



**RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

inca
Institut National
du Cancer

**Registre
National
des Cancers**
inca
Institut National
du Cancer

Panorama des cancers en France

Édition 2026

L'Institut national du cancer (INCa), chargé de coordonner la lutte contre les cancers, présente la sixième édition du Panorama des cancers en France. Cette brochure rassemble des données récentes et fiables pour informer le grand public et les professionnels de santé, et éclairer les décideurs et les parties prenantes de la lutte contre les cancers. **Elle présente les principaux indicateurs épidémiologiques, de prévention, de dépistage et de soins.**

Cette édition est le fruit d'un travail partenarial avec les principaux producteurs de données de santé collaborant dans le cadre du registre national des cancers piloté par l'Institut national du cancer.

Panorama des cancers en France

Édition 2026

- 4 Clés de lecture pour une bonne interprétation des données de ce Panorama

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES, PRÉVENTION ET SOINS

- 8 Le registre national des cancers
- 10 Les cancers en chiffres
- 14 Les facteurs de risque
- 16 Les dépistages
- 19 Les soins

ZOOM SUR QUELQUES LOCALISATIONS

- 22 Les cancers du poumon
- 23 Les cancers du sein
- 24 Les cancers de la prostate
- 25 Les cancers colorectaux
- 26 Les cancers du pancréas
- 27 Les cancers du foie
- 28 Deux cancers gynécologiques
- 29 Les mélanomes cutanés

- 30 L'Institut national du cancer
- 32 Glossaire
- 33 Références bibliographiques

Clés de lecture pour une bonne interprétation des données de ce Panorama

Afin de faciliter la compréhension et l'interprétation des données, graphiques et autres éléments visuels présents dans ce document, il est proposé ici quelques clés de lecture : des définitions, des éléments de méthodologie, etc.



QU'EST-CE QUE L'INCIDENCE ET D'OÙ PROVIENNENT LES DONNÉES ?

L'incidence correspond au **nombre de nouveaux cas** d'une pathologie dans une population, ici les cancers, survenant pendant une période donnée, en général l'année. Le **taux d'incidence** représente le nombre de nouveaux cas rapporté à la population dont sont issus les cas pendant cette même période. Il est souvent calculé en divisant le nombre de cas survenus dans l'année par la taille de la population observée en milieu d'année. Il s'exprime en nombre de personnes pour 100 000 personnes-années (PA). **L'incidence fait partie des indicateurs essentiels pour guider la politique nationale de lutte contre les cancers et mesurer l'efficacité des politiques de santé publique.**

Les données d'incidence sont issues des registres locaux des cancers désignés par l'Institut national du cancer. Au total, 28 registres locaux couvrent environ 20 à 24 % de la population selon la localisation des cancers :

- 14 registres généraux (couvrant l'ensemble des localisations cancéreuses) ;
- 10 registres spécialisés (organe ou entité) ;
- 4 registres dans les départements et régions d'outre-mer (Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion).

Les données nationales sont produites à partir de modélisations statistiques des données issues de ces registres.

Pour les cancers pédiatriques, 2 registres nationaux produisent des données d'incidence des cancers de l'enfant et de l'adolescent. Leur particularité est de recenser tous les cas de cancers sur le territoire français, y compris ultra-marin.

POURQUOI LES DONNÉES D'INCIDENCE DES CANCERS NE SONT PAS PUBLIÉES CHACQUE ANNÉE ?

Le cancer est une maladie qui se développe sur plusieurs mois, voire plusieurs années, contrairement aux maladies infectieuses (gastroentérite, grippe, Covid-19), qui sont de survenue brutale et d'évolution rapide. Certes, certaines formes de cancers (5 à 10 % des cas) peuvent être liées à la présence d'une altération génétique constitutionnelle, c'est-à-dire présente dans toutes les cellules de l'organisme et transmissible à la descendance. Néanmoins, plusieurs facteurs de risque comme l'alcool, le tabac, le surpoids, les facteurs environnementaux ou des produits utilisés en milieu professionnel sont connus pour être à l'origine de certains cancers. Les délais entre l'exposition à ces facteurs et la survenue du cancer se comptent alors en années (de 5 à plus de 20 ans), en dehors de circonstances exceptionnelles.

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

QU'EST-CE QUE LA MORTALITÉ ?

La mortalité correspond au **nombre de décès** dans une population survenant pendant une période donnée, en général l'année. Le **taux de mortalité** représente le nombre de décès rapporté à la population totale moyenne sur une période donnée dans un territoire. Il est souvent calculé en divisant le nombre de décès survenus dans l'année par la taille de la population observée en milieu d'année. Il s'exprime en nombre de personnes pour 100 000 personnes-années (PA).

QU'EST-CE QUE LA PRÉVALENCE ?

La prévalence est un **indicateur épidémiologique** complémentaire de l'incidence et de la mortalité et correspond au **nombre de personnes en vie et ayant eu un diagnostic d'une pathologie** considérée, ici le cancer, au cours de leur vie.

QU'EST-CE QU'UN TAUX D'INCIDENCE (OU DE MORTALITÉ) STANDARDISÉ SUR LA POPULATION MONDIALE (TSM) ?

Afin de comparer les données d'incidence (ou de mortalité) d'une année à une autre, ou d'un territoire à un autre, on ne peut se contenter de recenser le nombre de nouveaux cas, car cette information est très dépendante de la taille et de la répartition par âge de la population à un moment donné et sur une zone géographique donnée. Identifier, au sein de l'évolution de l'incidence (ou de la mortalité), ce qui relève effectivement des phénomènes démographiques, de l'évolution du risque d'être atteint d'un cancer (ou de décéder de ce cancer) impose le recours à une information particulière, le **taux d'incidence (et de mortalité) standardisé**. Il est calculé en supposant que la structure d'âge de la population étudiée est identique à celle d'une population de référence (par exemple la structure d'âge de la population mondiale pour le taux standardisé sur la population mondiale). Ainsi, l'augmentation du taux d'incidence (ou de mortalité) standardisé d'un cancer sur une période reflète directement une hausse du risque d'être atteint (ou de décéder) de ce cancer pendant cette période.

QU'EST-CE QUE LA VARIATION ANNUELLE MOYENNE (VAM) ?

Les variations annuelles moyennes calculées dans cette édition indiquent le **taux d'évolution d'une variable sur une période donnée** en tenant compte de l'effet cumulatif des changements d'une année sur l'autre. Dans ce Panorama, la variation annuelle moyenne d'un taux d'incidence (ou de mortalité) standardisé sur la population mondiale est notée « **VAM DU TSM** ». Par exemple, une mention « **VAM DU TSM (2019-2023) : + 3,6 % PAR AN** » pour un taux d'incidence des cancers du poumon chez les femmes doit être lue ainsi : entre 2019 et 2023, le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale, des cancers du poumon, a augmenté en moyenne de 3,6 % par an chez les femmes.

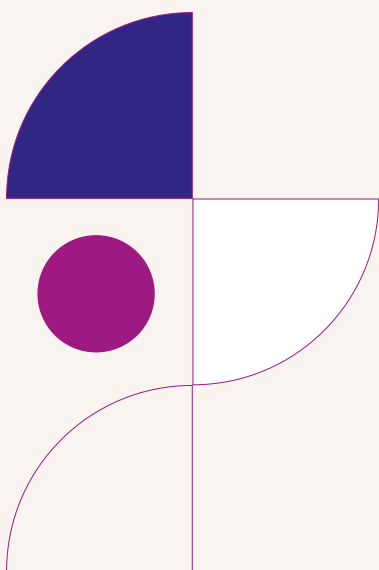
QU'EST-CE QUE LA SURVIE ?

C'est la **proportion de personnes atteintes d'une maladie, et vivantes X années après le diagnostic**. La survie s'exprime en taux, généralement à 1, 3 et 5 ans après le diagnostic. Plusieurs types de survie peuvent être distingués, notamment :

- **la survie brute** (observée), qui représente la proportion de personnes encore vivantes X années après le diagnostic de leur maladie, les personnes décédées avant X années pouvant l'être du fait de cette maladie ou d'une autre cause ;
- **la survie nette**, qui représente la proportion de personnes encore vivantes X années après leur diagnostic de cancer, si ces personnes ne pouvaient décéder que de ce cancer. Pour contrôler les variations de structure d'âge, elle est standardisée sur l'âge (on parle alors de survie nette standardisée, SNS). Elle est la seule à permettre des comparaisons en fonction de l'âge ou des pays.

POUR EN SAVOIR PLUS

Des **définitions complémentaires** sont disponibles dans le **Glossaire, page 32**. Les **références bibliographiques** sont signalées par des **numéros entre crochets**, [1], [2], etc. Ils renvoient à la **liste complète, page 33**.



1

DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES, PRÉVENTION ET SOINS

Ce premier chapitre présente les données essentielles les plus récentes sur les cancers en France : principaux indicateurs épidémiologiques, de prévalence des expositions aux facteurs de risque et de prévention, et de soins.

INCIDENCE • MORTALITÉ • SURVIE • PÉDIATRIE
FACTEURS DE RISQUE • DÉPISTAGES • SOINS

Le registre national des cancers

L'année 2025 a constitué un tournant dans le domaine de l'épidémiologie des cancers, avec le vote de la loi n°2025-596 du 30 juin, portant création d'un registre national des cancers piloté par l'Institut national du cancer.

● POURQUOI UN REGISTRE NATIONAL DES CANCERS ?

La surveillance épidémiologique des cancers repose actuellement sur des registres locaux, qui couvrent entre 20 et 24 % de la population métropolitaine selon les localisations cancéreuses. Cette couverture est exhaustive pour les cancers de l'enfant ainsi que pour la population de la Martinique, de la Guadeloupe, de La Réunion et de la Guyane.

L'objectif du registre national des cancers (RNC) est d'améliorer la couverture nationale du recueil des cas de cancers afin de renforcer la connaissance de la maladie, le suivi des trajectoires des patients et l'évaluation des actions de prévention, de dépistage, de prise en charge et de suivi après-cancer.

