

- p.61 **La couverture vaccinale contre le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie en 2006 dans une population âgée francilienne**
Tetanus, poliomyelitis and diphtheria vaccination coverage in elderly Parisian residents in 2006
- p.64 **Mortalité comparée par cancer aux Antilles et en métropole, France, 1983-2002**
Cancer mortality in French West Indies and French metropolitan regions, France, 1983-2002
- p.68 **Appel à publication pour des numéros de base**

La couverture vaccinale contre le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie en 2006 dans une population âgée francilienne

Anna Gergely (agergely@pasteur.fr)¹, Stéphane Bechet², Catherine Goujon¹, Marie Pelicot¹, Diane Van Der Vliet¹, Angèle Simons de Fanti¹, Ghania Benabdelmoumen¹, Philippe Stumpf¹, Ghislaine Augier¹, Christine Sadorge², Paul-Henri Consigny¹

1 / Centre médical de l'Institut Pasteur, Paris, France 2 / Centre de recherche vaccinale et biomédicale de l'Institut Pasteur, Paris, France

Résumé / Abstract

Objectif – Évaluer de la couverture vaccinale d'une population francilienne âgée contre le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie.

Méthode – Lors de la vaccination antigrippale de 660 personnes âgées au Centre de vaccination de l'Institut Pasteur de Paris, les dates de leur dernier rappel de vaccination contre le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie ont été recueillies. Une vaccination était à jour si elle datait de 10 ans au plus. Une vaccination était considérée non à jour si les personnes avaient été vaccinées depuis plus de 10 ans ou si la date de la vaccination était inconnue.

Résultats – Sur 660 personnes âgées de 60 à 97 ans (moyenne 76,6 ans), 77 % étaient à jour pour la vaccination contre le tétanos, 42 % pour la poliomyélite et 28 % pour la diphtérie. Il n'y a pas de différence significative entre les tranches d'âges et entre les sexes pour la couverture vaccinale antitétanique. La couverture vaccinale anti-poliomyélite et anti-diphtérie diminue significativement ($p < 0,0001$) avec l'âge. Pour les classes d'âge 60-69 ans, 70-79 ans et 80 ans ou plus, respectivement 58 %, 48 % et 28 % sont à jour pour la poliomyélite et 44 %, 32 % et 17 % pour la diphtérie.

Conclusion – L'usage des vaccins combinés (dTP) à l'occasion de la vaccination antigrippale améliorerait la couverture vaccinale.

Tetanus, poliomyelitis and diphtheria vaccination coverage in elderly Parisian residents in 2006

Objective – The purpose of this study was to evaluate tetanus, poliomyelitis and diphtheria vaccination coverage in elderly Parisian residents.

Methods – The date of the last tetanus, poliomyelitis and diphtheria booster was recorded for 660 elderly people during the annual influenza vaccination at the vaccination centre of the Pasteur Institute of Paris. Vaccination was up to date if it was done in the last 10 years. It was considered not up to date if it was done more than 10 years ago or if the date was unknown.

Results – Out of 660 subjects (60 to 97 years old, mean age: 76,6 years) 77% were up to date for tetanus, 42% for poliomyelitis, and 28% for diphtheria vaccines. For tetanus, there was no significant difference between age groups and sex. Vaccination coverage for poliomyelitis and diphtheria decreases significantly with age ($p < 0.0001$). In the age groups 60-69, 70-79 and 80 years old or more, 58%, 48% and 28% are up to date for poliomyelitis, and 44%, 32% and 17% for diphtheria vaccination respectively.

Conclusion – During annual influenza vaccination, combined dTP vaccines seem to improve vaccine coverage.

Mots clés / Key words

Couverture vaccinale, tétanos, poliomyélite, diphtérie, personnes âgées / Vaccination coverage, tetanus, poliomyelitis, diphtheria, elderly

Introduction

La bonne couverture vaccinale d'une population est un facteur important du contrôle des maladies infectieuses. La disparition progressive dans la

mémoire collective de la gravité des maladies prévenues par vaccination et l'apparition d'une méfiance vis-à-vis des vaccins ralentissent l'amélioration de la couverture vaccinale. Les effets

secondaires des vaccins deviennent l'objet de débats fréquents. La pratique de la vaccination est contestée par une partie de l'opinion publique, voire même par certains médecins.

