

La surveillance des cancers dans les Antilles et en Guyane

*M. Dieye¹, J Plenet², A Fior², J. Deloumeaux³,
Bernard Bhakkan³, Jonathan Macni¹, Tristan Roué²*

¹ Registre des cancers de Martinique, ² Registre des cancers de Guyane, ³ Registre des cancers de Guadeloupe .



- [Page 2 | Les registres des cancers : un dispositif de surveillance au service de la santé publique |](#)
- [Page 3 | Les spécificités de la surveillance des cancers dans les Antilles Guyane |](#)
- [Page 5 | La carte d'identité des registres des Antilles Guyane |](#)
- [Page 7 | Les principales données épidémiologiques sur les cancers dans les Antilles Guyane |](#)
- [Page 9 | Interviews de professionnels de santé publique |](#)

| Editorial |

Martine Ledrans, responsable scientifique de la Cire Antilles Guyane

Chez les hommes, l'incidence des cancers de la prostate et de l'estomac est beaucoup plus élevée aux Antilles Guyane qu'en métropole alors qu'au contraire, l'incidence des cancers du colon rectum et du poumon est plus basse. Chez les femmes, c'est l'incidence du cancer du col de l'utérus et de l'estomac qui est plus élevée alors que l'incidence des cancers colorectaux et du sein est plus basse. Les décès par cancer représentent aux Antilles Guyane la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovasculaires alors que le cancer est la première cause de mortalité aussi bien chez les hommes que chez les femmes en France métropolitaine. Durant les vingt dernières années, la mortalité tous sexes confondus a diminué aux Antilles et en métropole. Chez les hommes, les décès tous âges par tumeurs malignes ont diminué aussi bien aux Antilles qu'en métropole. Cependant, chez les femmes, la mortalité par cancer a diminué en métropole mais pas aux Antilles.

L'épidémiologie des cancers aux Antilles-Guyane se démarque donc de celle observée en métropole. Suivre de près l'évolution des tendances épidémiologiques et comprendre les déterminants spécifiques des cancers les plus représentés aussi bien que les facteurs expliquant les différences d'incidence avec la métropole ou avec les autres pays de la zone est donc essentiel pour orienter et évaluer les politiques de prévention qui doivent se mettre en place au plus près des territoires.

Les registres de cancers représentent un dispositif de choix pour assurer cette surveillance. A partir d'une documentation de tous les cas de cancers diagnostiqués sur un territoire, les registres conduisent des analyses de ces données voire des études spécifiques permettant non seulement de décrire finement l'épidémiologie des cancers mais aussi de générer de nouvelles hypothèses étiologiques et d'évaluer les risques sanitaires et les pratiques de soins. Les connaissances produites apportent aux autorités sanitaires une aide pour établir leurs orientations stratégiques et prendre des décisions.

La Martinique fut la première à se doter d'un registre en 1983 puis la Guyane en 2005 et enfin la Guadeloupe en 2008. Tous les départements français d'Amérique disposent donc, à ce jour, d'un registre opérationnel. La mise en réseau de ces 3 registres est maintenant une étape essentielle pour créer un dispositif interrégional en permettant : 1) une mutualisation méthodologique d'autant plus nécessaire pour ces registres que la distance ne facilite pas les échanges avec le dispositif métropolitain, 2) une analyse globale des tendances épidémiologiques dans ces régions aux fortes spécificités, 3) la conduite d'études interrégionales sur des problématiques communes.

Un conseil scientifique interrégional a été mis en place pour favoriser ce travail en commun. Il a été instauré en 2008 sous l'impulsion

de l'Institut de Veille Sanitaire, à l'occasion de la création du registre guadeloupéen afin de favoriser l'articulation entre les 2 registres antillais dans le cadre du programme national chlordécone. En 2011, le registre guyanais entre dans le dispositif et ce conseil devient le conseil scientifique des 3 registres.

Les missions du conseil scientifique sont les suivantes :

- élaborer une stratégie scientifique cohérente et complémentaire entre les registres, en matière de recherche épidémiologique et/ou santé publique ;
- donner un avis sur les projets menés par les registres ;
- mutualiser une aide méthodologique aux équipes des registres en termes de recueil des données, d'élaboration d'hypothèses de recherche ou de projets de valorisation ;
- faciliter les contacts scientifiques avec des équipes de recherche.

Outre les équipes de chaque registre, il est composé d'experts du domaine désignés par chacun des registres et d'experts désignés

par l'InVS. Il est présidé par un des experts extérieurs aux registres et la Cire en assure le secrétariat scientifique.

Au moment où chacun des registres vient de publier des données, les premières pour la Guadeloupe et la Guyane, et au moment où ils consacrent des efforts pour s'articuler et interagir, il paraissait important d'ouvrir les colonnes du BVS pour un numéro consacré spécialement à la surveillance des cancers aux Antilles Guyane. Ce numéro a été élaboré conjointement par les 3 registres. Il est essentiellement consacré à la présentation de chacun d'entre eux et des potentialités que leur articulation offre pour la surveillance des cancers aux Antilles Guyane. Parce qu'il a fallu faire des choix, le parti a été pris de présenter les chiffres clés de l'épidémiologie des cancers dans les 3 régions mais ce premier numéro appelle, sans conteste, des compléments pour une actualisation et une présentation comparée des principaux indicateurs de surveillance des cancers ainsi que pour une présentation des études spécifiques menées par les registres. Rendez-vous est donc pris pour de prochains numéros.

| Les registres des cancers : un dispositif de surveillance au service de la santé publique |

1/ DEFINITION

Le comité national des registres (CNR) définit un registre comme «un recueil continu et exhaustif de données nominatives intéressant un ou plusieurs événements de santé dans une population géographiquement définie, à des fins de recherche et de santé publique, par une équipe ayant les compétences appropriées».

