



HAL
open science

[Descriptive epidemiology of cancer in metropolitan France Incidence, survival and prevalence]

Karine Ligier, Valérie Jooste, Brice Amadeo, Patrick Arveux, Isabelle Baldi, Simona Bara, Anne-Marie Bouvier, Véronique Bouvier, Jacqueline Clavel, Marc Colonna, et al.

► To cite this version:

Karine Ligier, Valérie Jooste, Brice Amadeo, Patrick Arveux, Isabelle Baldi, et al.. [Descriptive epidemiology of cancer in metropolitan France Incidence, survival and prevalence]. *Bulletin du Cancer*, 2019, 106 (7-8), pp.617-634. 10.1016/j.bulcan.2018.11.016 . hal-02194330

HAL Id: hal-02194330

<https://normandie-univ.hal.science/hal-02194330>

Submitted on 25 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Épidémiologie descriptive des cancers en France métropolitaine : incidence, survie et prévalence

Descriptive epidemiology of cancer in metropolitan France: incidence, survival and prevalence

Anne Cowppli-Bony^{1,2,3,*}, Marc Colonna^{3,4}, Karine Ligier^{3,5}, Valérie Jooste^{3,6,7}, Gautier Defossez^{3,8}, Alain Monnereau^{3,9,10}, et le Réseau Francim³

1. Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée, 50 route de St Sébastien, 44093 Nantes Cedex 1, France
2. SIRIC-ILIAD, CHU Nantes, 1 place Alexis-Ricordeau, 44093 Nantes Cedex 1, France
3. Réseau des registres de cancers Francim, Université Paul Sabatier, Faculté de médecine, 37 allée Jules Guesde, 31073 Toulouse Cedex, France
4. Registre du Cancer de l'Isère, CHU Grenoble, Pavillon E, CS 10217, 38043 Grenoble Cedex 9, France
5. Conseil Départemental du Pas-de-Calais, Rue Ferdinand Buisson, 62000 Arras, France
6. Registre Bourguignon des Cancers Digestifs, CHU de Dijon Bourgogne, 1 Boulevard Jeanne d'Arc, 21000 Dijon, France
7. INSERM UMR 1231 'Lipides Nutrition Cancer', Université de Bourgogne Franche Comté, UFR des sciences de Santé, 7 Boulevard Jeanne d'Arc, 21079 Dijon cedex, France
8. Registre général des cancers de Poitou-Charentes, CHU de Poitiers, Université de Poitiers, Rue de la Milétrie TSA 51115, 86 073 Poitiers Cedex, France
9. Institut Bergonié, Registre des Hémopathies Malignes de la Gironde, 229 Cours de l'Argonne, 33000 Bordeaux, France
10. Université de Bordeaux, Inserm U1219, équipe EPICENE, ISPED, 146 rue Léo Saignat, 33076 Bordeaux Cedex, France

Auteur-groupe : Réseau des registres de cancer Francim

Brice Amadeo (Registre des cancers de Gironde), Patrick Arveux (Registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or), Isabelle Baldi (Registre des tumeurs primitives du système nerveux de la Gironde), Simona Bara (Registre des cancers de la Manche), Anne- Marie Bouvier (Registre bourguignon des cancers digestifs), Véronique Bouvier (Registre des tumeurs digestives du Calvados), Jacqueline Clavel (Registre des hémopathies malignes de l'enfant), Marc Colonna (Registre du cancer de l'Isère), Gaëlle Coureau (Registre des cancers de Gironde), Anne Cowppli-Bony (Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée), Tania Dalmeida (Registre général des cancers de Haute Vienne), Laetitia Daubisse-Marliac (Registre des cancers du Tarn), Gautier Defossez (Registre général des cancers de Poitou-Charentes), Patricia Delafosse (Registre du cancer de l'Isère), Jacqueline

Deloumeaux (Registre général des cancers de Guadeloupe), Pascale Grosclaude (Registre des cancers du Tarn), Anne-Valérie Guizard (Registre général des tumeurs du Calvados), Clarisse Joachim (Registre général des cancers de Martinique), Brigitte Lacour (Registre National des Tumeurs Solides de l'Enfant), Bénédicte Lapôte-Ledoux (Registre du cancer de la Somme), Emilie Marrer (Registre des cancers du Haut-Rhin), Marc Maynadié (Registre des hémopathies malignes de Côte d'Or), Florence Molinié (Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée), Alain Monnereau (Registre des hémopathies malignes de la Gironde), Jean-Baptiste Nousbaum (Registre finistérien des tumeurs digestives), Juliette Plenet (Registre des Cancers de Guyane), Sandrine Plouvier (Registre général des cancers de Lille et de sa région), Camille Pouchieu (Registre des tumeurs primitives du système nerveux de la Gironde), Michel Robaszkievicz (Registre finistérien des tumeurs digestives), Claire Schwartz (Registre des cancers thyroïdiens Marne-Ardenne), Brigitte Trétarre (Registre des tumeurs de l'Hérault), Xavier Troussard (Registre Régional des Hémopathies Malignes de Basse Normandie), Michel Velten (Registre des cancers du Bas-Rhin), Anne-Sophie Woronoff (Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort).

*** Correspondance :** Anne Cowppli-Bony

Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et Vendée

Adresse postale : 50 route de St Sébastien, 44093 Nantes Cedex 1, France

Mail : anne.cowpplibony@chu-nantes.fr

Conflit d'intérêt : Aucun

Épidémiologie descriptive des cancers en France métropolitaine : incidence, survie et prévalence

Descriptive epidemiology of cancer in metropolitan France: incidence, survival and prevalence

Résumé

Introduction : L'incidence, la mortalité, la survie et la prévalence sont des indicateurs épidémiologiques fondamentaux pour évaluer les politiques de santé publique et estimer les besoins en prise en charge de la population. L'objectif de cet article est de présenter les dernières actualisations de ces indicateurs et s'inscrit dans l'objectif 15 du Plan Cancer 2014-2019 « Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées ». **Méthodes** : Les données d'incidence observée et de survie étaient issues des registres de cancers. Les données de mortalité provenaient du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès. La prévalence était calculée à partir des estimations nationales d'incidence observée et de survie. **Résultats** : En 2017, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine était estimé à 399 500 et le nombre de décès à 150 000. Les cancers les plus fréquents (sein, prostate) avaient des survies nettes élevées : respectivement 78 % et 84 % à 10 ans. Plusieurs cancers (dont les cancers pulmonaires, hépatiques, pancréatiques) avaient un mauvais pronostic (survie $\leq 33\%$ à 5 ans). En 2017, 1 396 000 hommes et 1 359 000 femmes avaient eu un cancer dans les 15 années précédentes, soit respectivement 5,4 % et 4,8 % de la population âgée de 15 ans et plus. **Discussion** : Bien que la mortalité par cancer baisse, le pronostic reste mauvais pour certains cancers et la prévalence est élevée. Ceci souligne la nécessité d'intensifier les efforts déjà déployés en matière de prévention, de diagnostic et de traitement du cancer et de s'intéresser à l'après-cancer.

Mots-clés : Epidémiologie, incidence, survie, prévalence, cancer, registre de population

Abstract

Introduction: Incidence, mortality, survival and prevalence are key indicators to assess public health policies and estimate the needs of the population for cancer management. The aim of this article is to provide the more current estimates of these indicators, in line with the fifteenth operational objective of the 2014-2019 Cancer Plan « Collect data / Support Public Health ». **Methods:** Incidence and survival data came from cancer registries. Mortality data came from the French epidemiology center on medical causes of death. Prevalence was estimated by using incidence and survival estimates. **Results:** In metropolitan France in 2017, the estimated number of new cancer cases and cancer deaths was respectively 399 500 and 150 000. The most frequent cancers (breast, prostate) had highest net survivals: 78 and 84 % at 10 years. Several cancers (including lung, liver and pancreatic cancers) had worse prognosis (5-year survival $\leq 33\%$). In 2017, 1 396 000 men and 1 359 000 women had cancer in the previous 15 years, representing respectively 5.4 % and 4.8 % of the population aged 15 and over. **Discussion:** Despite the decrease of cancer mortality, the prognosis of some cancers remains poor and the cancer prevalence is high. These results highlight the need for intensifying the efforts already made in cancer prevention, diagnosis, and treatment and justify the interest in the post-cancer period.

Keywords: Epidemiology, incidence, survival, prevalence, neoplasm, registry

Introduction

En France, la surveillance épidémiologique des cancers repose sur un partenariat scientifique entre les registres de cancers regroupés au sein du réseau Francim, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé Publique France (SPF) et l'Institut National du Cancer (INCa). Dans son programme, ce partenariat prévoit la mise à disposition régulière d'indicateurs épidémiologiques tels que l'incidence, la survie et la prévalence pour les principales localisations de cancer. La mesure de ces indicateurs s'appuie sur les données des registres de cancers (réseau Francim) qui assurent le recueil exhaustif de tous les nouveaux cas de cancers dans une zone géographique délimitée (en général le département). À ce jour, il existe 23 registres de cancers en France métropolitaine (14 généraux et 9 spécialisés), répartis sur 25 départements et couvrant environ 22 % de la population française. L'incidence, associée à la mortalité, permet d'évaluer les politiques de santé publique en termes de préventions primaire et secondaire et de quantifier les besoins de prise en charge de la population à partir du dénombrement des nouveaux cas de cancers (cas incidents) et des décès par cancer. L'estimation de la survie, interprétée à la lumière des résultats d'incidence et de mortalité, permet d'évaluer la performance du système de santé en matière de lutte contre le cancer. C'est un indicateur essentiel d'orientation et d'évaluation des politiques de santé publique en cancérologie car il permet d'apprécier l'amélioration globale du pronostic des personnes atteintes d'un cancer, résultant à la fois des progrès thérapeutiques et des actions mises en œuvre pour diagnostiquer les cancers à des stades plus précoces et pour améliorer leur prise en charge. Le troisième indicateur essentiel pour la surveillance des cancers est la prévalence. Elle apporte des informations précises sur le nombre de personnes ayant eu un cancer (cas prévalents) et pouvant présenter des séquelles physiques, psychologiques ou avoir des difficultés sociales durant le suivi de la maladie (problème de retour à l'emploi ou d'obtention d'un prêt, difficulté financière...). On distingue la prévalence complète qui dénombre les personnes ayant eu un diagnostic de cancer et toujours vivantes quel que soit le délai depuis le diagnostic, de la prévalence partielle, qui se limite aux groupes de patients dont le diagnostic a été porté dans une période assez récente.

L'objectif de cet article en trois volets est de présenter les principaux indicateurs de la surveillance des cancers en France c'est-à-dire l'incidence/mortalité, la survie et la prévalence.

- 1) L'incidence et la mortalité des cancers font l'objet de deux mises à jour régulières de fréquence et de contenu différents [1]. La première est réalisée tous les cinq ans et détaille l'évolution temporelle des cancers [2-4]. La seconde est une publication bisannuelle des projections nationales pour l'année en cours [5,6], ce qui permet de disposer d'estimations les plus récentes possibles. Ce sont les projections nationales pour l'année 2017 qui font l'objet de ce premier volet.

