



LES CANCERS **EN FRANCE** **EN 2016** **L'ESSENTIEL** **DES FAITS** **ET CHIFFRES**



Ce document a pour objectif de préciser les principaux faits et chiffres issus du rapport « Les cancers en France – Édition 2016 ». Au-delà des **données générales** sur les cancers, il offre une synthèse sur **la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus** et sur **la cigarette électronique**, et retrace 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.

Entre 2005 et 2012, la proportion (TSM) d'hommes qui développent un cancer a diminué; celle des femmes s'est stabilisée.

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 BAISSÉ

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 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.

Entre 1980 et 2012, la proportion (TSM) des personnes qui décèdent d'un cancer a diminué chez l'homme et la femme.

149 500 DÉCÈS PAR CANCERS ESTIMÉS EN 2015 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

Chez les hommes

84 000 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

65 000 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

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]**.



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

LA RECHERCHE

- ▶ **Près de 48 000 patients** ont été inclus dans les essais cliniques en cancérologie en 2015 (+ 122 % par rapport à 2008) dont 82 % dans des essais académiques.
- ▶ **158 millions d'euros** ont été alloués à la recherche contre les cancers en 2015:
 - 95,5 millions d'euros par les organismes institutionnels (INCa, ITMO Cancer-Aviesan);
 - 37,8 millions d'euros par la Ligue nationale contre le cancer;
 - 24,5 millions d'euros par la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer.



48 000 PATIENTS
SONT INCLUS DANS
LES ESSAIS CLINIQUES

LE DÉPISTAGE

Le dépistage organisé du cancer du sein

- ▶ Population éligible au programme de dépistage organisé: près de 10 millions de femmes âgées de 50 à 74 ans, soit 4 914 726 invitées en 2015.
- ▶ Taux de participation: 51,5 % en 2015.
- ▶ Taux de cancers détectés par le programme: 7,4 ‰ femmes dépistées (soit 36 889 cas de cancers détectés) en 2013-2014.
- ▶ Part des cancers *in situ* détectés: 11,4 % chez les femmes ayant eu un dépistage initial et 15,2 % chez les femmes ayant eu un dépistage postérieur en 2013-2014.

Le dépistage organisé du cancer colorectal

- ▶ Population éligible au programme de dépistage organisé: plus de 18 millions d'hommes et de femmes âgés de 50 à 74 ans tous les 2 ans.
- ▶ Taux de participation: 29,8 % en 2013-2014. La participation est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (31,5 % vs 27,9 %).
- ▶ Taux de cancers colorectaux détectés par le programme: 1,3 ‰ personnes dépistées (soit 6 211 cas de cancers détectés) en 2012-2013.
- ▶ Taux d'adénomes avancés détectés par le programme: 3,3 ‰ personnes dépistées (soit 16 059 cas d'adénomes avancés) en 2012-2013.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

- ▶ Population éligible au dépistage: 17 000 000 de femmes âgées de 25 à 65 ans tous les 3 ans.
- ▶ Taux de participation au dépistage: 61 % sur la période 2010-2013.

L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS EN CANCÉROLOGIE



LES MÉTIERS DE LA
CANCÉROLOGIE EN
PROGRESSION

**973 ONCOLOGUES
MÉDICAUX,**
PROGRESSION DE 23 %
DEPUIS 2013

**860
RADIOTHÉRAPEUTES,**
PROGRESSION DE 10 %
DEPUIS 2013

**1 633 ANATOMO-
PATHOLOGISTES**
PROGRESSION DE 9 %
DEPUIS 2013

Le dispositif d'autorisation

- Fin 2015, on compte 3045 autorisations délivrées par les Agences régionales de santé (ARS) pour 928 établissements de santé autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancers.

Les effectifs des professionnels de la cancérologie en progression

Au 4 mars 2016, le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) fait apparaître des effectifs de :

- 973 oncologues médicaux, en progression de 23 % par rapport à 2013;
- 860 radiothérapeutes, en progression de 10 % par rapport à 2013;
- 1 633 anatomopathologistes, en progression de 9 % par rapport à 2013.

Les plateformes de génétique moléculaire

- 28 plateformes hospitalières sont réparties sur l'ensemble du territoire.
- 121 000 tests de génétique moléculaire ont été réalisés en 2015 pour 76 000 patients.
- Cancers pour lesquels des biomarqueurs sont identifiés : sein, poumon, côlon, mélanome, leucémies.

L'oncogénétique

- Depuis 2003, le dispositif national d'oncogénétique (consultations et laboratoires) a permis d'identifier **56 670 personnes** porteuses d'une mutation les prédisposant héréditairement à un risque très élevé de cancer.
- 139 sites** de consultation sont répartis dans 94 villes.
- Entre 2003 et 2015, le nombre de consultations a été multiplié par 5, passant de **12 696 à 63 618**.
- Le nombre de consultations liées aux cancers du sein et/ou de l'ovaire a progressé de 16 % entre 2014 et 2015, pour atteindre 45 430 consultations.

Les outils du parcours de soins

- 885 739 dossiers** sont enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) par les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) en 2015, soit trois fois plus qu'en 2005.
- 199 361 programmes personnalisés de soins** (PPS) ont été remis aux patients en 2015 (deux fois plus qu'en 2011).

LES SOINS EN CANCÉROLOGIE



1,2 MILLION DE PERSONNES
ONT ÉTÉ HOSPITALISÉES
EN LIEN AVEC
LE DIAGNOSTIC,
LE TRAITEMENT OU
LA SURVEILLANCE
D'UN CANCER EN 2015



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

L'activité globale hospitalière dans les établissements de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

- ▶ **1,2 million de personnes** ont été hospitalisées en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer en 2015, soit une augmentation de 7,3 % 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 **6,8 millions d'hospitalisations** (séances et séjours) en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer (hors activité de radiothérapie en secteur privé libéral) ont été réalisées en 2015.
- ▶ L'activité de cancérologie représente près d'un quart de l'activité hospitalière globale : **48,6 % des séances, 10,0 % des hospitalisations ambulatoires et 13,4 % des hospitalisations complètes.**

La chirurgie pour cancer dans les établissements MCO

- ▶ **447 391 hospitalisations** pour chirurgie de cancer ont été réalisées en 2015 (+8,5 % par rapport à 2010), soit 8,3 % de l'activité hospitalière totale en cancérologie (hors activité de radiothérapie dans le secteur privé libéral).
- ▶ **25,1 %** de cette activité sont réalisés en ambulatoire (contre 16,6 % en 2010) majoritairement pour les tumeurs de la peau hors mélanome (60,0 %), suivies de loin par les cancers du sein (16,1 %) et du col de l'utérus (7,1 %).
- ▶ En chirurgie du cancer du sein, la chirurgie partielle (tumorectomie ou quadrantectomie) est plus de deux fois plus fréquente que les mastectomies totales : 52 700 hospitalisations pour mastectomie partielle en 2015 dont **30,4 %** en ambulatoire (contre 21,8 % en 2014 et 15,0 % en 2013).

Les traitements des cancers par chimiothérapie dans les établissements MCO

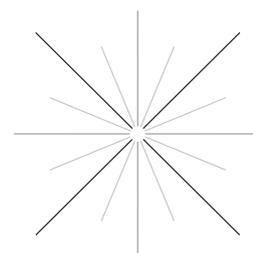
- ▶ **2 405 252 séances et 253 815 séjours** de chimiothérapie ont été réalisés en 2015.
- ▶ L'activité de chimiothérapie (en termes de séances et de séjours) représente **39,0 %** de l'activité hospitalière totale en cancérologie (hors activité de radiothérapie du secteur privé libéral).
- ▶ L'activité de chimiothérapie pour traitement de cancer est assurée à plus de **50 %** par les centres hospitaliers (28,9 % pour les CH et 22,5 % par les CHU-R), **28,3 %** par des établissements privés commerciaux et **14,4 %** par les Centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Les traitements des cancers par radiothérapie dans le secteur public et le secteur libéral

- ▶ **204 471 personnes** atteintes de cancer ont été traitées par radiothérapie en 2015 : 113 384 dans le secteur public (dont les CLCC et le secteur privé non commercial) et 91 087 dans le secteur libéral.
- ▶ **2 023 591 séances et séjours** de traitement de cancer par radiothérapie ont été réalisés dans les établissements de santé du secteur public (dont 97,8 % sous forme de séances).