2/ PRINCIPE D'UN REGISTRE DES CANCERS

Un registre des cancers est un outil de recueil de données épidémiologiques de base destinées à la surveillance de la pathologie cancéreuse et dont l'analyse permet de générer des hypothèses étiologiques, d'évaluer les actions de prévention, d'évaluer les risques sanitaires et les pratiques de soins et d'apporter aux tutelles une aide à la décision. Cette dernière peut prendre la forme d'une planification ou de la mise en place d'actions de prévention et d'évaluation pour un meilleur contrôle de la maladie. Les finalités de cette surveillance peuvent se résumer de la façon suivante :

- déceler des inégalités d'atteintes par cette maladie selon le mode de vie, l'environnement,
- détecter les risques émergents,
- expliquer ces différences en mettant en place des travaux de recherche,
- permettre la mise en place et l'évaluation des campagnes de prévention et de dépistage des cancers,
- évaluer les pratiques de soins,
- et enfin, orienter les politiques de santé.

3/ METHODES

L'enregistrement des cancers suit une procédure rigoureuse standardisée élaborée au niveau international par le Centre International de Recherche sur le Cancer (CIRC) et diffusée au niveau national par le réseau français des registres des cancers (FRANCIM). La définition des cas de cancers enregistrés est précise, les méthodes de contrôle de qualité de données sont standardisées, ce qui garantit une exhaustivité maximale.

Les procédures de suivi (du statut vital) mises en œuvre dans le registre permettent de mener des études de survie en population pour évaluer l'efficacité de la prise en charge. Par ailleurs, l'utilisation de méthodes appropriées (survie relative) permet d'estimer la survie nette (tenant compte des autres causes de décès). La qualité de vie pourra être appréciée chez les survivants sur le long terme grâce au registre.

4/ PLACE ET ROLE D'UN REGISTRE DANS LA VEILLE SANITAIRE

L'analyse de l'activité du registre peut apporter des informations considérables en matière de surveillance épidémiologique, de recherche étiologique et en épidémiologie évaluative. En effet :

- L'activité de surveillance épidémiologique à l'échelle de la population permet une veille sanitaire par la détection de signaux d'une augmentation dans le temps ou de l'existence d'inégalités géographiques. Les études d'épidémiologie descriptive des données d'incidence ou de mortalité permettent de générer des hypothèses qui pourront être investiguées par la mise en place d'études analytiques.
- Le croisement des données avec celles des programmes de dépistage des cancers permet de relier la participation au dépistage et la morbidité de cette pathologie par lieu d'habitation, niveau socio économique et secteur d'activités professionnelles.
- Les cancers diagnostiqués entre deux vagues de dépistage sont un indicateur important d'évaluation de la qualité d'un programme de dépistage. Plus l'incidence est faible voire nulle, plus élevée est la qualité du programme.
- Un registre permet de différencier l'incidence des cancers de leur prévalence et de mettre à disposition des données descriptives de tous les cas de cancers.
- L'impact de l'environnement sur la santé humaine constitue de plus en plus un questionnement fort de la part des autorités de tutelles et de la population. L'utilisation des données du registre permet dans ce cadre la détection d'agrégats ou clusters et ceci devant les situations suivantes :

- en milieu professionnel par le croisement des données du registre avec celles d'une cohorte de salariés,
- au niveau de la population lors de l'investigation par exemple d'un signalement de cas groupés de cancers (cancers de l'enfant dans une école, cancers à proximité d'usine d'incinération d'ordures ménagères etc.). Le fait de disposer d'une adresse précise permet d'analyser les données selon les zones d'exposition définie à priori de déterminer le nombre de cas de cancers attendus dans ces dernières de façon à quantifier un excès de risque éventuel.
- Dans le domaine de l'épidémiologie sociale, l'étude des inégalités de santé constitue une des actions phares du nouveau plan cancer. Le croisement des données du registre avec des indicateurs disponibles selon un niveau géographique pertinent permet de détecter des variations d'incidence selon le niveau socioéconomique, l'habitat et l'environnement proche.
- Le registre permet une meilleure comparabilité de ses données avec les autres départements français et le reste du monde.

5/ DES REGISTRES EN RESEAU POUR SURVEILLER LE CANCER SUR LE TERRITOIRE FRANCAIS

Les premiers registres français ont été créés à partir des années 70 sur des initiatives individuelles dans un double objectif de surveillance et de recherche. En 1986, la création du Comité national des registres (CNR) a permis d'inscrire les registres dans une politique nationale de santé publique et de recherche.

Les registres sont regroupés en association au sein du réseau français des registres de cancer, Francim. Ce réseau a pour objectif d'harmoniser les pratiques d'enregistrement, de coordonner et de faciliter les travaux réalisés par les registres.

En 2011, la France métropolitaine dispose d'un réseau de 25 registres, qualifiés ou qui ont déposé une demande de qualification par le CNR :

- douze registres généraux métropolitains qualifiés par le CNR couvrant 14 départements répartis sur l'ensemble du territoire et représentant actuellement environ 20% de la population (Bas-Rhin, Calvados, Doubs et Territoire de Belfort, Gironde, Haut-Rhin, Hérault, Isère, Loire-Atlantique, Manche, Somme, Tarn, Vendée) ainsi que le registre de Lille et de sa zone de proximité ;
- ces registres métropolitains sont complétés par deux registres généraux ultramarins : Martinique (qualifié en 2008) et Guyane (qualifié en 2011). Le registre de Guadeloupe a été créé en 2008 dans le cadre du plan chlordécone et a déposé une demande de qualification ;
- huit registres spécialisés dans certains « organes » (digestif en Côte d'Or et en Saône et Loire, dans le Calvados et le Finistère - hématologique en Côte d'Or, en Gironde et en Basse-Normandie - sein et cancers gynécologiques en Côte d'Or - système nerveux central en Gironde) ;
- le registre multicentrique à vocation nationale des mésothéliomes pleuraux – Mésonat, couvrant d'abord 17 puis 22 départements depuis 2006. Ce registre s'inscrit dans le cadre plus large du programme national de surveillance du mésothéliome (PNSM), coordonné par le département santé travail de l'InVS ;
- deux registres nationaux de l'enfant couvrant l'ensemble des cancers survenant entre 0 et 14 ans inclus : Registre national des hémopathies de l'enfant (RNHE) qui dispose de données depuis 1990 et Registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE) qui dispose de données depuis 2000.

| Les spécificités de la surveillance des cancers dans les Antilles Guyane |

1/ LE CONTEXTE ANTILLO-GUYANAIS

Parce qu'elles concernent des populations fortement métissées avec un niveau socio-économique contrasté (relativement élevé pour la Martinique et la Guadeloupe, plus modeste pour la Guyane), avec des modes de vie qui tendent à "s'occidentaliser" du fait des nombreux échanges avec l'hexagone, avec une faible consommation de tabac et pour bien d'autres raisons encore, les données des registres des DFA sont originales en elles même. Leur interprétation en est aussi difficile car il est délicat de les comparer aux données obtenues dans la population française métropolitaine comme à celles obtenues dans les populations caribéennes et américaines.

1.1/ Contexte guadeloupéen

Archipel caribéen de 1628 km², la Guadeloupe est constituée de deux îles principales, la Basse-Terre et la Grande-Terre, reliées entre elles par voie terrestre constituant la partie communément appelée « Guadeloupe continentale » et des îles de Marie-Galante, des Saintes et de La Désirade. La population de la Guadeloupe, était estimée à 404 000 habitants au 1er janvier 2009. Les îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy initialement rattachées à l'archipel, sont depuis 2007 des collectivités d'outre-mer.

Sur le plan démographique, la Guadeloupe présente des caractéristiques similaires aux autres Départements Français d'Amérique (DFA) : une population jeune (32% de sujets de moins de 20 ans), une situation socio-économique marquée par un chômage élevé

(25% de chômeurs dans la population, et plus de 50% de chômeurs chez les jeunes), une forte précarité (32,9% de la population bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle contre 6,6% dans l'hexagone). Sur le plan sanitaire, elle se situe comme la Guyane et la Martinique, mais aussi comme certaines régions de l'hexagone (Centre et Picardie), parmi les zones ayant les plus faibles densités médicales. Ces écarts restent particulièrement marqués pour les spécialistes (123 médecins spécialistes tous secteurs pour 100 000 habitants au 1er janvier 2011 vs 173 pour la France métropolitaine).

L'espérance de vie à la naissance en 2008 était de 75,6 ans chez les hommes et de 83,4 ans chez les femmes. Les données de morbidité placent la Guadeloupe dans les tout premiers rangs nationaux pour nombre de pathologies : hypertension artérielle, diabète de type 2, accidents vasculaires cérébraux, infection par le VIH et insuffisance rénale chronique. A côté de ces maladies de civilisation, la drépanocytose, 1^{ère} maladie génétique au plan national concerne chaque année 1 naissance sur 300 et on estime à 11% le nombre de sujets transmetteurs.

1.2/ Contexte guyanais

La Guyane s'étend sur presque 84 000 Km², ce qui fait d'elle, et de loin, la plus vaste des régions françaises. A l'exception de la zone côtière, elle est recouverte par une forêt dense, très peu habitée. En 2008, 44% de la population est âgée de moins de 20 ans, soit presque deux fois plus qu'en métropole, les plus de 60 ans représentent

seulement 6% de l'ensemble de la population, quatre fois moins qu'en métropole. Au premier janvier 2011 la population compte 221 178 habitants (date de référence statistique : 1er janvier 2008). La population guyanaise en constante augmentation s'inscrit à la fois dans un modèle de développement sud américain, de par sa situation géographique et européen de par son mode de fonctionnement administratif et social.

Malgré une croissance démographique exceptionnelle (4% par an) l'offre de soin reste insuffisante et inégalement répartie en Guyane : au premier janvier 2011, on compte 112 médecins généralistes tous secteurs pour 100 000 habitants en Guyane contre 161 en métropole, 72 médecins spécialistes tous secteurs pour 100 000 habitants contre 173 en métropole. A cela s'ajoute l'absence de certaines spécialités dont la cancérologie ainsi que le manque d'infrastructures médicales dans les communes isolées.

La Guyane présente un certain nombre d'indicateurs de santé la situant en dernière place des régions françaises. Ainsi, l'espérance de vie à la naissance est inférieure de 3 ans par rapport à la métropole et la prévalence du VIH y est la plus élevée de France. Par ailleurs, la Guyane fait face à de nombreuses autres pathologies infectieuses telles que la dengue, le paludisme, la maladie de Chagas ou des problèmes spécifiques comme la drépanocytose ou des pathologies de civilisation telles que le diabète, l'hypertension artérielle, etc.

1.3/ Contexte martiniquais

La Martinique compte 399500 habitants au 1er janvier 2008 dont 80% n'occupent que 20% du territoire. En moyenne, la densité de population est de 363 habitants au km². Mais au sein des 4 communes de l'agglomération du centre (Fort de France, Lamentin, Schœlcher et Saint Joseph), elle peut atteindre 900 habitants au km², concentrant ainsi à elles seules, 43% de la population de l'île. Le solde naturel a baissé, conséquence directe du vieillissement de la population. Ce solde naturel en diminution, malgré un solde migratoire désormais faiblement positif, limite la croissance de la population.

La Martinique se caractérise par une population qui reste plus jeune que celle de l'hexagone mais qui n'échappe pas au vieillissement observé en métropole. Le département est même le plus vieux des 4 départements d'outre-mer, les moins de 20 ans représentant 28,3% de la population (31,1% en 1998, 24,9% en métropole) tandis que les plus de 60 ans, qui représentaient 15,6% en 1998, atteignent 19% (21,7% en métropole).

En 18 ans, l'espérance de vie à la naissance a fortement progressé, passant entre 1990 et 2008, de 72,9 ans à 77,6 ans chez les hommes et de 79,8 ans à 83,8 ans chez les femmes. Ainsi, la Martinique affiche l'espérance de vie à la naissance la plus élevée chez les deux sexes dans la zone Antilles-Guyane en 2008.

Au premier janvier 2011, on compte 129 médecins spécialistes tous secteurs pour 100 000 habitants contre 173 en métropole.

L'offre hospitalière en Martinique se situe cependant à un niveau comparable à celui de l'Hexagone, comme en témoigne un taux de fuite faible des patients.

