



## Delivering High Value Cancer Care (Résumé)

**Le rapport complet est disponible en anglais:**

OECD/European Union (2026), *Delivering High Value Cancer Care: European Cancer Inequalities Registry Analytical Report*, OECD Publications, Paris, <https://doi.org/10.1787/060869fe-en>.

In the event of any discrepancy, only the text of the English version should be considered valid.

### **Les cas de cancer ont augmenté d'environ 30 % dans les pays de l'UE depuis 2000 – avec une hausse inquiétante chez les jeunes femmes – ce qui fait peser une lourde charge sur les systèmes de santé**

Le cancer constitue un problème de santé publique majeur dans les pays de l'UE, qui touche de plus en plus les jeunes. En 2024, on estime à cinq le nombre de personnes diagnostiqués avec un cancer par minute dans les 27 États membres de l'Union, ce qui représente 2,7 millions de nouveaux cas de cancer. Depuis 2000, le nombre de nouveaux cas de cancer a augmenté d'environ 30 % pour les deux sexes, les estimations prévoyant un demi-million de nouveaux cas d'ici à 2040 (soit une augmentation de 18 % par rapport aux estimations de 2022). Parmi les jeunes femmes, le taux de nouveaux cas de cancer standardisés en fonction de l'âge a augmenté de 16 % au cours des deux dernières décennies, passant de 144 à 167 pour 100 000 femmes, principalement dus aux cancers de la thyroïde, du sein, aux mélanomes cutanés et aux cancers colorectaux. Même si des données continuent d'apparaître sur les causes de l'augmentation chez les plus jeunes, des facteurs tels que la modification des comportements en matière de fécondité (cancer du sein), une détection accrue (cancer de la thyroïde) ou des expositions précoces aux facteurs de risque et une modification du régime alimentaire (cancer colorectal) jouent un rôle. Quelle que soit la cause, le diagnostic chez les plus jeunes signifie que les patients doivent subir davantage d'années de traitement et de suivi, ce qui exerce une pression soutenue sur les systèmes de santé et nuit au bien-être et à la situation socio-économique des patients pendant de nombreuses années.

Les dépenses de santé liées au cancer dans l'UE ont doublé depuis 1995 (passant de 54 milliards d'EUR à 120 milliards d'EUR en 2023), atteignant 6,9 % du total des dépenses de santé en 2023. D'ici à 2050, une augmentation du nombre de cas de cancer, liée au vieillissement de la population, devrait entraîner une augmentation de 59 % des dépenses par habitant en termes réels dans les pays de l'UE-27. Ces tendances s'inscrivent dans un contexte de budgets publics sous pression, entre priorités gouvernementales concurrentes et perspectives économiques incertaines, ce qui nécessite de s'assurer que les investissements dans les soins oncologiques apportent une réelle valeur.

## Les soins oncologiques pourraient apporter une plus grande valeur aux patients et aux systèmes de santé

Il est possible d'offrir des soins contre le cancer à plus grande valeur, comme en témoignent les retards d'accès aux services de diagnostic et de prise en charge oncologique, les écarts injustifiés de qualité et de résultats de santé, ainsi que des services qui ne sont pas toujours alignés sur les besoins et les préférences des personnes.

**Les retards d'accès au diagnostic et au traitement oncologique continuent de coûter des vies humaines.** Si les programmes de dépistage de masse du cancer dans la population se sont avérés coût-efficaces – améliorant considérablement la détection précoce et entraînant une augmentation de la survie – leur participation reste inégale d'un pays à l'autre et d'un groupe social à l'autre. Ces lacunes entraînent des retards de diagnostic et des occasions manquées de bénéficier d'un traitement précoce. Entre 15 % et 40 % des patients atteints d'un cancer colorectal sont diagnostiqués par le service des urgences, une voie qui est associée à des résultats de santé nettement moins bons. Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montrent que les patients subissant une intervention chirurgicale d'urgence liée au cancer colorectal sont jusqu'à sept fois plus susceptibles de mourir dans les 30 jours suivant l'intervention que ceux ayant bénéficié d'une chirurgie programmée. Les pénuries de main-d'œuvre et de capacités de diagnostic ainsi que l'absence de coordination des systèmes d'orientation des patients aggravent ces retards, en particulier pour les populations vulnérables et issues des zones rurales.

