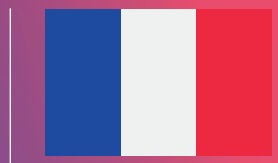
European Cancer Inequalities Registry



FRANCE

Profils sur le cancer par pays

2023

European Commission

OECD

BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

La série profils sur le cancer par pays

Le registre européen des inégalités face au cancer est une initiative phare du plan "Vaincre le cancer en Europe". Il fournit des données solides et fiables sur la prévention et les soins oncologiques afin d'identifier les tendances, les disparités et les inégalités entre les États membres et les régions. Les profils sur le cancer par pays identifient les forces, les faiblesses et les domaines d'action spécifiques de chacun des 27 États membres de l'UE, de l'Islande et de la Norvège, afin d'orienter les investissements et les interventions aux niveaux européen, national et régional dans le cadre du plan "Vaincre le cancer en Europe". Le Registre européen des inégalités face au cancer soutient également le programme phare 1 du plan d'action "Pollution zéro".

Les profils sont le fruit du travail mené par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en coopération avec la Commission européenne. L'équipe remercie les experts nationaux, le comité de la santé de l'OCDE et le groupe thématique d'experts de l'UE sur le registre des inégalités face au cancer pour leurs précieuses observations et suggestions.

Sources des données et des informations

Les données et les informations utilisées dans les profils sur le cancer par pays se fondent principalement sur les statistiques nationales officielles fournies à Eurostat et à l'OCDE, qui ont été validées afin d'assurer les normes les plus élevées en matière de comparabilité des données. Les sources et les méthodes sous-tendant ces données sont disponibles dans la base de données d'Eurostat et dans la base de données sur la santé de l'OCDE.

Des données supplémentaires proviennent également de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), de l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) et d'autres sources nationales (indépendantes des intérêts privés ou commerciaux). Les moyennes de l'UE calculées sont des moyennes pondérées des 27 États membres, sauf indication contraire. Ces moyennes de l'UE ne concernent ni l'Islande ni la Norvège. La parité de pouvoir d'achat (PPA) est un taux de conversion monétaire qui permet d'exprimer dans une unité commune les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en éliminant les différences de niveaux de prix entre pays.

Clause de non-responsabilité: This work is published under the responsibility of the Secretary-General of the OECD. The opinions expressed and arguments employed herein do not necessarily reflect the official views of the Member countries of the OECD. This work was produced with the financial assistance of the European Union. The views expressed herein can in no way be taken to reflect the official opinion of the European Union.
This document, as well as any data and map included herein, are without prejudice to the status of or sovereignty over any territory, to the delimitation of international frontiers and boundaries and to the name of any territory, city or area.
Note by the Republic of Türkiye: The information in this document with reference to "Cyprus" relates to the southern part of the Island. There is no single authority representing both Turkish and Greek Cypriot people on the Island. Türkiye recognises the Turkish Republic of Northern Cyprus (TRNC). Until a lasting and equitable solution is found within the context of the United Nations, Türkiye shall preserve its position concerning the "Cyprus issue".
Note by all the European Union Member States of the OECD and the European Union: The Republic of Cyprus is recognised by all members of the United Nations with the exception of Türkiye. The information in this document relates to the area under the effective control of the Government of the Republic of Cyprus.

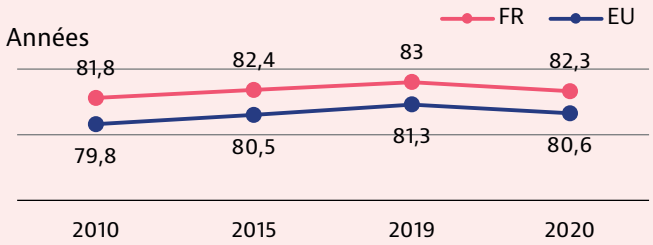
©OECD 2023
The use of this work, whether digital or print, is governed by the Terms and Conditions to be found at https://www.oecd.org/termsand-conditions.

Table des matières

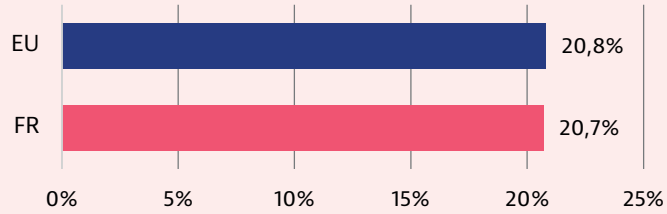
1. POINTS SAILLANTS 3
2. LE CANCER EN FRANCE 4
3. FACTEURS DE RISQUE ET POLITIQUES DE PRÉVENTION 7
4. DÉTECTION PRÉCOCE 9
5. PERFORMANCE DES SOINS ONCOLOGIQUES 11
5.1 Accessibilité 11
5.2 Qualité 14
5.3 Coûts 15
5.4 COVID-19 et cancer: renforcer la résilience 16
6. COUP DE PROJECTEUR SUR LES INÉGALITÉS 18

Résumé des principales caractéristiques du système de santé

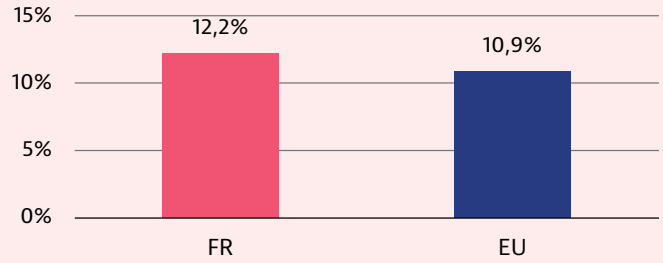
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE (EN ANNÉES)



PART DE LA POPULATION ÂGÉE DE 65 ANS ET PLUS (2021)

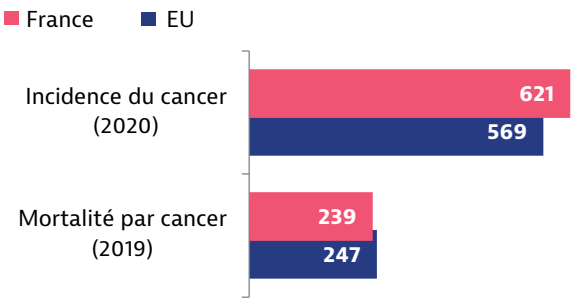


DÉPENSES DE SANTÉ EN % DU PIB (2020)

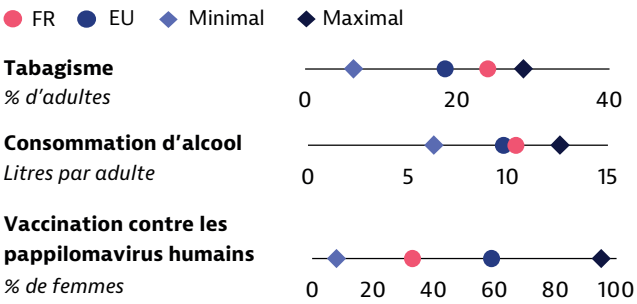


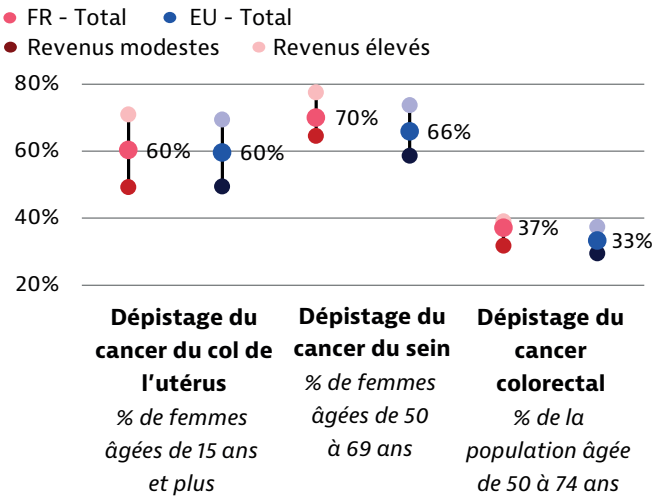
Source: Base de données d'Eurostat.

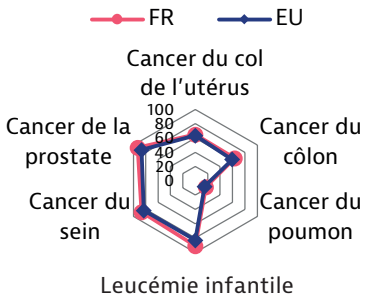
1. Points saillants



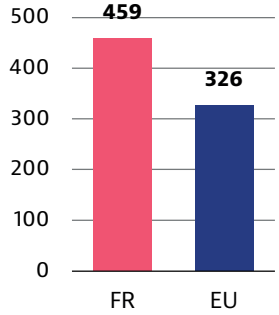
Taux standardisé en fonction de l'âge pour 100 000 habitants







Taux de survie nette à cinq ans par type de cancer (2010-2014)



Coût total du cancer (EUR par habitant PPA), 2018

Le cancer en France

L'incidence estimée du cancer en France est légèrement supérieure à la moyenne de l'UE, principalement en raison de l'augmentation des cas signalés chez les femmes. La mortalité par cancer est toutefois inférieure à la moyenne de l'UE. Comme dans la plupart des pays, le cancer est particulièrement sensible aux inégalités sociales. Pour remédier à ce problème majeur de santé publique, en réponse à la recommandation de l'Institut national du cancer, les autorités françaises ont lancé en 2021 une stratégie décennale visant à renforcer la lutte contre le cancer.

Facteurs de risque et politiques de prévention

La prévalence du tabagisme quotidien en France est parmi les plus élevées de l'UE, et les inégalités sociales sont particulièrement marquées pour ce facteur de risque. Des mesures de lutte contre le tabagisme ont été adoptées afin de réduire les taux de tabagisme, avec des résultats encourageants jusqu'à présent. La consommation d'alcool reste également plus élevée que dans l'UE. La France affiche de faibles taux de vaccination contre les papillomavirus humains, malgré leur prise en charge pour les filles et les garçons.

Détection précoce

En France, des programmes de dépistage sont en place pour le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus. Le taux de dépistage du cancer du sein est légèrement supérieur à la moyenne de l'UE, tandis que celui du cancer du col de l'utérus est proche de la moyenne de l'UE. Il existe des inégalités sociales dans la participation au dépistage pour ces deux cancers. La stratégie décennale s'est fixée des objectifs ambitieux pour augmenter la participation aux programmes de dépistage.

Performance des soins oncologiques

La France soutient la comparaison avec les autres pays de l'UE en ce qui concerne les taux de survie à cinq ans, mais elle affiche un gradient social unidirectionnel pour la quasi-totalité des cancers, avec une moins bonne survie chez les patients vivant dans les zones les plus défavorisées. Les dépenses publiques consacrées à la lutte contre le cancer ont considérablement augmenté ces dernières années, et les dépenses par habitant en soins oncologiques en France sont parmi les plus élevées d'Europe, ce qui a poussé les autorités à adopter plusieurs mesures de maîtrise des dépenses au cours des dernières années.

2. Le cancer en France

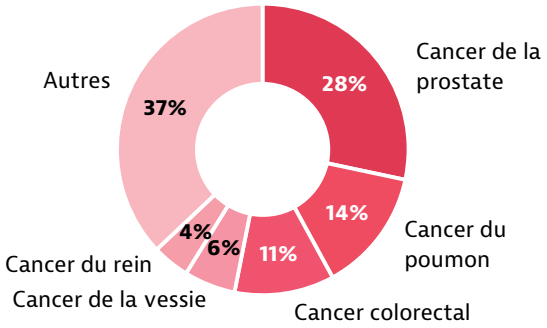
L'incidence globale du cancer en France est supérieure à la moyenne de l'UE

Selon les estimations du système européen d'information sur le cancer (ECIS) du Centre commun de recherche établies à partir des données d'incidence collectées les années précédant la pandémie, quelque 420 000 nouveaux cas de cancer étaient attendus en France en 2020. Les taux d'incidence standardisés en fonction de l'âge, tous cancers confondus, étaient 10 % au-dessus de la moyenne de l'UE chez les hommes et 5 % au-dessus chez les femmes. Comme dans la plupart des pays de l'UE, il était estimé que les principaux cancers seraient le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer colorectal chez les hommes, et le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon chez les femmes (Graphique 1).

