



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

inca
Institut National
du Cancer

Édition
spéciale
20 ans

Panorama des cancers en France

2025

Agence d'expertise sanitaire et scientifique publique, l'Institut national du cancer fédère et coordonne les acteurs de la lutte contre les cancers dans les domaines de la prévention, des dépistages, des soins, de la recherche et de l'innovation. Porteur d'une vision intégrée des dimensions sanitaire, médicale, scientifique, sociale et économique liées aux pathologies cancéreuses, l'Institut national du cancer met son action au service de l'ensemble des citoyens : patients, proches, aidants, usagers du système de santé, population générale, professionnels de santé, chercheurs et décideurs.

En 2025, l'Institut national du cancer fête ses 20 ans.

À l'occasion de ses 20 ans, l'Institut national du cancer propose une **édition spéciale de la brochure annuelle Panorama des cancers en France**. Celle-ci revient sur l'évolution des principaux indicateurs épidémiologiques, de prévalence des expositions aux facteurs de risque et de prévention, de soins et en lien avec la recherche en oncologie. Elle aborde également l'évolution des cancers les plus fréquents depuis 20 ans. Dans les cas où ce recul de 20 ans n'a pas été possible, seules les données disponibles, fiables et complètes ont été retenues.

C'est aussi l'occasion de rappeler **les actions menées par la recherche**, tout comme **l'importance des données d'observation des cancers** pour approfondir leur connaissance, avec la création d'une plateforme unique en Europe qui regroupe les données de santé issues de diverses sources.

Coordonnée par le département Observation et Documentation, cette édition spéciale repose sur un travail multidisciplinaire et transversal au sein de l'Institut, en collaboration avec les principaux producteurs de données tels que l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Caisse nationale de l'Assurance maladie, les Hospices civils de Lyon, le Réseau français des registres des cancers Francim, Santé publique France et les Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers. Elle fait également référence aux enquêtes et publications de nombreux organismes.

Panorama des cancers en France 2025



4	ÉDITO
1.	20 ANS D'AVANCÉES CONTRE LES CANCERS
6	CLÉS DE LECTURE POUR UNE BONNE INTERPRÉTATION DES DONNÉES DE CE PANORAMA
8	2003-2023 : INCIDENCE
10	2012-2022 : MORTALITÉ
12	1990-2015 : SURVIE
14	LES CANCERS PÉDIATRIQUES
16	LES FACTEURS DE RISQUE
20	2004-2025 : DÉPISTAGES
24	LES SOINS
28	LA RECHERCHE EN ONCOLOGIE
2.	ZOOM SUR QUELQUES LOCALISATIONS
34	LES CANCERS DU POUMON
35	LES CANCERS DU SEIN
36	LES CANCERS DE LA PROSTATE
37	LES CANCERS COLORECTAUX
38	LES CANCERS DU PANCRÉAS
39	LES CANCERS DU FOIE
40	DEUX CANCERS GYNÉCOLOGIQUES
41	LES MÉLANOMES CUTANÉS
42	La plateforme de données en cancérologie
44	L'Institut national du cancer, qui sommes-nous ?
46	Glossaire
47	Références bibliographiques

20 ANS D'AVANCÉES, 20 ANS D'ENGAGEMENT, 20 ANS D'ESPOIR

En 2025, l'Institut célèbre vingt années d'un engagement sans faille dans la lutte contre les cancers. Et c'est avec une fierté partagée que nous regardons aujourd'hui le chemin parcouru, même si beaucoup reste à faire. Avec plus de 433 000 nouveaux cas de cancers en 2023, ce chiffre rappelle l'ampleur du défi qui nous concerne tous.

Tabac, alcool, obésité, sédentarité, inactivité physique, alimentation déséquilibrée, autant de facteurs de risque évitables encore trop fréquents qui entraînent chaque année trop de cas de cancers. La participation aux dépistages demeure insuffisante. Nous devons promouvoir des modes de vie plus sains, encourager la participation aux dépistages, favoriser la vaccination contre les cancers liés aux papillomavirus humains (HPV), renforcer l'accès aux soins pour tous et accompagner encore mieux les personnes malades et leurs proches.

La lutte contre les inégalités sociales face à la maladie est aussi un enjeu crucial, car l'accès au diagnostic précoce et aux traitements de pointe ne devrait pas dépendre du lieu de résidence ou d'un statut social.

NORBERT IFRAH,
PRÉSIDENT

Même si le budget consacré aux projets de recherche en cancérologie a été multiplié par 2 en 20 ans, cette trajectoire doit plus que jamais être maintenue. Nous devons redoubler d'efforts et innover encore.

C'est dans ces perspectives que s'inscrivent la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 et les dernières actions portées par l'Institut que sont notamment le démarrage du programme pilote de dépistage des cancers du poumon, la labellisation de 4 centres de recherche intégrée d'excellence en cancérologie pédiatrique, la feuille de route « Handicap et cancer » ou encore l'intelligence artificielle au service de cette lutte.

Ce 20^e anniversaire est aussi l'occasion de remercier toutes les personnes engagées dans la lutte contre la maladie. Cette édition spéciale du Panorama des cancers constitue une ressource essentielle pour observer le travail accompli ensemble et les enjeux à venir.

NICOLAS SCOTTÉ,
DIRECTEUR GÉNÉRAL

1

20 ANS D'AVANCÉES CONTRE LES CANCERS

Ce premier chapitre présente l'évolution des principales données épidémiologiques des cancers en France. Lorsque cela était possible, les données ont été colligées avec un recul de 20 années, afin d'offrir une vision étendue et représentative de l'évolution des cancers au fil du temps. Ce recueil reflète ainsi au mieux les informations disponibles au moment de la production de cette édition spéciale.

**INCIDENCE • MORTALITÉ • SURVIE • PÉDIATRIE
FACTEURS DE RISQUE • DÉPISTAGES • SOINS • RECHERCHE**

CLÉS DE LECTURE

POUR UNE BONNE INTERPRÉTATION DES DONNÉES DE CE PANORAMA

Afin de faciliter la compréhension et l'interprétation des données, graphiques et autres éléments visuels présents dans ce document, il est proposé ici quelques clés de lecture : des définitions, des éléments méthodologies, etc.

QU'EST-CE QUE L'INCIDENCE ET D'OÙ PROVIENNENT LES DONNÉES ?

L'incidence correspond au **nombre de nouveaux cas** d'une pathologie dans une population, ici les cancers, 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).

L'incidence fait partie des indicateurs essentiels pour guider la politique nationale de lutte contre les cancers et mesurer l'efficacité des politiques de santé publique.

Les données d'incidence sont issues des registres des cancers réunis au sein du réseau Francim. Celui-ci est actuellement composé, en métropole, de 10 registres spécialisés d'organe, de 14 registres généraux métropolitains (recensant toutes les localisations de cancers), et de 4 registres dans les départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion). L'ensemble de ces registres couvre environ 21 à 24 % de la population selon la localisation des cancers. Les données nationales sont produites à partir de modélisations statistiques des données issues de ces registres.

Pour les cancers pédiatriques, 2 registres nationaux produisent des données d'incidence des cancers de l'enfant et de l'adolescent. Leur particularité est de recenser tous les cas de cancers sur le territoire français, y compris ultra-marin.

POURQUOI LES DONNÉES D'INCIDENCE DES CANCERS NE SONT PAS PUBLIÉES CHAQUE ANNÉE ?

Le cancer est une maladie qui se développe sur plusieurs mois, voire plusieurs années, contrairement aux maladies infectieuses (gastroentérite, grippe, Covid-19), qui sont de survenue brutale et d'évolution rapide. Certes, certaines formes de cancers (5 à 10 % des cas) peuvent être liées à la présence d'une altération génétique constitutionnelle, c'est-à-dire présente dans toutes les cellules de l'organisme et transmissible à la descendance. Néanmoins, plusieurs facteurs de risque comme l'alcool, le tabac, le surpoids, les facteurs environnementaux ou des produits utilisés en milieu professionnel sont connus pour être à l'origine de certains cancers. Les délais entre l'exposition à ces facteurs et la survenue du cancer se comptent alors en années (de 5 à plus de 20 ans), en dehors de circonstances exceptionnelles.

Par conséquent, même s'il est important de surveiller l'évolution des cancers au cours du temps, **un recul de quelques années est nécessaire pour appréhender son évolution et permettre de guider les politiques de santé publique.**

QU'EST-CE QUE LA MORTALITÉ ?

La mortalité correspond au **nombre de décès** dans une population survenant pendant une période donnée, en général l'année. Le **taux de mortalité** représente le nombre de décès rapporté 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).

QU'EST-CE QUE LA PRÉVALENCE ?

La prévalence est un **indicateur épidémiologique** complémentaire de l'incidence et de la mortalité et correspond au **nombre de personnes en vie et ayant eu un diagnostic d'une pathologie** considérée, ici le cancer, au cours de leur vie.

QU'EST-CE QU'UN 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 une 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 taille et 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 (et de mortalité) standardisé**. Il est 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 une hausse du risque d'être atteint (ou de décéder) de ce cancer pendant cette période.

QU'EST-CE QUE LA VARIATION ANNUELLE MOYENNE (VAM) ?

Les variations annuelles moyennes calculées dans cette édition indiquent le **taux d'évolution d'une variable sur une période donnée** en tenant compte de l'effet cumulatif des changements d'une année sur l'autre. Dans ce Panorama, la variation annuelle moyenne d'un taux d'incidence (ou de mortalité) standardisé sur la population mondiale est notée « **VAM DU TSM** ». Par exemple, une mention « **VAM DU TSM : + 2 % PAR AN (2010-2023)** » pour un taux d'incidence doit être lue ainsi : entre 2010 et 2023, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale a augmenté en moyenne de 2 % par an.

QU'EST-CE QUE LA SURVIE ?

C'est la **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. Plusieurs types de survie peuvent être distingués, notamment :

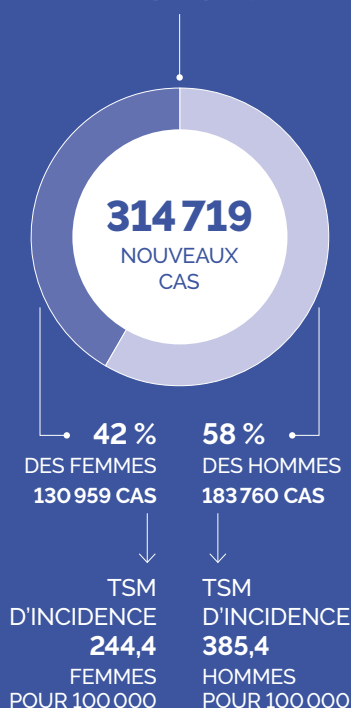
- **la survie brute** (observée), qui représente la proportion de personnes encore vivantes X années après le diagnostic de leur maladie, les personnes décédées avant X années pouvant l'être du fait de cette maladie ou d'une autre cause ;
- **la survie nette**, qui représente la proportion de personnes encore vivantes X années après leur diagnostic de cancer, si ces personnes ne pouvaient décéder que de ce cancer. Pour contrôler les variations de structure d'âge, elle est standardisée sur l'âge (on parle alors de survie nette standardisée, SNS). Elle est la seule à permettre des comparaisons en fonction de l'âge ou des pays.

REMARQUES

Des **définitions complémentaires** sont disponibles dans le **Glossaire, page 46**.

Les **références bibliographiques** sont signalées par des **numéros entre crochets, [1], [2], etc.** Ils renvoient à la **liste complète, page 47**.

2003



ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC*

67 ans
POUR LES FEMMES

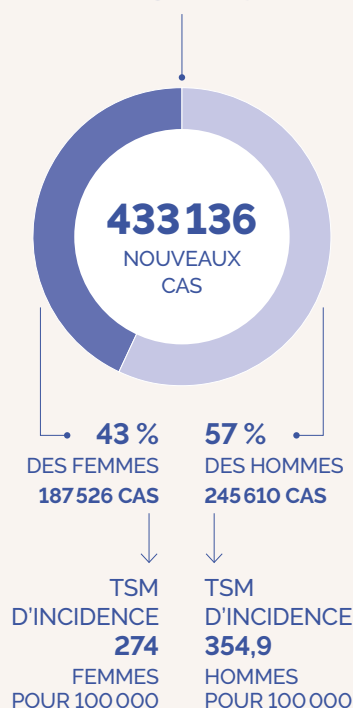
68 ans
POUR LES HOMMES

* Pour l'âge médian au diagnostic, les données disponibles datent de 2012 [1].

ÉCLAIRAGE

L'évolution de l'incidence des cancers dans une population dépend de trois facteurs : la taille de cette population, sa structure d'âge et la prévalence d'exposition aux facteurs de risque de cancers. Plus la population augmente dans une zone géographique donnée, plus le nombre de cas augmente. Également plus une personne est âgée, plus son risque d'avoir un cancer augmente. **L'évolution démographique est ici la première cause de l'augmentation significative de l'incidence des cancers observée en France ces 20 dernières années.**

2023



ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC

68 ans
POUR LES FEMMES

70 ans
POUR LES HOMMES

QUELS SONT LES CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS ET COMMENT ÉVOLUE LEUR TAUX D'INCIDENCE ?

Entre 2003 et 2023, toutes localisations confondues, le **nombre de nouveaux cas de cancers a été multiplié par 1,4. Cela correspond à une augmentation de 43 % chez les femmes et de 34 % chez les hommes** [2,3]. Le recul de 20 années rend compte d'une situation plutôt encourageante chez les hommes, avec une diminution du taux d'incidence standardisé pour plusieurs localisations comme les cancers de la prostate, du poumon, et une stabilité pour les cancers colorectaux. Les cancers du pancréas voient leur incidence augmenter chez les femmes comme chez les hommes. Ces derniers et les cancers du poumon montrent une augmentation de leur incidence encore plus préoccupante chez les femmes.

CHEZ LES FEMMES		CHEZ LES HOMMES	
2003	2023	2003	2023
SEIN		PROSTATE*	
46 971 NOUVEAUX CAS	61 214 NOUVEAUX CAS VAM DU TSM : + 0.1 % PAR AN	59 310 NOUVEAUX CAS	59 885 NOUVEAUX CAS VAM DU TSM : - 1.8 % PAR AN
CÔLON ET RECTUM		CÔLON ET RECTUM	
16 686 NOUVEAUX CAS	21 370 NOUVEAUX CAS VAM DU TSM : + 0.3 % PAR AN	20 635 NOUVEAUX CAS	26 212 NOUVEAUX CAS VAM DU TSM : - 0.6 % PAR AN
POUMON		POUMON	
5 760 NOUVEAUX CAS	19 339 NOUVEAUX CAS VAM DU TSM : + 5 % PAR AN	23 597 NOUVEAUX CAS	33 438 NOUVEAUX CAS VAM DU TSM : - 0.2 % PAR AN
PANCRÉAS		PANCRÉAS	
3 143 NOUVEAUX CAS	7 668 NOUVEAUX CAS VAM DU TSM : + 3 % PAR AN	3 574 NOUVEAUX CAS	8 323 NOUVEAUX CAS VAM DU TSM : + 2 % PAR AN

* Pour la prostate, les données disponibles datent de 2018.

ÉVOLUTION DU TAUX D'INCIDENCE STANDARDISÉ MONDE TOUS CANCERS

Entre 2003 et 2023, le taux d'incidence standardisé monde (TSM), toutes localisations confondues, **augmente chez les femmes, mais tend à diminuer chez les hommes** [2,3].

2003	2023
244,4 FEMMES POUR 100 000	274 FEMMES POUR 100 000 VAM DU TSM : + 0,6 % PAR AN
385,4 HOMMES POUR 100 000	354,9 HOMMES POUR 100 000 VAM DU TSM : - 0,4 % PAR AN

2012



• **42 %** DES FEMMES
65 793 DÉCÈS

• **58 %** DES HOMMES
90 436 DÉCÈS

↓

TSM MORTALITÉ
73,3
FEMMES
POUR 100 000

↓

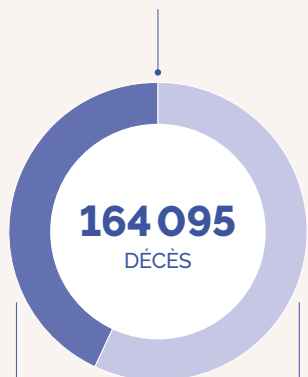
TSM MORTALITÉ
135,8
HOMMES
POUR 100 000

ÂGE MÉDIAN
AU DÉCÈS

77 ans
POUR LES FEMMES

73 ans
POUR LES HOMMES

2022



• **44 %** DES FEMMES
72 592 DÉCÈS

• **56 %** DES HOMMES
91 503 DÉCÈS

↓

TSM MORTALITÉ
69,4
FEMMES
POUR 100 000

↓

TSM MORTALITÉ
110,2
HOMMES
POUR 100 000

ÂGE MÉDIAN
AU DÉCÈS*

75 ans
POUR LES FEMMES

73 ans
POUR LES HOMMES

* Pour l'âge médian au décès, les données disponibles datent de 2018 [3].

ÉCLAIRAGE

Les estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer contribuent à apprécier les actions préventives et curatives menées depuis plusieurs années au regard de l'évolution des facteurs de risque et des pratiques de diagnostic et de dépistage.

QUELLES SONT LES LOCALISATIONS LES PLUS FRÉQUENTES

LIÉES AU DÉCÈS ET COMMENT ÉVOLUE LEUR TAUX DE MORTALITÉ ?

La **diminution globale du taux de mortalité s'observe pour de nombreuses localisations**, à l'exception du système nerveux central (évolution 2012-2022 : +1,4 % par an chez les femmes et +1,2 % par an chez les hommes) du pancréas, et du poumon spécifiquement chez les femmes [4].

CHEZ LES FEMMES		CHEZ LES HOMMES	
2012	2022	2012	2022
SEIN		PROSTATE	
11 836 DÉCÈS	12 757 DÉCÈS VAM DU TSM : -1,2 % PAR AN	8 834 DÉCÈS	9 228 DÉCÈS VAM DU TSM : -2,2 % PAR AN
CÔLON ET RECTUM		CÔLON ET RECTUM	
8 198 DÉCÈS	7 998 DÉCÈS VAM DU TSM : -1,5 % PAR AN	9 176 DÉCÈS	8 977 DÉCÈS VAM DU TSM : -2 % PAR AN
POUMON		POUMON	
8 317 DÉCÈS	10 318 DÉCÈS VAM DU TSM : +0,2 % PAR AN	22 553 DÉCÈS	20 578 DÉCÈS VAM DU TSM : -3,1 % PAR AN
PANCRÉAS		PANCRÉAS	
4 846 DÉCÈS	6 463 DÉCÈS VAM DU TSM : +1,4 % PAR AN	4 903 DÉCÈS	6 468 DÉCÈS VAM DU TSM : +0,7 % PAR AN
OVAIRE		FOIE	
3 464 DÉCÈS	3 476 DÉCÈS VAM DU TSM : -1,9 % PAR AN	5 934 DÉCÈS	6 414 DÉCÈS VAM DU TSM : -1,6 % PAR AN

Remarque : les données de mortalité proviennent du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC).

ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ

STANDARDISÉ MONDE TOUS CANCERS

L'évolution annuelle du taux de mortalité standardisé montre une **diminution globale de la mortalité par cancer** entre 2012 et 2022 [4].

Cette diminution, plus marquée chez les hommes, résulte d'une modification des cancers incidents, de diagnostics plus précoces et d'importantes avancées thérapeutiques parmi les cancers les plus fréquents.

2012	2022
73,3 FEMMES POUR 100 000	69,4 FEMMES POUR 100 000 VAM DU TSM : -0,5 % PAR AN
135,8 HOMMES POUR 100 000	110,2 HOMMES POUR 100 000 VAM DU TSM : -2,1 % PAR AN

La survie des personnes atteintes de cancer est un indicateur clé pour évaluer l'amélioration globale de leur pronostic. Elle est le reflet des progrès thérapeutiques et du dépistage précoce, et permet d'apprécier l'efficacité du système de santé et l'impact des politiques publiques.

POUR QUELS CANCERS OBSERVE-T-ON LA MEILLEURE SURVIE ?

Ces dernières années, **la survie des personnes atteintes de cancer s'est améliorée pour la majorité des localisations**. Ces tendances plutôt favorables sont le reflet des progrès réalisés dans le système de soins, à la fois dans la détection des cancers, mais aussi dans leur thérapeutique. Ce gain est néanmoins contrasté selon les localisations et en fonction de l'âge au diagnostic. Sont distingués **les cancers de pronostic favorable, ayant une survie nette standardisée (SNS) à 5 ans supérieure à 65 %, et les cancers de pronostic intermédiaire, avec une SNS à 5 ans entre 33 et 65 %** [5].

SNS DES PRINCIPAUX CANCERS DE PRONOSTICS FAVORABLES ET INTERMÉDIAIRES			ÉVOLUTION 1990-2015 DE LA SNS (voir remarque ci-contre)
1990	2005	2015	
MÉLANOME CUTANÉ			+ 11 POINTS DE %
82%	↗ 91%	↗ 93%	
SEIN			+ 9 POINTS DE %
79%	↗ 88%	↗ 89%	
PROSTATE			+ 21 POINTS DE %
71%	↗ 94%	↘ 92%	
COL DE L'UTÉRUS			- 3 POINTS DE %
66%	↘ 64%	↘ 62%	
CÔLON ET RECTUM			+ 12 POINTS DE %
53%	↗ 62%	↗ 65%	
LEUCÉMIE MYÉLOÏDE CHRONIQUE			+ 40 POINTS DE %
47%	↗ 78%	↗ 86%	

SPÉCIFICITÉ DES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS

Les cancers du col de l'utérus enregistrent un recul de la survie nette à 5 ans, en particulier chez les femmes de plus de 50 ans. Il s'agit là d'un effet « paradoxal » du dépistage. Le dépistage des cancers du col de l'utérus a pour objectif principal de diagnostiquer et de traiter des lésions précancéreuses et d'empêcher leur progression vers des cancers invasifs. Il permet également de détecter des cancers à un stade précoce curable et d'en améliorer les chances de guérison. Le dépistage aurait donc un effet paradoxal sur la survie par un mécanisme de sélection des cas : du fait de la diminution du nombre de cancers invasifs diagnostiqués, la proportion de cancers diagnostiqués à des stades avancés, ou de cancers agressifs, de moins bon pronostic, serait plus importante au fil du temps.

QUELS SONT LES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC ?

Certains cancers sont dits « de mauvais pronostic » : poumon, pancréas, œsophage, foie, système nerveux central, leucémies aiguës myéloïdes, ovaire, estomac...

Pour ces localisations, et malgré les progrès de la recherche, la survie nette standardisée à 5 ans reste plus faible [5].

SNS DES PRINCIPAUX CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC			ÉVOLUTION 1990-2015 DE LA SNS (voir remarque ci-dessous)
1990	2005	2015	
SYSTÈME NERVEUX CENTRAL			+ 4 POINTS DE %
22%	↗ 23%	↗ 26%	
POUMON			+ 11 POINTS DE %
12%	↗ 16%	↗ 22%	
CESOPHAGE			+ 10 POINTS DE %
9%	↗ 14%	↗ 18%	
PANCRÉAS			+ 7 POINTS DE %
6%	↗ 9%	↗ 12%	
FOIE			+ 12 POINTS DE %
6%	↗ 15%	↗ 18%	

LA LUTTE CONTRE LES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC

Les localisations dites de pronostic défavorable présentent des survies nettes standardisées très basses (inférieures à 33 % à 5 ans). Il s'agit notamment de cancers associés à l'alcool et au tabac (œsophage, foie, poumon), tant chez les femmes que chez les hommes. Ce pronostic défavorable peut être lié à un dépistage tardif, une localisation difficile d'accès, une évolution rapide et agressive, une résistance aux thérapies ou un manque de solutions thérapeutiques spécifiques.

Tout l'enjeu, pour améliorer la survie des patients qui en sont atteints, réside dans le développement de la recherche pour accélérer la découverte de connaissances scientifiques et aboutir à des innovations thérapeutiques. **Lutter contre ces cancers de mauvais pronostic constitue l'un des axes de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.** Les efforts entrepris dans la prévention et la détection précoce de ces cancers doivent ainsi être poursuivis.

SPÉCIFICITÉ DES CANCERS DU POUMON

Les cancers du poumon font partie des localisations dites de pronostic défavorable en termes de survie. Ces cancers sont en grande partie liés à des facteurs évitables, notamment le tabac, qui en est la principale cause, mais aussi dans une moindre mesure à l'exposition à d'autres substances toxiques comme l'exposition au radon et à certains polluants de l'air extérieur.

Les politiques de prévention, telles que la lutte contre le tabac (via les campagnes d'information et l'augmentation du prix du tabac, par exemple), ont permis de faire reculer la consommation tabagique. Néanmoins, les efforts doivent être poursuivis.

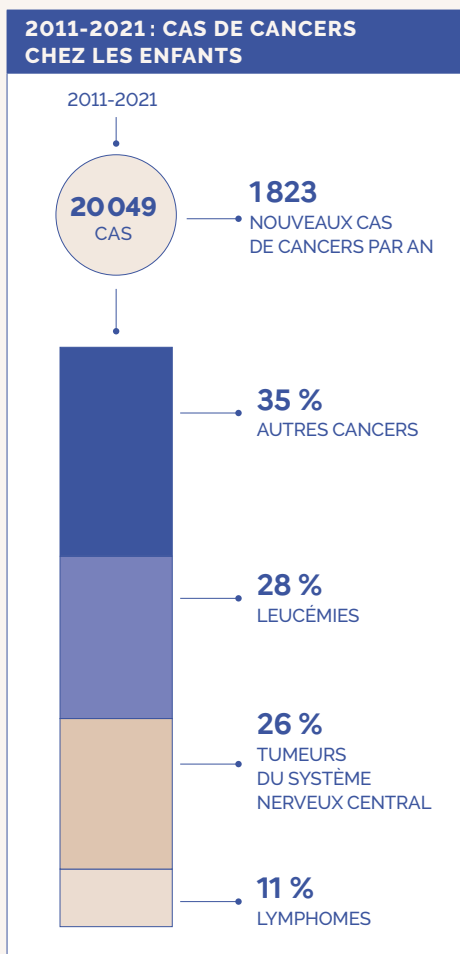
REMARQUE IMPORTANTE

Les survies (en %) sont arrondies à l'unité. Les évolutions de points ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite.

En France, entre 2011 et 2021, ce sont environ 2 300 enfants et adolescents qui ont été touchés chaque année par un cancer. Les cancers pédiatriques constituent une multitude de maladies rares. Cette rareté rend complexe la recherche.

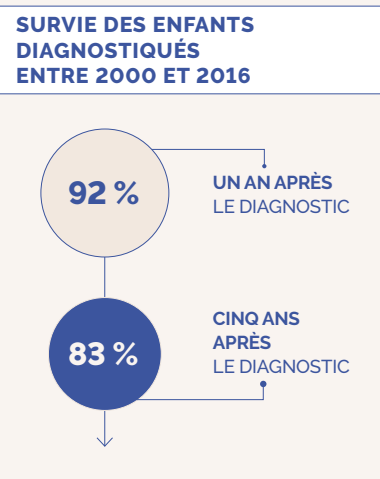
LES ENFANTS DE 0 À 14 ANS

Sur la période 2011-2021, le Registre national des cancers de l'enfant (RNCE) a recensé 20 049 cas de cancers chez les enfants de 0 à 14 ans en France [6,7].



LES CARACTÉRISTIQUES DES CANCERS DE L'ENFANT

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 de cancers observés chez l'enfant sont les leucémies, les tumeurs du système nerveux central et les lymphomes. **Un quart des tumeurs de l'enfant sont des tumeurs embryonnaires** (néphroblastomes, neuroblastomes, rétinoblastomes, par exemple), quasiment inexistantes chez l'adulte.

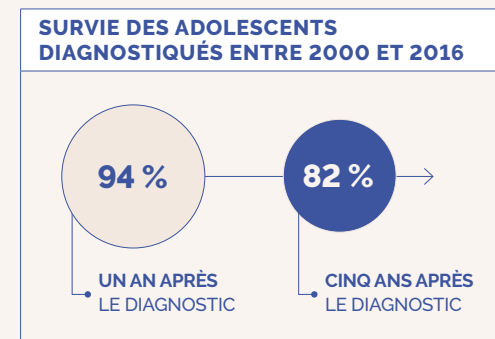
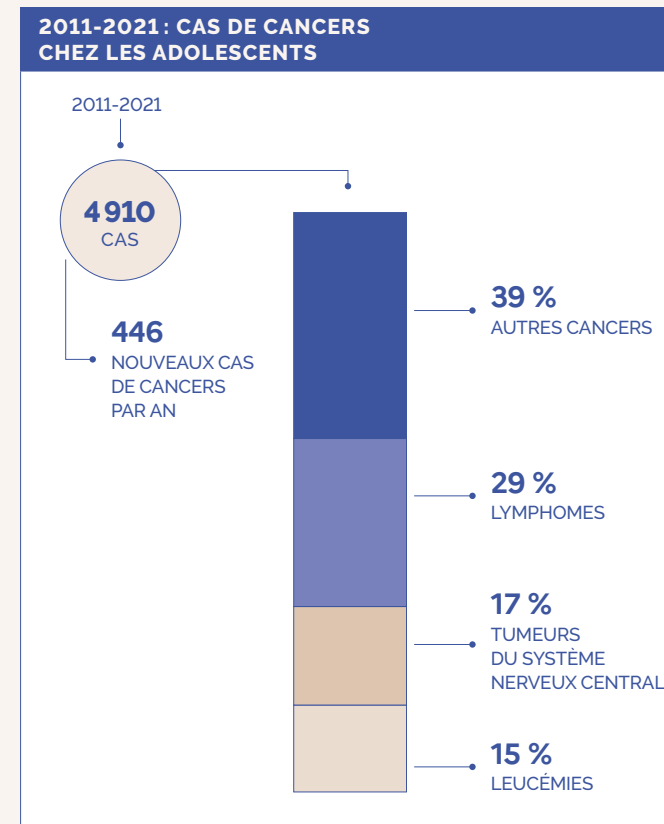


POUR EN SAVOIR PLUS

Des informations complémentaires sont à retrouver sur le site pediatrie.e-cancer.fr et dans le rapport « La lutte contre les cancers pédiatriques en France », disponible sur cancer.fr

LES ADOLESCENTS DE 15 À 17 ANS

Sur la période 2011-2021, 4 910 cas de cancers ont été enregistrés chez les 15-17 ans en France. Chez l'adolescent, les principales localisations sont les lymphomes, les tumeurs du système nerveux central et les leucémies [6,7].



D'OÙ PROVIENNENT LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DES CANCERS PÉDIATRIQUES ?

En France, les données épidémiologiques relatives aux cancers de l'enfant proviennent de deux registres pédiatriques nationaux : le Registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHE) et le Registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE), qui recensent tous les cas de cancers des enfants de moins de 15 ans en France métropolitaine, depuis 1990 pour les hémopathies malignes et depuis 2000 pour les tumeurs solides.

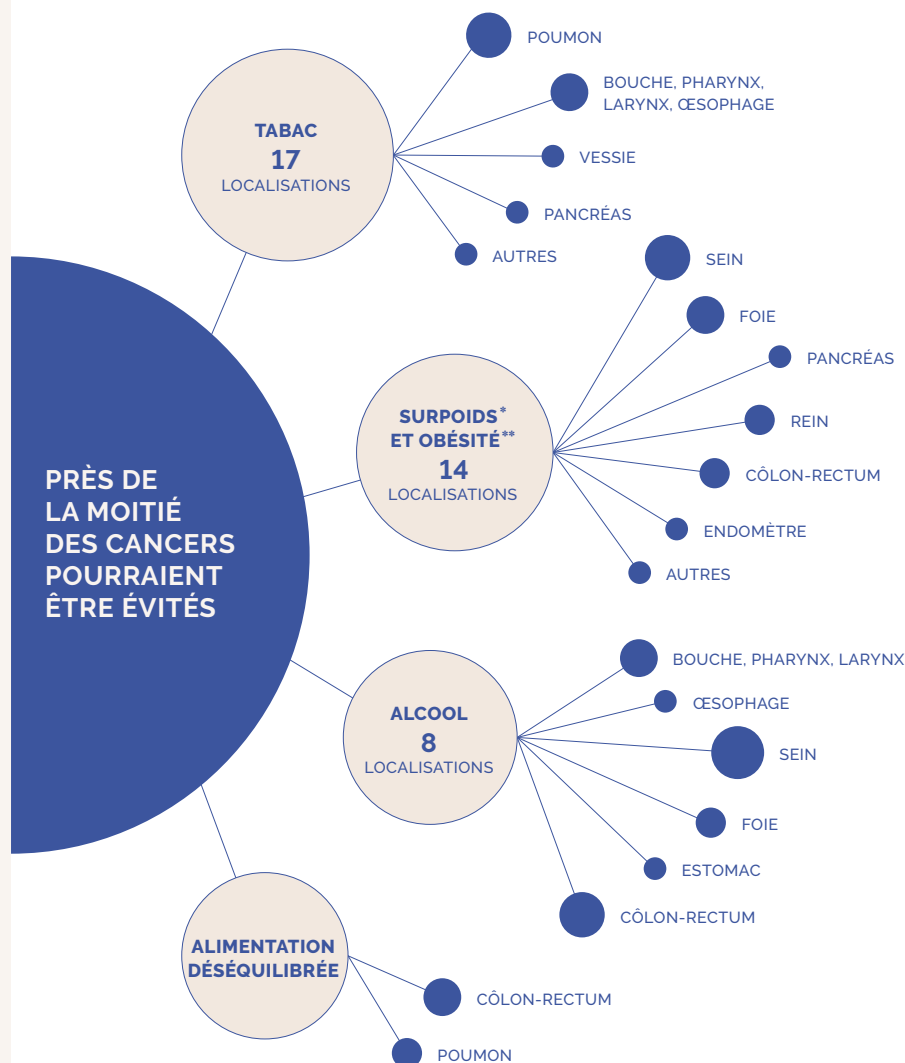
Depuis 2011, ces deux registres couvrent également les départements et régions d'outre-mer. La couverture des deux registres, initialement dédiée aux enfants de moins de 15 ans, a été, ces dernières années, étendue aux 15-17 ans.

Ils recueillent les données relatives au diagnostic et au traitement, et surveillent l'évolution de la survie comme la survenue d'éventuels effets tardifs de la maladie ou des traitements. Ces deux registres participent à un programme partenarial scientifique entre Francim, le Réseau français des registres des cancers, les Hospices civils de Lyon, Santé publique France et l'Institut national du cancer.

Les facteurs de risque

De nombreux facteurs de risque de cancers existent : internes (âge, hérédité) ou externes (comportements, environnement). On estime que près de la moitié des cancers pourraient être évités en limitant l'impact des facteurs de risques externes dans nos vies. Ils peuvent également être influencés par les conditions sociales. Le rôle des déterminants sociaux dans l'exposition aux risques et la survenue des cancers est donc à prendre en compte.

LES 4 PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE

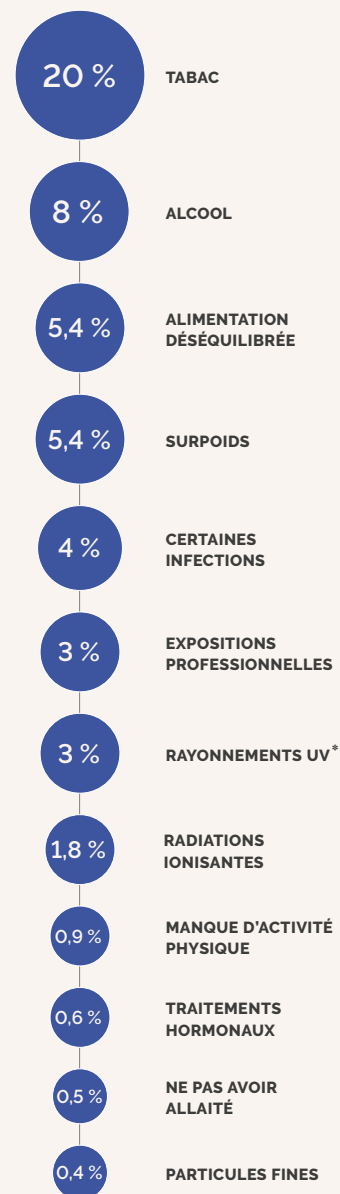


* Surpoids : IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m²

** Obésité : IMC égal ou supérieur à 30 kg/m²

PRÈS DE LA MOITIÉ DES CANCERS POURRAIENT ÊTRE ÉVITÉS

Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque [18]



* Ne concerne que les mélanomes.

INÉGALITÉS SOCIALES ET CANCERS : QUELLES CONSÉQUENCES ?

L'état de santé d'une population dépend de nombreux déterminants, notamment la situation sociale. L'analyse des déterminants sociaux est complexe en raison de l'interaction de multiples facteurs. La privation et la pauvreté sont parmi les déterminants les plus caractérisés. La privation désigne l'absence de sécurités essentielles (emploi, droits fondamentaux), entraînant des conditions de vie précaires et une détérioration des liens sociaux (famille, travail, entourage) [9]. **La situation sociale des individus joue ainsi un rôle central dans les inégalités de santé, en influençant l'accès aux ressources, à la prévention et aux soins.**

Certains cancers sont particulièrement marqués par les inégalités sociales en France, tant en termes d'incidence, de mortalité que d'accès aux soins et aux dépistages. Les études, en particulier celles basées sur les registres du réseau Francim et les rapports de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) [10], montrent des inégalités plus prononcées pour les cancers du poumon, eu égard au tabagisme qui est plus répandu dans les milieux défavorisés, mais aussi pour les cancers des lèvres, de la bouche et du pharynx. Les inégalités sociales augmentent également les risques de morbidité et de mortalité, notamment des cancers [11,12]. Cela s'explique par un retard diagnostique et un pronostic plus défavorable [13], en raison d'un accès ou d'un

recours limité aux structures de soins, d'une moindre observance des traitements, mais aussi d'une faible adhésion aux campagnes de dépistage des populations socialement vulnérables [14,15,16]. Il est bien démontré que la survie nette à 5 ans pour plusieurs types de cancers est moins bonne chez les personnes résidant dans les zones en situation de précarité. Pour les cancers colorectaux, par exemple, la survie est réduite de 5,5 points chez les femmes et de 6,4 points chez les hommes [17].

Plusieurs leviers peuvent être actionnés pour améliorer le parcours de soins des personnes atteintes de cancer et réduire ces écarts. La France dispose de programmes de dépistage pour les cancers du sein, colorectaux et du col de l'utérus, même si la participation reste insuffisante. En 2023, une campagne de vaccination contre les papillomavirus humains a également été lancée dans les écoles pour renforcer la couverture vaccinale. Enfin, une analyse coût-efficacité menée en France suggère que les unités mobiles de mammographie augmentent la participation au dépistage des cancers du sein et réduisent les inégalités territoriales et sociales [18].

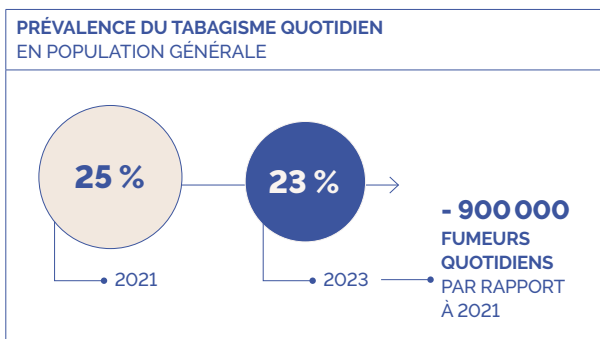
Ainsi, il est essentiel d'intervenir à toutes les étapes du parcours du patient atteint de cancer, en agissant à la fois sur les facteurs influençant la maladie (prévention, dépistage) et ceux liés à la survie (stade au diagnostic, accès aux soins, modalités de traitement, etc.).

2005-2023, BAISSÉ DU TABAGISME QUOTIDIEN

La lutte antitabac, avec le Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) 2014-2019, participe à la diminution du tabagisme quotidien en France. La tendance à la baisse observée depuis 2016, interrompue pendant la période de la pandémie de Covid-19, semble se réinstaller ces dernières années.

La prévalence du tabagisme quotidien a diminué de façon significative, de 25 % à 23 % entre 2021 et 2023, ce qui correspond à 900 000 fumeurs adultes quotidiens en moins par rapport à 2021 [19-22]. **Les inégalités sociales restent très marquées, mais stables** : les personnes sans emploi, les moins diplômées ou à plus faibles revenus sont plus nombreuses à fumer.

PRÉVALENCE DU TABAGISME QUOTIDIEN CHEZ LES 18-75 ANS			
2005	2019	2021	2023
CHEZ LES FEMMES			
23%	↘ 21%	↗ 23%	↘ 21%
CHEZ LES HOMMES			
32%	↘ 27,5%	↗ 28%	↘ 25%

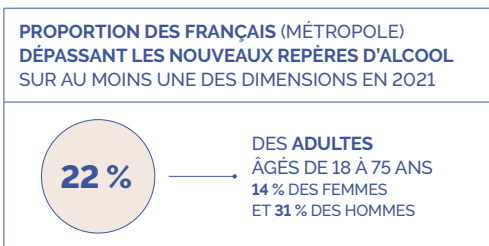


2005-2021, BAISSÉ DE LA CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALCOOL

Entre 2005 et 2021, la consommation quotidienne d'alcool chez les adultes de 18-75 ans est en constante diminution chez les femmes comme chez les hommes. Depuis 2005, les alcoolisations ponctuelles importantes (API), six verres ou plus en une occasion, chez les hommes, quelle que soit la fréquence, sont dans l'ensemble stables tandis que la tendance est à la hausse parmi les femmes.

Entre 2020 et 2021, en métropole, la proportion d'adultes dépassant les repères de consommation d'alcool à moindre risque a significativement diminué (de 24 % à 22 %). Cette baisse s'observe parmi les hommes principalement, les plus jeunes et les plus âgés, et chez les personnes aux revenus les plus élevés [23,24].

CONSOMMATION QUOTIDIENNE D'ALCOOL CHEZ LES 18-75 ANS		
2005	2017	2021
CHEZ LES FEMMES		
8% API* : 18,4%	↘ 5% API : 21,4%	↘ 4% API : 23%
CHEZ LES HOMMES		
23% API : 50,1%	↘ 15% API : 49,6%	↘ 13% API : 48,5%



*Au moins une alcoolisation ponctuelle importante déclarée dans l'année.

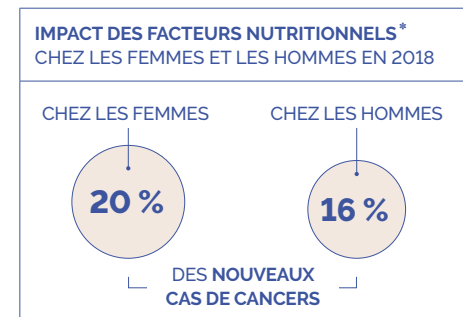
SURPOIDS, OBÉSITÉ ET SÉDENTARITÉ

La sédentarité, l'inactivité physique, une alimentation pauvre en fibres, en fruits et légumes, mais riche en viande rouge ou en charcuteries, sont des facteurs de risque qui contribuent aux risques de cancers [25]. Ainsi, les données de Santé publique France indiquent qu'une part significative de la population reste éloignée des recommandations nutritionnelles. Selon le dernier baromètre (2021), seulement un quart des femmes et 18 % des hommes consomment les cinq portions quotidiennes recommandées. Ce sont les jeunes adultes qui adhèrent le moins à cette recommandation [26].

Les prévalences de l'obésité et du surpoids, toujours élevées en France, semblent se stabiliser entre 2015 et 2020 chez l'adulte, mais poursuivent leur augmentation chez l'enfant et l'adolescent, ce qui est très préoccupant étant donné que la majorité risque de conserver leur obésité ou surpoids à l'âge adulte [27,28].

1997-2015, SURPOIDS ET OBÉSITÉ CHEZ LES ADULTES		
1997	2015	2020
SURPOIDS		
30%	↗ 49%	↘ 47%
OBÉSITÉ		
9%	↗ 17%	→ 17%

2013-2017, SURPOIDS ET OBÉSITÉ CHEZ LES ENFANTS ET LES ADOLESCENTS (6-17 ANS)		
1997	2015	2020
SURPOIDS		
12%	↗ 16%	↗ 20%
OBÉSITÉ		
4%	→ 4%	↗ 5%



*Alimentation, surpoids et obésité, activité physique et alcool [29]

QUELLE EST LA PART DES CAS DE CANCERS ATTRIBUABLES À CES FACTEURS DE RISQUE ?

TABAC
20 %
DES CAS DE CANCERS EN 2015

SOIT
68 000
NOUVEAUX CAS

ALCOOL
8 %
DES CAS DE CANCERS EN 2015

SOIT
28 000
NOUVEAUX CAS

SURCHARGE PONDÉRALE
5,4 %
DES CAS DE CANCERS EN 2015

SOIT
18 600
NOUVEAUX CAS

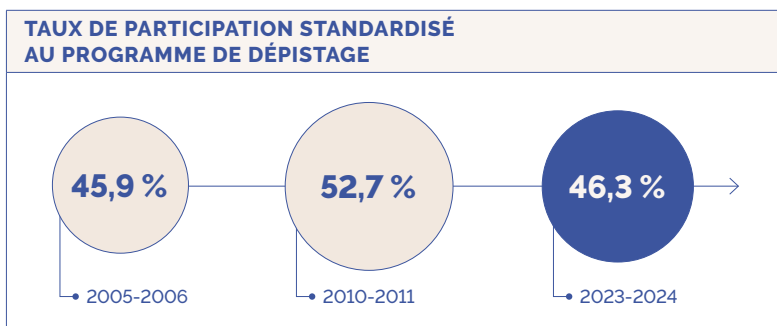
SÉDENTARITÉ
0,9 %
DES CAS DE CANCERS EN 2015

SOIT
3 000
NOUVEAUX CAS

L'objectif du dépistage est de diagnostiquer le cancer à un stade précoce, avant l'apparition de symptômes, afin de mieux le soigner et d'en limiter les séquelles, ainsi que celles des traitements. Depuis 2004, trois programmes de dépistages organisés ont été mis en place : pour les cancers du sein, colorectaux et du col de l'utérus. En 2025, un quatrième programme sera lancé, pour les cancers du poumon.

2004 DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS DU SEIN

Destiné à dépister le cancer le plus fréquent et le plus mortel chez les femmes, ce programme voit son taux de participation baisser depuis 10 ans pour toutes les tranches d'âge et toutes les régions. Il faut toutefois y ajouter 11 % de la population cible qui effectuent des dépistages individuels. **Après avoir connu une augmentation jusqu'à la période 2010-2011, avec une participation de 52,7 %, le taux de participation a ensuite baissé de 12 % jusqu'à la période 2023-2024 (46,3 % de participation) [30,31].**



LES AVANCÉES ATTENDUES

Une meilleure détection de certaines lésions précancéreuses du sein grâce à la **tomosynthèse** (imagerie de lecture de la mammographie en 3D) est attendue. Bien que non autorisée en France dans le dépistage organisé, cette innovation technologique s'est développée dans le cadre de démarches individuelles. Elle permet d'obtenir un cliché numérique reconstitué en trois dimensions à partir d'images du sein (associée à la technologie actuelle 2D ou à partir d'une reconstruction d'image synthétique 2D).

10,8 millions

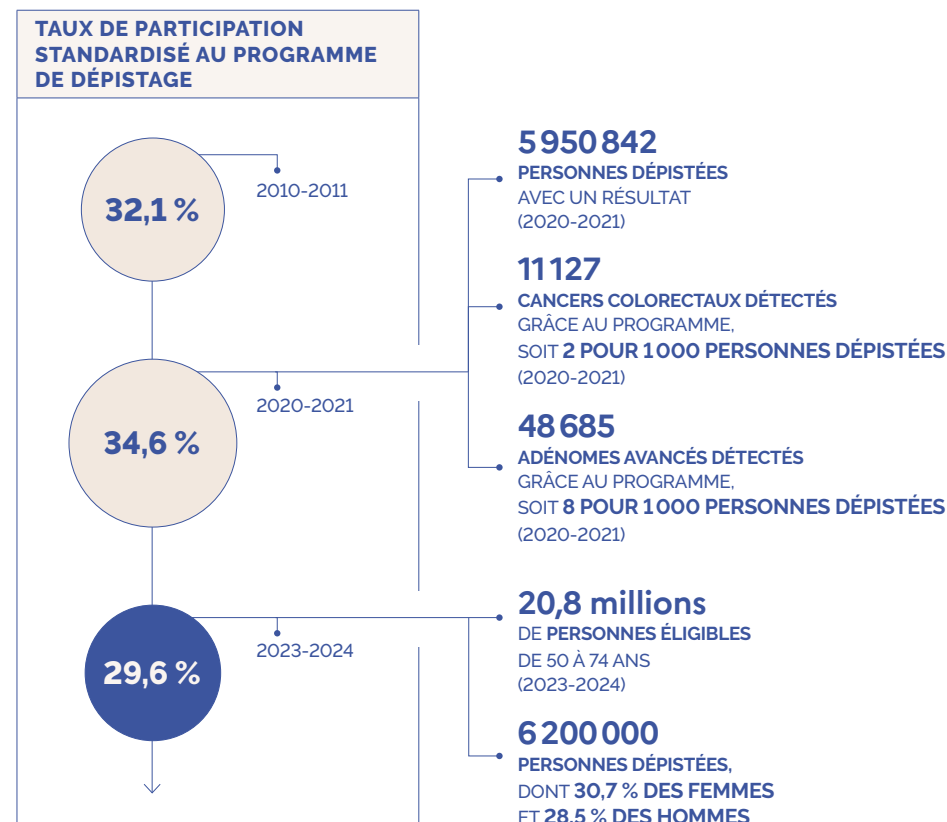
DE FEMMES ÉLIGIBLES
DE 50 À 74 ANS
(2022-2023)

38 773

CANCERS DU SEIN DÉTECTÉS
GRÂCE AU PROGRAMME,
SOIT **7,8 POUR 1 000 FEMMES DÉPISTÉES**
(2019-2020)

2009 DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS COLORECTAUX

Le programme national de dépistage organisé des cancers colorectaux a pour objectif principal de diminuer la mortalité spécifique de ces cancers grâce à une détection et un traitement précoce des lésions. Sur la période 2010-2011, la participation au dépistage organisé était de 32,1 %. **Le taux de participation de la population cible est de 29,6 % en 2023-2024. Cette participation est stable depuis 2020, bien qu'amorçant une inflexion à surveiller, et toujours inférieure au seuil européen acceptable (45 %) [30,31].**



LES AVANCÉES ATTENDUES

Une plus forte participation au dépistage des cancers colorectaux est attendue au regard des **nouvelles modalités d'accès des kits de dépistage**, remis par les pharmaciens et disponible à la commande en ligne depuis 2022. De plus, l'Institut national du cancer a lancé des **expérimentations d'envoi du kit de dépistage directement à domicile par voie postale** lors de l'invitation au dépistage en vue d'améliorer l'accessibilité au dépistage à terme.

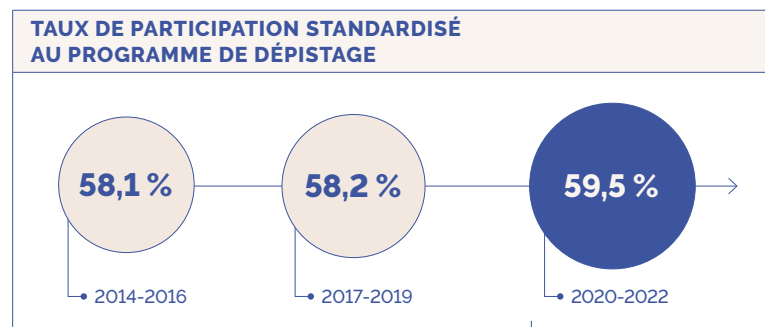
POUR EN SAVOIR PLUS

Un espace digital regroupe l'ensemble des informations sur les dépistages organisés des cancers du sein, colorectaux et du col de l'utérus, jefaismondepistage.cancer.fr

2018

DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle que les cancers du col de l'utérus pourraient être éradiqués grâce au dépistage et à la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV). **Sur la période 2020-2022, la participation au dépistage organisé des cancers du col de l'utérus était de 59,5 %.** Elle est en hausse de +1,3 point par rapport à la période 2017-2019 (58,2 %) et de +1,4 point par rapport à la période 2014-2016 (58,1 %) [30,31].



PARTICULARITÉ DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS

Dans le cadre de ce dépistage organisé, le **courrier d'invitation est uniquement adressé aux femmes ne faisant pas l'examen dans les intervalles recommandés.**

11,6 %

DES TESTS EFFECTUÉS
À LA SUITE D'UNE INVITATION
SUR LA PÉRIODE 2020-2022
(7,5 % EN 2019-2021 ET 3,3 % EN 2018-2020)

PRENDRE SOIN DE LA SANTÉ DES FEMMES

Aujourd'hui, encore 40 % des femmes concernées ne réalisent pas, ou pas régulièrement, le dépistage organisé des cancers du col de l'utérus. Il s'agit plus particulièrement des femmes de plus de 50 ans (1 femme sur 2 entre 50 et 65 ans ne se fait pas dépister), celles en situation sociale défavorable, les femmes atteintes d'une affection longue durée, d'une forme grave ou invalidante, d'obésité ou les femmes en situation de handicap. **Pourtant, le dépistage représente un réel bénéfice pour leur santé.** Il permet de repérer le plus tôt possible d'éventuelles lésions précancéreuses, de les surveiller ou de les soigner et ainsi de prévenir l'apparition d'un cancer. **Et grâce à ce dépistage, ce sont 9 cancers du col de l'utérus sur 10 qui pourraient être évités.**

- **17,6 millions**
DE FEMMES ÉLIGIBLES
DE 25 À 65 ANS
(2020-2022)
- **10 470 000**
PERSONNES DÉPISTÉES
(2020-2022)
- **32 000**
LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES
DÉTECTÉES

2025

VERS LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS DU POUMON

Les cancers du poumon sont la première cause de mortalité par cancer en France, avec 30 900 décès en 2022. Le tabagisme est responsable de près de 80 % des cas diagnostiqués. La Haute Autorité de santé a recommandé, en 2022, la mise en place d'un programme pilote par scanner spiralé faible dose afin d'obtenir les réponses manquantes indispensables à la mise en place d'un dépistage organisé [32].

L'Institut national du cancer a produit le référentiel opérationnel du programme de dépistage et a lancé en juillet 2024 un appel à candidatures pour le projet de programme pilote. **Après examen devant un comité d'évaluation international, le projet IMPULSION a été retenu et sera financé à hauteur de 6 millions d'euros [33].**

Ce programme de recherche débutera dès 2025. Il prévoit, avec le scanner spiralé faible dose, un accompagnement au sevrage tabagique pour les fumeurs et portera une attention particulière aux populations les plus précaires et les plus isolées. Il réunit l'ensemble des partenaires nationaux et régionaux nécessaires et permettra d'évaluer les conditions optimales d'organisation du dépistage en les adaptant aux territoires.

DES ÉTUDES* ONT MONTRÉ
UNE RÉDUCTION DE
20 à 25 %
DE LA MORTALITÉ SPÉCIFIQUE
PAR CANCER DU POUMON
GRÂCE AU DÉPISTAGE

COMBINER DÉPISTAGE
ET ARRÊT DU TABAC
PERMET DE RÉDUIRE DE

38 %
LE RISQUE DE DÉCÈS
PAR CANCER DU POUMON

*Études internationales NLST et NELSON

LE PROGRAMME IMPULSION EN BREF

- **20 000**
PARTICIPANTS VOLONTAIRES
RECRUTÉS SUR UNE PÉRIODE
DE 18 À 24 MOIS
- **PERSONNES DE 50 à 74 ans**
FUMEURS ET EX-FUMEURS
(SEVRÉS DEPUIS AU MOINS 15 ANS)
- **29**
STRUCTURES PARTENAIRES

QUEL EST LE PROFIL DES PARTICIPANTS AU PROGRAMME IMPULSION ?

Les participants doivent être âgés de 50 à 74 ans pour intégrer le programme de dépistage organisé. Cette tranche d'âge est ciblée car elle correspond à la population la plus à risque de développer un cancer du poumon. **Le programme cible à la fois les fumeurs actifs, c'est-à-dire les personnes qui fument actuellement, quel que soit le type de tabac consommé (cigarettes, cigares, pipes, etc.), et avec, par exemple, une consommation tabagique cumulée d'au moins 20 paquets année, et les ex-fumeurs, à condition qu'ils aient arrêté de fumer depuis moins de 15 ans.**

Les participants doivent être affiliés à la Sécurité sociale pour bénéficier de la prise en charge des examens et des consultations associées au programme. Ils devront également signer un consentement de participation après avoir reçu une information complète sur l'étude, incluant les risques et bénéfices potentiels du dépistage. Pour les fumeurs actifs, une non-opposition à un suivi en tabacologie sera recueillie, mais pas obligatoire. Cela inclut la participation à des consultations spécialisées et l'accès à des outils d'aide à l'arrêt du tabac.

POUR EN SAVOIR PLUS

Des informations complémentaires sur le **programme IMPULSION** sont disponibles sur cancer.fr

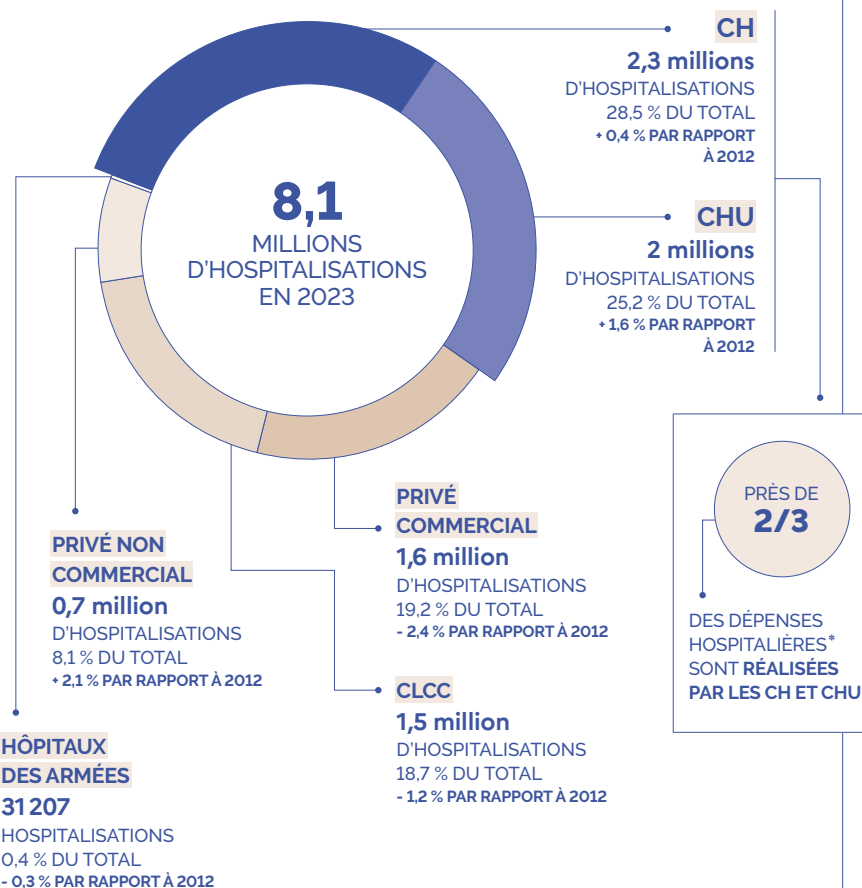
En 2023, avec plus de 1,3 million de personnes traitées spécifiquement pour un cancer en hospitalisations courantes, les cancers continuent de marquer fortement l'activité hospitalière. Cela représente une augmentation de 3,5 % par rapport à l'année précédente et d'un peu plus de 20 % depuis 2012.

2012-2023, OÙ SONT SOIGNÉES

LES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER ?

De façon constante depuis 10 ans, l'activité de cancérologie est **assurée pour plus d'une hospitalisation sur deux par les établissements publics** (CH et CHU) [34].

2023, NOMBRE D'HOSPITALISATIONS (SÉJOURS ET SÉANCES) EN MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE (MCO) EN LIEN AVEC UN CANCER



* Chiffres constants sur les 10 dernières années

LES DÉPENSES HOSPITALIÈRES

Les dépenses hospitalières liées aux cancers (diagnostic, traitement, suivi) sont en constante augmentation. **Entre 2012 et 2023, les dépenses ont augmenté de 40 %**. Pour la seule année 2023, c'est près de 10 % d'augmentation par rapport à 2022* [34].

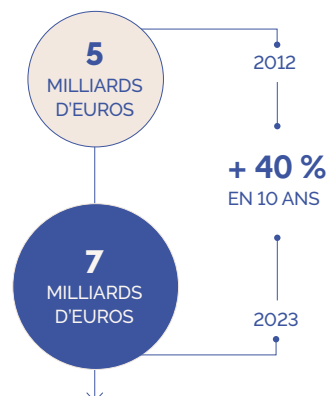
2022, LE POIDS TOTAL DE LA CANCÉROLOGIE



REMARQUE

Les dépenses présentées dans ce Panorama sont pour l'essentiel issues de l'exploitation des bases de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), donc le reflet des dépenses hospitalières. À partir de la facturation des soins pratiqués en ville et à l'hôpital dont la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) dispose, elle évalue le poids total de la cancérologie dans les dépenses de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 23 milliards d'euros en 2022. Le périmètre de calcul est beaucoup plus large [35].

2012-2023, DÉPENSES HOSPITALIÈRES LIÉES AUX CANCERS (DIAGNOSTIC, TRAITEMENT, SUIVI)



* Hors séances de radiothérapie réalisées dans le secteur libéral et hors dépenses des anticancéreux facturés en sus des groupes homogènes de séjours.

2012-2023, ÉVOLUTION DES DÉPENSES LIÉES AUX MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX

2012	2022	2023
EN RÉTROCESSION		
215,5 M€ DONT 59 % POUR LES IMMUNOTHÉRAPIES	+ 153 % 545 M€ DONT 64 % POUR LES IMMUNOTHÉRAPIES	- 26 % 404 M€ DONT 62 % POUR LES IMMUNOTHÉRAPIES
SUR LA LISTE EN SUS		
1,4 Md€ DONT 18 % POUR LES IMMUNOTHÉRAPIES	+ 207 % 4,3 Md€ DONT 79 % POUR LES IMMUNOTHÉRAPIES	+ 15 % 5 Md€ DONT 81 % POUR LES IMMUNOTHÉRAPIES
EN OFFICINE		
1,2 Md€ DONT 48 % POUR LES THÉRAPIES CIBLÉES	+ 208 % 3,7 Md€ DONT 66 % POUR LES THÉRAPIES CIBLÉES	+ 10 % 4,1 Md€ DONT 67 % POUR LES THÉRAPIES CIBLÉES

LES ÉQUIPEMENTS

En cancérologie, l'imagerie médicale occupe une place centrale dans le parcours de soins, intervenant à chaque étape clé : prévention, dépistage, diagnostic, évaluation de la réponse au traitement et suivi thérapeutique.

APPAREILS DE TRAITEMENTS DE RADIOTHÉRAPIE EXTERNE

472 APPAREILS EN 2012
595 APPAREILS EN 2023
VAM DU NOMBRE : + 2 % PAR AN

APPAREILS IRM

352 APPAREILS EN 2005
1277 APPAREILS EN 2023
VAM DU NOMBRE : + 7 % PAR AN

APPAREILS SCANNERS

971 APPAREILS EN 2010
1407 APPAREILS EN 2023
VAM DU NOMBRE : + 2,9 % PAR AN

UNE FILIÈRE DE SOINS PLUS ATTRACTIVE

La démographie médicale en oncologie a connu une croissance importante entre 2013 et 2023, avec 3 fois plus d'oncologues médicaux et près de 80 % de radiothérapeutes en plus. Cette croissance est le résultat des orientations du Plan cancer 2003-2007 qui prévoyait d'augmenter de 20 % la densité des internes en oncologie, et également de l'effort de renforcement de l'attractivité de la filière oncologie médicale réalisé [36].

ONCOLOGUES MÉDICAUX

523 EN 2003
1561 EN 2023
+ 198,5 %
- 5 % ENTRE 2022 ET 2023 (1648 ONCOLOGUES MÉDICAUX EN 2022)

RÉSULTAT DES ORIENTATIONS DU PLAN CANCER 2003-2007 : AUGMENTATION DE 20 % DE LA DENSITÉ DES INTERNES EN ONCOLOGIE

RADIOTHÉRAPEUTES

613 EN 2003
1091 EN 2023
+ 78 %
+ 8 % ENTRE 2022 ET 2023 (1012 RADIOTHÉRAPEUTES EN 2022)

ANATOMOPATHOLOGISTES

1631 EN 2003
1690 EN 2023
+ 3,6 %
+ 1 % ENTRE 2022 ET 2023 (1671 ANATOMOPATHOLOGISTES EN 2022)

TRAITEMENTS DES CANCERS : LES ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS

Pour pratiquer des activités de traitement du cancer, tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, y compris les centres de radiothérapie libéraux doivent **détenir une autorisation de traitement du cancer délivrée par les Agences régionales de santé**. L'objectif est de garantir le même niveau de sécurité, de qualité et d'accessibilité sur l'ensemble du territoire, à tous les patients atteints de cancer.

ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS À TRAITER LES CANCERS

896 ÉTABLISSEMENTS EN 2019
915 ÉTABLISSEMENTS EN 2022
863 ÉTABLISSEMENTS EN 2023

POUR EN SAVOIR PLUS

Une **carte interactive de l'offre de soins en cancérologie** est disponible sur cancer.fr

LES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES CONVENTIONNELLES EN ONCOLOGIE

La chirurgie, la radiothérapie et les traitements médicamenteux systémiques constituent les traitements de référence des cancers, formant la base des stratégies thérapeutiques conventionnelles [34].

2012-2023, RÉPARTITION DES TRAITEMENTS CONVENTIONNELS

CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE

2012 **376 697** PERSONNES TRAITÉES
2022 **418 342** PERSONNES TRAITÉES
2023 **431 815** PERSONNES TRAITÉES

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX SYSTÉMIQUE DES CANCERS

2012 **287 844** PERSONNES TRAITÉES
2022 **372 348** PERSONNES TRAITÉES
2023 **387 440** PERSONNES TRAITÉES

RADIOTHÉRAPIE EN SECTEUR PUBLIC

2012 **108 393** PERSONNES TRAITÉES
2022 **130 062** PERSONNES TRAITÉES
2023 **133 958** PERSONNES TRAITÉES

RADIOTHÉRAPIE EN SECTEUR LIBÉRAL

2012 **88 780** PERSONNES TRAITÉES
2022 **115 160** PERSONNES TRAITÉES
2023 **121 000** PERSONNES TRAITÉES

MASTECTOMIES PARTIELLES DES CANCERS DU SEIN : PART DE LA CHIRURGIE AMBULATOIRE EN 2023

61,4 % x 10 EN MOINS DE 15 ANS (6,7 % EN 2010)

PERSONNES TRAITÉES SPÉCIFIQUEMENT POUR UN CANCER EN MCO

1,1 MILLION 2012
1,3 MILLION 2023

DE NOUVEAUX TRAITEMENTS

Ces dernières années, à côté des traitements traditionnels, émergent les **nouveaux traitements d'immunothérapie spécifique** tels que les **cellules CAR-T** et les **inhibiteurs de points de contrôle**. Ainsi, en 2023, 90 466 patients ont été traités par des inhibiteurs de points de contrôle (+ 21 % par rapport à 2022) et 1 173 par des cellules CAR-T (+ 49,5 % par rapport à 2022).

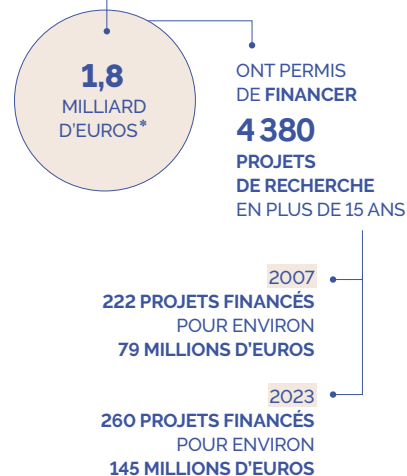
La recherche sur les cancers a pour objectif d'améliorer les connaissances permettant de réduire la mortalité liée à cette maladie, et de faire reculer sa fréquence et sa gravité, d'améliorer la qualité de vie des patients, mais aussi de favoriser l'équité face à la prévention, à l'accès au diagnostic précoce et aux traitements innovants.

PROJETS DE RECHERCHE EN ONCOLOGIE, QUELS INVESTISSEMENTS ?

Plus de la moitié du budget de financement de la recherche est consacrée à la recherche libre - dont le sujet est à l'initiative des chercheurs - avec le maintien, sur la période 2007-2023, des 4 programmes emblématiques de l'Institut : recherche en biologie fondamentale (PLBIO), recherche translationnelle (PRT-K), recherche clinique (PHRC-K) et recherche en sciences humaines, épidémiologie et santé publique (SHS-E-SP) 1371.

2007-2023, QUELS FINANCEMENTS ?

ENTRE 2007 ET 2023



ÉCLAIRAGE

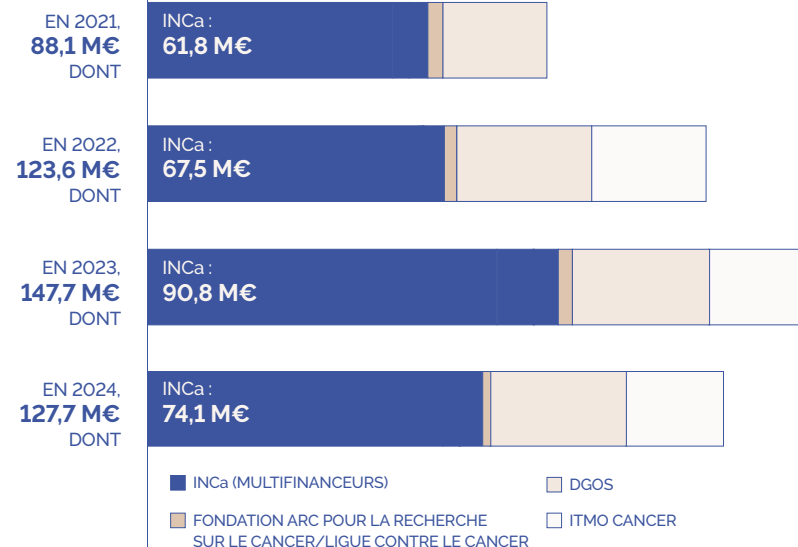
Plus de la moitié des projets financés au cours de la période 2007-2023 ont pour objectif la **compréhension biologique des cancers et de leur traitement**. Le budget dédié à la recherche a doublé pour des projets toujours plus ambitieux, réunissant et nécessitant des moyens humains et financiers toujours plus importants.

* Multifinancement : Institut national du cancer, ITMO Cancer, DGOS, Ligue contre le cancer, Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et Caisse nationale de l'Assurance maladie.

2007-2025, PROGRAMMES DE COLLABORATION INTERNATIONALE



RÉPARTITION DES MONTANTS VERSÉS PAR LE GIP INCa À LA RECHERCHE EN CANCÉROLOGIE, PAR TYPES DE FINANCEURS

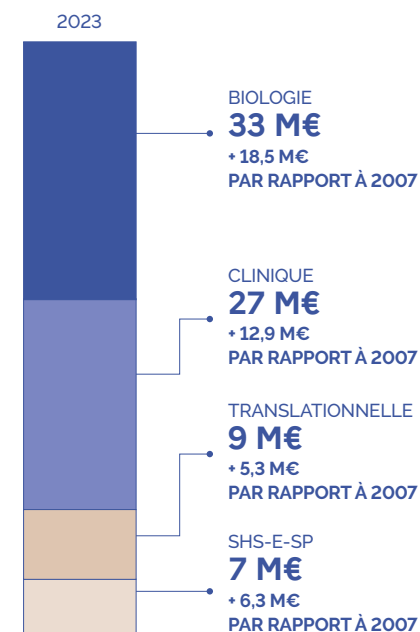


RÉPARTITION DU BUDGET DÉDIÉ À LA RECHERCHE PAR TYPES DE PROGRAMMES DE FINANCEMENT

2007	2023
PROGRAMMES LIBRES	
38,9 M€	76 M€
INITIATIVES STRATÉGIQUES	
12,8 M€	45 M€
SOUTIEN AUX JEUNES CHERCHEURS, FORMATION	
0,7 M€	4,6 M€

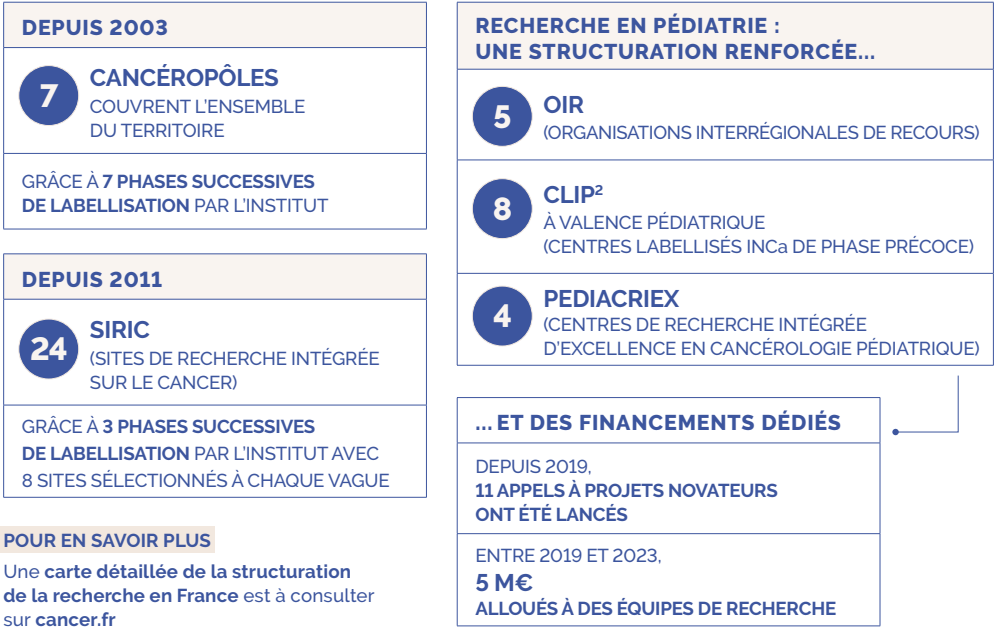
LA RECHERCHE CONSTITUE L'AXE MAJEUR D'INVESTISSEMENT DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER DANS LA LUTTE CONTRE LES CANCERS

RÉPARTITION PAR DISCIPLINE DU BUDGET DÉDIÉ AU PROGRAMME DE FINANCEMENT DE RECHERCHE LIBRE



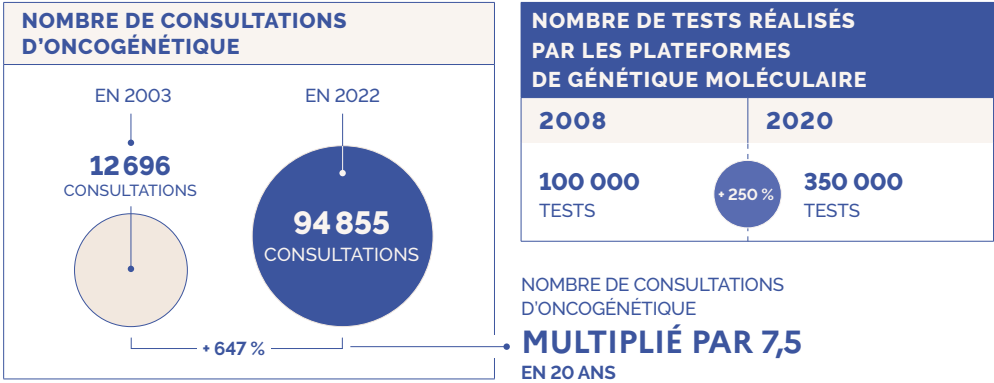
STRUCTURATION DE LA RECHERCHE EN ONCOLOGIE :
QUELLES AVANCÉES ?

Après 20 années d'existence et plusieurs évolutions de leurs missions, les Cancéropôles constituent, avec les Sites de recherche intégrée sur le cancer (SIRIC) et les Centres labellisés INCa de phase précoce (CLIP²), un **dispositif unique d'aide à la recherche**.



L'HÉRITAGE GÉNÉTIQUE DU CANCER

Entre 5 et 10 % des cancers diagnostiqués sont liés à des formes héréditaires de cancer. En 2022, le **dispositif de diagnostic de ces prédispositions s'organisait autour de 143 sites de consultation répartis dans 103 villes sur l'ensemble du territoire**. Depuis 2006, 28 plateformes hospitalières dédiées à la génétique moléculaire tumorale des cancers ont été créées et, depuis 2008, le nombre de tests réalisés a été multiplié par 3,5.



LES CENTRES LABELLISÉS INCa DE PHASE PRÉCOCE :
UN ENJEU CRUCIAL POUR LA RECHERCHE CLINIQUE

Les essais cliniques de phase précoce constituent une étape clé dans le développement de nouveaux traitements et représentent une porte d'entrée essentielle pour l'accès aux innovations thérapeutiques en cancérologie. Conscient de cet enjeu, l'Institut national du cancer, avec le soutien de la Ligue contre le cancer a instauré, en 2010, dans le cadre du Plan cancer 2009-2013, une labellisation des centres spécialisés dans ces essais. **Cette initiative a permis d'ancrer la recherche clinique de phase précoce comme une priorité stratégique, en structurant un réseau national de centres experts en cancérologie adulte et pédiatrique.**

Les CLIP², Centres labellisés INCa de phase précoce, conçoivent et mènent les essais de phase précoce dans le respect des règles de protection des patients et des exigences de la réglementation internationale en la matière. Depuis le lancement de la première campagne de labellisation en 2010, les enquêtes d'activité réalisées annuellement au sein des CLIP² ont montré une progression du nombre de nouveaux essais cliniques de phase précoce initiés chaque année, ainsi que du nombre de patients inclus et traités (voir page suivante).

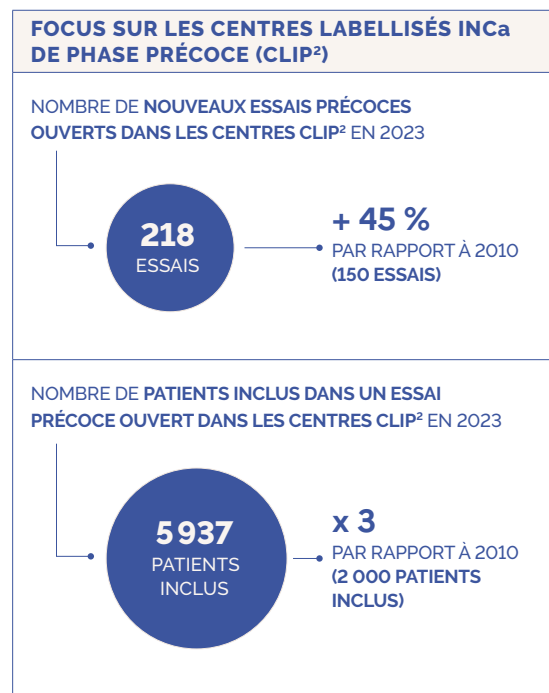
En 2023, l'Institut a lancé la 4^e campagne de labellisation des CLIP² pour la période 2024-2029, via un appel à candidatures ouvert aux centres déjà labellisés ainsi qu'à de nouvelles structures. À l'issue du processus de sélection, 16 centres ont été labellisés, dont 8 disposant de la double compétence adulte et pédiatrique. Parmi eux, 3 nouveaux CLIP² ont rejoint le réseau. Toutefois, afin d'améliorer l'accès à l'innovation sur l'ensemble du territoire et en cohérence avec la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, un second appel à candidatures a été lancé. Début 2025, 3 centres supplémentaires, spécialisés dans les essais précoces adultes, ont ainsi été labellisés, renforçant encore la couverture nationale du réseau CLIP². Cette quatrième campagne de labellisation s'inscrit dans la continuité des actions menées depuis 2010 et **confirme le rôle central des CLIP² dans l'accès aux innovations thérapeutiques contre les cancers.**



LA RECHERCHE CLINIQUE : UN RÔLE CENTRAL DANS L'AMÉLIORATION DES TRAITEMENTS

Grâce aux essais cliniques, notamment de phase précoce, les patients peuvent accéder plus tôt à des innovations thérapeutiques prometteuses. Ces essais explorent de nouveaux médicaments, techniques ou stratégies de soins. L'Institut en assure le déploiement à l'échelle nationale en apportant un appui logistique et financier.

2002-2023, NOMBRE DE PATIENTS INCLUS DANS LES ESSAIS CLINIQUES EN ONCOLOGIE		
2002	2005	2023
16 316 PATIENTS INCLUS DANS DES ESSAIS CLINIQUES ACADÉMIQUES	18 522 PATIENTS INCLUS DANS DES ESSAIS CLINIQUES ACADÉMIQUES	50 625 PATIENTS INCLUS DANS DES ESSAIS CLINIQUES ACADÉMIQUES
5 226 PATIENTS INCLUS DANS DES ESSAIS CLINIQUES INDUSTRIELS	5 880 PATIENTS INCLUS DANS DES ESSAIS CLINIQUES INDUSTRIELS	9 582 PATIENTS INCLUS DANS DES ESSAIS CLINIQUES INDUSTRIELS



ENTRE 2002 ET 2023, CE NOMBRE A ÉTÉ
MULTIPLIÉ PAR 2,8
AU GLOBAL (ACADÉMIQUE + INDUSTRIEL)

UN RÉPERTOIRE DÉDIÉ AUX ESSAIS CLINIQUES EN CANCÉROLOGIE

Le Registre des essais cliniques en cancérologie en France (RECF) est un répertoire d'essais cliniques proposé par l'Institut national du cancer sur son site depuis 2007. Le RECF a pour objectif de fournir des informations actualisées sur les essais cliniques menés en France avec, notamment, un moteur de recherche permettant une recherche ciblée par mots-clés et une localisation géographique des sites investigateurs ouverts aux inclusions. Sont aussi bien concernés les patients et proches que les professionnels impliqués dans la recherche clinique.

Le Registre des essais cliniques est accessible depuis le site cancer.fr

2

ZOOM SUR QUELQUES LOCALISATIONS

Les cancers, toutes localisations confondues, constituent un ensemble très hétérogène, aussi bien au niveau des facteurs de risque que de l'histoire naturelle et du pronostic. Ce chapitre s'intéresse plus spécifiquement à certains cancers, parmi les plus fréquents ou de plus mauvais pronostics, au sein de la population.

**POUMON • SEIN • PROSTATE • COLORECTAL
PANCRÉAS • FOIE • OVAIRE • COL DE L'UTÉRUS
MÉLANOME CUTANÉ**

52 777

NOUVEAUX CAS EN 2023

30 896

DÉCÈS EN 2022

EN 2017, LA PRÉVALENCE
DES CANCERS DU POUMON
EST ESTIMÉE À

169 718

PERSONNES [38]

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

66 ans

CHEZ LES FEMMES

68 ans

CHEZ LES HOMMES

**SURVIE NETTE
STANDARDISÉE** À 5 ANS DES
PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES
ENTRE 2010 ET 2015

20 %

24 % POUR LES FEMMES
ET 18 % POUR LES HOMMES

**CANCERS ATTRIBUABLES
À LA DÉFAVORISATION
SOCIALE** EN FRANCE EN 2012

7 253 cas

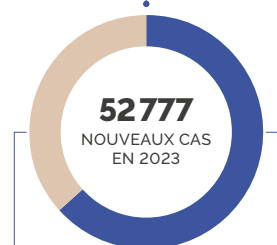
5 614 CHEZ LES FEMMES
ET 1 639 CHEZ LES HOMMES

FACTEURS DE RISQUE

- Tabagisme actif et passif
- Expositions professionnelles
- Pollutions environnementales
- Antécédents personnels et familiaux

Les cancers du poumon

**3^e CANCER LE PLUS
FRÉQUENT CHEZ LES
FEMMES ET 2^e CHEZ
LES HOMMES**



• 44 % DES FEMMES
19 339 CAS

• 56 % DES HOMMES
33 438 CAS

VAM DU TSM :
+ 4,3 %
PAR AN
(2010-2023)

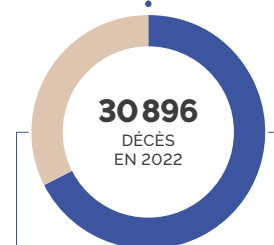
VAM DU TSM :
- 0,5 %
PAR AN
(2010-2023)

DIAGNOSTIC

Seul un diagnostic précoce permet une chirurgie curative, or les cancers du poumon sont souvent diagnostiqués à un stade avancé. Les symptômes n'étant pas spécifiques à cette maladie, le diagnostic précoce est difficile à faire. Le bilan diagnostique repose sur un examen clinique, une radiographie du thorax, un scanner thoracique et une biopsie.

* Cause de décès : selon les effectifs du CépiDc et hors catégorie « Autres tumeurs malignes ».

**1^{re} CAUSE DE DÉCÈS*
PAR CANCER CHEZ
LES HOMMES**



• 33 % DES FEMMES
10 318 CAS

• 67 % DES HOMMES
20 578 CAS

VAM DU TSM :
+ 0,2 %
PAR AN
(2012-2022)

VAM DU TSM :
- 3,1 %
PAR AN
(2012-2022)

ACTIONS DE PRÉVENTION

80 % des cancers du poumon sont attribuables au tabac, premier facteur de risque. Toutes les formes de tabac sont concernées (cigarettes, cigares, cigarillos, narguilé, cannabis, etc.). Le tabagisme passif accroît également le risque de cancers. Arrêter de fumer fait partie du traitement pour réduire le risque de complications pendant et après les traitements, de récurrence, de second cancer et pour améliorer la qualité de vie.

Les cancers du sein

**1^{er} CANCER ET 1^{re} CAUSE DE DÉCÈS*
PAR CANCER CHEZ LES FEMMES**

61 214

NOUVEAUX CAS
EN 2023

VAM DU TSM :
+ 0,3 %
PAR AN
(2010-2023)

12 757

DÉCÈS EN 2022

VAM DU TSM :
- 1,2 %
PAR AN
(2012-2022)

DÉPISTAGE

60 % des cancers du sein sont détectés à un stade précoce et 7,3 % le sont à un stade métastatique [39]. La détection d'un cancer du sein à un stade peu avancé de son développement permet de le soigner plus facilement, mais aussi de limiter les séquelles liées à certains traitements.

Pour favoriser une détection précoce, plusieurs actions existent : suivi particulier des patientes à surrisque, consultation d'un médecin en cas de changement au niveau des seins, examen clinique tous les ans à partir de 25 ans, mammographie de dépistage tous les deux ans entre 50 et 74 ans sans symptôme ni facteur de risque autre que l'âge.

* Cause de décès : selon les effectifs du CépiDc et hors catégorie « Autres tumeurs malignes ».

Après 74 ans, le dépistage n'est pas abandonné, mais individualisé. Des modalités de suivi spécifiques sont recommandées pour les femmes présentant des antécédents médicaux personnels ou familiaux, ou certaines prédispositions génétiques.

ACTIONS DE PRÉVENTION

Parmi les cancers attribuables à la consommation d'alcool, les cancers du sein sont les plus fréquents. Diminuer sa consommation d'alcool, surveiller son poids, arrêter de fumer, bouger et manger varié et équilibré réduisent le risque de développer la maladie. On estime que près de 20 000 cancers du sein pourraient être évités chaque année (soit un tiers des nouveaux cas de cancers pour l'année 2023).

61 214

NOUVEAUX CAS EN 2023

12 757

DÉCÈS EN 2022

EN 2017, LA PRÉVALENCE
DES CANCERS DU SEIN
EST ESTIMÉE À

913 089

PERSONNES [38]

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

64 ans

**SURVIE NETTE
STANDARDISÉE** À 5 ANS
DES FEMMES DIAGNOSTIQUÉES
ENTRE 2010 ET 2015

88 %

FACTEURS DE RISQUE

- Âge (80 % des cancers du sein se développent après 50 ans)
- Antécédents médicaux personnels et familiaux
- Consommation d'alcool et de tabac
- Surpoids, manque d'activité physique
- Certains traitements hormonaux de la ménopause
- Prédispositions génétiques
- Ne pas avoir allaité

59 885

NOUVEAUX CAS EN 2018

9 228

DÉCÈS EN 2022

EN 2017, LA PRÉVALENCE
DES CANCERS DE LA PROSTATE
EST ESTIMÉE À

643 156

PERSONNES [38]

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2018

69 ans

SURVIE NETTE
STANDARDISÉE À 5 ANS
DES HOMMES DIAGNOSTIQUÉS
ENTRE 2010 ET 2015

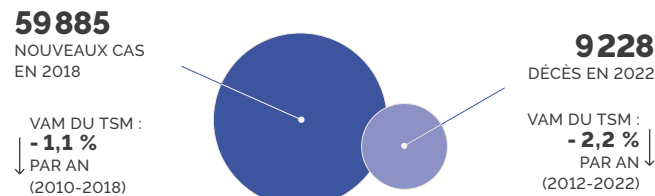
93 %

FACTEURS DE RISQUE

- Antécédents médicaux familiaux
- Prédispositions génétiques populationnelles (population afro-antillaise, par exemple)

Les cancers de la prostate

1^{ER} CANCER ET 2^E CAUSE DE DÉCÈS * PAR CANCER CHEZ LES HOMMES



DÉPISTAGE

80 % des cancers sont diagnostiqués alors qu'ils sont encore localisés à la prostate. Le facteur pronostique majeur de ces cancers est le stade au diagnostic. Le test PSA (*Prostate Specific Antigen* ou antigène spécifique de la prostate) n'est pas assez fiable pour diagnostiquer un cancer, mais un taux élevé peut inciter à réaliser un examen complémentaire (un toucher rectal, par exemple) qui permettra de poser un diagnostic. Ce dernier peut également faire suite à un traitement chirurgical d'un adénome de la prostate.

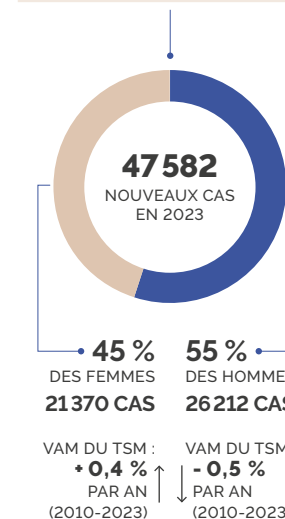
LA SURVEILLANCE ET LES TRAITEMENTS

Le choix de la stratégie de soins est adapté au cas personnel de chaque patient. Cette stratégie dépend des caractéristiques du cancer, déterminées lors des examens du bilan diagnostique : l'endroit où il est situé, son type histologique (le type de cellules impliquées), son stade, son grade (niveau d'agressivité). Plusieurs traitements peuvent alors être proposés : chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, hormono-thérapie, surveillance active.

* Cause de décès : selon les effectifs du CépiDc et hors catégorie « Autres tumeurs malignes ».

Les cancers colorectaux

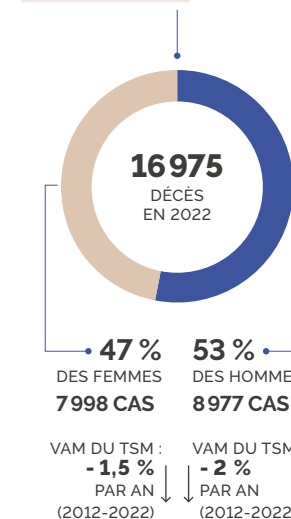
2^E CANCER LE PLUS FRÉQUENT CHEZ LES FEMMES ET 3^E CHEZ LES HOMMES



DÉPISTAGE

S'il est détecté tôt, un cancer colorectal se guérit dans 9 cas sur 10. Dépister ce cancer est désormais plus facile grâce au test immunologique. Il s'adresse aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans, invités, tous les 2 ans, à réaliser un test simple (remis par les pharmaciens et disponible à la commande en ligne depuis 2022).

3^E CAUSE DE DÉCÈS PAR CANCER CHEZ LES FEMMES ET LES HOMMES



ACTIONS DE PRÉVENTION

En 2015, 21 % des cancers colorectaux (hors cancers de l'anus) chez les plus de 30 ans sont directement liés à la consommation d'alcool. Plusieurs facteurs de risque modifiables en lien avec les comportements et habitudes de vie ont été identifiés : la consommation d'alcool et de tabac, la sédentarité, l'inactivité physique, le surpoids et l'obésité, une alimentation pauvre en fibres, mais riche en viande rouge ou en charcuteries.

47 582

NOUVEAUX CAS EN 2023

16 975

DÉCÈS EN 2022

EN 2017, LA PRÉVALENCE
DES CANCERS COLORECTAUX
EST ESTIMÉE À

418 491

PERSONNES [38]

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

72 ans

CHEZ LES FEMMES

71 ans

CHEZ LES HOMMES

SURVIE NETTE
STANDARDISÉE À 5 ANS DES
PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES
ENTRE 2010 ET 2015

63 %

65 % POUR LES FEMMES
ET 62 % POUR LES HOMMES

FACTEURS DE RISQUE

- Âge
- Habitudes de vie (alcool, tabac, alimentation, surpoids et obésité, inactivité physique...)
- Présence de polypes
- Antécédents personnels et familiaux
- Syndrome de Lynch ou HNPCC
- Polyposse adénomateuse familiale
- Maladies inflammatoires

15 991
NOUVEAUX CAS EN 2023

12 931
DÉCÈS EN 2022

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

71ans
CHEZ LES HOMMES

74ans
CHEZ LES FEMMES

**SURVIE NETTE
STANDARDISÉE À 5 ANS DES
PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES
ENTRE 2010 ET 2015**

11 %

**CANCERS ATTRIBUABLES
À LA DÉFAVORISATION
SOCIALE EN FRANCE EN 2012**

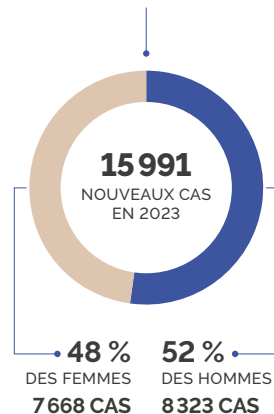
117 cas
CHEZ LES HOMMES

FACTEURS DE RISQUE

- Tabagisme
- Surpoids et obésité
- Prédispositions génétiques et formes familiales

Les cancers du pancréas

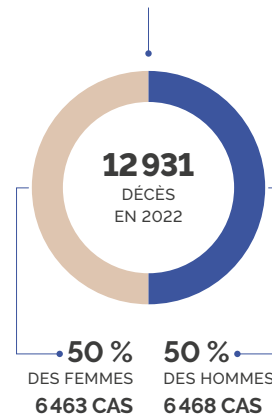
INCIDENCE EN 2023



VAM DU TSM :
+2,1 %
PAR AN
(2010-2023)

VAM DU TSM :
+1,6 %
PAR AN
(2010-2023)

MORTALITÉ EN 2022



VAM DU TSM :
+1,4 %
PAR AN
(2012-2022)

VAM DU TSM :
+0,7 %
PAR AN
(2012-2022)

DIAGNOSTIC

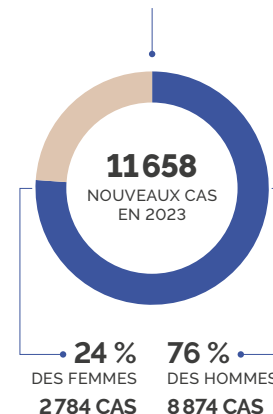
10 à 20 % des patients seulement sont diagnostiqués à un stade où la tumeur est résécable. Le plus souvent, les cancers du pancréas sont diagnostiqués à un stade évolué, car ils restent longtemps asymptomatiques. Lorsque des cellules cancéreuses se développent sur le pancréas, elles se multiplient d'abord de manière silencieuse avant de former une tumeur qui finit par grandir et perturber le fonctionnement de l'organe et de son environnement.

ACTIONS DE PRÉVENTION

Le tabagisme est le principal facteur de risque connu des cancers du pancréas. Même durant le parcours de soins, l'arrêt du tabac influence positivement la tolérance aux traitements et le pronostic de la maladie. Il convient de prévenir le surpoids et l'obésité grâce à une alimentation équilibrée (riche en fruits et légumes, en produits céréaliers complets, sans excès de viandes, de charcuteries...), de limiter les aliments gras et sucrés et de pratiquer une activité physique régulière.

Les cancers du foie

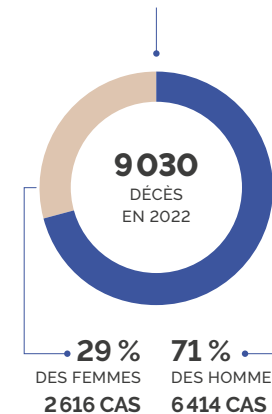
INCIDENCE EN 2023



VAM DU TSM :
+2,2 %
PAR AN
(2010-2023)

VAM DU TSM :
0 %
PAR AN
(2010-2023)

MORTALITÉ* EN 2022



VAM DU TSM :
+0,07 %
PAR AN
(2012-2022)

VAM DU TSM :
-1,6 %
PAR AN
(2012-2022)

DÉPISTAGE

Un cancer du foie apparaît le plus souvent sur un foie déjà fragilisé, généralement par une cirrhose alcoolique ou une hépatite virale. La découverte d'un cancer du foie se fait souvent lors du suivi de cette maladie. Le cancer peut aussi être découvert chez une personne en bonne santé, mais les symptômes de la maladie sont alors tardifs et peu spécifiques de ce cancer.

*Des cancers du foie et des voies biliaires.

ACTIONS DE PRÉVENTION

Une consommation répétée, et prolongée sur le long terme, de boissons alcoolisées peut endommager le foie et provoquer une cirrhose. Celle-ci augmente alors fortement le risque de développer un cancer du foie. En cas de consommation excessive d'alcool, il est important de déterminer l'état du foie.

Une surveillance régulière et adaptée permet de prévenir et de détecter précocement les complications, dont le cancer. Il est conseillé de ne pas dépasser 10 verres par semaine, 2 verres par jour et de respecter au moins 2 jours sans alcool par semaine.

11 658
NOUVEAUX CAS EN 2023

9 030
DÉCÈS EN 2022

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

73ans
CHEZ LES FEMMES

70ans
CHEZ LES HOMMES

**SURVIE NETTE
STANDARDISÉE À 5 ANS DES
PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES
ENTRE 2010 ET 2015**

18 %

19 % POUR LES FEMMES
ET 18 % POUR LES HOMMES

**CANCERS ATTRIBUABLES
À LA DÉFAVORISATION
SOCIALE EN FRANCE EN 2012**

849 cas
252 CHEZ LES FEMMES
ET 597 CHEZ LES HOMMES

FACTEURS DE RISQUE

- Consommation d'alcool et tabagisme
- Hépatites B et C
- Hémochromatose
- Stéatose hépatique
- Surpoids
- Sédentarité

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

70 ans
OVAIRE

55 ans
COL DE L'UTÉRUS

SURVIE NETTE
STANDARDISÉE À 5 ANS DES
PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES
ENTRE 2010 ET 2015

43 %
OVAIRE

63 %
COL DE L'UTÉRUS

CANCERS ATTRIBUABLES
À LA DÉFAVORISATION
SOCIALE EN FRANCE EN 2012,
POUR LES CANCERS
DU COL DE L'UTÉRUS

640 cas

FACTEURS DE RISQUE

COL DE L'UTÉRUS

- Papillomavirus humains
- Rapports sexuels à un âge précoce
- Multiplicité des partenaires
- Multiparité
- Tabagisme
- Usage d'une contraception orale (pilule œstroprogestative)
- Immunosuppression ou certaines infections (VIH, par exemple)

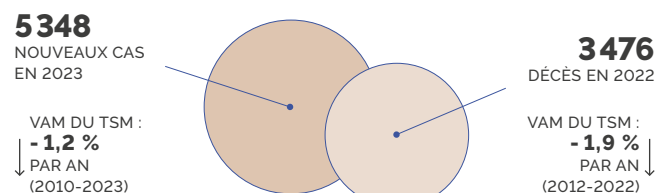
OVAIRE

- Antécédents personnels et familiaux
- Nulliparité
- Surpoids ou obésité
- Règles précoces, ménopause tardive
- Âge

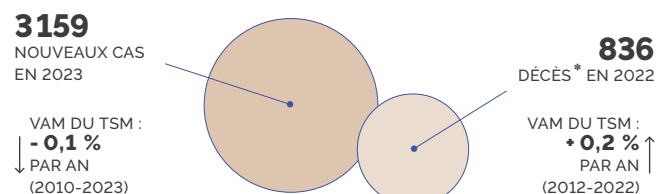
Deux cancers gynécologiques (ovaire, col de l'utérus)

INCIDENCE ET MORTALITÉ

CANCERS DE L'OVAIRE



CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS



DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS

90 % des cancers du col de l'utérus peuvent être évités grâce au dépistage des lésions précancéreuses. La vaccination des filles et des garçons âgés de 11 à 14 ans permet de se protéger contre les papillomavirus humains (HPV), principal facteur de risque de ces cancers.

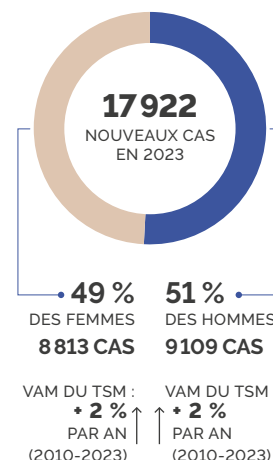
CANCERS DE L'OVAIRE

Les cancers de l'ovaire provoquent peu de symptômes. Ainsi, la grande majorité des patientes sont diagnostiquées à un stade avancé de leur cancer. Certains facteurs sont considérés comme protecteurs : la contraception orale, la grossesse, la ligature ou l'ablation des trompes.

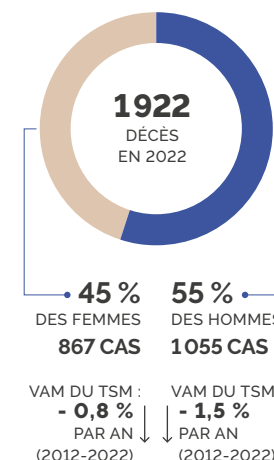
*Remarque : les décès par cancers du col et du corps de l'utérus ne peuvent être directement extraits des données de mortalité du CépiDC. En effet, les cas « utérus SAI » (sans autre indication) ne sont pas reclassés. En 2022, on recense 836 décès par cancer du col de l'utérus et 2 958 pour d'autres localisations utérines, incluant les « utérus SAI ».

Les mélanomes cutanés

INCIDENCE EN 2023



MORTALITÉ EN 2022



DÉPISTAGE ET DÉTECTION

Le diagnostic des cancers de la peau consiste en un examen visuel complet destiné à repérer les taches ou grains de beauté suspects. Pour les personnes à risque, il est recommandé d'effectuer un autoexamen de la peau tous les trois mois et de se faire examiner par un dermatologue une fois par an, mais aussi en cas de lésion douteuse ou d'apparition d'une tache brune, évolutive ou dont l'aspect s'est modifié.

Le mélanome cutané est de bon pronostic s'il est détecté assez tôt. Un diagnostic tardif réduit en revanche les chances de guérison, car ces cancers sont à fort potentiel métastatique.

ACTIONS DE PRÉVENTION

Les rayonnements UV constituent la première cause de cancers cutanés, en particulier de mélanomes. Pour limiter les risques, il est essentiel de se protéger du soleil et d'éviter les cabines de bronzage.

17922
NOUVEAUX CAS EN 2023

1922
DÉCÈS EN 2022

EN 2017, LA PRÉVALENCE
DES MÉLANOMES CUTANÉS
EST ESTIMÉE À

183571
PERSONNES [38]

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

62 ans
CHEZ LES FEMMES

68 ans
CHEZ LES HOMMES

SURVIE NETTE
STANDARDISÉE À 5 ANS DES
PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES
ENTRE 2010 ET 2015

93 %
94 % POUR LES FEMMES
ET 91 % POUR LES HOMMES

FACTEURS DE RISQUE

- Exposition au soleil ou aux ultraviolets artificiels
- Antécédents de coups de soleil (notamment pendant l'enfance)
- Sensibilité de la peau (phototype) aux rayonnements UV et au soleil
- Nombre élevé de grains de beauté (>50)
- Antécédents personnels ou familiaux
- Immunodépression

LA PLATEFORME DE DONNÉES

EN CANCÉROLOGIE

L'Institut national du cancer développe depuis plusieurs années la plateforme de données en cancérologie pour soutenir et renforcer les actions menées dans la prévention des cancers, l'amélioration des soins et de la qualité de vie des patients, et la réduction des séquelles.

QU'EST-CE QUE CETTE PLATEFORME ?

La plateforme de données en cancérologie (PDC) est un entrepôt de données de santé constitué et géré par l'Institut : elle vise à **regrouper plusieurs bases de données destinées à être réutilisées notamment à des fins de recherche, études ou évaluations dans le domaine de la santé**. Les données de la PDC concernent les personnes atteintes ou ayant été atteintes d'un cancer et certaines personnes à risque de cancer. Ces données sont anonymisées.

Par délibération n°2023-040 du 20 avril 2023, l'Institut est autorisé au traitement des données : de la cohorte cancer (Système national des données de santé, SNDS), des registres des cancers, de dépistage, des Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC), des urgences (base OSCOUR), et du dossier communicant en cancérologie (DCC).

C'est une base vivante qui fait l'objet d'une actualisation annuelle : ajout de nouvelles données pour les personnes déjà présentes et ajout de nouveaux entrants dans la cohorte. L'ensemble des données permet aux équipes de l'Institut d'observer, de comprendre, de recommander et d'évaluer. Ceci afin d'**apporter des informations indispensables à l'amélioration de la santé des populations**.

La plateforme de données en cancérologie contribue également à la production d'indicateurs, d'études et d'évaluations, afin de répondre aux missions de l'Institut. Cette plateforme s'adresse à la fois à la recherche publique et à la recherche privée.

L'OBJECTIF DE LA PLATEFORME DE DONNÉES EN CANCÉROLOGIE EST DE **FAVORISER LE PARTAGE DE CES DONNÉES ET DE FAIRE AVANCER LA CONNAISSANCE EN CANCÉROLOGIE AU BÉNÉFICE DES USAGERS ET DES PERSONNES ATTEINTES OU AYANT ÉTÉ ATTEINTES D'UN CANCER**

COMMENT SONT PROTÉGÉES LES DONNÉES DE LA PLATEFORME ?

La plateforme de données en cancérologie est hébergée en France, par un hébergeur de données de santé certifié, sous la responsabilité de l'Institut national du cancer. En tant que responsable de la PDC, l'Institut veille à mettre en œuvre l'ensemble des dispositions relatives à la protection des données exigées par la réglementation : procédures juridiques, garanties de confidentialité, dispositifs de sécurité et fiabilité technique.

Les données de la PDC ne peuvent en aucun cas être utilisées pour identifier une personne. De même, elles ne peuvent pas servir à promouvoir des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux...), ni à permettre l'exclusion de garantie de contrats d'assurance ou la modification de cotisations ou de primes d'assurance (chapitre V de l'article L. 1461-1 du Code de la santé publique).

QUELLES SONT LES MISSIONS DE LA PLATEFORME DE DONNÉES EN CANCÉROLOGIE ?

1. RÉPONDRE AUX QUESTIONNEMENTS DES ACTEURS DE LA CANCÉROLOGIE EN METTANT À LEUR DISPOSITION UNE PLATEFORME DE DONNÉES UNIQUE PAR SA RICHESSE, SA QUALITÉ ET SON VOLUME, AFIN D'EN FAIRE UN OUTIL INDISPENSABLE DE LA RECHERCHE ET DU SOIN
2. FAIRE ÉMERGER DES PROJETS INNOVANTS
3. RENFORCER LA COHÉRENCE ET VALORISER L'ENSEMBLE DE LA DÉMARCHE, EN PARTICULIER À L'INTERNATIONAL
4. PROPOSER UN ENVIRONNEMENT SÉCURISÉ
5. JOUER LE RÔLE D'AGRÉGATEUR DE DONNÉES ET DE FACILITATEUR D'ACCÈS POUR DE NOUVELLES EXPLOITATIONS, EN S'APPUYANT SUR UNE DOCUMENTATION PARTAGÉE, L'IDENTIFICATION ET LA DÉFINITION DE RÉFÉRENTIELS ET DE THÉSARUS

2024-2025, LA PLATEFORME DE DONNÉES EN CANCÉROLOGIE S'ENRICHIT

Unique en Europe par son ampleur et son ambition, la plateforme de données en cancérologie de l'Institut national du cancer réunit les informations de santé de plus de 7,5 millions de personnes.

Entre 2024 et 2025, de nouvelles intégrations ont permis d'enrichir la plateforme avec les données 2022 du Système national des données de santé et les données de 2010 à 2021 des Registres épidémiologiques des cancers.

Les ajouts de sources vont permettre une qualification plus précise des cancers, et ainsi renforcer le potentiel d'exploitation. Depuis la création de la plateforme de données en cancérologie, 22 études mobilisant ces données ont été lancées.

POUR EN SAVOIR PLUS

Des **informations complémentaires** sur la **plateforme de données en cancérologie** sont disponibles sur **cancer.fr**

LES PUBLICATIONS SUR LES TRAVAUX DE LA PLATEFORME

Plusieurs travaux menés ces dernières années à partir des données de la plateforme de données en cancérologie ont fait l'objet de communications nationales et internationales :

- l'étude de cohorte nationale examinant les relations entre l'âge, la persistance au traitement endocrinien et le risque de récurrence chez les patientes atteintes d'un cancer du sein précoce avec récepteurs hormonaux positifs [40] ;
- l'évaluation de l'interaction entre CO-MEDICATIONS et pronostic dans le cancer du sein [41] ;
- l'étude sur l'impact de l'utilisation d'antibiotiques avant ou après la chirurgie du cancer colorectal et le lien sur le risque de récurrence [42,43] ;
- l'étude sur la qualité de la prise en charge du cancer du sein en France, à l'échelle nationale et locale, en utilisant les indicateurs issus de la Cohorte nationale sur le cancer [44] ;
- l'étude sur l'appariement des données d'accès précoce au Système national des données de santé (SNDS) via la Cohorte cancer en France pour évaluer les performances et les biais potentiels [45].

L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

QUI SOMMES-NOUS ?

Agence publique dédiée entièrement à la lutte contre les cancers, l'Institut national du cancer a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004.

Porteur d'une vision intégrée des dimensions sanitaire, médicale, scientifique, sociale et économique liées aux pathologies cancéreuses, l'Institut national du cancer met son action au service de l'ensemble de la population : patients, proches aidants, usagers du système de santé, population générale, professionnels de santé, chercheurs et décideurs.

LA RAISON D'ÊTRE DE L'INSTITUT :
CONDUIRE L'ÉLAN NATIONAL POUR RÉDUIRE LE NOMBRE DE CANCERS ET LEUR IMPACT DANS NOTRE PAYS

L'Institut national du cancer assure le rôle essentiel de mobilisation, pilotage, labellisation et financement des acteurs de terrain, autour d'objectifs communs parmi lesquels : diminuer l'incidence des cancers évitables, réduire la mortalité par cancer, améliorer la qualité de vie des personnes pendant et après un cancer, et réduire les inégalités de santé face aux cancers. **L'Institut est chargé d'assurer la mise en œuvre opérationnelle de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.**

LA STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS

Initiée en 2021 par le président de la République, la **Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030** marque une **volonté forte et partagée d'améliorer l'offre de santé et le service rendu à l'ensemble des Français**. Elle s'articule autour de 4 axes prioritaires :

1. AMÉLIORER LA PRÉVENTION
2. LIMITER LES SÉQUELLES ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE
3. LUTTER CONTRE LES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC
4. S'ASSURER QUE LES PROGRÈS BÉNÉFICIENT À TOUS

Cette stratégie intervient en complément des actions, dispositifs et outils structurants déjà en place, que l'Institut national du cancer continue à faire évoluer dans une logique d'amélioration continue de la qualité et d'efficacité, sur les champs santé et recherche, incluant les actions engagées d'appui à la structuration de la recherche et les nombreux programmes de recherche déjà soutenus.

QUELLES SONT LES MISSIONS DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER ?

LA PRÉVENTION

L'Institut conçoit des campagnes de prévention pour informer sur la survenue des cancers et les facteurs de risque, et pour favoriser l'appropriation de comportements sains.

LES DÉPISTAGES

L'Institut contribue à l'organisation des dépistages organisés, à leur simplification, et réalise des campagnes d'information pour inciter à la participation. Il prépare aussi les dépistages de demain.

LES SOINS

L'Institut définit les critères d'autorisation et d'agrément des établissements et des professionnels de santé pour le traitement des cancers, ceci pour que tous les Français bénéficient de la même qualité et sécurité des soins sur l'ensemble du territoire.

L'INFORMATION DONNÉE AUX PERSONNES MALADES

Soins de support, droit à l'oubli, maintien en emploi : l'Institut mobilise tous les acteurs pour permettre à chaque patient d'avoir une vie normale.

LA PRODUCTION DE RÉFÉRENTIELS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Avec les meilleurs experts, l'Institut élabore des référentiels dans le domaine de l'organisation et des parcours de soins en cancérologie, sur les stratégies thérapeutiques, les médicaments et leurs effets indésirables. Il s'agit de mettre à disposition de tout professionnel de santé l'état de l'art sur ces sujets.

LE FINANCEMENT ET LA STRUCTURATION DE LA RECHERCHE

L'Institut est chargé de mettre en œuvre, de financer et de coordonner les actions de recherche et de développement en cancérologie. Il labellise les entités et organisations de recherche, répondant à des critères de qualité, en lien avec les organismes publics de recherche concernés. Sa volonté est de développer une recherche fondamentale d'excellence et d'accélérer le transfert des résultats au bénéfice du patient.

L'INNOVATION THÉRAPEUTIQUE

Afin de mieux préparer l'arrivée de ces évolutions, l'Institut a mis en place un Horizon Scanning qui permet de détecter les innovations à impact pouvant se produire dans un délai de deux ans, et en travaillant avec toutes les agences pour anticiper leur impact. Il contribue aussi à la prévention des tensions en identifiant les médicaments à risque et les leviers sur lesquels agir.

LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

L'Institut agit pour renforcer la coopération internationale devenue indispensable pour résoudre les questions scientifiques les plus complexes.

LA DIFFUSION DES CONNAISSANCES

Pour approfondir les connaissances sur les cancers, leur survenue, les facteurs de risque et le devenir des personnes malades, l'Institut développe l'observation épidémiologique des cancers par des outils de veille, des études, du recueil et de l'analyse de données. Il contribue également à l'évaluation de l'organisation de la santé, des soins et des parcours de santé.

POUR EN SAVOIR PLUS

Des documents d'informations sur l'Institut et ses missions sont disponibles sur cancer.fr

GLOSSAIRE

DÉPISTAGE : action ayant pour objectif de mettre en évidence une anomalie liée à la présence possible d'une lésion précancéreuse en l'absence de symptôme ou de signe clinique. Le dépistage n'est pas 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 ORGANISÉ : programme national instauré par les pouvoirs publics, ayant une population cible et généralisé à l'ensemble du territoire national. Ce programme répond à un cahier des charges. Un programme de dépistage organisé répond à l'ensemble des critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (critères élaborés par Wilson et Junger en 1968).

HOSPITALISATIONS : dites « en lien avec un cancer », elles désignent l'ensemble des séjours et séances hospitaliers du champ MCO associés à une prise en charge liée à la cancérologie incluant : le diagnostic ; les traitements curatifs, palliatifs ou prophylactiques ; la surveillance des patients en cours de traitement, après traitement, ainsi que la surveillance des personnes ayant des prédispositions au cancer ; la prise en charge des complications ou conséquences (immédiates ou à distance) de la maladie ; les effets secondaires des traitements ; les prélèvements et greffes de moelle osseuse et de cellules-souches hématopoïétiques en rapport avec une pathologie cancéreuse.

Cette catégorie englobe les séjours dits « motivés par le cancer », qui sont un sous-ensemble défini plus strictement. Ces derniers correspondent uniquement aux séjours dont le diagnostic principal est un code spécifique de cancer, de radiothérapie ou de traitement médicamenteux systémique du cancer

LISTE EN SUS : au sein des établissements de santé, prise en charge par l'Assurance maladie de spécialités pharmaceutiques coûteuses, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, en sus des tarifs d'hospitalisation, lorsque ces indications présentent un caractère innovant.

MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE (MCO) : le MCO regroupe les principales activités hospitalières réalisées en établissement de santé (médecine : soins non chirurgicaux [traitement des maladies, suivi de patients, etc.] ; chirurgie : interventions chirurgicales, programmées ou en urgence ; obstétrique : tout ce qui concerne la grossesse et l'accouchement).

PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) : les papillomavirus humains (HPV) constituent une importante famille de virus (plus de 200 types), dont certains sont à l'origine de tumeurs malignes sur le col de l'utérus ou dans la gorge. Il existe aujourd'hui un vaccin contre les souches les plus fréquemment associées au cancer du col de l'utérus.

PMSI-MCO : programme de médicalisation des systèmes d'information médecine-chirurgie-obstétrique.

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 risque 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).

Cette catégorie englobe les séjours dits « motivés par le cancer », qui sont un sous-ensemble défini plus strictement. Ces derniers correspondent uniquement aux séjours dont le diagnostic principal est un code spécifique au cancer. Pour encore plus d'informations se référer à la documentation sur cancer.fr

RÉTROCESSION : dispensation, par la pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, de médicaments à des patients non hospitalisés.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1]. Institut national du cancer, Les cancers en France, Les données, janvier 2014.

[2]. Lapôte-Ledoux B., Remontet L., Uhry Z., Dantony E., Grosclaude P., Molinié F., *et al.* Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(12-13):188-204. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html

[3]. Defossez G., Le Guyader-Peyrou S., Uhry Z., Grosclaude P., Colonna M., Dantony E., *et al.* Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 20 p. Disponible sur : cancer.fr et [santepubliquefrance.fr](https://cancer.fr)

[4]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). Disponible sur : <https://opendata-cepidc.inserm.fr>

[5]. Coureau G., Mounier M., Tretarre B., Dantony E., Uhry Z., Monnerieu A., *et al.* Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Synthèse, INCa, juillet 2021, 20 p. Disponible sur : cancer.fr et [santepubliquefrance.fr](https://cancer.fr)

[6]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Données du registre national des cancers de l'enfant (RNCE). Les chiffres. Disponible sur : <https://rnce.inserm.fr/rnce/les-chiffres>

[7]. Institut national du cancer. La lutte contre les cancers pédiatriques en France, édition 2024. Disponible sur : cancer.fr

[8]. Marant-Micallef C., Shield K.D., Vignat J., Hill C., Rogel A., Menvielle G., *et al.* Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull Épidémiol Hebd. 2018;(21):442-8. Disponible sur : http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/21/2018_21_2.html

[9]. Moussaoui S., Chauvin P., Ibanez G., Soler M., Nael V., Morgand C., *et al.* Construction and Validation of an Individual Deprivation Index: a Study Based on a Representative Cohort of the Paris Metropolitan Area. J Urban Health. 2022 Dec;99(6):1170-82. doi:10.1007/s11524-022-00648-0

[10]. OECD (2024), Beating Cancer Inequalities in the EU: Spotlight on Cancer Prevention and Early Detection, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. Disponible sur : <https://doi.org/10.1787/14fde89a-en>

[11]. Ward E., Jemal A., Cokkinides V., Singh G.K., Cardinez C., Ghafoor A., *et al.* Cancer disparities by race/ethnicity and socioeconomic status. CA Cancer J Clin. 2004;54(2):78-93.

[12]. Moulin J.J., Labbe E., Sass C., Chatain C., Gerbaud L. Précarité et facteurs de risque : le score EPICES. Rev Francoph Psycho Oncol. 2006;5(2):115-21.

[13]. Schrijvers C.T., Mackenbach J.P., Lutz J.M., Quinn M.J., Coleman M.P. Deprivation, stage at diagnosis and cancer survival. Int J Cancer. 1995;63(3):324-9.

[14]. Grosclaude P., Galat J.P., Macé-Lesech J., Roumagnac-Machelard M., Mercier M., Robillard J. Differences in treatment and survival rates of non-small-cell lung cancer in three regions of France. Br J Cancer. 1995;72(5):1278-82.

[15]. Tron L., Belot A., Fauvernier M., Remontet L., Bossard N., Launay L., Bryere J., Monnerieu A., Dejardin O., Launay G.; French Network of Cancer Registries (Francim). Socioeconomic environment and disparities in cancer survival for 19 solid tumor sites: An analysis of the French Network of Cancer Registries (Francim) data. Int J Cancer. 2019 Mar 15;144(6):1262-1274. doi: 10.1002/ijc.31951.

[16]. Duport N., Ancelle-Park R., Isnard H., Auvray L., Le Fur P., Bloch J. Pratique de la mammographie selon le statut socioéconomique : enquête santé protection sociale 2002. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2004.

[17]. Bryere J., Dejardin O., Launay L., Colonna M., Grosclaude P., Launay G.; Réseau français des registres des cancers (Francim). Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France. Bull Épidémiol Hebd. 2017;(4):68-77. https://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/4/2017_4_1.html

[18]. De Mil R., *et al.* Cost-effectiveness analysis of a mobile mammography unit for breast cancer screening to reduce geographic and social health inequalities. Value Health. 2019;22(10).

[19]. Pasquereau A., Guignard R., Smadja O., Thomas F., Beck F., Nguyen-Thanh V. Abstinence tabagique à six mois parmi les appelants du dispositif téléphonique Tabac info service (39 89). Bull. Épidémiol. Hebd. 2024;(11):229-37. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/11/2024_11_2.html

[20]. Pasquereau A., Andler R., Guignard R., Gautier A., Soullier N., Richard J.B., *et al.* Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans. Bull. Épidémiol. Hebd. 2022;(26):470-80. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2022/26/2022_26_1.html

[21]. Pasquereau A., Guignard R., Andler R., Le Nézet O., Spilka S., Obradovic I., Airagnes G., Beck F., Nguyen-Thanh V. Prévalence du tabagisme en France hexagonale en 2023 parmi les 18-75 ans, résultats de l'édition 2023 de l'enquête EROPP de l'OFDT. Le point sur, novembre 2024. Saint-Maurice : Santé publique France, 7 p.

[221]. Bonaldi C., Boussac M., Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull. Épidémiol. Hebd. 2019;(15):278-84. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_2.html

[231]. Andler R., Quatremère G., Richard J.B., Beck F., Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. Bull. Épidémiol. Hebd. 2024;(2):22-31. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/2/2024_2_1.html

[241]. Bonaldi C., Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull. Épidémiol. Hebd. 2019;(5-6):97-108. Disponible sur : https://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html

[251]. Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. 2018.

[261]. Deschamps V., Salanave B., Verdor C. Fréquences nationales et régionales de consommations alimentaires par rapport aux recommandations nutritionnelles des adultes français : résultats des Baromètres 2021 hexagonal et DROM de Santé publique France. Bull. Épidémiol. Hebd. 2025;(8):112-23. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/8/2025_8_1.html

[271]. Verdor C., Torres M., Salanave B., Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull. Épidémiol. Hebd. 2017;(13):234-41. Disponible sur : https://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/2017_13_1.html

[281]. Fontbonne A., Currie A., Tounian P., Picot M.C., Foulatier O., Nedelcu M., *et al.* Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité". J Clin Med. 2023;12:925. Disponible sur : <https://doi.org/10.3390/jcm12030925>

[291]. Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche (NACRe). Cancers attribuables aux facteurs nutritionnels. Disponible sur : <https://www.reseanacre.eu/prevention-primaire/vous-informer-sur/cancers-attribuables-aux-facteurs-nutritionnels>

[301]. Santé publique France. Évaluations des programmes de dépistage du sein, colorectal et du col de l'utérus. Disponible sur : santepubliquefrance.fr

[311]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers. JORF n°0021 du 26 janvier 2024.

[321]. Haute Autorité de santé. Dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : actualisation de l'avis de 2016. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2021.

[331]. Institut national du cancer. IMPULSION, le programme pilote de dépistage des cancers du poumon en France. Disponible sur : cancer.fr

[341]. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les bases de données PMSI des champs MCO. Disponible sur : <https://www.atih.sante.fr/acces-aux-donnees>

[351]. Assurance maladie. Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2022 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins, tous régimes et France entière. Disponible sur : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie>

[361]. Agence du numérique en santé. Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS). Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/produits-services/repertoire-rpps>

[371]. Rapport scientifique 2022, Les actions de la recherche en cancérologie, collection Documents institutionnels, INCa, décembre 2023. Disponible sur : cancer.fr

[381]. Cowppli-Bony A., Colonna M., Ligier K., Jooste V., Defossez G., Monneret A., *et al.* Épidémiologie descriptive des cancers en France métropolitaine : incidence, survie et prévalence. Bull. Cancer. 2019 Jul-Aug;106(7-8):617-34. doi:10.1016/j.bulcan.2018.11.016

[391]. Molinié F., Lafay L., Rogel A. Clarification Regarding Breast Cancer Stage in France. JAMA Oncol. 2024;10(6):831-832. doi:10.1001/jamaoncol.2024.0668

[401]. Dumas E., *et al.* Explaining the relationships between age, endocrine therapy persistence, and risk of recurrence in hormone receptor-positive early breast cancer: a nationwide cohort study. J Clin Oncol. 2024;JCO.24.01131. doi:10.1200/JCO.24.01131

[411]. Dumas E., Grandal Rejo B., Gougis P., Houzard S., Abécassis J., Jochum F., *et al.* Concomitant medication, comorbidity and survival in patients with breast cancer. Nat Commun. 2024 Apr 5;15(1):2966. doi:10.1038/s41467-024-47002-3

[421]. Wang M., Rousseau B., Qiu K., *et al.* Killing tumor-associated bacteria with a liposomal antibiotic generates neoantigens that induce anti-tumor immune responses. Nat Biotechnol. 2024;42:1263-74. doi:10.1038/s41587-023-01957-8

[431]. Hilmi M., Khatri I., Turpin A., Andreumont A., Burdet C., Grall N., *et al.* Association between the antibiotics use and recurrence in patients with resected colorectal cancer: EVADER-1, a nation-wide pharmaco-epidemiologic study. Dig Liver Dis. 2025 Jan;57(1):89-96. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1590865824008922>

[441]. Houzard S., Courtois E., Le Bihan-Benjamin C., Erbaul M., Arnould L., Barranger E., *et al.* Monitoring Breast Cancer Care Quality at National and Local Level Using the French National Cancer Cohort. Clin Breast Cancer. 2022 Oct;22(7):e832-e841. doi:10.1016/j.clbc.2022.05.006

[451]. Charkaoui I., Luu V.P., Licour M., Narbeburu M., Le Bihan-Benjamin C., Ozan N. Appariement des données d'accès précoce au Système national des données de santé (SNDS) via la Cohorte cancer, en France : évaluation des performances et des biais potentiels. Poster présenté à : Congrès AFCRO; 2024; France.

POUR EN SAVOIR PLUS

LES INDICATEURS DU PANORAMA DES CANCERS 2025, ÉDITION SPÉCIALE 20 ANS

Ce Panorama des cancers en France 2025, édition spéciale 20 ans, présente sur une sélection d'indicateurs. Des indicateurs complémentaires peuvent être consultés sur cancer.fr

PRÉVENTION ET DÉPISTAGES

Comment ont évolué les expositions des salariés du secteur privé aux risques professionnels sur les vingt dernières années? Premiers résultats de l'enquête Sumer 2017, publiés en 2019. Disponible sur : dares.travail-emploi.gouv.fr

Perturbateurs endocriniens, fiche repère publiée en 2019 par l'Institut national du cancer. Disponible sur : cancer.fr

LES SOINS

Les immunothérapies spécifiques dans le traitement des cancers, rapport publié par l'Institut national du cancer en 2018. Disponible sur : cancer.fr

LA VIE APRÈS UN CANCER

La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, enquête publiée par l'Institut national du cancer en 2018. Disponible sur : cancer.fr

LE DROIT À L'OUBLI

ET LA GRILLE DE RÉFÉRENCE AERAS
Site de la Convention AERAS : aeras-infos.fr

CARTES ET GRAPHIQUES

Geodes : geodes.santepubliquefrance.fr
Odisse : odisse.santepubliquefrance.fr

DÉCOUVREZ LE CATALOGUE DES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

POURQUOI, POUR QUI ?

Une large sélection de ressources, regroupées dans le catalogue des publications et destinées à **informer, accompagner et répondre aux besoins** des professionnels de santé, des patients et de leurs proches, des chercheurs et des décideurs publics.

QUE VAIS-JE Y TROUVER ?

Des guides pratiques, des brochures d'information, des documents scientifiques, des rapports annuels ainsi que des supports pédagogiques. Toutes les publications sont **disponibles gratuitement au téléchargement et à la commande**.

COMMENT Y ACCÉDER ?

Depuis le site cancer.fr, avec une navigation intuitive qui permet de rechercher des publications par thématique, public ou type de cancer.

Consultez facilement
notre catalogue
des publications



L'information des publics est au cœur des missions de l'Institut national du cancer. Personnes malades, proches aidants, professionnels de santé, chercheurs ou tout public, lorsqu'on est confronté à des questions sur les cancers on se tourne d'abord vers Internet. Mais dans un contexte où la désinformation médicale est omniprésente, avoir accès à la bonne source d'informations est essentiel.

CANCER.FR

LE SITE DE RÉFÉRENCE SUR LES CANCERS



Une information toujours fiable,
validée par des experts



Des formats enrichis pour mieux
accompagner les publics



Des parcours plus intuitifs pour
un service rendu plus performant

TROUVER EN TOUTE CONFIANCE LES RÉPONSES
AUX QUESTIONS QUE CHACUN SE POSE

Rendez-vous sur **cancer.fr**

Coordination éditoriale et graphique
Service Publications et valorisation,
direction de la Communication et de l'Information,
Institut national du cancer

Panorama des cancers en France – Édition 2025
Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés – Siren 185 512 777

ISBN : 978-2-38559-136-6
ISBN net : 978-2-38559-137-3

DÉPÔT LÉGAL : JUIN 2025

Pour plus d'informations

cancer.fr

Institut national du cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. : +33 (1) 41 10 50 00
diffusion@institutcancer.fr