Les dépenses des hospitalisations liées au cancer dans les établissements MCO sont en progression

- ▶ **5,8 milliards d'euros** de dépenses (hors séances de radiothérapie réalisées dans le secteur libéral et hors dépenses des anticancéreux facturés en sus des groupes homogènes de séjours (GHS) liées au diagnostic, au traitement ou au suivi des personnes atteintes de cancer).
- ▶ **Près de 1,7 milliard d'euros** (+ 6,2 % par rapport à 2014) de dépenses relatives aux molécules anticancéreuses facturées en sus des prestations d'hospitalisation de court séjour (dont 25,5 % pour le secteur privé commercial).
- ▶ Ces dépenses d'anticancéreux représentent **50,8 %** du coût total des molécules onéreuses remboursées en sus des GHS toutes pathologies confondues dans le secteur public (dont les CLCC et le secteur privé non commercial) et **83,1 %** dans le secteur privé commercial.
- ▶ Les thérapies ciblées représentent **48,0 %** des dépenses d'anticancéreux (inscrits sur la liste en sus) pour le secteur public et **73,3 %** pour le secteur privé commercial.



204 471 PERSONNES
ATTEINTES DE CANCER
ONT ÉTÉ TRAITÉES PAR
RADIOTHÉRAPIE
EN 2015



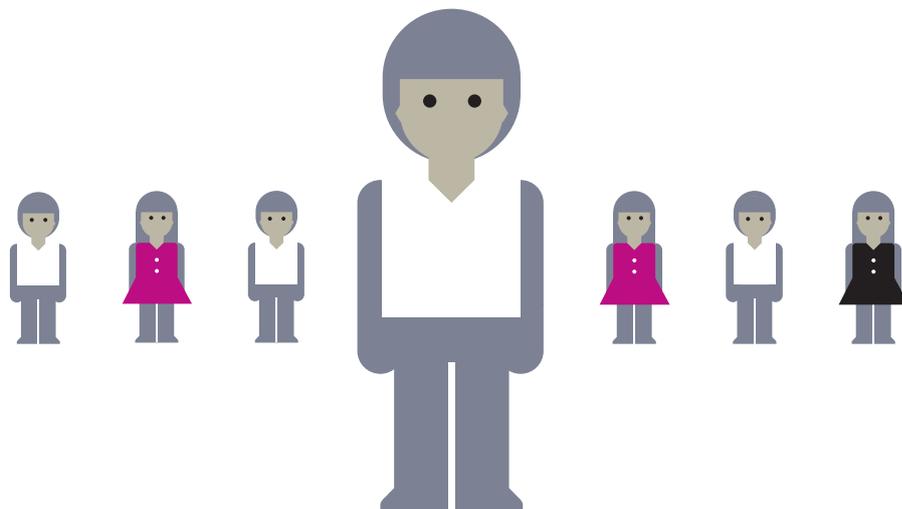
LES HOSPITALISATIONS
EN LIEN AVEC LE CANCER
REPRÉSENTENT PRÈS
DE **5,8 MILLIARDS**
D'EUROS DES DÉPENSES

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

- ▶ **3 personnes sur 5** déclarent avoir conservé des séquelles deux ans après un diagnostic de cancer.
- ▶ **8,5 %** 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 passe 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 se dégrade considérablement deux ans après le diagnostic: le taux d'emploi passe ainsi de **82 %** à **61,3 %** et le taux de chômage de **7 %** à **11,1 %** [4].

**8,5 % DES PERSONNES
INTERROGÉES** DISENT
ÊTRE L'OBJET
D'ATTITUDES DE REJET
OU DE DISCRIMINATION
LIÉES DIRECTEMENT À
LEUR MALADIE



Références bibliographiques

- [1] Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012 - Partie 1 - Tumeurs solides. Programme partenarial Francim/HCL/InVS/INCa. Juillet 2013.
- [2] Leone N, Voirin N, Roche L, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Programme partenarial Francim/HCL/InVS/INCa. Novembre 2015.
- [3] Colonna M, Mitton N, Grosclaude P. Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008. Programme partenarial Francim/HCL/InVS/INCa. Juillet 2014.
- [4] INCa. La vie deux ans après un diagnostic de cancer - De l'annonce à l'après-cancer. Collection Etat des lieux et des connaissances / Recherche mai 2014.

2/ FOCUS SUR...

La généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est lié à l'infection persistante par certains papillomavirus humains (HPV) dits oncogènes. Près de 3 000 cas de CCU sont diagnostiqués chaque année, qui font suite à des lésions précancéreuses beaucoup plus répandues, parfois sources de traitement invasif. Ces lésions précancéreuses sont identifiées chez plus de 30 000 femmes chaque année, mais beaucoup échappent actuellement à tout dépistage, principalement dans les populations les plus vulnérables.

Plus de 1 100 femmes meurent chaque année de ce cancer, l'un des seuls pour lequel le pronostic se dégrade en France, avec un taux de survie à 5 ans après le diagnostic en diminution, et un impact démontré du niveau socioéconomique sur la mortalité.

Pourtant, le CCU est le seul cancer pour lequel il existe :

- un examen de dépistage, le frottis cervico-utérin (FCU) - ou à l'avenir une recherche directe de certains HPV - qui permet à la fois de dépister les lésions précancéreuses et les cancers à un stade permettant plus facilement la guérison;
- et un vaccin contre le principal facteur de risque, le papillomavirus.

Le Plan cancer 2014-2019 porte un programme de santé publique dont l'objectif est de lutter contre les inégalités d'accès et de recours au dépistage du cancer du col utérin en s'appuyant sur un programme national de dépistage organisé (action 1.1). Son objectif est de réduire l'incidence et le nombre de décès par CCU de 30 % à 10 ans [1].

PRÈS DE 3 000 CAS DE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS SONT DIAGNOSTIQUÉS CHAQUE ANNÉE

PLAN CANCER 2014-2019, SON OBJECTIF EST DE RÉDUIRE L'INCIDENCE ET LE NOMBRE DE DÉCÈS PAR CANCER DU COL DE L'UTÉRUS DE 30 % À 10 ANS

LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Incidence

L'incidence du cancer invasif du col de l'utérus est en baisse régulière depuis le début des années 1980 et est estimée à 2797 nouveaux cas pour l'année 2015, ce qui correspond à un taux d'incidence standardisé à la population mondiale de 5,9 cas pour 100 000 femmes [2]. L'incidence varie en fonction de l'âge au diagnostic, le pic se situant autour de 40 ans [3].

Les données des séjours hospitaliers issues du PMSI indiquent que 32 179 femmes ont été hospitalisées pour le traitement d'une pathologie précancéreuse du col utérin en 2011. Une part importante de ces lésions pouvant être traitées en ambulatoire, le nombre total de diagnostics de lésions cervicales précancéreuses serait probablement supérieur [3].

Mortalité

Le nombre de décès par CCU est également en baisse régulière depuis les années 1980 et est estimé à 1092 pour l'année 2015, ce qui correspond à un taux de mortalité, standardisé à la population mondiale de 1,7 décès pour 100 000 femmes [2]. Les données de mortalité par âge montrent un premier pic à 51 ans [3].

Survie

Le CCU est un cancer de relativement bon pronostic avec une survie nette standardisée à 5 et 10 ans, respectivement de 65 % et 58 % pour les cas diagnostiqués en 1989-2010, avec cependant une forte disparité selon l'âge de la patiente au diagnostic : la survie nette à 5 ans varie de 82 % chez les femmes de 15-44 ans à 35 % chez les femmes de plus de 75 ans [4]. Les femmes les plus âgées ont une survie nette plus faible, ce qui peut être le résultat d'un diagnostic tardif, de

formes évoluées, chez des patientes qui n'ont pas bénéficié au cours de leur vie d'un suivi gynécologique [3].

