

*Maladies chroniques
et traumatismes*

Tendances récentes des données d'affections de longue durée : intérêt pour la surveillance nationale de l'incidence des cancers

Période 2000-2010

Novembre 2012

Sommaire

Abréviations	2
1. Introduction	3
2. Matériel et méthode	3
2.1 Données nationales d'affections de longue durée	3
2.2 Données nationales d'incidence	4
2.3 Localisations étudiées	4
2.4 Méthode	5
3. Résultats	6
3.1 Description des évolutions des taux d'admission en ALD tous cancers	6
3.2 Comparaison graphique des évolutions des taux d'admission en ALD et d'incidence	7
3.3 Description détaillée des taux d'admission en ALD pour les quatre localisations cancéreuses présentant une rupture de tendance récente	10
3.3.1 Cancer du sein	10
3.3.2 Cancer de la prostate	10
3.3.3 Cancer du col de l'utérus	11
3.3.4 Cancer de la thyroïde	12
4. Discussion	14
5. Conclusion	15
Références bibliographiques	16
Annexes	18

Tendances récentes des données d'affections de longue durée : intérêt pour la surveillance nationale de l'incidence des cancers Période 2000-2010

Novembre 2012

Auteurs

Agnès Rogel, Département des maladies chroniques et traumatismes (DMCT), Institut de veille sanitaire (InVS)

Laurent Remontet, Service de biostatistiques, Hospices civils de Lyon (HCL)

Pascale Grosclaude, Réseau français des registres des cancers (Francim) – Registre des cancers du Tarn

Aurélien Belot, DMCT, InVS – Service de biostatistiques – HCL

Marc Colonna, Francim – Registre des cancers de l'Isère

Marjorie Boussac-Zarebska, DMCT, InVS

Solenne Delacour-Billon, Francim – Registre des cancers de Loire-Atlantique et de Vendée

Julie Gentil, Francim – Registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or

Nadine Bossard, Service de biostatistiques, HCL

Michelle Altana, Direction de la gestion des risques et de l'action sociale, Régime social des indépendants (RSI)

François Frete, Échelon national du contrôle médical, Mutualité sociale agricole (MSA)

Alain Weill, Direction de la stratégie, des études et des statistiques, Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS)

Zoé Uhry, DMCT, InVS

Relecteur

Florence de Maria, DMCT, InVS

Abréviations

ALD	Affection de longue durée
CIM 10	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
CIM O3	Classification internationale des maladies appliquée à l'oncologie, 3 ^e révision
Cnam-TS	Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés
Francim	Réseau français des registres de cancer
HCL	Hospices civils de Lyon
HPV	Papillomavirus Humain
InVS	Institut de veille sanitaire
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
LMNH	Lymphome malin non hodgkinien
MSA	Mutualité sociale agricole
RSI	Régime social des indépendants
SNC	Système nerveux central
THS	Traitement hormonal substitutif

1. Introduction

La surveillance nationale des cancers en France repose sur les données des registres des cancers, qui couvrent actuellement environ 20 % de la population. Les données des registres sont disponibles avec un délai de 3 ans, délai indispensable pour assurer l'exhaustivité et la validation de ces données. Les estimations nationales de l'incidence sont réalisées en extrapolant à la France le rapport entre incidence et mortalité observé dans l'ensemble des registres [1,2]. Des projections d'incidence à court terme sont de plus réalisées chaque année pour fournir des estimations pour l'année en cours [2,3] à partir de 3 scénarios parmi lesquels un scénario est privilégié.

Le dispositif des Affections de longue durée (ALD) des Caisses nationales d'Assurance maladie (Cnam) permet la prise en charge financière des soins pour une maladie chronique nécessitant un traitement prolongé et coûteux. Les données d'admissions en ALD sont disponibles avec un délai très court (un an). Elles peuvent ainsi apporter une information précieuse sur les tendances récentes de l'incidence des cancers et contribuer au choix du scénario à privilégier pour les projections d'incidence.

Cette étude a pour objectif principal de décrire les tendances récentes des taux d'admission en ALD, pour toutes les localisations de cancer, et de présenter plus en détail celles qui présentent une rupture de tendance. Une comparaison des évolutions des taux d'admission en ALD et des taux d'incidence estimés au niveau national est également présentée pour toutes les localisations, afin de vérifier rétrospectivement la cohérence de ces évolutions. Cette étude est mise à jour annuellement et s'inscrit dans le cadre général de l'utilisation des données médico-administratives pour la surveillance épidémiologique des cancers en France.

2. Matériel et méthode

2.1. Données nationales d'affections de longue durée

L'admission en ALD permet la prise en charge financière des soins liés au cancer (exonération du ticket modérateur). Les demandes d'ALD ne sont que partiellement superposables aux cas incidents. En effet, certaines personnes atteintes d'un cancer ne font pas de demande d'admission en ALD, et à l'inverse, il peut arriver qu'une admission en ALD corresponde à un cas prévalent. De plus, pour quelques localisations de cancer, les ALD peuvent inclure des tumeurs non infiltrantes, *in situ* ou bénignes (sein, col de l'utérus, vessie et système nerveux central) nécessitant le même traitement qu'une tumeur invasive et qui sont alors fréquemment codées comme invasives dans les données ALD. Cette étude ne s'intéresse toutefois pas au niveau des taux d'admission en ALD, mais à leurs évolutions temporelles. L'interprétation de ces tendances comme reflet d'une tendance réelle de l'incidence doit toutefois être prudente, car ces évolutions peuvent être affectées par des évolutions réglementaires (voir description en annexe 1) ou par une évolution du recours à la demande d'ALD. Elle doit s'appuyer notamment sur les connaissances épidémiologiques de chaque localisation de cancer.

Les données concernent les nouvelles admissions en ALD. Elles proviennent des trois principales caisses d'assurance maladie, c'est-à-dire la Caisse nationale d'Assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam-TS), le régime social des indépendants (RSI), et la Mutualité sociale agricole (MSA). Ces trois régimes couvrent environ 96 % des assurés sociaux. Les données de la Cnam-TS sont extraites par date d'avis¹ de l'ALD, qui peut être légèrement postérieure à la date de diagnostic. Les données disponibles couvrent la période 2000-2010 pour les trois principaux régimes (Cnam-TS, RSI, MSA) et la période 1997-2010 pour la Cnam-TS.

¹ La date d'avis est la date de traitement de la demande par l'assurance maladie. La date d'effet est la date à partir de laquelle les soins sont remboursés à 100 %. Elle peut être antérieure à la date d'avis.

2.2. Données nationales d'incidence

Les données d'incidence utilisées dans ce rapport sont issues des projections nationales 2011 [2,3]. Chaque année, les projections pour l'année en cours (année n) sont actualisées et reposent sur une modélisation du rapport entre incidence et mortalité observé dans les départements avec registre. Les tendances de l'incidence et de la mortalité sont analysées de 1980 jusqu'à la dernière année de données disponibles, et une projection à court terme est réalisée pour les années ultérieures. Trois différents scénarios d'évolution sont présentés et pour chaque localisation, un scénario est privilégié parmi les trois : (a) la tendance récente se prolonge, (b) le risque est supposé constant sur les années récentes ou (c) la tendance moyenne sur l'ensemble de la période d'observation se prolonge [2,3]. Le scénario privilégié est choisi par un groupe d'experts à partir des connaissances épidémiologiques sur la localisation considérée, ainsi que des informations sur les tendances récentes des admissions en ALD.

Dans le travail de projection 2011, les données des registres étaient disponibles jusqu'en 2006 et les données des admissions en ALD étaient disponibles jusqu'en 2009.

2.3. Localisations étudiées

Le tableau 1 présente les localisations étudiées, telles que définies pour les estimations nationales de l'incidence [1]. Les registres utilisent la classification internationale des maladies appliquée à l'oncologie 3^e édition (CIMO3). Les ALD sont codées selon les trois premiers caractères de la classification internationale des maladies (CIM10). Les définitions des localisations étudiées sont superposables selon les deux nomenclatures (CIM10 sur trois caractères ou CIMO3). La restriction du codage de la CIM10 sur trois caractères, utilisée dans les ALD, ne permet pas d'étudier les sous-groupes de leucémies. La localisation « Toutes leucémies » n'est pas pertinente en termes clinique et épidémiologique, car elle rassemble des cancers extrêmement hétérogènes. Elle n'est pas présentée.

I Tableau 1 I

Définition des localisations de cancer étudiées

Localisation	Incidence ^a (CIMO3)	ALD (CIM10)
Lèvre-bouche-pharynx (LBP)	C00-C14	C00-C14
Œsophage	C15	C15
Estomac	C16	C16
Côlon-rectum et anus	C18-C21	C18-C21
Foie	C22	C22
Pancréas	C25	C25
Larynx	C32	C32
Poumon	C33-C34	C33-C34
Mélanome de la peau	C44 ^b	C43
Sein	C50	C50
Col de l'utérus	C53	C53
Corps de l'utérus	C54	C54
Ovaire	C56, C57 ^c	C56-C57
Prostate	C61	C61
Testicule	C62	C62
Vessie	C67	C67
Rein et autres organes urinaires	C64-C66 ; C68	C64-C66 ; C68
Système nerveux central (SNC)	C70-C72 ^d	C70-C72
SNC élargi (tous types de tumeur)	C70-C72	C70-C72, D32, D33, D42, D43
Thyroïde	C73	C73
Lymphome malin non hodgkinien	e	C82-C85
Maladie de Hodgkin	f	C81
Myélome multiple et maladies immunoprolifératives	g	C88, C90
Tous cancers (cancers de la peau hors mélanome exclus)	C00 à C80	C00 à C97 hors C44

^a Définition issue de Belot *et al.*, 2008 [1].

^b Morphologies 87203 à 87803.

^c Toutes morphologies exceptées {84423; 84513; 84613; 84623; 84723; 84733}.

^d Morphologies ≤ 91103 ou ≥ 91800 .

^e Toutes topographies, morphologies de 95903 à 95963, de 96703 à 97193, de 97273 à 97293, et de 98323 à 98343.

^f Toutes topographies, morphologies de 96503 à 96673.

^g Toutes topographies, morphologies de 97313 à 97343 et de 97603 à 97643.

