

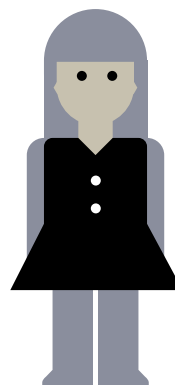
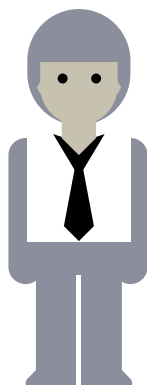


LES CANCERS **EN FRANCE** **EN 2017** **L'ESSENTIEL** **DES FAITS** **ET CHIFFRES**



Ce document a pour objectif de présenter les principaux faits et chiffres issus du rapport « Les cancers en France – Édition 2017 ». Au-delà des **données générales** sur les cancers, il présente une synthèse sur **la mise en place du test immunologique dans le cadre du programme de dépistage organisé du cancer colorectal** et sur **la réduction de la consommation d'alcool pour la prévention des cancers**, ainsi que **les faits marquants de l'année**.

1/ DONNÉES GÉNÉRALES DISPONIBLES



UN TAUX D'INCIDENCE QUI BAISSÉ OU QUI TEND À SE STABILISER DEPUIS 2005

Baisse de 1,3 % par an

entre 2005 et 2012, liée à la baisse de l'incidence du cancer de la prostate [1]

Ralentissement de la progression : + 0,2 % par an

entre 2005 et 2012 versus + 1,6 % entre 1980 et 2005 [1]

400 000 NOUVEAUX CAS DE CANCERS ESTIMÉS EN 2017 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

214 000 nouveaux cas

Majoritairement représentés par les cancers de la prostate, du poumon et du côlon-rectum

TSM : 353,2 pour 100 000 [2]

Âge médian au diagnostic : 68 ans

186 000 nouveaux cas

Le cancer du sein reste de loin le plus fréquent devant les cancers du côlon-rectum et du poumon.

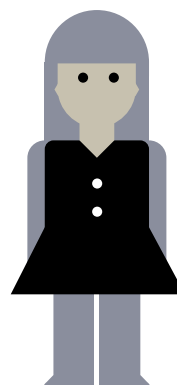
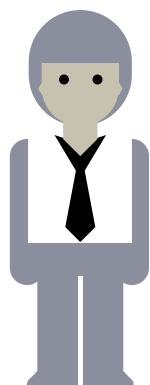
TSM : 284,5 pour 100 000 [2]

Âge médian au diagnostic : 67 ans



PRÉCISIONS

- Les cancers de la peau, autres que mélanomes, sont exclus. Seules les tumeurs invasives sont considérées.
- Taux d'incidence : nombre de cas pour 100 000 personnes par an standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale (TSM). Ces chiffres permettent des comparaisons entre pays ou dans le temps en s'affranchissant des particularités des populations nationales, notamment leur augmentation et leur vieillissement.
- Les hypothèses de projection adoptées pour chaque cancer conduisent à prédire, entre 2013 et 2017 et tous cancers confondus, une stabilisation du taux d'incidence standardisé chez l'homme et une augmentation de ce taux chez la femme. Compte tenu de l'augmentation de la taille de la population française et de son vieillissement¹, ceci se traduit par une hausse du nombre de nouveaux cas de cancers pour chaque sexe.



UN TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCER QUI BAISSÉ DEPUIS 1980

Baisse de 1,5 % par an
entre 1980 et 2012
(-2,9 % entre 2005 et 2012) [1]

Baisse de 1 % par an
entre 1980 et 2012
(-1,4 % entre 2005 et 2012) [1]

150 000 DÉCÈS PAR CANCERS ESTIMÉS EN 2017 EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

84 000 décès
Le cancer du poumon est toujours au 1^{er} rang, devant les cancers du côlon-rectum et de la prostate.
TSM: 119,2 pour 100 000 [2]
Âge médian au décès: 73 ans

66 000 décès
Le cancer du sein est toujours en tête suivi de près par le cancer du poumon, devant le cancer du côlon-rectum.
TSM: 71,7 pour 100 000 [2]
Âge médian au décès: 77 ans



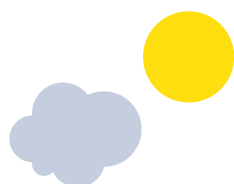
PRÉCISIONS

- **Taux de mortalité: nombre de cas pour 100 000 personnes par an standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale (TSM). Ces chiffres permettent des comparaisons entre pays ou dans le temps en s'affranchissant des particularités des populations nationales, notamment leur augmentation et leur vieillissement.**
- **Les hypothèses de projection adoptées pour chaque cancer conduisent à prédire, entre 2013 et 2017 et tous cancers confondus, une diminution du taux de mortalité standardisé pour les deux sexes. Compte tenu de l'augmentation de la taille de la population française et de son vieillissement, ceci se traduit par une stabilisation du nombre de décès par cancer.**

1. Entre 2013 et 2017, la population de France métropolitaine a augmenté de 1,9 % tous âges (2,0 % chez l'homme et 1,8 % chez la femme) et de 10,3 % chez les plus de 65 ans (11,9 % chez l'homme et 9,2 % chez la femme). Ainsi, la part des plus de 65 ans dans la population est passée de 18,9 % en 2013 à 20,3 % en 2017 (16,2 à 17,8 % chez l'homme et 20,9 à 22,5 % chez la femme).

LA PRÉVALENCE TOTALE DES CANCERS EN FRANCE MÉTROPOLITAINE

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



NOMBRE DE PERSONNES AYANT EU UN CANCER
3 MILLIONS : 1 570 000 HOMMES, 1 412 000 FEMMES

LA RECHERCHE

- ▶ **Plus de 50 000 patients** ont été inclus dans les essais cliniques en cancérologie en 2016 (+ 4,5 % par rapport à 2015) dont 80 % dans des essais académiques.
- ▶ **Près de 163 millions d'euros** ont été alloués à la recherche contre les cancers en 2016 :
 - 93 millions d'euros par les organismes institutionnels (INCa, ITMO Cancer-Aviesan);
 - 39 millions d'euros par la Ligue contre le cancer;
 - 31 millions d'euros par la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer.



PLUS DE 50 000 PATIENTS
SONT INCLUS DANS
LES ESSAIS CLINIQUES

LE DÉPISTAGE

Le dépistage organisé du cancer du sein

- ▶ Population éligible au programme de dépistage organisé : près de 10 millions de femmes âgées de 50 à 74 ans, tous les deux ans, soit 5 000 076 de femmes invitées en 2016.
- ▶ Taux de participation (taux brut) : 50,7 % en 2016.
- ▶ Taux de cancers détectés par le programme : 7,4 ‰ femmes dépistées (soit 36 889 cas de cancers détectés) en 2013-2014.
- ▶ Part des cancers *in situ* détectés : 11,4 % chez les femmes ayant eu un dépistage initial et 15,2 % chez les femmes ayant eu un dépistage subséquent en 2013-2014.

Le dépistage organisé du cancer colorectal

- ▶ Population éligible au programme de dépistage organisé : 19 millions d'hommes et de femmes âgés de 50 à 74 ans, tous les 2 ans.
- ▶ Taux de participation : 29,3 % en 2015-2016. La participation est plus élevée chez les femmes (30,8 %) que chez les hommes (27,8 %) et augmente avec l'âge.
- ▶ Taux de cancers colorectaux détectés par le programme : 1,3 ‰ personnes dépistées (soit 6 211 cas de cancers détectés) en 2012-2013.
- ▶ Taux d'adénomes avancés détectés par le programme : 3,3 ‰ personnes dépistées (soit 16 059 cas d'adénomes avancés) en 2012-2013.

Le dépistage du cancer du col de l'utérus

- ▶ Population éligible au dépistage : 17 000 000 de femmes âgées de 25 à 65 ans tous les 3 ans.
- ▶ Taux de participation au dépistage : 61,2 % sur 5 ans sur la période 2010-2014.

L'ORGANISATION DE L'OFFRE DE SOINS EN CANCÉROLOGIE



LES MÉTIERS DE LA
CANCÉROLOGIE EN
PROGRESSION

**1 106 ONCOLOGUES
MÉDICAUX,**
PROGRESSION DE 9 %
DEPUIS 2015

**895
RADIOTHÉRAPEUTES,**
PROGRESSION DE 8 %
DEPUIS 2015

**1 651 ANATOMO-
PATHOLOGISTES**
PROGRESSION DE 5 %
DEPUIS 2015

Le dispositif d'autorisation

- ▶ Au 1^{er} janvier 2017, 886 établissements disposent d'une ou plusieurs autorisations pour traiter le cancer.

Les effectifs des professionnels de la cancérologie en progression

Au 30 juin 2017, le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) fait apparaître des effectifs de :

- ▶ 1 106 oncologues médicaux, en progression de 9 % par rapport à 2015.
- ▶ 895 radiothérapeutes, en progression de 8 % par rapport à 2015.
- ▶ 1 651 anatomopathologistes, en progression de 5 % par rapport à 2015.

Les plateformes de génétique moléculaire

- ▶ **28 plateformes** hospitalières sont réparties sur l'ensemble du territoire.
- ▶ **140 000 tests** de génétique moléculaire ont été réalisés en 2016 pour 83 000 patients.
- ▶ Cancers pour lesquels des biomarqueurs sont identifiés : sein, poumon, côlon, mélanome, leucémies.

L'oncogénétique

- ▶ Depuis 2003, le dispositif national d'oncogénétique (consultations et laboratoires) a permis d'identifier **64 858 personnes** porteuses d'une mutation les prédisposant héréditairement à un risque très élevé de cancer.
- ▶ **147 sites** de consultation sont répartis dans 104 villes.
- ▶ Entre 2003 et 2016, le nombre de consultations a été multiplié par 6, passant de 12 696 à 71 821.
- ▶ Le nombre de consultations liées aux cancers du sein et/ou de l'ovaire a progressé de 14 % entre 2015 et 2016, pour atteindre 51 971 consultations. Dans le même temps, celles dédiées au syndrome de Lynch ont augmenté de 9 %.