La survie nette à 5 ans standardisée sur l'âge tend à se dégrader passant de 68 % pour les cas diagnostiqués en 1989-1993 à 62 % pour ceux diagnostiqués en 2005-2010. La diminution de la survie, observée dans des pays où l'offre de soins est satisfaisante, est paradoxalement attribuée à un recours plus important au dépistage par un mécanisme de sélection des cancers les moins agressifs. Le dépistage permet non seulement d'identifier et de reséquer les lésions précancéreuses, mais également de détecter des cancers à un stade précoce. Les cancers invasifs du col diagnostiqués bien que moins nombreux, comportent une proportion plus importante de cancers agressifs au développement rapide, de cancers ayant échappé au dépistage et de cancers avancés chez des femmes non dépistées. Ces types de cancers diagnostiqués sont de mauvais pronostic, ce qui explique la baisse de la survie [4].

Disparités géographiques et sociales

On observe des disparités géographiques marquées en termes d'incidence et de mortalité selon les régions ; les incidences observées et la mortalité dans les départements d'outre-mer sont nettement supérieures à celles des départements de métropole, par exemple. Il existe également des disparités importantes liées à des critères économiques ou sociaux. Ces disparités sont partiellement à rattacher à l'insuffisance des pratiques de dépistage au sein des populations défavorisées [3].

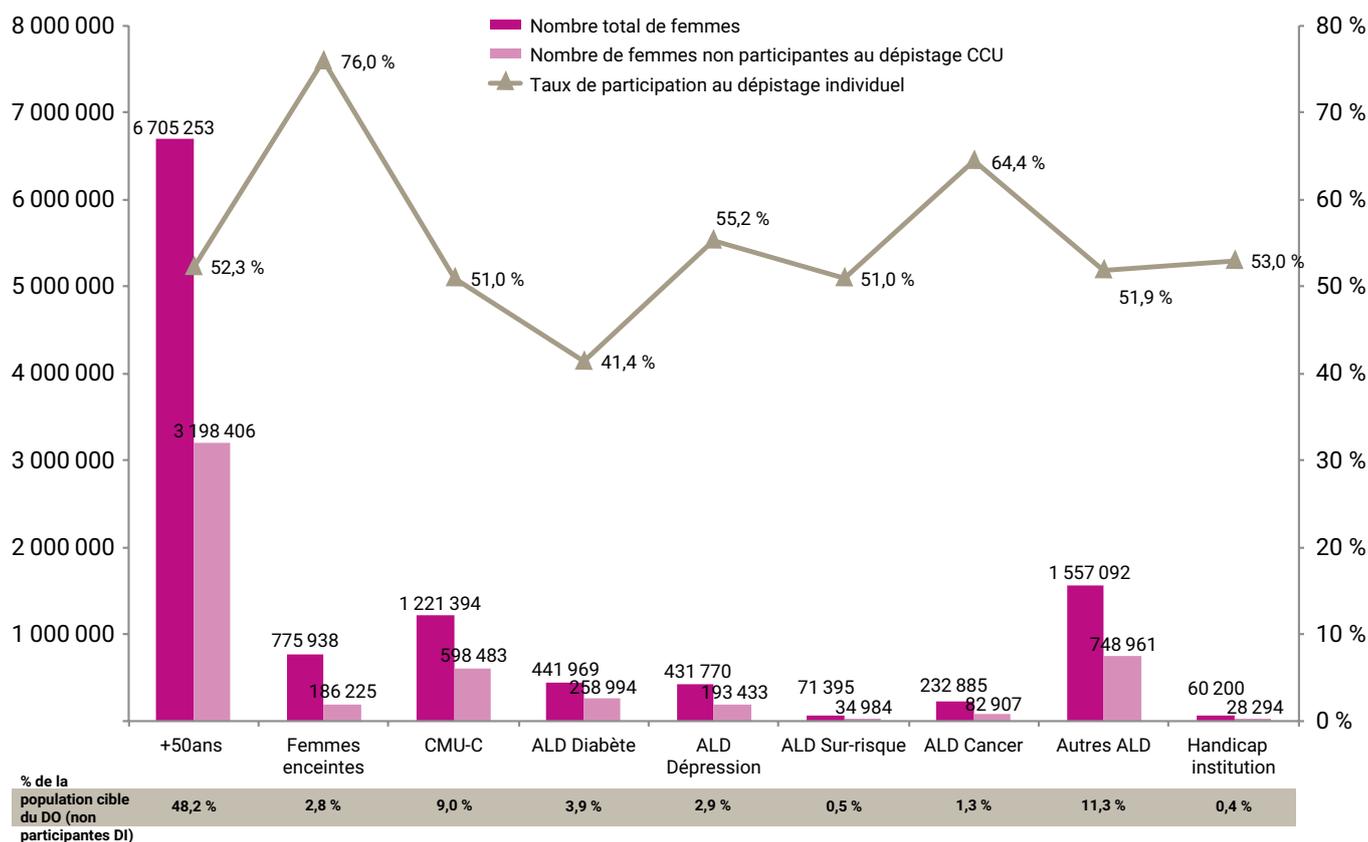
LES EXPÉRIMENTATIONS FRANÇAISES DE DÉPISTAGE ORGANISÉ

En France, depuis le début des années 1990, 3 sites correspondant à quatre départements (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère et Martinique) ont mis en place des programmes pilotes de dépistage organisé (DO) des cancers du col utérin par FCU. En 2010, 6 nouveaux sites expérimentaux correspondant à 9 départements (Allier, Cantal, Haute-Loire, Puy-de-Dôme, Cher, Indre-et-Loire, Maine-et-Loire, La Réunion, Val-de-Marne) se sont inscrits dans une approche intégrée de lutte contre le CCU et ont mis en place des expérimentations de DO du CCU ainsi que des actions innovantes en direction des femmes non suivies, des actions de prévention et des actions d'éducation à la santé. Ces expérimentations ont été cofinancées par l'Institut national du cancer, la Direction générale de la santé (DGS) et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts). Elles couvraient 13,4 % de la population cible des femmes de 25-65 ans.

L'organisation de ces expérimentations reposait sur l'invitation des femmes qui ne se font pas spontanément dépister et sur un recueil exhaustif des résultats de toutes les femmes de 25-65 ans ayant réalisé un dépistage par FCU (spontané ou après invitation).

Sur la période 2010-2012, 1,33 million de femmes ont reçu une invitation à se faire dépister. À la suite des invitations et relances, Santé publique France a estimé que le taux de couverture de dépistage sur trois ans (2010-2012) avait augmenté de 13,2 points. Douze mois après avoir reçu une invitation ou une relance, près de 280 000 femmes ont réalisé un dépistage qu'elles n'auraient probablement

Figure 1 : Nombre de femmes non participantes, taux de participation au dépistage spontané et poids dans la population cible du DO par sous-populations concernées par les stratégies de ciblage supplémentaire



Source : Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus : étude médico-économique - Phase 1. Institut national du cancer [6]

pas fait spontanément. Ces premiers résultats témoignent d'un impact positif des expérimentations de DO, avec notamment un gain significatif de couverture de dépistage grâce à la sollicitation de femmes peu ou pas dépistées [5].

L'Institut national du cancer a réalisé un point d'étape des expérimentations sur les premiers éléments d'activité des sites. Cette analyse a permis de rendre compte des modalités mises en place par les sites, des actions initiées visant la réduction des inégalités, des actions d'information et de formation auprès de professionnels de santé et des difficultés/freins rencontrés. L'Institut national du cancer a formulé des premières propositions dans la perspective de la généralisation au plan national du DO CCU [6].

LES FEMMES NON PARTICIPANTES ET LES POPULATIONS VULNÉRABLES

Le Plan cancer 2014-2019 précise que le programme national de DO du CCU devra surtout cibler les femmes ne réalisant pas de dépistage du CCU et les populations les plus vulnérables.

D'après une étude de l'Institut national du cancer, près de 40 % des femmes n'avaient réalisé aucun dépistage du CCU en 4 ans, sur la période 2010-2013 (volet quantitatif de l'étude, réalisé à partir de l'échantillon généralisé des bénéficiaires (EGB); 125 519 femmes

âgées entre 25 et 65 ans incluses) [6]. Les taux de non-participation au dépistage augmentaient à partir de l'âge de 50 ans, chez les femmes ayant un moindre recours au système de santé, en affection longue durée (ALD), en invalidité et présentant des caractéristiques socio-économiques défavorables. Près de 60 % des femmes non participantes résidaient dans un lieu identifié comme défavorisé et 15 % étaient bénéficiaires de la CMU-C.

