



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

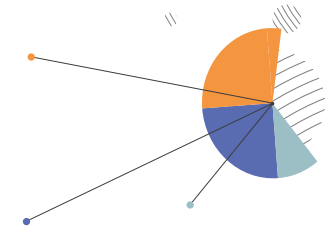
*Liberté
Égalité
Fraternité*



**Édition
2024**

Panorama des cancers en France

Panorama des cancers en France



Pour la **quatrième édition** du Panorama des cancers en France, l'Institut national du cancer (INCa), chargé de coordonner la lutte contre les cancers, propose une version synthétique reprenant en quelques pages l'essentiel des chiffres des cancers en France. Cette synthèse a pour objectif de rassembler des données récentes et fiables pour informer le grand public et les professionnels, et éclairer les décideurs et les parties prenantes de la lutte contre les cancers. **L'édition 2024 du Panorama des cancers en France**, organisée comme celle de 2023, présente les actualisations intervenues depuis. Les principales thématiques concernent l'épidémiologie de l'ensemble des cancers et des principales localisations, ainsi que la prévention, le dépistage et les soins du cancer.

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

4 Édito

5 Données épidémiologiques générales

- 6 Les cancers en chiffres
- 10 Les données d'incidence
- 12 Évolution du nombre estimé de cas de cancers depuis 1990 en France

15 Données par type de cancer

- 16 Le cancer du poumon
- 17 Le cancer du sein
- 18 Le cancer de la prostate
- 19 Le cancer colorectal
- 20 Le cancer du pancréas
- 21 Le cancer du foie
- 22 Deux cancers gynécologiques
- 23 Le mélanome cutané

25 La prévention et les soins

- 26 Les facteurs de risque
- 28 **FOCUS** : La vaccination contre les papillomavirus humains (HPV)
- 30 Les dépistages
- 32 Les soins
- 34 **FOCUS** : Recherche en cancérologie pédiatrique, une structuration renforcée

- 35 Glossaire
- 36 **Institut national du cancer**
- 38 Pour en savoir plus

Des progrès pour tous, de l'espoir pour demain

L'année passée a été marquée par des avancées significatives dans la recherche, le diagnostic et le traitement des cancers. Les progrès scientifiques et médicaux, soutenus par une collaboration sans précédent entre chercheurs, cliniciens et institutions, nous rapprochent chaque jour un peu plus de notre objectif commun : réduire l'incidence et la mortalité des cancers, tout en améliorant la qualité de vie des patients.

La projection publiée par l'Institut dépasse 433 000 nouveaux cas de cancers en 2023. Même si elle était prévisible, même si elle témoigne surtout de l'évolution démographique de notre pays (accroissement et vieillissement de la population), la mobilisation nationale incarnée par la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 est plus que jamais nécessaire pour augmenter l'impact de nos actions et réduire le poids du cancer dans notre pays.

Renforcer les capacités locales, améliorer l'accès aux technologies de pointe et sensibiliser les populations locales sont des étapes cruciales pour combler ces écarts et offrir à tous les patients les meilleures chances de survie.

Cette nouvelle édition du Panorama des cancers se veut une ressource précieuse pour tous les acteurs impliqués dans la lutte contre les cancers, que vous soyez un professionnel de santé, un patient, un proche ou simplement une personne désireuse de s'informer. Elle offre une vue d'ensemble des données récentes sur les cancers et illustre les progrès réalisés comme les défis restant à relever.

NORBERT IFRAH,
PRÉSIDENT

THIERRY BRETON,
DIRECTEUR GÉNÉRAL

1

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES GÉNÉRALES

Ce premier chapitre présente les données essentielles
les plus récentes sur les cancers en France.

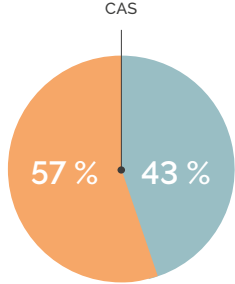
**NOUVEAUX CAS • DÉCÈS • INCIDENCE • LOCALISATIONS
ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC • TAUX DE SURVIE ET DE MORTALITÉ
PRÉVALENCE • CANCERS PÉDIATRIQUES • DONNÉES D'INCIDENCE**

Les cancers en chiffres

En France, les cancers représentent la première cause de décès chez l'homme, et la deuxième chez la femme.

NOUVEAUX CAS DE CANCERS EN 2023

433 136
CAS



245 610 HOMMES
187 526 FEMMES

TSM D'INCIDENCE :
354,9 HOMMES
274 FEMMES
POUR 100 000

ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC EN 2023

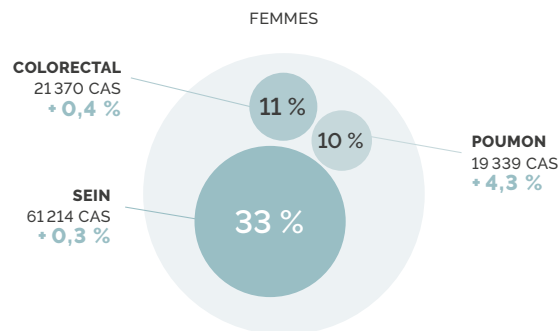
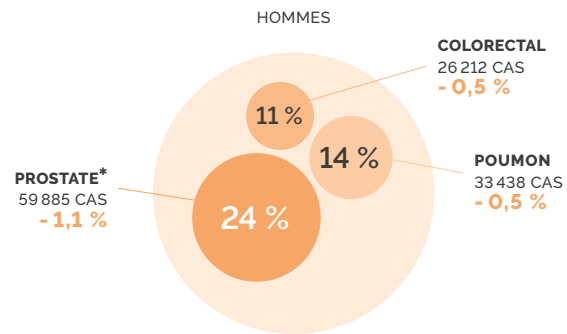
70 ans
CHEZ LES HOMMES

68 ans
CHEZ LES FEMMES

QUELS SONT LES CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS EN 2023 ET COMMENT ÉVOLUE LEUR INCIDENCE ?

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. Chez les femmes, deux cancers en particulier montrent une augmentation préoccupante : le cancer du poumon et le cancer du pancréas.

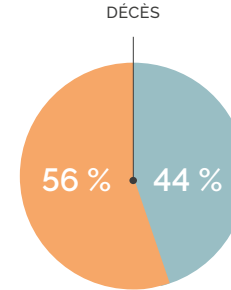
NOMBRE DE CAS EN 2023 ET ÉVOLUTION DU TAUX D'INCIDENCE ENTRE 2010 ET 2023



* À noter : pour la prostate, les dernières données disponibles datent de 2018.

NOMBRE DE DÉCÈS PAR CANCER EN 2021

162 400
DÉCÈS



90 900 HOMMES
71 500 FEMMES

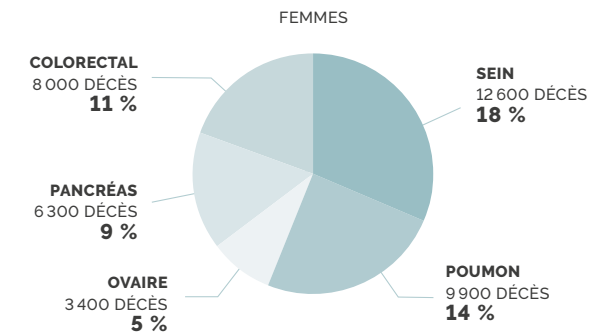
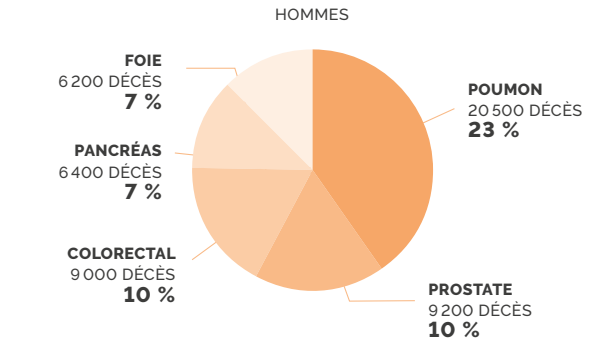
TSM MORTALITÉ :
111,9 HOMMES
69,3 FEMMES
POUR 100 000

ÂGE MÉDIAN AU DÉCÈS PAR CANCER EN 2018

73 ans
CHEZ LES HOMMES

75 ans
CHEZ LES FEMMES

QUELLES SONT LES LOCALISATIONS LES PLUS FRÉQUENTES LIÉES AU DÉCÈS EN 2021 ?



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

ÉVOLUTION ANNUELLE DU TAUX STANDARDISÉ MONDE (TSM*)

Entre 1990 et 2023, le nombre de nouveaux cas de cancers a doublé, avec une augmentation de 98 % chez l'homme et de 104 % chez la femme, toutes localisations confondues. Cette augmentation est principalement liée à des évolutions démographiques (en taille et en structure) et secondairement à une augmentation du risque de cancers.

