



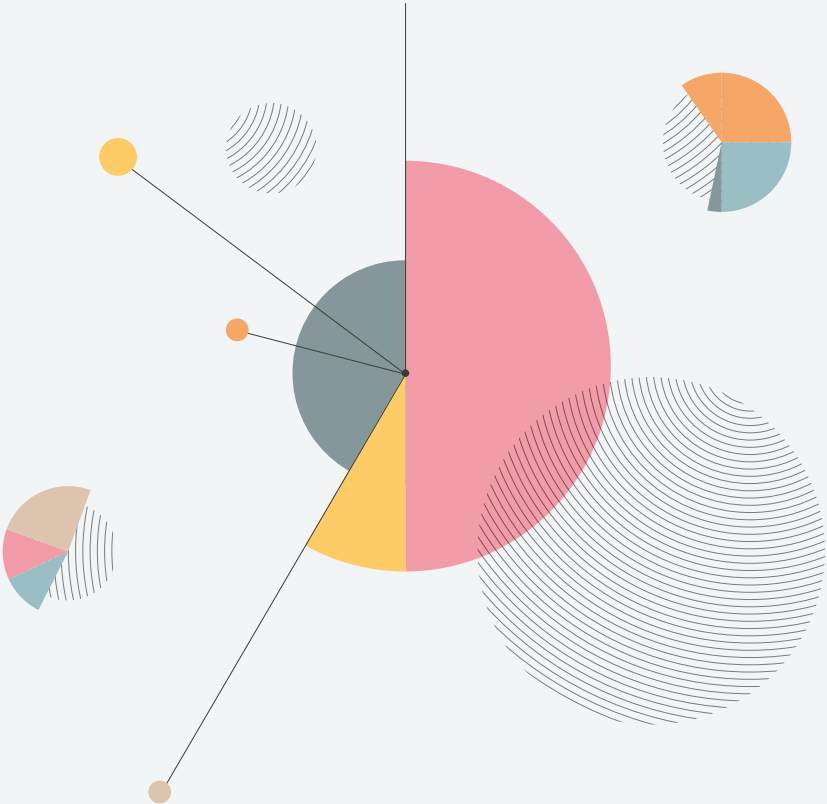
RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Panorama des cancers en France

ÉDITION
2022



Pour la **deuxième édition** du Panorama des cancers en France, l'Institut national du cancer (INCa), chargé de coordonner la lutte contre les cancers, propose une version synthétique reprenant en quelques pages l'essentiel des chiffres du cancer en France. Cette synthèse a pour objectifs de rassembler des données récentes et fiables pour informer le grand public et les professionnels, éclairer les décideurs et les parties prenantes de la lutte contre les cancers.

L'édition 2022 du Panorama des cancers en France organisée comme celle de 2021, présente les actualisations intervenues depuis. Les principales thématiques présentées concernent l'épidémiologie de l'ensemble des cancers et des principales localisations, la prévention, le dépistage, les soins et l'impact de la pandémie de Covid-19 sur le diagnostic et le traitement du cancer.

Coordonnée par le département Observation et Documentation, cette édition repose sur un travail multidisciplinaire et transversal au sein de l'INCa, en collaboration avec les principaux producteurs de données tels que l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, les Hospices civils de Lyon, la Caisse nationale d'assurance maladie, le Réseau français des registres du cancer 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

P. 5

Données épidémiologiques générales : les cancers en chiffres

P. 19

La prévention et les soins

- 20 Les facteurs de risque
- 22 Les dépistages
- 24 Les traitements
- 26 Cancer et Covid-19
- 28 Faits marquants et actualités

P. 10

Données par type de cancer

- 11 Le cancer du poumon
- 12 Le cancer du sein
- 13 Le cancer de la prostate
- 14 Le cancer colorectal
- 15 Le cancer du pancréas
- 16 Le cancer du foie
- 17 Les cancers gynécologiques
- 18 Le mélanome cutané

Des progrès pour tous, de l'espoir pour demain

●●
 Alléger
 le poids
 des cancers
 dans la vie
 des Français,
 tel est notre
 objectif. »

C'est à partir de l'état des lieux du cancer en France, présenté dans cette brochure, que nous avons identifié les priorités de la stratégie décennale, construite avec toutes nos parties prenantes et soumise à deux consultations citoyennes. Améliorer la prévention, réduire les séquelles de la maladie, intensifier la lutte contre les cancers de mauvais pronostic et s'assurer que le progrès bénéficie à tous en sont les pierres angulaires. La première orientation, qui tient en un chiffre, est d'améliorer la prévention : 40 % des cancers pourraient être évités si nous adoptions des modes de vie plus sains. La deuxième est de limiter les séquelles de la maladie et d'améliorer la qualité de vie des patients pendant et après les traitements. Enfin, nous avons le devoir d'intensifier la lutte contre les cancers de mauvais pronostic, aujourd'hui considérés comme incurables. Ces trois défis sont les grands axes de notre nouvelle stratégie décennale de lutte contre les cancers, un combat que nous mènerons et gagnerons ensemble. Nous savons tous à quel point cette maladie est accablante, aussi bien lors du diagnostic que pendant et après le traitement. Certes, nous avons fait d'énormes progrès : le taux d'incidence du cancer baisse ou se stabilise, le taux de mortalité diminue, les efforts de prévention ont permis un ralentissement, manifestement temporaire, du tabagisme, les dépistages se développent et des traitements innovants, plus efficaces et moins traumatisants, émergent. Mais les décès, les séquelles et les souffrances de la maladie, demeurent une terrible épreuve pour 3,8 millions de Français qui ont eu ou vivent avec un cancer, et restent inacceptables. Des progrès pour tous, de l'espoir pour demain, ces mots de la stratégie décennale, c'est notre ambition, notre objectif, ce pour quoi nous travaillons tous les jours.

NORBERT IFRAH,
PRÉSIDENT

THIERRY BRETON,
DIRECTEUR GÉNÉRAL



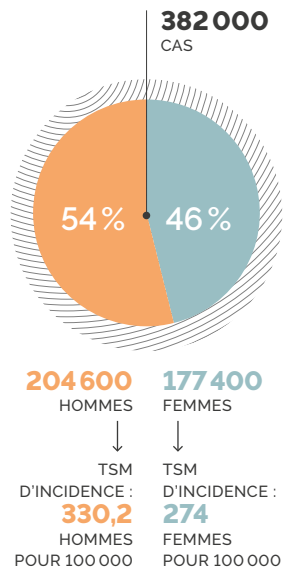
DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES GÉNÉRALES



En France, les cancers représentent la première cause de décès chez l'homme, et la deuxième chez la femme. Ce premier chapitre présente les données essentielles les plus récentes sur les cancers en France : fréquence, taux de survie et de mortalité, âge médian au diagnostic, etc.

Les cancers en chiffres

NOUVEAUX CAS DE CANCER EN 2018



ÉVOLUTION DU NOMBRE DE NOUVEAUX CAS PAR AN

Entre 2010 et 2018, le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté de 6 060 chez l'homme et de 23 053 chez la femme, mais le taux d'incidence standardisé a baissé chez les hommes et tend à se stabiliser chez les femmes.



TSM : taux standardisé monde, ou proportion de personnes qui développent un cancer.

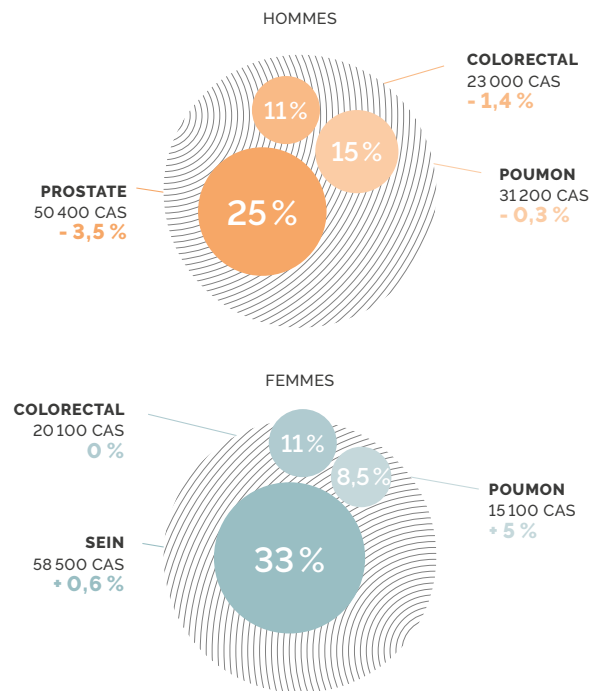
ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC EN 2018



QUELS SONT LES CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS EN 2018 ET COMMENT ÉVOLUE LEUR INCIDENCE (2010-2018) ?

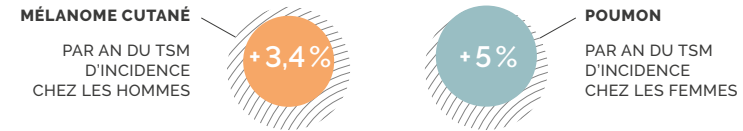
Les dernières estimations décrivent une situation plutôt encourageante chez les hommes, avec une diminution de l'incidence ou une stabilité pour les cancers les plus fréquents. L'évolution de l'incidence du cancer du poumon chez les femmes est en revanche jugée préoccupante.

