

*Maladies chroniques
et traumatismes*

Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011

Rapport technique

Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011

**Rapport technique
Juin 2011**

Ce travail a été réalisé à la demande conjointe de l'INCa et de l'InVS.

L'analyse statistique a été réalisée par le service de Biostatistique des Hospices Civils de Lyon (HCL), à partir des données d'incidence de la base commune du réseau FRANCIM, et des données de mortalité fournies par le CépiDC (Inserm)

Il a été coordonné par le Comité de Pilotage de la base commune du réseau FRANCIM (InVS-INCa-HCL-Francim).

Ont contribué à la rédaction et/ou à la relecture de ce rapport :

Pour le service de Biostatistique des Hospices Civils de Lyon

N Bossard, L Remontet

Pour le Réseau FRANCIM

M Colonna, P Grosclaude, M Velten

Pour l'INSERM, Cépidc

E Jouglà, G Rey

Pour l'Institut de Veille Sanitaire

A Belot, A Danzon, A.Thuret, Z Uhry

Pour l'Institut National du Cancer

P.J Bousquet, N Cerf

SOMMAIRE

1. Avertissement	5
2. Préambule	5
3. Synthèse des résultats.....	6
4. Introduction	9
5. Matériel et Méthode	12
5.1 Matériel	12
5.2 Méthode.....	15
5.2.1 Présentation des différents scénarii	15
5.2.2 Différence entre le scénario A et le scénario C	16
5.2.3 Quelle estimation retenir ?	18
6. Résultats	19
6.1 Nombre d'évènements et taux en 2011 selon les 3 scénarii A, B et C.....	20
6.1.1 Nombre de cas et de décès en 2011 selon les 3 scénarii	20
6.1.2 Taux standardisés Monde (pour 100 000 personnes-années) d'incidence et de mortalité en 2011 selon les 3 scénarii	22
6.2 Synthèse des indicateurs en 2011 pour chacune des localisations et pour le scénario privilégié.....	24
6.3 Lèvre, Cavité Orale, Pharynx.....	26
6.4 Œsophage	28
6.5 Estomac	30
6.6 Côlon rectum	32
6.7 Foie.....	34
6.8 Pancréas.....	36
6.9 Larynx	38
6.10 Poumon.....	40
6.11 Mélanome de la peau.....	42
6.12 Sein.....	44
6.13 Col de l'utérus	46
6.14 Corps de l'utérus	48
6.15 Ovaire	50
6.16 Prostate	52
6.17 Testicule	55
6.18 Vessie	57
6.19 Rein	59
6.20 Système nerveux central.....	61
6.21 Thyroïde	63
6.22 Lymphome malin non Hodgkinien	65
6.23 Maladie de Hodgkin	67
6.24 Myélome multiple et maladie immunoproliférative.....	69
6.25 Leucémie aigue	71
6.26 Leucémie Lymphoïde Chronique.....	73
6.27 Tous cancers.....	75
7. Références	77

1. Avertissement

L'objectif principal des projections d'incidence et de mortalité par cancer est d'estimer pour l'année en cours, le nombre de nouveaux cas de cancers (incidence) et le nombre de décès par cancer au niveau national. Les projections pour l'année 2011 sont produites à partir de l'incidence observée pour la période 1975-2006 et à partir de la mortalité observée pour la période 1975-2008. Ces projections reposent donc sur des hypothèses (des scénarii) concernant l'évolution de l'incidence entre 2006 et 2011 et l'évolution de la mortalité entre 2008 et 2011. Les tendances 2006-2011 pour l'incidence (ou 2008-2011 pour la mortalité) ne doivent donc pas être interprétées comme une réalité observée : elles ne sont que le reflet des hypothèses adoptées.

Ces projections pour l'année en cours ne répondent pas à un objectif d'analyse détaillée des tendances. Pour cet objectif, une analyse spécifique est réalisée tous les 5 ans. L'étude de l'évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer de 1980 à 2005 est disponible sur le site de l'Institut de veille sanitaire. La prochaine analyse est prévue en 2012 et concernera la période 1980-2010.

2. Préambule

La production de données d'incidence et de mortalité par cancer les plus récentes possibles est essentielle pour les décideurs en santé publique afin de disposer d'informations nécessaires à l'évaluation des besoins de la population en matière de prise en charge des cancers. Les projections d'incidence et de mortalité pour l'année en cours répondent à cet objectif et sont réalisées dans le cadre d'un partenariat entre le réseau français des registres de cancer Francim, le service de Biostatistique des Hospices Civils de Lyon (HCL) l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer (INCa). La publication des projections s'inscrit dans les mesures du Plan cancer 2009-2013 relatives à l'observation des cancers et au renforcement des registres existants (mesures 6 et 7).

Ces projections sont issues d'une modélisation statistique des données observées d'incidence des registres départementaux de cancer du réseau Francim, qui couvrent environ 20% de la population, et des données de mortalité du CépiDc de l'Inserm. Elles reposent sur une analyse des tendances de l'incidence et de la mortalité observées depuis 1975 jusqu'à la dernière année disponible, et sur un modèle de projections pour les années ultérieures. Les données analysées pour les projections 2011 couvrent les périodes 1975-2006 pour l'incidence et 1975-2008 pour la mortalité. La modélisation est effectuée par le service de Biostatistique des Hospices civils de Lyon qui gère la base de données commune des registres de cancer. Trois scénarii de projection sont considérés (voir chapitre méthode du rapport):

(A) prolongation de la tendance récente

(B) taux constant depuis 2005

(C) prolongation de la tendance moyenne 1980-2006.

Ces scénarii sont ensuite examinés par les épidémiologistes du réseau Francim, qui retiennent pour chaque localisation de cancer, le scénario le plus plausible pour les tendances. Les résultats sont publiés sur le site de l'InVS.

La France est le seul pays européen à fournir des estimations nationales d'incidence et de mortalité par cancer pour l'année en cours.

3. Synthèse des résultats

En 2011, le nombre de nouveaux diagnostics de cancer en France métropolitaine est estimé à 207 000 chez l'homme et 158 500 chez la femme. Les taux standardisés (standard monde) sont respectivement de 382,7 et 268,5 pour 100 000 personnes-années. Le nombre de décès par cancer est estimé à 84 500 chez l'homme et 63 000 chez la femme, soit respectivement des taux standardisés (standard monde) de 138,6 et 77,6 pour 100 000 personnes-années.

Avec 71 000 nouveaux cas, le cancer de la prostate reste de loin le cancer le plus fréquent chez l'homme avant le cancer du poumon (27 500 cas) et le cancer colorectal (21 500 cas). En termes de mortalité, le cancer de la prostate (8 700 décès) se situe après le cancer du poumon (21 000 décès) et le cancer colorectal (9 200 décès).

Avec 53 000 nouveaux cas en 2011 le cancer du sein est le plus fréquent chez la femme avant le cancer colorectal (19 000 cas) et le cancer du poumon (12 000 cas). Le cancer du sein se situe en tête de la mortalité, avec 11 500 décès en 2011, mais le taux de mortalité diminue en France depuis près de 15 ans. Chez la femme, la situation concernant le cancer du poumon est toujours aussi préoccupante puisque incidence et mortalité sont en constante augmentation (8100 décès par cancer du poumon en 2011). Le cancer colorectal représente quant à lui 8300 décès chez la femme.

Pour l'incidence, des scénarios de prolongation de la tendance récente (scénario A) ont été retenus pour la plupart des localisations cancéreuses : lèvre-cavité orale-pharynx, œsophage, estomac, colon-rectum, foie, larynx, poumon, mélanome de la peau, testicule, rein, système nerveux central, myélome multiple et maladie immunoproliférative, leucémie aigue et leucémie lymphoïde chronique.

Selon les scénarios de projections retenus, l'incidence continuerait à diminuer chez l'homme et la femme pour le cancer de l'estomac, à diminuer chez l'homme et augmenter chez la femme pour les cancers de la lèvre-cavité orale-pharynx, de l'œsophage, du larynx.

Pour les cancers du col de l'utérus, de l'ovaire, l'incidence continuerait à diminuer. Enfin, pour toutes les autres localisations, l'incidence continuerait d'augmenter, avec un ralentissement de cette augmentation pour les cancers du côlon rectum et les mélanomes de la peau.

Pour cinq localisations de cancer, les projections ont supposé des taux d'incidence constants depuis 2005 (scénario B) : prostate, sein, thyroïde, corps de l'utérus et lymphome malin non hodgkinien (LMNH). Pour le cancer de la prostate, les projections ont supposé une stabilisation de l'incidence entre 2005 et 2011 alors que son augmentation était de 8,5% par an entre 2000 et 2005 et durait depuis 25 ans. Cette augmentation est principalement liée aux pratiques de dépistage par le dosage du PSA (Antigène spécifique de la prostate) et il est peu plausible que cette augmentation se poursuive. Il existe probablement un seuil qui correspond à la conjonction de deux phénomènes : d'une part, après plusieurs années de dépistage une partie des cancers prévalents est diagnostiquée et d'autre part, la conscience d'un risque de « sur-diagnostic » apparaît chez les soignants et dans la population. Des résultats internationaux et des données de l'Assurance Maladie confirment cette tendance à la stabilisation. L'hypothèse de stabilisation a également été retenue pour le cancer du sein dans l'éventualité d'un effet de la diminution de la prescription des traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Une diminution en 2004 des taux de mises en Affection Longue Durée (ALD) pour cancer du sein a été observée, ainsi qu'une diminution de l'incidence dans certains registres. Cette diminution a été aussi observée dans plusieurs autres pays. Un scénario supposant un maintien de l'augmentation de l'incidence n'était donc pas envisageable. Pour le cancer de la thyroïde, sur l'ensemble des registres une tendance globale à la stabilisation semble se dégager en toute fin de période (données disponibles jusqu'en 2006) malgré des disparités de tendances de l'incidence entre registres. L'hypothèse d'une stabilisation s'appuie aussi sur les données de mise en ALD. Pour le cancer du corps de l'utérus l'hypothèse de stabilisation repose également sur les données de mise en ALD. Enfin, pour le Lymphome Malin Non Hodgkinien, les effets conjugués d'une amélioration du diagnostic et des changements de classification permettent d'expliquer une partie de l'augmentation observée de 1980 à 2000, aucune cause étiologique avérée ne permettant à elle seule d'expliquer cette augmentation. La stabilisation récente de l'incidence pourrait être en partie liée à une saturation de ces effets.

Enfin, pour les cancers du pancréas, de la vessie et de la maladie de Hodgkin, un scénario de prolongation des tendances moyennes 1980-2006 (scénario C) a été retenu. Pour le cancer du pancréas, dont la tendance est à l'augmentation chez l'homme et chez la femme, ce scénario a été choisi au regard des données cliniques et des connaissances actuelles dans le domaine. Pour le cancer de la vessie dont la tendance est à la diminution, se pose le problème des changements dans la définition des tumeurs infiltrantes, qui rend toute projection très difficile. Pour la maladie de Hodgkin, le scénario C a été retenu au regard des connaissances

actuelles dans le domaine et des tendances observées dans d'autres pays, notamment dans les pays d'Europe du Nord et aux Etats-Unis. La projection « tous cancers » est obtenue en sommant les projections retenues des différentes localisations. Pour l'incidence, cette projection prend donc en compte l'hypothèse d'une stabilisation des taux pour le cancer du sein et de la prostate, cancers dont le poids est très important.

Pour les projections de mortalité, un scénario de prolongation de la tendance récente (scénario A) a été systématiquement retenu pour chaque type de cancer, car le temps de projection est plus court (2 ans) que pour l'incidence (5 ans) et les données observées sont disponibles au niveau national assurant une bonne stabilité des estimations. De plus, les modifications brutales de tendance de la mortalité sont rares, celles-ci résultant conjointement des fluctuations de l'incidence et de la létalité¹.

L'ensemble des résultats d'incidence et de mortalité (nombre de cas et taux standardisés monde) selon le scénario retenu figure dans le tableau de la section 6.2. Pour la mortalité, la projection "tous cancers" intègre les projections spécifiques concernant le cancer du foie et le cancer du pancréas, bien que celles-ci ne soient pas présentées dans les résultats.

¹ La létalité est la probabilité de décès due à la maladie. Celle-ci est influencée par le pronostic de la maladie lui-même influencé par les circonstances diagnostiques et la prise en charge thérapeutique

4. Introduction

L'Institut de veille sanitaire (InVS) a été créé en 1999 dans le cadre du renforcement de la veille sanitaire en France. Il est chargé par la loi d'effectuer la surveillance de l'état de santé de la population, ce qui en fait l'interlocuteur privilégié des Pouvoirs publics dans ce domaine. De plus, il a été jusqu'en 2008, l'organisme financeur principal des registres.

L'Institut National du Cancer (INCa) a été créé en 2004 pour jouer un rôle fédérateur, coordonnateur dans le domaine de la cancérologie. Il a pour mission d'initier et de soutenir la politique nationale en cancérologie et notamment :

- d'observer et évaluer le dispositif de lutte contre le cancer,
- de mettre en œuvre, financer et coordonner des actions de recherche,
- de réaliser, à la demande des ministres concernés, toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie et à la lutte contre le cancer.

L'INCa assure avec l'InVS depuis 2008 le cofinancement du fonctionnement des registres. Depuis 2011, l'INCa est le principal financeur.

Le **réseau Francim** est une association loi 1901 qui regroupe tous les registres qualifiés de cancer français. Le réseau a été créé en 1997. Il a pour objectifs :

- de réaliser, de coordonner et de publier des travaux utilisant les données collectées par les registres français de cancer,
- de contribuer à développer les recherches coopératives en santé publique et en épidémiologie descriptive, analytique et évaluative dans le domaine du cancer.

Le réseau Francim a constitué en 1999 une base de données commune à l'ensemble des registres, dénommée par la suite Base Francim, dont il a confié la gestion au **service de Biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL)** du fait de son expérience dans le domaine de l'épidémiologie descriptive des cancers. L'administration, la mise à jour et les travaux effectués à partir de cette base sont financés depuis 2005 par l'InVS, avec la mise à

disposition par l'InVS aux HCL d'un ingénieur statisticien. Ces activités bénéficient depuis 2008 d'un cofinancement InVS-INCa.

L'InVS, Francim et les HCL ont formalisé de façon contractuelle, dès 2005, leur volonté de mener une politique de santé publique commune dans le cadre de l'épidémiologie descriptive du cancer en France. En 2008, l'INCa a souhaité rejoindre ce partenariat. Ainsi, l'InVS, l'INCa, le réseau Francim et le service de Biostatistique des HCL ont élaboré un programme de partenariat scientifique 2008-2010 puis 2011-2013 qui précise l'ensemble des actions de surveillance épidémiologique à mener ensemble durant ces périodes pour accroître les connaissances utiles à la décision de santé publique aux niveaux national et local. Parmi ces actions figure la production de tableaux de bord à partir de la Base Francim. Cette base commune regroupe des informations décrivant l'ensemble des données d'incidence et de survie collectées par les registres depuis leur création. Des tendances de l'incidence des cancers ont pu être estimées pour la France entière sur la période 1980-2005 à partir de ces données (cf références [1-2] citées en section 4). Des études regroupant l'ensemble des données de la zone registre sont également menées pour estimer la survie des patients atteints de cancer [3-5]. L'ensemble des données d'incidence et de survie disponibles rend également possible le calcul de la prévalence.

Ces différents indicateurs sont produits annuellement ou tous les 5 ans. La plupart sont mis à disposition sur le site de l'InVS. C'est le cas annuellement pour les incidences observées dans les zones couvertes par les registres (actuellement disponibles jusqu'à l'année 2006) et pour les projections d'incidence et de mortalité par cancer en France pour l'année en cours. Les tendances d'incidence et de mortalité par cancer depuis 1980, en France et par région sont produites tous les 5 ans. La survie est actualisée tous les 5 ans et les indicateurs de survie pour la zone couverte par les registres vont être produits tous les 2 ans. .

La Base Francim est accessible à la communauté scientifique pour le développement de projets de recherche sous réserve de leur acceptation par un comité de pilotage commun InVS-INCa-Francim-HCL. Ce comité de pilotage a la possibilité de solliciter l'avis d'un Conseil Scientifique, composé d'experts en épidémiologie du cancer.

L'INCa doit mettre en œuvre les mesures du plan cancer relatives à la prise en charge médicale des patients atteints de cancer, depuis le diagnostic jusqu'à la fin des traitements.

Pour accomplir cette mission dans les meilleures conditions il doit pouvoir disposer des informations nécessaires afin d'évaluer les moyens qui doivent être mis en œuvre. Les taux d'incidence des différents cancers figurent parmi les toutes premières informations nécessaires car ils sont à la base des possibilités d'estimation des besoins de la population en matière de prise en charge des cancers. Dans ce contexte, il était souhaitable de disposer d'estimations de l'incidence des cancers en France pour les périodes les plus récentes. La nécessaire « consolidation » des données d'incidence et de mortalité implique l'impossibilité de disposer des données observées pour l'année en cours. Les présents résultats, en fournissant des projections pour celle-ci, répondent à cette demande.

Les projections proposées sont issues d'une modélisation statistique des données d'incidence et de mortalité. Les données utilisées et le principe de la méthode sont décrits en section 2.2 de ce rapport, ainsi que dans un article paru dans le Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire en 2009 [6].

5. Matériel et Méthode

5.1 Matériel

Les données d'incidence proviennent de la base de données du réseau Francim : l'année 2006 est la dernière année d'enregistrement, l'année de début est différente d'un registre à l'autre mais proche généralement de l'année 1980.

Les données de mortalité par cancer correspondent aux années 1975 à 2008 inclus.

Les données de population pour l'année 2011 proviennent des projections « Omphale » de l'Insee.