Les outils du parcours de soins

- ▶ **970 485 dossiers** sont enregistrés en réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) par les réseaux régionaux de cancérologie (RRC) en 2016, soit trois fois plus qu'en 2005.
- ▶ **250 258 programmes personnalisés de soins** (PPS) ont été remis aux patients en 2016.

LES SOINS EN CANCÉROLOGIE



1,2 MILLION DE PERSONNES
ONT ÉTÉ HOSPITALISÉES
EN LIEN AVEC
LE DIAGNOSTIC,
LE TRAITEMENT OU
LA SURVEILLANCE
D'UN CANCER EN 2016

L'activité globale hospitalière dans les établissements de Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

- ▶ **1,2 million de personnes** ont été hospitalisées en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer en 2016, soit une augmentation de 10 % par rapport à 2011 (hors activité de radiothérapie dans le secteur privé libéral).
- ▶ L'âge médian de l'ensemble des personnes traitées pour cancer en 2016 est de 68 ans chez les hommes et 65 ans chez les femmes.
- ▶ Près de **7,1 millions d'hospitalisations** (séances et séjours) en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance d'un cancer (hors activité de radiothérapie en secteur privé libéral) ont été réalisées en 2016.
- ▶ L'activité de cancérologie représente près d'un quart de l'activité hospitalière globale : **48,3 % des séances, 10,0 % des hospitalisations ambulatoires et 13,7 % des hospitalisations complètes.**

La chirurgie pour cancer dans les établissements MCO

- ▶ **461 298 hospitalisations** pour chirurgie de cancer ont été réalisées en 2016 (+ 8,7 % par rapport à 2011), soit 6,5 % de l'activité hospitalière totale en cancérologie (hors activité de radiothérapie dans le secteur privé libéral).
- ▶ **26,6 %** de cette activité sont réalisées en ambulatoire majoritairement pour les tumeurs de la peau hors mélanome (58,6 %) suivies de loin par les cancers du sein (17,7 %) et du col de l'utérus (6,7 %).
- ▶ En chirurgie du cancer du sein, la chirurgie partielle (tumorectomie ou quadrantectomie) est 2,5 fois plus fréquente que les mastectomies totales : 53 612 hospitalisations pour mastectomie partielle en 2016 dont **35,9 %** en ambulatoire (contre 30,4 % en 2015 et 21,8 % en 2014).



L'ACTIVITÉ DE
CANCÉROLOGIE
**REPRÉSENTE PRÈS
D'UN QUART
DE L'ACTIVITÉ
HOSPITALIÈRE GLOBALE
EN COURT SÉJOUR**

Les traitements des cancers par chimiothérapie dans les établissements MCO

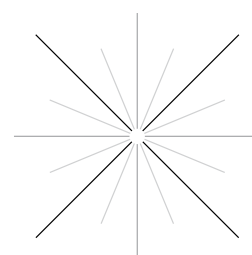
- ▶ **2 538 329 séances** et **258 429 séjours** de chimiothérapie ont été réalisés en 2016.
- ▶ L'activité de chimiothérapie (en termes de séances et de séjours) représente **39,4 %** de l'activité hospitalière totale en cancérologie (hors activité de radiothérapie du secteur privé libéral).
- ▶ L'activité de chimiothérapie pour traitement de cancer est assurée à plus de **50 %** par les centres hospitaliers (29,3 % pour les CH et 23,5 % par les CHU-R), **27,2 %** par des établissements privés commerciaux et **14,2 %** par les centres de lutte contre le cancer (CLCC).

Les traitements des cancers par radiothérapie dans le secteur public et le secteur libéral

- **213 204 personnes** atteintes de cancer ont été traitées par radiothérapie en 2016 : 117 196 dans le secteur public (dont les CLCC et le secteur privé non commercial) et 96 008 dans le secteur libéral.
- **2 083 678 séances et séjours** de traitement de cancer par radiothérapie ont été réalisés dans les établissements de santé du secteur public (dont 97,9 % sous forme de séances).

Les dépenses des hospitalisations liées au cancer dans les établissements MCO sont en progression

- **5,9 milliards d'euros** de dépenses (hors séances de radiothérapie réalisées dans le secteur libéral et hors dépenses des anticancéreux facturés en sus des groupes homogènes de séjours (GHS) liées au diagnostic, au traitement ou au suivi des personnes atteintes de cancer).
- **Près de 1,7 milliard d'euros** (+ 0,7 % par rapport à 2015) de dépenses relatives aux molécules anticancéreuses facturées en sus des prestations d'hospitalisation de court séjour (dont 24,0 % pour le secteur privé commercial).
- Ces dépenses d'anticancéreux représentent **51,1 %** du coût total des molécules onéreuses remboursées en sus des GHS toutes pathologies confondues dans le secteur public (dont les CLCC et le secteur privé non commercial) et **83,8 %** dans le secteur privé commercial.
- Les thérapies ciblées représentent **49,2 %** des dépenses d'anticancéreux (inscrits sur la liste en sus) pour le secteur public et **72,3 %** pour le secteur privé commercial.



213 204 PERSONNES
ATTEINTES DE CANCER
ONT ÉTÉ TRAITÉES PAR
RADIOTHÉRAPIE
EN 2016



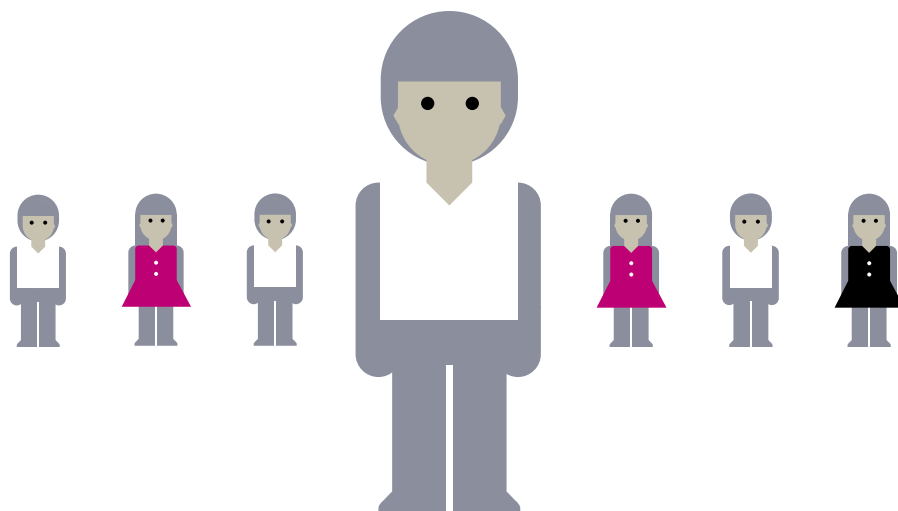
**LES HOSPITALISATIONS
EN LIEN AVEC LE CANCER
REPRÉSENTENT PRÈS
DE 5,9 MILLIARDS
D'EUROS DES DÉPENSES**

L'IMPACT DE LA MALADIE SUR LA SITUATION PERSONNELLE

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

- ▶ **3 personnes sur 5** déclarent avoir conservé des séquelles deux ans après un diagnostic de cancer.
- ▶ **8,5 %** des personnes interrogées rapportent que, dans leur entourage, il leur est déjà arrivé d'être l'objet d'attitudes de rejet ou de discrimination liées directement à leur maladie.
- ▶ La proportion des personnes atteintes de cancer considérées comme vivant en dessous du seuil de pauvreté passe de **20,9 %** au moment du diagnostic en 2010 à **25,1 %** deux ans après le diagnostic.
- ▶ La situation professionnelle des personnes avec un cancer se dégrade considérablement deux ans après le diagnostic : le taux d'emploi passe ainsi de **82 %** à **61,3 %** et le taux de chômage de **7 %** à **11,1 %** [4].

**8,5 % DES PERSONNES
INTERROGÉES** DISENT
ÊTRE L'OBJET
D'ATTITUDES DE REJET
OU DE DISCRIMINATION
LIÉES DIRECTEMENT À
LEUR MALADIE



Références bibliographiques

- [1] Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, Partie 1, Tumeurs solides. Programme partenarial Francim/HCL/InVS/INCa. Juillet 2013.
- [2] Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Uhry Z, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Partenariat Francim/HCL/Santé publique France/INCa. 2017.
- [3] Colonna M, Mitton N, Grosclaude P. Estimation de la prévalence (partielle et totale) du cancer en France métropolitaine chez les 15 ans et plus en 2008. Programme partenarial Francim/HCL/InVS/INCa. Juillet 2014.
- [4] INCa. La vie deux ans après un diagnostic de cancer, de l'annonce à l'après-cancer. Collection État des lieux et des connaissances / Recherche. Mai 2014.

2/ FOCUS SUR...

La participation au programme de dépistage du cancer colorectal reste très insuffisante

LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal (CCR) a été généralisé sur l'ensemble du territoire français en 2009 par un arrêté du ministère en charge de la santé [1]. Il s'adresse aux hommes et aux femmes âgés de 50 à 74 ans à risque moyen de développer un CCR, sans symptôme apparent ni histoire familiale ou personnelle d'adénome ou de CCR, ni maladie inflammatoire chronique intestinale; près de 19 millions de personnes y sont éligibles.

