

Epidémiologie des cancers aux Antilles Guyane :

Focus sur quatre principales localisations



Page 2	Surveillance des cancers : modalité de recueil et méthodes d'analyses
Page 3	Epidémiologie du cancer de la prostate aux Antilles Guyane : données des registres généraux des cancers
Page 5	Epidémiologie du cancer colorectal aux Antilles et en Guyane : données des registres des cancers
Page 8	Epidémiologie du cancer du sein chez la femme aux Antilles et en Guyane : données des registres des cancers
Page 10	Epidémiologie du cancer de l'estomac aux Antilles et en Guyane : données des registres des cancers
Page 12	Facteurs d'adhésion et freins de participation au dépistage des cancers du col de l'utérus, du sein et du colon-rectum à la Martinique en 2011

| Éditorial |

Jacques Rosine, épidémiologiste à la Cire Antilles-Guyane

L'épidémiologie des cancers aux Antilles-Guyane diffère de celle de la France métropolitaine mais également de celle de nos voisins de la Caraïbe ou des Amériques. Ainsi, le cancer de la prostate reste la localisation la plus fréquente en termes d'incidence et de mortalité chez les hommes. L'incidence observée en Martinique et en Guadeloupe pour cette localisation, est près de deux fois supérieure à celle de la France métropolitaine. La Guyane présente une incidence intermédiaire sur cette localisation, plus proche de celle observée dans la zone Caraïbe. Chez l'homme, le cancer colorectal arrive en seconde position aux Antilles-Guyane ; son taux d'incidence est bien plus élevé que celui observé en Amérique du sud, mais, a contrario du cancer de la prostate, il est inférieur à celui de la France métropolitaine.

Chez la femme, c'est le cancer du sein qui arrive au premier rang aux Antilles-Guyane en termes d'incidence et de mortalité. Son

incidence est supérieure à celle observée dans la Caraïbe mais reste inférieure à celle observée en France métropolitaine.

Ces particularités de l'épidémiologie des cancers aux Antilles-Guyane, sont présentées dans ce numéro spécial grâce à un travail de collaboration et d'échanges de données entre les Registres des cancers de Guadeloupe, de Martinique et de Guyane. Ce travail a ainsi permis de disposer d'éléments de comparaison et a abouti à la rédaction des différents articles présentés dans ce numéro.

Nous avons souhaité présenter l'épidémiologie des cancers dont l'incidence et / ou la mortalité sont les plus importants dans nos régions.

Enfin, le dernier article de ce numéro spécial présente les facteurs d'adhésion et de frein de participation de la population martiniquaise au dépistage des cancers du col de l'utérus, du sein et du colon-

rectum. Les enseignements tirés de cette étude, notamment le fait que les difficultés d'accès aux soins dans certaines zones du nord du département, peuvent avoir un impact sur la pratique du dépistage, sont susceptibles d'aider les autorités sanitaires à mieux orienter leurs campagnes de dépistage et à utiliser les bons relais

pour diffuser l'information auprès des personnes ciblées.

Je tiens à remercier tout particulièrement, les membres des Registres des cancers de Guadeloupe, Martinique et Guyane, sans lesquels ce numéro spécial du BVS Antilles-Guyane n'aurait pu voir le jour.

| Surveillance des cancers : modalité de recueil et méthodes d'analyses |

Jonathan Macni, Clarisse Joachim, Jacqueline Véronique-Baudin

Registre des cancers de Martinique

1/ DEFINITION DES CAS

Cette étude repose sur la présentation des données issues des registres des cancers de la Guadeloupe, de la Guyane et de la Martinique concernant les pathologies tumorales invasives de l'estomac et colon-rectum chez l'homme et la femme, de la prostate chez l'homme et du sein chez la femme.

Ces cas devaient être domiciliés dans l'un des trois Départements Français d'Amérique depuis plus de 6 mois. Les périodes d'incidences choisies allaient du :

- 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2010 pour la Martinique et la Guadeloupe ;

- 1^{er} janvier 2006 au 31 décembre 2008 pour la Guyane.

Les récidives et métastases des localisations cancéreuses étudiées sont exclues des statistiques. Pour le cancer de la prostate, selon les règles de l'European Network of Cancer Registries (ENCR), un dosage sérique de l'antigène spécifique prostatique (PSA) supérieur à 10 ng /ml autorise l'enregistrement du cas.

Concernant les données de mortalité, sont comptabilisés les décès par cancer survenus chez les cas :

- dont le lieu de résidence au moment du décès se situe dans l'un des trois Départements Français d'Amérique et à une date comprise entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2010 pour les trois départements.

Les données de mortalité proviennent du centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CepiDc-Inserm).

Le signalement et l'inclusion des cas de cancer dans un registre, se font à travers différentes sources d'informations, dont les principales sont les suivantes :

- les structures d'anatomo-cytopathologie (ACP) ;
- les établissements publics et privés concernés par le diagnostic et le traitement des cancers ;
- les départements d'information médicale (DIM) des établissements de soin ;
- les Caisses Primaires d'Assurance Maladie pour les patients bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur au titre de l'affection longue durée (ALD 30 : liste des 30 Affections Longue Durée) ;
- les données issues des certificats de décès enregistrés au sein des Agences Régionales de Santé (ARS).

Les registres suivent les règles communes d'enregistrement définies par l'Association Internationale des Registres de Cancer (IACR) ainsi que celles des réseaux français (FRANCIM) et européen (ENCR). Ont été utilisées, pour coder les informations recueillies : la CIM-10 (Classification internationale des maladies 10^{ème} version), la CIM-0-3 (Classification internationale des maladies pour l'oncologie 3^{ème} version).

Les trois registres des cancers ont reçu l'approbation du Comité Consultatif du Traitement de l'Information en matière de Recherche dans le domaine de la Santé (CCTIRS) et de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

2/ ANALYSE STATISTIQUE

Les taux d'incidence bruts ainsi que les taux de mortalité bruts ont été calculés pour les trois départements. Ils correspondent, respectivement, au nombre de nouveaux cas et au nombre de décès par cancer, pour chacune des localisations étudiées, survenus pendant les différentes périodes d'étude (2008-2010 pour la Guadeloupe et la Martinique, 2006-2008 pour la Guyane), rapportés au nombre de personnes-années à risque pendant les périodes respectives. Les taux d'incidence et de mortalité ont été calculés à l'aide de la méthode de standardisation directe. Pour cela les structures d'âge des trois populations ont été remplacées par la structure d'âge de la population mondiale de référence de sorte que les taux d'incidence et de mortalité soient calculés avec la même structure d'âge. On calcule ensuite un CIF (comparative incidence figure) et un CMF (comparative mortality figure), ainsi que leur intervalle de confiance (IC) à 95 %, entre chacune des trois populations qui sont respectivement les rapports des taux standardisés d'incidence et de mortalité. Les différences entre les taux d'incidence ou de mortalité sont considérées comme statistiquement significatives lorsque l'intervalle de confiance qui encadre le CIF ou le CMF ne contient pas la valeur 1.

L'incidence et la mortalité relatives au cancer de la prostate ont été étudiées dans ces trois populations, elles ont également été comparées à l'aide d'un ratio standardisé d'incidence (SIR) et d'un ratio standardisé de mortalité (SMR). Le calcul de ces indicateurs utilise la méthode de standardisation indirecte prenant en compte les populations de Guyane ou de Martinique comme population de référence en fonction des comparaisons effectuées, ainsi que leurs intervalles de confiance à 95 %. Un SIR ou un SMR est considéré comme statistiquement significatif lorsque que l'intervalle de confiance qui l'encadre ne contient pas la valeur 1.

L'ensemble des analyses statistiques a été effectué avec les logiciels Stata 11 et SAS 9.2.

Le registre de Guyane a également testé son exhaustivité pour le cancer du sein à l'aide d'un modèle log linéaire en utilisant la méthode de capture / recapture.

Pour les cancers de l'estomac et du colon-rectum, le sex-ratio est également calculé pour chacun des trois registres. Un sex-ratio supérieur à 1 indique une prédominance masculine de la localisation cancéreuse étudiée. La fréquence des sous localisations du cancer colorectal a également été évaluée pour chacun des trois registres en suivant la CIM-O-3 qui regroupe les codes allant de C18.00 à C21.90.

Clarisse Joachim, Jonathan Macni, Jacqueline Véronique-Baudin, Claire Piccotti, Patrick Escamant

Registre des cancers de Martinique

1/ CONTEXTE

Selon les données de l'Organisation Panaméricaine de la santé (PAHO), durant l'année 2008 sur l'ensemble du continent Américain, plus de 334 000 hommes ont été atteints d'un cancer de la prostate et 76 000 en sont décédés. Le cancer de la prostate constitue la première cause de cancer dans les Amériques. En Amérique centrale et dans les Caraïbes, il est la première cause de décès par cancer chez l'homme, alors qu'en Amérique du nord, il est classé au second rang derrière le cancer du poumon [1].

La situation épidémiologique de ce cancer est contrastée aux Antilles-Guyane avec des taux d'incidence très élevés en Guadeloupe et en Martinique alors qu'en Guyane, ces taux se rapprochent de ceux observés en France hexagonale. Cependant, ce cancer reste le plus fréquent chez les hommes dans ces trois départements [2,3].

L'objectif de cet article est de comparer, pour la première fois, l'incidence et la mortalité du cancer de la prostate en Guadeloupe, en Guyane et en Martinique

2/ RESULTATS

2.1./ Description des hommes atteints d'un cancer de la prostate aux Antilles-Guyane

De 2008 à 2010, 1543 nouveaux cas de cancer de la prostate ont été diagnostiqués en Guadeloupe et 1484 en Martinique, correspondant respectivement à des taux bruts d'incidence de 259,3 pour 100 000 et 268,0 pour 100 000 hommes-années. Pour la Guyane, de 2006 à 2008, 216 hommes ont été touchés par ce cancer, ce qui correspond à un taux brut d'incidence de 67,3 pour 100 000 hommes-années. L'âge médian au moment du diagnostic était de 65 ans pour les hommes en Guyane et de 68 ans aussi bien pour la Guadeloupe que la Martinique. Ce cancer était le plus fréquent chez l'homme dans ces trois DOM et également au premier rang des décès par cancer. On comptait ainsi 322 décès par cancer de la prostate en Guadeloupe de 2008 à 2010, 317 en Martinique et 44 en Guyane, correspondant respectivement à des taux bruts de mortalité de 57,0 pour 100 000, 57,2 pour 100 000 et 13,7 pour 100 000 hommes-années (Tableau 1).

| Tableau 1 |

Données d'incidence, de mortalité et indicateurs de qualité pour la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane

		Indicateurs	Martinique	Guadeloupe	Guyane
Incidence 2008 à 2010 pour la Guadeloupe et la Martinique et 2006 à 2008 pour la Guyane	Incidence	Nombre de cas	1484	1543	216
		Âge médian*	68	68	65
		Quartile (Q1, Q3)*	62 - 75	61 - 75	58 - 72
		Taux brut pour 100 000	268,0	259,3	67,3
		Taux standardisés pour 100 000 [IC 95%]	163,7 [155,1 ; 172,3]	180,0 [171,0 ; 189,0]	112,1 [96,7 ; 127,5]
Mortalité 2008 à 2010	Mortalité	Nombre de décès	317	322	44
		Âge médian*	81	81	81
		Quartile (Q1 - Q3)*	74 - 86	72 - 87	75 - 86
		Taux brut pour 100 000	57,2	57,0	13,7
		Taux standardisés pour 100 000 [IC 95%]	25,3 [22,3 ; 28,2]	27,7 [24,6 ; 30,7]	20,7 [14,5 ; 26,9]
Indicateurs de qualité pour le cancer de la prostate	Indicateurs de qualité	Mortalité/incidence	0,21	0,15	0,18
		% de vérification morphologique	97,5 %	94,7 %	93,0 %
		Nombre moyen de sources par cas	3,7	4,3	-

* En année

Q1 : premier quartile, Q3 : troisième quartile

2.2./ Evolution des taux spécifiques en fonction de l'âge

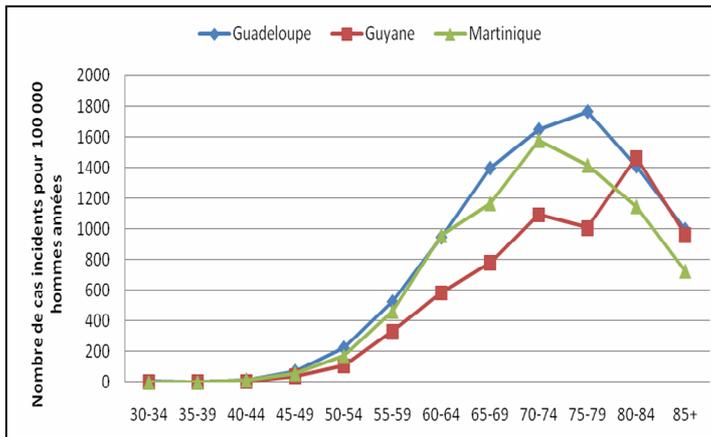
La Figure 1 permet de constater que l'incidence croît de manière importante à partir de 55 ans dans les trois départements, pour atteindre un pic à 1762, 8 pour 100 000 hommes-années entre 75 et 79 ans en Guadeloupe et à 1591, 4 pour 100 000 entre 70 et 74 ans en Martinique. Pour les hommes les plus âgés, l'incidence chute en Guyane à partir de 80 ans pour atteindre 961 cas pour 100 000 à

85 ans. Ce même phénomène est observé pour la tranche d'âge des 70 - 74 ans en Martinique et celle de 75 - 79 ans en Guadeloupe.