↑ **+0,3 %** CHEZ LES HOMMES
↑ **+0,9 %** CHEZ LES FEMMES

ÉVOLUTION ANNUELLE DU TAUX DE MORTALITÉ STANDARDISÉ

La diminution globale de la mortalité entre 2011 et 2021 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 :

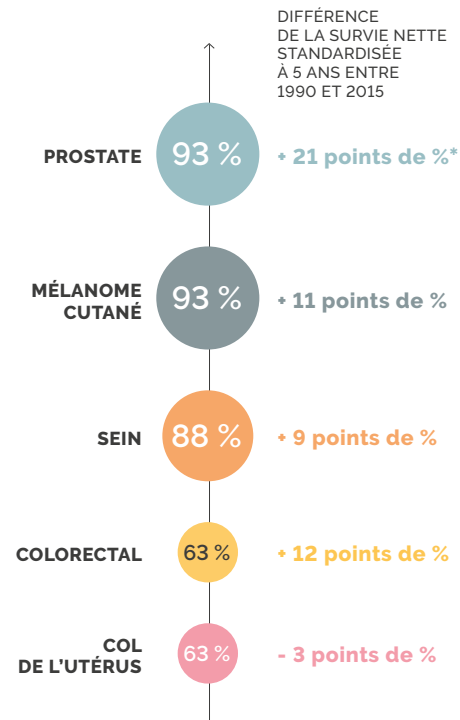
↓ **-2,1 %** PAR AN CHEZ LES HOMMES
↓ **-0,6 %** PAR AN CHEZ LES FEMMES

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

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

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

SURVIE NETTE STANDARDISÉE À 5 ANS ENTRE 2010 ET 2015 ET DIFFÉRENCE DE LA SURVIE NETTE STANDARDISÉE À 5 ANS ENTRE 1990 ET 2015



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

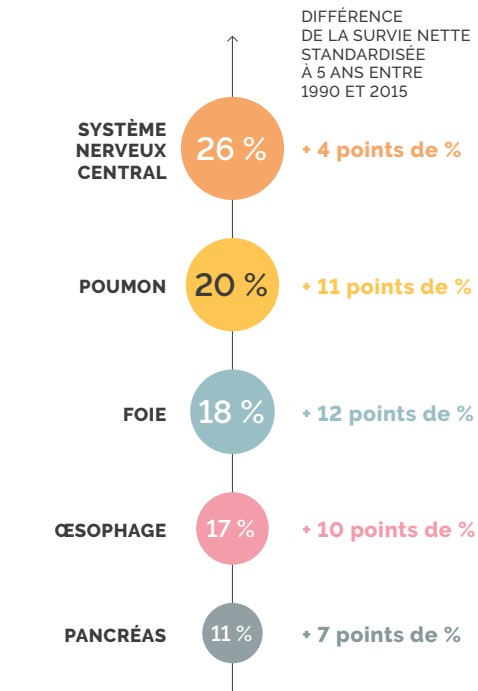
PRÉVALENCE DES CANCERS

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.

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.

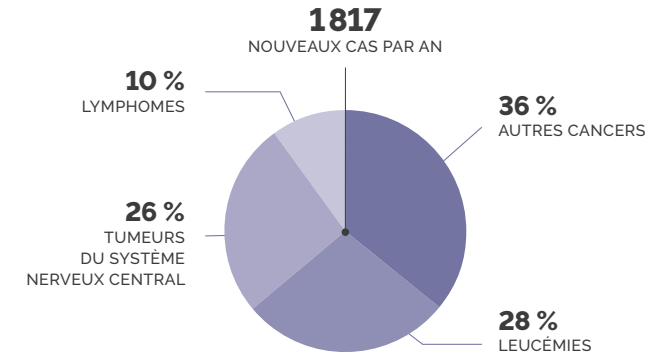
SURVIE NETTE STANDARDISÉE 2010-2015 ET DIFFÉRENCE DE LA SURVIE NETTE STANDARDISÉE À 5 ANS ENTRE 1990 ET 2015



LES CANCERS PÉDIATRIQUES

LES ENFANTS DE 0 À 14 ANS

Sur la période 2014-2020, le Registre national des cancers de l'enfant (RNCE) a recensé 12 719 cas de cancers chez les enfants de 0 à 14 ans en France.

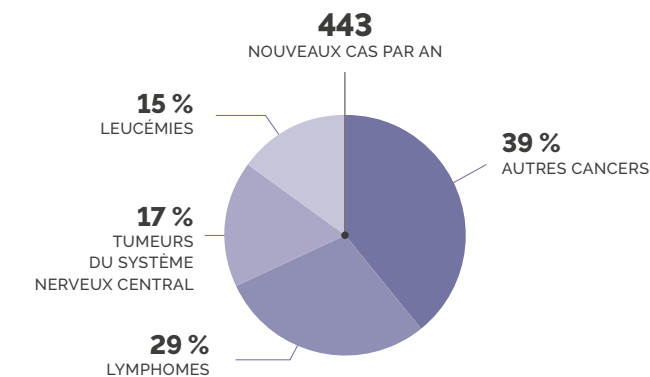


TAUX DE SURVIE DES ENFANTS DIAGNOSTIQUÉS ENTRE 2000 ET 2016

92 % UN AN APRÈS LE DIAGNOSTIC
83 % CINQ ANS APRÈS LE DIAGNOSTIC

LES ADOLESCENTS DE 15 À 17 ANS

Sur la période 2014-2020, 2 215 cas de cancers ont été enregistrés chez les 15-17 ans en France.



TAUX DE SURVIE DES ADOLESCENTS DIAGNOSTIQUÉS ENTRE 2000 ET 2004

94 % À UN AN
82 % À CINQ ANS

ÉCLAIRAGE

Les données épidémiologiques des cancers pédiatriques

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

Depuis 2011, ces deux registres couvrent également les départements et régions d'outre-mer. La couverture des deux registres, initialement dédiée aux enfants de moins de 15 ans, a été, ces dernières années, étendue aux 15-17 ans. Ils recueillent les données relatives au diagnostic et au traitement, et surveillent l'évolution de la survie comme la survenue d'éventuels effets tardifs de la maladie ou des traitements. Ces deux registres participent à un programme partenarial scientifique entre Francim, le Réseau français des registres de cancers, les Hospices civils de Lyon, Santé publique France et l'Institut national du cancer.

ÉCLAIRAGE

Pourquoi les données d'incidence du cancer ne sont pas publiées chaque année ?

Le cancer est une maladie aiguë, dont on peut guérir, mais qui est aussi spontanément mortelle. En raison des progrès constants en matière de survie, son évolution peut se faire sur plusieurs mois, voire plusieurs années, contrairement aux maladies infectieuses (gastroentérite, grippe, Covid-19), qui sont de survenue brutale et d'évolution rapide.

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

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

Les données d'incidence

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

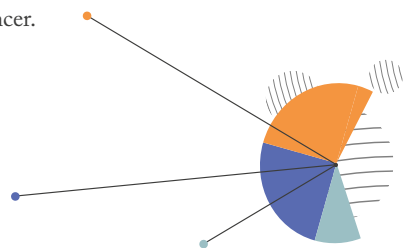
QU'EST-CE QUE L'INCIDENCE ?

L'incidence représente le nombre de nouveaux cas d'une pathologie au sein d'une population ou d'une zone géographique et sur une période définie, en général une année. Elle est à différencier du taux d'incidence, qui s'exprime en nombre de personnes pour 100 000 personnes-années (PA). Ce taux est calculé en divisant le nombre de cas survenus dans l'année par la taille de la population observée en milieu d'année.

D'OÙ PROVIENNENT LES DONNÉES D'INCIDENCE ?

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

Les données nationales sont produites à partir de modélisations statistiques des données issues de ces registres. Pour les cancers pédiatriques, 2 registres nationaux produisent des données d'incidence de l'enfant et de l'adolescent. Leur particularité est de recenser tous les cas de cancers sur le territoire français.



QUELS FACTEURS PEUVENT EXPLIQUER L'ÉVOLUTION DE L'INCIDENCE DES CANCERS ?

L'évolution de l'incidence des cancers dans une population dépend de trois facteurs : sa taille, sa moyenne d'âge et les facteurs de risque de cancers auxquels les personnes ont été exposées.

ÉVOLUTION DE LA TAILLE DE LA POPULATION

Plus la population augmente dans une zone géographique donnée, plus le nombre de cas augmente. Ainsi, sur la période 1990-2023, l'augmentation de la population explique 30 % des cas supplémentaires de cancers chez les hommes et 30 % chez les femmes.

ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE D'ÂGE

Plus une personne est âgée, plus son risque d'avoir un cancer augmente. De ce fait, si la population étudiée a tendance à vieillir au cours du temps, le nombre de nouveaux cancers augmente. L'âge médian au diagnostic est de 70 ans et de 68 ans respectivement chez l'homme et la femme. En France, sur la période 1990-2023, la population âgée de 60 à 90 ans est passée de 15,8 % à 24,4 % chez les hommes (soit une augmentation de 54,3 %) et de 20,8 % à 27,6 % chez les femmes (soit une augmentation de 32,6 %). Sur la période 1990-2023, le vieillissement de la population explique 48 % des cas supplémentaires de cancers chez les hommes et 27 % chez les femmes.

ÉVOLUTION DU RISQUE DE CANCER

La variation des taux standardisés sur la population mondiale (TSM) reflète l'évolution du risque de cancers indépendamment des évolutions démographiques. Par exemple, la variation du TSM de l'incidence du cancer du poumon chez la femme reflète une augmentation du risque de ce cancer (reflet principalement du tabagisme et des pratiques diagnostiques).

Par ailleurs, de nombreux facteurs évitables augmentent le risque de développer un cancer, comme le tabac, l'alcool ou une alimentation déséquilibrée, qui relèvent de comportements individuels et peuvent être modifiés par chacun.

Même si elles sont à l'origine de beaucoup moins de cas de cancers que les autres facteurs de risque (en l'état actuel des connaissances internationales), les expositions collectives aux facteurs environnementaux jouent aussi un rôle et peuvent être modifiées par des mesures collectives. D'après le rapport du Centre international de recherche sur le cancer, en 2018, le tabagisme est responsable de 28,5 % des nouveaux cas de cancers chez l'homme

et de 9,3 % chez la femme ; l'alcool est responsable de 8,5 % des nouveaux cas de cancers chez l'homme et de 7,5 % chez la femme ; l'alimentation déséquilibrée est responsable de 0,6 % des nouveaux cas de cancers chez l'homme et de 2,3 % chez la femme ; la pollution de l'air extérieur est responsable de 0,6 % des nouveaux cas de cancers chez l'homme et de 0,3 % chez la femme. Par exemple, en France, l'incidence des cancers des lèvres-bouche-pharynx est plus élevée dans certains départements du nord et de l'ouest, où la consommation d'alcool (facteurs de risques évitables majeurs de ces cancers) est également plus élevée.

Les facteurs de risque peuvent également évoluer au cours du temps en fonction :

- des habitudes de vie : la sédentarité est par exemple beaucoup plus importante aujourd'hui qu'il y a 20 ou 50 ans, or elle constitue un facteur de risque de cancers ;
- des politiques de prévention : la lutte contre le tabac (via les campagnes d'information, mais également l'augmentation du prix du tabac, par exemple) a permis de faire reculer sa consommation dans de nombreux pays.

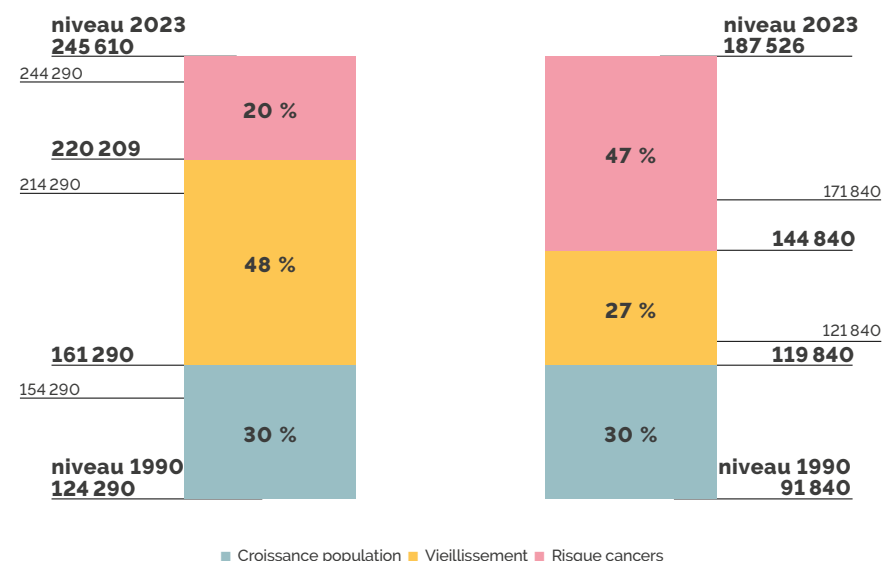
Évolution du nombre estimé de cas de cancers depuis 1990 en France

En France, le nombre annuel de nouveaux cas de cancers est passé de 216 130 à 433 136, soit un doublement en 30 ans. Cette évolution est principalement liée à des évolutions démographiques et secondairement à une augmentation du risque de cancers.

ÉVOLUTION DU NOMBRE ESTIMÉ DE CAS DE CANCERS ENTRE 1990 ET 2023

Chez l'homme, le nombre de cas incidents de cancers est passé de 124 290 cas en 1990 à 245 610 cas en 2023. Cette augmentation de 98 % du nombre de cas est liée essentiellement à l'augmentation (30 %) et au vieillissement (48 %) de la population entre 1990 et 2023, tandis que la part attribuable au risque de cancers est de 20 % sur la même période.

Chez la femme, le nombre de cas incidents de cancers est passé de 91 840 cas en 1990 à 187 526 cas en 2023. Cette augmentation de 104 % du nombre de cas se décompose en 30 % et 27 % respectivement pour l'augmentation et le vieillissement de la population, et 47 % lié au risque de cancers.



CHEZ L'HOMME

LOCALISATIONS* DONT L'INCIDENCE BAISSE

| Localisation | Nombre de nouveaux cas et évolution | | Variation annuelle moyenne des TSM |
|-------------------------|-------------------------------------|-----------------|------------------------------------|
| | 1990 | 2023 | 1990-2023 |
| Lèvres, bouche, pharynx | 13 292 | 9 810 (- 26 %) | - 2,6 % |
| Colorectal | 16 457 | 26 212 (+ 59 %) | - 0,3 % |
| Poumon | 19 506 | 33 438 (+ 71 %) | - 0,2 % |

Chez l'homme, le taux d'incidence standardisé (TSM) du cancer de l'ensemble lèvres-bouche-pharynx a baissé de 2,6 % par an sur la période 1990-2023. Les TSM des cancers colorectaux et du poumon ont diminué respectivement de 0,3 et de 0,2 par an sur cette même période.

LOCALISATIONS* DONT L'INCIDENCE AUGMENTE

| Localisation | Nombre de nouveaux cas et évolution | | Variation annuelle moyenne des TSM |
|---------------------|-------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| | 1990 | 2023 | 1990-2023 |
| Mélanome de la peau | 1 675 | 9 109 (+ 444 %) | + 3,5 % |
| Pancréas | 2 073 | 8 323 (+ 301 %) | + 2,3 % |
| Prostate | 21 408 | 59 885 (2018) (+ 180 %) | + 2,3 % |
| Foie | 3 123 | 8 874 (+ 184 %) | + 1,3 % |

Chez l'homme, le TSM du cancer de la prostate a augmenté de 2,3 % par an en moyenne sur la période 1990-2018. Pour le cancer de la prostate, aucune projection n'a été réalisée en 2023, en raison de l'incertitude pesant sur l'évolution à court terme de ce cancer. Les TSM des mélanomes de la peau ainsi que des cancers du pancréas et du foie augmentent entre 1990 et 2023.

* Il s'agit ici de quelques localisations uniquement.

ÉCLAIRAGE

Trois facteurs expliquent l'augmentation des cas de cancers

Entre 1990 et 2023, le nombre de nouveaux cas de cancers a presque doublé pour les deux sexes, toutes localisations confondues. L'évolution démographique (augmentation et vieillissement de la population) explique en partie cette évolution, le restant étant lié aux changements dans les risques de survenue du cancer.

L'évolution démographique explique 78 % de l'augmentation de l'incidence chez l'homme et 57 % chez la femme sur la période 1990-2023. Si le nombre de nouveaux cas « tous cancers » augmente, le taux d'incidence standardisé, quant à lui, a augmenté jusqu'en 2005 avant de diminuer, puis de se stabiliser depuis 2012 chez l'homme, alors qu'il a augmenté de manière continue chez la femme depuis 1990. Chez ces dernières, deux cancers en particulier montrent une augmentation préoccupante sur la période considérée : le cancer du poumon et le cancer du pancréas.

