



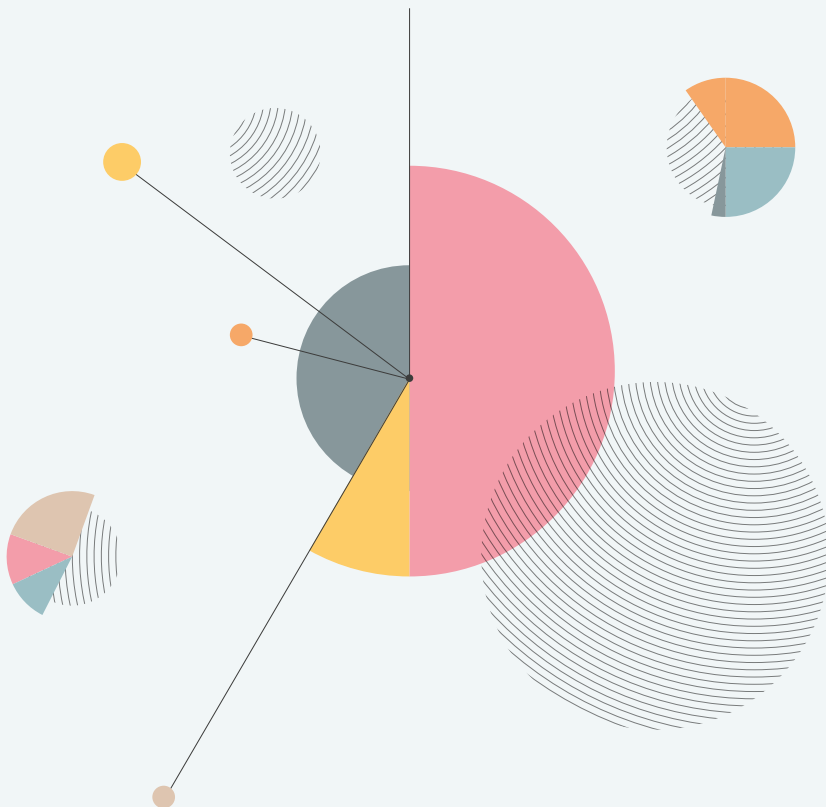
RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

*Liberté
Égalité
Fraternité*



Panorama des cancers en France

ÉDITION
2021



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

Améliorer la prévention, réduire les séquelles de la maladie et intensifier la lutte contre les cancers de mauvais pronostic sont les priorités de notre nouvelle stratégie décennale. »

Alléger le poids du cancer dans la vie des Français

Chaque jour, on découvre environ 1000 nouveaux cas de cancer en France. Chacun d'entre nous sait, pour l'avoir vécu dans sa chair ou avec un proche, 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 ces avancées ne rendent pas plus acceptables les décès, les séquelles et les souffrances de la maladie, qui restent une terrible épreuve pour 3,8 millions de Français qui ont eu ou vivent avec un cancer. Alléger son poids dans la vie des Français est l'objectif qui va guider notre stratégie pour les années à venir. 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 prochaine stratégie décennale, construite avec toutes nos parties prenantes et soumise à deux consultations citoyennes. 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.

NORBERT IFRAH,
PRÉSIDENT

THIERRY BRETON,
DIRECTEUR GÉNÉRAL

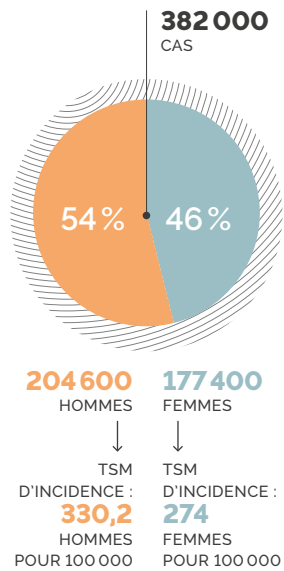


DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES GÉNÉRALES

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.

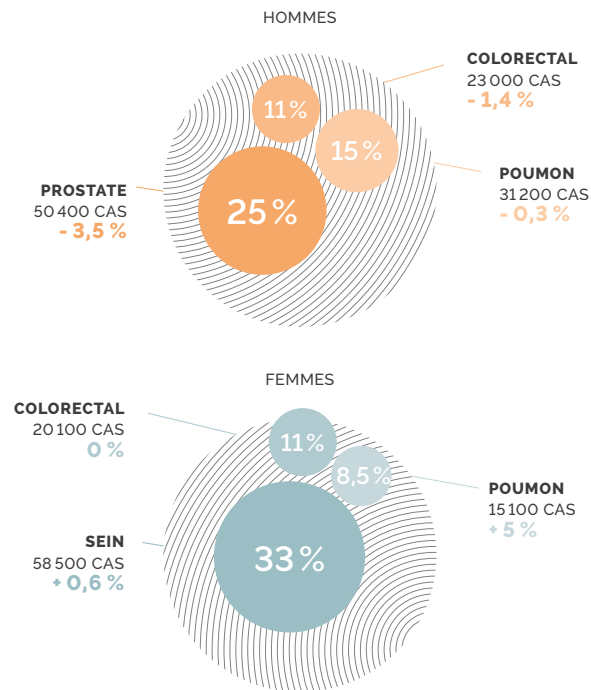
ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC EN 2018



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

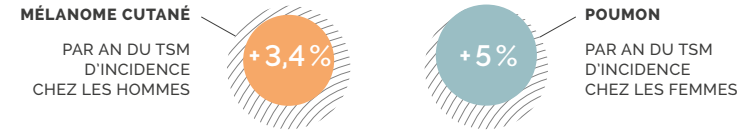
Les dernières estimations décrivent une situation plutôt encourageante chez les hommes, avec une diminution de l'incidence ou une stabilité pour les cancers les plus fréquents. L'évolution de l'incidence du cancer du poumon chez les femmes est en revanche jugée préoccupante.