2.4. Méthode

Les taux d'admission en ALD et les taux d'incidence sont standardisés sur la structure d'âge de la population mondiale, par sexe et par localisation. Le nombre de mise en ALD a été rapporté à l'ensemble de la population française (source Insee).

Pour l'ensemble des localisations cancéreuses, des graphiques sont présentés incluant les taux d'admission en ALD de 2000 à 2010 et les taux d'incidence nationaux estimés de 2000 à 2011 (en échelle arithmétique et logarithmique). Sur chaque courbe d'incidence nationale, un petit trait vertical sépare la période d'observation de la période de projection. Afin de faciliter la lecture des graphiques, la courbe de taux d'ALD a été lissée. Les effectifs et les valeurs des taux correspondant à ces graphiques sont présentés en annexe 4.

Ces graphiques permettent de vérifier la cohérence des évolutions des taux d'admission en ALD et d'incidence nationale sur la période d'observation commune (2000-2006). À partir de ces courbes descriptives, des localisations présentant des ruptures de tendance récente des taux d'admission en ALD sont identifiées.

Pour chaque localisation présentant une rupture de tendance récente, un graphique présente en détail les taux d'admission en ALD tous âges et par groupe d'âge (20-49 ans, 50-74 ans, 75 ans et plus). Sur ces graphiques, les taux d'admission en ALD pour les trois principaux régimes (MSA, RSI, Cnam-TS) sont présentés de 2000 à 2010, et pour le régime général (Cnam-TS) seulement 1997 à 2010.

3. Résultats

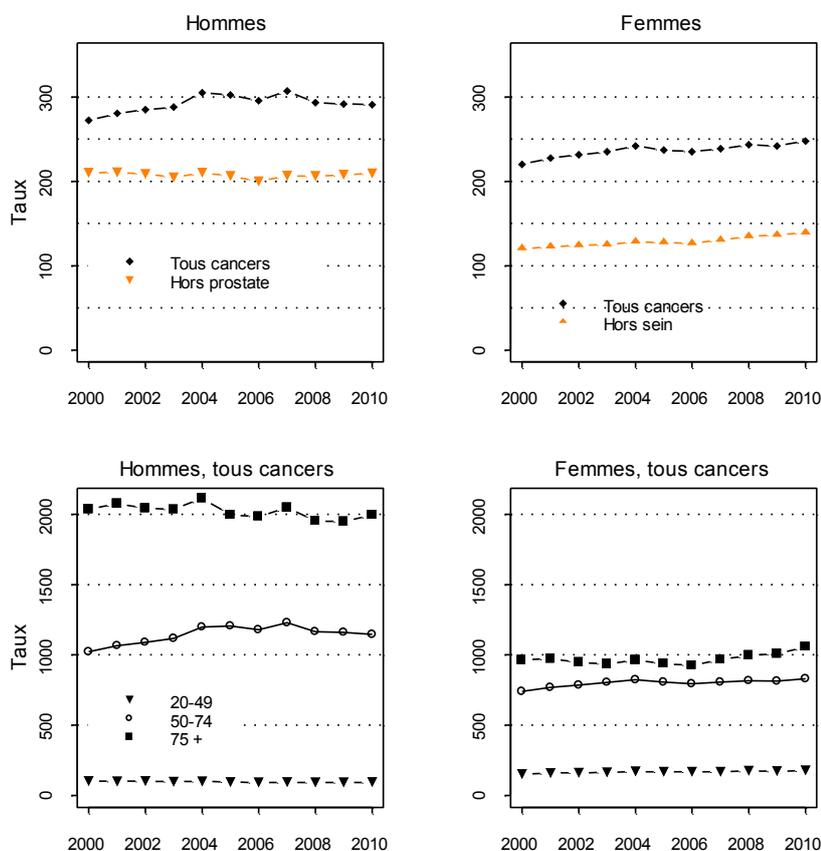
3.1. Description des évolutions des taux d'admission en ALD tous cancers

La figure 1 présente les taux standardisés sur la population mondiale des admissions en ALD pour l'ensemble des localisations cancéreuses (« Tous cancers ») chez l'homme et la femme respectivement. Les taux sont également présentés en retirant le cancer de la prostate chez l'homme et le cancer du sein chez la femme, compte tenu du poids important de ces cancers.

Pour les deux sexes, les taux d'admission en ALD « Tous cancers » augmentent jusqu'en 2004 et présentent un changement de tendance au-delà : stabilisation chez l'homme, ralentissement de la croissance chez la femme. Pour les classes d'âge les plus élevées (75 ans et plus), les taux tous cancers sont stables chez l'homme, et sont en augmentation chez la femme sur la fin de la période. Le taux d'admission en ALD hors cancer de la prostate est lui stable sur l'ensemble de la période. Le taux d'admission en ALD hors cancer du sein est en augmentation légère et régulière sur la période. Les localisations cancéreuses sont étudiées séparément dans la suite de ce travail.

I Figure 1 I

Taux d'admission en ALD standardisés sur la population mondiale (TSM) tous cancers chez l'homme et chez la femme, tous âges et par tranche d'âge



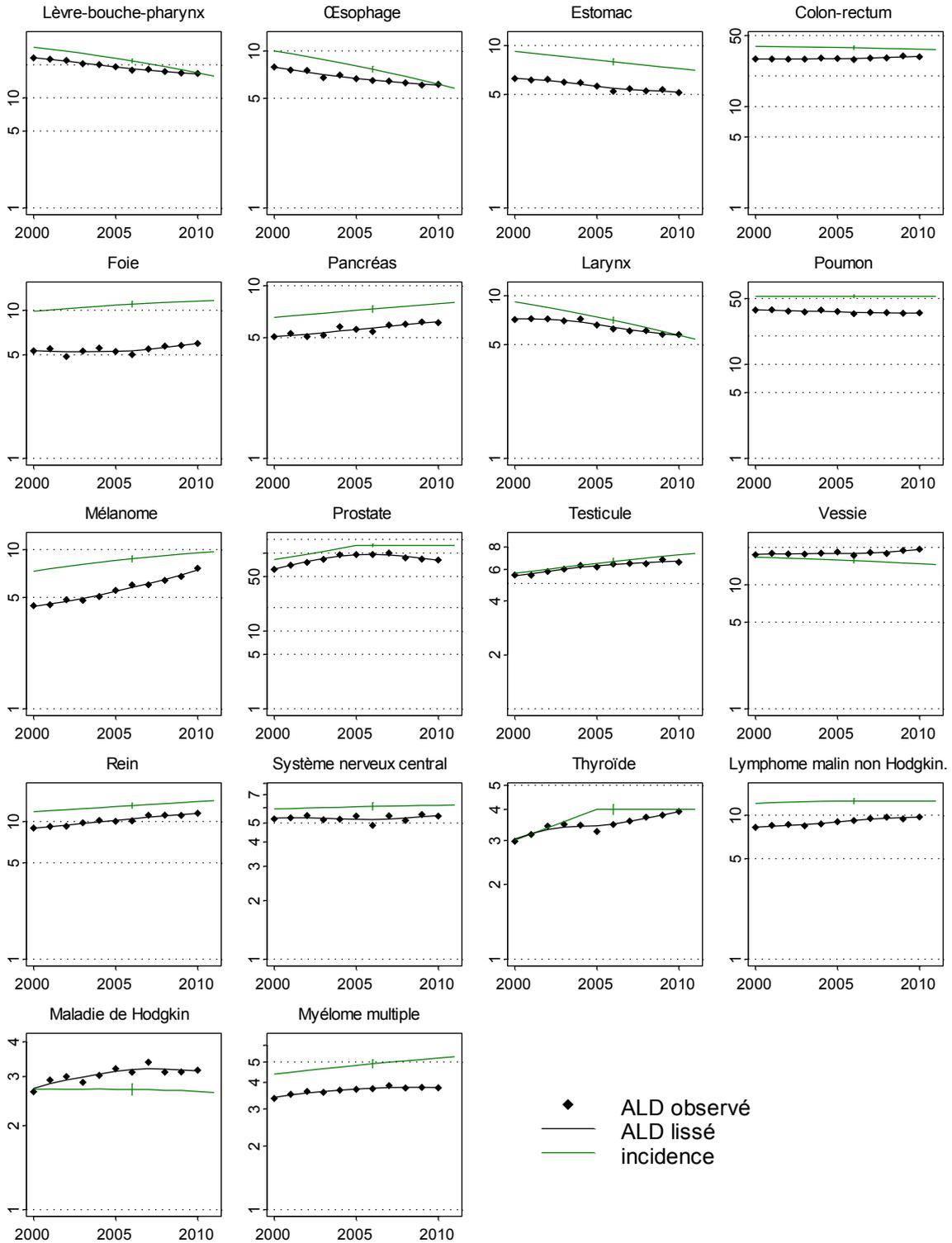
3.2. Comparaison graphique des évolutions des taux d'admission en ALD et d'incidence

Les figures 2a et 2b présentent par localisation les taux d'admission en ALD et les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale, de 2000 à 2010 chez l'homme et la femme respectivement, en échelle logarithmique. Le petit trait vertical sur la courbe du taux d'incidence indique le début de la période de projection des taux d'incidence. En annexe, les figures a et b présentent les mêmes graphiques en échelle arithmétique.

Sur la période d'observation des données de registres, de 2000 à 2006 (avant le trait vertical), les évolutions des taux standardisés d'admission en ALD et des taux d'incidence sont relativement similaires pour la plupart des localisations cancéreuses. Elles sont toutefois divergentes pour le cancer du larynx chez l'homme, et la vessie pour les hommes et les femmes. Elles semblent divergentes pour la maladie de Hodgkin, mais les faibles effectifs pour ce cancer rendent ces courbes peu interprétables.

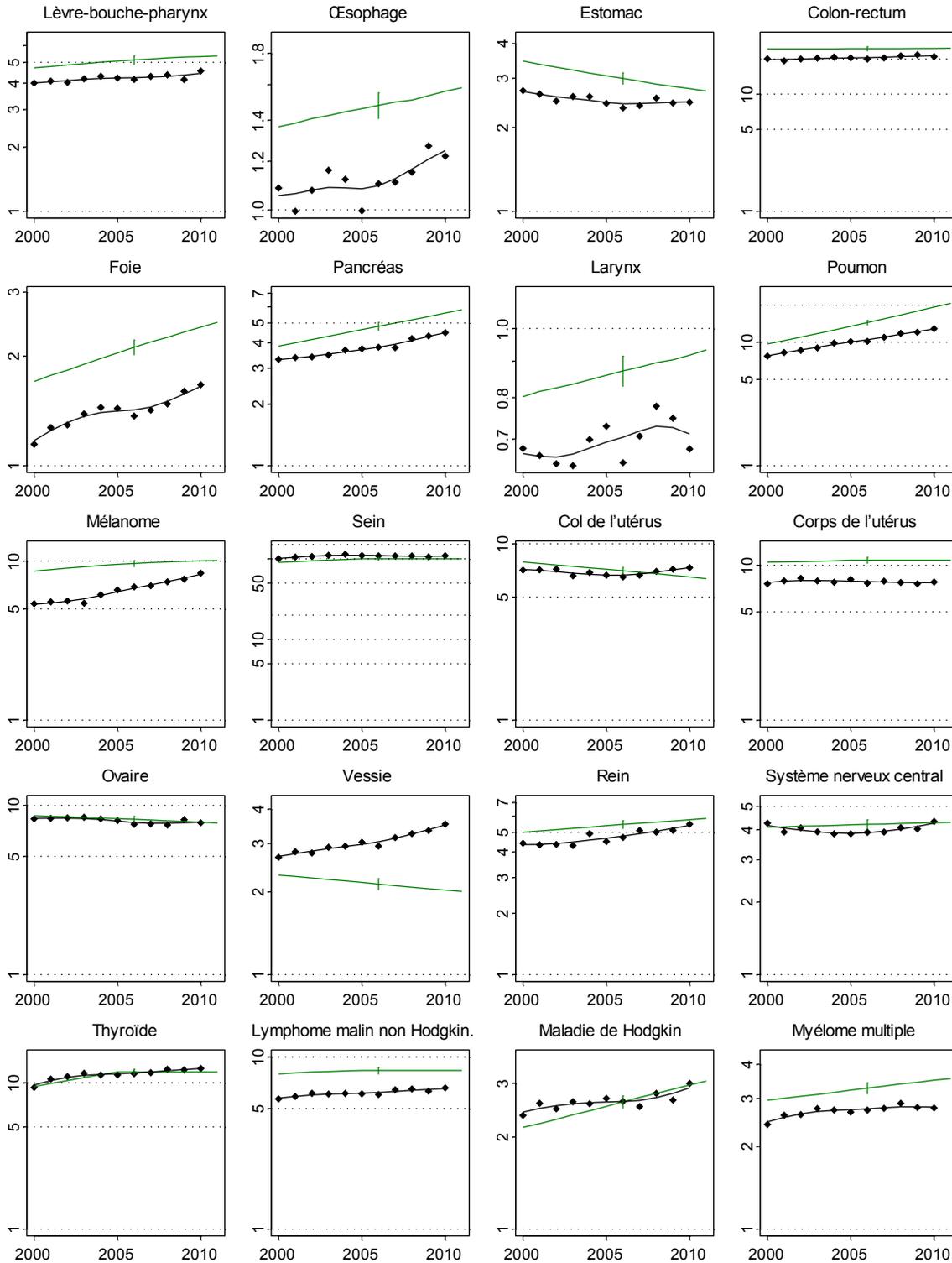
I Figure 2a I

Taux standardisés (monde) de mise en ALD observés et lissés (source : Cnam-TS, RSI, MSA), et d'incidence chez l'homme (source : projections nationales 2011), échelle logarithmique



I Figure 2b I

Taux standardisés (monde) de mise en ALD observés et lissés (source : Cnam-TS, RSI, MSA), et d'incidence chez la femme (source : projections nationales 2011), échelle logarithmique



3.3. Description détaillée des taux d'admission en ALD pour les quatre localisations cancéreuses présentant une rupture de tendance récente

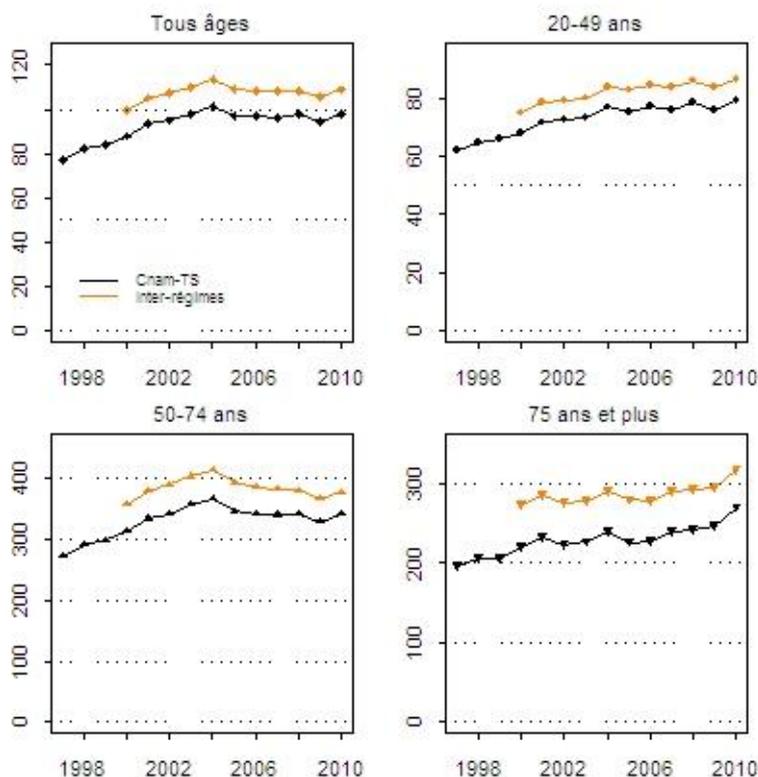
Les évolutions des admissions en ALD de 2000 à 2010 présentent des ruptures de tendance pour quatre localisations : cancer du sein, de la prostate, du col de l'utérus et de la thyroïde (figures 3 à 6). Après une croissance soutenue jusqu'au milieu de la période d'étude, les taux d'admission en ALD pour le cancer du sein se stabilisent, et diminuent pour le cancer de la prostate. Les taux d'admission en ALD pour le cancer du col de l'utérus sont en diminution jusqu'au milieu de la période et se stabilisent ensuite. Les taux d'admission en ALD pour cancer de la thyroïde présentent un ralentissement de la croissance (figure 6a et 6b).

3.3.1. Cancer du sein

Le taux d'admission en ALD pour cancer du sein augmente jusqu'en 2004, et diminue ensuite. Cette rupture de tendance provient principalement des femmes âgées de 50 à 74 ans (figure 3). L'année 2010 indique peut-être une légère reprise de l'augmentation. Dans la tranche d'âge 20-49, une augmentation est observée sur l'ensemble de la période, avec un éventuel ralentissement de la croissance les dernières années. Chez les femmes âgées de 75 ans et plus, le taux d'admission en ALD est plutôt stable, avec néanmoins une légère augmentation sur la fin de la période.

I Figure 3 I

Taux standardisés (monde) de mise en ALD pour le cancer du sein, tous âges et par tranche d'âge chez la femme (en noir : Cnam-TS seulement ; en rouge : Cnam-TS, MSA et RSI)



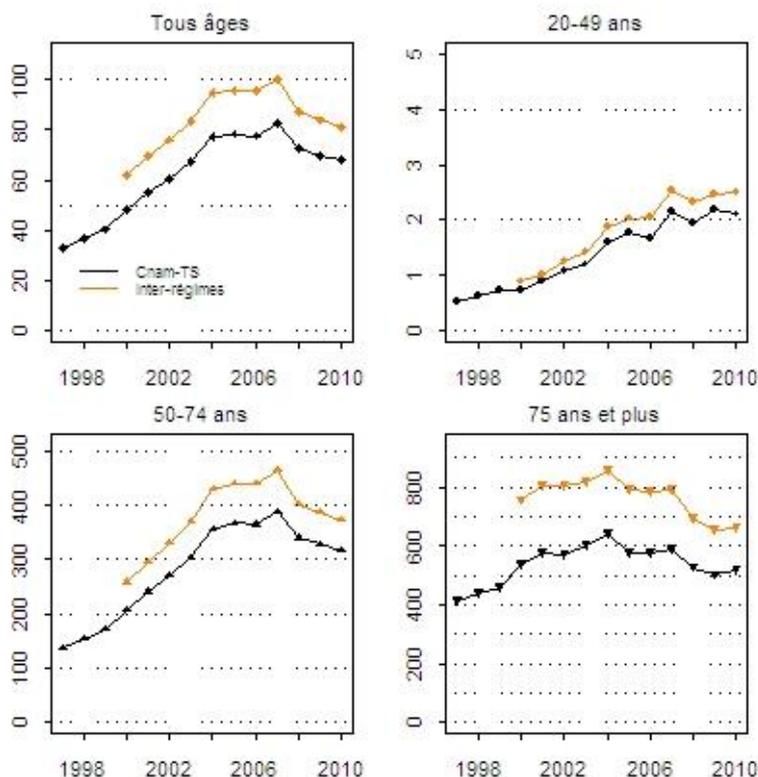
3.3.2. Cancer de la prostate

Après une forte croissance du taux d'admission en ALD pour cancer de la prostate, une stabilisation est observée entre 2004 et 2007, puis ensuite une diminution à partir de 2008 (figure 4). Cette diminution concerne particulièrement les tranches d'âge 50-74 ans et 75 ans et plus. La rupture de tendance

observée a débuté plus tôt chez les plus de 75 ans, c'est-à-dire dès 2005. Une augmentation est observée dans la tranche d'âge 20-49 ans, avec peut-être un ralentissement de la croissance sur la fin de la période, mais les effectifs sont très faibles dans cette tranche d'âge.

