

L'interdiction de l'utilisation pour les personnes âgées de moins de 18 ans est progressivement appliquée dans les différents pays européens. En France, elle est appliquée depuis 1997, pourtant le Baromètre cancer 2010 révèle que 3,5% des mineurs interrogés déclarent avoir utilisé une cabine UV au moins une fois dans leur vie. Une telle mesure de contrôle du risque paraît donc peu efficace.

L'interdiction totale de mise à disposition de cabines de bronzage par UV pour un usage esthétique est une autre mesure qui doit être envisagée et mise en balance avec l'efficacité de mesures de prévention précédemment citées. À notre connaissance, seul le Brésil a interdit l'utilisation des cabines UV à des fins esthétiques [17] ; cette mesure de contrôle du risque vient d'être décidée par l'État australien de Nouvelle Galles du Sud, avec prise d'effet en 2014. Il est intéressant de noter que l'impact sanitaire de l'usage des cabines UV, que nous avons évalué en termes de mortalité, est comparable à celui attribué à l'usage d'un médicament antidiabétique oral qui a été récemment retiré du marché pour ce motif (entre 500 et 2 000 décès sur 30 ans). Une telle analogie permet d'apprécier le poids sanitaire de l'utilisation des cabines de bronzage, alors même qu'une telle pratique n'a pas d'effet thérapeutique et n'est associée à aucun bénéfice pour la santé.

Références

- [1] El Ghissassi F, Baan R, Straif K, Grosse Y, Secretan B, Bouvard V, *et al.* A review of human carcinogens. Part D: radiation. *Lancet Oncol.* 2009;10(8):751-2.
- [2] The IARC working group on artificial ultraviolet light and skin cancer. The association of use of sunbeds with cutaneous malignant melanoma and other skin cancers: A systematic review. *Int J Cancer.* 2006;120(5):1116-22.
- [3] Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, *et al.* Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. *Rev Epidemiol Santé Publique.* 2008;56(3):159-75.
- [4] Schneider S, Krämer H. Who uses sunbeds? A systematic literature review of risk groups in developed countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2010;24(6):639-48.
- [5] Paul CL, Gergis A, Tzelepis F, Walsh RA. Solaria use by minors in Australia: is there a cause for concern? *Aust N Z J Public Health.* 2004;28:90.
- [6] Léon C, Benmarhnia T, Tordjman I, Gaillot-de Saintignon J, Beck F. L'exposition aux ultraviolets artificiels en France. *Bull Epidemiol Hebd.* 2012 ;(18-19):205-9.
- [7] Beck F, Gautier A (dir.). Baromètre cancer 2010. Saint-Denis : Inpes, 2012.
- [8] Diffey BL. A quantitative estimate of melanoma mortality from ultraviolet A sunbed use in the U.K. *Br J Dermatol.* 2003;149(3):578-81.
- [9] Attributable causes of cancer in France in the year 2000. IARC Working Group Reports. Geneva; 2001. Disponible à : <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wrk/wrk3/index.php>
- [10] Levin ML. The occurrence of lung cancer in man. *AUIC Cancrum* 1953;9:531-41.

- [11] Boniol M. International conference on non-ionizing radiation and children's health, 18-20 May 2011, Ljubljana, Slovenia. *Prog Biophys Mol Biol.* 2011;107(3):367-8.
- [12] Holman CD, Armstrong BK. Cutaneous malignant melanoma and indicators of total accumulated exposure to the sun: an analysis separating histogenetic types. *J Natl Cancer Inst.* 1984;73(1):75-82.
- [13] Hery C, Tryggvadottir L, Sigurdsson T, Olafsdottir E, Sigurgeirsson B, Jonasson JG, *et al.* A melanoma epidemic in Iceland: possible influence of sunbed use. *Am J Epidemiol.* 2010;172(7):762-7.
- [14] Alberg AJ. Re. "A melanoma epidemic in Iceland: possible influence of sunbed use". *Am J Epidemiol.* 2011;173(7):845.
- [15] Boniol M, Césarini P, Chignol MC, Césarini JP, Doré JF. Pourquoi faut-il taxer le bronzage en cabine? Une proposition de la Sécurité Solaire, centre collaborateur de l'OMS. *Presse Med.* 2010;39:1236-7.
- [16] Mayer JA, Woodruff SI, Slymen DJ, Sallis JF, Forster JL, Clapp EJ, *et al.* Adolescents' use of indoor tanning: a large-scale evaluation of psychosocial, environmental, and policy-level correlates. *Am J Public Health.* 2011;101(5):930-8.
- [17] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº59 de 9 de novembro 2009. Proíbe em todo território nacional o uso dos equipamentos para bronzeamento artificial, com finalidade estética, baseada na emissão da radiação ultravioleta (UV). *Diário Oficial da União – Seção 1, no. 215, quarta-feira, 11 de novembro 2009.* Disponible à : http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/RESOLUCAO%20RDC%2056.pdf.

Encadré – L'épidémiologie du mélanome cutané en France et en Europe / Box – *Epidemiology of cutaneous melanoma in France and in Europe*

Anne Thuret (a.thuret@invs.sante.fr)

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Pour assurer sa mission de surveillance des cancers, l'Institut de veille sanitaire (InVS) s'appuie sur un réseau de partenaires constitué des registres généraux et spécialisés de cancer (regroupés au sein du réseau Francim), des Hospices civils de Lyon (HCL) et de l'Institut national du cancer (INCa). Dans ce cadre, l'InVS élabore et coordonne avec ces partenaires un programme de travail partenarial permettant notamment la production d'indicateurs de surveillance des cancers à partir des données des registres, dont sont issus les résultats présentés ici.

Incidence et mortalité (figure 1)

Projections jusqu'en 2011¹

En termes de fréquence dans la population française, le mélanome cutané constitue en 2011 la 6^{ème} cause de cancer chez la femme avec 5 100 nouveaux cas estimés, et le 8^{ème} cancer chez l'homme avec 4 680 nouveaux cas estimés [1].

Les mélanomes cutanés représentent la 14^{ème} et 12^{ème} cause de décès chez la femme et chez l'homme avec, respectivement, 720 et 900 décès estimés pour l'année 2011.

¹ Il s'agit de résultats de projections nationales d'incidence et de mortalité jusqu'en 2011 à partir des données observées dans la zone couverte par les registres de cancer et d'hypothèses d'évolution à partir de 2007 pour l'incidence et à partir de 2009 pour la mortalité. L'hypothèse retenue pour fournir ces projections d'incidence du mélanome cutané pour l'année 2011 est celle d'une prolongation de la tendance récente où les taux d'incidence continueraient à augmenter entre 2005 et 2011 avec toutefois un ralentissement de la croissance.

Les taux d'incidence (standardisés monde) sont estimés à 10,1 et 9,7 pour 100 000, respectivement chez la femme et l'homme, et les taux de mortalité à 1,1 pour chacun des deux sexes.

Estimations entre 1980 et 2005²

Entre 1980 et 2005, l'incidence du mélanome de la peau n'a cessé d'augmenter [2], avec un taux annuel moyen d'évolution (TAME) croissant de +3,4% chez la femme et de +4,7% chez l'homme. Dans le même temps, la mortalité a connu une croissance plus modérée : le TAME de mortalité a augmenté en moyenne de +1,3% chez la femme et de +2,3% chez l'homme.

Parmi tous les cancers, le mélanome cutané est l'un des 5 cancers qui connaît la plus forte augmentation entre 1980 et 2005.

Toutefois, l'incidence des mélanomes augmente à un rythme moins soutenu depuis 2000, chez l'homme comme chez la femme. Entre 2000 et 2005, le taux d'incidence chez la femme a augmenté de +0,5% par an en moyenne et de +0,8% chez l'homme. Au cours de la même période, le taux de mortalité a diminué chez la femme (-0,8% par an en moyenne) et est resté stable chez l'homme (+0,3% par an en moyenne).

Les évolutions temporelles disjointes d'incidence et de mortalité résulteraient des effets du dépistage, qui conduit à une détection précoce

² Il s'agit de résultats d'estimations d'incidence et de mortalité jusqu'en 2005 à partir des données observées dans la zone couverte par les registres de cancer jusqu'en 2003 (inclus) pour l'incidence et des données observées au niveau national jusqu'en 2004 (inclus) pour la mortalité ainsi que d'hypothèses d'évolution jusqu'en 2005. Les nouveaux résultats d'estimation jusqu'en 2010 devraient paraître en 2012.

Figure 1 Mélanome cutané : évolution du nombre de nouveaux cas et de décès (en barres) et des taux standardisés monde (TSM) d'incidence* et de mortalité* (courbe), chez l'homme et la femme / **Figure 1** Cutaneous melanoma : Trends in the number of new cases and deaths (in bars) and in world standardized rates (WSR) of incidence* and mortality* (curve), in men and women



* Taux pour 100 000 personnes-année, standardisés sur la population mondiale. Champ : France métropolitaine, hommes et femmes tous âges. Source : [1]

des formes invasives ; elles indiqueraient ainsi un impact positif de la prévention secondaire de cancers agressifs.

L'âge médian au diagnostic est de 58 ans chez la femme et 60 ans chez l'homme, selon les estimations de 1980 à 2005 [2] ; selon les précédentes estimations (de 1978 à 2000), il était de 56 et 58 ans chez la femme et l'homme, respectivement [3]. Pour la femme comme pour l'homme, l'incidence du mélanome cutané augmente avec l'âge. Ce cancer est plus fréquent chez la femme avant l'âge de 60 ans et prédomine chez l'homme au-delà.

Près de 70% des nouveaux cas sont diagnostiqués au-delà de l'âge de 49 ans, et moins de 30% chez les 15-49 ans selon les estimations de 1980 à 2005 [2].

En Europe, l'incidence du mélanome de la peau est hétérogène selon les pays et diminue selon un gradient Nord-sud. Ce gradient est principalement lié aux différences de phototypes cutanés et de prédisposition génétique entre les populations européennes. Le taux d'incidence estimé en 2008 varie de 21,9 mélanomes pour 100 000 femmes au Danemark à 2,0 en Grèce et de 16,1 mélanomes pour 100 000 hommes en Suède à 2,5 en Grèce. Parmi les 27 pays européens, la France est classée pour cette même année au 20^{ème} rang pour l'homme et au 15^{ème} rang pour la femme [4].

Conclusion

En France, avec près de 10 000 nouveaux cas par an, le mélanome cutané est un cancer fréquent dont l'une des particularités est qu'il

touche des sujets relativement jeunes. C'est l'une des rares localisations cancéreuses dont l'incidence et la mortalité augmentent encore chez l'homme en France, selon les tendances récentes ; chez la femme, l'incidence continue d'augmenter mais la mortalité diminue. Cette tumeur maligne tue chaque année environ 1 600 personnes. Compte tenu de sa gravité, le meilleur traitement est préventif et consiste à limiter l'exposition aux rayons UV qui représente son principal facteur de risque.

Références

- [1] Hospices civils de Lyon ; Institut de veille sanitaire ; Institut national du cancer ; Francim ; Institut national de la santé et de la recherche médicale. Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011. Rapport technique. Juin 2011. Résultats détaillés et commentaires. Disponible à : <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers>
- [2] Belot A, Grosclaude P, Bossard N, Jouglu E, Benhamou E, Delafosse P, et al. Cancer incidence and mortality in France over the period 1980-2005. Rev Epidemiol Santé Publique. 2008 ;56(3):159-75. Résultats détaillés et commentaires disponibles à : http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers/estimations_cancers/default.htm
- [3] Remontet L, Buemi A, Velten M, Jouglu E, Esteve J. Évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2003.217 p.
- [4] Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C and Parkin DM. Globocan 2008 v1.2, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 10 [Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2010. Disponible à : <http://globocan.iarc.fr>