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

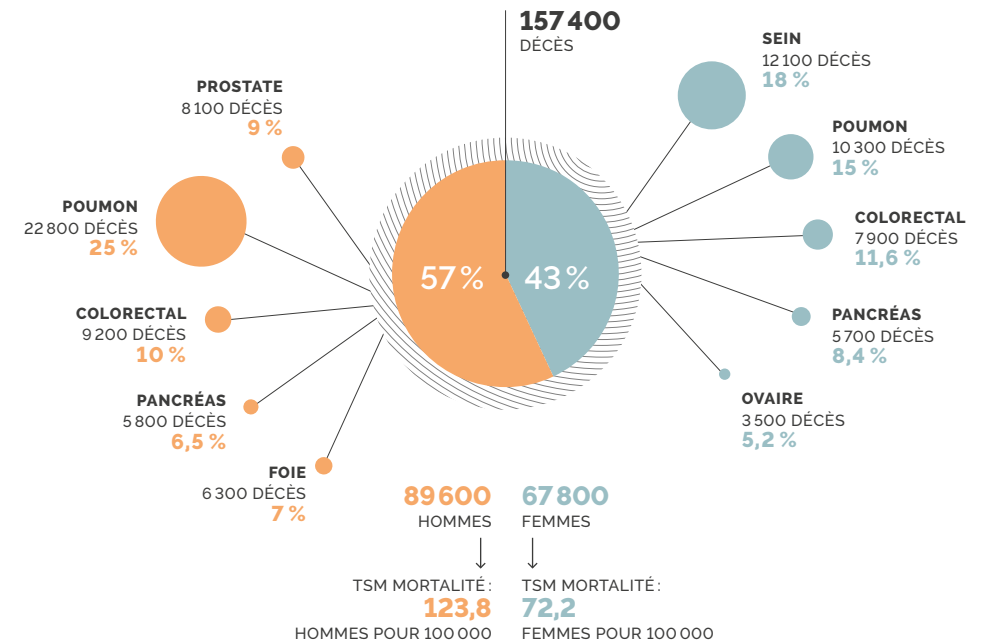


À noter: pour la prostate, les dernières données disponibles datent de 2015.

LES CANCERS DONT LE TAUX D'INCIDENCE (TSM) 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 :

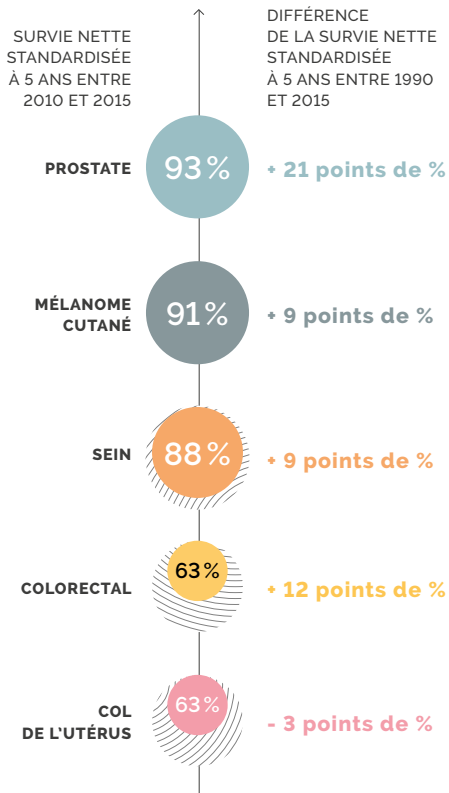


ÂGE MÉDIAN AU DÉCÈS EN 2018



QUELS CANCERS ONT PLUTÔT UNE BONNE SURVIE ?

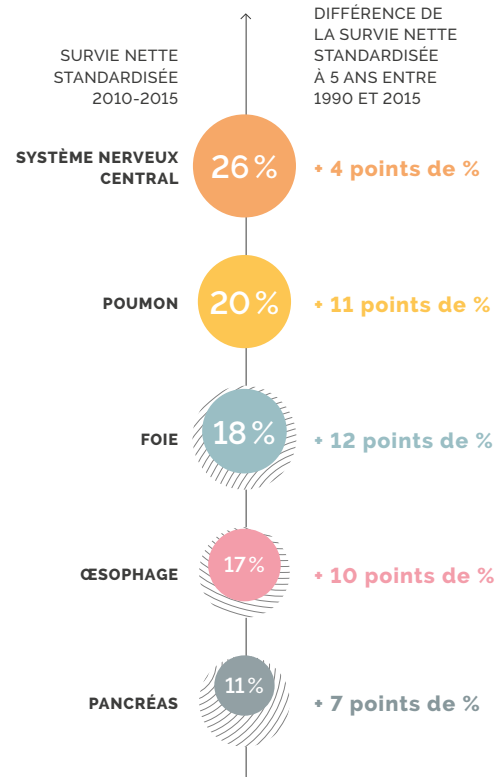
Ces dernières années, les progrès de la recherche ont permis d'améliorer la survie des personnes atteintes de nombreux cancers (liste non exhaustive).



À noter : pour le mélanome cutané, les données de survie concernent les personnes diagnostiquées entre 2000 et 2010. Différence entre les diagnostics de 1989-1993 et ceux de 2005-2010.

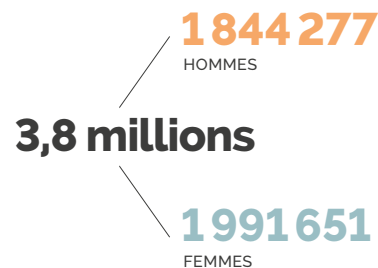
QUELS SONT LES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC ?

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.



