Le réseau des registres des cancers Francim, le service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon (HCL), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer (INCa) publient une étude actualisée de l'évolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France[1].

L'étude porte sur la période 1980-2012 et comporte deux parties : la 1ère partie concerne les tumeurs solides et la 2 ème les hémopathies malignes (cette seconde partie sera publiée en septembre 2013).

Réalisée à partir des données des registres des cancers du réseau Francim, la 1 ère partie porte sur 925 242 cas de cancers recensés dans 21 départements couverts par les registres participant à l'étude . Elle fournit les estimations nationales actualisées d'incidence et de mortalité (tous types de cancers confondus) ainsi qu'une analyse des tendances entre 1980 et 2012 pour 19 localisations (15 pour les hommes et 17 pour les femmes) de tumeurs solides invasives. Toutefois les chiffres présentés dans ce communiqué concernent l'ensemble des cancers : les 19 tumeurs solides objet de la 1 ère partie de l'étude ainsi que tous les autres cancers.

La mesure et le suivi des indicateurs d'incidence et de mortalité sont essentiels pour l'ensemble des acteurs et décideurs de santé publique pour leur permettre de mettre en œuvre des politiques de santé adaptées aux besoins de la population.

PRINCIPAUX CHIFFRES

- Incidence en 2012

En 2012, le nombre de nouveaux cas de cancers en France métropolitaine est estimé à 355 000 (200 000 chez l'homme et 155 000 chez la femme).

- **le cancer de la prostate reste de loin le cancer le plus fréquent chez l'homme** (56 800 nouveaux cas par an) devant le cancer du poumon (28 200 nouveaux cas) et le cancer colorectal (23 200 nouveaux cas) ;
-le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme (48 800 nouveaux cas par an), devant le cancer colorectal (18 900 nouveaux cas) et le cancer du poumon (11 300 nouveaux cas).

- Mortalité en 2012

En 2012, le nombre de décès par cancer en France est estimé à 85 000 chez l'homme et 63 000 chez la femme, soit au total 148 000 décès.

- **le cancer du poumon se situe au 1 er rang chez l'homme (21 300 décès par an)** devant le cancer colorectal (9 200 décès) et le cancer de la prostate (8 900 décès) ;
- **le cancer du sein est la 1 ère cause de décès par cancer chez la femme** (**11 886 décès par an)** . **L e cancer du poumon se positionne désormais au 2 e rang**
(8 700 décès par an) devant le cancer colorectal (8 400 décès).

GRANDES EVOLUTIONS 1980-2012

Le nombre de nouveaux cas de cancers a considérablement augmenté entre 1980 et 2012 chez l'homme comme chez la femme (respectivement 107,6 % et 111,4 %). Cette augmentation s'explique en grande partie par l'accroissement de la population, qui mécaniquement augmente le nombre de cas, et par son vieillissement, la majorité des cas survenant chez les sujets âgés. Ainsi, chez l'homme, l'augmentation s'explique à hauteur de 30,8 % par l'accroissement de la population et à hauteur de 33,7 % par son vieillissement. Chez la femme, les chiffres sont respectivement de 33,8 % et 22,5 %. Le reste de la hausse du nombre de cas, soit 43,1 % chez l'homme et 55,1 % chez la femme, s'explique par l'augmentation de la probabilité d'être diagnostiqué avec un cancer, notamment en raison de l'évolution de l'exposition aux facteurs de risque et des modifications intervenues dans les méthodes diagnostiques.

Concernant la mortalité, entre 1980 et 2012, le nombre de décès par cancer a augmenté de 11 % chez l'homme et de 20,3 % chez la femme. Cette hausse est attribuable à l'évolution démographique (augmentation et vieillissement de la population) alors que le risque de décéder a diminué notablement, la diminution étant plus marquée chez l'homme.

Pour comparer les données de mortalité ou d'incidence d'une période à une autre ou d'un pays à l'autre, on ne peut pas se contenter d'observer le nombre de décès ou de nouveaux cas. Il faut en effet s'affranchir des effets liés à l'augmentation de la population et à son vieillissement. On y parvient en calculant le « taux standardisé » qui neutralise ces deux facteurs.

Ainsi, entre 1980 et 2012, on observe une augmentation du taux d'incidence (standardisé sur la population mondiale) de 27,9 % chez l'homme et de 42,9 % chez la femme, soit environ 1 % par an (en moyenne 0,8 % par an chez l'homme et 1,1 % chez la femme). Cette hausse résulte, en partie, d'une meilleure détection des cancers, ce qui entraîne une augmentation du nombre de cas diagnostiqués, ainsi que d'une augmentation du risque de cancer, même si ce dernier n'a augmenté que de façon plus modeste.