I Figure 4 I

Taux standardisés (monde) de mise en ALD et d'incidence pour le cancer de la prostate, tous âges et par tranche d'âge (en noir : Cnam-TS seulement ; en rouge : Cnam-TS, MSA et RSI)

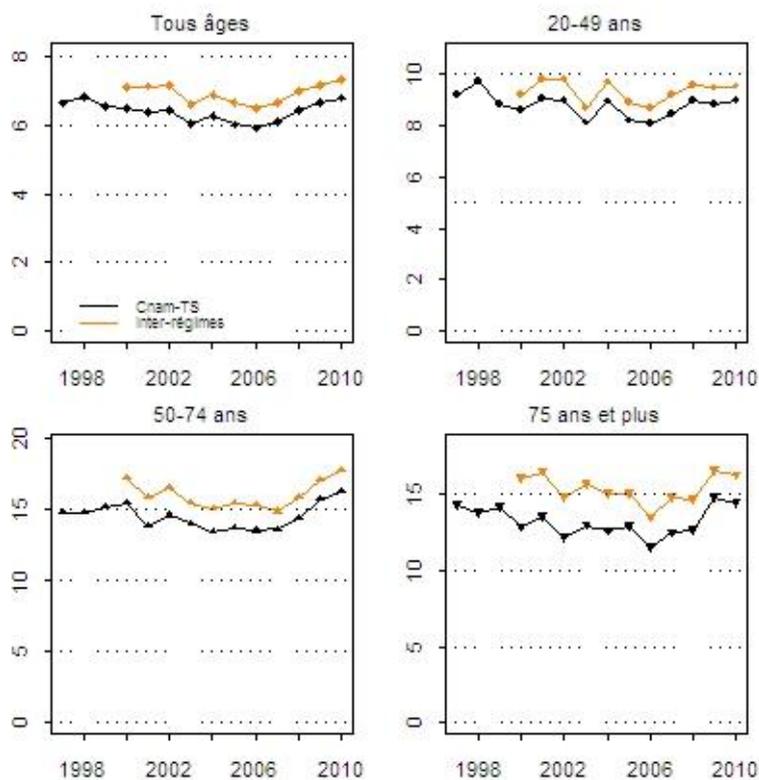


3.3.3. Cancer du col de l'utérus

Le taux d'admission en ALD pour cancer du col de l'utérus diminue jusqu'en 2006, et se stabilise ensuite. On observe même une augmentation depuis 2007, principalement dans la tranche d'âge 50-74 ans (figure 5). Les évolutions pour les tranches d'âge 20-49 ans et 75 ans et plus sont difficilement interprétables. L'évolution des taux ALD pour un cancer de l'utérus non précisé (utérus « sans autre information ») est présentée en annexe 4 et détaillée par tranche d'âge. Une augmentation de ces codages imprécis est observée sur la période.

I Figure 5 I

Taux standardisés (monde) de mise en ALD pour le cancer du col de l'utérus, tous âges et par tranche d'âge (en noir : Cnam-TS seulement ; en rouge : Cnam-TS, MSA et RSI)

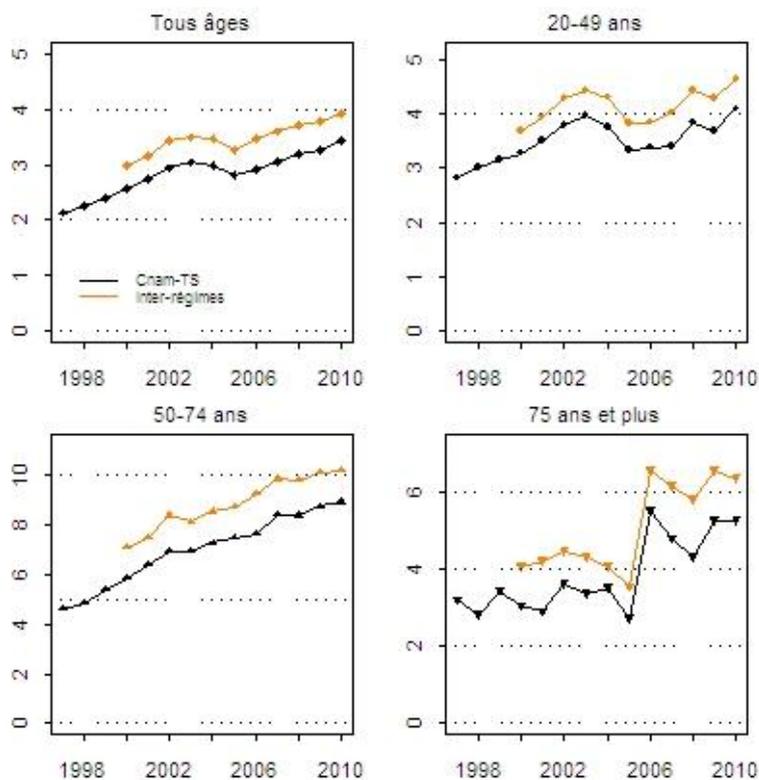


3.3.4. Cancer de la thyroïde

Après plusieurs années de forte croissance, le taux d'admission en ALD pour cancer de la thyroïde présente un ralentissement de la croissance depuis 2004 chez la femme (figure 6b), dans les tranches d'âge inférieures à 75 ans. Chez l'homme, aucune croissance n'est observée entre 2002 et 2006 (figure 6a). Une rupture est observée chez les hommes de plus de 75 ans entre 2005 et 2006, mais elle porte sur des effectifs très faibles.

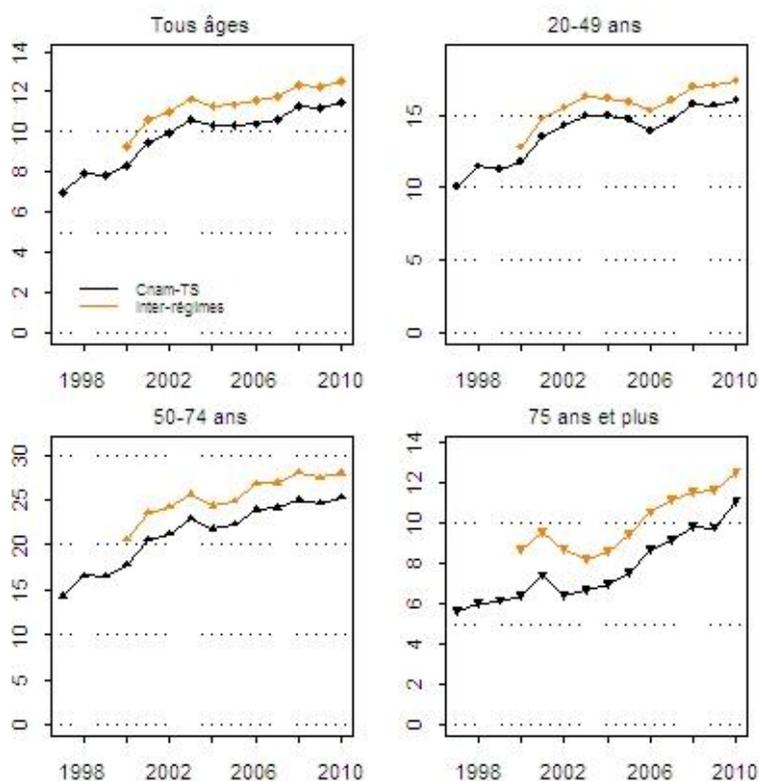
I Figure 6a I

Taux standardisés (monde) de mise en ALD, tous âges et par tranche d'âge, cancer de la thyroïde, hommes (en noir : Cnam-TS seulement ; en rouge : Cnam-TS, MSA et RSI)



I Figure 6b I

Taux standardisés (monde) de mise en ALD tous âges et par tranche d'âge, cancer de la thyroïde, femmes (en noir : Cnam-TS seulement ; en rouge : Cnam-TS, MSA et RSI)



4. Discussion

Les données d'ALD des trois principaux régimes d'assurance maladie sont disponibles dans un délai d'un an et permettent ainsi de détecter ou de confirmer des changements récents de tendance. Cette étude, mise à jour tous les ans [4] a présenté les taux d'admission en ALD de 2000 à 2010 pour 22 localisations cancéreuses et a comparé les évolutions des taux d'admission en ALD et des taux d'incidence modélisés sur la période 2000-2006 afin de vérifier *a posteriori* leur cohérence. Quatre localisations cancéreuses présentant une rupture récente des tendances ont été identifiées : sein, prostate, thyroïde et col de l'utérus.

Le taux d'admission en ALD est inférieur au taux d'incidence pour la plupart des localisations cancéreuses, car les patients atteints d'un cancer ne font pas tous une demande d'ALD. Ce travail toutefois ne s'intéresse pas au niveau, mais aux tendances temporelles des taux d'ALD, et en particulier aux ruptures de tendances récentes. Il faut par ailleurs rester prudent dans l'interprétation, ces évolutions pouvant être affectées par des évolutions réglementaires (annexe 1) ou par une évolution de la fréquence de demande d'ALD parmi les personnes atteintes d'un nouveau cancer. Cette étude repose sur de simples comparaisons graphiques et seuls les phénomènes majeurs sont interprétables.

Les évolutions des taux d'admission en ALD et des taux d'incidence modélisés sont relativement similaires sur la période d'observation commune 2000-2006 pour la plupart des localisations cancéreuses, à l'exception des cancers de la vessie, et, dans une moindre mesure, des cancers du larynx chez l'homme et de la maladie de Hodgkin. La divergence d'évolution entre taux d'ALD et taux d'incidence des cancers de la vessie est probablement liée à l'inclusion de tumeurs non infiltrantes (pTa, *in situ*) dans les ALD alors que l'incidence est restreinte aux tumeurs infiltrantes. Les données d'ALD incluent aussi des tumeurs *in situ* ou bénignes pour d'autres localisations cancéreuses (sein, col de l'utérus, etc.), mais ce phénomène est particulièrement marqué pour les tumeurs de la vessie [5]. Les effectifs pour la maladie de Hodgkin ne permettent pas d'interpréter les différences d'évolution. Pour les autres localisations pour lesquelles les évolutions diffèrent légèrement, les raisons ne sont pas clairement identifiées, mais on peut supposer une augmentation des demandes d'admission en ALD parmi les personnes atteintes de cancers.