Données d'incidence utilisées dans ce travail : de la première année du registre (noté DEBUT) jusqu'à la dernière année d'incidence disponible (noté FIN). Le registre est indiqué par le numéro de département qu'il couvre (sauf indication contraire), suivi d'une lettre indiquant les cancers enregistrés dans le cas où le registre est un registre spécialisé (D indique un registre digestif, G indique un registre général, H indique un registre hématologique, Y indique un registre gynécologique, S indique un registre du système nerveux central) :

REGISTRE	DEBUT	FIN
14D	1978	2006
14G	1978	2006
21D	1976	2006
21H	1980	2006
21Y	1982	2006
25	1978	2006
33H	2002	2006
33S	2000	2006
34	1987	2006
38	1979	2006
44 ^{\$}	1991	2006
50	1994	2005
51	1975	2006
61H [*]	2002	2006
67	1975	2006
68	1988	2005
71D	1982	2006
80	1982	2005
81	1982	2006
85	1997	2005

^{\$} Le registre 44 était un registre spécialisé pour les localisations côlon-rectum et sein jusqu'en 1997, puis est devenu un registre général à partir de 1998.

^{*} 61H est le registre régional des hémopathies malignes de Basse-Normandie (couvrant les départements du Calvados, de la Manche et de l'Orne)

Classification utilisée (Cf. référence [2])

Site	Incidence CIMO3		Mortalité		
	Topographie ^a	Morphologie ^a	1975-1978 (CIM8)	1979-1999 (CIM9)	2000-2005 (CIM10)
Lèvre, cavité orale, pharynx	C0*, C10*, C11*, C12*, C13*, C14*	Toutes	14*	14*	C0*, C10*, C11*, C12*, C13*, C14*
Œsophage	C15*	Toutes	150*	150*	C15*
Estomac	C16*	Toutes	151*	151*	C16*
Côlon-rectum	C18*, C19*, C20*, C21*	Toutes	153*, 154*	153*, 154*	C18*, C19*, C20*, C21*
Foie	C22*	Toutes	155*, 1978	155*	C22*
Pancréas	C25*	Toutes	157*	157*	C25*
Larynx	C32*	Toutes	161*	161*	C32*
Poumon	C33*, C34*	Toutes	162*	162*	C33*, C34*
Mélanome de la peau ^b	C44*	87203 à 87803	172*	172*	C43*
Sein	C50*	Toutes	174*	174*	C50*
Col de l'utérus ^c	C53*	Toutes			
Corps de l'utérus ^c	C54*	Toutes			
Ovaire	C56*, C570, C571, C572 C573, C574	Toutes sauf {84423 ; 84513 ; 84613 ; 84623 ; 84723 ; 84733}	183*	183*	C56*, C570, C571, C572 C573, C574
Prostate	C61*	Toutes	185*	185*	C61*
Testicule	C62*	Toutes	186*	186*	C62*
Vessie	C67*	Toutes	188*	188*	C67*
Rein	C64*, C65*, C66*, C68*	Toutes	189*	189*	C64*, C65*, C66*, C68*
Système nerveux central	C70*, C71*, C72*	<=91103 ou >=91800	191*, 192*	191*, 192*	C70*, C71*, C72*
Thyroïde	C73*	Toutes	193*	193*	C73*
Lymphome Malin Non Hodgkinien	Toutes	95903 à 95963 ou 96703 à 97193 ou 97273 à 97293 ou 98323 à 98343 ou	200*, 202*	200*, 202*	C82*, C83*, C84*, C85*
Maladie de Hodgkin	Toutes	96503 à 96673	201*	201*	C81*
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	Toutes	97313 à 97343 ou 97603 à 97643	203	203 238.6	C90*, C88*

Leucémie aigue	Toutes	98013 à 98203 ou 98263 à 98273 ou 98353 à 98613 ou 98663 à 98743 ou 98913 à 99203 ou 99483	2040, 2050, 2060, 2070, 208*	2040, 2042, 2050, 2052, 2053, 2060, 2062, 2070, 2080, 2082	C910, C920, C924, C925, C930, C942, C943, C950
Leucémie lymphoïde chronique	Toutes	98233	2041	2041	C911
Tous cancers ^b	De C00* à C80*	Toutes	De 140* à 208*	De 140* à 208*	De 140* à 208*

^a Les tumeurs hématologiques sont exclues des tumeurs solides

^b Les cancers de la peau, autres que les mélanomes, sont exclus

^c Les décès due au cancer du col de l'utérus et du corps de l'utérus ont été re-estimés [7]

5.2 Méthode

L'objectif étant de fournir des projections à $n+5$ (n étant la dernière année observée pour l'incidence dans les registres), il était important de rendre compte de l'incertitude qui peut entourer la réalisation de telles projections. A cette fin, différents scénarii sont présentés.

5.2.1 Présentation des différents scénarii

Pour obtenir les estimations d'incidence et de mortalité pour l'année 2011, nous avons envisagé trois scénarii possibles qui donnent une idée de l'incertitude attachée à l'estimation retenue. Le modèle âge-cohorte a constitué la base de notre réflexion : il implique que le taux relatif entre deux cohortes est le même quelque soit l'âge. Il traduit correctement la tendance de l'incidence du cancer, lorsque les facteurs de risque apparaissent par génération (e.g. : cancer du sein ou cancer du poumon féminin). Lorsque des interventions ont lieu (e.g. : prévention efficace pour l'incidence ou progrès thérapeutique pour la mortalité), ce modèle devient inadéquat et ce taux relatif peut varier avec l'âge (interaction âge-cohorte). Il est alors nécessaire d'introduire un effet période pour rendre compte de cette interaction (modèle âge-période-cohorte). En général cette modification du modèle de base permet de mieux décrire la tendance récente. Suivant ce principe, nous avons examiné systématiquement les trois scénarii suivants :

- *Scénario A « la tendance récente du risque se prolonge »*. Cette approche est celle qui a été utilisée pour les estimations de l'année 2005 [2]. Elle est basée sur une modélisation « au plus près » des données observées (modèle âge-période-cohorte, l'effet période n'étant cependant pris en compte que s'il améliore l'adéquation aux données). Ainsi, ce scénario A prend en compte les changements récents de tendance lorsqu'il y a un effet période additionnel à l'effet cohorte, et les prolonge au niveau des projections effectuées.
- *Scénario B « le risque de 2011 est identique à celui de 2005 »*. Dans cette approche, le nombre de cas et de décès en 2011 sont calculés en appliquant les taux estimés en 2005 (selon le scénario A) aux effectifs de populations de 2011. Cette approche correspond à une hypothèse de stabilité des risques entre 2005 et 2011 et permet d'analyser la part des seuls changements démographiques dans l'évolution du nombre de cas.

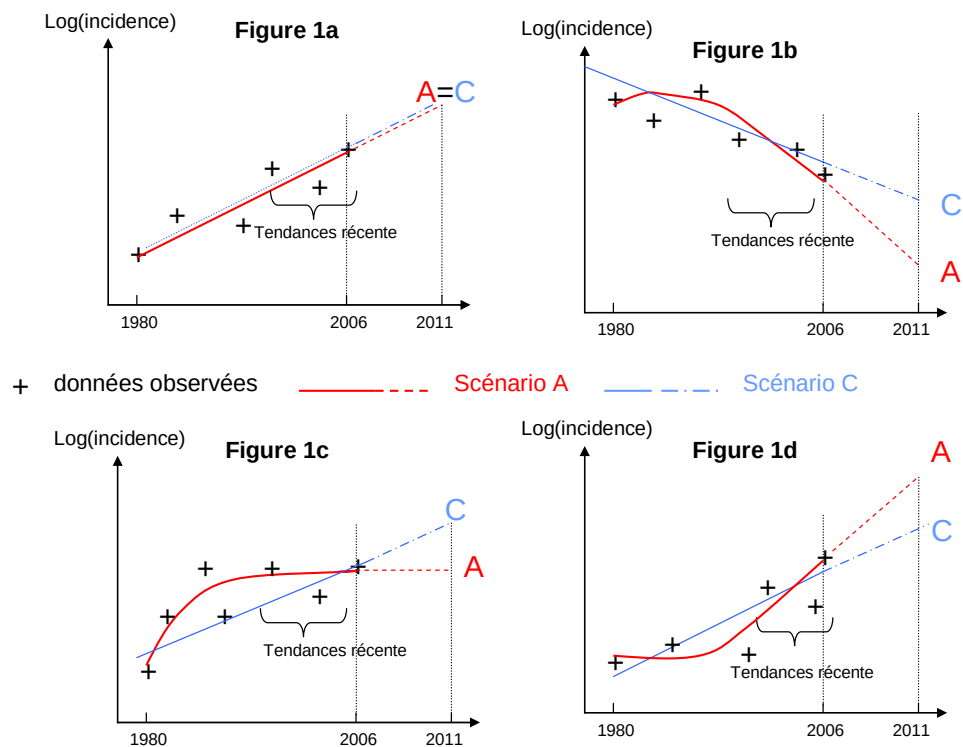
- *Scénario C « la tendance moyenne 1980-2006 du risque se prolonge »*. Dans cette approche, l'incidence et la mortalité dans la zone registre ainsi que la mortalité de la France entière sont modélisées à partir d'un modèle âge-cohorte. Le scénario C correspond au scénario A lorsque l'effet période n'est pas intégré. Dans ce scénario C, la projection 2011 est basée sur la tendance moyenne observée entre 1980 et 2006 et cette approche est donc moins sensible aux variations récentes de tendance que le scénario A.

5.2.2 *Différence entre le scénario A et le scénario C*

Les scénarii A et C peuvent éventuellement fournir des estimations différentes pour 2011. Les écarts entre ces scénarii sont d'autant plus importants que l'évolution montre une cassure dans la période d'observation récente. La figure 1 présente schématiquement 4 configurations différentes de tendances :

- dans la figure 1a, la tendance récente issue du scénario A est identique à la tendance moyenne 1980-2006 issu du scénario C et les deux scénarii fourniront des estimations 2011 identiques (l'incidence du cancer de l'estomac chez l'homme est un exemple de cette configuration).
- dans la figure 1b, la tendance récente issue du scénario A est à une décroissance plus rapide que celle observée en moyenne entre 1980 et 2006 ; dans cette configuration, le nombre de cas issu du scénario A sera inférieur à celui issu du scénario C (l'incidence du cancer des « Lèvre-Cavité Orale-Pharynx » chez l'homme est un exemple)
- la figure 1c présente une stabilisation de l'incidence dans les années récentes d'après le scénario A : dans cette configuration, le nombre de cas issu du scénario A sera inférieur à celui issu du scénario C (l'incidence du cancer du mélanome chez la femme est un exemple).
- dans la figure 1d, la tendance récente issue du scénario A a une croissance plus rapide que celle observée en moyenne entre 1980 et 2006 : dans cette configuration, le nombre de cas issu du scénario A sera supérieur à celui issu du scénario C (l'incidence du cancer du pancréas chez l'homme est un exemple).

Figure 1 : Projection entre 2006 et 2011 : différence entre le scénario A et le scénario C selon les configurations des tendances.



5.2.3 Quelle estimation retenir ?

L'approche utilisée pour le scénario A est basée sur l'emploi d'un modèle âge-période-cohorte. Ces modèles sont optimaux pour modéliser « au plus près » les données observées ; toutefois, cette qualité de bon ajustement n'assure pas à ce modèle qu'il soit meilleur en termes de projection qu'un « simple » modèle âge-cohorte.

Pour l'incidence, le **scénario A a cependant été considéré *a priori* comme scénario privilégié** car le temps de projection (de 2006 à 2011) reste assez court (ce choix serait discutable pour des projections 2020). De plus, de nombreuses explorations ont été effectuées afin de juger de la qualité de projections de différents modèles selon la longueur du temps de projection, selon les fonctions utilisées pour l'effet de l'âge et de la cohorte, selon la forme de l'interaction (document non publié, le principe de ces explorations étant d'ajuster les modèles sur des données volontairement tronquées, de projeter et de comparer les projections ainsi obtenues avec les « vraies » valeurs observées -mais qui n'ont pas servi à l'ajustement des modèles-). Ces explorations ont permis de conclure que le scénario A restituait, en moyenne sur la totalité des localisations, les résultats les plus proches de la réalité.

Cependant, les trois scénarii ont été fournis à un groupe d'épidémiologistes du réseau Francimⁱ qui a systématiquement envisagé quel scénario devait finalement être retenu, après prise en compte des connaissances épidémiologiques sur la localisation considérée, de l'évolution de la prévalence des facteurs de risque, et également pour certaines localisations, des tendances récentes observées à travers les données des mises en Affections Longue Durée (ALD30) de la CNAM [8].

Dans les situations où le scénario retenu est différent du scénario A, des commentaires justifiant ce choix accompagnent les résultats. Les résultats des 3 scénarii sont systématiquement présentés en section 3.1 afin d'avoir une mesure de l'incertitude liée à la projection.

ⁱ Composition du groupe d'épidémiologistes du réseau FRANCIM :

- * Cancers ORL : M Velten, AV Guizard, P Delafosse, K Ligier, G Launoy
- * Cancers digestifs : AM Bouvier, G Launoy, S Bara
- * Cancers gynécologiques : F Molinié, B Tretarre
- * Mélanome de la peau, thyroïde, système nerveux central : M Colonna, AV Guizard, F Binder, I Baldi
- * Cancers du poumon : P Delafosse, N Lestang, F Molinié
- * Cancers urologiques : P Grosclaude, M Velten
- * Hémopathies malignes : A Monnereau, M Maynadié, X Troussard, P Delafosse

Pour « tous cancers », la projection résulte de la somme des scénarii retenus pour chaque localisation (plus une catégorie « autres Cancers »).

Pour la mortalité, le scénario A a été systématiquement retenu car le temps de projection (de 2008 à 2011) est encore plus court que pour l'incidence et les données observées sont disponibles au niveau national, assurant une bonne stabilité des estimations. Là encore, les résultats des 3 scénarii sont présentés.

6. Résultats

Les taux présentés dans l'ensemble de ce document sont exprimés en nombre de cas (ou de décès) pour 100 000 personnes-années.

6.1 Nombre d'évènements et taux en 2011 selon les 3 scenarii A, B et C

6.1.1 Nombre de cas et de décès en 2011 selon les 3 scénarii

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011. La méthode utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scenarii présentés ici pour chaque localisation. En revanche, pour la localisation « tous cancers », seule la projection retenue est présentée ici : elle est obtenue en sommant les projections retenues des différentes localisations présentées ci-dessous, ainsi qu'une localisation « autres cancers ». Notez que pour la mortalité, la projection « tous cancers » intègre les projections spécifiques concernant le cancer du foie et le cancer du pancréas, bien que celles-ci ne soient pas présentées ici.

Le scénario retenu est indiqué en gras dans le tableau ci-dessous.

Localisation ^a	Homme						Femme					
	Incidence			Mortalité			Incidence			Mortalité		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Lèvre, cavité orale, pharynx	7629	10867	9876	2550	3719	3240	3103	2899	3103	715	808	838
Œsophage	3136	4227	3484	2681	3545	2939	1140	1053	1140	763	805	806
Estomac	4219	4898	4219	2810	3399	2810	2219	2618	2219	1623	2003	1565
Colon rectum	21296	22406	23450	9229	9968	9229	19224	19183	19224	8297	8780	7905
Foie ^d	6376	5888	7007				1830	1465	1830			
Pancréas ^d	5879	4320	4475				5366	3814	4563			
Larynx	2718	3671	3140	825	1441	1103	513	474	513	129	158	145
Poumon	27731	27737	27734	21181	24005	24487	11882	7803	10777	8132	6324	8132
Mélanome de la peau ^b	4683	4067	5507	903	888	1023	5101	4740	5970	715	754	854
Sein							59299	53041	59302	11358	12442	12322
Col de l'utérus ^c							2810	3239	2810	998	1208	942
Corps de l'utérus ^c							7351	6759	6162	2075	2065	1981
Ovaire							4617	4809	4617	3154	3648	3522
Prostate	118968	71220	145757	8685	10733	10069						
Testicule	2324	2026	2323	86	100	71						
Vessie	8169	9408	9081	3503	3997	3788	1875	2007	1875	1171	1273	1171
Rein	7414	6675	7414	2552	2729	2735	3678	3343	3678	1289	1421	1365
Système nerveux central	2680	2587	2680	1703	1831	1924	2089	1997	2089	1295	1428	1550

Thyroïde	2297	1630	2297	143	166	143	6298	4970	7087	232	287	232
Lymphome Malin Non Hodgkinien	6330	6381	7624	1991	2517	2798	5242	5250	6422	1684	2214	2536
Maladie de Hodgkin	1227	1014	920	171	176	117	1158	840	919	123	122	81
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	3210	2884	3210	1588	1558	1588	2720	2447	2720	1455	1470	1455
Leucémie aigue	1972	1868	1972	1735	1637	1544	1805	1675	1805	1479	1397	1333
Leucémie lymphoïde chronique	2144	2139	2146	609	727	727	1654	1562	1654	448	543	548
Tous cancers ^b	207050			84644			158343			63191		

^a Les tumeurs hématologiques sont exclues des tumeurs solides.

^b Les cancers de la peau, autres que les mélanomes, sont exclus.

^c 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].

^d Les estimations de mortalité ne sont pas présentées en raison de la qualité incertaine des données.

6.1.2 Taux standardisés Monde (pour 100 000 personnes-années) d'incidence et de mortalité en 2011 selon les 3 scenarii

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011. La méthode utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scenarii présentés ici pour chaque localisation. En revanche, pour la localisation « tous cancers », seule la projection retenue est présentée ici : elle est obtenue en sommant les projections retenues des différentes localisations présentées ci-dessous, ainsi qu'une localisation « autres cancers ». Notez que pour la mortalité, la projection « tous cancers » intègre les projections spécifiques concernant le cancer du foie et le cancer du pancréas, bien que celles-ci ne soient pas présentées ici.

Le scénario retenu est indiqué en gras dans le tableau ci-dessous.