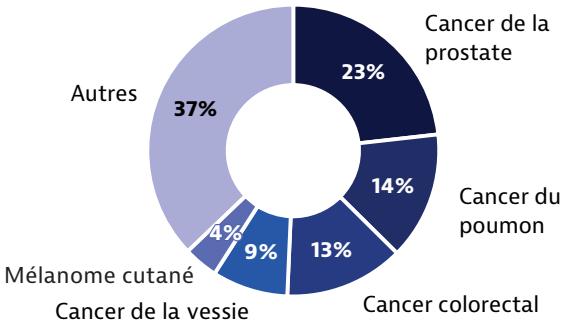
Graphique 1. En 2020, plus de 400 000 nouveaux cas de cancer étaient attendus en France

Répartition de l'incidence du cancer par sexe en France et dans l'UE

FRANCE - HOMMES
233 162 nouveaux cas



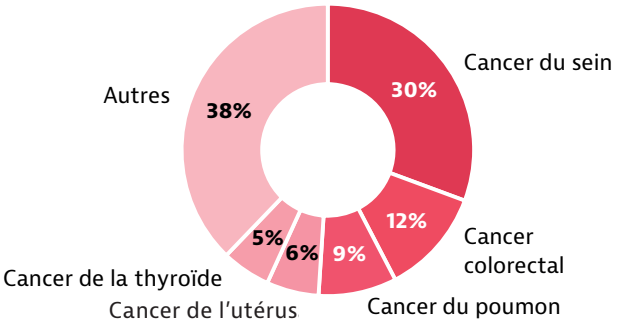
EU - HOMMES
1 444 949 nouveaux cas



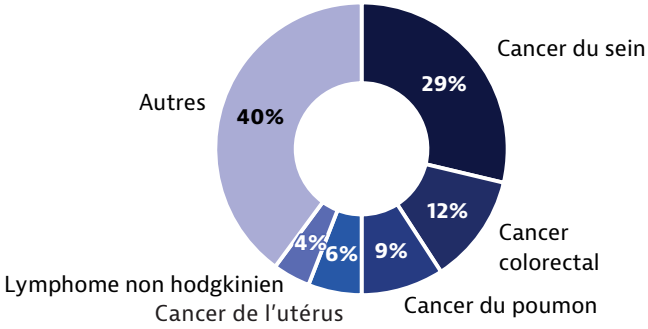
TAUX STANDARDISÉ EN FONCTION DE L'ÂGE (TOUS CANCERS CONFONDUS)

France 761 pour 100 000 habitants
EU 686 pour 100 000 habitants

FRANCE - FEMMES
189 666 nouveaux cas



EU - FEMMES
1 237 588 nouveaux cas



TAUX STANDARDISÉ EN FONCTION DE L'ÂGE (TOUS CANCERS CONFONDUS)

France 512 pour 100 000 habitants
EU 484 pour 100 000 habitants

Remarque: Le cancer du corps de l'utérus n'inclut pas le cancer du col de l'utérus. Ces estimations ont été établies avant la pandémie de COVID-19, à partir des données d'incidence des années antérieures, et peuvent différer des taux observés au cours des années plus récentes.
Source: Système européen d'information sur le cancer (ECIS). Graphique extrait de la page https://ecis.jrc.ec.europa.eu, consultée le 9 mai 2022. © Union européenne, 2022.

En 2020, les estimations indiquaient que le cancer de l'estomac représenterait 2 % des nouveaux cas de cancer chez les hommes et 1 % chez les femmes. Le mélanome cutané devait quant à lui représenter 4 % des nouveaux cas de cancer à la fois chez les hommes et les femmes. En ce qui concerne les cancers pédiatriques, il était estimé que le taux d'incidence standardisé en fonction de l'âge chez les enfants de moins de 15 ans serait de 15 pour 100 000 habitants en 2020, un chiffre comparable à la moyenne de l'UE.

Entre 2000 et 2016, les années potentielles de vie perdues dues à des tumeurs malignes ont enregistré une diminution relative de 26 %, et représentaient 1 389 années de vie perdues pour 100 000 personnes âgées de moins de 75 ans en 2016. La diminution relative était plus marquée chez les hommes (33 %) que chez les femmes (14 %), avec respectivement 1 662 et 1 139 années de vie perdues en 2016.

Au cours des deux dernières décennies, l'incidence du cancer a augmenté plus rapidement chez les femmes

Dans un rapport de 2019, le réseau Francim, Santé Publique France, les Hospices civils de Lyon et l'Institut national du cancer (INCa) ont décrit une convergence de l'incidence globale du cancer entre les hommes et les femmes, probablement en lien avec une augmentation de l'incidence des cancers liés à l'alcool et au tabac chez les femmes (Defossez et al., 2019). Par exemple, le taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes a été multiplié par quatre entre 1990 et 2018, ce qui correspond à une augmentation annuelle de 5 %. D'autres types de cancer ont toutefois également connu une évolution plus importante chez les femmes au cours de cette même période. Par exemple, l'incidence du cancer du pancréas a augmenté de 3,8 % par an chez les femmes, contre 2,7 % chez les hommes.

Chez les hommes, l'incidence globale du cancer est restée stable entre 1990 et 2018 (+ 0,1 % par an), avec quelques éléments encourageants comme la réduction de l'incidence de deux des trois cancers les plus fréquents (cancer de la prostate et cancer colorectal) et de plusieurs cancers liés à l'alcool et au tabac (lèvres-bouche-pharynx, larynx et œsophage).

Le taux global de mortalité par cancer en France est inférieur à la moyenne de l'UE

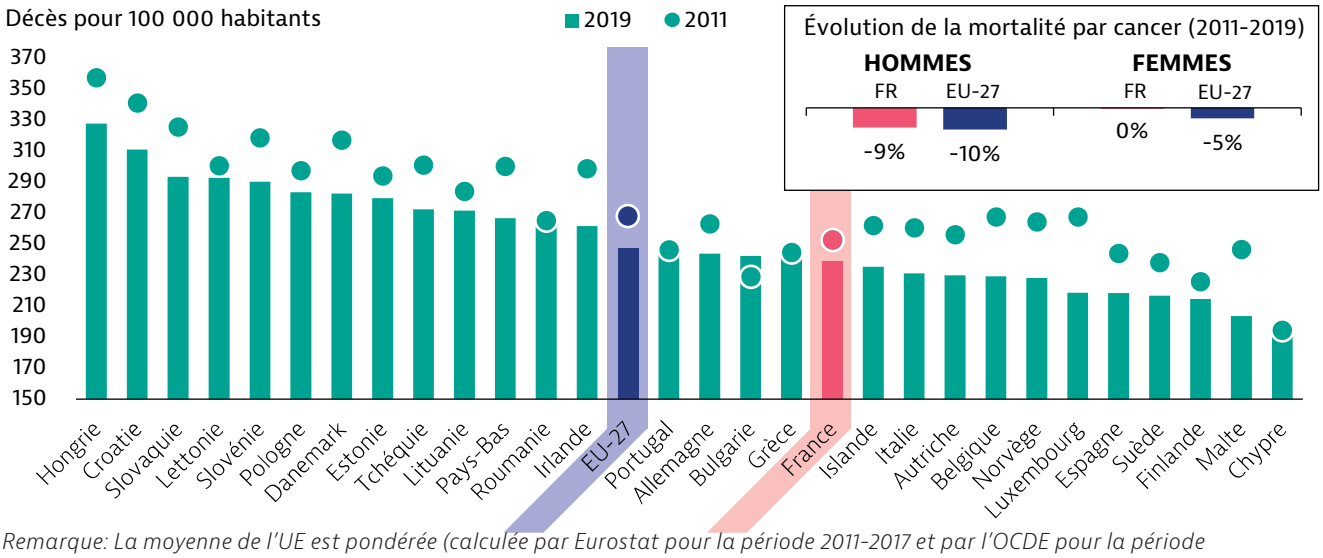
En 2017, 157 400 personnes sont décédées d'un cancer en France, soit un taux de mortalité de 239 pour 100 000 habitants, légèrement inférieur à la moyenne de l'UE (247 pour 100 000) (Graphique 2).

La diminution du taux global de mortalité par cancer a toutefois été plus lente que dans la plupart des pays de l'UE, principalement en raison de l'évolution de la mortalité par cancer chez les femmes. Au cours de la dernière décennie, le taux global de mortalité par cancer a diminué de 9 % chez les hommes (analogue à la diminution de 10 % observée dans l'UE), mais il a stagné chez les femmes, alors que la moyenne de l'UE a diminué de 5 %. Sur la période d'étude plus longue (1990-2018), le taux de mortalité par cancer chez les hommes a diminué à un rythme annuel de 1,8 %, contre 0,8 % chez les femmes (Defossez et al., 2019).

Le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer du sein sont les principales causes de décès par cancer

En France, le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer du sein ont été les principales causes de décès par cancer en 2019. Le cancer du pancréas est le seul cancer dont le taux de mortalité a augmenté entre 2011 et 2019 (Graphique 3), principalement en raison de l'augmentation du taux de mortalité chez les femmes (Defossez et al., 2019).

Graphique 2. La diminution du taux de mortalité par cancer a été lente en France, en particulier chez les femmes



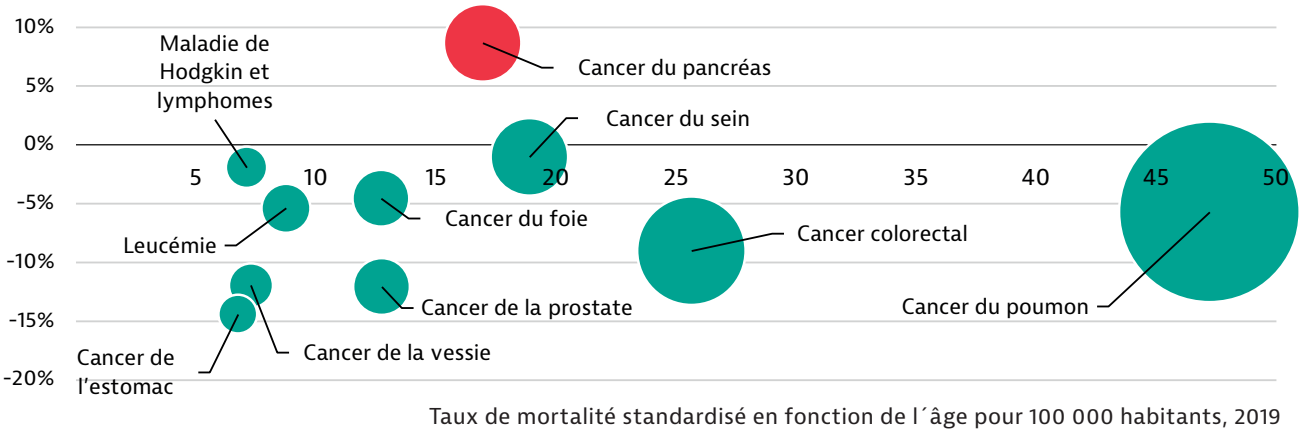
Remarque: La moyenne de l'UE est pondérée (calculée par Eurostat pour la période 2011-2017 et par l'OCDE pour la période 2018-2019). Les données pour la France se rapportent à 2017.
Source: Base de données d'Eurostat.

