



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

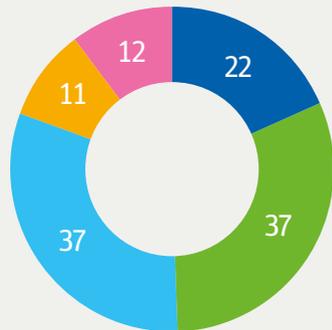


# Les chiffres clés des GCO en 2018\*

\* Hors activité de recherche de la SFCE



**119** Publications dans des revues référencées



- Facteur d'impact (FI\*) > 20 (NEJM, The Lancet, Nat. Rev. Cancer, The Lancet Oncol., JCO, JAMA Oncol.)
- 10 ≤ FI\* ≤ 20
- 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.

**4002** Patients ayant participé à des études cliniques

**2494**

Patients ayant participé à des études interventionnelles

**1508**

Patients ayant participé à des études observationnelles



Centres Hospitaliers Universitaires Régionaux (CHU-R)



Centres de lutte contre le cancer (CLCC)



Centres Hospitaliers (CH)



Etablissements privés

**41%**

des études menées au niveau international

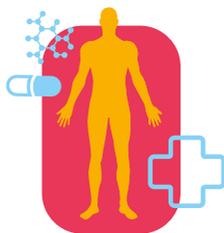
**101**

Études cliniques qui ont inclus des patients sur l'année



## 9 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 2018, 2494 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 patients dans des essais thérapeutiques.

## 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 permettent, 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 pas rémunérés et interviennent, pour toutes leurs activités au sein des groupes, à titre bénévole. Ils sont tenus de déclarer annuellement leurs liens d'intérêts financiers ou autres afin de garantir leur indépendance dans leurs projets de recherche**, publications, 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, premier inhibiteur de PARP (poly-ADP ribose-polymérase-1), approuvé comme traitement de maintenance dans les cancers de l'ovaire en rechute tardive, a démontré des résultats jamais observés jusqu'à ce jour dans les cancers de l'ovaire en 1<sup>ère</sup> ligne. L'étude SOLO1<sup>1</sup> a en effet démontré que l'olaparib diminuait de 70% le risque de rechute chez des patientes ayant un cancer de l'ovaire avec une mutation BRCA. **Ces résultats représentent une avancée majeure dans les cancers de l'ovaire en première ligne et laissent entrevoir**



**des attentes énormes quant aux résultats de l'étude PAOLA-1 (olaparib en association avec bevacizumab), étude internationale 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> Maintenance Olaparib in Patients with Newly Diagnosed Advanced Ovarian Cancer. Moore K and al. N Engl J Med. Oct 21 2018.

### CANCERS DE LA TÊTE ET DU COU

L'étude **GORTEC 94-01 ARCORO**<sup>1,2</sup>, a démontré la supériorité en survie de carboplatine et fluorouracile concomitants avec la radiothérapie versus la radiothérapie seule dans les **carcinomes de l'oropharynx** stades III-IV. Ce schéma ARCORO a ensuite été comparé à la radiothérapie accélérée dans la phase III **GORTEC 99-02**<sup>3</sup>. Les NCCN guidelines ont intégré carboplatine et fluorouracile comme traitement standard catégorie 1 pour les cancers ORL localement avancés. L'essai **GORTEC 2007-01**<sup>4</sup> a depuis montré un bénéfice en survie sans progression et contrôle locorégional sans bénéfice en survie globale d'une intensification de radiothérapie cetuximab avec le schéma ARCORO pour des stades T3-4 N0-N2a. L'essai **GORTEC 2007-02**<sup>5</sup> a montré l'absence de supériorité en survie sans progression et survie globale d'une chimiothérapie d'induction (TPF) par rapport à une radiochimiothérapie d'emblée pour des stades N2-3. L'actualisation de l'essai



**GORTEC 2000-01**<sup>6</sup> a confirmé un bénéfice du TPF (versus PF) en induction avant radiothérapie sur la préservation laryngée et la survie sans dysfonction laryngée. Plusieurs larges essais stratégiques sont en cours.

<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.

<sup>2</sup> Final results of the 94-01 GORTEC trial. Denis F et al. J Clin Oncol. 2004 Jan 1.

<sup>3</sup> GORTEC 99-02 : an open label phase 3 randomised trial. Bourhis J et al. Lancet Oncol. 2012 Feb 13.

<sup>4</sup> Results of the GORTEC 2007-01 Phase III Randomized Trial. Tao Y et al. J Clin Oncol. 2018 Jun 7.

<sup>5</sup> Results of the GORTEC 2007-02 Phase III Randomized Trial. Geoffrois L et al. J Clin Oncol. 2018 Jul 17.

