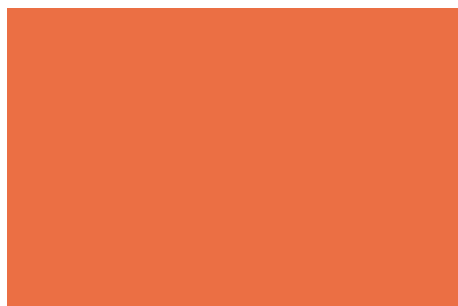


Les Cancers à La Réunion

Tableau de
bord



Mars 2019

Rédacteurs :
Mélissa BARDOT (ORS OI)
Dr Emmanuel CHIRPAZ (Registre CHU)

Contributeurs
Sylvain ARMAND (ARS OI)
Aurélië ETIENNE (CIRE OI)

Comité de relecture :
Sylvain ARMAND (ARS OI)
Dr Gérard BRULÉ (ARS OI)
Dr Emmanuelle RACHOU (ORS OI)
Monique RICQUEBOURG (ORS OI)

Mise en page :
Mélissa BARDOT (ORS OI)

Tableau de bord commandité et financé par l'Agence de Santé Océan Indien

Sous la direction du Dr Emmanuelle RACHOU

Sommaire

Introduction	5
■ Objectifs.....	5
■ Méthodologie	5
■ Définitions	6
■ Principales sources	6
Chiffres clés pour La Réunion	8
Epidémiologie	9
■ Contexte national	9
■ Nouveaux cas de cancers à La Réunion	10
■ Distribution par localisation tumorale à La Réunion	11
■ Mortalité à La Réunion	15
Prise en charge	18
■ Contexte national	18
■ Hospitalisations pour cancer à La Réunion.....	18
■ Personnes prises en charge pour cancer	20
■ Etablissements autorisés en cancérologie.....	21
■ Les professionnels de santé autour du cancer	22
■ Le Réseau Régional de Cancérologie	23
■ RUN Odyssée	24
Déterminants et prévention	25
■ Contexte national	25
■ Tabac et alcool.....	25
■ Surpoids.....	26
■ Maladies infectieuses	27
■ UV et risques solaires	28
Dépistage	29
Synthèse - Discussion.....	31
Annexes	33
Références bibliographiques	39

Introduction

Les tumeurs sont la conséquence d'une prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe. On distingue les tumeurs bénignes, qui restent localisées et sont en général peu graves, des tumeurs malignes ou cancers. La gravité de ces dernières est notamment liée à leur aptitude à se disséminer par voie lymphatique ou sanguine, créant ainsi des foyers secondaires (métastases) à distance du foyer primitif.

En France comme dans l'ensemble des pays développés, les cancers occupent une place importante en termes de morbidité et de mortalité.

La lutte contre le cancer s'est structurée en 2003 autour de plans nationaux visant à mobiliser les acteurs de santé publique autour de la prévention, du dépistage, des soins, de la recherche et de l'accompagnement du patient et de ses proches. Le troisième Plan Cancer 2014-2019 se compose de 185 actions concrètes pour améliorer la prise en charge du cancer et la vie des patients répondant à 17 objectifs opérationnels [1]. Le parcours « maladies cancéreuses » est inscrit dans le Projet Régional de Santé (PRS 2) et intégré dans l'enjeu du Cadre d'Orientations Stratégiques 2018-2028 (COS) « La prévention et la prise en charge des maladies chroniques ».

L'évaluation de l'atteinte des objectifs est possible grâce au suivi de différents indicateurs. Dans ce contexte et dans le cadre de la convention entre l'ARS OI et l'ORS OI concernant sa mission d'observation, l'ORS a été sollicité pour actualiser les indicateurs du tableau de bord sur le cancer à La Réunion.

■ Objectifs

L'objectif principal de ce tableau de bord est de mettre à disposition les données récentes sur les cancers à La Réunion. Les objectifs spécifiques de ce travail sont de :

- Rassembler et présenter de manière synthétique des chiffres récents de nature et d'origine diverses (prévalence, mortalité, dépistage, actions...) pour rendre compte de la problématique cancer dans sa globalité ;
- Suivre les évolutions de ces pathologies à La Réunion
- Faire apparaître les particularités régionales

L'objectif final est de guider les actions de prise en charge et de prévention.

■ Méthodologie

Ce travail, à visée descriptive, repose sur la collecte, l'analyse et la synthèse des données existantes sur les cancers à La Réunion.

Les indicateurs sont déclinés autour de différentes thématiques :

- Epidémiologie,
- Prise en charge à La Réunion,
- Déterminants et prévention,
- Dépistage.

Ces axes et indicateurs ont été discutés et validés par les membres d'un comité de pilotage (Copil) constitué par des membres de la plateforme PIES : Aurélie Etienne (Santé publique France) et Sylvain Armand (ARSOI).

■ Définitions

• Taux standardisés

L'incidence et la mortalité par cancer dépend de la structure d'âge de la population. On utilise les taux de mortalité standardisés qui sont les taux que l'on observerait dans une population si elle avait la même structure d'âge que la population standard. Ainsi, contrairement aux taux bruts, les taux standardisés permettent de comparer des populations en s'affranchissant de l'effet de l'âge.

Dans ce document la population standard utilisée pour l'incidence est la population mondiale (*Watherhouse J & col. Cancer Incidence in five continents, Lyon IARC 1976*) et pour la mortalité, la population standard utilisée est population de la France métropolitaine, deux sexes confondus, au recensement de population en 2006 (source : Insee).

• Les tumeurs

Le terme tumeur employé dans le document dans la partie hospitalisations (à partir de la page 18) correspond plus précisément aux tumeurs malignes (codes C), tumeurs in situ, tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue, et tumeurs bénignes du système central (codes CIM 10 C00 à D09, D33, D37 à D48).

Et le terme tumeur pour la partie mortalité (à partir de la page 15) concerne toutes tumeurs conduisant à un décès (codes CIM C00-D48).

■ Principales sources

• Le Registre des cancers

Le nombre de nouveaux cas de cancers diagnostiqués à La Réunion (cas incidents) est estimé grâce aux données du Registre des cancers de La Réunion qui collecte tous les cas incidents de tumeurs solides invasives et hémopathies malignes diagnostiquées pour les patients domiciliés dans le département. Les principales sources de données du registre sont les différents hôpitaux publics de l'île ainsi que les cliniques privées (notamment par les données du PMSI), les laboratoires d'anatomopathologie publics et privés, les laboratoires d'hématologie du CHU, le réseau régional de cancérologie de la Réunion (ONCORUN) et la Direction Régionale du Service Médical de la Sécurité Sociale.

Le Registre des cancers de La Réunion, géré à sa création par le Conseil Général de La Réunion, fonctionne de façon continue depuis 1988. Il a été repris en 2009 au CHR-Félix Guyon devenu depuis le CHU de La Réunion. Le Registre des cancers de La Réunion est qualifié par le CER (Comité d'Evaluation des Registres) depuis novembre 2017. Les dernières données validées disponibles concernent l'année 2013.

• Inserm CépiDc

L'analyse de la mortalité repose sur la base de données nationale, annuellement élaborée par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc). Ces statistiques sont établies à partir des données recueillies dans le certificat médical rempli par le médecin ayant constaté le décès et le bulletin de décès établi par l'officier d'Etat civil à la mairie.

La population étudiée est celle résidant à La Réunion. Les causes de mortalité sont codées selon la Classification internationale des maladies, 10ème révision, qui catégorise les maladies et définit les règles de sélection de la cause initiale de décès. Les cancers correspondent aux codes CIM 10 de C00 à D48.

• PMSI

Le PMSI est le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information. Les données de prise en charge hospitalière pour cause de cancer proviennent des bases régionales PMSI et concernent les patients domiciliés à La Réunion. L'analyse porte sur les séjours (hospitalisation complète ou ambulatoire) pour lesquels il a été rapporté un diagnostic

principal de tumeur maligne, de tumeur in situ, de tumeur à évolution imprévisible ou inconnue, de tumeur bénigne du système central (codes CIM 10 C00 à D09, D33, D37 à D48).

- **ONCORUN**

Le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) de La Réunion ONCORUN a été créé en 2002. Il assure le partenariat entre les Centres de Coordination en Cancérologie (3C), les sites de proximité et les membres associés. Il met à disposition des professionnels de santé un cadre, une organisation et des outils pour harmoniser et améliorer leurs pratiques professionnelles. Il couvre également l'île de Mayotte. www.oncorun.net

- **Le Baromètre santé DOM**

L'Inpes, désormais Santé publique France, a mené cette enquête pour la 1^{ère} fois en 2014 dans les DOM, à l'exception de Mayotte, dans l'objectif de décrire les comportements, attitudes et perceptions de santé de l'ensemble de la population âgée de 15 à 75 ans. Un échantillon représentatif réunionnais, composé de 2 000 individus a été interrogé par téléphone d'avril à octobre 2014.

- **Assurance Maladie**

Les estimations de personnes prises en charge pour cancer actif et sous surveillance sont calculées par l'Assurance maladie avec les données issues du Sniiram (Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie), dont le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'Information). Elle concerne les bénéficiaires du régime général (sections locales mutualistes comprises) ayant eu recours à des soins remboursés dans l'année, que ce soit à partir des diagnostics mentionnés dans le PMSI à la suite d'une hospitalisation, ou du diagnostic ayant donné lieu à une prise en charge pour Affection de longue durée (ALD).

(Cf. méthodologie détaillée en Annexe 1)

Chiffres clés pour La Réunion

Incidence

2 397			
Nouveaux cas de cancers diagnostiqués à La Réunion en 2013			
	1 323		1 074
	Nouveaux cas de cancers masculins à La Réunion en 2013		Nouveaux cas de cancers féminins à La Réunion en 2013
	Evolution stable		Evolution à la hausse
	Principales localisations : 23 % prostate 14 % poumon 12 % Côlon Rectum		Principales localisations : 31 % sein 13 % Côlon Rectum 5 % col de l'utérus 5 % poumon
Taux d'incidence standardisé < à la métropole Surincidence régionale pour cancers de l'estomac, de l'œsophage et de la lèvre-bouche-pharynx		Taux d'incidence standardisé < à la métropole Surincidence régionale pour cancers de l'estomac, du col de l'utérus	

Mortalité

1 123 décès/ an pour cause de cancer par an à La Réunion		¼ des décès à La Réunion	400 décès prématurés/an
		1 ^{ère} cause de mortalité prématurée	120 décès prématurés évitables/an
	674		449
	Décès masculins pour cancer par an à La Réunion (moyenne sur la période 2013-2015)		Décès féminins pour cancer par an à La Réunion (moyenne sur la période 2013-2015)
	Evolution en forte diminution		Evolution en plus faible diminution
	Principales localisations : 23 % larynx, trachée, bronches et du poumon 9 % prostate 7 % Côlon		Principales localisations : 15 % sein, 10 % Côlon, 9 % larynx, trachée, bronches et poumon
Taux de mortalité standardisés < à la métropole			
Surmortalité régionale pour cancers de l'estomac, du col de l'utérus			

Prise en charge

5 650	1/3 des hospitalisations en ambulatoire
Séjours par an en hospitalisation complète ou ambulatoire (moyenne 2015-2017)	
18 180	Augmentation de 51 % des chimiothérapies depuis 2010
Séances de chimiothérapie en 2017	
Densité des professionnels de santé autour du cancer plus faible qu'en métropole	

Dépistage

50 %	29 %
De participation au dépistage organisé du cancer du sein en 2016-2017 (vs 50 % France entière)	De participation au dépistage organisé du cancer colorectal en 2016-2017 (vs 34 % France entière)

■ Contexte national

Les données sur l'épidémiologie des cancers en France métropolitaine proviennent des Registres français des cancers du réseau Francim. Un partenariat scientifique est mis en œuvre entre le Réseau Francim, le Service de biostatistique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France (SPF) et l'Institut national du cancer (Inca), pour optimiser la surveillance et l'observation des cancers en France à partir des données des registres. Les travaux issus de ce partenariat font l'objet de rapports dont la publication est coordonnée par Santé publique France et l'Institut national du cancer.

En 2018, le nombre de nouveaux cas de cancer en France métropolitaine est estimé à 382 000 dont 204 600 chez l'homme et 177 400 chez la femme. Les taux d'incidence respectifs standardisés sur l'âge sont estimés à 330,2 et 274,0 pour 100 000 personnes-années [3]. Le cancer le plus fréquent chez l'homme est le cancer de la prostate, devant le cancer du poumon et le cancer colorectal. Chez la femme le cancer du sein est le plus fréquent, devant le cancer colorectal et le cancer du poumon [3].

Le taux d'incidence « tous cancers » est marqué par une augmentation chez l'homme depuis 1990 jusqu'en 2005, suivi d'une inversion de la tendance, soit une diminution en moyenne de -1,4 % par an du taux d'incidence sur la période récente 2010-2018. Chez la femme, le constat est différent avec une progression du taux d'incidence au cours de la période 1990-2018 de +1,1 % par an et un ralentissement de l'augmentation sur la période récente (+0,7 % par an entre 2010 et 2018) [3].

Les cancers sont la première cause de décès chez l'homme et la deuxième chez la femme après les maladies de l'appareil circulatoire.

Le nombre de décès par cancer est estimé à 157 400 dont 89 600 chez l'homme et 67 800 chez la femme en 2018 en France métropolitaine, soit des taux standardisés respectifs de 123,8 et 72,2 pour 100 000 personnes-années [3].

Le cancer du poumon est la première cause de décès par cancer chez l'homme devant le cancer colorectal et le cancer de la prostate. Chez la femme, le cancer du sein se situe au premier rang devant le cancer du poumon et le cancer colorectal [3].

On observe une diminution du taux de mortalité par cancer plus prononcée chez l'homme entre 1990 et 2018 (-1,8 % par an en moyenne chez l'homme et -0,8 % par an chez la femme [3].

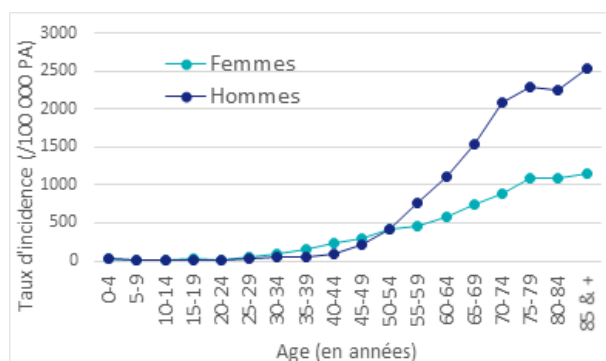
Nouveaux cas de cancers à La Réunion

Des cancers plus précoces chez les femmes

En 2013, le Registre des Cancers de La Réunion a enregistré 2 397 cas de cancers invasifs (hors tumeurs cutanées non mélaniques) et pathologies hématologiques malignes dans la population réunionnaise (1 323 chez les hommes, 1 074 chez les femmes). Les taux d'incidence brut étaient de 326,2 pour 100 000 personnes-années (PA) chez les hommes et de 247,8 chez les femmes.

L'âge moyen au diagnostic était de 63,8 ans chez les hommes (médiane = 65 ans) et de 59,6 ans chez les femmes (médiane = 60 ans).

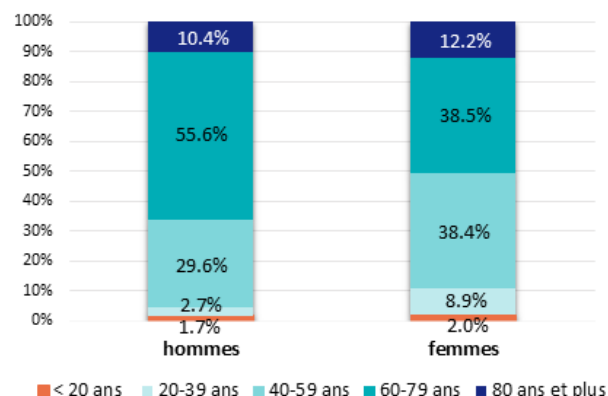
Figure 1 : Taux d'incidence brut des cancers (toutes localisations) par sexe et âge en 2013 à La Réunion



Source : Registre des Cancers de La Réunion

La plus grande part des diagnostics a été réalisée entre 60 et 79 ans chez les hommes et entre 40 et 79 ans chez les femmes.

Figure 2 : Répartition des diagnostics de cancers (toutes localisations) par sexe et âge en 2013 à La Réunion

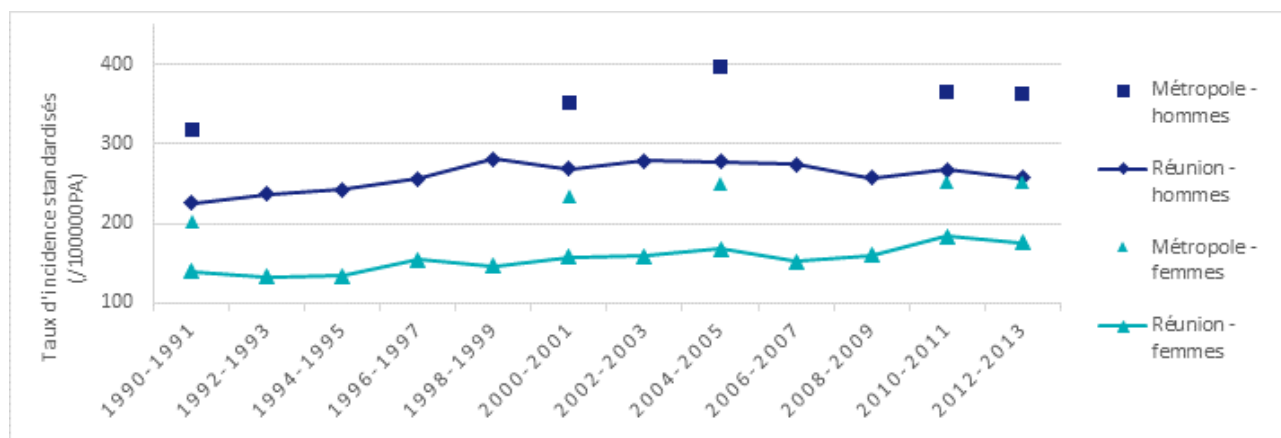


Source : Registre des Cancers de La Réunion

Augmentations des cancers chez les femmes

L'évolution des Taux d'Incidence Standardisés sur l'âge (TIS, standardisation sur la population mondiale) montre une augmentation constante des diagnostics de cancers chez les femmes sur la période 1990-2013 pour atteindre un taux de 182/100 000 PA. Chez les hommes, ils ont augmenté jusqu'au début des années 2000 avant de se stabiliser autour de 270 /100 000 PA puis d'amorcer une décroissance. Ces tendances sont relativement similaires à celles observées en France métropolitaine, même si globalement les TIS à La Réunion sont significativement inférieurs à ceux observés en métropole [4,5].

Figure 3 : Evolution des taux d'incidence standardisés de cancers par sexe à La Réunion et en métropole



Source : Registre des Cancers de La Réunion

Distribution par localisation tumorale à La Réunion

Chez les hommes : importance des cancers de la prostate

Chez l'homme, les cancers de la prostate, du poumon et du colon-rectum représentent près de la moitié des cancers diagnostiqués annuellement, les cancers des voies aéro-digestives supérieures (lèvres - bouche - pharynx et larynx) plus d'un quart.

Tableau 1 : Distribution du nombre de cas, taux d'incidence et part des diagnostics par localisation, chez l'homme à La Réunion en 2013

LOCALISATION	Nb	TIB	TIS	
Prostate	302	74,5	61,4	23%
Poumon	185	45,6	36,5	14%
Colon - Rectum	163	40,2	32,4	12%
Lèvres - Bouche - Pharynx	95	23,4	18,6	7%
Estomac	68	16,8	13,2	5%
Oesophage	53	13,1	10,6	4%
Vessie	43	10,6	8,4	3%
Primitif Inconnu	36	8,9	7,3	3%
Lymphome Malin non Hodgkinien	35	8,6	6,8	3%
Larynx	35	8,6	6,6	3%
Mélanome de la peau*	35	8,6	7	3%
Pancréas	34	8,4	6,7	3%
Foie	32	7,9	6,2	2%
Rein	30	7,4	5,7	2%
Syndrome Myéloprolifératif Chronique	23	5,7	4,6	2%
Leucémies Aiguës	19	4,7	4,5	1%
Système Nerveux Central	18	4,4	4,1	1%
Vésicule Biliaire - Voies Biliaires	16	3,9	3,2	1%
Myélome	15	3,7	2,9	1%
Thyroïde	13	3,2	2,9	1%
Myélodysplasie	13	3,2	2,5	1%
Lymphome de Hodgkin	10	2,5	2,3	1%
Leucémie Lymphoïde Chronique	10	2,5	1,9	1%
Testicule	7	1,7	1,6	1%
Os, tissus conjonctifs et autres tissus mous	6	1,5	1,3	
Œil et annexes	5	1,2	1,1	
Intestin Grêle	5	1,2	0,8	
autres Appareil Génital Masculin	4	1	0,8	
autres Localisations	13	3,2	2,9	1%
Total	1323	326,2	264,8	

Nb = nombre de cas
TIB = Taux d'Incidence Brut
TIS = Taux d'Incidence Standardisé sur l'âge
(population standard = population mondiale)
* Données 2015

Source : Registre des Cancers de La Réunion

Les 4 localisations les plus fréquentes chez les hommes sont les mêmes que celles décrites en France métropolitaine. Les TIS sont en général inférieurs à ceux observés en métropole, sauf pour les cancers de l'estomac, de l'œsophage et des lèvres-bouche-pharynx pour lesquels on observe une surincidence significative à La Réunion par rapport à la métropole.

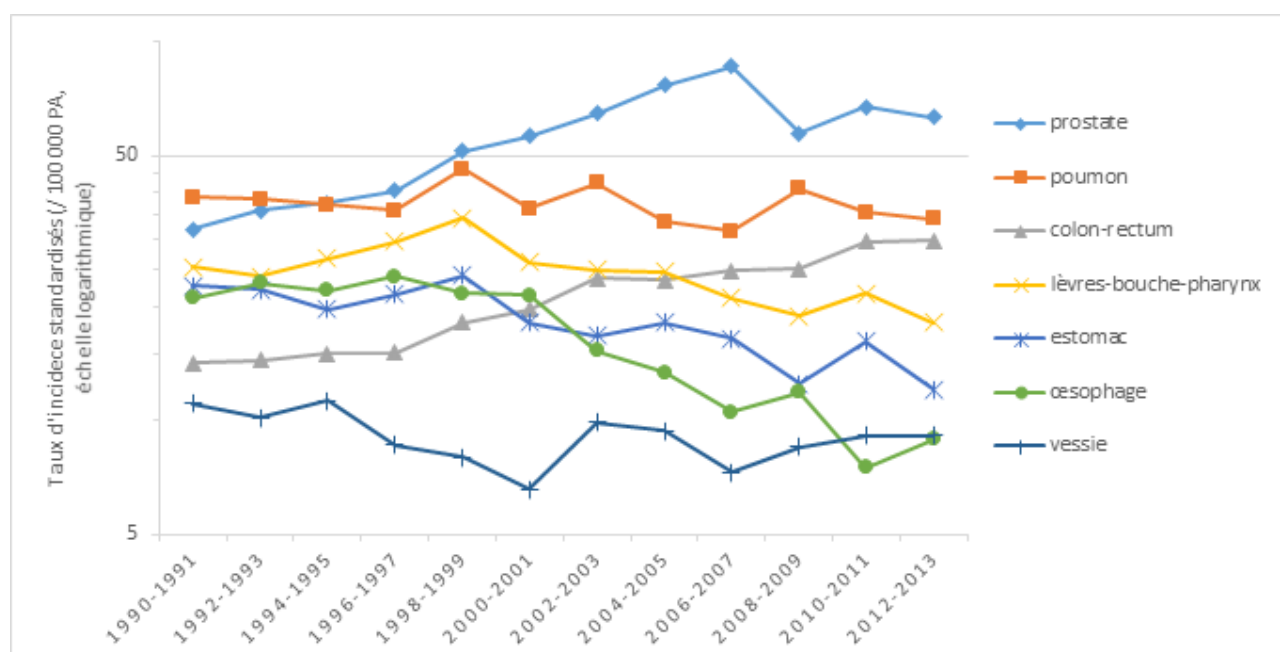
Tableau 2 : Taux d'incidence standardisés à La Réunion (période 2011-2013) et en métropole (2012, [4]) pour les 7 localisations les plus fréquentes, chez les hommes

Localisation	La Réunion 2011-2013			Métropole 2012	
	TIS	IC 95 %	Rang	TIS	Rang
Prostate	64,4	60,2 – 68,6	1	99,4	1
Poumon	34,4	31,4 – 37,5	2	51,7	2
Colon – Rectum	29,7	26,9 – 32,5	3	38,4	3
Lèvres – Bouche- Pharynx	19,1	16,9 – 21,4	4	16,1	4
Estomac	13,4	11,5 – 15,3	5	7	11
Vessie	9,1	7,5 – 10,7	6	14,7	5
Œsophage	8,4	6,9 – 9,9	7	6,2	13
Total	263,0	254,5 – 271,5	-	362,6	-

Source : Registre des Cancers de La Réunion

Sur la période 1990 – 2013, les tendances observées à La Réunion pour les incidences du cancer de la prostate (forte augmentation jusqu'au milieu des années 2000 puis inversion de la tendance depuis), du cancer de l'estomac et du cancer de la vessie (baisses régulières sur toute la période) sont assez similaires à celles observées en France métropolitaine. Pour les cancers des lèvres-bouche-pharynx et de l'œsophage, la baisse de l'incidence s'est amorcée à La Réunion à compter de la fin des années 90, soit plus tardivement qu'en métropole. Pour le cancer du poumon, la tendance paraît plutôt à la baisse comme en métropole. Enfin, pour les cancers du côlon-rectum, on observe une forte augmentation de l'incidence à La Réunion, constante sur toute la période considérée, alors que l'incidence de cette localisation est en diminution en France métropolitaine depuis le début des années 2000. Ainsi, à La Réunion, son TIS a doublé en un peu plus de 20 ans, passant d'environ 15 cas /100 000 PA au début des années 1990 à plus de 30 cas /100 000 PA au début des années 2010.

Figure 4 : Evolution des taux d'incidence standardisés de cancers pour les principales localisations entre 1990 et 2013, chez les hommes à La Réunion



Source : Registre des Cancers de La Réunion

- Chez les femmes : importance des cancers du sein

Chez la femme, les cancers du sein représentent le tiers des cas incidents.

Tableau 3 : Distribution du nombre de cas de cancers, taux d'incidence et part des diagnostics par localisation, chez la femme à La Réunion en 2013

LOCALISATION	Nb	TIB	TIS	
Sein	329	75,9	57,8	31%
Colon - Rectum	136	31,4	21,6	13%
Col Utérus	59	13,6	10,4	5%
Poumon	59	13,6	9,7	5%
Estomac	46	10,6	6,9	4%
Ovaire	41	9,5	7,1	4%
Corps Utérus	38	8,8	6,5	4%
Pancréas	35	8,1	5,5	3%
Thyroïde	32	7,4	6,3	3%
Mélanome de la peau*	28	6,5	5,4	3%
Primitif Inconnu	26	6	3,8	2%
Lymphome Malin non Hodgkinien	24	5,5	4,3	2%
Système Nerveux Central	21	4,8	3,8	2%
Rein	21	4,8	3,4	2%
Myélodysplasie	19	4,4	2,3	2%
Vésicule Biliaire - Voies Biliaires	17	3,9	2,6	2%
Syndrome Myéloprolifératif Chronique	16	3,7	3	1%
Lèvres - Bouche - Pharynx	16	3,7	2,8	1%
Myelome	16	3,7	2,5	1%
Leucémies Aiguës	15	3,5	3,4	1%
Vessie	15	3,5	2,1	1%
Foie	13	3	2	1%
Os, tissus conjonctifs et autres tissus mous	9	2,1	1,7	1%
Lymphome de Hodgkin	7	1,6	1,5	1%
Leucémie Lymphoïde Chronique	5	1,2	1	
Oesophage	5	1,2	0,9	
autres Appareil Génital Féminin	4	0,9	0,6	
autres Localisations	22	5,1	4,4	2%
Total	1074	247,8	183,5	

Nb = nombre de cas
TIB = Taux d'Incidence Brut
TIS = Taux d'Incidence Standardisé sur l'âge (population standard = population mondiale)
* Données 2015

Source : Registre des Cancers de La Réunion

Les 2 localisations les plus fréquentes chez les femmes sont comme en France métropolitaine les cancers du sein et du colon-rectum. Comme pour les hommes, les TIS sont en général inférieurs à ceux observés en métropole, sauf pour les cancers de l'estomac et du col de l'utérus pour lesquels on observe une surincidence significative à La Réunion par rapport à la métropole.

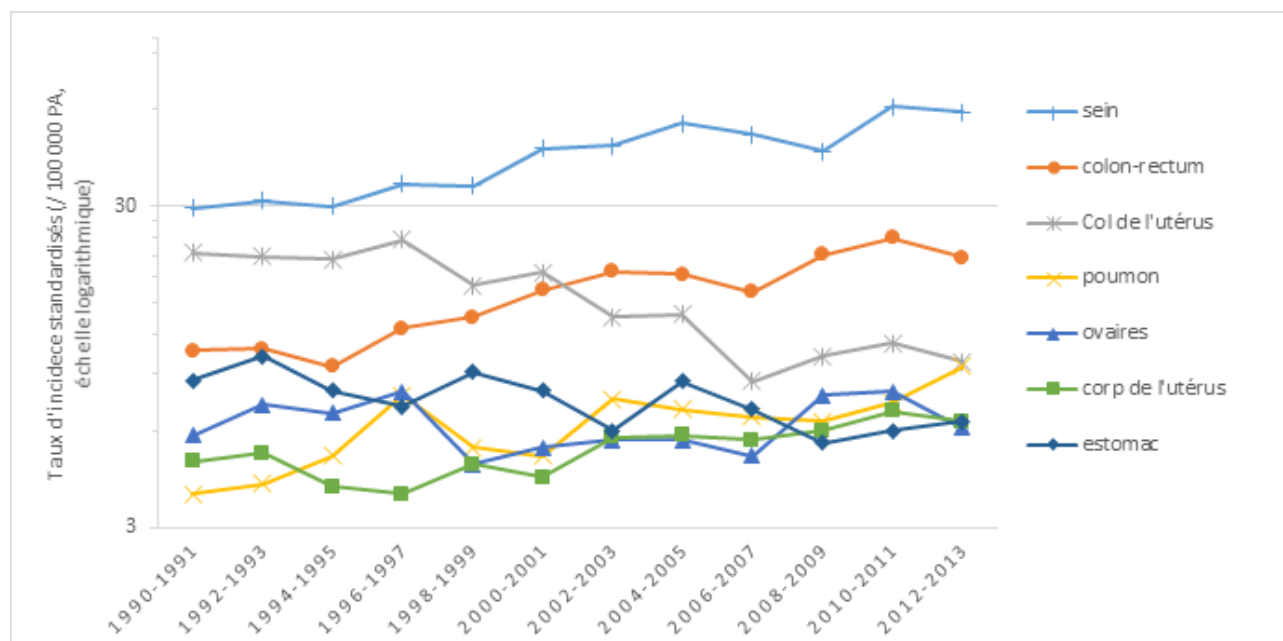
Tableau 4 : Taux d'incidence standardisés des cancers à La Réunion (période 2011-2013) et en métropole (2012, [4]) pour les 7 localisations les plus fréquentes, chez les femmes)

Localisation	La Réunion 2011-2013			Métropole 2012	
	TIS	IC 95 %	Rang	TIS	Rang
Sein	58,8	55,0 - 62,5	1	88,0	1
Colon – Rectum	21,7	19,5 - 24,0	2	23,7	2
Col de l'utérus	10,2	8,6 - 11,7	3	6,7	11
Poumon	8,8	7,3 - 10,2	4	18,6	3
Ovaire	6,6	5,3 - 7,9	5	7,6	8
Corps de l'utérus	6,6	5,3 - 7,8	6	10,8	4
Estomac	6,2	5,1 - 7,4	7	2,6	14
Total	180,0	173,4 - 186,6	-	252,0	-

Source : Registre des Cancers de La Réunion

Sur la période 1990 – 2013, les incidences des cancers du sein et du colon-rectum ont augmenté de manière constante à La Réunion contrairement à ce qui est constaté en France métropolitaine où elles diminuent depuis le milieu des années 2000. Ainsi, leurs TIS ont doublé en un peu plus de 20 ans, passant d'environ 30 /100 000 PA en 1990 à un peu moins de 60 /100 000 PA en 2013 pour le cancer du sein, et d'environ 10 /100 000 PA en 1990 à plus de 20 /100 000 PA en 2013 pour les cancers du côlon-rectum. La baisse des TIS du cancer du col de l'utérus a été forte depuis le milieu des années 90, mais semble ralentir depuis le milieu des années 2000, avec des taux qui stagnent au-dessus des 10 /100 000 PA. Les tendances des incidences des cancers du poumon et de l'estomac sont similaires à celles observées en France métropolitaine, avec une augmentation régulière pour les cancers du poumon sur toute la période et une diminution constante pour les cancers de l'estomac. Enfin, les TIS du cancer du corps de l'utérus ont fortement augmenté depuis le milieu des années 1990, passant d'environ 4 /100 000 PA à près de 7 /100 000 PA, alors que les TIS pour cette localisation sont plutôt stables en France métropolitaine.

Figure 5 : Evolution des taux d'incidence standardisés des cancers pour les principales localisations entre 1990 et 2013, chez les femmes à La Réunion



Source : Registre des Cancers de La Réunion

■ Mortalité à La Réunion

• 1 123 décès en moyenne par an

En moyenne, on observe 1 123 décès par an pour cause de tumeurs entre 2013 et 2015 à La Réunion, dont 674 hommes et 449 femmes.

Il s'agit de la deuxième cause de décès chez les Réunionnais derrière les maladies de l'appareil circulatoire mais de la première cause de décès chez les moins de 65 ans. A structure de population équivalente, il y a moins de décès par cancers sur l'île qu'en métropole où les cancers représentent la première cause de décès.

Tableau 5 : Répartition des décès pour cause de cancers selon le sexe et l'âge en moyenne annuelle sur 2013-2015 à La Réunion

	Hommes	Femmes	Ensemble
0-24 ans	<5	<5	7
25-34 ans	4	8	11
35-44 ans	13	23	36
45-54 ans	66	60	126
55-64 ans	164	67	231
65-74 ans	199	96	295
75-84 ans	159	114	272
85 ans et +	64	80	143
Total	674	449	1 123

Source : Inserm CépiDc

Exploitation ORS OI

Tableau 6 : Taux standardisés par âge des deux premières causes de décès à La Réunion et en métropole (moyenne annuelle sur la période 2013-2015)

	La Réunion			Métropole		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Toute population	Toute population					
Tumeurs	286,6	139,6	199,6	311,7	164,7	225,6
Maladies de l'appareil circulatoire	268,5	176,4	212,9	230,9	142,8	178,9
<65 ans	<65 ans					
Tumeurs	75,2	44,1	59,3	89,8	56,7	72,7
Maladies de l'appareil circulatoire	47,9	17,8	32,4	32,7	11,0	21,5

Source : Inserm CépiDc

Exploitation ORS OI

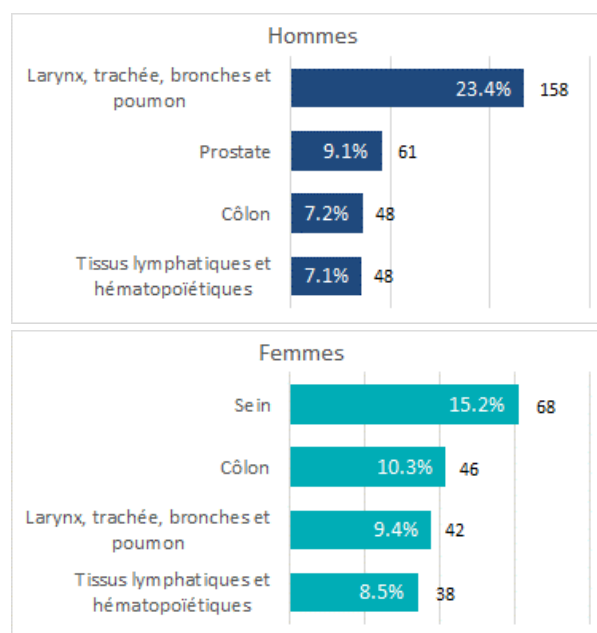
• Cancer du poumon pour les hommes, cancer du sein pour les femmes

A La Réunion comme en métropole, les décès par cancer les plus fréquents sont pour les hommes les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon ; les tumeurs malignes de la prostate, puis du côlon. Ces trois localisations représentent à elles seules 40 % des décès masculins par cancer sur l'île.

Pour les femmes, les décès par cancer du sein représentent la cause de décès par cancer la plus fréquente (15,2 % des décès par cancers féminins).

La deuxième cause de décès par cancer est celle du côlon suivi par les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon et les tumeurs malignes des tissus lymphatiques et hématopoïétiques. En métropole, les trois principales causes de décès par cancer chez les femmes sont les cancers du sein, puis du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons, avant celui du côlon.

Figure 6 : Part et effectifs annuels moyens des cancers les plus fréquents parmi les causes de décès par cancer à La Réunion pour la période 2013-2015 pour les hommes et les femmes



Source : Inserm CépiDc

Exploitation ORS OI

- **Sous-mortalité globale par cancer à La Réunion par rapport à la métropole**

On note, sur la période 2013-2015, une sous-mortalité générale significative pour cause de tumeurs à La Réunion par rapport à la métropole (200 décès pour 100 000 Réunionnais contre 226 en métropole).

En particulier, la mortalité standardisée par tumeurs malignes du larynx de la trachée, des bronches et du poumon, du pancréas et par tumeurs malignes du sein pour les femmes est significativement plus élevée en métropole qu'à La Réunion.

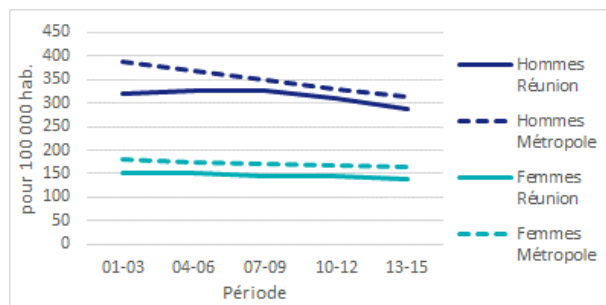
Au contraire, le département connaît une surmortalité significative par rapport à la métropole pour les tumeurs malignes de l'estomac, pour le cancer de la prostate chez les hommes et du col de l'utérus pour les femmes.

L'ensemble des données détaillées se trouve en annexe 2.

- **Baisse de la mortalité par cancer**

Toutes localisations confondues, la mortalité due aux tumeurs a diminué au niveau régional, comme au niveau national. Elle diminue plus rapidement pour les hommes que pour les femmes.

Figure 8 : Evolution du taux de de mortalité standardisé par cancer à La Réunion et en métropole selon le sexe



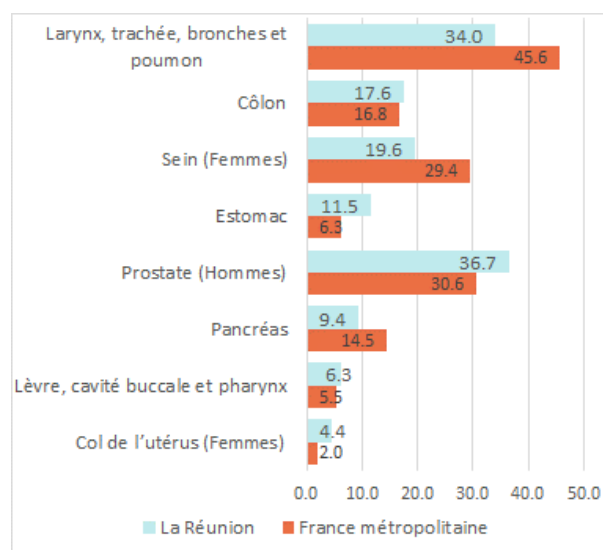
Source : Inserm CépiDc

Exploitation ORS OI

La mortalité chez les femmes atteintes de tumeur maligne du sein ne baisse pas depuis 2001 mais le taux standardisé est moins important à La Réunion qu'en métropole.

La mortalité chez les hommes par tumeur maligne de la prostate est en nette diminution en métropole depuis 2001 mais cette diminution est moins prononcée à La Réunion.

Figure 7 : Taux de de mortalité standardisé à La Réunion et en métropole selon la localisation du cancer pour la période 2013-2015

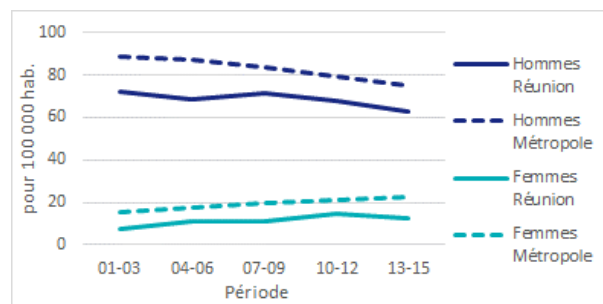


Source : Inserm CépiDc

Exploitation ORS OI

Pour les tumeurs malignes du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon, principalement imputables au tabagisme, la tendance est à la baisse chez les hommes depuis 2001 mais à la hausse chez les femmes.

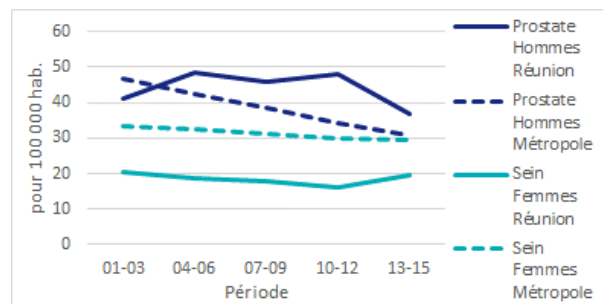
Figure 9 : Evolution du taux standardisé de mortalité par cancer du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons à La Réunion et en métropole selon le sexe



Source : Inserm CépiDc

Exploitation ORS OI

Figure 10 : Evolution du taux de de mortalité standardisé par cancer du sein chez les femmes et par cancer de la prostate chez les hommes à La Réunion et en métropole



Source : Inserm CépiDc

Exploitation ORS OI

Concernant la mortalité due aux tumeurs du côlon, la tendance est à la baisse en métropole mais à la hausse à La Réunion. Les taux standardisés sont ainsi au même niveau sur la période 2013-2015.

L'ensemble des données détaillées se trouve en annexe 2.

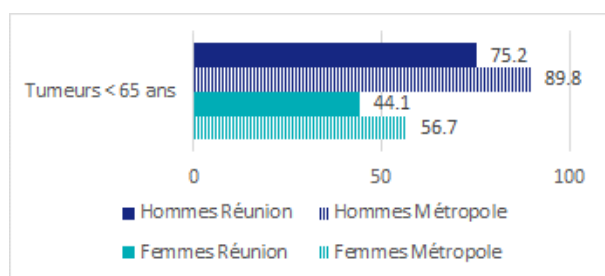
• Mortalité prématurée par cancer

Environ 400 décès prématurés, c'est-à-dire survenus avant l'âge de 65 ans, ont été enregistrés en moyenne chaque année à La Réunion entre 2013 et 2015, soit 37 % de l'ensemble des cancers.

Comme pour l'ensemble des décès par cause de cancer, les deux tiers des décès prématurés sont des décès masculins (253 décès par an d'hommes de moins de 65 ans sur la période 2013-2015 pour 160 décès de femmes).

On observe une sous-mortalité prématurée par cancers au niveau départemental par rapport au niveau national (taux de mortalité standardisé de 59,3 décès pour 100 000 habitants de moins de 65 ans à La Réunion en 2013-2015 contre 72,7 en métropole).

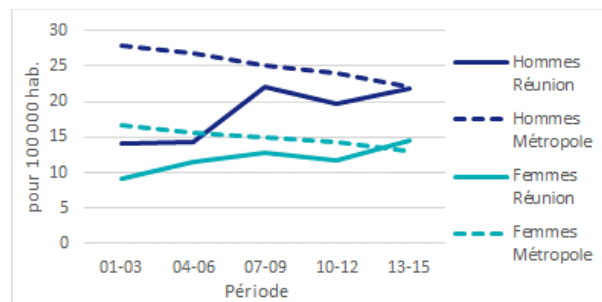
Figure 12 : Taux standardisé de mortalité prématurée par cancer par sexe à La Réunion et en métropole pour la période 2013-2015 (pour 100 000 habitants)



Source : ARSOI (Inserm CépiDc, Insee) Exploitation ORS OI

L'ensemble des données détaillées se trouve en annexe 3.

Figure 11 : Evolution du taux de mortalité standardisé par cancer du côlon à La Réunion et en métropole selon le sexe



Source : Inserm CépiDc

Exploitation ORS OI

• Mortalité prématurée évitable

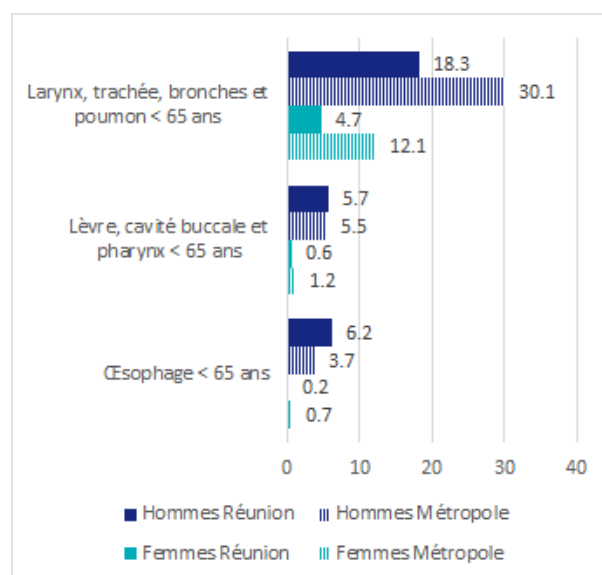
Certaines causes de mortalité prématurée sont considérées comme évitables si elles peuvent être prévenues par des actions visant à réduire les comportements à risque tels que le tabagisme et la consommation d'alcool.

On considère que les décès avant 65 ans pour tumeurs du larynx, de la trachée, des bronches et des poumons, ou tumeurs des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx ou tumeurs de l'œsophage sont évitables [6]. On en compte en moyenne 120 par an à La Réunion sur la période 2013-2015.

Les hommes réunionnais connaissent une mortalité prématurée supérieure à celle des métropolitains pour le cancer de l'œsophage.

Chez les femmes, toutes les causes de mortalité prématurée évitables sont inférieures à la métropole.

Figure 13 : Taux standardisé de mortalité prématurée évitable par cancer par sexe à La Réunion et en métropole pour la période 2013-2015 (pour 100 000 habitants)



Source : ARSOI (Inserm CépiDc, Insee) Exploitation ORS OI

Prise en charge

■ Contexte national

La prise en charge thérapeutique des cancers repose sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Le choix du traitement dépend de l'état de santé général du malade, de la localisation de la tumeur, de sa taille, de son type histologique et de l'existence ou non de métastases.

Pour pratiquer ces types de traitements, les établissements de santé doivent, depuis fin 2009, disposer d'une autorisation délivrée par les Agences régionales de santé (ARS). Fin 2015, on comptait 3 045 autorisations délivrées par les ARS pour 928 établissements de santé autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancers [7] sur l'ensemble du territoire.

Selon les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information de court séjour (PMSI MCO), près de 1,2 millions de personnes ont été hospitalisées en lien avec le diagnostic, le traitement ou la surveillance des cancers en 2015 en France (hors les patients traités par radiothérapie dans le secteur privé libéral) représentant près de 6,8 millions de séances et de séjours d'activité de cancérologie (soit 1/4 de l'ensemble de l'activité des établissements MCO) [7].

Les centres de lutte contre le cancer ont inscrit le développement de la chirurgie ambulatoire comme un axe stratégique prioritaire [8]. Cette modalité de chirurgie permet la sortie du patient le jour même de son admission. Son développement représente un enjeu pour les patients en termes de confort et de sécurité des soins, ainsi qu'un gain d'efficacité pour les établissements de santé [9].

■ Hospitalisations pour cancer à La Réunion

• Plus de 10 000 personnes hospitalisées pour un cancer entre 2015 et 2017

Sur 3 années, de 2015 à 2017, 11 600 Réunionnais ont été hospitalisés en hospitalisation complète ou en ambulatoire, sans compter les traitements réalisés en séances, comme la chimiothérapie ou la radiothérapie. A noter que 2,6 % (soit 300) des patients domiciliés à La Réunion, ont été hospitalisés pour cancer hors du département, en métropole et essentiellement en région Ile-de-France.

• Un tiers des hospitalisations en ambulatoire

Les patients réunionnais ont cumulé 17 000 séjours à l'hôpital pour un diagnostic principal de cancer en 3 ans (soit 5 650 séjours en moyenne annuelle), dont 5 700 en ambulatoire et 11 300 en hospitalisation complète (représentant respectivement 1 900 et 3 800 séjours par an en moyenne).

A La Réunion, depuis 2014, la part de la chirurgie ambulatoire en cancérologie a augmenté de 5 points

pour atteindre 31 % de l'ensemble des séjours en chirurgie pratiqués pour un cancer en 2017.

Tableau 7 : Evolution des séjours de chirurgie pour cancer entre 2014 et 2017 à La Réunion et en métropole

	La Réunion			Métropole
	Effectif hospitalisation ambulatoire	Effectif hospitalisation complète	Part ambulatoire	Part ambulatoire
2014	737	2 151	26%	23%
2015	798	2 126	27%	25%
2016	812	2 257	26%	26%
2017	957	2 168	31%	28%

Sources : PMSI

Exploitation ORS OI

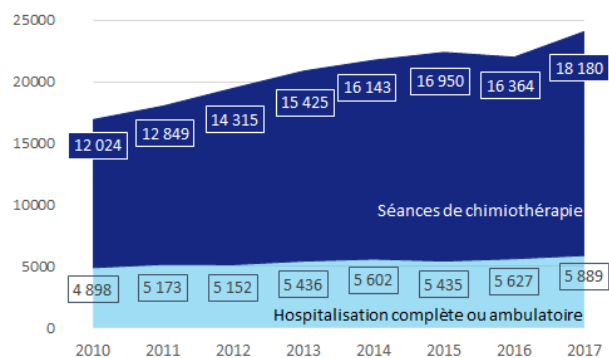
• Les séances de chimiothérapie en augmentation

18 180 séances de chimiothérapie pour tumeur ont été comptabilisées en 2017.

Depuis 2010, les séances de chimiothérapie ont augmenté de 51 % dans le département.

Par rapport à l'ensemble des hospitalisations, les séances de chimiothérapie prennent une place grandissante entre 2010 et 2017 (+4 points).

Figure 14 : Evolution des séances de chimiothérapie et hospitalisations pour cancer entre 2010 et 2017 à La Réunion



Sources : PMSI, ARS OI

Exploitation ORS OI

- Cancer digestif principal motif de prises en charge hospitalières pour cancer entre 2015 et 2017

Les principaux cancers pris en charge dans les établissements de La Réunion sont les cancers digestifs à hauteur de 23 %, suivies des cancers du sein et ceux des tissus lymphatiques et hématopoïétiques.

Tableau 8 : Nombre de séjours annuels moyens (en hospitalisation complète, ambulatoire et séances de chimiothérapie) et pourcentage dans l'ensemble des prises en charge pour cancer selon les principales localisations entre 2015 et 2017 à La Réunion

Localisation anatomique	Hospitalisation complète	Hospitalisation ambulatoire	Séances de chimiothérapie	Total	%
Organes digestifs	800	248	4 178	5 226	23%
Sein	353	141	4 304	4 798	21%
Tissus lymphatiques et hématopoïétiques	247	111	3 294	3 651	16%
Organes respiratoires	296	72	1 516	1 884	8%
Organes génitaux de la femme	196	42	1 269	1 507	7%

Sources : PMSI, ARS OI

Exploitation ORS OI

■ Personnes prises en charge pour cancer

En 2016, on estime que 17 400 personnes sont prises en charge pour cancers à La Réunion.

Plus précisément, 1 300 femmes sont prises en charge pour un cancer du sein actif et environ 2 000 prises en charge pour un cancer du sein sous surveillance. La même année, à La Réunion, environ 1 400 hommes sont pris en charge pour un cancer de la prostate actif et 1 300 pour un cancer de la prostate sous surveillance.

900 Réunionnais sont traités pour un cancer du côlon, 500 pour un cancer du poumon et 1 000 sont pris en charge pour un cancer du côlon sous surveillance et 200 pour un cancer du poumon sous surveillance. Environ 4 600 Réunionnais sont pris en charge pour un autre cancer actif et 4 200 pour un autre cancer sous surveillance.

Figure 15 : Effectif des personnes prises en charge pour cancer à La Réunion en 2016

	Réunionnais pris en charge pour un cancer actif	Réunionnais pris en charge pour un cancer sous surveillance
Poumons	500	200
Côlon	900	1 000
Sein	1 300	2 000
Prostate	1 400	1 300
Autres cancers	4 600	4 200
	Femmes	Femmes
	Hommes	Hommes

Source : SNIIRAM/SNDS

Exploitation Assurance Maladie, Cartographie des pathologies et des dépenses

Site : <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/fiches-par-pathologie/cancers-1ere-partie.php>

(Cf. méthodologie détaillée annexe 1)

Etablissements autorisés en cancérologie

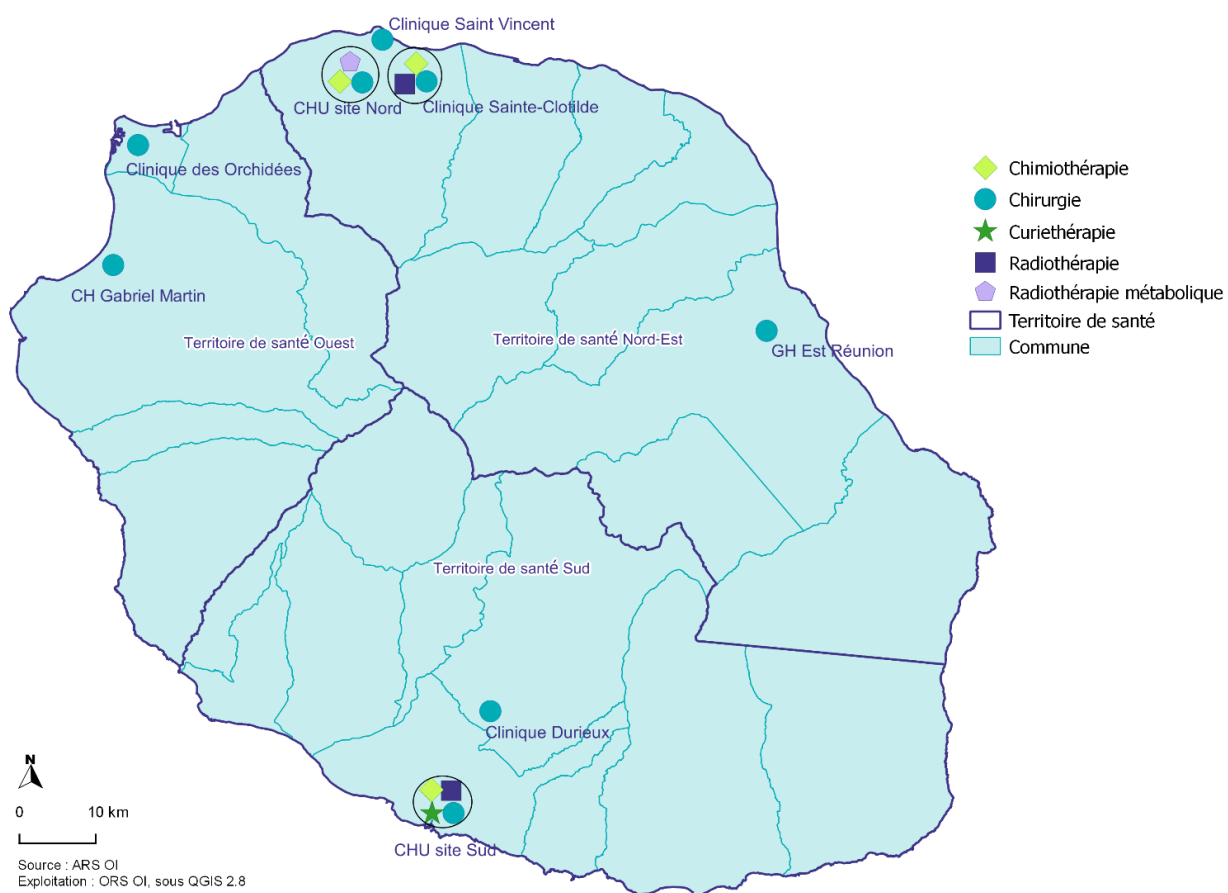
A La Réunion, au 1^{er} janvier 2018, 8 établissements ont une autorisation concernant le traitement du cancer.

Tableau 9 : Autorisations des établissements au 1^{er} janvier 2018

		Territoire Nord-est				Territoire Sud		Territoire Ouest	
		CHU site Nord	Clinique Sainte-Clotilde	Clinique Saint-Vincent	GHER	CHU site Sud	Clinique Durieux	CH G. Martin	Clinique des Orchidées
Chirurgie	Sein		✓			✓	✓		✓
	Urologie	✓	✓			✓			✓
	Digestif	✓	✓		✓	✓	✓	✓	
	ORL et maxillo-faciale	✓		✓	✓	✓	✓		
	Thorax	✓	✓			✓			
	Gynécologie	✓	✓			✓		✓	
Curiethérapie						✓			
Chimiothérapie		✓	✓			✓			
Radiothérapie			✓			✓			
Radiothérapie métabolique		✓							

Source : ARS OI

Carte 1 : Etablissements équipés pour le traitement du cancer au 1^{er} janvier 2018



■ Les professionnels de santé autour du cancer

L'offre régionale est diverse et s'appuie majoritairement sur les oncologues et les radiothérapeutes qui consacrent la totalité de leur activité à la cancérologie. D'autres professionnels interviennent en cancérologie comme par exemple les pneumologues, gastroentérologues ou gynécologues. Pour le diagnostic, les professionnels de santé concernés sont les anatomo-cytopathologistes ou les hématologues biologistes. Ces derniers sont au nombre de 5 dans les établissements de santé publics de l'île.

Le rôle du médecin généraliste est de fluidifier le parcours de santé du patient : il favorise l'accès au dépistage pour tous, garantit une orientation rapide vers une équipe de cancérologie adaptée.

Les densités des professionnels de santé autour du cancer sont plus faibles à La Réunion qu'en métropole, excepté pour les gynécologues obstétriciens.

Tableau 10 : Démographie des principaux professionnels de santé concernés par les cancers au 1^{er} janvier 2017

Profession	La Réunion				Métropole Densités
	Effectifs Libéraux ou mixtes	Effectifs Salariés	Effectifs Ensemble	Densités	
Anatomo-pathologistes	7	3	10	1,2	2,4
Oncologues	1	3	4	0,5	1,6
Hématologues biologistes ou cliniciens	0	7	7	0,8	1,1
Radiothérapeutes	4	4	8	0,9	1,3
Pneumologues	10	22	32	3,7	4,5
Gastroentérologues	21	16	37	4,3	5,6
Gynécologues médicaux	15	0	15	4,3	9,3
Gynécologues obstétriciens	57	39	96	27,4	16,4
Médecins généralistes	831	378	1 212	140	141
Infirmiers	2 114	5 341	7 455	861	963

Source : ARS OI (ADELI, RPPS, DREES), Insee (Estimation de population 2018)

Densité pour 100 000 habitants (population Insee estimation au 1^{er} janvier 2016)

*Effectif rapporté sur la population féminine âgée de 15 ans ou plus

■ Le Réseau Régional de Cancérologie

Le Réseau Régional de Cancérologie (RRC) fait partie des organisations qui ont été mises en place dans le cadre du Plan cancer national 2003-2008 pour assurer aux patients une équité d'accès aux soins et des prises en charge de qualité.

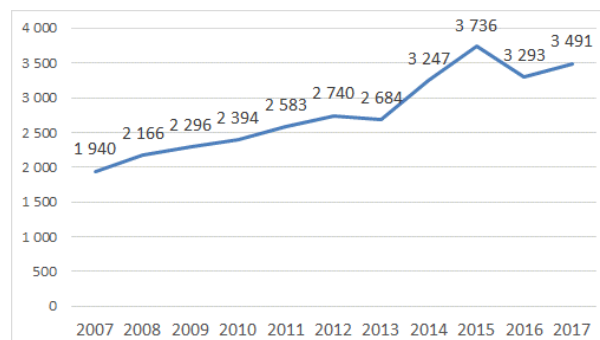
Le réseau ONCORUN repose sur un système d'informations qui permet de créer pour chaque patient un Dossier Communicant en Cancérologie (DCC) sécurisé, qui peut être consulté à tout moment par le corps médical. Ce dossier comprend plusieurs volets sur l'observation initiale, les consultations de surveillance et les fiches des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) avec le programme personnalisé de soins (PPS) remis au malade.

Les RCP regroupent des professionnels de santé de différentes disciplines dont les compétences sont indispensables pour les prises de décisions liées aux patients. Pour être jugée valable, une RCP à visée diagnostique ou thérapeutique doit se faire en présence d'au moins 3 médecins de spécialités différentes.

Au cours de l'année 2017, 796 RCP se sont tenues.

Depuis 10 ans, le nombre de nouveaux patients par année a augmenté. Un pic de nouveaux patients a été observé en 2015. En 2017, le nombre est de 3 500 nouveaux patients.

Figure 16 : Nombre annuel de dossiers de nouveaux patients pris en charge en RCP à La Réunion de 2006 à 2017



Source : ONCORUN

Il est cependant important de souligner que cette évolution n'est pas un outil à visée épidémiologique et ne représente pas une augmentation du nombre de nouveaux cas de cancer à La Réunion comme le Registre des Cancers. En effet, un même patient peut passer dans 2 RCP différentes et, contrairement au Registre, sont pris en compte les cancers in situ et pas seulement les cancers invasifs.

Si cette progression ne reflète pas uniquement une augmentation du nombre de patients cancéreux, elle traduit une meilleure exhaustivité de passages en RCP. Ceci est le fruit d'une sensibilisation du corps médical et une meilleure application de la mesure 31 du plan cancer 2003.

Créée en 2002 à Paris, la manifestation ODYSSEA a été lancée à la Réunion depuis 2008.

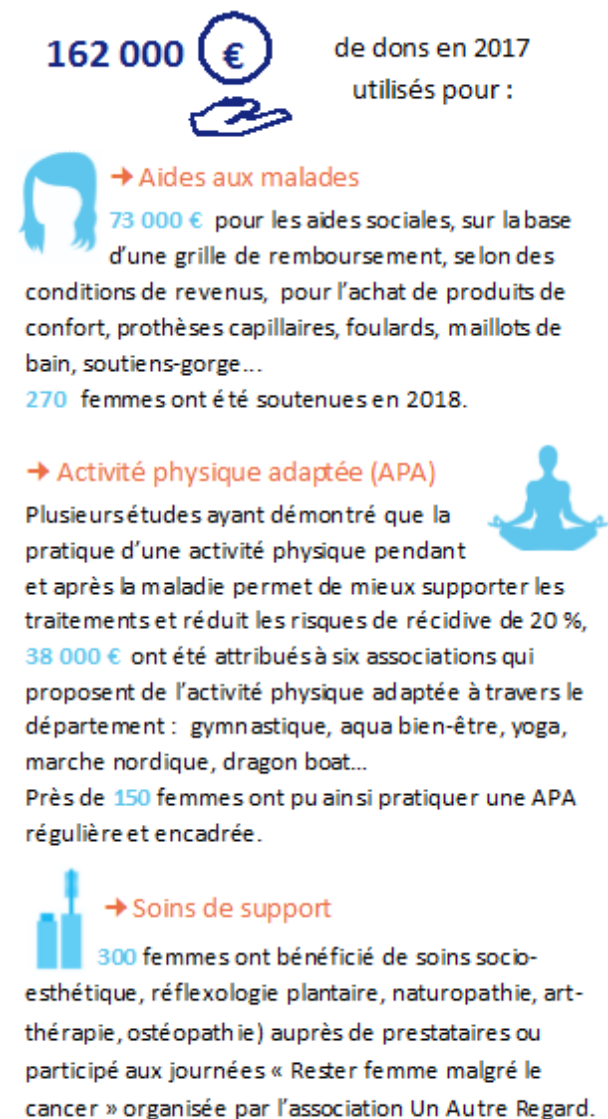
Ces courses-marches, dont l'objectif est de collecter des fonds en faveur de la lutte contre le cancer du sein, tout en relayant un message fort de prévention par le sport, en invitant les femmes, les hommes et même les enfants à partager leurs foulées et poursuivre leurs efforts au-delà de l'événement, sont organisées depuis 2012 dans l'île par l'association RUN ODYSSEA par convention avec ODYSSEA.

Depuis 2008, ODYSSEA REUNION a réuni 124 000 personnes et permis de récolter 951 850 euros de dons pour l'aide aux malades et pour la prévention du cancer du sein sur l'île.

Les fonds collectés sont gérés par RUN ODYSSEA et distribués à plusieurs associations locales et acteurs des soins et de la prévention, tous rassemblés au sein de l'Annuaire Rezo Rose.

Cet annuaire permet aux personnes malades de trouver un ensemble d'informations (aides sociales, activités physiques adaptées, soins de support, réseau Oncorun, informations sur l'onco-génétique, sur la procréation médicalement assistée, groupes de paroles, conseils et magasins pour prothèses capillaires et mammaires...) qui leur permettra de bénéficier de soutien et de soins toute l'année.

Figure 17 : Utilisation des dons de l'association RUN Odyssée en 2017 en chiffres



Source : RUN Odyssée

L'Annuaire Rezo Rose est disponible à partir de l'URL :

<http://www.run-odyssea.org/fichiers/REZO%20ROSE/ANNUAIRE%20REZOROSE%20181201.pdf>



Déterminants et prévention

■ Contexte national

Les facteurs de risque des cancers sont multiples et n'ont pas tous été identifiés, mais on sait que moins de 10 % des cancers seraient héréditaires, et que 40 % des cancers pourraient être évités grâce à des changements de comportements et de modes de vie. La prévention constitue donc un moyen d'agir essentiel et un enjeu prioritaire dans la lutte contre les cancers [7 ; 10].

Le principal facteur de risque est l'âge. Les facteurs externes peuvent être de nature chimique (substances cancérigènes contenues dans la fumée du tabac, l'alcool, l'arsenic, le benzène, l'amiante...), physique (rayonnements ultraviolets et ionisants) ou biologique (liés à des virus ou des bactéries), des éléments de mode de vie (par exemple tabagisme, consommation d'alcool), de l'environnement professionnel (poussières des bois, amiante, etc.) [7].

Selon une étude sur le nombre de cancers attribuables à des facteurs de risque liés au mode de vie ou à l'environnement chez les adultes en France métropolitaine, en 2015, 41% des cancers chez les adultes étaient attribuables à des facteurs de risque modifiables, soit environ 142 000 cas. Les deux causes principales étaient le tabagisme (20%) et l'alcool (8%), aussi bien chez les hommes que chez les femmes. La troisième cause était, chez les hommes, l'alimentation (5,7%) et chez les femmes le surpoids et l'obésité (6,8%) [10].

L'Institut national du cancer et le ministère chargé de la santé ont lancé en septembre 2016 et 2017 une campagne de communication pour faire connaître le chiffre de 40 % de cancers évitables et annonçant une sélection de quatre conseils : « ne pas fumer, limiter l'alcool, bouger plus, manger mieux » [7].

■ Tabac et alcool

• Fréquence du tabagisme

En 2014, selon le Baromètre santé DOM [11 ; 12], un quart des Réunionnais déclarent fumer quotidiennement (25 % chez les 15-75 ans contre 28 % en métropole).

La prévalence du tabagisme quotidien est très élevée chez les hommes jeunes : la moitié des hommes de 25 à 34 ans fume quotidiennement contre un quart des femmes du même âge.



• Fréquence de l'alcoolisme

La prévalence de la consommation régulière d'alcool, avec un usage à risque chronique¹ en population générale sur le département de La Réunion est de 5,1 % chez les 15-75 ans contre 7,6 % en métropole.

Les Réunionnais de 15 à 75 ans déclarent consommer en moyenne 6,5 verres, 8,2 pour les hommes et 2,5 pour les femmes, que ce soit de la bière, du vin ou un autre type d'alcool, dans une journée où ils consomment de l'alcool.

1 L'usage d'alcool à risque chronique est défini par plus de 21 verres par semaine pour un homme, 14 verres par semaine

pour une femme, ou boit toutes les semaines 6 verres ou plus lors d'une même occasion.

• Moi(s) sans tabac

La campagne Moi(s) sans tabac, lancée par le ministère de Solidarités et de la Santé et Santé publique France en partenariat avec l'Assurance maladie a pour objectif d'inciter les fumeurs à arrêter le tabac pendant un mois. Les chances d'arrêter définitivement étant multipliées par cinq après 4 semaines de sevrage.

Pour la deuxième édition qui a eu lieu en octobre 2017, la mobilisation des actions a augmenté mais le nombre de personnes touchées a diminué.

Figure 18 : L'action Moi(s) sans tabac 2017 à La Réunion en chiffres



Source : SAOME (OSCARs)

■ Surpoids

• Prévalence de la surcharge pondérale

La surcharge pondérale, qui comprend le surpoids et l'obésité, augmente le risque de certains cancers (œsophage, pancréas, côlon-rectum...) et augmente les risques de récidives. Selon les résultats du Baromètre Santé DOM [13], en 2014, 38,5 % de la population réunionnaise âgée entre 15 et 75 étaient en surcharge pondérale : 27,2 % en surpoids (contre 29 % en métropole) et 11,3 % en situation d'obésité (contre 12 % en métropole).



• La nutrition, un enjeu des politiques publiques régionales

La nutrition-santé est un enjeu majeur de santé publique à La Réunion comme au niveau national.

Pour le projet de santé 2018-2028, porté par l'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI), huit enjeux ont été définis pour les 10 prochaines années, sur lesquels des progrès sensibles sont attendus. Parmi ces enjeux de santé, figure « l'amélioration de la santé nutritionnelle ».

Le PRS doit se coordonner avec les autres programmes ou plans d'actions existants en lien avec la nutrition au niveau régional : le Programme Alimentation Activités Nutrition Santé (PRAANS), la Conférence de consensus sur le diabète (CDC), le Plan Régional Sport Santé Bien-être (PRSSBE), le Plan Régional Santé Environnement (PRSE 3).



■ Maladies infectieuses

• Protection contre l'hépatite B

Les principaux facteurs de risque de développer un cancer du foie sont le tabac, l'alcool et une infection chronique par les virus de l'hépatite B ou C. Or, il existe un vaccin efficace contre l'hépatite B.

Depuis 2014, La Réunion affiche un taux de couverture vaccinale contre l'hépatite B supérieur à celui du niveau national. Il est estimé en 2016 à 95 % des Réunionnais âgés de 24 mois alors qu'il atteignait 97,6 % en 2015.

Tableau 11 : Couvertures vaccinales « hépatite B-3 doses » à l'âge de 24 mois à La Réunion et en France entière

	La Réunion	France entière
2014 (nés en 2012)	93%	83%
2015 (nés en 2013)	97,6%	88%
2016 (nés en 2014)	95%	88%

Source : Drees, Remontées des services de PMI certificat de santé du 24^{ème} mois Traitement Santé publique France

². Elle représente un moyen de prévention du cancer du col de l'utérus complémentaire au dépistage par frottis.

Pour la cohorte de naissances de 2001, la couverture vaccinale contre le papillomavirus reste très faible avec moins d'une adolescente sur 10 qui a complété le schéma vaccinal.

A noter que depuis le 1^{er} janvier 2018, ce vaccin est rendu obligatoire pour tous les nouveaux nés.



• Protection contre le HPV

La vaccination contre les papillomavirus humains (HPV) est recommandée pour les filles dès l'âge de 11 ans et pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes et les patients immunodéprimés

Tableau 12 : Couvertures vaccinales contre les papillomavirus humains « schéma complet* à 16 ans »

	La Réunion	France entière
2017 (nées en 2001)	8,6%	21,4%

*Schéma à 3 doses ou simplifié à 2 doses.

Source : SNDS-DCIR

Traitement Santé publique France

² Source : <https://professionnels.vaccination-info-service.fr/Maladies-et-leurs-vaccins/Infections-a-papillomavirus-humain-HPV>

■ UV et risques solaires

• Risques solaires

La surexposition aux rayonnements ultraviolets (UV) est un facteur de risque majeur dans le développement des cancers de la peau et en particulier du mélanome cutané. Dans le plan cancer 2014-2019 [1], l'action 12.8 prévoit de « Diminuer l'exposition aux rayonnements ultraviolets artificiels et naturels ».

L'intensité du rayonnement ultra-violet et le risque d'une exposition au soleil se mesure par l'index UV, répartis en 5 classes. A chaque niveau de risque correspond un moyen de protection adapté. Plus l'index est élevé, moins il faut de temps pour attraper un coup de soleil. A La Réunion, au mois de décembre, mois de l'été austral, l'index UV moyen observé sur l'ensemble de l'île est à un niveau extrême. Alors qu'en juin, mois de l'hivers austral, l'index UV moyen est entre modéré et fort [Annexe 4].

• Campagne contre les cancers de la peau

Pour la 1^{ère} fois en 2018, une campagne d'information et de sensibilisation sur les risques solaires est portée par une multitude d'acteurs locaux, La Réunion étant un territoire présentant un facteur de risque solaire élevé. De nombreux organismes de santé publique, associations, et entreprises militent pour une meilleure prévention face aux risques solaires. Ils se sont fédérés

en collectif regroupant l'ARS OI, la CGSS, l'USEP, le Fonds de dotation MUTA Réunion, l'association REVOIR, la Société Réunionnaise de Dermatologie, l'Association Nationale pour l'Amélioration de la Vue (ASNAV), les Opticiens de La Réunion, le Syndicat National des Ophtalmologistes de France (SNOF), Clinifutur, la CPME, météo France ou encore la ville du Port.

Cette pluralité d'acteurs impliqués vise à toucher le plus grand nombre de Réunionnais.

Figure 19 : Affiche de la campagne « Méfiez-vous des UV. Ils risquent de vous faire la peau » de 2018



Source : ARS OI

Dépistage

Le risque de décéder d'un cancer diminue grâce aux progrès thérapeutiques mais aussi grâce à la précocité du diagnostic. Il constitue logiquement le 1^{er} objectif du Plan cancer 2014-2019 [1].

Le dépistage permet de détecter, en l'absence même de symptômes, des lésions susceptibles d'être cancéreuses ou d'évoluer vers un cancer et ainsi limiter la lourdeur des traitements.

Le dépistage peut être réalisé soit dans le cadre d'un programme organisé par les autorités de santé publique, soit de façon individuelle, à l'initiative d'un professionnel de santé ou du patient lui-même.

Un dépistage ne bénéficie d'une organisation nationale que lorsque le rapport coût-bénéfice est démontré pour une certaine tranche d'âge de la population. Il a conduit à la mise en place de dépistages, renouvelés tous les 2 ans, où toutes les femmes de 50 à 74 ans sont appelées à pratiquer une mammographie depuis 2004 et toutes les personnes de 50 à 74 ans se voient proposer un test de recherche de sang dans les selles depuis 2008. Le dépistage du cancer du col de l'utérus a fait l'objet d'une étape préfiguration en 2016 et 2017, s'appuyant sur 17 sites régionaux préfigureurs ; il s'inscrit, à partir de 2018, dans le cadre d'un programme national organisé.

A La Réunion, la structure de gestion du dépistage organisé des cancers est le CENTRE REGIONAL DE COORDINATION DES DEPISTAGES DES CANCERS – LA REUNION (ex RUN Dépistages). Les données de participation aux dépistages sont publiées sur le site de Santé publique France qui exploite les données.

• Dépistage du cancer du sein

A La Réunion, comme au niveau national, la moitié des femmes de la population cible ont participé au dépistage organisé du cancer du sein. Le taux de participation dans le cadre du programme est en baisse par rapport à la campagne 2013-2014.

Tableau 13 : Participation au dépistage organisé du cancer du sein pour les campagnes 2013-2014 et 2016-2017 à La Réunion et en France entière.

	La Réunion		France entière
	Nombre de femmes dépistées	Taux de participation	Taux de participation
2013-2014	52 107	52,4%	51,9%
2016-2017	56 788	50,4%	50,3%

Sources : Santé publique France (données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer du sein)

Il n'est pas possible de calculer précisément la participation au dépistage individuel, mais l'enquête Baromètre Santé DOM de 2014 estime à 78 % la part des femmes de 50 à 74 ans ayant déclaré avoir réalisé une mammographie au cours des 2 dernières années.

• Dépistage du cancer colorectal

L'adhésion au programme de dépistage organisé du cancer colorectal est moins forte que pour le cancer du sein puisqu'il mobilise moins de 30 % de la population cible. Le taux de participation présenté dans le tableau

14 est calculé sur la population cible de laquelle ont été soustraites les personnes exclues du programme de dépistage pour raison médicale.

Tableau 14 : Participation au dépistage organisé du cancer colorectal pour les campagnes 2013-2014 et 2016-2017 à La Réunion et en France entière.

	La Réunion		France entière
	Nombre de personnes dépistées	Taux de participation	Taux de participation
2013-2014	42 719	24,3%	29,8%
2016-2017	53 889	28,9%	33,6%

Sources : Santé publique France (données issues des structures départementales du dépistage organisé du cancer colorectal)

Dans l'enquête Baromètre Santé DOM 2014, 39 % des Réunionnais âgés de 50 à 74 ans ont déclaré avoir participé à un dépistage par test de recherche de sang occulte dans les selles, sans différence entre les hommes et les femmes.

La raison la plus fréquemment citée pour ne pas avoir fait ce test au cours des 2 dernières années pour les personnes de 50 ans et plus est « on ne me l'a pas proposé » cité par 33 % des répondants concernés. 32 % des personnes de plus de 50 ans n'ayant pas eu de dépistage dans les 2 dernières années ne souhaitent pas le faire et 10 % ont eu une coloscopie dans les 5 dernières années.

- **Dépistage du col de l'utérus**

Le dépistage du cancer du col de l'utérus consiste à recommander aux femmes âgées de 25 à 65 ans de pratiquer un frottis cervico-utérin tous les 3 ans.

Une expérimentation de dépistage organisé a été mise en place dans 13 départements dont La Réunion dès 2010, avant son étendue au niveau national inscrite dans le plan cancer 2014-2019. Contrairement aux autres programmes de dépistage organisés comme ceux du sein ou du côlon-rectum, l'organisation repose sur l'incitation des femmes qui ne se font pas spontanément dépister individuellement, sur un recueil exhaustif des résultats de toutes les femmes de 25-65 ans.

A La Réunion, 57,9 % des femmes ciblées par le programme ont réalisé un test de dépistage entre 2010 et 2012, 42,5 % spontanément (dépistage individuel) et 15,4 % suite à une invitation par la structure de gestion (dépistage organisé) [14].



Enquête FOSFORE

Coordonnée par le Registre des Cancers.

- ▶ **Etude dont l'objectif est d'identifier les barrières au dépistage du cancer du col utérin par le frottis cervico-utérin à La Réunion et les leviers d'amélioration.**
- ▶ **Etude menée en 2017 sur un échantillon représentatif de 1 000 femmes âgées de 25 à 65 ans.**
- ▶ **Recueil par entretien téléphonique de 30 minutes portant sur les connaissances et comportements vis-à-vis du dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-utérin.**

Synthèse - Discussion

Dans le cadre de ses missions, l'Observatoire Régional de la Santé Océan Indien (ORS OI) a été chargé par l'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI) de réaliser un tableau de bord sur les cancers à La Réunion. L'objectif est de rassembler et de présenter de manière synthétique différents indicateurs sur l'incidence, la mortalité, la prise en charge, les déterminants, les actions de prévention et le dépistage. Financé par l'ARS OI et réalisé en concertation avec l'ARS OI et la Cire OI (Santé publique France), avec la contribution du Registre des cancers, d'ONCORUN, du CENTRE REGIONAL DE COORDINATION DES DEPISTAGES DES CANCERS – LA REUNION et de l'Assurance Maladie, ce tableau de bord est un outil régional de synthèse des données existantes sur cette problématique à destination des professionnels et des acteurs publics et institutionnels. Il permet de décrire et suivre l'évolution de cette pathologie et de leurs facteurs de risques afin de pouvoir définir les orientations en termes de prévention et de prise en charge des patients.

• Les résultats

Les données recueillies dans le cadre de ce tableau de bord mettent en évidence plusieurs constats sur la problématique des cancers à La Réunion.

2 397 nouveaux cas de cancers invasifs et pathologies hématologiques malignes ont été découverts en 2013 à La Réunion. Les taux d'incidences standardisés (TIS) sont plus faibles pour les femmes que pour les hommes et sont plus faibles pour La Réunion qu'au niveau national. Pour les femmes, les TIS augmentent depuis 1990 alors que pour les hommes, les TIS se sont stabilisés depuis les années 2000.

Comme en métropole, les principales localisations des cancers masculins sont la prostate (23 %), le poumon (14 %) et le côlon-rectum (12 %). Une surincidence est constatée à La Réunion par rapport à la métropole pour les cancers de l'estomac, de l'œsophage, et de la lèvre-bouche-pharynx.

Les principales localisations chez les femmes sont le sein (31 %), le côlon-rectum (13 %), le col de l'utérus (5 %) et le poumon (5 %), avec une surincidence régionale constatée pour les cancers de l'estomac et du col de l'utérus par rapport à la métropole.

En moyenne, 1 123 décès par an sont enregistrés à La Réunion entre 2013 et 2015 ; 2/3 sont des décès masculins. Les taux de mortalité standardisés sont en baisse, d'autant plus chez les hommes que chez les femmes.

Les causes de décès par cancer les plus fréquentes chez les hommes réunionnais sont les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon mais également de la prostate et du côlon. Chez les femmes réunionnaises, les cancers causant le plus de décès tous les ans sont le cancer du sein, du côlon et du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon. Par rapport à la métropole, on constate plus de décès au niveau régional pour les cancers de l'estomac et du col de l'utérus chez la femme.

En moyenne sur la période 2015-2017, on compte 5 650 séjours hospitaliers par an de patients réunionnais pris en charge pour un diagnostic de cancer. La prise en charge en ambulatoire se développe sur l'île, elle atteint 31 % des séjours en chirurgie pour cancer en 2017, contre 28 % en métropole. Les chimiothérapies sont également en augmentation (+51 % depuis 2010).

La densité des professionnels de santé concernés par les cancers est moins élevée qu'en métropole. On compte 1,2 anatomo-pathologiste pour 100 000 Réunionnais (contre 2,3 en métropole) et 0,5 oncologue pour 100 000 Réunionnais (contre 1,5 en métropole).

En 2017, 3 500 nouveaux patients ont vu leur dossier passer en RCP (réunion de concertation pluridisciplinaire). Le nombre de patients est en progression mais ne reflète pas une augmentation du nombre de cas mais une meilleure application des pratiques et de la mesure 31 du plan cancer 2003.

Les facteurs de risques sont multiples et touchent une grande partie de la population réunionnaise âgée de 15 à 75 ans. Parmi eux, ¼ déclarent fumer quotidiennement ; 5 % ont une consommation régulière d'alcool avec un usage à risque chronique et 39 % sont en surcharge pondérale.

Des programmes de dépistage organisé sont mis en place pour le cancer du sein et le cancer colorectal. Si les taux de participation sont au niveau de ceux observés en France entière pour le cancer du sein (51 % pour la campagne 2015-

2016), ils sont inférieurs pour le dépistage du cancer colorectal (29 % de la population cible à La Réunion contre 34 % en France entière pour la campagne 2016-2017).

- **Discussion**

L'incidence des cancers à La Réunion est globalement plus faible que celle observée en France métropolitaine. Cependant, certaines localisations tumorales sont surreprésentées, tels les cancers de l'estomac, du col de l'utérus, des voies aéro-digestives supérieures chez l'homme, ou d'autres en forte augmentation tels les cancers du côlon-rectum. Ces données mettent ainsi en exergue l'importance de continuer à développer et consolider les programmes de prévention et de dépistage des cancers sur l'île, ainsi que l'intérêt d'avoir un système de surveillance épidémiologique local qui permet de disposer de données adaptées pour leur mise en place et leur suivi.

L'observation du cancer aborde plusieurs dimensions, au-delà de la mortalité et des nouveaux cas de cancer, il est également important d'observer les déterminants, les actions de prévention, la prise en charge, la survie, la rémission ou les récurrences...

Certains indicateurs manquent pour dresser un panorama plus complet et évaluer les parcours de soins des patients.

De plus, il serait nécessaire de recueillir des données par des études complémentaires pour expliquer les sur-incidences et spécificités régionales exposées dans ce tableau de bord.

Afin d'aller plus loin dans l'observation de la prise en charge, une étude des **parcours de soins** des patients serait à mettre en place, du dépistage au diagnostic, puis le traitement, et la gestion des effets secondaires du traitement. Elle permettrait d'améliorer la qualité des soins et l'efficacité du système de santé. En particulier, les indicateurs sont à construire pour **mesurer l'impact et les séquelles d'un cancer** sur la vie des patients (fertilité, chirurgie reconstructrice, suivi du sevrage tabagique...)

Beaucoup d'actions sont déjà mises en place à La Réunion permettant l'adhésion d'une partie de la population aux programmes de dépistages, ou permettant la réduction de l'alcoolisme et du tabagisme (par exemple le Programme régional de réduction du tabagisme). De plus, l'alimentation est une des priorités des politiques de santé publique sur l'île. Il conviendra d'évaluer ces différents dispositifs afin de suivre leur impact sur la prévalence du cancer à La Réunion. Une part importante des cancers prématurés et/ou évitables ont des déterminants comportementaux ou environnementaux sur lesquels les pouvoirs publics peuvent agir par des actions de prévention. L'objectif 12 du plan Cancer 2014-2019 est de « Prévenir les cancers liés au travail ou à l'environnement ». Il reste à investiguer plus largement ces facteurs environnementaux et les cancers d'origine professionnelle.

Annexe 1 : Méthode d'identification des patients atteints de cancer (AMELI) [2]

Un cancer actif est défini sur 2 ans à partir du PMSI-MCO (diagnostic principal (DP) ou diagnostic relié (DR) spécifiques du cancer y compris les formes in situ, ainsi que les codes en Z de chimiothérapie et radiothérapie) et/ou des ALD apparues sur les 2 ans. Un cancer sous surveillance est défini à partir du PMSI-MCO (DP ou DR spécifiques dans les 5 ans, ou diagnostic associé (DA) dans l'année n ou n-1) et/ou des ALD. Un cancer est donc considéré comme actif s'il a donné lieu, dans les deux ans (année n ou n-1), soit à une hospitalisation pour traitement, à l'exclusion des hospitalisations pour bilan seul, soit à une hospitalisation pour métastase, soit à l'initiation d'une prise en charge pour ALD, soit à un traitement par certaines thérapies ciblées (3 délivrances l'année n ou n-1, liste commune avec l'InCA décembre 2016).

Un cancer classé comme actif prime sur un cancer classé en surveillance quand il s'agit d'une même localisation. Par exemple, une femme bénéficiant d'une ALD « Tumeur maligne du sein » depuis plus de 2 ans qui a été hospitalisée l'année n ou n-1 pour cancer du sein, chimiothérapie ou radiothérapie est incluse dans le groupe « Cancer du sein actif » et exclue du groupe « Cancer du sein sous surveillance ».

Une hospitalisation pour localisation secondaire (métastase hépatique, osseuse, cérébrale, et pulmonaire) d'un cancer peut être codée à tort comme un séjour pour cancer primitif (hépatique, osseux, cérébral et pulmonaire). Une gestion de ces cas particuliers est réalisée s'il existe un autre code de cancer (autre séjour ou ALD). Les cas de double cancer incluant un cancer du poumon sont systématiquement attribués à l'autre cancer lorsque la source identifiant le cancer du poumon est le PMSI. Une exception est faite pour les tumeurs de l'encéphale qui peuvent être plus fréquemment des localisations secondaires d'un cancer du poumon. Pour les autres localisations (os, foie, cerveau), quand, pour un même patient ayant un cancer spécifique (sein, prostate, colon), deux séjours hospitaliers sont retrouvés, l'un codé en rapport avec une localisation primitive du foie, de l'os ou du cerveau, et l'autre une localisation secondaire du même site (foie, os ou cerveau), l'hypothèse privilégiée est qu'il s'agit d'une erreur de codage et d'une localisation secondaire dans les deux cas (métastase hépatique ou osseuse ou cérébrale du cancer spécifique, du sein, de la prostate ou du colon). Le patient n'est donc pas considéré comme ayant un cancer du foie, de l'os ou du cerveau.

Cancer du sein actif chez la femme

Femmes en ALD avec codes CIM-10 de cancer du sein (y compris les formes in situ) avec une date de début l'année n ou n-1, et/ou femmes hospitalisées pour cancer du sein durant l'année n ou n-1 (DP ou DR).

Codes CIM10 utilisés (ALD et PMSI) : C50 (Tumeur maligne du sein) ; D05 (Carcinome in situ du sein).

Le cancer actif prime sur le cancer surveillé. Toutefois, les femmes identifiées comme ayant un cancer du sein dans le PMSI-MCO durant l'année n ou n-1, et repérées uniquement par une hospitalisation pour « examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne » (Z08 en DP ou DR), ont été reclassées dans le groupe surveillance si elles n'ont pas eu au cours de l'année n ou n-1 de séance de radiothérapie (Z51.0) et/ou de chimiothérapie (Z51.1). Un traitement par thérapie ciblée (traitement spécifique des cellules cancéreuses) ou un séjour pour métastase dans l'année n ou n-1 a conduit à reclasser la patiente dans le groupe de cancer actif. Les inhibiteurs de l'aromatase et les anti-œstrogènes donnés au long cours en prévention des récurrences n'ont pas été pris en compte.

Cancer du sein sous surveillance chez la femme

Personnes de sexe féminin en ALD avec codes CIM-10 de cancer du sein (y compris les formes in situ) avec date de début avant l'année n-1, et/ou patientes hospitalisées pour cancer du sein durant au moins une des 5 dernières années (DP ou DR, ou DA de l'année n ou n-1).

Codes CIM10 utilisés (ALD et PMSI) : C50 (Tumeur maligne du sein) ; D05 (Carcinome in situ du sein) ;

et sans hospitalisation pour cancer du sein actif l'année n ou n-1.

Cancer du côlon actif

Personnes en ALD avec codes CIM-10 de cancer du côlon, de la jonction recto-sigmoïdienne ou du rectum (y compris les formes in situ) avec date de début l'année n ou n-1, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant l'année n ou n-1 (DP ou DR).

Codes CIM10 utilisés :

- ALD : C18 (Tumeur maligne du côlon) ; C19 (Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne) ; C20 (Tumeur maligne du rectum).
- PMSI : C18 (Tumeur maligne du côlon) ; C19 (Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne) ; C20 (Tumeur maligne du rectum) ; D01.0 (Côlon) ; D01.1 (Jonction recto-sigmoïdienne) ; D01.2 (Rectum).

Le cancer actif prime sur le cancer sous surveillance. Toutefois, les personnes identifiées comme ayant un cancer du côlon dans le PMSI-MCO durant l'année n ou n-1, et repérées uniquement par une hospitalisation pour « examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne » (Z08 en DP ou DR), ont été reclassées dans le groupe surveillance si elles n'ont pas eu au cours de l'année n

ou n-1 de séance de radiothérapie (Z51.0) et/ou de chimiothérapie (Z51.1). Un traitement par thérapie ciblée ou un séjour pour métastase dans l'année n ou n-1 conduit à reclasser le patient dans le groupe de cancer actif.

Cancer du côlon sous surveillance

Personnes en ALD avec codes CIM-10 de cancer du côlon, de la jonction recto-sigmoïdienne ou du rectum (y compris les formes in situ) avec date de début avant l'année n-1, et/ou personnes hospitalisées pour ces mêmes motifs durant au moins une des 5 dernières années (DP ou DR, ou DA de l'année n ou n-1), et sans hospitalisation pour cancer du côlon actif l'année n ou n-1.

Codes CIM10 utilisés :

- ALD : C18 (Tumeur maligne du côlon) ; C19 (Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne) ; C20 (Tumeur maligne du rectum).
- PMSI : C18 (Tumeur maligne du côlon) ; C19 (Tumeur maligne de la jonction recto-sigmoïdienne) ; C20 (Tumeur maligne du rectum) ; D01.0 (Côlon) ; D01.1 (Jonction recto-sigmoïdienne) ; D01.2 (Rectum)

Cancer du poumon actif

Personnes en ALD avec codes CIM-10 de cancer du poumon ou des bronches (y compris les formes in situ) avec date de début l'année n ou n-1, et/ou personnes hospitalisées pour cancer du poumon ou des bronches durant l'année n ou n-1 (DP ou DR).

Codes CIM10 utilisés :

- ALD : C33 (Tumeur maligne de la trachée) ; C34 (Tumeur maligne des bronches et du poumon).
- PMSI : C33 (Tumeur maligne de la trachée) ; C34 (Tumeur maligne des bronches et du poumon) ; D02.1 (Trachée) ; D02.2 (Bronches et poumon).

Le cancer actif prime sur le cancer sous surveillance. Toutefois, les personnes identifiées comme ayant un cancer du poumon dans le PMSI-MCO durant l'année n ou n-1, et repérées uniquement par une hospitalisation pour « examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne » (Z08 en DP ou DR), ont été reclassées dans le groupe surveillance si elles n'ont pas eu au cours de l'année n ou n-1 de séance de radiothérapie (Z51.0) et/ou de chimiothérapie (Z51.1). Un traitement par thérapie ciblée ou un séjour pour métastase dans l'année n ou n-1 conduit à reclasser le patient dans le groupe de cancer actif. En présence d'un autre cancer (autre que de l'encéphale), les séjours pour cancer du poumon sont tous considérés comme liés à une métastase pulmonaire de l'autre cancer.

Cancer du poumon sous surveillance

Personnes en ALD avec codes CIM-10 de cancer du poumon ou des bronches avec date de début avant l'année n-1, et/ou personnes hospitalisées pour cancer du poumon ou des bronches durant au moins une des 5 dernières années (DP ou DR, ou DA pour l'année n ou n-1), et sans hospitalisation pour cancer du poumon actif l'année n ou n-1.

Codes CIM10 utilisés :

- ALD : C33 (Tumeur maligne de la trachée) ; C34 (Tumeur maligne des bronches et du poumon).
- PMSI : C33 (Tumeur maligne de la trachée) ; C34 (Tumeur maligne des bronches et du poumon) ; D02.1 (Trachée) ; D02.2 (Bronches et poumon).

En présence d'un autre cancer (autre que de l'encéphale), les séjours pour cancer du poumon sont tous considérés comme liés à une métastase pulmonaire de l'autre cancer.

Cancer de la prostate actif

Personnes de sexe masculin en ALD avec codes CIM-10 de cancer de la prostate (y compris les formes in situ) avec date de début l'année n ou n-1, et/ou hommes hospitalisés pour cancer de la prostate durant l'année n ou n-1 (DP ou DR), et/ou hommes âgés de 40 ans et plus, ayant reçu au moins 3 délivrances dans l'année n ou n-1 de traitement anti-androgénique.

Codes CIM10 utilisés :

- ALD : C61 (Tumeur maligne de la prostate).
- PMSI : C61 (Tumeur maligne de la prostate) ; D07.5 (Prostate).

Codes ATC utilisés : L01CD04 ; L02BX03 ; L02BX02 ; L02BB01 ; L02BB02 ; L02BB03 ; L02BB04 ; L02AE01 ; L02AE02 ; L02AE03 ; L02AE04 ; G03HA01 ; L01XX11 ; L02AA01.

Le cancer actif prime sur le cancer sous surveillance. Toutefois, les hommes identifiés comme ayant un cancer de la prostate dans le PMSI-MCO durant l'année n ou n-1, et repérés uniquement par une hospitalisation pour « examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne » (Z08 en DP ou DR), ont été reclassés dans le groupe surveillance s'ils n'ont pas eu au cours de l'année n ou n-1 de séance de radiothérapie (Z51.0) et/ou de chimiothérapie (Z51.1). Un traitement par thérapie ciblée ou un séjour pour métastase dans l'année n ou n-1 conduit à reclasser le patient dans le groupe de cancer actif.

Cancer de la prostate sous surveillance

Hommes en ALD avec codes CIM-10 de cancer de la prostate avec date de début avant l'année n-1, et/ou hommes hospitalisés pour cancer de la prostate durant au moins une des 5 dernières années (DP ou DR, ou DA pour l'année n ou n-1), et sans hospitalisation pour cancer de la prostate actif l'année n ou n-1.

Codes CIM10 utilisés :

- ALD : C61 (Tumeur maligne de la prostate).
- PMSI : C61 (Tumeur maligne de la prostate) ; D07.5 (Prostate).

Autres cancers actifs

Personnes en ALD avec codes CIM-10 d'autres cancers (à l'exclusion des cancers du sein chez la femme, du côlon, de la jonction recto-sigmoïdienne, du rectum, du poumon, des bronches, de la prostate et des tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue) avec date de début l'année n ou n-1, et/ou personnes hospitalisées pour autres cancers durant l'année n ou n-1 (DP ou DR), et patients de sexe masculin atteints de cancers du sein.

Codes CIM10 utilisés :

- ALD : Tous les codes CIM10 en « C » sauf les codes en DP/DR/DA C50 avec sexe féminin ; C18 ; C19 ; C20 ; C61 ; C33 ; C34 ; Les codes CIM10 de D00 à D09 sauf les codes en DP/DR/DA D05 avec sexe féminin
- PMSI : Tous les codes CIM10 en « C » sauf les codes en DP/DR/DA C50 avec sexe féminin ; C18 ; C19 ; C20 ; C61 ; C33 ; C34 ; Les codes CIM10 de D00 à D09 sauf les codes en DP/DR/DA D05 avec sexe féminin ; D01.0 ; D01.1 ; D01.2 ; D07.5 ; D02.1 et D02.2

Le cancer actif prime sur le cancer sous surveillance. Toutefois, les personnes identifiées comme ayant un autre cancer dans le PMSI-MCO durant l'année n ou n-1, et repérées uniquement par une hospitalisation pour « examen de contrôle après traitement d'une tumeur maligne » (Z08 en DP ou DR), ont été reclassées dans le groupe surveillance si elles n'ont pas eu au cours de l'année n ou n-1 de séance de radiothérapie (Z51.0) et/ou de chimiothérapie (Z51.1). Un traitement par thérapie ciblée ou un séjour pour métastase dans l'année n ou n-1 conduit à reclasser le patient dans le groupe de cancer actif. En présence d'un autre cancer et de séjours pour métastases, certains séjours dont le codage indique un cancer primitif du foie, de l'os et du cerveau ont été considérés comme liés à une métastase hépatique, osseuse ou cérébrale de l'autre cancer.

Autres cancers sous surveillance

Personnes en ALD avec codes CIM-10 d'autres cancers (à l'exclusion des cancers du sein chez la femme, du côlon, de la jonction recto-sigmoïdienne, du rectum, du poumon, des bronches, de la prostate et des tumeurs à évolution imprévisible ou inconnue) avec date de début avant l'année n-1, et/ou personnes hospitalisées pour autres cancers durant au moins une des 5 dernières années (DP ou DR, ou DA pour l'année n ou n-1), et sans hospitalisation pour autres cancers actif l'année n ou n-1.

Les patients de sexe masculin atteints de cancers du sein sont inclus dans ce groupe.

Codes CIM10 utilisés :

- ALD : Tous les codes CIM10 en « C » sauf les codes en DP/DR/DA C50 avec sexe féminin ; C18 ; C19 ; C20 ; C61 ; C33 ; C34 ; Les codes CIM10 de D00 à D09 sauf les codes en DP/DR/DA D05 avec sexe féminin
- PMSI : Tous les codes CIM10 en « C » sauf les codes en DP/DR/DA C50 avec sexe féminin ; C18 ; C19 ; C20 ; C61 ; C33 ; C34 ; Les codes CIM10 de D00 à D09 sauf les codes en DP/DR/DA D05 avec sexe féminin ; D01.0 ; D01.1 ; D01.2 ; D07.5 ; D02.1 et D02.2

Annexe 2 : Taux de de mortalité standardisé par cancer par sexe à La Réunion et en métropole pour la période 2013-2015 (pour 100 000 habitants)

	La Réunion			Métropole		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Mélanome malin de la peau	2,2	0,9	1,5	3,3	2,0	2,5
Tumeur maligne du col de l'utérus	0,0	4,4	2,5	0,0	2,0	1,1
Tumeur maligne du rein	5,4	1,3	3,0	7,7	2,9	4,9
Tumeur maligne de l'ovaire	0,0	5,7	3,3	0,0	8,4	4,8
Tumeur maligne de la vessie	8,4	1,8	4,4	13,4	2,6	6,8
Tumeur maligne d'autres parties de l'utérus	0,0	8,4	4,9		6,3	3,6
Tumeur maligne du rectum et de l'anus	6,6	3,6	5,0	8,8	4,6	6,3
Tumeur maligne de l'œsophage	11,0	0,9	5,5	9,4	2,0	5,3
Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	12,5	1,3	6,3	9,4	2,1	5,5
Tumeur maligne du pancréas	11,0	8,1	9,4	17,5	12,1	14,5
Tumeur maligne de la prostate	36,7	0,0	13,0	30,6	0,0	11,2
Tumeur maligne de l'estomac	18,0	7,0	11,5	9,7	3,7	6,3
Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques	16,8	8,0	12,0	19,6	5,3	11,6
Tumeur maligne du sein	0,6	19,6	11,3	0,5	29,4	16,8
Tumeur maligne des tissus lymphatiques et hématopoïétiques	22,2	11,9	16,0	25,6	14,3	18,9
Tumeur maligne du côlon	21,9	14,6	17,6	22,1	13,1	16,8
Autres tumeurs malignes	41,2	23,5	31,4	46,4	24,2	33,7
Tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	63,1	12,8	34,0	75,0	22,6	45,6
Tumeurs	286,6	139,6	199,6	311,7	164,7	225,6

Source : Inserm CépiDc

Exploitation ORS OI

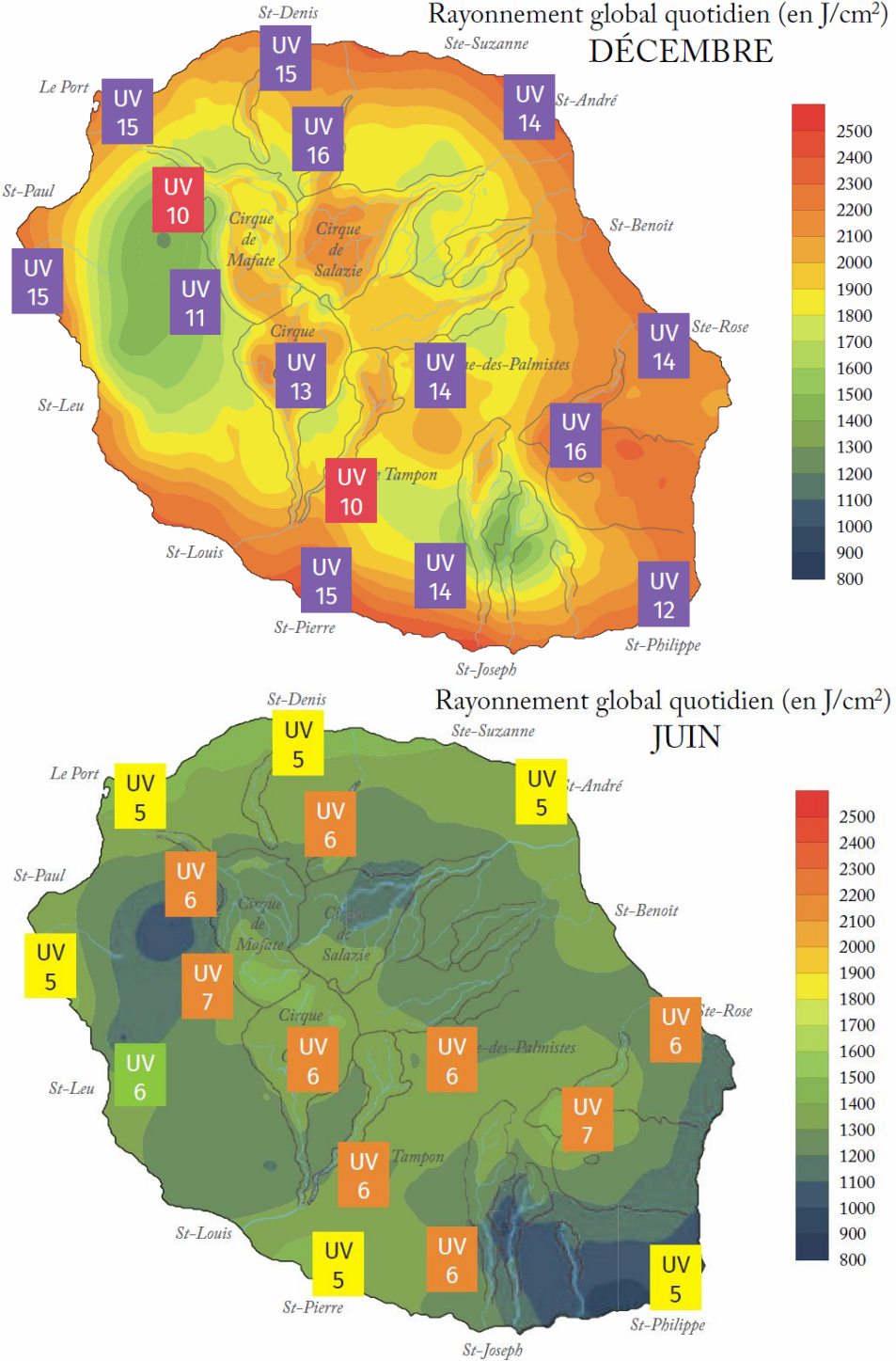
Annexe 3 : Taux standardisé de mortalité prématurée par cancer par sexe à La Réunion et en métropole pour la période 2013-2015(pour 100 000 habitants)

	La Réunion			Métropole		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Mélanome malin de la peau	1,2	0,1	0,6	1,3	0,9	1,1
Tumeur maligne du col de l'utérus	0,0	2,5	1,3	0,0	1,5	0,8
Tumeur maligne du rein	1,5	0,4	0,9	2,2	0,7	1,4
Tumeur maligne de l'ovaire	0,0	1,7	0,9	0,0	2,9	1,5
Tumeur maligne de la vessie	1,1	0,2	0,6	1,9	0,4	1,1
Tumeur maligne d'autres parties de l'utérus	0,0	1,9	1,0		1,7	0,9
Tumeur maligne du rectum et de l'anus	2,7	0,7	1,6	2,2	1,3	1,7
Tumeur maligne de l'œsophage	6,2	0,2	3,1	3,7	0,7	2,2
Tumeur maligne de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	5,7	0,6	3,1	5,5	1,2	3,2
Tumeur maligne du pancréas	4,1	2,0	3,0	5,1	2,9	4,0
Tumeur maligne de la prostate	2,2	0,0	1,0	1,8	0,0	0,8
Tumeur maligne de l'estomac	3,4	2,3	2,8	2,9	1,1	2,0
Tumeur maligne du foie et des voies biliaires intrahépatiques	5,4	1,9	3,6	5,9	1,4	3,6
Tumeur maligne du sein	0,1	10,8	5,7	0,1	13,0	6,7
Tumeur maligne des tissus lymphatiques et hématopoïétiques	4,1	3,3	3,7	5,0	2,8	3,9
Tumeur maligne du côlon	4,3	4,7	4,5	4,2	3,0	3,6
Autres tumeurs malignes	13,1	5,7	9,2	16,0	7,9	11,8
Tumeur maligne du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon	18,3	4,7	11,3	30,1	12,1	20,8
Tumeurs	75,2	44,1	59,3	89,8	56,7	72,7

Source : Inserm CépiDc

Exploitation ORS OI

Annexe 4 : Rayonnement global moyen à La Réunion lors de l'été austral (décembre) et lors de l'hiver austral (juin)



Source : Météo France

Classes de risque de l'index UV

1-2	Faible	Port de lunettes de soleil conseillé
3-4-5	Modéré	
6-7	Fort	
8-9-10	Très fort	
11-16+	Extrême	Toute exposition au soleil est dangereuse

Source : Météo France

Références bibliographiques

- [1] Plan cancer 2014-2019. Guérir et prévenir les cancers : donnons les mêmes chances à tous, partout en France. Paris: Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche; 2014.
- [2] Méthode générale de la cartographie des pathologies, version G5 (années 2012 à 2016) Mise à jour: 8 mars 2018
https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Methode_medicale_Cartographie.pdf
- [3] Defossez G, Le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Remontet L, Colonna M, et al. Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Résultats préliminaires. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France, 2019. 20 p
- [4] Binder-Foucard F, Rasamimanana Cerf N, Belot A, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Étude à partir des registres des cancers du réseau Francim. Partie 1 – Tumeurs solides. Synthèse. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire; 2013. 6p.
Disponible à partir de l'URL : <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2013/Estimation-nationale-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-entre-1980-et-2012>
- [5] Monnereau A, Remontet L, Maynadié M, Binder-Foucard F, Belot A, Troussard X, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence des cancers en France entre 1980 et 2012 - Partie 2 - Hémopathies malignes, Institut de Veille Sanitaire, St-Maurice, 2013.
- [6] http://invs.santepubliquefrance.fr/publications/etat_sante_2017/ESP2017_Etat_de_sante_global_population.pdf
- [7] INCa. Les cancers en France. Edition 2016.
Disponible sur <https://www.e-cancer.fr/Professionnels-de-sante/Les-chiffres-du-cancer-en-France/Epidemiologie-des-cancers>
- [8] Quelle prise en charge des cancers en 2020 ? Paris: UNICancer; 2013.
- [9] Chirurgie ambulatoire : état des lieux et perspectives. ANAP; 2011.
- [10] Marant-Micallef C, Shield KD, Vignat J, Hill C, Rogel A, Menvielle G, et al. Nombre et fractions de cancers attribuables au mode de vie et à l'environnement en France métropolitaine en 2015 : résultats principaux. Bull Epidemiol Hebd. 2018;(21) : 442-8.
Disponible sur http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2018/21/2018_21_2.html
- [11] Bardot M. Les niveaux d'usage des drogues des Réunionnais. Exploitation régionale du Baromètre santé DOM 2014. ORS OI. Février 2017. 24p.
https://www.ors-ocean-indien.org/IMG/file/etudes/ETU_ORIS_Baro_DOM_Drogues_2017.pdf
- [12] Richard J-B. Premiers résultats du Baromètre santé DOM 2014 - Résultats détaillés selon le DOM, l'âge et le sexe. Inpes. Coll. Baromètres santé. Septembre 2015. 32p.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildoc.asp?numfiche=1662>
- [13] Guibert G (ORSOI), Balicchi J (ARSOI). Diabète nutrition – Baromètre santé DOM, La Réunion 2014 – Nutrition, statut pondéral et diabète à La Réunion. PIES. In extenso ;n°4 ;novembre 2015. 20p.
- [14] Vers la généralisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. Bull Epid Hebd. 2017;(2-3):23-65.



Ce tableau de bord a pu être réalisé grâce au financement de l'ARS OI et la participation active des membres du comité de pilotage.
Nous tenons à remercier les organismes qui ont fourni leurs données.



Citation recommandée :

Bardot M, Chirpaz E. Les Cancers à La Réunion. Tableau de Bord. Saint-Denis: ORSOI ; 2019

Disponible à partir de l'URL : www.ors-ocean-indien.org/

Pour toute utilisation des données et indicateur de ce document, merci d'indiquer les sources de données telles qu'elles figurent sur chaque illustration (carte, graphique ou tableau)



Financement ARS OI



Site de La Réunion - Siège social

12 rue Colbert
97400 SAINT DENIS
Tél : 0262 94 38 13
Fax : 0262 94 38 14

Site de Mayotte

26 rue M'Hogoni
97605 PASSAMAINTY
Tél : 06 39 23 65 98

Centre de documentation : documentation@orsoi.net

Site Internet : <http://www.ors-ocean-indien.org>

Facebook : [ORS Océan Indien](https://www.facebook.com/ORS.Océan.Indien)