L'Institut national du cancer est le responsable du traitement du RNC. La protection des données personnelles est une priorité : toutes les données collectées sont pseudonymisées pour garantir la confidentialité.

LES PRINCIPALES SOURCES DE DONNÉES

Neuf principales sources de données, listées dans le décret, alimenteront régulièrement le RNC, dont **huit au moins annuellement**, notamment :

- les données issues des registres locaux de cancers ;
- les données issues du système national des données en santé (SNDS) ainsi que des données provenant d'autres bases nationales utiles (causes médicales de décès, urgences, handicap et perte d'autonomie, etc.) ;
- les données d'examen de dépistage, de soins, des données cliniques et biologiques spécifiques des cancers.

L'Institut national du cancer ne collecte pas « toutes » les données de santé, seulement celles nécessaires à la réalisation des objectifs du RNC, dans un cadre réglementaire strict, transparent et parfaitement conforme au RGPD. Les modalités d'application des droits des personnes sont celles identiques au SNDS.



3 PRINCIPAUX OBJECTIFS

- Recueillir l'ensemble des cas de cancers sur le territoire national
- Collecter les seules données utiles provenant de différentes sources
- Mettre à disposition des jeux de données appariées et pseudonymisées, à des fins d'études et de recherche, d'observation et de surveillance épidémiologique, et d'orientation des politiques publiques

EN PRATIQUE, COMMENT EST MIS EN ŒUVRE LE RNC ?

L'Institut national du cancer s'appuie sur l'infrastructure de sa plateforme de données en cancérologie historique, enrichie de **sources supplémentaires spécifiques afin de produire une surveillance épidémiologique précise.**

1

2011. COHORTE CANCER, extraction du système national des données en santé (SNDS)

Cette extraction est un point de départ puissant, mais en l'absence de données cliniques détaillées et d'une confirmation formelle des cas présumés, elle est insuffisante pour une caractérisation complète des cas de cancers en France.

2

2019-2023. PLATEFORME DE DONNÉES EN CANCÉROLOGIE, ajout de sources, dont les registres locaux

L'ajout des données des 27 registres locaux permet une meilleure qualification des cas de cancers (localisation, comportement, histologie).

3

LOI/DÉCRET 2025. REGISTRE NATIONAL DES CANCERS, multisources et appariement

L'apport multisources spécifiques complète la qualification des cas notamment sur la zone non couverte par les registres locaux et offre une vision plus complète de la trajectoire du patient, du prédiagnostic à la fin de suivi.

COMMENT ACCÉDER AUX DONNÉES DU RNC ?

L'Institut national du cancer met à disposition des jeux de données issues du RNC, dans le respect des finalités et des conditions de transparence et de confidentialité prévues par les dispositions réglementaires. Les équipes de recherche, publiques ou privées, pourront accéder à des jeux de données dans le cadre de projets de recherche, d'études ou d'évaluations.

L'accès pourra se faire dès lors que le projet aura obtenu un avis favorable du comité scientifique et d'éthique du RNC, un avis favorable du CESREES et l'autorisation de la CNIL, le cas échéant.

L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER S'EST VU CONFIER LA MISSION DE PILOTER ET DE METTRE EN PLACE LE REGISTRE NATIONAL DES CANCERS. IL SERA L'UNIQUE RESPONSABLE DE TRAITEMENTS DES DONNÉES DU REGISTRE.

POUR EN SAVOIR PLUS

L'Institut national du cancer a mis en ligne un webinaire consacré au registre national des cancers. Retrouvez l'intégralité de la présentation sur cancer.fr. Vous pouvez également accéder à la rubrique dédiée au registre national des cancers.

Les cancers en chiffres

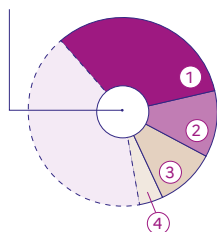
En France, les cancers représentent la première cause de décès chez l'homme, et la deuxième chez la femme.

INCIDENCE

QUELS SONT LES CANCERS LES PLUS FRÉQUENTS ET COMMENT ÉVOLUE LEUR TAUX D'INCIDENCE ?

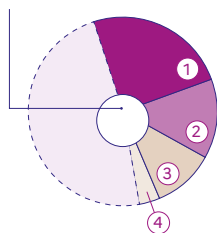
Les dernières estimations décrivent une situation plutôt encourageante chez les hommes alors qu'elle apparaît moins favorable chez les femmes. Pour ces dernières, deux cancers en particulier montrent une augmentation préoccupante : les cancers du poumon et du pancréas. Chez les hommes, l'incidence des cancers les plus fréquents diminue ou se stabilise, à l'exception du cancer du pancréas.

EN 2023, CHEZ LES FEMMES, SUR 187 526 NOUVEAUX CAS



- 1 SEIN. 61 214 cas (33 %)
VAM DU TSM (2019-2023) : + 0,2 % par an
- 2 CÔLON ET RECTUM. 21 370 cas (11 %)
VAM DU TSM (2019-2023) : + 0,5 % par an
- 3 POUMON. 19 339 cas (10 %)
VAM DU TSM (2019-2023) : + 3,6 % par an
- 4 PANCRÉAS. 7 668 cas (4 %)
VAM DU TSM (2019-2023) : + 1,6 % par an

EN 2023, CHEZ LES HOMMES, SUR 245 610 NOUVEAUX CAS



- 1 PROSTATE*. 59 885 cas (24 %)
VAM DU TSM (2010-2018) : - 1,1 % par an
- 2 POUMON. 33 438 cas (14 %)
VAM DU TSM (2019-2023) : - 0,3 % par an
- 3 CÔLON ET RECTUM. 26 212 cas (11 %)
VAM DU TSM (2019-2023) : - 0,3 % par an
- 4 PANCRÉAS. 8 323 cas (3 %)
VAM DU TSM (2019-2023) : + 1,3 % par an

ÉVOLUTION DU TAUX D'INCIDENCE STANDARDISÉ MONDE TOUS CANCERS

Entre 2019 et 2023, le taux d'incidence standardisé monde (TSM), toutes localisations confondues, augmente chez les femmes mais se stabilise chez les hommes [1].

274 femmes pour 100 000
VAM DU TSM (2019-2023) : + 0,25 % par an

354,9 hommes pour 100 000
VAM DU TSM (2019-2023) : + 0,06 % par an

NOUVEAUX CAS DE CANCERS EN 2023

433 136

nouveaux cas

dont

43 %

des femmes,
soit **187 526 CAS**

TSM D'INCIDENCE

274 femmes
pour 100 000

et

57 %

des hommes,
soit **245 610 CAS**

TSM D'INCIDENCE

354,9 hommes
pour 100 000

ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC EN 2023

68 ans

chez les femmes

et

70 ans

chez les hommes

* Pour la prostate, les données disponibles datent de 2018.

NOMBRE DE DÉCÈS PAR CANCERS EN 2023

164 314

décès

dont

44 %

des femmes,
soit **72 934 DÉCÈS**

TSM MORTALITÉ

80,2 femmes
pour 100 000
VAM DU TSM (2019-2023) :
-0,76 % par an

et

56 %

des hommes,
soit **91 380 DÉCÈS**

TSM MORTALITÉ

127,9 hommes
pour 100 000
VAM DU TSM (2019-2023) :
-1,61 % par an

ÂGE MÉDIAN AU DÉCÈS*

75 ans

chez les femmes

et

73 ans

chez les hommes

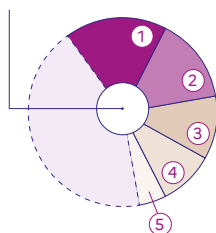
* Pour l'âge médian au décès, les données disponibles datent de 2018 [2].

MORTALITÉ

QUELLES LOCALISATIONS CANCÉREUSES SONT À L'ORIGINE DU PLUS GRAND NOMBRE DE DÉCÈS ET COMMENT ÉVOLUE LE TAUX DE MORTALITÉ ?

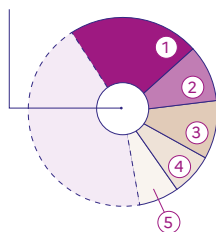
La diminution globale du taux de mortalité s'observe pour de nombreuses localisations, à l'exception du pancréas et du poumon spécifiquement chez les femmes [3].

EN 2023, CHEZ LES FEMMES, SUR 72 934 DÉCÈS



1. **SEIN. 12 765 décès (17,5 %)**
VAM DU TSM (2019-2023) : - 1,5 % par an
2. **POUMON. 10 699 décès (15 %)**
VAM DU TSM (2019-2023) : - 0,3 % par an
3. **CÔLON ET RECTUM. 8 007 décès (11 %)**
VAM DU TSM (2019-2023) : - 1 % par an
4. **PANCRÉAS. 6 730 décès (9 %)**
VAM DU TSM (2019-2023) : + 1,2 % par an
5. **OVAIRE. 3 420 décès (5 %)**
VAM DU TSM (2019-2023) : - 1,4 % par an

EN 2023, CHEZ LES HOMMES, SUR 91 380 DÉCÈS



1. **POUMON. 20 468 décès (22 %)**
VAM DU TSM (2019-2023) : - 2 % par an
2. **PROSTATE. 9 002 décès (10 %)**
VAM DU TSM (2019-2023) : - 2,2 % par an
3. **CÔLON ET RECTUM. 8 923 décès (10 %)**
VAM DU TSM (2019-2023) : - 1,7 % par an
4. **PANCRÉAS. 6 645 décès (7 %)**
VAM DU TSM (2019-2023) : + 0,2 % par an
5. **FOIE. 6 272 décès (7 %)**
VAM DU TSM (2019-2023) : - 1,3 % par an

Remarque : les données de mortalité proviennent du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) [3].

ÉVOLUTION DU TAUX DE MORTALITÉ STANDARDISÉ MONDE TOUS CANCERS

L'évolution annuelle du taux de mortalité standardisé montre une diminution globale de la mortalité par cancer entre 2019 et 2023 [3].

