



LES CANCERS EN FRANCE EN 2015

L'ESSENTIEL DES FAITS ET CHIFFRES

Ce document a pour objectif de présenter les principaux faits et chiffres issus du rapport « Les cancers en France – Édition 2015 ». Au-delà des **données générales** sur les cancers, il présente une synthèse sur la **cancérologie des enfants, adolescents et jeunes adultes** et sur le droit à l'oubli, ainsi que les **faits marquants** de l'année.

1/ DONNÉES GÉNÉRALES DISPONIBLES

UN TAUX D'INCIDENCE QUI BAISSE OU QUI TEND À SE STABILISER DEPUIS 2005

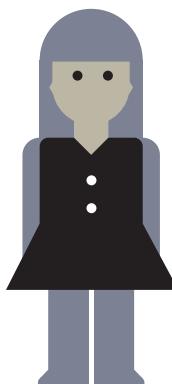
Chez les hommes



Baisse de 1,3 % par an

entre 2005 et 2012, liée à la baisse
de l'incidence du cancer de la prostate [1]

Chez les femmes



Ralentissement de la progression : + 0,2 % par an

entre 2005 et 2012
au lieu de + 1,6 % entre 1980 et 2005, lié à la
baisse de l'incidence du cancer du sein [1]

PRÉCISIONS

Taux d'incidence : nombre de cas pour 100 000 personnes/an standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale (TSM). Ces chiffres permettent des comparaisons entre pays ou dans le temps en s'affranchissant des particularités des populations nationales, notamment leur augmentation et leur vieillissement.

385 000 NOUVEAUX CAS DE CANCERS ESTIMÉS EN 2015 EN FRANCE MÉTROPOLITaine

Chez les hommes

211 000 nouveaux cas*

Majoritairement représentés par
les cancers de la prostate, du poumon
et du côlon-rectum
TSM : 362,4 pour 100 000 [2]
Âge médian au diagnostic : 68 ans

Chez les femmes

174 000 nouveaux cas*

Le cancer du sein reste de loin le plus
fréquent devant les cancers du côlon-
rectum et du poumon.
TSM : 272,6 pour 100 000 [2]
Âge médian au diagnostic 67 ans

PRÉCISIONS

Les cancers de la peau, autres que mélanomes, sont exclus. Seules les tumeurs invasives sont considérées.

UN TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCER QUI BAISSE

Chez les hommes

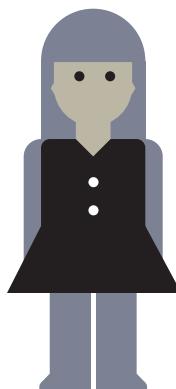


Baisse de 1,5 % par an

entre 1980 et 2012

(-2,9 % entre 2005 et 2012) [1]

Chez les femmes



Baisse de 1 % par an

entre 1980 et 2012

(-1,4 % entre 2005 et 2012) [1]

PRÉCISIONS



Taux de mortalité: nombre de cas pour 100000 personnes/an standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale (TSM). Ces chiffres permettent des comparaisons entre pays ou dans le temps en s'affranchissant des particularités des populations nationales, notamment leur augmentation et leur vieillissement.

149 500 DÉCÈS PAR CANCERS ESTIMÉS EN 2015 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Chez les hommes

84 100 décès*

Le cancer du poumon est toujours au 1^{er} rang, devant les cancers du côlon-rectum et de la prostate.

TSM: 124,0 pour 100 000 [2]

Âge médian au décès: 73 ans

Chez les femmes

65 400 décès*

Le cancer du sein est toujours en tête suivi de près par le cancer du poumon, devant le cancer du côlon-rectum.

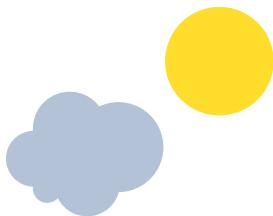
TSM: 72,9 pour 100 000 [2]

Âge médian au décès: 77 ans

* Les hypothèses de projection adoptées pour chaque cancer conduisent à prédire, entre 2011 et 2015, et tous cancers confondus, une stabilisation du taux d'incidence standardisé chez l'homme, une augmentation de ce taux chez la femme, et une diminution du taux de mortalité standardisé pour les deux sexes. Compte tenu des évolutions démographiques de la population française¹ (accroissement et vieillissement), ceci se traduit par une hausse du nombre de nouveaux cas de cancers pour chaque sexe et une stabilisation du nombre de décès par cancer.

1. Sur la période 2011-2015, la population de France métropolitaine a augmenté de 1,8 % (+ 1,8 % chez l'homme et + 1,7 % chez la femme), la part des 60 ans et plus de 8,3 % (+ 7,4 % chez la femme et + 9,4 % chez l'homme), et celle des 65 ans et plus de 12 % (+ 10 % chez la femme et + 14,7 % chez l'homme).

LA PRÉVALENCE TOTALE DES CANCERS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE



NOMBRE DE
PERSONNES AYANT
SURVÉCU À UN CANCER
3 MILLIONS:
1 570 000 HOMMES,
1 412 000 FEMMES

Le nombre de personnes de 15 ans et plus en vie en 2008 et ayant eu un cancer au cours de leur vie est de l'ordre de
3 millions : 1 570 000 hommes, 1 412 000 femmes [3].

LA RECHERCHE



43 000 PATIENTS
SONT INCLUS DANS
LES ESSAIS CLINIQUES

- ▶ Nouvelle labellisation de 16 centres d'essais cliniques de phase précoce (I et II) ou CLIP² dont 6 à valence pédiatrique.
- ▶ **Près de 43 000 patients** sont inclus dans les essais cliniques en cancérologie en 2014 (+ 97 % par rapport à 2008) dont 83 % dans des essais académiques.
- ▶ **154 millions d'euros** sont alloués à la recherche contre les cancers en 2014: 91 millions d'euros par les organismes institutionnels (INCa, ITMO cancer Aviesan, DGOS) et 63 millions d'euros par les organismes caritatifs associatifs (Ligue nationale contre le cancer et Fondation ARC pour la recherche sur le cancer).
- ▶ Entre 2007 et 2014, les organismes institutionnels ont contribué pour **707 millions d'euros** dans la recherche contre le cancer.
- ▶ Entre 2005 et 2014, la Fondation ARC a contribué à **4 900 projets** pour un montant de plus de **290 millions d'euros**.
- ▶ Entre 2010 et 2014, la Ligue nationale contre le cancer a contribué à plus de **4 000 projets** de recherche sur le cancer pour un montant de près de **188 millions d'euros**.

L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS EN CANCÉROLOGIE



LES MÉTIERS DE LA
CANCÉROLOGIE EN
PROGRESSION
**845 ONCOLOGUES
MÉDICAUX**,
PROGRESSION DE 62 %
DEPUIS 2003

**830
RADIOTHÉRAPEUTES**,
PROGRESSION DE 35 %
DEPUIS 2003

**1 566 ANATOMO-
PATHOLOGISTES**
PROGRESSION DE 4,3 %
ENTRE 2012 ET 2014

- ▶ Fin 2014, on compte 3055 autorisations délivrées par les Agences régionales de santé (ARS) pour 935 établissements de santé autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancers.
- ▶ Renouvellements de reconnaissance jusqu'en 2016 des 25 Réseaux régionaux de cancérologie.

Les métiers de la cancérologie en progression

Au 1^{er} janvier 2014, le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) fait apparaître des effectifs de :

- ▶ 845 oncologues médicaux, en progression de 62 % depuis 2003;
- ▶ 830 radiothérapeutes, en progression de 35 % depuis 2003;
- ▶ 1566 anatomopathologistes, en baisse de 4 % depuis 2003, mais en progression de 4,3 % entre 2012 et 2014.

Les plateformes de génétique moléculaire

En 2014, environ **134 000 tests** de génétique moléculaire ont été réalisés pour **70 000 patients** sur les **28 plateformes** hospitalières réparties sur l'ensemble du territoire. Ces tests de génomique tumorale concernent les localisations pour lesquelles des biomarqueurs ont été identifiés révélant, ou non, des cibles thérapeutiques: sein, poumon, côlon, leucémies.

L'oncogénétique

- ▶ Depuis 2003, le dispositif national d'oncogénétique (consultations et laboratoires) a permis d'identifier **49 518 personnes** porteuses d'une mutation les prédisposant héréditairement à un risque très élevé de cancer.
- ▶ **130 sites** de consultation sont répartis dans 90 villes.
- ▶ Entre 2003 et 2014, le nombre de consultations a été multiplié par 4,5, passant de **12 696 à 56 897**.
- ▶ **88 % des consultations** concernent les cancers du sein, de l'ovaire et des pathologies digestives (syndrome de Lynch, polyposes adénomateuses familiales...).

Des indicateurs de qualité encourageants

- ▶ **816 977 dossiers** sont enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) par les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) en 2014, soit trois fois plus qu'en 2005.
- ▶ **204 869 programmes personnalisés de soins** (PPS) ont été remis aux patients en 2014 (deux fois plus qu'en 2011).

LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS



1,147 MILLION DE PERSONNES
ONT ÉTÉ HOSPITALISÉES
EN LIEN AVEC
LE DIAGNOSTIC,
LE TRAITEMENT OU
LA SURVEILLANCE
D'UN CANCER EN 2014



L'ACTIVITÉ DE
CANCÉROLOGIE
REPRÉSENTE PRÈS
D'UN QUART
DE L'ACTIVITÉ
HOSPITALIÈRE GLOBALE
EN COURT SÉJOUR

► **1,147 million de personnes** ont été hospitalisées en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer en 2014, soit une légère augmentation de 5 % par rapport à 2010 (hors activité de radiothérapie dans le secteur privé libéral).

► L'âge médian des personnes traitées pour cancer est de 68 ans chez les hommes et 65 ans chez les femmes.

► Près de **6,64 millions d'hospitalisations** (séances et séjours) en lien avec la prise en charge du cancer (hors activité de radiothérapie en secteur privé libéral) sont réalisées dans les établissements Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) en 2014.

► L'activité de cancérologie représente près d'un quart de l'activité hospitalière globale en court séjour: **48,7 % des séances, 10 % des hospitalisations ambulatoires et 13,4 % des hospitalisations complètes**.

La chirurgie pour cancer dans les établissements MCO

► **437 093 hospitalisations** pour chirurgie de cancer sont réalisées dans les établissements de santé en 2014 (+6 % par rapport à 2010), soit 7 % de l'activité hospitalière totale en cancérologie (hors activité de radiothérapie dans le secteur privé libéral).

► **23 %** de cette activité est réalisée en ambulatoire (contre 16,7 % en 2010) majoritairement pour les tumeurs de la peau hors mélanome (62,4 %) suivies de loin par les cancers du sein (13 %) et du col de l'utérus (7,7 %).

► En chirurgie de cancer du sein, la chirurgie partielle (tumorectomie ou quadrantectomie) est plus de deux fois plus fréquente que les mastectomies totales: 51 946 hospitalisations pour mastectomie partielle dont **21,8 %** en ambulatoire (contre 15 % en 2013 et 11,9 % en 2012).

Les traitements des cancers par chimiothérapie dans les établissements MCO

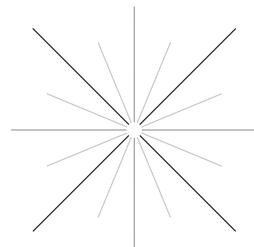
► **2 306 607 séances et 256 385 séjours** de chimiothérapie sont réalisés dans les établissements de court séjour en 2014.

► L'activité de chimiothérapie (en termes de séances et de séjours) représente 38,6 % des prises en charge pour cancer dans les établissements MCO (hors activité de radiothérapie du secteur privé libéral).

► L'activité de chimiothérapie pour traitement de cancer est assurée à plus de 50 % par les centres hospitaliers (28,5 % pour les CH et 22,2 % par les CHU-R), 28,9 % par des établissements privés commerciaux et **14,3 %** par les CLCC.

Les traitements des cancers par radiothérapie dans les établissements MCO et secteur libéral

- ▶ **198 168 personnes** atteintes de cancer ont été traitées par radiothérapie en 2014: 111 274 dans le secteur public et 87 512 dans le secteur libéral.
- ▶ **1 981 168 séances et séjours** de traitement de cancer par radiothérapie ont été réalisés dans les établissements de santé du secteur public (dont 98 % sous forme de séances), soit près de 30 % de l'ensemble des hospitalisations en lien le cancer (hors la radiothérapie du secteur privé libéral).



198 168 PERSONNES
ATTEINTES DE CANCER
SONT TRAITÉES PAR
RADIOTHÉRAPIE

Les dépenses liées à la prise en charge des cancers en 2014

- ▶ **5,349 milliards d'euros** de dépenses (hors séances de radiothérapie réalisées dans le secteur libéral et hors les dépenses des anticancéreux facturés en sus des groupes homogènes de séjours GHS) liées à la prise en charge « motivée » par le cancer dans les établissements de court séjour.
- ▶ **Près de 1,597 milliard d'euros** de dépenses relatives aux molécules anticancéreuses facturées en sus des prestations d'hospitalisation de court séjour (dont 34 % pour le secteur privé commercial). La reprise à l'augmentation des dépenses observée entre 2012 et 2013 se poursuit en 2014 (+15,5 % entre 2012 et 2014).
- ▶ Ces dépenses d'anticancéreux représentent près de **50,5 %** du coût total des molécules onéreuses remboursées en sus des GHS toutes pathologies confondues dans le secteur public (dont centres de lutte contre le cancer et secteur privé non commercial inclus) et **81 %** dans le secteur privé commercial.
- ▶ Les thérapies ciblées représentent **45 %** des dépenses d'anticancéreux (inscrits sur la liste en sus) pour le secteur public et **72 %** pour le secteur privé commercial.
- ▶ **1,433 milliard d'euros de dépenses pour les anticancéreux** délivrés en ville et administrés par voie *per os* (1,224 milliard d'euros en officine et 209 millions en rétrocession).



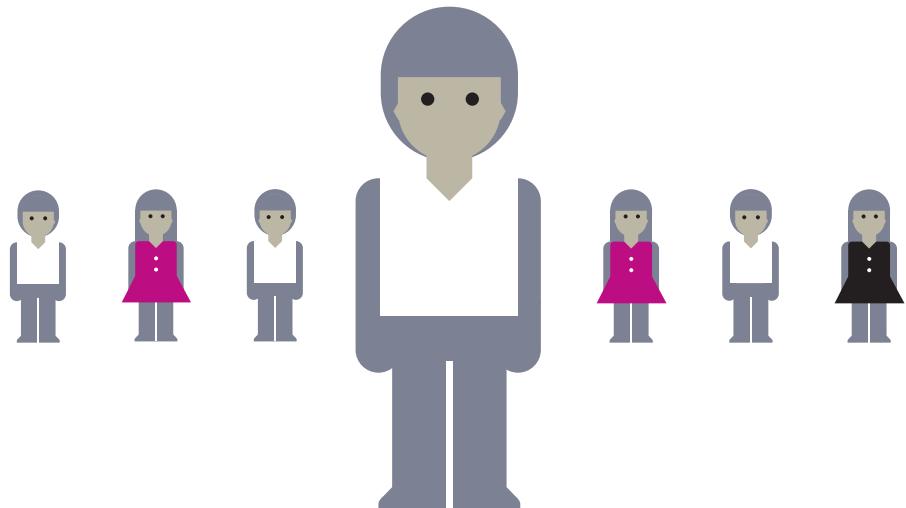
**LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS**
REPRÉSENTE PRÈS
DE 5,349 MILLIARDS
D'EUROS DES DÉPENSES
(VOIR CI-CONTRE)

L'IMPACT DE LA MALADIE SUR LA SITUATION PERSONNELLE

3 PERSONNES
SUR 5 DÉCLARENT
AVOIR CONSERVÉ
DES SÉQUELLES
DEUX ANS APRÈS
UN DIAGNOSTIC
DE CANCER

9 % DES PERSONNES
INTERROGÉES DISENT
ÊTRE L'OBJET
D'ATTITUDES DE REJET
OU DE DISCRIMINATION
LIÉES DIRECTEMENT À
LEUR MALADIE

- ▶ **3 personnes sur 5** déclarent avoir conservé des séquelles deux ans après un diagnostic de cancer.
- ▶ **9 %** des personnes interrogées rapportent que, dans leur entourage, il leur est déjà arrivé d'être l'objet d'attitudes de rejet ou de discrimination liées directement à leur maladie.
- ▶ La proportion des personnes atteintes de cancer considérées comme vivant en dessous du seuil de pauvreté est passée de **20,9 %** au moment du diagnostic en 2010 à **25,1 %** deux ans après le diagnostic.
- ▶ La situation professionnelle des personnes avec un cancer s'est dégradée considérablement deux ans après le diagnostic: le taux d'emploi est passé de **82 %** à **61,3 %** et le taux de chômage de **7 %** à **11 %** [4].



Références bibliographiques

- [1] Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra): Institut de veille sanitaire; 2013. 122 p. Disponible sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr) et celui de l'INCa (www.e-cancer.fr).
- [2] Leone N, Voirin N, Roche L, Binder-Foucard F, Woronoff AS, Delafosse P, Remontet L, Bossard N, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015 - Rapport technique. Francim/HCL/InVS/INCa/Inserm-CépiDc. Novembre 2015. Disponible sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr) et celui de l'INCa (www.e-cancer.fr).
- [3] Colonna M. Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008. Étude à partir des registres de cancers Francim. Programme partenarial Francim/HCL/InVS/INCa. Disponible sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr) et celui de l'INCa (www.e-cancer.fr).
- [4] INCa. La vie deux ans après un diagnostic de cancer – De l'annonce à l'après-cancer. Collection Études et enquêtes, juin 2014.

2/ FOCUS SUR...

La cancérologie chez les enfants, adolescents et jeunes adultes

Des cancers rares mais spécifiques, avec des taux de survie à 5 ans supérieurs à 80 %. En France, le cancer de l'enfant est une maladie rare qui représente 1 à 2 % de l'ensemble des cancers.