L'analyse de la Figure 2 montre qu'il existe peu de différences entre les taux de mortalité dans les trois départements, quelque soit la tranche d'âge considérée. Ces taux spécifiques par tranche d'âge augmentent progressivement à partir de 50 ans aux Antilles et de 70 ans en Guyane pour atteindre un maximum compris entre 1410 et 1551 pour 100 000 hommes-années à 85 ans et plus.

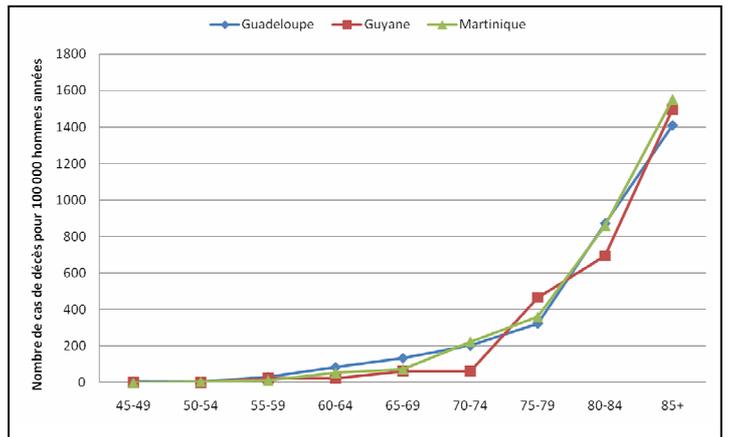
| Figure 1 |

Taux spécifiques d'incidence par tranche d'âge quinquennale pour 100 000 hommes-années de 2008 à 2010 pour la Martinique et la Guadeloupe et de 2006 à 2008 pour la Guyane.



| Figure 2 |

Taux spécifiques de mortalité par tranche d'âge quinquennale pour 100 000 hommes-années de 2008 à 2010 pour les trois DOM



2.3./ Comparaison des taux d'incidence

De 2008 à 2010, les taux standardisés d'incidence du cancer de la prostate en Martinique et Guadeloupe sont significativement différents (CIF = 1,10 [1,02 - 1,18]). En revanche, en comparaison avec ceux de la Guyane pour les années 2006 à 2008, on voit que le risque relatif d'être atteint d'un cancer de la prostate est 46 % supérieur en Martinique ($p < 0,05$) et 61 % supérieur en Guadeloupe ($p < 0,05$) par rapport à la Guyane.

La comparaison des taux standardisés de mortalité entre les trois départements montre qu'il n'existe pas de différence entre les trois départements (Tableau 2).

d'incidence standardisé se rapprochant des 150 cas de cancer de la prostate pour 100 000 hommes-années. Les taux d'incidence standardisée observés pour la période 2008-2010, en Martinique et Guadeloupe (respectivement de 163,7 et 180,0 pour 100 000) sont effectivement bien plus élevés que ceux notés en moyenne dans le reste de la Caraïbe en 2008 (71,4 pour 100 000).

Le département de la Guyane suit la tendance moyenne de la zone Caraïbe, avec un taux d'incidence standardisée intermédiaire de 112,1 pour 100 000 pour la période 2006-2008 [1].

Malgré une incidence globalement élevée pour ces trois régions, les Antilles françaises présentent des taux de mortalité standardisée comparables voire inférieurs à ceux de leurs voisins de la Caraïbe (25,3 pour la Martinique, de 27,7 pour la Guadeloupe contre 26,3 pour l'ensemble de la région). Ce constat, pourrait être en faveur d'une bonne adéquation du plateau technique proposé par les pôles de Cancérologie permettant de diagnostiquer certains cancers à des stades plus précoces. L'amélioration des traitements notamment par hormonothérapie, conduirait également à une augmentation de la survie. A contrario, la Guyane présente un taux de mortalité certes moins élevé qu'en Martinique et Guadeloupe, mais supérieur à celui observé dans le reste du continent Sud Américain (respectivement 20,7 versus 16,2 pour 100 000 hommes) [1,2].

Ces comparaisons avec les autres pays de la Caraïbe ou des Amériques restent toutefois à modérer compte tenu des différences en termes de recueils de données et de calculs des incidences.

Par rapport à la France métropolitaine, les trois départements des DOM présentent une sur incidence et une surmortalité très significatives pour cette pathologie [4].

Lorsqu'on analyse l'incidence de la maladie selon la tranche d'âge, on s'aperçoit que les patients jeunes de 50 ans et moins, sont plus nombreux en Martinique et Guadeloupe. L'incidence de la maladie notamment chez les patients jeunes de moins de 50 ans est

| Tableau 2 |

Rapport des taux standardisés d'incidence et des taux standardisés de mortalité entre la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane

	Incidence	[IC 95%]	Mortalité CMF	[IC 95%]
Martinique/ Guyane	1,46	1,26 - 1,69	1,22	0,93 - 1,28
Guadeloupe/ Martinique	1,10	1,02 - 1,18	1,09	0,97 - 1,84
Guadeloupe/ Guyane	1,61	1,39 - 1,86	1,34	0,89 - 1,68

4/ DISCUSSION

Le cancer de la prostate, pour les trois régions des DOM, reste la localisation la plus fréquente en termes d'incidence et de mortalité chez l'homme. Entre la Guadeloupe et la Martinique, on observe des données comparables en termes de cas attendus, d'incidence et de mortalité. Aux Antilles françaises, l'incidence est très nettement supérieure à celle enregistrée dans les autres pays de la Caraïbe. Selon la PAHO, en 2008, seule la Barbade présenterait un taux

suffisamment importante pour préconiser le dépistage ciblé, peut être dès 45 ans ou, au moins, le diagnostic précoce dès cet âge, pour ces populations. Par ailleurs, il serait intéressant de vérifier si ces patients présentent des caractéristiques identiques à celles de populations jeunes aux États-Unis, de composante ethnique comparable, à savoir : le volume de la prostate au moment du diagnostic, le nombre de biopsies positives et la proportion de tissu envahi par la tumeur et éventuellement la progression biologique après prostatectomie radicale [5-7].

Beaucoup d'incertitudes demeurent encore dans l'étiologie de cette pathologie. Plusieurs hypothèses sont avancées pour expliquer de telles incidences qui concernent des populations afro-antillaises fortement métissées, avec un niveau socio-économique contrasté ou encore des modes de vie qui tendent à s'occidentaliser.

Plus récemment, l'implication des facteurs environnementaux (pesticides organochlorés) est de plus en plus évoquée, avec la mise en évidence d'un risque plus élevé notamment en milieu professionnel, selon l'étude KARUKERA-Prostate menée en Guadeloupe [8]. Toutefois cette étude montre que le risque n'apparaît pas distribué de manière homogène parmi les individus. Il est significativement augmenté pour la classe la plus élevée d'exposition, parmi ceux ayant déclaré des antécédents familiaux au premier degré (père, frères) de cancer de la prostate ou parmi ceux ayant résidé temporairement dans un pays occidental/industrialisé avant la survenue de la maladie.

Les différences constatées, concernant les données épidémiologiques du cancer de la prostate entre ces communautés afro-antillaise et guyanaise, pourraient résulter de comportements

différents face au cancer, influencés par des facteurs environnementaux différents (climatiques, alimentaires, exposition aux pesticides) voire même génétiques et des différences dans la composition ethnique des populations. Des études spécifiques à visée étiologique sont nécessaires pour mieux comprendre ce cancer et son évolution, dans ces populations à forte incidence.

Références

1. Pan American Health Organization, Health Information and Analysis Project. Regional Core Health Data Initiative, 2010.
2. Dieye M, Plenet J, Fior A, Deloumeaux J, Bhakkan B, Macni J, Roué T. La surveillance des cancers dans les Antilles et en Guyane. BVS n°8, 2011 octobre
3. Globocan 2008 (IARC); Cancer Incidence and Mortality Worldwide. <http://www.globocan.iarc.fr>.
4. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012, Partie-1 Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de Veille Sanitaire, 2013. 122p
5. Brawley O, Knopf K, Merrill R. The epidemiology of prostate cancer Part II : descriptive epidemiology. *Sem. Urol. Onc.*, 1998, 16:187-192.
6. Moul L, Connelly RR, Mooneyhan RM, Zhang W, Sesterhenn IA, Mostofi FK, McLeod DG. Racial differences in tumor volume and prostate specific antigen among radical prostatectomy patients. *J. Urol.*, 1999, 162:394-397.
7. Powell IJ, Heilburn LK, Sakr W, Grignon D, Montie J, Novallo M, Smith D, Pontes E. The predictive value of race as a clinical prognostic factor among patients with clinically localized prostate cancer: a multivariate analysis of positive surgical margins. *Urology*, 1997, 49:726-731.
8. Mablack S, Blanchet P, Multigner L. Prostate cancer incidence in Guadeloupe, a French Caribbean archipelago. *Eur. Urol.*, 2005, 47:769-772.

| Epidémiologie du cancer colorectal aux Antilles et en Guyane : données des registres des cancers |

Tristan Roué, Juliette Plenet, Sophie Belliaro

Registre des cancers de Guyane

1/ CONTEXTE

Le cancer colorectal est le 3^{ème} cancer le plus fréquent dans le monde chez l'homme et le second chez la femme. 60 % des cas surviennent dans les régions développées. Les taux d'incidence les plus élevés sont observés en Australie, en Nouvelle-Zélande et en Europe de l'Ouest, les taux les plus bas en Afrique (à part l'Afrique du Sud) et dans le Sud de l'Asie Centrale. Enfin on observe des taux intermédiaires en Amérique du Sud et dans les Caraïbes (globocan 2008, www.globocan.iarc.fr). En France, ce cancer se situe au 3^{ème} rang des cancers par ordre de fréquence et au 2^{ème} rang des décès. La baisse de l'incidence du cancer colorectal, qui était observée aux États-Unis depuis les années 1985, est maintenant observée en France. L'accès au dépistage et la résection de lésions précancéreuses expliquent en partie cette diminution [1].

