

INCIDENCE ET PROFIL DES CANCERS À WALLIS-ET-FUTUNA, 2020-2024

// INCIDENCE AND PROFILE OF CANCERS IN WALLIS-AND-FUTUNA, FRANCE, 2020-2024

Clément Couteaux^{1,3} (clement.couteaux@adswf.fr), Claire Baizet¹, Gaëlle Binan¹, Hassiba Belabbas¹, Laurent Madrias¹, Monika Toa¹, Valelia Uhila¹, Nadia Leboulanger^{2,3}, Marc Pracht^{2,3}, Gloria Lutui^{1,3}, Annick Laffitte^{1,3}

¹ Agence de santé de Wallis-et-Futuna, Mata'Utu, Wallis-et-Futuna

² Centre Eugène Marquis, Rennes

³ Groupe Coordonnateur Unicancer Outre-Mer (UCOM)

Soumis le 11.11.2025 // Date of submission: 11.11.2025

Résumé // Abstract

Introduction – Les cancers représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité. À Wallis-et-Futuna, où aucune donnée épidémiologique n'avait encore été publiée, nous avons réalisé une étude qui décrit l'incidence et la répartition des cancers diagnostiqués entre 2020 et 2024.

Méthode – Une analyse descriptive rétrospective a été réalisée à partir du fichier de recueil des cancers de l'Agence de santé de Wallis-et-Futuna. Les cas enregistrés provenaient des dossiers médicaux, comptes rendus anatomopathologiques, certificats de décès et des registres des évacuations sanitaires. Les localisations tumorales étaient codées selon la Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10). Les taux standardisés monde (TSM) ont été estimés par la méthode directe, avec un intervalle de confiance (IC95%) calculé selon une distribution de Poisson.

Résultats – Entre 2020 et 2024, 218 cancers ont été enregistrés, dont 57% chez des femmes. L'âge médian au diagnostic était de 61 ans. Les cancers féminins les plus fréquents étaient ceux du sein avec un TSM à 103,8 pour 100 000 personnes-années (PA), du corps de l'utérus à 79,9 pour 100 000 PA et du col utérin à 34,7 pour 100 000 PA. Chez les hommes, la prostate à 45,0 pour 100 000 PA, le poumon à 39,2 pour 100 000 PA et le côlon à 18,7 pour 100 000 PA prédominaient.

Conclusion – Cette première analyse de surveillance met en évidence une incidence globale modérée, mais une surreprésentation des cancers gynécologiques. Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer la surveillance, la prévention et le dépistage dans un contexte de forte prévalence de l'obésité et des facteurs métaboliques à Wallis-et-Futuna.

Introduction – Cancers represent a major cause of morbidity and mortality. In Wallis-and-Futuna (France), where no epidemiological data had previously been published, we conducted a study describing the incidence and distribution of cancers diagnosed between 2020 and 2024.

Methods – A retrospective descriptive analysis was carried out using data from the cancer surveillance file maintained by the Wallis-and-Futuna Health Agency. Reported cases originated from medical records, pathology reports, death certificates, and medical evacuation registers. Tumor sites were coded according to the International Classification of Diseases 10th revision (ICD-10). Age-standardized incidence rates (ASR, world standard) were calculated using the direct method, with a 95% confidence interval (95%CI) based on a Poisson distribution.

Results – Between 2020 and 2024, 218 cancer cases were recorded, 57% of which occurred in women. The median age at diagnosis was 61 years. Among women, the most frequent cancers were breast (ASR 103.8 per 100,000 person-years), corpus uteri (79.9 per 100,000 person-years), and cervix (34.7 per 100,000 person-years). Among men, prostate (45.0 per 100,000 person-years), lung (39.2 per 100,000 person-years), and colon (18.7 per 100,000 person-years) cancers predominated.

Conclusion – This first surveillance analysis highlights a moderate overall incidence but a marked overrepresentation of gynecological cancers. These findings underline the need to strengthen cancer surveillance, prevention, and early detection in the context of a high prevalence of obesity and metabolic risk factors in Wallis-and-Futuna.

Mots-clés : Cancers, Incidence, Surveillance, Wallis-et-Futuna

// **Keywords**: Cancers, Incidence, Surveillance, Wallis-and-Futuna

Introduction

Les cancers représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité dans le monde avec près

de 10 millions de décès en 2018. Les cancers les plus courants sont, chez l'homme, ceux du poumon, de la prostate, du côlon-rectum, de l'estomac et du foie. Chez les femmes, les cancers du sein, du