Les données épidémiologiques chez les enfants de moins de 15 ans²

Sur la période 2007-2011, l'incidence annuelle des cancers de l'enfant est estimée à 152,8 cas par million d'enfants ce qui représente environ 1750 nouveaux cas par an en moyenne (Tableau 1). En d'autres termes, un enfant sur 440 environ sera atteint d'un cancer avant l'âge de 15 ans. Les cancers de l'enfant diffèrent de ceux de l'adulte par leurs caractéristiques histopathologiques et biologiques,

avec une extrême rareté des carcinomes, majoritairement rencontrés chez l'adulte. Les principaux types observés chez l'enfant sont les leucémies (28 % des cas, dont 80 % de leucémies aiguës lymphoblastiques), les tumeurs du système nerveux central (SNC: 25 %) et les lymphomes (11 %). Un quart des tumeurs de l'enfant sont des tumeurs embryonnaires (néphroblastomes, neuroblastomes, rétinoblastomes...), quasiment inexistantes chez l'adulte. Un même type histologique peut souvent toucher des sites anatomiques multiples, ce qui rend la classification topographique utilisée chez l'adulte inadaptée chez l'enfant. C'est pourquoi les cancers de l'enfant sont décrits selon une classification spécifique, fondée à la fois sur le type histologique et le site primaire: l'International classification of childhood cancer (ICCC) [1]. Le Tableau 1 résume la répartition des cancers de l'enfant selon ces 12 groupes diagnostiques et l'incidence actualisée sur la période 2007-2011.

DES CANCERS RARES
MAIS SPÉCIFIQUES,
**AVEC DES TAUX
DE SURVIE À 5 ANS
SUPÉRIEURS À 80 %**

l'INCIDENCE ANNUELLE
DES CANCERS DE
L'ENFANT EST ESTIMÉE À
**152,8 CAS PAR MILLION
D'ENFANTS**

2. Les données épidémiologiques 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).

Tableau 1. Incidence des cancers de l'enfant en France métropolitaine, par tranche d'âge et répartition en fréquence (2007-2011)

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

Source : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant et Registre national des tumeurs solides de l'enfant, 2007-2011. ICCC: International classification of childhood cancer.

La survie observée des enfants atteints de cancer sur la période 2000-2011 est estimée à **92 % à 1 an et à 82 % à 5 ans**, tous types de cancers et tous âges confondus. La probabilité de survie à 5 ans varie selon le groupe diagnostique, de 72-73 % pour les tumeurs du système nerveux central et les sarcomes des tissus mous à **99 % pour les rétinoblastomes**. Elle varie également selon le type histologique à l'intérieur même d'un groupe diagnostique. Pour les leucémies,

la survie à 5 ans est de **90 % pour les leucémies aiguës lymphoblastiques** et de 66 % pour les leucémies aiguës myéloblastiques. Pour les tumeurs du système nerveux central, la survie des astrocytomes, le plus souvent pilocytiques, est de 87 %, celle des méningo-astrocytomes est de 71 % et celle des gliomes de plus haut grade de 38 %. L'âge influence la survie, mais de manière différente selon le type de cancer : le pronostic des leucémies et des tumeurs du système nerveux central est nettement plus sombre avant l'âge d'un an (58 % et 61 % de survie à 5 ans respectivement), alors que l'inverse est observé pour les tumeurs du système nerveux sympathique, c'est-à-dire les neuroblastomes, et les tumeurs hépatiques (90 % de survie à 5 ans avant l'âge d'un an).

Depuis 2000, une augmentation significative de la survie à 5 ans est observée pour l'ensemble des cancers (de 80 % en début de période à 83 % en fin de période), et en particulier pour les tumeurs du système nerveux central (de

70 % à 75 %). Pour les autres groupes de cancers, la survie est restée stable sur la période 2000-2011.

Les données épidémiologiques chez les adolescents de 15 à 19 ans

Les cancers survenant chez les adolescents sont peu fréquents, limitant de fait les estimations et projections pour cette tranche d'âge. Les données disponibles sont issues des registres généraux et spécialisés du réseau Francim et portent sur la période 2000-2008 [2].

L'incidence des cancers de l'adolescent est de 219,4 cas par million et par an, ce qui permet d'estimer à environ 800 le nombre de nouveaux cas par an en France chez les jeunes de 15 à 19 ans. Les types les plus fréquents sont les lymphomes hodgkiniens (22 % des cas), suivis des leucémies aiguës (12 %), des cancers de la thyroïde (9 %), des tumeurs osseuses (8 %), des lymphomes malins non hodgkiniens (7 %), des tumeurs germinales gonadiques (9 %) et des tumeurs du système nerveux central (8 %).

DEPUIS 2000, UNE AUGMENTATION SIGNIFICATIVE DE LA SURVIE À 5 ANS EST OBSERVÉE POUR L'ENSEMBLE DES CANCERS DE 80 % EN DÉBUT DE PÉRIODE À 83 % EN FIN DE PÉRIODE

La survie étudiée sur des cas diagnostiqués de 2000 à 2004 est estimée à 94,5 % à 1 an et 81,8 % à 5 ans, ce qui s'explique par la forte proportion de tumeurs de pronostic favorable dépassant les 90 % de survie à 5 ans, telles que les carcinomes de la thyroïde, lymphomes hodgkiniens, tumeurs germinales, mélanomes malins. Ces tumeurs prédominant chez les filles, la survie tout cancer est meilleure pour elles que pour les garçons (85,2 % versus 78,8 %). Les tumeurs de plus mauvais pronostic sont les leucémies, les tumeurs osseuses et les tumeurs du système nerveux central, avec une survie à 5 ans inférieure à celle estimée chez l'enfant plus jeune. En effet, la survie des leucémies, des tumeurs osseuses et des tumeurs du système nerveux central sont respectivement de 58 %, 67 % et 61 % chez les moins de un an et de 79 %, 75 % et 80 % chez les 10-14 ans. Néanmoins, une amélioration progressive de la survie à 5 ans est observée depuis 25 ans, qui est passée de 62 % pour la période 1978-1982 à 82 % pour la période 2000-2004.

L'ORGANISATION DES SOINS ET DE LA PRISE EN CHARGE

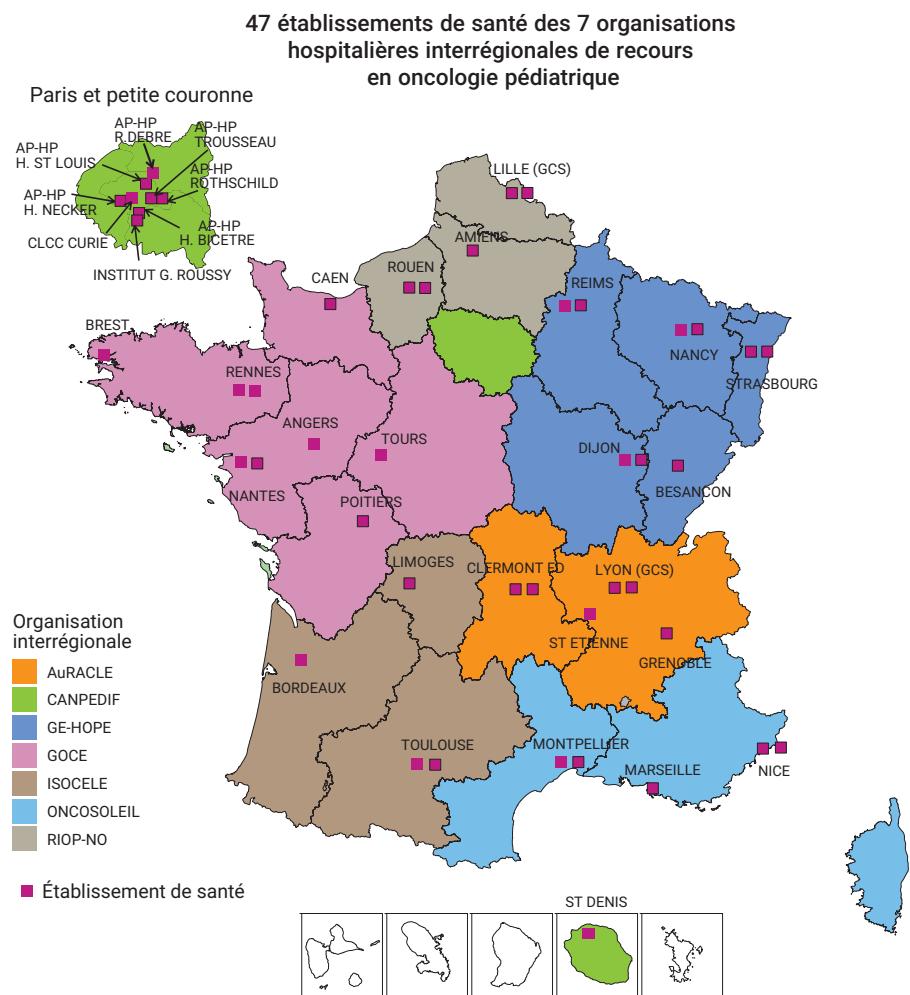
Une offre de soins structurée par 7 organisations hospitalières interrégionales

Les 47 établissements prenant en charge les enfants et adolescents de moins de 18 ans, conformément aux critères d'agrément spécifique en cancéropédiatrie, appartiennent à l'une des 7 Organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique (OIR) identifiées par l'Institut national du cancer en 2010 (Figure 1).

