

FRANCE

Profil sur le cancer par pays 2025



European
Commission



BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

Collection « Profils sur le cancer par pays »

Le registre européen des inégalités face au cancer est une initiative phare du plan européen pour vaincre le cancer. Il fournit des données solides et fiables sur la prévention et les soins oncologiques afin de distinguer les tendances, les disparités et les inégalités entre les États membres, les régions et les groupes de population. Les « profils sur le cancer par pays » recensent les forces, les faiblesses et les domaines d'action spécifiques de chacun des 27 États membres de l'Union européenne (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 européen pour vaincre le cancer. Le registre européen des inégalités face au cancer soutient également l'initiative phare 1 du plan d'action « zéro pollution ». 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 pour leurs précieuses contributions ainsi que 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 commentaires.

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 et informations supplémentaires proviennent également du Centre commun de recherche (JRC) de la Commission européenne, des statistiques de l'Union européenne sur le revenu et les conditions de vie (enquête EU-SILC), 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 la Société européenne de l'oncologie pédiatrique (SIOPE), de l'Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (enquête LGBTIQ de la FRA), de l'enquête sur le comportement de santé des enfants d'âge scolaire (HBSC) et des profils de santé par pays et profils sur le cancer par pays de 2023, ainsi que 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. Les taux de mortalité et d'incidence ont été standardisés en fonction de l'âge sur la base de la population standard européenne adoptée par Eurostat en 2013.

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: Le présent ouvrage est publié sous la responsabilité du secrétaire général de l'OCDE et de la présidente de la Commission européenne. Les opinions qui y sont exprimées et les arguments qui y sont avancés ne reflètent pas nécessairement les points de vue officiels de l'OCDE ou de l'Union européenne. Le présent document ainsi que les données et les cartes qu'il contient sont sans préjudice du statut de tout territoire ou de la souveraineté exercée sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales et de la dénomination de tout territoire et de toute ville ou région. Les noms des pays et territoires et les cartes utilisés dans la présente publication conjointe suivent la pratique de l'OCDE.

Clauses de non-responsabilité spécifiques relatives aux territoires, applicables à l'OCDE: Note de la République de Turquie: les informations figurant dans ce document qui font référence à « Chypre » concernent la partie méridionale de l'île. Il n'existe pas d'autorité unique représentant à la fois les Chypriotes turcs et grecs sur l'île. La Turquie reconnaît la République turque de Chypre du Nord (RTCN). Jusqu'à ce qu'une solution durable et équitable soit trouvée dans le cadre des Nations Unies, la Turquie 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 Turquie. Les informations contenues dans le présent document concernent la région sous le contrôle effectif du gouvernement de la République de Chypre.

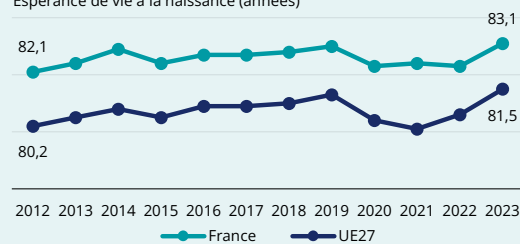
© OCDE/Union européenne, 2025 En cas de divergence entre le document original et ses éventuelles traductions, seul le texte du document original doit être considéré comme valide.

Table des matières

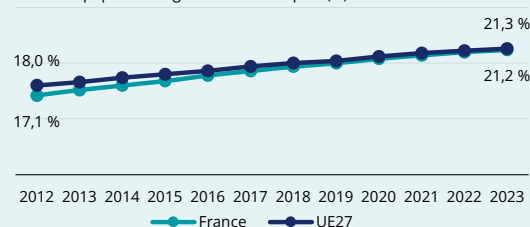
1. POINTS ESSENTIELS	3
2. LE CANCER EN FRANCE	4
3. FACTEURS DE RISQUE ET POLITIQUES DE PRÉVENTION	9
4. DÉTECTION PRÉCOCE	13
5. PERFORMANCE DES SOINS ONCOLOGIQUES	16
5.1 Accessibilité	16
5.2 Qualité	19
5.3 Coûts	21
5.4 Bien-être et qualité de vie	23
6. COUP DE PROJECTEUR SUR LES CANCERS PÉDIATRIQUES	25

Résumé des principales caractéristiques du système de santé

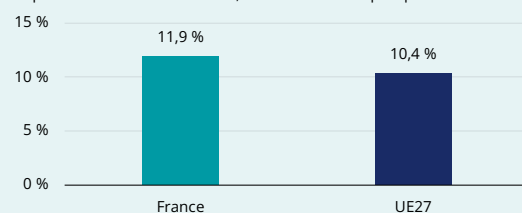
Espérance de vie à la naissance (années)



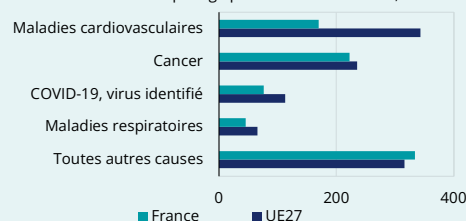
Part de la population âgée de 65 ans et plus (%)



Dépenses de santé en % du PIB, 2022 ou année la plus proche

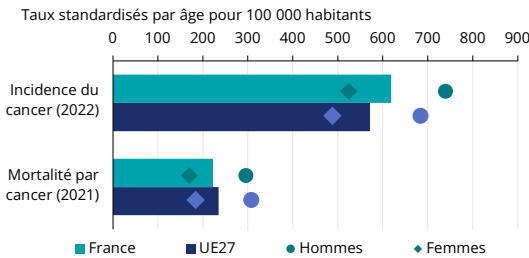


Taux de mortalité standardisés par âge pour 100 000 habitants, 2021



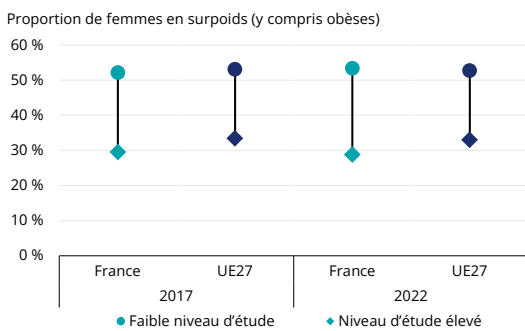
Source : Base de données d'Eurostat.

1. Points essentiels



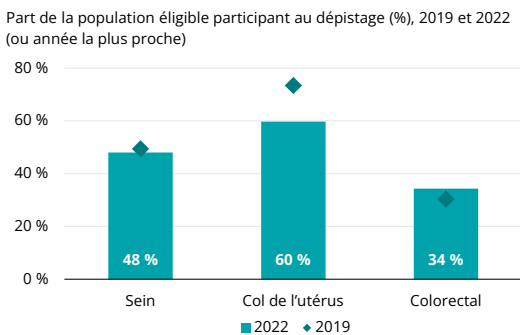
Le cancer en France

L'incidence estimée du cancer en France est légèrement supérieure à la moyenne de l'UE. Le taux d'incidence a augmenté plus rapidement chez les femmes que chez les hommes entre 1990 et 2023. Plus de 160 000 personnes sont mortes du cancer en 2021 en France, ce qui représente un décès sur quatre. Les taux globaux de mortalité par cancer sont plus faibles en France que dans l'UE et sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes.



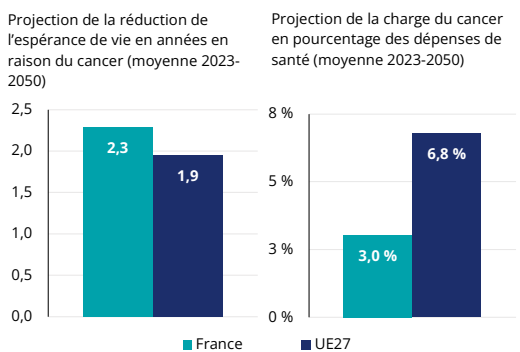
Facteurs de risque et politiques de prévention

La France affiche l'un des taux de tabagisme quotidien les plus élevés de l'UE (25 %). La consommation d'alcool chez les adultes était globalement stable entre 2000 et 2021, en restant supérieure à la moyenne de l'UE. Cependant, le taux d'obésité chez les adultes figure parmi les plus faibles de l'UE, mais il est caractérisé par un gradient social marqué. En 2022, le taux de surpoids et d'obésité était presque deux fois plus élevé chez les femmes ayant un faible niveau d'étude que chez celles ayant un niveau d'instruction élevé. La France a lancé sa première campagne de vaccination contre le papillomavirus dans les écoles en 2023, ce qui a un impact positif sur la vaccination.



Détection précoce

La France dispose de programmes de dépistage de masse pour le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du col de l'utérus, mais les taux de participation à ces programmes sont relativement faibles pour le cancer du sein et le cancer colorectal, et inférieurs aux cibles fixées à l'échelle nationale. Au fil du temps, la participation aux programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus a légèrement diminué. En 2024, la France a transféré la responsabilité de ces programmes à la Caisse nationale de l'assurance maladie afin d'accroître la participation. Elle a également conçu des actions de sensibilisation visant à accroître la participation des groupes les plus vulnérables au dépistage du cancer colorectal.



Performance du système de soins oncologiques

Le système de soins de santé garantit une large disponibilité de soins de qualité contre le cancer. L'offre d'équipements de radiothérapie est supérieure à la moyenne de l'UE et le nombre d'oncologues médicaux a doublé depuis 2012. Les dépenses publiques consacrées aux soins oncologiques sont en augmentation et ont atteint 22,6 milliards d'EUR en 2022, ce qui reflète l'augmentation des coûts des médicaments. Entre 2023 et 2050, la charge du cancer devrait représenter 3 % des dépenses de santé. Dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre les cancers 2021-2030, la réglementation a encore amélioré la qualité et l'accès standardisé aux soins de support et à une prise en charge active post-cancer.

2. Le cancer en France

Le taux d'incidence du cancer en France est légèrement supérieur à la moyenne de l'UE

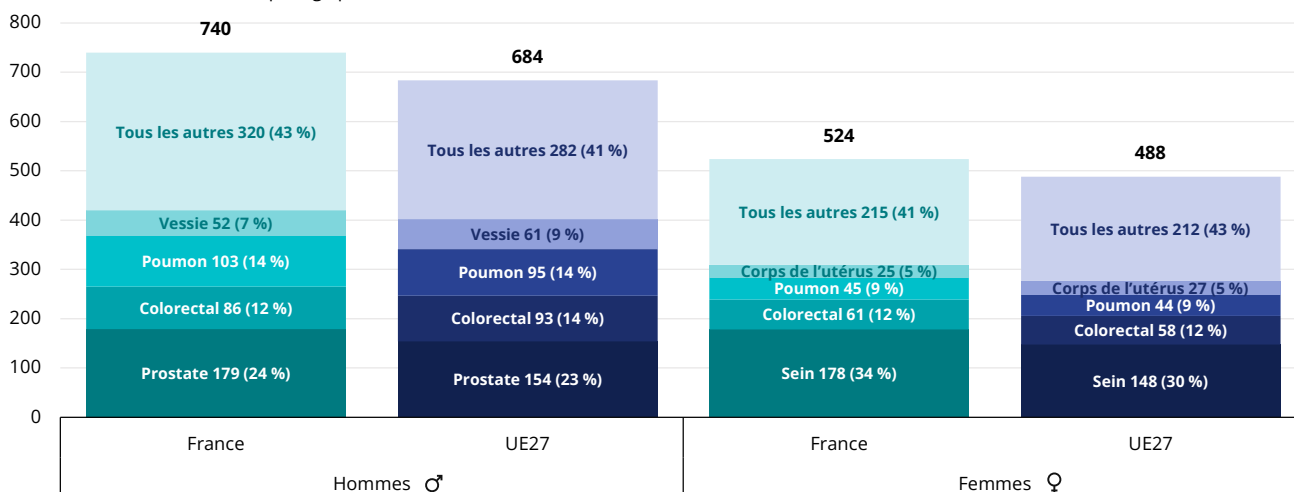
Selon les estimations du système européen d'information sur le cancer (ECIS) du Centre commun de recherche, établies à partir des données d'incidence des années antérieures à la pandémie, plus de 430 000 nouveaux cas de cancer étaient attendus en France en 2022. Les taux standardisés en fonction de l'âge sont légèrement supérieurs à la moyenne de l'UE (619 pour 100 000 habitants contre 571 pour

100 000 habitants dans l'UE). Les taux sont 40 % plus élevés chez les hommes (740 pour 100 000) que chez les femmes (524 pour 100 000) en France, un écart entre les hommes et les femmes similaire à l'écart moyen observé au niveau de l'UE.

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 poumon¹ 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. La plupart des nouveaux cas de cancers en France concernent le cancer de la prostate, le cancer du sein, le cancer colorectal et le cancer du poumon

Taux d'incidence standardisés par âge pour 100 000 habitants, estimations, 2022



Remarques : Les chiffres de 2022 sont des estimations établies à partir des données d'incidence des années précédentes et peuvent différer des taux observés au cours des années plus récentes. Ils incluent tous les types de cancer, à l'exception du cancer de la peau sans mélanome. Le cancer du corps de l'utérus n'inclut pas le cancer du col de l'utérus.

Source : Système européen d'information sur le cancer (ECIS). Graphique extrait de la page <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, consultée le 10 mars 2024. © Union européenne, 2024. La ventilation de l'incidence en pourcentage a été recalculée sur la base des taux d'incidence standardisés en fonction de l'âge et diffère donc de la ventilation en pourcentage des chiffres absolus figurant sur le site web de l'ECIS.

Les taux d'incidence du cancer ont augmenté plus rapidement chez les femmes depuis 1990

Les taux d'incidence du cancer ont augmenté plus rapidement chez les femmes que chez les hommes entre 1990 et 2023, ce qui entraîne une convergence des taux (Graphique 2). Étant donné que le cancer survient généralement aux âges moyens et avancés, l'évolution de l'incidence du cancer dépend de trois facteurs : le vieillissement de la population, sa taille et les facteurs de risque de cancer auxquels elle a été exposée. Entre 1990 et

2023, le vieillissement de la population a expliqué 48 % de l'augmentation des cas de cancer chez les hommes et 27 % de celle chez les femmes. En outre, la croissance démographique représente 30 % de l'augmentation des cas de cancer chez les hommes et les femmes. Les facteurs de risque, tels que le tabagisme, les mauvaises habitudes alimentaires et les pratiques de diagnostic, expliquent le reste de cette augmentation (Lapôtre-Ledoux B et al., 2022).

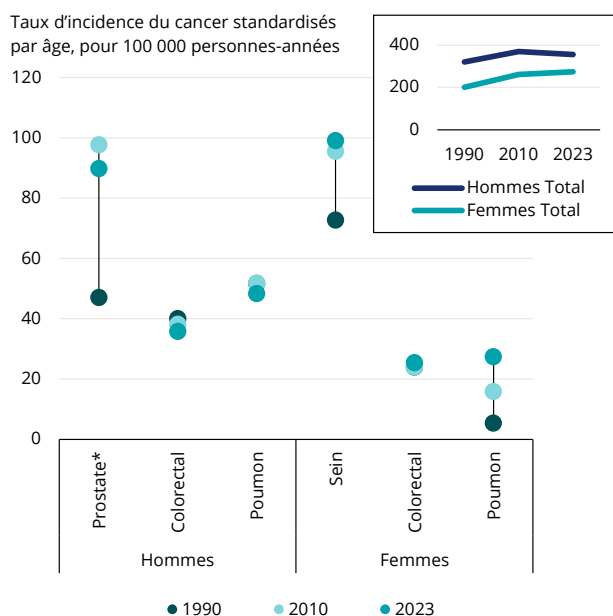
¹ Le cancer du poumon inclut également les cancers de la trachée et des bronches.

À l'avenir, ECIS estime que les cas de cancer augmenteront de 19 % en France entre 2022 et 2040.

Chez les femmes françaises, le taux d'incidence du cancer du poumon a quadruplé entre 1990 et 2023, soit une augmentation annuelle de 5 %, ce qui s'explique par l'augmentation plus tardive des taux de tabagisme chez les femmes que chez les hommes. On observe ce phénomène dans de nombreux pays de l'UE+2², y compris dans les pays nordiques.

Chez les hommes, l'augmentation globale du taux d'incidence du cancer a été beaucoup plus lente entre 1990 et 2018, avec des réductions positives, quoique faibles, de l'incidence de deux des trois cancers les plus fréquents (cancer de la prostate et cancer colorectal) et de plusieurs cancers liés au tabac et à l'alcool (cancer de la lèvre, de la bouche, du pharynx et de l'œsophage).

Graphique 2. Le taux d'incidence du cancer du poumon chez les femmes n'a cessé d'augmenter entre 1990 et 2023



Remarques: Taux d'incidence standardisé en fonction de l'âge sur la base de la structure d'âge de la population au niveau mondial appliquée aux données de la France métropolitaine. * Les dernières données obtenues pour le cancer de la prostate remontent à 2018.

Source: Lapôtre-Ledoux, B., et al. (2023).

En ce qui concerne les cancers moins fréquents, les taux d'incidence du cancer de la peau, du cancer du pancréas et du cancer du foie ont considérablement augmenté chez les hommes et les femmes entre

1990 et 2023. En particulier, le nombre d'années potentielles de vie perdues a augmenté pour le cancer du pancréas (voir section 5.2). Les taux d'incidence du cancer du pancréas standardisés en fonction de l'âge ont été estimés à 11 pour 100 000 hommes et à 8 pour 100 000 femmes en 2023, contre 9 pour 100 000 hommes et 6 pour 100 000 femmes en 2010 (Lapôtre-Ledoux, B., et al., 2022). Les symptômes du cancer du pancréas apparaissent généralement tardivement, lorsque la tumeur s'est développée en dehors du pancréas, ce qui entraîne un pronostic tardif. En outre, les symptômes éventuels ne sont pas spécifiques au cancer du pancréas et peuvent avoir d'autres causes, ce qui complique le pronostic.

Plus de 160 000 personnes sont mortes du cancer en 2021 en France, ce qui représente un décès sur quatre

En 2021, 162 500 personnes sont décédées d'un cancer en France, soit un taux de mortalité standardisé en fonction de l'âge de 223 pour 100 000 habitants, légèrement inférieur à la moyenne de l'UE (235 pour 100 000) (Graphique 3). La France est l'un des rares pays de l'UE où le cancer représente la principale cause de décès, plutôt que les maladies du système circulatoire telles que les crises cardiaques. En 2021, 25 % des décès enregistrés en France étaient dus au cancer.

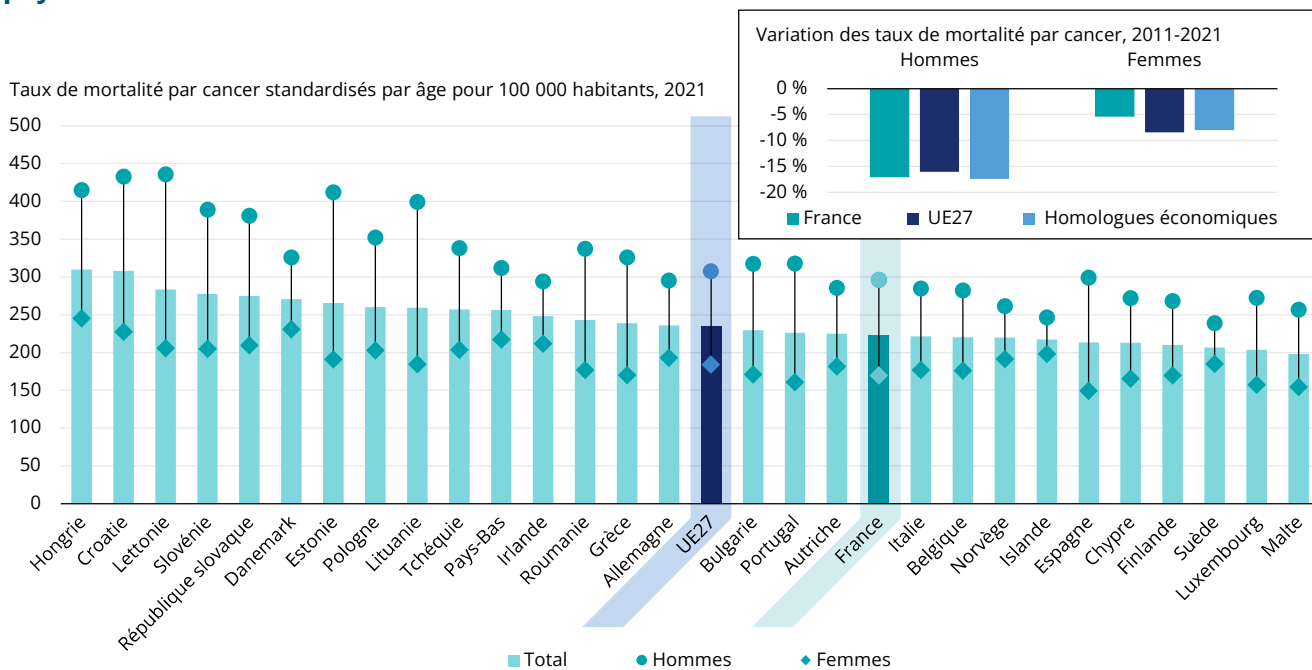
Le taux de mortalité par cancer est près de 75 % plus élevé chez les hommes que chez les femmes, un écart entre les hommes et les femmes légèrement supérieur à la moyenne de l'UE (67 %). Les disparités socio-économiques concernant la mortalité par cancer sont également beaucoup plus marquées chez les hommes que chez les femmes.

Les taux de mortalité par cancer chez les femmes ont diminué beaucoup plus lentement en France que dans l'ensemble des pays de l'UE et chez les homologues économiques de la France³, tandis que les taux de mortalité par cancer chez les hommes ont diminué au même rythme que les moyennes de l'ensemble de l'UE et des homologues économiques de la France. Au cours de ces 10 dernières années, le taux global de mortalité par cancer a diminué de 17 % chez les hommes (un chiffre similaire aux 16 % de baisse moyenne de l'UE) et de 5 % chez les femmes (contre une baisse moyenne de 8 % dans l'UE). Sur la période plus longue allant de 1990 à 2018, le taux de mortalité par cancer a diminué à un rythme annuel de 1,8 % chez les hommes, contre 0,8 % chez les femmes (Defossez et al., 2019).

2 L'UE+2 comprend les 27 États membres de l'UE (UE-27) ainsi que l'Islande et la Norvège.

3 Les homologues économiques sont définis comme étant des groupements en terciles effectués sur la base du PIB par habitant de 2022 exprimé en standard de pouvoir d'achat. Les homologues économiques de la FR sont CY, CZ, ES, FI, IT, LT, MT et SI.

Graphique 3. Le taux de mortalité par cancer est plus faible en France que dans la plupart des autres pays de l'UE



Remarques : Les homologues économiques sont définis comme étant des groupements en terciles effectués sur la base du PIB par habitant de 2022 exprimé en standard de pouvoir d'achat. Les homologues économiques de la FR sont CY, CZ, ES, FI, IT, LT, MT et SI.
Source : Base de données d'Eurostat.

Les trois cancers présentant les taux de mortalité les plus élevés sont le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer du sein

En France, le cancer du poumon, le cancer colorectal et le cancer du sein ont été les trois principales causes de mortalité par cancer en 2021. La mortalité par cancer du poumon a représenté 19 % de l'ensemble des décès dus au cancer, contre 10 % pour le cancer colorectal et 8 % pour le cancer du sein. Grâce à l'amélioration des stratégies de prévention et aux progrès réalisés en termes de traitement, une grande partie des décès dus à ces cancers chez les personnes de moins de 75 ans sont jugés évitables⁴.

Suivant la tendance générale observée à l'échelle de l'UE, la France a enregistré une réduction durable de la mortalité évitable par cancer du poumon chez les hommes au cours de la période 2011-2021, ce qui reflète l'incidence positive des politiques de lutte antitabac menées durant les dernières décennies. En revanche, chez les femmes, le taux standardisé par l'âge a augmenté de 9 % sur la même période, alors qu'il a diminué, en moyenne, dans l'ensemble de l'UE, ce qui s'explique par le fait que la hausse des taux de tabagisme a été plus tardive dans les cohortes de naissance des femmes que dans celles des

hommes. En 2021, la mortalité évitable par cancer du poumon chez les hommes et chez les femmes était similaire aux moyennes de l'UE.

En 2021, la France a fait état d'un taux de mortalité due à des cancers du sein traitables de 19 pour 100 000 femmes, similaire à la moyenne de l'UE, qui représente une baisse de 15 % entre 2011 et 2021. En outre, le taux de mortalité due à des cancers colorectaux traitables chez les femmes et les hommes était inférieur de 16 % et 21 %, respectivement, à la moyenne de l'UE en 2021. Ces réductions des taux de mortalité due à des cancers traitables chez les hommes comme chez les femmes peuvent être imputées en partie à d'importantes avancées thérapeutiques ainsi qu'à une augmentation des diagnostics précoces, notamment grâce au dépistage (voir section 4).

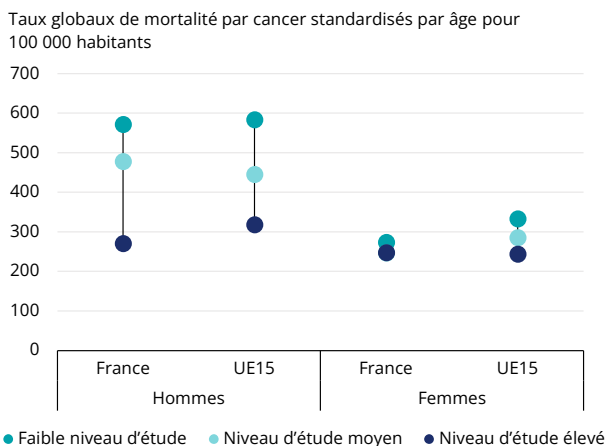
Le taux de mortalité par cancer est deux fois plus élevé chez les hommes ayant un faible niveau d'étude que chez ceux qui ont un niveau d'étude élevé

Les inégalités socio-économiques ont une incidence non seulement sur l'apparition de cancers, mais aussi sur leurs taux de diagnostic et de mortalité. Selon les estimations, le taux global de mortalité par cancer standardisé par l'âge en France était plus de deux fois plus élevé chez les hommes ayant

⁴ La mortalité évitable comprend à la fois les décès évitables que l'on peut empêcher grâce à des interventions efficaces en matière de santé publique et de prévention et les décès dus à des causes pouvant être traitées qui peuvent être évités grâce à des traitements médicaux rapides et efficaces.

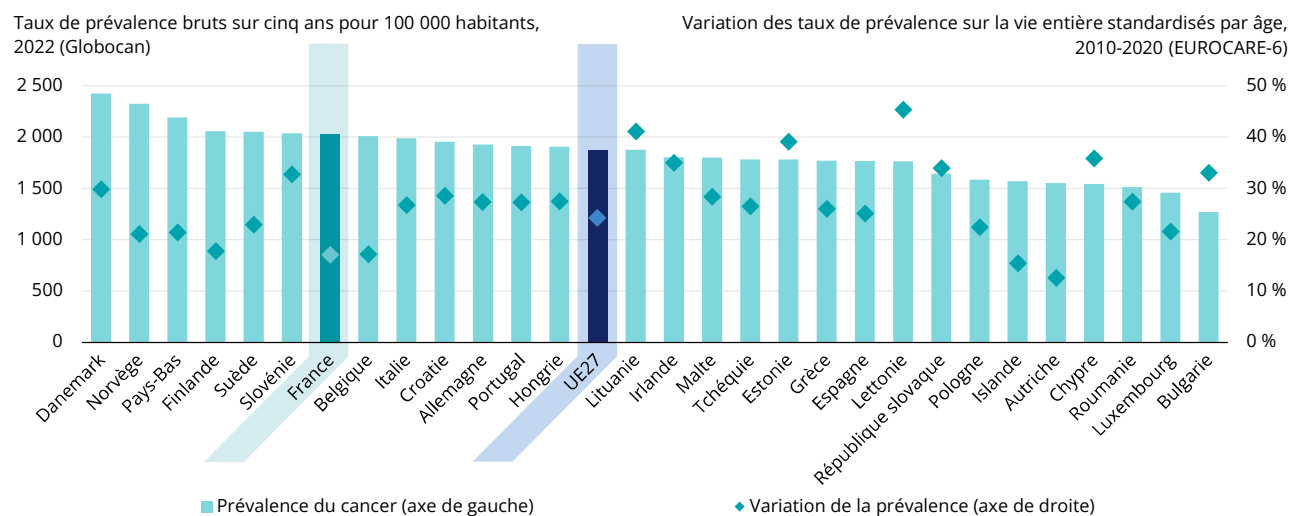
un faible niveau d'étude que chez ceux qui avaient un niveau d'étude élevé au cours de la période 2015-2019 (Graphique 4). Cet écart est supérieur à l'écart moyen de l'UE. L'écart socio-économique est plus faible pour les femmes : les taux globaux de mortalité par cancer standardisés par l'âge étaient 10 % plus élevés chez les femmes ayant un faible niveau d'étude que chez celles qui avaient un niveau d'étude élevé, soit un écart inférieur à la moyenne de l'UE.

Graphique 4. Les disparités socio-économiques concernant la mortalité par cancer sont plus marquées chez les hommes que chez les femmes



Remarques : Les données provenant de l'étude UE-CanIneq se rapportent à la période 2015-2019. L'UE-15 correspond à la moyenne non pondérée de 14 pays de l'UE et de la Norvège. Source : Commission européenne/CIRC/Centre médical Érasme (2024). Mapping socio-economic inequalities in cancer mortality across European countries, ECIR Inequalities Factsheet.

Graphique 5. La prévalence du cancer sur cinq ans en France était nettement supérieure à la moyenne de l'UE en 2022



Sources : Base de données GLOBOCAN du CIRC 2024; étude EURO CARE-6 (De Angelis et al., 2024).

5 La prévalence du cancer désigne la proportion de la population chez qui un cancer a été diagnostiqué et qui est encore en vie, y compris les personnes qui se trouvent actuellement en traitement et celles qui ont terminé leur traitement. La prévalence du cancer sur cinq ans inclut les personnes qui ont reçu un diagnostic au cours des cinq années précédentes, tandis que la prévalence vie entière tient compte de toutes les personnes ayant un jour reçu un diagnostic de cancer.

La stratégie nationale de lutte contre les cancers 2021-2030 est en cours de déploiement afin d'améliorer la prévention et les soins oncologiques

La stratégie nationale de lutte contre les cancers 2021-2030 de la France a été lancée en février 2021. Elle s'articule autour de quatre grandes priorités, alignées sur celles énoncées dans le plan européen pour vaincre le cancer (Encadré 1). 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.

En juin 2024, sur les 237 actions prévues, plus de 80 % avaient été lancées, dont 37 étaient déjà achevées (voir sections 4 et 5). Toutefois, environ 16 actions n'ont pas démarré comme prévu. 26 actions supplémentaires prévues pour 2024 et 2025 doivent encore être mises en œuvre d'ici la fin de la première feuille de route opérationnelle pour la période 2021-2025. En 2024, l'Institut national du cancer et ses partenaires ont entamé une évaluation à mi-parcours de la stratégie ainsi que l'élaboration de la deuxième feuille de route opérationnelle pour la période 2026-2030.

Encadré 1. La stratégie nationale de lutte contre les cancers de la France est alignée sur le plan européen pour vaincre le cancer

La stratégie nationale de lutte contre les cancers 2021-2030 de la France aborde tous les piliers ainsi que les trois thèmes transversaux du plan européen pour vaincre le cancer (Tableau 1). Parmi les domaines prioritaires de la stratégie figure l'amélioration de la prévention en luttant contre les facteurs de risque tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, les conditions de vie malsaines, la pollution de l'environnement, l'exposition à des substances dangereuses, y compris par le contrôle des rayonnements et des infections (l'objectif étant de réduire le nombre de cancers évitables de 60 000 par an d'ici à 2040); améliorer la détection précoce (avec une cible fixée à un million de tests de dépistage supplémentaires d'ici à 2025), notamment en facilitant l'accès aux autotests pour le cancer du col de l'utérus et le cancer colorectal et aux programmes potentiels de dépistage du cancer du poumon; limiter les effets secondaires et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer (dans le but de limiter à un tiers la proportion de patients souffrant de séquelles cinq ans après le diagnostic); et augmenter les taux de survie chez les adultes et les enfants atteints de cancer, en particulier des cancers de mauvais pronostic. La France vise également à lutter contre les inégalités en veillant à ce que tous les groupes de population bénéficient de manière égale des progrès réalisés dans les soins oncologiques, en stimulant différents axes de la recherche sur le cancer et en améliorant les soins des cancers pédiatriques grâce à une recherche appropriée, à des approches interdisciplinaires et à un financement adéquat dans ce domaine.

Tableau 1. La stratégie nationale de lutte contre les cancers est alignée sur le plan européen pour vaincre le cancer

Piliers du PEVC				Thèmes transversaux du PEVC		
Prévention	Détection précoce	Diagnostic et traitement	Qualité de vie	Inégalités face au cancer	Cancers pédiatriques	Recherche et innovation
●	●	●	●	●	●	●

Remarques : PEVC: plan européen pour vaincre le cancer. Le bleu indique que la stratégie nationale de lutte contre les cancers de la France comporte une section spécifique sur ce thème; l'orange indique que le thème est couvert par l'une des sections de la stratégie, sans en être la seule priorité; et le rose indique que ce thème n'est pas couvert par la stratégie.

Source : Adapté de l'étude sur la cartographie et l'évaluation de la mise en œuvre du plan européen pour vaincre le cancer (non encore publiée).

3. Facteurs de risque et politiques de prévention

La France affiche l'un des taux de tabagisme quotidien les plus élevés de l'UE et les femmes françaises sont les plus nombreuses à fumer

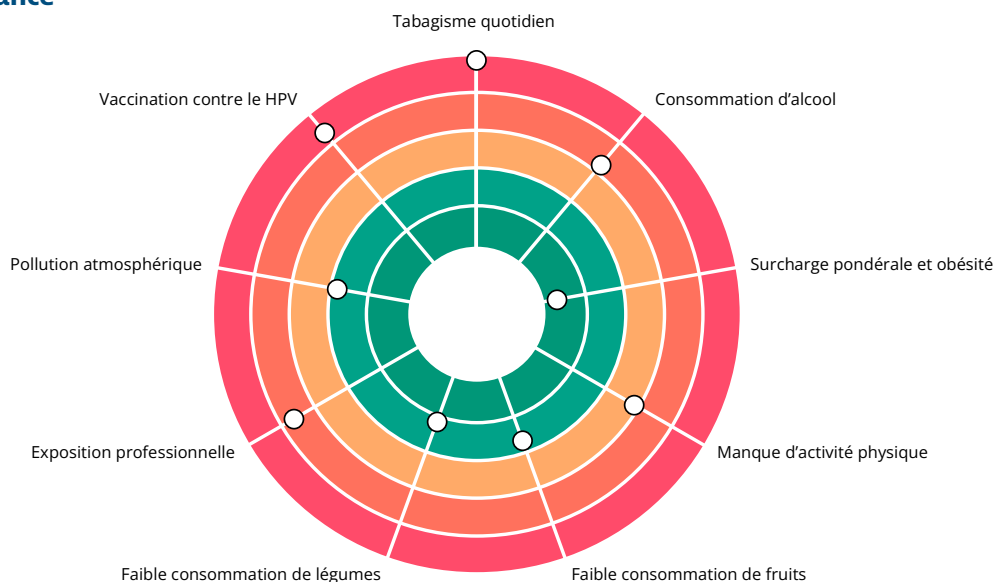
Traditionnellement, la France a eu du retard sur les autres pays d'Europe occidentale lorsqu'il s'agissait d'investir dans la promotion d'un environnement encourageant les comportements sains. En 2021, les dépenses de prévention représentaient 5,7 % des dépenses courantes de santé en France, soit une augmentation de 2,6 points de pourcentage par rapport à 2020 en raison des dépenses liées à la COVID-19, mais un chiffre néanmoins inférieur à la moyenne de l'UE (6 %) ⁶.

Le tabagisme représente un facteur de risque majeur pour le cancer. Les décès par cancer représentaient 62 % de l'ensemble des décès dus au tabagisme en France, eux-mêmes estimés à 75 000 en 2015 (Bonaldi, Boussac et Nguyen-Thanh, 2019). En 2019, le coût social annuel de la consommation

de tabac a été estimé à 156 milliards d'EUR (ministère de la santé, 2024).

La France a mis en œuvre une série de mesures visant à réduire la consommation de tabac, en particulier depuis 2014. La proportion de fumeurs quotidiens chez les adultes en France a diminué au cours des 10 dernières années, passant de 30 % en 2010 à environ 25 % en 2021, et est restée stable en 2021 et 2022. Toutefois, ces taux restent supérieurs à ceux de la plupart des autres pays de l'UE (Graphique 6). Si les hommes étaient plus nombreux que les femmes à fumer (28 % contre 23 %), la proportion de fumeuses était la plus élevée des pays de l'UE en 2022. Les personnes de niveau socio-économique inférieur sont plus exposées au risque de tabagisme : 34 % des personnes appartenant au groupe des revenus les plus modestes fumaient quotidiennement, contre environ 21 % dans les groupes aux revenus élevés (Pasquereau, A., et al., 2023).

Graphique 6. Le tabagisme et la consommation d'alcool sont des problèmes de santé publique majeurs en France



Remarques : 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. La pollution atmosphérique est mesurée sur la base du taux de particules d'un diamètre inférieur à 2,5 micromètres (PM_{2,5}).

Sources : Calculs de l'OCDE fondés sur l'enquête EU-SILC de 2022 pour le surpoids, l'obésité, l'activité physique et la consommation de fruits et légumes (chez les adultes), sur l'enquête Eurofound pour l'exposition professionnelle, sur les statistiques de l'OCDE sur la santé pour le tabagisme, la consommation d'alcool (chez les adultes) et la pollution atmosphérique et sur l'OMC pour la vaccination contre le virus des papillomes humains (HPV) (chez les jeunes filles de 15 ans).

⁶ Les dépenses de prévention déclarées dans les comptes de la santé devraient inclure les activités ne relevant pas des programmes nationaux (par exemple, le dépistage opportuniste du cancer ou les conseils pour arrêter de fumer lors des rendez-vous réguliers chez le médecin). Toutefois, dans la pratique, les pays peuvent rencontrer des difficultés pour recenser les dépenses de prévention effectuées en dehors de ces programmes.

Depuis 2014, la France a mis en œuvre un certain nombre de mesures nationales de réduction du tabagisme visant à prévenir l'entrée des jeunes dans le tabagisme et à aider les fumeurs réguliers à arrêter. La France a également mis en œuvre d'autres politiques, notamment une meilleure couverture des substituts nicotiniques à partir de 2018, plusieurs augmentations des taxes sur le tabac et une campagne publique #MoisSansTabac. Depuis 2023, le prix des produits du tabac est rattaché à l'inflation. Le programme national de lutte contre le tabac 2023-2027 définit une série de mesures visant à parvenir à une première génération sans tabac d'ici à 2032. Dans le cadre de ce programme, le prix d'un paquet de cigarettes devrait être porté à 13 EUR d'ici à 2027. Le programme vise également à renforcer les contrôles de la vente de produits du tabac et de vapotage afin de protéger les mineurs, à interdire la vente de produits de vapotage (puffs) et à introduire un emballage neutre pour tous les produits du tabac et de vapotage.

Depuis 2016, la France a assoupli ses mesures de lutte contre la consommation excessive d'alcool

La consommation d'alcool chez les adultes a diminué entre 2012 et 2022, passant de 12 litres par personne à 11 litres. Ce chiffre reste supérieur de 9 % à la moyenne de l'UE en 2021. 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.

Depuis toujours, les politiques de lutte contre la consommation excessive d'alcool en France consistent essentiellement à légiférer sur la vente, la consommation et la commercialisation d'alcool, ainsi que les accises. L'un des grands pas en avant 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, même si la publicité en ligne de produits alcoolisés sur d'autres sites internet n'est pas réglementée. Toutefois, l'application de la loi Évin a été assouplie en 2016 et autorise désormais la publicité pour les produits alcoolisés en lien avec une région ou un patrimoine 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 accises 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. Ces réglementations sur la taxation de l'alcool n'ont pas été renforcées depuis 12 ans en France.

Le taux d'obésité chez les adultes fait partie des plus faibles des pays de l'UE, mais le gradient social est le deuxième plus élevé

Selon l'Institute of Health Metrics and Evaluations, 8 % des décès par cancer et 9 % de l'ensemble des décès pouvaient être imputés à des risques alimentaires en 2021. Selon des données autodéclarées, le taux d'obésité chez les adultes est passé de 9 % en 2000 à 15 % en 2022, un niveau qui reste inférieur à la moyenne de l'UE⁷. Le taux d'obésité était plus de deux fois plus élevé chez les adultes ayant un faible niveau d'instruction (21 %) que chez ceux ayant un niveau d'instruction élevé (9 %) en 2022. Cette disparité fondée sur le niveau d'étude est la deuxième plus élevée de tous les pays de l'UE, derrière le Portugal. Le gradient social du taux de surpoids est également important chez les femmes. En 2022, 53 % des femmes qui avaient un faible niveau d'étude étaient en surpoids, contre 29 % des femmes ayant un niveau d'étude élevé.

La mauvaise alimentation et le manque d'activité physique constituent les principaux facteurs contribuant au surpoids et à l'obésité. En 2022, 26 % des personnes âgées de plus de 15 ans exerçaient une activité physique au moins trois fois par semaine, ce qui est inférieur à la moyenne de l'UE (31 %). Plus d'un tiers des adultes ont déclaré ne pas manger au moins une portion de légumes chaque jour en 2022, un taux légèrement meilleur que la moyenne de l'UE, mais néanmoins élevé. Environ 42 % des adultes ont déclaré ne pas manger au moins une portion de fruits chaque jour, soit un taux légèrement inférieur à la moyenne de l'UE. La France fait partie des quelques pays de l'UE⁸ qui imposent des taxes sur les boissons sucrées. En 2023, le Sénat a modifié la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, qui prévoit une hausse des taxes sur les boissons sucrées à partir de 2025.

En 2017, Santé publique France a conçu un logo nutritionnel officiel et volontaire, appelé « nutri-score ». Sur la base de cette expérience, la Belgique, la France, l'Allemagne, le Luxembourg, les Pays-Bas, l'Espagne et la Suisse ont mis en place en

7 Sur la base de la mesure réelle de la taille et du poids des personnes, le taux d'obésité chez les adultes est plus élevé, mais il a légèrement diminué, passant de 17 % en 2006 à 16 % en 2017.

8 Dont font partie la Belgique, la Finlande, la Hongrie, l'Irlande, la Lettonie, la Norvège, le Portugal et l'Espagne.

2021 un mécanisme de coordination entre pays afin de mettre au point un logo nutri-score unique et de promouvoir ainsi des habitudes nutritionnelles plus saines.

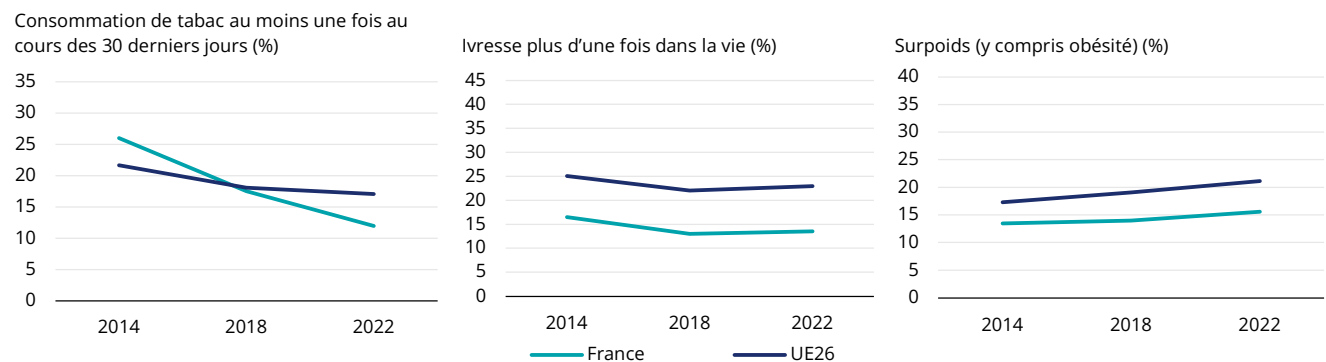
Chez les adolescents, le tabagisme et la consommation excessive d'alcool diminuent, mais le surpoids augmente

Sur un plan plus positif, le tabagisme régulier chez les jeunes de 15 ans en France a diminué au cours des 10 dernières années pour s'établir à 12 % et était inférieur à la moyenne de l'UE (17 %) en 2022 (Graphique 7). Une diminution de la proportion de jeunes de 15 ans déclarant avoir été en état d'ébriété plus d'une fois a également été observée. Toutefois, le taux de surpoids et d'obésité chez les jeunes de 15 ans est passé de 13 % en 2014 à 16 % en 2022, bien qu'il reste inférieur à celui des

autres pays de l'UE. Le surpoids et l'obésité sont plus répandus parmi les enfants issus d'un milieu familial défavorisé. En France, les jeunes âgés de 11 à 15 ans appartenant aux 20 % de familles les moins aisées, selon l'échelle d'aisance familiale (« Family Affluence Scale »), sont plus susceptibles, par une marge de 9 points de pourcentage, d'être en surpoids ou obèses (24 %) que ceux appartenant aux 20 % de familles les plus aisées (15 %).

Parmi les jeunes de 15 ans en France, 33 % consommaient des fruits quotidiennement (contre 30 % en moyenne dans l'UE) et 37 % consommaient quotidiennement des légumes (contre 34 % dans l'UE). Toutefois, la proportion de jeunes Français de 15 ans effectuant 60 minutes d'activité physique par jour est très faible puisqu'elle s'élève à 11 %, un chiffre nettement inférieur à la moyenne de l'UE (15 %).

Graphique 7. Les taux de tabagisme et la consommation d'alcool ont diminué, mais le surpoids a augmenté chez les jeunes de 15 ans entre 2014 et 2022



Remarque : La moyenne de l'UE n'est pas pondérée. Les données se réfèrent à l'année 2022 et concernent les enfants âgés de 15 ans. Source : Enquête sur le comportement de santé des enfants d'âge scolaire.

La France a lancé sa première campagne de vaccination contre le papillomavirus dans les écoles en 2023

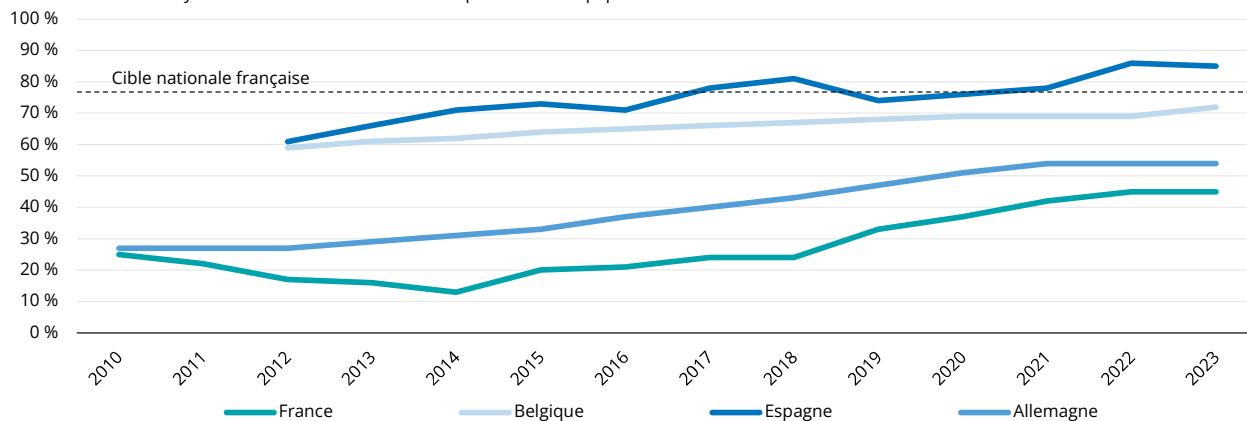
Les infections par le HPV peuvent entraîner un cancer, dont le plus fréquent est le cancer du col de l'utérus. Environ 80 % des femmes et des hommes sont exposés à ces virus au cours de leur vie, et chaque année, environ 6 400 cancers sont associés à des virus HPV, dont un sur quatre chez les hommes. La vaccination contre le HPV prévient jusqu'à 90 % des infections par le HPV qui provoquent le cancer.

La vaccination contre le HPV en France est proposée, sur une base volontaire, aux filles depuis

2007 et aux garçons âgés entre 11 et 14 ans depuis 2018, avec un rattrapage vaccinal généralement possible jusqu'à l'âge de 19 ans. Selon les estimations de l'OMS, la couverture des filles de 15 ans est passée de 25 % en 2010 à 45 % en 2023, mais elle est largement inférieure aux niveaux observés dans les pays voisins tels que la Belgique (72 %) et l'Espagne (85 %) (Graphique 8). Chez les garçons de 15 ans, la couverture est passée de 8 % en 2021 à 16 % en 2023. Toutefois, ces taux restent nettement inférieurs à la cible d'une couverture vaccinale de 80 % d'ici à 2030 fixée par la stratégie nationale de lutte contre les cancers 2021-2030.

Graphique 8. La couverture vaccinale contre le papillomavirus chez les filles de 15 ans a sensiblement augmenté en France, pour atteindre 45 % en 2023

% de filles de 15 ans ayant une couverture vaccinale complète contre le papillomavirus



Source : OMS, Human Papillomavirus (HPV) vaccination coverage, [https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-\(hpv\)-vaccination-coverage](https://immunizationdata.who.int/global/wiise-detail-page/human-papillomavirus-(hpv)-vaccination-coverage).

Afin d'accroître encore la couverture, la France a lancé, en 2023, sa première campagne de vaccination contre le HPV dans les écoles, qui s'adressait à tous les élèves âgés de 11 à 14 ans. La couverture est passée de 31 % à 48 % chez les jeunes de 12 ans entre la fin 2022 et la fin 2023 (Santé publique France, 2024). La vaccination dans le cadre de cette campagne scolaire est couverte à 100 % par l'assurance maladie sociale, mais pour les vaccins achetés en dehors de la campagne officielle, seuls 65 % des coûts sont remboursés (contrairement à la plupart des autres vaccins).

L'exposition à la pollution atmosphérique est plus faible en France que dans la plupart des autres pays de l'UE

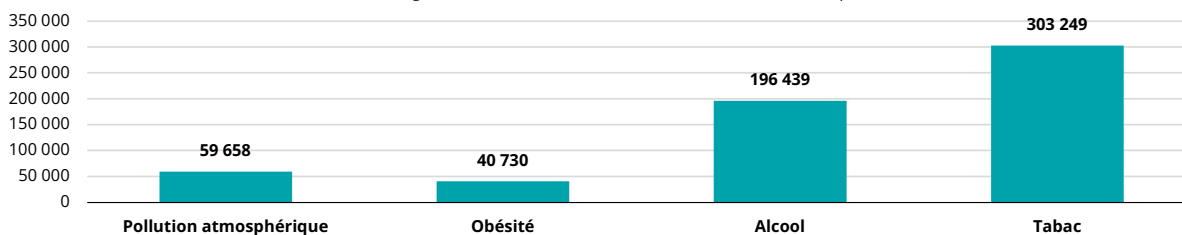
En 2020, l'exposition aux PM_{2,5} en France a atteint 10 µg/m³, un chiffre inférieur à la moyenne de l'UE (12 µg/m³). Environ 29 % des travailleurs français ont fait état d'une exposition professionnelle à des produits ou substances chimiques en 2021, soit un taux supérieur à la majorité des pays de l'UE. Les hommes ont été plus nombreux à déclarer une exposition (33 %) que les femmes (25 %).

En atteignant des cibles fixées pour la réduction des facteurs de risque, la France pourrait prévenir des centaines de milliers de nouveaux cas de cancer entre 2023 et 2050

Comme tous les pays de l'UE, la France dispose de la possibilité de réduire les nouveaux cas de cancer dans le pays en mettant l'accent sur la prévention primaire. Selon les travaux du modèle de planification stratégique de la santé publique (SPHeP) de l'OCDE, il est possible de réaliser les gains les plus importants – c'est-à-dire 303 249 cas de cancer de moins entre 2023 et 2050 – en atteignant les cibles fixées en matière de réduction du tabagisme (Graphique 9). Si la France atteint la cible relative à la consommation d'alcool, 196 439 nouveaux cas de cancer pourraient être évités sur la même période; 59 658 cas supplémentaires pourraient être évités si les cibles en matière de pollution atmosphérique étaient atteintes, et 40 730 cas si les cibles en matière d'obésité étaient atteintes.

Graphique 9. La France pourrait éviter plus de 300 000 nouveaux cas de cancer en atteignant les cibles fixées en matière de réduction du tabagisme

Nombre de cas de cancer évités entre 2023 et 2050 grâce à l'atteinte des cibles relatives aux facteurs de risque



Remarque : La cible fixée pour le tabac est une réduction de 30 % de la consommation de tabac entre 2010 et 2025 et moins de 5 % de la population consommant du tabac d'ici à 2040. Pour l'alcool, la cible fixée est une réduction d'au moins 20 % de la consommation globale d'alcool et une réduction de 20 % de la consommation excessive d'alcool (six verres d'alcool ou plus en une seule occasion pour les adultes) entre 2010 et 2030. Pour la pollution atmosphérique, il s'agit d'un niveau annuel moyen de PM_{2,5} plafonné à 10 µg/m³ d'ici à 2030 et à 5 µg/m³ d'ici à 2050. Pour l'obésité, la cible fixée consiste à revenir au taux de 2010 d'ici à 2025.

Source : OCDE (2024b), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

4. Détection précoce

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

La France a mis en place des programmes de dépistage de masse du cancer du sein en 2004, du cancer colorectal en 2008 et du cancer du col de l'utérus en 2018. Dans un rapport de 2022, les dépenses globales de dépistage, dans le cadre de programmes organisés et sur une base individuelle opportuniste, ont été estimées à environ 600 millions d'EUR (Inspection générale des affaires sociales, 2021).

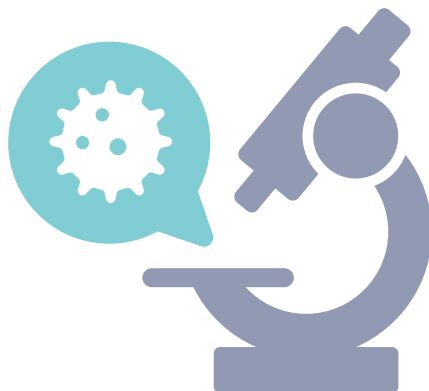
Toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans se voient proposer tous les deux ans un dépistage du cancer du sein. Ce dépistage comprend une palpation mammaire afin de détecter toute anomalie et une mammographie. Les résultats de la mammographie sont lus par deux radiologues : environ 6 % des cancers dépistés dans le cadre du programme sont détectés lors de la deuxième lecture. Des mammographies peuvent également être demandées en dehors du programme de dépistage.

Le programme de dépistage du cancer du col de l'utérus invite les femmes à se présenter à un test de dépistage cytologique du col de l'utérus tous les trois ans pour toutes les femmes âgées de 25 à 30 ans (après des résultats normaux à deux tests à un an d'intervalle) et à un test de dépistage du HPV tous les cinq ans pour toutes celles âgées entre 30 et 65 ans.

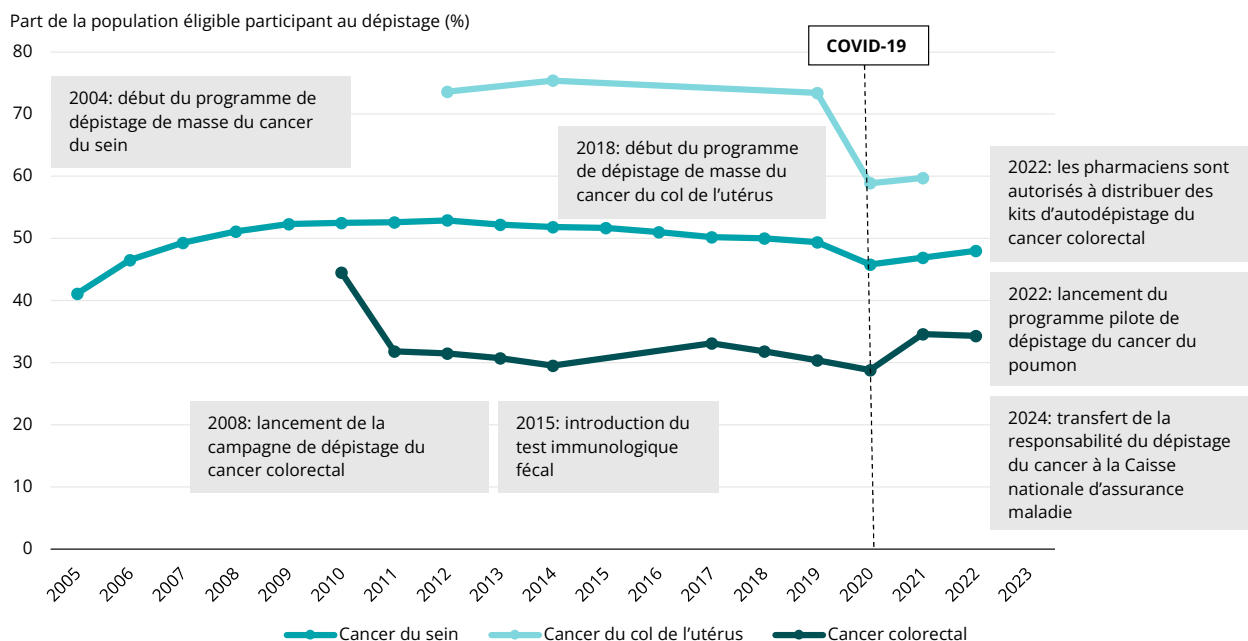
Le programme de dépistage du cancer colorectal s'adresse à tous les hommes et toutes les femmes âgés de 50 à 74 ans, qui sont invités à effectuer gratuitement un test de selles tous les deux ans. Si le test des selles se révèle positif, une colonoscopie est réalisée. Le test immunologique fécal est utilisé depuis 2015.

Les taux de participation au dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus sont faibles, mais des efforts ont été déployés afin de les améliorer

Après avoir lentement diminué ces 10 dernières années, la participation au dépistage du cancer du sein a encore diminué en 2020, en raison de la pandémie, avant toutefois d'entamer une lente reprise. En 2022, 48 % des femmes ont reçu une mammographie au cours des deux dernières années, selon les données du programme (Graphique 10). En plus du programme de dépistage, Santé publique France estime qu'environ 11 % des femmes âgées de 50 à 74 ans font l'objet d'un dépistage dans le cadre d'une approche de détection individuelle opportuniste. Toutefois, ces chiffres restent inférieurs à la cible de 70 % fixée par l'UE. En 2021, environ 60 % des femmes ont effectué un frottis du col de l'utérus au cours des trois dernières années, un niveau inférieur à la cible (80 %).



Graphique 10. La participation au dépistage du cancer du sein, du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus demeure faible en France



Remarques : Les données concernent le dépistage par mammographie chez les femmes âgées de 50 à 69 ans au cours des deux dernières années, le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 20 à 65 ans au cours des trois dernières années et demie et le dépistage du cancer colorectal chez la population âgée de 50 à 74 ans au cours des deux dernières années. Les données se rapportent aux données relatives aux programmes recueillies dans les bases de données et registres nationaux et régionaux pour le cancer du sein et le cancer colorectal. Pour le cancer du col de l'utérus, les données sont tirées d'enquêtes, excepté pour les années 2020 et 2021, pour lesquelles il s'agit des données des programmes.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2024.

La participation au dépistage du cancer colorectal reste très faible en France, bien qu'elle ait plus que rebondi après la première année de la pandémie pour atteindre 34 % de la population âgée de 50 à 74 ans en 2022. 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 parmi les proches, et reçoit moins de soutien de la part des associations de patients. Afin d'améliorer la participation, depuis 2022,

les pharmaciens sont autorisés à distribuer des kits d'autodépistage, et les particuliers peuvent également les commander en ligne.

Dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre les cancers 2021-2030, la France vise à stimuler la participation au dépistage en améliorant l'organisation des campagnes de dépistage (Encadré 2).

Encadré 2. La Caisse nationale de l'assurance maladie assume des nouvelles responsabilités en matière de dépistage du cancer en vue d'augmenter les taux de participation

En 2024, la France a transféré la responsabilité de la direction et de la coordination de la stratégie de dépistage du cancer et du déploiement des invitations aux programmes et des campagnes de suivi des 17 centres régionaux de coordination du dépistage du cancer vers la Caisse nationale de l'assurance maladie. La Caisse nationale a l'habitude de gérer des bases de données complexes ainsi que d'identifier et de prendre contact avec les groupes les plus vulnérables. À partir de 2024, les médecins généralistes voient automatiquement, dans les dossiers médicaux électroniques des patients, si ceux-ci ont participé au dépistage.

Depuis 2024, la Caisse nationale de l'assurance maladie a également conçu un programme d'actions de sensibilisation visant à accroître la participation des groupes les plus vulnérables au dépistage du cancer colorectal. Plus de 100 conseillers téléphoniques répartis dans sept centres d'appel ont été recrutés et spécifiquement formés en vue de mener des entretiens téléphoniques avec des personnes en situation de vulnérabilité (par exemple, des personnes qui n'ont pas de médecin traitant) afin de les aider à prendre rendez-vous auprès d'un prestataire de soins de santé ou à obtenir un kit d'autodépistage du cancer colorectal (Institut national du cancer, 2024).

La France a mis en place une unité mobile de dépistage du cancer du sein afin de proposer ce dépistage plus près des endroits où les femmes vivent et travaillent. Un programme pilote montre que les unités de mammographie mobiles augmentent la participation au dépistage du cancer du sein et réduisent les inégalités géographiques et sociales (De Mil et al., 2019). L'unité de mammographie mobile a déjà été utilisée dans certains endroits, notamment en Normandie et en Occitanie.

La dématérialisation des données de dépistage du cancer du sein est autorisée dans des conditions spécifiques

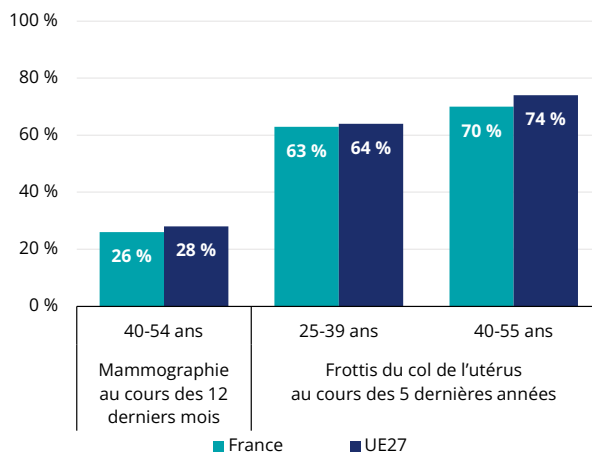
Le dépistage du cancer du sein peut bénéficier de la numérisation des données de dépistage. Depuis 2022, les projets de dématérialisation de la deuxième lecture des mammographies sont autorisés dans le cadre d'une expérience menée par l'Institut national du cancer, sous réserve de l'obtention d'une dérogation. Cette dématérialisation est nécessaire pour utiliser l'intelligence artificielle (IA) afin d'accélérer et d'améliorer le dépistage du cancer du sein à l'avenir (Guenoun et al., 2024). De nombreux pays, y compris les pays nordiques et les Pays-Bas, ont dématérialisé les données radiologiques et développent actuellement l'IA afin d'accélérer et d'améliorer les résultats du dépistage.

Les personnes LGBTIQ en France participent moins au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus que leurs homologues dans l'UE

Selon la troisième enquête de l'UE sur les personnes LGBTIQ, la participation au dépistage du cancer chez les personnes LGBTIQ est plus faible en France que dans d'autres pays de l'UE (Graphique 11). En ce qui concerne le dépistage du cancer du sein, 26 % des femmes cisgenres LGBTIQ, des femmes transgenres et des personnes intersexuées âgées de 40 à 54 ans ont déclaré avoir passé une mammographie au cours des 12 mois précédents, un chiffre nettement inférieur à la moyenne de l'UE (28 %). Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, 63 % des personnes LGBTIQ concernées âgées de 25 à 39 ans en France ont déclaré avoir subi un frottis du col de l'utérus au cours des cinq dernières années (soit moins que les 64 % enregistrés au niveau de l'UE), tandis que chez celles âgées de 40 à 55 ans, ce chiffre était de 70 % (soit moins que les 74 % enregistrés au niveau de l'UE).

Graphique 11. Les personnes LGBTIQ en France participent moins au dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus

Proportion de personnes LGBTIQ ayant fait l'objet d'un dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus (%)



Remarque : Les résultats de l'enquête sur les personnes LGBTIQ se réfèrent à des groupes d'âge et/ou des intervalles de dépistage qui ne correspondent pas à l'approche de dépistage de la population utilisée dans les pays de l'UE et ne devraient pas être comparés.

Source : Agence des droits fondamentaux de l'Union européenne (troisième enquête de l'UE sur les personnes LGBTIQ).

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

En 2022, la Haute autorité de santé a recommandé le lancement d'un programme pilote de dépistage du cancer du poumon. L'étude CASCADE, qui a débuté en 2022, a couvert plus de 1 800 femmes afin de fournir des informations sur ce que pourraient raisonnablement être les caractéristiques d'un dépistage du cancer du poumon. Les participantes ont bénéficié d'un soutien au sevrage tabagique et ont été soumises à un dépistage de pathologies associées telles que la maladie coronarienne et l'ostéoporose. L'achèvement de cette étude fournira des informations cruciales sur les modalités de lecture des images obtenues par tomographie assistée par ordinateur à faible dose (LDCT), et ouvrira la voie à une plus étude pilote plus vaste qui devra être lancée en 2025.

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 largement contribué au pilotage de l'offre de soins de santé à l'échelle locale depuis 2009, le système d'assurance maladie et le gouvernement central 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. En 2022, la France a affiché la part la plus faible de paiements à charge des patients pour la santé (9 %) parmi tous les pays de l'UE (la moyenne de l'UE étant de 15 %), car les régimes d'assurance maladie publics et privés 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. 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.

Les soins oncologiques sont bien répartis dans tout le pays

La France disposait en 2024 de 863 établissements de santé et centres de radiothérapie autorisés par les agences régionales de santé à prendre en charge les patients atteints d'un cancer.

La France dispose de centres de lutte contre le cancer couvrant l'ensemble du territoire. Un réseau appelé Unicancer couvre 18 centres de lutte contre le cancer et deux membres affiliés. Les soins complets et coordonnés dispensés par ces centres garantissent des soins de haute qualité à plus de 530 000 patients chaque année. En plus du réseau Unicancer entièrement consacré à la cancérologie, les hôpitaux privés (au nombre de 395) prennent en charge une grande partie de l'activité en cancérologie, en assurant près de 30 % des séjours

hospitaliers. Les hôpitaux publics locaux (au nombre de 238) et les hôpitaux universitaires publics (au nombre de 97) arrivent en deuxième et troisième places.

La qualité et la sécurité des soins ont la même importance pour tous les hôpitaux et le vaste réseau d'hôpitaux publics garantit un accès aux soins de santé au plus près du lieu de résidence du patient. 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 relecture d'échantillons de la tumeur, 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 a lancé le label « réseau d'excellence » dans le domaine des cancers à faible taux de survie

Dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre les cancers 2021-2030, l'Institut national du cancer a lancé un nouveau label « réseau d'excellence », accordé aux réseaux de prestataires de soins oncologiques les plus avancés dans le domaine des cancers de mauvais pronostic. Ces réseaux visent à réduire les retards de traitement, à éliminer les congestions dans les parcours de soins, à accroître le taux d'inscription aux essais cliniques, à améliorer le traitement des événements indésirables et à assurer une coordination efficace entre les membres du réseau. En 2023, deux réseaux ont été accrédités pour une période de trois ans pour les cancers gynécologiques et cancers du sein, ainsi que pour les cancers neurologiques.

L'offre d'équipements de radiothérapie est nettement supérieure à la moyenne de l'UE

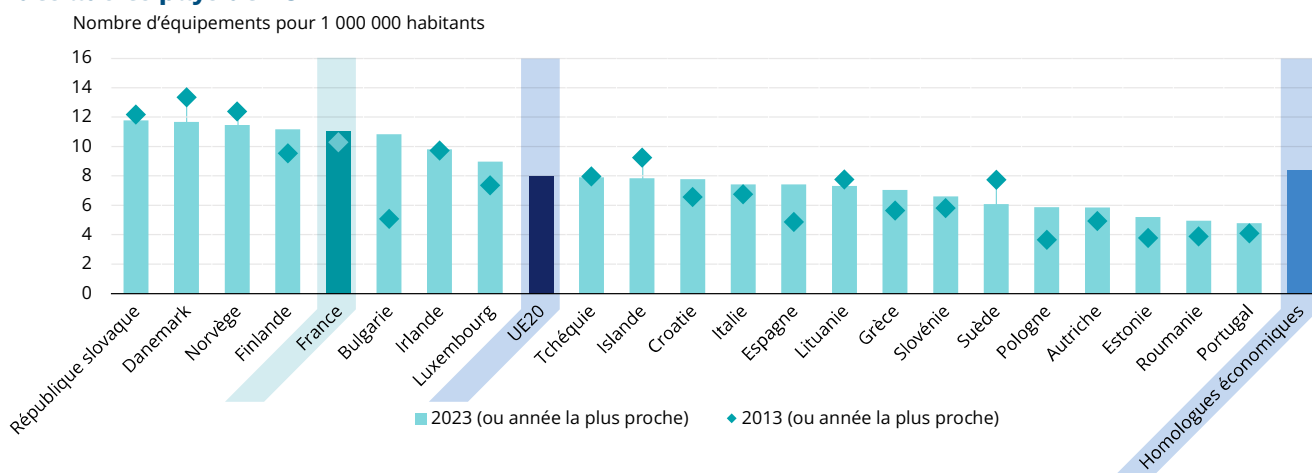
La radiothérapie constitue une pierre angulaire de l'oncologie, en offrant des options thérapeutiques efficaces et adaptées aux besoins spécifiques des patients. La radiothérapie a connu des changements technologiques majeurs ces 20 dernières années, avec l'émergence de

techniques de « haute précision » et de « très haute précision » qui permettent d'optimiser la dose reçue sur l'ensemble du volume tumoral, tout en assurant une protection maximale des tissus sains.

Les centres de radiothérapie ont traité 214 000 patients et ont dispensé environ 4,3 millions de séances en 2021, contre plus de 196 330 patients et environ 4,1 millions de séances en 2017. L'adoption de techniques avancées, telles que la radiothérapie par modulation d'intensité (IMRT) (par 99 % des centres) et les traitements stéréotaxiques (une radiothérapie de précision disponible dans plus de 60 % des centres), a contribué à cette croissance. Les effectifs de ces centres ont légèrement augmenté au cours de cette

période. Dans l'ensemble, le nombre de séances par patient pour un traitement équivalent a diminué depuis 2017, ce qui témoigne d'une amélioration significative de la qualité des appareils. L'offre d'équipements de radiothérapie a augmenté lentement ces 10 dernières années pour atteindre 11 unités de radiothérapie pour 1 000 000 habitants dans les hôpitaux en 2022, soit un taux supérieur à la moyenne des homologues économiques de la France et des pays de l'UE (8 pour 1 000 000) (Graphique 12). Le parc d'équipements est actuellement renouvelé par des machines comportant des dispositifs avancés, des techniques innovantes et des techniques de sécurité accrue pour les patients.

Graphique 12. L'offre d'équipements de radiothérapie est plus élevée en France que dans la plupart des autres pays de l'UE



Remarques : La grande majorité des équipements de radiothérapie dans les pays de l'UE se trouvent dans les hôpitaux. Les données relatives au Portugal et à la France incluent uniquement les équipements présents dans les hôpitaux, tandis que les données relatives aux autres pays couvrent la totalité des équipements. Les homologues économiques sont définis comme étant des groupements en terciles effectués sur la base du PIB par habitant de 2022 exprimé en standard de pouvoir d'achat. Les homologues économiques de la FR sont CZ, ES, FI, IT et SI. La moyenne de l'UE n'est pas pondérée.

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé, 2024.

L'accès au diagnostic moléculaire est disponible partout dans le pays

Les tests génétiques sont désormais essentiels 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 faciliter une thérapie ciblée et améliorer 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. L'objectif est de proposer aux patients l'ensemble des techniques de génétique moléculaire indispensables pour toutes les pathologies concernées.

Le nombre d'oncologues médicaux a doublé entre 2012 et 2023

Les médecins généralistes représentent souvent le premier point de contact pour les patients, qu'ils orientent ensuite vers des oncologues et d'autres spécialistes. Les pénuries de médecins généralistes suscitent beaucoup d'inquiétudes en France : la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants a diminué de 8 % entre 2012 et 2022. Toutefois, ces 15 dernières années, les gouvernements successifs ont lancé de nombreuses initiatives en vue d'attirer les médecins généralistes vers les zones mal desservies. En outre, le nombre d'étudiants en médecine a fortement augmenté entre 2016 et 2020 et augmentera encore de 20 % au cours de la période 2021-2025 par rapport à la période 2016-2020.

En 2017, la France a mis en œuvre une réforme importante de ses études médicales, en accordant une attention particulière aux spécialistes du cancer. La formation en oncologie comprend désormais deux grandes options : l'oncologie médicale et l'oncologie-radiothérapie. Le nombre de spécialistes diplômés en oncologie médicale a doublé depuis 2012 et atteignait 1 477 médecins en 2023 (DREES, 2024). Au cours de la même période, le nombre de spécialistes diplômés en oncologie-radiothérapie a augmenté d'un tiers pour atteindre 1 047 radiothérapeutes.

En outre, la réforme permet à d'autres internes avec des spécialités médicales et chirurgicales (tels que les pneumologues et les dermatologues) de suivre une formation en oncologie grâce à une formation spécialisée transversale en cancérologie. Cette formation propose deux déclinaisons : traitements médicaux des cancers et hémato-cancérologie pédiatrique. Environ 119 étudiants en médecine se sont inscrits à la formation traitements médicaux et 29 à la formation hémato-cancérologie pédiatrique au cours de l'année universitaire 2021-2022.

Le nombre d'infirmiers de pratiques avancées spécialisés en oncologie a lentement augmenté depuis l'introduction de cette discipline en 2018. En 2018, la France a mis en place un nouveau master de deux ans pour les infirmiers, en créant le métier d'infirmier en pratiques avancées (IPA). Cette filière comporte quatre spécialisations : pathologies chroniques (soins primaires), oncologie, maladies rénales et santé mentale. En 2020, 1 372 infirmiers au total suivaient une formation d'IPA, dont 51 IPA diplômés en oncologie (environ 20 % de l'ensemble des IPA diplômés). Ce métier ayant récemment été créé, on s'attend à ce que le nombre d'IPA continue d'augmenter dans les années à venir.

Le système de santé français assure un accès aux nouveaux médicaments anticancéreux et aux biosimilaires

La Haute autorité de santé est responsable de l'évaluation des technologies de la santé, en éclairant les décisions sur le remboursement et la tarification des médicaments sur la base de leur valeur thérapeutique ajoutée. Entre 2010 et 2015, presque tous les nouveaux médicaments anticancéreux d'hématologie et d'oncologie évalués

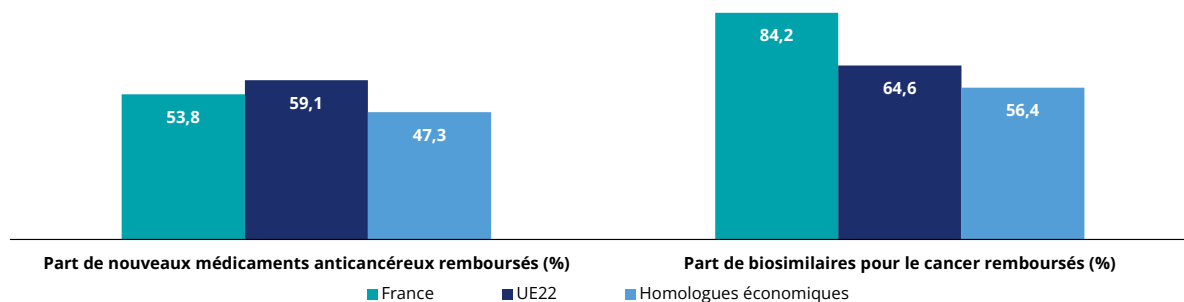
ont reçu une décision positive et sont entièrement remboursés par la Caisse nationale de l'assurance maladie. Globalement, la France est un marché favorable aux nouveaux traitements contre le cancer.

La proportion d'indications d'un échantillon composé de 10 médicaments anticancéreux pour le cancer du sein et du poumon présentant un bénéfice clinique élevé faisant l'objet d'un remboursement/d'une prise en charge par les pouvoirs publics était de 54 % en France, un niveau légèrement inférieur à la moyenne de l'UE (59 %), mais supérieur à la moyenne des homologues économiques de la France (47 %), ce qui tend à indiquer que la couverture publique est relativement élevée en France par rapport aux autres pays de l'UE (Graphique 13).

En 2021, la proportion de biosimilaires relatifs à certains médicaments anticancéreux qui faisaient l'objet d'un remboursement/d'une prise en charge par les pouvoirs publics était de 84 %, soit un niveau largement supérieur à la moyenne des pays de l'UE (65 %) et à la moyenne des homologues économiques de la France (56 %). Il n'est toutefois pas possible de tirer des conclusions sur l'utilisation de ces biosimilaires en France.

Les systèmes d'autorisation d'accès précoce permettent de rendre une partie importante des nouvelles thérapies disponibles à un stade précoce de leur développement. Le dispositif d'accès précoce de la France permet un accès précoce 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 (Encadré 3). La plupart des autorisations d'accès précoce 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 anticancéreux bénéficient de ce dispositif en France, soit avant l'autorisation de mise sur le marché, soit en attendant la décision de remboursement, ce qui accélère considérablement l'accès des patients aux nouvelles thérapies. Grâce à l'utilisation accrue de ce dispositif ces dernières années, le financement de nouveaux produits grâce au dispositif a atteint plus d'un milliard d'EUR par an.

Graphique 13. La couverture par les pouvoirs publics d'un échantillon de nouveaux médicaments anticancéreux et de biosimilaires tend à indiquer un accès relativement élevé



Remarques : L'analyse comprend un échantillon de 13 indications de 10 nouveaux médicaments anticancéreux pour le cancer du sein et du poumon présentant un bénéfice clinique élevé et de 19 biosimilaires de trois médicaments anticancéreux (le bevacizumab, le rituximab et le trastuzumab), bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché active délivrée par l'Agence européenne des médicaments le 26 mars 2023. Les données représentent la part des indications ou des biosimilaires qui figuraient sur la liste des médicaments remboursés par les pouvoirs publics au 1er avril 2023. Les homologues économiques sont définis comme étant des groupements en terciles effectués sur la base du PIB par habitant de 2022 exprimé en standard de pouvoir d'achat. Les homologues économiques de la FR sont CY, CZ, ES, LT, MT et SI. La moyenne de l'UE n'est pas pondérée. Source : Hofmarcher, Berchet et Dedet (2024), «Access to oncology medicines in EU and OECD countries», Documents de travail de l'OCDE sur la santé, n° 170, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/c263c014-en>.

Encadré 3. La France a réformé son dispositif d'accès précoce en 2021 afin de simplifier ses procédures tout en garantissant sa viabilité financière

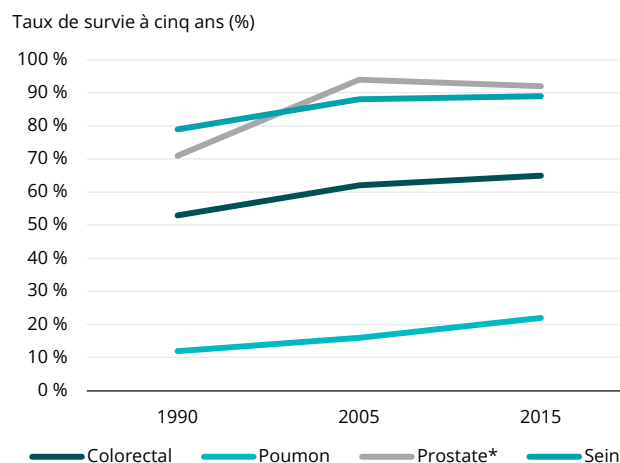
En 2021, le système actuel des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) a été réformé afin de simplifier et d'harmoniser ses procédures, en garantissant ainsi un accès et une couverture immédiats des patients (voir section 5.3). Le nouveau système prévoit un accès précoce aux médicaments innovants qui répondent à des besoins non satisfaits, avec l'obligation pour le fabricant de demander une autorisation de mise sur le marché ou un remboursement de droit commun dans un délai spécifique, et un accès compassionnel pour les médicaments non innovants pour lesquels une autorisation de mise sur le marché n'est pas demandée, mais qui répondent à un besoin thérapeutique non satisfait.

5.2 Qualité

La qualité globale des soins oncologiques s'est améliorée ces dernières décennies

Au cours des dernières décennies, la qualité des soins oncologiques s'est améliorée en France grâce à la création d'équipes multidisciplinaires et de réseaux de cancérologie, à une plus grande utilisation des recommandations de bonne pratique clinique et à un accès plus rapide aux médicaments innovants. Les taux de survie à cinq ans ont augmenté pour la plupart des cancers, y compris les plus fréquents (Graphique 14). Pour le cancer colorectal, le cancer de la prostate et le cancer du sein, cette augmentation a été considérable entre 1990 et 2005. Les taux de survie à cinq ans pour le cancer colorectal sont passés de 53 % en 1990 à 65 % en 2015. Pour le cancer de la prostate, les taux de survie ont augmenté, passant de 71 % en 1990 à 92 % en 2015. Les taux de survie à cinq ans pour le cancer du sein sont passés de 79 % en 1990 à 89 % en 2015.

Graphique 14. Les taux de survie à cinq ans pour les cancers les plus fréquents ont augmenté entre 1990 et 2015



Remarque : * Indique une augmentation non significative du taux de survie pour le cancer de la prostate entre 2005 et 2015. Source : Coureau et al. (2021).

Si le taux de survie à cinq ans pour le cancer du poumon a augmenté, il n'atteignait que 22 % en 2015. Cela place le cancer du poumon dans la catégorie des tumeurs malignes de mauvais pronostic. Le taux de survie à cinq ans pour le cancer du pancréas reste lui aussi faible, à

12 % en 2015. Par conséquent, la promotion d'un environnement décourageant fortement la consommation de tabac et encourageant une alimentation saine reste une des mesures essentielles pour réduire les décès dus au cancer du poumon et au cancer du pancréas (voir section 3).

Les cancers dont le taux de survie est supérieur à 65 % (cancers de bon pronostic) représentaient 40 % de l'incidence des cancers chez les hommes et 55 % chez les femmes (Coureau et al., 2021). Les taux de survie sont souvent moins bons chez les hommes que chez les femmes. Par exemple, les taux de survie à cinq ans pour le cancer du poumon, standardisés par âge, étaient de 18 % pour les hommes, mais de 24 % pour les femmes. De même, les taux de survie à cinq ans pour le cancer colorectal, standardisés par âge, étaient de 62 % pour les hommes et de 65 % pour les femmes.

Les personnes ayant un niveau socio-économique inférieur ont moins de chances de survivre au cancer

D'après les données des registres des cancers fondés sur la population, les taux de survie étaient plus faibles dans les zones les plus défavorisées de France pour presque la quasi-totalité des cancers, malgré une couverture très élevée des soins oncologiques par les pouvoirs publics. L'ampleur des disparités variait considérablement selon les types de cancer. Les personnes ayant un niveau socio-économique inférieur ont également moins de chances de survivre en partie parce qu'elles souffrent souvent davantage de plusieurs maladies chroniques, ce qui réduit les chances de survie (Afshar, English & Milne, 2021).

En outre, les personnes ayant un niveau socio-économique inférieur participent moins 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., 2019). Cela souligne l'importance du dispositif d'autorisation des établissements de santé dispensant des soins contre le cancer, car il vise à améliorer l'accès à des soins spécialisés avancés et à assurer une intervention rapide pour tous les patients, en contribuant ainsi à atténuer ces disparités.

Le dispositif d'autorisation a été révisé en 2022 afin de renforcer la sécurité et la qualité des soins

Défini en 2007, le dispositif d'autorisation des établissements de santé dispensant des soins contre le cancer a été révisé en 2022 afin d'améliorer la sécurité et la qualité des soins

dans le contexte du développement rapide des techniques de traitement du cancer et des méthodes de soutien des patients. Le nouveau dispositif d'autorisation repose sur trois piliers comprenant des critères transversaux de qualité s'appliquant à toute modalité de traitement du cancer (voir section 5.4), des critères spécifiques à chaque modalité de traitement du cancer et des seuils d'activité minimale annuelle à atteindre pour certains traitements et types de cancer.

Le nombre d'années potentielles de vie perdues a augmenté pour le cancer du pancréas entre 2012 et 2020

Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) est une mesure complémentaire de l'incidence qu'ont différents cancers sur la société, qui accorde plus de poids aux décès par cancer chez les jeunes. Examiner l'évolution des années potentielles de vie perdues au fil du temps pour différents types de cancer peut permettre de repérer des améliorations des systèmes de soins oncologiques sous la forme de réductions de la mortalité prématurée. En 2020 (dernière année disponible), le nombre d'années potentielles de vie perdues en France en raison du cancer était de 1 269 pour 100 000 habitants, soit 6 % de moins que la moyenne de l'UE (1 355 pour 100 000 habitants). Cela témoigne d'une efficacité relativement élevée des stratégies d'intervention précoce menées et des traitements administrés en France pour réduire la mortalité prématurée par cancer. Les années potentielles de vie perdues en raison d'un cancer en France étaient principalement dues au cancer du poumon, avec 299 années pour 100 000 habitants (Graphique 15). Le cancer du sein représentait 256 années de vie perdues pour 100 000 femmes. Si le nombre d'années potentielles de vie perdues a diminué en France pour presque tous les cancers entre 2012 et 2020, il a augmenté de 5 % pour le cancer du pancréas.

Quatre rapports sur les indicateurs de qualité et de sécurité ont été publiés en 2021 et 2022 afin d'améliorer la qualité des soins

Les indicateurs de qualité et de sécurité des soins ont pour but d'aider les initiatives locales, régionales et nationales à améliorer la qualité et la pertinence des soins et l'organisation des parcours de soins, ainsi qu'à rendre les pratiques plus homogènes et à réduire les inégalités géographiques.

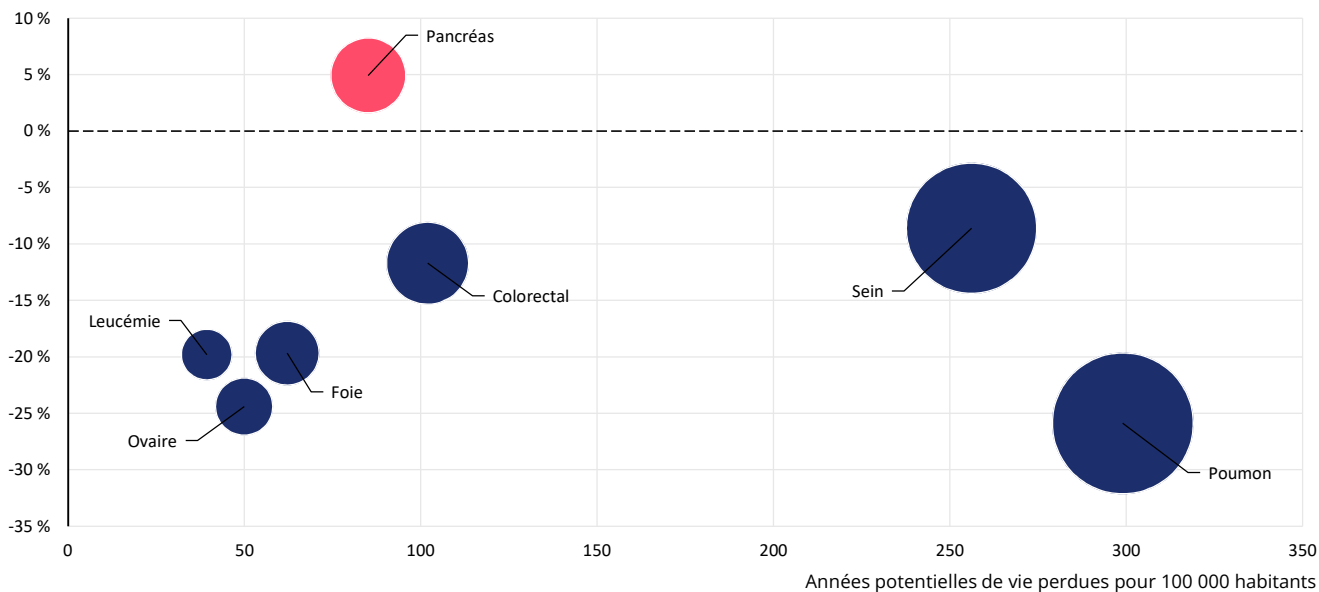
Les premiers indicateurs de qualité et de sécurité des soins ont été élaborés par l'Institut national du cancer, en partenariat avec la Haute autorité de santé, pour le cancer du sein et le cancer

colorectal en 2019. Depuis lors, des indicateurs ont été élaborés pour le cancer de l’ovaire et le cancer du pancréas, deux cancers présentant un faible taux de survie à cinq ans. Des hôpitaux locaux ont également lancé des initiatives visant à recueillir et à utiliser des mesures de résultats perçus par les patients pour les cancers du côlon, de la prostate et de l’utérus. En 2021 et 2022, l’Institut national du cancer a publié quatre rapports contenant des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

actualisés ou nouvellement définis pour ces quatre cancers, tels que, par exemple, la proportion de femmes ayant subi une biopsie du sein avant leur premier traitement contre le cancer du sein et la proportion de patients atteints d’un cancer colorectal pour lesquels le temps écoulé entre la dernière biopsie et la date de début du premier traitement correspond au délai attendu. Les indicateurs sont mis à jour chaque année aux niveaux local et national.

Graphique 15. Le nombre d’années potentielles de vie perdues a augmenté pour le cancer du pancréas, mais il a diminué pour de nombreux autres cancers entre 2012 et 2022

Variation en pourcentage du nombre d’années potentielles de vie perdues, 2012-2022 (ou année disponible la plus proche) (%)



Remarques : Le nombre d’années potentielles de vie perdues en raison du cancer du sein, de l’utérus et de l’ovaire est calculé uniquement chez les femmes, tandis que le nombre d’années potentielles de vie perdues en raison du cancer de la prostate concerne les hommes. Les bulles roses indiquent une augmentation de la variation en pourcentage des années potentielles de vie perdues au cours de la période 2012-2022 (ou dernière année disponible); les bulles bleues indiquent une diminution. La taille des bulles est proportionnelle au nombre d’années potentielles de vie perdues en 2022.

Source : Statistiques de l’OCDE sur la santé, 2024.

5.3 Coûts

Les dépenses publiques consacrées au cancer ont atteint 22,6 milliards d’EUR en 2021

Les dépenses allouées par la Caisse nationale de l’assurance maladie aux soins oncologiques se sont élevés à 22,6 milliards d’EUR en 2021, un chiffre en hausse par rapport aux 16,3 milliards d’EUR dépensés en 2015. Ce montant représente environ 12 % du total des dépenses budgétaires annuelles. Environ 89 % de cette somme ont été consacrés aux cancers en phase active de traitement et 11 % à la prise en charge des cancers sous surveillance. Les cancers les plus coûteux étaient le cancer du sein (3,9 milliards d’EUR), le cancer du poumon (3,0 milliards d’EUR), le cancer colorectal (1,8 milliard d’EUR) et le cancer de la prostate (2,2 milliards d’EUR) (Assurance maladie, 2023). Les dépenses liées aux programmes de dépistage ont été estimées à environ 600 millions d’EUR, soit

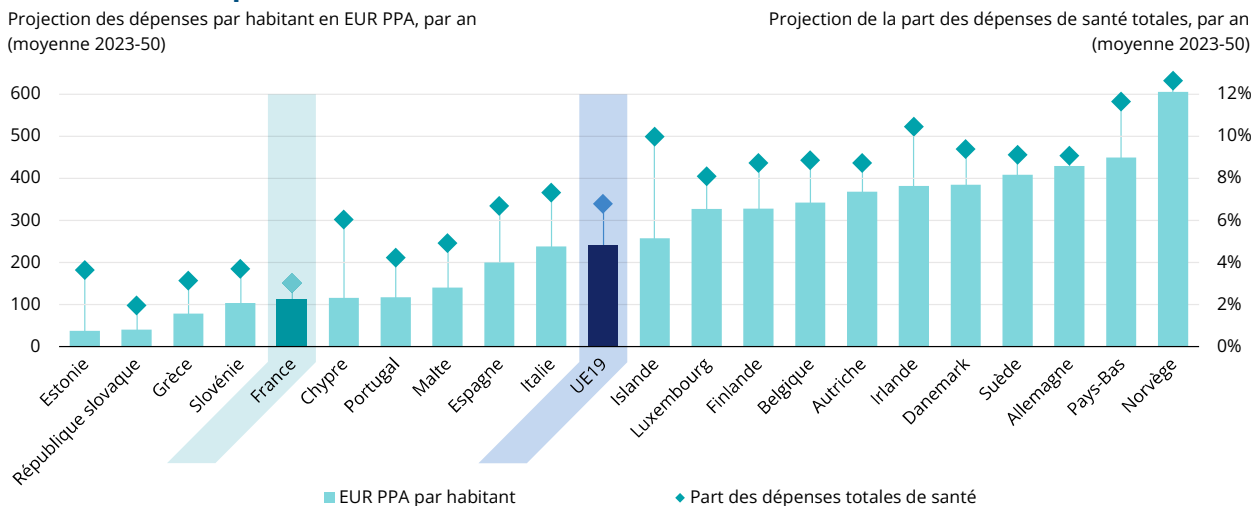
l’équivalent d’environ 3 % des dépenses globales en soins oncologiques (Inspection générale des affaires sociales, 2021).

La charge du cancer dans les dépenses de santé devrait être moins élevée en France que dans l’UE au cours des prochaines décennies

Selon les travaux du modèle de SPHeP de l’OCDE, les dépenses totales de santé devraient augmenter de 3 % en France entre 2023 et 2050 en raison de la charge du cancer. Cela équivaut à une moyenne de 113 EUR (en PPA) par personne et par an (Graphique 16), un chiffre nettement inférieur à la moyenne de l’UE-19 (242 EUR).

Dans l’ensemble, les dépenses de santé par habitant consacrées aux soins oncologiques devraient augmenter de 36 % en France entre 2023 et 2050, contre 59 % au niveau de l’UE-27.

Graphique 16. Selon les projections, la charge du cancer dans les dépenses de santé en France devrait être moins élevée que dans l'UE entre 2023 et 2050



Remarque : La moyenne de l'UE n'est pas pondérée.

Source : OCDE (2024b), *Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society*, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

En ce qui concerne les autres coûts, on estime que le cancer aura une incidence majeure sur la main-d'œuvre en France. Entre 2023 et 2050, le cancer devrait entraîner une perte de 169 équivalents temps plein (ETP) pour 100 000 personnes en France, en raison de la nécessité pour les personnes atteintes d'un cancer de réduire leur temps de travail ; il faut également s'attendre à une perte de 38 ETP pour 100 000 habitants en raison de l'absentéisme et de 43 ETP pour 100 000 habitants en raison du présentéisme⁹.

Le coût des nouveaux médicaments oncologiques augmente

En 2022, les médicaments oncologiques (chimiothérapies, hormonothérapies, thérapies ciblées et immunothérapies) représentaient des dépenses de l'ordre de 8,6 milliards d'EUR en France (déduction faite des remises), dont l'essentiel pour les immunothérapies et les thérapies ciblées. En 2022, plus de 74 000 patients ont été traités par immunothérapie et 785 par thérapie par lymphocytes T à récepteur antigénique chimérique (thérapie CAR-T).

La recherche en oncologie est très active : au cours des 10 dernières années, environ un tiers des produits ou indications qui ont obtenu une autorisation de mise sur le marché en France ciblaient le cancer. En outre, ces nouveaux produits sont de plus en plus spécifiques, ciblant parfois de petites populations. Ces dernières années, les dépenses consacrées aux médicaments anticancéreux ont augmenté très rapidement. Par exemple, les dépenses en

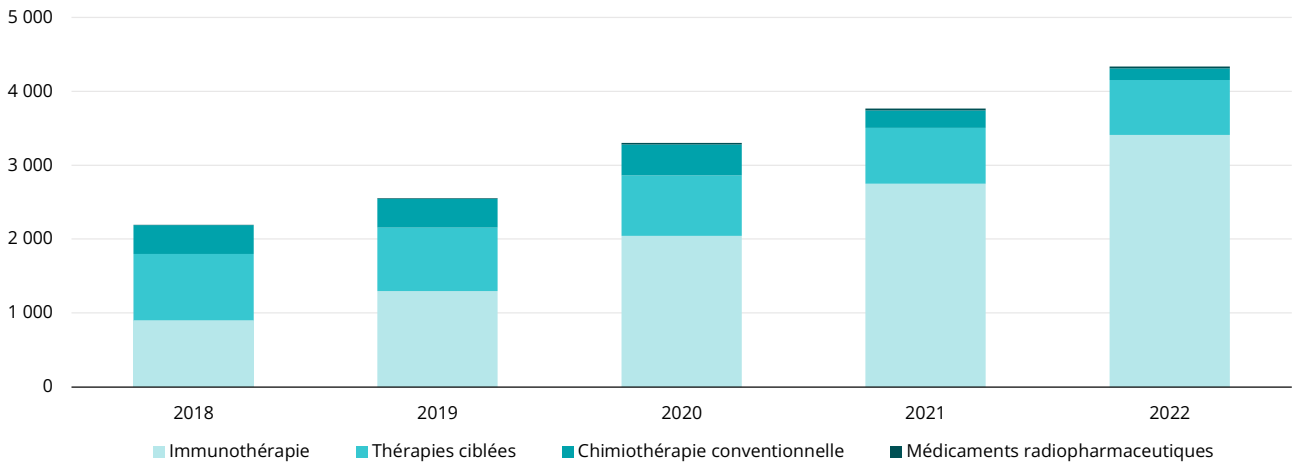
médicaments anticancéreux en milieu hospitalier financées par la Caisse nationale de l'assurance maladie sont passées de 1,3 milliard d'EUR en 2010 à 2,2 milliards d'EUR en 2018 et à plus de 4,3 milliards d'EUR en 2022, principalement sous l'effet d'un recours accru aux immunothérapies (Graphique 17).

L'augmentation des coûts des médicaments anticancéreux a conduit à des réponses des politiques visant à favoriser la bonne gestion des finances publiques. La loi de financement de la sécurité sociale de 2015 a précisé que le taux K, un mécanisme global de régulation des dépenses établi en 1999, couvrait tous les médicaments remboursés par le système national d'assurance maladie, y compris ceux mis à disposition dans le cadre de procédures exceptionnelles afin d'encourager l'accès à l'innovation, même s'ils n'ont pas encore achevé leur processus de remboursement. Le taux K fonctionne comme une régulation rétrospective, en exigeant une contribution des entreprises pharmaceutiques lorsque la croissance nette de leurs ventes dépasse le seuil fixé chaque année. En outre, si les entreprises peuvent opter pour des accords conventionnels qui permettent des remises, la loi de 2015 garantit que les remises versées au titre de tels accords rapportent au moins 80 % de ce que la régulation plus stricte permettrait d'obtenir. 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.

⁹ Le présentéisme désigne la perte de productivité qui se produit lorsqu'un travailleur n'est pas pleinement opérationnel sur son lieu de travail en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'un autre problème de santé.

Graphique 17. Les dépenses publiques en médicaments anticancéreux en milieu hospitalier ont atteint plus de 4,3 milliards d'EUR en France en 2022

Dépenses hospitalières en médicaments anticancéreux, en millions d'EUR



Remarque : Les données se rapportent aux médicaments anticancéreux en milieu hospitalier financés par la Caisse nationale de l'assurance maladie.

Source : Institut national du cancer (2024).

5.4 Bien-être et qualité de vie

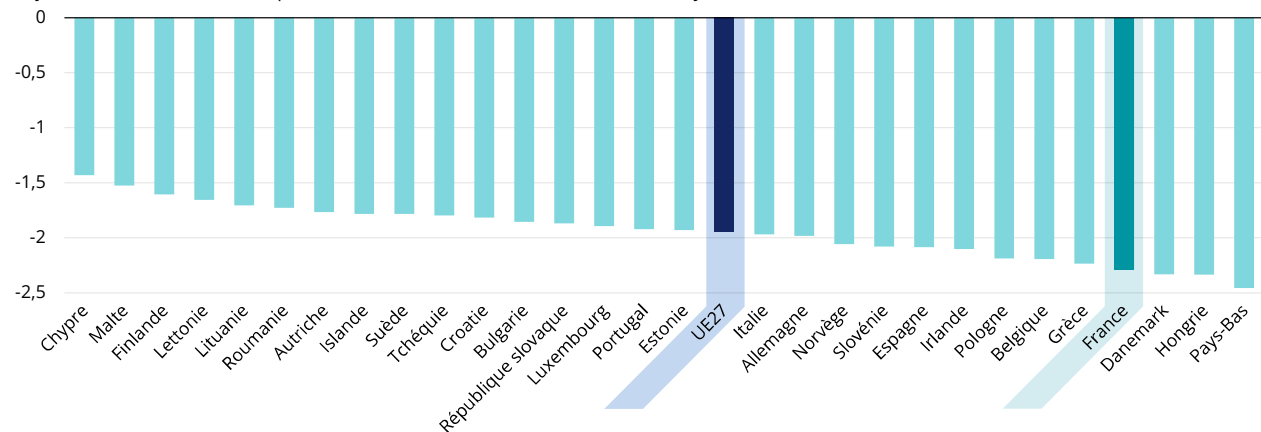
Le cancer devrait avoir un impact considérable en France en réduisant l'espérance de vie et en augmentant les troubles de santé mentale

Selon les travaux du modèle de SPHeP de l'OCDE, le cancer réduira l'espérance de vie de la population française de 2,3 ans en moyenne entre 2023 et 2050 par rapport à un scénario sans cancer (Graphique 18), un chiffre supérieur à la moyenne de l'UE (1,9 an).

En outre, le cancer pèse lourdement sur la santé mentale de la population, en raison des symptômes qui y sont associés et des effets secondaires des traitements ainsi que des répercussions de la maladie sur la vie quotidienne, les rôles joués dans la société et le travail. Selon le modèle SPHeP de l'OCDE, le cancer devrait entraîner une forte hausse des taux de dépression en France, à raison d'un taux supplémentaire, standardisé par âge, de 19 cas pour 100 000 habitants chaque année, un chiffre légèrement supérieur à la moyenne de l'UE (17 cas pour 100 000 habitants).

Graphique 18. Le cancer devrait réduire l'espérance de vie de plus de 2 ans en France entre 2023 et 2050

Projection de la réduction de l'espérance de vie en années en raison du cancer (moyenne 2023-2050)



Remarque : La moyenne de l'UE n'est pas pondérée.

Source : OCDE (2024b), Tackling the Impact of Cancer on Health, the Economy and Society, <https://doi.org/10.1787/85e7c3ba-en>.

Une réglementation récente systématise l'accès à des soins de support contre le cancer

Dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre les cancers 2021-2030, le système

d'autorisation adopté en 2022 prévoit que les établissements de soins autorisés à traiter le cancer doivent systématiquement fournir à chaque patient un diagnostic de cancer et une proposition

de traitement dans le cadre d'une consultation multidisciplinaire. Cette proposition de traitement fait l'objet d'un programme personnel de soins qui doit :

- annoncer la décision thérapeutique proposée, en fournissant des informations sur les effets secondaires temporaires ou permanents, l'incidence sur la qualité de vie et, le cas échéant, la préservation de la fertilité, la chirurgie reconstructive et la consultation oncogénétique;
- organiser une évaluation systématique des besoins et de l'accès aux soins oncologiques de support, et faciliter le soutien apporté aux patients et l'orientation vers ces soins;
- encourager un soutien psychologique pour les aidants ou les proches du patient;
- organiser l'accès du patient aux soins palliatifs;
- encourager l'accès à des traitements innovants et à des essais cliniques.

Les soins oncologiques de support font partie du parcours de soins des patients atteints d'un cancer en France depuis 2017. Au total, le « panier de soins de support » se compose de neuf services, dont quatre services de base (prise en charge de la douleur, conseils nutritionnels, aide psychologique et soutien social, familial et professionnel) et cinq soins de support complémentaires (activité physique, préservation de la fertilité, prise en charge des troubles de la sexualité, conseils d'hygiène de vie et soutien psychologique des proches et des aidants).

Une initiative a été lancée en vue de faciliter la transition du traitement actif aux soins post-traitement

L'élaboration d'un ensemble de mesures visant à faciliter la transition vers les soins post-traitement constitue l'une des actions clés de l'actuelle stratégie nationale de lutte contre les cancers 2021-2030. Il est essentiel d'assurer un suivi adéquat après un traitement du cancer, étant donné qu'à l'heure actuelle, aucune plage de temps n'est prévue pour permettre aux prestataires de soins de santé et aux patients de préparer les soins post-traitement. L'Institut national du cancer a été chargé de proposer une série de mesures qui amélioreront la transition du traitement actif vers la surveillance active, en y incluant un soutien médical, paramédical et social.

Des initiatives sont déployées lentement afin d'améliorer les traitements post-cancer ambulatoires

Depuis 2020, les patients atteints d'un cancer peuvent bénéficier d'évaluations et de consultations prescrites dans le cadre de leurs soins post-traitement, pour un montant total de 180 EUR et de six consultations. Il s'agit notamment d'une évaluation d'activité physique adaptée, susceptible de déboucher sur un plan d'activité physique personnalisé; d'évaluations nutritionnelles et/ou psychologiques; et de consultations en matière de nutrition et/ou de psychologie.

Le programme est lentement déployé par l'intermédiaire de professionnels de la santé ciblés et de centres recensés par les agences régionales de santé.

Le « droit à l'oubli » a été réduit de 10 à cinq ans

Le « droit à l'oubli » est le droit d'un emprunteur de ne pas déclarer un cancer survenu avant sa demande de prêt (généralement associée à une assurance) si le protocole de traitement a été achevé un certain nombre d'années plus tôt, et ce, quel que soit le cancer. En 2022, dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre les cancers 2021-2030, la France a réduit la durée de la période écoulée depuis le traitement de 10 ans à cinq ans. Un droit à bénéficier d'une assurance au taux normal a également été introduit, sous certaines conditions, pour les personnes atteintes d'un cancer ou d'une autre pathologie, mais dont l'état de santé s'est stabilisé.

Les proches salariés peuvent bénéficier de deux régimes de congés d'accompagnement rémunérés

Deux congés d'accompagnement rémunérés sont disponibles en France pour les personnes qui souhaitent prendre un congé pour s'occuper d'un proche atteint d'un cancer : le congé de solidarité familiale et le congé de proche aidant. Le congé de solidarité familiale permet aux salariés d'accompagner un proche en fin de vie. Ce congé a une durée de trois mois, renouvelable une fois. L'allocation journalière est fixée à environ 60 EUR en 2024, pendant 21 jours maximum. Le congé de proche aidant permet d'accompagner un proche handicapé ou en perte d'autonomie, y compris lorsqu'il est atteint d'un cancer. Ce congé dure trois mois et peut être renouvelé dans la limite d'un an sur l'ensemble de la carrière professionnelle. Les proches aidants peuvent percevoir une allocation journalière d'environ 65 EUR en 2024. À titre de comparaison, quatre autres pays de l'UE proposent

un congé spécifique pour s'occuper d'un proche atteint d'une maladie terminale, et 15 autres pays de l'UE disposent d'un congé de proche aidant rémunéré.

Cinq plans consécutifs ont considérablement augmenté la capacité de soins palliatifs depuis la fin des années 1990

Cinq 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. En conséquence, le nombre de lits de soins palliatifs a plus que doublé, passant de 3 340 en 2006 à environ 7 540 en 2021. En 2021, la France comptait 174 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. Toutefois, l'accès aux soins palliatifs est resté inégal à l'échelle du pays: ainsi, fin 2021, 21 des 101 départements français ne possédaient pas d'unité de soins palliatifs dédiée (Cousin et al.,

2023). Les soins palliatifs restent concentrés dans les hôpitaux.

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 palliative» chez les professionnels de la santé et au sein de la population française, y compris une méconnaissance des procédures d'accès aux soins palliatifs. À la suite du plan national 2021-2024 «Développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie», une convention citoyenne sur la fin de vie s'est tenue entre octobre 2022 et avril 2023. Cette convention s'est prononcée en faveur du développement des soins palliatifs dans tout le pays, y compris à domicile et dans les maisons de soins. Les propositions présentées lors de la convention ont orienté le nouveau plan sur les soins palliatifs 2024-2034 (Encadré 4).

Encadré 4. Le plan sur les soins palliatifs 2024-2034 vise à développer les soins palliatifs en dehors des hôpitaux, grâce à une augmentation du budget annuel

Le plan sur les soins palliatifs de la France pour la période 2024-2034 vise à développer les soins palliatifs en dehors des hôpitaux afin d'accueillir 250 000 personnes supplémentaires dans un parcours de soins palliatifs plus efficace et plus progressif (gouvernement, 2024). En 2023, les dépenses publiques consacrées aux soins palliatifs se sont élevées à 1,6 milliard d'EUR, soit une augmentation de 25 % par rapport à 2017. Le plan prévoit d'augmenter ce budget pour qu'il atteigne 2,7 milliards d'EUR en 2034, ce qui reflète une augmentation de 66 % du financement alloué afin de répondre à l'augmentation de la demande qui se chiffrera au moins à 16 % d'ici 2034.

Le plan comprend quatre objectifs principaux:

- fournir des soins adaptables et progressifs; encourager une prise en charge rapide et appropriée;
- soutien sociétal: renforcer le soutien du patient par la communauté
- éducation et la formation: élaborer un programme de formation universitaire aux soins palliatifs pour les professionnels de la santé et les autres
- guidage de toutes les parties prenantes: établir un comité consultatif scientifique pour la recherche et les meilleures pratiques et un organe de gouvernance pour la gestion et l'évaluation de la stratégie.

6. Coup de projecteur sur les cancers pédiatriques

Selon l'ECIS, on estime qu'en France, 1 690 enfants et adolescents âgés de moins de 15 ans ont reçu un diagnostic de cancer en 2022. Le taux d'incidence pour les enfants âgés de 0 à 14 ans était estimé à 14,3 pour 100 000 enfants, un taux supérieur à la moyenne de l'UE-27 (13,7) (Graphique 19).

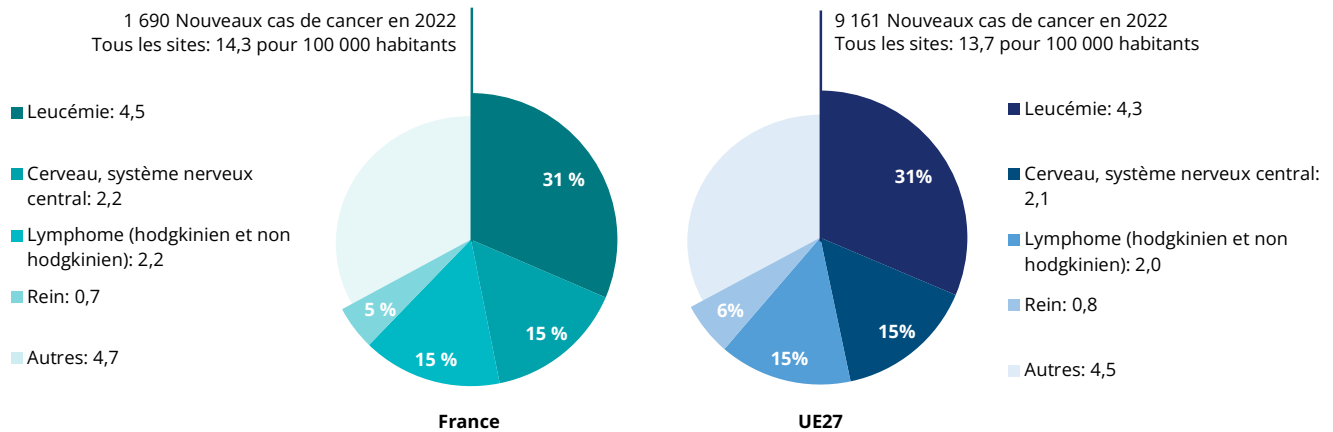
Par ailleurs, en France, les taux d'incidence chez les garçons sont plus élevés que chez les filles, une tendance similaire à celle observée dans l'ensemble de l'UE. Les types de cancer les plus fréquents sont la leucémie, avec 4,5 cas pour 100 000 enfants (31 %), les cancers du cerveau et

du système nerveux central, avec 2,2 cas pour 100 000 enfants (15 %), le lymphome, avec 2,2 cas pour 100 000 enfants (15 %), et le cancer du rein, avec 0,7 cas pour 100 000 enfants (5 %). Les données d'Eurostat montrent que, par rapport à la moyenne

de l'UE, les taux de mortalité par cancer sont plus faibles en France, avec un taux de mortalité moyen à 3 ans de 1,9 pour 100 000 enfants, contre 2,1 au niveau de l'UE.

Graphique 19. Les taux d'incidence du cancer chez l'enfant en France sont légèrement plus élevés qu'au niveau de l'UE

Taux d'incidence standardisés par âge pour 100 000 habitants (âgés de 0 à 14 ans), estimations, 2022



Remarques : Les estimations de 2022 sont établies à partir des données d'incidence des années précédentes et peuvent différer des taux observés au cours des années plus récentes. Elles incluent tous les types de cancer, à l'exception du cancer de la peau sans mélanome.

Sources : Système européen d'information sur le cancer (ECIS) pour l'incidence du cancer. Graphique extrait de la page <https://ecis.jrc.ec.europa.eu>, consultée le 10 mars 2024. © Union européenne, 2024.

Selon le projet OCEAN de la SIOPE, consacré aux soins des cancers pédiatriques, la France a concentré les soins de ces cancers dans 31 établissements, répartis de manière équilibrée sur le territoire national (SIOPE, 2024). Ces institutions comprennent à la fois des hôpitaux pédiatriques (universitaires et généraux) et des hôpitaux dotés d'unités pédiatriques. Quatre de ces institutions sont considérées comme des centres de lutte contre le cancer spécialisés (c'est-à-dire des hôpitaux traitant uniquement des patients chez qui un cancer a été diagnostiqué), tandis que 11 d'entre elles font partie du consortium relatif à des thérapies innovantes pour les enfants et les adolescents atteints d'un cancer (Innovative Therapies for Children and Adolescents with Cancer – ITCC). Il s'agit d'un réseau qui garantit

l'accès à des thérapies innovantes pour les enfants et les jeunes atteints d'un cancer en récurrence ou ne répondant pas aux traitements classiques.

Les 13 infrastructures et modalités de traitement, y compris la chimiothérapie, la chirurgie des tumeurs solides, la greffe de cellules souches, la radiothérapie par protons et photons et les soins palliatifs, sont tous accessibles aux patients français atteints d'un cancer pédiatrique. Entre 2010 et 2022, 436 essais cliniques impliquant des enfants et des jeunes ont été menés en Europe, dont 226 (52 %) en France. En outre, en 2018, 96 % des 68 médicaments jugés essentiels pour le traitement du cancer chez les patients âgés de 0 à 18 ans étaient disponibles en France, contre 76 % en moyenne dans l'UE (Vassal et al., 2021).

Afshar, N., English, D.R., et Milne, R.L. (2021), Factors explaining socio-economic inequalities in cancer survival: a systematic review, *Cancer Control*, 28:10732748211011956. doi:10.1177/10732748211011956.

Assurance maladie (2023), Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Paris, Assurance maladie.

Bonaldi, C., Boussac, M., Nguyen-Thanh, V. (2019), Estimation du nombre de décès attribuables au tabagisme, en France de 2000 à 2015, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 15:278-84.

Coureau, G., et al. (2021), Survival among individuals diagnosed with cancer in mainland France 1989-2018, summary of results: solid tumours and haematological malignancies. Paris, Institut national du Cancer.

Cousin, F., et al. (2023), Atlas national des soins palliatifs et de la fin de vie. Paris, Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie, <https://www.parlons-fin-de-vie.fr/wp-content/uploads/2023/03/atlas-2023.pdf>.

De Angelis, R., et al. (2024), Complete cancer prevalence in Europe 2020 by disease duration and country (EUROCare-6): a population-based study, *Lancet Oncology*, 25(3):293-307. doi:10.1016/S1470-2045(23)00646-0.

De Mil, R., et al. (2019), Cost-effectiveness analysis of a mobile mammography unit for breast cancer screening to reduce geographic and social health inequalities, *Value in Health*, 22(10):1111-18. doi:10.1016/j.jval.2019.06.001.

Defossez, G., et al. (2019), 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.

DREES (2024), Démographie des professionnels de santé: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>; consulté le 17/07/2024.

Gouvernement (2024), Stratégie décennale des soins d'accompagnement. Paris, Gouvernement.

Guenoun, D., et al. (2024), French community grid for the evaluation of radiological artificial intelligence

solutions (DRIM France Artificial Intelligence Initiative), *Diagnostic and Interventional Imaging*, 105(2):74-81. doi:10.1016/j.diii.2023.09.002.

Hassaine, Y., et al. (2022), Evolution of breast cancer incidence in young women in a French registry from 1990 to 2018: towards a change in screening strategy? *Breast Cancer Research*, 5(24):87. doi:10.1186/s13058-022-01581-5.

Inspection générale des affaires sociales (2021), Le dépistage organisé des cancers en France, Paris, Inspection générale des affaires sociales.

Institut national du cancer (2024), Le programme national de dépistage du cancer colorectal. Paris, Institut national du cancer, <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Depistage-et-detection-precoce/Depistage-du-cancer-colorectal/Le-programme-national-de-depistage>.

Lapôtre-Ledoux, B., et al. (2023), *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 12-13, p. 188-204.

Ministère de la santé (2024), Un nouveau programme national de lutte contre le tabac 2023-2027, Paris, Ministère de la santé, <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/un-nouveau-programme-national-de-lutte-contre-le-tabac-2023-2027>.

Pasquereau, A., et al. (2023), Prévalence du tabagisme et du vapotage en France métropolitaine en 2022 parmi les 18-75 ans.

Santé Publique France (2024), Semaine européenne de la vaccination 2024. Saint-Maurice, Santé Publique France, <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2024/semaine-europeenne-de-la-vaccination-2024>.

SIOPE (2024), Childhood cancer country profile: France. Bruxelles, SIOP Europe, <https://siope.eu/media/documents/ocean-projectfrance.pdf>.

Tron, L., et al. (2019), Socio-economic environment and disparities in cancer survival for 19 solid tumor sites: an analysis of the French Network of Cancer Registries (FRANCIM) data, *International Journal of Cancer*, 144(6):1262-74. doi:10.1002/ijc.31951.

Vassal, G. et al. (2021), « Access to essential anticancer medicines for children and adolescents in Europe », *Annals of Oncology*, Vol. 32/4, p. 560-568, <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.12.015>.

Liste des abréviations des pays

Allemagne	DE	Danemark	DK	Hongrie	HU	Luxembourg	LU	Roumanie	RO
Autriche	AT	Espagne	ES	Irlande	IE	Malte	MT	République slovaque	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		

Profil sur le cancer par pays 2025

Le registre européen des inégalités face au cancer est une initiative phare du plan européen pour vaincre le cancer. Il fournit des données solides et fiables sur la prévention et les soins oncologiques afin de distinguer les tendances, les disparités et les inégalités entre les États membres et entre les régions. Ce registre contient un site web et un outil de données élaborés 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 réalisés tous les deux ans en alternance et un rapport global sur les inégalités face au cancer en Europe.

Les « profils sur le cancer par pays » recensent les forces, les faiblesses et les domaines d'action spécifiques de chacun des 27 États membres de l'Union européenne (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 européen pour vaincre le cancer. Le registre européen des inégalités face au cancer soutient également l'initiative phare 1 du plan d'action « zéro pollution ».

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 de travail thématique 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 succincte:

- de la charge de morbidité du cancer au niveau national;
- des facteurs de risque du cancer, en ciblant particulièrement les facteurs de risque comportementaux et environnementaux;
- les programmes de détection précoce;
- la performance du système de soins oncologiques, avec une attention particulière à l'accessibilité, à la qualité des soins, aux coûts et à la qualité de vie.

Veuillez citer la présente publication comme suit :

OCDE/Commission Européenne (2025), Profils sur le cancer par pays : France 2025, Profils des pays de l'UE sur le cancer, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/00068bb5-fr>.

Initialement publié en anglais sous le titre: OECD/European Commission (2025), EU Country Cancer Profile: France 2025, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/4aa8453a-en>.

En cas de divergence, seul le texte de la version anglaise doit être considéré comme valable.

© OECD/European Union 2025 pour cette édition française.



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.

Traductions – 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 ou 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 ou de la Commission Européenne, l'identité visuelle ou l'image de couverture sans autorisation expresse ni suggérer que l'OCDE ou la Commission Européenne approuve 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.