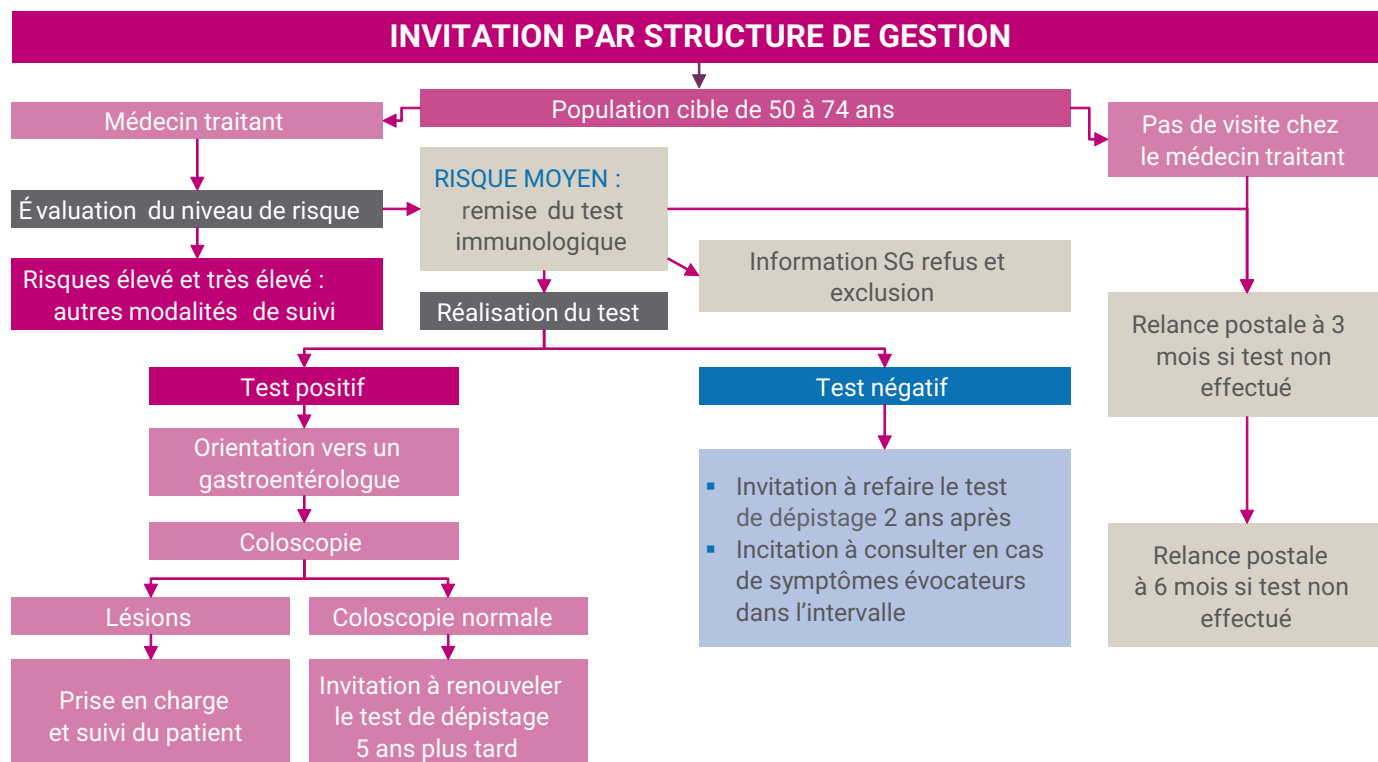
En septembre 2014, dans la suite des recommandations de la Haute Autorité

de santé [2] et des travaux de l'Institut national du cancer (INCa) [3], le cahier des charges du programme de dépistage organisé du cancer colorectal a substitué [4] le test initial au gâïac de recherche de sang occulte dans les selles (Hémocult II®) par un test immunologique quantitatif à seuil de positivité ajustable. La fourniture du kit de dépistage, l'approvisionnement des médecins et des structures de gestion des dépistages des cancers, l'analyse des échantillons et la transmission des résultats ont ensuite fait l'objet d'un appel d'offres de la Cnamts, dans une prestation intégrée pour 4 ans.

Le test immunologique retenu (OC-Sensor®) est disponible en France depuis le 14 avril 2015.

PRÈS DE 19 MILLIONS DE PERSONNES SONT ÉLIGIBLES AU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL

Figure 1: Organisation du programme de dépistage organisé français



DÉFINITIONS, ABRÉVIATIONS

Risque moyen : personnes ne présentant, en dehors de l'âge, aucun risque particulier de cancer colorectal.

Risque élevé : personnes ayant un antécédent personnel ou familial d'adénomes ou de cancer colorectal ou atteintes d'une maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

Risque très élevé : personnes ayant une prédisposition génétique particulière (polypose adénomateuse familiale, syndrome de Lynch, un cancer colorectal héréditaire non polyposique).

SG : structures de gestion.

Source et traitement : Institut national du cancer, 2015

C'est le médecin traitant qui remet le kit de dépistage à l'occasion d'une consultation au cours de laquelle il s'assure de l'éligibilité de la personne au dépistage, de la bonne compréhension du programme et du mode d'emploi du test, qui

est à réaliser à domicile (Figure 1). Le prélèvement doit être envoyé dans les 24-48 heures au laboratoire d'analyse national. La personne concernée, le médecin ayant remis le test et la structure de gestion sont destinataires des résultats.

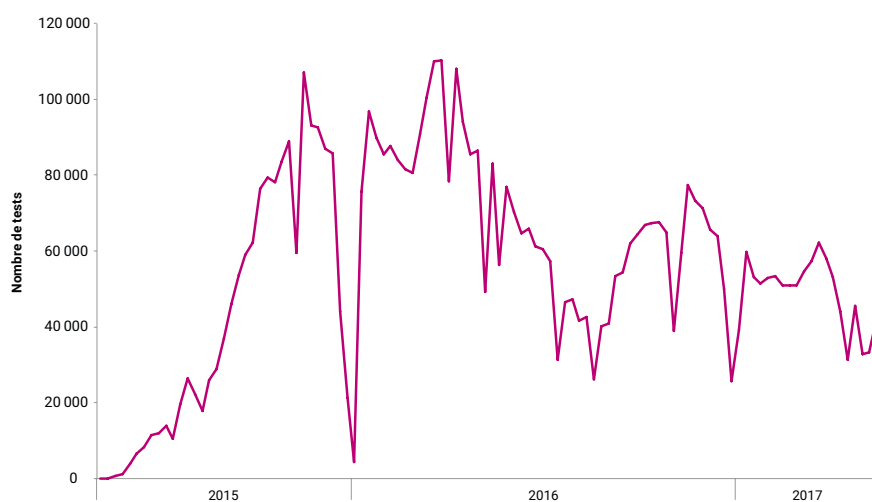
Cette centralisation se substitue à l'analyse antérieure des échantillons par une trentaine de centres, ceci dans le double objectif d'une harmonisation et d'une réactivité accrue, dans le suivi de l'activité du programme comme de son analyse.

LA MONTÉE EN CHARGE DU PROGRAMME

Les données fournies par le laboratoire et par le fournisseur de kits ont permis de suivre la montée en charge du programme (Figure 2). Deux ans après son début, plus de 46 000 médecins traitants et centres de santé ont commandé des kits. Au 31 décembre 2016, les structures de gestion étaient parvenues à inviter la quasi-totalité de la population éligible, compensant ainsi la période de suspension du programme (du 1^{er} janvier au 14 avril 2015).

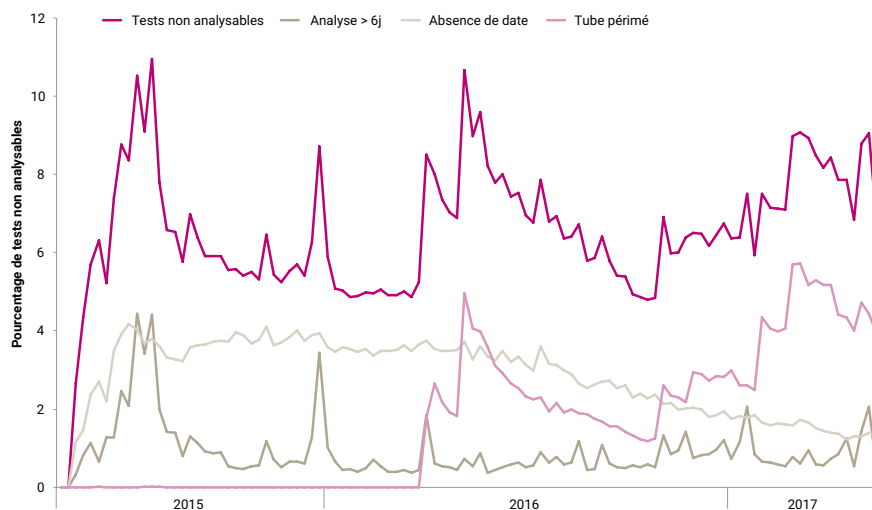
In fine et au cours des deux premières années, 56 000 tests immunologiques ont en moyenne été reçus par semaine par le laboratoire d'analyses médicales, soit un total de 5,8 millions. La part des tests non lus représente 6,4 % (Figure 3) en raison de l'absence de date de prélèvement (46,8 %), d'un dépassement de la date de péremption (25,4 %) ou du délai de lecture au-delà de 6 jours après réalisation du test (11,7 %). Elle a justifié des mesures correctrices (révision notamment de la fiche d'identification) et un suivi hebdomadaire. Pour l'heure, c'est la gestion de la péremption des tubes qui reste la plus problématique compte tenu : 1) de la péremption 18 mois après fabrication du test, très courte au regard d'un parcours finalement complexe : fabrication au Japon, assemblage aux Pays-Bas, adressage sur commande en France, puis remise par des médecins traitants au rythme des consultations et réalisation après un certain délai par les personnes concernées et 2) qu'une partie des personnes dont le test n'a pas été lu, ne le fera pas ce qui peut impacter la participation à plus long terme et entraîner une perte de chance.

