



DATA
FHP-MCO



CANCÉROLOGIE
Évolution et tendances

Une publication de la FHP-MCO
Juin 2026

n°10



FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

ANTI-JARGON

- AP-HP** Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
- ATIH** Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
- CCAM** Classification commune des actes médicaux
- CCLC** Centre de lutte contre le cancer
- CIM** Classification internationale des maladies
- CNIL** Commission nationale de l'informatique et des libertés
- DMS** Durée moyenne de séjour
- ESPIC** Établissement de santé privé d'intérêt collectif
- GHM** Groupe homogène de malades
- HIA** Hôpital d'instruction des armées
- INCa** Institut national du cancer
- PIE** Prestation inter-établissements
- PMSI** Programme de médicalisation des systèmes d'information
- RCMI** Radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité
- RSS** Résumé de sortie standardisé

Le poids de la cancérologie dans l'activité des établissements de santé de court séjour	2
Objectifs	3
Préambule	3
Matériels	4
Méthode	5
Résultats	6
Le volume global d'activité	6
Évolution de ce volume global entre 2015 et 2024	10
La question de l'âge des patients	14
Les caractéristiques de l'ensemble des séjours de cancérologie	26
La distribution par type de prise en charge du cancer	35
Les activités en séance	48
Les établissements de santé	64
Discussion	71
Conclusion	72



— Consulter l'ensemble des chiffres présentés dans cet ouvrage

**LE POIDS DE
LA CANCÉROLOGIE
DANS L'ACTIVITÉ DES
ÉTABLISSEMENTS
DE SANTÉ DE COURT
SÉJOUR**

OBJECTIFS

Décrire globalement l'activité hospitalière de court séjour en rapport avec la prise en charge des pathologies cancéreuses, au moyen du PMSI, et définir le poids de ces prises en charge dans l'activité globale des établissements.

PRÉAMBULE

Comme pour toute étude utilisant le PMSI, les notions d'établissements de santé publics ou privés distinguent respectivement les établissements en fonction de leur mode de financement actuel : anciennement sous dotation globale de financement (établissements publics, Espic, Hôpital d'instruction des armées (HIA), Centre de lutte contre le cancer (CLCC)...) et les établissements anciennement sous objectif quantifié national (privé, privé associatif).

L'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (AP-HP) est toujours comptabilisée comme un seul établissement, malgré ses 33 sites et ses nombreux plateaux techniques.

Trois difficultés apparaissent d'emblée pour cette étude :

- Une analyse descriptive de la cancérologie au travers du PMSI est difficile dans la mesure où le PMSI n'est pas un outil épidémiologique, et la qualité du codage des diagnostics est beaucoup plus incertaine en matière de cancer, par rapport au codage de pathologies plus aiguës¹.
- Le régime des autorisations qui encadre l'activité de cancérologie en établissement de santé de court séjour est complexe et a enregistré au cours des dernières années de nombreuses modifications.
- Du fait de ce régime d'autorisation et de la complexité des situations cliniques, l'INCa a publié des modalités de recensement de chacune des activités spécifiques et la FHP-MCO fournit à ses adhérents des éléments de contrôle de l'adéquation entre activité produite par l'établissement et conditions d'autorisation. Le présent document ne reprend pas ces informations, mais il tente une approche globale de description de l'activité des établissements de santé de court séjour au bénéfice de patients porteurs d'affections cancéreuses. Ainsi, le recensement réalisé est plus large que le périmètre INCa.

MATÉRIELS

Base PMSI MCO de 2015 à 2024 (seule période autorisée par la CNIL) et résultats d'études antérieures archivées. Lorsque le recensement porte sur le code diagnostic, on choisit de ne retenir que les codes CIM10 de l'OMS (Classification internationale des maladies, 10^e révision) de C010 à D09.9, et de négliger les tumeurs à évolution imprévisibles (D37 à D48).

1. En cancérologie, un même malade va faire l'objet d'un nombre important de prises en charge hospitalières : hospitalisation pour explorations permettant l'élaboration du diagnostic et de son extension, puis prises en charge éventuellement en médecine et/ou en chirurgie et/ou en chimiothérapie et/ou en radiothérapie. Encore faut-il ajouter dans ce dernier cas, que la radiothérapie délivrée par des structures privées (qui revendiquent la moitié de l'activité nationale) n'est pas enregistrée dans le PMSI. Les règles de codage du PMSI imposent théoriquement de ne coder le cancer en diagnostic principal que dans des situations standardisées.

MÉTHODE

On choisit de définir l'activité de cancérologie à partir du recensement des séjours comportant un diagnostic principal de cancer selon la définition ci-dessous², puis par type de prise en charge. On rappelle que, théoriquement, le codage d'un diagnostic principal de cancer ne doit être réalisé que lors du séjour au cours duquel le diagnostic est établi, ou lors des séjours de stadification de la maladie, ou lors de récurrences.

Utilisation du chaînage des séjours chaque fois que possible et accessible via la plateforme de données hospitalières de l'ATIH.

Ainsi la méthode choisie permet d'identifier grossièrement l'activité de cancérologie des établissements. Il ne s'agit nullement d'identifier les nouveaux cas de cancer apparaissant chaque année, ni la conformité de l'hospitalisation avec les conditions d'autorisation administrative.

2. La Classification internationale des maladies, 10^e révision, utilisée pour le codage des pathologies dans le PMSI depuis 2004, décline l'ensemble des pathologies en chapitres, puis en catégories à trois caractères, (que nous appelons « racines ») puis en code détaillé à 4 caractères, voire plus. Le choix a été fait de retenir le niveau « trois caractères » pour regrouper les prises en charge par ensembles médicalement cohérents.

RÉSULTATS

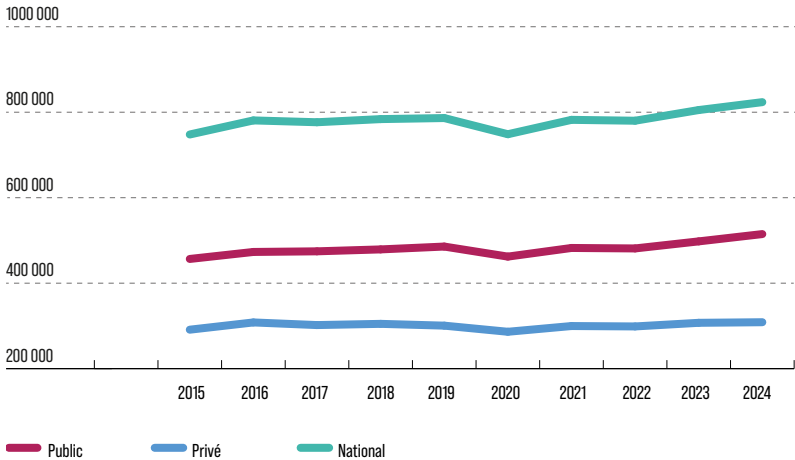
LE VOLUME GLOBAL D'ACTIVITÉ

APPROCHE 1 : SÉJOURS AYANT UN CODE CANCER EN DIAGNOSTIC PRINCIPAL (HORS SÉANCES)

Même si on sait que cette approche peut être source de biais déjà évoqués (qualité du codage), les chiffres sont les suivants :

	Public	Privé	Total	Part du privé
2015	456 683	291 195	747 878	38,9 %
2016	473 056	308 153	780 798	39,5 %
2017	474 530	301 987	776 517	38,9 %
2018	479 025	304 842	783 867	38,9 %
2019	485 697	300 650	786 347	38,2 %
2020	462 174	286 320	748 494	38,3 %
2021	482 392	299 733	782 125	38,3 %
2022	481 293	298 793	780 086	38,3 %
2023	497 795	307 276	805 071	38,2 %
2024	514 872	308 660	823 532	37,5 %
Progression 2024/2015	12,7 %	6,0 %	10,1 %	
Nb total RSA hors séances en 2024	13 042 746	7 387 157	20 431 490	
% de cancérologie en 2024	3,9 %	4,2 %	4,0 %	

FIGURE 1. Évolution de la fréquence des diagnostics principaux de cancer



On note une progression très régulière, plus importante en public qu'en privé : + 10 % en tout sur la période, mais + 12,7 % en public et + 6 % en privé.

Par rapport à l'activité totale de chaque secteur, la cancérologie (hors séances de soins) représente 4 % de la totalité des prises en charge hospitalières³.

Impact de la pandémie de Covid : discret infléchissement en 2020, plus marqué en secteur public qu'en secteur privé.

La part d'activité du secteur privé a tendance à s'éroder très légèrement.

3. On reviendra sur le volume d'activité délivré en séances de soins dans les chapitres chimiothérapie et radiothérapie

Les diagnostics les plus fréquents en 2024

Par catégories à 3 caractères des codes CIM, les 10 premiers codes sont, par fréquence décroissante, en nombre de séjours et en pourcentage de l'activité du secteur :

Racine CIM	Public 2024	%	Privé 2024	%	Total 2024	%	Part du privé	Libellé
C61	23 956	4,7 %	48 647	15,8 %	72 603	8,8 %	67,0 %	Tumeur maligne de la prostate
C44	42 963	8,3 %	63 285	20,5 %	106 248	12,9 %	59,6 %	Autres tumeurs malignes de la peau
C67	26 885	5,2 %	29 442	9,5 %	56 127	6,8 %	52,5 %	Tumeur maligne de la vessie
C18	29 078	5,6 %	19 873	6,4 %	48 951	5,9 %	40,6 %	Tumeur maligne du côlon
C50	51 057	9,9 %	30 440	9,9 %	81 497	9,9 %	37,4 %	Tumeur maligne du sein
C25	16 773	3,3 %	6 518	2,1 %	23 291	2,8 %	28,0 %	Tumeur maligne du pancréas
C78	31 448	6,1 %	9 756	3,2 %	41 204	5,0 %	23,7 %	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs
C34	47 623	9,2 %	12 397	4,0 %	60 020	7,3 %	20,7 %	Tumeur maligne des bronches et du poumon
C79	23 338	4,5 %	5 126	1,7 %	28 464	3,5 %	18,0 %	Tumeur maligne secondaire de sièges autres et non précisés
C22	18 750	3,6 %	2 700	0,9 %	21 450	2,6 %	12,6 %	Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques
Sous total	311 671	60,5 %	228 184	73,9 %	539 855	65,6 %		

Au plan national, les 10 pathologies les plus fréquentes concentrent près de 66 % de l'ensemble des prises en charge identifiées ci-dessus, mais ces mêmes 10 pathologies représentent 60 % de l'activité du public et 74 % de celle du privé.

Autrement dit, l'activité du secteur privé est plus concentrée sur les activités fréquentes. Sans surprise, on retrouve une part d'activité du secteur privé supérieure à 50 % dans les cancers urologiques (vessie, prostate) et dans les cancers relevant de chirurgie générale (tumeurs malignes de la peau), en raison de la démographie des chirurgiens, urologues en particulier.

APPROCHE 2 : PAR LES DIAGNOSTICS ASSOCIÉS

On sait que le respect des règles de codage du PMSI ne permet théoriquement d'utiliser en diagnostic principal un code de cancer que dans les situations de découverte, stadification ou récidives. Toutes les autres hospitalisations survenant au cours de cette maladie chronique devraient être décrites par le code correspondant au motif d'hospitalisation, qu'il soit ou non une complication du cancer.

Et toujours selon les consignes du guide de production des RSS, le codage du cancer en diagnostic associé significatif n'est justifié que dans les cas où la prise en charge a donné lieu à une majoration de l'effort de soins⁴. On ignore dans quelle mesure ces directives sont rigoureusement appliquées, d'autant plus que le contrôle du PMSI a été suspendu depuis l'épidémie de Covid. Néanmoins, on peut tenter de procéder à une seconde approche en évaluant le poids relatif des codes de diagnostic de cancer dans les diagnostics associés enregistrés, en comparant 2015 à 2024.

	2015			2024		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Nb total de séjours hors séances	11 597 102	6 477 133	18 074 235	13 073 595	7 401 894	20 475 489
Nb total de diagnostics associés hors séances	57 945 147	17 243 402	75 188 549	71 140 625	17 447 162	88 587 787
Nb moyen de diagnostics associés / séjour	5	2,66	4,16	5,44	2,36	4,33
Nb de diagnostics associés de cancer	2 438 203	704 090	3 142 293	2 752 559	719 006	3 471 565
% de diagnostics associés de cancer	4,21 %	4,08 %	4,18 %	3,87 %	4,12 %	3,92 %

Il n'y a pas d'évolution entre 2015 et 2024, et le poids des séjours avec diagnostic associé de cancer n'est pas différent dans les deux secteurs et reste voisin de 4 %. **Il serait hasardeux d'additionner ce volume observé de diagnostics associés significatifs au volume de séjours avec diagnostic principal.**

4. Cf Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en Médecine, Chirurgie et Obstétrique. Version 2024. Page 67

ÉVOLUTION DE CE VOLUME GLOBAL ENTRE 2015 ET 2024

LES CANCERS DONT LA FRÉQUENCE A DIMINUÉ

Ce sont surtout des cancers rares.

Racine CIM	Nb de séjours 2015 public	Nb de séjours 2015 privé	Nb de séjours 2015 national	Nb de séjours 2024 public	Nb de séjours 2024 privé	Nb de séjours 2024 national	Évolution	Libellé
Total C76	370	130	500	178	38	216	-56,8 %	Tumeur maligne de sièges autres et mal définis
Total C46	370	33	403	183	27	210	-47,9 %	Sarcome de Kaposi
Total C14	461	131	592	296	45	341	-42,4 %	Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx, de sièges autres et mal définis
Total C55	233	63	296	153	33	186	-37,2 %	Tumeur maligne de l'utérus, partie non précisée
Total C04	2083	552	2635	1468	210	1678	-36,3 %	Tumeur maligne du plancher de la bouche
Total C12	1947	709	2656	1410	304	1714	-35,5 %	Tumeur maligne du sinus piriforme
Total C13	1156	324	1480	839	118	957	-35,3 %	Tumeur maligne de l'hypopharynx
Total C33	175	31	206	118	26	144	-30,1 %	Tumeur maligne de la trachée
Nb total	6795	1973	8768	4645	801	5446		
Nb total de séjours de cancer	456 683	291 195	747 878	514 872	308 660	823 532		
% de ces séjours sur l'ensemble des séjours de cancer	1,5 %	0,7 %	1,2 %	0,9 %	0,3 %	0,7 %		

Les cancers pour lesquels le nombre de séjours enregistrés a diminué entre 2015 et 2024 ne représentent en tout que 0,7 %. Ils relèvent pour les 5 premiers de la sphère ORL. Bien que très peu fréquents, la diminution de leur présence dans les bases laisse espérer qu'elle témoigne de la diminution de la consommation de tabac.

À noter que les codes CIM10 C55 décrivent les cancers de l'utérus « partie non précisée », c'est-à-dire autres que les cancers du col et du corps (pour expliquer leur fréquence très faible et très différente de la fréquence des cancers du corps de l'utérus).