CHEZ LA FEMME

LOCALISATIONS* DONT L'INCIDENCE BAISSE

| Localisation | Nombre de nouveaux cas et évolution | | Variation annuelle moyenne des TSM |
|-----------------|-------------------------------------|------------------|------------------------------------|
| | 1990 | 2023 | 1990-2023 |
| Col de l'utérus | 3 969 | 3 159 (-20 %) | -1,4 % |

LOCALISATIONS* DONT L'INCIDENCE AUGMENTE OU SE STABILISE

| Localisation | Nombre de nouveaux cas et évolution | | Variation annuelle moyenne des TSM |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------|------------------------------------|
| | 1990 | 2023 | 1990-2023 |
| Lèvres, bouche, pharynx | 1 587 | 4 072 (+ 157 %) | + 1,6 % |
| Colorectal | 13 897 | 21 370 (+ 54 %) | + 0,2 % |
| Pancréas | 1 617 | 7 668 (+ 374 %) | + 3,3 % |
| Poumon | 2 547 | 19 339 (+ 659 %) | + 5,0 % |
| Mélanome de la peau | 2 590 | 8 813 (+ 240 %) | + 2,6 % |
| Sein | 29 934 | 61 214 (+ 104 %) | + 0,9 % |
| Foie | 567 | 2 784 (+ 391 %) | + 3,2 % |

* Il s'agit ici de quelques localisations uniquement.

PRÉCISIONS

Pour analyser les tendances des TSM au cours du temps, il est nécessaire de calculer une variation annuelle moyenne de ces taux sur une période donnée. Exprimée en pourcentage, la variation annuelle moyenne (VAM) entre les TSM de 1990 et 2023 est la moyenne des 33 variations mesurées entre toutes les années consécutives de 1990 à 2023.

Chez la femme, le TSM du cancer du col de l'utérus a diminué de 1,4 % par an sur la période 1990-2023 tandis que le TSM du cancer du poumon a augmenté de 5 % par an sur cette même période. Malgré la légère diminution observée autour de 2008, les TSM des cancers du sein sont toujours en augmentation, avec en 2023 les niveaux les plus élevés depuis 1990. Les TSM des mélanomes de la peau ainsi que des cancers du pancréas et du foie augmentent entre 1990 et 2023.

2

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.

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



52 777

NOUVEAUX CAS EN 2023

30 400

DÉCÈS EN 2021

EN 2017,
LA PRÉVALENCE
DU CANCER DU POUMON
EST ESTIMÉE À

169 718

PERSONNES

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC

68 ans

CHEZ LES HOMMES

66 ans

CHEZ LES FEMMES

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

20 %

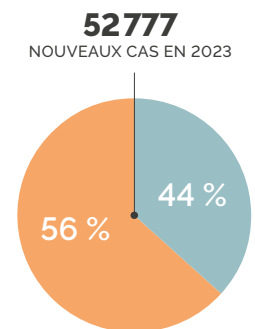
18 % POUR LES HOMMES
ET 24 % POUR LES FEMMES

FACTEURS DE RISQUE

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

Le cancer du poumon

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



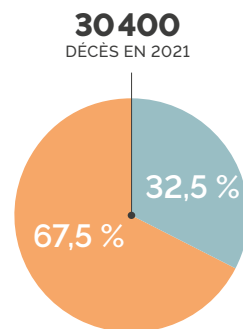
33 438 CHEZ LES HOMMES
19 339 CHEZ LES FEMMES

- 0,5 % PAR AN ↓
+ 4,3 % PAR AN ↑
(2010-2023)

DIAGNOSTIC

Seul un diagnostic précoce permet une chirurgie curative, or les cancers du poumon sont souvent diagnostiqués à un stade avancé. Les symptômes 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.

1^{er} CAUSE DE DÉCÈS PAR CANCER EN FRANCE



20 500 CHEZ LES HOMMES
9 900 CHEZ LES FEMMES

- 3,1 % PAR AN ↓
+ 0,5 % PAR AN ↑
(2011-2021)

ACTIONS DE PRÉVENTION

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

Le cancer du sein



61 214

NOUVEAUX CAS EN 2023

12 600

DÉCÈS EN 2021

EN 2017,
LA PRÉVALENCE
DU CANCER DU SEIN
EST ESTIMÉE À

913 089

PERSONNES

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC

64 ans

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

88 %

FACTEURS DE RISQUE

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

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

61 214

NOUVEAUX CAS EN 2023

+ 0,3 % PAR AN
(2010-2023)

12 600

DÉCÈS EN 2021

- 1,3 % PAR AN ↓
(2011-2021)

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 : suivi particulier des patientes à surrisque, consultation d'un médecin en cas de changement au niveau des seins, examen clinique tous les ans à partir de 25 ans, mammographie de dépistage tous les deux ans entre 50 et 74 ans sans symptôme ni facteur de risque autre que l'âge. Après 74 ans, le dépistage n'est pas abandonné, mais individualisé. Des modalités

de suivi spécifiques sont recommandées pour les femmes présentant des antécédents médicaux personnels ou familiaux, ou certaines prédispositions génétiques.

ACTIONS DE PRÉVENTION

Parmi les cancers attribuables à la consommation d'alcool, 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 cancers pour l'année 2018).



59 885

NOUVEAUX CAS EN 2018

9 200

DÉCÈS EN 2021

EN 2017,
LA PRÉVALENCE
DU CANCER DE LA PROSTATE
EST ESTIMÉE À

643 156

PERSONNES

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC

64 ans

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

93 %

FACTEURS DE RISQUE

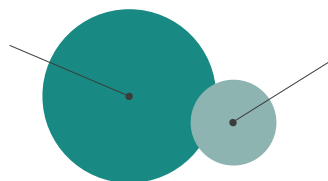
- Antécédents médicaux familiaux
- Prédispositions génétiques populationnelles (population afro-antillaise, par exemple)

Le cancer de la prostate

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

59 885
NOUVEAUX CAS
EN 2018

↓ **-1,1 %**
PAR AN
(2010-2018)



9 200
DÉCÈS EN 2021

↓ **-2,4 %**
PAR AN
(2011-2021)

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.

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



47 582

NOUVEAUX CAS EN 2023

17 000

DÉCÈS EN 2021

EN 2017,
LA PRÉVALENCE
DU CANCER COLORECTAL
EST ESTIMÉE À

418 491

PERSONNES

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC

71 ans

CHEZ LES HOMMES

72 ans

CHEZ LES FEMMES

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

63 %

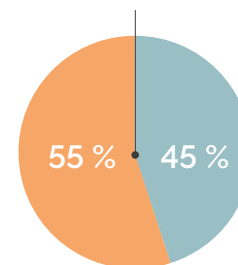
62 % POUR LES HOMMES
ET 65 % POUR LES FEMMES

FACTEURS DE RISQUE

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

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

47 582
NOUVEAUX CAS EN 2023



26 212 CHEZ LES HOMMES
21 370 CHEZ LES FEMMES

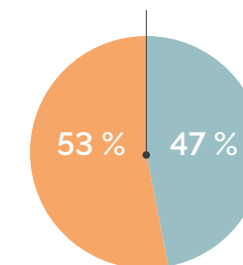
↓ **-0,5 %** PAR AN (2010-2023) | ↑ **+0,4 %** PAR AN (2010-2023)

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.

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

17 000
DÉCÈS EN 2021



9 000 CHEZ LES HOMMES
8 000 CHEZ LES FEMMES

↓ **-2,3 %** PAR AN (2011-2021) | ↓ **-1,8 %** PAR AN (2011-2021)

ACTIONS DE PRÉVENTION

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



15 991

NOUVEAUX CAS EN 2023

12 700

DÉCÈS EN 2021

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC

71 ans

CHEZ LES HOMMES

74 ans

CHEZ LES FEMMES

TAUX DE SURVIE NETTE
STANDARDISÉE

À 5 ANS DES PERSONNES
DIAGNOSTIQUÉES
ENTRE 2010 ET 2015

11 %

FACTEURS DE RISQUE

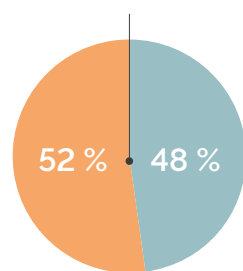
- Tabagisme
- Surpoids et l'obésité
- Prédispositions génétiques et formes familiales

Le cancer du pancréas

NOMBRE DE NOUVEAUX CAS EN 2023

15 991

NOUVEAUX CAS EN 2023



8 323

CHEZ

LES HOMMES

7 668

CHEZ

LES FEMMES

+1,6 %
PAR AN

+2,1 %
PAR AN

(2010-2023)

(2010-2023)

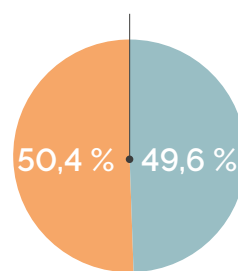
DIAGNOSTIC

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

NOMBRE DE DÉCÈS EN 2021

12 700

DÉCÈS EN 2021



6 400

CHEZ

LES HOMMES

6 300

CHEZ

LES FEMMES

+0,6 %
PAR AN

-2,9 %
PAR AN

(2011-2021)

(2011-2021)

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.