2/ RESULTATS

2.1./ Description des cas de cancer du colon-rectum dans les trois départements

De 2008 à 2010, 510 nouveaux cas de cancer colorectal ont été diagnostiqués en Martinique et 483 en Guadeloupe. En Guyane, on compte 89 nouveaux cas survenus entre 2006 et 2008. Ce cancer occupe la 2^{ème} place par ordre de fréquence à la fois chez l'homme et chez la femme en Martinique et en Guadeloupe, la 4^{ème} et la 3^{ème} place respectivement chez l'homme et la femme en Guyane. On retrouve, comme en France métropolitaine, une prédominance masculine pour ce cancer avec un rapport homme/femme de 1,3 et 1,5 respectivement en Martinique et en Guadeloupe. En revanche, en

Guyane, on trouve à l'inverse une prédominance féminine avec un rapport femme/homme de 1,3. L'âge médian au moment du diagnostic diffère peu entre les trois départements chez la femme ; il est de 66 ans en Guadeloupe et en Guyane, et de 68 ans en Martinique. Par contre, avec un âge médian de 59 ans au moment de leur diagnostic, les hommes en Guyane sont atteints par ce cancer à un âge plus jeune que dans les deux autres DOM, pour lesquels il est de 67 ans. Selon la sous localisation du cancer, les hommes, en Martinique et en Guadeloupe, sont plus touchés par les cancers du rectum qui représentent respectivement 25 % et 22 % des cancers colorectaux dans ces deux îles. En Guyane, le cancer du colon sigmoïde est le plus fréquent des cancers colorectaux chez l'homme (22 %), tandis que le cancer du rectum ne représente que 11 % des cancers colorectaux chez l'homme. Dans ces trois DOM, les femmes sont plus touchées par le cancer du colon sigmoïde qui représente 21 %, 23 % et 25 % des cancers colorectaux chez la femme respectivement en Martinique, Guadeloupe et Guyane.

2.2./ Variation des taux selon l'âge et comparaison des taux d'incidence

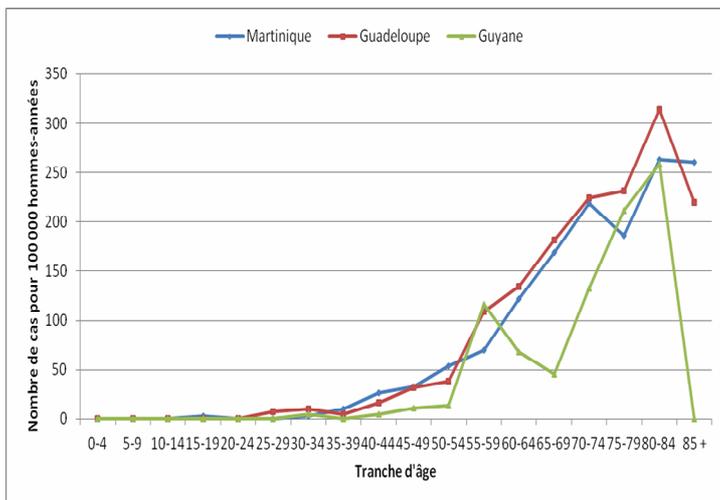
La figure 1 présente les taux spécifiques d'incidence par tranche d'âge quinquennale pour les hommes en Martinique, Guadeloupe et Guyane. On observe que chez l'homme, l'incidence augmente de façon marquée à partir de 50 ans dans les 3 DOM. Ensuite l'incidence continue d'augmenter en Martinique et en Guadeloupe jusqu'aux tranches d'âge les plus âgées pour atteindre des taux spécifiques de 263,8 cas pour 100 000 hommes-années et de 314,1 cas pour 100 000 hommes-années à la tranche d'âge 80 - 84 ans,

respectivement en Martinique et en Guadeloupe. En Guyane on observe une baisse de l'incidence entre 60 et 69 ans puis l'incidence augmente à nouveau à partir de 70 ans pour atteindre 258,5 cas pour 100 000 hommes-années dans la tranche d'âge 80 - 84 ans, ensuite aucun cas n'est observé au-delà de 85 ans en Guyane, des variations qui sont probablement dues aux faibles effectifs rencontrés

dans chaque tranche d'âge. L'incidence augmente également à partir de 50 ans chez la femme dans les trois départements (Figure 2), avec une augmentation plus marquée en Guyane à partir de 70 ans pour atteindre des taux de 248,7 cas pour 100 000 femmes-années en Guyane, 200,0 en Martinique à l'âge de 85 ans et plus et 149,6 en Guadeloupe à l'âge de 80 - 84 ans.

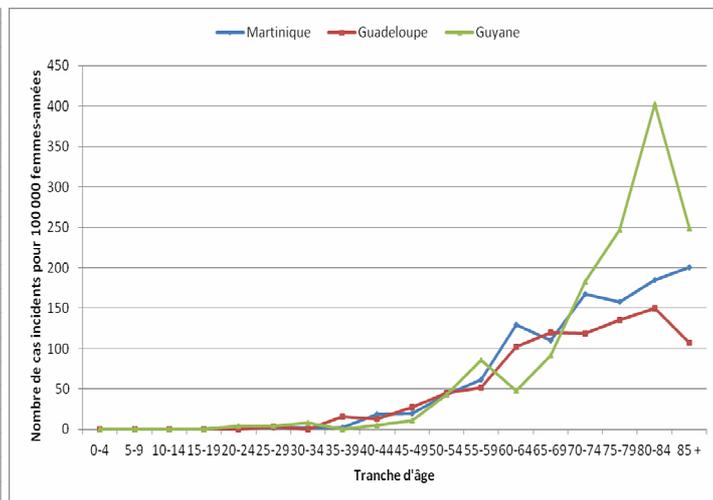
| Figure 1 |

Taux spécifiques d'incidence par tranche d'âge quinquennale pour 100 000 hommes-année de 2008 à 2010 pour la Martinique et la Guadeloupe et de 2006 à 2008 pour la Guyane



| Figure 2 |

Taux spécifiques d'incidence par tranche d'âge quinquennale pour 100 000 femmes-années de 2008 à 2010 pour la Martinique et la Guadeloupe et de 2006 à 2008 pour la Guyane



De 2008 à 2010, les taux standardisés d'incidence et de mortalité du cancer colorectal en Martinique et Guadeloupe ne sont pas significativement différents l'un de l'autre chez l'homme. Chez la femme une différence significative est observée au niveau des taux standardisés de mortalité entre les deux îles (1,5 fois plus de décès chez la femme en Martinique par rapport à la Guadeloupe ($p < 0,05$)) bien que cette différence ne soit pas observée au niveau de l'incidence chez la femme (Tableaux 1,2 et 3). Chez l'homme, on

observe significativement moins de cancers colorectaux incidents en Guyane qu'en Martinique et qu'en Guadeloupe ($CIF_{\text{Martinique/Guyane}} = 1,73$ et $CIF_{\text{Guadeloupe/Guyane}} = 1,86$) tandis qu'aucune différence significative est observée chez la femme à ce niveau entre les trois départements (Tableaux 1, 2 et 3). Nous ne décrivons pas ici les données de mortalité en Guyane en raison des trop faibles effectifs et des erreurs d'interprétation qui peuvent en découler (10 décès chez l'homme et 7 décès chez la femme de 2008 à 2010 en

| Tableau 1 |

Données d'incidence, de mortalité et indicateurs de qualité pour le cancer colorectal en Martinique, Guadeloupe et Guyane chez l'homme

	Martinique	Guadeloupe	Guyane	
Incidence 2008 à 2010 pour la Martinique et la Guadeloupe et 2006 à 2008 pour la Guyane	Nombre de cas	257	264	37
	Âge médian*	67	67	59
	Quartile (Q1 - Q3)*	57 - 76	58 - 75	56 - 73
	Taux standardisé [IC 95%]	28,9 [25,2 ; 32,5]	31,0 [27,3 ; 34,8]	16,7 [11,1 ; 22,3]
Mortalité 2008 à 2010	Nombre de décès	112	86	10
	Âge médian*	73,5	74	68
	quartile (Q1 - Q3)*	62 - 79	62 - 83	57 - 75
	Taux standardisé [IC 95%]	11,2 [9,1 ; 13,4]	8,7 [6,8 ; 10,5]	4,6 [1,6 ; 7,6]
Indicateurs de qualité	Mortalité/incidence	0,39	0,27	0,28
	% de vérification morphologique	95,7 %	99,6 %	90,0 %
	Nombre moyen de sources	4,5	3,2	5,6

| Tableau 2 |

Données d'incidence, de mortalité et indicateurs de qualité pour le cancer colorectal en Martinique, Guadeloupe et Guyane chez la femme

	Martinique	Guadeloupe	Guyane	
Incidence 2008 à 2010 pour la Martinique et la Guadeloupe et 2006 à 2008 pour la Guyane	Nombre de cas	263	219	52
	Âge médian*	68	66	66
	Quartile (Q1 - Q3)*	60 - 77	57 - 75	55 - 79
	Taux standardisé [IC 95%]	23,0 [19,9 ; 26,0]	20,7 [17,9 ; 23,4]	21,7 [15,5 ; 27,9]
Mortalité 2008 à 2010	Nombre de décès	128	72	7
	Âge médian*	76	70	59
	quartile (Q1 - Q3)*	67 - 87	62 - 84	51 - 80
	Taux standardisé [IC 95%]	8,6 [6,9 ; 10,3]	5,7 [4,4 ; 7,1]	2,4 [0,5 ; 4,2]
Indicateurs de qualité	Mortalité/incidence	0,37	0,28	0,11
	% de vérification morphologique	96,2 %	99,5 %	96,0 %
	Nombre moyen de sources	4,3	3,1	5,7

| Tableau 3 |

Rapport des taux standardisés d'incidence et rapport des taux standardisés de mortalité entre la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane

	Incidence CIF	[IC 95%]	Mortalité CMF	[IC 95%]
Homme				
Martinique/Guyane	1,73	1,21 - 2,47	2,43	1,24 - 4,78
Guadeloupe/Martinique	1,07	0,90 - 1,28	0,77	0,57 - 1,03
Guadeloupe/Guyane	1,86	1,30 - 2,67	1,87	0,94 - 3,71
Femme				
Martinique/Guyane	1,06	0,77 - 1,45	3,63	1,62 - 8,14
Guadeloupe/Martinique	0,9	0,75 - 1,08	0,67	0,48 - 0,92
Guadeloupe/Guyane	0,95	0,69 - 1,31	2,42	1,06 - 5,51

3/ DISCUSSION

Les taux d'incidence des cancers colorectaux sont environ deux fois supérieurs chez l'homme et entre 63 % et 49 % plus élevés chez la femme en Martinique et en Guadeloupe par rapport au reste de la Caraïbe (globocan 2008, www.globocan.iarc.fr). En Guyane, les taux d'incidence sont plus élevés de 22 % chez l'homme et de 82 % chez la femme par rapport au reste de l'Amérique du Sud (globocan 2008, www.globocan.iarc.fr). Les taux d'incidence du cancer colorectal aux Antilles et en Guyane restent néanmoins inférieurs à ceux de la France métropolitaine qui sont de 38,4 pour 100 000 hommes-années et de 23,7 pour 100 000 femmes-années après standardisation (estimation 2012), avec des différences de taux d'incidence plus importantes chez l'homme. En comparant les taux d'incidence standardisés entre la Guyane et les deux autres Départements Français d'Amérique, les plus grandes différences apparaissent chez l'homme avec un taux d'incidence standardisé de 16,7 pour 100 000 hommes-années en Guyane soit 1,73 fois moins élevé qu'en Martinique et 1,86 fois moins élevé qu'en Guadeloupe.

Les variations de taux d'incidence du cancer colorectal à travers le monde sont dues à la fois aux facteurs de risque de ce cancer (obésité, inactivité physique, tabagisme, consommation élevée d'alcool, régime riche en viande rouge, inadéquate consommation de fruits et légumes), au développement économique et aux pratiques de dépistage [2]. Des études ont montré que la diminution du risque d'être atteint d'un cancer colorectal était plus associée à un faible indice de masse corporel et une activité physique régulière qu'au seul régime alimentaire (études chez les végétaliens/non-végétaliens). Ces observations ont donc renvoyé l'hypothèse que ce n'était pas vraiment des nutriments en particulier ou des classes de nutriments qui influencent l'état de santé et en particulier l'apparition de cancers colorectaux dans la population mais plutôt la combinaison de facteurs plus généraux que sont les habitudes alimentaires et les habitudes de vie, des facteurs généraux dont l'évolution est difficile à mesurer [3].

Depuis 2009, le dépistage de ce cancer, qui repose sur la recherche de sang dans les selles est généralisé dans toute la France y

compris dans les DOM pour les hommes et les femmes de 50 à 74 ans. Aujourd'hui, en France, on ne constate plus d'évolution dissociée de l'incidence du cancer colorectal, à la hausse, tandis que la mortalité diminuait. La baisse de l'incidence du cancer colorectal est maintenant observée en France [1]. Il sera donc intéressant d'étudier l'évolution des taux d'incidence de ce cancer dans les trois DOM dans les années à venir pour voir si la mise en place du dépistage organisé permettra de stabiliser ou diminuer les taux d'incidence comme en France métropolitaine ou au contraire si les modes de vie de plus en plus occidentalisés feront augmenter ces taux.

Références

1. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire. 2013:122.
2. Center MM, Jemal A, Ward E. International trends in colorectal cancer incidence rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2009 Jun;18(6):1688-94.
3. Boyle P, Levin B. World cancer report 2008. Lyon: International Agency for Research on Cancer. 2008.

Epidémiologie du cancer du sein chez la femme aux Antilles et en Guyane : données des registres des cancers |

Tristan Roué, Juliette Plenet, Sophie Belliaro

Registre des cancers de Guyane

1/ CONTEXTE

Selon l'Organisation Panaméricaine de la Santé, sur l'ensemble du continent américain, en 2008, plus de 320 000 femmes ont été atteintes d'un cancer du sein et 82 500 en sont décédées. En Amérique Latine et dans les Caraïbes, le cancer du sein se situe au premier rang des cancers survenus chez la femme et est également la première cause de décès par cancer chez ces dernières (globocan 2008, www.globocan.iarc.fr).

Bien que les taux d'incidence du cancer du sein soient significativement inférieurs en Martinique, en Guadeloupe et en Guyane par rapport à la France métropolitaine, ce cancer reste le plus fréquent et le plus meurtrier chez la femme dans ces trois Départements d'Outre Mer (DOM) [1].

2/ RESULTATS

2.1./ Description des femmes atteintes d'un cancer du sein dans les trois départements

De 2008 à 2010, 596 nouveaux cas de cancer du sein ont été diagnostiqués en Guadeloupe et 586 en Martinique, correspondant respectivement à des taux bruts d'incidence de 92,6 pour 100 000 et 91 pour 100 000 femmes-années. Pour la Guyane, de 2006 à 2008, 119 femmes ont été touchées par ce cancer, ce qui correspond à un taux brut d'incidence de 36,4 pour 100 000 femmes-années. L'âge médian au moment du diagnostic varie de 53 ans pour les femmes en Guyane à 55 et 56 ans respectivement pour la Guadeloupe et la Martinique. Ce cancer est le plus fréquent chez la femme dans ces trois DOM et est également au premier rang des décès par cancer. On compte ainsi 140 décès par cancer du sein en Guadeloupe de 2008 à 2010, 140 en Martinique et 33 en Guyane, correspondant respectivement à des taux bruts de mortalité de 21,7 pour 100 000, 21,7 pour 100 000 et 9,6 pour 100 000 femmes-années (Tableau 1).

| Tableau 1 |

Données d'incidence, de mortalité et indicateurs de qualité pour la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane

	Martinique	Guadeloupe	Guyane	
Incidence 2008 à 2010 pour la Martinique et la Guadeloupe et 2006 à 2008 pour la Guyane	Nombre de cas	586	596	119
	Âge médian*	56	55	53
	Quartile (Q1 - Q3)*	47 - 68	46 - 66	43 - 60
	Taux bruts pour 100 000	91,0	92,6	36,4
	Taux standardisés pour 100 000 [IC 95%]	60,9 [55,8 ; 66,0]	63,9 [58,7 ; 69,0]	48,3 [39,1 ; 57,5]
Mortalité 2008 à 2010	Nombre de décès	140	140	33
	Âge médian*	70	64	57
	quartile (Q1 - Q3)*	54 - 85	52 - 80	49 - 65
	Taux bruts pour 100 000	21,7	21,7	9,6
	Taux standardisés pour 100 000 [IC 95%]	11,3 [6,2 ; 16,4]	11,4 [6,1 ; 16,4]	11,3 [6,9 ; 15,6]
Indicateurs de qualité Pour le cancer du sein	Mortalité/incidence	0,19	0,18	0,23
	% de vérification morphologique	99 %	97 %	94 %
	Nombre moyen de sources par cas	4,9	4,6	5,8

2.2./ Variation des taux selon l'âge

Sur la figure 1 nous pouvons voir que l'incidence croît de manière importante à partir de 35 ans dans les trois départements pour atteindre un pic à 219,7 pour 100 000 femmes-années entre 55 et 59 ans en Guadeloupe et à 253,1 pour 100 000 entre 60 et 64 ans en Guyane. En Martinique, les taux se stabilisent à partir de 50 - 54 ans jusqu'à 75 ans avec une incidence comprise entre 185 et 200 cas pour 100 000 femmes-années.

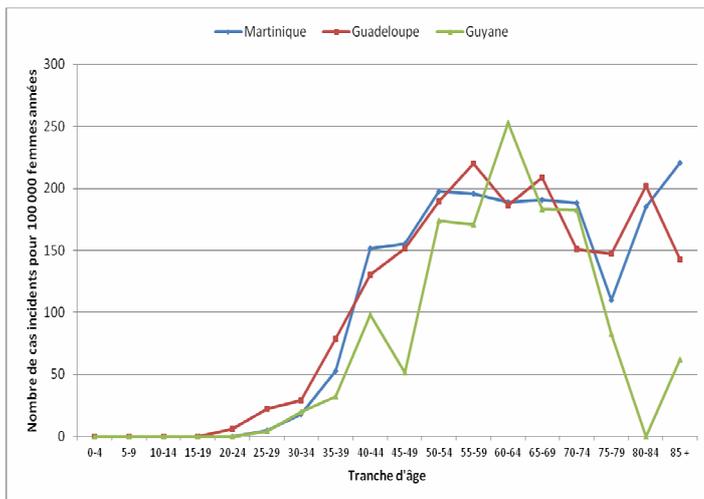
Pour les femmes les plus âgées, en Guadeloupe le taux varie entre 140 et 220 cas pour 100 000 femmes-années à partir de 55 - 59 ans jusqu'à 85 ans et plus. La variabilité est plus importante en Guyane

entre les tranches d'âge les plus âgées et ceci est dû aux petits effectifs qui constituent ces tranches d'âge.

Sur la figure 2 nous voyons que, quelle que soit la tranche d'âge, il y a peu de différences entre les taux de mortalité par cancer du sein de la Martinique et de la Guadeloupe. Ces taux spécifiques par tranche d'âge augmentent progressivement à partir de 35 ans pour atteindre un maximum à 264,5 et 255,2 pour 100 000 femmes-années à 85 ans et plus, respectivement en Guadeloupe et en Martinique. En Guyane, on observe un pic à 82,1 pour 100 000 entre 65 et 69 ans puis ce taux de mortalité chute pour augmenter à nouveau à partir de 79 ans et atteindre un maximum à 169,6 pour 100 000 femmes-années à l'âge de 85 ans et plus.

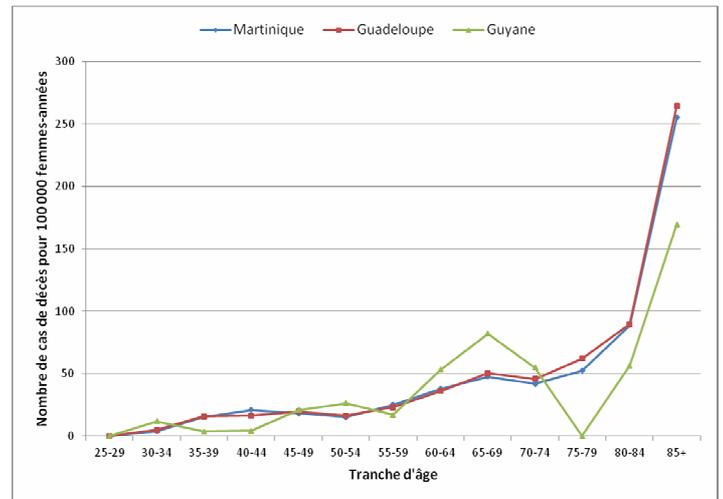
| Figure 1 |

Taux spécifiques d'incidence par tranche d'âge quinquennale pour 100 000 femmes-années de 2008 à 2010 pour la Martinique et la Guadeloupe et de 2006 à 2008 pour la Guyane



| Figure 2 |

Taux spécifiques de mortalité par tranche d'âge quinquennale pour 100 000 femmes-années de 2008 à 2010 pour les 3 DOM



2.2./ Comparaison des taux d'incidence

De 2008 à 2010, les taux standardisés d'incidence du cancer du sein en Martinique et Guadeloupe ne sont pas significativement différents l'un de l'autre (CIF = 0,95 avec IC 95 % = [0,93 - 1,18]). En revanche si on compare ces mêmes taux standardisés d'incidence de Martinique et de Guadeloupe avec ceux de Guyane pour les années 2006 à 2008, on voit que le risque relatif d'être

atteint d'un cancer du sein est 26 % supérieurs en Martinique ($p < 0,05$) et 32 % supérieurs en Guadeloupe ($p < 0,05$) par rapport à la Guyane (voir Tableau 2).

Concernant les taux standardisés de mortalité par cancer du sein, nous n'observons pas de différences significatives entre les taux des trois DOM.

| Tableau 2 |

Rapport des taux standardisés d'incidence et rapport des taux standardisés de mortalité entre la Martinique, la Guadeloupe et la Guyane

	Incidence CIF	[IC 95 %]	Mortalité CMF	[IC 95 %]
Martinique/Guyane	1,26	1,02 - 1,55	1,00	0,43 - 2,36
Guadeloupe/Martinique	0,95	0,93 - 1,18	1,01	0,53 - 1,92
Guadeloupe/Guyane	1,32	1,07 - 1,63	1,01	0,43 - 2,41

3/ DISCUSSION

Les taux d'incidence du cancer du sein aux Antilles françaises sont supérieurs au taux global d'incidence du cancer du sein dans les Caraïbes. Ainsi on retrouve des taux standardisés de 60,4 pour 100 000 et 63,9 pour 100 000 femmes-années respectivement en Martinique et en Guadeloupe contre 42,7 pour 100 000 femmes-années dans les Caraïbes [2]. En Guyane l'incidence du cancer du sein chez la femme est équivalente à celle de l'Amérique du Sud : les taux standardisés d'incidence sont de 48,3 pour 100 000 femmes-années en Guyane et de 48,3 pour 100 000 en Amérique du Sud [2].

Il n'y a pas de différence significative entre les taux de mortalité par cancer du sein entre les trois départements. Cependant le taux standardisé d'incidence est significativement inférieur en Guyane par rapport aux deux départements antillais. Ce contraste pourrait être dû à des différences de dépistage entre les trois DOM. En effet, les données d'incidence concernent ici les années 2008 à 2010 pour les deux départements antillais et les années 2006 à 2008 pour la Guyane, alors que les données de mortalité concernent les années 2008 à 2010 pour les trois départements. Or entre 2006 et 2010, la participation au Dépistage Organisé de Masse (DMO), mis en place en 2004 sur tout le territoire français, a évolué dans les trois départements. De plus, contrairement à la Martinique et la Guadeloupe, le DMO a été mis en place plus tardivement en Guyane (en mai 2005). Et, aujourd'hui encore, la participation des femmes au DMO en Guyane est parmi les plus faible de France

(31,6 % en 2011 contre 46,2 % en Guadeloupe et 49,2 % en Martinique pour la même année. *Source : InVS*) et cette faible participation était d'autant plus importante en 2006 - 2008 au début de la campagne de dépistage. Ceci pourrait expliquer que le pic d'incidence en Guyane soit décalé d'une tranche d'âge (pic d'incidence entre 60 et 64 ans) par rapport à la Martinique et la Guadeloupe (pic à 55 - 59 ans). Enfin, le fait qu'il n'y ait pas de différence significative entre les taux standardisés de mortalité indique que les cancers du sein sont de plus mauvais pronostic en Guyane par rapport aux Antilles françaises.

De plus, les différences d'incidence entre la Guyane et la Martinique et la Guadeloupe ne sont pas dues à un défaut d'exhaustivité en Guyane : l'exhaustivité a été évaluée à 97 % pour le cancer du sein en Guyane par la méthode capture-recapture.

Les futurs travaux pourront donc consister à étudier les stades TNM (Tumor Node Metastasis) des tumeurs au moment du diagnostic et la fréquence des tumeurs diagnostiquées dans le cadre des DMO dans chacun des trois départements afin de mieux évaluer l'impact du dépistage depuis sa mise en place.

Références

1. Dieye M, Plenet J, Fior A, Deloumeaux J, Bhakkan B, Macni J, et al. La surveillance des cancers dans les Antilles et la Guyane. Bulletin de veille sanitaire. 2011;8.
2. Youlten DR, Cramb SM, Dunn NA, Muller JM, Pyke CM, Baade PD. The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer Epidemiol.* 2012 Jun;36(3):237-48.

| Epidémiologie du cancer de l'estomac aux Antilles et en Guyane : données des registres des cancers |

Jacqueline Deloumeaux, Bernard Bhakkan, Jessica Peruvien
Registre des cancers de Guadeloupe

1/ CONTEXTE

Le cancer de l'estomac est la 4^{ème} localisation cancéreuse dans le monde et la seconde cause de mortalité mais des disparités géographiques importantes sont observées, deux tiers des nouveaux cas survenant dans les pays en voie de développement. Les incidences les plus élevées sont observées en Asie et en Europe de l'Est, les plus faibles en Amérique du nord et en Afrique (globocan 2008, www.globocan.iarc.fr). En France métropolitaine, ce cancer occupe respectivement les 10^{ème} et 14^{ème} places chez les hommes et les femmes [1]. La diminution de l'incidence et de la mortalité de ce cancer constatée dans les pays occidentaux a été associée à la diminution des infections à *Helicobacter pylori*, elle même secondaire aux modifications des comportements alimentaires (meilleures conditions d'hygiène et réfrigération des aliments) et à une plus large utilisation des antibiotiques.

Nous présentons les données d'incidence et de mortalité de la période 2008 - 2010 pour la Guadeloupe et la Martinique et 2006 - 2008 pour la Guyane.

2/ RESULTATS

Sur la période 2008 - 2010, 236 nouveaux cas de cancers de l'estomac ont été enregistrés en Guadeloupe, et 247 en Martinique. La Guyane comptait 50 cas sur la période 2006 - 2008. Ce cancer occupe les 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} places des localisations cancéreuses en Martinique, Guadeloupe et Guyane avec une prédominance masculine plus marquée en Guadeloupe (sex-ratio de 1,5 vs 1,1 et 1,2 en Martinique et en Guyane). L'âge médian de survenue de ce cancer est comparable sur les deux îles chez les hommes et les femmes (de 72 à 76 ans) mais est plus faible en Guyane (57 ans

chez les hommes contre 68 ans chez les femmes).

Le tableau 1 présente les taux d'incidence et de mortalité pour chaque département et par sexe.

L'incidence standardisée est respectivement de 15,3 et 13,4 chez les hommes et de 7,9 et 8,4 chez les femmes en Guadeloupe et Martinique. En Guyane, ces chiffres sont de 11,3 pour les hommes et 10 pour les femmes. En Guadeloupe et Martinique, les taux d'incidence augmentent avec l'âge à partir de 55 ans chez les hommes et de 65 ans chez les femmes et ne diffèrent pas significativement entre les deux îles. En Guyane, les variations d'incidence avec l'âge restent faibles dans les deux sexes.

Les taux de mortalité sont comparables chez les hommes en Guadeloupe et en Martinique (respectivement 9,4 et 9,7) et supérieurs aux taux observés chez les femmes (4,4 sur les deux îles). En Guyane, le taux est moindre chez les hommes (6,1); il est de un peu plus élevé que par rapport à la Martinique et la Guadeloupe chez les femmes (5,0).

L'âge médian au décès est respectivement de 64 ans et 67 ans chez les hommes et les femmes en Guyane. Il est comparable en Guadeloupe et en Martinique dans chaque sexe, mais est plus élevé chez les femmes que chez les hommes (79 et 80 ans vs 73 et 74 ans).

Le type histologique le plus fréquent pour le cancer de l'estomac est l'adénocarcinome qui est retrouvé dans près de 80 % des cas en Martinique et en Guadeloupe et dans 60 % des cas en Guyane. Dans ce département la limite plastique, forme histologique de mauvais pronostic, est retrouvée chez 16 % des patients.

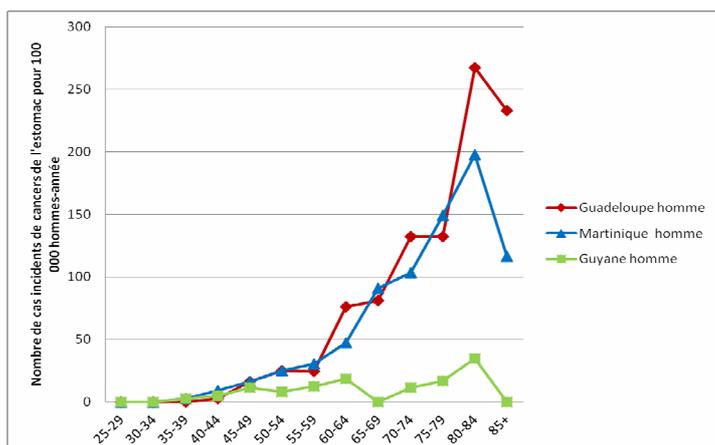
| Tableau 1 |

Taux d'incidence et de mortalité du cancer de l'estomac standardisés sur la population mondiale chez les hommes et les femmes (Guadeloupe-Martinique : 2008-2010 / Guyane : 2006-2008)

	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Incidence			
<i>Nombre cas</i>	143	127	27
<i>Age médian (quartile q1-q3)</i>	72 (62 - 81)	70 (62 - 78)	57 (49 - 72)
<i>Taux standardisé</i>	15,3 [12,8 - 17,8]	13,4 [10,8 - 15,7]	11,3 [6,9 - 15,8]
Mortalité			
<i>Nombre décès</i>	92	102	14
<i>Age médian ((quartile q1-q3)</i>	74 (64 - 82)	73 (68 - 80)	64 (56 - 72)
<i>Taux standardisé</i>	9,4 [7,5 - 11,3]	9,7 [7,7 - 11,7]	6,1 [2,7 - 9,4]
Indicateur de qualité			
<i>Rapport mortalité/incidence</i>	0,62	0,73	0,53
<i>% vérification morphologique</i>	99,3	97,5	93
<i>Nombre moyen de sources par cas</i>	3,2	4,3	-
<hr/>			
	Guadeloupe	Martinique	Guyane
Incidence			
<i>Nombre cas</i>	93	118	23
<i>Age médian (quartile q1-q3)</i>	72 (60 - 81)	76 (66 - 84)	68 (54 - 78)
<i>Taux standardisé</i>	7,9 [6,3 - 9,5]	8,3 [6,7 - 10,0]	10,0 [5,7 - 14,3]
Mortalité			
<i>Nombre décès</i>	68	69	69
<i>Age médian ((quartile q1-q3)</i>	79 (71 - 86)	80 (66 - 84)	67 (58 - 83)
<i>Taux standardisé</i>	4,4 [3,3 - 5,4]	4,4 [3,2 - 5,6]	5,0 [2,2 - 7,9]
Indicateur de qualité			
<i>Rapport mortalité/incidence</i>	0,55	0,53	0,50
<i>% vérification morphologique</i>	97,9	100	91
<i>Nombre moyen de sources par cas</i>	3,4	4,4	-

| Figure 1 |

Taux spécifiques d'incidence par tranche d'âge quinquennale pour 100 000 hommes-années de 2008 à 2010 (Guadeloupe-Martinique) et de 2006-2008 (Guyane)



3/ DISCUSSION

Le cancer de l'estomac fait partie, avec le cancer de la prostate, des localisations cancéreuses ayant des incidences plus élevées dans nos départements que dans l'hexagone. Les estimations de 2012 pour cette localisation dans l'hexagone sont de 7,0 chez les hommes et 2,6 chez les femmes pour l'incidence et de 4,4 et 1,7 pour la mortalité. Les incidences retrouvées dans les DOM, sont de 1,5 à 2 fois supérieures chez les hommes et de 3 à 4 fois supérieures chez les femmes, à celles de l'hexagone. Les taux observés se rapprochent des taux retrouvés en Amérique latine et dans la Caraïbe où l'incidence standardisée est estimée à 15,7 chez les hommes et 8,9 chez les femmes (www.globocan.iarc.fr). De même, les taux de mortalité de ce cancer sont 1,5 à 3 fois supérieurs à ceux de l'hexagone.

L'infection à *Helicobacter pylori* a été reconnue au début des années 90 comme carcinogène de grade I pour le cancer de l'estomac [2]. La transmission de ce virus se fait de personne à personne via un

mode de transmission inconnu mais les voies oro-orale et oro-fécale sont les modes de transmission les plus probables. On estime que plus de 50 % de la population mondiale est infectée par cette bactérie et qu'elle serait responsable de plus de 60 % des cancers de l'estomac.

Dans la Caraïbe, les données de prévalence de cette infection varient de 55 à 70 %. Aux Bahamas, dans une population de donneurs de sang volontaires, la prévalence de *H. pylori* était de 58 % [3]. Une étude comparable chez des donneurs de sang en Guadeloupe faisait état de 55 % de test positifs [4]. Des chiffres plus élevés étaient retrouvés à la Barbade chez les donneurs de sang (72 %) et à la Jamaïque dans une étude en population (68,8 %) [5]. A Cuba, chez des sujets ayant subi une endoscopie digestive secondaire à des symptômes cliniques, la prévalence de l'infection était de 70 % [6].

La diminution de l'incidence de ce cancer a été associée à l'existence d'un traitement antibiotique efficace, court et simple de cette infection bactérienne. Néanmoins, en dehors des prédispositions familiales, d'autres facteurs de risque sont retrouvés expliquant certaines des disparités observées dans la distribution

géographique des cas. Des études cas-témoins et de cohorte ont également mis en évidence le rôle du tabac et des comportements alimentaires : faible consommation de fruit frais et de légumes et consommation excessive de sel (salaison, saumure), de viandes et poissons fumés [7]. Ces habitudes alimentaires sont partagées par de nombreux pays d'Asie et sont aussi fortement implantées dans la Caraïbe et pourraient expliquer les taux d'incidence plus élevés constatés dans nos régions.

4/ CONCLUSION

Le cancer de l'estomac a une incidence élevée dans nos départements. A côté de l'infection à *H. Pylori*, des facteurs environnementaux et des habitudes alimentaires persistant dans nos régions pourraient expliquer ces taux. La présentation de la maladie et les tendances évolutives sont similaires en Guadeloupe et en Martinique alors qu'en Guyane, un âge plus jeune au diagnostic et une plus grande fréquence des formes particulières (linite plastique) ont été mis en évidence. La diminution de l'incidence de ce cancer passe par une information et une plus grande sensibilisation de la population aux facteurs de risque alimentaires connus et évitables.

Références

1. Binder-Foucard F, Belot A, Delafosse P, Remontet L, Woronoff A-S, Bossard N. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2012. Partie 1 - Tumeurs solides. *Institut de veille sanitaire*. 2013.
2. Dépistage de l'infection à *Helicobacter pylori* : pertinence et populations concernées. *Recommandations en Santé Publique*. avril 2010 (Haute Autorité de Santé).
3. Carter FP, Frankson T, Pintard J, Edgcombe B. Seroprevalence of *Helicobacter pylori* infection in adults in the Bahamas. *West Indian Med J*. Dec;60(6):662-665.
4. Weill FX, Margeridon S, Broutet N, Le Hello S, Neyret C, Megraud F. Seroepidemiology of *Helicobacter pylori* infection in Guadeloupe. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. Sep-Oct 2002;96(5):517-519.
5. Lindo JF, Lyn-Sue AE, Palmer CJ, Lee MG, Vogel P, Robinson RD. Seroepidemiology of *Helicobacter pylori* infection in a Jamaican community. *Trop Med Int Health*. Dec 1999;4(12):862-866.
6. Gutiérrez B VT, Valmaña CE, Camou-Juncas C, Santos A, Mégraud F, González N, Leonard I, Martínez R, Díaz-Canel O, Paniagua M, Escobar MdP, Mendez GL. *Helicobacter pylori* infection in Havana, Cuba. Prevalence and *cagA* status of the strains. *VacchiMonitor* 2005;14 (Julio-Diciembre):15-19.
7. Jakszyn P, González CA. Nitrosamine and related food intake and gastric and oesophageal cancer risk: A systematic review of the epidemiological evidence. *World Journal of Gastroenterology*. 2006;12(27):4296-4303.