Les données permettent d'estimer quantitativement le nombre total de femmes non participantes que le programme organisé devra cibler et au sein de cette population, d'apprécier le poids de chacun des sous-groupes.

Préconisations de l'Institut national du cancer pour la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus [7]

Du fait des contraintes fortes de calendrier, des risques identifiés et des prérequis non satisfaits à ce jour pour le passage au test HPV en dépistage primaire en France (situation cible), l'Institut national du cancer préconise que le programme national de dépistage organisé (DO) du CCU se mette en place :

- en créant les conditions du passage à terme au test HPV en dépistage primaire, au travers :
 - de son cahier des charges et des circuits d'information entre les professionnels de santé et acteurs impliqués ;
 - du système d'information du programme (en cours d'élaboration) ;
 - des indicateurs d'impact et d'évaluation et des données à collecter ;
 - de la généralisation du prélèvement en milieu liquide ;
 - de la mise en place du système d'assurance qualité intégrant le suivi des pratiques (dépistage, suivi, traitement) et de la qualité des prélèvements ;
 - d'une amplification des actions de diversification des préleveurs (incitations, coopérations, etc.) ;
 - du renforcement de l'implication du réseau des anatomocytopathologistes (y compris harmonisation des tarifications) ;
- en tenant compte à court terme de la hiérarchisation des stratégies de DO fondée sur le FCU :
 - en cas de ressources limitées, invitations et relances en direction des femmes bénéficiaires de la CMUc ne participant pas spontanément au dépistage dans l'intervalle recommandé ;
 - puis extension rapide des invitations/relances à l'ensemble des femmes non spontanément participantes ;
 - enfin, envoi lors de la relance de kits d'autoprélèvement vaginal permettant la recherche d'ADN HPV afin d'identifier, parmi les femmes les plus réfractaires au dépistage, celles plus à risque de CCU et de concentrer les moyens dans leur direction ;
- en mettant en place les évaluations nécessaires afin :
 - d'intégrer progressivement et efficacement les innovations technologiques attendues en dépistage du CCU dans un cadre organisé stabilisé ;
 - de disposer d'une visibilité plus importante sur des problématiques peu explorées en population générale ou en conditions réelles (qualité et performance des tests, reproductibilité, fourniture à une échelle industrielle, etc.) ainsi que sur leurs coûts de production, de façon à autoriser une négociation tarifaire qui permette de replacer leur niveau d'efficacité en deçà des seuils généralement admis au plan international et qui les rende acceptables dans un contexte de ressources limitées et budgétaire contraint.

Ainsi, d'après l'étude menée par l'Institut national du cancer, les femmes de plus de 50 ans non participantes au dépistage représentent moins de 40 % de la population cible du dépistage mais près de la moitié des femmes non participantes (3,2 millions de femmes sur un total de 6,6 millions de femmes de 25 à 65 ans non participantes, figure 1). Parmi les 1,2 million de femmes bénéficiant de la CMU-C, 598 483 n'ont pas participé au dépistage, ce qui représente 9 % des femmes non participantes.

L'enjeu de la généralisation du DO CCU sera, pour atteindre les objectifs de réduction des inégalités de santé portés par le Plan cancer, de proposer un dépistage à toutes les femmes avec des modalités variant selon les besoins, et de réduire les barrières du recours au dépistage.

LES PRÉCONISATIONS DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER POUR LA GÉNÉRALISATION DU DO

En 2016, l'Institut national du cancer a évalué l'efficacité de différentes modalités de DO en tenant compte des évolutions attendues de la population cible en termes d'âge et statut vaccinal anti-HPV et de la démographie médicale, des alternatives possibles de prélèvement (auto-prélèvement) et d'analyse des tests [7].

L'histoire naturelle du CCU a été reproduite par un modèle mathématique de microsimulation et plusieurs stratégies possibles de DO avec invitation des femmes non participantes au dépistage ont été testées incluant différents tests (frottis cervico-utérin, test HPV, double marquage immuno-histochimique p16/Ki67) et différents intervalles de dépistage (3, 5 et 10 ans).

Toutes les stratégies de DO permettent d'améliorer la couverture du dépistage, de diminuer l'incidence et la mortalité liée au CCU. Les réductions d'incidence et de mortalité étaient comprises entre 13 % et 26 % et les gains d'espérance de vie de 35 à plus de 60 ans. La limitation du surdépistage, le DO par FCU triennal avec autoprélèvement HPV et le DO par test HPV tous les 5 ans étaient les stratégies les plus efficaces.

L'étude a confirmé l'intérêt de déployer en France un programme de DO du CCU par FCU triennal puis à terme par test HPV tous les 5 ans et a conduit l'Institut national du cancer à formuler des préconisations de déploiement du programme (voir ci-dessus) [7].

LES ÉTAPES DE PRÉFIGURATION ET DE TRANSITION VERS LA GÉNÉRALISATION DU DO

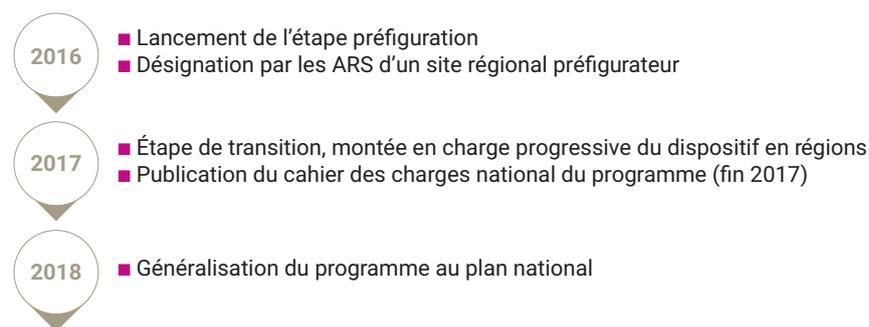
Le cahier des charges national du programme de DO sera publié fin 2017 pour une généralisation effective en 2018 (Figure 2) [8].

D'ici là, une étape de préfiguration de la généralisation a été lancée en 2016. Elle s'appuie sur des structures régionales de préfiguration désignée par les Agences régionales de santé dans chaque région. Les missions de ces structures régionales ont été précisées sur la base d'un cahier des charges d'étape vers la généralisation préparé dans le cadre des travaux du comité technique et de prospective du dépistage du CCU de l'Institut national du cancer [8].

En 2016, les missions de préfiguration à l'échelle régionale couvrent :

- les prises de contact, la mise en place d'un réseau des cabinets d'anatomocytopathologie ainsi que la mise en place d'un réseau des professionnels de santé (gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, sages-femmes);
- les prises de contacts avec les régimes et caisses d'assurance maladie en vue de conventions relatives aux échanges de fichiers;
- la définition de modalités de constitution de la base de données populationnelle pour les invitations et les suivis des personnes concernées (accords CNIL, extraction et stockage des données en vue d'une utilisation ultérieure, etc.).

Figure 2 : Calendrier et étapes de déploiement du Programme national de dépistage organisé du CCU



L'année 2017 sera une étape de transition entre la préfiguration et la généralisation du programme. Cette étape de transition consistera à :

- poursuivre les missions de préfiguration initiées en 2016 et relatives à la mise en place du programme;
- lancer des invitations en direction des femmes non participantes de la population cible au niveau infrarégional ou régional en suivant le schéma d'invitation progressif proposé;
- mettre en place des séances d'information et de formation des professionnels de santé, en particulier les professionnels de santé préleveurs;
- soutenir des projets d'intervention en santé publique concernant la lutte contre les inégalités sociales de santé et des stratégies intégrées de lutte contre le CCU (incluant la vaccination anti-HPV).