Avec la raréfaction parallèle des maladies couvertes par la vaccination, la fraction de la population exposée et ne les ayant pas contractées naturellement augmente, y compris parmi la population âgée, qui représentera en 2015 un quart de la population française. La protection contre ces maladies dépend alors exclusivement de la vaccination. L'opportunité d'atteindre cette population âgée se présente chaque année à l'occasion de la vaccination antigrippale, qui s'adresse à toutes les personnes âgées.

Annuellement, le Centre de vaccination de l'Institut Pasteur de Paris reçoit une fraction de cette population âgée pour la vaccination antigrippale, en dehors du contexte de tout voyage.

L'activité principale reste malgré tout celle de Centre de vaccinations internationales, à destination des voyageurs (à l'exception de la vaccination contre la leptospirose des sujets travaillant au contact des eaux usées et de la vaccination de toute personne souhaitant se mettre à jour). En 2006, le Centre a pris en charge plus de 52 000 personnes, dont 37 % de personnes habitant Paris (7 % dans le XV^e arrondissement de Paris où se situe le Centre, et 30 % dans les autres arrondissements), 53 % en banlieue parisienne et 10 % en province, dans les DOM-TOM ou à l'étranger.

Notre objectif a donc été d'évaluer la couverture vaccinale actuelle contre le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie dans cette population âgée de 60 ans et plus, sollicitant la vaccination antigrippale.

Population et méthodes

Cette enquête a été menée au Centre de vaccination de l'Institut Pasteur de Paris, entre le 13 octobre et le 10 décembre 2006, au cours de la campagne de vaccination antigrippale. Un questionnaire a été proposé à toutes les personnes âgées de 60 ans et plus se présentant pour cette vaccination. Les dates de dernier rappel de vaccination contre le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie ont été recueillies, quand cela était possible, à l'aide du carnet de vaccination ou de données vaccinales informatiques de l'Institut Pasteur. Dans ces cas, la vaccination était considérée comme « documentée » ; à défaut, elle était définie comme « déclarée ». Une vaccination était à jour si elle datait de 10 ans au plus. Si la date était inconnue, elle était considérée comme datant de plus de 10 ans. Les données ont été analysées au moyen du test du Chi-2 et du test de tendance de Cochran-Armitage. Un rappel vaccinal a été recommandé aux personnes qui n'étaient pas à jour.

Résultats

Durant la période d'étude, 904 personnes âgées ont été accueillies au Centre de vaccination pour une vaccination antigrippale. Six cent soixante dossiers ont été analysés et 244 dossiers présentant trop de données manquantes n'ont pu être exploités. Les patients étaient âgés de 60 à 97 ans (âge moyen 76,6 ans), le sexe ratio femmes/hommes était de 1,2. Quarante-vingt-trois pour cent d'entre eux habitaient Paris, dont 58 % dans le

XV^e arrondissement et 25 % dans les autres arrondissements, 15 % en banlieue et 2 % en province et dans les DOM-TOM.

Trois cent trente-huit personnes (51 %) avaient un carnet de vaccination ou un dossier vaccinal informatique : 51 % des femmes et 52 % des hommes. Dix-sept pour cent de la population était âgée de 60 à 69 ans, 47 % de 70 à 79 ans et 36 % de 80 ans ou plus. Dans le groupe des 60-69 ans, 53 % étaient des hommes, contre 44 % et 45 % dans les groupes de 70-79 ans et 80 ans ou plus (tableau 1).

Pour la vaccination antitétanique, 77 % des sujets étaient considérés à jour et les résultats étaient équivalents, quelle que soit la tranche d'âge (figure, tableau 2). Seuls 42 % des sujets avait une vaccination anti-poliomyélite à jour, cette proportion diminuant significativement avec l'âge ($p < 0,0001$) : 58 % des 60-69 ans, 48 % des 70-79 ans et 28 % des 80 ans ou plus. Pour la vaccination antidiphtérique, seuls 28 % des sujets étaient considérés à jour. La proportion des sujets considérés à jour diminue significativement avec l'âge ($p < 0,0001$) : 44 % des 60-69 ans, 32 % des 70-79 ans et 17 % des 80 ans ou plus. Pour aucune des trois vaccinations il n'existe de différence significative entre hommes et femmes.

