



RÉPUBLIQUE  
FRANÇAISE

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



SEPTEMBRE 2020

# Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018

## CÔLON ET RECTUM

Etude collaborative partenariale entre le réseau français des registres des cancers (Francim), le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa)

### AUTEURS

Guy Launoy  
Mélanie Cariou  
Anne-Marie Bouvier  
Véronique Bouvier  
Camille Lecoffre  
Lionel Lafay  
Brigitte Trétarre  
Gaëlle Coureau  
Morgane Mounier

### Réalisation de l'étude

Collecte des données : registres des cancers du réseau Francim.

Interprétation et commentaires pour le cancer colorectal : Guy Launoy (Registre des tumeurs digestives du Calvados), Mélanie Cariou (Registre finistérien des tumeurs digestives), Anne-Marie Bouvier (Registre bourguignon des cancers digestifs), Véronique Bouvier (Registre des tumeurs digestives du Calvados)

Développements méthodologiques et analyse statistique : Emmanuelle Dantony (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Zoé Uhry (Santé publique France et service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Laurent Roche (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Mathieu Fauvernier (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Nadine Bossard (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL), Laurent Remontet (service de Biostatistique-Bioinformatique des HCL)

### Coordination de la rédaction

Gaëlle Coureau (Registre général des cancers de la Gironde), Morgane Mounier (Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or), Brigitte Trétarre (Registre des tumeurs de l'Hérault)

### Coordination de la publication

Santé publique France : Camille Lecoffre, Florence de Maria  
Institut national du cancer : Philippe-Jean Bousquet, Lionel Lafay, Camille de Brauer

### Remerciements

Toutes les sources de données qui contribuent à l'enregistrement des cancers par les registres, en particulier les laboratoires et services d'anatomie et de cytologie pathologiques, les Départements de l'information médicale (DIM) des établissements de soins publics et privés, les échelons locaux des services médicaux de l'Assurance maladie, les cliniciens généralistes et spécialistes, l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

### Conception et réalisation graphique

La maquette, la mise en page et la couverture ont été réalisées par l'Institut national du cancer.

### Financement

Institut national du cancer, Santé publique France

## Liste des registres des cancers du réseau Francim inclus dans cette étude

Registres généraux	Registres spécialisés
Registre des cancers du Bas-Rhin	Registre bourguignon des cancers digestifs
Registre général des tumeurs du Calvados	Registre des tumeurs digestives du Calvados
Registre des tumeurs du Doubs et du Territoire de Belfort	Registre finistérien des tumeurs digestives
Registre général des cancers de la Gironde	Registre des cancers du sein et des cancers gynécologiques de Côte-d'Or
Registre des cancers du Haut-Rhin	Registre des tumeurs primitives du système nerveux central de la Gironde
Registre des tumeurs de l'Hérault	Registre des cancers thyroïdiens Marne-Ardennes
Registre du cancer de l'Isère	Registre des hémopathies malignes de Basse-Normandie
Registre général des cancers de Lille et de sa Région	Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or
Registre général des cancers en Région Limousin	Registre des hémopathies malignes de la Gironde
Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée	Registre national des hémopathies malignes de l'enfant
Registre des cancers de la Manche	Registre national des tumeurs solides de l'enfant
Registre général des cancers de Poitou-Charentes	
Registre du cancer de la Somme	
Registre des cancers du Tarn	



## DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

COLON ET RECTUM		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C21.0 à C21.8	C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C21.0 à C21.8	C18.0 à C18.9, C19.9, C20.9, C21.0 à C21.8
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques; comportement tumoral /3			

## À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 62 % chez l'homme et de 65 % chez la femme pour les cas diagnostiqués en 2010-2015
- Amélioration de 12 points de pourcentage de la survie nette standardisée à 5 ans entre 1990 et 2015
- Amélioration de la survie nette à 5 et 10 ans, plus marquée chez les personnes les plus jeunes
- Chez les personnes de 80 ans, augmentation de 5 points de pourcentage de la survie nette à 1 an et à 5 ans sur la période 2005-2015

## INCIDENCE

En France, pour l'année 2018, le nombre estimé de nouveaux cas de cancer du côlon et du rectum était de 23 216 chez l'homme et de 20 120 chez la femme, dont près de 2/3 de cancers du côlon, et le nombre estimé de décès par ces cancers était de 9 209 chez l'homme et de 7 908 chez la femme [1].