Le cancer du foie



11 658

NOUVEAUX CAS EN 2023

8 700

DÉCÈS* EN 2021

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC

70 ans

CHEZ LES HOMMES

73 ans

CHEZ LES FEMMES

TAUX DE SURVIE NETTE
STANDARDISÉE

À 5 ANS DES PERSONNES
DIAGNOSTIQUÉES
ENTRE 2010 ET 2015

18 %

18 % POUR LES HOMMES
ET 19 % POUR LES FEMMES

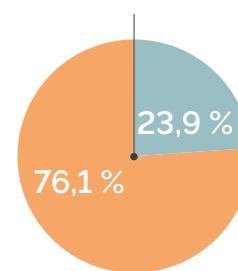
FACTEURS DE RISQUE

- 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 2023

11 658

NOUVEAUX CAS EN 2023



8 874

CHEZ

LES HOMMES

2 784

CHEZ

LES FEMMES

0 %
PAR AN

+2,2 %
PAR AN

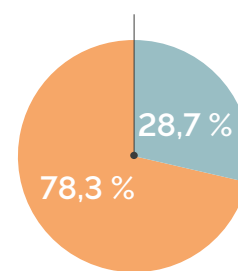
(2010-2023)

(2010-2023)

NOMBRE DE DÉCÈS* EN 2021

8 700

DÉCÈS EN 2021



6 200

CHEZ

LES HOMMES

2 500

CHEZ

LES FEMMES

-1,5 %
PAR AN

+0,1 %
PAR AN

(2011-2021)

(2011-2021)

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.

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.

* Du cancer du foie et des voies biliaires.



ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC

70 ans
OVAIRE

55 ans
COL DE L'UTÉRUS

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

43 %
OVAIRE

63 %
COL DE L'UTÉRUS

FACTEURS DE RISQUE

COL DE L'UTÉRUS

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

OVAIRE

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

Deux cancers gynécologiques

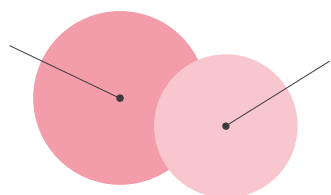
(ovaire, col de l'utérus)

NOMBRE DE NOUVEAUX CAS ET DE DÉCÈS

LE CANCER DE L'OVAIRE

5348
NOUVEAUX CAS
EN 2023

↓ **-1,2 %**
PAR AN
(2010-2023)



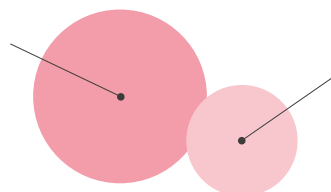
3400
DÉCÈS EN 2021

↓ **-2,3 %**
PAR AN
(2011-2021)

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

3159
NOUVEAUX CAS
EN 2023

↓ **-0,1 %**
PAR AN
(2010-2023)



770
DÉCÈS EN 2021

↓ **-1,2 %**
PAR AN
(2011-2021)

DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

COL DE L'UTÉRUS

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

OVAIRE

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

Le mélanome cutané



17922
NOUVEAUX CAS EN 2023

1920
DÉCÈS EN 2021

EN 2017,
LA PRÉVALENCE
DU MÉLANOME CUTANÉ
EST ESTIMÉE À

183571
PERSONNES

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC

68 ans
CHEZ LES HOMMES

62 ans
CHEZ LES FEMMES

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

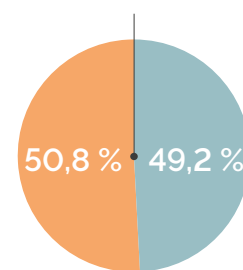
93 %
91 % POUR LES HOMMES
ET 94 % POUR LES FEMMES

FACTEURS DE RISQUE

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

NOMBRE DE NOUVEAUX CAS EN 2023

17922
NOUVEAUX CAS EN 2023

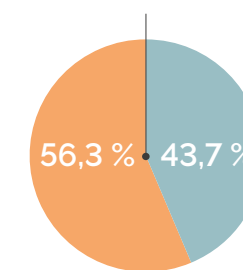


9109 CHEZ LES HOMMES
8813 CHEZ LES FEMMES

↑ **+2 %** PAR AN (2010-2023) ↑ **+2 %** PAR AN (2010-2023)

NOMBRE DE DÉCÈS EN 2021

1920
DÉCÈS EN 2021



1080 CHEZ LES HOMMES
840 CHEZ LES FEMMES

↓ **-1,2 %** PAR AN (2011-2021) ↓ **-0,4 %** PAR AN (2011-2021)

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 autoexamen de la peau tous les trois mois et de se faire examiner par un dermatologue une fois par an, mais aussi en cas de lésion douteuse ou d'apparition d'une tache brune, évolutive ou dont l'aspect s'est modifié. Le mélanome cutané est de bon pronostic s'il est détecté assez tôt. Un diagnostic tardif réduit en revanche les chances de guérison, car ce cancer est à fort potentiel métastatique.

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.

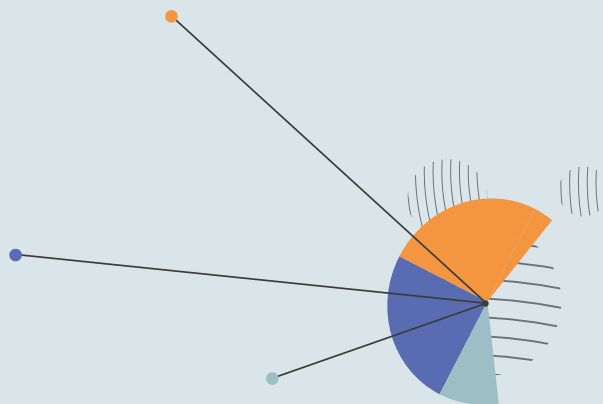
LA PRÉVENTION ET LES SOINS

La lutte contre les cancers se mène avant, pendant et après la maladie : avec un mode de vie et des comportements qui protègent du cancer, des dépistages pour diagnostiquer la maladie le plus tôt possible, les traitements les mieux adaptés à chaque cancer et une attention particulière à la qualité de vie du patient, pendant et après les soins.

**FACTEURS DE RISQUE • DÉPISTAGES
SOINS**

FOCUS

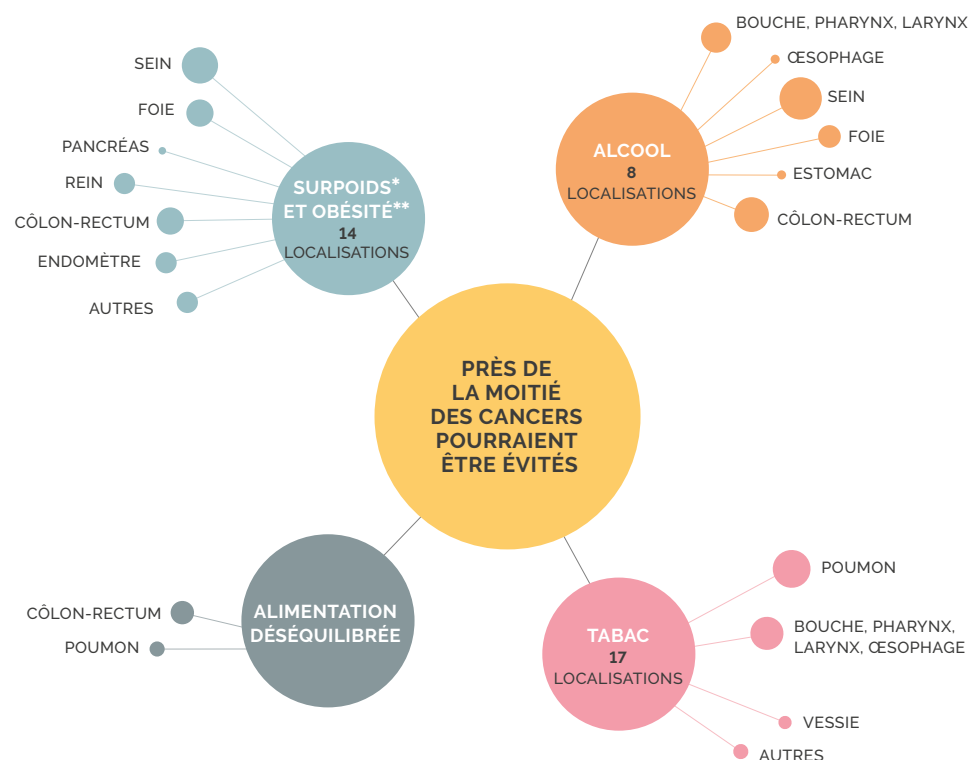
**VACCINATION CONTRE LES HPV
RECHERCHE EN CANCÉROLOGIE PÉDIATRIQUE**



Les facteurs de risque

Il existe de nombreux facteurs de risques d'apparition des cancers. Ils peuvent être internes, liés, par exemple, à l'âge ou à l'histoire familiale, ou externes, liés à nos comportements ou à notre environnement. On estime que près de la moitié des cancers pourraient être prévenus en évitant ou en limitant l'impact des facteurs de risque externes dans nos vies.