Facteurs d'adhésion et freins de participation au dépistage des cancers du col de l'utérus, du sein et du colon-rectum à la Martinique en 2011

Stéphane Michel¹, Jacqueline Véronique-Baudin², Marie-Josée Dorival³, Yves Plumelle⁴, Jacques Rosine⁵, Moustapha Dieye^{1,2}, Patrick Escarmant²

¹ Registre des Cancers de la Martinique, Association Martiniquaise de Recherche Epidémiologique en Cancérologie, Martinique, ² Pôle de Cancérologie Hématologie Urologie UF 1441, CHU Martinique, ³ Laboratoire de Pathologie SERAL, patio de Cluny, Martinique, ⁴ Pôle de Biologie de Territoire-Pathologie, CHU Martinique, ⁵ Cellule de l'InVS en région (Cire) Antilles-Guyane

1/ INTRODUCTION

Le cancer est une préoccupation de santé publique en Martinique. Malgré des progrès considérables dans les moyens de traitement et de diagnostic, des inégalités existent tant en termes de morbidité que de mortalité. La prévention et son corollaire, le dépistage précoce, deviennent donc majeurs. De manière générale et à l'exception de certaines vaccinations, la prévention médicalisée, notamment le dépistage, concerne plus fréquemment les personnes de catégorie sociale ou de niveau d'éducation élevés. C'est le cas pour le cancer, qu'il s'agisse de dépistage individuel ou organisé [1, 2]. En effet, les individus ayant un niveau d'études supérieures ont plus fréquemment recours aux systèmes de soins, qui sont autant d'occasions de se voir proposer ou suggérer de tels dépistages. Dans les territoires ruraux, où l'offre médicale est moins dense, le dépistage est significativement moins fréquent [3].

La population martiniquaise bénéficie de programmes nationaux de dépistage des cancers pour trois localisations : sein, colon-rectum et col de l'utérus. Pour le cancer du sein, il est recommandé aux femmes âgées de 50 à 74 ans de faire une mammographie tous les

2 ans. Pour le cancer colorectal, un test de recherche de sang dans les selles est proposé aux hommes et aux femmes, tous les 2 ans entre 50 et 74 ans lors d'une visite médicale chez un médecin généraliste. Concernant le cancer du col de l'utérus, un frottis cervico-utérin est préconisé tous les 3 ans pour la population féminine âgée de 25 à 65 ans. Cependant, la participation diffère selon le programme de dépistage. Ainsi, le taux de participation pour le cancer du sein en Martinique était de 56,5 % en 2008 (comparable à celui de la France hexagonale qui était de 52,8 % en 2008 - 2009) [4], 28,7 % pour le dépistage du cancer colorectal (campagne 2009 - 2010) [5] et 13 % de participation chez les 25 - 65 ans pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (années 2002 - 2005) [6]. Les raisons des différences de participation tant entre les différents programmes qu'entre la Martinique et la France hexagonale sont mal connues. Il s'avérerait opportun de réaliser une étude visant à mieux connaître les facteurs d'adhésion et les comportements face au dépistage de ces trois cancers en Martinique.

L'objectif de cette étude était d'analyser les comportements de prévention au travers des recueils d'opinion de la population martiniquaise spécifiquement sur le cancer et ainsi d'identifier les facteurs d'adhésion et les freins vis-à-vis du dépistage afin d'orienter les axes stratégiques et les actions à mettre en place pour mieux sensibiliser les populations concernées.

2/ MATERIEL ET METHODES

2.1./ Population étudiée

Il s'agissait d'une étude transversale. Des échantillons d'individus étaient obtenus à partir du fichier des différentes caisses d'assurance maladie. Chaque échantillon était construit selon la méthode des quotas, appliquée aux variables suivantes : sexe, âge, catégorie socioprofessionnelle après stratification par zone de résidence. Trois échantillons de 500 personnes représentatifs des trois populations cible des programmes de dépistage organisé étaient constitués de :

- Femmes âgées de 25 à 65 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ;
- Femmes âgées de 50 à 74 ans pour le dépistage du cancer du sein ;
- Hommes et femmes âgés de 50 à 74 ans pour le dépistage du cancer colorectal.

2.2 Méthode de recueil des données

Un questionnaire par échantillon a été élaboré. Il comprenait une partie commune sur les caractéristiques socio-économiques et une partie spécifique explorant les risques perçus vis-à-vis du cancer et les pratiques face au dépistage. Les questions ne prenaient pas en compte la notion d'un suivi individuel ou la participation à un dépistage organisé. L'étude a été réalisée du 19 août au 20 septembre 2011 par téléphone en utilisant le système CATI (Computer Assisted Telephonic Interviews).

2.3./ Analyses statistiques

Afin d'améliorer la représentativité de l'enquête, un redressement a été réalisé. Le poids de chaque individu de l'échantillon a été modifié afin de corriger les éventuelles erreurs d'échantillonnage. Une analyse univariée a été réalisée afin de caractériser la population d'étude ayant déjà réalisé un test de dépistage dans les délais recommandés par le dépistage organisé. Les raisons de non participation ont été analysées par un test du chi² sur l'ensemble des variables recueillies. Les liens entre la réalisation du test et les caractéristiques sociodémographiques et d'accès aux soins, ont été analysés par régression logistique. Une valeur de $p \leq 0,05$ était considérée comme significative. Les analyses statistiques étaient réalisées sous SAS® V9.1.

3/ RESULTATS

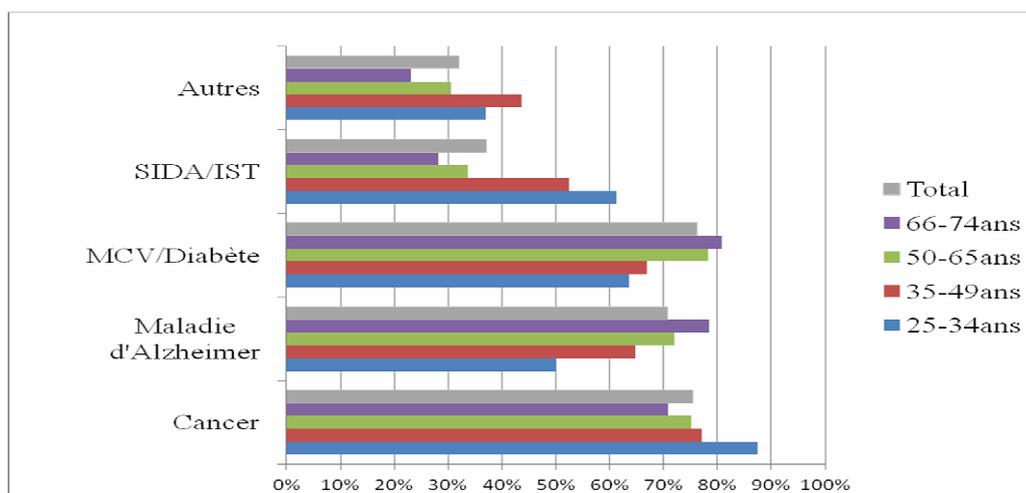
3.1 Perception du cancer par la population

Dans notre étude, nous avons interrogé 1500 personnes représentant le total des échantillons retenus pour les trois campagnes de dépistage à la Martinique. Le cancer était la maladie la plus crainte pour soi-même par 75,5 % de la population.

Chez les martiniquais, le cancer était cité en premier avant le couple maladies cardio-vasculaires/diabète et la maladie d'Alzheimer (Figure 1). En termes de perception, cette maladie arrivait devant la maladie d'Alzheimer (70,6 %), les maladies cardiovasculaires (38,7 %) et le SIDA/Infections Sexuellement Transmissibles (IST) (37,4 %). Chez les interviewés les plus jeunes (25 - 34 ans), il représentait 87,4 % des citations, avant le Sida et les IST avec 61,3 %. En revanche, chez les plus de 66 ans, le cancer apparaissait comme la deuxième préoccupation (71 %), après la maladie d'Alzheimer (78,5 %).

| Figure 1 |

Répartition en pourcentage des réponses à la question : « Parmi les différentes maladies que je vais vous citer, quelle est celle que vous craignez le plus pour vous-même ? »



3.2 Caractéristiques de la population étudiée

Notre population d'étude était composée majoritairement de femmes (85 %). Pour les cancers du sein et colorectal, la répartition entre les différentes tranches d'âge était homogène à l'inverse de celle du col de l'utérus (Tableau 1). Dans nos échantillons, nous avons recensé une importante part d'inactifs. Les informations recueillies provenaient le plus fréquemment d'une population résidant dans le

centre de la Martinique. Les personnes interrogées avaient des revenus les plus souvent inférieurs à 1500 euros (47 %). Soixante sept pourcent des personnes interrogées avaient un niveau de formation équivalent au niveau scolaire (BEPC, CAP, BEP). Un suivi médical par un professionnel de santé régulier (datant de moins d'un an) a été réalisé par 70 % de notre population d'étude.

| Tableau 1 |

Caractéristiques de la population selon le type de dépistage, en 2011

		Cancer du col de l'utérus	Cancer du sein	Cancer Colorectal	Total
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
SEXE	Homme			229 (46 %)	229 (15 %)
	Femme	500 (100 %)	500 (100 %)	271 (54 %)	1271 (85 %)
AGE	25-34 ans	107 (21 %)			107 (7 %)
	35-49 ans	228 (46 %)			228 (15 %)
	50-54 ans	55 (11 %)	121 (24 %)	120 (24 %)	296 (20 %)
	50-59 ans	46 (9 %)	100 (20 %)	104 (21 %)	250 (17 %)
	60-65 ans	65 (13 %)	138 (28 %)	137 (27 %)	340 (23 %)
	66 ans et +		141 (28 %)	138 (28 %)	279 (18 %)
CSP REGROUPEES	CSP+	136 (27 %)	73 (15 %)	94 (19 %)	303 (20 %)
	CSP-	227 (45 %)	121 (24 %)	114 (23 %)	462 (31 %)
	Inactifs	137 (28 %)	306 (61 %)	292 (58 %)	735 (49 %)
ZONE DE RESIDENCE	Nord	50 (10 %)	55 (11 %)	57 (11 %)	162 (11 %)
	Centre	301 (61 %)	302 (60 %)	293 (59 %)	896 (60 %)
	Sud	149 (29 %)	143 (29 %)	149 (30 %)	441 (29 %)
REVENUS NETS MENSUELS DU FOYER	Moins de 500 euros	26 (5 %)	55 (11 %)	54 (11 %)	135 (9 %)
	de 500 à 1499 euros	179 (36 %)	203 (41 %)	189 (38 %)	571 (38 %)
	de 1500 à 2499 euros	128 (26 %)	85 (17 %)	100 (20 %)	313 (21 %)
	de 2500 à 3499 euros	65 (13 %)	53 (11 %)	49 (10 %)	167 (11 %)
	3500 euros et plus	63 (13 %)	46 (9 %)	59 (12 %)	168 (11 %)
	NSP	39 (7 %)	58 (11 %)	49 (9 %)	146 (10 %)
NIVEAU D'EDUCATION	Niveau scolaire	216 (43 %)	345 (69 %)	348 (70 %)	909 (61 %)
	Niveau BAC	109 (22 %)	70 (14 %)	73 (14 %)	252 (17 %)
	Enseignement supérieur	175 (35 %)	85 (17 %)	78 (16 %)	338 (22 %)
SUIVI MEDICAL	Suivi par un PS*	355 (71 %)	240 (48 %)	461 (92 %)	1056 (70 %)
	Non suivi	145 (29 %)	260 (52 %)	8 %	444 (30 %)

*Visite datant de moins de 12 mois chez un médecin traitant ou un gynécologue

3.3./ Les facteurs de réalisation d'un test de dépistage des cancers dans les délais recommandés

A la Martinique, 75,6 % des femmes déclaraient avoir déjà bénéficié d'un frottis du col de l'utérus datant de moins de 3 ans. Être plus âgé (OR=0,52, $p<0,05$) et ne pas exercer d'activité professionnelle (OR=0,53, $p<0,05$) étaient des déterminants significatifs de non

réalisation d'un frottis de dépistage. A l'inverse, avoir un niveau d'instruction élevé (OR=1,75, $p<0,05$) était un élément significatif avec la réalisation d'un acte de dépistage. En effet, la pratique d'un dépistage du cancer du col de l'utérus dans le délai de 3 ans était la plus élevée chez les femmes les plus jeunes, les plus instruites, et les femmes régulièrement suivies par un gynécologue (OR=9,85 ; $p<0,001$) (Tableau 2).