La consommation médicale par habitant a varié de 1 à 5 actes par habitant et par commune pour les médecins et de 3 à 33 actes par habitant et par commune pour les infirmiers.

Les maladies cardio-vasculaires sont la principale cause de décès en Martinique avec 740 décès en 2006 et près d'un décès prématuré sur cinq. Par ailleurs, des études récentes ont confirmé une prévalence de l'hypertension artérielle de l'ordre de 22 % chez les adul-

tes de plus de 16 ans ainsi qu'une survenue fréquente d'accidents vasculaires cérébraux entraînant des incapacités majeures dans 52 % des cas.

D'autres pathologies ont par ailleurs une prévalence élevée. C'est le cas du diabète et de l'obésité, de la santé mentale et des conduites addictives.

La situation dans le domaine de la périnatalité est également préoccupante en Martinique avec, en 2006, des taux de mortalité périnatale et de mortalité infantile de 8 pour 1000, soit deux fois plus que dans l'hexagone.

Tout comme en Guadeloupe, la drépanocytose est la première maladie génétique avec près d'un enfant atteint pour 250 naissances et environ 10 % de sujets transmetteurs.

2/ LES SPECIFICITES DE FONCTIONNEMENT DES REGISTRES DANS CE CONTEXTE

La documentation des cas de cancers se fait à partir de différentes sources d'information et constitue la part la plus importante du travail des enquêteurs du registre (caractéristiques personnelles des patients, éléments cliniques et anatomo-pathologiques du diagnostic, traitements, suivi du statut vital). La vitesse d'alimentation de la base de données dépend donc de la facilité d'accès à ces sources. Les caractéristiques géographiques, socio-économiques et sanitaires des DFA sont tour à tour des atouts ou des freins au recueil de données pour leurs registres respectifs.

2.1/ Migrations et fuites sanitaires

Les 3 registres des DFA doivent faire face à des degrés divers au problème des fuites sanitaires, qu'elles se fassent dans le cadre d'évacuations sanitaires programmées du fait d'une insuffisance de l'offre de soins locale ou par un choix personnel des patients d'une prise en charge hors de leur département de résidence.

En Guyane, bien que les professionnels de santé tentent de rattraper le retard pris dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement des cancers, l'offre de soins insuffisante se traduit par un nombre important d'évacuations sanitaires. Pour plus de 1200 cas de cancers notifiés par an, la base PMSI nationale identifiait près de 600 dans les établissements hospitaliers sources d'information, 70% d'entre eux étant situés hors de la région.

Si le problème est moindre en Guadeloupe du fait de l'existence de plateaux techniques en oncologie et radiothérapie, les évacuations sanitaires restent fréquentes pour certaines spécialités de chirurgie carcinologique, pour la carcinologie pédiatrique et l'onco-hématologie. Ainsi, près de 200 établissements de l'hexagone signalaient dans leurs données PMSI des patients originaires du département avec un diagnostic de cancer pour l'année 2008.

La Martinique affiche des taux de fuites sanitaires moindre et est inversement, un lieu de prise en charge de patients originaires des autres DFA (Guadeloupe, Guyane) et des îles voisines (Sainte Lucie...).

L'ampleur de ces prises en charge hors des DFA et la distinction entre évacuations sanitaires programmées et fuites sanitaires spontanées reste difficile à apprécier en l'absence d'un retour exhaustif des données. En effet les données issues du PMSI national sont anonymes et chaque registre doit solliciter avec plus ou moins de succès les différents établissements identifiés pour obtenir les données nécessaires à l'enregistrement des cas. Des collaborations sont à formaliser avec ces établissements pour la transmission de données nominatives dans le respect des règles de confidentialité et d'information des patients.

2.2/ Insularité et offre de soins

Le contexte insulaire de la Martinique offre un terrain remarquable pour l'enregistrement des nouveaux cas de cancer renforcé par une offre de soins en chimiothérapie et radiothérapie centralisée sur 1 centre.

En Guadeloupe, le caractère archipelagique et l'éclatement de la zone géographique couverte compliquent le recueil des données notamment pour les collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy. Si le recours des patients résidant dans les îles de Marie-Galante, la Désirade et les Saintes se fait essentiellement dans les établissements de santé de la Guadeloupe continentale, les patients de Saint-Martin et Saint-Barthélemy se rendent majoritairement hors du département quelque soit la discipline concernée. Par ailleurs plusieurs établissements publics et privés se partagent l'activité de chimiothérapie et de chirurgie carcinologique tandis qu'un plateau technique unique de radiothérapie est mutualisé sur le site du CHU.

2.3/ La Guyane dans le contexte sud américain

La Guyane est la région française où la part de la population immigrée d'origine étrangère est la plus forte (environ 30% de la population régionale, soit près de deux fois plus qu'en Île-de-France, seconde région en terme de présence d'immigrés). Les « habitants de l'intérieur » : minorités noires marronnes et amérindiennes ainsi que les immigrés récents (originaires d'Amérique du Sud et de la Caraïbe pour 95% d'entre eux) sont désavantagés dans leur accès aux soins par rapport aux habitants créoles et métropolitains du littoral. Le suivi de ces patients est rendu difficile par la géographie du territoire, par certains us et coutumes socioculturels (patients perdus de vue par peur ou refus des soins) et la forte proportion de migrants.

Les données de mortalité étaient difficilement interprétables avant 2003. De 2003 à 2005, 15% des décès étaient de cause inconnue ou des états morbides mal définis contre 7% en métropole. En 2008, ce pourcentage s'est réduit à 10 permettant d'affiner les données de mortalité par cancer en Guyane.

| La carte d'identité des registres des Antilles Guyane |

Carte d'identité du Registre de Guadeloupe



Date de création : octobre 2008

Zone géographique couverte : Guadeloupe continentale et collectivités de Saint-Martin et Saint-Barthélemy

Population cible : 450 000 habitants

Événements de santé : cancers toutes localisations diagnostiqués à partir du 1^{er} janvier 2008 chez les sujets résidant dans le département, quelque soit le lieu de prise en charge.

Sources d'information : laboratoires d'anapath/laboratoire d'hématologie/DIM publics et privés/Assurance Maladie/Services cliniques/base PMSI nationale

Nombre de cas attendus par an : 1500

1^{ère} année de données validées : 2008

Dernière année de données validées : 2008

Date de qualification : demande de qualification en cours

Localisation du registre : CHU de Pointe-à-Pitre

Responsable : Dr Jacqueline DELOUMEAUX

Moyens humains : 1 médecin épidémiologiste + 1 ETP biostatisticien + 1 ETP technicien

Le registre de Guadeloupe fait figure de jeune registre par rapport à ceux de la Martinique et de la Guyane. La création d'un registre dans ce département, longtemps récusée du fait de la proximité géographique et des similitudes de la population avec celle de la Martinique, a été actée dans le plan d'action chlordécone 2008-2010. La problématique environnementale posée par ce pesticide organochloré nécessitait une connaissance plus fine de la distribution des cancers. Mais au-delà de l'impact environnemental du chlordécone sur l'incidence de certains cancers, ce registre est un outil de surveillance épidémiologique destinée à adapter l'offre de soins et améliorer l'état de santé de la population.

Carte d'identité du Registre de Guyane



Date de création : juillet 2005

Zone géographique couverte : la région Guyane

Population cible : 250 000 habitants

Événements de santé : cancers toutes localisations diagnostiqués à partir du 1^{er} janvier 2003 chez les sujets résidant dans la région, quelque soit le lieu de prise en charge.

Sources d'information : laboratoires d'anatomie et cytologie pathologiques/laboratoire d'hématologie/DIM publics et privés/Assurance Maladie/Services cliniques/base PMSI nationale

Nombre de cas attendus par an : 450

1^{ère} année de données validées : 2003

Dernière année de données validées : 2005

Date de qualification : 1^{er} janvier 2011 au 31 décembre 2013

Localisation du registre : Cayenne

Responsable scientifique : Dr Angela FIOR

Coordinateur : Dr Juliette PLENET

Moyens humains : 1 médecin coordinateur + 1 médecin responsable scientifique + 1,8 ETP techniciens + 1 ETP statisticien + 1 ETP secrétaire
Soucieux de clarifier la situation sanitaire par rapport à la pathologie cancéreuse sur le territoire guyanais, l'URMLG, en initiant le développement du Registre des Cancers de Guyane vise les principaux objectifs obéissant notamment à l'axe « observation » du Plan cancer gouvernemental 2009-2013 :

- Faire un état des lieux rigoureux et exhaustif de l'incidence, de la survie et de la prévalence des cancers en Guyane, en faire l'expertise pour évaluer et contrôler l'impact et l'évolution dans le temps et dans l'espace de ces pathologies dans la communauté.
- Analyser les variations géographiques et étudier les facteurs étiologiques du cancer dans notre région.
- Permettre à l'Association Guyanaise de Dépistage Organisé du Cancer (AGDOC) d'évaluer l'impact des dépistages organisés de masse sur l'incidence des cancers en Guyane.
- Inciter les structures et les acteurs de santé publique du département à coordonner leurs stratégies en utilisant les données socioéconomiques du registre comme base de réflexion.

Carte d'identité du Registre de Martinique



Date de création : 1983

Zone géographique couverte : La Martinique

Population cible : 400 000 habitants

Événements de santé : cancers toutes localisations diagnostiqués à partir du 1^{er} janvier 1983 chez les sujets résidant dans le département, quelque soit le lieu de prise en charge.

Sources d'information : laboratoires d'anatomopathologie/laboratoire d'hématologie/DIM publics et privés/Assurance Maladie/Services cliniques/médecins libéraux

Nombre de cas attendus par an : 1500

1^{ère} année de données validées : 1981

Dernière année de données validées : 2008

Date de qualification : 1^{er} janvier 2007 au 31 décembre 2011 (demande de renouvellement de qualification en cours)

Localisation du registre : Fort de France

Responsable scientifique : Dr Moustapha DIEYE

Moyens humains : 1 médecin responsable scientifique + 1 biostatisticien + 1 attachée de recherche clinique coordinatrice + 1,5 ETP attaché de recherche clinique + 2 secrétaires

Le registre des cancers de la Martinique a été créé en 1983 afin de combler le manque de données sur l'incidence du cancer dans l'île.

Le registre des cancers de la Martinique participe aux activités de santé publique et de recherche locale, nationale et internationale :

- Plan régional de santé publique
- Transmission des données au réseau FRANCIM (HCL)
- Il est également un outil d'évaluation et d'aide à la décision :
- Risques sanitaires (exemple : mesure de l'impact de polluants environnementaux (pesticides) sur l'évolution de l'incidence des cancers ou en milieu professionnel
- Evaluation de l'impact des programmes de dépistage organisé des cancers sur l'incidence des cancers du sein, colorectal et du col de l'utérus
- Mesure de l'impact des nouvelles thérapeutiques sur la survie des malades atteints de cancers.

Le registre des cancers de la Martinique mesure également les inégalités de santé.

| Les principales données épidémiologiques sur les cancers dans les Antilles Guyane |

Les données les plus récentes sur l'incidence et la mortalité pour les 10 localisations les plus fréquentes chez l'homme, d'une part et chez la femme d'autre part sont présentées pour chaque région dans les tableaux 1 à 3. Les données de la métropole sont présentées dans le tableau 4.

Au terme d'une première année de recueil, les données du registre de Guadeloupe sont globalement comparables à celles de la Martinique en termes de nombre de cas attendus et des principales localisations cancéreuses. Dans les deux sexes, on observe une incidence moindre des cancers pulmonaires en Guadeloupe. Chez la femme, des disparités sont observées entre les 2 îles pour l'incidence du cancer colorectal et des cancers du col et du corps de l'utérus. Un recul plus important du registre de Guadeloupe pour l'année 2008, prenant en compte les fuites sanitaires non encore identifiées permettra de confirmer ou d'infirmer cette tendance et de proposer le cas échéant des études comparatives spécifiques (Tableau 1).

En termes de fréquence dans la population, la répartition des cancers en Guyane selon leur localisation anatomique suit en partie les tendances du reste de l'Amérique du Sud. Ceci se vérifie pour le

cancer du colon-rectum, que l'on retrouve en plus faible proportion en Guyane par rapport à la métropole, ou à l'inverse, pour le cancer de l'estomac, en plus forte proportion en Guyane et surtout pour le cancer du col de l'utérus (Tableau 2).

De façon générale, les cancers d'origine infectieuse (estomac, col de l'utérus) à l'instar du cancer de la prostate sont globalement plus fréquents en Martinique que dans l'Hexagone (Tableau 3). On observe une moindre incidence des cancers liés à une modification du mode et du style de vie (alimentation, activité physique et professionnelle) comme les cancers du sein, du colon-rectum et du corps de l'utérus. Le profil épidémiologique de la Martinique tend à se rapprocher de l'Hexagone du fait de la transition épidémiologique observée ces dernières années. Les cancers de la prostate, du colon-rectum et de l'estomac sont les trois localisations les plus fréquentes chez l'homme. Chez la femme il s'agit des cancers du sein, du colon-rectum et du corps de l'utérus. Globalement, la population métropolitaine est plus touchée que celle des DFA par des cancers de mauvais pronostic comme le cancer du poumon. A contrario, la population des DFA est plus affectée par des cancers de pronostic meilleur comme celui de la prostate (Tableau 3).

| Tableau 1 |

Incidence et mortalité des principales localisations cancéreuses en Guadeloupe : données 2008

HOMMES				
Localisations*	Incidence**		Mortalité**	
	Nb cas	Incidence [IC 95%]	Nb cas	Incidence [IC 95%]
Prostate	499	186 [169,7 ; 202,3]	90	25,1 [19,9 ; 30,2]
Colon-rectum	79	29,4 [22,9 ; 35,9]	26	8 [4,9 ; 11,1]
Estomac	53	18,7 [13,7 ; 23,8]	39	13,5 [9,3 ; 17,7]
Lèvre-Bouche-Pharynx	41	16 [11,1 ; 20,9]	15	5,6 [2,8 ; 8,4]
Poumon	22	8,6 [5 ; 12,1]	43	14,8 [10,4 ; 19,3]
Myélome	19	6,5 [3,6 ; 9,4]	9	3 [1 ; 4,9]
Larynx	17	6,7 [3,5 ; 9,8]	8	2,7 [0,8 ; 4,5]
Leucémie	12	6,1 [2,7 ; 9,6]	12	4,7 [2 ; 7,3]
Pancréas	11	3,9 [1,6 ; 6,2]	25	8 [4,9 ; 11,1]
Œsophage	10	3,9 [1,5 ; 6,3]	17	5,8 [3,1 ; 8,6]
Tous cancers	853	318,5 [297,1 ; 339,8]	391	129,1 [116,3 ; 141,9]
FEMMES				
Localisations*	Incidence**		Mortalité**	
	Nb cas	Incidence [IC 95%]	Nb cas	Incidence [IC 95%]
Sein	189	62,6 [53,7 ; 71,5]	37	11 [7,4 ; 14,5]
Colon-rectum	59	16,9 [12,6 ; 21,2]	22	5,5 [3,2 ; 7,9]
Corps de l'utérus	41	11,9 [8,2 ; 15,5]	7	2,2 [0,6 ; 3,8]
Estomac	22	6,1 [3,5 ; 8,6]	27	5,9 [3,7 ; 8,1]
Ovaire	21	7,3 [4,2 ; 10,4]	10	2,4 [0,9 ; 3,9]
Col de l'utérus	19	6,7 [3,7 ; 9,7]	10	2,8 [1,1 ; 4,5]
Myélome	16	4,4 [2,3 ; 6,6]	7	2,3 [0,6 ; 4]
Thyroïde	9	3,2 [1,1 ; 5,2]	0	-
Poumon	9	2,5 [0,9 ; 4,2]	21	6,3 [3,6 ; 9]
Lèvre-Bouche-Pharynx	9	2,5 [0,9 ; 4,2]	6	1,8 [0,4 ; 3,2]
Tous cancers	495	154,9 [141,3 ; 168,6]	257	66 [57,9 ; 74,1]

* Ordre décroissant du nb de cas incidents

** Taux standardisé sur la population mondiale pour 100 000 hab

| Tableau 2 |

Incidence et mortalité des principales localisations cancéreuses en Guyane : données 2003 à 2006

HOMME				
Localisation*	Incidence de 2003 à 2006**		Mortalité de 2003 à 2007**	
	Nb de cas par an	taux standardisé pour 100 000 [IC95%]	Nb de cas par an	taux standardisé pour 100 000 [IC95%]
Prostate	94	166,31 [157,50 ; 175,12]	11	17,85 [13,62 ; 22,07]
Poumon-bronche-trachée	13	19,96 [17,04 ; 22,88]	10	15,70 [11,74 ; 19,66]
Lèvre - bouche - pharynx	12	16,67 [14,05 ; 19,29]	3	4,25 [2,19 ; 6,31]
Estomac	11	18,82 [15,92 ; 21,72]	6	10,53 [7,29 ; 13,78]
Colon-rectum	10	14,95 [12,45 ; 17,45]	3	5,02 [2,78 ; 7,26]
Lymphome malin non Hodgkinien	7	8,60 [6,83 ; 10,37]	3	4,07 [2,05 ; 6,09]
Leucémie	6	5,75 [4,48 ; 7,02]	1	CV > 33%
Vessie	4	7,28 [5,44 ; 9,12]	1	CV > 33%
Foie	4	5,23 [3,79 ; 6,67]	4	6,54 [3,98 ; 9,10]
Myélome multiple et maladies immunoprolifératives	3	5,07 [3,60 ; 6,54]	1	CV > 33%
Tous cancers	206	330,23 [318,19 ; 342,27]	65	101,51 [91,43 ; 111,58]
FEMME				
Localisation*	Incidence de 2003 à 2006**		Mortalité de 2003 à 2007**	
	Nb de cas par an	taux standardisé pour 100 000 [IC95%]	Nb de cas par an	taux standardisé pour 100 000 [IC95%]
Sein	37	47,08 [42,95 ; 51,21]	9	11,23 [9,41 ; 13,05]
Col utérin	25	31,52 [28,10 ; 34,94]		
Colon-rectum	14	18,53 [15,85 ; 21,21]	4	4,91 [3,68 ; 6,15]
Ovaire	6	8,80 [6,83 ; 10,77]	2	3,55 [2,46 ; 4,64]
Poumon-bronche-trachée	6	8,61 [6,72 ; 10,50]	3	4,81 [3,54 ; 6,08]
Corps utérin	6	8,97 [6,94 ; 10,99]		
Estomac	6	8,08 [6,23 ; 9,93]	2	3,12 [2,11 ; 4,12]
Thyroïde	5	6,07 [4,61 ; 7,53]	1	CV > 33%
Lymphome malin non Hodgkinien	5	5,83 [4,34 ; 7,31]	2	2,57 [1,68 ; 3,47]
Leucémie	3	3,42 [2,39 ; 4,44]	1	CV > 33%
Tous cancers	137	183,04 [174,66 ; 191,42]	45	61,79 [57,39 ; 66,18]