Références bibliographiques

- [1] INCa. Plan Cancer 2014-2019. Collection Documents institutionnels / Plan cancer. Février 2015.
- [2] Leone N, Voirin N, Roche L, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Programme partenarial Francim/HCL/InVS/INCa. Novembre 2015.
- [3] INCa. Prévention et dépistage du cancer du col de l'utérus. Collection Fiches repère / Prévention. Octobre 2013.
- [4] Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remonet L, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 - Partie 1 - Tumeurs solides. Programme partenarial Francim/HCL/InVS/INCa. Février 2016.
- [5] Duport N, Salines E, Grémy I. Premiers résultats de l'évaluation du programme expérimental de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus, France, 2010-2012. BEH. 2014 20/05/2014;13-14-15:228-33.
- [6] INCa. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus / étude médico-économique / Phase 1. Collection Appui à la décision / Dépistage et détection précoce. Janvier 2016.
- [7] INCa. Généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus / étude médico-économique / Phase 2. Collection Appui à la décision / Dépistage et détection précoce. Octobre 2016.
- [8] Instruction DGS/SP5/2016/166 du 25 mai 2016 relative aux modalités de désignation de structures régionales de préfiguration de la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus.

La cigarette électronique : une opportunité de réduire le nombre de cancers liés au tabac ?

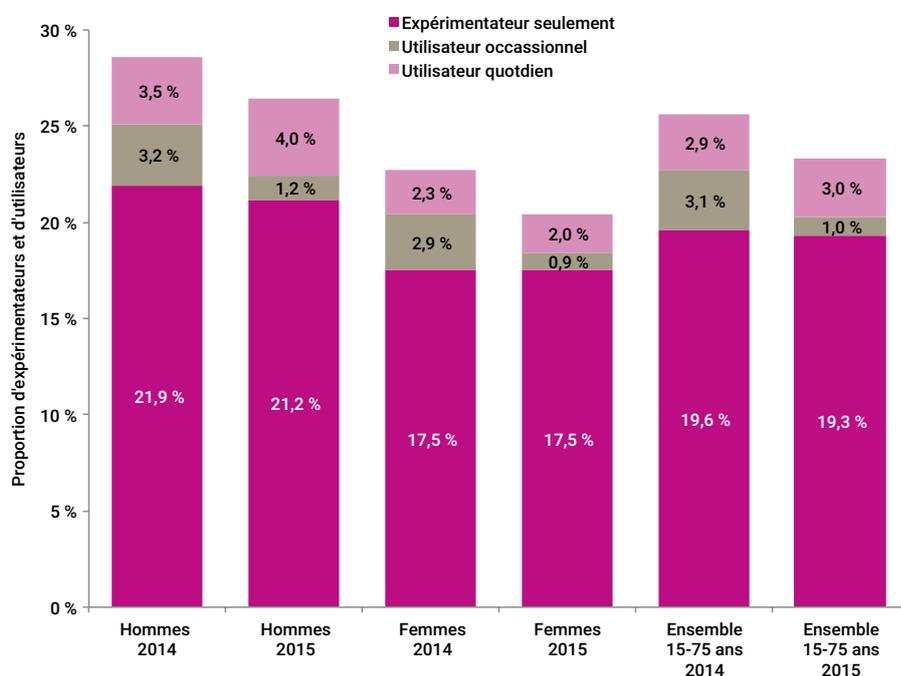
La cigarette électronique (e-cigarette) est un dispositif permettant d'inhaler de la vapeur obtenue par chauffage d'une solution liquide composée principalement de propylène glycol, de glycérol, d'arômes et le plus souvent de nicotine.

À la différence des cigarettes, elles ne contiennent pas de tabac, ne créent ni de fumée ni de combustion. Bien que la nicotine soit addictive et, à très haute dose, néfaste pour la santé, la cigarette électronique ne contient pas le vaste cocktail de produits chimiques cancérigènes trouvés dans le tabac combustible. Public Health England a estimé, dans un rapport publié en 2015, qu'utiliser la cigarette électronique serait 95 % moins nocif que le tabac [1].

L'utilisation exclusive de la cigarette électronique en tant qu'alternative au tabac et à l'acte de fumer pourrait représenter une opportunité de réduire la consommation de tabac et ainsi le nombre de décès par cancers liés au tabac, estimé aujourd'hui en France à près de 45 000 cas [2].

Au niveau européen, l'Euro-baromètre 2014 - enquête menée auprès de 27 460 personnes de plus de quinze ans et réparties dans les 28 pays de l'Union européenne - montre que 6 millions de fumeurs dans l'Union européenne ont arrêté de fumer, et plus de 9 millions ont réduit leur consommation de tabac fumé avec la cigarette électronique. Parmi les utilisateurs de cigarettes électroniques, 35 % ont arrêté de fumer du tabac, et 32 % en ont réduit leur consommation. De plus, l'utilisation de la cigarette électronique au sein de l'Union européenne est largement confinée à la population de fumeurs (actuels et anciens), et est minimale chez les non-fumeurs [3].

Figure 3 : Usage de cigarettes électroniques (expérimentation et usage occasionnel et quotidien) selon le sexe et l'année parmi les 15-75 ans



Source : Baromètre cancer 2015 et baromètre santé 2014 [4, 5]. Traitement : INCA 2016.

LA PRÉVALENCE DES UTILISATEURS DE CIGARETTES ÉLECTRONIQUES EN FRANCE

L'analyse des données du baromètre cancer 2015 - enquête menée par téléphone sur un échantillon représentatif de la population des 15-85 ans (n = 4139) résidant en France métropolitaine - montre qu'en 2015, 23,3 % des 15-75 ans déclarent avoir expérimenté la cigarette électronique (26,3 % des hommes et 20,4 % des femmes, p < 0,001) (Figure 3) [4]. Son usage actuel (regroupant utili-

sateur occasionnel et quotidien) concerne 4,0 % des 15-75 ans (5,2 % des hommes et 2,9 % des femmes, p < 0,01), et la prévalence de l'usage quotidien est de 3,0 % (4,0 % des hommes et 2,0 % des femmes, p < 0,05).

Par rapport aux résultats du baromètre santé 2014, les niveaux d'expérimentation (25,6 % en 2014, p < 0,05) et d'usage actuel (5,9 % en 2014, p < 0,001) se révèlent en baisse, tandis que l'usage quotidien apparaît stable [4, 5]. Par conséquent, au sein des utilisateurs de cigarette électronique, la part d'utilisateurs quotidiens apparaît en forte hausse, passant de 48,6 % en 2014 à 74,2 % en 2015 (p < 0,001).

L'usage actuel a particulièrement baissé parmi les femmes, passant de 5,2 % à 2,9 % (Figure 3). L'usage quotidien est stable quels que soient le sexe (Figure 3) et la tranche d'âge (Figure 4) en dehors des 65-75 ans pour lesquels on observe une augmentation significative ($p < 0,05$).

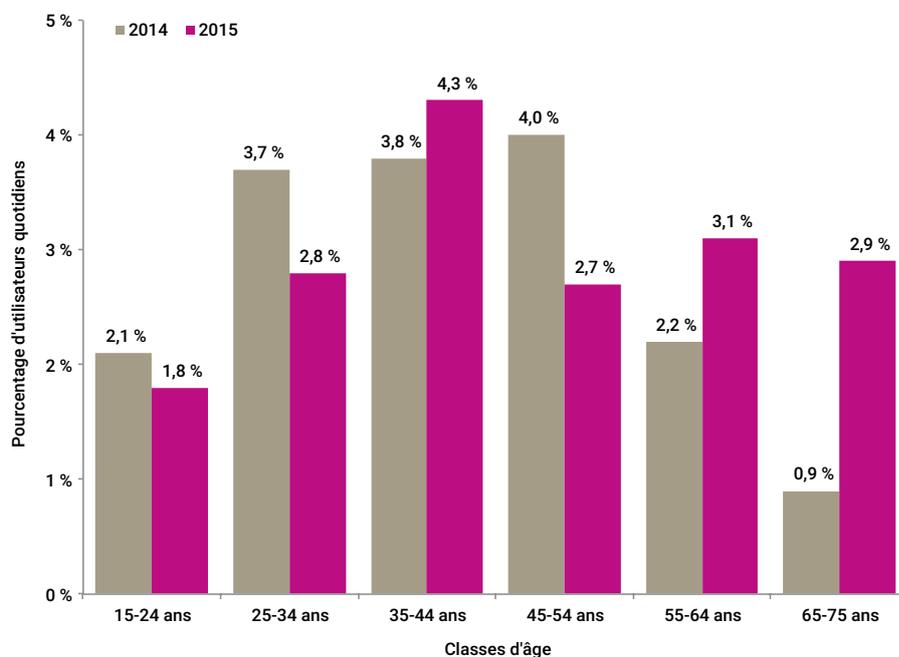
Comme cela avait été observé en 2014, l'expérimentation de la cigarette électronique est beaucoup plus fréquente parmi les fumeurs (52,3 %) que parmi les non-fumeurs (8,0 %, $p < 0,001$). Les utilisateurs de cigarettes électroniques actuels sont par ailleurs 71 % à également fumer du tabac, cette proportion se révélant en baisse significative relativement à 2014 (83 %, $p < 0,05$), la proportion d'ex-fumeurs au sein des utilisateurs de cigarettes électroniques ayant augmenté, passant de 15 % à 26 % ($p < 0,05$) (Figure 5) [4].

LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE PERMET-ELLE L'ARRÊT DU TABAC ?

Le Haut Conseil de santé publique (HCSP) a actualisé en février 2016 son avis d'avril 2014 relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique étendue en population générale: la cigarette électronique peut être considérée comme une aide pour arrêter ou réduire la consommation de tabac des fumeurs. Il recommande d'informer, sans en faire la publicité, les professionnels de santé et les fumeurs que la cigarette électronique est une aide à l'arrêt du tabac et un mode de réduction des risques du tabac en usage exclusif [6].

Ces recommandations s'appuient notamment sur des publications scientifiques

Figure 4: Usage quotidien de cigarettes électroniques par tranche d'âge en 2014 et 2015



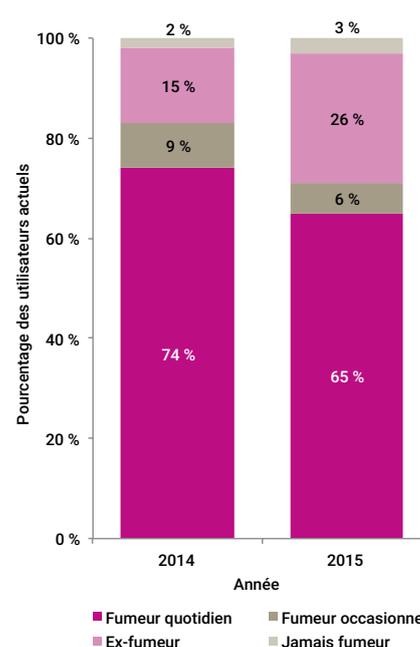
Source: Baromètre cancer 2015 et baromètre santé 2014 [4, 5]. Traitement: INCa 2016.

telles que la revue *Cochrane* [7] et deux essais comparatifs randomisés [8, 9]. Ces travaux ont montré qu'aucune différence significative n'existe pour l'abstinence à six mois de la consommation de tabac entre la cigarette électronique avec nicotine et les patches. Une réduction significative du nombre de cigarettes fumées est toutefois observée en faveur de la cigarette électronique avec nicotine contre les patches.

Une étude observationnelle publiée en 2016 a montré qu'en Angleterre, un recours plus fréquent aux cigarettes électroniques est associé à un taux plus élevé de tentatives réussies d'arrêt du tabac [10].

Une mise à jour de la revue *Cochrane* a été publiée en septembre 2016, n'intégrant pas de nouvel essai randomisé. Toutefois, 11 nouvelles études, majoritairement observationnelles, dont certaines mesurant les effets secondaires ont été incluses. Il n'a été trouvé aucun effet indésirable grave de l'utilisation de cigarettes électroniques sur une durée de 2 ans. Les irritations de la gorge et de la bouche ont été les effets indésirables les plus fréquemment

Figure 5: Statut tabagique des utilisateurs de cigarettes électroniques actuels en 2014 et 2015



Source: Baromètre cancer 2015 et baromètre santé 2014 [4,5]. Traitement: INCa 2016.

UNE RÉDUCTION SIGNIFICATIVE DU NOMBRE DE CIGARETTES FUMÉES EST TOUTEFOIS OBSERVÉE EN FAVEUR DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE AVEC NICOTINE CONTRE LES PATCHS.

signalés à court et à moyen terme [11]. D'autres études sur l'efficacité et l'innocuité sont encore nécessaires pour inscrire la cigarette électronique dans l'arsenal médical pour l'arrêt du tabac, a indiqué la Haute Autorité de santé dans un avis paru en novembre 2015 [12]. Les recommandations en vigueur de la HAS sur le sevrage tabagique invitent les professionnels de santé à ne pas dissuader les patients de son utilisation lorsque celle-ci s'inscrit dans le cadre d'une démarche d'arrêt complet du tabac.

LE FINANCEMENT DE LA RECHERCHE SUR LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE EN FRANCE

Pour répondre aux nombreuses questions en suspens sur les cigarettes électroniques, l'Institut national du cancer participe au financement, avec les ministères de la Santé et de la Recherche dans ce domaine. Il s'agit notamment de répondre aux questions sur l'impact à long terme de l'usage de la cigarette électronique, les conséquences plus larges de la cigarette électronique en particulier sur les jeunes, et de mieux appréhender l'efficacité et de mieux comprendre les trajectoires d'arrêt du tabac des consommateurs de cigarette électronique. Deux projets ont été financés dans le cadre de l'appel à projet priorité Tabac lancé en 2016 :

- le projet cig-electra : étude longitudinale des trajectoires de consommation

de cigarettes électroniques et de tabac dans la cohorte CONSTANCES, projet coordonné par Marie Zins – Inserm ;

- le projet YEMI – Marketing et e-cigarette : état des lieux et influences sur les jeunes. Projet coordonné par Véronique Resgnier-Denois de l'Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth - Centre Hygée.

Le ministère de la Santé finance en 2016 dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) un essai randomisé en double aveugle, destiné à évaluer l'efficacité de la cigarette électronique avec nicotine dans l'arrêt du tabac.

Les résultats de ces projets de recherche permettront de répondre aux questions et de suivre les tendances relatives à l'usage de la cigarette électronique.

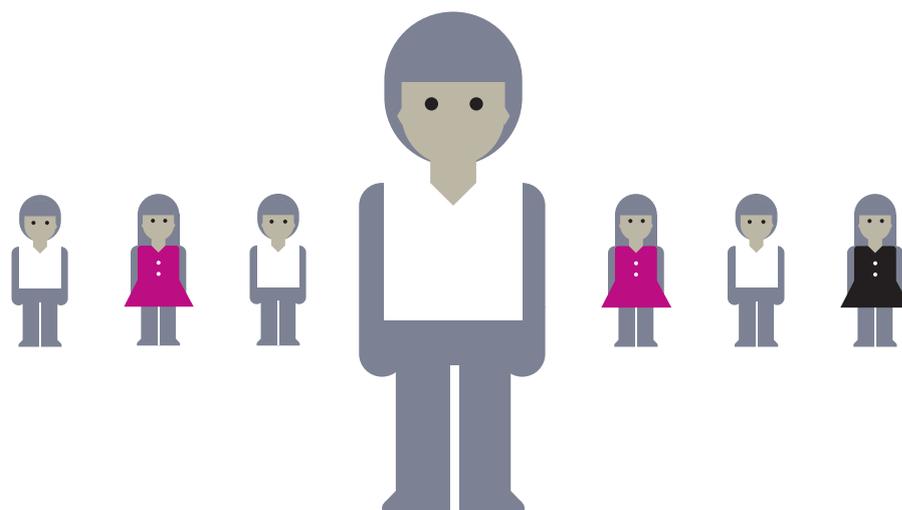
De nombreux projets sur la cigarette électronique ont été déposés dans l'édition 2017 de l'appel à projet Priorité Tabac, confirmant que la recherche en France sur le sujet se développe. La

sélection des projets par un comité scientifique indépendant aura lieu en février 2017.