En 2018, le taux de mortalité par cancer du poumon était le plus élevé, mais il avait légèrement diminué au cours de la dernière décennie. Ces évolutions sont principalement dues à une diminution du taux de mortalité de 1,6 % par an au cours de la période 2010-2018 chez les hommes, et à une augmentation du taux de mortalité de 3 % par an chez les femmes. Sur une période d'étude plus longue (1990-2018), le taux de mortalité par cancer du poumon a augmenté de 3,5 % par an chez les femmes.

En 2018, 12 100 femmes sont décédées d'un cancer du sein, ce qui en fait la troisième cause de décès par cancer en France. Le taux de mortalité a diminué de 1,6 % par an au cours de la période 2010-2018. Cette diminution peut être attribuée en partie à d'importantes avancées thérapeutiques et à une augmentation des diagnostics précoces, notamment grâce au dépistage (voir section 4).

Graphique 3. Entre 2011 et 2019, les taux de mortalité ont diminué pour la plupart des types de cancer en France

Évolution de la mortalité par cancer (2011-2019; ou année la plus proche)



Remarque: Les disques rouges indiquent une augmentation de la variation en pourcentage de la mortalité par cancer au cours de la période 2011-2019; les disques verts une diminution. La taille des disques est proportionnelle aux différents taux de mortalité en 2019. La mortalité par certains de ces types de cancer est faible; par conséquent, l'évolution des pourcentages doit être interprétée avec prudence. La taille des disques pour les taux de mortalité n'est pas comparable entre les pays.
Source: Base de données d'Eurostat.

En France, le cancer est une maladie particulièrement sensible aux inégalités socio-économiques

Les inégalités socio-économiques affectent non seulement l'incidence, mais aussi le pronostic des cancers, ce qui peut contribuer aux inégalités des taux de mortalité. Une étude (Bryere et al., 2017) visant à quantifier l'influence des facteurs socio-économiques sur l'incidence des cancers en France a révélé une augmentation du risque liée à la détresse sociale pour les cancers des voies respiratoires et des voies digestives supérieures. Cette augmentation s'explique en grande partie par le déterminisme social des facteurs de risque tels que le tabagisme, l'exposition professionnelle et l'exposition aux polluants atmosphériques (voir section 3). Un rapport récent montre toutefois que l'occurrence d'un diagnostic de cancer est plus faible chez les personnes dont le niveau de vie est le moins élevé (Bagein et al., 2022). Ces différences peuvent être attribuée au déterminisme social de la participation au dépistage et à l'autocontrôle, et au surdiagnostic qui y est associé. Globalement, pour les types de cancer dont le risque augmente avec la détresse sociale, près de 15 000 cas pourraient être évités chaque année grâce à l'amélioration des conditions de vie et à la promotion de la santé auprès des populations les plus démunies.

La France a lancé une stratégie décennale de lutte contre les cancers (2021-2030) afin d'améliorer la prévention et la prise en charge des cancers

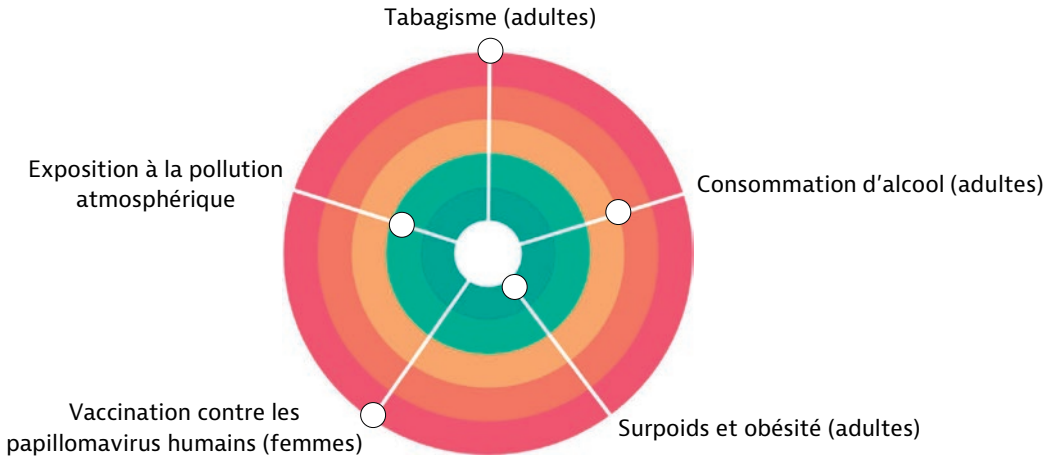
La stratégie décennale de lutte contre les cancers (2021-2030) a été lancée en février 2021, avec pour objectif de réduire de 60 000 chaque année le nombre de cancers évitables à l'horizon 2040. Elle s'articule autour de quatre priorités majeures (axes), qui s'alignent sur celles énoncées dans le plan européen pour vaincre le cancer (Commission européenne, 2021): a) améliorer la prévention et la détection précoce (avec un objectif d'un million de tests de dépistage supplémentaires d'ici à 2025); b) améliorer la qualité de vie des patients atteints d'un cancer; c) augmenter la survie au cancer chez les adultes et les enfants, en particulier pour les cancers de mauvais pronostic; et d) s'assurer que tous les groupes de population bénéficient de manière égale des progrès réalisés dans les soins oncologiques (en s'attaquant notamment aux inégalités d'accès aux soins). Une enveloppe de 1,74 milliard d'EUR sur cinq ans est prévue pour la mise en œuvre de cette stratégie, soit 20 % de plus que le budget alloué à la stratégie précédente.

3. Facteurs de risque et politiques de prévention

Le tabagisme reste un important facteur de risque de cancer en France

Environ un quart des adultes français ont déclaré qu'ils fumaient régulièrement en 2020. Cette proportion est parmi les plus élevées des pays occidentaux de l'UE et représente le plus important facteur de risque évitable de cancer (Graphique 4). Les inégalités sociales restent très marquées, avec une différence de 17 points de pourcentage dans le tabagisme quotidien entre les chômeurs (43 %) et les salariés (25 %), et une différence de 12 points entre les personnes aux revenus modestes (30 %) et celles aux revenus élevés (18 %) (Pasquereau et al., 2020).

Graphique 4. Le tabagisme, l'alcool et un faible niveau de vaccination contre les papillomavirus humains sont des facteurs de risque majeurs



Remarque: Plus le point est proche du centre, meilleur est le classement du pays par rapport aux autres pays de l'UE. Aucun pays ne se situe dans la «zone cible» blanche centrale, car des progrès peuvent être réalisés dans tous les pays et dans tous les domaines.
Source: Calculs de l'OCDE, à partir de données de l'enquête européenne par entrevue sur la santé (EHIS) de 2019 pour les taux de surpoids/obésité, de sources nationales pour les indicateurs de tabagisme, des statistiques de l'OCDE sur la santé 2022 et du système mondial d'information sur l'alcool et la santé (GISAH) de l'OMS pour la consommation d'alcool (2020), de l'OMS pour la vaccination contre le papillomavirus humain (au moyen du formulaire de déclaration conjointe OMS/Unicef sur la vaccination) (2020), et d'Eurostat pour la pollution atmosphérique (2019).

Des politiques globales de lutte contre le tabac ont été adoptées afin de réduire les taux de tabagisme

Les taux élevés de tabagisme ont eu un effet néfaste sur l'incidence du cancer et la mortalité (voir section 2), en particulier chez les femmes. Pour lutter contre ce phénomène, la France a mis en œuvre depuis 2014 des plans nationaux de réduction de la consommation de tabac, qui ont permis de réduire de 4,5 points de pourcentage la proportion d'adultes qui fumaient quotidiennement entre 2014 et 2019 (Pasquereau et al., 2020). Le programme national de lutte contre le tabac (2018-2022), qui était des piliers du plan cancer 2014-2019 coordonné par l'INCa, s'est fixé pour objectif de créer une «génération sans tabac», avec un objectif spécifique de réduire le taux de tabagisme à moins de 5 % chez les jeunes nés depuis 2014 à l'horizon 2032. En outre, l'INCa lance régulièrement des campagnes sur les principaux facteurs de risque évitables du cancer, comme le tabac. En 2018, l'INCa a mis au point le programme Tabado qui vise à promouvoir le sevrage tabagique chez les jeunes apprentis et les élèves des lycées professionnels.

D'après l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies, 3,4 millions de personnes ont participé à des actions d'aide à l'arrêt du tabac en 2018, soit 25 % de plus qu'en 2017. La France a également mis en œuvre des mesures comprenant une augmentation des taxes sur un paquet de 20 cigarettes, un meilleur financement par l'assurance maladie obligatoire des substituts nicotiniques à partir de 2018, une campagne publique «Mois sans tabac» et la création d'une application pour aider les fumeurs à arrêter.

Malgré ces mesures et incitations, le taux de tabagisme quotidien est passé de 30 % à 33 % chez le tiers de la population aux revenus les plus modestes entre 2019 et 2020. Par conséquent, les inégalités sociales demeurent prononcées.

Des politiques récentes ont assoupli les mesures de lutte contre l'alcoolisme en France

Alors que la consommation d'alcool chez les adultes a diminué entre 2000 et 2020, elle était de 6 % supérieure à la moyenne de l'UE en 2020. La mortalité liée à l'alcool est très élevée en France. On estime que 41 000 décès étaient attribuables à la consommation d'alcool en 2015, parmi lesquels 16 000 étaient directement liés à un cancer (Bonaldi & Hill, 2019).

Depuis toujours, les politiques de lutte contre l'alcoolisme en France consistent essentiellement à légiférer sur la vente, la consommation et la commercialisation d'alcool, ainsi que sur les taxes. L'un des grands marqueurs a été la loi Évin adoptée en 1991, qui a introduit une réglementation stricte sur la publicité des alcools et boissons alcoolisées, l'interdisant dans tous les médias traditionnels à la portée des personnes de moins de 18 ans. Une loi de 2009 a étendu ces dispositions aux sites internet qui ciblent principalement les jeunes et aux sites de sport, mais la publicité en ligne de produits alcoolisés sur d'autres sites internet n'était toujours pas réglementée. L'application de la loi Évin a toutefois été assoupli en 2016, autorisant la publicité pour des produits alcooliques en lien avec une région ou un héritage culturel. Le niveau de taxation des produits alcoolisés dépend généralement de leur titre alcoométrique, à quelques exceptions près, notamment pour le vin. Alors que les taxes sur les bières et les spiritueux ont augmenté en 2012, la France continue d'imposer des niveaux de taxation sur les vins plus faibles que dans la plupart des pays de l'UE. Les mesures prises récemment pour réduire la consommation d'alcool se sont concentrées avant tout sur la sensibilisation du public aux dangers que représente pour la santé une consommation excessive d'alcool au moyen de campagnes d'information.

Les taux d'obésité chez les adultes sont plus faibles en France que dans la plupart des pays de l'UE

Sur la base de données déclaratives, près de la moitié de la population était en surpoids ou obèse en 2019 (47 % contre 53 % dans l'UE), avec d'importantes disparités selon le sexe, le taux était de 10 points de pourcentage plus élevé chez les hommes (52 %) que chez les femmes (42 %), et selon le niveau d'instruction, 18 points de pourcentage en plus dans les groupes ayant un faible niveau d'instruction (56 %) que dans ceux ayant un niveau d'instruction élevé (38 %). Comme dans d'autres pays, une mauvaise alimentation contribue au surpoids et à l'obésité. Si la proportion d'adultes qui déclarent consommer au moins une portion de fruit ou de légume par jour est plus élevée en France que dans la plupart des pays de l'UE, en 2019, environ 35 % des adultes déclaraient ne pas consommer de légumes tous les jours et 40 % ne pas consommer de fruits quotidiennement.

