalement par les processus de structuration, mise en forme cognitive des forces locales de la recherche translationnelle et/ou label, du fait de leur ancrage dans des configurations locales singulières. Par ailleurs, l'intégration de l'anatomocytopathologie et de la bioinformatique apparaît aux acteurs comme deux enjeux clés, mais loin d'être évènements à réaliser en pratique.

## C - CLIP<sup>2</sup> : CENTRES D'ESSAIS CLINIQUES DE PHASES PRÉCOCES

Le Plan cancer 2009-2013 a initié la structuration de centres d'essais cliniques de phase précoce, et l'INCa a labellisé en 2010 16 centres [INCa, 2013]. Cette initiative a été un élément décisif pour l'accès aux molécules innovantes issues de partenariats public/privé. Après 4 années d'existence, le Plan cancer 2014-2019 a permis de poursuivre cette initiative en procédant à une nouvelle labellisation de ces structures en 2015. Ce changement par rapport à la labellisation

initiale a permis en particulier le rapprochement local de CLCC et de CHU autour d'un projet commun de centre d'essai clinique précoce. Par ailleurs, 6 des 16 CLIP<sup>2</sup> labellisés présentent une valence pédiatrique. Cette initiative a contribué à l'augmentation globale du nombre d'essais cliniques ouverts dans chaque centre labellisé (+86%), et du nombre de patients inclus dans ces essais (+136%), en particulier les phases I.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

## 3

DÉPISTAGE  
> 123

## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

## 6

LA RECHERCHE  
> 217

## 6.1.3 FINANCEMENTS INSTITUTIONNELS DES PROGRAMMES DE RECHERCHE PAR L'INCa, LA DGOS ET L'ITMO CANCER-AVIESAN

### A - INVESTISSEMENTS DE LA RECHERCHE SUR LE CANCER EN 2015

En 2015, l'INCa, le ministère de la Santé [DGOS] et l'Inserm pour l'ITMO Cancer-Aviesan ont alloué une enveloppe pluriannuelle de 95,5 M€ à des projets de recherche retenus à travers des appels à projets compétitifs et des subventions de labellisation. Cette même année, l'ITMO Cancer-Aviesan a également financé pour 4,9 M€ des équipements de laboratoires de recherche en cancérologie, qui ne figurent pas dans l'analyse ci-dessous.

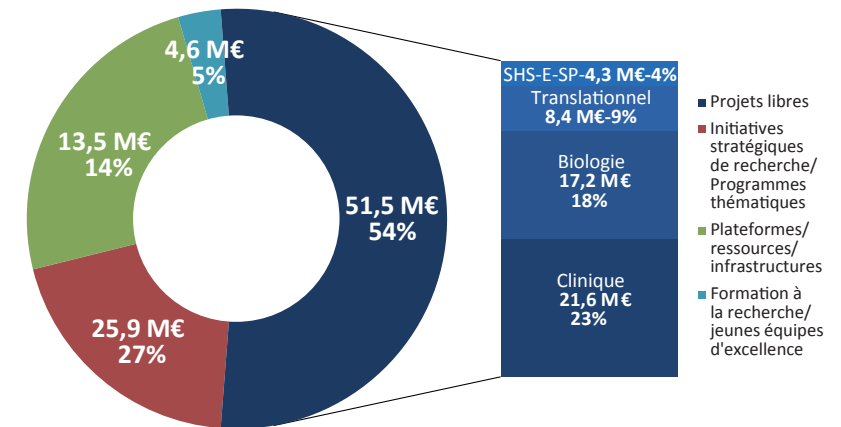
Le budget associé aux programmes gérés par l'INCa en 2015 s'élève à 73,9 M€, comprenant le financement du Ministère de la santé [DGOS], alors que les appels à projets de l'ITMO Cancer-Aviesan représentent environ 21,6 M€ [cf. Annexe E].

Les financements sont répartis en fonction des différentes catégories de programmes [Figure 98] :

- les projets libres concernent les quatre grands domaines de recherche [biologie, recherche translationnelle, recherche clinique et sciences sociales, épidémiologie et santé publique] ;
- les initiatives de recherche stratégique et les projets thématiques incluent les actions de l'INCa visant à soutenir la médecine de précision, les programmes de recherche thématiques gérés par l'ITMO Cancer - Aviesan, et les projets portant sur un type de tumeur en particulier à travers le programme de recherche intégrée soutenu par l'INCa, la Fondation ARC et la LNCC ;
- les plateformes, les ressources et les infrastructures ;
- la formation à la recherche et le soutien aux jeunes équipes d'excellence qui couvrent en particulier le programme ATIP-Avenir et la formation en recherche translationnelle.

Plus de 50 % du budget alloué a été consacré à des appels à projets libres compétitifs, gérés par l'INCa, tandis que les appels à projets thématiques lancés par l'ITMO Cancer-Aviesan et les initiatives stratégiques de recherche clinique soutenues par l'INCa ont représenté 27 % du financement total en 2015 [Figure 98]. La tendance des investissements de l'INCa est maintenue sur la période 2007-2015.

[Figure 98] Répartition des financements pluriannuels de la recherche sur le cancer par type de programme en 2015



Source et traitement : INCa 2016

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

## 3

DÉPISTAGE  
> 123

## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

## 6

LA RECHERCHE  
> 217

## B - INVESTISSEMENTS DE LA RECHERCHE SUR LE CANCER SUR LA PÉRIODE 2007-2015

Sur la période 2007-2015, 803 M€ ont été alloués pour les investissements de recherche par l'INCa, la DGOS et l'ITMO Cancer d'Aviesan dans les quatre grands domaines de recherche :

- biologie et sciences du cancer : 323 M€ ;
- recherche translationnelle : 184 M€ ;
- recherche clinique : 222 M€ ;
- recherche en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique : 74 M€.

Depuis 2007, 2 071 projets et candidatures ont été financés dans le cadre des différents appels à projets compétitifs et des appels à candidatures de labellisation.

Les projets relatifs au traitement et à la biologie représentent, respectivement, 28 % et 24 % des investissements de la recherche liée au cancer (Figure 99). Les projets sur les questions relatives à la lutte contre le cancer et la survie comptent pour 20 % du financement total sur cette période, notamment grâce à la labellisation des Cancéro-pôles, renouvelée en 2014, qui présente un axe dédié à la recherche en sciences humaines et sociales. La catégorie dépistage précoce, diagnostic et pronostic représente 16 % et inclut principalement la recherche translationnelle, le soutien aux plateformes de génétique moléculaire de l'INCa et la mise en œuvre du séquençage de nouvelle génération.

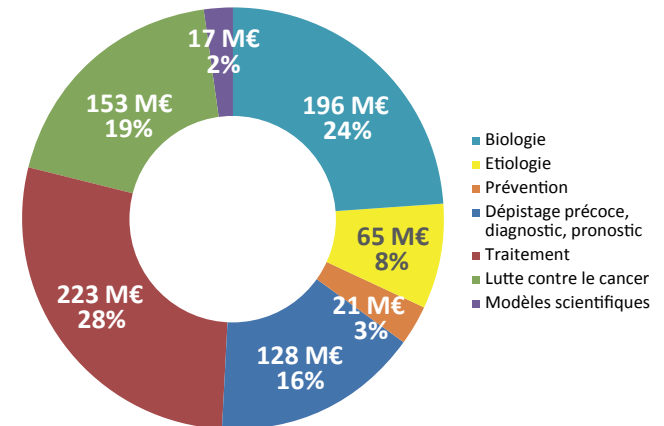
Les appels à projets libres associés aux quatre grands domaines de recherche (biologie, recherche translationnelle, recherche clinique et sciences sociales, épidémiologie et santé publique) constituent au total 53 % des investissements réalisés entre 2007 et 2015, soit environ 422 M€ (Figure 100). Le soutien apporté aux ressources et aux infrastructures représente un quart du financement total, soit environ 195 M€, soulignant ainsi la volonté de renforcer la structuration des activités de recherche sur le cancer. Le soutien de la formation en recherche sur le cancer et des jeunes chercheurs compte pour 3 % du budget total consacré en 2007-2015, soit environ 26 M€.

## FOCUS INÉGALITÉS



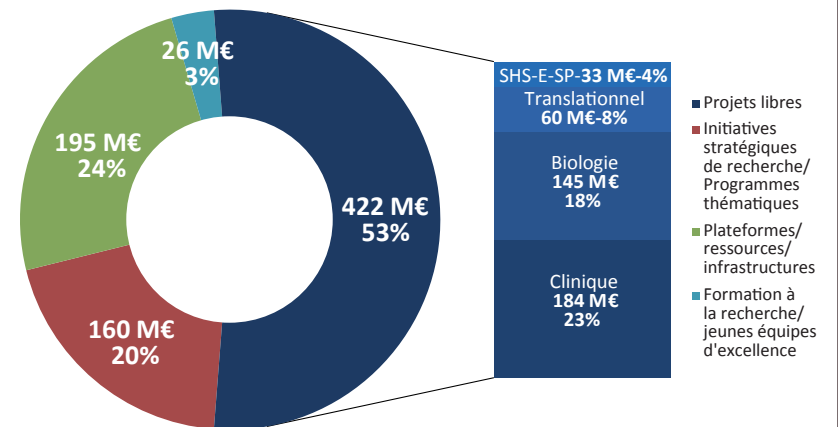
[Focus 4] Tendances entre 2010 et 2014  
des projets de recherche interventionnelle

[Figure 99] Répartition des financements pluriannuels de la recherche sur le cancer sur la période 2007-2015 selon la classification CSO : 803 M€



CSO = Common scientific outline  
Source et traitement : INCa 2016

[Figure 100] Répartition des financements pluriannuels de la recherche sur le cancer sur la période 2007-2015, par programme : 803 M€



Source et traitement : INCa 2016

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

3

DÉPISTAGE  
> 123

4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

6

LA RECHERCHE  
> 217

## 6.1.4 FINANCEMENTS DES PROGRAMMES DE RECHERCHE SUR LE CANCER PAR LES ORGANISMES CARITATIFS

Une partie des financements pour la recherche sur le cancer est issue de fonds privés. Les principaux organismes caritatifs en cancérologie, à savoir la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et la Ligue nationale contre le cancer, contribuent significativement au financement de la recherche en cancérologie avec 62,3 millions d'euros en 2015 à elles deux. Ces deux organismes financent essentiellement des projets, des équipes et attribuent des aides individuelles aux chercheurs. Les appels à projets sont évalués par des commissions nationales d'experts mais aussi par des experts étrangers.

Les financements concernent l'ensemble des dimensions de la recherche, depuis la recherche fondamentale jusqu'à la recherche clinique, les sciences humaines et sociales, l'épidémiologie et la santé publique.

La Fondation ARC et la Ligue sont membres du conseil d'administration de l'INCa, et elles s'associent au financement de programmes dédiés et partagés.