Dans l'ensemble, la couverture vaccinale ($p < 0,0001$) contre le tétanos (77 %) est la meilleure, suivie de celle contre la polio (42 %), et enfin de celle contre la diphtérie (28 %). Les sujets dont le statut vaccinal est documenté sont plus à jour que ceux qui l'ont simplement déclaré, que ce soit pour le tétanos (96 % versus 57 %, $p < 0,0001$), la poliomyélite (49 % versus 35 %, $p = 0,0005$) ou la diphtérie (35 % versus 22 %, $p = 0,0002$) (figure, tableau 2).

Parmi les sujets dont la dernière vaccination remonte à plus de 10 ans ou est inconnue, respectivement 84 %, 94 % et 98 % ont reçu leur dernier rappel de vaccin antitétanique, antipoliomyélite ou antidiphtérie plus de 20 ans auparavant, ou à une date inconnue.

Discussion

Une population bien distincte revient chaque année au Centre de vaccination de l'Institut Pasteur de Paris pour la vaccination antigrippale, hors contexte de voyage. Elle est majoritairement parisienne (83 %), plus de la moitié habite dans le XV^e arrondissement et 15 % en banlieue parisienne, ce qui diffère de la distribution géographique des voyageurs internationaux qui fréquentent le Centre, dont seul un tiers est parisien (7 % du XV^e arrondissement) et plus de la moitié vient de banlieue. Le Centre de vaccination joue ici un rôle de proximité pour la population alentour.

Notre étude pourrait présenter un biais de sélection car les personnes non soucieuses de leur état de santé ne se font probablement pas vacciner contre la grippe, ce qui pourrait tendre à une sous-évaluation de la proportion de personnes non à jour de leurs vaccinations. La population fréquentant le Centre pourrait alors vraisemblablement être un peu mieux vaccinée que la population générale. Dans notre étude, les sujets en possession d'un document justifiant l'état des vaccinations sont plus à jour que ceux n'en possédant aucun. Les détenteurs d'un carnet de vaccination seraient probablement plus attentifs à leur santé et donc plus enclins à respecter les rappels de vaccination. Dans les études de couverture vaccinale documentée, la fiabilité des données est supérieure, mais les patients

Tableau 1 Répartition des sujets par tranche d'âge et selon la disponibilité d'un carnet de vaccination ou d'un dossier informatique en fonction du sexe, France, 2006 / *Table 1* Distribution of subjects by sex, age groups and availability of a written or computerized vaccination record, France, 2006

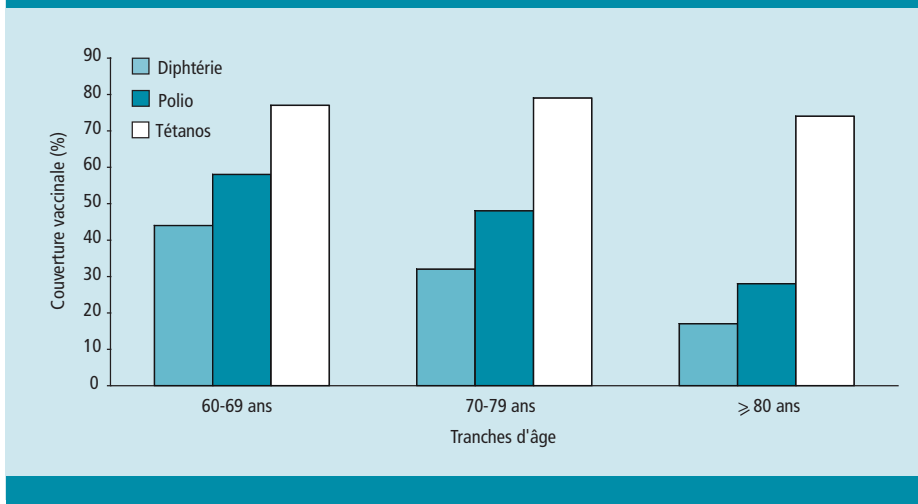
	Total	Âge 60-69 ans	Âge 70-79 ans	Âge ≥ 80 ans	Avec carnet	Sans carnet
Total	660 (100 %)	109 (17 %)	310 (47 %)	241 (36 %)	338 (51 %)	322 (49 %)
Femmes	358 (54 %)	51 (8 %)	175 (27 %)	132 (20 %)	181 (27 %)	177 (27 %)
Hommes	302 (46 %)	58 (9 %)	135 (20 %)	109 (16 %)	157 (24 %)	145 (22 %)

Tableau 2 Comparaison des couvertures vaccinales antitétanique, antipoliomyélite et antidiphtérie par tranche d'âge, par sexe et par disponibilité du carnet de vaccination ou de dossier informatique, France, 2006 / *Table 2* Distribution of tetanus, poliomyelitis and diphtheria vaccine coverage by sex, age groups and availability of a written or computerized vaccination record, France, 2006

	Tétanos (10 ans ou moins)		Poliomyélite* (10 ans ou moins)		Diphtérie (10 ans ou moins)	
	n (%)	p	n (%)	p	n (%)	p
Âge : 60-69 ans	84 (77 %)	NS	63 (58 %)	<0,0001	48 (44 %)	<0,0001
Âge : 70-79 ans	244 (79 %)		148 (48 %)		99 (32 %)	
Âge : ≥ 80 ans	179 (74 %)		67 (28 %)		40 (17 %)	
Hommes	231 (76 %)	NS	128 (43 %)	NS	87 (29 %)	NS
Femmes	276 (77 %)		150 (42 %)		100 (28 %)	
Vaccination documentée	323 (96 %)	<0,0001	165 (49 %)	0,0005	117 (35 %)	0,0002
Vaccination déclarée	184 (57 %)		113 (35 %)		70 (22 %)	

* Les 2 personnes qui avaient eu la poliomyélite dans le passé ont été exclues

Figure Comparaison des couvertures vaccinales antitétanique, antipoliomyélite et antidiphtérie par tranche d'âge, France, 2006 / Figure Distribution of tetanus, poliomyelitis and diphtheria vaccine coverage, France, 2006



sans carnet de vaccination ayant été exclus, le niveau de couverture peut être surestimé. En revanche, si les études de couverture vaccinale déclarée sont moins fiables, elles peuvent être biaisées vers la sous- ou la surestimation, selon que les personnes oublient qu'elles sont à jour ou pensent à tort l'être.

Alors que la couverture vaccinale en France est surveillée chez les enfants de moins de 6 ans [1], au-delà de cet âge il n'existe pas de vérification systématique de la couverture vaccinale au niveau national. Les études sur les personnes âgées sont peu nombreuses et portent souvent sur des échantillons non représentatifs [2,3,4]. Selon l'enquête Sesi-Insee de 1987 [2], 10 millions d'adultes n'avaient jamais été vaccinés contre le tétanos et 17 millions contre la poliomyélite. La couverture vaccinale diminue avec l'augmentation de l'âge [2,4,5], ce qui a pu être vérifié dans notre étude, particulièrement pour la poliomyélite et la diphtérie.

Le tétanos

Une couverture antitétanique relativement élevée (77 %) a été retrouvée, ce qui est comparable aux résultats de l'étude de Franche-Comté de 2004 [3], hormis le fait que leur couverture déclarée est meilleure chez les femmes, ce que la présente étude ne confirme pas. Les sujets vaccinés sont plus nombreux ici que dans l'enquête Sesi-Insee de 1987 où ils représentaient 37 % à 46 % des classes d'âge supérieures à 60 ans, avec un critère vaccinal plus sévère (dernier rappel < 5 ans) et une moins bonne couverture vaccinale chez les femmes que chez les hommes.

Cela peut signifier que la couverture vaccinale s'est améliorée en vingt ans. La couverture antitétanique relativement élevée, comparativement aux couvertures antipoliomyélitique et antidiphtérique, pourrait s'expliquer par l'utilisation du vaccin monovalent lors de la prise en charge de blessures, par celle du vaccin combiné antigrippe-tétanos, et par le fait que la population d'étude est urbaine et bien médicalisée.

Le vaccin contre le tétanos existe depuis 1924. Après une diminution progressive de l'incidence de

tétanos à partir de 1945, une stabilisation de l'incidence en France est observée depuis 1999 [6]. Le tétanos persiste particulièrement dans la population âgée : entre 1996 et 2001, 160 cas ont été déclarés chez les plus de 70 ans [1]. Par ailleurs, entre 2001 et 2003, parmi les 75 cas déclarés 87 % étaient âgés de 70 ans ou plus, deux tiers étaient des femmes et la létalité était de 15 %. Les déficiences de la couverture vaccinale sont responsables de tous les cas de tétanos en France [6]. Grâce à l'efficacité de la prophylaxie post-exposition, le tétanos de l'adulte est contenu dans des limites très basses, mais cette situation a un coût élevé et la sérothérapie est excessivement utilisée.

La poliomyélite

Dans notre étude, respectivement 58 %, 48 % et 28 % des personnes âgées de 60 à 69 ans, 70 à 79 ans et 80 ans ou plus, étaient à jour de leur vaccination contre la poliomyélite, indiquant une diminution de la couverture avec l'âge. Pour la tranche d'âge des 60-69 ans, elle est comparable à celle trouvée en Franche-Comté en 2004 (61 %) et supérieure aux résultats de l'enquête Sesi-Insee de 1987, qui retrouvait respectivement 20 %, 18 % et 13 % pour les mêmes classes d'âge avec un critère vaccinal plus strict. Comme pour le tétanos, cela pourrait signifier que la couverture vaccinale s'est améliorée en vingt ans grâce à l'utilisation du vaccin divalent TP.

Du début du XX^e siècle jusqu'au premier vaccin contre la poliomyélite en 1955, des épidémies de poliomyélite sont survenues en Europe. En France, jusqu'en 1957, 1 500 à 2 000 cas ont été déclarés chaque année, avec un pic de 4 000 cas en 1957. Depuis l'introduction du vaccin contre la poliomyélite dans le calendrier vaccinal français (en 1958 pour le vaccin inactivé de Salk-Lépine et en 1962 pour le vaccin oral de Sabin) et son caractère obligatoire en 1964, le nombre de cas a rapidement diminué. Le dernier cas français de poliomyélite était un cas importé, déclaré en 1995 [6,7]. Dans la région Europe de l'OMS, où l'on observait en moyenne 200 cas par an dans les années 1990,

quelques épidémies sont survenues : en 1992-1993 aux Pays-Bas dans une communauté religieuse refusant les vaccinations et en 1995-1996 en Albanie. En Turquie, 26 cas ont été rapportés en 1998 et 2 cas (importés) en Bulgarie en 2001 [7]. Après la déclaration de l'élimination de la poliomyélite de la région Europe de l'OMS (54 pays) en juin 2002, la disparition de la poliomyélite dans le monde était attendue. Pourtant, la reprise de foyers internationaux a été constatée entre 2003 et 2005. Une extrême vigilance est nécessaire vis-à-vis d'une possible réimportation du poliovirus en raison de la persistance de foyers endémiques dans les pays en développement. La répllication virale prolongée chez les patients immunodéprimés, la réversion de souches du vaccin Sabin en souches sauvages ou la réintroduction accidentelle du virus à partir de stocks de laboratoire peuvent également rendre la population susceptible à une exposition au virus. Un risque d'infection est donc présent chez : (1) les sujets pour lesquels la vaccination ne figurait pas dans les programmes de routine par le passé et ayant échappé à l'infection naturelle en raison d'une circulation diminuée du virus dans la population, (2) ceux dont le taux d'anticorps acquis par vaccination a diminué et (3) ceux non vaccinés pour des raisons « personnelles » (religieuses,...). Les personnes âgées qui sont sensibles à l'infection peuvent présenter des tableaux cliniques sévères et excréter le virus pendant une période considérable, ce qui pourrait être à l'origine de la recirculation du virus dans la population générale. La poursuite de la vaccination des personnes âgées paraît donc justifiée.

La diphtérie

Nous avons trouvé une diminution progressive de la couverture vaccinale avec l'âge : respectivement 44 %, 32 % et 17 % des personnes âgées de 60 à 69 ans, 70 à 79 ans et 80 ans ou plus, étaient à jour dans la vaccination contre la diphtérie. Aucune donnée récente et comparable de la couverture vaccinale n'existe pour la population âgée française. Les seules données existantes sont séro-épidémiologiques et indiquent qu'une grande partie de la population adulte est mal protégée contre la diphtérie : près de la moitié des adultes et deux tiers des personnes âgées de 65 ans ou plus n'ont pas d'anticorps protecteurs contre la toxine diphtérique [8]. Ceci est corroboré par les résultats de couverture vaccinale médiocres retrouvés dans notre étude. La meilleure couverture vaccinale contre le tétanos et la poliomyélite, comparée à celle de la diphtérie, peut s'expliquer par l'usage des vaccins combinés TP jusqu'en 2000, la triple vaccination dTP n'ayant été introduite dans le calendrier vaccinal des adultes qu'en 2001.

La vaccination contre la diphtérie a été rendue obligatoire en 1938, mais n'a été réellement appliquée qu'en 1945. Par la suite, le nombre de cas annuel a chuté de plus de 45 000 (dont plus de 3 000 décès) en 1945 à 1 000 cas (dont 36 décès) en 1960 et à moins de 5 cas à partir de 1982 [6]. Aucun cas n'a

été déclaré entre 1990 et 2001 et en 2002, un cas importé a été déclaré. La résurgence de la diphtérie en Europe de l'Est et du Nord au milieu des années 1980, avec une létalité non négligeable, a démontré que des épidémies peuvent réapparaître en l'absence de couverture vaccinale suffisante. En ex-URSS, un pic a été atteint en 1995 avec 50 000 cas. Entre 1990 et 1995, 125 000 cas et 4 000 décès y ont été recensés. En Suède en 1984, 17 cas dont 3 décès et 7 atteintes neurologiques sont survenus ; en Algérie entre 1993 et 1996, plus de 1 500 cas ont été rapportés. Des cas ont également été importés en Grande-Bretagne, Pologne, Turquie, Allemagne, Finlande, Belgique, Grèce et aux États-Unis. Dans ces épidémies récentes, la distribution de l'âge des malades a changé comparativement aux épidémies de l'ère pré-vaccinale : on constate une augmentation du nombre de cas chez les enfants de plus de 15 ans et chez les adultes, même au-delà de 50 ans [9]. La situation épidémiologique internationale confirme l'importance du maintien d'une couverture vaccinale élevée. Il faut souligner que dans les

groupes « non à jour » (vaccination >10 ans ou de date inconnue), la grande majorité des sujets avait un retard très important (plus de 20 ans) ou n'avait jamais été vaccinée.

Conclusion

Respectivement 23 %, 58 % et 72 % des personnes âgées de 60 ans ou plus ne sont pas à jour de leur vaccination contre le tétanos, la poliomyélite et la diphtérie. Une sensibilisation des personnes âgées et des médecins généralistes au contrôle de leur statut vaccinal semble donc nécessaire. Par ailleurs, l'utilisation des vaccins combinés à triple valence (dTP) à l'occasion de la vaccination antigrippale permettrait d'améliorer la couverture vaccinale contre ces trois pathologies.

Remerciements

Ada Prochinka-Chalufour.

Références

[1] Antona D, Bussière E, Guignon N, Badeyan G, Lévy-Bruhl D. La couverture vaccinale en France en 2001. Bull Epidémiol Hebd. 2003; 36:169-71.

[2] Jestin C. Obligatoires ou recommandées, les vaccinations sont-elles bien pratiquées en France ? Solidarité Santé - Études statistiques. 1990; (3-4):19-33.

[3] Rotily M, Baudier F. Évaluation de la couverture vaccinale de la région Franche-Comté. Rapport final 2005. Urcam de Franche Comté.

[4] Beytout J, Denis F, Allaert FA. Description du statut vaccinal de la population française. Med Mal Infect. 2002; 32:678-88.

[5] Fisch A, Prazuck T, Hugon-Coly F, Clerel M, Hornez T, Lafaix C. Étude prospective de la couverture vaccinale de 5 355 voyageurs tropicaux au départ de Paris. Bull Epidémiol Hebd. 1994; 22:98-9.

[6] Antona, D. Le tétanos en France. Bonmarin I. La diphtérie en France. Antona D, Chomel JJ, Lina B. Surveillance des entérovirus en France. In: Surveillance nationale des maladies infectieuses, 2001-2003. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire, 2005; disponible sur : www.invs.sante.fr/publications/2005/snmi/index.html

[7] Guérin N, Le Quellec Nathan M, Rebière I, Dubrou S, Aymard M. Surveillance de la poliomyélite et des poliovirus en France. Bull Epidémiol Hebd. 1997; 12:51-3.

[8] Rey M, Vincent Ballereau F, Patey O. Le retour de la diphtérie en Europe. La population française est-elle protégée ? Bull Acad Natle Med. 1997; 181:93-100.

[9] Galazka AM, Robertson SE, Oblapenko GP. Resurgence of diphtheria. Eur J Epidemiol. 1995; 11:95-105.

Mortalité comparée par cancer aux Antilles et en Métropole, France, 1983-2002

Serra Delphine (d.serra@invs.sante.fr), Chérié-Challine Laurence, Bloch Juliette

Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice, France

Résumé / Abstract

Introduction – L'objectif de ce travail est de présenter les données observées de décès par cancer aux Antilles et leur évolution entre 1983 et 2002, en comparaison avec la situation en métropole.

Méthode – L'analyse porte sur la base nationale des causes de décès fournie par le CépiDc de l'Inserm. Les indicateurs utilisés sont les taux de décès standardisés à la population mondiale pour 100 000 personnes-années tous âges et chez les moins de 65 ans. Ils ont été calculés par périodes quinquennales.

Résultats – Pour la période 1983-2002, les décès par cancer sont globalement plus élevés en métropole qu'aux Antilles. Chez les hommes, les décès par cancer de la prostate et de l'estomac sont deux fois plus fréquents aux Antilles qu'en métropole et les cancers colorectaux et du poumon trois fois moins fréquents. Chez les femmes, les différences Antilles-métropole sont moins marquées. Les décès par cancer du sein, bien que moins fréquents aux Antilles, sont la première cause de décès par cancer. Entre les périodes 1983-1987 et 1998-2002, les décès par cancers des Voies aéro-digestives supérieures et de l'estomac chez les hommes ont diminué aux Antilles comme en métropole.

Discussion-Conclusion – Ces données permettent de mettre en évidence les principales spécificités antillaises. Elles apportent un éclairage intéressant pour les décideurs sur les décès par cancer en Guadeloupe et en Martinique, à l'heure où la question est posée d'un renforcement de la surveillance dans ces départements.

Cancer mortality in French West Indies and French metropolitan regions, France, 1983-2002

Introduction – The objective of this work is to present data and trends on deaths due to cancer in the French West Indies between 1983 and 2002, and compare the situation with metropolitan France.

Method – The analysis is based on the national database of deaths causes provided by the CépiDc-Inserm (the epidemiological centre on medical causes of death). The indicators used are death rates standardized with the global population for 100,000 persons-years for all ages, and in persons under 65 years of age. They were calculated by five-year periods.

Results – For the 1983-2002 period, deaths by cancer are generally higher in metropolitan France than in the French West Indies. In men, deaths due to prostate and stomach cancers are twice higher in the French West Indies than in metropolitan France, whereas colorectal and lung cancers are three times less frequent. In women, the differences French West Indies-metropolitan France are less pronounced. Deaths due to breast cancer, which is less frequent in the French West Indies, are the first cause of death by cancer. Between 1983-1987 and 1998-2002, deaths due to upper digestive tract and stomach cancers in men have decreased both in the French West Indies and in metropolitan France.

Discussion-Conclusion – These data highlight the main French West Indies characteristics. They provide an interesting reflection for decision makers on deaths due to cancer in Martinique and Guadeloupe, at a time when the question on reinforcing surveillance on those islands is raised.

Mots clés / Key words

Cancer, surveillance, mortalité, évolution, Antilles / Cancer, survey, mortality, evolution, French West Indies