Cette diminution, plus marquée chez les hommes, résulte d'une modification des cancers incidents, de diagnostics plus précoces et d'importantes avancées thérapeutiques parmi les cancers les plus fréquents.

80,2 femmes pour 100 000
VAM DU TSM (2019-2023) : - 0,76 % par an

127,9 hommes pour 100 000
VAM DU TSM (2019-2023) : - 1,61 % par an

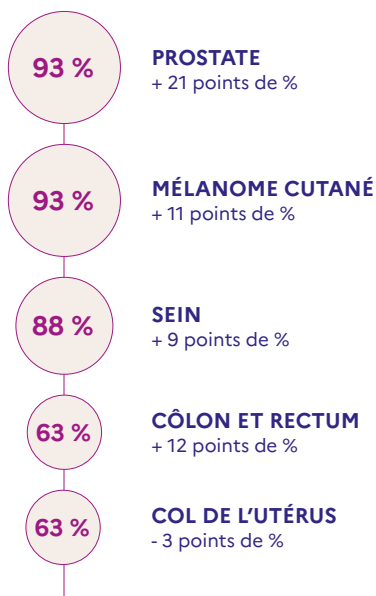
SURVIE

La survie des personnes atteintes de cancer est un indicateur clé pour évaluer l'amélioration globale de leur pronostic. Elle est le reflet des progrès thérapeutiques et du dépistage précoce, et permet d'apprécier l'efficacité du système de santé et l'impact des politiques publiques [4].

POUR QUELS CANCERS OBSERVE-T-ON LA MEILLEURE SURVIE ?

Ces dernières années, **la survie des personnes atteintes de cancer s'est améliorée pour la majorité des localisations**. Ces tendances plutôt favorables sont le reflet des progrès réalisés dans le système de soins, à la fois dans la détection des cancers, mais aussi dans leur thérapeutique. Ce gain est néanmoins contrasté selon les localisations et en fonction de l'âge au diagnostic. Sont distingués **les cancers de pronostic favorable, ayant une survie nette standardisée (SNS) à 5 ans supérieure à 65 %, et les cancers de pronostic intermédiaire, avec une SNS à 5 ans entre 33 et 65 %**.

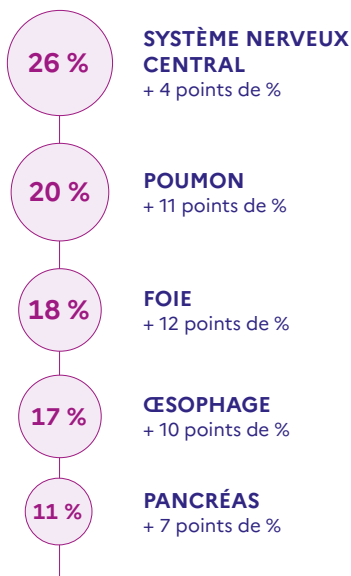
SNS À 5 ANS (2010-2015) DES PRINCIPAUX CANCERS DE PRONOSTICS FAVORABLES ET INTERMÉDIAIRES ET ÉVOLUTION 1990-2015 DE LA SNS



QUELS SONT LES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC ?

Certains cancers sont dits «de mauvais pronostic» : poumon, pancréas, œsophage, foie, système nerveux central, leucémies aiguës myéloïdes, ovaire, estomac... **Pour ces localisations, et malgré les progrès de la recherche, la survie nette standardisée à 5 ans reste plus faible.**

SNS À 5 ANS (2010-2015) DES PRINCIPAUX CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC ET ÉVOLUTION 1990-2015 DE LA SNS



REMARQUE

Les survies (en %) sont arrondies à l'unité.
Les évolutions de points ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite.

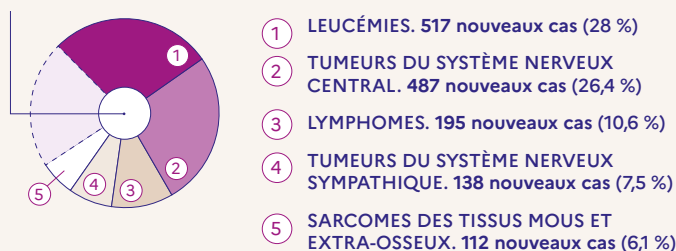
LES CANCERS DES ENFANTS, DES ADOLESCENTS ET DES JEUNES ADULTES

En France, entre 2014 et 2023, ce sont environ 2 300 enfants et adolescents qui ont été touchés chaque année par un cancer [5,6].

LES ENFANTS DE 0 À 14 ANS

Sur la période 2014-2023, le Registre national des cancers de l'enfant (RNCE) a recensé 18 468 cas de cancers chez les enfants de 0 à 14 ans en France, soit 1 847 nouveaux cas en moyenne chaque année.

SUR LES 1 847 NOUVEAUX CAS EN MOYENNE PAR AN



SURVIE DES ENFANTS DIAGNOSTIQUÉS ENTRE 2000 ET 2016

92 %

un an après le diagnostic

83 %

cinq ans après le diagnostic

LES ADOLESCENTS DE 15 À 17 ANS

Sur la période 2014-2023, 4 497 cas de cancers ont été enregistrés chez les 15-17 ans en France, soit 450 nouveaux cas en moyenne chaque année.

SUR LES 450 NOUVEAUX CAS EN MOYENNE PAR AN



SURVIE DES ADOLESCENTS DIAGNOSTIQUÉS ENTRE 2000 ET 2016

94 %

un an après le diagnostic

82 %

cinq ans après le diagnostic

PRÉCISION

Concernant les AJA, la définition internationale porte sur les 15-39 ans. Ainsi, les travaux de recherche et les études internationales épidémiologiques portent sur cette classe d'âge. Relativement à l'organisation des soins, de nombreux pays, dont la France, ciblent les travaux sur les 15-24 ans au regard des spécificités de cette population.

ZOOM SUR LES CANCERS CHEZ LES ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES

L'incidence des cancers est publiée pour la première fois en France chez les adolescents et jeunes adultes (AJA) de 15 à 39 ans (voir précision ci-contre). Elle porte sur une période supérieure à 20 ans et avec une classification des cancers spécifique pour cette tranche d'âge élargie. Ces travaux ont été menés dans le cadre du partenariat associant Santé publique France, l'Institut national du cancer, le réseau des registres des cancers FRANCIM et les Hospices civils de Lyon, avec le soutien financier de la Ligue contre le cancer.

Si les cancers chez les AJA restent rares avec une incidence beaucoup moins élevée que chez les plus de 60 ans, l'étude montre que l'incidence de l'ensemble des cancers a augmenté de 1,62 % par an entre 2000 et 2014, puis baissé de 0,79 % par an entre 2015 et 2020. L'incidence de six cancers est en hausse : lymphomes de Hodgkin, glioblastomes, liposarcomes, carcinomes colorectaux, carcinomes du sein et carcinomes du rein. Ces résultats appellent de nouvelles études pour mieux identifier les facteurs de risque sous-jacents responsables de ces tendances afin de promouvoir ou de renforcer la prévention chez les AJA.

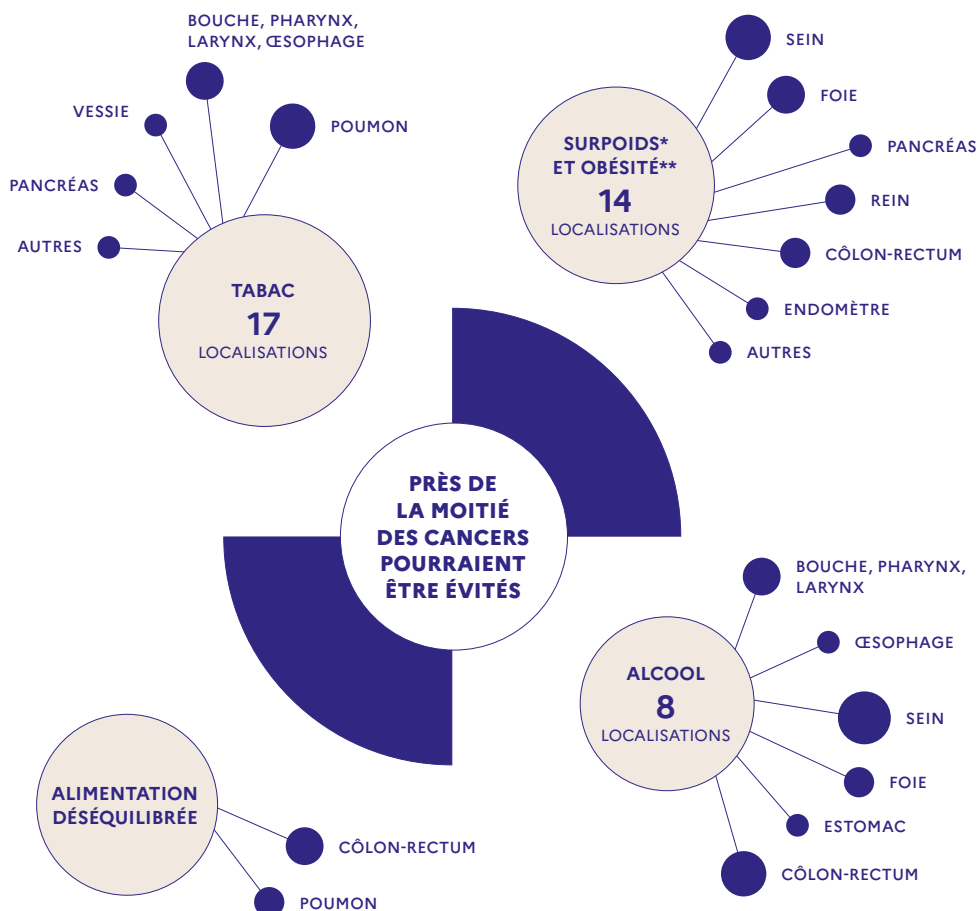
54 735

adolescents et jeunes adultes (AJA) ayant eu un diagnostic de cancer ont été comptabilisés entre 2000 et 2020 sur les 19 départements étudiés [7]

Les facteurs de risque

De nombreux facteurs de risque de cancers existent : internes (âge, prédisposition génétique héréditaire) ou externes (comportements, environnement). On estime que près de la moitié des cancers pourraient être évités en limitant l'impact des facteurs de risque externes dans nos vies. Ils peuvent également être influencés par les conditions sociales. Le rôle des déterminants sociaux dans l'exposition aux risques et la survenue des cancers est donc à prendre en compte.