<sup>6</sup> Long-term Results of a Multicenter Randomized Phase III Trial of Induction Chemotherapy With Cisplatin, 5-Fluorouracil, ± Docetaxel for Larynx Preservation. J Natl Cancer Inst. 2015 Dec 16.

### CANCERS DU PANCRÉAS

L'essai de phase II randomisé «**PRODIGE 35**» promu par la **FFCD** a démontré qu'un traitement par **entretien de LV5FU2** (c'est-à-dire une association d'un médicament anticancéreux, le 5-fluorouracile et d'une vitamine, l'acide folinique) **est une nouvelle stratégie dans l'arsenal thérapeutique du traitement du cancer du pancréas métastatique**. L'étude a évalué (en comparaison au FOLFIRINOX 6 mois) l'intérêt d'une maintenance par LV5FU2 après 4 mois de FOLFIRINOX (avec reprise du FOLFIRINOX à progression) ainsi que l'efficacité d'un traitement



séquentiel alternant gemcitabine et FOLFIRI3. Cet essai, publié en mai 2018 dans the *Journal of Clinical Oncology*<sup>1</sup>, a été mené avec la participation de 273 patients (53 centres) de janvier 2015 à novembre 2016.

<sup>1</sup> FOLFIRINOX until progression, FOLFIRINOX with maintenance treatment, or sequential treatment with gemcitabine and FOLFIRI.3 for first-line treatment of metastatic pancreatic cancer: A randomized phase II trial (PRODIGE 35-PANOPTIMO). Dahan, L and al. Journal of Clinical Oncology, May 20 2018.

### 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

L'étude **IFCT-1501 MAPS-2 s'est intéressée au mésothéliome pleural malin qui est la plus fréquente des tumeurs primitives de la plèvre, une membrane qui enveloppe les poumons.** La plupart des cas de mésothéliome sont dus à une exposition professionnelle à l'amiante. De mars à août 2016, 125 patients atteints d'un mésothéliome pleural malin ont pu bénéficier d'une immunothérapie dans le cadre de cette étude. L'objectif était de savoir si un traitement par immunothérapie anti-tumorale (nivolumab seul ou nivolumab associé à l'ipilimumab) est bien toléré et est efficace dans le traitement de cette maladie en cas d'échec du traitement standard de chimiothérapie.



nivolumab, et de 50% pour le groupe traité par nivolumab plus ipilimumab. Cette étude a aussi permis d'observer des survies sans progression et des survies globales très prometteuses en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> ligne de traitement. **Les résultats de cette étude, publiés dans *The Lancet Oncology* en janvier 2019<sup>1</sup>, représentent une avancée thérapeutique certaine pour les patients atteints d'un mésothéliome pleural malin non opérable, pour lesquels il n'existe actuellement pas de traitement standard validé après une 1<sup>ère</sup> ligne de traitement par pemetrexed-platine.**

<sup>1</sup> Nivolumab or nivolumab plus ipilimumab in patients with relapsed malignant pleural mesothelioma (MAPS2): a multicentre, open-label randomised non-comparative phase 2 trial. A. Scherpereel et al. *Lancet Oncology*, January 16, 2019.

Cette étude a atteint son critère principal d'évaluation en démontrant un taux de contrôle de la maladie à 12 semaines de 44.4% pour les patients traités par

### LYMPHOMES FOLLICULAIRES

RELEVANCE<sup>1</sup> est la première étude d'envergure s'adressant aux malades atteints de lymphome folliculaire en 1<sup>ère</sup> ligne (avec forte masse tumorale), comparant à un traitement conventionnel par immunochimiothérapie, une nouvelle association de 2 médicaments reposant sur la modulation des fonctions du système immunitaire : le lénalidomide en prise orale et le rituximab en intraveineux (combinaison appelée aussi R<sup>2</sup>).



moitié à eu la combinaison R<sup>2</sup>. La durée de traitement était de 30 mois dans les 2 groupes de patients.

**Avec un recul de maintenant 3 ans, les 2 groupes de traitement ont une efficacité similaire si l'on en juge par les taux de réponse au traitement et par le pourcentage identique (77%) de patients chez qui la maladie n'a pas progressé.**

Dans cette étude, menée avec Celgene auprès de 1030 patients dans 10 pays (dont 581 en France) atteints d'un lymphome folliculaire et âgés d'au moins 18 ans au moment du diagnostic, la moitié a reçu une immuno-chimiothérapie, l'autre

<sup>1</sup> F Morschhauser et al., RELEVANCE : Phase III Randomized Study of Lenalidomide Plus Rituximab (R2) Versus Rituximab Plus Chemotherapy Followed by Rituximab Maintenance in Patients with Previously Untreated Follicular Lymphoma, *N Engl J Med* 2018 ; Sep 6 ;379(10):934-947.

