Le réseau Francim des registres des cancers, le service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Institut national du cancer (INCa) publient le troisième rapport sur la survie[1] des personnes adultes atteintes de cancer en France métropolitaine. Cette étude, menée sur la période 1989-2013 à partir des registres des cancers, porte sur 53 cancers. Publiée en deux volumes (tumeurs solides, hémopathies malignes [2]), elle présente la survie à 1, 3 et 5 ans des personnes diagnostiquées sur la période 2005-2010, ainsi que les tendances de survie à 1, 5 et 10 ans entre 1989 et 2010. Elle présente également, pour la première fois, des estimations de la survie à long terme (15 ans).

Les tendances observées sont encourageantes avec une amélioration de la survie à 5 ans pour la plupart des cancers sur la période d'étude, notamment pour 3 tumeurs solides fréquentes (prostate : +22 points, 94% de survie ; côlon-rectum : +9 points, 63% ; sein : +7 points, 87%) et 3 hémopathies malignes fréquentes (lymphome diffus à grandes cellules B : +18 points, 60% de survie ; myélome multiple et plasmocytome : +11 points, 54% ; leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytique : +8 points, 85%). Selon les cancers, cette amélioration peut être attribuée aux progrès de la prise en charge et des traitements, mais aussi à une modification de définition de la maladie ou un diagnostic plus précoce.

Cependant, certains cancers fréquents restent de très mauvais pronostic comme le cancer du poumon (+4 points, 17% de survie), qui est la première cause de décès par cancer chez l'homme et aujourd'hui la deuxième chez la femme. Il en est de même pour les autres cancers liés à des comportements à risque, associés au tabac et à l'alcool comme les cancers des voies aérodigestives et certains cancers digestifs, ce qui rend indispensable la poursuite d'actions de prévention contre ces cancers.

Les travaux mettent aussi en exergue une hétérogénéité de la survie à court et moyen terme selon les localisations cancéreuses, le sexe et l'âge. A ce titre, sur la période 2005-2010, la survie à 5 ans varie considérablement selon les cancers (de 4% à 96%). Elle tend à être meilleure chez la femme en particulier pour les tumeurs solides. Chez les jeunes, la survie est également plus élevée que chez les personnes âgées en raison de traitements parfois moins agressifs du fait de comorbidités plus fréquentes dans cette classe d'âge, et de cancers plus avancés lors du diagnostic. La survie à long terme (15 ans) varie aussi selon les cancers. Les résultats montrent qu'un certain nombre de patients peuvent encore décéder de leur cancer entre 10 et 15 ans après le diagnostic.

Les données de survie constituent un indicateur d'évaluation tant du système de santé en matière de prévention que des progrès thérapeutiques et des prises en charge en cancérologie. Elles contribuent aux orientations des politiques de lutte contre les cancers.

Ce rapport, inscrit dans le plan cancer 2014-2019, est réalisé dans le cadre d'un programme de travail partenarial (PTP) qui vise à optimiser la surveillance et l'observation des cancers à partir des données des registres, afin d'orienter les politiques publiques dans toutes les dimensions de la lutte contre le cancer.

[1] L'indicateur principalement utilisé dans cette étude est celui de la survie nette qui est la survie qui serait observée si la seule cause de décès des personnes était le cancer.
[2] 37 tumeurs solides (cancers des organes) et 16 hémopathies malignes (cancers ayant pour origine les cellules sanguines comme par exemple les leucémies ou les lymphomes)

Â

Focus sur les tumeurs solides et les hémopathies malignes les plus fréquentes ainsi que celles accessibles au dépistage et à la prévention

Â

Période de diagnostic

Survie nette standardisée
à 5 ans selon période diagnostic

Survie nette standardisée
à 10 ans

Survie nette à 15 ans
Personnes âgées de moins de 75 ans
au moment du diagnostic

1989-1993	1

2005-2010

1989-2010	2

Â

1989-1998	1

Â

Â

Â

Â

chez les plus jeunes [15-45 ans]	3

chez les plus âgés [65-75 ans]

Prostate

72%
94%
80%
Â
58% 3
62%
Sein
80%
87%
76%
Â
66%
65%
Côlon-rectum

54%
63%
52%
Â
54%
46%
Poumon
13%
17%
10%
Â
14%
5%

Col de l'utérus
68%
62%
58%
Â
76%
49%

Mélanome de la peau
83%
92%
84%
Â
84%
71%

Myélome multiple et plasmocytome	
43%	1
54%	
27%	2
Â	
31%	1,3
9%	1

Leucémie lymphoïde chronique/ lymphome lymphocytique	
77%	
85%	
62%	
Â	
57%	3

44%	

Lymphome diffus à grandes cellules B	

42%	1
60%	
44%	2
Â	
61%	1
26%	1

[1] La période de diagnostic est 1995-1998 pour le myélome multiple et plasmocytome ainsi que le lymphome diffus à grandes cellules B.
[2] La période de diagnostic est 1995-2010 pour le myélome multiple et plasmocytome ainsi que le lymphome diffus à grandes cellules B.
[3] 15-55 ans pour le cancer de la prostate, le myélome multiple et plasmocytome ainsi que la leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytique

- **Cancer de la prostate**

L'amélioration de la survie du cancer de la prostate résulte d'une conjonction de différents facteurs : les pratiques diagnostiques, les progrès thérapeutiques et une prise en charge plus efficace car plus précoce.

- **Cancer du sein**

L'augmentation de la survie du cancer du sein est attribuée aux progrès thérapeutiques majeurs réalisés au début des années 2000, et à une augmentation de la proportion des cancers découverts à un stade précoce en lien avec le développement des pratiques de dépistage. Le fait que le cancer du sein se situe parmi les cancers de bon pronostic ne doit pas faire oublier que, du fait de sa fréquence, le cancer du sein reste la première cause de décès par cancer chez la femme.

- **Cancer colorectal**

Le pronostic des cancers du côlon et du rectum s'est amélioré au cours du temps en France. Cette amélioration de la survie s'explique essentiellement par une diminution de la mortalité opératoire et des progrès dans les prises en charge.

- **Cancer du poumon**

Le pronostic du cancer du poumon est parmi les plus sombres des cancers. Malgré l'amélioration récente des prises en charge diagnostique et thérapeutique, l'augmentation de la survie observée au cours du temps est faible. A l'heure actuelle, la meilleure arme pour lutter contre la mortalité liée à ce cancer, devenue la deuxième cause de décès par cancer chez la femme, est la lutte contre le tabagisme.

- **Cancer du col de l'utérus**

La survie du cancer du col de l'utérus (forme invasive) a diminué. Cette tendance est paradoxalement le résultat « positif » du dépistage par frottis qui existe en France depuis 25 ans. En effet, le dépistage permet de repérer des lésions précancéreuses et à un stade précoce (non invasif). Les cancers diagnostiqués au stade invasif sont donc désormais moins nombreux, mais ils comportent une proportion plus importante de cancers de mauvais pronostic, d'où la diminution de la survie au cours de la période d'étude. Il faut rappeler ici que le dépistage du cancer du col utérin est très efficace car il a entrainé en France une baisse importante de l'incidence et de la mortalité pour ce cancer depuis les années 1980.

- **Mélanome de la peau**

Le mélanome de la peau est une tumeur de bon pronostic, s'il est diagnostiqué précocement. L'amélioration de la survie est principalement liée à un diagnostic plus précoce. Des progrès devraient pouvoir encore être obtenus, d'une part grâce à un examen clinique complet et régulier lors des consultations médicales, et d'autre part grâce aux campagnes de détection précoce mises en place par les dermatologues.

- **Myélome multiple et plasmocytome**

Le myélome multiple et plasmocytome restent une maladie de mauvais pronostic chez les personnes âgées. Néanmoins, une amélioration de la survie du myélome multiple et plasmocytome est mise en évidence pour la première fois en France chez les plus jeunes. Cette observation peut être liée à la diffusion de l'innovation thérapeutique dans cette catégorie d'âge sans pouvoir toutefois exclure un effet de l'évolution de la définition de la maladie dans le temps.

- **Leucémie lymphoïde chronique/lymphome lymphocytique**

L'amélioration de la survie est probablement liée à une meilleure compréhension de la LLC/lymphome lymphocytique avec notamment une meilleure identification des facteurs pronostiques, mais aussi à des modifications de la prise en charge (meilleure prise en compte des comorbidités et adaptation des traitements selon l'âge).

- **Lymphome diffus à grandes cellules B**

L'augmentation marquée de la survie du lymphome diffus à grandes cellules B dans toutes les catégories d'âge est en grande partie liée à l'introduction de traitements innovants (anticorps monoclonaux) au niveau de certaines polychimiothérapies.

> Télécharger le rapport et la synthèse « Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 - Tumeurs solides »
> Télécharger le rapport et la synthèse « Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2013 - Hémopathies malignes »
> Télécharger l'infographie « Survie : les chiffres clés »