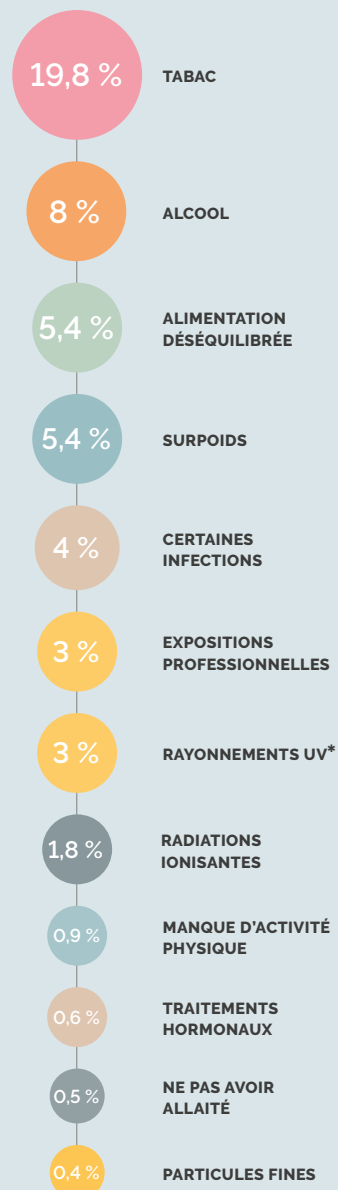
LES 4 PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE



* Surpoids : IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m²
 ** Obésité : IMC égal ou supérieur à 30 kg/m²

PRÈS DE LA MOITIÉ DES CANCERS POURRAIENT ÊTRE ÉVITÉS

Proportion des cancers liés aux principaux facteurs de risque



* Ne concerne que les mélanomes.

TABAC

Après une baisse constatée jusqu'en 2019, la prévalence du tabagisme s'est stabilisée entre 2019 et 2022. Les inégalités sociales restent très marquées, mais stables : les personnes issues des catégories sociales les moins favorisées (les moins diplômées et les plus faibles revenus) sont plus nombreuses à fumer.

68 000

NOUVEAUX CAS DE CANCERS SERAIENT ATTRIBUABLES AU TABAC EN 2015

EN 2019 **30,4 %** DE FUMEURS
 EN 2022 **31,8 %** DE FUMEURS

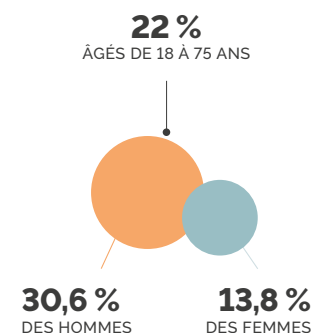
ALCOOL

Entre 2020 et 2021, en métropole, la proportion d'adultes dépassant les repères de consommation d'alcool à moindre risque a significativement diminué (de 23,7 % à 22 %). Cette baisse s'observe principalement parmi les hommes, les plus jeunes et les plus âgés, et chez les personnes aux revenus les plus élevés.

28 000

NOUVEAUX CAS DE CANCERS SERAIENT ATTRIBUABLES À L'ALCOOL EN 2015

PROPORTION DES FRANÇAIS (MÉTROPOLE) DÉPASSANT LES NOUVEAUX REPÈRES D'ALCOOL SUR AU MOINS UNE DES DIMENSIONS (2021)



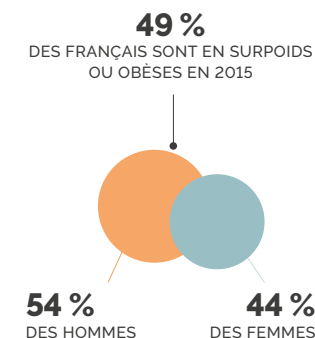
SURPOIDS ET ALIMENTATION

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

19 000

NOUVEAUX CAS DE CANCERS SERAIENT ATTRIBUABLES À UNE SURCHARGE PONDÉRALE EN 2015

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



La vaccination contre les papillomavirus humains (HPV)

En France, plus de 6 400 cancers diagnostiqués chaque année ont pour cause une infection par les papillomavirus humains (HPV). Si ces cancers concernent en majorité les femmes, plus d'un quart touche les hommes.

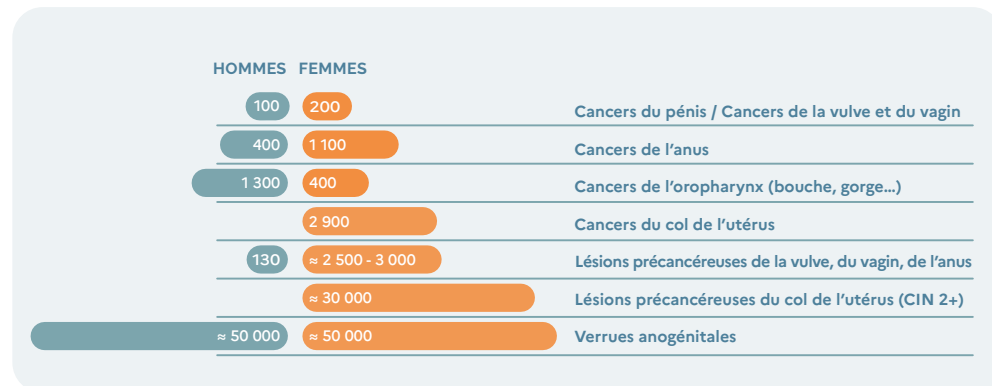
Les HPV sont des virus humains appelés papillomavirus. 80 % des femmes et des hommes sont exposés à ces virus au cours de leur vie. Les infections à HPV disparaissent généralement en quelques mois, mais une petite proportion peut persister et évoluer en maladie. Il existe près de 200 types de HPV dont certains sont à l'origine de lésions précancéreuses et de cancers.

Si les femmes sont les principales victimes de ces cancers (2 900 cancers concernent le col de l'utérus), plus d'un quart d'entre eux concerne

les hommes. Il s'agit plus spécifiquement des cancers de l'oropharynx (1 060 cas incidents), de l'anus (360 cas incidents), de la cavité orale, du larynx et du pénis (plus de 300 cas incidents pour ces trois localisations).

Les virus HPV sont aussi responsables des très fréquentes verrues anogénitales qui dégradent sérieusement la qualité de vie. Ces verrues, bénignes, mais récidivantes, touchent autant les hommes que les femmes (100 000 personnes par an) et leur prise en charge est particulièrement douloureuse.

NOMBRE DE MALADIES HPV-INDUITES CHEZ LES FEMMES ET LES HOMMES EN FRANCE EN 2015*



* (d'après Shield *et al.*, Hartwig *et al.*, 2015).

IL EXISTE UN MOYEN SÛR ET EFFICACE DE PRÉVENIR LES INFECTIONS PAR HPV : LA VACCINATION

Grâce à la vaccination, recommandée dès 11 ans, nous pouvons prévenir jusqu'à 90 % des infections par HPV à l'origine des cancers. En France, la couverture vaccinale demeure insuffisante. Pourtant, cette vaccination, sûre et efficace, permet de protéger les enfants pour qu'à l'âge adulte, ils ne développent pas de lésions précancéreuses et de cancers liés aux infections HPV.

Ainsi, pour en favoriser l'accès, une campagne de vaccination au collège a été lancée à la rentrée 2023. Elle proposait à tous les élèves de 5^e de bénéficier gratuitement du vaccin après autorisation parentale. Cette campagne de communication

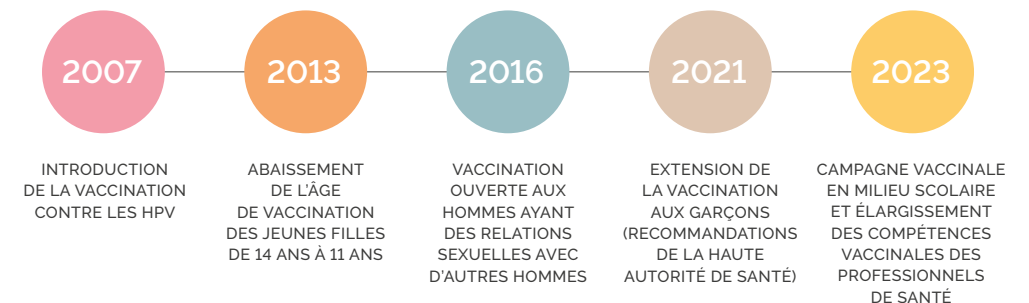
a permis d'informer le grand public sur le vaccin contre les HPV et d'accompagner les professionnels de santé dans leurs pratiques.

Depuis plus de 10 ans, plus de 6 millions de doses ont été prescrites en France et plus de 300 millions dans le monde. La mise en place de la vaccination en France a connu de fortes évolutions ces dernières années, ce qui a permis une augmentation de la couverture vaccinale des filles de 16 ans (passée de 27,9 % en 2019 à 44,7 % en 2023), mais aussi des garçons (passée de 8,5 % en 2022 à 15,8 % en 2023). Ces récentes évolutions pourraient ainsi permettre d'atteindre l'objectif fixé par

la Stratégie décennale de lutte contre les cancers de 80 % de couverture vaccinale chez les filles d'ici 2030.