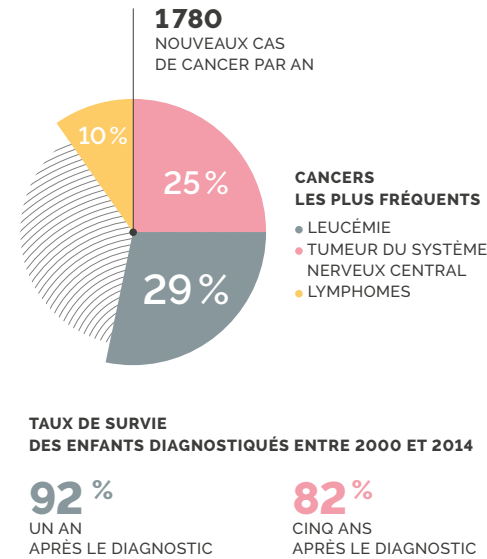
PRÉVALENCE DES CANCERS

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.

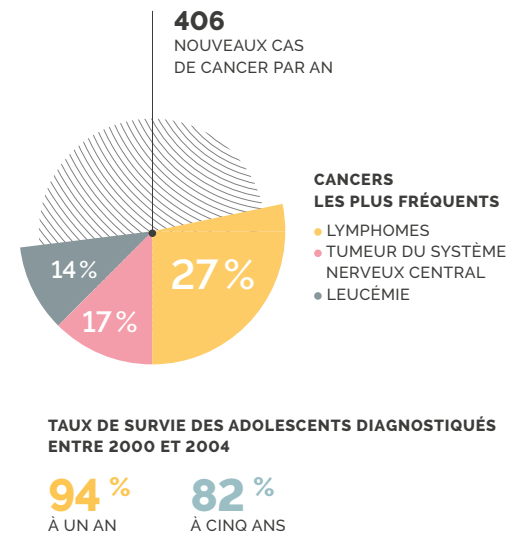


LES CANCERS PÉDIATRIQUES

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, elle est en forte progression chez les femmes.

<p>3° 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° 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. Dépisté tôt, c'est un cancer de bon pronostic, dont le taux de survie reste stable.

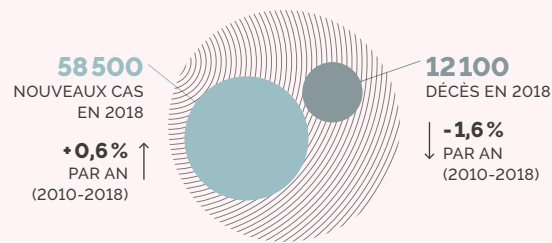
DÉPISTAGE

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

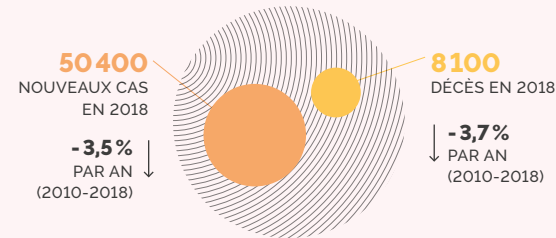
ACTIONS DE PRÉVENTION

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 diagnostic, 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. Un dépistage individuel est recommandé à partir de 50 ans.

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.

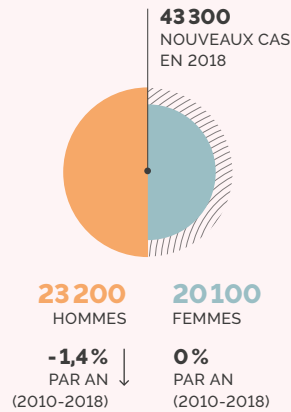
Le cancer colorectal

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 17 000 décès. Dans plus de 80 % des cas, il provient d'une tumeur bénigne qui évolue lentement et finit par devenir cancéreuse.

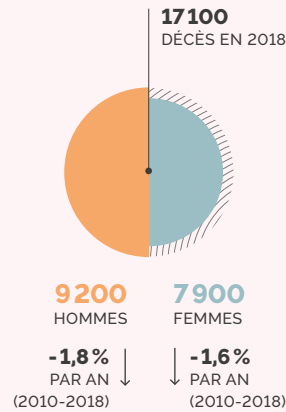
ACTIONS DE PRÉVENTION

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.

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



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



ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC

71 ans CHEZ LES HOMMES
73 ans CHEZ LES FEMMES

63%

TAUX DE SURVIE NETTE STANDARDISÉE
À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2010 ET 2015 : **62% POUR LES HOMMES ET 65% POUR LES FEMMES**

FACTEURS DE RISQUE

- 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

DÉPISTAGE

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.

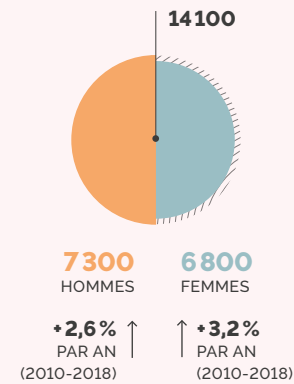
EN 2017, LA PRÉVALENCE DU CANCER EST ESTIMÉE À

418 491
PERSONNES

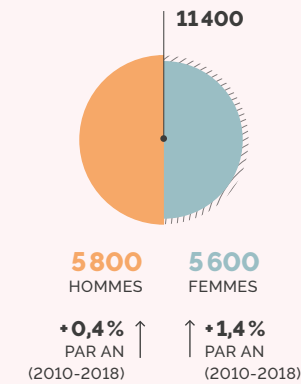
Le cancer du pancréas

Le pancréas participe à la digestion et joue un rôle majeur dans la régulation du taux de glucose dans le sang. Malgré les progrès diagnostiques et thérapeutiques, il reste un cancer de mauvais pronostic dont l'incidence progresse, en majorité chez les personnes de plus de 50 ans.