Des ruptures de tendance des taux d'admission en ALD ont été observées sur la période d'étude pour les cancers du sein, du col de l'utérus, de la prostate, et de la thyroïde. Le suivi annuel des évolutions des ALD est particulièrement attendu pour ces quatre localisations de cancer.

Une stabilisation du taux d'admission en ALD pour cancer du sein est observée depuis 2004 [6]. Une stabilisation de l'incidence a depuis été constatée dans plusieurs registres français [7,8]. Après des années de croissance soutenue, une diminution de l'incidence du cancer du sein avait été observée aux États-Unis en 2003 puis dans de nombreux pays [9,10]. La principale explication évoquée dans la littérature est la diminution rapide de l'utilisation des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause (THS) qui a suivi la publication en 2002 d'une étude observant un risque accru de cancer du sein chez les utilisatrices de THS [11]. Ce phénomène est confirmé par l'évolution du taux d'ALD par classe d'âge, puisque la diminution des taux d'ALD est particulièrement observée pour la classe d'âge 50-74 ans. L'ampleur de la baisse et les délais étaient différents selon les pays [10]. En France, la diminution du recours au THS a également été évoquée [6]. Des auteurs ont toutefois évoqué la complexité des facteurs intervenant dans les évolutions des taux d'incidence du cancer du sein (dépistage, évolution des facteurs de risque) et ont estimé que l'utilisation du THS ne pouvait à lui seul expliquer les tendances récentes de l'incidence de ce cancer [12]. Par ailleurs, les THS auraient un effet promoteur et non initiateur sur les tumeurs malignes du sein [13]. Ainsi, les effets sur l'incidence liés à la diminution de l'utilisation des THS seraient simplement transitoires. Les taux d'admission en ALD observés jusqu'en 2010 confirment une stabilisation des taux, et une reprise de la croissance est possible.

Le taux d'admission en ALD pour cancer de la prostate diminue depuis 2008. Une très forte augmentation de l'incidence avait été observée ces dernières années en France [1], ainsi que dans la plupart des pays occidentaux [14]. Le développement intensif du dépistage par dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) est principalement évoqué pour expliquer les fortes augmentations de l'incidence de ce cancer [15]. Après avoir atteint des taux très élevés, une baisse a d'abord été observée aux États-Unis [16], et plus récemment dans les pays du nord de l'Europe [17]. La baisse des taux d'admission en ALD observée en France est cohérente avec les connaissances épidémiologiques et les données internationales récentes sur l'incidence de ce cancer [14,15].

Le taux d'admission en ALD pour cancer de la thyroïde présente pour les deux sexes un ralentissement de la croissance depuis 2004 chez les personnes âgées de moins de 75 ans. L'incidence du cancer de la thyroïde était en forte augmentation depuis plus de 25 ans en France [1], ainsi que dans la plupart des pays occidentaux [18]. Dans les départements avec registre, une stabilisation de l'incidence semble se dessiner depuis 2004, avec des évolutions cependant très différentes selon le département [19]. Un ralentissement de la croissance a également été observé dans une étude en Rhône-Alpes [20]. À notre connaissance, les pays occidentaux n'ont pas observé un tel ralentissement de la croissance de l'incidence de ce cancer, à l'exception peut-être de la Finlande [17]. L'incidence du cancer de la thyroïde est très sensible aux pratiques médicales et aux techniques diagnostiques (diagnostic précoce). Il est possible que le ralentissement de la croissance soit dû à une saturation des effets liés aux pratiques médicales ou à une modification des pratiques. Les évolutions à court et moyen terme de l'incidence de ce cancer sont toutefois incertaines.

Pour ces trois cancers (sein, prostate, thyroïde), le scénario retenu pour les projections d'incidence 2011 était celui d'un taux constant depuis 2005. Ce choix reposait sur des arguments épidémiologiques, sur les évolutions des taux d'admission en ALD et pour le cancer de la thyroïde, sur les évolutions observées depuis 2000 dans les registres.

Le taux d'admission en ALD pour cancer du col de l'utérus, qui était en diminution, se stabilise après 2006, voire semble même en légère augmentation dans la tranche d'âge 50-74 ans. Ces évolutions ne s'expliquent pas par une baisse de la proportion de cancers de l'utérus non précisés, puisqu'au contraire ils ont tendance à augmenter (annexes 4 et 5). Il est probable qu'il y ait eu une modification dans les demandes d'admission en ALD pour cancer du col de l'utérus. Cette modification pourrait être due à une demande d'ALD plus fréquente parmi les personnes atteintes de ce cancer. Il est également possible que la part de tumeurs non invasives ait augmenté parmi les demandes d'ALD pour cancer du col de l'utérus. Une stabilisation de l'incidence du cancer du col a néanmoins été observée ces dernières années dans plusieurs pays [17,21]. À notre connaissance, les raisons de cette stabilisation n'ont toutefois pas été décrites dans la littérature. En France, cette stabilisation n'est pas observée dans les données des registres les plus récentes (jusqu'en 2009). Toutefois, il est possible qu'une stabilisation des taux d'incidence de ce cancer soit observée en France prochainement, en raison d'une éventuelle saturation de l'effet du dépistage ou modification de la prévalence de l'infection HPV [22]. Il sera particulièrement intéressant de suivre l'évolution de l'incidence de ce cancer dans les prochaines années.

5. Conclusion

Les données d'admission en ALD apportent des informations utiles à la surveillance nationale de l'incidence des cancers. Leur suivi régulier permet d'identifier des ruptures de tendances récentes. Lorsque ces données sont cohérentes avec les connaissances épidémiologiques, elles contribuent au choix du scénario de projection de l'incidence de l'année en cours.

Cette étude est mise à jour tous les ans et apporte cette année encore des informations intéressantes. Elle confirme les ruptures de tendances déjà observées pour les cancers du sein, de la prostate et de la thyroïde et soulève la question d'une stabilisation de l'incidence pour le cancer du col de l'utérus. Les taux d'admission en ALD poursuivent leur diminution pour le cancer de la prostate tandis qu'une stabilisation, voire une reprise de la croissance, est observée pour le cancer du sein, en cohérence avec les connaissances épidémiologiques et les données internationales. Le ralentissement de la croissance du taux d'admission en ALD se confirme pour le cancer de la thyroïde bien que les évolutions à court terme pour ce cancer restent très incertaines.

Références bibliographiques

- [1] Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2008;56:159-75.
- [2] 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.
- [3] Hospices Civils de Lyon, Institut de veille sanitaire, Institut National du Cancer, Réseau Francim, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2010. Rapport technique. ; 2010. 75 p. http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=10379.
- [4] Uhry Z, Remontet L, Grosclaude P, Belot A, Colonna M, Bossard N, Boussac-Zarebska M, Delacour-Billon S, Gentil J, Altana M, Frete F, Weill A, Rogel A. Tendances récentes des données d'affections de longue durée (ALD) : intérêt pour la surveillance nationale de l'incidence des cancers. Période 1997-2009. *Bull Epidemiol Hebd* 2012;(5-6):58-63.
- [5] Grosclaude P, Dentan C, Trétarre B, Velten M, Fournier E, Molinié F. Utilité des bases de données médico-administratives pour le suivi épidémiologique des cancers. Comparaison avec les données des registres au niveau individuel. *Bull Epidemiol Hebd* 2012;(5-6):63-67.
- [6] Séradour B, Allemand H, Weill A, Ricordeau P. Sustained lower rates of breast cancer incidence in France in 2007. *Breast Cancer Res Treat* 2010;121(3):799-800.
- [7] Fontenoy AM, Leux C, Delacour-Billon S, Allieux C, Frenel JS, Campone M *et al.* Recent trends in breast cancer incidence rates in the Loire-Atlantique, France: a decline since 2003. *Cancer Epidemiol* 2010;34(3):238-43
- [8] Daubisse-Marliac L, Delafosse P, Boitard JB, Poncet F, Grosclaude P, Colonna M. Breast cancer incidence and time trend in France between 1990 and 2007: a population-based study from two French cancer registries. *Ann Oncol* 2011;22(2):329-34.
- [9] Ravdin PM, Cronin KA, Howlader N, Berg CD, Chlebowski RT, Feuer EJ, *et al.* The decrease in breast-cancer incidence in 2003 in the United States. *N Engl J Med* 2007;356:1670-4.
- [10] Zbuk K, Anand SS. Declining incidence of breast cancer after decreased use of hormone-replacement therapy: magnitude and time lags in different countries. *J Epidemiol Community Health*. 2012 Jan;66(1):1-7.
- [11] Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, *et al.* Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Jul 17;288(3):321-33.
- [12] Sprague BL, Trentham-Dietz A, Remington PL. The contribution of postmenopausal hormone use cessation to the declining incidence of breast cancer. *Cancer Causes Control*. 2011 Jan;22(1):125-34.
- [13] Ringa V, Fournier A. Did the decrease in use of menopausal hormone therapy induce a decrease in the incidence of breast cancer in France (and elsewhere)? *Rev Epidemiol Santé Publique* 2008; 56(5): 297-301.
- [14] Bray F, Lortet-Tieulent J, Ferlay J, Forman D, Auvinen A. Prostate cancer incidence and mortality trends in 37 European countries: an overview. *Eur J Cancer*. 2010 Nov;46(17):3040-52.
- [15] Kvåle R, Auvinen A, Adami HO, Klint A, Hernes E, Møller B, *et al.* Interpreting trends in prostate cancer incidence and mortality in the five Nordic countries. *J Natl Cancer Inst*. 2007 Dec 19;99(24):1881-7.
- [16] Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Altekruse SF, *et al.* SEER Cancer Statistics Review, 1975-2009 (Vintage 2009 Populations) [Internet]. Bethesda : National Cancer Institute ; 2012. [Consulté le 21/02/2013]. Disponible à partir de l'URL : http://seer.cancer.gov/csr/1975_2009_pops09/.
- [17] Engholm G, Ferlay J, Christensen N, Johannesen TB, Klint Å, Køtlum JE, *et al.* NordCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 5.1 (March 2012) [Internet]. Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society [Consulté le 20/07/2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://www.ancr.nu>.
- [18] Kilfoy BA, Zheng T, Holford TR, Han X, Ward MH, Sjodin A *et al.* International patterns and trends in thyroid cancer incidence, 1973-2002. *Cancer Causes Control* 2009; 20(5):525-31.

- [19] Rogel A, Colonna M, Uhry Z, Lacour B, Schwartz C, Pascal L, et al. Évolution de l'incidence du cancer de la thyroïde en France métropolitaine. Bilan sur 25 ans. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire; 2010. 55 p. Disponible à partir de l'URL : http://opac.invs.sante.fr/index.php?lvl=notice_display&id=9452
- [20] Sassolas G, Hafdi-Nejjari Z, Remontet L, Bossard N, Belot A, Berger-Dutrieux N *et al.* Thyroid cancer: is the incidence rise abating? *Eur J Endocrinol* 2009; 160(1):71-9.
- [21] Cancer Research UK. Cervical cancer incidence statistics [Internet]. Londres : Cancer Research UK [Consulté le 20/07/2012]. Disponible à partir de l'URL : <http://info.cancerresearchuk.org/cancerstats/types/cervix/incidence>.
- [22] de Martel C, Ferlay J, Franceschi S, Vignat J, Bray F, Forman D, *et al.* Global burden of cancers attributable to infections in 2008: a review and synthetic analysis. *Lancet Oncol.* 2012 Jun;13(6):607-15.

Annexes

Annexe 1

Évolutions réglementaires des ALD

Les ALD sont sujettes à des évolutions réglementaires susceptibles d'influer sur le taux d'admission en ALD observé. Les évolutions réglementaires et de codages recensés depuis 1997 sont listées ci-après.

- **2000 : passage de la CIM9 à la CIM10**

Les définitions de localisation par cancer n'ont pas été modifiées mais ce changement de classification a pu entraîner une modification dans la pratique du codage.

- **2000 : instauration de la majoration du maintien à domicile pour les plus de 75 ans**

Elle s'applique aux visites réalisées auprès des patients d'au moins 75 ans en ALD dans le but de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées.

- **2005 : rémunération de 40 euros par an par patient en ALD pour le médecin traitant**

- **2006 : Nouveau protocole de soins pour l'admission en ALD, rédigée par le médecin traitant**

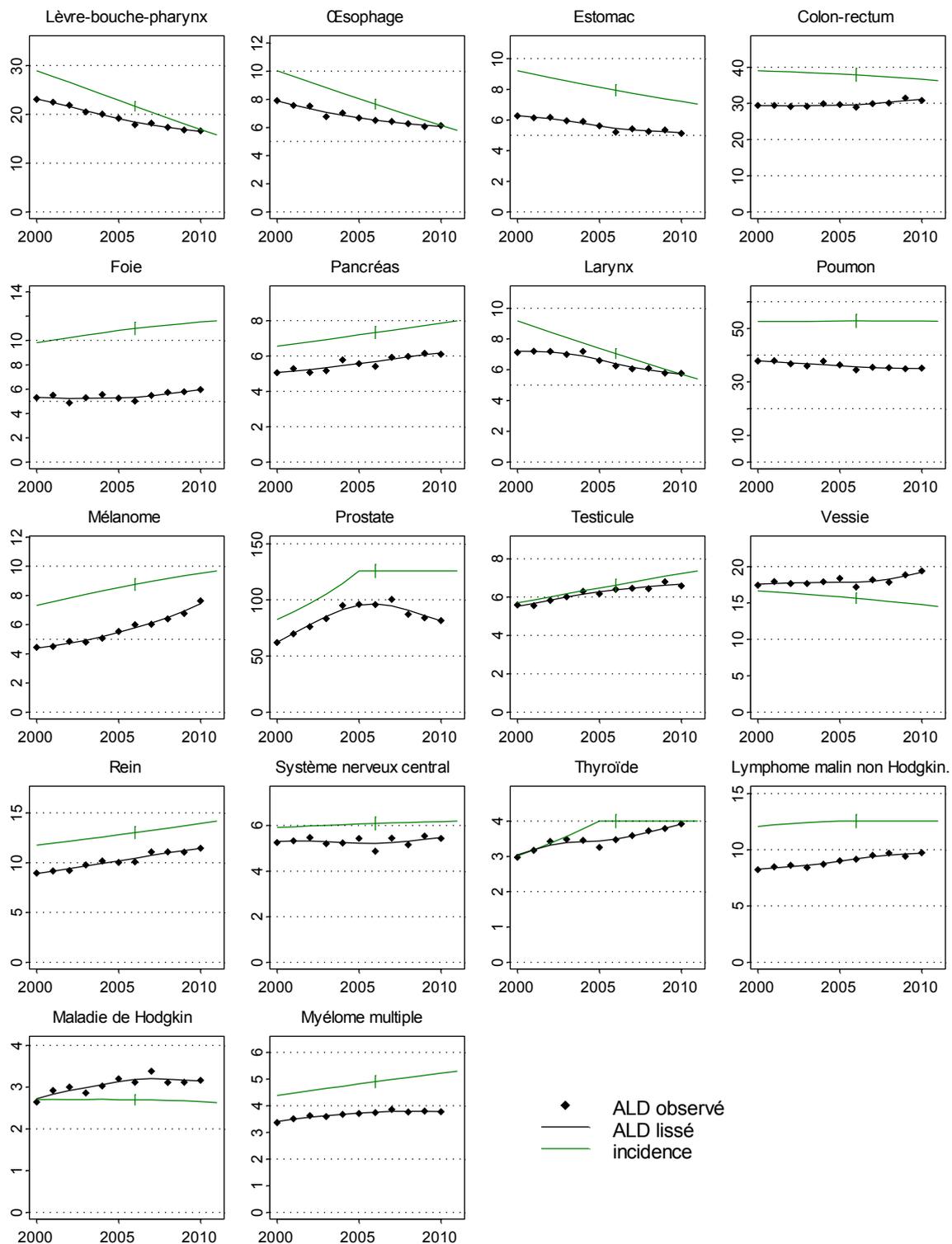
À partir de cette date, c'est le médecin traitant qui doit constater la pathologie et établir un protocole de soins, qui définit les soins liés à cette pathologie et pris en charge à 100 % au titre de l'ALD.

Ce protocole peut être établi par un autre médecin, à titre dérogatoire, lorsque le diagnostic est fait à l'hôpital ou dans un contexte d'urgence. La mise en œuvre en 2006 de ce nouveau dispositif a parfois impliqué un retard dans les envois des demandes d'ALD au médecin-conseil et donc un délai dans les avis émis par l'Assurance maladie.

Certaines de ces évolutions sont directement visibles : une augmentation artificielle du nombre de mise en ALD est observée entre 1997 et 2000 pour le corps de l'utérus et lymphome malin non hodgkinien (LMNH) (passage à la CIM10), une augmentation du taux d'admission en ALD chez les personnes âgées de plus de 75 ans est observée à partir de 2000-2001 pour plusieurs localisations ainsi qu'une légère baisse des taux d'admission en ALD en 2006.

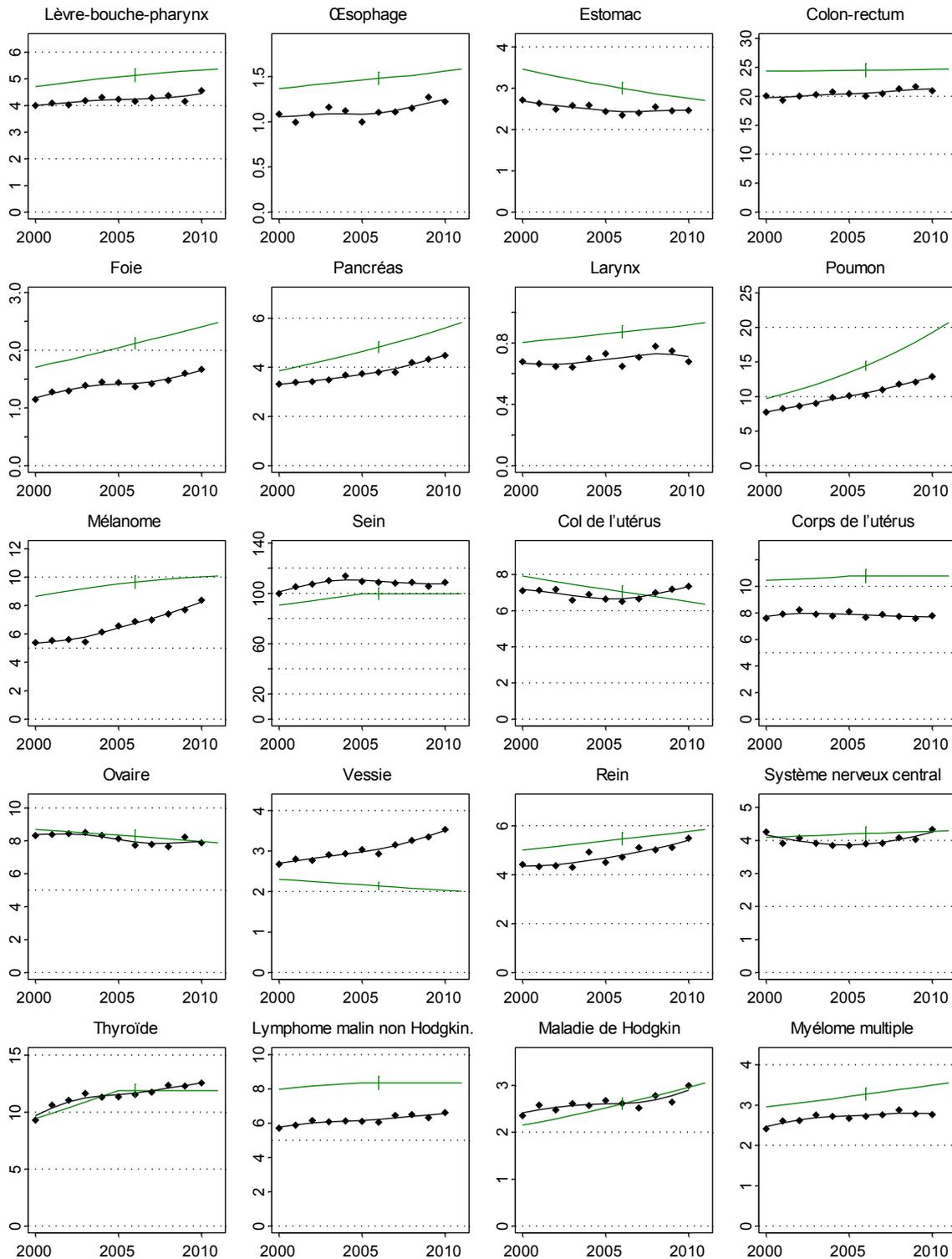
Annexe 2a

Taux standardisés (monde) de mise en ALD observés et lissés (source : Cnam-TS, RSI, MSA) et taux d'incidence modélisés (source : projections nationales 2011), chez l'homme



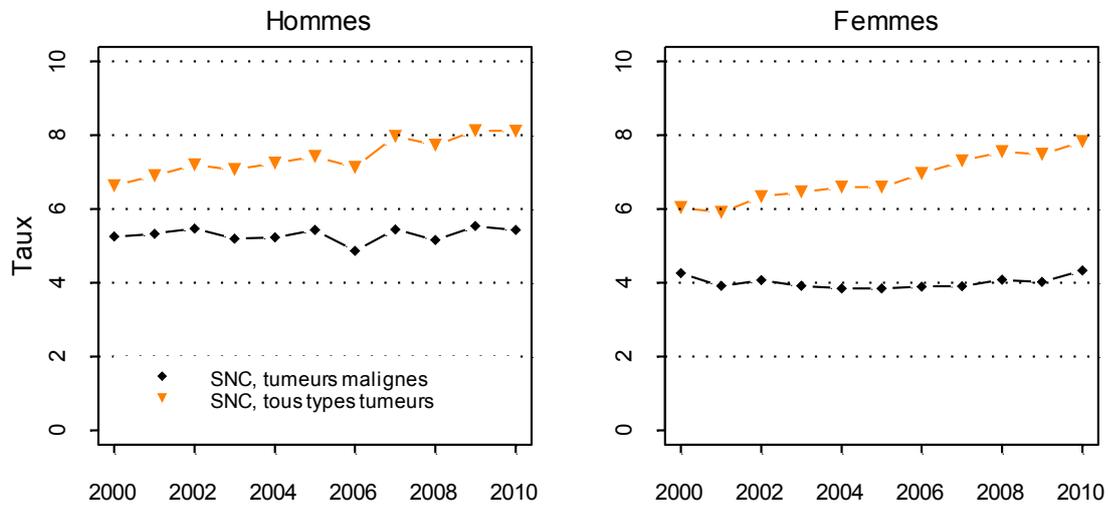
Annexe 2b

Taux standardisés (monde) de mise en ALD observés et lissés (source : Cnam-TS, RSI, MSA), et taux d'incidence modélisés (source : projections nationales 2011) chez la femme



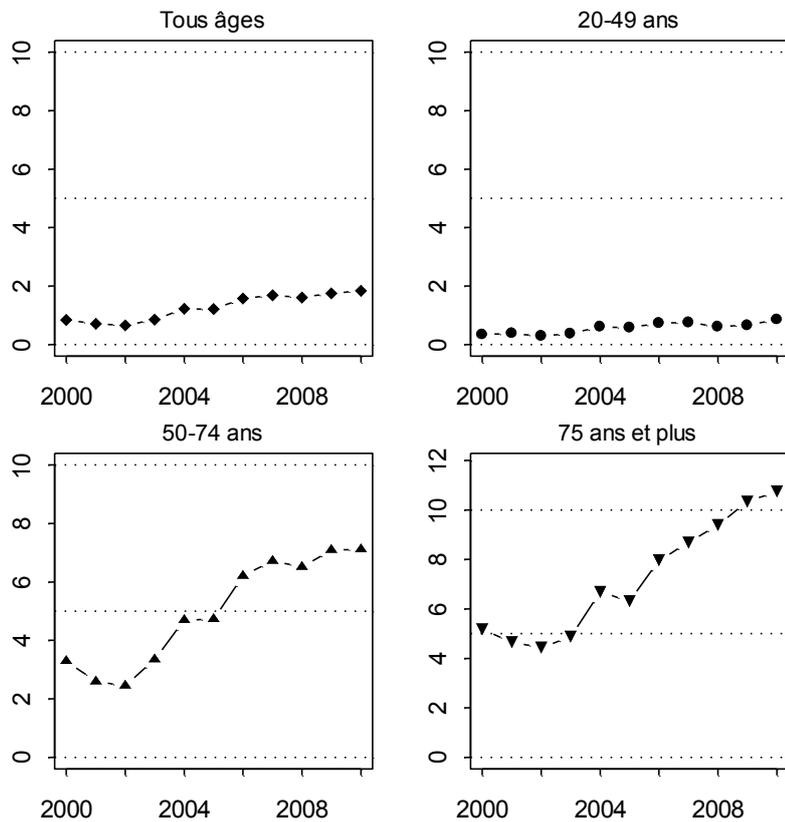
Annexe 3

Résultats pour SNC



Annexe 4

Résultats Utérus, SAI



Annexe 5

Tableaux de données

Tableau a. Nombre de mises en ALD (trois régimes), de 2000 à 2010, chez l'homme

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Lèvre-bouche-pharynx	9 283	9 234	9 143	8 680	8 716	8 453	8 054	8 327	8 072	8 007	8076
Oesophage	3 422	3 369	3 394	3 133	3 296	3 217	3 202	3 250	3 242	3 198	3288
Estomac	3 028	2 965	3 022	3 010	3 036	2 922	2 820	2 932	2 909	3 004	2957
Côlon-rectum et anus	14 313	14 539	14 653	14 965	15 599	15 587	15 473	16 470	16 868	17 867	17789
Foie	2 473	2 590	2 362	2 574	2 721	2 649	2 587	2 900	3 076	3 128	3328
Pancréas	2 308	2 453	2 397	2 500	2 813	2 751	2 726	3 053	3 111	3 320	3343
Larynx	2 989	3 074	3 129	3 102	3 250	3 000	2 948	2 904	2 990	2 898	2920
Poumon	16 565	16 905	16 686	16 564	17 658	17 277	16 760	17 596	17 885	17 915	18484
Mélanome de la peau	1 833	1 880	2 050	2 070	2 240	2 495	2 717	2 843	3 055	3 316	3771
Prostate	32 209	36 475	39 789	43 775	49 889	50 321	51 055	54 194	47 978	46 915	46753
Testicule	1 746	1 746	1 833	1 889	1 983	1 965	2 043	2 081	2 067	2 176	2133
Vessie	8 445	8 912	8 894	9 075	9 442	9 836	9 365	10 150	10 190	10 991	11622
Rein et autres organes urinaires	3 923	4 076	4 147	4 440	4 812	4 696	4 930	5 378	5 523	5 634	5987
Système nerveux central	1 895	1 944	2 036	1 937	1 985	2 065	1 927	2 133	2 077	2 228	2215
Thyroïde	1 075	1 162	1 280	1 297	1 301	1 260	1 386	1 456	1 506	1 562	1623
Lymphome malin non Hodgkin.	3 370	3 565	3 644	3 612	3 800	3 997	4 131	4 398	4 542	4 542	4743
Maladie de Hodgkin	848	922	942	933	967	1 037	1 017	1 087	1 018	1 021	1029
Myélome multiple	1 640	1 738	1 829	1 842	1 893	1 974	2 016	2 131	2 117	2 196	2227
Toutes leucémies	3 898	3 910	3 847	3 820	3 912	4 027	4 152	4 262	4 520	4 584	4816
Tous cancers ^a	123 623	129 651	133 278	137 028	147 367	147 188	146 904	155 264	150 568	152 359	155187

^a Les cancers de la peau hors mélanome exclus.

Tableau b. Nombre de mises en ALD (trois régimes), de 2000 à 2010, chez la femme

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Lèvre-bouche-pharynx	1 893	1 974	1 964	2 043	2 164	2 182	2 195	2 286	2 377	2 326	2554
Oesophage	644	618	667	696	689	644	714	720	770	829	818
Estomac	1 859	1 854	1 726	1 744	1 767	1 712	1 654	1 758	1 847	1 752	1817
Côlon-rectum et anus	12 823	12 704	13 116	13 480	13 950	13 771	13 737	14 352	15 055	15 491	15456
Foie	710	790	824	900	952	924	910	958	995	1 114	1164
Pancréas	2 142	2 247	2 257	2 261	2 438	2 527	2 576	2 694	3 013	3 085	3277
Larynx	327	343	319	307	359	375	343	361	418	415	389
Poumon	3 942	4 253	4 438	4 652	5 207	5 419	5 530	6 047	6 620	6 854	7473
Mélanome de la peau	2 415	2 536	2 610	2 592	2 942	3 206	3 445	3 575	3 740	3 984	4393
Sein	46 104	49 188	50 773	52 969	55 738	54 223	54 533	55 308	56 192	55 442	58236
Col de l'utérus	3 115	3 160	3 185	3 000	3 107	3 089	3 004	3 087	3 259	3 437	3541
Corps de l'utérus	4 060	4 310	4 504	4 450	4 410	4 658	4 528	4 708	4 709	4 753	4933
Utérus SAI	469	410	379	489	717	692	913	1 010	1 004	1 108	1172
Ovaire	4 029	4 173	4 171	4 272	4 265	4 210	4 085	4 170	4 177	4 494	4461
Vessie	1 899	1 983	2 028	2 120	2 196	2 285	2 225	2 387	2 481	2 593	2751
Rein et autres organes urinaires	2 336	2 291	2 362	2 356	2 683	2 531	2 695	2 951	2 932	3 051	3286
Système nerveux central	1 702	1 639	1 715	1 671	1 659	1 632	1 651	1 685	1 782	1 833	1963
Thyroïde	3 565	4 113	4 263	4 508	4 450	4 540	4 710	4 843	5 127	5 115	5304
Lymphome malin non Hodgkin.	2 951	3 098	3 246	3 283	3 436	3 424	3 436	3 673	3 839	3 795	4034
Maladie de Hodgkin	717	804	757	822	793	857	826	811	888	849	939
Myélome multiple	1 571	1 708	1 783	1 841	1 866	1 862	1 918	1 987	2 100	2 070	2146
Toutes leucémies	3 157	3 133	3 151	3 078	3 172	3 173	3 198	3 371	3 435	3 665	3692
Tous cancers ^a	109 359	114 258	117 095	120 215	125 713	124 622	125 218	129 408	133 693	135 084	140 871

^a Les cancers de la peau hors mélanome exclus.

Tableau c. Taux d'admission en ALD (trois régimes) pour 100 000, standardisé à la population mondiale, de 2000 à 2010, chez l'homme.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Lèvre-bouche-pharynx	23,1	22,5	21,8	20,5	20,0	19,2	17,9	18,2	17,3	16,8	16,6
Œsophage	7,9	7,6	7,5	6,8	7,0	6,7	6,5	6,4	6,3	6,1	6,1
Estomac	6,3	6,1	6,2	5,9	5,9	5,6	5,2	5,4	5,3	5,4	5,1
Côlon-rectum et anus	29,4	29,4	29,1	29,2	29,9	29,7	29,0	29,9	30,1	31,5	30,8
Foie	5,3	5,5	4,9	5,3	5,6	5,3	5,0	5,5	5,7	5,8	6,0
Pancréas	5,1	5,3	5,1	5,2	5,8	5,6	5,4	5,9	6,0	6,2	6,1
Larynx	7,1	7,2	7,2	7,0	7,2	6,6	6,2	6,1	6,1	5,8	5,8
Poumon	37,8	37,9	36,8	36,0	37,8	36,4	34,5	35,5	35,4	34,9	35,1
Mélanome de la peau	4,4	4,5	4,8	4,8	5,1	5,5	6,0	6,0	6,4	6,8	7,6
Prostate	62,0	69,8	76,1	83,3	95,1	96,0	95,8	100,5	87,1	84,0	81,5
Testicule	5,6	5,6	5,8	6,0	6,3	6,2	6,4	6,5	6,4	6,8	6,6
Vessie	17,4	17,9	17,7	17,7	17,9	18,4	17,2	18,2	17,9	18,9	19,4
Rein et autres organes urinaires	8,9	9,2	9,2	9,8	10,2	10,0	10,1	11,1	11,1	11,1	11,5
Système nerveux central	5,3	5,3	5,5	5,2	5,2	5,4	4,9	5,4	5,2	5,5	5,4
Thyroïde	3,0	3,2	3,4	3,5	3,5	3,3	3,5	3,6	3,7	3,8	3,9
Lymphome malin non Hodgkin.	8,2	8,5	8,6	8,4	8,7	9,0	9,2	9,5	9,7	9,4	9,7
Maladie de Hodgkin	2,6	2,9	3,0	2,9	3,0	3,2	3,1	3,4	3,1	3,1	3,2
Myélome multiple	3,4	3,5	3,6	3,6	3,7	3,7	3,7	3,9	3,8	3,8	3,8
Toutes leucémies	9,6	9,4	9,5	9,2	9,5	9,6	9,6	9,6	10,1	9,9	10,4
Tous cancers ^a	272,0	280,3	284,8	287,9	305,2	302,2	295,6	307,0	293,1	291,7	290,8

^a Les cancers de la peau hors mélanome exclus.

Tableau d. Taux d'admission en ALD (trois régimes) pour 100 000, standardisé à la population mondiale, de 2000 à 2010, chez la femme.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Lèvre-bouche-pharynx	4,0	4,1	4,0	4,2	4,3	4,2	4,2	4,3	4,4	4,2	4,6
Œsophage	1,1	1,0	1,1	1,2	1,1	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	1,2
Estomac	2,7	2,6	2,5	2,6	2,6	2,4	2,3	2,4	2,5	2,4	2,5
Côlon-rectum et anus	20,1	19,3	20,0	20,3	20,8	20,4	20,0	20,5	21,3	21,7	20,9
Foie	1,1	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5	1,6	1,7
Pancréas	3,3	3,4	3,4	3,5	3,7	3,7	3,8	3,8	4,2	4,3	4,5
Larynx	0,7	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7	0,6	0,7	0,8	0,7	0,7
Poumon	7,7	8,3	8,6	9,0	9,9	10,1	10,2	11,0	11,8	12,1	12,9
Mélanome de la peau	5,4	5,5	5,6	5,4	6,1	6,6	6,9	7,0	7,4	7,7	8,4
Sein	99,7	105,3	107,2	110,1	113,7	109,4	108,7	108,1	108,7	105,6	108,8
Col de l'utérus	7,1	7,1	7,2	6,6	6,9	6,6	6,5	6,7	7,0	7,2	7,3
Corps de l'utérus	7,6	7,9	8,2	7,9	7,8	8,1	7,7	7,9	7,7	7,6	7,8
Utérus SAI	0,8	0,7	0,7	0,9	1,2	1,2	1,6	1,7	1,6	1,7	1,8
Ovaire	8,3	8,4	8,4	8,5	8,3	8,1	7,7	7,8	7,6	8,2	7,9
Vessie	2,7	2,8	2,8	2,9	2,9	3,0	2,9	3,2	3,3	3,3	3,5
Rein et autres organes urinaires	4,4	4,3	4,4	4,3	4,9	4,5	4,7	5,1	5,0	5,1	5,5
Système nerveux central	4,3	3,9	4,1	3,9	3,8	3,8	3,9	3,9	4,1	4,0	4,3
Thyroïde	9,3	10,6	11,0	11,6	11,3	11,3	11,5	11,8	12,4	12,3	12,5
Lymphome malin non Hodgkin.	5,7	5,9	6,1	6,1	6,1	6,1	6,0	6,4	6,5	6,3	6,6
Maladie de Hodgkin	2,4	2,6	2,5	2,6	2,6	2,7	2,6	2,5	2,8	2,6	3,0
Myélome multiple	2,4	2,6	2,6	2,8	2,7	2,7	2,7	2,8	2,9	2,8	2,8
Toutes leucémies	6,5	6,5	6,4	6,4	6,5	6,3	6,5	6,7	6,6	6,9	6,6
Tous cancers ^a	220,0	227,4	231,3	234,9	241,9	236,8	235,1	238,5	243,3	241,9	247,8

^a Les cancers de la peau hors mélanome exclus.

Tendances récentes des données d'affections de longue durée : intérêt pour la surveillance nationale de l'incidence des cancers.

Période 2000-2010

Novembre 2012

Cette étude, mise à jour tous les ans, présente les évolutions nationales du taux de mise en affection de longue durée (ALD) des trois principales caisses d'assurance maladie de 2000 à 2010 pour 22 localisations cancéreuses. Son objectif est d'identifier des ruptures de tendance récentes. Quatre localisations cancéreuses présentant une rupture récente des tendances ont été identifiées. Pour le cancer du sein, une stabilisation du taux d'ALD est observée depuis 2004 et l'année 2010 suggère une légère reprise de l'augmentation. Une stabilisation du taux d'ALD pour cancer de la prostate est observée entre 2004 et 2007 après des années de forte croissance et une diminution est ensuite observée à partir de 2008. Le taux d'ALD pour cancer de la thyroïde présente un ralentissement de la croissance depuis 2004. Le taux d'ALD pour cancer du col de l'utérus diminue jusqu'en 2006, et se stabilise ensuite.

Cette étude repose sur des comparaisons graphiques et seuls les phénomènes majeurs sont interprétables. Par ailleurs, il faut rester prudent dans l'interprétation, ces évolutions pouvant être affectées par des évolutions réglementaires ou de pratiques d'admission en ALD. Les évolutions observées pour le cancer du sein et de la prostate sont cohérentes avec les connaissances épidémiologiques. L'incidence du cancer de la thyroïde est très sensible aux pratiques médicales et les évolutions à court et moyen terme de l'incidence de ce cancer restent incertaines. Concernant le cancer du col de l'utérus, une stabilisation de l'incidence a été observée ces dernières années dans plusieurs pays mais, à notre connaissance, sans explication. En France, cette stabilisation n'est pas observée dans les données des registres les plus récentes. Il sera particulièrement intéressant de suivre l'évolution de l'incidence de ce cancer dans les prochaines années à partir des données des registres.

Mots clés : cancer, affection de longue durée, tendances, recueil données, France

Long-term illness health insurance data: interest for monitoring recent national trends in cancer incidence.

Period 2000-2010

November 2012

This study presents the national trends in the rate of long term illness agreements for full reimbursement issued from the health insurance database (ALD-affection de longue durée), from 2000 to 2010 for 22 cancer sites. The study aimed at identifying recent changes in the trends of ALD agreements rates. Four cancer sites with recent changes in the trends have been identified. Concerning breast cancer, a stabilization of ALD agreement rates has been observed since 2004 and the year 2010 suggests a new increase. Stabilization of ALD agreement rates of prostate cancer was observed between 2004 and 2007 after years of strong increase and a decrease is then observed from 2008. A slower increase in ALD agreements rate since 2004 is observed for thyroid cancer. ALD agreement rates for cervical cancer decreases until 2006 and then stabilizes.

This study is based on graphical comparisons and only major patterns are interpreted. These trends should be interpreted with caution, since they may be affected by regulatory changes or variations in ALD agreement practices. The trends for breast and prostate cancers are consistent with epidemiological knowledge. Thyroid cancer incidence is highly sensitive to medical practices. Recent and short term trends for this cancer remain highly uncertain though. Concerning cervical cancer, a recent stabilization of incidence has been also observed in several countries, but to our knowledge, without clear explanation. In France, this stabilization is not observed among cancer registry data. It will be of particular interest to observe the incidence of this cancer in the forthcoming years.

Citation suggérée :

Rogel A, Remontet L, Grosclaude P, Belot A, Colonna M, *et al.* Tendances récentes des données d'affections de longue durée : intérêt pour la surveillance nationale de l'incidence des cancers. Période 2000-2010. Novembre 2012. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2013. 25 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>

INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

12 rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex France

Tél. : 33 (0)1 41 79 67 00

Fax : 33 (0)1 41 79 67 67

www.invs.sante.fr

ISSN: 1956-6964

ISBN-NET: 978-2-11-131120-6

Réalisé par Service communication - InVS

Dépôt légal : mars 2013