- 2) Les estimations de survie présentées dans le second volet proviennent de la troisième étude de survie basée sur l'analyse des cas diagnostiqués pendant la période 1989-2010 [7]. Comparativement aux études précédentes [8-10], la dernière étude bénéficie d'un recul plus important et permet de présenter des estimations actualisées de survie nette (SN) à 5 et 10 ans, des tendances de survie et, pour la première fois, des estimations de survie nette à 15 ans après le diagnostic de cancer.
- 3) Le troisième volet est consacré à la prévalence partielle en France en 2017 pour un délai allant de 1 à 15 ans après le diagnostic de cancer [11,12]. Cette période de 15 ans est suffisamment longue pour faire la distinction entre les personnes en cours de traitement initial et celles pouvant être considérées comme guéries [13-18].

Incidence et mortalité des cancers en 2017 en France métropolitaine

Méthodes

L'étude incluait tous les nouveaux cas de cancer (tumeurs solides et hémopathies malignes) diagnostiqués jusqu'en 2013. Les données ont été collectées à partir de 21 registres métropolitains du réseau Francim. Seules les tumeurs malignes primitives invasives ont été considérées. Dix-neuf localisations tumorales solides et cinq hémopathies malignes ont été analysées (non intégrées au rapport initial mais intégrées dans cette publication). Les cancers de la peau autres que mélanomes étaient exclus. Les données de mortalité provenaient du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Les données de population ont été fournies par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Les projections entre 2013 et 2017 des taux d'incidence et de mortalité étaient issues d'une modélisation statistique prenant en compte des scénarios d'évolutions basés sur la tendance de ces indicateurs sur les années antérieures [1] et discutée à l'aune des connaissances de l'épidémiologie des cancers.

Compte tenu de la grande incertitude sur l'évolution à très court terme de l'incidence et malgré l'utilisation de modèles spécifiques, les projections d'incidence 2017 ne sont pas présentées pour le cancer de la prostate ; pour ce cancer, les données d'incidence 2013 sont reportées. Les données de mortalité ne sont pas présentées pour le cancer du pancréas du fait d'une probable surnotification historique dans les certificats de décès en France, cependant la projection de mortalité « tous cancers » intègre les projections spécifiques concernant le cancer du pancréas.

Résultats

En 2017, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine était estimé à 399 500 dont 214 000 chez l'homme et 185 500 chez la femme (Tableau 1). Les taux d'incidence respectifs standardisés sur l'âge (référence population mondiale) étaient estimés à 353,2 et 284,5 pour 100 000 personnes-années. Le nombre de décès par cancer était estimé à 150 000 dont 84 000 chez l'homme

et 66 000 chez la femme, soit respectivement des taux standardisés de 119,2 et 71,7 pour 100 000 personnes-années. Les hypothèses de projection adoptées pour chaque cancer conduisaient à prédire, entre 2013 et 2017 et tous cancers confondus, une stabilisation du taux d'incidence standardisé chez l'homme (sous l'hypothèse d'une stabilité des taux pour le cancer de la prostate), une augmentation de ce taux chez la femme et une diminution du taux de mortalité standardisé pour les deux sexes (Figure 1). Compte tenu des évolutions démographiques (accroissement et vieillissement de la population), ceci se traduisait par une augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer pour chaque sexe, une diminution du nombre de décès par cancer chez les hommes et une légère augmentation chez les femmes.

Chez l'homme, les nouveaux cas de cancer restaient majoritairement représentés par les cancers de la prostate (48 427 cas en 2013), du poumon (32 500 cas) et du côlon-rectum (24 000 cas). Le cancer du poumon occupait toujours le premier rang du nombre de décès par cancer (21 000 décès), loin devant les cancers du côlon-rectum (9 300 décès) et de la prostate (8 200 décès). Les décès par cancer du foie, publiés pour la première fois, occupaient le quatrième rang (Tableau 1).

Chez la femme, le cancer du sein restait de loin le plus fréquent en nombre de cas incidents (59 000 cas) devant les cancers du côlon-rectum (21 000 cas) et du poumon (17 000 cas). Le cancer du sein était toujours en tête pour le nombre de décès par cancer (12 000 décès), mais il était suivi de près par le cancer du poumon (10 000 décès), devant le cancer colorectal (8 400 décès) (Tableau 1).

La mise à jour des données observées montrait la poursuite de la baisse de l'incidence pour les cancers « lèvre-cavité orale-pharynx » (homme), de l'œsophage (homme), de l'estomac (homme et femme), du larynx (homme), du col de l'utérus, de l'ovaire, de la prostate et de la vessie (homme). Concernant le cancer du pancréas, l'actualisation de ces données montrait la poursuite de l'augmentation importante de l'incidence dans les deux sexes. Il en était de même pour le cancer du poumon chez la femme. Concernant les hémopathies malignes, les lymphomes non hodgkiniens représentaient le groupe le plus fréquent. Ces maladies ainsi que le lymphome de Hodgkin et le myélome étaient en augmentation dans les deux sexes (données non montrées).

Une baisse ou une relative stabilisation des taux de mortalité sont observées pour toutes les localisations étudiées, à l'exception du cancer du poumon chez la femme dont les taux augmentaient constamment (données non montrées).

Discussion

En 2017, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 399 500 et le nombre de décès à 150 000. Les cas et les décès surviennent dans respectivement 53,6 % et 56,0 % des cas chez l'homme. Les hypothèses de projection conduisent à prédire, entre 2013 et 2017 et tous cancers confondus, une stabilisation du taux d'incidence standardisé chez l'homme, une augmentation de ce taux chez la femme et une diminution du taux de mortalité standardisé pour les deux sexes.

Le cancer de la prostate représente un cas particulier car l'évolution de son incidence est fortement impactée par la pratique du dépistage par dosage sérique de l'antigène spécifique de la prostate (PSA), pratique très répandue bien que ce dépistage ne soit pas recommandé par la Haute autorité de santé [19,20]. Dans ce contexte, il est très difficile de prévoir son évolution à court terme et de savoir si la forte décroissance de l'incidence constatée en France métropolitaine après 2005 se poursuivra ou non jusqu'en 2017. En conséquence, pour cette localisation, il n'est pas présenté de projection en 2017 mais seulement la dernière estimation nationale d'incidence en 2013. Deux mécanismes sont évoqués pour expliquer la diminution de l'incidence depuis 2005. D'une part, après plusieurs années de dépistage intensif, une partie des cancers prévalents asymptomatiques a déjà été diagnostiquée et le réservoir des « cancers dépistables » serait en voie d'épuisement. D'autre part, une modification des pratiques de dépistage (dosage du PSA et biopsie en cas de test positif) a pu également contribuer à cette baisse. L'analyse de données de l'Assurance maladie confirme la difficulté des projections à court terme pour ce cancer. Elle montre que la pratique du dosage de PSA ainsi que le recours à la biopsie ont baissé de 2012 à 2014 mais sont repartis à la hausse à partir de 2015 [21].

Concernant le cancer du sein, les variations récentes et importantes de l'incidence rendent difficile et incertaine la projection du taux même à court terme. Après une baisse de l'incidence entre 2005 et 2009, en partie attribuée à la diminution des prescriptions des traitements hormonaux substitutifs ainsi qu'à un effet de saturation du dépistage [22], une légère augmentation du taux d'incidence est observée entre 2010 et 2013. Une tendance similaire est retrouvée en Belgique et aux États-Unis [23-24].

Chez les hommes, la baisse de l'incidence de la plupart des cancers liés à la consommation de tabac et d'alcool se poursuit, du fait de la diminution de ces consommations. En 40 ans, la consommation d'alcool a été divisée par deux en France [25]. En 2014, 14,6 % des hommes consomment quotidiennement de l'alcool [26]. La prévalence des fumeurs réguliers est passée de 72 % en 1953 à environ 32 % depuis le début des années 2000 [27-29]. Parmi ces cancers, l'incidence des cancers des voies aérodigestives supérieures continue de diminuer alors qu'elle se stabilise ou augmente dans certains pays sous l'effet de l'augmentation des cancers de l'oropharynx en lien avec l'infection par le *human papillomavirus* [30,31].

Chez les femmes, bien que l'incidence du cancer du poumon reste très inférieure à celle des hommes, l'augmentation de l'incidence de ces cancers associés à la consommation tabagique est très préoccupante en 2017. En effet, le cancer du poumon occupe désormais le deuxième rang en taux d'incidence et le premier rang en taux de mortalité. La prévalence des fumeuses régulières est passée de 17 % en 1953 à 24 % en 2014 [27-28]. Cette prévalence a légèrement diminué entre 2010 et 2014 mais elle est en augmentation chez les 45-64 ans [28]. Ces observations nécessitent le renforcement des mesures de prévention annoncées dans le programme national de réduction du

tabagisme et le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 [32,33].

Concernant le pancréas, il est difficile d'expliquer l'augmentation d'incidence observée dans la mesure où l'incidence reste relativement stable dans la plupart des pays industrialisés [34]. L'incidence du cancer du pancréas varie selon les pays [35] en fonction de la distribution des facteurs de risque établis (tabac, surpoids et obésité, diabète, facteurs génétiques) ou suspectés (consommation d'alcool à haute dose [36]).

Les hémopathies malignes représentent un peu moins de 10 % des cas incidents estimés en 2017. Malgré l'utilisation d'anciennes définitions pour regrouper ces localisations (ce qui était imposé par la méthode utilisée), en particulier pour les groupes « lymphomes non hodgkiniens » et « leucémies aiguës », la granularité de la définition des entités présentées dans ce rapport permet néanmoins d'objectiver une augmentation de l'incidence des hémopathies lymphoïdes et une diminution de leur mortalité. Une analyse plus précise par sous-type histologique est prévue à court terme.

Survi des cancers en France métropolitain

Méthodes

L'étude a inclus tous les nouveaux cas de cancers de tumeurs solides et d'hémopathies malignes diagnostiqués entre 1989 et 2010 chez les patients de 15 ans ou plus. Les données ont été collectées à partir de 22 registres métropolitains du réseau Francim. Seules les tumeurs malignes primitives invasives ont été considérées : 35 localisations tumorales solides et 16 entités d'hémopathies malignes ont été étudiées. Le statut vital des sujets inclus était mis à jour au 30 juin 2013 selon une procédure standardisée permettant d'obtenir une faible proportion de perdus de vue (<3%). La méthodologie et les résultats détaillés de l'étude sont présentés dans les rapports complets [37,38].

La survie nette, définie comme la survie qui serait observée si le cancer était la seule cause possible de décès, a été estimée à l'aide de l'estimateur de Pohar-Perme [39]. Pour permettre des comparaisons internationales et temporelles, la survie nette standardisée sur l'âge (SNS) était calculée. Deux jeux de données ont été utilisés pour les analyses. Le premier, incluant 307 449 tumeurs solides et 35 520 hémopathies malignes, diagnostiqués entre 2005 et 2010, a permis d'estimer la survie nette à 5 ans pour la période de diagnostic la plus récente (2005-2010) et la zone géographique la plus large (22 registres). Le deuxième jeu comprenait 502 063 tumeurs solides et 35 228 hémopathies malignes provenant de 16 registres ayant des données complètes pour la période 1989-2010 et a permis de calculer la survie nette à 10 ans pour les patients diagnostiqués en 1999-2004, la survie nette à 15 ans par âge pour les patients de moins de 75 ans diagnostiqués en 1989-1998 et de décrire les tendances de survie avec l'estimation des survies nettes standardisées par période de diagnostic.