NOMBRE DE NOUVEAUX CAS EN 2018



NOMBRE DE DÉCÈS EN 2018



ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC

70 ans CHEZ LES HOMMES
74 ans CHEZ LES FEMMES

ACTIONS DE PRÉVENTION

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.

DIAGNOSTIC

10 à 20% des patients seulement sont diagnostiqués à un stade où la tumeur est résecable. Le plus souvent, le cancer du pancréas est diagnostiqué à un stade évolué car il est 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.

11%

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

FACTEURS DE RISQUE

- Le tabagisme
- Le surpoids et l'obésité
- Les prédispositions génétiques et formes familiales

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.

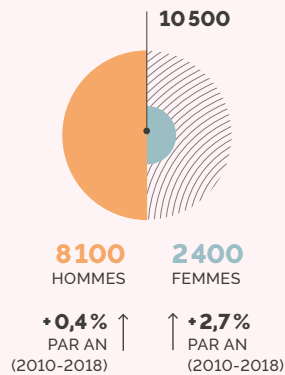
DÉPISTAGE

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.

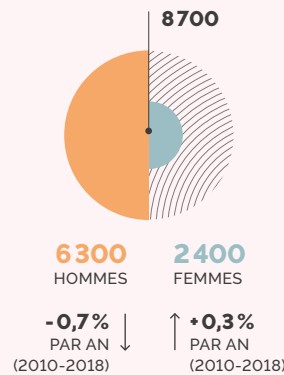
FACTEURS DE RISQUE

- 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.

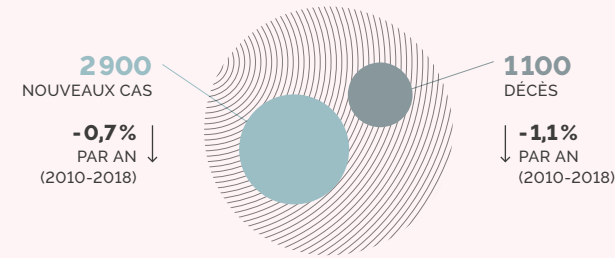
ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC

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



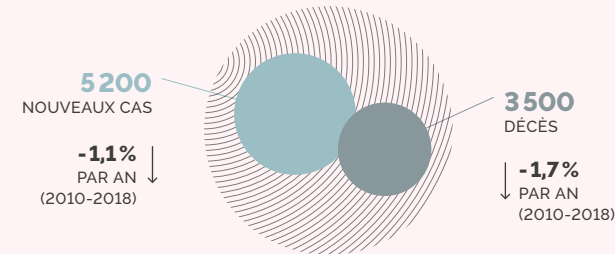
ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC

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 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'utilisation prolongée de contraceptifs hormonaux
- 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).

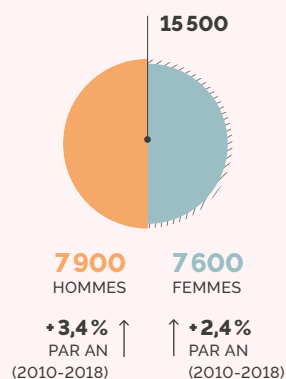
DÉPISTAGE ET DÉTECTION

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.

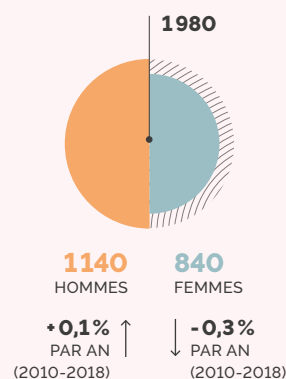
91%

TAUX DE SURVIE NETTE STANDARDISÉE
À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2005 ET 2010:
88% CHEZ LES HOMMES
ET 93% 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

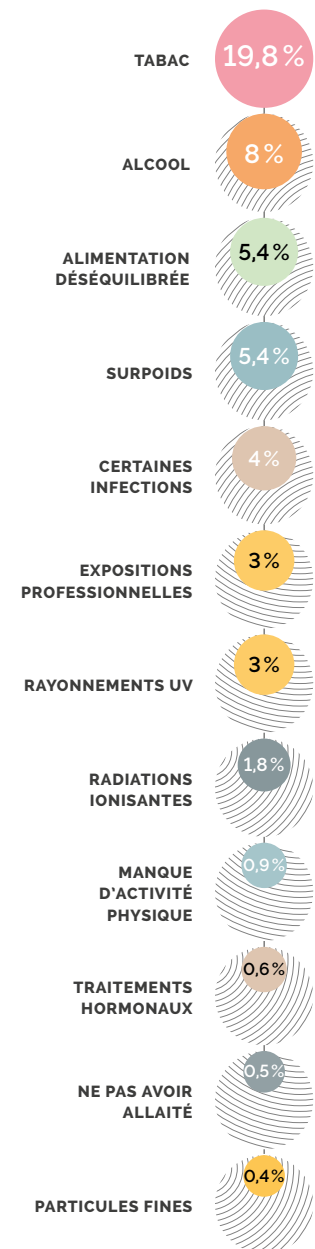


LA PRÉVENTION ET LES SOINS

La lutte contre le cancer 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.

