

- 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

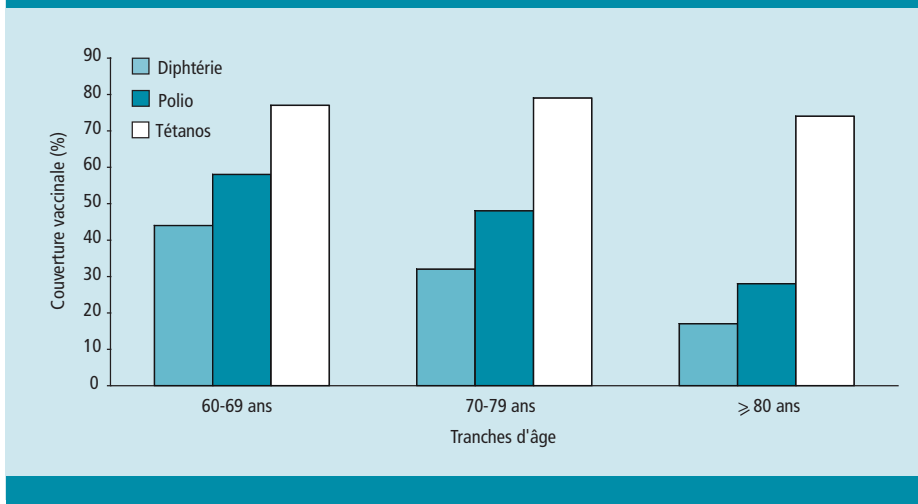
	Total	Âge 60-69 ans	Âge 70-79 ans	Âge ≥ 80 ans	Avec carnet	Sans carnet
Total	660 (100 %)	109 (17 %)	310 (47 %)	241 (36 %)	338 (51 %)	322 (49 %)
Femmes	358 (54 %)	51 (8 %)	175 (27 %)	132 (20 %)	181 (27 %)	177 (27 %)
Hommes	302 (46 %)	58 (9 %)	135 (20 %)	109 (16 %)	157 (24 %)	145 (22 %)

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 Epidemiol 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 Epidemiol 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 Epidemiol 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.

Mots clés / Key words

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

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.

Introduction

Sur la période 1998-2002, le cancer est la deuxième cause de mortalité aux Antilles, après les maladies cardiovasculaires, alors qu'en métropole il occupe le premier rang.

L'objectif de ce travail est de présenter les décès par cancer entre 1983 et 2002 intervenus en Guadeloupe et en Martinique et de les situer par rapport aux décès par cancer en France métropolitaine afin d'identifier les principales spécificités antillaises [1].

Matériel et méthodes

Les données de mortalité pour la période 1983-2002 ont été obtenues auprès du Centre d'épidémiologie des causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Jusqu'en 1997 inclus, seuls les décès des résidents des départements d'Outre-Mer (DOM) intervenus dans un DOM ont pu être identifiés, les décès survenant en métropole n'étant pas repérables. Une modification du mode de recueil des certificats de décès permet depuis 1998 d'identifier également les décès de résidents des DOM survenus en France métropolitaine. Ces décès représentent peu de cas en nombre absolu, mais pas en pourcentage. En se référant aux données 1998-2002, le nombre de données manquantes concernant les résidents des Antilles décédés d'un cancer en France métropolitaine entre 1983 et 1997 serait en moyenne de 32 cas par an (5,6 % des décès par cancer) en Guadeloupe et de 14 cas par an (soit 2,4 % des décès par cancer) en Martinique.

Les certificats de décès comportant en cause principale un cancer codé de 140 à 208 par la classification internationale des maladies 9^e révision (CIM9) ou C00 à C97 par la CIM10 (utilisée depuis 2000) ont été retenus pour les personnes résidant en Guadeloupe ou en Martinique. Les données de population ont été fournies par les antennes régionales de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Les données ont été agrégées par période de cinq ans (1983-1987 à 1998-2002) afin de stabiliser les taux de mortalité observés. Les indicateurs utilisés sont les taux de décès standardisés par âge pour 100 000 personnes-années en utilisant la structure d'âge de la population mondiale de 1964 [2] pour la population tous âges et pour les moins de 65 ans. Ces taux standardisés à la population mondiale seront appelés « taux comparatifs » dans la suite du texte.

