

glioblastome (sous-type de tumeur du système nerveux central) et le *cancer pulmonaire à petites cellules* (tous deux à 7 %). La lutte contre les cancers de mauvais pronostic, dont font partie ces deux sous-types, est une priorité de la stratégie décennale de lutte contre les cancers. Des mesures spécifiques sont déployées afin d'améliorer leur prévention, leur détection et de proposer de nouveaux traitements.

Concernant les hémopathies malignes, dix d'entre elles (correspondant à 44 % des nouveaux cas diagnostiqués chaque année) présentent une survie nette à 5 ans supérieure à 80 %. Près de 50 % des cas incidents d'hémopathies malignes présentent des pronostics intermédiaires (33 % à 65 %). La *leucémie aiguë myéloïde* (7 % des nouveaux cas annuels d'hémopathies malignes), présente le pronostic le plus défavorable, avec une survie à 5 ans de 27 %.

- **Des différences de survie, en faveur des femmes, dans la quasi totalité des localisations cancéreuses**

Que ce soit pour les tumeurs solides ou les hémopathies malignes, l'étude montre des différences de survie en fonction du sexe en faveur des femmes pour la quasi-totalité des cancers étudiés.

L'écart le plus important s'observe pour les cancers de l'ensemble *lèvre-bouche-pharynx* (+ 15 points de pourcentage chez la femme), suivis du *syndrome myélodysplasique* (+ 10 points) et de la *leucémie myélomonocytaire chronique* (+ 10 points), du *cancer de l'estomac* (+ 8 points), et du *cancer du poumon* (+ 6 points).

Seuls les *cancers de la vessie* et des *cavités nasales*² montrent une survie moins favorable chez la femme (respectivement de - 6 points et - 5 points).

Ces écarts peuvent s'expliquer notamment par :

- une sensibilisation plus marquée des femmes à la prévention et au dépistage permettant des diagnostics plus précoces ;
- une exposition plus forte des hommes aux principaux facteurs de risque de cancers (notamment le tabac et l'alcool) ayant comme conséquence une prédominance de certaines sous-localisations anatomiques ou de certains types histologiques de cancers de pronostic plus défavorable.

Bien que la survie s'améliore pour plusieurs localisations, certains cancers de mauvais pronostic conservent des survies à 5 ans basses, chez l'homme et la femme. C'est le cas notamment des cancers associés au tabac et à l'alcool (*poumon, œsophage, foie*) pour les deux sexes. Seul le cancer de *l'estomac*, chez la femme est un cancer de pronostic intermédiaire alors qu'il reste de pronostic défavorable chez l'homme.

La prévention des facteurs de risque évitables de cancers, mais aussi les travaux de recherche pour l'amélioration des thérapeutiques pour ces localisations demeurent essentiels et figurent parmi les 4 axes prioritaires de la stratégie décennale de lutte contre les cancers.

- **Une forte variabilité de la survie selon l'âge au diagnostic**

Une survie plus basse est observée lorsque l'âge au diagnostic augmente, avec une différence plus marquée pour certaines hémopathies malignes. L'écart le plus important concerne les *leucémies aiguës myéloïdes* dont la survie à 5 ans est de 69 % pour les personnes les plus jeunes (30 ans) vs 6 % chez les plus âgées (80 ans).

Un diagnostic de la maladie à stade plus avancé chez les personnes plus âgées peut, en partie, expliquer ces différences selon l'âge. La présence de co-morbidités chez les personnes plus âgées limite également l'accès à certains traitements curatifs ou peut provoquer des complications post-thérapeutiques et induire une baisse de la survie.

Concernant les *cancers du sein et de la prostate*, les personnes jeunes ont une survie moins élevée que les personnes d'âge intermédiaire du fait d'une plus grande fréquence de tumeurs plus agressives.

Une nette amélioration de la survie pour la majorité des hémopathies malignes ; des tendances plus variables en fonction de l'âge pour les tumeurs solides

L'analyse des tendances de la survie nette sur l'ensemble de la période d'étude³ montre une amélioration de la survie nette à 5 ans pour 35 localisations de tumeurs solides (sur 41 étudiées) et 10 hémopathies malignes (sur 18 sous-types étudiés). Ces améliorations sont plus ou moins marquées selon l'âge.

Ainsi, pour les hémopathies myéloïdes, une amélioration particulièrement importante de la survie nette à 5 ans est constatée pour la *leucémie myéloïde chronique* entre 1990 et 2015 (de 47 % à 86 %) observable quel que soit l'âge au diagnostic. Sur une période plus courte de 1995 et 2015 l'amélioration de la survie est importante pour trois hémopathies lymphoïdes : le *lymphome folliculaire* (de 64 % à

² Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne.

³ Période d'étude : 1990-2015, sauf pour certaines hémopathies malignes (1995-2015 ou 2005-2015, selon la disponibilité des données).

89 %, en particulier chez les patients âgés), le *lymphome diffus à grandes cellules B* (de 39 à 63 % quel que soit l'âge au diagnostic) et le *Myélome multiple /Plasmoctyome* (de 42 % à 63 % en particulier chez les plus jeunes).

Seule la *thrombocytémie essentielle* marque une diminution de la survie nette à 5 ans (- 6 points) et plus particulièrement chez les personnes diagnostiquées à partir de 60 ans. Une modification du profil des patients diagnostiqués, induite par l'évolution des critères diagnostiques (augmentant ainsi leur incidence) a pu avoir un impact sur leur pronostic.

Concernant les tumeurs solides, l'amélioration de la survie nette à 5 ans la plus importante depuis 1990 est observée pour le *cancer de la prostate* (+ 21 points de pourcentage) qui est le cancer le plus fréquent chez l'homme (avec 50 430 nouveaux cas estimés en 2018), le *sarcome* (+ 17 points) ou encore pour les *cancers de la thyroïde*, de *l'ovaire*, du *rectum* ou encore de *l'intestin grêle* (+ 14 points).

En fonction de l'âge, ces progressions de la survie sont variables ; une amélioration plus marquée est constatée chez les personnes jeunes au moment du diagnostic pour le *sarcome* ou des cancers de l'ensemble *lèvres-bouches-pharynx* et chez les plus âgées pour le cancer de la *thyroïde*.

Enfin, parmi les cancers les plus fréquents, on observe une augmentation significative de la survie nette à 5 ans de respectivement + 9 points, +11 points et + 12 points pour :

- le *cancer du sein* (1^{er} cancer incident chez la femme avec 58 459 cas en 2018) ;
- le cancer du poumon (2^e cancer le plus fréquent avec 46 363 cas en 2018 hommes et femmes) ;
- les cancers du *côlon et du rectum* (3^e cancer le plus fréquent avec 43 336 cas en 2018 hommes et femmes).

Les évolutions favorables de la survie peuvent s'expliquer par :

- des diagnostics plus précoces, notamment grâce aux pratiques de dépistage, bien qu'il soit difficile d'en quantifier l'apport ;
- un meilleur ciblage des thérapeutiques grâce à l'amélioration des outils diagnostiques (imagerie, techniques de cytogénétiques et de biologie moléculaires) ;
- l'arrivée de traitements innovants comme les thérapies ciblées dans le *cancer du foie* ou encore des combinaisons thérapeutiques pour les *cancers du système nerveux central* ou les hormonothérapies et les traitements ciblés pour les *cancers du sein* ;
- une surveillance accrue des patients (notamment en oncogériatrie et grâce aux réunions de concertations pluridisciplinaires) largement soutenue dans le cadre des actions des Plans cancers.

Toutefois, certaines localisations enregistrent un recul de la survie nette à 5 ans. C'est le cas du :

- *cancer de la vessie* (- 5 points) avec une diminution plus marquée chez les personnes diagnostiquées jeunes, conséquence probable des évolutions de classification des tumeurs au cours des années de diagnostic ;
- *cancer du col de l'utérus* (- 3 points) en particulier chez les femmes de plus de 50 ans. Il s'agit là d'un effet « paradoxal » du dépistage. En effet, il permet de détecter des lésions précancéreuses (entraînant une diminution de l'incidence des cancers invasifs) et des cancers à un stade plus précoce et donc curable et d'améliorer les chances de guérison (ce qui est observé chez les femmes de moins de 50 ans). Avec la diminution du nombre de cancers invasifs la proportion de cancers diagnostiqués à des stades avancés (chez des femmes non dépistées), donc plus agressifs augmente.

Premières données de survie à 20 ans

L'ancienneté des registres français permet de présenter, pour la première fois, des survies à long terme avec un recul allant jusqu'à 20 ans après le diagnostic. Ces données concernent des personnes diagnostiquées entre 1989 et 2000 et âgées de moins de 75 ans au moment du diagnostic (35 localisations pour les tumeurs solides et 6 pour les hémopathies malignes).

Ainsi, pour les cancers de pronostic favorable 5 ans après le diagnostic, on observe à 20 ans une survie nette relativement stable quel que soit l'âge. C'est le cas des *cancers du testicule* (survie nette à 20 ans supérieure à 90 %), des *mélanomes cutanés* (> 80 %) et des *cancers du sein* (> 63 %). Pour d'autres, comme les cancers de la *thyroïde* et du *corps de l'utérus*, une diminution de la survie nette entre 5 et 20 ans est constatée pour les personnes âgées de 70 ans au diagnostic.

Par ailleurs, certaines hémopathies malignes, dont le pronostic était favorable à 5 ans, ont une survie nette à 20 ans qui diminue, selon l'âge, de 10 à 25 points de survie ; il s'agit de la *leucémie lymphoïde chronique* (LLC)/*lymphome lymphocytaire* (survie nette à 20 ans entre 36 % et 55 % selon l'âge) et du *lymphome de Hodgkin* (entre 22 % et 91 %).

Certains cancers de pronostic intermédiaire enregistrent un recul important de la survie nette entre 5 et 20 ans. Il s'agit des cancers de la sphère ORL (- 25 à - 30 points). Ainsi, l'ensemble *lèvre-bouche-pharynx* présente une survie nette à 20 ans de 10 % (vs 44 % à 5 ans).

Enfin, les cancers de pronostic défavorable à 5 ans montrent une probabilité de survie à 20 ans plus variable selon l'âge entre 2 % et 27 %.

L'ensemble de ces données marque un apport essentiel dans la poursuite des actions de lutte contre les cancers. Elles permettent d'identifier les champs dans lesquels les efforts doivent s'intensifier. Ainsi, les axes prioritaires définis dans la stratégie décennale de lutte contre les cancers prévoient notamment de concentrer les travaux de recherche sur les cancers de mauvais pronostic, de poursuivre et d'intensifier les actions en matière de prévention, qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire. L'objectif étant de diminuer le poids de la maladie dans le quotidien de chaque concitoyen.

Présentation des résultats : trois catégories de pronostic selon la survie nette standardisée à 5 ans

Les différentes localisations étudiées ont été présentées en trois groupes définis en fonction de la survie nette standardisée (SNS) à 5 ans sur la période 2010 – 2015 :

- pronostic favorable : SNS à 5 ans supérieure à 65 % ;
- pronostic intermédiaire : SNS à 5 ans comprise entre 33 % et 65 % ;
- pronostic défavorable : SNS à 5 ans inférieure à 33 %.

Les indicateurs de l'étude : définitions

- **La survie observée** correspond à la proportion de personnes encore vivantes à un temps donné après le diagnostic, toutes causes de décès confondues.
- **La survie nette** est la survie que l'on observerait si la seule cause de décès possible était le cancer ; elle découle directement du taux de mortalité en excès. Pour contrôler les variations de structures d'âges, la survie nette 'tous âges' est standardisée sur l'âge.
- **Le taux de mortalité en excès** est estimé via une modélisation statistique par comparaison au taux de mortalité attendu en population générale.

Ces deux indicateurs (survie nette et taux de mortalité en excès) permettent des comparaisons entre sexe, âge, année ou pays qui ne sont pas affectées par des différences de mortalité due aux autres causes que le cancer étudié.

Les partenaires du programme



- Télécharger la synthèse des résultats « *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018* »
 - [Sur le site de l'Institut national du cancer](#)
 - [Sur le site de Santé publique France](#)
- Accéder aux rapports par localisation de cancer
 - [Sur le site de l'Institut national du cancer](#)
 - [Sur le site de Santé publique France](#)

CONTACTS PRESSE

Institut national du cancer
Responsable des relations media
Lydia Dauzet
presseinca@institutcancer.fr
01 41 10 14 44 / 06 20 72 11 25

Santé publique France
Vanessa Lemoine : 01 55 12 53 36
Stéphanie Champion : 01 41 79 67 48
presse@santepubliquefrance.fr

Agence PRPA
Danielle Maloubier - 06 24 26 57 90
danielle.maloubier@prpa.fr
Elisa Ohnheiser - 06 80 28 66 72
elisa.ohnheiser@prpa.fr