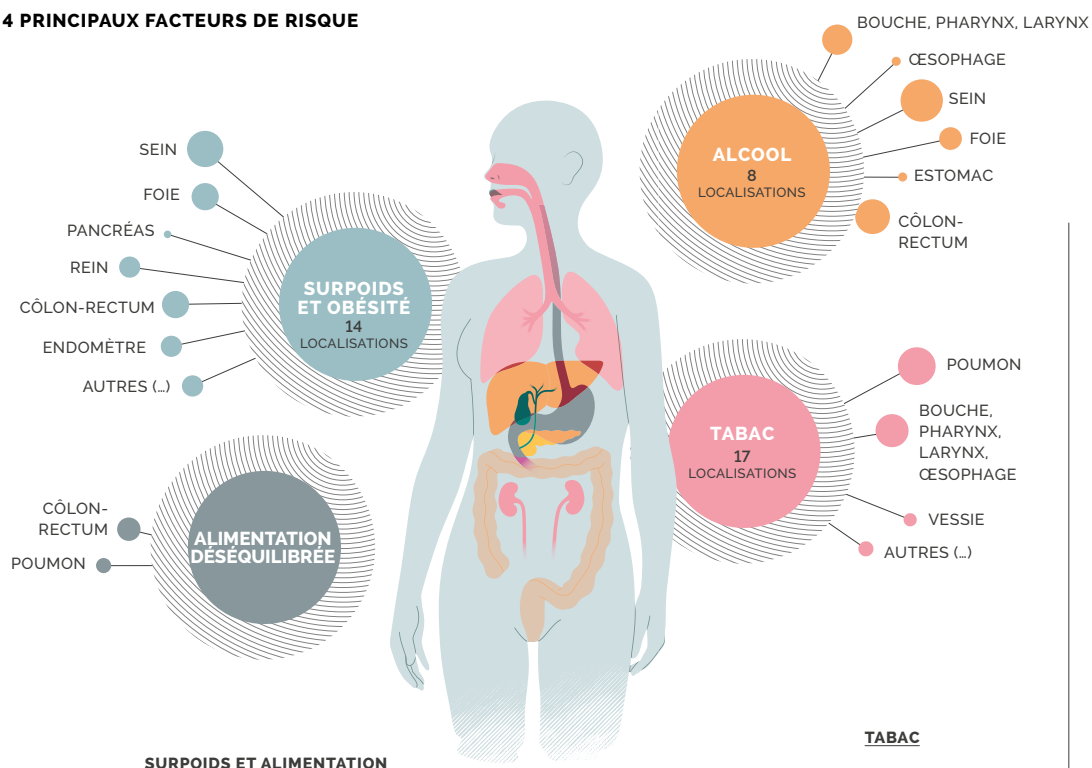
Les facteurs de risque

40% DES CANCERS PEUVENT ÊTRE ÉVITÉS



Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque.

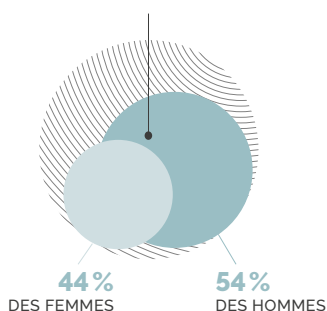
LES 4 PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE



SURPOIDS ET ALIMENTATION

49% DES FRANÇAIS SONT EN SURPOIDS OU OBÈSES EN 2015

19 000 NOUVEUX CAS DE CANCER SERAIENT ATTRIBUABLES À UNE SURCHARGE PONDÉRALE EN 2015.



28% DES ADULTES (18-54 ANS) SEULEMENT CONSOMMENT 5 FRUITS ET LÉGUMES PAR JOUR.

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, 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.

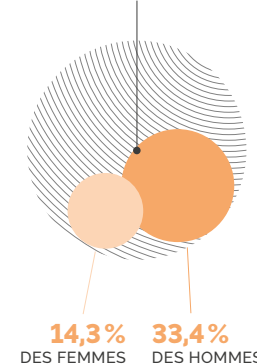
EN 2014
1 adulte sur 3
FUME 13,4 CIGARETTES/JOUR

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

68 000 NOUVEUX 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 NOUVEUX 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. »

JULIE GAILLOT DE SAINTIGNON, RESPONSABLE DU DÉPARTEMENT PRÉVENTION À L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

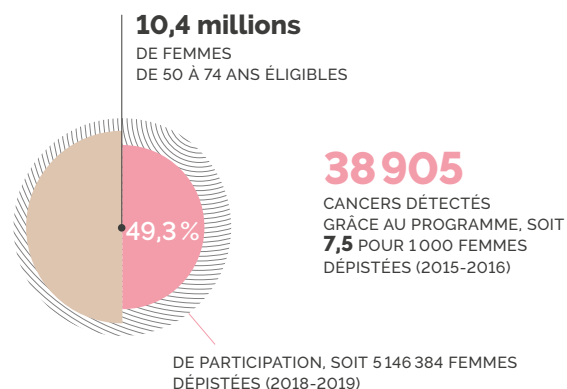
Illustration : Pierre Bourcier

Les dépistages

LE RÔLE DES DÉPISTAGES

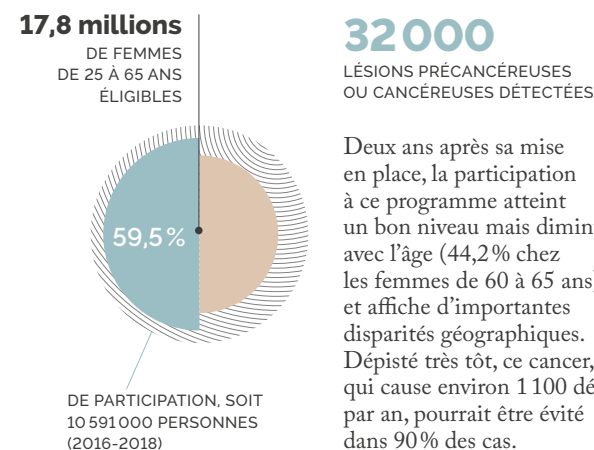
L'objectif du dépistage est de diagnostiquer le cancer à un stade précoce, avant l'apparition de symptômes, afin de mieux le soigner et d'en limiter les séquelles ainsi que celles des traitements. Les pouvoirs publics ont instauré trois programmes de dépistage organisé. Les médecins peuvent aussi prescrire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

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



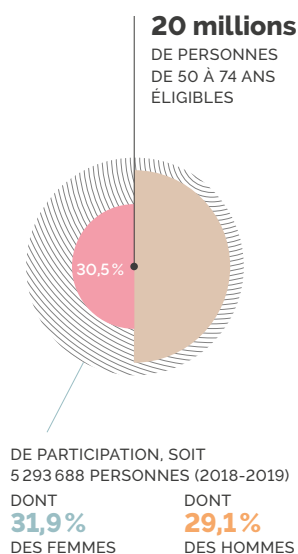
Destiné à dépister le cancer le plus fréquent et le plus mortel chez la femme, ce programme a vu son taux de participation baisser légèrement depuis 2011. Il faut toutefois y ajouter 10 à 15 % de la population cible qui effectue des dépistages individuels.

