



LES CANCERS **EN FRANCE** **EN 2014** **L'ESSENTIEL** **DES FAITS** **ET CHIFFRES**

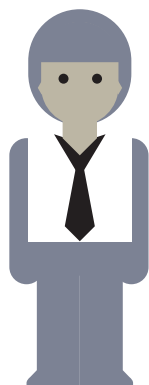


Ce document a pour objectif de présenter les principaux faits et chiffres issus du rapport « Les cancers en France – Édition 2014 ». Au-delà des **données générales** sur les cancers, il présente une synthèse sur le **cancer du sein**, le cancer le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme et sur le **tabac**, le facteur de risque de cancer le plus important en France ainsi que les **faits marquants** de l'année 2014.

1/ DONNÉES GÉNÉRALES DISPONIBLES

UN TAUX D'INCIDENCE* QUI BAISSÉ 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

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

Mais en raison de l'augmentation et du vieillissement de la population, on assiste à une hausse du nombre de nouveaux cas de cancers.

355 000 NOUVEAUX CAS DE CANCERS PAR AN

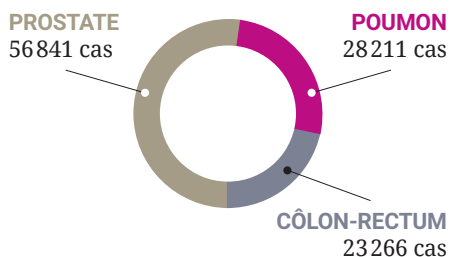
Chez les hommes

200 000 nouveaux cas de cancers
en France métropolitaine (données 2012)
+ 107 % en 32 ans

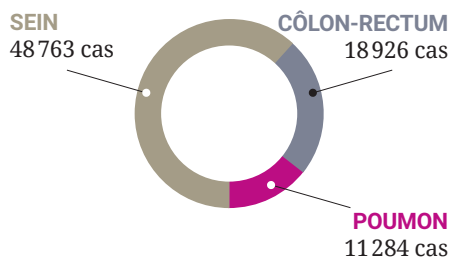
Chez les femmes

155 000 nouveaux cas de cancers
en France métropolitaine (données 2012)
+ 111,4 % en 32 ans

LES 3 CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS :



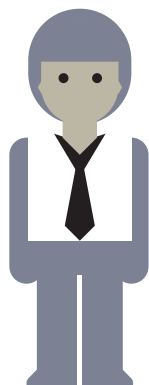
LES 3 CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS :



* Nombre de cas pour 100 000 personnes/an standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale. C'est-à-dire des chiffres qui permettent des comparaisons entre pays ou dans le temps en s'affranchissant des particularités des populations nationales, notamment leur augmentation et leur vieillissement.

UN TAUX DE MORTALITÉ* PAR CANCER QUI BAISSE

Chez les hommes



Baisse de - 1,5 % par an
entre 1980 et 2012

Chez les femmes



Baisse de - 1 % par an
entre 1980 et 2012

Une baisse liée à des diagnostics plus précoces, des traitements plus efficaces et à la diminution globale du risque d'avoir un cancer.

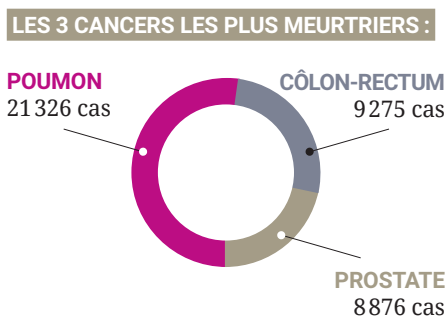
Mais en raison de l'augmentation du nombre de cas de cancers, on assiste à une hausse du nombre de décès par cancer.

148 000 DÉCÈS PAR CANCERS CHAQUE ANNÉE

Chez les hommes

Les cancers sont la première cause à la fois de mortalité tous âges confondus et de mortalité prématurée (< 65 ans)

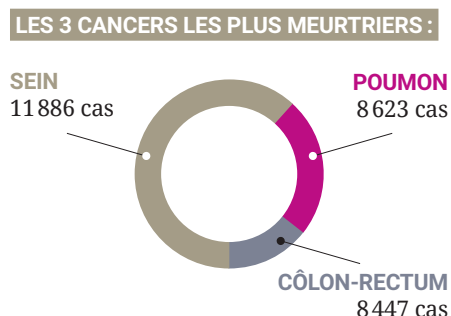
85 000 décès en France métropolitaine (données 2012): +11 % en 32 ans



Chez les femmes

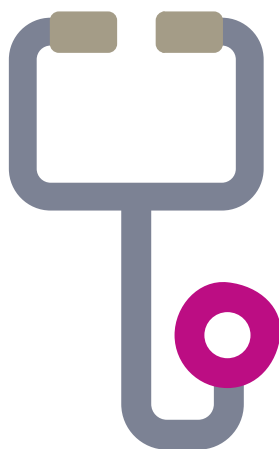
Les cancers sont la première cause de mortalité prématurée (< 65 ans) et la deuxième cause de mortalité tous âges confondus derrière les affections circulatoires.

63 000 décès en France métropolitaine (données 2012): +20,3 % en 32 ans



* Nombre de cas pour 100 000 personnes/an standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale. C'est-à-dire des chiffres qui permettent des comparaisons entre pays ou dans le temps en s'affranchissant des particularités des populations nationales, notamment leur augmentation et leur vieillissement.

ÉVOLUTIONS SELON LES LOCALISATIONS DE CANCER



Au cours des 30 dernières années, on distingue :

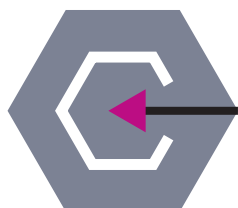
- ▶ **des cancers dont l'incidence et la mortalité ont diminué** : cancer de l'estomac, cancer du col de l'utérus chez la femme et cancer de l'œsophage ou des VADS (voies aérodigestives supérieures) chez l'homme ;
- ▶ **des cancers dont l'incidence a augmenté et la mortalité a baissé** : cancers du sein chez la femme et de la prostate chez l'homme ;
- ▶ **des cancers dont l'incidence et la mortalité ont augmenté** : cancer du poumon chez la femme, le mélanome cutané et le cancer du système nerveux central.

SURVIE* DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCER



La survie à 10 ans des personnes atteintes de cancers (diagnostiquées entre 1989 et 2004) varie considérablement selon la localisation cancéreuse : de 1 % pour le mésothéliome pleural à 93 % pour le cancer du testicule chez l'homme et respectivement de 6 % (foie) à 92 % (thyroïde) chez la femme.

PRÉVALENCE TOTALE

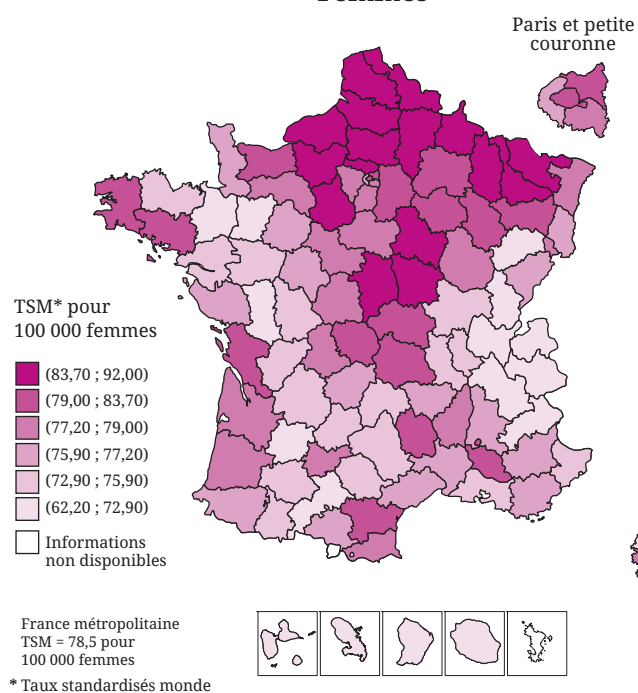


Le nombre de personnes de 15 ans et plus en vie en 2008 et ayant eu un cancer au cours de leur vie est de l'ordre de **3 millions : 1 570 000 hommes, 1 412 000 femmes.**

* Survie nette, c'est à dire qui comptabilise les décès liés aux cancers et à leurs conséquences.

DISPARITÉS GÉOGRAPHIQUES DE LA MORTALITÉ PAR CANCER EN FRANCE

Femmes

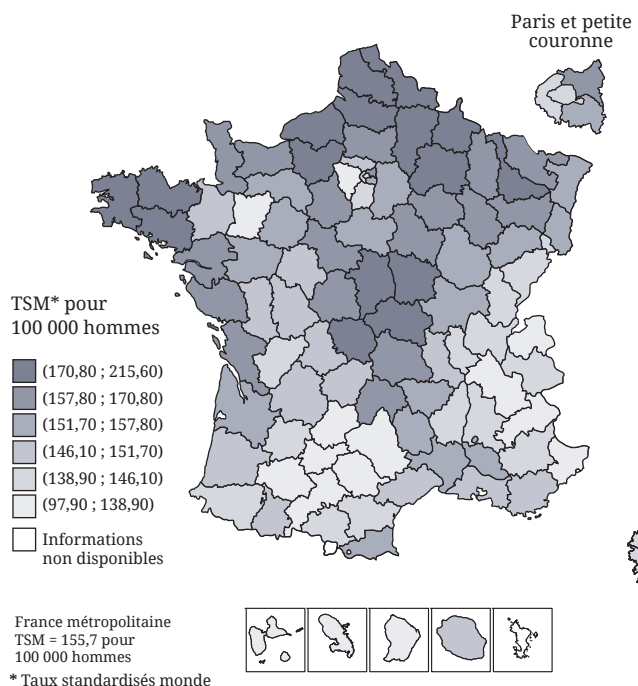


Il existe d'importantes disparités géographiques de la mortalité par cancer en France avec une situation globalement plus favorable dans le Sud du pays par rapport aux régions du Nord.

CHEZ LA FEMME

Les départements présentant les taux de mortalité les plus importants sont situés au Nord et à l'Est de la France, en Île-de-France et en Bourgogne.

Hommes



CHEZ L'HOMME

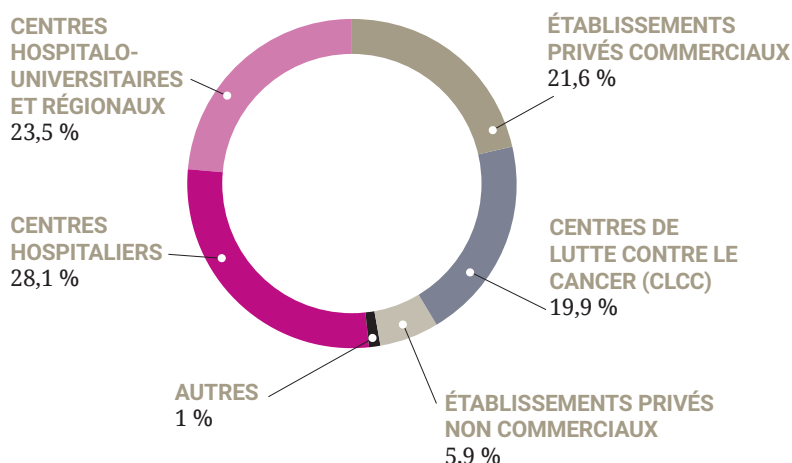
Les taux de mortalité les plus élevés sont observés dans le Nord, le Nord-Est, le Nord-Ouest, la Bretagne et le centre de la France. Les départements du Sud et l'Île-de-France sont les moins touchés.

PRISE EN CHARGE DES CANCERS



1/3 DU NOMBRE DE SÉJOURS HOSPITALIERS EST LIÉ À LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE CANCERS

- ▶ 1,128 million de personnes ont été hospitalisées en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer en 2013, soit une légère augmentation de + 3 % par rapport à 2010 (hors activité de radiothérapie dans le secteur privé libéral).
- ▶ L'âge moyen des personnes traitées pour cancer est de 67 ans chez les hommes et 64 ans chez les femmes.
- ▶ En 2013, la prise en charge des patients atteints de cancers dans les établissements de court séjour s'élève à près de 6,5 millions de séances et de séjours et représente près du tiers du nombre total de séjours hospitaliers.
- ▶ Répartition de cette activité par établissement :



ENTRE 2010 ET 2013, LE NOMBRE D'HOSPITALISATIONS EN AMBULATOIRE A AUGMENTÉ DE 28 %

La chirurgie

- ▶ 376 776 personnes atteintes de cancer ont été traitées par chirurgie en 2013 (+ 3 % entre 2010 et 2013).
- ▶ 75 % d'entre elles sont prises en charge pour des cancers du sein, de l'appareil digestif, des voies urinaires ou de la peau.
- ▶ En chirurgie du sein en 2013 comme en 2012, les mastectomies partielles sont plus de deux fois plus fréquentes que les mastectomies totales.
- ▶ En 2013, l'activité de traitement de cancer par chirurgie en ambulatoire s'élève à 87 544 hospitalisations, soit 20,5 % de l'ensemble des hospitalisations pour chirurgie motivée par le cancer (majoritairement de la peau) dans les établissements de court séjour. Cette activité connaît une croissance constante depuis 2010 où elle représentait 16,7 % des séjours de cancer traité par chirurgie.

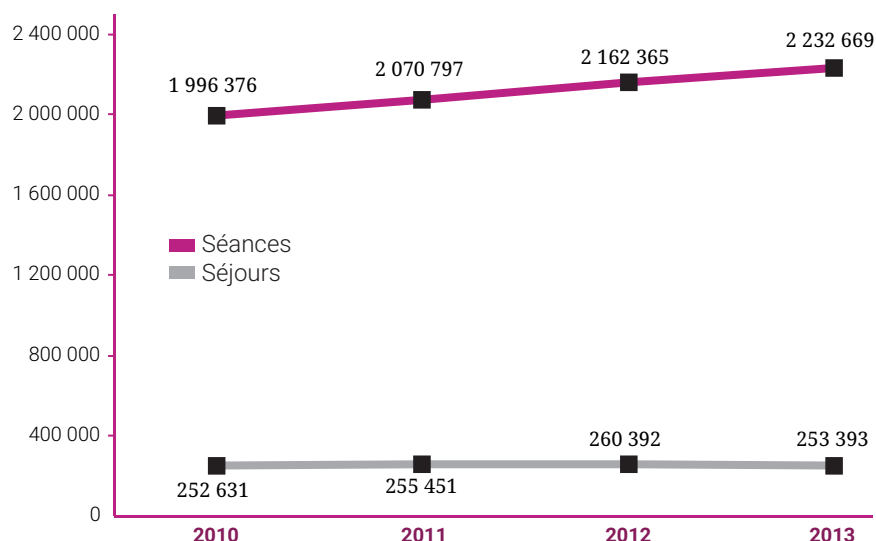
La radiothérapie

- ▶ 194 326 personnes atteintes de cancer ont été traitées par radiothérapie en 2013 (dont 57,8 % dans le secteur public).
- ▶ Les techniques d'irradiation dites standard sont les plus fréquentes en 2013 (73,3 %) suivies par la radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) (24,8 %).

La chimiothérapie

Évolution du nombre de séjours et de séances chimiothérapie depuis 2010 dans les établissements de santé

194 326 PERSONNES
ATTEINTES DE CANCER
SONT TRAITÉES PAR
RADIOTHÉRAPIE



Entre 2012 et 2013, on constate une augmentation de plus de 70 000 (+3,2 %) séances de traitement de chimiothérapie (en hospitalisation de jours) et parallèlement une diminution du nombre de séjours (en hospitalisation pour chimiothérapie) de près de 7 000 (-2,7 %), traduisant une tendance à la prise en charge en ambulatoire.

Dépenses liées à la prise en charge

- Les hospitalisations « motivées » par la prise en charge du cancer représentent près de 5,133 milliards d'euros en 2013, soit 59 % de l'ensemble des dépenses d'hospitalisation.
- Les dépenses relatives aux molécules anticancéreuses facturées en sus des prestations d'hospitalisation de court séjour s'élèvent à près de 1,475 milliard d'euros. Après une période de stabilisation, on assiste à une reprise de l'augmentation des dépenses: + 6,6 % entre 2012 et 2013. Dans cette enveloppe on observe, pour la première fois, une stabilité de la part respective des cytotoxiques et des thérapies ciblées alors que ces dernières avaient tendance à augmenter.
- Les montants des médicaments anticancéreux délivrés en officine c'est-à-dire en ville (chimiothérapie *per os*, thérapies ciblées *per os* et hormonothérapie) et remboursés par le régime général seul s'élèvent à 878,8 millions d'euros en 2013, contre 779 millions d'euros en 2011.
- **Les thérapies ciblées représentent près de 71 % des dépenses d'anticancéreux (inscrits sur la liste en sus) pour le secteur public et 82 % pour le secteur privé commercial.**



LA PRISE EN CHARGE
DES CANCERS
 REPRÉSENTE PRÈS DE
 5,133 MILLIARDS D'EUROS



44 000 PATIENTS
SONT INCLUS DANS
LES ESSAIS CLINIQUES

RECHERCHE

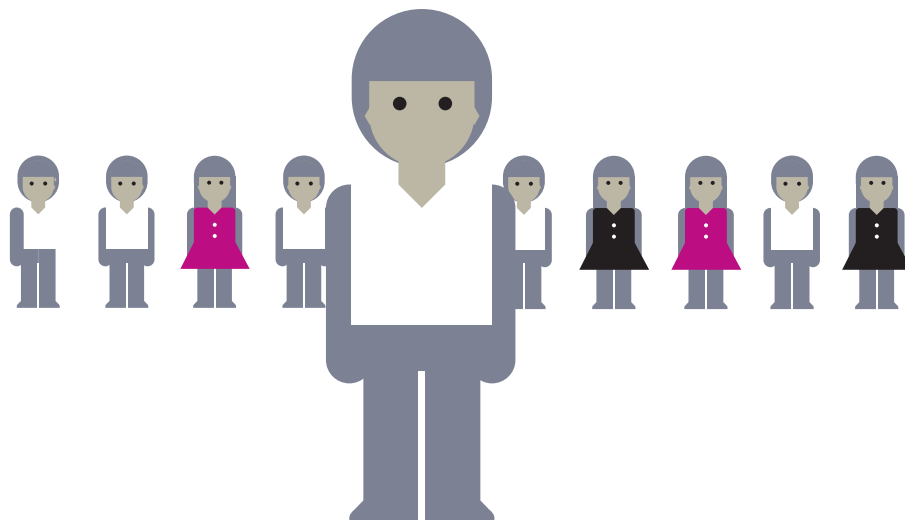
- ▶ Environ **44 000 patients** sont inclus dans les **essais cliniques** en cancérologie (+ **102 %** par rapport à 2008) dont 82 % dans des essais académiques.
- ▶ Chaque année, environ 164 millions d'euros sont alloués à la recherche contre le cancer (subventions de projets et crédits d'infrastructures ou d'équipements) par les organismes institutionnels (100 M€) et par les organismes caritatifs associatifs, la Ligue nationale contre le cancer, la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer (64 M€).

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

CONSÉQUENCES DE LA MALADIE

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

9 % DES PERSONNES
INTERROGÉES DISENT
ÊTRE L'OBJET
D'ATTITUDES DE REJET



2/ FOCUS SUR...

Le cancer du sein en France : évolutions et perspectives

En France, le cancer du sein est, chez les femmes, le premier cancer en termes d'incidence : 48 763 nouveaux cas en 2012. Une femme sur 10 environ sera confrontée au cancer du sein au cours de sa vie. L'âge médian au diagnostic est de 63 ans. Par ailleurs, le cancer du sein demeure la principale cause de mortalité par cancer féminin, responsable de 11 886 décès en 2012¹.

Les dernières données comparatives de la survie par cancer du sein dans les 29 pays européens classent la France parmi les pays en tête avec une survie relative à 5 ans de 86,1 %, supérieure à la moyenne européenne (81,8 %)². Ces données comprennent des cas diagnostiqués entre 2000 et 2007, dans une période qui correspond aux premières années de la mise en place des Plans cancer en France, avec un renforcement du dépistage, mais aussi à l'avè-

nement d'importants progrès thérapeutiques dans cette maladie. On peut ainsi considérer que plusieurs facteurs contribuent à ces résultats.

La place du dépistage organisé

Plus de 22 millions de mammographies ont été réalisées en France dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer du sein depuis sa généralisation en 2004. Le taux de participation est passé de 40 % en 2004 à 52 % en 2013, ce qui correspond à plus de 2,25 millions de mammographies réalisées dans l'année. À cette participation, il convient d'ajouter environ 10 % de femmes qui réalisent des mammographies de dépistage dans le cadre d'une démarche individuelle³.

En 10 ans, 150 000 cancers du sein ont été détectés par le programme de dépistage. Le taux de détection des cancers du sein dans le cadre du programme est stable, avec près de 7 cas de cancer du sein détectés pour 1 000 femmes dépistées.



**PLUS DE 22 MILLIONS
DE MAMMOGRAPHIES
ONT ÉTÉ RÉALISÉES
DANS LE CADRE DU
DÉPISTAGE ORGANISÉ
DEPUIS 2004**

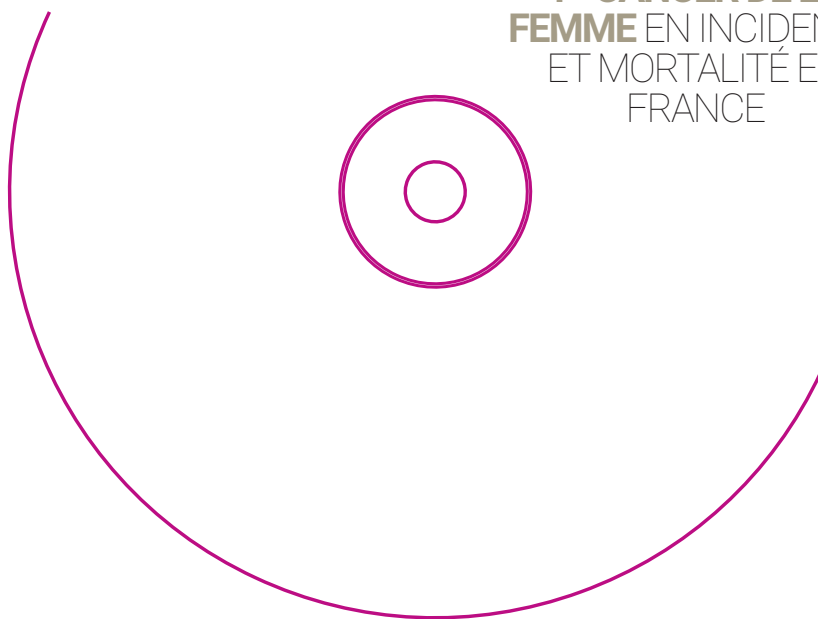
1. Les cancers en France -2014 : chapitre 1 « Épidémiologie des cancers » / 1.10 Épidémiologie du cancer du sein
2. De Angelis, 2014.
3. Les cancers en France -2014 : chapitre 3 « Dépistage »

Les travaux scientifiques internationaux récents sur les programmes de dépistage organisés concluent à une réduction de 15 à 21 % de la mortalité par cancer du sein, grâce, notamment, à un diagnostic de lésions de petite taille et localisées. Pour autant, la question de l'impact du dépistage organisé du cancer du sein en France est difficilement quantifiable.

En effet, après une augmentation importante de l'incidence dans les premières années de la généralisation du dépistage (97,8 pour 100 000 femmes en 2005), on observe une diminution annuelle de -1,5 % en moyenne entre 2005 et 2012 (88 pour 100 000 femmes en 2012); cette variation de l'incidence a été accompagnée d'une baisse de la mortalité de -1,5 % par an en moyenne pour la même période. Plusieurs facteurs peuvent avoir contribué à cette évolution, comme l'effet de saturation du dépistage sur ces fluctuations, mais aussi la diminution de prescription des traitements hormonaux de la ménopause (THM) à partir de 2002⁴. Après 2005, moins de 15 % des femmes âgées de 50 à 64 ans recevaient des THM⁵. Certains auteurs évoquent également le rôle de la diminution de la consommation d'alcool entre 1935 et 2008⁶.

Les cancers diagnostiqués par le dépistage organisé présentent un profil différent de ceux diagnostiqués individuellement. Ainsi, le taux de cancers *in situ* est de 15 % pour ceux détectés par le dépistage organisé⁷, il serait plutôt de 10,7 à 10,9 % pour la population étudiée dans les registres du cancer⁸ ou de 13 % pour la population traitée dans les structures de soin (données PMSI)⁹.

La tendance à la baisse de l'incidence en France après 2000 pour les cancers de stade avancé, spécifiquement chez les



**1 FEMME/10
EST TOUCHÉE AU
COURS DE SA VIE**

**1^{er} CANCER DE LA
FEMME EN INCIDENCE
ET MORTALITÉ EN
FRANCE**

femmes de 50-74 ans, pourrait constituer un premier signe d'efficacité du dépistage.

Dans les 20 dernières années, les évolutions thérapeutiques conjuguées à la généralisation du dépistage ont permis de réduire de façon significative le risque de rechute et de décès, notamment pour les cancers du sein ayant le pronostic le plus défavorable¹⁰.

Un accès à des soins de qualité pour chaque patient sur l'ensemble du territoire

La généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP)

parfois spécifiquement dédiées à la pathologie mammaire, la création des Centres de coordination en cancérologie (3C), la mise en place des Réseaux régionaux de cancérologie (RRC) et le déploiement de référentiels de traitement ont permis de structurer la prise en charge des cancers du sein de façon homogène. Le dispositif d'autorisation des établissements a entraîné une amélioration dans la qualité et la sécurité des prises en charge (chirurgie, radiothérapie et chimiothérapie) des femmes atteintes de cancer du sein qui représentent la population la plus fréquente ayant recours à chacun de ces types de traitement.

Un effort particulier a porté sur la production de recommandations de bonnes pratiques pour les professionnels pour les différentes situations de cancers du sein (*in situ*, infiltrant, prédisposition génétique, etc). L'analyse des trajectoires de soins de femmes atteintes de cancer du sein sur la base des données du PMSI⁹ montre un taux de concordance avec ces recommandations supérieur à 90 %. En ce qui concerne les délais entre la chirurgie et la mise en

4. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire; 2013. 122 p. Disponible sur le site l'InVS (www.invs.sante.fr) et celui de l'INCa (www.e-cancer.fr).
5. Daubisse-Marliac, 2011 Weedon-Fekjaer 2012
6. Hill 2010
7. Les cancers en France - 2014 : paragraphe 3.1
8. Molinié 2012
9. Lefeuvre 2014 (travaux de thèse)
10. Cosseti JCO 2014

route de la chimiothérapie adjuvante, pour 97 % des cas, le délai recommandé, inférieur à 3 mois, était respecté. Par ailleurs, d'autres études réalisées par l'Institut national du cancer^{9,11} montrent que les délais d'accès à la radiothérapie sont conformes aux recommandations pour les femmes ayant une radiothérapie seule après la chirurgie.

L'accès équitable et rapide à l'innovation thérapeutique a été également une priorité: l'exemple de la mise à disposition du trastuzumab pour les femmes concernées, dans le cadre d'un protocole temporaire de traitement (PTT)¹², neuf mois avant l'autorisation de mise sur le marché (AMM), reste un cas d'école au niveau international. Pendant plusieurs années, les Recommandations de bon usage (RBU), élaborées par l'INCa et d'autres acteurs, ont permis aux patientes de recevoir des traitements innovants, de façon encadrée en amont des AMM.

Dans le champ de la radiothérapie, différents travaux de recherche ont été menés avec ou par l'INCa, notamment dans le soutien à l'installation d'équipements de radiothérapie peropératoire pour les cancers du sein ou d'hypofractionnement avec réduction du nombre de séances qui ont également permis de favoriser l'accès à l'innovation.

La prise en charge du cancer du sein est un enjeu important également sur le plan économique: les dépenses d'assurance maladie liées au cancer du sein représentent, en 2012, 2,3 milliards d'euros, dont 1,3 pour les cancers en phase active de traitement. Cette même année, le coût du traitement en phase active était, en moyenne, de 9820 euros par patiente et par an.

Des acquis et perspectives dans le champ de la Recherche

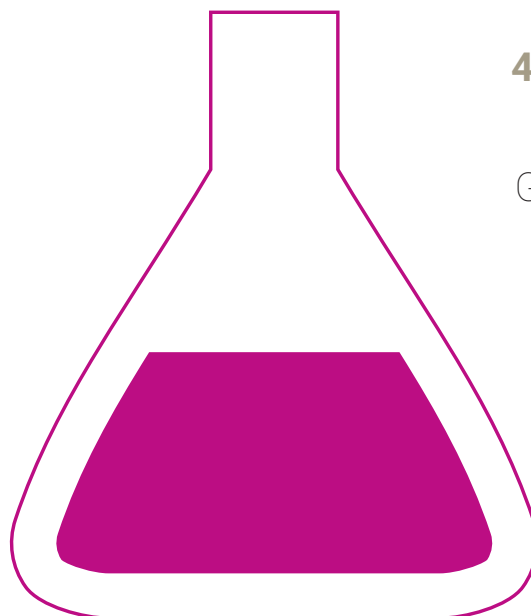
Près de 46 millions d'euros ont été consacrés aux 160 projets de recherche sur le cancer du sein financés dans le cadre des appels à projets gérés par l'INCa. Ils portaient sur les domaines de la biologie, de la recherche clinique, de la recherche de transfert, mais aussi de l'épidémiologie ou des sciences humaines et sociales.

Une vision intégrée des différentes disciplines de la recherche a été portée notamment à travers trois études emblématiques: PHARE¹³ (optimisation de la durée et les modalités d'administration du trastuzumab chez les femmes ayant un cancer du sein surexprimant HER2), SIGNAL (posant la question de facteurs

prédictifs de réponse ou de toxicité au traitement par trastuzumab), et SIGNAL-ICGC¹⁴ (menée dans le cadre d'un consortium international et visant à établir le répertoire des mutations tumorales intervenues chez ces mêmes femmes). Le Programme d'actions intégrées de recherche (PAIR) sur les formes précoces du cancer du sein (financement de 3,4 millions d'euros) animé et soutenu à partir de 2013 par l'INCa, la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et la Ligue nationale contre le cancer permettra à plusieurs équipes de répondre à des questions clés sur le déclenchement du cancer du sein, l'identification de nouvelles cibles thérapeutiques, mais aussi sur le ressenti des patientes après le traitement.

Toujours dans l'optique de promouvoir une recherche fédératrice et de qualité, posant des questions de stratégie thérapeutique et impliquant le plus grand nombre de patients et cliniciens, l'INCa a labellisé en 2013 un intergroupe coopérateur de recherche clinique spéci-

11. Du diagnostic au premier traitement: délais de prise en charge des cancers enregistrés par les registres spécialisés du réseau Francim 1999-2008, INCa 2012
 12. PPT Herceptin, INCa
 13. Pivot et Al. 2013
 14. UPA/PAI-1, ONCOTYPE DXtm, MAMMAPRINT®- Valeurs pronostique et prédictive pour une utilité clinique dans la prise en charge du cancer du sein, INCa 2014.



PRÈS DE
46 MILLIONS D'EUROS
 FINANCÉS PAR LES
 APPELS À PROJETS
 GÉRÉS PAR L'INSTITUT

160 PROJETS DE
 RECHERCHE SUR LE
 CANCER DU SEIN

fique au cancer du sein : Unicancer Breast Cancer Group (UBCG).

Des questions importantes sur l'utilisation de signatures génomiques pour la sélection des patientes candidates à la chimiothérapie restent posées. L'état actuel des connaissances ne permet pas de valider les tests actuellement disponibles sur le marché¹⁴ comme outils d'aide à la décision. Les résultats de plusieurs études en cours sont attendus, en France (étude GERICO11 ASTER financée dans le PHRC) et à l'international. Des aspects médico-économiques doivent également être précisés pour une utilisation plus large de ce type d'outils.

Et demain

Le Plan cancer 2014-2019 constitue une feuille de route pour les années à venir. En termes de recherche, la poursuite du programme de génomique, à travers le financement significatif du séquençage d'exomes et la mise en place d'essais cliniques associés, est une action d'importance qui aboutira à l'acquisition de connaissances susceptibles de déboucher sur des progrès thérapeutiques.

En prévention primaire, la lutte contre la surcharge pondérale sera renforcée (augmentation du risque de cancer du sein (33 %) pour chaque tour de taille gagné tous les dix ans) ainsi que la sensibilisation à la pratique d'une activité physique régulière et adaptée, notamment pour les femmes atteintes de cancer.

Une concertation citoyenne sur l'évolution du dépistage du cancer du sein sera lancée au cours de l'année 2015 afin de débattre des questions posées par le dépistage, ses effets positifs et ses limites, et de faire évoluer la politique publique.

Plus de 650 000 femmes françaises vivent ou ont vécu le diagnostic et le traitement du cancer du sein. Cette prévalence élevée implique aussi de réduire les effets et les séquelles à long terme de cette maladie qui sont autant d'axes de travail sur lesquels l'INCa et ses partenaires se mobilisent :

▸ dans le choix du traitement : la désescalade thérapeutique, notamment pour la chimiothérapie, grâce aux biomarqueurs ; pour la radiothérapie, plus ciblée avec une dose moins élevée (étude SHARE) ; la surveillance des effets de l'hormonothérapie à long terme sur les capacités cognitives (plusieurs études PHRC et cohorte CANTO) ;

▸ en cours du traitement : la préservation de la fertilité pour les jeunes femmes, en systématisant l'information des patientes, et émettant de nouvelles recommandations ;

▸ en aval du traitement : l'amélioration de la prise en compte des séquelles physiques. La revalorisation de 6 actes de reconstruction mammaire et la prise en charge de deux nouvelles techniques ;

▸ tout au long de la vie : améliorer les conditions et possibilités de maintien et de retour à l'emploi, pour ces femmes pour moitié dans une tranche d'âge active ainsi que les conditions d'accès aux assurances. À cet effet, sans être spécifique aux femmes touchées par un cancer du sein, l'INCa et le ministère du Travail mettront en place en 2015 un dispositif d'accompagnement des salariés et des entreprises.

La lutte contre le tabac

Le tabac constitue la principale cause évitable de mortalité par cancers en France : il est responsable de 44 000 décès par cancers par an. Les produits inhalés sont de puissants cancérogènes incriminés dans le développement de 17 localisations différentes : cancer du poumon et de la sphère ORL en premier lieu, mais également cancers des voies urinaires, du rein, du col de l'utérus, de l'ovaire, du côlon, du rectum et de l'estomac, certaines hémopathies et même le cancer du sein. La consommation de tabac est également associée à une moins bonne réponse aux traitements du cancer, à une aggravation des effets secondaires de ses thérapies et à une dégradation de la qualité de vie des patients.

Les actions de lutte contre le tabagisme menées en France lors des dernières décennies ont eu un effet bénéfique sur la diminution du cancer du poumon chez les hommes, mais on peut prévoir que l'épidémie va continuer chez les femmes au fur et à mesure que vieilliront les

générations qui ont beaucoup fumé. On peut également s'attendre à un ralentissement de la diminution de la mortalité chez les hommes dans la mesure où les ventes de cigarettes sont restées à peu près constantes depuis 10 ans.

Les politiques de lutte contre le tabagisme peuvent être efficaces, les pays qui ont mis en œuvre les recommandations de la CCLAT-OMS (convention cadre pour la lutte antitabac de l'OMS) ont obtenu une chute drastique de leur consommation : Angleterre 18 % d'adultes fumeurs, États-Unis 18 %, Canada 16 % et Australie 14 %. En France, la consommation de tabac qui avait diminué à partir des années 1970, a ré-augmenté depuis 2005, en particulier chez les femmes et dans les classes socioéconomiques défavorisées, pour atteindre près de 30 % de fumeurs quotidiens.

C'est pourquoi, il est important d'apporter une réponse globale et coordonnée à la lutte contre le tabac.

Une forte volonté politique : condition *sine qua non* pour permettre une diminution de la consommation de tabac

L'évolution de la consommation de tabac en France est corrélée à la volonté de l'État d'en faire une priorité de santé publique. Ce fut le cas dès 1976 avec la « Loi Veil » qui a réglementé la publicité sur les produits du tabac et instauré l'apposition d'un message sanitaire sur les paquets de cigarettes. Ces premières mesures de prévention ont permis de ralentir la hausse de la consommation de tabac. La « loi Évin » de 1991 a complété et renforcé ces dispositions. Outre une meilleure information sur la composition des produits du tabac et des restrictions sur la publicité et sur la consommation sur les lieux publics, la loi Évin a permis l'augmentation régulière des prix durant les années 1990. Le Plan cancer 2003-2007 a marqué la remobilisation de l'État sur ce thème depuis la loi Évin de 1991, en se donnant pour ambition de déclarer la guerre au tabac afin de réduire le tabagisme en cause dans un certain nombre de cancers. Cette période a été marquée par des



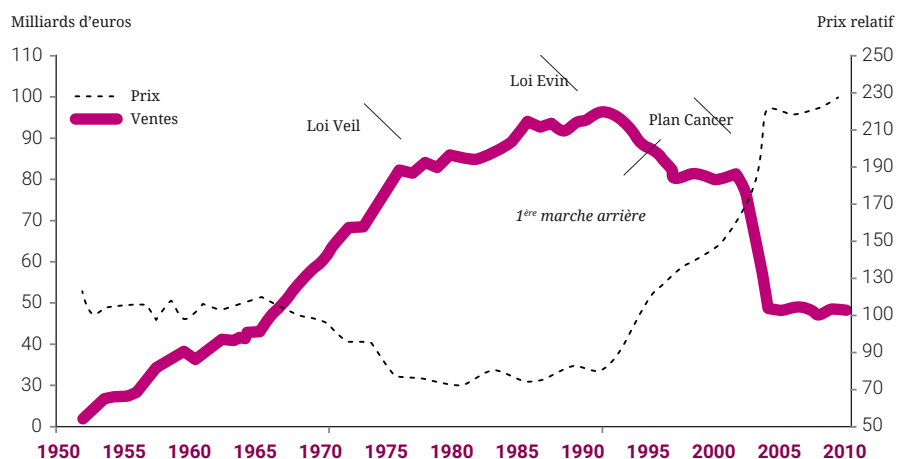
LE TABAC EST LA PRINCIPALE
CAUSE ÉVITABLE DE MORTALITÉ
PAR CANCERS EN FRANCE :
**IL EST RESPONSABLE
DE 44 000 DÉCÈS**

augmentations de prix, des mesures d'interdiction de vente aux mineurs et de renforcement de celles liées à l'usage dans les lieux publics. Des campagnes de sensibilisations et d'éducation à la santé ont été développées¹.

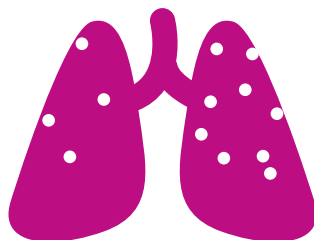
Les fortes augmentations des prix du tabac en 2003 et 2004 ont provoqué une baisse d'environ 30 % des ventes de tabac dans le réseau buraliste français et un report partiel vers les achats transfrontaliers.

Fort des résultats obtenus (diminution de la prévalence tabagique de la population générale passant de 33,1 % à 29,9 % chez les 12-75 ans, respect de l'interdiction de fumer dans les lieux publics) le Plan cancer 2009-2013 a été élaboré avec une volonté de poursuivre la lutte contre le tabac, mais sans réaffirmer les mesures déjà initiées. Il ne comportait que peu d'actions à fort impact sur la consommation. Ses objectifs de baisse de la prévalence (passer de 30 à 20 % de la population) et de réduction des inégalités n'ont pas été atteints. La prévalence tabagique a même augmenté durant cette période. Le troisième Plan cancer a tenu à inscrire une nouvelle mobilisation globale contre le tabac, dix ans après la précédente, avec le lancement d'un Programme national de réduction du tabagisme. L'objectif que les personnes nées en 2014 soient la première génération de non-fumeurs semble marquer un virage important dans la lutte contre le tabagisme et s'inscrit dans le concept du *tobacco endgame* qui se développe au niveau international, à l'image de la Finlande et de la Nouvelle Zélande qui souhaitent éradiquer le tabagisme à l'horizon 2040. Toutefois, afin d'éviter la compensation de l'achat de tabac à l'étranger, il semble nécessaire de coordonner les actions avec l'ensemble des pays et harmoniser les taxes avec les pays européens.

Évolution des ventes de cigarettes en milliards de cigarettes et prix relatif des cigarettes (référence 100 en 1970). Source : Elsevier



LA MORTALITÉ PAR
CANCER DU POUMON
AUGMENTE DE 3,7 %
EN MOYENNE
ENTRE 1980 ET 2012



Une réponse collective qui doit être menée au niveau international

L'idée d'un traité international pour lutter contre le tabagisme a émergé dès les années 90, face au double constat d'une progression des décès liés au tabagisme et d'une industrie du tabac de plus en plus puissante, globalisée et influente. Il s'agissait alors de disposer d'une plateforme pour l'engagement, la coopération et l'action multilatérale contre la montée et la propagation de la consommation de tabac. Entrée en vigueur en février 2005, la CCLAT est aujourd'hui ratifiée par 180 parties. Elle contient un panel de mesures variées et complémentaires fondée sur des données factuelles. À l'aube des négociations, en 1998, on

comptait 3,5 millions de morts par an liés au tabac, et on estimait qu'en 2030, ils seraient 10 millions. Aujourd'hui ces chiffres sont respectivement de 5,4 et 8 millions². L'accélération de la mise en œuvre des lignes directrices de la CCLAT, tout comme la poursuite de l'effort de « dénormalisation » du tabac restent donc une priorité pour l'ensemble des signataires de la CCLAT et pour l'OMS.

Développer des actions de prévention ayant démontré leur efficacité

Le rapport de la Cour des comptes³ sur l'évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme a pointé la faible articulation des actions de prévention entre le niveau national et local. Les actions de terrain ne sont pas souvent évaluées et donc peu reproductibles. De plus, la recherche sur le tabac en France est insuffisante, avec seulement 15 publications françaises dans la base de données Pub Med pour la période 2009-2010 (sur un total de près de 8800 articles pour la même période). C'est dans ce contexte que l'INCa a mis en place en 2014 un Programme de Recherche et d'InterventiOns pour Réduire le Tabagisme et inflÉchir la prévalence des cancers liés au tabac (Priorité cancers tabac). Ce programme permettra de financer, via des appels à projets, des travaux interdisciplinaires sur une base pluriannuelle (2015, 2016

Effets du tabagisme selon les traitements du cancer

(ASCO, « Tobacco cessation guide », 2012)

Chirurgie	Radiothérapie	Chimiothérapie
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Augmentation des complications de l'anesthésie générale ▶ Augmentation du risque de complications sévères pulmonaires ▶ Effets délétères sur la cicatrisation : <ul style="list-style-type: none"> - Compromet la circulation sanguine capillaire - Augmente la vasoconstriction - Augmente le risque d'infection 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Réduit l'efficacité des traitements ▶ Augmente la toxicité et les effets secondaires : <ul style="list-style-type: none"> - Xérostomie (bouche sèche) - Perte du goût - Pneumonie - Nécrose des tissus mous et osseux - Mauvaise qualité de la voix 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Potentielle exacerbation des effets secondaires incluant : <ul style="list-style-type: none"> - Immunosuppression - Perte de poids - Fatigue - Toxicité cardiaque et pulmonaire - Augmentation d'incidence d'infection

et 2018) et concernera l'ensemble des cancers liés au tabac. À l'instar de ce qui a été réalisé au Royaume-Uni avec, le UK Centre for tobacco control studies, qui s'est par la suite élargi à la thématique alcool, ce programme a pour ambition de développer des liens forts entre les acteurs de terrain, les décideurs et le monde de la recherche.

Mobiliser les professionnels de santé dans la lutte contre le tabac

Mobiliser les professionnels de santé dans cet effort de prévention représente un défi important. Les mesures de lutte contre le tabagisme, prises ces dernières années en France, ont fait de la lutte contre le tabac avant tout une problématique sociétale (ex : interdiction de fumer dans les lieux publics) et fiscale que de santé, en impliquant trop peu le corps médical. La prévention du tabac doit être plus systématiquement intégrée à la prise en charge des patients. L'objectif est double : faire en sorte que les médecins s'impliquent davantage dans la prévention primaire et optimiser la prise en charge médicale de leurs patients, en réduisant les risques de co-morbidités et de mortalité liés au tabagisme. L'arrêt du tabac représente un enjeu particulièrement important dans l'accompagnement au long cours des patients atteints de maladies chro-

niques et, en particulier, des patients atteints de cancer⁴.

Comme on peut le constater dans le tableau, la diversité des effets du tabac observés souligne que l'arrêt du tabac représente un enjeu pour l'ensemble des patients atteints de cancer et pas seulement pour ceux dont le cancer est bien connu pour avoir une étiologie tabagique forte (poumon, ORL⁵).

Des études scientifiques ont montré que la consommation de tabac des patients est fortement influencée par les conseils reçus par leur médecin. Il a également été montré qu'un professionnel de santé fumeur est moins enclin à promouvoir le sevrage tabagique de ses patients. Il serait donc important que la prévalence tabagique des professionnels de santé français rejoigne celle de leurs homologues américains et anglais, autour de 5%.

Le succès commercial de la cigarette électronique et son développement va très certainement modifier à la baisse la consommation de tabac en France dans les prochaines années. Aujourd'hui, les utilisateurs réguliers sont, pour la quasi-totalité, des fumeurs et des ex fumeurs qui voient dans ce produit une manière de sortir du tabagisme ou de réduire leur consommation. L'incertitude actuelle quant à l'efficacité de ce produit

pour arrêter de fumer sera peut-être levée à l'avenir et permettra de positionner la cigarette électronique comme un des outils d'aide au sevrage. L'émergence de la cigarette électronique pourrait donc entraîner une diminution des cancers liés au tabac. Une attention devra néanmoins être portée quant à la toxicité de sa consommation sur le long terme et aux effets sanitaires engendrés par la double consommation tabac et cigarette électronique.

L'histoire de la lutte contre le tabac doit inciter tous les acteurs concernés à rester mobilisés et vigilants quant à la mise en œuvre, dans la continuité, des actions programmées.

1. Aurelier Lermenier-Jeannet, Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. Tendances n° 92 2014, 6 pages.
 2. De Bruyne P. Deutsch A. la convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : un traité international pour lutter contre le tabagisme, invs, beh n° 20-21. 31 mai 2011
 3. Cour des comptes. Rapport d'évaluation. Les politiques de lutte contre le tabagisme. Décembre 2012. <http://www.ccomptes.fr/index.php/Publications/Publications/Les-politiques-de-lutte-contre-le-tabagisme>
 7] Cour des comptes. Rapport public annuel
 4. Gritz, E.R., D.J. Vidrine, and M.C. Fingeret, Smoking cessation a critical component of medical management in chronic disease populations. Am J Prev Med, 2007. 33(6 Suppl) : p. S414-
 5. Gaillot de Saintignon J., Deutsch A. Renforcer la prévention du tabagisme dans les soins en cancérologie. La lettre du cancérologue volume XXII, n° 6 juin 2014.

3/ LES FAITS MARQUANTS 2014

UN NOUVEAU PLAN CANCER POUR LA PÉRIODE 2014-2019

► Le 4 février 2014 le président de la République a présenté le troisième Plan cancer. **Le Plan cancer 2014-2019** porte des ambitions fortes :

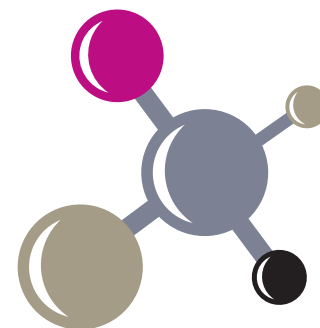
1. Guérir plus de personnes malades, en favorisant des diagnostics précoces et en garantissant l'accès de tous à une médecine de qualité et aux innovations,
2. Préserver la continuité et la qualité de vie, en proposant une prise en charge globale de la personne pendant et après la maladie, tenant compte de l'ensemble de ses besoins,
3. Investir dans la prévention et la recherche pour réduire le nombre de nouveaux cas de cancer et préparer les progrès à venir,
4. À ces ambitions s'ajoute la volonté d'optimiser le pilotage et les organisations de la lutte contre les cancers pour une meilleure efficacité, en y associant

pleinement les personnes malades et les usagers du système de santé.

Il s'inscrit dans la mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé et de l'Agenda stratégique pour la recherche. Le Plan est décliné en 17 objectifs qui s'organisent en actions opérationnelles. L'Institut national du cancer est chargé de piloter sa mise en œuvre.

FACTEURS DE RISQUE COMPORTEMENTAUX

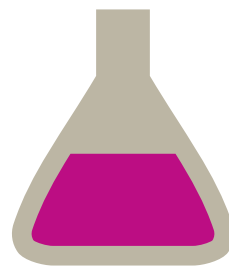
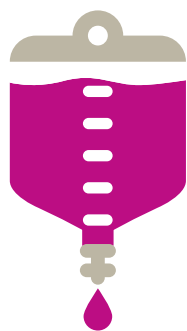
► Si la prévalence tabagique est toujours élevée en France (31,6 % des Français de 15 à 85 ans se déclarent fumeurs actuels : 27,3 % de fumeurs quotidiens et 4,3 % de fumeurs occasionnels), l'année 2014 semble refléter le début des premiers signes d'une tendance à la baisse de cette prévalence avec la poursuite du recul des ventes de tabac (< 60 millions de tonnes en 2013) et des résultats encourageants de plusieurs enquêtes (*Eurobaromètre tabac 2012*, *EROPP 2013* et *ETINCEL 2013*).



FACTEURS DE RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

► Depuis le 1^{er} janvier 2014, le nouveau dispositif national de surveillance et de mesure de l'exposition du public aux ondes électromagnétiques est opérationnel. Il associe notamment un site d'information sur la localisation des antennes et une possibilité de demander une mesure au domicile.

► 12 novembre 2014 : nouveau Plan de santé environnement (PNSE) 2015-2019 définit autour de quatre grands enjeux : priorités de santé ; connaissance des expositions et de leurs effets ; de recherche en santé environnement ; et enfin les enjeux pour les actions territoriales, l'information, la communication, et la formation.



DÉPISTAGE

► 23 septembre 2014: publication au JO de l'arrêté portant l'introduction du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Les tests immunologiques seront disponibles à partir de fin mars 2015.

► Octobre 2014: annonce de la mise en place d'une concertation citoyenne sur le dépistage du cancer du sein avec pour objectif de faire de propositions d'évolution de la politique publique, à la Ministre de la Santé, au début de l'année 2016.

PARCOURS DE SOINS ET PRISE EN CHARGE

► 944 établissements disposent d'une autorisation pour traiter le cancer fin 2013 pour une durée de 5 ans, quel que soit le mode de prise en charge considéré (chimiothérapie, radiothérapie, chirurgie, soins palliatifs ou autres prises en charge).

► Précision aux agences régionales de santé (ARS) des objectifs et des calendriers 2014/2015 pour que le dossier communicant en cancérologie (DCC) soit mis en place sur l'ensemble du territoire, à l'horizon 2015.

► En 2013, 48434 (soit 3,8 fois plus qu'en 2003) consultations d'oncogénétique ont été réalisées. Près de 85 % de ces consultations concernent les cancers du sein et/ou de l'ovaire et des pathologies digestives.

► Au 1^{er} janvier 2014, 845 oncologues médicaux, 830 radiothérapeutes et 1 566 anatomo-cytopathologistes sont en activité: une augmentation significative pour ces trois spécialités.

► Février 2014: démarrage du projet européen CANCON qui vise à élaborer un guide européen de référence pour un parcours de prise en charge intégrée des patients atteints de cancer.

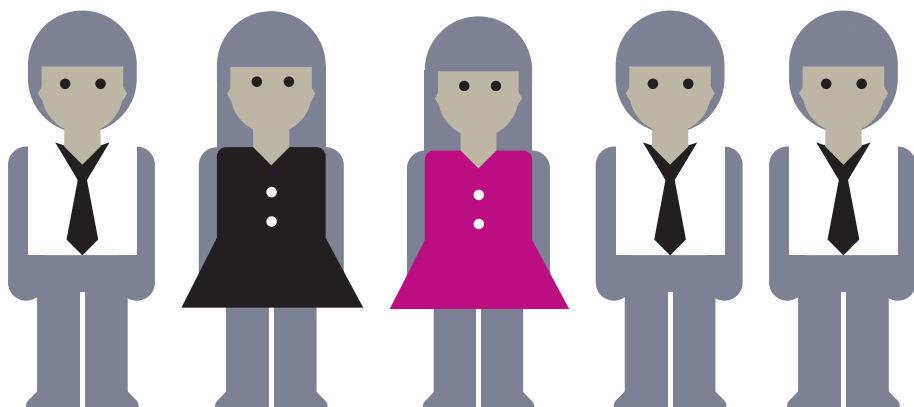
RISQUE DE SECOND CANCER EN FRANCE

► Pour la première fois en France, les estimations d'incidence des seconds cancers sont disponibles. Le risque de second cancer en France est multiplié par 1,36 chez les personnes atteintes de cancer par rapport à la population générale mais masque de grandes disparités. Cette aug-

mentation est particulièrement marquée pour les cancers liés à la consommation d'alcool et de tabac, tels que les cancers des voies aérodigestives supérieures, du larynx, de l'œsophage et du poumon.

LA VIE APRÈS LE CANCER :

► Juin 2014, résultats de la 2^e édition de l'enquête sur « la vie deux ans après le cancer » portant sur près de 4 000 malades: au moment du diagnostic, huit personnes sur dix étaient en emploi, contre six sur dix, deux ans plus tard; pour un cancer « de bon pronostic », le taux de maintien en emploi deux ans après le diagnostic est de 89 % pour les métiers d'encadrement et de 74 % pour les métiers d'exécution, contre respectivement 48 % et 28 % pour les cancers de « mauvais pronostic ».



Pour plus d'informations
e-cancer.fr

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

Tel. +33 (1) 41 10 50 00

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

ETKARFSYNI5

e-cancer.fr