côlon-rectum, du poumon, du col de l'utérus et de la thyroïde sont les plus répandus¹. En France hexagonale, les cancers constituent la première cause de mortalité avec près de 172 000 décès en 2023². Les taux d'incidence des cancers, standardisés sur la population mondiale de référence (TSM) sont estimés à 355 cas pour 100 000 personnes-années (PA) chez les hommes et à 274 cas pour 100 000 PA chez les femmes³. Wallis-et-Futuna est une collectivité d'outre-mer, située dans le Pacifique sud, à environ 2 500 km de la Nouvelle-Calédonie, à l'ouest et à 3 500 km de la Polynésie française à l'est. Elle se compose de deux ensembles d'îles distincts, Wallis (Uvea) et les îles de Futuna et Alofi à 230 km au sud-ouest. La population du territoire s'élevait à 11 151 habitants en 2023, dont 8 088 habitants à Wallis et 3 063 à Futuna. La population est principalement de type polynésien⁴. L'Agence de santé du territoire Wallis-et-Futuna est le seul opérateur et régulateur de soins sur l'archipel, et définit également la politique de santé publique⁽¹⁾. L'Agence de santé emploie 8,5 médecins généralistes, 4 urgentistes, 2 médecins internistes, 1 gynécologue, 1 chirurgien et 2 anesthésistes-réanimateurs, répartis entre les trois centres de santé de Wallis et les deux structures hospitalières de Wallis-et-Futuna. Le diagnostic des cancers à Wallis-et-Futuna repose sur les consultations médicales de premier recours et une offre spécialisée limitée sur le territoire. Les explorations s'appuient sur la biologie et l'imagerie disponibles localement, notamment échographie et scanner selon les indications. La confirmation diagnostique et la caractérisation histologique reposent principalement sur des examens anatomopathologiques réalisés hors territoire, principalement en Nouvelle-Calédonie et dans l'Hexagone. La prise en charge des cancers sur le territoire est limitée et nécessite une évacuation sanitaire dans la quasi-totalité des cas. Ainsi, près de 93% des patients sont évacués vers la Nouvelle-Calédonie, 6% vers l'Hexagone et 1% en Australie selon les registres d'évacuation sanitaire de l'Agence de santé. Seules les immunothérapies et chimiothérapies *per os* peuvent être assurées sur le territoire, de même qu'il n'y a pas de dépistage organisé des cancers du sein et colorectaux dans l'archipel.

La surveillance des cancers est assurée depuis 2020 par la mise en place d'un fichier de recueil, administré par les médecins de l'Agence de santé, les sage-femmes et la direction en charge de la santé publique. Néanmoins, l'absence de registre local, tel que le définit le réseau Francim des registres du cancer en France⁽²⁾, limite l'évaluation précise de la charge des cancers. Aucune donnée sur l'épidémiologie des cancers à Wallis-et-Futuna n'a été publiée à ce jour.

Une analyse des cas du fichier de recueil des cancers de l'Agence de santé de 2020 à 2024 a été

réalisée. Les objectifs étaient d'estimer les TSM des cancers, de dresser un panorama des cancers les plus incidents et de décrire les différences selon des variables démographiques à Wallis-et-Futuna entre 2020 et 2024.

Méthode

Une analyse descriptive rétrospective a été réalisée à partir du fichier de recueil des cancers de l'Agence de santé des îles Wallis-et-Futuna pour la période 2020-2024. Ce fichier constitue le dispositif local de surveillance des cancers. Il est alimenté de façon continue par les médecins des centres de soins de proximité, hospitaliers et par les agents de la direction de la santé publique en charge de la surveillance épidémiologique, à partir des données médicales disponibles dans le dossier patient informatisé, des comptes rendus anatomopathologiques et des informations issues du registre local des évacuations sanitaires. Les doublons sont systématiquement vérifiés et supprimés, mais l'application stricte des règles IARC (*International Agency for Research on Cancer*)⁽³⁾ n'était pas toujours possible faute de codage de la Classification des maladies pour l'oncologie (CIM-O-3) et de données exhaustives.

Chaque enregistrement comprenait des données démographiques (âge, sexe, île de résidence et données cliniques, date du diagnostic, type de tumeur). Les localisations ont été codées selon la Classification internationale des maladies, 10^e révision (CIM-10). Les regroupements par localisation ont suivi la nomenclature du programme « *Cancer Incidence in Five Continents* »⁵, adaptée au codage CIM-10 à trois caractères. Les tumeurs de comportement incertain (D47-48) ont été exclues, les cancers du côlon et du rectum ont été regroupés sous le nom « cancers colorectaux » (C18-20), et les lymphomes, myélomes et leucémies ont été regroupés dans les « cancers hématologiques » (C82-85/92/96). Les inclusions dans le fichier reposaient principalement sur la présence d'un compte rendu d'anatomocytopathologie, complété par les informations du dossier médical, des certificats de décès et du registre des évacuations sanitaires. Ce recueil se rapproche d'un registre anatomopathologique. Les taux d'incidence standardisés monde (TSM) ont été estimés par sexe, île et localisation tumorale à partir du recensement général de la population de 2023⁴, qui constitue la source officielle de référence sur le territoire et sert de dénominateur pour les indicateurs de santé publique. Les données étaient disponibles par sexe et classes d'âge quinquennales, et la population mondiale de référence⁶ a été utilisée pour la standardisation directe. Les intervalles de confiance à 95% (IC95%) ont été calculés par approximation de Poisson pour 100 000 PA. Les proportions de cas de cancers par sexe ont été comparées par test du Chi2. L'exhaustivité du

⁽¹⁾ Préfecture des îles Wallis et Futuna. Les services de l'État et du Territoire à Wallis et Futuna – Agence de santé. 2025. <https://www.wallis-et-futuna.gouv.fr/Services-de-l-Etat-et-du-Territoire/Agence-de-sante>

⁽²⁾ Réseau français des registres des cancers. Le réseau Francim, un acteur essentiel de la surveillance épidémiologique des cancers en France. Francim; 2021. <https://www.francim-reseau.org/>

⁽³⁾ CIRC : Centre international de recherches sur le cancer.

recueil a été explorée par le calcul du ratio mortalité/incidence, à partir du nombre total de cas incidents et de décès par cancer sur la période 2020-2024 issus du dispositif local de surveillance des décès. L'ensemble des analyses a été réalisé sous R® version 4.3.1.

Ce travail s'inscrit dans le cadre des missions de surveillance épidémiologique de l'Agence de santé et n'a pas fait l'objet d'une demande de consentement individuel, les données étant analysées sous forme agrégée et anonymisée.

Résultats

Entre 2020 et 2024, 218 nouveaux cancers ont été enregistrés à Wallis-et-Futuna. L'âge médian au diagnostic était de 61 ans (intervalle interquartile (IQR): [50-70]). La répartition par sexe montrait

une surreprésentation des cas féminins avec 57,3% (IC95%: [50,7-63,6]) contre 42,7% ([36,4-49,3]) de cas masculins (p=0,03). La majorité des cas résidaient à Wallis avec 69,5% des cas ([63,2-75,2]). Les principales localisations sont détaillées dans le tableau 1.

Taux d'incidence spécifiques par classes d'âges

Avant 45 ans, les taux d'incidence spécifiques étaient plus élevés chez les femmes avec 161,3 pour 100 000 PA (IC95%: [106,3-234,7]), que chez les hommes avec 50,0 pour 100 000 PA ([21,6-98,4]). Entre 60 et 74 ans, les taux étaient comparables, avec 1 163,1 pour 100 000 PA ([851,5-1 551,4]) chez les femmes et 1 182,7 pour 100 000 PA ([862,6-1 582,5]) chez les hommes. Sur la période 2020-2024 le rapport mortalité/incidence était de 0,4 (tableau 2).

Tableau 1

Données descriptives des cas de cancers, Wallis-et-Futuna, 2020-2024

Variables démographiques et cliniques	n=218	Part (%)
Âge médian [IQR]	218	61,0 [50,0-70,0]
Sexe : Femme	126	57,8%
Île de résidence : Wallis	152	69,7%
Tumeurs par appareil		
Tumeurs gynécologiques	98	45,0%
Tumeurs digestives	36	16,5%
Tumeurs urologiques	24	11,0%
Tumeurs thoraciques	22	10,1%
Cancers hématologiques	14	7,3%
Tumeurs cutanées	7	3,2%
Tumeurs endocrines	6	2,7%
Tumeurs ORL	5	2,3%
Tumeurs du système nerveux	3	1,4%
Tumeurs tissu conjonctif mou	2	0,9%
Tumeurs malignes de l'encéphale	1	0,5%
Localisation (CIM-10)		
C50 Sein	46	20,9%
C54 Corps de l'utérus	32	14,5%
C34 Bronches et poumons	22	10,0%
C61 Prostate	19	8,6%
C18/C20 Colorectal	17	7,7%
C53 Col de l'utérus	13	5,9%
C82-85/90/92 Hématologique	14	6,3%
C56 Ovaires	7	3,2%
C22 Foie et voies biliaires intrahépatiques	6	2,7%
C44 Peau	6	2,7%
C16 Estomac	5	2,3%
C25 Pancréas	5	2,3%
C71 Encéphale	4	1,8%
C73 Thyroïde	4	1,8%

IQR : intervalle interquartile ; CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^e révision ; ORL : otorhinolaryngologie.

Tableau 2

Taux d'incidence spécifique par classes d'âge et par sexe, Wallis-et-Futuna, 2020-2024

Classe d'âge (ans)	Femme		Homme	
	Taux d'incidence/100 000 PA	IC95%	Taux d'incidence/100 000 PA	IC95%
0-44	161,3	[106,3-234,7]	50,0	[21,6-98,4]
45-59	621,7	[446,1-843,4]	434,0	[280,9-640,7]
60-74	1 163,1	[851,5-1 551,4]	1 182,7	[862,6-1 582,5]
75 et plus	774,2	[400,0-1 352,4]	1 198,5	[685,0-1 946,3]
Tout âge	436,9	[363,9-520,2]	349,2	[282,2-427,4]

IC95% : intervalle de confiance à 95% ; PA : personne-année.

Estimation des taux d'incidence des cancers, standardisés sur la population mondiale de référence

Les TSM d'incidence pour les femmes étaient de 311,0 pour 100 000 PA (IC95%: [253,1-368,8]) contre 231,4 pour 100 000 PA chez les hommes ([181,6-281,2]), ce qui constitue une différence significative ($p=0,04$). Les TSM d'incidence à Wallis et à Futuna étaient comparables, avec 267,0 et 266,7 pour 100 000 PA ([221,7-312,3] et [198,6-334,7] respectivement).

Principales localisations

Chez les femmes, les cancers les plus fréquents à Wallis-et-Futuna étaient ceux du sein avec des TSM à 103,8 pour 100 000 PA (IC95%: [72,7-135,0]), du corps de l'utérus avec 80,0 pour 100 000 PA ([51,3-108,6]), et du col de l'utérus avec 34,7 pour 100 000 PA ([13,7-55,7]). Venaient ensuite les tumeurs malignes de l'ovaire avec 25,3 pour 100 000 PA ([5,1-45,6]) et du côlon-rectum avec 11,8 pour 100 000 PA ([2,3-21,2]).

Chez les hommes, les principales localisations étaient la prostate avec 45,0 pour 100 000 PA ([23,0-67,1]), le poumon et les bronches avec 39,2 pour 100 000 PA ([20,0-58,4]), et le côlon avec 26,9 pour 100 000 PA ([10,7-43,1]). Les tumeurs du foie et des voies biliaires intrahépatiques ont été estimées à 12,9 pour 100 000 PA ([1,4-24,4]) (tableau 3).

Âge médian au diagnostic

L'âge médian au diagnostic, toutes localisations confondues, était de 61 ans et s'étendait de 36 ans à 70 ans selon le type de cancer, parmi les neuf cancers les plus incidents sur le territoire (figure). Les cancers les plus précoces concernaient les tumeurs malignes de l'ovaire avec un âge médian de 36 ans (IQR: [24-42]) et les cancers du col de l'utérus avec un âge médian de 54 ans [45-64]. L'âge médian des cancers du corps de l'utérus s'élevait à 56 ans [44-64]. Les âges médians étaient intermédiaires, de 58 ans [48-68] pour les tumeurs du foie et des voies biliaires intrahépatiques, 62 ans [55-70] pour les cancers colorectaux et 61 ans [53-67] pour les cancers du sein. Les localisations les plus tardives au diagnostic concernaient les cancers bronchiques, avec un âge médian de 65 ans [54-74], et de la prostate, avec un âge médian de 70 ans [65-77].

Discussion

Cette analyse descriptive des cancers à Wallis-et-Futuna entre 2020 et 2024 met en évidence un TSM global de 311 pour 100 000 personnes-années chez les femmes, soit près de 15% de plus que dans l'Hexagone. Chez l'homme, en revanche, le TSM s'élève à 231 pour 100 000 PA, soit 54% de moins que dans l'Hexagone³. Les cancers les plus fréquents chez les femmes sont ceux du sein, avec un TSM à 103,8 pour 100 000 PA, du corps de l'utérus avec 80,0 pour 100 000 PA et du col de l'utérus avec 34,7 pour 100 000 PA. Chez les hommes, prédominent les cancers de la prostate avec 45,0 pour 100 000 PA, des bronches et du poumon avec 39,2 pour 100 000 PA, et du côlon avec 18,7 pour 100 000 PA. Toutefois, les effectifs étant limités, les intervalles de confiance sont parfois larges, les comparaisons doivent donc être interprétées avec prudence. L'âge médian au diagnostic, toutes localisations confondues, est de 61 ans, mais il varie considérablement selon le site tumoral : de 36 ans pour les cancers de l'ovaire à 70 ans pour ceux de la prostate.

Un résultat marquant est la surincidence apparente des cancers gynécologiques, notamment du corps, du col de l'utérus et de l'ovaire, dont les TSM sont respectivement de 79,9, 34,7 et 25,3 pour 100 000 PA. Ces valeurs sont près de huit, six et quatre fois supérieures à celles rapportées dans l'Hexagone³. Ces surincidences se retrouvent également en Polynésie française et en Nouvelle-Calédonie, mais avec des écarts très inférieurs sur les périodes 2015-2021^{7,8}. Ces dernières pourraient être expliquées par la surreprésentation des cancers de type endométrioïde sur l'ovaire ou sur l'utérus (cancer de l'endomètre hormono-dépendant) déjà mise en évidence à Wallis-et-Futuna⁹. Elles pourraient aussi refléter la forte prévalence des facteurs de risque comportementaux déjà mis en lumière par l'enquête Steps de 2019 où l'obésité/surpoids et le diabète de type 2 étaient à respectivement 90% et 15% chez les adultes¹⁰. L'obésité est un facteur de risque reconnu de cancers hormono-dépendants¹¹. En effet, l'aromatase induirait une hyperœstrogénie¹². Or, même si aucune donnée publiée sur les obésités de type androïde constatées à Wallis-et-Futuna n'a été faite, ce type d'obésité a été mis en évidence sur les populations d'origine polynésienne¹³. Une étude récente pointe, du reste, une réduction du risque de cancer, notamment de l'endomètre, pour les patients

Tableau 3

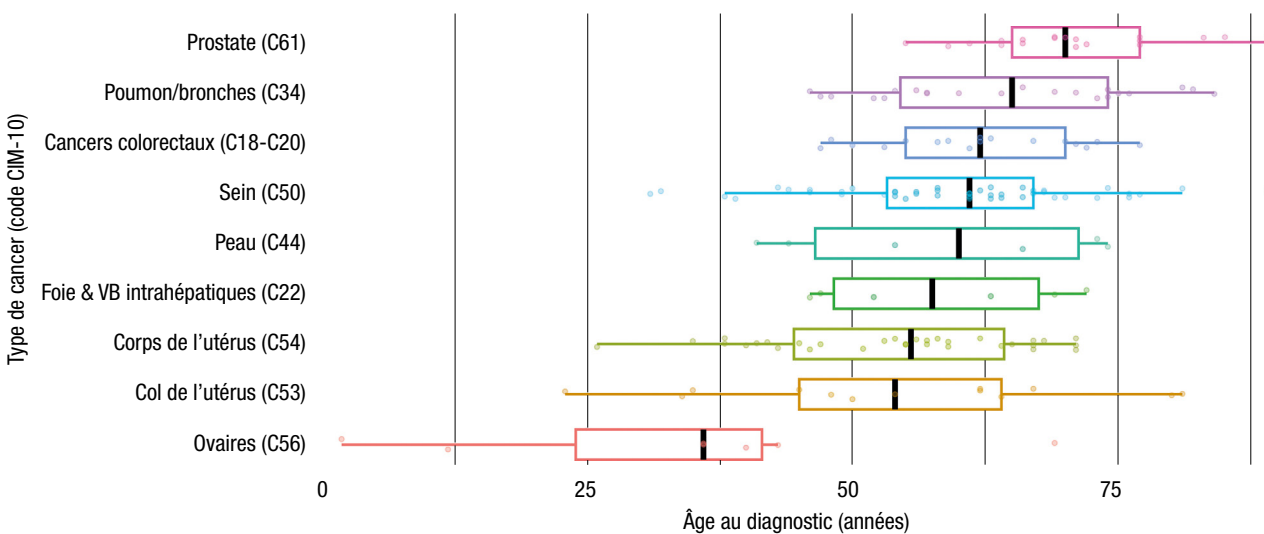
Distribution des TSM des cancers par type et sexe à Wallis-et-Futuna, 2020-2024

Type de cancer	Femme		Homme	
	TSM/100 000 PA	IC95%	TSM/100 000 PA	IC95%
C50 Cancer du sein	103,8	[72,7-135,0]	2,6	[0,0-7,6]
C54 Cancer du corps de l'utérus	80,0	[51,3-108,6]		
C53 Cancer du col de l'utérus	34,7	[13,7-55,7]		
C56 Cancer de l'ovaire	25,4	[5,1-45,6]		
C18/C20 Cancers colorectaux	11,8	[2,3-21,2]	26,9	[10,7-43,1]
C82-C85/C90/C92 Cancers hématologiques	11,6	[0,0-25,8]	22,6	[7,8-37,3]
C73 Cancer de la thyroïde	8,6	[0,0-18,4]	2,6	[0,0-7,61]
C34 Cancer du poumon et des bronches	7,6	[0,7-14,4]	39,2	[20,0-58,4]
C16 Cancer de l'estomac	7,4	[0,0-15,7]	3,6	[0,0-8,9]
C74/C75 Cancers endocriniens	5,4	[0,0-13,0]		
C25 Cancer du pancréas	2,8	[0,0-8,4]	11,5	[0,5-22,5]
C71 Cancer de l'encéphale	2,7	[0,0-7,9]	6,8	[0,0-14,5]
C11 Cancer du rhinopharynx	2,4	[0,0-7,1]	2,3	[0,0-6,9]
C22 Cancer du foie et des voies biliaires intrahépatiques	2,4	[0,0-7,1]	12,9	[1,4-24,4]
C61 Cancer de la prostate			45,0	[23,0-67,1]
C49 Sarcome des tissus mous			10,9	[0,0-26,6]
C67 Cancer de la vessie			7,0	[0,0-17,6]
C64 Cancer du rein			6,0	[0,0-14,8]
C62 Cancer du testicule			2,6	[0,0-7,6]
C10.9 Cancer de l'oropharynx			2,4	[0,0-7,0]
C17 Cancer du duodénum			2,4	[0,0-7,0]
C37 Cancer du thymus			2,3	[0,0-6,9]
C43 Mélanome malin de la peau			2,0	[0,0-5,9]
C02 Cancer de la langue			2,0	[0,0-5,9]
Tous cancers	311,0	[253,1-368,8]	231,4	[181,6-281,2]

TSM : taux standardisés monde ; PA : personne-année ; IC95% : intervalle de confiance à 95%.

Figure

Âge médian au diagnostic des principaux cancers, Wallis-et-Futuna, 2020-2024



CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10^e révision ; VB : voies biliaires.

sous agoniste du récepteur au GLP-1, utilisé pour le contrôle du diabète de type 2 et de l'obésité¹⁴. D'autres facteurs, associés à un état d'hyperœstrogénie, comme le syndrome des ovaires polykystiques ou la nulliparité pourraient expliquer cette surreprésentation^{15,16}.

À Wallis-et-Futuna, 50% des cancers de l'ovaire surviennent avant 36 ans, et 25% des cancers du corps de l'utérus avant 44 ans, et pourraient avoir un impact sur la fertilité. Compte tenu du continuum évolutif, de l'hyperplasie simple au carcinome *in situ*, puis au cancer invasif, un dépistage plus précoce et la détection des lésions précancéreuses pourraient prévenir une part évitable de ces cancers gynécologiques. Ce constat souligne l'urgence de renforcer la prévention primaire et secondaire : lutte contre l'obésité, prise en charge précoce des troubles des règles, dépistage des anomalies de l'endomètre, notamment par le repérage des hyperplasies endométriales. La prise en charge précoce de l'hyperœstrogénie, de l'hyperandrogénie et le repérage précoce seraient également des leviers d'action pour corriger l'imprégnation hormonale du tissu endométrial. L'amélioration de la sensibilisation aux cancers gynécologiques par le biais de « Septembre turquoise » apparaît aussi pertinente, tout comme le renforcement de la vaccination contre les infections à papillomavirus humain (HPV) pour la prévention du cancer du col de l'utérus¹⁷.

À l'inverse, la relative sous-représentation du cancer de la prostate – 45 pour 100 000 PA à Wallis-et-Futuna contre 90 pour 100 000 PA dans l'Hexagone³, et respectivement 68 et 78 pour 100 000 PA en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française^{7,8} – pourrait traduire un biais de recueil et/ou un sous-diagnostic. D'une part, il n'existe pas de dépistage organisé ni de suivi urologique régulier, ce qui réduit la probabilité de détecter des formes asymptomatiques. D'autre part, le système de surveillance, reposant sur les signalements médicaux et les évacuations sanitaires, pourrait ne pas capter l'ensemble des diagnostics : les patients pris en charge hors territoire peuvent ne pas être systématiquement réintégrés dans le fichier local. Enfin, des facteurs comportementaux, comme la réticence masculine à consulter, peut également contribuer à cette sous-estimation, comme cela a déjà été mis en évidence dans des populations du Pacifique¹⁸. Ces éléments plaident pour une interprétation prudente des TSM masculins et pour le développement d'un registre plus exhaustif, qui pourrait intégrer les données hospitalières de Nouvelle-Calédonie et de l'Hexagone des patients évacués. Cette sous-incidence apparente du cancer de la prostate pourrait traduire, au moins en partie, un surdiagnostic dans les pays où le recours au dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) à visée diagnostique ou de dépistage est fréquent¹⁹.

Cette étude présente également d'autres limites. Tout d'abord, l'effectif global du nombre de cas de cancers sur la période 2020-2024 reste limité avec seulement 218 cas, ce qui induit une incertitude importante sur les estimations par localisation. L'absence de registre évalué limite la qualité des données, de plus

les codages nosologiques ont été réalisés en CIM-10 et non en CIM-O-3 qui inclut la topographie et la morphologie. Ce choix peut induire une moins bonne distinction des sous-types histologiques avec des risques de confusion entre cancer primitif et métastatique pour certaines topographies et des limitations pour les analyses par histologie ou grade. Néanmoins, la CIM-10 reste pertinente pour estimer l'incidence par site et comparer des TSM globaux, dans la mesure où ces codages s'appuient sur les comptes rendus d'anatomo-cytopathologies. À l'avenir, l'adoption de la CIM-O-3, intégrée dans des outils dédiés tels que CanReg5[®] ou Voozano^{®(4)(5)}, système de recueil et de gestion de données déjà utilisé à l'Agence de santé, permettrait d'améliorer la qualité des données.

Notre recueil, reposant principalement sur des comptes rendus histologiques, certains cancers sans confirmation histologique pourraient être sous-représentés. De plus, certaines distinctions entre cancer primitif multiple et récidive n'ont pas toujours pu être appliquées, pouvant entraîner une légère sous- ou surestimation de certaines localisations.

Enfin, la non-prise en compte du stade au diagnostic ne permet pas d'évaluer le retard diagnostique potentiel.

Cette étude constitue la première description épidémiologique globale des cancers à Wallis-et-Futuna. La méthode de standardisation directe permet une comparaison avec l'Hexagone et les territoires voisins. L'analyse de l'âge médian par localisation apporte une lecture fine du profil d'âge des patients, utile pour la planification du dépistage et de la prise en charge. Enfin, ce travail met en lumière l'intérêt d'un système local de surveillance épidémiologique au sein d'un territoire insulaire isolé.

Ces résultats encouragent la mise en place d'un registre des cancers structuré selon les standards du réseau Francim ou du Centre international de recherche sur le cancer⁽²⁾²⁰, ce qui permettrait d'améliorer la qualité des données, de suivre les tendances temporelles et d'évaluer la survie des patients.

La lutte contre l'obésité doit rester un axe majeur de prévention, compte tenu du lien entre syndrome métabolique et cancers hormono-dépendants. Les résultats de l'enquête en milieu scolaire de 2023 chez les adolescents de Wallis-et-Futuna, montrant une progression du surpoids/obésité de 63 à 69% en 8 ans, devraient renforcer l'urgence d'actions précoces en milieu scolaire et communautaire, dans un contexte où les pays et territoires insulaires du Pacifique ont connu une transition alimentaire dominée par la consommation d'aliments transformés²¹. Certains perturbateurs endocriniens,

(2) Réseau français des registres des cancers. Le réseau Francim, un acteur essentiel de la surveillance épidémiologique des cancers en France. Francim; 2021. <https://www.francim-reseau.org/>

(4) Epiconcept. Le socle technique Epiconcept Voozano et Epicraft. <https://www.epiconcept.fr/projets-sur-mesure/socle-technique-voozano-epicraft/>

(5) International Agency for Research on Cancer. CanReg5. http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=9:canreg5&catid=68&Itemid=445

dont le lien avec certains cancers gynécologiques est connu ou plausible, pourraient aussi faire l'objet d'études étiologiques approfondies^{22,23}. En complément, la mise en place d'un partenariat en oncologie avec le Centre Eugène Marquis (Rennes) et la clinique Kuindo-Magnin (Nouvelle-Calédonie) facilitera la mise en place des chimiothérapies sur le territoire, ainsi que la coordination de la prise en charge des patients hors territoire. Des travaux de recherche étiologique focalisés sur les cancers de l'endomètre et incluant Wallis-et-Futuna sont en cours d'élaboration.

Conclusion

Cette analyse de la surveillance des cancers à Wallis-et-Futuna met en évidence une incidence globale modérée, mais une surreprésentation marquée des cancers gynécologiques, survenant plus précocement, dans un contexte d'obésité très prévalente. Elle pointe aussi une probable sous-détection du cancer de la prostate. La mise en place d'un registre conforme aux standards, couplée à un renforcement de la prévention contre l'obésité et à un suivi gynécologique systématique, constitue une priorité de santé publique pour tenter de limiter l'incidence des cancers sur le territoire. ■

Liens d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêt au regard du contenu de l'article.

Références

- [1] World Health Organization. Cancer. Geneva: WHO; 2025. https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1
- [2] Fouillet A, Aubineau Y, Godet F, Costemalle V, Coudin É. Grandes causes de mortalité en France en 2023 et tendances récentes. *Bull Epidemiol Hebd.* 2025;(13):218-43. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2025/13/2025_13_1.html
- [3] Lapôte-Ledoux B, Remontet L, Uhry Z, Dantony E, Grosclaude P, Molinié F, *et al.* Incidence des principaux cancers en France métropolitaine en 2023 et tendances depuis 1990. *Bull Epidemiol Hebd.* 2023;(12-13):188-204. https://beh.sante.publiquefrance.fr/beh/2023/12-13/2023_12-13_1.html
- [4] Service territorial de la statistique et des études économiques. Recensement général de la population. STSEE; 2023. <https://www.statistique.wf/recensements-et-enquetes/recensement-general-de-la-population/>
- [5] World Health Organization. Cancer incidence in five continents. Lyon: International Agency for Research on Cancer (IARC); 2025. <https://ci5.iarc.fr/>
- [6] Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS, Skeet RG. Enregistrement des cancers : principes et méthodes. Lyon: Centre international de recherche sur le cancer; 1996. 217 p. <https://publications.iarc.who.int/Book-And-Report-Series/Iarc-Scientific-Publications/Enregistrement-Des-Cancers-Principes-Et-M%C3%A9thodes-1996>
- [7] Institut du cancer de Polynésie française. Incidence des cancers en Polynésie française : données d'incidence 2015-2019. Rétrospective depuis 1985. Papeete: ICPF; 2024. 112 p.
- [8] Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie. Les chiffres du cancer en Nouvelle-Calédonie. Gouvernement de la Nouvelle-Calédonie; 2021. https://gouvnc-dass.shinyapps.io/cancers_nc/
- [9] Labeau T, Epailard N, Couteaux C, Laffitte A, Pracht M, Mehdi JL, *et al.* Differences in clinical pathological features

and outcomes in endometrial carcinoma (EC) population in French overseas: A retrospective study from Martinique, French polynesia (FP) and Wallis-and-Futuna (WF). *Int J Gynecol Cancer.* 2024;(34 Suppl 1):A165-A166.

- [10] Agence de santé des îles Wallis et Futuna. Enquête sur la prévalence des facteurs de risque de maladies non transmissibles Steps 2019. Wallis-et-Futuna: Agence de santé; 2020. 156 p. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/ncd-surveillance/data-reporting/wallis-and-futuna/wallis_futuna_steps_2019_report_print.pdf
 - [11] Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D, Grosse Y, Bianchini F, Straif K, *et al.* Body fatness and cancer: Viewpoint of the IARC working group. *N Engl J Med.* 2016;375(8):794-810.
 - [12] Kuryłowicz A. Estrogens in adipose tissue physiology and obesity-related dysfunction. *Biomedicine.* 2023;11(3):690.
 - [13] Slater J, Kruger R, Douwes J, O'Brien WJ, Corbin M, Miles-Chan JL, *et al.* Objectively measured physical activity is associated with body composition and metabolic profiles of Pacific and New Zealand european women with different metabolic disease risks. *Front Physiol.* 2021;12:684782.
 - [14] Dai H, Li Y, Lee YA, Lu Y, George TJ, Donahoo WT, *et al.* GLP-1 receptor agonists and cancer risk in adults with obesity. *JAMA Oncol.* 2025;11(10):1186-93.
 - [15] Bassette E, Ducie JA. Endometrial cancer in reproductive-aged females: Etiology and pathogenesis. *Biomedicine.* 2024;12(4):886.
 - [16] Frandsen CLB, Gottschau M, Nøhr B, Viuff JH, Maltesen T, Kjær SK, *et al.* Polycystic ovary syndrome and endometrial cancer risk: Results from a nationwide cohort study. *Am J Epidemiol.* 2024;193(10):1399-406.
 - [17] González-Rodríguez JC, Cruz-Valdez A, Madrid-Marina V. Cervical cancer prevention by vaccination: Review. *Front Oncol.* 2024;14:1386167.
 - [18] Matti B, Lyndon M, Zargar-Shoshtari K. Ethnic and socio-economic disparities in prostate cancer screening: Lessons from New Zealand. *BJU Int.* 2021;128(S3):11-7.
 - [19] Dushimova Z, Iztileuov Y, Chingayeva G, Shepetov A, Mustapayeva N, Shatkovskaya O, *et al.* Overdiagnosis and overtreatment in prostate cancer. *Diseases.* 2025;13(6):167.
 - [20] World Health Organization. The global initiative for cancer registry development. Geneva: WHO; 2023. <https://gicr.iarc.fr/hub/pacific-islands/>
 - [21] Sievert K, Lawrence M, Naika A, Baker P. Processed foods and nutrition transition in the Pacific: Regional trends, patterns and food system drivers. *Nutrients.* 2019;11(6):1328.
 - [22] D'Oria O, Besharat AR, Caserta D. Endocrine disruptor chemicals in gynecologic oncology: A focus on endometrial cancer. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2024;51(8):182.
 - [23] Filippone A, Rossi C, Rossi MM, Di Micco A, Maggiore C, Forcina L, *et al.* Endocrine disruptors in food, estrobolome and breast cancer. *J Clin Med.* 2023;12(9):3158.
- Citer cet article
- Couteaux C, Baizet C, Binan G, Belabbas H, Madrias L, Toa M, *et al.* Incidence et profil des cancers à Wallis-et-Futuna, 2020-2024. *Bull Epidemiol Hebd.* 2026;(11):239-45. https://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2026/11/2026_11_3.html
- Cet article est sous licence internationale *Creative Commons Attribution 4.0* qui autorise sans restrictions l'utilisation, la diffusion, et la reproduction sur quelque support que ce soit, sous réserve de citation correcte de la publication originale.