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DE L'UTÉRUS DÉSORMAIS GÉNÉRALISÉ



Deux ans après sa mise en place, la participation à ce programme atteint un bon niveau mais diminue avec l'âge (44,2% chez les femmes de 60 à 65 ans) et affiche d'importantes disparités géographiques. Dépisté très tôt, ce cancer, qui cause environ 1 100 décès par an, pourrait être évité dans 90% des cas.

UNE TROP FAIBLE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL



67 899
ADÉNOMES AVANCÉS DÉTECTÉS
GRÂCE AU PROGRAMME, SOIT
12,3 POUR 1 000 PERSONNES DÉPISTÉES
(2016-2017)

Le cancer colorectal, responsable de 17 000 décès tous les ans, se guérit dans 9 cas sur 10 s'il est détecté suffisamment tôt. La participation au dépistage est insuffisante et très inférieure à la recommandation européenne (45%).

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/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Depistage-des-cancers-recommandations-et-conduites-a-tenir>

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 pourrait permettre 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 2021, la possibilité de commander le kit de dépistage en ligne. L'envoi du kit à domicile sans commande préalable fait l'objet d'une expérimentation au niveau national.

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 (infection à papillomavirus humain) 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 accepté 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.

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,

dit d'immunothérapie spécifique. Parmi eux, on compte les inhibiteurs de points de contrôle de l'immunité et les cellules CAR-T.

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

7,5 millions

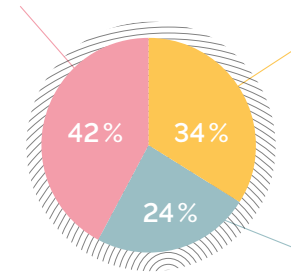
D'HOSPITALISATIONS (2019)
EN LIEN AVEC LE DIAGNOSTIC,
LE TRAITEMENT OU
LA SURVEILLANCE D'UN CANCER,
HORS ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE
EN SECTEUR PRIVÉ LIBÉRAL.

860

ÉTABLISSEMENTS
AUTORISÉS
À TRAITER
LE CANCER (2019).

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

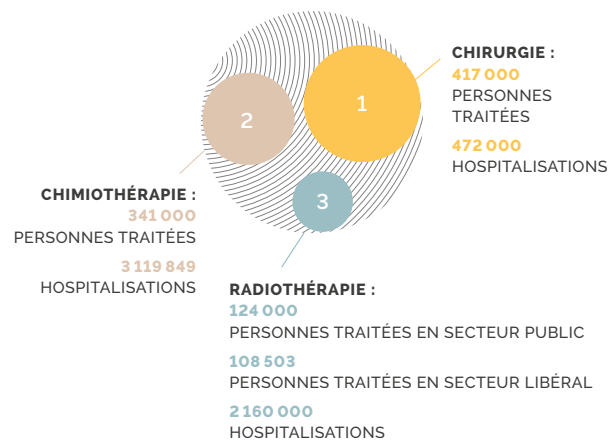
1 671
ANATOMOPATHOLOGISTES,
+1 % PAR RAPPORT À 2016



1 370
ONCOLOGUES MÉDICAUX,
+20 % PAR RAPPORT À 2016

977
RADIOTHÉRAPEUTES,
+10 % PAR RAPPORT À 2016

LA RÉPARTITION DES TRAITEMENTS



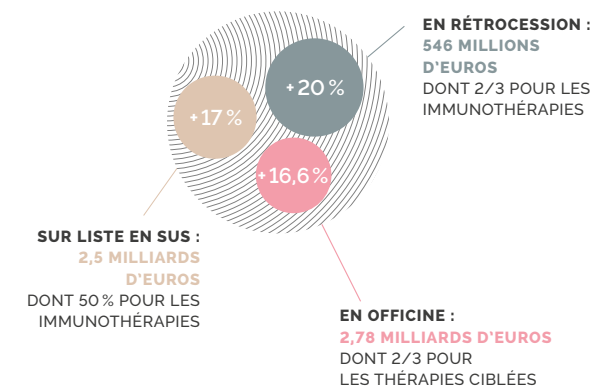
À côté des traitements traditionnels, émergent les nouveaux traitements d'immunothérapie spécifique : en 2019, 36 315 patients ont été traités par des inhibiteurs de points de contrôle (+27% par rapport à 2018) et 165 par des cellules CAR-T.

