

*Les cancers*  
*à La Réunion*

**Décembre 2009**

# Introduction

---

## Contexte

- La connaissance de l'état de santé de la population est une nécessité dans l'élaboration d'une politique de santé comme dans son évaluation et l'observation en représente aujourd'hui une dimension essentielle.
- Le tableau de bord régional présenté ici a été réalisé dans le cadre de la convention entre le GRSP et l'ORS Réunion concernant sa mission d'observation et de suivi du Plan Régional de Santé Publique de La Réunion (PRSP).
- Plusieurs objectifs du PRSP concernent directement ou indirectement les cancers, en terme de prévention, de dépistage, de prise en charge mais également en terme de réduction des facteurs de risques, d'amélioration de la qualité de vie, ...

## Objectifs

- Ce tableau de bord a pour objectif général de faire un état des lieux sur les cancers à La Réunion, à un moment donné.
- L'objectif final est de guider les actions de prévention.

## Méthodologie

Ce travail repose sur la mise à jour d'indicateurs sur les cancers : morbidité, mortalité, offre de soins et de prise en charge, ... Les principales sources de données utilisées sont :

- **Le registre des cancers de La Réunion**

Le registre des cancers de La Réunion fonctionne de façon continue depuis 1988. Il est géré, depuis sa création, par le Conseil Général de La Réunion. Il consiste en l'enregistrement de tous les cas incidents de cancers pour les patients domiciliés dans le Département. Il permet la surveillance de l'évolution de la morbidité cancéreuse, l'évaluation des actions de prévention et des effets thérapeutiques. En 2009, le CHR – site Félix Guyon est devenu le nouveau gestionnaire du registre. Les dernières données datent de 2004.

- **les admissions en affection de longue durée (ALD) prononcées par les 3 principaux régimes d'assurance maladie (CNAMTS, CCMSA, RSI)**

En cas d'affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, le code de la sécurité sociale prévoit la suppression d'un ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de longue durée est établie par décret et comporte 30 affections ou groupes d'affections. L'information sur la maladie connue dans les fichiers médicaux ne reflète pas totalement la réalité pour cette pathologie. En effet, des personnes atteintes d'une maladie chronique ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux. Les cancers correspondent au groupe ALD n°30.

- **les diagnostics principaux d'hospitalisation en établissements de soins de courte durée**

Les données d'hospitalisations sont issues du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ces données permettent de dénombrer les maladies ou événements morbides « aigus » à l'origine d'un séjour hospitalier (indiqués comme motif principal). Elles concernent les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés. Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient : il s'agit de données domiciliées. Des hospitalisations durant une année peuvent concerner la même personne, tandis que tous les patients atteints d'une maladie chronique n'ont pas nécessairement recours à des soins hospitaliers chaque année.

- **les statistiques de mortalité établies par l'INSERM CépiDC**

Les données sont issues de la base de données nationale sur les causes médicales de décès. Les statistiques annuellement élaborées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDC) sont établies à partir des données recueillies sur le certificat médical rempli par le médecin ayant constaté le décès. Ce certificat comporte des données démographiques et une description du processus pathologique ayant conduit à la mort avec une cause initiale de décès notée sur la dernière ligne et définie comme étant la pathologie à l'origine du processus morbide ayant conduit au décès. L'analyse de ces données permet de suivre l'évolution des causes de décès, d'élaborer des indicateurs de mortalité contribuant à la définition des priorités de santé publique et d'évaluer l'impact des actions de santé. Les causes de mortalité sont codées selon la Classification internationale des maladies (CIM), 10<sup>ème</sup> révision, qui catégorise les maladies et définit les règles de sélection de la cause initiale de décès (code CIM 10).

- **les données de l'INSEE (pour les calculs de taux)**

Les données sont issues des estimations régionales de la population. Les effectifs de population par sexe et tranche d'âge quinquennal sont estimés au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

# Définitions

- **ALD** : Affection Longue Durée. Il s'agit des affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse pour lesquelles le ticket modérateur est supprimé. Les cancers correspondent au groupe ALD n°30.
- **Incidence** : nombre de nouveaux cas sur une période donnée.
- **Mortalité prématurée** : ensemble des décès qui surviennent avant l'âge de 65 ans.
- **Mortalité évitable** : certaines causes de décès à l'origine de la mortalité prématurée peuvent être considérées comme « évitables », c'est-à-dire qu'en l'état actuel des connaissances médicales et compte-tenu des capacités de prises en charge du système de soins français, elles ne devraient pas entraîner de décès avant 65 ans.

Les « décès évitables » peuvent se subdiviser en 2 sous-groupes selon les modalités d'actions capables d'en diminuer la fréquence : les décès évitables liés aux pratiques de prévention primaire (décès évitables par une action sur les facteurs de risque individuels) et les décès évitables grâce à une meilleure prise en charge par le système de soins (décès évitables par des actions sur le système de soins).

- **Prévalence** : nombre total de cas dans une population à un moment donné.
- **Taux comparatif ou taux standardisé (sur l'âge)** : taux que l'on observerait dans la région (ou le département) si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France métropolitaine au RP90). Un taux comparatif permet de comparer la situation de 2 territoires ou de 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.
- **Tumeurs** : elles sont la conséquence d'une prolifération anormale de cellules dans un tissu ou un organe. On distingue les tumeurs bénignes, qui restent localisées et sont en général peu graves, des tumeurs malignes ou cancers. La gravité de ces dernières est notamment liée à leur aptitude à se disséminer par voie lymphatique ou sanguine, créant ainsi des foyers secondaires (métastases) à distance du foyer primitif. Les tumeurs malignes représentent 97 % des décès par tumeurs [1]. Code CIM 10 : C00-D50.
- **Prévention** : ensemble des mesures prises pour prévenir un danger, un risque, un mal, pour l'empêcher de survenir. On distingue 4 types de prévention :
  - La prévention primaire : interventions destinées à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition des maladies, elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population.
  - La prévention secondaire : interventions destinées à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Cette prévention intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.
  - La prévention tertiaire : interventions destinées à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Cette prévention agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes.
  - La prévention quaternaire : elle consiste en l'accompagnement du mourant, c'est l'ensemble des traitements et soins palliatifs dispensés par les professionnels de santé aux malades en phase terminale.

## Sommaire

Contexte national	4
Incidence des cancers à La Réunion	5
Morbidité liée aux cancers à La Réunion	7
Mortalité par cancer à La Réunion	10
Facteurs de risques et déterminants	13
Politiques régionales et stratégies de prévention	14
Offre de soins et de prise en charge	15
Adresses utiles	17
Références bibliographiques et sources	18
Synthèse	20

## Contexte national [1-3]

---

En France, les cancers occupent une place de plus en plus importante en termes de morbidité et de mortalité.

En 2005, on estime à 320 000 le nombre de nouveaux cas de cancer (180 000 chez les hommes et 140 000 chez les femmes). Chez l'homme, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et du colon-rectum. Chez la femme, il s'agit des cancers du sein, du colon rectum et du poumon. En 2005, le cancer de la prostate demeure le plus fréquent chez l'homme et celui du sein chez la femme. Par rapport à la situation en 2000, la progression a été plus importante pour les cancers de la prostate, qui avec plus de 62 000 nouveaux cas en 2005, devancent désormais les cancers du sein responsables de près de 50 000 cas. En 25 ans (1980-2005), l'incidence du cancer a quasiment doublé chez l'homme (+93%) et fortement augmenté chez la femme (+84%). Ces augmentations sont liées notamment à l'essor démographique et au vieillissement de la population.

Concernant la mortalité, le cancer est devenu pour la première fois en 2004, la première cause de décès en France : un tiers des décès chez l'homme et un quart des décès chez la femme. On estime à 146 000 le nombre de personnes décédées d'un cancer en 2005. On observe dans les dernières décennies une augmentation continue du nombre de décès par cancer (+ 13% entre 1980 et 2005). Cette augmentation est corrélée à l'accroissement et au vieillissement de la population. Globalement, le risque de mortalité par cancer a diminué ces 25 dernières années (-25% chez l'homme et -20% chez la femme). Le cancer du poumon reste le plus meurtrier (26 624 décès en 2005) et touche majoritairement les hommes (78% des 31 000 cas en 2005). Toutefois, la mortalité par cancer du poumon diminue chez l'homme alors qu'elle augmente de façon préoccupante chez la femme entre 2000 et 2005 (+4.2% par an) en lien avec l'évolution du tabagisme.

L'évolution des cancers ces 25 dernières années en France est marquée par des divergences entre l'incidence et la mortalité. Alors que l'incidence a considérablement augmenté, le risque de mortalité par cancer a diminué. Cette divergence s'explique par l'évolution croisée des cancers : les tumeurs les plus agressives (œsophage, estomac, voies aérodigestives supérieures) ont chuté ces dernières années chez l'homme en lien avec la diminution de la consommation alcool-tabagique tandis que les cancers de pronostic plus favorables, pouvant être diagnostiqués très précocement, ont augmenté (sein, prostate).

Le cancer du sein représente à lui seul la moitié des cas de cancer supplémentaires survenus ces 25 dernières années chez la femme. Chez l'homme, 70% des cas supplémentaires concernent la prostate. Pour ces deux cancers, la modification des pratiques médicales et l'augmentation de l'activité de dépistage ont joué un rôle majeur dans le diagnostic croissant de ces maladies. Notons que le bénéfice de l'extension du dosage de PSA en population générale, responsable de l'augmentation de l'incidence des cancers de la prostate n'a pas été scientifiquement démontré.

Les traitements des cancers reposent d'une manière générale sur la chirurgie, la radiothérapie et la chimiothérapie. Le choix du traitement dépend de l'état de santé général du malade, de la localisation de la tumeur, de sa taille, de son type histologique et de l'existence ou non de métastases. Les données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) montrent que les cancers ont constitué le diagnostic principal de près de 2 millions hospitalisations (1 200 000 hospitalisations complètes et 700 000 hospitalisations de jour) dans les établissements de soins de courte durée MCO en 2005. S'y ajoutent les séjours itératifs pour séances de chimiothérapie ou de radiothérapie : 5 500 000 séjours (3 800 000 séances de radiothérapie et 1 600 000 séances de chimiothérapie). L'évolution sur 3 ans (2003-2005) montre une croissance relative de l'activité hospitalière du cancer (+4% pour les hospitalisations complètes, +22% pour les hospitalisations de jour, +3% pour les séances de radiothérapies et +13% pour les séances de chimiothérapie).