CONCLUSION

En France, l'utilisation de la cigarette électronique enregistrée depuis 2012 ralentit, avec un marché moins dynamique en 2015 que les années précédentes [13]. L'expérimentation et l'usage actuel de la cigarette électronique sont en baisse entre 2014 et 2015, tandis que l'usage quotidien est stable à 3,0 %. Ces résultats semblent ainsi montrer d'une part que la diffusion de la cigarette électronique a nettement ralenti, et d'autre part que son utilisation est désormais majoritairement quotidienne [4].

Il faut noter que la prévalence d'expérimentation de la cigarette électronique diminue entre 2014 et 2015. Bien qu'il faille rester prudent concernant l'analyse de ces données, l'engouement pour



L'EXPÉRIMENTATION ET L'USAGE ACTUEL DE LA CIGARETTE ÉLECTRONIQUE SONT EN BAISSSE ENTRE 2014 ET 2015, TANDIS QUE L'USAGE QUOTIDIEN EST STABLE À 3 %

**73 000 DÉCÈS PAR AN,
EN FRANCE,
SONT ATTRIBUABLES
AU TABAC,
DONT PLUS
DE 60 % PAR CANCER**



la cigarette électronique devient moins prononcé auprès des personnes souhaitant essayer d'arrêter de fumer du tabac. La multitude d'études et d'informations sur la cigarette électronique, souvent contradictoires et de qualité scientifique variable [1, 6], et les nombreuses questions auxquelles il faut encore répondre, pourraient conduire les fumeurs à être plus hésitants à l'utiliser comme moyen de substitution.

Sachant que la prévalence du tabagisme en 2015, parmi les 15-75 ans est de 34,6 % et celle du tabagisme quotidien de 28,8 %, et que 73000 décès par an, en France, sont attribuables au tabac (dont plus de 60 %

par cancer) [2], l'effort engagé dans la lutte contre le tabagisme a été accru avec le Programme national de réduction du tabagisme dont les objectifs sont très ambitieux, et qui comporte des mesures fortes comme la mise en place du paquet neutre. Cet effort doit être approfondi. Parmi les leviers pour réduire la consommation de tabac, les augmentations de prix, rapprochées et importantes ont démontré leur

effet. L'augmentation récente de 15 % du prix du tabac à rouler, voie d'entrée des jeunes dans le tabagisme, va dans ce sens.

Dans cet ensemble de mesures, la cigarette électronique pourrait représenter, à terme, un moyen de sevrage supplémentaire pour aider les fumeurs qui décident d'arrêter ou de réduire leur consommation.

Références bibliographiques

- [1] Public Health England. E-cigarettes: an evidence update. Août 2015.
- [2] Bonaldi C, Andriantafika F, Chyderiotis S, et al. Les décès attribuables au tabagisme en France. Dernières estimations et tendance, années 2000 à 2013. BEH. 2016;30-31:528-540.
- [3] Farsalinos KE, Poulas K, Voudris V, et al. Electronic cigarette use in the European Union: analysis of a representative sample of 27 460 Europeans from 28 countries. *Addiction*. 2016;111(11):2032-2040.
- [4] Andler R, Richard J, Guignard R, et al. Consommation de tabac et utilisation d'e-cigarette en France en 2015 : premiers résultats du Baromètre cancer 2015. BEH. 2016.
- [5] Guignard R, Beck F, Wilquin J-L, et al. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. BEH. 2015;17-18:281-8.
- [6] HCSP. Avis relatif aux bénéfices-risques de la cigarette électronique ou e-cigarette étendus en population générale. 22/02/2016
- [7] McRobbie H, Bullen C, Hartmann-Boyce L, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014.
- [8] Bullen C, Howe C, Laugesen M, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 382(9905):1629-1637.
- [9] Caponnetto P, Campagna D, Cibella F, et al. Efficacy and Safety of an eElectronic cigarette (ECLAT) as Tobacco Cigarettes Substitute: A Prospective 12-Month Randomized Control Design Study. *PLoS One*. 2013;8(6):e66317.
- [10] Beard E, West R, Michie S, et al. Association between electronic cigarette use and changes in quit attempts, success of quit attempts, use of smoking cessation pharmacotherapy, and use of stop smoking services in England: time series analysis of population trends. *BMJ*. 2016;354.
- [11] Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Bullen C, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2016.
- [12] Collège de la HAS. Avis N° 2015.0100/AC/SBPP du 4 novembre 2015 du collège de la Haute Autorité de santé sur la nécessité d'actualiser la recommandation de bonne pratique : « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours » (octobre 2014), suite au rapport sur la cigarette électronique du Public Health England.
- [13] Lermenier-Jeannet A. Tabagisme et arrêt du tabac en 2015. OFDT. Février 2016.

3/ LES FAITS MARQUANTS

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS

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), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa) sur la durée du troisième Plan cancer 2014-2019.

L'édition 2016 est marquée par la publication, pour la première fois en France, des données de survie nette à 15 ans des personnes de moins de 75 ans diagnostiquées entre 1989 et 1998, ainsi que la mise à disposition des données de mortalité par départements sur la période 2011-2013. Cette édition présente également la position de la France par rapport aux autres pays en termes d'incidence, de mortalité et de survie nette avec les dernières données récemment publiées.



LES FACTEURS DE RISQUE COMPORTEMENTAUX

Tabac

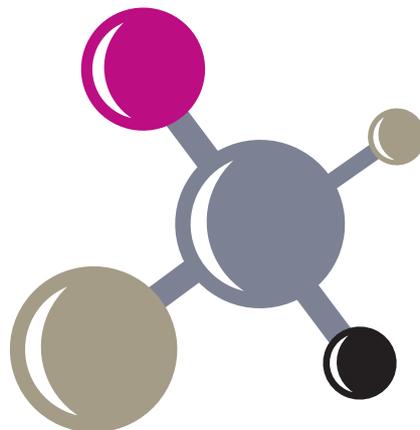
Le tabagisme tue près de 6 millions de personnes chaque année dans le monde, soit près de 10 % de la mortalité mondiale, dont 600 000 par tabagisme passif. En France, on estime que le tabac est responsable de 73 000 décès en 2013, dont 45 000 par cancer.

Dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé de janvier 2016, la lutte contre le tabagisme est renforcée par l'instauration, à partir de mai 2016, de paquets de cigarettes neutres, ayant tous la même forme, la même taille, la même couleur et la même typographie, sans aucun logo.

Alcool

Deuxième cause de mortalité évitable par cancer (15 000 décès par an ou 9,5 % de la mortalité par cancer), la consommation d'alcool en France reste en 2014 parmi les plus élevées d'Europe, avec 12 litres d'alcool pur par habitant de 15 ans et plus (équivalent de 2,6 verres standard par jour).

La Cour des comptes a conduit, en 2016, une évaluation des politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool. Ce rapport préconise d'agir plus efficacement sur la publicité, d'encadrer davantage l'information sur les produits alcoolisés et le lobbying des milieux économiques, d'agir sur la fiscalité, et de rénover la législation sur les débits de boissons.



Facteurs nutritionnels

Il est estimé que 20 à 25 % des cancers sont imputables aux comportements alimentaires.

La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 propose des mesures concernant la prévention nutritionnelle, notamment dans la lutte contre l'obésité (articles 14 à 16).

LES AUTRES
FACTEURS DE RISQUES

Environnement

Les principales actions de prévention environnementale en 2016 sont les suivantes :

- **Pollution** : interdiction des véhicules trop polluants à Paris, certificats sur la qualité de l'air pour les voitures, subventions pour les transports écologiques, mise en place de l'indemnité kilométrique vélo et l'interdiction des sacs plastiques.
- **Imagerie médicale** : publication des premières estimations de risques de cancer associés aux expositions au scanner attendue fin 2016 (projet EPI-CT).
- **Radon** : le Plan radon est en cours d'élaboration.
- **UV** : dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé de 2016, plusieurs mesures sont renforcées pour mieux encadrer l'activité liée aux cabines UV.

- **Pesticides** : un renforcement de l'encadrement réglementaire de l'utilisation des produits phytosanitaires et biocides a été demandé par le ministère de l'Écologie et de l'Environnement en juillet 2016.