Résultats

Les survies nettes standardisées à 5 et 10 ans variaient considérablement selon la nature du cancer (Tableau 2). La survie nette standardisée à cinq ans variait de 4 % (mésothéliome pleural) à 93 % (prostate) chez l'homme et de 10 % (pancréas) à 97 % (thyroïde) chez la femme. La survie nette standardisée à 10 ans variait de 2 % (mésothéliome) pour les deux sexes à 95 % (testicule) chez l'homme et à 91 % (thyroïde) chez la femme. Les cancers les plus fréquents (sein, prostate) présentaient les survies nettes parmi les plus élevées : respectivement 87 et 93 % à 5 ans et 78 et 84 % à 10 ans. Le cancer colorectal présentait une survie nette plus faible (62 et 50 % chez l'homme et 64 et 55 % chez la femme à 5 et 10 ans, respectivement). Plusieurs cancers avaient un mauvais pronostic (i.e. survie nette standardisée à 5 ans $\leq 33\%$) : poumon, pancréas, foie, estomac, œsophage, système nerveux central, voies biliaires, mésothéliome pleural ainsi que les leucémies aiguës myéloïdes (LAM) et les syndromes myélodysplasiques/myéloprolifératifs (SMD/SMP). Pour tous les cancers affectant les hommes et les femmes (sauf la vessie), les survies nettes standardisées à 5 et 10 ans étaient plus élevées chez les femmes que chez les hommes (Tableau 2). Les survies nettes à 5 et à 10 ans diminuaient avec l'âge (Tableau 3). Des profils de survie similaires étaient trouvés à 15 ans ; les survies les plus élevées pour les cancers testiculaire et thyroïdien et les survies les plus faibles pour les cancers du pancréas, du foie et du poumon (Tableau 3).

Les survies nettes standardisées à 5 et 10 ans augmentaient avec la période de diagnostic pour les cancers les plus fréquents, alors qu'elles diminuaient pour les cancers du col utérin et de la vessie (Tableau 4). Elles restaient stables pour les cancers gastriques, du système nerveux central et le lymphome de Hodgkin (LH). Les plus fortes augmentations étaient observées pour les leucémies myéloïdes chroniques (LMC), les lymphomes diffus à grandes cellules (LBDG) et folliculaire (LF) et le cancer de la prostate (+18-34% à 5 ans, +9-34 % à 10 ans). Les améliorations de la survie étaient moindres pour plusieurs cancers (rein, thyroïde, sein, côlon-rectum, foie, mélanome cutané et LAM). Pour cinq cancers (tête et cou, corps utérin, ovaire, LLC/lymphome lymphocytaire, myélome/plasmocytome), la survie nette standardisée augmentait à 5 ans (+7-11%) mais restait stable à 10 ans. Pour le cancer du poumon, de l'œsophage et du pancréas, une légère amélioration était observée à 5 ans sans changement à 10 ans. En revanche, la survie nette standardisée à 5 ans diminuait de 6 % pour le cancer du col utérin, alors que pour le cancer de la vessie, elle diminuait de 4 à 6 % à 5 et à 10 ans.

Discussion

Cette étude est une mise à jour des précédentes études de survie [8-10]. Elle a permis d'estimer la survie à 15 ans et apporte des informations sur la survie de certaines hémopathies malignes d'identification récente.

Plusieurs cancers (prostate, sein, thyroïde et testicule, mélanome cutané, lymphome de la zone marginale, LLC, LF, LH, LMC) étaient de très bon pronostic (SN $\geq 80\%$ à 5 ans) et représentaient plus de 40 % des cancers incidents en France [3,4]. D'autres cancers fréquents (côlon-rectum, rein, utérus,

lymphome B diffus à grandes cellules B) avaient un bon pronostic (60-79 % à 5 ans). Les cancers de mauvais pronostic comprenaient le mésothéliome pleural, les cancers du poumon, du pancréas, du foie, de l'estomac, de l'œsophage, du système nerveux central, des voies biliaires, les LAM et SMD/SMP. Ces cancers représentaient moins de 25 % des cancers incidents et étaient plus fréquents chez les hommes [3,4]. Certains de ces cancers de mauvais pronostic sont liés au tabac et à l'alcool, ce qui souligne la nécessité d'intensifier les efforts de prévention primaire et, autant que possible, de détection précoce des populations à risque. Ceci est particulièrement vrai pour le cancer du poumon, le quatrième cancer en incidence et le premier en mortalité: la prévention du tabagisme est donc cruciale, en particulier chez les femmes, chez qui l'incidence du cancer du poumon a nettement augmenté au cours des dernières décennies [3]. L'utilisation récente de thérapies ciblées devrait améliorer la survie de ce cancer, mais reste limitée à certains sous-types histologiques et moléculaires. L'étude EUROCARE-5 rapportait des résultats similaires à 5 ans chez les adultes diagnostiqués en 2000-2007 en Europe [40]. Les survies relatives à 5 ans en France étaient proches ou supérieures à la moyenne européenne pour la plupart des cancers. Nos résultats sont également proches des survies nettes à 5 ans pour les États-Unis, estimées par l'étude CONCORD-2 en 2005-2009 pour 9 cancers (prostate, estomac, côlon, rectum, foie, poumon, sein, col utérin et ovaire) [41]. La survie du cancer testiculaire restait stable à des niveaux élevés à 5, 10 et 15 ans après le diagnostic. Presque tous les patients peuvent donc être considérés comme guéris après 5 ans.

La survie à court et long terme s'est améliorée pour la plupart des cancers entre 1989 et 2010. Des tendances similaires étaient retrouvées en Europe et aux États-Unis [40-41]. Ces améliorations sont probablement liées à l'amélioration de la prise en charge des cancers (diagnostic plus précoce, progrès thérapeutiques). En effet, le diagnostic précoce (par le dépistage ou l'imagerie) permet de détecter des cancers à un stade local ou à croissance lente qui peuvent être traités avec succès. Le diagnostic précoce peut aussi entraîner des biais (avance au diagnostic et surdiagnostic), qui allongent artificiellement la survie sans réduire la mortalité. Ces biais expliquent l'amélioration de la survie du cancer prostatique due au dépistage massif par le PSA [42,43], mais peuvent affecter tous les cancers ciblés par des pratiques de diagnostic précoce (sein, rein, thyroïde, mélanome cutané). En revanche, la survie a diminué pour les cancers de la vessie et du col utérin. Ces tendances défavorables s'expliquent par la sélection de tumeurs de mauvais pronostic sur la période étudiée, soit par exclusion des tumeurs moins agressives par dépistage cervical des lésions pré-invasives, soit par des modifications récentes de la classification des tumeurs vésicales.

Comme observé dans des études antérieures [8,9,40,41], les femmes ont généralement une meilleure survie. Cela s'explique par la détection plus précoce des cancers chez les femmes, plus attentives à leur santé que les hommes, bien que des différences biologiques puissent également jouer un rôle [44]. La différence est particulièrement marquée pour les cancers « Tête et cou », ce qui suggère des différences dans les facteurs de risque (tels que le tabac et l'alcool) ou les comorbidités [44].

Cette étude a également montré le rôle défavorable de l'âge avancé sur le pronostic, en accord avec les études antérieures [8,9,40,41]. Plusieurs raisons expliquent une survie nette plus faible et une moindre amélioration de la survie chez les patients âgés. Les sujets âgés présenteraient plus souvent des cancers avancés, comme le montre une récente étude du réseau Francim sur les stades des cancers du sein et du côlon-rectum en France [45], car ils sont plus susceptibles de retarder le diagnostic en raison de facteurs sociopsychologiques ou cognitifs et sont moins souvent ciblés par le dépistage. Les personnes âgées présentent davantage de sous-traitements et de complications liées au traitement, en raison d'une fréquence plus élevée de comorbidités. Nos résultats soulignent la nécessité de renforcer les actions mises en œuvre dans les plans cancers successifs (développement des unités de coordination oncogériatriques, de l'évaluation gériatrique, des réunions pluridisciplinaires oncogériatriques) afin de garantir un accès équitable aux soins pour tous les patients cancéreux.

Prévalence des cancers en 2017 en France métropolitaine et évolution entre 2010 et 2017

Méthodes

La méthode d'estimation de la prévalence s'est appuyée sur une modélisation flexible des 2 composantes constituant la prévalence (P), à savoir le nombre de cas incidents (I) et la survie globale (S) à partir de la relation $P=I \times S$ [14]. La prévalence était calculée à partir des estimations nationales d'incidence observée et de survie, présentées dans les volets précédents de cet article. Le détail de la méthode d'estimation est décrit de manière détaillée par ailleurs [12].

Les différents déterminants de l'évolution de la prévalence, i.e. évolution de l'incidence, de la survie et des facteurs démographiques, ont été quantifiés selon la méthode décrite par De Angelis et al. [15].

Résultats

Prévalence 2017 : effectifs et taux à 5 et 15 ans

En 2017, 638 000 hommes et 628 000 femmes avaient eu un cancer dans les 5 années précédentes, soit respectivement 2,5 % et 2,2 % de la population de 2017 âgée de 15 ans et plus (Tableau 5). Pour un délai de 15 ans, la prévalence était estimée à 1 396 000 hommes et 1 359 000 femmes, soit 5,4 % et 4,8 % de la population. Ces proportions atteignaient respectivement 22,9 % et 11,4 % pour la classe d'âge modale 75-84 ans.

Chez les hommes, le cancer de la prostate était le cancer le plus fréquent avec 31 % des cas à 5 ans et 41 % à 15 ans. La prévalence des cancers de la prostate, colorectaux et du poumon représentaient plus de la moitié des cas à 5 ans et près de 60 % à 15 ans. Le cancer de la prostate était le plus fréquent dès la classe d'âge 55-64 ans quel que soit le délai depuis le diagnostic. Chez les 75-84 ans, il représentait 53 % des cas prévalents à 15 ans, ce qui correspond à 12 % de la population masculine

de cette classe d'âge. Pour la classe d'âge des 15-44 ans, les effectifs les plus élevés concernaient le cancer du testicule, quel que soit le délai depuis le diagnostic. Le mélanome de la peau et le cancer colorectal étaient les cancers les plus fréquents de la classe d'âge 45-54 ans.

Chez les femmes, le cancer du sein était majoritaire et représentait 40 % des cas prévalents à 5 ans et 45 % à 15 ans. La prévalence des cancers du sein, colorectaux et de la thyroïde représentait 57 % des cas à 5 ans et plus de 60 % à 15 ans. Le cancer du sein était le plus fréquent quelle que soit la classe d'âge. Chez les 15-44 ans, il représentait 34 % des cas à 5 ans et 28 % des cas à 15 ans. La classe d'âge modale était celle des 65-74 ans. Le cancer ayant la seconde fréquence la plus élevée chez les 15-44 ans était le cancer de la thyroïde qui représentait environ 20 % des cas quel que soit le délai depuis le diagnostic. À partir de 55 ans, la seconde fréquence était pour le cancer colorectal dont le nombre de cas augmentait avec l'âge pour atteindre le pic de 21 % des cas chez les 85 ans et plus.