LES CANCERS DONT LA FRÉQUENCE A AUGMENTÉ

Racine	Nb de séjours 2015 public	Nb de séjours 2015 privé	Nb de séjours 2015 national	Nb de séjours 2024 public	Nb de séjours 2024 privé	Nb de séjours 2024 national	Évolution	
Total D03	497	558	1 055	1 078	859	1 937	83,6 %	Mélanome in situ
Total C37	389	90	479	702	157	859	79,3 %	Tumeur maligne du thymus
Total C86	369	15	384	587	49	636	65,6 %	Autres types précisés de lymphomes à cellules T/NK
Total C26	280	86	366	396	134	530	44,8 %	Tumeur maligne des organes digestifs, de sièges autres et mal définis
Total C61	17 153	33 470	50 623	23 956	48 647	72 603	43,4 %	Tumeur maligne de la prostate
Total D05	3 928	2 652	6 580	5 013	4 063	9 076	37,9 %	Carcinome in situ du sein
Total C64	9 339	5 708	15 047	12 844	7 202	20 046	33,2 %	Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinnet
Total D01	2 304	4 493	6 797	3 759	4 972	8 731	28,5 %	Carcinome in situ des organes digestifs, autres et non précisés
Total D04	1 242	1 986	3 228	1 880	2 254	4 134	28,1 %	Carcinome in situ de la peau
Total C44	27 842	55 509	83 351	42 963	63 285	106 248	27,5 %	Autres tumeurs malignes de la peau
Total de ces 10 racines	63 343	104 567	167 910	93 178	131 622	224 800		
Nb total de séjours en C	456 683	291 195	747 878	514 872	308 660	823 532		
Poids de ces racines	13,9 %	35,9 %	22,5 %	18,1 %	42,6 %	27,3 %		

Ainsi, les cancers dont la fréquence a diminué représentent 0,7 % de l'activité cancérologique des établissements de santé de court séjour, alors que ceux dont la fréquence a augmenté représentent plus de 27 % de cette même activité. L'augmentation spectaculaire des mélanomes doit être interprétée en tenant compte de leur faible fréquence. Plus remarquables sont les augmentations de fréquence des cancers de la prostate, du rein et surtout de la peau, autres que les mélanomes.

L'augmentation de fréquence des cancers in situ du sein (codes D05* : 28,5 %), très supérieure à celle de l'ensemble des cancers du sein plus évolués (codes C50* : +9 %) peut être interprétée comme un effet favorable des campagnes de dépistage.

Et si on recherche la variation de fréquence par grands groupes (plus de 10 000 séjours annuels), les résultats sont les suivants : diminution de la fréquence des cancers de l'estomac et du rectum, et augmentation importante des cancers de la prostate et du rein.

		Total 2015	Total 2024	Évolution
C16	Tumeur maligne de l'estomac	12 947	11 477	-11 %
C20	Tumeur maligne du rectum	20 640	18 378	-11 %
C79	Tumeur maligne secondaire de sièges autres et non précisés	28 552	28 291	-1 %
C22	Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques	20 911	21 197	1 %
C54	Tumeur maligne du corps de l'utérus	11 760	12 130	3 %
C77	Tumeur maligne des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisée	10 945	11 425	4 %
C18	Tumeur maligne du côlon	46 523	48 834	5 %
C78	Tumeur maligne secondaire des organes respiratoires et digestifs	38 359	40 872	7 %
C43	Mélanome malin de la peau	11 354	12 340	9 %
C50	Tumeur maligne du sein	74 912	81 480	9 %
C67	Tumeur maligne de la vessie	50 731	56 077	11 %
C34	Tumeur maligne des bronches et du poumon	52 827	59 822	13 %
C25	Tumeur maligne du pancréas	19 713	22 567	14 %
C83	Lymphome non folliculaire	10 756	12 847	19 %
C44	Autres tumeurs malignes de la peau	83 351	106 230	27 %
C64	Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinnet	15 047	20 008	33 %
C61	Tumeur maligne de la prostate	50 623	72 578	43 %
	Somme totale de ces racines	559 951	636 553	
	Nb total de séjours de cancérologie	747 878	823 532	
	Part de ces catégories sur l'ensemble de séjours de cancérologie	74,9 %	77,3 %	

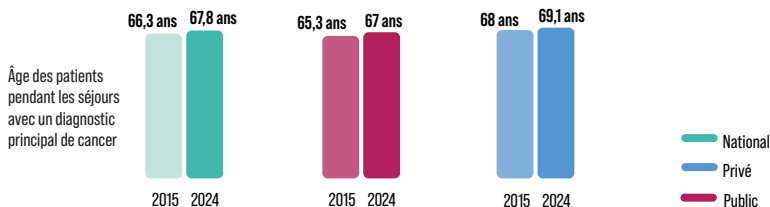
CONCLUSION PARTIELLE SUR LES FRÉQUENCES ET LEURS ÉVOLUTIONS PAR CATÉGORIES DE DIAGNOSTICS

Puisque cette étude ne porte pas sur le recensement des nouveaux cas de cancer, c'est simplement la place prise par le cancer dans l'activité des établissements de court séjour qui est évaluée. **On ne peut pas parler d'augmentation de fréquence au sens épidémiologique.** Mais on peut dire que la place occupée par le cancer dans l'activité des établissements de santé de court séjour a augmenté au cours des 10 dernières années d'environ 10 %. Cette progression est très variable en fonction du secteur d'hospitalisation et du type de cancer.

LA QUESTION DE L'ÂGE DES PATIENTS

SUR LA TOTALITÉ DES SÉJOURS SÉLECTIONNÉS AVEC UN DIAGNOSTIC PRINCIPAL DE CANCER

FIGURE 2. Âge des patients

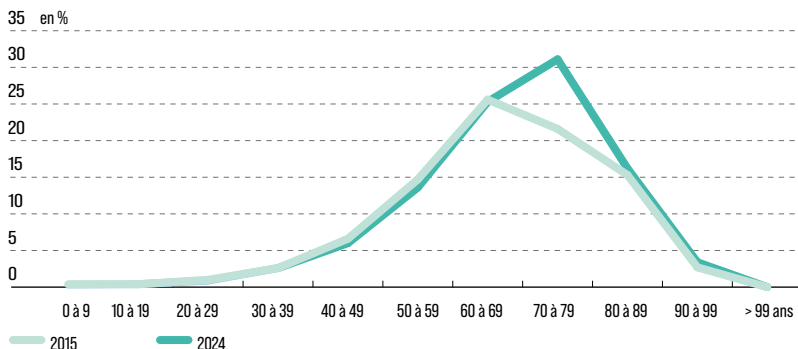


Il est fréquent d'observer, comme pour une grande majorité des activités MCO, une moyenne d'âge légèrement plus élevée en secteur privé.

À en juger sur ces grands volumes, on ne retrouve pas la notion pourtant répandue du rajeunissement des malades.

Pour préciser cette observation, on procède à un examen par distribution de tranches d'âge.

FIGURE 3. Évolution de la distribution de fréquence par tranche d'âge entre 2015 et 2024, total des séjours



Les patients âgés de moins de 40 ans représentent 4,4 % de la population considérée en 2015 et 4,2 % de cette même population en 2024, ce qui va à l'encontre de la notion de rajeunissement. Ceci signifie que l'augmentation globale de 10 % de la fréquence observée entre 2015 et 2024 s'est faite essentiellement sur la tranche d'âge 70-79 ans. Et cette différence se retrouve de façon équivalente entre secteurs public et privé.

FIGURE 4. Évolution de la distribution de fréquence par tranche d'âge entre 2015 et 2024 dans le secteur privé

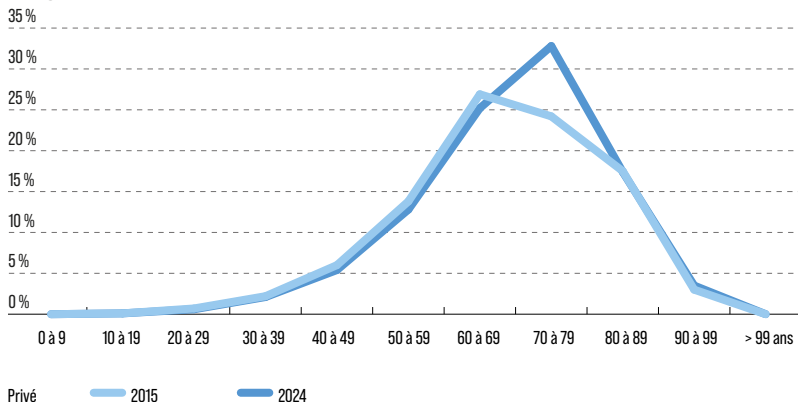
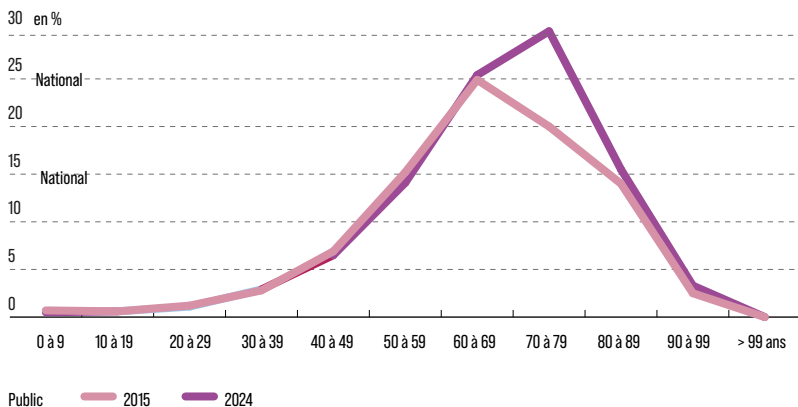


FIGURE 5. Évolution de la distribution de fréquence par tranche d'âge entre 2015 et 2024 dans le secteur public



Mais si on examine par racines de diagnostics, on trouve bien une diminution de la moyenne d'âge pour 22 pathologies différentes, qui ne sont pas les plus fréquentes puisqu'elles représentent seulement 12,3 % de l'ensemble.

À l'inverse, on observe une augmentation de l'âge moyen par pathologie pour 75 racines de codes CIM 10 qui concentrent 87,7 % des séjours de la base.

FOCUS SUR LES SÉJOURS LIÉS À QUATRE CANCERS PARMI LES PLUS FRÉQUENTS : SEIN, POUMON, PANCRÉAS ET PROSTATE

Cancer du sein

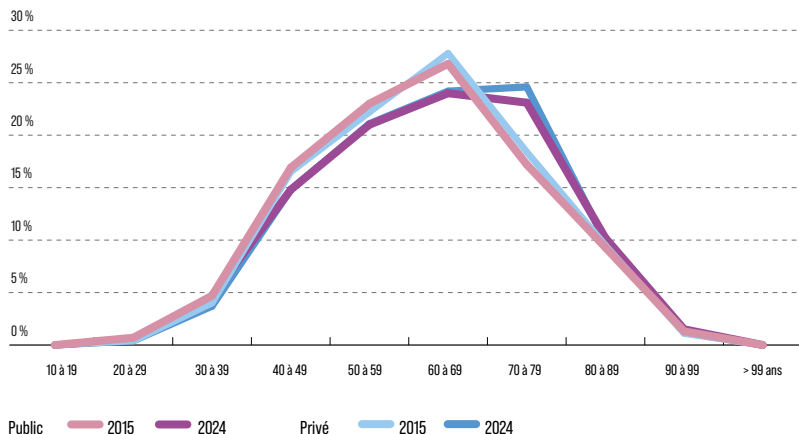
	Public	Privé	Total
Âge moyen en 2015	60,40	61,52	60,87
Âge moyen en 2024	62,05	62,79	62,35

Non seulement il n'y a pas de rajeunissement mais même un léger vieillissement de la population. À noter que le cancer du sein n'est pas l'apanage exclusif des femmes puisque les hommes peuvent également en être atteints.

	Public	Privé	Total
% d'hommes en 2015	0,82 %	0,91 %	0,86 %
% d'hommes en 2024	0,87 %	0,87 %	0,85 %

Pour ne pas passer à côté d'une variation qui ne porterait que sur une seule tranche d'âge, on procède à une analyse par tranche d'âge en nombre et en pourcentage de l'activité.

FIGURE 6. Cancer du sein : évolution de la distribution par tranche d'âge 2015-2024 dans le secteur public



Là encore, les patientes de moins de 40 ans ne représentent plus que 4,8 % des prises en charge pour cancer du sein en 2024 alors qu'elles étaient 4,9 % en 2015. Le déplacement vers la tranche d'âge 70 ans est confirmé. Mais si on réalise un histogramme année par année, on découvre un pic vers 49-51 ans qui n'est pas expliqué et qui est constant à 10 ans d'intervalle.

FIGURE 7. Ages des malades du cancer du sein en 2015

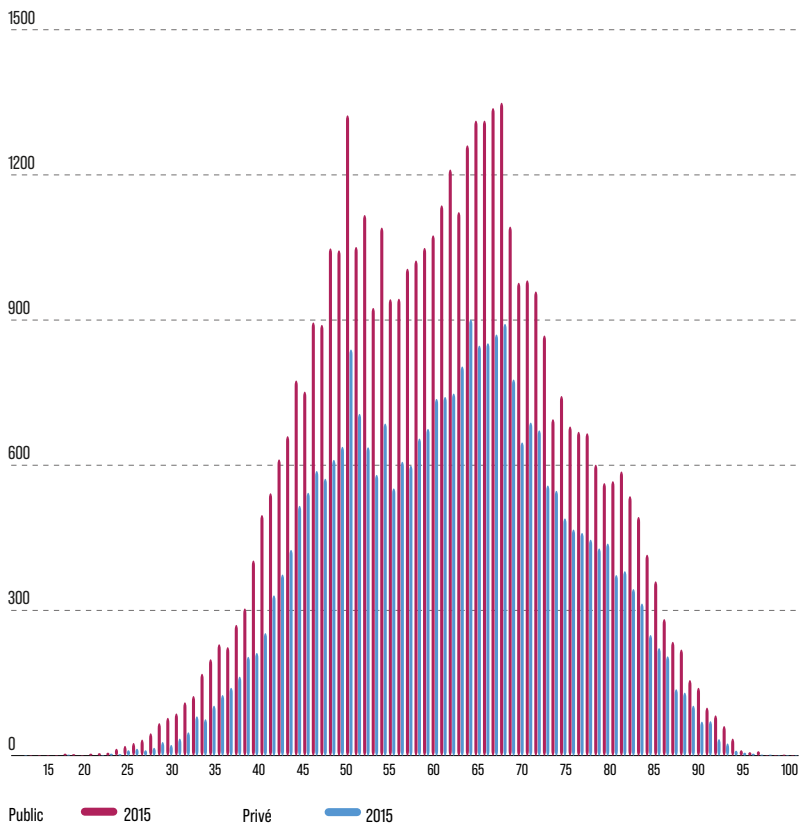
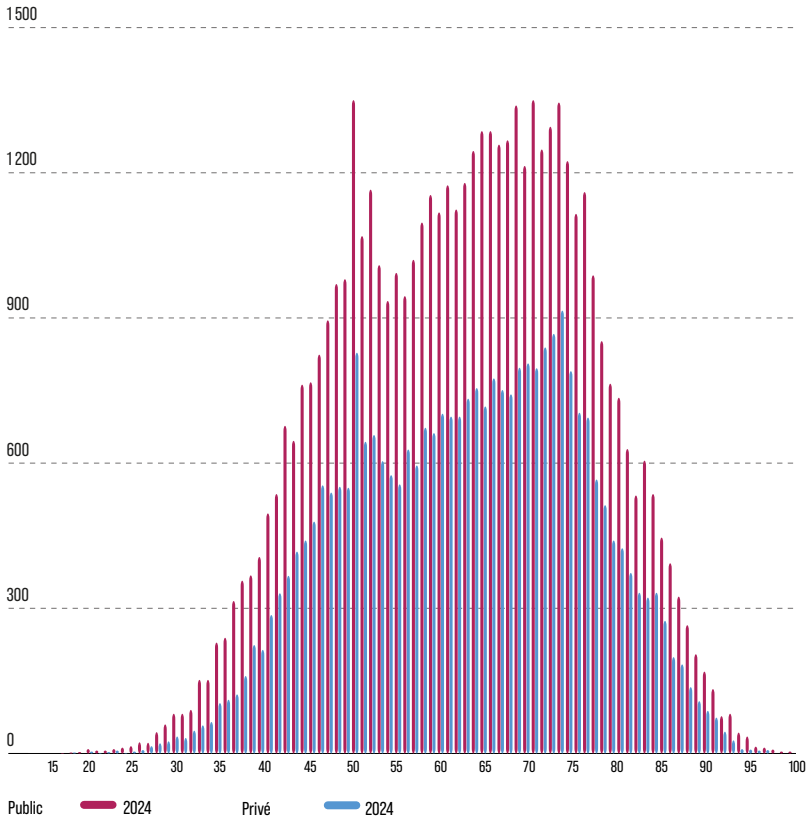