LES DÉPENSES

6,1 milliards

D'EUROS, EN 2019, DE DÉPENSES HOSPITALIÈRES LIÉES AU DIAGNOSTIC,
AU TRAITEMENT OU AU SUIVI DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER
(+1% PAR RAPPORT À 2018)*.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES LIÉES AUX MÉDICAMENTS ANTICANÉREUX PAR RAPPORT À 2018



* 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

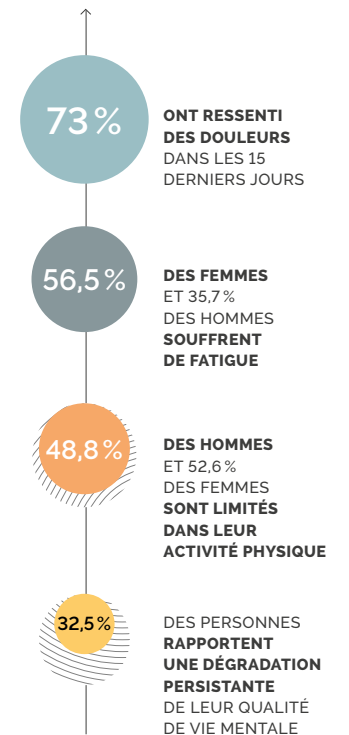
A PERDU SON EMPLOI,
CINQ ANS APRÈS LE DIAGNOSTIC

LES SÉQUELLES DU CANCER OU DES TRAITEMENTS, 5 ANS APRÈS

63,5%

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

ELLES SE RÉPARTISSENT DE LA FAÇON SUIVANTE :



POUR ALLER PLUS LOIN

LES TRAITEMENTS DES CANCERS :
<https://www.e-cancer.fr/Patients-et-proches/Se-faire-soigner/Traitements>

Cancer et Covid-19

INTERVIEW



Tous les acteurs de la filière se sont réorganisés.

Avec la crise de la Covid-19, de nombreux reports de traitement ont été enregistrés, principalement en chirurgie en raison du manque d'anesthésistes (très demandés sur le front de l'épidémie). Passé la première vague, ils ont été réalisés, sauf si, dans une moindre mesure, des alternatives thérapeutiques étaient mises en place. Or on constate une forte baisse de l'activité en chirurgie par rapport à 2019. Elle s'expliquerait par un renoncement aux soins, entraînant un retard de diagnostic qui fait craindre des pertes de chance, notamment pour les cancers évoluant vite. Pour faire face, tous les acteurs de la filière se sont réorganisés : les ressources et les équipes ont été mutualisées, les chirurgies ont été priorisées, des comités de pilotage établis, tel que le comité national « COVID-19 et cancer », piloté par l'Institut dès le 5 mai avec le ministère de la Santé. »

JEAN-BAPTISTE MERIC,
DIRECTEUR DU PÔLE SANTÉ
PUBLIQUE ET SOINS DE L'INSTITUT
NATIONAL DU CANCER

INTRO

La propagation rapide de l'épidémie de Covid-19 a saturé les capacités d'accueil des hôpitaux et le système de santé en général. L'organisation des soins, et notamment la prise en charge des cancers, en est fortement perturbée.

LA PRISE EN CHARGE DES CANCERS FORTEMENT AFFECTÉE

-20%

D'ACTIVITÉ DE LA FILIÈRE CONSTATÉE ENTRE MARS ET JUIN 2020 PAR RAPPORT À 2019

L'ensemble de la filière cancérologique est fortement affecté par la diffusion rapide de la Covid-19. L'impact est massif et direct, avec les cycles de contaminations qui se succèdent, mais aussi indirect, avec une confiance altérée des individus dans la capacité du système à prévenir ces contaminations, notamment en milieu hospitalier. Le renoncement aux soins dans l'ensemble des spécialités médicales est sans précédent. Le nombre de diagnostics de cancer a baissé de manière significative depuis l'arrivée de l'épidémie et se répercute sur la consommation des soins. Les fortes tensions sur la filière de soins génèrent elles aussi une baisse de l'activité hospitalière.

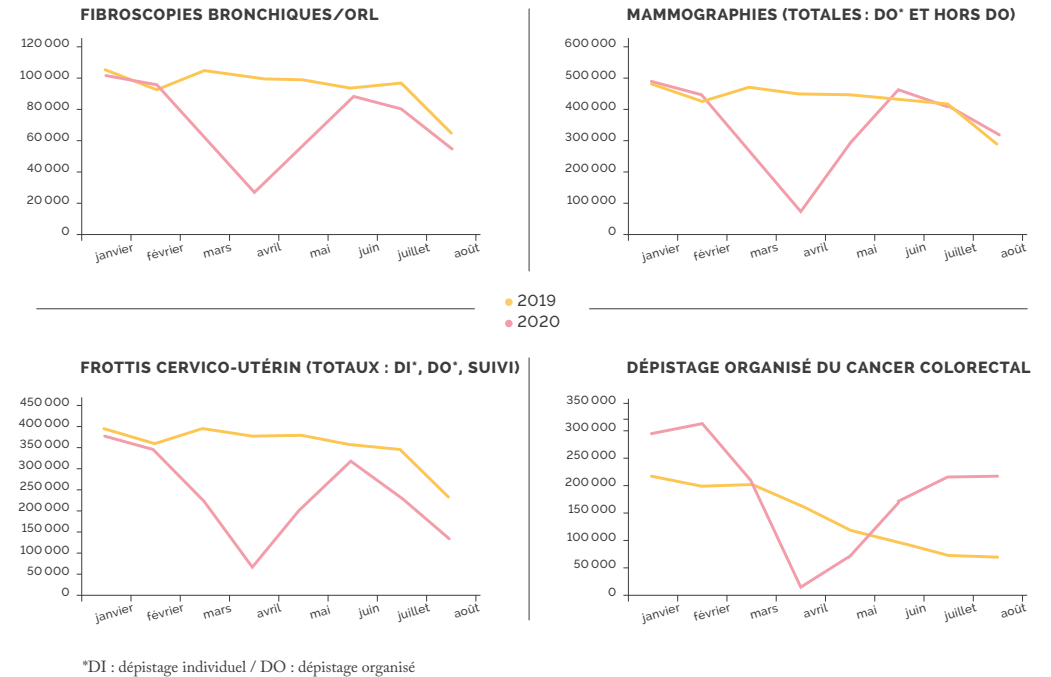
Des interventions ont dû être déprogrammées et elles n'ont pas toutes été rattrapées. Des alternatives thérapeutiques moins consommatrices de ressources que la chirurgie ont pu être proposées aux patients. Ainsi, des chimiothérapies orales ou intraveineuses, réalisées à domicile, des radiothérapies ou encore des radiochimiothérapies, se sont parfois substituées aux chirurgies. Depuis mars 2020, l'Institut national du cancer a mis en place, avec tous les acteurs de la cancérologie, aux niveaux national et régional et dans les établissements, une organisation et une mobilisation pour éviter les pertes de chance pour les patients. On observe un rebond très marqué pour quelques examens à partir du printemps.



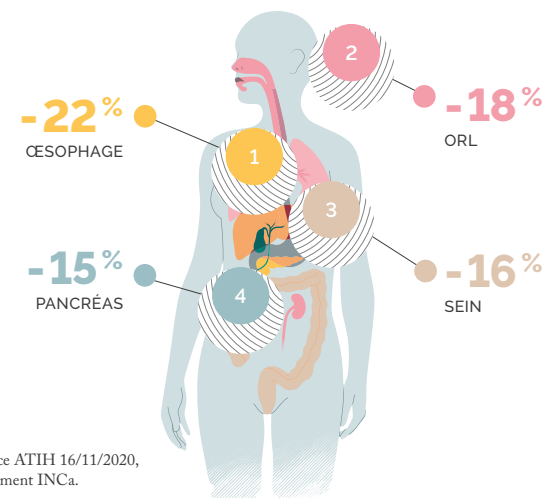
POUR ALLER PLUS LOIN

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>

UNE BAISSÉ DES ACTIVITÉS DE DIAGNOSTIC ET DE DÉPISTAGE CONSTATÉE EN RAISON DE LA COVID-19



UNE BAISSÉ DES ACTIVITÉS DE CHIRURGIE D'EXÉRÈSES ENTRE 2019 ET 2020 (MARS-AOÛT)



Source ATIH 16/11/2020, traitement INCa.

Illustration : Pierre Bourcier

L'exérèse est une opération qui consiste à enlever une anomalie, une tumeur, une partie d'organe ou un organe entier. Au cours de cette période, l'écart entre le nombre d'interventions entre 2020 et 2019 varie de -4% (de 828 à 792) en Corse à -22% en Île-de-France (de 30 783 à 23 959) et -34% en Guyane (de 94 à 62). Les reculs les plus marqués par localisation sont observés pour les cancers de la sphère ORL, de l'œsophage, du sein et du pancréas.

Faits marquants et actualités

LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

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

Chez l'homme, les taux standardisés d'incidence et de mortalité diminuent pour deux des trois cancers les plus fréquents (cancer de la prostate et cancer colorectal).

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.

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 réduction du 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 : 49,3% en 2018-2019 (objectif européen : 70%).

Celle du dépistage organisé du cancer colorectal reste trop faible : 30,5% en 2018-2019, 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 59,5% sur la période 2016-2018 (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 20% des chirurgies pour cancer entre mars et juin 2020

par rapport à 2019. L'écart entre le nombre de chirurgies d'exérèses entre 2020 et 2019 varie de -4% en Corse à -34% en Guyane.

Les reculs les plus marqués par localisation sont observés pour les cancers de l'œsophage (-22%), de la sphère ORL (-18%), du sein (-16%) et du pancréas (-15%).

LES TRAITEMENTS

7,5 millions d'hospitalisations en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer, ont été enregistrées en 2019 (+1,3% par rapport à 2018).

De nouveaux traitements prometteurs émergent à côté de la chirurgie, de la chimiothérapie et de la radiothérapie : en

2019, 165 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 28 673 en 2018 à 36 315 en 2019 (+27%).

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.
- L'extension du droit à l'oubli depuis le 1^{er} septembre 2020 aux personnes ayant été atteintes d'un cancer avant l'âge de 21 ans.
- En 2018, 86% 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.

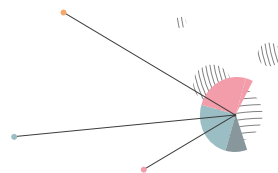
PRÉVENTION: domaines d'actions visant à éviter l'apparition des maladies, à diminuer leur gravité ou à limiter leurs conséquences. La classification OMS distingue la prévention primaire, la prévention secondaire et la prévention tertiaire:

- 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 : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/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 : Hémopathies 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>

Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 : foie, poumon, côlon rectum, pancréas, prostate, ovaire, sein, col de l'utérus, fiches de septembre 2020. www.santepubliquefrance.fr - <https://www.e-cancer.fr>

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=a01&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

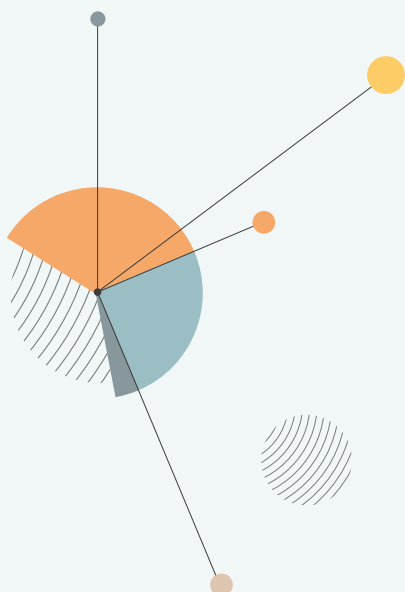
La chimiothérapie : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Soins/La-chimiotherapie>

La radiothérapie : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Soins/La-radiotherapie>

Les professionnels de santé : <http://lesdonnees.e-cancer.fr/Themes/Soins/Les-professionnels-de-sante>

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 : 978-2-37219-648-2
ISBN net : 978-2-37219-649-9