LES 4 PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE

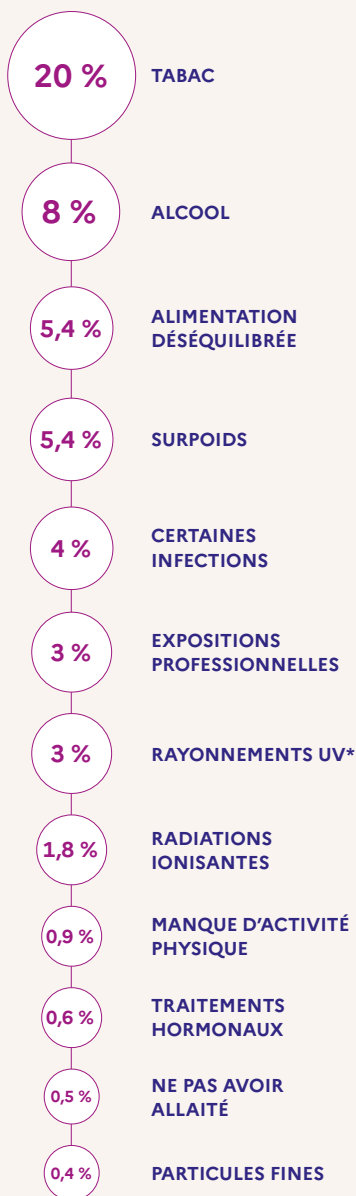


* Surpoids : IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m²

** Obésité : IMC égal ou supérieur à 30 kg/m²

**PRÈS DE LA MOITIÉ
DES CANCERS
POURRAIENT ÊTRE ÉVITÉS**

Proportion des cancers liés
aux principaux facteurs
de risque [8]



* Ne concerne que les mélanomes.

TABAC

La diminution du taux de tabagisme quotidien, amorcée en 2016, interrompue lors de la pandémie de Covid-19, reprend depuis 2021. Le recul de 20 années rend compte d'une situation encourageante chez les femmes avec une diminution du taux d'incidence standardisé pour plusieurs localisations [9,10].

68 000

**NOUVEAUX CAS DE CANCERS
ATTRIBUABLES AU TABAC
EN 2015, SOIT 20 % DES CAS**

- 18 %**
c'est la prévalence
du tabagisme quotidien,
en 2024, parmi les
18-75 ans
- 28 %**
c'est l'évolution
du nombre de fumeurs
quotidiens en France
entre 2021 et 2024

ALCOOL

Entre 2020 et 2021, en métropole, la proportion d'adultes dépassant les repères de consommation d'alcool à moindre risque a significativement diminué (de 23,7 % à 22 %). Cette baisse s'observe principalement parmi les hommes, les plus jeunes et les plus âgés, et chez les personnes aux revenus les plus élevés [11,12].

28 000

**NOUVEAUX CAS DE CANCERS
ATTRIBUABLES À L'ALCOOL
EN 2015, SOIT 8 % DES CAS**

- 22 %**
c'est la proportion,
en 2021, des adultes
de 18 à 75 ans dépassant
les nouveaux repères
d'alcool sur au moins
une des dimensions

SURPOIDS ET ALIMENTATION

Les prévalences de l'obésité et du surpoids, toujours élevées en France, semblent se stabiliser entre 2015 et 2020 chez l'adulte, mais poursuivent leur augmentation chez l'enfant et l'adolescent, ce qui est très préoccupant étant donné que la majorité risque de conserver leur obésité ou surpoids à l'âge adulte [13-17].

18 600

**NOUVEAUX CAS DE CANCERS
ATTRIBUABLES À LA
SURCHARGE PONDÉRALE
EN 2015, SOIT 5,4 % DES CAS**

- 25 % et 18 %**
c'est la proportion
de femmes et d'hommes
consommant 5 fruits et
légumes par jour

Les dépistages

L'objectif du dépistage est de diagnostiquer le cancer à un stade précoce, avant l'apparition de symptômes, afin de mieux le soigner et d'en limiter les séquelles, ainsi que celles des traitements. Depuis 2004, trois programmes de dépistages organisés ont été mis en place : pour les cancers du sein, colorectaux et du col de l'utérus. 2025 marque la mise en place d'un programme pilote de dépistage des cancers du poumon nommé IMPULSION (IMPlémentation du dépistage du cancer PULmonaire en populatiON).

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle que les cancers du col de l'utérus pourraient être éradiqués grâce au dépistage et à la vaccination contre les papillomavirus humains (HPV).

Sur la période 2020-2022, la participation au dépistage organisé des cancers du col de l'utérus était de 59,5 %. Elle est en hausse de +1,3 point par rapport à la période 2017-2019 (58,2 %) et de +1,4 point par rapport à la période 2014-2016 (58,1 %) [18,19].

PRENDRE SOIN DE LA SANTÉ DES FEMMES

Aujourd'hui, encore 40 % des femmes concernées ne réalisent pas, ou pas tel que recommandé, le dépistage organisé des cancers du col de l'utérus. Il s'agit plus particulièrement des femmes de plus de 50 ans (1 femme sur 2 entre 50 et 65 ans ne se fait pas dépister), celles en situation sociale défavorable, les femmes atteintes d'une affection longue durée, d'une forme grave ou invalidante, d'obésité ou les femmes en situation de handicap.

Pourtant, le dépistage représente un réel bénéfice pour leur santé. Il permet de repérer le plus tôt possible d'éventuelles lésions précancéreuses, de les surveiller ou de les soigner et ainsi de prévenir l'apparition d'un cancer. **Et grâce à ce dépistage, ce sont 9 cancers du col de l'utérus sur 10 qui pourraient être évités.**

L'OBJECTIF DU DÉPISTAGE EST DE **DIAGNOSTIQUER LE CANCER À UN STADE PRÉCOCE, AVANT L'APPARITION DE SYMPTÔMES, AFIN DE MIEUX LE SOIGNER ET D'EN LIMITER LES SÉQUELLES, AINSI QUE CELLES DU TRAITEMENT.**

GRÂCE AU DÉPISTAGE RÉGULIER DES FEMMES DE 25 À 65 ANS, ASSOCIÉ À LA VACCINATION DES FILLES ET DES GARÇONS DÈS 11 ANS CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS, CE CANCER POURRAIT ÊTRE ÉRADIQUÉ.

59,5 %

TAUX DE PARTICIPATION STANDARDISÉ AU PROGRAMME DE DÉPISTAGE SUR LA PÉRIODE 2020-2022

- 17,6 millions de femmes éligibles de 25 à 65 ans (2020-2022)
- 10 470 000 personnes dépistées (2020-2022)
- 32 000 lésions précancéreuses détectées par an

PARTICULARITÉ DU DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS

Dans le cadre de ce dépistage organisé, le courrier d'invitation est uniquement adressé aux femmes ne faisant pas l'examen dans les intervalles recommandés, soit

11,6 %

des tests effectués à la suite d'une invitation sur la période 2020-2022.

30,7 %

TAUX DE PARTICIPATION
DE LA POPULATION CIBLE
SUR LA PÉRIODE 2024-2025

20,9 millions

de personnes éligibles
de 50 à 74 ans
(2024-2025)

6 400 000

personnes dépistées
dont 31,8 % des femmes
et 29,6 % des hommes

46,3 %

TAUX DE PARTICIPATION
STANDARDISÉ
DE LA POPULATION CIBLE
SUR LA PÉRIODE 2023-2024

10,8 millions

de femmes éligibles
de 50 à 74 ans
(2022-2023)

41 759

cancers du sein
détectés (2021-2022)

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS COLORECTAUX

Le programme national de dépistage organisé des cancers colorectaux a pour objectif principal de diminuer la mortalité spécifique de ces cancers grâce à une détection et un traitement précoce des lésions.

Le taux de participation de la population cible était de 30,7 % pour la période 2024-2025. Ce taux est en légère hausse par rapport à la période précédente (29,6 % en 2023-2024), il reste néanmoins toujours inférieur au seuil européen acceptable de 45 % [18,19].

LES AVANCÉES ATTENDUES

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

LE TEST DE DÉPISTAGE, PROPOSÉ DANS LE CADRE DU PROGRAMME NATIONAL, PERMET DE REPÉRER UN **CANCER À UN STADE DÉBUTANT ET DE LE SOIGNER AVEC DES TRAITEMENTS MOINS LOURDS. DANS CE CAS, LES CANCERS COLORECTAUX PEUVENT ÊTRE GUÉRIS 9 FOIS SUR 10.**

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS DU SEIN

Destiné à dépister le cancer le plus fréquent et le plus mortel chez les femmes, ce programme voit son taux de participation baisser depuis 10 ans pour toutes les tranches d'âge et toutes les régions. Il faut toutefois y ajouter 11 % de la population cible qui effectuent des dépistages individuels. **Après avoir connu une augmentation jusqu'à la période 2010-2011, avec une participation de 52,7 %, le taux de participation a ensuite baissé de 12 % jusqu'à la période 2023-2024 (46,3 % de participation) [18,19].**

LES AVANCÉES ATTENDUES

Une **meilleure détection de certaines lésions précancéreuses du sein grâce à la tomosynthèse** (imagerie de lecture de la mammographie en 3D) est attendue. Bien que non autorisée en France dans le dépistage organisé, cette innovation technologique s'est développée dans le cadre de démarches individuelles. Elle permet d'obtenir un cliché numérique reconstitué en trois dimensions à partir d'images du sein (associée à la technologie actuelle 2D ou à partir d'une reconstruction d'image synthétique 2D).

POUR EN SAVOIR PLUS

Un espace digital regroupe l'ensemble des **informations sur les dépistages organisés** des cancers colorectaux, du sein et du col de l'utérus, jefaismondepistage.cancer.fr

ZOOM SUR L'OUVERTURE DES INCLUSIONS DU PROGRAMME DE RECHERCHE IMPULSION

En mai 2026, la ministre en charge de la santé a annoncé l'ouverture des inclusions du programme pilote de dépistage des cancers du poumon.

Initialement mis en œuvre dans 5 régions pilotes (Île-de-France, Hauts-de-France, Pays de la Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes), il sera progressivement déployé dans d'autres régions. L'objectif est de recruter 20 000 participants volontaires sur une période de 18 à 24 mois.

Dans ces 5 régions, plus d'une centaine de professionnels de santé sont d'ores et déjà mobilisés pour les consultations d'inclusion et l'orientation vers l'aide au sevrage tabagique. **Dans chaque région, 5 à 15 centres de radiologie habilités à réaliser les scanners thoraciques dans le cadre de cette recherche ouvriront progressivement au cours de l'étude.**

DES ÉTUDES* ONT MONTRÉ UNE RÉDUCTION DE 20 À 25 % DE LA MORTALITÉ SPÉCIFIQUE PAR CANCER DU POUMON GRÂCE AU DÉPISTAGE

COMBINER DÉPISTAGE ET ARRÊT DU TABAC PERMET DE RÉDUIRE DE 38 % LE RISQUE DE DÉCÈS PAR CANCER DU POUMON

* Études internationales NLST et NELSON

PROGRAMME PILOTE DE DÉPISTAGE DES CANCERS DU POUMON

En janvier 2025, l'Institut national du cancer a lancé un appel à projets pour la **mise en place d'un programme pilote de dépistage des cancers du poumon dont le lauréat est l'étude IMPULSION** (IMPlémentation du dépistage du cancer PULmonaire en populatION). Ce projet de recherche est coordonné conjointement par le Pr Marie-Pierre Revel (Assistance publique – Hôpitaux de Paris) et le Pr Sébastien Couraud (Hospices civils de Lyon).

IMPULSION : UN PROGRAMME PILOTE PRÉFIGURATEUR D'UN DÉPISTAGE GÉNÉRALISÉ

Ce programme pilote est l'étape préalable à la généralisation d'un programme de dépistage organisé des cancers du poumon. Son objectif est d'**évaluer les conditions optimales d'organisation du dépistage en les adaptant aux spécificités de chaque territoire**. Il propose plusieurs modalités d'invitation des personnes et porte une attention particulière aux populations les plus précaires et les plus isolées, avec des actions « d'aller vers » [20,21].

LE PROGRAMME EN PRATIQUE

Le programme IMPULSION s'adresse aux **fumeurs et ex-fumeurs de 50 à 74 ans** (ayant arrêté depuis moins de 15 ans). Il repose sur la **réalisation d'un scanner thoracique à faible dose et la proposition d'un accompagnement au sevrage tabagique**. Les participants sont appelés à réaliser deux scanners à un an d'intervalle, puis tous les deux ans.

20 000

PARTICIPANTS VOLONTAIRES RECRUTÉS SUR UNE PÉRIODE DE 18 À 24 MOIS

personnes de

50 à 74 ans

fumeurs ou ex-fumeurs (sevrés depuis moins de 15 ans) dont la consommation cumulée de tabac correspond à au moins 20 paquets années*

29

structures partenaires

6 M€

c'est la somme allouée par l'Institut national du cancer au projet pilote IMPULSION

100 %

c'est la prise en charge des scanners à faible dose assurée par l'Assurance maladie

POUR EN SAVOIR PLUS

Des informations complémentaires sur le **programme IMPULSION** sont disponibles sur **cancer.fr**

* Un paquet année correspond à la consommation d'un paquet de 20 cigarettes manufacturées (non roulées) par jour pendant un an, ou deux paquets par jour pendant 6 mois.

Les soins

En 2024, avec près de 1,4 million de personnes traitées spécifiquement pour un cancer en hospitalisations courantes, les cancers pèsent fortement sur l'activité hospitalière. Cela représente une augmentation de 2,5 % par rapport à 2023.

LES DÉPENSES HOSPITALIÈRES

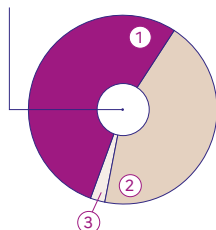
Les dépenses hospitalières liées aux cancers (diagnostic, traitement, suivi) sont en constante augmentation. Pour la seule année 2024, c'est près de 7 % d'augmentation par rapport à 2023 [22].

DÉPENSES LIÉES
AUX MÉDICAMENTS
ANTICANCÉREUX
EN 2024

7,4 Md€

(hors séances de radiothérapie réalisées dans le secteur privé libéral), soit + 6,9 % par rapport à 2023

DÉPENSES HOSPITALIÈRES LIÉES AU DIAGNOSTIC,
AU TRAITEMENT ET AU SUIVI DES PERSONNES
ATTEINTES D'UN CANCER EN 2024



- 1 SUR LA LISTE EN SUS.
5,6 milliards d'euros**
dont 82 % pour les immunothérapies,
+14,5 % par rapport à 2023
- 2 EN OFFICINE.
4,6 milliards d'euros**
dont 66 % pour les thérapies ciblées,
+11,1 % par rapport à 2023
- 3 EN RÉTROCESSION.
241 millions d'euros**
dont 61 % pour les immunothérapies,
-40,3 % par rapport à 2023

29,3 Md€

c'est le poids total
de la cancérologie dans
les dépenses de l'ONDAM
en 2024

REMARQUE

Les dépenses présentées dans ce Panorama sont pour l'essentiel issues de l'exploitation des bases de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), donc le reflet des dépenses hospitalières. À partir de la facturation des soins pratiqués en ville et à l'hôpital dont la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) dispose, elle évalue le poids total de la cancérologie dans les dépenses de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) à 29,3 milliards d'euros en 2024. Le périmètre de calcul est beaucoup plus large [23].

TRAITEMENTS DES CANCERS : LES ÉTABLISSEMENTS AUTORISÉS

Pour pratiquer des activités de traitement du cancer, tous les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, y compris les centres de radiothérapie libéraux, doivent détenir une autorisation de traitement du cancer délivrée par les Agences régionales de santé. L'objectif est de garantir le même niveau de sécurité, de qualité et d'accessibilité sur l'ensemble du territoire, à tous les patients atteints de cancer.

826*

**ÉTABLISSEMENTS
AUTORISÉS EN 2024,
EN LÉGÈRE DIMINUTION
PAR RAPPORT À 2023**

POUR EN SAVOIR PLUS

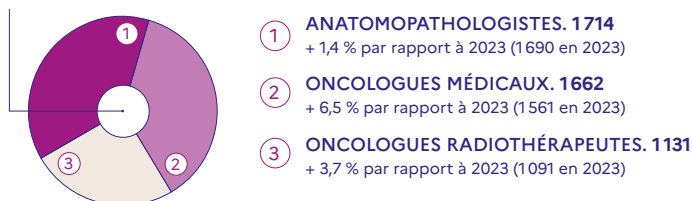
Une carte interactive de l'offre de soins en cancérologie est disponible sur **cancer.fr**

*Base ARHGOS utilisée,
1^{re} date de mise en œuvre (MEO)

● UNE FILIÈRE DE SOINS PLUS ATTRACTIVE

La démographie médicale en oncologie a connu une croissance importante sur les 15 dernières années. C'est le résultat des orientations du Plan cancer 2003-2007 qui prévoyait d'augmenter de 20 % la densité des internes en oncologie, et également de l'effort de renforcement de l'attractivité de la filière oncologie médicale réalisé [24].

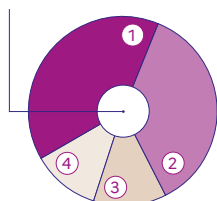
LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN ONCOLOGIE EN 2024



● LES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES CONVENTIONNELLES EN ONCOLOGIE

La chirurgie, la radiothérapie et les traitements médicamenteux systémiques constituent les traitements de référence des cancers, formant la base des stratégies thérapeutiques conventionnelles [22].

RÉPARTITION DES APPROCHES THÉRAPEUTIQUES CONVENTIONNELLES EN 2024



- 1 CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE.
437 735 personnes traitées
+ 1,4 % par rapport à 2023
- 2 TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX SYSTÉMIQUE
DES CANCERS.
403 400 personnes traitées
+ 4,1 % par rapport à 2023
- 3 RADIOTHÉRAPIE EN SECTEUR PUBLIC.
137 470 personnes traitées
+ 2,6 % par rapport à 2023
- 4 RADIOTHÉRAPIE EN SECTEUR LIBÉRAL.
128 000 personnes traitées
+ 5,8 % par rapport à 2023

DE NOUVEAUX TRAITEMENTS

Ces dernières années, à côté des traitements traditionnels, émergent les nouveaux traitements d'immunothérapie spécifique tels que les cellules CAR-T et les inhibiteurs de points de contrôle. Ainsi, en 2023, 90 466 patients ont été traités par des inhibiteurs de points de contrôle (+ 21 % par rapport à 2022) et 1 173 par des cellules CAR-T (+ 49,5 % par rapport à 2022).

1,4 million

c'est le nombre de personnes
traitées spécifiquement
pour leur cancer en MCO en 2024,
soit + 2,5 % par rapport à 2023

ZOOM SUR QUELQUES LOCALISATIONS

Les cancers, toutes localisations confondues, constituent un ensemble très hétérogène, aussi bien au niveau des facteurs de risque que de l'histoire naturelle et du pronostic. Ce chapitre s'intéresse plus spécifiquement à certains cancers, parmi les plus fréquents ou de plus mauvais pronostics, au sein de la population.