Répartition des cas prévalents en 2017 selon le délai depuis le diagnostic

La répartition des cas selon le délai depuis le diagnostic était semblable chez les hommes et chez les femmes, pour l'ensemble des cancers : 12 % des cas prévalents entre le diagnostic et la fin de la première année, 19 % entre 1 et 3 ans, 15 % entre 3 et 5 ans, 31 % entre 5 et 10 ans et 23 % entre 10 et 15 ans (Figure 2). Cette répartition globale résultait de situations très différentes selon les cancers. On distinguait les cancers de bon pronostic avec une proportion des cancers diagnostiqués entre 0 et 1 an de l'ordre de 10 % et une proportion de cancers diagnostiqués entre 10 et 15 ans supérieure à 25 %. À l'opposé, les cancers de mauvais pronostic présentaient une proportion de cas prévalents diagnostiqués entre 0 et 1 an supérieure à 25 % et une proportion de cas diagnostiqués entre 10 et 15 ans inférieure à 12 %.

Évolution de la prévalence partielle à 15 ans entre 2010 et 2017

Entre 2010 et 2017, le nombre de cas prévalents à 5 ans, tous cancers confondus, était resté stable chez les hommes et a augmenté de 18 % chez les femmes (Tableau 6). Après retrait des variations démographiques, la variation nette à 5 ans montrait une baisse de 14 % du nombre de cas chez les hommes et une augmentation de 10 % chez les femmes. L'importance de l'évolution de la prévalence et la nature de ses déterminants étaient variables selon le cancer. En cas de baisse ou d'augmentation franche des cas prévalents, l'incidence était l'élément déterminant de cette évolution excepté pour les cancers de mauvais pronostic (par exemple poumon chez la femme), cancers pour lesquels les effets de l'incidence et de la survie étaient élevés. À 5 ans, on observait une différence d'évolution majeure entre tous cancers confondus et tous cancers confondus hors la prostate.

L'importance du facteur démographique dans la variation du nombre de cas prévalents entre 2010 et 2017 variait selon l'âge médian à la date d'incidence : faible pour les localisations dont l'âge médian au diagnostic était bas (i.e. testicule) et plus important pour les localisations d'âge médian au diagnostic élevé (i.e. vessie). Tous cancers confondus, l'effet du facteur démographique était nul chez

les moins de 65 ans, alors qu'au-delà de 65 ans, la part de ce facteur s'élevait à 22 % chez les hommes et à 17 % chez les femmes. On observait également un effet plus important de l'amélioration de la survie chez les 65 ans et plus que chez les plus jeunes.

Discussion

On estime que 1,39 millions d'hommes et 1,35 millions de femmes étaient vivants en France en 2017 et avaient eu un cancer au cours des 15 dernières années, soit respectivement 5,4 % et 4,8 % de la population âgée de 15 ans et plus. Parmi la population de 75 ans et plus, ces chiffres s'élevaient à 20 % des hommes et 10 % des femmes. L'année la plus ancienne permettant d'estimer la prévalence partielle à 15 ans par modélisation sans recours à des rétroprojections est 2003. Cette année-là, la prévalence à 15 ans s'élevait à 3,5 % de la population masculine et 3,4 % de la population féminine. Elle atteignait respectivement 16,7 % et 7,8 % chez les 75 ans et plus. La prévalence du cancer concerne donc une proportion importante de la population, notamment les personnes âgées, cette proportion étant en augmentation. Ces chiffres et leur évolution montrent l'intérêt de fournir des estimations sur une période récente. La comparaison des chiffres de prévalence à 15 ans des années 2010 et 2017 montrent que les déterminants de l'évolution varient selon les cancers.

Nous nous sommes intéressés à l'estimation de la prévalence partielle pour un délai maximum de 15 ans, qui représente, tous cancers confondus, plus des trois-quarts de la prévalence totale [47,48] et au-delà duquel la demande de soins devient faible. En France, ce délai correspond approximativement au délai du droit à l'oubli [46] qui est fixé à dix années après le dernier traitement chez les personnes diagnostiquées à l'âge adulte, pour la plupart des cancers. La prévalence partielle permet par ailleurs de segmenter le groupe de personnes prévalentes en fonction du délai depuis le diagnostic. La répartition suivante peut servir à caractériser différents sous-groupes [14,15,49,50] : les deux années suivant le diagnostic correspondent au traitement initial ; entre 2 et 5 ans il s'agit d'une période de traitements complémentaires et de surveillance particulière du fait de risque plus important de récurrence ; entre 5 et 10 ans, une partie des patients peut être considérée comme guéris, la probabilité de récurrence étant moindre et les examens et les consultations moins fréquents ; au-delà de 10 ans, la proportion de patients guéris devient majoritaire. En France en 2017, 23 % des cas prévalents à 15 ans ont été diagnostiqués dans un délai se situant entre 10 et 15 ans, soit près de 640 000 personnes.

Le nombre et la durée des phases dépendent de la localisation cancéreuse, notamment de son pronostic. L'estimation du délai de guérison [51] dont il existe différentes formulations [52] est une façon complémentaire de préciser l'état de santé des cas prévalents.

Conclusion

L'incidence du cancer chez l'homme est stable et on observe une baisse de la mortalité pour les deux sexes. Cependant, l'incidence des cancers chez la femme augmente, en partie liée à l'augmentation

de l'incidence des cancers du poumon dont l'origine est l'augmentation de la consommation tabagique. La survie des patients atteints de cancer s'est globalement améliorée mais de mauvais pronostics sont encore observés pour certains cancers (notamment ceux liés à l'alcool et le tabac) et pour certaines catégories d'âge comme les sujets âgés, ce qui souligne la nécessité d'intensifier les efforts déjà déployés en matière de prévention, de diagnostic et de traitement du cancer. En France, comme dans la plupart des autres pays développés où l'incidence et la survie sont élevées, les cas prévalents sont nombreux, représentant environ 5 % de la population et jusqu'à 20 % des personnes âgées. Ces chiffres justifient de s'intéresser à l'après-cancer chez les patients.

La publication bisannuelle des projections d'incidence et de mortalité pour l'année en cours tout comme l'estimation de la prévalence permet d'appréhender de façon réactive les besoins de la population métropolitaine en matière de prise en charge des cancers. L'analyse régulière de la survie fournit un panorama complet de la survie des cancers en France et permet d'évaluer les actions préventives et curatives mises en place dans la lutte contre le cancer.

Une mise à jour de l'incidence nationale sera disponible en 2019 pour la fin du troisième Plan Cancer, avec une analyse détaillée par sous-sites topographiques et histologiques des tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer pour la période 1990-2018. Cette nouvelle édition, permettra ainsi d'affiner considérablement les tendances pour des localisations cancéreuses aux modalités thérapeutiques et aux pronostics souvent très différents. Cette mise à jour, favorisée par l'arrivée récente de nouveaux registres et l'allongement progressif de la période d'étude, conduit à estimer l'incidence en France à partir d'une analyse des seules données d'incidence observées dans les départements avec registre, sans utiliser la mortalité comme corrélat de l'incidence. D'autres travaux sont également en cours : 1) estimation de l'incidence et de la mortalité des cancers au niveau régional et départemental, permettant d'identifier des disparités géographiques, 2) estimation de l'incidence des seconds cancers, 3) description des stades au diagnostic pour plusieurs cancers fréquents (thyroïde, mélanome cutané, col utérin) pour mieux comprendre les évolutions de l'incidence, la mortalité et la survie de ces cancers.

Les registres de cancers du réseau Francim sont des acteurs essentiels de la surveillance épidémiologique des cancers en France car ils produisent régulièrement des indicateurs épidémiologiques sur les cancers permettant la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé publique. Ces données sont également le point de départ pour réaliser des études spécifiques évaluant la qualité de la prise en charge (diagnostique et thérapeutique) des cancers en France ou cherchant à identifier les facteurs étiologiques des cancers. Ces divers travaux répondent à l'objectif 15 du Plan Cancer 2014-2019 « Appuyer les politiques publiques sur des données robustes et partagées » [46].

Les auteurs remercient toutes les sources de données qui contribuent à l'enregistrement des cancers par les registres, en particulier les laboratoires et services d'anatomie et de cytologie pathologiques, les Départements de l'information médicale (DIM) des établissements de soins publics et privés, les échelons locaux des services médicaux de l'Assurance maladie, les réseaux régionaux de cancérologie et les cliniciens généralistes et spécialistes.

Les auteurs remercient également l'Institut National du Cancer, Santé Publique France ainsi que certains acteurs locaux (agences régionales sanitaires, comités départementaux et régionaux de la Ligue contre le cancer, conseils régionaux/départementaux) pour leur soutien financier.

Références bibliographiques

1. Remontet L, Belot A, Bossard N. Tendances de l'incidence et de la mortalité par cancer en France et projections pour l'année en cours : méthodes d'estimation et rythme de production. *Bull Epidemiol Hebd* 2009;38:405-8.
2. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980–2005. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2008;56(3):159-75.
3. Binder-Foucard F, Bossard N, Delafosse P, Belot A, Woronoff AS, et al. Cancer incidence and mortality in France over the 1980-2012 period: solid tumors. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2014;62:95-108.
4. Le Guyader-Peyrou S, Belot A, Maynadié M, Binder-Foucard F, Remontet L, et al. Cancer incidence in France over the 1980-2012 period: Hematological malignancies. *Rev Epidemiol Sante Publique* 2016;64(2):103-12.
5. Leone N, Voirin N, Roche L, Binder-Foucard F, Woronoff AS, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2015. Rapport technique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2015.
6. Jéhannin-Ligier K, Dantony E, Bossard N, Molinié F, Defossez G, et al. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine en 2017. Rapport technique. Saint-Maurice: Santé publique France; 2017.
7. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Voirin N, Guizard AV, et al. Survival of solid cancer patients in France, 1989-2013: a population-based study. *Eur J Cancer Prev* 2017;26(6):461-468.
8. Bossard N, Velten M, Remontet L, Belot A, Maarouf N, et al. Survival of cancer patients in France: a population-based study from The Association of the French Cancer Registries (FRANCIM). *Eur J Cancer* 2007;43(1):149-60.
9. Jooste V, Grosclaude P, Remontet L, Launoy G, Baldi I, et al. Unbiased estimates of long-term net survival of solid cancers in France. *Int J Cancer* 2013;132(10):2370-7.
10. Monnereau A, Troussard X, Belot A, Guizard AV, Woronoff AS, et al. Unbiased estimates of long-term net survival of hematological malignancy patients detailed by major subtypes in France. *Int J Cancer* 2013;132(10):2378-87.
11. Colonna M, Mitton N, Bossard N, Belot A, Grosclaude P; French Network of Cancer Registries (FRANCIM). Total and partial cancer prevalence in the adult French population in 2008. *BMC Cancer*;15:153.
12. Colonna M, Boussari O, Cowppli-Bony A, Delafosse P, Romain G, et al. Time trends and short term projections of cancer prevalence in France. *Cancer Epidemiol* 2018;56:97–105.
13. Giles G. How important are estimates of cancer prevalence? *Ann Oncol* 2002;13(6):815-6.
14. Parry C, Kent EE, Mariotto AB, Alfano CM, Rowland JH. Cancer survivors: a booming population. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*;20(10):1996-2005.
15. De Angelis R, Grande E, Inghelmann R, Francisci S, Micheli A, et al. Cancer prevalence estimates in Italy from 1970 to 2010. *Tumori* 2007;93(4):392-7.
16. Maddams J, Brewster D, Gavin A, Steward J, Elliott J, et al. Cancer prevalence in the United Kingdom: estimates for 2008. *Br J Cancer* 2009;101(3):541-7.
17. Engholm G, Hakulinen T, Gislum M, Tryggvadóttir L, Klint A, et al. Trends in the survival of patients diagnosed with kidney or urinary bladder cancer in the Nordic countries 1964-2003 followed up to the end of 2006. *Acta Oncol* 2010;49(5):655-64.
18. Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Global estimates of cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer* 2013;132(5):1133-45.
19. Haute Autorité de santé. Dépistage du cancer de la prostate chez les populations d'hommes présentant des facteurs de risque. Rapport d'orientation. Saint-Denis: HAS; 2012.
20. Haute Autorité de santé. Dépistage du cancer de la prostate. Analyse critique des articles issus des études ERSPC et PLCO publiés en mars 2009. Rapport d'orientation. Saint-Denis: HAS; 2010.

21. Tuppin P, Leboucher C, Dougé M, Peyre-Lanquar G, Gabach P, et al. Dépistage individuel du cancer de la prostate chez les hommes de 40 ans et plus, France, 2009-2015. Données du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie. *Bull Epidemiol Hebd* 2016;39-40:700-6.
22. Molinié F, Vanier A, Woronoff AS, Guizard AV, Delafosse P, et al. Trends in breast cancer incidence and mortality in France 1990-2008. *Breast Cancer Res Treat.* 2014;147(1):167-75.
23. Belgian Cancer Registry. Incidence fact sheets. Cancer du sein. ICD10: C50. Belgium 2013 [Internet]. Bruxelles: Belgian Cancer Registry, 2015 [consulté le 19/11/2018]. Consultable sur : http://www.kankerregister.org/media/docs/Incidencefactsheets/Incidence_Fact_Sheet_FemaleBreastCancer_2013.pdf.
24. Jemal A, Ward EM, Johnson CJ, Cronin KA, Ma J, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, 1975-2014, Featuring Survival. *J Natl Cancer Inst* 2017;109(9).
25. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Séries statistiques. Offre. Alcool [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2018 [consulté le 19/11/2018]. Consultable sur : <https://www.ofdt.fr/statistiques-et-infographie/series-statistiques/alcool-evolution-des-quantites-consommees-par-habitant-age-de-15-ans-et-plus-depuis-1961-en-litres-equivalents-dalcool-pur/>
26. Richard JB, Palle C, Guignard R, Nguyen-Thanh V, Beck F, et al. La consommation d'alcool en France en 2014. *Évolutions* [Internet] 2015 [consulté le 19/11/2018];32;[6p.]. Consultable sur : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>.
27. Hill C. Trends in tobacco smoking and consequences on health in France. *Preventive medicine* 1998;27:514-9.
28. Guignard R, Beck F, Wilquin J, Andler R, Nguyen-Thanh V, et al. La consommation de tabac en France et son évolution : résultats du Baromètre santé 2014. *Bull Epidémiol Hebd* 2015;17-18:281-8.
29. Lermenier-Jeannet A. Le tabac en France : un bilan des années 2004-2014. *Tendances* [Internet] 2014 [consulté le 19/11/2018];92;[6p.]. Consultable sur : <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxalu5.pdf>
30. Blomberg M, Nielsen A, Munk C, Kjaer SK. Trends in head and neck cancer incidence in Denmark, 1978-2007 : focus on human papillomavirus associated sites. *Int J Cancer* 2011;129:733-41.
31. Forte T, Niu J, Lockwood GA, Bryant HE. Incidence trends in head and neck cancers and human papillomavirus (HPV)-associated oropharyngeal cancer in Canada, 1992-2009. *Cancer Causes Control* 2012;23:1343-8.
32. Plan cancer 2014-2019. Objectif 10. Programme national de réduction du tabagisme. Paris: Ministère des Affaires sociales, de la santé et des droits des femmes; 2014.
33. Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Paris: La Documentation française; 2013.
34. Global Burden of Disease Cancer Collaboration, Fitzmaurice C, Dicker D, Pain A, Hamavid H, et al. The Global Burden of Cancer 2013. *JAMA Oncol* 2015;1(4):505-27.
35. Ilic M, Ilic I. Epidemiology of pancreatic cancer. *World J Gastroenterol* 2016;22(44):9694-9705.
36. Wang YT, Gou YW, Jin WW, Xiao M, Fang HY. Association between alcohol intake and the risk of pancreatic cancer: a dose-response meta-analysis of cohort studies. *BMC Cancer* 2016;16:212.
37. Cowppli-Bony A, Uhry Z, Remontet L, Guizard AV, Voirin N, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2016.
38. Monnereau A, Uhry Z, Bossard N, Cowppli-Bony A, Voirin N, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine, 1989-2013. Partie 2 – Hémopathies malignes. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2016.
39. Perme MP, Stare J, Estève J. On estimation in relative survival. *Biometrics* 2012;68(1):113-20.

40. De Angelis R, Sant M, Coleman MP, Francisci S, Baili P, et al. Cancer survival in Europe 1999-2007 by country and age: results of EURO CARE--5-a population-based study. *Lancet Oncol* 2014;15(1):23-34.
41. Allemani C, Weir HK, Carreira H, Harewood R, Spika D, et al. Global surveillance of cancer survival 1995-2009: analysis of individual data for 25,676,887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *Lancet* 2015;385(9972):977-1010.
42. Trama A, Foschi R, Larrañaga N, Sant M, Fuentes-Raspall R, et al. Survival of male genital cancers (prostate, testis and penis) in Europe 1999-2007: Results from the EURO CARE-5 study. *Eur J Cancer* 2015;51(15):2206-2216.
43. Neppl-Huber C, Zappa M, Coebergh JW, Rapiti E, Rachtan J, et al. Changes in incidence, survival and mortality of prostate cancer in Europe and the United States in the PSA era: additional diagnoses and avoided deaths. *Ann Oncol* 2012;23(5):1325-34.
44. Micheli A, Ciampichini R, Oberaigner W, Ciccolallo L, de Vries E, et al. The advantage of women in cancer survival: an analysis of EURO CARE-4 data. *Eur J Cancer* 2009;45(6):1017-27.
45. Bouvier AM, Trétarre B, Delafosse P, Grosclaude P, Jéhannin-Ligier K, et al. Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum. Etude réalisée à partir des registres des cancers du réseau Francim. Saint-Maurice: Santé Publique France; 2018.
46. Plan Cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Paris: ministère des Affaires sociales et de la santé, ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, 2014.
47. Airtum Working Group. Prevalence and cure of cancer in Italy. *Epidemiol Prev* 2014;38(6):suppl1.
48. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Miller D, Bishop K, et al. (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2014 [Internet]. Bethesda: National Cancer Institute; 2017 [consulté le 19/11/2018]. Disponible sur : https://seer.cancer.gov/csr/1975_2014/.
49. Maddams J, Brewster D, Gavin A, Steward J, Elliott J, et al. Cancer prevalence in the United Kingdom: estimates for 2008. *Br J Cancer* 2009;101(3):541-547.
50. Herrmann C, Cerny T, Savidan A, Vounatsou P, Konzelmann I, et al. Cancer survivors in Switzerland: a rapidly growing population to care for. *BMC Cancer* 2013;13:287.
51. Dal Maso L, Guzzinati S, Buzzoni C, Capocaccia R, Serraino D, et al. Long-term survival, prevalence, and cure of cancer: a population-based estimation for 818 902 Italian patients and 26 cancer types. *Ann Oncol* 2014;25(11):2251-2260.
52. Boussari O, Romain G, Remontet L, Bossard N, Mounier M, et al. A new approach to estimate time-to-cure from cancer registries data. *Cancer Epidemiol* 2018;53:72-80.

Figure 1 : Evolution du nombre de nouveaux cas de cancer et de décès et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbes échelles logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1997 à 2017 en France métropolitaine.

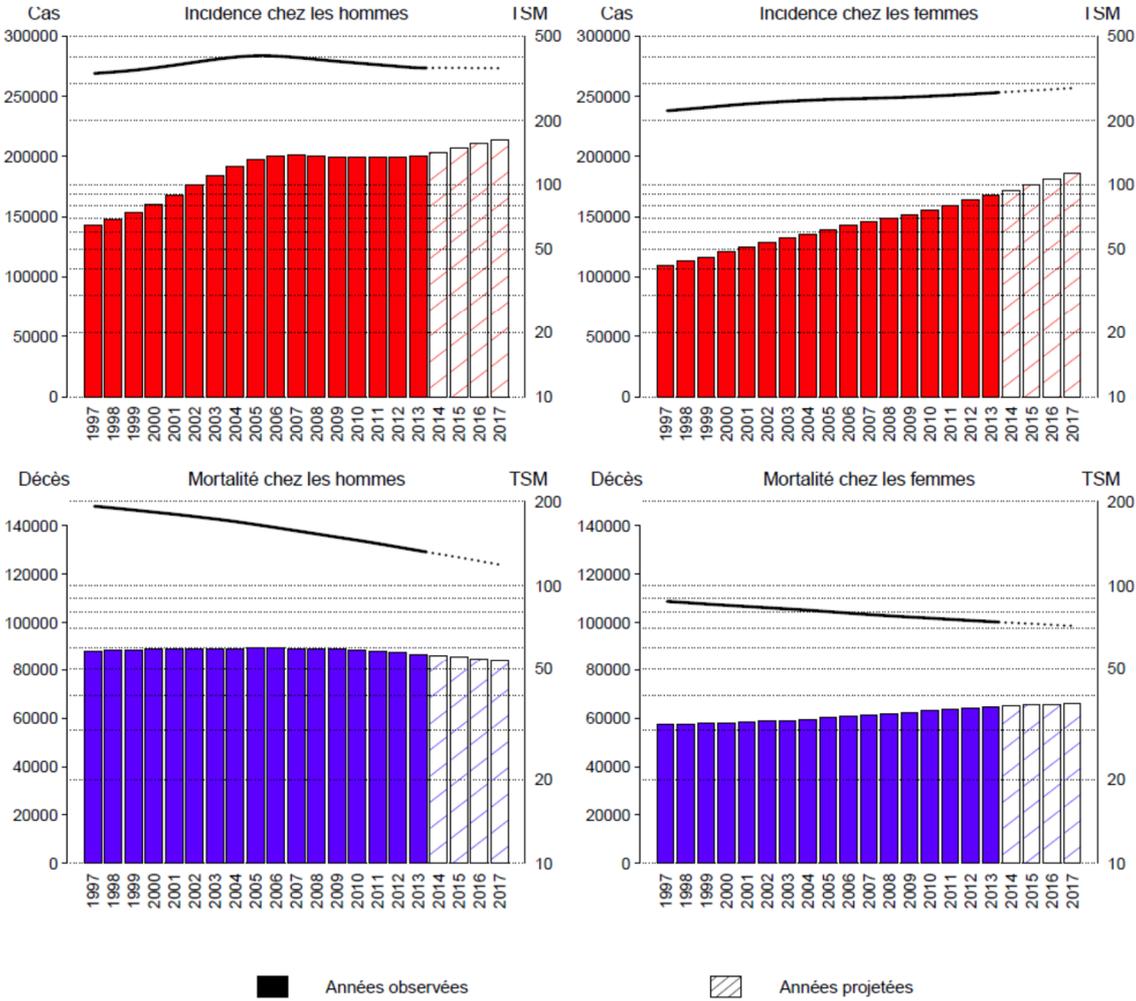
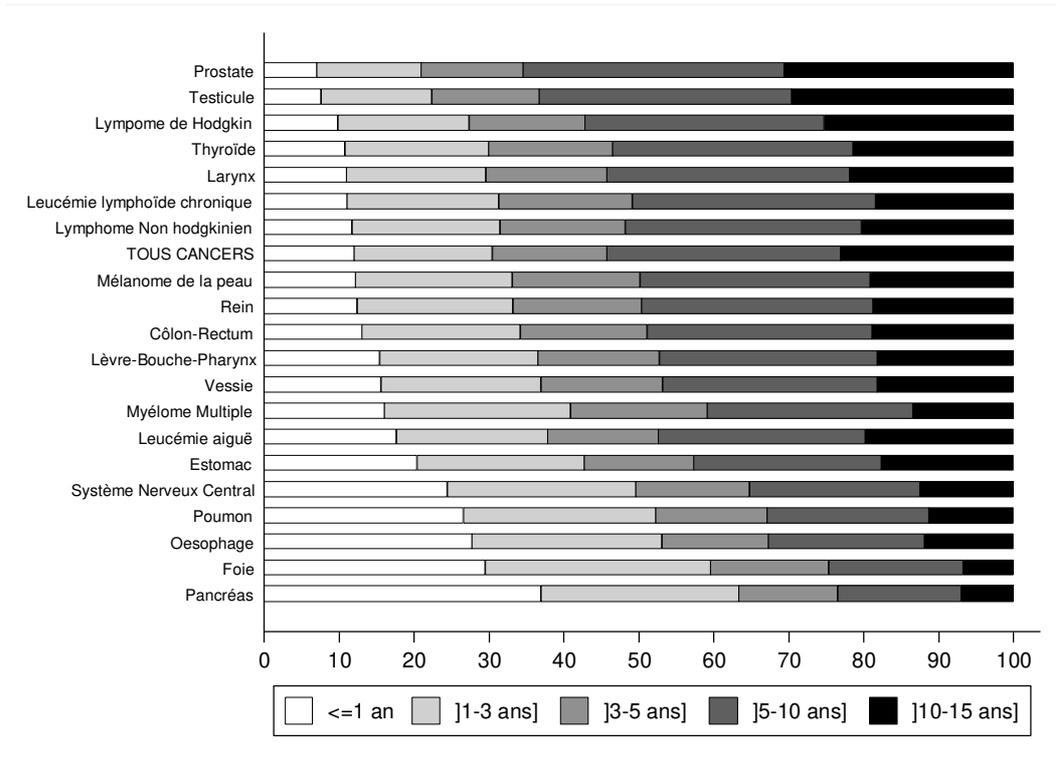


Figure 2 : Distribution des cas prévalents à 15 ans estimés en 2017 selon le délai depuis le diagnostic.

Homme



Femme

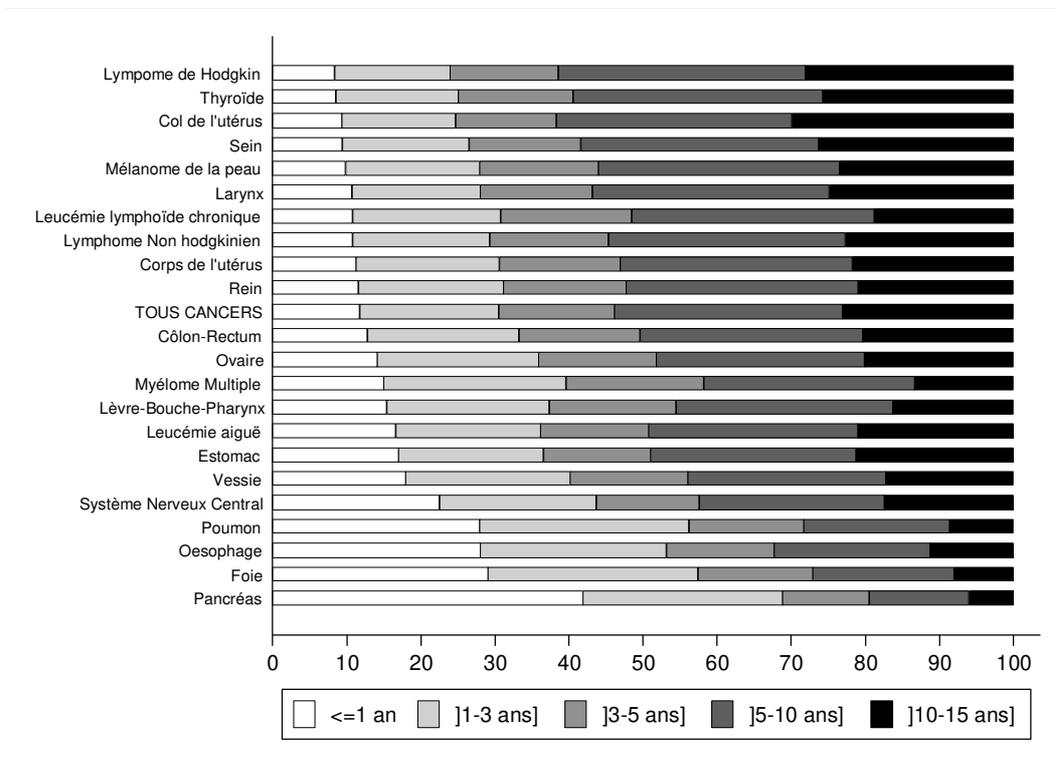


Tableau 1 : Nombre de nouveaux cas de cancers et de décès par cancer en 2017, taux respectifs d'incidence et de mortalité standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale (TSM) pour chaque localisation selon le scénario retenu, chez l'homme et chez la femme.

Localisation ⁽¹⁾	Homme				Femme			
	Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
	Cas ⁽²⁾	TSM ⁽³⁾	Décès ⁽²⁾	TSM ⁽³⁾	Cas ⁽²⁾	TSM ⁽³⁾	Décès ⁽²⁾	TSM ⁽³⁾
Lèvre-cavité orale-pharynx	8 200	15,3	2 170	3,7	3 860	6,1	760	1,0
Œsophage	3 540	5,7	2 420	3,7	1 300	1,6	800	0,9
Estomac	4 360	6,5	2 860	4,1	2 260	2,6	1 580	1,6
Côlon-rectum	24 000	36,4	9 300	12,1	21 000	25,0	8 400	7,3
Foie	8 300	13,4	6 100	9,0	2 430	2,9	2 520	2,4
Pancréas ⁽⁴⁾	7 100	10,9			7 100	7,9		
Larynx	2 750	4,9	590	0,9	470	0,8	110	0,1
Poumon	32 500	53,7	21 000	32,6	17 000	25,8	10 000	14,1
Mélanome de la peau ⁽⁵⁾	8 100	14,9	1 040	1,6	7 300	13,6	750	0,9
Sein					59 000	100,5	12 000	13,9
Col de l'utérus ⁽⁶⁾					2 840	6,0	1 080	1,7
Corps de l'utérus ⁽⁶⁾					8 400	11,2	2 340	2,2
Ovaire					4 710	7,1	3 110	3,4
Prostate ⁽⁷⁾			8 200	8,2				
Testicule	2 350	7,1	80	0,2				
Vessie	10 500	14,6	3 780	4,6	2 650	2,5	1 240	1,0
Rein	9 500	16,2	3 180	4,4	4 650	6,7	1 490	1,4
Système nerveux central	3 150	6,6	2 150	4,1	2 400	4,4	1 660	2,6
Thyroïde	2 980	6,6	140	0,2	7 600	17,4	210	0,2
Lymphome de Hodgkin	1 280	3,6	160	0,3	906	2,7	130	0,2
Lymphomes non hodgkiniens ⁽⁸⁾	7 530	12,8	1 950	2,5	6 080	8,4	1 470	1,2
Myélome multiple et maladies immunoprolifératives	3 430	5,0	1 600	2,0	2 840	3,3	1 440	1,2
Leucémie lymphoïde chronique	2 600	3,9	600	0,7	1 850	2,1	440	0,3
Leucémies aiguës	2 260	5,0	1 950	2,8	1 990	4,0	1 660	1,8
Tous cancers ⁽⁹⁾	214 000	353,2	84 000	119,2	185 500	284,5	66 000	71,7

⁽¹⁾ Les hémopathies malignes sont exclues des tumeurs solides.

⁽²⁾ Les nombres de cas/décès sont arrondis suivant leur ordre grandeur : à la dizaine la plus proche lorsqu'ils sont inférieurs à 5 000, à la centaine la plus proche lorsqu'ils sont compris entre 5 000 et 10 000, et par tranche de 500 lorsqu'ils dépassent 10 000.

⁽³⁾ Taux standardisé sur la structure d'âge de la population mondiale (TSM) pour 100 000 personnes-années.

⁽⁴⁾ Les estimations de mortalité ne sont pas présentées en raison de la qualité incertaine des données sources.

⁽⁵⁾ Les cancers de la peau autres que les mélanomes sont exclus.

⁽⁶⁾ Les parts respectives des décès dus au cancer du col de l'utérus et du corps de l'utérus ont été estimées par une méthode spécifique.

⁽⁷⁾ Compte-tenu de la grande incertitude sur l'évolution à court terme de l'incidence du cancer de la prostate, les estimations d'incidence 2017 ne sont pas présentées.

⁽⁸⁾ La définition de ce groupe correspond à une ancienne définition utilisée dans l'estimation de l'incidence des cancers en France publiée en 2008 [2].

⁽⁹⁾ Pour la projection d'incidence « tous cancers », l'estimation 2017 issue du scénario B du cancer de la prostate, bien que non présentée, a été utilisée (n=52 763, TSM=82,6). La projection de mortalité « tous cancers » intègre aussi la projection spécifique du cancer du pancréas, bien que celle-ci ne soit pas présentée. Les cancers de la peau autres que les mélanomes sont exclus. La projection d'incidence « tous cancers » inclut la localisation « autres cancers » et les localisations hématologiques.

Tableau 2 : Survies nettes standardisées à 5 et 10 ans (Intervalle de confiance à 95%) chez l'homme et la femme pour les principaux cancers étudiés.

Cancer	Survie nette standardisée à 5 ans (2005-2010)			Survie nette standardisée à 10 ans (1999-2004)		
	Cas	Homme	Femme	Cas	Homme	Femme
Prostate	57 142	93 (93-94)	-	23 130	84 (83-85)	---
Sein	50 542	---	87 (87-88)	29 237	---	78 (77-79)
Côlon-rectum	46 371	62 (61-63)	64 (63-64)	25 449	50 (49-52)	55 (54-57)
Poumon	33 850	16 (15-16)	20 (19-21)	14 398	9 (8-10)	14 (12-15)
Tête et cou ¹	11 458	34 (32-35)	49 (46-52)	5 821	18 (16-20)	35 (30-41)
Pancréas	10 528	9 (8-10)	10 (9-11)	4 178	5 (4-6)	8 (7-10)
Mélanome de la peau	10 416	88 (87-89)	93 (92-94)	3 568	81 (77-84)	85 (83-88)
Vessie	10 332	55 (53-56)	49 (46-52)	4 620	45 (42-47)	42 (37-48)
Foie	9 926	16 (15-17)	18 (16-20)	3 991	7 (6-9)	ND
Rein	9 078	70 (69-72)	73 (71-74)	3 768	59 (56-62)	61 (57-64)
Estomac	8 391	26 (24-27)	33 (31-35)	4 360	21 (19-24)	26 (23-29)
Thyroïde	7 826	91 (88-93)	97 (96-98)	3 210	ND	91 (88-94)
Corps utérin	6 582	---	75 (73-76)	3 005	---	65 (63-68)
Oesophage	6 274	14 (13-15)	18 (15-21)	2 966	6 (5-7)	13 (10-18)
Ovaire	4 702	---	43 (41-44)	2 340	---	31 (29-34)
Système nerveux central ²	4 618	25 (23-26)	29 (27-31)	1 821	15 (13-17)	
Larynx	3 316	56 (53-59)	59 (53-66)	1 648	38 (34-43)	ND
Col utérin	2 938	---	63 (61-65)	1 517	---	59 (56-62)
Voies biliaires ²	2 890	21 (18-24)	20 (18-23)	1 399	15 (13-18)	
Testicule ⁴	2 079	92 (91-96)	---	994	95 (93-97)	---
Tissus mous ²	1 970	60 (57-64)	63 (59-67)	733	52 (48-56)	
Intestin grêle ²	1 370	53 (49-58)	56 (52-61)	551	35 (30-41)	
Mésothéliome pleural ^{2,3}	946	4 (2-6)	11 (7-17)	317	2 (1-5)	
Vagin - Vulve	882	---	57 (53-61)	433	---	47 (43-51)
Ly de Hodgkin ²	1967	83 (81-85)	88 (86-91)	2998	78 (75-82)	
LLC/Ly lymphocytaire	5005	84 (82-86)	88 (86-90)	7612	61 (57-66)	72 (68-77)
Ly folliculaire	2292	83 (79-87)	89 (86-92)	3061	65 (58-74)	67 (61-73)
Ly diffus à grandes cellules B	4356	58 (56-61)	61 (58-63)	6345	40 (36-44)	47 (44-51)
Ly à cellules du manteau ⁵	675	52 (48-57)		ND	ND	ND
Ly de la zone marginale	1518	85 (81-89)	89 (86-93)	ND	ND	ND
Myélome multiple, plasmocytome	4621	51 (48-53)	55 (53-58)	6938	23 (20-27)	29 (26-33)
Ly lymphoplasmocytaire/ Waldenstrom ²	1345	78 (75-82)	85 (81-89)	1849	59 (54-65)	
Ly T/NK à cellules matures	1494	60 (56-64)	63 (59-68)	ND	ND	ND
Leucémie/ly lymphoblastique ^{2,4,5}	499	52 (48-57)		801	35 (30-41)	
Leucémies aiguës myéloïdes	2697	21 (19-23)	25 (23-28)	4148	17 (15-20)	
Leucémie myéloïde chronique	816	81 (73-89)	85 (79-90)	1476	56 (50-63)	
SMP chroniques autre que LMC	3130	76 (73-79)	90 (87-92)	ND	ND	ND
SMD	4113	45 (42-49)	50 (46-54)	ND	ND	ND
SMD/SMP ³	821	26 (21-32)	27 (21-35)	ND	ND	ND

¹ Inclus la langue, la cavité orale, l'oropharynx, le nasopharynx, l'hypopharynx et le pharynx sans autre précision.

² SN à 10 ans pour les 2 sexes.

³ SN non standardisée à 5 et 10 ans.

⁴ SN non standardisée à 10 ans.

⁵ SN à 5 ans pour les 2 sexes.

ND: non disponible en raison d'un faible effectif de cas. Pour les hémopathies malignes, non disponible en raison de la rareté et de la distinction récente de l'entité.

LLC : leucémie lymphoïde chronique, Ly : Lymphome, SMP : syndrome myéloprolifératif, SMD : syndrome myélodysplasique.

Tableau 3 : Survies nettes à 5, 10 et 15 ans (Intervalle de confiance à 95%) selon les classes d'âge pour les principaux cancers étudiés.

Cancer site	Survie nette à 5 ans (2005-2010)					Survie nette à 10 ans (1999-2004)					Survie nette à 15 ans des sujets <75 ans (1989-1998)			
	15-44	45-54	55-64	65-74	75+	15-44	45-54	55-64	65-74	75+	15-44	45-54	55-64	65-74
Sein	90 (89-91)	93 (92-93)	92 (91-92)	92 (91-92)	76 (74-77)	80 (79-82)	86 (85-87)	84 (83-85)	82 (81-83)	64 (60-68)	66 (65-67)	76 (75-77)	72 (71-73)	65 (64-67)
Côlon-rectum	71 (69-74)	70 (69-72)	68 (67-69)	66 (65-67)	50 (49-51)	64 (61-68)	60 (57-62)	57 (55-59)	51 (49-52)	44 (41-47)	54 (51-57)	52 (50-54)	50 (48-51)	46 (44-47)
Poumon	25 (22-28)	21 (20-22)	19 (18-20)	17 (16-18)	10 (9-11)	19 (16-23)	14 (12-15)	10 (9-12)	9 (8-10)	7 (6-8)	14 (12-16)	9 (8-11)	7 (6-7)	5 (4-6)
Tête et cou ¹	54 (50-59)	42 (40-44)	41 (39-43)	35 (33-37)	30 (27-33)	38 (33-43)	24 (22-27)	24 (22-26)	18 (16-21)	16 (11-24)	20 (17-23)	16 (15-18)	12 (10-13)	10 (8-11)
Mélanome de la peau	95 (94-96)	93 (92-95)	92 (91-94)	90 (88-92)	79 (75-82)	90 (88-92)	87 (84-90)	85 (82-89)	84 (79-89)	62 (51-75)	84 (82-87)	85 (81-88)	79 (75-84)	71 (65-78)
Rein	86 (83-89)	81 (79-84)	77 (75-79)	74 (71-76)	56 (53-59)	75 (70-82)	69 (65-74)	68 (64-72)	60 (56-64)	43 (37-50)	72 (66-77)	57 (53-62)	50 (46-54)	46 (42-50)
Thyroïde	100 (99-100)	99 (99-100)	98 (97-99)	95 (93-97)	78 (72-83)	100 (99-100)	98 (96-100)	93 (90-96)	81 (76-87)	57 (45-73)	98 (97-99)	92 (89-95)	88 (83-92)	68 (60-76)
Testicule	96 (95-97)	97 (95-100)	91 (85-100)	77 (71-97)	ND ND	95 (94-96)	94 (90-98)	89 (83-99)	80 (71-100)	ND	94 (92-95)	94 (89-100)	ND	ND
Prostate ²	96 (95-97)	98 (97-98)	97 (97-98)	97 (97-98)	89 (88-90)	65 (61-70)	86 (83-90)	91 (90-93)	89 (88-91)	74 (71-77)	62 (48-81)	58 (52-64)	68 (65-70)	62 (60-65)
Pancréas ²	19 (16-22)	10 (9-12)	7 (6-8)	4 (4-5)	13 (10-17)	6 (4-8)	4 (3-5)	3 (3-7)	8 (6-11)	3 (2-5)	2 (1-4)	39 (36-43)	60 (56-64)	51 (48-55)
Vessie ²	64 (60-68)	61 (58-64)	56 (54-58)	39 (37-41)	58 (53-64)	53 (49-58)	44 (41-48)	28 (23-34)	10 (8-14)	4 (3-6)	2 (1-3)	93 (90-96)	92 (89-94)	86 (84-89)
Foie ²	24 (21-27)	20 (18-22)	16 (14-17)	9 (8-10)	18 (15-23)	11 (9-14)	5 (4-6)	3 (2-5)	57 (52-64)	52 (47-57)	44 (39-49)	86 (83-90)	76 (72-81)	71 (68-75)
LLC/Ly lymphocytaire ²	86 (83-90)	76 (72-81)	71 (68-75)	54 (51-58)	41 (37-44)	74 (68-79)	70 (64-76)	49 (44-55)	41 (36-46)	23 (18-28)	61 (53-69)	43 (35-54)	31 (25-40)	26 (20-34)
Myélome multiple/plasmocytome ²	76 (72-81)	67 (63-71)	47 (44-51)	31 (28-34)	45 (40-52)	32 (28-38)	19 (16-23)	14 (10-20)	31 (25-40)	22 (17-29)	9 (6-14)	59 (54-65)	45 (39-51)	33 (28-38)
Leucémies aiguës myéloïdes	59 (54-65)	45 (39-51)	17 (14-21)	3 (2-5)	52 (45-60)	36 (29-46)	28 (22-37)	8 (5-13)	2 (0-7)	43 (37-49)	ND	ND	ND	

¹ Inclus la langue, la cavité orale, l'oropharynx, le nasopharynx, l'hypopharynx et le pharynx sans autre précision.

² En raison des faibles effectifs, les 2 premières classes d'âge sont regroupées. Pour la prostate, les classes d'âge sont 15-54, 55-64, 65-74, 75-84 et 85+ en raison de la distribution par âge.

ND: non disponible, LLC : leucémie lymphoïde chronique, Ly : Lymphome.

Pour rappel, les populations analysées sont différentes pour produire les estimations de survie à 5, 10 et 15 ans, ce qui ne permet pas de comparer les estimations de survie.

Tableau 4 : Survie nette standardisée à 5 et 10 ans (Intervalle de confiance à 95%) selon la période de diagnostic pour les principaux cancers étudiés, 1989-2010.

Cancer site	Survie nette standardisée à 5 ans				Survie nette standardisée à 10 ans			
	1989-93	1994-98	1999-2004	2005-10	1989-93	1994-98	1999-2004	2005-10
Prostate	72 (70-74)	79 (77-80)	89 (89-90)	94 (93-94)	58 (56-61)	68 (66-70)	84 (83-85)	ND
Sein	80 (79-81)	82 (81-83)	87 (86-87)	87 (86-88)	70 (69-72)	73 (71-74)	78 (77-79)	ND
Côlon-rectum	54 (53-55)	56 (56-57)	59 (59-60)	63 (62-64)	47 (46-49)	50 (49-51)	52 (51-53)	ND
Poumon	13 (12-14)	13 (12-13)	14 (14-15)	17 (16-18)	8 (8-9)	8 (8-9)	10 (9-11)	ND
Tête et cou ¹	31 (29-33)	31 (29-33)	35 (33-36)	38 (36-40)	19 (17-21)	19 (17-21)	21 (19-23)	ND
Pancréas	7 (6-8)	6 (5-8)	8 (7-9)	9 (8-10)	5 (4-7)	4 (3-5)	6 (5-7)	ND
Mélanome de la peau	83 (81-86)	86 (84-88)	87 (86-89)	92 (91-93)	78 (74-82)	81 (78-84)	83 (81-85)	ND
Vessie	58 (56-60)	57 (56-59)	54 (52-56)	54 (52-56)	50 (47-53)	49 (46-52)	44 (42-47)	ND
Foie	8 (6-9)	9 (8-11)	13 (12-15)	16 (15-18)	4 (3-6)	5 (4-6)	8 (7-10)	ND
Rein	59 (57-62)	63 (61-65)	67 (66-69)	72 (71-74)	49 (46-53)	54 (51-57)	59 (57-62)	ND
Estomac	26 (24-28)	25 (24-27)	26 (24-28)	28 (27-30)	21 (19-22)	21 (19-23)	23 (21-24)	ND
Thyroïde	83 (80-86)	88 (86-90)	90 (89-92)	95 (94-96)	80 (76-83)	83 (79-87)	88 (86-91)	ND
Corps utérin	68 (65-70)	73 (71-75)	72 (71-74)	75 (73-77)	62 (59-65)	69 (66-73)	65 (63-68)	ND
Œsophage	10 (8-11)	10 (9-12)	12 (11-14)	15 (13-16)	6 (5-7)	6 (5-7)	7 (6-8)	ND
Ovaire	36 (33-38)	35 (33-38)	42 (40-44)	44 (41-46)	30 (27-34)	28 (26-30)	31 (29-34)	ND
Système nerveux central	25 (23-27)	19 (17-22)	21 (19-23)	25 (23-27)	18 (16-21)	14 (12-16)	15 (13-17)	ND
Col utérin	68 (65-70)	65 (62-67)	65 (62-67)	62 (59-65)	60 (57-63)	58 (56-61)	59 (56-62)	ND
Ly de Hodgkin	84 (81-87)	79 (76-82)	82 (79-85)	86 (84-88)	78 (74-82)	75 (72-79)	78 (75-82)	ND
LLC/Ly lymphocytaire	77 (73-80)	77 (74-80)	81 (79-83)	85 (83-87)	58 (54-63)	54 (50-69)	66 (62-69)	ND
Ly folliculaire ²	ND	66 (61-71)	74 (71-78)	84 (81-87)	ND	53 (47-59)	66 (61-71)	ND
Ly diffus à grandes cellules B ²	ND	42 (39-45)	51 (49-53)	60 (58-62)	ND	34 (30-38)	43 (41-46)	ND
Myélome/plasmocytome ²	ND	43 (40-46)	46 (44-49)	54 (52-56)	ND	24 (21-27)	26 (23-28)	ND
Leucémies aiguës myéloïdes	16 (13-19)	16 (14-19)	22 (19-24)	22 (20-25)	12 (9-15)	13 (11-16)	17 (15-20)	ND
Leucémie myéloïde chronique	49 (42-56)	42 (37-49)	62 (57-68)	83 (76-92)	22 (16-30)	23 (18-30)	56 (50-63)	ND

¹ Inclus la langue, la cavité orale, l'oropharynx, le nasopharynx, l'hypopharynx et le pharynx sans autre précision.

² Analyses réalisées sur la période 1995-2010.

ND: non disponible, LLC : leucémie lymphoïde chronique, Ly : Lymphome.

Tableau 5 : Nombre estimé de cas prévalents (N) et proportion pour 100 000 (%) à 5 et 15 ans par cancer et sexe -
Tableau trié selon le nombre de cas chez les 15-85+, par sexe. Sélection des cancers avec N> 10 000 à 5 ans

	15-44 ans		45-54 ans		55-64 ans		65-74 ans		75-84 ans		85 ans+		15-85+	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Femme, 5 ans														
Col de l'utérus	2800	24	3300	76	2300	56	1400	37	680	29	350	22	11000	39
LBP	870	7	1600	36	3600	85	3100	86	1700	74	1100	67	12000	43
Ovaire	1200	10	2000	46	3500	84	4300	119	2800	123	1200	73	15000	54
Rein	850	7	1900	43	3500	83	4700	130	4100	177	1900	120	17000	61
LNH	1500	13	2000	46	3900	94	5800	158	5200	228	3300	204	22000	78
Poumon	940	8	3500	80	10000	243	10000	278	5000	217	1800	111	32000	113
Corps de l'utérus	330	3	2000	45	7500	177	12000	321	8100	355	3500	218	33000	118
Mélanome de la peau	6100	52	6000	136	6200	147	6500	177	4600	200	3200	201	33000	116
Thyroïde	9700	82	8000	181	8000	191	6900	189	2400	105	590	37	36000	127
Côlon-Rectum	2400	20	5000	113	12000	276	19000	511	18000	773	14000	859	69000	247
Sein	18000	153	55000	1240	57000	1347	67000	1836	38000	1663	20000	1221	254000	907
Tous cancers	54000	453	99000	2235	134000	3173	164000	4496	112000	4895	66000	4101	628000	2241
Femme, 15 ans														
LBP	1400	12	2400	55	6200	147	6200	171	3400	147	2200	139	22000	78
Col de l'utérus	5200	44	9200	209	7100	168	3900	108	1900	84	990	62	28000	101
Ovaire	2300	19	3600	82	7000	165	8500	233	5400	237	2400	149	29000	104
Rein	1400	12	3300	75	6800	161	9800	268	9000	391	5300	333	36000	127
Poumon	1200	10	4600	104	14000	324	14000	392	7500	328	2800	175	44000	157
LNH	3100	27	4300	98	8500	202	13000	344	12000	504	7800	489	48000	171
Corps de l'utérus	460	4	3000	67	13000	309	25000	696	20000	857	9100	567	71000	252
Mélanome de la peau	12000	99	14000	315	15000	354	16000	428	11000	460	7300	455	74000	264
Thyroïde	19000	160	19000	424	21000	492	19000	529	7700	334	2400	148	88000	313
Côlon-Rectum	3500	30	8200	185	21000	505	37000	1011	37000	1620	32000	2020	139000	497
Sein	27000	225	101000	2297	147000	3483	170000	4660	111000	4818	55000	3426	610000	2177
Tous cancers	94000	790	188000	4266	294000	6994	363000	9980	263000	11444	157000	9773	1359000	4851
Homme, 5 ans														
Testicule	7800	65	2000	46	800	20	280	9	70	4	20	3	11000	42
Thyroïde	2600	21	2400	55	3000	77	3200	99	1000	61	150	21	12000	48
LBP	880	7	3700	86	8600	219	7000	215	2400	147	750	104	23000	90
LNH	2200	19	2900	67	5600	142	8100	249	6000	364	2500	349	27000	106
Vessie	150	1	1000	23	5100	131	11000	339	8700	525	4400	611	30000	118
Mélanome de la peau	4100	34	4800	111	6400	163	8500	263	5900	358	2900	398	33000	126
Rein	1300	11	3900	91	8100	208	12000	358	7500	452	2500	340	35000	135
Poumon	920	8	4000	94	15000	389	21000	649	10000	610	2500	340	54000	208
Côlon-rectum	1800	15	5200	122	16000	419	29000	902	21000	1280	9200	1278	83000	322
Prostate	90	1	3400	80	39000	992	97000	3001	49000	2960	11000	1509	200000	772
Tous cancers	32000	269	46000	1067	136000	3468	237000	7310	140000	8407	47000	6568	638000	2466
Homme, 15 ans														
Thyroïde	4800	40	5000	117	6400	164	7100	219	2700	161	540	75	26000	102
Testicule	18000	146	7500	175	3300	85	1100	33	280	17	80	11	30000	115
LBP	1200	10	5400	127	16000	402	15000	458	5300	317	1700	229	44000	171
LNH	4600	38	6200	145	11000	289	16000	509	12000	749	5500	768	57000	219
Vessie	230	2	1500	36	8700	222	20000	626	17000	1040	9100	1266	57000	221
Mélanome de la peau	7200	60	9500	223	13000	329	17000	523	12000	731	6300	867	65000	251
Rein	2000	17	6500	151	15000	376	23000	702	17000	1003	6800	935	69000	268
Poumon	1100	9	5000	118	21000	531	31000	970	17000	1025	4700	656	80000	310
Côlon-rectum	2700	23	8300	195	28000	718	55000	1698	45000	2731	23000	3202	163000	629
Prostate	130	1	4200	97	67000	1720	238000	7339	202000	12156	65000	9050	577000	2230
Tous cancers	61000	510	80000	1872	236000	6025	492000	15180	380000	22874	146000	20247	1396000	5396

LBP : Lèvre, Bouche, Pharynx, LNH : Lymphome Non Hodgkinien

Tableau 6 : Evolution du nombre de cas prévalent à 5 ans entre 2010 et 2017 évaluée en termes d'effectifs (N) et de pourcentage (Evolution globale) ; part du changement attribué à la survie, l'incidence, la démographie et évolution nette - Tableau trié selon l'évolution nette. Sélection de cancers avec N> 10 000 à 5 ans en 2017.

Prévalence partielle à 5 ans	N 2010	N 2017	Evolution globale (%)	Evolution nette (%)	Part de la survie (%)	Part de l'incidence (%)	Part de la démographie (%)
Prostate	271000	200000	-26	-42	0	-42	16
LBP (H)	28000	23000	-16	-25	3	-28	9
Col de l'utérus	12000	11000	-7	-10	0	-10	2
Vessie (H)	28000	30000	8	-7	0	-7	15
Ovaire	14000	15000	6	-2	8	-10	8
Côlon-rectum (H)	72000	83000	15	2	7	-5	14
Sein	228000	254000	11	3	0	4	8
LNH (F)	19000	22000	13	5	4	0	8
Côlon-rectum (F)	60000	69000	15	5	5	0	10
LNH (H)	23000	27000	18	8	9	-1	11
Testicule	9900	11000	10	10	-1	10	1
Corps de l'utérus	27000	33000	25	14	7	7	11
LBP (F)	9600	12000	24	16	5	11	8
Poumon (H)	42000	54000	29	16	15	2	12
Rein (F)	13000	17000	27	19	6	13	8
Rein (H)	26000	35000	33	21	7	14	12
Thyroïde (F)	28000	36000	26	22	2	20	4
Mélanome de la peau (F)	25000	33000	28	22	3	19	6
Mélanome de la peau (H)	21000	33000	52	42	4	38	10
Thyroïde (H)	8200	12000	51	44	5	39	7
Poumon (F)	17000	32000	88	80	22	58	8
Tous cancers (H)	640000	638000	0	-14	4	-18	13
Tous cancers (F)	530000	628000	18	10	3	7	8
Tous cancers (H), hors prostate	369000	438000	19	7	8	-1	11
Tous cancers (F), hors sein	302000	374000	24	15	6	9	8
Tous cancers <65 ans (H)	245000	214000	-13	-12	3	-15	-1
Tous cancers ≥65 ans (H)	394000	424000	8	-14	5	-20	22
Tous cancers <65 ans (F)	267000	286000	7	7	1	6	0
Tous cancers ≥65 ans (F)	264000	342000	30	13	5	8	17

LBP : Lèvre, Bouche, Pharynx, LNH : Lymphome Non Hodgkinien.

Evolution nette = (Evolution globale - Evolution liée à la démographie).