Toutefois cette tendance s'inverse depuis 2005, avec une diminution du taux d'incidence chez l'homme (en moyenne -1,3 % par an) et un ralentissement de l'augmentation de ce taux chez la femme (en moyenne 0,2 % par an). On note ainsi, d'une part, une tendance à la baisse de l'incidence des cancers du sein et de la prostate depuis 2005 et, d'autre part, une stabilité de l'incidence de certains cancers (côlon-rectum et poumon chez les hommes).

Concernant le cancer du sein, un facteur important de cette baisse de l'incidence depuis 2005 pourrait être la diminution de la prescription de traitements hormonaux de la ménopause ou de leur durée. L'arrêt de la montée en puissance du dépistage peut également être évoqué.

Pour le cancer de la prostate, on constate de 2000 à 2005 une forte augmentation du nombre de nouveaux cas induite par l'intensification de la détection de ce cancer par le dosage sérique du PSA (Antigène spécifique de la prostate). Cette augmentation est d'autant plus importante que la pratique s'est rapidement répandue, induisant un « phénomène de rattrapage », c'est-à-dire le diagnostic d'un nombre important de cas chez des personnes qui n'avaient pas précédemment fait l'objet de cette détection. A partir de 2005, une baisse brutale de l'incidence

est observée Elle correspond à la conjonction de deux phénomènes : l'un épidémiologique, qui est lié au fait qu'après plusieurs années de détection par le dosage du PSA, une partie des cancers prévalents sont diagnostiqués ; l'autre sociale, qui résulte de la prise de conscience d'un risque de «sur-diagnostic» par les soignants et la population, ce qui incite à la prudence vis-à-vis du dépistage[2].

Le taux standardisé de mortalité a, pour sa part, diminué en moyenne de 1,5 % par an chez les hommes et de 1 % chez les femmes au cours de la période 1980-2012. Les taux de mortalité par cancer sont toujours plus élevés chez les hommes que chez les femmes, mais ils diminuent plus rapidement chez les hommes. Cette diminution est essentiellement liée à la diminution de la consommation d'alcool et de tabac chez les hommes.

CONCLUSION

Ces estimations portant sur la période 1980-2012 confirment la divergence entre l'évolution de l'incidence et celle de la mortalité par cancer. Cette divergence s'explique par l'effet combiné de la diminution de l'incidence des cancers de mauvais pronostic (cancers de l'œsophage, de l'estomac, des voies aéro-digestives supérieures par exemple) et l'augmentation de l'incidence des cancers de meilleur pronostic. Cette augmentation est liée, en partie, à des modifications des pratiques médicales qui entraînent des diagnostics plus précoces et du sur-diagnostic. Cependant, pour la première fois, on observe à partir de 2005 des changements d'évolution de l'incidence avec une diminution chez l'homme et une stabilisation chez la femme. Ces variations sont dues aux récentes modifications de l'incidence des cancers de la prostate et du sein.

Attention cependant : pour certaines tumeurs solides, en particulier le cancer du poumon chez la femme et le mélanome cutané chez l'homme, les évolutions marquées par une augmentation conjointe de l'incidence et de la mortalité restent préoccupantes. Ainsi, les efforts de prévention menés pour ces deux cancers évitables dont les principaux facteurs de risque sont connus (tabagisme pour le cancer du poumon et exposition aux ultraviolets naturels ou artificiels pour les mélanomes de la peau) doivent être maintenus et renforcés.

Cette étude	*est réalisée dans le cadre d'un programme de travail partenarial qui vise à opti*

> Télécharger la synthèse et le rapport intégral

[1] L'incidence est le nombre de nouveaux cas de cancer. La mortalité est le nombre de décès par cancer.

[2] Les partenaires rappellent que le dépistage du cancer de la prostate par dosage sérique du PSA ne fait pas l'objet d'une recommandation par les autorités de santé. Les faibles performances du dosage du PSA comme test de dépistage, les conséquences physiques et psychologiques importantes (et pour certaines graves) des explorations et des traitements (complication des biopsies avec risque d'infections, de rétention urinaire, possibilité de faux négatifs ; séquelles de la chirurgie ou de la radiothérapie avec troubles sexuels, urinaires et digestifs) conduisent à une balance bénéfices/risques négative, c'est pourquoi les autorités sanitaires ne recommandent pas de pratiquer ce dépistage.