



Institut du Cancer de Polynésie Française

Incidence des cancers en Polynésie française

Données
d'incidence

2015
2019

Rétrospective
depuis **1985**

Publication : Février 2024

Mot de la Directrice :

La lutte contre le cancer est un défi mondial qui nous concerne tous et chaque région a ses propres spécificités.

Avec la création de l'institut du cancer de Polynésie Française (*Tahiarua Onohi Mihinoa a Tati, dit Tiurai*), l'amélioration de la prise en charge du cancer et des patients est clairement définie comme une priorité absolue au fenua.

Nous travaillons sans relâche avec tous les partenaires institutionnels, administratifs, et associatifs pour d'une part surveiller, comprendre, et combattre ensemble cette maladie et d'autre part, accompagner avec humanité les patients et leurs proches qui en sont touchés directement et indirectement.

Ce rapport est le fruit de notre engagement continu envers la transparence, l'éducation et l'amélioration de la santé de notre communauté.

Il présente une analyse détaillée de l'incidence du cancer en Polynésie, basée sur des données rigoureusement collectées, traitées, et analysées par notre pôle Registre depuis 2 ans.

Ainsi, les informations contenues dans ce rapport contribueront à éclairer au mieux les décisions des pouvoirs publics, des chercheurs, des médecins et de tous ceux qui sont engagés au quotidien dans la lutte contre le cancer. ment la qualité de vie de tous les Polynésiens.

Ensemble, nous pouvons utiliser bénéfiquement ces connaissances pour orienter nos efforts, améliorer nos stratégies d'information, de prévention et de traitement, et ultimement, pour améliorer concrètement la qualité de vie de tous les Polynésiens.

A Aupuru ia Oe



Un **registre des cancers** est une structure qui réalise un **recueil continu et exhaustif de données nominatives** intéressant les **nouveaux cas de cancers**, dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique.

Il a pour but de proposer aux professionnels et aux autorités de santé des **indicateurs relatifs à l'incidence et la survie des cancers**. Ces indicateurs permettent ainsi d'avoir une connaissance plus fine de l'épidémiologie des cancers en Polynésie française ; cette dernière ayant sans doute des spécificités en comparaison à d'autres territoires, et notamment à la France métropolitaine. Ces différences peuvent être liées par exemple à la démographie différente de sa population, à l'exposition à certains facteurs de risque ou encore aux différences de patrimoines génétiques. Il est donc impératif de connaître ces particularités afin d'orienter de manière optimale et d'évaluer les politiques de santé publique, en matière de prévention et de dépistage, mais également de prises en charge.

RÉALISATION DU RAPPORT



Saisie	Ivana VALENTE	ICPF - Secrétaire Pôle registre
Codage	Shari-Lane BOTCHE Krissie CHENOIS Charlotte GUILLEMANT Guillaume LIENARD Marion RAMON Ethel TAURUA	ICPF - Responsable du registre des cancers et de la recherche ICPF – ARC pôle Recherche DS – IDE DS – IDE ICPF – IDE pôle Registre DS - IDE
Rédaction et analyse statistique	Delphine LUTRINGER	Prestataire – Médecin de santé publique
Relecture	Shari-Lane BOTCHE Tatiana BOTTY Moerava CHIU Pascale GROSCLAUDE	ICPF - Responsable du registre des cancers et de la recherche ICPF - Directrice adjointe ICPF - Epidémiologiste FRANCIM - Médecin épidémiologiste
Responsable de l'étude	Teanini TEMATAHOTOA	ICPF - Directrice

ABRÉVIATIONS

ACUP : cancer de primitif inconnu

CCU : cancer du col de l'utérus

CHPF : centre hospitalier de Polynésie française

CIM-O3 : classification internationale des maladies pour l'oncologie, 3^{ème} édition

CIRC : centre international de recherche contre le cancer

DO : déclaration obligatoire

ENCR : European Network of Cancer Registries

GIST : Tumeurs stromales gastro-intestinales

HPV : papillomavirus

ICPF : institut du cancer de Polynésie française

IDV : îles du vent

ISLV : îles sous-le-vent

ILM : institut Louis Malardé

ISPF : institut de la statistique de Polynésie française

LABM : laboratoire d'analyses biomédicales

LBP : lèvre-bouche-pharynx

MCV : maladies cardio-vasculaires

PA : personnes-années

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

RCP : réunions de concertation pluridisciplinaires

SNC : système nerveux central

TG : îles Tuamotu-Gambier

SOMMAIRE

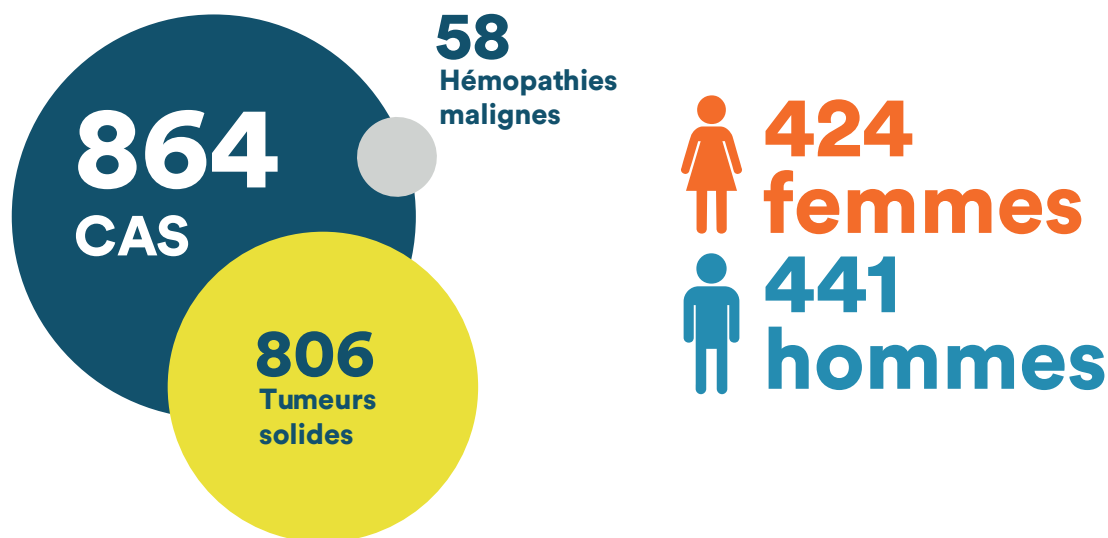
Synthèse des résultats	6
Introduction	8
Repères démographiques en Polynésie française	9
Méthodologie	10
PARTIE I : INDICATEURS D'INCIDENCES	10
PARTIE II : INDICATEURS DE MORTALITÉ	13
PARTIE III : ANALYSE DE SURVIE	13
Résultats	14
PARTIE I : DONNÉES D'INCIDENCE	14
1. Incidence et mortalité des tumeurs malignes, toutes localisations confondues	14
2. Synthèse des topographies les plus fréquentes par grandes classes d'âges	20
2.1 Population de moins de 18 ans : cancers pédiatriques	20
2.2 Population âgée de 18 à 49 ans	21
2.3 Population âgée de 50 ans et plus	22
3. Incidence et mortalité des tumeurs solides en Polynésie française, 2015-2019	23
3.1 Données d'incidence et de mortalité générales par sexe	24
3.2 Données d'incidence et de mortalité par topographie	25
Sein	26
Prostate	28
Poumon	30
Côlon, rectum et canal anal	34
Corps utérin	38
Thyroïde	42
Lèvre-bouche-pharynx	46
Pancréas	50
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	54
Col utérin	58
Rein et voies urinaires hautes	62
Mélanome de la peau	66
Vessie	70
Estomac	74
Vésicule biliaire et voies biliaires extra-hépatiques	78
Ovaires	80
Œsophage	82
Larynx	84
Intestin grêle	85
Testicule	86
Système nerveux central	87
3.3 Données d'incidence spécifiques	88
Sarcomes	88
Tumeurs stromales gastro-intestinales (GIST)	90
Tumeurs HPV-induites	91
4. Incidence des hémopathies malignes en Polynésie française, 2015-2019	92
4.1 Données générales par sexe	92
4.2 Données par entités d'hémopathies malignes	95
Myélome multiple et plasmocytome	96
Lymphome diffus à grandes cellules B	97
Leucémie aiguë myéloïde	98
PARTIE II : DONNÉES DE SURVIE	99
1. Description du statut à 1 et 3 ans	99
2. Survie observée en fonction des topographies principales	99
CRITÈRES QUALITÉ D'EXHAUSTIVITÉ DU REGISTRE	100
Annexes	102
Références bibliographiques	111

SYNTHÈSE DES RÉSULTATS



Les interprétations des résultats présentés dans ce rapport doivent rester prudentes du fait de nombreux facteurs dont les biais relatifs au recueil/enregistrement, aux variabilités méthodologiques dans le temps ou encore aux petits effectifs. Néanmoins, les limites potentielles n'enlèvent en rien la pertinence de ces résultats qui pourront faire l'objet de travaux complémentaires le cas échéant.

Le **nombre moyen de cas annuels de cancers enregistrés** sur la période 2015-2019 était de **864** dont **806 tumeurs solides** et **58 hémopathies malignes**. Le nombre moyen de cas annuels était de 441 chez l'homme et 424 chez la femme.



Les **taux d'incidence standardisés (monde) moyens annuels** sur cette même période étaient de :

261,7 [236,5-286,9]

chez la femme
pour 100 000
personnes-années

269 [244,4-295,4]

chez l'homme
pour 100 000
personnes-années

Alors que le nombre de cas augmente depuis les années 1980, les taux d'incidence standardisés évoluent peu, avec néanmoins une augmentation chez la femme depuis 2000 et pour les deux sexes depuis 2010, ainsi qu'une diminution de l'écart observé entre les hommes et les femmes.

Les **âges médians au diagnostic** sur la période 2015-2019 étaient de :

58 ans
chez la femme

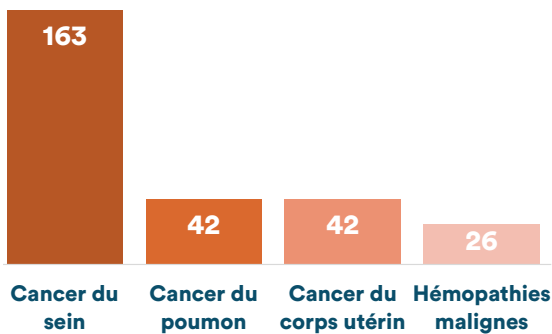
66 ans
chez l'homme

Les âges au diagnostic présentés dans ce rapport sont souvent inférieurs à ceux observés en métropole. Cependant, la prudence s'impose dans l'interprétation de ces chiffres, ces derniers reflétant en partie la différence de distribution de la population entre la France et la Polynésie française, celle de métropole étant plus âgée. En effet, les courbes présentant les taux spécifiques par âge sont souvent sensiblement les mêmes et ne montrent pas de surrisque aux jeunes âges.

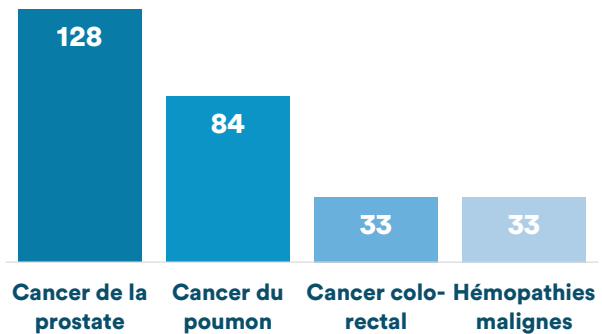
Sur la période 2015-2019, **les tumeurs solides les plus fréquentes chez la femme** étaient le cancer du sein (163 cas moyens annuels), le cancer du corps utérin (42 cas) et du poumon (42 cas). Les hémopathies malignes se situaient en 4^{ème} position avec 26 nouveaux cas.

Les **tumeurs solides les plus fréquentes chez l'homme** étaient le cancer de la prostate (128 cas), le cancer du poumon (84 cas) et le cancer colo-rectal (33 cas). On dénombrait 33 nouveaux cas d'hémopathies malignes.

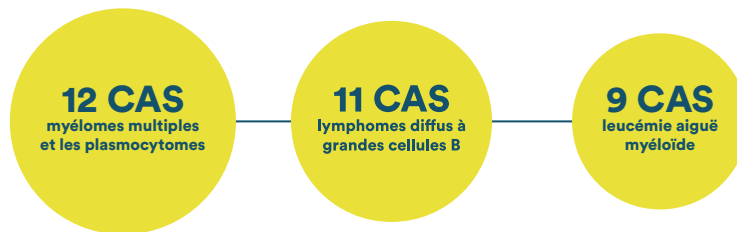
CHEZ LA FEMME



CHEZ L'HOMME



Quel que soit le sexe, les myélomes multiples et les plasmocytomes (12 cas), les lymphomes diffus à grandes cellules B (11 cas) et la leucémie aiguë myéloïde (9 cas) étaient les **hémopathies malignes les plus représentées**.



Globalement, les incidences par localisations cancéreuses observées en Polynésie française, ainsi que leur tendance dans le temps, restaient proches de celles observées en métropole. Quelques spécificités se dégageaient néanmoins.



Le cancer de l'endomètre présentait des incidences bien supérieures en Polynésie française, notamment chez les jeunes femmes. Le rôle notamment de l'obésité est fortement suspecté mais devrait être mis en évidence dans des travaux de recherche spécifique.



Le cancer colo-rectal présentait des incidences significativement moindres en Polynésie française et ce quel que soit le sexe. Cette observation doit être consolidée mais est une donnée importante, notamment dans le cadre d'un déploiement potentiel du dépistage organisé de ce cancer.



Le cancer du col utérin présentait des taux d'incidence plus élevés en Polynésie française. Un taux de participation au dépistage de ce cancer plus faible ainsi que l'absence de la vaccination HPV au calendrier vaccinal de Polynésie française sont des explications potentielles.



Les cancers du rein et les mélanomes de la peau présentaient des taux d'incidence significativement plus faibles en Polynésie française comparés aux taux métropolitains.

En termes de pronostic, et uniquement sur la base de données de survie observées à 3 ans concernant les localisations les plus fréquentes :



MEILLEUR TAUX DE SURVIE

Cancer du sein
Cancer de la prostate
Cancer de la thyroïde



MAUVAIS PRONOSTIC

Cancer du poumon
Cancer de la pancréas
Cancer du foie



Le registre des cancers de Polynésie française a vu le jour en 1984. Il dépendait alors de la Direction de la santé. Le fonctionnement du registre est encadré par un arrêté instituant un fichier territorial d'enregistrement des cas de cancer et rendant obligatoire la déclaration des nouveaux cas de cancers (1). Il a appartenu au réseau Francim (réseau regroupant l'ensemble des registres de France), au réseau des registres de langue latine (GRELL) et il était membre du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

Les registres des cancers français sont évalués par un comité indépendant, le Comité d'évaluation des registres. Ils font l'objet de qualification sur la base de différents critères tels que le fonctionnement du registre, son exhaustivité, ou encore les travaux entrepris dans le domaine de la recherche. Le registre de Polynésie française a obtenu sa première qualification en 1999 et la dernière en 2004. Par la suite, le registre était en souffrance du fait notamment d'une réduction de personnel et aucune nouvelle visite de qualification n'a été organisée. Le dernier rapport publié date de la fin d'année 2021 et concernait les données d'incidence de l'année 2016.

Télécharger le rapport du registre des cancers 2016 en scannant ce QR Code



DEPUIS LE 1^{ER} JANVIER 2022, LE REGISTRE DES CANCERS DE POLYNÉSIE EST SOUS LA RESPONSABILITÉ DE L'INSTITUT DU CANCER DE POLYNÉSIE FRANÇAISE (ICPF).

Les objectifs à court terme de la nouvelle équipe étaient d'améliorer l'exhaustivité des cas enregistrés d'une part, et d'accélérer l'enregistrement de ces derniers d'autre part, afin de bénéficier de données récentes, dans la mesure où il existe toujours un décalage de quelques années entre l'année en cours et l'année traitée. Ainsi, en enrichissant ses ressources humaines et en améliorant sa méthodologie de travail, le registre a recueilli les données des années 2017 à 2019, mais a également permis d'améliorer l'exhaustivité des cas des deux années précédentes, le tout en dix-huit mois de travail.

Bien que sa méthodologie ne cesse de progresser, notamment par la multiplication des sources de notifications, le registre des cancers de Polynésie française a souhaité publier un rapport relatif aux cas de cancers 2015-2019, tout en sachant que les cas enregistrés pour l'année 2019 restent sans doute encore à consolider. Cette période de 5 années permet d'obtenir des effectifs plus robustes, de lisser les variations, d'obtenir un niveau de précision plus important et de décrire davantage de localisations cancéreuses. Enfin, et avec toute la prudence requise relative aux variations méthodologiques dans le temps, ce nouveau rapport est également l'occasion de réaliser une rétrospective depuis l'année de création de ce registre, afin d'observer l'évolution des cas de cancers dans le temps.



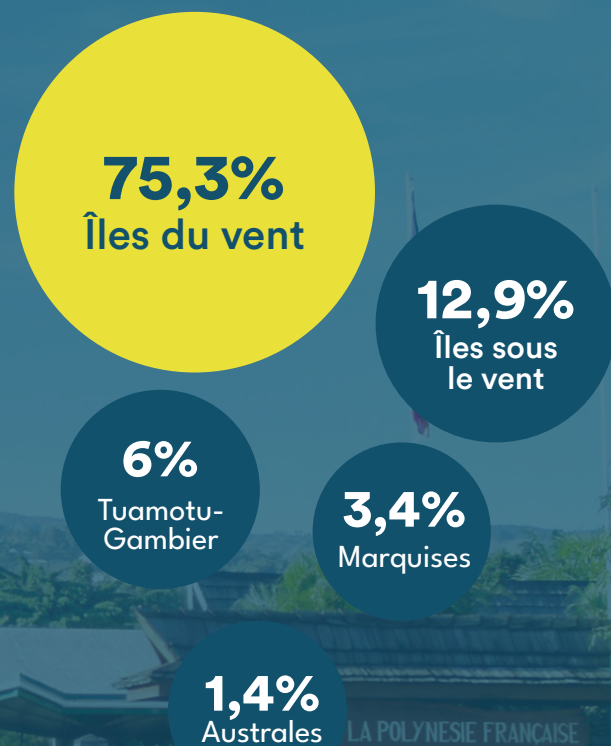
Repères démographiques en Polynésie française

TROIS QUARTS (75,3 %) ÉTAIENT DOMICILIÉS AUX ÎLES DU VENT

RECENSEMENT 2022

278 786
HABITANTS

Cette population, de 176 621 en 1985, connaît un accroissement démographique positif depuis de nombreuses années, bien que cet accroissement ralentisse au fur et à mesure des années.



UNE POPULATION VIEILLISSANTE

En termes de structure d'âges, le nombre de naissances ne fait que diminuer, tout comme l'indice conjoncturel de fécondité qui est passé de plus de 2 enfants par femme il y a encore une décennie à 1,7 en 2022.

La population Polynésienne est donc une population qui vieillit. L'espérance de vie était de 72,8 ans en 1990 chez la femme vs. 78,9 ans en 2020, avant de s'effondrer à 76,4 ans en 2021 du fait de la pandémie de Covid.

L'espérance de vie féminine est restée néanmoins bien supérieure à celle de l'homme qui était de 67,1 ans en 1990, 75 ans en 2019 puis 71,5 ans en 2021.

Malgré ce vieillissement, la population de Polynésie française reste plus jeune que la population française. En effet, un peu plus de 3 % de la population a 75 ans ou plus en Polynésie française, contre presque 10 % en France métropolitaine. Certaines causes de décès, notamment de décès prématurés, restent plus élevées en Polynésie française qu'en métropole, notamment les décès par maladies cardio-vasculaires.

Une démographie positive et une population qui vieillit, ces deux faits remarquables sont essentiels pour comprendre, en partie, l'évolution du nombre de cas de cancers observés sur le territoire car ils tendent tous deux à favoriser l'augmentation des cas de cancers.

Cependant, le fait que la population polynésienne reste plus jeune que la population française est également un élément fondamental pour l'interprétation des données qui seront présentées au cours de ce rapport, notamment les âges médians aux diagnostics.



Ce rapport présente successivement les **données générales des cancers en Polynésie française**, se focalise ensuite sur les **tumeurs solides** avant de présenter l'incidence des **hémopathies malignes**.

Quelques **données de survie** seront également présentées.

Ce rapport présente les résultats concernant **l'incidence des cancers en Polynésie française sur une période de 5 ans, entre 2015 et 2019**.

Bien que les détails des incidences de chacune des années soient présentés, ce rapport se focalise sur les données d'incidence annuelle moyenne sur cette période.

Une **rétrospective depuis 1985** a également été proposée. Du fait de variations dans la méthodologie du registre au cours du temps, la prudence sera néanmoins de mise dans l'interprétation des observations.

Quelques **données de survie** observées sont également disponibles. Elles font également l'objet de points d'attention dans l'interprétation des données qui seront précisés dans le chapitre qui leur est consacré.

PARTIE I : INDICATEURS D'INCIDENCE

Voici quelques définitions des indicateurs d'incidence présentés dans ce rapport.

INCIDENCE BRUTE : Nombre de cas survenant dans une population, divisé par le nombre de personnes-années d'observation de cette population.

INCIDENCE SPÉCIFIQUE PAR ÂGE : Il s'agit de l'incidence brute calculée par classes d'âges, où le nombre de cas observé dans cette classe d'âges une année donnée est divisé par la taille de la population de cette classe d'âge pour cette même année. Elle est exprimée en personnes-années d'observation.

Au cours de ce rapport, la courbe des taux d'incidence spécifique par âge sera présentée à de nombreuses reprises. Il s'agit d'une courbe transversale qui reflète l'incidence selon l'âge une année donnée, elle concerne donc des personnes appartenant à des générations différentes. Il s'agit d'une photographie de la population à un moment donné. Aussi, les taux observés chez les plus âgés ne présentent en rien des risques futurs des générations plus jeunes

INCIDENCE STANDARDISÉE : Il s'agit de la moyenne pondérée des incidences spécifiques de plusieurs classes d'âges (classes d'âges quinquennales). Les poids sont les pourcentages de personnes dans ces classes d'âges, dans une population-type dite standard.

L'incidence standardisée est donc en définitive l'incidence qu'on observerait dans la population d'étude si elle avait la structure d'âge de la population standard. Cette méthode permet d'ajuster, d'effacer le poids de la variable « âge » qui peut varier dans le temps ou d'une population à l'autre et qui a un impact majeur sur les taux bruts. En effet, l'âge étant le 1^{er} facteur de risque des cancers, plus une population est âgée, plus les taux d'incidence bruts seront élevés. Ainsi, seuls les taux d'incidence standardisés permettent d'effectuer des comparaisons internationales et temporelles. Ils sont exprimés en personnes-années d'observation. Les poids par classes d'âges quinquennales utilisés dans cette analyse pour la standardisation directe des taux, sont ceux définis par Doll et al. en 1966. Il s'agit de la population monde de référence utilisés par le CIRC (**Annexe A**).

Le sexe étant le second facteur de risque de cancers, les taux standardisés sont stratifiés par sexe.

Les intervalles de confiance à 95% des taux standardisés ont été calculés selon l'approximation de la Loi de Poisson.

Notons que les taux d'incidence standardisés obtenus pour la Polynésie française ont été comparés aux taux internationaux. Ces derniers ont été obtenus sur la base de rapports officiels ou sur la base de chiffre d'incidence édités régulièrement par le Centre International du Cancer à travers les données GLOBOCAN (3;4). Néanmoins ces dernières doivent faire l'objet d'une attention particulière car elles sont le fruit d'un travail de modélisation statistique dont les données sources et la méthodologie peuvent possiblement affecter la précision statistique des résultats.

Aussi, **les cas incidents de cancers et la répartition de la population polynésienne par sexe et âge quinquennal** sont nécessaires au calcul de ces taux.

1. Les cas incidents

Ils sont extraits de la base de données du registre des cancers de Polynésie française.

1.1 Critères d'inclusion des cas de cancers au registre

Un nouveau cas de cancer est défini comme une tumeur maligne infiltrante de type primitif ou une hémopathie maligne.

Sont ainsi exclus du registre des cancers :

- **les tumeurs secondaires ou non invasives,**
- **les récidives**
- **les tumeurs cutanées qui ne sont pas des mélanomes.**

Les nouveaux cas de cancers sont enregistrés s'ils concernent une personne dont le lieu de résidence principal (plus de 6 mois par an) est la Polynésie française.

Les carcinomes superficiels, in situ, intra épithéliaux, non infiltrants, non invasifs du col utérin, de la vessie ainsi que les tumeurs primaires dites « borderline » de l'ovaire ainsi que les tumeurs primaires bénignes du système nerveux central peuvent faire l'objet d'un enregistrement ou d'une analyse, ce qui n'est pas encore le cas en Polynésie française.

1.2 Sources de notifications des cas de cancer au registre

L'**exhaustivité des cas de cancers** est le critère qualité principal d'un registre. Néanmoins, chaque parcours patient pouvant être différent en fonction de la localisation cancéreuse et/ou de la prise en charge proposée, le registre se doit de diversifier au maximum ses sources de notifications. C'est ainsi qu'un même cas de cancer peut être notifié au registre à plusieurs reprises. Plus le nombre de sources est élevé, moins le risque de manquer un nouveau diagnostic de cancer est élevé.

Les sources ayant alimenté le registre pour les cas incidents 2015-2019 étaient :

- Les données histologiques issues des laboratoires d'anatomopathologie du Centre hospitalier de Polynésie française (CHPF), de l'Institut Louis Malardé (ILM) ou encore du laboratoire libéral qui a fermé ses portes en 2016 ;
- Les données d'activité des établissements de santé à travers les données PMSI, notamment celui du CHPF ainsi que des cliniques Paofai et Cardella. Il s'agit de données relatives aux hospitalisations conventionnelles, aux hospitalisations de jour et aux séances ;
- Le registre des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) ;
- 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 ;
- Les déclarations obligatoires (DO) spontanées des professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice ;
- Les Laboratoires d'analyses de biologie médicale (notamment concernant les hémopathies) ;
- La structure de gestion du dépistage des cancers.

À noter que les données de la CPS relatives aux longues maladies sont en cours d'intégration.

En termes de méthodologie, le dédoublement des cas par le registre est une étape primordiale, c'est pourquoi les données transmises au registre sont nominatives.

1.3 Enregistrement et codage des cas de cancer

L'enregistrement des nouveaux cas de cancer repose sur des règles nationales (réseau Francim) et internationales (CIRC, ENCR) suivies par les techniciens du registre.

La topographie (localisation) et la morphologie (histologie) sont codées selon la 3^{ème} révision de la classification internationale des maladies oncologiques (CIM-O3).

Les variables recueillies pour chaque nouveau cas sont les variables minimales requises par Francim :

- **Données individu** : nom, prénom, date de naissance, sexe, adresse de domicile ;
- **Données tumeur** : date de diagnostic, base du diagnostic, topographie, morphologie, comportement (malin, in-situ, malin), sources de notifications.

Le logiciel de saisie est Can-Reg. Ce logiciel permet notamment le stockage, la vérification et l'analyse des données des registres du cancer basés sur la population. Le logiciel CanReg5 est mis à jour avec des contrôles de cohérence selon des directives internationales.

1.4 Analyses

Afin de comparer les résultats, notamment aux données métropolitaines contemporaines aux données analysées dans ce rapport, les définitions de chaque topographie ont été retenues selon la méthodologie proposée par la France dans son rapport de 2019 (3). Les codes CIM-O3 définissant les topographies et/ou morphologies analysées sont précisés en début de chaque chapitre et en **annexe B**.

Les logiciels Excel et Epi-Info 7.2 ont été utilisés pour réaliser les analyses de ce rapport.

2. Données de populations et calcul des personnes-années

Le calcul des personnes-années sont le produit du nombre de personnes suivies dans une population par la durée moyenne d'observation de ces personnes. Le nombre de personnes-années entre 1985 et 2019 a été établi à partir des données de population moyenne par sexe et âge quinquennal, de 1985 à 2019. Ces données ont été transmises par l'Institut de la statistique de Polynésie française (ISPF).

Le détail des populations par sexe et âges pour les années 2015-2019 est présenté en **annexe C1 et C2**.

PARTIE II : INDICATEURS DE MORTALITÉ

Quelques données de mortalité ont été présentées conjointement aux données d'incidence dans ce rapport. Elles sont toutes issues du rapport relatif à l'analyse des certificats des causes de décès en Polynésie française en 2017 (2). Les données de mortalité n'ont ainsi fait l'objet d'aucune analyse spécifique pour ce rapport.

PARTIE III : ANALYSE DE SURVIE

Les analyses de survie proposées dans ce rapport concernent uniquement la survie observée, les données de survie nette n'ayant pu être calculées. Elles pourront néanmoins faire l'objet d'un rapport complémentaire. La survie observée ne tient pas compte de l'ensemble des décès quelle qu'en soit la cause à la différence de la survie nette qui est une méthode d'analyse permettant de calculer le risque de sur-mortalité lié au cancer. Or, en général, le cancer atteint plus fréquemment les sujets âgés que les sujets jeunes ; il s'agit donc de personnes qui peuvent décéder de leur cancer mais aussi très fréquemment, du fait de leur âge et de leurs comorbidités, de toutes autres causes, notamment cardio-vasculaires.

La survie observée peut être utilisée pour mesurer le pronostic individuel d'un patient car le cancer n'est pas la seule cause de décès des patients atteints de cancer. Elle est donc intéressante pour les praticiens afin qu'ils évaluent le pronostic de leurs patients.

Néanmoins, dans le cas où des comparaisons entre pays ou entre deux périodes sont effectuées, la survie nette est l'indicateur approprié car il s'affranchit des éventuelles disparités de mortalité liées aux causes autres que le cancer.

En résumé, la survie nette est le seul indicateur permettant des comparaisons internationales et temporelles, d'autant plus que cette dernière peut être standardisée. C'est pourquoi les résultats de données observées présentés dans ce rapport devront être manipulés et interprétés avec prudence.

Compte tenu de la grande disparité de survie entre les différentes localisations cancéreuses, les estimations « toutes localisations cancéreuses confondues » n'ont pas été présentées.

Pour chaque localisation, les estimations de survie sont présentées sous forme de survie globale observée à 1 et 3 ans. Elle correspond donc à la proportion de sujets survivants, 1 ou 3 après le diagnostic de cancer, toutes causes de décès confondues. Bien qu'elle représente en général l'indicateur de référence en termes de survie, la survie à 5 ans n'a pu être analysée, faute de suivi suffisant.

Les estimations de survie sont fournies « tous stades confondus ». L'absence d'information sur le stade au diagnostic peut constituer un sujet de discussion pour l'interprétation des résultats, mais n'enlève rien à leur pertinence.

La survie observée (et les intervalles de confiance à 95 %) a été estimée à l'aide de la méthode de Kaplan-Meier sur données individuelles. Elle a été calculée à partir des données de 2015 à 2017 avec une date de point au 31/12/2020. Les patients ont été ainsi classifiés :

- décédés, lorsque la personne était décédée dans l'année ou dans les trois ans suivant son diagnostic
- censurés, lorsque la personne était vivante à un ou trois ans après son diagnostic
- perdus de vue, lorsque la date de dernières nouvelles de la personne était antérieure à un ou trois ans et que la personne était vivante à la date de dernière nouvelle.

La date des dernières nouvelles a été définies à partir du dossier médical du patient. Le statut « décédé » a été défini à partir des données de l'état civil en ligne.

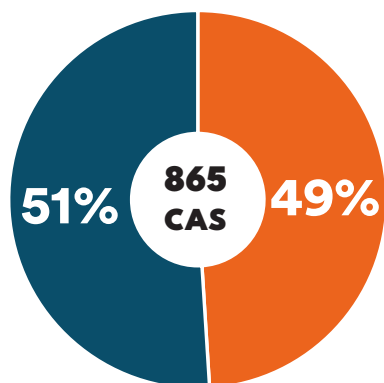
RÉSULTATS

PARTIE I : DONNÉES D'INCIDENCE

1. Incidence et mortalité des tumeurs malignes, toutes localisations confondues

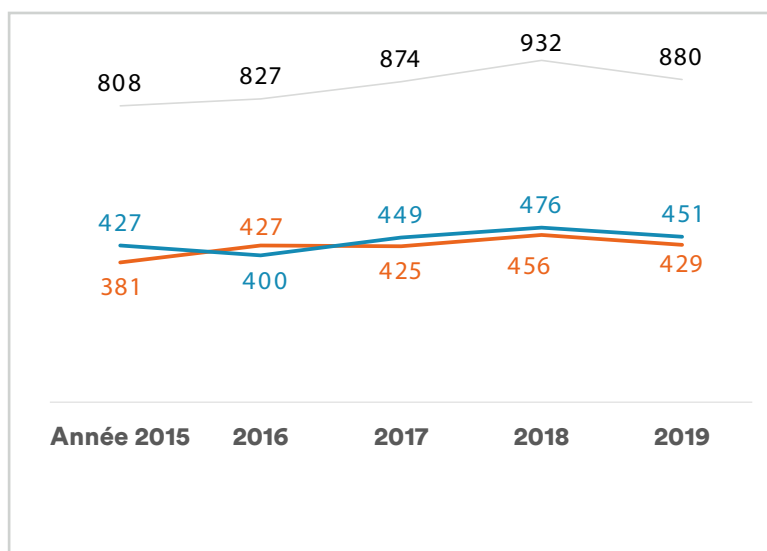
NOMBRE DE CAS :

Le **nombre moyen de cas de cancers enregistrés sur la période 2015-2019 en Polynésie française** était de 865 : 441 chez l'homme et 424 chez la femme. Le nombre de cas n'a cessé d'augmenter entre 2015 (808 cas) et 2018 (932), avant de décroître en 2019 (880). Néanmoins, l'année 2019 n'est pas encore totalement consolidée. (Graphique 1)



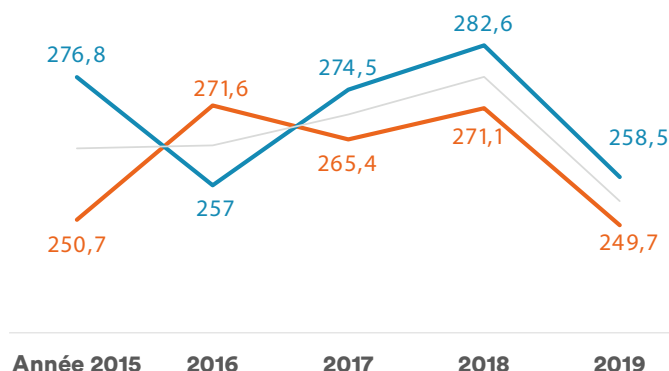
Graphique 1. Nombre moyen annuel de cas et taux d'incidence standardisés (monde) moyens annuels des tumeurs malignes en Polynésie française sur la période 2015-2019.

Le **nombre de cas n'a cessé d'augmenter entre 2015 (808 cas) et 2018 (932), avant de décroître en 2019 (880)**. Néanmoins, l'année 2019 n'est pas encore totalement consolidée.



TAUX D'INCIDENCE :

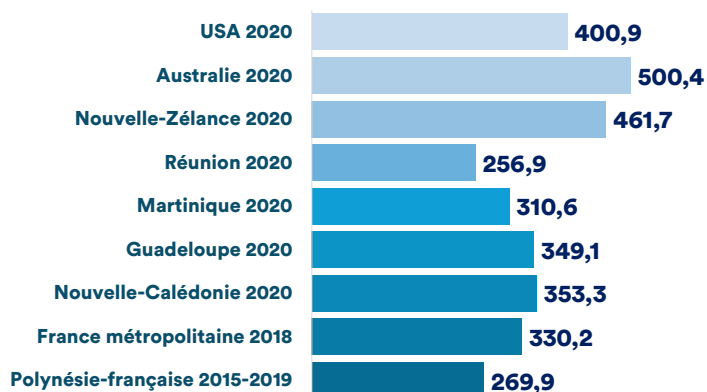
Le **taux d'incidence standardisé (monde) moyen annuel** sur cette même période était 269,9 [244,4-295,4] pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 261,7 [236,5-286,9] chez la femme.



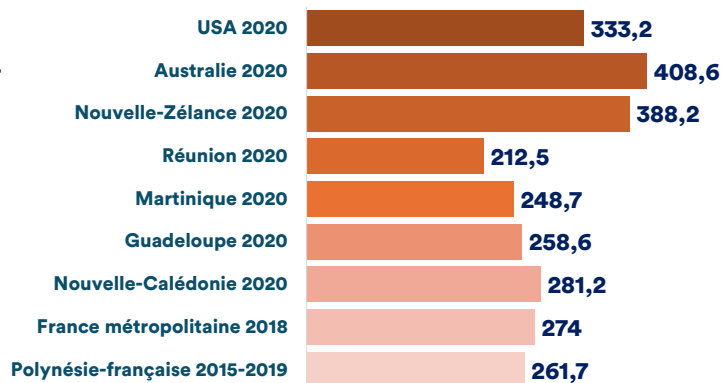
Graphique 3. Évolution annuelle des taux d'incidence standardisés (monde) des tumeurs malignes en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

Les taux métropolitains en 2018, respectivement de 330,2 et 274,0, restent légèrement supérieurs, en particulier chez l'homme. Néanmoins, ces écarts ne sont pas statistiquement significatifs. Les taux restent cependant globalement au même niveau que beaucoup de régions du globe et restent très inférieurs aux taux observés en Nouvelle-Zélande, Australie ou encore USA. (Graphique 4a et 4b)

CHEZ L'HOMME



CHEZ LA FEMME



Graphique 4a. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des tumeurs malignes chez l'homme (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

Graphique 4b. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des tumeurs malignes chez la femme (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

La **répartition du nombre de cas par archipel sur la période 2015-2019** comparée à la répartition de la population polynésienne sur cette même période ne présente pas de différence statistiquement significative.

Tableau 1. Données d'incidence des cancers en fonction de l'archipel de domicile au diagnostic, toutes localisations confondues et quel que soit le sexe, Polynésie française, période 2015-2019

	IDV	ISLV	Marquises	Australes	TG
Nombre de cas (%)	654 (77,8%)	98 (11,7%)	30 (3,6%)	20 (2,3%)	39 (4,6%)
Taux brut d'incidence*	315,2	278,0	321,0	287,2	228,7

* Pour 100 000 personnes-années

Il n'existe pas non plus de différence significative entre les taux d'incidence standardisés moyens annuels de chaque archipel. (Graphique 5)

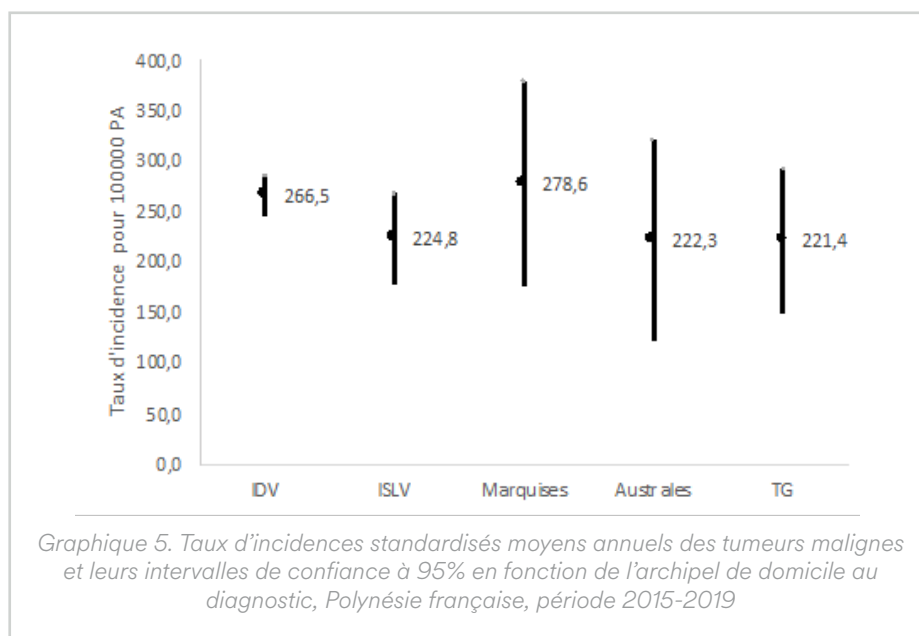


Tableau 2. Données d'incidence des tumeurs malignes chez la femme en fonction de l'archipel de domicile au diagnostic, toutes localisations confondues, Polynésie française, période 2015-2019

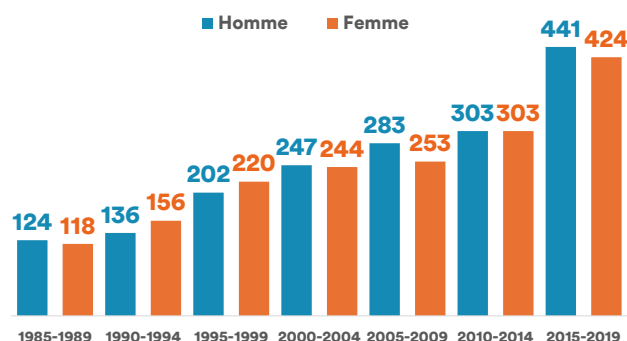
	IDV	ISLV	Marquises	Australes	TG
Nombre de cas (%)	323 (78,5%)	45 (10,9%)	13 (3,3%)	11 (2,7%)	19 (4,7%)
Taux brut d'incidence	314,6	260,1	298,0	331,9	242,8
Taux d'incidence standardisé (monde)	262,1	214,0	247,7	251,1	236,2

Tableau 3. Données d'incidence des tumeurs malignes chez l'homme en fonction de l'archipel de domicile au diagnostic, toutes localisations confondues, Polynésie française, période 2015-2019

	IDV	ISLV	Marquises	Australes	TG
Nombre de cas (%)	330 (77,0%)	54 (12,5%)	17 (3,9%)	9 (2,1%)	19 (4,5%)
Taux brut d'incidence	315,9	295,0	341,7	245,1	216,2
Taux d'incidence standardisé (monde)	274,4	237,7	308,5	193,1	212,0

Le nombre de cas augmente régulièrement depuis 1985, avec néanmoins quelques ascensions plus marquées, notamment sur la dernière période 2015-2019. Les cas augmentent avec le temps pour plusieurs raisons :

- 1 la croissance démographique régulière en Polynésie française
- 2 le vieillissement de la population (l'âge est le premier facteur de risque de cancer)
- 3 la méthodologie de recueil des cas de cancers par le registre qui évolue et qui s'améliore : ceci peut expliquer notamment le bond observé sur la dernière période
- 4 l'évolution de la prévalence de certains facteurs de risque de cancers liés à l'environnement ou au mode de vie

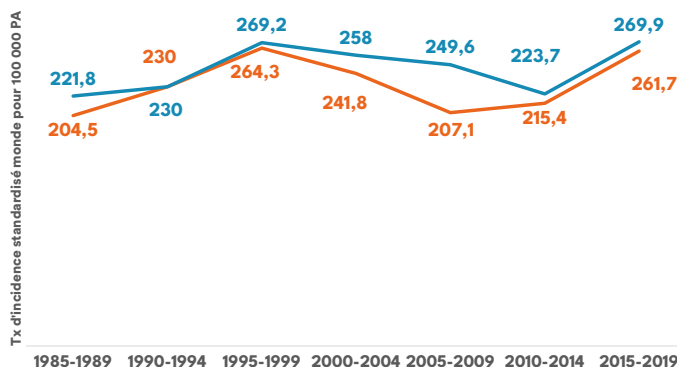


Graphique 8. Nombre de cas de tumeurs malignes en fonction du sexe et de la période, Polynésie française, 1985-2019

Les taux d'incidence bruts augmentent du fait que les cas augmentent plus vite que la population. Après ajustement sur l'âge, autrement dit après avoir neutralisé le facteur « vieillissement de la population », on remarque que les **taux d'incidence standardisés (monde)** évoluent peu depuis 1985. On constate néanmoins une augmentation chez la femme à partir de 2000 et chez l'homme à partir de 2010. Ces dernières années, une diminution de l'écart est également observée entre les deux sexes. (Tableau 8, Graphique 9)

Tableau 8. Données d'incidence des tumeurs malignes en fonction du sexe et de la période, Polynésie française, 1985-2019 (les taux sont présentés pour 100 000 personnes-années)

	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2019
Total	Nombre de cas	242	292	422	491	537	606
	Taux d'incidence brut	131,1	142,4	188,5	201,4	207,2	225,7
	Taux d'incidence standardisé	214,4	221,8	264,4	248,9	228,2	219,8
Femmes	Nombre de cas	118	156	220	244	253	303
	Taux d'incidence brut	132,9	157,7	202,7	205,8	200,2	230,0
	Taux d'incidence standardisé	208,3	233,2	267,0	243,4	208,8	217,3
Hommes	Nombre de cas	124	136	202	247	283	441
	Taux d'incidence brut	129,4	128,1	175,2	197,2	213,9	221,5
	Taux d'incidence standardisé	221,8	215,7	269,2	258,0	249,6	223,7



Graphique 9. Taux standardisés d'incidence (monde) des tumeurs malignes en fonction du sexe et de la période, Polynésie française, 1985-2019

Tableau 5. Données d'incidence des tumeurs malignes en fonction des années quel que soit le sexe, Polynésie française, 2015-2019 (les taux sont présentés pour 100 000 personnes-années)

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tumeurs malignes	Nombre de cas	808	827	874	932	880	865
	Taux d'incidence brut	295,9	301,2	316,9	336,9	317,1	313,7
	Taux d'incidence standardisé	262,4	263,1	268,5	276,8	252,9	264,7
Tumeurs solides	Nombre de cas	737	765	815	882	830	806
	Taux d'incidence brut	269,9	278,6	295,5	318,8	299,1	292,5
	Taux d'incidence standardisé	239,0	241,8	249,0	261,4	238,0	245,9
Hémopathies malignes	Nombre de cas	71	62	59	50	50	58
	Taux d'incidence brut	26,0	22,6	21,4	18,1	18,0	21,2
	Taux d'incidence standardisé	23,4	21,2	19,4	15,3	14,9	18,8

Tableau 6. Données d'incidence des tumeurs malignes en fonction des années chez la femme, Polynésie française, 2015-2019 (les taux sont présentés pour 100 000 personnes-années)

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tumeurs malignes	Nombre de cas	381	427	425	456	429	424
	Taux d'incidence brut	284,5	316,8	313,6	335,0	314,0	312,9
	Taux d'incidence standardisé	250,7	271,6	265,4	271,1	249,7	261,7
Tumeurs solides	Nombre de cas	351	406	397	431	404	398
	Taux d'incidence brut	262,1	301,2	292,9	316,6	295,7	293,8
	Taux d'incidence standardisé	230,2	257,6	245,5	255,9	234,1	244,6
Hémopathies malignes	Nombre de cas	30	21	28	25	25	26
	Taux d'incidence brut	22,4	15,6	20,7	18,4	18,3	19,1
	Taux d'incidence standardisé	20,6	14,0	20,0	15,2	15,7	17,1

Tableau 7. Données d'incidence des tumeurs malignes en fonction des années chez l'homme, Polynésie française, 2015-2019 (les taux sont présentés pour 100 000 personnes-années)

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tumeurs malignes	Nombre de cas	427	400	449	476	451	441
	Taux d'incidence brut	306,9	286,1	320,2	338,7	320,2	314,5
	Taux d'incidence standardisé	276,8	257,2	274,5	282,6	258,5	269,9
Tumeurs solides	Nombre de cas	386	359	418	451	426	408
	Taux d'incidence brut	277,4	256,8	298,0	320,9	302,4	291,2
	Taux d'incidence standardisé	250,3	228,8	255,4	267,6	244,0	249,3
Hémopathies malignes	Nombre de cas	41	41	31	25	25	33
	Taux d'incidence brut	29,5	29,3	22,1	17,8	17,7	23,3
	Taux d'incidence standardisé	26,6	28,4	19,0	15,1	14,5	20,6

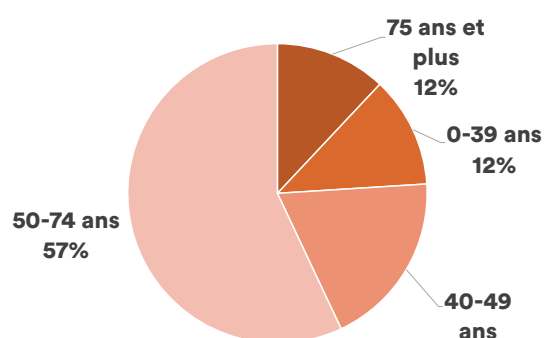
ÂGE MÉDIAN :

Les âges médians au diagnostic étaient de 66 ans chez l'homme et 58 ans chez la femme.

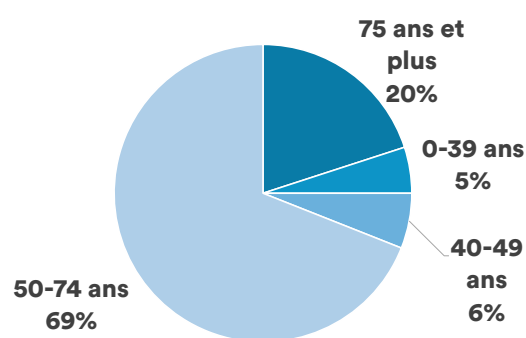
Ces **âges restent plus jeunes que ceux observés en métropole**, respectivement de 68 et 67 ans, notamment chez la femme. Au-delà de refléter des âges au diagnostic plus précoces du fait de certains surrisques, cet âge médian reflète également la distribution de la population polynésienne dont l'espérance de vie est moindre comparée à la France métropolitaine et donc les classes d'âges âgées moins nombreuses.

En Polynésie, la femme présente une sur-incidence de cancers avant l'âge de 50 ans en comparaison à l'homme. En effet, environ un tiers des cancers chez la femme sont diagnostiqués avant cet âge vs. un peu plus de 10% chez l'homme. (Graphiques 6a et 6b).

On retrouve ce surrisque de cancer à travers les taux spécifiques par âge qui **restent supérieurs chez la femme jusqu'à 60 ans**, âge auquel les deux courbes se croisent, celle des hommes prenant une ascension exponentielle, contrairement à celle de la femme qui croît plus lentement avec l'âge.



Graphique 6a. Répartition des cas de tumeurs malignes chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.



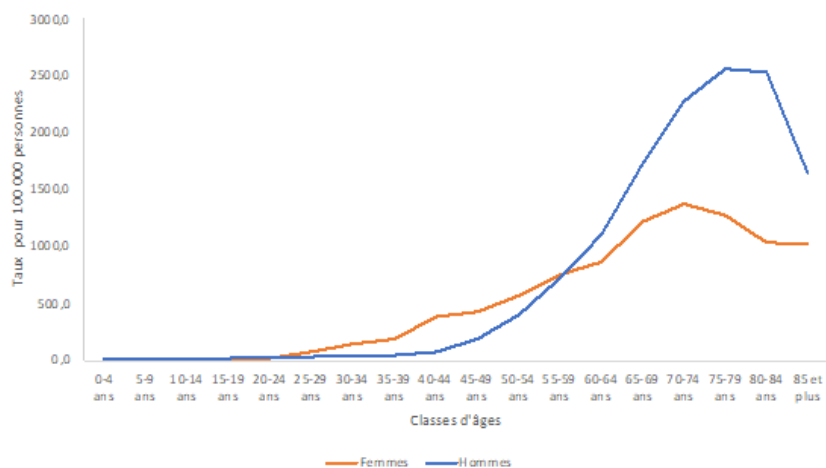
Graphique 6b. Répartition des cas de tumeurs malignes chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, 2015-2019

Tableau 4 et Graphique 7. Taux d'incidence moyens spécifiques par âge des tumeurs malignes en fonction du sexe, Polynésie française, période 2015-2019 (pour 100 000 personnes-années)

Classes d'âges (ans)	0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44
Femmes	14,0	9,5	11,2	21,8	20,3	72,0	148,0	191,3	384,7
Hommes	17,5	19,6	10,6	20,7	25,1	35,1	45,3	39,0	77,6

Classes d'âges (ans)	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 et plus
Femmes	424,0	569,5	752,0	859,0	1211,8	1379,6	1273,1	1037,2	1014,4
Hommes	189,8	396,8	728,2	1110,6	1725,1	2271,8	2561,1	2535,8	1641,5

Les deux courbes finissent par s'incliner aux âges extrêmes, les taux chez l'homme restant néanmoins plus élevés. (Graphique 7)



Graphique 7. Taux d'incidence moyens spécifiques par âge des tumeurs malignes en fonction du sexe, Polynésie française, période 2015-2019 (pour 100 000 personnes-années)

DÉCÈS :

1.3 Données de mortalité en 2017

Avec un total de 414 décès en 2017 et un taux de mortalité standardisé de 123,8/100 000, les tumeurs malignes étaient la seconde cause de décès en Polynésie française, à quasi-égalité avec les maladies cardio-vasculaires, et représentaient un quart des décès (26%). Cette observation est identique depuis 2005. (2)

Chez l'homme, on comptabilisait 214 décès avec un taux de mortalité standardisé de 129,9/100 000. Il s'agissait de la seconde cause de décès (23,4%) derrière les décès par maladies cardio-vasculaires (28,1%). (2)

Chez la femme, on comptabilisait 200 décès avec un taux de mortalité standardisé de 199,5/100 000. À noter qu'il s'agissait de la première cause de décès (29,0%), devant les décès par maladies cardio-vasculaires (25,5%). Cette tendance ayant néanmoins beaucoup fluctué les dernières années, elle devra être consolidée dans les prochaines années. (2)



2. Synthèse des topographies les plus fréquentes par grandes classes d'âges

Les données d'incidence des tumeurs malignes sont présentées dans ce chapitre en fonction de trois classes d'âges dont les seuils sont les suivants :

- 17 ans : selon la définition standard des cancers pédiatriques.
- 50 ans : âge habituel à partir duquel les risques de cancers augmentent de manière significative et, lorsqu'ils existent, justifient la mise en œuvre de programmes de dépistage.

2.1 Population de moins de 18 ans : cancers pédiatriques

Entre 2015 et 2019, un total de **55 nouveaux cas de tumeurs malignes** a été enregistré chez les enfants et adolescents. Au total, 14 cas (25,5%) concernaient les enfants de moins de 5 ans, 16 (29,1%) les 5-9 ans, 12 (21,8%) les 10-14 ans et 13 (23,7%) les 15-17 ans.

On dénombrait donc environ **11 nouveaux cas moyens annuels** : 5 chez les filles et 6 chez les garçons.

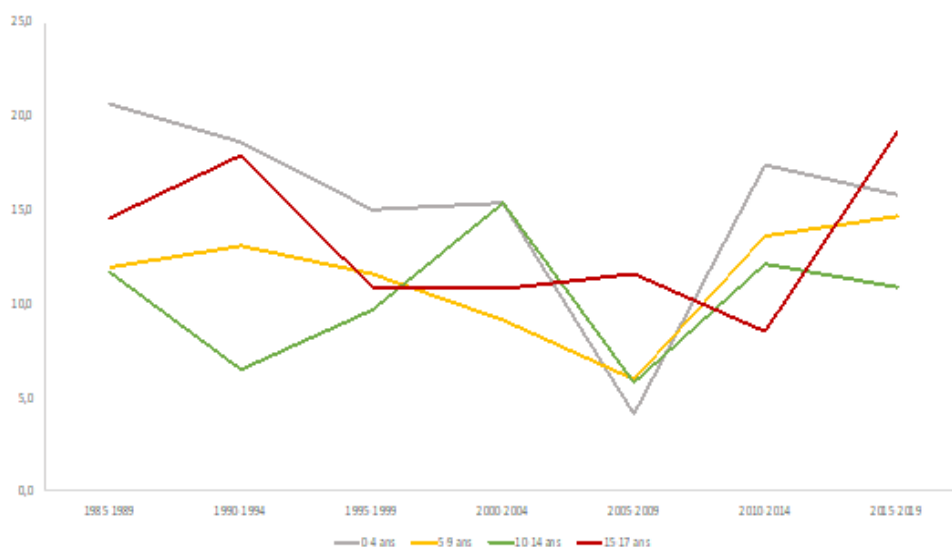
Les taux standardisés moyens chez les moins de 15 ans étaient de **14,0/100 000 personnes-années** (11,7/100 000 chez les filles et 16,2/100 000 chez les garçons). Le taux métropolitain de 15,7 était donc relativement semblable (9).

Quel que soit le sexe, l'évolution des taux spécifiques par âge est relativement hétérogène dans le temps mais ils restent globalement constants (Tableau 9).

Un creux est observé sur la période 2005-2009 traduisant probablement un défaut de recueil ou d'enregistrement de cas par le registre.

Tableau 9 et graphique 9b. Taux spécifiques par âge des cancers pédiatriques entre 1985 et 2019, Polynésie-français (les taux sont exprimés pour 100 000 personnes-années).

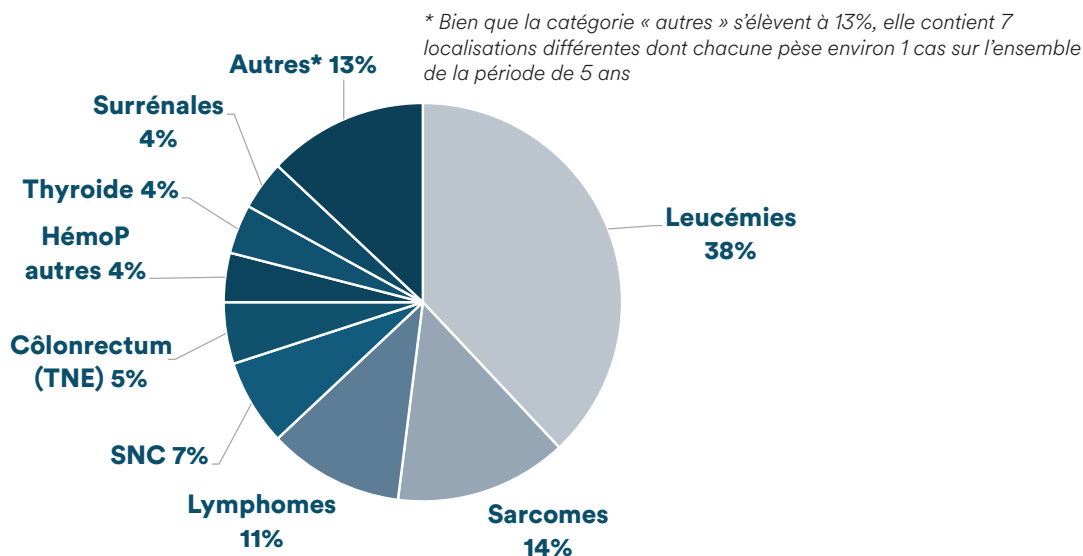
	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2019
0-4 ans	20,7	18,7	15,0	15,4	4,1	17,4	15,8
5-9 ans	12,0	13,0	11,6	9,1	6,0	13,6	14,7
10-14 ans	11,6	6,5	9,6	15,4	5,8	12,1	10,9
15-17 ans	14,6	18,0	10,8	10,8	11,6	8,5	19,1



Graphique 9b. Taux spécifiques par âge des cancers pédiatriques entre 1985 et 2019, Polynésie-français (les taux sont exprimés pour 100 000 personnes-années).

Concernant les **localisations cancéreuses**, la leucémie représentait 38% des atteintes, suivie des sarcomes (14%) et des lymphomes (11%). (Graphique 10)

En métropole, les leucémies et les lymphomes sont également très représentées, tout comme les tumeurs du SNC.



Graphique 10. Répartition des localisations cancéreuses chez l'enfant et l'adolescent, Polynésie française, 2015-2019.

2.2 Population âgée de 18 à 49 ans

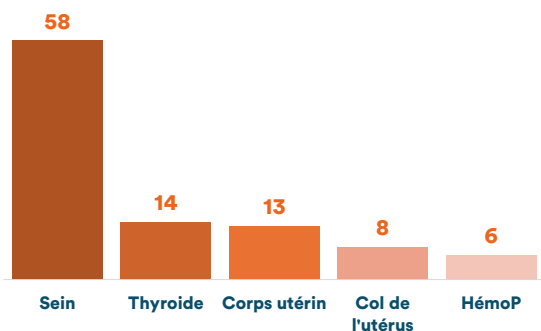
La femme présente trois fois plus de nouveaux cas de cancers que l'homme dans cette classe d'âges.

En effet, **le nombre moyen annuel de cas sur la période 2015-2019 était de 124 chez la femme vs. 43 chez l'homme**, les taux spécifiques étant respectivement de 199,7/100 000 personnes-années chez la femme et de 66,7/100 000 chez l'homme.

Chez la femme, le **cancer du sein représentait quasiment la moitié des cas** (58 ; 47,2%).

Les autres localisations principales chez la femme jeune étaient représentées par :

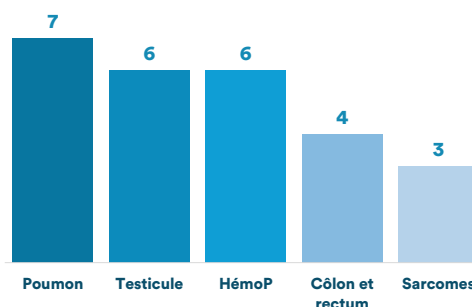
- la thyroïde (14 ; 11,4%)
- l'endomètre (13 ; 10,6%)
- le col de l'utérus (8 ; 6,5%)
- les hémopathies malignes (6 ; 5,0%)



Graphique 11. Nombre moyen annuel de tumeurs malignes par topographies les plus fréquentes chez la femme âgée entre 18 et 49 ans, Polynésie française, 2015-2019

Les cinq localisations les plus fréquentes chez l'homme jeune étaient :

- le poumon (7 ; 16,3%)
- le testicule (6 ; 14,0%)
- les hémopathies malignes (6 ; 14,0%)
- le côlon-rectum (4 ; 9,3%)
- les sarcomes (3 ; 7,0%)



Graphique 12. Nombre moyen annuel de tumeurs malignes par topographies les plus fréquentes chez l'homme âgé entre 18 et 49 ans, Polynésie française, 2015-2019

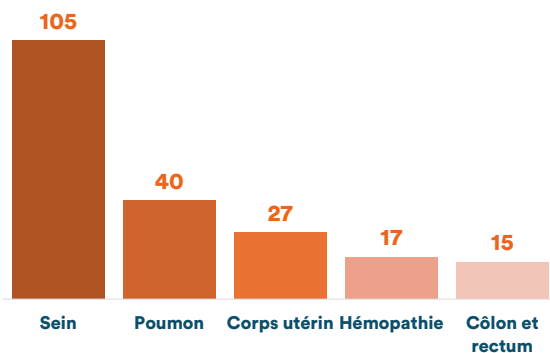
2.3 Population âgée de 50 ans et plus

La tendance s'inverse dans cette classe d'âge avec davantage de cas chez les hommes.

En effet, le **nombre moyen annuel de cancers sur la période 2015-2019 était de 293 cas chez la femme et 391 cas chez l'homme**. Les taux spécifiques étaient respectivement de 888,0/100 000 personnes-années et 1144,3/100 000.

Les cinq localisations les plus fréquentes chez la femme étaient :

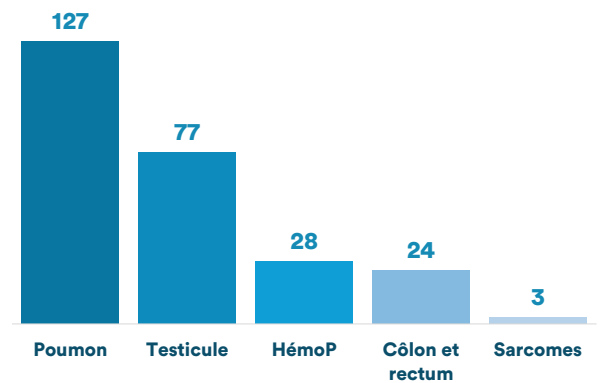
- le sein (105 ; 35,8%)
- le poumon (40 ; 13,7%)
- l'endomètre (27 ; 9,2%)
- les hémopathies malignes (17 ; 5,8%)
- le côlon-rectum (15 ; 5,1%)



Graphique 13. Nombre moyen annuel de cancers par topographies les plus fréquentes chez la femme âgée de plus de 50 ans, Polynésie française, 2015-2019

Les cinq localisations les plus fréquentes chez l'homme étaient :

- la prostate (127 ; 32,5%)
- le poumon (77 ; 19,7%)
- le côlon-rectum (28 ; 7,2%)
- les hémopathies malignes (24 ; 6,2%)
- les cancers lèvre-bouche-pharynx (23 ; 5,9%)



Graphique 14. Nombre moyen annuel de cancers par topographies les plus fréquentes chez l'homme âgé de plus de 50 ans, Polynésie française, 2015-2019

3. Incidence et mortalité des tumeurs solides en Polynésie française, 2015-2019

3.1 Données d'incidence et de mortalité générales

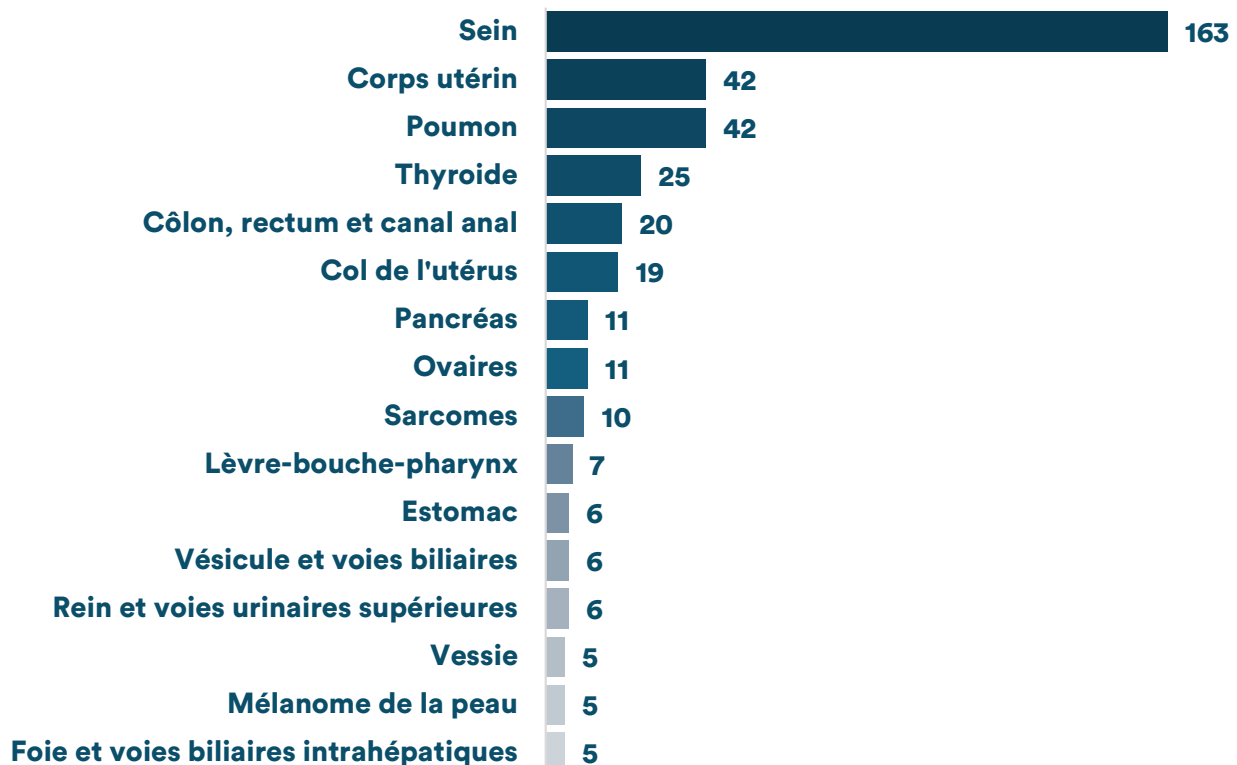
Sur la période 2015-2019, on comptabilisait 806 tumeurs malignes solides. Tous sexes confondus, le **cancer du sein (164 cas), de la prostate (128 cas) et du poumon (126 cas)** occupaient le trio de tête et représentaient à eux seuls **la moitié des cas de cancers** enregistrés sur la période 2015-2019.

Parmi les 398 tumeurs solides chez la femme, les topographies les plus fréquentes étaient :

- Le **cancer du sein**, très largement majoritaire avec 163 cas moyens annuels, représentait plus de 40% des cancers chez la femme ;
- Le **cancer du corps utérin et du poumon**, tous deux ex-aequo avec 42 cas moyens annuels.

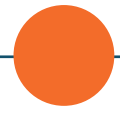
Parmi les 408 tumeurs solides chez l'homme, les topographies les plus fréquentes étaient :

- Le **cancer de la prostate**, avec 128 cas moyens annuels, représentait un tiers des cancers chez l'homme ;
- Le **cancer du poumon** avec 84 cas ;
- Le **cancer colo-rectal** avec 33 cas.

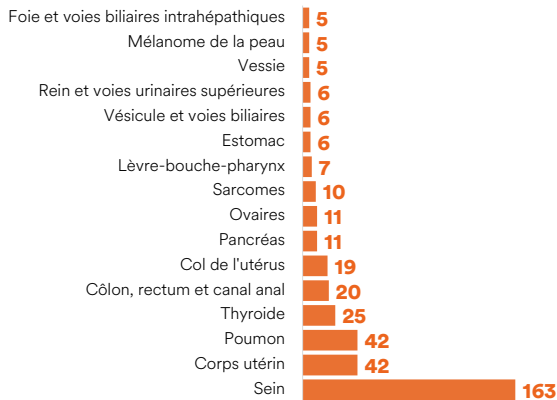


Graphique 15. Nombres moyens annuels des tumeurs malignes solides par topographies les plus fréquentes, Polynésie française, période 2015-2019

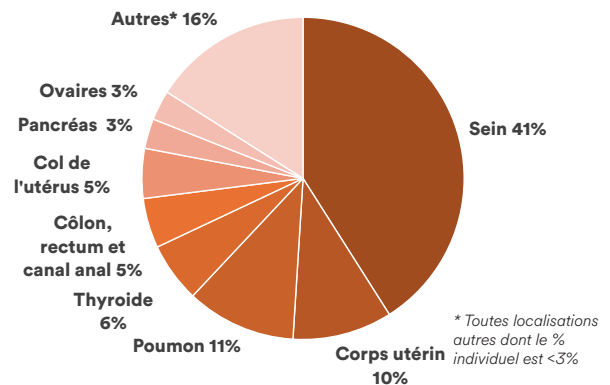
CHEZ LA FEMME



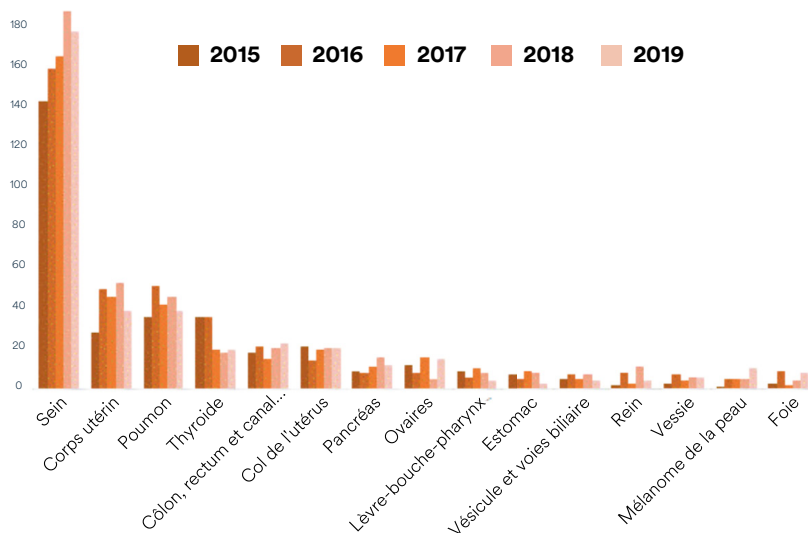
NOMBRE DE CAS :



Graphique 16. Nombre moyen annuel de cas de tumeurs solides par topographies les plus fréquentes chez la femme, Polynésie française, période 2015-2019

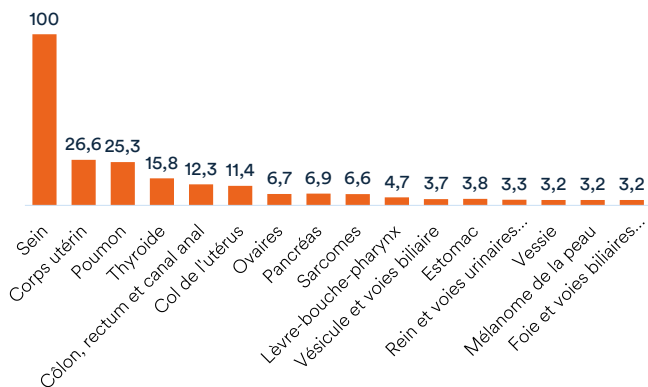


Graphique 17. Répartition des cas de tumeurs solides par topographies chez la femme, Polynésie française, 2015-2019

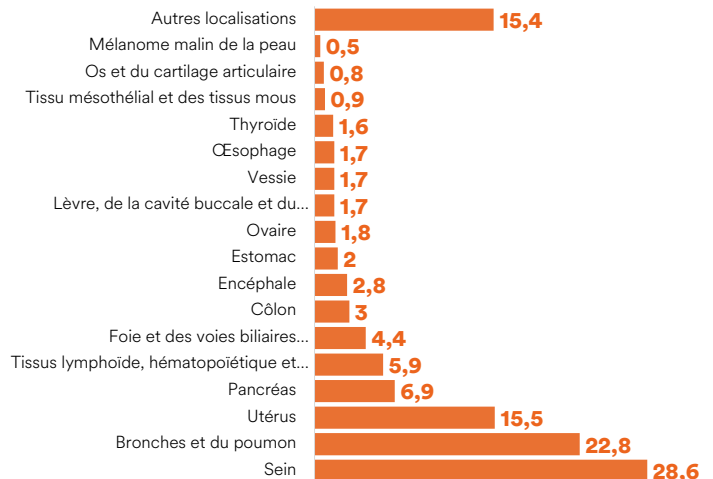


Graphique 18. Évolution annuelle du nombre de cas de tumeurs solides par topographies les plus fréquentes chez la femme entre 2015 et 2019, Polynésie française

TAUX D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ :



Graphique 19. Taux d'incidence standardisé (monde) moyens annuels par topographies les plus fréquentes chez la femme, Polynésie française, 2015-2019

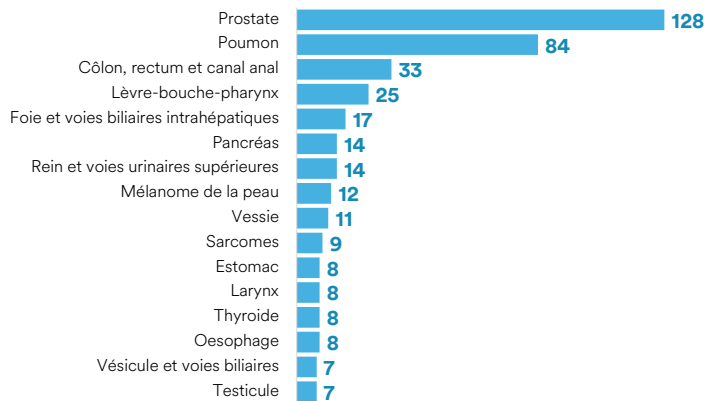


Graphique 20. Taux de mortalité standardisé (monde) par tumeurs malignes en fonction de la localisation cancéreuse chez la femme, Polynésie française, 2017 (2) (taux pour 100 000)

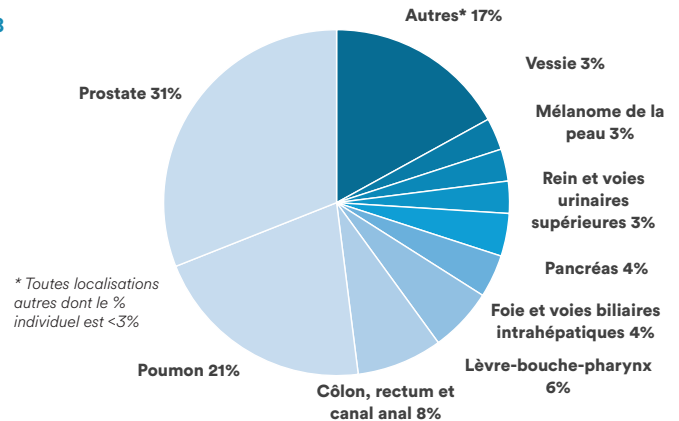
CHEZ L'HOMME



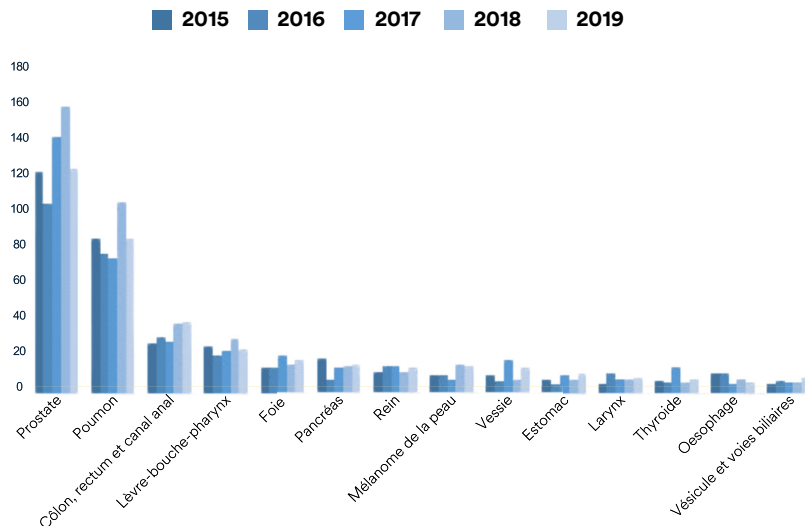
NOMBRE DE CAS :



Graphique 21. Nombre moyen annuel de cas de tumeurs solides par topographies les plus fréquentes chez l'homme, Polynésie française, 2015-2019

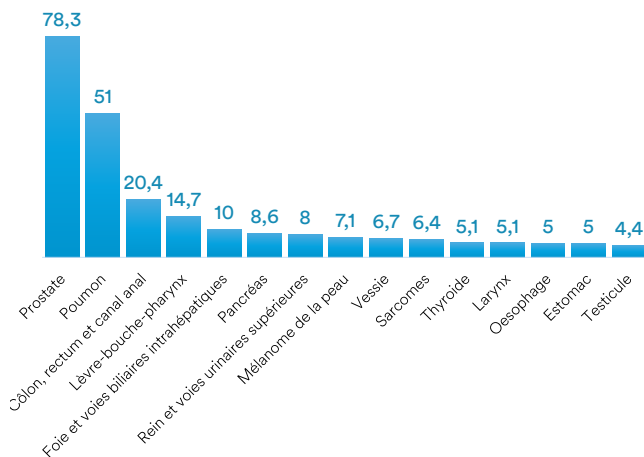


Graphique 22. Répartition des cas de tumeurs solides par topographies chez l'homme, Polynésie française, 2015-2019

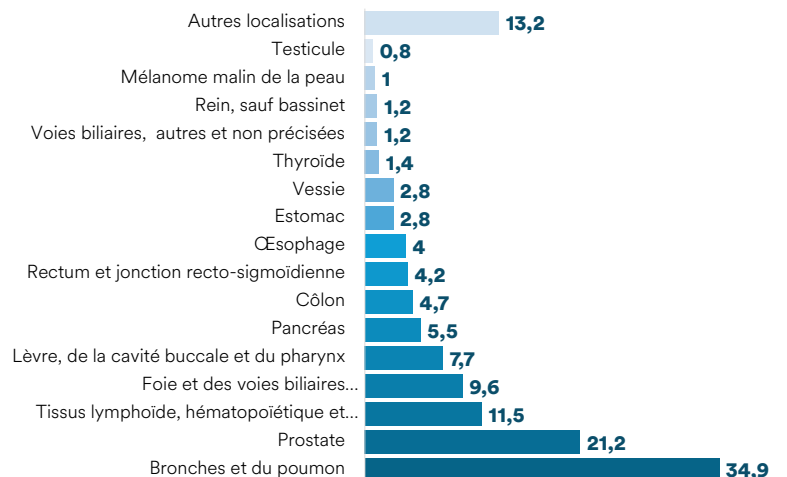


Graphique 23. Évolution annuelle du nombre de cas de tumeurs solides par topographies les plus fréquentes chez l'homme entre 2015 et 2019, Polynésie française

TAUX D'INCIDENCE ET DE MORTALITÉ :



Graphique 24. Taux d'incidence standardisés (monde) moyens annuels par topographies les plus fréquentes chez l'homme, Polynésie française, 2015-2019



Graphique 25. Taux de mortalité standardisé (monde) par tumeurs malignes en fonction de la localisation cancéreuse chez l'homme, Polynésie française, 2017 (2) (taux pour 100 000)

CANCER DU SEIN



Topographie (CIM-O3) : C50
Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

Le **cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme polynésienne**, comme dans la plupart des pays du monde.

Avec un **nombre moyen annuel de 163 nouveaux cas** sur la période 2015-2019, il représente **41% des tumeurs solides chez la femme polynésienne**. (Tableau 10) (Graphique 17)

Graphique 17. Répartition des cas de tumeurs solides par topographies chez la femme, Polynésie française, 2015-2019

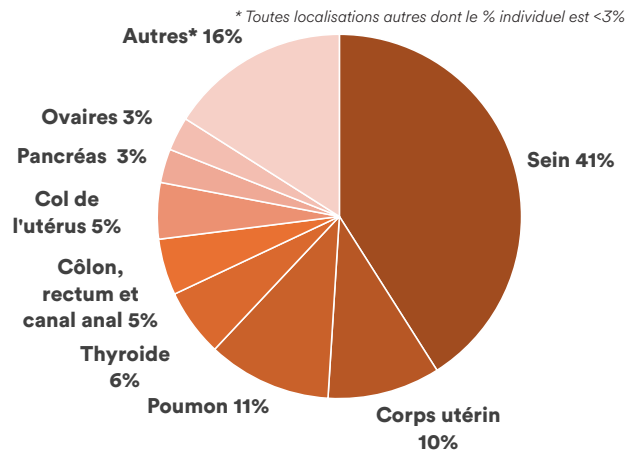


Tableau 10. Données d'incidence des cancers du sein en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

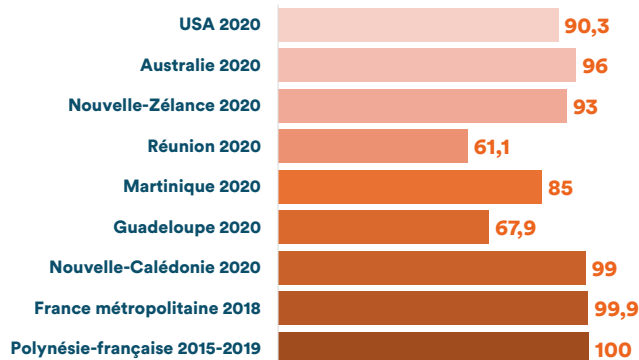
	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019	
Hommes	Nombre de cas	1	0	2	0	2	1
	Taux d'incidence brut	0,7	0,0	1,4	0,0	1,4	0,7
	Taux d'incidence standardisé	0,8	0,0	1,3	0,0	1,2	0,6
Femmes	Nombre de cas	140	156	162	184	175	163
	Taux d'incidence brut	104,6	115,7	119,5	135,2	128,1	120,5
	Taux d'incidence standardisé	91,1	97,6	98,8	111,1	101,8	100,0

Taux pour 100 000 personnes-années

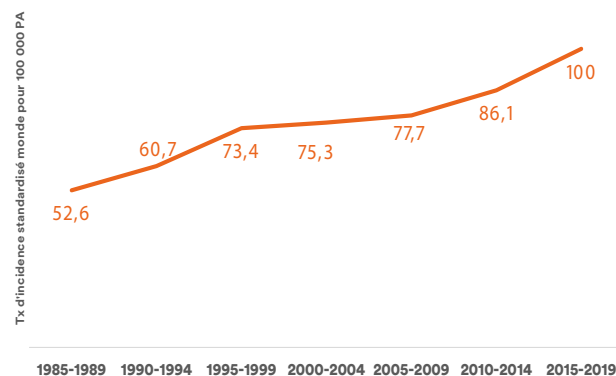
TAUX D'INCIDENCE :

L'incidence n'a fait qu'augmenter depuis les années 1980, pour atteindre un **taux d'incidence standardisé moyen sur la période 2015-2019 de 100,0/100000 [84,6-115,5]**.

Ce taux est équivalent à celui observé en France métropolitaine en 2018 qui était de 99,9 [96,5-103,4] et proche de celui d'autre pays tels que les USA, la Nouvelle-Zélande ou l'Australie (Graphique 26).



Graphique 26. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers du sein (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

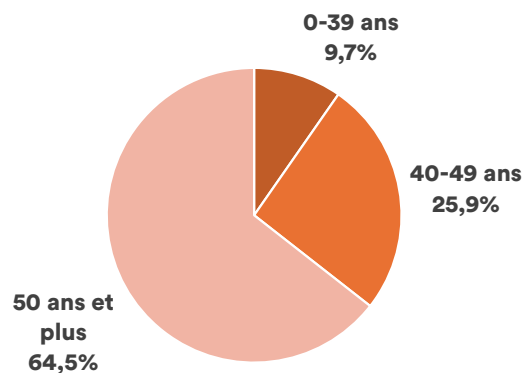


Graphique 31. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers du sein chez la femme en Polynésie française entre 1985 et 2019.

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 54 ans vs. 63 ans en 2018 en France métropolitaine, soit un âge au diagnostic 10 ans plus précoce.

La part des diagnostics de cancers du sein chez la femme de moins de 50 ans était de 35,6% vs. 20% en France métropolitaine. (Graphique 27)



Graphique 27. Répartition des cas de cancers du sein chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, 2015-2019.

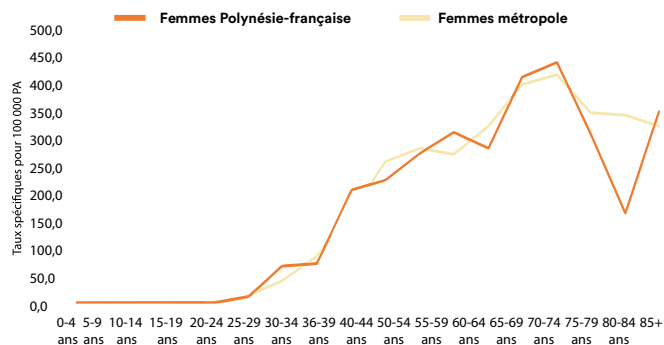
Tableau 11. Nombre moyen annuel de cas de cancers du sein chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, 2015-2019

Classes d'âges	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Nombre de cas	1	7	7	20	22	24	22	16
Classes d'âges	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus			
Nombre de cas	17	13	7	2	3			

Néanmoins, ces chiffres reflètent probablement en partie les différences de structure de la population avec une part des femmes de plus de 50 ans moins élevée qu'en France.

En effet, les taux spécifiques de cancer du sein par âge ne montrent pas de surincidence en Polynésie française par rapport à la France métropolitaine, notamment chez la femme jeune (Graphique 28).

La population polynésienne vieillit depuis de nombreuses années, le nombre d'enfants par femme ne cesse de reculer ainsi que l'âge au premier enfant, ce qui peut expliquer une partie de la hausse des cas de cancers du sein observée. La prévalence de l'obésité est très élevée en Polynésie française puisque deux tiers des femmes étaient en surpoids en 2010, dont 40% au stade d'obésité (6). Néanmoins, l'évolution dans le temps de cette prévalence est mal documentée. Concernant la consommation d'alcool, elle semble élevée chez la femme en Polynésie française comparée à la métropole (12).



Graphique 28. Taux spécifiques par classes d'âges des cancers du sein chez la femme en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018

Le dépistage intensifié du cancer du sein mis en place dans les années 2000 est sans doute responsable de la hausse d'un certain nombre de cas, tout comme l'évolution des pratiques de recueil des cas au registre.

DÉCÈS :

Avec un **total de 48 décès annuel et un taux de mortalité standardisé de 28,6/100 000**, le cancer du sein est la **première cause de décès par cancer**, comme dans beaucoup de pays du monde.

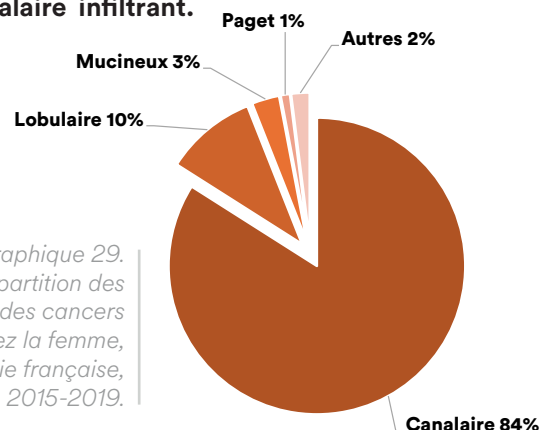
Cette observation est liée davantage au nombre élevé de cas plutôt qu'à des données de survies défavorables.

Les deux premiers facteurs de risque du cancer du sein sont le **sexe et l'âge**. Les facteurs génétiques sont responsables de 5 à 10% des cancers du sein. Les autres facteurs de risque aujourd'hui bien documentés sont les facteurs hormonaux et reproductifs ou encore des facteurs de risque modifiables tels que la consommation d'alcool, l'obésité (notamment post-ménopausique) ou encore la sédentarité. La fraction des cancers du sein attribuable à l'alcool est très variable d'un pays à l'autre mais elle peut s'élever jusqu'à 15% (5).

HISTOLOGIE :

84% des cancers étaient de type canalaire infiltrant.

(Graphique 29)



Graphique 29. Répartition des histologies des cancers du sein chez la femme, Polynésie française, période 2015-2019.

CANCER DE LA PROSTATE

Topographie (CIM-O3) : C50

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme polynésien, comme dans un grand nombre de pays du monde.

Avec un nombre moyen annuel de 128 nouveaux cas sur la période 2015-2019, il représente un tiers des tumeurs solides chez l'homme. (Tableau 12) (Graphique 22).

Il s'agit d'adénocarcinome dans 97,5% des cas.

Graphique 22 Répartition des cas de tumeurs solides par topographies chez l'homme, Polynésie française, 2015-2019

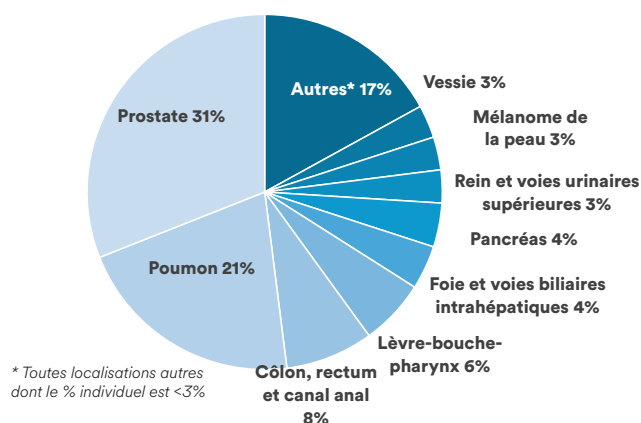


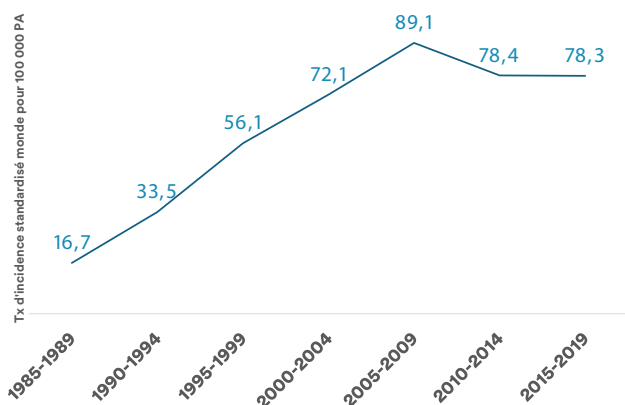
Tableau 12. Données d'incidence des cancers de la prostate, Polynésie française, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Hommes						
Nombre de cas	120	103	139	155	122	128
Taux d'incidence brut	86,2	73,7	99,1	110,3	86,6	91,2
Taux d'incidence standardisé	78,2	66,8	85,4	91,4	69,0	78,3

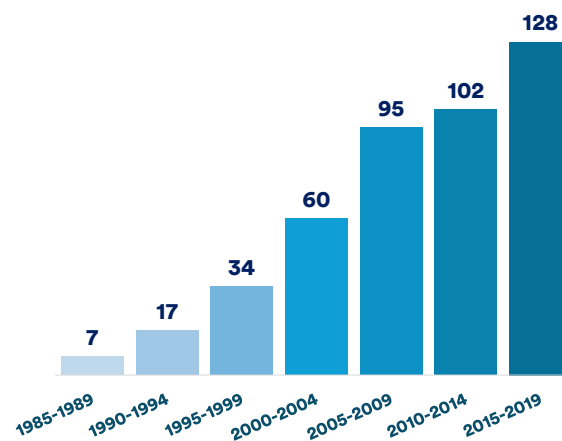
Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

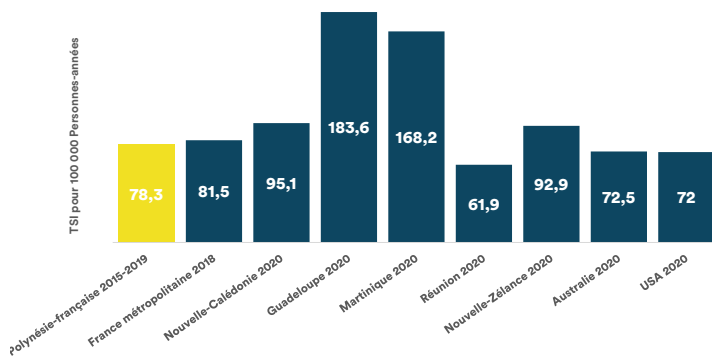
Les cas ne font qu'augmenter depuis les années 1980. Néanmoins, après avoir suivi la même tendance jusqu'au début des années 2000, le taux d'incidence standardisé moyen tend à diminuer, atteignant **78,3 [64,6-92,1] pour 100 000 personnes-années sur la période 2015-2019.** (Graphique 36)



Graphique 35. Évolution du nombre de cas de cancers de la prostate chez l'homme en Polynésie française entre 1985 et 2019.



Graphique 36. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers de la prostate chez l'homme en Polynésie française entre 1985 et 2019



Graphique 32. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers de la prostate (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

En France métropolitaine, le taux de 81,5 [78,3-84,7] observé en 2018 est tout à fait semblable. Cette tendance à la baisse est retrouvée dans beaucoup de pays et s'explique très souvent par les variations de politique de dépistage.

En effet, en réduisant sa pratique du fait notamment de surdiagnostics et de surtraitements entraînant des séquelles non négligeables, l'incidence a naturellement diminué (3). Notons les taux standardisés élevés dans les Antilles françaises qui sont possiblement attribués à l'exposition à des facteurs environnementaux et notamment au chlordécone.

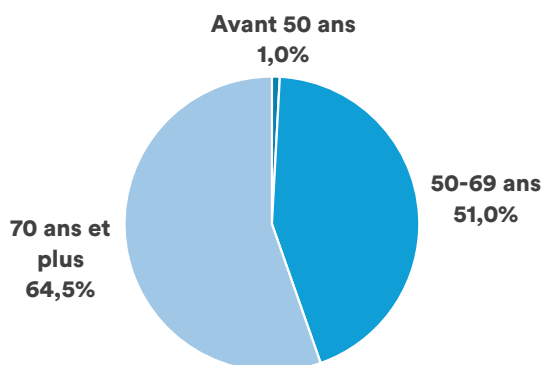
ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 69 ans, très proche de celui de la France métropolitaine. La moitié des cas est diagnostiquée entre 50 et 70 ans. Les cas diagnostiqués avant 50 ans restent rares.

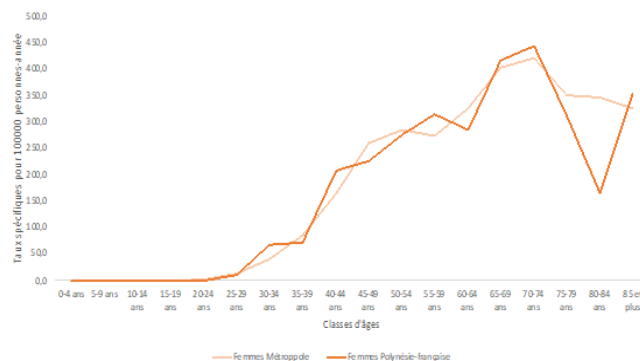
(Graphique 33)

Les taux spécifiques par âge restent identiques à ceux de la France métropolitaine, si ce n'est sur l'intervalle d'âges 70-84 ans où les taux semblent plus élevés en Polynésie française. (Graphique 34).

Il peut s'agir du manque de précision liée aux petits effectifs des populations âgées ou de taux effectivement plus élevés. Si tel était le cas, une des explications possibles pourrait être la question du sur-dépistage de cette catégorie d'âge.



Graphique 33. Répartition des cas de cancers de la prostate par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.



Graphique 34. Taux spécifiques par classes d'âges des cancers de la prostate en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

Tableau 13. Nombre moyen annuel de cas de cancer de la prostate par classes d'âges, Polynésie française, 2015-2019

Classes d'âges	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus
Nombre de cas	1	4	14	22	26	26	21	11	4

DÉCÈS :

Avec un **total de 33 décès annuel et un taux de mortalité standardisé de 21,2/100 000**, le cancer de la prostate est la **2nde cause de décès par cancer chez l'homme**. Cette observation est liée davantage au nombre élevé de cas plutôt qu'à des données de survie défavorables. (2)

Les **facteurs de risques** avérés de cancers de la prostate sont l'**âge**, l'**origine ethnique (notamment les hommes d'origine afro-antillaise)** et les **antécédents familiaux de cancers de la prostate**. Parmi les facteurs environnementaux, les perturbateurs endocriniens dont certains pesticides et certains facteurs alimentaires sont reconnus comme cancérigènes possibles par le CIRC mais doivent encore faire l'objet d'études complémentaires.

CANCER DU POUMON



Topographie (CIM-O3) : C50

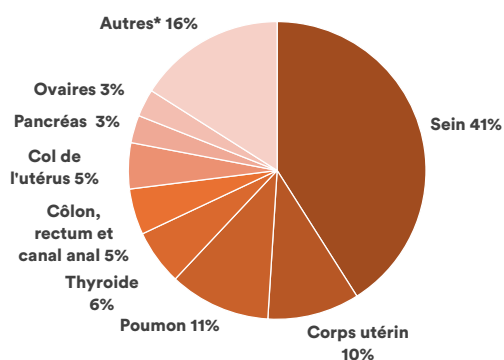
Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

Le cancer du poumon est le 2^{ème} cancer le plus fréquent chez l'homme parmi les tumeurs solides (84 cas) et le troisième chez la femme (42 cas).

On estime à **126 le nombre de nouveaux cas moyens annuels de cancers du poumon** sur la période 2015-2019, dont 67 % chez l'homme (Tableau 14). Il représente ainsi environ **20% des cancers chez l'homme et 10% des cancers chez la femme polynésienne.**

Graphique 17



* Toutes localisations autres dont le % individuel est <3%

Graphique 22

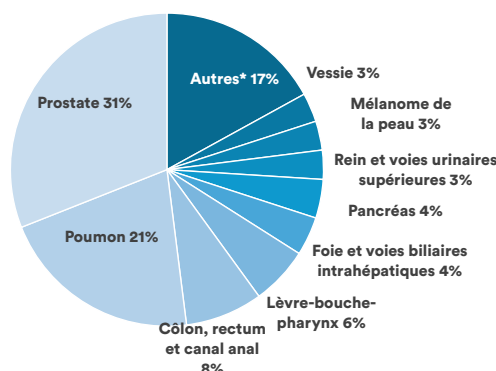


Tableau 14. Données d'incidence des cancers broncho-pulmonaires en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

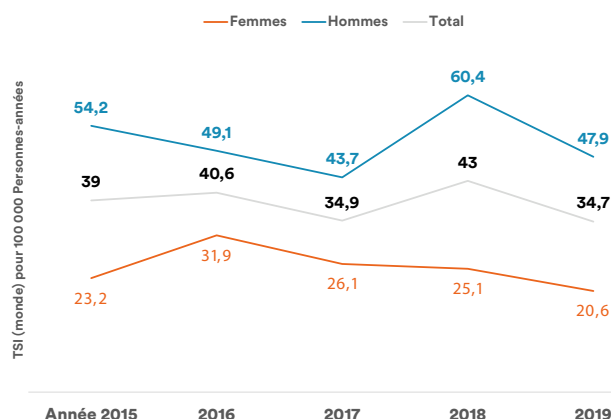
	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019	
Tout sexe	Nombre de cas	119	126	114	149	122	126
	Taux d'incidence brut	43,6	45,9	41,3	53,9	44,0	45,7
	Taux d'incidence standardisé	39,0	40,6	34,9	43,0	34,7	38,4
Femmes	Nombre de cas	35	50	41	45	38	42
	Taux d'incidence brut	26,1	37,1	30,3	33,1	27,8	30,9
	Taux d'incidence standardisé	23,2	31,9	26,1	25,1	20,6	25,3
Hommes	Nombre de cas	84	76	73	104	84	84
	Taux d'incidence brut	60,4	54,4	52,1	74,0	59,6	60,1
	Taux d'incidence standardisé	54,2	49,1	43,7	60,4	47,9	51,0

Taux pour 100 000 personnes-années

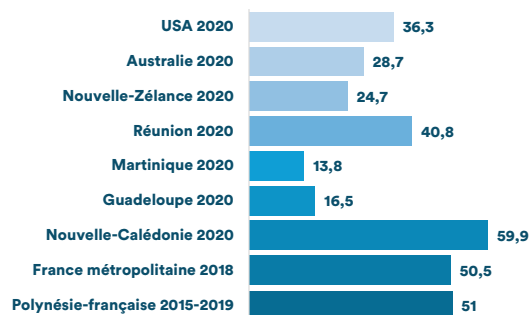
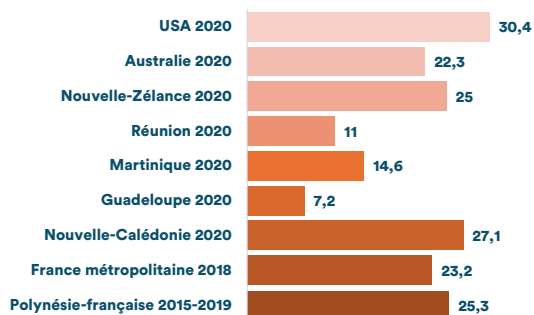
TAUX D'INCIDENCE :

Les taux d'incidence standardisés (monde) moyens sur la période 2015-2019 sont de 51,0 [40,0-62,0] pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 25,3 [17,5-33,1] pour 100 000 personnes-années chez la femme. (Tableau 14)

Le sex-ratio est de 2.



Les taux métropolitains en 2018 étaient réciproquement de 50,5 [47,2 ; 54,0] et de 23,2 [21,5 ; 25,0], soit très proches de ceux de la Polynésie.



Graphique 38 et 39. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers broncho-pulmonaires chez la femme et l'homme (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

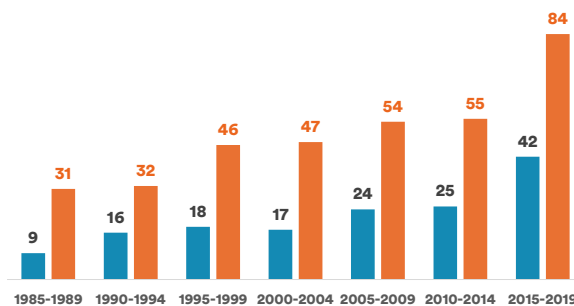
Les cas de cancers du poumon ont largement augmenté en Polynésie française depuis les années 1980, avec une augmentation très marquée sur la dernière période.

Cependant, après ajustement sur l'âge, on observe une diminution régulière des taux d'incidence standardisés chez l'homme depuis les années 1980, avec une légère ré-ascension sur la dernière période. Les taux restent relativement stables chez la femme, avec la même observation sur la période la plus récente. (Graphique 47)

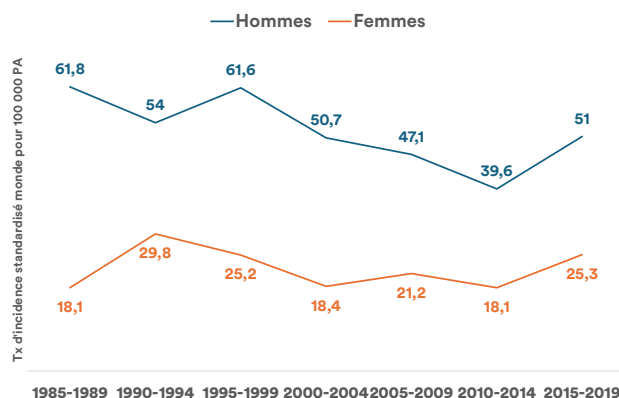
Cette augmentation peut résulter d'une meilleure exhaustivité de recueil des cas par le registre.

En comparaison, la métropole observe une forte augmentation des taux chez la femme et une stabilité voire une légère diminution chez l'homme (3). Il est important de noter que ces dernières années, la dichotomie entre primitif pulmonaire et métastases pulmonaires d'un primitif autre est plus aisée, entraînant ainsi une reclassification de certaines métastases et contribuant ainsi à diminuer quelques peu les incidences des cancers pulmonaires.

Femmes Hommes



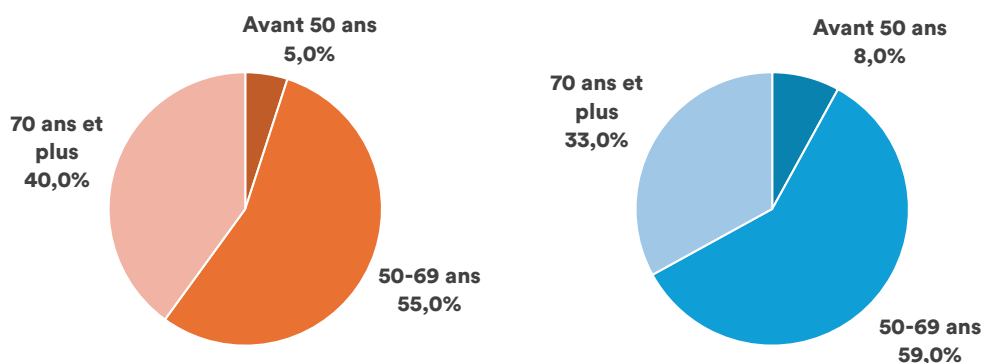
Graphique 46. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers bronchopulmonaires en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.



Graphique 47. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) annuels des cancers bronchopulmonaires en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.

ÂGE MÉDIAN :

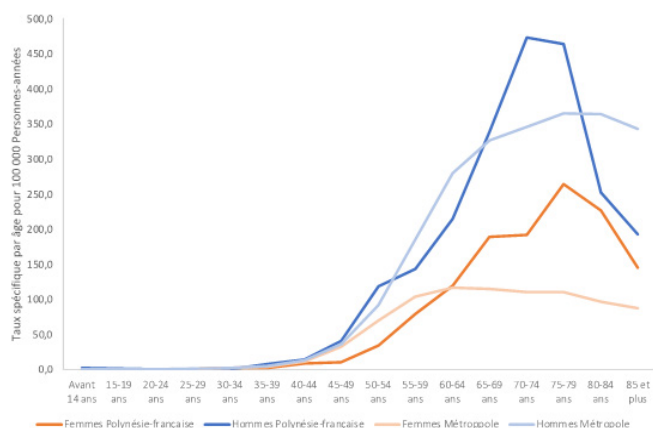
L'âge médian au diagnostic était de 64 ans chez l'homme vs. 67 ans en France métropolitaine en 2018 et de 67 ans chez la femme vs. 65 ans en France.



Graphique 40 et 41. Répartition des cas de cancers bronchopulmonaires chez la femme et l'homme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

Tableau 15. Nombre moyen annuel de cas de cancers broncho-pulmonaires en fonction de l'âge et du sexe, Polynésie française, 2015-2019

Classes d'âges	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus
Hommes	1	1	4	11	11	13	14	14	9	3	1
Femmes	0	1	1	3	6	7	8	6	6	4	1



Graphique 42. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des cancers broncho-pulmonaires en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

L'augmentation de risque observée à la quarantaine est sensiblement la même que celle observée en métropole, bien que les courbes polynésiennes continuent de s'élever au-delà de 60 ans alors qu'elles ont tendance à ralentir et se stabiliser en métropole. (Graphique 42)

Les taux d'incidence spécifiques par âge augmentent pour les deux sexes à partir de 40-45 ans tout en restant plus marqués chez l'homme, atteignant le taux maximal de 473/100 000 à 70-74 ans chez l'homme et de 286/100 000 à 75-80 ans chez la femme.

Le tabac est le 1^{er} facteur de risque de cancer du poumon, la fraction attribuable au tabac étant de l'ordre de 80% (13).

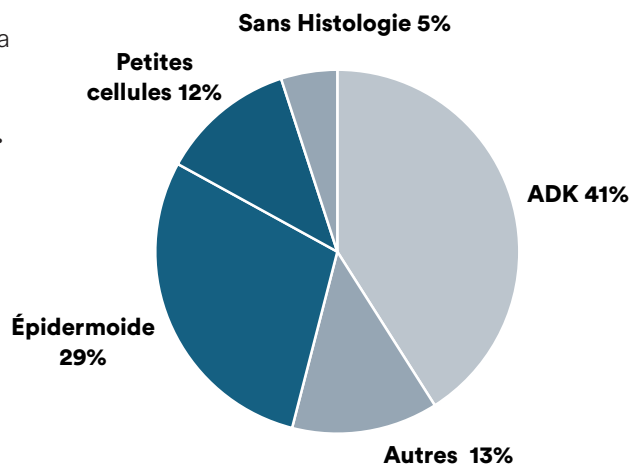
Si tous les types histologiques de cancer du poumon peuvent être associés au tabac, l'augmentation de l'incidence des adénocarcinomes pourrait toutefois s'expliquer par une modification de la structure et de la composition des cigarettes, notamment l'introduction des filtres de cigarettes pouvant être responsables d'une inhalation plus profonde, favorisant ainsi leur genèse du fait d'une distribution plus périphérique. (3)

Une étude polynésienne datant de 2010 montrait que la prévalence de la consommation tabagique avait augmenté et atteignait 41% de fumeurs, les jeunes fumant davantage que leurs aînés et les femmes plus que les hommes (6). Sachant qu'il existe un décalage de plusieurs années entre l'exposition et le développement du cancer, ces résultats sont très inquiétants pour l'évolution de l'incidence des cancers du poumon dans les années à venir qui devrait inéluctablement augmenter, notamment chez la femme.

HISTOLOGIE :

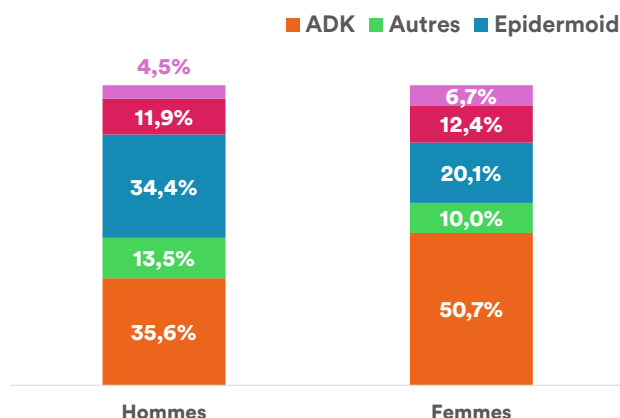
Le type **adénocarcinome** est la forme majoritaire sur la période 2015-2019 notamment chez la femme.

Il se situe au niveau du type épidermoïde chez l'homme.

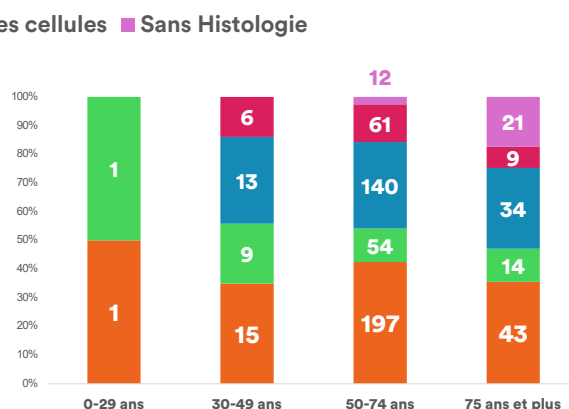


Graphique 43. Répartition des histologies des cancers bronchopulmonaires, Polynésie française, 2015-2019.

- Chez l'homme, l'adénocarcinome représente 36% (42% en France métropolitaine), les épidermoïdes 34% (27% en France) et les petites cellules 12% (11%).
- Chez la femme, les adénocarcinomes représentent 51% (57% en France métropolitaine), les épidermoïdes 21% (13%) et les petites cellules 12% (12%). (Graphiques 44 et 45)



Graphique 44. Répartition des histologies des cancers bronchopulmonaires en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019.



Graphique 45. Répartition des histologies des cancers bronchopulmonaires en fonction de l'âge, Polynésie française, 2015-2019.

Le type adénocarcinome est celui qui a le plus évolué dans le temps. Chez l'homme, il a augmenté progressivement au cours du temps jusqu'à la dernière période où son ascension importante lui a permis de devenir le type histologique le plus fréquent, dépassant de peu le type épidermoïde. (Tableau 16 et Graphique 48).

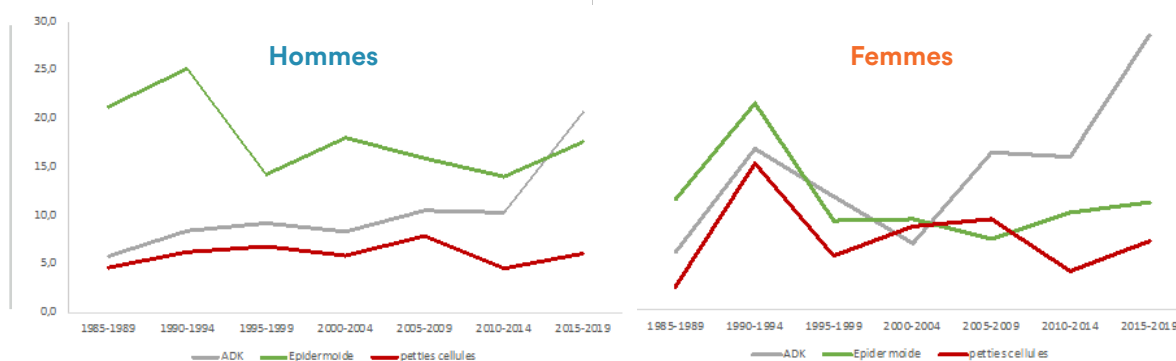
Tableau 16. Distribution des types histologiques des cancers bronchopulmonaires chez la femme entre 1985 et 2019, Polynésie française (%)

	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2019
Adénocarcinomes	12,8%	27,5%	21,8%	17,6%	37,7%	39,5%	50,7%
Épidermoïde	27,7%	32,5%	18,4%	23,5%	15,8%	25,8%	20,1%
Petites cellules	6,4%	23,8%	10,3%	20,0%	20,2%	10,5%	12,4%
Autres	14,9%	7,5%	13,8%	31,8%	22,8%	24,2%	10,0%
Sans Histologie	38,3%	8,8%	35,6%	7,1%	3,5%	0,0%	6,7%

Tableau 17. Distribution des types histologiques des cancers bronchopulmonaires chez l'homme entre 1985 et 2019, Polynésie française (%)

	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2019
Adénocarcinomes	6,4%	15,5%	15,4%	14,2%	21,2%	26,8%	35,6%
Épidermoïde	34,0%	47,1%	24,6%	36,6%	34,5%	35,7%	34,2%
Petites cellules	8,3%	12,9%	11,0%	12,1%	17,0%	11,9%	11,9%
Autres	10,3%	7,1%	15,4%	32,3%	25,0%	25,3%	13,8%
Sans Histologie	41,0%	17,4%	33,8%	4,7%	2,3%	0,4%	4,5%

Graphique 48 et 49. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers du poumon en fonction du type histologique en Polynésie française entre 1985 et 2019.



DÉCÈS :

Le cancer du poumon est la 1^{ère} cause de décès par cancer chez l'homme et la 2^{ème} chez la femme avec un total de 97 décès annuel dont 59 chez l'homme et 38 chez la femme. Les taux de mortalité standardisés étaient respectivement de 34,9/100 000 chez l'homme et de 22,8/100 000 chez la femme (2).

CANCER DU CÔLON, RECTUM ET CANAL ANAL



Topographie (CIM-O3) : C18-21

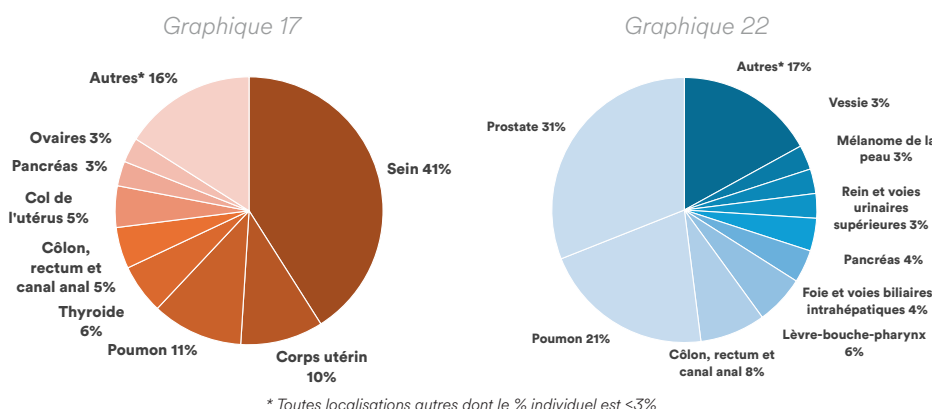
Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

Le cancer colorectal est le 3^{ème} cancer solide chez l'homme et le 4^{ème} chez la femme avec respectivement 33 et 20 cas moyens annuels.

Le nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancers colo-rectaux et du canal anal était de 54 cas dont 62% chez les hommes.

Il représente respectivement 8% et 5% des cancers. (Tableau 18) (Graphique 17 et 22)



Le terme « cancers colo-rectaux » est utilisé pour l'ensemble de ce groupe, du fait que le cancer du canal anal reste rare, avec 1 cas moyen par an chez l'homme comme chez la femme.

Tableau 18. Données d'incidence des cancers colo-rectaux en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

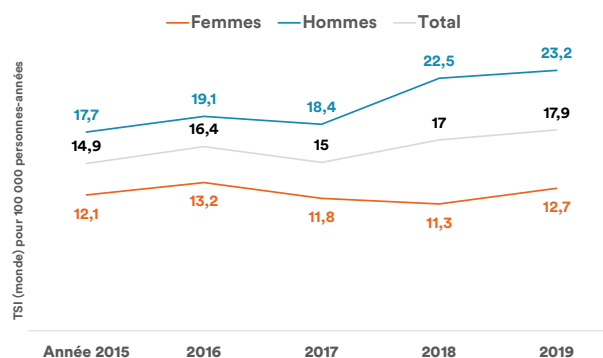
	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019	
Tout sexe	Nombre de cas	46	53	48	59	63	54*
	Taux d'incidence brut	16,8	19,3	17,4	21,3	22,7	19,5
	Taux d'incidence standardisé	14,9	16,4	15,0	17,0	17,9	16,3
Femmes	Nombre de cas	19	22	18	21	22	20
	Taux d'incidence brut	14,2	16,3	13,3	15,4	16,1	15,1
	Taux d'incidence standardisé	12,1	13,2	11,8	11,3	12,7	12,3
Hommes	Nombre de cas	27	31	30	38	41	33
	Taux d'incidence brut	19,4	22,2	21,4	27,0	29,1	23,8
	Taux d'incidence standardisé	17,7	19,1	18,4	22,5	23,2	20,4

* le nombre de cas moyen étant arrondi, la somme des cas pour les deux sexes peut ne pas être parfaitement égale au nombre total de cas
Taux pour 100 000 personnes-années

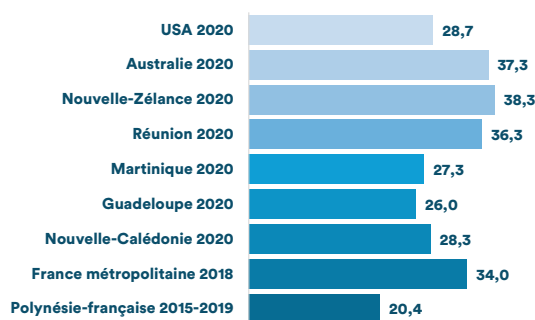
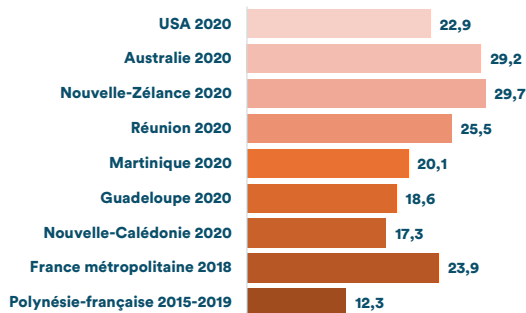
TAUX D'INCIDENCE :

Les taux d'incidence moyens standardisés (monde) étaient de 20,4 [13,4-27,4] cas pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 12,3 [6,9-17,7] pour 100 000 personnes-années chez la femme. Le sex-ratio est de 1,7 (Tableau 18).

Les taux étaient réciproquement de 34,0 [32,7 ; 35,3] et de 23,9 [23,1 ; 24,8] en France métropolitaine en 2018, soit significativement plus élevés qu'en Polynésie française. Les taux observés en Polynésie française restent globalement plus faibles que ceux observés dans la plupart des pays développés. (Graphique 51)



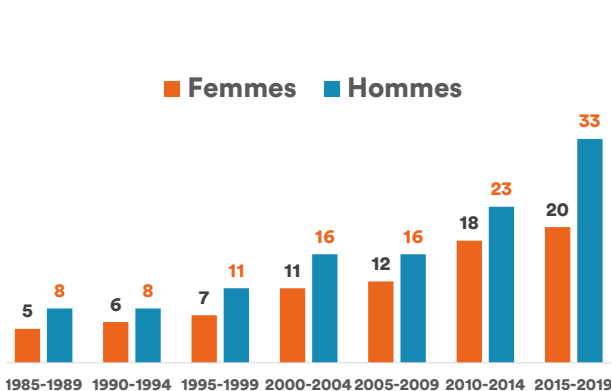
Graphique 50. Évolution annuelle des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers colo-rectaux en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019



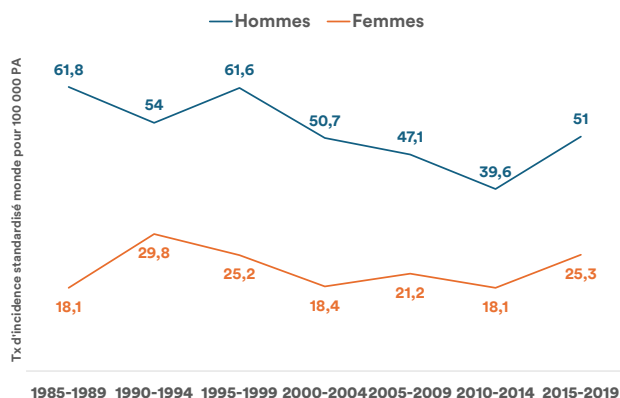
Graphique 51 et 52. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers colo-rectaux chez l'homme et la femme, Polynésie française, période 2015-2019 (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

Les cas de cancers colorectaux ont augmenté en Polynésie française depuis les années 1980.

Après ajustement sur l'âge, les taux d'incidence standardisés augmentent légèrement chez l'homme comme chez la femme jusqu'en 2005, avant d'initier une ascension plus marquée jusqu'en 2019. (Graphique 58 et 59)



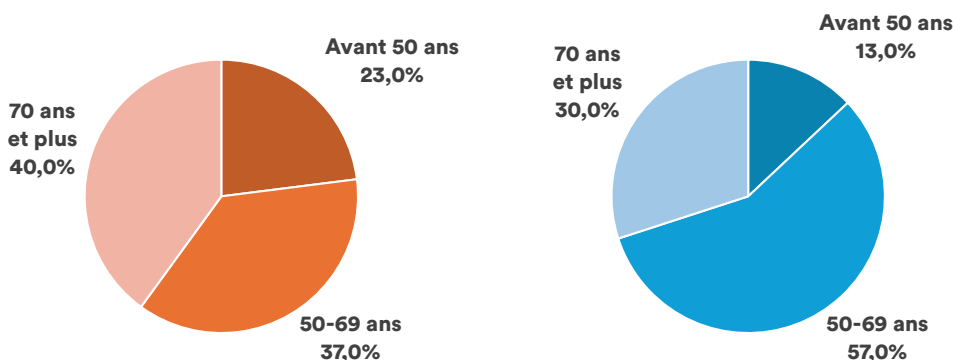
Graphique 58. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers colorectaux en fonction du sexe et de la période, Polynésie française, 1985-2019.



Graphique 59. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers colorectaux en fonction du sexe et de la période, Polynésie française, 1985-2019.

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 64 ans chez l'homme et de 65 ans chez la femme vs. 71 ans chez l'homme et 73 ans chez la femme en France métropolitaine.

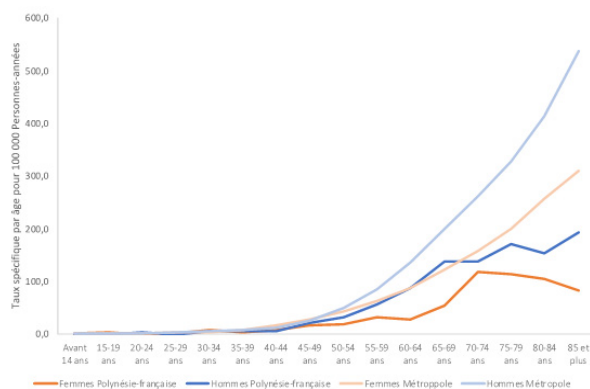


Graphique 53 et 54. Répartition des cas de cancers colo-rectaux chez la femme et chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

Les taux d'incidence spécifiques par âge augmentent lentement pour les deux sexes à partir de 45-49 ans, avec une ascension plus élevée chez l'homme qui atteint un plateau à 75 ans.

La pente reste relativement faible chez la femme jusqu'à l'âge de 60 ans où l'augmentation s'accélère avant d'atteindre un plateau à 70 ans.

Les taux restent très inférieurs à ceux observés en France métropolitaine où les courbes suivent une pente relativement proche de celle observée en Polynésie jusqu'à l'âge de 65-69 ans, mais dans des niveaux de risque supérieurs. Au-delà, les courbes métropolitaines accélèrent leur ascension de manière exponentielle. (Graphique 55)

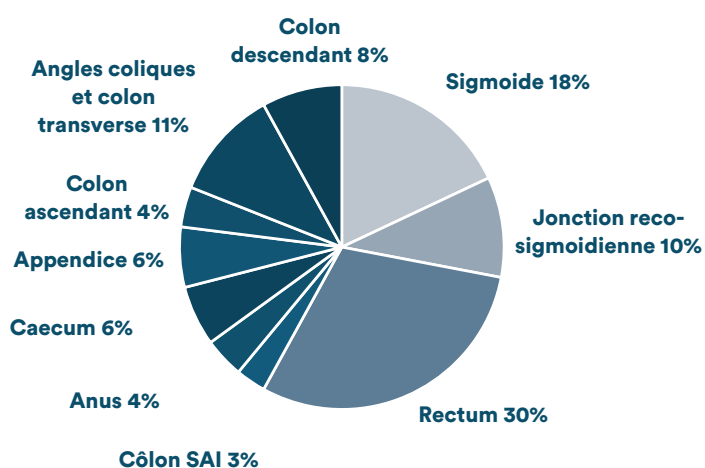


Graphique 55. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des cancers colo-rectaux en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

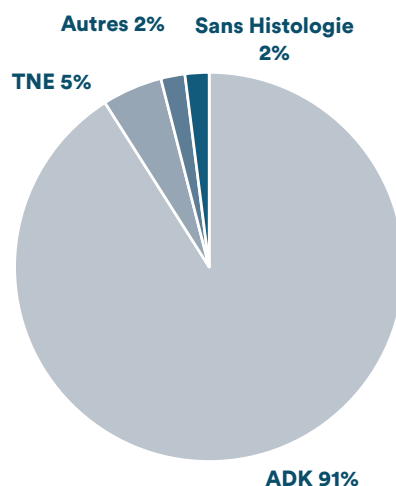
HISTOLOGIE :

Sur la période 2015-2019, environ 60% des cancers colo-rectaux étaient localisés au niveau du sigmoïde, de la charnière recto-sigmoïdienne ou du rectum. (Graphique 56)

Les cancers colo-rectaux étaient des adénocarcinomes dans 90% des cas. (Graphique 57)



Graphique 56. Répartition des localisations des cancers colo-rectaux, Polynésie française, 2015-2019.



Graphique 57. Répartition des histologies des cancers colo-rectaux, Polynésie française, 2015-2019.

DÉCÈS :

Le cancer colo-rectal est la 5^{ème} cause de décès par cancer chez l'homme et la 8^{ème} chez la femme, avec un total de 21 décès annuels dont 15 chez l'homme et 6 chez la femme.

Les taux de mortalité standardisés pour le cancer colique étaient respectivement de 3,7/100 000 chez l'homme et de 3,0/100 000 chez la femme, ceux du rectum de respectivement 3,5/100 000 et 0,5/100 000 (2).

Les cancers du côlon et du rectum partagent les mêmes facteurs de risque. **L'effet protecteur d'une alimentation riche en fibres et l'effet néfaste du surpoids, d'une vie sédentaire, du tabac, de l'alcool et de la consommation élevée de viande transformée sont prouvés.** Le risque est augmenté chez les personnes ayant des antécédents d'adénome ou de cancer colorectal ainsi qu'en cas de colite inflammatoire étendue. Il existe également des prédispositions héréditaires telles que le syndrome de Lynch et la polypose adénomateuse familiale.

Les prévalences de ces facteurs de risque et leur évolution en Polynésie française expliquent sans doute en partie l'évolution de l'incidence de ce cancer. A noter également que les biais méthodologiques de recueil de données expliquent possiblement une partie de l'évolution observée. En effet, la diversification des sources, et notamment le traitement des PMSI des cliniques privées sur la dernière période, a permis de récupérer certains cas de cancers colorectaux de bon pronostic ayant nécessité une chirurgie sans traitement adjuvant.

Cependant, la moindre incidence de ce cancer en Polynésie française doit attirer notre attention et pourrait faire l'objet d'un projet de recherche spécifique.

Existe-t-il un biais d'enregistrement des cancers colorectaux ? Les facteurs de risque sont-ils moins prévalents en Polynésie française ? Néanmoins, les quelques données disponibles ne semblent pas aller en ce sens (obésité, tabac, alcool). Doit-on s'intéresser davantage au mode alimentaire ? S'agit-il d'une spécificité ethnique ? D'autant plus qu'il est important de noter que le dépistage organisé de ce cancer n'est pas présent en Polynésie française, son déploiement permettant à moyen terme de diminuer l'incidence du fait de la résection de polypes bénins, dans la mesure où le taux de participation est élevé.

Concernant le développement d'un dépistage organisé du cancer colo-rectal, des analyses plus poussées (exhaustivité, données de survie complète, stade au diagnostic, incidence par classes d'âges, etc.) doivent être entreprises pour juger de la pertinence de son déploiement. D'autant plus que le taux de participation métropolitain à ce dépistage reste très insuffisant (35%) et qu'à ce jour, aucun argument ne permet de penser qu'il puisse être meilleur en Polynésie française. (9)



CANCER DU CORPS UTÉRIN



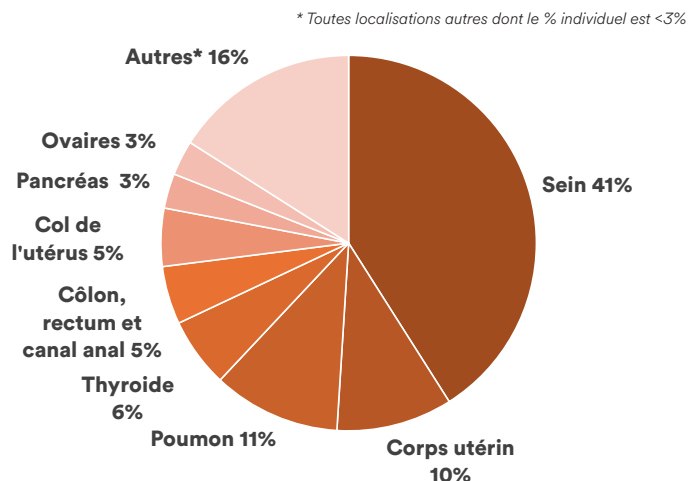
Topographie (CIM-O3) : C50

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

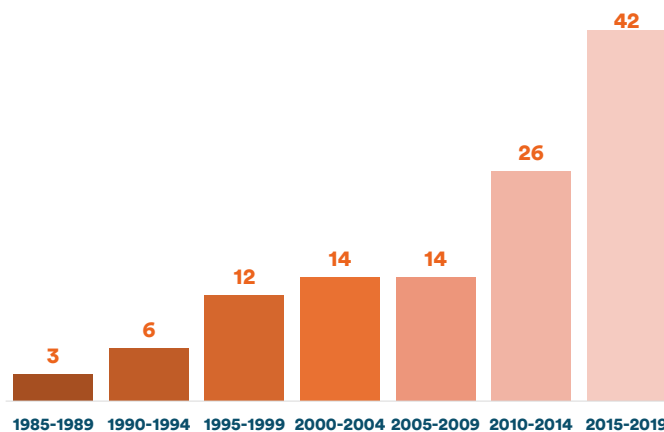
NOMBRE DE CAS :

Le cancer du corps utérin est le 2^{ème} cancer chez la femme.

Le nombre de **nouveaux cas moyen annuel** sur la période 2015-2019 était de **42** et représente **11% des cancers** (Tableau 20) (Graphique 17).



Graphique 17. Répartition des cas de tumeurs solides par topographies chez la femme, Polynésie française, 2015-2019



Graphique 65. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers du corps utérin chez la femme en Polynésie française entre 1985 et 2019.

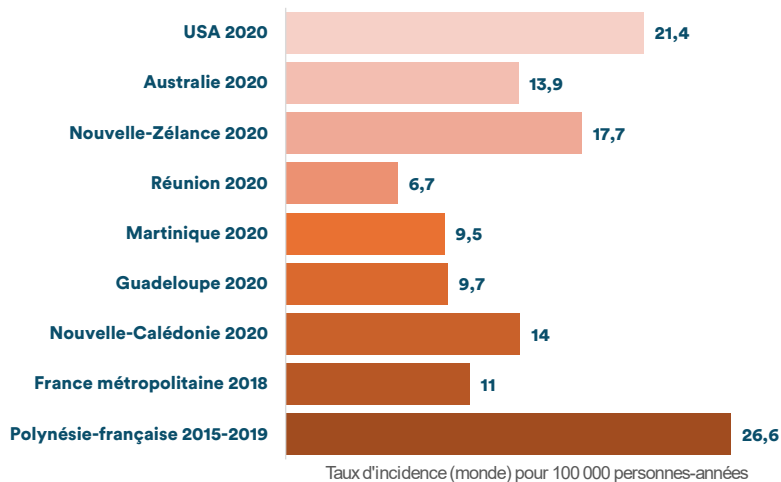
Tableau 20. Données d'incidence des cancers du corps utérin, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Femmes	Nombre de cas	28	49	45	52	38	42
	Taux d'incidence brut	20,9	36,4	33,2	38,2	27,8	31,3
	Taux d'incidence standardisé	18,8	30,7	28,6	32,5	22,6	26,6

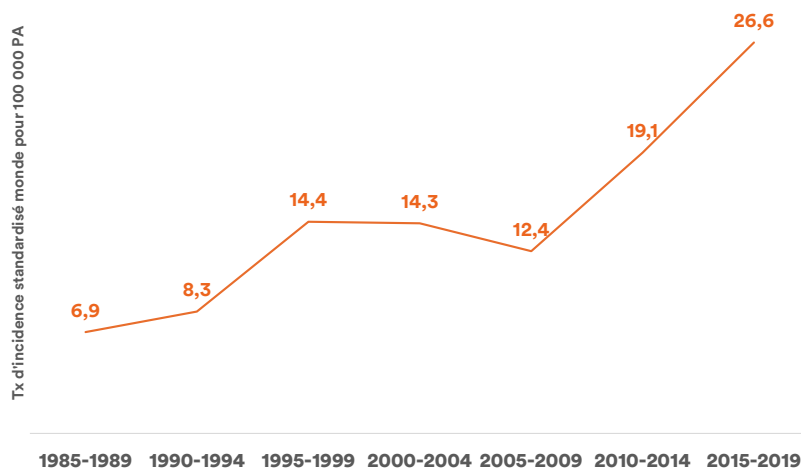
TAUX D'INCIDENCE :

Le taux d'incidence standardisé (monde) moyen était de 26,6 [18,5-34,7] cas pour 100 000 personnes-années vs. 11,0 [10,3;11,8] en 2018 en France métropolitaine.

Le taux polynésien est donc significativement plus élevé. En observant les taux d'incidence des pays du monde, il apparaît que le taux polynésien se situe parmi un des plus élevés au monde. (5) (Tableau 20 et Graphique 60)



Graphique 60. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers du corps utérin (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

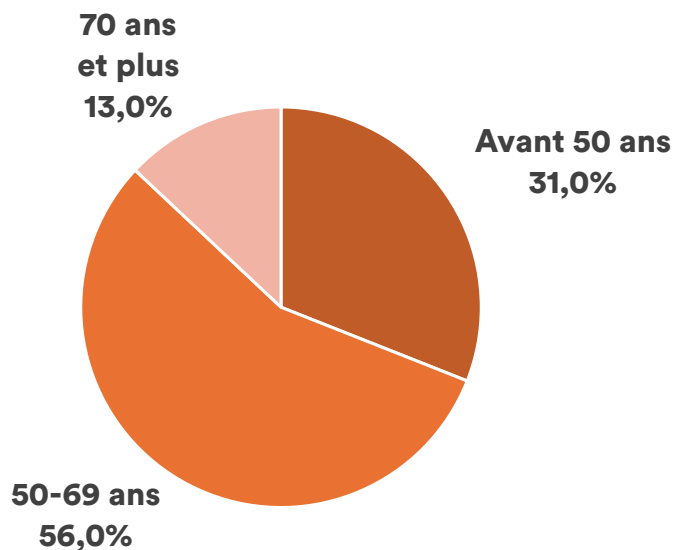


Graphique 66. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers du corps utérin chez la femme en Polynésie française entre 1985 et 2019.

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 57,5 ans vs. 69 ans chez la femme en France métropolitaine.

Contrairement à d'autres localisations cancéreuses pour lesquelles les âges au diagnostic sont plus précoces en Polynésie du fait notamment de la répartition différente de sa population, le cancer de l'endomètre présente une réelle sur-incidence dans les classes d'âges jeunes comparée à la France.



Graphique 61. Répartition des cas de cancers du corps utérin chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

Tableau 11. Nombre moyen annuel de cas de cancers du sein chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, 2015-2019

Classes d'âges	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans
Nombre de cas	1	7	7	20	22	24	22	16

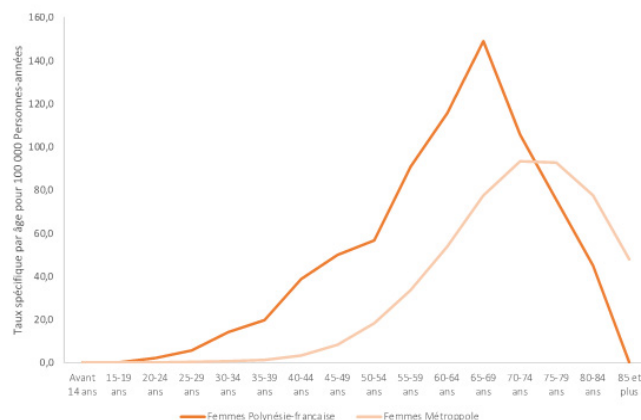
Classes d'âges	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus
Nombre de cas	17	13	7	2	3

En effet, les taux d'incidence spécifiques par âge augmentent en Polynésie dès 25 ans jusqu'à 65 ans où le taux maximal est de 150/100000.

Les taux tendent alors à diminuer avec l'augmentation de l'âge.

En France, la courbe se trouve décalée vers la droite et s'élève de manière moindre : le risque s'élève ainsi à partir de 40 ans jusqu'à l'âge de 70 ans où elle atteint un maximum de 90/100000.

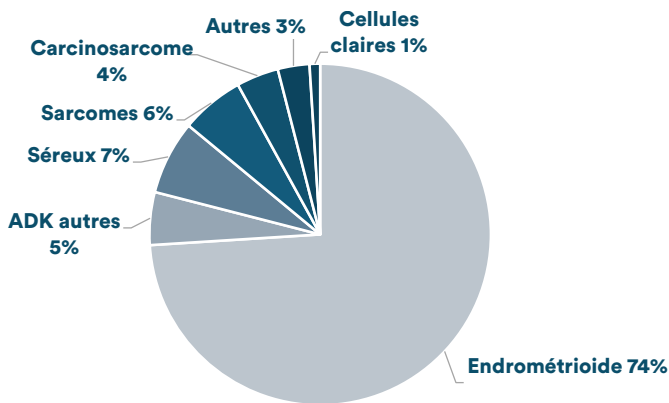
Les deux courbes finissent néanmoins par se croiser à l'âge de 75-79 ans. (Graphique 62)



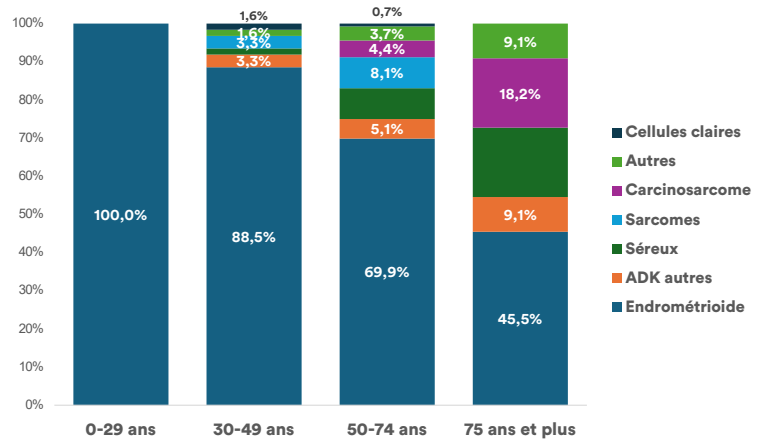
Graphique 62. Taux spécifiques par classes d'âges des cancers du corps utérin en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018

HISTOLOGIE :

Les adénocarcinomes représentent 85% des cancers du corps utérin, le type endométrioïde étant largement représenté, notamment chez la femme jeune. (Graphique 63 et 64)



Graphique 63. Répartition des histologies des cancers du corps utérin en Polynésie française sur la période 2015-2019.



Graphique 64. Répartition des histologies des cancers du corps utérin en fonction de l'âge, Polynésie française, 2015-2019.

DÉCÈS :

Les certificats de décès stipulant souvent « cancer de l'utérus » comme cause de décès, il est impossible de connaître précisément le taux de mortalité lié au cancer du corps utérin. Néanmoins, 24 décès étaient comptabilisés par cancers utérins, soit la 3^{ème} cause de décès (2).

Le principal facteur de risque des adénocarcinomes de l'endomètre est l'hyperœstrogénie.

On retrouve ainsi, parmi les facteurs de risque, une puberté précoce et une ménopause tardive, la nulliparité, l'obésité, la prise d'une œstrogénothérapie non compensée (dont le tamoxifène). Le syndrome des ovaires polykystiques est également associé au cancer de l'endomètre. Par ailleurs, il existe certaines prédispositions héréditaires qui favorisent l'apparition de ces cancers dont le syndrome de Lynch.

L'incidence très élevée de ce cancer en Polynésie doit faire l'objet d'étude étiologique spécifique. Néanmoins, du fait de sa prévalence extrêmement élevée en Polynésie, l'obésité est sans doute une explication sérieuse (plus de 40% des femmes sont obèses (6)). On retrouve d'ailleurs des taux d'incidence très élevés dans les pays connus pour leur forte prévalence de l'obésité, notamment les Etats-Unis. A ce titre, un papier est en cours de publication dont l'objectif était de décrire l'incidence des cancers de l'endomètre en Polynésie française et leurs caractéristiques au diagnostic (7). Ces premiers travaux doivent être poursuivis.

CANCER DE LA THYROÏDE



Topographie (CIM-O3) : C18-21

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

Le cancer de la thyroïde est le 4^{ème} cancer chez la femme (25 cas) et le 10^{ème} cas chez l'homme (8 cas)

Le nombre de nouveaux cas moyen annuel sur la période 2015-2019 était de 33.

75% étant diagnostiqués chez la femme. (Tableau 22)

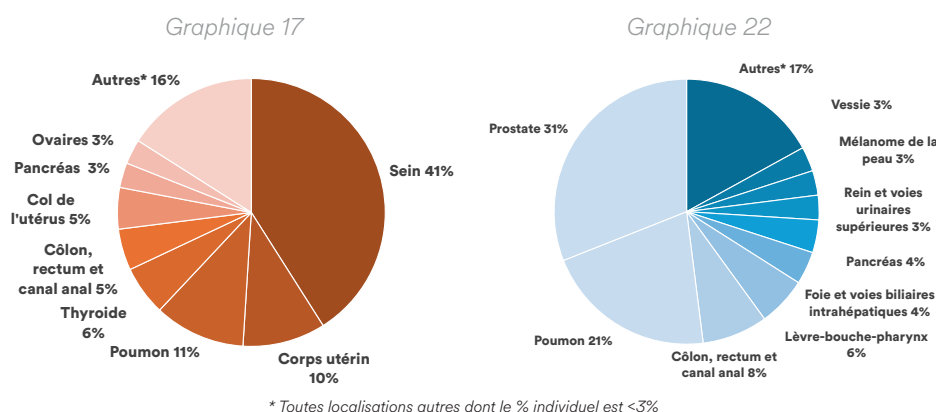


Tableau 22. Données d'incidence des cancers de la thyroïde en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

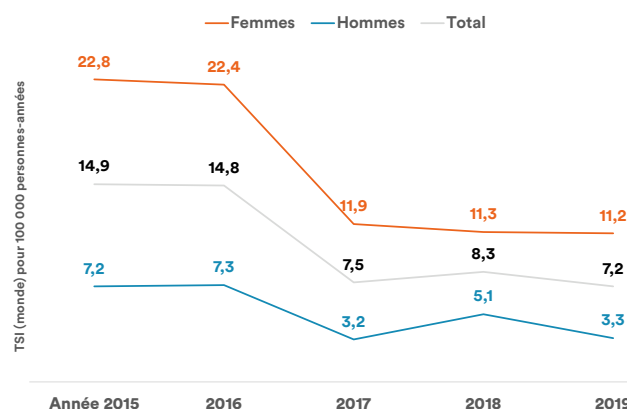
		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	46	46	24	26	25	33
	Taux d'incidence brut	16,8	16,8	8,7	9,4	9,0	12,1
	Taux d'incidence standardisé	14,9	14,8	7,5	8,3	7,2	10,4
Femmes	Nombre de cas	35	35	19	18	19	25
	Taux d'incidence brut	26,1	26,0	14,0	13,2	13,9	18,6
	Taux d'incidence standardisé	22,8	22,4	11,9	11,3	11,2	15,8
Hommes	Nombre de cas	11	11	5	8	6	8
	Taux d'incidence brut	7,9	7,9	3,6	5,7	4,3	5,9
	Taux d'incidence standardisé	7,2	7,3	3,2	5,1	3,3	5,1

TAUX D'INCIDENCE :

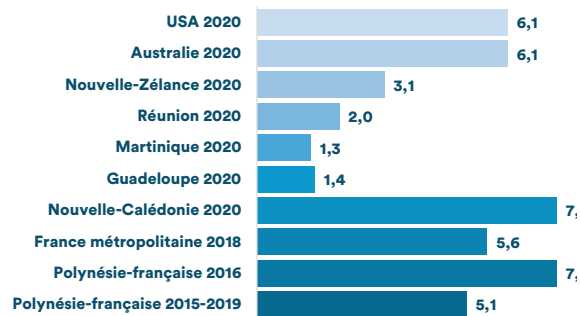
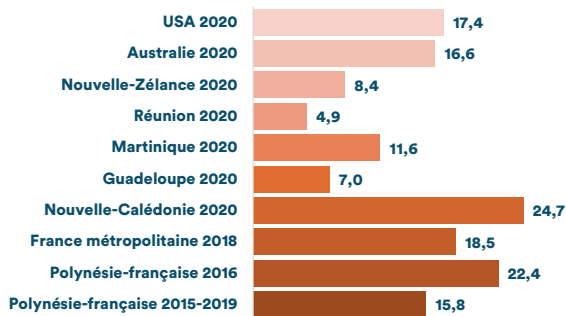
Les taux d'incidence standardisés (monde) moyens étaient de 15,8 [9,6-22,0] cas pour 100 000 personnes-années chez la femme et de 5,1 [1,6-8,6] chez l'homme sur la période 2015-2019. (Tableau 22)

Le sex-ratio de 3,1 est tout à fait identique aux chiffres retrouvés en France ou dans la littérature.

On retrouve des taux d'incidence métropolitains de 18,5 [15,8 ; 21,8] chez la femme et de 5,6 [4,8 ; 6,6] chez l'homme. Ces taux sont donc statistiquement proches de ceux observés en Polynésie française. (3)



Graphique 67. Évolution annuelle des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers de la thyroïde en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

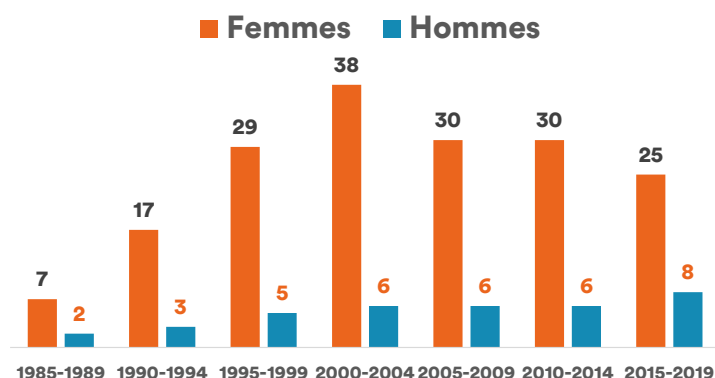


Graphique 68 et 69. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers de la thyroïde chez l'homme et la femme, Polynésie française, période 2015-2019 (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

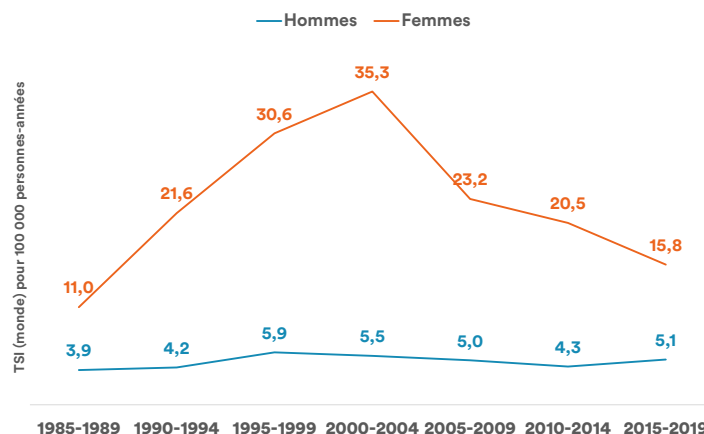
L'évolution de l'incidence du cancer de la thyroïde chez l'homme depuis les années 80 montre une augmentation lente et progressive des cas, bien que les effectifs soient très faibles. Les taux d'incidence standardisés restaient stables.

Chez la femme, après une augmentation des cas et des taux d'incidence jusqu'au début des années 2000 (taux de 35/100000 personnes-années), on observe une inversion de la tendance et un ralentissement progressif. (Graphique 74 et 75)

Les taux en France métropolitaine tendent à augmenter avec le temps.



Graphique 74. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers de la thyroïde en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.

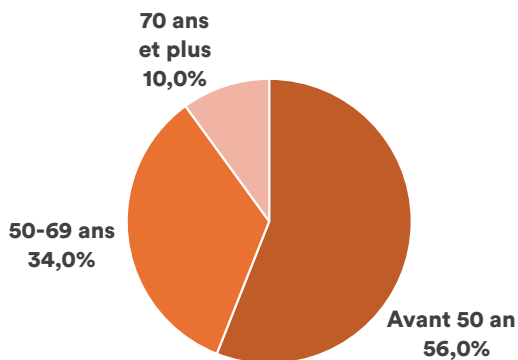


Graphique 75. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers de la thyroïde en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.

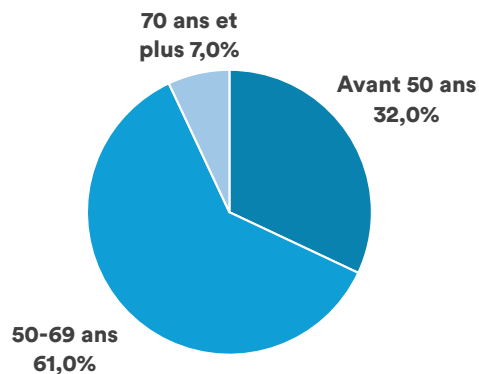
ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 46 ans chez la femme et de 56 ans chez l'homme vs. 52 et 59 ans en France métropolitaine.

Plus de la moitié des diagnostics avaient lieu chez des femmes de moins de 50 ans vs. un tiers pour les hommes (Graphiques 70-71).



Graphique 70. Répartition des cas de cancers de la thyroïde chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.



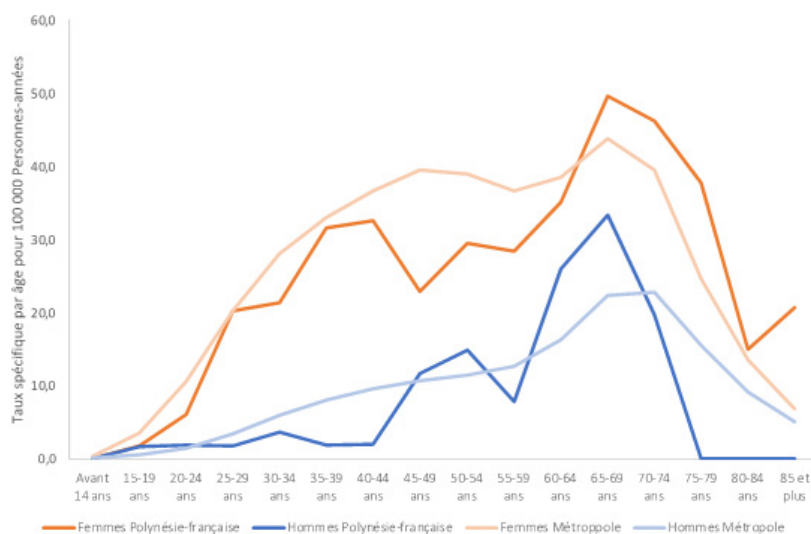
Graphique 71. Répartition des cas de cancers de la thyroïde chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

Tableau 23. Nombre moyen annuel de cas de cancers de la thyroïde en fonction de l'âge et du sexe, Polynésie française, 2015-2019

Classes d'âges	15-19 ans	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans
Hommes	0,2	0,2	0,2	0,4	0,2	0,2	1,2	1,4
Femmes	0,2	0,6	2,2	2,4	3,2	3,2	2,2	2,6

Classes d'âges	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus
Hommes	0,6	1,6	1,4	0,6	0,0	0,0	0,0
Femmes	2,0	2,0	2,0	1,4	0,8	0,2	0,2

Bien que les courbes relatives aux taux spécifiques par âge en Polynésie française oscillent beaucoup du fait notamment des petits effectifs, les tendances restent proches de celles de la métropole, voire légèrement inférieures chez la femme polynésienne de moins de 60 ans. (Graphique 72)



Graphique 72. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des cancers de la thyroïde en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

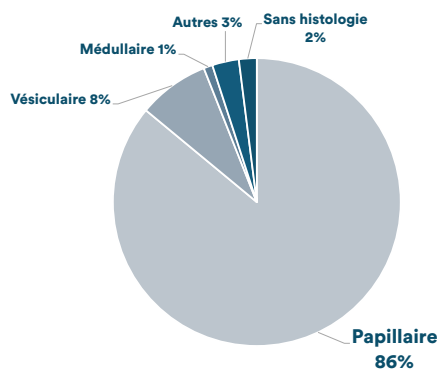
HISTOLOGIE :

Le type histologique le plus fréquent est le type papillaire (plus de 80%).

La part du type papillaire a augmenté entre les années 1980 et la période la plus récente.

Il représentait en effet 72,2% des cancers chez la femme vs. 87,3% en 2015-2019 et réciproquement 58,3% vs. 82,9% chez l'homme. Le type vésiculaire a évolué de manière décroissante pour représenter, en 2015-2019, 8% des cancers chez la femme et 10% chez l'homme (Tableaux 24 et 25).

Cette distribution est extrêmement proche de celle observée en France métropolitaine.



Graphique 73. Répartition des histologies des cancers de la thyroïde, Polynésie française, 2015-2019.

Tableau 24. Distribution des types histologiques des cancers de la thyroïde chez la femme entre 1985 et 2019, Polynésie française (%)

	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2019
Papillaire	72,2%	73,6%	78,5%	89,0%	86,8%	95,3%	87,3%
Vésiculaire	19,4%	19,5%	18,1%	7,9%	9,9%	2,7%	7,9%
Médullaire	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,7%	0,0%
Autres	5,6%	3,4%	2,1%	2,6%	3,3%	1,3%	2,4%
Sans histologie	2,8%	3,4%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%

Tableau 25. Distribution des types histologiques des cancers de la thyroïde chez l'homme entre 1985 et 2019, Polynésie française (%)

	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004	2005-2009	2010-2014	2015-2019
Papillaire	58,3%	93,8%	63,0%	64,3%	83,9%	78,1%	82,9%
Vésiculaire	16,7%	6,3%	25,9%	21,4%	9,7%	18,8%	9,8%
Médullaire	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%
Autres	8,3%	0,0%	11,1%	10,7%	6,5%	3,1%	4,9%
Sans histologie	16,7%	0,0%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%

Les **facteurs de risque clairement identifiés du cancer de la thyroïde sont l'exposition aux rayonnements ionisants** notamment durant l'enfance pour les formes papillaires, et une carence en iode pour les formes vésiculaires. Il existe par ailleurs des prédispositions héréditaires, notamment pour les formes médullaires, mais qui restent rares.

DÉCÈS :

Le cancer de la thyroïde est la 14^{ème} cause de décès par cancer chez la femme et 11^{ème} chez l'homme avec un total de 5 décès annuels dont 2 chez l'homme et 3 chez la femme.

Les taux de mortalité standardisés étaient respectivement de 1,4/100 000 chez l'homme et de 1,6/100 000 chez la femme (2).

CANCERS LÈVRE-BOUCHE-PHARYNX



Topographie (CIM-O3) : C00-14

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

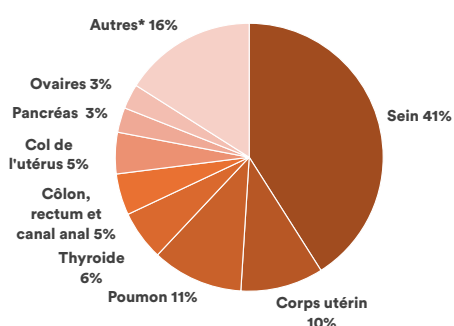
NOMBRE DE CAS :

Les LBP est la 4^{ème} topographie la plus fréquente parmi les tumeurs solides chez l'homme (25 cas) et la 9^{ème} chez la femme (7 cas)

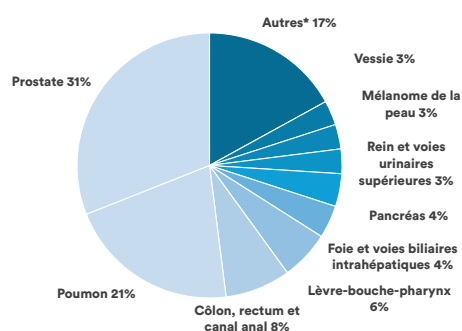
On estime à **32 le nombre de nouveaux cas moyen annuel** de cancers des lèvres, de la bouche ou du pharynx (LBP) sur la période 2015-2019, dont 77 % chez l'homme.

Elle représentait ainsi environ **6% des cancers chez l'homme et 2% chez la femme.** (Graphique 17 et 22)

Graphique 17



Graphique 22

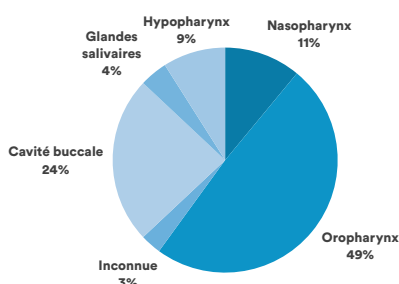


* Toutes localisations autres dont le % individuel est <3%

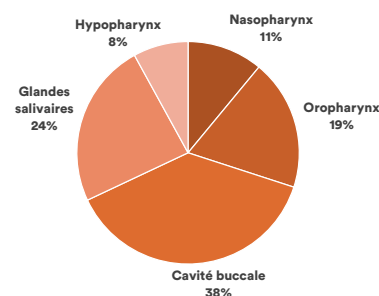
Tableau 22. Données d'incidence des cancers de la thyroïde en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	46	46	24	26	25	33
	Taux d'incidence brut	16,8	16,8	8,7	9,4	9,0	12,1
	Taux d'incidence standardisé	14,9	14,8	7,5	8,3	7,2	10,4
Femmes	Nombre de cas	35	35	19	18	19	25
	Taux d'incidence brut	26,1	26,0	14,0	13,2	13,9	18,6
	Taux d'incidence standardisé	22,8	22,4	11,9	11,3	11,2	15,8
Hommes	Nombre de cas	11	11	5	8	6	8
	Taux d'incidence brut	7,9	7,9	3,6	5,7	4,3	5,9
	Taux d'incidence standardisé	7,2	7,3	3,2	5,1	3,3	5,1

Chez l'homme, l'**oropharynx représentait la moitié des localisations des cancers LBP avec 12 cas moyens annuels**, la cavité buccale un quart avec 6 cas. Chez la femme, on dénombrait 3 cas de cancers de la cavité buccale (38%), 3 cas des glandes salivaires (25 %) et 2 cas de l'oropharynx (20%). (Graphiques 82, 83)



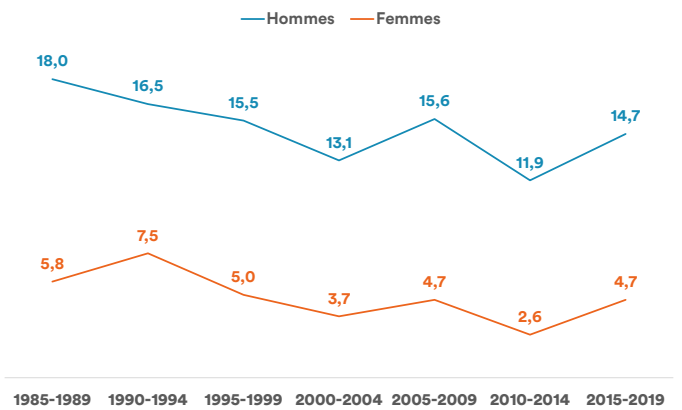
Graphique 82. Répartition des localisations des cancers Lèvre-bouche-pharynx chez l'homme, Polynésie française, 2015-2019.



Graphique 83. Répartition des localisations des cancers Lèvre-bouche-pharynx chez la femme, Polynésie française, 2015-2019.

TAUX D'INCIDENCE :

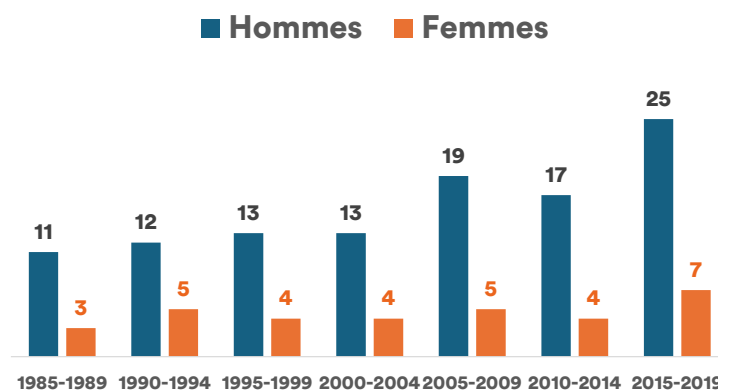
Les taux d'incidence standardisés (monde) moyens annuels des cancers LBP étaient de 14,7 [8,9-20,6] cas pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 4,7 [1,3-8,1] pour 100 000 personnes-années chez la femme. Le sex-ratio est de 3,1.



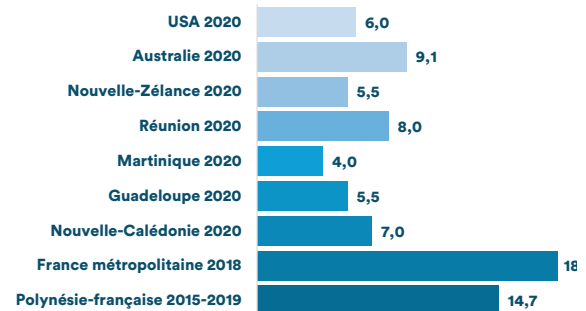
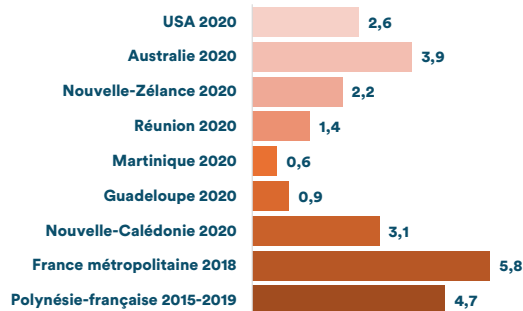
Graphique 86. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers Lèvre-bouche-pharynx en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.

Les taux réciproquement de 18,3 [16,6 ; 20,3] et de 5,8 [5,3 ; 6,3] en France métropolitaine en 2018 sont proches de ceux de la Polynésie. Après une décroissance observée entre les années 1985 et 2000, les taux d'incidence standardisés sont relativement stables pour les deux sexes, avec un sex-ratio relativement stable de l'ordre de 3. (Graphiques 85)

En comparaison, la métropole observe une diminution des taux chez l'homme passant de 38,6 en 1990 à 18,3 en 2018 et une augmentation constante des taux chez la femme passant de 3,5 en 1990 à 5,8 en 2018. (3)



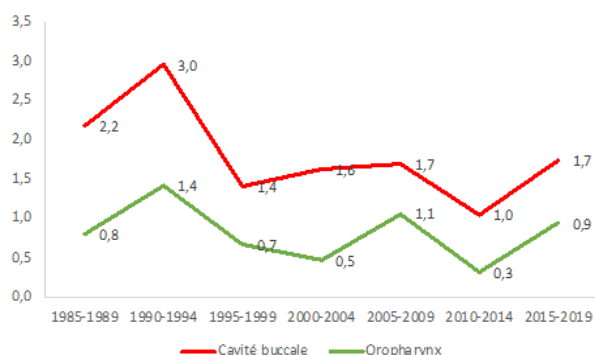
Graphique 85. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers Lèvre-bouche-pharynx en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.



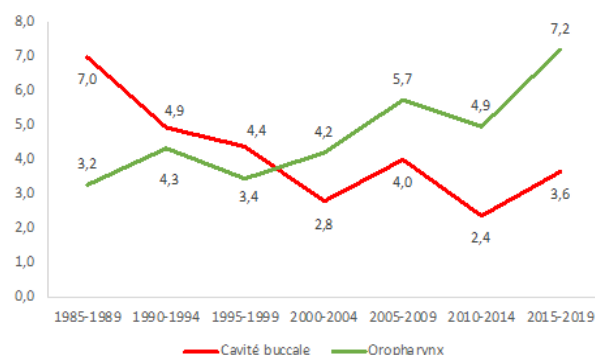
Graphiques 77 et 78. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers Lèvre-bouche-pharynx chez la femme et l'homme (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs).

Bien que les effectifs soient faibles, on constate néanmoins en Polynésie française des taux d'incidence standardisés stables des cancers de l'oropharynx et de la cavité buccale chez la femme alors que ces deux localisations ont suivi des évolutions totalement opposées chez l'homme :

- diminution des taux des cancers de la cavité buccale passant de 7,0/100 000 en 1985-1989 à 3,6 en 2015-2019 et augmentation de ceux des cancers de l'oropharynx, passant de 3,2/100 000 en 1985-1989 à 7,2 en 2015-2019.



Graphique 87. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers de l'oropharynx et de la cavité buccale chez la femme, Polynésie française, 1985-2019.

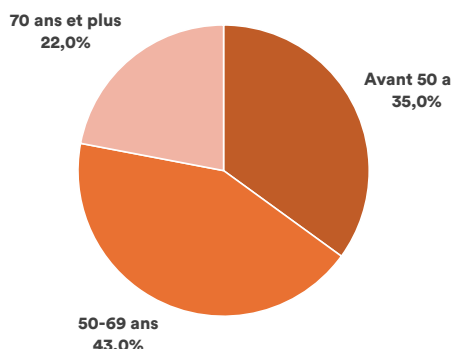


Graphique 88. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers de l'oropharynx et de la cavité buccale chez l'homme, Polynésie française, 1985-2019.

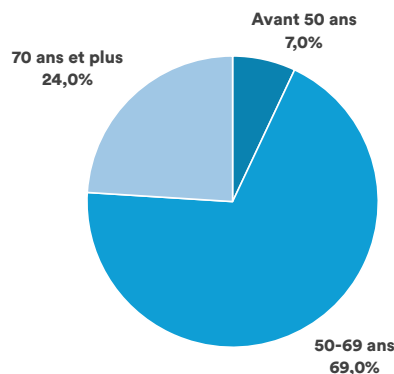
ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic des cancers LBP était de 62 ans chez l'homme, le même âge étant observé en France métropolitaine en 2018, et de 58 ans chez la femme vs. 64 ans en France métropolitaine.

Les taux d'incidence spécifiques par âge augmentent pour les deux sexes à partir de 45 ans.



Graphique 79. Répartition des cas de cancers Lèvre-bouche-pharynx chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.



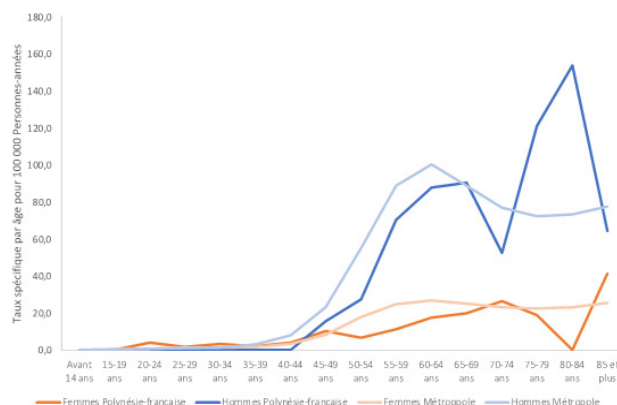
Graphique 80. Répartition des cas de cancers Lèvre-bouche-pharynx chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

Tableau 27. Nombre moyen annuel de cas de cancers Lèvre-bouche-pharynx en fonction de l'âge et du sexe, Polynésie française, 2015-2019

Classes d'âges	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans
Hommes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,6	2,6
Femmes	0,4	0,2	0,4	0,2	0,4	1,0	0,6
Classes d'âges	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus
Hommes	5,4	5,4	3,8	1,6	2,4	1,6	0,4
Femmes	0,8	1,0	0,8	0,8	0,4	0,0	0,4

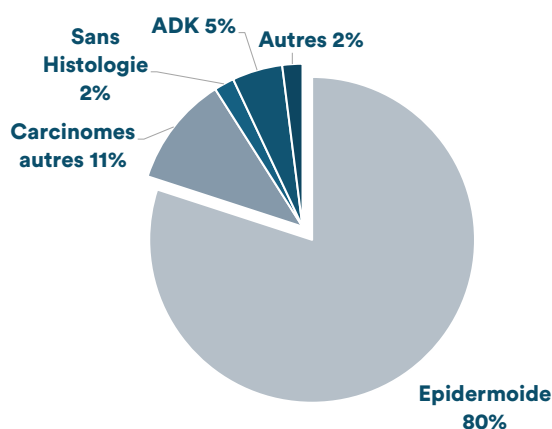
Chez l'homme polynésien, la courbe augmente très rapidement à partir de 45 ans, jusqu'à atteindre un premier pic d'environ 90/100000 personnes-années entre 60 et 69 ans. Puis, la courbe remonte chez les 75-79 ans jusqu'à atteindre un taux maximal de 153/100000 à l'âge de 80-84 ans puis diminue à nouveau. La courbe métropolitaine est sensiblement la même, sans néanmoins connaître ce second pic observé en Polynésie française puisqu'elle a même tendance à se creuser quelque peu.

Chez la femme, les deux courbes polynésienne et métropolitaine sont très proches, très inférieures à celles observées chez l'homme. La courbe métropolitaine est néanmoins plus stable dès la cinquantaine, la courbe polynésienne augmentant plus lentement avant de rejoindre celle de la France à 70 ans. Les oscillations des courbes polynésiennes sont probablement liées aux petits effectifs. (Graphique 81)



Graphique 81. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des cancers Lèvre-bouche-pharynx en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

HISTOLOGIE :



Graphique 84. Répartition des histologies des cancers Lèvre-bouche-pharynx, Polynésie française, 2015-2019.

Les cancers LBP regroupent des cancers aux profils épidémiologiques différents. Bien que les facteurs de risque de ces cancers soient prédominés par la consommation d'alcool, potentialisée par la consommation de tabac, d'autres facteurs de risque existent concernant certaines localisations. Ainsi, l'infection par le papillomavirus peut être responsable de certains cancers de l'oropharynx (environ 30% (8)) ou, dans une moindre mesure, de la cavité buccale.

Cette infection qui est corrélée à l'évolution des pratiques sexuelles pourrait-elle expliquer en partie la hausse observée des cancers de l'oropharynx ?

Notons néanmoins que cette hausse est observée uniquement chez les hommes, ce qui semble donc peu convaincant. Le virus EBV pourrait être responsable de certains cancers du nasopharynx tout comme l'exposition aux poussières de bois ou au formaldéhyde. Pour les cancers de la lèvre, on retrouve l'exposition solaire prolongée et la consommation de tabac. Il est étonnant de ne retrouver aucun cas de cancers de la lèvre dans le registre des cancers de Polynésie française. En France, il s'agit néanmoins d'un cancer relativement rare puisqu'on ne compte que quelques centaines de cas par an. Cette observation doit néanmoins être un point d'attention tout particulier.

DÉCÈS :

Avec un total de 16 décès annuels dont 13 chez l'homme et 3 chez la femme, le cancer LBP est la 5^{ème} cause de décès par cancer chez l'homme et la 11^{ème} chez la femme. Les taux de mortalité standardisés étaient respectivement de 7,7/100 000 chez l'homme et de 1,7/100 000 chez la femme (2).

CANCER DU PANCRÉAS



Topographie (CIM-O3) : C25

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

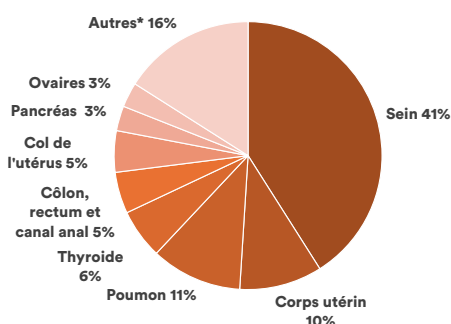
NOMBRE DE CAS :

Le cancer du pancréas est le 6^{ème} cancer le plus fréquent chez l'homme parmi les tumeurs solides (14 cas) et le 8^{ème} chez la femme (11 cas).

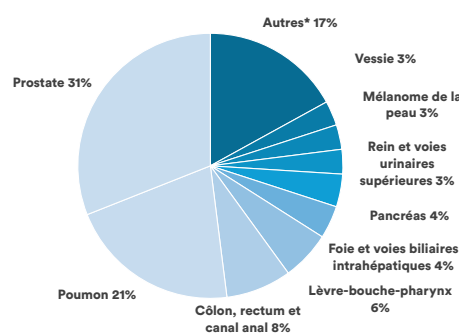
On estimait à 26 le nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancers du pancréas sur la période 2015-2019, dont 56 % chez l'homme (Tableau 28).

Ils représentent ainsi environ 4% des cancers chez l'homme et 3% chez la femme. (Graphiques 17 et 22)

Graphique 17



Graphique 22



* Toutes localisations autres dont le % individuel est <3%

Tableau 28. Données d'incidence des cancers du pancréas en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

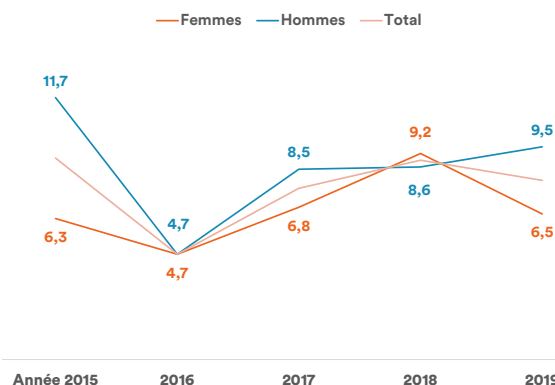
	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019	
Tout sexe	Nombre de cas	28	16	25	31	28	26*
	Taux d'incidence brut	10,3	5,8	9,1	11,2	10,1	9,3
	Taux d'incidence standardisé	8,9	4,7	7,6	8,9	8,0	7,7
Femmes	Nombre de cas	9	8	11	16	12	11
	Taux d'incidence brut	6,7	5,9	8,1	11,8	8,8	8,3
	Taux d'incidence standardisé	6,3	4,7	6,8	9,2	6,5	6,7
Hommes	Nombre de cas	19	8	14	15	16	14
	Taux d'incidence brut	13,7	5,7	10,0	10,7	11,4	10,3
	Taux d'incidence standardisé	11,7	4,7	8,5	8,6	9,5	8,6

* le nombre de cas moyen étant arrondi, la somme des cas pour les deux sexes peut ne pas être parfaitement égale au nombre total de cas. Taux pour 100 000 personnes-années

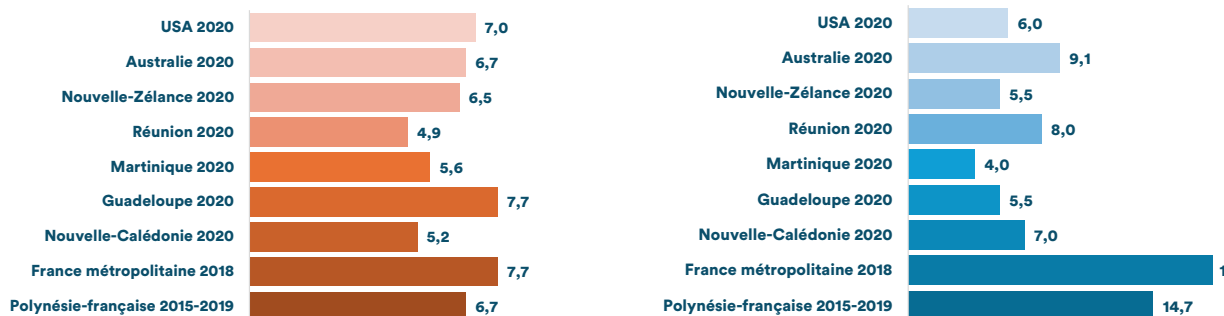
TAUX D'INCIDENCE :

Les taux d'incidence standardisés (monde) moyens étaient de 8,6 [4,1-13,1] cas pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 6,7 [2,7-10,7] pour 100 000 personnes-années chez la femme. (Tableau 28)

Graphique 89. Évolution annuelle des taux d'incidence standardisés (monde) du pancréas en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019



Le sex-ratio est de 1,3. Les taux étaient réciproquement de 11,0 [10,4 ; 11,7] et de 7,7 [7,2 ; 8,3] en France métropolitaine en 2018, soit proches de ceux de la Polynésie. (Graphiques 90 et 91)

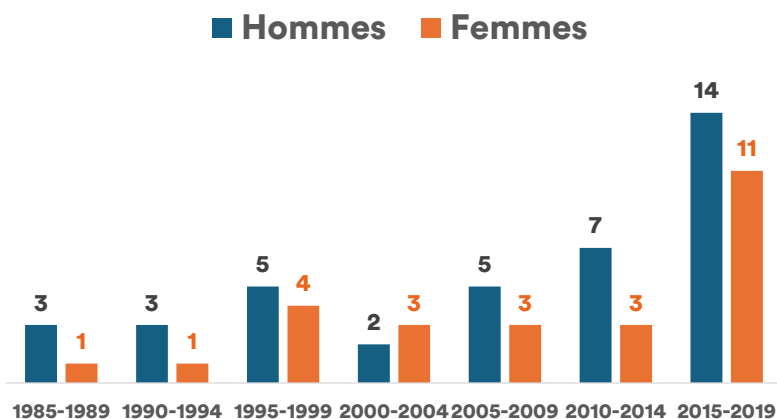


Graphique 90 et 91. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers du pancréas chez la femme et l'homme (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

Malgré de petits effectifs, on observe une augmentation régulière du nombre de cas au cours du temps, avec notamment un bond majeur sur la période 2015-2019.

Au-delà d'une augmentation naturelle liée à la démographie, au vieillissement de la population et éventuellement à d'autres facteurs, les progrès techniques diagnostiques ainsi qu'un probable biais de recueil lié au meilleur enregistrement des cas par le registre du fait d'une multiplicité des sources sont sans doute responsables de cette accélération artificielle de l'incidence sur la dernière période.

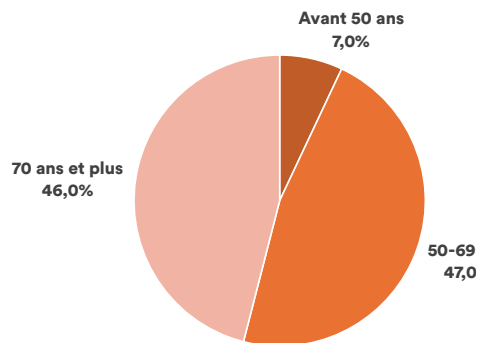
Néanmoins, après ajustement sur le facteur de confusion « âge », les taux d'incidence standardisés chez l'homme sont en augmentation régulière depuis le début des années 2000, alors qu'ils ont tendance à osciller chez la femme jusqu'en 2010-2014, avant de croître sur la période la plus récente. En France métropolitaine, bien que l'incidence augmente chez l'homme, elle augmente davantage chez la femme. Cette augmentation reste complexe à expliquer. Il s'agirait en partie d'un artéfact d'augmentation liée aux progrès diagnostiques et à l'amélioration de l'enregistrement des cas par les registres, mais ces explications ne sont pas satisfaisantes (3).



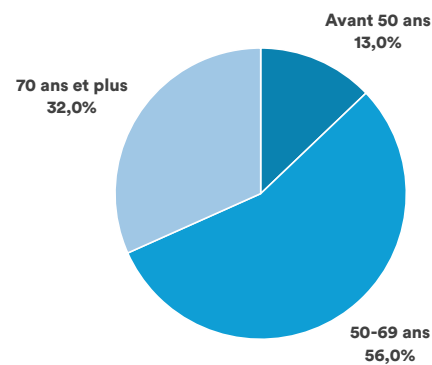
Graphique 96. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers du pancréas en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic du cancer du pancréas était de 68 ans chez la femme et de 63,5 ans chez l'homme vs. 74 et 70 ans respectivement en France métropolitaine en 2018.



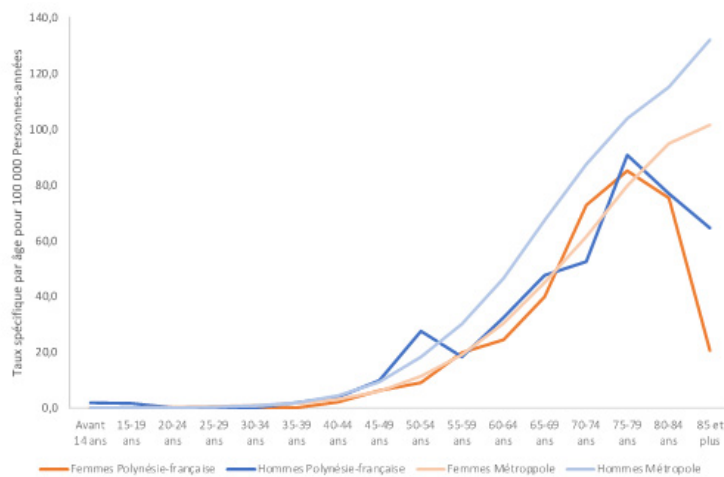
Graphique 92. Répartition des cas de cancers du pancréas chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.



Graphique 93. Répartition des cas de cancers du pancréas chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

En Polynésie, les taux d'incidence spécifiques par âge augmentent pour les deux sexes à partir de 40-45 ans et s'élèvent régulièrement avec l'âge, de manière quasi superposable, atteignant un maximum à 75-79 ans de 91/100 000 chez l'homme et de 85/100 000 chez la femme.

Les courbes tendent à s'infléchir au-delà de cet âge. En France métropolitaine, les taux chez la femme sont quasi superposables aux deux courbes polynésiennes alors que les taux chez l'homme, bien que dessinant la même croissance avec l'âge, présentent des taux légèrement supérieurs. Par ailleurs, aucune des deux courbes métropolitaines ne s'infléchit aux âges extrêmes. (Graphique 94)



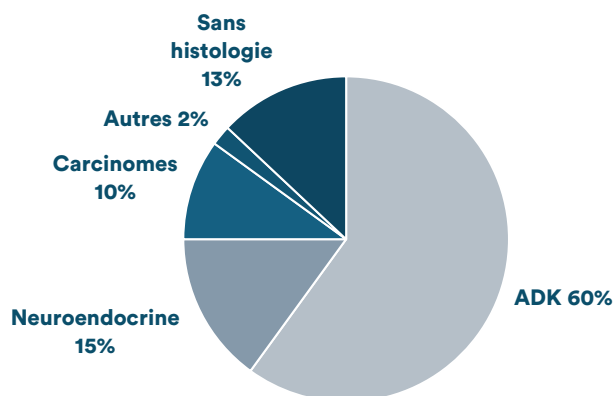
Graphique 94. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des cancers du pancréas en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

Tableau 29. Nombre moyen annuel de cas de cancers du pancréas en fonction de l'âge et du sexe, Polynésie française, 2015-2019

Classes d'âges	15-19 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus
Hommes	0,2	0,2	0,4	1	2,6	1,4	2	2	1,6	1,8	0,8	0,4
Femmes	0,0	0,0	0,2	0,6	0,8	1,4	1,4	1,6	2,2	1,8	1	0,2

HISTOLOGIE :

Il s'agit **d'adénocarcinomes dans 60% des cas**, sachant néanmoins que 12% des diagnostics étaient uniquement clinico-radiologiques. (Graphique 95)



Graphique 95. Répartition des histologies des cancers du pancréas, Polynésie française, 2015-2019.

Tabac et obésité sont les facteurs de risque environnementaux avérés les mieux documentés. D'autres facteurs tels que la consommation excessive d'alcool, de viande rouge, une augmentation de la graisse abdominale et certaines expositions professionnelles sont néanmoins suspectées.

DÉCÈS :

Avec un total de 21 décès annuels dont 10 chez l'homme et 11 chez la femme, le cancer du pancréas est la 6ème cause de décès par cancer chez l'homme et la 4ème chez la femme. Les taux de mortalité standardisés étaient respectivement de 5,5/100 000 chez l'homme et de 6,9/100 000 chez la femme (2).

CANCERS DU FOIE ET VOIES BILIAIRES INTRA-HÉPATIQUES



Topographie (CIM-O3) : C22

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

Le cancer du foie/VBIH est le 5ème cancer le plus fréquent chez l'homme parmi les tumeurs solides (17 cas) et le 13ème chez la femme (5 cas).

On estime à **22 le nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancers du foie et des voies intra-hépatiques (VBIH)** sur la période 2015-2019, dont 74 % chez l'homme. (Tableau 30)

Ils représentent ainsi environ **4% des cancers chez l'homme et 3% chez la femme.** (Graphiques 17 et 22)

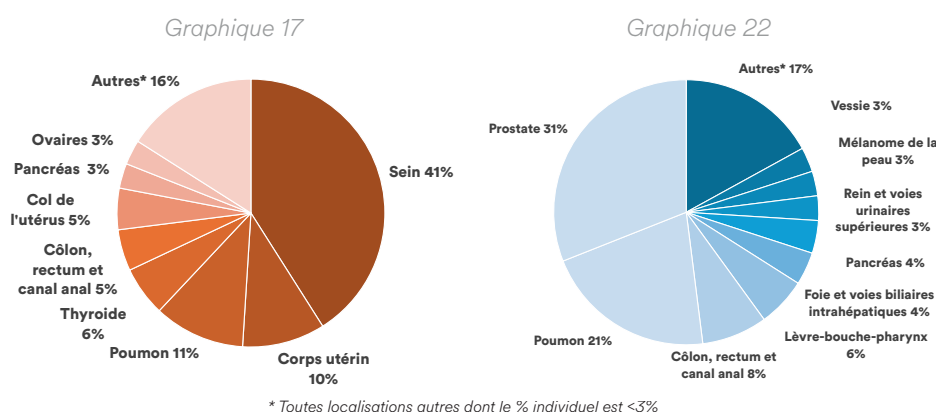


Tableau 30. Données d'incidence des cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

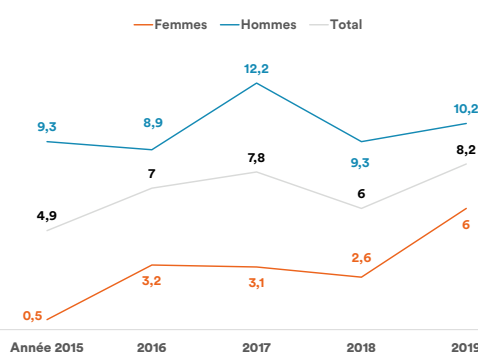
	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019	
Tout sexe	Nombre de cas	15	19	26	21	28	22
	Taux d'incidence brut	5,5	6,9	9,4	7,6	10,1	8,1
	Taux d'incidence standardisé	4,9	6,1	7,8	6,0	8,2	6,9
Femmes	Nombre de cas	1	5	5	5	10	5
	Taux d'incidence brut	0,7	3,7	3,7	3,7	7,3	3,8
	Taux d'incidence standardisé	0,5	3,2	3,1	2,6	6,0	3,2
Hommes	Nombre de cas	14	14	21	16	18	17
	Taux d'incidence brut	10,1	10,0	15,0	11,4	12,8	11,8
	Taux d'incidence standardisé	9,3	8,9	12,2	9,3	10,2	10,0

Taux pour 100 000 personnes-années

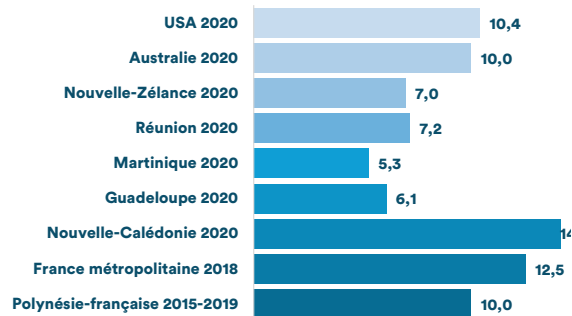
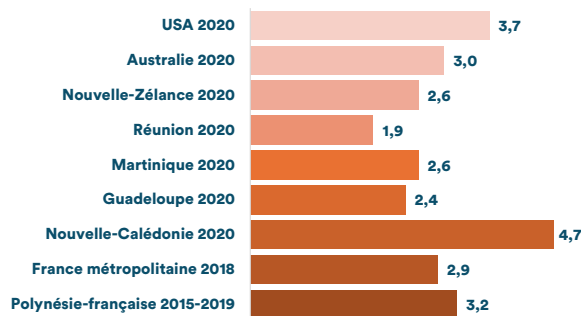
TAUX D'INCIDENCE :

Les taux d'incidence standardisés (monde) moyens étaient de 10,0 [5,2 ; 14,9] chez l'homme et de 3,2 [0,4 ; 5,9] chez la femme. (Tableau 30)

Le sex-ratio était de 3,4. Les taux étaient réciproquement de 12,5 [11,2 ; 14,0] et de 2,9 [2,6 ; 3,3] en France métropolitaine en 2018. Ils sont donc similaires. Notons cependant que les taux polynésiens étaient en augmentation chez la femme entre 2015 et 2019. (Graphique 98)



Graphique 98. Évolution annuelle des taux d'incidence standardisés (monde) du foie et des voies biliaires intra-hépatiques en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

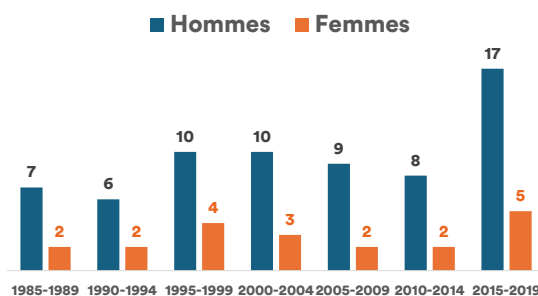


Graphique 99 et 100. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques chez la femme et l'homme (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

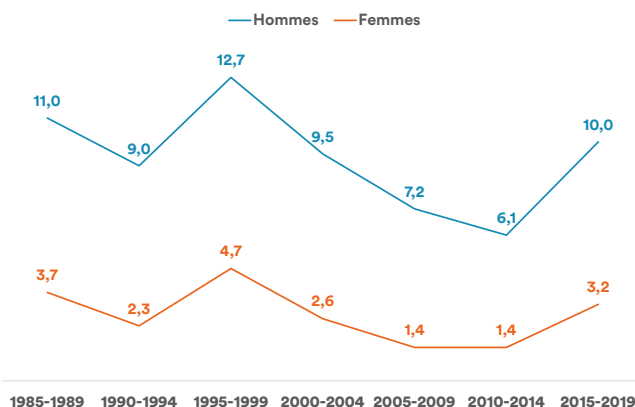
Malgré de petits effectifs, on observe une augmentation hétérogène des cas dans le temps avec une évolution marquée sur la dernière période, traduisant probablement en partie un meilleur enregistrement des cas par le registre. (Graphique 104).

Après ajustement sur le facteur « âge », les taux standardisés chez l'homme comme chez la femme diminuent depuis les années 1985, de manière plus marquée chez l'homme, avec néanmoins une croissance sur la dernière période. (Graphique 105)

Ces tendances sont peu concordantes avec celles observées en France métropolitaine ou dans le monde qui voient les taux standardisés augmenter de manière significative avec les années (3).



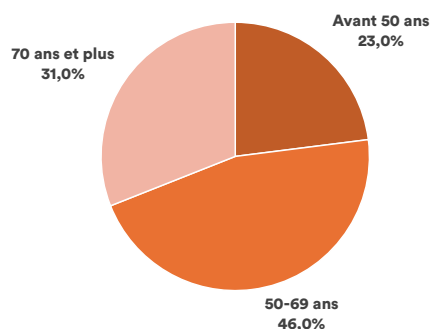
Graphique 104. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques en fonction du sexe et de la période en Polynésie française entre 1985 et 2019.



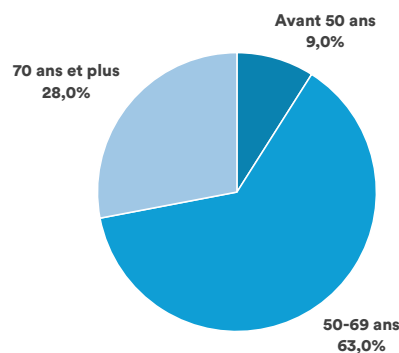
Graphique 104. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques en fonction du sexe et de la période en Polynésie française entre 1985 et 2019.

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 64 ans chez la femme et de 62 ans chez l'homme vs. 73 et 69 ans respectivement en France métropolitaine en 2018.



Graphique 101. Répartition des cas de cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, 2015-2019.



Graphique 102. Répartition des cas de cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, 2015-2019.

Tableau 30. Données d'incidence des cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

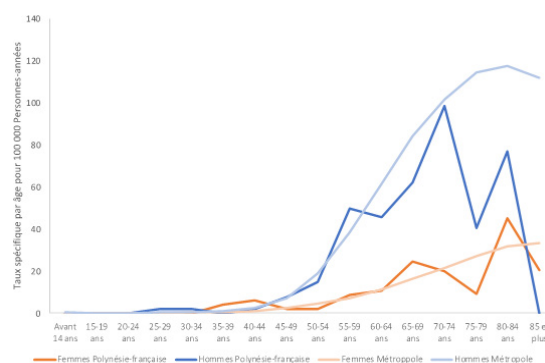
		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	15	19	26	21	28	22
	Taux d'incidence brut	5,5	6,9	9,4	7,6	10,1	8,1
	Taux d'incidence standardisé	4,9	6,1	7,8	6,0	8,2	6,9
Femmes	Nombre de cas	1	5	5	5	10	5
	Taux d'incidence brut	0,7	3,7	3,7	3,7	7,3	3,8
	Taux d'incidence standardisé	0,5	3,2	3,1	2,6	6,0	3,2
Hommes	Nombre de cas	14	14	21	16	18	17
	Taux d'incidence brut	10,1	10,0	15,0	11,4	12,8	11,8
	Taux d'incidence standardisé	9,3	8,9	12,2	9,3	10,2	10,0

En Polynésie, les taux d'incidence spécifiques par âge oscillent beaucoup du fait des très faibles effectifs.

La courbe des femmes est similaire à celle de la métropole et augmente progressivement avec l'âge.

Les courbes masculines ont une ascension plus rapide pour atteindre à 70-74 ans les taux de 98,5/100 000 pour les hommes polynésiens vs. 101,5/100 000 pour les hommes de métropole.

Au-delà, la courbe de métropole continue son ascension et se stabilise avant de décroître légèrement alors que la courbe polynésienne décroît rapidement. (Graphique 103)



Graphique 103. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des cancers du foie et des voies biliaires intra-hépatiques en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

Les facteurs de risque du cancer du foie sont la consommation d'alcool, l'infection par le VHB et le VHC et les hépatopathies métaboliques.

L'amélioration de la prise en charge de la cirrhose peut avoir également un impact, les patients décédant moins de leur insuffisance hépatique, finissent par développer un carcinome hépatique. Aussi, les incidences polynésiennes du cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques ainsi que leurs évolutions enregistrées posent question, du fait que l'infection par le VHB est très prévalente en Polynésie française tout comme celle de l'obésité. Le diagnostic du cancer du foie est assez spécifique en ce sens où il repose la plupart du temps sur des données cliniques, biologiques et d'imagerie.

Ainsi, l'histologie n'est pas systématiquement disponible. Or, les sources de notifications du registre ont reposé pendant des années sur les données des laboratoires d'anatomopathologie, particulièrement pour les cas antérieurs à 2015. Aussi, il est très probable que les cas diagnostiqués avant cette date aient été largement sous-estimés et expliquent probablement la croissance brutale des cas observés sur la dernière période. En effet, les sources de notifications se sont grandement enrichies, avec notamment la prise en compte des données du PMSI et, encore plus récemment, des RCP. Il est important de noter également que dans ce contexte d'incidence relativement rare et de sources de notifications réduites, la déclaration obligatoire a toute son importance concernant cette localisation cancéreuse afin de bénéficier de données exhaustives.

DÉCÈS :

Avec un total de 24 décès annuels dont 16 chez l'homme et 8 chez la femme, le cancer du foie et des voies biliaires intrahépatique est la 4ème cause de décès par cancer chez l'homme et la 6ème chez la femme. Les taux de mortalité standardisés étaient respectivement de 9,6/100 000 chez l'homme et de 4,4/100 000 chez la femme (3).



Topographie (CIM-O3) : C220
Morphologie (CIM-O3) : CHC ou sans histologie.

NOMBRE DE CAS :

On estime à **19 le nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancers du foie** sur la période 2015-2019 : 15 chez l'homme et 4 chez la femme. (Tableau 32)

Tableau 32. Données d'incidence des cancers du foie en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	14	18	22	19	22	19
	Taux d'incidence brut	5,1	6,6	8,0	6,9	7,9	6,9
	Taux d'incidence standardisé	4,7	5,8	6,6	5,5	6,5	5,8
Femmes	Nombre de cas	1	4	4	4	8	4
	Taux d'incidence brut	0,7	3,0	3,0	2,9	5,9	3,1
	Taux d'incidence standardisé	0,5	2,6	2,4	2,0	5,0	2,6
Hommes	Nombre de cas	13	14	17	15	15	15
	Taux d'incidence brut	9,3	10,0	12,1	10,7	9,9	10,6
	Taux d'incidence standardisé	8,8	8,9	9,8	8,8	7,8	9,0

Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

Les taux d'incidence standardisés (monde) sont de **9,0 [4,4 ; 13,6]** chez l'homme et de **2,6 [0,1 ; 5,1]** chez la femme. (Tableau 32) Le sex-ratio est de 3,5.

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic de cancer du foie était de **66 ans chez la femme et de 62 ans chez l'homme** vs. 73 et 69 ans respectivement en France métropolitaine en 2018. (3)

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS



Topographie (CIM-O3) : C53

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

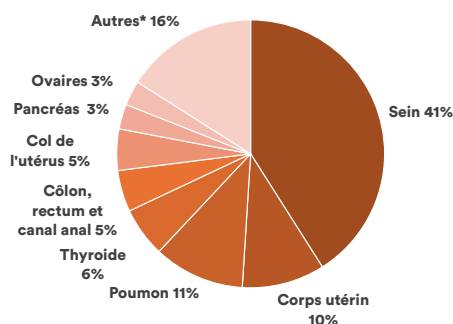
NOMBRE DE CAS :

Le cancer du col de l'utérus (CCU) est le 6ème cancer le plus fréquent chez la femme.

On estime à **19 le nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancers du col de l'utérus (CCU)** sur la période 2015-2019. (Tableau 33a)

Il représente **5% des cancers**. (Graphiques 17)

Graphique 17



* Toutes localisations autres dont le % individuel est <3%

Tableau 33a. Données d'incidence du cancer du col utérin, Polynésie française, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Femmes						
Nombre de cas	21	14	19	20	20	19
Taux d'incidence brut	15,7	10,4	14,0	14,7	14,6	13,9
Taux d'incidence standardisé	13,9	9,3	12,1	11,6	11,7	11,7

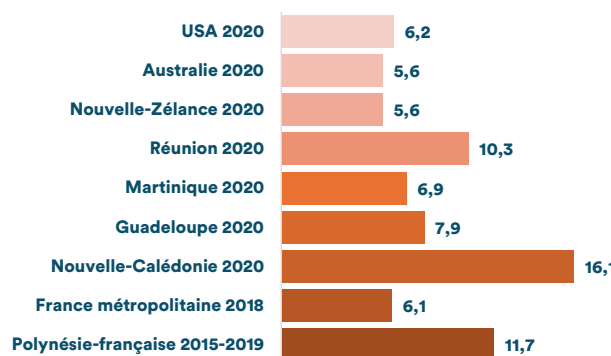
* le nombre de cas moyen étant arrondi, la somme des cas pour les deux sexes peut ne pas être parfaitement égale au nombre total de cas
Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

Le taux d'incidence standardisé (monde) était de 11,7 [6,4 ; 17,1] vs. 6,1 [5,5 ; 6,7] en métropole. On peut considérer que le taux polynésien est supérieur au taux métropolitain (Tableau 33) (3)

Quelques pistes expliquant cette différence seraient des taux de participation au dépistage de ce cancer inférieur en Polynésie française ou encore l'absence de vaccination HPV alors qu'elle existe en métropole depuis 2007.

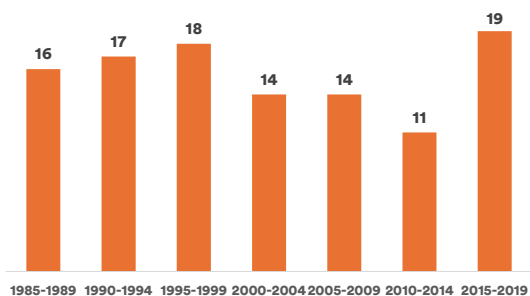
Néanmoins, le taux de couverture reste faible (de l'ordre de 30% en schéma complet) en métropole comparé à certains pays chez qui les taux dépassent 60%. (9-10)



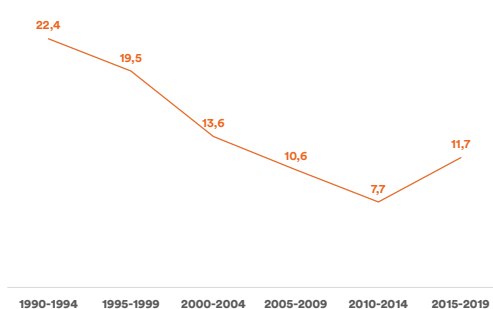
Graphique 106. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) du cancer du col utérin en fonction du sexe (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

Malgré de petits effectifs, on observe une stabilité du nombre de cas entre 1985 et 1999, puis une baisse à partir des années 2000 qui se consolide avant néanmoins de repartir à la hausse sur la dernière période (Graphique 110).

Les taux standardisés étaient en diminution constante depuis 1985 avant de croître à nouveau sur la période la plus récente.



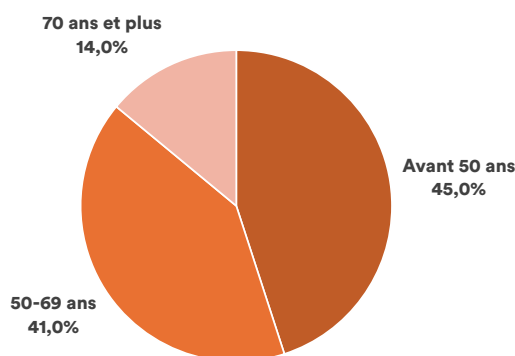
Graphique 110. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers du col utérin en Polynésie française entre 1985 et 2019.



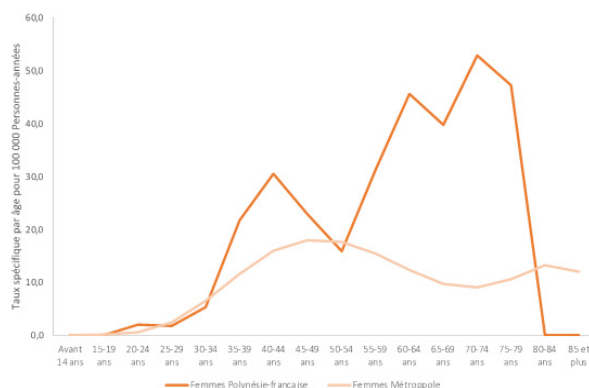
Graphique 110. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers du col utérin en Polynésie française entre 1985 et 2019.

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic de CCU était de 52,5 ans vs. 53 ans en France métropolitaine en 2018 (3). Au total, 45% des cas concernaient des femmes de moins de 50 ans. (Graphique 107).



Graphique 107. Répartition des cas de cancers du col utérin chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.



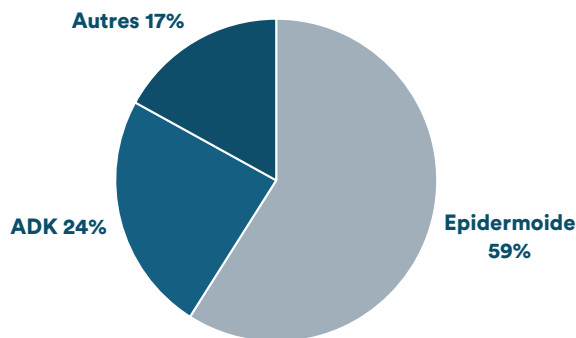
Graphique 108. Taux spécifiques par classes d'âges des cancers du col utérin en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

Tableau 33b. Nombre moyen annuel de cas de cancers du col utérin en fonction de l'âge et du sexe, Polynésie française, 2015-2019

Classes d'âges	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans
Femmes	0,2	0,2	0,6	2,2	3,0	2,2	1,4
Classes d'âges	55-59 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus
Femmes	2,2	2,6	1,6	1,6	1,0	0,0	0,0

HISTOLOGIE :

Les adénocarcinomes représentaient un quart des CCU en Polynésie en 2015-2019, alors même qu'en métropole ils ne représentent que 10%. (Graphique 109)

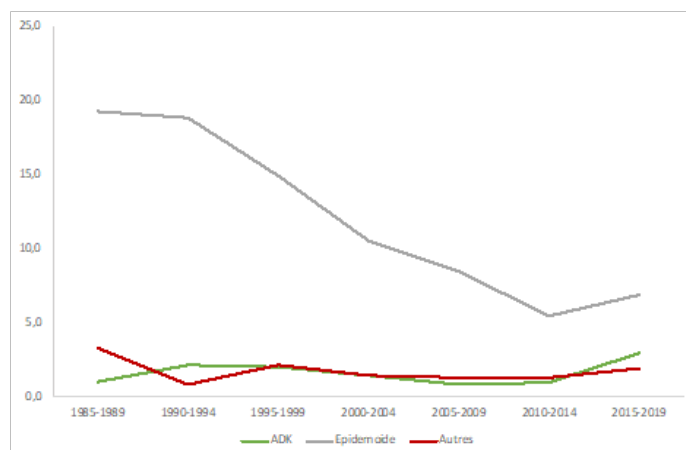


Graphique 109. Répartition des histologies du cancer du col utérin, Polynésie française, 2015-2019.

Dans les pays développés, l'**incidence du CCU diminue avec le temps**, du fait notamment du déploiement des programmes de dépistage et plus récemment du déploiement de la vaccination contre le papillomavirus.

En effet, le CCU, et particulièrement le type épidermoïde, est dû à la persistance d'une infection à papillomavirus humain à haut risque oncogène qui a la capacité de développer des lésions pré-cancéreuses voire des cancers. Le dépistage par frottis a pour but de détecter des lésions pré-cancéreuses et de les prendre en charge, dans l'objectif de diminuer l'incidence de ce cancer. La vaccination a pour but de faire barrière à l'infection.

Le dépistage a grandement contribué à la diminution de l'incidence observée dans les pays, tout comme le développement du suivi gynécologique. Ce dépistage a été déployé sur le territoire au début des années 2000, expliquant probablement la baisse des cas observés dans les années suivantes. Néanmoins, la baisse des taux standardisés est antérieure au déploiement du dépistage et il n'y a pas de cassure nette de l'incidence de type avant/après. Le taux de couverture du dépistage en Polynésie française est inconnu. Il n'a pas fait l'objet de publication officielle récente. Par ailleurs, la vaccination HPV est absente du calendrier vaccinal polynésien.



Graphique 112. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers du col utérin en fonction du type histologique, Polynésie française, 1985 et 2019.

Enfin, la phase de croissance observée sur la dernière période peut être réelle ou artificielle, à savoir liée à un meilleur enregistrement des cas par le registre. L'étude des taux standardisés par type histologique montre que seul le taux des CCU de type épidermoïde diminue avec le temps, les deux autres restant stables. Néanmoins, l'augmentation de dernière période semble concerner l'ensemble des types. Il est donc possible qu'il s'agisse d'une augmentation artificielle liée à un meilleur recueil des cas.

DÉCÈS :

En termes de mortalité, il convient de se référer aux données concernant le cancer du corps utérin.



CANCERS DU REIN ET VOIES URINAIRES HAUTES



Topographie (CIM-O3) : C64-66, C68 (rein, urètre, bassinnet et appareil urinaire SAI)

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

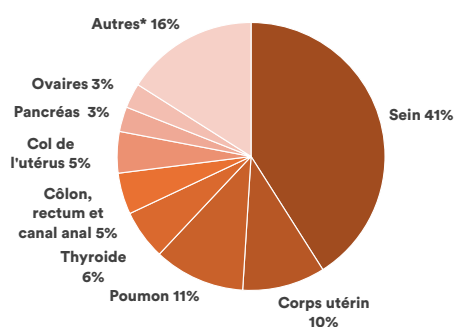
Le cancer du rein et des voies urinaires hautes est le 7ème cancer le plus fréquent chez l'homme parmi les tumeurs solides (14 cas) et le 11ème chez la femme (6 cas).

On estime à **19 le nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancers** du rein et des voies urinaires hautes sur la période 2015-2019, dont 71 % chez l'homme. (Table 34)

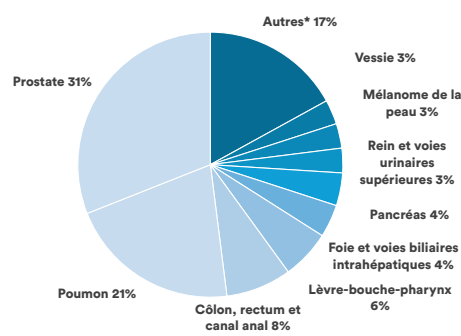
En France, le rein représente 80% (3).

Globalement, le rein représente 91% du groupe « rein, urètre, bassinnet et appareil urinaire SAI » puisque seul 1 cas de cancer de l'urètre et 2 cas de tumeurs du bassinnet ont été enregistrés en moyenne chaque année sur la période 2015-2019.

Graphique 17



Graphique 22



* Toutes localisations autres dont le % individuel est <3%

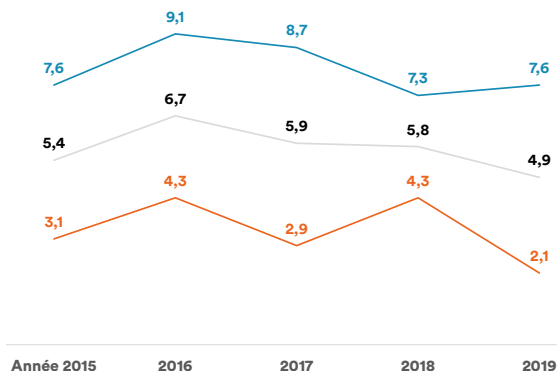
Tableau 34. Données d'incidence des cancers du rein et des voies urinaires hautes en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas (dont rein)	17 (16)	22 (20)	20 (19)	19 (19)	18 (18)	19*
	Taux d'incidence brut	6,2	8,0	7,3	6,9	6,5	7,0
	Taux d'incidence standardisé	5,4	6,7	5,9	5,8	4,9	5,7
Femmes	Nombre de cas	5	7	5	7	4	6
	Taux d'incidence brut	3,7	5,2	3,7	5,1	2,9	4,1
	Taux d'incidence standardisé	3,1	4,3	2,9	4,3	2,1	3,3
Hommes	Nombre de cas	12	15	15	12	14	14
	Taux d'incidence brut	8,6	10,7	10,7	8,5	9,9	9,7
	Taux d'incidence standardisé	7,6	9,1	8,7	7,3	7,6	8,0

* le nombre de cas moyen étant arrondi, la somme des cas pour les deux sexes peut ne pas être parfaitement égale au nombre total de cas
Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

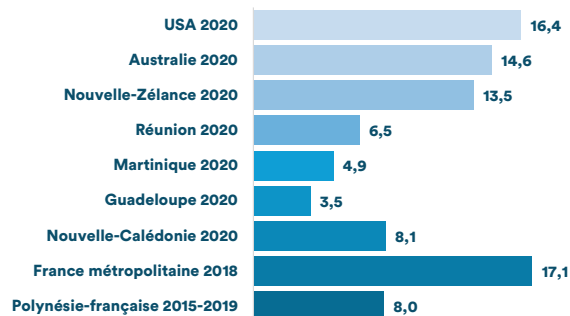
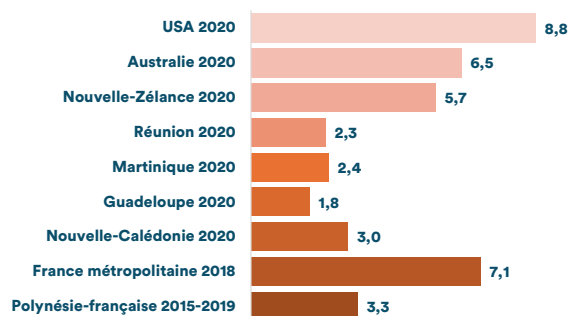
Les taux d'incidence standardisés (monde) étaient de 8,0 [3,7 ; 12,3] chez l'homme et de 3,3 [0,5 ; 6,2] chez la femme (Tableau 34).



Graphique 113. Évolution annuelle des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers du rein et des voies urinaires hautes en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

Le sex-ratio était de 2,4. Les taux métropolitains de réciproquement de 17,1 [16,1 ; 18,2] chez l'homme et de 7,1 [6,6 ; 7,6] chez la femme étaient significativement plus élevés. (Graphiques 114-115)

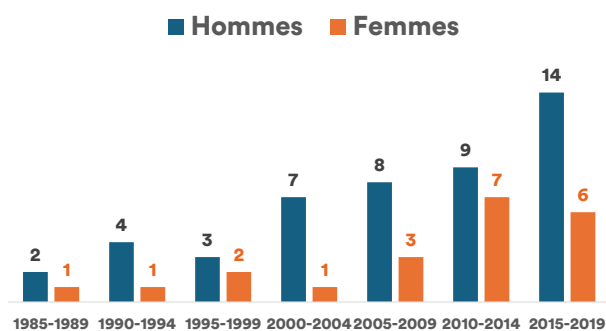
Du fait de cette observation et de la très faible incidence des cancers des voies urinaires observée dans le registre, il serait important de réévaluer les sources de notifications, afin de s'assurer que cette sous-incidence est réelle et non liée à un défaut d'enregistrement de certains cas.



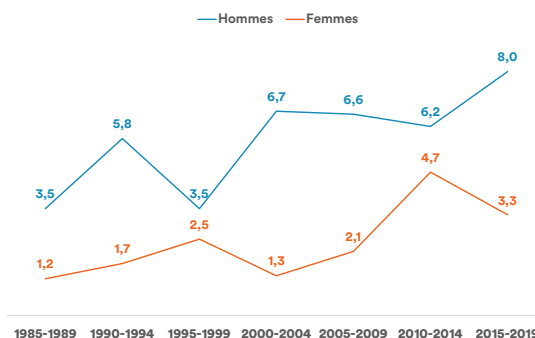
Graphique 114. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers du rein et des voies urinaires hautes chez la femme et chez l'homme (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

Malgré de petits effectifs, on observe depuis 1985 une augmentation des cas ainsi que des taux standardisés, pour les deux sexes (Graphiques 120 et 121).

Cette même observation est faite en France métropolitaine. Elle est mise sur le compte à la fois des diagnostics fortuits liés à l'amélioration de la performance des examens d'imagerie abdominale et leur réalisation pour divers motifs ainsi que la prévalence de facteurs de risque du cancer du rein connus que sont l'obésité, le tabagisme et l'hypertension artérielle.



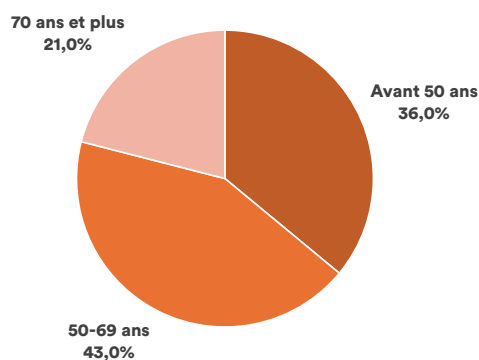
Graphique 120. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers du rein et des voies urinaires hautes en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.



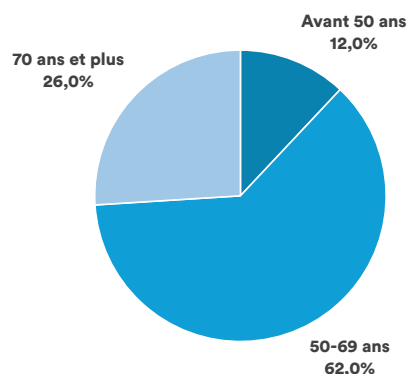
Graphique 121. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers du rein et des voies urinaires hautes en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 55 ans chez la femme et de 58 ans chez l'homme vs. 70 et 67 ans respectivement en France métropolitaine en 2018. (3)



Graphique 116. Répartition des cas de cancers du rein et des voies urinaires hautes chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.



Graphique 117. Répartition des cas de cancers du rein et des voies urinaires hautes chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

Tableau 35. Nombre moyen annuel de cas de cancers du rein et des voies urinaires hautes en fonction de l'âge et du sexe, Polynésie française, 2015-2019

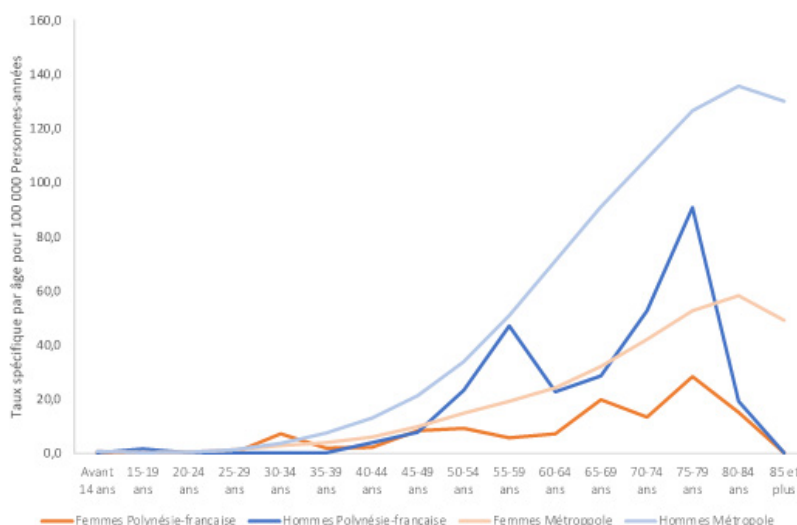
Classes d'âges	0-4 ans	5-19 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans
Hommes	0,2	0,2	0	0	0	0,4	0,8	2,2	3,6
Femmes	0	0	0,8	0,2	0,2	0,8	0,8	0	0,4

Classes d'âges	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus
Hommes	1,4	1,2	1,6	1,8	0,2	0
Femmes	0,8	0,4	0,6	0,2	0	0,8

En Polynésie, les taux d'incidence spécifiques par âge oscillent beaucoup du fait des très faibles effectifs.

On note néanmoins que la courbe chez l'homme reste supérieure à celle chez la femme, qu'elles augmentent de manière hétérogène avec l'âge avant de décroître à partir de 75-79 ans après avoir atteint un maximum de 90,7/100 000 chez l'homme et de 28,3/100 000 chez la femme.

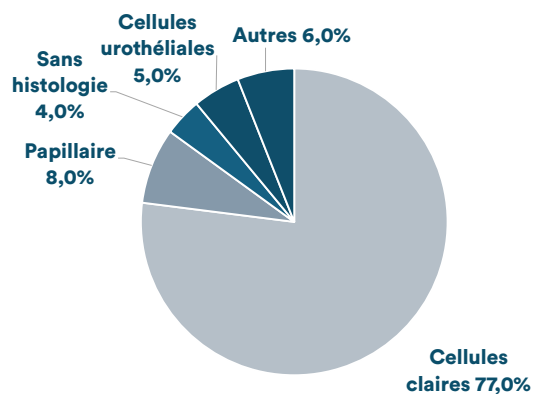
Elles restent inférieures à celles de métropole, particulièrement après 55-59 ans chez l'homme. (Graphique 118)



Graphique 118. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des cancers du rein et des voies urinaires hautes en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

HISTOLOGIE :

Les histologies de type cellules claires représentaient 77% des cas.



Graphique 119. Répartition des histologies des cancers du rein et des voies urinaires hautes, Polynésie française, 2015-2019.

DÉCÈS :

Le cancer du rein est responsable de 3 décès annuels dont 2 chez l'homme et 1 chez la femme. Les taux de mortalité standardisé étaient respectivement de 1,2/100 000 chez l'homme et de 0,7/100 000 chez la femme (2).

MÉLANOMES DE LA PEAU



Topographie (CIM-O3) : C64-66, C68 (rein, urètre, bassin et appareil urinaire SAI)

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

Le cancer du mélanome de la peau est le 8^{ème} cancer le plus fréquent chez l'homme parmi les tumeurs solides (12 cas) et le 12^{ème} chez la femme (5 cas).

Le mélanome comptait **17 nouveaux cas moyens annuels** sur la période 2015-2019 dont 69 % chez l'homme. (Tableau 36).

Ils représentent ainsi environ 3% des cancers chez l'homme et environ 1% chez la femme. (Graphiques 17 et 22)

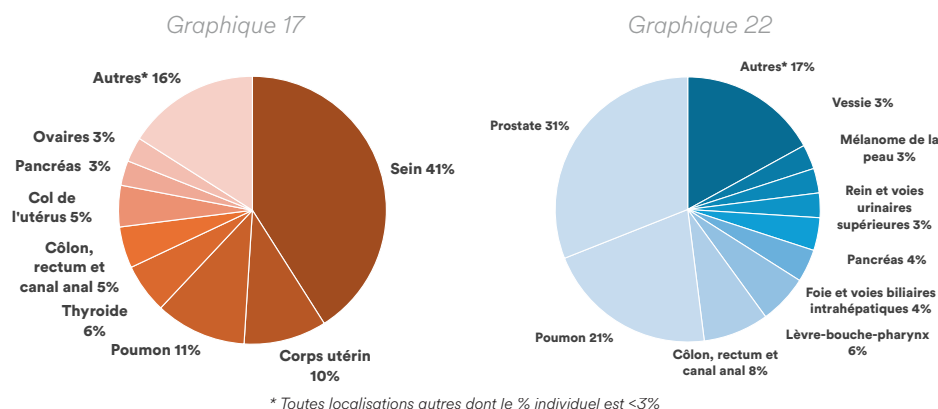


Tableau 36. Données d'incidence des mélanomes de la peau en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	13	19	10	20	22	17
	Taux d'incidence brut	4,8	6,9	3,6	7,2	8,3	6,2
	Taux d'incidence standardisé	4,2	6,3	3,2	5,9	6,3	5,2
Femmes	Nombre de cas	3	9	2	4	8	5
	Taux d'incidence brut	2,2	6,7	1,5	2,9	5,9	3,8
	Taux d'incidence standardisé	2,1	6,2	1,3	2,4	4,3	3,2
Hommes	Nombre de cas	10	10	8	16	15	12
	Taux d'incidence brut	7,2	7,2	5,7	11,4	10,6	8,4
	Taux d'incidence standardisé	6,2	6,5	5,0	9,5	8,5	7,1

Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

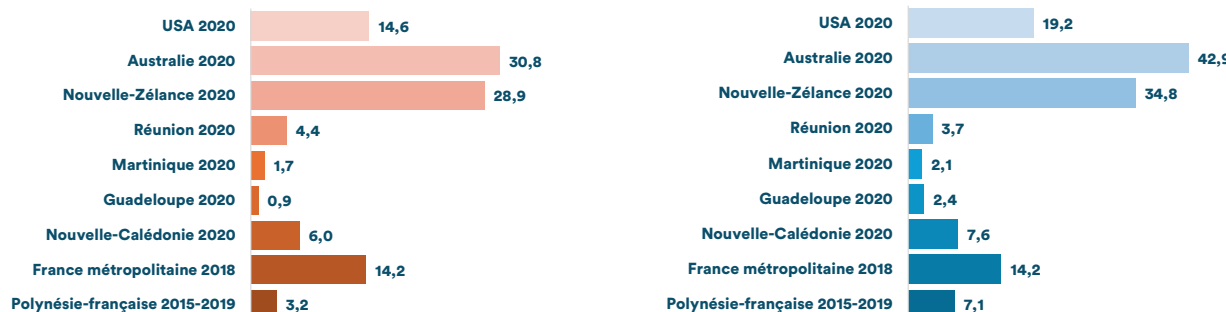
Les taux d'incidence standardisés (monde) étaient de 7,1 [3,0 ; 11,3] chez l'homme et de 3,2 [0,4 ; 6,0] chez la femme. (Tableau 36)

Le sex-ratio est de 2,2. Les taux métropolitains sont réciproquement de 14,2 [12,7 ; 15,7] et de 14,2 [13,0 ; 15,4] et sont donc significativement plus élevés.

Les taux métropolitains sont réciproquement de 14,2 [12,7 ; 15,7] et de 14,2 [13,0 ; 15,4] et sont donc significativement plus élevés.

Les pays du Pacifique tels que la Nouvelle-Zélande ou l'Australie sont connus pour leur incidence très élevée de mélanomes de la peau qui de fait, est un des cancers les plus fréquents. (Graphiques 123 et 124).

En effet, du fait des facteurs de risque des mélanomes présentés ci-dessous, les incidences peuvent être très variables selon la latitude géographique du pays et l'origine ethnique de sa population.



Graphique 123 et 124. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des mélanomes de la peau chez la femme et l'homme (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

Les facteurs de risque des mélanomes sont bien connus, il s'agit avant tout des rayons ultra-violet (UV) et de leur intensité. Néanmoins, la gravité des conséquences liées à une exposition aux UV dépend du phototype des individus.

C'est pourquoi une exposition intense aux UV chez des personnes de phototype clair va naturellement entraîner une incidence plus élevée des mélanomes, tel que, par exemple, en Nouvelle-Zélande ou en Australie. (Graphiques 123 et 124) En effet, la latitude géographique de ce dernier lui confère une exposition solaire intense alors même que la majorité de sa population est issue d'une population nord-européenne anglosaxonne présentant ainsi pour la plupart un phototype clair (14). Les autres facteurs de risque connus sont les facteurs génétiques responsables de formes familiales ou l'exposition aux polychlorobiphényles.

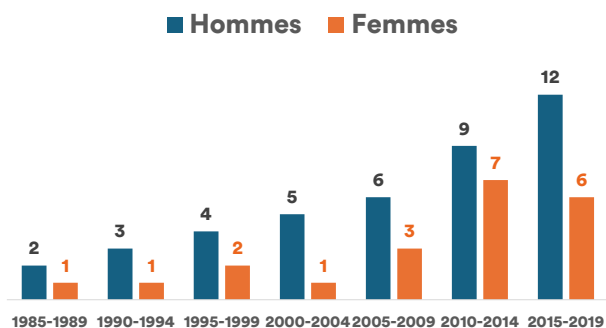
En Polynésie française, le soleil est plus néfaste. Néanmoins, et bien qu'il existe une grande variété de phototypes dans la population, le phototype de la majorité des polynésiens pourrait être protecteur, expliquant ainsi, en partie, les taux d'incidence significativement plus faibles que ceux observés dans d'autres pays. La baisse du taux standardisé observée chez la femme sur la dernière période reste à consolider mais peut traduire une meilleure prise de conscience chez les femmes qui se protégeraient davantage du soleil et consulteraient plus volontiers un dermatologue de manière préventive.

Malgré de petits effectifs, on observe depuis 1985 une **augmentation régulière des cas**, notamment chez l'homme. (Graphique 129)

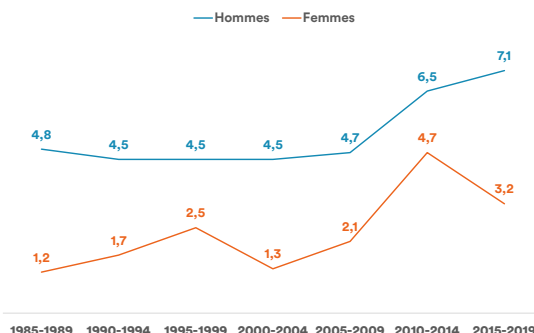
Après ajustement sur l'âge, on observe que les taux d'incidence ont stagné entre 1985 et 1999 avant d'augmenter à chaque période, quel que soit le sexe.

Néanmoins, l'augmentation est moins nette chez la femme et le taux s'incline sur la période la plus récente. (Graphique 130)

Bien que les taux soient plus élevés en France, les tendances sont les mêmes avec une augmentation régulière au cours du temps.



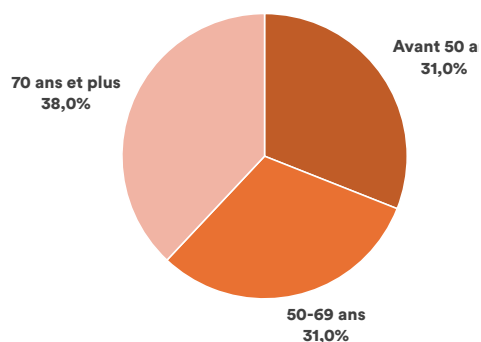
Graphique 129. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de mélanomes de la peau en Polynésie française entre 1985 et 2019.



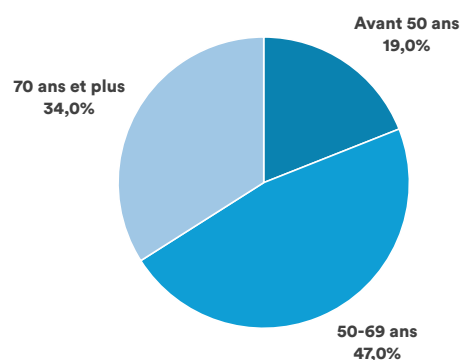
Graphique 130. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des mélanomes de la peau en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de **63 ans chez la femme et de 65 ans chez l'homme vs. 60 et 66 ans respectivement en France métropolitaine en 2018 (3)**. Les âges au diagnostic sont donc relativement proches.



Graphique 125. Répartition des cas de mélanomes de la peau chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.



Graphique 126. Répartition des cas de mélanomes de la peau chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

Tableau 36. Données d'incidence des mélanomes de la peau en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

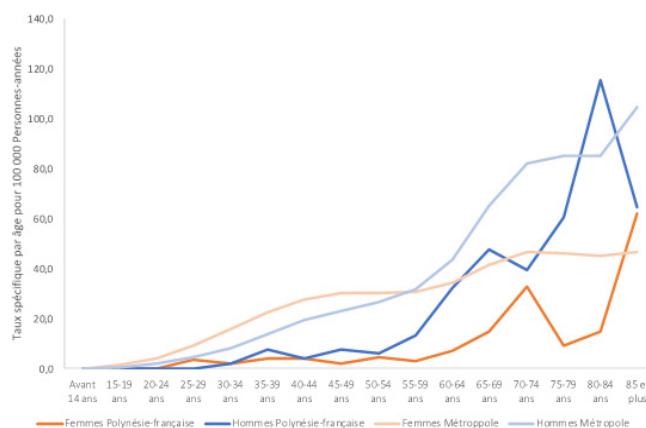
		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	13	19	10	20	22	17
	Taux d'incidence brut	4,8	6,9	3,6	7,2	8,3	6,2
	Taux d'incidence standardisé	4,2	6,3	3,2	5,9	6,3	5,2
Femmes	Nombre de cas	3	9	2	4	8	5
	Taux d'incidence brut	2,2	6,7	1,5	2,9	5,9	3,8
	Taux d'incidence standardisé	2,1	6,2	1,3	2,4	4,3	3,2
Hommes	Nombre de cas	10	10	8	16	15	12
	Taux d'incidence brut	7,2	7,2	5,7	11,4	10,6	8,4
	Taux d'incidence standardisé	6,2	6,5	5,0	9,5	8,5	7,1

Taux pour 100 000 personnes-années

Les taux d'incidence spécifiques par âge croissent avec l'âge selon des courbes relativement semblables entre la Polynésie et la France, bien que les taux métropolitains restent plus élevés que les taux polynésiens.

Les courbes décollent vers 20-24 ans en métropole, vers 25-30 ans en Polynésie française. Jusqu'à la cinquantaine, on retrouve un écart assez réduit entre les taux observés chez l'homme et ceux observés chez la femme. Au-delà, la courbe masculine s'élève plus rapidement, contrairement à la courbe féminine qui augmente plus lentement.

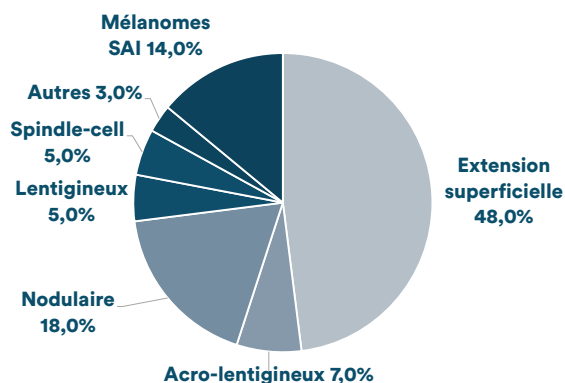
Le taux maximum chez l'homme polynésien est observé à 80-84 ans où il atteint 115,3/100 000 et dépasse même la courbe métropolitaine qui atteint au maximum 104,4/100 000 chez les 85 ans et plus. Chez la femme, le taux maximal est observé est de 62,1/100 000 chez les 85 ans et plus en Polynésie vs. 46,6/100 000 en métropole. (Graphique 127)



Graphique 127. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des mélanomes de la peau en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018

HISTOLOGIE :

La moitié des cas étaient des mélanomes à extension superficielle. (Graphique 128)



Graphique 128. Répartition des histologies des mélanomes de la peau, Polynésie française, 2015-2019.

DÉCÈS :

Le mélanome de la peau est responsable de 3 décès annuel dont 2 chez l'homme et 1 chez la femme. Les taux de mortalité standardisés étaient respectivement de 1,2/100 000 chez l'homme et de 0,7/100 000 chez la femme. (2)



Topographie (CIM-O3) : C67

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

Le cancer de la vessie est le 9ème cancer le plus fréquent chez l'homme parmi les tumeurs solides (11 cas) et le 12ème chez la femme (5 cas).

On estime à **17 le nombre de nouveaux cas moyens annuels de cancers de la vessie** sur la période 2015-2019 dont 69% chez l'homme. (Tableau 38)

Ils représentent ainsi environ **3% des cancers chez l'homme** et environ **1% chez la femme**. (Graphiques 17 et 22)

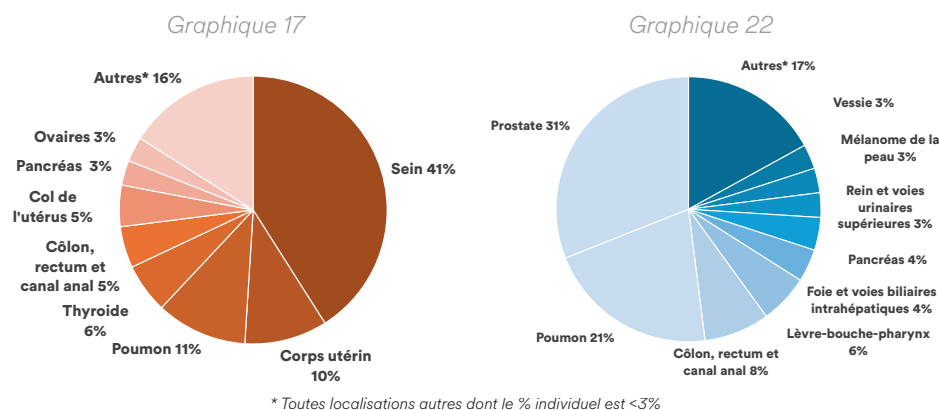


Tableau 38. Données d'incidence des cancers de la vessie en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	13	14	22	14	20	17*
	Taux d'incidence brut	4,8	5,1	8,0	5,1	7,2	6,0
	Taux d'incidence standardisé	3,9	4,5	6,3	4,2	5,6	4,9
Femmes	Nombre de cas	3	7	4	6	6	5
	Taux d'incidence brut	2,2	5,2	3,0	4,4	4,4	3,8
	Taux d'incidence standardisé	2,0	4,6	2,4	3,5	3,7	3,2
Hommes	Nombre de cas	10	7	18	8	14	11
	Taux d'incidence brut	7,2	5,0	12,8	5,7	9,9	8,1
	Taux d'incidence standardisé	6,1	4,5	10,7	4,8	7,7	6,7

* le nombre de cas moyen étant arrondi, la somme des cas pour les deux sexes peut ne pas être parfaitement égale au nombre total de cas
Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

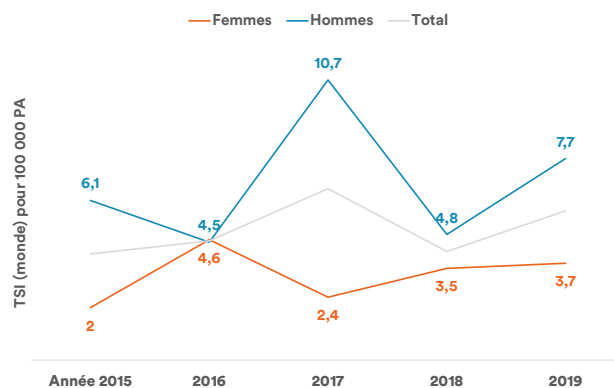
Les taux d'incidence standardisés (monde) moyens sur la période 2015-2019 étaient de 6,7 [2,8 ; 10,7] chez l'homme et de 3,2 [0,4 ; 6,1] chez la femme (Tableau 38). Le sex-ratio était de 2,1.

Les taux métropolitains étaient réciproquement de 14,3 [13,3 ; 15,3] et de 2,4 [2,2 ; 2,6].

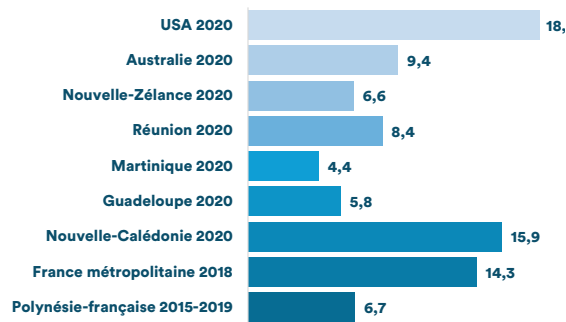
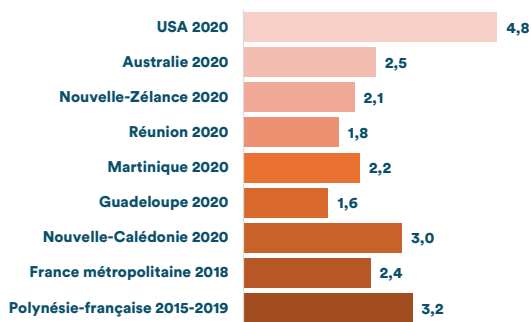
Le taux métropolitain chez l'homme est donc significativement plus élevé.

Cependant, on observe sur la période 2015-2019 de grandes variations du taux chez l'homme polynésien, ce dernier ayant atteint 10,7 [5,6 ; 15,7] en 2017 et se rapprochant ainsi de manière significative du taux métropolitain. (Graphique 131).

Il peut s'agir d'un biais relatif aux petits effectifs ou de taux effectivement moins élevés chez l'homme polynésien.



Graphique 131. Évolution annuelle des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers de la vessie en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019



Graphique 132 et 133. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers de la vessie chez la femme et chez l'homme (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

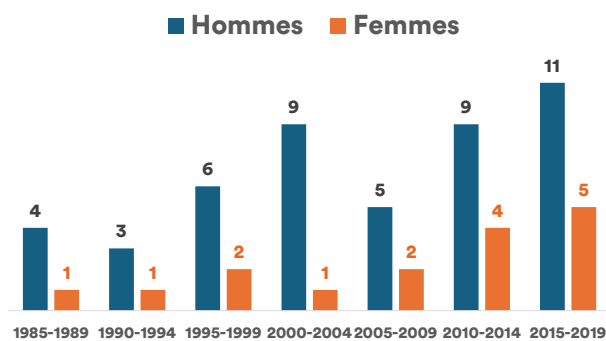
Malgré de petits effectifs, on observe depuis 1985 une augmentation très hétérogène du nombre des cas.

(Graphique 147)

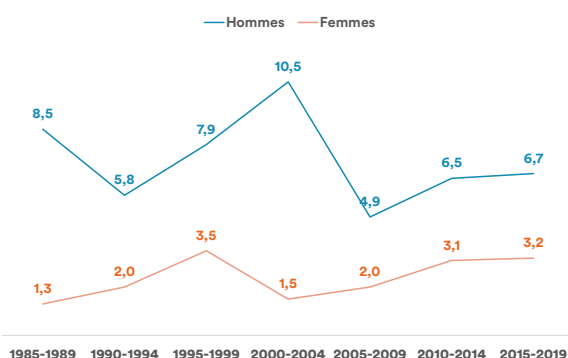
Après ajustement sur l'âge, on observe que les taux d'incidence sont globalement restés stables depuis les années 1985. Ils augmentent cependant lentement depuis les années 2000. (Graphique 148) En métropole, on observe une augmentation récente des taux chez la femme et une légère diminution chez l'homme.

Néanmoins, les interprétations et comparaisons doivent être prudentes :

- En effet, cette localisation a fait l'objet de grandes variations en termes de pratiques d'enregistrement des cas au cours du temps et entre registres.
- En effet, les difficultés à définir la malignité d'un point de vue histologique de ces tumeurs rend la standardisation des définitions complexes.
- En effet, ces tumeurs présentent souvent une continuité entre la tumeur papillaire non infiltrante et la tumeur maligne infiltrante, la notion de dépassement de la membrane basale n'étant pas toujours simple à individualiser sur un prélèvement tumoral.



Graphique 147. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers de la vessie en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.

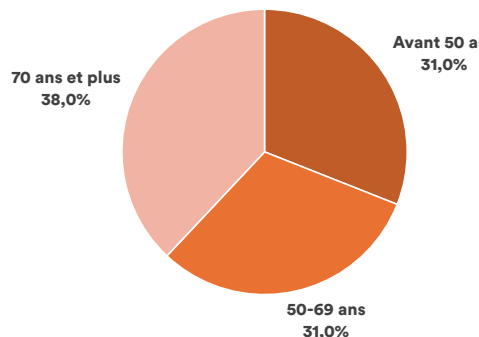


Graphique 148. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers de la vessie en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019

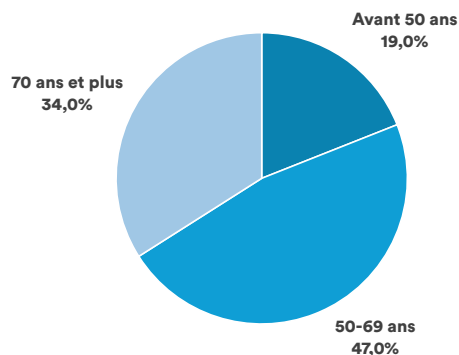
Pour ce rapport, et notamment sur la dernière période, seules les tumeurs de stade minimum pT1 ont été enregistrées. C'était également le cas pour les données métropolitaines.

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 68,5 ans chez la femme et de 71 ans chez l'homme vs. 78 et 73 ans respectivement en France métropolitaine en 2018. (3)



Graphique 125. Répartition des cas de mélanomes de la peau chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.



Graphique 126. Répartition des cas de mélanomes de la peau chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

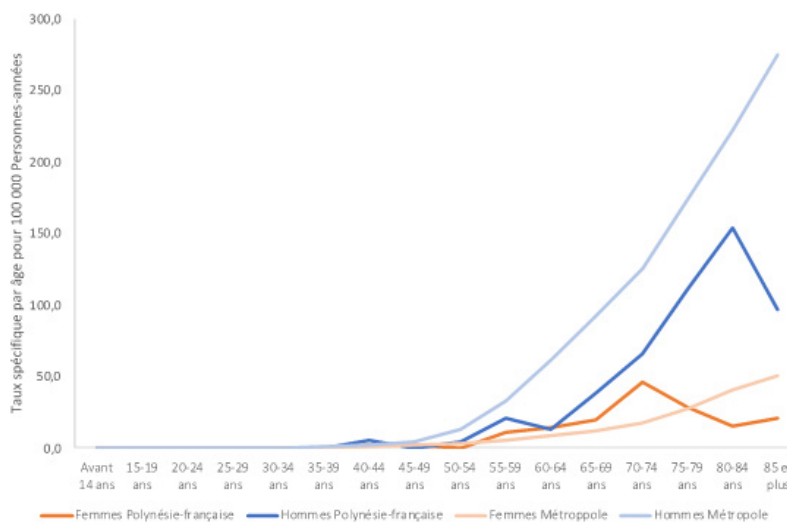
Tableau 39. Nombre moyen annuel de cas de cancers de la vessie en fonction de l'âge et du sexe, Polynésie française, 2015-2019

Classes d'âges	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus
Hommes	0,6	0	0,4	1,6	0,8	1,6	2	2,2	1,6
Femmes	0,2	0	0	0,8	0,8	0,8	1,4	0,6	0,2

Les taux d'incidence spécifiques par âge croissent avec l'âge selon des tendances relativement semblables entre la Polynésie et la France, bien que les taux métropolitains chez l'homme restent plus élevés que les taux polynésiens. Ils sont cependant très proches chez la femme.

La courbe chez l'homme s'élève de manière exponentielle à partir de 45-49 ans en France. Tandis que la courbe chez l'homme en Polynésie commence à s'élever de 60-64 ans, jusqu'à atteindre un taux maximum de 153,7/100 000 à 80-84 ans puis décline.

Les taux métropolitains augmentent sans cesse et atteignent 275/100 000 pour les 85 ans et plus. Chez la femme, les taux polynésiens augmentent lentement et atteignent un maximum de 46,2/100 000 à 70-74 ans avant de redescendre avec l'âge. Les taux métropolitains strictement identiques aux taux de la femme polynésienne jusqu'à 65-69 ans augmentent alors de manière plus homogène et atteignent un maximum de 50,4 aux âges extrêmes (Graphique 146).



Graphique 146. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des cancers de la vessie en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

HISTOLOGIE :

L'histologie concernait des cellules urothéliales (transitionnelles) dans 93% des cas dont 35% de type papillaire.

DÉCÈS :

Avec un **total de 7 décès annuels dont 4 chez l'homme et 3 chez la femme, le cancer de la vessie est la 10ème cause de décès par cancer chez l'homme et la 11ème chez la femme**. Les taux de mortalité standardisé étaient respectivement de 2,8/100 000 chez l'homme et de 1,7/100 000 chez la femme. (2)

Les facteurs de risque connus du cancer de la vessie sont le tabac, les expositions professionnelles à certains produits chimiques et certains facteurs environnementaux (notamment les gaz d'échappement de moteur diesel). L'évolution de leur prévalence est donc corrélée à moyen terme à l'évolution des incidences des cancers de la vessie, notamment la consommation tabagique qui était en augmentation en 2010, notamment chez les jeunes et les femmes (6).



Topographie (CIM-O3) : C67

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

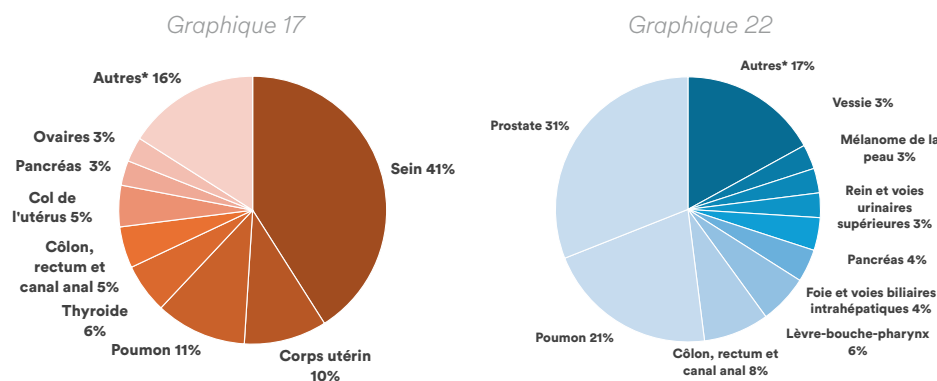
NOMBRE DE CAS :

Il est le **11^{ème}** cancer le plus fréquent chez l'homme (8 cas) et le **10^{ème}** chez la femme (6 cas).

On estime à **15 le nombre moyen de nouveaux cas annuels de cancers de l'estomac** sur la période 2015-2019 dont 57% chez l'homme. (Tableau 40)

*

Ils représentent ainsi environ **2% des cancers chez l'homme et 2% chez la femme.** (Graphiques 17 et 22)



* Toutes localisations autres dont le % individuel est <3%

Tableau 40. Données d'incidence des cancers de l'estomac en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	15	10	19	16	14	15*
	Taux d'incidence brut	5,5	3,6	6,9	5,8	5,0	5,4
	Taux d'incidence standardisé	5,0	3,1	5,4	4,6	3,8	4,4
Femmes	Nombre de cas	7	5	9	8	3	6
	Taux d'incidence brut	5,2	3,7	6,6	5,9	2,2	4,7
	Taux d'incidence standardisé	4,8	3,3	4,9	4,3	1,5	3,7
Hommes	Nombre de cas	8	5	10	8	11	8
	Taux d'incidence brut	5,7	3,6	7,1	5,7	7,8	6,0
	Taux d'incidence standardisé	5,0	3,0	5,8	4,9	6,1	5,0

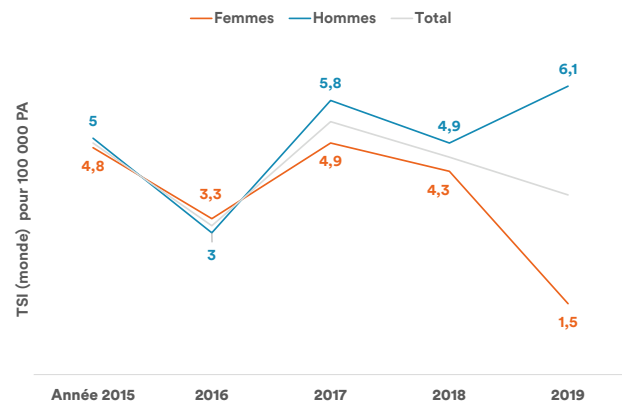
* le nombre de cas moyen étant arrondi, la somme des cas pour les deux sexes peut ne pas être parfaitement égale au nombre total de cas
Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

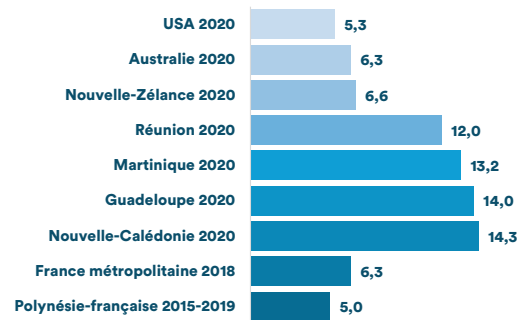
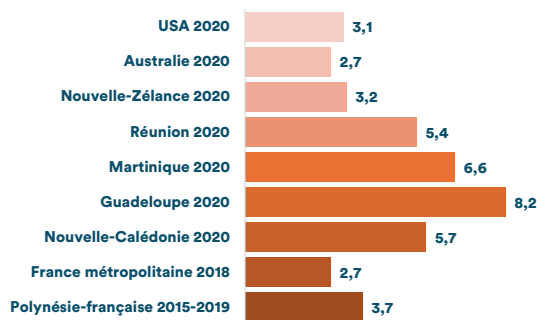
Les taux d'incidence standardisés (monde) moyens sur la période 2015-2019 étaient de 5,0 [1,6 ; 8,4] chez l'homme et de 3,7 [0,8 ; 6,7] chez la femme. (Tableau 40)

Le sex-ratio était de 1,4. Les taux métropolitains sont réciproquement de 6,3 [5,9 ; 6,8] et de 2,7 [2,4 ; 2,9]. (3)

Il n'existe donc pas de différence significative entre les taux polynésiens et les taux métropolitains. (Graphiques 150 et 151)



Graphique 131. Évolution annuelle des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers de la vessie en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

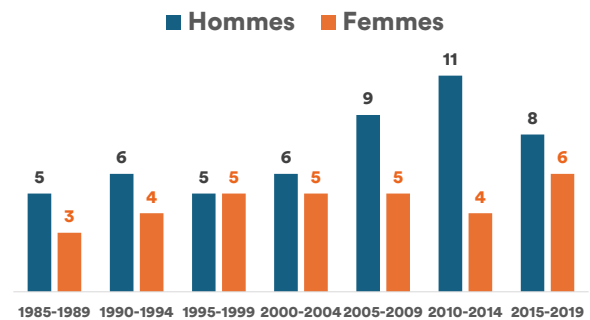


Graphique 150 et 151. Comparaisons internationales des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers de l'estomac chez la femme et chez l'homme (3-5) (cf. Méthodologie Partie I concernant l'interprétation des indicateurs)

Malgré de petits effectifs, on observe depuis 1985 une augmentation très hétérogène du nombre de cas. (Graphique 156)

Après ajustement sur l'âge, on observe depuis 1985, chez l'homme, des taux d'incidence assez indécis, néanmoins en décroissance globale discrète et, chez la femme, des taux en décroissance plus franche. (Graphique 157)

Les taux métropolitains montrent des taux en décroissance chez l'homme comme chez la femme.

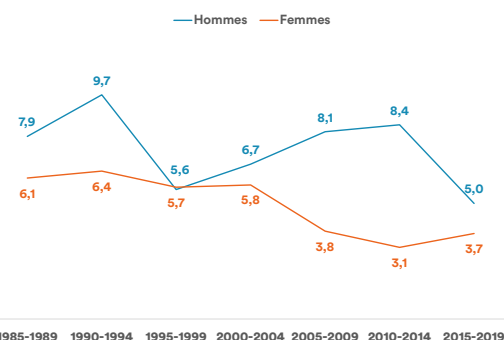


Graphique 156. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers de l'estomac en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.

Les facteurs de risque principaux du cancer de l'estomac sont **l'infection à Helicobacter pylori, le tabac et l'alimentation.**

Aussi, la diminution des incidences observée peut sans doute en partie être attribuée à la baisse de la prévalence d'Helicobacter pylori liée à une meilleure hygiène et à l'accès à l'eau potable mais également à la meilleure maîtrise de son éradication grâce à l'utilisation d'antibiotiques.

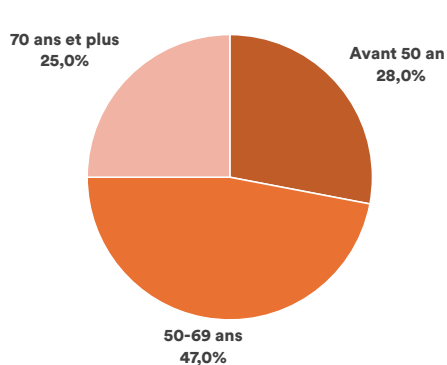
La décroissance peu convaincante des taux chez l'homme et les oscillations observées rendent probablement compte de variations dans la méthodologie de recueil du registre des cancers.



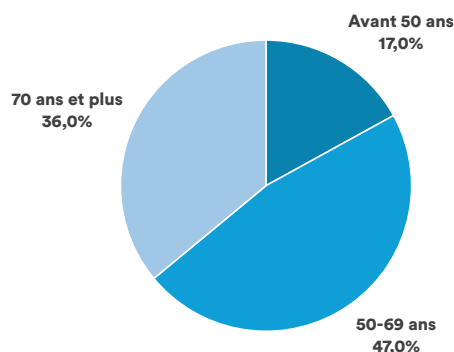
Graphique 157. Évolution des taux standardisés moyens d'incidence (monde) des cancers de l'estomac en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 59 ans chez la femme et de 62,5 ans chez l'homme vs. 75 et 71 ans respectivement en France métropolitaine en 2018. (3)



Graphique 152. Répartition des cas de cancers de l'estomac chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.



Graphique 153. Répartition des cas de cancers de l'estomac chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

Tableau 41. Nombre moyen annuel de cas de cancers de l'estomac en fonction de l'âge et du sexe, Polynésie française, 2015-2019

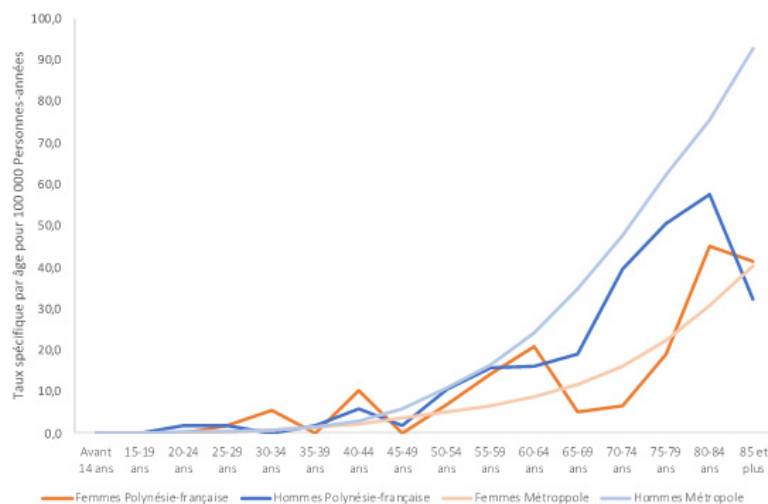
Classes d'âges	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	35-39 ans	40-44 ans	45-49 ans	50-54 ans	55-59 ans
Hommes	0	0,2	0	0,2	0,6	0,2	1	1,2
Femmes	0	0	0,6	0	1	0	0,6	1

Classes d'âges	60-64 ans	65-69 ans	70-74 ans	75-79 ans	80-84 ans	85 ans et plus
Hommes	0	0,2	0	0,2	0,6	0,2
Femmes	1,2	0,2	0,2	0,4	0,6	0,4

Les taux d'incidence spécifiques par âge croissent avec l'âge selon des tendances relativement semblables entre la Polynésie et la France, bien que les courbes polynésiennes soient plus hétérogènes du fait des petits effectifs.

Chez l'homme polynésien, la courbe s'élève dès 20-24 ans puis augmente progressivement avec l'âge pour atteindre un maximum de 57,6/100 000 à 80-84 ans. La courbe française est relativement superposable bien qu'elle s'élève de manière plus importante à partir de 55-59 ans et atteint un maximum de 92/100 000 aux âges extrêmes, âges auxquels la courbe polynésienne décline.

Chez la femme, la courbe polynésienne s'élève très tôt, à partir de 25-29 ans et évolue par palier pour atteindre 45,1/100 000 à 80-84 ans. La courbe métropolitaine dessine des tendances très similaires. (Graphique 154)

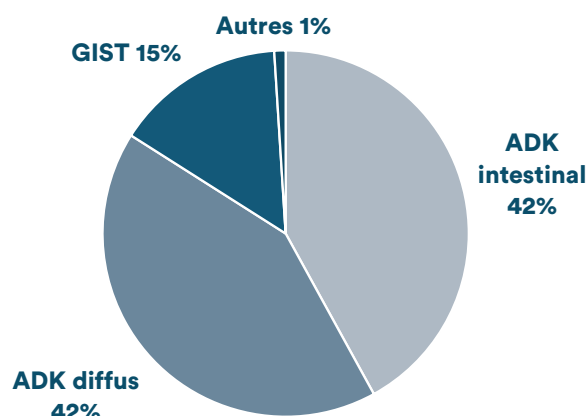


Graphique 154. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe de l'estomac en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

HISTOLOGIE :

Les adénocarcinomes représentaient un peu plus de 40% des types histologiques, tout comme les linites gastriques.

(Graphique 155)



Graphique 155. Répartition des histologies des cancers de l'estomac, Polynésie française, 2015-2019.

Sur la période 2015-2019, **plus de 40% des cancers gastriques observés en Polynésie française étaient des linites gastriques**. Leur part est en général de 10%, bien qu'en augmentation, notamment en Europe.

Elles touchent plus volontiers la personne jeune (8). Bien que l'origine ethnique asiatique soit un facteur de risque, certaines prédispositions génétiques, notamment les mutations du gène CDH1 codant pour la E-cadhérine, sont connues pour favoriser les linites gastriques à des âges précoces. Les données de la littérature montrent une fréquence rare en population générale des variants délétères de CDH1, de l'ordre de 0,1%. Bien que cette fréquence soit sans doute sous-évaluée et qu'elle n'est pas connue en Polynésie française, un variant délétère de CDH1 a été mis en évidence à plusieurs reprises dans le cadre de la consultation d'oncogénétique qui existe sur le territoire depuis 2015. La prévalence de ce variant pourrait expliquer en partie le taux élevé de linite gastrique en Polynésie française. Néanmoins, ce taux élevé peut être également dû à une sous-estimation des autres formes de cancers. Cette thématique pourrait faire l'objet d'un travail de recherche.

DÉCÈS :

Avec un total de **9 décès annuels dont 5 chez l'homme et 4 chez la femme, le cancer de l'estomac est la 9ème cause de décès par cancer chez l'homme et la 7ème chez la femme**. Les taux de mortalité standardisés étaient respectivement de 2,8/100 000 chez l'homme et de 2,0/100 000 chez la femme. (2)



Topographie (CIM-O3) : C23-C24

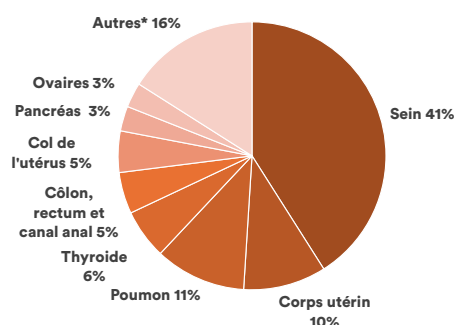
Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

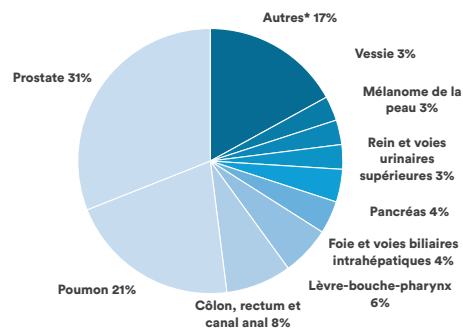
On estime à **11 le nombre de nouveaux cas moyen annuel** de cancers des voies biliaires sur la période 2015-2019, 6 chez la femme et 5 chez l'homme. (Tableau 42)

Il est le **15ème cancer le plus fréquent chez l'homme et le 11ème chez la femme.** (Graphiques 17 et 22)

Graphique 17



Graphique 22



* Toutes localisations autres dont le % individuel est <3%

HISTOLOGIE :

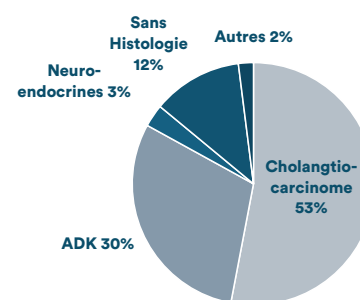


Tableau 42. Données d'incidence des cancers des voies biliaires en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	8	15	7	14	9	11
	Taux d'incidence brut	2,9	5,5	2,5	5,1	3,2	3,8
	Taux d'incidence standardisé	2,6	4,6	2,3	4,1	2,4	3,2
Femmes	Nombre de cas	2	8	3	11	4	6
	Taux d'incidence brut	1,5	5,9	2,2	8,1	2,9	4,1
	Taux d'incidence standardisé	1,4	5,0	1,7	5,9	2,3	3,3
Hommes	Nombre de cas	6	7	4	3	5	5
	Taux d'incidence brut	4,3	5,0	2,9	2,1	3,5	3,6
	Taux d'incidence standardisé	3,8	4,3	2,7	2,1	2,8	3,1

Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

Les taux d'incidence standardisés (monde) moyens sur la période 2015-2019 étaient de **3,1 [0,4 ; 5,9]** chez l'homme et de **3,3 [0,5 ; 6,1]** chez la femme. Le sex-ratio est de 1,1.

Les taux métropolitains sont réciproquement de 2,1 [1,9 ; 2,3] et 1,4 [1,3 ; 1,6].

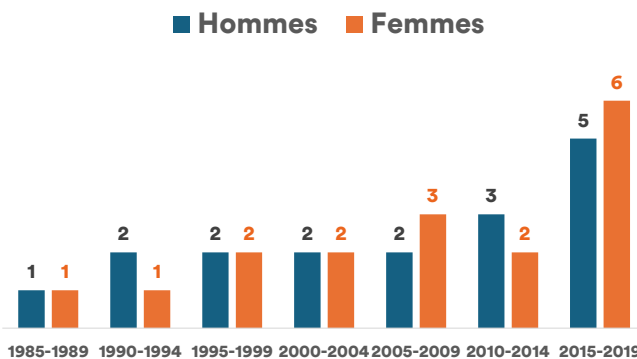
Il n'existe donc pas de différence significative entre les taux polynésiens et les taux métropolitains.

Concernant l'évolution du nombre de cas, ce dernier a bondi sur la dernière période. Ce bond reflète sans doute un meilleur recueil et un meilleur enregistrement des cas par le registre des cancers.

En effet, le diagnostic n'est pas forcément aisé et le diagnostic différentiel avec le pancréas par exemple, n'est pas toujours simple.

De plus, la confirmation histologique n'est pas toujours présente et dans ce cas, le diagnostic repose sur des arguments clinico-radiologiques plus complexes à notifier au registre, d'où l'importance des déclarations obligatoires dans ce contexte.

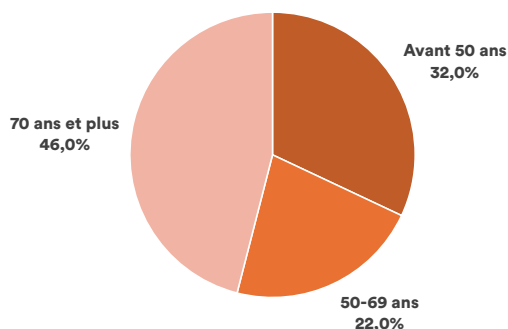
L'évolution des taux standardisés n'est pas présentée dans ce rapport du fait de variations trop importantes pour évoquer des tendances temporelles claires.



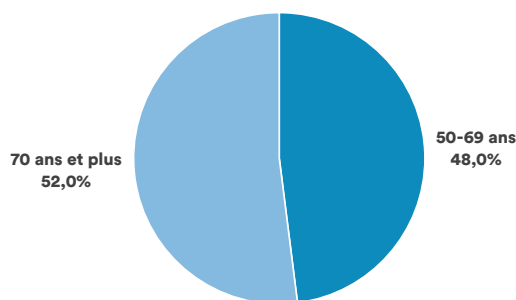
Graphique 162. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas des cancers des voies biliaires en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019.

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 59 ans chez la femme et de 62,5 ans chez l'homme vs. 75 et 71 ans respectivement en France métropolitaine en 2018. (3)



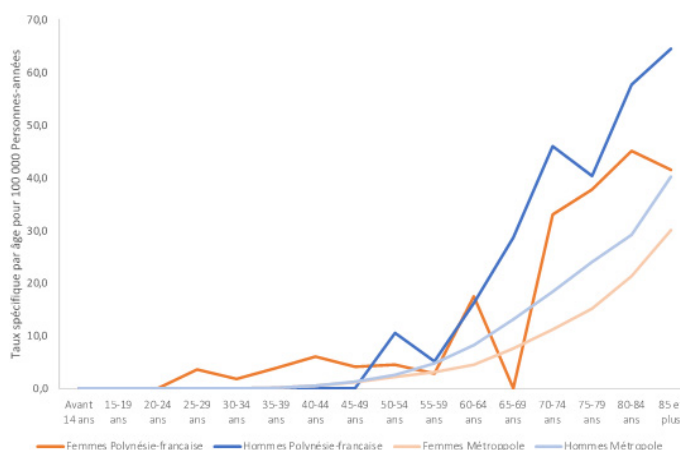
Graphique 158. Répartition des cas de cancers des voies biliaires chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.



Graphique 159. Répartition des cas de cancers des voies biliaires chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

Les courbes polynésiennes représentant les taux d'incidence spécifiques par âge décollent vers l'âge de 25-29 ans chez la femme et vers 50-54 ans chez l'homme. Elles augmentent rapidement et de manière irrégulière pour atteindre un taux de 64,4/100 000 chez l'homme de 85 ans et plus et de 45,1/100 000 chez la femme de 80-84 ans.

Les courbes métropolitaines initient leur croissance plus tardivement, restent relativement inférieures aux courbes polynésiennes et augmentent plus lentement. Rappelons néanmoins que les effectifs polynésiens sont très faibles et appellent donc à la prudence dans l'interprétation des résultats. (Graphique 160)

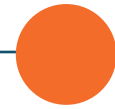


Graphique 160. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des voies biliaires en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

DÉCÈS :

Le cancer de la vésicule biliaire est responsable de 2 décès annuels dont 1 chez l'homme et 1 chez la femme. Concernant les voies biliaires extra-hépatiques, on comptabilise 3 décès dont 2 chez l'homme et 1 chez la femme. (2)

CANCER DES OVAIRES



Topographie (CIM-O3) : C56, C570-574

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

On estime à **11 le nombre moyen annuel de nouveaux cas des cancers des ovaires** chez la femme sur la période 2015-2019. (Tableau 43)

Il est le **7ème cancer le plus fréquent chez la femme et représente 3% des cancers.** (Graphique 17)

Graphique 17

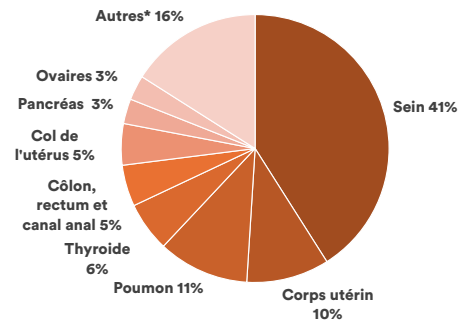


Tableau 43. Données d'incidence des cancers de l'ovaire en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Nombre de cas	12	8	16	5	15	11
Femmes Taux d'incidence brut	9,0	5,9	11,8	3,7	11,0	8,3
Taux d'incidence standardisé	7,8	5,0	9,6	3,3	8,5	6,9

Taux pour 100 000 personnes-années

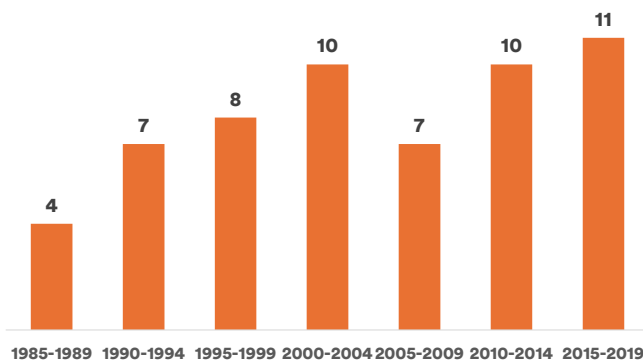
TAUX D'INCIDENCE :

Le **taux d'incidence standardisé (monde) moyen annuel sur la période 2015-2019 était de 6,9 [2,8 ; 11,0]**, semblable à celui observé en métropole en 2018 de 7,5 [7,0 ; 7,9]. (Tableau 43) (3)

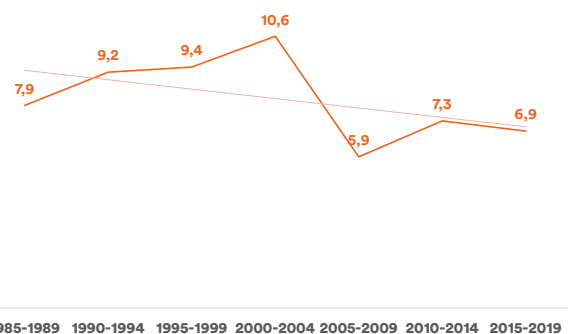
Les cas de cancers de l'ovaire ont augmenté entre 1985 et 2004, puis, après avoir chuté, sont remontés pour atteindre en 2015-2019 le même niveau que celui observé en 2000-2004. (Graphique 167)

Les taux d'incidence standardisés ont suivi la même évolution mais présentent sur l'ensemble de la période 1985-2019 une tendance à la baisse. (Graphique 168)

En métropole, on observe une baisse régulière des taux.



Graphique 167. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de cancers de l'ovaire en Polynésie française entre 1985 et 2019. (3-4)



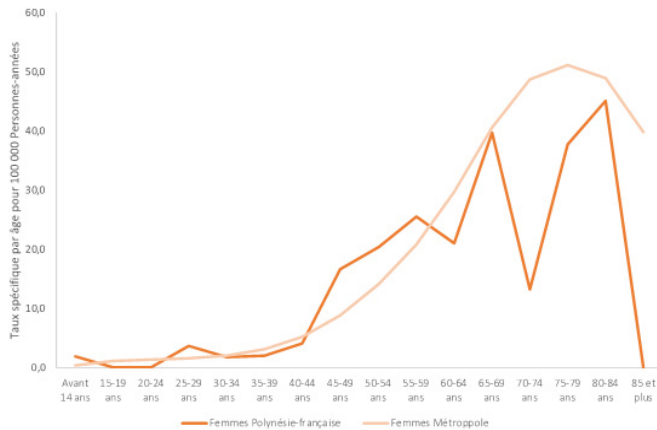
Graphique 168. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des cancers de l'ovaire en Polynésie française entre 1985 et 2019.

ÂGE MÉDIAN :

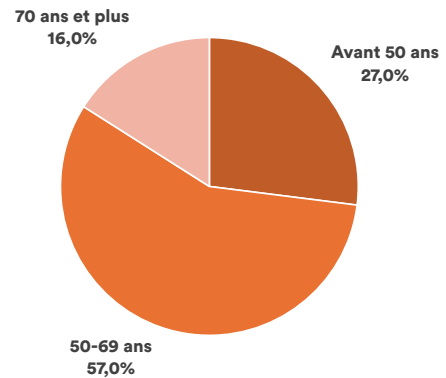
L'âge médian au diagnostic était de 57 ans chez la femme vs. 68 ans en France métropolitaine en 2018. (3)

La courbe polynésienne des taux d'incidence spécifiques par âge augmente lentement jusqu'à 40-44 ans, âge auquel elle croit beaucoup plus fortement, avant d'atteindre un premier pic de 39,7/100 000 à 65-69 ans puis un second pic de 45,1/100 000 à 80-84 ans.

La courbe métropolitaine suit une montée semblable à celle de la Polynésie jusqu'à 65-69 ans où les taux continuent d'augmenter jusqu'à atteindre un pic de 51,2/100 000 à l'âge de 75-79 ans. (Graphique 163)



Graphique 163. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des cancers de l'ovaire en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.



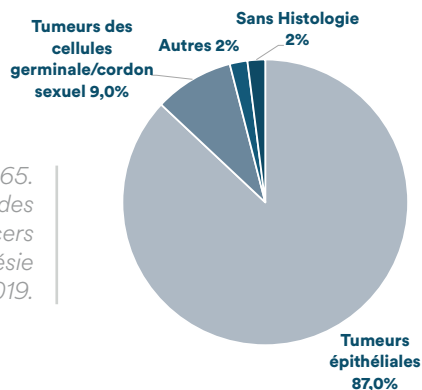
Graphique 164. Répartition des cas de cancers de l'ovaire chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

HISTOLOGIE :

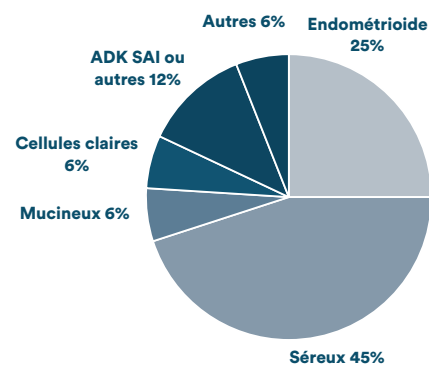
Les tumeurs de type **épithéliales** représentaient un peu plus de 87% des tumeurs ovariennes, les tumeurs germinales et du stroma/cordon sexuel 9%. (Graphique 165)

Ces dernières concernaient quasi exclusivement des femmes de moins de 40 ans. Parmi les tumeurs épithéliales, le type séreux représentait 45%, le type endométrioïde 25%.

(Graphique 166)



Graphique 165. Répartition des histologies des cancers de l'ovaire, Polynésie française, 2015-2019.



Graphique 166. Répartition des sous-types histologiques des tumeurs épithéliales de l'ovaire, Polynésie française, 2015-2019.

Les facteurs de risque principaux du cancer de l'ovaire et en particulier des tumeurs épithéliales reposent sur les **facteurs hormonaux et reproductifs**. Ainsi un nombre de cycles ovulatoires élevé (puberté précoce, ménopause tardive, nulliparité) augmente le risque et à l'inverse, tous les facteurs qui diminuent le nombre d'ovulations sont des facteurs protecteurs (grossesses, allaitement, contraception orale). Les facteurs génétiques, dont les variants délétères des gènes BRCA1 et BRCA2, expliquent environ 10 à 15% des cancers de l'ovaire.

Enfin les facteurs liés au mode de vie tels que l'obésité ou le tabac peuvent également augmenter le risque.

Les tendances observées reflètent notamment la prévalence des facteurs de risque, et très probablement la démocratisation des contraceptifs oraux.

DÉCÈS :

Le cancer de l'ovaire est responsable de 3 décès annuels. Le taux standardisé de mortalité était de 1,8/100 000. (2)

CANCER DE L'ŒSOPHAGE



Topographie (CIM-O3) : C15
Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

On estime à **10 le nombre moyen annuel de nouveaux cas des cancers de l'œsophage** sur la période 2015-2019 dont 8 chez l'homme et 2 chez la femme. (Tableau 43)

Il est le **12ème cancer le plus fréquent chez l'homme et le 17ème chez la femme.** (Graphique 17 et 22)

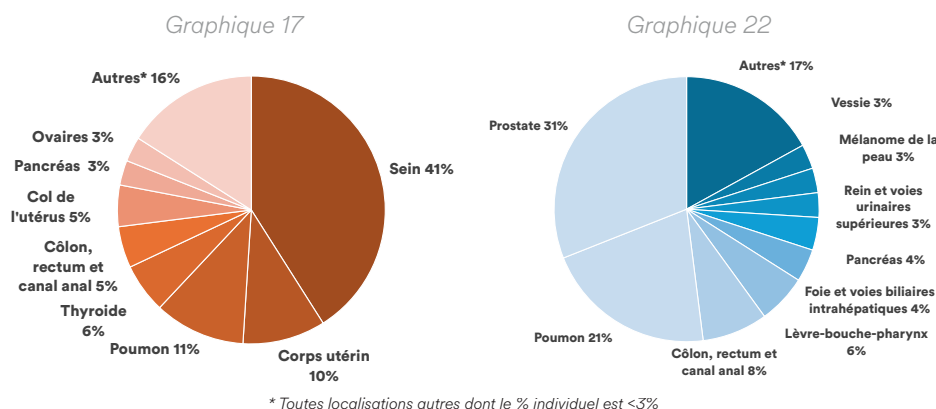


Tableau 43. Données d'incidence des cancers de l'œsophage en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

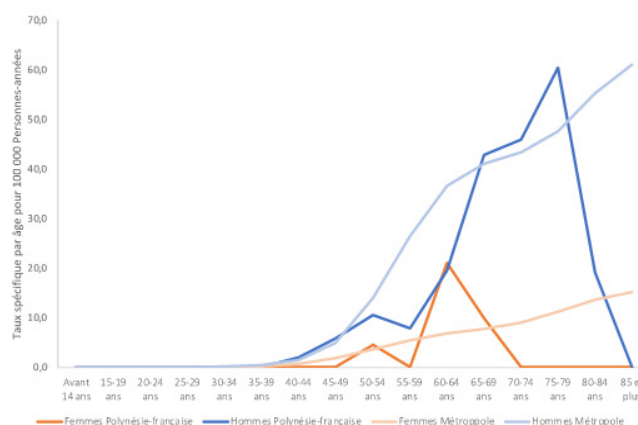
	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019	
Tout sexe	Nombre de cas	9	7	15	7	13	10
	Taux d'incidence brut	3,3	2,5	5,4	2,5	4,7	3,7
	Taux d'incidence standardisé	3,1	2,1	4,7	2,2	3,8	3,2
Femmes	Nombre de cas	2	1	1	1	5	2
	Taux d'incidence brut	1,5	0,7	0,7	0,7	3,7	1,5
	Taux d'incidence standardisé	1,6	0,7	0,7	0,5	3,2	1,4
Hommes	Nombre de cas	7	6	14	6	8	8
	Taux d'incidence brut	5,0	4,3	10,0	4,3	5,7	5,9
	Taux d'incidence standardisé	4,6	3,5	8,5	3,8	4,5	5,0

Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

Le taux d'incidence standardisé (monde) moyen annuel sur la période 2015-2019 était de **5,0 [1,5 ; 8,5] chez l'homme et de 1,4 [0,0-3,3] chez la femme.** (Tableau 43)

Le sex-ratio était de 3,6. Les taux observés en France métropolitaine étaient proches, de l'ordre de 6,8 [5,9 ; 7,8] chez l'homme et 1,5 [1,3 ; 1,7] chez la femme. (3)

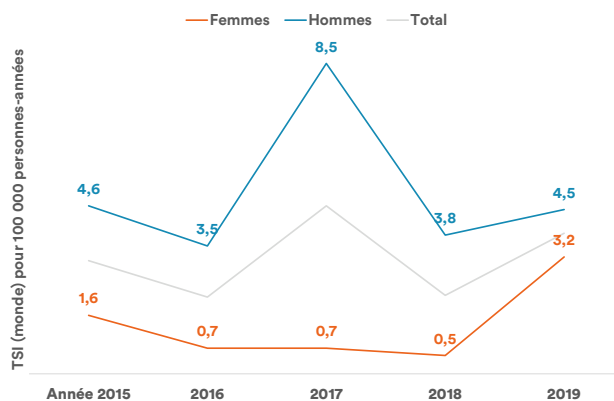


Graphique 167. Évolution annuelle des taux d'incidence standardisés des cancers de l'œsophage en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 63 ans chez la femme vs. 70 ans métropole et de 67 ans chez l'homme tout comme en métropole. (3)

Malgré des effectifs très faibles, les taux spécifiques par âge et par sexe suivent les tendances des courbes métropolitaines en dehors des âges extrêmes. (Graphique 168)

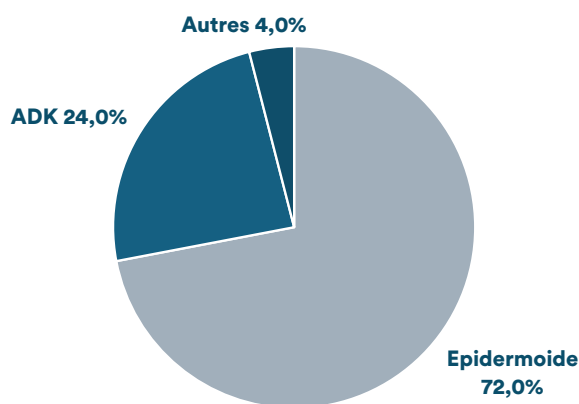


Graphique 168. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des cancers de l'œsophage en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

HISTOLOGIE :

Les carcinomes épidermoïdes représentaient un peu plus de 70% des cancers de l'œsophage. (Graphique 169)

Cette observation est similaire aux observations en métropole.



Graphique 169. Répartition des histologies des cancers de l'œsophage, Polynésie française, 2015-2019.

Les facteurs de risque connus de ce cancer sont la **consommation alcool-tabagique pour le carcinome épidermoïde, l'obésité et le reflux gastro-œsophagien pour l'adénocarcinome.**

DÉCÈS :

Avec un **total de 10 décès annuels dont 7 chez l'homme et 3 chez la femme**, le cancer de l'œsophage est la **8ème cause de décès** par cancer chez l'homme et la 11ème chez la femme.

Les taux de mortalité standardisés étaient respectivement de 4,0/100 000 chez l'homme et de 1,7/100 000 chez la femme. (2)



Topographie (CIM-O3) : C32
Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

On estime à **9 le nombre moyen annuel de nouveaux cas des cancers du larynx** sur la période 2015-2019 dont 8 chez l'homme. (Tableau 44)

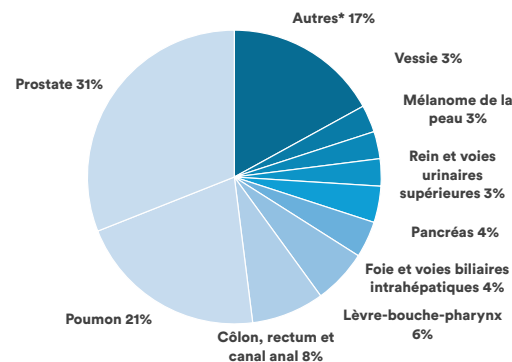
Il est le **10ème cancer le plus fréquent chez l'homme**. (Graphique 22)

Le facteur de risque principal est l'**exposition alcoolo-tabagique**.

DÉCÈS :

Le cancer du larynx est responsable de **2 décès annuels, 1 pour chaque sexe**. (2)

Graphique 22



* Toutes localisations autres dont le % individuel est <3%

Tableau 44. Données d'incidence des cancers du larynx en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

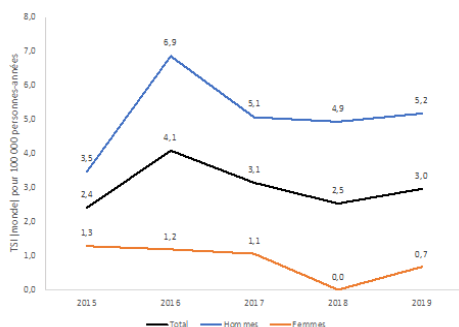
		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	7	13	10	8	10	10
	Taux d'incidence brut	2,6	4,7	3,6	2,9	3,6	3,5
	Taux d'incidence standardisé	2,4	4,1	3,1	2,5	3,0	3,0
Femmes	Nombre de cas	2	2	2	0	1	1
	Taux d'incidence brut	1,5	1,5	1,5	0,0	0,7	1,0
	Taux d'incidence standardisé	1,3	1,2	1,1	0,0	0,7	0,8
Hommes	Nombre de cas	5	11	8	8	9	8
	Taux d'incidence brut	3,6	7,9	5,7	5,7	6,4	5,9
	Taux d'incidence standardisé	3,5	6,9	5,1	4,9	5,2	5,1

* le nombre de cas moyen étant arrondi, la somme des cas pour les deux sexes peut ne pas être parfaitement égale au nombre total de cas
Taux pour 100 000 personnes-années

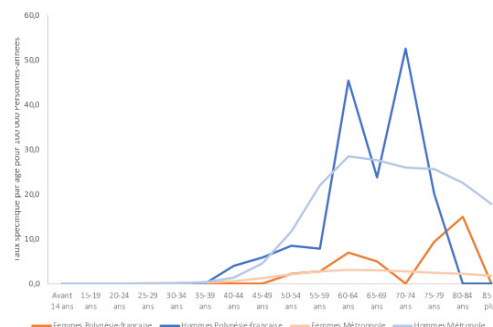
TAUX D'INCIDENCE :

Le taux d'incidence standardisé (monde) moyen annuel sur la période 2015-2019 était de 5,1 [1,6 ; 8,6] chez l'homme et de 0,8 [0,0-2,2] chez la femme. (Tableau 44)

Les taux observés en France métropolitaine étaient proches, de l'ordre de 4,8 [4,4 ; 5,3] chez l'homme et 0,7 [0,6 ; 0,7] chez la femme.



Graphique 170. Évolution annuelle des taux d'incidence standardisés (monde) des cancers du larynx en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019



Graphique 171. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des cancers du larynx en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

CANCER DE L'INTESTIN GRÊLE



Topographie (CIM-O3) : C17

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

On estime à **6 le nombre moyen annuel de nouveaux cas des cancers de l'intestin grêle** sur la période 2015-2019 dont 4 chez l'homme. (Tableau 45)

Tableau 45. Données d'incidence des cancers de l'intestin grêle en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	3	4	9	4	11	6
	Taux d'incidence brut	1,1	1,5	3,3	1,4	4,0	2,3
	Taux d'incidence standardisé	1,0	1,4	3,0	1,2	3,1	2,0
Femmes	Nombre de cas	2	1	2	2	4	2
	Taux d'incidence brut	1,5	0,7	1,5	1,5	2,9	1,6
	Taux d'incidence standardisé	1,2	0,8	1,3	1,3	2,2	1,4
Hommes	Nombre de cas	1	3	7	2	7	4
	Taux d'incidence brut	0,7	2,1	5,0	1,4	5,0	2,9
	Taux d'incidence standardisé	0,7	2,0	4,9	1,1	4,1	2,6

Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

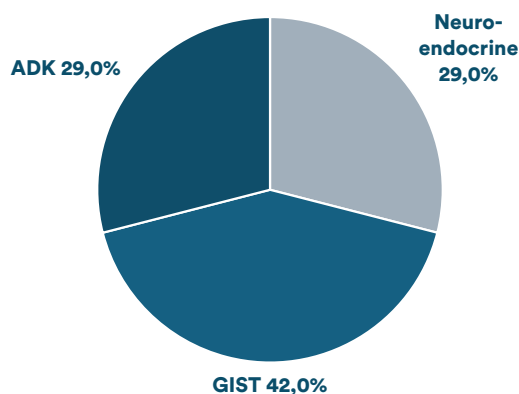
Le taux d'incidence standardisé (monde) moyen annuel sur la période 2015-2019 était de 2,6 [0,0-5,1] chez l'homme et de 1,4 [0,0-3,2] chez la femme. (Tableau 45)

Les taux observés en France métropolitaine étaient de 1,6 [1,4 ; 1,7] chez l'homme et 1,0 [0,9 ; 1,1] chez la femme. (3)

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 58 ans chez la femme et de 66 ans chez l'homme.

HISTOLOGIE :



Graphique 172. Répartition des histologies des cancers de l'intestin grêle, Polynésie française, 2015-2019.

Les facteurs de risque sont mal connus du fait notamment de la rareté de ce cancer.

On retrouve néanmoins des prédispositions héréditaires dont le syndrome de lynch favorisant l'apparition d'adénocarcinomes.

CANCER DU TESTICULE

Topographie (CIM-O3) : C62

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif.

NOMBRE DE CAS :

On estime à 7 le nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancer du testicule sur la période 2015-2019. (Tableau 46)

Tableau 46. Données d'incidence des cancers du testicule en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Nombre de cas	5	7	6	6	9	7
Homme						
Taux d'incidence brut	3,6	5,0	4,3	4,3	6,4	4,7
Taux d'incidence standardisé	3,3	4,3	3,9	4,4	6,2	4,4

Taux pour 100 000 personnes-années

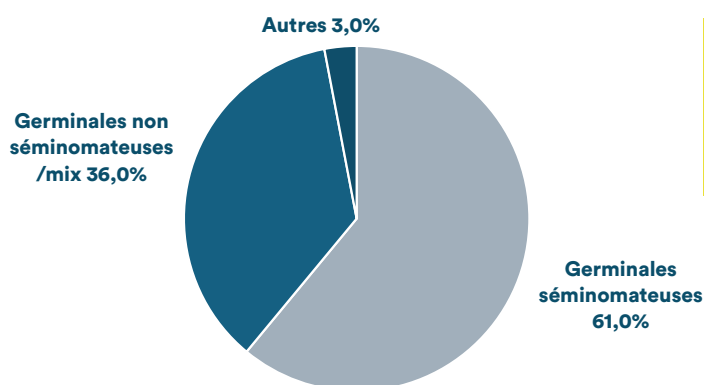
TAUX D'INCIDENCE :

Le taux d'incidence standardisé (monde) moyen annuel sur la période 2015-2019 était de 4,4 [1,0-7,7] vs. 8,7 [7,9 ; 9,6] en France métropolitaine. (Tableau 46) (3)

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 29 ans vs. 35 ans en métropole. (3)

HISTOLOGIE :



Graphique 173. Répartition des histologies des cancers du testicule, Polynésie française, 2015-2019.

Peu de facteurs de risque sont connus en dehors de la cryptorchidie et des antécédents personnels ou familiaux de cancer du testicule.

DÉCÈS :

Le cancer du testicule est responsable de **1 décès annuel**. (2)



Topographie (CIM-O3) : C70-72

Morphologie (CIM-O3) : toutes en dehors des hémopathies, uniquement celles à caractère invasif

NOMBRE DE CAS :

On estime à **8 le nombre moyen annuel de nouveaux cas des cancers du système nerveux central (SNC)** sur la période 2015-2019. (Tableau 47)

Tableau 47. Données d'incidence des cancers du SNC en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	6	10	6	8	6	8
	Taux d'incidence brut	2,2	3,6	2,2	2,9	2,2	2,6
	Taux d'incidence standardisé	2,0	3,2	2,0	2,8	2,1	2,4
Hommes	Nombre de cas	2	5	4	4	4	4
	Taux d'incidence brut	1,4	3,6	2,9	2,8	2,8	2,7
	Taux d'incidence standardisé	1,4	3,0	2,7	3,4	3,1	2,7
Femmes	Nombre de cas	4	5	2	4	3	4
	Taux d'incidence brut	3,0	3,7	1,5	2,9	2,2	2,7
	Taux d'incidence standardisé	2,6	3,4	1,3	2,2	1,7	2,2

Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

Le taux d'incidence standardisé (monde) moyen annuel sur la période 2015-2019 était de **2,7 [0,0-5,6]** chez l'homme et de **2,2** chez la femme [0,0-4,5]. (Tableau 47)

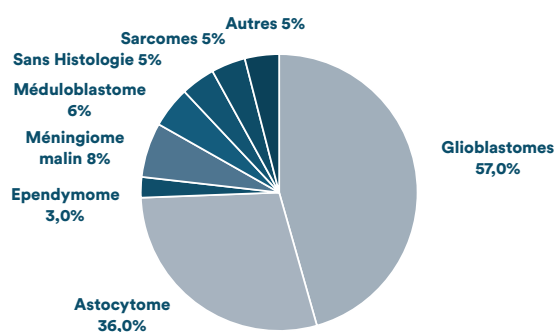
Les taux métropolitains étaient respectivement de 6,7 [6,3-7,1] et de 4,5 [4,2-4,8]. (3)

ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de **53 ans** chez la femme et de **56 ans** chez l'homme.

HISTOLOGIE :

Les glioblastomes représentaient **57 %** des cancers. (Graphique 174)



Graphique 174. Répartition des histologies des cancers du SNC, Polynésie française, 2015-2019.

DÉCÈS :

Le cancer du SNC est responsable de **5 décès annuels dont 1 chez l'homme et 4 chez la femme**. Les taux standardisés de mortalité étaient respectivement de 0,5/100 000 et 2,8/100 000. (2)



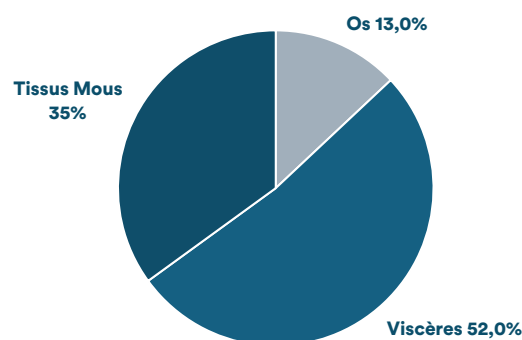
Topographie (CIM-O3) : Toutes
Morphologie (CIM-O3) : Cf. annexe D

NOMBRE DE CAS :

On estime à **19 le nombre de nouveaux cas moyens annuels de sarcomes** sur la période 2015-2019 : 10 chez la femme et 9 chez l'homme. (Tableau 48)

Les sarcomes sont des tumeurs malignes qui concernent les tissus de soutien. Les viscères font le lit des sarcomes dans plus de 50% des cas. (Graphique 178)

Il s'agit de GIST gastriques ou de l'intestin grêle et des tumeurs utérines pour la plupart.



Graphique 178. Répartition des topographies des sarcomes, Polynésie française, 2015-2019.

Tableau 48. Données d'incidence des sarcomes en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	20	14	20	19	25	20*
	Taux d'incidence brut	7,3	5,1	7,3	6,9	9,0	7,1
	Taux d'incidence standardisé	6,7	4,8	6,4	6,1	8,1	6,4
Femmes	Nombre de cas	10	7	9	12	13	10
	Taux d'incidence brut	7,5	5,2	6,6	8,8	9,5	7,5
	Taux d'incidence standardisé	6,8	4,7	5,9	7,2	8,1	6,6
Hommes	Nombre de cas	10	7	11	7	12	9
	Taux d'incidence brut	7,2	5,0	7,8	5,0	8,5	6,7
	Taux d'incidence standardisé	6,7	4,7	7,0	5,0	8,3	6,4

* le nombre de cas moyen étant arrondi, la somme des cas pour les deux sexes peut ne pas être parfaitement égale au nombre total de cas
Taux pour 100 000 personnes-années

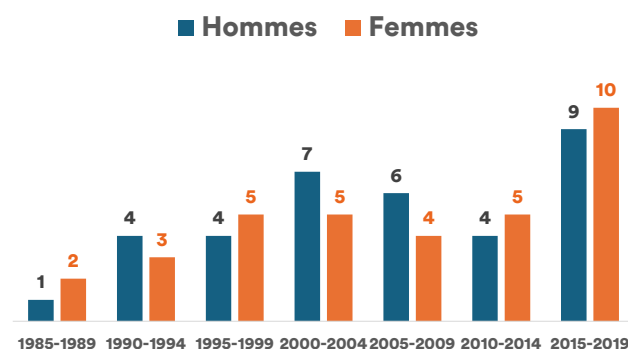
TAUX D'INCIDENCE :

Les taux d'incidence standardisés (monde) moyens sur la période 2015-2019 étaient de 6,4 [2,2 ; 10,5] chez l'homme et de 6,6 [2,5 ; 10,6] chez la femme. (Tableau 48)

Le sex-ratio était de 1.

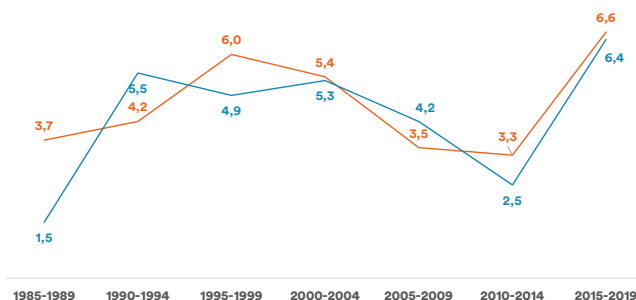
Les taux métropolitains étaient respectivement de 5,2 [4,8 ; 5,7] et 4,9 [4,6 ; 5,3]. Il n'existe donc pas de différence significative entre les taux polynésiens et les taux métropolitains.

Le nombre de cas a augmenté depuis les années 1985 et a bondi sur la dernière période. (Graphique 179) Ce bond reflète sans doute en partie un meilleur recueil et un meilleur enregistrement des cas par le registre des cancers.



Graphique 179. Évolution du nombre moyen de nouveaux cas de sarcomes en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019.

Les taux standardisés oscillent dans le temps mais restent globalement stables puisque les taux observés sur cette dernière période sont équivalents à ceux observés dans les années 1990. (Graphique 180)

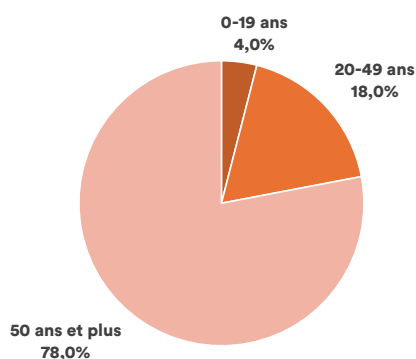


Graphique 180. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) des sarcomes en fonction du sexe en Polynésie française entre 1985 et 2019

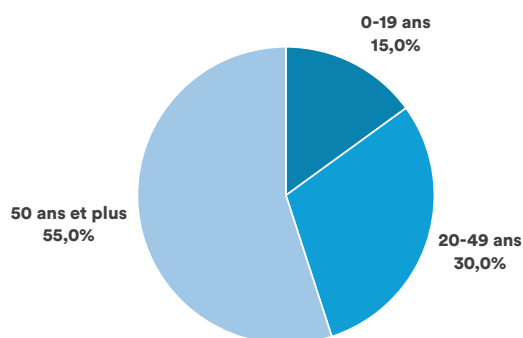
ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 55 ans chez la femme et de 59 ans chez l'homme vs. respectivement 78 et 72 ans en France métropolitaine en 2018. (3)

La moitié des hommes et un peu moins d'un quart des femmes sont atteints à moins de 50 ans.



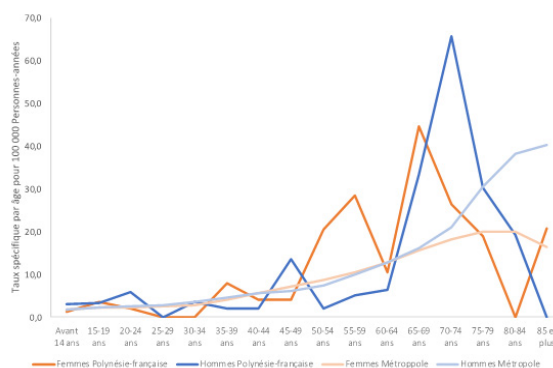
Graphique 175. Répartition des cas de sarcomes chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.



Graphique 176. Répartition des cas de sarcomes chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

Les courbes représentant les taux d'incidence spécifiques par âge sont peu lisibles car d'une part les courbes polynésiennes oscillent beaucoup, et d'autre part les courbes hommes et femmes métropolitaines sont relativement confondues.

Globalement, elles augmentent lentement avec l'âge avant d'accélérer quelque peu leur croissance après 60 ans. (Graphique 177)



Graphique 177. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des sarcomes en Polynésie française sur la période 2015-2019 et de la France métropolitaine en 2018.

Les causes ou les facteurs de risque des sarcomes sont mal connus. Il existe certaines prédispositions héréditaires rares (syndrome de Li-Fraumeni par exemple), l'exposition à certains toxiques, à certaines infections virales et aux rayonnements ionisants.

TUMEURS STROMALES GASTRO-INTESTINALES (GIST)



Topographie (CIM-O3) : Toutes
Morphologie (CIM-O3) : Cf. annexe

NOMBRE DE CAS :

Parmi les **5 cas moyens annuels de GIST** recensés dans le registre sur la période 2015-2019, **67% concernaient des hommes.**

Tableau 49. Données d'incidence des GIST en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	5	2	9	3	8	5
	Taux d'incidence brut	1,8	0,7	3,3	1,1	2,9	2,0
	Taux d'incidence standardisé	1,5	0,6	2,8	0,8	2,3	1,7
Femmes	Nombre de cas	3	2	6	2	5	3
	Taux d'incidence brut	2,2	1,4	4,3	1,4	3,5	2,6
	Taux d'incidence standardisé	1,8	1,3	3,9	1,2	3,0	2,2
Hommes	Nombre de cas	2	0	3	1	3	2
	Taux d'incidence brut	1,5	0,0	2,2	0,7	2,2	1,3
	Taux d'incidence standardisé	1,2	0,0	1,7	0,5	1,7	1,1

Taux pour 100 000 personnes-années

Les localisations préférentielles étaient l'**intestin grêle (48,1%)**, l'**estomac (40,7%)** et d'**autres localisations (11,1%)**.



L'objectif de ce chapitre est d'identifier la part des cancers pouvant être induits par une infection par le papillomavirus humain (HPV), sur la base de la littérature scientifique actuelle et des données d'incidence observées sur la période 2015-2019.

Les localisations cancéreuses pouvant être liées à une infection HPV sont :

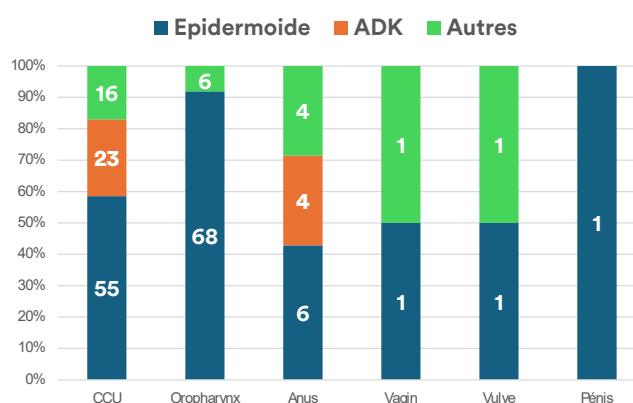
- **Cancer du col de l'utérus**
- **Cancer du vagin**
- **Cancer de la vulve**
- **Cancer du pénis**
- **Cancer anal**
- **Certains cancers LBP, notamment ceux de l'oropharynx.**

Il s'agit plus fréquemment de cancers de type épidermoïde (8).

Sur la période 2015-2019, on dénombrait ainsi **187 cas** pouvant être concernés dont 132 (70,6%) de type épidermoïde, soit environ respectivement 37 cas par an dont 26 de type épidermoïde. (Graphique 181)

La plupart d'entre eux concernait des CCU et des tumeurs de l'oropharynx. (Graphiques 181 et Tableau 50)

Cependant, alors qu'entre 90% et 100% des CCU, des cancers du vagin ou encore du canal anal sont HPV-induits, une proportion plus faible et plus complexe à évaluer concerne les cancers de l'oropharynx ou les autres localisations HPV-induites (8). (Tableau 50)



Graphique 181. Répartition sur 5 ans des types histologiques des localisations cancéreuses potentiellement HPV-induites, Polynésie française, 2015-2019.

Tableau 50. Évaluation des cas annuels de cancers HPV-induits en Polynésie française, à partir des données d'incidence 2015-2019 et des données de la littérature.

Topographie	Incidence moyenne annuelle 2015-2019 en Polynésie	Part des cancers HPV-induits (8)	Nombre annuel de cas de cancers potentiellement HPV-induits en Polynésie
Col de l'utérus de type épidermoïde	11	100%	11
Col de l'utérus de type ADK	5	91%	Environ 4
Vulve et Vagin	0,8	23%	<1 cas
Pénis	0,2	27%	<1 cas
Anus et canal anal	3	91%	2-3 cas
Oropharynx de type épidermoïde	14	34%	Environ 5 cas
Total			Entre 22 et 25 cas

4. Incidence des Hémopathies malignes en Polynésie française, 2015-2019

4.1 Données générales par sexe

NOMBRE DE CAS :

On estime à **58 le nombre de nouveaux cas moyens annuels d'hémopathies malignes** sur la période 2015-2019, dont 56 % chez l'homme.

On comptabilisait ainsi **33 cas chez l'homme et 26 cas chez la femme**.

Il s'agit donc de la **4ème localisation cancéreuse chez la femme** après le cancer du sein, de l'endomètre, du poumon et la **3ème à égalité avec le cancer colorectal chez l'homme** après le cancer de la prostate et du poumon.

Tableau 51. Données d'incidence des hémopathies malignes en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	71	62	59	50	50	58*
	Taux d'incidence brut	26,0	22,6	21,4	18,1	18,0	21,2
	Taux d'incidence standardisé	23,4	21,2	19,4	15,3	14,9	18,8
Femmes	Nombre de cas	30	21	28	25	25	26
	Taux d'incidence brut	22,4	15,6	20,7	18,4	18,3	19,1
	Taux d'incidence standardisé	20,6	14,0	20,0	15,2	15,7	17,1
Hommes	Nombre de cas	41	41	31	25	25	33
	Taux d'incidence brut	29,5	29,3	22,1	17,8	17,7	23,3
	Taux d'incidence standardisé	26,6	28,4	19,0	15,1	14,5	20,6

* le nombre de cas moyen étant arrondi, la somme des cas pour les deux sexes peut ne pas être parfaitement égale au nombre total de cas
Taux pour 100 000 personnes-années

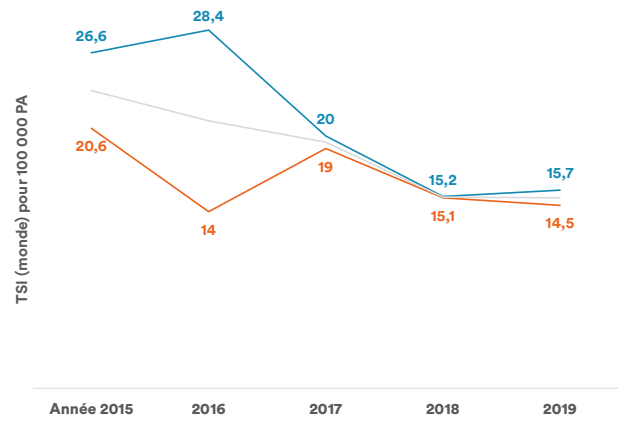
Tableau 52. Répartition des cas d'hémopathies malignes selon le sous-type, Polynésie française, 2015-2019.

	2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Myélome multiple et plasmocytome	13	13	11	7	15	12
Lymphome diffus à grande cellules B	8	9	14	10	11	10
Leucémie aiguë myéloïde	12	9	9	6	7	9
Lymphome de Hodgkin	6	4	3	2	2	3
Leucémie myéloïde chronique	6	4	2	3	1	3
Lymphome T/Nk à cellules matures	5	2	4	3	2	3
Leucémie/Lymphome lymphoblastique à cellules précurseurs (B, T OU SAI)	3	5	1	2	4	3
Lymphome folliculaire	4	3	1	3	3	3
Syndromes myélodysplasiques	2		1	6	3	2
Leucémie lymphoïde chronique et lymphome lymphocytaire	3	3	2	2	1	2
Lymphome de la zone marginale	1	5	3	2		2
Lymphome lymphoplasmocytaire/Waldenström	3	1	1	1	1	1
Lymphome SAI	2	1	1	1		1
Leucémie myélomonocytaire chronique et autres SMM	1		2			1
Autres	1		1			<1
Leucémie aiguë SAI			1			<1

TAUX D'INCIDENCE :

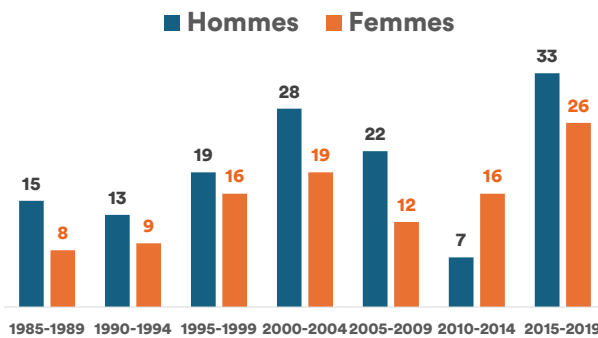
Les taux d'incidence standardisés (monde) étaient de 20,6 [13,3-27,8] cas pour 100 000 personnes-années chez l'homme et de 17,1 [10,3-23,9] pour 100 000 personnes-années chez la femme.

Le sex-ratio était de 1,2.

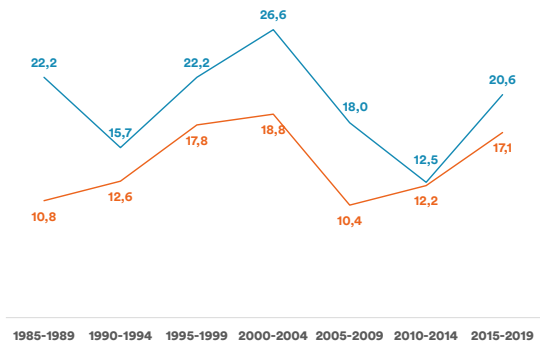


Graphique 182. Évolution annuelle des taux d'incidence standardisés (monde) des hémopathies malignes en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

Notons néanmoins que les cas comme les taux d'incidence ont tendance à diminuer depuis 2015, notamment chez l'homme. Cette observation est à approfondir car une faille dans le circuit de notification des cas n'est pas exclue.



Graphique 186. Évolution du nombre moyen des nouveaux cas d'hémopathies malignes en fonction du sexe et de la période en Polynésie française entre 1985 et 2019.

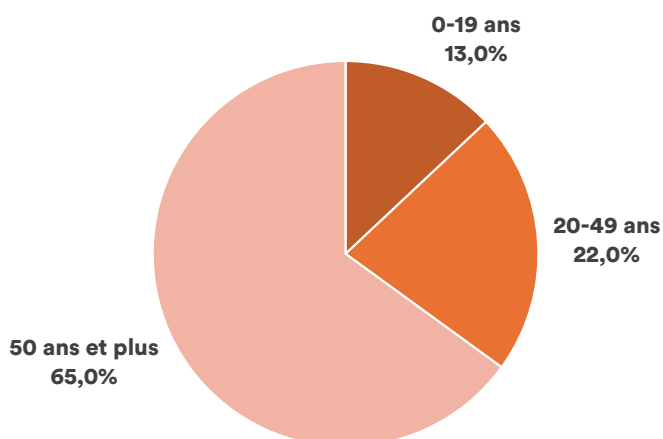


Graphique 187. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des hémopathies en fonction du sexe et de la période en Polynésie française entre 1985 et 2019.

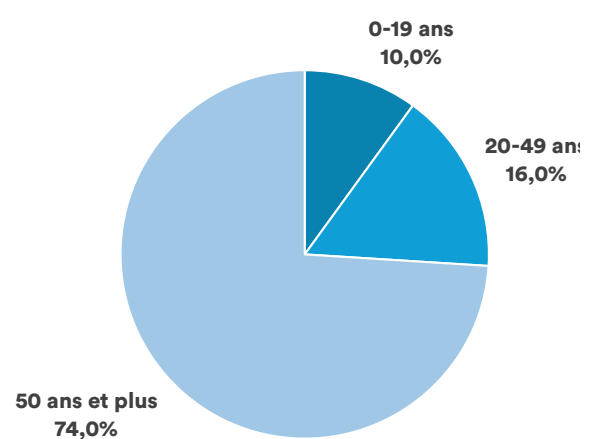
ÂGE MÉDIAN :

L'âge médian au diagnostic était de 59 ans chez l'homme et de 57 ans chez la femme.

Les taux d'incidence spécifiques par âge sont positifs dès l'enfance et restent stables jusqu'à 40-44 ans où ils s'élèvent davantage avec l'âge ; les taux masculins s'élevant davantage que les taux féminins.

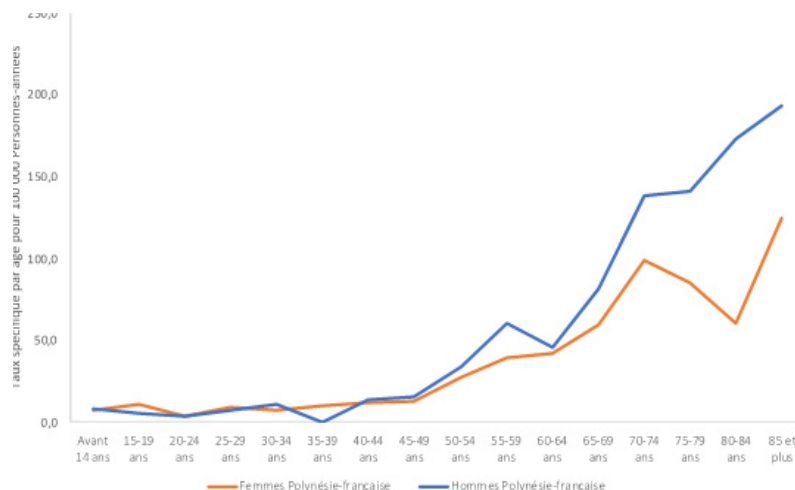


Graphique 183. Répartition des cas d'hémopathies malignes chez la femme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019



Graphique 184. Répartition des cas d'hémopathies malignes chez l'homme par classes d'âges, Polynésie française, période 2015-2019.

Les cas d'hémopathies ont augmenté en Polynésie française pour les deux sexes depuis les années 1980, mais de manière hétérogène. Après ajustement sur l'âge, on observe une stabilité des taux d'incidence standardisés chez l'homme comme chez la femme dans le temps.



Graphique 185. Taux spécifiques par classes d'âges et par sexe des hémopathies malignes en Polynésie française sur la période 2015-2019.

DÉCÈS :

On comptabilise 28 décès annuel dont 18 chez l'homme et 10 chez la femme. Les taux de mortalité standardisés étaient respectivement de 11,5/100 000 chez l'homme et de 5,9/100 000 chez la femme.

Données par entités d'hémopathies malignes

- Myélome multiple et plasmocytome
- Lymphome diffus à grandes cellule B
- Leucémie aiguë myéloïde





NOMBRE DE CAS :

On estime à **12 le nombre moyen annuel de myélome multiple et plasmocytome** dont 6 chez l'homme et 6 chez la femme.

Tableau 53. Données d'incidence des myélomes multiples et plasmocytomes en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

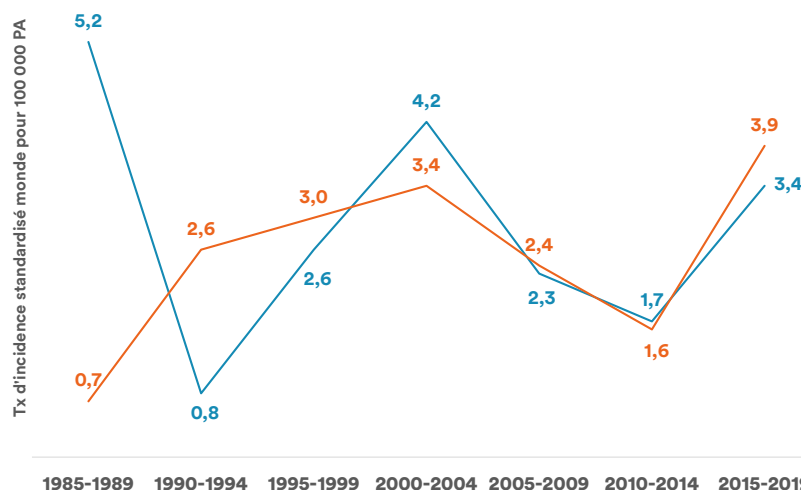
		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	13	13	11	7	15	12
	Taux d'incidence brut	4,8	4,7	4,0	2,5	5,4	4,3
	Taux d'incidence standardisé	4,2	3,9	3,7	2,2	4,3	3,6
Hommes	Nombre de cas	7	9	4	2	6	6
	Taux d'incidence brut	5,0	6,4	2,9	1,4	4,3	4,0
	Taux d'incidence standardisé	5,0	5,6	2,5	1,2	3,4	3,4
Femmes	Nombre de cas	6	4	7	5	9	6
	Taux d'incidence brut	4,5	3,0	5,2	3,7	6,6	4,6
	Taux d'incidence standardisé	3,8	1,8	4,8	3,2	5,4	3,9

Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

Les taux d'incidence standardisés étaient très hétérogènes dans le temps atteignant **3,4/100 000 [0,5-6,3]** en 2015-2019 chez l'homme et **3,9/100 000 [0,8-6,9]** chez la femme.

Les taux en métropole en 2018 étaient de 4,2/100 000 [3,9-4,5] chez l'homme et de 2,9/100 000 [2,7-3,2] chez la femme. (11)



Graphique 188. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des myélomes multiples et plasmocytomes en fonction du sexe et de la période en Polynésie française entre 1985 et 2019.

DÉCÈS :

On comptabilise **6 décès annuel dont 3 chez l'homme et 3 chez la femme par myélome multiple et plasmocytome**. Les taux de mortalité standardisés étaient respectivement de 2,2/100 000 chez l'homme et de 2,1/100 000 chez la femme.



NOMBRE DE CAS :

On estime à **10 le nombre moyen annuel de lymphomes diffus à grandes cellules B**, dont 5 chez l'homme et 5 chez la femme.

Tableau 54. Données d'incidence des Lymphome diffus à grandes cellules B en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

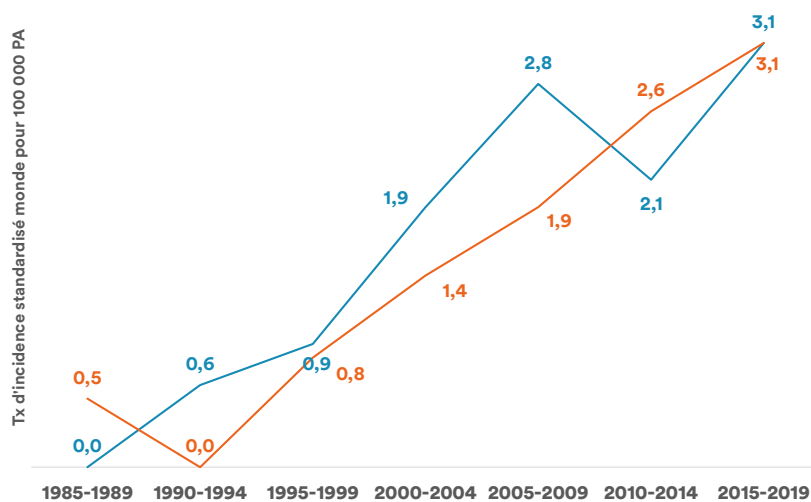
		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	8	9	14	10	11	10
	Taux d'incidence brut	2,9	3,3	5,1	3,6	4,0	3,8
	Taux d'incidence standardisé	2,4	2,9	4,2	2,9	3,1	3,1
Hommes	Nombre de cas	5	4	8	2	8	5
	Taux d'incidence brut	3,6	2,9	5,7	1,4	5,7	3,9
	Taux d'incidence standardisé	2,7	2,6	4,6	1,0	4,6	3,1
Femmes	Nombre de cas	3	5	6	8	3	5
	Taux d'incidence brut	2,2	3,7	4,4	5,9	2,2	3,7
	Taux d'incidence standardisé	2,2	3,3	3,7	4,7	1,5	3,1

Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

Les taux d'incidence standardisés étaient en augmentation constante avec le temps atteignant, en 2015-2019, 3,1/100 000 [0,4-5,7] chez l'homme et 3,1/100 000 [0,4-5,7] chez la femme.

Les taux en métropole en 2018 étaient de 4,7/100 000 [4,4-5,0] chez l'homme et de 3,2/100 000 [3,0-3,5] chez la femme. (11)



Graphique 189. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des lymphomes diffus à grandes cellules B en fonction du sexe et de la période en Polynésie française entre 1985 et 2019.



NOMBRE DE CAS :

On estime à **9 le nombre moyen annuel de Leucémie aiguë myéloïde**, dont 5 chez l'homme et 4 chez la femme.

Tableau 55. Données d'incidence des leucémies myéloïdes aiguës en fonction du sexe, Polynésie française, 2015-2019

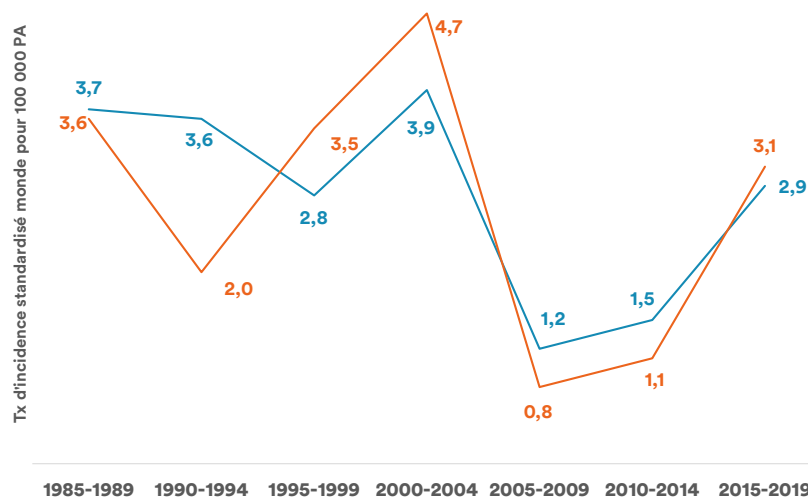
		2015	2016	2017	2018	2019	Moyenne 2015-2019
Tout sexe	Nombre de cas	12	9	9	6	7	9
	Taux d'incidence brut	4,4	3,3	3,3	2,2	2,5	3,1
	Taux d'incidence standardisé	4,4	3,4	3,1	1,8	2,3	3,0
Hommes	Nombre de cas	6	6	3	4	3	5
	Taux d'incidence brut	4,3	4,3	2,1	2,8	2,1	3,1
	Taux d'incidence standardisé	4,1	4,7	1,7	2,2	1,9	2,9
Femmes	Nombre de cas	6	3	6	2	4	4
	Taux d'incidence brut	4,5	2,2	4,4	1,5	2,9	3,1
	Taux d'incidence standardisé	4,7	2,1	4,7	1,4	2,9	3,1

Taux pour 100 000 personnes-années

TAUX D'INCIDENCE :

Les taux d'incidence standardisés étaient de **2,9 [0,1-5,8] /100 000 chez l'homme et de 3,1 [0-6,2] /100 000 chez la femme.**

Les taux en métropole en 2018 étaient de 3,1/100 000 chez l'homme et de 2,3/100 000 chez la femme. **(11)**



Graphique 190. Évolution des taux standardisés d'incidence (monde) moyens des leucémies aiguës myéloïdes en fonction du sexe et de la période en Polynésie française entre 1985 et 2019.

DÉCÈS :

On comptabilise **4 décès annuel dont 1 chez l'homme et 3 chez la femme.** Les taux de mortalité standardisés étaient respectivement de 0,7/100 000 chez l'homme et de 1,6/100 000 chez la femme.

PARTIE II : DONNÉES DE SURVIE

La survie observée ne tient pas compte des causes de décès contrairement à la survie nette. Elle est utilisée pour mesurer le pronostic individuel d'un patient, le cancer n'étant pas la seule cause de décès des patients atteints de cancer. Elle est donc intéressante pour les praticiens afin qu'ils évaluent le pronostic de leurs patients. Néanmoins, contrairement à la survie nette, et pour des raisons explicitées dans la partie matériel et méthode de ce rapport, elle ne permet pas de comparaisons internationales.

1. DESCRIPTION DU STATUT À 1 ET 3 ANS

Globalement le taux de patients qui ne possédaient aucune donnée de suivi reste très faible sur les trois années étudiées (2015 à 2017) puisqu'il était de 1,4%.

Le **nombre de décès enregistrés concernant les patients atteints d'une tumeur solide était de 861 (37,2%) à 3 ans**, la majorité (584 ; 67,8%) ayant eu lieu au cours de la première année après le diagnostic. (Tableau 56)

Le taux de perdus de vue de 7,9% reste également correct pour le suivi à un an (Tableau 56). Ce taux augmente cependant assez rapidement pour atteindre 27,5% pour le suivi à 3 ans. (Tableau 57)

Tableau 56 : description du statut vital des patients à un an de suivi (effectifs et % ligne)

	Patients décédés		Patients vivants		Patients perdus de vues		Absence de données		Total
2015	209	28,4%	445	60,4%	81	11,0%	2	0,3%	737
2016	194	25,4%	496	64,8%	67	8,8%	8	1,1%	765
2017	181	22,2%	577	70,8%	34	4,2%	23	2,8%	815
Total	584	25,2%	1518	65,5%	182	7,9%	33	1,4%	2317

Tableau 57 : description du statut vital des patients à trois ans de suivi (effectifs et % ligne)

	Patients décédés		Patients vivants		Patients perdus de vues		Absence de données		Total
2015	268	36,4%	155	21,0%	312	42,3%	2	0,3%	737
2016	300	39,2%	233	30,5%	224	29,3%	8	1,1%	765
2017	293	36,0%	399	49,0%	100	12,3%	23	2,8%	815
Total	861	37,2%	787	34,0%	636	27,5%	33	1,4%	2317

2. SURVIE OBSERVÉE EN FONCTION DES TOPOGRAPHIES PRINCIPALES

En termes de survie observée, les trois cancers ayant le meilleur pronostic à 1 et 3 ans étaient le **cancer de la prostate, du sein et de la thyroïde**. Les survies sont toutes supérieures à 90% à 1 an et toutes supérieures à 80% à 3 ans.

Les trois cancers ayant le pronostic le plus défavorable à 1 et 3 ans étaient le **cancer du pancréas, du foie et du poumon**. Les survies sont comprises entre 25 et 40% à 1 an et toutes inférieures à 20% à 3 ans. (Tableau 58)

Tableau 58 : Survie observée à 1 et 3 ans pour les 10 premières localisations cancéreuses

	Survie observée à 1 an	Survie observée à 3 ans
Sein	95,7% [93,8-97,6]	85,6% [81,8-89,5]
Prostate	97,0% [95,2-98,9]	88,3% [84,8-92,1]
Poumon	37,7% [33,0-43,2]	19,5% [15,6-24,3]
Corps utérin	82,3% [75,4-90,0]	67,5% [58,5-78,0]
Côlon et rectum	77,9% [71,1-85,4]	58,5% [50,0-68,2]
Lèvre-bouche-pharynx	74,6% [66,1-84,1]	52,1% [42,4-64,1]
Pancréas	24,1% [15,8-37,0]	18,2% [10,7-31,1]
Thyroïde	93,8% [89,0-98,7]	89,8% [83,7-96,5]
Foie	28,9% [18,8-44,0]	11,4% [5,2-25,3]
CCU	63,0% [67,5-77,7]	43,9% [31,9-60,5]

CRITÈRES QUALITÉ D'EXHAUSTIVITÉ DU REGISTRE



Les critères classiquement utilisés pour évaluer la qualité de l'exhaustivité de l'enregistrement des nouveaux cas de cancers.

1. Pourcentage de vérification microscopique

Sur la période 2015-2019, **95,5% des cas de cancers identifiés au registre avaient une confirmation anatomo-cytologique**, dont 86,1% concernaient l'histologie de la tumeur primitive, 5,5% l'histologie d'une métastase et 3,9% des données de cytologie (hématologie).

La confirmation histologique est le gold-standard en termes de définition de cas de cancers.

Au total, 4,3% des cas de cancers ont été validés sur la base de données radio-cliniques, endoscopiques (3,7%) ou encore de données résultant de tests biochimiques (0,5%). C'est le cas notamment des tumeurs hépatiques diagnostiquées ainsi dans environ un tiers des cas, un quart des tumeurs biliaires ou encore 14% des tumeurs pancréatiques.

Aussi, il est très important de sensibiliser les praticiens à la déclaration obligatoire, en particulier pour ces localisations, afin de limiter le plus possible le risque de sous-estimations.

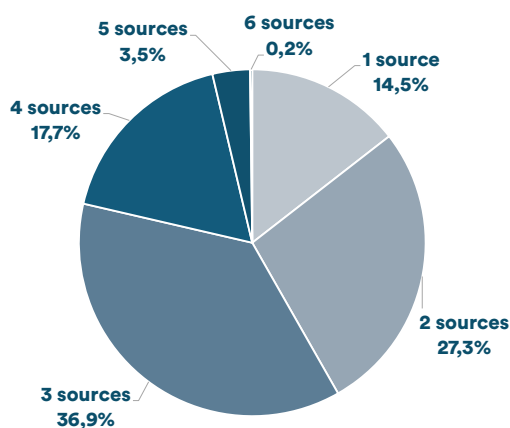
2. Nombre moyen de sources par cas

Pour avoir un registre de qualité, il est recommandé d'avoir un nombre moyen de sources supérieur ou égal à 3.

Le **nombre moyen de sources sur la période 2015-2019** était de 2,7 sources par cas de tumeurs malignes :

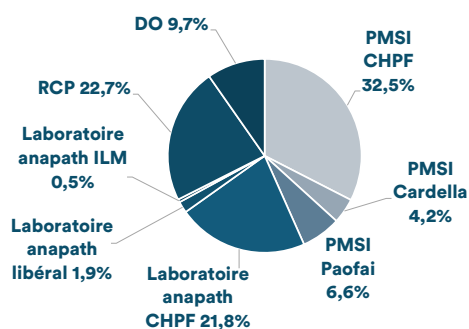
- 2,8 pour les tumeurs solides
- 1,6 pour les hémopathies.

Une majorité de tumeurs malignes (37%) étaient notifiées par trois sources différentes.

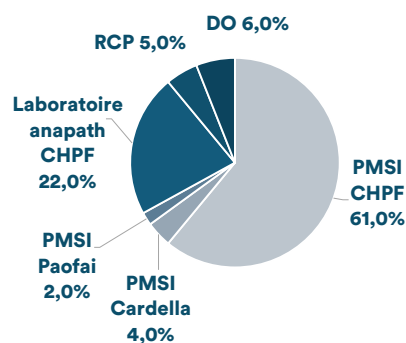


Graphique 191. Répartition du nombre de sources par cas de tumeurs malignes, Polynésie française, période 2015-2019

Le PMSI du CHPF ainsi que les données de RCP et du laboratoire d'anatomopathologie du CHPF restaient les **deux sources de notifications les plus fréquentes**. (Graphiques 192 et 193)



Graphique 192. Répartition des sources concernant les tumeurs solides, Polynésie française, période 2015-2019



Graphique 193. Répartition des sources concernant les hémopathies malignes, Polynésie française, période 2015-2019

Les tumeurs solides les mieux renseignées

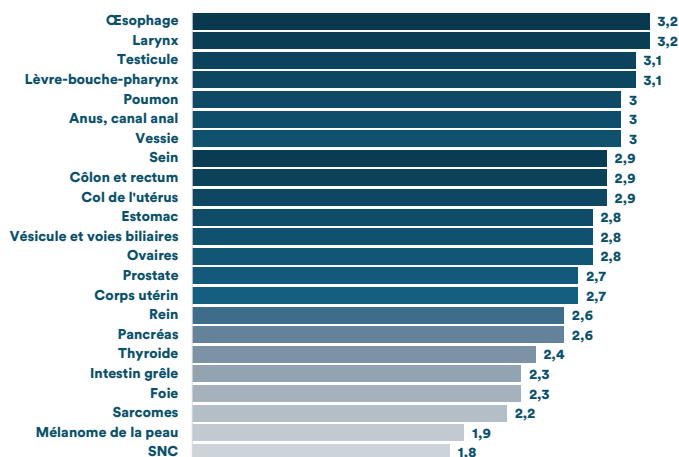
(>= 3 sources) étaient :

- larynx
- œsophage
- LBP
- testicule
- vessie
- canal anal
- poumon

Les tumeurs solides les moins bien sourcées

(<2,5 sources) étaient :

- SNC
- mélanome
- sarcomes
- thyroïde
- intestin grêle
- foie



Graphique 194. Nombre moyen de sources par cas de tumeurs solides en fonction des topographies les plus fréquentes, Polynésie française, période 2015-2019

3. Rapport entre mortalité et incidence

Le rapport mortalité sur incidence est un indicateur utilisé pour identifier un manque d'exhaustivité éventuel. Il s'agit de comparer le nombre de décès imputables à un cancer particulier et le nombre de nouveaux cas de ce cancer enregistrés pendant la même période.

Les données de mortalité (certificats de décès) doivent être de bonne qualité et exhaustives et les données d'incidence et de mortalité, et donc le rapport qui en découle, doit se situer dans une période de 5 ans (probabilité de survie).

Notons que les données de mortalité de certaines localisations sont peu fiables, telles que le corps ou le col utérin par exemple puisque la majorité des décès enregistrés concernaient la localisation « utérus sans précision ». Ces localisations n'ont donc pas fait l'objet de cette analyse.

Notons qu'il existait également un nombre non négligeable de décès par cancer « de localisations digestives mal définies » (11 cas), limitant la pertinence de ces indicateurs (2)

Tableau 60. Rapport mortalité 2017/incidence 2017 par localisation cancéreuse, Polynésie française

	Rapport M/I
Foie	0,92
Poumon	0,84
SNC	0,83
Vésicule et voies biliaires	0,71
Pancréas	0,70
Œsophage	0,67
Côlon et rectum	0,49
Lèvre-bouche-pharynx	0,47
Estomac	0,39
Vessie	0,32
Mélanome de la peau	0,30
Sein	0,29
Prostate	0,24
Thyroïde	0,21
Larynx	0,20
Rein	0,19
Ovaires	0,19
Testicule	0,17
Intestin grêle	0,00

4. Évolution de l'incidence par localisation tumorale.



Globalement, le nombre de cas enregistrés sur la période 2015-2019 comparés aux périodes précédentes **augmentent fortement**, avec un bond significatif, traduisant probablement l'**amélioration des méthodologies employées par le registre des cancers** pour améliorer la notification de nouveaux cas.



Annexe A. Population fictive de référence, définie par Doll et al., utilisée pour la méthode de standardisation directe des taux d'incidence

Classes d'âges	Effectifs fictifs
0-4 ans	12 000
5-9 ans	10 000
10-14 ans	9 000
15-19 ans	9 000
20-24 ans	8 000
25-29 ans	8 000
30-34 ans	6 000
35-39 ans	6 000
40-44 ans	6 000
45-49 ans	6 000
50-54 ans	5 000
55-59 ans	4 000
60-64 ans	4 000
65-69 ans	3 000
70-74 ans	2 000
75-79 ans	1 000
80 et plus	1 000
Total	100 000

Annexe B. Définition des principales topographies des tumeurs solides étudiées dans ce rapport (3)

Topographie	Codes CIM-O3	Morphologie CIM-O3
Lèvre-bouche-pharynx	C00-C14	Toutes ⁽¹⁾
Œsophage	C15	Toutes ⁽¹⁾
Estomac	C16	Toutes ⁽¹⁾
Intestin grêle	C17	Toutes ⁽¹⁾
Côlon et rectum	C18-21	Toutes ⁽¹⁾
Foie et voies biliaires intra-hépatiques	C22	Toutes ⁽¹⁾
Voies biliaires extra-hépatiques et vésicule biliaire	C23-C24	Toutes ⁽¹⁾
Pancréas	C25	Toutes ⁽¹⁾
Larynx	C32	Toutes ⁽¹⁾
Poumon	C33-C34	Toutes ⁽¹⁾
Mélanome de la peau	C44	8720-8780
Sarcomes	Toutes	Cf. annexe D
Sein	C50	Toutes ⁽¹⁾
Col de l'utérus	C53	Toutes ⁽¹⁾
Corps de l'utérus	C54	Toutes ⁽¹⁾
Ovaires	C56, C570-574	Toutes ⁽¹⁾
Prostate	C61	Toutes ⁽¹⁾
Testicule	C62	Toutes ⁽¹⁾
Rein et voies urinaires supérieures	C64-66, C68	Toutes ⁽¹⁾
Vessie	C67	Toutes ⁽¹⁾
Système nerveux central	C70-72	Toutes ⁽¹⁾
Thyroïde	C73	Toutes ⁽¹⁾

⁽¹⁾ Hors hémopathies

Annexe C1. Répartition par âge de la population chez la femme en Polynésie française entre 2015 et 2019

Femmes	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019
0-4 ans	8942	8773	8522	8402	8183	8564
5-9 ans	10750	10675	10674	10333	10209	10528
10-14 ans	10938	10756	10575	10699	10720	10738
15-19 ans	10979	11029	11117	11068	10932	11025
20-24 ans	10547	10287	9826	9411	9207	9855
25-29 ans	11091	10984	10992	10728	10379	10835
30-34 ans	10820	11085	11263	11472	11450	11218
35-39 ans	9701	9908	10112	10352	10643	10143
40-44 ans	10056	9936	9737	9711	9692	9826
45-49 ans	9497	9653	9647	9636	9684	9624
50-54 ans	8325	8573	8862	9109	9203	8814
55-59 ans	6580	6623	6974	7354	7709	7048
60-64 ans	5166	5659	5787	5864	6047	5705
65-69 ans	3732	3707	4020	4227	4449	4027
70-74 ans	2792	2920	2999	3132	3306	3030
75-79 ans	1933	2057	2116	2199	2299	2121
80-84 ans	1220	1285	1349	1386	1412	1330
85 ans et plus	835	874	961	1039	1122	966
	133905	134783	135534	136122	136646	135398

Annexe C2. Répartition par âge de la population chez l'homme en Polynésie française entre 2015 et 2019

Hommes	2015	2016	2017	2018	2019	2015-2019
0-4 ans	9594	9370	9203	8845	8659	9134
5-9 ans	11470	11359	11164	11203	10974	11234
10-14 ans	11329	11297	11238	11187	11321	11274
15-19 ans	11744	11721	11637	11648	11352	11620
20-24 ans	10918	10690	10352	9930	9842	10346
25-29 ans	11165	11041	10967	10631	10262	10813
30-34 ans	10824	10970	11014	11195	11163	11033
35-39 ans	9924	10018	10231	10403	10703	10256
40-44 ans	10251	10163	10025	9945	9868	10050
45-49 ans	10312	10368	10292	10119	10008	10220
50-54 ans	8866	9200	9459	9722	9878	9425
55-59 ans	7233	7242	7598	7968	8272	7663
60-64 ans	5554	6060	6196	6385	6600	6159
65-69 ans	3874	3871	4176	4401	4662	4197
70-74 ans	2842	2965	3050	3146	3227	3046
75-79 ans	1758	1874	1993	2084	2208	1984
80-84 ans	943	1000	1047	1071	1146	1041
85 ans et plus	538	579	603	665	722	621
	139138	139787	140246	140546	140867	140117

Annexe D. Morphologie définissant les sarcomes (3)

8710-11, 8714, 8800-06, 8810-15, 8825, 8830, 8832-33, 8840, 8842, 8850-55, 8857-58, 8890-91, 8894-96, 8900-02, 8910, 8912, 8913, 8935-36, 8940, 8963-64, 8973, 8982, 8990-91, 9040-45, 9120, 9130, 9133, 9137, 9140, 9150, 9170, 9180-87, 9192-95, 9220-21, 9242-43, 9250-52, 9260-61, 9364-65, 9370-72, 9473, 9508, 9540, 9542, 9560-61, 9571, 9580-81

Annexe E. Sous-types histologiques des tumeurs solides (3)

Sous-sites histologiques*	Topographie ¹	Morphologie (CIM-03)
Œsophage	Idem site	
Cancers épidermoïdes		8051, 8070-78, 8082-8084, 8123
Adénocarcinomes		8140-41, 8143-44, 8190, 8200-01, 8210-11, 8260-63, 8310, 8320, 8480-81, 8490, 8550, 8570, 8576
Autres		Autres ²
Tumeurs sans histologie		8000
Poumon	C34	
Cancers à petites cellules		8002, 8041-45
Cancers épidermoïdes		8050-52, 8070-76, 8083-8084
Adénocarcinomes		8140-41, 8143-44, 8180, 8190, 8201, 8210-11, 8230, 8250-55, 8260, 8263, 8265, 8290, 8310, 8323, 8333, 8410, 8440-41, 8470, 8480-81, 8490, 8508, 8522, 8550-51, 8570, 8572, 8574, 8576
Autres		Autres (hors 8000) ²
Tumeurs sans histologie		8000
Ovaire	C56	
Tumeurs épithéliales		8010-8576, 8950-9015
Tumeurs des cellules germinales		9060-9101
Tumeurs du stroma et des cordons sexuels		8600-8650
Autres		Autres ²
Tumeurs sans histologie		8000
Testicule	Idem site	
Tumeurs germinales séminomateuses		9060-64
Tumeurs germ. non séminomateuses et mixtes		9065, 9070-72, 9080-81, 9083-85, 9101-02
Autres		Autres ²
Tumeurs sans histologie		8000
Thyroïde	Idem site	
Cancers papillaires		8050, 8260, 8340-44, 8350
Cancers vésiculaires		8290, 8330-32, 8335, 8337
Cancers médullaires		8345-47, 8510, 8512
Autres		Autres ²
Tumeurs sans histologie		8000
Système nerveux central	C71	
Glioblastomes avec confirmation histologique		9440-42 ³
Tumeurs gliales ⁴		9380-82, 9400-01, 9410-11, 9420, 9440-42 ⁴ , 9450-51, 9460
Autres		Autres ²
Tumeurs sans histologie		8000

¹ La sélection sur la topographie est indiquée lorsqu'il y a une restriction par rapport au site principal.

² Toutes les autres morphologies hors hémopathies malignes et hors code 8000 (sans histologie).

³ Morphologies 9440-42 avec confirmation histologique.

⁴ Hors glioblastomes avec confirmation histologique (i.e. hors 9440-42 avec confirmation histologique).

Annexe F. Répartition des types de sources par topographies parmi les tumeurs solides les plus fréquentes, Polynésie française, période 2015-2019

	DO	PMSI CHPF	PMSI Cardella	PMSI Paofai	Anapath CHPF	Anapath libéral	Anapath ILM	RCP
Col de l'utérus	6,8%	35,4%	3,0%	3,0%	22,8%	1,3%	0,4%	27,4%
Côlon et rectum	2,1%	30,3%	7,8%	9,3%	24,0%	2,0%	0,1%	24,4%
Corps utérin	4,9%	32,8%	3,6%	3,2%	26,3%	0,9%	0,8%	27,6%
Estomac	0,5%	35,1%	3,2%	8,1%	24,9%	1,1%	0,0%	27,0%
Foie	0,9%	42,7%	2,7%	1,4%	17,3%	0,0%	0,0%	35,0%
Intestin grêle	0,0%	39,1%	1,6%	7,8%	14,1%	0,0%	0,0%	37,5%
Larynx	16,9%	32,4%	4,9%	1,4%	22,5%	0,7%	0,0%	21,1%
Lèvre-Bouche-Pharynx	15,3%	31,8%	4,8%	2,6%	21,4%	1,1%	0,4%	22,7%
Mélanome de la peau	5,7%	26,4%	12,3%	5,7%	15,1%	8,5%	2,8%	23,6%
Œsophage	0,8%	33,3%	7,1%	6,3%	23,0%	0,8%	0,8%	27,8%
Ovaires	7,3%	35,3%	4,7%	2,0%	24,7%	0,0%	0,0%	26,0%
Pancréas	1,4%	39,1%	3,8%	9,0%	19,7%	0,0%	0,0%	27,0%
Poumon	10,4%	35,1%	3,5%	2,3%	25,7%	0,8%	0,0%	22,2%
Prostate	25,2%	21,0%	2,3%	15,9%	16,4%	4,2%	0,5%	14,5%
Rein	9,3%	34,5%	1,8%	8,0%	27,4%	0,9%	0,0%	18,1%
Sein	3,3%	35,4%	4,9%	5,0%	21,1%	2,1%	1,4%	26,8%
SNC	0,0%	62,1%	0,0%	0,0%	31,0%	0,0%	0,0%	6,9%
Testicule	13,9%	26,7%	3,0%	6,9%	22,8%	2,0%	0,0%	24,8%
Thyroïde	18,9%	31,9%	7,0%	3,5%	26,8%	3,2%	0,3%	8,4%
Vésicule et voies biliaires	1,6%	37,5%	3,9%	5,5%	24,2%	0,8%	0,0%	26,6%
Vessie	14,8%	28,3%	2,6%	15,2%	17,4%	3,9%	0,9%	17,0%
Sarcomes	2,5%	40,7%	5,5%	8,0%	13,6%	0,5%	0,0%	29,1%

Annexe G1. Données d'incidence moyennes sur la période 2015-2019 par localisations cancéreuses parmi les tumeurs solides, Polynésie française.

	CIM-0	Nombre de cas	Taux brut	Taux standardisé (monde)
Poumon	C61	126	45,7	38,4
Côlon et rectum	C33-34	54	19,5	16,3
Thyroïde	C18-21	33	12,1	10,4
Lèvre bouche pharynx	C00-C14	32	11,7	9,8
Pancréas	C25	26	9,3	7,7
Foie et voies biliaires intra-hépatique	C22	22	8,1	6,9
Rein et voies urinaires hautes	C64-66, C68	19	7,9	5,7
Mélanome de la peau	C44	17	6,2	5,2
Vessie	C67	17	6,0	4,9
Estomac	C16	15	5,4	4,4
Vésicule et voies biliaires extra-hépatiques	C23-24	11	3,8	3,2
Œsophage	C15	10	3,7	3,2
Larynx	C32	10	3,5	3,0
ACUP	C809	9	3,3	2,7
Système nerveux central	C70-72	7	2,7	2,5
Intestin grêle	C17	6	2,3	2,0
Tissu conjonctif, tissu sous-cutané et autres tissus mous	C49	5	-	-
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	C30-31	3	1,1	1,0
Péritoine et rétropéritoine	C48	3	0,9	0,9
Cœur, médiastin et plèvre	C38	2	0,9	0,7
Os, articulations et cartilages articulaires	C40	2	-	-
Thymus	C37	2	0,7	0,6
Surrénales et autres glandes endocriniennes	C74-75	1	0,4	0,5
Autres localisations et localisations SAI	C76	<1	-	-
Œil et annexes	C69	<1	-	-
Nerfs périphériques et système nerveux autonome	C471	<1	-	-
Sarcomes	-	20	7,1	6,4

* les sarcomes pouvant concerner différentes localisations, certains effectifs ont été comptabilisés en double

Annexe G2. Données d'incidence moyennes sur la période 2015-2019 par localisations cancéreuses parmi les tumeurs solides chez l'homme, Polynésie française.

	CIM-0	Hierarchie*	Nombre de cas	%	Taux brut	Taux standardisé (monde)
Prostate	C61	1	128	31%	91,2	78,3
Poumon	C33-34	2	84	21%	60,1	51,0
Côlon, rectum, canal anal	C18-21	3	33	8%	23,8	20,4
Lèvre bouche pharynx	C00-C14	4	25	6%	17,7	14,7
Foie et voies biliaires intra-hépatique	C22	5	17	4%	11,8	10,0
Pancréas	C25	6	14	4%	10,3	8,6
Rein et voies urinaires hautes	C64-66, C68	7	14	3%	9,7	8,0
Mélanome de la peau	C44	8	12	3%	8,4	7,1
Vessie	C67	9	11	3%	8,1	6,7
Larynx	C32	10	8	2%	5,9	5,1
Thyroïde	C73	10	8	2%	5,9	5,1
Estomac	C16	11	8	2%	6	5,0
Œsophage	C15	12	8	2%	5,9	5,0
Testicule	C62	13	7	2%	4,7	4,4
ACUP	C809	14	6	1%	4,3	3,8
Vésicule et voies biliaires extra-hépatiques	C23-24	15	5	1%	3,6	3,1
Système nerveux central	C70-72	16	4	1%	2,7	2,7
Intestin grêle	C17	17	4	1%	2,9	2,6
Cœur, médiastin et plèvre	C38	18	2	-	1,3	1,1
Tissu conjonctif, tissu sous-cutané et autres tissus mous	C49	-	2	-	-	-
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	C30-31	19	2	-	1,4	1,3
Péritoine et rétropéritoine	C48	20	1	-	0,9	0,8
Thymus	C37	21	1	-	0,7	0,6
Sein	C50	21	1	-	0,7	0,6
Os, articulations et cartilages articulaires	C40	-	1	-	-	-
Œil et annexes	C69	-	<1	-	-	-
Pénis	C601	-	<1	-	-	-
Nerfs périphériques et système nerveux autonome	C471	-	<1	-	-	-
Surrénales et autres glandes endocriniennes	C74-75	-	<1	-	-	-
Autres localisations et localisations SAI	C76	-	<1	-	-	-
Sarcomes**	-	-	9	2%	6,7	6,4

* la hiérarchie a été présentée en fonction du nombre de cas (sachant que les nombres entiers ont été arrondis pour faciliter la lecture), du taux standardisé puis du taux brut

** les sarcomes pouvant concerner différentes localisations, certains effectifs ont été comptabilisés en double

Annexe G3. Données d'incidence moyennes sur la période 2015-2019 par localisations cancéreuses parmi les tumeurs solides chez la femme, Polynésie française.

	CIM-0	Hiéarchie*	Nombre de cas	%	Taux brut	Taux standardisé (monde)
Sein	C50	1	163	41%	120,5	100
Corps utérin	C54	2	42	11%	31,3	26,6
Poumon	C33-34	3	42	11%	30,9	25,3
Thyroïde	C73	4	25	6%	18,6	15,8
Côlon, rectum, canal anal	C18-21	5	20	5%	15,1	12,3
Col utérin	C53	6	19	5%	13,9	11,7
Ovaire	C56, C570-4	7	11	3%	8,3	6,9
Pancréas	C25	8	11	3%	8,3	6,7
Lèvre bouche pharynx	C00-C14	9	7	2%	5,5	4,7
Estomac	C16	10	6	2%	4,7	3,7
Vésicule et voies biliaires extra-hépatiques	C23-24	11	6	1%	4,1	3,3
Rein et voies urinaires hautes	C64-66, C68	11	6	1%	4,1	3,3
Mélanome de la peau	C44	12	5	1%	3,8	3,2
Vessie	C67	12	5	1%	3,8	3,2
Foie et voies biliaires intra-hépatique	C22	13	5	1%	3,8	3,2
Système nerveux central	C70-72	14	4	1%	2,7	2,2
ACUP	C809	15	3	1%	2,2	1,8
Intestin grêle	C17	16	2	1%	1,6	1,4
Œsophage	C15	17	2	1%	1,5	1,4
Tissu conjonctif, tissu sous-cutané et autres tissus mous	C49	-	2	1%	-	-
Larynx	C32	18	1	-	1	0,8
Péritoine et rétropéritoine	C48	19	1	-	1	0,9
Fosses nasales, sinus annexes de la face, oreilles moyenne et interne	C30-31	20	1	-	0,7	0,6
Os, articulations et cartilages articulaires	C40	-	1	-	-	-
Autres localisations et localisations SAI	C76	-	<1	-	-	-
Thymus	C37	-	<1	-	-	-
Cœur, médiastin et plèvre	C38	-	<1	-	-	-
Surrénales et autres glandes endocriniennes	C74-75	-	<1	-	-	-
Œil et annexes	C69	-	<1	-	-	-
Nerfs périphériques et système nerveux autonome	C471	-	<1	-	-	-
Vulve	C51	-	<1	-	-	-
Vagin	C52	-	<1	-	-	-
Placenta	C589	-	<1	-	-	-
Sarcomes**	-	-	10	2%	7,5	6,6

* la hiérarchie a été présentée en fonction du nombre de cas (sachant que les nombres entiers ont été arrondis pour faciliter la lecture), du taux standardisé puis du taux brut

** les sarcomes pouvant concerner différentes localisations, certains effectifs ont été comptabilisés en double

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES



- (1) Arrêté n° 584 CM du 18 avril 2019 relatif à la transmission obligatoire de données individuelles à la direction de la santé
- (2) Certificats des causes de décès : statistiques des causes de décès en Polynésie française en 2017 ; Direction de la santé Publique de la Polynésie française
- (3) Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018, Juillet 2019, Volume 1 – Tumeurs solides
- (4) <http://registre-cancer.re/donnees-sur-les-cancers-a-la-reunion/>
- (5) <https://gco.iarc.fr/today/home>
- (6) Enquête santé 2010 en Polynésie française : surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles, Solène Bertrand et coll. BEH 28-29 ; 16 Juillet 2013
- (7) Endometrial cAncer in fRench polYnesia: the EARLY study; Epailard et al., WHE-23-0343, on review
- (8) Fraction attribuable des cancers, IARC 2018 https://gco.iarc.fr/includes/PAF/PAF_FR_report.pdf
- (9) Santé Publique France (www.santepubliquefrance.fr)
- (10) Organisation mondiale de la santé (<https://www.who.int/fr>)
- (11) Estimations nationales de l'incidence et de la mortalité par cancer en France métropolitaine entre 1990 et 2018, Juillet 2019, Volume 2 – Hémopathies malignes
- (12) L'alcoolisme en Polynésie française, Brugiroux et al. BEH 48-50 ; 22 décembre 2009
- (13) https://gco.iarc.fr/includes/PAF/PAF_FR_ch04_tabac.pdf
- (14) <https://www.abs.gov.au/statistics/people/people-and-communities/cultural-diversity-census/latest-release>



Institut du Cancer de Polynésie Française



Plus d'infos sur le site internet
de l'Institut du Cancer de
Polynésie française