Santé publique France a conçu un logo nutritionnel officiel, appelé «nutri-score», qui fournit des informations faciles à comprendre sur la qualité nutritionnelle générale des produits alimentaires. En 2020, près de 60 % de la population ont déclaré avoir modifié certains de leurs comportements d'achat de produits alimentaires grâce au nutri-score, contre 43 % en 2019 (Santé publique France, 2021). La France fait partie des quelques pays de l'UE[1] qui appliquent des taxes sur les boissons sucrées. L'INCa lance régulièrement des campagnes destinées à encourager des changements de comportement favorables à la santé grâce à une meilleure compréhension du lien entre les habitudes de vie et le développement des cancers.

L'exposition à la pollution atmosphérique est plus faible en France que dans l'UE

En 2019, l'exposition aux PM_{10}[2] en France a atteint 17,4 µg/m³, un chiffre inférieur à la moyenne de l'UE (20,5 µg/m³). La France présentait également une concentration de $PM_{2,5}$ plus faible que dans l'UE (10,4 µg/m³ contre 12,6 µg/m³). Selon l'Institute for Health Metrics and Evaluation, l'exposition à l'ozone et aux $PM_{2,5}$ a été à l'origine d'environ 2 % de tous les décès survenus en France en 2019, un taux inférieur à la moyenne de l'UE (4 %).

La France est à la traîne des autres pays de l'UE en matière de prévention des cancers induits par les papillomavirus humains

Il est rapporté en France un ralentissement de la baisse de l'incidence du cancer du col de l'utérus à partir des années 2000 chez les femmes âgées de 50 à 60 ans. En 2020, 2 900 nouveaux cas et 1 100 décès ont été signalés, dont la plupart auraient pu être évités grâce à une meilleure prévention et à un meilleur dépistage.

La vaccination contre les papillomavirus humains en France est proposée, sur une base volontaire, aux filles (depuis 2007) et aux garçons (depuis 2018) âgés de 11 à 14 ans, avec un rattrapage vaccinal possible jusqu'à l'âge de 19 ans (et jusqu'à 26 ans pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes). Cependant, selon les estimations de l'OMS, la couverture vaccinale reste faible en France (33 % des filles de 15 ans) et très inférieure aux niveaux des pays voisins comme la Belgique (67 %) et l'Espagne (80 %). En outre, la vaccination contre les papillomavirus humains n'est pas prise en charge à 100 % (contrairement à la plupart des autres vaccins) mais seulement partiellement remboursée par l'Assurance maladie obligatoire.

---

1 *Avec la Belgique, la Finlande, la Hongrie, l'Irlande, la Lettonie, la Norvège, le Portugal et l'Espagne.*

2 *Les particules atmosphériques (MP) sont classées en fonction de leur taille: les PM_{10} désignent les particules de moins de 10 micromètres de diamètre; les PM2, 5 les particules de moins de 2,5 micromètres de diamètre.*

4. Détection précoce

Des programmes de dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus sont en place en France

Des programmes de dépistage de masse, proposés spécifiquement à une population cible à risque, ont été mis en place pour le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus en France. La mise en œuvre de la stratégie repose sur un processus pluripartite. Le ministère de la santé est responsable de la gestion et du pilotage des programmes de dépistage; l'INCa produit des études et supervise les activités de communication; l'Assurance maladie finance les programmes; les centres régionaux de coordination du dépistage du cancer sont responsables de la mise en œuvre pratique (comme l'envoi de lettres d'invitation aux patients); et Santé publique France supervise l'évaluation.

Dans un rapport de 2022, l'INCa a estimé les dépenses globales de dépistage, dans le cadre de programmes organisés et sur une base individuelle opportuniste, à environ 600 millions d'EUR, en reconnaissant que ce montant et les résultats associés des programmes restaient inférieurs aux objectifs fixés (INCa, 2022).

Les taux de dépistage du cancer du sein sont légèrement supérieurs à la moyenne de l'UE

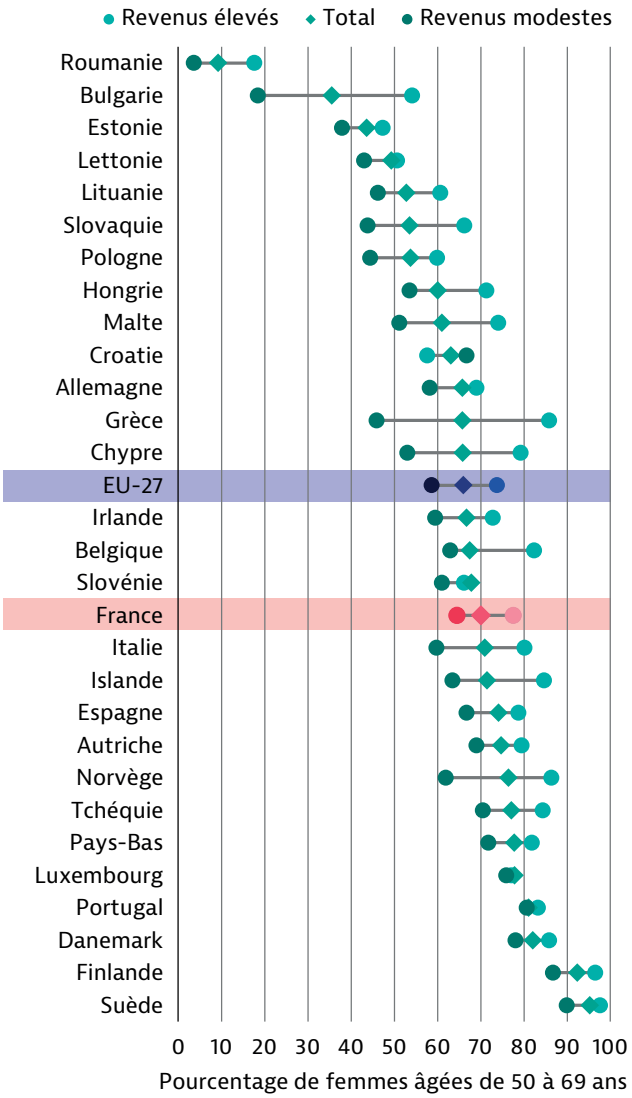
Un programme national de dépistage du cancer du sein existe en France depuis 2004. Toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans se voient proposer tous les deux ans un dépistage qui est entièrement pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Ce dépistage comprend une palpation mammaire afin de détecter toute anomalie et une mammographie. Les résultats de la mammographie sont analysés par deux radiologues pour une meilleure fiabilité. Il est également possible de demander des mammographies en dehors du programme de dépistage. Elles peuvent être proposées, par exemple, aux femmes présentant des facteurs de risque spécifiques (tels que des antécédents familiaux de cancer du sein).

En 2019, 70 % des femmes ont déclaré avoir bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années (Graphique 5). Ce taux est légèrement supérieur à la moyenne de l'UE (66 %).

Un programme de dépistage du cancer du col de l'utérus a été mis en place en France en 2018

Avant 2018, le dépistage opportuniste du cancer du col de l'utérus reposait sur des initiatives individuelles ou des recommandations de médecins. Un programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus a été mis en œuvre en 2018, invitant les femmes à se présenter à un test de dépistage cytologique du col de l'utérus tous les trois ans pour les 25-30 ans (après des résultats normaux à deux tests à un an d'intervalle) et à un test de dépistage des papillomavirus humains tous les cinq ans pour les 30-65 ans. Le dépistage peut être indiqué avant l'âge de 25 ans, notamment chez les femmes immunodéprimées qui nécessitent une prise en charge plus ciblée.

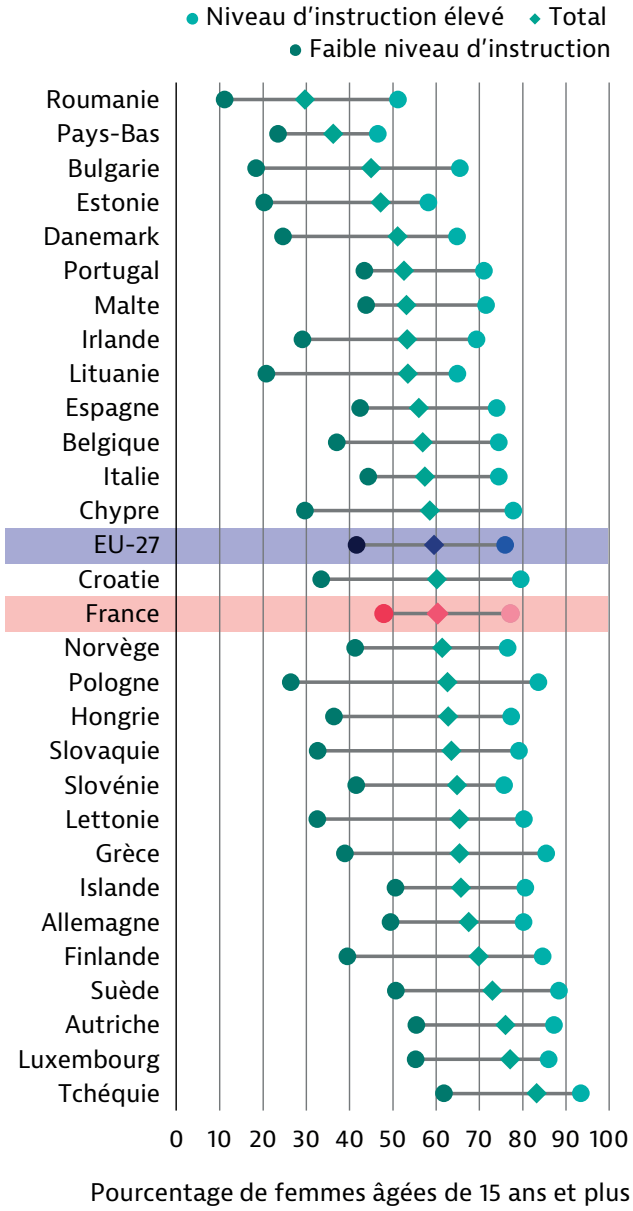
Graphique 5. En France, le taux de participation au dépistage du cancer du sein est légèrement supérieur à la moyenne de l'UE



Remarque: La moyenne de l'UE est pondérée (calculée par Eurostat). Les chiffres indiquent le pourcentage de femmes âgées de 50 à 69 ans qui ont déclaré avoir bénéficié d'une mammographie au cours des deux dernières années.
Source: Base de données d'Eurostat (EHIS). Les données se rapportent à 2019.

En 2019, environ 60 % des femmes ont déclaré avoir effectué un frottis du col de l'utérus au cours des trois dernières années, une proportion équivalente à la moyenne de l'UE (Graphique 6). Selon Santé publique France, 58,8 % des femmes âgées de 25 à 65 ans ont participé au programme national de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours de la période 2018-2020.

Graphique 6. Les taux de dépistage du cancer du col de l'utérus sont proches de la moyenne de l'UE



Remarque: La moyenne de l'UE est pondérée (calculée par Eurostat). Les chiffres indiquent le pourcentage de femmes âgées de 15 ans et plus qui ont déclaré avoir bénéficié d'un frottis du col de l'utérus au cours des trois dernières années.
Source: Base de données d'Eurostat (EHIS). Les données se rapportent à 2019.