Figure 2 : Évolution du nombre hebdomadaire de tests immunologiques reçus par le laboratoire Cerba depuis le début du programme de dépistage du cancer colorectal



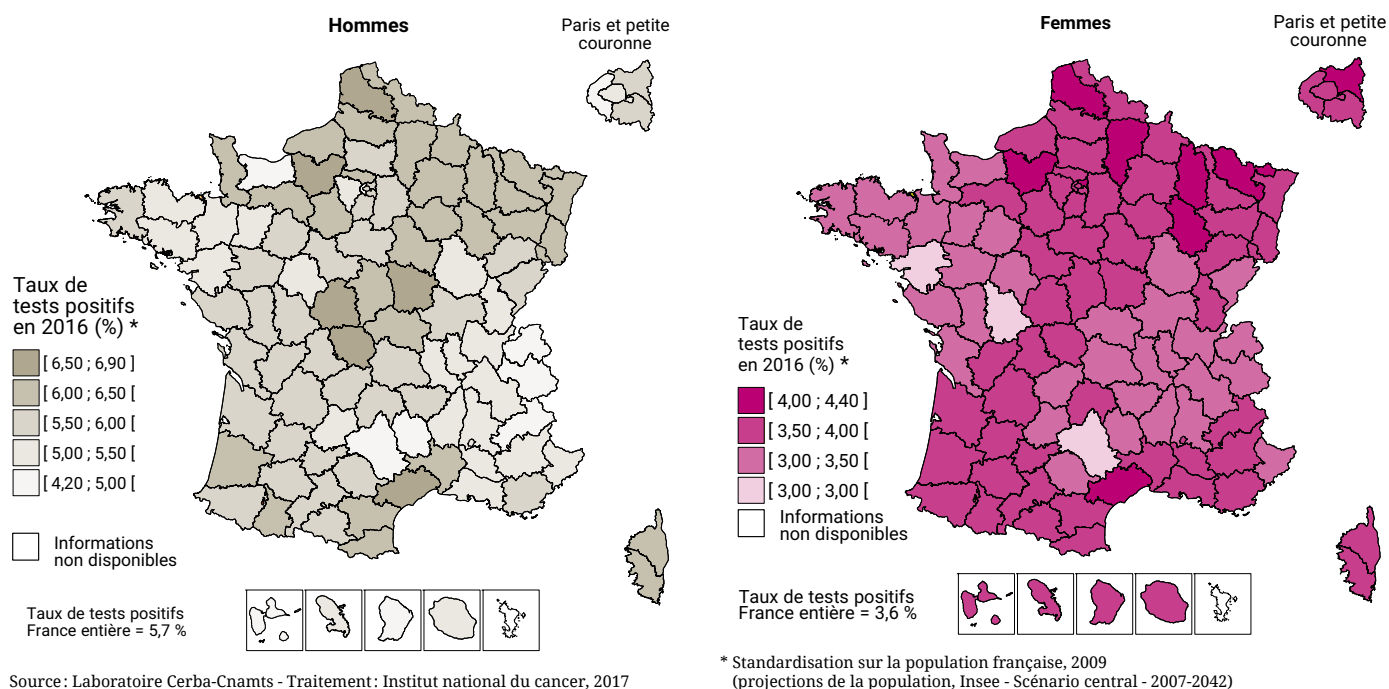
Source : Laboratoire Cerba-Cnamts - Traitement : Institut national du cancer, 2017

Figure 3 : Évolution des taux hebdomadaires de tests non analysables (principales causes)



Source : Laboratoire Cerba-Cnamts - Traitement : Institut national du cancer, 2017

Figure 4: Variation du taux de tests positifs chez les hommes et les femmes selon les départements en 2016



Source : Laboratoire Cerba-Cnamts - Traitement : Institut national du cancer, 2017

UN TEST IMMUNOLOGIQUE PLUS PERFORMANT

Un groupe d'experts réuni par l'INCa a proposé pour ce programme national un seuil de positivité du test immunologique à 150 ng d'hémoglobine par mL de tampon. Le taux de positivité ciblé était de 4 % à 6 % (comparativement à 2,2 % pour le test au gâiac). En pratique, 4,6 % des tests se sont effectivement révélés positifs [5], un chiffre stable tout au long des deux ans.

Sur la période allant du 14 avril 2015 au 31 décembre 2016, le taux de positivité est plus élevé chez les hommes (5,7 %) que chez les femmes (3,6 %) [5]. Il augmente avec l'âge chez les hommes de 4,2 % entre 50-54 ans à 7,9 % à 70-74 ans, et chez les femmes de 3 % entre 50-54 ans à 4,9 % à 70-74 ans, et varie selon les départements, de 4,2 à 6,9 % chez les hommes et de 3,0 à 4,4 % chez les femmes (Figure 4).

Le passage au test immunologique devait permettre, en raison de sa meilleure sensibilité et compte tenu du seuil de positivité choisi, de détecter 2 fois plus de cancers et environ 2,5 fois plus d'adénomes avancés que le test au gâiac [2,3]. Si les données nationales ne sont pas à ce jour disponibles, une étude rétrospective menée sur la région Grand-Est et portant sur le rendement des coloscopies réalisées, entre mai 2015 et octobre 2016, après un test immunologique OC-Sensor® positif, a confirmé que le nouveau programme permettait de détecter 2,5 fois plus de cancers et 3,7 fois plus de néoplasies avancées, au prix toutefois de 2,4 fois plus de coloscopies [6]. La valeur prédictive positive du test dans cette configuration d'adressage est supérieure à 60 % pour l'ensemble des néoplasies et de l'ordre de 40 % pour les néoplasies avancées. Les données nationales sur l'impact en termes de détection de lésions précancéreuses et cancéreuses seront disponibles au premier trimestre 2018.

UNE PARTICIPATION AU DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL PAR TEST IMMUNOLOGIQUE QUI RESTE INSUFFISANTE

Pour la période 2015-2016, le taux de participation au programme est de 28,6 % (Figure 5), plus élevée chez les femmes (30,0 %) que chez les hommes (27,1 %) et augmente avec l'âge [7]. Ces chiffres sont inférieurs à l'objectif européen minimal de 45 % [8], et doivent être interprétés: même si le médecin peut remettre le test à une personne éligible ne disposant pas d'une invitation, la durée effective d'invitation et de réalisation du test n'a été que de 17 mois en moyenne par département (au lieu de 24 mois). Ainsi une part de la population, invitée tardivement en 2016, n'avait pas encore eu l'opportunité de réa-

liser le dépistage au moment de l'analyse. Le gain de participation attendu du fait de la meilleure performance et de la plus grande simplicité du test, démontré dans la littérature, n'est cependant pas atteint.

La participation a varié également selon les sites, de 9,4 % pour la Corse à 47,0 % pour l'Ille-et-Vilaine. Ces variations départementales sont partiellement explicables par une reprise des invitations au dépistage avec le test immunologique à des dates différentes selon les départements. Les taux tendaient à être plus élevés dans les départements ayant redémarré les invitations le plus tôt en 2015, mais également dans ceux qui avaient mis en place des stratégies complémentaires de remise de kits, notamment par l'envoi en direct du test aux personnes concernées, lors de la seconde relance (Ille-et-Vilaine et Côte d'Or par exemple).

LA PRISE DE CONSCIENCE COLLECTIVE DES BÉNÉFICES DU DÉPISTAGE EST INSUFFISANTE ET DES ÉVOLUTIONS SONT NÉCESSAIRES POUR FACILITER L'ACCÈS AU TEST

En France, le nouveau programme de dépistage organisé du CCR par le test OC-Sensor® est en place.

La meilleure performance, la plus grande fiabilité et la simplicité du nouveau test devraient permettre un impact de santé plus élevé et une meilleure participation potentielle, non encore observée. Celle-ci reste bien en deçà des attentes: aussi le seul bénéfice du passage à ce test immu-

nologique plus performant provient-il à ce jour d'un meilleur rendement du dépistage des cancers invasifs et d'adénomes.

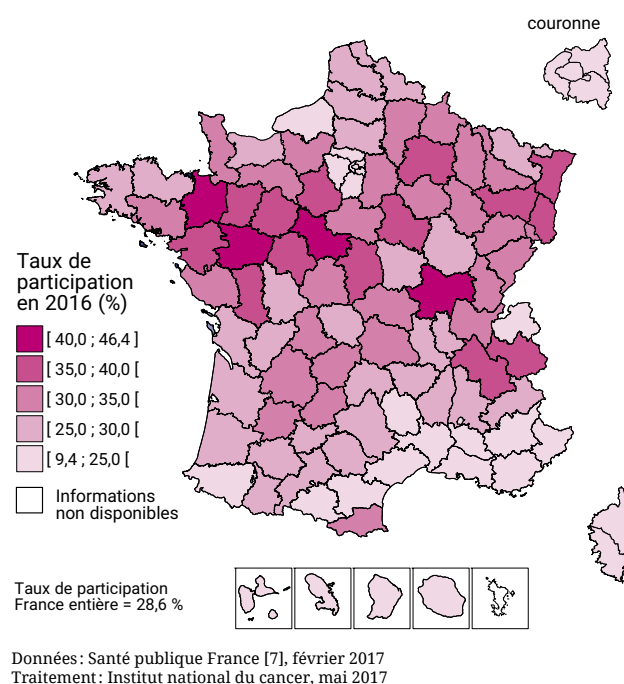
La faiblesse de la participation pose la question d'éventuelles pertes de chance. Elle interroge le seul accès au test via le médecin traitant. On sait d'ailleurs que seuls 70 % des personnes de la tranche d'âge consultent ce praticien dans l'année, 90 % en deux ans, ce qui réduit d'autant l'espérance de participation (Données Sniiram, 2016). Une optimisation des modalités d'accès au kit devrait être introduite lors de la révision du cahier des charges du programme de dépistage. Les principales pistes explorent l'extension de la remise de kits à d'autres professionnels de santé (gastroentérologues, gynécologues, pharmaciens, centres d'examen de santé...) et leur adressage direct par courrier au domicile des personnes concernées en relance. Une étude française réalisée en Ille-et-Vilaine a notamment confirmé que l'envoi direct de kits lors du second courrier de relance permet de gagner de l'ordre de 8 à 9 points de participation [9] pour dépasser l'objectif de 45 % de participation.

