


FÉVRIER 2024



# Survie des personnes atteintes de cancer à La Réunion 2008-2018

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

## AUTEURS

Emmanuel Chirpaz  
Clarisse Joachim  
Jacqueline Deloumeaux  
Laure Manuella Imounga Desroziers  
Marie-France Malcher  
Stéphanie Maillot  
Malika Omarjee  
Karine Pierre  
Miguel Saint-Lambert  
Camille de Brauer  
Camille Lecoffre  
Gaëlle Coureau  
Morgane Mounier  
Brigitte Trétarre  
Emmanuelle Dantony  
Zoé Uhry  
Alain Monnereau  
Laurent Remontet  
Florence Molinié

### Réalisation de l'étude

Collecte des données : registres des cancers Francim : Guadeloupe, Martinique et La Réunion

Interprétation et commentaires : Emmanuel Chirpaz (Registre général des cancers de La Réunion), Clarisse Joachim (Registre général des cancers de la Martinique), Jacqueline Deloumeaux (Registre général des cancers de la Guadeloupe), Laure Manuella Imounga Desroziers (Registre général des cancers de la Guyane), Marie-France Malcher (Registre général des cancers de La Réunion), Stéphanie Maillot (Registre général des cancers de La Réunion), Malika Omarjee (Registre général des cancers de La Réunion), Karine Pierre (Registre général des cancers de La Réunion), Miguel Saint Lambert (Registre général des cancers de La Réunion), Alain Monnereau (Registre des hémopathies malignes de la Gironde), Florence Molinié (Registre des tumeurs de Loire-Atlantique et de Vendée)

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

### Coordination de la rédaction

Clarisse Joachim (Registre général des cancers de la Martinique), Jacqueline Deloumeaux (Registre général des cancers de la Guadeloupe), Laure Manuella Imounga (Registre général des cancers de la Guyane), Emmanuel Chirpaz (Registre général des cancers de La Réunion), Gaëlle Coureau (Registre général des cancers de la Gironde), Morgane Mounier (Registre des hémopathies malignes de Côte-d'Or), Brigitte Trétarre (Registre des tumeurs de l'Hérault)

### Coordination de la publication

Santé publique France : Camille Lecoffre, Florence de Maria  
Institut national du cancer : Lionel Lafay, Estelle Ménard, Camille de Brauer

### Remerciements

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

### Conception et réalisation graphique

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

### Financement

Institut national du cancer, Santé publique France

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

### Registres généraux

Registre général des cancers de la Guadeloupe	Registre général des cancers de La Martinique Registre général des cancers de la Réunion
-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------



## SOMMAIRE

ÉDITORIAL .....	4
CONTEXTE .....	5
SYNTHÈSE.....	6
MATÉRIEL ET MÉTHODES .....	7
LÈVRE-BOUCHE-PHARYNX .....	8
ŒSOPHAGE .....	11
ESTOMAC .....	14
CÔLON ET RECTUM .....	17
POUMON .....	20
SEIN.....	23
COL DE L'UTÉRUS .....	26
CORPS DE L'UTÉRUS .....	29
PROSTATE .....	32
MYÉLOME MULTIPLE ET PLASMOCYTOME .....	35
COMPARAISONS AVEC LA FRANCE HEXAGONALE .....	38
BIBLIOGRAPHIE .....	41

## ÉDITORIAL

Indicateur clé pour l'observation et la surveillance épidémiologique des cancers avec l'incidence, la mortalité et la prévalence, la survie est essentielle pour évaluer le système de santé dans sa globalité et mesurer l'impact des politiques publiques en matière de prévention, de dépistage, et de soins.

Il s'agit de la première étude de survie réalisée à partir des données des registres pour les 3 départements et régions d'outre-mer (DROM) de la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion. Ces travaux s'inscrivent dans les objectifs du plan cancer 2014-2019 et de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, en particulier l'axe relatif à la lutte contre les cancers de mauvais pronostics. Ils sont le fruit du partenariat entre le réseau français des registres de cancers (FRANCIM), le service de Biostatistique-Bioinformatique des Hospices civils de Lyon (HCL), Santé publique France et l'Institut national du cancer (INCa).

Ces résultats présentés dans des publications distinctes pour chaque département, proposent des estimations de la survie à 1 et 5 ans après le diagnostic de cancer pour dix localisations cancéreuses et comparent ces estimations à celles réalisées dans l'Hexagone publiées entre septembre 2020 et juillet 2021 [1]. Les éléments essentiels de la méthode utilisée font l'objet d'un document distinct [2]. Le choix a été fait de commenter les résultats pour chaque localisation puis de donner des éléments de comparaison avec l'Hexagone pour mieux comprendre les spécificités rencontrées sur le territoire.

## CONTEXTE

La Réunion est un département d'outre-mer avec une population estimée à 855 951 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2018 [3]. La population réunionnaise est encore relativement jeune puisque les moins de 20 ans représentent environ 30 % de la population, bien que l'indice de vieillissement y a plus que doublé entre l'année 2000 et l'année 2018, passant de 17 à 38 personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans.

La population réunionnaise est une population multiculturelle et très cosmopolite pour laquelle les indicateurs socio-économiques sont parmi les plus péjoratifs des départements français : en 2018, 38 % de la population vivait sous le seuil de pauvreté métropolitain [4], le taux de chômage était de 21 % contre 8,4 % pour la moyenne nationale en 2019 [5]. Ainsi, les disparités socio-économiques y sont très marquées et laissent présager des inégalités sociales de santé importantes : les chiffres de mortalité précoce (avant 65 ans) ou de mortalité périnatale sont significativement plus élevés qu'en France métropolitaine, et l'espérance de vie y est plus basse de 1,9 an chez les hommes et de 0,7 an chez les femmes [6]. En outre, la population réunionnaise est concernée par une proportion plus élevée de personnes en situation de surcharge pondérale et d'obésité, participant aux prévalences plus importantes des maladies chroniques tels le diabète ou certaines maladies cardiovasculaires observées dans ce département [7].

À La Réunion, les densités d'équipements médicaux et de médecins spécialistes sont inférieures à celles de l'hexagone. Les prises en charge nécessitant un transfert en France hexagonale, ce qui n'est pas toujours réalisable et/ou acceptable pour les patients, sont peu fréquentes en dehors de certaines situations pédiatriques.

Comme aux Antilles ou en Guyane, l'incidence des cancers à La Réunion est globalement inférieure à celle décrite en France hexagonale [8,9]. Pour la période 2014-2016, les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale étaient de 267,9 et de 187,7/100 000 personnes-années chez les hommes et chez les femmes respectivement, alors qu'ils étaient de 344,3 et de 268,1/100 000 personnes-années en France hexagonale en 2015 [10,11]. Cependant, certaines localisations sont surreprésentées par rapport à ce qui est observé en France hexagonale. En effet, les taux d'incidence standardisés sur l'âge des cancers de l'estomac chez les hommes et les femmes, de l'œsophage chez les hommes et du col de l'utérus chez les femmes sont significativement supérieurs à ceux de la France hexagonale.

## SYNTHÈSE

Pour les 10 localisations étudiées, **la survie nette standardisée (SNS) des cancers à La Réunion est globalement inférieure à celle observée en France hexagonale** [1], mais les différences observées varient de manière significative en fonction de la localisation tumorale. Ainsi, les différences de SNS à 5 ans sont les plus fortes pour les cancers de l'ensemble lèvre-bouche-pharynx (37 % à La Réunion vs 45 % en France hexagonale), du côlon et du rectum (57 % vs 63 %), du sein (81 % vs 88 %), de la prostate (85 % vs 93 %), pour les myélomes multiples/plasmocytomes (52 % vs 60 %) et le cancer du corps de l'utérus (67 % vs 74 %). Elles sont moins marquées pour les cancers de l'œsophage (13 % vs 17 %), de l'estomac (25 % vs 30 %) et du poumon (17 % vs 20 %). Enfin, la survie est similaire pour le cancer du col de l'utérus (62 % vs 63 %).

Ces différences sont souvent attribuables, au moins en partie, à des taux de mortalité en excès plus importants à La Réunion qu'en France hexagonale au moment du diagnostic et dans les premiers mois suivant le diagnostic, notamment pour les personnes les plus âgées. De nombreux facteurs peuvent expliquer ces résultats, tels des diagnostics réalisés à des stades plus avancés, des difficultés de prise en charge de certains cancers liées à l'âge et/ou aux comorbidités, des tumeurs aux caractéristiques histopathologiques plus défavorables, etc. Des études spécifiques par localisation sont nécessaires pour explorer les différents déterminants de la survie des personnes atteintes de cancer à La Réunion, notamment au regard des caractéristiques socio-économiques des patients, de nombreuses études ayant déjà montré un lien entre statut socio-économique et survie des personnes atteintes de cancer [12–14].

## MATÉRIEL ET MÉTHODES

Une fiche relative aux [Matériel et méthodes pour la survie dans les DROM](#) est disponible [2]. Elle présente en détails le matériel et les méthodes employées ainsi qu'un guide de lecture des résultats.

Pour le Registre général des cancers de La Réunion, les personnes âgées de 15 ans et plus diagnostiquées en 2008 ou entre 2011 et 2015 et suivies jusqu'au 30 juin 2018 ont été incluses. Les années 2009 et 2010 ont été exclues car les données n'étaient pas validées au moment de l'analyse.

Les données analysées selon les localisations sont décrites au débit de chaque partie. Les dix localisations d'intérêt ont été sélectionnées par rapport à leur fréquence de survenue dans les DROM. Pour certaines localisations, les résultats sont présentés uniquement tous sexes confondus (ou pour l'un des deux sexes seulement), lorsque les effectifs par sexe sont trop faibles.

Pour chaque localisation :

- un bref descriptif des données analysées est donné ;
- des résultats complémentaires sont présentés dans la [Fiche compléments aux résultats de la Survie des personnes atteintes de cancer à La Réunion](#).

### Indicateurs clés

Deux indicateurs clés permettent d'appréhender la mortalité due au cancer étudié : le taux de mortalité en excès et la survie nette. Le **taux de mortalité en excès** correspond au taux de mortalité lié au cancer. Il est estimé via une modélisation et par comparaison au taux de mortalité attendu en population générale. La **survie nette** découle directement du taux de mortalité en excès et correspond à la survie qui serait observée si la seule cause de décès possible est le cancer étudié (pour de plus amples informations, voir le document « Matériel et Méthode » mentionné ci-dessus).

Les différentes localisations étudiées sont généralement classées en trois groupes définis en fonction de leur SNS à 5 ans sur la période 2008-2015 : pronostic favorable (SNS >65 %), pronostic intermédiaire (SNS entre 33 et 65 %) et pronostic défavorable (SNS <33 %).

## LÈVRE-BOUCHE-PHARYNX

### DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

LÈVRE-BOUCHE-PHARYNX	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
Topographie	C00.0 à C14.8	C00.0 à C14.8	C00.0 à C14.8
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques; comportement tumoral/3		

### À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans pour les 2 sexes confondus de 37 %, significativement inférieure à celle décrite en France hexagonale (45 %)
- Taux de mortalité en excès maximums au moment du diagnostic et fonction de l'âge au diagnostic, la probabilité nette de décès durant le mois suivant le diagnostic variant de 3 % chez les personnes diagnostiquées à 50 ans à plus de 5 % chez celles diagnostiquées à 80 ans

### INCIDENCE

À La Réunion, durant les 6 années de l'étude, le nombre de nouveaux cas de cancers de l'ensemble lèvres-bouche-pharynx (LBP) est de 680. L'âge médian au diagnostic est de 60 ans (Table 1). Parmi les 680 cas diagnostiqués, 407 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

### SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les personnes diagnostiquées d'un cancer de l'ensemble LBP à La Réunion pour la période 2008-2015 ont une SNS à 5 ans de 37 % pour les 2 sexes confondus (Table 2). **Ces tumeurs sont donc des cancers de pronostic intermédiaire.** La survie est inférieure à celle décrite en France hexagonale pour la période 2010-2015 [15] : la SNS pour les 2 sexes confondus à 1 an est de 67 % à La Réunion et de 73 % dans l'Hexagone, et respectivement de 37 % et de 45 % à 5 ans.

**La survie observée et la survie nette à 5 ans sont assez proches**, respectivement de 38 % et 41 % (Table 2). Ainsi, les décès qui interviennent dans les 5 ans suite à un diagnostic d'un cancer de l'ensemble LBP sont en grande majorité liés au cancer.

**La survie nette à 1 an et 5 ans diminue lorsque l'âge au diagnostic augmente** : 5 ans après le diagnostic, elle est de 52 % pour les personnes âgées de 40 ans au diagnostic contre 29 % pour celles âgées de 80 ans au diagnostic (Table 2, Figure 1b).

**Les taux de mortalité en excès sont maximums au moment du diagnostic.** Ils dépendent de l'âge au diagnostic, variant de 0,31 décès par personne-année chez les personnes âgées de 40 ans au diagnostic (soit une probabilité nette de décès durant le mois suivant le diagnostic de 2,6 %) à 0,65 chez les personnes âgées de 80 ans au diagnostic (soit une probabilité nette de décès durant le mois suivant le diagnostic de 5,3 %) (Figure 1a et Compléments La Réunion : Table C2 page 1). Les taux de mortalité en excès diminuent progressivement au cours du suivi : 5 ans après le diagnostic, ils sont assez similaires quel que soit l'âge au diagnostic, variant de 0,05 décès par personne-année pour les personnes âgées de 40 ans au diagnostic à 0,09 pour celles âgées de 80 ans (soit une probabilité nette annuelle de décès comprise entre 5 % et 9 % respectivement).

Les taux de mortalité en excès élevés la première année peuvent s'expliquer notamment par les diagnostics à un stade avancé, la lourdeur de certains traitements et le poids des comorbidités dont celles liées à l'alcool et au tabac [16].



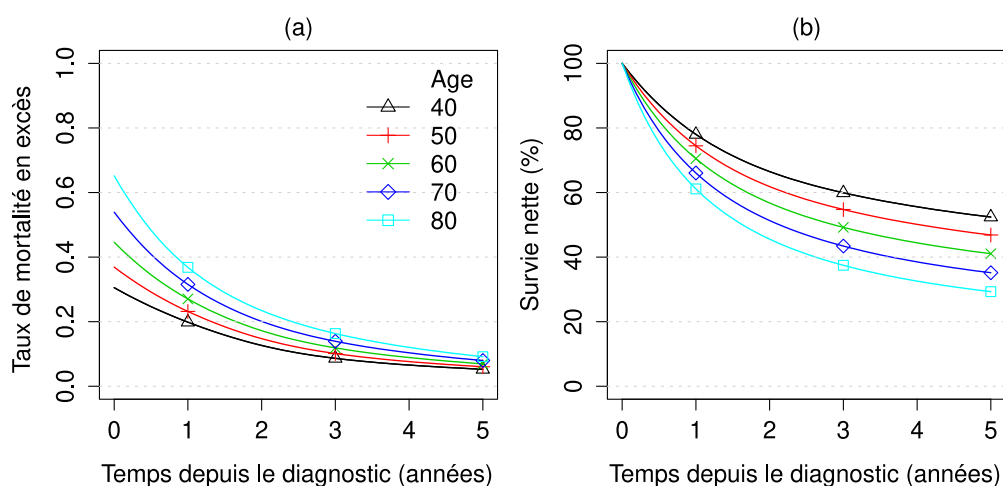
**TABLE 1. Descriptif des données analysées – Lèvre-bouche-pharynx, La Réunion**

	Hommes	Ensemble
Nombre de cas	554	680
Nombre de décès à 5 ans	350	407
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	60 (44-78)	60 (43-81)

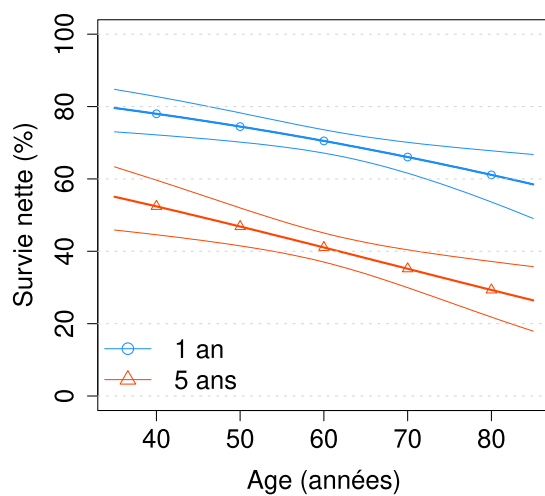
**TABLE 2. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Lèvre-bouche-pharynx, La Réunion**

	1 an		5 ans	
	Hommes	Ensemble	Hommes	Ensemble
Survie observée	65 [62; 69]	69 [65; 72]	34 [30; 38]	38 [34; 41]
Survie nette	66 [63; 70]	70 [67; 73]	37 [33; 41]	41 [37; 45]
Survie nette standardisée	63 [59; 67]	67 [64; 71]	34 [29; 38]	37 [33; 42]
<b>Survie nette par âge</b>				
40 ans	77 [70; 82]	78 [72; 83]	49 [40; 58]	52 [45; 60]
50 ans	72 [67; 77]	74 [70; 78]	43 [37; 49]	47 [42; 52]
60 ans	67 [63; 71]	70 [67; 74]	37 [33; 42]	41 [37; 45]
70 ans	61 [56; 66]	66 [62; 70]	31 [25; 37]	35 [30; 40]
80 ans	55 [46; 63]	61 [54; 68]	25 [17; 34]	29 [22; 37]

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



**FIGURE 2.** Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Lèvre-bouche-pharynx, La Réunion



## CESOPHAGE

### DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

CESOPHAGE	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
Topographie	C15.0 à C15.9	C15.0 à C15.9	C15.0 à C15.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques; comportement tumoral/3		

### À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans pour les 2 sexes confondus de 13 %, significativement inférieure à celle décrite en France hexagonale pour la période 2010-2015 (17 %)
- Taux de mortalité en excès maximum au moment du diagnostic et fonction de l'âge au diagnostic, la probabilité nette de décès durant le mois suivant le diagnostic variant de 8,3 % à l'âge de 50 ans à 11,1 % à l'âge de 80 ans

### INCIDENCE

À La Réunion, durant les 6 années de l'étude, le nombre de nouveaux cas de cancers de l'œsophage est de 294. L'âge médian au diagnostic est de 61 ans (Table 3).

Parmi les 294 cas diagnostiqués, 251 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

### SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les personnes diagnostiquées d'un cancer de l'œsophage à La Réunion pour la période 2008-2015 ont une survie nette à 5 ans de 13 % pour les 2 sexes confondus (Table 4). **Le cancer de l'œsophage est un cancer à pronostic défavorable.** Les survies sont inférieures à celles décrites en France hexagonales [17] : les SNS à 1 an pour les deux sexes sont de 39 % à La Réunion et de 49 % en France hexagonale, et respectivement de 13 % vs 17 % à 5 ans.

**Les survies observées et nettes à 5 ans sont très proches**, respectivement de 13 % et 14 % (Table 4). Ainsi, les décès qui interviennent dans les 5 ans suite à un diagnostic de cancer de l'œsophage sont en grande majorité liés à ce cancer.

**Les survies nettes à 1 an et 5 ans diminuent modérément et régulièrement avec l'âge au diagnostic** : 5 ans après le diagnostic, elles sont de 17 % pour les personnes âgées de 50 ans au diagnostic contre 11 % pour les celles âgées de 80 ans au diagnostic (Table 4, Figure 3b).

**La mortalité en excès est maximale au diagnostic.** Elle dépend de l'âge au diagnostic, variant de 1,04 décès par personne-année chez les personnes âgées de 50 ans au diagnostic à 1,41 chez celles âgées de 80 ans au diagnostic (soit des probabilités nettes de décès dans le mois suivant le diagnostic de 8,3 % et 11,1 % respectivement) (Figure 3a et Compléments La Réunion : Table C2 page 3). Les différences de mortalité en excès entre les âges diminuent progressivement plus le temps depuis le diagnostic augmente : ainsi, 5 ans après le diagnostic, le taux de mortalité net en excès est de 0,07 décès par personne-année quel que soit l'âge au diagnostic (soit une probabilité nette annuelle de décès de 7 %).

Les taux de mortalité en excès élevés observés la première année peuvent s'expliquer notamment par les diagnostics à un stade avancé, la lourdeur de certains traitements et le poids des comorbidités dont celles liées à l'alcool et au tabac.

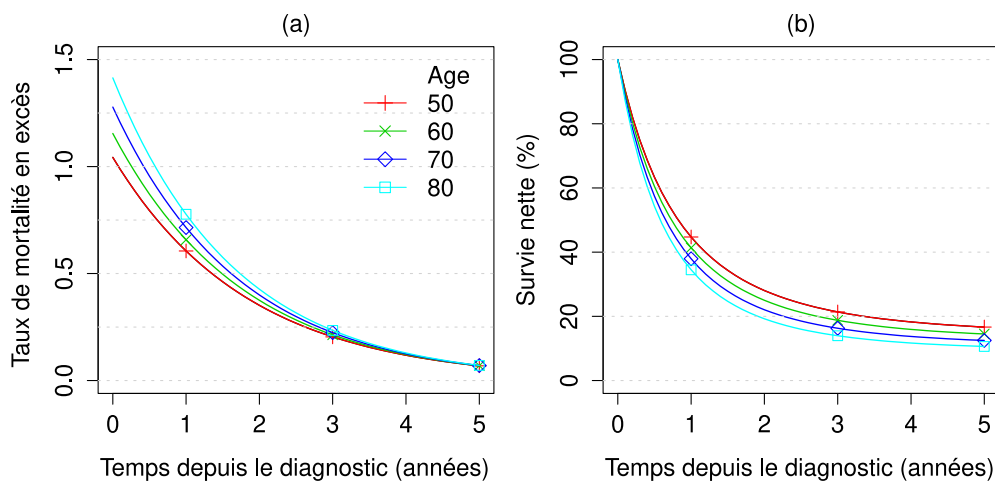
**TABLE 3. Descriptif des données analysées – Œsophage, La Réunion**

	Hommes	Ensemble
Nombre de cas	265	294
Nombre de décès à 5 ans	226	251
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	60 (47-80)	61 (47-81)

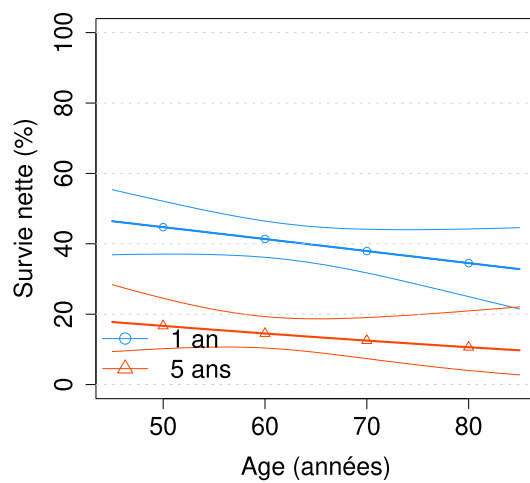
**TABLE 4. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Œsophage, La Réunion**

	1 an		5 ans	
	Hommes	Ensemble	Hommes	Ensemble
Survie observée	40 [35; 45]	40 [35; 45]	13 [9; 17]	13 [9; 17]
Survie nette	41 [35; 46]	41 [36; 46]	14 [10; 19]	14 [10; 19]
Survie nette standardisée	39 [33; 45]	39 [34; 44]	14 [9; 19]	13 [9; 18]
Survie nette par âge				
50 ans	44 [36; 52]	45 [37; 52]	16 [9; 24]	17 [10; 25]
60 ans	41 [36; 47]	41 [36; 46]	14 [10; 20]	15 [10; 19]
70 ans	38 [31; 45]	38 [32; 44]	13 [7; 20]	12 [7; 19]
80 ans	35 [24; 45]	35 [25; 44]	12 [4; 23]	11 [4; 21]

**FIGURE 3. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble – Œsophage, La Réunion**



**FIGURE 4.** Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Œsophage, La Réunion



## ESTOMAC

### DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

ESTOMAC	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
Topographie	C16.0 à C16.9	C16.0 à C16.9	C16.0 à C16.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques; comportement tumoral/3		

### À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 25 %, significativement inférieure à celle décrite en France hexagonale pour la période 2010-2015 (30 %)
- Taux de mortalité en excès maximum au moment du diagnostic et fonction de l'âge au diagnostic, la probabilité nette de décès durant le mois suivant le diagnostic variant de 4,7 % chez les personnes diagnostiquées à l'âge 40 ans à 11,5 % chez celles diagnostiquées à 80 ans

### INCIDENCE

À La Réunion, durant les 6 années de l'étude, le nombre de nouveaux cas de cancers de l'estomac est de 592. L'âge médian au diagnostic est de 68 ans.

Parmi les 592 cas diagnostiqués, 446 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic (Table 5).

### SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

**Le pronostic du cancer de l'estomac à la Réunion est défavorable** avec une SNS estimée à 52 % et 25 % respectivement 1 an et 5 ans après le diagnostic pour les deux sexes, inférieure à celle observée en France hexagonale (respectivement 60 % et 30 %) [18]. Contrairement à la France hexagonale, les SNS sont très comparables entre les hommes et les femmes réunionnais (respectivement 52 % et 53 % à 1 an et 27 % et 24 % à 5 ans) (Table 6).

**La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic sont proches** (respectivement de 23 % et 25 %), ce qui signifie que les décès qui interviennent dans les 5 ans suite à un diagnostic de cancer de l'estomac à La Réunion sont en grande majorité liés à ce cancer (Table 6).

**La survie nette diminue régulièrement avec l'âge au diagnostic chez l'homme**, passant de 44 % à 5 ans pour ceux âgés de 40 ans au diagnostic à 18 % pour ceux âgés de 80 ans (Compléments La Réunion : Table C2 page 5 et Figure C1b page 6). Chez les femmes, la survie nette est assez similaire pour les âges au diagnostic compris entre 40 et 70 ans (comprise entre 25 % et 32 %), et chute fortement pour les patientes les plus âgées au diagnostic (15 % chez les patientes âgées de 80 ans au diagnostic).

**La surmortalité liée au cancer est maximale au diagnostic et varie avec l'âge au diagnostic** (Compléments La Réunion : Table C2 page 5). Le taux de mortalité en excès varie ainsi de 0,57 décès par personne-année (soit une probabilité nette de décès dans le mois suivant le diagnostic de 4,6 %) pour les personnes âgées de 40 ans à 1,46 décès par personne-année (soit une probabilité nette mensuelle de décès de 11,5 %) pour les personnes âgées de 80 ans. Chez les hommes, la différence de mortalité en excès en fonction de l'âge disparaît à partir de la troisième année depuis le diagnostic, alors que chez les femmes, les taux de mortalité en excès demeurent plus élevés chez les plus âgées durant les 5 années du suivi (Compléments La Réunion : Figure C1a page 6).

Le caractère longtemps asymptomatique du cancer de l'estomac explique le mauvais pronostic de ces tumeurs, majoritairement diagnostiquées à un stade avancé. De plus, leur curabilité est d'autant moins bonne que le diagnostic est fait à un âge avancé.

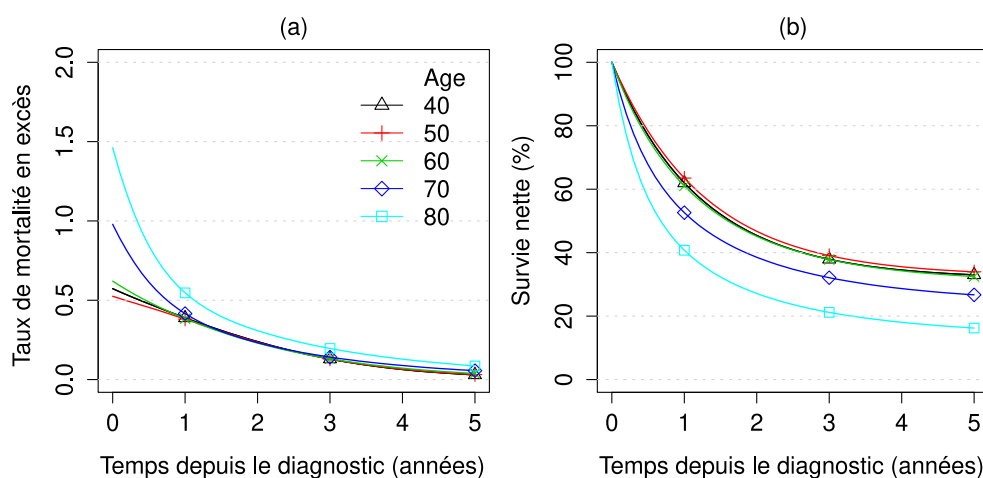
**TABLE 5. Descriptif des données analysées – Estomac, La Réunion**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	371	221	592
Nombre de décès à 5 ans	276	170	446
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	67 (48-86)	71 (43-90)	68 (44-87)

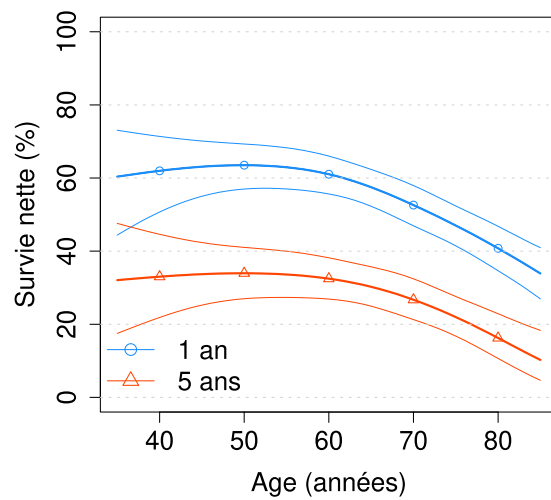
**TABLE 6. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Estomac, La Réunion**

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	51 [46; 55]	50 [44; 55]	50 [47; 54]	24 [20; 28]	21 [16; 26]	23 [19; 26]
Survie nette	52 [47; 56]	51 [45; 56]	52 [48; 55]	27 [22; 32]	22 [17; 28]	25 [21; 29]
Survie nette standardisée	52 [47; 56]	53 [47; 59]	52 [48; 56]	27 [22; 32]	24 [18; 31]	25 [22; 29]
<b>Survie nette par âge</b>						
40 ans	75 [66; 82]	51 [35; 65]	62 [51; 71]	44 [30; 56]	25 [11; 42]	33 [22; 45]
50 ans	68 [60; 74]	60 [49; 69]	64 [57; 69]	38 [30; 47]	29 [19; 41]	34 [27; 41]
60 ans	59 [54; 64]	63 [53; 71]	61 [56; 66]	32 [26; 38]	32 [22; 43]	32 [27; 38]
70 ans	49 [44; 54]	58 [48; 66]	53 [47; 58]	25 [20; 31]	30 [21; 40]	27 [21; 32]
80 ans	39 [32; 46]	45 [35; 54]	41 [35; 47]	18 [12; 25]	15 [7; 26]	16 [11; 23]

**FIGURE 5. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble – Estomac, La Réunion**



**FIGURE 6.** Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Estomac, La Réunion





## CÔLON ET RECTUM

### DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

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

### À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 60 % chez les femmes et de 54 % chez les hommes, significativement inférieure à celle décrite en France hexagonale pour la période 2010-2015 (respectivement de 65 % et de 62 %)
- Taux de mortalité en excès maximum au moment du diagnostic et fonction de l'âge au diagnostic, la probabilité nette de décès durant le mois suivant le diagnostic variant de 0,8 % chez les personnes diagnostiquées à 40 ans à 9,4 % chez celles diagnostiquées à 80 ans

### INCIDENCE

À La Réunion, durant les 6 années de l'étude, le nombre de nouveaux cas de cancers colorectal est de 1 643. L'âge médian au diagnostic est de 67 ans.

Parmi les 1 643 cas diagnostiqués, 767 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic (Table 7).

### SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les personnes diagnostiquées d'un cancer colorectal ont **une SNS à 1 an de 80 % et à 5 ans de 57 %** (Table 8), inférieure à celle observée en France hexagonale (respectivement 84 % et 63 %) [19]. Le cancer colorectal est donc un cancer à pronostic intermédiaire. La SNS est supérieure chez la femme par rapport à l'homme.

**La survie observée et la survie nette sont équivalentes à 1 an (79 % vs 81 %) et différentes de 6 points de pourcentage à 5 ans (respectivement 51 % et 57 %)**, quel que soit le sexe. Cette différence s'observe principalement chez les personnes les plus âgées au diagnostic. Ainsi, les décès intervenant la première année après le diagnostic sont principalement imputables au cancer. En revanche, pour les décès plus tardifs, la part relative des autres causes de mortalité est plus importante, notamment dans les tranches d'âges élevées (Table 8).

**Pour les deux sexes, la survie nette diminue avec l'âge** au diagnostic, passant de 65 % à 5 ans pour les personnes âgées de 40 ans au diagnostic à 49 % pour celles âgées de 80 ans (Table 8, Figures 7b) ; cette tendance à la diminution de la survie nette avec l'âge est assez similaire chez les hommes et chez les femmes.

**Le taux de mortalité en excès dû au cancer colorectal est maximal au moment du diagnostic et varie en fonction de l'âge** (Figure 7a et Compléments La Réunion : Table C2 page 7 ; Figure C1a page 8). Ainsi, il est de 0,10 décès par personne-année à 40 ans (soit une probabilité nette de décès liée au cancer colorectal dans le mois suivant le diagnostic de 0,8 %) et de 1,19 décès par personne-année à 80 ans (soit une probabilité nette de décès liée au cancer colorectal dans le mois suivant le diagnostic de 9,4 %). Ces différences de taux de mortalité en excès en fonction de l'âge au diagnostic s'estompent au-delà des 2 premières années suivant le diagnostic. Cinq ans après le diagnostic, le taux de mortalité en excès varie de 0,01 décès par personne-année pour les personnes diagnostiquées à 40 ans (soit une probabilité nette annuelle de décès liés au cancer colorectal de 1 %) à 0,04 décès par personne-année pour celles diagnostiquées à 80 ans (soit une probabilité nette annuelle de décès liés au cancer colorectal de 4 %) (Compléments La Réunion : Table C2 page 7).

La surmortalité liée au cancer survient principalement dans la première année suivant le diagnostic et apparaît de manière plus marquée pour les âges élevés et chez les hommes. Cette situation reflète la moins bonne curabilité des cancers survenant chez les personnes les plus âgées.

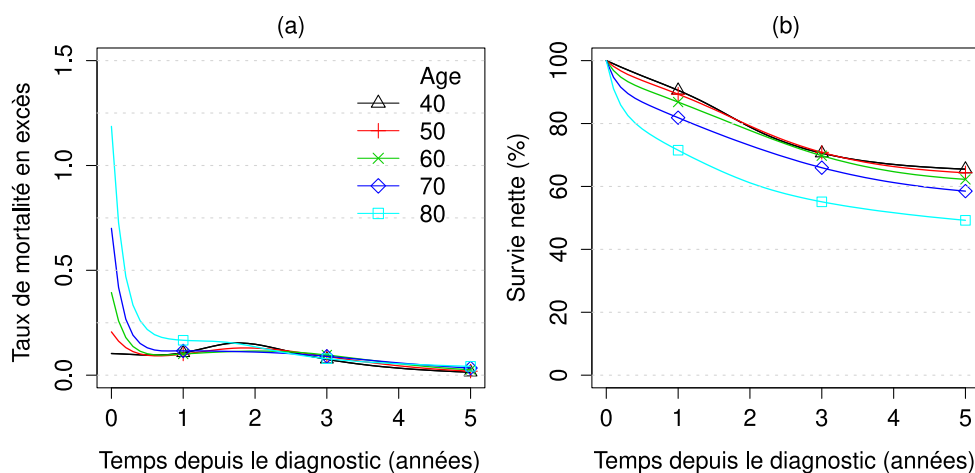
**TABLE 7. Descriptif des données analysées – Côlon et rectum, La Réunion**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	845	798	1643
Nombre de décès à 5 ans	427	340	767
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	66 (46-85)	67 (41-88)	67 (44-86)

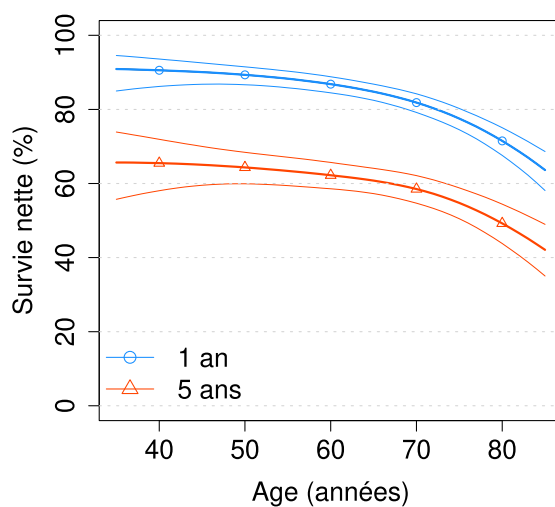
**TABLE 8. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Côlon et rectum, La Réunion**

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	78 [76; 81]	79 [76; 82]	79 [77; 81]	47 [44; 51]	54 [51; 58]	51 [48; 53]
Survie nette	80 [77; 83]	81 [78; 83]	81 [79; 83]	54 [50; 58]	60 [56; 64]	57 [54; 60]
Survie nette standardisée	80 [77; 82]	81 [78; 83]	80 [78; 82]	54 [50; 58]	60 [56; 64]	57 [54; 60]
Survie nette par âge						
40 ans	91 [85; 94]	91 [86; 95]	91 [86; 94]	61 [51; 70]	70 [60; 78]	65 [58; 72]
50 ans	89 [85; 92]	91 [87; 93]	89 [87; 91]	60 [54; 66]	69 [63; 74]	64 [60; 68]
60 ans	85 [82; 88]	88 [85; 91]	87 [84; 89]	58 [53; 63]	67 [61; 71]	62 [59; 66]
70 ans	80 [77; 83]	82 [78; 85]	82 [79; 84]	54 [49; 59]	62 [56; 66]	59 [55; 62]
80 ans	71 [65; 76]	71 [66; 76]	72 [68; 75]	47 [39; 54]	52 [44; 58]	49 [44; 54]

**FIGURE 7.** Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble – Côlon et rectum, La Réunion



**FIGURE 8.** Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble – Côlon et rectum, La Réunion



## POUMON

### DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

POUMON		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C33- C34	C33- C34	C33- C34
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques; comportement tumoral/3			

### À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 15 % chez les hommes, légèrement inférieure à celle décrite en France hexagonale pour la période 2010-2015 (18 %)
- Survie nette standardisée à 5 ans de 24 % chez les femmes, similaire à celle décrite en France hexagonale pour la période 2010-2015 (24 %)
- Taux de mortalité en excès maximum au moment du diagnostic et fonction de l'âge au diagnostic, la probabilité nette de décès durant le mois suivant le diagnostic variant de 8,6 % chez les personnes diagnostiquées à 50 ans à 21,1 % chez celles diagnostiquées à 80 ans

### INCIDENCE

À La Réunion, durant les 6 années de l'étude, le nombre de nouveaux cas de cancers du poumon est de 1 354. L'âge médian au diagnostic est de 66 ans (Table 9). Parmi les 1 354 cas diagnostiqués, 1 113 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

### SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les personnes diagnostiquées d'un cancer du poumon à La Réunion pour la période 2008-2015 ont une SNS à 5 ans de 17 % pour les 2 sexes confondus (Table 10). **Le cancer du poumon est donc un cancer de pronostic défavorable.** La survie est meilleure chez les femmes que chez les hommes (SNS à 5 ans respectivement de 24 % et de 15 %) (Table 10). Chez les femmes, les SNS à 1 et 5 ans de 53 % et 24 % respectivement sont similaires à celles décrites en France hexagonale pour la période 2010-2015 [20]. Chez les hommes, elles sont inférieures, notamment pour la survie à 1 an après le diagnostic (SNS de 40 % à La Réunion contre 45 % en France hexagonale).

**Les survies observée et nette à 5 ans sont très proches**, respectivement de 16 % et 18 % pour les 2 sexes (Table 10). Ainsi, les décès qui interviennent dans les 5 ans suite à un diagnostic de cancer du poumon sont en grande majorité liés au cancer.

**La survie nette à 1 an et 5 ans diminue avec l'âge au diagnostic**, et ce pour les 2 sexes (Table 10 ; Figures 9b et 10) : 5 ans après le diagnostic, elle est de 24 % pour les personnes âgées de 50 ans au diagnostic contre 12 % pour celles âgées de 80 ans au diagnostic.

**Le taux de mortalité en excès est très élevé et maximum au diagnostic.** Il dépend de l'âge au diagnostic, variant de 1,08 décès par personne-année chez les personnes âgées de 50 ans au diagnostic (soit une probabilité nette de décès durant le premier mois après le diagnostic de 8,6 %) à 2,85 chez les personnes âgées de 80 ans au diagnostic (soit une probabilité nette de décès durant le premier mois après le diagnostic de 21,1 %) (Figures 9a ; Compléments La Réunion : Table C2 page 9 et Figure C1a page 10). Cette différence de mortalité en excès selon les âges disparaît au début de la deuxième année après le diagnostic. Cinq ans après le diagnostic, le taux de mortalité en excès reste élevé, variant de 0,06 décès par personne-année chez les personnes diagnostiquées à l'âge de 50 ans à 0,19 chez celles diagnostiquées à l'âge de 80 ans, ce qui correspond à des probabilités nettes annuelles de décès de 6 % et 17 % respectivement.

Les taux de mortalité en excès élevés la première année peuvent s'expliquer par la proportion importante de patients diagnostiqués à un stade avancé, la lourdeur des traitements et le poids des comorbidités notamment chez les patients les plus âgés [21, 22].

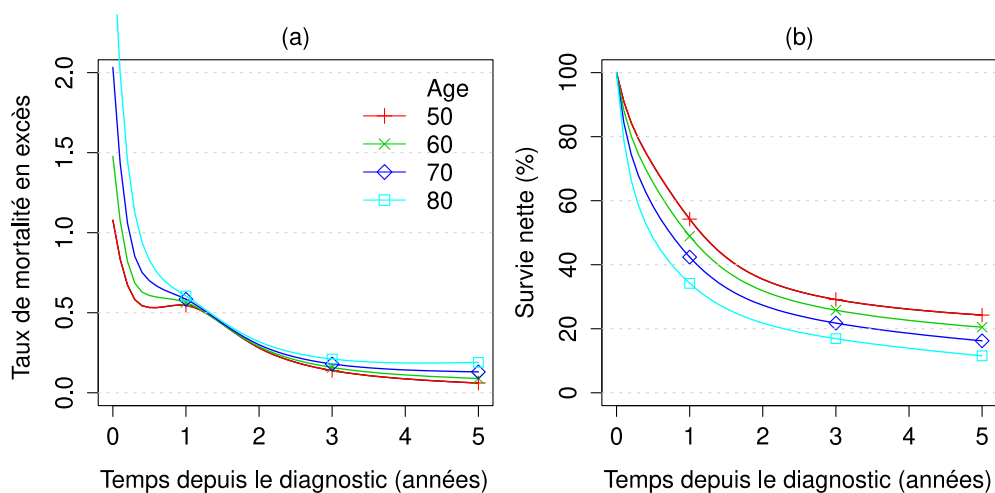
**TABLE 9. Descriptif des données analysées – Poumon, La Réunion**

	Hommes	Femmes	Ensemble
Nombre de cas	1027	327	1354
Nombre de décès à 5 ans	870	243	1113
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	66 (49-84)	67 (43-88)	66 (47-85)

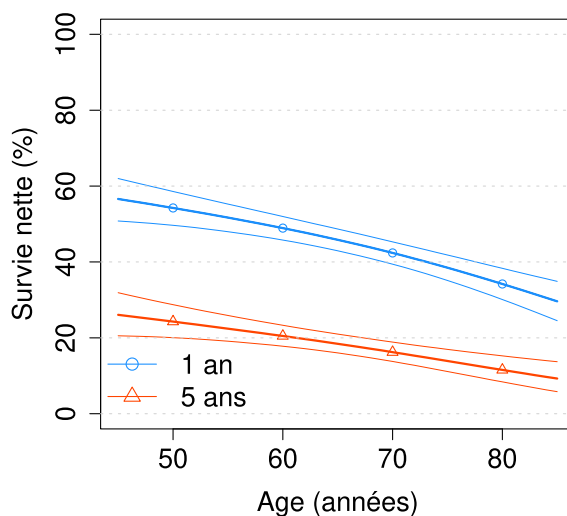
**TABLE 10. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Poumon, La Réunion**

	1 an			5 ans		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Survie observée	40 [37; 42]	53 [48; 58]	43 [41; 46]	14 [12; 16]	23 [19; 28]	16 [14; 18]
Survie nette	41 [38; 43]	54 [48; 58]	44 [42; 47]	15 [13; 18]	25 [20; 30]	18 [16; 20]
Survie nette standardisée	40 [37; 43]	53 [48; 58]	44 [41; 46]	15 [13; 18]	24 [19; 29]	17 [15; 20]
Survie nette par âge						
50 ans	52 [47; 57]	61 [52; 68]	54 [50; 59]	21 [16; 26]	34 [25; 44]	24 [20; 29]
60 ans	45 [42; 49]	62 [55; 69]	49 [46; 52]	17 [15; 20]	32 [24; 39]	20 [18; 23]
70 ans	38 [35; 41]	58 [51; 64]	42 [39; 45]	14 [11; 17]	25 [18; 32]	16 [14; 19]
80 ans	30 [25; 34]	44 [36; 52]	34 [30; 38]	11 [7; 15]	14 [8; 23]	12 [8; 15]

**FIGURE 9.** Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble - Poumon, La Réunion



**FIGURE 10.** Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble - Poumon, La Réunion



## SEIN

### DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

SEIN	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
Topographie	C50.0 à C50.9	C50.0 à C50.9	C50.0 à C50.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques; comportement tumoral/3		

### À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 81 % chez la femme, vs 88 % en France hexagonale pour la période 2010-2015
- Taux de mortalité en excès lié à l'âge au diagnostic, maximum au diagnostic pour les femmes les plus âgées, et augmentant régulièrement avec le temps depuis le diagnostic pour les plus jeunes

### INCIDENCE

À La Réunion, durant les 6 années de l'étude, le nombre de nouveaux cas de cancers du sein est de 1 911. L'âge médian au diagnostic est de 55 ans (Table 11).

Parmi les 1 911 cas diagnostiqués, 311 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

### SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

À la Réunion, les femmes diagnostiquées du cancer du sein ont **une SNS à 1 an de 95 % et à 5 ans de 81 %**, inférieure à celle estimée en France hexagonale (respectivement 97 % et 88 %) [23]. Le cancer du sein est donc un cancer de bon pronostic.

**La survie observée et la survie nette sont équivalentes à 1 an (96 % vs 97 %) et légèrement différentes à 5 ans (respectivement 81 % et 85 %).** Ainsi, les décès qui interviennent dans l'année suivant un diagnostic de cancer du sein sont en grande majorité liés au cancer. En revanche, une part des décès intervenant plus tardivement est due à d'autres causes, notamment chez les femmes les plus âgées (Table 12 ; Compléments La Réunion : Table C1 page 11).

**La survie nette à 5 ans est fonction de l'âge au diagnostic.** Elle est maximale pour les femmes âgées de 50 et 60 ans au diagnostic (89 % et 90 % respectivement), est significativement plus faible chez les femmes les plus jeunes (84 % pour les femmes âgées de 40 ans au diagnostic), et décroît pour les femmes les plus âgées au diagnostic (71 % pour les femmes âgées de 80 ans au diagnostic) (Table 12 ; Figures 11b et 12).

**Les taux de mortalité en excès sont liés à l'âge au diagnostic.** Pour les femmes les plus âgées, ils sont maximums au diagnostic et diminuent progressivement avec le temps depuis le diagnostic. Ainsi, une femme âgée de 80 ans au diagnostic a un taux de mortalité en excès de 0,09 décès par personne-année la première année (soit une probabilité nette de décès dans l'année suivant le diagnostic de 9 %) et de 0,05 décès par personne-année 5 ans après le diagnostic (soit une probabilité nette de décès annuels de 5 %) (Figure 11a; Compléments La Réunion : Table C2 page 11). Inversement, les femmes de moins de 60 ans ont un taux de mortalité en excès assez bas au diagnostic (0,02 décès par personne-année, soit une probabilité nette de décès dans l'année suivant le diagnostic de 2 %), qui paraît augmenter progressivement avec le temps depuis le diagnostic, et ce d'autant plus que l'âge au diagnostic est bas (0,05 décès par personne-année 5 ans après le diagnostic chez les femmes âgées de 40 ans au diagnostic).

Les taux de mortalité en excès maximums au diagnostic chez les femmes les plus âgées traduisent les difficultés de prise en charge liées à l'âge [24]. L'augmentation de la mortalité au cours du temps chez les femmes les plus jeunes résulte probablement en partie des caractéristiques histopathologiques des cancers du sein dans ces tranches d'âge, qui sont souvent plus péjoratives et conduisent fréquemment à des diagnostics à un stade d'extension régionale, avec un plus fort risque de récurrence [25, 26].

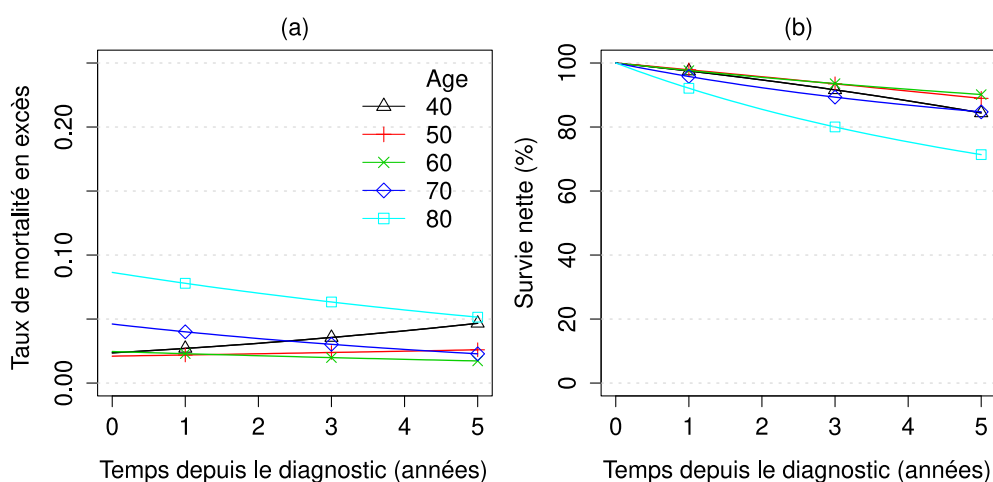
**TABLE 11. Descriptif des données analysées - Sein, La Réunion**

	Femmes
Nombre de cas	1911
Nombre de décès à 5 ans	311
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	55 (36-82)

**TABLE 12. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % - Sein, La Réunion**

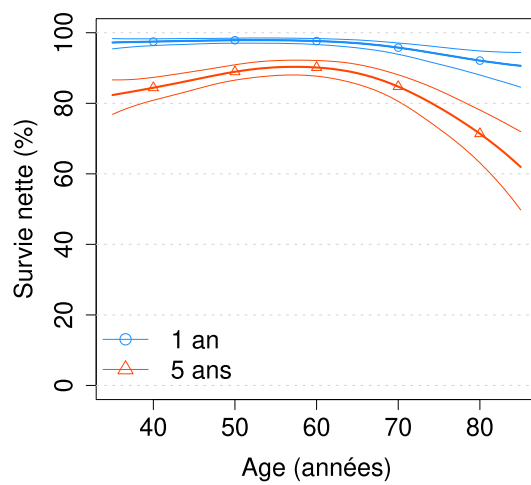
	1 an	5 ans
	Femmes	Femmes
Survie observée	96 [95; 96]	81 [79; 83]
Survie nette	97 [96; 97]	85 [83; 87]
Survie nette standardisée	95 [94; 97]	81 [77; 84]
<b>Survie nette par âge</b>		
40 ans	98 [96; 98]	84 [81; 87]
50 ans	98 [97; 98]	89 [87; 91]
60 ans	98 [97; 98]	90 [88; 92]
70 ans	96 [94; 97]	85 [81; 88]
80 ans	92 [88; 95]	71 [63; 78]

**FIGURE 11. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges - Sein, La Réunion**





**FIGURE 12.** Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 % - Sein, La Réunion



## COL DE L'UTÉRUS

### DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

COL DE L'UTÉRUS	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
Topographie	C53.0 à C53.9	C53.0 à C53.9	C53.0 à C53.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques; comportement tumoral/3		

### À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 62 %, équivalente à celle décrite en France hexagonale pour la période 2010-2015 (63 %)
- Taux de mortalité en excès maximum au moment du diagnostic et augmentant significativement avec l'âge.

### INCIDENCE

À La Réunion, durant les 6 années de l'étude, le nombre de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus est de 330. L'âge médian au diagnostic est de 54 ans (Table 13). Parmi les 330 cas diagnostiqués, 127 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

### SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

**Le cancer du col de l'utérus est un cancer de pronostic intermédiaire.** Les femmes diagnostiquées d'un cancer du col de l'utérus ont une SNS à 1 an de 83 % et à 5 ans de 62 % (Table 14), soit similaire à celle observée en France hexagonale (respectivement 85 % et 63 %)[27].

**La survie observée et la survie nette à 5 ans sont assez proches** (respectivement 60 % et 63 %). Ainsi, les décès qui interviennent dans les 5 ans suite à un diagnostic d'un cancer du col de l'utérus sont en grande majorité liés à ce cancer (Table 14).

**Les survies nettes à 1 an et à 5 ans diminuent significativement plus l'âge au diagnostic augmente :** la survie nette à 5 ans est de 83 % pour les femmes diagnostiquées à l'âge de 30 ans contre 36 % pour celles diagnostiquées à 80 ans (Table 14 ; Figures 13b et 14).

**Le taux de mortalité en excès est maximum au moment du diagnostic et augmente significativement avec l'âge.** Il est de 0,05 décès par personne-année au moment du diagnostic pour les femmes âgées de 30 ans (soit une probabilité nette de décès durant le premier mois suivant le diagnostic de 0,4 %) et augmente jusqu'à 0,46 décès par personne-année pour les femmes âgées de 80 ans (soit une probabilité nette de décès durant le premier mois suivant le diagnostic de 3,8 %) (Figure 13a ; Compléments La Réunion : Table C2 page 12). Le taux de mortalité en excès diminue avec le temps depuis le diagnostic, mais demeure supérieur chez les femmes les plus âgées durant les 5 années suivant le diagnostic. À 5 ans, le taux de mortalité en excès est quasi nul chez les femmes âgées de 30 ans au diagnostic et est encore de 0,07 décès par personne-année pour les femmes âgées de 80 ans au diagnostic (soit une probabilité nette de décès annuels de 7 %).

Les survies nettes à 1 an et 5 ans sont significativement inférieures chez les femmes les plus âgées par rapport aux femmes les plus jeunes. Le stade au diagnostic avancé lié au moindre recours au dépistage des femmes les plus âgées, la lourdeur de certaines prises en charge et la présence de comorbidités liées à l'âge sont autant de facteurs pronostics qui peuvent expliquer ces différences observées [28, 29].

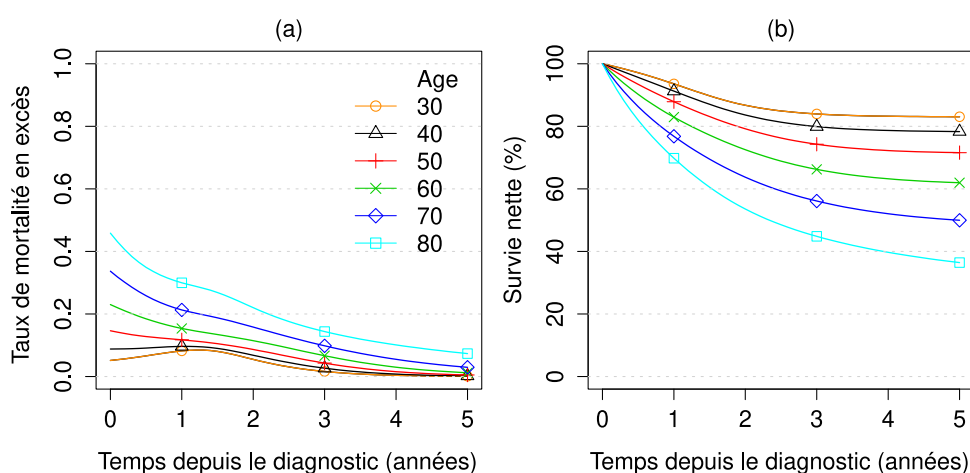
**TABLE 13. Descriptif des données analysées – Col de l’utérus, La Réunion**

	Femmes
Nombre de cas	330
Nombre de décès à 5 ans	127
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	54 (35-82)

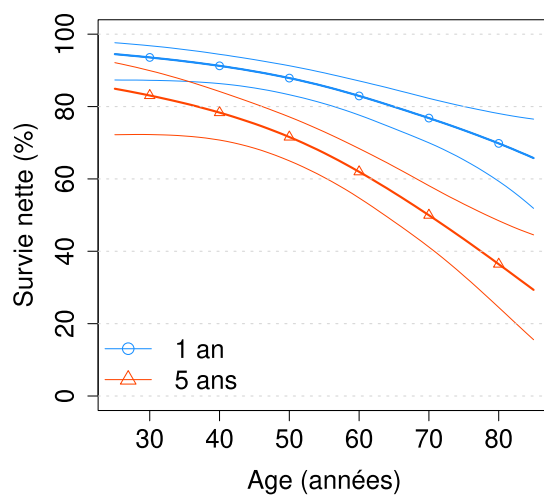
**TABLE 14. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Col de l’utérus, La Réunion**

	1 an	5 ans
	Femmes	Femmes
Survie observée	82 [78; 86]	60 [55; 65]
Survie nette	83 [79; 87]	63 [57; 68]
Survie nette standardisée	83 [79; 86]	62 [57; 68]
<b>Survie nette par âge</b>		
30 ans	94 [87; 97]	83 [72; 90]
40 ans	91 [86; 94]	78 [71; 84]
50 ans	88 [83; 91]	72 [65; 77]
60 ans	83 [78; 87]	62 [55; 68]
70 ans	77 [70; 82]	50 [41; 58]
80 ans	70 [59; 78]	36 [24; 48]

**FIGURE 13. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges – Col de l’utérus, La Réunion**



**FIGURE 14.** Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 % - Col de l'utérus, La Réunion



## CORPS DE L'UTÉRUS

### DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

CORPS DE L'UTÉRUS	CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
Topographie	C54	C54	C54
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques; comportement tumoral/3		

### À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 67 %, inférieure à celle observée en France hexagonale pour la période 2010-2015 (74 %)
- Taux de mortalité en excès maximum au moment du diagnostic et augmentant très significativement avec l'âge

### INCIDENCE

À La Réunion, durant les 6 années de l'étude, le nombre de nouveaux cas de cancers du corps de l'utérus est de 239. L'âge médian au diagnostic est de 65 ans (Table 15). Parmi les 239 cas diagnostiqués, 74 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

### SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les femmes diagnostiquées d'un cancer du corps de l'utérus ont **une SNS à 1 an du diagnostic de 85 % et à 5 ans de 67 %** (Table 16), inférieure à celle observée en France hexagonale pour la période 2010-2015 (respectivement 90 % et 74 %) [30]. Le cancer du corps de l'utérus présente un pronostic favorable.

**La survie observée et la survie nette** sont équivalentes à 1 an (87 %) et légèrement différentes à 5 ans (respectivement 67 % et 71 %), ces différences concernant les femmes les plus âgées au diagnostic. Ainsi, les décès qui interviennent dans l'année suivant le diagnostic d'un cancer du corps de l'utérus sont en grande majorité liés au cancer, ce qui est moins le cas à distance du diagnostic, notamment pour les femmes les plus âgées, la part des autres causes de mortalité étant alors plus importante (Table 16 ; Compléments La Réunion : Table C1 page 13).

**La survie nette diminue très fortement avec l'âge au diagnostic**, passant de 91 % à 49 % à 5 ans entre 40 et 80 ans (Table 16 ; Figures 15b et 16).

**Le taux de mortalité en excès est maximal au moment du diagnostic, où il augmente avec l'âge.** En effet, il est de 0,03 décès par personne-année à l'âge de 40 ans (soit une probabilité nette de décès dans le mois suivant le diagnostic de 0,2 %) contre 0,34 décès par personne-année à l'âge de 80 ans (soit une probabilité nette de décès dans le mois suivant le diagnostic de 2,8 %). Le taux de mortalité en excès diminue au cours du temps depuis le diagnostic quel que soit l'âge : 5 ans après le diagnostic, il est à peu près équivalent aux différents âges, compris entre 0,01 et 0,03 décès par personne-année (ce qui correspond à des probabilités nettes de décès annuelles de 1 à 3 %) (Figure 15a ; Compléments La Réunion : Table C2 page 13).

Les taux de mortalité en excès sont donc significativement supérieurs chez les femmes les plus âgées, notamment dans les premières années suivant le diagnostic. L'agressivité plus marquée, le stade au diagnostic plus élevé lié au moindre suivi gynécologique des femmes plus âgées, la présence de comorbidités et les difficultés de prise en charge liées à l'âge sont autant de facteurs pronostiques

qui peuvent expliquer la surmortalité importante et précoce du cancer du corps de l'utérus chez les femmes les plus âgées [31].

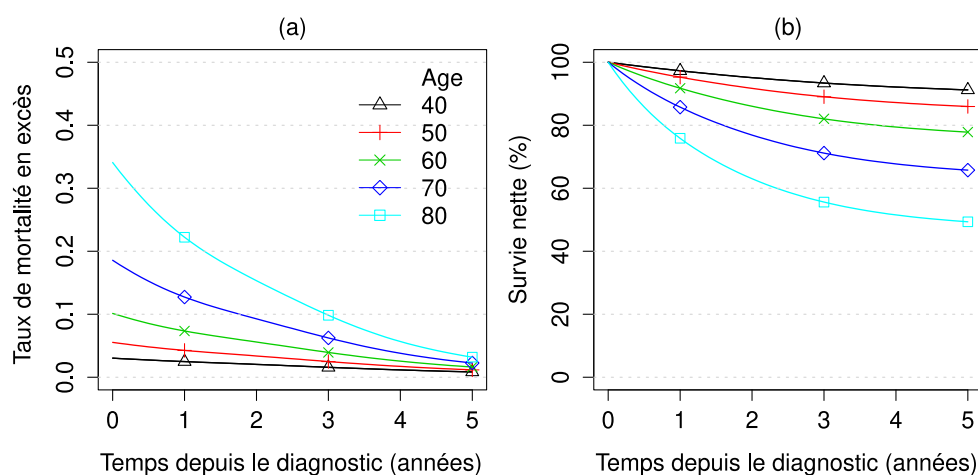
**TABLE 15. Descriptif des données analysées – Corps de l'utérus, La Réunion**

	Femmes
Nombre de cas	239
Nombre de décès à 5 ans	74
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	65 (42-84)

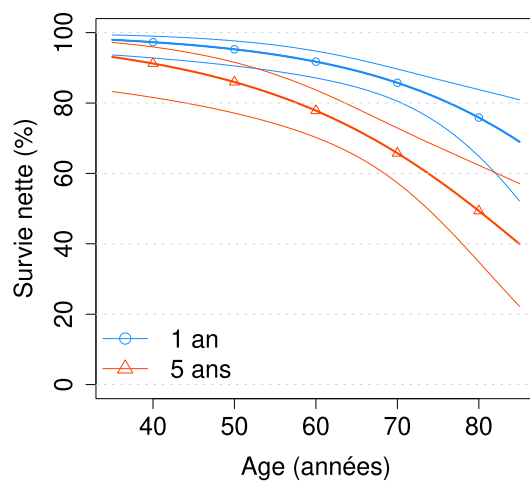
**TABLE 16. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % - Corps de l'utérus, La Réunion**

	1 an	5 ans
	Femmes	Femmes
Survie observée	87 [82; 90]	67 [61; 72]
Survie nette	87 [83; 91]	71 [64; 76]
Survie nette standardisée	85 [80; 89]	67 [60; 74]
Survie nette par âge		
40 ans	97 [93; 99]	91 [82; 96]
50 ans	95 [91; 98]	86 [77; 92]
60 ans	92 [87; 95]	78 [70; 84]
70 ans	86 [81; 90]	66 [57; 73]
80 ans	76 [65; 84]	49 [35; 62]

**FIGURE 15. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges – Corps de l'utérus, La Réunion**



**FIGURE 16.** Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 % - Corps de l'utérus, La Réunion



## PROSTATE

### DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

PROSTATE		CIM-O-3	Correspondance en CIM-O-2	Correspondance en CIM-10
	Topographie	C61.9	C61.9	C61.9
Morphologie	Toutes, sauf tumeurs hématologiques; comportement tumoral/3			

### À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 85 %, significativement inférieure à celle observée en France hexagonale pour la période 2010-2015 (93 %)
- Taux de mortalité en excès assez similaires quel que soit l'âge et relativement stables durant les 5 années suivant le diagnostic, sauf pour les hommes les plus âgés

### INCIDENCE

À La Réunion, durant les 6 années de l'étude, le nombre de nouveaux cas de cancers de la prostate est de 1 915. L'âge médian au diagnostic est de 68 ans (Table 17).

Parmi les 1 915 cas diagnostiqués, 422 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

### SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

Les cancers de la prostate à La Réunion ont, dans leur ensemble, un pronostic très favorable avec **une SNS à 5 ans de 85 %** (Table 18). Elle est toutefois inférieure à celle de la France hexagonale (93 % sur la période 2010-2015) [32].

**La survie observée et la survie nette 5 ans après le diagnostic sont très différentes** (respectivement de 75 % et 87 %), ce qui signifie que dans les 5 ans qui suivent le diagnostic d'un cancer de la prostate, les hommes décèdent de leur cancer mais aussi d'autres causes. La différence survie observée – survie nette à 5 ans est d'autant plus importante que l'âge au diagnostic est élevé, ce qui montre que la part des « autres causes » de décès est d'autant plus importante que l'âge au diagnostic est élevé (Table 18 ; Compléments La Réunion : Table C1 page 14).

**Les meilleurs niveaux de survie nette s'observent aux âges intermédiaires**, la survie nette à 5 ans la plus élevée étant observée pour les hommes dont le diagnostic a été fait aux alentours de 60 ans (93 %), alors qu'elle est de 74 % pour les hommes dont le diagnostic a été fait à 80 ans (Table 18 ; Figures 17b et 18).

**Les taux de mortalité en excès sont assez similaires quel que soit l'âge au diagnostic et relativement stables durant les 5 années qui suivent, sauf pour les hommes les plus âgés pour lesquels ils sont plus élevés notamment les premières années suivant le diagnostic** (Figure 18 ; Compléments La Réunion : Table C2 page 14). En effet, ils varient de 0,01 à 0,03 décès par personne-année au moment du diagnostic (ce qui correspond à des probabilités nettes annuelles de décès comprises entre 1 % et 3 %), sauf pour les hommes âgés de 80 ans au diagnostic, pour lesquels ils sont de 0,09 décès par personne-année au moment du diagnostic (soit une probabilité nette de décès dans l'année suivant le diagnostic de 9 %). Aussi, pour les personnes diagnostiquées à l'âge de 80 ans, la probabilité nette de décès à 1 an chez les hommes réunionnais est plus de 2 fois supérieure à celle de la France hexagonale au moment du diagnostic (9 % vs 4 %), et 4 fois supérieure 5 ans après le diagnostic (4 % vs 1 %) [32].



Les survies inférieures observées chez les hommes les plus âgés accompagnées de taux de mortalité en excès assez élevés notamment dans les premières années après le diagnostic peuvent s'expliquer par un diagnostic tardif et/ou par la présence de comorbidités empêchant la prise en charge optimale de leurs cancers. En revanche, chez les hommes les plus jeunes, les survies inférieures peuvent être liées à des sous-types de cancers plus agressifs (formes qui se manifestent plus tôt dans la vie)[33].

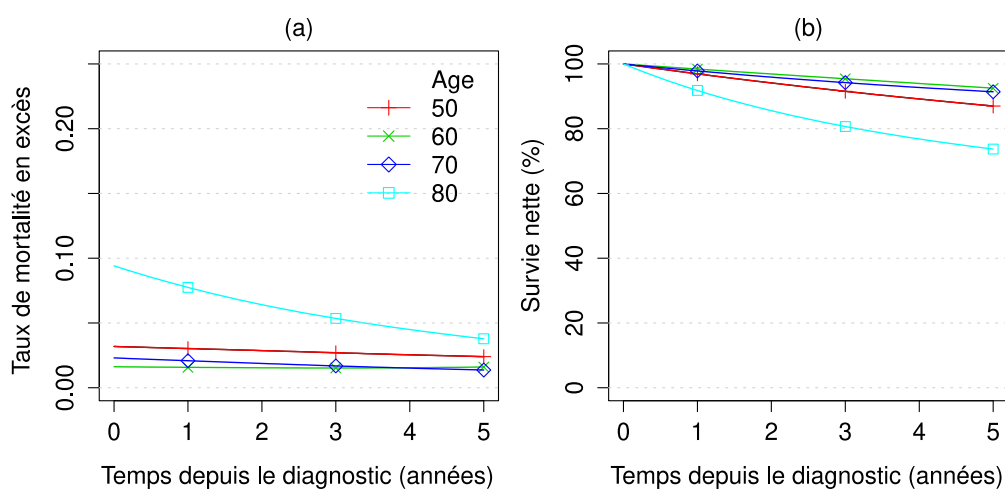
**TABLE 17. Descriptif des données analysées – Prostate, La Réunion**

	Hommes
Nombre de cas	1915
Nombre de décès à 5 ans	422
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	68 (54-83)

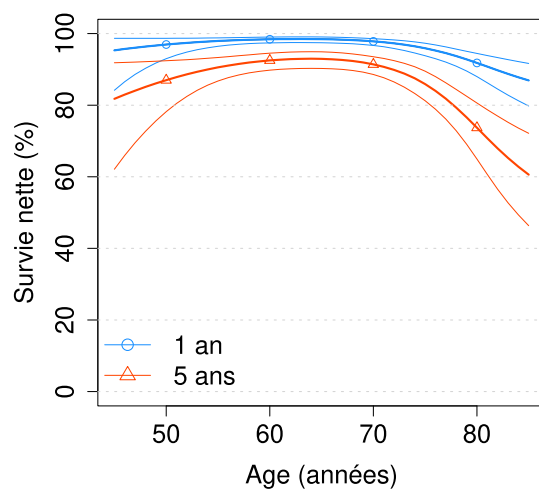
**TABLE 18. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % - Prostate, La Réunion**

	1 an	5 ans
	Hommes	Hommes
Survie observée	94 [93; 94]	75 [73; 77]
Survie nette	96 [95; 97]	87 [84; 89]
Survie nette standardisée	96 [94; 97]	85 [82; 88]
Survie nette par âge		
50 ans	97 [93; 99]	87 [78; 92]
60 ans	98 [97; 99]	93 [90; 95]
70 ans	98 [97; 99]	91 [89; 94]
80 ans	92 [88; 94]	74 [65; 81]

**FIGURE 17. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges – Prostate, La Réunion**



**FIGURE 18.** Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 % - Prostate, La Réunion



## MYÉLOME MULTIPLE ET PLASMOCYTOME

### DESCRIPTION DE LA LOCALISATION ÉTUDIÉE

MYÉLOME  
MULTIPLE ET  
PLASMOCYTO  
ME

Morphologie CIM-O-3  
9 731/3, 9 732/3, 9 733/3, 9 734/3

### À RETENIR

- Survie nette standardisée à 5 ans de 52 %, plus faible que celle observée en France hexagonale pour la période 2010-2015 (60 %)
- Mortalité en excès maximale au moment du diagnostic et pour les âges les plus élevés

### INCIDENCE

À La Réunion, durant les 6 années de l'étude, le nombre de nouveaux cas de myélomes multiples et plasmocytomes est de 225. L'âge médian au diagnostic est de 70 ans (Table 17). Parmi les 225 cas diagnostiqués, 117 sont décédés pendant les 5 années suivant le diagnostic.

### SURVIE DE 1 À 5 ANS DES PERSONNES DIAGNOSTIQUÉES ENTRE 2008 ET 2015

La SNS des personnes atteintes de myélome multiple et plasmocytome est de 82 % à 1 an et de 52 % à 5 ans (Table 20), plus faible que celle observée en France hexagonale pour la période 2010-2015 (respectivement 86 % et 60 %) [34]. Les myélomes multiples et plasmocytomes sont donc des hémopathies de pronostic intermédiaire.

Même si elles sont proches, on observe une **différence entre la survie observée et la survie nette à 5 ans après le diagnostic** (respectivement de 44 % et 50 %) qui témoigne d'une certaine part de décès imputables à d'autres causes que l'hémopathie en question durant les 5 ans suivant le diagnostic. Cela concerne les personnes les plus âgées au moment du diagnostic (Table 20 ; Compléments La Réunion : Table C1 page 15).

La survie nette diminue régulièrement et fortement avec l'âge au diagnostic (Table 20 ; Figures 19b et 20). La survie nette à 5 ans passe de 70 % chez les personnes de 50 ans au diagnostic à 40 % chez celles âgées de 80 ans. Cette différence de survie reflète les variations observées du taux de mortalité en excès selon l'âge durant la première année de suivi.

En effet, la mortalité en excès est maximale au moment du diagnostic et est élevée pour les personnes de 80 ans comparativement aux personnes diagnostiquées plus jeunes. Pour les personnes âgées de 80 ans au diagnostic, elle est de 0,37 décès par personne-année (soit une probabilité nette de décès durant le mois qui suit le diagnostic de 3,0 %), et diminue ensuite pour atteindre après 3 ans un niveau proche de ceux observés chez les personnes plus jeunes ; 3 ans après le diagnostic, les taux de mortalité en excès varient entre 0,07 et 0,14 décès par personne-année (soit des probabilités nettes annuelles de décès allant de 7 % à 13 %) (Figure 19a ; Compléments La Réunion : Table C2 page 15).

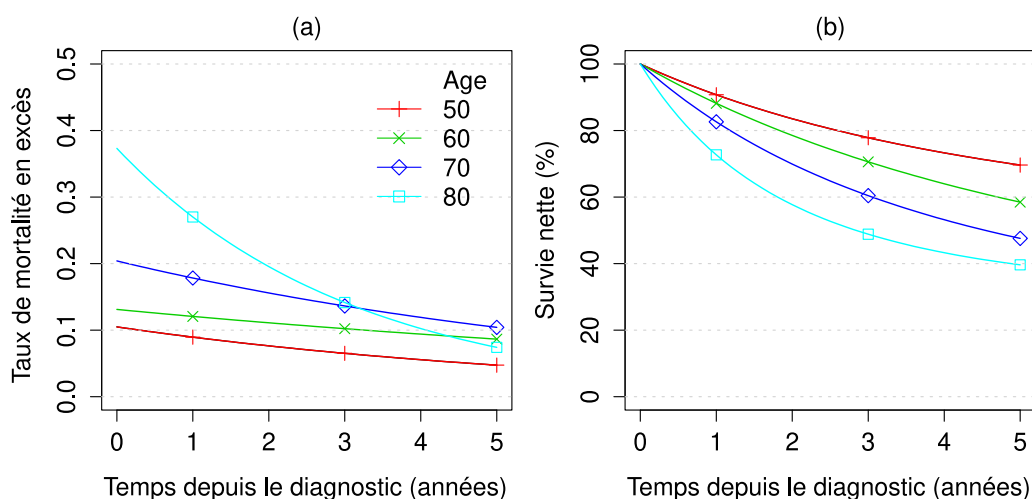
**TABLE 19. Descriptif des données analysées – Myélome multiple et plasmocytome, La Réunion**

	Ensemble
Nombre de cas	225
Nombre de décès à 5 ans	117
Âge médian au diagnostic (percentiles 5 et 95), en années	70 (47-88)

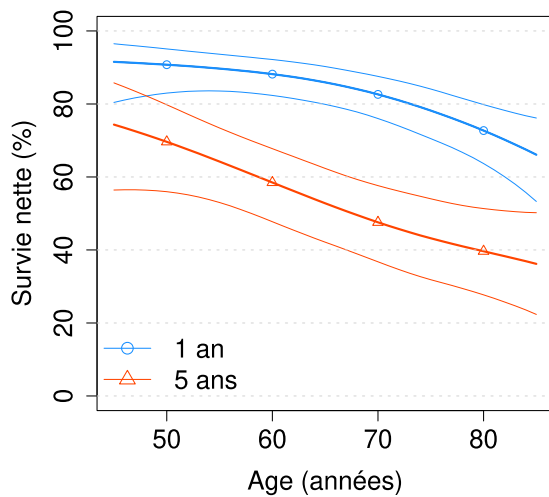
**TABLE 20. Survies observée, nette, nette standardisée et nette par âge à 1 et 5 ans (en %) et intervalle de confiance à 95 % – Myélome multiple et plasmocytome, La Réunion**

	1 an	5 ans
	Ensemble	Ensemble
Survie observée	78 [74; 82]	44 [38; 51]
Survie nette	80 [75; 85]	50 [43; 58]
Survie nette standardisée	82 [77; 85]	52 [44; 59]
Survie nette par âge		
50 ans	91 [83; 95]	70 [56; 80]
60 ans	88 [82; 92]	58 [48; 68]
70 ans	83 [76; 88]	48 [37; 58]
80 ans	73 [64; 80]	40 [28; 51]

**FIGURE 19. Taux de mortalité en excès (en nombre de décès par personne-année) (a) et survie nette (b) selon le temps depuis le diagnostic pour différents âges, hommes et femmes ensemble – Myélome multiple et plasmocytome, La Réunion**



**FIGURE 20.** Survie nette à 1 et 5 ans selon l'âge au diagnostic avec intervalle de confiance à 95 %, hommes et femmes ensemble - Myélome multiple et plasmocytome, La Réunion



## COMPARAISONS AVEC LA FRANCE HEXAGONALE

Pour les 10 localisations retenues, **la survie des cancers à La Réunion est en général inférieure à celle observée en France hexagonale**, mais l'amplitude des différences dépend de la localisation du cancer considérée (Table 21).

**TABLE 21. Comparaison des survies nettes standardisées à 5 ans (SNS 5) en % et intervalle de confiance à 95 % [IC95%] : France hexagonale (2010-2015) et DROM (2008-2015)**

Site	France hexagonale **	Martinique	Guadeloupe	La Réunion	Différence SNS 5 * La Réunion- France hexagonale
Lèvre-Bouche-Pharynx	45 [44; 46]	40 [34; 46]	35 [29; 41]	37 [33; 42]	-8 [-12; -3]
Œsophage	17 [16; 18]	3 [1; 7]	5 [2; 9]	13 [9; 18]	-3 [-8; 1]
Estomac	30 [29; 31]	31 [27; 35]	30 [26; 34]	25 [22; 29]	-4 [-8; 0]
Côlon et rectum	63 [63; 64]	53 [50; 55]	57 [54; 60]	57 [54; 60]	-6 [-9; -4]
Poumon	20 [19; 20]	16 [13; 20]	14 [11; 17]	17 [15; 20]	-2 [-5; 0]
Sein	88 [88; 89]	83 [80; 86]	79 [76; 82]	81 [77; 84]	-8 [-11; -4]
Col de l'utérus	63 [61; 64]	59 [51; 66]	57 [50; 64]	62 [57; 68]	-1 [-6; 5]
Corps de l'utérus	74 [73; 75]	50 [44; 56]	55 [49; 60]	67 [60; 74]	-7 [-14; 0]
Prostate	93 [93; 93]	95 [94; 96]	94 [93; 96]	85 [82; 88]	-8 [-11; -5]
Myélome multiple et plasmocytome	60 [59; 61]	55 [49; 60]	51 [44; 57]	52 [44; 59]	-8 [-16; -1]

\* Différence absolue en points de pourcentage. Cette différence est calculée avec les valeurs exactes de SNS puis elle est arrondie.

\*\* Source : Coureau G et al [1]

**Les différences de survie à 5 ans avec la France hexagonale (pour les deux sexes confondus) sont significatives pour les cancers du sein, de la prostate, du côlon et du rectum, de l'ensemble lèvre-bouche-pharynx et pour les myélomes multiples/plasmocytomes (Table 21).**

Pour **le cancer du sein**, les chiffres de survie à La Réunion sont similaires à ceux observés en Guadeloupe et Martinique, avec une SNS à 5 ans inférieure de 8 points de pourcentage à celui de la France hexagonale (81 % [77 ; 84] vs 88 % [88 ; 89]). Les différences de survie sont maximales pour les âges extrêmes au diagnostic. Pour les patientes les plus âgées au diagnostic, les survies inférieures résultent de taux de mortalité en excès élevés notamment dans les premiers mois suivant le diagnostic, témoignant probablement entre autres de prises en charge moins agressives et moins efficaces liées à une plus grande prévalence des comorbidités [24]. Pour les patientes les plus jeunes au diagnostic, les survies inférieures résultent de taux de mortalité en excès qui augmentent au cours du temps après le diagnostic. Ceci peut pour partie résulter d'une plus grande fréquence des récurrences de ces cancers chez les femmes jeunes, cancers qui présentent dans des proportions plus importantes que chez les femmes plus âgées des critères de pronostic défavorable [26, 35]. Enfin, pour les femmes âgées de 50 à 74 ans, les survies inférieures observées à La Réunion peuvent être liées pour partie aux pratiques de dépistage qui sont moins établies qu'en France métropolitaine, puisque pour la période 2011-2012, seuls 51,4 % des femmes réunionnaises de cette tranche d'âge ont participé au dépistage organisé contre environ 56 % des femmes domiciliées dans les départements couverts par un registre des cancers en France métropolitaine [36].

Pour **le cancer de la prostate**, la survie à la Réunion est significativement inférieure à celles de France hexagonale, de la Guadeloupe et de la Martinique. La SNS à 5 ans est inférieure de 8 points de pourcentage par rapport à celle de la France hexagonale et de 10 points de pourcentage avec celle de la Martinique (Table 21). Les différences de survie avec l'Hexagone et les deux autres départements

d'outre-mer sont notamment très marquées pour les âges au diagnostic les plus élevés (au-delà de 75 ans). Les survies inférieures observées à La Réunion chez les hommes les plus âgés sont notamment dues à des taux de mortalité en excès élevés dans les premières années après le diagnostic. Cela peut s'expliquer par des diagnostics plus tardifs et/ou par la présence de comorbidités liées à l'âge empêchant une prise en charge optimale. Un autre facteur doit être considéré, le dépistage par le dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) : il est probablement moins pratiqué à La Réunion qu'en France hexagonale ou dans les Antilles [37], et peut « artificiellement » allonger la survie observée dans ces zones par les effets du biais d'avance au diagnostic et du surdiagnostic [38, 39].

Pour **les cancers du côlon et du rectum**, les chiffres de survie à La Réunion sont assez similaires à ceux observés aux Antilles. Par rapport à la France hexagonale, la SNS à La Réunion pour les deux sexes est inférieure de 6 points de pourcentage à 5 ans (57 % [54 ; 60] vs 63 % [63 ; 64]) (Table 21). Comme pour la Martinique et la Guadeloupe, la différence de survie entre les hommes et les femmes est significativement plus marquée à La Réunion qu'en France hexagonale, notamment à 5 ans, puisqu'elle est de 3 points de pourcentage en France hexagonale (62 % chez les hommes vs 65 % chez les femmes) et de 6 points de pourcentage à La Réunion (respectivement 54 % et 60 %). Les moins bonnes survies à La Réunion par rapport à la France hexagonale résultent en grande partie d'une mortalité en excès plus importante dans les premières années suivant le diagnostic, notamment chez les personnes les plus âgées et chez les hommes, ce qui reflète la moins bonne curabilité des cancers pour ces personnes au moment du diagnostic. Les faibles taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal à La Réunion (23,2 % pour la campagne 2011-2012 [40], parmi les plus faibles de France) peuvent expliquer une partie des différences de survie observées.

Pour ce qui concerne **les cancers de l'ensemble lèvres-bouche-pharynx**, les niveaux de survie estimés à La Réunion sont comme dans les Antilles inférieurs à ceux décrits pour la France hexagonale. Ainsi, la SNS pour les deux sexes est inférieure de 8 points de pourcentage à 5 ans (étant respectivement de 37 % [33 ; 42] et de 45 % [44 ; 46]). Comme pour la France hexagonale, les taux de mortalité en excès sont maximums au diagnostic et augmentent avec l'âge au diagnostic, ce qui peut s'expliquer notamment par les diagnostics à un stade avancé, la lourdeur de certains traitements et le poids des comorbidités dont celles liées à l'alcool et au tabac. Les différences de survie observées entre La Réunion et la France hexagonale peuvent en outre être liées à des différences de distribution entre les sous-localisations de l'ensemble lèvres-bouche-pharynx, le pronostic variant en fonction de la localisation de la tumeur, ainsi que dans la part des cancers attribuables à l'infection par le papillomavirus humain (HPV), les cancers de l'oropharynx liés au HPV étant de meilleur pronostic que ceux attribuables aux consommations d'alcool et de tabac [16, 41, 42].

La survie **des myélomes multiples et plasmocytomes** à La Réunion est, comme en Martinique ou Guadeloupe, inférieure à celle observée en France hexagonale. La différence de SNS est de 8 points de pourcentage à 5 ans (52 % [44 ; 59] vs 60 % [59 ; 61]). Comme en France hexagonale et aux Antilles, la survie nette à 5 ans chez les personnes diagnostiquées à 50 ans est pratiquement le double de celle estimée chez les personnes diagnostiquées à 80 ans, ces dernières ne pouvant bénéficier des traitements les plus lourds avec greffe de cellules souches hématopoïétiques.

#### **Pour les cancers de l'œsophage, de l'estomac, du poumon et du corps de l'utérus, les différences de SNS à 5 ans avec la France hexagonale sont moins marquées (Table 21).**

Pour **le cancer de l'œsophage**, la SNS à 1 an est significativement inférieure à La Réunion par rapport à la France hexagonale (39 % [34 ; 44] vs 49 % [48 ; 50]), alors que la différence paraît moindre à 5 ans (13 % [9 ; 18] vs 17 % [16 ; 18]). Cette moindre survie observée à La Réunion par rapport à la France hexagonale est liée à une plus forte mortalité en excès au cours de la première année suivant le diagnostic. Cela peut s'expliquer, comme pour les cancers de l'ensemble lèvres-bouche-pharynx dont le cancer de l'œsophage partage les principaux facteurs de risque, par des diagnostics à un stade plus avancé, la lourdeur de certains traitements et le poids des comorbidités dont celles liées à l'alcool et au tabac.

Pour ce qui concerne **le cancer de l'estomac**, la SNS à 1 an est inférieure de 8 points de pourcentage à celle estimée en la France hexagonale (52 % [48 ; 56] vs 60 % [59 ; 61]) et de 4 points de pourcentage à 5 ans (25 % [22 ; 29] vs 30 % [29 ; 31]). Contrairement à ce qui est observé en France hexagonale ou aux Antilles où la survie est significativement inférieure chez les hommes par rapport aux femmes, elle est relativement similaire à La Réunion. Ainsi, à 5 ans, les SNS sont respectivement de 27 % et 24 % chez les hommes et chez les femmes. Cette surmortalité observée à La Réunion par

rapport à la France hexagonale chez les femmes paraît plutôt concerner les femmes les plus âgées au diagnostic. Cela pourrait traduire des difficultés de prise en charge liées à l'âge et aux comorbidités associées.

Pour **les cancers du poumon**, la SNS est inférieure de 4 points de pourcentage à celle de France hexagonale à 1 an (44 % [41 ; 46] vs 48 % [47 ; 48]) et de 2 points de pourcentage à 5 ans (17 % [15 ; 20] vs 20 % [19 ; 20]). On retrouve comme en France hexagonale une différence significative de survie en fonction du sexe, la survie chez les femmes étant similaire à La Réunion et dans l'Hexagone (SNS de 24 % à 5 ans) mais inférieure chez les hommes (SNS de 15 % [13 ; 18] vs 18 % [17 ; 18]). Cette différence de survie chez les hommes paraît être liée à une mortalité en excès plus élevée à La Réunion durant les premiers mois après le diagnostic pour les hommes les plus âgés (à partir de 70 ans), ce qui pourrait traduire des difficultés de prise en charge liées à l'âge et aux comorbidités associées. Aux Antilles, la SNS à 5 ans est assez similaire à celle de La Réunion.

Pour ce qui concerne **le cancer du corps de l'utérus**, la SNS à 5 ans est inférieure de 7 points de pourcentage à celle estimée en France hexagonale (respectivement 67 % [60 ; 74] et 74 % [73 ; 75]). La SNS à 5 ans est significativement supérieure à La Réunion par rapport aux Antilles où elle est inférieure ou égale à 55 %. Les différences observées à La Réunion par rapport à la France hexagonale sont imputables à des taux de mortalité en excès nettement supérieurs les premières années après le diagnostic pour les personnes les plus âgées, ce qui peut traduire des difficultés de prise en charge de ces cancers liées à l'âge et aux comorbidités associées, mais aussi à des diagnostics à des stades plus avancés.

**Enfin, pour ce qui concerne le cancer du col de l'utérus, la SNS est, comme aux Antilles, assez proche de celle décrite en France hexagonale** (à 5 ans : 62 % [57 ; 68] vs 63 % [61 ; 64] pour la France hexagonale). Comme en France hexagonale ou dans les 2 autres DROM, les survies nettes à 1 an et à 5 ans diminuent significativement avec l'âge au diagnostic. Le stade au diagnostic avancé lié au moindre recours au dépistage des femmes les plus âgées, la lourdeur de certaines prises en charge et la présence de comorbidités liées à l'âge sont autant de facteurs pronostics qui peuvent expliquer ces différences observées [28, 29].



## BIBLIOGRAPHIE

1. Coureau G, Mounier M, Tretarre B, Dantony E, Uhry Z, Monnereau A, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Synthèse. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, juill. 2021, 20 p [Internet]. Disponible à partir des URL : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/> et <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/enquetes-etudes/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-synthese-des-resultats-tumeurs-solides-et-hemopathies-malignes>
2. Uhry Z, Dantony E, Roche L, Fauvrenier, Lecoffre C, Lafay L, et al. Survie des personnes atteintes de cancer dans les Départements et régions d’Outre-Mer 2008-2018 – Matériel et méthodes. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, juillet 2022, 52 p [Internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/> et <https://www.santepubliquefrance.fr/>
3. Estimation de la population au 1<sup>er</sup> janvier 2021. Insee, janvier 2022 [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893198>
4. Grangé C. Le taux de pauvreté reste stable en 2018 à La Réunion - Insee Flash Réunion – 194, janvier 2021 [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5016838>
5. Jonzo A. Moins de chômage, plus d’inactivité - Insee Flash Réunion – 175, avril 2020 [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4473458>
6. Sandrine SS. Stabilité des naissances et hausse contenue des décès - Insee Flash Réunion – 207, août 2021 [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5417118>
7. Merceron S, Thibault P. Un Réunionnais sur dix déclare être en mauvaise santé - Insee Analyses Réunion – 58, mai 2021 [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5363533>
8. Deloumeaux J, Bhakkan-Mambir B, Peruvien J, Hierso R, Kouyate S, Cariou M, et al. Estimations régionales et départementales d’incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Guadeloupe. Saint-Maurice : Santé publique France; janvier 2019 [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/rapport-synthese/2019/estimations-regionales-et-departementales-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancers-en-france-2007-2016-guadeloupe>
9. Joachim-Contaret C V-BJ, Macni J, Ulric-Gervaise S, Cariou M, Billot-Grasset A, Chatignoux É. Estimations régionales et départementales d’incidence et de mortalité par cancers en France, 2007-2016. Martinique. Saint-Maurice : Santé publique France, janvier 2019. 106 p [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/antilles/documents/rapport-synthese/2019/estimations-regionales-et-departementales-d-incidence-et-de-mortalite-par-cancers-en-france-2007-2016-martinique>
10. Defossez G, le Guyader-Peyrou S, Uhry Z, Grosclaude P, Colonna M, Dantony E. Estimations nationales de l’incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018. Volume 1 – Tumeurs solides. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, juillet 2019. 372 p [Internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Rapport-Volume-1-Tumeurs-solides-Estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-France-metropolitaine-entre-1990-et-2018-juillet-2019> et <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/rapport-synthese/estimations-nationales-de-l-incidence-et-de-la-mortalite-par-cancer-en-france-metropolitaine-entre-1990-et-2018-volume-1-tumeurs-solides-etud>
11. Chirpaz E. Registre des Cancers de La Réunion - Données/Chiffres. St Denis (La Réunion) : Registre des cancers de La Réunion, août 2021 [Internet]. Disponible sur : <http://registre-cancer.re/donnees-sur-les-cancers-a-la-reunion/>
12. Singh GK, Jemal A. Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Cancer Mortality, Incidence, and Survival in the United States, 1950-2014: Over Six Decades of Changing Patterns and Widening Inequalities. J Environ Public Health. 2017; 2017:2819372.

13. Tron L, Belot A, Fauvernier M, Remontet L, Bossard N, Launay L, et al. Socioeconomic environment and disparities in cancer survival for 19 solid tumor sites: An analysis of the French Network of Cancer Registries (FRANCIM) data. *Int J Cancer*. mars 2019; 144(6):1262-74.
14. Woods LM, Rachet B, Coleman MP. Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review. *Ann Oncol Off J Eur Soc Med Oncol*. janvier 2006; 17(1):5-19.
15. Guizard A-V L-LB, Velten M, Lecoivre C, Lafay L, Coureau G, Mounier M, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Lèvre, bouche, pharynx. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2020, 12 p [internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Levre-bouche-pharynx> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-levre-bouche-pharynx>
16. Gatta G, Botta L, Sánchez MJ, Anderson LA, Pierannunzio D, Licitra L, et al. Prognoses and improvement for head and neck cancers diagnosed in Europe in early 2000s: The EURO CARE-5 population-based study. *Eur J Cancer* oct 2015; 51(15) : 2130-43.
17. Cariou M, Robaszekiewicz M, Bouvier A-M, Bouvier V, Lecoivre C, Lafay L et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Œsophage. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2020, 10 p [internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/OEsophage> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-aesophage>
18. Nousbaum J-B, Cariou M, Bouvier A-M, Bouvier V, Lecoivre C, de Brauer C et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Estomac. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, décembre 2020,, 10 p [internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Estomac> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-estomac>
19. Launoy G, Cariou M, Bouvier AM, Lecoivre C, Lafay L et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Côlon et rectum. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2020, 12 p [internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Colon-rectum> et <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/documents/enquetes-etudes/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-colon-et-rectum>
20. Delafosse P, Defossez G, Molinié F, D’Almeida T, Lecoivre C, Lafay L et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Poumon. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2020, 12 p [internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Poumon> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-poumon>
21. Hsu C-L, Chen J-H, Chen K-Y, Shih J-Y, Yang J-C-H, Yu C-J, et al. Advanced non-small cell lung cancer in the elderly: the impact of age and comorbidities on treatment modalities and patient prognosis. *J Geriatr Oncol*. janvier 2015; 6(1):38-45.
22. Nilsson J, Berglund A, Bergström S, Bergqvist M, Lambe M. The role of comorbidity in the management and prognosis in nonsmall cell lung cancer: a population-based study. *Acta Oncol Stockh Swed*. juillet 2017; 56(7) : 949-56.
23. Molinié F, Trétarre B, Arveux P, Woronoff A-S, Lecoivre C, Lafay L et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Sein. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2020, 12 p [internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Sein> et <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/documents/enquetes-etudes/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-sein>

24. Bastiaannet E, Liefers GJ, de Craen AJM, Kuppen PJK, van de Water W, Portielje JEA, et al. Breast cancer in elderly compared to younger patients in the Netherlands: stage at diagnosis, treatment and survival in 127,805 unselected patients. *Breast Cancer Res Treat.* décembre 2010; 124(3):801-7.
25. Azim HA, Partridge AH. Biology of breast cancer in young women. *Breast Cancer Res BCR.* 2014; 16:427.
26. Bouvier AM, Trétarre B, Delafosse P, Grosclaude P, Jéhannin-Ligier K, Marrer E et al. Stade au diagnostic des cancers du sein, du côlon et du rectum - Étude réalisée à partir des registres des cancers du réseau FRANCIM. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, avril 2018, 40 p [internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/Stade-au-diagnostic-des-cancers-du-sein-du-colon-et-du-rectum-Etude-realisee-a-partir-des-registres-des-cancers-du-reseau-FRANCIM>
27. Woronoff A-S, Trétarre B, Molinié F, Delafosse P, Guizard A-V, Lecoffre C et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Col de l'utérus. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2020, 12 p [internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Col-de-l-uterus> et <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-col-de-l-uterus/documents/enquetes-etudes/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-col-de-l-uterus>
28. Brun JL, Stoven-Camou D, Trouette R, Lopez M, Chene G, Hocké C. Survival and prognosis of women with invasive cervical cancer according to age. *Gynecol Oncol.* novembre 2003;91(2):395-401.
29. Bruneau L, Ben Diane MK, Touzani R, Bouhnik AD, Huiart L, Chirpaz E. Barriers and facilitators related to adherence in cervical cancer screening among women living in the French Island of Reunion: A cross-sectional study. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* 1 juillet 2018;66:S296.
30. Hammas K, Trétarre B, Guizard A-V, Woronoff A-S, Lecoffre C, de Brauer C, et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Corps de l'utérus. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, décembre 2020, 12 p [internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Corps-de-l-uterus> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-corps-de-l-uterus>
31. Bourgin C, Saidani M, Poupon C, Cauchois A, Foucher F, Leveque J, et al. Endometrial cancer in elderly women: Which disease, which surgical management? A systematic review of the literature. *Eur J Surg Oncol J Eur Soc Surg Oncol Br Assoc Surg Oncol.* février 2016;42(2):166-75.
- 32.15. Grosclaude P, Plouvier S, Daubisse-Marliac L, D'Almeida T, Lecoffre C, Lafay L et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Prostate. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, septembre 2020, 12 p [internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Tumeurs-solides/Prostate> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-prostate>
33. Salinas CA, Tsodikov A, Ishak-Howard M, Cooney KA. Prostate Cancer in Young Men: An Important Clinical Entity. *Nat Rev Urol.* juin 2014;11(6):317-23.
34. Monnereau A, Cornet E, Maynadié M, Mounier M, Troussard X, Orazio S et al. Survie des personnes atteintes de cancer en France métropolitaine 1989-2018 – Myélome multiple et plasmocytome. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer et Saint-Maurice : Santé publique France, mars 2021, 12 p [internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Les-donnees-sur-les-cancers/Survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-France-metropolitaine/Hemopathies-malignes/Myelome-multiple-et-plasmocytome> et <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/survie-des-personnes-atteintes-de-cancer-en-france-metropolitaine-1989-2018-myelome-multiple-et-plasmocytome>
35. Anastasiadi Z, Lianos GD, Ignatiadou E, Harissis HV, Mitsis M. Breast cancer in young women: an overview. *Updat Surg.* septembre 2017; 69(3) : 313-7.
36. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer du sein 2018-2019 et évolution depuis 2005. Saint-Maurice : Santé publique France, avril 2019 [internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-sein/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-du-sein-2018-2019-et-evolution-depuis-2005>

37. La première prescription du PSA chez l'homme asymptomatique. BROPROSTATEPS16, mars 2016, 12 p [Internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Expertises-et-publications/Catalogue-des-publications/La-premiere-prescription-du-PSA-chez-l-homme-asymptomatique>
38. Fenton JJ, Weyrich MS, Durbin S, Liu Y, Bang H, Melnikow J. Prostate-Specific Antigen–Based Screening for Prostate Cancer: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 8 mai 2018; 319(18) : 1914-31.
39. Gates TJ. Screening for cancer : evaluating the evidence. Am Fam Physician. 1 février 2001;63(3):513-22.
40. Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2011-2012. Saint-Maurice : Santé publique France, Février 2013 [internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/cancers/cancer-du-colon-rectum/articles/taux-de-participation-au-programme-de-depistage-organise-du-cancer-colorectal-2011-2012>
41. Delagranda A, Leterme G, Chirpaz E, Ferdynus C, Fernandez C, Rubin F. Epidemiological features of cancers of the oral cavity, oropharynx, hypopharynx and larynx cancer in Réunion Island. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. juin 2018; 135(3) : 175-81.
42. Neufcoeur PE, Arafa M, Delvenne P, Saussez S. [Involvement of human papillomavirus in upper aero-digestive tracts cancers]. Bull Cancer. octobre 2009; 96(10) : 941-50.



Édité par l'Institut national du cancer  
Siren 185 512 777 Conception : INCa  
ISBN : 978-2-37219-962-9  
ISBN net : 978-2-37219-963-6  
DEPÔT LÉGAL février 2024

Ce document doit être cité comme suit : Chirpaz E, Joachim C, Deloumeaux J, Imounga-Desroziers M, Malcher MF, Maillot S et al. *Survie des personnes atteintes de cancer à La Réunion 2008-2018*. Boulogne-Billancourt : Institut national du cancer, février 2024, 45 p. Disponible à partir des URL : [e-cancer.fr](http://e-cancer.fr) et [santepubliquefrance.fr](http://santepubliquefrance.fr)

Ce document est publié par l'Institut national du cancer qui en détient les droits. Les informations figurant dans ce document peuvent être réutilisées dès lors que : (1) leur réutilisation entre dans le champ d'application de la loi N° 78-753 du 17 juillet 1978 ; (2) ces informations ne sont pas altérées et leur sens dénaturé ; (3) leur source et la date de leur dernière mise à jour sont mentionnées.