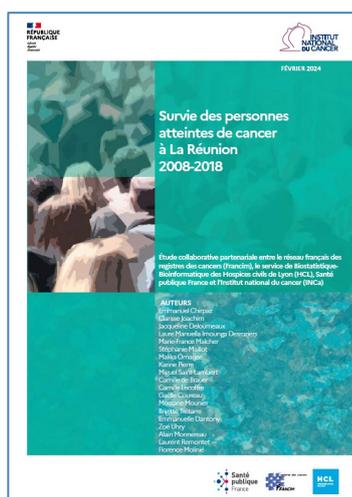


COMMUNIQUÉ DE PRESSE

Boulogne-Billancourt, le 29 février 2024

Publication de la première étude partenariale sur la survie des personnes atteintes de cancer à La Réunion entre 2008 et 2018



Dans le cadre du travail partenarial réunissant l'Institut national du cancer, Santé publique France, le réseau Francim des registres des cancers et les Hospices Civils de Lyon, des [estimations de survie des personnes atteintes de cancer à La Réunion sur la période 2008 – 2018](#) sont publiées pour la première fois. Ces travaux s'inscrivent dans les objectifs de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030.

Cette étude, s'appuyant sur les données du Registre général des cancers à La Réunion, s'intéresse à 10 localisations parmi les plus fréquentes et d'intérêt régional. Elle présente des estimations de la survie à 1 an et 5 ans après le diagnostic par âge et par sexe avec la même méthode que celle utilisée pour les données de la France hexagonale. Ces premiers résultats montrent une grande disparité parmi ces localisations et des situations différentes par rapport à la survie estimée dans l'Hexagone.

Ces données constituent un point de repère pour la survie dans ce département et sont autant d'éléments essentiels pour accompagner les acteurs sanitaires des territoires dans l'adaptation des déclinaisons régionales de la Stratégie décennale de lutte contre les cancers et la mise en œuvre du Programme Régional de Santé 2023 – 2033 de La Réunion.

[Ce rapport](#), ainsi qu'une [note méthodologique](#) et des [compléments](#), est disponible sur les sites internet de l'Institut national du cancer et de Santé publique France.

Une disparité de survie¹ entre les 10 localisations étudiées

¹ L'indicateur principalement utilisé dans cette étude est la survie nette standardisée sur l'âge (cf. encadré en fin de communiqué pour la définition).

Pour cette première édition des données de survie des personnes âgées de 15 ans et plus, atteintes de cancers à La Réunion, l'analyse a porté sur 10 localisations cancéreuses parmi les plus fréquentes et d'intérêt régional. Elle concerne les personnes atteintes d'un cancer diagnostiqué en 2008 ou entre 2011 et 2015 et suivis jusqu'au 30 juin 2018. Les années 2009 et 2010 ont été exclues, les données n'étant pas validées au moment de l'analyse.

Les localisations de cancers étudiées sont : l'ensemble « lèvre-bouche-pharynx », l'œsophage, l'estomac, l'ensemble « côlon, rectum et anus », le poumon, la prostate, le sein, le corps et le col de l'utérus et les « myélomes multiples et plasmocytomes ». Pour certaines localisations, du fait des effectifs trop faibles, les estimations de survie sont parfois présentées hommes et femmes ensemble ou pour l'un des deux sexes seulement.

Ces premiers résultats montrent une survie qui varie fortement selon la localisation étudiée et peut, selon les cas, différer par rapport aux estimations nationales réalisées dans l'Hexagone. La comparaison avec la France hexagonale, au travers d'une valeur unique, ne reflète pas les disparités qui existent entre les départements. Certains d'entre eux, en fonction des localisations, peuvent avoir des taux de survie identiques, voire inférieurs à ceux des territoires ultra marins.

Ainsi, les **différences** de SNS à 5 ans, entre La Réunion et la moyenne de l'Hexagone², **sont importantes pour les cancers de l'ensemble « lèvre-bouche-pharynx »** (respectivement de 37 % et 45 %), de l'ensemble « **côlon, rectum et anus** » (57 % vs 63 %), **les cancers du sein** (81 % vs 88 %), **du corps de l'utérus** (67 % vs 74 %), **de la prostate** (85 % vs 93 %) et pour l'ensemble « **myélomes multiples et plasmocytomes** » (52 % vs 60 %).

Les différences de survie avec la moyenne de la France hexagonale³ sont **moins marquées** pour les **cancers de l'œsophage** (13 % vs 17%), **de l'estomac** (25 % vs 30 %) **et du poumon** (17 % vs 20 %).

Le **cancer du col de l'utérus** est le seul pour lequel la SNS à 5 ans est proche de la moyenne hexagonale⁴ estimée (62 % à La Réunion vs 63 %).

Comme en France hexagonale, la survie diminue lorsque l'âge au diagnostic augmente pour la **totalité des localisations étudiées**. Par exemple, pour le cancer du col de l'utérus, une femme diagnostiquée à l'âge de 50 ans présente une survie nette à 5 ans de 72 % ; celle-ci baisse à 36 % pour une femme diagnostiquée à 80 ans. Pour les cancers de l'ensemble lèvre-bouche-pharynx, la survie nette à 5 ans passe de 52 % à 50 ans à 29 % à 80 ans.

Déterminants de santé et prévalence des maladies chroniques : des éléments à prendre en compte dans la lutte contre les cancers à La Réunion

Certaines caractéristiques, propres au territoire et à ses habitants, peuvent en partie éclairer ces résultats et les différences observées avec la moyenne hexagonale⁵ sans pour autant les expliquer totalement. Une participation moins importante aux dépistages organisés des cancers, un accès aux soins plus difficile, une prévalence plus élevée de certaines maladies chroniques ou encore une situation socio-économique défavorisée sont autant de facteurs pouvant impacter négativement la santé des populations.

² Départements couverts par un registre des cancers uniquement.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

Une participation aux dépistages organisés à améliorer et des diagnostics à réaliser plus précocement

Lorsque l'on s'intéresse plus spécifiquement aux localisations dont les SNS sont inférieures à celles de la moyenne de la France hexagonale⁶, plusieurs hypothèses peuvent être proposées pour expliquer ces différences.

Pour les cancers de l'ensemble « lèvres-bouche-pharynx », la SNS à 5 ans à La Réunion (37 %) est inférieure de 8 points, pour les 2 sexes, comparée à la moyenne observée dans l'Hexagone⁷ (45 %). Cet écart peut être lié à une distribution différente entre les sous-localisations de l'ensemble lèvres-bouche-pharynx, le pronostic variant en fonction de la localisation.

Il peut aussi être lié à la part des cancers attribuables à l'infection au virus HPV, ceux de l'oropharynx liés aux HPV étant de meilleur pronostic que ceux attribuables à l'alcool ou au tabac⁸. Par ailleurs, et ainsi qu'observé en France hexagonale, les taux de mortalité en excès sont maximums au moment du diagnostic et augmentent avec l'âge. Cela peut s'expliquer par des diagnostics à un stade avancé, la lourdeur de certains traitements ainsi que le poids des comorbidités.

Pour le cancer du sein, la SNS à 5 ans est inférieure de 7 points comparée à la moyenne hexagonale⁹. Les survies nettes à 5 ans par âge présentent en revanche les mêmes différences que dans l'Hexagone. Elles sont significativement plus faibles pour les femmes diagnostiquées à 40 ans (84 %) et à 80 ans (71 %) que pour celles diagnostiquées à 50 et 60 ans qui ont respectivement une survie nette de 89 % et 90 %. Les différences observées par rapport à l'Hexagone sont probablement imputables en partie à des diagnostics plus tardifs et aux comorbidités associées chez les femmes les plus âgées. Pour celles qui sont dans la tranche d'âge du dépistage organisé (50/74 ans), l'une des explications peut également reposer sur un moindre recours à ces examens de dépistage recommandés (participation de 51,4 % à La Réunion vs 52,3 % pour la France entière sur la période 2011/2012)¹⁰.

Pour le cancer de la prostate, la survie nette baisse significativement pour les âges les plus élevés au diagnostic (plus de 75 ans). Cela peut s'expliquer par des diagnostics plus tardifs et/ou la présence de comorbidités liées à l'âge ne permettant pas une prise en soins optimale. La pratique du dépistage par dosage du PSA (non recommandée en routine), plus répandue dans l'Hexagone qu'à La Réunion¹¹, peut expliquer en partie la différence observée. Si ce dépistage permet un diagnostic plus précoce, il est en effet à l'origine de surdiagnostics qui concernent des cancers de bon pronostic.

Pour **les cancers du côlon, du rectum et de l'anus**, qui concernent les femmes et les hommes, la différence de SNS à 5 ans avec la moyenne hexagonale¹² peut s'expliquer en grande partie par un excès de mortalité dans les premières années suivant le diagnostic notamment chez les patients les plus âgés et chez les hommes. Cela peut s'expliquer par des diagnostics plus tardifs

⁶ Ibid.

⁷ Ibid.

⁸ Il est important de noter qu'à La Réunion, la prévalence quotidienne [du tabac](#) et [d'alcool](#) est inférieure à celle de l'Hexagone. Source BEH Santé publique France.

⁹ Départements couverts par un registre des cancers uniquement.

¹⁰ Les données de participation indiquées ici sont celles correspondant à la période d'analyses des données de survie ([source Santé publique France](#)). Plaine J et al. [Évaluation de la performance du programme du dépistage organisé du cancer du sein : résultats et évolution des indicateurs de performance dans les DROM](#). 2023. Données également disponibles sur <https://geodes.santepubliquefrance.fr/>

¹¹ [La première prescription du PSA chez l'homme asymptomatique](#). Institut national du cancer, Collège de Médecine Générale, Assurance Maladie - 2026.

¹² Départements couverts par un registre des cancers uniquement.

et/ou des comorbidités associées plus importantes. La faible participation au dépistage organisé peut ainsi expliquer une part des différences de survie observées. Sur la période 2011-2012¹³, seules 22,6 % des personnes éligibles à La Réunion y ont participé (vs 31,5 % pour la France entière sur la même période).

Pour **les cancers du corps de l'utérus**, la différence de SNS à 5 ans avec la moyenne hexagonale¹⁴ est de - 7 points (67% vs 74%). Cette différence de survie avec la France hexagonale concerne les femmes diagnostiquées aux âges les plus élevés. L'agressivité plus marquée de ce cancer, le stade plus avancé au diagnostic lié au moindre suivi gynécologique des femmes plus âgées, la présence de comorbidités et les difficultés de prise en charge liées à l'âge sont autant de facteurs pronostiques qui peuvent expliquer la surmortalité importante et précoce du cancer du corps de l'utérus chez les femmes les plus âgées à La Réunion.

Enfin, une différence de 8 points de la SNS à 5 ans est également observée pour l'ensemble **« myélomes multiples et plasmocytomes »** entre La Réunion (52 %) et la moyenne de l'Hexagone¹⁵ (60 %). À noter que, quel que soit le territoire, la survie à 5 ans baisse significativement en fonction de l'âge au diagnostic. Ainsi, elle est pratiquement le double chez les personnes diagnostiquées à 50 ans par rapport à celles diagnostiquées à 80 ans, ces dernières ne pouvant bénéficier des traitements les plus lourds.

Pour les **cancers de l'œsophage, de l'estomac et du poumon**, les SNS observées à La Réunion sont plus proches de la moyenne observée dans l'Hexagone¹⁶. Les SN à 5 ans sont d'autant plus basses que l'âge au diagnostic est élevé, ce qui peut résulter de diagnostics à un stade plus avancé, des comorbidités (notamment liées aux consommations de tabac et d'alcool pour les cancers de l'œsophage et du poumon), et des difficultés de prises en charge liées à la lourdeur des traitements.

La Réunion bénéficie globalement d'une bonne densité de praticiens de premiers recours et la densité des médecins spécialistes, toutes spécialités d'organes confondues, est proche de la moyenne de l'Hexagone. Il existe cependant un sous-effectif plus marqué pour les spécialités intervenant en cancérologie. Couplée à un taux d'équipement en IRM et TEP inférieur à la moyenne nationale pour la période prise en compte dans l'étude, cette sous-représentation peut impacter les délais de prises en soins des patients atteints de cancer à La Réunion.

Une forte prévalence de certaines maladies chroniques

La prévalence de certaines maladies chroniques (maladies cardio-respiratoires chroniques, insuffisance rénale chronique, diabète, obésité...) majore les risques de comorbidités susceptibles de réduire la survie des personnes atteintes d'un cancer.

Par exemple, en 2021, **13,6 % de la population adulte¹⁷ se déclare atteint d'un diabète, soit le double de celle estimée dans l'Hexagone** (étude Esteban 2016).

¹³ Les données de participation indiquées ici sont celles correspondant à la période d'analyses des données de survie. [Les données plus récentes indiquent un taux de participation de 29,7 % sur la période 2021 – 2022 à La Réunion et de 34,3 % au niveau national.](#) Source Santé publique France. Données également disponibles sur <https://geodes.santepubliquefrance.fr/>

¹⁴ Départements couverts par un registre des cancers uniquement.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

¹⁷ Hernandez H, Piffaretti C, Gautier A, Cosson E, Fosse-Edorh S. Prévalence du diabète connu dans 4 départements et régions d'outre-mer : Guadeloupe, Martinique, Guyane et La Réunion. Résultats du Baromètre de Santé publique France de 2021. Bull Épidémiol Hebd. 2023;(20-21):424-31. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2023/20-21/2023_20-21_2.html

Repères démographiques et socio-économiques

Selon l'Insee, en 2020, 36 % des Réunionnais vivent sous le seuil de pauvreté, soit 2,5 fois plus que dans l'Hexagone. Un ménage jeune sur deux et une famille monoparentale sur deux sont pauvres à La Réunion. Le taux de chômage y atteint 21 % vs 8,4 % dans l'Hexagone en 2019.

Or, il a été observé que la survie des personnes atteintes de cancer tend à être plus basse chez celles qui vivent dans les environnements les plus défavorisés¹⁸. De nombreux facteurs peuvent l'expliquer, telles que les difficultés d'accès au système de soins (dépistages, diagnostics précoces, délais et accès à certaines modalités de traitements), ou les caractéristiques des patients (comorbidités, comportements à risques, facteurs psychosociaux).

Une mobilisation nationale et régionale dans les politiques de lutte contre les cancers

Les territoires isolés, dont font partie les outre-mer, doivent être en mesure de proposer à leurs habitants une offre de santé adaptée et de qualité. La stratégie décennale de lutte contre les cancers dans son axe 4 "*S'assurer que les progrès bénéficient à tous*" prévoit une mesure spécifique à destination des outre-mers.

Il s'agit d'adapter les actions de lutte contre les cancers, de garantir la coordination de l'ensemble des acteurs, notamment grâce au numérique, de soutenir les coopérations dans les zones ultramarines en matière de prévention, soins, recherche, d'assurer l'équité d'accès aux soins tout au long du parcours et de développer l'attractivité des territoires pour les professionnels de santé.

Dans ce cadre, l'Institut national du cancer, le registre des cancers de La Réunion et Santé publique France travaillent en étroite collaboration avec l'Agence Régionale de Santé.

L'ARS a déployé une déclinaison de la stratégie décennale pour adapter les mesures et actions aux spécificités locales afin de mieux répondre au contexte territorial.

La feuille de route régionale 2022/2025 témoigne de son ambition forte en matière de lutte contre les cancers.

Mise en œuvre avec les acteurs de la cancérologie, elle vise à réduire l'impact des cancers sur la santé et la vie des Réunionnais, en s'attachant à relever plusieurs défis :

- rendre lisible la prévention des risques de cancer et dépister mieux ;
- garantir l'accès au diagnostic précoce et aux innovations diagnostiques et thérapeutiques ;
- coordonner les parcours des patients ;
- mieux soutenir et accompagner les patients et aidants.

Elle se décline en **35 objectifs opérationnels** retenus en concertation avec l'ensemble des acteurs régionaux.

Quelques actions menées dans le cadre de cette feuille de route :

- En *prévention primaire*, la réduction de l'exposition des parents et des jeunes enfants aux perturbateurs endocriniens, menée initialement dans 3 maternités, est étendue aux 7 maternités de l'île en 2024, dans le cadre du programme des 1 000 premiers jours. Certains perturbateurs endocriniens sont classés comme cancérigènes et d'autres pourraient accroître indirectement l'incidence de certains cancers, en favorisant certains facteurs de risque tels que la surcharge pondérale, la cryptorchidie ou la puberté précoce.

L'équipement régional en IRM et TEP s'est développé, ce qui devrait renforcer l'accessibilité au diagnostic et au suivi thérapeutique des patients.

¹⁸ Tron L, Belot A, Fauvernier M, Remontet L, Bossard N, Launay L, Bryere J, Monnereau A, Dejardin O, Launoy G; French Network of Cancer Registries (FRANCIM). Socioeconomic environment and disparities in cancer survival for 19 solid tumor sites: An analysis of the French Network of Cancer Registries (FRANCIM) data. *Int J Cancer*. 2019 Mar 15;144(6):1262-1274. doi: 10.1002/ijc.31951. Epub 2018 Dec 3. PMID: 30367459. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30367459/>

- En **prévention tertiaire**, un tiers-lieu de santé va s'ouvrir à Saint-Pierre, destiné à l'accueil et à l'accompagnement à l'autonomie des patients atteints de maladies chroniques, dont les cancers, avec des programmes spécifiques d'Education Thérapeutique du Patient, co-animés par des patients partenaires formés. Ce tiers-lieu constituera un espace intermédiaire, entre le domicile et les lieux classiques de soins, et participera à l'éducation à la santé des patients et de leurs aidants ainsi qu'à leur information.

Enfin, dans le cadre du [Comité Interministériel des outre-mer](#) qui s'est tenu le 18 juillet 2023 à Matignon, la Première ministre a annoncé une mesure dédiée à la cancérologie (mesure 25). Celle-ci prévoit de :

« Réduire les délais de prise en charge des cancers. Les quatre types de cancers les plus prégnants en outre-mer sont les cancers du côlon-rectum, du sein, du col de l'utérus et de la prostate. Pour ces quatre pathologies, les moyens de prévention et de détection précoce seront doublés en outre-mer. Pour les malades du cancer, l'accès aux soins dans des délais rapides constitue un enjeu majeur justifiant la mise en œuvre de coopérations entre établissements de santé pour renforcer la structuration de l'offre existante. Un plan d'action sera finalisé début 2024 pour réduire significativement les délais de prise en charge des cancers ».

Présentation des résultats : trois catégories de pronostic selon la survie nette standardisée à 5 ans

Les différentes localisations étudiées ont été présentées en trois groupes définis en fonction de la survie nette standardisée (SNS) à 5 ans sur la période 2008 – 2018 :

- pronostic favorable : SNS à 5 ans supérieure à 65 % ;
- pronostic intermédiaire : SNS à 5 ans comprise entre 33 % et 65 % ;
- pronostic défavorable : SNS à 5 ans inférieure à 33 %.

Les indicateurs de l'étude : définitions

- **La survie observée** correspond à la proportion de personnes encore vivantes à un temps donné après le diagnostic, toutes causes de décès confondues.
- **La survie nette** est la survie que l'on observerait si la seule cause de décès possible était le cancer ; elle découle directement du taux de mortalité en excès. Pour contrôler les variations de structures d'âges, la survie nette 'tous âges' est standardisée sur l'âge.
- **Le taux de mortalité en excès** est estimé via une modélisation statistique par comparaison au taux de mortalité attendu en population générale.

Ces deux indicateurs (survie nette et taux de mortalité en excès) permettent des comparaisons entre sexe, âge, année ou pays qui ne sont pas affectés par des différences de mortalité due aux autres causes que le cancer étudié.

Les partenaires du programme



- [Télécharger le rapport « Survie des personnes atteintes de cancer à La Réunion 2008-2018 »](#)
- Télécharger la [note méthodologique](#) et les compléments

CONTACTS PRESSE

Institut national du cancer

Lydia Dauzet - 01 41 10 14 44

Juliette Urvoy - 01 41 10 14 41

presseinca@institutcancer.fr

Santé publique France

Stéphanie Champion - 01 41 79 67 48

Camille Le Hyaric - 01 41 79 68 64

presse@santepubliquefrance.fr

Agence régionale de santé La Réunion

Service communication - 06 92 66 61 20

ars-reunion-communication@ars.sante.fr