



Présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France et des tendances des 25 dernières années (1980-2005)

Conférence de presse du 21 février 2008

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
14 avenue Duquesne, Paris
-- salon B --

Dossier de presse

Contact presse : Laetitia Gouffé-Benadiba (InVS)
01 41 79 67 08 / 06 64 66 17 30 (l.benadiba@invs.sante.fr)

Sommaire

Incidence et mortalité par cancer en France. Situation en 2005 et tendances des 25 dernières années :

1. Méthodologie

2. Résultats globaux et interprétation des grandes tendances. Situation et évolution de grandes localisations cancéreuses :

- le cancer du poumon
- le cancer du sein
- le cancer du colon-rectum
- le mélanome de la peau
- le cancer du col de l'utérus
- le cancer des voies aéro-digestives supérieures (lèvres, bouche et pharynx)
- le cancer de la thyroïde
- les lymphomes malins non-hodgkiniens

3. Incidence et mortalité par cancer chez l'homme et chez la femme (tableaux)

4. Les registres de cancer en France (cartes)

5. Le réseau de surveillance épidémiologique nationale des cancers (schéma)

Annexes :

- Fiches de présentation :
 - o Institut de veille sanitaire (InVS)
 - o Hospices Civils de Lyon
 - o Réseau Francim
 - o Institut national du cancer (INCa)
 - o Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm (CépiDc)
- Communiqué de presse.

Fiche n°1. Incidence et mortalité par cancer en France. Situation en 2005 et tendances des 25 dernières années (méthodologie)

L'incidence des cancers est une mesure qui quantifie la fréquence de survenue de cette maladie. Elle s'exprime principalement de deux façons : en « nombre de nouveaux cas annuels » dans une population ou en « taux annuel d'incidence standardisé », c'est-à-dire en nombre de nouveaux cas durant une année pour 100 000 personnes ayant une structure d'âge donnée¹.

Le nombre de nouveaux cas indique le poids que représente cette maladie pour une population. L'évolution de cet indicateur est utile à la planification de l'offre de soins. Mais il comporte des limites quant à son interprétation. En effet, son évolution dans le temps est étroitement liée à l'augmentation de la population et au vieillissement de celle-ci, la majorité des cancers survenant chez le sujet âgé.

Le taux annuel d'incidence standardisé correspond au nombre de nouveaux cas qu'on observerait dans une population (« standard ») dont on a fixé la taille et la structure d'âge. Il a le grand avantage de s'affranchir des considérations démographiques et représente un risque moyen sur l'ensemble des classes d'âge ; il n'évolue dans le temps que si des changements surviennent dans les facteurs de risque ou dans les pratiques médicales.

L'augmentation du nombre de cas sur une période donnée est le résultat de l'évolution sur cette période de la structure démographique d'une part, et de l'évolution de ce risque moyen d'autre part. Ces considérations sont valables aussi pour la mortalité : on peut fournir un nombre de décès par année dans la population française, et un taux de mortalité standardisé pour 100 000 personnes pendant un an. L'évolution dans le temps du taux standardisé de décès peut être à la baisse, alors même que le nombre de décès augmente encore : il suffit pour cela que la population vieillisse vite et que le risque moyen décroisse lentement.

Un taux d'incidence qui augmente avec le temps doit conduire à s'interroger sur les causes sous-jacentes à une telle augmentation : existe-t-il un risque environnemental ou lié au mode de vie augmentant réellement le risque ? Dépiste-t-on plus ? Diagnostique-t-on mieux ? L'interprétation de ces données épidémiologiques est un exercice difficile, et doit de surcroît être faite pour chaque localisation de cancer séparément. Par ailleurs, la notion de risque individuel ne peut être directement déduit de ces données populationnelles, car pour un individu donné, le risque de cancer dépend de certaines de ses caractéristiques : son sexe, son âge, ses facteurs de risques (consommation de tabac, d'alcool...), ses antécédents. Les résultats présentés sont donc des risques moyens pour la population française.

¹ L'OMS définit la « population standard mondiale » en fixant la proportion de personnes dans chaque classe d'âge de cinq ans entre 0 et 84 ans et les personnes de 85 ans et plus

Les données qui ont servi à l'estimation de l'incidence des cancers en France sont issues de la base de données de plus de 600 000 cas de cancers diagnostiqués entre 1975 et 2003 par l'ensemble des registres français de cancer (réseau FRANCIM). Les registres ne couvrent pas l'ensemble de la population française, et ne sont peut être pas représentatifs de celle-ci. C'est pourquoi, l'incidence nationale n'est pas une simple extrapolation du taux d'incidence observée dans la zone couverte par les registres. Elle est obtenue par modélisation statistique du rapport entre le nombre de cas diagnostiqués et le nombre de décès dus au cancer dans l'ensemble des départements couverts par un registre. Ce modèle permet ensuite de calculer le nombre de cas diagnostiqués en France pour chaque sexe, chaque âge et 25 localisations cancéreuses différentes, en se basant sur les données de mortalité nationales fournies par le CépiDc (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès).

Les données d'incidence des registres n'étant disponibles pour des raisons techniques que jusqu'en 2003, les chiffres 2005 sont issus de prédictions à court terme issues d'un modèle statistique. Comme toute prédiction, elles peuvent s'avérer finalement plus ou moins éloignée de la réalité. Ce risque « statistique » est ici raisonnable notamment parce que l'extrapolation ne porte que sur deux années. Toutefois, dans le cas d'une inflexion radicale et subite de l'incidence d'un cancer sur les années 2004-2005 pour lesquelles les données ne se sont pas encore disponibles, la différence pourrait être importante².

² Cette situation ne pourrait pratiquement survenir qu'en cas de survenue ou de disparition brutale d'un facteur de promotion des tumeurs. Il est vraisemblable qu'on l'observera pour le cancer du sein suite à l'arrêt des traitements hormonaux de substitution.

Fiche n°2. Résultats globaux et interprétation des grandes tendances. Situation et évolution de grandes localisations cancéreuses.

➤ Résultats globaux et interprétation des grandes tendances

Le nombre de nouveaux cas de cancer en 2005 en France a été estimé à près de 320 000 pour les 2 sexes confondus, 180 000 chez les hommes et 140 000 chez les femmes. En 2005, les 3 cancers les plus fréquents chez l'homme sont le cancer de la prostate, le cancer du poumon et le cancer du colon-rectum avec respectivement 62 000, 24 000 et 20 000 nouveaux cas en 2005. Chez la femme, les 3 cancers les plus fréquents sont le cancer du sein, le cancer du colon-rectum et le cancer du poumon avec respectivement 50 000, 17 500 et 7 000 nouveaux cas. Par rapport à l'année 2000, le cancer de la prostate a encore accentué sa croissance pour être désormais le cancer le plus fréquent. Le cancer du poumon est devenu le 3^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme (après les cancers du sein et du colon-rectum).

Depuis 1980 où le nombre de nouveaux cas de cancers s'élevait à 170 000, ce nombre a presque doublé chez l'homme (augmentation de 93 %) et a progressé de 84 % chez la femme. La prise en compte des modifications démographiques de la population française ces 25 dernières années montre que 25 % de l'augmentation du nombre de cas est due à l'augmentation de la population et 20 % à son vieillissement (le risque de cancer augmentant avec l'âge). Un peu plus de la moitié des cas supplémentaires est due à l'augmentation du risque (52 % chez l'homme et 55 % chez la femme).

Le nombre de décès par cancer en 2005 a été estimé à 146 000, traduisant une augmentation de 13 % depuis 1980. Cette augmentation du nombre de décès par cancer est très inférieure à celle que laissaient prévoir l'augmentation et le vieillissement de la population française (37%), et le risque de mortalité par cancer a en fait diminué de 24% entre 1980 et 2005. La diminution du taux standardisé de mortalité par cancer est en moyenne de -1,1 % par an chez l'homme et -0,9 % chez la femme. Elle est encore plus marquée ces 5 dernières années, respectivement -2,5 % et -1,2 %.

Ainsi, pour l'ensemble des cancers, les évolutions au cours du temps de l'incidence et de la mortalité sont divergentes, augmentation de l'incidence et baisse de la mortalité. Cette divergence s'explique en particulier par l'évolution croisée des cancers les plus agressifs dont l'incidence chute ces dernières années, comme par exemple le cancer de l'œsophage, de l'estomac et des voies aérodigestives supérieures, et des cancers de pronostic plus favorable, en augmentation, comme les cancers du sein et de la prostate.

Considérant l'ensemble des localisations cancéreuses dont l'incidence augmente, l'analyse des données montre que chez la femme, la moitié des cas supplémentaires sont représentés par des cancers du sein, et chez l'homme environ 70 % des cas supplémentaires sont représentés par des cancers de la prostate, ces deux cancers ayant fait l'objet d'un dépistage croissant ces 25 dernières années, conduisant à une évolution fortement divergente de leur incidence et de leur mortalité. Ainsi, ces résultats confirment qu'à côté des évolutions démographiques, les modifications des pratiques médicales et en particulier l'extension du dépistage, jouent un rôle éminent dans l'augmentation du nombre de cas de cancers en France, dont une partie n'aurait jamais émergée cliniquement en l'absence de dépistage. Pour autant, l'évolution de la démographie et des pratiques médicales n'expliquant pas à eux seuls l'augmentation constatée, l'hypothèse que les modifications de l'environnement en soit responsable en partie doit faire l'objet d'un effort de recherche constant portant à la fois sur l'existence et la nature du lien causal et sur la mesure de l'exposition des populations à des cancérogènes avérés ou probables.

➤ La situation et l'évolution de grandes localisations cancéreuses

Le cancer du poumon

Avec 26 624 décès en 2005, le cancer du poumon est le cancer le plus important en termes de mortalité. Parmi les 30 651 nouveaux cas annuels, 78 % surviennent chez l'homme. Les taux d'incidence standardisés en 2005 sont de 50,5 et 12,6 respectivement chez l'homme et chez la femme. Chez l'homme, sur la période 2000-2005, le taux d'incidence a diminué en moyenne chaque année de -0,5 % par an et le taux de mortalité de -1,7 %. Au contraire, l'incidence et la mortalité ont augmenté chez la femme pendant la même période de +5,8 % et +4,2 % par an. Le taux d'incidence standardisé est de 3,6 en 1980 et de 12,6 en 2005, soit une variation annuelle moyenne de +5,1 %. Dans le même temps, la mortalité a augmenté de 3,9 en 1980 à 9,4 en 2005, soit une variation annuelle moyenne de +3,5 %.

Les tendances du cancer du poumon en France sont similaires à celles relevées dans d'autres pays développés, comme en Grande-Bretagne et aux États-Unis, où après une forte augmentation, l'incidence du cancer broncho-pulmonaire s'est stabilisée à partir des années 1950 et a commencé à décroître dans les années 1980. La diminution chez l'homme comme l'augmentation chez la femme s'expliquent par les modifications de la consommation tabagique. Chez la femme, l'ampleur de la croissance est préoccupante et justifie pleinement la poursuite des efforts de prévention primaire envers le tabagisme.

Le cancer du sein

Le cancer du sein demeure le cancer le plus fréquent chez la femme. Le nombre de nouveaux cas pour l'année 2005 a été estimé à 49 814, soit un taux standardisé d'incidence de 101,5. Il représente également chez la femme le premier cancer en termes de mortalité avec un taux de 17,7 pour l'année 2005. En Europe, la France est un pays à fort taux d'incidence du cancer du sein. L'incidence du cancer du sein croît régulièrement depuis 1980 de +2,4 % en moyenne par an. A l'inverse, le taux de mortalité décroît doucement depuis les années 1998-2000 de -1,3 % en moyenne chaque année. Il est difficile de quantifier la part due à l'évolution des facteurs de risque environnementaux ou comportementaux, comme l'accroissement de l'âge au premier enfant, dans l'élévation de l'incidence du cancer du sein. L'extension de la pratique du dépistage organisé entre 1990 et 2003 venant s'ajouter à la pratique individuelle de dépistage pourrait expliquer une partie de l'évolution divergente entre l'incidence et la mortalité, en complément de l'amélioration de la prise en charge thérapeutique. Ces données, basées sur un recueil ne dépassant pas l'année 2003, ne permettent pas d'apprécier une éventuelle diminution de l'incidence dans les années les plus récentes comme celle observée dans les années 2005-2006 grâce aux données de l'assurance-maladie, où cette évolution a été attribuée à la réduction du recours au traitement hormonal de synthèse.

Le cancer de la prostate

En 2005, le cancer de la prostate est le plus fréquent de tous les cancers tous sexes confondus avec 62 245 nouveaux cas. Il est le 4^{ème} en termes de mortalité avec 9 202 décès. C'est le cancer dont l'incidence a le plus augmenté ces 25 dernières années avec une augmentation annuelle moyenne de +6,3 % et encore plus marquée entre 2000 et 2005 (+8,5 %). A l'inverse le taux de mortalité décroît régulièrement depuis 1980, en moyenne de -0,9 % par an, cette décroissance atteignant -2,5 % durant la période la plus récente 2000-2005. La France est désormais un des pays européens où l'incidence du cancer de la prostate est la plus élevée. En 2005, le taux standardisé est 5 fois plus élevé qu'en 1980. La part des cancers de la prostate s'élève à 34 % de tous les cancers chez l'homme en 2005 alors qu'elle était seulement de 11 % en 1980. Cette localisation est responsable dans une large mesure (environ 70 %) de l'augmentation des cancers chez l'homme en France ces 25 dernières années.

L'évolution récente de l'incidence du cancer de la prostate peut-être expliquée pour une grande part par l'évolution des pratiques médicales. Cette augmentation considérable de l'incidence, maximale pour les hommes âgés de 50 à 70 ans, est à rapprocher de l'extension du dosage systématique du PSA (Prostate-Specific Antigen). Au Danemark, où cette pratique est déconseillée, l'évolution de l'incidence du cancer de la prostate est considérablement moindre. Cette pratique médicale est désormais très largement répandue en France alors même que le bénéfice de sa pratique systématique pour la population générale n'a toujours pas été démontré scientifiquement. La communauté scientifique et médicale est toujours en attente des résultats des essais randomisés en cours.

Le cancer du colon-rectum

Le cancer du colon-rectum, avec 37 413 nouveaux cas estimés et 16 865 décès en 2005, est le 3^{ème} cancer le plus fréquent. Les taux standardisés d'incidence en 2005 sont de 37,7 et 24,5 respectivement chez l'homme et chez la femme. Les tendances récentes montrent une stabilisation des données d'incidence chez l'homme comme chez la femme. Toutefois, la baisse de l'incidence avérée aux Etats-Unis n'est pas encore observée en France. Les taux de mortalité diminuent depuis 1980 pour atteindre en 2005 15,2 chez l'homme et 8,9 chez la femme, conséquence d'une amélioration de la survie des patients avec un cancer du colon-rectum. Le dépistage du cancer colon-rectum qui devrait être généralisé à partir de 2008, était géographiquement trop limité jusqu'en 2003 pour avoir une quelconque influence sur les chiffres nationaux.

Le mélanome de la peau

Le nombre de nouveaux cas de mélanomes de la peau est estimé à 7 401 en 2005, dont près de la moitié (45 %) survenant chez l'homme, et le nombre de décès à 1 440. Les taux standardisés d'incidence sont de 7,6 et 8,8 respectivement chez l'homme et chez la femme. L'augmentation annuelle moyenne de l'incidence est respectivement chez l'homme et chez la femme de +4,7 % et +3,4 % sur toute la période 1980-2005, mais seulement de +0,8 % et +0,5 % durant les 5 dernières années où la mortalité a même tendance à baisser chez la femme.

Globalement l'évolution de l'incidence et de la mortalité sur l'ensemble de la période s'explique sans doute par l'augmentation de la détection de formes précoces, grâce notamment à la sensibilisation de la population générale à son diagnostic précoce. La stabilisation de l'incidence dans les années les plus récentes nécessite d'être confirmée par la poursuite de la surveillance mais est concordante avec celle observée dans différents pays d'Europe occidentale.

Le cancer du col de l'utérus

En 2005, le nombre de nouveaux cas de cancer du col utérin est estimé à 3 068 cas pour 1 067 décès, les taux standardisés étant respectivement de 7,1 et 1,9. Depuis 1980, l'incidence et la mortalité par cancer du col utérin sont en baisse constante en France (-2,9 % de diminution annuelle moyenne pour l'incidence et -4 % pour la mortalité). Ces baisses constantes sont très vraisemblablement expliquées en grande partie par la pratique largement répandue du dépistage par le frottis cervical utérin. Une telle évolution favorable n'est pas observée actuellement dans certains pays notamment de l'Europe de l'Est. La diffusion des pratiques vaccinales contre le papillomavirus devrait contribuer à l'amélioration de la situation au niveau international.

Le cancer des voies aéro-digestives supérieures (lèvres, bouche et pharynx)

En 2005, avec 12 270 nouveaux cas (dont 78 % chez les hommes) et 4 000 décès, ces cancers restent assez fréquents en France. Malgré une baisse considérable de l'incidence et de la mortalité durant ces 25 dernières années chez l'homme, les taux standardisés sont respectivement de 21,8 et 7,2 en 2005, ces taux restant élevés par rapport aux autres pays européens. La baisse de l'incidence chez l'homme est encore plus prononcée dans les années les plus récentes : -5 % en moyenne annuelle entre 2000-2005 pour une baisse moyenne annuelle de -2,2 % pour l'ensemble de la période 1980-2005.

Les taux standardisés d'incidence et de mortalité sont nettement plus bas chez la femme en 2005, respectivement 5,2 et 1,2, l'incidence croissant régulièrement depuis les années 1980 (augmentation annuelle moyenne de +1,6 %).

Cette baisse drastique de l'incidence de ces cancers chez l'homme, qui accompagne celle du cancer de l'œsophage, est due à la diminution de la consommation d'alcool observée en France depuis les années 1950, et dans une moindre mesure à la baisse de la consommation tabagique. A l'inverse, l'augmentation de l'incidence observée chez les femmes est vraisemblablement due à la modification de leur consommation de tabac et d'alcool ces dernières années.

Le cancer de la thyroïde

Parmi les 6 672 nouveaux cas de cancer de la thyroïde estimés pour l'année 2005, 76 % surviennent chez la femme, ce qui fait du cancer de la thyroïde le 5^{ème} cancer le plus fréquent chez la femme. Les taux standardisés d'incidence sont estimés à 4,2 et 12,7 respectivement chez l'homme et chez la femme alors que le taux de mortalité est estimé à 0,3 pour les 2 sexes, témoin des forts taux de survie observés encore meilleurs chez la femme que chez l'homme.

Les taux d'incidence ont fortement augmenté pour les 2 sexes durant ces 25 dernières années (+6 % d'augmentation annuelle moyenne), contrastant avec la baisse des taux de mortalité. Ces évolutions divergentes s'expliquent d'une part par une augmentation des formes papillaires de meilleur pronostic et une diminution des cancers anaplasiques au pronostic plus sombre, et d'autre part par l'extension et l'évolution des techniques d'imagerie (cyto-ponction écho-guidée) permettant la détection de formes de plus en plus précoces du cancer de la thyroïde.

Les lymphomes malins non-hodgkiniens

Avec plus de 10 000 nouveaux cas estimés pour l'année 2005, dont un peu plus de la moitié chez l'homme, les lymphomes malins non-hodgkiniens représentent les hémopathies malignes les plus fréquentes en France. Les taux standardisés d'incidence et de mortalité sont en 2005 de 2,3 et 0,3 chez l'homme et de 2,5 et 0,2 chez la femme.

L'incidence des lymphomes malins non-hodgkiniens a régulièrement augmenté depuis 1980 pour se stabiliser durant les 5 dernières années. Cette stabilisation est similaire à celle déjà observée aux Etats-Unis et en Europe. Les facteurs de risque des lymphomes malins non-hodgkiniens sont encore mal connus. La prise en compte des facteurs de risque identifiés jusqu'à présent comme l'altération du système immunitaire et quelques agents infectieux ne suffit pas à expliquer les tendances observées de l'incidence et il est nécessaire de développer les recherches sur les facteurs de risque environnementaux. L'amélioration de la prise en charge thérapeutique des patients pourrait expliquer la baisse de la mortalité observée depuis les années 1990.

Chez l'homme, incidence et mortalité par cancer en France (situation en 2005 et tendances évolutives)

Localisation	Incidence				Mortalité			
	Situation en 2005		Taux annuel moyen d'évolution ^a		Situation en 2005		Taux annuel moyen d'évolution ^a	
	Nombre de nouveaux cas	Taux d'incidence ^a	1980-2005	2000-2005	Nombre de décès	Taux de mortalité ^a	1980-2005	2000-2005
Prostate	62245	121.2	+6.3	+8.5	9202	13.5	-0.9	-2.5
Poumon	23937	50.5	+0.2	-0.5	20950	42.0	-0.1	-1.7
Colon-rectum	19913	37.7	+0.5	-0.5	8901	15.2	-1.1	-1.2
Lèvre, cavité orale, pharynx	9531	21.8	-2.2	-5.0	3264	7.2	-3.1	-5.4
Vessie	7959	14.6	-0.3	-2.5	3384	5.6	-0.8	-2.1
Lymphome malin non Hodgkinien	5523	12.1	+2.7	-0.1	2242	4.0	+1.3	-2.3
Rein	5368	11.4	+1.8	+0.3	2349	4.3	+0.2	-1.2
Foie	5104	10.4	+3.8	+1.9	*	*	*	*
Estomac	4405	8.2	-2.3	-2.4	2974	5.3	-3.6	-3.3
Pancréas	3882	7.7	+2.0	+4.4	*	*	*	*
Oesophage	3733	7.9	-2.6	-4.5	3095	6.3	-3.1	-4.6
Mélanome de la peau	3303	7.6	+4.7	+0.8	772	1.6	+2.3	+0.3
Larynx	3242	7.1	-2.7	-4.7	1251	2.6	-5.8	-8.3
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	2445	4.6	+2.2	+1.5	1393	2.3	+1.0	+0.5
Système nerveux central	2255	5.7	+0.7	+0.1	1688	3.9	+0.8	-0.6
Testicule	2002	6.4	+2.5	+2.7	82	0.2	-4.4	-4.5
Leucémie lymphoïde chronique	1856	3.6	+0.6	+0.2	588	0.9	-0.3	-2.8
Leucémie aiguë	1657	4.5	+0.9	+0.9	1447	2.8	-0.5	-0.2
Thyroïde	1599	4.2	+5.8	+6.4	147	0.3	-1.8	-2.7
Maladie de Hodgkin	787	2.3	-0.9	-0.8	127	0.3	-4.9	-5.3
Plèvre	642	1.2	+1.7	-3.4	*	*	*	*
Tous cancers	183485	376.1	+1.2	+1.7	86489	160.7	-1.1	-2.5

^a Taux standardisé selon la structure d'âge de la population mondiale et exprimé pour 100 000 personnes-années.

^a Taux annuel moyen d'évolution pour le taux standardisé.

* Données de mortalité non présentées.

Chez la femme, incidence et mortalité par cancer en France (situation en 2005 et tendances évolutives)

Localisation	Incidence				Mortalité			
	Situation en 2005		Taux annuel moyen d'évolution ^a		Situation en 2005		Taux annuel moyen d'évolution ^a	
	Nombre de nouveaux cas	Taux d'incidence ^a	1980-2005	2000-2005	Nombre de décès	Taux de mortalité ^a	1980-2005	2000-2005
Sein	49814	101.5	+2.4	+2.1	11201	17.7	-0.4	-1.3
Colon-rectum	17500	24.5	+0.3	+0.1	7964	8.9	-1.3	-0.8
Poumon	6714	12.6	+5.1	+5.8	5674	9.4	+3.5	+4.2
Corps de l'utérus	5774	10.0	-0.2	-0.1	1800	2.3	-0.5	-0.6
Thyroïde	5073	12.7	+6.0	+6.1	256	0.3	-3.1	-3.9
Lymphome malin non Hodgkinien	4701	8.2	+2.9	+0.4	1961	2.3	+1.5	-3.0
Ovaire	4375	8.1	-0.4	-1.0	3180	4.6	-0.7	-2.8
Mélanome de la peau	4098	8.8	+3.4	+0.5	668	1.1	+1.3	-0.8
Pancréas	3336	4.7	+3.8	+4.5	*	*	*	*
Col de l'utérus	3068	7.1	-2.9	-1.8	1067	1.9	-4.0	-3.2
Lèvre, cavité orale, pharynx	2739	5.2	+1.6	+1.6	736	1.2	0	-0.8
Rein	2581	4.5	+1.6	-1.4	1335	1.7	-0.3	-0.8
Estomac	2389	3.1	-2.8	-2.5	1782	2.0	-4.0	-3.1
Myélome multiple et maladie immunoproliférative	2071	2.9	+1.8	+1.1	1396	1.6	+0.6	+0.5
Système nerveux central	1865	4.2	+1.1	+0.6	1331	2.5	+1.0	-0.9
Vessie	1720	2.1	-1.3	-1.6	1098	1.1	-1.0	-1.2
Leucémie aiguë	1425	3.5	+0.9	+0.9	1286	1.9	-0.7	-0.2
Leucémie lymphoïde chronique	1368	2.0	+1.2	+0.7	471	0.4	0	-2.6
Foie	1329	2.0	+4.0	+3.6	*	*	*	*
Oesophage	988	1.5	+1.5	+1.4	755	1.0	-0.2	+0.2
Maladie de Hodgkin	757	2.5	+1.1	+3.3	91	0.2	-4.4	-4.5
Larynx	493	1.0	+2.1	+2.0	155	0.3	-1.7	-1.8
Plèvre	264	0.4	+3.1	+1.8	*	*	*	*
All cancers	135895	251.9	+1.4	+1.6	59273	80.0	-0.9	-1.2

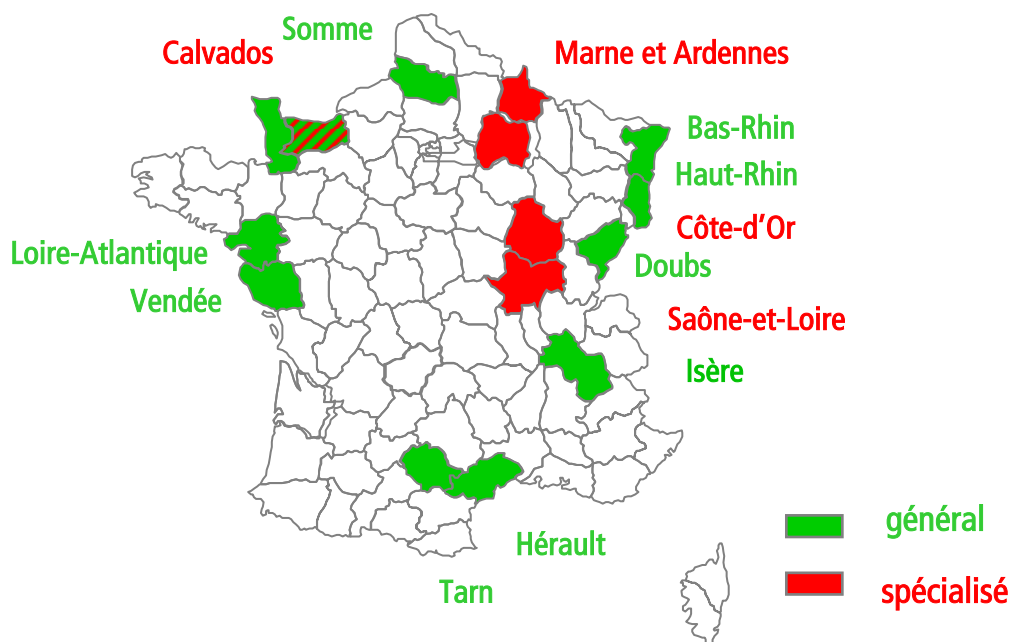
^a Taux standardisé selon la structure d'âge de la population mondiale et exprimé pour 100 000 personnes-années.

^a Taux annuel moyen d'évolution pour le taux standardisé.

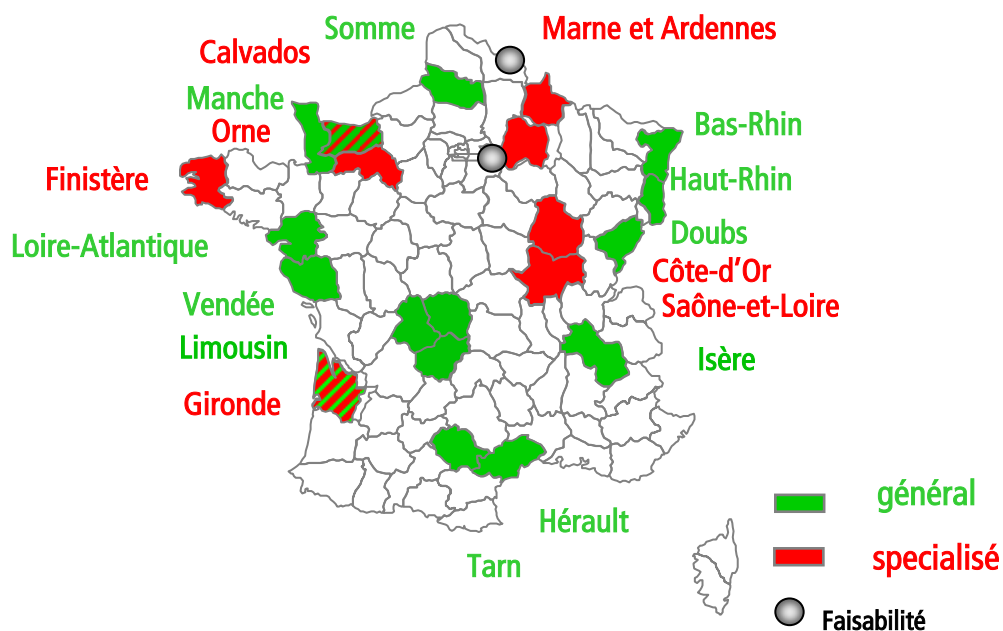
* Données de mortalité non présentées.

Fiche n°4. Les registres de cancer en France (cartes)

Registres de cancer ayant participé



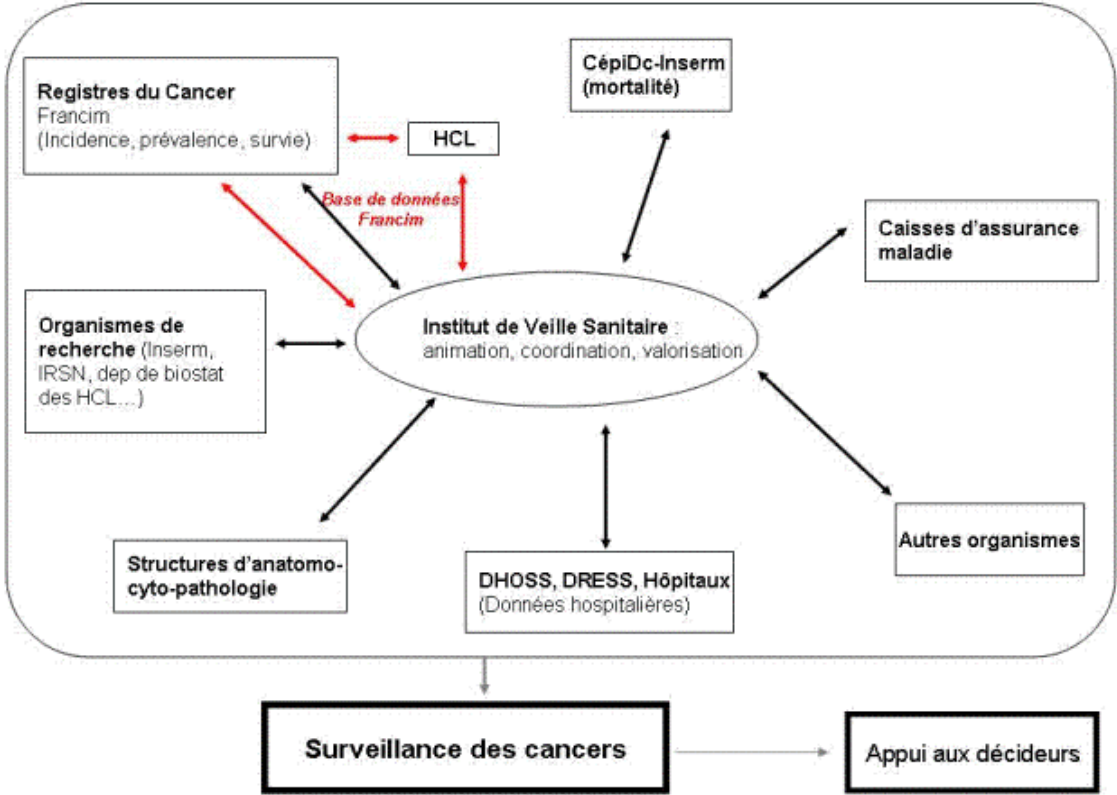
Enregistrement par les registres des cancers en France



+ 2 registres nationaux des tumeurs de l'enfant
+ registre Mesonat (mésothéliome) couvrant 22 départements

Fiche n°5. Le réseau de surveillance épidémiologique nationale des cancers (schéma)

Le réseau de surveillance épidémiologique nationale des cancers



Annexes

- Fiches de présentation :
 - Institut de veille sanitaire (InVS)
 - Hospices Civils de Lyon
 - Réseau Francim
 - Institut national du cancer (INCa)
 - Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, Inserm (CépiDc)
- Communiqué de presse

L'Institut de veille sanitaire (InVS)

L'Institut de veille sanitaire (InVS) est un établissement public de l'Etat, placé sous la tutelle du Ministre chargé de la santé. L'Institut exerce une mission de surveillance de l'état de santé la population et d'alerte des pouvoirs publics en cas de menace pour la santé

L'InVS a vu le jour le 9 mars 1999, en application de la loi du 1^{er} juillet 1998 relative au "renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme". Fort de l'expérience de son prédécesseur, le « Réseau national de santé publique », l'Institut constitue aujourd'hui une véritable « tête de réseau » dans le dispositif de sécurité et de veille sanitaire en France.

L'InVS rassemble, analyse et valorise les connaissances sur les risques sanitaires, leurs causes et leur évolution. Il réalise (ou appuie) des études, des expertises et des investigations et émet des recommandations de santé publique. Les outils épidémiologiques coordonnés par l'InVS ont pour but d'améliorer les connaissances sur l'état de santé de la population et ses déterminants.

Les missions de l'InVS concernent l'ensemble des domaines de la santé publique : les maladies infectieuses, les effets de l'environnement sur la santé (impact sanitaire de la pollution de l'air, rayonnements ionisants...), les risques d'origine professionnelle (surveillance des effets de l'amiante sur la santé ...), les maladies chroniques (cancer, maladies cardio-vasculaires, diabète, surveillance épidémiolo-nutritionnelle...), les traumatismes (accidents de la vie courante, noyades...) et les événements indésirables graves en milieu de soins.

La surveillance épidémiologique des cancers entre dans les missions confiées à l'InVS. Ce suivi constitue une aide pour les décideurs et doit permettre le pilotage et l'évaluation des mesures de prévention et de prise en charge des cancers. La surveillance a été renforcée dans le cadre du plan cancer gouvernemental 2003-2007. Les trois premières mesures visent en effet à assurer :

- « le soutien des registres et le développement du système national de surveillance épidémiologique de l'InVS » (système multisources cancer)
- « le développement par l'InVS des analyses régionales et assistance aux politiques régionales de santé »
- « le développement d'un partenariat entre l'InVS et le Centre international de recherche sur le cancer pour mener des actions programme internationales ».

Pour mettre en œuvre le programme de surveillance épidémiologique des cancers, l'InVS anime un réseau de partenaires au sein duquel le réseau Francim et le département biostatistique des Hospices civils de Lyon gérant la base commune des registres occupent une place privilégiée. Ce partenariat a été élargi en 2008 à l'Institut national du cancer et fait l'objet de contractualisation entre ces quatre partenaires (InVS-INCa -Francim-HCL).

Le programme de surveillance développé dans ce cadre vise notamment les axes suivants :

- disposer d'indicateurs actualisés pour contribuer à la surveillance spatio-temporelle des cancers en France métropolitaine et en outremer, et valoriser l'information notamment par sa mise à disposition sur le site web de l'InVS ; L'analyse régulière de ces informations permet ainsi à l'InVS de décrire les tendances, les caractéristiques épidémiologiques des différents cancers et leur évolution.
- renforcer l'enregistrement des cas par les registres en réduisant le délai de validation et d'utilisation des données, améliorant le recueil des données sur le stade des cancers pour les localisations dépistables, sur le lieu de résidence et sur le statut vital ;
- mieux appréhender les facteurs de risque de certains cancers par le pilotage de programmes thématiques (thyroïde/Rayonnements ionisants, foie/hépatites, col utérin/papillomavirus, sein et

colo-rectal/dépistage, ...) ; ces travaux complètent le suivi épidémiologique des programmes de dépistage organisé des cancers du sein, du colon-rectum et du col utérin mené par l'InVS.

- réaliser des travaux conjoints sur les apports respectifs des différentes bases de données dans la surveillance des cancers (registres, PMSI, ALD30, certificats de décès).
- développer des formations pour la standardisation de l'enregistrement des cancers dans les registres, l'Enquête Permanente Cancer des Centres de lutte contre le cancer, les Réunions de Consultation Pluridisciplinaire....

Le programme de surveillance développé avec les registres et les HCL est financé par l'InVS et va bénéficier à partir de 2008, d'un financement de 2 millions d'euros de l'INCa, portant le montant de la subvention à 5 millions d'euros. Cette augmentation du financement vise à améliorer le recueil des données, réduire les délais d'analyse et de publication des estimations d'incidence, et renforcer les études haute résolution.

Afin de compléter le dispositif reposant sur les registres et couvrant une partie limitée du territoire, l'InVS teste actuellement un dispositif nouveau à vocation nationale, le système multisources cancer (SMSC).

Les bases du SMSC ont été posées dans le cadre de la réflexion sur l'opportunité du dispositif de surveillance des cancers pour suivre les retombées sanitaires de l'accident de Tchernobyl en France. Le constat d'une insuffisance du système reposant sur les registres du cancer a conduit à envisager la mise en place du SMSC, dépassant la problématique des cancers de la thyroïde en lien avec cet accident. Ce système doit notamment permettre de répondre aux nouveaux enjeux de la surveillance nationale :

- les cancers en lien avec une exposition environnementale (thyroïde, lymphomes malins non hodgkiniens, vessie, tumeurs cérébrales, etc...).
- les cancers faisant l'objet de dépistage (sein, col de l'utérus, colon-rectum, prostate, mélanomes de la peau).

Ce système est développé en lien étroit avec la CNAMTS, la profession des anatomo-pathologistes, le ministère de la santé et l'Inserm. Il est actuellement testé sur les cancers thyroïdiens dans deux régions françaises (Ile-de-France et Nord-Pas de Calais). Son déploiement à l'ensemble du territoire et pour les autres cancers se fera progressivement sur 5 ans.

Concernant les données épidémiologiques sur le cancer, l'InVS met à disposition sur son site (<http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers>) les indicateurs de surveillance produits par et avec ses partenaires.

Le Conseil d'administration de l'InVS (23 membres) se prononce sur les grandes orientations stratégiques, le programme d'activité et les moyens nécessaires à l'exercice des missions de l'Institut. Un Conseil scientifique (17 membres) veille à la cohérence des orientations scientifiques.

L'InVS est installé sur le site de l'Hôpital national de Saint-Maurice (Val-de-Marne) et emploie près de 400 personnes (70% d'épidémiologistes et de personnel scientifique). En 2008, l'InVS a été doté d'un budget de 58,6 millions d'euros.

Institut de veille sanitaire (InVS)
12 rue du Val d'Osne
94415 SAINT-MAURICE Cedex
Téléphone (standard) : 01 41 79 67 00
<http://www.invs.sante.fr>



Président du Conseil d'Administration : Pr Maurice Giroud
Directrice Générale : Dr Françoise Weber

Responsable du département maladies chroniques et traumatismes (DMCT) : Dr Juliette Bloch
Responsable du programme surveillance cancer au DMCT : Dr Laurence Chérié-Challine.

Les Hospices Civils de Lyon

Les Hospices Civils de Lyon sont un établissement public et le deuxième Centre Hospitalier Universitaire de France. Ils assurent des missions de soins, d'enseignement, de recherche et d'innovation médicale, de prévention et d'éducation pour la santé.

Les Hospices Civils de Lyon ont célébré en Janvier 2002 leur bicentenaire. Ils regroupent aujourd'hui 17 établissements offrant l'ensemble des compétences dans toutes les disciplines médicales et chirurgicales.

Directeur Général : Paul Castel

Président de la Commission Médicale d'Établissement : Pr Etienne Tissot

Capacité d'accueil

(Données chiffrées 2006)

5 335 lits (dont 413 en hôpital de semaine), 384 places d'hôpital de jour, 22 places d'IVG.

Activité

328 255 séjours patients toutes disciplines et tous types d'hospitalisation, 194 660 passages aux urgences, 864 145 consultations.

Plateau technique

46 blocs opératoires, totalisant 124 salles.

9 gamma caméras, 9 scanographes, 6 Imageurs par Résonance Magnétique (IRM), 1 caméra à émission de positons, 1 caisson hyperbare, 1 lithotriporteur, 5 appareils de circulation extracorporelle, 9 angiographie- coronarographie.

Ressources humaines

Personnel médical : près de 5000 professionnels (dont 772 internes et 1 441 étudiants)

Personnel non médical : plus de 17 000 professionnels, dont 10 607 paramédicaux, 1 348 médico-techniques, 2 437 techniques et 2 135 administratifs.

La cancérologie aux Hospices Civils de Lyon

Avec 17% des séjours pour cancers de la région Rhône-Alpes, les HCL représentent le premier centre régional de diagnostic et de traitement des cancers. Ils occupent une place prédominante pour certains cancers « rares » ou nécessitant des compétences et/ou des techniques spécifiques.

Le service de Biostatistique des Hospices Civils de Lyon

Ce service a été mis en place en 1997 par le Professeur Jacques Estève. Il est dirigé depuis 2002 par les Professeurs René Ecochard et Pascal Roy. Les activités de ce service sont centrées sur le développement et l'utilisation de méthodes statistiques pour l'analyse des données issues de la Recherche Clinique et de l'Epidémiologie. La production des résultats de cette étude a été réalisée par des chercheurs de ce service, en étroite collaboration avec le réseau Francim et l'Institut de Veille sanitaire. Les personnes ayant réalisé l'analyse sont Nadine Bossard (médecin biostatisticien - responsable de projet), Laurent Remontet (ingénieur biostatisticien), et Aurélien Belot (ingénieur biostatisticien exerçant aux HCL, détaché de l'Institut de veille sanitaire) sous l'œil expert du Professeur Jacques Estève.

Contact : Nadine Bossard.

<http://www.chu-lyon.fr>

Le réseau français des registres de cancer (Francim)

Le réseau Francim regroupe tous les registres de cancer français. Il a pour objectifs de coordonner des travaux utilisant les données collectées par les registres de cancer existant en France. C'est dans ce but qu'a été créée une base de données commune qui regroupait fin 2006, des informations décrivant 614 613 tumeurs. Ces informations provenaient de 17 registres de cancer (11 généraux et 6 spécialisés) ayant entre 5 et 30 années d'enregistrement validé couvrant environ 16% de la population, soit 8,3 millions de personnes.

Dès sa création, cette base a servi au développement d'études sur l'incidence (estimation nationale et régionale) et permet aussi de réaliser diverses études notamment sur la survie. La création de cette base et son utilisation ne sont possibles que moyennant une garantie de qualité reposant sur une harmonisation des méthodes d'enregistrement et de codification. C'est grâce au réseau que ce travail d'harmonisation indispensable peut être réalisé.

La base de données est gérée par le service de statistique des Hospices Civils de Lyon. Depuis 2005, elle est administrée, en collaboration, par le Réseau Francim, les Hospices Civils de Lyon et l'Institut de veille sanitaire.

Registres ayant fourni des données :

Registre	Responsable scientifique	Adresse
Registre général des tumeurs du Calvados	Dr Anne-Valérie Guizard	Centre François Baclesse Avenue du Général Harris-BP 5026 14076 CAEN Cedex 05
Registre Digestif du Calvados	Pr Guy Launoy	CHRU Côte de Nacre- UFR de Médecine Avenue de Côte de Nacre 14032 CAEN Cedex
Registre Hématologique de Côte d'Or	Pr Marc Maynadié	Faculté de Médecine 7 Boulevard Jeanne d'Arc 21033 DIJON Cedex
Registre Bourguignon des Cancers Digestifs (Côte-d'Or et Saône-et-Loire)	Pr Jean Faivre	Faculté de Médecine 7 Boulevard Jeanne d'Arc- BP 87900 21079 DIJON Cedex
Registre Gynécologique de Côte-d'Or	Dr Patrick Arveux	Centre Georges-François Leclerc 1 rue du Pr Marion – BP 77980 21079 DIJON Cedex
Registre du Doubs	Dr Arlette Danzon	CHU Saint-Jacques 2 Place Saint-Jacques 25030 BESANCON
Registre des Tumeurs de l'Hérault	Dr Brigitte Trétarre	Bâtiment de recherche-Parc Euromédecine 208, Rue des Apothicaires 34298 MONTPELLIER Cedex 5
Registre de L'Isère	Dr Marc Colonna	23,Chemin des sources 38240 MEYLAN
Registre de la Loire-Atlantique	Dr Florence Molinié	Plateau des écoles-Bâtiment Chaptal CHU de Nantes 50 Route de Saint-Sébastien 44093 NANTES CEDEX 1
Registre de la Manche	Dr Simona Bara	Centre Hospitalier Louis Pasteur 46, Rue du Val de Saire - B.P. 208 50102 CHERBOURG Cedex
Registre des Cancers Thyroïdiens de la Marne et des Ardennes	Dr Claire Schwartz	Institut Jean Godinot 1 rue du Général Koenig -BP 171 51056 REIMS Cedex
Registre des Cancers du Bas-Rhin	Dr Michel Velten	Labo épidémiologie et santé publique Faculté de Médecine-11, Rue Humann 67085 STRASBOURG Cedex
Registre du Haut-Rhin	Dr Antoine Buémi	87 avenue d'Altkirch - BP 1070 68051 MULHOUSE Cedex
Registre de la Somme	Pr Olivier Ganry	Bâtiment de Santé Publique 80054 AMIENS Cedex
Registre des Cancers du Tarn	Dr Pascale Grosclaude	BP 37 81001 ALBI Cedex
Registre des Cancers de Vendée	Dr Anne-Marie Kadi-Hanifi	Résidence du Pont Rouge – CHD Les Oudairies 85025 LA ROCHE-SUR-YON

L'Institut National du Cancer (INCa)

L'Institut National du Cancer (INCa) est une agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie, qui a pour vocation d'impulser et de coordonner la lutte contre le cancer en France. L'INCa coordonne, fédère, décloisonne, mobilise les acteurs autour de projets communs pour diminuer la mortalité par cancers et améliorer la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes. Il mène ses actions avec et à travers les opérateurs, en lançant des appels à projets, en nouant des partenariats, en développant des actions incitatives et d'accompagnement.

L'Institut National du Cancer a été créé par la loi de santé publique du 9 août 2004, dans le cadre du Plan Cancer, pour pérenniser une politique nationale coordonnée de lutte contre le cancer. Placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé et de la recherche, il fédère l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer en France.

L'ambition de l'INCa est de contribuer à diminuer la mortalité par cancer en France et améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'un cancer. C'est pourquoi, il apporte une information adaptée à la population, aux personnes malades et aux professionnels et veille à assurer un continuum entre les soins et la recherche.

Les moyens d'action de l'INCa : l'expertise et l'impulsion

L'Institut National du Cancer agit pour :

- Mieux prévenir les cancers
- Diagnostiquer plus tôt les cancers
- Garantir l'accès à des soins de grande qualité pour tous dans le respect du principe d'équité
- Rendre plus accessibles innovations et progrès
- Rechercher des moyens plus efficaces pour prévenir, diagnostiquer, traiter les cancers

Pour répondre à ces objectifs, l'Institut National du Cancer produit des expertises à la demande de ses ministères de tutelle. Il anticipe les problématiques, liées par exemple aux nouvelles techniques de dépistage ou de traitement. Il diffuse des recommandations de bonnes pratiques, notamment par l'élaboration de référentiels médicaments. Il suit et évalue les actions financées.

L'Institut agit à travers les acteurs des soins et de la recherche. Il lance des appels à projets pour soutenir les structures et financer les actions innovantes dans les domaines de la recherche, des soins, du dépistage, de la prévention et de l'accompagnement des malades. Il soutient notamment des programmes de recherche impliquant plusieurs disciplines autour d'une pathologie cancéreuse comme par exemple le programme intégré du cancer colorectal lancé en 2007. Il noue des partenariats avec les autres institutions pour rassembler les compétences (méthodologie et expertise) autour de projets communs, tels que la publication de guides pour les médecins traitants et les patients ou l'accompagnement des progrès technologiques et organisationnels destinés à améliorer la qualité des prises en charge et de l'information.

Les missions de l'Institut fixées par la loi

Son action s'inscrit en complémentarité de l'action des organismes déjà existants. Elle favorise la transversalité et la continuité entre la recherche, les soins et la prise en charge sociale de la maladie.

- l'observation et l'évaluation de la lutte contre le cancer
- la définition de bonnes pratiques et des conditions nécessaires à la qualité de la prise en charge des malades
- l'information du public et des professionnels
- la réalisation de toute expertise sur les questions relatives à la cancérologie
- la participation à la formation des professionnels
- la mise en œuvre et le financement d'actions de recherche et de développement en cancérologie
- le développement d'actions communes entre opérateurs publics et privés
- la participation à des actions européennes et internationales

Institut National du Cancer (INCa)
52 avenue André Morizet
92513 BOULOGNE BILLANCOURT Cedex
Téléphone (standard) : 01 41 10 50 00
<http://www.e-cancer.fr>



Président : Pr Dominique Marininchi
Directrice Générale : Madame Pascale Flamant.

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Inserm

Les activités du CépiDc concernent les quatre domaines suivants :

-- Production et diffusion de la statistique nationale des causes de décès

Elaboration des statistiques exhaustives des causes médicales des décès survenus sur le territoire français. Avec plus de 530 000 certificats par an, la base de données constituée comprend plus de 20 millions de décès depuis 1968. Le système de production a récemment fortement évolué (système d'archivage électronique, conception et mise au point du logiciel de codage automatique Styx, mise en place de la certification électronique des causes de décès).

-- Recherche sur les classifications en santé et sur les méthodologies de codage médical

Le CépiDc est Centre collaborateur OMS pour la Famille des Classifications Internationales en langue française (CCOMS - directeur : Gérard Pavillon). Les principales missions de ce centre sont : la publication des classifications, le suivi des procédures de mise à jour, la formation et l'aide aux utilisateurs. Le CCOMS réalise actuellement, dans le contexte de collaborations internationales, des travaux méthodologiques sur l'évolution des classifications et sur les méthodologies de codage automatique.

-- Recherche sur l'amélioration de la qualité et de la comparabilité internationale des données

Evaluation de la qualité des données et analyse des évolutions de tendances liées au changement de classification (collaborations étroites et coordination de programmes sur ces thèmes avec la CE, l'OMS et le CDC-NCHS). Expertises sur la connaissance des causes de mortalité en Tunisie, Algérie et au Liban.

-- Etudes et recherches épidémiologiques

Travaux portant sur des pathologies spécifiques (cancers, morts violentes, suicides, décès liés à la consommation d'alcool, hépatites, accidents d'anesthésie, décès liés à la canicule...) et développement des concepts de mortalité "prématurée et évitable".

Centre d'épidémiologie sur les causes
médicales de décès (CépiDc)
44 Chemin de la Ronde
78116 LE VESINET Cedex
Téléphone : 01 34 80 24 30
<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/>

Directeur du CépiDc : Monsieur Eric Jougla.



L'Inserm

L'Inserm est le **seul organisme** public de recherche français **entièrement dédié à la santé humaine**. Ses chercheurs ont pour vocation l'étude de toutes les maladies des plus fréquentes aux plus rares, à travers leurs travaux de recherches biologiques, médicales et en santé des populations.

Créé en 1964, l'Inserm est un établissement public à caractère scientifique et technologique, placé sous la double tutelle du Ministère de la Santé et du Ministère de la Recherche.

Avec un budget 2006 de 700M€, l'Inserm soutient quelque 340 laboratoires répartis sur le territoire français. L'ensemble des équipes regroupe quelque 13 000 personnes (chercheurs, ingénieurs, techniciens, gestionnaires...).

La mission première de l'Inserm est de faciliter les échanges entre

- La **recherche fondamentale**
- La **recherche clinique**, qui se fait auprès du patient,
- La **recherche thérapeutique ou diagnostique**, dont le but est l'étude des maladies,
- La **recherche en santé publique**, qui s'attache à mieux connaître les mécanismes de la santé par l'étude de groupes de populations notamment.

Pour remplir cette mission, l'Institut a été conçu dès l'origine dans un partenariat étroit avec les autres établissements de recherche publics ou privés, et les lieux de soins que sont les hôpitaux. Aujourd'hui, **80% des laboratoires de recherche Inserm sont implantés au sein des Centres hospitalo-universitaires**, ou des Centres de lutte contre le cancer, les autres étant situés sur les campus de recherche du CNRS ou encore des instituts Pasteur ou Curie

Institut national de la santé et de la recherche médicale

Site : www.inserm.fr

Contact presse : presse@inserm.fr

Communiqué de presse

Les évolutions de l'incidence et de la mortalité par cancer ces 25 dernières années en France sont divergentes

21 février 2008

L'évolution des cancers ces 25 dernières années en France est marquée par des divergences entre l'incidence et de la mortalité. C'est l'un des constats dressés aujourd'hui à l'occasion de la publication* et de la présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France pour la période 1980-2005. Alors que l'incidence a considérablement augmenté, le risque de mortalité par cancer a diminué.

En 2005, on estime à 320.000 le nombre de nouveaux cas de cancer (180.000 chez les hommes et 140.000 chez les femmes). Chez l'homme, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et du colon-rectum. Chez la femme, il s'agit des cancers du sein, du colon rectum et du poumon. En comparaison avec la situation en 2000, en 2005, le cancer de la prostate demeure le plus fréquent chez l'homme et celui du sein le plus fréquent chez la femme. La progression a été plus importante pour les cancers de la prostate qui, avec plus de 62.000 nouveaux cas en 2005, devancent les cancers du sein responsables de près de 50.000 cas.

En 25 ans (1980-2005), l'incidence du cancer a quasiment doublé chez l'homme (+93%) et fortement augmenté chez la femme (+84%). Ces augmentations sont liées notamment à l'essor démographique et au vieillissement de la population, mais 52% des cas supplémentaires chez l'homme et 55% chez la femme sont dus à l'augmentation du risque.

Concernant la mortalité, on estime à 146.000 le nombre de personnes décédées d'un cancer en 2005 soit une augmentation de 13% depuis 1980. Cette augmentation est très inférieure à celle prévue par l'accroissement et le vieillissement de la population (37%) car le risque de mortalité a sensiblement diminué au cours de ces 25 dernières années (-24% globalement ; -29% chez l'homme et -22% chez la femme). Le cancer du poumon reste le plus meurtrier (26.624 décès en 2005) et touche majoritairement les hommes (78% des 31.000 cas en 2005). Toutefois, la mortalité par cancer du poumon diminue chez l'homme alors qu'elle augmente de façon préoccupante chez la femme entre 2000 et 2005 (+4.2% par an) en lien avec l'évolution du tabagisme.

Cette divergence entre mortalité et incidence s'explique par l'évolution croisée des cancers : les tumeurs les plus agressives (œsophage, estomac, voies aérodigestives supérieures) ont chuté ces dernières années chez l'homme en lien avec la diminution de la consommation alcool-tabagique tandis que les cancers de pronostic plus favorable, pouvant être diagnostiqués très précocement, ont augmenté (sein, prostate).

Le cancer du sein représente à lui seul la moitié des cas de cancer supplémentaires survenus ces 25 dernières années chez la femme. Chez l'homme, 70% des cas supplémentaires concernent la prostate. Pour ces deux cancers, la modification des pratiques médicales et l'augmentation de l'activité de dépistage ont joué un rôle majeur dans le diagnostic croissant de ces maladies. Notons que le bénéfice de l'extension du dosage de PSA en population générale, responsable de l'augmentation de l'incidence des cancers de la prostate, n'a pas été scientifiquement démontré.

* Publication des données sur le site de l'InVS (<http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers>) et prochainement dans la Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique.