

Afin d'améliorer les résultats médiocres en matière de traitement du cancer (voir l'indicateur « Principales causes de mortalité », chapitre 3), de nombreux pays de l'OCDE ont intensifié leurs efforts de lutte contre le cancer. Par exemple, l'engagement politique renouvelé de l'UE s'exprime dans son Plan européen pour vaincre le cancer. Cependant, la pandémie de COVID-19 a perturbé la prévention primaire et secondaire, le diagnostic et le traitement des cancers dans une mesure variable. Les pays de l'OCDE pourraient donc avoir du mal à continuer d'améliorer les résultats en matière de traitement du cancer.

La prévention du cancer invasif du col de l'utérus est possible, à condition que les lésions précancéreuses ou pré-invasives soient détectés et traités avant la progression de la maladie. Plus de la moitié des pays de l'OCDE disposent de programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus en population générale (OCDE, 2013[43] ; Commission européenne, 2017[50]). La plupart des pays de l'OCDE disposent également de programmes de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV), bien que la couverture vaccinale varie considérablement : de 1 % des femmes appartenant au groupe d'âge cible au Japon à 99 % au Mexique (OMS, 2021[51]). Au cours de la période 2010-14, la survie nette à cinq ans standardisée selon l'âge après un cancer du col de l'utérus était variable, allant de 53.9 % en Lettonie à 77.3 % en Corée (Graphique 6.35). L'incidence des cancers invasifs peut être plus faible dans des pays comme les États-Unis, où le dépistage est intensif et permet la détection et l'élimination des cancers *in situ* et des tumeurs invasives à croissance plus lente. Les femmes chez qui un cancer du col de l'utérus est diagnostiqué malgré le dépistage ont tendance à avoir des tumeurs plus agressives et plus difficiles à traiter, ce qui entraîne un taux de survie plus faible, tous stades confondus.

La pandémie de COVID-19 a eu parfois des répercussions négatives sur le dépistage du cancer du col de l'utérus et la couverture vaccinale contre le HPV, ainsi que sur le dépistage du cancer du sein et les programmes de vaccination infantile (voir les indicateurs « Vaccinations de routine » et « Cancer du sein »). En Slovaquie, par exemple, le dépistage, le diagnostic et le traitement ont été moins nombreux en 2020 qu'au cours des trois années précédentes, mais le délai entre le diagnostic et le traitement et le délai pour le test de laboratoire ont été maintenus à un niveau similaire (Ivanuš et al., 2021[52]). La détection à temps des évolutions en ce qui concerne l'accès aux traitements du cancer du col de l'utérus et la qualité des soins nécessite l'enregistrement et le suivi des données sur le stade de la maladie au moment du diagnostic ainsi que sur les nombres de cas et les délais d'attente.

Le cancer de la peau avec présence de mélanome est causé essentiellement par l'exposition aux rayons ultraviolets ; les personnes ayant un faible niveau de pigmentation de la peau, des antécédents familiaux de la maladie ou un mauvais système immunitaire sont plus à risque. Les taux d'incidence varient considérablement, de moins de 1 pour 100 000 habitants par an au Japon et en Corée à plus de 30 pour 100 000 habitants par an en Australie et en Nouvelle-Zélande (GLOBOCAN, 2020[53]). Le taux de survie net à cinq ans standardisé selon l'âge va de moins de 50 % en République populaire de Chine (Chine) à plus de 93 % en Suisse et en Allemagne (Graphique 6.36). Dans les pays où les taux d'incidence sont élevés, comme l'Australie, le Danemark, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis, les mesures de santé publique ont porté essentiellement sur la sensibilisation à l'importance de la reconnaissance des premiers symptômes du mélanome, ce qui a permis d'atteindre les niveaux de

survie les plus élevés parmi les pays de l'OCDE. Dans certains pays, une répartition moins favorable des sous-types histologiques (p. ex., une proportion plus élevée de mélanomes lentigineux de type nodulaire et acral, qui ont un moins bon pronostic) peut également contribuer à expliquer certaines des différences entre les pays en matière de survie. Cela implique que les politiques de santé ciblent des populations spécifiques afin d'améliorer la sensibilisation, le diagnostic précoce et l'accès au traitement.

Ces dernières années, la survie nette au cancer de la peau avec présence de mélanome a augmenté dans la plupart des pays de l'OCDE. L'introduction d'immunothérapies et de traitements ciblés s'agissant du mélanome métastatique a entraîné un bénéfice clinique sans précédent et a peut-être contribué à améliorer la survie à court terme, comme le montre une étude en population générale menée récemment aux États-Unis (Di Carlo et al., 2020[54]). Pendant la phase initiale de la pandémie de COVID-19, en Ontario (Canada) et en Italie, par exemple, les biopsies cutanées sont devenues moins courantes. En Italie, la répartition des stades s'est aggravée, mais le traitement des patients à un stade avancé a été géré rapidement (Intergruppo Melanoma Italiano, 2021[55]).

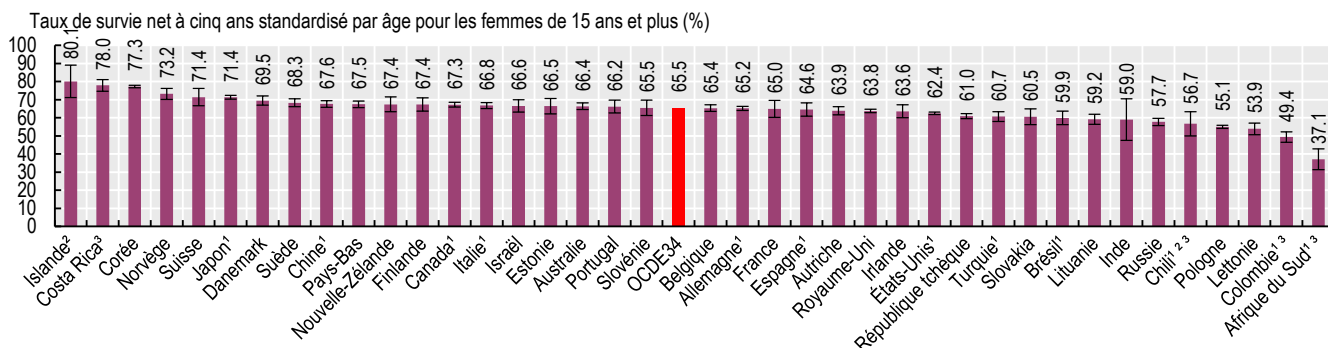
Le cancer de l'œsophage a le sixième taux d'incidence le plus élevé et le cinquième taux de mortalité le plus élevé dans les pays de l'OCDE. Le risque est plus élevé chez les hommes ainsi que chez les fumeurs et les consommateurs d'alcool. La survie nette à cinq ans standardisée selon l'âge pour le cancer de l'œsophage s'est améliorée depuis le début des années 2000. Chez les adultes diagnostiqués entre 2010 et 2014, la survie nette à cinq ans était la plus élevée en Corée (31.3 %) et au Japon (36.0 %) et la plus faible en Estonie (5.4 %) et en Lituanie (5.6 %) (Graphique 6.37). Les pays dotés de programmes de dépistage gastrique en population, comme la Corée et le Japon, ont connu des améliorations massives au cours des dernières décennies, et ils enregistrent désormais les taux de survie au cancer de l'œsophage les plus élevés au monde.

Définition et comparabilité

La survie nette à cinq ans est la probabilité cumulée que les patients atteints de cancer survivent à leur cancer pendant au moins cinq ans après le diagnostic, à partir du moment où l'on maîtrise les risques de décès dus à d'autres causes, et si l'on tient compte du fait que les risques de décès concomitants sont plus élevés chez les personnes âgées. L'approche par période permet d'estimer le taux de survie à cinq ans lorsqu'on ne dispose pas de cinq années pour effectuer le suivi. Les estimations du taux de survie net sont standardisées selon l'âge avec les normes de l'International Cancer Survival Standard.

Le contrôle de la qualité et l'analyse du taux de survie net à cinq ans après standardisation selon l'âge ont été effectués de façon centralisée dans le cadre de CONCORD, le programme mondial de surveillance du taux de survie au cancer, dirigé par la London School of Hygiene and Tropical Medicine (Allemani et al., 2018[48]).

Graphique 6.35. **Survie nette à cinq ans au cancer du col de l'utérus, 2010-14**

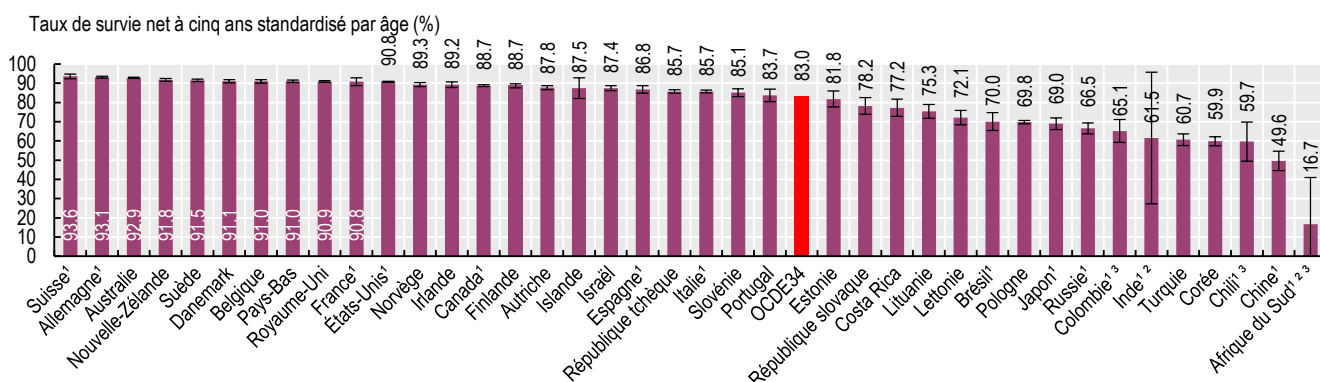


Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Les estimations des taux de survie sont considérées comme étant moins fiables : voir Allemani et al. (2018[48]) pour de plus amples informations. 3. Les taux de survie estimés ne sont pas standardisés par âge.

Source : Programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <https://stat.link/yth0kz>

Graphique 6.36. **Survie nette à cinq ans au mélanome, 2010-14**

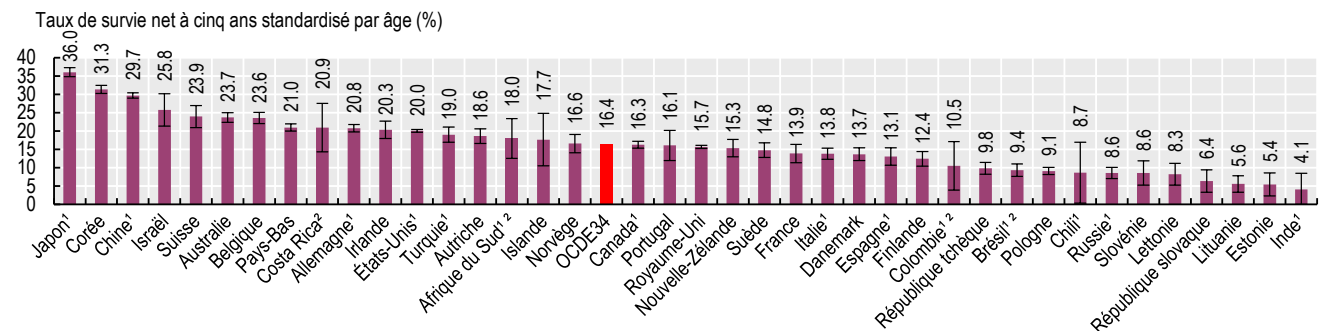


Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Les estimations des taux de survie sont considérées comme étant moins fiables : voir Allemani et al. (2018[48]) pour de plus amples informations. 3. Les taux de survie estimés ne sont pas standardisés par âge.

Source : Programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <https://stat.link/5zo10f>

Graphique 6.37. **Survie nette à cinq ans au cancer de l'œsophage, 2010-14**



Note : Les barres en forme de H représentent les intervalles de confiance à 95 %. 1. Les données correspondent à une couverture inférieure à 100 % de la population nationale. 2. Les estimations des taux de survie sont considérées comme étant moins fiables.

Source : Programme CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

StatLink <https://stat.link/fcoesz>



Extrait de :
Health at a Glance 2021
OECD Indicators

Accéder à cette publication :
<https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2021), « Taux de survie aux autres formes de cancer », dans *Health at a Glance 2021 : OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/09ef4730-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document, ainsi que les données et cartes qu'il peut comprendre, sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région. Des extraits de publications sont susceptibles de faire l'objet d'avertissements supplémentaires, qui sont inclus dans la version complète de la publication, disponible sous le lien fourni à cet effet.

L'utilisation de ce contenu, qu'il soit numérique ou imprimé, est régie par les conditions d'utilisation suivantes :
<http://www.oecd.org/fr/conditionsdutilisation>.