Les données disponibles pour les cancers de l'utérus sont trop imprécises pour être présentées, du fait de la part élevée des décès pour lesquels la localisation du cancer au col ou au corps de l'utérus n'est pas précisée, « Utérus, Sans Autre Information » (57 % aux Antilles ; 56 % en métropole).

Résultats

Part de la mortalité par cancer parmi les causes de décès (tableau 1)

Globalement, sur la période 1998-2002, les décès par cancer représentent aux Antilles la deuxième cause de mortalité après les maladies cardiovascu-

lares. Sur cette période, les cancers sont annuellement responsables en moyenne de 574 décès en Guadeloupe et 580 en Martinique. En France métropolitaine, sur cette même période, le cancer est la première cause de mortalité aussi bien chez les hommes que chez les femmes.

La mortalité par cancer aux Antilles est inférieure à celle observée en métropole. Les taux guadeloupéen et martiniquais sont de même ordre.

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. Chez les femmes, la mortalité par cancer a diminué en métropole. Aux Antilles, le gain d'exhaustivité des données de mortalité sur la dernière période rend l'interprétation incertaine, en Guadeloupe en particulier.

Mortalité selon la localisation cancéreuse en 1998-2002 (tableau 2)

Chez les hommes

En 1998-2002, les décès par cancer de la prostate occupent le premier rang des décès par tumeurs aux Antilles. Les taux antillais (28,4 [IC 95 % : 25,7-31,2] en Guadeloupe ; 30,7 [IC 95 % : 27,9-33,5] en Martinique) sont deux fois supérieurs au taux métropolitain (15,1 [IC 95 % : 14,9-15,2]). La mortalité avant 65 ans pour ce cancer est faible, restant toutefois supérieure aux Antilles.

Les décès par cancer de l'estomac sont également plus fréquents aux Antilles (11,7 [IC 95 % : 9,8-13,7] en Guadeloupe, 13,3 [IC 95 % : 11,2-15,3] en

Tableau 1 Taux de mortalité pour 100 000 personnes-années tous âges (standard Monde) et intervalle de confiance à 95 %, périodes 1983-1987 à 1998-2002, Guadeloupe, Martinique et France métropolitaine / *Table 1 Mortality rate per 100,000 persons-years for all ages (world population standard), and 95% confidence interval for the 1983-1987 to 1998-2002 periods, Guadeloupe, Martinique and metropolitan France*