| Tableau 2 |

Analyse multivariée des caractéristiques des personnes ayant réalisé un test de dépistage dans les délais recommandés, en 2011

		Cancer du col de l'utérus			Cancer du sein			Cancer colorectal		
		n = 378			n = 382			n = 369		
		%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %	%	OR	IC à 95 %
SEXE	Femme	75,6	1 (réf.)	-	76,4	1 (réf.)	-	59,1	1 (réf.)	-
	Homme							46,5	0,6**	0,44-0,83
AGE	25 - 34 ans	79,2	1 (réf.)	-						
	35 - 49 ans	80,7	1,11	0,62-1,96						
	50 - 54 ans	66,3	0,52*	0,29-0,91	73,6	1 (réf.)	-	48,3	1 (réf.)	-
	55 - 59 ans				75,8	1,16	0,63 - 2,13	55,9	1,35	0,87 - 2,09
	60 - 65 ans				74,8	1,08	0,62 - 1,89	53,1	1,20	0,81 - 1,80
	66 - 69ans				80,3	1,5	0,84 - 2,68	63,1	1,83**	1,16 - 2,87
70 - 74ans										
CSP REGROUPEES	CSP+	78,7	1 (réf.)	-	76,7	1 (réf.)	-	48,8	1 (réf.)	-
	CSP-	79,3	1,04	0,62 - 1,74	76,9	0,96	0,48 - 1,91	51,8	0,88	0,55 - 1,39
	Inactifs	66,4	0,53*	0,31 - 0,92	76,1	0,94	0,51 - 1,72	57,7	0,69	0,46 - 1,03
ZONE DE RESIDENCE	Centre	76,2	1 (réf.)	-	75,1	1 (réf.)	-	54,5	1 (réf.)	-
	Nord	70,0	0,71	0,37 - 1,36	67,3	0,68	0,36 - 1,26	48,1	0,76	0,47 - 1,24
	Sud	76,4	1,01	0,63 - 1,60	81,1	1,36	0,83 - 2,22	57,2	1,11	0,79 - 1,56
NIVEAU SOCIO ECONOMIQUE	Moins de 500 euros	72,6	1 (réf.)	-	75,9	1 (réf.)	-	57,6	1 (réf.)	-
	de 501 à 1000 euros	80,3	1,54	0,93 - 2,54	76,9	1,06	0,53 - 1,79	49,2	0,71	0,49 - 1,03
	de 1001 à 2000 euros	80,6	1,53	0,79 - 2,97	79,3	1,26	0,62 - 2,56	61,5	1,17	0,72 - 1,90
	2001 euros et plus	68,8	0,73	0,25 - 2,14	82,1	1,59	0,56 - 4,50	50,0	0,74	0,39 - 1,40
NIVEAU D'EDUCATION	Niveau scolaire	71,8	1		75,1	1		55,2	1	
	Niveau BAC	74,1	1,12	0,66 - 1,88	76,7	1,09	0,60 - 1,98	53,3	0,93	0,59 - 1,45
	Enseignement supérieur	81,7	1,75*	1,08 - 2,83	82,1	1,50	0,80 - 2,79	52,6	0,91	0,61 - 1,37
SUIVI MEDICAL	Non suivi	44,2	1 (réf.)	-	70,7	1 (réf.)	-	42,2	1 (réf.)	-
	Suivi par un PS*	88,7	9,85***	6,20 - 15,64	81,7	1,83**	1,21 - 2,79	55,9	1,78*	1,06 - 3,00
RISQUE PERCU	Risque égal	80,2	1 (réf.)	-	75,4	1 (réf.)	-	53,6	1 (réf.)	-
	Plus de risque	66,7	0,49	0,23 - 1,08	74,6	0,96	0,48 - 1,94	55,2	1,07	0,62 - 1,82
	Moins de risque	68,3	0,53*	0,34 - 0,84	79,5	1,26	0,78 - 2,04	55,3	1,07	0,76 - 1,51

* : p<0,05 ** : p<0,01 *** : p<0,001

Sur l'échantillon interrogé, la réalisation de la mammographie depuis moins de 2 ans était comparable à celle de la réalisation d'un frottis depuis moins de 3 ans (76,4 % versus 75,6 %). Le pourcentage de réalisation augmentait avec l'âge, le niveau socio-économique et l'éducation. Cependant, même s'il existe un gradient social, ces facteurs ne sont pas statistiquement significatifs ($p>0,05$). Dans une moindre mesure, le suivi régulier par un gynécologue (81,7 %) est, là encore, un facteur favorisant la participation au dépistage ($OR=1,83$; $p<0,01$). Néanmoins, il ne semble pas y avoir de différences significatives entre le profil sociodémographique de celles qui bénéficiaient d'une mammographie depuis moins de 2 ans et celui de l'ensemble de la population ($p>0,05$).

La pratique d'un test de recherche de sang dans les selles, avec une participation globale de 53,3 % tout sexe confondu, est inférieure à celle des dépistages des cancers du col de l'utérus et du sein, même chez les femmes (59,1 %). Il existe une différence significative ($p<0,01$) entre les femmes et les hommes pour la réalisation de ce test de dépistage du cancer colorectal. L'âge influence la participation, qui est près de deux fois plus importante dans la tranche d'âge 66 - 74 ans que dans celle de 50 - 54 ans ($OR=1,83$; $p<0,01$). L'appartenance à un niveau socio-économique élevé n'était pas un élément favorisant la pratique de dépistage. Ainsi, les taux de réalisation sont plus élevés chez les inactifs, les personnes à faibles revenus et d'un niveau d'éducation scolaire

moindre. La consultation à moins de 12 mois d'un médecin généraliste était associée à un taux de participation au dépistage significativement plus élevé ($OR=1,78$, $p<0,05$).

Bien que les taux de participation étaient légèrement plus faible dans les communes du Nord, aucun effet significatif de la zone de résidence n'a été observé que ce soit pour la réalisation d'un frottis ($p=0,977$), d'une mammographie ($p=0,225$) ou d'un test de recherche de sang dans les selles ($p=0,553$).

3.4 Les raisons de non-réalisation d'un test de dépistage des cancers dans les délais recommandés

Les raisons de non intention de réaliser un test de dépistage étaient principalement : penser ne pas ou ne plus en avoir besoin, être non concerné ou être en bonne santé et n'avoir aucun symptôme (Tableau 3). L'avis négatif du médecin sur l'intérêt du dépistage était cité comme un frein. Un certain nombre de femmes (8 % pour le cancer du col de l'utérus et 15 % pour le cancer du sein) trouvaient ces tests gênants voire dangereux, notamment pour la réalisation d'une mammographie). Les autres raisons (éloignement des centres de soins, absence d'antécédents familiaux) représentent près d'un tiers des freins. Pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, 7 % des citations n'étaient pas explicitées.

Recensement, en 2011, des principaux motifs de non réalisation d'un futur test de dépistage dans les délais

	Cancer du col de l'utérus n = 133	Cancer du sein n = 113	Cancer colorectal n = 209
N'en éprouve pas/plus le besoin	35 %	9 %	34 %
Ne sert à rien	25 %	23 %	15 %
Bonne santé/Aucun signe	9 %	23 %	25 %
Gênant/douloureux/dangereux	8 %	15 %	6 %
Déconseillé par un médecin	6 %	3 %	1 %
Eloignement des centres de soins	1 %	9 %	0 %
Pas d'ATCD dans la famille	1 %	3 %	1 %
Autres raisons	33 %	38 %	31 %
NSP	7 %	0 %	2 %

* Les pourcentages correspondent au nombre de fois où l'item a été déclaré sur l'échantillon de personnes déclarant que dans aucun cas ils ne feront un test de dépistage dans le futur

4/ DISCUSSION

Dans notre étude réalisée en 2011, les trois échantillons étaient représentatifs des différentes populations concernées par les campagnes de dépistage des cancers à la Martinique. Cette étude a révélé que le cancer était une maladie ressentie comme grave et crainte par une majorité de martiniquais (75,5 %). À l'exception de la maladie d'Alzheimer, ces chiffres étaient en adéquation avec ceux observés en France hexagonale lors d'une enquête barométrique en 2010. En 2010, le cancer était considéré comme la maladie la plus grave par 71 % de Français, devant le sida (49 %) et les maladies cardio-vasculaires (30 %) [7]. La propension à citer le cancer comme étant une maladie grave variait selon l'âge. A l'instar de la France hexagonale, en Martinique, la maladie d'Alzheimer semblait être une préoccupation plus importante que le cancer chez les personnes les plus âgées expliquant leur vision face au cancer et son dépistage [8].

Avec un taux de réalisation de plus de 75 %, la réalisation d'un frottis cervico-utérin datant de moins de 3 ans pour le dépistage du cancer du col de l'utérus semblait rentrer dans les mœurs. Ce taux de participation est supérieur à celui estimé à 58,7 % sur la période 2003 pour des femmes âgées entre 25 à 65 ans d'après les données de l'Assurance Maladie [9]. Ce taux élevé pouvait être expliqué par la nature jeune de la population concernée [7]. Comme dans la littérature, pour une enquête déclarative, une sur déclaration dans le sens d'une perception plus récente pourrait être à l'origine de ce taux élevé [10]. La décroissance du taux de réalisation chez les personnes âgées est associée à une baisse de fréquence de consultation chez un gynécologue [11]. La littérature montrait également un recours inférieur des femmes ayant de faibles revenus ou inactives professionnellement [7].

En 2011, le taux de réalisation de mammographie observé (76,4 %) chez les femmes de 50 à 74 ans attestait de l'adhésion de cette pratique. Bien que satisfaisant, ce taux reste inférieur à celui de 87,5 % déclaré en France hexagonale [7]. En Martinique, nos résultats mettaient en évidence une certaine homogénéité des comportements vis-à-vis de la mammographie. Les femmes les plus âgées (70 - 74 ans) sont les plus fidélisées à ce dépistage

contrairement aux tendances observées en France où 82,3 % des femmes en 2010 réalisaient une mammographie [7]. Néanmoins, les différences observées par tranches ne sont pas statistiquement significatives. Ce gradient devrait s'estomper sous l'impact de l'effet générationnel [12]. Par ailleurs, un lien significatif entre le suivi gynécologique et la réalisation de mammographie a été mis en évidence, selon les travaux de Duport et al. 2008 [11]. Dans notre étude, bien que le recours à la mammographie tous les 2 ans soit plus élevé chez les personnes appartenant aux catégories sociales élevées ou chez les plus diplômées, il n'a pas été observé de corrélation significative. Dans la littérature, il est rapporté que la pratique de la mammographie de femmes issues de milieux économiquement modestes était inférieure à celles des sujets plus aisés [18]. Nos résultats divergent de ceux d'autres études réalisées en France hexagonale qui décrivaient l'existence d'un gradient de réalisation en faveur des personnes les plus favorisées financièrement ou les plus diplômées [13 ; 14 ; 15 ; 16]. En Martinique, un taux de réalisation inférieur dans le Nord par rapport à ceux du Centre et du Sud observé chez les femmes pourrait être lié à un accès aux soins insuffisant dans les communes rurales [17]. Néanmoins, la pratique de cet examen semble avoir été uniformément intégrée chez les femmes. Ainsi l'absence apparente d'un éventuel lien avec des facteurs sociaux peut être considérée comme un succès en matière de diminution des inégalités d'accès à un service de soins.

Dans notre étude, 53,3 % des personnes de 50 à 74 ans interrogées en 2011 déclaraient avoir effectué un test de dépistage du cancer colorectal au cours des deux dernières années. Les femmes étaient majoritaires (59,1 %) dans la réalisation de ce test et nos résultats ont montré une différence significative entre les deux sexes. Sur la période 2009 - 2010, une différence de 5 points en faveur des femmes (36,5 % versus 31,4 %) avait déjà été observée à l'occasion de l'évaluation du programme de dépistage du cancer colorectal de 95 départements de la France hexagonale [19]. Le fait que les femmes soient souvent plus investies dans les actions de prévention (vaccination, habitudes de dépistage plus ancrées avec la mammographie et le frottis cervico-utérin, ...) expliquerait cette tendance observée en Martinique et en France hexagonale pour le

dépistage de ce cancer [11]. La réalisation d'un dépistage augmente avec l'âge et ce de manière significative chez les plus de 66 ans. Les personnes âgées de 50 à 54 ans ont les taux de réalisation les plus faibles. Ce sont souvent des actifs occupés pour lesquels la réalisation d'un test de recherche de sang dans les selles sur trois jours peut paraître compliquée. Cette tranche d'âge semble considérer que le cancer est une maladie du sujet plus âgé et reste une préoccupation éloignée [20]. Aussi, la première tranche d'âge (50 - 54 ans) a été moins sollicitée pour participer à ce programme de dépistage, alors que les autres tranches d'âge pourraient bénéficier d'une troisième invitation dans la campagne biennale. D'un point de vue pratique, la nature même du test de recherche de sang occulte dans les selles et son mode de réalisation jouent un rôle important dans les freins à sa réalisation [21]. Dans nos résultats, ni les revenus, ni la catégorie socioprofessionnelle et ni le niveau d'éducation ne se sont révélés être des facteurs discriminants. Comme pour le cancer du sein, proposer ce dépistage à l'ensemble de la population gomme en partie les inégalités d'accès et de recours. Cependant, nous avons pu noter une diminution de la participation chez les personnes ayant les revenus et le niveau d'éducation les plus élevés. Le même constat avait été fait chez les actifs dans le département du Lot en France [22]. La plus faible participation des catégories favorisées s'expliquerait par leur choix d'un dépistage spontané par coloscopie, décidé avec le médecin traitant ou un spécialiste [23]. La consultation chez un médecin généraliste, au moins une fois par an, jouait un rôle important dans la déclaration d'un dépistage selon nos résultats. Ce facteur a déjà été cité comme un reflet de l'attention portée par l'individu à sa santé et son recours au système de soins [24]. Ces résultats confirmeraient l'importance du rôle du médecin traitant dans le choix de la technique de dépistage du cancer colorectal.

Notre enquête en révélant des taux de réalisation plus élevés que ceux observés dans le cadre des programmes de dépistages organisés des cancers à la Martinique, mettrait en évidence la coexistence d'un dépistage individuel. En effet, les informations collectées et déclarées dans cette étude pourraient correspondre à

des taux de couverture estimés par le cumul du dépistage organisé et individuel. Il est possible que ces différences correspondent en partie au dépistage individuel spontané. Par ailleurs, une surestimation déclarative, liée à la méthodologie utilisée, était aussi probable [11]. Comme dans de nombreuses études, les freins au dépistage sont souvent des raisons plutôt d'ordre personnel (manque de temps, penser ne pas en avoir besoin...) [11 - 25]. Ainsi, l'enquête Fado-sein et l'enquête décennale santé 2002 - 2003 de l'INSEE chez les femmes révélaient que la pratique d'un des trois dépistages (sein, col de l'utérus et côlon-rectum) avait un effet favorisant sur les deux autres. Ainsi, la communication à destination des femmes de 50 à 65 ans pourrait concerner simultanément les trois dépistages [11]. Cependant, le nombre de personnes ayant déclaré l'intention de ne pas réaliser un test de dépistage dans les délais recommandés par les programmes de dépistages des cancers reste important.

5/ CONCLUSIONS

Les facteurs identifiés comme freins à la pratique d'examen de dépistage dans cette étude sont en accord avec les résultats présentés dans des études réalisées en population générale. Les campagnes auprès des professionnels de santé doivent être renforcées en insistant sur la qualité du dépistage et l'intérêt des programmes nationaux.

Notre étude, où le cancer est considéré comme une maladie redoutée et redoutable, met en évidence la nécessité d'avoir une meilleure visibilité pour la population sur la thématique du cancer et sur chacun des dépistages. Afin d'améliorer la pratique du dépistage organisé, il est indispensable de communiquer. Dans le cadre de la montée en charge des programmes, les campagnes de communication pourraient s'appuyer sur ces éléments pour mieux cibler les personnes à convaincre de réaliser des tests de dépistage des cancers. Pour cela, il faut maintenir et renforcer les efforts de sensibilisation des populations et du corps médical à l'importance du dépistage des cancers dans le cadre organisé.

Références

1. Baudier F, Michaud C, Gautier A, Guilbert P. Le dépistage du cancer du sein en France : pratiques et évolution des habitudes dans la population des femmes de 18 à 75 ans, Baromètre Santé 2004-2005. Bull Epidemiol 2007;17:142-4.
2. Prouvost H, Poirier G. Influence des facteurs socio-économiques sur le recours au dépistage du cancer chez les femmes du Nord-Pas-de-Calais : résultats de l'enquête décennale Santé, France, 2002. Bull Epidemiol 2007;2-3:17-20.
3. Beck F, Guilbert P, Gauthier A. Baromètre santé 2005. Paris, INPES, 2007.
4. Lastier D, Salines E, Rogel A. Évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein en France : résultats 2009, évolutions depuis 2005. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2012, 12 p.
5. Institut de Veille Sanitaire, Participation au programme national de dépistage organisé du cancer colorectal - Années 2009-2010 1^{er} Mars 2011
6. Dupont N, Haguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus – Evaluation épidémiologique des quatre départements « pilotes ». InVS, 12 juin 2007: 32 p
7. Beck F., Gautier A., dir. Baromètre cancer 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2012 : 272 p.
8. Léon C., Kreft-Jais C., Breining A., Beck F., Maladie d'Alzheimer : enquête sur les connaissances, opinions et comportements des Français, Baromètres santé, 2012.
9. État des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Argumentaire. Coll. Recommandations en santé publique. Paris : Haute autorité de santé, juillet 2010
10. Cronin K. A., Miglioretti D. L., Krapcho M., Yu B., Geller B. M., Carney P. A., et al. Bias associated with self-report of prior screening mammography. Cancer epidemiology, biomarkers & prevention, 2009, vol. 18, n° 6 : p. 1699-1705
11. Dupont N, Ancelle-Park R, Boussac-Zarebska M, Uhry Z, Bloch J. Are breast cancer screening practices associated with socio-demographic status and healthcare access? Analysis of a French cross-sectional study. European Journal of Cancer Prevention 2008, 17:218-224
12. Eisinger F., Beck F., Viguier J., Blay J., Coscas Y., Roussel C., et al. Increasing coverage rates for mammographic screening in France in older women – 16 years of follow-up. The Breast Journal, 2011, vol. 17, n° 6 : p. 686-688
13. Fontaine D., Dreneau M., Longre I. , Les facteurs d'adhésion et de résistance au dépistage du cancer du sein - étude auprès des femmes de 50 à 74 ans consultant dans les centres d'examen de sante de Lyon et de Chambéry, Etude de l'URCAM Rhône-Alpes, aout 2001
14. Dujoncqouy S., Migeot V. et Gohin-Pério B., Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes, Santé publique 2006/4, N° 18, p. 533-547.

.../...

15. Mansour Z, Fleur L, Saugeron AM, Merle N, Marquis D, Lucas C (2005). Breast cancer screening programme: a media campaign for isolated or marginalized women. *Sante Publique* 17:539–549
16. Pernet, C.; Dejardin, O.; Morlais, F.; Bouvier, V.; Launoy, G., Socioeconomic and healthcare supply statistical determinants of compliance to mammography screening programs: A multilevel analysis in Calvados, France. *Cancer Epidemiology* vol. 34 issue 3 June, 2010. p. 309-315
17. ORS Rhône-Alpes. Les facteurs d'adhésion et de résistance des femmes de 50 à 74 ans au dépistage du cancer du sein, 2001 : 118 p.].
18. Baudier F., Michaud C., Gautier A., Guilbert P., Breast screening in France: practices and habits trends in the female population aged from 18 to 75 years., *BEH* 17 / 2 mai 2007 p 142-144
19. Institut de veille sanitaire (InVS). Taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal 2009-2010. En ligne : <http://www.invs.sante.fr/display/?doc=surveillance/cancers/index.htm>
20. Calazel-Benque A., Viguier J., Roussel C., Pivot X., Eisinger, F., Blay J. Y., et al. Organized colorectal cancer screening programmes : how to optimize efficiency in the general population. *European journal of cancer prevention*, 2011, vol. 20 Suppl 1 : p. S20-25
21. Bridou M., Aguerre C., Reveillere C., Haguenoer K., Viguier J. Facteurs psychologiques d'adhésion au dépistage du cancer colorectal par le test Hémocult® II. *Psycho-Oncologie*, 2011, vol. 5, n° 1 : p. 25-33
22. D. Fabre, B. Faliu, P. Grosclaude), F. Gaston-Jeanzac, J.P. Couaillac, M. Machelard-Sauvage, Factors of participation in a colorectal cancer screening Campaign within the framework of worksite health, *Santé publique* 1999, Volume 11, no 4, pp. 527-538
23. Herbert C., Launoy G., Gignoux M. Factors affecting compliance with colorectal cancer screening in France: differences between intention to participate and actual participation. *Eur J Cancer Prev* 1997 ; 6 : 44-52.
24. Viguier J., Calazel-Benque A., Eisinger F., Pivot X. Organized colorectal cancer screening programmes : how to optimize efficiency among general practitioners. *European journal of cancer prevention*, 2011, vol. 20, Suppl 1 : p. S26-32
25. Goulard H, Boussac-Zarebska M, Dupont N, Bloch J. Facteurs d'adhésion au Dépistage Organisé du cancer colorectal : étude FADO-colorectal. *Bull Epidemiol Hebd* 2009; 2-3: 25-9

Cire Antilles Guyane

Tél. : 05 96 39 43 54 — Fax : 05 96 39 44 14
Mail : martine.ledrans@ars.sante.fr

Guadeloupe	Guyane	Martinique
<p style="text-align: center;">Cire Antilles Guyane</p> <p>Tél. : 05 90 99 49 54 / 49 07 Fax : 05 90 99 49 24 Mail : sylvie.cassadou@ars.sante.fr Mail : fatim.bathily@ars.sante.fr</p> <p style="text-align: center;">ARS/CVGS</p> <p>Tél. : 05 90 99 44 84 Fax : 05 90 99 49 24 Mail : patrick.saint-martin@ars.sante.fr</p>	<p style="text-align: center;">Cire Antilles Guyane</p> <p>Tél. : 05 94 25 72 49 / 72 50 / 72 52 Fax : 0594 25 72 95 Mail : vanessa.ardillon@ars.sante.fr Mail : luisiane.carvalho@ars.sante.fr</p> <p style="text-align: center;">ARS/CVGS</p> <p>Tél. : 05 94 25 72 84 Fax : 05 94 25 72 95 Mail : anne-marie.mckenzie@ars.sante.fr</p>	<p style="text-align: center;">Cire Antilles Guyane</p> <p>Tél. : 05 96 39 43 54 Fax : 05 96 39 44 14 Mail : alain.blateau@ars.sante.fr Mail : elise.daudens@ars.sante.fr Mail : jacques.rosine@ars.sante.fr Mail : marion.petit-sinturel@ars.sante.fr</p> <p style="text-align: center;">ARS/CVGS</p> <p>Tél. : 05 96 39 42 52 Fax : 0596 39 44 26 Mail : corinne.locatelli-jouans@ars.sante.fr</p>

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin de Veille Sanitaire sur : <http://www.invs.sante.fr>

Directeur de la publication : Dr Françoise Weber, Directrice générale de l'Institut de veille sanitaire

Rédacteur en chef : Martine Ledrans, Responsable scientifique de la Cire AG

Maquettiste : Claudine Suivant, Cire AG

Comité de rédaction : Audrey Andrieu, Vanessa Ardillon, Fatim Bathily, Luisiane Carvalho, Dr Sylvie Cassadou, Elise Daudens, Martine Ledrans, Marion Petit-Sinturel, Jacques Rosine.

Diffusion : Cire Antilles Guyane - Centre d'Affaires AGORA—Pointe des Grives. B.P. 656. 97261 Fort-de-France

Tél. : 596 (0)596 39 43 54 - Fax : 596 (0)596 39 44 14

<http://www.invs.sante.fr> — <http://www.ars.sante.fr>