Localisation ^a	Homme						Femme					
	Incidence			Mortalité			Incidence			Mortalité		
	A	B	C	A	B	C	A	B	C	A	B	C
Lèvre, cavité orale, pharynx	15.8	22.9	20.3	5.0	7.5	6.3	5.4	5.1	5.4	1.1	1.2	1.2
Œsophage	5.8	8	6.4	4.8	6.5	5.2	1.6	1.5	1.6	0.9	1.0	1.0
Estomac	7.0	8.1	7.0	4.5	5.4	4.5	2.7	3.1	2.7	1.8	2.0	1.7
Colon rectum	36.3	38.2	39.8	13.8	15.0	13.8	24.7	24.5	24.7	8.2	8.7	7.8
Foie ^d	11.6	10.8	12.7				2.5	2.0	2.5			
Pancréas ^d	10.4	7.7	8.0				6.8	4.9	5.8			
Larynx	5.4	7.4	6.2	1.5	2.7	2.0	0.9	0.9	0.9	0.2	0.2	0.2
Poumon	52.7	52.9	52.7	37.9	43.3	43.5	20.7	13.5	18.9	12.6	9.5	12.6
Mélanome de la peau ^b	9.7	8.5	11.3	1.7	1.7	1.9	10.1	9.5	11.7	1.0	1.1	1.2
Sein							110.4	99.8	110.4	16.0	17.8	17.3
Col de l'utérus ^c							6.4	7.2	6.4	1.7	2.0	1.6
Corps de l'utérus ^c							11.4	10.8	9.7	2.4	2.4	2.3
Ovaire							7.9	8.3	7.9	4.0	4.9	4.5
Prostate	219.8	125.8	266.2	10.8	13.2	12.4						
Testicule	7.4	6.5	7.4	0.2	0.3	0.2						
Vessie	13.1	15.4	14.5	5.0	5.8	5.4	2.0	2.2	2.0	1.0	1.1	1.0
Rein	14.2	12.8	14.2	4.1	4.4	4.3	5.8	5.4	5.8	1.4	1.6	1.5

Système nerveux central	6.2	6.1	6.2		3.6	3.9	4.1		4.3	4.2	4.3		2.3	2.5	2.7
Thyroïde	5.6	4.0	5.6		0.2	0.3	0.2		15.0	11.9	16.8		0.2	0.3	0.2
Lymphome Malin Non Hodgkinien	12.3	12.5	14.8		3.1	4.0	4.3		8.2	8.3	10.0		1.7	2.4	2.6
Maladie de Hodgkin	3.5	2.9	2.6		0.4	0.4	0.2		3.8	2.7	3.1		0.2	0.2	0.1
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	5.3	4.8	5.3		2.3	2.3	2.3		3.5	3.2	3.5		1.4	1.5	1.4
Leucémie aigue	4.9	4.7	4.9		2.9	2.9	2.6		4.1	3.8	4.1		1.9	1.9	1.7
Leucémie lymphoïde chronique	3.6	3.6	3.6		0.8	1.0	1.0		2.1	2.1	2.1		0.3	0.4	0.4
Tous cancers ^b	382.7				138.6				268.5				77.6		

^a Les tumeurs hématologiques sont exclues des tumeurs solides.

^b Les cancers de la peau, autres que les mélanomes, sont exclus.

^c 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].

^d Les estimations de mortalité ne sont pas présentées en raison de la qualité incertaine des données.

6.2 Synthèse des indicateurs en 2011 pour chacune des localisations et pour le scénario privilégié

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011. La méthode utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (cf tableaux en section 3.1 « Les 3 scénarii ») pour chaque localisation. Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici. En revanche, pour la localisation « tous cancers » la projection retenue est obtenue en sommant les projections retenues des différentes localisations présentées ci-dessous, ainsi qu'une localisation « autres cancers ». Notez que pour la mortalité, la projection « tous cancers » intègre les projections spécifiques concernant le cancer du foie et le cancer du pancréas, bien que celles-ci ne soient pas présentées ici.

Localisation ^a	Homme				Femme			
	Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
	Cas ^e	TSM ^d	Décès ^e	TSM ^d	Cas ^e	TSM ^d	Décès ^e	TSM ^d
Lèvre, cavité orale, pharynx	7 600	15,8	2 550	5,0	3 100	5,4	720	1,1
Œsophage	3 140	5,8	2 680	4,8	1 140	1,6	760	0,9
Estomac	4 220	7,0	2 810	4,5	2 220	2,7	1 620	1,8
Côlon rectum	21 500	36,3	9 200	13,8	19 000	24,7	8 300	8,2
Foie ^f	6 400	11,6			1 830	2,5		
Pancréas ^f	4 480	8,0			4 560	5,8		
Larynx	2 720	5,4	830	1,5	510	0,9	130	0,2
Poumon	27 500	52,7	21 000	37,9	12 000	20,7	8 100	12,6
Mélanome de la peau ^b	4 680	9,7	900	1,7	5 100	10,1	720	1,0
Sein					53 000	99,8	11 500	16,0
Col de l'utérus ^c					2 810	6,4	1 000	1,7
Corps de l'utérus ^c					6 800	10,8	2 080	2,4
Ovaire					4 620	7,9	3 150	4,0
Prostate	71 000	125,8	8 700	10,8				
Testicule	2 320	7,4	90	0,2				
Vessie	9 100	14,5	3 500	5,0	1 880	2,0	1 170	1,0
Rein	7 400	14,2	2 550	4,1	3 680	5,8	1 290	1,4
Système nerveux central	2 680	6,2	1 700	3,6	2 090	4,3	1 300	2,3
Thyroïde	1 630	4,0	140	0,2	4 970	11,9	230	0,2
Lymphome Malin Non Hodgkinien	6 400	12,5	1 990	3,1	5 300	8,3	1 680	1,7
Maladie de Hodgkin	920	2,6	170	0,4	920	3,1	120	0,2
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	3 210	5,3	1 590	2,3	2 720	3,5	1 460	1,4
Leucémie aigue	1 970	4,9	1 740	2,9	1 810	4,1	1 480	1,9
Leucémie lymphoïde chronique	2 140	3,6	610	0,8	1 650	2,1	450	0,3

Tous cancers ^b	207 000	382,7		84 500	138,6		158 500	268,5		63 000	77,6

^a Les tumeurs hématologiques sont exclues des tumeurs solides

^b Les cancers de la peau, autres que les mélanomes, sont exclus.

^c 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]

^d Taux Standardisé sur la structure d'âge de la population Mondiale (TSM) pour 100 000 personnes-années.

^e Principe des arrondis : Quand le nombre de cas/décès est compris entre 0 et 5 000, le nombre est arrondi à la dizaine la plus proche. Quand le nombre de cas/décès est compris entre 5 000 et 10 000, le nombre est arrondi à la centaine la plus proche. Quand le nombre de cas/décès est compris entre 10 000 et plus, le nombre est arrondi par tranche de 500.

^f Les estimations de mortalité ne sont pas présentées en raison de la qualité incertaine des données

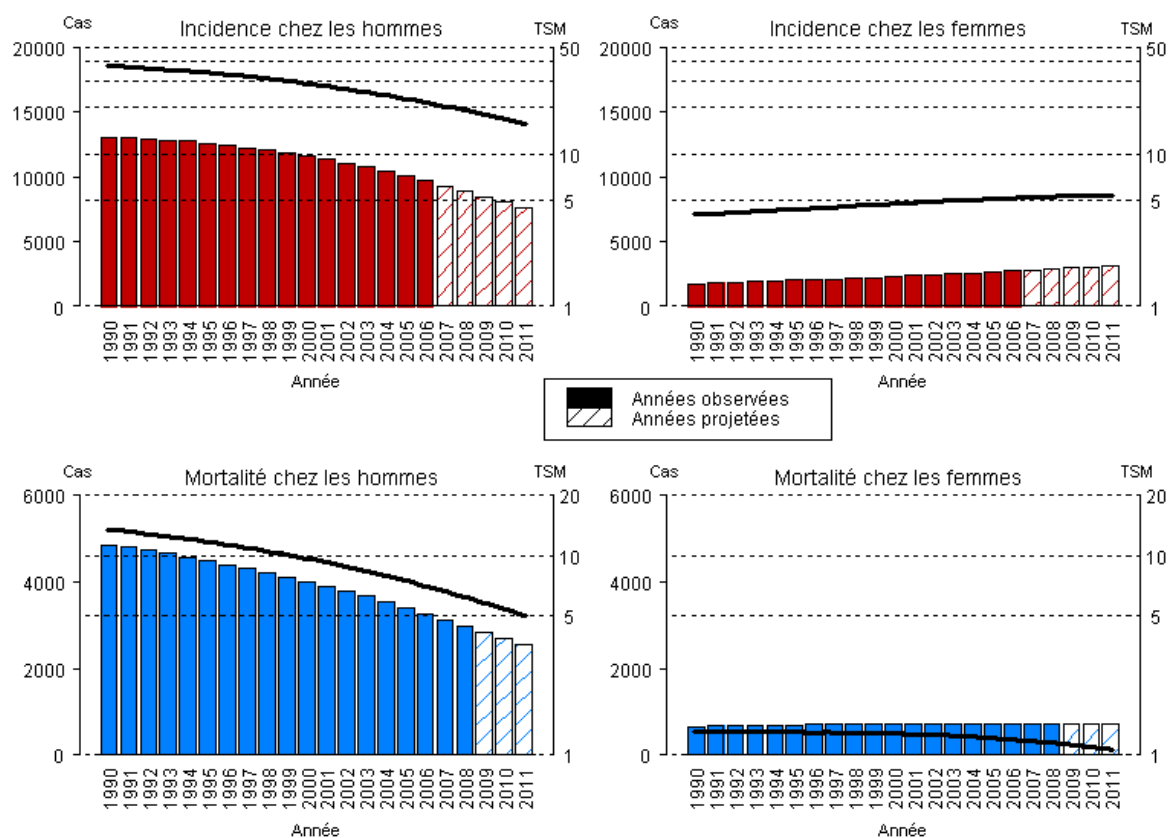
6.3 Lèvre, Cavité Orale, Pharynx

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
7629	15,8	2550	5,0	3103	5,4	715	1,1

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	7	5	0	0
[15;49]	945	373	202	58
[50;64]	3906	1287	1231	250
[65;74]	1557	590	575	122
[75;84]	964	497	411	148
[85;++]	250	351	131	137
Total	7629	3103	2550	715

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Lèvre, Cavité Orale, Pharynx	C00; C01; C02; C03; C04; C05; C06; C07; C08; C09; C10; C11; C12; C13; C14	Toutes	140; 141; 142; 143; 144; 145; 146; 147; 148; 149	140; 141; 142; 143; 144; 145; 146; 147; 148; 149	C00; C01; C02; C03; C04; C05; C06; C07; C08; C09; C10; C11; C12; C13; C14

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

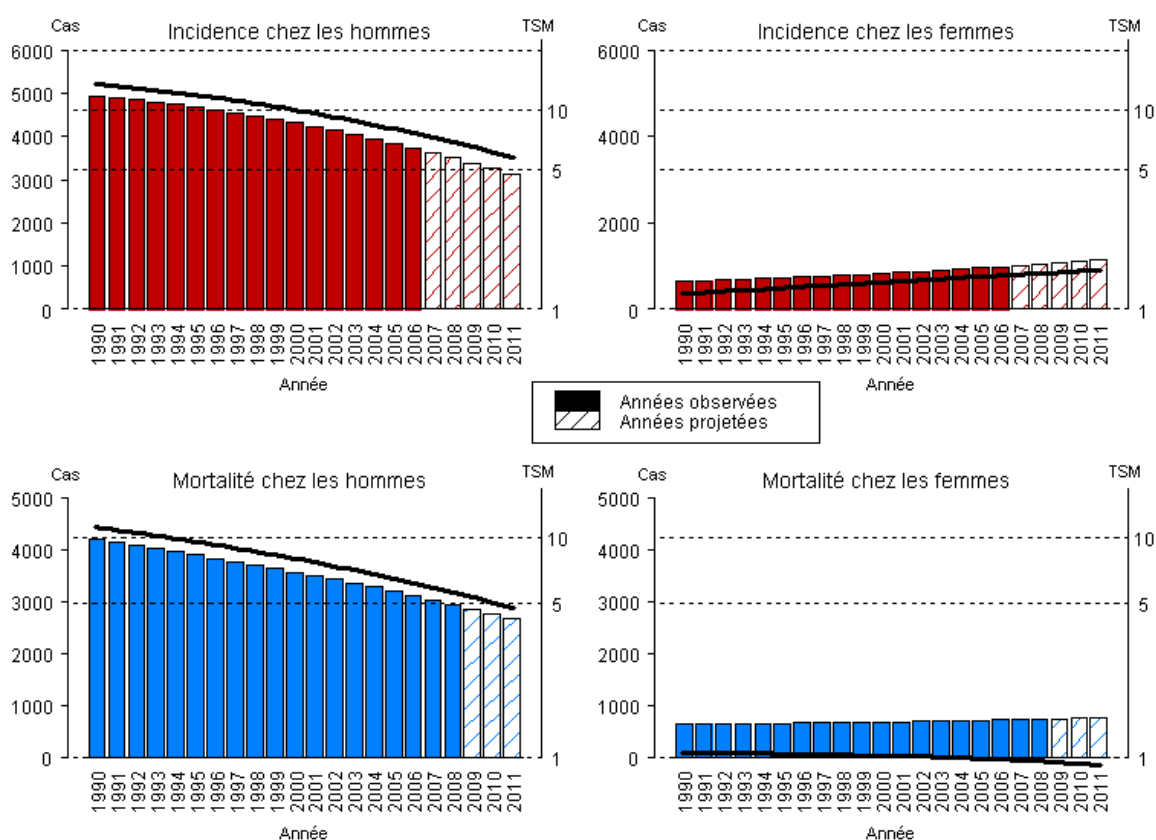
6.4 Œsophage

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
3136	5,8	2681	4,8	1140	1,6	763	0,9

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	0	0	0	0
[15;49]	148	67	104	19
[50;64]	1279	318	992	187
[65;74]	818	237	706	140
[75;84]	690	312	652	232
[85;++]	201	206	227	185
Total	3136	1140	2681	763

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Oesophage	C15*	Toutes	150*	150*	C15*

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

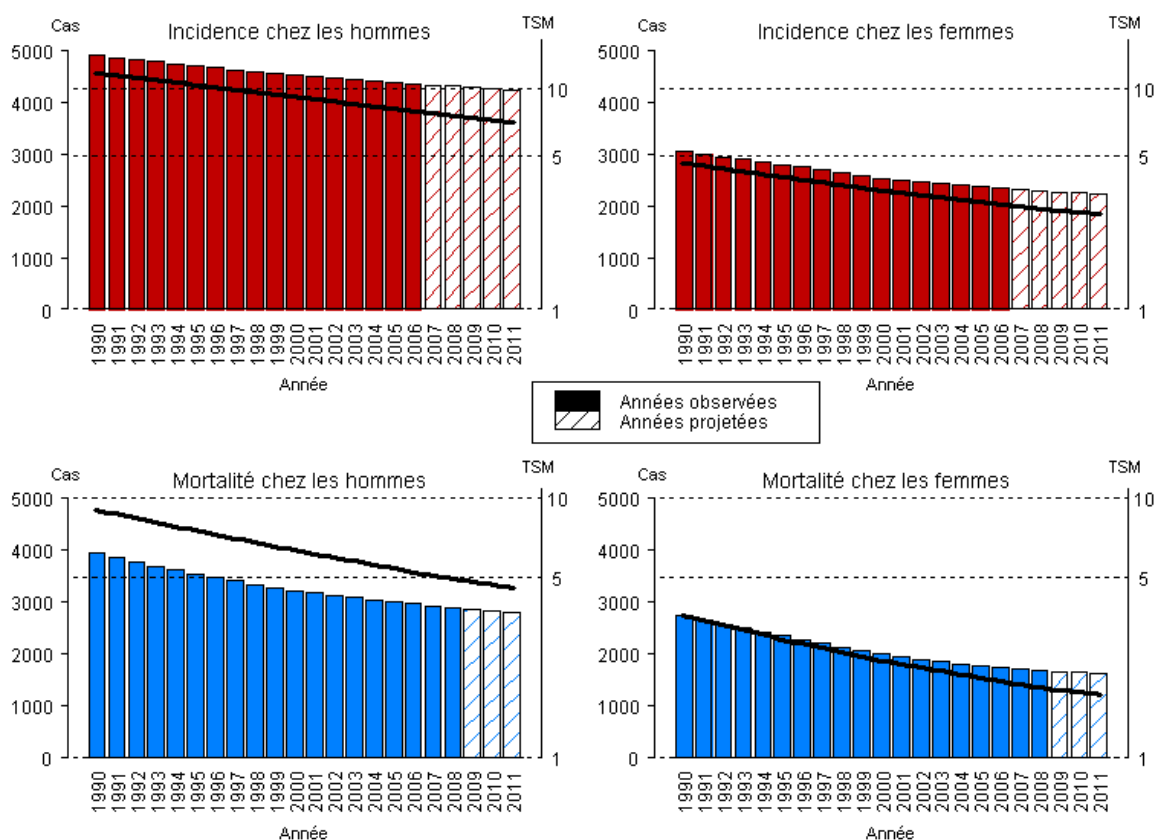
6.5 Estomac

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
4219	7,0	2810	4,5	2219	2,7	1623	1,8

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	0	0	0	0
[15;49]	235	163	148	91
[50;64]	1013	365	632	228
[65;74]	1117	414	653	247
[75;84]	1285	707	889	508
[85;++]	569	570	488	549
Total	4219	2219	2810	1623

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Estomac	C16*	Toutes	151*	151*	C16*