### 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 la prise en charge thérapeutique du myélome.

**Cet essai a confirmé également l'intérêt majeur de l'évaluation de la réponse au traitement via la recherche au niveau biologique médullaire d'une maladie résiduelle négative ainsi qu'une**

<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.

### RHABDOMYOSARCOMES CHEZ L'ENFANT

Une étude<sup>1</sup> internationale réalisée de 2005 à 2013 sur le traitement des **rhabdomyosarcomes** de l'enfant de risque élevé, a démontré qu'il n'y avait pas de bénéfice en termes de survie sans événement à utiliser 4 médicaments (ajout de la doxorubicine) à 3 médicaments (vincristine – ifosfamide – actinomycine) pendant les premières cures du traitement néo-adjuvant. **En revanche, une autre étude<sup>2</sup> démontre la supériorité en termes de survie de l'ajout de 6 mois de**



**traitement d'entretien comportant une association de vinorelbine et de cyclophosphamide.**

<sup>1</sup> Addition of dose-intensified doxorubicin to standard chemotherapy for rhabdomyosarcoma (EpSSG RMS 2005): a multicentre, open-label, randomised controlled, phase 3 trial. Bisogno G. et al. *Lancet Oncol.* 2018 Aug;19(8):1061-1071.

<sup>2</sup> Maintenance low-dose chemotherapy in patients with high-risk (HR) rhabdomyosarcoma (RMS): A report from the European Paediatric Soft Tissue Sarcoma Study Group (EpSSG). Bisogno G, et al. Presented at ASCO 2018; Abstract LBA2.

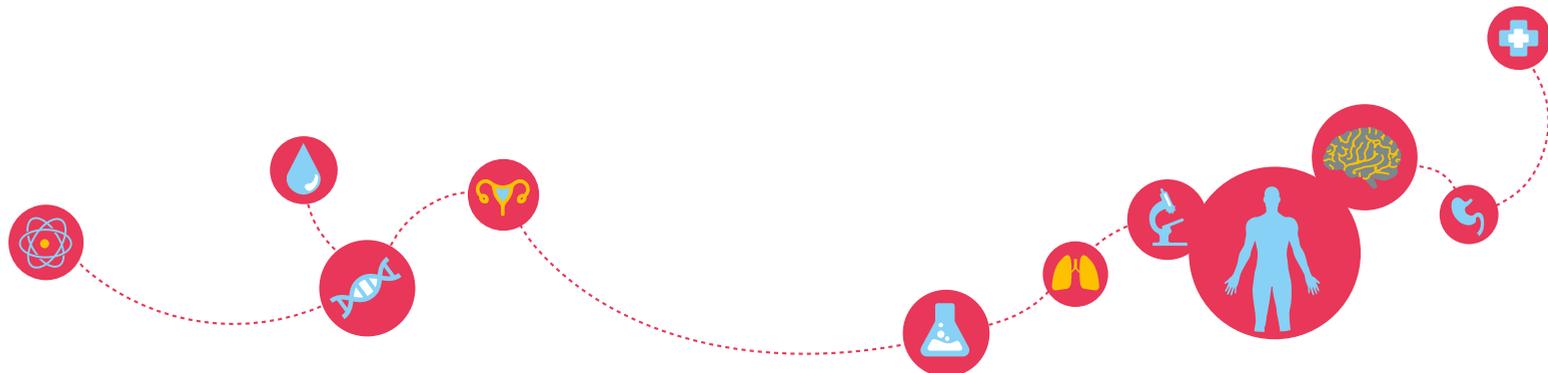
### NEUROBLASTOMES CHEZ L'ENFANT

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 : T. Aparicio,  
C. Girault, 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 : A-C. Hardy, B. Votan  
8 Rue Lamennais  
75008 Paris  
[www.arcagy.org](http://www.arcagy.org)



### FFCD

Fédération Francophone de  
Cancérologie Digestive  
Représentants : P. Michel, T. Aparicio,  
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, J. Thariat  
CHU Bretonneau – B47  
2 boulevard Tonnellé  
37044 TOURS Cedex 9  
[www.gortec.fr](http://www.gortec.fr)

### IFCT



Intergroupe Francophone  
de Cancérologie Thoracique  
Représentants : B. Milleron, F. Morin  
10 rue de la Grange Batelière  
75009 PARIS  
[www.ifct.fr](http://www.ifct.fr)



### IFM

Intergroupe Francophone du Myélome  
Représentants : C. Hulin, C. Boccaccio  
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, P. Bilbault  
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 : V. Gandemer, H. Castro  
Hôpital Armand Trousseau  
Service d'Hématologie Oncologie Pédiatrique  
26 avenue du Dr Arnold Netter  
75012 PARIS  
[www.sfce.pfpediatrie.com](http://www.sfce.pfpediatrie.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)