NOMBRE DE CAS EN 2018 ET ÉVOLUTION DU TAUX D'INCIDENCE ENTRE 2010 ET 2018

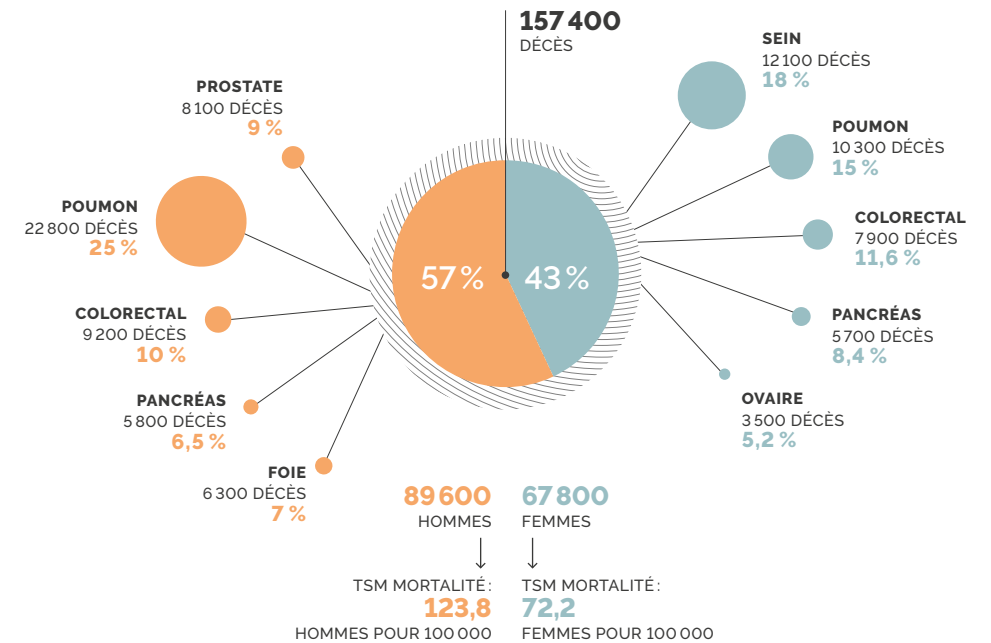


À noter: pour la prostate, les dernières données disponibles datent de 2015.

LES CANCERS DONT LE TAUX D'INCIDENCE (TMS) A LE PLUS AUGMENTÉ ENTRE 2010 ET 2018



NOMBRE DE DÉCÈS EN 2018



ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ STANDARDISÉ (2010-2018)

La diminution globale de la mortalité est le résultat de diagnostics plus précoces et d'avancées thérapeutiques importantes, notamment parmi les cancers les plus fréquents.

Le TSM de mortalité a diminué de :

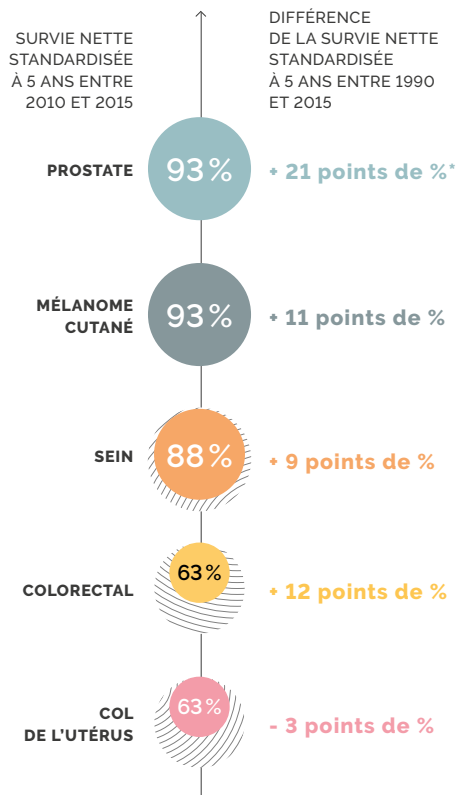


ÂGE MÉDIAN AU DÉCÈS EN 2018



POUR QUELS CANCERS OBSERVE-T-ON LES MEILLEURS TAUX DE SURVIE ?

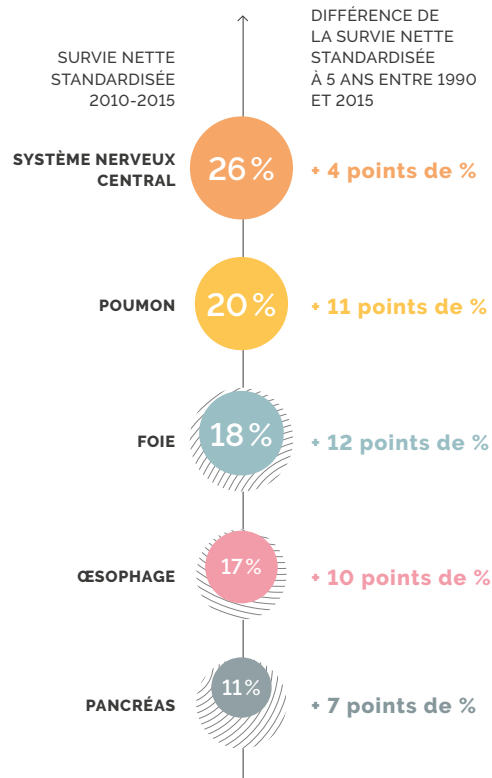
Ces dernières années, les progrès de la recherche ont permis d'améliorer la survie des personnes atteintes de nombreux cancers (liste non exhaustive).



* la survie est passée de 72 % en 1990 à 93 % en 2015, soit une augmentation de 21 points de %

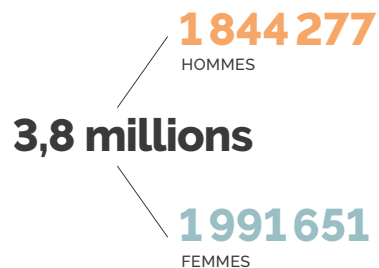
QUELS SONT LES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC ?

Certains cancers sont dits « de mauvais pronostic » : poumon, pancréas, œsophage, foie, système nerveux central, leucémies aiguës myéloïdes, ovaire, estomac... Pour eux, et malgré les progrès de la recherche, le taux de survie à 5 ans reste plus faible.



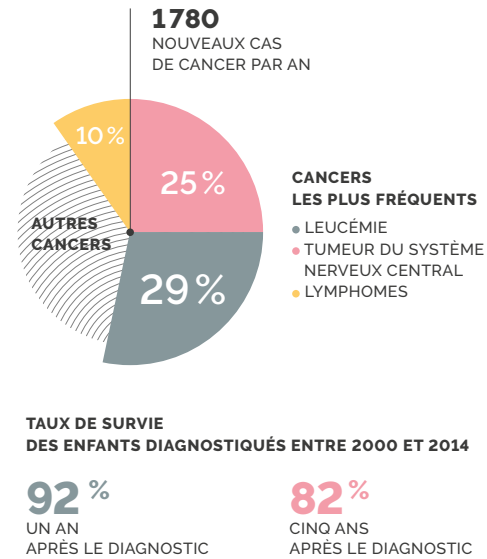
PRÉVALENCE DES CANCERS

La prévalence totale des cancers dénombre les personnes en vie ayant eu un diagnostic de cancer au cours de leur vie. En 2017, on estime que cette prévalence est de l'ordre de 3,8 millions en France métropolitaine, un chiffre en hausse qui est lié à l'augmentation du nombre de nouveaux cas et à l'amélioration de la survie.

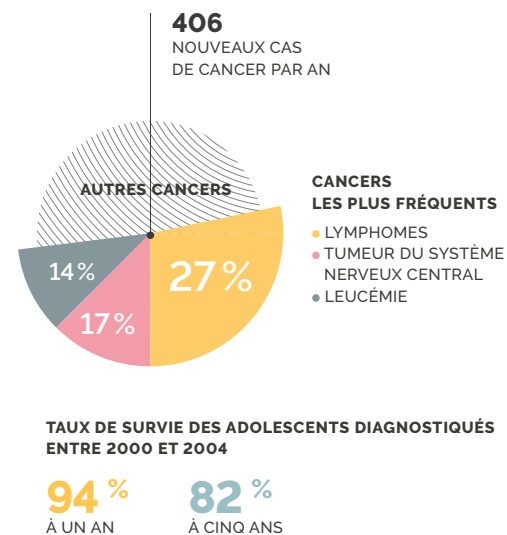


LES CANCERS PÉDIATRIQUES

LES ENFANTS DE 0 À 15 ANS ENTRE 2010 ET 2014. LE REGISTRE NATIONAL DES CANCERS DE L'ENFANT (RNCE) A RECENSÉ 8 890 CAS DE CANCERS CHEZ LES ENFANTS DE 0 À 15 ANS.



LES ADOLESCENTS DE 15 À 17 ANS SUR LA PÉRIODE 2011-2014. 1 625 CAS DE CANCER ONT ÉTÉ ENREGISTRÉS CHEZ LES 15-17 ANS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE.



INTERVIEW

Le taux de mortalité standardisé tous cancers baisse entre 2010 et 2018.

Entre 2010 et 2018, le nombre de nouveaux cas de cancer s'est accru notamment en raison de l'augmentation du vieillissement de la population. Or, le risque de cancer augmente avec l'âge. En s'affranchissant de ces évolutions démographiques, on observe que le risque absolu de cancer est en baisse chez l'homme, conséquence de la diminution de l'incidence du cancer de la prostate, et toujours en hausse chez la femme, reflétant la hausse de l'incidence des cancers du poumon et, dans une moindre mesure, du sein, d'où l'intérêt d'étudier l'épidémiologie des différents cancers indépendamment et pas globalement. Le taux de mortalité standardisé tous cancers baisse entre 2010 et 2018, grâce à des diagnostics réalisés à des stades plus précoces, à des évolutions thérapeutiques majeures, à des améliorations de la prise en charge des cancers, avec des variations selon les localisations cancéreuses. »

LIONEL LAFAY,
RESPONSABLE DU DÉPARTEMENT
OBSERVATION ET DOCUMENTATION
À L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER.



DONNÉES PAR TYPE DE CANCER

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 pronostic, au sein de la population : le cancer du poumon, du sein, colorectal, du pancréas, du foie, deux cancers gynécologiques et les mélanomes cutanés.

Le cancer du poumon

Le cancer du poumon, appelé aussi cancer bronchique ou cancer bronchopulmonaire, est une maladie des cellules des bronches ou, plus rarement, des cellules tapissant les alvéoles pulmonaires. Si son incidence se stabilise chez les hommes, il est en forte progression chez les femmes.

<p>3^e CANCER LE PLUS FRÉQUENT EN FRANCE</p> <p>46 300 NOUVEAUX CAS EN 2018</p> <p>31 200 HOMMES 15 100 FEMMES</p> <p>-0,3% PAR AN (2010-2018) ↓ +5% PAR AN (2010-2018) ↑</p>	<p>1^{re} CAUSE DE DÉCÈS PAR CANCER EN FRANCE</p> <p>33 100 DÉCÈS EN 2018</p> <p>22 800 HOMMES 10 300 FEMMES</p> <p>-1,6% PAR AN (2010-2018) ↓ +3% PAR AN (2010-2018) ↑</p>	<p>FACTEURS DE RISQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme actif et passif • Expositions professionnelles • Pollutions environnementales • Antécédents personnels et familiaux
<p>DIAGNOSTIC</p> <p>Seul un diagnostic précoce permet une chirurgie curative, or les cancers du poumon sont souvent diagnostiqués à un stade avancé. Les symptômes ne sont 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.</p>	<p>EN 2017, LA PRÉVALENCE DU CANCER EST ESTIMÉE À</p> <p>169 718 PERSONNES</p> <p>ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC</p> <p>67ans CHEZ LES HOMMES</p> <p>65ans CHEZ LES FEMMES</p>	<p>20 %</p> <p>TAUX DE SURVIE NETTE STANDARDISÉE À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2010 ET 2015 : 24 % POUR LES FEMMES ET 18 % POUR LES HOMMES.</p> <p>ACTIONS DE PRÉVENTION</p> <p>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 cancer. 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 augmenter la qualité de vie.</p>

Le cancer du sein

Avec 33% des cancers féminins, le cancer du sein est le plus fréquent chez les femmes. Dans la majorité des cas, le développement d'un cancer du sein prend plusieurs mois, voire plusieurs années. Dépitesté tôt, c'est un cancer de bon pronostic, dont le taux de survie reste stable.

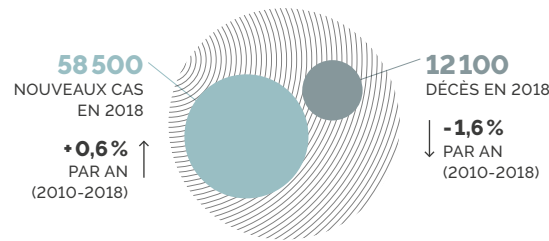
DÉPISTAGE

60% des cancers du sein sont détectés à un stade précoce. 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: 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. Des modalités de suivi spécifiques sont recommandées pour les femmes présentant des antécédents médicaux personnels ou familiaux, ou certaines prédispositions génétiques.

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

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



87%
TAUX DE SURVIE NETTE STANDARDISÉE À 5 ANS DES FEMMES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2010 ET 2015

EN 2017, LA PRÉVALENCE DU CANCER EST ESTIMÉE À
913 089
PERSONNES

ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC **63** ans

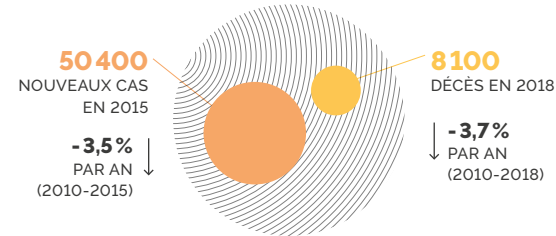
ACTIONS DE PRÉVENTION

Parmi les cancers attribuables à la consommation d'alcool, le cancer du sein est le plus fréquent. 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 cancer pour l'année 2018).

Le cancer de la prostate

Le cancer de la prostate représente 25% des cancers masculins. Rare avant 50 ans, son incidence augmente progressivement avec l'âge. C'est un cancer de bon, voire très bon pronostic, avec un taux de survie à 5 ans élevé.

1^{er} CANCER CHEZ LES HOMMES ET 3^e CAUSE DE DÉCÈS PAR CANCER CHEZ LES HOMMES



93% TAUX DE SURVIE NETTE STANDARDISÉE À 5 ANS DES HOMMES DIAGNOSTIQUÉS ENTRE 2010 ET 2015

EN 2017, LA PRÉVALENCE DU CANCER EST ESTIMÉE À
643 156 PERSONNES

DÉPISTAGE

80% des cancers sont diagnostiqués alors qu'ils sont encore localisés à la prostate. Le facteur pronostique majeur de ce cancer 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.

FACTEURS DE RISQUE

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

ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC

68 ans

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, hormonothérapie, surveillance active.

Le cancer colorectal

Le cancer colorectal, ou cancer du côlon et du rectum, est l'un des plus fréquents en France. Il touche chaque année plus de 43 000 personnes et cause environ 17 000 décès. Dans plus de 80 % des cas, il provient d'une tumeur bénigne qui évolue lentement et finit par devenir cancéreuse.

<p>ACTIONS DE PRÉVENTION</p> <p>21 % des cancers colorectaux (hors cancers de l'anus) chez les plus de 30 ans sont directement liés à la consommation d'alcool en 2015. 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.</p>	<p>3° CANCER LE PLUS FRÉQUENT CHEZ LES HOMMES ET 2° CHEZ LES FEMMES</p> <p>43 300 NOUVEAUX CAS EN 2018</p> <p>23 200 HOMMES 20 100 FEMMES</p> <p>-1,4% PAR AN (2010-2018) ↓ 0% PAR AN (2010-2018)</p>	<p>2° CAUSE DE DÉCÈS PAR CANCER CHEZ LES HOMMES ET 3° CHEZ LES FEMMES</p> <p>17 100 DÉCÈS EN 2018</p> <p>9 200 HOMMES 7 900 FEMMES</p> <p>-1,8% PAR AN (2010-2018) ↓ -1,6% PAR AN (2010-2018) ↓</p>	<p>NOMBRE DE NOUVEAUX CAS EN 2018</p> <p>14 100</p> <p>7 300 HOMMES 6 800 FEMMES</p> <p>+2,6% PAR AN (2010-2018) ↑ +3,2% PAR AN (2010-2018) ↑</p>	<p>NOMBRE DE DÉCÈS EN 2018</p> <p>11 400</p> <p>5 800 HOMMES 5 600 FEMMES</p> <p>+0,4% PAR AN (2010-2018) ↑ +1,4% PAR AN (2010-2018) ↑</p>	<p>ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC</p> <p>70 ans CHEZ LES HOMMES</p> <p>74 ans CHEZ LES FEMMES</p>
<p>ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC</p> <p>71 ans CHEZ LES HOMMES 73 ans CHEZ LES FEMMES</p>	<p>63%</p> <p>TAUX DE SURVIE NETTE STANDARDISÉE À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2010 ET 2015 : 62% POUR LES HOMMES ET 65% POUR LES FEMMES</p>	<p>FACTEURS DE RISQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Âge • Habitudes de vie (alcool, tabac, alimentation, surpoids et obésité, inactivité physique, etc.) • Présence de polypes • Antécédents personnels et familiaux • Syndrome de Lynch ou HNPCC • Polypose adénomateuse familiale • Maladies inflammatoires 	<p>DIAGNOSTIC</p> <p>10 à 20% des patients seulement sont diagnostiqués à un stade où la tumeur est résecable.</p> <p>Le plus souvent, le cancer du pancréas est diagnostiqué à un stade évolué car il reste longtemps asymptomatique. 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.</p>	<p>11%</p> <p>TAUX DE SURVIE NETTE STANDARDISÉE À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2010 ET 2015</p>	<p>ACTIONS DE PRÉVENTION</p> <p>Le tabagisme est le principal facteur de risque connu de cancer 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.</p>
<p>DÉPISTAGE</p> <p>S'il est détecté tôt, le 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.</p>	<p>EN 2017, LA PRÉVALENCE DU CANCER EST ESTIMÉE À</p> <p>418 491 PERSONNES</p>			<p>FACTEURS DE RISQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le tabagisme • Le surpoids et l'obésité • Les prédispositions génétiques et formes familiales 	

Le cancer du pancréas

Malgré les progrès diagnostiques et thérapeutiques, ce cancer reste de mauvais pronostic. Son incidence progresse, en majorité chez les personnes de plus de 50 ans.

Le cancer du foie

Le cancer du foie le plus fréquent est le carcinome hépatocellulaire ou hépatocarcinome. Il se développe généralement au cours d'une maladie chronique du foie et, dans de rares cas, sur un foie sain. En dépit des progrès de l'imagerie médicale et des thérapeutiques, le pronostic de ce cancer reste sombre.

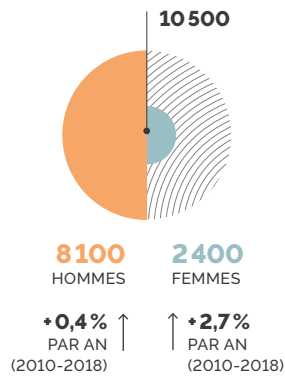
DÉPISTAGE

Le 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.

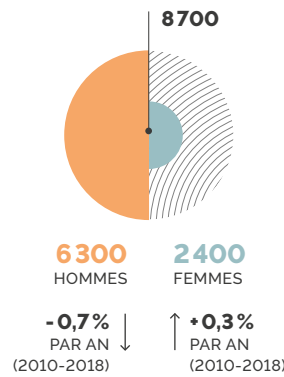
FACTEURS DE RISQUE

- La consommation d'alcool et le tabagisme
- Les hépatites B et C
- L'hémochromatose
- La stéatose hépatique
- Le surpoids
- La sédentarité

NOMBRE DE NOUVEAUX CAS EN 2018



NOMBRE DE DÉCÈS EN 2018



18% TAUX DE SURVIE NETTE STANDARDISÉE À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2010 ET 2015 : **18% CHEZ LES HOMMES ET 19% CHEZ LES FEMMES.**

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.

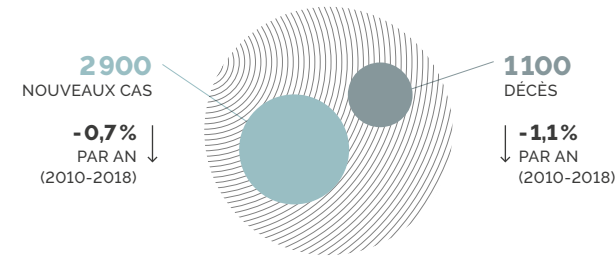
ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC

69 ans CHEZ LES HOMMES
73 ans CHEZ LES FEMMES

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

Parmi les cancers gynécologiques se trouvent les cancers du col de l'utérus et de l'ovaire. Des évolutions favorables sont observées pour ces deux cancers avec un recul conjoint de leur taux d'incidence et de mortalité.

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS EN 2018



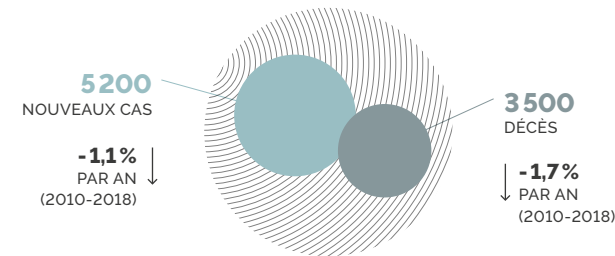
ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC

68 ans OVAIRE
53 ans COL DE L'UTÉRUS

TAUX DE SURVIE NETTE STANDARDISÉE

À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2010 ET 2015 : **63% POUR LE COL DE L'UTÉRUS ET 43% POUR L'OVAIRE.**

LE CANCER DE L'OVAIRE EN 2018



DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

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).

OVAIRE

Le cancer de l'ovaire provoque 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.

FACTEURS DE RISQUE

COL DE L'UTÉRUS

- Le papillomavirus humain
- Les rapports sexuels à un âge précoce
- La multiplicité des partenaires
- La multiparité
- Le tabagisme
- L'usage d'une contraception orale (pilule oestroprogestative)
- L'immunosuppression ou certaines infections (VIH par exemple)

OVAIRE

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

Le mélanome cutané

Les mélanomes cutanés représentent 10 % des cancers de la peau et ont un fort potentiel métastatique. L'augmentation du nombre de mélanomes cutanés depuis les années 1980 est la conséquence d'une exposition croissante aux rayonnements ultraviolets (UV).

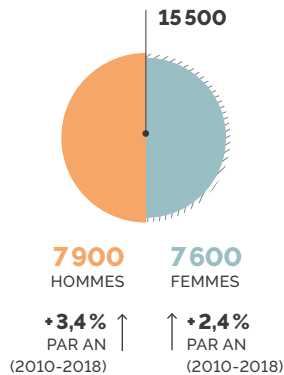
DÉPISTAGE ET DÉTECTION

Le diagnostic du cancer 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 auto-examen de la peau tous les 3 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 ce cancer est à fort potentiel métastatique.

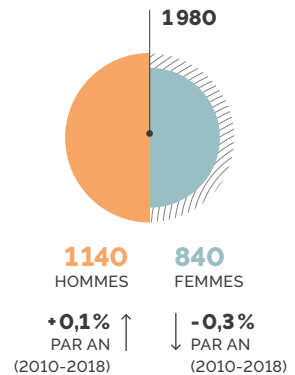
91%

TAUX DE SURVIE NETTE STANDARDISÉE
À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2010 ET 2015:
91% CHEZ LES HOMMES ET 94% CHEZ LES FEMMES.

NOMBRE DE NOUVEAUX CAS EN 2018



NOMBRE DE DÉCÈS EN 2018



ACTIONS DE PRÉVENTION

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

FACTEURS DE RISQUE

- L'exposition au soleil ou aux ultraviolets artificiels
- Les antécédents de coups de soleil (notamment pendant l'enfance)
- La sensibilité de la peau (phototype) aux rayonnements UV et au soleil
- Un nombre élevé de grains de beauté (>50)
- Antécédents personnels ou familiaux
- Une immunodépression

ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC

66 ans
CHEZ LES HOMMES

60 ans
CHEZ LES FEMMES

EN 2017, LA PRÉVALENCE DU CANCER EST ESTIMÉE À

183 571

PERSONNES



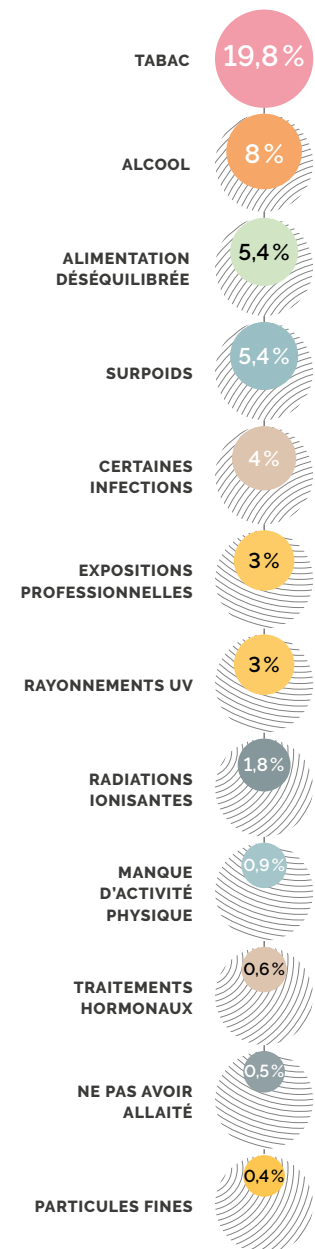
LA PRÉVENTION ET LES SOINS



La lutte contre les cancers se mène avant, pendant et après la maladie: avec un mode de vie et des comportements qui protègent du cancer, des dépistages pour diagnostiquer la maladie le plus tôt possible, les traitements les mieux adaptés à chaque cancer et une attention particulière à la qualité de vie du patient, pendant et après les soins. Un combat d'autant plus ardu en 2020 que l'organisation des soins a été fortement perturbée par l'épidémie de Covid-19. Tous les acteurs de la cancérologie se sont très fortement mobilisés pour éviter les pertes de chances pour les patients.

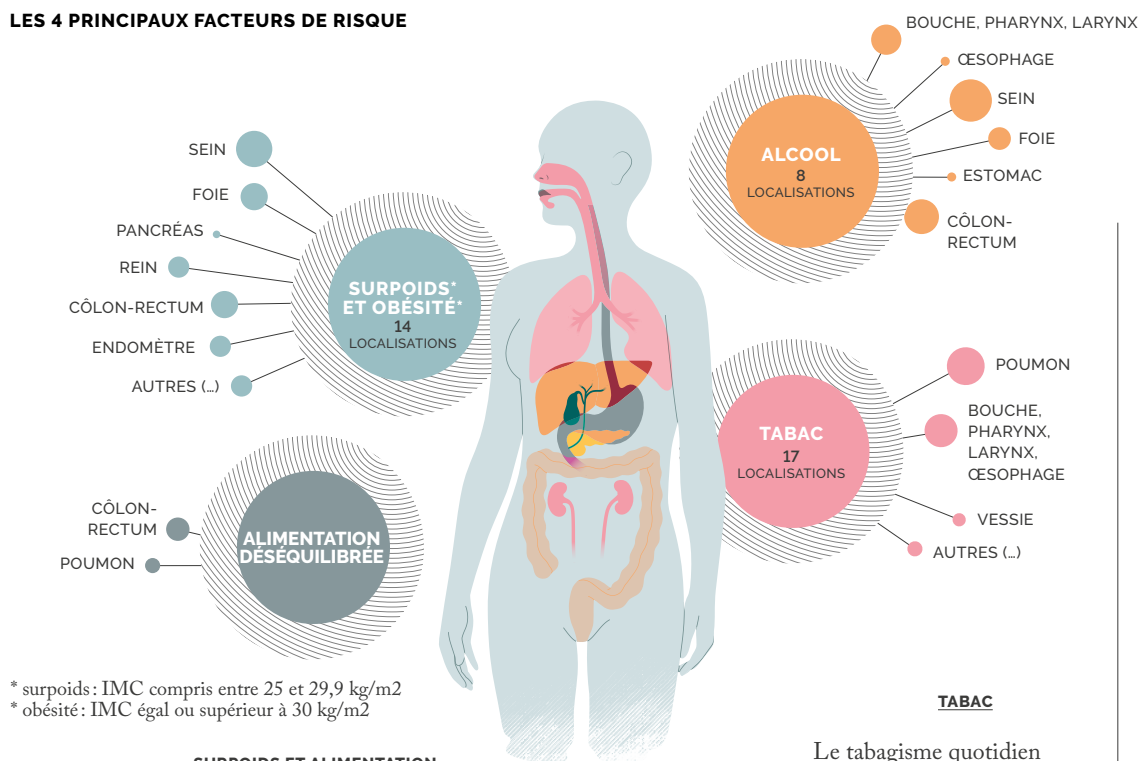
Les facteurs de risque

40% DES CANCERS PEUVENT ÊTRE ÉVITÉS



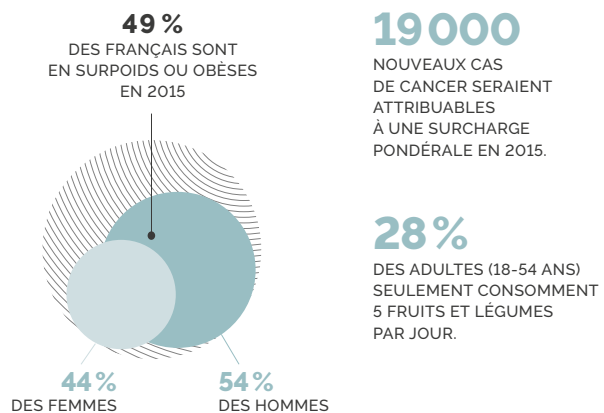
Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque.

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

SURPOIDS ET ALIMENTATION



La prévalence du surpoids et de l'obésité reste relativement stable chez les adultes, mais augmente chez les adolescents: de 2009 à 2017, la proportion des 14-15 ans obèses est passée de 3,8 à 5,2%, et celle de ces mêmes adolescents en surpoids de 17 à 18,2%.

Le tabagisme quotidien a enregistré une baisse significative qui doit être confirmée, mais reste trop élevé, et est encore un marqueur des inégalités sociales, entre personnes au chômage et actifs occupés, et entre les plus bas et les plus hauts revenus.

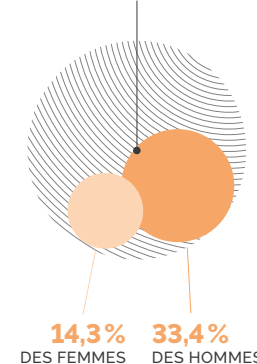
EN 2014
1 adulte sur 3
FUME 13,4 CIGARETTES/JOUR

EN 2019
1 adulte sur 4
FUME 12,5 CIGARETTES/JOUR

68 000
NOUVEAUX CAS DE CANCER SERAIENT ATTRIBUABLES AU TABAC EN 2015.

ALCOOL
PROPORTION DES FRANÇAIS DÉPASSANT LES NOUVEAUX REPÈRES D'ALCOOL SUR AU MOINS UNE DES DIMENSIONS* (2017)

23,6%
ÂGÉS DE 18 À 75 ANS



28 000
NOUVEAUX CAS DE CANCER SERAIENT ATTRIBUABLES À L'ALCOOL EN 2015.

La consommation d'alcool en France, relativement stable, demeure l'une des plus élevées en Europe et dans le monde. Les plus jeunes consomment moins régulièrement que leurs aînés, mais de façon plus excessive.

*pas plus de 10 verres par semaine, pas plus de 2 verres par jour, au moins 2 jours sans alcool par semaine.

INTERVIEW

La France se distingue comme l'un des pays de l'OCDE les plus consommateurs de tabac et d'alcool.

Avec 68 000 nouveaux cas par an, le tabac est de loin le principal facteur de risque, suivi par l'alcool avec 28 000 nouveaux cas par an. Le lien entre l'alcool et les cancers est souvent sous-estimé, particulièrement pour les cancers du sein, première localisation de cancer (en termes de nombre de cas) liée à l'alcool.

Nous avons donc une marge de manœuvre importante en prévention! Précisons que le cancer du col de l'utérus est évitable à 100% grâce à la vaccination contre les HPV (recommandée aux garçons dès 2021) et au dépistage. Revenons sur une idée reçue: les aliments anti-cancer n'existent pas. Mais certains comportements comme la pratique d'une activité physique ou la consommation de fibres et de céréales complètes peuvent réduire efficacement notre risque. »

FRÉDÉRIC DE BELS,
RESPONSABLE DU DÉPARTEMENT PRÉVENTION À L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

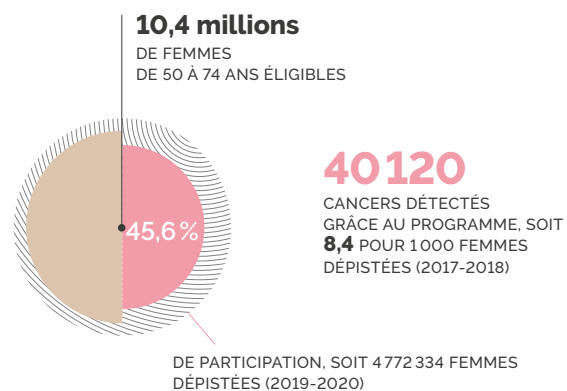
Illustration: Pierre Bouchier

Les dépistages

LE RÔLE DES DÉPISTAGES

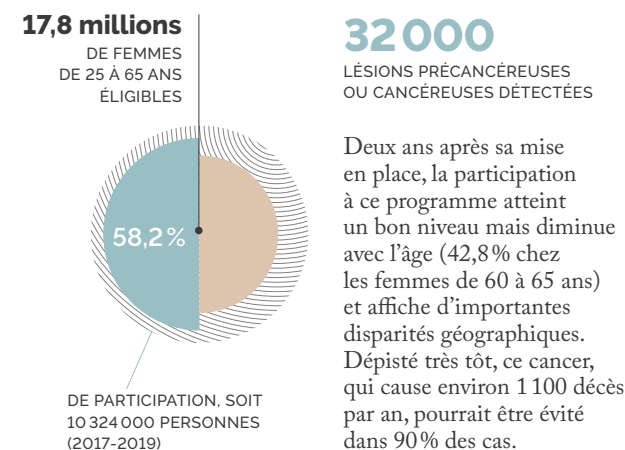
L'objectif du dépistage est de diagnostiquer le cancer à un stade précoce, avant l'apparition de symptômes, afin de mieux le soigner et d'en limiter les séquelles ainsi que celles des traitements. Les pouvoirs publics ont instauré trois programmes de dépistage organisé. Les médecins peuvent aussi prescrire des dépistages individuels.

LA PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU SEIN EN LÉGÈRE BAISSÉ



Destiné à dépister le cancer le plus fréquent et le plus mortel chez la femme, ce programme a vu son taux de participation baisser légèrement depuis 2011 (-13 % entre 2011 et 2020). Il faut toutefois y ajouter 10 à 15 % de la population cible qui effectue des dépistages individuels.

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DE L'UTÉRUS DÉSORMAIS GÉNÉRALISÉ



LES AVANCÉES ATTENDUES

Une meilleure performance du dépistage du cancer du sein avec le recours progressif, depuis 2020, à la tomosynthèse (imagerie de lecture de la mammographie) : cette innovation technologique permet d'améliorer la détection de certaines lésions aujourd'hui difficiles à déceler.

Une plus forte participation au dépistage du cancer colorectal avec, à compter de 2022, une modalité complémentaire de remise du kit de dépistage par le pharmacien et la possibilité de commander le test en ligne.

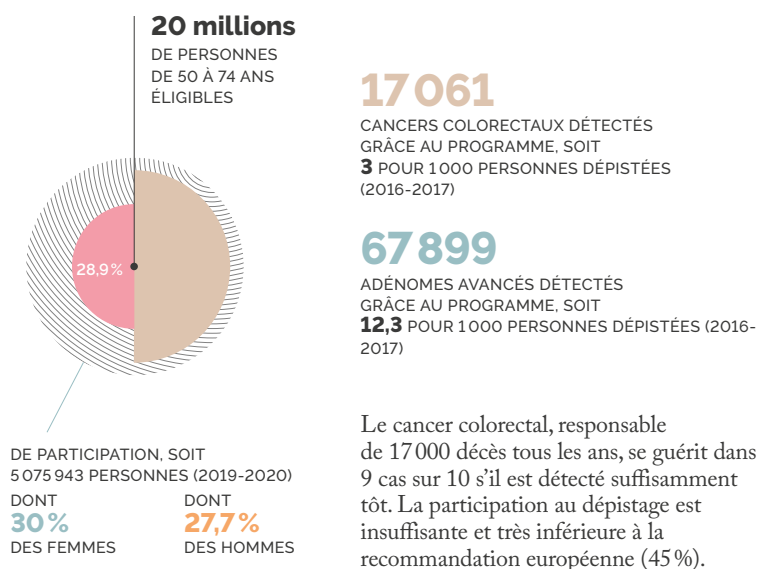
L'évolution du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, lancé en 2018, avec :

- une meilleure efficacité : l'examen cytologique *via*

le frottis cervico-utérin tous les 3 ans reste la règle pour les femmes entre 25 et 29 ans, mais il est remplacé par un test HPV-HR (infection à papillomavirus humain à haut risque) tous les 5 ans pour les femmes âgées de 30 à 65 ans, car plus efficace pour ces tranches d'âge.

- Une meilleure participation : l'auto-prélèvement vaginal (APV) sera proposé comme une modalité de prélèvement alternative au prélèvement cervico-utérin par un professionnel de santé afin de faciliter le dépistage des femmes qui ne participent pas, ou de manière irrégulière, au programme.

UNE TRÈS INSUFFISANTE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL



POUR ALLER PLUS LOIN
ÊTRE GUIDÉ SUR LES DÉPISTAGES À RÉALISER : <http://vosconseilsdepistage.e-cancer.fr/>
RECOMMANDATIONS ET CONDUITES À TENIR POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precocede/Depistage-du-cancer-colorectal>

INTERVIEW

Tous les types de cancer ne se prêtent pas à un dépistage organisé.

Pour être mis en place, celui-ci doit répondre à des critères précis définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), comme la nécessité de pouvoir détecter le cancer tôt, à une phase où l'on peut le traiter. Trois localisations de cancer sont pour l'instant concernées (sein, colorectal et col de l'utérus), mais des études sont en cours pour de nouvelles localisations. Ces dépistages s'adressent aux populations dites à risque moyen : sans antécédents de ce type de cancer et sans signes cliniques ou symptômes. On va s'orienter vers des stratégies de dépistage de plus en plus personnalisées en fonction du risque personnel de chacun et développer des actions de dépistage couplées à des actions de prévention (dépistage accompagné d'aide au sevrage tabagique, etc.). »

STÉPHANIE BARRÉ,
COORDINATRICE PILOTAGE
DES PROGRAMMES DE DÉPISTAGE
DES CANCERS À L'INSTITUT
NATIONAL DU CANCER

Les traitements

INTERVIEW



L'offre des traitements anticancéreux a été bouleversée avec l'arrivée de nouveaux médicaments,

dits d'immunothérapie spécifique. Parmi eux, on compte les inhibiteurs de points de contrôle de l'immunité et les cellules CAR-T qui sont des lymphocytes T prélevés dans le sang du patient puis génétiquement modifiés en laboratoire avant d'être réinjectés au patient.

Les cellules CAR-T, médicaments de thérapie cellulaire et génique, sont associées à de nombreux enjeux en matière d'organisation des soins, de sécurisation du circuit du médicament, de gestion de leurs toxicités, de maîtrise des dépenses de santé, etc.

Pour assurer la sécurité des patients, un arrêté limite l'utilisation des cellules CAR-T à certains établissements de santé en fonction de critères précis. »

MARIANNE DUPERRAY,
DIRECTRICE DES RECOMMANDATIONS
ET DU MÉDICAMENT DE L'INSTITUT
NATIONAL DU CANCER

LE POIDS DES SOINS HOSPITALIERS (PMSI-MCO)

7,25 millions

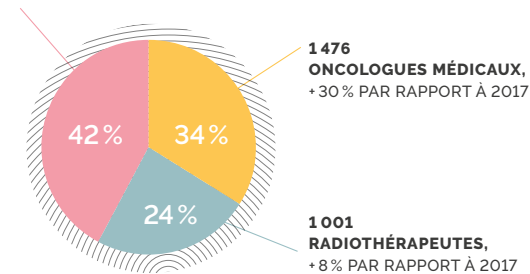
D'HOSPITALISATIONS (2020)
EN LIEN AVEC LE DIAGNOSTIC,
LE TRAITEMENT OU
LA SURVEILLANCE D'UN CANCER,
HORS ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE
EN SECTEUR PRIVÉ LIBÉRAL.

860

ÉTABLISSEMENTS
AUTORISÉS
À TRAITER
LE CANCER (2020).

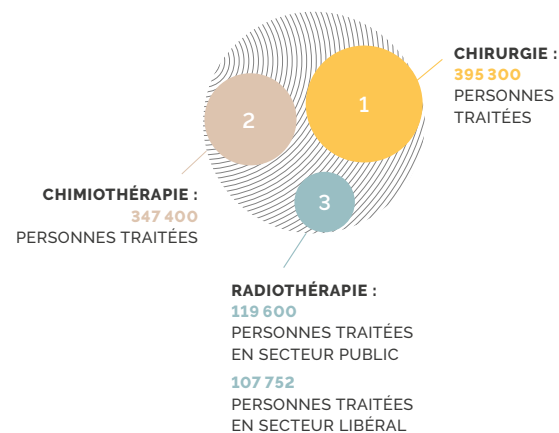
LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

1 658
ANATOMOPATHOLOGISTES,
STABLE PAR RAPPORT À 2017



L'activité de cancérologie représente 1/4 de l'activité hospitalière globale.

LA RÉPARTITION DES TRAITEMENTS



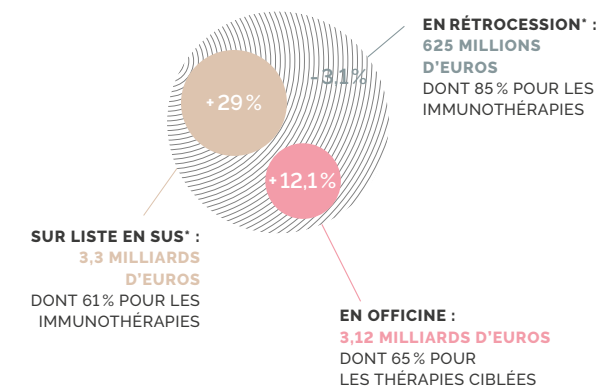
À côté des traitements traditionnels, émergent les nouveaux traitements d'immunothérapie spécifique : en 2020, 51 684 patients ont été traités par des inhibiteurs de points de contrôle (+42% par rapport à 2019) et 234 par des cellules CAR-T.

LES DÉPENSES

5,9 milliards

D'EUROS, EN 2020, DE DÉPENSES HOSPITALIÈRES LIÉES AU DIAGNOSTIC,
AU TRAITEMENT OU AU SUIVI DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER
(-3,3% PAR RAPPORT À 2019)*.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES LIÉES AUX MÉDICAMENTS ANTICANCRÉUX PAR RAPPORT À 2019



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

APRÈS LES TRAITEMENTS, UN RETOUR À L'EMPLOI DIFFICILE

Le maintien ou le retour à l'emploi, considéré comme un des signes majeurs d'une vie redevenue « normale », se heurtent à de nombreux freins. Ceux-ci sont liés aux conséquences directes de la pathologie (séquelles, effets indésirables persistants), mais aussi à un manque d'anticipation et d'adaptation des conditions de travail.

Le cancer reste trop souvent un sujet tabou ou mal connu dans l'entreprise. La perte de l'emploi touche davantage les personnes vulnérables sur le marché du travail : les jeunes et les plus de 50 ans, les personnes les moins diplômées, celles ayant peu d'expérience ou un contrat de travail précaire, les salariés davantage que les indépendants.

1
personne
sur **5**

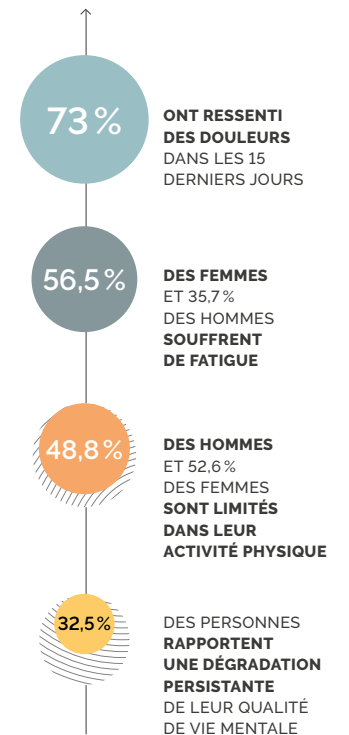
A PERDU SON EMPLOI,
CINQ ANS APRÈS LE DIAGNOSTIC

LES SÉQUELLES DU CANCER OU DES TRAITEMENTS, 5 ANS APRÈS

63,5%

DES PERSONNES SOUFFRANT
DE SÉQUELLES DUES AU CANCER
OU AUX TRAITEMENTS,
(ENQUÊTE PUBLIÉE EN 2018).

ELLES SE RÉPARTISSENT DE LA FAÇON SUIVANTE :



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

* **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.

Cancer et Covid-19

FOCUS

Baisse du dépistage organisé

Une baisse importante de la participation aux trois programmes organisés a été observée en 2020 (on a suspendu les programmes pendant 3 mois). Cette baisse est probablement due à plusieurs facteurs liés de la crise sanitaire du covid-19 dans un contexte de pandémie qui demeure anxiogène. En 2019, les données avaient déjà montré une baisse très significative des dépistages, et ce, avant même le début du confinement. En 2019 et 2020, des actions ont été réalisées pour inciter à un retour aux soins et à la prévention. Les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers ont mis en place des plans de rattrapage des dépistages non effectués, avec priorisation et lissage des invitations ainsi que des actions de terrain. Les efforts nécessitent d'être maintenus pour assurer un rattrapage le plus rapide possible des dépistages non réalisés.

INTRO

Les 3^{ème} et 4^{ème} vagues épidémiques de Covid-19 ont eu un impact différencié sur l'organisation des soins selon les taux d'incidence régionaux. L'Institut a continué sa mobilisation afin d'éviter les pertes de chance des patients atteints de cancer, d'appuyer les acteurs pour l'organisation du rattrapage des activités notamment de chirurgie, mais également pour la réalisation des examens de diagnostic et de dépistage des cancers.

IMPACT DIFFÉRENCIÉ SUR LES ACTIVITÉS DE CANCÉROLOGIE

Le rattrapage des activités de chirurgie d'exérèse non réalisées du fait des confinements ou des restrictions a été différent selon les territoires et les localisations de cancers. L'INCa analyse les causes profondes de ce déficit d'activités avec les professionnels concernés. De plus, un suivi de l'impact du contexte sanitaire Covid-19 pendant l'été 2021 dans les départements d'Outre-Mer sur la prise en charge des patients atteints de cancer est en cours avec les ARS et RRC concernés.

VACCINATION CONTRE LA COVID-19 DES PATIENTS ATTEINTS DE CANCER

Début 2021, l'INCa a répondu à une saisine du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale (COSV) afin d'identifier les patients devant être vaccinés en ultra haute priorité. L'Institut a sollicité les différents coordonnateurs de cohortes de suivi vaccinal de patients atteints de cancer afin de colliger des données sur la séroconversion de ces patients suite aux différentes étapes du schéma vaccinal tout particulièrement chez les patients traités par anti-CD20, et ceux atteints de leucémie lymphoïde chronique (LLC)

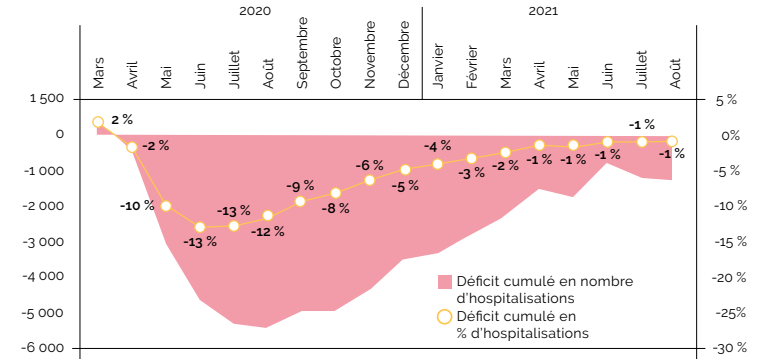


POUR ALLER PLUS LOIN

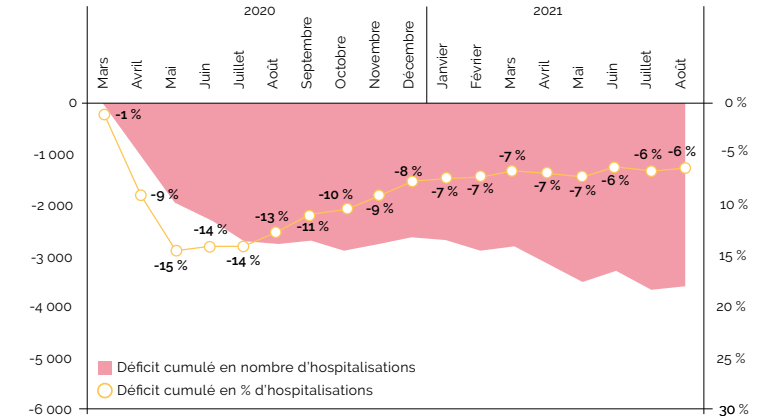
DES INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR LA COVID-19 ET SUR LES CONSIGNES À RESPECTER LORSQU'ON EST ATTEINT D'UN CANCER : <https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Coronavirus-COVID-19/Les-reponses-a-vos-questions>

ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ CUMULÉE DEPUIS 2020 POUR LES EXÉRÈSES DU CANCER DU SEIN ET DU CANCER COLORECTAL

GRAPHIQUE 1
MASTECTOMIES POUR
CANCER DU SEIN



GRAPHIQUE 2
EXÉRÈSE DE CANCER
COLORECTAL



Les graphiques 1 et 2 présentent pour chaque mois, l'évolution de l'activité cumulée depuis janvier 2020 en comparaison de l'activité des mêmes mois de 2019. Les 2 exemples illustrent des dynamiques évolutives différentes : un quasi rattrapage pour les exérèses de cancer du sein, et l'absence de rattrapage pour les exérèses de cancer colorectal.

Pour les exérèses de cancer du sein, le déficit cumulé de -5 400 séjours observé en août 2020 (-12 % de l'activité janvier 2020-août 2020)

se résorbe peu à peu au fil des mois pour se limiter à -900 séjours en août 2021 (-1 % de l'activité janvier 2020-août 2021).

Pour les exérèses de cancer colorectal, le déficit cumulé de -2 700 séjours observé en juillet 2020 (-14 % de l'activité janvier 2020-juillet 2020), se stabilise jusqu'à mars 2021 signant l'absence de rattrapage puis s'accroît de nouveau pour atteindre -3 300 séjours en août 2021 (-5 % de l'activité janvier 2020-août 2021).

Au global, sur la période mars 2020-août 2021, la baisse d'activité d'exérèse est de : tous cancers -4 % ; cancer du sein -1 % ; cancer colorectal -5 %.

Faits marquants et actualités

LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Avec 382 000 nouveaux cas de cancer en 2018, on note **une baisse du taux d'incidence standardisée** entre 2010 et 2018 chez les hommes (-1,4%) et une stabilisation chez les femmes (+0,7%). La baisse du taux de mortalité standardisée sur 2010-2018 est plus prononcée chez les hommes (-2%) que chez les femmes (-0,7%).

La situation la plus préoccupante concerne le cancer du poumon chez les femmes dont les taux d'incidence et de mortalité connaissent la plus forte augmentation (respectivement +5 % et +3 %).

Les cancers de mauvais pronostic dont le taux de survie à 5 ans reste faible (environ 30 %) sont ceux du système nerveux central, du poumon, du foie, de l'œsophage, du pancréas et les leucémies aiguës myéloïdes.

Chez l'homme, les taux standardisés d'incidence et de mortalité diminuent pour deux des trois cancers les plus fréquents (cancer de la prostate : incidence -3,5 %, mortalité -3,7 % et cancer colorectal : incidence -1,4 %, mortalité -1,8 %).

LA PRÉVENTION

La baisse de la consommation de tabac entre 2014 et 2019 est sans précédent : un adulte sur quatre fume, contre un sur trois en 2014. Mais elle reste encore insuffisante et à confirmer : **la France figure au 4^e rang du tabagisme au sein de l'OCDE (2019).**

Près d'un quart des Français dépassent au moins une des recommandations en termes de consommation d'alcool

(pas plus de 10 verres par semaine, pas plus de 2 verres par jour, des jours sans alcool). La France reste ainsi au 3^e rang des pays de l'OCDE (2019).

Près de la moitié des Français (49%) sont en surpoids ou obèses.

La prévalence de la surcharge pondérale reste relativement stable dans l'ensemble, mais augmente chez les adolescents.

SANS OUBLIER

- L'intensification des mesures réglementaires et de prévention depuis le Plan national de lutte contre le tabagisme, avec notamment les augmentations successives du prix du paquet de cigarettes (10 euros en 2020).
- Une campagne d'information sur la consommation d'alcool menée en 2019 avec le ministère des Solidarités et de la Santé et Santé publique France et, en 2019-2020, par l'Institut national du cancer pour rappeler le lien entre alcool et cancer.
- Le lancement du 4^e Programme national nutrition santé (2019-2023) et la publication d'une expertise de l'Institut national du cancer sur l'impact des facteurs nutritionnels sur la mortalité globale, la mortalité spécifique, le risque de récurrence et la qualité de vie des patients atteints de cancer.

LES DÉPISTAGES

La participation au dépistage organisé du cancer du sein enregistre une légère baisse : 45,6 % en 2019-2020 (objectif européen : 70 %).

Celle du dépistage organisé du cancer colorectal reste trop faible : 28,9 % en 2019-2020, alors que l'objectif européen minimal acceptable est de 45 %.

Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, généralisé depuis 2018, affiche une participation de 58,2 % sur la période 2017-2019 (objectif : 80 %).

COVID-19 ET CANCER

La filière cancérologique a été fortement affectée par la propagation rapide de l'épidémie de Covid-19. Le renoncement aux soins et les tensions dans les hôpitaux se sont traduits par une baisse de 4 % des chirurgies pour cancer entre mars 2020 et août 2021, avec une différence selon les localisations. Pour le cancer du sein, le déficit de mastectomies est de 1 % alors qu'il est de 5 % pour les exérèses du cancer colorectal.

LES TRAITEMENTS

7,25 millions d'hospitalisations en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer, ont été enregistrées en 2020 (-3,3 % par rapport à 2019).

De nouveaux traitements prometteurs émergent à côté de la chirurgie, de la chimiothérapie et de la radiothérapie : en 2020, 234 patients ont bénéficié

d'un traitement par cellules CAR-T, et le nombre de patients traités par inhibiteurs de points de contrôle est passé de 36 315 en 2019 à 51 684 en 2020 (+ 42 %).

Cinq ans après le diagnostic, 63,5 % des malades souffrent de séquelles dues aux cancers ou aux traitements.

SANS OUBLIER

- Le dispositif de veille stratégique de l'Institut national du cancer (Horizon scanning) qui permet d'identifier, en amont de leur autorisation de mise sur le marché, les développements de médicaments anticancéreux cliniquement impactants et d'anticiper leurs impacts en termes de stratégie thérapeutique, d'organisation des soins au quotidien et d'économie. Le cycle 2021 a permis d'identifier en première sélection soumise ensuite aux sociétés savantes et intergroupes, 142 développements correspondant à 90 médicaments et 65 mécanismes d'action.
- Le droit à l'oubli (5 ans après le diagnostic) depuis le 1^{er} septembre 2020 aux personnes ayant été atteintes d'un cancer avant l'âge de 21 ans. Auparavant, cette mesure concernait les personnes avant l'âge de 18 ans.
- En 2019, 93 % des patients disposent d'un dossier communicant en cancérologie (DCC). Il répond à un enjeu d'amélioration de la qualité et de l'échange des informations de soins et de suivi entre les professionnels impliqués dans le parcours de cancérologie.

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).

INCIDENCE: nombre de nouveaux cas d'une pathologie dans une population survenant pendant une période donnée, en général l'année. Le taux d'incidence représente le nombre de nouveaux cas rapporté à la population dont sont issus les cas pendant cette même période. Il est souvent calculé en divisant le nombre de cas survenus dans l'année par la taille de la population observée en milieu d'année. Il s'exprime en nombre de personnes pour 100 000 personnes-années (PA).

MORTALITÉ: nombre de décès dans une population survenant pendant une période donnée, en général l'année. Le taux de mortalité représente le nombre de décès 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).

PAPILLOMAVIRUS HUMAIN (HPV): les papillomavirus humains (HPV) constituent une importante famille de virus (60 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.

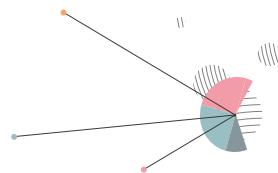
PRÉVENTION: domaines d'actions visant à éviter l'apparition des maladies, à diminuer leur gravité ou à limiter leurs conséquences. La classification OMS distingue la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire:

- 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).

SURVIE: proportion de personnes atteintes d'une maladie, et vivantes X années après le diagnostic. La survie s'exprime en taux, généralement à 1, 3 et 5 ans après le diagnostic. Deux types de survie peuvent être distingués:

- la survie brute (observée), qui représente la proportion de personnes encore vivantes X années après le diagnostic de leur maladie, les personnes décédées avant X années pouvant l'être du fait de cette maladie ou d'une autre cause;
- la survie nette, qui représente la proportion de personnes encore vivantes X années après leur diagnostic de cancer, si ces personnes ne pouvaient décéder que de leur cancer. Elle est la seule qui permette des comparaisons en fonction de l'âge ou des pays.

TAUX D'INCIDENCE (OU DE MORTALITÉ) STANDARDISÉ SUR LA POPULATION MONDIALE (TSM): afin de comparer les données d'incidence (ou de mortalité) d'une année à 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 répartition par âge de la population à un moment donné et sur une zone géographique donnée. Identifier, au sein de l'évolution de l'incidence (ou de la mortalité), ce qui relève effectivement des phénomènes démographiques, de l'évolution du risque d'être atteint d'un cancer (ou de décéder de ce cancer), impose le recours à une information particulière, le taux d'incidence (de mortalité) « standardisé » calculé en supposant que la structure d'âge de la population étudiée est identique à celle d'une population de référence (par exemple la structure d'âge de la population mondiale pour le « taux standardisé sur la population mondiale »). Ainsi, l'augmentation du taux d'incidence (ou de mortalité) standardisé d'un cancer sur une période reflète directement la hausse du risque d'être atteint (ou de décéder) de ce cancer pendant cette période.



Pour en savoir plus

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS

Consulter : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Les-registres-des-cancers>

Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume I : Tumeurs solides. Volume II : Hémapathies malignes. www.santepubliquefrance.fr - <https://www.e-cancer.fr>

La survie des cancers : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine>

PRÉVENTION ET DÉPISTAGE

Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine, rapport publié en 2018 par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019, rapport publié en 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/tabac/documents/article/consommation-de-tabac-parmi-les-adultes-bilan-de-cinq-annees-de-programme-national-contre-le-tabagisme-2014-2019>

Baisse de la prévalence du tabagisme quotidien parmi les adultes, résultats du Baromètre de Santé publique France 2018. www.santepubliquefrance.fr

Nouveaux repères de consommation d'alcool et usages, résultats du Baromètre de santé publique France 2017. www.santepubliquefrance.fr

Nutrition et prévention des cancers, rapport publié en 2019 par l'Institut national du cancer. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Fiche-repere-Nutrition-et-prevention-des-cancers>

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.

Perturbateurs endocriniens, fiche repère publiée en 2019 par l'Institut national du cancer. <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Perturbateurs-endocriniens>

Évaluations des programmes de dépistage du cancer du sein, colorectal et col de l'utérus (disponibles sur le site de Santé publique France - rubrique Maladies et traumatismes - Cancers):

- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/articles/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-du-sein>
- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/articles/evaluation-du-programme-de-depistage-du-cancer-colorectal>
- <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/guide/depistage-organise-du-cancer-du-col-de-l-uterus.-definition-des-indicateurs-de-performance-et-format-des-donnees-pour-l-evaluation-du-programme-nat>

Indicateurs : cartes, données et graphiques. Géodes, Santé publique France. https://geodes.santepubliquefrance.fr/#c=indicateur&ci=depistage_ccu.couverture_stand&cs=2016-2018&ct=a018&view=map2

Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

LA VIE APRÈS UN CANCER

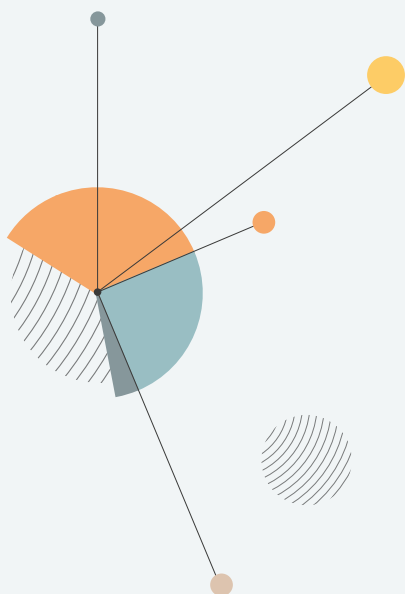
La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, enquête de 2018 <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-Rapport>

Le « droit à l'oubli » et la grille de référence AERAS <http://www.aeras-infos.fr/cms/sites/aeras/accueil/aeras-en-pratique/les-points-cles/le-droit-a-loubli-et-la-grille-d.html>

LES SOINS

Les médicaments d'immunothérapie : <https://www.e-cancer.fr/Actualites-et-evenements/Actualites/REGARD-SUR-les-medicaments-d-immunotherapie>

Les immunothérapies spécifiques dans le traitement des cancers, rapport publié par l'Institut national du cancer en 2018 : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Les-immunotherapies-specifiques-dans-le-traitement-des-cancers-Synthese>



Panorama des cancers en France - Édition 2021
Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés - Siren 185 512 777

Conception et réalisation : **ici Barbès**
ISBN : 978-2-37219-820-2
ISBN net : 978-2-37219-821-9