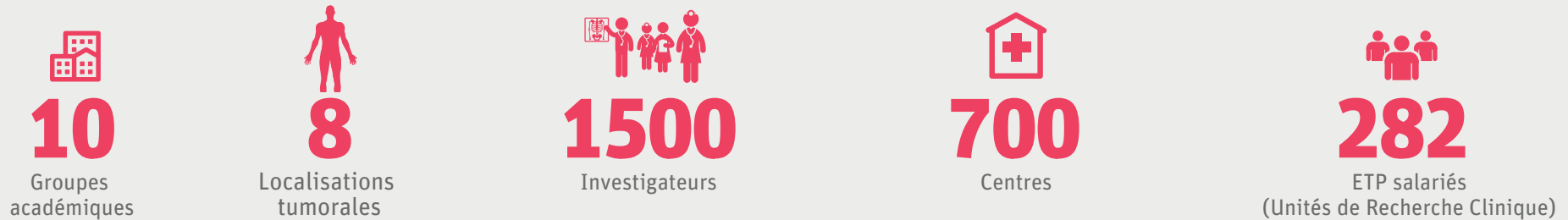




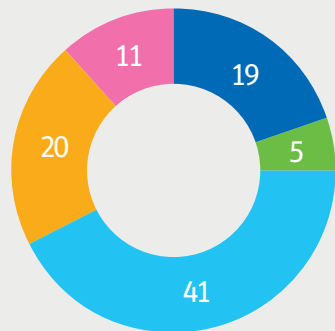
L'ACTIVITÉ DE RECHERCHE  
CLINIQUE ACADÉMIQUE DES  
GROUPES COOPÉRATEURS  
DANS LA LUTTE CONTRE  
LE CANCER



## Les chiffres clés des GCO en 2016



### 96 Publications dans des revues référencées



- Facteur d'impact (FI\*) > 20 (NEJM, The Lancet, JCO)
- 10 ≤ FI\* ≤ 20 (JAMA, JNCI, Nat. Commun., Acta Neuropathol.)
- 5 ≤ FI\* < 10
- 3 ≤ FI\* < 5
- FI\* < 3

\* L'impact factor (facteur d'impact) est une mesure de l'impact d'une revue en fonction du nombre de citations annuelles à ses contenus. C'est un index de qualité des articles qui est universellement reconnu.

### 7090 Patients ayant participé à des études cliniques

**5124**

Patients ayant participé à des études interventionnelles

**1966**

Patients ayant participé à des études non interventionnelles



39%

Centres Hospitaliers Universitaires Régionaux (CHU-R)



27%

Centres de lutte contre le cancer (CLCC)



19%

Centres Hospitaliers (CH)



15%

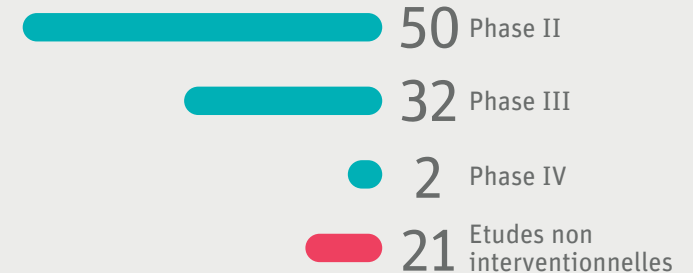
Etablissements privés

**37%**

des études menées au niveau international

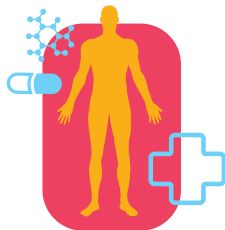
**105**

Études cliniques qui ont inclus des patients sur l'année



## DES STRUCTURES SPÉCIALISÉES PAR DOMAINE THÉRAPEUTIQUE

Créés entre 1981 et 2003, les Groupes Coopérateurs en Oncologie (GCO) sont des **groupes de recherche académique spécialisés dans le domaine du cancer, indépendants et à but non lucratif**. A côté d'une recherche clinique publique hospitalière, qui a parfois des difficultés à organiser des grands essais nationaux ou internationaux, les GCO facilitent la mise en réseau d'experts géographiquement dispersés mais habitués à travailler ensemble. Ils associent ainsi des médecins



et des professionnels de la recherche de plus de 700 centres de santé (CHU, CHR, CH, CLCC, établissements privés) et sont spécialisés par type de cancer : tumeurs gynécologiques (ARCAGY-GINECO), digestives (FFCD), digestives et ORL (GERCOR), de la tête et cou (GORTEC), thoraciques (IFCT), myélomes et gammopathies monoclonales (IFM), tumeurs cérébrales (IGCNO-ANOCEF), lymphomes (LYSA et LYSARC), cancers et leucémies de l'enfant et adolescent (SFCE).

## UN RENFORCEMENT DE L'ACCÈS À L'INNOVATION THÉRAPEUTIQUE AU BÉNÉFICE DES PATIENTS

Les GCO possèdent **leur propre structure opérationnelle** et ont la capacité de concevoir, promouvoir et conduire des études cliniques, en France et à l'international. Grâce à leur fonctionnement en réseau qui

s'étend parfois sur plusieurs pays, les GCO **permettent à des milliers de patients de bénéficier chaque année des innovations thérapeutiques ou des nouvelles stratégies en cancérologie**. En 2016, plus de 7000 patients ont ainsi pu bénéficier de traitements innovants dans toutes les régions de France. **Le Plan Cancer 2014-2019**, a reconnu à plusieurs reprises la capacité des groupes coopérateurs à mener des essais cliniques multicentriques en réseau et à contribuer à l'objectif d'inclusions de 50 000 patients par an dans des essais thérapeutiques d'ici 2019.

## UNE RECONNAISSANCE DE LA QUALITÉ DE L'ACTIVITÉ DE RECHERCHE DES GCO À TRAVERS LE LABEL INCA

La qualité de l'activité de recherche des membres des GCO (ARCAGY GINECO, FFCD, GERCOR, GORTEC, IFCT, IFM, IGCNO-ANOCEF, LYSA-LYSARC, SFCE) a été officiellement reconnue par l'Institut National du Cancer (INCa) à travers le label *Intergroupe français de dimension internationale dans le domaine de la recherche clinique sur le cancer*. **Ce label, obtenu une première fois**



**en 2012, a été renouvelé en octobre 2017 pour une période de 4 ans, témoin du dynamisme continu de l'activité de recherche clinique des groupes**. Ce label a été attribué à un total de 13 intergroupes en raison de leur visibilité internationale et de leur capacité à collaborer dans le domaine de la recherche clinique et cognitive.



## UN POIDS TRÈS IMPORTANT DANS LA RECHERCHE CLINIQUE EN ONCOLOGIE

Les GCO ont l'opportunité de tester, en amont de leur commercialisation, parfois à des phases très précoces, **l'efficacité et la tolérance des nouvelles molécules anticancéreuses et/ou de leur combinaison avec d'autres médicaments**. Ces travaux peuvent donc contribuer à la mise sur leur marché de nouvelles thérapies, ou, à l'inverse, à **l'arrêt du développement de molécules inefficaces ou trop toxiques**. De la même façon, pour des molécules anticancéreuses déjà commercialisées, les GCO peuvent permettre, par leurs études, **le développement de nouvelles indications thérapeutiques** ou l'optimisation de protocoles thérapeutiques dans l'intérêt du

patient. Une des spécificités des GCO est la réalisation d'études randomisées comparant entre elles différentes stratégies, permettant d'évaluer la **valeur ajoutée des nouveaux traitements** par rapport à ceux déjà disponibles, **mais aussi des nouvelles techniques de traitement (radiothérapie, chirurgie)**. Les GCO peuvent ainsi contribuer à la bonne gestion des dépenses publiques, notamment lors de la démonstration du non bénéfice d'un traitement coûteux. **Tous les résultats des études des GCO, même négatifs, sont systématiquement publiés dans les revues scientifiques internationales de premier plan.**

## UNE CONDUITE DE L'EXPERTISE SCIENTIFIQUE EN TOUTE INDÉPENDANCE ET TRANSPARENCE

**Les financements des études des GCO sont multiples** : financements publics (Appels à projets nationaux, Programme Hospitalier de Recherche Clinique piloté par l'INCa), industriels de la santé et financements caritatifs (Ligue Nationale contre le Cancer, Fondations, dons...). Les financements industriels sont des subventions permettant de financer les études cliniques. La collaboration entre les parties est formalisée, pour chaque projet, par une convention de partenariat destinée à **assurer à la fois l'indépendance scientifique des investigateurs et la confiance des industriels**. La charte des

relations entre GCO et l'industrie, disponible sur le site des GCO, énonce les grands principes régissant l'établissement d'une telle convention. **Les médecins investigateurs ne sont par ailleurs pas rémunérés et interviennent, pour toutes leurs activités au sein des groupes, à titre bénévole**. Ils sont tenus de **déclarer annuellement les conflits d'intérêts financiers ou autres qui peuvent entacher leur indépendance et impartialité dans leurs projets de recherche**, leurs publications, leurs communications scientifiques ainsi que leurs évaluations et expertises.



## L'APPORT DES GCO DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER : QUELQUES EXEMPLES D'AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

### CANCERS DE L'OVAIRE

L'olaparib est le premier inhibiteur de PARP (poly-ADP-ribose-polymérase-1) approuvé comme traitement de maintenance dans les **cancers de l'ovaire en rechute tardive**. L'étude **SOLO2**<sup>1</sup>, étude internationale de phase III en double aveugle conduite en Europe avec la collaboration de l'ENGOT (European Network of Gynecological Oncological Trials) et du groupe GINECO a randomisé près de 300 patientes. Les résultats ont démontré que l'olaparib réduisait de 70% le risque de progression chez les patientes ayant un cancer de l'ovaire avec une mutation BRCA. **Ces résultats représentent une avancée majeure dans les cancers de l'ovaire en rechute tardive et laissent entrevoir beaucoup d'espoir pour**



**les patientes avec un cancer de l'ovaire en première ligne, comme traitement de maintenance après une chimiothérapie en association avec l'Avastin** (Etude internationale PAOLA-1, promue par le groupe GINECO, comparant olaparib et placebo en traitement d'entretien chez des patientes traitées par carboplatine-paclitaxel et bevacizumab).

<sup>1</sup> Olaparib tablets as maintenance therapy in patients with platinum-sensitive, relapsed ovarian cancer and a BRCA1/2 mutation (SOLO2/ENGOT-Ov21): a double-blind, randomised, placebo-controlled, phase 3 trial. Pujade-Lauraine E, and SOLO2/ENGOT-Ov21 investigators. *Lancet Oncol.* 2017 Sep;18(9):1274-1284.

### CANCERS DE LA TÊTE ET DU COU

Les cancers ORL se situent au 5<sup>e</sup> rang des cancers les plus fréquents en France avec une mortalité qui reste élevée malgré les progrès réalisés dans leur prise en charge (près de 5.000 patients par an). L'étude **GORTEC 94-01 ARCORO**<sup>1,2</sup>, premier essai randomisé de phase III promu par le groupe, a démontré la supériorité de nouvelle stratégie thérapeutique (augmentation de 3 ans de survie et de contrôle loco-régionale) chez les patients atteints de **carcinomes d'oropharynx** stades IIIIV traités par l'association de carboplatin et fluorouracil en concomitance avec la radiothérapie versus la radiothérapie seule. Ce schéma de radio-chimiothérapie concomitante a été ensuite prouvé efficace chez les patients atteints de **carcinomes épidermoïdes de la tête et du cou** au stade localement avancés (LA-SCCHN) comparé à la radiothérapie accélérée avec ou sans la chimiothérapie concomitante dans le cadre de l'étude randomisée de phase III GORTEC 99-02<sup>3</sup>.



**Les résultats de cette étude ont conduit à une modification des NCCN (National Comprehensive Cancer Network) guidelines dans la version 2015 en intégrant carboplatin et fluorouracil comme un traitement standard catégorie 1 pour les tumeurs de la tête et du cou localement avancées.**

<sup>1</sup> Randomized trial of radiation therapy versus concomitant chemotherapy and radiation therapy for advanced-stage oropharynx carcinoma. Calais G et al. *J Natl Cancer Inst.* 1999 Dec 15;91(24):2081-6.

<sup>2</sup> Final results of the 94-01 French Head and Neck Oncology and Radiotherapy Group randomized trial comparing radiotherapy alone with concomitant radiochemotherapy in advanced-stage oropharynx carcinoma. Denis F et al. *J Clin Oncol.* 2004 Jan 1;22(1):69-76.

<sup>3</sup> Concomitant chemoradiotherapy versus acceleration of radiotherapy with or without concomitant chemotherapy in locally advanced head and neck carcinoma (GORTEC 99-02): an open-label phase 3 randomised trial. Bourhis J et al. *Lancet Oncol.* 2012 Feb;13(2):145-53.

### CANCERS DE L'ESTOMAC

L'essai de phase III randomisé **FFCD 0307**<sup>1</sup>, promu par la FFCD a démontré que le FOLFIRI pouvait faire partie de l'arsenal thérapeutique des patients présentant un cancer gastrique localement avancé ou métastatique.



**échec du traitement comparé à l'ECX**. Cet essai a été mené avec la participation de 416 patients (71 centres) de juin 2005 à mai 2008.

**L'essai a comparé le FOLFIRI au traitement standard par ECX (Epirubicine/Cisplatine et capecitabine) et a démontré que le FOLFIRI en première ligne avait un meilleur temps jusqu'à**

<sup>1</sup> Prospective, Randomized, Multicenter, Phase III Study of Fluorouracil, Leucovorin, and Irinotecan Versus Epirubicin, Cisplatin, and Capecitabine in Advanced Gastric Adenocarcinoma. Guimbaud R et al. *J Clin Oncol.* 2014 Nov 1;32(31):3520-6

### CANCERS DU CÔLON

La durée recommandée pour le traitement adjuvant des cancers du côlon de stade III était jusqu'à présent de 6 mois. **Les résultats de l'étude IDEA**<sup>1</sup> (International Duration Evaluation of Adjuvant therapy in colon cancer) **ont changé les standards : 3 mois de chimiothérapie par l'association capecitabine et oxaliplatine (CAPOX) est recommandé pour les stades T1-T3N1. Pour les stades III, T4 et/ou N2, un traitement de 6 mois de chimiothérapie par 5FU, acide folinique et**



**oxaliplatine (FOLFOX 6m) ou CAPOX est recommandé**. L'analyse a inclus 12 834 patients (dont 2010 en France) entre juin 2007 et décembre 2015 dans 12 pays (promotion du Groupe GERCOR en collaboration avec la FFCD et Unicancer).

<sup>1</sup> Prospective pooled analysis of six phase III trials investigating duration of adjuvant (adjuv) oxaliplatin-based therapy (3 vs 6 months) for patients (pts) with stage III colon cancer (CC): The IDEA (International Duration Evaluation of Adjuvant chemotherapy) collaboration. Shi Q. et al. *J Clin Oncol* 35 2017 Suppl Abstr LBA1.

### CANCERS DU PANCRÉAS

L'étude internationale **LAP07**<sup>1</sup>, promue par le GERCOR dans le cadre de l'intergroupe PRODIGE, a évalué la radio-chimiothérapie dans les adénocarcinomes localement évolués du pancréas après 4 mois de chimiothérapie d'induction par gemcitabine ± erlotinib. **Les résultats ont permis d'établir que le standard était de poursuivre la chimiothérapie par**



**gemcitabine, l'association radio-chimiothérapie ne permettant pas d'améliorer la survie globale.**

<sup>1</sup> Effect of Chemoradiotherapy vs Chemotherapy on Survival in Patients With Locally Advanced Pancreatic Cancer Controlled After 4 Months of Gemcitabine With or Without Erlotinib: The LAP07 Randomized Clinical Trial. Hammel P et al. *JAMA.* 2016, 315, 1844-53.

## L'APPORT DES GCO DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER : QUELQUES EXEMPLES D'AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

### CANCERS DU POUMON

L'étude **Biomarqueurs-France**<sup>1</sup>, pilotée par l'IFCT à la demande de l'INCa, a concerné tous les patients porteurs d'un **cancer bronchique non à petites cellules** pour lesquels un typage moléculaire de leur tumeur a été effectué en routine par l'une des 28 plateformes françaises de génétique moléculaire, entre avril 2012 et avril 2013. Six anomalies moléculaires ont été recherchées (EGFR, KRAS, BRAF, HER2 et PI3KCA, ALK). **Cette étude observationnelle, qui constitue une cohorte unique à l'échelle internationale (17 664 patients), a permis de démontrer l'apport du typage moléculaire à la prise en charge adaptée des patients, améliorant le taux de réponse aux traitements de première et deuxième lignes, et**



**améliorant ainsi significativement la survie globale.** En France, tous les patients du territoire peuvent bénéficier de ces tests gratuitement quel que soit leur lieu de prise en charge. La base de données Biomarqueurs-France a permis la genèse de 8 études associées s'intéressant à des sous-groupes de patients (mutations concomitantes, mutations rares de l'EGFR, mutations de BRAF, patients opérés...) dont certaines ont déjà fait l'objet de publications.

<sup>1</sup> Routine molecular profiling of patients with advanced non-small-cell lung cancer: results of a 1-year nationwide programme of the French Cooperative Thoracic Intergroup (IFCT). F. Barlesi et al. *Lancet*. 2016 Apr 2;387(10026):1415-1426.

### CANCERS DE LA PLÈVRE

Le mésothéliome pleural malin est un **cancer de la plèvre** rare et agressif. La plupart des cas de mésothéliome sont dus à une exposition professionnelle à l'amiante. L'étude **MAPS (IFCT-GFPC-0701)**<sup>1</sup> a évalué l'ajout du bevacizumab à la référence actuelle de chimiothérapie (pemetrexed plus cisplatine) dans un essai clinique de phase 3 qui s'est achevé fin 2014, avec 448 patients inclus dans 73 centres. L'étude est positive sur son objectif principal, la survie, avec une réduction significative du risque de décès de 23% observée chez les patients traités par pemetrexed/cisplatine plus bevacizumab. **Cette étude constitue le premier essai clinique positif de**



**phase 3 sur la survie concernant le mésothéliome depuis 12 ans.** Ces résultats très encourageants ont conduit à une modification des NCCN (National Comprehensive Cancer Network) guidelines dans la version 2015 en intégrant le triplet « pemetrexed/cisplatine plus bevacizumab » comme traitement de première ligne chez les patients atteints de mésothéliome pleural malin.

<sup>1</sup> Bevacizumab for newly diagnosed pleural mesothelioma in the Mesothelioma Avastin Cisplatin Pemetrexed Study (MAPS): a randomised, controlled, open-label, phase 3 trial. G. Zalcman et al. *Lancet*. 2016 Apr 2;387(10026):1405-1414.

### LYMPHOMES À CELLULES DU MANTEAU

L'ajout d'une **immunothérapie par rituximab après une chimiothérapie intensive chez les patients atteints du lymphome à cellules du manteau (une forme rare mais grave de lymphome) a permis d'améliorer leur survie**, selon une étude conduite par les centres du **LYSA** et publiée en septembre 2017 dans le **New England Journal of Medicine**<sup>1</sup>.



**Quatre ans après la fin de la chimiothérapie, 89% de patients du groupe ayant reçu une immunothérapie étaient toujours en vie, contre 80% dans le groupe qui n'avait pas suivi une immunothérapie.** D'autres analyses en cours à partir de cet essai, auquel

299 patients ont participé, permettront d'identifier des indicateurs en imagerie (PET-scanner) et en biologie moléculaire (détection de la maladie résiduelle minimale) afin d'identifier précocement les patients qui répondent le mieux au traitement de ceux chez qui il faudrait le modifier pour être plus efficace. D'autres programmes biologiques en cours vont s'attacher à définir des bio-marqueurs d'agressivité de ce lymphome pour développer de nouveaux traitements ciblés.

<sup>1</sup> Rituximab after Autologous Stem-Cell Transplantation in Mantle-Cell Lymphoma. S. Le Gouill et al. *N Engl J Med* 2017 ; 377 :1250-60.

### MYÉLOMES DU SUJET JEUNE

L'IFM a conduit un important essai clinique de phase 3 randomisé (**IFM 2009**) qui a inclus 700 patients en France et Belgique entre 2010 et 2012, en posant la question de l'intérêt de poursuivre une stratégie intensive chez les patients avec un **myélome de novo** et éligibles à une autogreffe. L'analyse des résultats après une médiane de suivi de 44 mois a permis de conclure à un bénéfice de survie sans progression significatif en faveur du bras intensif et confirmé cette attitude thérapeutique initiale comme un standard chez les patients de moins de 65 ans et éligibles à cette procédure.



**réponse complète iconographique via une évaluation en Pet-scanner.** Ces résultats ont été publiés récemment dans le *New England Journal of Medicine*<sup>1</sup> et dans le *Journal of Clinical Oncology*<sup>2</sup>, et vont impacter positivement l'avenir du patient en prise en charge thérapeutique du myélome.

<sup>1</sup> Lenalidomide, Bortezomib, and Dexamethasone with Transplantation for Myeloma. Attal M et al. *N Engl J Med*. 2017 Apr 6; 376(14):1311-1320.

<sup>2</sup> Prospective Evaluation of Magnetic Resonance Imaging and [18F] Fluorodeoxyglucose Positron Emission Tomography-Computed Tomography at Diagnosis and Before Maintenance Therapy in Symptomatic Patients With Multiple Myeloma Included in the IFM/DFCI 2009 Trial: Results of the IMAJEM Study. Moreau P et al. *J Clin Oncol*. 2017 Sep 1;35(25):2911-2918



## L'APPORT DES GCO DANS LA LUTTE CONTRE LE CANCER : QUELQUES EXEMPLES D'AVANCÉES THÉRAPEUTIQUES

### LYMPHOMES PRIMITIFS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

Le traitement du **lymphome primitif du système nerveux central** reste mal codifié. Cette tumeur intéresse majoritairement les patients âgés qui sont très exposés aux complications neurocognitives de la combinaison de la chimiothérapie et de la radiothérapie. L'IGCNO-ANOCEF a conduit le premier essai thérapeutique<sup>1</sup> randomisé dans cette population vulnérable et a montré qu'une stratégie de chimiothérapie sans radiothérapie était une approche efficace permettant une meilleure préservation des



fonctions cognitives et de la qualité de vie des patients. **Ces résultats ont contribué à l'établissement de recommandations thérapeutiques pour cette population dans les guidelines européens de l'EANO (European association of Neuro-Oncology).**

<sup>1</sup> Methotrexate and temozolomide versus methotrexate, procarbazine, vincristine, and cytarabine for primary CNS lymphoma in an elderly population: an intergroup ANOCEF-GOELAMS randomised phase II trial. Omuro A et al. *Lancet Haematol.* 2015;2(6):e251-9.

### GLIOBLASTOMES

Trente pour cent des **glioblastomes** atteignent des patients âgés de plus de 70 ans dont l'état général et/ou neurologique est souvent altéré. Ces patients sont souvent exclus des essais cliniques. Dans cette situation, la radiothérapie est trop contraignante compte tenu de l'espérance de vie limitée. **Une étude de phase II de l'IGCNO-ANOCEF a montré que le témozolomide, un médicament anticancéreux donné par voie orale 5 jours**



**par mois, améliore l'état général et/ou neurologique chez 33% des patients avec une tolérance satisfaisante.** Ce traitement mérite d'être tenté en particulier s'il y a une faible expression de l'enzyme de résistance MGMT par méthylation de son promoteur.