Ces organisations interrégionales ont trois missions principales :

- mettre en œuvre une réunion de concer-

Figure 1. Organisations hospitalières interrégionales de recours en oncologie pédiatrique identifiées depuis 2010



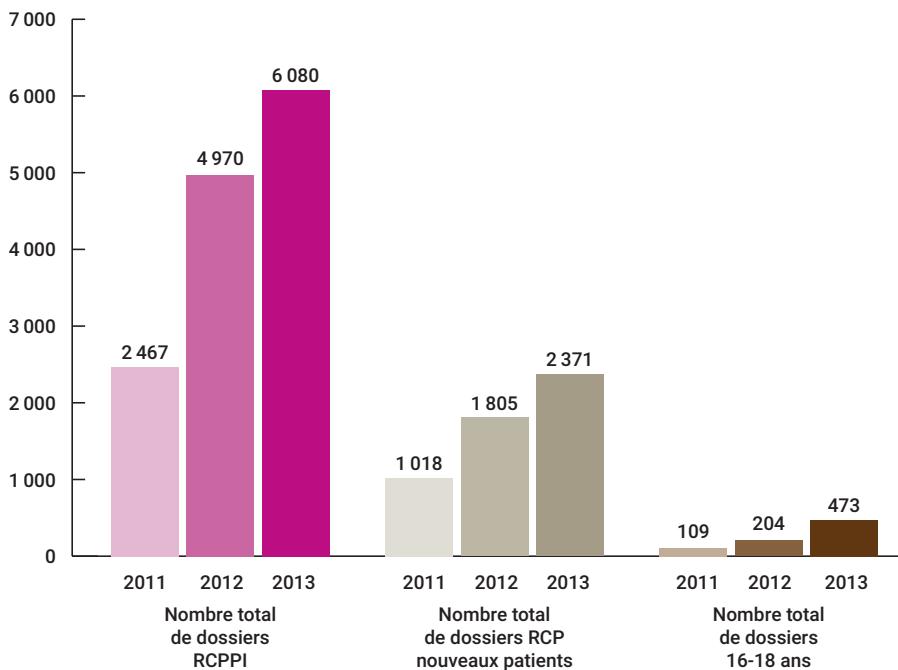
CLCC Centre de lutte contre le cancer; GCS Groupement de coopération sanitaire; AP-HP Assistance publique-Hôpitaux de Paris. Source et traitement : INCa 2014

tation pluridisciplinaire pédiatrique interrégionale (RCPPI) durant laquelle sont discutés tous les dossiers de patients de moins de 18 ans atteints de cancers diagnostiqués dans les centres de l'inter-région;

- contribuer à l'amélioration des connaissances par la recherche clinique.
- organiser des filières de prise en charge au sein de l'inter-région pour cinq pratiques ou techniques identifiées (tumeurs de l'appareil locomoteur, tumeurs cérébrales, greffes de cellules souches hématopoïétiques, mise en oeuvre des essais précoce et radiothérapie) ;

Par ailleurs, la présentation du dossier de chaque patient de moins de 18 ans à une réunion de concertation pluridisciplinaire pédiatrique est également une obligation réglementaire. Une des missions des 7 OIR est l'organisation de ces RCPPI, avec une montée en charge de cette activité garantissant ainsi un même niveau de qualité dans l'identification du cancer et la prescription des traitements.

Figure 2. Évolution du nombre de dossiers patients de 0 à 18 ans présentés en RCPPI entre 2011 et 2013



RCPPI: réunion de concertation pluridisciplinaire pédiatrique interrégionale
Source: Rapport d'activité des OIR 2014

La prise en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes (AJA) atteints de cancer dans les établissements MCO

Parmi les 6,64 millions d'hospitalisations en lien avec le cancer identifiées en 2014, on en dénombre 145 378 (2,2 %) pour des jeunes de 0 à 24 ans. Ces hospitalisations concernent 16 418 (1,4 %) personnes âgées de moins de 24 ans, parmi lesquelles 10 067 (61 %) ont moins de 18 ans.

Plus de 6 jeunes sur 10 âgés de 0 à 24 ans sont pris en charge pour les localisations suivantes :

- les hémopathies malignes (32,9 %) ;
- les cancers du système nerveux central (15,9 %) ;
- les cancers des glandes endocrines (8,8 %) ;
- les tumeurs malignes osseuses (6,8 %).

Les hospitalisations sont associées pour près de la moitié à la chimiothérapie (44,7 %, dont près de 75 % réalisées en

séances), suivies par les autres modes de prises en charge (32,0 %, dont 55,2 % réalisées en ambulatoire), la radiothérapie (17,8 %, dont 95 % réalisées en séances), la chirurgie (5,2 %, dont 79,5 % réalisées en hospitalisation complète) et les soins palliatifs (1,5 %).

L'activité est réalisée majoritairement dans les centres hospitaliers universitaires (CHU-R, 57 %), puis dans les centres de lutte contre le cancer (CLCC, 24,5 %) et les centres hospitaliers (CH, 14,2 %). Les hospitalisations dans le secteur privé (commercial et non commercial) représentent moins de 4 % de l'activité.

Mieux accompagner l'organisation de la prise en charge

L'Institut national du cancer a réalisé en 2015 une première étude sur les parcours et l'organisation de la prise en charge des 0-24 ans. Ce travail doit se concrétiser par la production de tableaux de bord d'activité pour chaque établisse-

ment prenant en charge la cancéropédiatrie, à destination des coordonnateurs des OIR. L'activité est identifiée par l'algorithme cancer développé par l'Institut [3] dans les bases PMSI MCO. Cette activité est définie en termes de nombre de patients (par classe d'âges) et d'hospitalisations pour mieux préciser la nature des prises en charge.

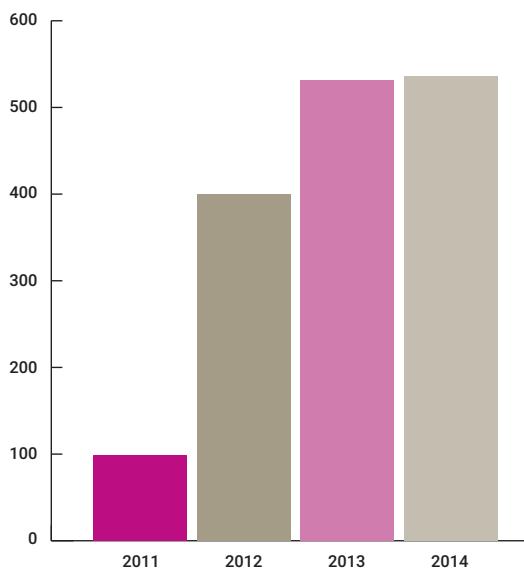
LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES

2015 est l'année de l'évaluation des 8 projets retenus dans le précédent Plan cancer 2009-2013 pour une prise en charge novatrice des adolescents et des jeunes adultes (15-25 ans) atteints de cancer. Elle sera publiée en 2016, mais dès à présent, quelques chiffres d'activité sont disponibles.

Les deux axes principaux de l'appel à projets étaient le partage d'expertise entre l'oncopédiatrie et la cancérologie adulte, et l'accompagnement psychosocial pour cette population spécifique :

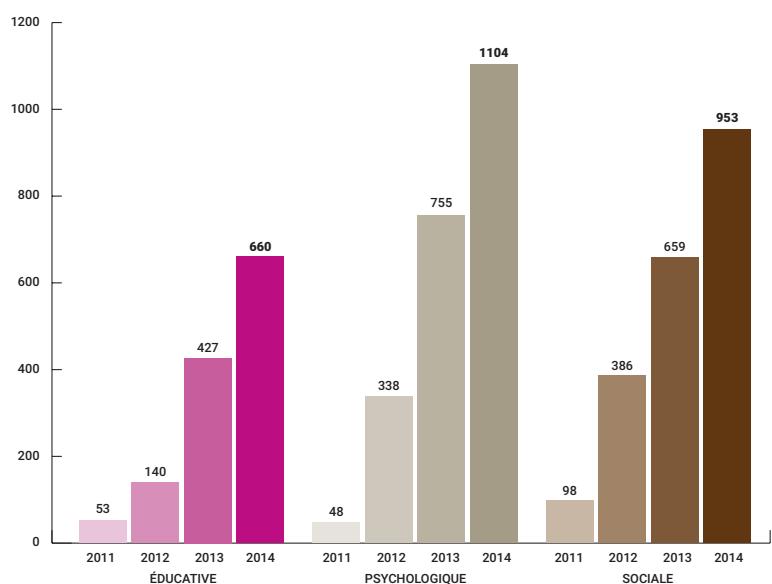
1. Assurer une prise en charge clinique adaptée aux spécificités des adolescents et jeunes adultes avec, entre autres, la mise en place de réunions de concertation pluridisciplinaire pédiatriques communes avec les cancérologues pédiatriques et les cancérologues pour les adultes. Plus de 500 dossiers en 2013 et 2014 ont été présentés par les 8 équipes (Figure 3).
2. Offrir un accompagnement psychosocial adapté aux préoccupations des adolescents et des jeunes adultes. Il s'est traduit dans les projets par la mise en place de consultations mixtes, soit par métier. Plus de mille consultations de psychologues ont été réalisées en 2014 (Figure 4) ; les consultations sont à destination des adolescents

Figure 3. Évolution du nombre de dossiers patients adolescents et jeunes adultes présentés en RCP commune



Source: INCa 2015

Figure 4. Nombre de patients adolescents et jeunes adultes ayant bénéficié d'une consultation



Source: INCa 2015

et jeunes adultes, mais également de leurs parents, de la fratrie.

Au total, le financement de ces 8 équipes est depuis 2012 de 1,30 million d'euros via le Fonds d'intervention régional (FIR) délégué aux agences régionales de la santé. Ce financement est reconductible depuis 2012. Ces ressources soutiennent une équipe pluridisciplinaire dédiée aux adolescents et jeunes adultes (psychologues, assistantes sociales, infirmiers diplômés d'État de coordination, soins de support), dans un établissement ou permettent la création d'équipes mobiles.

LA RECHERCHE EN CANCÉROLOGIE PÉDIATRIQUE

Afin d'améliorer l'accès des enfants, des adolescents et des jeunes adultes à l'innovation et à la recherche, plusieurs actions ont été mises en place dès 2014 par l'INCa.

Fin 2014, l'INCa a labellisé un intergroupe coopérateur en cancérologie

pédiatrique avec les objectifs suivants :

- développement et conduite d'essais thérapeutiques, spécialement pour optimiser les traitements et tester les désescales de dose, afin de réduire les effets secondaires des traitements;
- accélération et augmentation des inclusions d'enfants et d'adolescents dans les essais cliniques;
- participation au développement des essais cliniques multi-organes, aux projets de médecine de précision organisés par l'INCa;
- développement et soumission de projets de recherche translationnelle aux appels à projets de l'INCa;
- contribution à la structuration de la recherche initiée et pilotée par l'INCa, notamment en aidant à mobiliser les chercheurs en cancérologie pédiatrique dans les programmes pluridisciplinaires, comme le prochain programme de recherche pluridisciplinaire en oncopédiatrie.

Pour la première fois en 2015, 6 des 16 centres CLIP² (Centre clinique de phase précoce) ont été labellisés par l'INCa

pour leur expertise en pédiatrie. Ils sont situés à Villejuif (Gustave Roussy associé à l'hôpital Trousseau et l'hôpital Robert Debré), Paris (Institut Curie), Nantes (CHU et ICO), Marseille (AP-HM), Lyon (Institut d'Hématologie et d'Oncologie Pédiatrique) et Lille (CHU et Centre Oscar Lambret). Ils prennent part au réseau européen dédié aux thérapies innovantes pour les enfants atteints de cancer (ITCC). Ils ont tous déjà inclus des enfants dans des essais cliniques de phase précoce. Ces centres sont labellisés pour 4 ans avec un financement de l'Institut national du cancer et de la Ligue nationale contre le cancer. Chacun d'eux a mis en place une structure et du personnel dédiés aux essais cliniques. Leurs installations sont adossées à celles des CLIP² pour les adultes, renforçant ainsi les liens et le partage d'expertise.

Ces centres traitent à la fois les tumeurs solides et les cancers hématologiques. Ils vont également se focaliser sur la médecine de précision. Dans cette optique, les 6 centres pédiatriques participeront aux projets de recherche guidés par la géno-

MAPPYACTS: projet visant à proposer aux enfants et les jeunes adultes une thérapie ciblée adéquate en utilisant le séquençage complet de l'exome et le séquençage de l'ARN des tumeurs pour détecter les altérations génomiques pouvant être des cibles thérapeutiques. Les patients en échec thérapeutique pourront ensuite être inclus dans un des bras de traitements, selon le profil moléculaire de leur tumeur, de l'essai clinique ESMART qui testera au moins 10 médicaments différents et devrait ouvrir au cours du premier semestre 2016 dans le cadre du programme AcSé (Accès sécurisé aux thérapies innovantes)

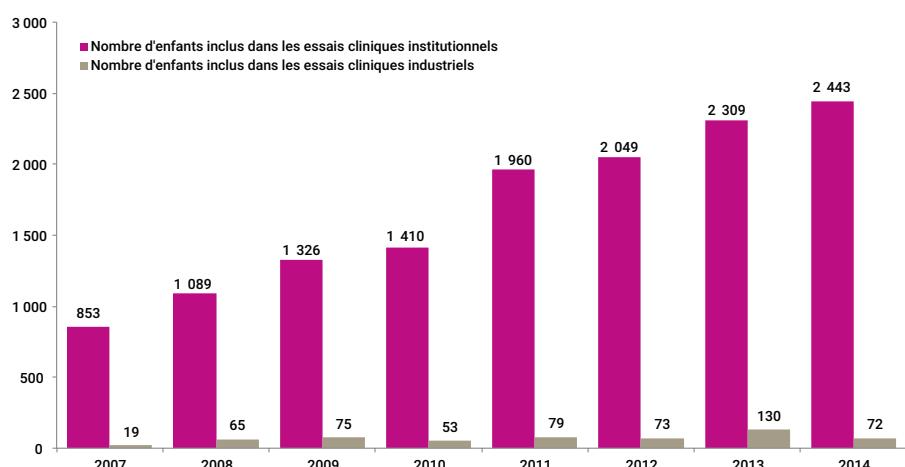
ESMART est un programme AcSé spécifiquement dédié aux enfants et jeunes adultes. Le programme AcSé a été mis en œuvre en 2013 pour fournir aux patients en situation d'échec thérapeutique ou en rechute, un accès sécurisé aux thérapies ciblées. Tous les essais cliniques AcSé doivent être ouverts aux enfants. Ainsi, 11 enfants ont été inclus dans l'essai AcSé crizotinib.

mique ESMART qui fait suite à MAPPYACTS. La labellisation et le financement des centres vont permettre aux laboratoires pharmaceutiques internationaux de collaborer avec les CLIP² pour la mise en place d'essais précoce testant des molécules innovantes. Ces CLIP² vont également proposer la mise en place de nouvelles méthodes de développement de médicaments.

Le Plan cancer 2014-2019 fixe comme objectif d'offrir aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes des soins appropriés en fonction de leurs types de cancer. Trop peu de médicaments sont développés pour les enfants, car ils concernent peu de patients et touchent des populations fragiles. En ce qui concerne l'accès aux médicaments innovants, le Plan cancer 2014-2019 encourage une politique générale de priorisation du développement de médicaments, notamment des médicaments en oncologie pédiatrique, et de méthodologies appropriées pour les essais cliniques incluant les enfants.

De plus, pour renforcer la connaissance des mécanismes sous-jacents des cancers

Figure 5. Évolution du nombre d'enfants inclus dans les essais cliniques depuis 2007



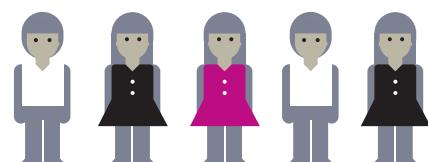
Source : INCa 2015

Nombre de projets pédiatriques dans les appels à projets financés par les organismes institutionnels et les fondations caritatives nationales

- PHRC : 28 projets sur 314 projets hospitaliers de recherche clinique retenus de 2009 à 2014 concernent la pédiatrie.
 - PRT-K : 10 projets sur 114 projets de recherche translationnelle retenus de 2009 à 2014 concernent l'enfant.
 - PL-BIO : 9 projets dans le domaine de la biologie et science du cancer (4 spécifiquement pour tumeurs pédiatriques) sur 165 projets retenus de 2009 à 2013 concernent l'enfant.
- Dans le cadre du programme ICGC (le consortium international de génomique du cancer), deux projets financés par la France portent sur le séquençage de tumeurs pédiatriques : rétinoblastome et sarcome d'Ewing.

pédiatriques et développer des médicaments spécifiques, plusieurs tumeurs de l'enfant auront un séquençage complet de leur génome. L'INCa et la Direction générale de l'organisation des soins (DGOS) du ministère de la Santé soutiennent depuis 2014 le projet international (MAPPYACTS) visant à déterminer le profil moléculaire des tumeurs et proposer une thérapie ciblée adéquate.

Enfin, il est important de souligner l'apport des associations de patients et de parents qui sont très impliquées et actives. L'INCa veille à les rencontrer régulièrement et à échanger sur les résultats des actions destinées aux cancers pédiatriques du Plan cancer 2014-2019.



LE PLAN CANCER
2014-2019 FIXE COMME
OBJECTIF D'OFFRIR
AUX ENFANTS,
AUX ADOLESCENTS
ET AUX JEUNES ADULTES
DES SOINS APPROPRIÉS
EN FONCTION DE LEURS
TYPES DE CANCER

Le « droit à l'oubli »

LES TROIS DISPOSITIONS RELATIVES AU « DROIT À L'OUBLI »

Objectif du troisième Plan cancer et marquée par une forte volonté politique, la signature du protocole d'accord en mars s'est traduite par la signature le 2 septembre 2015 par les pouvoirs publics, les fédérations professionnelles de la banque, de l'assurance et de la mutualité et les associations de malades et de consommateurs de l'avenant à la convention AERAS (S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) qui introduit trois dispositions relatives au « droit à l'oubli » en accord avec l'action 9.13 du Plan cancer 2014-2019.