	Hommes				Femmes			
	1983-1987 Taux [IC 95 %]	1988-1992 Taux [IC 95 %]	1993-1997 Taux [IC 95 %]	1998-2002 Taux [IC 95 %]	1983-1987 Taux [IC 95 %]	1988-1992 Taux [IC 95 %]	1993-1997 Taux [IC 95 %]	1998-2002 Taux [IC 95 %]
Guadeloupe								
Tumeurs malignes	141,4 [132,9-150,0]	144,7 [136,7-152,6]	133,6 [126,5-140,6]	125,8 [119,5-132,1]	74,1 [68,4-79,7]	75,4 [70,1-80,6]	67,6 [63,1-72,2]	73,9 [69,4-78,3]
Appareil circulatoire	224,6 [214,1-235,2]	181,9 [173,2-190,6]	151,9 [144,6-159,3]	134,7 [128,4-141,1]	174,3 [166,4-182,3]	132,9 [126,5-139,2]	113,5 [108,1-118,9]	95,8 [91,3-100,4]
Toutes causes	764,3 [744,5-784,0]	675,4 [658,4-692,4]	597,0 [582,1-611,9]	556,2 [542,7-569,6]	471,0 [457,1-484,9]	381,5 [370,0-393,0]	339,9 [329,8-349,9]	321,4 [312,3-330,5]
Martinique								
Tumeurs malignes	146,5 [138,2-154,9]	129,9 [122,7-137,2]	130,9 [124,2-137,7]	126,1 [119,8-132,4]	78,6 [73,0-84,1]	74,8 [69,8-79,8]	70,3 [65,7-74,8]	69,1 [64,8-73,4]
Appareil circulatoire	186,4 [177,2-195,6]	159,7 [151,9-167,6]	137,5 [130,7-144,2]	130,0 [123,8-136,1]	142,4 [135,6-149,2]	118,9 [113,2-124,6]	102,5 [97,6-107,5]	95,2 [90,7-99,7]
Toutes causes	653,6 [636,0-671,3]	569,4 [554,2-584,7]	527,8 [513,9-541,7]	521,6 [508,5-534,8]	405,6 [393,2-418,0]	340,7 [330,3-351,2]	301,0 [291,8-310,2]	306,7 [297,8-315,6]
France métropolitaine								
Tumeurs malignes	208,7 [208,1-209,4]	205,7 [205,0-206,3]	194,4 [193,8-195,1]	179,0 [178,4-179,5]	92,8 [92,4-93,2]	89,9 [89,5-90,3]	87,1 [86,7-87,5]	83,3 [83,0-83,7]
Appareil circulatoire	213,0 [212,3-213,6]	171,4 [170,8-171,9]	152,1 [151,6-152,6]	131,9 [131,5-132,4]	120,1 [119,7-120,4]	96,1 [95,8-96,4]	82,8 [82,5-83,1]	71,7 [71,5-72,0]
Toutes causes	733,6 [732,4-734,9]	653,1 [651,9-654,3]	601,2 [600,1-602,3]	546,3 [545,3-547,3]	375,6 [374,8-376,4]	328,1 [327,4-328,9]	301,2 [300,6-301,9]	281,9 [281,3-282,6]

Tableau 2 Effectif annuel moyen de décès tous âges, taux de mortalité pour 100 000 personnes-années tous âges et avant 65 ans (standard Monde), intervalle de confiance à 95 %, période 1998-2002, Guadeloupe, Martinique et France métropolitaine / **Table 2** Mean annual deaths rate for all ages, mortality rate for 100,000 persons-years for all ages and before 65 years (world population standard), 95% confidence interval, 1998-2002, Guadeloupe, Martinique and metropolitan France

	Guadeloupe			Martinique			France métropolitaine		
	Effectif	Tous âges Taux [IC 95 %]	< 65 ans Taux [IC 95 %]	Effectif	Tous âges Taux [IC 95 %]	< 65 ans Taux [IC 95 %]	Effectif	Tous âges Taux [IC 95 %]	< 65 ans Taux [IC 95 %]
Hommes									
Voies aéro-digestives supérieures	25	10,7 [8,8-12,6]	6,5 [4,9-8,1]	23	10,0 [8,1-11,8]	5,6 [4,0-7,1]	5 687	13,5 [13,4-13,7]	9,5 [9,4-9,7]
Estomac	30	11,7 [9,8-13,7]	4,9 [3,5-6,3]	36	13,3 [11,2-15,3]	4,4 [3,0-5,8]	3 206	6,3 [6,2-6,4]	2,5 [2,4-2,5]
Côlon et rectum	14	5,3 [4,0-6,6]	2,4 [1,4-3,3]	19	7,3 [5,7-8,8]	3,4 [2,2-4,5]	8 501	16,1 [16,0-16,3]	5,4 [5,3-5,5]
Poumon	37	15,5 [13,2-17,8]	7,3 [5,5-9,0]	27	11,6 [9,6-13,5]	6,2 [4,6-7,8]	20 728	45,4 [45,1-45,7]	24,8 [24,6-25,1]
Prostate	89	28,4 [25,7-31,2]	3,3 [2,1-4,4]	100	30,7 [27,9-33,5]	4,2 [2,9-5,6]	9 219	15,1 [14,9-15,2]	1,9 [1,8-1,9]
Femmes									
Voies aéro-digestives supérieures	2	0,7 [0,2-1,1]	0,3 [0,0-0,6]	4	1,2 [0,6-1,7]	0,6 [0,1-1,0]	880	1,6 [1,5-1,6]	1,1 [1,1-1,2]
Estomac	18	5,3 [4,1-6,5]	1,8 [1,0-2,6]	21	5,1 [4,0-6,1]	1,4 [0,7-2,2]	2 023	2,4 [2,3-2,4]	0,9 [0,9-0,9]
Côlon et rectum	19	5,1 [4,0-6,2]	1,7 [1,0-2,5]	27	7,1 [5,8-8,5]	3,1 [2,0-4,2]	7 624	9,3 [9,1-9,4]	3,5 [3,4-3,6]
Sein	40	13,9 [11,9-15,9]	10,9 [8,9-12,8]	37	12,2 [10,3-14,1]	8,7 [6,9-10,4]	11 001	18,8 [18,6-19,0]	12,3 [12,2-12,5]
Poumon	15	4,6 [3,5-5,7]	2,5 [1,5-3,4]	11	3,5 [2,5-4,5]	1,8 [1,0-2,6]	4 416	7,5 [7,4-7,7]	4,7 [4,6-4,8]
Ovaires	10	2,9 [2,0-3,8]	1,4 [0,7-2,2]	9	2,6 [1,8-3,4]	1,3 [0,6-2,1]	3 267	5,3 [5,2-5,4]	3,0 [2,9-3,1]

Martinique) qu'en métropole (6,3 [IC 95 % : 6,2-6,4]), soit des taux deux fois supérieurs.

Les décès par cancer du poumon sont moins fréquents aux Antilles (15,5 [IC 95 % : 13,2-17,8] en Guadeloupe ; 11,6 [IC 95 % : 9,6-13,5] en Martinique) qu'en métropole (45,4 [IC 95 % : 45,1-45,7]). Ils occupent la première place des décès par tumeurs en métropole avec des taux trois fois plus élevés qu'aux Antilles. Le poumon est la localisation pour laquelle la mortalité prématurée avant 65 ans est la plus importante, dans les DOM comme en métropole. Près de la moitié des décès par cancer du poumon surviennent avant 65 ans.

La mortalité liée aux cancers colorectaux est moindre aux Antilles qu'en métropole.

Chez les femmes

Le sein est la première localisation en termes de décès tous âges et prématurés aux Antilles comme en métropole, les départements antillais ayant des taux comparatifs de décès tous âges inférieurs à celui de la métropole (13,9 [IC 95 % : 11,9-15,9] en Guadeloupe ; 12,2 [IC 95 % : 10,3-14,1] en Martinique et 18,8 [IC 95 % : 18,6-19,0] en métropole). La mortalité avant 65 ans est importante pour ce cancer, aux Antilles comme en métropole, puisque plus de la moitié des décès ont lieu avant 65 ans.

Les décès par cancer de l'estomac sont deux fois plus élevés aux Antilles qu'en métropole (5,3

[IC 95 % : 4,1-6,5] en Guadeloupe ; 5,1 [IC 95 % : 4,0-6,1] en Martinique).

Les décès par cancers colorectaux sont plus élevés en métropole (9,3 [IC 95 % : 9,1-9,4]) qu'aux Antilles (5,1 [IC 95 % : 4,0-6,2] en Guadeloupe ; 7,1 [IC 95 % : 5,8-8,5] en Martinique). Il en est de même pour les taux de décès par cancer des ovaires qui sont moins élevés aux Antilles (2,9 [IC 95 % : 2,0-3,8] en Guadeloupe ; 2,6 [IC 95 % : 1,8-3,4] en Martinique) qu'en France métropolitaine (5,3 [IC 95 % : 5,2-5,4]) ainsi que ceux des décès par cancer du poumon (4,6 [IC 95 % : 3,5-5,7] en Guadeloupe ; 3,5 [IC 95 % : 2,5-4,5] en Martinique et 7,5 [IC 95 % : 7,4-7,7] en métropole).

Évolution entre 1983-1987 et 1998-2002 des localisations les plus fréquentes (tableaux 3 et 4)

Compte-tenu du manque d'exhaustivité des données de mortalité avant 1998, les évolutions observées, et notamment le gain d'exhaustivité sur la dernière période (1998-2002), doivent être interprétées avec prudence.

Chez les hommes sur la période 1983-2002, la mortalité par cancer de l'estomac et des voies aéro-digestives supérieures (VADS) a diminué aux Antilles comme en métropole. Il n'est pas observé d'évolution de la mortalité par cancer du poumon ou de la prostate aux Antilles.

Chez les femmes, l'interprétation des évolutions, pour la Guadeloupe et la Martinique, est plus

incertaine. Sur la période 1983-2002, les décès par cancer du sein semblent en augmentation aux Antilles alors qu'en métropole, ils amorcent une diminution sur la dernière période. Les décès par cancers colorectaux ont tendance à augmenter en Guadeloupe et en Martinique tandis qu'ils ont diminué en métropole. Les décès par cancer de l'estomac ont diminué en métropole tandis qu'aux Antilles, la diminution n'est pas clairement établie. Une analyse statistique des tendances plus fine serait nécessaire pour mieux décrire cette tendance.

Discussion

Cette analyse permet de décrire la situation des décès par cancer aux Antilles et de les situer par rapport aux décès en métropole.

Il est important de relever que le recueil des décès aux Antilles n'est pas exhaustif entre 1983 et 1997, puisqu'il n'inclut pas les personnes résidant aux Antilles décédées en métropole. De ce fait, il existe un risque de sous-estimation du nombre de décès et des taux de mortalité pour les trois premières périodes d'étude. Cela implique que les augmentations constatées peuvent être surestimées et que les diminutions constatées peuvent être sous-estimées. Par ailleurs, des analyses statistiques des tendances permettraient de mieux étudier les évolutions de la mortalité, même si les faibles effectifs resteront un facteur limitant.

La fréquence élevée des décès par cancer de la prostate, qui représente la première localisation aux

Tableau 3 Taux de mortalité par localisations cancéreuses les plus fréquentes tous âges pour 100 000 personnes-années chez les hommes (standard Monde) et intervalle de confiance à 95 %. Périodes 1983-1987 à 1998-2002, Guadeloupe, Martinique, France métropolitaine

Table 3 Mortality rate by the most frequent cancer sites for all ages for 100,000 persons-years in men (world population standard), and 95% confidence interval, 1983-1987 to 1998-2002 periods, Guadeloupe, Martinique and metropolitan France

	1983-1987 Taux [IC 95 %]	1988-1992 Taux [IC 95 %]	1993-1997 Taux [IC 95 %]	1998-2002 Taux [IC 95 %]
Guadeloupe				
VADS*	18,8 [15,7-22,0]	16,8 [14,0-19,7]	13,3 [11,0-15,6]	10,7 [8,8-12,6]
Estomac	19,9 [16,7-23,1]	16,4 [13,7-19,0]	12,0 [9,9-14,1]	11,7 [9,8-13,7]
Côlon et rectum	2,7 [1,6-3,9]	3,9 [2,6-5,2]	5,6 [4,1-7,0]	5,3 [4,0-6,6]
Poumon	14,3 [11,5-17,0]	16,0 [13,2-18,7]	15,9 [13,4-18,5]	15,5 [13,2-17,8]
Prostate	23,4 [20,1-26,7]	29,4 [26,0-32,8]	32,3 [29,1-35,5]	28,4 [25,7-31,2]
Martinique				
VADS	17,5 [14,6-20,5]	17,5 [14,7-20,2]	14,1 [11,8-16,5]	10,0 [8,1-11,8]
Estomac	20,4 [17,3-23,6]	15,5 [13,0-18,0]	14,2 [12,0-16,4]	13,3 [11,2-15,3]
Côlon et rectum	6,3 [4,6-7,9]	5,1 [3,7-6,5]	6,4 [4,9-7,9]	7,3 [5,7-8,8]
Poumon	11,1 [8,7-13,4]	13,0 [10,6-15,3]	11,5 [9,4-13,6]	11,6 [9,6-13,5]
Prostate	30,7 [27,1-34,4]	28,7 [25,5-31,9]	33,0 [29,8-36,1]	30,7 [27,9-33,5]
France métropolitaine				
VADS	37,7 [37,4-38,0]	32,5 [32,2-32,8]	26,7 [26,5-27,0]	21,4 [21,2-21,6]
Estomac	10,9 [10,8-11,1]	9,0 [8,9-9,1]	7,4 [7,3-7,6]	6,3 [6,2-6,4]
Côlon et rectum	18,6 [18,4-18,8]	18,2 [18,0-18,3]	17,3 [17,2-17,5]	16,1 [16,0-16,3]
Poumon	46,0 [45,6-46,3]	48,3 [48,0-48,7]	48,0 [47,7-48,3]	45,4 [45,1-45,7]
Prostate	17,2 [17,1-17,4]	18,1 [17,9-18,2]	16,7 [16,5-16,9]	15,1 [14,9-15,2]

* Voies aéro-digestives supérieures

Antilles est vraisemblablement liée aux origines africaines d'une partie de la population. Si on se réfère aux données américaines, l'incidence du cancer de la prostate est plus élevée chez les Noirs américains (taux standardisés à la population des États-Unis de 255,5 pour 100 000 habitants pour la période 2000-2004) que chez les Américains de race blanche (107,8) [3]. On retrouve également des différences selon la race pour la mortalité chez les populations américaines (taux standardisés à la population des États-Unis pour la période 2000-2004 : 25,6 chez les Blancs ; 62,3 chez les Noirs) [3]. L'usage intensif, dans le cadre des activités agricoles bananières antillaises, d'insecticides organochlorés, et plus particulièrement le chlordécone, est parfois évoqué comme facteur de risque du cancer de la prostate de par ses propriétés hormonales de type anti-œstrogène. Toutefois, à ce jour, aucun lien n'a pu être clairement établi. L'enquête cas-témoins Karu-prostate mise en place en 2004, qui vise à identifier les facteurs de survenue du cancer de la prostate en Guadeloupe, devrait permettre de mieux comprendre les raisons de la fréquence élevée de ces cancers aux Antilles [4]. L'importance des décès par cancer de l'estomac aux Antilles mérite d'être explicitée. Il a été démontré l'importance des infections par *Helicobacter pylori* en Guadeloupe [5], facteur de risque majeur du cancer de l'estomac. La diminution des décès par cancer des VADS chez les hommes est à relever. L'évolution chez les

femmes est incertaine. Les principaux facteurs de risque connus des cancers des VADS sont la consommation d'alcool et de tabac. Toutefois, compte-tenu de l'absence de données publiées sur l'évolution de la consommation d'alcool et de tabac aux Antilles, il est difficile de tenter d'expliquer cette

baisse. Notons toutefois que le nombre de débits de boissons de Licence IV (ceux qui proposent l'ensemble des boissons alcoolisées) est en diminution aux Antilles [6], ce qui pourrait aller dans le sens d'une diminution de la consommation d'alcool.

Les taux de décès par cancer du poumon observés aux Antilles sont largement inférieurs aux taux observés en métropole quel que soit le sexe. Les principaux facteurs de risque du cancer du poumon sont la consommation tabagique et les expositions à l'amiante et au radon, ce dernier étant totalement absent aux Antilles. Ainsi que nous l'avons signalé par ailleurs, il n'existe pas de données nous permettant de quantifier les différences de consommation de tabac entre les Antilles et la métropole.

Concernant les décès par cancer du sein, la mortalité aux Antilles pourrait être en augmentation. Les taux de mortalité par cancer du sein restent toutefois inférieurs aux Antilles, en comparaison des taux métropolitains. Ces résultats sont à mettre en relation avec l'occidentalisation du mode de vie aux Antilles, qui tend à devenir comparable au mode métropolitain, notamment en termes de nombre d'enfants par femme, d'âge au premier enfant, de surpoids en lien avec les habitudes alimentaires, tous éléments qui sont des facteurs de risque reconnus de cancer du sein.

Il n'est pas possible de discuter des évolutions de la mortalité par cancer du col de l'utérus aux Antilles, du fait que 57 % des décès par cancer de l'utérus sont classés sans précision col ou corps. La méthode dite de Jensen [7], qui permet de réattribuer les décès par cancer de l'utérus en col ou corps n'est pas applicable aux Antilles car elle repose sur les rapports mortalité/incidence observés en métropole. Des travaux supplémentaires sont donc à mener pour que soit quantifiés, de manière plus précise, les décès par cancer du col et du corps de

Tableau 4 Taux de mortalité par localisations cancéreuses les plus fréquentes tous âges pour 100 000 personnes-années chez les femmes (standard Monde) et intervalle de confiance à 95 %. Périodes 1983-1987 à 1998-2002 Guadeloupe, Martinique, France métropolitaine

Table 4 Mortality rate by the most frequent cancer sites for all ages for 100,000 persons-years in women (world population standard), and 95% confidence interval, 1983-1987 to 1998-2002 periods, Guadeloupe, Martinique and metropolitan France

	1983-1987 Taux [IC 95 %]	1988-1992 Taux [IC 95 %]	1993-1997 Taux [IC 95 %]	1998-2002 Taux [IC 95 %]
Guadeloupe				
Estomac	7,3 [5,6-9,1]	6,3 [4,8-7,7]	6,6 [5,2-8,0]	5,3 [4,1-6,5]
Côlon et rectum	4,2 [2,9-5,4]	4,9 [3,6-6,2]	4,8 [3,6-6,0]	5,1 [4,0-6,2]
Sein	8,4 [6,5-10,3]	8,5 [6,6-10,3]	9,0 [7,3-10,7]	13,9 [11,9-15,9]
Martinique				
Estomac	6,7 [5,1-8,2]	7,1 [5,6-8,6]	6,8 [5,5-8,2]	5,1 [4,0-6,1]
Côlon et rectum	4,6 [3,3-5,9]	6,3 [4,9-7,8]	5,9 [4,6-7,2]	7,1 [5,8-8,5]
Sein	11,4 [9,3-13,6]	10,4 [8,5-12,4]	10,2 [8,4-12,0]	12,2 [10,3-14,1]
France métropolitaine				
Estomac	4,5 [4,4-4,6]	3,6 [3,5-3,7]	2,8 [2,8-2,9]	2,4 [2,3-2,4]
Côlon et rectum	11,1 [11,0-11,3]	10,6 [10,5-10,8]	10,0 [9,9-10,1]	9,3 [9,1-9,4]
Sein	19,7 [19,5-19,9]	20,1 [19,9-20,3]	20,0 [19,8-20,2]	18,8 [18,6-19,0]

l'utérus aux Antilles. Cette analyse est d'autant plus nécessaire que l'évaluation épidémiologique des programmes de dépistage organisé [8], en place dans quatre départements français dont la Martinique, montre un taux de cancers invasifs nettement supérieur en Martinique, que dans les trois départements métropolitains étudiés (Bas-Rhin, Haut-Rhin, Isère), ainsi qu'un taux de lésions précancéreuses très important en Martinique (neuf fois supérieur à ceux des départements alsaciens).

Conclusion

Cette étude permet de dresser un panorama de la situation des décès par cancer en Guadeloupe et en Martinique, et de comparer des données de mortalité aux Antilles aux données métropolitaines pour mettre en évidence les principales spécificités antillaises. Elle apporte 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.

Cet article complète la présentation de l'ensemble des données de mortalité de Guadeloupe, Martinique et La Réunion entre 1983 et 2002, disponible sur le site Internet de l'InVS [1].

De façon générale, il sera intéressant de poursuivre la surveillance des tendances de la mortalité par cancer aux Antilles avec un recul plus important de données exhaustives (incluant les décès des Antillais en métropole) et de l'étudier en regard des données d'incidence produites par le registre de la Martinique.

Références

- [1] <http://www.invs.sante.fr/surveillance/cancers>
- [2] J. Waterhouse et al (eds). Cancer Incidence in five continents, Lyon, IARC, 1976, Vol.3; p.456.

[3] Ries LA, Melbert D, Krapcho M, Mariotto A, Miller BA, Feuer EJ, et al. (eds). SEER Cancer Statistics Review, 1975-2004, National Cancer Institute. Bethesda, MD. http://seer.cancer.gov/csr/1975_2004/, based on November 2006 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2007.

[4] Mallick S, Blanchet P, Multigner L Prostate cancer incidence in Guadeloupe, a French Caribbean archipelago. Eur Urol 2005; 47:769-72.

[5] Weill FX, Margeridon S, Broutet N, Le Hello S, Neyret C, Megraud. Seroepidemiology of Helicobacter pylori infection in Guadeloupe. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2002; 96:517-9.

[6] Le tabac et ses conséquences sur la santé. In « La santé observée dans les régions de France » FNORS, mise à jour n° 1 (2000).

[7] Remontet L, Buerni A, Velten M, Jouglu E, Estève J. Évolution de l'incidence et de la mortalité en France de 1978 à 2000. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire, 2003.

[8] Dupont N, Haguenoer K, Ancelle-Park R, Bloch J. Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : Évaluation épidémiologique des quatre départements pilotes. Juin 2007 : www.invs.sante.fr/publications/default.htm

Appel à publication pour des numéros de base

Les numéros dits « de base » du BEH sont constitués d'articles soumis spontanément par des équipes exerçant dans des secteurs très variés (organismes de recherche, services hospitaliers, registres, centres de santé, organismes d'assurance maladie...) et sur tous les sujets de la surveillance de l'état de santé des populations (maladies infectieuses, santé au travail, santé environnementale, maladies chroniques, traumatismes...).

Le BEH est une revue à comité de lecture, tous les manuscrits soumis à la rédaction sont présentés en réunion de comité de rédaction pour accord avant relecture anonymisée par deux pairs. Si l'article est validé, la parution est en général rapide, en moyenne quatre à cinq mois après la soumission.

Adressez vos manuscrits par courrier électronique à la rédaction du BEH :
redactionBEH@invs.sante.fr

Pour vérifier que votre soumission correspond bien à la ligne éditoriale de la revue, et pour avoir toutes les informations concernant le format des articles publiés, vous pouvez consulter les « **Recommandations aux auteurs** » disponibles sur le site internet de l'InVS à partir de la page : <http://www.invs.sante.fr/beh/>

Pour tout renseignement

Rédactrice en chef : Judith Benrekassa
Tel direct: 01 55 12 53 25

Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry
Tel direct : 01 55 12 53 26

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s) et peuvent être reproduits sans copyright avec citation exacte de la source.

Retrouvez ce numéro ainsi que les archives du Bulletin épidémiologique hebdomadaire sur <http://www.invs.sante.fr/BEH>

Directrice de la publication : Dr Françoise Weber, directrice générale de l'InVS
Rédactrice en chef : Judith Benrekassa, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Rédactrice en chef adjointe : Valérie Henry, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Secrétaire de rédaction : Farida Mihoub, InVS, redactionBEH@invs.sante.fr
Comité de rédaction : Dr Sabine Abitbol, médecin généraliste ; Dr Thierry Ancelle, Faculté de médecine Paris V ; Dr Denise Antona, InVS ; Dr Catherine Buisson, InVS ; Dr Christine Chan-Chee, InVS ; Dr Sandrine Danet, Drees ; Dr Isabelle Gremy, ORS Ile-de-France ; Dr Rachel Haus-Cheymol, Service de santé des Armées ; Dr Christine Jestin, Inpes ; Éric Jouglu, Inserm CéciDc ; Dr Bruno Morel, InVS ; Josiane Pillonel, InVS ; Dr Sandra Sinno-Tellier, InVS ; Hélène Therre, InVS.
N°CPP : 0206 B 02015 - N°INPI : 00 300 1836 - ISSN 0245-7466

Diffusion / abonnements : Institut de veille sanitaire - BEH rédaction
12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice Cedex
Tél : 01 55 12 53 25/26
Fax : 01 55 12 53 35 - Mail : redactionbeh@invs.sante.fr
Tarifs 2007 : France et international 52 € TTC
Institut de veille sanitaire - Site Internet : www.invs.sante.fr
Imprimerie : Actis / Maulde & Renou Paris
16-18, quai de la Loire - 75019 Paris