Certains points nécessitent des expérimentations et une évaluation plus approfondie. La qualité de l'évaluation du niveau de risque par un autre professionnel de santé ou par la personne elle-même (auto-questionnaire) devra être évaluée (aux Pays-Bas, par exemple, les tests sont envoyés à l'ensemble de la population indépendamment du niveau de risque). La transmis-

sion par les structures de gestion aux médecins généralistes de la liste de leurs patients éligibles n'ayant pas réalisé de test, et l'accès via un serveur à l'éligibilité des patients pourraient être généralisés et systématiques. Cette transmission a été identifiée dans une étude française comme l'un des points, avec la formation et la rémunération [10], ayant la préférence des médecins généralistes en termes de mesures incitatives et il a été démontré dans un essai français qu'elle était susceptible d'améliorer la participation [11].

L'utilisation du test immunologique devait permettre de doubler au minimum le nombre de lésions cancéreuses et précancéreuses détectées. Les premières études sur le programme sont à ce stade seulement encourageantes et nécessitent d'être consolidées au niveau national. Afin d'assurer une équité diagnostique, d'assurer une harmonisation des pratiques et de consolider l'évaluation du programme, il serait opportun d'intégrer au programme une démarche d'amélioration de la qualité impliquant

Figure 5 : Variation du taux de participation de la population selon les départements (période 14 avril 2015-31 décembre 2016)



les hépatogastroentérologues et les anatomocytopathologistes : la mise en place notamment de comptes rendus types standardisés et d'un retour d'information à ces professionnels sur leurs pratiques et sur les résultats des examens complémentaires, leur permettrait de s'étalonner. La plupart des programmes européens disposent de ce type de démarche et d'indicateurs. Les sociétés de gastroentérologie travaillent, en lien avec l'INCa, à en définir les modalités opérationnelles.

On note enfin que les différences de positivité et du type de lésions détectées selon le sexe et l'âge pourraient inciter à affiner la stratégie d'utilisation du test : par exemple en modulant son seuil de positivité ou en envisageant l'adaptation en fonction du sexe de l'âge d'entrée dans le programme, un point déjà soulevé par le groupe de réflexion sur l'éthique du dépistage (GRED) de l'INCa en 2016 [12]. Ceci dans une démarche plus large de définition d'une approche personnalisée et ajustée en fonction du niveau de risque d'un programme actuellement limité aux personnes à risque moyen ; laquelle pourrait s'appuyer sur des scores en y intégrant les personnes à risque aggravé (Action 1.5, Plan cancer 2014-2019). Une étude médico-économique en cours, menée par l'INCa, modélisera, de manière comparée, les places respectives, dans une stratégie de dépistage ajustée au niveau de risque, du test immunologique, de la coloscopie d'emblée, de la rectosigmoïdoscopie, de tests sanguins, de la vidéocapsule, et de la coloscopie virtuelle. Des études internationales sont en cours comparant les différentes approches.

CONCLUSION

La France a fait le choix d'un programme intégré proposant un test unique, de performance prouvée, sur l'ensemble de son territoire. Au-delà de la problématique générale que véhicule le concept de dépistage dans la population, l'utilisation d'un test de recherche de sang dans les selles et l'image du cancer colorectal

restent des freins à la participation. Une évolution continue de ce programme, basée sur des résultats d'études permettant d'affiner sa cible, ses modalités et la mobilisation des acteurs est nécessaire. Elle devrait permettre à ce programme majeur de santé publique d'atteindre enfin sa pleine efficacité.

Références bibliographiques

- [1] Ministère chargé de la santé et des solidarités. Arrêté du 29 septembre 2006 relatif aux programmes de dépistage des cancers [en ligne]. Paris, Légifrance, JORF, n° 295 du 21 décembre 2006 [consulté le 20 décembre 2017]. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000460656>
 - [2] Haute Autorité de Santé. Place des tests immunologiques de recherche de sang occulte dans les selles. Saint-Denis-la-Plaine, décembre 2008.
 - [3] Institut national du cancer. Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal, Synthèse relative aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques de dépistage. Institut national du cancer, Boulogne-Billancourt, INCa, novembre 2011.
 - [4] Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits de la femme. Arrêté du 23 septembre 2014 portant introduction du test immunologique dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal [en ligne]. Paris, Légifrance, JORF, n° 230 du 4 octobre 2014 [consulté le 5 décembre 2017]. www.legifrance.gouv.fr/
 - [5] Santé publique France. Taux de tests immunologiques positifs au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016 [en ligne]. Saint-Maurice, Santé publique France, 2016 [consulté le 2 novembre 2017]. invs.santepubliquefrance.fr
 - [6] Denis B, Gendre I, Perrin P : Bilan des 18 premiers mois du programme français de dépistage du cancer colorectal par test immunologique. *Colon Rectum* (2017) 11: 78. doi:10.1007/s11725-017-0707-1.
 - [7] Santé publique France. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2015-2016 [en ligne]. Saint-Maurice, Santé publique France, 2016 [consulté le 2 novembre 2017]. invs.santepubliquefrance.fr
 - [8] Moss S, Ancelle-Park R, Brenner H; International Agency for Research on Cancer. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First Edition—Evaluation and interpretation of screening outcomes. *Endoscopy*. 2012 Sep;44 Suppl 3:SE49-64.
 - [9] Piette C, Durand G, Bretagne JF et al. Additional mailing phase for FIT after a medical offer phase: The best way to improve compliance with colorectal cancer screening in France. *Dig Liver Dis* (2016), <http://dx.doi.org/10.1016/j.dld.2016.09.015>
 - [10] Sicsic J, Krucien N, Franc C. What are GPs' preferences for financial and non-financial incentives in cancer screening? Evidence for breast, cervical, and colorectal cancers. *Social Science & Medicine* 167 (2016) 1-127.
 - [11] Rat C, Pogu C, Le Donné D et al. Effect of Physician Notification Regarding Nonadherence to Colorectal Cancer Screening on Patient Participation in Fecal Immunochemical Test Cancer Screening. A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2017;318(9):816-824.
 - [12] Institut national du cancer. Ethique et dépistage organisé du cancer colorectal – Analyse du dispositif français, collection appui à la décision. Boulogne-Billancourt, INCa, mai 2016.
-

Réduire la consommation d'alcool pour prévenir les cancers

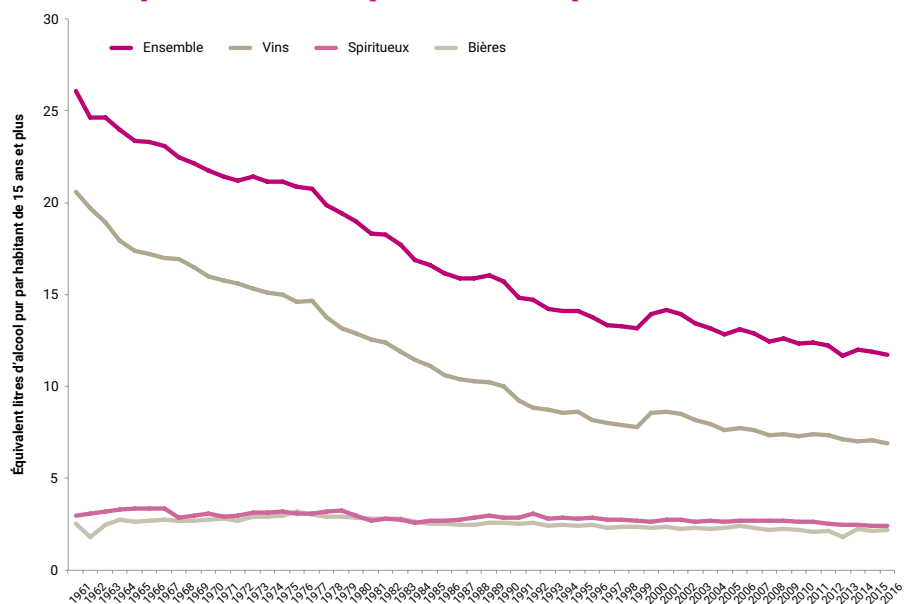
Depuis 1988, l'alcool est classé cancérigène pour l'Homme par le Centre international de recherche sur le cancer [1]. L'éthanol contenu dans les boissons alcoolisées est transformé dans l'organisme en composés favorisant le développement de cancers dans sept localisations différentes: les voies aérodigestives supérieures (VADS), l'oesophage, le côlon et le rectum, le sein et le foie [2].

Certains mécanismes sont communs à plusieurs localisations de cancers. Le plus important d'entre eux est la production de métabolites génotoxiques à partir de l'éthanol.

D'autres mécanismes semblent plus spécifiques de certaines localisations, par exemple:

- l'acétaldéhyde contenu dans les boissons alcoolisées consommées ou produit à partir de l'éthanol par les bactéries présentes localement, entre directement en contact avec les muqueuses des voies aérodigestives supérieures (VADS: bouche, pharynx, larynx et oesophage) et exercerait localement son effet mutagène;
- l'éthanol contenu dans les boissons alcoolisées pourrait agir localement comme un solvant et augmenter la perméabilité des muqueuses des VADS aux cancérogènes tels que le tabac, contribuant ainsi à la synergie observée entre ces deux facteurs de risque de cancers des VADS;
- la consommation chronique d'alcool s'accompagne d'apports réduits en folates pouvant conduire à une déficience ou carence en folates, qui pourrait elle-même agir sur la méthylation de l'ADN et favoriser le développement et la progression du cancer colorectal;
- la consommation d'alcool augmenterait les taux d'hormones stéroïdes circulantes (oestrogènes, androgènes) et agirait sur les récepteurs hormonaux,

Figure 1: Quantités d'alcool mises en vente par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur)



Source: INSEE/OFDI 2017 [6]

mécanisme impliqué dans le cas du cancer du sein;

- une consommation régulière et élevée de boissons alcoolisées favoriserait le développement de pathologies hépatiques telles que la stéatose, l'hépatite ou la cirrhose, elles-mêmes facteurs de risque de cancer du foie.

Une étude récente a montré qu'en 2015, près de 28000 nouveaux cas de cancer étaient attribuables à la consommation d'alcool en France, soit 8 % des nouveaux cas de cancer, toutes localisations confondues. L'alcool est ainsi le second facteur de risque évitable de cancers après le tabac. Avec 8081 nouveaux cas de cancers du sein attribuables à l'alcool, le cancer du sein est le plus fréquent des cancers attribuable à l'alcool, suivi du cancer colorectal (6654 cas), de la cavité buccale et du pharynx (5675 cas), du foie (4355 cas), de l'oesophage (1807 cas) et du larynx (1284 cas) [3]. Les études scientifiques montrent une augmentation du risque de cancer dès la

consommation moyenne d'un verre par jour; cette augmentation du risque est proportionnelle à la quantité d'alcool consommée. Ainsi, toute consommation régulière d'alcool, même faible, est à risque [4,5].

LA CONSOMMATION D'ALCOOL EN FRANCE : UNE CONSOMMATION EN BAISSÉ MAIS QUI RESTE TOUJOURS ÉLEVÉE

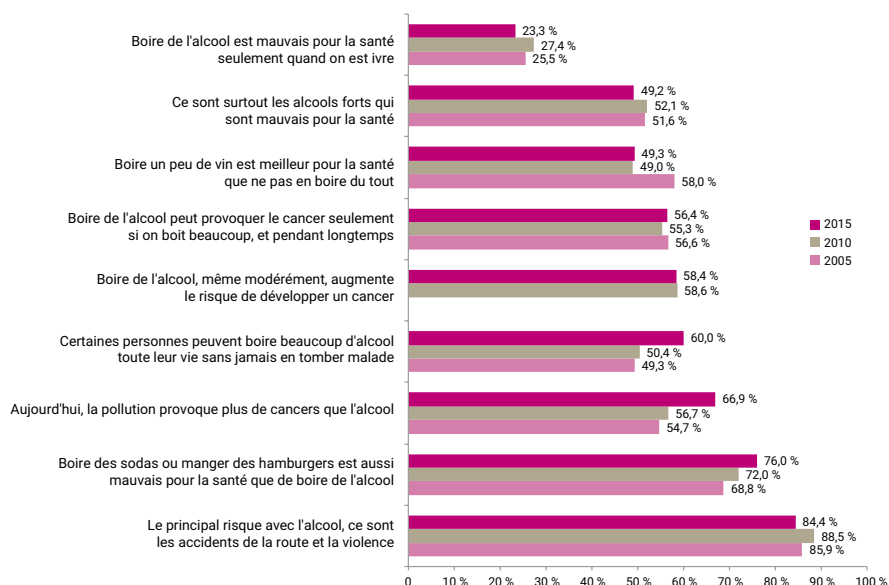
Depuis le début des années 1960, les quantités d'alcool mises en vente en France ont fortement diminué. En 1961, les quantités d'alcool par habitant âgé de 15 ans et plus s'élevaient à 26 litres d'alcool pur. Un peu plus de quarante ans plus tard, ces quantités étaient divisées par deux et la tendance à la baisse se poursuit jusqu'en 2016 (Figure 1). Si cette baisse est entièrement

imputable à la seule diminution des quantités de vin jusqu'en 2000, ce n'est plus tout à fait le cas pour la période 2000-2016: si les quantités de vin baissent le plus fortement (-19 %), celles de spiritueux ont diminué de 9 % et celles de bières de 4 % [6].

ALCOOL : DES CHANGEMENTS DANS LES MODES DE CONSOMMATION

En 2016, le nombre de litres d'alcool pur consommé correspond en moyenne à près de 2,6 verres « standard » ou « unité standard d'alcool » (1 verre standard contient environ 10 g d'alcool pur) chaque jour, par habitant âgé de 15 ans et plus, en France. Cette moyenne recouvre une très grande diversité de comportements. Une étude² publiée en 2016 a montré que l'évolution globale de la consommation d'alcool, appréciée à travers les déclarations de fréquence de consommation ou la survenue d'épisodes d'ivresses, se caractérise, tant parmi les hommes que parmi les femmes, par une forte baisse de la consommation quotidienne. En revanche, la part des personnes consommant de l'alcool plusieurs fois par semaine apparaît stable depuis 2005 (43,8 % chez les hommes adultes en 2014 *versus* 46,1 % en 2005, et 19 % chez les femmes adultes en 2014 *versus* 19,7 % en 2005). Par type d'alcool, seule la fréquence de consommation de vin a diminué. Le vin demeure la boisson alcoolique la plus consommée par les Français: un tiers des hommes et 16 % des femmes en boivent plusieurs fois par semaine. Par ailleurs, les ivresses répétées (au moins trois dans l'année) concernent une part grandissante de la

Figure 2: Évolution des opinions relatives à la dangerosité de l'alcool en 2005, 2010 et 2015 (pourcentages de « tout à fait » ou « plutôt » d'accord)



Source: Baromètre Cancer 2015, INCa-Santé publique France

population. En dix ans, la part d'hommes déclarant de tels épisodes est passée de 9,0 % à 13,5 %, cette part allant de 1,7 % à 5,0 % parmi les femmes [7].

DÉNI ET RELATIVISATION DES RISQUES DE CANCER LIÉS À L'ALCOOL

Si la majorité des Français se sent bien informée sur les effets de l'alcool sur la santé d'après les premiers résultats du baromètre cancer 2015, les opinions recueillies révèlent une importante mise à distance du risque. D'après l'enquête EROPP 2012 [8], seuls 11 % des Français considèrent que l'alcool est dangereux dès le premier verre. Les doses moyennes au-delà desquelles les consommations d'alcool sont jugées néfastes pour la santé restent de 3,4 verres par jour. Les perceptions et les opinions des Français concernant le risque de consommation d'alcool sont

très marquées socialement, les personnes les plus défavorisées se sentant moins bien informées sur les effets de l'alcool sur la santé, plus enclines à relativiser le risque et à avoir l'impression de pouvoir le maîtriser [9].

La figure 2 illustre l'évolution des opinions relatives à la dangerosité de l'alcool entre 2005 et 2015. Certaines croyances sont plus répandues en 2015 qu'en 2005. Par exemple, l'adhésion à l'assertion « boire des sodas ou manger des hamburgers est aussi mauvais pour la santé que de boire de l'alcool » est passée de 68,8 % à 76,0 %, ou « aujourd'hui, la pollution provoque plus de cancers que l'alcool » (de 54,7 % à 66,9 %) marquant une mise à distance importante du risque de la consommation d'alcool. L'évolution de ces opinions depuis 2005 peut également s'interpréter comme le reflet d'un manque d'information et d'action de prévention sur l'alcool par rapport à d'autres facteurs de risques plus médiatisés (risques alimentaires et environnementaux) [10].

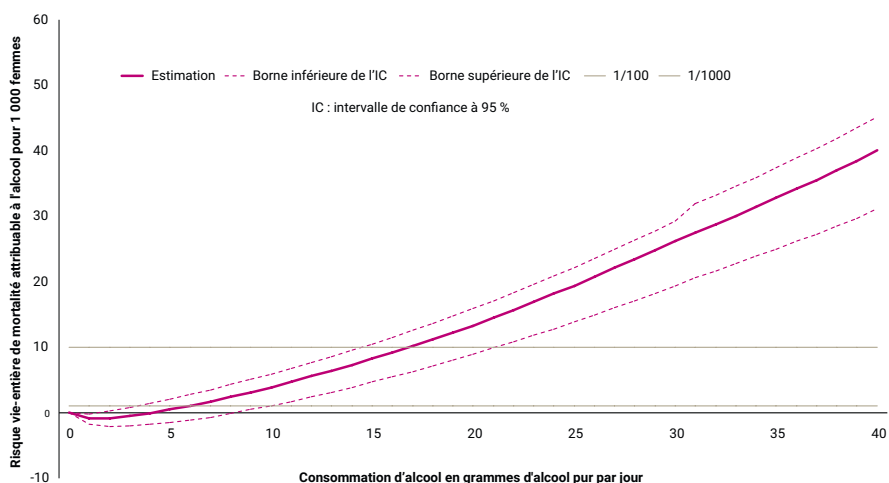
2. Cette étude porte sur la population âgée de 18 à 75 ans interrogée dans les différentes vagues de cette enquête, menées en 1992 (n=2 099), 1995 (n=1 993), 2000 (n=12 588), 2005 (n=28 226), 2010 (n=25 034) et 2014 (n=15 186)

LES EXPERTS APPELLENT À RENOUVELER L'ACTION PUBLIQUE SUR L'ALCOOL EN FRANCE ET PROPOSENT DES REPÈRES DE CONSOMMATION

Les nouvelles connaissances scientifiques sur l'existence d'un risque de cancers lié à des consommations même faibles d'alcool ont incité à revoir les repères de consommations pour le grand public. Cette réflexion a été menée dans le cadre d'une démarche plus globale visant à clarifier le discours public sur l'alcool. En réponse à une saisine, Santé publique France et l'Institut national du cancer ont constitué un groupe d'experts multidisciplinaires pour l'établissement de recommandations sur l'évolution du discours public sur l'alcool. Ce groupe d'experts s'est appuyé sur des auditions des parties prenantes et d'experts internationaux, sur une revue de la littérature scientifique, et sur un modèle de simulation de l'impact de différents niveaux de consommations d'alcool sur le risque de mortalité globale « vie entière » adapté à la France. Il s'agit d'une méthode déjà utilisée par l'Australie, la Grande-Bretagne et d'autres pays européens dans le cadre du projet RARHA (*Reducing Alcohol Related Harm*) financé par la Commission européenne. Une étude qualitative a également été menée afin de documenter la perception d'un échantillon de la population française métropolitaine sur l'alcool et les repères de consommation actuels.