Les inégalités en matière de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus sont importantes

Des inégalités sociales sont observées dans la participation aux programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus. Par exemple, il existe une différence de 13 points de pourcentage dans la participation au dépistage du cancer du sein entre les femmes appartenant au groupe à revenus élevés par rapport au groupe à revenus modestes (Graphique 5). De même, les disparités dans la participation au dépistage du cancer du col de l'utérus en fonction du niveau d'instruction sont importantes (Graphique 6). Ces inégalités s'expliquent principalement par des taux de suivi plus faibles de la part des gynécologues ou des refus de soins plus fréquents chez les femmes aux revenus modestes. Il a toutefois été démontré que le suivi régulier par un médecin généraliste a un effet positif sur ces inégalités (Camacho et al., 2019).

Plusieurs initiatives locales de dépistage du cancer du sein ont été mises en place dans le but d'améliorer la participation de populations sociales, culturelles ou géographiques spécifiques. Dès les premières années du programme national de dépistage, certains responsables locaux ont mis en place des programmes fondés sur l'utilisation d'unités mobiles de mammographie ou «mammobiles». Celles-ci se rendent auprès des populations isolées dans les zones rurales établies à plusieurs kilomètres des centres de radiologie et dans les zones urbaines marginalisées. Un programme pilote de mammobiles, financé par les autorités locales et nationales (INCa, Institut national de la santé et de la recherche médicale, etc.), a été lancé en Normandie à l'automne 2021 à l'intention des femmes vivant loin des services de radiologie (Guillaume et al., 2019).

Malgré un programme national, le taux de participation au dépistage du cancer colorectal est très faible en France

Le programme français de dépistage du cancer colorectal a été déployé à l'échelle nationale depuis 2008. Il s'adresse aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans qui sont invités à effectuer gratuitement un test de selles tous les deux ans. Si le test des selles se révèle positif, une coloscopie est réalisée. Le test immunologique fécal quantitatif est utilisé depuis avril 2015. Malgré ce programme, le taux de participation au dépistage du cancer colorectal est très faible en France. En 2019, seuls 37,1 % de la population âgée de 50 à 74 ans ont déclaré avoir participé à un dépistage au cours des deux dernières années. Selon Santé publique France, la participation est passée à 34,6 % en 2020-2021 du fait de la pandémie de COVID-19.

Par rapport au dépistage du cancer du sein, le dépistage du cancer colorectal fait moins souvent l'objet de discussions publiques dans les médias

ou avec les proches, et reçoit moins de soutien de la part des associations de patients. Une plus forte participation au dépistage du cancer colorectal est néanmoins attendue à partir de 2022, car les pharmaciens vont être autorisés à distribuer des kits d'autodépistage, et les particuliers pourront également les commander en ligne.

Le dépistage du cancer du poumon est à l'étude en France

Une possible stratégie de dépistage du cancer du poumon est en cours d'évaluation par la Haute autorité de santé, mais plusieurs éléments restent à clarifier. Premièrement, une telle campagne nécessite des ressources matérielles suffisantes en imagerie radiodiagnostique (radiographie et scanners) pour être déployées dans tout le pays. Deuxièmement, les performances (sensibilité et spécificité) des techniques de dépistage doivent être améliorées, notamment par l'introduction de marqueurs diagnostiques et autres dans les protocoles de dépistage afin d'éviter les surdiagnostics. Enfin, le dépistage du cancer du poumon nécessite d'adapter les ressources humaines médicales et paramédicales nécessaires pour gérer le nombre accru de patients qui bénéficieraient d'une prise en charge, dont de la chirurgie, de la chimiothérapie et de la radiothérapie. Un programme pilote de dépistage de masse devrait être déployé pour le cancer du poumon en France dans les deux prochaines années.

La stratégie décennale de lutte contre les cancers fixe des objectifs ambitieux en vue d'accroître la participation aux dépistages

La stratégie décennale de lutte contre les cancers (2021-2030) fixe l'objectif de réaliser un million de dépistages en plus à l'horizon 2025. Parmi les méthodes permettant d'atteindre cet objectif figurent: a) le développement d'approches proposant un dépistage après une opération préventive ou un traitement non programmé; b) la mise à disposition de tous les professionnels de santé, médico-sociaux et sociaux d'outils d'information de premier contact; c) la simplification de l'accès au dépistage (commande directe, professionnels de santé diversifiés et équipes mobiles); d) la création de partenariats pour mener des campagnes de sensibilisation; e) le développement d'applications mobiles délivrant des informations et des rappels; et f) l'expérimentation d'incitatifs matériels pour faciliter la participation aux programmes de dépistage.

La stratégie prévoit également le développement de nouveaux programmes de dépistage à moyen terme (encadré 1). Ces nouvelles mesures viendront compléter les mesures préexistantes, telles que les campagnes nationales mises en place par les autorités nationales (INCa et ministère de la santé), chaque année en mars et en octobre, pour augmenter les taux de participation aux programmes de dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein respectivement.

Encadré 1. Élaboration des futurs programmes de dépistage

Des programmes de dépistage des cancers de mauvais pronostic ou représentant une priorité sanitaire (tels que le cancer du poumon et le mélanome) sont envisagés dans le cadre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers (2021-2030). Les actions suivantes sont à l'étude pour dépister davantage de personnes à l'avenir:

- Mettre au point un dépistage de précision, grâce à une meilleure connaissance des sujets à haut risque;
- Mettre en place un programme de dépistage organisé du cancer du poumon;
- Déployer, après évaluation des nouvelles procédures de dépistage, de nouvelles technologies moins invasives et de nouvelles procédures d'organisation du dépistage.

5. Performance des soins oncologiques

5.1 Accessibilité

Les caractéristiques du système de santé français limitent les inégalités financières dans l'accès aux soins oncologiques

Le système de santé français repose principalement sur un système d'assurance maladie, où l'État joue, traditionnellement, un rôle de premier plan. Bien que les agences régionales de santé aient contribué plus largement au pilotage de l'offre de soins de santé à l'échelle locale depuis 2009, le système d'assurance maladie et les autorités nationales organisent le système de santé et définissent ses conditions de fonctionnement. Le système d'assurance maladie français couvre toute la population sur la base du lieu de résidence, par l'intermédiaire de différents régimes obligatoires.

La France affiche la part la plus faible de reste à charge des patients pour la santé parmi tous les pays de l'UE (8.9 % contre 15,4 % en moyenne dans l'UE),

car les régimes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires couvrent la plupart des dépenses de santé. C'est notamment le cas des personnes souffrant de pathologies chroniques, qui sont couvertes par un régime particulier couvrant tous les frais de santé liés à ces pathologies (Affection longues durée). Les coûts liés au cancer entrent dans cette catégorie et bénéficient d'une couverture intégrale pour tous les patients. Par conséquent, les obstacles à l'accès aux soins oncologiques en France ne sont pas d'ordre financier.

La pénurie générale de professionnels de la santé en France concerne aussi les soins oncologiques

Au cours des dix dernières années, le nombre de médecins par habitant est resté stable en France, alors qu'il a augmenté dans la plupart des pays de l'UE. Par conséquent, avec 3,2 médecins pour 1 000 habitants en 2020, le taux est bien inférieur à la moyenne de l'UE (4,0 pour 1 000 habitants). Comme pour la plupart des spécialités médicales, le manque de spécialistes en oncologie pèse lourdement sur la capacité du système de santé à répondre aux besoins de sa population. Au cours des 15 dernières années, le ministère de la santé a toutefois pris des mesures afin d'augmenter les ressources humaines dans le domaine de la santé, en accordant une attention particulière à l'augmentation du nombre de spécialistes en cancérologie. Entre 2017 et 2022, le nombre d'oncologues a augmenté de 30 % et le nombre de radiothérapeutes de 8 %.

La prestation des services de cancérologie fait l'objet d'un contrôle strict en France

Un système d'autorisation pour le traitement du cancer a été mis en place pour garantir le même niveau de sécurité, de qualité et d'accessibilité dans tout le pays: 865 établissements de santé et centres de radiothérapie sont autorisés par les agences régionales de santé à prendre en charge les patients atteints d'un cancer. Le système repose sur trois obligations comprenant des mesures de qualité transversales, des critères d'approbation pour les principales thérapies anticancéreuses et des seuils d'activité minimale pour le traitement de certains types de cancer (voir section 5.2).

La prise en charge des patients adultes atteints d'un cancer rare est assurée par des réseaux nationaux de référence, institués en 2009, dans le but de garantir une prise en charge optimale. Chaque réseau est organisé autour d'un centre de référence et de plusieurs centres de compétences régionaux ou interrégionaux. Tout patient souffrant d'un cancer rare est assuré de bénéficier d'un diagnostic définitif au sein de ces réseaux grâce à la double lecture anatomopathologique, à un traitement approprié et à une discussion systématique du cas par des experts de la pathologie en question, quel que soit le lieu où le patient est traité.

La France dispose également de centres de lutte contre le cancer couvrant l'ensemble du territoire. Au total, il y a 18 centres de lutte contre le cancer et deux institutions affiliées répartis sur 22 sites hospitaliers. Les soins complets et coordonnés dispensés par ces centres garantissent un parcours de soins de santé accessible et de haute qualité à plus de 530 000 patients chaque année.

L'accès à la radiothérapie a augmenté ces dernières années

Au cours de la période 2012-2017, l'activité globale des centres de radiothérapie en France a augmenté de 12 % en nombre de patients pour atteindre 196 000 patients et de 6 % en nombre de séances pour atteindre quelque 4,1 millions de séances en 2017 (INCa, 2022). C'est le résultat d'une évolution des pratiques et des techniques, qui a permis de réduire le nombre de séances par patient pour un traitement équivalent.

Au total, la France compte 9,1 centres de radiothérapie par million d'habitants, un chiffre légèrement supérieur à la moyenne de l'UE (8,9) (Graphique 7). La France reste parmi les pays ayant la plus forte densité de centres proposant une thérapie par mégavolts (MV), avec 7,5 centres par million d'habitants (contre une moyenne de l'UE de 6,8). La brachythérapie reste une technique hautement spécialisée et est moins disponible que dans la plupart des autres pays de l'UE (1,5 centre par million d'habitants contre 1,8 par million dans l'ensemble de l'UE).

Le système de santé français assure un accès élevé aux nouvelles thérapies anti-cancéreuses

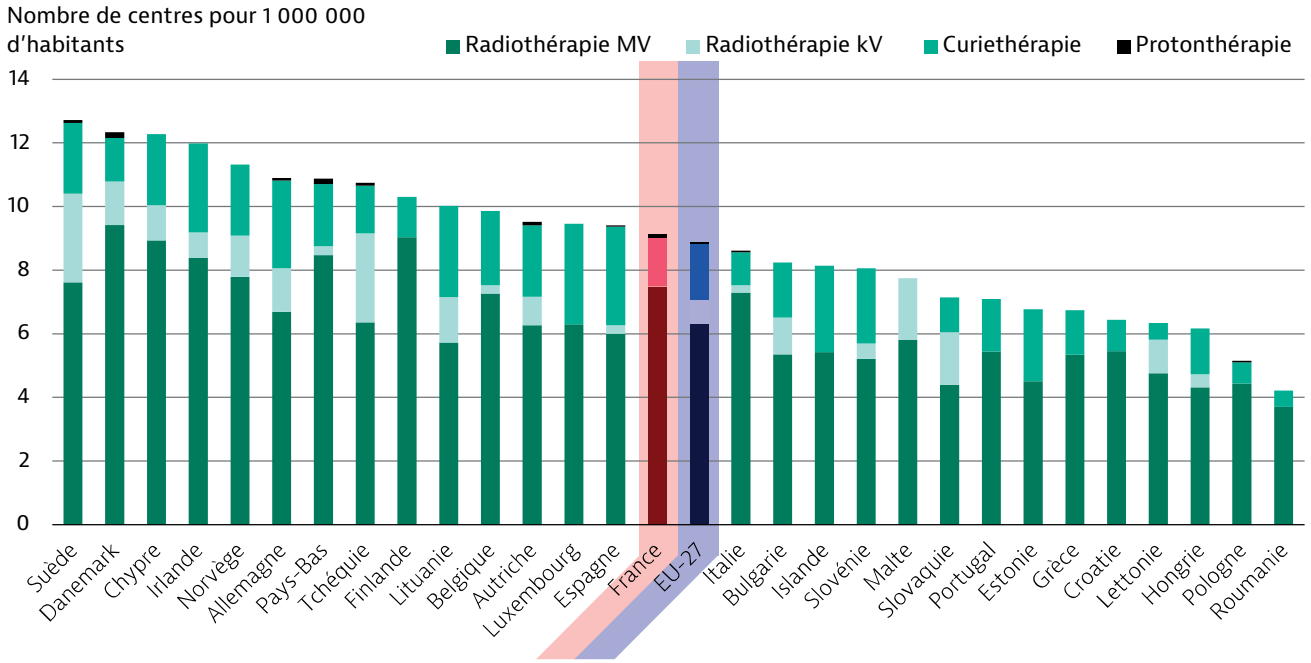
La Haute autorité de santé est responsable de l'évaluation des technologies de la santé et rend des avis sur les médicaments à des fins de remboursement et de tarification. Entre 2010 et 2015, presque tous les nouveaux médicaments anticancéreux et d'oncohématologie évalués ont reçu une décision positive et sont entièrement remboursés par l'Assurance maladie obligatoire (Grande et al., 2017).