FIGURE 8. Ages des malades du cancer du sein en 2024



Cancer du poumon

FIGURE 9. Pourcentage de prises en charge pour des femmes atteintes de cancer du poumon en 2015 et 2024

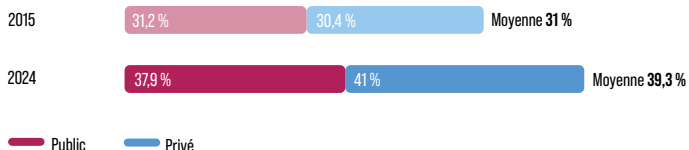
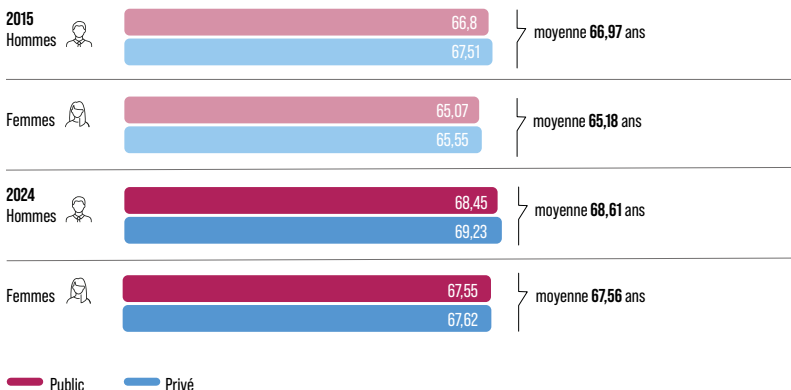


FIGURE 10. Âge moyen des patients pris en charge pour un cancer du poumon en 2015 et 2024



On retrouve bien une population prise en charge en secteur privé légèrement plus âgée que celle du secteur public.

Mais aussi un accroissement de l'âge moyen en 2024 par rapport à 2015, avec une moyenne d'âge des femmes inférieure à celle des hommes, et surtout **un pourcentage de femmes qui passe de 31 % à 39,3 %**. Ceci montre que l'intégralité de l'augmentation de fréquence du cancer du poumon est portée par les femmes, le nombre d'hommes pris en charge pour cette pathologie restant stable entre 2015 et 2024 (36 451 en 2014 et 36 456 en 2024).

Cancer du pancréas

FIGURE 11. Nombre d'hospitalisations de court séjour pour prise en charge du cancer du pancréas

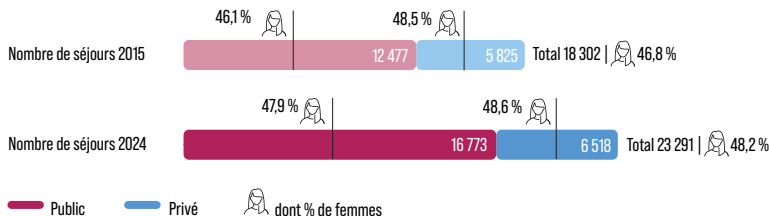
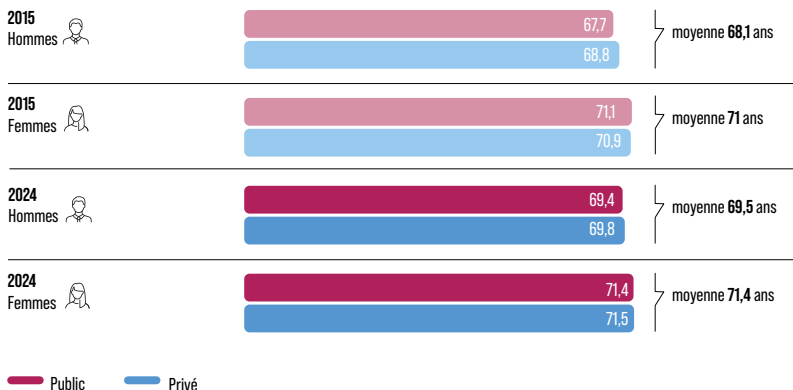


FIGURE 12. Âge moyen des patients pris en charge en hospitalisation de court séjour pour un cancer du pancréas



Là encore, on retrouve une très nette augmentation de la fréquence (+ 27 %), et une prédominance masculine, avec un âge moyen qui a été légèrement relevé entre 2015 et 2024.

Cancer de la prostate

FIGURE 13. Nombre d'hospitalisations de court séjour pour prise en charge du cancer de la prostate

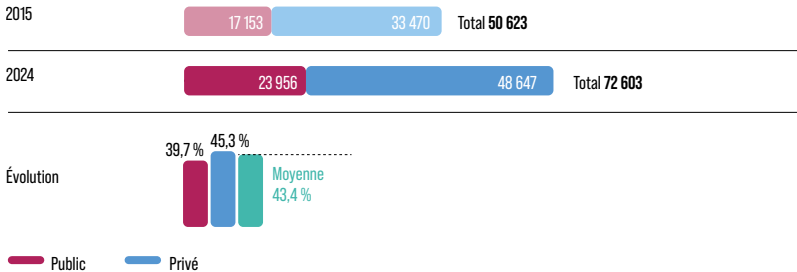
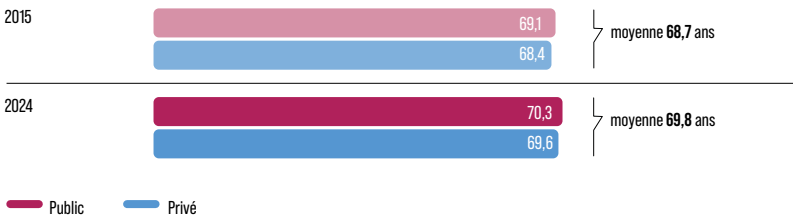


FIGURE 14 Âge moyen des hommes pris en charge en hospitalisation de court séjour pour un cancer de la prostate



Ici aussi, on ne note pas d'évolution sur l'âge. Il faut se reporter au chapitre sur la chirurgie (page 42) pour ce qui est de l'augmentation apparente de fréquence.

Cancers pédiatriques

Le critère retenu est : âge inférieur à 18 ans.

FIGURE 15 Nombre d'hospitalisations de court séjour pour des prises en charge de cancers pédiatriques

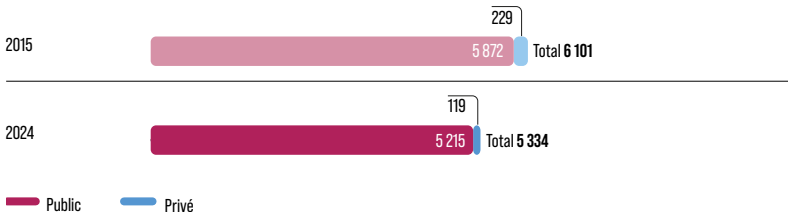
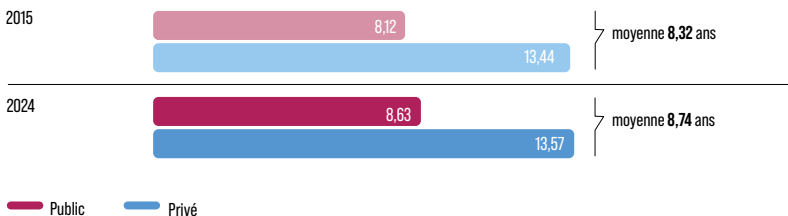


FIGURE 16 Âge moyen des enfants pris en charge en hospitalisation de court séjour pour un cancer



	2015			2024		
	Public	Privé	Total	Public	Privé	Total
Nb de séjours avec âge <1 an	382	1	383	255	0	255
Nb de séjours avec âge entre 1 et 9 ans	3 050	42	3 092	2 558	20	2 578
Nb de séjours avec âge entre 10 et 17 ans	2 440	186	2 626	2 402	99	2 501
Nb total de séjours	5 872	229	6 101	5 215	119	5 334
Nb de patients différents	3 597	214	3 763	3 221	112	3 322
Dont patients ayant eu plus d'un séjour	1 445	14	1 479	1 233	7	1 249

Le secteur public prend en charge 98 % des séjours, et les populations recourant au secteur privé sont bien différentes : âge moyen et seconde hospitalisation exceptionnelle.

Tout se passe comme si les séjours en secteur privé étaient ceux de la découverte du cancer, et qu'ensuite, la prise en charge a été assurée par un établissement public.

Pour l'année 2024, 3 917 séjours ont été assurés par des CHU et 605 par des CLCC, soit 85 % des séjours.

C'est la leucémie lymphoblastique aigüe qui à elle seule justifie 19 % des séjours.

Les 10 diagnostics principaux les plus fréquents en secteur public en 2024

Code	Nb de séjours	Libellé
C910	1 008	Leucémie lymphoblastique aigüe [LLA]
C402	275	Tumeur maligne des os longs du membre inférieur
C64	239	Tumeur maligne du rein, à l'exception du bassinot
C749	224	Tumeur maligne de la surrénale, sans précision
C920	182	Leucémie myéloblastique aigüe [LAM]
C811	177	Lymphome de Hodgkin classique, sclérose nodulaire
C717	164	Tumeur maligne du tronc cérébral
C719	123	Tumeur maligne de l'encéphale, sans précision
C716	123	Tumeur maligne du cervelet
C692	114	Tumeur maligne de la rétine

Ces diagnostics principaux sont très différents de ceux que l'on rencontre en secteur privé, tant en nature qu'en fréquence, ce qui donne davantage l'impression de découvertes fortuites, voire histologiques.

Les diagnostics en secteur privé en 2024

Code	Nb de séjours	Libellé
C443	12	Tumeur maligne de la peau de la face, parties autres et non précisées
C181	7	Tumeur maligne de l'appendice
C629	7	Tumeur maligne d'un testicule, sans précision
C73	7	Tumeur maligne de la thyroïde
C442	6	Tumeur maligne de la peau de l'oreille et du conduit auditif externe
C446	6	Tumeur maligne de la peau du membre supérieur, y compris l'épaule
C447	5	Tumeur maligne de la peau du membre inférieur, y compris la hanche
C491	5	Tumeur maligne du tissu conjonctif et des autres tissus mous du membre supérieur, y compris l'épaule
C56	5	Tumeur maligne de l'ovaire
C837	4	Lymphome de Burkitt

CONCLUSION PARTIELLE SUR LA QUESTION DE L'ÂGE

Cette étude ne recensant pas les nouveaux cas de cancer, mais le recours à l'hospitalisation de court séjour au cours de l'évolution de la maladie cancéreuse, l'observation réalisée ne permet pas de constater un rajeunissement des populations prises en charge mais au contraire un très léger vieillissement, surtout marqué par une augmentation de fréquence pour la tranche d'âge 70-79 ans.

LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ENSEMBLE DES SÉJOURS DE CANCÉROLOGIE

FIGURE 17 Répartition par sexe des courts séjours de cancérologie en 2024

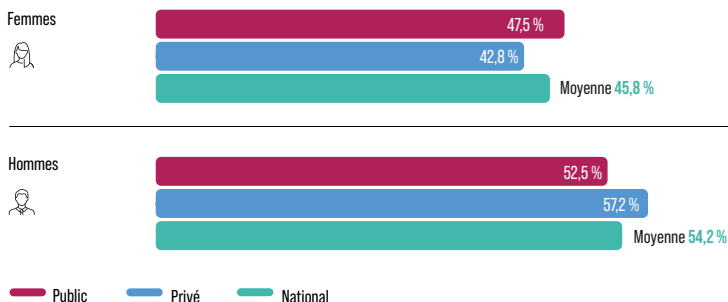


FIGURE 18 Âge moyen des patients en court séjour de cancérologie en 2024



FIGURE 19 Durée moyenne de séjour si hospitalisation complète

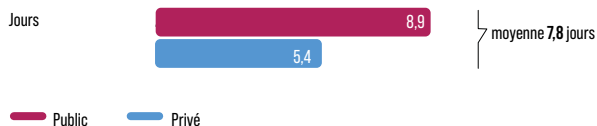


FIGURE 20 Pourcentage de prise en charge en ambulatoire

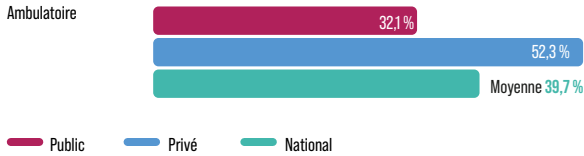


FIGURE 21 Mode d'entrée des patients en court séjour de cancérologie en 2024

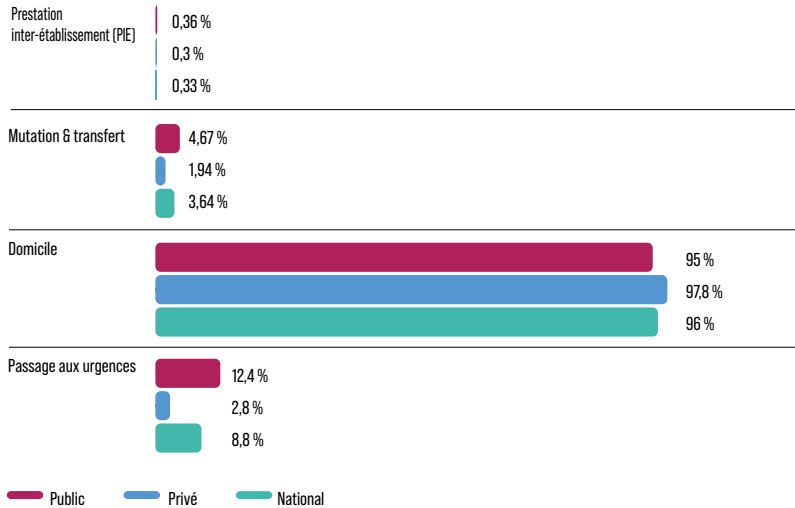
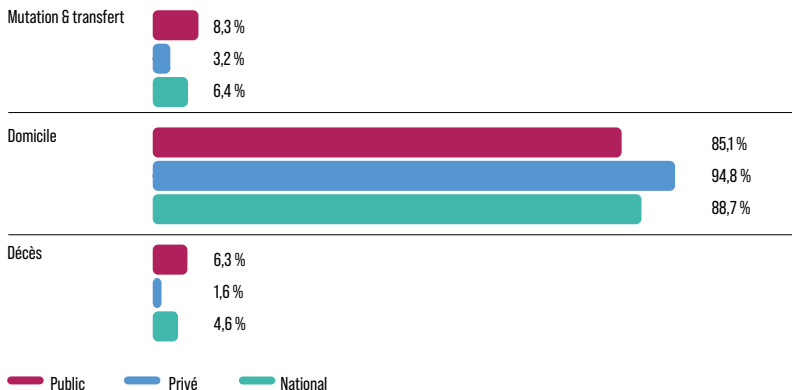


FIGURE 22 Mode de sortie des patients en court séjour de cancérologie en 2024



Sur l'ensemble 2024, on observe :

- un taux de prise en charge en ambulatoire à 52,3 % en secteur privé contre 32,1 % en secteur public ;
- un âge moyen à 67,8 ans ;
- une durée moyenne de séjour de 7,8 jours (8,9 en public et 5,4 en privé) lorsqu'on est en hospitalisation complète ;
- une nette prédominance masculine à 54,2 % ;
- et essentiellement des séjours avec entrée et sortie vers domicile.