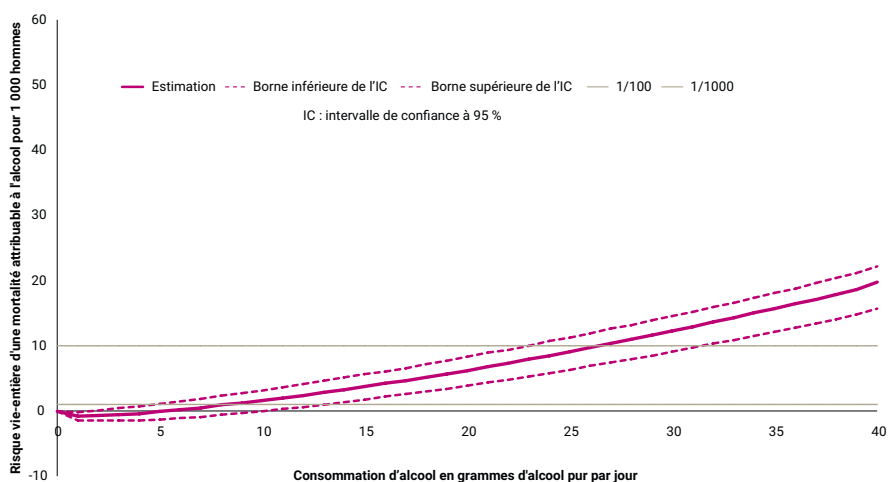
Les résultats de la modélisation française montrent que le risque absolu de mor-

Figure 3: Risque vie entière de décès attribuable à l'alcool en France chez les femmes



Source: Shield, Rehm, Santé publique France 2017 [11]

Figure 4: Risque vie entière de décès attribuable à l'alcool en France chez les hommes



Source: Shield, Rehm, Santé publique France 2017 [11]

talité attribuable à l'alcool augmente plus rapidement chez les femmes (Figure 3) que chez les hommes (Figure 4) (1 % dès une consommation de 15 g par jour *versus* 25 g par jour) [11]. Dans les deux cas, un effet négatif (pouvant être interprété en termes de « protection ») peut être observé pour les faibles consommations (de l'ordre de 0 à 5 g par jour ou en dessous d'un demi-verre stan-

dard par jour). Cette caractéristique est retrouvée dans tous les pays pour lesquels le modèle a été appliqué même si la limite de 5 g par jour et l'importance de la protection sont très variables. Elle correspond notamment au poids de la mortalité cardiovasculaire dans la mortalité totale, associée négativement aux faibles niveaux de consommation dans le modèle utilisé.

3. La Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) et la Direction générale de la santé (DGS) ont saisi Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa) le 21 juin 2016 afin de faire des propositions pour le renouvellement du discours public sur l'alcool.

Il en découle pour certains une interprétation de la courbe « en J » comme indiquant l'existence d'un seuil en dessous duquel la consommation d'alcool serait globalement « protectrice ». Cette interprétation reste encore aujourd'hui largement discutée (cf. rapport d'experts [10]). Par ailleurs, dans les deux figures 3 et 4, l'intervalle de confiance

du risque attribuable pour les faibles niveaux est tel que toute fixation d'un seuil sans risque serait hasardeuse. En l'absence de seuil évident qui aurait conduit à recommander une consommation limite entraînant un surrisque nul, les résultats obtenus par J. Rehm et K. Shield permettent néanmoins de définir pour la population française un intervalle

de consommation entraînant un risque « vie entière » considéré comme « faible ». L'utilisation de repères de consommation a été préférée à celle d'un repère sans risque. Cela doit permettre à chaque individu de confronter sa propre consommation à une valeur repère au-dessus de laquelle il lui est conseillé de réduire sa consommation. Une valeur repère est une

Recommandations du groupe d'experts sur les conseils à délivrer au grand public en termes de consommation d'alcool [10]

Cet avis recommande que soient délivrées au grand public les informations suivantes :

- Les risques liés à la consommation d'alcool pour la santé au cours de la vie augmentent avec la quantité consommée :
 - à long terme, la consommation d'alcool est une cause de morbidité et de mortalité pour certaines maladies chroniques comme la cirrhose, certains cancers comme ceux des VADS, du foie et du sein et certaines maladies cardiovasculaires, comme l'hypertension artérielle et l'accident vasculaire cérébral ;
 - à court terme, la consommation d'alcool est responsable de traumatismes intentionnels et non intentionnels, notamment des accidents pouvant causer des blessures (et la mort dans certains cas), la mauvaise évaluation des situations à risque et la perte du contrôle de soi. C'est en particulier vrai en cas de consommation ponctuelle importante.
- Si vous consommez de l'alcool, il est recommandé pour limiter les risques pour votre santé au cours de votre vie :
 - de ne pas consommer plus de 10 verres standard par semaine et pas plus de 2 verres standard par jour ;
 - d'avoir des jours dans la semaine sans consommation.
- Et pour chaque occasion de consommation, il est recommandé :
 - de réduire la quantité totale d'alcool que vous buvez ;
 - de boire lentement, en mangeant et en alternant avec de l'eau ;
 - d'éviter les lieux et les activités à risque ;
 - de s'assurer que vous avez des gens que vous connaissez près de vous et que vous pouvez rentrer chez vous en toute sécurité.

Pour les femmes qui envisagent une grossesse, qui sont enceintes ou qui allaitent : pour limiter les risques pour votre santé et celle de votre enfant, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

Pour les jeunes et les adolescents : pour limiter les risques pour votre santé, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool.

D'une façon générale, l'option la plus sûre est de ne pas consommer d'alcool en cas :

- de conduite automobile ;
- de manipulation d'outils ou de machines (bricolage, etc.) ;
- de pratique de sports à risque ;
- de consommation de certains médicaments ;
- de l'existence de certaines pathologies.

Sur les stratégies de prévention, cet avis recommande :

- que les stratégies de communication génèrent une notoriété importante des nouveaux repères de consommation ;
- une présence plus forte des pouvoirs publics, afin de contrer le poids des actions de promotion des producteurs d'alcool. Cette présence plus forte pourrait se faire d'une part par le renforcement des informations sanitaires obligatoires (publicités, contenant), d'autre part par le renouvellement des stratégies publiques de prévention incluant des initiatives innovantes, en s'engageant davantage dans des campagnes de marketing social ;
- d'informer les professionnels de la santé et du secteur médico-social, de les sensibiliser et de les outiller pour faire face aux risques liés à la consommation d'alcool.

Sur le rôle et le discours des pouvoirs publics, cet avis recommande :

- que les taxes soient proportionnelles à la quantité d'alcool et non pas au type de boissons alcoolisées à des fins de clarté du discours public et de cohérence de l'action publique ;
- de construire une politique publique cohérente qui tienne compte de la prévention des dommages sanitaires et sociaux, sans pour autant nier le souci gouvernemental du développement économique des filières concernées ;
- qu'une part des taxes sur l'alcool soit allouée à un fonds dédié aux actions publiques de prévention et de recherche dans le domaine de l'alcool ;
- que l'avertissement réglementaire obligatoire apposé sur les publicités soit revu :
 - en modifiant l'information qui figure actuellement « L'abus d'alcool est dangereux pour la santé » ;
 - en empêchant les annonceurs d'ajouter un autre message à celui imposé par la loi (tels que « À consommer avec modération »).
- que l'avertissement pourrait être : « Toute consommation d'alcool comporte des risques pour votre santé » ;
- que figurent sur l'étiquette des contenants par unité de conditionnement les informations suivantes :
 - le nombre de verres standard à 10 grammes ;
 - le nombre de calories par verre standard ;
 - un avertissement sanitaire tel que « Toute consommation d'alcool comporte des risques pour votre santé » ;
 - un pictogramme pour la femme enceinte plus visible.
- que l'encadrement de la publicité pour les boissons alcoolisées sur Internet soit renforcé en tenant compte des évolutions et des usages de ce support.

valeur indicative de consommation fondée scientifiquement mais qui, compte tenu des données et analyses disponibles, ne peut pas être déterminée de manière totalement objective, comme pourrait l'être une valeur seuil; elle résulte d'une analyse scientifique et d'un arbitrage réalisé à l'échelle du pays selon les représentations et les consommations actuelles.

Sur les figures 3 et 4 sont indiquées les valeurs limites de consommation associées à un risque absolu attribuable à l'alcool de 1/1 000 et de 1/100. Ces limites sont différentes entre les femmes (6 g par jour et 16 g par jour) et les hommes (8 g par jour et 24 g par jour respectivement). À partir des connaissances sur les repères actuellement en vigueur en France, il est apparu au groupe d'experts qu'un consensus pouvait être atteint en fixant un repère intermédiaire entre ces différentes valeurs. Le choix ayant été fait de proposer à la fois une valeur repère unique pour les deux sexes et de l'exprimer sous la forme d'un nombre de verres standard par semaine dans un but de simplification du message, le consensus s'est établi autour d'une consommation repère de 10 verres standard par semaine, ce qui correspond en moyenne à 14 g par jour d'alcool.