* Ordre décroissant du nb de cas incidents

** Taux standardisé sur la population mondiale pour 100 000 hab

CV > 33% : incidence non calculée car coefficient de variation >33 %

| Tableau 3 |

Incidence et mortalité des principales localisations cancéreuses en Martinique : données 2008

HOMMES				
Localisations*	Incidence**		Mortalité**	
	Nb cas	Incidence [IC _{95%}]	Nb cas	Incidence [IC _{95%}]
Prostate	496	177 [161 ; 194]	113	25,9 [20,9 ; 30,9]
Colon-rectum	97	33,9 [26,8 ; 40,9]	21	5,59 [3,01 ; 8,18]
Estomac	48	16,7 [11,7 ; 21,7]	26	7,86 [4,65 ; 11,1]
Lèvre ; cavité buccale et pharynx	34	13,3 [8,67 ; 17,8]	13	5,60 [2,53 ; 8,67]
Poumon	34	11,8 [7,65 ; 16,0]	33	11,3 [7,25 ; 15,4]
Pancréas	26	9,26 [5,52 ; 13,0]	20	5,65 [2,99 ; 8,31]
Myélome multiple	24	8,11 [4,68 ; 11,5]	13	4,23 [1,75 ; 6,72]
Lymphome malin non Hodgkinien	18	7,53 [3,74 ; 11,3]	8	2,30 [0,59 ; 4,01]
Œsophage	18	6,71 [3,51 ; 9,90]	12	4,54 [1,88 ; 7,20]
Foie	17	6,07 [3,02 ; 9,12]	14	4,92 [2,24 ; 7,61]
Tous cancers	970	355 [332 ; 379]	381	112 [99,5 ; 124]

* Ordre décroissant du nb de cas incidents

** Taux standardisé sur la population mondiale pour 100 000 hab

FEMMES				
Localisations*	Incidence**		Mortalité**	
	Nb cas	Incidence [IC 95%]	Nb cas	Incidence [IC 95%]
Sein	194	63,3 [54,0 ; 72,6]	41	12,2 [8,14 ; 16,2]
Colon-rectum	92	27,2 [21,2 ; 33,2]	28	6,48 [3,74 ; 9,23]
Col de l'utérus	29	8,78 [5,39 ; 12,2]	6	1,69 [0,20 ; 3,17]
Ovaires	20	8,00 [4,02 ; 12,0]	15	3,71 [1,63 ; 5,79]
Thyroïde	23	7,85 [4,54 ; 11,2]	1	0,43 [0,00 ; 1,28]
Poumon	22	7,07 [3,97 ; 10,2]	28	5,52 [3,22 ; 7,81]
Corps de l'utérus	20	6,40 [3,44 ; 9,35]	20	5,14 [2,64 ; 7,64]
Estomac	29	6,16 [3,65 ; 8,67]	22	4,36 [2,22 ; 6,51]
Pancréas	25	6,08 [3,42 ; 8,75]	18	3,86 [1,83 ; 5,90]
Myélome multiple	23	5,80 [3,13 ; 8,47]	11	2,26
Tous cancers	623	186 [170 ; 202]	304	70,6 [61,6 ; 79,6]

* Ordre décroissant du nb de cas incidents

** Taux standardisé sur la population mondiale pour 100 000 hab

| Tableau 4 |

Incidence et mortalité des principales localisations cancéreuses en France : données 2005

HOMMES				
Localisations*	Incidence**		Mortalité**	
	Nb cas	Incidence	Nb cas	Incidence
Prostate	62 245	121,2	9 202	13,5
Poumon	23 937	50,5	20 950	42,0
Colon-rectum	19 913	37,7	8 901	15,2
Lèvre-Bouche-Pharynx	9 531	21,8	3 264	7,2
Vessie	7 959	14,6	3 384	5,6
Lymphome malin non Hodgkinien	5 523	12,1	2 242	4,0
Rein	5 368	11,4	2 349	4,3
Foie	5 104	10,4	***	***
Estomac	4 405	8,2	2 974	5,3
Pancréas	3 882	7,7	***	***
Tous cancers	183 485	376,1	86 489	160,7

FEMMES				
Localisations*	Incidence**		Mortalité**	
	Nb cas	Incidence	Nb cas	Incidence
Sein	49 814	101,5	11 201	17,7
Colon-rectum	17 500	24,5	7 964	8,9
Poumon	6 714	12,6	5 674	9,4
Corps de l'utérus	5 774	10,0	1 800	2,3
Thyroïde	5 073	12,7	256	0,3
Lymphome malin non Hodgkinien	4 701	8,2	1 961	2,3
Ovaire	4 375	8,1	3 180	4,6
Mélanome de la peau	4 098	8,8	668	1,1
Pancréas	3 336	4,7	***	***
Col de l'utérus	3 068	7,1	1 067	1,9
Tous cancers	135 895	251,9	59 273	80,0

* Ordre décroissant du nb de cas incidents

** Taux standardisé sur la population mondiale pour 100 000 hab

***Données de mortalité non présentées

Sources tableau 4 : Bélot A, Velten M, Grosclaude P, Bossard N, Launoy G, Remonet L, Benhamou E, Chérié-Challine L et al. Estimation nationale de l'incidence et de la mortalité par cancer en France entre 1980 et 2005. Saint-Maurice (Fra) : Institut de veille sanitaire, décembre 2008, 132 p. Disponible sur : <http://www.invs.sante.fr>

Dr Bruno Provost, Médecin Conseil à l'ARS Guyane

Comment vous-même ou vos collaborateurs utilisez-vous les données produites par le registre des cancers de Guyane ?

Les données du registre nous sont utiles principalement pour 3 raisons :

- Pour l'élaboration du nouveau Schéma régional d'organisation des soins (quatrième du nom) et pour son suivi. Les données du registre des cancers nous permettent de déterminer l'étendue des besoins et de les traduire en offre de soins dans le volet cancérologie du SROS. C'est donc un outil pour la planification.
- Pour la programmation et le suivi des programmes de dépistage : par exemple, les données du registre ont permis de prendre conscience de l'impact particulier du cancer du col de l'utérus en Guyane et d'engager à titre expérimental un dépistage organisé. Par ailleurs, la confrontation des données épidémiologiques avec les données des programmes de dépistage existants permet d'évaluer les politiques de dépistage. C'est donc un outil de surveillance.
- Enfin, pour le suivi des actions du réseau régional d'oncologie de Guyane, le réseau OncoGuyane financé par l'ARS à travers le Ficqs.

Quels travaux souhaiteriez-vous voir développer par le registre ?

Le registre développe déjà des travaux en réponse aux besoins exprimés par l'ARS dans le cadre de la convention qui le lie non seulement à l'ARS mais aussi à l'ORS de Guyane et au CIC-EC des Antilles Guyane. Par exemple, c'est dans ce cadre qu'il étudie le délai d'accès aux soins pour les femmes souffrant d'un cancer du sein, connaissances précieuses pour adapter les modalités de leur prise en charge en Guyane.

Auriez-vous des recommandations pour la diffusion des données sur l'épidémiologie du cancer en Guyane ?

Les modalités de diffusion des données me semblent globalement satisfaisantes. Sur le fond, tout y est. Des améliorations pourraient être apportées dans l'iconographie.

Dominique Savon, Directrice de la Prévention, de la Veille, de la Sécurité Sanitaire et de la Protection des Milieux de Vie à l'ARS Martinique

Comment vous-même ou vos collaborateurs utilisez-vous les données produites par le registre des cancers de Martinique ?

Le registre martiniquais des cancers permet de disposer de données consolidées sur l'incidence des cancers et l'évolution dans le temps de cette incidence.

Nous les utilisons dans deux situations :

- pour élaborer des diagnostics préalablement à l'élaboration de documents stratégiques pour l'ARS comme le Plan stratégique régional de santé et le Schéma de prévention des risques,
- pour suivre la performance des politiques publiques dans le domaine de la prévention du cancer.

C'est donc un dispositif qui produit des connaissances sur l'épidémiologie du cancer que nous utilisons pour orienter et évaluer les actions de prévention.

Quels travaux souhaiteriez-vous voir développer par le registre ?

Avec la création des territoires de santé, nous allons avoir besoin de données à l'échelle des territoires de proximité qui sont au nombre de 4 en Martinique.

Nous souhaiterions disposer de ces données territorialisées selon des profils démographiques et socio-économiques afin de mieux analyser les inégalités de santé.

Nous souhaiterions voir développer des études sur les facteurs de risques des cancers en Martinique, sur les facteurs individuels comme l'obésité et la consommation d'alcool mais aussi sur les facteurs environnementaux. Nous sommes particulièrement préoccupés par l'augmentation de l'incidence du cancer de la prostate et souhaiterions en connaître mieux les déterminants. Enfin, il serait intéressant de disposer d'études sur les représentations de la population vis-à-vis du cancer.

Auriez-vous des recommandations pour la diffusion des données sur l'épidémiologie du cancer en Martinique ?

Il serait utile de disposer de bilans plus fréquents sur l'évolution de l'incidence des différentes localisations cancéreuses, tous les ans ou tous les deux ans par exemple et que ces bilans soient largement diffusés non seulement aux autorités sanitaires mais aussi à tous les professionnels de santé.

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN

dès
50
ANS
c'est le
moment

Parlez-en
aux femmes
que vous
aimez



www.e-cancer.fr

CANCERINFO 0810 810 821

prix d'un appel local



Cire Antilles Guyane

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

Guadeloupe

Cire Antilles Guyane

Tél. : 05 90 99 49 54 / 49 07

Fax : 05 90 99 49 24

Mail : sylvie.cassadou@ars.sante.fr
Mail : jean-loup.chappert@ars.sante.fr

ARS/CVGS

Tél. : 05 90 99 44 84

Fax : 05 90 99 49 24

Mail : patrick.saint-martin@ars.sante.fr

Guyane

Cire Antilles Guyane

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
Mail : claudie.flamand@ars.sante.fr

ARS/CVGS

Tél. : 05 94 25 72 35

Fax : 05 94 25 72 95

Mail : francoise.eltges@ars.sante.fr

Martinique

Cire Antilles Guyane

Tél. : 05 96 39 43 54

Fax : 05 96 39 44 14

Mail : alain.blateau@ars.sante.fr
Mail : jacques.rosine@ars.sante.fr

ARS/CVGS

Tél. : 05 96 39 42 52

Fax : 0596 39 44 26

Mail : josselin.vincent@ars.sante.fr

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 : Vanessa Ardillon, Marie Barrau, Alain Blateau, Véronique Bousser, Luisiane Carvalho, Dr Sylvie Cassadou, Dr Jean-Loup Chappert, Claude Flamand, Martine Ledrans, 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>