LES RÉHOSPITALISATIONS ET LE NOMBRE DE PATIENTS CONCERNÉS

En 2024, les 823 532 séjours ont été produits au bénéfice de 644 844 patients différents, soit 1,27 séjour avec un code diagnostic principal de cancer par patient. Si on recherche la totalité des séjours (y compris ceux pour lesquels le diagnostic principal est différent de C) enregistrés en 2024 pour ces patients, on trouve 4 707 608 séjours, y compris les séjours de séances.

Si on écarte les séjours de séances, il ne reste plus que 1 799 953 séjours, c'est-à-dire qu'en moyenne, chaque malade a eu 2,8 séjours dans l'année en dehors des séances de chimiothérapie et de radiothérapie.

Nombre de séjours par patients

1 séjour	223 150 patients dont 73 % sont des séjours de chirurgie et 27 % des séjours de médecine
2 séjours	161 582 patients, dont 44 796 (27,7 %) n'ont pas eu de chirurgie dans l'année
3 séjours	101 705
4 séjours	59 620
5 séjours	35 534
6 séjours	21 842
7 séjours	13 751
8 séjours	8 698
9 séjours	5 717
10 séjours	3 771

Ces situations recouvrent 98,5 % des identifiants anonymisés.

Même si on sait que tous les cancers ne donnent pas forcément lieu à de la chirurgie d'emblée, le nombre élevé de patients n'ayant eu qu'un seul séjour au cours de l'année et le fait que ce séjour soit médical, confirme que notre méthode de sélection des séjours n'appréhende pas les cancers de découverte récente, mais bien plutôt la population des patients suivis pour cancer.

LE RECOURS AUX UNITÉS DE SOINS CRITIQUES

FIGURE 23 Nombre de séjours en unité de soins critiques



Passages

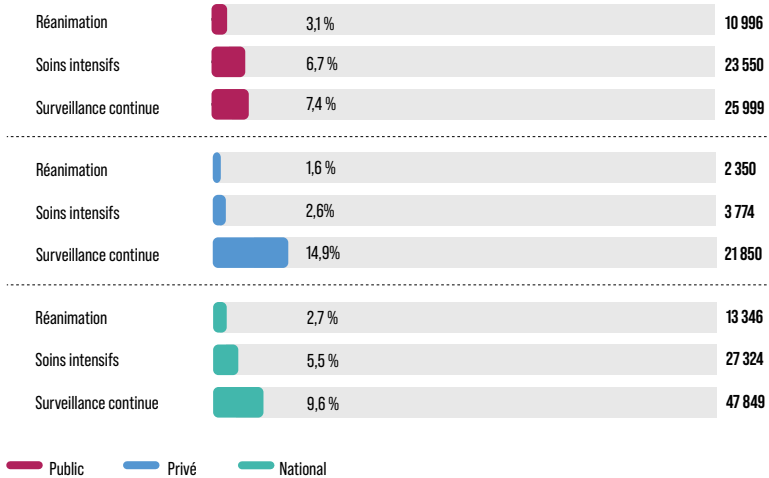
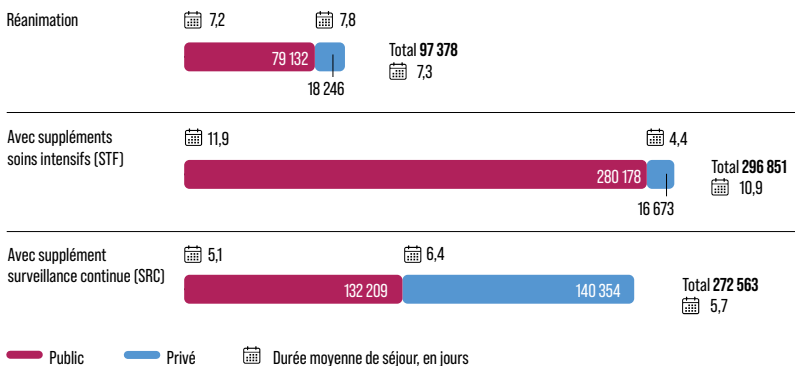


FIGURE 24 Nombre de journées en unité de soins critiques



On rappelle que dans la population générale de l'ensemble des séjours d'hospitalisation complète, le taux de séjour ayant comporté un passage en réanimation est de 2 % environ (2,2 % en secteur public et 1,2 % en secteur privé). Ce taux est de 5,3 % pour les soins intensifs (5,6 % en public et 4,3 % en privé) et de 4,9 % pour la surveillance continue (4,7 % en public et 5,4 % en privé).

Autrement dit, lors de prises en charge de maladies cancéreuses, on observe des taux de recours aux soins critiques légèrement plus élevés, particulièrement pour la surveillance continue.

LA LOURDEUR DES SÉJOURS

Dès le début de la mise en œuvre de la T2A, l'ATIH avait défini une liste de racines de GHM considérées comme entrant dans le champ des activités lourdes, car requérant une mobilisation de ressources et de compétences plus importante que pour l'activité tout venant. Malheureusement, cette liste n'a pas été actualisée depuis la classification de 2011. Nous avons tenté d'appliquer à la classification de 2024 les critères retenus pour dresser cette liste d'activités lourdes.

Les lourdeurs de séjour en 2024 :

FIGURE 25 Ensemble des séjours pour cancer

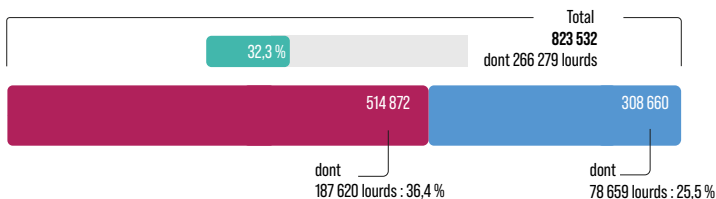


FIGURE 26 Séjours de chirurgie pour un cancer

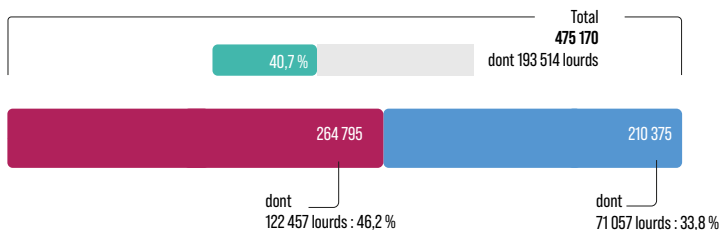
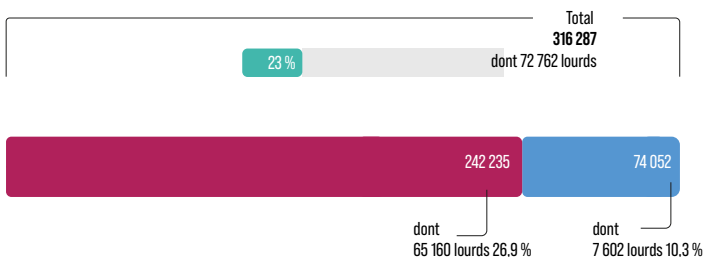


FIGURE 27 Séjours de médecine pour un cancer



Public Privé National

Pour mémoire, le travail réalisé par la FHP-MCO sur la chirurgie générale sur la base 2021 avait mis en évidence un taux de « chirurgie lourde » de 18 % sur l'ensemble de la chirurgie de la base nationale. Ce constat autorise à estimer que la chirurgie réalisée en cas de cancer est deux fois plus lourde que la chirurgie tout venant.

Les case mix

Distribution des séjours de l'année 2024 par GHM, par ordre de fréquence décroissante pour les 10 premiers GHM

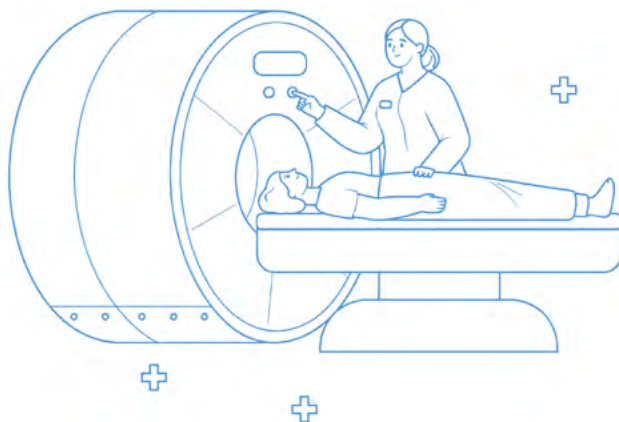
Secteur public		
GHM	Nb de GHM	Libellé
09C25J	29 624	Autres interventions pour tumeur maligne de la peau, en ambulatoire
09C20J	21 725	Autres interventions pour tumeur maligne du sein, en ambulatoire
11C131	15 757	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, niveau 1
04M09T	12 782	Tumeurs de l'appareil respiratoire, très courte durée
07M06T	12 129	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, très courte durée
04M093	11 987	Tumeurs de l'appareil respiratoire, niveau 3
09C201	11 099	Autres interventions pour tumeur maligne du sein, niveau 1
07M063	9 768	Affections malignes du système hépato-biliaire ou du pancréas, niveau 3
17M153	7 992	Lymphomes et autres affections malignes lymphoïdes, niveau 3
09C191	7 683	Interventions majeures pour tumeur maligne du sein, niveau 1

Secteur privé		
GHM	Nb de GHM	Libellé
09C25J	45 407	Autres interventions pour tumeur maligne de la peau, en ambulatoire
12K06J	23 565	Séjours comprenant une biopsie prostatique, en ambulatoire
11C131	20 089	Interventions par voie transurétrale ou transcutanée pour des affections non lithiasiques, niveau 1
09C20J	15 020	Autres interventions pour tumeur maligne du sein, en ambulatoire
06K02Z	11 287	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours
06K04J	10 761	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire
12C111	10 283	Interventions pelviennes majeures chez l'homme pour tumeurs malignes, niveau 1
09C201	9 151	Autres interventions pour tumeur maligne du sein, niveau 1
09C24J	7 928	Interventions intermédiaires pour tumeur maligne de la peau, en ambulatoire
09C23J	7 272	Interventions majeures pour tumeur maligne de la peau, en ambulatoire

Dans les deux secteurs, ce sont les tumeurs malignes de la peau en ambulatoire qui arrivent de très loin en tête, suivies par les biopsies prostatiques dans le secteur privé, les interventions pour tumeur du sein n'arrivant qu'en quatrième position, alors qu'elles sont deuxièmes pour le secteur public.

Globalement l'analyse précédemment faite à propos de la lourdeur des séjours, se trouve confortée par le constat d'une grande diversité de situations inégalement sévères.

Par comparaison avec la distribution par code diagnostic principal du séjour décrite au chapitre 1 (volume global d'activité), la distribution par GHM apporte l'information relative au geste réalisé au cours du séjour. C'est ainsi que le diagnostic de cancer de la prostate apparaît en deuxième cause d'hospitalisation en secteur privé parce qu'une fois sur deux, il donne lieu à une biopsie prostatique en ambulatoire, et que le cancer du poumon apparaît en deuxième place dans le secteur public parce qu'une fois sur deux il donne lieu à une hospitalisation en médecine⁵.



5. En secteur privé : 48 647 diagnostics principaux de cancer de prostate (tableau page 9) et 23 565 séjours comprenant une biopsie prostatique. En secteur public : 47 623 diagnostics principaux de cancer du poumon (tableau page 9) et 12 782 + 11 987 GHM médicaux de tumeur de l'appareil respiratoire.

LA DISTRIBUTION PAR TYPE DE PRISE EN CHARGE DU CANCER

La classification PMSI permet de différencier les séjours en fonction de la nature des soins mis en œuvre, avec cependant des situations « frontières » difficiles à caractériser. Les séjours ayant comporté un acte chirurgical « classant » au sens PMSI sont groupés dans des GHM en « C ».

Ceux ayant comporté un examen endoscopique ou un acte interventionnel sont groupés dans des GHM en K « interventionnel ».

Ceux n'ayant comporté ni acte chirurgical ni acte interventionnel sont classés dans des GHM médicaux en « M », ou quelquefois dans des GHM indifférenciés « Z » en 3^e position du code du GHM, (soins palliatifs, maladies dues au VIH, greffes de cellules souches).

En appliquant cette classification, on trouve :

FIGURE 28 Évolution du type de prise en charge selon les GHM

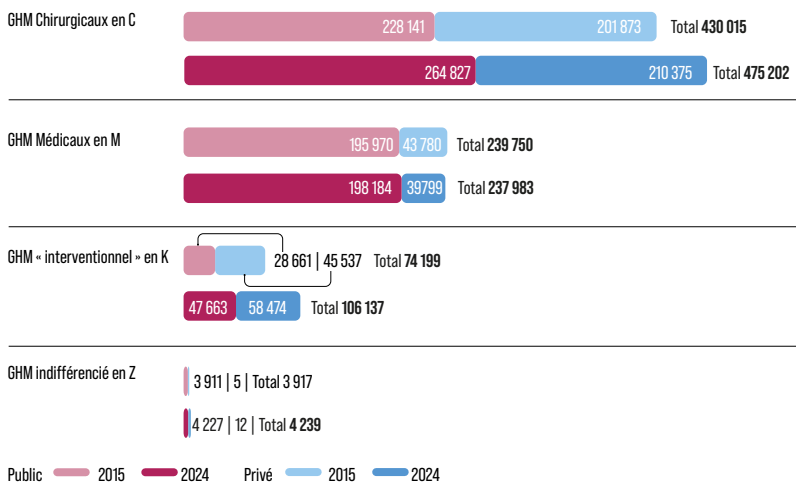
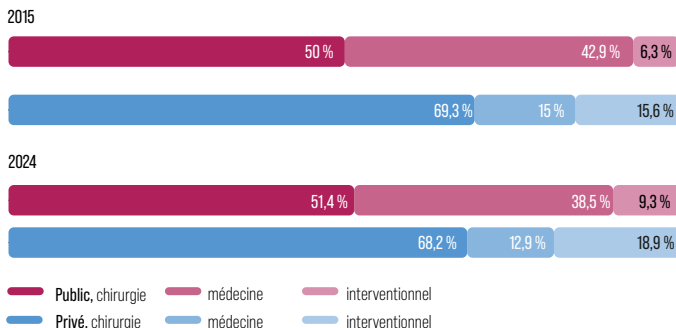


FIGURE 29 Évolution du type de prise en charge en pourcentages



Les prises en charge de type chirurgical ont davantage progressé en secteur public qu'en secteur privé, mais en pourcentage de l'activité totale, elles restent assez stables.

Les prises en charge de type interventionnel progressent dans les deux secteurs.

Les prises en charge médicales restent majoritairement produites par le secteur public.

LES PRISES EN CHARGE EN CHIRURGIE

Il ne s'agit pas ici d'identifier l'activité de chirurgie telle que décrite par l'INCa pour caractériser l'activité des plateaux techniques titulaires d'une autorisation de chirurgie oncologique, mais de dire ce qui, dans l'activité chirurgicale des établissements, a un rapport avec une prise en charge oncologique.

Cette fois, le recensement porte sur la totalité des séjours ayant un code diagnostique principal de cancer et groupés dans un GHM de chirurgie (GHM en C de la classification).

FIGURE 30 Évolution de l'activité de chirurgie carcinologique en nombre de séjours

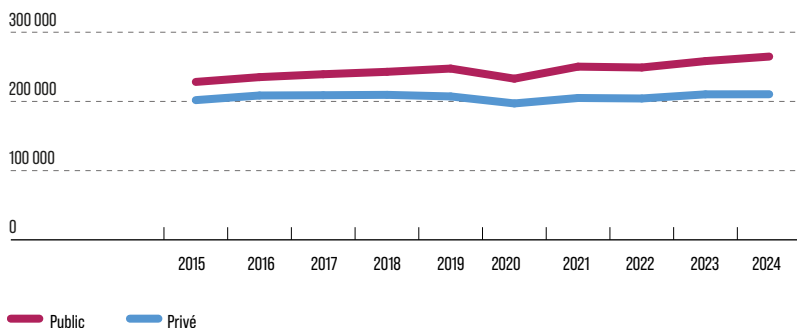
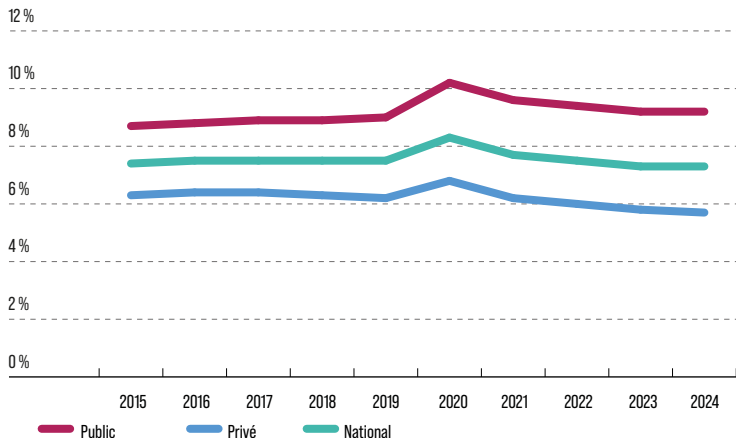


FIGURE 31 Pourcentage de cancers dans les GHM chirurgicaux



La chirurgie pour cancer occupe une place environ une fois et demie plus importante dans la chirurgie des établissements de santé publics que dans celle des établissements de santé privés.

Cette place de la cancérologie dans l'activité chirurgicale totale a une très discrète tendance à augmenter en secteur public et une tendance tout aussi discrète à diminuer en secteur privé.

L'impact du Covid en 2020 est très intéressant à analyser dans la mesure où l'augmentation observée ne correspond pas à une augmentation de l'incidence des cancers mais à une diminution de l'activité chirurgicale générale. L'activité de chirurgie carcinologique a très faiblement diminué.

Si on rapporte l'activité de 2020 à celle de 2019, on enregistre :

- une baisse d'activité de chirurgie carcinologique identique entre le privé et le public, à 4,8 % ;
- alors que la baisse d'activité de chirurgie « tout venant » est de 16,9 % en public et de 13,7 % en privé, pour un taux national de 15,1 %.

C'est dire que pendant la période Covid la chirurgie carcinologique a été « préservée » en grande partie.

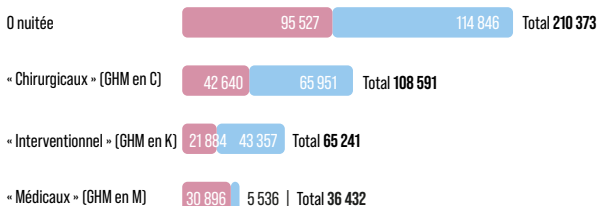
Cette place de la cancérologie en chirurgie doit être interprétée en tenant compte de la structure de la chirurgie en secteur privé, et notamment du poids de la chirurgie de la cataracte. En effet, si on ramène la chirurgie carcinologique du secteur privé à la totalité de la chirurgie du secteur privé, diminuée des interventions pour cataracte, ce taux passe à 7,3 %, encore loin il est vrai, du taux du secteur public : 9,2 %.

Place de la chirurgie ambulatoire et des prises en charge en hôpital de jour en cancérologie

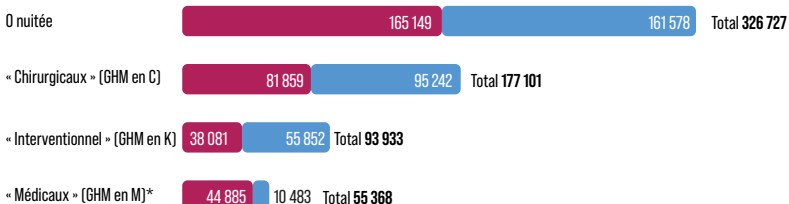
Les séjours avec décès immédiat et prestation inter-établissements (PIE) sont très peu fréquents et ont été considérés comme négligeables (1 107 décès et 1 183 PIE en 2015, 1 158 décès et 2 304 PIE en 2024, soit environ 1 % chaque année). Si on se concentre sur les séjours avec moins d'une nuitée, on trouve :

FIGURE 32 Évolution des séjours d'ambulatoire en cancérologie (DS = 0), entre 2015 et 2024

Séjours 2015



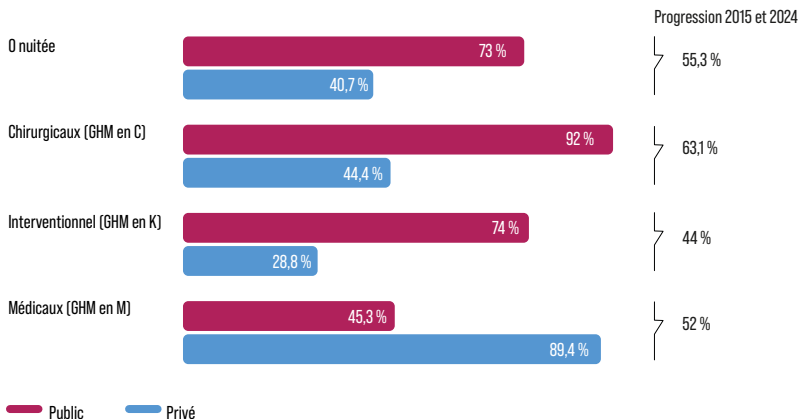
Séjours 2024



Public Privé

*On recense à cet endroit les séjours en hôpital de jour de médecine, à distinguer des séjours pour chimiothérapie ou radiothérapie.

FIGURE 33 Evolution des séjours d'ambulatoire en cancérologie (DS = 0) entre 2015 et 2024



On observe une progression spectaculaire de la chirurgie ambulatoire en secteur public et en secteur privé, et une progression également importante de l'activité interventionnelle.

Il faut cependant bien prendre en compte que l'activité interventionnelle est le plus souvent de nature exclusivement diagnostique et pas thérapeutique.

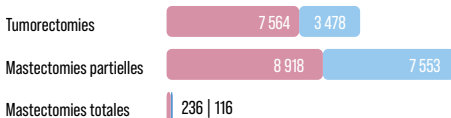
Focus sur la chirurgie du cancer sein

Les classifications CCAM et PMSI permettent de distinguer les 4 grands types de prises en charge chirurgicales : les tumorectomies (avec ou sans curage), les mastectomies partielles, les mastectomies totales.

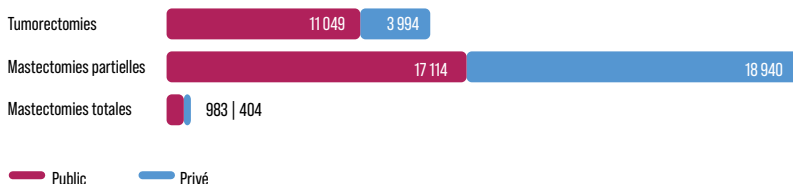
En ambulatoire, on observe une très forte progression des tumorectomies et surtout des mastectomies partielles, les mastectomies totales étant le plus possible limitées. Ainsi, le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 46 % en 2015 à 67 % en 2024 pour les tumorectomies, et de 36 % à 63 % pour les mastectomies partielles de 2015 à 2024.

FIGURE 34 Chirurgie du cancer du sein en ambulatoire : évolution 2015-2024

NOMBRE DE SÉJOURS 2015



NOMBRE DE SÉJOURS 2024



Il paraît intéressant d'élargir l'analyse à l'ensemble de la chirurgie du sein, en distinguant les diagnostics enregistrés et le type d'établissement.

Il apparaît que 2 % de la chirurgie du sein est une chirurgie « prophylactique » et 18 % une chirurgie motivée par une affection différente d'un cancer : tumeur bénigne ou à évolution imprévisible, affection inflammatoire... Ce taux est relativement constant, quel que soit le type d'établissement.

La distribution entre les différents types de chirurgie (tumorectomie, mastectomie partielle, totale) est également différente en fonction de l'établissement.

Focus sur les prises en charge pour cancer de la prostate.

FIGURE 35 Évolution de l'activité liée au cancer de la prostate en fonction du type d'acte réalisé

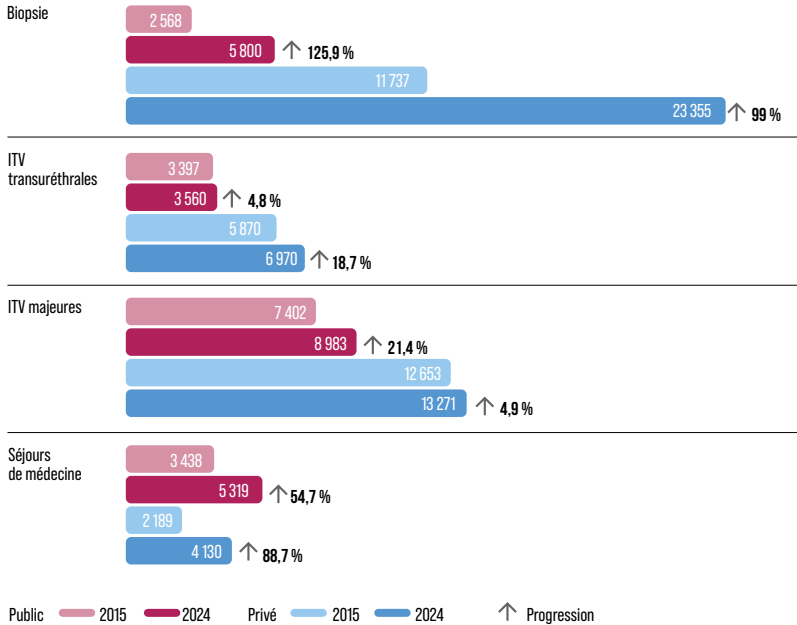
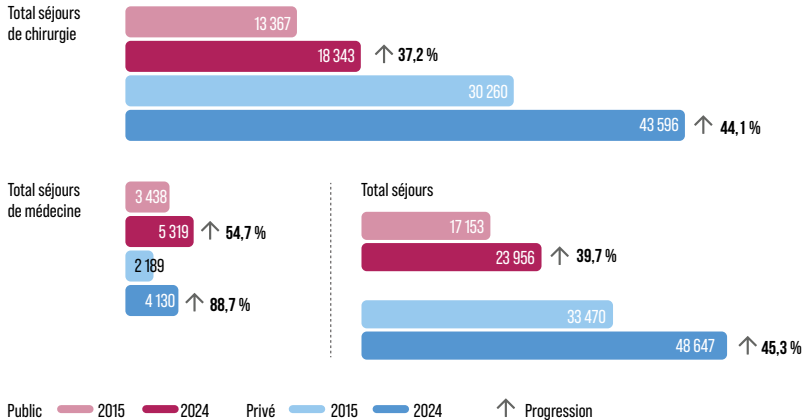


FIGURE 36 Nombre de séjours de médecine et de chirurgie liés au cancer de la prostate



En fait, ce ne sont pas tant les interventions pour cancer de la prostate qui ont augmenté que les séjours pour biopsie de prostate⁶, même si le poids de la chirurgie reste stable dans les deux secteurs.



6. On rappelle qu'il s'agit là du nombre d'actes de biopsies de prostate (il en existe 4 à la CCAM) enregistrés au cours de séjours dont le diagnostic principal retenu est « cancer de prostate »

LES PRISES EN CHARGE EN MÉDECINE

En volume, ces prises en charge sont réalisées surtout en secteur public.

FIGURE 37 Nombre de séjours groupés dans un GHM en M

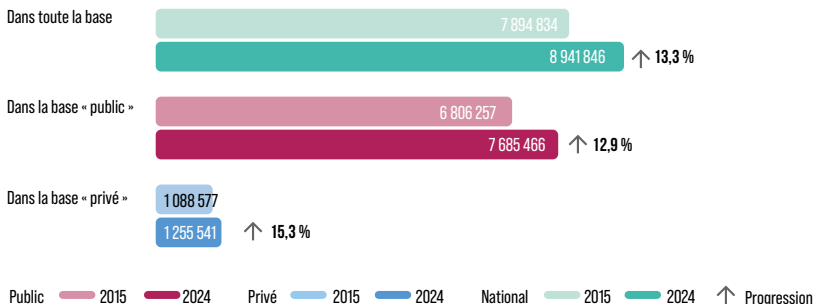
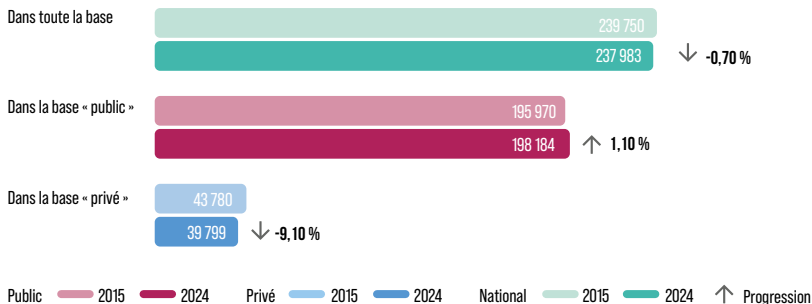


FIGURE 38 Nombre de séjours groupés dans un GHM en M, avec un diagnostic principal de cancer



Pourcentage de cancers dans les GHM médicaux

	2015	2024
Sur la base totale	3,04 %	2,66 %
Sur la base - public -	2,88 %	2,58 %
Sur la base - privé -	4,02 %	3,17 %

Si l'activité générale de médecine a beaucoup progressé entre 2015 et 2024, il n'en est pas de même pour les séjours « médicaux » caractérisés par un diagnostic principal de cancer qui ont fortement régressé en secteur privé.

Ces séjours occupent une place très limitée (de 2,6 % à 4 %) dans l'activité des établissements.

L'examen des actes (nécessairement « non classants ») enregistrés au cours de ces séjours témoigne qu'ils donnent lieu essentiellement à la réalisation d'examens complémentaires ou de biopsies.