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

52 777

NOUVEAUX CAS
EN 2023

31 167

DÉCÈS EN 2023

EN 2017, LA PRÉVALENCE
DES CANCERS DU POUMON
EST ESTIMÉE À

169 718
personnes [25]

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

66 ans
chez les femmes

68 ans
chez les hommes

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

20 %
24 % pour les femmes
et 18 % pour les hommes

CANCERS ATTRIBUABLES
À LA DÉFAVORISATION
SOCIALE EN FRANCE EN 2012

7 253 cas
5 614 chez les femmes
et 1 639 chez les hommes

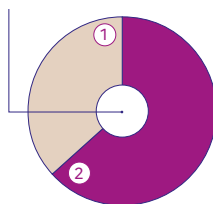
FACTEURS DE RISQUE

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

Les cancers du poumon

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

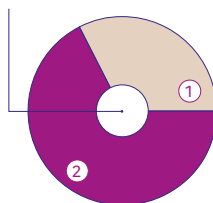
EN 2023, SUR 52 777 CAS



- 1 37 % des femmes
soit **19 339 nouveaux cas**
VAM DU TSM (2019-2023) :
+3,6 % par an
- 2 63 % des hommes
soit **33 438 nouveaux cas**
VAM DU TSM (2019-2023) :
-0,3 % par an

1^{re} CAUSE DE DÉCÈS* PAR CANCER CHEZ LES HOMMES

EN 2023, SUR 31 167 DÉCÈS



- 1 34 % des femmes
soit **10 699 décès**
VAM DU TSM (2019-2023) :
-0,3 % par an
- 2 66 % des hommes
soit **20 468 décès**
VAM DU TSM (2019-2023) :
-2 % par an

DIAGNOSTIC

Seul un diagnostic précoce permet une chirurgie curative, or les cancers du poumon sont souvent diagnostiqués à un stade avancé. Les symptômes n'étant pas spécifiques à cette maladie, le diagnostic précoce est difficile à faire. Le bilan diagnostique repose sur un examen clinique, une radiographie du thorax, un scanner thoracique et une biopsie.

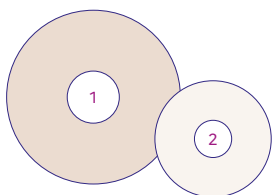
ACTIONS DE PRÉVENTION

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

* Cause de décès : selon les effectifs du CépiDc et hors catégorie « Autres tumeurs malignes ».

Les cancers du sein

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



1 En 2023,
61 214 nouveaux cas
VAM DU TSM (2019-2023) :
+0,2 % par an

2 En 2023,
12 765 décès
VAM DU TSM (2019-2023) :
-1,5 % par an

DIAGNOSTIC

60 % des cancers du sein sont détectés à un stade précoce et 7,3 % le sont à un stade métastatique [26]. La détection d'un cancer du sein à un stade peu avancé de son développement permet de le soigner plus facilement, mais aussi de limiter les séquelles liées à certains traitements.

Pour favoriser une détection précoce, plusieurs actions existent : suivi particulier des patientes à surrisque, consultation d'un médecin en cas de changement au niveau des seins, examen clinique tous les ans à partir de 25 ans, mammographie de dépistage tous les deux ans entre 50 et 74 ans sans symptôme ni facteur de risque autre que l'âge. Après 74 ans, le dépistage n'est pas abandonné, mais individualisé. Des modalités de suivi spécifiques sont recommandées pour les femmes présentant des antécédents médicaux personnels ou familiaux, ou certaines prédispositions génétiques.

ACTIONS DE PRÉVENTION

Parmi les cancers attribuables à la consommation d'alcool, les cancers du sein sont les plus fréquents. Diminuer sa consommation d'alcool, surveiller son poids, arrêter de fumer, bouger et manger varié et équilibré réduisent le risque de développer la maladie. On estime que près de 20 000 cancers du sein pourraient être évités chaque année (soit un tiers des nouveaux cas de cancers pour l'année 2023).

61 214

NOUVEAUX CAS
EN 2023

12 765

DÉCÈS EN 2023

EN 2017, LA PRÉVALENCE
DES CANCERS DU SEIN
EST ESTIMÉE À

913 089
personnes [25]

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

64 ans

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

88 %

FACTEURS DE RISQUE

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

* Cause de décès : selon les effectifs du CépiDc et hors catégorie « Autres tumeurs malignes ».

59 885

NOUVEAUX CAS
EN 2018

9 002

DÉCÈS EN 2023

EN 2017, LA PRÉVALENCE
DES CANCERS DE LA PROSTATE
EST ESTIMÉE À

643 156
personnes [25]

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

69 ans

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

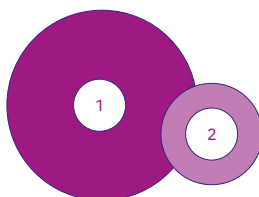
93 %

FACTEURS DE RISQUE

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

Les cancers de la prostate

1^{er} CANCER ET 2^e CAUSE DE DÉCÈS*
PAR CANCER CHEZ LES HOMMES



- ① En 2018,
59 885 nouveaux cas
VAM DU TSM (2010-2018) :
-1,1 % par an
- ② En 2023,
9 002 décès
VAM DU TSM (2019-2023) :
-2,2 % par an

DÉPISTAGE

80 % des cancers sont diagnostiqués alors qu'ils sont encore localisés à la prostate. Le facteur pronostique majeur de ces cancers est le stade au diagnostic. Le test PSA (Prostate Specific Antigen ou antigène spécifique de la prostate) n'est pas assez fiable pour diagnostiquer un cancer, mais un taux élevé peut inciter à réaliser un examen complémentaire (un toucher rectal, par exemple) qui permettra de poser un diagnostic. Ce dernier peut également faire suite à un traitement chirurgical d'un adénome de la prostate.

LA SURVEILLANCE ET LES TRAITEMENTS

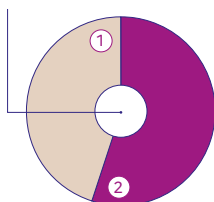
Le choix de la stratégie de soins est adapté au cas personnel de chaque patient. Cette stratégie dépend des caractéristiques du cancer, déterminées lors des examens du bilan diagnostique : l'endroit où il est situé, son type histologique (le type de cellules impliquées), son stade, son grade (niveau d'agressivité). Plusieurs traitements peuvent alors être proposés : chirurgie, radiothérapie externe, curiethérapie, hormonothérapie, surveillance active.

* Cause de décès : selon les effectifs du CépiDc et hors catégorie « Autres tumeurs malignes ».

Les cancers colorectaux

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

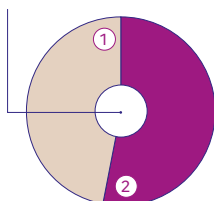
EN 2023, SUR 47 582 CAS



- ① 45 % des femmes
soit **21 370 nouveaux cas**
VAM DU TSM (2019-2023) :
+0,5 % par an
- ② 55 % des hommes
soit **26 212 nouveaux cas**
VAM DU TSM (2019-2023) :
-0,3 % par an

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

EN 2023, SUR 16 930 DÉCÈS



- ① 47 % des femmes
soit **8 007 décès**
VAM DU TSM (2019-2023) :
-1 % par an
- ② 53 % des hommes
soit **8 923 décès**
VAM DU TSM (2019-2023) :
-1,7 % par an

DÉPISTAGE

S'il est détecté tôt, un cancer colorectal se guérit dans 9 cas sur 10. Dépister ce cancer est désormais plus facile grâce au test immunologique. Il s'adresse aux femmes et aux hommes âgés de 50 à 74 ans, invités, tous les 2 ans, à réaliser un test simple (remis par les pharmaciens et disponible à la commande en ligne depuis 2022).

ACTIONS DE PRÉVENTION

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

47 582

NOUVEAUX CAS
EN 2023

16 930

DÉCÈS EN 2023

EN 2017, LA PRÉVALENCE
DES CANCERS COLORECTAUX
EST ESTIMÉE À

● **418 491**
personnes [25]

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

● **72 ans**
chez les femmes

● **71 ans**
chez les hommes

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

● **63 %**
65 % pour les femmes
et 62 % pour les hommes

FACTEURS DE RISQUE

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

15 991

NOUVEAUX CAS
EN 2023

13 375

DÉCÈS EN 2023

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

71 ans
chez les femmes

74 ans
chez les hommes

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

11 %

CANCERS ATTRIBUABLES
À LA DÉFAVORISATION
SOCIALE EN FRANCE EN 2012

117 cas
chez les hommes

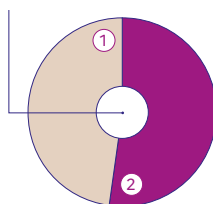
FACTEURS DE RISQUE

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

Les cancers du pancréas

INCIDENCE EN 2023

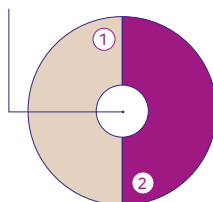
EN 2023, SUR 15 991 CAS



- 1 48 % des femmes
soit **7 668 nouveaux cas**
VAM DU TSM (2019-2023) :
+1,6 % par an
- 2 52 % des hommes
soit **8 323 nouveaux cas**
VAM DU TSM (2019-2023) :
+1,3 % par an

MORTALITÉ EN 2023

EN 2023, SUR 13 375 DÉCÈS



- 1 50 % des femmes
soit **6 730 décès**
VAM DU TSM (2019-2023) :
+1,2 % par an
- 2 50 % des hommes
soit **6 645 décès**
VAM DU TSM (2019-2023) :
+0,2 % par an

DIAGNOSTIC

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

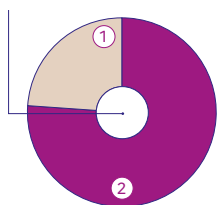
ACTIONS DE PRÉVENTION

Le tabagisme est le principal facteur de risque connu des cancers du pancréas. Même durant le parcours de soins, l'arrêt du tabac influence positivement la tolérance aux traitements et le pronostic de la maladie. Il convient de prévenir le surpoids et l'obésité grâce à une alimentation équilibrée (riche en fruits et légumes, en produits céréaliers complets, sans excès de viandes, de charcuteries...), de limiter les aliments gras et sucrés et de pratiquer une activité physique régulière.

Les cancers du foie

INCIDENCE EN 2023

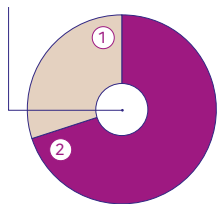
EN 2023, SUR 11 658 CAS



- 1 24 % des femmes
soit **2 784 nouveaux cas**
VAM DU TSM (2019-2023) :
+2 % par an
- 2 76 % des hommes
soit **8 874 nouveaux cas**
VAM DU TSM (2019-2023) :
0 % par an

MORTALITÉ* EN 2023

EN 2023, SUR 8 905 DÉCÈS



- 1 30 % des femmes
soit **2 633 décès**
VAM DU TSM (2019-2023) :
+0,73 % par an
- 2 70 % des hommes
soit **6 272 décès**
VAM DU TSM (2019-2023) :
-1,3 % par an

DÉPISTAGE

Un cancer du foie apparaît le plus souvent sur un foie déjà fragilisé, généralement par une cirrhose alcoolique ou une hépatite virale. La découverte d'un cancer du foie se fait souvent lors du suivi de cette maladie. Le cancer peut aussi être découvert chez une personne en bonne santé, mais les symptômes de la maladie sont alors tardifs et peu spécifiques de ce cancer.

ACTIONS DE PRÉVENTION

Une consommation répétée, et prolongée sur le long terme, de boissons alcoolisées peut endommager le foie et provoquer une cirrhose. Celle-ci augmente alors fortement le risque de développer un cancer du foie. En cas de consommation excessive d'alcool, il est important de déterminer l'état du foie.

Une surveillance régulière et adaptée permet de prévenir et de détecter précocement les complications, dont le cancer. Il est conseillé de ne pas dépasser 10 verres par semaine, 2 verres par jour et de respecter au moins 2 jours sans alcool par semaine.

* Des cancers du foie et des voies biliaires.

11 658

NOUVEAUX CAS
EN 2023

8 905

DÉCÈS EN 2023

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

- 73 ans
chez les femmes
- 70 ans
chez les hommes

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

- 18 %
19 % pour les femmes
et 18 % pour les hommes

CANCERS ATTRIBUABLES
À LA DÉFAVORISATION
SOCIALE EN FRANCE EN 2012

- 849 cas
252 chez les femmes
et 597 chez les hommes

FACTEURS DE RISQUE

- Consommation d'alcool et tabagisme
- Hépatites B et C
- Hémochromatose
- Stéatose hépatique
- Surpoids
- Sédentarité

Deux cancers gynécologiques

(ovaire, col de l'utérus)

ÂGE MÉDIAN AU DIAGNOSTIC EN 2023

70 ans

ovaire

55 ans

col de l'utérus

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

43 %

ovaire

63 %

col de l'utérus

CANCERS ATTRIBUABLES À LA DÉFAVORISATION SOCIALE EN FRANCE EN 2012

640 cas

FACTEURS DE RISQUE

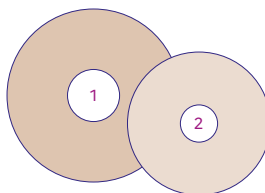
COL DE L'UTÉRUS

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

OVAIRE

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

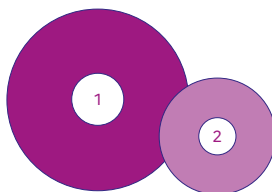
CANCERS DE L'OVAIRE, INCIDENCE ET MORTALITÉ



1 En 2023,
5 348 nouveaux cas
VAM DU TSM (2019-2023) :
-0,8 % par an

2 En 2023,
3 420 décès
VAM DU TSM (2019-2023) :
-1,4 % par an

CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS, INCIDENCE ET MORTALITÉ



1 En 2023,
3 159 nouveaux cas
VAM DU TSM (2019-2023) :
0 % par an

2 En 2023,
755 décès*
VAM DU TSM (2019-2023) :
-3 % par an

DÉPISTAGE ET PRÉVENTION

CANCERS DE L'OVAIRE : les cancers de l'ovaire provoquent peu de symptômes. Ainsi, la grande majorité des patientes sont diagnostiquées à un stade avancé de leur cancer. Certains facteurs sont considérés comme protecteurs : la contraception orale, la grossesse, la ligature ou l'ablation des trompes.

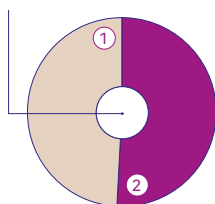
CANCERS DU COL DE L'UTÉRUS : 90 % des cancers du col de l'utérus peuvent être évités grâce au dépistage des lésions précancéreuses. La vaccination des filles et des garçons âgés de 11 à 14 ans permet de se protéger contre les papillomavirus humains (HPV), principal facteur de risque de ces cancers.

* Remarque : les décès par cancers du col et du corps de l'utérus ne peuvent être directement extraits des données de mortalité du CépiDc. En effet, les cas « utérus SAI » (sans autre indication) ne sont pas reclassés. En 2022, on recense 836 décès par cancer du col de l'utérus et 2958 pour d'autres localisations utérines, incluant les « utérus SAI ».

Les mélanomes cutanés

INCIDENCE EN 2023

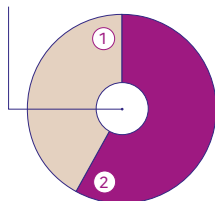
EN 2023, SUR 17 922 CAS



- ① 49 % des femmes
soit **8 813 nouveaux cas**
VAM DU TSM (2019-2023) :
+1,6 % par an
- ② 51 % des hommes
soit **9 109 nouveaux cas**
VAM DU TSM (2019-2023) :
+1,6 % par an

MORTALITÉ EN 2023

EN 2023, SUR 1 904 DÉCÈS



- ① 42 % des femmes
soit **800 décès**
VAM DU TSM (2019-2023) :
0 % par an
- ② 58 % des hommes
soit **1 104 décès**
VAM DU TSM (2019-2023) :
0 % par an

DÉPISTAGE ET DÉTECTION

Le diagnostic des cancers de la peau consiste en un examen visuel complet destiné à repérer les taches ou grains de beauté suspects. Pour les personnes à risque, il est recommandé d'effectuer un autoexamen de la peau tous les trois mois et de se faire examiner par un dermatologue une fois par an, mais aussi en cas de lésion douteuse ou d'apparition d'une tache brune, évolutive ou dont l'aspect s'est modifié.

Le mélanome cutané est de bon pronostic s'il est détecté assez tôt. Un diagnostic tardif réduit en revanche les chances de guérison, car ces cancers sont à fort potentiel métastatique.

ACTIONS DE PRÉVENTION

Les rayonnements UV constituent la première cause de cancers cutanés, en particulier de mélanomes. Pour limiter les risques, il est essentiel de se protéger du soleil et d'éviter les cabines de bronzage.

17 922

NOUVEAUX CAS
EN 2023

1 904

DÉCÈS EN 2023

EN 2017, LA PRÉVALENCE
DES MÉLANOMES DE LA PEAU
EST ESTIMÉE À

183 571
personnes [25]

ÂGE MÉDIAN
AU DIAGNOSTIC
EN 2023

62 ans
chez les femmes

68 ans
chez les hommes

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

93 %
94 % pour les femmes
et 91 % pour les hommes

FACTEURS DE RISQUE

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

L'Institut national du cancer

Agence d'expertise sanitaire et scientifique publique, l'Institut national du cancer a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004. Il conduit l'élan national pour réduire le nombre de cancers et leur impact dans notre pays. Pour cela, l'Institut fédère et coordonne les acteurs de la lutte contre les cancers dans les domaines de la prévention, des dépistages, des soins, de la recherche et de l'innovation.

Porteur d'une vision intégrée des dimensions sanitaire, médicale, scientifique, sociale et économique liées aux pathologies cancéreuses, il met son action au service de l'ensemble des concitoyens : patients, proches, aidants, usagers du système de santé, population générale, professionnels de santé, chercheurs et décideurs. L'Institut assure la mise en œuvre de la stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

LA STRATÉGIE DÉCENNALE DE LUTTE CONTRE LES CANCERS

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

de 4 axes prioritaires :

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

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

QUELLES SONT LES MISSIONS DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER ?

LA PRÉVENTION

L'Institut conçoit des campagnes de prévention pour informer sur la survenue des cancers et les facteurs de risque, et pour favoriser l'appropriation de comportements sains.

LES DÉPISTAGES

L'Institut contribue à l'organisation des dépistages organisés, à leur simplification, et réalise des campagnes d'information pour inciter à la participation. Il prépare aussi les dépistages de demain.

LES SOINS

L'Institut définit les critères d'autorisation et d'agrément des établissements et des professionnels de santé pour le traitement des cancers, ceci pour que tous les Français bénéficient de la même qualité et sécurité des soins sur l'ensemble du territoire.

L'INFORMATION DONNÉE AUX PERSONNES MALADES

Soins de support, droit à l'oubli, maintien en emploi : l'Institut mobilise tous les acteurs pour permettre à chaque patient d'avoir une vie normale.

LA PRODUCTION DE RÉFÉRENTIELS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Avec les meilleurs experts, l'Institut élabore des référentiels dans le domaine de l'organisation et des parcours de soins en cancérologie, sur les stratégies thérapeutiques, les médicaments et leurs effets indésirables. Il s'agit de mettre à disposition de tout professionnel de santé l'état de l'art sur ces sujets.

LE FINANCEMENT ET LA STRUCTURATION DE LA RECHERCHE

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

L'INNOVATION THÉRAPEUTIQUE

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

LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

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

LA DIFFUSION DES CONNAISSANCES

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

POUR EN SAVOIR PLUS

Consultez cancer.fr, le site de référence sur les cancers.

Glossaire

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

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

HOSPITALISATIONS : dites « en lien avec un cancer », elles désignent l'ensemble des séjours et séances hospitaliers du champ MCO associés à une prise en charge liée à la cancérologie incluant : le diagnostic; les traitements curatifs, palliatifs ou prophylactiques; la surveillance des patients en cours de traitement, après traitement, ainsi que la surveillance des personnes ayant des prédispositions au cancer; la prise en charge des complications ou conséquences (immédiates ou à distance) de la maladie; les effets secondaires des traitements; les prélèvements et greffes de moelle osseuse et de cellules-souches hématopoïétiques en rapport avec une pathologie cancéreuse.

Cette catégorie englobe les séjours dits « motivés par le cancer », qui sont un sous-ensemble défini plus strictement. Ces derniers correspondent uniquement aux séjours dont le diagnostic principal est un code spécifique de cancer, de radiothérapie ou de traitement médicamenteux systémiques du cancer.

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

MÉDECINE, CHIRURGIE, OBSTÉTRIQUE (MCO) : le MCO regroupe les principales activités hospitalières réalisées en établissement de santé (médecine : soins non chirurgicaux [traitement des maladies, suivi de patients, etc.]; chirurgie : interventions chirurgicales, programmées ou en urgence; obstétrique : tout ce qui concerne la grossesse et l'accouchement).

PAPILLOMAVIRUS HUMAINS (HPV) :

les papillomavirus humains (HPV) constituent une importante famille de virus (plus de 200 types), dont certains sont à l'origine de tumeurs malignes sur le col de l'utérus ou dans la gorge.

Il existe aujourd'hui un vaccin contre les souches les plus fréquemment associées au cancer du col de l'utérus.

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

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

- prévention primaire : actions en amont de la maladie, dont le but est de diminuer les facteurs de risque ou d'accroître les facteurs protecteurs afin d'éviter la survenue de la maladie. Son objectif est de diminuer l'incidence (exemple : la vaccination);
- prévention secondaire : actions sur la maladie et sa prise en charge afin d'en réduire sa durée et/ou sa gravité. Elle peut agir sur la prévalence (exemple : le dépistage précoce);
- prévention tertiaire : actions en aval de la maladie, afin d'en limiter ses répercussions et d'éviter d'éventuelles rechutes (exemple : éducation thérapeutique).

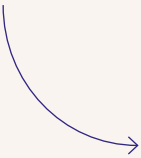
Cette catégorie englobe les séjours dits « motivés par le cancer », qui sont un sous-ensemble défini plus strictement. Ces derniers correspondent uniquement aux séjours dont le diagnostic principal est un code spécifique au cancer. Pour plus d'informations se référer à la documentation sur cancer.fr

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

Références bibliographiques

- [1]. Lapôtre-Ledoux B., Remontet L., Uhry Z., Dantony E., Grosclaude P., Molinié F., *et al.* Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. Bull. Épidémiol. Hebd. 2023; (12-13):188-204. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html
- [2]. Defossez G., Le Guyader-Peyrou S., Uhry Z., Grosclaude P., Colonna M., Dantony E., *et al.* Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 20 p. Disponible sur : cancer.fr et santepubliquefrance.fr
- [3]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc). Disponible sur : <https://opendata-cepidc.inserm.fr>
- [4]. Coureau G., Mounier M., Tretarre B., Dantony E., Uhry Z., Monnereau A. *et al.* Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Synthèse, INCa, juillet 2021, 20 p. Disponible sur : cancer.fr et santepubliquefrance.fr
- [5]. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Données du registre national des cancers de l'enfant (RNCE). Les chiffres. Disponible sur : <https://rnce.inserm.fr/rnce/les-chiffres>
- [6]. Institut national du cancer. La lutte contre les cancers pédiatriques en France, édition 2024. Disponible sur : cancer.fr
- [7]. Institut national du cancer. La lutte contre les cancers pédiatriques. Enjeux, actions et perspectives. Septembre 2025. Disponible sur : cancer.fr
- [8]. Marant-Micallef C., Shield K.D., Vignat J., Hill C., Rogel A., Menvielle G., *et al.* Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull. Épidémiol. Hebd. 2018; (21):442-8. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/21/2018_21_2.html
- [9]. Tabagisme : usage, envie d'arrêter et tentatives d'arrêt. Baromètre de Santé publique France : résultats de l'édition 2024. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2025 : 9 p. Disponible sur : santepubliquefrance.fr
- [10]. Bonaldi C., Boussac M., Nguyen-Thanh V. Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015. Bull. Épidémiol. Hebd. 2019; (15):278-84. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2019/15/2019_15_2.html
- [11]. Andler R., Quatremère G., Richard J.B., Beck F., Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. Bull. Épidémiol. Hebd. 2024; (2):22-31. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2024/2/2024_2_1.html
- [12]. Bonaldi C., Hill C. La mortalité attribuable à l'alcool en France en 2015. Bull. Épidémiol. Hebd. 2019; (5-6):97-108. Disponible sur : https://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2019/5-6/2019_5-6_2.html
- [13]. Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Les cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine. 2018.
- [14]. Deschamps V., Salanave B., Verdort C. Fréquences nationales et régionales de consommations alimentaires par rapport aux recommandations nutritionnelles des adultes français : résultats des Baromètres 2021 hexagonal et DROM de Santé publique France. Bull. Épidémiol. Hebd. 2025; (8):112-23. Disponible sur : https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/8/2025_8_1.html
- [15]. Verdort C., Torres M., Salanave B., Deschamps V. Corpulence des enfants et des adultes en France métropolitaine en 2015. Résultats de l'étude Esteban et évolution depuis 2006. Bull. Épidémiol. Hebd. 2017; (13):234-41. Disponible sur : https://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2017/13/2017_13_1.html
- [16]. Fontbonne A., Currie A., Tounian P., Picot M.C., Foulatier O., Nedelcu M., *et al.* Prevalence of Overweight and Obesity in France: The 2020 Obepi-Roche Study by the "Ligue Contre l'Obésité". J Clin Med. 2023;12:925. Disponible sur : <https://doi.org/10.3390/jcm12030925>
- [17]. Réseau Nutrition Activité physique Cancer Recherche (NACRe). Cancers attribuables aux facteurs nutritionnels. Disponible sur : <https://www.reseunacreeu/prevention-primaire/vous-informer-sur/cancers-attribuables-aux-facteurs-nutritionnels>
- [18]. Santé publique France. Évaluations des programmes de dépistage du sein, colorectal et du col de l'utérus. Disponible sur : santepubliquefrance.fr
- [19]. Ministère des Solidarités et de la Santé. Arrêté du 16 janvier 2024 relatif aux programmes de dépistages organisés des cancers. JORF n°0021 du 26 janvier 2024.
- [20]. Haute Autorité de santé. Dépistage du cancer bronchopulmonaire par scanner thoracique faible dose sans injection : actualisation de l'avis de 2016. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2021.
- [21]. Institut national du cancer. IMPULSION, le programme pilote de dépistage des cancers du poumon en France. Disponible sur : cancer.fr
- [22]. Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les bases de données PMSI des champs MCO. Disponible sur : <https://www.atih.sante.fr/acces-aux-donnees>
- [23]. Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Disponible sur : https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2026-07_rapport-propositions-pour-2027_assurance-maladie.pdf
- [24]. Agence du numérique en santé. Répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS). Disponible sur : <https://esante.gouv.fr/produits-services/repertoire-rpps>
- [25]. Cowppli-Bony A., Colonna M., Ligier K., Jooste V., Defossez G., Monnereau A., *et al.* Épidémiologie descriptive des cancers en France métropolitaine : incidence, survie et prévalence. Bull. Cancer. 2019 Jul-Aug;106(7-8):617-34. doi:10.1016/j.bulcan.2018.11.016
- [26]. Molinié F., Lafay L., Rogel A. Clarification Regarding Breast Cancer Stage in France. JAMA Oncol. 2024;10(6):831-832. doi:10.1001/jamaoncol.2024.0668

L'information des publics est au cœur des missions de l'Institut national du cancer. Personnes malades, proches aidants, professionnels de santé, chercheurs ou tout public, lorsqu'on est confronté à des questions sur les cancers on se tourne d'abord vers Internet. Mais dans un contexte où la désinformation médicale est omniprésente, avoir accès à la bonne source d'informations est essentiel.



CANCER.FR

LE SITE DE RÉFÉRENCE SUR LES CANCERS



- Une information toujours fiable, validée par des experts
- Des formats enrichis pour mieux accompagner les publics
- Des parcours plus intuitifs pour un service rendu plus performant

**TROUVER EN TOUTE CONFIANCE LES RÉPONSES
AUX QUESTIONS QUE CHACUN SE POSE**

Rendez-vous sur cancer.fr

DÉCOUVREZ LE CATALOGUE DES PUBLICATIONS DE L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER

POURQUOI, POUR QUI ?

Une large sélection de ressources, regroupées dans le catalogue des publications et destinées à **informer, accompagner et répondre aux besoins** des professionnels de santé, des patients et de leurs proches, des chercheurs et des décideurs publics.

QUE VAIS-JE Y TROUVER ?

Des guides pratiques, des brochures d'information, des documents scientifiques, des rapports annuels ainsi que des supports pédagogiques. Toutes les publications sont **disponibles gratuitement au téléchargement et à la commande.**

COMMENT Y ACCÉDER ?

Depuis le site **cancer.fr**, avec une navigation intuitive qui permet de rechercher des publications par thématique, public ou type de cancer.



Consultez facilement
notre catalogue
des publications



Coordination éditoriale et graphique

Service Publications et valorisation,
direction de la Communication et de l'Information,
Institut national du cancer

Panorama des cancers en France – Édition 2026
Édité par l'Institut national du cancer (INCa)
Tous droits réservés – Siren 185 512 777

ISBN : 978-2-38559-206-6
ISBN NET : 978-2-38559-207-3

DÉPÔT LÉGAL : JUILLET 2026