### A - BILAN ET FINANCEMENT ALLOUÉ PAR LA FONDATION ARC POUR LA RECHERCHE SUR LE CANCER

Chaque année, la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer identifie, sélectionne et met en œuvre les projets de recherche prometteurs, dans l'ensemble des champs de la cancérologie : recherche fondamentale, translationnelle et clinique, épidémiologie, sciences humaines et sociales.

En 2015, elle a consacré plus de 24 M€ à la recherche sur le cancer [Figure 102], permettant le lancement de plus de 270 nouveaux projets de recherche [Tableau 47] et des actions de soutien à la recherche dans le domaine de l'animation et de l'évaluation scientifique.

La Fondation ARC propose des appels à projets larges et libres qui ont fait l'objet en 2015 de près de 1 100 soumissions recouvrant tous les champs disciplinaires ayant trait au cancer.

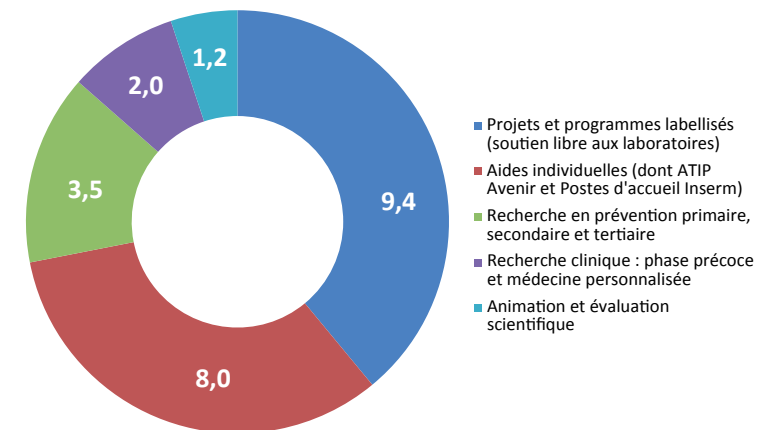
#### CHIFFRES CLÉS

la Fondation ARC  
pour la recherche sur le cancer en 2015

**24,2** millions d'euros alloués  
à la recherche sur le cancer

**274** projets soutenus

[Figure 102] Répartition du budget  
de la Fondation ARC en 2015 = montant 24,2 M€



Source : [Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2016]

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

## [Tableau 47] Répartition des financements de la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer par Cancéropôle en 2015

Cancéropôle	Nombre de projets	Financement en millions d'euros
Nord-Ouest	3	0,13
Ile-de-France	103	10,21
Grand-Ouest	15	0,57
Grand-Est	25	1,11
Grand-Sud-Ouest	49	4,00
Lyon/Auvergne/Rhône-Alpes	33	2,21
Provence-Alpes-Côte d'Azur	46	4,76
<b>Ensemble</b>	<b>274</b>	<b>22,99</b>

Source : [Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2016](#)

Le soutien proposé par la Fondation ARC s'adresse à l'ensemble des chercheurs à tous les niveaux de leur carrière, par le biais de plusieurs actions récurrentes :

### ► La formation des jeunes chercheurs

La Fondation ARC consacre chaque année une part importante de son financement de la recherche au soutien des jeunes chercheurs [master 2, doctorat et post-doctorat]. Dans ce cadre, 136 aides individuelles ont été attribuées en 2015 pour la formation de jeunes chercheurs à la recherche en cancérologie, en France et à l'étranger. La Fondation ARC est également partenaire pour les actions ATIP-Avenir et Postes d'accueil. Ainsi, la Fondation ARC a consacré en 2015 plus de 8,0 M€ au soutien aux jeunes chercheurs, soit près du tiers du budget total alloué à la recherche.

### ► L'émergence de nouvelles équipes ou thématiques

Les projets Fondation ARC visent à répondre à des besoins clairement exprimés par les chercheurs : explorer les pistes innovantes par des études pilotes et soutenir l'installation d'équipes émergentes. En 2015, l'appel à projets libres a permis de soutenir 117 nouveaux projets (à hauteur de 25 000 € par an pour 1 à 2 ans), pour un montant total de 5,6 M€.

### ► La mise en place de programmes labellisés

La Fondation ARC soutient les efforts en faveur d'une collaboration accrue des équipes françaises par l'attribution de « programmes labellisés Fondation ARC ». D'un montant pouvant aller jusqu'à 150 k€ par an pendant 3 à 5 ans, ces subventions sont attribuées à des projets de grande ampleur, pouvant regrouper jusqu'à cinq équipes travaillant en réseau. En 2015, la Fondation a attribué 11 nouveaux Programmes labellisés Fondation ARC (3,9 M€).

### ► Le lancement de grands appels à projet thématiques

En 2015, la Fondation ARC a poursuivi son engagement en faveur de la recherche en prévention à travers le programme « CANC'AIR : prévention des cancers liés à l'exposition aux polluants de l'air ». Elle a ainsi soutenu 3 programmes de recherche, d'une durée de 4 à 5 ans (2,6 M€).

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

La Fondation ARC s'associe également à d'autres acteurs reconnus de la cancérologie, en France et à l'étranger, pour accroître son impact dans des directions considérées comme stratégiques. Ainsi, depuis 2012, la Fondation ARC accentue son implication pour le développement de technologies innovantes par un partenariat avec l'Institut hospitalo-universitaire de Strasbourg, consacré à la chirurgie mini-invasive guidée par l'image. Entre 2012 et 2015, elle a investi plus de 2,4 M€ pour 4 projets de recherche. La Fondation ARC a également rejoint en 2013 le consortium international TRANSCAN, aux côtés de l'INCa et de nombreux acteurs académiques et caritatifs de pays européens. En 2015, elle a participé à un nouvel appel à projets consacré à la recherche translationnelle sur l'hétérogénéité des tumeurs afin de vaincre la récurrence et la résistance aux traitements, à l'issue duquel elle a soutenu financièrement cinq équipes françaises impliquées dans trois projets (1,0 M€).

La Fondation ARC a choisi de s'engager fortement dans le domaine de la recherche en oncopédiatrie. Cet engagement s'est notamment concrétisé en 2015 par le soutien apporté au projet MAPPYACTS

(1,6 M€), intégrant un vaste programme européen de séquençage du génome des tumeurs pédiatriques.

La Fondation ARC contribue à l'animation de la communauté scientifique et médicale, en apportant son soutien à l'organisation de manifestations scientifiques sur le territoire national (0,1 M€). Elle accompagne également des réseaux de recherche et des associations dont l'objectif est de dynamiser le tissu de recherche français. En 2015, elle a poursuivi les partenariats noués avec le réseau National alimentation cancer recherche (NACRe) et avec l'association Seintinelles (0,8 M€). Enfin, elle soutient les chercheurs ayant contribué par leurs précédents travaux à des avancées majeures en cancérologie par la remise de divers prix (prix Jeunes chercheurs, prix Équipe à l'honneur, prix Fondation ARC Léopold Griffuel) pour un montant total de 0,4 M€. En 10 ans (2006-2015), le soutien apporté par la Fondation ARC a bénéficié à près de 4 500 projets et s'élève à plus de 285 M€, ce qui en fait un acteur majeur dans le domaine de la recherche sur le cancer.

## B - BILAN ET FINANCEMENT ALLOUÉ PAR LA LIGUE NATIONALE CONTRE LE CANCER

Le budget global alloué à la recherche par la Ligue s'élevait en 2015 à 37,8 millions euros pour un total de 864 projets soutenus en France (dont 270 allocations attribuées à de jeunes chercheurs) (Tableau 48). La Ligue est engagée dans le soutien de toutes les disciplines de recherche, fondamentales et appliquées, dont les avancées contribuent à faire progresser la prévention, le dépistage, les traitements et plus globalement l'ensemble des dispositifs de prise en charge de la maladie. Ces soutiens se fondent sur des appels à projets nationaux (organisés

par la Fédération), régionaux et interrégionaux (organisés par les Comités départementaux), sur des initiatives spécifiques comme le projet de recherche translationnelle Cartes d'identité des tumeurs® (CIT) ou encore le soutien à la cohorte épidémiologique E3N, sur le soutien financier pluriannuel à des organismes de recherche (R&D Unicancer, EORTC) et sur la participation à des projets partenariaux comme, par exemple, ATIP-Avenir, les Programmes d'actions intégrées de recherche (PAIR) ou encore les CLIP<sup>2</sup> actifs en cancérologie pédiatrique.

[Tableau 48] Répartition par Cancéropôle des financements du soutien à la recherche de la Ligue en 2015

Cancéropôle	Nombre de projets	Financement en millions d'euros
Nord-Ouest	58	1,83 M€
Île-de-France	214	10,45 M€
Grand-Ouest	142	3,54 M€
Grand-Est	97	4,04 M€
Grand-Sud-Ouest	149	5,02 M€
Lyon/Auvergne/Rhône-Alpes	150	4,25 M€
Provence-Alpes-Côte d'Azur	54	2,76 M€
Financements transnationaux et internationaux	NA	5,95
<b>Ensemble</b>	<b>864</b>	<b>37,8 M€</b>

Source : [La ligue contre le cancer, 2016]

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

L'investissement de la Ligue dans la recherche fondamentale et translationnelle, en 2015 a représenté un budget global de 29,02 M€ (Tableau 49). Le programme «Équipes labellisées» s'impose comme le fer de lance du soutien apporté par la Ligue à la recherche fondamentale en cancérologie. Cent équipes de recherche sélectionnées pour leur excellence ont bénéficié de ce programme en 2015 pour un montant total attribué de 9,05 millions d'euros. Le financement de projets de recherche fondamentale hors programme «Équipes labellisées» a représenté un total de 9,04 millions d'euros pour 456 subventions de recherche. Le total des financements accordés dans le cadre du soutien aux jeunes chercheurs, allocations à la suite d'appels à projets et aides consenties dans le cadre de partenariats (ATIP-Avenir et bourses ICRETT), a représenté un total de 9,39 millions d'euros. Le programme de recherche translationnelle CIT a été doté d'un budget d'un montant de 1,54 million d'euros.

## [Tableau 49] Répartition par thématiques et programmes des soutiens à la recherche accordés par la Ligue en 2015 sur un montant total de 37,8 millions d'euros

<b>Recherche fondamentale</b>	
Equipes labellisées	9,05
Subventions de recherche fondamentale hors EL	9,04
Soutien aux jeunes chercheurs	9,39
<b>Recherche translationnelle</b>	
Cartes d'Identité des Tumeurs®	1,54
Recherche clinique	3,86
Épidémiologie	1,1
Sciences Humaines et Sociales	0,49
"Enfants, Adolescents et cancer"	0,45
PAIRs et CLIP <sup>2</sup>	1,31
<b>Organisation de colloques scientifiques</b>	<b>0,06</b>

Source : La ligue contre le cancer.

La Ligue soutient la recherche clinique [\[voir ci-après : C. La recherche clinique soutenue par les organismes caritatifs\]](#) afin d'améliorer l'accès à des soins novateurs pour tous les patients et de permettre la réalisation d'études portant sur des questions de santé publique échappant le plus souvent à la logique de l'industrie pharmaceutique (exemples : oncogériatrie, cancers rares). Le montant total accordé par la Ligue pour l'ensemble de ces actions s'est élevé à 3,86 millions d'euros en 2015.

Le soutien de la Ligue à la recherche en épidémiologie d'un montant de 1,10 million d'euros se concrétise par des appels à projets, ainsi

## CHIFFRES CLÉS

la Ligue nationale  
contre le cancer en 2015

**37,8** millions d'euros alloués  
à la recherche sur le cancer

**864** projets soutenus

La Ligue apporte également son soutien à des domaines de recherche plus appliquée avec ses programmes dédiés à la recherche clinique, à l'épidémiologie, aux sciences humaines et sociales et aux cancers des plus jeunes avec le nouveau programme «Enfants, Adolescents et Cancer».

que par la participation au financement de la cohorte E3N (Étude épidémiologique auprès des femmes de l'Éducation nationale). Cette dernière constitue un outil sans équivalent en France pour l'étude des facteurs (hormonaux, alimentaires, environnementaux, génétiques...) impactant le risque de cancer chez la femme. La Ligue contribue au développement des sciences humaines et sociales dans le champ du cancer *via* des appels à projets dédiés. Le financement total accordé en 2015 *via* ces appels à projets s'est élevé à 0,49 million d'euros. Le programme national «Enfants, Adolescents et Cancer», démarré en 2015, poursuit les objectifs du programme «Adolescents et Can-

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



## 3

DÉPISTAGE  
> 123



## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



## 6

LA RECHERCHE  
> 217



cer» [lancé au milieu des années 2000] et s'attaque à de nouvelles problématiques comme, par exemple, la compréhension des cancers pédiatriques réfractaires aux thérapies ou encore la prévention des effets secondaires et des séquelles pouvant découler des traitements. «Enfants, Adolescents et Cancer» est un programme de recherche action. Au-delà du financement de projets de recherche focalisés sur l'amélioration de la prise en charge médicale et psychologique, il se concrétise aussi par la création, au sein des structures de soins, d'espaces de vie dédiés aux adolescents et aux jeunes adultes atteints

de cancer. Le financement total attribué dans le cadre du programme «Enfants, Adolescents et Cancer» s'est élevé à 0,45 million d'euros en 2015.

Sur les dix dernières années [2006-2015], la Ligue a ainsi contribué à plus de 8500 projets de recherche sur le cancer pour un montant d'un peu plus de 360 millions d'euros, ce qui en fait le premier acteur du secteur caritatif engagé dans le domaine de la recherche sur le cancer en France.

## C - LA RECHERCHE CLINIQUE SOUTENUE PAR LES ORGANISMES CARITATIFS

### ► La Fondation ARC pour la recherche sur le cancer

La Fondation ARC a choisi d'accroître son soutien à la recherche clinique ces dernières années, convaincue de l'importance d'assurer un accès large aux nouvelles thérapies, sur tout le territoire, pour des patients de tout âge et atteints de tout type de cancer. Cette volonté stratégique de porter des projets cliniques au bénéfice des patients s'est concrétisée par plusieurs partenariats avec des acteurs français et internationaux.

La Fondation ARC s'implique dans le programme de recherche clinique mis en place dans les 16 centres d'essais cliniques de phase précoce en cancérologie [CLIP<sup>2</sup>].

Ces centres labellisés bénéficient d'un accès à des molécules innovantes, mises à disposition par des laboratoires pharmaceutiques français et étrangers. La Fondation ARC participe depuis 2011 au financement des essais cliniques de phase précoce mis en œuvre par l'INCa dans ces centres. Ainsi en 2015, elle a apporté son soutien à un nouvel essai clinique portant sur deux molécules innovantes, pour un montant total de près de 0,4 million d'euros.

### ► La Ligue nationale contre le cancer

L'engagement de la Ligue dans le soutien à la recherche clinique se concrétise par un appel à projets national «à deux volets», soutenant d'une part la mise en place de plateformes régionales de recherche clinique et, d'autre part, le développement de projets de recherche clinique.

L'action en faveur de la création de plateformes vise à mailler le territoire en offrant un soutien régional, voire interrégional ou national,

à la réalisation d'études thérapeutiques en cancérologie. Le soutien aux projets de recherche clinique, privilégie :

- les études d'impact qui évaluent l'impact de stratégies diagnostiques et thérapeutiques sur la santé des patients, leur qualité de vie et les coûts des prises en charge ;
- les études de pratiques dédiées à l'amélioration de la qualité des soins en cancérologie dans les domaines du traitement de la douleur, des soins palliatifs, des modes de prise en charge.

En 2015, les appels à projets nationaux ont abouti à la sélection de sept plateformes et de huit projets de recherche représentant un financement de 1,35 million d'euros. De plus, 29 subventions à des projets de recherche clinique ont été accordées *via* des appels à projets en régions ou en inter-régions pour un montant total de 0,97 million d'euros.

Il s'ajoute à ces actions une contribution financière aux essais cliniques promus par l'entité R&D d'Unicancer et l'Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer [EORTC] ainsi qu'au fonctionnement des 6 CLIP<sup>2</sup> développant une activité en cancérologie pédiatrique. Les contributions financières aux essais thérapeutiques promus par R&D Unicancer et l'EORTC se sont élevées respectivement à 1,19 million d'euros et 0,35 million d'euros, la participation au financement des six CLIP<sup>2</sup> actifs en cancérologie pédiatrique a été de 0,4 million d'euros.

Sur les dix dernières années [2006-2015], le total des montants accordés par la Ligue dans le cadre de l'ensemble de ses actions de soutien à la recherche clinique s'est élevé à un peu plus de de 46 millions d'euros.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 6.2 Grands programmes de recherche en partenariat

### DONNÉES ESSENTIELLES – PROGRAMMES DE RECHERCHE



- 71 projets ont été financés dans le cadre des 8 programmes PAIR lancés depuis 2007, pour un montant de 37,24 millions d'euros.
- 7 projets ont été retenus pour financement dans le cadre du programme Priorité Cancers Tabac.
- Plus de 14 000 tumeurs, représentant 25 pathologies cancéreuses différentes ont été étudiées dans le cadre du programme CIT depuis 2004 et 132 articles ont été publiés entre 2005 et 2015, dans des revues internationales de haut niveau.
- Lancement du programme international ICGCmed qui vise à relier les données ICGC aux renseignements cliniques pour accélérer l'intégration des découvertes génomiques à la pratique clinique.

1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

3

DÉPISTAGE  
> 123

4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 6.2.1 PROGRAMME CONJOINT D'ACTIONS INTÉGRÉES DE RECHERCHE DE L'INCA, DE LA FONDATION ARC ET DE LA LIGUE

### A - PROGRAMMES D'ACTIONS INTÉGRÉES DE RECHERCHE (PAIR)

Les Programmes d'actions intégrées de recherche (PAIR) s'adressent à des problématiques transversales et visent à aborder l'ensemble des dimensions et questions de recherche dans le cadre d'une pathologie : biologie fondamentale, recherche clinique, épidémiologie, technologies innovantes, prévention, dépistage, diagnostic, traitement et aspects humains, économiques et sociaux.

Ces programmes doivent ainsi permettre d'accroître, à travers la conception des projets, la fédération d'équipes de recherche ayant des regards originaux croisés sur les questions posées à l'interface de la biologie, de la clinique, de l'épidémiologie, des sciences humaines et sociales, de l'économie et de la santé publique.

Ce programme a pour ambition de faire coopérer toutes les disciplines scientifiques [recherche fondamentale, recherche clinique, épidémiologie, santé publique et sciences humaines et sociales] autour

de projets structurants. Cette interactivité entre les disciplines, dans une logique intégrée, doit permettre aux patients de bénéficier plus rapidement des avancées de la recherche.

Depuis 2010, le programme PAIR est mené par l'INCa et ses deux partenaires que sont la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et la Ligue nationale contre le cancer. Depuis 2007, l'INCa a géré 8 programmes PAIR, pour lesquels 71 projets ont été soutenus pour un montant total de 37,24 millions d'euros (Tableau 50). Ces financements couvrent l'ensemble des dimensions de la recherche sur le cancer.

#### CHIFFRES CLÉS

les PAIR depuis 2007

8 programmes

71 projets soutenus

37,24 millions d'euros

[Tableau 50] Programmes d'actions intégrées de recherche (PAIR) depuis 2007

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tumeur	Formes précoces du cancer colorectal	Lymphome	Hépatocarcinome	Prostate	VADS	Cancers gynécologiques	Mélanome	Formes précoces de cancers du sein
Financement total (M€)	4,34	5,21	5,96	5,3	4,13	3,41	5,12	3,77
Nombre de projets retenus	14	7	12	8	7	6	9	8

Source et traitement : INCa 2016

### B - PROGRAMME DE RECHERCHE ET D'INTERVENTIONS POUR RÉDUIRE LE TABAGISME ET INFLÉCHIR LA PRÉVALENCE DES CANCERS LIÉS AU TABAC - PRIORITÉ CANCERS TABAC

Coordonné par l'INCa, ce programme est inscrit dans le Plan Cancer 2014-2019 et est rattaché au Programme national de réduction du tabagisme (PNRT). Il s'agit d'un projet partenarial multidisciplinaire axé sur le tabac et les cancers qui y sont liés. Il a pour objectif de développer et mettre en place une stratégie intégrée pour soutenir la recherche et les actions concernant le tabagisme et les cancers liés

au tabac, et permettre aux décideurs, aux professionnels de santé et acteurs de prévention d'accélérer la mise en pratique des résultats de cette recherche dans l'élaboration de stratégies de lutte plus efficaces. Trois éditions sont prévues pour cet appel à projet (2015, 2016 et 2018). Elles couvriront un large éventail de disciplines, allant de la science fondamentale et clinique à la santé publique, en passant



1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

3

DÉPISTAGE  
> 123

4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

6

LA RECHERCHE  
> 217

par les technologies de l'information et de la communication, les sciences économiques et politiques, la sociologie, le droit, la biologie et l'épidémiologie.

Pour chaque édition, les axes seront réorientés en fonction des projets qui auront été soutenus et des avancées de la recherche dans ce domaine.

Les projets pluridisciplinaires attendus dans le cadre de la première édition (lancée en 2015) devaient s'inscrire dans l'un des 5 axes suivants :

- axe 1 : Déterminants et trajectoires du tabagisme ;
- axe 2 : Comportements du consommateur et des parties prenantes ;
- axe 3 : Systèmes électroniques de délivrance de nicotine [cigarettes électroniques] ;
- axe 4 : Sevrage tabagique des patients atteints de cancer ;
- axe 5 : Dépistage des cancers attribuables au tabac et recherche innovante concernant de nouvelles modalités de dépistage.

## 6.2.2 PROGRAMMES DE GÉNOMIQUE DU CANCER SOUTENUS PAR L'INCA, L'ITMO CANCER-AVIESAN ET LA LIGUE

### A - PROGRAMME CARTES D'IDENTITÉ DES TUMEURS® (CIT) DE LA LIGUE

Cartes d'identité des tumeurs® [CIT] est un programme de recherche initié par la Ligue en 2000. Entré en activité en 2003, CIT se focalise aujourd'hui sur la caractérisation de multiples types de tumeurs selon une approche pangénomique standardisée. Programme de recherche translationnelle, CIT fait progresser les connaissances sur les mécanismes de la cancérogenèse et contribue à la valorisation de ces avancées en accélérant leur transfert au lit du patient. Les projets réalisés dans le cadre de ce programme fédèrent des équipes de chercheurs et de cliniciens constituant des consortiums répartis sur l'ensemble du territoire. Un nouvel appel à projet plus particulièrement focalisé sur l'hétérogénéité tumorale et l'identification de marqueurs pour le diagnostic précoce non invasif a été lancé en novembre 2015. Entre l'année 2003 et la fin de l'année 2015, plus de 14 000 tumeurs représentant 25 pathologies cancéreuses différentes ont été étudiées. Cent trente-deux articles ont été publiés entre 2005 et 2015, dans des revues internationales de haut niveau. Des marqueurs ou

Cet appel à projets souhaitait également promouvoir des projets de recherche interventionnelle et des études sur les populations suivantes : les femmes, les adolescents et jeunes adultes et les populations précaires. La question des inégalités, qu'elles soient sociales, culturelles, économiques et territoriales, était une thématique transversale à tous les axes.

Parmi les 21 projets reçus, 7 ont été sélectionnés par le comité d'évaluation international (taux de sélection 30 %). Ils seront financés à hauteur de 3,52 M€ par l'INCa, avec une contribution financière de la Fondation ARC et de la Ligue nationale contre le cancer.

### CHIFFRES CLÉS

Priorité Cancers tabac

**7** projets soutenus  
**3,52** millions d'euros

### CHIFFRES CLÉS

Programme CIT [2003-2015]  
**14 000** tumeurs étudiées  
**25** pathologies cancéreuses concernées  
**132** articles publiés

des kits moléculaires, découverts grâce au programme CIT, concernant les cancers basaloïdes du poumon, les gliomes et les corticosurrénalomes font aujourd'hui l'objet d'une utilisation en routine dans des unités spécialisées. Deux kits diagnostiques et pronostiques pour les carcinomes hépatocellulaires ont été développés à partir de travaux de l'équipe CIT et font aujourd'hui l'objet d'une commercialisation par une société privée. D'autres kits sont en cours de développement pour de nombreuses autres localisations (cancers du côlon, du sein, du rein, de la vessie, VADS, etc.).

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

## 3

DÉPISTAGE  
> 123

## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

## 6

LA RECHERCHE  
> 217

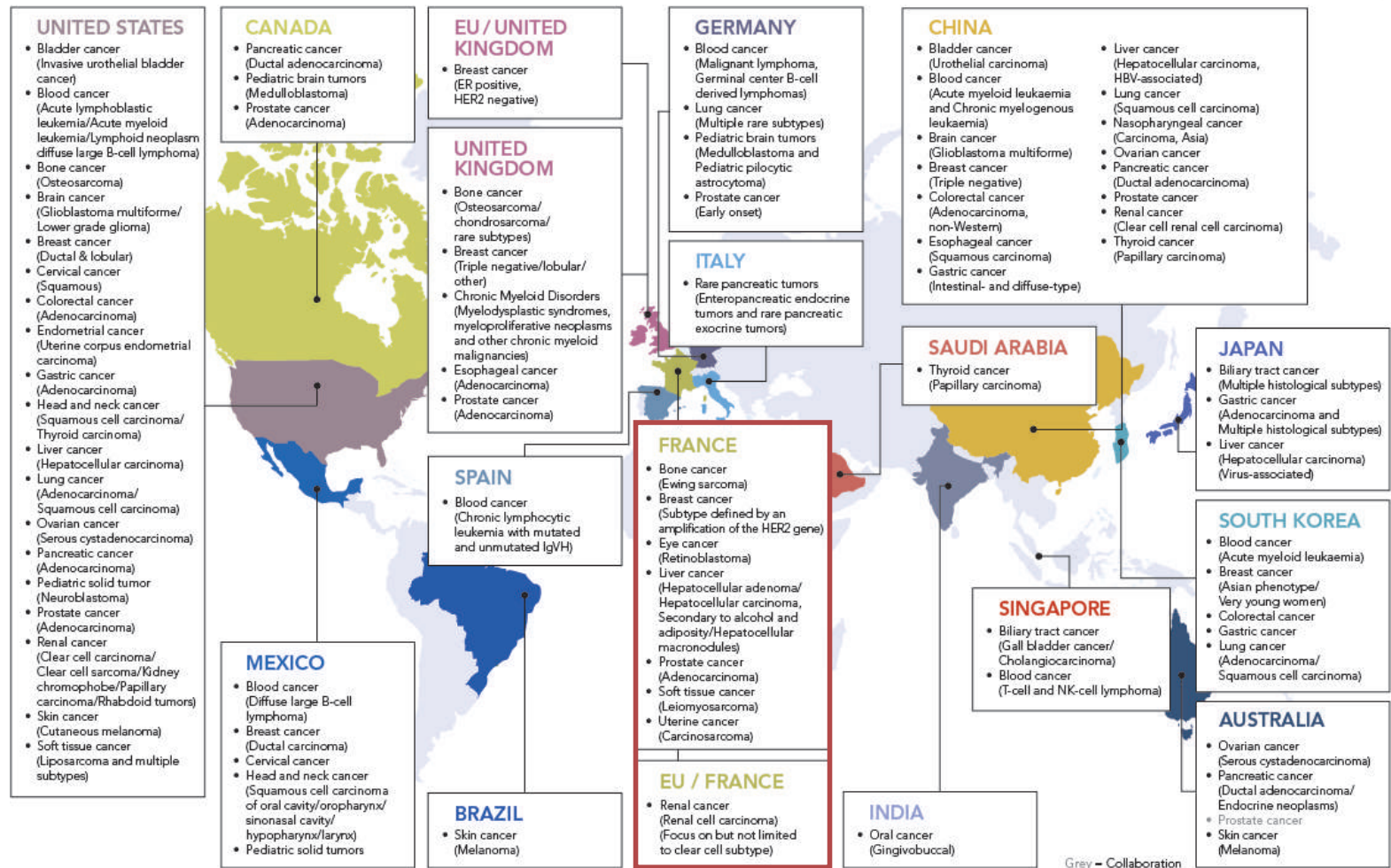
- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## B - LE CONSORTIUM INTERNATIONAL DE GÉNOMIQUE DU CANCER

Le consortium international de génomique du cancer (ICGC) a été créé en 2008 afin de rassembler des chercheurs du monde entier pour séquencer et analyser de manière approfondie les modifications génomiques, transcriptomiques et épigénomiques dans 50 types ou sous-types de tumeurs différents ayant une importance clinique et sociétale. Ce programme a pour but de mettre les données à la

disposition de l'ensemble de la communauté scientifique le plus rapidement possible, avec un minimum de restrictions, afin d'accélérer la recherche sur les causes du cancer et la lutte contre la maladie. En décembre 2015, le consortium a reçu des engagements de la part d'organismes de financement en Asie, en Australie, en Europe et en Amérique du Nord et du Sud pour 85 projets [Figure 103].

[Figure 103] Carte des projets ICGC, décembre 2015



Source : ICGC. Traitement : INCa 2016

## 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



## 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



## 3

DÉPISTAGE  
> 123



## 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



## 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



## 6

LA RECHERCHE  
> 217



L'INCa coordonne la participation française au programme ; l'INCa et l'ITMO Cancer-Aviesan soutiennent les projets suivants :

- le projet cancer du foie, coordonné par le Pr Jessica Zucman-Rossi ;
- le projet cancer du sein, coordonné par le Dr Alain Viari et le Pr Gilles Thomas [†] ;
- le projet cancer de la prostate, coordonné par le Pr Olivier Cussenot ;
- le projet sarcome d'Ewing, coordonné par le Pr Olivier Delattre ;
- le projet rétinoblastome, coordonné par le Dr Francois Radvanyi ;
- le projet carcinosarcomes gynécologiques, coordonné par le Pr Alain Puisieux ;
- le projet léiomyosarcome, coordonné par le Dr Frédéric Chibon ;
- le projet leucémie polymphocytaire B, coordonné par le Dr Olivier Bernard.

Les projets rétinoblastome, carcinosarcomes gynécologiques, léiomyosarcome et leucémie polymphocytaire B font partie du programme dédié aux cancers rares.

### C - LE PROGRAMME ICGCmed

Le consortium international de génomique du cancer pour la médecine (ICGCmed) vise à relier les données de l'ICGC aux renseignements cliniques afin d'accélérer l'intégration des découvertes génomiques à la pratique clinique pour orienter la prévention, le dépistage précoce, le diagnostic et le pronostic et pour fournir l'information nécessaire pour relier la maladie de chaque patient aux traitements les plus efficaces [ICGCmed, 2016].

Les premiers résultats du séquençage du génome entier de 560 échantillons de cancer du sein, analysés par le groupe de travail ICGC-sein, ont été publiés dans le journal Nature en mai 2016 dans un papier cosigné par Gilles Thomas et Michael Stratton [Nik-Zainal S, 2016].

Les premiers résultats des travaux français, publiés dans Nature Communications, basés sur une caractérisation génomique en profondeur de 64 tumeurs du sein HER2-positives, montrent qu'il existe quatre sous-groupes génomiques distincts en termes de mutations somatiques et variations structurales [Ferrari A, 2016]. Ces travaux suggèrent que, malgré la classification clinique basée sur la seule amplification du gène ERBB2, les tumeurs HER2-positives se confondent dans le spectre des cancers du sein allant du luminal au basal plutôt que de former un sous-groupe à part. Par ailleurs, ces résultats permettent une redéfinition de l'amplicon ERBB2, de 106kb.

ICGCmed tirera parti de l'expertise scientifique du consortium ICGC pour l'analyse des génomes de plus de 200 000 patients pour 2025. Ce programme s'appliquera à un vaste éventail de tumeurs allant des cancers au stade précoce jusqu'aux cancers métastatiques et permettra également de déterminer les éléments génétiques de l'efficacité thérapeutique et de trouver les causes de la résistance aux traitements.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## 6.3 Sources bibliographiques

### [Ferrari A, 2016]

Ferrari A, Vincent-Salomon A, Pivot X, et al. A whole-genome sequence and transcriptome perspective on HER2-positive breast cancers. *Nature Communications*. 2016;7:12222.

### [Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, 2016]

Fondation ARC pour la recherche sur le cancer. Rapport de gestion 2015. Juillet 2016. <https://www.fondation-arc.org/publications/460-rapport-de-gestion-fondation-arc-2015/file>

### [Hawe P, 2009]

Hawe P, Potvin L. What is population health intervention research? *Can J Public Health*. 2009;7.

### [ICGCmed, 2016]

ICGCmed. International Cancer Genome Consortium for Medicine - Linking Genomics to Clinical Information. Consulté le: 22/11/2016. <http://icgcmed.org>

### [INCa, 2013]

INCa. Plan cancer 2009-2013: Rapport final au président de la République. Juin 2013. <http://www.e-cancer.fr/Plan-cancer/Les-Plans-cancer-de-2003-a-2013/Le-Plan-cancer-2009-2013>

### [INCa, 2015a]

INCa. Appel à projets - Recherche interventionnelle en santé des populations: agir à tous les temps du cancer. Consulté le: 20/04/2017. <http://www.e-cancer.fr/Institut-national-du-cancer/Appels-a-projets/Appels-a-projets-resultats/RISP-2016>

### [INCa, 2015b]

INCa. Plan Cancer 2014-2019. Collection Documents institutionnels / Plan cancer. Février 2015. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Plan-Cancer-2014-2019>

### [INCa, 2017]

INCa. Rapport scientifique. Janvier 2017. <http://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Institut-national-du-cancer-Rapport-scientifique-2015-2016>

### [La ligue contre le cancer, 2016]

La ligue contre le cancer. Rapport d'activités 2015. Avril 2016. [https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/bilan\\_activite\\_2015.pdf](https://www.ligue-cancer.net/sites/default/files/bilan_activite_2015.pdf)

### [Nik-Zainal S, 2016]

Nik-Zainal S, Davies H, Staaf J, et al. Landscape of somatic mutations in 560 breast cancer whole-genome sequences. *Nature*. 2016;534(7605):47-54.

### [Whitehead M, 2007]

Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2007 June 1, 2007;61(6):473-8.



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## Table des tableaux

[\[Tableau 1\]](#) Prévalence partielle (à 1, 5 et 10 ans) et totale pour les 3 cancers les plus fréquents en termes d'incidence en France métropolitaine en 2008 chez les 15 ans et plus ▶ 18

[\[Tableau 2\]](#) Incidence des cancers de l'enfant en France métropolitaine en 2007-2011 : nombre de nouveaux cas, taux spécifiques par tranche d'âge et répartition en fréquence ▶ 21

[\[Tableau 3\]](#) Variation temporelle de l'incidence des cancers de l'enfant en France métropolitaine entre 2000 et 2011 ▶ 22

[\[Tableau 4\]](#) Taux de survie à 5 ans des enfants atteints d'un cancer sur la période 2000-2011 par tranche d'âge ▶ 24

[\[Tableau 5\]](#) Distribution des différents types de cancers chez l'adolescent (15-17 ans) en France métropolitaine en 2011 ▶ 27

[\[Tableau 6\]](#) Survie nette du cancer du poumon à 5, 10 et 15 ans en France métropolitaine, par âge et sexe ▶ 36

[\[Tableau 7\]](#) Prévalence du cancer du poumon en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe, en France métropolitaine ▶ 37

[\[Tableau 8\]](#) Survie nette des cancers « tête et cou » à 5, 10 et 15 ans en France métropolitaine, par âge et sexe ▶ 43

[\[Tableau 9\]](#) Prévalence des cancers LBP en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe, France métropolitaine ▶ 44

[\[Tableau 10\]](#) Survie nette du cancer du larynx à 5, 10 et 15 ans en France métropolitaine, par âge et sexe ▶ 50

[\[Tableau 11\]](#) Prévalence du cancer du larynx en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe, France métropolitaine ▶ 50

[\[Tableau 12\]](#) Estimation de la distribution des stades de cancer colorectal au diagnostic en 2009-2012 en France métropolitaine ▶ 56

[\[Tableau 13\]](#) Survie nette du cancer colorectal à 5, 10 et 15 ans en France métropolitaine, par âge et sexe ▶ 57

[\[Tableau 14\]](#) Prévalence du cancer colorectal en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe, France métropolitaine ▶ 58

[\[Tableau 15\]](#) Survie nette du cancer de la prostate à 5, 10 et 15 ans en France métropolitaine, par âge ▶ 63

[\[Tableau 16\]](#) Prévalence du cancer de la prostate en 2008 chez les 15 ans et plus, en France métropolitaine ▶ 64

[\[Tableau 17\]](#) Survie nette du cancer du sein à 5 et 10 ans en France métropolitaine, par âge ▶ 69

[\[Tableau 18\]](#) Prévalence du cancer du sein en 2008 chez les 15 ans et plus, en France métropolitaine ▶ 70

[\[Tableau 19\]](#) Survie nette du cancer du col de l'utérus à 5 et 10 ans en France métropolitaine, par âge ▶ 75

[\[Tableau 20\]](#) Prévalence du cancer du col de l'utérus en 2008 chez les 15 ans et plus, en France métropolitaine ▶ 76

[\[Tableau 21\]](#) Survie nette du mélanome cutané à 5 et 10 ans en France métropolitaine, par âge et sexe ▶ 82

[\[Tableau 22\]](#) Prévalence du mélanome cutané en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe, France métropolitaine ▶ 83

[\[Tableau 23\]](#) Incidence estimée en 2012 en France métropolitaine pour les hémopathies malignes les plus fréquentes ▶ 85

[\[Tableau 24\]](#) Tendances évolutives du taux d'incidence standardisé sur la population mondiale sur la période la plus récente, pour les hémopathies malignes les plus fréquentes en 2012 en France métropolitaine ▶ 86

[\[Tableau 25\]](#) Survie nette standardisée des 3 sous-types d'hémopathies malignes les plus fréquentes chez les personnes diagnostiquées entre 1995 et 2010, France métropolitaine ▶ 86

[\[Tableau 26\]](#) Tendances évolutives de la survie nette standardisée pour les trois sous-types d'hémopathies malignes les plus fréquentes entre les personnes diagnostiquées entre 1995-1998 et celles diagnostiquées récemment en France métropolitaine ▶ 87

[\[Tableau 27\]](#) Prévalence des hémopathies malignes en 2008 chez les 15 ans et plus, par sexe en France métropolitaine ▶ 87

[\[Tableau 28\]](#) Usages de produits psychoactifs parmi les lycéens en 2015 par sexe et filière scolaire [%] ▶ 98

[\[Tableau 29\]](#) Proportion de salariés exposés aux produits chimiques cancérigènes selon le type de métiers ▶ 113

[\[Tableau 30\]](#) Proportion de salariés exposés aux produits chimiques cancérigènes selon les secteurs d'activité ▶ 113

[\[Tableau 31\]](#) Estimations des parts attribuables de cancers aux expositions à l'amiant en France pour quatre cancers ▶ 114

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- [\[Tableau 32\]](#) Arrêt tabagique selon la localisation du cancer diagnostiqué ▶ 119
- [\[Tableau 33\]](#) Indicateurs d'efficacité précoce du programme de dépistage du cancer du sein ▶ 126
- [\[Tableau 34\]](#) Évolution des délais d'obtention des examens entre 2010 et 2014 ▶ 145
- [\[Tableau 35\]](#) Récapitulatif des tests réalisés par les plateformes de génétique moléculaire des cancers ▶ 146
- [\[Tableau 36\]](#) Nombre de tests selon la localisation cancéreuse en relation avec les thérapies ciblées depuis 2007 ▶ 147
- [\[Tableau 37\]](#) Renouvellement des effectifs dans la spécialité étudiée ▶ 151
- [\[Tableau 38\]](#) Répartition du nombre de patients âgés de 0 à 24 ans ayant une hospitalisation liée au cancer dans les établissements MCO en 2015 ▶ 165
- [\[Tableau 39\]](#) Nombre de malades relevant de l'oncogériatrie en milieu hospitalier MCO en 2015 ▶ 166
- [\[Tableau 40\]](#) Répartition des personnes atteintes de cancer hospitalisées en MCO par sexe et par âge en 2015 ▶ 169
- [\[Tableau 41\]](#) Répartition des séjours et séances par types de traitement du cancer en 2015 ▶ 171

- [\[Tableau 42\]](#) Valorisation en cancérologie dans les établissements MCO ▶ 187
- [\[Tableau 43\]](#) Prise en charge financière des personnes ayant eu recours à des services d'aide à domicile ▶ 206
- [\[Tableau 44\]](#) Profil des aidants de personnes atteintes d'un cancer ▶ 207
- [\[Tableau 45\]](#) Conditions d'accès à une assurance emprunteur dans le cadre du titre IV de la Convention AERAS, sans surprime ni exclusion de l'affection, par type d'affections [grille de référence publiée le 04/02/2016] ▶ 212
- [\[Tableau 46\]](#) Structures et outils de recherche, coordonnés par l'INCa et mis en place dans le cadre des Plans cancer ▶ 221
- [\[Tableau 47\]](#) Répartition des financements de la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer par Cancéropôle en 2015 ▶ 226
- [\[Tableau 48\]](#) Répartition par Cancéropôle des financements du soutien à la recherche de la Ligue en 2015 ▶ 227
- [\[Tableau 49\]](#) Répartition par thématiques et programmes des soutiens à la recherche accordés par la Ligue en 2015 sur un montant total de 37,8 millions d'euros ▶ 228
- [\[Tableau 50\]](#) Programmes d'actions intégrées de recherche (PAIR) depuis 2007 ▶ 231

- [+ Table des tableaux > 236](#)
- [+ Table des figures > 238](#)
- [+ Table des encadrés > 241](#)
- [+ Table des focus > 242](#)
- [+ Table des annexes > 243](#)
- [+ Glossaire > 244](#)
- [+ Liste des acronymes et des sigles > 246](#)

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## Table des figures

[\[Figure 1\]](#) Évolution de l'incidence et de la mortalité « Tous cancers » selon le sexe de 1980 à 2012 en France métropolitaine ▶ 11

[\[Figure 2\]](#) Classement des tumeurs solides par incidence estimée en 2015 en France métropolitaine selon le sexe ▶ 13

[\[Figure 3\]](#) Classement des tumeurs solides par mortalité estimée en 2015 en France métropolitaine selon le sexe ▶ 14

[\[Figure 4\]](#) Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale « tous cancers » à l'échelle départementale [2011-2013] ▶ 15

[\[Figure 5\]](#) Tendances de la survie nette standardisée sur l'âge, à 5 ans, par type de tumeur solide : comparaison des périodes de diagnostic 1989-1993 et 2005-2010 en France métropolitaine ▶ 17

[\[Figure 6\]](#) Risque relatif du second cancer en fonction du type de premier cancer selon le sexe ▶ 19

[\[Figure 7\]](#) Risque relatif de cancer de l'enfant dans les départements français [2000-2011] ▶ 23

[\[Figure 8\]](#) Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du poumon selon le sexe de 1980 à 2012 en France métropolitaine ▶ 32

[\[Figure 9\]](#) Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du poumon à l'échelle départementale selon le sexe [2008-2010] ▶ 34

[\[Figure 10\]](#) Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer du poumon à l'échelle départementale [2011-2013] ▶ 35

[\[Figure 11\]](#) Évolution de l'incidence et de la mortalité des cancers LBP de 1980 à 2012 selon le sexe en France métropolitaine ▶ 39

[\[Figure 12\]](#) Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale par cancers LBP à l'échelle départementale [2008-2010] ▶ 41

[\[Figure 13\]](#) Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancers LBP à l'échelle départementale [2011-2013] ▶ 42

[\[Figure 14\]](#) Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du larynx de 1980 à 2012 en France métropolitaine ▶ 46

[\[Figure 15\]](#) Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du larynx à l'échelle régionale [2008-2010], chez l'homme ▶ 48

[\[Figure 16\]](#) Intervalles de prédiction des taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du larynx à l'échelle régionale [2008-2010], chez la femme ▶ 48

[\[Figure 17\]](#) Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer du larynx à l'échelle départementale [2011-2013] chez l'homme ▶ 49

[\[Figure 18\]](#) Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer colorectal selon le sexe de 1980 à 2012 en France métropolitaine ▶ 52

[\[Figure 19\]](#) Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer colorectal à l'échelle départementale selon le sexe [2008-2010] ▶ 54

[\[Figure 20\]](#) Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer colorectal à l'échelle départementale selon le sexe [2011-2013] ▶ 55

[\[Figure 21\]](#) Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer de la prostate de 1980 à 2012 en France métropolitaine ▶ 60

[\[Figure 22\]](#) Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer de la prostate à l'échelle départementale [2008-2010] ▶ 62

[\[Figure 23\]](#) Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer de la prostate à l'échelle départementale [2011-2013] ▶ 62

[\[Figure 24\]](#) Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du sein de 1980 à 2012 en France métropolitaine ▶ 66

[\[Figure 25\]](#) Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du sein à l'échelle départementale [2008-2010] ▶ 67

[\[Figure 26\]](#) Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer du sein à l'échelle départementale [2011-2013] ▶ 67

[\[Figure 27\]](#) Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer du col de l'utérus de 1980 à 2012 en France métropolitaine ▶ 72

[\[Figure 28\]](#) Taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du cancer du col de l'utérus à l'échelle départementale [2008-2010] ▶ 73

[\[Figure 29\]](#) Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par cancer du col de l'utérus à l'échelle départementale [2011-2013] ▶ 73

[\[Figure 30\]](#) Évolution de l'incidence et de la mortalité par mélanome cutané de 1980 à 2012 en France métropolitaine ▶ 78

[\[Figure 31\]](#) Intervalles de prédiction des taux d'incidence standardisés sur la population mondiale du mélanome cutané à l'échelle régionale [2008-2010] ▶ 80

[\[Figure 32\]](#) Taux de mortalité standardisés sur la population mondiale par mélanome cutané à l'échelle départementale [2011-2013] ▶ 81

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

**[Figure 33]** Nombre de cas de cancers attribuables aux différents facteurs de risque de cancer en France en 2000 ▶ 93

**[Figure 34]** Le tabac, facteur de risque dans la survenue de plusieurs cancers ▶ 95

**[Figure 35]** Fractions des décès attribuables au tabagisme selon la localisation cancéreuse. Estimation pour la France métropolitaine dans la population âgée de 35 ans et plus, année 2013 ▶ 96

**[Figure 36]** Proportion de fumeurs quotidiens et occasionnels selon le sexe parmi les 15-75 ans en France en 2014 et 2015 ▶ 97

**[Figure 37]** Vente d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litre d'alcool pur) ▶ 101

**[Figure 38]** Niveaux de preuves de relation entre les facteurs nutritionnels et différentes localisations cancéreuses ▶ 105

**[Figure 39]** Évolution du gradient social de l'IMC z-score à l'inclusion (T0) et après intervention (T1) selon le FAS en 5 classes ▶ 106

**[Figure 40]** Niveaux de preuves entre les principaux facteurs environnementaux avérés et différentes localisations des cancers ▶ 108

**[Figure 41]** Niveaux de preuves entre les principaux facteurs de risque en milieu professionnel avérés et différentes localisations des cancers ▶ 112

**[Figure 42]** Niveaux de preuves entre les principaux facteurs de risque de cancer infectieux et localisations des cancers ▶ 116

**[Figure 43]** Pourcentage des jeunes filles de 16 ans ayant reçu trois doses de vaccin contre les HPV ▶ 117

**[Figure 44]** Couverture vaccinale hépatite B « 3 doses » à l'âge de 24 mois, France, 1998-2014 ▶ 118

**[Figure 45]** Participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein [taux standardisés\*] selon les départements en 2015 ▶ 126

**[Figure 46]** Taux de tests immunologiques positifs, par sexe et par département, pour la période du 14 avril au 31 décembre 2016. Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Années 2015-2016 ▶ 132

**[Figure 47]** Proportion de femmes ayant réalisé au moins un frottis cervico-utérin en 4 ans (2010-14) selon l'âge ▶ 134

**[Figure 48]** Dépistage du cancer du col de l'utérus. Taux de réalisation d'au moins un frottis cervico-utérin pour 2010-2014 selon les départements de France ▶ 134

**[Figure 49]** Schéma de l'étude ▶ 135

**[Figure 50]** Densité des oncologues médicaux et radiothérapeutes pour 100 000 habitants au 4 mars 2016 ▶ 149

**[Figure 51]** Densité d'anatomocytologistes pour 100 000 habitants au 4 mars 2016 ▶ 150

**[Figure 52]** Progression des effectifs ETP de médecins médicaux dédiés à la radiothérapie ▶ 151

**[Figure 53]** Médecins médicaux en formation au DQPRM ▶ 153

**[Figure 54]** Évolution des effectifs ETP des dosimétristes ▶ 153

**[Figure 55]** Évolution du niveau de mise en oeuvre du dispositif d'annonce par les 3C depuis 2010 ▶ 156

**[Figure 56]** Évolution du nombre de fiches de RCP annuelles déclarées par les RRC depuis 2005 ▶ 157

**[Figure 57]** Évolution du nombre annuel de PPS remis aux patients depuis 2009 ▶ 158

**[Figure 58]** Nombre de projets sélectionnés par spécialité médicale ▶ 160

**[Figure 59]** Répartition des consultations d'oncogénétique en France en 2015 ▶ 163

**[Figure 60]** Évolution du nombre de consultations d'oncogénétique depuis 2003 ▶ 164

**[Figure 61]** Évolution des inclusions de patients âgés de 75 et plus dans un essai clinique ▶ 167

**[Figure 62]** Évolution du nombre de personnes atteintes de cancer hospitalisées en MCO depuis 2010 ▶ 169

**[Figure 63]** Évolution de l'activité en cancérologie en MCO depuis 2010 ▶ 170

**[Figure 64]** Répartition des séjours et séances par catégories d'établissements en MCO en 2015 ▶ 170

**[Figure 65]** Évolution du nombre de personnes hospitalisées en HAD depuis 2010 ▶ 172

**[Figure 66]** Évolution de l'activité en cancérologie en HAD depuis 2010 ▶ 172

**[Figure 67]** Évolution du nombre de personnes hospitalisées en SSR depuis 2010 ▶ 173

**[Figure 68]** Évolution de l'activité en cancérologie en SSR depuis 2010 ▶ 174

**[Figure 69]** Évolution du nombre de personnes opérées pour cancer en MCO depuis 2010 ▶ 176

**[Figure 70]** Évolution de l'activité de chirurgie carcinologique en MCO depuis 2010 ▶ 176

**[Figure 71]** Évolution de l'activité de chirurgie ambulatoire en MCO depuis 2010, par localisation ▶ 177

**[Figure 72]** Répartition de l'activité de chirurgie carcinologique par catégories d'établissements en MCO en 2015 ▶ 177

**[Figure 73]** Répartition des séjours pour mastectomies partielles en MCO selon leur durée (en jours) ▶ 177

**[Figure 74]** Évolution du nombre de personnes traitées par chimiothérapie en MCO depuis 2010 ▶ 179

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

[\[Figure 75\]](#) Évolution du nombre de séjours et séances de chimiothérapie en MCO depuis 2010 ► 179

[\[Figure 76\]](#) Répartition des séjours et séances de chimiothérapie par catégories d'établissements ► 180

[\[Figure 77\]](#) Évolution du nombre de personnes traitées par radiothérapie depuis 2010 ► 182

[\[Figure 78\]](#) Évolution du nombre de séjours et séances de radiothérapie en MCO\* depuis 2010 ► 182

[\[Figure 79\]](#) Répartition des séjours et séances de radiothérapie par catégories d'établissements ► 183

[\[Figure 80\]](#) Évolution de la répartition des séjours et séances d'irradiation externe en MCO depuis 2013, par type d'irradiation ► 183

[\[Figure 81\]](#) Répartition des séjours et séances de radiothérapie par types de cancers en MCO en 2015 ► 184

[\[Figure 82\]](#) Répartition des techniques d'irradiation externe par types de cancer en MCO en 2015 ► 184

[\[Figure 83\]](#) Répartition de la valorisation par catégories d'établissements ► 188

[\[Figure 84\]](#) Dépenses liées aux molécules anticancéreuses en MCO par catégories d'établissements depuis 2010 ► 189

[\[Figure 85\]](#) Évolution de la répartition des dépenses liées aux molécules anticancéreuses de la liste en sus, par catégories de molécules et catégories d'établissements, depuis 2010 en MCO ► 190

[\[Figure 86\]](#) Répartition des dépenses liées aux molécules anticancéreuses de la liste en sus en 2015 ► 191

[\[Figure 87\]](#) Dépenses liées aux molécules anticancéreuses en HAD par catégories de molécules depuis 2012 ► 192

[\[Figure 88\]](#) Dépenses remboursées par l'Assurance maladie des molécules anticancéreuses délivrées en officine par catégories de molécules depuis 2012 ► 193

[\[Figure 89\]](#) Dépenses remboursées par l'Assurance maladie des molécules anticancéreuses délivrées en officine par voie d'administration depuis 2012 ► 193

[\[Figure 90\]](#) Répartition des dépenses remboursées par l'Assurance maladie des molécules anticancéreuses délivrées en officine en 2015 ► 194

[\[Figure 91\]](#) Dégradation de la qualité de vie physique en fonction du sexe et de la localisation du cancer en 2012 ► 201

[\[Figure 92\]](#) Dégradation de la qualité de vie mentale : évolution entre 2004 et 2012 ► 201

[\[Figure 93\]](#) Prévalence des expériences de discrimination liée à la maladie selon l'âge au diagnostic et le sexe en 2012 ► 204

[\[Figure 94\]](#) Proportion de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, au moment du diagnostic et deux ans après ► 205

[\[Figure 95\]](#) Sentiment d'avoir été pénalisé au travail à cause de sa maladie, selon le niveau de revenus ► 209

[\[Figure 96\]](#) Schéma du projet ambassadeur-emploi ► 210

[\[Figure 97\]](#) Évolution des difficultés d'accès au crédit depuis 2013 ► 213

[\[Figure 98\]](#) Répartition des financements pluriannuels de la recherche sur le cancer par type de programme en 2015 ► 223

[\[Figure 99\]](#) Répartition des financements pluriannuels de la recherche sur le cancer sur la période 2007-2015 selon la classification CSO : 803 M€ ► 224

[\[Figure 100\]](#) Répartition des financements pluriannuels de la recherche sur le cancer sur la période 2007-2015, par programme : 803 M€ ► 224

[\[Figure 101\]](#) Projets de recherche interventionnelle soumis et/ou financés entre 2010 et 2014 ► 224

[\[Figure 102\]](#) Répartition du budget de la Fondation ARC en 2015 = montant 24,2 M€ ► 225

[\[Figure 103\]](#) Carte des projets ICGC, décembre 2015 ► 233

- [+ Table des tableaux > 236](#)
- [+ Table des figures > 238](#)
- [+ Table des encadrés > 241](#)
- [+ Table des focus > 242](#)
- [+ Table des annexes > 243](#)
- [+ Glossaire > 244](#)
- [+ Liste des acronymes et des sigles > 246](#)

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



## Table des encadrés

[\[Encadré 1\]](#) Les estimations 1980-2012 de l'incidence et de la mortalité «Tous cancers» ► 11

[\[Encadré 2\]](#) Les projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en 2015 ► 12

[\[Encadré 3\]](#) Les estimations de l'incidence départementale «tous cancers» ► 15

[\[Encadré 4\]](#) L'estimation de la survie «tous cancers» ► 16

[\[Encadré 5\]](#) La classification des cancers chez les enfants de moins de 15 ans ► 20

[\[Encadré 6\]](#) Représentation cartographique des cancers chez les enfants de moins de 15 ans ► 22

[\[Encadré 7\]](#) Les cancers chez les adolescents de 15 à 19 ans ► 26

[\[Encadré 8\]](#) La survie des cancers lèvre-bouche-pharynx ► 43

[\[Encadré 9\]](#) Remarques concernant les données présentées sur le cancer du col de l'utérus ► 71

[\[Encadré 10\]](#) Les projections d'incidence des hémopathies malignes ► 84

[\[Encadré 11\]](#) Le programme national de dépistage organisé du cancer du sein ► 125

[\[Encadré 12\]](#) Le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal ► 130

[\[Encadré 13\]](#) Avertissement concernant les données d'activité et les dépenses ► 142

[\[Encadré 14\]](#) Le dispositif d'autorisation de traitement du cancer ► 144

[\[Encadré 15\]](#) Les métiers de la cancérologie ► 148

[\[Encadré 16\]](#) Le dispositif d'annonce ► 156

[\[Encadré 17\]](#) L'activité hospitalière globale en cancérologie ► 168

[\[Encadré 18\]](#) L'algorithme cancer ► 168

[\[Encadré 19\]](#) Les personnes atteintes de cancer et hospitalisées pour cancer en HAD ► 172

[\[Encadré 20\]](#) Les personnes atteintes de cancer et hospitalisées pour cancer en SSR ► 173

[\[Encadré 21\]](#) L'activité de chirurgie en cancérologie ► 175

[\[Encadré 22\]](#) L'activité de chimiothérapie ► 178

[\[Encadré 23\]](#) L'activité de radiothérapie ► 181

[\[Encadré 24\]](#) La valorisation en MCO, hors coût des molécules anticancéreuses ► 186

[\[Encadré 25\]](#) Les dépenses liées aux molécules anticancéreuses ► 188

[\[Encadré 26\]](#) L'étude de la qualité de vie dans VICAN 2 ► 200

[\[Encadré 27\]](#) L'éducation thérapeutique en cancérologie ► 214

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## Table des focus

### FOCUS LOI DE SANTÉ DU 26 JANVIER 2016

- [\[Focus 1\]](#) Loi de modernisation de notre système de santé et tabac ► 99
- [\[Focus 2\]](#) Loi de modernisation de notre système de santé et alcool ► 103
- [\[Focus 3\]](#) Loi de modernisation de notre système de santé et nutrition ► 106
- [\[Focus 4\]](#) Loi de modernisation de notre système de santé et environnement ► 110

### FOCUS INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

- [\[Focus 1\]](#) PRALIMAP-INÈS, Réduire les inégalités d'accès à la prise en charge du surpoids et de l'obésité chez l'adolescent en milieu scolaire [Briançon S, 2016] ► 106
- [\[Focus 2\]](#) Amélioration de l'accès au dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes en situation de précarité [Laurence S, 2016] ► 135
- [\[Focus 3\]](#) «Ambassadeur-Emploi», maintien et retour à l'emploi des patients traités pour un cancer [Kalecinski J, 2016] ► 210
- [\[Focus 4\]](#) Tendances entre 2010 et 2014 des projets de recherche interventionnelle ► 224

### AUTRE FOCUS

- [\[Focus 1\]](#) Activité de chirurgie ambulatoire du cancer du sein en MCO ► 177

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7

# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90

# 3

DÉPISTAGE  
> 123

# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140

# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197

# 6

LA RECHERCHE  
> 217

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes  
et des sigles > 246

## Table des annexes

- Télécharger ANNEXE A. **Épidémiologie, tableaux supplémentaires** ↑
- Télécharger ANNEXE B. **Épidémiologie, sources et méthodes d'estimation des indicateurs épidémiologiques** ↑
- Télécharger ANNEXE C. **Soins, tableaux par localisations** ↑
- Télécharger ANNEXE D. **Soins, sources et méthodes d'estimation des données relatives à l'offre de soins** ↑
- Télécharger ANNEXE E. **Appels à projets récurrents programmés par l'Institut national du cancer et par l'ITMO Cancer-Aviesan en 2015** ↑
- Télécharger **Bibliographie des annexes** ↑

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## Glossaire

**Classification des facteurs cancérigènes** : établie par des commissions d'experts internationaux, cette classification porte sur des agents cancérigènes (chimiques, biologiques, et/ou physiques). Elle n'a pas de caractère réglementaire, mais permet d'apporter des informations utiles à l'évaluation pour des agents non répertoriés par la classification européenne. Les 5 catégories de classification du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) sont les suivantes :

- Groupe 1 : cancérigène pour l'Homme ;
- Groupe 2A : probablement cancérigène pour l'Homme ;
- Groupe 2B : peut-être cancérigène pour l'Homme ;
- Groupe 3 : inclassable quant à sa cancérigénicité pour l'Homme ;
- Groupe 4 : probablement pas cancérigène pour l'Homme.

**Date de point** : date à laquelle les données sont gelées pour les analyses de survie. Si un décès survient après cette date, il n'est pas pris en compte.

**Déclaration obligatoire (DO)** : font l'objet d'une transmission obligatoire de données individuelles à l'autorité sanitaire par les médecins et les responsables des services et laboratoires de biologie médicale publics et privés :

1. Les maladies qui nécessitent une intervention urgente locale, nationale ou internationale ;
2. Les maladies dont la surveillance est nécessaire à la conduite et à l'évaluation de la politique de santé publique. [Article L3113-1 du code de la santé publique]

**Dépistage** : action ayant pour objectif de mettre en évidence une anomalie liée à la présence possible d'un cancer en l'absence de symptôme ou de signe clinique objectif. Le dépistage n'est pas en soi un diagnostic et doit généralement être confirmé par des examens complémentaires permettant de l'établir. Il peut être ciblé sur un niveau de risque particulier.

**Dépistage individuel ou opportuniste** : dépistage réalisé à l'initiative des professionnels de santé en fonction des risques individuels et en accord avec les recommandations des sociétés savantes.

**Dépistage organisé** : programme national instauré par les pouvoirs publics ayant une population cible et généralisé à l'ensemble des territoires nationaux. Ce programme répond à un cahier des charges. Un dépistage devient organisé lorsqu'il répond à l'ensemble des critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [critères élaborés par Wilson et Junger en 1968] :

- la pathologie étudiée doit être un problème de santé publique. Certains cancers sont dans cette situation. Les coûts humains et financiers de prise en charge en font des enjeux majeurs de santé publique ;

- l'histoire naturelle de la maladie doit être connue et la maladie décelable pendant une phase de latence ou au début de la phase clinique par un test dit de dépistage. Ceci est le cas pour un certain nombre de cancers, comme le cancer du sein ou colorectal, dont la cancérogenèse a pu être mieux appréhendée. Cela permet également de mieux cibler les tranches d'âge concernées par le dépistage. Pour certains cancers, il est même possible d'identifier une lésion précancéreuse, et d'estimer le délai moyen de transformation en cancer ;
- un test diagnostique, disponible et approprié, doit permettre de diagnostiquer la maladie à un stade précoce, stade pour lequel les résultats du traitement sont supérieurs à ceux obtenus à un stade plus avancé. Il est en effet important de démontrer qu'il ne s'agit pas seulement d'une avance au diagnostic sans impact sur le pronostic. Le test diagnostique doit montrer, comparativement à la population de référence, une différence significative en faveur de tumeurs de plus petite taille, d'extension locale et à distance limitée (atteintes ganglionnaires et métastases). L'impact bénéfique de la prise en charge thérapeutique à un stade précoce doit également être démontré en termes d'efficacité, de pronostic, d'allègement de la prise en charge thérapeutique et de séquelles ;
- les nuisances physiques et psychologiques engendrées par le dépistage doivent être inférieures aux bénéfices attendus.

**Diagnostic principal (DP)** : avant la version 11 de la classification des Groupes homogènes de malades (GHM), le diagnostic principal (DP) correspondait à la prise en charge ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours du séjour. Depuis mars 2009, il correspond au problème de santé qui a motivé l'admission du patient dans l'unité médicale (UM).

**Diagnostic relié (DR)** : le DR a pour rôle, en association avec le DP lorsque celui-ci n'y suffit pas, de rendre compte de la prise en charge du patient en termes médico-économiques. Sa détermination repose sur trois principes : il n'y a pas lieu de mentionner un DR que lorsque le DP est codé avec le chapitre XXI de la CIM-10 ; le DR est une maladie chronique ou de longue durée ou un état permanent, présent au moment du séjour ; le DR répond à la question « Pour quelle maladie ou état de prise en charge enregistrée comme DP a-t-elle été effectuée ? ».

**Exposome** : l'exposome est un terme nouveau qui désigne l'intégration de l'ensemble des expositions nocives environnementales, comportementales et professionnelles auquel est soumis un individu tout au long de son existence. Il a été introduit par Christopher Wild (CIRC) en 2005.



# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



**Fraction attribuable (FA) :** part de cancers attribuable à un facteur de risque donné.

**Incidence :** nombre de nouveaux cas d'une pathologie dans une population survenant pendant une période donnée, en général l'année. Le taux d'incidence représente le nombre de nouveaux cas rapporté à la population dont sont issus les cas pendant cette même période. Il est souvent calculé en divisant le nombre de cas survenus dans l'année par la taille de la population observée en milieu d'année. Il s'exprime en nombre de personnes pour 100 000 personnes-années [PA].

