STATISTIQUES des CANCERS en POLYNESIE FRANÇAISE - 2015

RAPPORT REDIGE PAR
LE REGISTRE DES CANCERS DE POLYNESIE FRANÇAISE
DE LA DIRECTION DE LA SANTE

DECEMBRE 2019

Equipe du registre des cancers de Polynésie française :

- Ethel Taurua, infirmière (recueil, enquêtes autour des cas et saisie des données)
- Tuterai Teamo, gestion administrative des dossiers et des données (remplacé par Teurapare Mara depuis novembre 2019)
- Laure Yen Kai Sun, épidémiologiste (jusqu'en mars 2019)
- Dr Célia Basurko, médecin épidémiologiste (depuis mars 2019) analyse et rédaction du rapport.

En collaboration avec :

- l'Institut de la Statistiques de Polynésie française ISPF
- Le registre des cancers de Nouvelle Calédonie

Relectures :

- Dr Merehau Mervin, directrice adjointe de la santé en Polynésie française
- Dr François Laudon, médecin de santé publique, responsable de la Subdivision santé des Tuamotu Gambiers à la Direction de la santé
- Dr Lutringer Delphine, médecin de santé publique responsable des consultations d'oncogénétique et médecin adjoint au Département d'information médicale du CHPf
- Sophie Peaucellier, biostatisticienne à la direction de la santé
- Dr Sylvie Laumond, médecin responsable du registre des cancers de Nouvelle Calédonie et Erika Hartmann, épidémiologiste au registre des cancers de Nouvelle Calédonie

Sommaires

1. Introduction 6
1.1. Definition du registre 6
1.2. Precisions ethiques et reglementaires du RCPf 6
1.3. Fonctionnement du registre 6
1.4. Criteres d'enregistrement dans le registre 7
2. Qualite et exhaustivite des donnees 8
2.1. Nombre de sources de declaration et d'informations du registre 8
2.2. Nombre de sources par nouveaux cas de cancer 9
2.3. Taux de confirmation microscopique 10
3. Precisions methodologiques 10
4. Statistiques des cancers en Polynesie française toutes localisations confondues (2015) 13
4.1. Incidence des tumeurs solides en fonction de l'age 13
4.2. Incidence des tumeurs en fonction du lieu de residence 14
4.3. Mortalite par cancer toute localisation confondue 15
4.4. Comparaison internationale de l'incidence des cancers (toutes localisations confondues) 16
5. Statistiques des cancers en Polynesie française en fonction des localisations (2015). 17
5.1. Incidence et mortalite pour les 10 principales localisations tumorales solides chez la femme 17
5.2. Incidence et mortalite pour les 10 principales localisations tumorales solides chez l'homme 21
5.3. Incidence et mortalite pour les hemopathies malignes 24
5.4. Principaux cancers par tranche d'age et par sexe 24
6. Incidence et mortalite du cancer du sein en Polynesie française en 2015 24
7. Incidence et mortalite du cancer broncho-pulmonaire en Polynesie française en 2015 27
8. Incidence et mortalite du cancer de la prostate en Polynesie française en 2015 32
9. Tableaux de synthese 34
References bibliographiques 36
Annexe 1 : Populations de reference utilisees pour le calcul des taux d'incidence 37

Figure :

Figure 1: Répartition des cas du registre des cancers de Polynésie française en fonction du nombre de sources de déclaration en 2015, RCPf2015 9
Figure 2: Nombre moyen de sources par cas selon les localisations tumorales solides en 2015, RCPf2015 9
Figure 3: Nombre moyen de sources par cas selon les hémopathies en 2015, RCPf2015 10
Figure 4: Répartition des cas du registre des cancers de Polynésie française en fonction du type de confirmation microscopique (% sur la totalité des cas en 2015), RCPf2015 10
Figure 5: Part des hommes et des femmes dans la population de Pf en 2015 et de Nouvelle Calédonie en 2014 (pvalue=0,88) 12
Figure 6: Répartition de la population de Pf et de Nouvelle Calédonie en fonction de 3 tranches d'âge chez les hommes et chez les femmes, RCPf2015 12
Figure 7: Taux standardisé d'incidence des tumeurs solides en Pf en fonction des tranches d'âge au diagnostic chez l'homme et chez la femme, RCPf2015 13
Figure 8: Répartition des cas de cancers solides en Pf en fonction de l'âge au diagnostic chez l'homme (n=363) et chez la femme (n=329), RCPf2015 14
Figure 9: Taux standardisé d'incidence (TSI) en fonction de l'archipel de résidence chez l'homme et chez la femme (estimation à partir des données du recensement ISPF 2017), RCPf2015 14
Figure 10: Comparaison de la répartition des nouveaux cas de cancers en 2015 et des habitants en fonction de l'archipel de résidence (estimation à partir des données du recensement ISPF 2017), RCPf2015 15
Figure 11: Taux standardisé de mortalité par tumeurs solides en Pf en 2015 en fonction des tranches d'âge au décès chez l'homme et chez la femme, RCPf2015 16
Figure 12: Répartition des cas de décès en Pf en fonction de l'âge au décès chez l'homme (n=200) et chez la femme (n=160), RCPf2015 16
Figure 13: Comparaison internationale des taux standardisés d'incidence des cancers (toutes localisations) chez l'homme à partir des données GLOBOCAN 2012 à l'exception de la Nouvelle Calédonie (1) et de la France (3), RCPf2015 17
Figure 14: Comparaison internationale des taux standardisés d'incidence des cancers (toutes localisations) chez la femme à partir des données GLOBOCAN 2012 à l'exception de la Nouvelle Calédonie (1) et de la France (3), RCPf2015 17
Figure 15: Taux standardisé d'incidence (pour 100 000 femmes) des 10 principales localisations chez la femme en 2015, RCPf2015 19
Figure 16: Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 femmes) en fonction des 10 principales localisations tumorales chez la femme en 2015, RCPf2015 19
Figure 17: Comparaison internationale des taux standardisés d'incidence (pour 100 000 femmes) des 10 principaux cancers chez la femme à partir des données GLOBOCAN2012 (2) à l'exception de la Nouvelle Calédonie (1) et de la France (3), RCPf2015 20
Figure 18: Taux standardisé d'incidence (pour 100 000 hommes) des 10 principales localisations chez l'homme en 2015, RCPf2015 22
Figure 19: Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 hommes) en fonction des 10 principales localisations tumorales chez l'homme en 2015, RCPf2015 22
Figure 20: Comparaison internationale des taux standardisés d'incidence (pour 100 000 hommes) des 10 principaux cancers chez l'homme à partir des données GLOBOCAN2012 (2) à l'exception de la Nouvelle Calédonie (1) et de la France (3), RCPf2015 23

Figure 21 : Taux standardisé d'incidence (données du registre des cancers) et taux standardisé de mortalité (données des certificats médicaux de décès) du cancer du sein chez la femme en 2015 (taux pour 100 000), RCPf2015 25
Figure 22: Types histologiques des cancers du sein en Pf en 2015 (n=132), RCPf2015 26
Figure 23 : Répartition des cas de cancers du sein chez la femme en fonction de l'âge au moment du diagnostic en Pf (n=132) et en Nouvelle-Calédonie (NC-2015) n=113, RCPf2015 26
Figure 24: Comparaison internationale des TSI du cancer du sein chez la femme à partir des données GLOBOCAN2012 (2) à l'exception de la Nouvelle Calédonie (NC, 1) et de la France (Fr, 3), RCPf2015 27
Figure 25: Modalité de confirmation microscopique des tumeurs broncho-pulmonaires enregistrées dans le registre en 2015, RCPf2015 28
Figure 26: Type histologique des tumeurs broncho-pulmonaires chez l'homme et chez la femme en 2015, RCPf2015 28
Figure 27: Comparaison de la répartition des cas de tumeurs broncho-pulmonaires chez la femme (a) et chez l'homme (b) entre la Nouvelle-Calédonie(NC) et la Pf en 2015, RCPf2015 29
Figure 28: Taux standardisé d'incidence (TSI) du cancer broncho-pulmonaire chez la femme (en rose, pour 100 000) et chez l'homme (en bleu, pour 100 000) par âge quinquennal en Pf en 2015, RCPf2015 30
Figure 29: Comparaison internationale des TSI du cancer broncho-pulmonaire chez l'homme (bleu) et chez la femme (rose) à partir des données GLOBOCAN2012 (2) à l'exception de la Nouvelle Calédonie (1) et de la France (3), RCPf2015 31
Figure 30: Comparaison internationale des TSI du cancer de la prostate à partir des données GLOBOCAN2012 à l'exception de la Nouvelle Calédonie (1) et de la France (3), RCPf2015 32
Figure 31 : Taux standardisé d'incidence (TSI : données du registre des cancers) et taux standardisé de mortalité (TSM : données des certificats médicaux de décès) du cancer de la prostate en 2015, RCPf2015 33

Tableau :

Tableau 1: Description de l'âge au moment du diagnostic de cancer en fonction du sexe et de la tumeur, RCPf2015 13
Tableau 2: Description de l'âge au moment du décès par cancer en fonction du sexe et de la tumeur (source : certificats de décès 2015) 15
Tableau 3: Les 2 principales localisations tumorales (Tumeurs solides et hémopathies) en fonction de 4 tranches d'âge en 2015, RCPf2015 24
Tableau 4: Age au moment du diagnostic de cancer broncho-pulmonaire, RCPf2015 et âge au moment du décès par cancer broncho-pulmonaire d'après les certificats médicaux de décès (CCD2015) 32

1. Introduction

Dans le Plan Cancer pour la Polynésie française 2018-2022, l'axe 2.1 insiste sur l'amélioration de la qualité des données de morbidité du registre des cancers, sur le développement de partenariats et sur la nécessité de diffuser des résultats annuellement.

Ce rapport sur les données d'incidence des cancers en 2015 illustre la volonté du registre des cancers de Polynésie française (RCPf) de suivre les orientations et mesures prioritaires du Plan Cancer afin de permettre une meilleure connaissance de la pathologie cancéreuse en Polynésie.

En effet, les données recueillies dans le RCPf visent en priorité à produire régulièrement des statistiques descriptives afin d'estimer l'incidence des cancers par localisation, leur évolution dans le temps et de décrire les pathologies en fonction des caractéristiques démographiques et géographiques.

Ce rapport descriptif correspond aux premières données issues de la base de données du RCPf pour les cas diagnostiqués en 2015 à la date du 25 octobre 2019 (présentation des données au comité de pilotage du Plan Cancer).

1.1. Définition du registre

« Un registre est un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées. Les registres des cancers constituent un dispositif indispensable à la surveillance des cancers mais aussi à l'observation et à l'évaluation des prises en charge. » (Définition du Comité d'évaluation des registres CER).

1.2. Précisions éthiques et réglementaires du RCPf

Le RCPf a reçu l'autorisation de la Commission Nationale de l'informatique et des Libertés (CNIL) le 18 avril 2000 (n°900034), un avis favorable du Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche (CCTIRS) le 25 avril 2000.

Chaque membre de l'équipe du registre s'engage à respecter la charte du RCPf. Les bureaux du registre sont situés au Centre de la mère et de l'enfant, quartier Hamuta (Pirae) de la Direction de la Santé, dans un espace dédié. Nous travaillons sur un logiciel spécifique édité par l'organisation mondiale de la santé (OMS) : CANREG-5 ayant un accès restreint aux membres de l'équipe.

1.3. Fonctionnement du registre

Le cancer est une maladie à déclaration obligatoire par le professionnel de santé d'après la délibération au JOPF du 30 mai 1985 et la loi n° n°2019-8 du 1er avril 2019.

D'après la délibération 03-053 de la CNIL du 27 novembre 2003: « Pour assurer la fiabilité et la qualité (….) des statistiques (…), les registres du cancer doivent disposer de données individuelles qui permettent d'éliminer les doubles enregistrements, de rassembler et de vérifier sur un patient déterminé les renseignements obtenus, de suivre, cas par cas l'évolution (…) et de réaliser , le cas échéant, des enquêtes complémentaires. A cet égard, la CNIL rappelle que la loi autorise les médecins qui participent au diagnostic et à la prise en charge des patients en cancérologie à transmettre des données nominatives à des personnes (…) au sein des registres du cancer. » Il s'agit d'une dérogation à la règle du secret professionnel régie par l'article 223-13 du code pénal et l'article 4 du code de déontologie.

Le professionnel de santé déclare le cas de tumeurs au RCPf. L'équipe du RCPf au sein de la Direction de la santé est chargée de compléter, de valider et de saisir les informations transmises dans le logiciel CANREG-5. Le

RCPf dispose d'autres sources d'information permettant une meilleure exhaustivité des données (en particulier à partir des laboratoires d'anatomo-cytopathologie).

Pour améliorer l'information des patients sur le RCPf, une plaquette d'information a été élaborée et sera distribuée en 2020 dans les services accueillant les patients pour une maladie cancéreuse. Elle est accessible sur le site internet de la Direction de la Santé.

1.4. Critères d'enregistrement dans le registre

L'enregistrement de tous les nouveaux cas de cancer repose sur les règles internationales en matière d'enregistrement des cancers (IARC, ENCR). La population concernée est représentée par les personnes résidant plus de 6 mois par an en Polynésie française.
En suivant les recommandations du réseau français des registres (Francim), un nouveau cas est défini comme une tumeur solide maligne primitive ou une hémopathie maligne.
Sont exclues du registre des cancers : les tumeurs secondaires ou non invasives, les récidives et les tumeurs cutanées qui ne sont pas des mélanomes.

Les maladies suivantes peuvent aussi être incluses dans le registre mais elles n'ont pas été retenues pour le calcul des incidences de ce rapport : les syndromes myélodysplasiques, les carcinomes superficiels, in situ, intra épithéliaux, non infiltrants, non invasifs du col utérin, de la vessie ainsi que les tumeurs primaires dite « borderline » de l'ovaire, et les tumeurs primaires bénignes du système nerveux central.

La localisation et la morphologie sont codées dans le logiciel selon la 3^{ième} révision de la classification internationale des maladies oncologiques (CIM-O3) au niveau du logiciel. Pour ce rapport, la description des incidences par localisation se fera en suivant les codes CIM-10 suivants (Classification internationale des maladies).

Localisations tumorales	Code CIM-10
Lèvre-bouche-pharynx	C01-C14
Œsophage	C15
Estomac	C16
Intestin grêle	C17
Côlon-rectum-anus	C18-C21
Foie	C22
Vésicule et voies biliaires	C23-24
Pancréas	C25
Fosses nasales, sinus et oreille	C30-31
Larynx	C32
Trachée, bronches, poumons	C33-34
Autre organe thoracique	C37-38
Os	C40-41
Mélanome de la peau	C43
Mésothéliome	C45
Tissus conjonctifs et mous	C47, C49
Sein	C50
Col de l'utérus	C53
Corps de l'utérus	C54
Ovaire	C56
Autre organe génital féminin	C57
Prostate	C61
Testicule	C62
Rein	C64
Uretère	C66
Vessie	C67
Œil et annexe	C69

SNC	C70-72
Thyroïde	C73
Autres localisations non définies	C80 /C76
Maladie de Hodgkin	C81
Lymphome non hodgkinien, autres	C82-85, C96
Maladies immunprolifératives	C88
Myélome multiple	C90
Leucémie Lymphoïde	C91
Leucémie myéloïde	C92-94
Leucémie à cellules non précisées	C95
Autres lymphomes	C86
Tous cancers	C00-C96
Tumeurs solides	C00-C80
Hémopathies	C81-C96

2. Qualité et exhaustivité des données

Indicateurs de qualité d'un registre:	**RCPf en 2015 :**
1) Nombre moyen de sources par cas (seuil de qualité ≥3)	3 sources par cas (2 en 2013)
2) Part majoritaire de confirmation microscopique	92,1% des cas

2.1. Nombre de sources de déclaration et d'informations du registre

Un nouveau de cas de cancer peut être déclaré par plusieurs sources différentes (par exemple : cas déclaré par le médecin de la clinique, le médecin de la structure de gestion du dépistage et le médecin du laboratoire d'histologie).

En 2015, on dénombrait 11 types de sources de déclaration au RCPf :

- ✓ Les données de l'activité médicale du Centre Hospitalier de Polynésie française (PMSI du CHPF),
- ✓ Les données des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP)
- ✓ Les données de l'activité médicale de la clinique Paofai
- ✓ Les données de l'activité médicale de la clinique Cardella
- ✓ Le laboratoire d'anatomo-cytopathologie du CHPf
- ✓ Le laboratoire d'anatomo-cytopathologie des Drs Boz-PetitDidier
- ✓ Le laboratoire d'anatomo-cytopathologie de l'Institut Louis Malardé (ILM)
- ✓ Les professionnels de santé en libéral, ou dans les structures de soin de la Direction de la santé
- ✓ Les certificats de causes de décès
- ✓ Le centre médical de suivi des anciens travailleurs des sites des essais nucléaires et des populations vivant ou ayant vécu à proximité de ces sites
- ✓ La structure de gestion du dépistage des cancers

En 2015, les cas avaient principalement été déclarés par le PMSI du CHPF (71% des cas), les données des RCP (65% des cas) et le laboratoire d'anatomo-cytopathologie du CHPF (42% des cas).
De plus, pour valider les cas de cancer, le RCPf disposait en 2015 d'une seule source d'information (DMP du CHPF).

2.2. Nombre de sources par nouveaux cas de cancer

Un des critères de qualité et d'exhaustivité d'un registre est le nombre moyen de sources de déclaration par cas. Pour être qualitatif, le nombre moyen de sources doit être au moins égal à 3.

Les nouveaux cas de cancer en 2015 étaient déclarés en moyenne **par 3 sources d'informations**. D'après la Figure 1, 64% des cas avaient eu au moins 3 sources de déclaration en 2015 dans le RCPf.

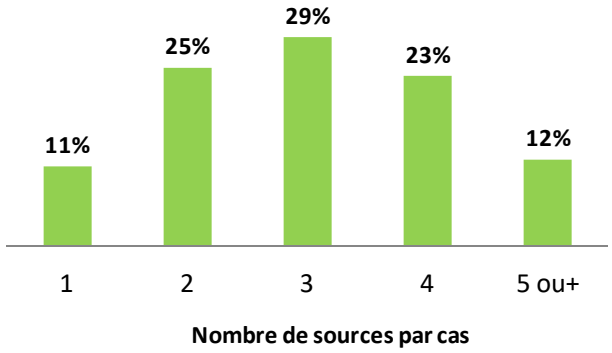


Figure 1: Répartition des cas du registre des cancers de Polynésie française en fonction du nombre de sources de déclaration en 2015, RCPf2015

Le nombre moyen de sources pour les tumeurs solides était de **3,1 sources par cas** (Figure 2) Les localisations pour lesquelles le nombre moyen de sources de déclaration était inférieur à 3 étaient : le cancer de la prostate, du foie, du rein, de la thyroïde et les mélanomes. En croisant les données du registre et le nombre d'ouverture de droit à la longue maladie de la CPS en Pf pour l'année 2015, on constate qu'il n'existe pas de différence entre les nombres de cas incidents de cancers à l'exception des mélanomes et des cancers de la thyroïde.

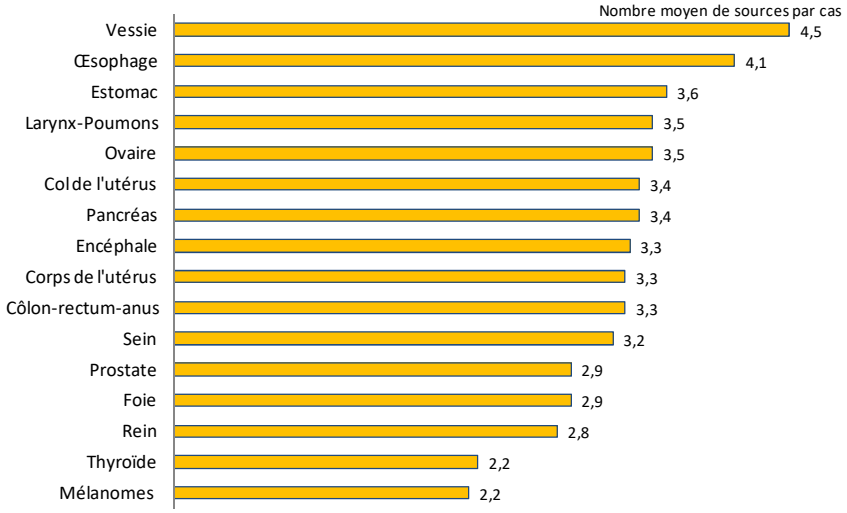


Figure 2: Nombre moyen de sources par cas selon les localisations tumorales solides en 2015, RCPf2015

Le nombre moyen de sources pour les hémopathies malignes était de **1,9 sources par cas** (Figure 3). En croisant les données du registre et le nombre d'ouverture de droit à la longue maladie de la CPS en Pf pour l'année 2015, la CPS avait un cas incident en plus, d'hémopathies malignes par rapport à la base de données du RCPf.

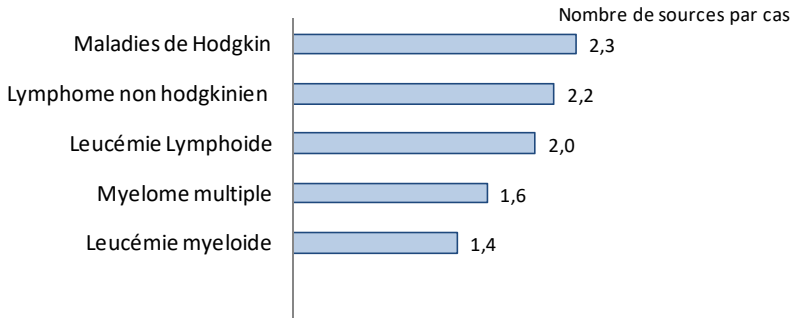


Figure 3: Nombre moyen de sources par cas selon les hémopathies en 2015, RCPf2015

2.3. Taux de confirmation microscopique

En 2015, 92,1% des cas de cancers déclarés au registre avaient eu une confirmation anatomo-cytologique. D'après la Figure 4 , 82,4% des tumeurs avaient eu une confirmation par histologie de la tumeur primitive.

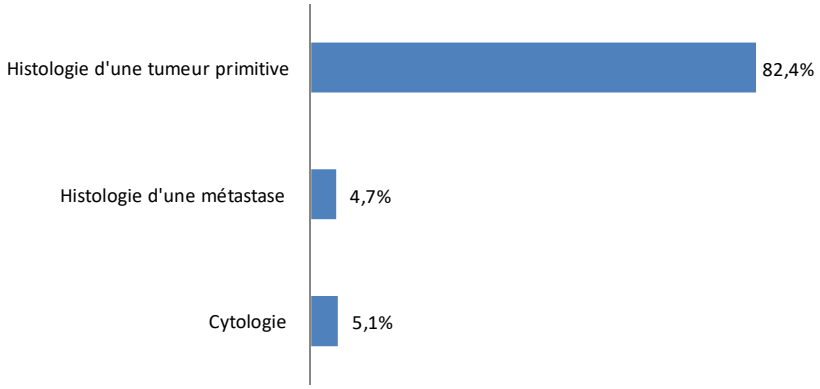


Figure 4: Répartition des cas du registre des cancers de Polynésie française en fonction du type de confirmation microscopique (% sur la totalité des cas en 2015), RCPf2015

Dans 7,9% des cas, la confirmation microscopique n'avait pas été réalisée principalement pour des raisons liées au pronostic de la maladie ou à l'état clinique du patient. Parmi ces derniers, 7,1% avaient été confirmés par les résultats d'imageries complémentaires.

3. Précisions méthodologiques

Les incidences sont présentées pour une année correspondant à l'année de diagnostic du cas. Les statistiques des cancers pour l'année 2015 sont présentées **à partir d'une base de données extraites de CANREG-5 à la date du 25 octobre 2019[1].**

[1] Il est possible que des cas diagnostiqués en 2015 surviennent après la date du gel de la base de données (rattrapage de cas par une autre source de données). Ces cas (probablement peu nombreux) seront pris en compte dans les analyses ultérieures.

Les statistiques ont été réalisées sur le tableur Excel et sur le logiciel STATA version 16. Le seuil alpha a été fixé à 5%. La description des variables quantitatives s'est faite en précisant la médiane avec l'intervalle interquartile (le 25^{ième} percentile : 25^{ième} p et le 75^{ième} percentile : 75^{ième} p).

Du fait de la taille de l'échantillon sur une seule année, les chiffres présentés (pourcentages, rangs d'incidence et taux standardisés) sont **à interpréter avec précaution tout particulièrement lors des analyses en sous-groupe** (par tranche d'âge ou par archipel notamment). Etant donnée l'hétérogénéité des cancers, il est nécessaire de présenter les incidences par localisation tumorale et par sexe mais les effectifs deviennent petits et limitent les analyses. Pour confirmer les tendances observées sur une année, **il serait pertinent dans l'avenir de présenter les incidences par tranche de 3 ans.**

Les incidences sont présentées :

- ✓ en nombre de cas incidents (nombre de nouveaux cas en 2015)
- ✓ en pourcentage de cas par rapport au nombre total de cas en 2015
- ✓ en taux standardisé d'incidence (TSI) pour 100 000 personnes, correspondant à la moyenne pondérée des incidences spécifiques de plusieurs classes d'âge. Le TSI se calcule à partir du taux brut d'incidence (nombre de nouveaux cas en 2015 divisé par la population moyenne de Pf la même année) après standardisation directe sur la population-type de référence. La population type correspond ici à la population mondiale SEGI (annexe1). Ainsi, 2 types de cancers ayant le même nombre de cas en 2015, peuvent avoir un TSI différent si la répartition des cas par âge est différente entre les 2 cancers (le poids pour chaque tranche d'âge diffère). Le TSI correspond ainsi à une incidence qu'on observerait dans la population d'étude si elle avait la structure d'âge de la population standard et permet ainsi de contrôler le facteur « âge ». Cette méthode statistique permet une comparaison des incidences dans le temps et entre différentes populations.

La mortalité est présentée de la même manière :

- ✓ en nombre de décès (nombre de décès en 2015)
- ✓ en pourcentage de décès rapport au nombre total de décès par cancer en 2015
- ✓ en taux standardisé de mortalité (TSM). La standardisation se fera de la même manière que le TSI à partir du taux brut de mortalité.

Les données de mortalité n'étaient **pas issues du registre des cancers mais de l'analyse des certificats médicaux de décès[2].** Il ne s'agit donc ni de la même source d'information ni des mêmes personnes. De même que pour l'incidence des cancers, les tendances observées sur une année doivent être confirmées sur les années à venir compte tenu de la taille réduite de l'effectif.

Pour bien comprendre l'évolution observée pour chaque cancer, il est recommandé de présenter conjointement l'incidence et la mortalité. Une augmentation de l'incidence ne traduit pas forcement une augmentation du risque d'être atteint d'un cancer, elle peut aussi refléter une amélioration ou un changement dans les techniques de dépistage ou de prise en charge des cancers. En effet, avec l'amélioration du dépistage des cancers, on va dépister plus de monde et souvent plus précocement (avant que la maladie ne se manifeste par des symptômes).
La mortalité par cancer, pour sa part, dépend du nombre de cas incidents, de la proportion de cas au stade avancé au moment du diagnostic et de l'efficacité des prises en charge.
Ainsi, une augmentation d'incidence avec une augmentation de la mortalité correspondra soit à une stabilité dans la proportion de cas de cancer à un stade avancé de la maladie soit à un faible progrès des prises en charge. Inversement, une augmentation d'incidence avec une diminution de la mortalité correspondra soit à

[2] Lors de l'analyse des certificats médicaux de décès 2015, pour 25 décès, la localisation tumorale n'avait pas été précisée par le médecin certifiant le décès. Avec le croisement des sources de données, nous avons pu déterminer la localisation tumorale de 15 cas sur 25. Ce qui permet d'améliorer la qualité et la précision des données de mortalité pour ce rapport.

une diminution de la proportion de cas à un stade avancé soit à l'amélioration de la prise en charge. Dans cette interprétation, plusieurs éléments doivent être pris en compte comme l'accès au soin (éloignement des foyers de vie par rapport au centre spécialisé, difficultés liées aux transports…), l'évolution des facteurs de risques (augmentation du tabagisme, changement des comportements à risque....), le comportement des malades face à la maladie (refus de prise en charge, choix du centre de suivie…)….etc.

Ainsi, ce premier travail sur les cancers en Polynésie française en 2015 utilise 2 sources de données :
- les données **d'incidence issues du registre des cancers de Pf**
- les données de **mortalité par cancer issues de l'analyse des certificats médicaux de décès**

Concernant la démographie de la Pf en 2015, l'institut de la statistique de Polynésie française (ISPF) estimait sa population totale à 273 039 personnes (139 128 hommes et 133 951 femmes) à partir du recensement 2012. La répartition par âge quinquennal est précisée en annexe 1 du document.
D'après l'Institut de la statistique et des études économiques (ISEE), la structure de la population de la Nouvelle Calédonie (NC) était comparable à celle de la Pf, avec 268 767 personnes (135 542 hommes et 133 225 femmes) à partir du recensement 2014. D'après la Figure 5, les pourcentages d'hommes et de femmes en Pf n'étaient pas significativement différents de ceux en NC.

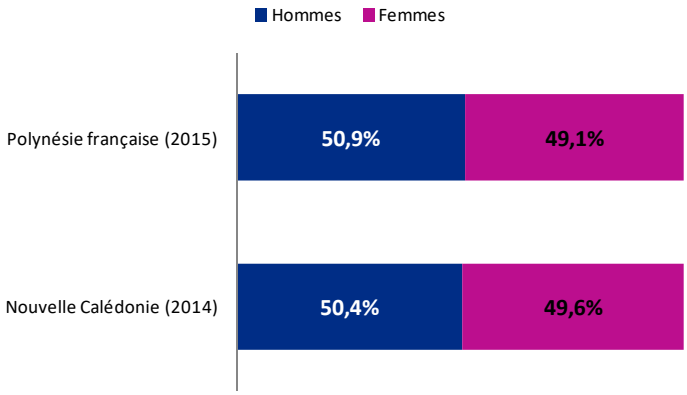


Figure 5: Part des hommes et des femmes dans la population de Pf en 2015 et de Nouvelle Calédonie en 2014 (pvalue=0,88)

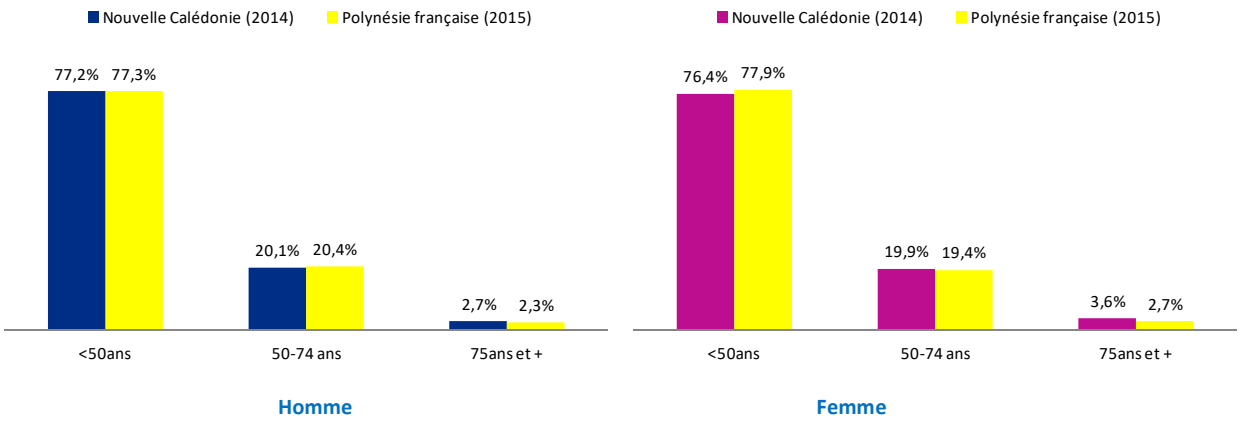


Figure 6: Répartition de la population de Pf et de Nouvelle Calédonie en fonction de 3 tranches d'âge chez les hommes et chez les femmes, RCPf2015

4. Statistiques des cancers en Polynésie française toutes localisations confondues (2015)

En 2015 (à la date du 25/10/2019), **749 tumeurs malignes ont été recensées par le registre en Polynésie** avec 692 tumeurs solides : 329 (47,5%) chez la femme, 363 (52,5%) chez l'homme et 57 hémopathies malignes : 25 (43,9%) chez la femme et 32 (56,1%) chez l'homme. Le taux standardisé d'incidence (TSI) des tumeurs malignes était chez la femme de **238,8 cas pour 100 000 femmes** et chez l'homme de **255,7 pour 100 000 hommes**.

L'âge médian au moment du diagnostic (tumeurs solides et hémopathies malignes confondues) était de **58 ans chez la femme** et **65 ans chez l'homme** (Tableau 1). En Nouvelle Calédonie, l'âge médian au diagnostic était de 60 ans chez la femme et 65 ans chez l'homme.

Concernant les tumeurs solides, l'âge médian au moment du diagnostic chez la femme était 58 ans et de 65 ans chez l'homme. Concernant les hémopathies malignes, l'âge médian au moment du diagnostic chez la femme était 54 ans et de 57,5 ans chez l'homme (Tableau 1).

	Âge au moment du diagnostic(en années)					
	Toutes tumeurs confondues		Tumeurs solides		Hémopathies	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
25ième percentile	55	47	56	47	38	42
Médiane	65	58	65	58	57,5	54
Moyenne	63	57	63,7	57,3	54,3	51,3
75ième percentile	73	68	73	68	70,5	67

Tableau 1: Description de l'âge au moment du diagnostic de cancer en fonction du sexe et de la tumeur, RCPf2015

4.1. Incidence des tumeurs solides en fonction de l'âge

La Figure 7 représente l'évolution du taux standardisé d'incidence (TSI) des tumeurs solides en fonction de l'âge chez la femme et chez l'homme. L'augmentation de l'incidence des tumeurs solides survenait plus précocement chez la femme que chez l'homme mais l'incidence était plus importante chez l'homme au-delà de 65 ans.

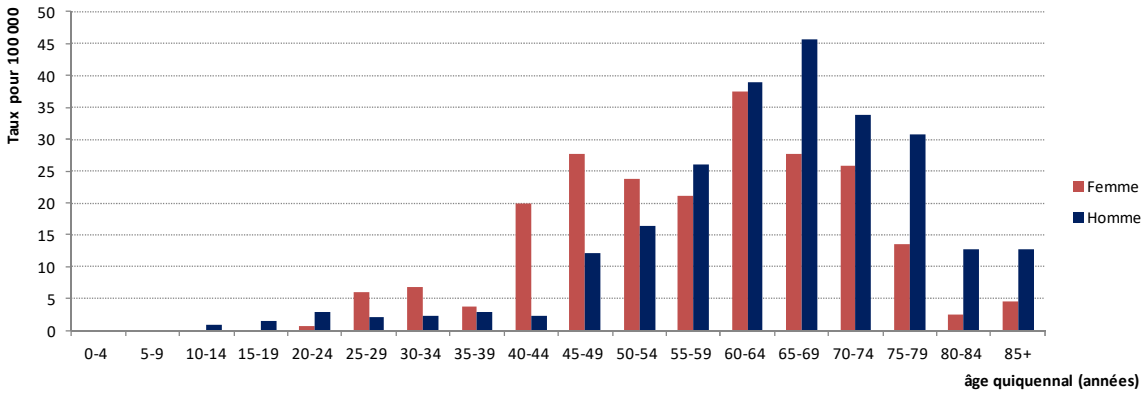


Figure 7: Taux standardisé d'incidence des tumeurs solides en Pf en fonction des tranches d'âge au diagnostic chez l'homme et chez la femme, RCPf2015

D'après la Figure 8, **près d'un cancer solide sur 3 (32%) était dépisté avant 50 ans chez la femme versus 12% chez l'homme** (différence significative pvalue<0,001)**. Deux cancers solides sur 3 (66,9%) survenaient après 60 ans chez l'homme.**

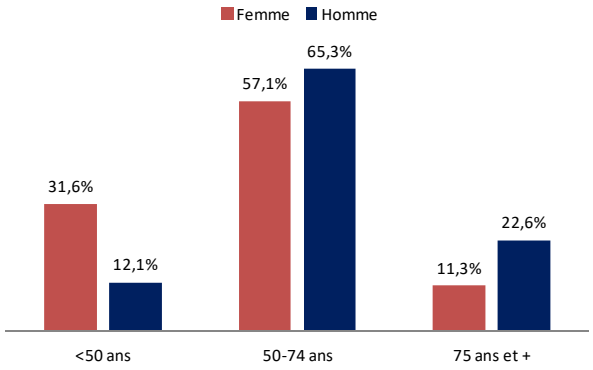


Figure 8: Répartition des cas de cancers solides en Pf en fonction de l'âge au diagnostic chez l'homme (n=363) et chez la femme (n=329), RCPf2015

4.2. Incidence des tumeurs en fonction du lieu de résidence

En 2015, 578 tumeurs malignes ont été recensées dans l'archipel des îles du vent (301 hommes et 277 femmes) et 168, dans les autres archipels (92 hommes et 76 femmes). Pour 3 cas, le lieu de résidence était inconnu.

Compte tenu des effectifs, il n'est pas recommandé de procéder à une analyse plus fine par archipel dans ce rapport. Il est envisageable de procéder à une telle analyse sur plusieurs années. D'autre part, le recensement en Pf a eu lieu en 2017. La population polynésienne par âge quinquennal et par archipel n'était disponible que pour l'année 2017. Nous présentons ici 2 graphiques à titre indicatif.

La Figure 9 présente l'incidence standardisée (TSI) chez l'homme et chez la femme des îles du vent et des autres archipels (de manière cumulée). Il n'existait pas de différence significative entre les TSI résidant dans les Iles du Vent et ceux résidant dans les autres archipels (chez les hommes comme chez les femmes)

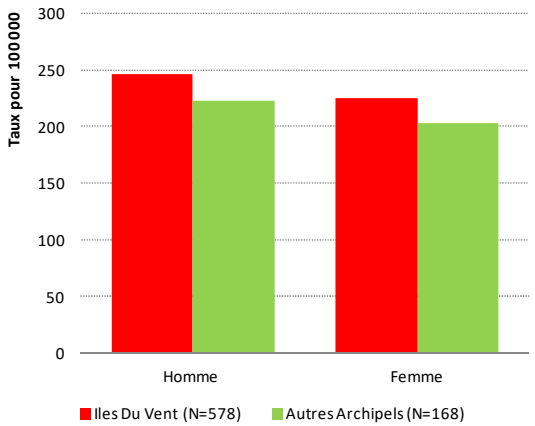


Figure 9: Taux standardisé d'incidence (TSI) en fonction de l'archipel de résidence chez l'homme et chez la femme (estimation à partir des données du recensement ISPF 2017), RCPf2015

D'après la Figure 10, il n'existait pas de différence significative entre la répartition des cas de cancers en 2015 en fonction de leur lieu de résidence et la répartition des habitants dans les archipels des îles du Vent et des

autres archipels. En effet, 25% de la population polynésienne résidaient dans un autre archipel que celui des îles du vent au dernier recensement et 22,5% des patients dans le registre des cancers avaient pour lieu de résidence un autre archipel que celui des îles du Vent (p=0,140).

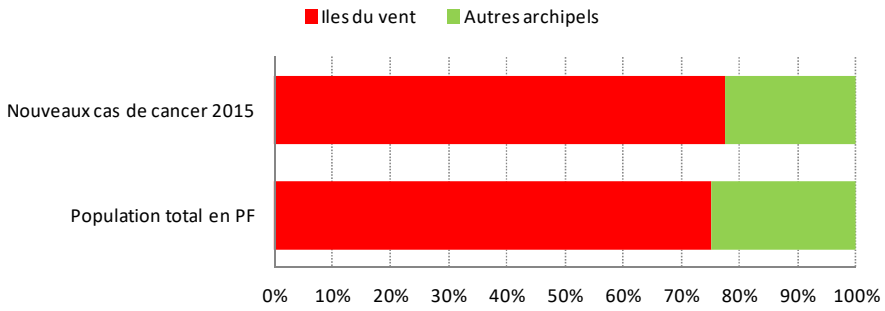


Figure 10: Comparaison de la répartition des nouveaux cas de cancers en 2015 et des habitants en fonction de l'archipel de résidence (estimation à partir des données du recensement ISPF 2017), RCPf2015

4.3. Mortalité par cancer toute localisation confondue

En 2015, 365 décès avaient pour cause initiale une tumeur maligne : 343 décès par tumeurs solides (191 chez l'homme et 152 chez la femme) et 22 décès par hémopathies malignes (12 chez l'homme et 10 chez la femme). Les décès par tumeurs malignes représentaient, en 2015, 25% de l'ensemble des causes de décès chez la femme et chez l'homme. Cette cause initiale de décès faisait partie des premières causes de décès en Pf en 2015 avec les maladies cardio-vasculaires (25,6%). Le taux standardisé de mortalité (TSM) des tumeurs malignes était chez la femme de 108,6 décès pour 100 000 femmes et chez l'homme de 129,5 décès pour 100 000 hommes.

L'âge médian au décès (tumeurs solides et hémopathies malignes) était de **64,5 ans chez la femme** et **68 ans chez l'homme**. Concernant les tumeurs solides, l'âge médian au moment du décès chez la femme était de 64 ans et de 68 ans chez l'homme. Concernant les hémopathies malignes, l'âge médian au moment du décès chez la femme était 68 ans et de 70 ans chez l'homme.

	Âge au moment du décès (en années)					
	Toutes tumeurs confondues		Tumeurs solides		Hémopathies	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
25ième percentile	57	56	58	54	58	56
Médiane	68	64,5	68	64	70	68
Moyenne	65,6	64,8	66,3	63,4	67	67
75ième percentile	76	64	76	75	79	77

Tableau 2: Description de l'âge au moment du décès par cancer en fonction du sexe et de la tumeur (source : certificats de décès 2015)

La Figure 11 représente l'évolution du taux standardisé de mortalité (TSM) des tumeurs solides en fonction de l'âge de décès chez la femme et chez l'homme. On observe un pic de mortalité pour la femme à 60-64 ans et

pour l'homme, à 65-69 ans.

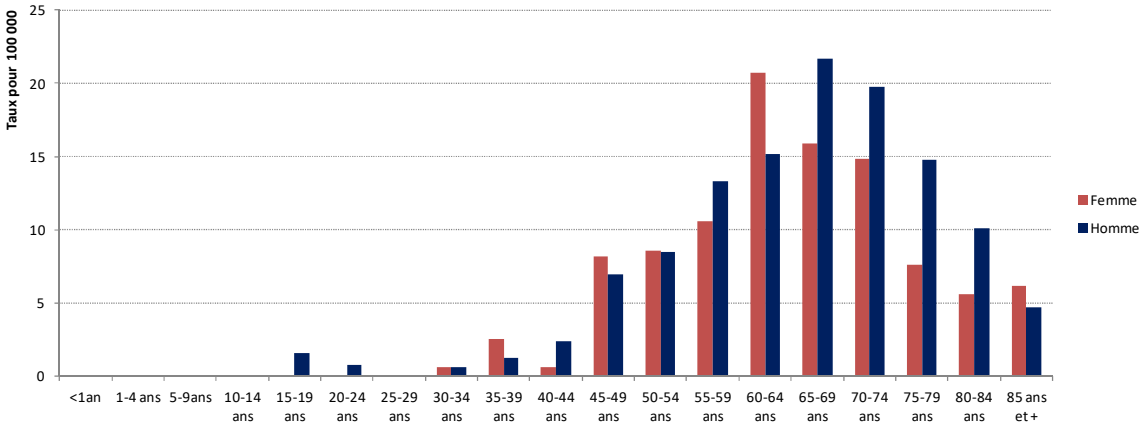


Figure 11: Taux standardisé de mortalité par tumeurs solides en Pf en 2015 en fonction des tranches d'âge au décès chez l'homme et chez la femme, RCPf2015

D'après la Figure 12, 11,7% des décès par cancer survenait avant 50 ans chez la femme et 12,7% chez l'homme (différence non significative pvalue=0,795).

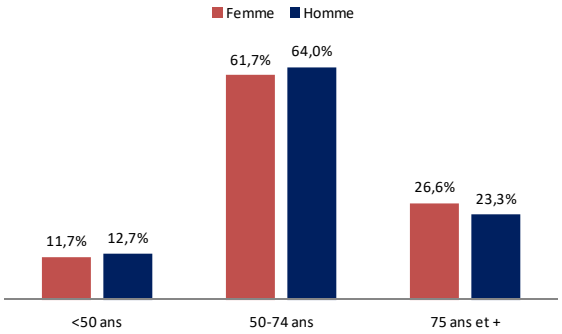


Figure 12: Répartition des cas de décès en Pf en fonction de l'âge au décès chez l'homme (n=200) et chez la femme (n=160), RCPf2015

4.4. Comparaison internationale de l'incidence des cancers (toutes localisations confondues)

Les figures suivantes permettent de situer le taux standardisé d'incidence (TSI) des cancers (toutes localisations confondues) chez l'homme (Figure 13) et chez la femme (Figure 14) en Polynésie en 2015 par rapport aux TSI des cancers dans d'autres régions ou pays (les années de comparaison peuvent varier en fonction des données disponibles).

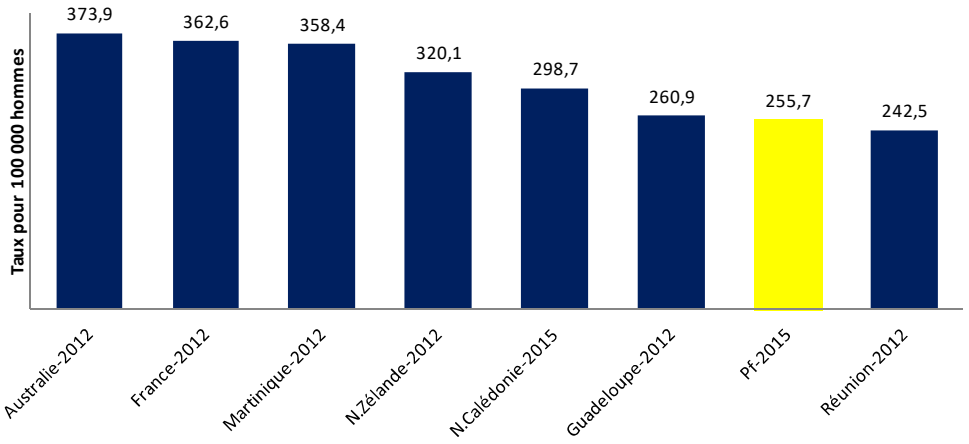


Figure 13: Comparaison internationale des taux standardisés d'incidence des cancers (toutes localisations) chez l'homme à partir des données GLOBOCAN 2012 à l'exception de la Nouvelle Calédonie (1) et de la France (3), RCPf2015

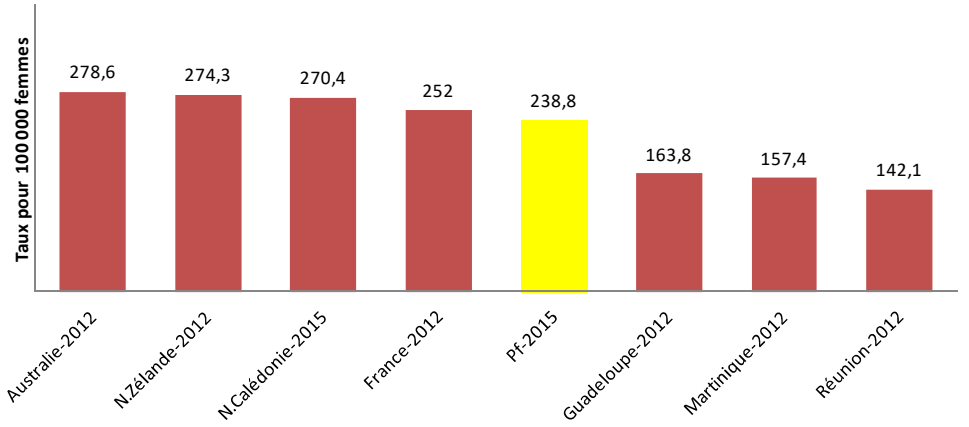


Figure 14: Comparaison internationale des taux standardisés d'incidence des cancers (toutes localisations) chez la femme à partir des données GLOBOCAN 2012 à l'exception de la Nouvelle Calédonie (1) et de la France (3), RCPf2015

5. Statistiques des cancers en Polynésie française en fonction des localisations (2015).

5.1. Incidence et mortalité pour les 10 principales localisations tumorales solides chez la femme

En 2015, **le cancer du sein représentait 40,1% du total des cancers solides de la femme** (

Figure 15) **et occupait le premier rang des cancers solides en terme d'incidence chez la femme** (132 cas, TSI de 88,2 cas pour 100 000 femmes), **très largement devant le cancer broncho-pulmonaire** (35 cas, 24,1 cas pour 100 000 femmes) **et de la thyroïde** (35 cas, 23,1 cas pour 100 000 femmes). Ces 3 cancers représentaient 61,3% des cancers diagnostiqués chez la femme en 2015 en Polynésie française. **Le cancer côlon-rectum-anus** (C18-C21) occupait le 5^{ième} rang des cancers solides avec un TSI de 12,4 cas pour 100 000 femmes.

Concernant la mortalité par cancer chez la femme (Figure 16), **le cancer du sein occupait le premier rang des cancers** (45 décès, 30% du total des décès par tumeurs solides, avec un taux standardisé de mortalité (TSM) de 31,3 décès pour 100 000 femmes), **suivi du cancer broncho-pulmonaire** (35 décès, 23% du total des décès par tumeurs solides, avec un TSM de 22,9 décès pour 100 000 femmes). Ces 2 localisations représentaient plus de la moitié des décès par tumeurs solides chez la femme (53%). **Le cancer côlon-rectum-anus** occupait le 3^{ième} rang des décès par cancers solides.

Avec un TSM de 0,8 cas pour 100 000 femmes, le cancer de la thyroïde occupait le 14^{ième} rang des décès par cancer solides en Polynésie française en 2015.

Taux standardisé **d'incidence** des cancers chez la femme (RCPf 2015)

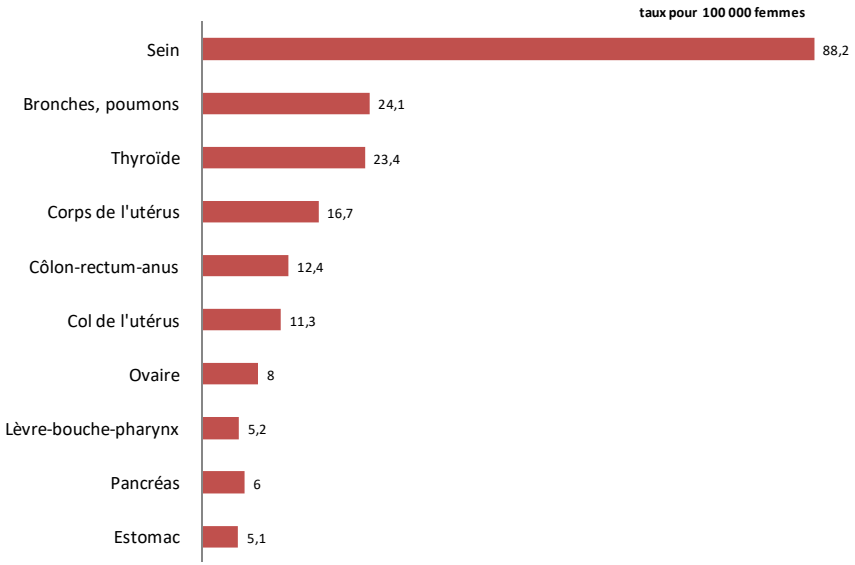
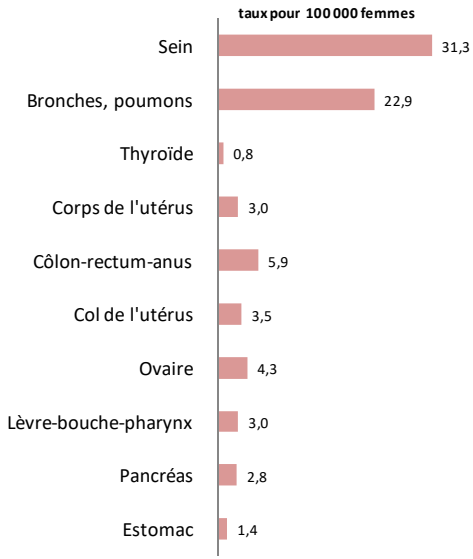


Figure 15: Taux standardisé d'incidence (pour 100 000 femmes) des 10 principales localisations chez la femme en 2015, RCPf2015

Taux standardisé de **mortalité** chez la femme (Certificats de décès 2015)



Source : certificats médicaux de décès en Pf 2015

Figure 16: Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 femmes) en fonction des 10 principales localisations tumorales chez la femme en 2015, RCPf2015

La Figure 17 permet de situer le taux standardisé d'incidence (TSI) des 10 principaux cancers chez la femme en Polynésie par rapport aux TSI dans d'autres régions ou pays.

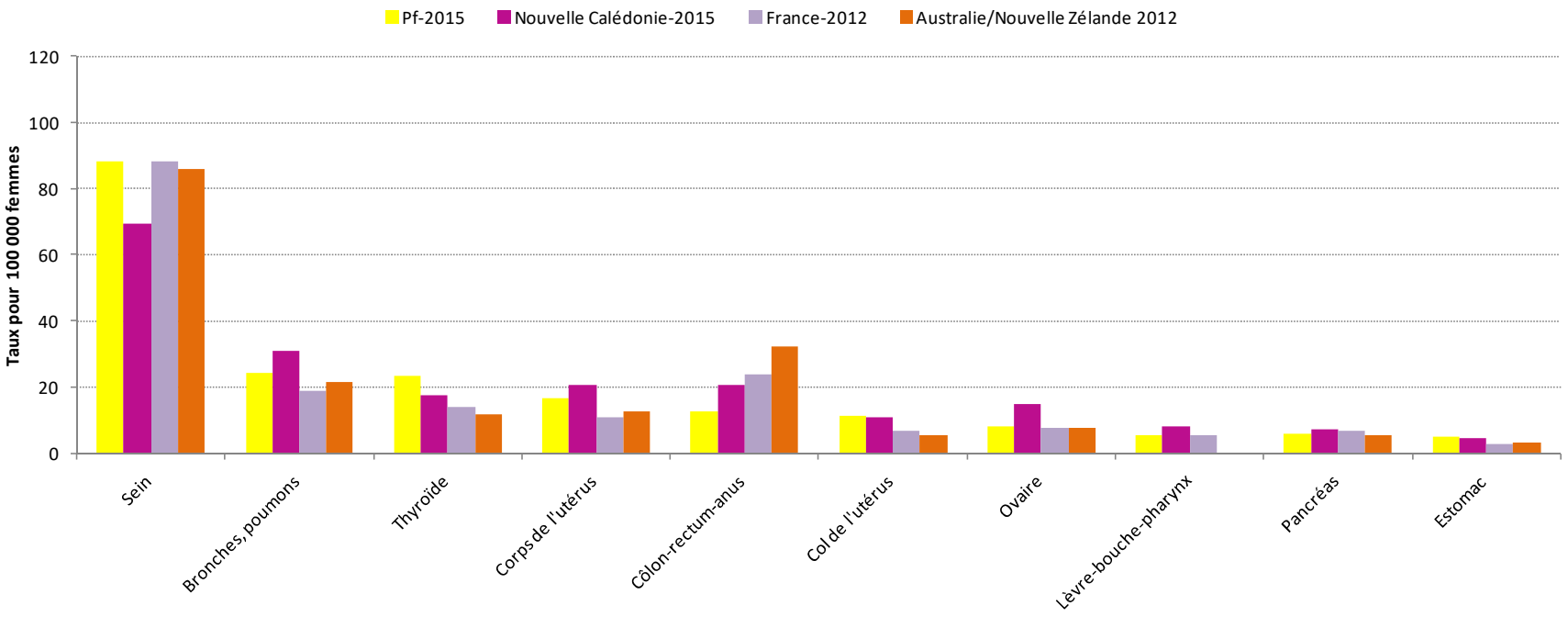


Figure 17: Comparaison internationale des taux standardisés d'incidence (pour 100 000 femmes) des 10 principaux cancers chez la femme à partir des données GLOBOCAN2012 (2) à l'exception de la Nouvelle Calédonie (1) et de la France (3), RCPf2015

5.2. Incidence et mortalité pour les 10 principales localisations tumorales solides chez l'homme

Chez l'homme en 2015 (

Figure 18), **le cancer de la prostate occupait le 1er rang des cancers en termes d'incidence** (114 cas, 31,1% du total des cancers solides chez l'homme avec un TSI de 74,4 cas pour 100 000 hommes), **suivi du cancer broncho-pulmonaire** (81 cas, 22,1% du total des cancers solides chez l'homme, avec un TSI de 52,3 pour 100 000 hommes). **Le cancer côlon-rectum-anus** et l**e cancer des lèvres, de la cavité buccale et du pharynx** occupaient respectivement le 3ième et le 4ième rang. Ces 4 cancers représentaient 67,1% des cancers diagnostiqués chez l'homme en 2015 en Polynésie française.

Le cancer du pancréas et du foie se situaient respectivement aux 5ième et 6ième rangs des cancers solides en 2015.

Concernant la mortalité par cancer(Figure 19), chez l'homme, **le cancer broncho-pulmonaire occupait le premier rang des cancers** (71 décès, 37,2% du total des décès par tumeurs chez l'homme et un TSM de 46,3 pour 100 000 hommes), **suivi du cancer du foie** (19 décès, 9,9% du total des décès par tumeurs chez l'homme) **et du cancer du pancréas** (18 décès, 9,4% du total des décès par tumeurs chez l'homme). Ces 3 localisations représentaient 56,5% des décès par tumeurs solides chez l'homme.

Avec un TSM de 7,6 décès pour 100 000 hommes, le cancer de la prostate se situait au 4ième rang des décès par tumeur solide tout comme le cancer côlon-rectum-anus.

Taux standardisé **d'incidence** des cancers chez l'homme (RCPf 2015)

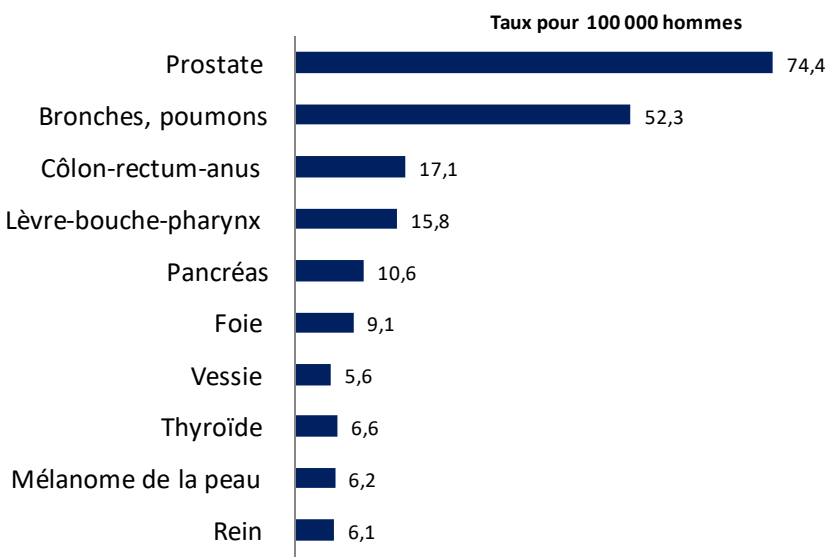
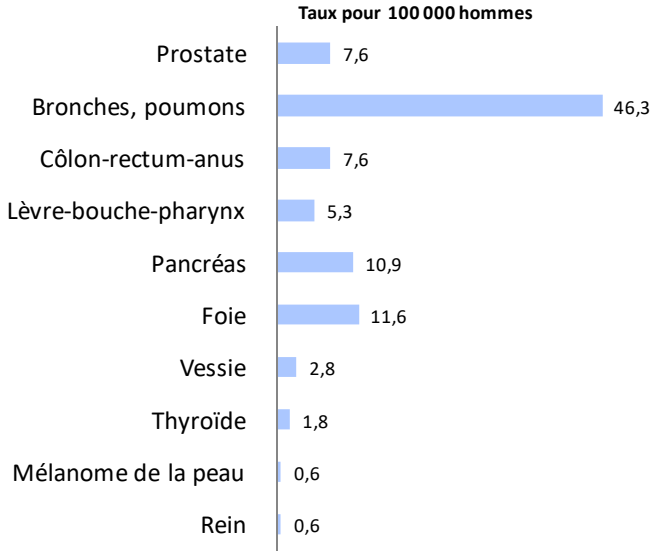


Figure 18: Taux standardisé d'incidence (pour 100 000 hommes) des 10 principales localisations chez l'homme en 2015, RCPf2015

Taux standardisé de **mortalité** chez l'homme (Certificats de décès 2015)



Source : certificats médicaux de décès en Pf 2015

Figure 19: Taux standardisé de mortalité (pour 100 000 hommes) en fonction des 10 principales localisations tumorales chez l'homme en 2015, RCPf2015

La Figure 20 permet de situer le taux standardisé d'incidence (TSI) des 10 principaux cancers chez l'homme en Polynésie par rapport aux TSI dans d'autres régions ou pays dans le monde.

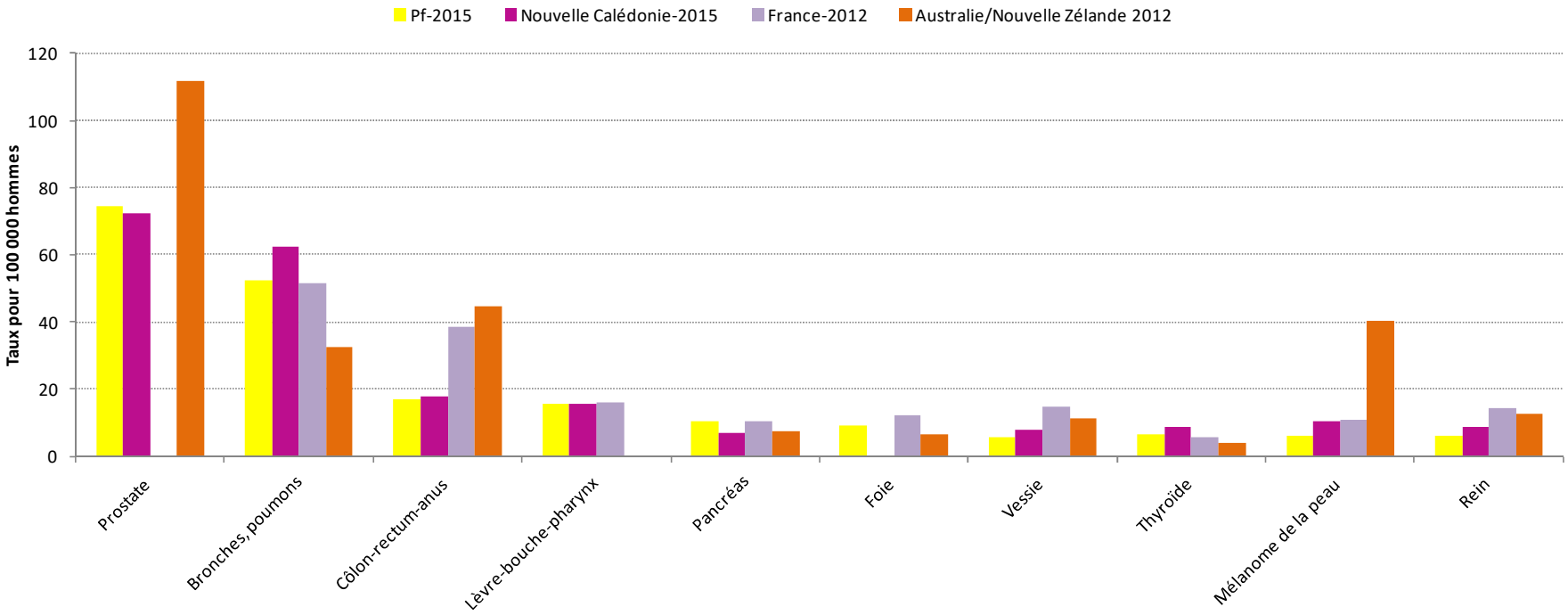


Figure 20: Comparaison internationale des taux standardisés d'incidence (pour 100 000 hommes) des 10 principaux cancers chez l'homme à partir des données GLOBOCAN2012 (2) à l'exception de la Nouvelle Calédonie (1) et de la France (3), RCPf2015

5.3. Incidence et mortalité pour les hémopathies malignes

Chez la femme, en 2015, le lymphome non hodgkinien occupait le 1er rang des hémopathies malignes en termes d'incidence (9 cas en 2015 avec un TSI de 6,2 cas pour 100 000 femmes) suivi par la leucémie myéloïde (7 cas avec 5,1 cas pour 100 000 femmes). En termes de mortalité, la leucémie myéloïde et le myélome multiple étaient responsables à eux deux de 6 décès sur les 10 décès par hémopathies malignes chez la femme en 2015 (cf. Tableaux de synthèse).

Chez l'homme, en 2015, le lymphome non hodgkinien occupait le 1er rang des hémopathies malignes en termes d'incidence (10 cas en 2015 avec un TSI de 5,9 cas pour 100 000 hommes) et en termes de mortalité (5 décès avec un TSM de 3,7 décès pour 100 000 hommes). La leucémie myéloïde occupait le 2ième rang en termes d'incidence des hémopathies chez l'homme et en termes de mortalité par cancer chez l'homme (cf. Tableaux de synthèse).

5.4. Principaux cancers par tranche d'âge et par sexe

Chez la femme, les 2 principaux cancers en termes de cas incidents en 2015 avant 60 ans étaient le cancer de la thyroïde et le cancer du sein. Après 60 ans, le cancer du sein était au 1ier rang, suivi du cancer broncho-pulmonaire (Tableau 3).

Chez l'homme, les 2 principaux cancers en terme de cas incidents en 2015 étaient représentés par le cancer broncho-pulmonaire et le cancer de la prostate et ce pour toutes les tranches d'âge supérieures à 40 ans. On retrouvait le cancer des testicules et du colon-rectum-anus pour les moins de 40 ans.

Tableau 3: Les 2 principales localisations tumorales (Tumeurs solides et hémopathies) en fonction de 4 tranches d'âge en 2015, RCPf2015

Rang d'incidence	<40 ans		40-59 ans		60-74ans		Plus de 75 ans	
	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme	Homme	Femme
1ier	Testicules	Thyroïde	Poumon	Sein	Prostate	Sein	Prostate	Sein
2ième	Côlon-rectum -anus	Sein	Prostate	Thyroïde	Poumons	Poumons	Poumons	Poumons

6. Incidence et mortalité du cancer du sein en Polynésie française en 2015

Avec 132 cas incidents, le cancer du sein en Pf occupait le 1er rang des cancers chez la femme en 2015 (88,2 cas pour 100 000 femmes). L'incidence du cancer du sein représentait 40% de l'incidence de l'ensemble des tumeurs solides chez la femme, et 37,3% de l'incidence de l'ensemble des tumeurs malignes chez la femme.

L'âge médian au moment du diagnostic était de 54 ans (25ième p : 47 ans ; 75ième p : 65 ans ; moyenne de 56 ans). A titre indicatif, l'âge moyen au moment du diagnostic était de 57 ans en Nouvelle Calédonie et de 63 ans en France métropolitaine. D'après la Figure 21, **l'incidence en Pf augmentait à partir de 35 ans pour atteindre un maximum entre 50 et 54 ans.**

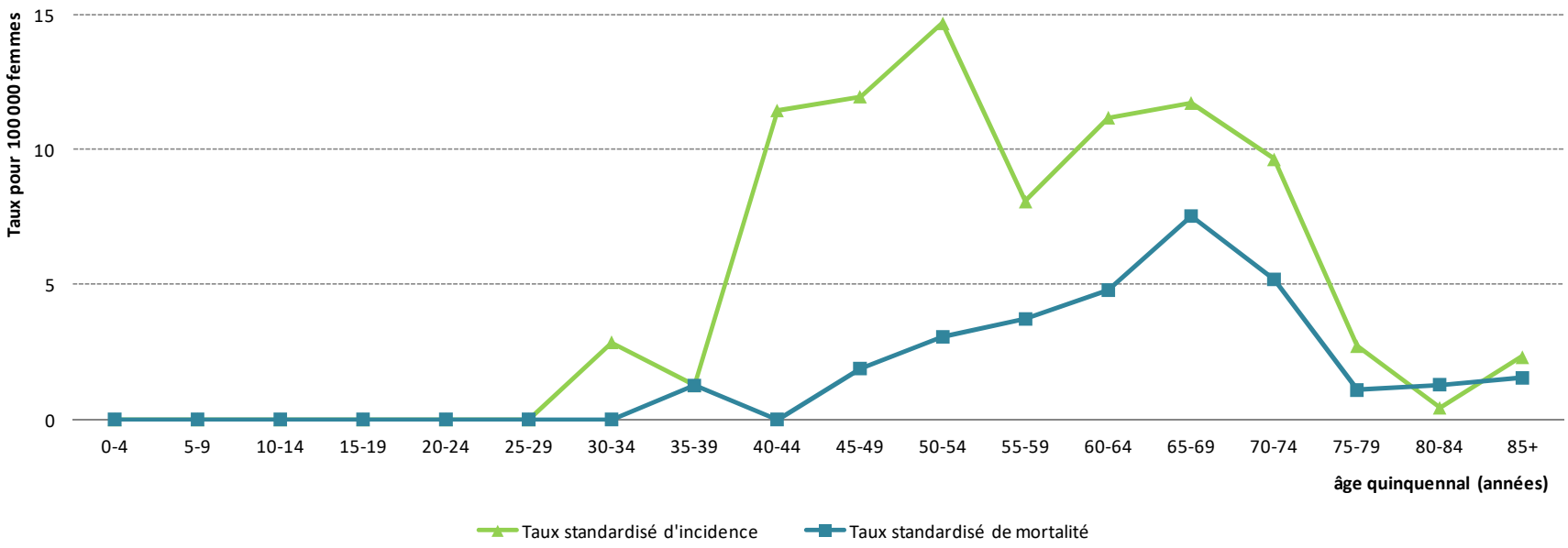


Figure 21 : Taux standardisé d'incidence (données du registre des cancers) et taux standardisé de mortalité (données des certificats médicaux de décès) du cancer du sein chez la femme en 2015 (taux pour 100 000), RCPf2015

La majorité des patientes (131 sur 132) avait eu une confirmation histologique de leur tumeur. D'après la Figure 22, il s'agissait d'un **adénocarcinome canalaire infiltrant** (M8500/3- M8503/3) **dans 79% des cas soit 104 cas** (dont un cas avec une maladie de Paget du mamelon associée : M8541/3). En 2016, 81% des cancers du sein en Nouvelle-Calédonie étaient des adénocarcinomes canalaires infiltrant et 9% des carcinomes lobulaires.

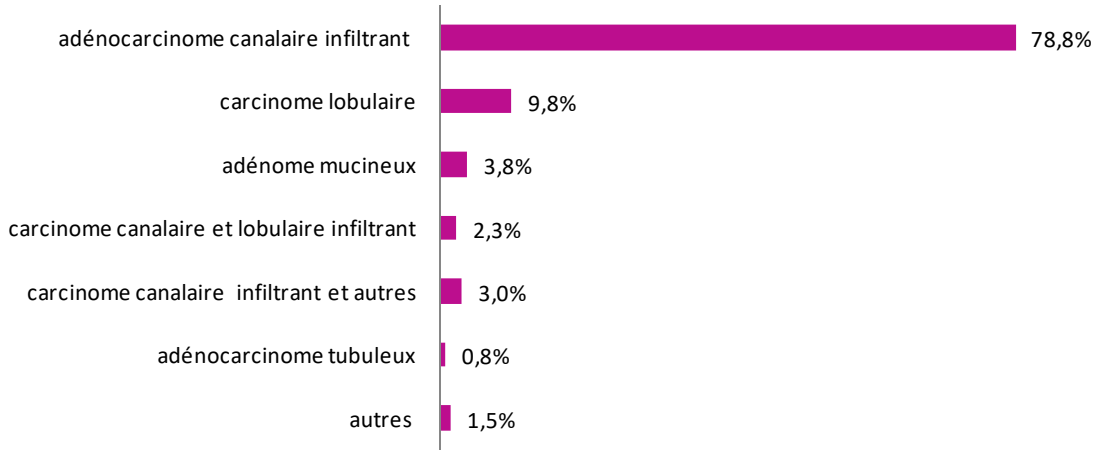


Figure 22: Types histologiques des cancers du sein en Pf en 2015 (n=132), RCPf2015

Pour 1 femme sur 3 touchées par un cancer du sein (34%), l'âge au moment du diagnostic était inférieur à 50 ans. D'après la Figure 23 , la proportion de cancers du sein chez les femmes de moins de 50 ans en Pf **n'était pas significativement différente de celle observée en Nouvelle Calédonie** en 2015 (pvalue=0,939).

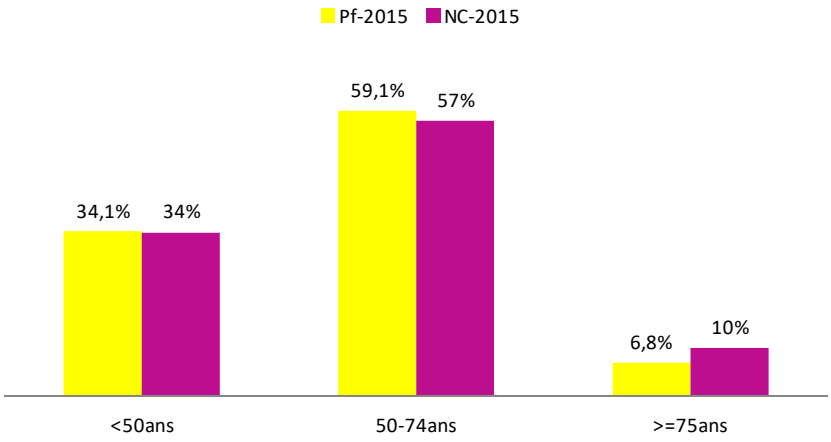


Figure 23 : Répartition des cas de cancers du sein chez la femme en fonction de l'âge au moment du diagnostic en Pf (n=132) et en Nouvelle-Calédonie (NC-2015) n=113, RCPf2015

Concernant le lieu de résidence des patientes au moment du diagnostic, 106 (80,3%) résidaient dans l'archipel des îles du vent et 26 (19,7%) dans un autre archipel au moment du diagnostic. Aux Iles du Vent, le TSI du cancer du sein était de 85,9 cas pour 100 000 femmes versus 66,6 cas pour 100 000 femmes dans les autres archipels.

La Figure 24 permet de situer le TSI du cancer du sein chez la femme en Polynésie par rapport aux TSI du cancer du sein dans d'autres régions ou pays.

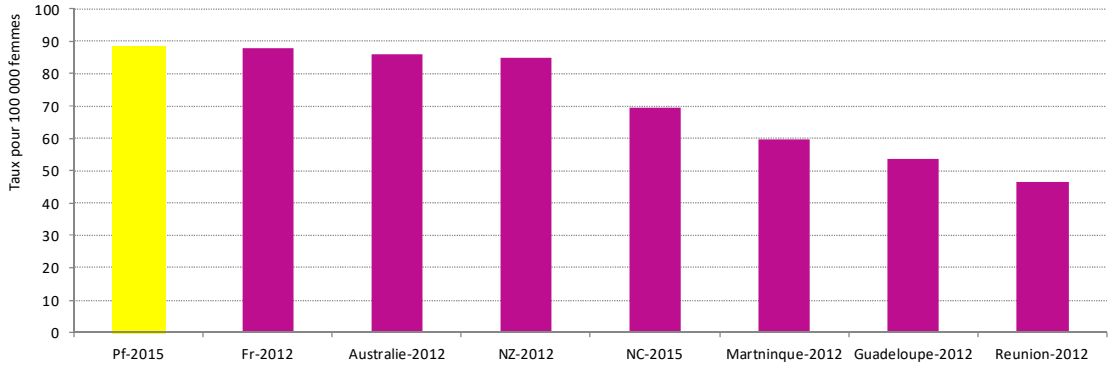


Figure 24: Comparaison internationale des TSI du cancer du sein chez la femme à partir des données GLOBOCAN2012 (2) à l'exception de la Nouvelle Calédonie (NC, 1) et de la France (Fr, 3), RCPf2015

Concernant la mortalité par cancer du sein chez la femme, 45 décès ont été recensés à partir des certificats de décès en 2015 (30% des décès par cancer solide) soit un taux standardisé de mortalité de 31,3 cas pour 100 000 femmes. L'âge médian au moment du décès était de 65 ans (25^{ième} p : 56 ans ; 75^{ième} p : 71 ans ; moyenne : 63,8 ans). D'après la Figure 21, la mortalité augmentait progressivement à partir de 40 ans pour atteindre un maximum entre 65 et 69 ans. A titre indicatif, le taux de mortalité standardisé du cancer de la femme en France en 2012 était de 15,7 cas pour 100 000 femmes (2).

7. Incidence et mortalité du cancer broncho-pulmonaire en Polynésie française en 2015

Le cancer du poumon occupait le 2^{ième} rang chez l'homme (81 cancers masculins, 52,3 cas pour 100 000 hommes) après le cancer de la prostate et chez la femme (35 cancers féminins, 24,1 cas pour 100 000) après le cancer du sein. Il représentait 15,5% de l'ensemble des tumeurs malignes en 2015 (9,9% chez la femme et 20,5% chez l'homme) et 16,9% de l'ensemble des tumeurs solides en 2015 (10,6% chez la femme et 22,3% chez l'homme). **Le sex-ratio était de 2,2** (TSI hommes/TSI femmes).

La majorité des tumeurs avait été confirmée par microscopie (93,1%, Figure 25).

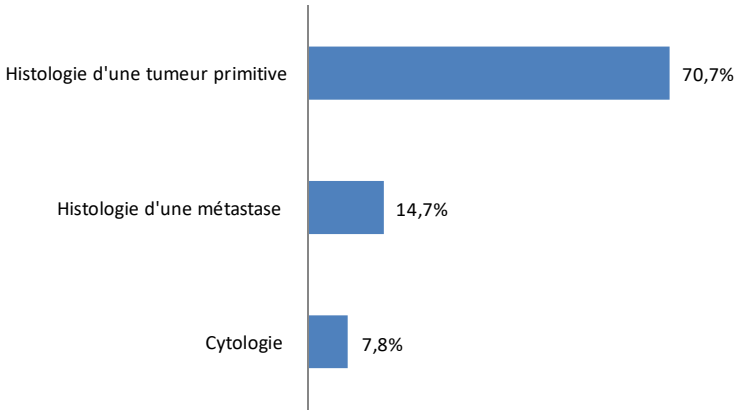


Figure 25: Modalité de confirmation microscopique des tumeurs broncho-pulmonaires enregistrées dans le registre en 2015, RCPf2015

D'après le Figure 26, les types histologiques les plus fréquents étaient les carcinomes épidermoïdes chez l'homme (35,8%) et l'adénocarcinome chez la femme (34,4%).

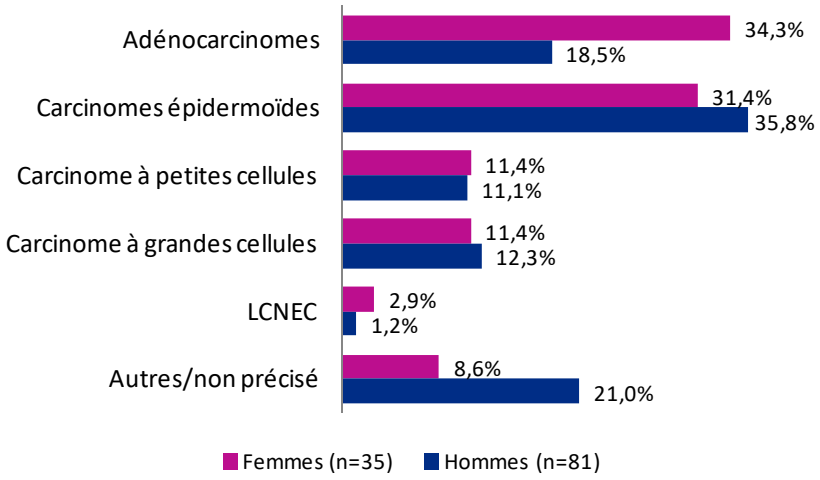
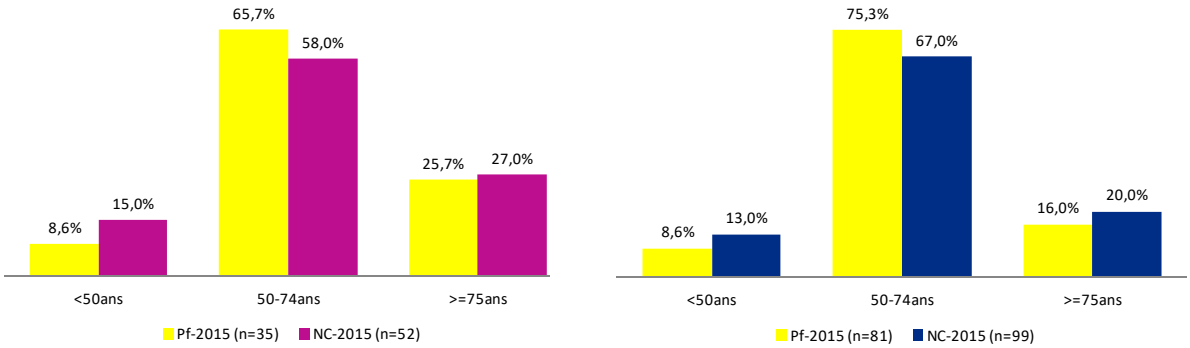


Figure 26: Type histologique des tumeurs broncho-pulmonaires chez l'homme et chez la femme en 2015, RCPf2015

L'âge médian au moment du diagnostic était de 65 ans chez l'homme et 69 ans chez la femme (Tableau 4). En Nouvelle Calédonie, l'âge médian au moment du diagnostic était de 66 ans chez l'homme et 67,5 chez la femme. D'après la Figure 27, il n'existait pas de différence significative dans la répartition des tumeurs broncho-pulmonaires avant 50 ans entre la Nouvelle-Calédonie et la Pf en 2015.



Femme (a) Homme(b)

Figure 27: Comparaison de la répartition des cas de tumeurs broncho-pulmonaires chez la femme (a) et chez l'homme (b) entre la Nouvelle-Calédonie(NC) et la Pf en 2015, RCPf2015

D'après la Figure 28, l'incidence chez l'homme augmentait à partir de 40-44 ans de manière progressive jusqu'à atteindre un maximum à 65-69 ans. Chez la femme, l'augmentation de l'incidence était plus marquée à partir de 55-59 ans pour atteindre un maximum à 60-64 ans.

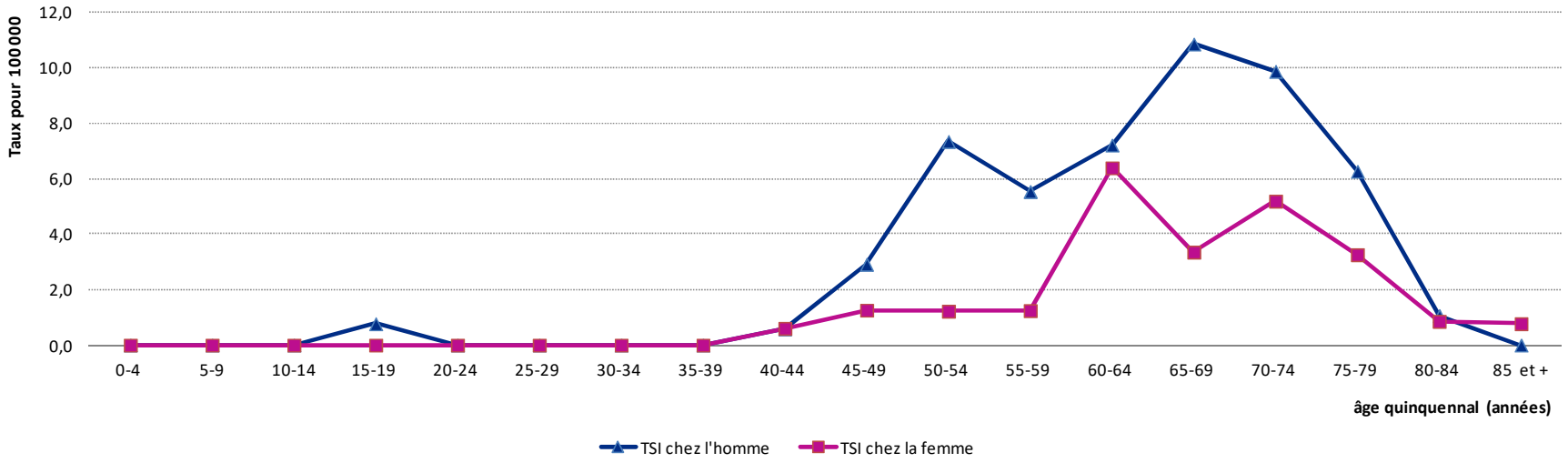


Figure 28: Taux standardisé d'incidence (TSI) du cancer broncho-pulmonaire chez la femme (en rose, pour 100 000) et chez l'homme (en bleu, pour 100 000) par âge quinquennal en Pf en 2015, RCPf2015

Concernant le lieu de résidence des patients au moment du diagnostic, 90 (77,6%) résidaient dans l'archipel des îles du vent et 26 (22,4%) dans un autre archipel.

La Figure 29 permet de situer le TSI du cancer broncho-pulmonaire en Polynésie par rapport aux TSI du cancer broncho-pulmonaire dans d'autres régions ou pays dans le monde.

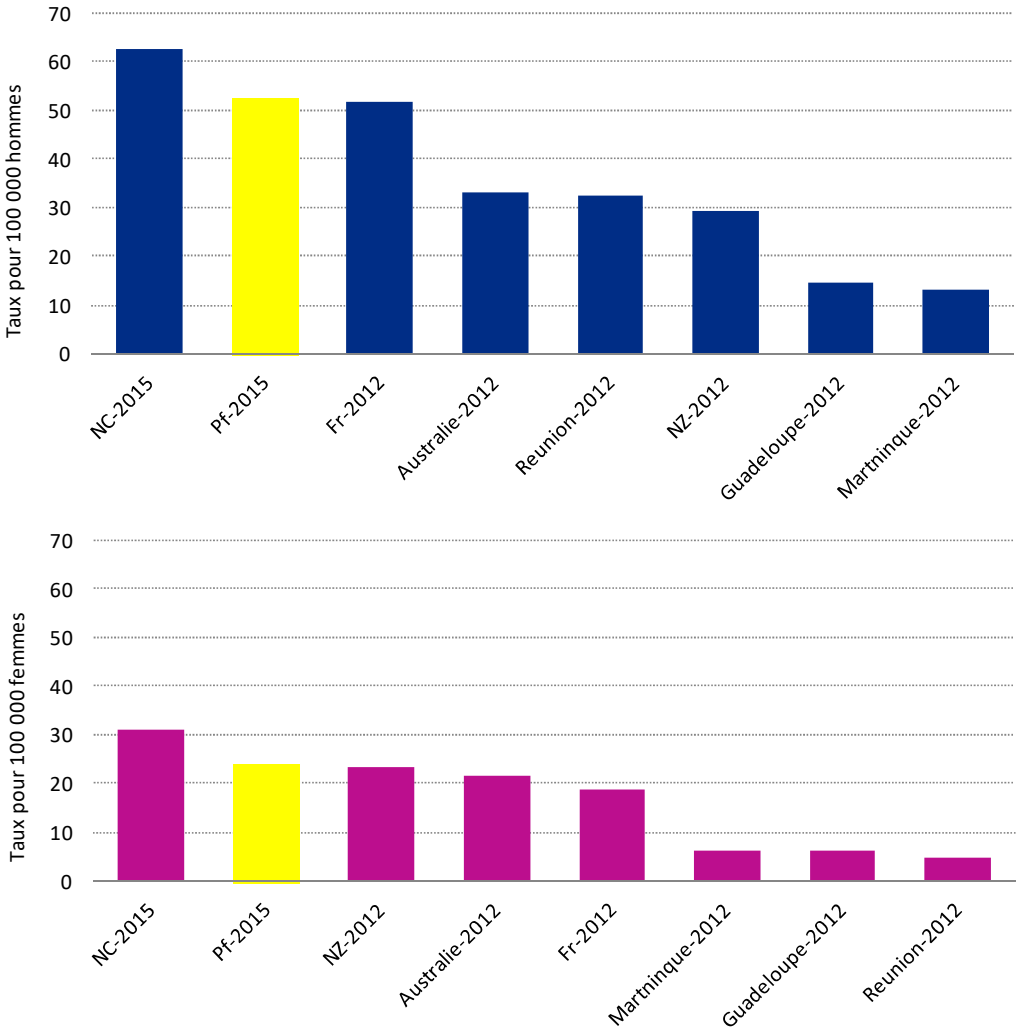


Figure 29: Comparaison internationale des TSI du cancer broncho-pulmonaire chez l'homme (bleu) et chez la femme (rose) à partir des données GLOBOCAN2012 (2) à l'exception de la Nouvelle Calédonie (1) et de la France (3), RCPf2015

Concernant la mortalité par cancer broncho-pulmonaire, 106 décès ont été recensés à partir des certificats de décès en 2015 (31% des décès par cancer solide). Le cancer broncho-pulmonaire occupait en 2015 le 1er rang des causes initiales de décès par cancers, tous sexes confondus. Le taux standardisé de mortalité était de 46,3 décès pour 100 000 hommes en 2015 (1er rang chez l'homme) et de 22,9 décès pour 100 000 femmes (2^{ième} rang chez la femme). L'âge médian au moment du décès était de 66,5 ans chez l'homme et 71 ans chez la femme.

	Cancer broncho-pulmonaire			
	Âge au moment du diagnostic RCPF2015 (ans)		Âge au moment du décès CCD2015 (ans)	
	Homme	Femme	Homme	Femme
25ième percentile	55	61	58	62
Médiane	65	69	66,5	71
75ième percentile	72	75	74	77

Tableau 4: Age au moment du diagnostic de cancer broncho-pulmonaire, RCPf2015 et âge au moment du décès par cancer broncho-pulmonaire d'après les certificats médicaux de décès (CCD2015)

8. Incidence et mortalité du cancer de la prostate en Polynésie française en 2015

Avec 114 cas incidents en 2015, le cancer de la prostate occupait le 1er rang chez l'homme (74,4 cas pour 100 000 hommes). Il représentait 28,9% de l'ensemble des tumeurs malignes en 2015 et 31,4% de l'ensemble des tumeurs solides chez l'homme en 2015.

Dans 95,6% des cas, le cancer avait été confirmé par un examen histopathologique de la tumeur primitive (adénocarcinome prostatique).

L'âge médian au moment du diagnostic était de 68 ans (25ième p : 61 ans ; 75ième p : 76 ans 67,7 ans de moyenne). En Nouvelle Calédonie, l'âge médian au moment du diagnostic était de 67 ans. Dans 97% des cas, le cancer était diagnostiqué à partir de 50 ans (30% à partir de 75 ans).

Concernant le lieu de résidence au moment du diagnostic, 84 cas résidaient dans l'archipel des Iles du vent (TSI de 69 pour 100 000 hommes) et 29 dans les autres archipels (70,2 pour 100 000 hommes).

La Figure 30 permet de situer le TSI du cancer de la prostate en Pf par rapport aux TSI dans d'autres régions ou pays dans le monde.

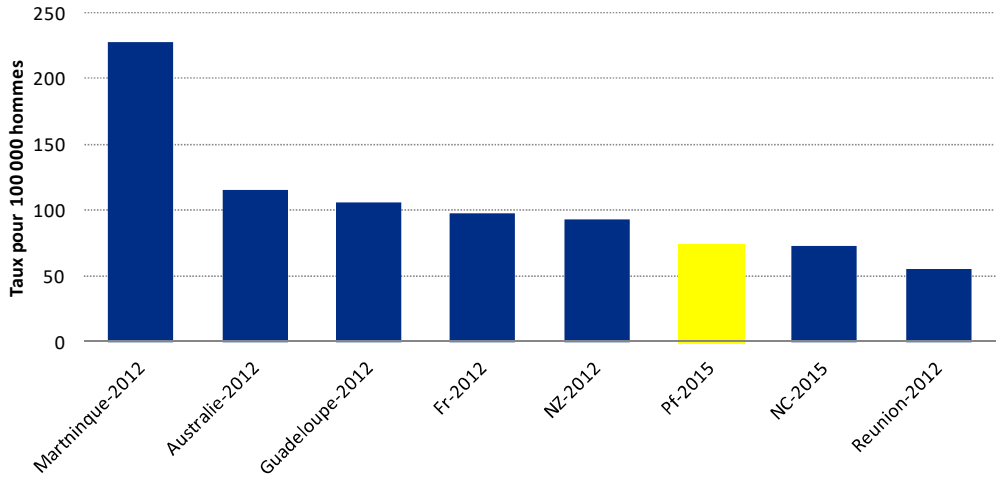


Figure 30: Comparaison internationale des TSI du cancer de la prostate à partir des données GLOBOCAN2012 à l'exception de la Nouvelle Calédonie (1) et de la France (3), RCPf2015

D'après la Figure 31, l'incidence du cancer de la prostate augmentait à partir de 50-54 ans pour atteindre un plateau maximal entre 60 et 69ans.

La mortalité par cancer de la prostate occupait le 4ième rang en 2015 avec un TSM de 7,6 cas pour 100 000 hommes. L'âge médian au décès était de 79 ans (25ième p : 71 ans ; 75ième p : 75 ans et moyenne : 75,1 ans).

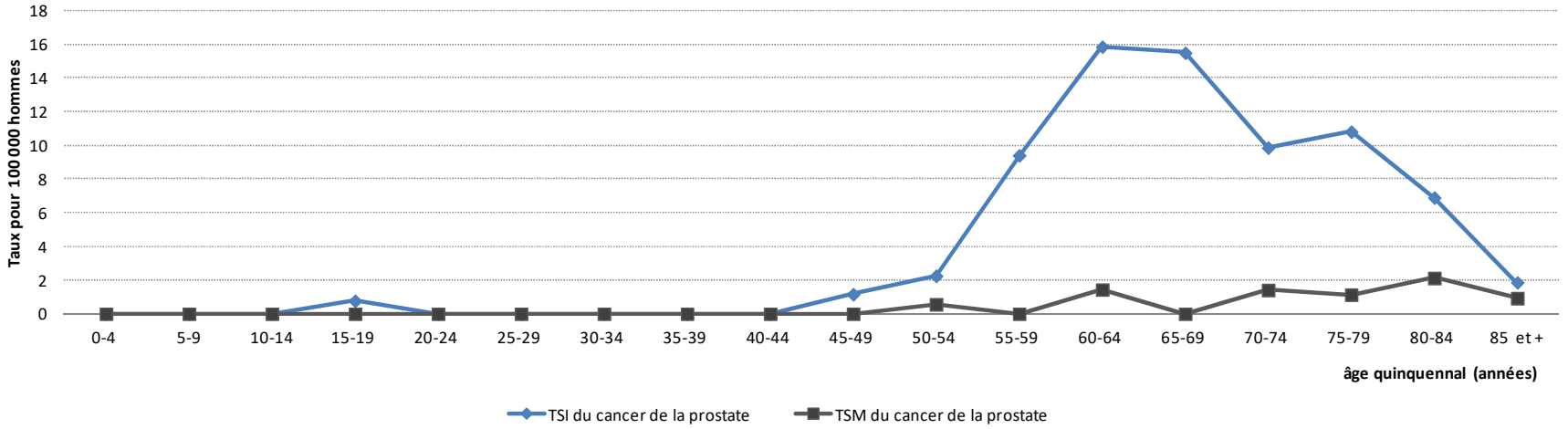


Figure 31 : Taux standardisé d'incidence (TSI : données du registre des cancers) et taux standardisé de mortalité (TSM : données des certificats médicaux de décès) du cancer de la prostate en 2015, RCPf2015

9. Tableaux de synthèse

Chez l'homme		Incidence					Mortalité			
		Polynésie 2015		TSI			Polynésie 2015		TSM	
Localisations tumorales	Code CIM	Nbre nouveaux cas	%	Pf-2015	Fr-2012	NC-2015	Nombre de décès	%	Pf-2015	Fr-2012
Toutes tumeurs malignes	C01-C80	395		255,7	362,6	298,7	203		129,5	133,6
Tumeurs solides	C01-C96	363	100%	235,1			191	100%	121,1	
lèvre-bouche-pharynx	C01-C14	25	6,9%	15,8	16,1	15,6	8	4,2%	5,3	4,7
Œsophage	C15	7	1,9%	4,6	6,2	4,6	7	3,7%	4,6	4,6
Estomac	C16	8	2,2%	5,0	7,0	10,9	6	3,1%	3,7	4,4
Intestin grêle	C17	1	0,3%	0,7	-	-	1	0,5%	0,7	-
Côlon-rectum-anus	C18-C21	26	7,2%	17,1	38,4	17,6	11	5,8%	7,6	13,3
Foie	C22	14	3,9%	9,1	12,1		19	9,9%	11,6	-
Vésicule et voies biliaires	C23-24	3	0,8%	1,8	-	-	3	1,6%	2,0	-
Pancréas	C25	17	4,7%	10,6	10,2	7,1	18	9,4%	10,9	-
Fosses nasales, sinus et oreille	C30-31	4	1,1%	2,8	-	-	2	1,0%	1,1	-
Larynx	C32	6	1,7%	4,2	5,4		2	1,0%	1,3	1,4
Trachée, bronches, poumons	C33-34	81	22,3%	52,3	51,7	62,5	71	37,2%	46,3	37,0
Autres organes thoraciques	C37-38	1	0,3%	0,8	-	-	2	1,0%	1,1	
Mélanome de la peau	C43	10	2,8%	6,2	10,8	10,3	1	0,5%	0,6	1,7
Tissus conjonctifs et mous	C47,C49	2	0,6%	1,3	-	-	2	1,0%	1,5	-
Sein	C50	1	0,3%	0,8	-	-	1	0,5%	0,7	-
Prostate	C61	114	31,4%	74,4		72,5	12	6,3%	7,6	10,2
Testicule	C62	5	1,4%	3,3	7,2		0	0,0%	0,0	0,2
Rein	C64	10	2,8%	6,1	14,5	8,6	1	0,5%	0,6	4,0
Uretère	C66	1	0,3%	0,8	-	-	0	0,0%	0,0	-
Vessie	C67	9	2,5%	5,6	14,7	7,9	4	2,1%	2,8	4,9
œil et annexe	C69	1	0,3%	0,6	-	-	0	0,0%	0,0	-
SNC	C70-72	2	0,6%	1,4	6,3		1	0,5%	0,8	3,6
Thyroïde	C73	10	2,8%	6,6	5,5	8,5	3	1,6%	1,8	0,2
autres/non précisées		5	1,4%		-	-	16	8,4%		-
Hémopathies	C81-C96	32	100%	20,6	-	-	12	100%	8,4	-
Maladie de Hodgkin	C81	4	12,5%	2,6	-	4,8	1	8,3%	0,6	-
Lymphome non hodgkinien	C82-85,C96	10	31,3%	5,9	-	5,9	5	41,7%	3,7	-
Autre lymphome	C86	1	3,1%	0,6	-	-	0	0,0%	0,0	-
Maladies immunoprolifératives	C88	1	3,1%	0,6	-	-	0	0,0%	0,0	-
Myélome multiple	C90	6	18,8%	4,4	-	5,5	2	16,7%	1,5	-
Leucémie Lymphoïde	C91	3	9,4%	1,8	-	-	0	0,0%	0,0	-
Leucémie Myéloïde	C92-94	7	21,9%	4,7	-	-	4	33,3%	2,6	-

Sources :
Incidence des cas 2015 en Pf: registre des cancers de Pf (données au 24/10/2019)
Mortalité 2015 : Certificats de décès 2015
TSI = taux standardisé d'incidence sur la population mondiale de référence (SEGI) pour 100 000 personnes
TSM = taux standardisé de mortalité sur la population mondiale de référence (SEGI) pour 100 000 personnes
TSI de France/Fr en 2012 (2) TSI de Nouvelle Calédonie/NC en 2015 (1)

Chez la femme		Incidence des cancers					Mortalité			
		Polynésie 2015		TSI			Polynésie 2015		TSM	
Localisations tumorales	Code OMS	Nbre nouveaux cas	%	Pf-2015	Fr-2012	NC-2015	Nombre de décès	%	Pf-2015	Fr-2012
Toutes tumeures malignes	C01-C80	354		238,8	252,0	270,4	162		108,6	73,2
Tumeurs solides	C01-C96	329	100%	221,6	-	-	152	100%	101,7	
Lèvre-bouche-pharynx	C01-C14	8	2,4%	5,2	5,6	7,9	4	2,6%	3	1
Œsophage	C15	2	0,6%	1,6	1,5	0,8	1	0,7%	0,6	0,9
Estomac	C16	7	2,1%	5,1	2,6	4,4	2	1,3%	1,4	1,7
Intestin grêle	C17	1	0,3%	0,6	-	-	0	0,0%	0	-
Côlon-rectum-anus	C18-C21	19	5,8%	12,4	23,7	20,6	9	5,9%	5,9	7
Foie	C22	2	0,6%	1,2	2,4	-	2	1,3%	1,1	9
Vésicule et voies biliaires	C23-24	1	0,3%	0,7	-	-	1	0,7%	0,4	-
Pancréas	C25	8	2,4%	6,0	6,9	7,1	4	2,6%	2,8	-
Fosses nasales, sinus et oreille	C30-31	2	0,6%	1,2	-	-	1	0,7%	0,6	-
Larynx	C32	1	0,3%	0,5	0,9		1	0,7%	0,8	0,2
Trachée, bronches, poumons	C33-34	35	10,6%	24,1	18,6	30,9	35	23,0%	22,9	12,9
Autres organes thoraciques	C37-38	1	0,3%	0,8	-	-	0	0,0%	0	-
Os	C40-41	2	0,6%	1,4	-	-	0	0,0%	0	-
Mélanome de la peau	C43	3	0,9%	2,3	11,0	7,1	0	0,0%	0	1
Mésothéliome	C45	1	0,3%	0,6	-	-	0	0,0%	0	-
Tissus conjonctifs et mous	C47,C49	1	0,3%	0,6	-	-	1	0,7%	0,7	-
Sein	C50	132	40,1%	88,2	88,0	69,4	45	29,6%	31,3	15,7
Col de l'utérus	C53	17	5,2%	11,3	6,7	10,6	5	3,3%	3,5	1,8
Corps de l'utérus	C54	24	7,3%	16,7	10,8	20,8	4	2,6%	3	2,2
Ovaire	C56	12	3,6%	8,0	7,6	14,8	7	4,6%	4,3	3,8
Autre organe génital	C57	2	0,6%	1,1	-	-	0	0,0%	0	-
Rein	C64	5	1,5%	3,2	5,8	3,4	3	2,0%	2,3	1,4
Vessie	C67	3	0,9%	2,1	2,5	1,2	3	2,0%	1,8	1
SNC	C70-72	2	0,6%	1,2	4,2		7	4,6%	4,7	2,2
Thyroïde	C73	35	10,6%	23,4	13,8	17,5	1	0,7%	0,8	0,2
autres/non précisées		3	0,9%	-		-	16	10,5%	-	-
Hémopathies	C81-C96	25	100%	17,2	-	-	10	100%		-
Maladie de Hodgkin	C81	2	8,0%	1,4	2,7	2,2	0	0,0%	0	-
Lymphome non hodgkinien	C82-85 C96	9	36,0%	6,2	7,6	7,8	2	20,0%	1,3	-
Autre Lymphome	C86	2	8,0%	1,2	-	-	0	0,0%	0	-
Myélome multiple	C90	4	16,0%	2,4	5,6	5,5	3	30,0%	1,8	-
Leucémie Lymphoïde	C91	1	4,0%	0,8	-	-	0	0,0%	0	-
Leucémie Myéloïde	C92-94	7	28,0%	5,1	-	-	3	30,0%	2,4	-
Leucémie sans précision	C95	0	0,0%	0,0	-	-	2	20,0%	1,3	-

Sources :
Incidence des cas 2015 en Pf: registre des cancers de Pf (données au 24/10/2019)
Mortalité 2015 : Certificats de décès 2015
TSI = taux standardisé d'incidence sur la population mondiale de référence (SEGI) pour 100 000 personnes
TSM = taux standardisé de mortalité sur la population mondiale de référence (SEGI) pour 100 000 personnes
TSI et TSM de France/Fr en 2012 (2) TSI de Nouvelle Calédonie/NC en 2015 (1)

Références bibliographiques

1. Rapport d'activité du registre des cancers de Nouvelle Calédonie (données 2015), 2017 : https://dass.gouv.nc/votre-sante-maladies/le-cancer
2. Florence Binder-Foucard, aurélien Belot, Patricia Delafosse, Laurent Remontet, Anne-Sophie Woronoff et Nadine Bossard. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Rapport Juillet 2013.
3. Jacques Ferlay and al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International Journal of Cancer : 136, E359-E386(2015).

Annexe 1 : Populations de référence utilisées pour le calcul des taux d'incidence

Population en Polynésie française en 2015

	Homme	Femme	total
0-4	9593	10404	19997
5-9	11470	10944	22414
10-14	11329	10898	22227
15-19	11744	10921	22665
20-24	10918	10843	21761
25-29	11165	10766	21931
30-34	10823	10497	21320
35-39	9923	9588	19511
40-44	10250	9962	20212
45-49	10311	9541	19852
50-54	8866	8182	17048
55-59	7232	6449	13681
60-64	5553	5011	10564
65-69	3874	3584	7458
70-74	2840	2700	5540
75-79	1757	1842	3599
80-84	943	1168	2111
85+	537	651	1188
Total	139128	133951	273079

Source : ISPF 2019

Population mondiale de référence

	Segi world standard	
0-4ans	12000	0,12
5-9 ans	10000	0,1
10-14 ans	9000	0,09
15-19 ans	9000	0,09
20-24 ans	8000	0,08
25-29 ans	8000	0,08
30-34 ans	6000	0,06
35-39 ans	6000	0,06
40-44 ans	6000	0,06
45-49 ans	6000	0,06
50-54 ans	5000	0,05
55-59 ans	4000	0,04
60-64 ans	4000	0,04
65-69 ans	3000	0,03
70-74 ans	2000	0,02
75-79 ans	1000	0,01
80-84 ans	500	0,005
+de85	500	0,005
Total	100000	1

Source : SEGI/OMS (1960) and modified by Doll and al. (1966).

Direction de la santé en Polynésie française

58, Rue des Poilus Tahitiens / B.P. 611 Papeete - 98713 Tahiti
Tél. : (+689) 40.46.00.05 - Fax : (+689) 40.43.00.74
E-mail : secretariat@sante.gov.pf