Globalement, la France est un marché favorable aux nouveaux traitements contre le cancer. Le système des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) (encadré 2) permet d'en rendre une partie importante disponible à un stade précoce du développement. L'accès aux nouvelles thérapies innovantes est élevé. En 2020, plus de 50 000 patients ont été traités par immunothérapie et 230 par thérapie cellulaire CAR-T.

Les patients français bénéficient d'un large accès aux diagnostics moléculaires

La génétique moléculaire est désormais essentielle pour le diagnostic, la classification, le choix et le suivi du traitement d'un nombre croissant de cancers. Des plateformes spécialisées réalisent des tests moléculaires qui peuvent déterminer l'accès à une

Graphique 7. La capacité de radiothérapie en France est proche de la moyenne de l'UE



Remarque: MV signifie mégavolt et KV signifie kilovolt. La moyenne de l'UE est non pondérée (calculée par l'OCDE).
Source: Agence internationale de l'énergie atomique.

Encadré 2. La France réforme son dispositif d'accès précoce

Le système des ATU est le dispositif français d'accès précoce, qui permet un accès accéléré aux médicaments pour les patients atteints d'une maladie grave ou rare présentant des besoins importants non satisfaits et pour laquelle aucun autre traitement autorisé n'est disponible. La plupart des ATU sont délivrées à la demande du fabricant à un groupe de patients traités et suivis selon un protocole bien défini. La plupart des nouveaux traitements contre le cancer bénéficient d'une ATU en France avant leur mise sur le marché officielle, ce qui accélère considérablement l'accès des patients aux nouvelles thérapies.

Du fait d'un recours accru aux ATU ces dernières années, le financement de nouveaux produits grâce à ce système a atteint plus d'un milliard d'EUR par an. Ainsi, en 2020 le ministère de la santé a proposé plusieurs réformes du système des ATU. Le nouveau système d'autorisation d'accès précoce sera utilisé principalement pour les médicaments innovants et sera soumis à l'engagement de l'entreprise concernée de demander une autorisation de mise sur le marché ou une inscription sur une liste de remboursement dans un délai précis.

thérapie ciblée, orienter le processus de diagnostic et permettre le suivi de la maladie résiduelle. Actuellement, plus de 30 thérapies ciblées sont associées à un biomarqueur moléculaire.

En France, 28 plateformes hospitalières de diagnostic moléculaire des cancers sont réparties sur l'ensemble du territoire, dont plusieurs laboratoires pouvant servir des établissements différents. L'objectif est de proposer aux patients l'ensemble des techniques de génétique moléculaire indispensables pour toutes les pathologies concernées.

Les inégalités sociales ont une incidence sur les délais d'accès aux soins oncologiques en France

Les analyses effectuées dans le cadre de l'enquête VICAN2 pour les cancers du sein et du poumon montrent que les personnes les plus défavorisées (celles qui ont des revenus modestes ou qui vivent dans une municipalité caractérisée par un niveau élevé de précarité sociale) ont en moyenne des délais d'accès aux soins plus longs.

Le délai entre la chirurgie et la première séance de radiothérapie pour un cancer du sein est plus court pour les patientes du quartile supérieur des revenus que pour celles du quartile inférieur. Pour les patientes âgées de moins de 65 ans, on observe une tendance similaire, avec des délais plus longs pour les personnes bénéficiant de la Complémentaire santé solidaire (ex CMU-c). Pour le cancer du poumon, le délai entre l'imagerie diagnostique et le premier traitement est en moyenne huit jours plus court chez les patients du quartile supérieur des revenus que chez ceux du quartile le plus bas, de quatre à cinq jours plus court pour les patients traités dans un établissement privé et de sept jours plus court dans les zones où la disponibilité des soins hospitaliers est élevée plutôt que faible (Chauvin et al., 2017).

5.2 Qualité

La qualité des soins oncologiques s'est améliorée

Au cours des dernières décennies, la qualité des soins oncologiques s'est améliorée grâce notamment à la création d'équipes pluridisciplinaires et de réseaux de cancérologie, à une plus grande utilisation des recommandations de bonne pratique clinique et à un accès plus rapide aux thérapies innovantes. D'après les données les plus récentes disponibles, qui renvoient aux personnes diagnostiquées entre 2010 et 2014, la France affiche de bons résultats par rapport aux autres pays de l'UE quant aux taux de survie à cinq ans suivant un diagnostic de cancer courant (sein, côlon, col de l'utérus, prostate et poumon) et de leucémie infantile (Graphique 8).

Bien que l'amélioration du dépistage et des traitements aient permis une amélioration rapide des taux de survie à cinq ans pour les personnes atteintes d'un cancer du sein ou du côlon, les progrès ont été plus lents pour les cancers de plus mauvais pronostic, tels que le cancer du poumon.

Graphique 8. La survie à cinq ans suivant un diagnostic de cancer est globalement supérieure en France par rapport aux autres pays de l'UE

Cancer de la prostate	Leucémie infantile	Cancer du sein	Cancer du col de l'utérus	Cancer du côlon	Cancer du poumon
France: 93%	France: 89%	France: 87%	France: 65%	France: 64%	France: 17%
EU-24: 87%	EU-24: 82%	EU-24: 83%	EU-24: 64%	EU-24: 60%	EU-24: 15%

Remarque: Les données renvoient aux personnes diagnostiquées entre 2010 et 2014. «Leucémie infantile» fait ici référence aux leucémies aiguës lymphoblastiques.
Source: Programme Concord, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

La France affiche un gradient social de survie unidirectionnel pour la quasi-totalité des cancers

D'après l'analyse des données des registres des cancers, les taux de survie étaient plus faibles dans les zones les plus défavorisées pour presque la quasi-totalité des cancers, bien que l'ampleur des disparités varie considérablement selon les types de cancer. Les écarts de survie standardisée en fonction de l'âge entre le quintile le moins et le plus défavorisé s'établissaient à 34 % pour le cancer du foie chez les hommes et à 59 % pour le cancer des voies biliaires chez les femmes. Pour les cancers ciblés par les programmes de dépistage (cancer colorectal, cancer du sein et cancer du col de l'utérus), ces inégalités peuvent résulter d'un plus faible taux de participation aux programmes de dépistage, ce qui fait que davantage de cancers sont diagnostiqués à un stade avancé et que les soins sont administrés par des institutions moins spécialisées et avec des délais d'intervention plus longs (Tron et al., 2021).

Des normes minimales sont définies par la loi pour la délivrance de soins aux personnes atteintes d'un cancer

En France, les soins oncologiques sont régis par un système d'autorisation. Depuis la fin de 2009, les établissements de santé doivent disposer d'une autorisation spécifique de leur agence régionale de santé pour traiter les patients atteints d'un cancer. Des filières de soins ont également été mis en place pour répondre aux besoins des personnes atteintes d'un cancer rare et des porteurs de prédispositions génétiques, ainsi que les personnes âgées et les enfants et adolescents atteints d'un cancer. Le système d'autorisation est conçu pour garantir le même niveau de sécurité, de qualité et d'accessibilité des soins oncologiques dans tout le pays. En avril 2022, trois décrets du ministère de la santé ont révisé les conditions de création d'une activité de traitement.

Des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont en cours d'élaboration pour le cancer du sein, le cancer colorectal, le cancer de l'ovaire et le cancer du pancréas

Des indicateurs de qualité et de sécurité des soins sont en cours d'élaboration par la Haute autorité de santé sur la base d'informations médico-administratives centralisées. Il s'agit d'outils conçus pour faciliter la comparaison interinstitutionnelle à des fins d'aide à la décision. Ces derniers évaluent les parcours de soins (et non les patients individuellement) tout au long du parcours de soins.

Les indicateurs sélectionnés et validés par les experts concernent toutes les phases du parcours de soins, en fonction du type de cancer. Ils combinent des indicateurs de processus et de résultats pour évaluer le respect des recommandations. La collecte d'indicateurs permet: a) de cerner les faiblesses de la coordination des soins et la nécessité d'améliorer

les parcours de soins, notamment quant aux délais d'accès aux soins; b) de cerner les disparités territoriales; et c) de mettre à disposition des agences régionales de santé, des professionnels de santé et des acteurs de terrain (réseaux régionaux de cancérologie, centres de coordination en cancérologie et établissements de santé) des outils de gestion, actualisés chaque année aux niveaux local et national.

Des mesures ont été prises récemment pour renforcer la capacité des soins palliatifs

Quatre plans visant à renforcer les soins palliatifs et à améliorer l'accompagnement des patients ont été mis en œuvre en France depuis la fin des années 1990 (CNSPFV, 2020). En conséquence, le nombre de lits de soins palliatifs a plus que doublé, passant de 3 340 en 2006 à 7 500 en 2019. En 2020, la France comptait 164 unités de soins palliatifs, contre moins de 100 en 2006, et le nombre d'équipes mobiles de soins palliatifs est passé de 288 en 2006 à 428 en 2021 (ministère des solidarités et de la santé, 2022). La France se heurte toutefois à une démographie médicale tendue, avec environ 150 postes vacants et un quart des médecins spécialisés dans les soins palliatifs devant quitter leur poste dans les cinq prochaines années. Les médecins ayant une expertise et une expérience en matière de soins palliatifs représentent moins de 2 % des praticiens hospitaliers.

Malgré les efforts déployés pour améliorer les soins palliatifs, des problèmes durables ont été constatés, notamment des obstacles culturels et sociétaux persistants à la mise en œuvre d'une «culture des soins palliatifs» au sein de la population française et une méconnaissance des procédures d'accès aux services de soins palliatifs. En réponse, le plan national 2021-2024 «Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie», lancé en septembre 2021, vise à garantir l'accès de tous les citoyens, sur tout le territoire et au plus près de tous les lieux de vie.

Au total, cinq millions d'EUR ont été alloués fin 2021 aux établissements de santé pour renforcer les équipes mobiles de soins palliatifs. Par ailleurs, dans le cadre du Ségur de la santé, trois millions d'EUR ont été alloués aux agences régionales de santé début 2022 pour mettre en place des dispositifs d'accompagnement en soins palliatifs accessibles aux professionnels de la santé exerçant à domicile.

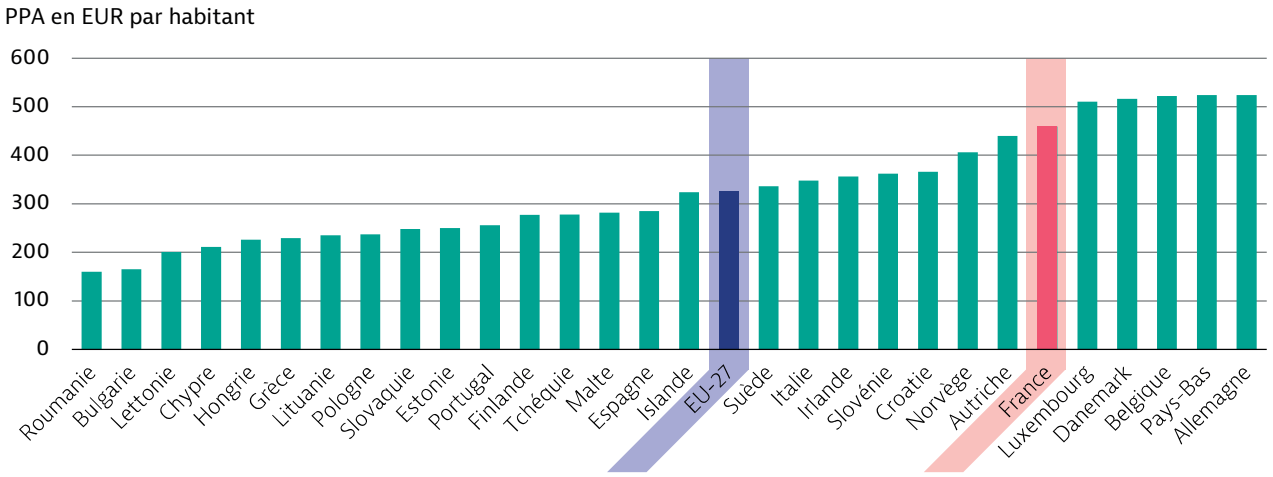
5.3 Coûts

Les dépenses publiques consacrées aux soins oncologiques ont considérablement augmenté ces dernières années

Les dépenses allouées par l'Assurance maladie obligatoire aux soins oncologiques se sont élevées à 20 milliards d'EUR en 2019, dont 18 milliards pour les cancers en phase active de traitement et 2 milliards pour la prise en charge des cancers sous surveillance. Ce montant représente 12 % du total des dépenses totales de santé. Les cancers les plus coûteux étaient le cancer du sein en phase active de traitement (2,9 milliards d'EUR), suivi du cancer du poumon (2,3 milliards d'EUR), du cancer colorectal (1,7 milliard d'EUR) et du cancer de la prostate (1,5 milliard d'EUR). Les dépenses liées aux programmes de dépistage ont été estimées à environ 600 millions d'EUR, soit l'équivalent de 2,5 % des dépenses totales pour le cancer (IGAS, 2022).

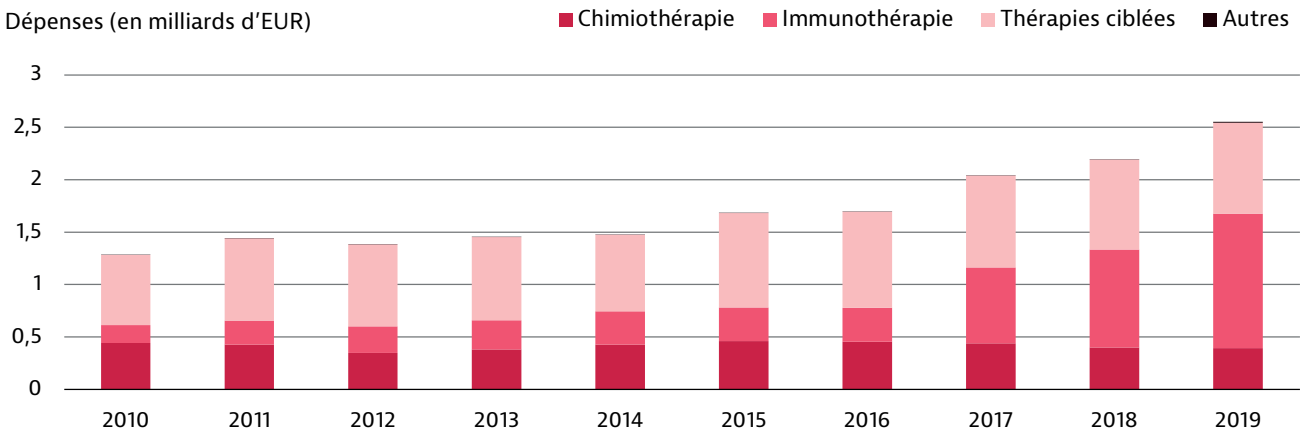
Entre 2015 et 2019, les dépenses totales ont augmenté pour tous les cancers de plus de 20 % en moyenne. Les déterminants de la croissance des dépenses varient en fonction de la localisation et de la phase de traitement, avec une augmentation significative des dépenses moyennes par patient pour le cancer du poumon (+ 35 %) et le cancer de la prostate (+ 21 %). Globalement, la France semble avoir des coûts de soins oncologiques parmi les plus élevés de l'UE, avec 459 EUR par habitant, ajustés à la parité de pouvoir d'achat (PPA), contre une moyenne de l'UE de 326 EUR (Graphique 9).

Graphique 9. En France, les dépenses par habitant consacrées aux soins oncologiques sont parmi les plus élevées de l'UE



Remarque : La moyenne de l'UE27 est non pondérée (calculée par l'OCDE).
Source: Hofmarcher et al. (2020).

Graphique 10. Les dépenses hospitalières pour les médicaments anticancéreux financés par l'Assurance maladie obligatoire ont considérablement augmenté



Remarque: Médicaments onéreux financés en sus, rétrocession et soins ambulatoires.
Source: INCa (2022).

Les dépenses affectées à la prévention représentaient toutefois 2,8 % de l'ensemble des dépenses de santé en 2020, soit une part inférieure à la moyenne de 3,4 % de l'UE.

La viabilité financière du système de santé est menacée par l'augmentation des coûts des nouveaux médicaments oncologiques

La recherche en oncologie est très active. En 2018, plus d'un tiers des médicaments en cours de développement, tous stades confondus, étaient des thérapies anticancéreuses et au cours des dix dernières années, environ un tiers des produits ou indications obtenant une autorisation de mise sur le marché étaient des médicaments anticancéreux. En outre, ces nouveaux produits sont de plus en plus spécifiques, ciblant parfois de petites populations.

En 2020, les médicaments oncologiques (chimiothérapies, hormonothérapies, thérapies ciblées et immunothérapies) représentaient des dépenses de l'ordre de sept milliards d'EUR en France, dont l'essentiel pour les thérapies ciblées et les immunothérapies. Ces dernières années, les dépenses consacrées aux médicaments anticancéreux ont augmenté très rapidement. Par exemple, les dépenses en médicaments anticancéreux en milieu hospitalier financées par l'Assurance maladie obligatoire sont passées de 1,3 milliard d'EUR en 2010 à plus de 2,5 milliards d'EUR en 2019, principalement sous l'effet d'un recours accru aux thérapies ciblées et aux immunothérapies (Graphique 10).

De même, une analyse des dépenses par habitant pour le cancer du poumon entre 2016 et 2020 montre une croissance continue des coûts des soins ambulatoire (+ 36 %) et des médicaments dispensés en milieu hospitalier (passant de 9 % des dépenses totales en 2016 à 29 % en 2019). Des évolutions similaires ont été observées pour le cancer du sein.

L'augmentation des coûts des médicaments anticancéreux a nécessité la prise de mesures visant à favoriser la bonne gestion des finances publiques et la viabilité à moyen terme. La loi de financement de la sécurité sociale de 2015 a introduit un système obligeant les laboratoires à rembourser une partie de leur chiffre d'affaires au-delà d'un certain niveau de revenus. Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale de 2017 a créé un fonds de financement de l'innovation pharmaceutique afin de lisser dans le temps les effets des variations de dépenses dues à l'arrivée d'innovations thérapeutiques.

5.4 COVID-19 et cancer: renforcer la résilience

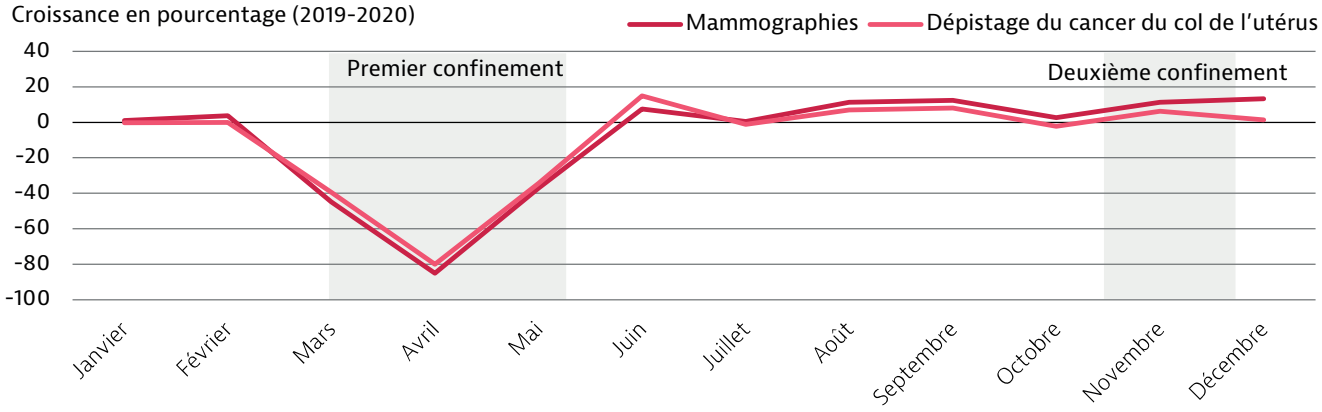
L'activité de dépistage a été sévèrement affectée par le premier confinement

Les confinements liés à la pandémie de COVID-19 ont eu une incidence notable et durable sur l'offre de soins, notamment dans le domaine du cancer. Pendant le premier confinement (du 17 mars au 11 mai 2020), les invitations aux programmes de dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus ont été suspendues, et un certain nombre de traitements directement liés aux soins oncologiques ont été reportés (notamment les interventions chirurgicales et les hospitalisations liées à un cancer).

L'activité de diagnostic et de dépistage a été considérablement affectée par le premier confinement. Pour les mammographies, la baisse était d'environ – 45 % en mars, – 85 % en avril et – 37 % en mai 2020 (graphique 11). Bien qu'aucune nouvelle baisse d'activité n'ait été enregistrée en juin, une baisse de – 10 % a subsisté sur l'ensemble de l'année. Une diminution globale du taux de dépistage du col

de l'utérus (tests des papillomavirus humains et cytopathologie) a également été observée entre 2019 et 2020. Toutefois, lors du deuxième confinement, les directives visant à préserver les activités de diagnostic dans le cadre de la prise en charge du cancer semblent avoir été suivies, limitant ainsi l'incidence de cette nouvelle période de confinement sur les taux de dépistage (Graphique 11).

Graphique 11. Le premier confinement a mis à l'arrêt la quasi-totalité des activités de dépistage en France



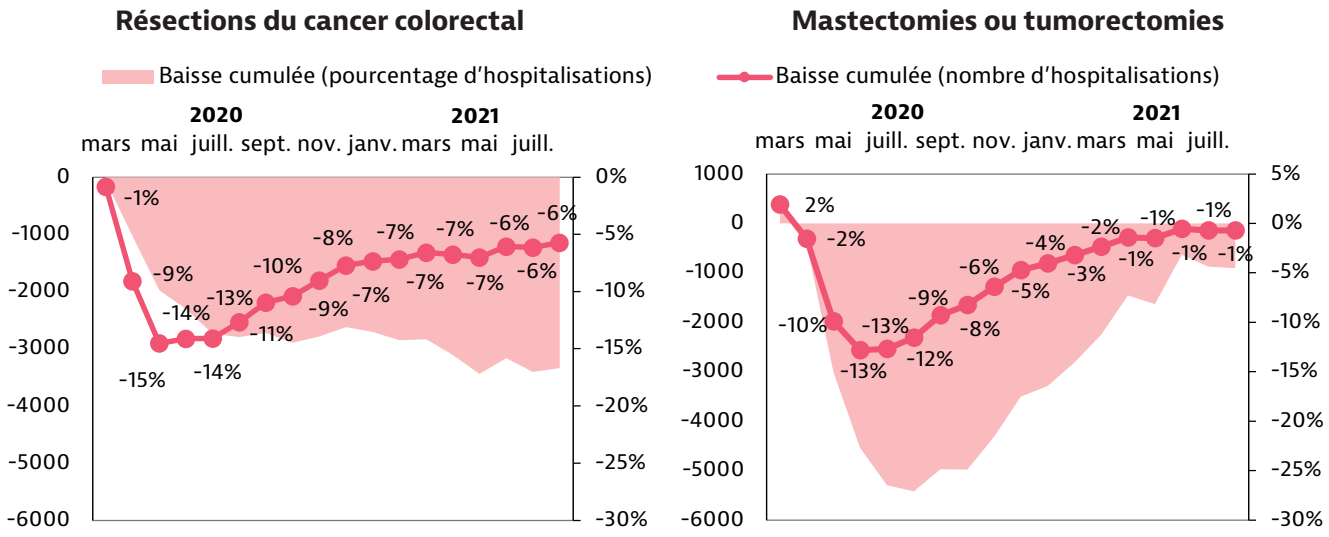
Source: Le Bihan Benjamin et al. (2022).

Pour certains cancers, le retard n'a pas été résorbé

Le Graphique 12 présente l'évolution de l'activité cumulée depuis janvier 2020 par rapport à l'activité des mêmes mois de 2019. Les deux exemples illustrent une absence de reprise pour les résections du cancer colorectal et un rattrapage virtuel pour les mastectomies.

Pour les résections du cancer colorectal, la baisse cumulée de – 2 700 séjours observée en juillet 2020 (– 14 % de l'activité entre janvier et juillet 2020) s'est stabilisée jusqu'en mars 2021, signe d'une absence d'activité de rattrapage. La baisse a ensuite augmenté à nouveau pour atteindre – 3 300 séjours en août 2021 (ce qui équivaut à une baisse de 5 % de l'activité entre janvier 2020 et août 2021) (INCa, 2022). Pour les résections du cancer du sein, la baisse cumulée de – 5 400 séjours en août 2020 (– 12 % de l'activité entre janvier et août 2020) s'est progressivement résorbée pour se limiter à – 900 séjours en août 2021 (– 1 % de l'activité entre janvier et août 2021).

Graphique 12. De nombreuses résections du cancer colorectal et mastectomies ou tumorectomies n'ont pas eu lieu pendant la pandémie



Source: INCa (2022).

6. Coup de projecteur sur les inégalités

Le système de santé français offre une couverture à l'ensemble de la population, sous condition de résidence, sans aucun obstacle financier à l'accès aux soins et aux services en cancérologie. Grâce à son dispositif d'accès précoce et à son panier de soins généreux, les traitements oncologiques nouveaux et innovants sont par ailleurs largement et rapidement accessibles aux patients en France. Il existe toutefois des inégalités marquées en matière de prévention du cancer, d'accès au diagnostic précoce, de qualité des soins et d'indicateurs de performance.

- Le risque de développer un cancer est significativement lié à la détresse sociale pour les cancers des voies respiratoires et des voies digestives supérieures, ce qui peut s'expliquer par le déterminisme social de certains facteurs de risque tels que le tabagisme, l'exposition professionnelle et l'exposition aux polluants atmosphériques.
- Les facteurs de risque comportementaux sont un vecteur majeur de mortalité par cancer en France. Bien que la consommation de tabac ait chuté ces 20 dernières années grâce à diverses mesures de lutte contre le tabagisme, près d'un quart des adultes fumaient encore quotidiennement en 2019. Les inégalités sociales restent très marquées, avec une différence de 17 points de pourcentage dans le tabagisme quotidien entre les chômeurs (43 %) et les salariés (25 %), et une différence de 12 points de pourcentage entre les personnes aux revenus les plus modestes (30 %) et celles aux revenus les plus élevés (18 %).
- Près de la moitié de la population s'est déclarée en surpoids ou obèse en 2019, avec d'importantes disparités selon le sexe (10 points de pourcentage entre les hommes et les femmes) et selon le niveau d'instruction (18 points de pourcentage plus élevés dans les groupes ayant un faible niveau d'instruction que dans ceux ayant un niveau d'instruction élevé).
- Des programmes de dépistage organisé ont été déployés pour le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus en France. Les taux de dépistage se heurtent toutefois à d'importantes disparités socio-économiques. Il existe une différence de 13 points de pourcentage dans la participation au dépistage du cancer du sein entre les femmes appartenant au groupe à revenus élevés par rapport au groupe à revenus modestes
- Les taux de survie au cancer sont plus faibles dans les zones les plus défavorisées pour la quasi-totalité des cancers. La réduction de la survie nette standardisée en fonction de l'âge entre le quintile le moins et le plus défavorisé s'établissait à 34 % pour le cancer du foie chez les hommes et à 59 % pour le cancer des voies biliaires chez les femmes.

Plusieurs mesures ont été mises en œuvre afin d'améliorer l'accès à des soins oncologiques de haute qualité et réduire les inégalités (création d'équipes pluridisciplinaires et de réseaux de cancérologie, plus grande utilisation des recommandations de bonne pratique clinique et utilisation de «mammobiles» comme programme pilote, par exemple).

La pandémie de COVID-19 et les mesures de contrôle associées ont eu des effets négatifs importants sur le diagnostic et le traitement des cancers en France. Les baisses constatées au niveau des taux de dépistage et des procédures chirurgicales devront faire l'objet d'une surveillance étroite dans les années à venir afin de déterminer les effets de ces retards et de ces renoncements aux soins, en particulier parmi les populations les plus vulnérables qui se heurtent déjà à de fortes inégalités en matière de soins oncologiques.

Références

Bonaldi C, Hill C., «La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire,* 5-6:97-108, 2019.

Bryere J. et al., «Environnement socioéconomique et incidence des cancers en France», Santé publique France, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire,* 4, 2017.

Camacho J.C.M. et al., «Décomposition des inégalités sociales de recours au dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus en France, Données de la cohorte Constances», *Revue d'épidémiologie et de santé publique,* 67 (Suppl 1):S56, 2019.

Chauvin P., Lisieur S., Vuillermoz C., «*Les inégalités sociales en soins de cancérologie: comprendre pour adapter les pratiques*», Paris, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique, 2017.

CNSPFV, *Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France – deuxième édition,* Paris, Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, 2020.

Defossez G. et al., *Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018, Volume 1 – Tumeurs solides,* Saint-Maurice, Santé Publique France, 2019.

Bagein G. et al., *L'état de santé de la population en France à l'aune des inégalités sociales,* Les dossiers de la DREES n° 76, 2022.

Commission européenne, *Plan européen pour vaincre le cancer,* Bruxelles (https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union/cancer-plan-europe_fr), 2021.

Peacock H.M. et al., «Access and price of cancer drugs: what is happening in France?» *Journal of Clinical Oncology,* 35(15_suppl):6623, 2017.

Guillaume É. et al., «*Recherche interventionnelle pour la réduction des inégalités sociales et territoriales de dépistage des cancers*», Santé Publique, 2:59-65, 2019.

Hofmarcher T. et al., «The cost of cancer in Europe 2018», *European Journal of Cancer,* 129:41-49, 2020.

IGAS, *Le dépistage organisé des cancers en France,* Paris, Inspection générale des affaires sociales, 2022.

INCa, *Panorama des cancers en France – édition 2022.* Boulogne-Billancourt, Institut national du cancer, 2022.

Le Bihan Benjamin C. et al., «Monitoring the impact of COVID-19 in France on cancer care: a differentiated impact», *Scientific Reports,* 12 (1):4207, 2022.

Ministère des solidarités et de la santé, *Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie: plan national 2021-2024,* Paris, 2022.

Pasquereau A. et al., «Consommation de tabac parmi les adultes: bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire,* 14:273-81, 2020.

Santé publique France, *Le Nutri-Score: un logo bien intégré dans le quotidien des Français*, Saint-Maurice, 2021.

Tron L. et al., «Influence de l'environnement social sur la survie des patients atteints d'un cancer en France, Étude du réseau Francim», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* (5):81-93, 2021.

Organisation mondiale de la santé, *Stratégie mondiale en vue d'accélérer l'élimination du cancer du col de l'utérus en tant que problème de santé publique,* Genève (https://apps.who.int/iris/handle/10665/359003), 2020.

Liste des abréviations des pays

Allemagne	DE	Danemark	DK	Hongrie	HU	Luxembourg	LU	Roumanie	RO
Autriche	AT	Espagne	ES	Irlande	IE	Malte	MT	Slovaquie	SK
Belgique	BE	Estonie	EE	Islande	IS	Norvège	NO	Slovénie	SI
Bulgarie	BG	Finlande	FI	Italie	IT	Pays-Bas	NL	Suède	SE
Chypre	CY	France	FR	Lettonie	LV	Pologne	PL	Tchéquie	CZ
Croatie	HR	Grèce	EL	Lituanie	LT	Portugal	PT		

European Cancer Inequalities Registry

Profil sur le cancer par pays 2023

Le registre européen des inégalités face au cancer est une initiative phare du plan "Vaincre le cancer en Europe". Il fournit des données solides et fiables sur la prévention et les soins oncologiques afin d'identifier les tendances, les disparités et les inégalités entre les États membres et les régions. Le registre contient un site web et une base de données développées par le Centre commun de recherche de la Commission européenne (https://cancer-inequalities.jrc.ec.europa.eu/), ainsi qu'une série de profils sur le cancer par pays publié tous les deux ans et un rapport général sur les inégalités face au cancer en Europe.

Les profils sur le cancer par pays identifient les forces, les faiblesses et les domaines d'action spécifiques de chacun des 27 États membres de l'UE, de l'Islande et de la Norvège, afin d'orienter les investissements et les interventions aux niveaux européen, national et régional dans le cadre du plan "Vaincre le cancer en Europe". Le Registre européen des inégalités face au cancer soutient également le programme phare 1 du plan d'action "Pollution zéro".

Les profils sont le fruit du travail mené par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), en coopération avec la Commission européenne. L'équipe remercie les experts nationaux, le comité de la santé de l'OCDE et le groupe thématique d'experts de l'UE sur le registre des inégalités face au cancer pour leurs précieuses observations et suggestions.

Chaque profil sur le cancer par pays fournit une synthèse des points suivants:

- la charge nationale du cancer
- les facteurs de risque du cancer, en mettant l'accent sur les facteurs de risque liés au comportement et à l'environnement
- les programmes de détection précoce
- les performances en matière de soins oncologiques, en mettant l'accent sur l'accessibilité, la qualité des soins, les coûts et l'impact de COVID-19 sur les soins oncologiques.

Veuillez citer cette publication comme suit:
OECD (2023), *Profils sur le cancer par pays : France 2023*, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/1dd7dd7f-fr.

ISBN 9789264365841 (PDF)
Series : EU Country Cancer Profiles

European Commission

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES