

REGISTRE GÉNÉRAL DES CANCERS DE CORSE

INCIDENCES 2022



Direction : **Estelle CASTA-CERVETTI**

Coordination médicale : **Marie-Christine BARTOLI**

Appui technique : **Yannick VIDAL, Luca LEFEVRE, Ethan GIOVANNANGELI**

Gestion scientifique : **Jean-Pierre AMOROS, Jean ARRIGHI**

Délégué à la protection des données : **Yannick VIDAL**

Sommaire

Introduction et méthodes

Introduction.....	1
Méthodes.....	3

Résultats

Synthèse	6
Les incidences tous cancers.....	7
Lèvre-bouche-pharynx.....	12
Œsophage	17
Estomac	22
Côlon-Rectum	27
Foie	32
Pancréas	37
Larynx.....	42
Poumon	47
Mélanome de la peau	52
Sein	57
Col de l'utérus.....	62
Corps de l'utérus	67
Ovaire.....	72
Prostate	77
Testicule.....	82
Vessie	87
Rein.....	92
Système nerveux central.....	97
Thyroïde.....	102
Lymphome malin non Hodgkinien	107
Lymphome de Hodgkin.....	112
Myélome multiple et maladie immuno-proliférative.....	117
Leucémie aigüe myéloïde.....	122
Autres.....	127
Conclusion.....	131

Tables des figures

Tables des figures	131
--------------------------	-----

Introduction

Ce document a pour but de présenter les chiffres d'incidence du Registre Général des Cancers de Corse (RG2C) pour 23 localisations spécifiques ainsi qu'une catégorie « Autres » et une catégorie « Tous cancers » au cours de l'année 2022. Seules les tumeurs invasives sont incluses dans le rapport.

L'incidence en fonction des zones de résidence de chaque localisation de cancer peut permettre l'identification de sur-incidence afin de rechercher des facteurs de risques.

Un facteur de risque de cancer est une substance, un agent ou une exposition d'un sujet qui augmente la probabilité de développer un cancer. Les facteurs de risque avérés des cancers peuvent être des facteurs de risque modifiables ou non modifiables.

Facteurs de risque modifiable

Facteurs comportementaux et mode de vie : tabagisme actif ; tabagisme passif ; consommation d'alcool ; surpoids et obésité ; sédentarité ; consommation insuffisante de fruits ; consommation insuffisante de légumes ; excès de viande rouge ; excès de charcuterie ; consommation excessive de sel ; aliments ultra transformés ; boissons trop chaudes.

Facteurs de risque liés à des agents infectieux (virus, bactéries et parasites) : Helicobacter Pylori ; Papillomavirus humain ; Virus de l'hépatite B ; Virus de l'hépatite C ; Virus d'Epstein-Barr ; Virus de l'immunodéficience humaine ; Herpès virus humain ; HTLV-1 ; Douve du foie.

Facteurs environnementaux et professionnels : Rayonnements ultraviolets ; Pollution de l'air extérieur ; Radon ; Amiante ; Pesticides et polluants organiques ; Rayons X et gamma ; Benzène et solvants chimiques ; Émission moteur diesel ; Perturbateurs endocriniens.

Au niveau de la cartographie de chaque localisation de cancer est indiqué la liste des facteurs de risque avérés (ref. : Centre de lutte contre le cancer Léon Bérard).

À savoir que de nombreux agents suspectés cancérigènes en cours d'évaluation sont considérés comme probables non avérés.

Après un paragraphe introductif présentant la localisation, son taux de validité et les investigations associées, chaque localisation est détaillée sur cinq pages avec :

- Les incidences selon le sexe
- Les incidences selon l'âge
- Les incidences selon le lieu de résidence
- Les bases de diagnostic
- Le nombre de sources
- L'évolution du nombre de cas depuis 2017
- La probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence
- Une étude de la survie nette.

Concernant la validation des tumeurs et le taux de validité par localisation :

Le taux de validité par localisation est le rapport du nombre de tumeurs de niveau 2 sur les tumeurs de niveau 1. Une année est considérée comme validée si le taux de validité est supérieur à 95%.

Le niveau 1 est un niveau transitoire au cours duquel un agent du RG2C décide de modifier l'enregistrement de la tumeur tel que l'a proposé l'algorithme (les tumeurs qui n'ont été traitées que par l'algorithme sont dites de niveau 0). L'agent vérifie les éléments qui sont mis à disposition par l'algorithme et cherche à saisir un maximum d'informations utiles à l'enregistrement de la tumeur.

Le niveau 2 correspond à une tumeur pour laquelle après traitement par l'agent du RG2C il a été possible de recueillir et d'enregistrer toutes les variables obligatoires (selon la topographie et la morphologie tumorale). Ces variables obligatoires correspondent aux recommandations FRANCIM.

Tant que l'agent du RG2C ne dispose pas des informations nécessaires pour passer la tumeur au niveau 2 ou l'exclure (passage au niveau 9) alors que cette dernière reste au niveau 1, en cas de manque d'information une investigation est réalisée dans l'établissement de soins partenaire au sein duquel le patient a bénéficié de soins.

Dans ce document, les incidences calculées correspondent au nombre de tumeurs pour lesquelles l'ensemble des variables obligatoires ont été enregistrées répondant aux critères d'inclusion selon les règles de codage nationales et internationales (soit les tumeurs de niveau 2).

Méthodes

Récolte et extraction des données

Afin de réaliser ce rapport, les tumeurs recensées par le RG2C et enregistrées au sein de sa base de données ont été extraites sous la forme d'un tableur contenant des informations pour chaque tumeur telles que le numéro d'identification du patient et celui de la tumeur, la commune de résidence du patient, son âge au diagnostic, son sexe, la base du diagnostic ou encore les sources d'identification de la tumeur. Dans le but de réaliser ce document, ces données ont été traitées à l'aide du logiciel RStudio.

Conformément à la réglementation en vigueur sur la protection des données, les données présentées dans ce document sont des données dites agrégées ne permettant pas l'identification des patients concernés et ayant pour unique but de présenter un état des lieux concernant les cancers en Corse.

Cartographie et standardisation

Pour la cartographie, le choix a été fait de réaliser un découpage correspondant au découpage de territoires de projet de la Collectivité de Corse (voir l'annexe 1).

Pour la standardisation, le choix a été fait de réaliser une standardisation indirecte avec calcul d'un SIR (standard incidence ratio). La population de référence choisie était la population Corse et la population étudiée était celle du territoire correspondant. Le but étant de comparer chaque territoire à la norme théorique insulaire. On notera que pour les cancers qui ne touchent qu'un seul sexe, la population de référence et la population étudiée correspondaient au sexe étudié. De plus dans le cas du cancer du sein, l'analyse de l'incidence (taux de référence, cas attendus et SIR) a été réalisée exclusivement sur la population féminine pour des questions de pertinence clinique et épidémiologique.

$$t_i = \frac{C_i}{P_i}$$

Où t_i est le taux de référence de la strate i (âge et sexe), C_i le nombre total de cas observés pour cette strate sur l'ensemble de la Corse, et P_i la population corse totale correspondante.

$$E = \sum_{i=1}^k P_{terr,i} \times t_i$$

Où E est le nombre total de cas attendus sur le territoire, $P_{terr,i}$ la population du territoire pour la strate i , t_i le taux de référence régional de la strate et k le nombre total de strates.

$$SIR = \frac{O}{E}$$

Où O est le nombre total de cas observés sur le territoire et E le nombre de cas attendus calculé précédemment.

Sources d'identification

Concernant les sources d'identification ; en raison d'une restructuration interne au sein de l'assurance maladie (régime général), il n'a pas été possible de procéder à un dénombrement des patients disposant d'une ALD30. Malgré l'indisponibilité des données ALD, l'exhaustivité du registre reste intacte, de par la multiplicité et la solidité de ses autres sources.

Probabilité conditionnelle et cumulée d'incidence

Les calculs ont été réalisés séparément chez les femmes et les hommes en raison d'une exposition différente à plusieurs facteurs de risques.

Le taux d'incidence spécifique par âge mesure la vitesse d'apparition de nouveaux cas. Il correspond au nombre de nouveaux cas rapporté à la population d'une tranche d'âge, ce taux est exprimé pour 100 000 personnes-années.

La probabilité conditionnelle d'incidence (probabilité conditionnelle dans les tableaux) a été estimée à partir des taux d'incidence spécifiques. Elle correspond au risque de développer la maladie pour une tranche d'âge donnée. Pour faciliter la lecture, cet indicateur est présenté sous la forme d'un pourcentage.

La probabilité cumulée d'incidence représente la proportion d'individus qui développeraient la tumeur étudiée avant un âge donné (généralement 75 ans), en supposant qu'ils ne décèdent d'aucune autre cause avant cet âge. Elle est exprimée en pourcentage (par exemple, une probabilité cumulée de 10 % chez les hommes avant 75 ans signifie qu'en l'absence d'autre mortalité, 10 hommes sur 100 seraient atteints de cette tumeur au cours de leur vie jusqu'à cet âge).

On note que la population étudiée correspond à celle du recensement insulaire 2022. Ainsi ces probabilités d'incidence ne sauraient être généralisables à l'ensemble de la population française.

$$t_i = \frac{C_i}{P_i} \times 100\,000$$

Avec C_i le nombre de cas incidents dans la tranche d'âge i , et P_i la population de cette même tranche.

$$q_i(\%) = (1 - e^{-t_i \times \Delta_i}) \times 100$$

Où t_i correspond au taux d'incidence brut de la tranche d'âge i (non ramené à 100 000 soit C_i/P_i) et Δ_i à l'amplitude de cette tranche d'âge en années (ici 5 ans).

$$TC = \sum_{i=1}^k \left(\frac{C_i}{P_i} \times \Delta_i \right)$$

Où C_i et P_i correspondent aux cas et à la population de la tranche d'âge i , Δ_i à l'amplitude de la tranche, et k au nombre total de tranches d'âge étudiées.

$$PC(\%) = (1 - e^{-TC}) \times 100$$

Où TC correspond au taux cumulé calculé à l'étape précédente sur l'ensemble des tranches d'âge (à l'exception de la classe d'âge ouverte finale).

Etude de la survie nette

Dans le cadre de l'étude des incidences de l'année 2022, il a été décidé de réaliser une étude de la survie nette. Le principe de la survie nette est d'estimer la surmortalité liée uniquement à la pathologie étudiée (ici le cancer), et ce afin de limiter l'impact de l'âge et du sexe des personnes touchées. La survie nette est un indicateur clé de l'évaluation de l'efficacité des systèmes de soin dans la lutte contre le cancer. Pour calculer la survie nette il faut faire le rapport de la survie observée (les cas réels) sur la survie attendue (une estimation que l'on peut retrouver dans les tables de mortalité et qui correspond à la mortalité toutes causes confondues).

Pour ce rapport d'incidence, l'estimation de la survie nette repose sur la comparaison avec la mortalité attendue de la population générale française (INED). Or, l'espérance de vie en Corse étant historiquement supérieure à la moyenne nationale, cette référence tend à surestimer la mortalité naturelle de notre cohorte.

Le suivi passif a été réalisé à partir de la date de diagnostic de chaque patient dont on a relevé le statut vital via un appariement probabiliste qui a permis de vérifier le décès de ces derniers jusqu'à la date du 31 Décembre 2025 (inclus), l'étude de la survie nette est donc réalisée sur 3 ans.

L'appariement probabiliste est réalisé à partir des informations nominatives du patient, à savoir, le nom marital, le prénom, le sexe, le nom de naissance, la date de naissance et le code commune de naissance. À partir de ces données sont créées quatre clés de jointures afin d'éviter de rater des décès puis si une date de décès est trouvée elle est rattachée au patient concerné. La méthode n'est pas infaillible et il est théoriquement possible qu'un décès soit rattaché à un patient qui est en réalité bien en vie dans l'hypothèse où une personne porterait le même nom et prénom, serait née le même jour et au même endroit. En raison de la faible probabilité d'un tel événement le modèle est jugé satisfaisant.

Une fois que le statut vital du patient est établi, le calcul de la survie observée est réalisé en calculant le nombre de jours de suivi afin de réaliser une courbe via la méthode Kaplan-Meier. À noter que pour les patients dont la date de décès précédait ou était égale à la date de diagnostic (diagnostic post-mortem ou décès le jour du diagnostic) la durée de suivi a été codée comme correspondant à 0,9 jours (ce qui permet le bon fonctionnement du modèle statistique sans compromettre le résultat global).

Sur le plan mathématique, cela entraîne une sous-estimation globale de la surmortalité liée au cancer. Sur le plan clinique, particulièrement pour les localisations touchant des populations âgées, cela peut générer une remontée artificielle de la survie nette au fil du temps. En effet, la survie observée d'un groupe de patients "robustes" peut stagner, tandis que le modèle de l'INED prédit une mortalité naturelle continue. Pour les localisations concernées par cette anomalie mathématique (ex : prostate, sein...), la survie nette a été plafonnée à 100 % conformément aux standards épidémiologiques lorsque cela s'avérait nécessaire. La survie nette a également été plafonnée à 100% dans les cas où aucun décès n'était observé (et que la survie observée restait à 100%).

Pour le cancer du sein, l'étude de la survie nette a été réalisée exclusivement sur la population féminine pour des questions de pertinence clinique et épidémiologique.

Synthèse

Cancers les plus fréquents

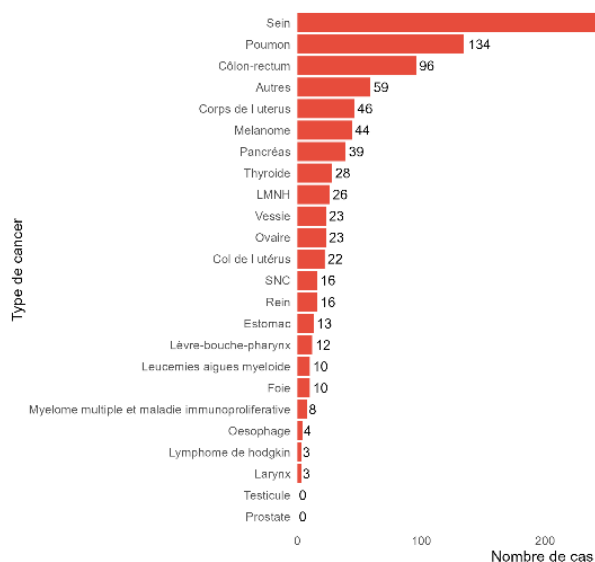


Figure 1- Nombre de cas par localisation chez les femmes corses en 2022

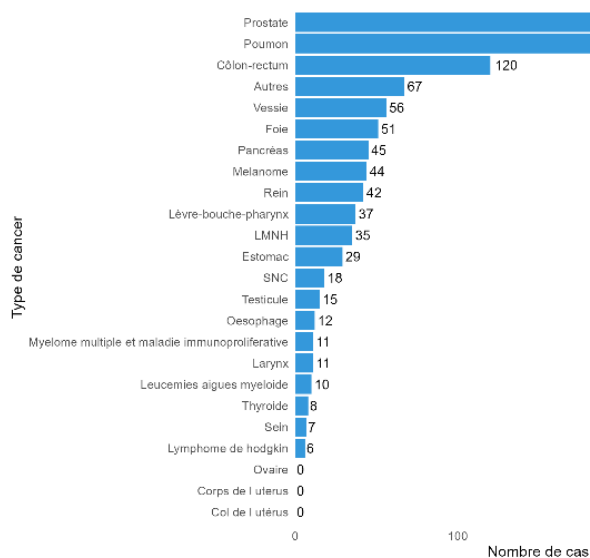


Figure 2- Nombre de cas par localisation chez les hommes corses en 2022

Le cancer le plus fréquent chez les femmes était le cancer du sein et le cancer le plus fréquent chez les hommes était le cancer de la prostate.

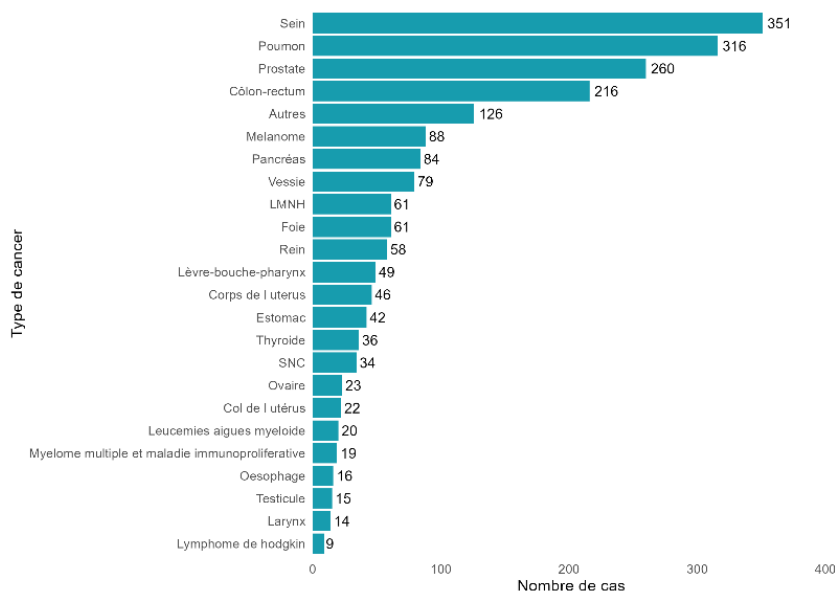


Figure 3- Nombre de cas par localisation chez la population corse en 2022

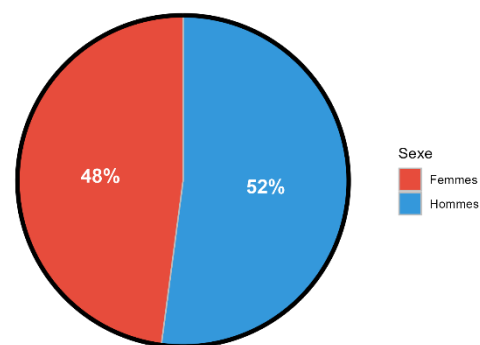


Figure 4- Répartition par sexe « Tous cancers »

Au total, le cancer du sein était le cancer le plus fréquent en 2022 en Corse. Le cancer du poumon était le cancer indépendant du sexe le plus fréquent en 2022. De plus, sur l'ensemble des tumeurs recensées, 52% concernaient des hommes contre 48% concernant des femmes.

Les incidences tous cancers

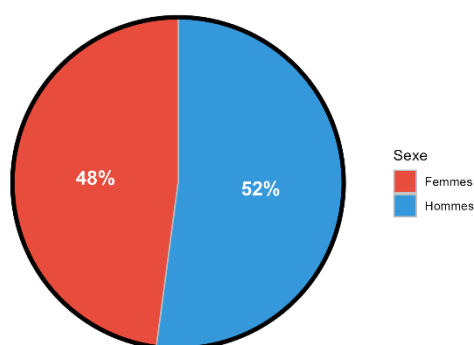
La localisation intitulée « Tous cancers » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives, hors carcinomes cutanés (excepté pour les mélanomes qui sont bien inclus).

Au cours de l'année 2022, 557 tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, quinze tumeurs sont en attente d'une investigation. Parmi celles-ci, sept sont bien éligibles mais certaines informations sont manquantes. **Le taux de validité mesuré au RG2C pour cette catégorie est de 99,3%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 2045 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 5- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 1- Incidence observée "Tous cancers" selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	1
[10-14] ans	2
[15-19] ans	5
[20-24] ans	10
[25-29] ans	4
[30-34] ans	25
[35-39] ans	24
[40-44] ans	39
[45-49] ans	73
[50-54] ans	108
[55-59] ans	179
[60-64] ans	219
[65-69] ans	302
[70-74] ans	340
[75-79] ans	268
[80-84] ans	224
85 ans +	222
Tout âge	2045

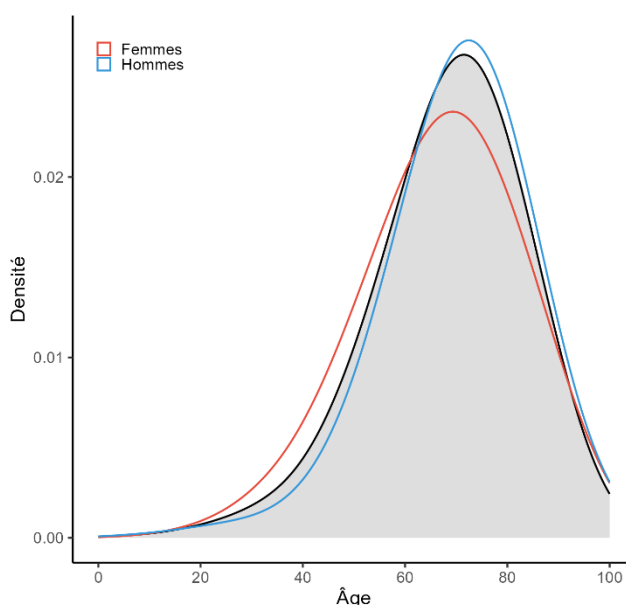


Figure 6- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

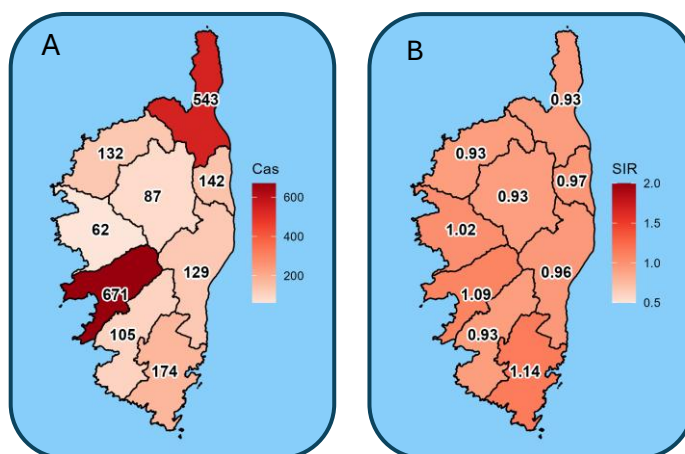
Incidences selon le lieu de résidence

Tous cancers

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien et le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont l'Extrême Sud / Alta Rocca et le Pays Ajaccien.

Tableau 2– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	142	0,97
Centre Corse	87	0,93
Extrême Sud / Alta Rocca	174	1,14
Ouest Corse	62	1,02
Pays Ajaccien	671	1,09
Pays Bastiais	543	0,93
Pays de Balagne	132	0,93
Plaine orientale	129	0,96
Taravo/Valinco/Sartenais	105	0,93



Carte 1– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Les bases de diagnostic

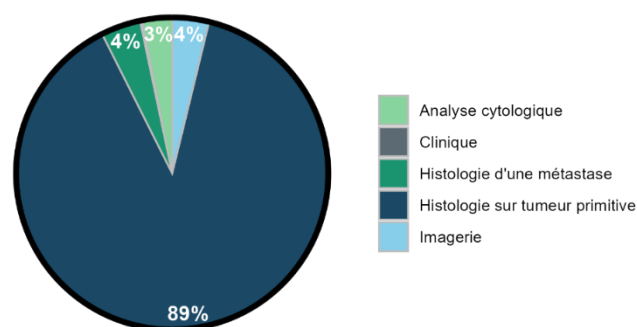
Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 92,7% des cas (soit $n = 1897$) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur (primitive ou métastase).

L'analyse cytologique ($n = 64$) et l'imagerie ($n = 78$) sont les deux autres bases les plus fréquentes.

La base la plus rare est la base clinique ($n = 5$).

Figure 7- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

Tous cancers

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,3 sources. Le nombre de sources est de trois dans 48% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 1738) et la source la plus rare était la RCP (n = 1334).

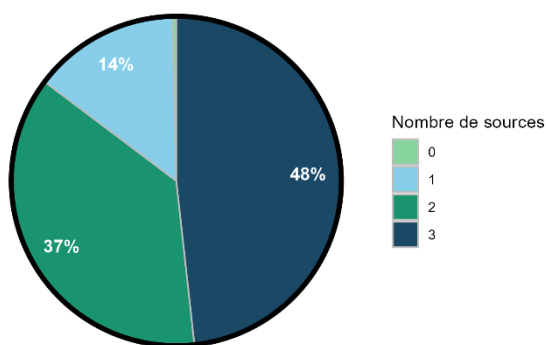


Figure 8- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

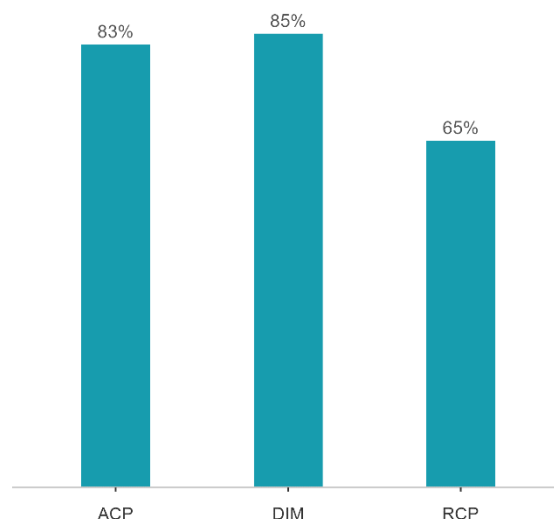


Figure 9- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Bien que les 2045 tumeurs recensées pour l'année 2022 correspondent au nombre de tumeurs recensées le plus élevée depuis l'entrée en activité du registre.

Il est complexe de démontrer que cela s'inscrirait dans une tendance à la hausse en raison de la diminution du nombre de cas recensés en 2020 probablement due à la pandémie de Covid-19.

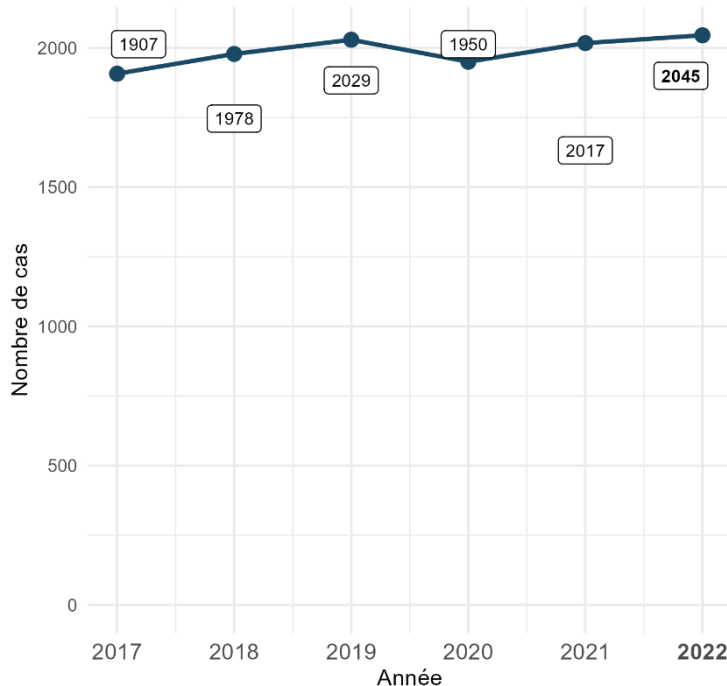


Figure 10- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 3– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	1	10.70	0.05	0.05
[10-14] ans	1	11.00	0.05	0.05	[10-14] ans	1	10.41	0.05	0.11
[15-19] ans	2	24.72	0.12	0.18	[15-19] ans	3	33.74	0.17	0.27
[20-24] ans	5	64.51	0.32	0.50	[20-24] ans	5	61.85	0.31	0.58
[25-29] ans	1	10.90	0.05	0.55	[25-29] ans	3	34.55	0.17	0.75
[30-34] ans	18	163.21	0.81	1.36	[30-34] ans	7	68.39	0.34	1.09
[35-39] ans	19	162.36	0.81	2.16	[35-39] ans	5	47.37	0.24	1.33
[40-44] ans	28	239.93	1.19	3.33	[40-44] ans	11	98.38	0.49	1.81
[45-49] ans	46	382.95	1.90	5.16	[45-49] ans	27	234.52	1.17	2.96
[50-54] ans	69	559.30	2.76	7.78	[50-54] ans	39	322.13	1.60	4.51
[55-59] ans	92	767.21	3.76	11.25	[55-59] ans	87	752.73	3.69	8.03
[60-64] ans	114	975.64	4.76	15.47	[60-64] ans	105	933.02	4.56	12.22
[65-69] ans	139	1,159.06	5.63	20.23	[65-69] ans	163	1,450.67	7.00	18.37
[70-74] ans	137	1,195.86	5.80	24.86	[70-74] ans	203	1,989.06	9.47	26.09
[75-79] ans	106	1,184.95	5.75	29.18	[75-79] ans	162	2,148.03	10.18	33.62
[80-84] ans	90	1,340.56	6.48	33.77	[80-84] ans	134	2,363.99	11.15	41.02
≥ 85 ans	112	1,365.54	6.60		≥ 85 ans	110	2,459.78	11.57	

Avant 50 ans, environ cinq femmes sur 100 (5%) et environ trois hommes sur 100 (3%) développeront un cancer.

Avant 75 ans, cela concerne environ 25 femmes sur 100 (25%) et environ 26 hommes sur 100 (26%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne environ 34 femmes sur 100 (34%) et environ 41 hommes sur 100 (41%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 4– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	87.7 %	97.1 %	90.2 %
2	84.2 %	94.2 %	89.4 %
3	83.3 %	91.2 %	91.3 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 91,3% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer d'environ 8,7%.

Entre l'année 2 et l'année 3 la survie observée n'a baissé que de 0,9% tandis que la survie attendue a baissé de 3%. C'est ce qui explique que la survie nette à 3 ans soit supérieure à la survie nette à 2 ans. Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie en Corse ou bien simplement à un hasard statistique.

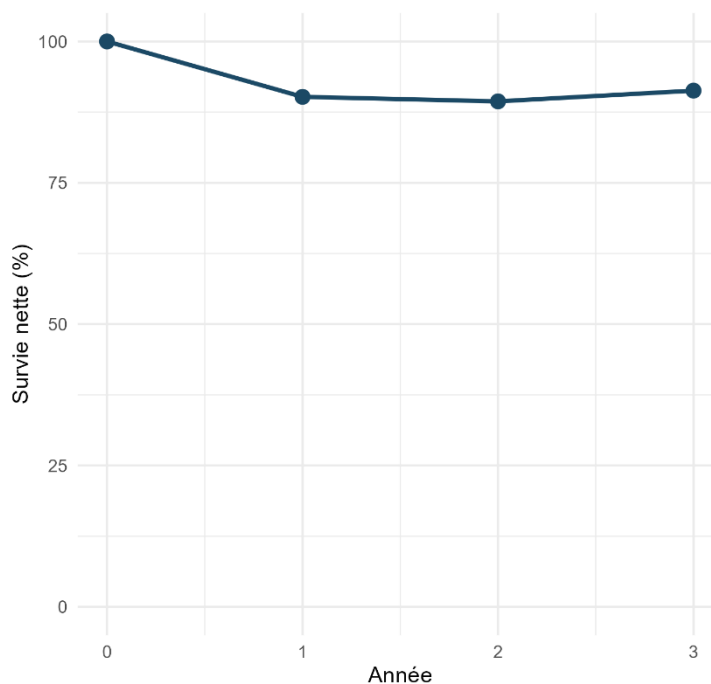


Figure 11- Survie nette sur 3 ans

Lèvre-bouche-pharynx

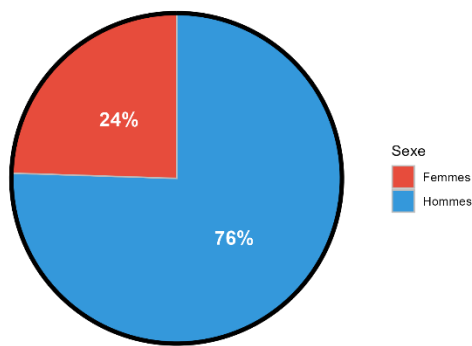
La localisation intitulée « Lèvre-bouche-pharynx » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est compris entre « C00 » et « C14 ».

Au cours de l'année 2022, 26 tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, deux tumeurs sont en attente d'une investigation. Le taux de validité pour cette localisation est de 96,1%.

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 49 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 12- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 5- Incidence observée « Lèvre-bouche-pharynx » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	1
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	0
[35-39] ans	0
[40-44] ans	0
[45-49] ans	2
[50-54] ans	3
[55-59] ans	4
[60-64] ans	8
[65-69] ans	7
[70-74] ans	10
[75-79] ans	5
[80-84] ans	6
85 ans +	3
Tout âge	49

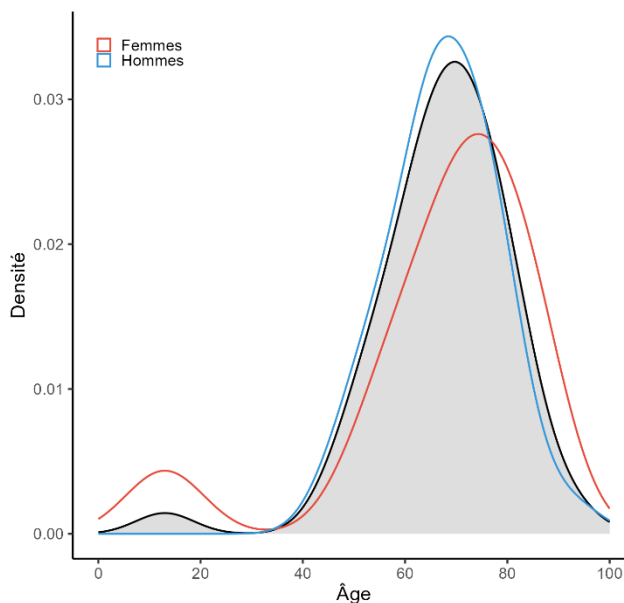


Figure 13- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

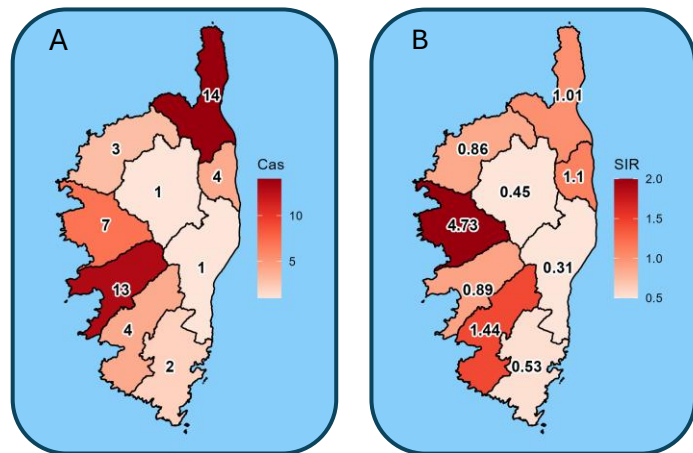
Incidences selon le lieu de résidence

VADS

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien et le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont le territoire de Taravo /Valinco /Sartenais et l'Ouest corse.

Tableau 6– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	4	1,10
Centre Corse	1	0,45
Extrême Sud / Alta Rocca	2	0,53
Ouest Corse	7	4,73
Pays Ajaccien	13	0,89
Pays Bastiais	14	1,01
Pays de Balagne	3	0,86
Plaine orientale	1	0,31
Taravo/Valinco/Sartenais	4	1,44



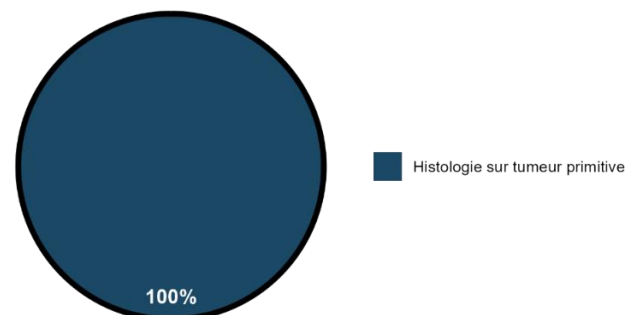
Carte 2– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Le cancer du pharynx est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Virus d'Epstein Barr ; Tabac ; Poussières de bois ; Formaldéhyde ; Poisson salé de style chinois ; Alcool.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 100% des cas (soit n = 49) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,3 sources. Le nombre de sources est de trois dans 43% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 45) et la source la plus rare était l'ACP (n = 29).

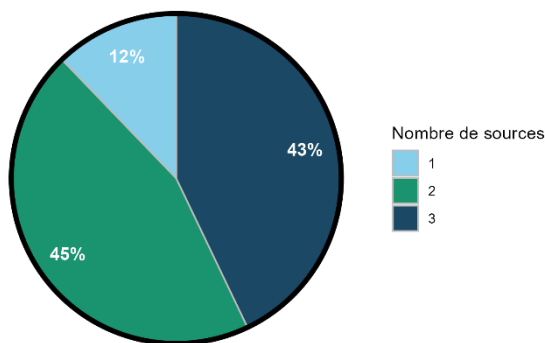


Figure 15- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

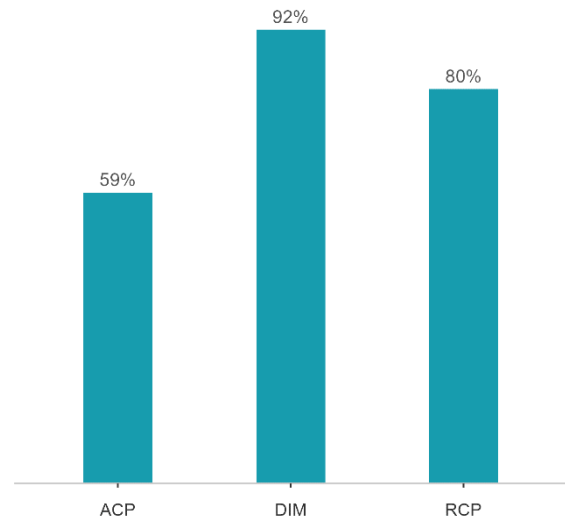


Figure 16- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

On observe que le nombre de tumeurs recensées est en diminution depuis 2020. Cependant ces résultats pourraient simplement être liés au hasard.

La poursuite d'un suivi annuel est encore nécessaire avant de pouvoir en tirer des conclusions.

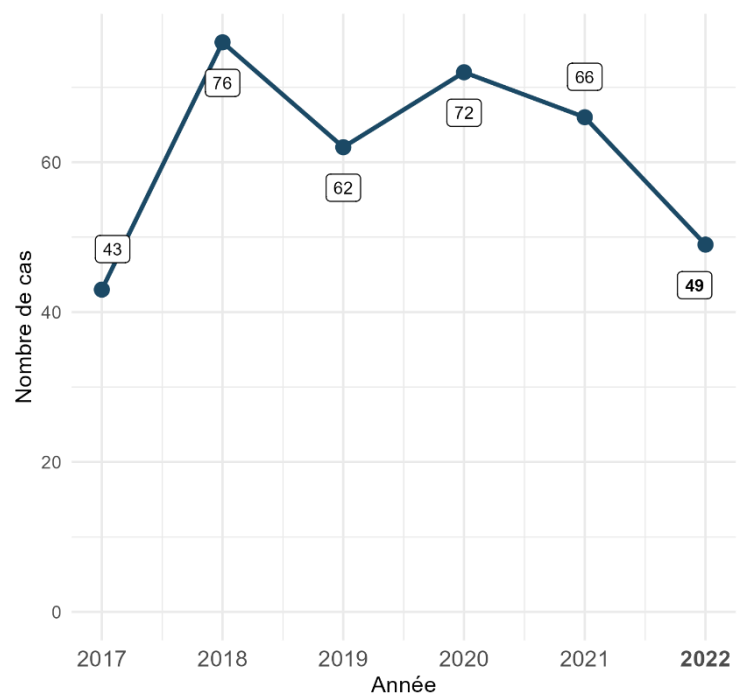


Figure 17- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 7– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	1	11.00	0.05	0.05	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.05	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.05	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.05	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.05	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.05	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.05	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00
[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.05	[45-49] ans	2	17.37	0.09	0.09
[50-54] ans	1	8.11	0.04	0.10	[50-54] ans	2	16.52	0.08	0.17
[55-59] ans	0	0.00	0.00	0.10	[55-59] ans	4	34.61	0.17	0.34
[60-64] ans	2	17.12	0.09	0.18	[60-64] ans	6	53.32	0.27	0.61
[65-69] ans	0	0.00	0.00	0.18	[65-69] ans	7	62.30	0.31	0.92
[70-74] ans	4	34.92	0.17	0.36	[70-74] ans	6	58.79	0.29	1.21
[75-79] ans	0	0.00	0.00	0.36	[75-79] ans	5	66.30	0.33	1.53
[80-84] ans	2	29.79	0.15	0.50	[80-84] ans	4	70.57	0.35	1.88
≥ 85 ans	2	24.38	0.12		≥ 85 ans	1	22.36	0.11	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Lèvre-bouche-pharynx » sont inférieures à une personne sur 1000 chez les femmes et correspondent à environ une personne sur 1000 chez les hommes (0,9%).

Avant 75 ans, cela concernerait environ trois à quatre femmes sur 1000 (0,36%) et douze hommes sur 1000 (1,2%)

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne environ cinq femmes sur 1000 (0,5%) et 18 à 19 hommes sur 1000 (1,88%)

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 8– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	93.9 %	97.6 %	96.2 %
2	91.8 %	95.1 %	96.6 %
3	91.8 %	92.5 %	99.2 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 99,2% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer Lèvre-bouche-pharynx d'environ 0,8%.

Entre l'année 2 et l'année 3 la survie observée n'a pas baissé tandis que la survie attendue a baissé de 2,6%, c'est ce qui explique que la survie nette à trois ans soit supérieure à la survie nette à deux ans. Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie en Corse ou bien simplement à un hasard statistique.

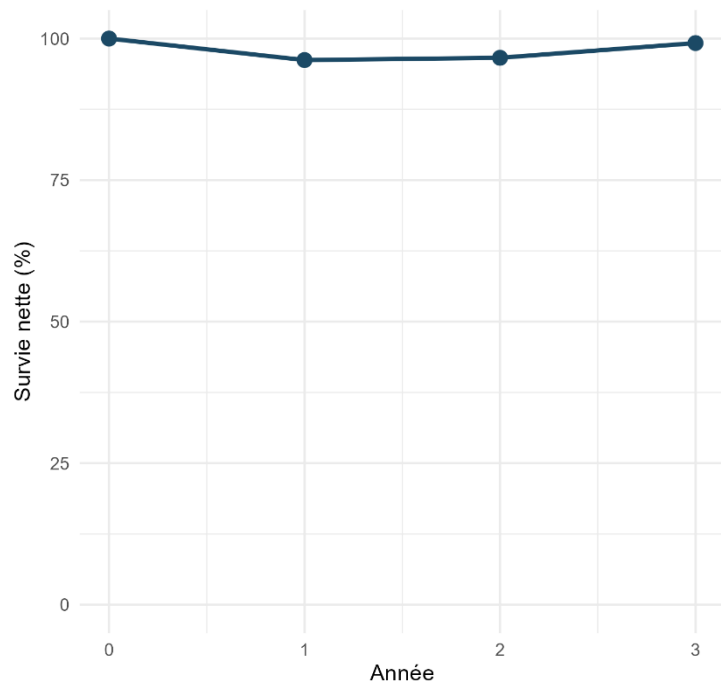


Figure 18- Survie nette sur 3 ans

Les cancers correspondant à la localisation « Lèvre-bouche-pharynx » sont considérés comme une source de mortalité prématurée évitable. Plus précisément ce cancer rentre dans la catégorie de la mortalité évitable par prévention primaire, ce qui désigne les cancers dont la surmortalité pourrait être drastiquement réduite en s'intéressant aux facteurs de risques environnementaux et comportementaux. Pour la localisation « Lèvre-bouche-pharynx » les deux principaux facteurs de risques considérés sont le tabagisme et la consommation d'alcool.

Œsophage

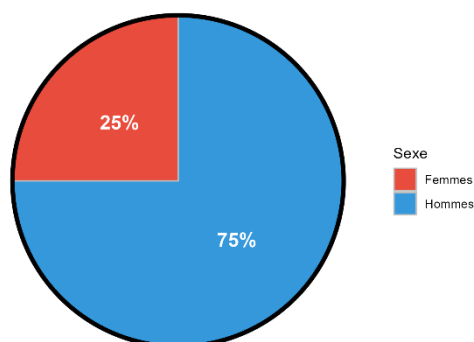
La localisation intitulée « Œsophage » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C15 ».

Au cours de l'année 2022, quatre tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des seize cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 19- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 9- Incidence observée « Œsophage » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	0
[35-39] ans	0
[40-44] ans	0
[45-49] ans	0
[50-54] ans	0
[55-59] ans	3
[60-64] ans	3
[65-69] ans	2
[70-74] ans	3
[75-79] ans	2
[80-84] ans	1
85 ans +	2
Tout âge	16

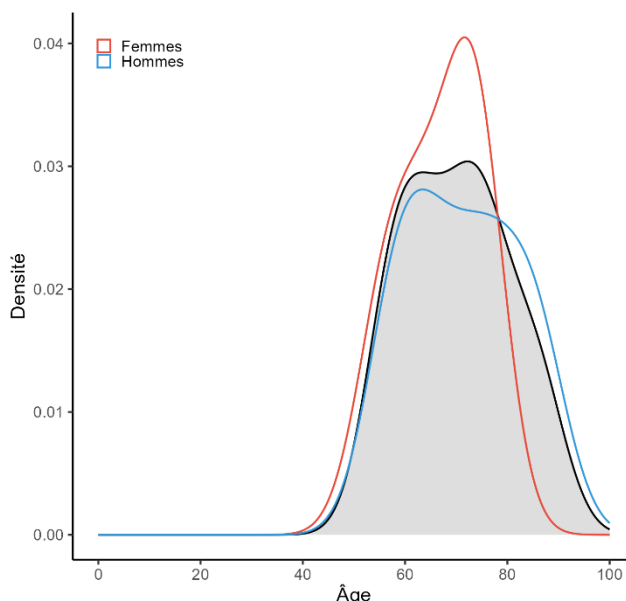


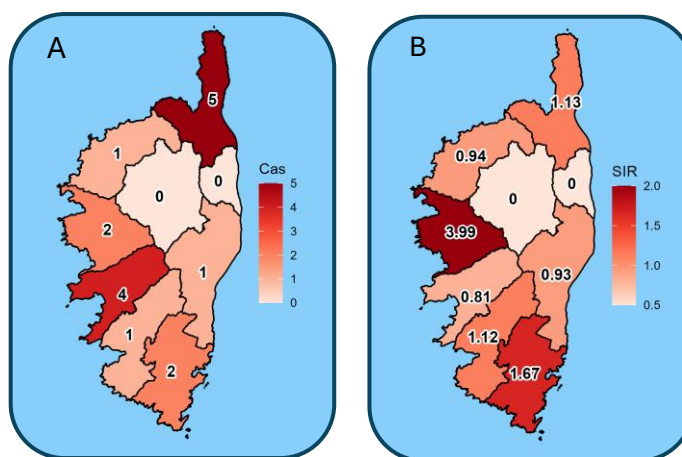
Figure 20- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

Incidences selon le lieu de résidence

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien et le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont l'Extrême Sud /Alta Rocca et l'Ouest corse.

Tableau 10– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	0	0
Centre Corse	0	0
Extrême Sud / Alta Rocca	2	1,67
Ouest Corse	2	3,99
Pays Ajaccien	4	0,81
Pays Bastiais	5	1,13
Pays de Balagne	1	0,94
Plaine orientale	1	0,93
Taravo/Valinco/Sartenais	1	1,12



Carte 3– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Le cancer de l'œsophage est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Tabac ; Alcool ; Chique de Bétel ; Reflux gastro-œsophagien pathologique ; Tylose ; Achalasie ; Syndrome de Plummer-Vinson ; Lésion chimique de l'œsophage ; Antécédents de cancer des voies respiratoires supérieures ; exposition à des rayonnements ionisants ; poids : insuffisant, surplus de poids ou obésité ; antécédents familiaux de cancer de l'œsophage ; consommation de boissons très chaudes.

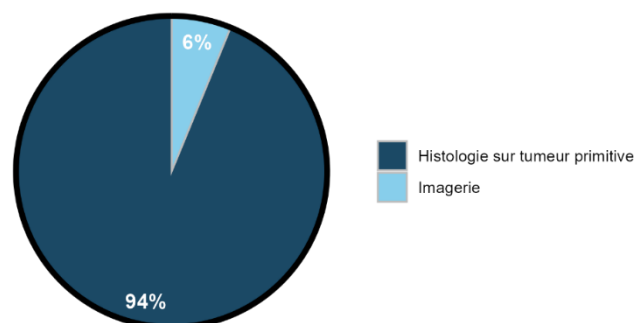
Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 94% des cas (soit n = 15) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.

La seule autre base diagnostique étant l'Imagerie qui représente 6% des cas (soit n = 1 cas).

Figure 21- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

Œsophage

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,7 sources. Le nombre de sources est de trois dans 75% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 16) et la source la plus rare était la RCP (n = 12).

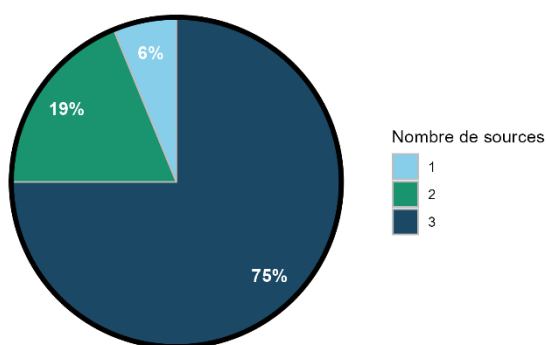


Figure 22- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

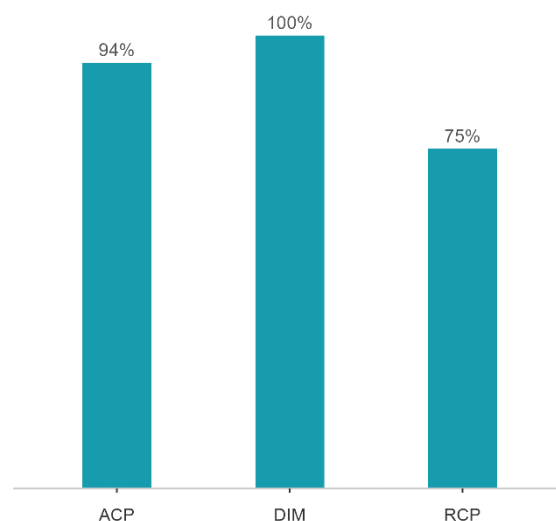


Figure 23- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

On remarque que depuis l'entrée en activité du registre le nombre de tumeurs recensées pour la localisation « œsophage » est en diminution. Cette diminution ne semble pas avoir de lien avec la manière dont les tumeurs sont enregistrées par le RG2C.

Il serait donc intéressant de continuer à observer l'évolution annuelle du nombre de tumeur pour cette localisation.

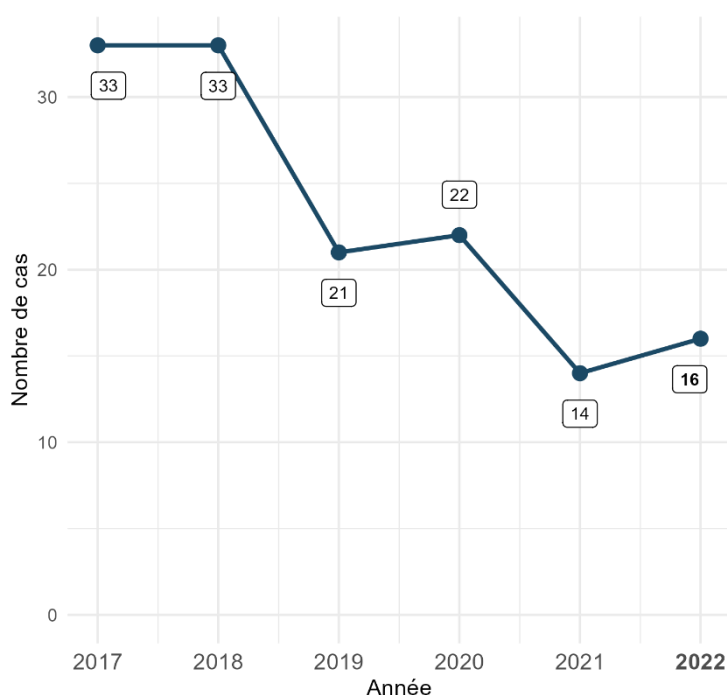


Figure 24- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 11– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00
[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.00	[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.00
[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.00	[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.00
[55-59] ans	1	8.34	0.04	0.04	[55-59] ans	2	17.30	0.09	0.09
[60-64] ans	1	8.56	0.04	0.08	[60-64] ans	2	17.77	0.09	0.18
[65-69] ans	0	0.00	0.00	0.08	[65-69] ans	2	17.80	0.09	0.26
[70-74] ans	2	17.46	0.09	0.17	[70-74] ans	1	9.80	0.05	0.31
[75-79] ans	0	0.00	0.00	0.17	[75-79] ans	2	26.52	0.13	0.44
[80-84] ans	0	0.00	0.00	0.17	[80-84] ans	1	17.64	0.09	0.53
≥ 85 ans	0	0.00	0.00		≥ 85 ans	2	44.72	0.22	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Œsophage » sont extrêmement faibles (proches de 0%) chez les femmes comme les hommes.

Avant 75 ans, cela concernerait environ une à deux femmes sur 1000 (0,17%) et trois hommes sur 1000 (0,31%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concernerait toujours une à deux femmes sur 1000 et environ cinq hommes sur 1000 (0,53%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 12– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	75 %	97 %	77.3 %
2	56.2 %	94 %	59.9 %
3	56.2 %	90.8 %	62 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 62% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer de l'œsophage d'environ 38%.

Pour cette localisation, on remarque une importante diminution de la survie nette dès la première année, la chute rapide de la survie observée sur les trois ans explique que la survie nette soit également en baisse (malgré une remontée artificielle à la troisième année), puisque la survie attendue ne baissait que de 3% par an en moyenne contre une baisse moyenne annuelle de 14,6% pour la survie observée.

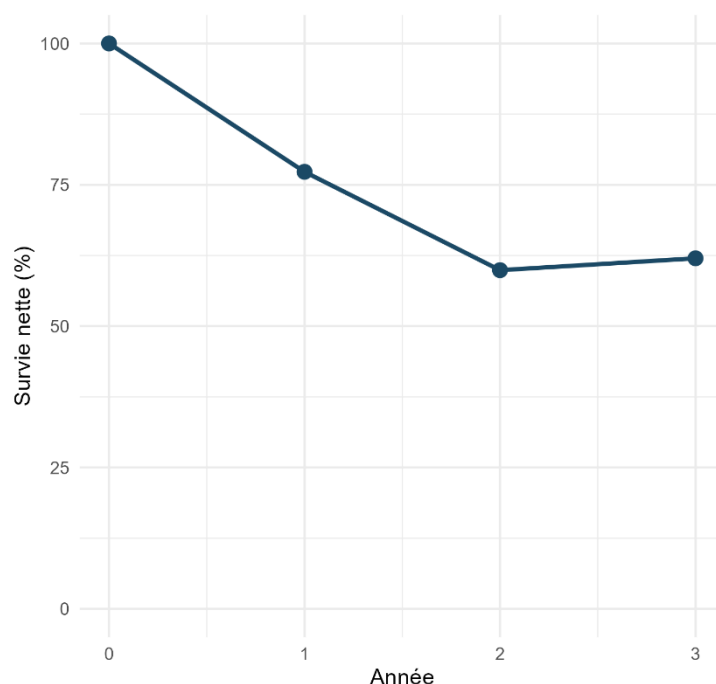


Figure 25- Survie nette sur 3 ans

Le cancer de l'œsophage est considéré comme une source de mortalité prématurée évitable. Plus précisément ce cancer rentre dans la catégorie de la mortalité évitable par prévention primaire, ce qui désigne les cancers dont la surmortalité pourrait être drastiquement réduite en s'intéressant aux facteurs de risques environnementaux et comportementaux. Pour le cancer de l'œsophage, les deux principaux facteurs de risques qui sont considérés sont le tabagisme et la consommation d'alcool. L'estimation de surmortalité à trois ans de 38% pour ce cancer ne fait que démontrer l'intérêt de la mise en place de politiques de santé publique contre les facteurs de risques concernés.

Estomac

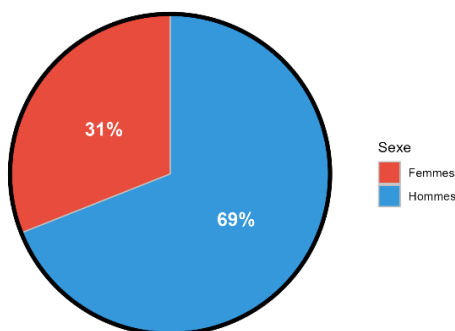
La localisation intitulée « Estomac » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique « C16 ».

Au cours de l'année 2022, douze tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 42 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 26- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 13- Incidence observée « Estomac » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	0
[35-39] ans	0
[40-44] ans	2
[45-49] ans	2
[50-54] ans	1
[55-59] ans	2
[60-64] ans	4
[65-69] ans	6
[70-74] ans	6
[75-79] ans	4
[80-84] ans	7
85 ans +	8
Tout âge	42

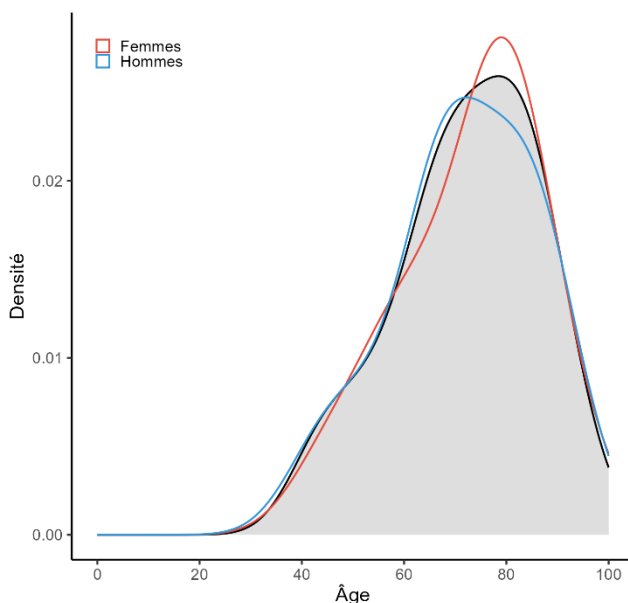


Figure 27- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

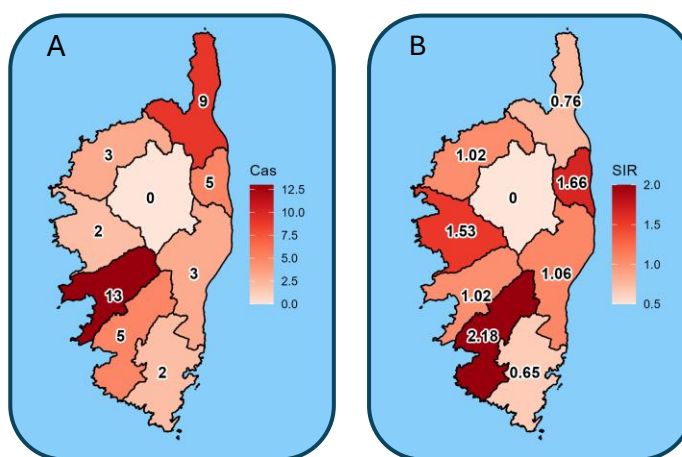
Incidences selon le lieu de résidence

Estomac

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien et le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont le territoire de Taravo /Valinco /Sartenais et l'Ouest corse.

Tableau 14– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	5	1,66
Centre Corse	0	0
Extrême Sud / Alta Rocca	2	0,65
Ouest Corse	2	1,53
Pays Ajaccien	13	1,02
Pays Bastiais	9	0,76
Pays de Balagne	3	1,02
Plaine orientale	3	1,06
Taravo/Valinco/Sartenais	5	2,18



Carte 4– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Le cancer de l'estomac est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : *Helicobacter Pylori* ; Virus d'Epstein Barr ; Tabagisme ; Alimentation salée ; Amiante ; Composés inorganiques du plomb ; Facteurs génétiques et antécédents (Syndrome de Lynch, Cancer gastrique diffus héréditaire ; Antécédents familiaux de cancer de l'estomac, Reflux gastro-œsophagien, Syndrome de Barrett, Gastrite Biermérianne).

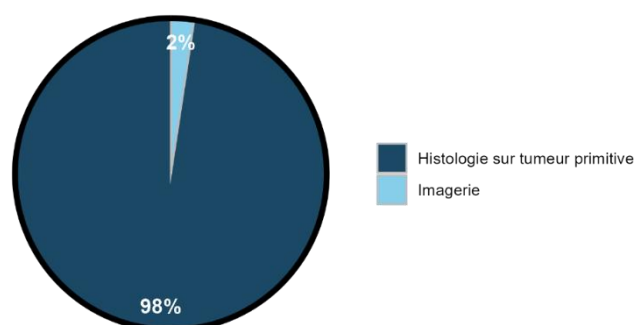
Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 98% des cas (soit n = 41) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.

La seule autre base diagnostique étant l'Imagerie qui représente 6% des cas (soit n = 1 cas).

Figure 28- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,7 sources. Le nombre de sources est de trois dans 79% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 40) et la source la plus rare était la RCP (n = 36).

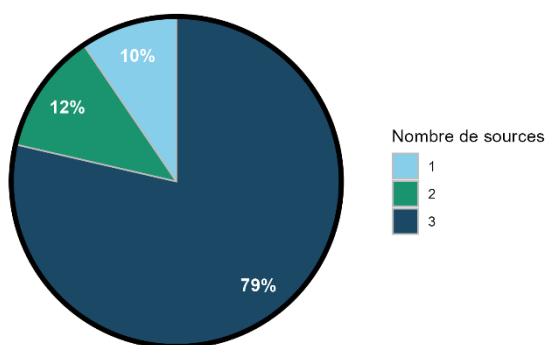


Figure 29- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

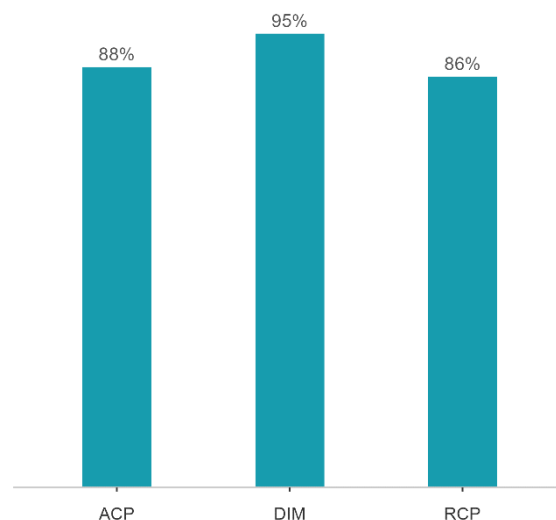


Figure 30- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes bien que ce soit le plus faible nombre de tumeurs enregistré pour cette localisation depuis l'entrée en activité du registre.

Le nombre de tumeurs recensées reste stable au fil des années.

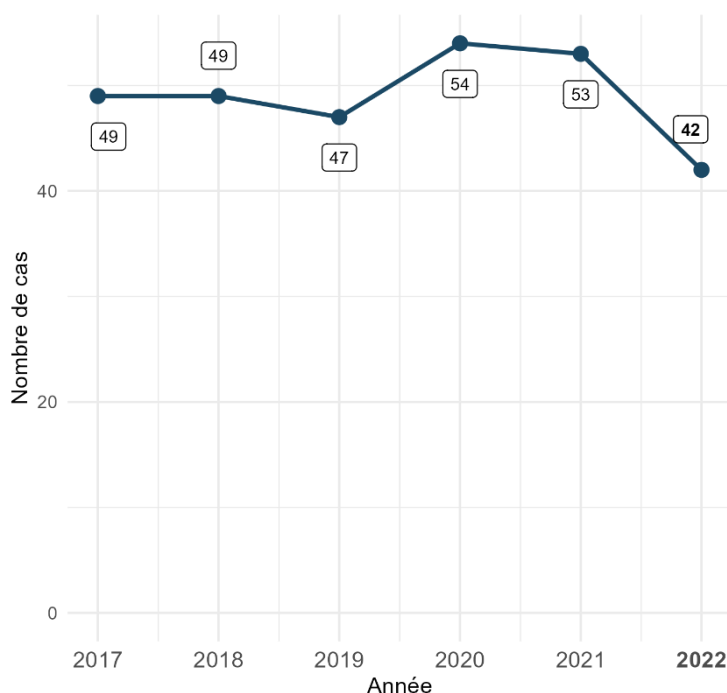


Figure 31- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 15– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00	[40-44] ans	2	17.89	0.09	0.09
[45-49] ans	1	8.32	0.04	0.04	[45-49] ans	1	8.69	0.04	0.13
[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.04	[50-54] ans	1	8.26	0.04	0.17
[55-59] ans	1	8.34	0.04	0.08	[55-59] ans	1	8.65	0.04	0.22
[60-64] ans	2	17.12	0.09	0.17	[60-64] ans	2	17.77	0.09	0.31
[65-69] ans	0	0.00	0.00	0.17	[65-69] ans	6	53.40	0.27	0.57
[70-74] ans	2	17.46	0.09	0.26	[70-74] ans	4	39.19	0.20	0.77
[75-79] ans	1	11.18	0.06	0.31	[75-79] ans	3	39.78	0.20	0.96
[80-84] ans	4	59.58	0.30	0.61	[80-84] ans	3	52.93	0.26	1.23
≥ 85 ans	2	24.38	0.12		≥ 85 ans	6	134.17	0.67	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Estomac » sont inférieures à une personne sur 1000 chez les femmes et représentent environ une personne sur 1000 chez les hommes.

Avant 75 ans, cela concernera environ deux à trois femmes sur 1000 (0,26%) et environ sept à huit hommes sur 1000 (0,77%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne environ six femmes sur 1000 (0,61%) et environ douze hommes sur 1000 (1,23%)

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 16– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	83.3 %	95.5 %	87.3 %
2	73.8 %	91 %	81.1 %
3	73.8 %	86.6 %	85.2 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 85,2% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer de l'estomac d'environ 14,8%.

Entre l'année 2 et l'année 3 la survie observée n'a pas baissé tandis que la survie attendue a baissé de 4,4%, c'est ce qui explique que la survie nette à trois ans soit supérieure à la survie nette à deux ans. Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie en Corse ou bien simplement à un hasard statistique.

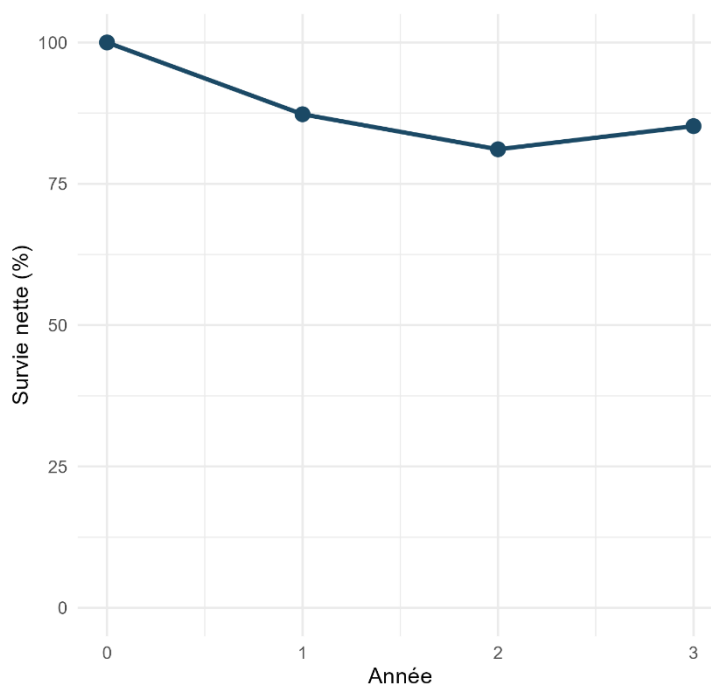


Figure 32- Survie nette sur trois ans

Côlon-Rectum

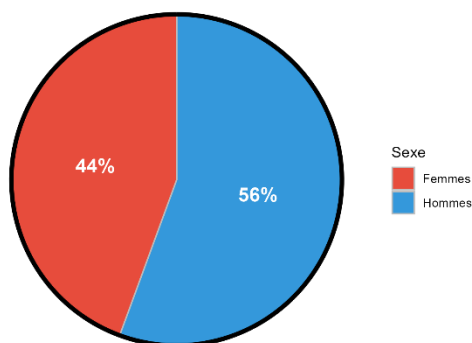
La localisation intitulée « Côlon-Rectum » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est compris entre « C18 » et « C21 ».

Au cours de l'année 2022, 48 tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, une tumeur est en attente d'investigation et est éligible. **Le taux de validité pour cette localisation est de 99,5%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 216 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 33- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 17- Incidence observée « Côlon-Rectum » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	1
[30-34] ans	2
[35-39] ans	1
[40-44] ans	1
[45-49] ans	5
[50-54] ans	8
[55-59] ans	16
[60-64] ans	19
[65-69] ans	36
[70-74] ans	34
[75-79] ans	24
[80-84] ans	29
85 ans +	40
Tout âge	216

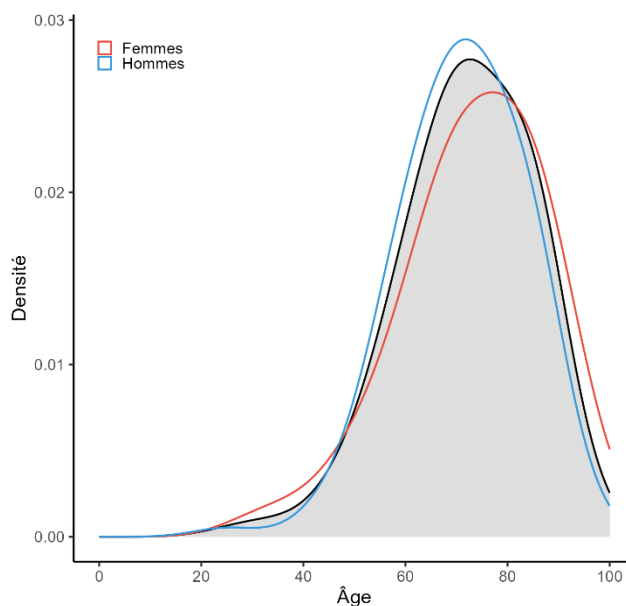


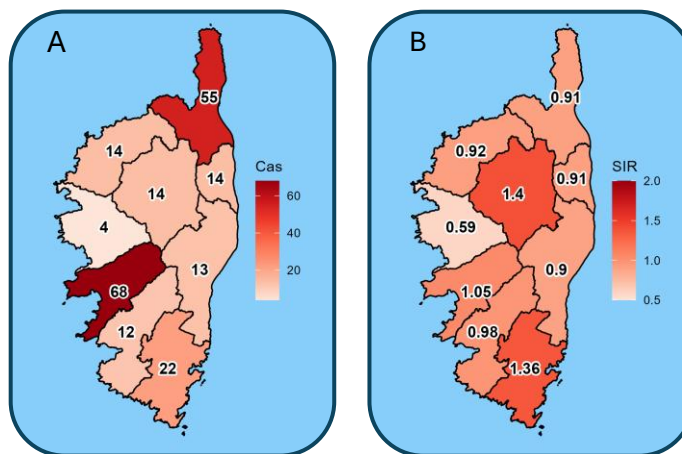
Figure 34- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

Incidences selon le lieu de résidence

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le pays ajaccien et le pays bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont le Centre corse et l'Extrême Sud/Alta Rocca.

Tableau 18– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	14	0,91
Centre Corse	14	1,40
Extrême Sud / Alta Rocca	22	1,36
Ouest Corse	4	0,59
Pays Ajaccien	68	1,05
Pays Bastiais	55	0,91
Pays de Balagne	14	0,92
Plaine orientale	13	0,90
Taravo/Valinco/Sartenais	12	0,98



Carte 5– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Le cancer colorectal est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Tabac ; Alcool ; Surpoids et Obésité ; Consommation de viande rouge ou de charcuterie ; Amiante ; Génétique : Polyposse adénomateuse familiale, Syndrome de Lynch, Cancers colorectaux héréditaires sans polyposse.

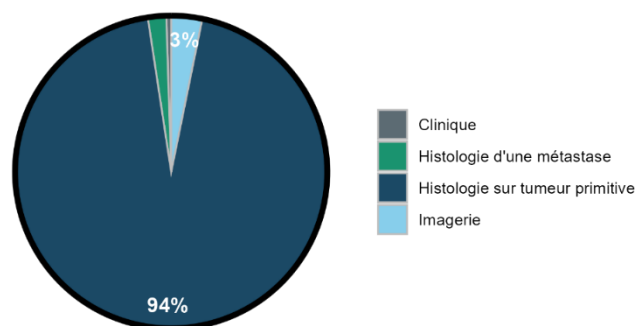
Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 96% des cas (soit $n = 208$) la base du diagnostic est une histologie (sur tumeur primitive ou sur métastase).

Les autres bases diagnostiques sont l'imagerie qui représente 3% des cas ($n = 7$), et on retrouve également la Clinique ($n = 1$)

Figure 35- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,5 sources. Le nombre de sources est de trois dans 59% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 197) et la source la plus rare était la RCP (n = 151).

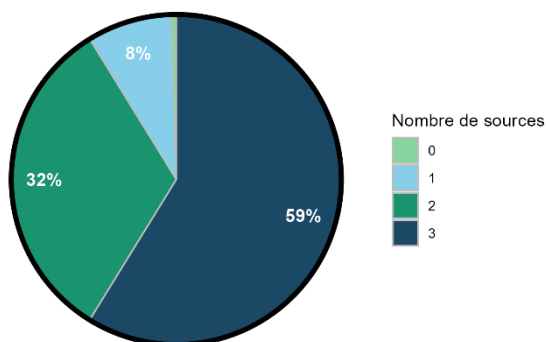


Figure 37- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

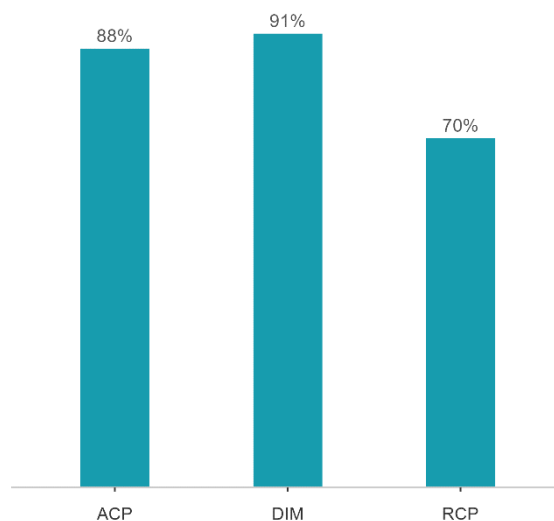


Figure 36- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes malgré une diminution des cas recensés entre 2018 et 2020.

Aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation.

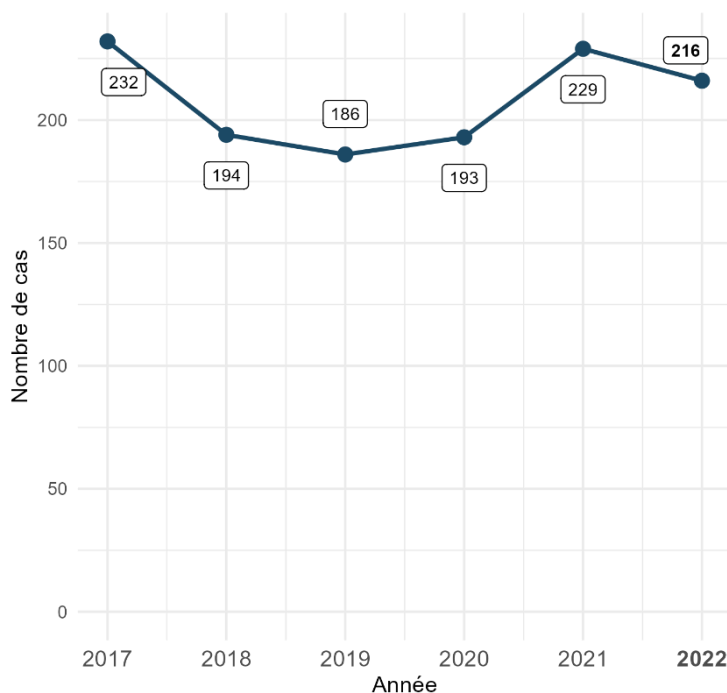


Figure 38- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 19– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	1	11.52	0.06	0.06
[30-34] ans	2	18.13	0.09	0.09	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.06
[35-39] ans	1	8.55	0.04	0.13	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.06
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.13	[40-44] ans	1	8.94	0.04	0.10
[45-49] ans	3	24.97	0.12	0.26	[45-49] ans	2	17.37	0.09	0.19
[50-54] ans	3	24.32	0.12	0.38	[50-54] ans	5	41.30	0.21	0.39
[55-59] ans	6	50.04	0.25	0.63	[55-59] ans	10	86.52	0.43	0.82
[60-64] ans	6	51.35	0.26	0.88	[60-64] ans	13	115.52	0.58	1.40
[65-69] ans	15	125.08	0.62	1.50	[65-69] ans	21	186.90	0.93	2.31
[70-74] ans	13	113.48	0.57	2.06	[70-74] ans	21	205.76	1.02	3.31
[75-79] ans	10	111.79	0.56	2.60	[75-79] ans	14	185.63	0.92	4.21
[80-84] ans	14	208.53	1.04	3.61	[80-84] ans	15	264.63	1.31	5.47
≥ 85 ans	23	280.42	1.39		≥ 85 ans	17	380.15	1.88	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Côlon-rectum » représentent environ deux à trois femmes sur 1000 (0,26%) et environ un à deux hommes sur 1000 (0,19%).

Avant 75 ans, cela concerne environ 20 à 21 femmes sur 1000 (2,06%) et environ 33 hommes sur 1000 (3,31%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne environ 36 femmes sur 1000 (3,61%) et environ 54 à 55 hommes sur 1000 (5,47%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 20– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	87.5 %	96.3 %	90.9 %
2	84.3 %	92.5 %	91.1 %
3	84.3 %	88.7 %	95 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 95% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer du Côlon-Rectum d'environ 5%.

Entre l'année 2 et l'année 3 la survie observée n'a pas baissé tandis que la survie attendue a baissé de 3,8%, c'est ce qui explique que la survie nette à trois ans soit supérieure à la survie nette à deux ans. Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie Corse ou bien simplement à un hasard statistique.

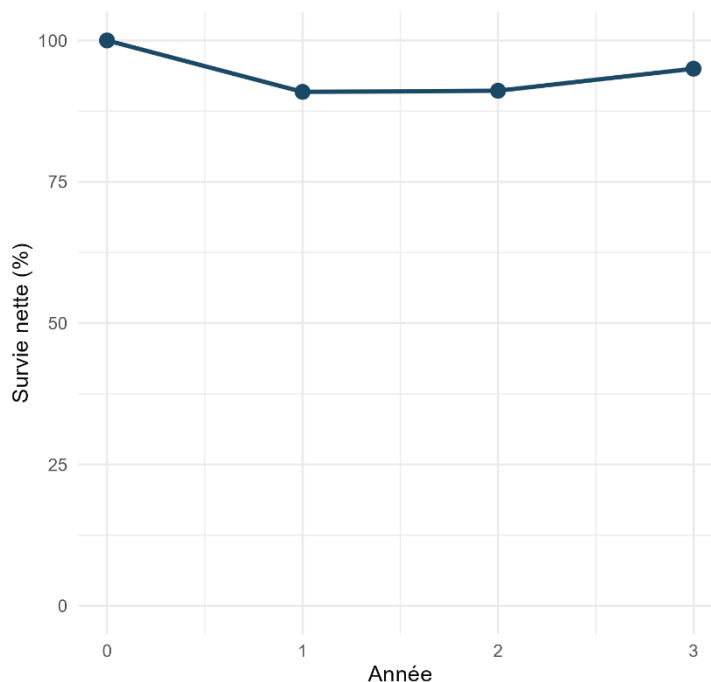


Figure 39- Survie nette sur trois ans

Les cancers de la catégorie « Côlon-Rectum » sont considérés comme une source de mortalité prématurée évitable. Ce cancer rentre à la fois dans la catégorie de la mortalité évitable par prévention primaire et dans la catégorie de la mortalité évitable par le système de soins. Ces cancers sont considérés comme faisant partie de la mortalité évitable par le système de soin en raison de l'existence d'un test immunologique permettant un diagnostic précoce. Bien que la surmortalité de 5% à trois ans puisse sembler faible, il convient de rappeler qu'elle résulte d'une remontée artificielle de la survie nette entre la deuxième et la troisième année, aussi elle est probablement sous-estimée et ne doit pas constituer une preuve qu'il n'est pas nécessaire de mettre en place de politiques de Santé Publique pour lutter contre ce cancer.

Foie

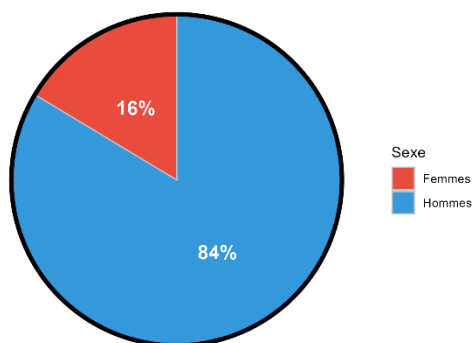
La localisation intitulée « Foie » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C22 ».

Au cours de l'année 2022, 17 tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, une tumeur est toujours en attente d'une investigation. **Le taux de validité pour cette localisation est de 98,4%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 61 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 40- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 21- Incidence observée « Foie » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	0
[35-39] ans	0
[40-44] ans	0
[45-49] ans	0
[50-54] ans	4
[55-59] ans	2
[60-64] ans	7
[65-69] ans	7
[70-74] ans	16
[75-79] ans	12
[80-84] ans	4
85 ans +	9
Tout âge	61

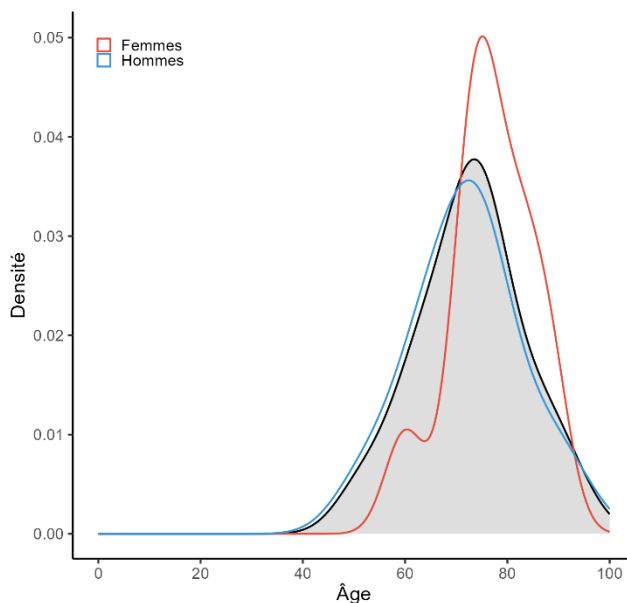


Figure 41- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

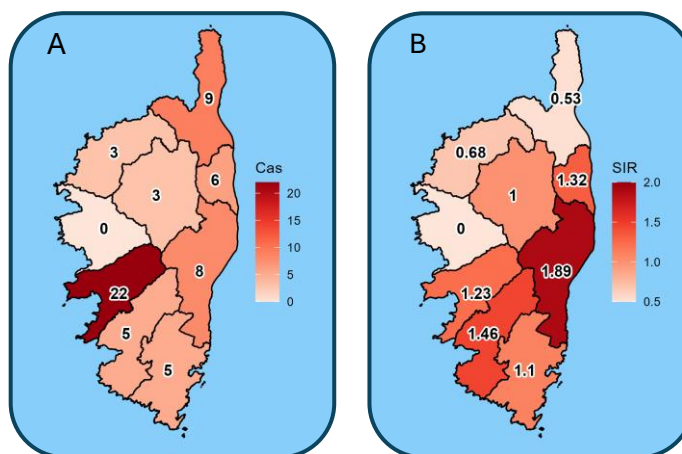
Incidences selon le lieu de résidence

Foie

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que le territoire où l'incidence est la plus élevée est celui avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont la plaine orientale et le Taravo /Valinco /Sartenais.

Tableau 22– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	6	1,32
Centre Corse	3	1
Extrême Sud / Alta Rocca	5	1,1
Ouest Corse	0	0
Pays Ajaccien	22	1,23
Pays Bastiais	9	0,53
Pays de Balagne	3	0,68
Plaine orientale	8	1,89
Taravo/Valinco/Sartenais	5	1,46



Carte 6– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

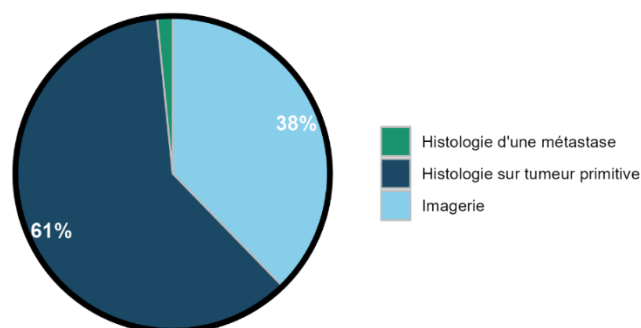
Le cancer du foie est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Alcool ; Tabac ; Virus des hépatites B et C ; Cytomégalovirus ; Contraceptifs oraux ; Obésité ; Arsenic ; Chlorure de vinyle ; Dioxyde de thorium ; Aflatoxines ; Radiations ionisantes ; Hydrocarbures aliphatiques halogénés.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 62% des cas (soit n = 38) la base du diagnostic est une histologie (sur tumeur primitive ou sur métastase).

La seule autre base diagnostique est l'Imagerie qui représente 38% des cas (n = 23)



Le nombre de sources par tumeur

Foie

En moyenne chaque tumeur est documentée par deux sources. Le nombre de sources est de trois dans 33% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 56) et la source la plus rare était l'ACP (n = 29).

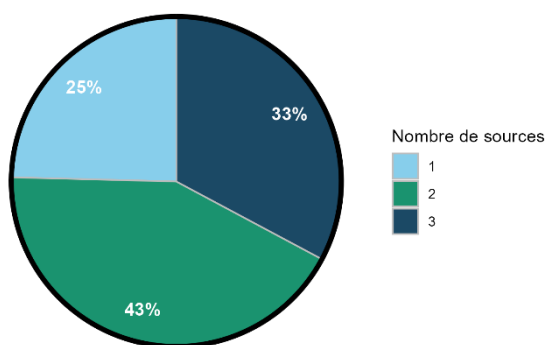


Figure 44- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

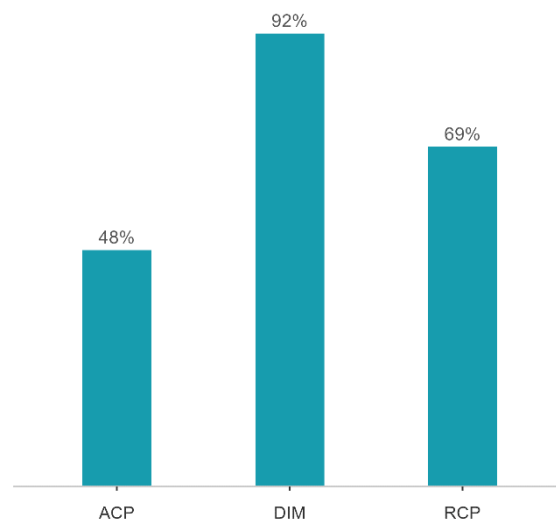


Figure 43- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 est le plus élevé depuis l'entrée en activité du registre. Cette soudaine augmentation ne semble pas être liée aux pratiques de codage du registre.

Il serait donc intéressant de continuer à surveiller l'évolution du nombre de cas pour cette localisation dans les années à venir.

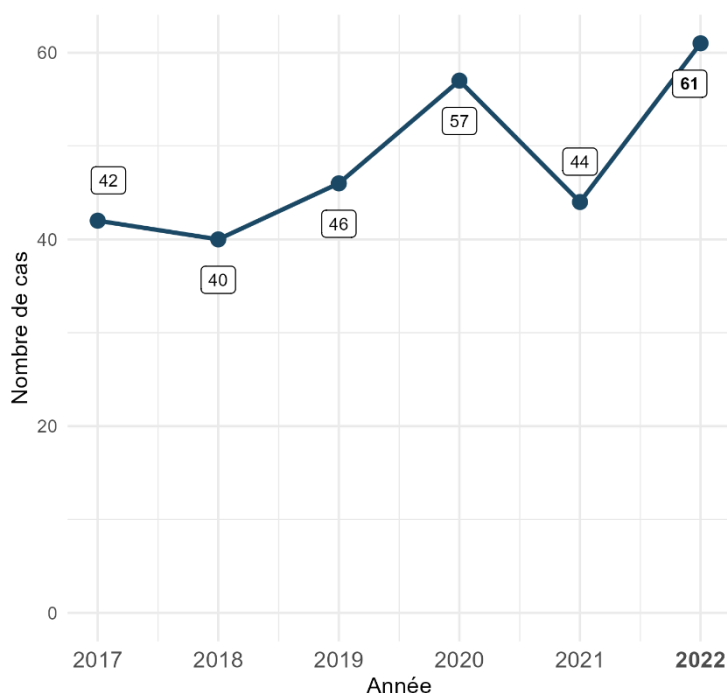


Figure 45- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 23– Probabilités d'incidence chez les femmes (droite) et les hommes (gauche)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00
[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.00	[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.00
[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.00	[50-54] ans	4	33.04	0.17	0.17
[55-59] ans	0	0.00	0.00	0.00	[55-59] ans	2	17.30	0.09	0.25
[60-64] ans	1	8.56	0.04	0.04	[60-64] ans	6	53.32	0.27	0.52
[65-69] ans	0	0.00	0.00	0.04	[65-69] ans	7	62.30	0.31	0.83
[70-74] ans	3	26.19	0.13	0.17	[70-74] ans	13	127.38	0.63	1.46
[75-79] ans	2	22.36	0.11	0.29	[75-79] ans	10	132.59	0.66	2.11
[80-84] ans	2	29.79	0.15	0.43	[80-84] ans	2	35.28	0.18	2.28
≥ 85 ans	2	24.38	0.12		≥ 85 ans	7	156.53	0.78	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Foie » sont extrêmement faibles (proches de 0%) chez les femmes comme chez les hommes.

Avant 75 ans, cela concerne environ une à deux femmes sur 1000 (0,17%) et environ 14 à 15 hommes sur 1000 (1,46%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne environ quatre femmes sur 1000 (0,43%) et environ 22 à 23 hommes sur 1000 (2,28%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 24– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	60.7 %	96 %	63.2 %
2	49.2 %	92.1 %	53.4 %
3	49.2 %	88.2 %	55.8 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 55,8% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer du Foie d'environ 44,2%.

Entre l'année 2 et l'année 3 la survie observée n'a pas baissé tandis que la survie attendue a baissé de 3,9%, c'est ce qui explique que la survie nette à trois ans soit supérieure à la survie nette à deux ans. Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie en Corse ou bien simplement à un hasard statistique.

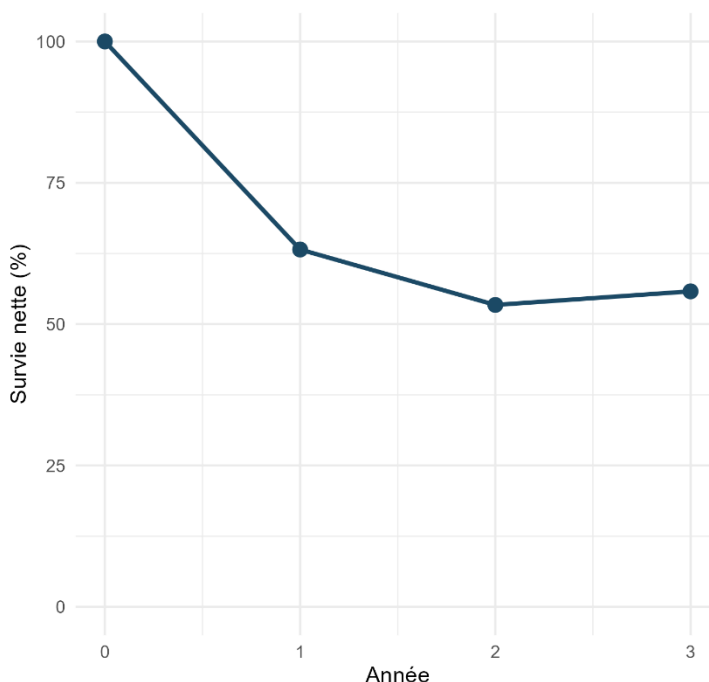


Figure 46- Survie nette sur 3 ans

Le cancer du foie est considéré comme une source de mortalité prématurée évitable. Plus précisément ce cancer rentre dans la catégorie de la mortalité évitable par prévention primaire, ce qui désigne les cancers dont la surmortalité pourrait être drastiquement réduite en s'intéressant aux facteurs de risques environnementaux et comportementaux. Pour le cancer du foie, les deux principaux facteurs de risques qui sont considérés sont la consommation d'alcool mais également la prévention des hépatites B et C via la vaccination. L'estimation de surmortalité à trois ans de 44,2% pour ce cancer ne fait que démontrer l'intérêt de la mise en place de politiques de santé publique contre les facteurs de risques concernés.

Pancréas

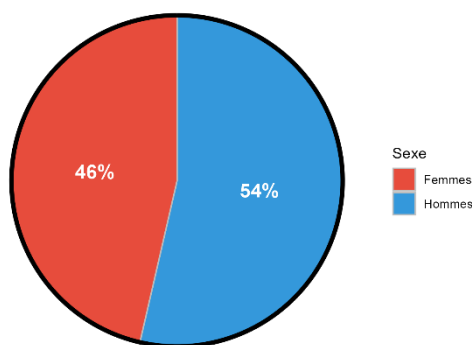
La localisation intitulée « Pancréas » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C25 ».

Au cours de l'année 2022, 21 tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, deux tumeurs sont en attente d'une investigation. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 84 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 47- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 25- Incidence observée « Pancréas » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	0
[35-39] ans	0
[40-44] ans	0
[45-49] ans	1
[50-54] ans	3
[55-59] ans	6
[60-64] ans	6
[65-69] ans	9
[70-74] ans	21
[75-79] ans	15
[80-84] ans	14
85 ans +	9
Tout âge	84

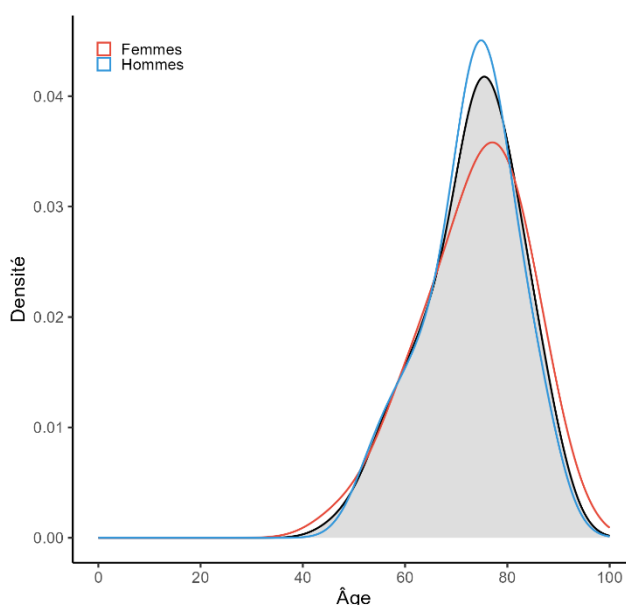


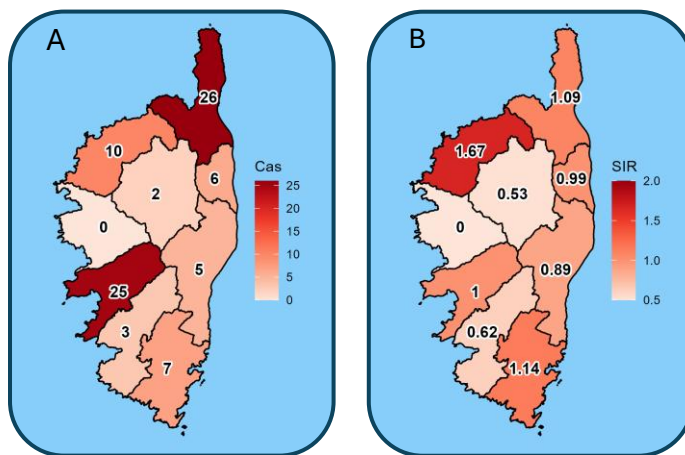
Figure 48- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

Incidences selon le lieu de résidence

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le pays ajaccien et le pays bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que le territoire semblant présenter la plus grande sur-incidence est le pays de Balagne et la plus grande sous-incidence le Centre Corse.

Tableau 26– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	6	0,99
Centre Corse	2	0,53
Extrême Sud / Alta Rocca	7	1,14
Ouest Corse	0	0
Pays Ajaccien	25	1
Pays Bastiais	26	1,09
Pays de Balagne	10	1,67
Plaine orientale	5	0,89
Taravo/Valinco/Sartenais	3	0,62



Carte 7– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Le cancer du pancréas est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Tabac ; Chique de Bétel ; Surpoids et Obésité ; Diabète de type 1.

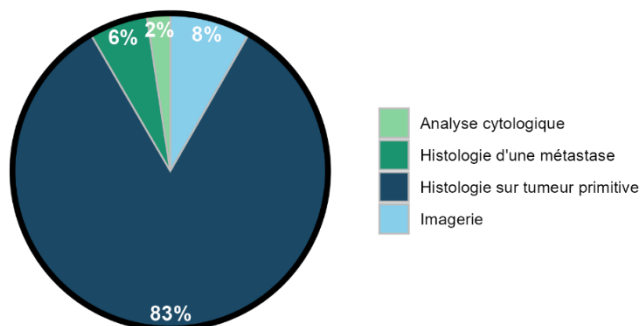
Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 89% des cas (soit $n = 75$) la base du diagnostic est une histologie (sur tumeur primitive ou sur métastase).

Les autres bases diagnostiques sont l'imagerie qui représente 8% des cas ($n = 7$) et l'analyse cytologique qui représente 2% des cas ($n = 2$).

Figure 49- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

Pancréas

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,4 sources. Le nombre de sources est de trois dans 56% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 76) et la source la plus rare était la RCP (n = 57).

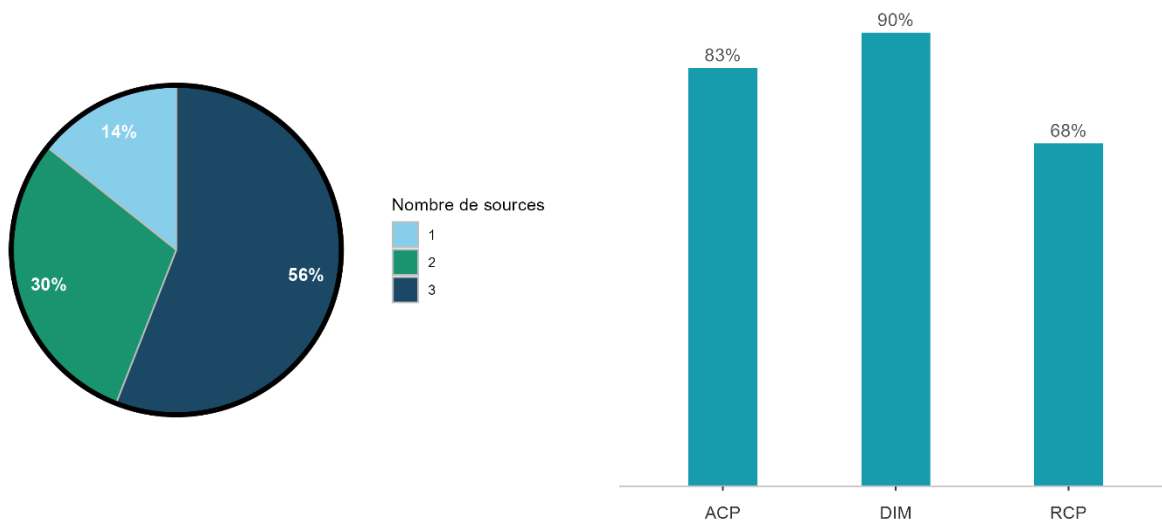


Figure 51- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

Figure 50- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes malgré une diminution des cas en 2019.

Aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation.

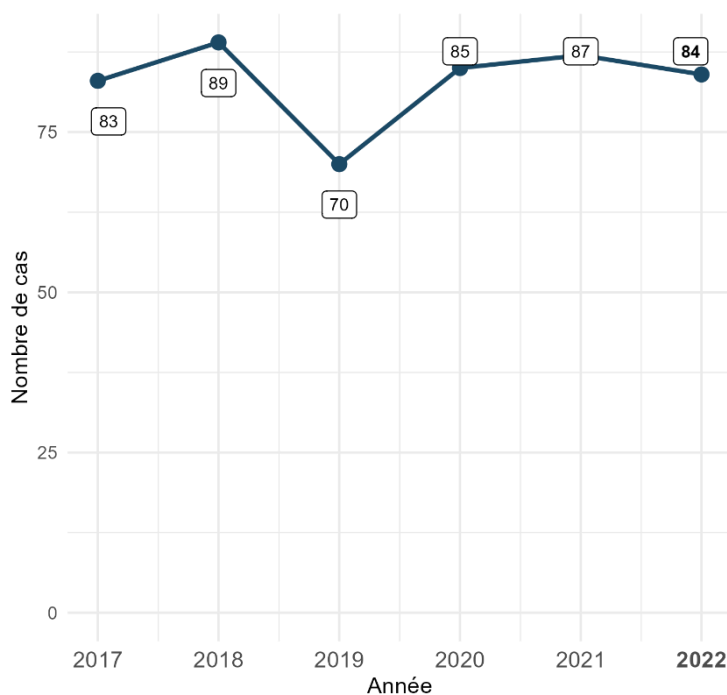


Figure 52- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 27– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00
[45-49] ans	1	8.32	0.04	0.04	[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.00
[50-54] ans	1	8.11	0.04	0.08	[50-54] ans	2	16.52	0.08	0.08
[55-59] ans	3	25.02	0.13	0.21	[55-59] ans	3	25.96	0.13	0.21
[60-64] ans	2	17.12	0.09	0.29	[60-64] ans	4	35.54	0.18	0.39
[65-69] ans	5	41.69	0.21	0.50	[65-69] ans	4	35.60	0.18	0.57
[70-74] ans	7	61.10	0.31	0.80	[70-74] ans	14	137.18	0.68	1.25
[75-79] ans	7	78.25	0.39	1.19	[75-79] ans	8	106.08	0.53	1.77
[80-84] ans	8	119.16	0.59	1.78	[80-84] ans	6	105.85	0.53	2.29
≥ 85 ans	5	60.96	0.30		≥ 85 ans	4	89.45	0.45	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Pancréas » sont inférieures à une personne sur 1000 chez les femmes comme chez les hommes.

Avant 75 ans, cela concernerait environ huit femmes sur 1000 (0,8%) et environ douze à treize hommes sur 1000 (1,25%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne environ 17 à 18 femmes sur 1000 (1,78%) et environ 22 à 23 hommes sur 1000 (2,29%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

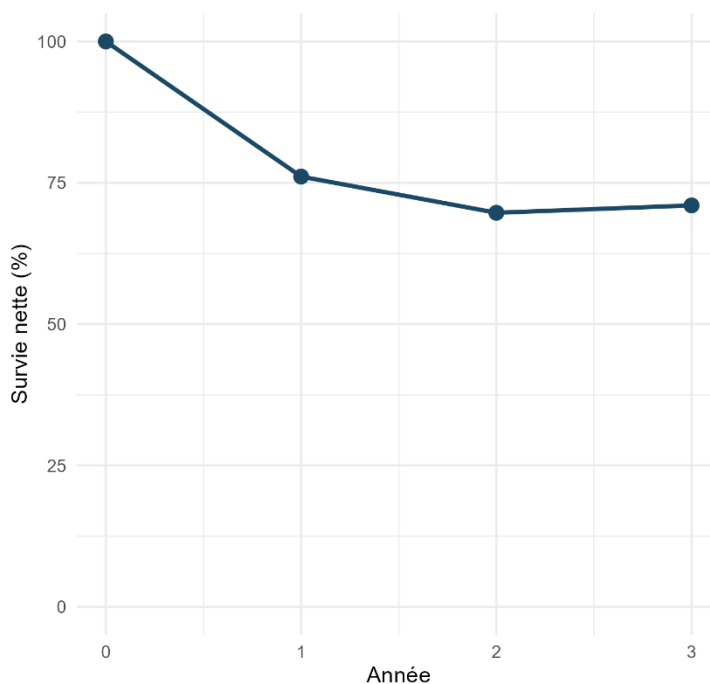
Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 28– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	73.8 %	97 %	76.1 %
2	65.5 %	93.9 %	69.7 %
3	64.3 %	90.6 %	71 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 71% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer du Pancréas d'environ 29%.

Entre l'année 2 et l'année 3 la survie observée n'a baissé que de 1,2% tandis que la survie attendue a baissé de 3,3%, c'est ce qui explique que la survie nette à trois ans soit supérieure à la survie nette à deux ans. Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie en Corse ou bien simplement à un hasard statistique.



Pancréas

Figure 53- Survie nette sur trois ans

Larynx

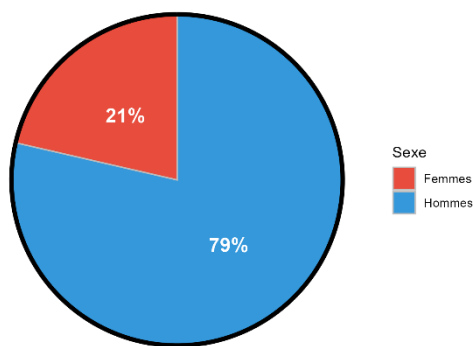
La localisation intitulée « Larynx » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C32 ».

Au cours de l'année 2022, cinq tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des quatorze cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 54- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 29- Incidence observée « Larynx » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	0
[35-39] ans	0
[40-44] ans	0
[45-49] ans	1
[50-54] ans	0
[55-59] ans	1
[60-64] ans	3
[65-69] ans	3
[70-74] ans	1
[75-79] ans	1
[80-84] ans	4
85 ans +	0
Tout âge	14

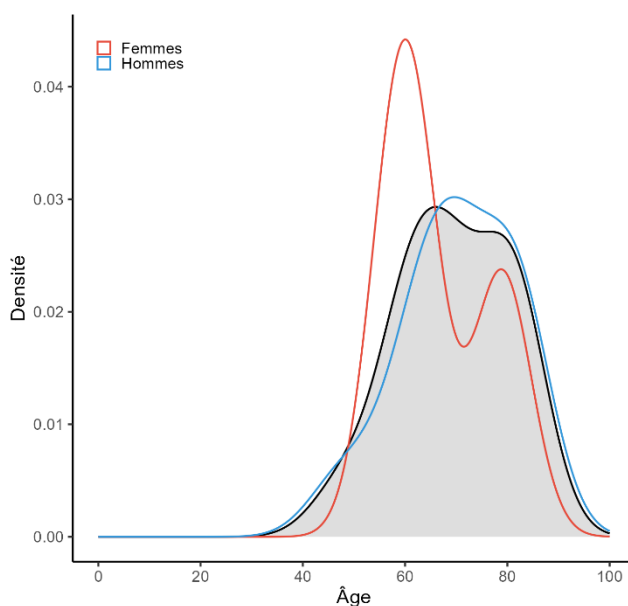


Figure 55- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

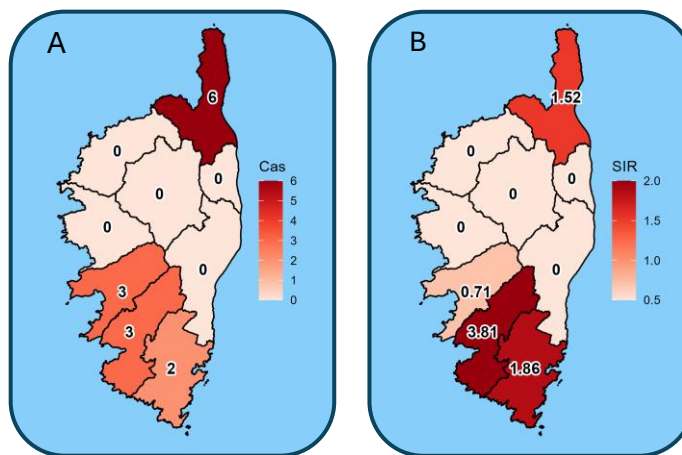
Incidences selon le lieu de résidence

Larynx

L'observation des incidences brutes révèle que le territoire où l'incidence est la plus élevée est le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont le territoire de Tarravo /Valinco /Sartenais et le Pays Bastiais.

Tableau 30– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	0	0
Centre Corse	0	0
Extrême Sud / Alta Rocca	2	0,53
Ouest Corse	0	0
Pays Ajaccien	3	0,71
Pays Bastiais	6	1,52
Pays de Balagne	0	0
Plaine orientale	0	0
Taravo/Valinco/Sartenais	3	3,81



Carte 8– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

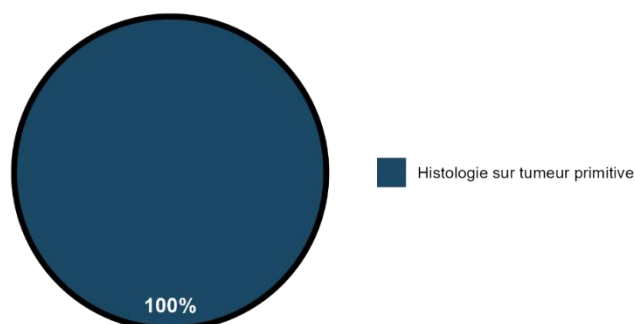
Le cancer du Larynx est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Tabac ; Alcool ; Tabac et Alcool associés ; Amiante : Produits bitumeux ; Acide sulfurique.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 100% des cas (soit n = 14) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.

Figure 56- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,5 sources. Le nombre de sources est de trois dans 50% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 14) et la source la plus rare était l'ACP (n = 8).

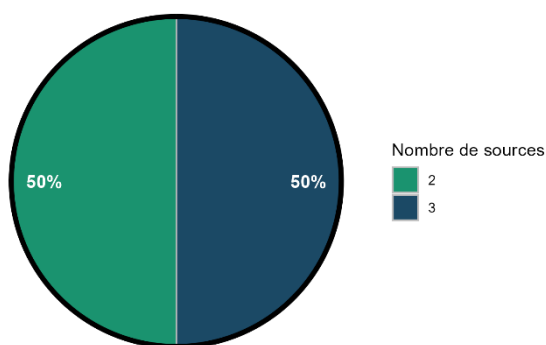


Figure 58- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

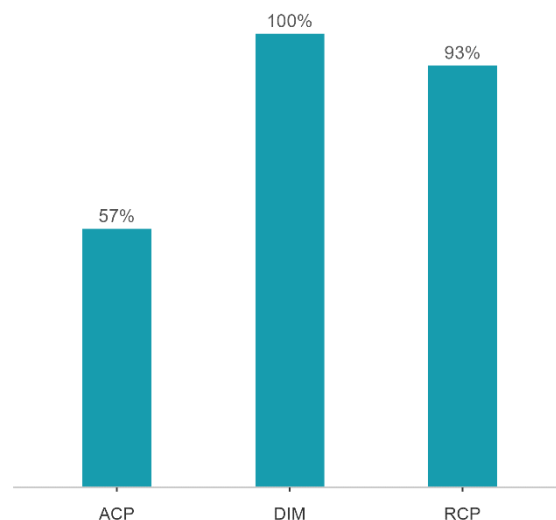


Figure 57- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années.

On remarque cependant une diminution du nombre de cas depuis un pic en 2020, cependant il faudrait continuer d'observer l'évolution du nombre de cas pour localisation avant de conclure qu'il y a une tendance à la baisse.

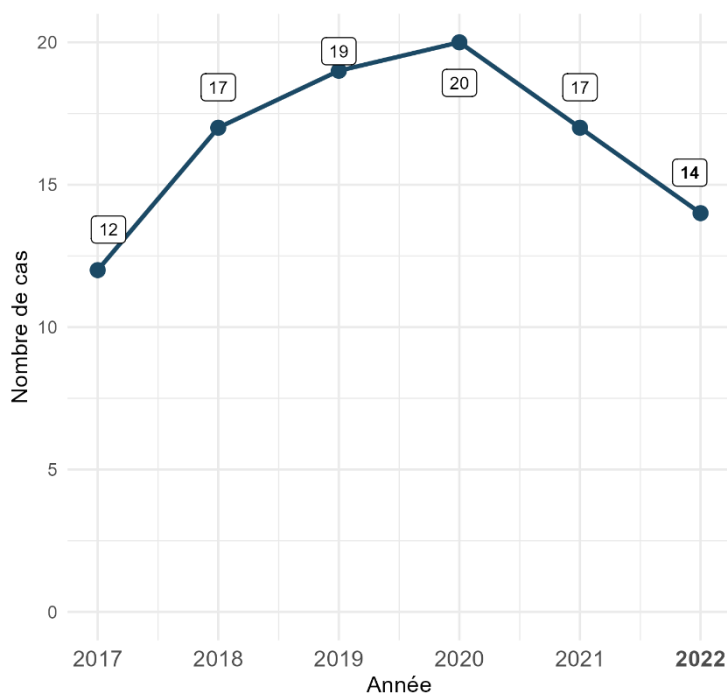


Figure 59- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 31– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00
[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.00	[45-49] ans	1	8.69	0.04	0.04
[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.00	[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.04
[55-59] ans	1	8.34	0.04	0.04	[55-59] ans	0	0.00	0.00	0.04
[60-64] ans	1	8.56	0.04	0.08	[60-64] ans	2	17.77	0.09	0.13
[65-69] ans	0	0.00	0.00	0.08	[65-69] ans	3	26.70	0.13	0.27
[70-74] ans	0	0.00	0.00	0.08	[70-74] ans	1	9.80	0.05	0.31
[75-79] ans	1	11.18	0.06	0.14	[75-79] ans	0	0.00	0.00	0.31
[80-84] ans	0	0.00	0.00	0.14	[80-84] ans	4	70.57	0.35	0.67
≥ 85 ans	0	0.00	0.00		≥ 85 ans	0	0.00	0.00	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Larynx » sont inférieures à une personne sur 1000 chez les femmes comme chez les hommes.

Avant 75 ans, cela concernerait trois hommes sur 1000 (0,31%) et toujours moins d'une femme sur 1000.

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concernerait environ six à sept hommes sur 1000 (0,67%) et environ une femme sur 1000 (0,14%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 32– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	71.4 %	97.4 %	73.3 %
2	71.4 %	94.7 %	75.5 %
3	64.3 %	91.7 %	70.1 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 70,1% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer du Larynx d'environ 29,9%.

Pour cette localisation, on remarque une importante diminution de la survie nette dès la première année. La chute rapide de la survie observée sur les trois ans (malgré une stagnation entre la première et la deuxième année qui entraîne une remontée artificielle de la survie nette) explique que la survie nette soit également en baisse constante puisque la survie attendue ne baissait que d'environ 2,8% par an en moyenne contre une baisse moyenne annuelle de 11,9% pour la survie observée.

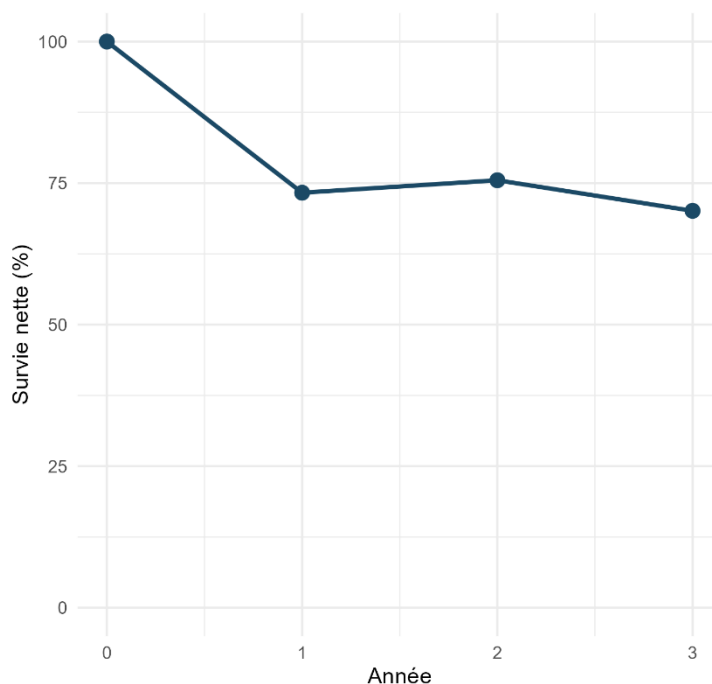


Figure 60- Survie nette sur trois ans

Poumon

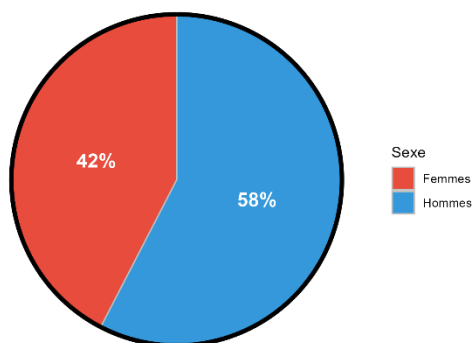
La localisation intitulée « Poumon » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C33 » ou « C34 ».

Au cours de l'année 2022, 135 tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, cinq tumeurs sont en attente d'une investigation dont l'une d'entre elle serait éligible. **Le taux de validité pour cette localisation est de 98,4%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 316 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 61- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 33- Incidence observée « Poumon » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	3
[35-39] ans	0
[40-44] ans	0
[45-49] ans	9
[50-54] ans	13
[55-59] ans	33
[60-64] ans	30
[65-69] ans	70
[70-74] ans	56
[75-79] ans	43
[80-84] ans	35
85 ans +	24
Tout âge	316

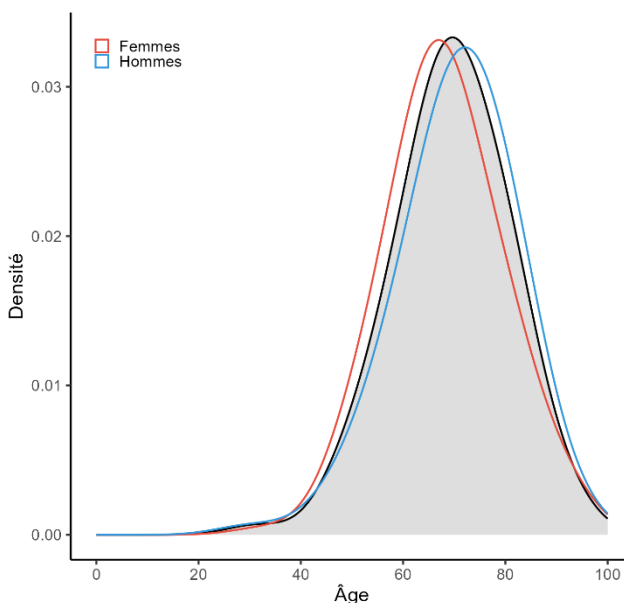


Figure 62- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

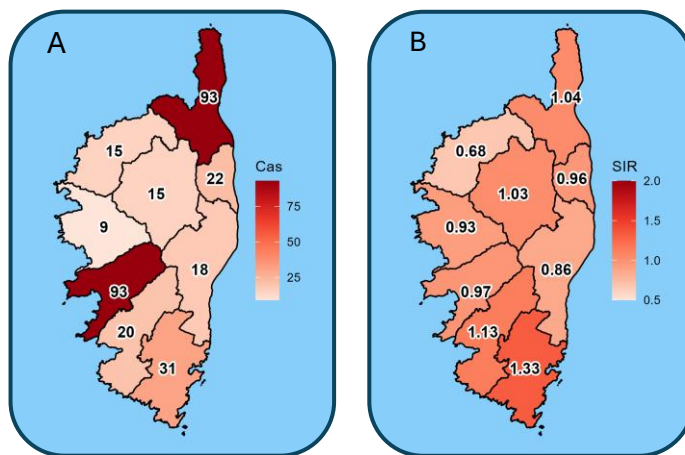
Incidences selon le lieu de résidence

Poumon

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien et le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que le territoire semblant présenter la plus grande sur-incidence est l'Extrême Sud /Alta Rocca et le pays de Balagne pour la sous-incidence.

Tableau 34– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	22	0,96
Centre Corse	15	1,03
Extrême Sud / Alta Rocca	31	1,33
Ouest Corse	9	0,93
Pays Ajaccien	93	0,97
Pays Bastiais	93	1,04
Pays de Balagne	15	0,68
Plaine orientale	18	0,86
Taravo/Valinco/Sartenais	20	1,13



Carte 9– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Le cancer du poumon est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Tabagisme actif et passif ; Radon ; Pollution de l'air extérieur ; Consommation d'opium ; Cannabis ; Amiante ; Arsenic ; Braies de goudron ; Béryllium ; Cadmium ; Composés du nickel ; Composés du chrome ; Combustion du charbon ; Poussière de silice cristalline ; Fonderie fer et acier ; Gaz d'échappement moteur diesel ; Fumées de soudage ; Plutonium ; Gaz moutarde ; Chimiothérapie combinée (vincristine-prednisone-moutarde azotée-procarbazine) ; Chlorométhylether ; faible consommation de fruits ; Mutations TP53 et T790M.

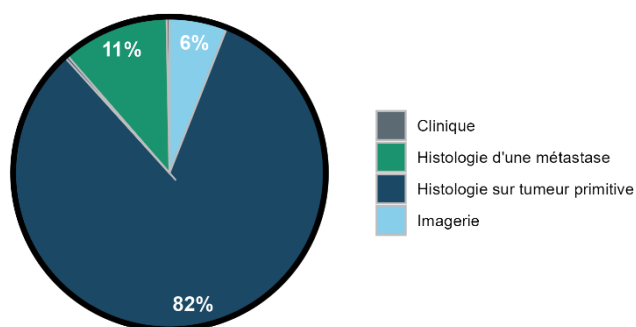
Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 93% des cas (soit n = 296) la base du diagnostic est une histologie (sur tumeur primitive ou sur métastase).

L'autre base diagnostique la plus fréquente est l'imagerie qui représente 6% des cas (n = 19), une autre base est la clinique (n = 1).

Figure 63- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

Poumon

En moyenne chaque tumeur est documentée par deux sources. Le nombre de sources est de trois dans 33% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 300) et la source la plus rare était la RCP (n = 139).

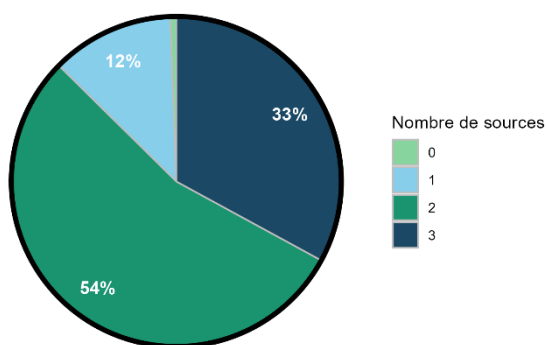


Figure 65- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

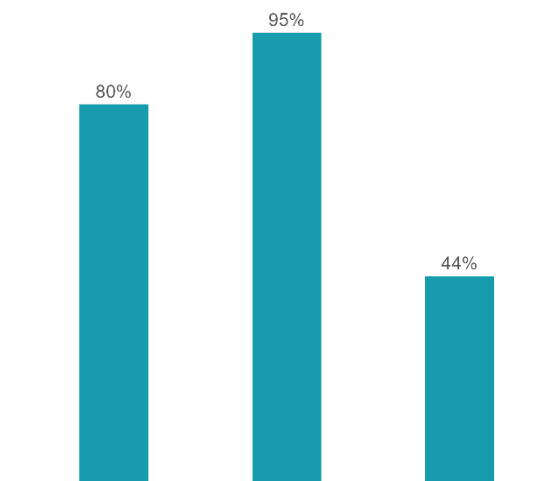


Figure 64- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes.

Aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation.

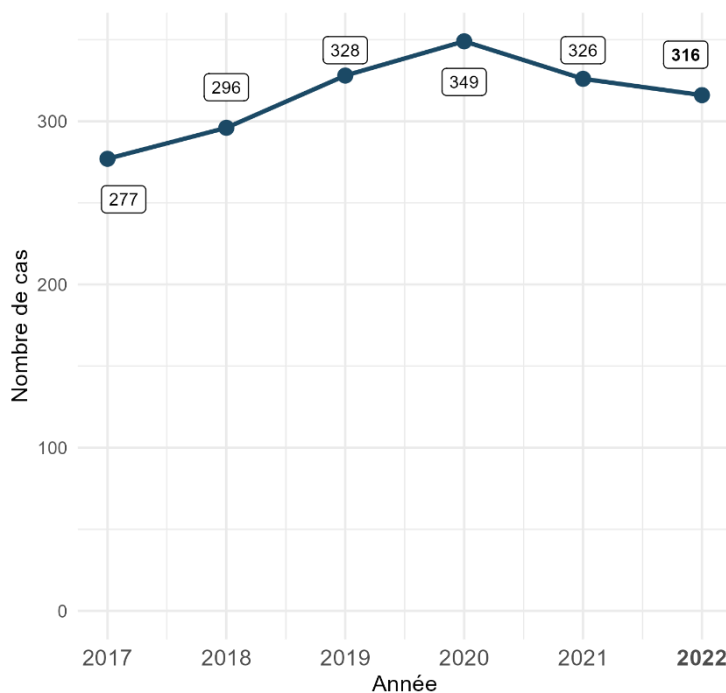


Figure 66- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 35– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	1	9.07	0.05	0.05	[30-34] ans	2	19.54	0.10	0.10
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.05	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.10
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.05	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.10
[45-49] ans	3	24.97	0.12	0.17	[45-49] ans	6	52.11	0.26	0.36
[50-54] ans	9	72.95	0.36	0.53	[50-54] ans	4	33.04	0.17	0.52
[55-59] ans	14	116.75	0.58	1.11	[55-59] ans	19	164.39	0.82	1.34
[60-64] ans	17	145.49	0.72	1.83	[60-64] ans	13	115.52	0.58	1.90
[65-69] ans	36	300.19	1.49	3.29	[65-69] ans	34	302.59	1.50	3.38
[70-74] ans	19	165.85	0.83	4.09	[70-74] ans	37	362.54	1.80	5.11
[75-79] ans	16	178.86	0.89	4.94	[75-79] ans	27	358.00	1.77	6.80
[80-84] ans	10	148.95	0.74	5.65	[80-84] ans	25	441.04	2.18	8.83
≥ 85 ans	9	109.73	0.55		≥ 85 ans	15	335.42	1.66	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Poumon » correspondraient à une à deux femmes sur 1000 (0,17%) et environ trois à quatre hommes sur 1000 (0,36%).

Avant 75 ans, cela représente environ 40 à 41 femmes sur 1000 (4,09%) et environ 51 hommes sur 1000 (5,11%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) environ 56 à 57 femmes sur 100 (5,65%) et environ 88 hommes sur 1000 (8,83%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 36– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	75.5 %	97.3 %	77.5 %
2	70.1 %	94.6 %	74.1 %
3	68.2 %	91.8 %	74.3 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 74,3% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer du poumon d'environ 25,7%.

On constate qu'il y a une baisse importante de la survie observée et de la survie nette dès la première année mais que la survie observée même si elle continue de diminuer va tout de même commencer à se stabiliser. On remarque également que la survie nette a légèrement augmentée entre la deuxième et la troisième année car malgré une diminution de la survie observée de 1,9%, cela n'équivaut pas à la diminution de 2,8% de la survie attendue.

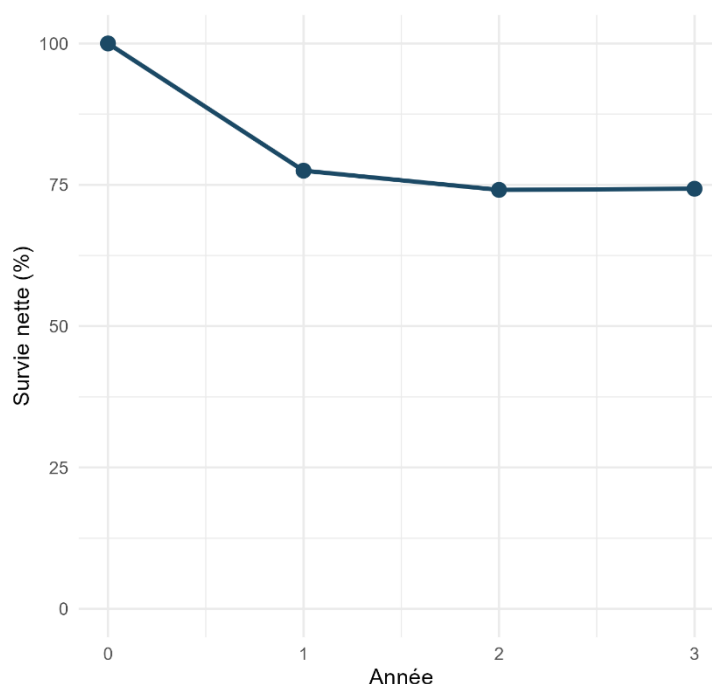


Figure 67- Survie nette sur trois ans

Le cancer du poumon est considéré comme une source de mortalité prématurée évitable. Plus précisément ce cancer rentre dans la catégorie de la mortalité évitable par prévention primaire, ce qui désigne les cancers dont la surmortalité pourrait être drastiquement réduite en s'intéressant aux facteurs de risques environnementaux et comportementaux. Dans le cas du poumon, le facteur ciblé est le tabagisme et la surmortalité observée de 25,7% sur trois ans ne fait que confirmer l'intérêt de la mise en place de mesures de Santé Publique dans le but de réduire le tabagisme afin de limiter l'apparition de ce cancer.

Mélanome de la peau

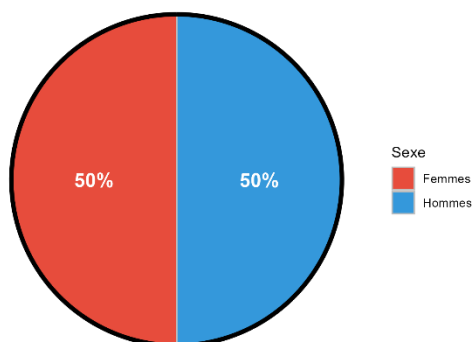
La localisation intitulée « Mélanome de la peau » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C44 » et les trois premiers caractères du code CIM-O3 morphologique est compris entre « 872 » et « 877 » ou est « 8780 ».

Au cours de l'année 2022, 21 tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, une tumeur est en attente d'une investigation. **Le taux de validité pour cette localisation est de 98,9%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 88 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 68- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 37- Incidence observée « Mélanome de la peau » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	1
[25-29] ans	0
[30-34] ans	5
[35-39] ans	4
[40-44] ans	5
[45-49] ans	2
[50-54] ans	6
[55-59] ans	11
[60-64] ans	10
[65-69] ans	13
[70-74] ans	15
[75-79] ans	5
[80-84] ans	7
85 ans +	4

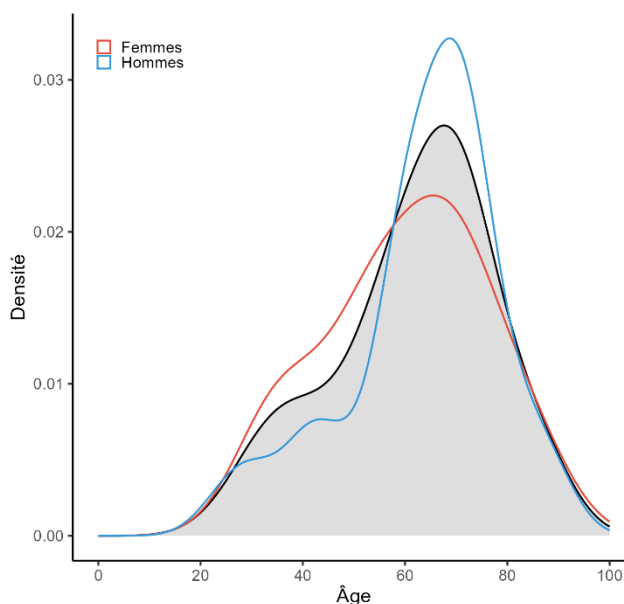


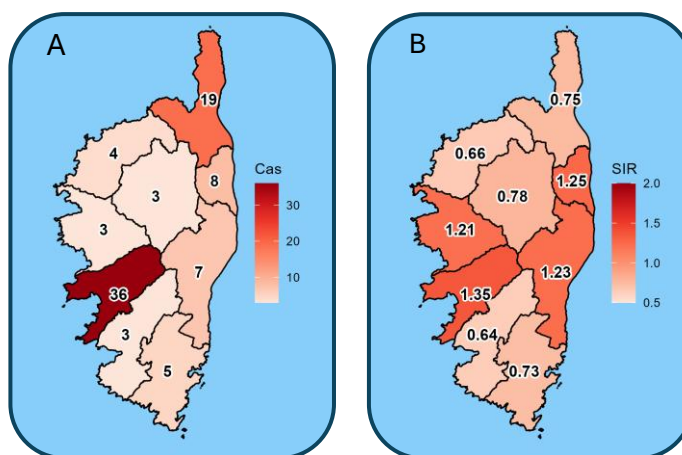
Figure 69- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

Incidences selon le lieu de résidence

L'observation des incidences brutes révèle que le territoire où l'incidence est la plus élevée est le Pays Ajaccien. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont le territoire de Taravo /Valinco /Sartenais et le Pays Bastiais.

Tableau 38– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	8	1,26
Centre Corse	3	0,78
Extrême Sud / Alta Rocca	5	0,73
Ouest Corse	3	1,21
Pays Ajaccien	36	1,35
Pays Bastiais	19	0,75
Pays de Balagne	4	0,66
Plaine orientale	7	1,23
Taravo/Valinco/Sartenais	3	0,64



Carte 10– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

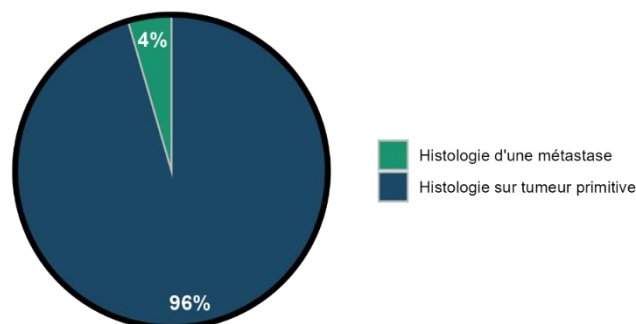
Le mélanome est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Rayons ultra-violets solaires ; Rayons ultra-violets artificiels des cabines et lampes de bronzage.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 100% des cas (soit n = 88) la base du diagnostic est une histologie (sur tumeur primitive ou sur métastase)

Figure 70- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 1,6 sources. Le nombre de sources est de trois dans 36% des cas. La source la plus fréquente était l'ACP (n = 69) et la source la plus rare était la RCP (n = 22).

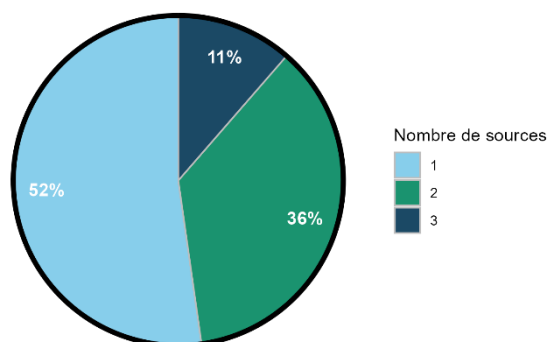


Figure 71- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

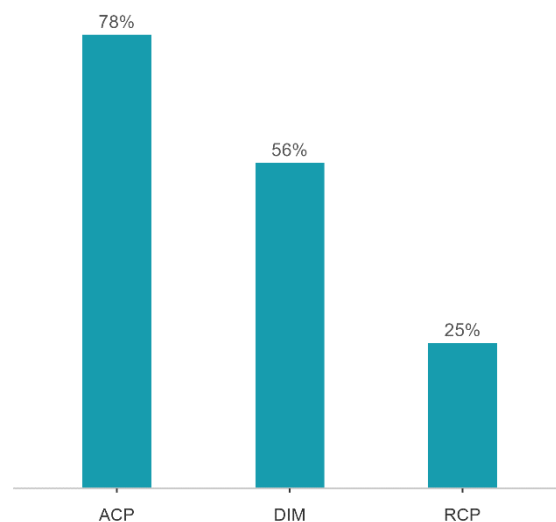


Figure 72- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 est le plus élevé depuis l'entrée en activité du registre. Cette soudaine augmentation ne semble pas être liée aux pratiques de codage du registre.

Il serait donc intéressant de continuer à surveiller l'évolution du nombre de cas pour cette localisation dans les années à venir.

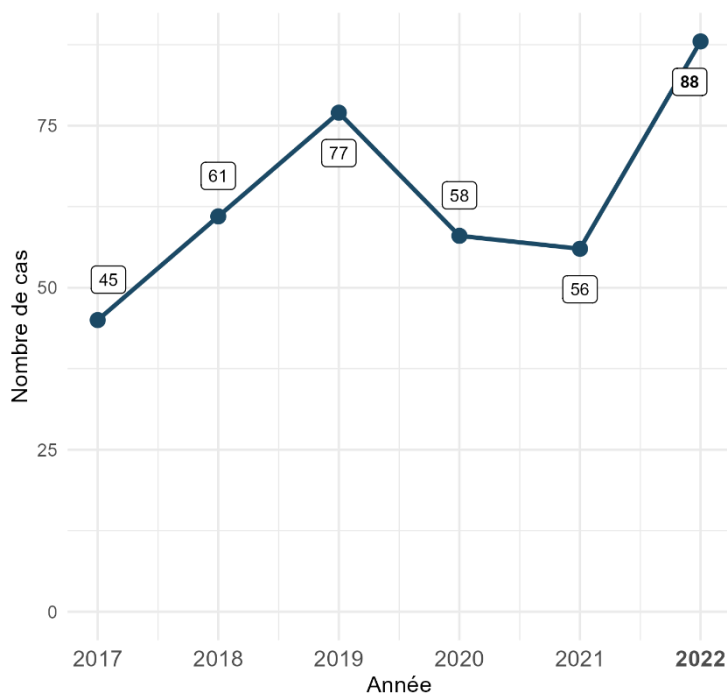


Figure 73- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 39– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	1	12.37	0.06	0.06
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.06
[30-34] ans	3	27.20	0.14	0.14	[30-34] ans	2	19.54	0.10	0.16
[35-39] ans	4	34.18	0.17	0.31	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.16
[40-44] ans	2	17.14	0.09	0.39	[40-44] ans	3	26.83	0.13	0.29
[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.39	[45-49] ans	2	17.37	0.09	0.38
[50-54] ans	6	48.63	0.24	0.63	[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.38
[55-59] ans	5	41.70	0.21	0.84	[55-59] ans	6	51.91	0.26	0.64
[60-64] ans	4	34.23	0.17	1.01	[60-64] ans	6	53.32	0.27	0.90
[65-69] ans	6	50.03	0.25	1.26	[65-69] ans	7	62.30	0.31	1.21
[70-74] ans	7	61.10	0.31	1.56	[70-74] ans	8	78.39	0.39	1.60
[75-79] ans	1	11.18	0.06	1.61	[75-79] ans	4	53.04	0.26	1.86
[80-84] ans	4	59.58	0.30	1.91	[80-84] ans	3	52.93	0.26	2.12
≥ 85 ans	2	24.38	0.12		≥ 85 ans	2	44.72	0.22	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Mélanome de la peau » concernent environ trois à quatre femmes sur 1000 (0,39%) et environ trois à quatre hommes sur 1000 (0,38%).

Avant 75 ans, cela concerne environ quinze à seize femmes sur 1000 (1,56%) et environ seize hommes sur 1000 (1,6%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne environ dix-neuf femmes sur 1000 (1,91%) et vingt hommes sur 1000 (2,12%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 40– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	98.9 %	98.3 %	100 %
2	98.9 %	96.6 %	100 %
3	98.9 %	94.7 %	100 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 100% ce qui signifie que la surmortalité estimée pour ce cancer est nulle.

On remarque que le rapport entre survie globale et survie attendue est supérieur à un, la survie nette a été plafonnée à 100%. Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie en Corse ou bien simplement à un hasard statistique.

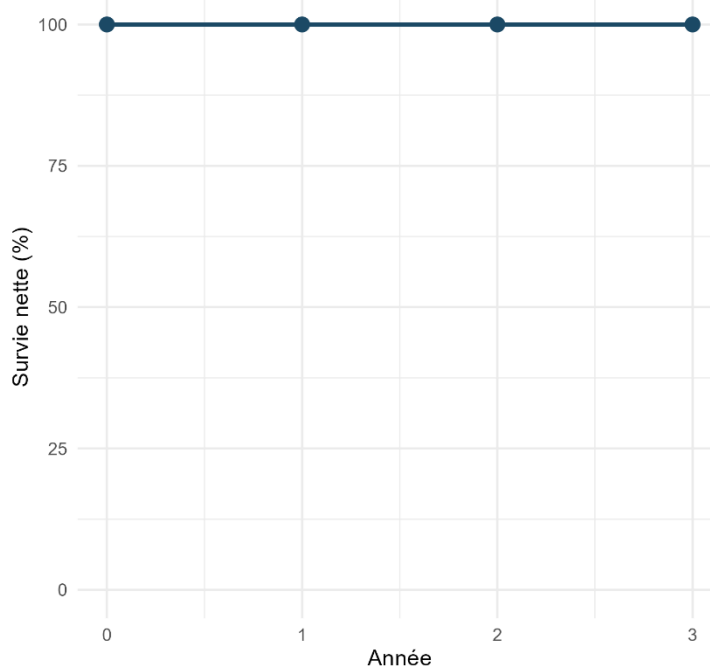


Figure 74- Survie nette sur trois ans

Les cancers correspondant à la localisation « Mélanome de la peau » sont considérés comme une source de mortalité prématurée évitable. Plus précisément ce cancer rentre dans la catégorie de la mortalité évitable par prévention primaire, ce qui désigne les cancers dont la surmortalité pourrait être drastiquement réduite en s'intéressant aux facteurs de risques environnementaux et comportementaux. Pour la localisation « Mélanome de la peau » Le principal facteur de risque considéré est l'exposition aux UV. Il est important de noter que l'absence de surmortalité ne doit pas être interprétée comme la preuve qu'il n'est pas nécessaire de mettre en place de politiques de Santé Publique pour lutter contre l'apparition de ce cancer.

Sein

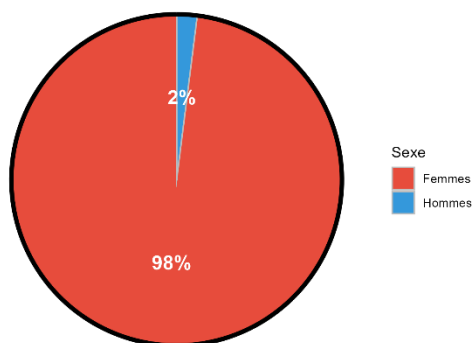
La localisation intitulée « Sein » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C50 ».

Au cours de l'année 2022, 50 tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, deux tumeurs sont en attente d'investigation et sont toutes deux éligibles. **Le taux de validité pour cette localisation est de 99,4%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 351 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 75- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 41- Incidence observée « Sein » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	5
[35-39] ans	4
[40-44] ans	20
[45-49] ans	28
[50-54] ans	34
[55-59] ans	39
[60-64] ans	47
[65-69] ans	36
[70-74] ans	48
[75-79] ans	31
[80-84] ans	26
85 ans +	33
Tout âge	351

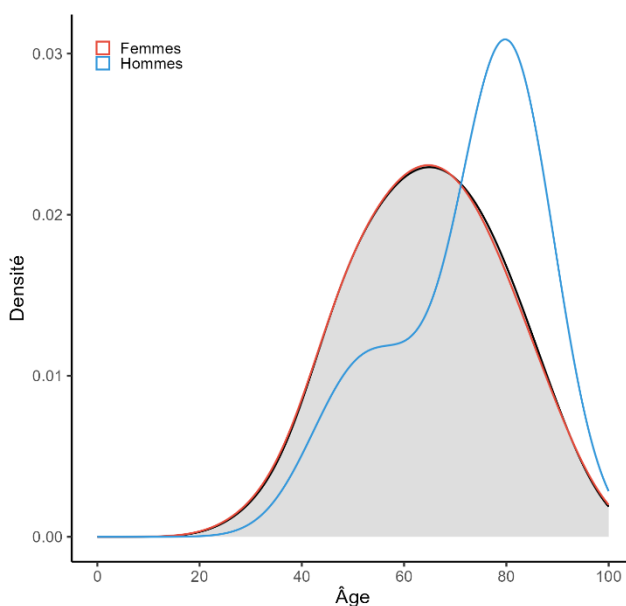


Figure 76- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

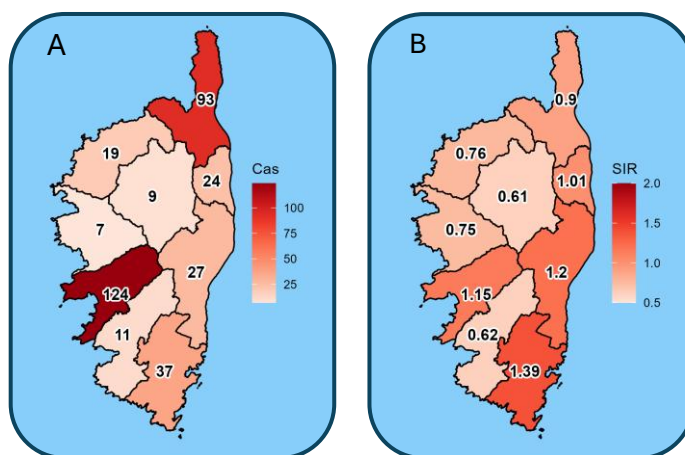
Incidences selon le lieu de résidence

Sein

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien et le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés que l'Extrême Sud / Alta Rocca semble avoir la plus grosse sur-incidence, à l'opposé le Centre Corse et le Taravo/ Valinco/ Sartenais présenteraient la plus grosse sous-incidence.

Tableau 42– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	24	1,01
Centre Corse	9	0,61
Extrême Sud / Alta Rocca	37	1,39
Ouest Corse	7	0,75
Pays Ajaccien	124	1,15
Pays Bastiais	93	0,90
Pays de Balagne	19	0,76
Plaine orientale	27	1,20
Taravo/Valinco/Sartenais	11	0,62



Carte 11– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

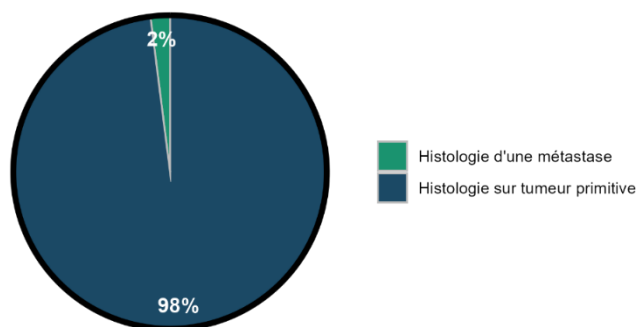
Le cancer du sein est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Histoire familiale de cancer du sein ; Maladies du sein ; Contraceptions oestro-progestative ; Traitement hormonal de la ménopause, Diéthylstilboestrol ; Alcool ; Surpoids et obésité ; Rayonnements ionisants.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 100% des cas (soit n = 351) la base du diagnostic est une histologie (sur tumeur primitive ou sur métastase).

Figure 77- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

Sein

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,4 sources. Le nombre de sources est de trois dans 56% des cas. La source la plus fréquente était l'ACP (n = 343) et la source la plus rare était la RCP (n = 255).

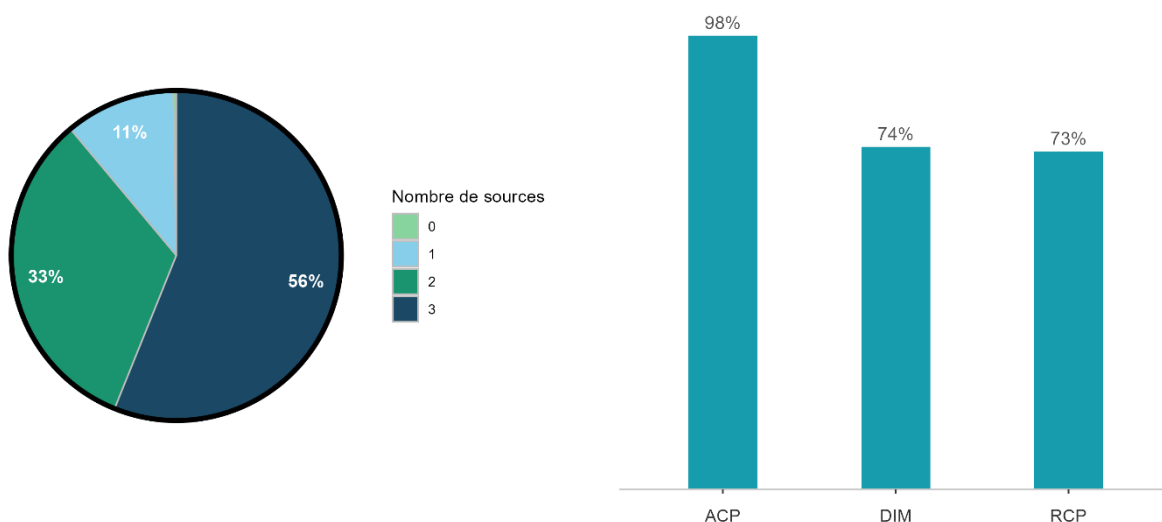


Figure 79- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

Figure 78- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes.

Malgré une augmentation du nombre de cas recensés annuellement depuis 2020 il est difficile de dire qu'on observe une tendance à la hausse car l'année 2020 avait eu un faible nombre de cas recensés probablement en raison de la pandémie de Covid-19.

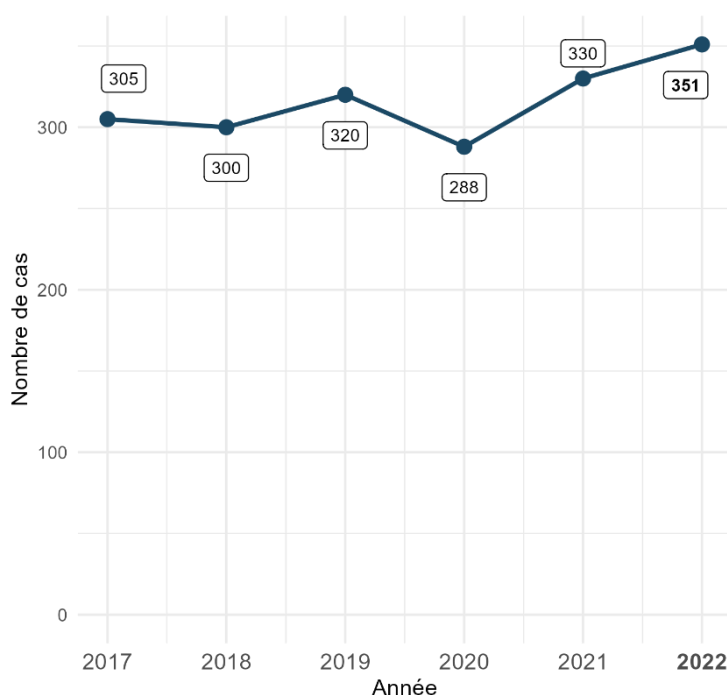


Figure 80- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 43– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	5	45.34	0.23	0.23	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00
[35-39] ans	4	34.18	0.17	0.40	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00
[40-44] ans	20	171.38	0.85	1.25	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00
[45-49] ans	27	224.77	1.12	2.35	[45-49] ans	1	8.69	0.04	0.04
[50-54] ans	34	275.60	1.37	3.69	[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.04
[55-59] ans	38	316.89	1.57	5.20	[55-59] ans	1	8.65	0.04	0.09
[60-64] ans	47	402.24	1.99	7.09	[60-64] ans	0	0.00	0.00	0.09
[65-69] ans	36	300.19	1.49	8.47	[65-69] ans	0	0.00	0.00	0.09
[70-74] ans	47	410.26	2.03	10.33	[70-74] ans	1	9.80	0.05	0.14
[75-79] ans	31	346.54	1.72	11.87	[75-79] ans	0	0.00	0.00	0.14
[80-84] ans	22	327.69	1.63	13.30	[80-84] ans	4	70.57	0.35	0.49
≥ 85 ans	33	402.35	1.99		≥ 85 ans	0	0.00	0.00	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Sein » concernent environ 23 à 24 femmes sur 1000 (2,35%) et moins d'un homme sur 1000.

Avant 75 ans, cela concernera environ 103 femmes sur 1000 (10,33%) et environ un homme sur 1000 (0,14%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concernera environ 133 femmes sur 1000 (13,3%) et environ quatre hommes sur 1000 (0,49%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 44– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	98 %	98.2 %	99.7 %
2	97.1 %	96.4 %	100 %
3	96.5 %	94.5 %	100 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 100% ce qui signifie que la surmortalité estimée pour ce cancer est nulle.

Entre l'année 1 et l'année 2 on remarque une remontée artificielle de la survie nette liée à une diminution de la survie attendue (1,8%) plus importante que celle de la survie observée (0,9%). Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie en Corse ou bien simplement à un hasard statistique. Dans le cas du cancer du sein, cela pourrait également correspondre au biais du dépisté sain.

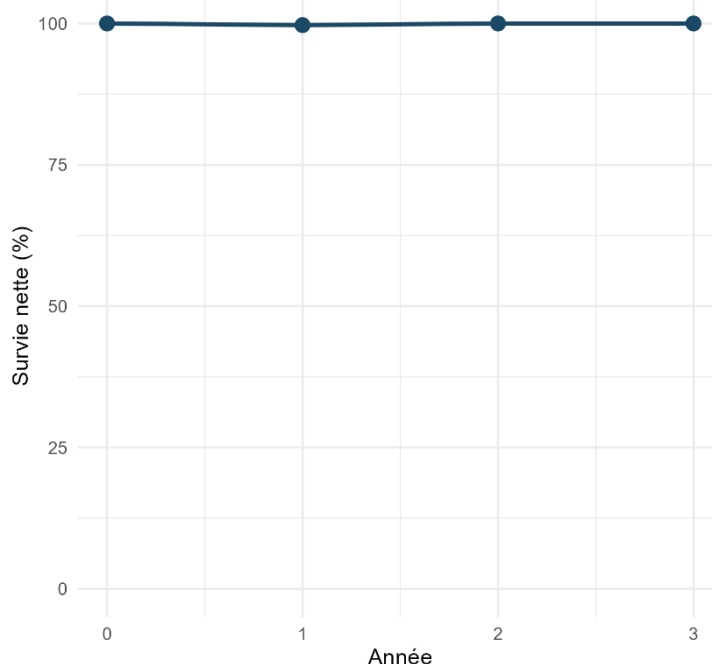


Figure 81- Survie nette sur 3 ans

Le cancer du sein est considéré comme une source de mortalité prématurée évitable. Plus précisément ce cancer rentre dans la catégorie de la mortalité évitable par le système de soins, et ce, via un dépistage organisé. Cela désigne les cancers qui devraient causer peu de décès en raison des performances actuelles du système de santé si le patient consulte à temps (parfois « mortalité traitable »). Pour le cancer du sein, le dépistage via une mammographie est considéré comme la norme afin d'établir un diagnostic précoce. L'absence de surmortalité à trois ans semblerait être l'indicateur d'un dépistage efficace en Corse, ce qui pourrait également expliquer le biais du dépisté sain mentionné précédemment (à savoir que les personnes se faisant dépister ne représentent pas la population générale car elles sont moins exposées à des facteurs d'exposition comme le tabagisme et ont un meilleur accès aux soins que la moyenne).

Col de l'utérus

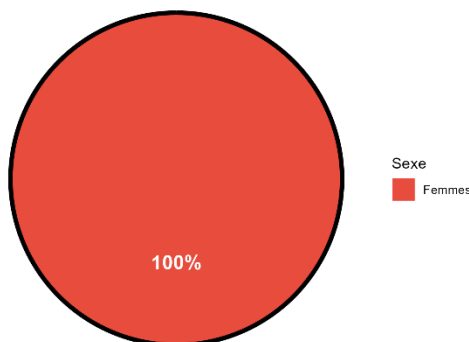
La localisation intitulée « Col de l'utérus » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C53 ».

Au cours de l'année 2022, trois tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 22 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022. Sans surprise on remarque que ce cancer ne touche que les femmes.

Figure 82- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 45- Incidence observée « Col de l'utérus » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	2
[35-39] ans	2
[40-44] ans	0
[45-49] ans	2
[50-54] ans	3
[55-59] ans	3
[60-64] ans	1
[65-69] ans	4
[70-74] ans	1
[75-79] ans	3
[80-84] ans	0
85 ans +	1
Tout âge	22

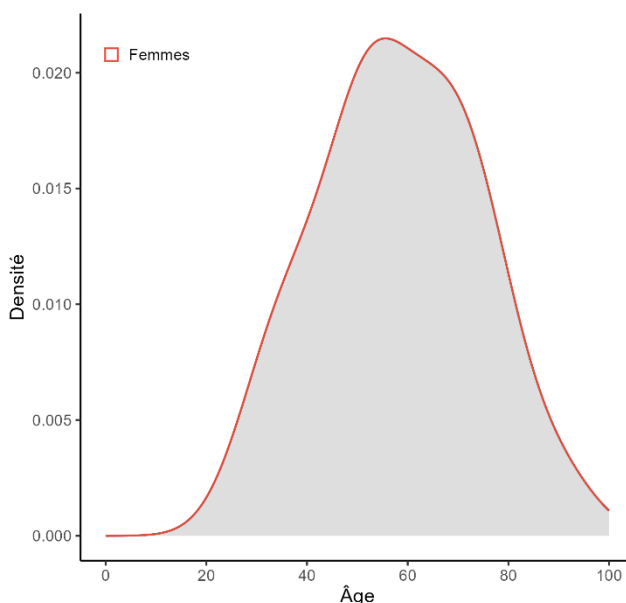


Figure 83- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

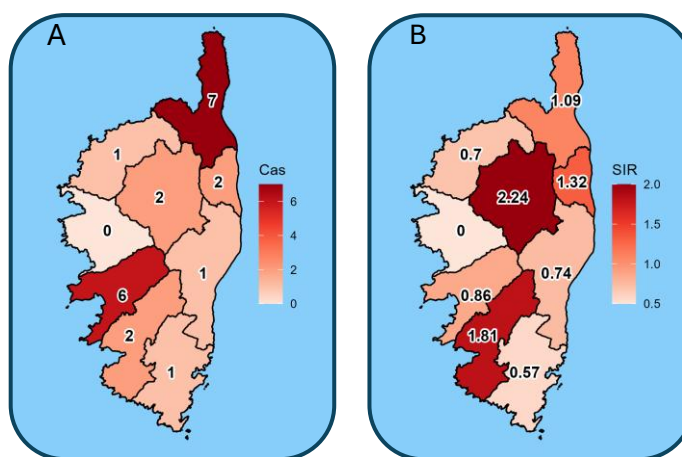
Incidences selon le lieu de résidence

Col de l'utérus

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien et le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires présentant la plus grosse sur-incidence sont le Centre Corse et le Taravo /Valinco /Sartenais. De son côté l'Extrême Sud /Alta Rocca est le territoire qui semble présenter la plus grosse sous-incidence.

Tableau 46– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	2	1,32
Centre Corse	2	2,24
Extrême Sud / Alta Rocca	1	0,57
Ouest Corse	0	0
Pays Ajaccien	6	0,86
Pays Bastiais	7	1,09
Pays de Balagne	1	0,7
Plaine orientale	1	0,74
Taravo/Valinco/Sartenais	2	1,81



Carte 12– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

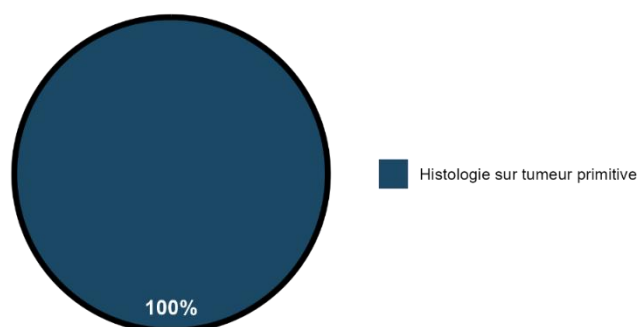
Le cancer du col de l'utérus est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Papillomavirus humain ; Virus de l'immunodéficience humaine ; Tabac.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 100% des cas (soit n = 22) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.

Figure 84- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

Col de l'utérus

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,6 sources. Le nombre de sources est de trois dans 59% des cas. La source la plus fréquente était l'ACP (n = 21) et les sources les plus rares étaient la RCP et la DIM.

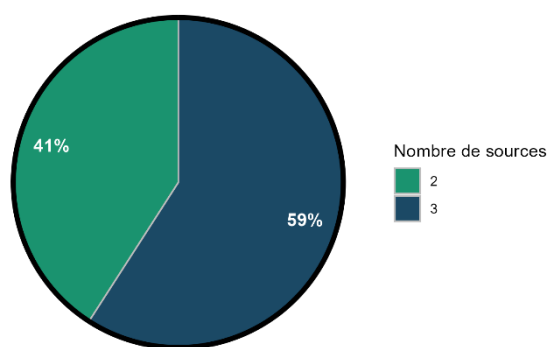


Figure 85- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

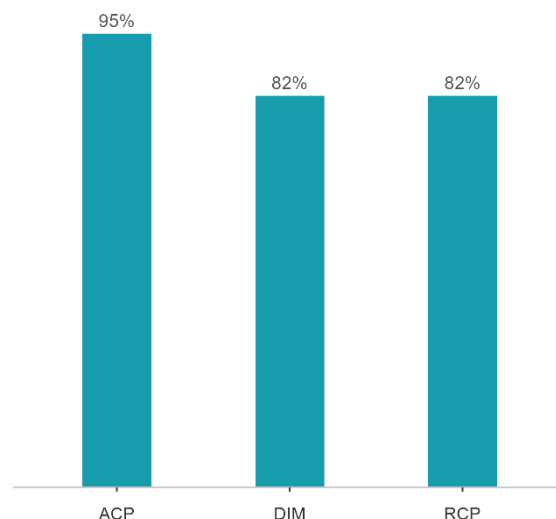


Figure 86- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 égale le plus grand nombre de tumeurs recensées en une année depuis l'entrée en activité du registre.

Aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation puisque la variation de l'année 2022 pourrait être due au hasard.

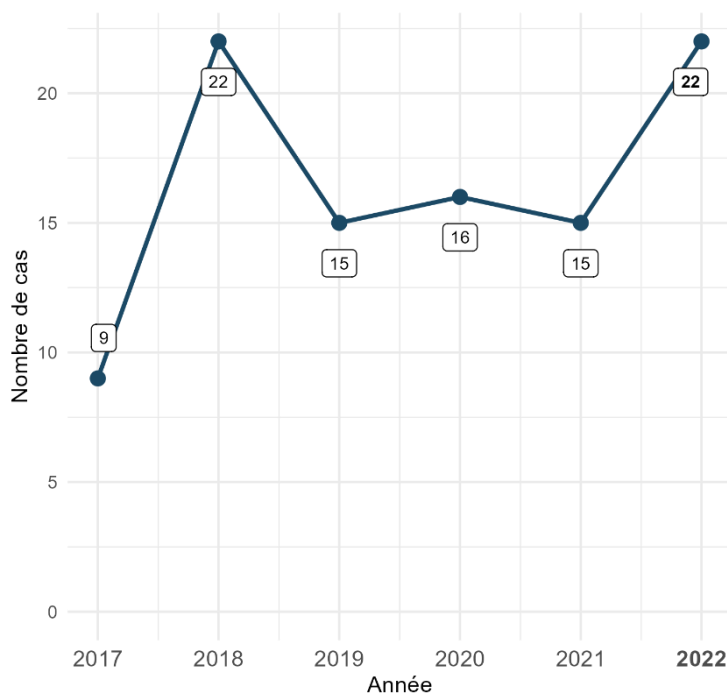


Figure 87- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 47– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	/	/	/	/
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	/	/	/	/
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	/	/	/	/
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	/	/	/	/
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	/	/	/	/
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	/	/	/	/
[30-34] ans	2	18.13	0.09	0.09	[30-34] ans	/	/	/	/
[35-39] ans	2	17.09	0.09	0.18	[35-39] ans	/	/	/	/
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.18	[40-44] ans	/	/	/	/
[45-49] ans	2	16.65	0.08	0.26	[45-49] ans	/	/	/	/
[50-54] ans	3	24.32	0.12	0.38	[50-54] ans	/	/	/	/
[55-59] ans	3	25.02	0.13	0.50	[55-59] ans	/	/	/	/
[60-64] ans	1	8.56	0.04	0.55	[60-64] ans	/	/	/	/
[65-69] ans	4	33.35	0.17	0.71	[65-69] ans	/	/	/	/
[70-74] ans	1	8.73	0.04	0.76	[70-74] ans	/	/	/	/
[75-79] ans	3	33.54	0.17	0.92	[75-79] ans	/	/	/	/
[80-84] ans	0	0.00	0.00	0.92	[80-84] ans	/	/	/	/
≥ 85 ans	1	12.19	0.06		≥ 85 ans	/	/	/	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Col de l'utérus » sont inférieures à deux à trois femmes sur 1000 (0,26%).

Avant 75 ans, cela reste concerne sept à huit femmes sur 1000 (0,76%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne environ neuf femmes sur 1000 (0,92%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 48– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	81.8 %	98.9 %	82.7 %
2	72.7 %	97.8 %	74.4 %
3	72.7 %	96.6 %	75.3 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 75,3% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer du col de l'utérus d'environ 24,7%.

Entre l'année 2 et l'année 3 la survie observée n'a pas baissé tandis que la survie attendue a baissé de 1,2%, c'est ce qui explique que la survie nette à trois ans soit supérieure à la survie nette à deux ans. Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie en Corse ou bien simplement à un hasard statistique.

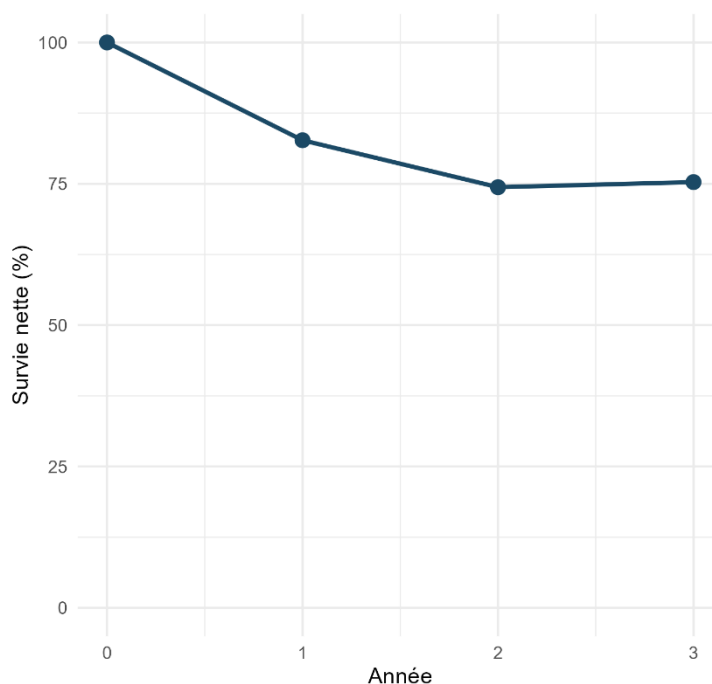


Figure 88- Survie nette sur 3 an0s

Le cancer du col de l'utérus est considéré comme une source de mortalité prématurée évitable. Ce cancer rentre à la fois dans la catégorie de la mortalité évitable par prévention primaire et dans la catégorie de la mortalité évitable par le système de soins. Le cancer du col de l'utérus est considéré comme évitable par prévention primaire en raison de la prévention mise en place via la vaccination contre le papillomavirus (HPV) et il est considéré comme évitable par prévention primaire car il est détectable via des frottis cervico-utérins. La surmortalité de 24,7 % pour les cancers de l'utérus devrait être un argument en la faveur du renforcement des politiques de Santé Publique en matière de prévention tant primaire que secondaire.

Corps de l'utérus

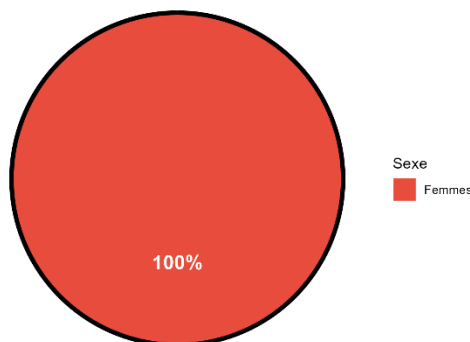
La localisation intitulée « Corps de l'utérus » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C54 ».

Au cours de l'année 2022, deux tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 46 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022. Sans surprise on remarque que ce cancer ne touche que les femmes.

Figure 89- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 49- Incidence observée « Corps de l'utérus » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	0
[35-39] ans	0
[40-44] ans	0
[45-49] ans	0
[50-54] ans	5
[55-59] ans	9
[60-64] ans	6
[65-69] ans	4
[70-74] ans	4
[75-79] ans	14
[80-84] ans	2
85 ans +	2
Tout âge	46

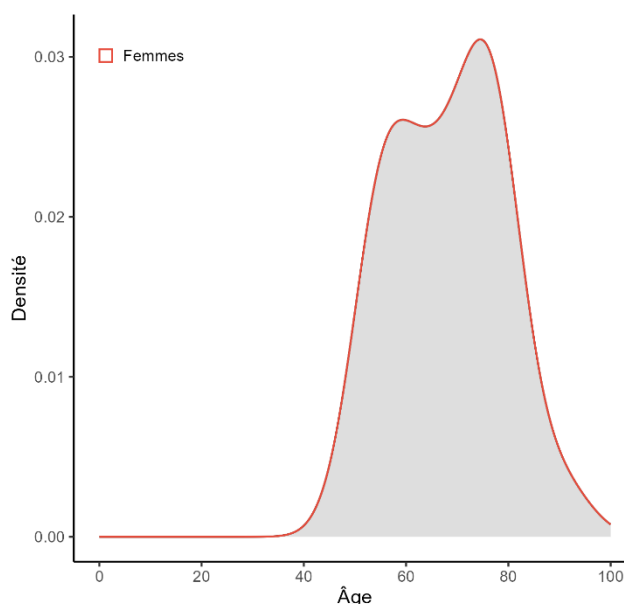


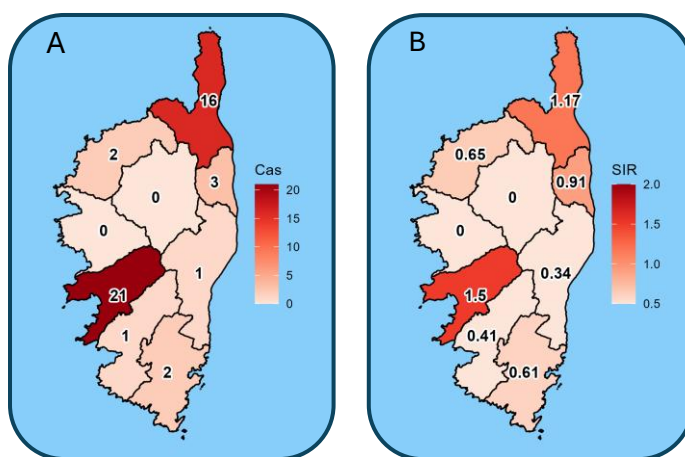
Figure 90- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

Incidences selon le lieu de résidence

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien et le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que le territoire semblant présenter la plus grande sur-incidence est le Pays Ajaccien tandis que la Plaine Orientale semble présenter la plus grande sous-incidence.

Tableau 50– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	3	0,91
Centre Corse	0	0
Extrême Sud / Alta Rocca	2	0,61
Ouest Corse	0	0
Pays Ajaccien	21	1,5
Pays Bastiais	16	1,17
Pays de Balagne	2	0,65
Plaine orientale	1	0,34
Taravo/Valinco/Sartenais	1	0,41



Carte 13– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

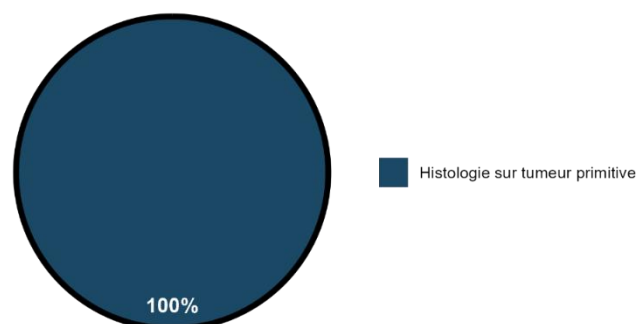
Le cancer du corps de l'utérus est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : histoire familiale de cancer de l'endométrie ; Traitement hormonal de la ménopause ; Tamoxifène ; Surpoids et obésité ; Diabète.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 100% des cas (soit n = 46) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.

Figure 91- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,8 sources. Le nombre de sources est de trois dans 78% des cas. La source la plus fréquente était le DIM et l'ACP et la source la plus rare était la RCP (n = 39).

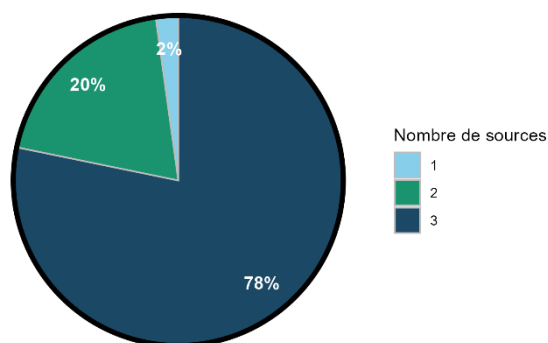


Figure 93- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

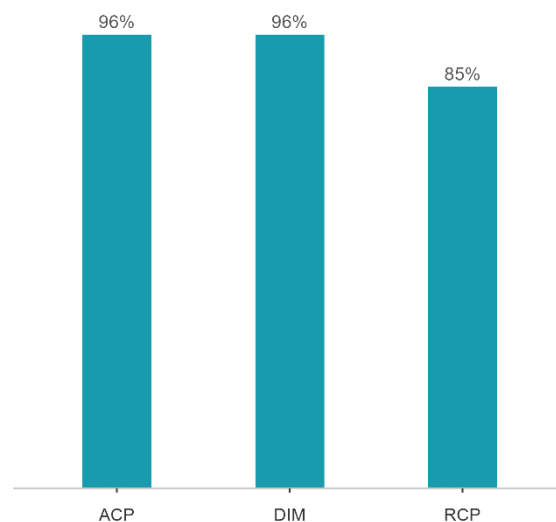


Figure 92- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 est le plus élevé qui ait été enregistré par le registre depuis son entrée en activité.

On remarque que le nombre de cas recensés semble avoir augmenté annuellement depuis 2019, il serait intéressant de continuer à observer l'évolution du nombre de cas pour cette localisation.

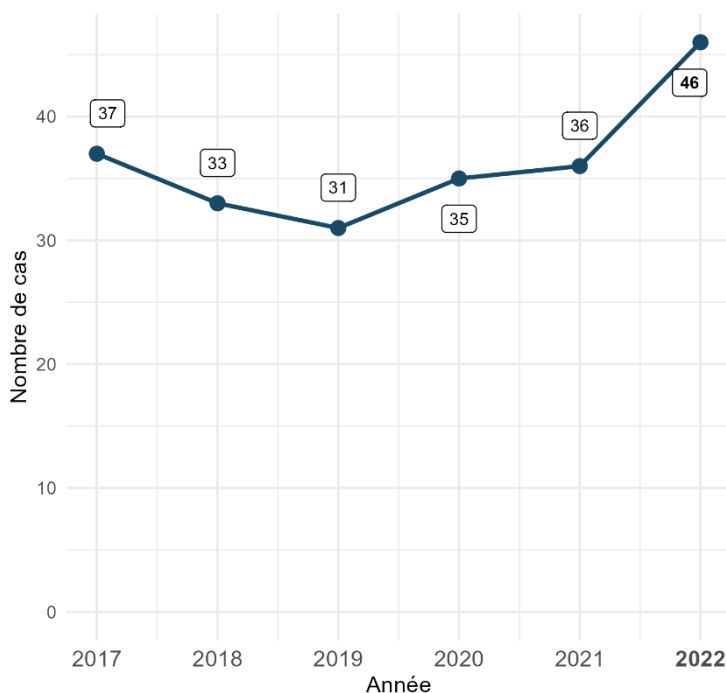


Figure 94- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 51– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	/	/	/	/
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	/	/	/	/
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	/	/	/	/
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	/	/	/	/
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	/	/	/	/
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	/	/	/	/
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00	[30-34] ans	/	/	/	/
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00	[35-39] ans	/	/	/	/
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00	[40-44] ans	/	/	/	/
[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.00	[45-49] ans	/	/	/	/
[50-54] ans	5	40.53	0.20	0.20	[50-54] ans	/	/	/	/
[55-59] ans	9	75.05	0.37	0.58	[55-59] ans	/	/	/	/
[60-64] ans	6	51.35	0.26	0.83	[60-64] ans	/	/	/	/
[65-69] ans	4	33.35	0.17	1.00	[65-69] ans	/	/	/	/
[70-74] ans	4	34.92	0.17	1.17	[70-74] ans	/	/	/	/
[75-79] ans	14	156.50	0.78	1.94	[75-79] ans	/	/	/	/
[80-84] ans	2	29.79	0.15	2.09	[80-84] ans	/	/	/	/
≥ 85 ans	2	24.38	0.12		≥ 85 ans	/	/	/	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Corps de l'utérus » sont inférieures à une femme sur 1000.

Avant 75 ans, cela concernera environ onze à douze femmes sur 1000 (1,17%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concernera environ 20 à 21 femmes sur 1000 (2,09%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 52– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	93.5 %	98.4 %	95 %
2	91.3 %	96.7 %	94.4 %
3	89.1 %	95 %	93.9 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 93,9% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer du corps de l'utérus d'environ 6,1%.

La survie observée a surtout diminué au cours de la première année puis a connu des baisses moins significatives les autres années. Cela se reflète dans la survie nette qui connaît une évolution similaire à la survie observée.

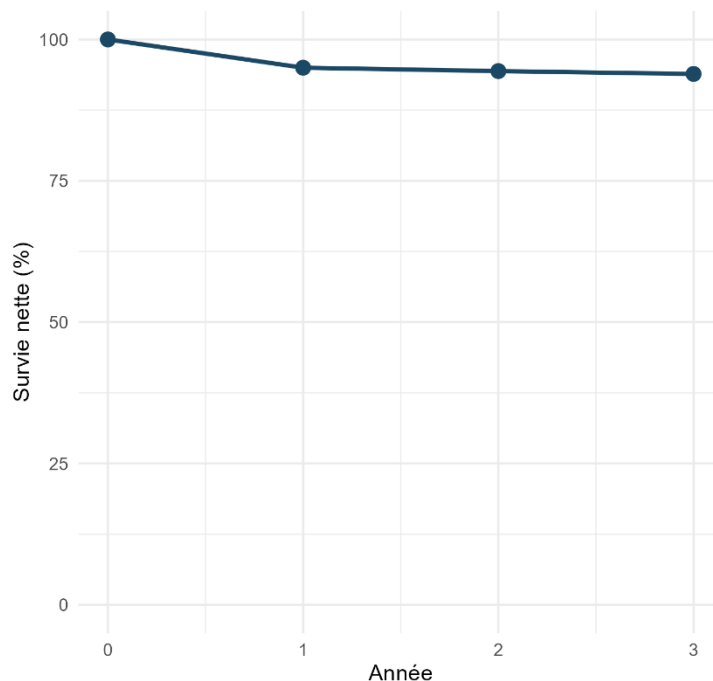


Figure 95- Survie nette sur trois ans

Ovaire

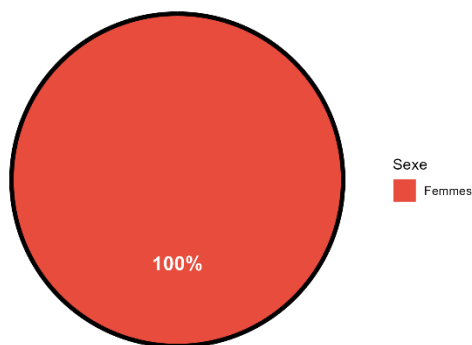
La localisation intitulée « Ovaire » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C56 » ou compris entre « C570 » et « C574 » dont le code CIM-O3 morphologique n'est pas égal à « 8442 », « 8451 », « 8461 », « 8462 », « 8472 » ou « 8473 ».

Au cours de l'année 2022, sept tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, une tumeur est en attente d'une investigation et est éligible. **Le taux de validité pour cette localisation est de 95,8%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 23 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022. Sans surprise on remarque que ce cancer ne touche que les femmes.

Figure 96- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 53- Incidence observée « Ovaire » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	0
[35-39] ans	0
[40-44] ans	2
[45-49] ans	1
[50-54] ans	2
[55-59] ans	2
[60-64] ans	5
[65-69] ans	4
[70-74] ans	3
[75-79] ans	1
[80-84] ans	0
85 ans +	3
Tout âge	23

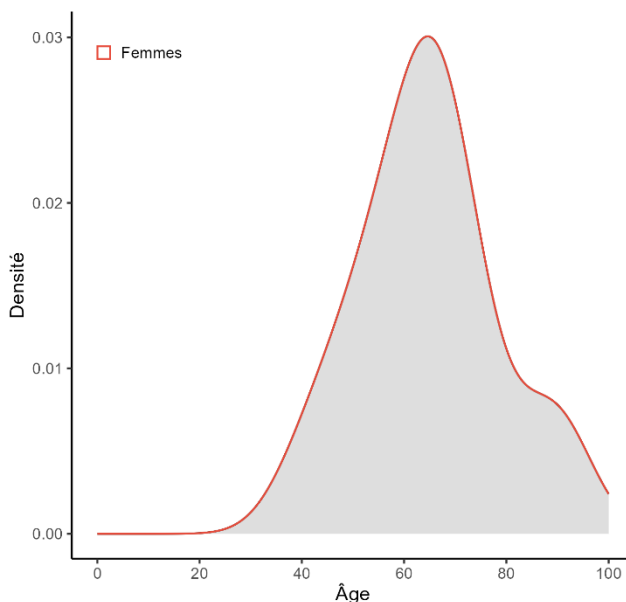


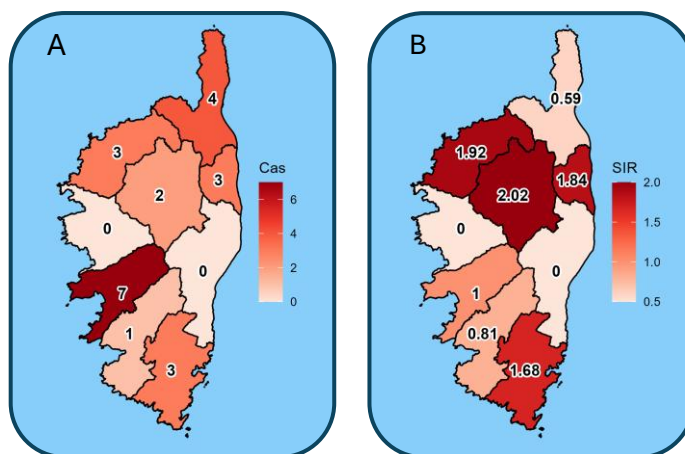
Figure 97- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

Incidences selon le lieu de résidence

L'observation des incidences brutes révèle que le territoire où l'incidence est la plus élevée est le Pays Ajaccien. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont le Centre Corse et le Pays de Balagne tandis que le Pays Bastiais semble présenter une sous-incidence.

Tableau 54– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	3	1,84
Centre Corse	2	2,02
Extrême Sud / Alta Rocca	3	1,68
Ouest Corse	0	0
Pays Ajaccien	7	1
Pays Bastiais	4	0,59
Pays de Balagne	3	1,92
Plaine orientale	0	0
Taravo/Valinco/Sartenais	1	0,81



Carte 14– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Le cancer de l'ovaire est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Histoire familiale de cancer du sein et/ou de l'ovaire ; Traitement hormonal de la ménopause ; Tabac ; Amiante.

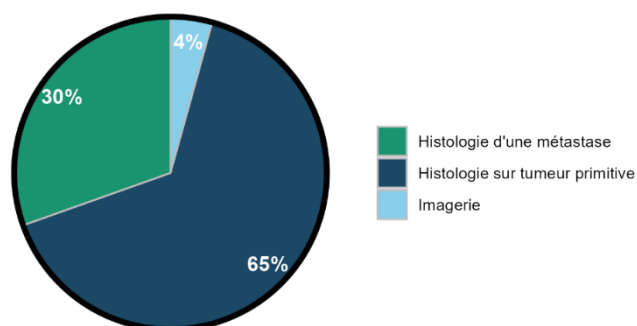
Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 95% des cas (soit n = 22) la base du diagnostic est une histologie (sur tumeur primitive ou sur métastase).

La seule autre base de diagnostic a été l'imagerie (n = 1).

Figure 98- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

Ovaire

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,5 sources. Le nombre de sources est de trois dans 61% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 21) et la source la plus rare était la RCP (n = 18).

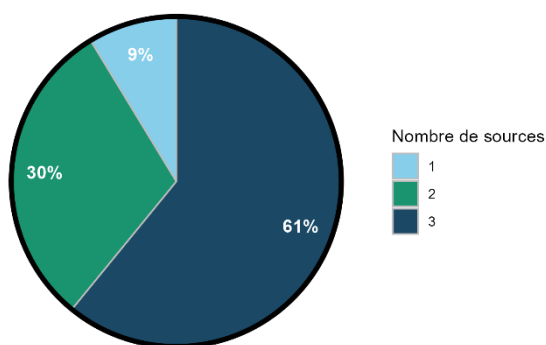


Figure 100- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

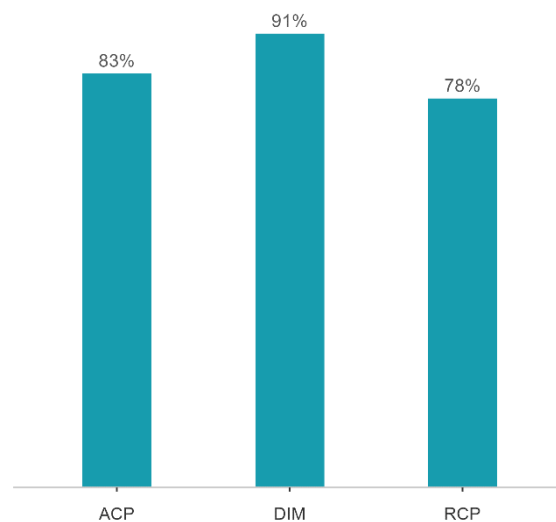


Figure 99- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes.

Aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation.

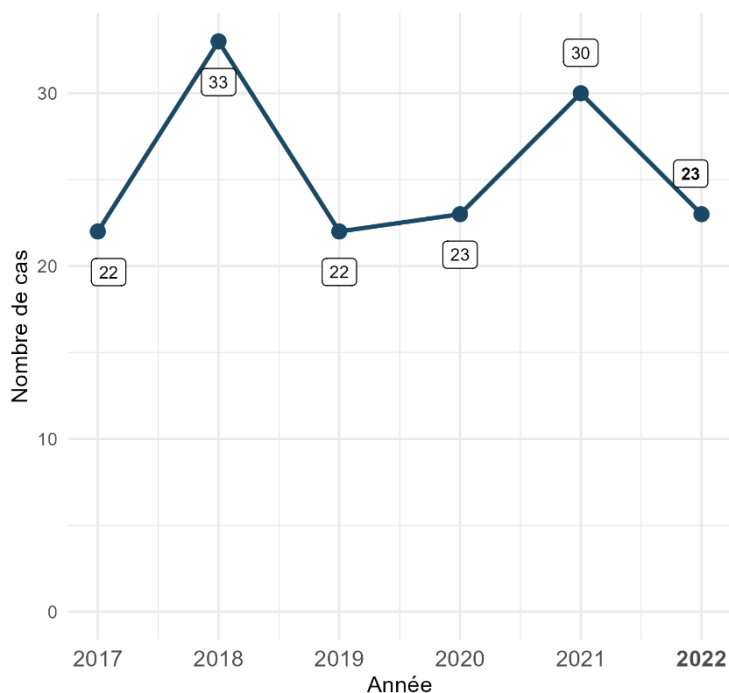


Figure 101- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 55– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	/	/	/	/
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	/	/	/	/
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	/	/	/	/
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	/	/	/	/
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	/	/	/	/
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	/	/	/	/
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00	[30-34] ans	/	/	/	/
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00	[35-39] ans	/	/	/	/
[40-44] ans	2	17.14	0.09	0.09	[40-44] ans	/	/	/	/
[45-49] ans	1	8.32	0.04	0.13	[45-49] ans	/	/	/	/
[50-54] ans	2	16.21	0.08	0.21	[50-54] ans	/	/	/	/
[55-59] ans	2	16.68	0.08	0.29	[55-59] ans	/	/	/	/
[60-64] ans	5	42.79	0.21	0.50	[60-64] ans	/	/	/	/
[65-69] ans	4	33.35	0.17	0.67	[65-69] ans	/	/	/	/
[70-74] ans	3	26.19	0.13	0.80	[70-74] ans	/	/	/	/
[75-79] ans	1	11.18	0.06	0.86	[75-79] ans	/	/	/	/
[80-84] ans	0	0.00	0.00	0.86	[80-84] ans	/	/	/	/
≥ 85 ans	3	36.58	0.18		≥ 85 ans	/	/	/	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Ovaire » concernent environ une femme sur 1000 (0,13%).

Avant 75 ans, cela concernerait huit femmes sur 1000 (0,80%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concernerait huit à neuf femmes sur 1000 (0,86%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

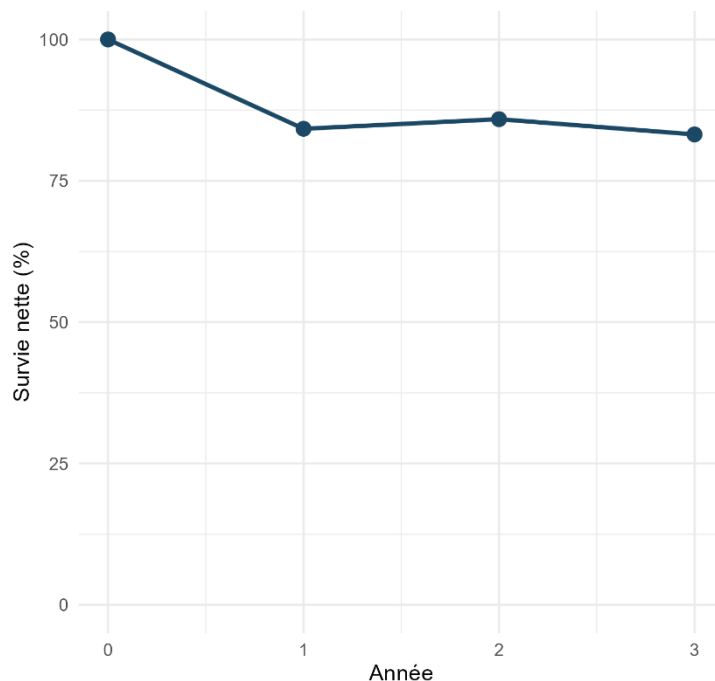
Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 56– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	82.6 %	98.1 %	84.2 %
2	82.6 %	96.1 %	85.9 %
3	78.3 %	94.1 %	83.2 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 83,2% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer de l'Ovaire d'environ 16,8%.

L'absence d'une diminution de la survie observée entre la première et la deuxième année entraîne une remontée artificielle de la survie nette pour l'année 2, cependant la survie nette diminue à nouveau au cours de l'année suivante de par une nouvelle diminution de la survie observée.



Ovaire

Figure 102- Survie nette sur 3 ans

Prostate

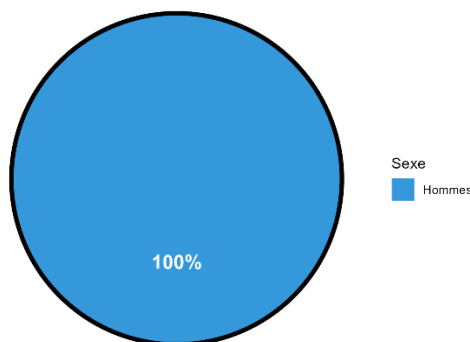
La localisation intitulée « Prostate » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C61 ».

Au cours de l'année 2022, 72 tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 260 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022. Sans surprise on remarque que ce cancer ne touche que les hommes.

Figure 103- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 57- Incidence observée « Prostate » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	0
[35-39] ans	0
[40-44] ans	0
[45-49] ans	0
[50-54] ans	4
[55-59] ans	17
[60-64] ans	30
[65-69] ans	40
[70-74] ans	61
[75-79] ans	51
[80-84] ans	37
85 ans +	20
Tout âge	260

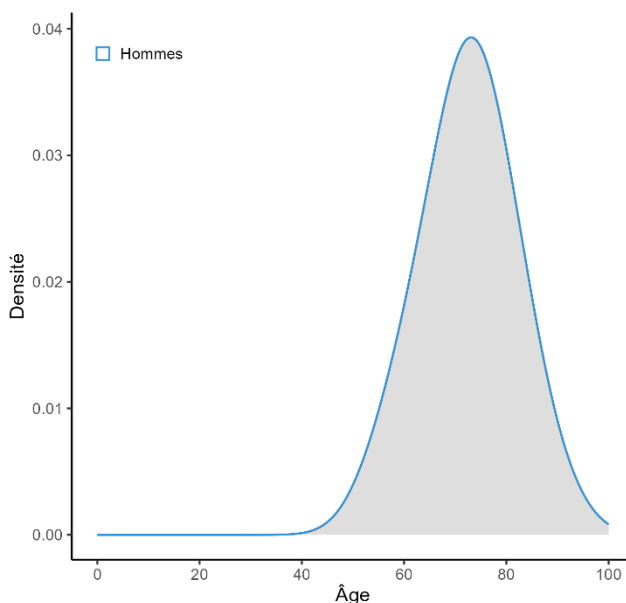


Figure 104- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

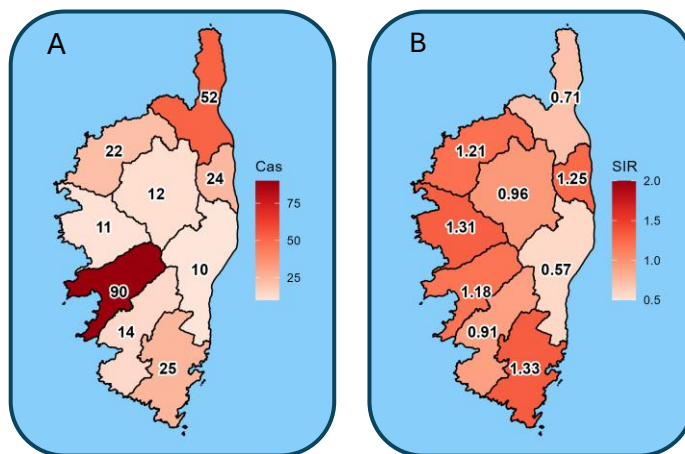
Incidences selon le lieu de résidence

Prostate

L'observation des incidences brutes révèle que le territoire où l'incidence est la plus élevée est le Pays Ajaccien. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont l'Extrême Sud / Alta Rocca et l'Ouest Corse tandis que la Plaine orientale et le Pays Bastiais présenteraient une sous-incidence.

Tableau 58– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	24	1,25
Centre Corse	12	0,96
Extrême Sud / Alta Rocca	25	1,33
Ouest Corse	11	1,31
Pays Ajaccien	90	1,18
Pays Bastiais	52	0,71
Pays de Balagne	22	1,21
Plaine orientale	10	0,57
Taravo/Valinco/Sartenais	14	0,91



Carte 15– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Le cancer de la prostate est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Taille élevée ; Antécédents familiaux de cancer de la prostate ; Origine ethnique (Afrique subsaharienne, Antilles) ; Surpoids et obésité ; Arsenic ; Cadmium ; Pesticides ; Perturbateurs endocriniens.

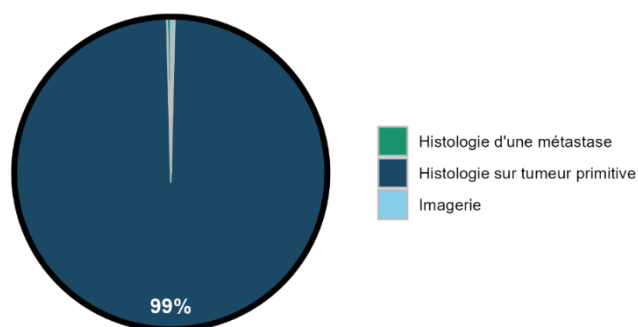
Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 99% des cas (soit n = 259) la base du diagnostic est une histologie (sur tumeur primitive ou sur métastase).

La seule autre base de diagnostic a été l'Imagerie (n = 1)

Figure 105- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

Prostate

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,4 sources. Le nombre de sources est de trois dans 54% des cas. La source la plus fréquente était l'ACP ($n = 237$) et la source la plus rare était la RCP ($n = 174$).

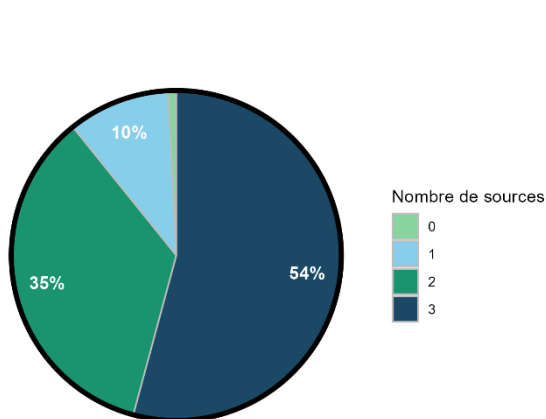


Figure 106- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

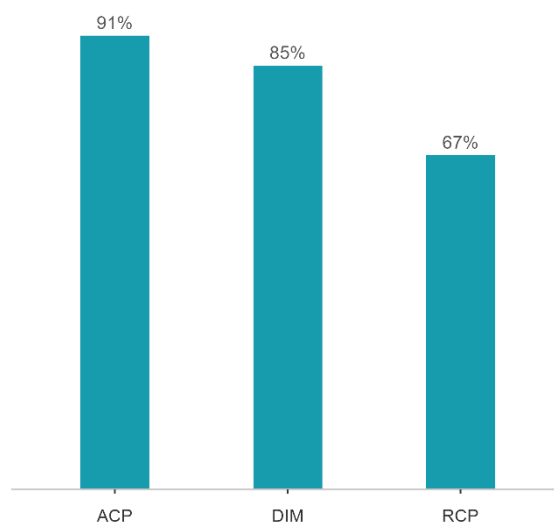


Figure 107- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes.

Aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation malgré une augmentation depuis 2020.

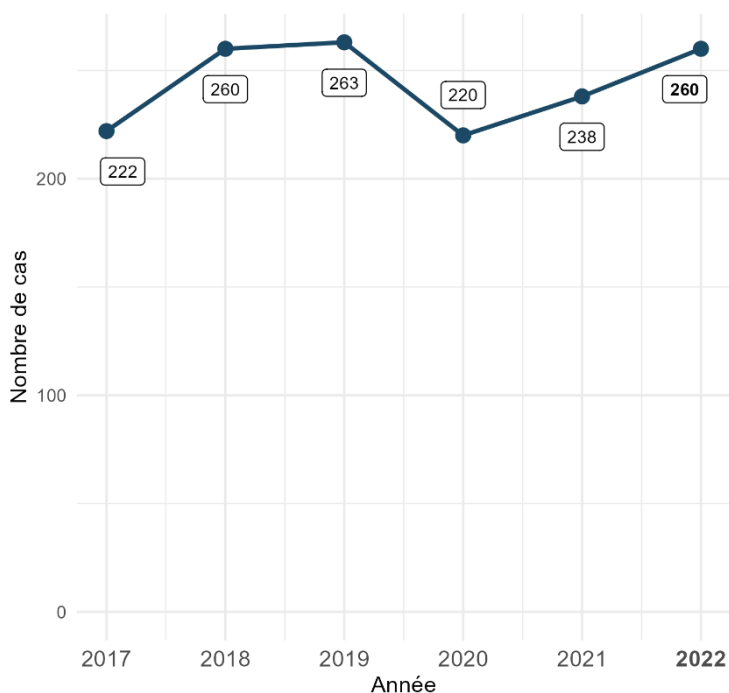


Figure 108- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 59– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	/	/	/	/	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	/	/	/	/	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	/	/	/	/	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	/	/	/	/	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	/	/	/	/	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	/	/	/	/	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	/	/	/	/	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00
[35-39] ans	/	/	/	/	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00
[40-44] ans	/	/	/	/	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00
[45-49] ans	/	/	/	/	[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.00
[50-54] ans	/	/	/	/	[50-54] ans	4	33.04	0.17	0.17
[55-59] ans	/	/	/	/	[55-59] ans	17	147.08	0.73	0.90
[60-64] ans	/	/	/	/	[60-64] ans	30	266.58	1.32	2.21
[65-69] ans	/	/	/	/	[65-69] ans	40	355.99	1.76	3.93
[70-74] ans	/	/	/	/	[70-74] ans	61	597.70	2.94	6.76
[75-79] ans	/	/	/	/	[75-79] ans	51	676.23	3.32	9.86
[80-84] ans	/	/	/	/	[80-84] ans	37	652.74	3.21	12.76
≥ 85 ans	/	/	/	/	≥ 85 ans	20	447.23	2.21	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Prostate » sont inférieures à un homme sur 1000.

Avant 75 ans, cela concernera environ 67 à 68 hommes sur 1000 (6,76%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) cela concernera environ 127 à 128 hommes sur 1000 (12,76%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

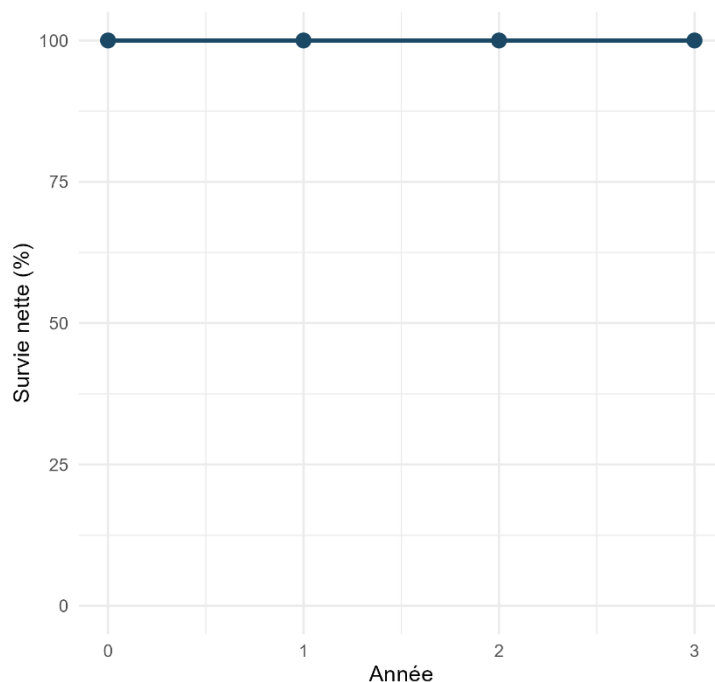
Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 60– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	98.5 %	96.5 %	100 %
2	97.3 %	92.8 %	100 %
3	96.5 %	89.1 %	100 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 100% ce qui signifie que la surmortalité estimée pour ce cancer est nulle.

On remarque que le rapport entre survie globale et survie attendue est supérieur à un, la survie nette a été plafonnée à 100%. Dans le cas du cancer de la prostate, il est probable que cette observation soit explicable par le biais du dépisté sain.



Prostate

Figure 109- Survie nette sur trois ans

Testicule

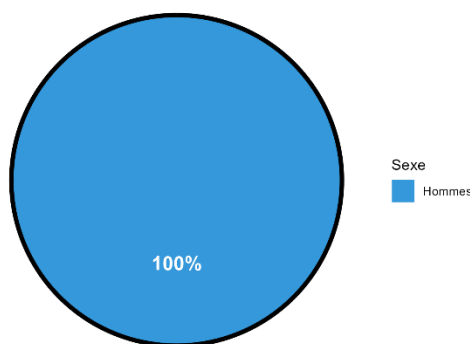
La localisation intitulée « Testicule » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C62 ».

Au cours de l'année 2022, une tumeur a nécessité une investigation complémentaire au sein d'un établissement de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des quinze cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022. Sans surprise on remarque que ce cancer ne touche que les hommes.

Figure 110- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 61- Incidence observée « Testicule » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	1
[25-29] ans	2
[30-34] ans	1
[35-39] ans	2
[40-44] ans	2
[45-49] ans	3
[50-54] ans	2
[55-59] ans	1
[60-64] ans	0
[65-69] ans	0
[70-74] ans	0
[75-79] ans	0
[80-84] ans	0
85 ans +	1
Tout âge	15

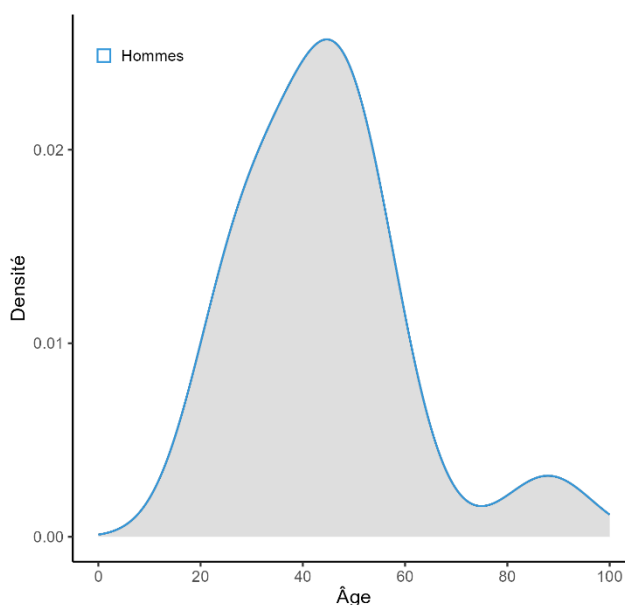


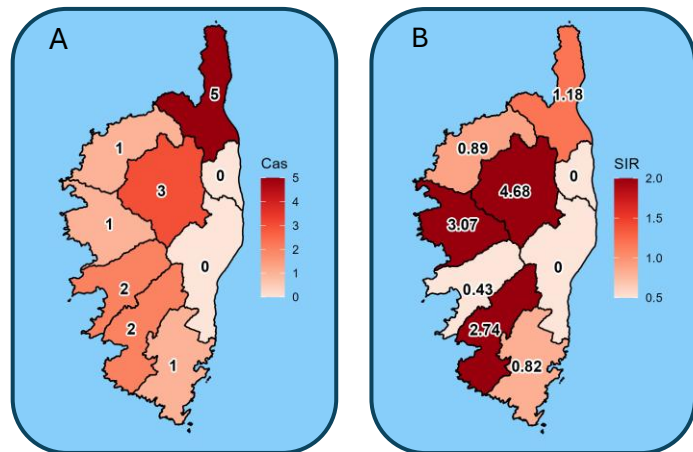
Figure 111- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

Incidences selon le lieu de résidence

L'observation des incidences brutes révèle que le territoire où l'incidence est la plus élevée est le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont le Centre Corse et l'Ouest Corse, de son côté le Pays Ajaccien semblerait présenter une sous-incidence.

Tableau 62– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	0	0
Centre Corse	3	4,68
Extrême Sud / Alta Rocca	1	0,82
Ouest Corse	1	3,07
Pays Ajaccien	2	0,43
Pays Bastiais	5	1,18
Pays de Balagne	1	0,89
Plaine orientale	0	0
Taravo/Valinco/Sartenais	2	2,74



Carte 16– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

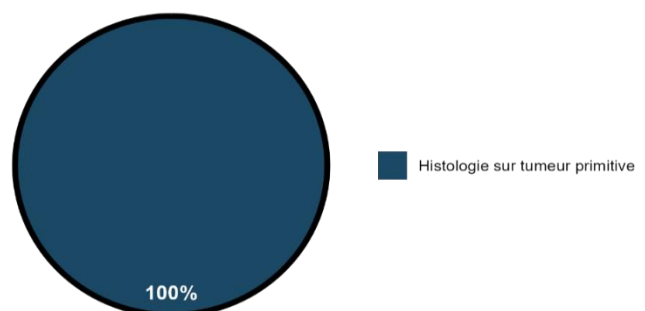
Plusieurs types d'exposition sont suspectés mais aucun facteur de risque avéré confirmé.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 100% des cas (soit n = 15) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.

Figure 112- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

Testicule

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,7 sources. Le nombre de sources est de trois dans 73% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 14) et les sources les plus rares étaient l'ACP et la RCP (n = 13).

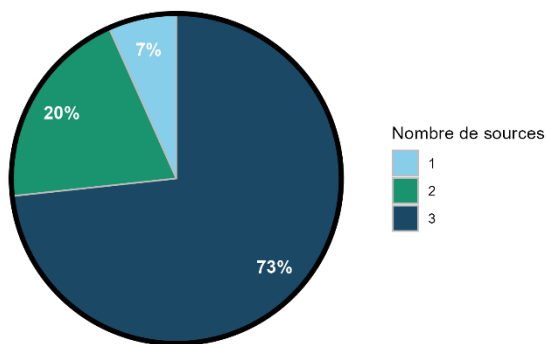


Figure 114- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

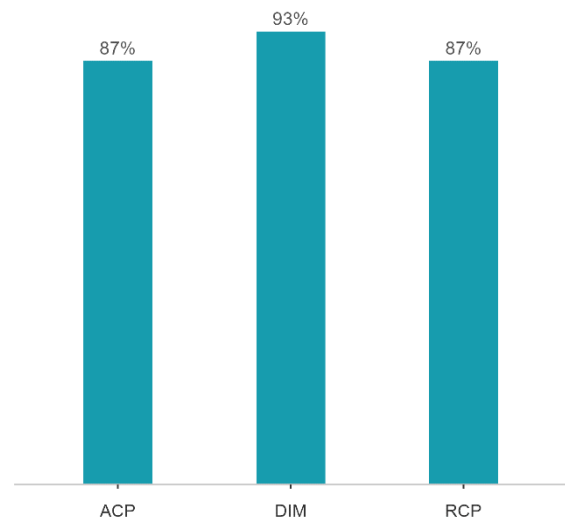


Figure 113- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 est le plus élevé depuis l'entrée en activité du registre.

Aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation.

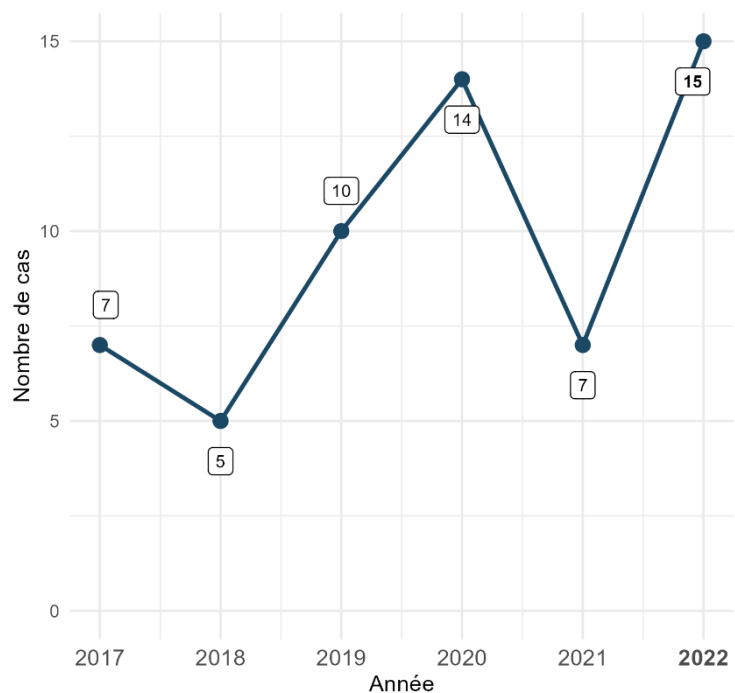


Figure 115- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 63– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	/	/	/	/	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	/	/	/	/	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	/	/	/	/	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	/	/	/	/	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	/	/	/	/	[20-24] ans	1	12.37	0.06	0.06
[25-29] ans	/	/	/	/	[25-29] ans	2	23.03	0.12	0.18
[30-34] ans	/	/	/	/	[30-34] ans	1	9.77	0.05	0.23
[35-39] ans	/	/	/	/	[35-39] ans	2	18.95	0.09	0.32
[40-44] ans	/	/	/	/	[40-44] ans	2	17.89	0.09	0.41
[45-49] ans	/	/	/	/	[45-49] ans	3	26.06	0.13	0.54
[50-54] ans	/	/	/	/	[50-54] ans	2	16.52	0.08	0.62
[55-59] ans	/	/	/	/	[55-59] ans	1	8.65	0.04	0.66
[60-64] ans	/	/	/	/	[60-64] ans	0	0.00	0.00	0.66
[65-69] ans	/	/	/	/	[65-69] ans	0	0.00	0.00	0.66
[70-74] ans	/	/	/	/	[70-74] ans	0	0.00	0.00	0.66
[75-79] ans	/	/	/	/	[75-79] ans	0	0.00	0.00	0.66
[80-84] ans	/	/	/	/	[80-84] ans	0	0.00	0.00	0.66
≥ 85 ans	/	/	/	/	≥ 85 ans	1	22.36	0.11	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Testicule » concerneraient environ cinq hommes sur 1000 (0,54%).

Avant 75 ans, cela concernerait environ six à sept hommes sur 1000 (0,66%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne toujours six à sept hommes sur 1000 (0,66%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 64– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	100 %	98.9 %	100 %
2	100 %	97.9 %	100 %
3	100 %	96.8 %	100 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 100% ce qui signifie que la surmortalité estimée pour ce cancer est nulle.

La survie observée n'a jamais diminué, ce qui signifie que la survie nette est restée plafonnée à 100%. Ce résultat est en accord avec le pronostic historiquement favorable du cancer du testicule, il faut cependant noter que l'effectif étudié ($n = 15$) était faible et non adéquat pour l'observation d'un phénomène rare comme le décès des suites d'un diagnostic de cancer du testicule.

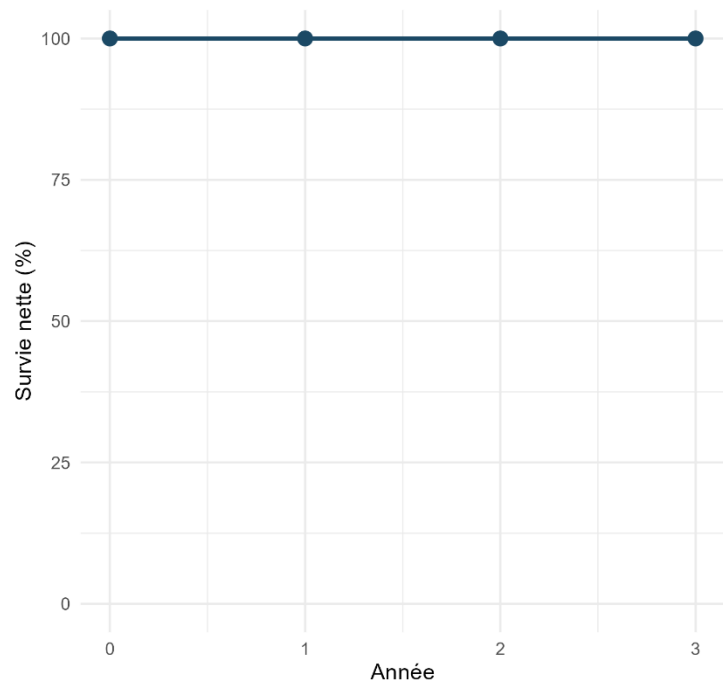


Figure 116- Survie nette sur trois ans

Le cancer du testicule est considéré comme une source de mortalité prématurée évitable. Plus précisément ce cancer rentre dans la catégorie de la mortalité évitable par le système de soins, et ce, car il est hautement curable. Cela désigne les cancers qui devraient causer peu de décès en raison des performances actuelles du système de santé si le patient consulte à temps (parfois « mortalité traitable »). Pour un cancer hautement curable comme le cancer du testicule, l'absence de surmortalité est attendue (notamment dans une petite cohorte) car tout décès aurait été considéré comme un échec thérapeutique évitable.

Vessie

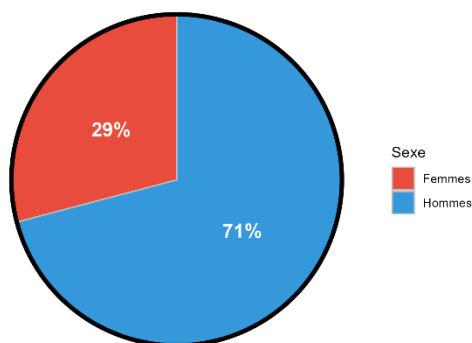
La localisation intitulée « Vessie » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C67 ».

Au cours de l'année 2022, quinze tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 79 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 117- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 65- Incidence observée « Vessie » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	0
[35-39] ans	0
[40-44] ans	0
[45-49] ans	1
[50-54] ans	4
[55-59] ans	3
[60-64] ans	12
[65-69] ans	11
[70-74] ans	14
[75-79] ans	5
[80-84] ans	11
85 ans +	18
Tout âge	79

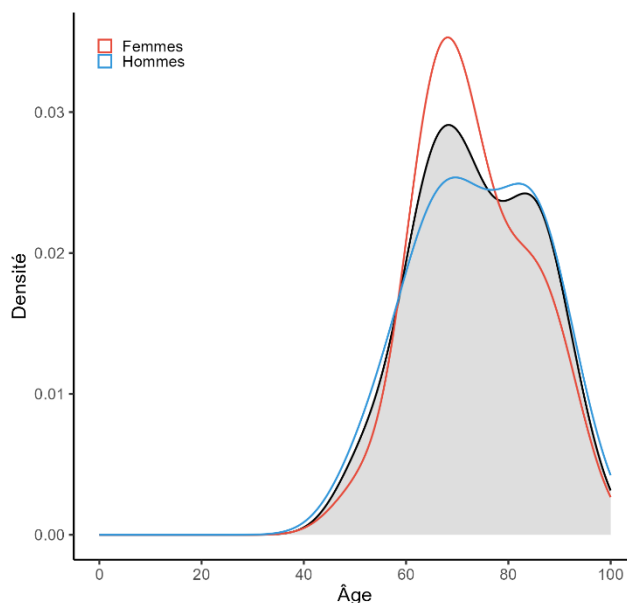


Figure 118- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

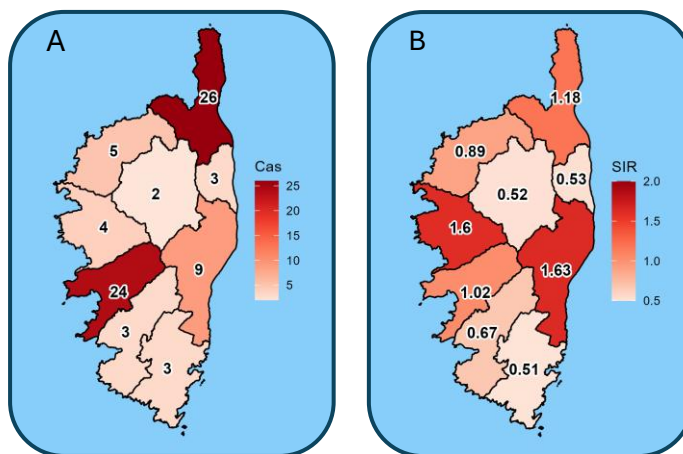
Incidences selon le lieu de résidence

Vessie

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien et le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que le territoire semblant présenter la plus grande sur-incidence est la Plaine Orientale et l'Extrême Sud /Alta Rocca semblerait présenter la plus grande sous-incidence.

Tableau 66– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	3	0,53
Centre Corse	2	0,52
Extrême Sud / Alta Rocca	3	0,51
Ouest Corse	4	1,6
Pays Ajaccien	24	1,02
Pays Bastiais	26	1,18
Pays de Balagne	5	0,89
Plaine orientale	9	1,63
Taravo/Valinco/Sartenais	3	0,67



Carte 17– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Le cancer de la vessie est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Antécédents de cancer de la vessie ; Tabac ; Agents infectieux ; Bilharziose, Infections urinaires à répétition, calculs à répétition ; Amines aromatiques ; Hydrocarbures aromatiques polycycliques.

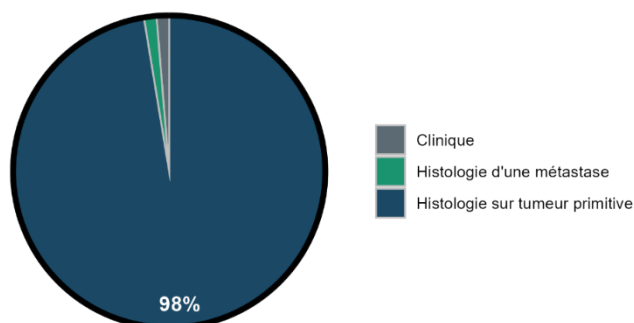
Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 99% des cas (soit n= 78) la base du diagnostic est une histologie (sur tumeur primitive ou sur métastase).

La seule autre base de diagnostic est la clinique (n = 1).

Figure 119- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

Vessie

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,6 sources. Le nombre de sources est de trois dans 68% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 77) et la source la plus rare était la RCP (n = 56).

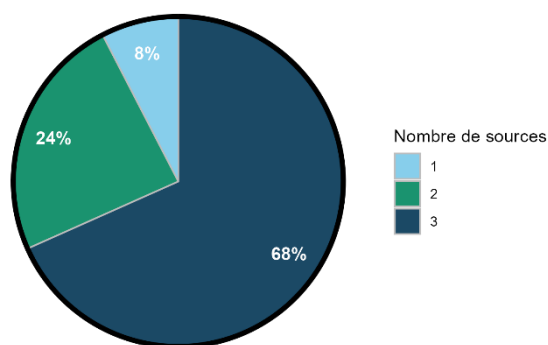


Figure 120- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

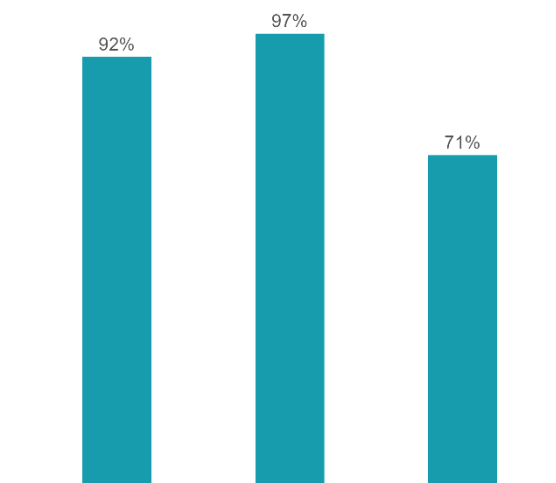


Figure 121- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes.

L'incidence élevée qui a été mesurée les deux premières années est due à des pratiques de codage (enregistrement de la première incidence puis des rechutes) et l'incidence réelle sur la période est probablement plus proche de celle mesurée sur les dernières années.

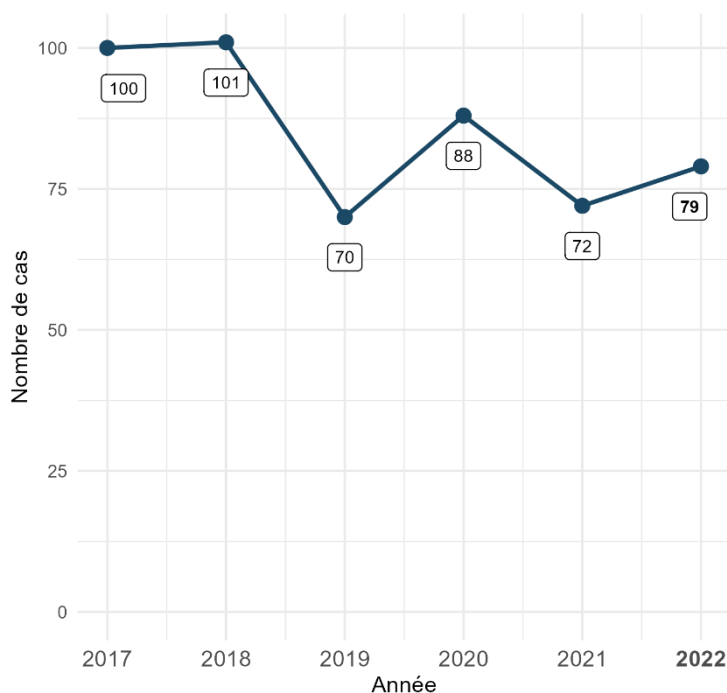


Figure 122- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 67– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00
[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.00	[45-49] ans	1	8.69	0.04	0.04
[50-54] ans	1	8.11	0.04	0.04	[50-54] ans	3	24.78	0.12	0.17
[55-59] ans	0	0.00	0.00	0.04	[55-59] ans	3	25.96	0.13	0.30
[60-64] ans	6	51.35	0.26	0.30	[60-64] ans	6	53.32	0.27	0.56
[65-69] ans	3	25.02	0.12	0.42	[65-69] ans	8	71.20	0.36	0.92
[70-74] ans	5	43.64	0.22	0.64	[70-74] ans	9	88.18	0.44	1.35
[75-79] ans	1	11.18	0.06	0.69	[75-79] ans	4	53.04	0.26	1.61
[80-84] ans	3	44.69	0.22	0.92	[80-84] ans	8	141.13	0.70	2.30
≥ 85 ans	4	48.77	0.24		≥ 85 ans	14	313.06	1.55	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Vessie » sont inférieures à une personne sur 1000 chez les femmes comme les hommes.

Avant 75 ans, cela correspondrait environ à six femmes sur 1000 (0,64%) et environ treize à quatorze hommes sur 1000 (1,35%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concernera environ neuf femmes sur 1000 (0,92%) et environ 23 hommes sur 1000 (2,3%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 68– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	88.6 %	95.1 %	93.1 %
2	82.3 %	90.4 %	91 %
3	82.3 %	85.7 %	96 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 96% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer de la vessie d'environ 4%.

Entre l'année 2 et l'année 3 la survie observée n'a pas baissé tandis que la survie attendue a baissé de 4,7%, c'est ce qui explique que la survie nette à trois ans soit supérieure à la survie nette à deux ans. Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie en Corse ou bien simplement à un hasard statistique.

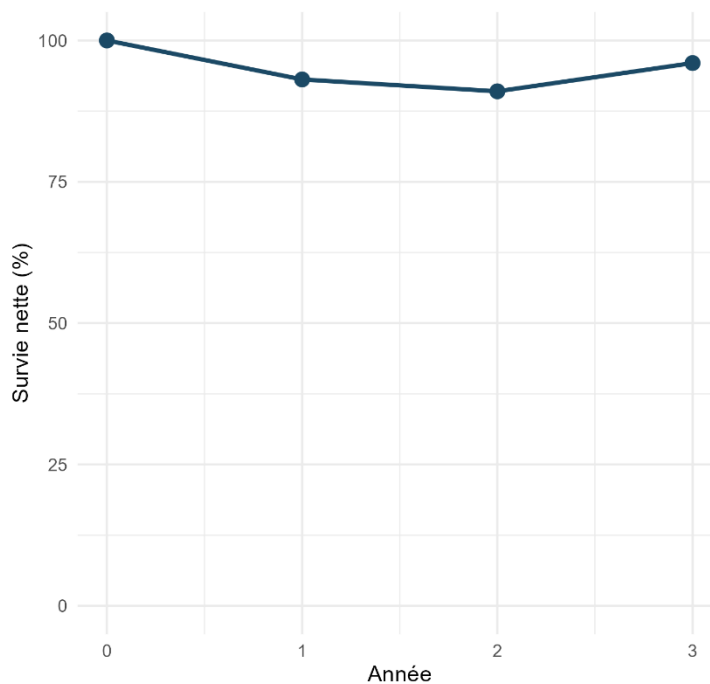


Figure 123- Survie nette sur trois ans

Rein

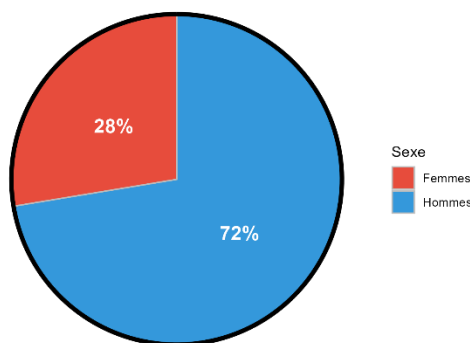
La localisation intitulée « Rein » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C64 », « C65 », « C66 » ou « C68 ».

Au cours de l'année 2022, 19 tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, deux tumeurs sont en attente d'une investigation, l'une d'elle étant éligible mais manquant d'information et l'autre nécessitant une vérification de l'incidence. **Le taux de validité pour cette localisation est de 96,7%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 58 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 124- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 69- Incidence observée « Rein » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	1
[25-29] ans	0
[30-34] ans	1
[35-39] ans	1
[40-44] ans	1
[45-49] ans	1
[50-54] ans	3
[55-59] ans	6
[60-64] ans	7
[65-69] ans	8
[70-74] ans	11
[75-79] ans	9
[80-84] ans	5
85 ans +	4
Tout âge	58

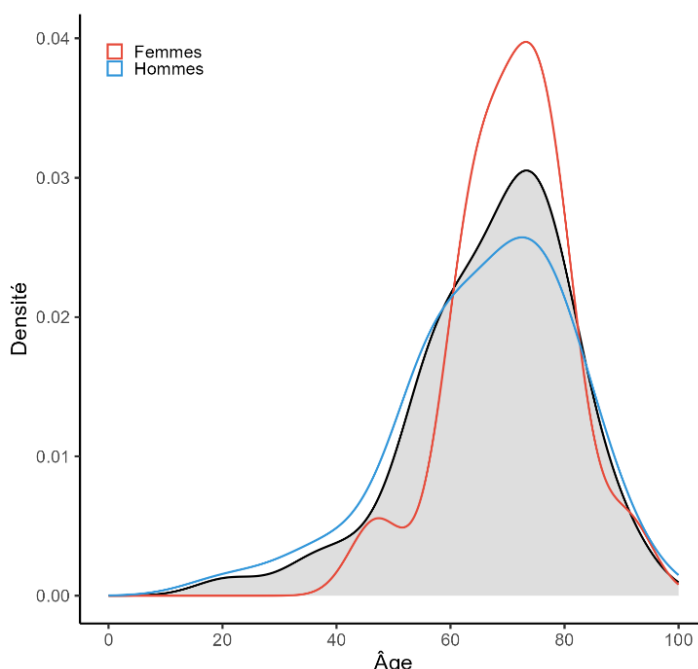


Figure 125- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

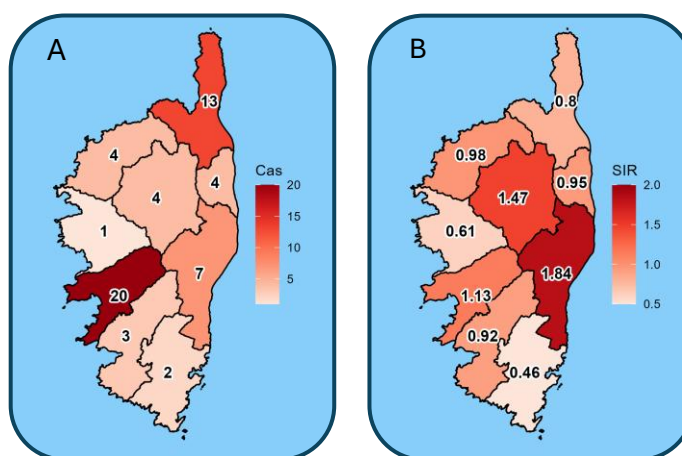
Incidences selon le lieu de résidence

Rein

L'observation des incidences brutes révèle que le territoire où l'incidence est la plus élevée est le Pays Ajaccien. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont la plaine orientale et le Centre Corse. L'Ouest Corse et l'Extrême Sud/Alta Rocca, eux, sembleraient présenter une sous-incidence.

Tableau 70– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	4	0,95
Centre Corse	4	1,47
Extrême Sud / Alta Rocca	2	0,46
Ouest Corse	1	0,61
Pays Ajaccien	20	1,13
Pays Bastiais	13	0,8
Pays de Balagne	4	0,98
Plaine orientale	7	1,84
Taravo/Valinco/Sartenais	3	0,92



Carte 18– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Le cancer du rein est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Insuffisance rénale traitée par dialyse ; Hypertension artérielle ; Mutation génétique : gènes VHL, WT-1 ; Sclérose tubéreuse de Bourneville ; Syndrome de Birt-Hogg-Dubé ; Tabac ; Surpoids et obésité ; Trichloréthylène : Rayonnements ionisants.

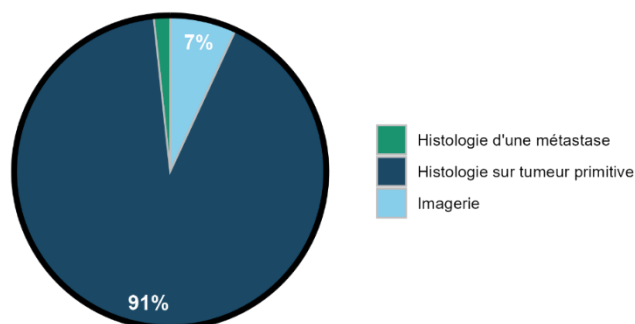
Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 93% des cas (soit n = 54) la base du diagnostic est une histologie (sur tumeur primitive ou sur métastase).

Dans de plus rares cas, représentant 7% des bases diagnostics on retrouve l'imagerie (n = 4).

Figure 126- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

Rein

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,4 sources. Le nombre de sources est de trois dans 60% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 49) et la source la plus rare était l'ACP (n = 44).

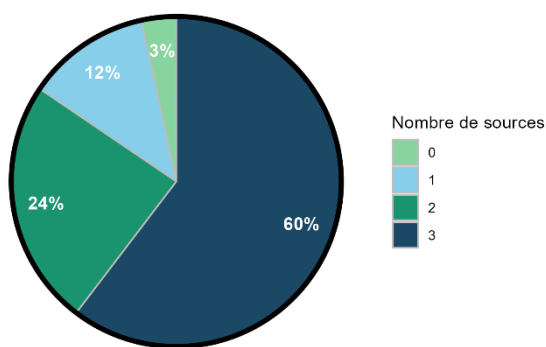


Figure 127- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

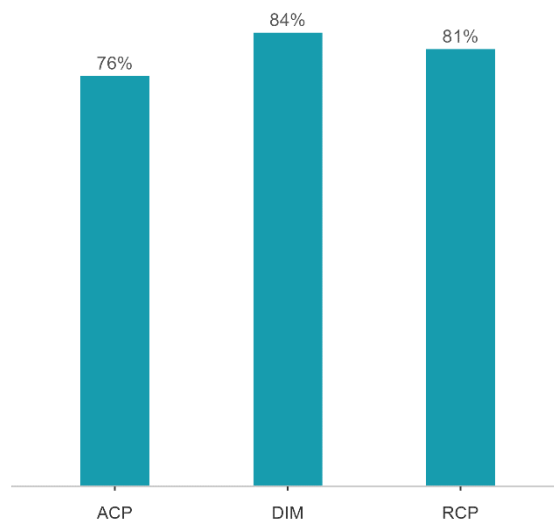


Figure 128- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 est le plus faible depuis l'entrée en activité du registre.

Il s'agit de la première diminution depuis 2018. Il serait intéressant de continuer à observer l'évolution de nombre de cas pour cette localisation sur les années suivantes pour vérifier si cette diminution est simplement liée au hasard.

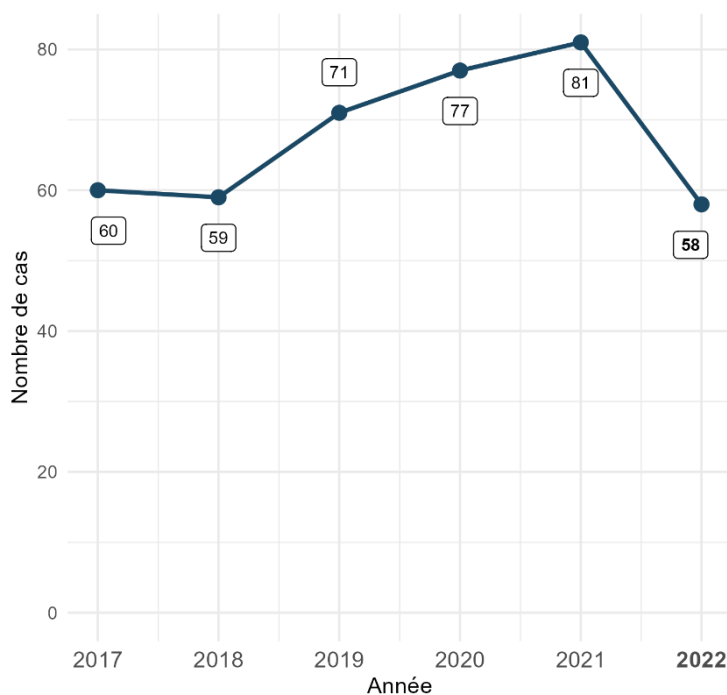


Figure 129- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 71– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	1	12.37	0.06	0.06
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.06
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00	[30-34] ans	1	9.77	0.05	0.11
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00	[35-39] ans	1	9.47	0.05	0.16
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00	[40-44] ans	1	8.94	0.04	0.20
[45-49] ans	1	8.32	0.04	0.04	[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.20
[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.04	[50-54] ans	3	24.78	0.12	0.33
[55-59] ans	0	0.00	0.00	0.04	[55-59] ans	6	51.91	0.26	0.58
[60-64] ans	3	25.67	0.13	0.17	[60-64] ans	4	35.54	0.18	0.76
[65-69] ans	3	25.02	0.12	0.29	[65-69] ans	5	44.50	0.22	0.98
[70-74] ans	3	26.19	0.13	0.43	[70-74] ans	8	78.39	0.39	1.37
[75-79] ans	3	33.54	0.17	0.59	[75-79] ans	6	79.56	0.40	1.76
[80-84] ans	2	29.79	0.15	0.74	[80-84] ans	3	52.93	0.26	2.02
≥ 85 ans	1	12.19	0.06		≥ 85 ans	3	67.08	0.33	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Rein » sont inférieures à une personne sur 1000 chez les femmes et concerneraient deux hommes sur 1000 (0,2%).

Avant 75 ans, cela concernerait environ quatre femmes sur 1000 (0,43%) et environ treize à quatorze hommes sur 1000 (1,37%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne environ sept femmes sur 1000 (0,74%) et environ vingt hommes sur 1000 (2,02%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

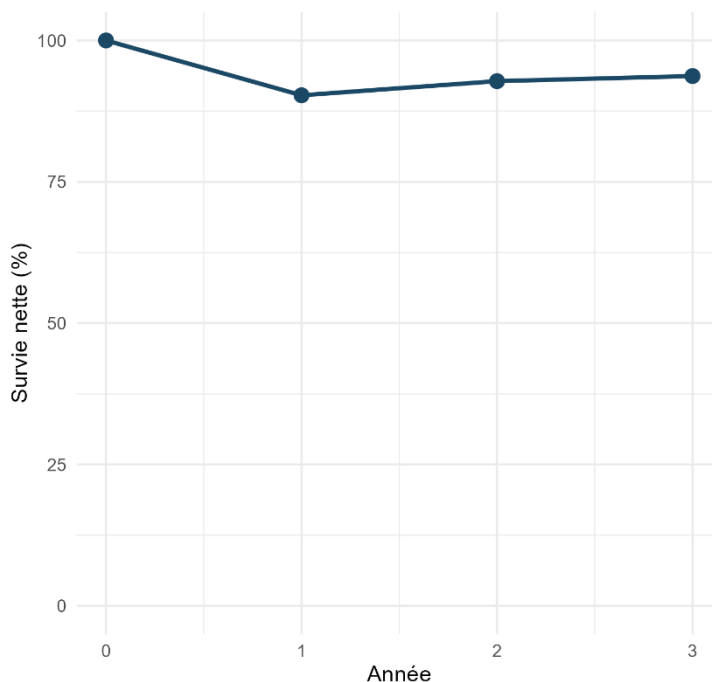
Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 72– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	87.9 %	97.4 %	90.3 %
2	87.9 %	94.7 %	92.8 %
3	86.2 %	92 %	93.7 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 93,7% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer du rein d'environ 6,3%.

Après la première année on remarque une remontée artificielle de la survie nette liée à une stagnation de la survie observée entre la première et la deuxième année et une faible diminution de la survie observée entre la deuxième et la troisième année (1,7% contre 2,7% pour la survie attendue). Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie en Corse ou bien simplement à un hasard statistique.



Rein

Figure 130- Survie nette sur trois ans

Système nerveux central

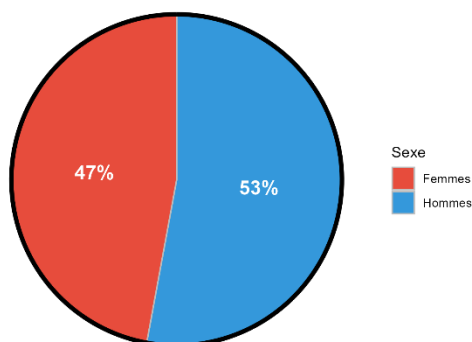
La localisation intitulée « Système nerveux central » (ou « SNC ») regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est compris entre « C70 » et « C72 » et le code CIM-O3 morphologique n'est pas compris entre « 9111 » et « 9179 » compris.

Au cours de l'année 2022, huit tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 34 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 131- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 73- Incidence observée « Système nerveux central » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	1
[35-39] ans	2
[40-44] ans	1
[45-49] ans	2
[50-54] ans	2
[55-59] ans	2
[60-64] ans	1
[65-69] ans	4
[70-74] ans	6
[75-79] ans	6
[80-84] ans	2
85 ans +	5
Tout âge	34

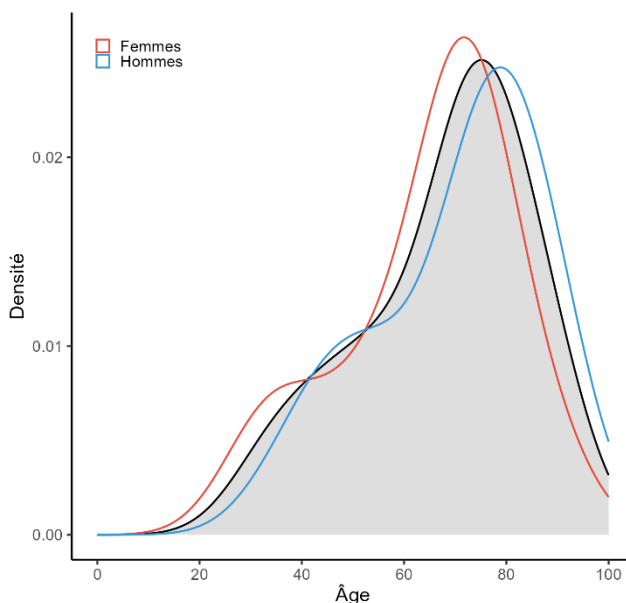


Figure 132- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

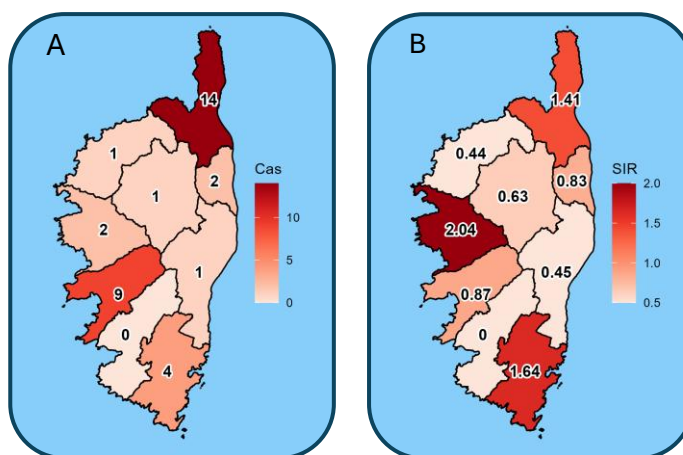
Incidences selon le lieu de résidence

SNC

L'observation des incidences brutes révèle que le territoire où l'incidence est la plus élevée est le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont l'Ouest Corse et l'Extrême Sud / Alta Rocca. La Plaine Orientale et le Pays de Balagne, eux, semblent présenter une sous-incidence.

Tableau 74– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	2	0,83
Centre Corse	1	0,63
Extrême Sud / Alta Rocca	4	1,64
Ouest Corse	2	2,04
Pays Ajaccien	9	0,87
Pays Bastiais	14	1,41
Pays de Balagne	1	0,44
Plaine orientale	1	0,45
Taravo/Valinco/Sartenais	0	0



Carte 19– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Pour les tumeurs du système nerveux central, le rayonnement ionisant est le seul facteur de risque avéré.

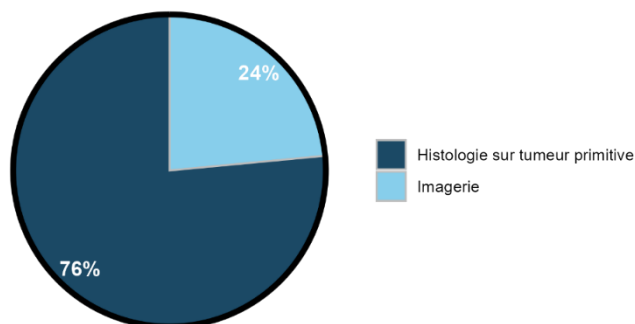
Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 76% des cas (soit $n = 26$) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.

L'autre base diagnostic est l'Imagerie qui représente 24% des cas ($n = 8$)

Figure 133- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,3 sources. Le nombre de sources est de trois dans 47% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 34) et la source la plus rare était l'ACP (n = 17).

SNC

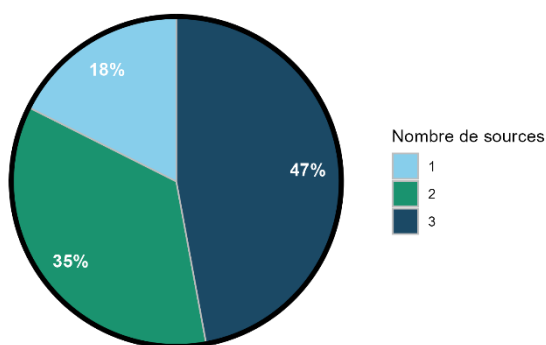


Figure 134- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

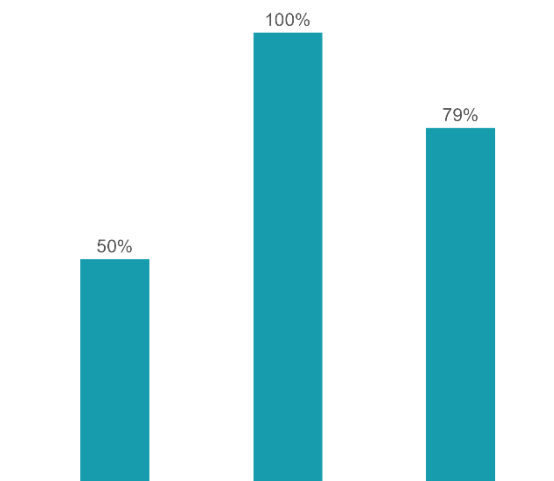


Figure 135- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes.

Aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation malgré une augmentation comparée à l'année 2021 qui correspondait au plus faible nombre de cas enregistré depuis le début de l'activité du registre.

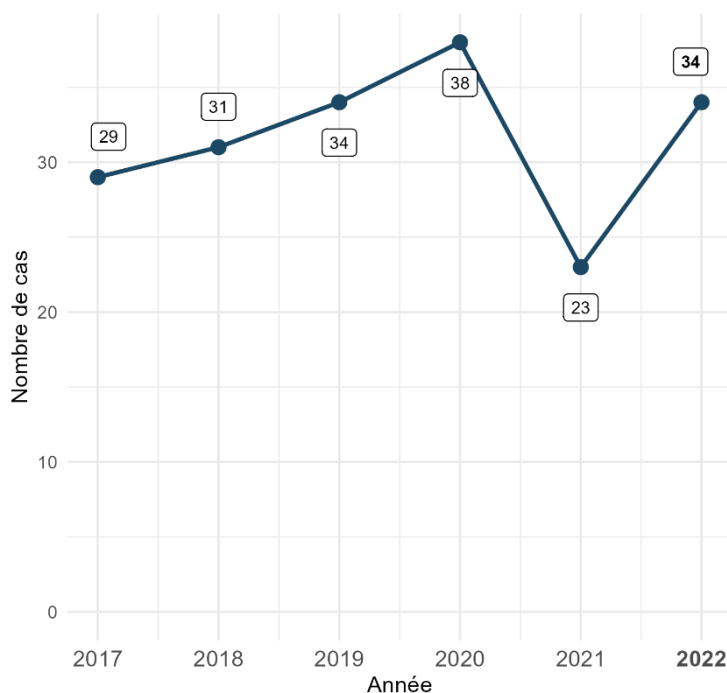


Figure 136- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 75– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	1	9.07	0.05	0.05	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00
[35-39] ans	1	8.55	0.04	0.09	[35-39] ans	1	9.47	0.05	0.05
[40-44] ans	1	8.57	0.04	0.13	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.05
[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.13	[45-49] ans	2	17.37	0.09	0.13
[50-54] ans	1	8.11	0.04	0.17	[50-54] ans	1	8.26	0.04	0.18
[55-59] ans	1	8.34	0.04	0.21	[55-59] ans	1	8.65	0.04	0.22
[60-64] ans	1	8.56	0.04	0.26	[60-64] ans	0	0.00	0.00	0.22
[65-69] ans	3	25.02	0.12	0.38	[65-69] ans	1	8.90	0.04	0.26
[70-74] ans	4	34.92	0.17	0.55	[70-74] ans	2	19.60	0.10	0.36
[75-79] ans	1	11.18	0.06	0.61	[75-79] ans	5	66.30	0.33	0.69
[80-84] ans	1	14.90	0.07	0.68	[80-84] ans	1	17.64	0.09	0.78
≥ 85 ans	1	12.19	0.06		≥ 85 ans	4	89.45	0.45	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Système nerveux central » correspondraient à une femme sur 1000 (0,13%) et un homme sur 1000 (0,13%).

Avant 75 ans, cela concernerait environ cinq à six femmes sur 1000 (0,55%) et environ trois à quatre hommes sur 1000 (0,36%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concernerait environ six à sept femmes sur 1000 (0,68%) et environ sept à huit hommes sur 1000 (0,78%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 76– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	79.4 %	96.8 %	82.1 %
2	76.5 %	93.5 %	81.8 %
3	76.5 %	90.1 %	84.8 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 84,8% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer du SNC d'environ 15,2%.

Entre l'année 2 et l'année 3 la survie observée n'a pas baissé tandis que la survie attendue a baissé de 3,4%, c'est ce qui explique que la survie nette à trois ans soit supérieure à la survie nette à deux ans. Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie en Corse ou bien simplement à un hasard statistique.

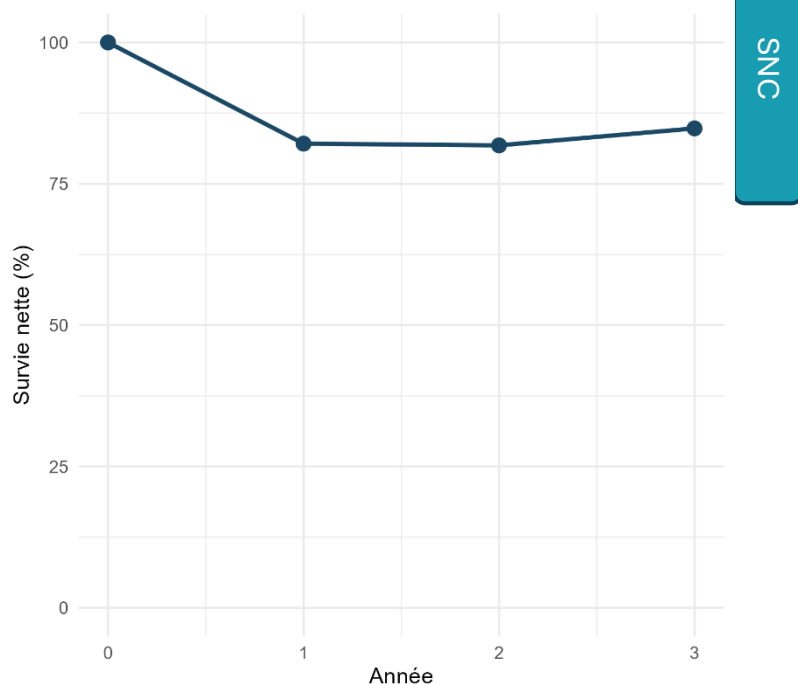


Figure 137- Survie nette sur trois ans

Thyroïde

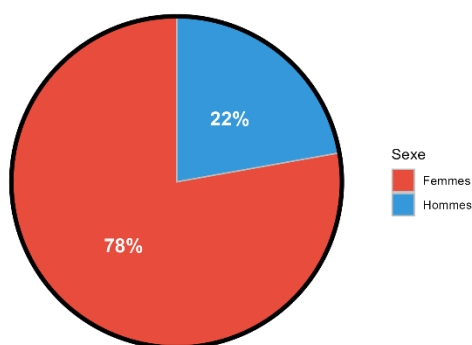
La localisation intitulée « Thyroïde » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C73 ».

Au cours de l'année 2022, trois tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 36 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 138- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 77- Incidence observée « Thyroïde » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	1
[20-24] ans	2
[25-29] ans	1
[30-34] ans	2
[35-39] ans	4
[40-44] ans	1
[45-49] ans	6
[50-54] ans	2
[55-59] ans	2
[60-64] ans	1
[65-69] ans	5
[70-74] ans	3
[75-79] ans	2
[80-84] ans	2
85 ans +	2
Tout âge	36

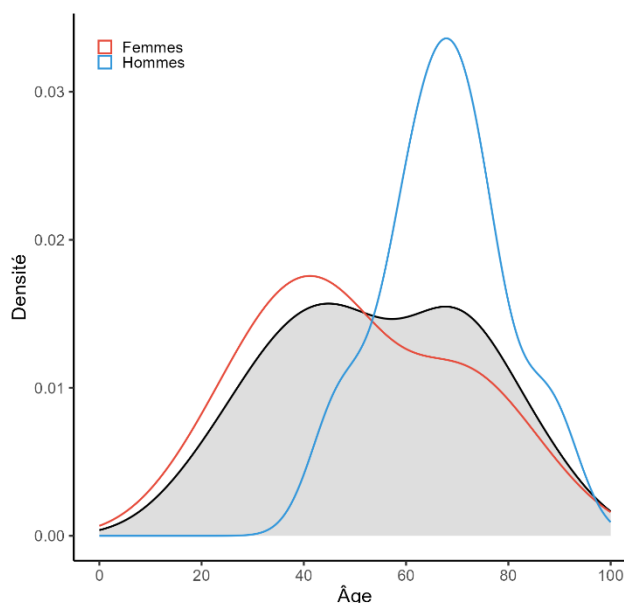


Figure 139- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

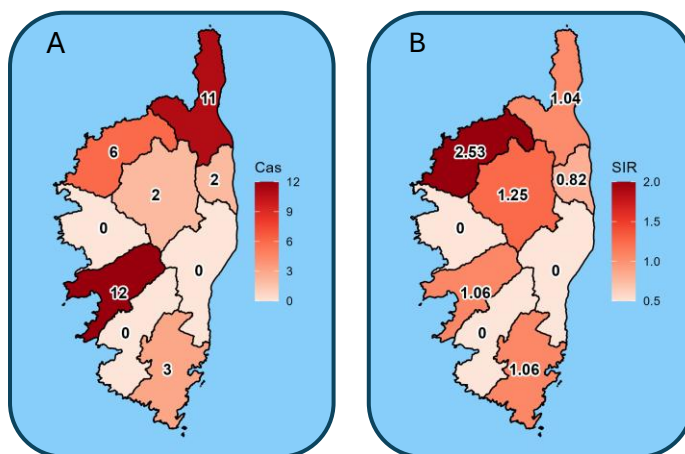
Incidences selon le lieu de résidence

Thyroïde

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien et le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que le territoire semblant présenter la plus grande sur-incidence est le pays de Balagne. De son côté, le territoire de Castagniccia / Mare à Monti semble présenter une sous-incidence.

Tableau 78– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	2	0,82
Centre Corse	2	1,25
Extrême Sud / Alta Rocca	3	1,06
Ouest Corse	0	0
Pays Ajaccien	12	1,06
Pays Bastiais	11	1,04
Pays de Balagne	6	2,53
Plaine orientale	0	0
Taravo/Valinco/Sartenais	0	0



Carte 20– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

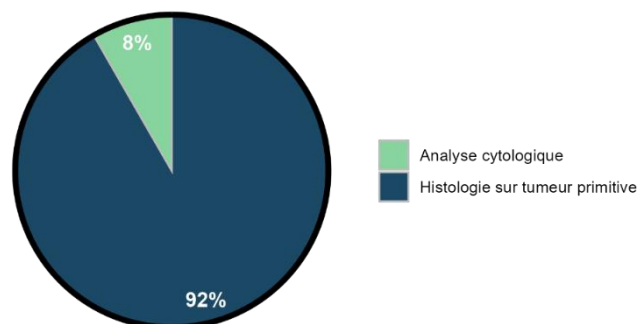
Le cancer de la Thyroïde est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Rayonnements ionisants ; Carence en iode.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 92% des cas (soit n = 33) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.

L'autre base diagnostic est l'analyse cytologique qui représente 8% des cas (n = 3).



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,3 sources. Le nombre de sources est de trois dans 39% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 32) et la source la plus rare était l'ACP (n = 22).

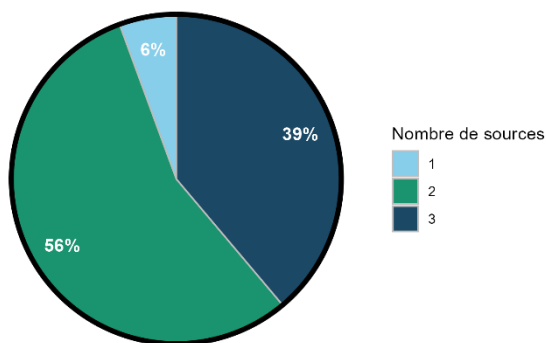


Figure 141- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

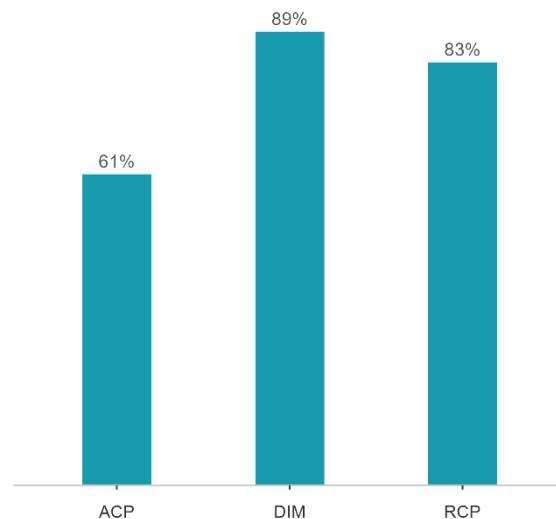


Figure 142- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 est le plus faible depuis l'entrée en activité du registre.

Bien que le nombre de cas observés annuellement ait diminué depuis 2017 (à l'exception de l'année 2019), il est dur de confirmer une tendance à la baisse en raison du faible nombre de cas recensés en 2020 (probablement à cause de la pandémie de Covid-19).

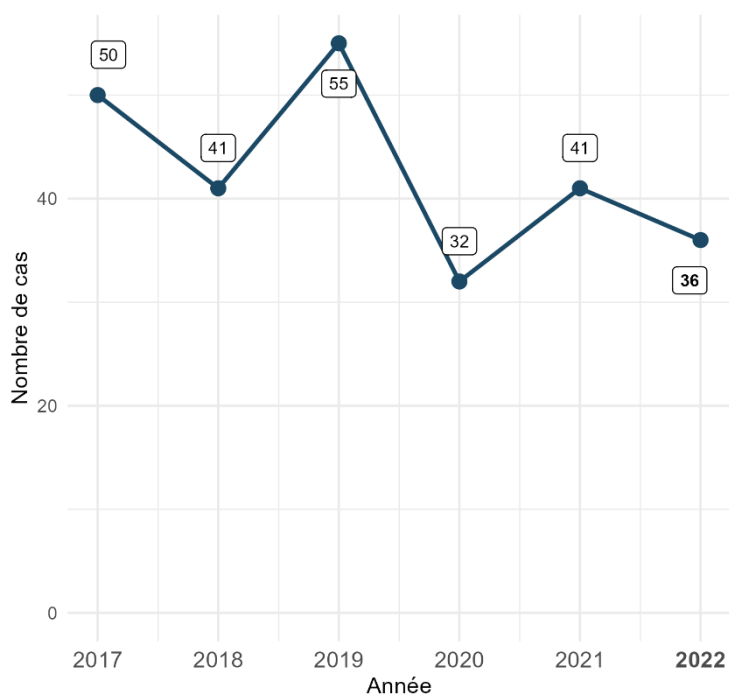


Figure 143- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 79– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	1	12.36	0.06	0.06	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	2	25.81	0.13	0.19	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	1	10.90	0.05	0.25	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	2	18.13	0.09	0.34	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00
[35-39] ans	4	34.18	0.17	0.51	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00
[40-44] ans	1	8.57	0.04	0.55	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00
[45-49] ans	5	41.62	0.21	0.76	[45-49] ans	1	8.69	0.04	0.04
[50-54] ans	2	16.21	0.08	0.84	[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.04
[55-59] ans	1	8.34	0.04	0.88	[55-59] ans	1	8.65	0.04	0.09
[60-64] ans	0	0.00	0.00	0.88	[60-64] ans	1	8.89	0.04	0.13
[65-69] ans	3	25.02	0.12	1.00	[65-69] ans	2	17.80	0.09	0.22
[70-74] ans	2	17.46	0.09	1.09	[70-74] ans	1	9.80	0.05	0.27
[75-79] ans	1	11.18	0.06	1.14	[75-79] ans	1	13.26	0.07	0.33
[80-84] ans	2	29.79	0.15	1.29	[80-84] ans	0	0.00	0.00	0.33
≥ 85 ans	1	12.19	0.06		≥ 85 ans	1	22.36	0.11	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Thyroïde » concerneraient sept à huit femmes sur 1000 (0,76%) et moins d'un homme sur 1000.

Avant 75 ans, cela concernera environ dix à onze femmes sur 1000 (1,09%) et environ deux à trois hommes sur 1000 (0,27%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne environ douze à treize femmes sur 1000 (1,29%) et trois hommes sur 1000 (0,33%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 80– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	100 %	98.6 %	100 %
2	100 %	97.1 %	100 %
3	100 %	95.6 %	100 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 100% ce qui signifie que la surmortalité estimée pour ce cancer est nulle.

La survie observée n'a jamais diminué, ce qui signifie que la survie nette est restée plafonnée à 100%. Ce résultat est en accord avec le pronostic historiquement favorable du cancer de la thyroïde. Il faut également souligner le fait que les statistiques de survie de cette localisation sont influencées par un phénomène de surdiagnostic lié à la découverte fortuite de petits nodules asymptomatiques lors d'examens d'imagerie.

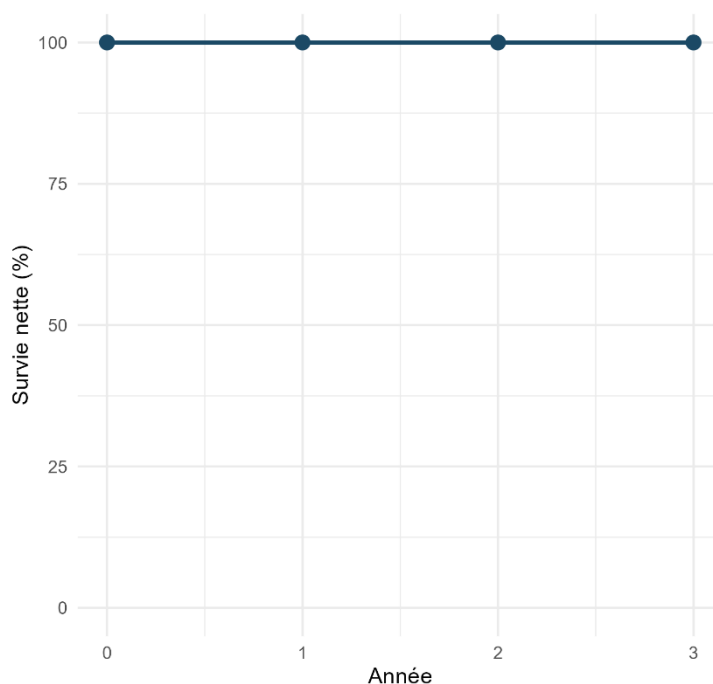


Figure 144- Survie nette sur 3 ans

Le cancer de la thyroïde est considéré comme une source de mortalité prématurée évitable. Plus précisément ce cancer rentre dans la catégorie de la mortalité évitable par le système de soins, et ce, car il est hautement curable. Cela désigne les cancers qui devraient causer peu de décès en raison des performances actuelles du système de santé si le patient consulte à temps (parfois « mortalité traitable »). Pour un cancer hautement curable comme celui de la thyroïde, l'absence de surmortalité est attendue car tout décès aurait été considéré comme un échec thérapeutique évitable.

Lymphome malin non Hodgkinien

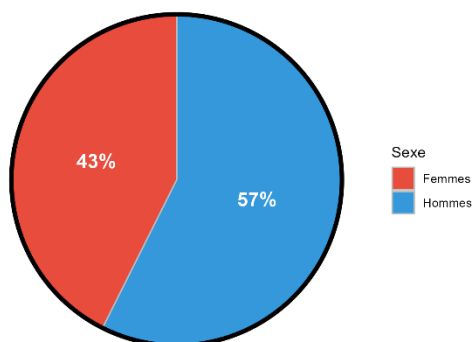
La localisation intitulée « Lymphome malin non Hodgkinien » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 morphologique est compris entre « 9590 » et « 9597 », entre « 9670 » et « 9719 », entre « 9724 » et « 9729 » ou entre « 9832 » et « 9838 ».

Au cours de l'année 2022, 18 tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 61 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 145- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 81- Incidence observée « Lymphome malin non Hodgkinien » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	1
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	1
[30-34] ans	2
[35-39] ans	0
[40-44] ans	2
[45-49] ans	1
[50-54] ans	6
[55-59] ans	8
[60-64] ans	7
[65-69] ans	8
[70-74] ans	10
[75-79] ans	9
[80-84] ans	6
85 ans +	0
Tout âge	61

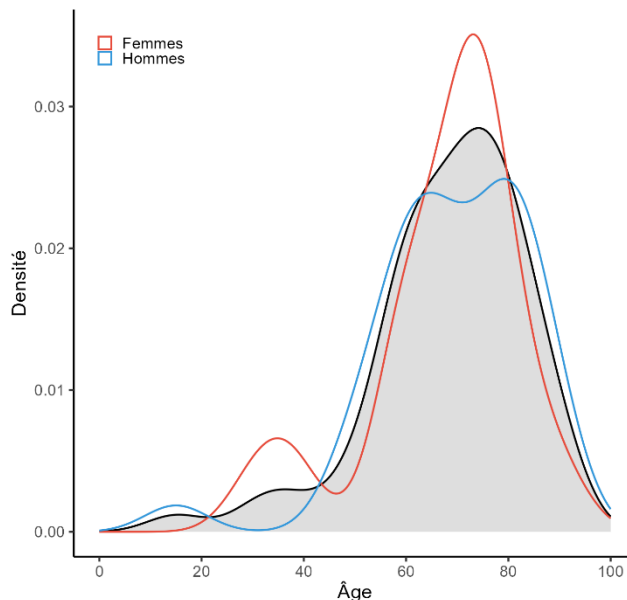


Figure 146- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

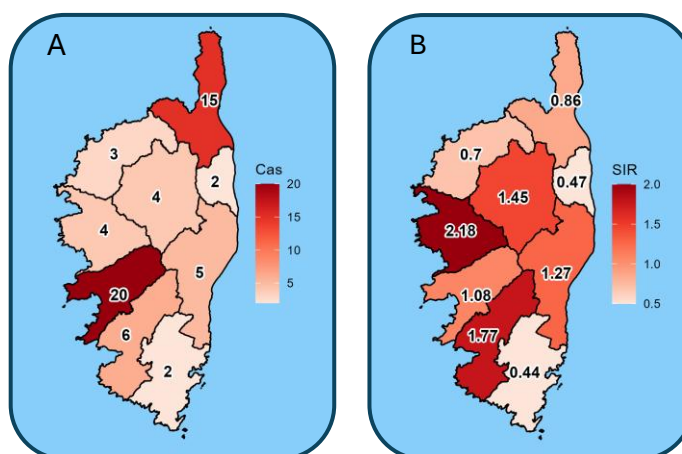
Incidences selon le lieu de résidence

LNHI

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien et le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que le territoire semblant présenter la plus grande sur-incidence est l'Ouest Corse et le territoire semblant présenter la plus grande sous-incidence l'Extrême Sud / Alta Rocca.

Tableau 82– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	2	0,47
Centre Corse	4	1,45
Extrême Sud / Alta Rocca	2	0,44
Ouest Corse	4	2,18
Pays Ajaccien	20	1,08
Pays Bastiais	15	0,86
Pays de Balagne	3	0,70
Plaine orientale	5	1,27
Taravo/Valinco/Sartenais	6	1,77



Carte 21– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Pour le lymphome malin non Hodgkinien plusieurs facteurs de risque avérés sont suspectés : aucun facteur de risque n'est avéré.

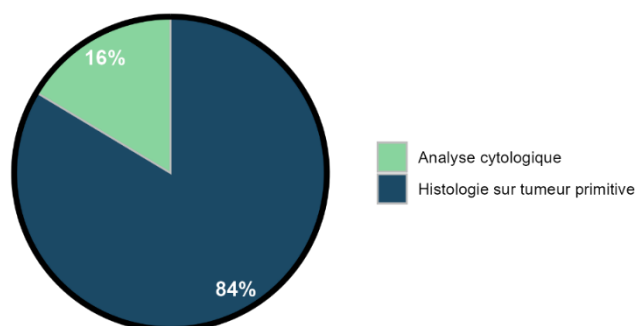
Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 84% des cas (soit n = 51) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.

L'autre base de diagnostic est l'analyse cytologique qui représente 16% des cas (n = 10).

Figure 147- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,1 sources. Le nombre de sources est de trois dans 36% des cas. La source la plus fréquente était l'ACP (n = 49) et la source la plus rare était la RCP (n = 30).

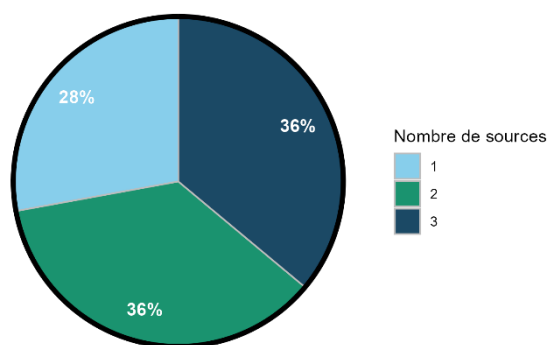


Figure 148- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

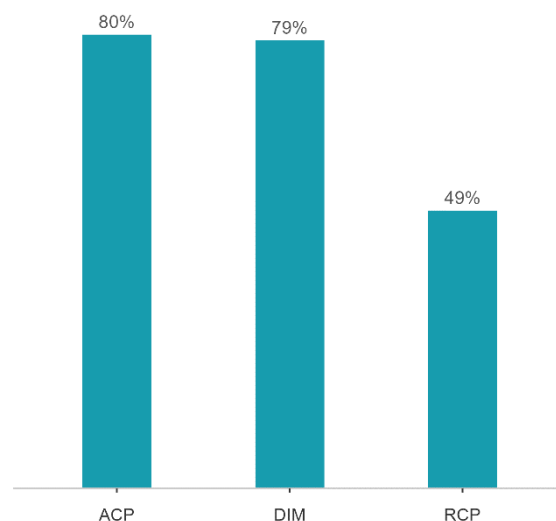


Figure 149- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes.

Aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation bien que le nombre de tumeurs recensées annuellement semble avoir augmenté depuis 2017.

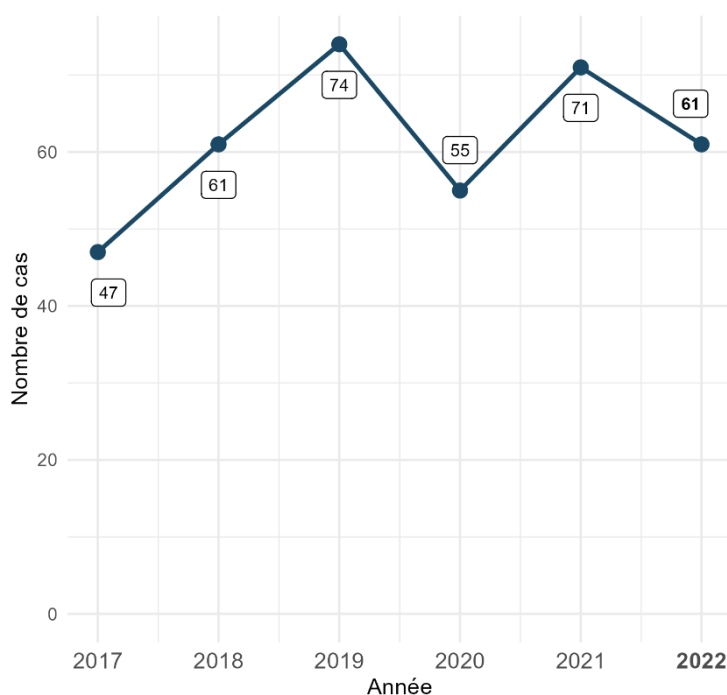


Figure 150- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 83– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	1	11.25	0.06	0.06
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.06
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.06
[30-34] ans	1	9.07	0.05	0.05	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.06
[35-39] ans	2	17.09	0.09	0.13	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.06
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.13	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.06
[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.13	[45-49] ans	2	17.37	0.09	0.14
[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.13	[50-54] ans	1	8.26	0.04	0.18
[55-59] ans	2	16.68	0.08	0.21	[55-59] ans	4	34.61	0.17	0.36
[60-64] ans	3	25.67	0.13	0.34	[60-64] ans	5	44.43	0.22	0.58
[65-69] ans	3	25.02	0.12	0.47	[65-69] ans	4	35.60	0.18	0.75
[70-74] ans	5	43.64	0.22	0.68	[70-74] ans	3	29.39	0.15	0.90
[75-79] ans	6	67.07	0.33	1.02	[75-79] ans	4	53.04	0.26	1.16
[80-84] ans	2	29.79	0.15	1.16	[80-84] ans	7	123.49	0.62	1.77
≥ 85 ans	2	24.38	0.12		≥ 85 ans	4	89.45	0.45	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Lymphome malin non Hodgkinien » sont d'environ une femme sur 1000 (0,13%) et environ un homme sur 1000 (0,14%).

Avant 75 ans, cela concernerait environ six à sept femmes sur 1000 (0,68%) et environ neuf hommes sur 1000 (0,9%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne environ onze à douze femmes sur 1000 (1,16%) et dix-sept à dix-huit hommes sur 1000 (1,77%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 84– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	91.8 %	97.1 %	94.6 %
2	85.2 %	94.1 %	90.6 %
3	85.2 %	91 %	93.7 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 93,7% soit une surmortalité attribuée au développement d'un cancer correspondant à un lymphome malin non Hodgkinien d'environ 6,3%.

Entre l'année 2 et l'année 3 la survie observée n'a pas baissé tandis que la survie attendue a baissé de 3,1%, c'est ce qui explique que la survie nette à trois ans soit supérieure à la survie nette à deux ans. Cela pourrait être dû à la meilleure espérance de vie en Corse ou bien simplement à un hasard statistique.

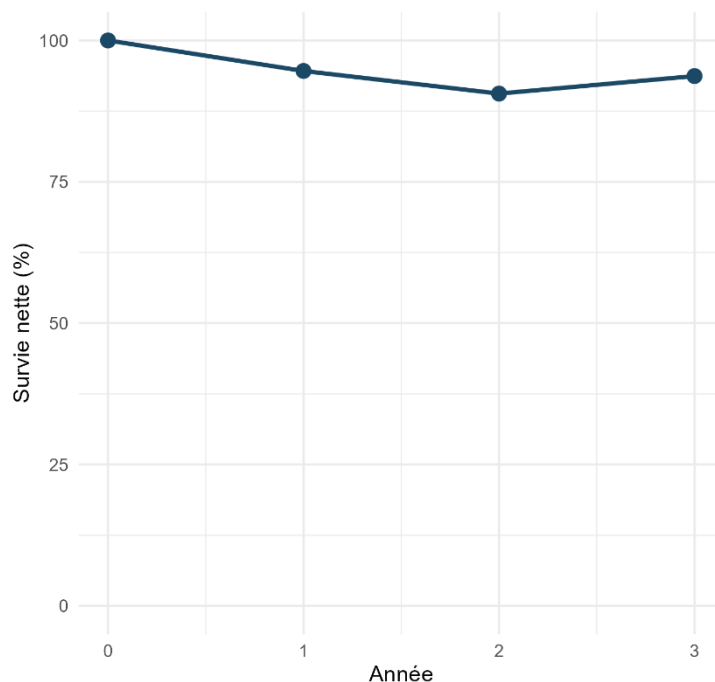


Figure 151- Survie nette sur 3 ans

LNHI

Lymphome de Hodgkin

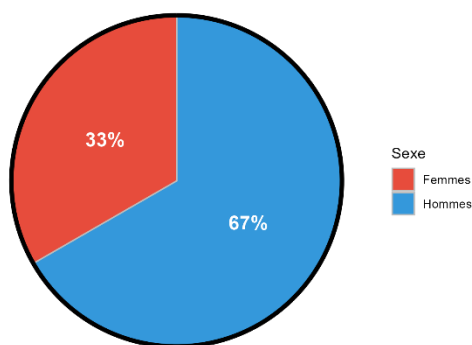
La localisation intitulée « Lymphome de Hodgkin » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 morphologique est compris entre « 9650 » et « 9667 ».

Au cours de l'année 2022, aucune investigation auprès des établissements de soins partenaires n'a été nécessaire. Au 13/04/2026, aucune tumeur n'est en attente d'investigation. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 9 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 152- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 85- Incidence observée « Lymphome de Hodgkin » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	1
[15-19] ans	1
[20-24] ans	0
[25-29] ans	1
[30-34] ans	0
[35-39] ans	1
[40-44] ans	0
[45-49] ans	1
[50-54] ans	2
[55-59] ans	0
[60-64] ans	1
[65-69] ans	0
[70-74] ans	1
[75-79] ans	0
[80-84] ans	0
85 ans +	0
Tout âge	9

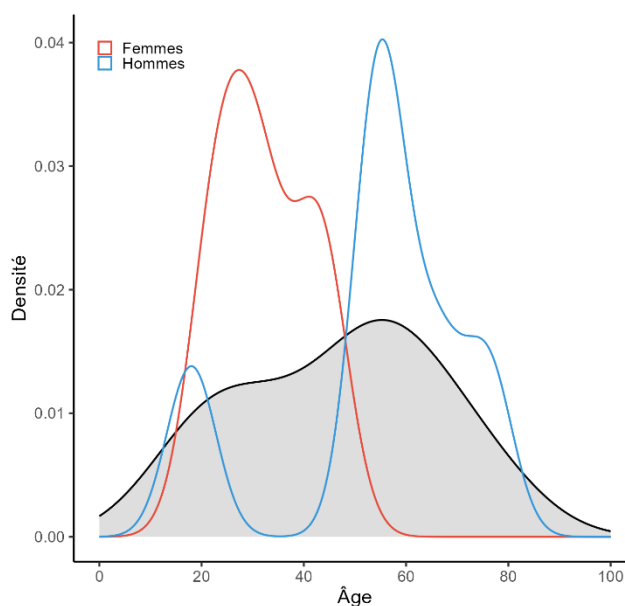


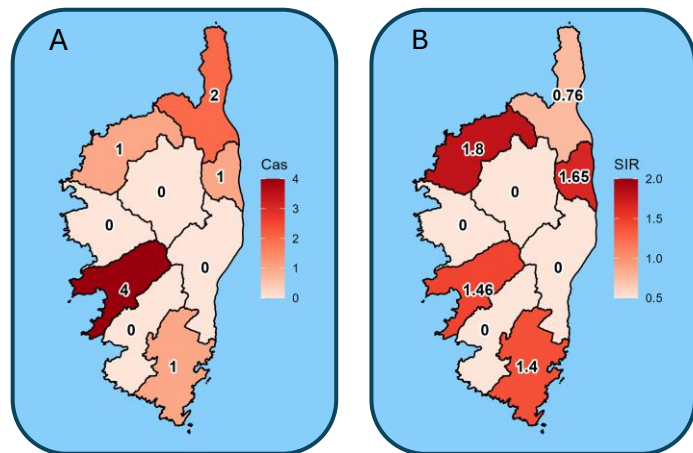
Figure 153- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

Incidences selon le lieu de résidence

L'observation des incidences brutes révèle que le territoire où l'incidence est la plus élevée est le Pays Ajaccien. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont le Pays de Balagne et le territoire de Castagniccia / Mare à Monti. De son côté le Pays Bastiais semble présenter une sous-incidence.

Tableau 86– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	1	1,65
Centre Corse	0	0
Extrême Sud / Alta Rocca	1	1,4
Ouest Corse	0	0
Pays Ajaccien	4	1,46
Pays Bastiais	2	0,76
Pays de Balagne	1	1,8
Plaine orientale	0	0
Taravo/Valinco/Sartenais	0	0



Carte 22– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

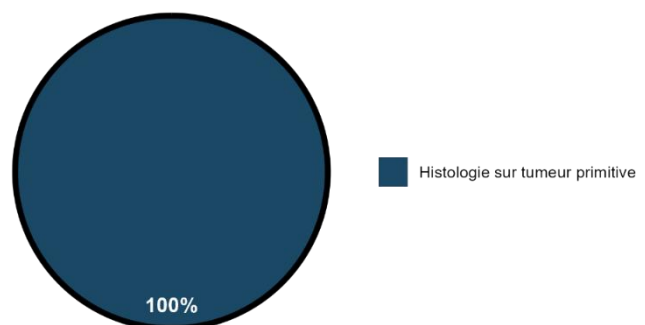
Le lymphome Hodgkinien est associé à plusieurs facteurs de risque avérés : Virus d'Epstein-Barr ; Antécédents familiaux de lymphome d'Hodgkin ; Immunodépression.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 100% des cas (soit n = 9) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.

Figure 154- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,6 sources. Le nombre de sources est de 3 dans 56% des cas. La source la plus fréquente était le DIM et la RCP (n = 8) et la source la plus rare était l'ACP (n = 7).

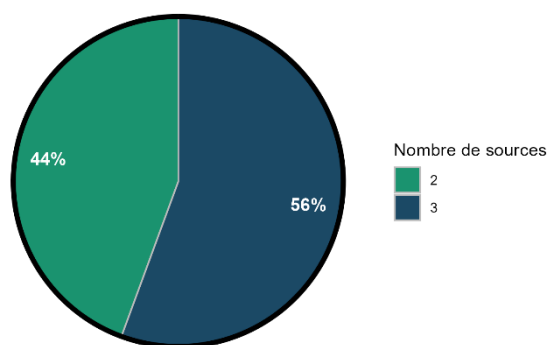


Figure 155- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

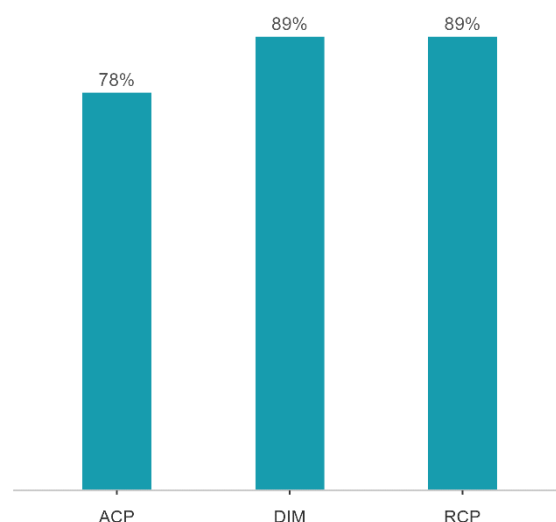


Figure 156- Taux de présence de chaque source

Lymphome de Hodgkin

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes.

Aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation.

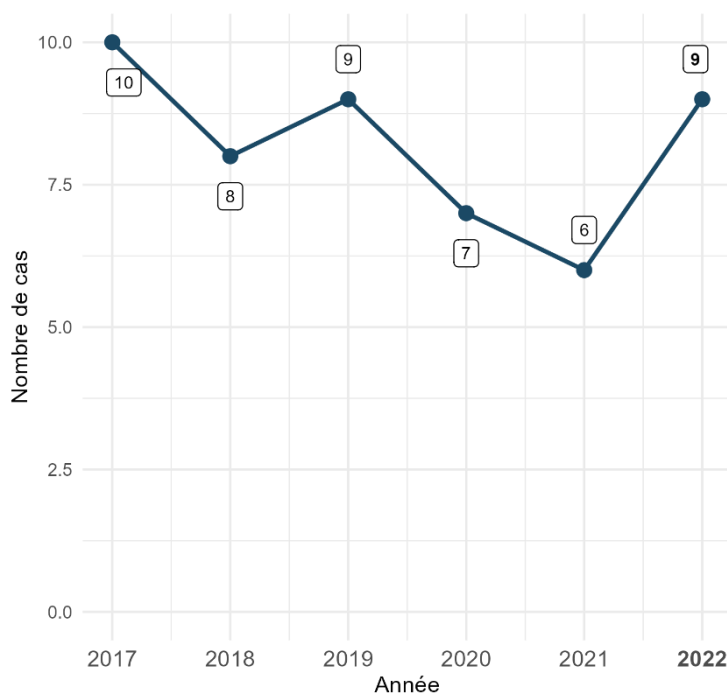


Figure 157- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 87– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	1	11.25	0.06	0.06
[20-24] ans	1	12.90	0.06	0.06	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.06
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.06	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.06
[30-34] ans	1	9.07	0.05	0.11	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.06
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.11	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.06
[40-44] ans	1	8.57	0.04	0.15	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.06
[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.15	[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.06
[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.15	[50-54] ans	1	8.26	0.04	0.10
[55-59] ans	0	0.00	0.00	0.15	[55-59] ans	2	17.30	0.09	0.18
[60-64] ans	0	0.00	0.00	0.15	[60-64] ans	0	0.00	0.00	0.18
[65-69] ans	0	0.00	0.00	0.15	[65-69] ans	1	8.90	0.04	0.23
[70-74] ans	0	0.00	0.00	0.15	[70-74] ans	0	0.00	0.00	0.23
[75-79] ans	0	0.00	0.00	0.15	[75-79] ans	1	13.26	0.07	0.29
[80-84] ans	0	0.00	0.00	0.15	[80-84] ans	0	0.00	0.00	0.29
≥ 85 ans	0	0.00	0.00		≥ 85 ans	0	0.00	0.00	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Lymphome de Hodgkin » sont d'environ une femme sur 1000 (0,15%) et sont inférieures à un homme sur 1000.

Avant 75 ans, cela concerne toujours une femme sur 1000 (0,15%) et concernerait environ deux hommes sur 1000 (0,23%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne toujours une femme sur 1000 (0,15%) et concernerait environ deux à trois hommes sur 1000 (0,29%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 88– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	100 %	99.3 %	100 %
2	100 %	98.5 %	100 %
3	100 %	97.6 %	100 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 100% ce qui signifie que la surmortalité estimée pour ce cancer est nulle.

La survie observée n'a jamais diminué, ce qui signifie que la survie nette est restée plafonnée à 100%. Ce résultat est en accord avec le pronostic historiquement favorable de cette localisation tumorale.

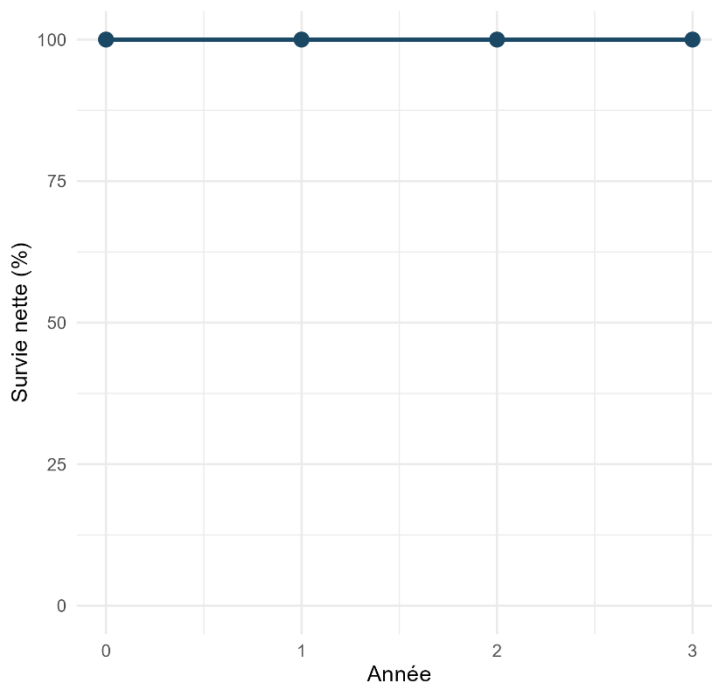


Figure 158- Survie nette sur 3 ans

Les cancers de la catégorie « lymphome de Hodgkin » sont considérés comme une source de mortalité prématurée évitable. Plus précisément ces cancers rentrent dans la catégorie de la mortalité évitable par le système de soins, et ce, car ils sont hautement curables. Cela désigne les cancers qui devraient causer peu de décès en raison des performances actuelles du système de santé si le patient consulte à temps (parfois « mortalité traitable »). Pour des cancers hautement curables comme ceux de la catégorie « lymphome de Hodgkin », l'absence de surmortalité est attendue (notamment dans une petite cohorte) car tout décès aurait été considéré comme un échec thérapeutique évitable.

Myélome multiple et maladie immuno-proliférative

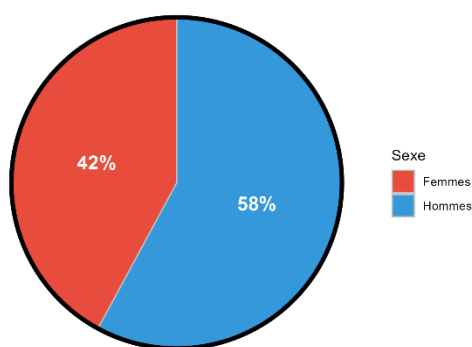
La localisation intitulée « Myélome multiple et maladie immuno-proliférative » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 morphologique est compris entre « 9731 » et « 9734 » ou entre « 9760 et 9764 ».

Au cours de l'année 2022, neuf tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des dix-neuf cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 159- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 89- Incidence observée « Myélome multiple et maladie immuno-proliférative » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	0
[20-24] ans	0
[25-29] ans	0
[30-34] ans	0
[35-39] ans	0
[40-44] ans	1
[45-49] ans	0
[50-54] ans	1
[55-59] ans	1
[60-64] ans	2
[65-69] ans	3
[70-74] ans	5
[75-79] ans	3
[80-84] ans	3
85 ans +	0
Tout âge	19

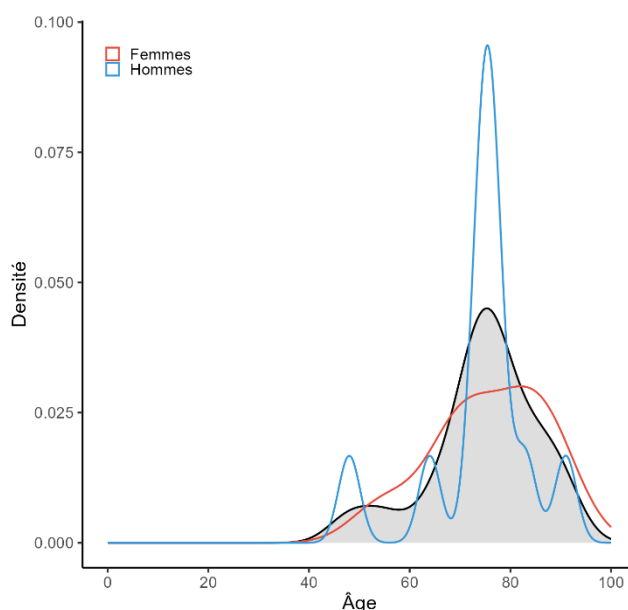


Figure 160- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

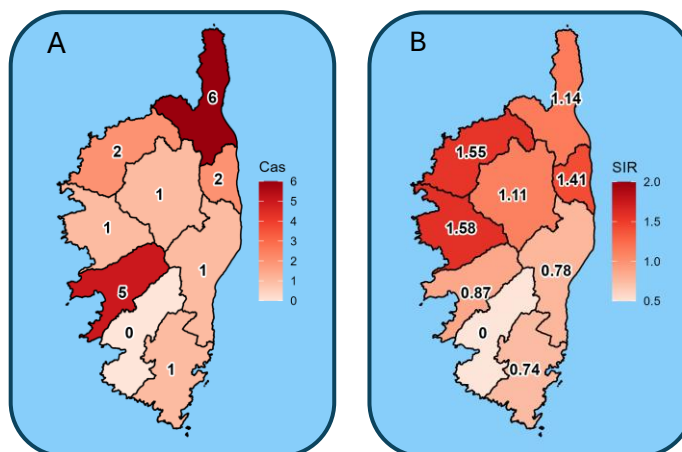
Incidences selon le lieu de résidence

MM & MI

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le pays ajaccien et le pays bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont l'Ouest Corse et le pays de Balagne. Les territoires de l'Extrême Sud/Alta Rocca et la Plaine orientale semblent présenter une sous-incidence.

Tableau 90– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	2	1,41
Centre Corse	1	1,11
Extrême Sud / Alta Rocca	1	0,74
Ouest Corse	1	1,58
Pays Ajaccien	5	0,87
Pays Bastiais	6	1,14
Pays de Balagne	2	1,55
Plaine orientale	1	0,78
Taravo/Valinco/Sartenais	0	0



Carte 23– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Le myélome multiple et les maladies immuno-prolifératives sont associés à plusieurs facteurs de risque : Tabac ; Benzène ; Rayonnements ionisants.

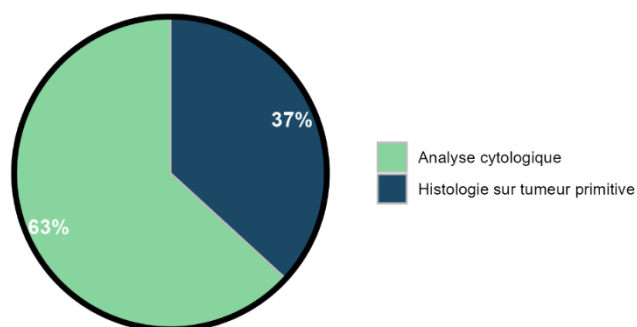
Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 37% des cas (soit n = 7) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.

La base de diagnostic la plus fréquente était l'analyse cytologique qui représentait 63% des cas (n = 12).

Figure 161- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 1,9 source. Le nombre de sources est de 3 dans 16% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 16) et la source la plus rare était l'ACP (n = 9).

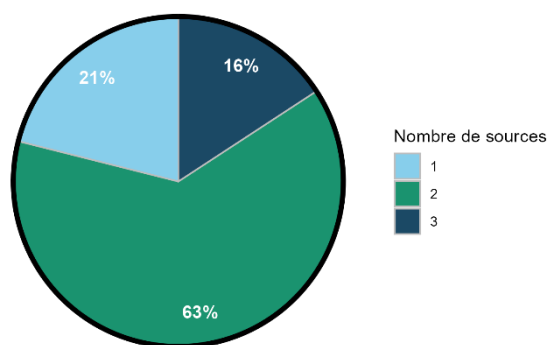


Figure 163- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

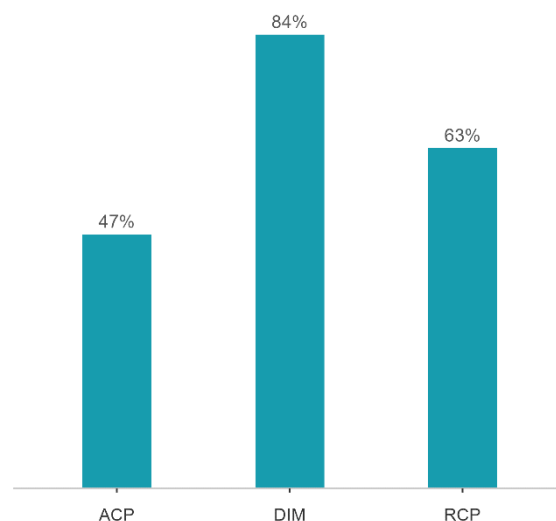


Figure 162- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 égale le plus faible nombre de tumeurs recensées en une année.

Toutefois, aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation.

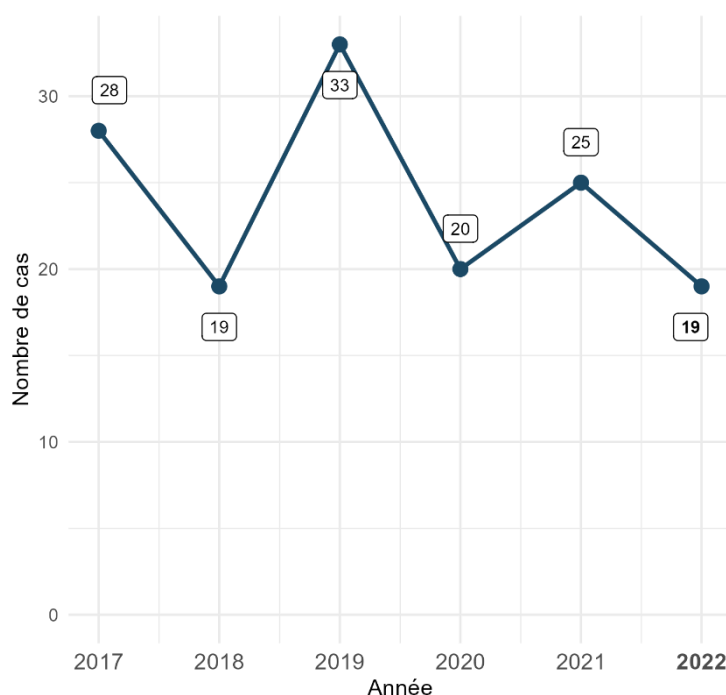


Figure 164- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 91– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00
[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00	[20-24] ans	0	0.00	0.00	0.00
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.00
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.00
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.00
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00	[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.00
[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.00	[45-49] ans	1	8.69	0.04	0.04
[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.00	[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.04
[55-59] ans	1	8.34	0.04	0.04	[55-59] ans	0	0.00	0.00	0.04
[60-64] ans	0	0.00	0.00	0.04	[60-64] ans	1	8.89	0.04	0.09
[65-69] ans	2	16.68	0.08	0.13	[65-69] ans	0	0.00	0.00	0.09
[70-74] ans	1	8.73	0.04	0.17	[70-74] ans	2	19.60	0.10	0.19
[75-79] ans	0	0.00	0.00	0.17	[75-79] ans	5	66.30	0.33	0.52
[80-84] ans	2	29.79	0.15	0.32	[80-84] ans	1	17.64	0.09	0.60
≥ 85 ans	2	24.38	0.12		≥ 85 ans	1	22.36	0.11	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Myélome multiple et maladie immuno-proliférative » sont inférieures à une personne sur 1000 chez les femmes comme les hommes.

Avant 75 ans, cela concernerait environ une femme sur 1000 (0,17%) et environ un à deux hommes sur 1000 (0,19%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concernerait environ trois femmes sur 1000 (0,32%) et environ six hommes sur 1000 (0,6%)

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

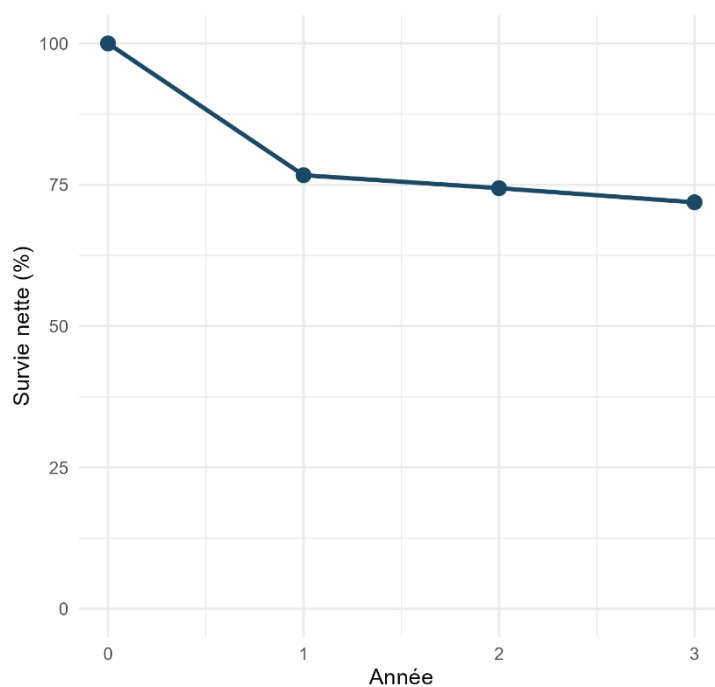
Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 92– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	73.7 %	96.1 %	76.7 %
2	68.4 %	92 %	74.4 %
3	63.2 %	87.9 %	71.9 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 71,9% soit une surmortalité attribuée au développement d'un cancer correspondant à la catégorie myélome multiple et maladies immuno-prolifératives d'environ 28,1%.

On remarque que la diminution la plus importante de survie (observée et nette) a lieu dès la première année. La survie globale continue de diminuer plus vite que la survie attendue, ce faisant la survie nette diminue tout au long des trois ans.



MM & MI

Figure 165- Survie nette sur 3 ans

Leucémie aigüe myéloïde

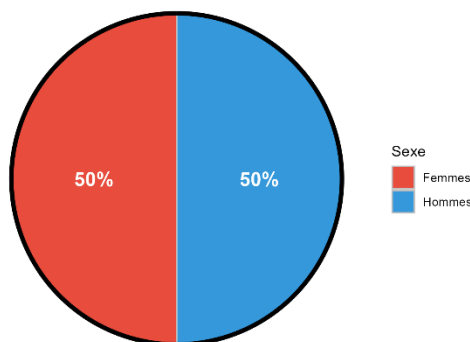
La localisation intitulée « Leucémie aigüe myéloïde » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 morphologique est « 9840 », « 9861 », « 9866 », « 9867 », compris entre « 9870 » et « 9874 », compris entre « 9891 » et « 9931 », « 9984 », compris entre « 9805 » et « 9809 », « 9865 », « 9868 », « 9911 » ou « 9898 ».

Au cours de l'année 2022, quatre tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des vingt cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 166- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 93- Incidence observée « Leucémie aigüe myéloïde » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	0
[10-14] ans	0
[15-19] ans	1
[20-24] ans	2
[25-29] ans	0
[30-34] ans	0
[35-39] ans	0
[40-44] ans	1
[45-49] ans	0
[50-54] ans	0
[55-59] ans	2
[60-64] ans	4
[65-69] ans	3
[70-74] ans	2
[75-79] ans	2
[80-84] ans	2
85 ans +	1
Tout âge	20

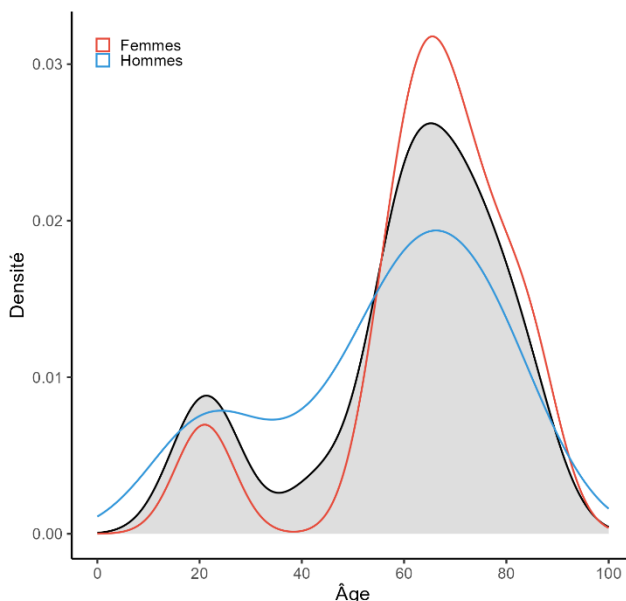


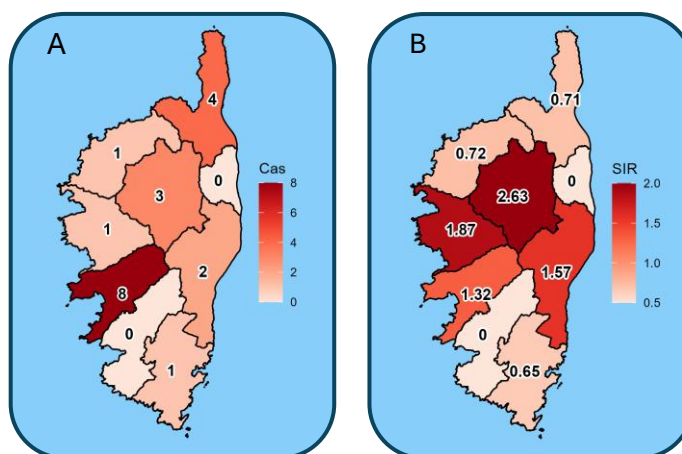
Figure 167- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

Incidences selon le lieu de résidence

L'observation des incidences brutes révèle que le territoire où l'incidence est la plus élevée est le Pays Ajaccien. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle que les territoires semblant présenter la plus grande sur-incidence sont le Centre Corse et l'Ouest Corse avec une potentielle sous-incidence pour l'Extrême Sud / Alta Rocca mais également le Pays Bastiais et le Pays de Balagne.

Tableau 94– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	0	0
Centre Corse	3	2,63
Extrême Sud / Alta Rocca	1	0,65
Ouest Corse	1	1,87
Pays Ajaccien	8	1,32
Pays Bastiais	4	0,71
Pays de Balagne	1	0,72
Plaine orientale	2	1,57
Taravo/Valinco/Sartenais	0	0



Carte 24– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

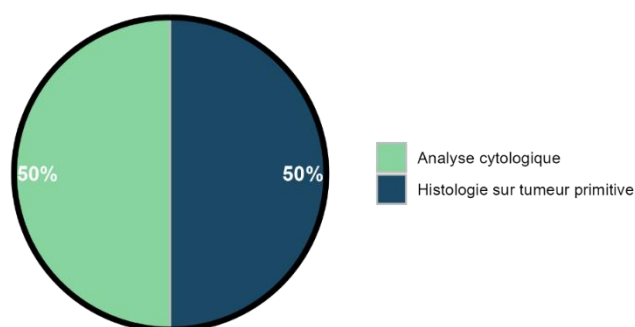
Les leucémies sont associées à plusieurs facteurs de risque avérés : Benzène ; Oxyde d'éthylène ; Butadène 1.3 ; Rayonnements ionisants.

Les bases de diagnostic

Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 50% des cas (soit n = 10) la base du diagnostic est une histologie sur tumeur primitive.

L'autre base diagnostic qui représente également 50% des cas est l'analyse cytologique (n = 10).



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par 2,3 sources. Le nombre de sources est de trois dans 35% des cas. La source la plus fréquente était l'ACP (n = 18) et la source la plus rare était le DIM (n = 10).

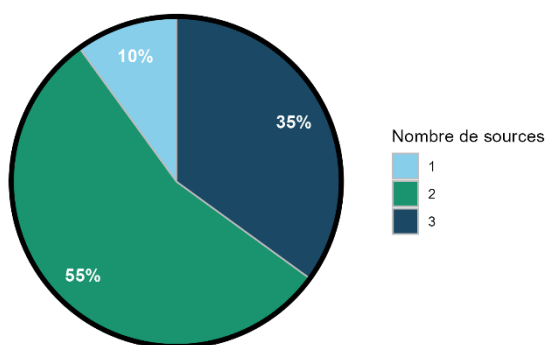


Figure 169- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

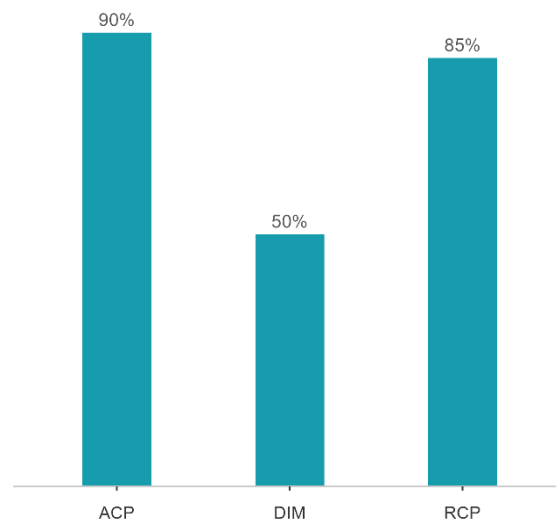


Figure 170- Taux de présence de chaque source

Leucémie aigüe

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes.

Aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation.

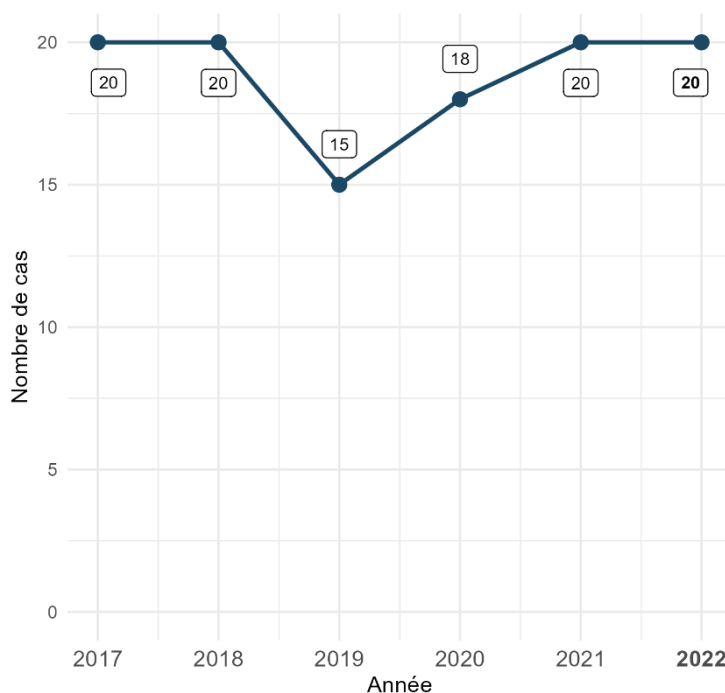


Figure 171- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 95– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00
[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.00	[15-19] ans	1	11.25	0.06	0.06
[20-24] ans	1	12.90	0.06	0.06	[20-24] ans	1	12.37	0.06	0.12
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.06	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.12
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.06	[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.12
[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.06	[35-39] ans	0	0.00	0.00	0.12
[40-44] ans	0	0.00	0.00	0.06	[40-44] ans	1	8.94	0.04	0.16
[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.06	[45-49] ans	0	0.00	0.00	0.16
[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.06	[50-54] ans	0	0.00	0.00	0.16
[55-59] ans	1	8.34	0.04	0.11	[55-59] ans	1	8.65	0.04	0.21
[60-64] ans	2	17.12	0.09	0.19	[60-64] ans	2	17.77	0.09	0.29
[65-69] ans	2	16.68	0.08	0.27	[65-69] ans	1	8.90	0.04	0.34
[70-74] ans	1	8.73	0.04	0.32	[70-74] ans	1	9.80	0.05	0.39
[75-79] ans	1	11.18	0.06	0.37	[75-79] ans	1	13.26	0.07	0.45
[80-84] ans	1	14.90	0.07	0.45	[80-84] ans	1	17.64	0.09	0.54
≥ 85 ans	1	12.19	0.06		≥ 85 ans	0	0.00	0.00	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Leucémies aigües myéloïde » sont inférieures à une personne sur 1000 chez les femmes et concerneraient environ un à deux hommes sur 1000 (0,16%).

Avant 75 ans, cela concernerait environ trois femmes sur 1000 (0,32%) et environ trois à quatre hommes sur 1000 (0,39%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concernerait environ quatre à cinq femmes sur 1000 (0,45%) et environ cinq hommes sur 1000 (0,54%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

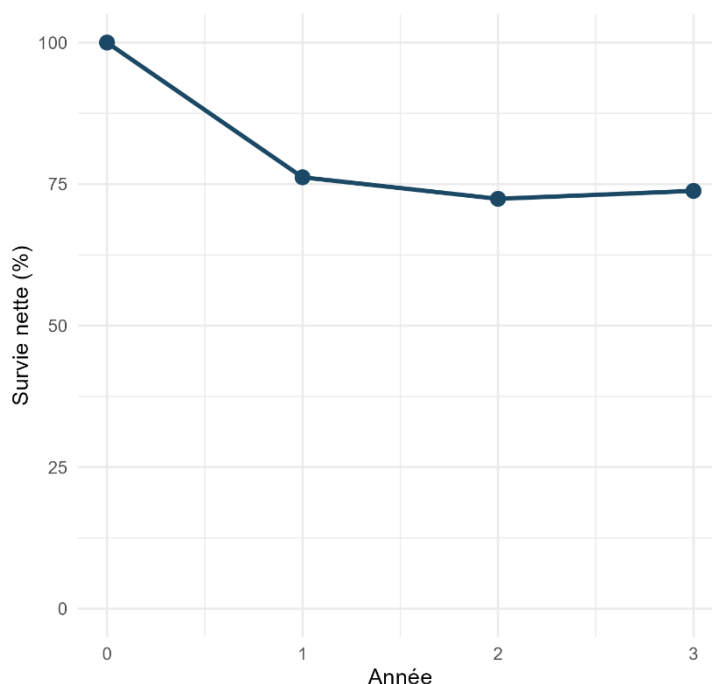
Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 96– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	75 %	98.4 %	76.2 %
2	70 %	96.7 %	72.4 %
3	70 %	94.9 %	73.8 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 73,8% soit une surmortalité attribuée au développement d'un cancer de la catégorie d'une Leucémie aigüe myéloïde d'environ 26,2%.

On remarque une très importante diminution de la survie observée la première année, une plus légère entre la première et la deuxième puis une stagnation. Cela a un impact sur la survie nette qui diminue fortement la première année puis subit une remontée artificielle entre la deuxième et la troisième année puisque seule la survie attendue diminue. Cette observation est en accord avec l'évolution clinique des leucémies aigües myéloïdes qui représentent un danger immédiat et ont un traitement très lourd pouvant entraîner une mortalité précoce tandis qu'une fois que le traitement a bien pris chez les patients, le risque de rechute est minime et leur courbe de survie redevient similaire à celle de la population générale.



Leucémie aigüe

Figure 172- Survie nette sur 3 ans

Autres

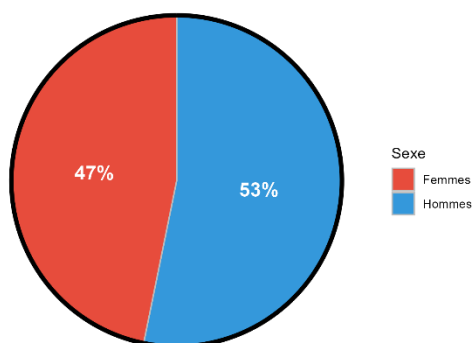
La localisation intitulée « Autres » regroupe l'ensemble des cas incidents de tumeurs invasives sur l'année 2022 dont le code CIM-O3 topographique est « C » à l'exception des cancers cutanés hors mélanome de la peau et des localisations présentées ci-dessus.

Au cours de l'année 2022, 57 tumeurs ont nécessité des investigations complémentaires au sein des établissements de soins partenaires. Au 13/04/2026, toutes les investigations nécessaires pour cette localisation étaient terminées. **Le taux de validité pour cette localisation est de 100%.**

Incidences selon le sexe

La figure ci-dessous présente la répartition par sexe des 126 cas de cancers recensés par le RG2C pour l'année 2022.

Figure 173- Répartition par sexe



Incidences selon l'âge

La figure ci-dessous représente la densité d'âge d'incidence et une représentation en fonction du sexe.

Tableau 97- Incidence observée « Autres » selon l'âge au diagnostic

Âge au diagnostic	Incidences brutes
[0-4] ans	0
[5-9] ans	1
[10-14] ans	1
[15-19] ans	1
[20-24] ans	2
[25-29] ans	0
[30-34] ans	1
[35-39] ans	2
[40-44] ans	2
[45-49] ans	4
[50-54] ans	7
[55-59] ans	6
[60-64] ans	6
[65-69] ans	20
[70-74] ans	14
[75-79] ans	17
[80-84] ans	18
85 ans +	24
Tout âge	126

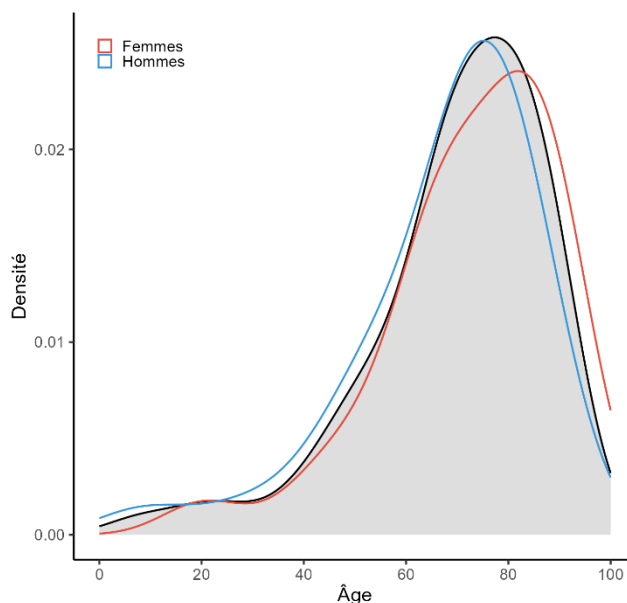


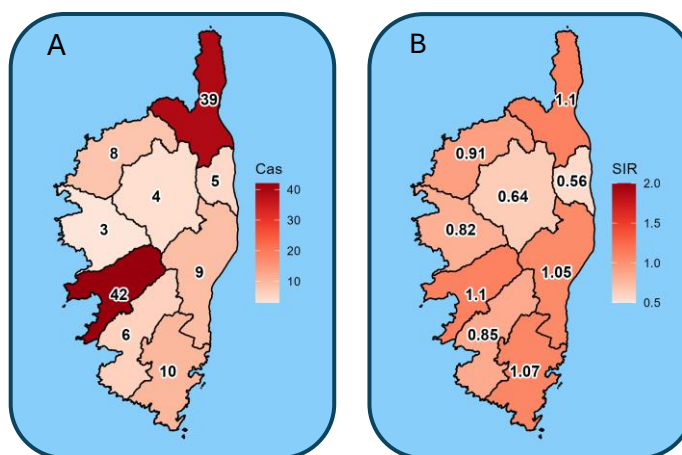
Figure 174- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe

Incidences selon le lieu de résidence

L'observation des incidences brutes révèle sans surprise que les territoires où l'incidence est la plus élevée sont ceux avec la population la plus élevée soit le Pays Ajaccien et le Pays Bastiais. L'observation complémentaire des taux d'incidences standardisés révèle qu'ils semblent aussi présenter la plus grosse sur-incidence à l'inverse le territoire de Castagniccia / Mare à Monti ainsi que celui du Centre Corse semblent en sous-incidence.

Tableau 98– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire

Territoire	Incidence brute	SIR
Castagniccia / Mare e monti	5	0,56
Centre Corse	4	0,64
Extrême Sud / Alta Rocca	10	1,07
Ouest Corse	3	0,82
Pays Ajaccien	42	1,1
Pays Bastiais	39	1,1
Pays de Balagne	8	0,91
Plaine orientale	9	1,05
Taravo/Valinco/Sartenais	6	0,85



Carte 25– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)

Les bases de diagnostic

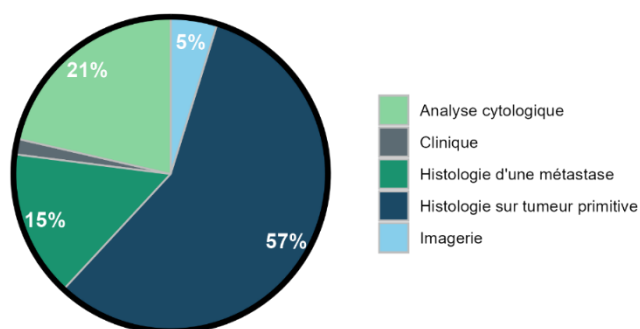
Il s'agit de la base sur laquelle le diagnostic de cancer a été confirmé. La figure suivante représente la fréquence de chaque base de diagnostic.

On remarque que dans 78% des cas (soit n = 88) la base du diagnostic est une histologie (sur tumeur primitive ou sur métastase).

La deuxième base diagnostic la plus fréquente était l'analyse cytologique qui représentait 21% des cas (n = 27).

Les autres bases diagnostics recensées sont l'imagerie pour 5% des cas (n = 6) et la clinique (n = 2).

Figure 175- Répartition des bases diagnostiques



Le nombre de sources par tumeur

En moyenne chaque tumeur est documentée par deux sources. Le nombre de sources est de trois dans 29% des cas. La source la plus fréquente était le DIM (n = 92) et les sources les plus rares étaient la RCP et l'ACP (n = 77).

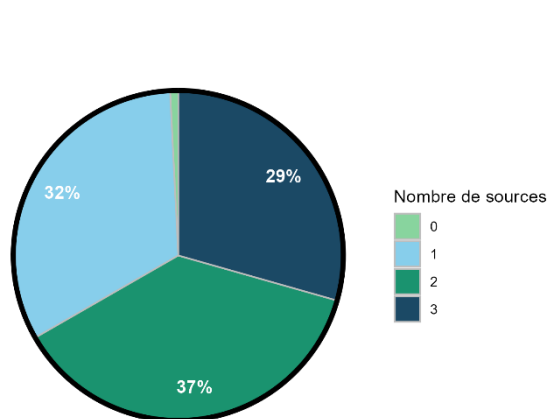


Figure 176- Nombre de sources enregistrées par le RG2C

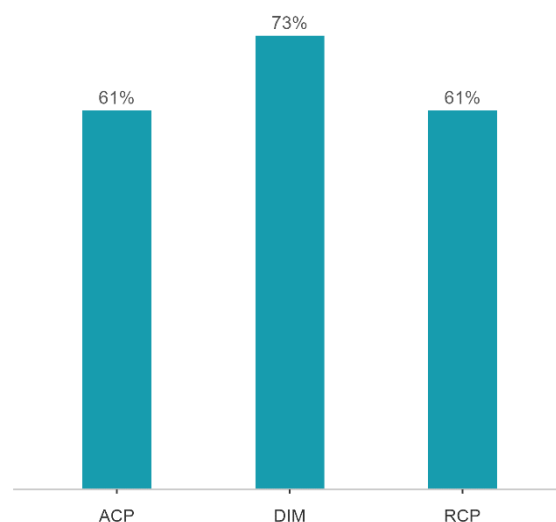


Figure 177- Taux de présence de chaque source

Evolution depuis 2017

La figure ci-dessous représente l'évolution du nombre de cas recensés par le RG2C depuis 2017.

Le nombre de tumeurs recensées en 2022 ne présente pas de différence significative avec les années précédentes.

Aucune tendance ne semble actuellement observable pour cette localisation. On remarque cependant une importante diminution du nombre de cas recensés en 2020, probablement en raison de la pandémie de Covid-19.

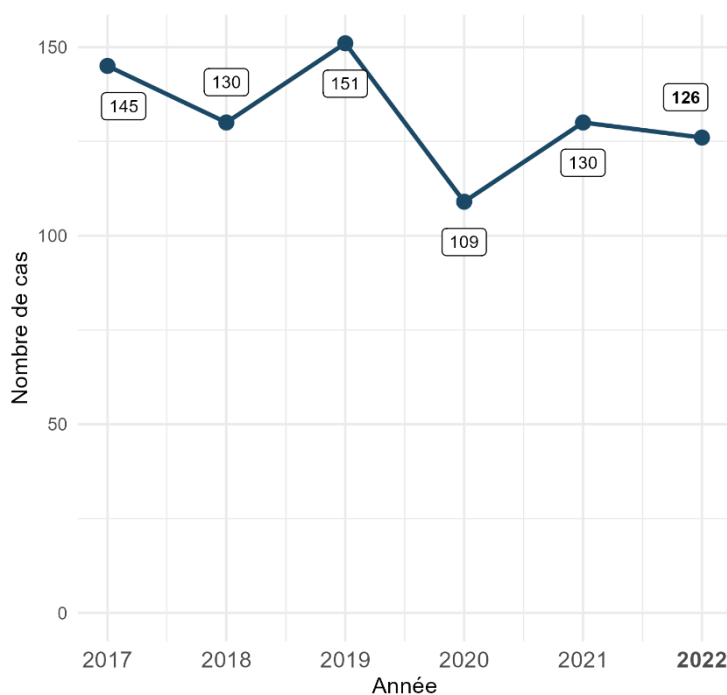


Figure 178- Evolution du nombre de cas depuis 2017

Probabilité conditionnelle d'incidence et probabilité cumulée

Les tableaux ci-dessous représentent par sexe la probabilité conditionnelle d'incidence et la probabilité cumulée d'incidence par tranches d'âge quinquennales.

Tableau 99– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)

Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)	Âge	Incidence brute	Taux d'incidence (pour 100 000)	Probabilité cond. (%)	Probabilité cumulée (%)
[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00	[0-4] ans	0	0.00	0.00	0.00
[5-9] ans	0	0.00	0.00	0.00	[5-9] ans	1	10.70	0.05	0.05
[10-14] ans	0	0.00	0.00	0.00	[10-14] ans	1	10.41	0.05	0.11
[15-19] ans	1	12.36	0.06	0.06	[15-19] ans	0	0.00	0.00	0.11
[20-24] ans	1	12.90	0.06	0.13	[20-24] ans	1	12.37	0.06	0.17
[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.13	[25-29] ans	0	0.00	0.00	0.17
[30-34] ans	0	0.00	0.00	0.13	[30-34] ans	1	9.77	0.05	0.22
[35-39] ans	1	8.55	0.04	0.17	[35-39] ans	1	9.47	0.05	0.26
[40-44] ans	1	8.57	0.04	0.21	[40-44] ans	1	8.94	0.04	0.31
[45-49] ans	2	16.65	0.08	0.29	[45-49] ans	2	17.37	0.09	0.39
[50-54] ans	1	8.11	0.04	0.34	[50-54] ans	6	49.56	0.25	0.64
[55-59] ans	3	25.02	0.13	0.46	[55-59] ans	3	25.96	0.13	0.77
[60-64] ans	4	34.23	0.17	0.63	[60-64] ans	2	17.77	0.09	0.86
[65-69] ans	10	83.39	0.42	1.04	[65-69] ans	10	89.00	0.44	1.30
[70-74] ans	4	34.92	0.17	1.22	[70-74] ans	10	97.98	0.49	1.78
[75-79] ans	6	67.07	0.33	1.55	[75-79] ans	11	145.85	0.73	2.49
[80-84] ans	9	134.06	0.67	2.20	[80-84] ans	9	158.78	0.79	3.27
≥ 85 ans	16	195.08	0.97		≥ 85 ans	8	178.89	0.89	

Avant 50 ans, les chances de développer un cancer correspondant à la localisation « Autres » sont d'environ deux à trois femmes sur 1000 (0,29%) et trois à quatre hommes sur 1000 (0,39%).

Avant 75 ans, cela concerne environ douze femmes sur 1000 (1,22%) et environ dix-sept à dix-huit hommes sur 1000 (1,78%).

Le risque de développer un cancer au cours de la vie (avant 85 ans) concerne environ 22 femmes sur 1002 (2,2%) et 32 à 33 hommes sur 1000 (3,27%).

Remarque : Les chiffres présentés ne concernent que la Corse et supposent qu'il n'y a aucune cause de décès concurrente.

Etude de la survie nette

Dans le but d'évaluer la surmortalité à trois ans de cette localisation cancéreuse une étude de la survie nette a été réalisée dont les résultats sont synthétisés dans le tableau et la figure ci-dessous.

Tableau 100– Calcul de la survie nette

Année	Survie globale (observée)	Survie attendue (INED)	Survie Nette (Relative)
0	100 %	100 %	100 %
1	81 %	96.3 %	84.1 %
2	77.8 %	92.4 %	84.2 %
3	76.2 %	88.4 %	86.1 %

L'étude du tableau révèle qu'à trois ans, la survie nette était de 86,1% soit une surmortalité attribuée au développement du cancer d'environ 13,9%.

Après la première année, la survie nette subit une remontée artificielle sur les deux années suivantes car la survie attendue diminue plus rapidement que la survie observée. On observe une diminution de 3,2% de la survie observée de la première à la deuxième année contre 3,9% de diminution pour la survie attendue et de la deuxième à la troisième année la diminution de la survie observée est à nouveau de 2,4% contre 4% pour la survie attendue.

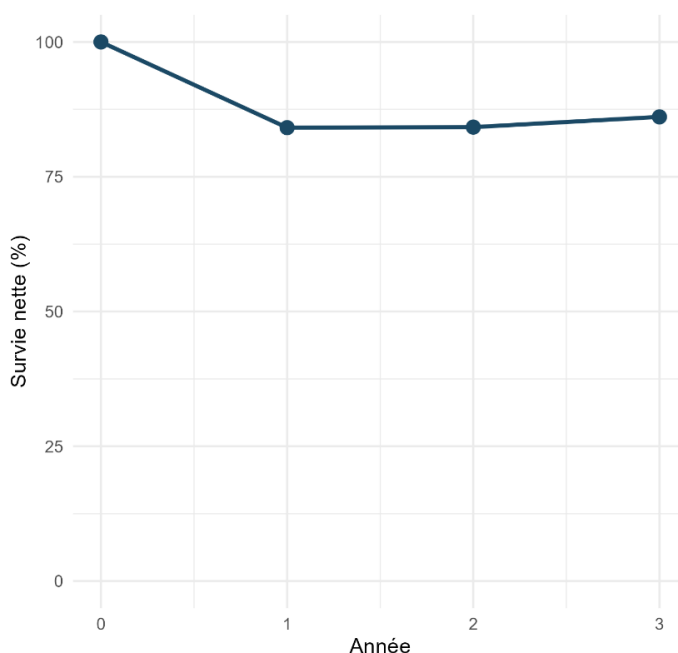


Figure 179- Survie nette sur 3 ans

En conclusion

La surveillance de l'incidence des cancers en Corse permet d'en suivre l'évolution et d'adapter les politiques de santé.

L'évolution de l'incidence des cancers dépend de trois facteurs : la taille de la population, sa structure d'âge et la prévalence d'exposition aux facteurs de risque de cancers.

Plus la population augmente dans une zone géographique donnée, plus le nombre de cas augmente. Également, plus une personne est âgée, plus son risque d'avoir un cancer augmente.

Selon Santé Publique France, l'évolution démographique est la première cause de l'augmentation significative de l'incidence des cancers observée en France ces vingt dernières années.

Ceci dit, les modifications des modes de vie et de l'environnement influent sur le risque de développer un cancer. D'après l'OMS, 40% des cancers sont liés à des facteurs de risque modifiables. Une partie des 40% des cancers évitables peut être attribuée aux comportements de vie (tabac, alcool, sédentarité, surpoids...). L'impact attribuable aux expositions domestiques, professionnelles environnementales est difficile à évaluer en l'état actuel des connaissances. Même si selon l'ANSES cet impact est réel.

De même, selon Santé Publique France, des milliers de cas de cancers pourraient être évités chaque année par l'amélioration des conditions de vie et la promotion de la santé des populations les plus défavorisées. Agir donc sur les conditions socio-économiques et environnementales, ainsi que sur les facteurs comportementaux, permet de réduire le risque de contracter un cancer au cours de la vie.

Tout au long du présent rapport, sont évoqués nombre de cancers qui entrent dans la catégorie "évitable". Il y a donc lieu d'agir sur les facteurs environnementaux ou comportementaux sources de cancer. Un suivi et des enquêtes régulières sur l'impact de ces facteurs et de leur mortalité sur la survenue des cancers dans la population insulaire permettraient d'agir de manière coordonnée sur plusieurs fronts (prévention, dépistage, accès aux soins, qualité de vie, réduction des séquelles ...) pour en réduire le fardeau.

Tables des figures

Figure 1- Nombre de cas par localisation chez les femmes corses en 2022	6
Figure 2- Nombre de cas par localisation chez les hommes corses en 2022	6
Figure 3- Nombre de cas par localisation chez la population corse en 2022	6
Figure 4- Répartition par sexe « Tous cancers »	6
Figure 5- Répartition par sexe	7
Figure 6- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	7
Figure 7- Répartition des bases diagnostiques	8
Figure 8- Nombre de sources enregistrées par le RG2C	9
Figure 9- Taux de présence de chaque source	9
Figure 10- Evolution du nombre de cas depuis 2017	9
Figure 11- Survie nette sur 3 ans	11
Figure 12- Répartition par sexe	12
Figure 13- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	12
Figure 14- Répartition des bases diagnostiques	13
Figure 15- Nombre de sources enregistrées par le RG2C	14
Figure 16- Taux de présence de chaque source	14
Figure 17- Evolution du nombre de cas depuis 2017	14
Figure 18- Survie nette sur 3 ans	16
Figure 19- Répartition par sexe	17
Figure 20- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	17
Figure 21- Répartition des bases diagnostiques	18
Figure 22- Nombre de sources enregistrées par le RG2C	19
Figure 23- Taux de présence de chaque source	19
Figure 24- Evolution du nombre de cas depuis 2017	19
Figure 25- Survie nette sur 3 ans	21
Figure 26- Répartition par sexe	22
Figure 27- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	22
Figure 28- Répartition des bases diagnostiques	23
Figure 29- Nombre de sources enregistrées par le RG2C	24
Figure 30- Taux de présence de chaque source	24
Figure 31- Evolution du nombre de cas depuis 2017	24
Figure 32- Survie nette sur 3 ans	26
Figure 33- Répartition par sexe	27
Figure 34- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	27
Figure 35- Répartition des bases diagnostiques	28
Figure 36- Nombre de sources enregistrées par le RG2C	29
Figure 37- Taux de présence de chaque source	29
Figure 38- Evolution du nombre de cas depuis 2017	29
Figure 39- Survie nette sur 3 ans	31
Figure 40- Répartition par sexe	32
Figure 41- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	32
Figure 42- Répartition des bases diagnostiques	33
Figure 43- Nombre de sources enregistrées par le RG2C	34
Figure 44- Taux de présence de chaque source	34
Figure 45- Evolution du nombre de cas depuis 2017	34
Figure 46- Survie nette sur 3 ans	36
Figure 47- Répartition par sexe	37
Figure 48- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	37
Figure 49- Répartition des bases diagnostiques	38
Figure 50- Nombre de sources enregistrées par le RG2C	39
Figure 51- Taux de présence de chaque source	39
Figure 52- Evolution du nombre de cas depuis 2017	39
Figure 53- Survie nette sur 3 ans	41
Figure 54- Répartition par sexe	42
Figure 55- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	42
Figure 56- Répartition des bases diagnostiques	43
Figure 57- Nombre de sources enregistrées par le RG2C	44
Figure 58- Taux de présence de chaque source	44
Figure 59- Evolution du nombre de cas depuis 2017	44

Figure 60- Survie nette sur 3 ans.....	46
Figure 61- Répartition par sexe	47
Figure 62- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	47
Figure 63- Répartition des bases diagnostiques	48
Figure 64- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	49
Figure 65- Taux de présence de chaque source	49
Figure 66- Evolution du nombre de cas depuis 2017	49
Figure 67- Survie nette sur 3 ans.....	51
Figure 68- Répartition par sexe	52
Figure 69- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	52
Figure 70- Répartition des bases diagnostiques	53
Figure 71- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	54
Figure 72- Taux de présence de chaque source	54
Figure 73- Evolution du nombre de cas depuis 2017	54
Figure 74- Survie nette sur 3 ans.....	56
Figure 75- Répartition par sexe	57
Figure 76- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	57
Figure 77- Répartition des bases diagnostiques	58
Figure 78- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	59
Figure 79- Taux de présence de chaque source	59
Figure 80- Evolution du nombre de cas depuis 2017	59
Figure 81- Survie nette sur 3 ans.....	61
Figure 82- Répartition par sexe	62
Figure 83- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	62
Figure 84- Répartition des bases diagnostiques	63
Figure 85- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	64
Figure 86- Taux de présence de chaque source	64
Figure 87- Evolution du nombre de cas depuis 2017	64
Figure 88- Survie nette sur 3 ans.....	66
Figure 89- Répartition par sexe	67
Figure 90- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	67
Figure 91- Répartition des bases diagnostiques	68
Figure 92- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	69
Figure 93- Taux de présence de chaque source	69
Figure 94- Evolution du nombre de cas depuis 2017	69
Figure 95- Survie nette sur 3 ans.....	71
Figure 96- Répartition par sexe	72
Figure 97- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	72
Figure 98- Répartition des bases diagnostiques	73
Figure 99- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	74
Figure 100- Taux de présence de chaque source	74
Figure 101- Evolution du nombre de cas depuis 2017	74
Figure 102- Survie nette sur 3 ans.....	76
Figure 103- Répartition par sexe	77
Figure 104- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	77
Figure 105- Répartition des bases diagnostiques	78
Figure 106- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	79
Figure 107- Taux de présence de chaque source	79
Figure 108- Evolution du nombre de cas depuis 2017	79
Figure 109- Survie nette sur 3 ans.....	81
Figure 110- Répartition par sexe	82
Figure 111- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	82
Figure 112- Répartition des bases diagnostiques	83
Figure 113- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	84
Figure 114- Taux de présence de chaque source	84
Figure 115- Evolution du nombre de cas depuis 2017	84
Figure 116- Survie nette sur 3 ans.....	86
Figure 117- Répartition par sexe	87
Figure 118- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	87
Figure 119- Répartition des bases diagnostiques	88
Figure 120- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	89
Figure 121- Taux de présence de chaque source	89
Figure 122- Evolution du nombre de cas depuis 2017	89

Figure 123- Survie nette sur 3 ans.....	91
Figure 124- Répartition par sexe	92
Figure 125- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	92
Figure 126- Répartition des bases diagnostiques	93
Figure 127- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	94
Figure 128- Taux de présence de chaque source	94
Figure 129- Evolution du nombre de cas depuis 2017	94
Figure 130- Survie nette sur 3 ans.....	96
Figure 131- Répartition par sexe	97
Figure 132- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	97
Figure 133- Répartition des bases diagnostiques	98
Figure 134- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	99
Figure 135- Taux de présence de chaque source	99
Figure 136- Evolution du nombre de cas depuis 2017	99
Figure 137- Survie nette sur 3 ans.....	101
Figure 138- Répartition par sexe	102
Figure 139- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	102
Figure 140- Répartition des bases diagnostiques	103
Figure 141- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	104
Figure 142- Taux de présence de chaque source	104
Figure 143- Evolution du nombre de cas depuis 2017	104
Figure 144- Survie nette sur 3 ans.....	106
Figure 145- Répartition par sexe	107
Figure 146- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	107
Figure 147- Répartition des bases diagnostiques	108
Figure 148- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	109
Figure 149- Taux de présence de chaque source	109
Figure 150- Evolution du nombre de cas depuis 2017	109
Figure 151- Survie nette sur 3 ans.....	111
Figure 152- Répartition par sexe	112
Figure 153- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	112
Figure 154- Répartition des bases diagnostiques	113
Figure 155- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	114
Figure 156- Taux de présence de chaque source	114
Figure 157- Evolution du nombre de cas depuis 2017	114
Figure 158- Survie nette sur 3 ans.....	116
Figure 159- Répartition par sexe	117
Figure 160- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	117
Figure 161- Répartition des bases diagnostiques	118
Figure 162- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	119
Figure 163- Taux de présence de chaque source	119
Figure 164- Evolution du nombre de cas depuis 2017	119
Figure 165- Survie nette sur 3 ans.....	121
Figure 166- Répartition par sexe	122
Figure 167- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	122
Figure 168- Répartition des bases diagnostiques	123
Figure 169- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	124
Figure 170- Taux de présence de chaque source	124
Figure 171- Evolution du nombre de cas depuis 2017	124
Figure 172- Survie nette sur 3 ans.....	126
Figure 173- Répartition par sexe	127
Figure 174- Densité d'âge d'incidence et détail par sexe	127
Figure 175- Répartition des bases diagnostiques	128
Figure 176- Nombre de sources enregistrées par le RG2C.....	129
Figure 177- Taux de présence de chaque source	129
Figure 178- Evolution du nombre de cas depuis 2017	129
Figure 179- Survie nette sur 3 ans.....	131

Tableau 1- Incidence observée "Tous cancers" selon l'âge au diagnostic	7
Tableau 2- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	8
Tableau 3- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	10
Tableau 4- Calcul de la survie nette	10
Tableau 5- Incidence observée « Lèvre-bouche-pharynx » selon l'âge au diagnostic	12
Tableau 6- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	13
Tableau 7- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	15
Tableau 8- Calcul de la survie nette	15
Tableau 9- Incidence observée « Œsophage » selon l'âge au diagnostic	17
Tableau 10- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	18
Tableau 11- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	20
Tableau 12- Calcul de la survie nette	20
Tableau 13- Incidence observée « Estomac » selon l'âge au diagnostic	22
Tableau 14- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	23
Tableau 15- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	25
Tableau 16- Calcul de la survie nette	25
Tableau 17- Incidence observée « Côlon-Rectum » selon l'âge au diagnostic	27
Tableau 18- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	28
Tableau 19- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	30
Tableau 20- Calcul de la survie nette	30
Tableau 21- Incidence observée « Foie » selon l'âge au diagnostic	32
Tableau 22- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	33
Tableau 23- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	35
Tableau 24- Calcul de la survie nette	35
Tableau 25- Incidence observée « Pancréas » selon l'âge au diagnostic	37
Tableau 26- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	38
Tableau 27- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	40
Tableau 28- Calcul de la survie nette	40
Tableau 29- Incidence observée « Larynx » selon l'âge au diagnostic	42
Tableau 30- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	43
Tableau 31- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	45
Tableau 32- Calcul de la survie nette	45
Tableau 33- Incidence observée « Poumon » selon l'âge au diagnostic	47
Tableau 34- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	48
Tableau 35- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	50
Tableau 36- Calcul de la survie nette	50
Tableau 37- Incidence observée « Mélanome de la peau » selon l'âge au diagnostic	52
Tableau 38- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	53
Tableau 39- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	55
Tableau 40- Calcul de la survie nette	55
Tableau 41- Incidence observée « Sein » selon l'âge au diagnostic	57
Tableau 42- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	58
Tableau 43- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	60
Tableau 44- Calcul de la survie nette	60
Tableau 45- Incidence observée « Col de l'utérus » selon l'âge au diagnostic	62
Tableau 46- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	63
Tableau 47- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	65
Tableau 48- Calcul de la survie nette	65
Tableau 49- Incidence observée « Corps de l'utérus » selon l'âge au diagnostic	67
Tableau 50- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	68
Tableau 51- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	70
Tableau 52- Calcul de la survie nette	70
Tableau 53- Incidence observée « Ovaire » selon l'âge au diagnostic	72
Tableau 54- Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	73
Tableau 55- Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	75

Tableau 56– Calcul de la survie nette	75
Tableau 57– Incidence observée « Prostate » selon l'âge au diagnostic	77
Tableau 58– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	78
Tableau 59– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	80
Tableau 60– Calcul de la survie nette	80
Tableau 61– Incidence observée « Testicule » selon l'âge au diagnostic	82
Tableau 62– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	83
Tableau 63– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	85
Tableau 64– Calcul de la survie nette	85
Tableau 65– Incidence observée « Vessie » selon l'âge au diagnostic	87
Tableau 66– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	88
Tableau 67– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	90
Tableau 68– Calcul de la survie nette	90
Tableau 69– Incidence observée « Rein » selon l'âge au diagnostic	92
Tableau 70– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	93
Tableau 71– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	95
Tableau 72– Calcul de la survie nette	95
Tableau 73– Incidence observée « Système nerveux central » selon l'âge au diagnostic	97
Tableau 74– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	98
Tableau 75– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	100
Tableau 76– Calcul de la survie nette	100
Tableau 77– Incidence observée « Thyroïde » selon l'âge au diagnostic	102
Tableau 78– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	103
Tableau 79– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	105
Tableau 80– Calcul de la survie nette	105
Tableau 81– Incidence observée « Lymphome malin non Hodgkinien » selon l'âge au diagnostic	107
Tableau 82– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	108
Tableau 83– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	110
Tableau 84– Calcul de la survie nette	110
Tableau 85– Incidence observée « Lymphome de Hodgkin » selon l'âge au diagnostic	112
Tableau 86– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	113
Tableau 87– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	115
Tableau 88– Calcul de la survie nette	115
Tableau 89– Incidence observée « Myélome multiple et maladie immuno-proliférative » selon l'âge au diagnostic ...	117
Tableau 90– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	118
Tableau 91– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	120
Tableau 92– Calcul de la survie nette	120
Tableau 93– Incidence observée « Leucémie aigüe myéloïde » selon l'âge au diagnostic	122
Tableau 94– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	123
Tableau 95– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	125
Tableau 96– Calcul de la survie nette	125
Tableau 97– Incidence observée « Autres » selon l'âge au diagnostic	127
Tableau 98– Taux d'incidence brute et standardisé par territoire	128
Tableau 99– Probabilités d'incidence chez les femmes (gauche) et les hommes (droite)	130
Tableau 100– Calcul de la survie nette	130
Tableau 101– Communes par territoire de projet	138

Carte 1– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	.8
Carte 2– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	13
Carte 3– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	18
Carte 4– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	23
Carte 5– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	28
Carte 6– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	33
Carte 7– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	38
Carte 8– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	43
Carte 9– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	48
Carte 10– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	53
Carte 11– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	58
Carte 12– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	63
Carte 13– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	68
Carte 14– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	73
Carte 15– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	78
Carte 16– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	83
Carte 17– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	88
Carte 18– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	93
Carte 19– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	98
Carte 20– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	103
Carte 21– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	108
Carte 22– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	113
Carte 23– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	118
Carte 24– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	123
Carte 25– Incidence par territoire de résidence. (A) Incidence brute (nombre de cas). (B) Incidence standardisée (SIR)	128

Annexe 1

Tableau 101- Communes par territoire de projet

Territoire de projet	Communes
CASTAGNICCIA / MARE E MONTI	CAMPANA, CARCHETO BRUSTICO, CARPINETO, CASABIANCA, CASALTA, CASTELLARE DI CASINCA, CERVIONE, CROCE, FELCE, FICAJA, GIOCATOJO, LA PORTA, LORETO DI CASINCA, MONACIA D OREZZA, NOCARIO, NOVALE, ORTALE, PARATA, PENTA DI CASINCA, PERELLI, PERO CASEVECCHIE, PIANO, PIAZZALI, PIAZZOLE, PIE D OREZZA, PIEDICROCE, PIEDIPARTINO, PIETRICAGGIO, PIOBETTA, POGGIO MARINACCIO, POGGIO MEZZANA, POLVEROSO, PORRI, PRUNO, QUERCITELLO, RAPAGGIO, SAN DAMIANO, SAN GAVINO D AMPUGNANI, SAN GIOVANNI DI MORIANI, SAN GIULIANO, SAN NICOLAO, SANT ANDREA DI COTONE, SANTA LUCIA DI MORIANI, SANTA MARIA POGGIO, SANTA REPARATA DI MORIANI, SCATA, SILVARECCIO, SORBO OCAGNANO, STAZZONA, TAGLIO ISOLACCIO, TALASANI, TARRANO, VALLE D ALESANI, VALLE D OREZZA, VALLE DI CAMPOLORO, VELONE ORNETO, VENZOLASCA, VERDESE, VESCOVATO
CENTRE CORSE	AITI, ALANDO, ALBERTACCE, ALTIANI, ALZI, ASCO, BISINCHI, BUSTANICO, CALACUCCIA, CAMBIA, CANAVAGGIA, CARTICASI, CASAMACCIOLI, CASANOVA, CASTELLARE DI MERCURIO, CASTELLO DI ROSTINO, CASTIFAO, CASTIGLIONE, CASTINETA, CASTIRLA, CORSCIA, CORTE, ERBAIOLO, ERONE, FAVALELLO, FOCICCHIA, GAVIGNANO, LANO, LENTO, LOZZI, MAZZOLA, MOLTIFAO, MOROSAGLIA, MURACCIOLE, NOCETA, OMESSA, PIEDICORTE DI GAGGIO, PIEDIGRIGGIO, PIETRASERENA, POGGIO DI VENACO, POPOLASCA, PRATO DI GIOVELLINA, RIVENTOSA, ROSPIGLIANI, RUSIO, SALICETO, SAN VENENZO, SANT ANDREA DI BOZIO, SANTA LUCIA DI MERCURIO, SANTO PIETRO DI VENACO, SERMANO, SOVERIA, TRALONCA, VALLE DI ROSTINO, VENACO, VIVARIO
EXTREME SUD / ALTA ROCCA	ALTAGENE, BONIFACIO, CARBINI, CARGIACA, FIGARI, LECCI, LEVIE, LORETO DI TALLANO, MELA, MONACIA D AULLENE, OLMICCIA, PIANOTTOLI CALDARELLO, PORTO VECCHIO, QUENZA, SAN GAVINO DI CARBINI, SERRA DI SCOPAMENE, SORBOLLANO, SOTTA, STE LUCIE DE TALLANO, ZONZA, ZONZA, ZOZA
OUEST CORSE	AMBIGNA, ARBORI, ARRO, AZZANA, BALOGNA, CALCATOGGIO, CANNELLE, CARGESE, CASAGLIONE, COGGIA, CRISTINACCE, EVISA, GUAGNO, LETIA, LOPIGNA, MARIGNANA, MURZO, ORTO, OSANI, OTA, PARTINELLO, PASTRICCIOLA, PIANA, POGGIOLO, RENNO, REZZA, ROSAZIA, SALICE, SANT ANDREA D ORCINO, SARI D ORCINO, SERRIERA, SOCCIA, VICO, VICO
PAYS AJACCIEN	AFA, AJACCIO, AJACCIO (MEZZAVIA), ALATA, ALBITRECCIA, APPIETTO, BASTELICA, BASTELICACCIA, BOCOGNANO, CARBUCCIA, CAURO, COTI CHIAVARI, CUTTOLI CORTICCHIATO, ECCICA SUARELLA, GROSSETO PRUGNA, GROSSETO PRUGNA, OCANA, PERI, PIETROSELLA, SARROLA CARCOPINO, TAVACO, TAVERA, TOLLA, UCCIANI, VALLE DI MEZZANA, VERO, VILLANOVA
PAYS BASTIAIS	BARBAGGIO, BARRETTALI, BASTIA, BIGORNO, BIGUGLIA, BORGO, BRANDO, CAGNANO, CAMPILE, CAMPITELLO, CANARI, CENTURI, CROCICCHIA, ERS, FARINOLE, FURIANI, LUCCIANA, LURI, MERIA, MONTE, MORSIGLIA, MURATO, NONZA, OGLIASTRO, OLCANI, OLETTA, OLMETA DI CAPOCORSO, OLMETA DI TUDA, OLMO, ORTIPORIO, PATRIMONIO, PENTA ACQUATELLA, PIETRACORBARA, PIEVE, PINO, POGGIO D OLETTA, PRUNELLI DI CASACCONI, RAPALE, ROGLIANO, ROGLIANO, RUTALI, SAN GAVINO DI TENDA, SAN MARTINO DI LOTA, SANTA MARIA DI LOTA, SANTO PIETRO DI TENDA, SCOLCA, SISCO, SORIO, SAINT FLORENT, TOMINO, VALLECALLE, VIGNALE, VILLE DI PIETRABUGNO, VOLPAJOLA
PAYS DE BALAGNE	ALGAJOLA, AREGNO, AVAPESSA, BELGODERE, CALENZANA, CALVI, CATERI, CORBARA, COSTA, FELICETO, GALERIA, L ILE ROUSSE LAMA, LAVATOGGIO, LUMIO, MANSO, MAUSOLEO, MONCALE, MONTEGROSSO, MONTICELLO, MURO, NESSA, NOVELLA, OCCHIATANA, OLMI CAPPELLA, PALASCA, PIETRALBA, PIGNA, PIOGGIOLA, SANT ANTONINO, SANTA REPARATA DI BALAGNA, SPELONCATO, URTACA, VALLICA, VILLE DI PARASO, ZILIA
PLAINE ORIENTALE	AGHIONE, ALERIA, AMPRIANI, ANTISANTI, CAMPI, CANALE DI VERDE, CASEVECCHIE, CHIATRA, CHISA, CONCA, GHISONACCIA, GHISONI, GIUNCAGGIO, ISOLACCIO DI FIUMORBO, LINGUIZZETTA, LUGO DI NAZZA, MATRA, MOITA, PANCHERACCIA, PANCHERACCIA, PIANELLO, PIETRA DI VERDE, PIETROSO, POGGIO DI NAZZA, PRUNELLI DI FIUMORBO, SAN GAVINO DI FIUMORBO, SARI SOLENZARA, SERRA DI FIUMORBO, SOLARO, TALLONE, TOX, VENTISERI, VEZZANI, ZALANA, ZUANI
TARAVO/ VALINCO /SARTENAIS	ARBELLARA, ARGUSTA MORICCIO, AULLENE, AZILONE AMPAZA, BELVEDERE CAMPOMORO, BILIA, CAMPO, CARDO TORGIA, CASALABRIVA, CIAMANNACCE, COGNOCOLI MONTICCHI, CORRANO, COZZANO, FOCE, FORCIOLO, FOZZANO, FRASSETO, GIUNCHETO, GRANACE, GROSSA GUARGUALE, GUITERA LES BAINS, MOCA CROCE, OLIVISE, OLMETO, PALNECA, PETRETO BICCHISANO, PILA CANALE, PROPRIANO, QUASQUARA, SAMPOLO, SANTA MARIA FIGANIELLA, SANTA MARIA SICHE, SARTENE, SERRA DI FERRO, SOLLACARO, TASSO, URBALACONE, VIGGIANELLO, ZERUBIA, ZEVACO, ZICAVO, ZIGLIARA



Immeuble Castellani - BP 604 - 20186 AJACCIO Cédex 2
Tél. 04 95 51 25 57 - contact@ors.corsica

www.ors.corsica



REGISTRE GÉNÉRAL DES CANCERS
DE CORSE
INCIDENCES 2022 au 1^{er} Juin 2026