**Les variations injustifiées de la pratique médicale et de la qualité des soins entraînent une diminution de la survie ou de la qualité de vie de certains patients et contribuent au gaspillage dans le système de santé.** Les pratiques médicales en matière de soins oncologiques sont extrêmement hétérogènes d'un pays à l'autre, ce qui soulève la question de savoir si les soins actuels offrent le meilleur rapport coût-efficacité pour les patients et pour les systèmes de santé. Par exemple, parmi les pays de l'UE, la part des diagnostics précoces du cancer de la prostate chez les hommes âgés de 75 ans et plus varie de 53 % aux Pays-Bas à 81 % au Luxembourg, ce qui reflète la variation des pratiques de dépistage du cancer de la prostate. Ces différences conduisent à diagnostiquer certains patients trop tard, tandis que d'autres patients – dont le cancer à croissance lente n'affecterait pas leur espérance de vie – sont diagnostiqués inutilement, ce qui entraîne un traitement inapproprié et génère des pertes pour le système de santé. En outre, la part des mastectomies partielles, qui sont moins invasives et offrent des avantages de survie similaires à ceux des mastectomies complètes, varie de 79 % en Espagne à 50 % ou moins en Roumanie et en Pologne.

Dans le même temps, des données empiriques suggèrent que quatre nouveaux médicaments anticancéreux sur dix approuvés au cours des 25 dernières années par l'Agence européenne des médicaments présentent une valeur ajoutée thérapeutique négative ou peu claire par rapport aux traitements existants pour les patients. Cela souligne l'importance de l'évaluation des technologies de la santé dans l'élaboration des politiques de remboursement et de tarification (ainsi que les recommandations cliniques) afin de s'assurer que les dépenses sont bien alignées sur la valeur apportée.

**L'enquête PaRIS de l'OCDE indique que les personnes atteintes d'un cancer sont plus vulnérables que les autres patients utilisant les soins de premiers recours.** Elles font état d'une santé physique, d'un bien-être et d'un fonctionnement social moins bons, et seule une personne sur trois indique que ses soins sont fortement axés sur les personnes. Une faible intégration des données, un manque de coordination des soins et une coproduction limitée des soins avec les patients sont des facteurs clés qui limitent les soins axés sur les personnes pour les patients atteints d'un cancer. Les personnes atteintes d'un cancer sont également confrontées à des difficultés persistantes en matière d'emploi, de sécurité financière et de santé psychosociale : un diagnostic de cancer réduit la probabilité d'emploi de 14 % en moyenne, l'impact le plus important étant constaté en Europe centrale et méridionale.

## Quatre priorités pour accroître la valeur des soins contre le cancer

Tous les pays de l'UE, ainsi que la Norvège et l'Islande, cherchent déjà à améliorer la valeur des soins contre le cancer, au moyen de quatre orientations stratégiques transversales.

- **Mettre en place des parcours de soins intégrés de lutte contre le cancer** permettant un accès rapide, coordonné et équitable aux soins. Le passage de services fragmentés à des parcours de soins intégrés alliant diagnostic, traitement et survie est nécessaire pour lutter contre le cancer et les coûts y afférents. L'expérience du Danemark et de la Suède, par exemple, montre que des voies d'orientation définies, des objectifs de diagnostic assortis d'échéances et des équipes pluridisciplinaires réduisent les temps d'attente et améliorent la survie. Les investissements dans les plateformes numériques, les rôles de coordonnateurs de soins et la coordination régionale sont essentiels pour combler les inégalités en fonction de la géographie et des groupes de population. L'intégration optimise également l'utilisation de ressources limitées en matière de diagnostic et de main-d'œuvre, ce qui améliore à la fois l'accès et l'efficacité.
- **Normes fondées sur des données probantes et suivi des performances.** L'assurance de la qualité systématique, telle que les systèmes nationaux d'accréditation et de certification, l'application de normes de volume minimal et le contrôle du respect des recommandations cliniques, garantit l'efficacité des soins. La certification des soins contre le cancer et les normes de qualité clinique en Allemagne, ainsi que les mécanismes transparents de retour d'information sur la qualité aux Pays-Bas, sont des exemples d'améliorations continues des soins susceptibles d'augmenter les taux de survie. Le développement de plateformes de données en temps réel, permettant de suivre le diagnostic du cancer, les soins de suivi et la qualité des soins, y compris les indicateurs rapportés par les patients, contribue également à mesurer les résultats qui comptent le plus pour les personnes. Cela renforce la transparence, la responsabilité et l'amélioration continue, afin de réduire les soins oncologiques de faible valeur.
- **Optimiser l'utilisation des ressources et adopter l'innovation technologique.** Des politiques telles que le dépistage stratifié en fonction du risque, les soins de jour par rapport aux soins hospitaliers et l'administration de médicaments biosimilaires peuvent générer d'importants gains d'efficacité sans compromettre la qualité. La transition vers des centres de perfusion spécialisés, la chirurgie ambulatoire et le traitement à domicile (comme indiqué dans la feuille de route nationale sur le cancer 2021-2026 de la France) sont de bons exemples de pratiques qui peuvent garantir des soins de haute qualité dans des lieux moins chers. Dans le même temps, les recommandations formulées par les cliniciens, telles que « Choisir avec Soins/Choosing Wisely », proposent des recommandations cliniques pour réduire les soins oncologiques de faible valeur. Les innovations technologiques, telles que le dépistage assisté par l'intelligence artificielle (IA), le diagnostic moléculaire ou la chirurgie robot-assistée contribuent également à orienter les ressources vers des interventions à plus forte valeur ajoutée.
- **Faire de l'offre de soins axés sur les personnes un pilier de la performance du système de lutte contre le cancer.** Une plus grande participation à la prise de décision, un soutien à l'autogestion et un suivi coordonné sont des aspects importants pour les personnes atteintes d'un cancer. Par exemple, le Danemark propose des plans de soins personnalisés contre le cancer et une aide pour la coordination des soins, tandis que l'Estonie utilise des outils numériques pour l'autonomisation des patients. Afin d'aborder les dimensions sociale et économique du cancer, il faut aller au-delà des soins cliniques pour soutenir le bien-être psychologique, social et financier. La législation sur le « droit à l'oubli », qui n'est actuellement adoptée que dans un tiers des pays de l'UE, est essentielle pour prévenir la discrimination et améliorer les perspectives de vie.

Alors que les priorités gouvernementales sont en concurrence et que le système de santé fait face à des contraintes de capacité et de main-d'œuvre, il est essentiel de privilégier des soins contre le cancer à forte

valeur, capables d'améliorer les résultats de santé et la qualité de vie des citoyens. Il est désormais nécessaire de renforcer les politiques de prise en charge du cancer pour répondre à une demande croissante et garantir des résultats optimaux, en s'appuyant sur un accès plus rapide, une intervention précoce, des soins efficaces fondés sur des données probantes, et des approches centrées sur les personnes, reflétant leurs valeurs et leurs préférences.

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE et de la présidente de la Commission européenne. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays Membres de l'OCDE ou de l'Union européenne.

Les noms de pays et territoires, cartes et les avertissements territoriaux employés dans ce document sont ceux qu'utilise l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Clause de non-responsabilité territoriale spécifique applicable à l'OCDE :

Les données statistiques concernant Israël sont fournies par et sous la responsabilité des autorités israéliennes compétentes. L'utilisation de ces données par l'OCDE est sans préjudice du statut des hauteurs du Golan, de Jérusalem-Est et des colonies de peuplement israéliennes en Cisjordanie aux termes du droit international.

Note de la République de Türkiye

Les informations figurant dans ce document qui font référence à « Chypre » concernent la partie méridionale de l'île. Il n'y a pas d'autorité unique représentant à la fois les Chypriotes turcs et grecs sur l'île. La Türkiye reconnaît la République Turque de Chypre Nord (RTCN). Jusqu'à ce qu'une solution durable et équitable soit trouvée dans le cadre des Nations Unies, la Türkiye maintiendra sa position sur la « question chypriote ».

Note de tous les États de l'Union européenne membres de l'OCDE et de l'Union européenne

La République de Chypre est reconnue par tous les membres des Nations Unies sauf la Türkiye. Les informations figurant dans ce document concernent la zone sous le contrôle effectif du gouvernement de la République de Chypre.

© OCDE/Union européenne 2026



Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

Cette œuvre est mise à disposition sous la licence Creative Commons Attribution 4.0 International. En utilisant cette œuvre, vous acceptez d'être lié par les termes de cette licence (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

**Attribution** – Vous devez citer l'œuvre.

**Translations** – Vous devez citer l'œuvre originale, identifier les modifications apportées à l'original et ajouter le texte suivant : *En cas de divergence entre l'œuvre originale et la traduction, seul le texte de l'œuvre originale sera considéré comme valide.*

**Adaptations** – Vous devez citer l'œuvre originale et ajouter le texte suivant : *Il s'agit d'une adaptation d'une œuvre originale de l'OCDE et de l'Union européenne. Les opinions exprimées et les arguments utilisés dans cette adaptation ne doivent pas être rapportés comme représentant les vues officielles de l'OCDE, de ses pays Membres ou de l'Union européenne.*

**Contenu provenant de tiers** – La licence ne s'applique pas au contenu provenant de tiers qui pourrait être incorporé dans l'œuvre. Si vous utilisez un tel contenu, il relève de votre responsabilité d'obtenir l'autorisation auprès du tiers et vous serez tenu responsable en cas d'allégation de violation.

Vous ne devez pas utiliser le logo de l'OCDE de la Commission européenne, l'identité visuelle ou l'image de couverture sans autorisation expresse ni suggérer que l'OCDE ou la Commission européenne approuvent votre utilisation de l'œuvre.

Tout litige découlant de cette licence sera réglé par arbitrage conformément au Règlement d'arbitrage de la Cour permanente d'arbitrage (CPA) de 2012. Le siège de l'arbitrage sera Paris (France). Le nombre d'arbitres sera d'un.