Ainsi, les personnes ayant eu un cancer au cours des dix-huit premières années de la vie n'auront plus à le déclarer cinq ans après la fin du protocole thérapeutique. Il en est de même pour toutes les personnes ayant eu un cancer dix ans après la fin des traitements actifs contre le cancer.

Enfin, une grille de référence régulièrement mise à jour permettra de définir les types de cancers pour lesquels le délai de dix ans peut être réduit pour leur donner droit plus rapidement à une assurance au tarif normal et sans exclusion de garanties.

Destinées à faciliter l'accès des individus présentant un risque aggravé de santé à l'assurance emprunteur, ces dispositions ont été consacrées et com-

plétées dans la loi modernisation de notre système de santé pour leur donner la force nécessaire.

Dans le domaine de la cancérologie, l'Institut national du cancer a fortement contribué à ce résultat en apportant son expertise scientifique, en proposant à l'ensemble des acteurs les données pertinentes les plus récentes, démontrant notamment l'absence de risque particulier par rapport à la population générale, et en favorisant la réalisation d'études spécifiques. Les travaux réalisés dans le cadre du partenariat avec les registres des cancers y ont fortement contribué. La loi consacre le rôle de l'INCa puisque l'Institut est chargé d'établir et de rendre publiques les propositions d'évolution de la grille de référence.

Tableau 2. Taux de survie à 5 ans [avec un intervalle de confiance à 95 %] des enfants atteints d'un cancer diagnostiqués sur la période 2000-2011

Groupes diagnostiques selon l'ICCC	N	Survie à 5 ans (%)				
		< 1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	0-14 ans
I. Leucémies, syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasiques	5 895	58,3 [52,7-63,5]	89,1 [87,8-90,2]	88,1 [86,4-89,6]	78,8 [76,4-81,1]	84,8 [83,8-85,7]
II. Lymphomes et néoplasmes réticulo-endothéliaux	2 387	89,8 [77,2-95,6]	91,8 [88,1-94,5]	93,9 [91,8-95,5]	93,6 [92,1-94,9]	93,4 [92,3-94,4]
III. Tumeurs du système nerveux central et diverses tumeurs intracrâniennes et spinales	5 031	60,5 [55,1-65,5]	69,8 [67,4-72,0]	71,9 [69,6-74,1]	80,3 [78,0-82,3]	72,7 [71,4-74,0]
IV. Tumeurs du système nerveux sympathique	1 704	89,7 [87,1-91,8]	66,4 [62,9-69,7]	60,4 [52,5-67,4]	60,9 [45,8-73,0]	74,6 [72,4-76,7]
V. Rétinoblastomes	590	99,2 [96,9-99,8]	98,6 [96,3-99,5]	100 [-]	100 [-]	98,9 [97,6-99,5]
VI. Tumeurs rénales	1 173	88,8 [82,9-92,7]	94,4 [92,4-95,9]	93,2 [88,9-95,8]	84,1 [69,4-92,1]	92,9 [91,3-94,3]
VII. Tumeurs hépatiques	203	89,9 [77,5-95,7]	89,0 [81,0-93,8]	73,7 [47,9-88,1]	52,0 [31,6-69,1]	82,4 [76,1-87,1]
VIII. Tumeurs malignes osseuses	975	66,7 [5,4-94,5]	67,9 [53,3-78,7]	77,1 [71,6-81,6]	74,8 [70,9-78,2]	75,1 [72,1-77,8]
IX. Sarcomes des tissus mous et extraosseux	1 334	70,2 [61,6-77,2]	74,1 [69,4-78,3]	73,3 [68,2-77,8]	67,4 [62,3-72,0]	71,5 [68,8-73,9]
X. Tumeurs germinales, trophoblastiques et gonadiques	788	90,0 [84,8-93,5]	95,2 [90,2-97,7]	96,1 [89,9-98,5]	92,6 [88,9-95,1]	93,0 [90,9-94,6]
XI. Mélanomes malins et autres tumeurs malignes épithéliales	650	95,7 [72,9-99,4]	87,1 [74,7-93,6]	92,5 [86,4-95,9]	93,1 [90,1-95,3]	92,6 [90,2-94,4]
XII. Autres tumeurs malignes	41	100 [-]	71,4 [47,2-86,0]	83,3 [27,3-97,5]	60,0 [19,5-85,2]	75,0 [58,4-85,7]
Total	20 771	80,4 [78,7-82,0]	82,3 [81,4-83,2]	81,7 [80,6-82,8]	82,7 [81,6-83,7]	82,1 [81,5-82,6]

Source : Registre national des hémopathies malignes de l'enfant et Registre national des tumeurs solides de l'enfant, 2000-2011.
ICCC: International classification of childhood cancer, N: nombre de cas de 0-14 ans. Date de point au 30 juin 2013

L'INSTAURATION DU DROIT À L'OUBLI CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS

Avec environ 1 750 cas par an, les cancers de l'enfant (survenant entre 0 et 15 ans) sont rares. Bien qu'ils puissent toucher les enfants à tout âge, ils sont plus fréquents au cours des premières années de la vie (Tableau 1).

Les cancers de l'enfant sont généralement de bon pronostic, avec des taux de survie à 5 ans pouvant atteindre plus de 90 % en fonction du type de cancer et de l'âge au diagnostic (Tableau 2). Les données observées par les registres pédiatriques des cancers (registre des tumeurs solides de l'enfant et registre national des hémopathies) sont confirmées par les données observées dans d'autres pays, dont celles du Programme Seer³ aux États-Unis. Face à ce constat, et selon une volonté de ne pas imposer une « double peine » aux jeunes générations ayant eu un cancer au cours des 18 premières années de la vie, le législateur et les signataires de la convention Aeras ont instauré un véritable droit à l'oubli, c'est-à-dire une absence de déclaration cinq ans après la fin des traitements actifs.

Tableau 3. Survie nette, en fonction de la classe d'âge, 1, 5, 10 et 15 ans après le diagnostic pour des patients diagnostiqués entre 19659 et 1998 pour 7 localisations cancéreuses

	Classes d'âges	1 an	5 ans	10 ans	15 ans
Testicule*	Age [15;45[	98	95	94	94
Testicule*	Age [45;55[	100	97	94	94
Thyroïde	Age [15;45[	100	99	99	98
Thyroïde	Age [45;55[	98	97	95	92
Thyroïde	Age [55;65[	94	93	90	88
Col utérus*	Age [15;45[	96	82	78	76
Col utérus*	Age [45;55[	91	74	68	66
Col utérus*	Age [55;65[	85	62	55	53
Corps utérus*	Age [15;45[	95	82	79	78
Corps utérus*	Age [45;55[	96	86	83	79
Corps utérus*	Age [55;65[	93	83	78	75
Côlon-rectum	Age [15;45[	87	62	57	54
Côlon-rectum	Age [45;55[	87	61	53	52
Côlon-rectum	Age [55;65[	84	59	52	50
Mélanome	Age [15;45[	98	90	86	84
Mélanome	Age [45;55[	98	89	85	85
Mélanome	Age [55;65[	96	86	80	79
Poumon	Age [15;45[	49	21	17	14
Poumon	Age [45;55[	50	17	13	9
Poumon	Age [55;65[	47	15	10	7

Source : Francim, HCL, InVS et INCa

* Les données concernant le cancer du testicule ne concernent que les hommes, celles sur les cancers du col et du corps de l'utérus que la femme

Note : Afin de présenter les tendances temporelles, les données présentées portent sur des personnes diagnostiquées entre 1989 et 1998. Les rapports sur la survie des personnes atteintes d'un cancer entre 1989 et 2013 (tumeurs solides et hémopathies) présentent des données actualisées pour la survie à 5 et 10 ans [5].

UNE GRILLE DE RÉFÉRENCE PAR TYPE DE CANCER CHEZ LES ADULTES DE PLUS DE 18 ANS PERMETTRA DE TENIR COMPTE DES PROGRÈS MÉDICAUX

Les cancers survenant à l'âge adulte chez des personnes en âge d'emprunter sont plus fréquents que chez l'enfant. Ainsi, environ 75 000 et 73 500 nouveaux cas surviennent annuellement entre 15 et 64 ans respectivement chez l'homme

et chez la femme. Les cancers les plus fréquents sont les cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum chez l'homme, et du sein, du poumon, de la thyroïde et du côlon-rectum chez la femme [4]. Le pronostic est variable en fonction du type de cancer (Tableau 3), et d'un point de vue épidémiologique (c'est-à-dire au niveau d'une population), il est communément admis que 10 à 15 ans après la fin des traitements à visée curative (chirurgie carcinologique, radiothérapie et chimiothérapie anticancéreuse) le cancer peut être considéré comme statistiquement guéri. Cette notion épidémiologique est à différencier de la guérison clinique, évaluée à titre individuel au cours du dia-

3. Surveillance, Epidemiology and End Results Program. Childhood Cancer by ICCC – Cancer Statistics Review. (http://seer.cancer.gov/csr/1975_2012/results_merged/sect_29_childhood_cancer_iccc.pdf)

logue singulier entre la personne atteinte d'un cancer et les soignants.