Les personnes atteintes d'un cancer sont le plus souvent admises en affection de longue durée (ALD) par leur régime d'Assurance maladie, afin de bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins longs et coûteux nécessités par le diagnostic, le traitement et le suivi de cette affection. En 2004, pour le seul régime général, le nombre total de personnes en ALD pour affections est estimé à 1 264 000 [8]. En 2008, 260 000 admissions en ALD ont été prononcées pour le régime général de l'assurance maladie [7].

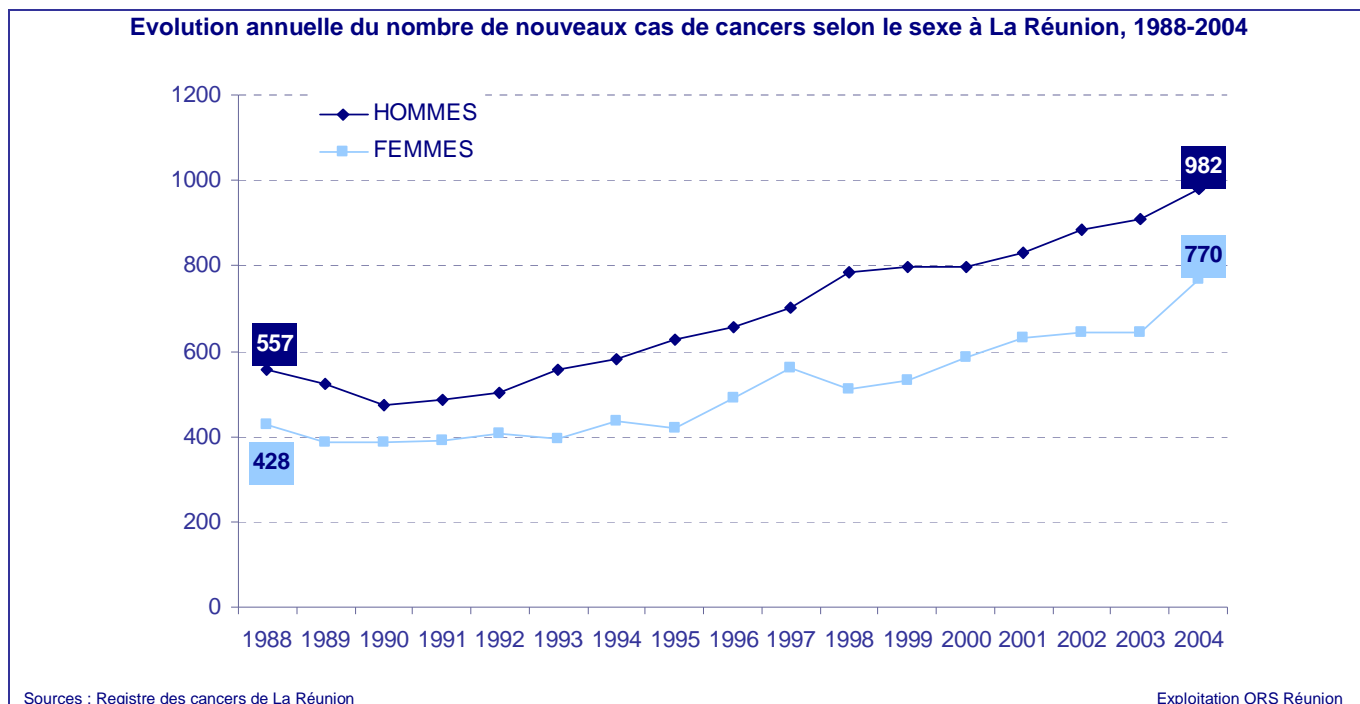
Quatre localisations concentrent plus de 50% des nouveaux cas diagnostiqués et plus de 40% des décès par an : il s'agit des cancers du sein, de la prostate, du côlon-rectum et du poumon. Certains cancers sont accessibles à un dépistage (cancer du sein, du col de l'utérus, du côlon-rectum et mélanomes). Pour d'autres, une prévention primaire est possible, notamment en agissant sur les facteurs de risque (consommation d'alcool, de tabac ou les facteurs nutritionnels).

Dans plusieurs domaines comme la lutte contre le tabagisme, le dépistage du cancer du sein ou l'investissement en faveur de la recherche sur le cancer, l'impact des mesures du Plan Cancer 2003-2007 est déjà visible. Dans le domaine de la qualité des soins, la mise en place de nouveaux outils, l'adoption d'autres manières de travailler commencent à porter leurs fruits, mais leur traduction ne sera pleinement visible que dans les années qui viennent.

# Incidence des cancers à La Réunion

## ► Plus de 1 700 nouveaux cas de cancers à La Réunion en 2004

- 56% des nouveaux cas de cancers en 2004 concernent des hommes (982 nouveaux cas).
- En 15 ans, l'incidence des cancers a fortement augmenté, chez les hommes comme chez les femmes (respectivement +76% et +80% entre 1988 et 2004).

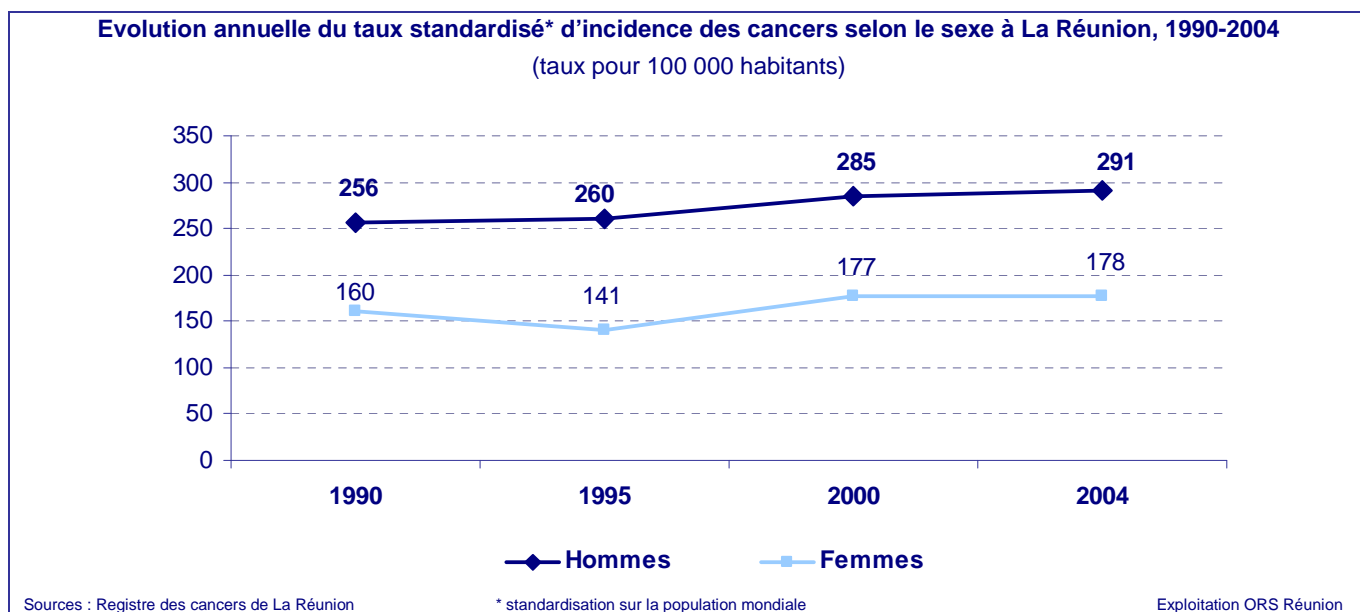


## ► Une incidence des cancers plus élevée chez les hommes

- En 2004, le taux standardisé d'incidence des cancers chez les hommes est 1,6 fois plus élevé que chez les femmes : 291 nouveaux cas de cancers pour 100 000 hommes pour 178 pour 100 000 femmes.

## ► Le taux d'incidence des cancers en augmentation

- En 25 ans, le taux d'incidence a augmenté de 13% chez les hommes et de 11% chez les femmes.



# Incidence des cancers à La Réunion

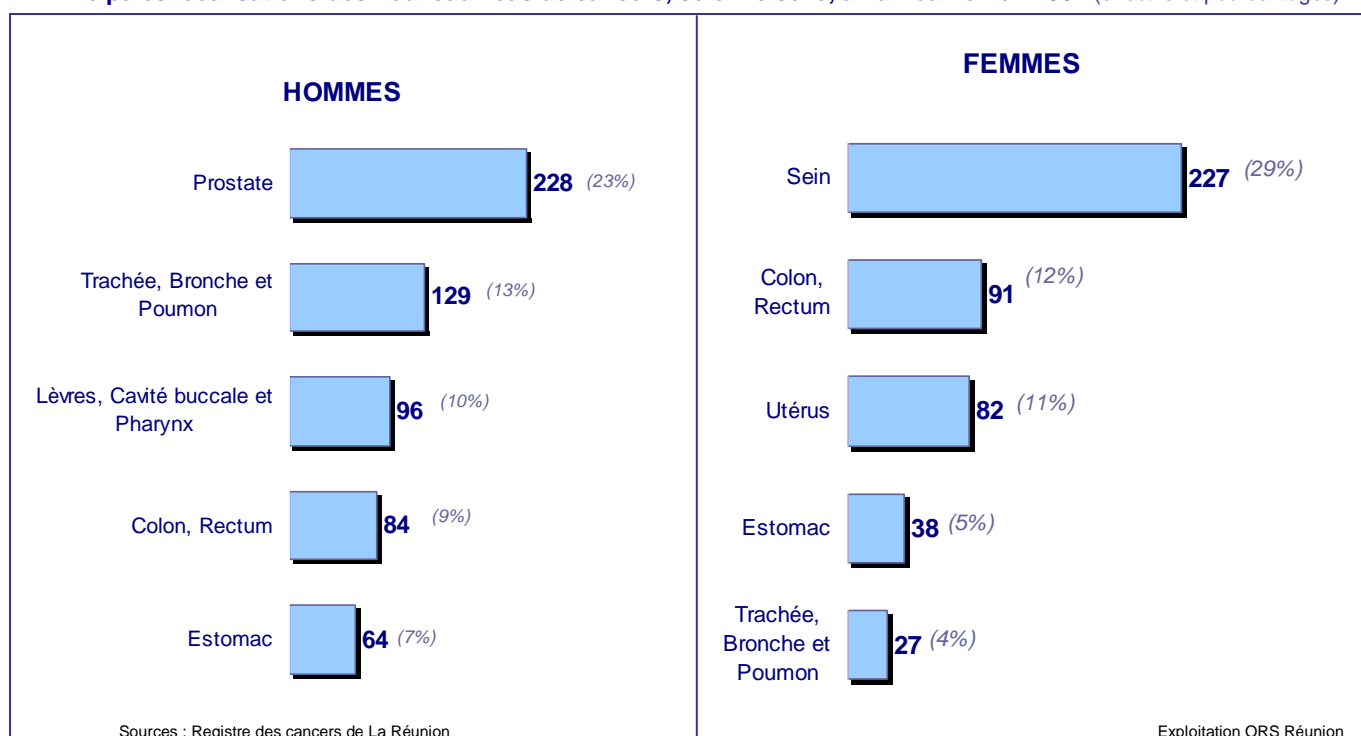
## ► Quatre localisations concentrent près de 50% des nouveaux cas diagnostiqués à La Réunion

- A La Réunion, les cancers du sein, du côlon-rectum, de la prostate, et celui de la trachée, des bronches et du poumon représentent 45% des nouveaux cas de cancers en 2004.

## ► Les principales localisations des cancers sont différentes selon le sexe

- Chez les femmes, les cancers les plus fréquents sont ceux du sein, du côlon-rectum et de l'utérus : plus de la moitié des nouveaux cancers féminins (52%).
- Chez les hommes, les cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, de la trachée, des bronches et du poumon et ceux des voies aéro-digestives supérieures (lèvres, cavité buccale et pharynx) : près de la moitié des cancers masculins (46%).

### Principales localisations des nouveaux cas de cancers, selon le sexe, à La Réunion en 2004 (effectifs et pourcentages)

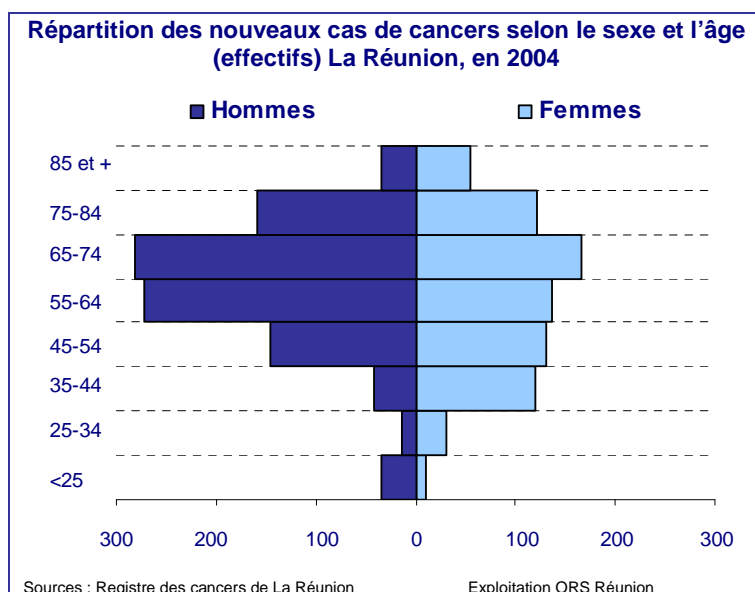


## ► Des cancers plus fréquents avec l'âge

- En 2004, 80% des nouveaux cas de cancers à La Réunion se concentrent entre 45 et 84 ans.
- 24 cancers sont diagnostiqués chez les enfants de moins de 15 ans (dans 4 cas sur 5, il s'agit de garçons).

## ► Survenue des cancers plus précoce chez les femmes

- La répartition des cas incidents de cancers en 2004 à La Réunion diffère selon le sexe.
- Les nouveaux cas de cancers sont plus fréquents à partir de 35 ans chez les femmes. Chez les hommes, les pics de fréquence sont observés entre 55 et 74 ans.



# Morbidité liée aux cancers à La Réunion

## ► **Cancers : 3ème motif d'admission en Affection de Longue Durée (ALD) à La Réunion**

- Entre 2004 et 2006, 1 400 Réunionnais ont été admis, en moyenne, chaque année, en ALD pour un cancer (groupe ALD n°30), ce qui correspond à un taux brut de 1,8 admissions en ALD pour 1 000 habitants.
- Sur la période 2004-2006, les admissions concernent plus fréquemment les femmes (57%).
- Les cancers constituent le 3ème motif d'admission en ALD (13%) derrière les maladies cardiovasculaires (38%) et devant le diabète (28%).
- Le nombre d'admissions en ALD pour cancer a augmenté de 21% entre 2000 et 2006, plus particulièrement chez les hommes (+27%). Néanmoins, ce nombre tend à diminuer depuis 2004.

**Nombre d'admissions annuelles en Affection de Longue Durée (ALD) pour cancers, La Réunion, 2000 à 2006**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Moyenne 2004-2006	Evolution 2000-2006
<b>Hommes</b>	611	719	788	816	816	806	777	800	<b>27%</b>
<b>Femmes</b>	519	606	698	692	692	629	594	638	<b>14%</b>
<b>Ensemble</b>	<b>1 130</b>	<b>1 325</b>	<b>1 256</b>	<b>1 457</b>	<b>1 508</b>	<b>1 435</b>	<b>1 371</b>	<b>1 403</b>	<b>21%</b>

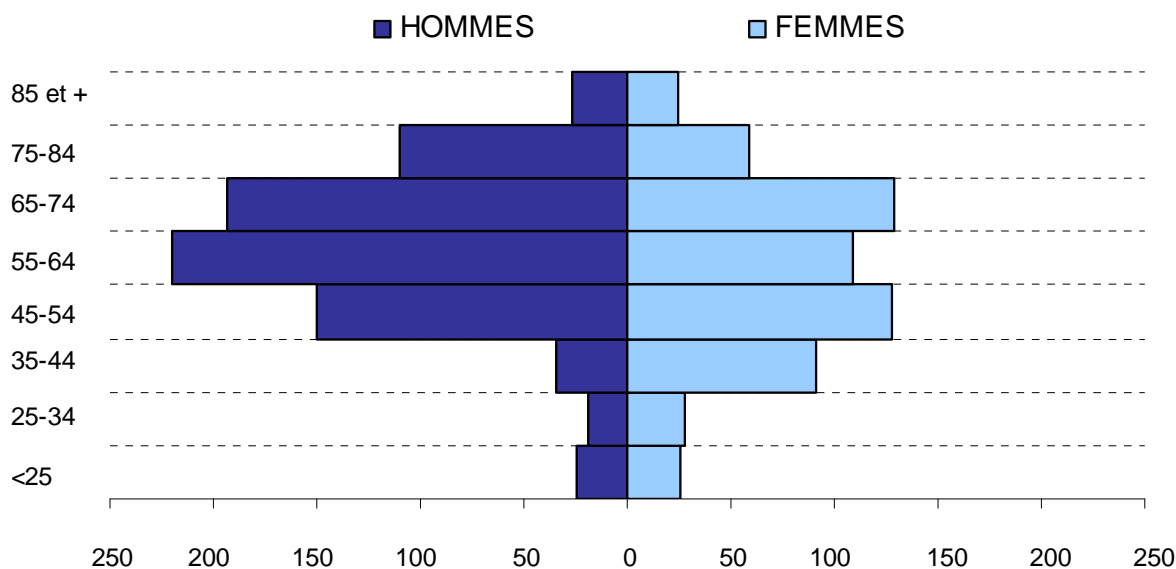
Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, FNORS

Exploitation ORS Réunion

## ► **Des admissions en ALD – cancer : principalement avant 65 ans**

- En 2006, les admissions en ALD pour cancers étaient majoritairement prononcées pour des personnes âgées de 45 à 74 ans (70%).
- 60% des admissions en ALD surviennent avant l'âge de 65 ans (64% chez les femmes et 58% chez les hommes).
- Les admissions en ALD pour cancer sont prononcées plus précocement chez les femmes : 24% des admissions chez les femmes sont prononcées avant 45 ans, 10% pour les hommes.

**Nombre d'admissions en Affection de Longue Durée (ALD) pour cancers selon le sexe et l'âge, La Réunion, 2006**



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, FNORS

Exploitation ORS Réunion

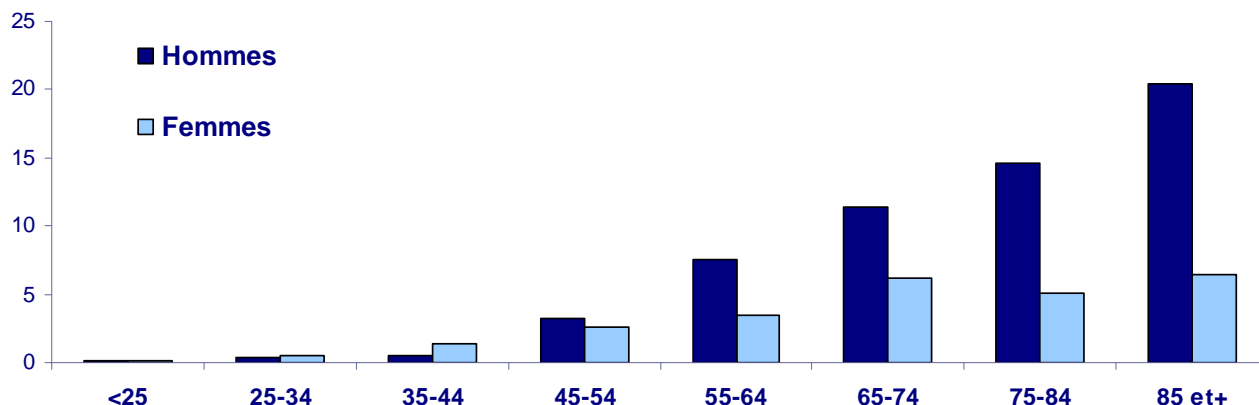


# Morbidité liée aux cancers à La Réunion

## ► Un taux d'admission pour ALD-cancer qui augmente avec l'âge

- Le taux d'admission en ALD-cancer augmente avec l'âge. Après 85 ans, le taux atteint 20 admissions pour 1 000 habitants pour les hommes et 7 pour 1 000 chez les femmes.
- Avant 45 ans, les taux féminins sont plus élevés que les taux masculins. A partir de 55 ans, le constat est inversé : le taux est 2 à 3 fois supérieur chez les hommes selon les tranches d'âge.

Taux brut d'admissions en ALD pour cancers selon le sexe et l'âge, La Réunion, 2006 (taux pour 1 000 habitants)



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, FNORS

Exploitation ORS Réunion

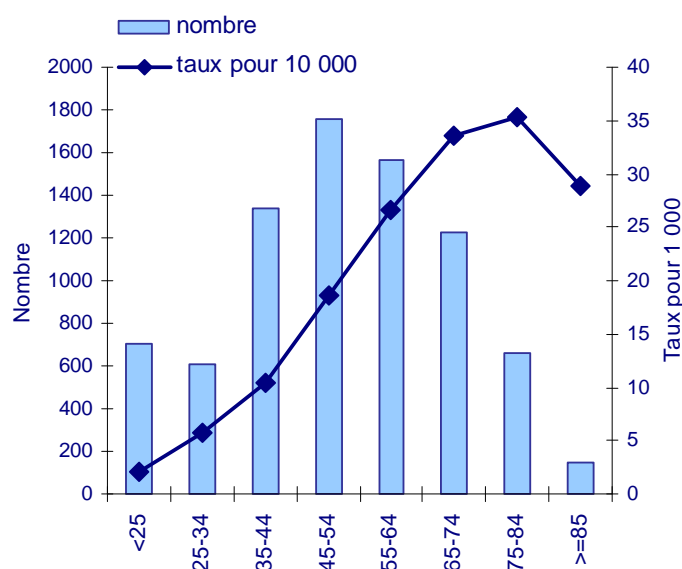
## ► 8 000 hospitalisations liées aux cancers en moyenne chaque année

- Sur la période 2005-2007, les cancers ont entraîné 8 000 hospitalisations en moyenne chaque année, soit un taux brut régional de 10 séjours pour 1 000 Réunionnais (sans compter les séances itératives de chimiothérapie ou de radiothérapie).
- Les hospitalisations liées aux cancers concernent en majorité les femmes (55%).
- Entre 2005 et 2007, l'activité hospitalière liée aux cancers n'a cessé d'augmenter, en particulier chez les femmes : +7% contre +2% chez les hommes.

## ► Des taux de recours hospitaliers plus fréquents avec l'âge

- Les pics de fréquence d'hospitalisations sont observés entre 45 et 64 ans (42% des séjours hospitaliers). Trois hospitalisations sur 4 liées aux cancers sont survenues entre 35 et 74 ans.
- Le taux brut d'hospitalisation augmente avec l'âge jusqu'à 84 ans : de 3 pour 1 000 habitants pour les moins de 35 ans, le taux passe à 22 pour 1 000 chez les 45-64 ans et à 34 pour 1 000 entre 65 et 84 ans.

Nombre et taux\* brut d'hospitalisation pour cancers selon l'âge, La Réunion, 2005-2007\*\*



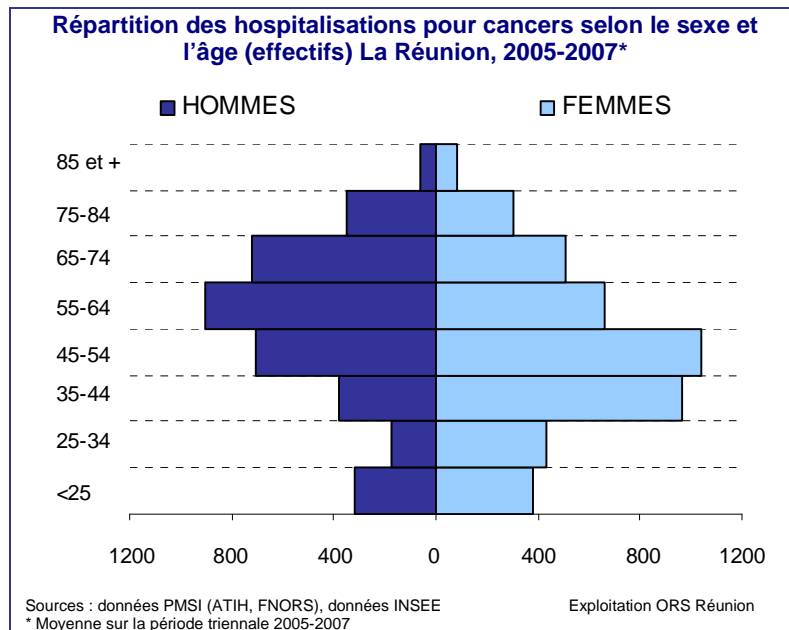
Sources : données PMSI (ATIH, FNORS), données INSEE  
\* taux pour 1 000 habitants \*\* Moyenne sur la période triennale 2005-2007



# Morbidité liée aux cancers à La Réunion

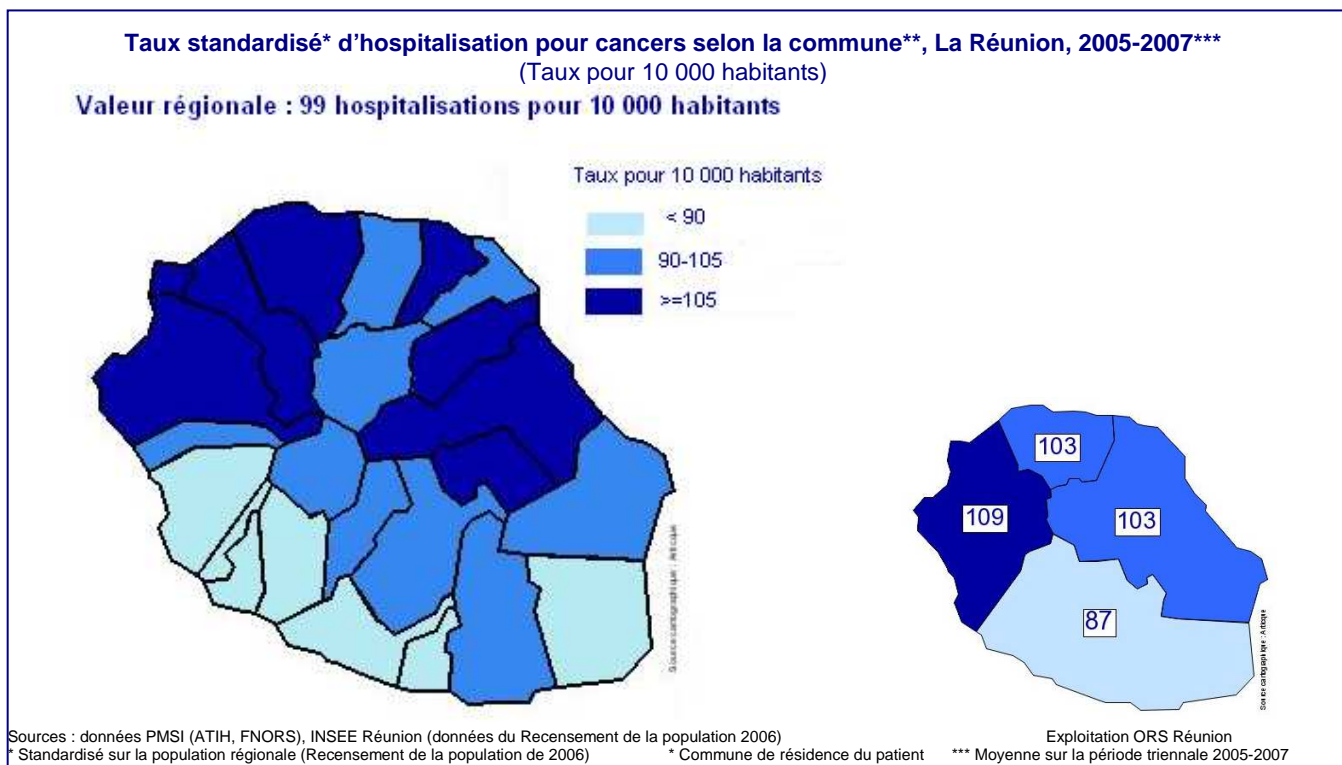
## ► Des hospitalisations plus précoces chez les femmes

- Les hospitalisations avant 65 ans sont plus fréquentes chez les femmes : 79% des hospitalisations féminines surviennent avant cet âge contre 69% pour les hommes.
- Chez les femmes, le nombre d'hospitalisations est maximal entre 45 et 54 ans (plus d'un millier de séjours hospitaliers).
- Chez les hommes, le pic de fréquence est décalé à la tranche d'âge des 55-64 ans (900 recours).
- Chez les femmes, près de 2 séjours hospitaliers sur 3 (64%) surviennent avant 55 ans contre 44% des hospitalisations chez les hommes.



## ► Des hospitalisations fréquentes pour les patients de la région Ouest

- Entre 2005 et 2007, le taux standardisé d'hospitalisation liée aux cancers est de 99 pour 10 000 habitants pour la région Réunion. Le recours hospitalier pour cancers montre des disparités fortes selon les communes de résidence des patients.
- Certaines communes du Nord-Ouest et de l'Est connaissent les taux d'hospitalisation pour cancers les plus élevés de l'île, avec des taux supérieurs à 105 hospitalisations pour 10 000 habitants. Il s'agit notamment des villes du Port, de La Possession, de St-Paul, de St-Denis, de Bras-Panon, de St-Benoît, de la Plaine des Palmistes et Ste-Suzanne.
- A l'inverse, les communes du Sud affichent les taux les plus faibles. La micro-région Sud est caractérisée par un taux standardisé d'hospitalisation minimal, inférieur de 10% à la moyenne régionale.



# Mortalité par cancer à La Réunion

## ► Près de 1 000 décès liés aux cancers en moyenne chaque année à La Réunion

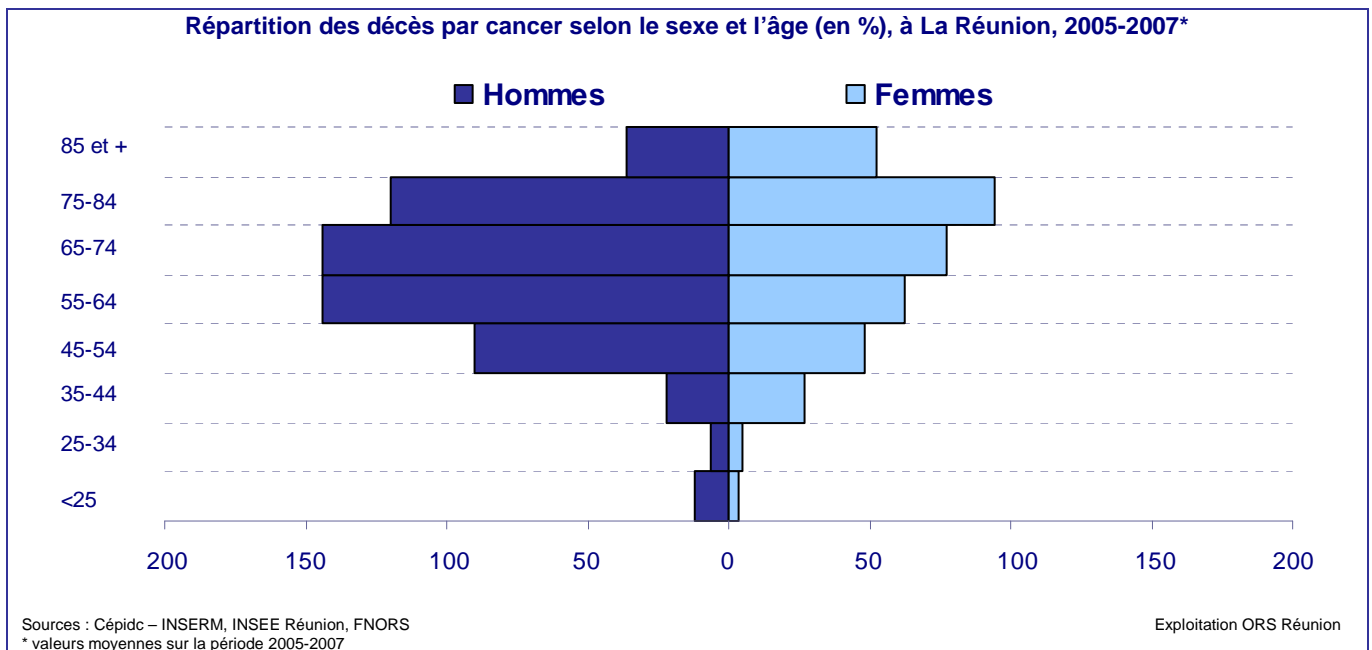
- A La Réunion, les cancers sont responsables de 944 décès en moyenne chaque année entre 2005 et 2007 : 574 hommes et 370 femmes.
- Le taux brut de mortalité correspondant est de 120 décès pour 100 000 habitants sur la période 2005-2007.

## ► Près de la moitié des décès survient avant l'âge de 65 ans

- 420 Réunionnais meurent en moyenne chaque année prématurément suite à un cancer sur la période 2005-2007, soit 45% de l'ensemble des décès par cancer.
- Une dizaine de décès par cancer sont observés chez des enfants de moins de 15 ans.

## ► Mortalité prématurée : les hommes davantage concernés

- Avant l'âge de 65 ans, 2 décès par cancer sur 3 concernent des hommes (65%).
- Le pic de fréquence de décès par cancer est plus précoce chez les hommes. Les décès masculins surviennent majoritairement entre 55 et 74 ans alors que chez les femmes, les effectifs de décès par cancer augmentent avec l'âge pour atteindre un maximum entre 75 et 84 ans.
- La mortalité prématurée représente 48% des décès masculins et 39% des décès féminins.

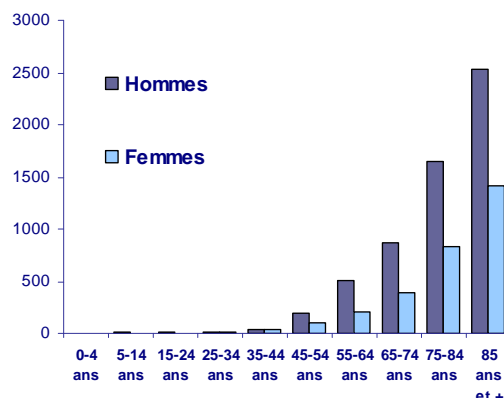


# Mortalité par cancer à La Réunion

## ► Une mortalité par cancer qui augmente avec l'âge

- Le taux brut de mortalité augmente considérablement avec l'âge : de 5 pour 100 000 habitants pour les moins de 25 ans, le taux passe à 25 pour 100 000 chez les 25-44 ans, puis à 604 chez les 65-74 ans, pour atteindre la valeur maximale de 1 724 pour 100 000 chez les plus de 85 ans.
- Les taux masculins sont supérieurs aux taux féminins jusqu'à l'âge de 85 : les taux sont 2 fois plus élevés à partir de 45 ans.

Taux brut de mortalité\* par cancer selon le sexe et l'âge, à La Réunion, 2005-2007

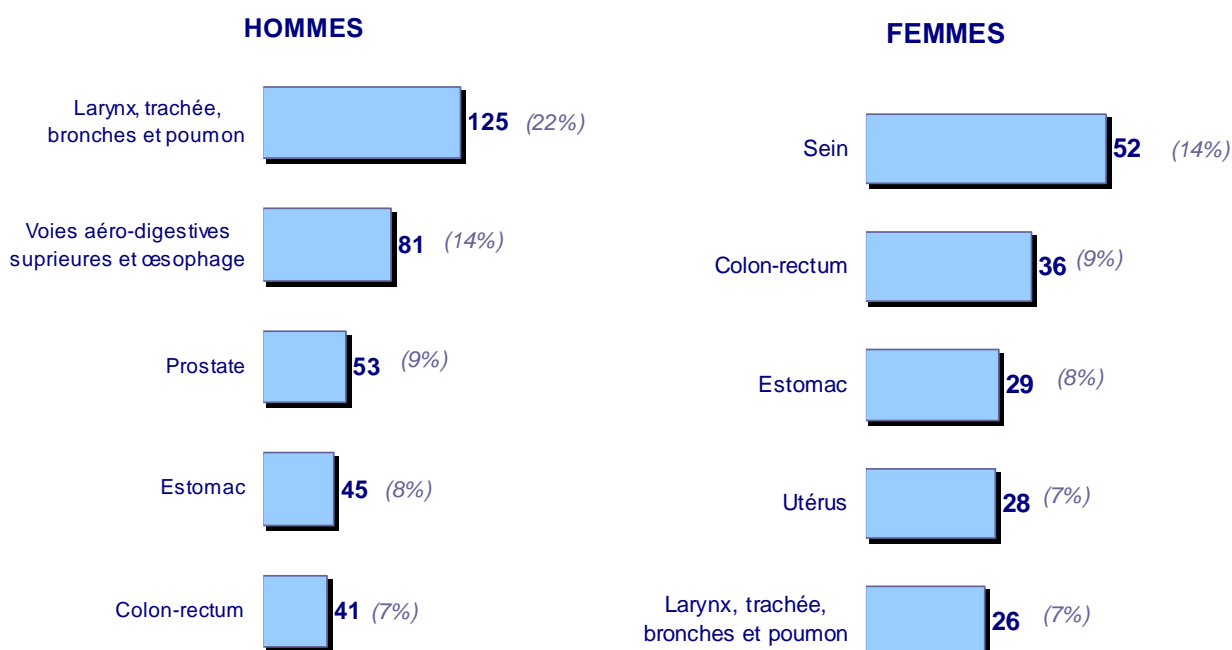


Sources : Cépidc – INSERM, INSEE Réunion, FNORS, INSEE Réunion Exploitation ORS Réunion  
\* Taux de mortalité moyen sur la période 2005-2007. Taux pour 100 000 habitants

## ► Cancers les plus fréquents parmi les causes de décès : cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon chez les hommes et cancers du sein chez les femmes

- Chez les hommes, les cancers liés à l'alcoolisme et au tabagisme sont les plus fréquents parmi les causes de décès par cancer. Les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon et les cancers des voies aéro-digestives supérieures et de l'œsophage représentent 36% des décès masculins par cancer.
- Chez les femmes, la hiérarchisation des décès selon la localisation est différente : les principales localisations responsables des décès chez les femmes sont le sein et le colon-rectum.

Principales localisations des décès par cancer, selon le sexe, à La Réunion sur la période 2005-2007 (effectifs et pourcentages)



Sources : Cépidc – INSERM, INSEE Réunion, FNORS, INSEE Réunion

Exploitation ORS Réunion

# Mortalité par cancer à La Réunion

## ► **Surmortalité masculine par cancer sur la période 2005-2007**

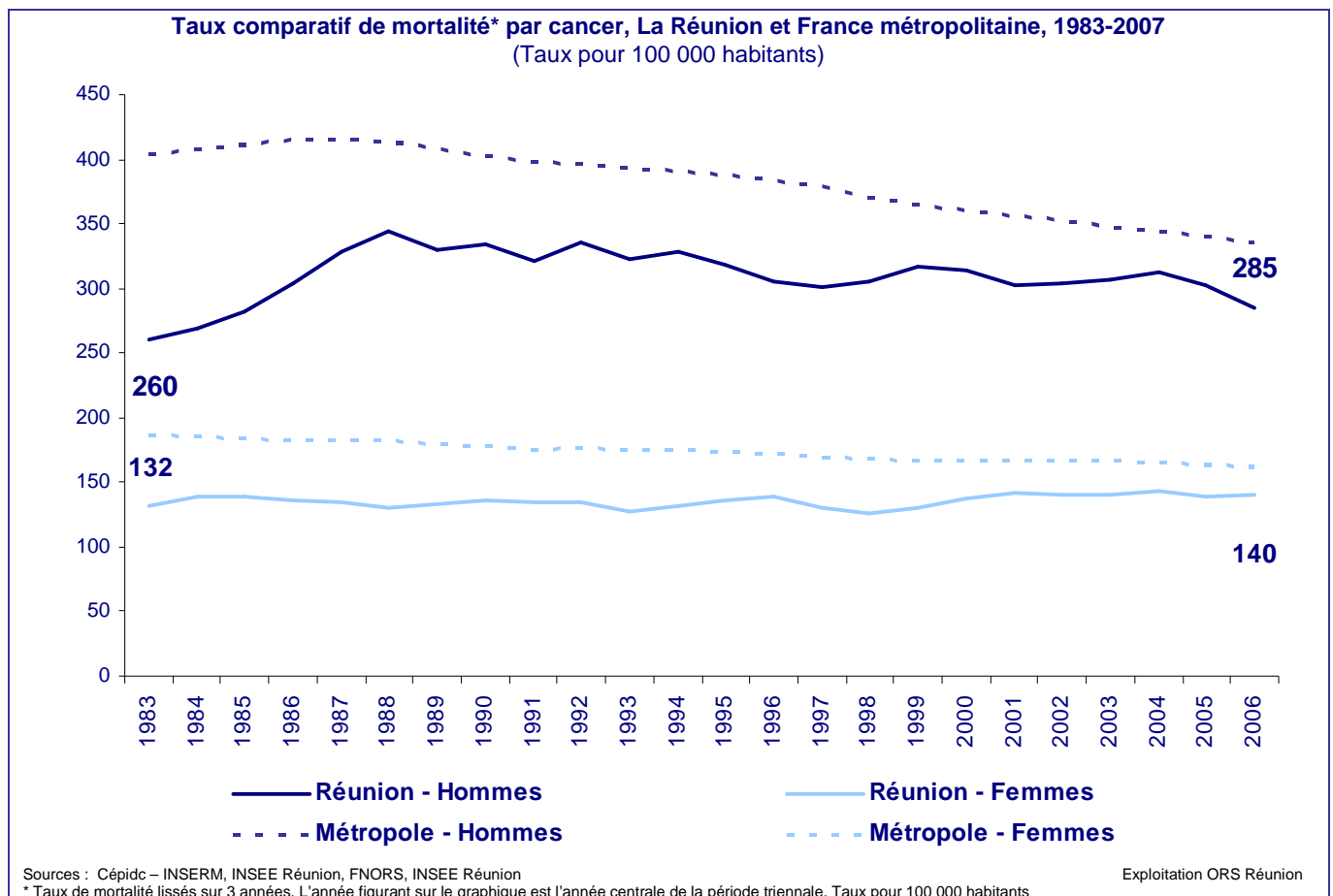
- Sur la période 2005-2007, le taux comparatif de mortalité par cancer est plus élevé chez les hommes que chez les femmes : 285 décès pour 100 000 habitants contre 140 pour 100 000 chez les femmes.

## ► **Baisse de la mortalité chez les hommes et stabilité chez les femmes**

- La Réunion n'est pas caractérisée par la même baisse continue observée en métropole, quel que soit le sexe.
- Les taux comparatif de mortalité chez les femmes sont relativement stables ; pour les hommes, l'évolution est irrégulière. Sur la période 2005-2007, le taux masculin enregistre à nouveau une tendance à la baisse (-6%) par rapport à la période 2004-2006).

## ► **Une mortalité régionale inférieure à celle de la métropole**

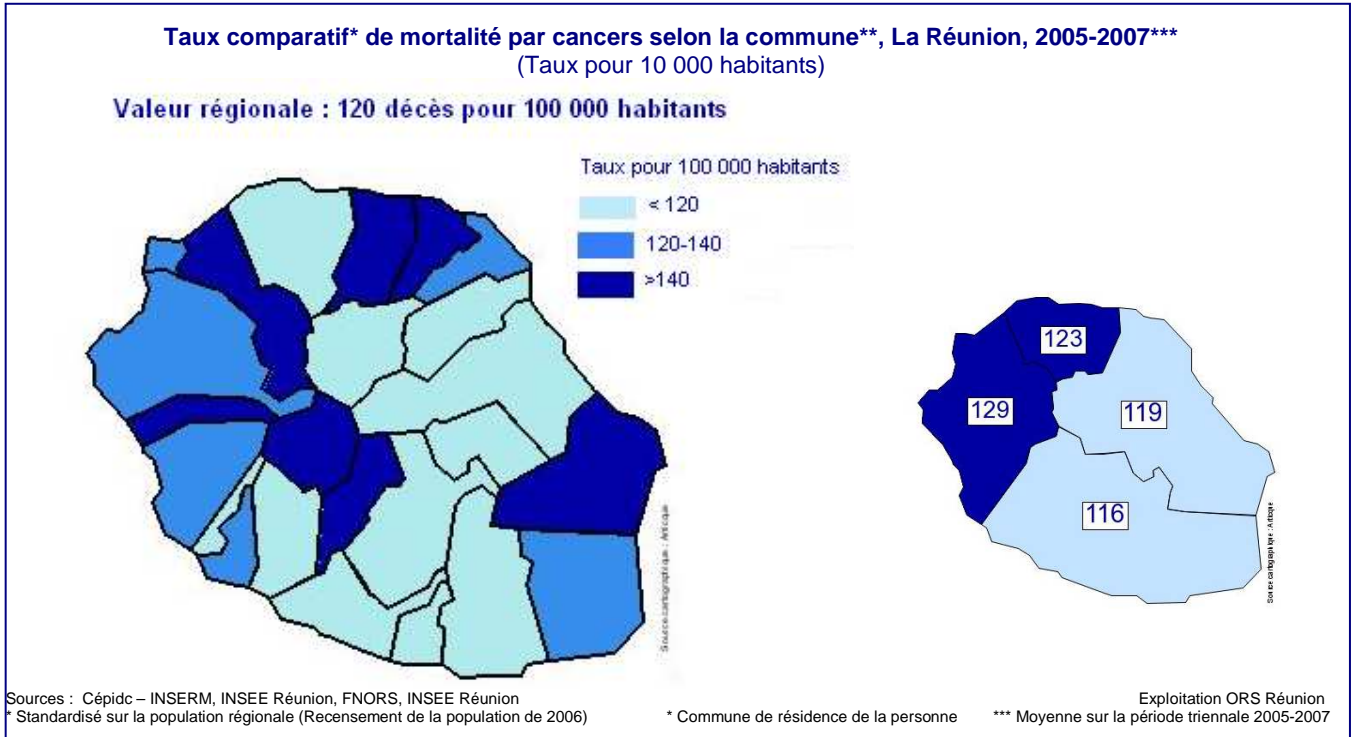
- La mortalité par cancer est moins élevée à La Réunion qu'en métropole : le taux comparatif régional est inférieur de 16% au taux métropolitain (200 décès pour 100 000 habitants contre 233 pour 100 000 habitants en métropole sur la période 2005-2007).
- La surmortalité régionale est observée quel que soit le sexe.



# Mortalité par cancer à La Réunion

## ► Une mortalité élevée pour les communes de l'Ouest et du Nord

- Le taux de mortalité régional est de 120 décès par cancer pour 100 000 habitants. Ce taux régional masque des disparités selon les communes de résidence des personnes décédées.
- C'est dans l'Ouest et le Nord que les communes affichent des taux les plus élevés : La Possession, Trois-Bassins, Ste-Marie, Ste-Suzanne, Etang-Salé.



## Facteurs de risques et déterminants

### ► Divers facteurs de risque

- Les facteurs de risque des cancers sont divers et peuvent se cumuler : alcool, tabac, alimentation, pollution, influence génétique, ...
- La responsabilité de l'alcool et du tabac sont clairement établis pour certains cancers.
- Les cancers des voies aéro-digestives supérieures (lèvre, cavité buccale, pharynx) et de l'œsophage constituent une des pathologies liés à la consommation excessive d'alcool ; ils représentent 10% des décès par cancer sur la période 2005-2007.
- Les cancers du larynx, de la trachée, des bronches et du poumon sont directement liés au tabagisme ; sur la période 2005-2007, ils représentent 16% des décès par cancer.
- La proportion de décès par cancer attribuable à la nutrition est plus difficile à quantifier.
- Le vieillissement prévisible de la population, allié à la persistance des comportements à risque, laisse supposer une augmentation constante des cancers à La Réunion.
- L'exposition professionnelle peut elle aussi être à l'origine de la survenue de certains cancers.

# Politiques régionales et stratégies de prévention

---

## ► **Des objectifs du Plan Régional de Santé Publique (PRSP)**

- Le Plan Régional de Santé Publique (PRSP) est le cadre de référence de la politique de santé publique en région. Il comporte un ensemble de programmes d'actions pluriannuels [21].
- A La Réunion, plusieurs objectifs du PRSP concernent directement ou indirectement les cancers.
- Le PRSP a défini 11 objectifs dont la déclinaison du plan cancer dans la région.
- Les différentes stratégies de lutte contre les cancers combinent prévention primaire et dépistage :
  - Développer la prévention primaire (lutte le tabagisme, l'alcoolisme, équilibre nutritionnel, ...)
  - Augmenter la performance du dépistage du cancer de sein
  - Entreprendre le dépistage organisé du cancer colo-rectal
- Cet objectif spécifique aux cancers s'articule avec d'autres objectifs :
  - lutte contre les conduites à risque, alcool et tabac notamment (objectif n°2) ;
  - prévention des troubles nutritionnels et du risque cardiovasculaire (objectif n°3) ;
  - amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (objectif n°7).

## ► **Une diversité d'acteurs dans le domaine de la prévention**

- Il est difficile de recenser les acteurs de la prévention des cancers, car cette prévention peut être abordée sous différentes approches : facteurs de risque, éducation du patient, éducation à la santé, ...
- De nombreux acteurs existent dans le domaine de la prévention primaire des facteurs de risque des cancers. Selon le répertoire des acteurs de l'IREPS (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé), 79 structures sont acteurs de l'éducation pour la santé dans le champ de l'alimentation, de la nutrition ou de l'obésité, et 70 structures interviennent dans la prévention des conduites addictives.
- En dehors des associations thématiques intervenant sur un ou plusieurs facteurs de risques, des associations spécialisées mènent des actions de prévention des cancers. Une quinzaine de structure ont été identifiées comme acteurs de la prévention des cancers, dont notamment :
  - La ligue contre le cancer.
  - L'association « Run dépistage » dont la mission est d'assurer le dépistage organisé du cancer du sein et du cancer colo-rectal.
- Plusieurs acteurs sont également concernés par des thématiques généralistes :
  - 33 structures acteurs de l'éducation pour la santé dans le champ des maladies chroniques,
  - 33 structures comme acteurs de l'éducation du patient.

L'annuaire de ces acteurs est disponible sur le site internet de l'IREPS (<http://www.irepsreunion.org>).

# Offre de soins et de prise en charge

## ► L'offre en médecins, spécialistes ou généralistes, moins élevée à La Réunion

- La prise en charge des cancers relève de diverses spécialités médicales et établissements hospitaliers : oncologie, dermatologie, gynécologie, hépato-gastro-entérologie, ORL, pneumologie mais aussi chirurgie, auxquelles s'ajoutent la médecine générale, les services de santé au travail ...
- Un travail mené en 2006 dans toutes les régions françaises par la FNORS (Fédération Nationale des ORS), a montré la difficulté de dénombrer précisément les professionnels impliqués dans la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des affections cancéreuses.
- Globalement, la région est moins dotée en professionnels de santé qu'en moyenne générale sur la métropole.
- La densité des médecins généraliste est plus faible sur l'île. En revanche, pour les infirmiers, la densité régionale se situe au-dessus de la valeur métropolitaine.

### Principaux professionnels de santé concernés par les cancers à La Réunion, effectifs et densité (pour 100 000 habitants) au 01/01/2008

	Réunion		Métropole
	Effectifs	Densité	Densité
<b>Médecins spécialistes, libéraux et salariés</b>			
Anatomo-cyto-pathologistes	9	1,1	2,5
Médecins internistes, oncologues & hématologues	21	2,6	5,5
<b>Professionnels de santé libéraux</b>			
Médecins généralistes	859	107	111
Infirmiers	1 189	148	110

Sources : DRASS (STATISS, fichier ADELI), Base eco-santé

Exploitation ORS Réunion

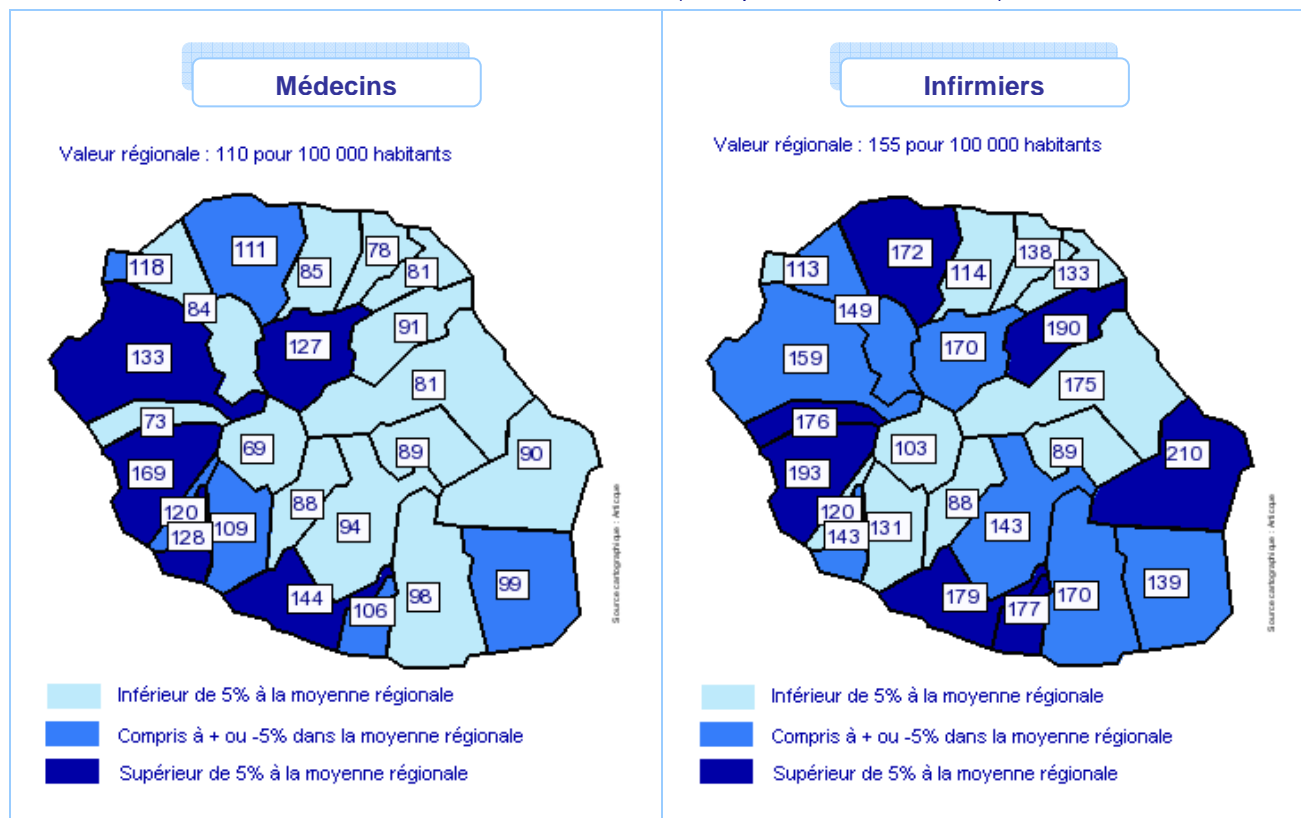
## ► Des professionnels de santé libéraux moins présents dans l'Est de l'île

- Les densités de professionnels de santé masquent des disparités communales fortes.
- La densité des médecins généralistes et des infirmiers libéraux est globalement plus faible dans les micro-régions Est et Sud de l'île, tout particulièrement pour les médecins, alors même que ces régions présentent les taux d'hospitalisation les plus élevés.
- Les communes du Nord-Est (Ste-Marie, Ste-Suzanne et St-André) ainsi que les villes de St-Benoît, Cilaos, La Plaine des Palmistes ou l'Entre-deux sont marquées par les densités les plus faibles de l'île.



# Offre de soins et de prise en charge

## Densité des médecins généralistes libéraux et des infirmiers libéraux selon la commune, à La Réunion au 01/01/2008 (Taux pour 100 000 habitants\*)



Sources : DRASS (STATISS, fichier ADELI), Base eco-santé, INSEE Réunion

\* Taux calculé à partir du recensement de la population 2006

### ► L'offre en soins hospitaliers

La prise en charge hospitalière des patients cancéreux est assurée par :

- 2 services d'hématologie-oncologie au Centre Hospitalier Réunion, sites Félix Guyon et GHSR,
- 1 service « oncologie et radiothérapie – chimiothérapie ambulatoire » à la clinique de Ste-Clotilde.

## Adresses utiles

---

Vous trouverez dans la liste ci-dessous (liste non exhaustive), quelques-uns des acteurs intervenant dans le dépistage et/ou la prise en charge et/ou la prévention des cancers.

Vous pouvez consulter par ailleurs la liste des acteurs de l'éducation pour la santé sur la thématique des maladies chroniques sur le site de l'IREPS (<http://www.irepsreunion.org>).

<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>CHR – site Félix Guyon</b> Centre Hospitalier Régional Félix Guyon Service « hématologie - oncologie »</li></ul>	Adresse : route bellepierre 97405 St-Denis Cedex Tél : 0262 90 50 50      Fax : 0262 90 50 51 Site internet : <a href="http://www.chd-fguyon.fr">www.chd-fguyon.fr</a>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>CHR – site GHSR</b> Centre Hospitalier Régional - Groupe Hospitalier sud Réunion Service « hématologie – oncologie clinique »</li></ul>	Adresse : terre sainte, BP 350 – 97448 St-Pierre CEDEX Tél : 0262 35 90 00      Fax : 0262 35 90 04 Site internet : <a href="http://www.chd-fguyon.fr">www.chd-fguyon.fr</a>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Clinique de Ste-Clotilde</b> Service « Oncologie et radiothérapie – chimiothérapie ambulatoire »</li></ul>	Adresse : 127 route du Bois de Nèfles – BP 105 – 97492 Ste- Clotilde Tél : 0262 48 20 20      Fax : 0262 48 23 57 Site internet : <a href="http://www.clinifutur.com">www.clinifutur.com</a>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Ligue contre le cancer</b> Antenne Nord</li></ul>	Adresse : 19 allée des Thuyas, cité Vidot, Bd de la Providence – 97400 St-Denis Tél : 02 62 20 93 88      Fax : 02 62 20 93 88 Email : <a href="mailto:cancer.reunion@wanadoo.fr">cancer.reunion@wanadoo.fr</a>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Run dépistage</b> Antenne Sud</li></ul>	Adresse : 17 rue de l'Arsenal Decaen – 97400 St-Denis Tél : 02 62 30 90 90      Fax : 02 62 46 57 82 Email : <a href="mailto:mammorun@wanadoo.fr">mammorun@wanadoo.fr</a>

# Repères bibliographiques et sources

---

- [1] **Le cancer dans les régions de France. Mortalité, incidence, affections de longue durée, hospitalisations.**  
FNORS, ORS de Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Pays de La Loire, Rhône-Alpes, 2005, 76p. (coll. Les Etudes du Réseau des ORS)
- [2] **Tableau de bord sur les maladies chroniques en Bourgogne – chapitre 2 « Cancer ».**  
ORS Bourgogne, 2006-2007, 22p.
- [3] **Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000.**  
L. Remontet, A. Buemi, M. Velten et Al. InVS, Réseau Francim, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217p.
- [4] **La santé observée dans les Pays de La Loire, Tableau de bord régional sur la santé.**  
Observatoire Régional de la Santé des Pays de La Loire, 2<sup>ème</sup> édition, juin 2007, 222p.
- [5] **Base nationale des causes médicales de décès 1980-2003.**  
Inserm CépiDc, exploitation FNORS – ORS.
- [6] **Fréquence des cancers en France.**  
C. Hill, F. Doyon, Bulletin du cancer, vol.90, n°3, mars 2003, pp. 207-213.
- [7] **Site internet de Eurostat : Office statistique des communautés européennes.**  
[www.europa.eu.int/comm/eurostat](http://www.europa.eu.int/comm/eurostat)
- [8] **Base nationale des Affections de Longue Durée (ALD) 2002-2004.**  
CNAMTS – MSA – RSI, exploitation FNORS - ORS
- [9] **Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime général de l'Assurance Maladie en 2004.**  
A. Weill, N. Vallier, B. Salanave et Al. Pratiques et Organisation des Soins, Cnamts, vol. 37, n°3, juillet-septembre 2006, pp. 173-188.
- [10] **Base nationale PMSI MCo – ATIH.**
- [11] **Eurcocare-3 : survival of cancer patients diagnosed 1990-94. Results and commentary.**  
M. Sant, T. Aareleid, F. Berrino et Al. Annals of Oncology, vol. 14, suppl. 5, 2003, pp. 61-118.
- [12] **Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim.**  
N. Bossard, M. Velten, L. Remontet et Al., Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVs, n°9-10, mars 2007, pp 66-69.
- [13] **Epidémiologie des cancers.**  
C. Hill, F. Doyon, H. Sancho-Garnier, Ed. Flammarion, Inserm, Hôpitaux de Lyon, 2003, 217p.
- [14] **The SU.VI.MAX, Study, A randomized, placebo-controlled trial of the health effects of antioxidant vitamins and minerals.**  
S. Herberg, P. Galan, P. Preziosi et al., Archives of internal Medicine, vol. 164, novembre 2004, pp. 2335-2342.
- [15] **Cancer : plan de mobilisation nationale.**  
Mission Interministérielle pour la lutte contre le cancer, 2003, 44p.
- [16] **La dynamique du plan cancer : un an d'action et de résultats.**  
Mission interministérielle pour la lutte contre le cancer, Plan cancer cancer, Rapport annuel, 2004, 39 p.
- [17] **Surveillance des cancers.**  
Institut de Veille Sanitaire,  
<http://www.invs.sante.fr/surveillance/diabete/>
- [18] **LOI n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.**  
Disponible sur :  
<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-33/a0332364.htm>
- [19] **Améliorer la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques : Présentation du plan.**  
Ministère de la santé et des sports - Disponible sur :  
[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plan\\_maladies\\_chroniques/sommaire.htm](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/plan_maladies_chroniques/sommaire.htm)
- [20] **Etat de la santé de la population de la réunion – Indicateurs associés à la loi relative à la politique de Santé Publique – rapport 2008.**  
ORS Réunion – DRASS Réunion, décembre 2008, 157p.
- [21] **Plan régional de santé publique 2006-2008.**  
DRASS Réunion, 42p. <http://www.reunion.sante.gouv.fr/>

## Pour en savoir plus

### **Les causes du cancer en France, version abrégée.**

Académie Nationale de médecine, Académie des sciences – Institut de France, Centre International de Recherche sur le Cancer (OMS – Lyon), Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer, avec le concours de l'Institut National du cancer et de l'InVS, septembre 2007, 48p.

### **Cancer in the European Community and its member states.**

O-M Jensen, Eur J Cancer, vol 26 n°1, 11-12, 1-1990, p 1 1167-1256.

### **Le dépistage des cancers féminins en France, La santé en France 1994-1998.**

Haut comité de la santé publique, La Documentation française, Paris, 1998, p 243-252.

### **Estimations d'incidence des cancers 1980-2000.**

Réseau national des registres des cancers Francim, exploitation FNORS – ORS.

### **Dépistage des cancers dans les Pays de la Loire – Tableau de bord des indicateurs de fréquence et de couverture du dépistage pour les cancers du sein, du côlon-rectum et du col de l'utérus. Mise à jour décembre 2006.**

ORS des Pays de La Loire, 2006, 84p.

### **L'analyse des séjours chirurgicaux au sein du PMSI : un nouvel indicateur pour l'observation des cancers.**

M-C. Mouquet, L. Cherie-Challine, C. Marescaux, Drees Document de travail, Série Etudes n°27, novembre 2002.

### **Cancer incidence in five continents.**

International agency for research on cancer world health organization, International association of cancer registries, IARC Scientific Publication, vol II n°143, Lyon, 1997, 1240 p

### **Surveillance des cancers.**

INVS, BEH, n°41-43, 2003, pp. 189-208.

### **Variations géographiques des décès par cancer accessibles au dépistage dans les régions métropolitaines, France, 1998-2002.**

L. Charié-Challine, M. Boussac-Zarebska, Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, InVS, n°9-10, mars 2007, pp.70-73.

### **La prise en charge du cancer.**

Dossier coordonné par C. Bara et S. Cotte, Actualité et dossier en Santé Publique, HCSP, n°51, juin 2005, pp.3-58.

### **Rapport de Commission d'orientation sur le cancer.**

L. Abenhaïm, Commission d'orientation sur le cancer. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Ministère délégué à la recherche et aux nouvelles technologies, 2003, 336p.

### **Surveillance des cancers en France : état des lieux et perspectives 2007.**

INVS, BEH, n°9-10, mars 2003, pp. 65-84.

### **Les conditions de vie des patients atteints du cancer deux ans après le diagnostic.**

A.G. Le Corroller-Soriano, L. Malavolti, C. Mermilliod, Etudes et résultats, DREES, n°486, mai 2006, 12p.

### **Situation professionnelle et difficultés économiques des patients atteints d'un cancer deux ans après le diagnostic.**

L. Malavolti, C. Mermilliod, P. bataille, C. Compagnon, J.P. Moatti, Etudes et résultats, DREES, n°487, mai 2006, 8p.

# Synthèse

---

- Plus de 1 700 nouveaux cas de cancers ont été recensés à La Réunion en 2004.
- Le taux d'incidence des cancers est en augmentation.
- Les cancers du sein, du côlon-rectum, de la prostate et ceux de la trachée, des bronches et du poumon représentent près de 50% des nouveaux cas diagnostiqués à La Réunion.
- La survenue des cancers augmente avec l'âge : 8 nouveaux cas sur 10 entre 45 et 84 ans.
- Les cancers les plus fréquents sont différents selon les sexes : cancers du sein chez les femmes et cancers de la prostate chez les hommes.
- Les cancers représentent le 3<sup>ème</sup> motif d'admission en affection de Longue Durée (ALD) : 1 400 Réunionnais admis en moyenne chaque année (principalement après 65 ans).
- 8 000 hospitalisations liées aux cancers en moyenne chaque année à La Réunion, sur la période 2005-2007 (hors séances de chimiothérapie et de radiothérapie).
- L'activité hospitalière liée aux cancers est en augmentation sur l'île.
- Près d'un millier de décès liés aux cancers en moyenne chaque année à La Réunion sur la période 2005-2007.
- Près de la moitié des décès par cancer survient avant l'âge de 65 ans, principalement chez les hommes.
- Les principales causes de décès par cancer sont les cancers du sein chez les femmes et les cancers liés à l'alcoolisme et au tabagisme chez les hommes.
- La Réunion est caractérisée par une surmortalité masculine par cancer.
- La baisse continue de la mortalité par cancer en métropole n'est pas observée à La Réunion : stabilisation de la mortalité féminine par cancer.
- La Réunion est caractérisée par une sous-mortalité par rapport à la moyenne métropolitaine.
- Les cancers constituent une priorité régionale de Santé Publique.
- Une diversité d'acteurs intervient dans la prévention des cancers ou de leurs facteurs de risques.
- Les dépistages du cancer du sein et du cancer colo-rectal sont organisés sur l'île, comme en métropole.
- La Réunion est moins dotée que la métropole en professionnels de santé concernés par le cancer et la répartition des professionnels de santé libéraux susceptibles de prendre en charge les cancers est inégale sur l'île.

*Ce tableau de bord n'aurait pu être réalisé sans la participation de nos différents partenaires et producteurs de données. Nous tenons en particulier à remercier : la CCMSA, la CNAMTS, la DRASS, la FNORS, l'INSEE, l'INSERM – CépiDc, l'INVS, l'IREPS, l'ORS Bourgogne, le registre des Cancers, le RSI.*



Directrice de la publication  
Dr Irène STOJCIC

Responsable de rédaction  
Dr Emmanuelle RACHOU

Auteure  
Monique RICQUEBOURG

Observatoire Régional de La Santé  
12, rue Colbert – 97400 Saint-Denis  
Tél : 02.62.94.38.13 / Fax : 02.62.94.38.14  
Site : <http://www.ors-reunion.org>  
Courriel : [orsrun@orsrun.net](mailto:orsrun@orsrun.net)  
Centre de documentation : [documentation@orsrun.net](mailto:documentation@orsrun.net)

**Financement  
GRSP**