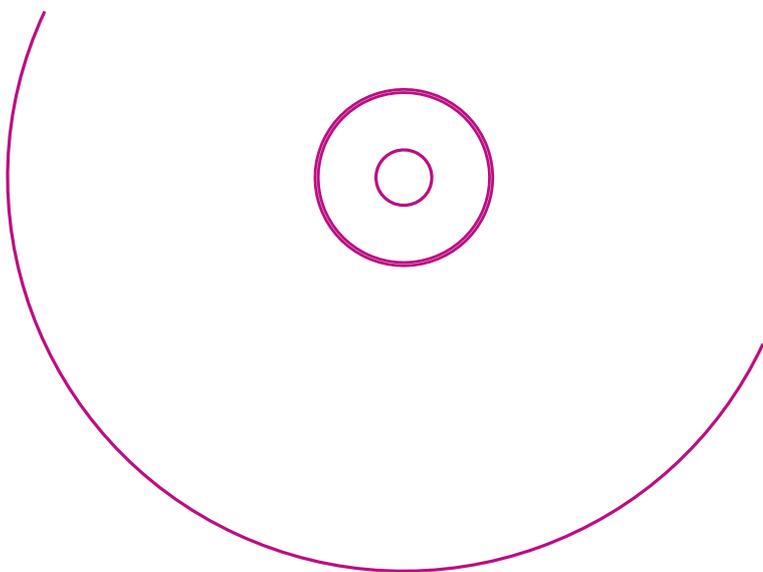
La loi de modernisation de notre système de santé de 2016 place la santé en cohérence avec la recherche et la prévention de risques. Parmi les principales dispositions concernant l'environnement figure l'intégration - pour l'évaluation des risques - de l'ensemble des expositions tout au long de la vie (notion d'exposome).

Milieu professionnel

En 2016, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a mis à jour l'expertise relative aux risques de cancer liés au travail de nuit, établissant un lien avec le cancer du sein avec des éléments de preuves limités. L'Anses a également publié des rapports d'expertise collective sur les facteurs de risques professionnels éventuellement en lien avec la surmortalité des égoutiers et sur les expositions aux pesticides des personnes travaillant dans l'agriculture.



**IL EST ESTIMÉ QUE 20 À 25 %
DES CANCERS SONT IMPUTABLES
AUX COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES**



LE DÉPISTAGE

Cancer du sein

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. Le rapport final du comité d'orientation de la concertation sur le dépistage du cancer du sein a été remis à la Ministre des Affaires sociales et de la Santé et rendu public en octobre 2016. À la lumière des propositions, l'Institut national du cancer a élaboré des recommandations et proposé de retenir le scénario d'un profond renouvellement du programme de dépistage du cancer du sein. Un plan d'actions sera élaboré en fin d'année 2016, abordant notamment l'information des femmes et des professionnels de santé, le rôle des médecins traitants dans le programme, l'équité d'accès au dépistage et aux éventuels examens complémentaires, la qualité et l'évaluation du programme, ou encore l'effort de recherche sur l'histoire naturelle des cancers du sein et les marqueurs d'évolutivité en particulier.

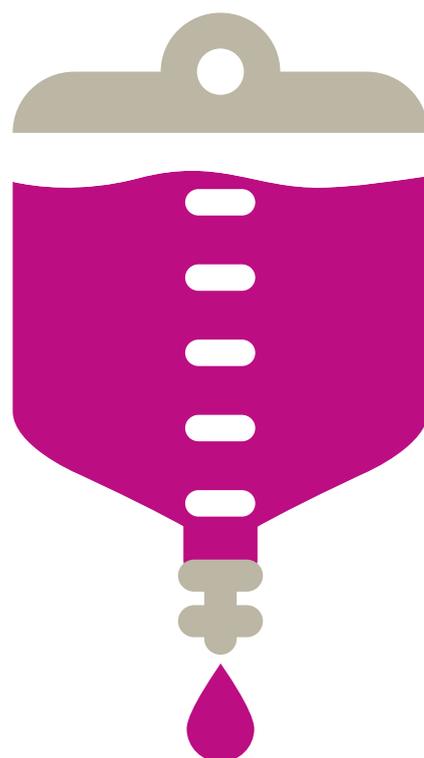
Cancer colorectal

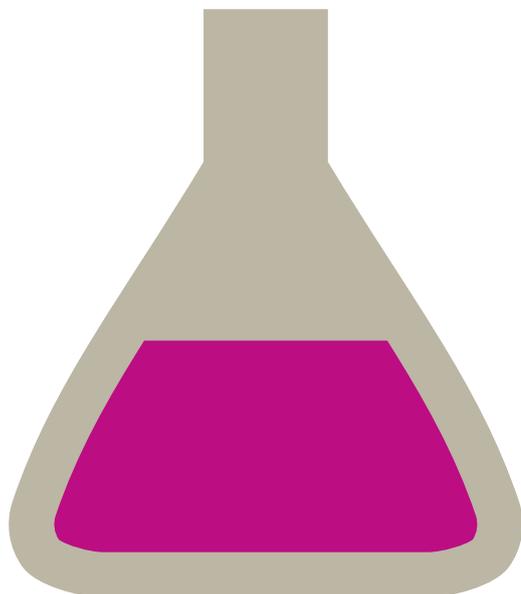
À la suite de la publication au Journal officiel du 4 octobre 2014 de l'arrêté portant l'introduction du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal, les tests immunologiques ont été rendus disponibles à partir du 14 avril 2015. Le nouveau test ne nécessite qu'un seul prélèvement visant à rechercher la présence d'hémoglobine humaine dans les selles.

Entre avril 2015 et août 2016, 7,6 millions de kits ont été commandés et plus de 3,6 millions de tests ont été lus par le laboratoire (en moyenne 72 000 tests par semaine). Le taux de tests positifs était de 4,6 %. Les estimations sur le taux de participation effectif et les données sur l'impact en termes de détection de lésions précancéreuses et cancéreuses au niveau national seront disponibles en 2017.

LES SOINS

L'analyse de l'activité en cancérologie en milieu hospitalier en 2015 montre une poursuite de l'augmentation des dépenses relatives aux molécules anticancéreuses facturées en sus des prestations d'hospitalisation de court séjour (+ 6,2 % par rapport à 2014).





LA VIE APRÈS LE CANCER

L'Observatoire sociétal des cancers, créé sous l'égide de la Ligue nationale contre le cancer, a publié son 5e rapport en juin 2016. Ce rapport porte sur les aidants de personnes atteintes de cancer.

L'Observatoire du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) sur les droits des malades a publié en mars 2016 sa 9e édition du baromètre des droits des malades.

Les partenaires de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) ont abouti à un accord sur une grille de référence (publiée le 4 février 2016) relative aux conditions d'accès à une assurance emprunteur sans surprime ni exclusion, pour 6 types d'affection dont 5 cancers.

LA RECHERCHE

Pour toutes les structures soutenues par l'Institut national du cancer, qui entend optimiser les infrastructures proposées tout en garantissant une couverture nationale, cette année a marqué un véritable tournant : les SIRIC ont fait l'objet d'une évaluation à mi-parcours, les labellisations des CLIP² et des Cancéropôles ont été renouvelées.

Parmi les initiatives dédiées à la médecine personnalisée, le programme AcSé vise à fournir aux patients un accès à des traitements anticancéreux basés sur les tests moléculaires réalisés dans les 28 plateformes de génétique moléculaire, à améliorer la sécurité d'accès à ces médicaments et à permettre l'évaluation de l'efficacité d'une thérapie ciblée en dehors d'une indication approuvée. Ce programme est présenté dans la revue Nature Reviews Clinical Oncology et est étendu à l'oncopédiatrie en 2016.

LE PROGRAMME ACSÉ
VISE À FOURNIR
AUX PATIENTS
UN ACCÈS À DES
TRAITEMENTS
ANTICANCÉREUX
BASÉS SUR LES TESTS
MOLÉCULAIRES
RÉALISÉS DANS LES
28 PLATEFORMES
DE GÉNÉTIQUE
MOLÉCULAIRE

Pour plus d'informations
e-cancer.fr

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

Tél. +33 (1) 41 10 50 00

ISBN 978-2-37219-266-8
ISBN net 978-2-37219-267-5

ETKARFSYNI6

e-cancer.fr