<sup>1</sup> Temozolomide in elderly patients with newly diagnosed glioblastoma and poor performance status: an ANOCEF phase II trial. Gállego Pérez-Larraya J et al. *J Clin Oncol.* 2011; 29:3050-5.

### LEUCÉMIES AIGÜES CHEZ L'ENFANT

Les **leucémies aiguës** sont le cancer le plus fréquent chez l'enfant. Le caractère d'emblée ou secondairement résistants de certaines d'entre elles incite à la réalisation de greffes de cellules souches allogéniques. La source des cellules à greffer peut être intrafamiliale, ou extra-familiale : moelle de donneur ou sang de cordon ombilical HLA identiques (le sang de cordon contient en effet des cellules jeunes qui permettent de reconstituer une nouvelle moelle ainsi qu'un système immunitaire). **Une étude française randomisée sur 151**



**enfants et adolescents greffés avec du sang de cordon provenant de 2 unités versus 1 unité a démontré que 2 ans après la greffe, les patients ayant reçu 2 unités ont eu moins d'échec du traitement et une survie sans maladie plus longue que ceux n'ayant reçu qu'une unité.**

<sup>1</sup> Single- vs double-unit cord blood transplantation for children and young adults with acute leukemia or myelodysplastic syndrome. Michel G. et al. *Blood.* 2016 Jun 30;127(26):3450-7.

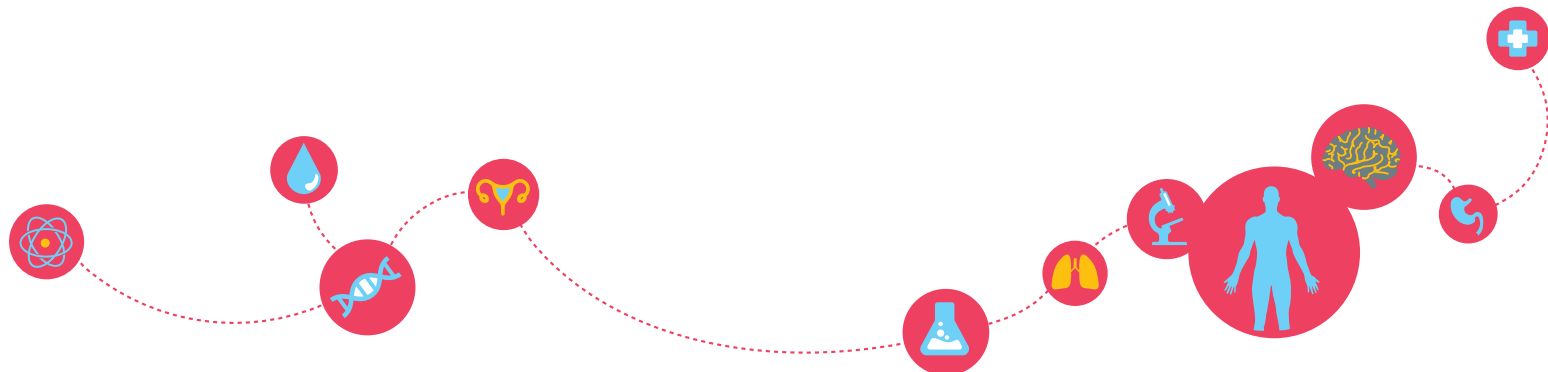
### NEUROBLASTOMES CHEZ L'ENFANT

Le **neuroblastome** est la tumeur maligne solide extra-cérébrale la plus fréquente du jeune enfant. Une étude<sup>1</sup> internationale portant sur 1347 patients atteints d'un neuroblastome de haut risque a comparé de façon randomisée 2 associations de chimiothérapie (busulfan et melphalan versus carboplatine, etoposide et melphalan). **Cette étude a démontré que l'association busulfan et melphalan (utilisée depuis de nombreuses années par les équipes de la SFCE à la suite**



**des travaux pilotes de l'équipe de Gustave Roussy) permet d'obtenir une meilleure survie sans maladie avec moins d'effets indésirables que la deuxième association.**

<sup>1</sup> Busulfan and melphalan versus carboplatin, etoposide, and melphalan as high-dose chemotherapy for high-risk neuroblastoma (HR-NBL1/SIOPEN): an international, randomised, multi-arm, open-label, phase 3 trial. Ladenstein R. et al. *Lancet Oncol.* 2017 Apr;18(4):500-514.





**GCO**  
C/o IFCT  
10 rue de la Grange Batelière  
75009 PARIS

Représentants : B. Milleron,  
F. Morin, C. Dubois  
Email: [contact@gco-cancer.org](mailto:contact@gco-cancer.org)  
Tel: +33 (0)1 80 96 08 03  
[www.gco-cancer.org](http://www.gco-cancer.org)

## LES GROUPES MEMBRES DES GCO



### ARCAGY-GINECO

Association de Recherche sur  
les Cancers dont Gynécologiques  
Groupe d'Investigateurs Nationaux dans  
les Etudes des Cancers de l'Ovaire  
et du sein  
Représentants : E. Pujade-Lauraine, B. Votan  
Hôpital Hôtel Dieu  
1, Parvis Notre-Dame, Place Jean-Paul II  
75181 PARIS Cedex 04  
[www.arcagy.org](http://www.arcagy.org)



### FFCD

Fédération Francophone de  
Cancérologie Digestive  
Représentants : P. Michel, C. Girault  
Faculté de Médecine  
BP 87900 - 21079 DIJON Cedex  
[www.ffcd.fr](http://www.ffcd.fr)



### GERCOR

Groupe Coopérateur Multidisciplinaire  
en Oncologie  
Représentants : C. Louvet, C. Delpeut  
151 rue du Faubourg Saint-Antoine  
75011 PARIS  
[www.gercor.com](http://www.gercor.com)



### GORTEC

Groupe d'Oncologie Radiothérapique  
Tête et Cou  
Représentants : J. Bourhis, N. Vintonenko  
CHU Bretonneau – B47  
2 boulevard Tonnellé  
37044 TOURS Cedex 9  
[www.gortec.fr](http://www.gortec.fr)



### IFCT

Interroupe Francophone  
de Cancérologie Thoracique  
Représentants : P.-J. Souquet, F. Morin  
10 rue de la Grange Batelière  
75009 PARIS  
[www.ifct.fr](http://www.ifct.fr)



### IFM

Interroupe Francophone du Myélome  
Représentants : C. Hulin, C. Mathiot  
75 avenue Parmentier  
75544 PARIS Cedex 11  
[www.myelome.fr](http://www.myelome.fr)



### LYSA/LYSARC

The Lymphoma Study Association / The Lymphoma Academic Research Organisation  
Représentants : G. Salles, C. Haioun  
Centre Hospitalier Lyon-Sud  
Service d'Hématologie – Bâtiment 1F / Secteur Sainte Eugénie – Pavillon 6D  
69495 PIERRE-BÉNITE Cedex  
[www.lysa-lymphoma.org](http://www.lysa-lymphoma.org)  
[www.lysarc.org](http://www.lysarc.org)



### SFCE

Société Française de lutte contre  
les Cancers et les leucémies de l'Enfant  
et de l'adolescent  
Représentants : J. Michon, H. Castro  
Hôpital Armand Trousseau  
Service d'Hématologie Oncologie Pédiatrique  
26 avenue du Dr Arnold Netter  
75012 PARIS  
[www.sfce.sfpediatric.com](http://www.sfce.sfpediatric.com)



### IGCNO/ANOCEF

InterGroupe Coopérateur de  
Neuro-Oncologie / Association des  
Neuro-Oncologues d'Expression  
Française  
Représentants : K. Hoang Xuan, M. Vo  
27, rue du Dessous des Berges  
75013 PARIS  
[www.anocef.org](http://www.anocef.org)