Le groupe d'experts recommande de construire une politique publique cohérente sur la consommation d'alcool qui tienne compte de la prévention des dommages sanitaires et sociaux, sans pour autant nier le souci gouvernemental du développement économique des filières concernées. Par ailleurs, il rappelle que la politique de prévention relève de la responsabilité pleine et entière des pouvoirs publics et que ceux-ci ne peuvent laisser d'autres acteurs intervenir dans ces domaines sans exercer un contrôle strict des contenus de leurs messages.

Les recommandations du groupe d'experts sont détaillées dans l'encadré ci-contre.

CONCLUSIONS

Les études ont montré une augmentation de la morbidité et de mortalité, à court et long terme, pour des consommations faibles d'alcool par jour. Ainsi, ce n'est pas « l'abus d'alcool » qui est à risque mais une consommation, même faible. D'un point de vue de santé publique et compte tenu des effets de l'alcool sur la santé, il est aujourd'hui recommandé de ne pas consommer plus de 10 verres standards par semaine, avec des jours sans consommation afin de limiter le risque pour la santé.

Pour les experts, il est important que ces repères soient largement connus et accompagnés de stratégies de marketing social de grande ampleur ainsi que d'un soutien des professionnels de santé.

Une mobilisation collective de l'ensemble des acteurs de la société civile (patients, professionnels de santé, chercheurs, journalistes) devra être mise en place pour participer à l'effort de politique de prévention, fondée sur la pédagogie et sur la base de données scientifiques validées afin de pallier une médiatisation approximative du risque alcool.

Références bibliographiques

- [1] IARC Working Group. "Alcohol drinking". IARC Monograph Eval Carcinog Risks Hum, 1988;44:1-378.
- [2] NACRe Nutrition et prévention primaire des cancers : actualisation des données, collection État des lieux et des connaissances, Institut national du cancer, juin 2015.
- [3] Shield K, Marant Micallef C, Hill C, et al. New cancer cases in France in 2015 attributable to different level of alcohol consumption, *Addiction* 2017 aug 22.
- [4] Bagnardi V, Rota M, Botteri E, Tramacere I, Islami, Fedirko V et al. Alcohol consumption and site-specific cancer risk: a comprehensive dose-response meta-analysis. *Br J Cancer* 2015; 112:580-93.
- [5] Cao Y, Willett WC, Rimm EB, Stampfer MJ, Giovannucci EL. Light to moderate intake of alcohol, drinking patterns, and risk of cancer: results from two prospective US cohort studies. *BMJ* 2015; 351: h4238
- [6] OFDT. Quantités d'alcool mises en vente par habitant âgé de 15 ans et plus depuis 1961 (en litres équivalents d'alcool pur). Séries statistiques, Organisation mondiale de la santé entre 1961 et 1989, groupe IDA de 1990 à 1999, Insee/OFDT de 2000 à 2016. Dernière mise à jour octobre 2017 www.ofdt.fr
- [7] Richard JB, Beck F. Tendances de long terme des consommations de tabac et d'alcool en France, au prisme du genre et des inégalités sociales. *Bull Epidémiol Hebd.* 2016;(7-8):126-33. www.invs.sante.fr
- [8] Tovar M, Le Nezet O, and BastianicT. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. *Tendances*, 2013. 88.
- [9] Bocquier A, Fressard L, Verger P, Legleye S, Peretti-Watel P. Alcohol and cancer: risk perception and risk denial beliefs among the French general population. *European journal of public health.* 2017.
- [10] Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 149 p. www.santepubliquefrance.fr
- [11] Shield K, Rehm J. Lifetime risk of mortality due to different levels of alcohol consumption in France: implications for national low-risk drinking guidelines in Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Saint-Maurice : Santé publique France, 2017. 149 p. www.santepubliquefrance.fr

3/ LES FAITS MARQUANTS

L'ÉPIDÉMIOLOGIE DES CANCERS

La production et la publication de ces données sont le résultat des actions du programme de travail partenarial entre le réseau français des registres des cancers Francim, le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa) sur la durée du troisième Plan cancer 2014-2019.

L'édition 2017 est marquée par la mise à jour des données de projections 2017 de l'incidence et de la mortalité par cancer.



LES FACTEURS DE RISQUE COMPORTEMENTAUX

Tabac

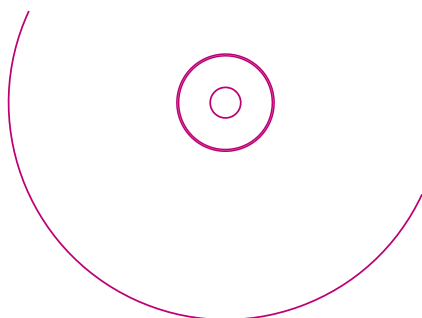
En 2017, l'augmentation du prix du paquet de cigarettes a été annoncée et inscrite dans la loi de financement de la sécurité sociale 2018 avec l'objectif d'atteindre la barre symbolique d'un paquet de cigarettes à 10 euros en 2020.

Facteurs nutritionnels

En 2017, un arrêté recommande l'utilisation d'un dispositif d'étiquetage nutritionnel simple et accessible par tous (« Nutriscore ») sur la face avant des emballages alimentaires.

Facteurs de risque infectieux

Au 31 décembre 2016, la couverture vaccinale contre les HPV des jeunes filles de 16 ans était de 19,1 %. C'est un des niveaux le plus bas estimé depuis l'introduction de la vaccination en 2007. Le HCSP a recommandé l'utilisation du vaccin Gardasil9® pour toute initiation de nouveau schéma vaccinal. Ce vaccin permet de prévenir 90 % des infections HPV en cause dans la survenue des cancers du col.



LE DÉPISTAGE

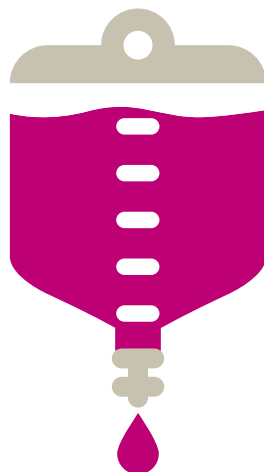
Cancer du sein

À la suite de la concertation nationale citoyenne et scientifique sur l'évolution du dépistage des cancers du sein, un plan d'action pour la rénovation du dépistage organisé du cancer du sein a été publié en avril 2017. Ainsi, une modernisation de l'information pour les femmes a été conduite par l'Institut national du cancer, avec la création d'un nouveau livret disponible depuis septembre 2017.

Expérimentation et évaluation de la dématérialisation des flux d'information associés à la mammographie numérique : quatre projets sont en cours sur le territoire français. L'accompagnement et l'analyse comparative des projets permettront *in fine* la rédaction d'un cahier des charges de la généralisation de la stratégie nationale de dématérialisation des mammographies de dépistage.

Cancer du col de l'utérus

Une étape de préfiguration de la généralisation du dépistage organisé des cancers du col de l'utérus a été lancée en 2016 et 2017, s'appuyant sur 17 sites régionaux préfigurateurs. Le programme de dépistage organisé sera déployé au plan national en 2018.



LES SOINS

Activité en cancérologie

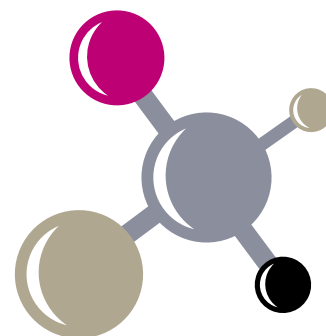
L'analyse de l'activité en cancérologie en milieu hospitalier en 2016 montre une poursuite de l'augmentation des dépenses relatives aux hospitalisations liées aux cancers et aux molécules anticancéreuses facturées en sus des prestations d'hospitalisation de court séjour.

Le dossier communicant de cancérologie (DCC)

Le dossier communicant de cancérologie s'inscrit dans la mise en place progressive d'un système d'information national d'échange et de partage sécurisés de données médicales entre tous les acteurs de santé intervenant dans le domaine de la cancérologie. En 2016, 79 % des patients disposent d'un DCC.

LA VIE APRÈS LE CANCER

Les partenaires de la Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) ont abouti à un accord sur une grille de référence (publiée le 4 février 2016) relative aux conditions d'accès à une assurance emprunteur sans surprime ni exclusion, pour six types d'affection. Cette grille a été actualisée le 30 mars 2017.



LA RECHERCHE

Tout en poursuivant ses actions phares dans le financement et le soutien aux différents domaines de recherche (fondamentale, translationnelle, clinique, et en sciences humaines et sociales, épidémiologie et santé publique), l'Institut national du cancer a renforcé la multidisciplinarité dans les projets de recherche, la sensibilisation à la recherche en oncopédiatrie et la prévention tertiaire, en particulier pour le tabac, par le biais de programmes spécifiques pour appréhender ces différents sujets, en partenariat avec la Fondation ARC pour la recherche sur le cancer et la Ligue contre le cancer.

Conformément à la volonté de l'Institut national du cancer et du Plan cancer 2014-2019 de développer la médecine personnalisée, le soutien de l'Institut à l'accès à l'innovation et aux thérapies ciblées s'est d'autant plus renforcé, notamment par le soutien à l'implémentation du NGS (*Next-Generation Sequencing*, séquençage de l'ADN) à visée diagnostique dans les plateformes de génétique moléculaire et les laboratoires d'oncogénétique, ou encore le soutien au programme AcSé.



Pour plus d'informations
e-cancer.fr

Institut national du cancer
52, avenue André Morizet
92100 Boulogne-Billancourt
France

Tél. +33 (1) 41 10 50 00

ISBN 978-2-37219-366-5
ISBN net 978-2-37219-367-2

ETKAFRSYN18

e-cancer.fr