La surveillance mise en place aux niveaux national et international, comme c'est le cas pour l'ensemble des vaccins, ainsi que les résultats d'études spécifiques ont confirmé le profil de sécurité rassurant du vaccin, reconnu par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Grâce à des stratégies de vaccination ambitieuses menées depuis plusieurs années, certains pays comme l'Australie devraient parvenir à éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici les dix prochaines années.

ÉTAPES CLÉS DE LA MISE EN PLACE DE LA VACCINATION CONTRE LES HPV



ÉCLAIRAGE

Vers un dépistage organisé du cancer du poumon

Le cancer broncho-pulmonaire (CBP) représente la première cause de décès par cancer en France. Plusieurs essais cliniques de grande envergure ont montré l'efficacité du scanner thoracique faible dose pour le dépistage des CBP chez les fumeurs et anciens fumeurs, permettant une diminution significative de la mortalité spécifique par cancer du poumon.

La Haute Autorité de santé a considéré que les preuves étaient suffisantes pour que soit engagé un programme pilote de dépistage des cancers du poumon. Son objectif est de s'assurer que les modalités de dépistage et l'organisation mises en place permettront d'obtenir, en population et en vie réelle, une balance bénéfique/risque favorable à un déploiement du dépistage à plus large échelle. Certaines questions préalables telles que le risque de cancers radio-induits, le surdiagnostic, les aspects médico-économiques, feront l'objet de modélisations et d'études complémentaires au programme pilote.

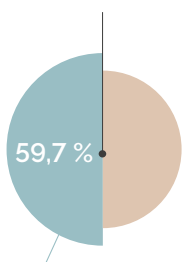
Les dépistages

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.

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS DÉSORMAIS GÉNÉRALISÉ

Sur la période 2017-2019, la participation au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus était de 58,2 %. Sur la période 2019-2021, elle était de 59,7 %, soit une augmentation de 0,6 %.

17,2 millions
DE FEMMES
DE 25 À 65 ANS
ÉLIGIBLES EN 2021



DE PARTICIPATION, SOIT
10 400 000 PERSONNES
(2019-2021)

32 000

LÉSIONS PRÉCANCÉREUSES
OU CANCÉREUSES
DÉTECTÉES

LES AVANCÉES ATTENDUES

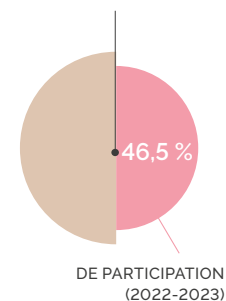
Dans le cadre du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus, l'intégration de l'autoprélèvement vaginal (APV) comme modalité de prélèvement alternative en 2024 aura un fort enjeu en santé publique pour augmenter le taux de participation. Les modalités organisationnelles d'utilisation et d'envoi direct à la relance de kits d'APV pour les personnes en rupture de dépistage vont être définies (« Cadre et modalités de recours aux autoprélèvements vaginaux » publié en 2022 par l'Institut national du cancer) en vue de son déploiement prochain.

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 depuis 10 ans pour toutes les tranches d'âge et toutes les régions. Il faut toutefois y ajouter 11 % de la population cible qui effectue des dépistages individuels.

Sur la période 2010-2011, la participation était de 52,7 %. Sur la période 2021-2022, elle était de 47,76 %, soit une baisse de 11,7 %.

10,8 millions
DE FEMMES
DE 50 À 74 ANS
ÉLIGIBLES EN 2022-2023



LES AVANCÉES ATTENDUES

Une meilleure détection de certaines lésions précancéreuses du sein grâce à la tomosynthèse (imagerie de lecture de la mammographie en 3D). Bien que non autorisée en France dans le dépistage organisé, cette innovation technologique s'est développée dans le cadre de démarches individuelles. Elle permet d'obtenir un cliché numérique reconstitué

en trois dimensions à partir d'images du sein (associée à la technologie actuelle 2D ou à partir d'une reconstruction d'image synthétique 2D).

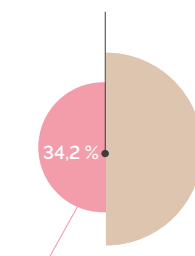
38 773

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

UNE TRÈS INSUFFISANTE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

Sur la période 2010-2011, la participation au dépistage organisé du cancer colorectal était de 32,1 %. Sur la période 2022-2023, elle était de 34,2 %, soit une augmentation de 6,5 %.

17,9 millions
DE PERSONNES
DE 50 À 74 ANS
ÉLIGIBLES



DE PARTICIPATION, SOIT
6 100 000 PERSONNES (2022-2023)

DONT
35,4 %
DES FEMMES

DONT
32,8 %
DES HOMMES

LES AVANCÉES ATTENDUES

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

11 235

CANCERS COLORECTAUX
DÉTECTÉS GRÂCE AU
PROGRAMME, SOIT
3 POUR 1 000 PERSONNES
DÉPISTÉES (2018-2019)

48 370

ADÉNOMES AVANCÉS
DÉTECTÉS
GRÂCE AU PROGRAMME, SOIT
9,3 POUR 1 000 PERSONNES
DÉPISTÉES (2018-2019)

Source : Santé publique France

ÉCLAIRAGE

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 heurte 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 soins

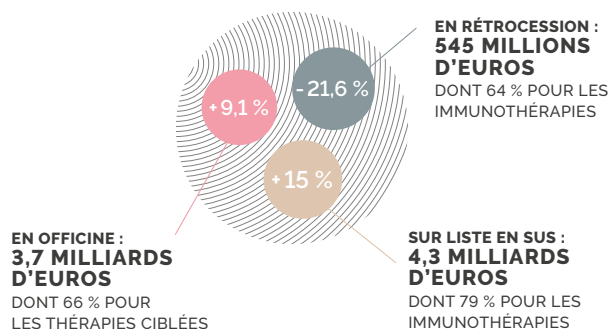
Avec près de 1,3 million de personnes hospitalisées en 2022, les soins de personnes atteintes de cancer pèsent fortement sur l'activité hospitalière.

LES DÉPENSES HOSPITALIÈRES

6,4 milliards d'euros

EN 2022, DE DÉPENSES HOSPITALIÈRES LIÉES AU DIAGNOSTIC, AU TRAITEMENT OU AU SUIVI DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER (+1.6 % PAR RAPPORT À 2021)*.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES LIÉES AUX MÉDICAMENTS ANTICANCÉREUX PAR RAPPORT À 2021



PRÉCISIONS

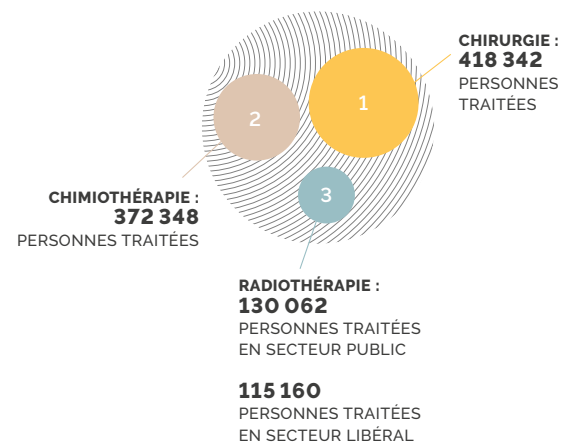
RÉTROCESSION : dispensation, par la pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, de médicaments à des patients non hospitalisés.

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

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

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

LA RÉPARTITION DES TRAITEMENTS (PMSI-MCO)



À côté des traitements traditionnels émergent les nouveaux traitements d'immunothérapie spécifique : en 2022, 74 631 patients ont été traités par des inhibiteurs de points de contrôle (+19 % par rapport à 2021) et 785 par des cellules CAR-T (+55 % par rapport à 2021).

LE POIDS DES SOINS HOSPITALIERS (PMSI-MCO)

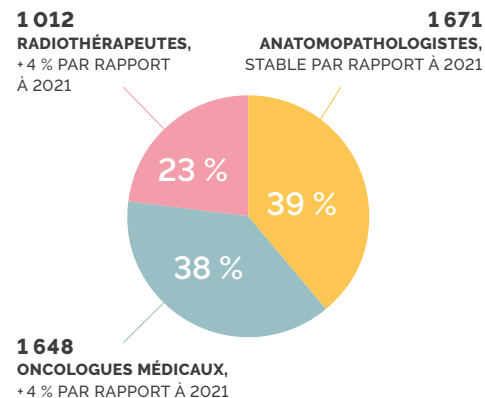
7,84 millions

D'HOSPITALISATIONS (2022) EN LIEN AVEC LE DIAGNOSTIC, LE TRAITEMENT OU LA SURVEILLANCE D'UN CANCER, HORS ACTIVITÉ DE RADIOTHÉRAPIE EN SECTEUR PRIVÉ LIBÉRAL

915

ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS À TRAITER LE CANCER (2022)

LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

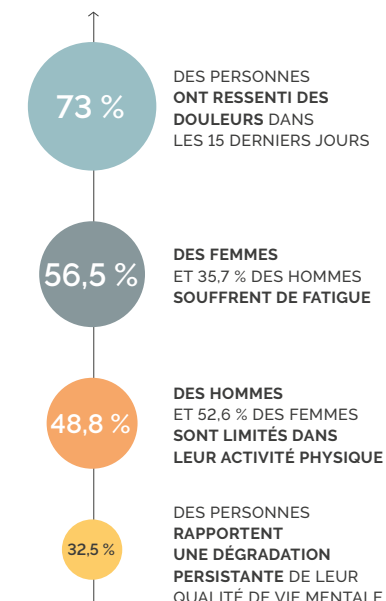


LES SÉQUELLES DU CANCER OU DES TRAITEMENTS, 5 ANS APRÈS

63,5 %

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

RÉPARTITION DES SÉQUELLES



Recherche en cancérologie pédiatrique, une structuration renforcée

L'Institut national du cancer met en place une politique compétitive de labellisation de Centres de recherche intégrée d'excellence en cancérologie pédiatrique.

RENFORCER LA STRUCTURATION DE LA RECHERCHE EN CANCÉROLOGIE PÉDIATRIQUE

Les cancers pédiatriques constituent une multitude de maladies rares hétérogènes. Cette rareté rend complexe la recherche. Conjuguer les savoir-faire des cliniciens et des chercheurs, sur des sujets partagés, est nécessaire pour répondre, de façon synergique, aux questions qui visent à décrire les mécanismes à l'origine de ces cancers et à développer des traitements efficaces. Des efforts de structuration, de partage d'expertises et de données sont un levier essentiel pour renforcer le potentiel de recherche au niveau national. Afin de contribuer à la mobilisation et à la structuration de la communauté scientifique et médicale pour la mise en œuvre de programmes de recherche dédiés, l'Institut national du cancer a mis en place une politique compétitive de labellisation de Centres de recherche intégrée d'excellence en cancérologie pédiatrique.

Ce programme de labellisation ambitieux et de grande ampleur doit permettre à la lutte contre les cancers des enfants de franchir un cap décisif. Il doit notamment apporter de nouvelles conditions opérationnelles à la recherche translationnelle afin d'optimiser et d'accélérer la production de nouvelles connaissances, et de favoriser leur diffusion et leurs applications dans la prise en soins de ces cancers de l'enfant. Ces centres d'excellence regroupent des établissements de santé et des établissements de recherche, universités, écoles d'ingénieurs, dans des disciplines très variées. Ils mèneront à bien une triple mission d'intégration, de structuration et de valorisation pour réaliser une recherche d'excellence transposable au bénéfice des enfants et adolescents qui sont, chaque année, touchés par un cancer.

ÉCLAIRAGE

Les projets financés

Trois Centres de recherche d'excellence en cancérologie pédiatrique ont été labellisés pour une durée de 5 ans et pour un budget total de **15 millions d'euros**.

Le Centre Paris Kids Cancer réunira les grandes institutions franciliennes, l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, l'Institut Gustave Roussy et l'Institut Curie, et mettra en place un projet ambitieux visant à comprendre les mécanismes de résistance des cellules cancéreuses et à trouver de nouvelles stratégies thérapeutiques.

Le Centre EN-HOPE SMART4CBT va s'appuyer sur les forces présentes à Lille, Nancy et Strasbourg pour conduire deux programmes de recherche axés sur la résistance à la radiothérapie des tumeurs cérébrales pédiatriques.

Le Centre South-ROCK, créé autour d'un réseau des villes de Lyon et Marseille, étudiera les cancers des enfants et des adolescents sous l'angle de leur composante développementale, avec deux ambitions : améliorer le soin, au moment des traitements et dans le cadre du suivi à long terme, et développer des approches de prévention.

Consultez le site pediatrie.e-cancer.fr

Glossaire

DÉPISTAGE : action ayant pour objectif de mettre en évidence une anomalie liée à la présence possible d'une lésion précancéreuse en l'absence de symptôme ou de signe clinique. Le dépistage n'est pas un diagnostic et doit généralement être confirmé par des examens complémentaires permettant de l'établir. Il peut être ciblé sur un niveau de risque particulier.

DÉPISTAGE ORGANISÉ : programme national instauré par les pouvoirs publics, ayant une population cible et généralisé à l'ensemble du territoire national. Ce programme répond à un cahier des charges. Un programme de dépistage organisé répond à l'ensemble des critères définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (critères élaborés par Wilson et Junger en 1968).

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 (plus de 200 types), dont certains sont à l'origine de tumeurs malignes sur le col de l'utérus ou dans la gorge. Il existe aujourd'hui un vaccin contre les souches les plus fréquemment associées au cancer du col de l'utérus.

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 :

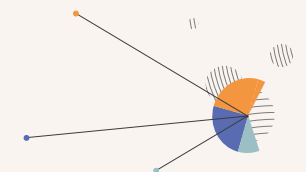
- prévention primaire : actions en amont de la maladie, dont le but est de diminuer les facteurs de risque ou d'accroître les facteurs protecteurs afin d'éviter la survenue de la maladie. Son objectif est de diminuer l'incidence (exemple : la vaccination) ;

- 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.



Institut national du cancer

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

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

DOMAINES D'ACTION

- 1. PRÉVENTION**
L'Institut conçoit des campagnes de prévention pour informer sur la survenue des cancers et les facteurs de risque, et pour favoriser l'appropriation de comportements sains.
- 2. DÉPISTAGE**
L'Institut contribue à l'organisation des dépistages organisés, à leur simplification, et réalise des campagnes d'information pour inciter à la participation. Il prépare aussi les dépistages de demain.
- 3. SOINS**
L'Institut définit les critères d'autorisation et d'agrément des établissements et des professionnels de santé pour le traitement des cancers, ceci pour que tous les Français bénéficient de la même qualité et sécurité des soins sur l'ensemble du territoire.
- 4. INFORMATION DONNÉE AUX PERSONNES MALADES**
Soins de support, droit à l'oubli, maintien en emploi : l'Institut mobilise tous les acteurs pour permettre à chaque patient d'avoir une vie normale.
- 5. PRODUCTION DE RÉFÉRENTIELS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ**
Avec les meilleurs experts, l'Institut élabore des référentiels dans le domaine de l'organisation et des parcours de soins en oncologie, sur les stratégies thérapeutiques, les médicaments et leurs effets indésirables. Il s'agit de mettre à disposition de tout professionnel de santé l'état de l'art sur ces sujets.

6. FINANCEMENT ET STRUCTURATION DE LA RECHERCHE

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

7. INNOVATION THÉRAPEUTIQUE

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

L'Institut national du cancer assure le rôle essentiel de mobilisation, pilotage, labellisation et financement des acteurs de terrain, autour d'objectifs communs parmi lesquels : diminuer l'incidence des cancers évitables, réduire la mortalité par cancer, améliorer la qualité de vie des personnes pendant et après un cancer, et réduire les inégalités de santé face aux cancers.

L'Institut est chargé d'assurer la mise en œuvre opérationnelle de la **Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030**.

8. COOPÉRATION INTERNATIONALE

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

9. DIFFUSION DES CONNAISSANCES

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

La Stratégie décennale de lutte contre les cancers

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

Elle s'articule autour de 4 axes prioritaires :

- Axe 1 : Améliorer la prévention
- Axe 2 : Limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie
- Axe 3 : Lutter contre les cancers de mauvais pronostic
- Axe 4 : S'assurer que les progrès bénéficient à tous

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

Pour en savoir plus

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS

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

Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume I : Tumeurs solides. Volume II : 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>

Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. Lapôte-Ledoux B., Remontet L., Uhry Z. et al. Bulletin épidémiologique Hebdomadaire n°12-13, 2023, 189-204 http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html

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=indicator&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

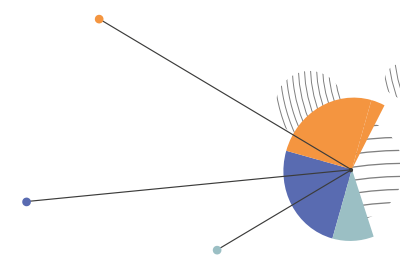
La vie cinq ans après un diagnostic de cancer, enquête de 2018 <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-vie-cinq-ans-apres-un-diagnostic-de-cancer-Rapport>

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

LES SOINS

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

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



Panorama des cancers en France – Édition 2024
Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés – Siren 185 512 777

Conception graphique : Ici Barbès
Conception et réalisation 2024 : INCa
ISBN : 978-2-38559-084-0
ISBN net : 978-2-38559-085-7