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

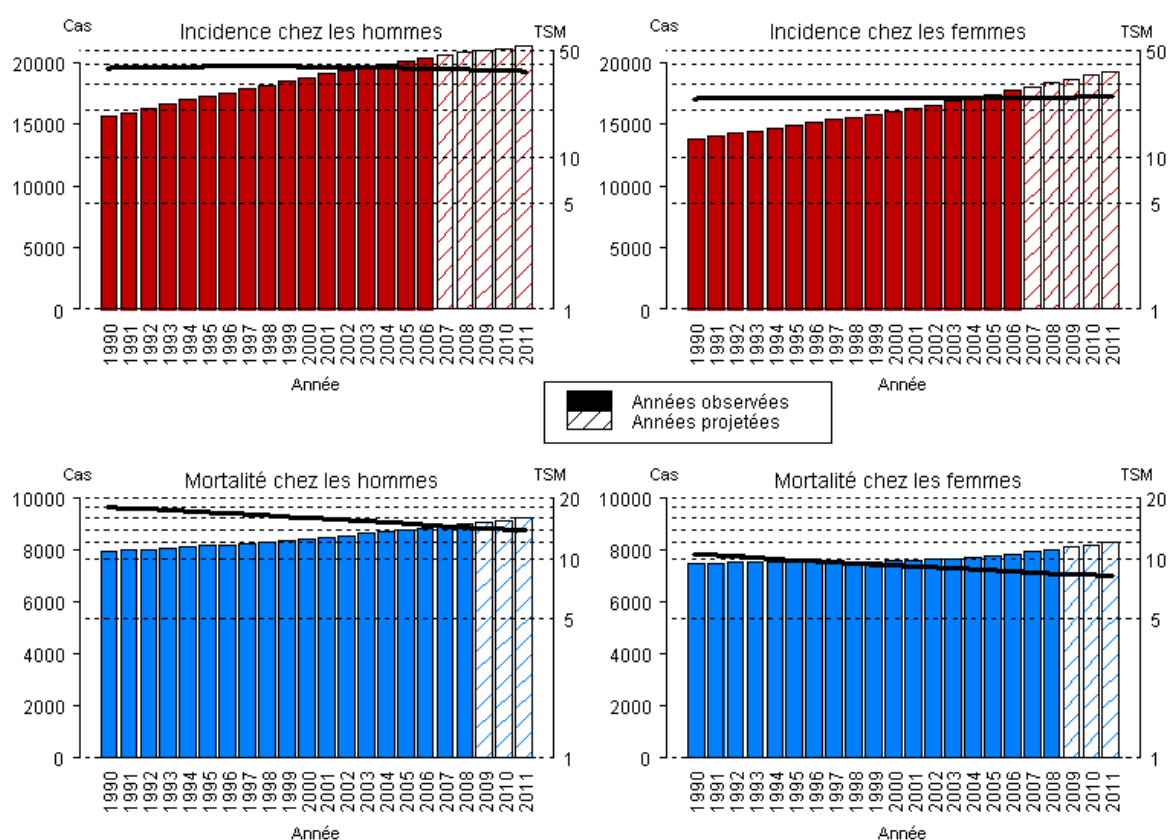
6.6 Côlon rectum

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
21296	36,3	9229	13,8	19224	24,7	8297	8,2

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	2	3	0	0
[15;49]	925	1023	220	197
[50;64]	5697	4182	1700	1095
[65;74]	6132	3998	2129	1267
[75;84]	6279	5989	3249	2699
[85;++]	2261	4029	1931	3039
Total	21296	19224	9229	8297

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
C ôlon rectum	C18*, C19*, C20*, C21*	Toutes	153*, 154*	153*, 154*	C18*, C19*, C20*, C21*

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

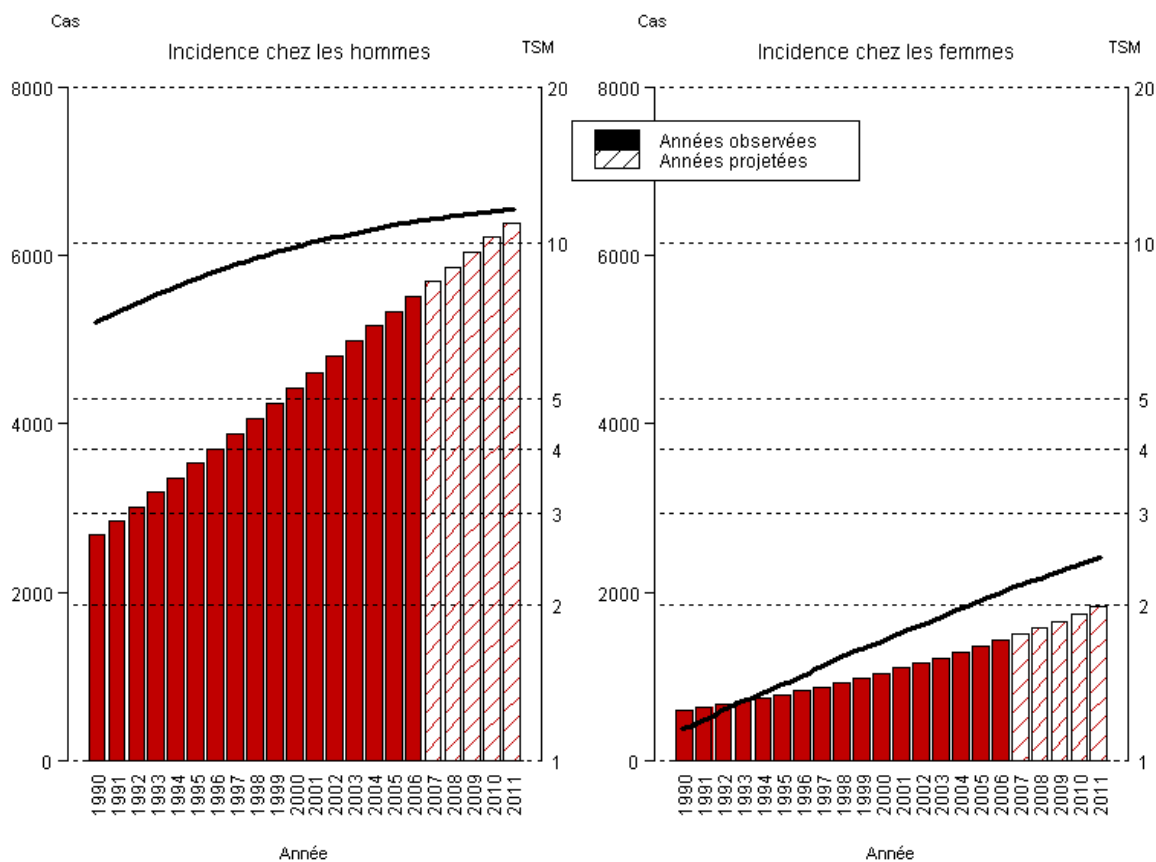
6.7 Foie

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
6376	11,6			1830	2,5		

Évolution du nombre de cas (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	12	9		
[15;49]	236	93		
[50;64]	2 011	357		
[65;74]	2 185	470		
[75;84]	1 584	627		
[85;++]	348	274		
Total	6 376	1 830		

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Foie	C22	Toutes	155; 1978	155	C22

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence, le scénario A a été retenu.

Pour la mortalité, les résultats ne sont pas présentés du fait d'une qualité incertaine des données de mortalité. Le problème de la qualité des données de mortalité ne remet pas en cause leur utilisation pour l'estimation de l'incidence : en effet, ce problème se reporte de façon équivalente sur la zone registre et sur la zone France Entière, et n'affecte donc pas le rôle du facteur de correction que constitue le rapport Mortalité France Entière/Mortalité zone registre (voir référence [2]).

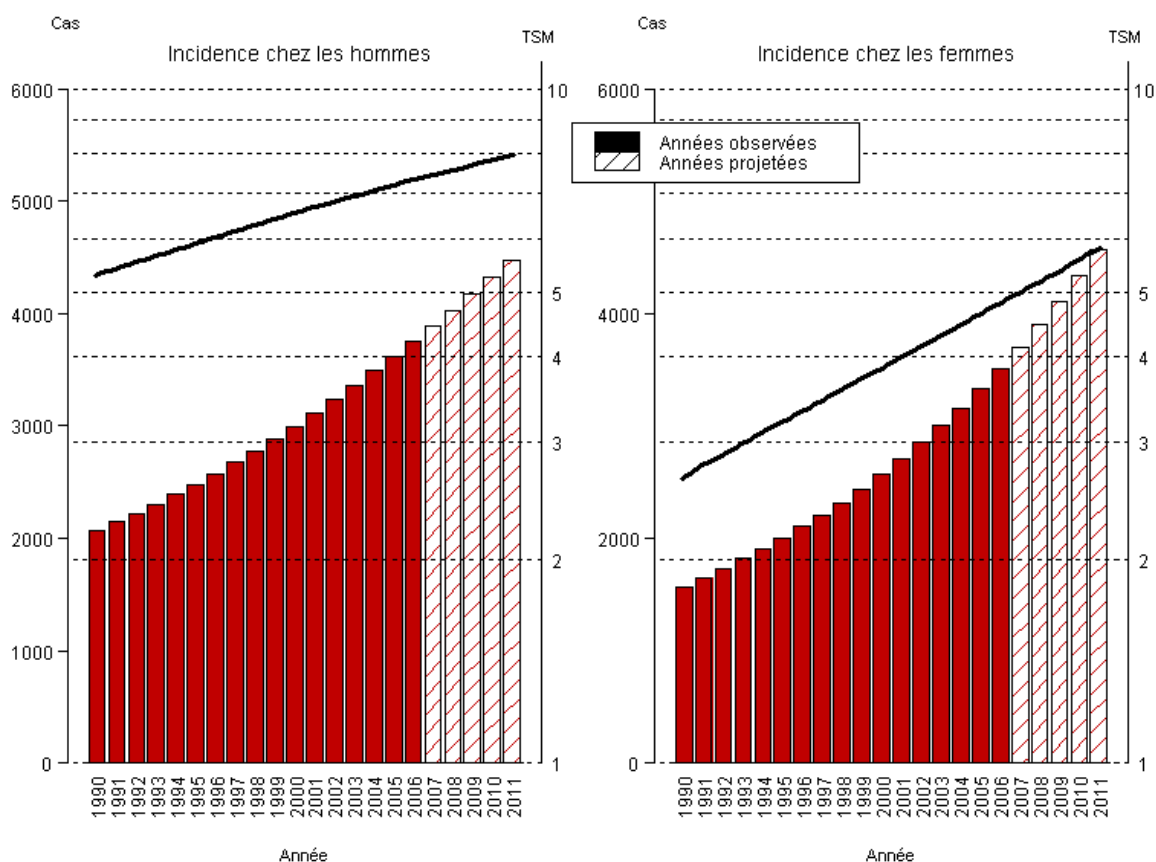
6.8 Pancréas

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
4 475	8,0			4 563	5,8		

Évolution du nombre de cas (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	0	2		
[15;49]	232	197		
[50;64]	1 377	915		
[65;74]	1 348	1 066		
[75;84]	1 173	1 486		
[85;++]	345	897		
Total	4 475	4 563		

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Pancréas	C25	Toutes	157	157	C25

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence, le scénario C fournit les estimations d'augmentation les plus plausibles au regard des données cliniques et des connaissances actuelles dans le domaine : ce scénario a été retenu.

Pour la mortalité, les résultats ne sont pas présentés du fait d'une qualité incertaine des données de mortalité. Le problème de la qualité des données de mortalité ne remet pas en cause leur utilisation pour l'estimation de l'incidence : en effet, ce problème se reporte de façon équivalente sur la zone registre et sur la zone France Entière, et n'affecte donc pas le rôle du facteur de correction que constitue le rapport Mortalité France Entière/Mortalité zone registre (voir référence [2]).

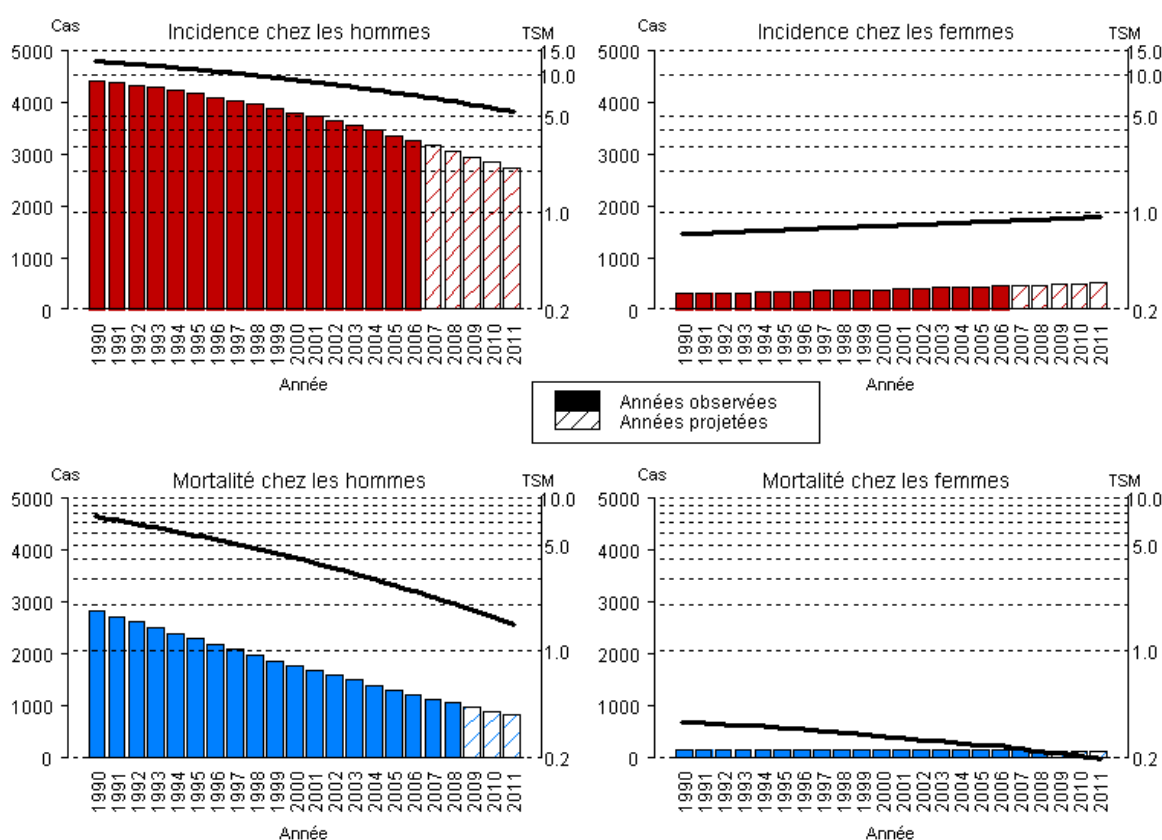
6.9 Larynx

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
2 718	5,4	825	1,5	513	0,9	129	0,2

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	0	0	0	0
[15;49]	237	71	34	11
[50;64]	1 290	217	339	46
[65;74]	657	114	202	25
[75;84]	422	81	183	27
[85;++]	112	30	67	20
Total	2 718	513	825	129

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Larynx	C32*	Toutes	161*	161*	C32*

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

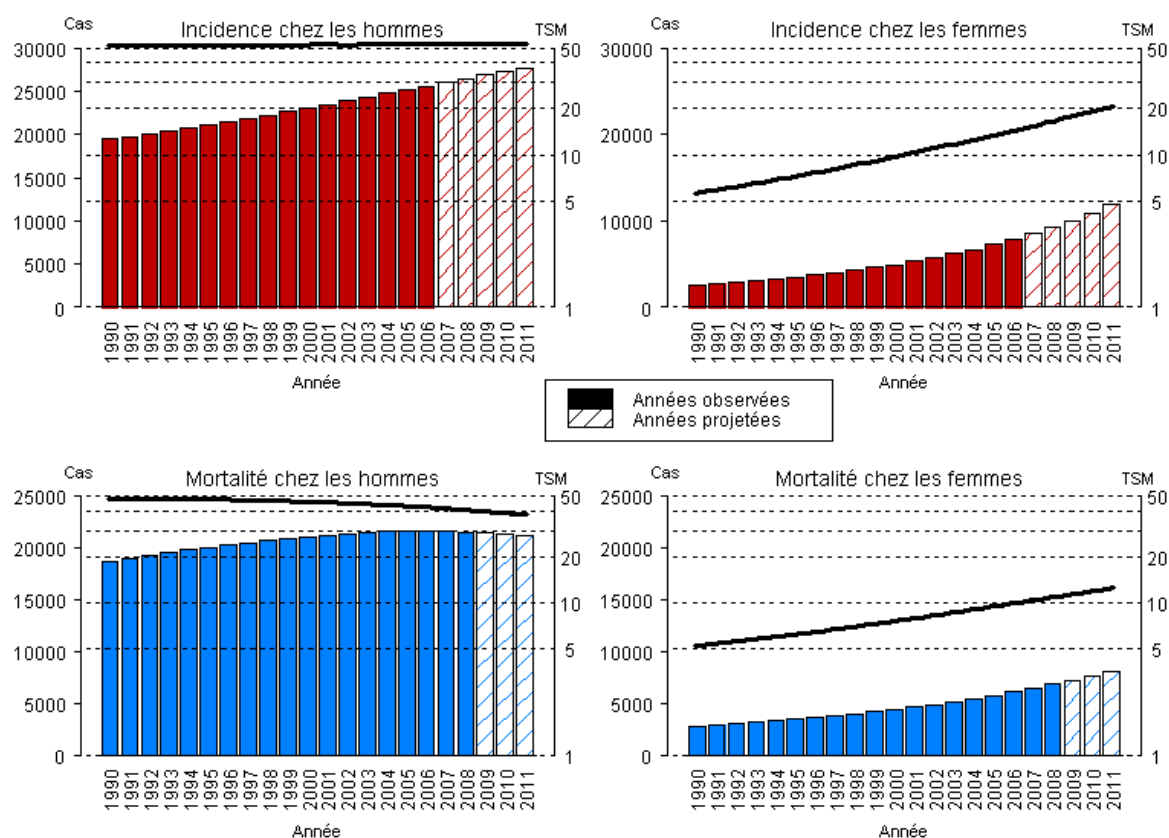
6.10 Poumon

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
27 731	52,7	21 181	37,9	11 882	20,7	8 132	12,6

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	1	6	0	0
[15;49]	1 626	1 311	838	609
[50;64]	11 169	4 910	7 492	2 939
[65;74]	8 102	2 613	5 953	1 630
[75;84]	5 575	2 226	5 224	1 883
[85;++]	1 258	816	1 674	1 071
Total	27 731	11 882	21 181	8 132

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Poumon	C33*, C34*	Toutes	162*	162*	C33*, C34*

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

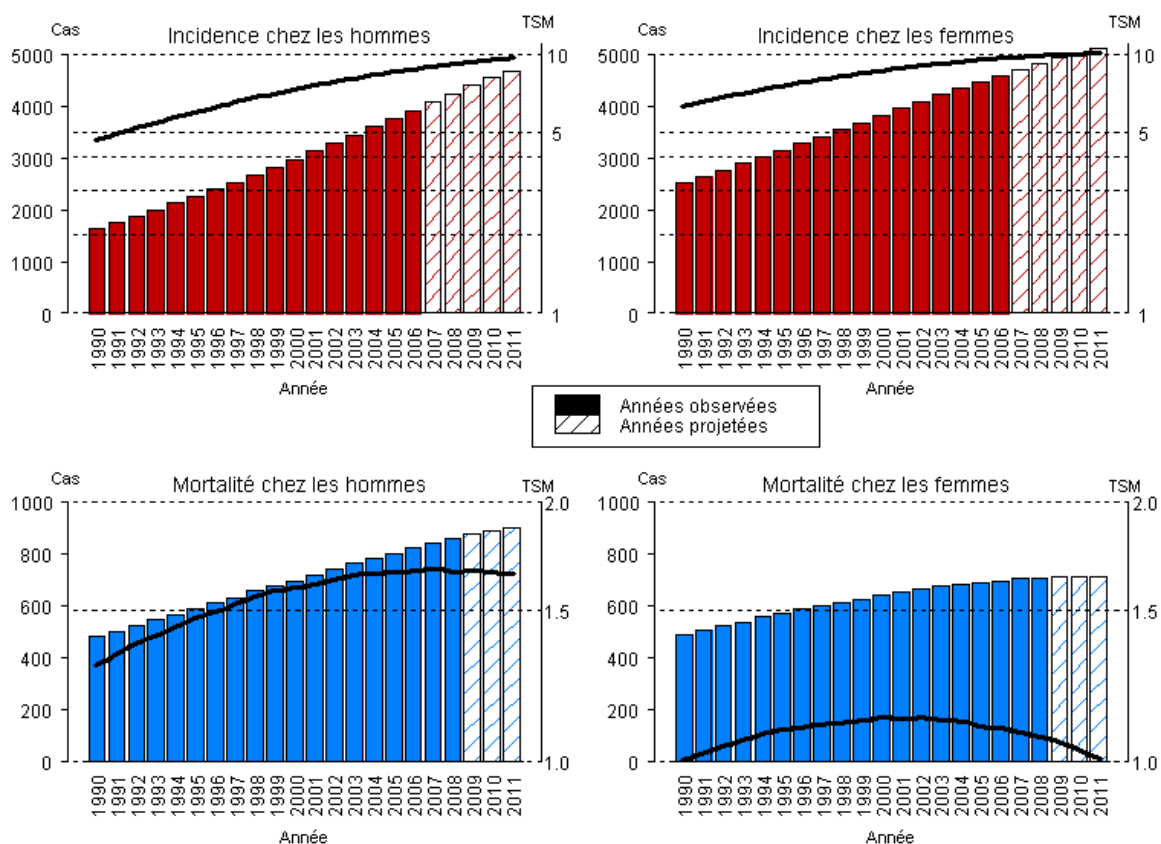
6.11 Mélanome de la peau

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
4 683	9,7	903	1,7	5 101	10,1	715	1,0

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	16	10	0	0
[15;49]	1 085	1 563	127	92
[50;64]	1 377	1 443	240	153
[65;74]	972	817	198	121
[75;84]	882	798	226	182
[85;++]	351	470	112	167
Total	4 683	5 101	903	715

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Mélanome de la peau ^b	C44*	87203 à 87803	172*	172*	C43*

^b Les cancers de la peau, autres que les mélanomes, sont exclus.

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

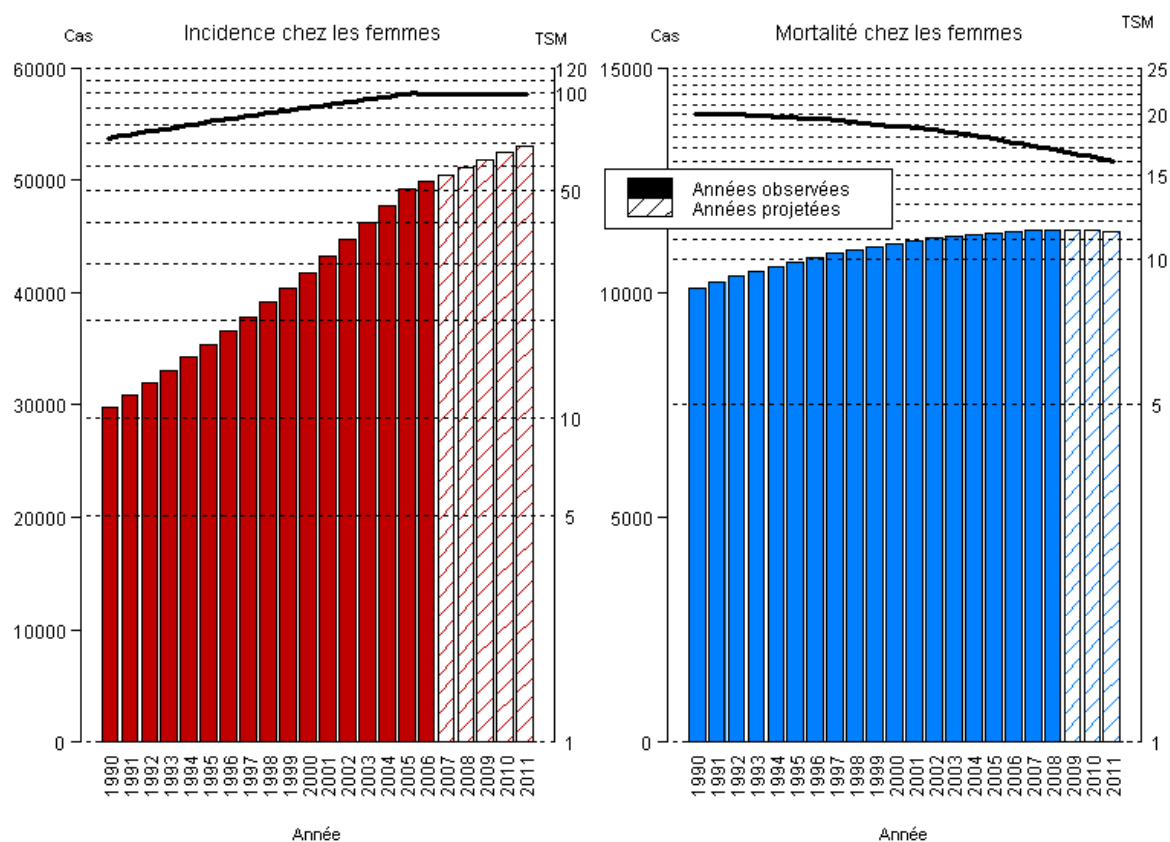
6.12 Sein

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez la femme pour l'année 2011 en France

Femme			
Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
53 041	99,7	11 358	16,0

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]		0		0
[15;49]		10 401		1 055
[50;64]		20 891		2 987
[65;74]		10 859		2 138
[75;84]		7 546		2 757
[85;++]		3 344		2 421
Total		53 041		11 358

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Sein	C50	Toutes	174	174	C50

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Une diminution de l'incidence des cancers du sein en 2004, notamment chez les femmes de 50-65 ans, potentiellement en lien avec une diminution massive de la prescription des Traitements Hormonaux Substitutifs (THS) de la ménopause, a été décrite en France à partir des données de mise en Affection Longue Durée par Allemand et al [9] et par certains registres de cancers [10-11]. Les tendances récentes utilisées dans le scénario A sont issues d'un modèle basé sur des données observées de 2000 à 2006. Ce modèle ne détecte pas encore de diminution récente de l'incidence (scénario A = scénario C) et prolonge la tendance moyenne observée sur l'ensemble de la période. Le scénario B est le plus à même de rendre compte d'un ralentissement de la croissance de l'incidence : il a donc été retenu pour réaliser ces projections.

Pour la mortalité, le scénario A reste le scénario privilégié.

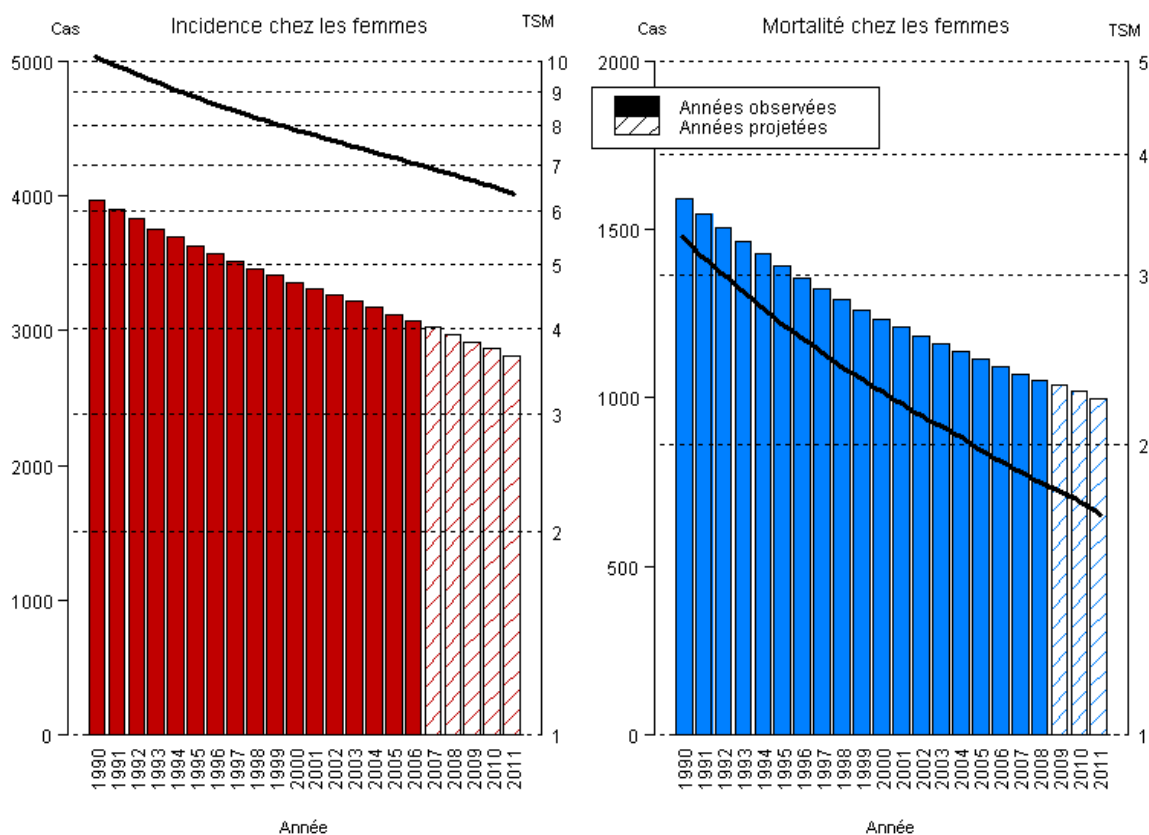
6.13 Col de l'utérus

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez la femme pour l'année 2011 en France

Femme			
Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
2810	6,4	998	1,7

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]		0		0
[15;49]		1366		219
[50;64]		800		315
[65;74]		259		123
[75;84]		243		161
[85;++]		142		180
Total		2810		998

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Col de l'utérus ^c	C53*	Toutes	180 à 182	179 à 182	C53*; C54*; C55*

^c Les décès dus au cancer du col de l'utérus et du corps de l'utérus ont été re-estimés [7]

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

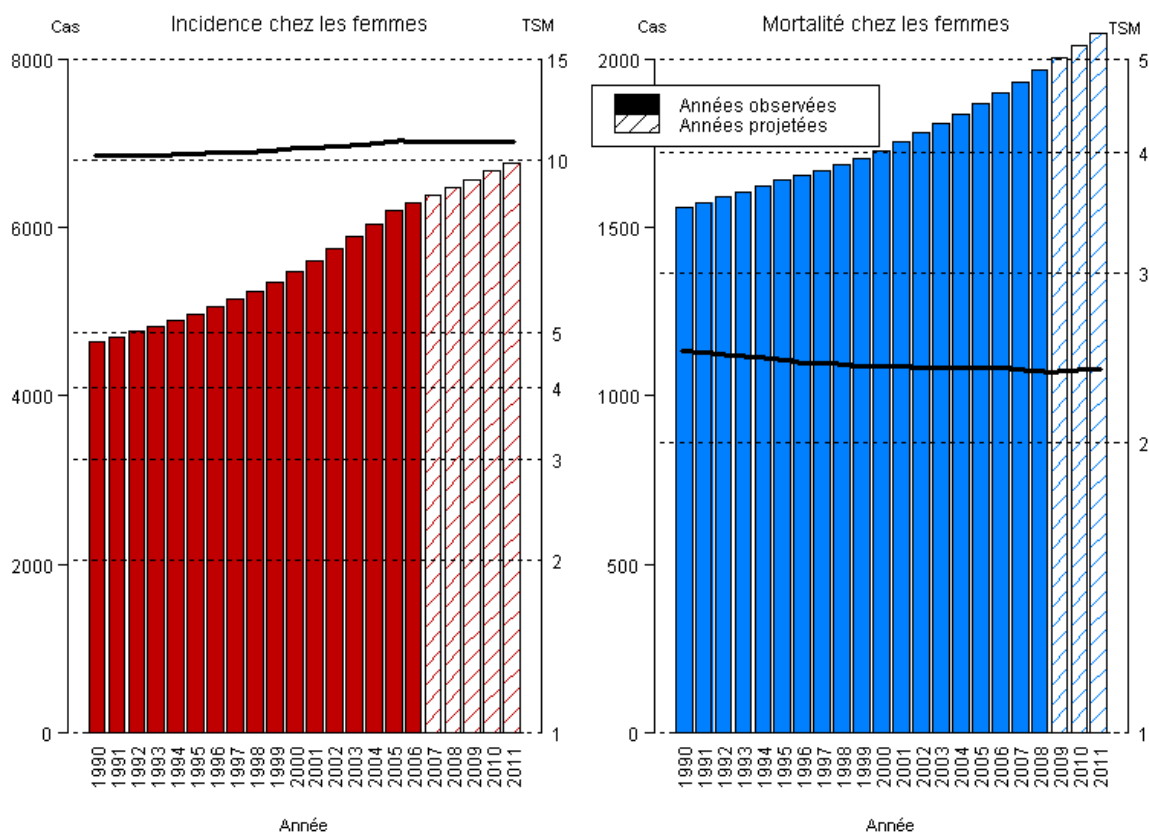
6.14 Corps de l'utérus

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez la femme pour l'année 2011 en France

Femme			
Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
6759	10,8	2075	2,4

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]		0		0
[15;49]		327		25
[50;64]		2458		361
[65;74]		1893		481
[75;84]		1527		698
[85;++]		554		510
Total		6759		2075

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Corps de l'utérus ^c	C54*	Toutes	180 à 182	179 à 182	C53*; C54*; C55*

^c Les décès due au cancer du col de l'utérus et du corps de l'utérus ont été re-estimés [7]

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence, les scénarii A et C font trop fortement évoluer l'incidence. L'hypothèse de stabilité de l'incidence depuis 2005 est privilégiée, notamment au vu de l'évolution des demandes d'exonération du ticket modérateur (ALD disponible sur le site de l'InVS) et le scénario B a été retenu.

Pour la mortalité le scénario A a été retenu.

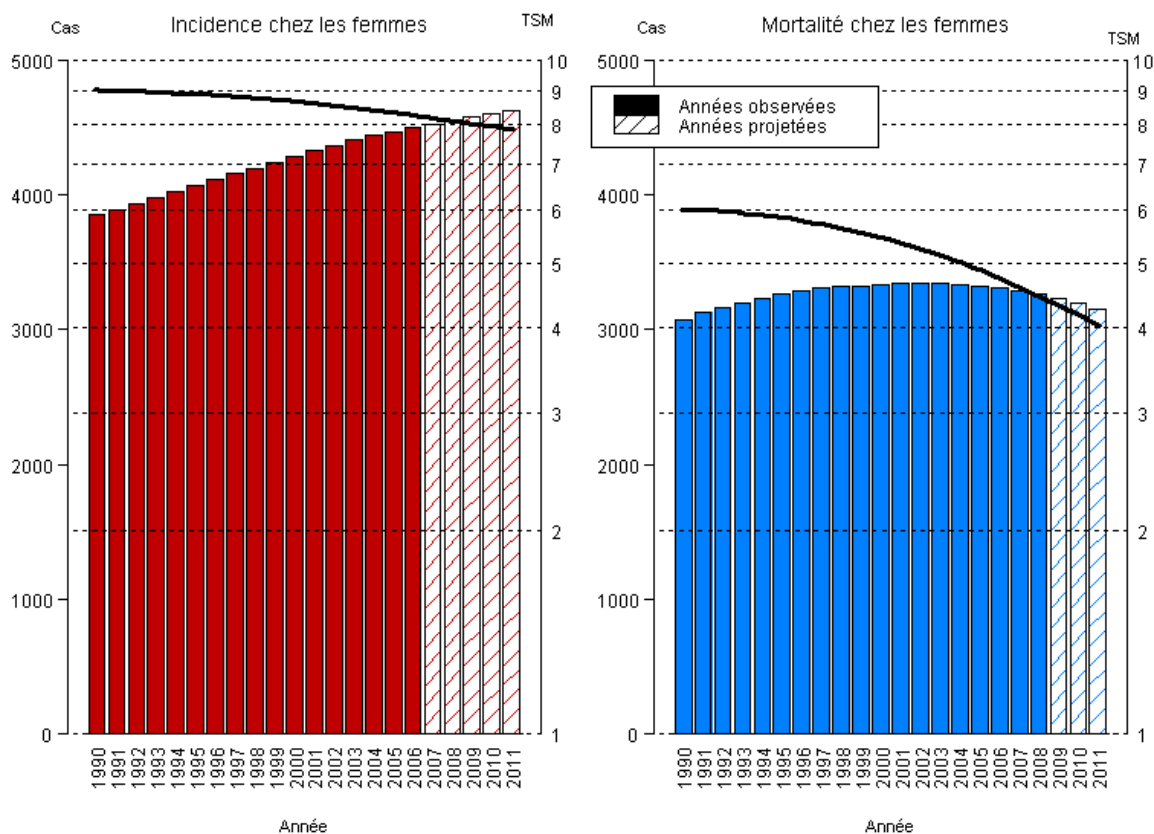
6.15 Ovaire

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez la femme pour l'année 2011 en France

Femme			
Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
4617	7,9	3154	4,0

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]		9		0
[15;49]		612		139
[50;64]		1525		681
[65;74]		1054		701
[75;84]		999		975
[85;++]		418		658
Total		4617		3154

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Ovaire	C56*, C570, C571, C572, C573, C574	Toutes sauf {84423; 84513; 84613; 84623; 84723; 84733}	183*	183*	C56*, C570, C571, C572, C573, C574

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

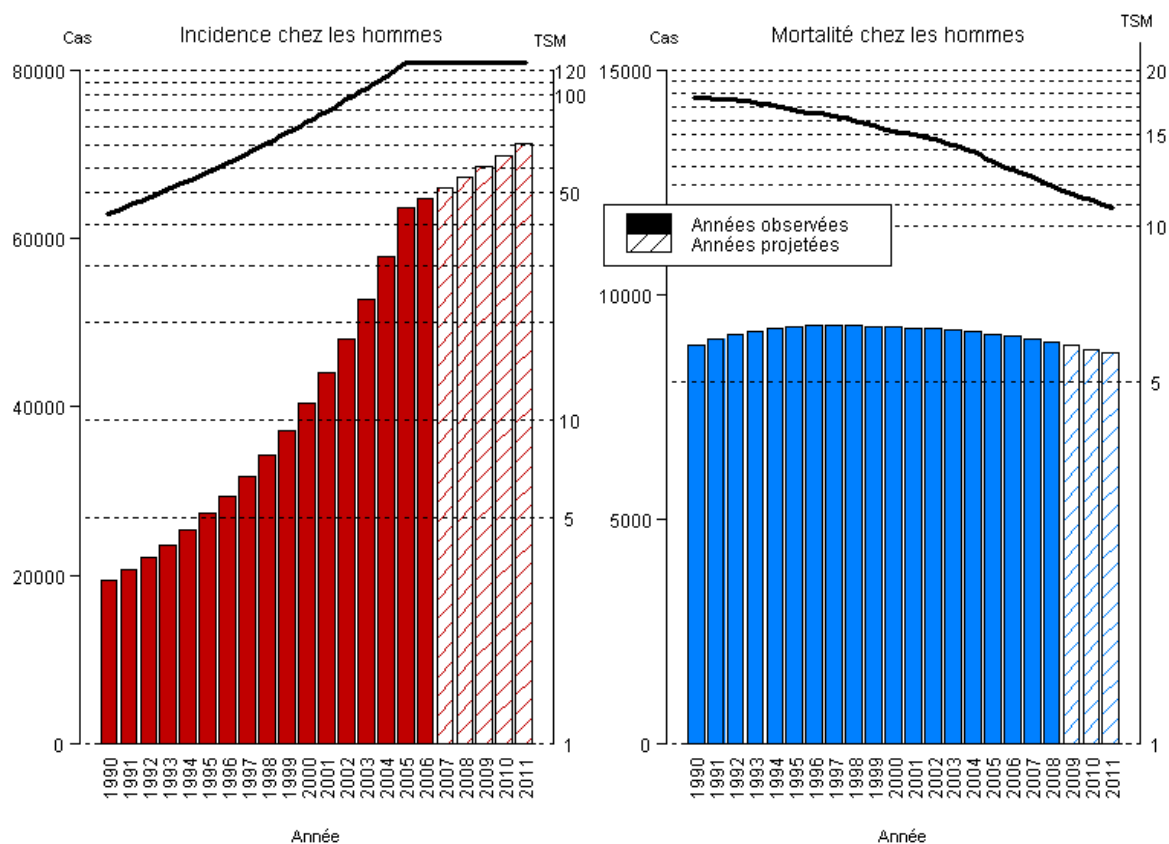
6.16 Prostate

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme pour l'année 2011 en France

Homme			
Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
71220	125,7	8685	10,8

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	3		0	
[15;49]	402		10	
[50;64]	21419		561	
[65;74]	26832		1474	
[75;84]	17961		3520	
[85;++]	4603		3120	
Total	71220		8685	

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Prostate	C61	Toutes	185	185	C61

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

L'évolution de l'incidence des cancers de la prostate dépend de l'impact du dépistage par dosage du PSA (Prostate Specific Antigen ou Antigène spécifique de la prostate). L'utilisation intensive du PSA aux USA avait provoqué un doublement des taux d'incidence en 5 ans avant qu'une baisse brutale ne survienne après que le taux ait atteint 140/100000. Cette baisse avait eut lieu en deux temps, d'abord chez les plus de 65 ans en 1992, puis finalement aussi chez les plus jeunes en 2002. Dans plusieurs pays européens (Suède, Finlande et Hollande) une baisse est observée après 2005. (Les taux observés en France en 2003 étaient légèrement supérieurs à 100/100 000) [12]. Il est peu raisonnable d'imaginer que l'augmentation de l'incidence de ces vingt dernières années puisse se poursuivre. Il existe probablement un seuil qui correspond à la conjonction de deux phénomènes : d'une part après plusieurs années de dépistage, une partie des cancers prévalents sont diagnostiqués, d'autre part, la conscience d'un risque de « sur diagnostic » apparaît chez les soignants et dans la population. Ces considérations conduisent donc à considérer les scénarios A et C comme improbables. Il est possible que l'incidence continue à croître après 2005 mais ce phénomène devrait s'inverser. Il semble au vu des observations faites sur les données d'ALD fournies par les caisses d'assurance maladie que le décrochage ait eu lieu vers 2005. L'option de retenir le scénario B pour fournir un chiffre présente un caractère minimaliste, et repose sur l'hypothèse évoquée ci-dessus d'une stabilisation voir d'une inversion de l'évolution entre 2005 et 2011.

Notons qu'il est quand même difficile de prévoir l'impact de la publication des résultats de l'essai européen ERSPC début 2009 [13] et dont les conclusions sont plutôt favorables au dépistage, en termes de diminution de la mortalité spécifique, mais qui sont assorties de réserves du fait des effets délétères constatés.

Pour la mortalité, le scénario A, qui prend mieux en compte la baisse récente, reste le scénario privilégié car cette baisse est confirmée dans de très nombreux pays.

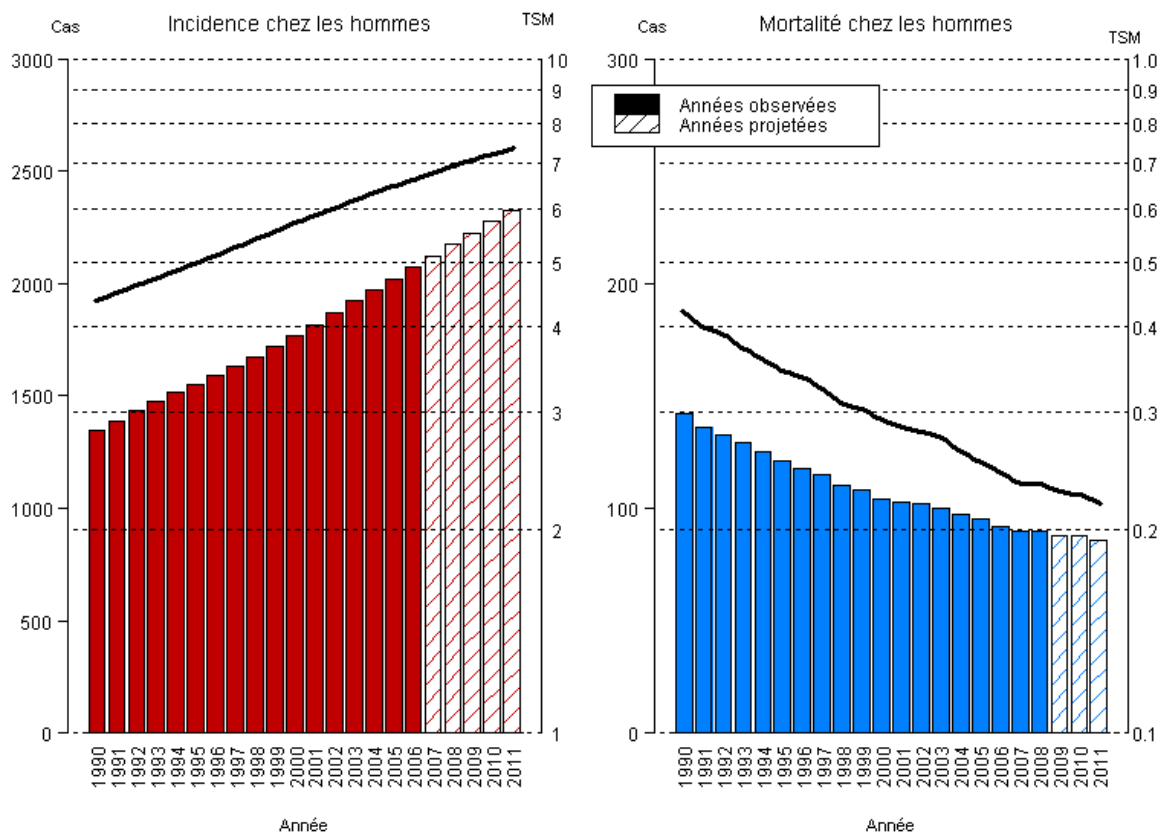
6.17 Testicule

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme pour l'année 2011 en France

Homme			
Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
2 324	7,4	86	0,2

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	18		0	
[15;49]	1980		46	
[50;64]	259		16	
[65;74]	39		8	
[75;84]	20		9	
[85;++]	8		7	
Total	2324		86	

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Testicule	C62*	Toutes	186*	186*	C62*

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

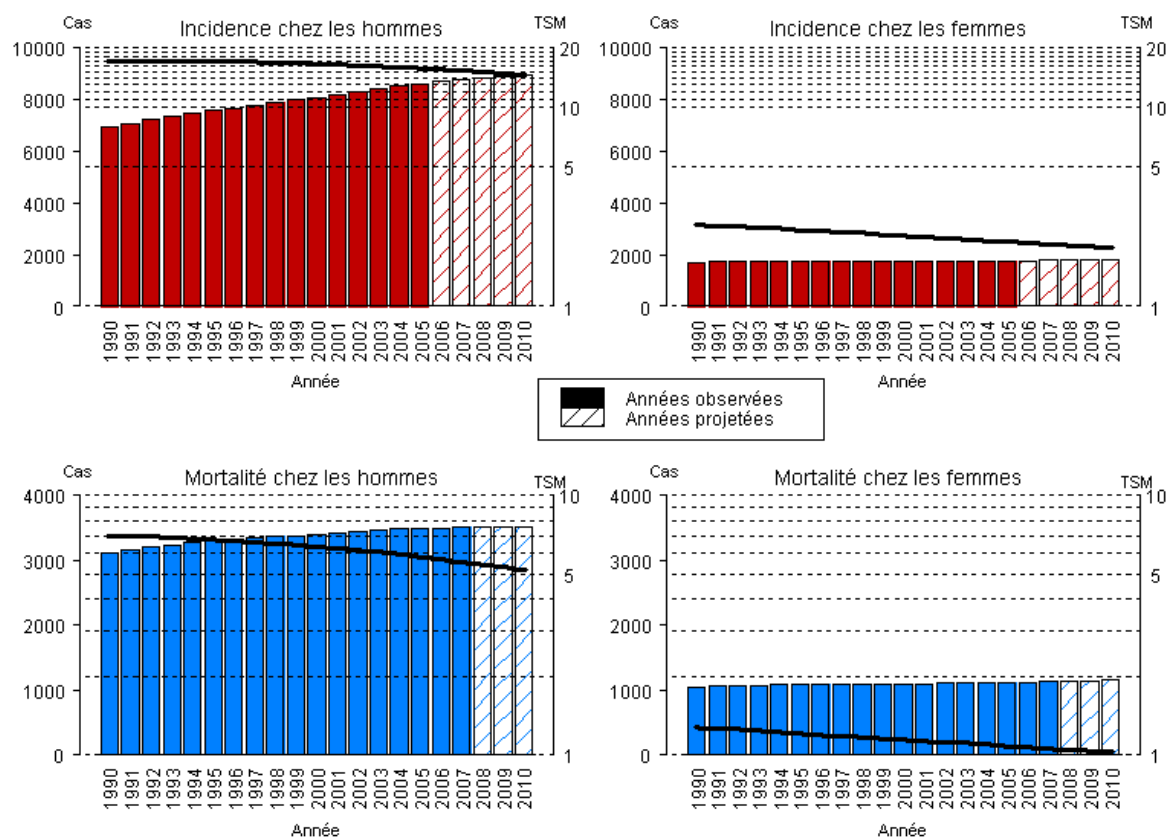
6.18 Vessie

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
9081	14,5	3503	5,0	1875	2,0	1171	1,0

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	3	0	0	0
[15;49]	170	43	47	19
[50;64]	2082	289	542	115
[65;74]	2537	340	785	149
[75;84]	2975	683	1273	384
[85;++]	1314	520	856	504
Total	9081	1875	3503	1171

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Vessie	C67	Toutes	188	188	C67

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour les cancers de la vessie qui sont présentés ici, les tendances de l'incidence peuvent être artificielles car induites par des changements dans la définition des tumeurs infiltrantes. Les projections de ces tendances sont donc également sujettes à caution. Le scénario A peut être ici éliminé (car il est trop sujet à des changements récents éventuellement artificiels). Le scénario C est retenu tant pour les hommes que pour les femmes. Pour la mortalité, le scénario A a été retenu.

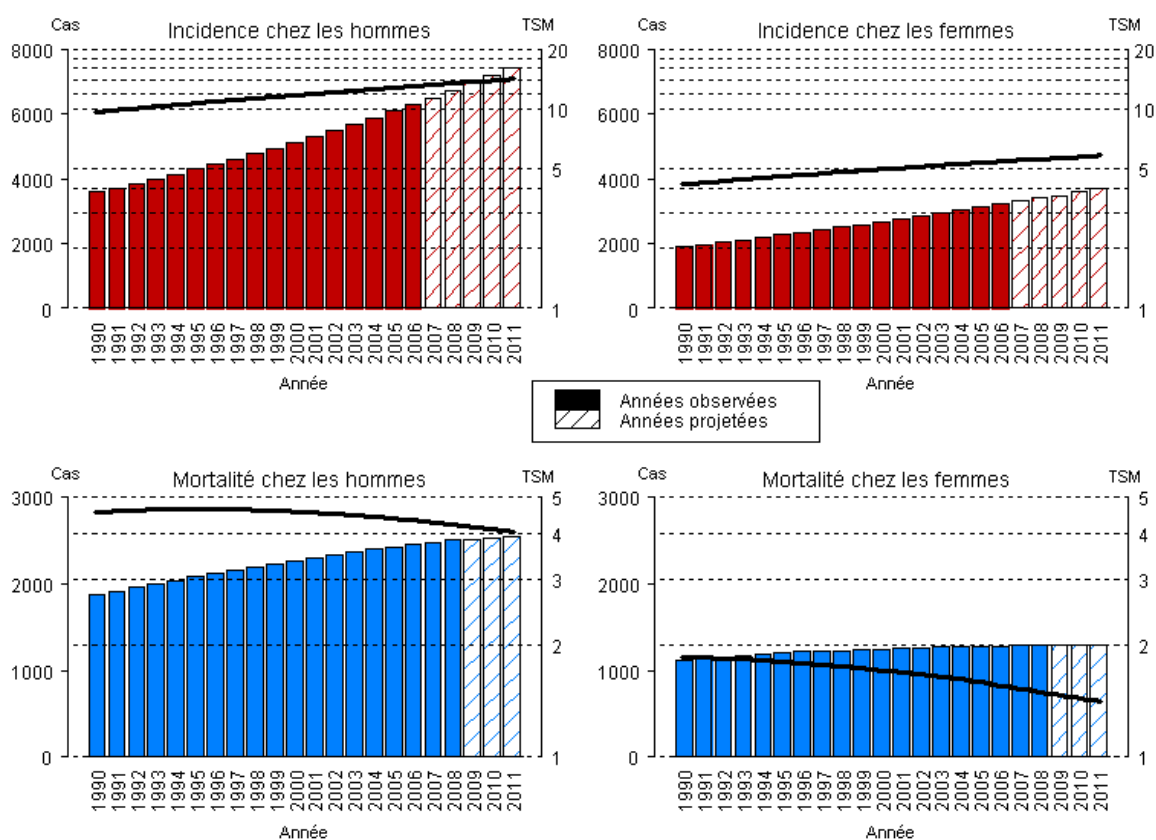
6.19 Rein

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
7414	14,2	2552	4,1	3678	5,8	1289	1,4

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	51	57	4	3
[15;49]	642	324	95	42
[50;64]	2546	990	562	191
[65;74]	2100	877	613	232
[75;84]	1649	1036	836	433
[85;++]	426	394	442	388
Total	7414	3678	2552	1289

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Rein	C64*, C65*, C66*; C68*	Toutes	189*	189*	C64*, C65*, C66*; C68*

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

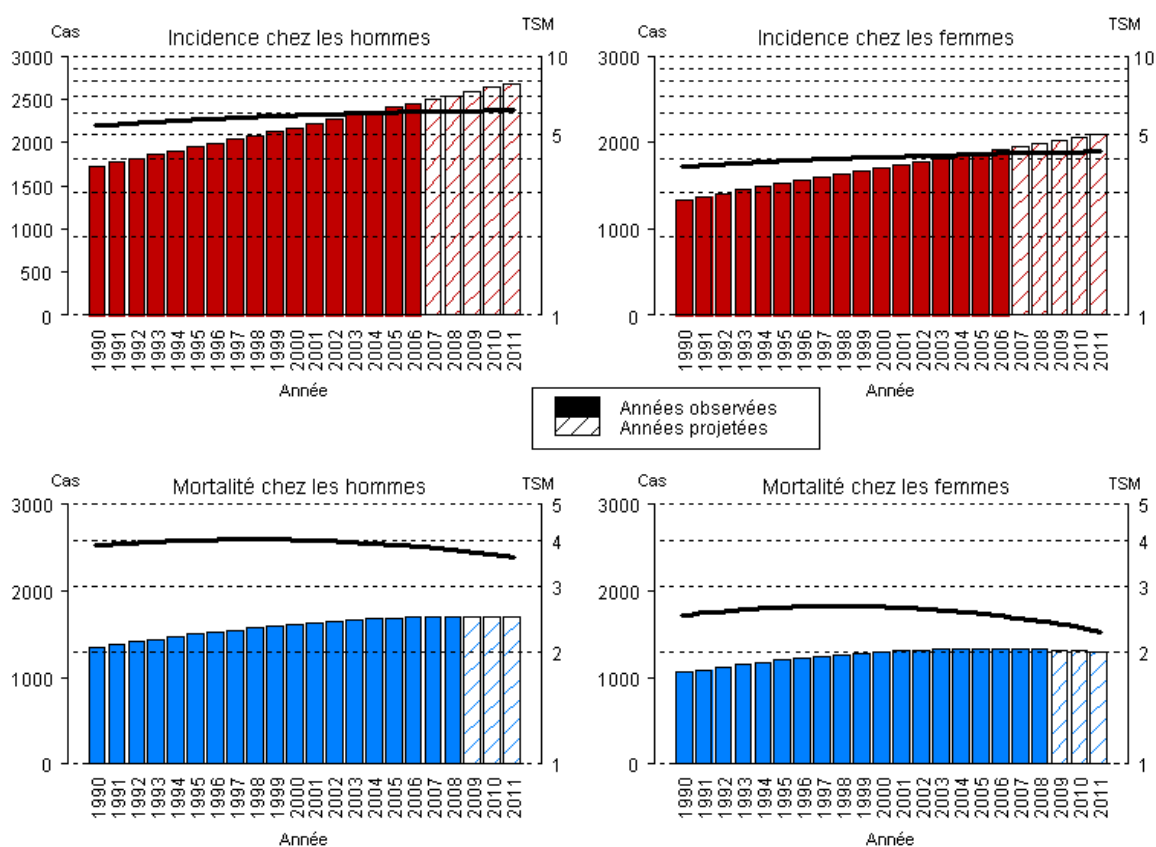
6.20 Système nerveux central

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
2680	6,2	1703	3,6	2089	4,3	1295	2,3

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	131	93	50	39
[15;49]	569	427	273	154
[50;64]	876	609	572	367
[65;74]	616	441	410	299
[75;84]	396	372	307	298
[85;++]	92	147	91	138
Total	2680	2089	1703	1295

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Système nerveux central	C70*, C71*, C72*	<=91103 ou >=91800	191*, 192*	191*, 192*	C70*, C71*, C72*

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

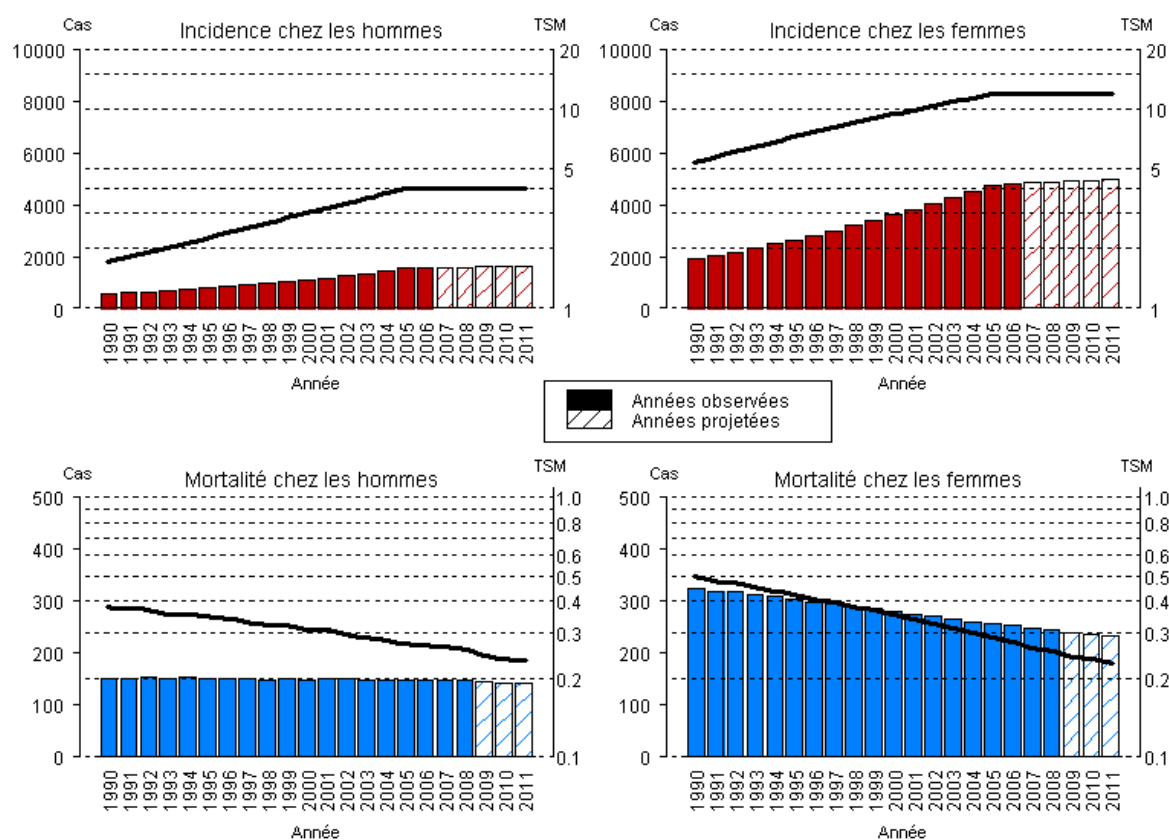
6.21 Thyroïde

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
1630	4,0	143	0,2	4970	11,9	232	0,2

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	9	24	0	0
[15;49]	608	2066	8	6
[50;64]	636	1917	34	27
[65;74]	250	586	35	37
[75;84]	108	301	45	83
[85;++]	19	76	21	79
Total	1630	4970	143	232

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Thyroïde	C73*	Toutes	193*	193*	C73*

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Le choix d'un scénario est particulièrement difficile pour le cancer de la thyroïde car les tendances récentes de l'incidence diffèrent fortement selon les registres. Nous avons retenu le scénario B, car en moyenne, sur l'ensemble des registres, il semble se dégager une tendance globale à la stabilisation en toute fin de période (données disponibles jusqu'en 2006). Une description détaillée de la situation récente dans les registres est publiée dans un rapport récent de l'InVS [14]. Le choix du scénario B s'appuie également sur les tendances observées jusqu'en 2009 dans les données de mise en ALD. Le scénario A surévaluerait fortement l'augmentation de l'incidence.

Pour la mortalité, le scénario A a été retenu.

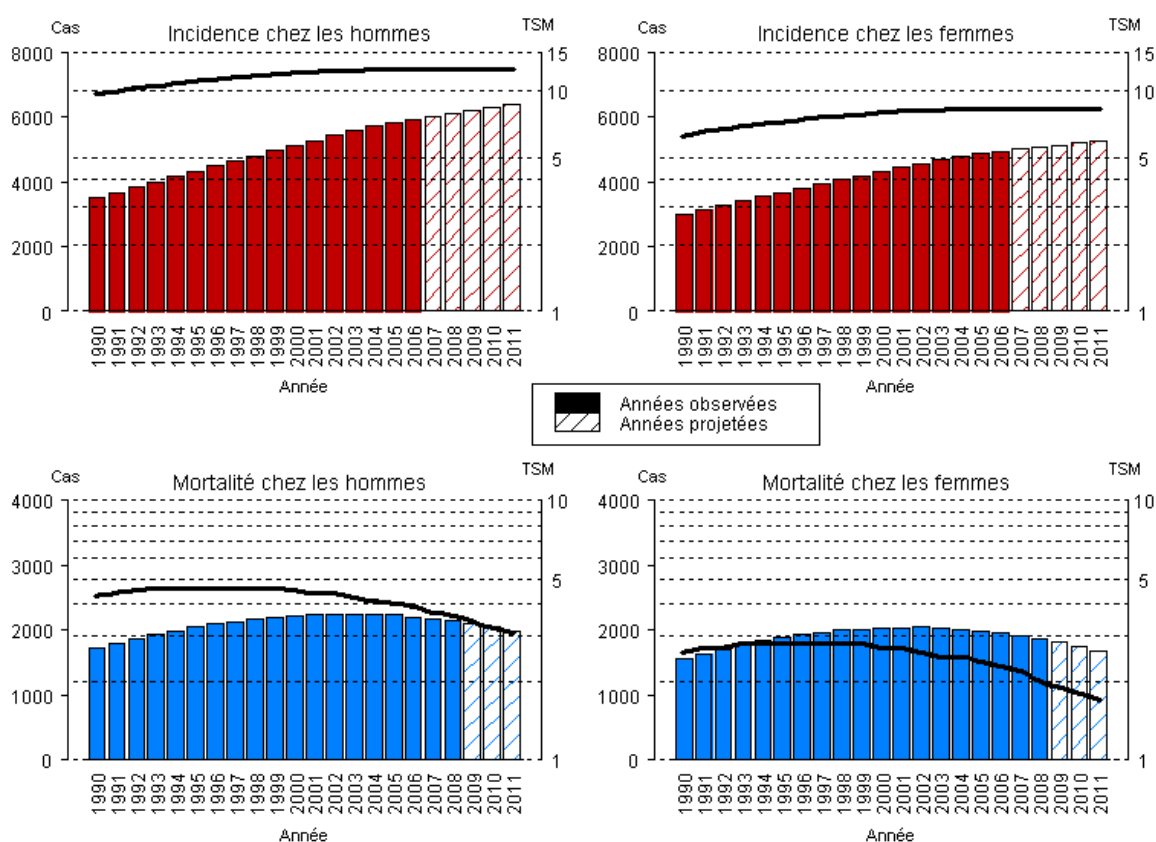
6.22 Lymphome malin non Hodgkinien

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
6381	12,5	1991	3,1	5250	8,3	1684	1,7

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	97	44	3	3
[15;49]	981	633	93	49
[50;64]	1825	1342	354	187
[65;74]	1462	1158	450	290
[75;84]	1497	1385	693	624
[85;++]	519	688	398	531
Total	6381	5250	1991	1684

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Lymphome Malin Non Hodgkinien	Toutes	95903 à 95963 ou 96703 à 97193 ou 97273 à 97293 ou 98323 à 98343 ou	200*, 202*	200*, 202*	C82*, C83*, C84*, C85*

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Après plus de 20 années d'augmentation d'incidence observée dans la plupart des pays du monde (à raison de presque 3% par an en France entre 1980 et 2000 dans les deux sexes), l'incidence des LNH semble se stabiliser en France dans la période 2000-2005 de même qu'aux Etats-Unis et dans d'autres pays d'Europe. Cette observation permet d'écarter d'emblée le scénario C pour l'estimation du risque en 2011 car il fait l'hypothèse d'un prolongement de la tendance 1980-2004. Bien que les estimations des scénarii A et B soient proches, le scénario A semble moins plausible car il privilégie la poursuite de la tendance récente du risque, poursuite qui aboutirait à terme à une baisse des taux d'incidence malgré le vieillissement de la population. Les effets conjugués d'une amélioration du diagnostic et des changements de classifications permettent d'expliquer une partie de l'augmentation observée entre 1980 et 2000, aucune cause étiologique avérée ne permettant d'expliquer à elle seule cette augmentation. La stabilisation récente de l'incidence pourrait être interprétée comme étant en partie reliée à une saturation de ces effets. La tendance correspondrait alors davantage au scénario B de stabilité des risques entre 2005 et 2011. Pour l'incidence, le scénario B est donc le scénario privilégié. Le scénario A est le scénario privilégié pour la mortalité.

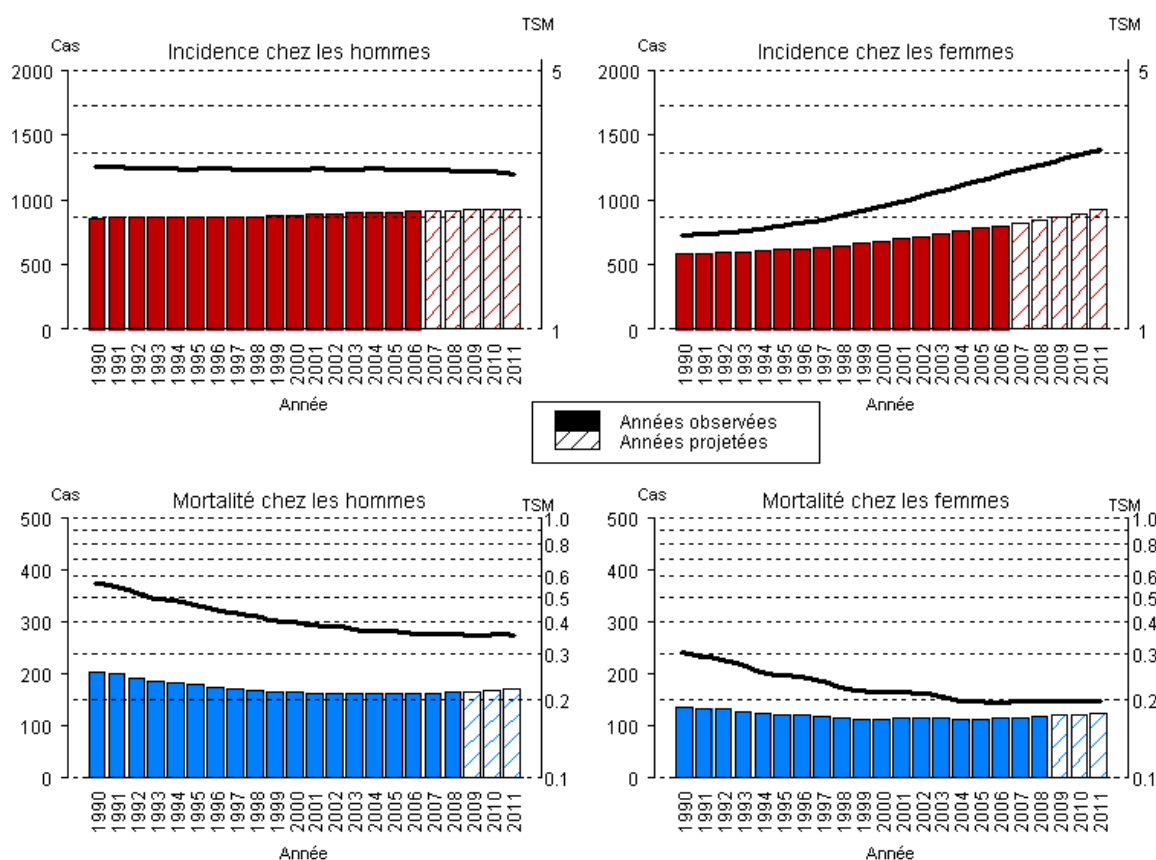
6.23 Maladie de Hodgkin

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
920	2,6	171	0,4	919	3,1	123	0,2

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	16	41	0	0
[15;49]	535	648	46	28
[50;64]	186	98	40	19
[65;74]	85	55	30	18
[75;84]	75	58	38	35
[85;++]	23	19	17	23
Total	920	919	171	123

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Maladie de Hodgkin	Toutes	96503 à 96673	201*	201*	C81*

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence, le scénario C a été retenu au regard des connaissances actuelles dans le domaine et des tendances observées dans d'autres pays, notamment dans les pays d'Europe du Nord et aux Etats-Unis.

Pour la mortalité, le scénario A a été retenu.

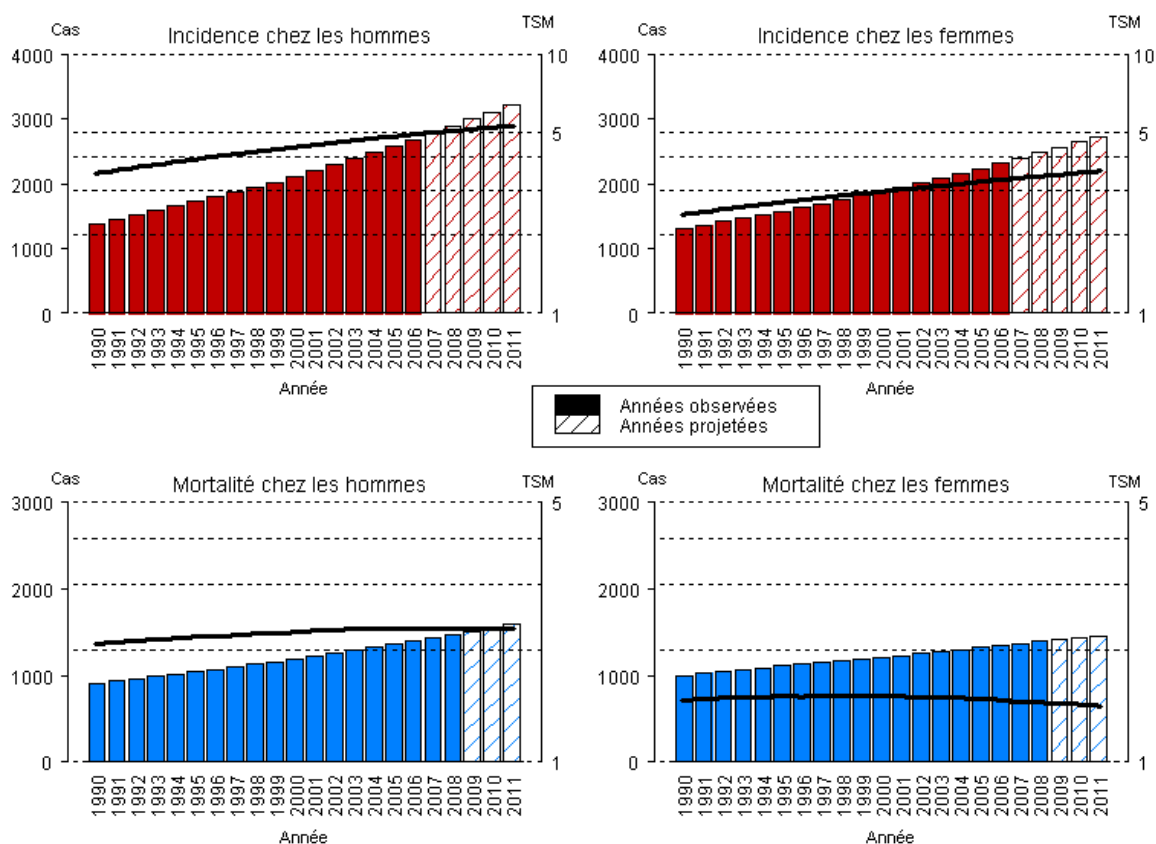
6.24 Myélome multiple et maladie immunoproliférative

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
3210	5,3	1588	2,3	2720	3,5	1455	1,4

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	0	0	0	0
[15;49]	111	109	25	13
[50;64]	779	602	236	151
[65;74]	902	646	368	272
[75;84]	1001	896	602	563
[85;++]	417	467	357	456
Total	3210	2720	1588	1455

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	Toutes	97313 à 97343 ou 97603 à 97643	203	203 238.6	C90*, C88*

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

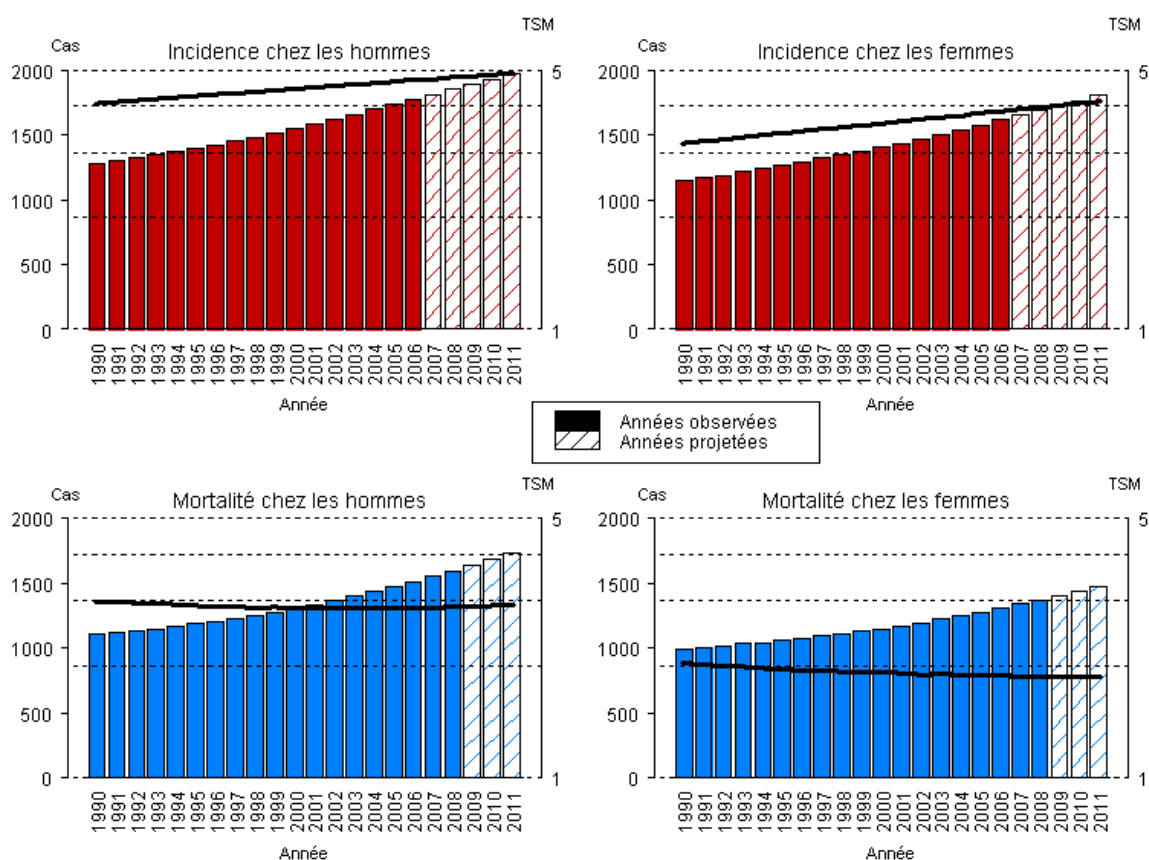
6.25 Leucémie aigue

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
1972	4,9	1735	2,9	1805	4,1	1479	1,9

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	265	243	27	24
[15;49]	347	329	154	112
[50;64]	398	331	272	200
[65;74]	376	304	392	261
[75;84]	421	376	602	498
[85;++]	165	222	288	384
Total	1972	1805	1735	1479

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Leucémie aigue	Toutes	98013 à 98203 ou 98263 à 98273 ou 98353 à 98613 ou 98663 à 98743 ou 98913 à 99203 ou 99483	2040, 2050, 2060, 2070, 208*	2040, 2042, 2050, 2052, 2053, 2060, 2062, 2070, 2080, 2082	C910, C920, C924, C925, C930, C942, C943, C950

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

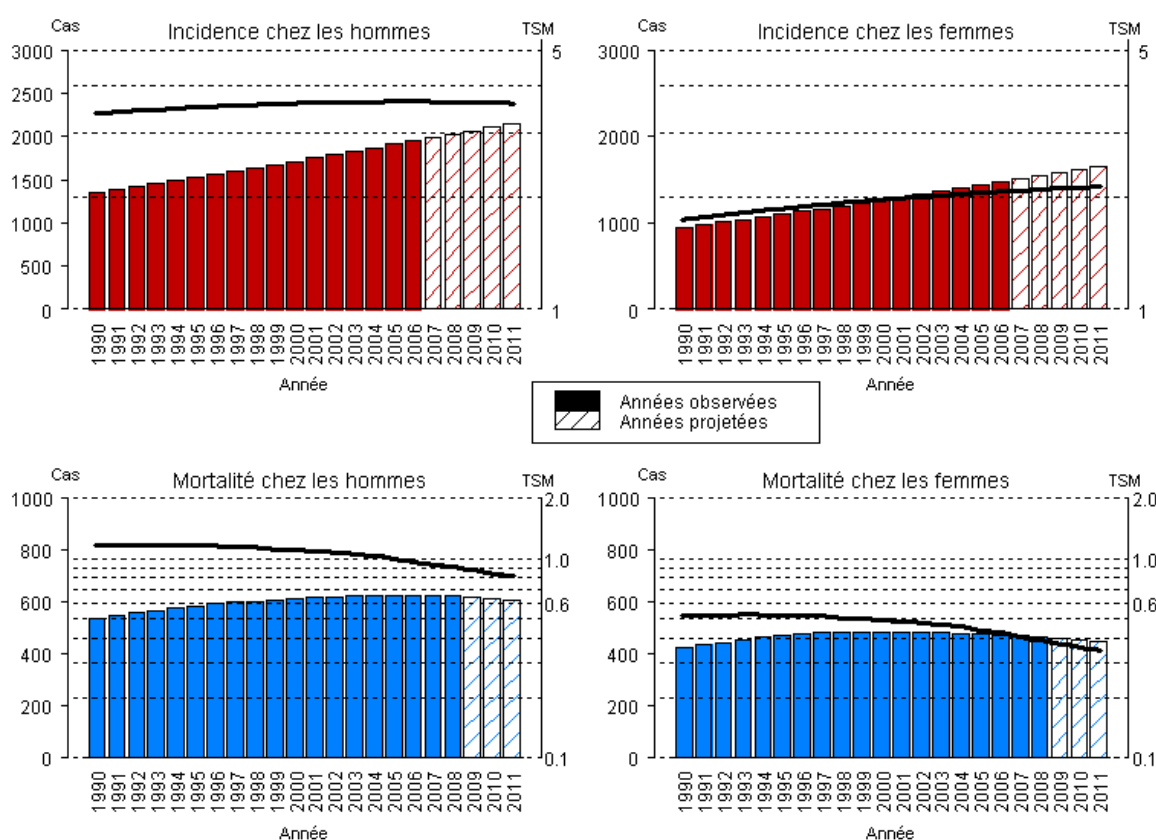
6.26 Leucémie Lymphoïde Chronique

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
2144	3,6	609	0,8	1654	2,1	448	0,3

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	0	0	0	0
[15;49]	58	48	4	2
[50;64]	560	363	65	23
[65;74]	642	423	122	55
[75;84]	632	529	242	158
[85;++]	252	291	176	210
Total	2144	1654	609	448

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Leucémie lymphoïde chronique	Toutes	98233	2041	2041	C911

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

Pour l'incidence et la mortalité, le scénario A a été retenu.

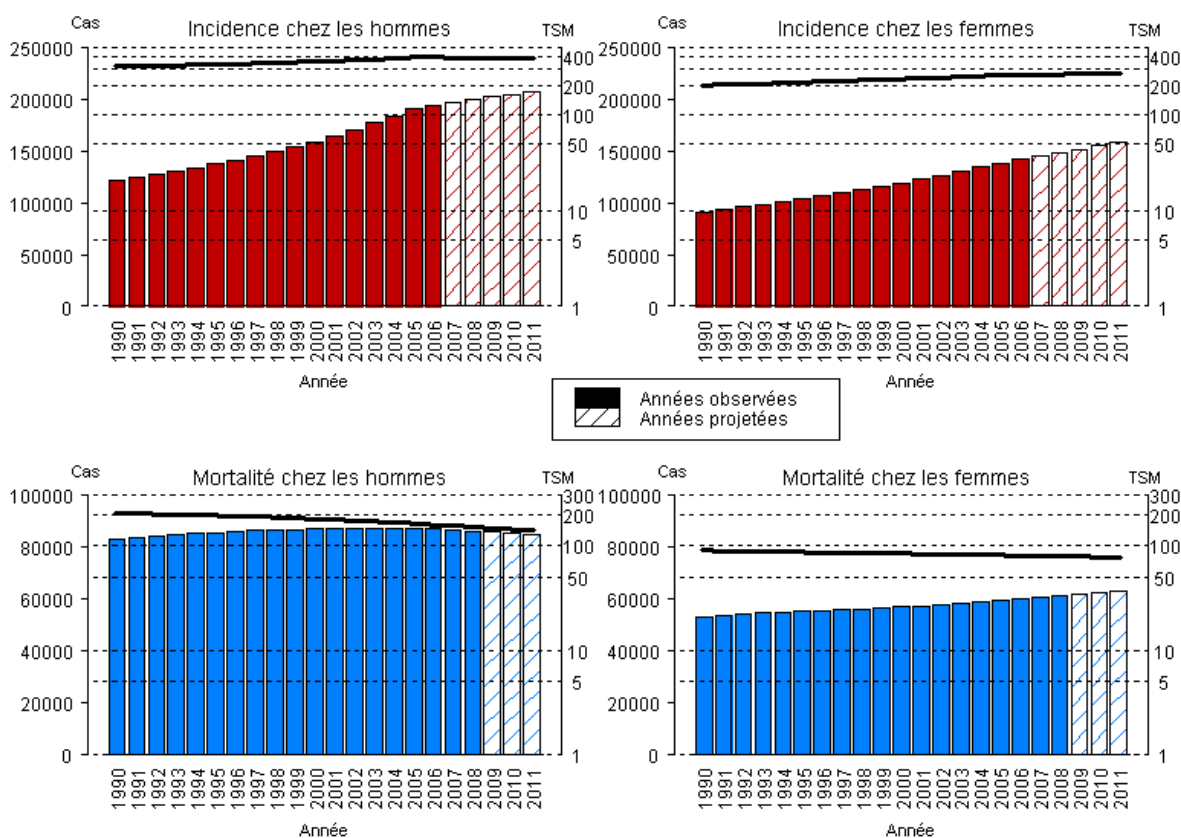
6.27 Tous cancers

Toutes les estimations nationales présentées ci-dessous sont issues d'une modélisation des données d'incidence observées sur la zone registre jusqu'en 2006 et des données de mortalité observées sur la France entière jusqu'en 2008. Les périodes d'observation et de projection sont distinguées dans le graphique ci-dessous.

Nombre de cas et de décès et taux correspondants (standardisés monde pour 100 000 personnes-années) chez l'homme et chez la femme pour l'année 2011 en France

Homme				Femme			
Incidence		Mortalité		Incidence		Mortalité	
Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde	Nombre de cas	Taux std monde	Nombre de décès	Taux std monde
207050	382,7	84644	138,6	158343	268,5	63191	77,6

Évolution du nombre de cas et de décès (barres) et des taux standardisés monde correspondants (TSM) (courbe, échelle logarithmique) chez l'homme et chez la femme de 1990 à 2011 en France



Nombre de cas et de décès en 2011 en France par classe d'âge, chez l'homme et chez la femme

Classe d'âge	Nombre de cas			
	Incidence		Mortalité	
	Homme	Femme	Homme	Femme
[00;14]	948	833	108	91
[15;49]	13792	23849	3391	3504
[50;64]	64670	49558	21553	12887
[65;74]	62413	32345	20603	11327
[75;84]	49870	33394	25496	18555
[85;++]	15357	18364	13493	16827
Total	207050	158343	84644	63191

Classification utilisée

Site	Incidence		Mortalité		
	Topographie	Morphologie	1975-1978	1979-1999	Depuis 2000
	(CIMO3)	(CIMO3)	(CIM8)	(CIM9)	(CIM10)
Tous cancers ¹	De C00* à C80*	Toutes	De 140* à 208*	De 140* à 208*	De 140* à 208*

¹ Les cancers de la peau, autres que les mélanomes, sont exclus.

Avertissement :

Les données observées disponibles pour ces estimations allaient jusqu'en 2006. Ces estimations pour 2011 sont donc des projections. Toute projection présente un certain niveau d'incertitude, notamment parce qu'elle oblige à faire certaines hypothèses sur ce qui s'est passé entre 2006 et 2011, période sur laquelle les données ne sont pas encore disponibles. La **méthode** utilisée a permis d'explorer différentes hypothèses sous la forme de 3 différents scénarii (**scénarii non retenus**). Parmi ces 3 scénarii, un seul, le plus probable, a été finalement retenu : il est à l'origine des projections fournies ici.

En revanche, la projection "tous cancers" est obtenue en sommant les projections des différentes localisations (en utilisant le scénario retenu pour chaque localisation). Pour l'incidence, cette projection prend donc en compte, en particulier, l'hypothèse d'une stabilisation des taux d'incidence pour le cancer du sein et de la prostate, cancers dont le poids est très important dans cette projection. Pour la mortalité, nous rappelons que le scénario A a été retenu pour chacune des localisations.

7. Références

1. Estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1980 à 2005. consultable sur : http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/, [consulté le 20/06/2011].
2. Belot A, Grosclaude P, Bossard N, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2008 ; 56 (3) : 159-175.
3. Grosclaude P, Bossard N, Remontet L, et al. Survie des patients atteints de cancer en France. Étude des registres de cancers du réseau FRANCIM. Réseau Francim. Springer-Verlag France, Paris. 2007, 406 p.
4. Bossard N, Velten M, Remontet L, 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.
5. Remontet L, Bossard N, Belot A, et al. French network of cancer registries FRANCIM. An overall strategy based on regression models to estimate relative survival and model the effects of prognostic factors in cancer survival studies. *Stat Med*. 2007 ; 26 (10) : 2214-28.
6. 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, *BEH* 2009 ; 38 : 405-8.
7. Rogel A, Belot A, Suzan F, et al. Reliability of recording uterine cancer in death certification in France and age-specific proportions of deaths from cervix and corpus uteri. *Cancer Epidemiol*. 2011 ; 35 : 243-9.
8. Uhry Z, Remontet L, Grosclaude P, et al. Tendances récentes des données d'affections de longue durée : intérêt pour la surveillance nationale de l'incidence des cancers Période 1997-2009. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire ; 2011.
9. Allemand H, Seradour B, Weill A, et al. Baisse de l'incidence des cancers du sein en 2005 et 2006 en France : un phénomène paradoxal. *Bulletin du Cancer*. 2008 ; 95 (1) : 11-5.
10. Fontenoy AM, Leux C, Delacour-Billon S, 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.
11. Daubisse-Marliac L, Delafosse P, Boitard JB et al. Breast cancer incidence and time trend in France from 1990 to 2007: a population-based study from two French cancer registries. *Ann Oncol*. 2011 ; 22 (2) : 329-34.
12. Bray F, Lortet-Tieulent J, Ferlay J, et al. Prostate cancer incidence and mortality trends in 37 European countries: An overview. *Eur J Cancer*. 2010 ; 46 (17) : 3040-52.

- 13.** Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. N Engl J Med. 2009 ; 360 (13) : 1320-8.
- 14.** Rogel A, Colonna M, Uhry Z, et al. Évolution de l'incidence du cancer de la thyroïde en France métropolitaine - Bilan sur 25 ans. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 55 p.

Citation suggérée :

Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 78 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>