Secteur public		
Acte CCAM	Nb d'actes	Libellé
ZZQX162	10 595	Examen histopathologique de biopsie d'une structure anatomique
YYYY600	8 026	Supplément pour archivage numérique d'une mammographie ou d'un examen scanographique ou remnographique
YYYY028	6 515	Guidage échographique
ZZHH008	5 864	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage scanographique
YYYY115	5 621	Guidage scanographique
ZBQK002	5 420	Radiographie du thorax
ZZQX081	4 918	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 1 à 2 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps
ZZQX027	4 736	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 3 à 5 anticorps, sans quantification du signal
ZZQX034	3 254	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 6 à 9 anticorps, sans quantification du signal
ZZQL016	3 142	Tomoscintigraphie du corps entier par émission de positons

Secteur privé		
Acte CCAM	Nb d'actes	Libellé
ZZLP025	4 203	Anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1
ZZQX162	3 386	Examen histopathologique de biopsie d'une structure anatomique
ZZQX027	2 756	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 3 à 5 anticorps, sans quantification du signal
YYYY115	2 361	Guidage scanographique
YYYY600	2 295	Supplément pour archivage numérique d'une mammographie ou d'un examen scanographique ou remographique
ZZHQ17	2 288	Biopsie d'organe profond sur plusieurs cibles, par voie transcutanée avec guidage remnographique [IRM]
YYYY028	2 275	Guidage échographique
ZZHQ08	2 026	Biopsie d'un organe profond sur une cible, par voie transcutanée avec guidage scanographique
ZZQX081	1 991	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 1 à 2 anticorps, avec quantification du signal pour chaque anticorps
ZZQX217	1 760	Examen histopathologique de biopsies d'une structure anatomique avec cartographie
ZZQX034	1 493	Examen immunocytochimique ou immunohistochimique de prélèvement cellulaire ou tissulaire fixé avec 6 à 9 anticorps, sans quantification du signal

LES PRISES EN CHARGE « INTERVENTIONNELLES »

En volume, ces prises en charge sont surtout réalisées en secteur privé.

FIGURE 39 Nombre de séjours groupés dans un GHM en K

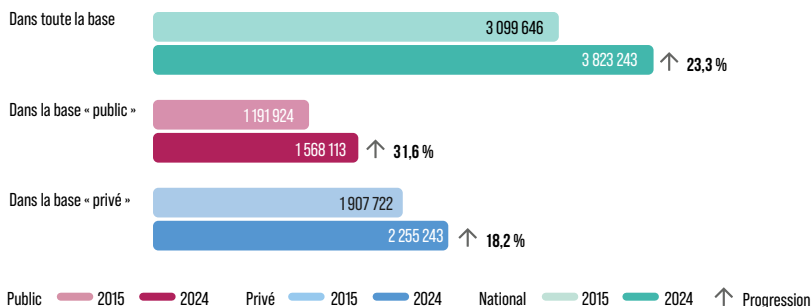
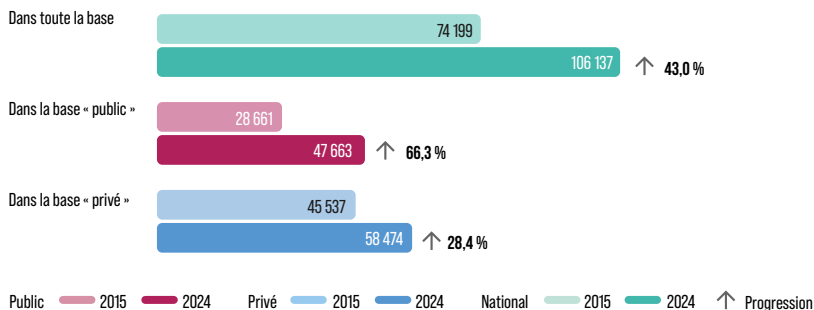


FIGURE 40 Nombre de séjours groupés dans un GHM en K, avec un diagnostic principal de cancer



Contrairement à ce qui a été observé pour les séjours groupés en GHM de médecine, la progression de ces activités est très importante en général et encore plus pour les séjours identifiés par un diagnostic principal de cancer, notamment en secteur public.

Néanmoins, ces séjours occupent une place discrète (entre 2 et 3 %) dans l'activité globale, et 75 % des séjours du secteur public et 93 % de ceux du secteur privé sont groupés dans des GHM comportant la notion d'endoscopie (qu'elle soit digestive, bronchique ou génito-urinaire).

Pourcentage de cancers dans les GHM interventionnels

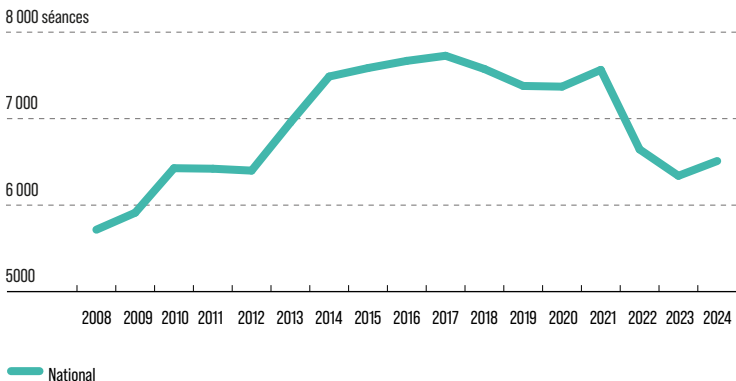
	2015	2024
Poids de la cancérologie dans l'ensemble des séjours d'interventionnel		
Sur la base totale	2,39 %	2,78 %
Sur la base « public »	2,40 %	3,04 %
Sur la base « privé »	2,39 %	2,59 %

LES ACTIVITÉS EN SÉANCE

LA CURIETHÉRAPIE

Elle conserve une activité discrète mais stable, et puisqu'elle est identifiable par des actes CCAM, on peut en suivre l'évolution depuis 2008.

FIGURE 41 Évolution des séances de curiethérapie



La curiethérapie décrite dans le PMSI est celle réalisée en secteur public, par 36 établissements :

- 16 CHU (toujours en considérant que l'AP-HP ne compte que pour 1 seul établissement) ;
- 18 CLCC ;
- 2 Espic (Sainte-Catherine – Institut du Cancer Avignon-Provence et l'Institut de Cancérologie Strasbourg Europe, qui associe le CLCC et le CHU).

Les diagnostics justifiant ces traitements sont de nature cancérologique dans 98,6 % des cas, et les cancers de l'utérus (col et endomètre) représentent à eux seuls 83,5 % des recours à cette thérapeutique.

Les patients en bénéficiant sont des femmes dans 94 % des cas, d'âge moyen : 67,8 ans. Les prestations inter-établissements n'apparaissent que dans 6 cas, toujours en hospitalisation de jour.

Le retour se fait toujours à domicile.

Il s'agit le plus souvent de séances itératives puisque ces 6 345 prises en charge ont concerné 2 463 patientes différentes, parmi lesquelles seules 477 n'ont eu qu'une seule séance de traitement.

En moyenne un même patient bénéficie de 2,5 séances.

Notons enfin qu'il existe des structures privées libérales disposant d'une autorisation de curiethérapie (complémentaire de l'autorisation de radiothérapie), qui dispensent des traitements par curiethérapie, mais cette activité (de même que celle de radiothérapie) n'est pas enregistrée dans le PMSI, en raison du statut juridique de ces structures.

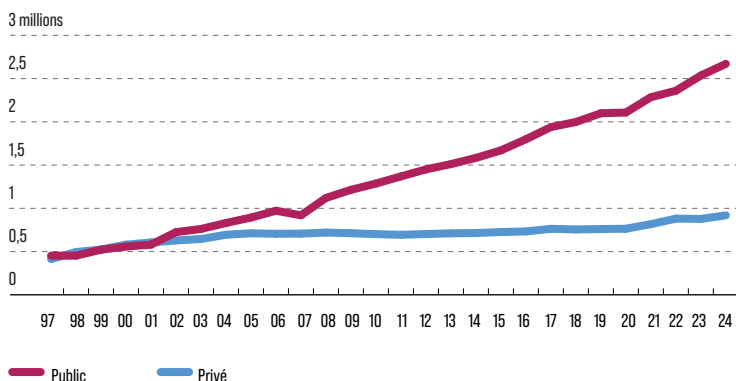


LA CHIMIOTHÉRAPIE

Évolution historique

L'identification des séances de chimiothérapie dans la classification PMSI n'ayant pas été modifiée depuis la mise en place du PMSI dans les établissements de court séjour, il est possible de récupérer des recensements anciens archivés pour avoir un panorama sur plus de 25 ans.

FIGURE 42 Évolution des séances de chimiothérapie



La différenciation de l'activité par secteur à compter de 2004, date de la mise en œuvre de la T2A dans le secteur public, témoigne du fait que la prise en charge de cette activité a été complètement libérée grâce au financement des molécules onéreuses « en sus » du GHM, même si le financement au GHM n'a été effectif à 100 % en secteur public qu'en 2008. Il reste que l'activité de chimiothérapie anticancéreuse a été multipliée par 4 en 25 ans, passant de 947 210 séances (dont 52 % en secteur privé) en 1998, à 3 589 428 séances (dont 25,6 % en secteur privé) en 2024.

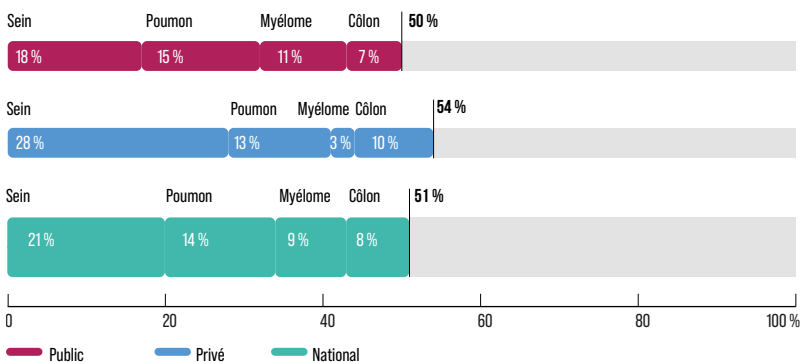
Sur la période retenue pour l'étude : de 2015 à 2024, la progression a été de 60 % en secteur public et de 27 % en secteur privé.

Si on comprend bien les raisons du développement de la chimiothérapie en secteur public, son relatif effondrement (l'activité a quand même presque doublé de 1998 à 2024) en secteur privé doit être interprété en tenant compte de plusieurs facteurs : modification du régime des autorisations, honoraires des médecins oncologues...

Les pathologies prises en charge

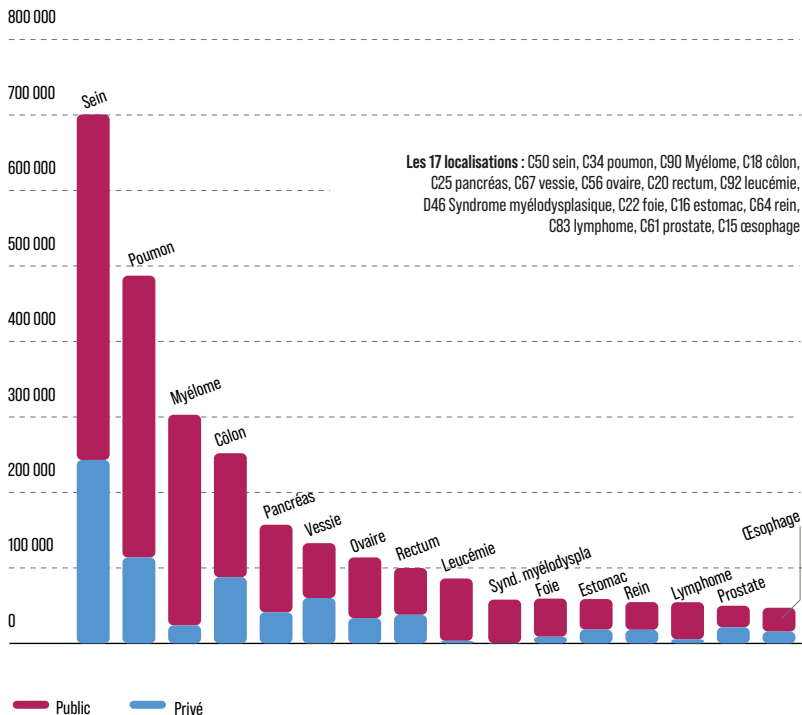
En 2024, 4 localisations tumorales principales sont à l'origine de 50 % de l'activité de chimiothérapie France entière.

FIGURE 43 Les pathologies les plus fréquentes en chimiothérapie : distribution par secteur



80 % des séances de chimiothérapie sont justifiées par 17 pathologies (toujours en code catégories à 3 caractères de la CIM).

FIGURE 44 Chimiothérapie : les localisations correspondant à 80 % de la totalité de la chimiothérapie



L'évolution des pathologies justifiant une chimiothérapie

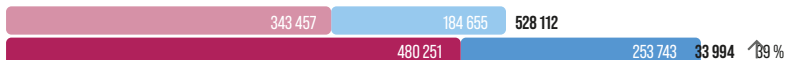
Les 5 premières pathologies sont classées dans le même ordre de fréquence en 2015 et en 2024.

Au-delà, et jusqu'à la 10^e place, les variations du classement sont très faibles.

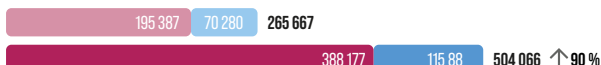
Code CIM	Libellé	Public 2015	Privé 2015	Total 2015	Public 2024	Privé 2024	Total 2024	Progression totale
C50	Tumeur maligne du sein	343 457	184 655	528 112	480 251	253 743	733 994	+ 39 %
C34	Tumeur maligne des bronches et du poumon	195 387	70 280	265 667	388 177	115 889	504 066	+ 90 %
C90	Myélome	118 946	8 835	127 781	298 556	28 102	326 658	+ 156 %
C18	Tumeur maligne du côlon	141 303	87 941	229 244	176 418	92 291	268 709	+ 17 %
C25	Tumeur maligne du pancréas	80 976	30 746	111 722	124 515	42 429	166 944	+ 49 %
C67	Tumeur maligne de vessie	31 798	35 066	66 864	82 765	64 836	147 601	+ 121 %
C56	Tumeur maligne de l'ovaire	73 649	37 388	111 037	81 432	32 952	114 384	+ 3 %
C20	Tumeur maligne du rectum	46 198	34 255	80 453	65 323	39 406	104 729	+ 30 %
C92	Leucémie myéloïde	43 255	2 233	45 488	88 773	3 777	92 550	+ 103 %
C22	Tumeur maligne du foie et des VB	14 362	3 906	18 268	56 083	9 672	65 755	+ 260 %

FIGURE 45 Évolution du nombre de séances de chimiothérapies pour les 5 pathologies les plus fréquentes

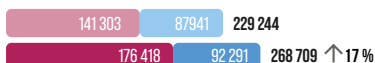
Tumeur maligne du sein



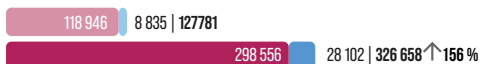
Tumeur des bronches et du poumon



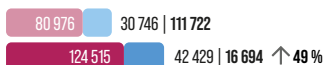
Tumeur du côlon



Myélome



Tumeur du pancréas



Public — 2015 — 2024 Privé — 2015 — 2024 ↑ Progression

On ne peut pas rapprocher ces progressions de celles observées sur les séjours dans la mesure où ce sont les modifications apportées aux protocoles thérapeutiques au cours des dix dernières années qui peuvent expliquer une partie des variations observées.

En s'appuyant sur les numéros d'anonymisation des patients, on enregistre en 2024 :

FIGURE 46 Chimiothérapie : chiffres pour 2024

Nombre de patients différents



Nombre total de séances



Nombre moyen de séances par patient



Public Privé

Les protocoles thérapeutiques appliqués ayant toutes les chances d'être identiques dans les deux secteurs, le nombre moyen de séances par patient est assez constant.

LA RADIOTHÉRAPIE

L'activité de radiothérapie enregistrée dans le PMSI est celle produite uniquement par les établissements de santé publics, puisque les structures privées autorisées ont un statut juridique qui les a éloignées du PMSI depuis son introduction dans les systèmes d'information hospitaliers, même après la mise en œuvre de la T2A. Ces structures privées produisent environ la moitié de l'activité de radiothérapie nationale.

Les chiffres qui suivent décrivent donc exclusivement l'activité des structures financées sur le modèle des établissements de santé publics (c'est-à-dire en particulier celle des centres de lutte contre le cancer).

Évolution du nombre de séjours groupés en GHM

On rappelle que chaque passage d'un patient dans l'unité de radiothérapie, qu'il s'agisse d'une séance de préparation au traitement, ou d'une séance de traitement proprement dit, fait l'objet de l'enregistrement d'un résumé standardisé de sortie, groupé dans un GHM dédié.

La base PMSI 2024 enregistre un peu plus de 128 000 préparations au traitement pour 1 910 000 séances, et contrairement à ce qui est observé pour les autres volets de la cancérologie, l'évolution de l'activité de radiothérapie est très faible.

En effet, si on s'en tient au seul recensement des enregistrements dans le PMSI (préparation et séances) sur la période de l'étude on trouve :

FIGURE 47 Radiothérapie : nombre de préparations

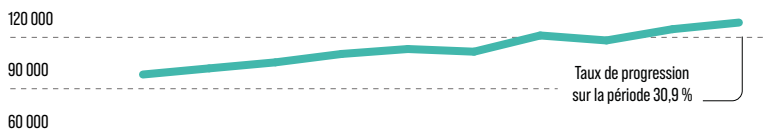
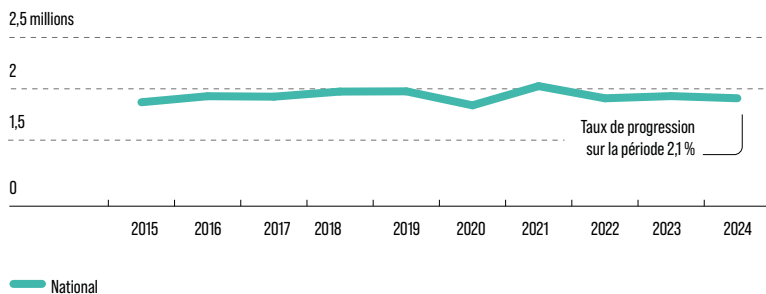


FIGURE 48 Radiothérapie : nombre de séances de traitement



Cette évolution différenciée entre préparation et traitement témoigne des évolutions des protocoles thérapeutiques.

L'impact de la période Covid paraît très spectaculaire en raison de l'échelle imposée par le volume total d'activité, mais en fait la régression d'activité enregistrée en 2020 a été de -6,9 %, et a été suivie d'une augmentation sensible d'activité en 2021, avant de parvenir à une stabilisation à compter de 2022.

Évolution de l'activité en fonction des actes CCAM (qui ont été modifiés en 2010)

En suivant la progression des actes CCAM de préparation et d'irradiation, on constate :

FIGURE 49 Évolution du type de séances de préparation

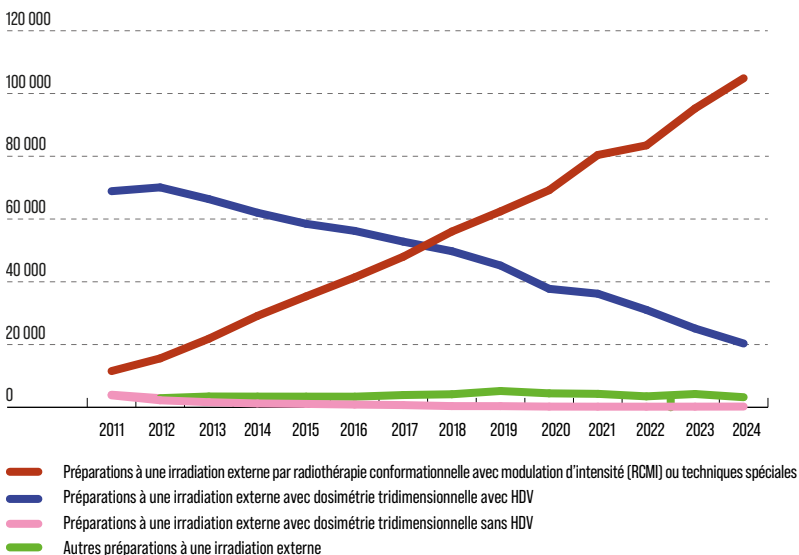
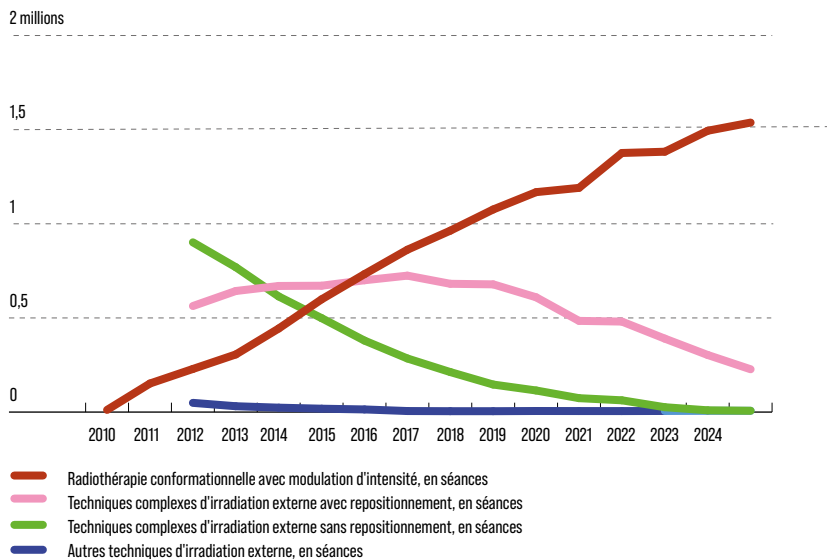


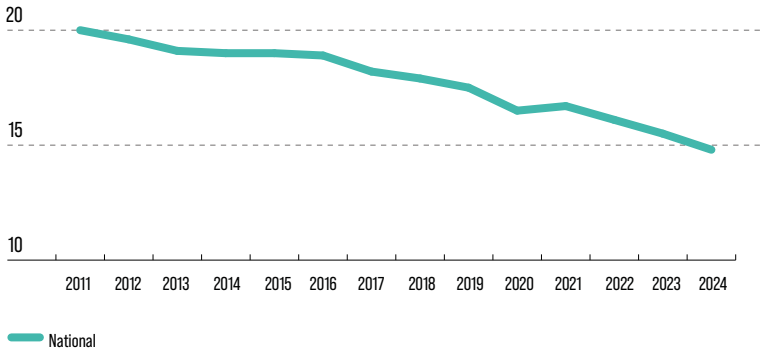
FIGURE 50 Évolution du type des séances de radiothérapie



La radiothérapie conformationnelle avec modulation d'intensité (RCMI) a supplanté presque toutes les autres techniques de radiothérapie puisque, en 2024, plus de 80 % des actes d'irradiation proprement dite sont des actes de RCMI (1 548 665 sur 1 925 545 en tout), alors qu'ils n'étaient que 13 % en 2011.

Par ailleurs, si on rapproche le nombre de préparations du nombre de séances de traitement, on observe une diminution constante de ce rapport, passé de 20 en 2011 à 14,9 en 2024.

FIGURE 51 Évolution du nombre de séances de traitement par rapport aux séances de préparation



Pour expliquer cette observation, deux options :

- les protocoles thérapeutiques comportent un nombre de séances qui a tendance à diminuer,
- les reprises de préparation sont réalisées plus facilement.

En s'appuyant sur les numéros d'anonymisation des patients, on observe en moyenne en 2024 :

- 1,1 séance de préparation par patient,
- 17 séances de traitement par patient.

Les pathologies prises en charge

Le recensement des diagnostics reliés enregistrés pour les séances de radiothérapie donne la distribution suivante :

	Nb de Séances	En % cumulé du total annuel
C61 TM Prostate	415 373	26 %
C50 TM du sein	400 590	50 %
C34 TM du poumon	103 709	57 %
C79 TM secondaires de siège autre et non précisé	77 324	62 %
C71 TM de l'encéphale	58 990	65 %
C20 TM du rectum	47 156	68 %
C32 TM du Larynx	33 936	70 %
C10 TM de l'oropharynx	32 500	72 %
C77 TM des ganglions lymphatiques, secondaire et non précisé	31 045	74 %
C54 TM du corps de l'utérus	30 510	76 %

Les 10 premiers diagnostics expliquent 76 % de la totalité de l'activité de radiothérapie, les deux premiers cancers (prostate et sein) justifiant à eux seuls 50 % de cette activité.

Même si certains cancers parmi les plus fréquents imposent un recours à la chimiothérapie et à la radiothérapie, ce n'est pas le cas pour tous les cancers. D'où une distribution différente des localisations tumorales pour la chimiothérapie et la radiothérapie.

Quant à la stéréotaxie, elle est mise en œuvre pour environ 6 % des traitements entrepris en 2024.

Technique d'irradiation de haute précision permettant un traitement encore plus ciblé sur les lésions tumorales, tout en préservant les tissus sains adjacents, elle est diffusée par 64 des 79 établissements de santé publics proposant une activité de radiothérapie.

La stéréotaxie est identifiée par des actes CCAM spécifiques aussi bien pour la préparation que pour la réalisation des séances. Il est possible de suivre le développement de cette technique dans le PMSI.

Elle est l'objet d'une progression extrêmement régulière et très importante et concerne en 2024 un peu plus de 26 000 patients ayant bénéficié de 104 000 séances, soit une moyenne de 3,9 séances par traitement.

Les pathologies en bénéficiant sont assez peu nombreuses puisque les 10 premiers diagnostics reliés suffisent à décrire 90 % de l'activité.

Code CIM	Nb de séances	Libellé
C79	20 440	Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales
C79	15 785	Tumeur maligne secondaire des os et de la moelle osseuse
C61	11 000	Tumeur maligne de la prostate
C34	9 907	Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon
C34	9 856	Tumeur maligne de bronche ou du poumon, sans précision
C78	8 921	Tumeur maligne secondaire du poumon
C50	6 988	Tumeur maligne du sein, sans précision
C34	5 160	Tumeur maligne du lobe inférieur, bronches ou poumon
C50	2 049	Tumeur maligne à localisations contiguës du sein
C34	2 032	Tumeur maligne à localisations contiguës des bronches et du poumon

FIGURE 52 Actes de préparation stéréotaxique

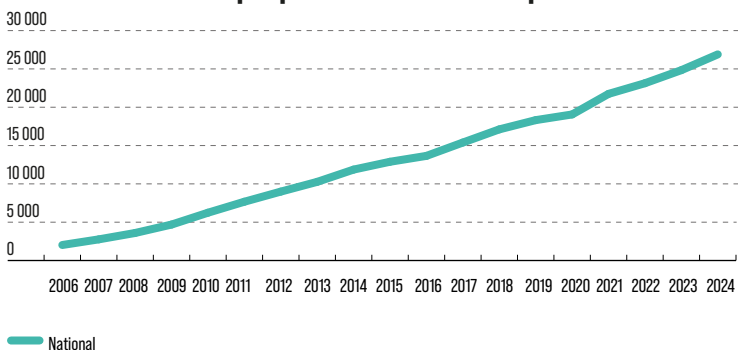
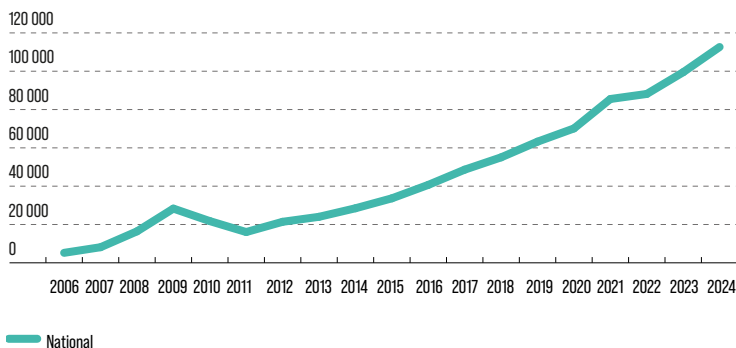


FIGURE 53 Séances d'irradiation externe en condition stéréotaxique : évolution de 2006 à 2024



CONCLUSION PARTIELLE SUR LES MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

Les pathologies cancéreuses doivent être considérées comme des pathologies chroniques avec les caractéristiques suivantes :

Les hommes sont plus souvent hospitalisés pour leur cancer que les femmes (54 % d'hommes dans la population hospitalisée), avec un âge moyen voisin de 68 ans.

Chaque patient est hospitalisé en moyenne 2,8 fois dans l'année (en dehors des séances de traitement, toutes causes confondues).

Les séjours pour cancer sont en moyenne plus « lourds » (au sens « majoration de l'effort de soins ») avec un recours plus fréquent aux unités de surveillance continue.

La place de la chirurgie reste majoritaire (57 %) mais stable sur la période étudiée, au contraire des activités « interventionnelles » qui augmentent (de 10 à 13 %). La chirurgie pour cancer représente 7,3 % de la totalité de la chirurgie, mais 9,2 % en secteur public contre 5,7 % en secteur privé.

La chirurgie ambulatoire se développe de façon spectaculaire (+63 %) sur les 10 ans, et le meilleur exemple en est la chirurgie du cancer du sein.

Les prises en charge en médecine sont très stables, voire en diminution dans le secteur privé, au contraire des prises en charge en « interventionnel » qui ont beaucoup augmenté dans les deux secteurs.

Les activités en séances évoluent de façon diverse : si la curiethérapie conserve un niveau stable mais très discret, la chimiothérapie a « explosé » : + 60 % en secteur public et + 27 % en secteur privé entre 2015 et 2024, pendant que la radiothérapie publique (seule accessible dans cette étude) se transformait avec un taux d'évolution des séances très faible mais un taux de « préparation de traitement » élevé, témoignant d'une modification des protocoles de traitement, également perceptible au travers du codage des techniques utilisées (RCMI et stéréotaxie).



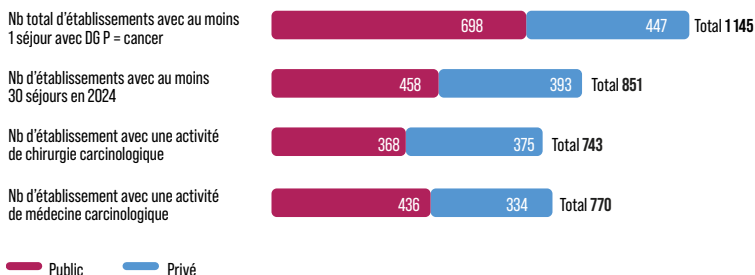
LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

LES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO CHIRURGICAUX

Presque tous les établissements MCO sont concernés par cette activité même s'il a eu une reconfiguration importante du paysage hospitalier entre 2015 et 2024.

Un fois un « nettoyage » indispensable réalisé pour écarter les établissements ayant enregistré moins de 30 séjours avec un diagnostic principal de cancer dans l'année, on trouve :

FIGURE 54 Nombre d'établissements ayant enregistré des séjours avec diagnostic principal de cancer

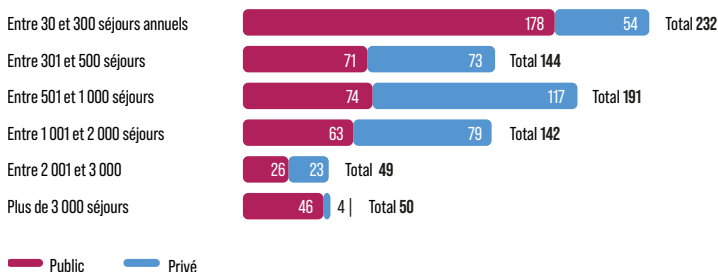


Le fait d'avoir écarté ces 283 établissements n'a supprimé que 2 334 séjours de la base, c'est-à-dire en moyenne 8 séjours par établissement écarté.

Établissements de santé ayant enregistré au moins 30 séjours avec un diagnostic principal de cancer en 2024

	Nb d'établissements	Activité 2024 en nb de séjours	Part d'activité en % du total
Public (total)	466	512 950	62,4 %
CHU	32	192 920	23,5 %
CLCC	19	64 262	7,8 %
CH et HIA	331	199 259	24,3 %
ESPIC	84	56 509	6,9 %
Privé	396	308 248	37,5 %

FIGURE 55 Distribution en nombre de séjours en 2024 des établissements avec diagnostic principal de cancer



Les établissements de santé publics enregistrant plus de 3 000 séjours de cancérologie sont : presque tous les CHU, 8 CLCC, et 2 ESPIC (Hôpital Saint-Joseph à Paris et l'Hôpital Saint Joseph à Marseille).

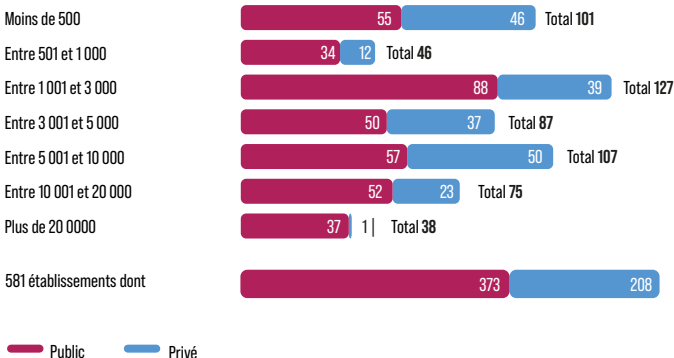
Les établissements de santé privés enregistrant plus de 3 000 séjours annuels sont : le CMC Ambroise Paré de Neuilly-sur-Seine (92), la Polyclinique du parc Rambot – Hôpital Privé de Provence (13), la Polyclinique de Bezannes (51), et l'Hôpital privé du Confluent (44).

LES ÉTABLISSEMENTS AYANT UNE ACTIVITÉ DE CHIMIOTHÉRAPIE

Ils sont 597 en tout en 2024 : 373 publics et 224 privés, mais certains ont enregistré un nombre de séjours groupés dans le GHM « chimiothérapie pour affection cancéreuse » extrêmement faible, incompatible avec une réelle activité développée, et ont été écartés lorsque que moins de 10 séances sont enregistrées..

FIGURE 56 Distribution du nombre d'établissements en fonction du nombre de séances de chimiothérapie

Séances chimiothérapies annuelles

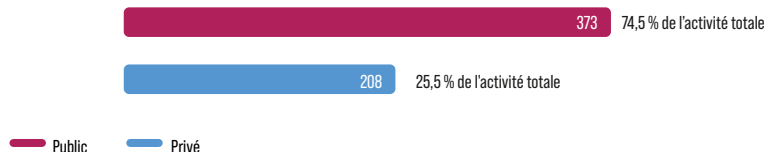


Répartition par type d'établissement

	Nombre d'établissements	Nombre de séances produites	Nombre moyen de séances produites	% de l'activité totale
Public (total)	373	2 668 878	7 155	74,5 %
CHU	32	811 615	25 363	23 %
CLCC	20	492 690	24 634	13,8 %
ESPIC	50	230 402	4 608	6,4 %
CH et autres	271	1 134 171	4 185	31,7 %
Privé	208	911 198	4 381	25,5 %
Total	581	3 580 238	6 162	

FIGURE 57 Répartition entre établissements publics et privés

Nombre d'établissements

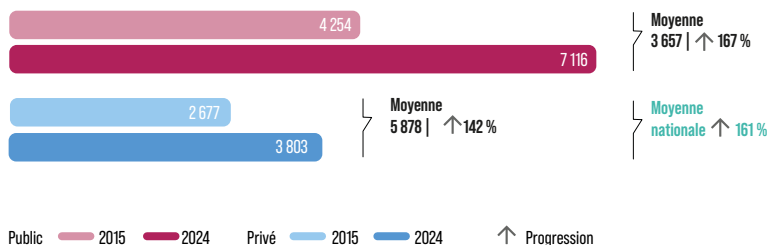


Même si la chimiothérapie était une activité également répartie entre secteurs jusqu'en 2004⁷, les établissements de santé privés produisent le quart de toutes les séances de chimiothérapie pour affection cancéreuse, les CHU et les CLCC en produisent respectivement 23 % et un peu moins de 14 %.

Si on cherche à tracer l'historique de ces établissements sur la période où les données sont accessibles (2015-2024), on constate qu'au moins pour la partie chimiothérapie anticancéreuse, 130 établissements ont changé de statut, ou de nom, ou de numéro Finess sur la période, avec de nombreux regroupements et l'apparition de plusieurs groupements de coopération sanitaire (GCS).

FIGURE 58 Répartition des séances de chimiothérapie en 2015 et 2024

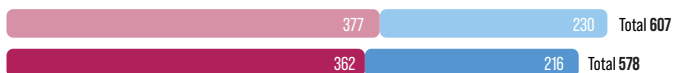
Nb moyen de séances de chimiothérapies par établissement



7. Jusqu'en 2004 et l'introduction de la tarification à l'activité, les secteurs public et privé produisaient chacun 50 % de l'activité nationale.

FIGURE 59 Répartition des établissements assurant des séances de chimiothérapie en 2015 et 2024

Nb d'établissements ayant produit au moins 10 séjours groupés en 28Z07Z



Part de marché du secteur privé

37,9 %

37,4 %

Public 2015 2024 Privé 2015 2024

Établissements ayant une continuité d'activité

	Public	Privé	Total	Part de marché du secteur privé
Nb d'établissements ayant produit des séjours régulièrement tout au long de la période	333	178	511	34,8 %
Nb de 28Z07 produits en 2015 par ces établissements	1 603 921	615 815	2 219 736	27,7 %
Nb de 28Z07 produits en 2024 par ces établissements	2 575 890	821 464	3 397 354	24,2 %
Part des établissements « constants » en 2015	96,6 %	89,2 %		
Part des établissements « constants » en 2024	96,5 %	90,1 %		

Autrement dit, malgré l'apparent bouleversement du tissu hospitalier relatif à la chimiothérapie, lorsque l'on suit ligne par ligne l'identité de chaque établissement, les établissements « stables », c'est-à-dire qui développaient déjà en 2015 une activité de chimiothérapie et qui continuent de le faire en 2024, assument 90 % de l'activité du secteur privé et 96 % de l'activité du secteur public. Ils ont vu leur volume d'activité augmenter de 161 % en tout (167 % pour le secteur public et 142 % pour le secteur privé).

LES ÉTABLISSEMENTS DE RADIOTHÉRAPIE

La radiothérapie enregistrée dans le PMSI est celle produite uniquement par les établissements de santé publics puisque les structures privées autorisées ont un statut juridique qui les a éloignées du PMSI depuis sa création, même après la mise en œuvre de la T2A. Pourtant, les structures privées produisent environ la moitié de l'activité de radiothérapie nationale.

Pour les structures publiques, cette activité est produite par 79 établissements.

Trois CHU se sont associés à un Centre de lutte contre le cancer (CLCC) voisin pour créer des unités plus efficaces. C'est le cas des CHU d'Angers et de Lille et surtout celui de Toulouse puisque, depuis la création de l'Oncopole, ce site unique est celui qui développe, France entière, l'activité la plus importante en nombre de séances.

Et à Strasbourg, le CHU et le CLCC ont constitué un groupement de coopération sanitaire.

Par type d'établissement, les CLCC produisent 41 % de la totalité de l'activité de radiothérapie enregistrée dans le PMSI « public », pendant que les CHU n'en produisent « que » 24 %.

L'activité par établissement varie de 1 333 séances annuelles (CH d'Epinal) jusqu'à 52 896 séances annuelles pour l'Institut Gustave Roussy, étant entendu que les différents sites de l'AP-HP ont enregistré globalement 88 911 séances en 2024.

On a vu que la technique RCMI qui ne correspondait qu'à 13 % des séances en 2011, était la technique appliquée pour 80 % des séances en 2024. Mais pour cette même année, 10 établissements enregistrent un taux de RCMI inférieur à 60 % sur leur activité totale.

Enfin, 64 des 79 établissements de santé publics ayant une activité de radiothérapie ont mis en œuvre des techniques de stéréotaxie, avec des volumes variables, certains très faibles, ou d'autres ayant enregistré une activité en séances et pas en préparation (erreurs de codage ? prestations inter-établissements ?).

D'autre part, 11 établissements ne remplissent pas la condition des 600 patients différents pris en charge. Pour certains, il s'agit d'un seuil inatteignable en raison d'isolement géographique (Creuse, Corse...).



DISCUSSION

Le choix fait d'identifier l'activité de cancérologie en s'appuyant uniquement sur le diagnostic principal codé à l'issue du séjour présente l'avantage d'une relative simplicité pour requêter sur les bases nationales, mais aussi l'inconvénient d'inclure toute l'activité liée aux explorations diagnostiques, sans pour autant acquérir la certitude de cibler la totalité des situations relevant de cancérologie.

Toutefois, l'objectif n'était pas de repérer l'activité « sensible » requérant des compétences et un environnement spécifique pour attribuer une autorisation d'activité, réservant la pratique des actes les plus délicats à des structures particulièrement expérimentées.

Au contraire, le but recherché était de décrire globalement la totalité de l'activité en rapport avec le cancer pour mettre en évidence tout ce qui jalonne la prise en charge de cette maladie chronique, et essayer d'apprécier le poids de la cancérologie dans l'activité des établissements de court séjour.

La tentative de suivre les établissements sur une période d'une dizaine d'années a montré que de profonds changements sont intervenus surtout sur l'organisation administrative des structures, avec des transferts d'activités, des changements de statuts juridiques, la création de groupements de coopération sanitaire (GCS), etc.

Malheureusement, l'analyse qui aurait consisté à mesurer le délai entre l'élaboration du diagnostic et la mise en œuvre du premier traitement, délai dont on sait l'importance sur le pronostic de la maladie, n'est pas réalisable avec le seul PMSI. Le recours aux bases Assurance maladie sur la médecine « de ville », voire aux registres, s'impose pour une mesure fiable.

CONCLUSION

L'étude réalisée a permis de mettre en évidence plusieurs éléments.

L'activité relative au cancer des établissements de santé MCO a augmenté de 10 % au cours des 10 dernières années, mais cette progression est inégalement répartie entre secteurs public (+12,7 %) et privé (+6 %). En 2024, le secteur public prend en charge 62 % de la totalité de cette activité, la part du secteur privé ayant très légèrement diminué au cours des 10 dernières années.

Strictement limitée aux séjours codés « cancer » selon les règles du PMSI, cette activité représente 4 % de la totalité des prises en charge hospitalières de chacun des secteurs. Au cours de l'année 2020 et des bouleversements induits par l'épidémie de Covid, les activités « cancer » ont été relativement protégées et ont beaucoup moins diminué que l'ensemble des autres activités.

Sur la période de 2015 à 2024, les prises en charge des cancers les plus fréquents augmentent et seules diminuent légèrement celles en rapport avec les localisations cancéreuses les plus rares.

Les analyses réalisées n'ont pas permis de mettre en évidence de rajeunissement de l'âge d'apparition des cancers, que seule l'étude des registres cancer peut démontrer. Au contraire, la méthodologie choisie montre une légère augmentation de l'âge moyen des hospitalisations pour cancer, avec une augmentation portant sur la tranche d'âge 70 à 79 ans, dans les deux secteurs.

La prise en charge des cancers pédiatriques relève presque exclusivement du secteur public, et plus particulièrement des CHU et des CLCC.

Globalement les hospitalisations liées au cancer donnent lieu à des prises en charge ambulatoire dans 40 % des cas (32 % en public et 52 % en privé), et à un recours plus fréquent que la moyenne aux unités de soins critiques, pour des malades qui bénéficient en moyenne de 2,8 hospitalisations annuelles, toutes causes confondues.

Ces séjours avec diagnostic principal de cancer sont chirurgicaux dans 58 % des cas, médicaux dans 29 % et interventionnels pour les 13 % restants.

L'activité augmente surtout sur les prises en charge de type interventionnel dans les deux secteurs et le secteur public a beaucoup développé son volet chirurgical ces 10 dernières années.

L'essor de la chirurgie ambulatoire est particulièrement important et est illustré par la chirurgie ambulatoire du cancer du sein, passée, pour sa totalité, de 30 à 52 % : de 46 % à 69 % pour les tumorectomies et de 36 % à 64 % pour les mastectomies partielles.

Les traitements en séances occupent une place tout à fait spécifique en cancérologie avec une progression très importante de la chimiothérapie (+ 60 % en secteur public et + 27 % en secteur privé), pour atteindre 3,5 millions de séances en 2024, et une apparente stabilisation de la radiothérapie, autour de 2 millions de séances annuelles, marquée par des modifications technologiques importantes (développement de la RCMI, de la stéréotaxie, hypo fractionnement...).

Regardée au travers du PMSI, l'activité des établissements de santé MCO relative au cancer se présente comme une activité importante, mais qui cependant ne représente qu'une petite partie de l'activité totale.

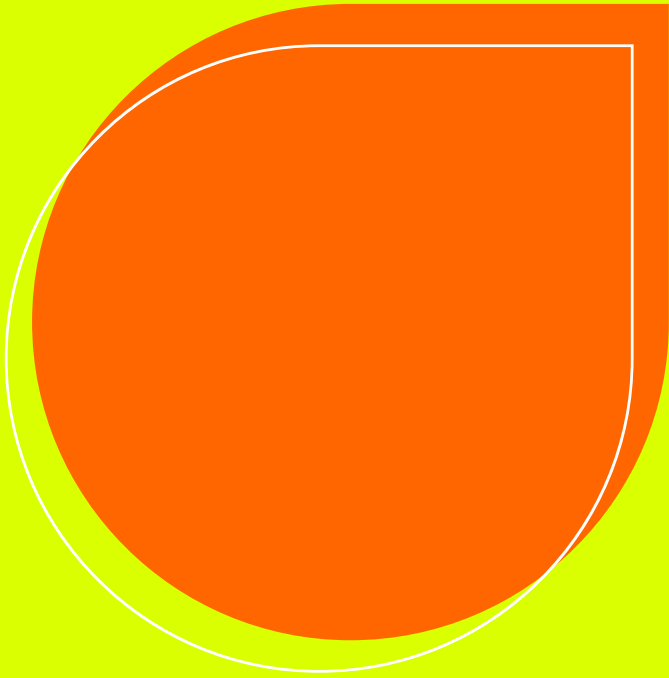
Publication éditée par la FHP-MCO, juin 2026

Enquête réalisée par la FHP-MCO, Dr Michèle Brami.

Rédaction : Dr Michèle Brami, médecin conseil FHP-MCO
et BVM communication

Conception graphique et réalisation : BVM communication. Crédits : © iStock

Impression Antoli
Carcassonne, France
Juin 2026



+

CANCÉROLOGIE

Évolution et tendances

+

+

Syndicat national des
540 établissements de santé privés
exerçant une activité en médecine,
chirurgie, obstétrique (MCO)

FHP-MCO
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris

www.fhpmco.fr

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE