

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

Synthèse des résultats

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 cinq 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 (InVS). 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'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 Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (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 HCL 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 Internet 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 (8 100 décès par cancer du poumon en 2011). Le cancer colorectal représente quant à lui 8 300 décès chez la femme.



CépiDc Inserm



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

Selon les scénarii 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 "surdiagnostic" 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 de 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 LMNH, 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 États-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 (deux ans) que pour l'incidence (cinq 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 létalité.

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.

Citation suggérée :

Projection de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011 – Synthèse des résultats. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2011. 2 p. Disponible à partir de l'URL : <http://www.invs.sante.fr>