### DÉFINITION ET ÉLÉMENTS DE MÉTHODE

Se reporter à la fiche [Matériel et méthode pour les détails et pour le guide de lecture des résultats](#).

**DÉFINITION :** Deux indicateurs clés permettent d'appréhender la mortalité due au cancer étudié : le taux de mortalité en excès et la survie nette. Le taux de mortalité en excès est estimé par comparaison au taux de mortalité attendu en population générale. La survie nette découle directement du taux de mortalité en excès et correspond à la survie qui serait observée si la seule cause de décès possible était le cancer étudié.

**MATÉRIEL :** Registres métropolitains (19 à 22 départements selon le cancer), personnes diagnostiquées entre 1989 et 2015 et suivies jusqu'au 30 juin 2018. Les données analysées diffèrent selon les parties et sont décrites au début de chaque partie.

**MÉTHODE :** Modélisation flexible du taux de mortalité en excès (voir la fiche [Matériel et méthode](#)). Des résultats complémentaires sont présentés en [Fiche complément](#).

## Partie 1. Survie à 1 et 5 ans des personnes diagnostiquées entre 2010 et 2015

### Tous registres

Les personnes diagnostiquées d'un cancer colorectal ont **une survie nette standardisée à 1 an de 84 % et à 5 ans de 63 %**, toujours légèrement plus élevée chez la femme que chez l'homme. Pour les deux sexes, la survie nette diminue avec l'âge au diagnostic, passant par exemple de 72 % à 57 % à 5 ans entre 50 et 80 ans, reflétant la moins bonne curabilité des cancers survenant chez les personnes les plus âgées (Table 2, Figure 1b). Cette surmortalité liée au cancer survient principalement dans la première année suivant le diagnostic et apparaît de manière marquée surtout autour de 80 ans (Figure 1a). À titre d'exemple, 6 mois après le diagnostic, le taux de mortalité en excès dû au cancer est plus de deux fois plus important à 80 ans qu'à 50 ans laissant penser que les difficultés de prise en charge liées à l'âge se concentrent dans la période suivant immédiatement le diagnostic (Table C2).

Cinq ans après le diagnostic, il existe une différence de près de 10 points pour les deux sexes entre la survie observée et la survie nette témoignant de l'importance des autres causes de mortalité dans les tranches d'âge concernées par le cancer colorectal (âge médian au diagnostic de 72 ans) (Table 1).

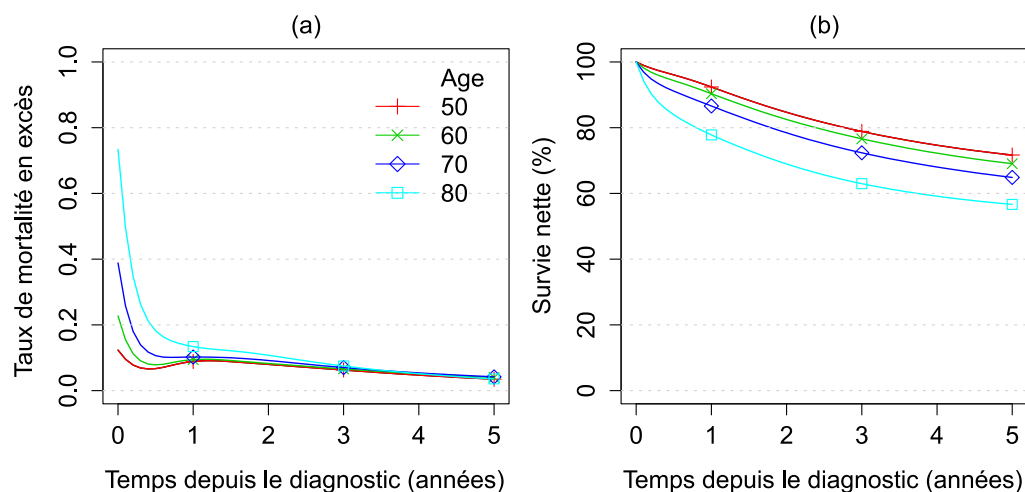
**TABLE 1. Descriptif des données analysées (tous registres) – Côlon et rectum**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	33 174	28 216	61 390
Nombre de décès à 5 ans	15 734	12 707	28 441
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	72 (50-89)	75 (48-91)	73 (49-90)

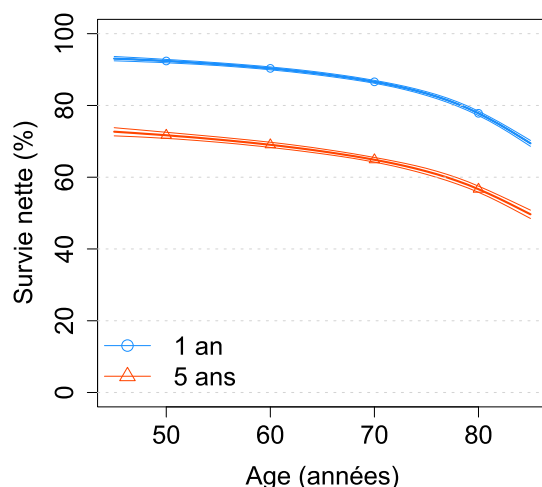
**TABLE 2. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Côlon et rectum**

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	79 [79 ; 79]	78 [78 ; 79]	79 [78 ; 79]	50 [49 ; 50]	52 [51 ; 52]	51 [50 ; 51]
Survie nette	82 [81 ; 82]	80 [80 ; 81]	81 [81 ; 82]	60 [59 ; 60]	61 [60 ; 62]	60 [60 ; 61]
Survie nette standardisée	84 [84 ; 84]	85 [84 ; 85]	84 [84 ; 85]	62 [61 ; 62]	65 [64 ; 66]	63 [63 ; 64]
<b>Survie nette par âge</b>						
50 ans	91 [91 ; 92]	94 [93 ; 94]	92 [92 ; 93]	70 [68 ; 71]	74 [73 ; 75]	72 [71 ; 73]
60 ans	89 [89 ; 90]	92 [91 ; 92]	90 [90 ; 91]	68 [67 ; 68]	71 [70 ; 72]	69 [68 ; 70]
70 ans	86 [85 ; 86]	88 [87 ; 88]	87 [86 ; 87]	63 [63 ; 64]	67 [66 ; 68]	65 [64 ; 66]
80 ans	78 [77 ; 78]	78 [77 ; 79]	78 [77 ; 78]	55 [54 ; 56]	58 [57 ; 59]	57 [56 ; 58]

**FIGURE 1. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble – Côlon et rectum**



**FIGURE 2. Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Côlon et rectum**



## Partie 2. Tendances de la survie nette à 1, 5 et 10 ans des personnes diagnostiquées entre 1990 et 2015

### Restriction aux registres couvrant l'ensemble de la période 1990-2015, hommes et femmes ensemble

La survie nette standardisée des personnes chez qui se révèle un cancer colorectal s'est améliorée de manière certaine et progressive durant les dernières décennies. Pour les personnes ayant eu un cancer en 2015, la probabilité de survie à 5 ans a augmenté de 12 points de pourcentage par rapport à celles ayant eu un cancer en 1990 (65 % vs 53 %) (Table 4). Ce gain, principalement dû à la réduction du taux de mortalité en excès dans l'année qui suit le diagnostic, a profité à l'ensemble des personnes, quel que soit leur âge au moment du diagnostic. Toutefois, l'effet est maximal pour les plus jeunes et minimal pour les personnes de 80 ans (Table 5a). Historiquement, l'amélioration de la survie a été très importante entre 1990 et 2005 (Figure 6) pour s'infléchir par la suite.

**TABLE 3. Descriptif des données analysées (registres couvrant l'ensemble de la période 1990-2015) – Côlon et rectum**

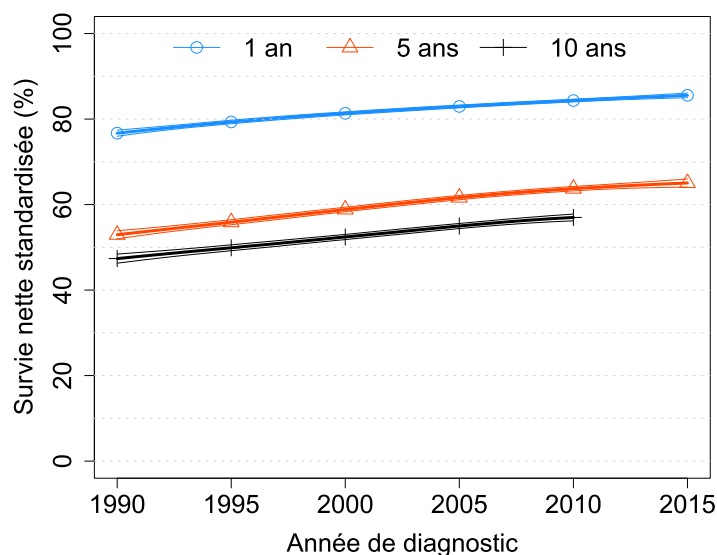
	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	113 045
Nombre de décès à 10 ans	69 575
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	72 (48-89)

**TABLE 4. Survie nette standardisée (en %) à 1, 5, 10 ans selon l'année de diagnostic et intervalle de confiance à 95 %\* - Côlon et rectum**

Année	1 an	5 ans	10 ans
1990	77 [76 ; 77]	53 [52 ; 54]	47 [46 ; 48]
1995	79 [79 ; 80]	56 [55 ; 56]	50 [49 ; 51]
2000	81 [81 ; 82]	59 [58 ; 59]	52 [52 ; 53]
2005	83 [83 ; 83]	62 [61 ; 62]	55 [54 ; 56]
2010	84 [84 ; 85]	64 [63 ; 64]	57 [56 ; 58]
2015	86 [85 ; 86]	65 [64 ; 66]	ND
Diff. 2015-1990	9 [8 ; 10]	12 [11 ; 13]	ND
Diff. 2015-2005	3 [2 ; 3]	3 [2 ; 5]	ND

\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; ND : Non Disponible ; Diff. : différence absolue en points de %

**FIGURE 3. Tendances de la survie nette standardisée à 1, 5 et 10 ans selon l'année de diagnostic et intervalle de confiance à 95 % - Côlon et rectum**



**TABLE 5a. Survie nette (%) à 1 et 5 ans selon l'année de diagnostic (1990, 2005 et 2015) et par âge au diagnostic (en années) et intervalle de confiance à 95 %\* - Côlon et rectum**

Age	1990	2005	2015	Diff. 2015-1990	Diff. 2015-2005
<b>Survie nette à 1 an</b>					
50	84 [82 ; 85]	91 [91 ; 92]	93 [92 ; 93]	9 [8 ; 10]	1 [1 ; 2]
60	81 [80 ; 82]	90 [89 ; 90]	91 [90 ; 92]	10 [8 ; 11]	1 [0 ; 2]
70	78 [77 ; 79]	85 [85 ; 86]	87 [87 ; 88]	10 [8 ; 11]	2 [1 ; 3]
80	71 [69 ; 72]	74 [73 ; 75]	79 [78 ; 80]	9 [7 ; 10]	5 [4 ; 6]
<b>Survie nette à 5 ans</b>					
50	58 [56 ; 60]	70 [69 ; 71]	73 [71 ; 74]	15 [12 ; 17]	3 [1 ; 5]
60	56 [55 ; 58]	68 [67 ; 69]	70 [68 ; 71]	13 [11 ; 16]	2 [0 ; 4]
70	54 [52 ; 55]	63 [62 ; 64]	67 [65 ; 68]	13 [11 ; 15]	4 [2 ; 5]
80	48 [47 ; 50]	53 [52 ; 54]	58 [57 ; 60]	10 [8 ; 13]	5 [3 ; 7]

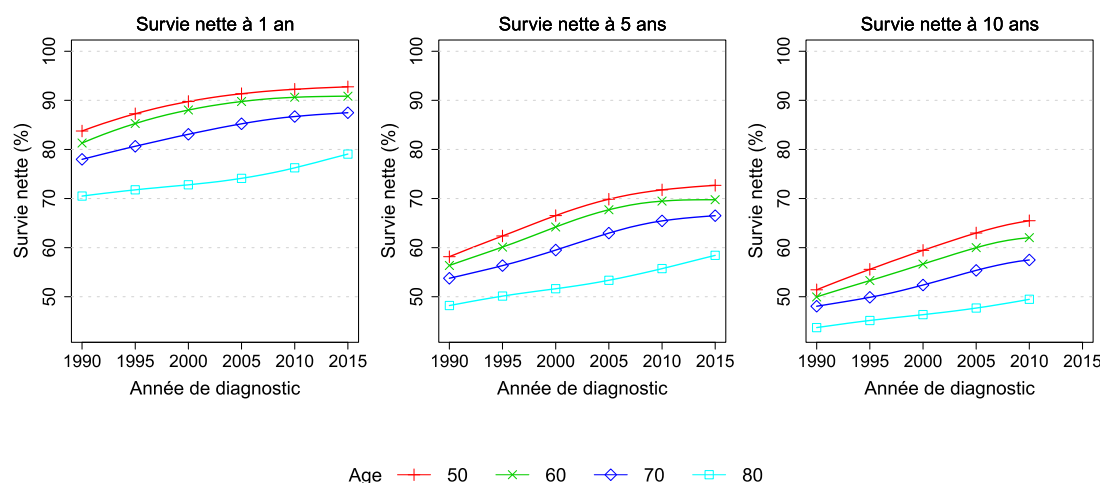
\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; Diff. : différence absolue en points de %

**TABLE 5b. Survie nette (%) à 10 ans selon l'année de diagnostic (1990 et 2010) et par âge au diagnostic et intervalle de confiance à 95 %\* - Côlon et rectum**

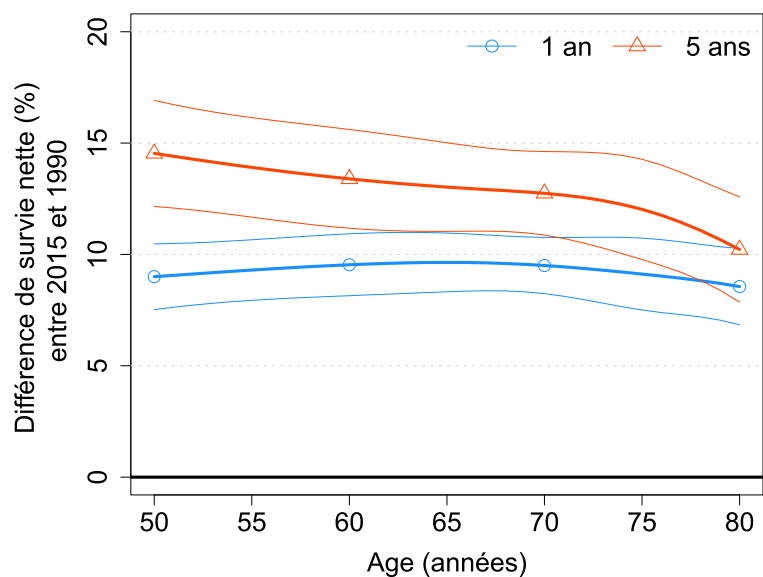
Age	1990	2010	Diff. 2010-1990
50	51 [50 ; 53]	65 [64 ; 67]	14 [12 ; 16]
60	50 [48 ; 52]	62 [61 ; 63]	12 [10 ; 14]
70	48 [47 ; 49]	57 [56 ; 59]	9 [8 ; 11]
80	44 [42 ; 46]	49 [48 ; 51]	6 [3 ; 8]

\*Les survies (en %) sont arrondies à l'unité dans ces tables mais les différences de survie ont été calculées à partir des valeurs exactes et arrondies ensuite ; Diff. : différence absolue en points de %

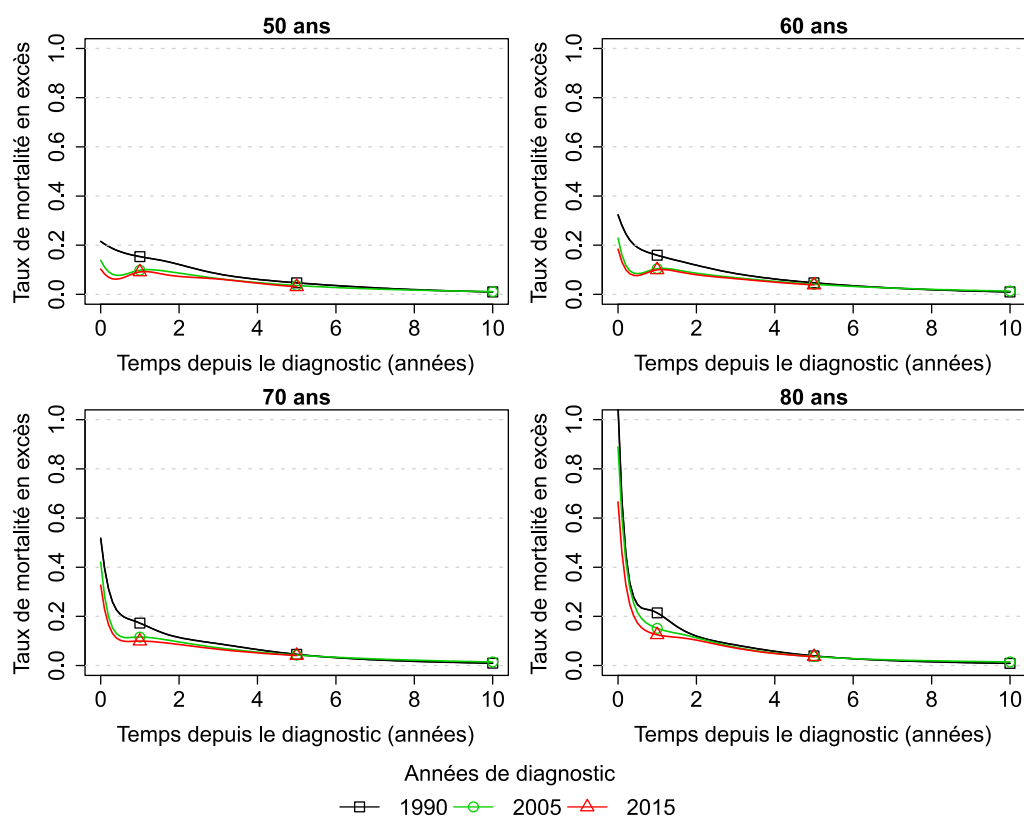
**FIGURE 4. Tendances de la survie nette à 1, 5 et 10 ans selon l'année de diagnostic pour différents âges - Côlon et rectum**



**FIGURE 5.** Différence de survie nette (%) à 1 et 5 ans entre 2015 et 1990 selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % - Côlon et rectum



**FIGURE 6.** Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) selon le temps depuis le diagnostic pour les années 1990, 2005 et 2015 et pour différents âges - Côlon et rectum





## Partie 3. Survie nette à long terme des personnes diagnostiquées entre 1989 et 2000 et ayant moins de 75 ans au diagnostic

### Restriction aux registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2000

L'analyse de la survie à long terme montre qu'au-delà de 10 ans, la mortalité en excès due au cancer est très faible, quel que soit l'âge au diagnostic considéré (Tables 7 et 8).

Il est difficile d'identifier avec certitude la part des différents déterminants de l'amélioration de la survie des personnes atteintes de cancer colorectal durant ces dernières décennies.

Incontestablement, ces décennies ont vu une amélioration de l'efficacité carcinologique et de la qualité des gestes chirurgicaux ainsi qu'une baisse de la morbi-mortalité périopératoire. De même, de très nombreux protocoles ont permis de potentialiser l'intérêt des traitements adjuvants, chimio- et radiothérapie et de mieux maîtriser leur toxicité délétère. Un recul supplémentaire permettrait d'apprécier l'impact des améliorations thérapeutiques récentes, en particulier de l'immunothérapie et des traitements personnalisés.

Enfin, le niveau insatisfaisant des taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal (32,1 % en 2017-2018) ne permet pas de mettre en évidence un quelconque impact de ce dépistage sur l'amélioration de la survie [2]. Toutefois, nous pouvons espérer que le remplacement, en 2015, du test au gâïac par le test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles participera dans les années à venir à améliorer encore davantage le pronostic des patients, grâce à un diagnostic plus précoce [3]. Les bénéfices d'un tel changement de pratique auront d'une part un effet direct dû à l'augmentation de la sensibilité de la stratégie de dépistage et d'autre part un effet sur la confiance retrouvée des praticiens dans l'intérêt de ce dépistage qui pourrait contribuer à une augmentation de la participation du public concerné.

**TABLE 6. Descriptif des données analysées (registres couvrant l'ensemble de la période 1989-2000) – Côlon et rectum**

	Hommes et femmes ensemble
Nombre de cas	27 553
Nombre de décès à 20 ans	20 200
Age médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	65 (44-74)

**TABLE 7. Survie nette (en %) à 1, 5, 10, 15 et 20 ans pour différents âges, intervalle de confiance à 95 % – Côlon et rectum**

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	87 [86 ; 88]	62 [61 ; 63]	55 [54 ; 57]	54 [52 ; 55]	52 [51 ; 53]
60 ans	84 [84 ; 85]	60 [59 ; 60]	53 [52 ; 54]	51 [50 ; 52]	49 [48 ; 50]
70 ans	81 [80 ; 81]	56 [56 ; 57]	50 [49 ; 51]	47 [46 ; 49]	46 [44 ; 47]

**TABLE 8. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) à 1, 5, 10, 15 et 20 ans selon l'âge et intervalle de confiance à 95 % – Côlon et rectum**

Age	1 an	5 ans	10 ans	15 ans	20 ans
50 ans	0,13 [0,12 ; 0,14]	0,04 [0,04 ; 0,05]	0,01 [0,01 ; 0,01]	0,01 [0,00 ; 0,01]	0,01 [0,00 ; 0,01]
60 ans	0,14 [0,13 ; 0,14]	0,04 [0,04 ; 0,05]	0,01 [0,01 ; 0,01]	0,01 [0,00 ; 0,01]	0,01 [0,00 ; 0,01]
70 ans	0,15 [0,14 ; 0,15]	0,05 [0,04 ; 0,05]	0,01 [0,01 ; 0,02]	0,01 [0,01 ; 0,01]	0,01 [0,00 ; 0,02]

## BIBLIOGRAPHIE

[1] Defossez G, le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E, *et al.* Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra): Santé publique France, 2019. 372 p.

[2] Launoy G. Impact of the integration of FIT in Colorectal cancer screening programme in France. *Bull Cancer*.2019;106(7-8):703-706

[3] Raginel T, Puvinel J, Ferrand O, Bouvier V, Levillain R, Ruiz A, Let al . Comparison of the performances of two immunochemical faecal occult blood tests for colorectal cancer screening: an average-risk population-based study. *Gastroenterology*. 2013 ;144:918–925





Édité par l'Institut national du cancer  
Siren 185 512 777 Conception : INCa  
ISBN : 978-2-37219-566-9  
ISBN net : 978-2-37219-567-6  
DEPÔT LÉGAL octobre 2020

Ce document doit être cité comme suit : Launoy G, Cariou M, Bouvier A-M, Bouvier V, Lecoffre C, Lafay L et al. *Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Côlon et rectum*. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, septembre 2020, 12 p. Disponible à partir des URL : <https://www.e-cancer.fr/> et <https://www.santepubliquefrance.fr>  
Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N°78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.