Les données de survie proposées au niveau national, mais aussi celles issues d'autres registres comme celles du programme Seer viennent conforter cette notion épidémiologique de guérison.

La méthode retenue pour estimer la survie est celle de la survie nette, c'est-à-dire la survie qui serait observée si le cancer et ses complications étaient les seules causes de décès. Cette méthode permet d'observer l'impact de la maladie sur la survie tout en s'affranchissant des autres causes de décès.

Pour certains types de cancers, et certaines classes d'âges, la guérison peut être observée plus précocement, justifiant de fait une proposition d'assurance aux conditions standards (sans surprime ni exclusion de garanties liées à cette pathologie) anticipée par rapport au délai de 10 ans. Afin d'en tenir compte, la loi de modernisation de notre système de santé et l'avenant à la convention Aeras prévoient d'établir une grille de référence, révisée périodiquement, et permettant d'inscrire les types de cancers pour lesquels un tarif normal avant la fin du délai de 10 ans doit être appliqué.

La première version de cette grille a été validée par la Commission de suivi de la convention Aeras en décembre 2015. Elle inclut, en fonction notamment du stade au diagnostic et du type histologique, les cancers de meilleur pronostic tels que certains cancers de la thyroïde, des testicules, du sein, du col de l'utérus et des mélanomes malins.

Afin d'éclairer au mieux la décision, des données complémentaires ont été produites. Il s'agit notamment des **taux de mortalité en excès** selon la période de diagnostic, selon l'âge au diagnostic et de la **survie nette conditionnelle**.

Les taux de mortalité en excès quanti-

fient les décès causés par la maladie ou ses complications à un moment donné. Il permet donc aux assureurs de tenir compte dans leur proposition tarifaire d'éventuels décès surnuméraires par rapport à ceux habituellement observés dans la population assurée. Lorsque les taux de mortalité en excès sont proches de 0, cela signifie que la maladie n'est pas ou plus une cause de décès, permettant ainsi de proposer une assurance décès sans surprime ni exclusion.

La survie nette conditionnelle vient compléter les informations apportées par ces taux. Elle tend à observer la survie des personnes toujours en vie 1 ou 5 ans après le diagnostic de cancer. Ces données permettent de s'affranchir du stade au diagnostic et de ne pas tenir compte des personnes ayant le pronostic le plus réservé et qui sont décédées au cours de la première ou des cinq premières années respectivement. *In fine*, elles portent sur une population

LES CANCERS SURVENANT À L'ÂGE ADULTE CHEZ DES PERSONNES EN ÂGE D'EMPRUNTER SONT PLUS FRÉQUENTS QUE CHEZ L'ENFANT

qui se rapproche de celle concernée par les demandes de prêt. À titre d'exemple, la survie nette conditionnelle à 5 ans des femmes en vie 1 an après le diagnostic d'un cancer de la thyroïde est proche de 100 % pour les classes d'âges comprises entre 30 et 65 ans (données en cours de publication). En d'autres termes, quasiment toutes les femmes en vie 1 an après le diagnostic et le traitement de ce cancer le seront toujours 4 ans plus tard.

Références bibliographiques

- [1] Steliarova-Foucher E, Stiller C, Lacour B, Kaatsch P. International Classification of Childhood Cancer, third edition. *Cancer* 2005;103:1457-6.
- [2] Desandes E, Lacour B, Belot A, Molinie F, Delafosse P, Tretarre B, et al. Cancer Incidence and Survival in Adolescents and Young Adults in France, 2000-2008. *Pediatr Hematol Oncol* 2013;30:291-306.
- [3] INCa. Algorithme de sélection des hospitalisations liées à la prise en charge du cancer dans les bases nationales d'activité hospitalière de court séjour « algorithme cancer ». Ouvrage collectif édité par l'INCa, Boulogne-Billancourt, juin 2013. Disponible sur e-cancer.fr
- [4] Leone N, Voirin N, Roche L, Binder-Foucard F, Woronoff AS, Delafosse P, Remontet L, Bossard N, Uhry Z. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015 - Rapport technique. Francim/HCL/InVS/INCa/Inserm-CépiDc. Novembre 2015. Disponible sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr) et celui de l'INCa (www.e-cancer.fr).
- [5] Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard AV, Voirin N, Monnereau A, Bouvier AM, Colonna M, Bossard N, Woronoff AS, Grosclaude P. Survie des personnes atteintes de cancer en France, 1989-2013. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Partie 1 – Tumeurs solides – Programme partenarial Francim/HCL/InVS/INCa. Février 2016. Disponible sur le site de l'InVS (www.invs.sante.fr) et celui de l'INCa (www.e-cancer.fr).

3/ LES FAITS MARQUANTS

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS

L'année 2015 et le début de l'année 2016 sont marqués par la publication des projections d'incidence et de mortalité par cancer en France métropolitaine pour l'année 2015 et celle des données de survie en France des personnes diagnostiquées entre 1980 et 2010, ainsi que la mise à disposition des données d'incidence des départements métropolitains. La production et la publication de ces données sont le résultat des actions du programme de travail partenarial entre le réseau français des registres des cancers Francim, le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer (INCa) sur la durée du Plan cancer 2014-2019. Cette édition présente également la position de la France par rapport aux autres pays en termes d'incidence, de mortalité et de survie avec les dernières données disponibles récem-

ment publiées. La prochaine publication des tendances nationales entre 1980 et 2018 pour les estimations d'incidence et de mortalité des cancers en France est prévue en 2018.

LES FACTEURS DE RISQUE COMPORTEMENTAUX

Tabac

Si la prévalence tabagique est toujours élevée en France, l'année 2014 marque une tendance à la stabilité de cette prévalence (34,1 % des Français de 15 à 75 ans se déclarent fumeurs actuels).

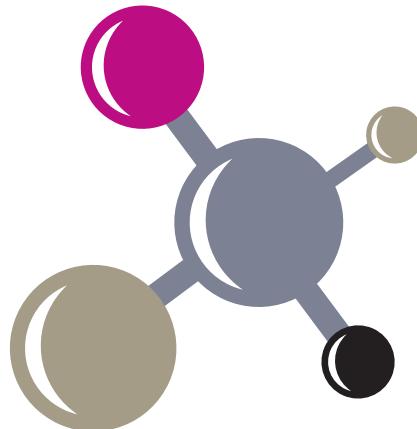
Premier facteur de risque évitable de mortalité par cancer, le tabac est responsable de 47 000 décès par an, soit 30 % de la mortalité par cancer. La lutte contre le tabac est renforcée par l'instauration du paquet neutre dans le cadre de la loi de modernisation de



notre système de santé, action inscrite dans le troisième Plan cancer et portée dans le cadre Programme national de réduction du tabagisme (PNRT) présenté en septembre 2014 par la ministre des Affaires sociales et de la Santé.

Alcool

Deuxième cause de mortalité évitable par cancer (15 000 décès par an ou 9,5 % de la mortalité par cancer), la consommation d'alcool en France reste parmi les plus élevées d'Europe. En 2014, la consommation quotidienne concerne 10 % de la population âgée de 18 à 75 ans, ce type de consommation se rencontrant presque exclusivement chez les 50 ans et plus. Chez les jeunes de 17 ans, l'usage



régulier concerne trois fois plus les garçons que les filles (17,5 % contre 6,8 %) et l'ivresse au cours des 12 derniers mois touche près de la moitié d'entre eux.

Facteurs nutritionnels

Les études menées au Royaume-Uni estiment que 20 à 25 % des cancers sont attribuables aux facteurs nutritionnels. Une actualisation de l'état des connaissances sur les liens entre différents facteurs nutritionnels et le risque du cancer primitif depuis la publication du rapport WCRF/AICR en 2007 a été réalisée en 2015 par l'Institut national du cancer en collaboration avec le réseau NACRe.

LES AUTRES FACTEURS DE RISQUES

Environnement

EPI-CT, projet européen qui intègre 9 cohortes européennes, vise à analyser l'incidence de cancers parmi 1 million d'enfants ayant eu des examens par scanographie. Les premiers résultats sont attendus à l'horizon 2016. L'ANSES a mis en consultation publique, entre le 9 juin et le 20 juillet 2015, son rapport sur l'évaluation des risques sanitaires pour les enfants liés à l'exposition aux radiofréquences qui leur sont spécifiques. La loi de transition énergétique, publiée le 18 août 2015, prévoit entre autres deux actions concernant les produits phytosanitaires: suppression de la vente libre des produits phytosani-

taires et interdiction de l'épandage aérien des produits phytosanitaires (sauf en cas de danger sanitaire grave).

Milieu professionnel

L'étude INWORS récemment publiée apporte de nouvelles données sur les risques de leucémie chez les travailleurs de nucléaire.

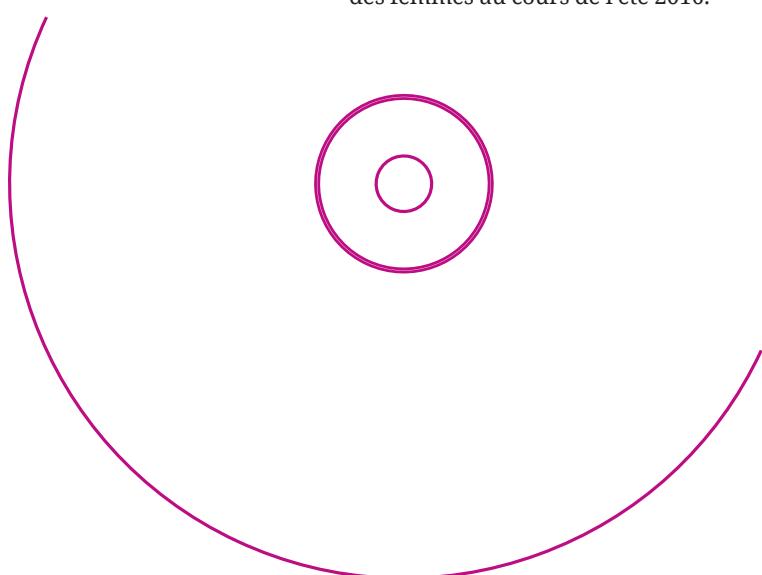
LE DÉPISTAGE

Cancer du sein

Les résultats de l'évaluation du dépistage du cancer du sein menée par le CIRC ont été publiés en juin 2015. Les preuves de l'efficacité du dépistage par mammographie en termes de réduction

de la mortalité par cancer du sein sont suffisantes pour les femmes de 50 à 74 ans et limitées pour les femmes de 40 à 49 ans. Le 29 septembre 2015, le ministère en charge de la Santé a annoncé la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie du dépistage et du suivi des femmes à risque élevé non éligibles au dépistage organisé.

Une concertation citoyenne et scientifique sur l'évolution du dépistage du cancer du sein a été mise en place en 2015, avec l'objectif de faire évoluer la politique publique dans une démarche de démocratie sanitaire, pour accroître sa pertinence, sa qualité et son efficacité. Un rapport sera remis à la Ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes au cours de l'été 2016.





Cancer colorectal

Les tests immunologiques sont disponibles dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal depuis avril 2015. Cette technologie permet la réalisation d'un test avec un seul prélèvement visant à rechercher la présence d'hémoglobine humaine dans les selles.

Cancer du col de l'utérus

Le Plan cancer 2014-2019 a prévu la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus via un programme national de dépistage organisé. Son objectif est d'augmenter le taux de couverture du dépistage dans la population cible de 50-60 % à 80 % et de le rendre plus accessible aux populations les plus vulnérables ou les plus éloignées du système de santé. La généralisation au plan national a été annoncée en 2015 et devrait permettre de réduire l'incidence et le nombre de décès par cancer du col de l'utérus de 30 % à 10 ans.

LE PARCOURS DE SOINS ET PRISE EN CHARGE

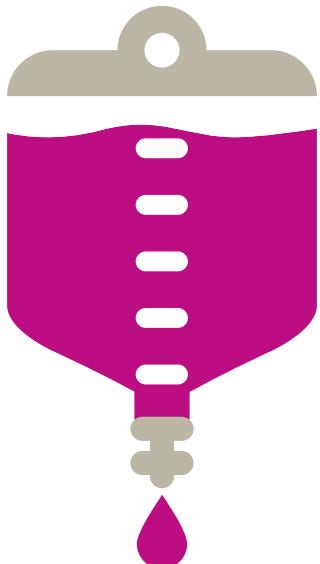
935 établissements disposent d'une ou plusieurs autorisations pour traiter le cancer fin 2014.

45 sites pilotes (35 sites hospitaliers et 10 structures de ville) ont été sélectionnés début 2015 pour participer à la seconde phase du parcours de soins pendant et après le cancer. Cette phase axée sur le rôle des infirmiers dans la coordination entre acteurs hospitaliers et libéraux est associée à une analyse médico-économique.

L'analyse de l'activité en cancérologie en milieu hospitalier en 2014 montre une poursuite de l'augmentation des dépenses relatives aux molécules anticancéreuses facturées en sus des prestations d'hospitalisation de court séjour (+ 15,5 % entre 2012 et 2014).

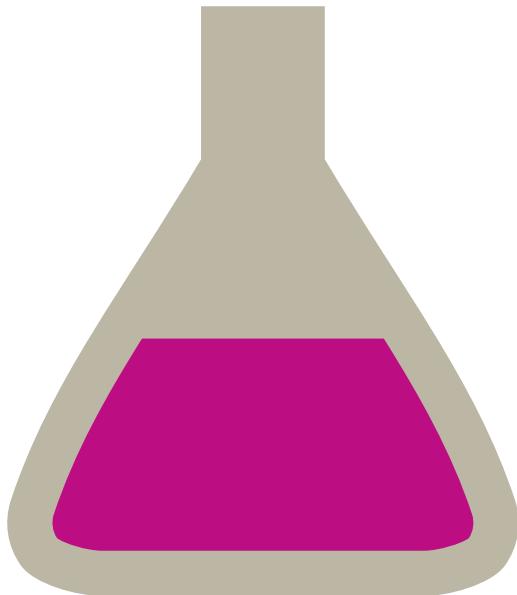
Les pouvoirs publics inscrivent le développement de la chirurgie ambulatoire dans leurs priorités. La DGOS et l'INCa ont lancé conjointement un appel à projets en 2015 visant à soutenir les équipes-projet au développement de la chirurgie ambulatoire du cancer.

LA VIE APRÈS LE CANCER



L'Observatoire sociétal des cancers, créé sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer, a publié son 4^e rapport en mai 2015 dans le cadre de la Semaine nationale de lutte contre le cancer (action 9.17 du Plan cancer 2014-2019). Ce rapport dévoile, dans sa nouvelle édition, les enseignements d'une enquête sur le reste à charge après une mastectomie.

L'Observatoire du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) sur les droits des malades a publié en février 2015 sa 8^e édition du baromètre des droits des malades.



L'avenant à la convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) signé le 2 septembre 2015 entre l'État, les fédérations professionnelles des secteurs de la banque et de l'assurance et les associations de consommateurs, introduit de nouvelles dispositions relatives au droit à l'oubli: l'absence de déclaration d'un ancien cancer (5 ans après la fin du protocole thérapeutique pour les enfants de moins de 18 ans et 10 ans pour les adultes) et la grille de référence par types de cancers pour lesquels le délai de 10 ans pourrait être réduit.

LES INÉGALITÉS FACE AU CANCER

Portée de longue date par les acteurs de la lutte contre le cancer, la lutte contre les inégalités a été intégrée au Plan cancer 2009-2013 et au Plan cancer 2014-2019. Des expérimentations en prévention primaire, en prévention secondaire/dépistage, parcours de soins et la vie après le cancer, ont été mises en place. Il est désormais nécessaire de mener des actions de détection et de mesure des inégalités, et de suivre ces actions par des indicateurs et de procéder à leur évaluation.

LA RECHERCHE

En 2014, 5 nouvelles équipes d'excellence ont été sélectionnées dans le domaine du cancer dans le cadre d'un appel à candidatures ATIP-Avenir⁴ (4 ITMO cancer d'Aviesan, 1 Ligue nationale contre le cancer). Trois postes d'accueil ont été consacrés à la recherche en cancérologie (1 ITMO cancer d'Aviesan, 2 Fondation ARC pour la recherche sur le cancer). Environ 43 000 patients sont inclus dans les essais cliniques en cancérologie (+ 97 % par rapport à 2008) dont 83 % dans des essais académiques. Plus de 600 essais cliniques sont ouverts à l'inclusion dans le registre de l'INCa en mai 2015.

154 millions d'euros ont été alloués à la recherche contre le cancer (subventions de projets et crédits d'infrastructures ou d'équipements) par les organismes institutionnels (INCa, ITMO cancer d'Aviesan, DGOS) (91 millions d'euros) et par les fondations caritatives nationales (Fondation ARC pour la recherche sur le cancer, la Ligue nationale contre le cancer) (63 millions d'euros).

**ENVIRON 43 000
PATIENTS SONT INCLUS
DANS LES ESSAIS
CLINIQUES
EN CANCÉROLOGIE
DONT 83 % DANS DES
ESSAIS ACADEMIQUES**

4. Le programme « ATIP-AVENIR » est né en 2009 de la fusion des programmes « ATIP » du CNRS et « AVENIR » de l'Inserm dans le cadre d'un partenariat de l'Institut avec ces deux opérateurs de recherche. L'objectif est de permettre à des jeunes chercheurs de mettre en place et d'animer une équipe, promouvoir la mobilité et attirer dans les laboratoires de jeunes chefs d'équipes de haut niveau.

Pour plus d'informations
e-cancer.fr

Institut National du Cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tel. +33 (1) 41 10 50 00

ISBN 978-2-37219-066-4
ISBN net 978-2-37219-067-1

ETKA/FRSYN16

e-cancer.fr