**Intervention universelle :** une intervention universelle est une intervention qui est proposée à l'ensemble de la population contrairement à une intervention ciblée qui est destinée à une partie de la population définie à partir de certains critères. L'universalisme proportionné permet d'allier les deux démarches en proposant des interventions couvrant l'ensemble de la population, adaptées dans leurs mises en œuvre afin de répondre aux besoins de chaque partie de la population.

**Mortalité :** nombre de décès dans une population survenant pendant une période donnée, en général l'année. Le taux de mortalité représente le nombre de décès rapportés à la population totale moyenne sur une période donnée dans un territoire. Il est souvent calculé en divisant le nombre de décès survenus dans l'année par la taille de la population observée en milieu d'année. Il s'exprime en nombre de personnes pour 100 000 personnes-années [PA].

**Personne-année :** unité permettant de quantifier le nombre de personnes ayant participé à une étude. Elle correspond au produit du nombre de personnes suivies au sein d'une population par la durée moyenne d'observation de ces personnes. Par exemple une personne participant un an compte pour une personne-année, tout comme deux personnes suivies pendant 6 mois. Dans ce rapport, les taux de mortalité et d'incidence sont exprimés chez les hommes et les femmes de façon globale puis séparément ; les unités correspondantes sont donc respectivement : personnes-années [PA], personnes-années [hommes] [PA (H)] et personnes-années [femmes] [PA (F)].

**PMSI :** le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) consiste en un recueil systématique pour chaque hospitalisation de données administratives et médicales normalisées sous forme d'un résumé de sortie standardisé [RSS].

**Prévalence partielle à 5 (10) ans** chez les 15 ans et plus = nombre de personnes de 15 ans et plus, vivantes à une date donnée, dont la maladie a été diagnostiquée au cours des 5 (10) années précédentes. Elle s'exprime en nombre ou en taux. Elle constitue un sous ensemble de la prévalence totale.

**Prévalence totale** chez les 15 ans et plus = nombre de personnes de 15 ans et plus, vivantes à une date donnée, ayant eu un diagnostic de cancer au cours de leur vie. Elle s'exprime en nombre ou en taux.

**Prévention :** domaines d'actions visant à éviter l'apparition des maladies, à diminuer leur gravité ou à limiter leurs conséquences. La classification OMS distingue la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire :

- **Prévention primaire :** actions en amont de la maladie, dont le but est de diminuer les facteurs de risques ou d'accroître les facteurs protecteurs afin d'éviter la survenue de la maladie. Son objectif est de diminuer l'incidence. Exemple : la vaccination.
- **Prévention secondaire :** actions sur la maladie et sa prise en charge afin d'en réduire sa durée et/ou sa gravité. Elle peut agir sur la prévalence. Exemple : le dépistage précoce.
- **Prévention tertiaire :** actions en aval de la maladie, afin d'en limiter ses répercussions et d'éviter d'éventuelles rechutes. Exemple : éducation thérapeutique.

**Survie :** proportion de personnes atteintes d'une maladie et vivantes X années après le diagnostic. La survie s'exprime en taux, généralement à 1, 3 et 5 ans après le diagnostic. Deux types de survie peuvent être distingués :

- la survie brute (observée), qui représente la proportion de personnes encore vivantes X années après le diagnostic de leur maladie, les personnes décédées avant X années pouvant l'être du fait de cette maladie ou d'une autre cause ;
- la survie nette, qui représente la proportion de personnes encore vivantes X années après leur diagnostic de cancer, si ces personnes ne pouvaient décéder que de leur cancer. Elle est la seule qui permette des comparaisons en fonction de l'âge ou des pays.

**Taux d'incidence (ou de mortalité) Standardisé sur la population Mondiale (TSM) :** afin de comparer les données d'incidence (ou de mortalité) d'une année à l'autre, ou d'un territoire à un autre, on ne peut se contenter de recenser le nombre de nouveaux cas car cette information est très dépendante de la répartition par âge de la population à un moment donné et sur une zone géographique donnée. Identifier, au sein de l'évolution de l'incidence (ou de la mortalité), ce qui relève effectivement des phénomènes démographiques, de l'évolution du risque d'être atteint d'un cancer (ou de décéder de ce cancer), impose le recours à une information particulière, le taux d'incidence (de mortalité) « standardisé » calculé en supposant que la structure d'âge de la population étudiée est identique à celle d'une population de référence (par exemple la structure d'âge de la population mondiale pour le « taux standardisé sur la population mondiale »). Ainsi l'augmentation du taux d'incidence (ou de mortalité) standardisé d'un cancer sur une période reflète directement la hausse du risque d'être atteint (ou de décéder) de ce cancer pendant cette période.

- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



- + Table des tableaux > 236
- + Table des figures > 238
- + Table des encadrés > 241
- + Table des focus > 242
- + Table des annexes > 243
- + Glossaire > 244
- + Liste des acronymes et des sigles > 246

## Liste des acronymes et des sigles

**3C** : Centres de coordination de cancérologie

**AERAS** : s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé

**Anses** : Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail

**APV** : Auto prélèvement vaginal

**Ardco** : Asbestos Related Diseases Cohorte

**ASN** : Autorité de sûreté nucléaire

**ATIH** : Agence technique de l'information hospitalière

**CASO** : Centre d'accueil de soins et d'orientation [Médecins du Monde]

**Cépidc** : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès

**CH** : Centre hospitalier

**CHU** : Centre hospitalo-universitaire

**CHU-R** : Centre hospitalo-universitaire régional

**CIRC** : Centre international de recherche sur le cancer

**CISS** : Collectif interassociatif sur la santé

**CIT** : Cartes d'identité des tumeurs®

**CLCC** : Centre de lutte contre le cancer

**CLIP<sup>2</sup>** : Centre d'essai clinique de phase précoce

**Cnamts** : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

**COCT** : Conseil d'orientation et des conditions de travail

**CR** : Computed radiography

**CSRSSEN** : Comité scientifique des risques sanitaires émergents et nouveaux de la Commission européenne

**DCC** : Dossier communicant en cancérologie

**DG JUST** : Direction générale à la justice de la Commission européenne

**DG SANTE** : Direction générale à la santé et la sécurité alimentaire de la Commission européenne

**DGOS** : Direction générale de l'offre de soins

**DGPR** : Direction générale de la prévention des risques

**DGS** : Direction générale de la santé

**DGT** : Direction générale du travail

**DO** : Déclaration obligatoire

**DOPAS** : Dispositif d'observation pour l'action sociale

**DP** : Diagnostic principal

**DPI** : Dossier patient informatisé

**DR** : Digital direct radiography [appareils DR, chapitre 3]

**DR** : Diagnostic relié [PMSI, chapitre 4]

**EMRC** : Équipes mobiles de recherche clinique

**EORTC** : Organisation européenne pour la recherche et le traitement du cancer

**FA** : Fraction attribuable

**FAS** : Family Affluence Scale

**FCU** : Frottis cervico-utérin

**Francim** : réseau français des registres de cancer

**GART** : Groupement des autorités responsables de transport

**GCS Télésanté** : Groupement de coopération sanitaire en télésanté

**GHM** : Groupe homogène de malades

**GHS** : Groupes homogènes de séjours

**GPSD** : Directive relative à la sécurité des produits, relevant de la DG JUST

**HAD** : Hospitalisation à domicile

**HAS** : Haute autorité de santé

**HCL** : Hospices civils de Lyon

**HIA** : Hôpital d'instruction des armées

**HL** : Hôpitaux locaux

**HNPCC** : Hereditary Non-Polyposis Colorectal Cancer ou Cancer colorectal héréditaire sans polypose, appelé aussi syndrome de Lynch

**HPV** : Papillomavirus humains

**IARC** : International agency for research on cancer

**ICCC** : International classification of childhood cancer

**ICGC** : Consortium international de génomique du cancer

**IMC** : Indice de masse corporelle

**INCa** : Institut national du cancer

**Inserm** : Institut national de la santé et de la recherche médicale

**IRM** : Imagerie par résonance magnétique

**IRSN** : Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire

# 1

ÉPIDÉMIOLOGIE  
DES CANCERS > 7



# 2

PRÉVENTION  
VIS-À-VIS DES  
PRINCIPAUX FACTEURS  
DE RISQUE > 90



# 3

DÉPISTAGE  
> 123



# 4

SOINS EN  
CANCÉROLOGIE > 140



# 5

VIVRE  
PENDANT ET  
APRÈS UN CANCER > 197



# 6

LA RECHERCHE  
> 217



**LAL** : Leucémie aiguë lymphoblastique

**LAM** : Leucémie aiguë myéloïde

**LBP** : Lèvres-bouche-pharynx

**LLC** : Leucémie lymphoïde chronique

**LMC** : Leucémie myéloïde chronique

**LVD** : Directive « Basse Tension », relevant de la DG JUST

**MCO** : Médecine, chirurgie, obstétrique

**MdM** : Médecins du Monde

**MPP** : Motif principal de prise en charge

**OFDT** : Observatoire des drogues et des toxicomanies

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONPDS** : Observatoire national des professions de santé

**PA (F)** : Personnes-années (femmes)

**PA (H)** : Personnes-années (hommes)

**PA** : Personnes-années

**PAIR** : Programmes d'actions intégrées de recherche

**PMSI** : Programme de médicalisation des systèmes d'information

**PNRT** : Programme national de réduction de tabagisme

**PNSE** : Plan National Santé Environnement

**PNSM** : Programme national de surveillance du mésothéliome

**PPS** : Programme personnalisé des soins

**PST** : Problèmes de santé au travail

**RCMI** : radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité

**RCP** : réunions de concertation pluridisciplinaires

**RNHE** : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant

**RNTSE** : Registre national des tumeurs solides de l'enfant

**RNV3P** : Réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles

**RPPS** : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé

**RRC** : Réseaux régionaux de cancérologie

**SFMT** : Société française de médecine du travail

**SG** : Structures de gestion du dépistage

**SIR** : Standardized incidence ratio

**SIRIC** : Sites labellisés de recherche intégrée sur le cancer

**SMD** : Syndrome myélodysplasique

**SMP** : Syndrome lymphoprolifératif

**SNC** : Système nerveux central

**SSR** : Soins de suite et de réadaptation

**UE** : Union européenne

**UV** : ultraviolets

**VADS** : Voies aéro-digestives supérieures

**VHB** : Virus de l'hépatite B

**VHC** : Virus de l'hépatite C

**VICAN 2** : Deuxième enquête « Vie deux ans après le cancer »

**VMA** : Variation moyenne annuelle

+ Table des tableaux > 236

+ Table des figures > 238

+ Table des encadrés > 241

+ Table des focus > 242

+ Table des annexes > 243

+ Glossaire > 244

+ Liste des acronymes

et des sigles > 246